

روانشناسی

lifecyclell



برای دسترسی به محتوای
روانشناسی سایت اسکن کنید



برای دسترسی به سایت
نویید اسکن کنید

بررسی و ویراست علمی ▶▶

• امین چاوشی

تولید متن و قالب گذاری

• کیان نظریگی

کودکی؛ دوره رشد

کودکی دوره‌ای است که در آن کودک به تدریج از وضعیت آسیب‌پذیری و وابستگی شدید به سمت خودمختاری و استقلال حرکت می‌کند.

برای مثال:

- ✓ وابستگی کودک به شیر مادر کمتر می‌شود.
- ✓ اضطراب جدایی کاهش می‌یابد.
- ✓ کودک کم‌کم می‌تواند از مادر فاصله بگیرد.
- ✓ میل به کشف جهان اطراف در او بیشتر می‌شود.

بنابراین در این دوره، کودک به تدریج مستقل‌تر، توانمندتر و خودمختارتر می‌شود و از آن حالت ضعف و وابستگی اولیه فاصله می‌گیرد.

تغییرات مهم در وضعیت سلامت کودکان در دوران معاصر

در قرن بیستم و سال‌های اخیر، مرگ‌ومیر کودکان کاهش چشمگیری پیدا کرده است.

در گذشته، به‌ویژه به علت بیماری‌های عفونی، عوامل محیطی و یا نبود درمان‌های مؤثر میزان مرگ‌ومیر کودکان بسیار بیشتر بود. اما امروزه به دلیل پیشرفت درمان‌ها و کاهش بیماری‌های عفونی، تعداد بیشتری از کودکان می‌توانند از دوران کودکی عبور کنند و زنده بمانند.

از سوی دیگر، همین افزایش شانس بقا باعث شده است که امروزه تعداد بیشتری از کودکانی را ببینیم که با شرایطی مانند موارد زیر زندگی می‌کنند:

- * اختلالات مادرزادی
- * بیماری‌های مزمن
- * ناتوانی‌های جسمی یا رشدی
- * برخی سرطان‌های دوران کودکی

به عبارت دیگر، چون شانس زنده ماندن بیشتر شده است، اکنون با کودکانی مواجه هستیم که با مشکلات مزمن سلامتی زندگی می‌کنند و این موضوع نیازمند توجه ویژه است.

فقر، نابرابری اجتماعی و رشد کودک

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که کودکان ممکن است در این دوره با آن روبه‌رو شوند، فقر کودکان و نابرابری‌های اجتماعی در سلامت است.

عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر رشد کودک

عوامل متعددی می‌توانند بر سلامت و رشد کودک اثر منفی بگذارند، از جمله:

- ✓ بیکاری و افسردگی والدین
- ✓ سیگار کشیدن در دوران بارداری
- ✓ شلوغی و ازدحام خانه
- ✓ فشار مالی

پیامدهای این شرایط در کودکان

کودکانی که در فقر و محرومیت رشد می کنند، بیشتر در معرض مشکلات زیر هستند:

- ✓ پرخاشگری
- ✓ اضطراب
- ✓ مشکلات عاطفی
- ✓ مشکلات رشدی
- ✓ اختلال در تمرکز و توجه

✳ در واقع، این کودکان معمولاً در مقایسه با کودکانی که در خانواده های برخوردارتر رشد می کنند، دشواری بیشتری در تمرکز و تنظیم هیجانی دارند.

مقایسه ی شاخص های سلامت کودک در جوامع مختلف

در یکی از اسلایدهای درس، چند شاخص در سه نوع جامعه مقایسه شده اند:

- جوامع بسیار محروم
- جوامع کمتر محروم
- انگلستان

شاخص هایی مانند:

👶 سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری

👶 وزن کم هنگام تولد

👶 آمادگی کودک برای ورود به مدرسه

👶 فقر کودکان

در اغلب این شاخص ها، وضعیت جوامع بسیار محروم بدتر است.

تنها موردی که احتمالاً در انگلستان وضعیت نامطلوب تری نشان داده، سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری بوده است.

اما در مجموع، بیشتر شاخص ها نشان می دهند که هرچه محرومیت بیشتر باشد، وضعیت سلامت و رشد کودکان نامطلوب تر می شود.

مرگ و میر در کودکان

بررسی داده های سال های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۰ نشان می دهد که میزان مرگ و میر کودکان به طور کلی روندی کاهشی داشته است.

شایع ترین علت مرگ کودکان پس از یک سالگی:

مهم ترین علت مرگ کودکان بعد از یک سالگی، آسیب ها و حوادث هستند؛ پس از آن نیز بیماری هایی مانند سرطان ها و بیماری های خونی قرار می گیرند.

مهم ترین انواع آسیب های منجر به مرگ

- ✓ حوادث حمل و نقل و تصادفات رانندگی
- ✓ غرق شدگی
- ✓ خودکشی یا خودآسیب رسانی

بنابراین، اگرچه در گذشته بیماری ها عامل اصلی مرگ و میر بودند، اما امروزه در بسیاری از موارد، حوادث و آسیب ها نقش پررنگ تری دارند.

