

شماره ۲۴_۲۳

دیدهبان روان‌شناسی ایران

Iranian Monitor on Psychology

پایگاه خبری - تحلیلی و ترویجی
انجمن روان‌شناسی ایران

دستگاه
۱۴۰۴
۱۴۰۵
۱۴۰۱



www.iranpa.org



شماره ۷۴-۷۳

دیده‌بان روان‌شناسی ایران

Iranian Monitor on Psychology

زمستان ۱۴۰۴ - بهار ۱۴۰۵

Winter & Spring 2026

این نشریه زیر نظر هیئت مدیره انجمن روان‌شناسی ایران و با بهره‌گیری از رهنمودهای صاحب‌نظران روان‌شناسی کشور منتشر می‌شود.



فصلنامه دیده‌بان روان‌شناسی ایران
پایگاه خبری - تحلیلی و ترویجی انجمن روان‌شناسی ایران
(نشریه داخلی)

شماره ۷۳-۷۴، زمستان ۱۴۰۴ و بهار ۱۴۰۵

مدیر مسئول

دکتر حمید پورشریفی

سر دبیر

دکتر ندا علی بیگی

معاون سر دبیر

دکتر حمیرا ورمقانی

مدیر اجرایی

یاسمین صفا

انجمن روان‌شناسی ایران با هدف گسترش، پیشبرد و ارتقای علم روان‌شناسی تشکیل شده است و بالغ بر ۴۷۴۳۱ عضو دارد؛ از این تعداد ۱۰۹۳ نفر عضو پیوسته دارای مدرک دکتری تخصصی، ۱۳۵۶۶ نفر عضو پیوسته کارشناس ارشد، ۲۰۴۲۹ نفر عضو وابسته، ۱۲۳۲۷ نفر عضو دانشجویی و ۹ عضو مؤسساتی و ۷ نفر عضو افتخاری هستند.

آدرس انجمن روان‌شناسی ایران:

تهران، سید خندان، ابتدای سپهرودی شمالی، کوچه سلطانی (قرقاول)، پلاک ۳۷، طبقه سوم

کدپستی: ۱۵۵۵۷۱۶۷۵۵

تلفن: ۸۶۱۲۰۲۶۴، فکس: ۸۶۱۲۰۲۶۴

وب سایت انجمن: www.iranpa.org، آدرس پست الکترونیک: iranpa@iranpa.org

کانال تلگرام انجمن روان‌شناسی ایران: [telegram.me/iranpsyasso](https://t.me/iranpsyasso)

صفحه اینستاگرام انجمن روان‌شناسی: <https://instagram.com/iranpsyasso>

کانال یوتیوب انجمن روان‌شناسی ایران: <https://youtube.com/@iranpsyasso>

همکاران این شماره

یاسمن صفا

فریده اسدی

هانیه رسولی

مسئولیت صحت مندرجات مقاله‌ها با نویسندگان است



فهرست

	۳	• سخن نخست
	۶	• راهنمای سلامت روانی - اجتماعی (بازنشر مطالب مربوط به جنگ دوازده روزه)
	۱۱	• یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران
	۱۶	• یادداشت‌ها و تازه‌های علمی
معرفی کنگره و محورهای آن، سخن رئیس کنگره، سخن دبیر علمی کنگره		
<ul style="list-style-type: none"> ○ مهاجرت و سلامت روان: مرور نظام‌مند پیامدهای روانی اجتماعی بر مهاجران، تحلیل عوامل خطر و مداخلات بالینی ○ ترومای خاموش مهاجرت: اثرات روانی - اجتماعی سیاست‌های مهاجرتی جدید آمریکا ○ استرس فرهنگ‌پذیری و سلامت روان نوجوانان مهاجر ○ عوامل عصبی-آموزشی مؤثر بر رشد شناختی و هیجانی کودکان مهاجر بدون همراه: تأثیر ترومای مهاجرت ○ بررسی عوامل اجتماعی-محیطی پس از مهاجرت با مشکلات سلامت روان در پناهجویان ○ ترومای مهاجرت ○ زنان و خودکشی: پیشگیری از خودکشی (قسمت اول) ○ زنان و خودکشی: پیشگیری از خودکشی (قسمت دوم) ○ روان‌شناسی زنان: تاب‌آوری و تغییرات اقلیمی (خلاصه و تأملی بر گزارش برنامه توسعه ملل متحد زنان، تاب‌آوری و تغییر اقلیم: تجربه‌هایی از اروپا و آسیای مرکزی و مناطق اطراف) ○ روایتی از جایگاه زنان در علوم اعصاب ایران ○ اهمیت تصویر بدنی در زنان: The importance of body image in women ○ روان‌شناسی تاب‌آوری زنان در سیطره شبکه‌های اجتماعی ○ عوامل مؤثر در شکل‌گیری هویت روانی تاریخی ○ هم‌ارایی و یک‌پارچگی فرآیند رشد و تحول در زنان ○ نقش‌های چندگانه زنان: چالش‌ها و فرصت‌ها و پیامدهای آن بر سلامت روان 		
	۳۴	• سایر یادداشت‌ها
معرفی ۲ کتاب جدید	۵۵	• معرفی کتاب‌های جدید
معرفی ۱ چکیده پایان‌نامه	۵۶	• چکیده پایان‌نامه دکتری
<ul style="list-style-type: none"> ○ گزارش اقدامات انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۴۰۴ ○ اقامتی از انجمن روان‌شناسی ایران برای آمادگی روان‌شناسان در درمان آسیب دیدگان جنگ اخیر ○ دسترسی رایگان به مشاوره با روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب، ویژه افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر ○ زیر چتر همدلی: خدمات مشاوره حضوری رایگان، برای افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر ○ زیر چتر همدلی: اطلاعیه برگزاری وبینار سوپرویژن گروهی آنلاین ○ نامه انجمن روان‌شناسی ایران به وزیر علوم، تحقیقات و فناوری پیرامون بررسی علمی ابعاد و پیامدهای روان‌شناختی شرایط اجتماعی اخیر ○ ویدئوی راهم‌ای عمل روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب ارائه مشاوره رایگان به افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر ○ دعوت از روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب ○ راهم‌ای عمل روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب ارائه مشاوره رایگان به افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر ○ اطلاعیه مهم: اختلال در عضویت از طریق سایت انجمن ○ جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران ○ مسابقه علمی پاییز ۱۴۰۴ با موضوع: «روان‌شناسی تروما» و نتایج مسابقه ○ اولین جلسه مشترک هیئت مدیره انجمن و روسا و دبیران گروه‌های تخصصی انجمن روان‌شناسی ایران برگزار شد ○ گروه تخصصی درمان‌های شناختی رفتاری انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد ○ گروه تخصصی روان‌شناسی مشاوره انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد ○ گروه تخصصی کودک، نوجوان و خانواده انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد ○ نشست گروه تخصصی روان‌شناسی ورزشی با اعضای انجمن روان‌شناسی ایران با موضوع: همفکری، نظرسنجی و برنامه ریزی برای فعالیت گروه براساس نظرات اعضا" 	۵۷	• اخبار و اطلاعیه‌های انجمن روان‌شناسی ایران
	۶۵	• گروه‌های تخصصی
معرفی ۵ مجله	۶۷	• مجله‌های انجمن روان‌شناسی ایران
	۷۰	• برنامه شنبه شب‌ها و سخنرانی‌های ماهانه
	۷۱	• کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی
	۸۲	• شرایط و تسهیلات عضویت در انجمن
	۸۴	• تقدیرنامه‌های انجمن روان‌شناسی ایران



سخن نخست

سال ۱۴۰۴ با همه رخدادهای تلخ و شیرین‌اش، که البته متأسفانه تلخی‌هایش می‌چربید به پایان رسید و سالی جدید را آغاز می‌کنیم با کلی امید و آرزو.

در سالی که گذشت، انجمن روان‌شناسی ایران، بزرگترین انجمن علمی روان‌شناسی کشور، در راستای اصلی‌ترین وظیفه خود، یعنی «گسترش، پیشبرد و ارتقای علم روان‌شناسی» و همچنین در راستای ایفای مسئولیت‌های حرفه‌ای و اجتماعی اقدامات متنوعی را انجام داد. گزارش ۸۸ صفحه‌ای اقدامات انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۴۰۴ در سایت انجمن درج شده است (<https://iranpa.org/report1404/>).

انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۴۰۴، بار دیگر موفق به کسب رتبه A از کمیسیون انجمن‌های علمی شد. این چهاردهمین سال پیاپی است که انجمن قادر به کسب رتبه برتر، A و A+ در عملکرد سالانه شده است. در این سال، در عین حال، وزیر علوم، تحقیقات و فناوری، از انجمن روان‌شناسی ایران بابت کنشگری متعهدانه در جنگ دوازده روزه تقدیر به عمل آورد.