چاقی در کودکان

چاقی کودکان یکی از مهم ترین چالش های قرن بیست و یکم است و از سوی سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان یک مسئله ی بسیار مهم شناخته شده است.

پیامدهای چاقی در کودکان

چاقی در کودکان با مشکلات متعددی همراه است، از جمله:

- ✓ عزت نفس پایین
- ✓ غیبت بیشتر از مدرسه
- ✓ تجربه ی تمسخر و زورگویی (Bullying) از سوی همسالان
- ✓ افزایش خطر اضافه وزن در بزرگسالی
- ✓ بیماری های قلبی عروقی در آینده
- ✓ افزایش احتمال مرگ زودرس در بزرگسالی

بنابراین توجه به چاقی کودکان اهمیت زیادی دارد.

تغییر الگوی چاقی در دختران و پسران

در گذشته، به دلیل محدودیت های اجتماعی و خانگی، ممکن بود چاقی در دختران بیشتر دیده شود.

اما امروزه به نظر می رسد این الگو تا حدی به دلیل تغییرات سبک زندگی مثل بازی ها و فضای مجازی و سبک زندگی نشسته تغییر کرده و پسران نیز، یا حتی بیشتر از دختران، در معرض چاقی قرار دارند.

نقش والدین

اگر کودک چاق باشد، احتمال اینکه در آینده پدر یا مادر چاقی شود بیشتر است.

همچنین اگر فردی به یک مادر چاق تبدیل شود، خطر مشکلات سلامت برای خود او و فرزندش افزایش می یابد.

شیوع

اگرچه در سال های اخیر هشدارها و مداخلاتی صورت گرفته، اما همچنان میزان چاقی در سطح نگران کننده ای بالاست. طبق آمار مطرح شده:

👶 حدود یک پنجم کودکان ۴ تا ۵ ساله

👶 و حدود یک سوم کودکان ۱۰ تا ۱۱ ساله دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

سلامت روان کودکان

پژوهش‌ها در بریتانیا نشان می‌دهند که از هر ۱۰ کودک، ۱ کودک دچار یک اختلال روان‌پزشکی است.

شایع‌ترین اختلالات

- ✓ اختلال سلوک (Conduct Disorder)
- ✓ اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder)
- ✓ اختلالات اضطرابی
- ✓ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

نکته‌ی مهم این است که بسیاری از این کودکان درمان مناسب دریافت نمی‌کنند.

۱. اختلال سلوک (Conduct Disorder)

این اختلال شدیدتر از اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و در آن کودک یا نوجوان ممکن است:

- حقوق دیگران را نقض کند
- نسبت به انسان‌ها یا حیوانات پرخاشگر باشد
- دست به آتش‌افروزی بزند
- فریبکاری یا دزدی کند
- از مدرسه فرار کند
- رفتارهای بزهکارانه و جرم‌آمیز انجام دهد

این کودکان نیز معمولاً کمتر تحت درمان و مداخله قرار می‌گیرند.

۲. اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)

این اختلال معمولاً در سنین پایین‌تر دیده می‌شود و بیشتر با ویژگی‌های زیر همراه است:

- لجبازی
- بحث کردن با بزرگ‌ترها
- نافرمانی مکرر
- تحریک‌پذیری
- عصبانیت
- کینه‌جویی و انتقام‌جویی

۳. اختلالات اضطرابی در کودکان

اضطراب در کودکان می‌تواند به شکل‌های مختلفی بروز پیدا کند؛ از جمله:

- اضطراب امتحان
- شب‌ادراری
- ناخن جویدن
- و سایر اشکال اختلالات اضطرابی

این اختلالات طیف گسترده‌ای دارند و در ادامه‌ی درس‌ها به‌طور مفصل‌تر بررسی می‌شوند.

۴. اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از اختلالاتی است که بسیار دربارهی آن صحبت می‌شود. اما باید توجه داشت که در جامعه، این اختلال گاهی بیش از حد برجسته‌زنی می‌شود.

گفته می‌شود «بیش‌فعالی» اصطلاح دقیقی نیست و بهتر است از مفهوم بیش‌فعالی یا هایپراکتیویته استفاده شود.

بسیاری از افراد به سرعت به کودکانی که صرفاً کمی شلوغ هستند، برجسته‌بیش‌فعالی می‌زنند.

هشدار پژوهشگران:

✓ یکی از نگرانی‌های مهم پژوهشگران این است که این اختلال نباید آن‌قدر عادی‌سازی یا فراگیر تلقی شود که هر کودک پرتحرک یا کم‌تمرکز، بیمار فرض شود.

تشخیص‌گذاری نادرست می‌تواند هم به کودک آسیب بزند و هم مانع مداخلات درست شود.