در اول مهرماه ۱۴۰۴، به واسطه دریافت نامه معاون پژوهشی وزیر علوم و رئیس کمیسیون انجمن‌های علمی وزارت علوم، هیئت مدیره دوره دوازدهم فعالیت خود را به صورت رسمی آغاز کرد: دکتر حمید پورشریفی (رئیس)، دکتر شیوا دولت‌آبادی (نایب‌رئیس)، دکتر حمیدرضا حسن‌آبادی (خزانه‌دار) و آقایان دکتر نادر منیرپور، دکتر حمید یعقوبی، دکتر محمدعلی نظری و دکتر ناصر صبحی قراملکی (اعضای اصلی هیئت مدیره) و دکتر بهروز دولتشاهی (بازرس). شایان ذکر است انتخابات دوره دوازدهم بهمن ماه ۱۴۰۳ برگزار شده بود.

جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران، که در پاییز ۱۴۰۲ شکل گرفته بود، امسال، در جلسه آذرماه، دوساله شدن خود را جشن گرفت. در سال ۱۴۰۴ اعضای جامعه پیش‌کسوتان در ده جلسه ماهانه حضور یافتند. این نظم در برگزاری جلسات حاکی از تعهد پیش‌کسوتان ارجمند به مسائل رشته، حرفه و کشور است. در این جلسات، اعضای این جامعه، ضمن برخورداری از لحظات ارزشمند با هم بودن، مسائل مهم حرفه و جامعه را مورد بررسی قرار دادند و در مواقع لازم از طریق نوشتن نامه به مسئولان امر، به ایفای مسئولیت اجتماعی خود پرداختند. همچنین تجارب آنها ضبط شده و از طریق رسانه‌های انجمن در اختیار جامعه روان‌شناسی کشور، به‌ویژه نسل جوان قرار گرفته است. جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران، از مهم‌ترین سرمایه‌های حرفه ارزشمند روان‌شناسی و انجمن روان‌شناسی ایران محسوب می‌شود. وداع با زنده‌یاد دکتر حسن‌پاشا شریفی، از تلخ‌ترین رخدادهای امسال بود که کام جامعه روان‌شناسی کشور، به ویژه هیئت مدیره انجمن و اعضای جامعه پیش‌کسوتان را تلخ کرد.

انجمن روان‌شناسی ایران، در سال‌های گذشته، همیشه در بحران‌ها و بلاها، در حد توان، از طریق مشارکت در حمایت‌های روانی - اجتماعی، به مسئولیت اجتماعی خود عمل کرده است. در سال ۱۴۰۴ اولین رخداد تلخ، حادثه بندرعباس در اردیبهشت‌ماه بود. انجمن طی فراخوانی از داوطلبان برای ارائه خدمات حمایت روانی - اجتماعی از حادثه دیدگان دعوت کرد و فهرست داوطلبان را در اختیار دفتر سلامت روانی وزارت بهداشت قرار داد تا اعزام بر اساس اولویت انجام شود. در خردادماه، متأسفانه شاهد جنگ تحمیلی دوازده روزه‌ای شدیم که ابعاد روان‌شناختی در خور توجهی داشت. انجمن ابتدا به تنهایی، و در ادامه با درخواست دفتر سلامت روانی وزارت بهداشت و همراهی انجمن علمی روان‌پزشکان، نسبت به نوشتن «راهنمای سلامت روان برای شرایط جنگ» و



«راهنمای سلامت روانی- اجتماعی در شرایط ناشی از حملات اخیر» اقدام نمود. انتشار این راهنماها مورد استقبال گسترده قرار گرفت. از مهمترین اقدامات انجمن در جنگ دوازده روزه، برگزاری دوره آموزشی رایگان «حمایت‌های روانی اجتماعی در بحران»، در همراهی با دفتر سلامت روانی وزارت بهداشت، انجمن علمی روان‌پزشکان ایران و انجمن علمی روان‌درمانی ایران بود که با وجود ضعیف بودن اینترنت، بیش از ۶۰۰۰ نفر از متخصصان سلامت روان در این دوره به صورت آنلاین شرکت کردند و فیلم آن برای دسترسی بعدی در رسانه‌های انجمن منتشر شد که در حال حاضر نیز قابل دسترسی است.

در دی‌ماه سال ۱۴۰۴، با رخدادهای بسیار تلخی مواجه شدیم که انجمن را به ایفای مسئولیت اجتماعی خود رهنمون کرد. اولین اقدام انجمن، نامه به وزیر علوم، پیرامون بررسی علمی ابعاد و پیامدهای روان‌شناختی شرایط اجتماعی بود. این نامه به دنبال بیانیه و فراخوان وزارت علوم انجام شد. متن نامه انجمن در رسانه‌های انجمن درج شده است. تعداد آسیب دیدگان، افراد درگیر در سوگ و افراد دچار اضطراب، ضرورت دسترسی افراد آسیب دیده به خدمات روان‌شناختی قابل اعتماد و رایگان را ایجاب کرد. این چنین بود که انجمن روان‌شناسی ایران در همراهی با انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، از روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب برای ارزیابی مشاوره رایگان دعوت کرد. در مدت کوتاهی ۱۰۳۴ نفر اعلام آمادگی کردند و در گام اول، دسترسی بیش از ۵۰۰ متخصص سلامت روان از طریق سایت مرکز مشاوره انجمن فراهم شد. این اقدام به صورت وسیعی، توسط حداقل ۲۰ رسانه رسمی کشور اطلاع رسانی شد. به منظور هماهنگی در ارائه خدمات و رعایت اصول علمی و اخلاق حرفه‌ای، راهنمای عمل تدوین شد و در یک جلسه آنلاین، با حضور ۴۸۹ نفر از داوطلبان مورد بررسی قرار گرفت. همچنین مشکل برخی از شهروندان در مراجعه به مشاوره‌های غیرحضوری باعث شد از مراکز مشاوره‌ای که علاقمند ارائه مشاوره حضوری رایگان بودند دعوت به عمل آید و اسامی آنها در رسانه‌های انجمن اطلاع رسانی شد.

متأسفانه در اسفندماه ۱۴۰۴، با جنگ تحمیلی دیگری و این بار با ابعادی شدیدتر و گسترده‌تر مواجه شدیم. پیش‌بینی می‌شد با آسیب‌دیدگان زیادی مواجه شویم که اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را تجربه می‌کنند. این امر موجب شد ضرورت دسترسی روان‌شناسان کشور به درمان کوتاه مدت این اختلال، به ویژه روان‌شناسان مراکز سراج وزارت بهداشت توسط مدیرکل دفتر سلامت روانی آن وزارت مطرح شود. در اقدامی سریع توسط رئیس انجمن روان‌شناسی ایران، کتابی ۱۵۰ صفحه‌ای با عنوان «درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت مبتنی بر تروما (TF-BCBT)» که پیش‌نویس آن از قبل توسط ایشان تهیه شده بود نهایی شد و به صورت رایگان ابتدا در سایت انجمن روان‌شناسی ایران درج (<https://iranpa.org/tf-cbt/>) و سپس از طریق بخش‌های مرتبط در وزارت بهداشت، وزارت علوم، سازمان بهزیستی کشور و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره به روان‌شناسان کشور معرفی شد. امید اینکه با معرفی هرچه بیشتر این کتاب به آحاد روان‌شناسان کشور و مطالعه دقیق آنها، امکان مداخلات کوتاه مدت برای آسیب دیدگان فراهم شود.

انجمن روان‌شناسی ایران، که در تأسیس سازمان نظام روان‌شناسی نقش مؤثر و تاریخی داشته است، طی سال‌های گذشته تلاش‌های مستمری در جهت استقرار قانون، تقویت استقلال سازمان و مقابله با آسیب‌ها و چالش‌های اداری آن انجام داده و همواره نسبت به سلامت و کارآمدی این نهاد صنفی-حرفه‌ای دغدغه‌مند بوده است. مطابق بیانیه انجمن در تیرماه سال ۱۴۰۴، انجمن در انتخابات پنجمین دوره شورای مرکزی و هیئت بازرسان، از فهرست یا فرد خاص حمایت نکرد. در طول انتخابات، رئیس انجمن، دکتر پورشریفی، در نقش «دبیر هیات مرکزی نظارت بر انتخابات شورای مرکزی و هیات بازرسان» و دکتر حسن‌آبادی، عضو هیات



مدیره، در نقش «عضو هیات مرکزی نظارت بر انتخابات شورای مرکزی و هیات بازرسان» در پایان بخشیدن به تاخیر پنج ساله انتخابات و پیشبرد انتخاباتی سالم، نقش آفرینی کردند. بعد از انتخابات، انجمن روان‌شناسی ایران، انتخاب دکتر آقاییوسفی را به عنوان رئیس سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره تبریک گفته و خطاب به ایشان نوشت: «انجمن روان‌شناسی ایران آمادگی خود را برای همکاری علمی، تخصصی و مشورتی با جناب‌عالی و دیگر اعضای محترم شورای مرکزی اعلام می‌دارد؛ با این انتظار که با توجه به نقدهای وارد بر عملکرد سازمان در دوره‌های گذشته، ریل‌گذاری مجددی در اداره امور صورت گیرد و تحولی معنادار در مسیر تحقق اهداف سازمان ایجاد شود...»

در سال ۱۴۰۴، در خصوص برگزاری کنگره، گردهمایی، سخنرانی‌های ماهانه و وبینارها اقدامات ارزنده‌ای انجام شد: دیدار نوری با روان‌شناسان (پنجشنبه، ۲۱ فروردین)؛ همایش گرامیداشت روز روان‌شناس و مشاور (دوشنبه ۸ اردیبهشت)؛ برگزاری مراسم گرامیداشت سی‌امین سال بازناتاسیس انجمن (یکشنبه ۳۰ شهریور)؛ فراخوان یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران (از آذرماه)؛ برگزاری هفت جلسه سخنرانی ماهانه انجمن؛ برگزاری سه جلسه از سومین دوره شبانه شبها با انجمن روان‌شناسی ایران و دهها گردهمایی مشترک با انجمن‌های علمی و دانشگاه‌های دیگر.

همانند سال‌های قبل، فعالیت‌های متنوع دیگری توسط انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۴۰۴ انجام شده است: برگزاری سه مسابقه علمی فصلی؛ انتشار ۵ شماره از مجله روان‌شناسی معاصر، انتشار ۳ شماره از مجله بین‌المللی روان‌شناسی، انتشار ۳ شماره از دیده‌بان روان‌شناسی ایران، انتشار مجله روان‌شناسی سلامت بالینی، مجله دانش روان‌شناسی؛ و مشارکت در انتشار مجلاتی که با همکاری انجمن روان‌شناسی ایران منتشر می‌شود؛ تداوم برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی همراه با تنوع‌بخشی به موضوع‌ها و مدرسان؛ راه‌اندازی ۶ گروه تخصصی جدید و ادامه فعالیت گروه‌های تخصصی قبلی؛ تفاهم‌نامه با دانشگاه اسکودار؛ تلاش برای راه‌اندازی مجدد شاخه دانشجویی که لازم است در سال جدید نهایی شود؛ اقداماتی برای ترویج اخلاق حرفه‌ای؛ تداوم فعالیت مرکز مشاوره انجمن و چندین اقدام دیگر.

اینک گام در سالی جدید می‌گذاریم، با چالش‌هایی و ظرفیت‌هایی. اگرچه می‌توان برای کاهش چالش‌ها گام برداشت، اما زندگی بدون چالش، امیدی‌واهی است. به‌نظر می‌رسد همراه با کاهش چالش‌ها و بیشتر از آن، لازم است از روان‌شناسی که پلی به سوی انسان سالم و جامعه سالم است، برای ظرفیت‌سازی‌ها کمک گرفت. روان‌شناسی معجزه هر دردی نیست، با وجود این، ابزارهای خوبی دارد برای ظرفیت‌سازی‌های روان‌شناختی فردی و اجتماعی. انجمن روان‌شناسی ایران سعی خواهد کرد در سال جدید در حد توان و با آگاهی از محدودیت‌های خویش و با بهره‌گیری از توانمندی اعضا در این راستا گام بردارد.

قرار بود در شماره ۷۳ دیده‌بان روان‌شناسی ایران (زمستان ۱۴۰۴) بحث مهاجرت پوشش داده شود. مطالب آماده انتشار بود که رخدادهای دی‌ماه هم اولویت‌ها را تغییر داد و هم دسترسی به اینترنت را تحت تاثیر قرار داد و این شماره منتشر نشد. در حال حاضر، شاهد انتشار همزمان شماره ۷۳ و شماره ۷۴ (بهار ۱۴۰۵) هستیم که علاوه بر مطالب قبلی، ضمن درج اخبار و اقداماتی از انجمن در زمستان، به مطالبی با تاکید بر جنگ تحمیلی اخیر پرداخته شود.

با آرزوی بهترین‌ها برای هم‌میهنان عزیز، هم‌حرفه‌ای و هم‌رشته‌ای‌های عزیز و به ویژه اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۴۰۵.

راهنمای سلامت روانی - اجتماعی (بازنشر مطالب مربوط به جنگ دوازده روزه)

راهنمای سلامت روانی - اجتماعی در شرایط ناشی از حملات اخیر

تهیه شده توسط انجمن روان‌شناسی ایران و انجمن علمی روانپزشکان ایران به درخواست دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



ضمن ابراز همراهی و همدردی با ملت بزرگ ایران و محکوم کردن تجاوز دشمن به حریم کشور عزیزمان، اعلام می‌کنیم که صلح و آرامش، بنیان سلامت روانی و اجتماعی جوامع انسانی و توسعه‌ی پایدار است و برای دستیابی به آن، رفع سایه‌ی جنگ و ناامنی امری

ضروری است. در شرایط ناشی از حملات اخیر، وجود اضطراب، ترس، اندوه و ناتوانی احساساتی طبیعی در افراد جامعه است. اما مهم است که بتوانیم با مدیریت صحیح، این دوران سخت را پشت سر بگذاریم.

این راهنمای مختصر با بهره‌گیری از توصیه‌های منابع علمی و توجه ویژه به ابعاد اجتماعی بحران تدوین شده و هدف آن، ارتقای تاب‌آوری فردی و جمعی، کاهش آسیب‌های روانی، و تقویت ارتباطات اجتماعی در شرایط ناشی از حملات اخیر است.

۱. سلامت روانی:

الف- پذیرش احساسات و مدیریت هیجانات

در شرایط ناشی از حملات اخیر، تجربه احساسات شدیدی مانند ترس، اضطراب، اندوه و خشم، طبیعی است. سرکوب هیجانات می‌تواند فشار روانی را افزایش دهد و منجر به مشکلات جسمی و روانی شود. راهکارهای زیر در تنظیم هیجانات مفید هستند:

- نام‌گذاری هیجانات: احساسات خود را شناسایی کنید و بپذیرید، تا بتوانید بهتر با آنها کنار بیایید.

- تنفس عمیق و تکنیک‌های آرام‌سازی: برای کاهش استرس، ورزش‌های ساده انجام دهید، از روش‌های مراقبه (مدیتیشن) استفاده کنید و بر لحظات حال متمرکز باشید.

- نوشتن احساسات: تجربیات و نگرانی‌های خود را بنویسید.

- حفظ عادات روزمره: در حد امکان، انجام فعالیت‌های عادی مانند خواب منظم، غذا خوردن در ساعات مشخص و حفظ برنامه‌های شخصی، به کاهش استرس کمک می‌کند. بنابراین در شرایط ناشی از حملات اخیر، عادات روزمره‌ی خود مانند خواندن، نوشتن یا تمرین‌های بدنی را حفظ کنید.

- اهمیت خواب و تغذیه مناسب: خواب کافی و با الگوی منظم داشته باشید. همچنین تغذیه سالم و متعادلی داشته باشید و سعی کنید وعده‌های غذایی را در زمان‌های مشخص و طبق عادات معمول مصرف کنید. همچنین از مصرف بیش از حد کافئین خودداری کنید تا باعث بیشتر شدن اضطراب نشود.

ب- محدودسازی دریافت اطلاعات

تداوم دریافت اخبار از منابع غیررسمی می‌تواند اضطراب و نگرانی را تشدید کند. برای محافظت از سلامت روانی، لازم است:



- تنها از منابع معتبر خبری استفاده کنید و از شایعات دوری کنید .
- مدت زمان مشاهده اخبار را مدیریت کنید و از قرار گرفتن مداوم در معرض اخبار ناگوار خودداری نمایید.
- روی اطلاعات کاربردی و ضروری تمرکز کنید و به جای پیگیری اخبار با جزئیات زیاد، فقط اطلاعاتی را دنبال کنید که برای زندگی روزمره شما مفید است.
- پ- حمایت روانی از کودکان و سالمندان
کودکان و سالمندان در بحران‌های ناشی از حملات اخیر آسیب‌پذیرتر هستند. مهم است که با حمایت روانی صحیح، احساس امنیت را در آن‌ها تقویت کنیم:
کودکان
- اطمینان‌بخشی: حملات نظامی را به صورت ساده و صادقانه، توأم با اطمینان‌بخشی و بدون ایجاد وحشت برای کودکان توضیح دهید.
- حفظ فعالیت‌های روزمره: روال عادی زندگی، مانند بازی، مطالعه، تعامل اجتماعی و سایر فعالیت‌های روزمره را ادامه دهید تا حس ثبات در کودکان تقویت شود.
- ایجاد فضای امن: در کنار کودک باشید، او را در آغوش بگیرید و از بازی‌های آرام‌بخش استفاده کنید.
سالمندان
- حفظ ارتباطات: سالمندان ممکن است احساس تنهایی بیشتری داشته باشند. بنابراین با آنها تماس بگیرید یا به دیدنشان بروید.
ارتباط منظم با آنها را حفظ کنید.
- مشارکت دادن سالمندان: در تصمیم‌گیری‌ها و گفتگوهای خانوادگی، آنها را نادیده نگیرید و اجازه دهید در گفتگوهای خانوادگی نقش داشته باشند. این کار احساس ارزشمندی‌شان را بیشتر می‌کند.
- اطمینان از دریافت اطلاعات صحیح: سالمندان ممکن است در معرض اخبار نادرست قرار بگیرند. بنابراین دسترسی به اطلاعات صحیح را برایشان فراهم کنید و از آنها بخواهید اخبار را از منابع معتبر دنبال کنند.
- توجه به نیازهای جسمی و روانی: از وضعیت سلامتی سالمندان اطمینان حاصل کنید، زیرا ممکن است به مراقبت‌های پزشکی و خدمات سلامت روان ویژه‌ای نیاز داشته باشند.
- ت- در صورت نیاز، از کمک تخصصی بهره ببرید
اگر علائم شدیدی مانند اختلال خواب، افکار آسیب‌زا یا بحران روانی را تجربه می‌کنید، بهتر است از متخصصان سلامت روان کمک بگیرید .
- ۲. سلامت اجتماعی:
- الف- نقش ارتباطات اجتماعی در کاهش اضطراب
حفظ روابط اجتماعی در شرایط بحرانی یکی از مهم‌ترین راهکارهای کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری روانی است. توصیه‌های زیر در این زمینه کاربرد دارند :
- ارتباط با خانواده و دوستان را قطع نکنید؛ حمایت عاطفی در این دوران ضروری است .