پیامدهای مشکلات سلامت روان در کودکان

کودکانی که مشکلات روانی دارند، معمولاً با پیامدهای مهمی روبه‌رو می‌شوند، از جمله:

- ✓ افت عملکرد تحصیلی
- ✓ مشکلات ارتباطی و بین‌فردی
- ✓ ضعف سلامت جسمانی
- ✓ تداوم مشکلات تا بزرگسالی

بخش قابل توجهی از بزرگسالانی که در ۲۶ سالگی مبتلا به اختلال روان‌پزشکی هستند، نخستین نشانه‌های اختلال را در سنین ۱۱ تا ۱۵ سالگی نشان داده‌اند و حدود سه‌چهارم آن‌ها تا ۱۸ سالگی علائم داشته‌اند.

بنابراین اختلالات روان‌پزشکی معمولاً ناگهانی و بدون پیش‌زمینه در بزرگسالی ظاهر نمی‌شوند، بلکه ریشه‌های آن‌ها اغلب از کودکی و نوجوانی آغاز می‌شود.

عوامل مؤثر بر سلامت روان کودک

سلامت روان کودک تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد.

۱. عوامل ژنتیکی

اگر زمینه‌ی ژنتیکی برای برخی اختلالات وجود داشته باشد، خطر ابتلا بیشتر می‌شود.

۲. عوامل محیطی

با این حال، فقط ژنتیک تعیین‌کننده نیست. محیط خانه، جامعه و کیفیت فرزندپروری نیز نقش اساسی دارند.

یک خانه‌ی امن و فرزندپروری حمایت‌کننده می‌تواند تاب‌آوری کودک را افزایش دهد.

برخی عوامل خطر مهم مثل: مصرف مواد در دوران بارداری، بیماری روانی والدین، دلبستگی ناایمن، خشونت یا تعارض خانوادگی، بیماری جسمی، محیط خانگی نامناسب، مسکن نامناسب، ازدحام بیش از حد، تروما، سوءاستفاده‌ی جسمی یا جنسی، محیط یادگیری نامطلوب، جرم و خشونت در محله.

اهمیت محیط و گروه همسالان

📖 در کودکان و نوجوانان، محیط اهمیت بسیار زیادی دارد.

گاهی فقط با تغییر محیط، وضعیت روان شناختی کودک بهبود پیدا می کند.
همچنین گروه همسالان می تواند اثر بسیار زیادی بر سلامت روان داشته باشد.

نوجوانی؛ مرحله ی گذار

نوجوانی و جوانی در یک نگاه:

در کتاب مرجع ما، نوجوانی و جوانی در یک فصل (تاپیک) معرفی شده اند. اما در بسیاری از کتاب های روان شناسی رشد، این دو مرحله جدا از هم بررسی می شوند.

این کار، حرکتی هوشمندانه است؛ چون مرز دقیقی بین پایان نوجوانی و شروع جوانی وجود ندارد. این مرز، بسیار باریک و نامشخص است.

از این رو:

✓ کشیدن یک خط جداکننده بین این دو دوره کار دشواری است.

✓ قرار دادن آن ها در یک دسته، چندان غیرمنطقی به نظر نمی رسد.

نوجوانی دوره ای است که در آن فرد دچار رشد سریع جسمی، روانی و زیستی می شود.

در این دوره:

✓ تغییرات جنسی و بلوغ رخ می دهد.

✓ بدن کودک به سرعت دگرگون می شود.

✓ دختر یا پسر نوجوان از نظر ظاهری به تدریج به یک زن یا مرد بالغ نزدیک می شود.

این تغییرات گاهی در فاصله ی یک تا دو سال بسیار چشمگیر هستند.

اهمیت نوجوانی برای سلامت بزرگسالی

نوجوانی نقشی اساسی در سلامت آینده دارد.

پژوهش ها نشان می دهند که ۵ مورد از ۱۰ عامل اصلی خطر بیماری های بزرگسالی از دوره ی نوجوانی آغاز می شوند، از جمله:

✓ مصرف دخانیات

✓ کم تحرکی

✓ اضافه وزن

✓ رابطه ی جنسی ناایمن

✓ مصرف الکل

بنابراین، آموزش مهارت‌های مدیریت خود و تصمیم‌گیری سالم در این دوره بسیار مهم است؛ برای مثال:

- ✓ نه گفتن به مصرف الکل
- ✓ پرهیز از دخانیات
- ✓ اجتناب از مواد مخدر
- ✓ پیشگیری از رفتارهای جنسی پرخطر

نوجوانی در فرهنگ‌های سنتی و جوامع مدرن

در برخی فرهنگ‌ها، نوجوانی پس از بلوغ خیلی سریع به نقش‌های بزرگسالی منتهی می‌شود؛ مانند:

- ازدواج
- اشتغال
- پذیرش مسئولیت‌های خانوادگی

اما در جوامع مدرن، معمولاً این روند طولانی‌تر شده است. بسیاری از افراد تا اواخر دهه‌ی بیست یا حتی سی‌سالگی:

هنوز با والدین زندگی می‌کنند، ازدواج نکرده‌اند و یا فرزند ندارند، حتی ممکن است هنوز در حال کشف مسیر شغلی یا رابطه‌ای خود باشند.