- اگر امکان دارد، ارتباط حضوری با اطرافیان را حفظ کنید و از تماس‌های تلفنی یا مجازی نیز بهره ببرید .
 - در گروه‌های حمایتی شرکت کنید تا حس امنیت و همدلی افزایش یابد .
 - ب- اطلاع‌رسانی مسئولانه و مقابله با شایعات
در شرایط ناشی از حملات اخیر ، انتشار اخبار نادرست می‌تواند باعث افزایش اضطراب عمومی و ایجاد نگرانی‌های کاذب شود. برای کنترل این موضوع :
 - قبل از انتشار هر خبری، درستی آن را بررسی کنید .
 - از منابع رسمی برای اطلاع‌رسانی استفاده کنید .
 - اگر دیگران دچار استرس ناشی از اخبار نامعتبر شده‌اند، اطلاعات درست را در اختیارشان قرار دهید .
 - پ- همیاری و کمک اجتماعی
در شرایط بحرانی، همدلی و کمک به دیگران می‌تواند به افزایش امید و کاهش اضطراب در جامعه کمک کند :
 - اگر امکان دارد، به افراد آسیب‌دیده کمک کنید؛ حتی حمایت‌های کوچک مانند تأمین غذا یا دارو .
 - با آسیب‌دیدگان همدردی کنید و از آنها حمایت عاطفی به عمل آورید.
 - در صورت امکان در فعالیتهای امدادی مشارکت کنید و در حد توان خود، بخشی از روند کمک‌رسانی باشید .
 - ت- حفظ نظم اجتماعی و پایبندی به مسئولیت‌های جمعی
جامعه در شرایط ناشی از حملات اخیر با چالش‌های زیادی روبرو است، اما حفظ نظم و مشارکت اجتماعی می‌تواند تأثیر مثبتی داشته باشد :
 - در اجرای قوانین و توصیه‌های ایمنی همکاری کنید تا امنیت جمعی حفظ شود .
 - اگر در فعالیتهای اجتماعی و امدادی شرکت می‌کنید، هماهنگی را رعایت کنید.
 - ث- حمایت روانی برای بازماندگان و خانواده‌های داغدار
بسیاری از افراد، عزیزان خود را در حملات اخیر از دست داده اند. ارائه حمایت عاطفی و همدلی در این دوران بسیار مهم است. برگزاری مراسم سوگواری ساده و گفت‌وگو درباره احساسات می‌تواند به کاهش فشار روانی کمک کند.
- و حرف آخر:
- حملات اخیر یک بحران شدید است که بر سلامت روان فردی و سلامت اجتماعی جامعه تأثیر می‌گذارد. در چنین شرایطی، پذیرش هیجانات، حفظ ارتباطات اجتماعی، مدیریت اطلاعات و حمایت از کودکان، سالمندان، بیماران، توان‌یابان و آسیب‌دیدگان، نقش مهمی در کاهش آسیب‌های روانی دارد. همچنین یادآوری ارزش‌های فردی و اجتماعی، فکر کردن به آینده، و انجام فعالیتهای کوچکی که حس پیشرفت و امید را تقویت کند، تأثیر زیادی در تاب‌آوری ما دارد. با همدلی، همیاری و پایبندی به اصول انسانی، می‌توانیم از این بحران عبور کنیم و آینده‌ای بهتر را رقم بزنیم.

[جهت دریافت فایل پی دی اف کلیک کنید](#)



راهنمای سلامت روان برای شرایط جنگ

کمیته مداخله در بحران انجمن روان‌شناسی ایران

۱۴۰۴/۰۳/۲۳

www.iranpa.org



انجمن روان‌شناسی ایران ضمن تسلیت به ملت بزرگ ایران و محکوم نمودن جنگ و تجاوز، اعتقاد راسخ دارد صلح و آرامش بنیان سلامت روانی و اجتماعی جوامع انسانی است. این انجمن در پی تجاوز اخیر به سرزمین‌مان ایران، نگرانی جدی خود را در زمینه سلامت روانی جامعه به ویژه کودکان، نوجوانان و سالمندان ابراز می‌دارد. از این رو، کمیته مداخله در بحران انجمن روان‌شناسی ایران **راهنمای سلامت روان در شرایط بحران جنگ** را منتشر می‌نماید.

به نام زندگی، به احترام امید

در شرایطی که صدای انفجار جای صدای آرام طبیعت را می‌گیرد لازم است بیش از هر زمان دیگری از سلامت روان خود و اطرافیان‌مان مراقبت کنیم. جنگ نه تنها سلامت جسمی را تهدید می‌کند، بلکه سلامت روانی را نیز در معرض آسیب‌های جدی قرار می‌دهد: ترس، اضطراب، ناتوانی، درماندگی، سوگ، بی‌خوابی و بسیاری احساسات دیگر، بخشی از تجربه روانی افراد در بحران‌های جنگی است. راهنمای زیر با بهره‌گیری از توصیه‌های منابع بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی و با هدف ارتقای سلامت روانی در جامعه و حمایت از تاب‌آوری فردی و جمعی نگارش شده است. نکاتی که در ادامه می‌آید، می‌تواند به کاهش آسیب‌های روانی ناشی از جنگ و تقویت سازگاری در این شرایط دشوار کمک کند.

۱. احساسات خود را بپذیرید، سرکوب نکنید.

ترس، اندوه، خشم و اضطراب در زمان جنگ طبیعی‌اند. انکار یا سرکوب این احساسات نه تنها آن‌ها را از بین نمی‌برد، بلکه فشار روانی را افزایش می‌دهد. آگاهی از هیجان‌هایی که تجربه می‌شود، نام‌گذاری و پذیرش آن هیجان‌ها، پایه بسیاری از درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر تروماست.

۲. به اطلاعات موثق و محدود دسترسی داشته باشید.

دریافت بیش از حد اخبار، به‌ویژه از منابع غیررسمی، اضطراب و نگرانی را تشدید می‌کند. راهکار توصیه‌شده، استفاده از منابع خبری معتبر و در عین حال محدودسازی میزان استفاده از اخبار است.

۳. از ارتباط انسانی غافل نشوید.

ارتباط اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و افسردگی است. ایجاد یا حفظ ارتباطات خانوادگی، دوستی و اجتماعی باعث کاهش احساس انزوا و افزایش تاب‌آوری روانی می‌شود.

۴. روال زندگی را تا حد امکان حفظ کنید.

حفظ عادات روزمره، به افراد حس پیش‌بینی‌پذیری، کنترل و ثبات می‌دهد که برای مقابله با بحران بسیار ضروری است. این توصیه در برنامه‌های (MHPSS) خدمات سلامت روان و حمایت روان‌اجتماعی سازمان ملل نیز تاکید شده است.

۵. تکنیک‌های ساده آرام‌سازی را تمرین کنید.

نفس عمیق، تمرین‌های توجه‌آگاهی (Mindfulness) و حرکات بدنی ساده از ابزارهای مهم برای تنظیم هیجانی هستند. این تکنیک‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان مداخلات سطح اول توصیه می‌شوند.



۶. مراقب کودکان و سالمندان باشید

در بحران‌ها، کودکان و سالمندان نیازمند توجه ویژه هستند. صحبت با زبان ساده، مداخلات مبتنی بر بازی، و ایجاد محیطی امن برای کودکان و مراقبت روانی مداوم برای سالمندان توصیه می‌شود.

۷. در صورت نیاز، از کمک حرفه‌ای استفاده کنید.

در صورت بروز نشانه‌های هشداردهنده مانند افکار آسیب‌رسان، اختلال خواب شدید یا بحران روانی، دریافت کمک تخصصی بسیار ضروری است. در کشور عزیزمان ایران، خدمات روان‌شناسی زیادی به صورت حضوری یا تلفنی، مانند خط ۱۴۸۰ سازمان بهزیستی کشور ارائه می‌شود و مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره انجمن روان‌شناسی ایران با آدرس (<https://iranpa.org/clinic/>) از جمله این مراکز است.

در پایان...

در دوران جنگ، لازم است هر انسان نه فقط مراقب جسم، بلکه روان خود باشد. کمیته مداخله در بحران انجمن سعی خواهد کرد با انتشار مطالب علمی مبتنی بر شواهد، در کنار هم‌میهنان عزیز باشد. مراقبت از سلامت روان، نه تنها حق ماست، بلکه مسئولیت ما در برابر خود و جامعه نیز هست.

با هم، از این بحران عبور خواهیم کرد.

منابع برای مطالعه بیشتر

American Psychological Association (APA). (2013). *Helping survivors of disasters and other traumatic events*.

<https://www.apa.org/helpcenter/disaster>

Hobfoll, S. E., et al. (2007). *Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence*. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.

<https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*.

<https://interagencystandingcommittee.org>

UNICEF & Save the Children. (2010). *Psychological first aid for children*.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/psychological-first-aid-children/>

UNHCR. (2020). *Mental Health and Psychosocial Support during COVID-19 and emergencies*.

<https://www.unhcr.org/protection/health/mental-health-and-psychosocial-support>

World Health Organization (WHO). (2020). *Doing what matters in times of stress: An illustrated guide*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927> World Health Organization (WHO).

(2022). *Mental health and psychosocial considerations during emergencies*.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>

[جهت دریافت نسخه پی‌دی‌اف کلیک کنید](#)



یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران

یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران با تأکید بر روان‌شناسی انتقادی



داری مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

یازدهمین کنگره ملی
اولین کنگره بین‌المللی
انجمن روان‌شناسی ایران
با تأکید بر:
روان‌شناسی انتقادی

مهلت ارسال چکیده مقالات ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵



با مشارکت و میزبانی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



۲۸ الی ۳۰ بهمن ۱۴۰۵

• مرکز همایش‌های بین‌المللی رازی •
محورهای کنگره

پژوهشی و روش شناختی

- نقد روش‌های کمی رایج و دعوت به روش‌های کیفی، مشارکتی و ترکیبی
- مطالعات موردی انتقادی
- نقد رویکردهای بالینی با مداخلات ناگراآمد
- چالش بازتولید نتایج در روان‌شناسی و بحران اعتبار علمی
- نقد سوگیری‌های فرهنگی و طبقاتی در ابزارها و تست‌ها
- روش‌شناسی بومی و روایت‌های محلی در روان‌شناسی

کاربردی و بین‌رشته‌ای

- روان‌شناسی و عدالت اجتماعی
- فقر، تبعیض، اقلیت‌ها، جنسیت
- روان‌شناسی، فرهنگ و استعمارزدایی
- بومی‌سازی و نقد الگوهای وارداتی
- روان‌شناسی و محیط زیست
- اکوسایکولوژی و بحران اقلیمی
- روان‌شناسی در عصر هوش مصنوعی و داده‌های کلان (مسائل اخلاقی، نظارت و حریم خصوصی)
- نقد صنعت سلامت روان (نجاتی‌سازی درمان)

نظری و فلسفی

- مبانی نظری روان‌شناسی انتقادی
- نقد رویکرد اثبات‌گرایی در روان‌شناسی
- نسبت قدرت، ایدئولوژی و روان‌شناسی
- نقد فردگرایی افراطی در روان‌شناسی
- مدرن و غفلت از بستر اجتماعی-فرهنگی
- روان‌شناسی انتقادی و فلسفه قرآنی
- اخلاق و مسئولیت اجتماعی روان‌شناسی
- روان‌شناسی و آموزش انتقادی
- علم و شبه علم در روان‌شناسی

و سایر حوزه‌های روان‌شناسی

تهران، سیدخندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (فرقاول)، پلاک ۳۷، طبقه سوم |
https://congress11.irpanpa.org | congress11@iranpa.org

International 17-19 February 2027
Congress of Iranian Psychological Association
National 21 May 2026
Deadline for submitting abstracts: 21 May 2026

11th



انجمن روان شناسی ایران با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار می کند:
 یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین المللی انجمن روان شناسی ایران، با تأکید بر روان شناسی انتقادی
 این کنگره با همکاری دانشگاه اسکودار ترکیه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و دیگر
 دانشگاه ها و سازمان ها، با مجوز وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، و با نمایه ی **ISC** و سیویلیکا، در روزهای ۲۸ الی ۳۰ بهمن ۱۴۰۵
 در سالن همایش های بین المللی رازی برگزار خواهد شد.
 علاقمندان می توانند در یکی از **محورهای روان شناسی انتقادی** و سایر حوزه های روان شناسی نسبت به ارسال مقاله در زمان بندی و
 دستورالعمل های ذکر شده در سایت کنگره اقدام نمایند.

آدرس صفحه محور های کنگره:

<https://congress11.iranpa.org/p/mhor-hay-kngrh>

هزینه ثبت نام و شرکت در کنگره

ثبت نام با تاخیر بعد از ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵	ثبت نام عادی تا ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵	نوع عضویت در انجمن
یک میلیون و ۵۰۰ هزار تومان	۹۰۰ هزار تومان	اعضای دانشجویی و وابسته انجمن
یک میلیون و ۶۰۰ هزار تومان	یک میلیون و ۱۰۰ هزار تومان	اعضای پیوسته انجمن
دو میلیون و ۴۰۰ هزار تومان	یک میلیون و ۸۰۰ هزار تومان	شرکت کنندگان آزاد
مبلغ ۵۰۰ هزار تومان در صورت داشتن یک مقاله و مبلغ ۷۰۰ هزار تومان در صورت داشتن دو مقاله (به عنوان نویسنده مسئول) به مبالغ بالا اضافه خواهد شد. که البته این مبلغ در صورت پذیرش مقاله اخذ خواهد شد.		هزینه افراد دارای مقاله

وب سایت کنگره:

<https://congress11.iranpa.org>



اهداف کنگره

یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران با تمرکز بر روان‌شناسی انتقادی، با هدف نقد بنیان‌های معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی و روش‌شناختی روان‌شناسی جریان اصلی برگزار می‌شود. این کنگره به بررسی نقش قدرت، ایدئولوژی، گفتمان، فرهنگ و زمینه‌های اجتماعی-سیاسی در تولید دانش روان‌شناختی می‌پردازد و بر توسعه رویکردهای بدیل، بین‌رشته‌ای و زمینه‌مند در پژوهش و عمل روان‌شناختی تأکید دارد. کنگره همچنین در پی تقویت گفت‌وگوی علمی میان پژوهشگران داخلی و بین‌المللی و گسترش رویکردهای اخلاقی و رهایی‌بخش در روان‌شناسی است.

محورهای کنگره:

محور نظری و فلسفی

مبانی نظری روان‌شناسی انتقادی

نقد رویکرد اثبات‌گرایی در روان‌شناسی

نسبت قدرت، ایدئولوژی و روان‌شناسی

نقد فردگرایی افراطی در روان‌شناسی مدرن و غفلت از بستر اجتماعی فرهنگی

روان‌شناسی انتقادی و فلسفه قاره‌ای

اخلاق و مسئولیت اجتماعی روان‌شناسی

روان‌شناسی و آموزش انتقادی

علم و شبه علم در روان‌شناسی

محور کاربردی و بین‌رشته‌ای

روان‌شناسی و عدالت اجتماعی (فقر، تبعیض، اقلیت‌ها و جنسیت)

روان‌شناسی، فرهنگ و استعمارزدایی (بومی‌سازی و نقد الگوهای وارداتی)

روان‌شناسی و محیط زیست (اکوسایکولوژی و بحران اقلیمی)

روان‌شناسی در عصر هوش مصنوعی و داده‌های کلان (مسائل اخلاقی، نظارت و حریم خصوصی)

نقد صنعت سلامت روان (تجاری‌سازی درمان)

محور پژوهشی و روش‌شناختی

نقد روش‌های کمی رایج و دعوت به روش‌های کیفی، مشارکتی و ترکیبی

مطالعات موردی انتقادی (نقد رویکردهای بالینی یا مداخلات ناکارآمد)

چالش بازتولید نتایج در روان‌شناسی و بحران اعتبار علمی

نقد سوگیری‌های فرهنگی و طبقاتی در ابزارها و تست‌ها

روان‌شناسی بومی و روایت‌های محلی در روان‌شناسی

سایر حوزه‌های روان‌شناسی



سخن رئیس کنگره

انجمن روان‌شناسی ایران، به‌عنوان بزرگ‌ترین نهاد علمی روان‌شناسی کشور و انجمن برتر علوم انسانی، بعد از بازتاسیس، طی سه دهه فعالیت مستمر، نقش محوری در توسعه، تعمیق و ترویج دانش روان‌شناسی، ارتقای استانداردهای حرفه‌ای و تقویت پیوند علم و جامعه ایفا کرده است. برگزاری منظم «کنگره انجمن روان‌شناسی ایران» از مهم‌ترین جلوه‌های این رسالت علمی و اجتماعی است و اینک با افتخار، یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران با محوریت «روان‌شناسی انتقادی» در سال ۱۴۰۵ برگزار خواهد شد.

نگاهی به تاریخچه کنگره‌های پیشین نشان می‌دهد که این رویداد علمی همواره کوشیده است متناسب با نیازهای علمی، حرفه‌ای و اجتماعی هر دوره، زمینه‌ای برای گفت‌وگو، هم‌اندیشی و جهت‌دهی به تحولات روان‌شناسی در کشور فراهم آورد. عناوین و محورهای کنگره‌های گذشته عبارت‌اند از: اولین کنگره (۱۳۷۶)؛ دومین کنگره (۱۳۸۵)؛ سومین کنگره (۱۳۸۹) با تأکید بر «چشم‌اندازهای جدید در روان‌شناسی»؛ چهارمین کنگره (۱۳۹۱) با تأکید بر «روان‌شناسی در خدمت علوم و جامعه»؛ پنجمین کنگره (۱۳۹۴) با تأکید بر «انسان و جامعه سالم»؛ ششمین کنگره (۱۳۹۶) با تأکید بر «مطالعات بین‌رشته‌ای و روان‌شناسی کاربردی»؛ هفتمین کنگره (۱۳۹۸) با تأکید بر «شناخت و فناوری»؛ هشتمین کنگره (۱۴۰۰) با تأکید بر «روان‌شناسی تروما»؛ نهمین کنگره (۱۴۰۲) با تأکید بر «روان‌شناسی و مسائل اجتماعی»؛ و دهمین کنگره (۱۴۰۳) با تأکید بر «عصر روان‌شناسی دیجیتال».