سن قانونی انجام فعالیت‌های مختلف در حوزه‌های گوناگون و فرهنگ‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد.

تعارض والدین و نوجوانان

یکی از چالش‌های مهم این دوره، اختلاف نظر بین والدین و نوجوانان است.

از دید والدین: گاهی والدین انتظار دارند نوجوان مانند یک بزرگسال رفتار کند، اما در عین حال حقوق و آزادی‌های متناسب با بزرگسالی را به او نمی‌دهند.

از دید نوجوان: از طرف دیگر، نوجوان ممکن است هنوز مسئولیت‌های یک فرد بزرگسال را نپذیرفته باشد، اما انتظار آزادی کامل داشته باشد.

به همین دلیل، در این دوره معمولاً تعارض‌های جدی در مورد موضوعاتی مانند:

- ✓ رفت‌وآمد
- ✓ استقلال
- ✓ مسئولیت‌پذیری
- ✓ حد و مرزها

شکل می‌گیرد.

یکی از حوزه‌هایی که متخصصان سلامت روان و حتی پزشکان نیاز دارند با آن آشنا باشند، تعارض بین والدین و نوجوان است.

بلوغ و تکامل مغز

بلوغ را می‌توان یکی از مهم‌ترین اتفاق‌های زندگی هر فرد دانست، زیرا تغییرات جسمی و روانی مهمی در این دوره رخ می‌دهد. نوجوانان از نظر توانایی‌های ذهنی، کم‌کم به بزرگسالان نزدیک می‌شوند و:

- قدرت پردازش اطلاعات آن‌ها بیشتر می‌شود،
- توانایی استدلال رشد می‌کند،
- از نظر جسمی نیز قوی‌تر می‌شوند.

اما نکته‌ی مهم این است که تکامل مغز، به‌ویژه در بخش‌های مرتبط با کنترل تکانه و تصمیم‌گیری، هنوز کامل نشده است. به همین دلیل است که نوجوانان نسبت به بزرگسالان بیشتر رفتارهای **تکانشی**، **هیجانی** و **پر خطر** نشان می‌دهند.

هویت‌یابی در نوجوانی از دید اریکسون

از دیدگاه اریک اریکسون، مهم‌ترین تکلیف رشدی نوجوانی، یافتن هویت است. اگر فرد نتواند این مرحله را به خوبی پشت سر بگذارد، ممکن است در مراحل بعدی زندگی با مشکلاتی روبه‌رو شود. در این دوره، نوجوان معمولاً:

- ✓ باورها و ارزش‌های خود را بازبینی می‌کند،
- ✓ عقاید قبلی را زیر سؤال می‌برد،
- ✓ و تلاش می‌کند به درک منسجم‌تری از «من واقعی» خود برسد.

اگر این فرایند به خوبی طی نشود، ممکن است بحران هویت شکل بگیرد.

سبک‌های فرزندپروری

پژوهشگران سبک‌های فرزندپروری را بر اساس دو بُعد مهم بررسی کرده‌اند:

محبت / گرمی عاطفی

خصوصیت / سردی و بی‌توجهی

بر اساس این ابعاد، چند سبک اصلی فرزندپروری مطرح می‌شود:

۱. سبک فرزندپروری اقتدارگرایانه / سخت‌گیرانه:

در این سبک، والدین:

- ✓ بسیار سخت‌گیرند،
- ✓ خواسته‌های بالا و گاه غیرواقع‌بینانه دارند،
- ✓ انعطاف کمی نشان می‌دهند،
- ✓ بیشتر تنبیه‌گرند،
- ✓ و توجه کمتری به نیازهای کودک دارند.
- ✓ امکان آزار جسمی و جنسی از طرف والدین وجود دارد.

پیامدهای احتمالی در فرزند:

خشم درونی

اضطراب

افسردگی

افکار خودکشی

کمال گرایی افراطی برای جلب رضایت والدین

۲. سبک فرزندپروری مقتدرانه

این سبک، مطلوب ترین سبک فرزندپروری در نظر گرفته می شود.

در این سبک، والدین:

✓ انتظارات روشن دارند،

✓ منعطف اند،

✓ واقع بین هستند،

✓ قابلیت مذاکره دارند،

✓ محبت می کنند،

✓ و در عین حال راهنمایی مناسب ارائه می دهند.

✓ معمولاً خصومت زیادی نشان نمی دهند.

پیامدهای احتمالی:

* این سبک معمولاً به رشد فردی سالم، متعادل و مسئولیت پذیر منجر می شود.

۳. سبک فرزندپروری بی تفاوت / غافل:

در این سبک، والدین حضور و درگیری کمی در فرزندپروری دارند.

ویژگی های این سبک:

✓ راهنمایی کم

✓ توجه اندک به نیازهای کودک

✓ بی تفاوتی هیجانی (عدم ابراز محبت نسبت به فرزند)

پیامدهای احتمالی:

انزوا

عزت نفس پایین

افت عملکرد تحصیلی

بی اعتمادی

۴. سبک فرزند پروری سهل گیر / آسان گیر

در این سبک، والدین:

- ✓ خواسته های کمی دارند،
- ✓ قوانین محدود و نامشخصی وضع می کنند،
- ✓ رفتار کودک را نادیده می گیرند،
- ✓ و در تنبیه و محدودیت گذاری ثبات ندارند.