انتخاب «روان‌شناسی انتقادی» به‌عنوان محور یازدهمین کنگره، بیانگر دغدغه انجمن برای تعمیق نگاه علمی، تقویت خودبازنگری حرفه‌ای و بازاندیشی مسئولانه در مبنای نظری، روش‌های پژوهش و کاربردهای روان‌شناسی است. این رویکرد، روان‌شناسی را به تأملی نقادانه نسبت به پیش‌فرض‌ها، چارچوب‌ها و نسبت آن با زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، تاریخی و ساختارهای قدرت فرامی‌خواند و بر مسئولیت اجتماعی و اخلاقی این علم در مواجهه با مسائل پیچیده انسان معاصر تأکید می‌ورزد. امید است این کنگره، با مشارکت گسترده اندیشمندان، پژوهشگران و متخصصان داخلی و بین‌المللی، بستری پویا برای گفت‌وگوی علمی، تبادل تجربه و تولید ایده‌های نو فراهم آورد و به ارتقای جایگاه روان‌شناسی ایران در سطح ملی و بین‌المللی، تقویت سرمایه علمی و حرفه‌ای جامعه روان‌شناسی و پاسخ‌گویی آگاهانه‌تر این علم به نیازهای جامعه یاری رساند.

دکتر حمید پورشریفی

رئیس یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران



سخن دبیر علمی کنگره

روان‌شناسی، اگر به پرسش از خود بازنگردد، به ابزاری برای خاموش کردن انسان بدل می‌شود. یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران با محوریت روان‌شناسی انتقادی در زمانی برگزار می‌شود که روان‌شناسی، بیش از هر دوره‌ای، با پرسش‌های بنیادین درباره‌ی تاریخ، مبانی نظری، روش‌شناسی و کارکردهای اجتماعی خود روبه‌روست. انتخاب این موضوع، نه یک انتخاب نمادین، بلکه پاسخی آگاهانه به ضرورت بازاندیشی در جایگاه و مسئولیت‌های این علم در جهان معاصر است.

روان‌شناسی با ظهور نگرش تجربی متولد شد؛ در تلاشی برای فاصله‌گرفتن از تبیین‌های اسطوره‌ای، ماوراءاندیشانه و شمن‌گرایانه‌ی رفتار و رنج انسانی. این علم، در مسیر توسعه‌ی خود، بینشی نو از رفتار انسان پدید آورد و کوشید فهمی متفاوت از انسان و تجربه‌ی زیسته‌ی او ارائه دهد. روان‌شناسی، در آغاز، وعده‌ی دانشی‌رهایی‌بخش را با خود حمل می‌کرد؛ دانشی که قرار بود انسان را از جبرهای نادیده، تفسیرهای رازآلود و سلطه‌ی معناهای تحمیل‌شده برهاند.

با این حال، تاریخ روان‌شناسی تنها روایت پیشرفت و گسترش دانش نیست. در دل این مسیر، دو منظر هم‌زمان شکل گرفت. از یک‌سو، روایتی جمعی که در آن انسان‌ها کوشیدند مفهومی مشترک به نام روان و دانشی علمی برای فهم، درمان و بهبود زندگی انسانی بسازند. از سوی دیگر، منظری که از درون همان جامعه انسانی سر برآورد؛ جایی که گروه‌هایی برخوردار از قدرت، روان‌شناسی را به شکلی شمن‌وار در اختیار گرفتند و آن را به ابزاری برای هنجارسازی، کنترل، مشروعیت‌بخشی، تولید سرمایه و بازتولید مناسبات قدرت بدل کردند.

روان‌شناسی انتقادی در جایی شکل می‌گیرد که آنچه سال‌ها بدیهی تلقی شده، ناگهان نیازمند مکث و بازنگری می‌شود؛ جایی که خودِ روان‌شناسی، نه صرفاً به‌عنوان پاسخ، بلکه به‌عنوان مسئله‌ای تاریخی و اجتماعی ظاهر می‌گردد. در این نقطه، پرسش از میزان سهم روان‌شناسی در رشد انسان و بهبود مناسبات انسانی، دیگر پرسشی بدیهی نیست، بلکه پرسشی گشوده و حل‌نشده باقی می‌ماند؛ همان قدر که بررسی دستاوردهای آن ضروری است، تأمل در پیامدها و هزینه‌هایی که در سکوت یا به‌صورت ساختاری تولید شده‌اند نیز اجتناب‌ناپذیر می‌شود.

از این منظر، می‌توان پرسید آیا روان‌شناسی در مسیر توسعه‌ی خود، به تدریج فاصله‌ای میان انسان و بدنش ایجاد نکرده و تجربه‌ی زیسته را در شبکه‌ای از زبان، تصویر، طبقه‌بندی و تشخیص فرو نگاهیده است؟ آیا تأکید روزافزون بر فردیت، همواره به معنای توانمندسازی بوده است، یا در برخی سطوح، به انزوای بیشتر و گسست از پیوندهای انسانی انجامیده است؟ و در نهایت، آیا ممکن است دانشی که با ادعای رهایی شکل گرفته، در برخی بافت‌ها و کارکردها، ناخواسته در تداوم همان مسئله‌ای سهیم شده باشد که قصد حل آن را داشته است؟

این کنگره می‌کوشد فضایی علمی، بین‌المللی و بین‌رشته‌ای برای طرح و بررسی این پرسش‌ها فراهم آورد؛ فضایی که در آن روان‌شناسی نه صرفاً به‌عنوان مجموعه‌ای از تکنیک‌ها و تشخیص‌ها، بلکه به‌مثابه دانشی تاریخی، اجتماعی، بدن‌مند و اخلاقی مورد بازخوانی قرار گیرد. مقالات و نشست‌های این کنگره، طیفی از موضوعات را دربرمی‌گیرد؛ از نقد الگوهای غالب تشخیصی و درمانی تا بررسی پیوند روان‌شناسی با قدرت، فرهنگ، اقتصاد، صنعت، جنسیت و سیاست.

به‌عنوان دبیر علمی این کنگره، از تمامی اساتید، پژوهشگران و دانشجویانی که با مشارکت علمی خود به شکل‌گیری این گفت‌وگوی انتقادی یاری می‌رسانند، صمیمانه سپاسگزارم. همچنین از اعضای کمیته علمی و داوران محترم که با دقت و تعهد، فرآیند علمی این رویداد را همراهی می‌کنند، قدردانی می‌کنم.

آینده‌ی روان‌شناسی، نه در پاسخ‌های آماده، بلکه در شجاعت پرسیدن دوباره نهفته است.

دکتر نادر منیرپور

دبیر علمی یازدهمین کنگره ملی و اولین کنگره بین‌المللی انجمن روان‌شناسی ایران



یادداشت‌ها و تازه‌های علمی

مهاجرت و سلامت روان: مرور نظام‌مند پیامدهای روانی اجتماعی بر مهاجران، تحلیل عوامل خطر و مداخلات

بالینی

محمد (نیما) پورادبی

دکتری روان‌شناسی بالینی

چکیده

مهاجرت، پدیده‌ای چندوجهی و استرس‌زای عمده در قرن حاضر است که پیامدهای پیچیده‌ای بر سلامت روان و سازگاری اجتماعی افراد دارد. این مقاله با هدف ارائه یک مرور تحلیلی و نظام‌مند از ادبیات تخصصی، به بررسی پیامدهای روانی-اجتماعی مهاجرت بر فرد مهاجر، از منظر روان‌شناسی بالینی می‌پردازد. یافته‌ها بر چالش‌هایی چون استرس مهاجرت (Migration Stress)، سوگ فرهنگی (Cultural Bereavement)، گسست هویت و خطر بالای ابتلا به اختلالات روان‌شناختی شایع (مانند افسردگی، اضطراب و PTSD) تأکید دارند. تحلیل چارچوب‌های نظری کلیدی شامل مدل سازگاری فرهنگی جان بری و نظریه دلبستگی نشان می‌دهد که استراتژی یکپارچگی (Integration)، به عنوان سالم‌ترین شکل سازگاری، در گرو تعامل منابع مقابله‌ای فردی (مانند تاب‌آوری بینافرهنگی) و عوامل حمایتی محیطی (مانند عدم تبعیض) است. علاوه بر این، درک مکانیسم‌های استرس مزمن مانند بار آلوستاتیک (Allostatic Load) برای تبیین آسیب‌پذیری‌های جسمی ضروری است. در نهایت، این مقاله بر لزوم توسعه مداخلات بالینی چندسطحی (فردی، خانوادگی، سیستمی) و حساس به فرهنگ برای متخصصان روان‌شناسی تأکید می‌کند. واژگان کلیدی: مهاجرت، سلامت روان، سازگاری فرهنگی، پیامدهای روانی اجتماعی، تاب‌آوری بینافرهنگی، هویت، سوگ فرهنگی، بار آلوستاتیک.