پیامدهای احتمالی:

👉 پر خاشگری

👉 رفتارهای پرخطر

👉 داد و فریاد

👉 احتمال مصرف مواد

گاهی در این خانواده ها مرز بین والد و فرزند به هم می خورد و حتی ممکن است کودک ناچار شود نقش والد را ایفا کند؛ وضعیتی که بسیار آسیب زاست.

اوایل جوانی

ویژگی های جسمانی اوایل جوانی:

با حرکت از نوجوانی به سمت جوانی، بدن هنوز قدرت و توان زیادی دارد.

به همین دلیل، افراد جوان ممکن است سریع تر از آسیب ها بهبود پیدا کنند، فشارهای جسمی بیشتری را تحمل کنند و تصور کنند سبک زندگی ناسالم برایشان مشکلی ایجاد نمی کند.

برای مثال ممکن است پر خوری کنند ولی سریع چاق نشوند، کم بخوابند ولی همچنان پر انرژی باشند، شب زنده داری کنند و احساس نکنند آسیبی دیده اند.

👉 اما باید توجه داشت که آثار این رفتارها تجمعی است و در سنین بالاتر پیامدهای خود را نشان می دهد.

ویژگی های سلامت در نوجوانی و جوانی

۱. انگیزه ورزش

نوجوانان و جوانان معمولا به خاطر سلامتی ورزش نمی کنند؛ بلکه انگیزه اصلی آن ها جذابیت ظاهری و بهبود شکل بدنشان است.

۲. رفتارهای پرخطر

این گروه سنی بیشتر در معرض تصادفات هستند، چون تمایل دارند با سرعت بالاتری رانندگی کنند.

۳. سلامت عمومی

به طور کلی، کودکان و جوانان نسبت به افراد مسن تر از وضعیت سلامت بهتری برخوردارند.

۴. اختلاف طبقاتی در سلامت

شکاف طبقاتی در نظام سلامت، در این سنین کمتر دیده می شود. به نظر می رسد دسترسی به خدمات سلامت در این دوره، برای اغلب افراد تقریبا یکسان است.

علل اصلی مرگ و میر در نوجوانی و جوانی

مهم ترین عوامل مرگ و میر در این سنین عبارت اند از:

☞ سوء مصرف مواد

☞ مصرف الکل

☞ رانندگی در حالت مستی

☞ خودکشی

چاقی و پر خوری: یک نگرانی نیازمند توجه

سبک زندگی کم تحرک، افزایش استفاده از خودرو و پر خوری از عواملی هستند که به چاقی در کودکان و نوجوانان منجر می شوند. این یکی از نگرانی های جدی امروزی است.

هرگونه مداخله برای بهبود سلامت و رفاه نوجوانان و جوانان باید سبک زندگی این گروه سنی را هدف قرار دهد.

نگرانی های رایج نوجوانان و جوانان

برخی از نگرانی هایی که در این دوره شایع اند شامل موارد زیر هستند:

- ✓ آکنه
- ✓ نگرانی درباره ی رشد جنسی
- ✓ آلرژی ها
- ✓ خستگی
- ✓ سردرد
- ✓ نگرانی درباره ی اندازه و فرم بدن
- ✓ شکل صورت
- ✓ رژیم غذایی
- ✓ ورزش

این مسائل می توانند بر تصویر بدنی، عزت نفس و سلامت روان نوجوان و جوان اثر بگذارند.

پیری و سالمندی

پیری یک فرایند طبیعی و اجتناب ناپذیر در چرخه زندگی انسان است که ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی را در بر می گیرد. در گذشته سالمندی بیشتر از دیدگاه پزشکی و به عنوان مجموعه ای از تغییرات جسمانی بررسی می شد، اما امروزه تأکید بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی* است؛ رویکردی که علاوه بر تغییرات جسمی، به عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی نیز توجه می کند.

*Biopsychosocial

شروع سالمندی زمان ثابتی ندارد و از فردی به فرد دیگر، از فرهنگی به فرهنگ دیگر و حتی از منطقه ای به منطقه دیگر متفاوت است. افزایش امید به زندگی در جوامع امروزی باعث شده است که سالمندان حضور پررنگ تری در جامعه داشته باشند و سالمندی به عنوان مرحله ای مهم از زندگی مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

مدل های نگرش به سالمندی:

- مدل زیستی-پزشکی:** در این دیدگاه، پیری بیشتر به عنوان مجموعه ای از تغییرات جسمانی و فرسودگی بدن در نظر گرفته می شود.
- مدل زیستی-روانی-اجتماعی:** رویکردی جامع که علاوه بر تغییرات جسمی، عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی را نیز در نظر می گیرد.
- مدل مادام العمر (Life-span):** در این دیدگاه، پیری فرایندی تدریجی در سراسر زندگی انسان است و محدود به یک دوره خاص نیست.

- ✓ هیچ دلیل زیستی قطعی برای بازنشستگی اجباری در سنین مشخص وجود ندارد.
- ✓ ورود به سالمندی فرایندی تدریجی و فردی است.
- ✓ افزایش امید به زندگی باعث شده جمعیت سالمندان در بسیاری از جوامع افزایش یابد.

ایجیسم (Ageism) یا تبعیض سنی

Ageism به پیش داوری، کلیشه سازی یا تبعیض علیه افراد صرفاً به دلیل سن آن ها گفته می شود. این پدیده در بسیاری از جوامع مدرن که جوانی ارزش بالایی دارد، بیشتر مشاهده می شود.

نمونه هایی از Ageism در جامعه:

- ✓ ارزش گذاری بیش از حد به جوانی
- ✓ تصور اینکه افزایش سن به طور اجتناب ناپذیر باعث کاهش توانایی های ذهنی و جسمی می شود
- ✓ نادیده گرفتن توانایی یادگیری و مشارکت اجتماعی سالمندان
- ✓ تمرکز زیاد فناوری و پزشکی بر به تعویق انداختن پیری

این باور که «هر چه سن تقویمی بالاتر برود، ناگزیر ذهن و بدن انسان رو به افول می رود.» یک کلیشه نادرست است. سن به تنهایی تعیین کننده توانایی های ذهنی و جسمی نیست.

پژوهش ها (براساس یافته های جروم) نشان می دهند که سالمندی لزوماً نباید فقط بر اساس سن تقویمی تعریف شود، بلکه احساس درونی فرد نسبت به سن خود و نحوه رفتار او نیز اهمیت دارد.

هویت سنی

هویت سنی به درکی اشاره دارد که فرد از سن خود دارد. این هویت ثابت نیست و در طول زمان و در تعامل با محیط تغییر می کند.

گاهی اوقات ممکن است افراد سالمند احساس کنند از نظر درونی هنوز جوان هستند. در چنین حالتی نوعی ناهماهنگی میان احساس درونی فرد و وضعیت جسمانی یا ظاهری او به وجود می آید. این وضعیت گاهی به شکل «جوانی در بدنی پیر» توصیف می شود.

- ✓ هویت سنی فرایندی پویا و متغیر است، نه یک برجسب ثابت.
- ✓ افراد سالمند ممکن است خود را جوان تر از سن واقعی شان احساس کنند.
- ✓ افرادی که ارزش زیادی برای ظاهر جسمانی قائل اند، ممکن است سالمندی دشوارتری را تجربه کنند و معمولاً با بالا رفتن سن، نسبت به بدن خودشان ناراضیتری احساس می کنند.
- ✓ توجه به ارزش های درونی می تواند سازگاری با افزایش سن را آسان تر کند.

تغییرات شناختی در سالمندی

در باور عمومی، سالمندان اغلب افرادی فراموشکار، افسرده و ناتوان در یادگیری تلقی می‌شوند، اما تحقیقات علمی تصویر دقیق‌تری ارائه می‌دهد. بسیاری از سالمندان همچنان توانایی یادگیری و تفکر مؤثر را حفظ می‌کنند، هرچند ممکن است برای بازیابی اطلاعات به زمان بیشتری نیاز داشته باشند.

نکات بالینی در ارتباط با سالمندان:

- * برای صحبت با سالمندان محیطی آرام و بدون مزاحمت فراهم شود.
- * به آن‌ها زمان کافی برای پاسخ دادن داده شود.
- * کاهش شنوایی یا مشکلات جسمی احتمالی بررسی شود.
- * کندی در پاسخ‌دهی لزوماً به معنای کاهش هوش نیست.

مقایسه مطالعات طولی و مقطعی

تفاوت نتایج مطالعات درباره سالمندی تا حد زیادی به نوع روش پژوهش بستگی دارد:

مطالعات مقطعی (مقایسه گروه‌های سنی مختلف): معمولاً اختلاف زیادی در حافظه و هوش نشان می‌دهد و افت شناختی بیشتری گزارش می‌شود.

مطالعات طولی (پیگیری یک گروه از افراد در طول زمان): نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که کاهش توانایی شناختی در بسیاری از افراد بسیار کمتر از آن چیزی است که تصور می‌شود.

رابطه سن و هوش (براساس مطالعات طولی در مقایسه با مطالعات مقطعی)

براساس یافته‌های مطالعات طولی:

۱. هوش از سنین حدود ۲۵ سالگی تا حدود ۵۵ سالگی اوج می‌گیرد.

۲. پس از ۵۵ سالگی، افت تدریجی هوش آغاز می‌شود، اما این افت در مطالعات طولی بسیار اندک است؛ به طوری که هوش در سنین سالمندی دوباره به سطح ۲۵ سالگی برمی‌گردد.

در مقابل، مطالعات مقطعی معمولاً اختلاف بیشتری در هوش بین جوانان و سالمندان نشان می‌دهند.