۱. مقدمه

مهاجرت، به‌عنوان یک جابجایی جغرافیایی گسترده، فراتر از یک تغییر مکانی صرف است و زندگی فردی و ساختارهای اجتماعی مهاجران را دستخوش دگرگونی‌های عمیق و پایدار می‌سازد (Gupta, 2011 & Bhugra). تجربه مهاجرت اغلب با طیف وسیعی از استرس‌ورهای حاد و مزمن همراه است؛ از جمله تروماهای پیش از مهاجرت، فشارهای حین مهاجرت، و چالش‌های پس از مهاجرت که شامل موانع زبانی، تبعیض، کاهش منزلت اجتماعی و حرفه‌ای، و فقدان شبکه‌های حمایت اجتماعی می‌شود. مطالعات معتبر نشان می‌دهند که مهاجران در مقایسه با جمعیت میزبان، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالاتی مانند اختلال افسردگی اساسی، اضطراب، و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) قرار دارند (Fazel et al., 2005).



علاوه بر این، درک مکانیسم‌های زیربنایی استرس مزمن مانند انباشت بار آلوستاتیک (Allostatic Load)، که نشان‌دهنده فرسایش فیزیولوژیک ناشی از سازگاری مداوم با استرس‌ورهای اجتماعی است، برای تبیین پیامدهای جسمی و روانی طولانی‌مدت مهاجرت ضروری است.

هدف اصلی این مقاله، ارائه یک مرور تحلیلی جامع و چارچوب‌مند از ادبیات علمی موجود پیرامون پیامدهای روانی-اجتماعی مهاجرت است، با تمرکز ویژه بر مفاهیم پیشرفته تاب‌آوری بین‌فرهنگی و مداخلات سیستمی، تا راهکارهای بالینی و سیاستی نوین برای متخصصان روان‌شناسی ارائه دهد.

۲. چارچوب نظری و مفاهیم کلیدی

درک پیامدهای روانی-اجتماعی مهاجرت مستلزم بهره‌گیری از مدل‌های نظری است که بتوانند تعامل پیچیده میان فرد، فرهنگ و محیط جدید را تبیین کنند.

۲.۱. نظریه استرس-مقابله (Stress-Coping Theory)

مهاجرت یک «استرسور عمده زندگی»^۱ محسوب می‌شود. سازگاری روان‌شناختی مهاجر به نحوه ارزیابی (Appraisal) فرد از این استرسور و استفاده او از راهبردهای مقابله‌ای (Coping Strategies) و منابع درونی (مانند تاب‌آوری) و بیرونی (مانند حمایت اجتماعی) بستگی دارد (Folkman, 1984 & Lazarus). ناکافی بودن این منابع می‌تواند به ناسازگاری روانی منجر شود (Yakushko, 2010).

۲.۲. نظریه سازگاری فرهنگی (Acculturation Theory) جان بری

مدل چهارگانه بری (Berry, 1997)، بر اساس حفظ فرهنگ مبدأ و تعامل با فرهنگ مقصد، چهار استراتژی زیر را معرفی می‌کند:

- یکپارچگی (Integration): حفظ هویت فرهنگی مبدأ و در عین حال، پذیرش و مشارکت فعال در جامعه میزبان (سالم‌ترین پیامد روان‌شناختی).
- همگون‌سازی (Assimilation): پذیرش کامل فرهنگ مقصد و رها کردن فرهنگ مبدأ.
- تفکیک (Separation): حفظ فرهنگ مبدأ و اجتناب از تعامل با فرهنگ مقصد.
- حاشیه‌نشینی (Marginalization): عدم پذیرش هیچ یک از دو فرهنگ (آسیب‌زاترین پیامد روان‌شناختی).

۲.۳. سوگ فرهنگی (Cultural Bereavement)

ایزنبروک (Eisenbruch, 1991) مفهوم سوگ فرهنگی را برای توصیف فقدان‌های عمیقی که مهاجران تجربه می‌کنند، ارائه کرد. این سوگ شامل از دست دادن زبان مادری در عمل، مناسک، روابط اجتماعی، منزلت و ساختارهای حمایتی است و در صورت عدم رسیدگی، می‌تواند به پریشانی روان‌شناختی و اختلالات خلقی منجر شود.

۲.۴. نظریه دلبستگی (Attachment Theory)

مهاجرت، گسست شدید از شبکه‌های دلبستگی اولیه و ثانویه را تحمیل می‌کند. افرادی با سبک دلبستگی ایمن احتمالاً انعطاف‌پذیری و سازگاری روانی بهتری در مواجهه با این گسست و تشکیل دلبستگی‌های جدید در جامعه میزبان نشان می‌دهند.



۱. استرسور عمده زندگی " (Major Life Stressor) به یک رویداد یا موقعیت مهم و اغلب ناگهانی اشاره دارد که به طور قابل توجهی تعادل روانی، اجتماعی، یا جسمی فرد را بر هم می‌زند و نیاز به سازگاری و انطباق روان‌شناختی اساسی دارد.

۳. پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی مهاجرت

۳.۱. پیامدهای فردی و آسیب‌شناسی روانی

افسردگی و اضطراب: ناشی از استرس‌های مزمن سازگاری، ناامنی مالی، و انزوای اجتماعی. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD): شیوع بالا در میان پناهنجویان و مهاجران اجباری به دلیل مواجهه با تروماهای جنگ و خشونت (Fazel et al., 2005). سوگ فرهنگی و احساس بی‌ریشگی: فقدان مستمر نسبت به گذشته و ناتوانی در احساس تعلق به محیط جدید.

۳.۲. پیامدهای اجتماعی و بین‌فردی

تعارضات خانوادگی و نسلی: تفاوت در سرعت سازگاری فرهنگی میان نسل اول و دوم مهاجران که می‌تواند منجر به تضاد در ارزش‌ها و مشکلات رفتاری شود. تجربه تبعیض و طرد اجتماعی: ادراک تبعیض، نژادپرستی و بیگانه‌هراسی یک استرسور قوی و مرتبط مستقیم با پریشانی روان‌شناختی است.

۳.۳. پیامدهای فرهنگی و هویتی

بحران و پویایی هویت در نسل‌های بعدی: جوانان نسل دوم یا سوم اغلب با چالش شکل‌دهی هویت‌های هیبریدی (Hybrid Identities) مواجه‌اند که مستلزم مدیریت پیچیدگی‌های تعلق به دو یا چند فرهنگ به صورت همزمان است. فشارهای دوفرهنگی شدن (Bicultural Stress): تلاش برای ادغام یا مدیریت همزمان دو مجموعه ارزش‌ها و انتظارات فرهنگی متضاد، که می‌تواند به خستگی روانی و عدم قطعیت هویتی منجر شود (Schwartz et al., 2010).

۳.۴. پیامدهای جسمی ناشی از استرس مزمن (Aftermath of Chronic Stress)

بار آلوستاتیک (Allostatic Load): مواجهه مستمر با استرسورهای مهاجرت (مانند تبعیض، ناامنی شغلی، و موانع زبانی) می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم سیستم‌های استرس بدن (محور HPA) شود و خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مانند بیماری‌های قلبی-عروقی و اختلالات متابولیک را افزایش دهد.

۴. عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده

عوامل محافظت‌کننده (Protective Factors)	عوامل خطر (Risk Factors)
نوع مهاجرت: داوطلبانه (تحصیل، کار)	نوع مهاجرت: اجباری (پناهنجو، آواره)
تاب‌آوری بینافرهنگی (Intercultural Resilience): توانایی بازیابی سریع از	فقدان منابع: زبان‌ندانستن، عدم اعتبار



عوامل محافظت‌کننده (Protective Factors)	عوامل خطر (Risk Factors)
فشارهای فرهنگی و حفظ حس هدفمندی.	مدارک، تنزل منزلت اجتماعی
حمایت اجتماعی قوی و دوگانه: شبکه حمایتی شامل جامعه هم‌وطنان و جامعه میزبان.	محیط اجتماعی: تجربه تبعیض، سیاست‌های طردگرایانه
استراتژی انطباق: اتخاذ استراتژی یکپارچگی.	ویژگی‌های فرهنگی: فاصله فرهنگی زیاد میان مبدأ و مقصد

۵. راهکارها و مداخلات روان‌شناختی

مداخلات باید چندسطحی و حساس به فرهنگ (Culturally Sensitive) باشند.

۵.۱. مداخلات بالینی فردی

رویکردهای شناختی-رفتاری: استفاده از CBT و به ویژه درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) برای پناهندگان.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمک به پذیرش فقدان‌های فرهنگی و تمرکز بر ارزش‌های کنونی.

تقویت تاب‌آوری: آموزش مهارت‌هایی که منابع تاب‌آوری ریشه‌گرفته در فرهنگ مبدأ فرد را تقویت کند.

۵.۲. مداخلات خانوادگی و گروهی

درمان خانواده‌محور فرهنگی: مدیریت تعارضات نسلی ناشی از تفاوت در سرعت انطباق فرهنگی.

گروه‌های حمایتی هم‌تا: فراهم کردن فضایی امن برای به اشتراک‌گذاری تجربیات استرس مهاجرت و تقویت هویت گروهی.