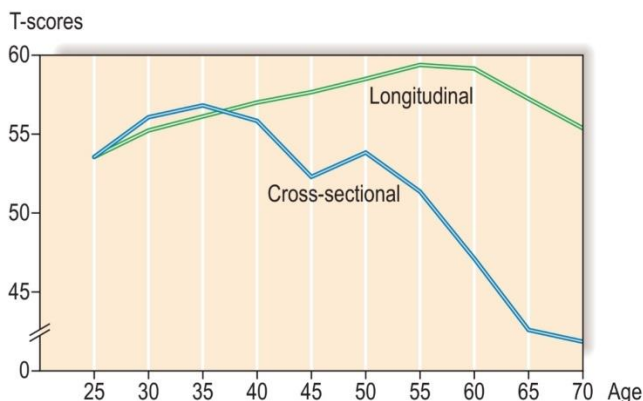


Fig. 7.1 Findings from cross-sectional and longitudinal studies of intelligence and age.

یکی از دلایلی که در مطالعات مقطعی، جوانان باهوش‌تر از سالمندان ارزیابی می‌شوند، انفجار اطلاعات و رشد سریع تکنولوژی در دهه‌های اخیر است.

- ✓ نسل جوان در محیطی با دسترسی بیشتر به اطلاعات و ابزارهای دیجیتال رشد کرده‌است.
- ✓ این موضوع لزوماً به معنای کاهش هوش ذاتی در سالمندان نیست، بلکه نشان‌دهنده تفاوت نسلی در فرصت‌های یادگیری و آشنایی با ابزارهای نوین است.

دمانس (dementia) و بیماری آلزایمر

دمانس مجموعه‌ای از اختلالات شناختی است که باعث کاهش حافظه، تفکر و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره می‌شود. یکی از شایع‌ترین انواع آن بیماری آلزایمر است.

در آلزایمر گاهی از اصطلاح «از دست رفتن خود» استفاده می‌شود، زیرا فرد به تدریج احساس هویت شخصی و اجتماعی خود را از دست می‌دهد.

افراد دارای دو بعد **هویت شخصی***، یعنی احساس فرد از یگانگی و فردیت خود و بعد **هویت اجتماعی**، یعنی بخشی از فرد که در تعامل با دیگران شکل می‌گیرد برخوردار هستند.

در درمان دمانس، **رویکرد فردمحور (Person-centered)** توصیه می‌شود؛ یعنی به جای تمرکز صرف بر بیماری، به شخصیت و نیازهای فرد توجه کنیم.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دمانس دارد. افرادی که حمایت اجتماعی قوی‌تری دارند، معمولاً تغییرات رفتاری کمتری نشان می‌دهند.

* استفاده از واژه‌های «من» و «مرا» در گفتار نشانه همین هویت شخصی است.

نقش فعال سالمندان در جامعه

۱. در کشور هلند، یک حزب مخصوص سالمندان وجود دارد که برای حقوق آن‌ها تلاش می‌کند.

۲. در فرهنگ خودمان، نقش پدربزرگ و مادربزرگ در مراقبت از نوه‌ها حیاتی است. حتی بسیاری از والدین شاغل نیز معتقدند که اگر پدر و مادرشان نبودند، حتماً کارشان را از دست می‌دادند.

۳. در ایران هم قانون افزایش سن بازنشستگی به ۶۵ سال نشان می‌دهد که جامعه به حضور فعال‌تر سالمندان نیاز دارد.

✓ در نتیجه دیگر نمی‌توان پذیرفت که بگوییم بعد از ۵۰ سالگی افراد باید کنار بروند و خانه‌نشین شوند. سالمندان امروزی نقش فعالی در جامعه دارند.

سوگ و داغ‌دیدگی

سوگ واکنشی طبیعی به فقدان است و می‌تواند ابعاد هیجانی، جسمی، اجتماعی و معنوی داشته باشد.

مفاهیم مرتبط با سوگ:

Bereavement (داغ‌دیدگی): فرایند کلی سازگاری با مرگ یا فقدان یک عزیز.

Grief (اندوه یا سوگ): واکنش عاطفی فرد نسبت به فقدان.

Mourning (عزاداری): ابراز بیرونی و اجتماعی اندوه.

مراحل سوگ:

سوگ معمولاً به صورت یک فرایند چند مرحله ای تجربه می شود:

* ۱. شوک و بی حسی اولیه

واکنش ابتدایی فرد به خبر فقدان.

* ۲. اشتیاق و جستجو

فرد دلتنگی شدیدی را تجربه می کند و گاهی به طور ناخودآگاه به دنبال فرد از دست رفته می گردد.

* ۳. افسردگی و سردرگمی

فرد به تدریج غیرقابل بازگشت بودن فقدان را درک می کند.

* ۴. بازسازی و سازگاری

فرد یاد می گیرد زندگی جدیدی را بدون حضور فرد از دست رفته سامان دهد.

بر اساس مدل دوگانه سوگ، فرد داغ دیده بین دو حالت نوسان می کند:

🌊 تمرکز بر فقدان و تجربه اندوه

🌊 تلاش برای بازسازی زندگی و بازگشت به فعالیت های روزمره

ابعاد واکنش های سوگ:

بعد هیجانی: احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب، بی حسی یا خشم

بعد جسمی: علائمی مانند تپش قلب، تهوع، سردرد، تنگی نفس، گرفتگی گلو، سرگیجه، اسهال، یبوست

بعد شناختی: فراموشی، اختلال تمرکز، سردرگمی

بعد اجتماعی: کناره گیری از دیگران، کاهش فعالیت اجتماعی

بعد معنوی: شک در باورهای دینی یا از دست دادن احساس معنا در زندگی

:

* در رابطه با بعد معنوی واکنش های سوگ همچنین می توان گفت که فرد ممکن است دائماً به مرگ خودش فکر کند، یا صدای فرد مرده را بشنود یا او را ببیند (توهمات خفیف سوگ)، و حتی احساس ناامیدی نسبت به خدا پیدا کند.

انواع سوگ غیرطبیعی

در برخی موارد واکنش سوگ از حالت طبیعی خارج می شود.

سوگ تأخیری (delayed): واکنش سوگ با فاصله زمانی طولانی بروز می کند.

سوگ مزمن (chronic): اندوه شدید برای مدت بسیار طولانی ادامه می کند.

✓ این سوگ، معمولاً در افرادی رخ می دهد که با متوفی رابطه دوگانه (عشق و نفرت) داشتند یا وابستگی شدید به او داشتند.

سوگ پنهان (masked): اندوه به صورت غیرمستقیم و اغلب در قالب علائم جسمی ظاهر می‌شود.

این علائم جسمی گاهی شبیه علائمی است که فرد متوفی در زمان حیات داشته. مثلاً کسی که عزیزش بر اثر بیماری قلبی فوت کرده، ممکن است دچار درد قفسه سینه شود. این علائم معمولاً در سالگرد وفات تشدید می‌شوند.

سوگ مبالغه‌آمیز (exaggerated): واکنش هیجانی بسیار شدید که ممکن است به اختلالات روانی منجر شود.

در این نوع سوگ، احتمال خودکشی وجود دارد. این افراد حتماً به درمان تخصصی نیاز دارند.

سوگ غایب (absent): فرد به طور آشکار هیچ واکنش سوگواری نشان نمی‌دهد.

به عنوان مثال: سربازانی که جسدشان پیدا نشده است. خانواده آن‌ها نمی‌توانند باور کنند که عزیزشان واقعاً مرده، بنابراین سوگواری نمی‌کنند.

سوگ به رسمیت شناخته نشده (disenfranchised): نوعی سوگ که جامعه آن را جدی نمی‌گیرد؛ مانند سوگ ناشی از سقط جنین، طلاق، از دست دادن حیوان خانگی یا بیکاری.

به عنوان مثال: تشخیص سرطان، از دست دادن باروری، وابستگی جسمی ناشی از معلولیت، جابه جایی به شهر جدید، مرگ فردی که با او رابطه پنهانی داشته‌اید. حتی متخصصان سلامت روان نیز ممکن است این نوع سوگ را نادیده بگیرند!

عوامل مؤثر بر شدت سوگ:

- ✓ ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان فرد
- ✓ نوع رابطه با فرد متوفی
- ✓ شرایط مرگ (ناگهانی یا تدریجی بودن)
- ✓ میزان حمایت اجتماعی
- ✓ باورهای فرهنگی و مذهبی

عوامل تشدیدکننده خاص:

- * اگر فرد داغ‌دیده فرزند خردسال داشته باشد و همسرش را از دست داده باشد، سوگ بسیار سخت‌تر می‌شود.
- * وابستگی بیش از حد و بیمارگونه به فرد متوفی (به طوری که فرد بدون او توانایی زندگی نداشته باشد)، سوگ را تشدید می‌کند.
- * اگر رابطه فرد با متوفی دوگانه باشد (هم عشق و هم نفرت)، این تناقض عاطفی باعث می‌شود سوگ طولانی‌تر و پیچیده‌تر شود. «این عامل به ویژه در سوگ مزمن دیده می‌شود.»

مدیریت و حمایت در سوگ

حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل کمک‌کننده به سازگاری با فقدان است. بسیاری از افراد داغ‌دیده با کمک خانواده و دوستان با سوگ کنار می‌آیند و نیاز به مداخله تخصصی ندارند.

با این حال در مواردی که سوگ شدید، طولانی یا مختل‌کننده باشد، ارجاع فرد به روانشناس بالینی یا روانپزشک ضروری است.

بیشتر مردم با کمک خانواده و دوستان از سوگ عبور می‌کنند و نیازی به مداخله تخصصی ندارند؛ اما در موارد پیچیده مثل «سوگ مزمن، مبالغه‌آمیز یا دارای خطر خودکشی» ارجاع به روان‌شناس یا روان‌پزشک ضروری است.