۵.۳. مداخلات سیستمی و نقش روان‌شناس به عنوان مدافع (Advocate)

روانشناسان بالینی باید با هدف کاهش استرس‌سورهای محیطی مهاجران، نقش مدافع را ایفا کنند:

آموزش جامعه میزبان: برگزاری کارگاه‌های حساسیت‌زایی فرهنگی و ضد تبعیض برای نهادهای دولتی و شغلی.

همکاری با سیاست‌گذاران: توصیه برای اجرای سیاست‌هایی که فرآیند شناسایی مدارک تحصیلی و حرفه‌ای را تسهیل کنند تا از پدیده تنزل منزلت شغلی جلوگیری شود.

تقویت تاب‌آوری از طریق جامعه: ایجاد فضاهای اجتماعی که "یکپارچگی" را به‌طور واقعی امکان‌پذیر سازند و به مهاجران کمک کنند هویت‌های هیبریدی خود را مدیریت کنند.

۶. بحث و نتیجه‌گیری (Discussion and Conclusion)



تحلیل یکپارچه نظریه‌ها و شواهد موجود تأیید می‌کند که مهاجرت یک فرایند پویا و دارای ابعاد متعدد است. در این فرآیند، نه تنها عوامل روانی، بلکه مکانیسم‌های بیولوژیکی (بار آلوستاتیک) و ساختارهای اجتماعی (تبعیض سیستمی) نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان مهاجران دارند.

مهاجرانی که از تاب‌آوری بینافرهنگی بالا و شبکه‌های حمایتی قوی برخوردارند، در استراتژی یکپارچگی موفق‌ترند. نقش روانشناس بالینی، فراتر از درمان فردی، شامل کاهش استرسورهای سیستمی و تقویت منابع درونی و اجتماعی است تا به مهاجران کمک کند هویت‌های پیچیده خود را مدیریت کرده و با موفقیت به ادغام فعال و سازنده در جامعه جدید دست یابند. این مقاله نشان می‌دهد که رویکردی چندسطحی—فردی، خانوادگی و اجتماعی—برای حمایت کامل از سلامت روان مهاجران ضروری است.

References

APA 7th Edition

- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation *Applied Psychology*, 46(1). 34-35.
- Bhugra, D & .Gupta, S. (۲۰۱۱). *Migration and mental health*. Cambridge University Press.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement *Social Science & Medicine*, 33(6). 673-680.
- Fazel, M., Wheeler, J & .Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis *The Lancet*, 365(9647). 1309-1314.
- Lazarus, R. S & .Folkman, S. (۱۹۸۴). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Portes, A & .Rumbaut, R. (۲۰۱۴). *Immigrant America: A portrait* (4th ed.). University of California Press.
- Schwartz, S. J., Unger, J., Zamboanga, B. L & .Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation *American Psychologist*, 65(4) 237-251.
- Yakushko, O. (2010). Stress and coping strategies in immigrant populations *Journal of Counseling & Development*, 88(4)-388-397.



ترومای خاموش مهاجرت: اثرات روانی - اجتماعی سیاست‌های مهاجرتی جدید آمریکا

ترجمه و تلخیص: هدی فلاحتی

دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی

چکیده

مقاله (The Silent Trauma (2025) به بررسی پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی سیاست‌های مهاجرتی ایالات متحده می‌پردازد. نویسندگان مهاجرت را نه فقط جابه‌جایی جغرافیایی، بلکه نوعی «تروما خاموش» معرفی می‌کنند؛ آسیبی که دیده نمی‌شود اما ذهن، هویت و ساختار خانواده مهاجر را دگرگون می‌سازد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد مهاجران در معرض اضطراب مزمن، فقدان مبهم (Ambiguous Loss)، بحران هویت نسل دوم و انتقال بین‌نسلی استرس قرار می‌گیرند. در کنار داده‌های جهانی، تجربه مهاجران ایرانی نیز نشان می‌دهد ریشه‌ها متفاوت اما پیامدها مشابه‌اند؛ روان مهاجر گرچه حرکت می‌کند، اما همیشه آرام نمی‌نشیند.

بخش اول: اضطراب بلاتکلیفی

قوانین سخت‌گیرانه مهاجرتی آمریکا و ناپایداری وضعیت اقامت، زمینه ایجاد اضطراب فراگیر و مزمن در مهاجران را فراهم می‌کند. تعلیق پرونده‌ها، ترس از رد درخواست و بی‌ثباتی شغلی، مهاجر را در حالت تعلیق روانی نگه می‌دارد. در مقایسه، مهاجران ایرانی بیشتر از ناکامی، آینده نامعلوم و وابستگی به شرایط ویزا دچار تنش می‌شوند. اگرچه منشأ فشارها متفاوت است، ماهیت استرس مشترک باقی می‌ماند: زندگی در انتظار تأیید شدن.

بخش دوم: شکاف خانوادگی و وارونگی نقش‌ها

جدایی والدین از فرزندان در مرزها می‌تواند به PTSD، افسردگی و فروپاشی امنیت عاطفی خانواده منجر شود. در خانواده‌های ایرانی مهاجر، جدایی معمولاً فیزیکی نیست بلکه فرهنگی و نسلی رخ می‌دهد. کودکان سریع‌تر زبان و هنجارهای کشور میزبان را یاد می‌گیرند و در نقش مترجم، واسطه یا مسئول امور روزمره قرار می‌گیرند. این جابجایی نقش‌ها موجب افت خودکارآمدی والدین و افزایش تنش خانوادگی می‌شود؛ پدیده‌ای که در میان خانواده‌های افغان، مکزیک، چینی و ترک‌تبار نیز گزارش شده است.

بخش سوم: بحران هویت نسل دوم

تروما مهاجرت اغلب به فرزندان منتقل می‌شود. نوجوانان مهاجر بین دو جهان معلق‌اند: «در خانه ایرانی‌اند؛ بیرون آمریکایی». این دوگانگی به شکل هویت شناور بروز می‌کند. مطالعات جهانی از جمله پژوهش‌های کانادا و آلمان نشان داده‌اند نوجوانان مهاجر در تقابل «ریشه-تعلق» با احساس سردرگمی، انکار هویت یا گاه انزوای اجتماعی روبه‌رو می‌شوند.



بخش چهارم: تروما میان‌نسلی

مهاجرت تجربه‌ای کوتاه‌مدت نیست؛ اثر آن در نسل‌ها ادامه می‌یابد. سوگ مهاجرت نه پایان دارد نه نقطه بازگشت قطعی. والدین با دلتنگی، فرزندان با سازگاری اجباری و نسل سوم با بی‌ریشگی فرهنگی مواجه می‌شود. این چرخه نمونه‌ای از فقدان مبهم (Ambiguous Loss) است: از دست دادن بی‌پایان بدون امکان وداع.

جمع‌بندی و نکات کلیدی:

مهاجرت تروما خاموش است؛ زخمی بی‌صدا، ماندگار و نسل‌گستر. اضطراب، بلاتکلیفی، دوقطبی هویتی و فرسایش خانوادگی از شایع‌ترین پیامدهاست. خانواده‌های ایرانی نیز با وجود تفاوت زمینه‌ها، الگوی روانی مشابهی را تجربه می‌کنند. توجه درمانگران به سوگ مهاجرت، نقش‌های وارونه و هویت نسل دوم ضروری است.

منبع:

Dadras, O & Hazratzai, M. S. (2025). The Silent Trauma: U.S. Immigration Policies and Mental Health .

استرس فرهنگ‌پذیری و سلامت روان نوجوانان مهاجر

ترجمه و تلخیص یک مرور نظام‌مند پژوهشی: صدیقه محمدی زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی سلامت

عنوان مقاله‌ی اصلی

The Role of Acculturative Stress on the Mental Health of Immigrant Youth: A Scoping Literature Review

Doukessa Lerias · Tahereh Ziaian · Emily Miller · Nancy Arthur · Martha Augoustinos · Tara Pir

مقدمه

در سال‌های اخیر، مهاجرت جهانی به‌طور چشمگیری افزایش یافته و نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله بخش قابل توجهی از جمعیت مهاجر را تشکیل می‌دهند. این بازه‌ی سنی، به‌خودی‌خود از نظر رشد روانی، هویتی و اجتماعی دوره‌ای حساس است؛ دوره‌ای که فرد در حال شکل‌دادن به تصویر خود، جایگاهش در جهان و روابطش با دیگران است. تجربه مهاجرت در چنین مقطعی می‌تواند این حساسیت را بیشتر کند و نوجوان را با چالش‌هایی فراتر از همسالانش روبه‌رو سازد. نوجوانان مهاجر معمولاً هم‌زمان با مسائل طبیعی رشد، ناچارند با زبان تازه، هنجارهای ناآشنا، انتظارات اجتماعی متفاوت و الگوهای فرهنگی جدید کنار بیایند. این سازگاری چندلایه، اگرچه برای برخی فرصتی برای رشد است، اما برای بسیاری با فشار روانی قابل توجهی همراه می‌شود. پژوهشگران برای توصیف این وضعیت از مفهومی به نام «استرس فرهنگ‌پذیری» استفاده می‌کنند؛ مفهومی که با شوک فرهنگی یا استرس‌های معمول زندگی تفاوت دارد. استرس فرهنگ‌پذیری به مجموعه‌ای از فشارهای انباشته اشاره دارد که از زندگی میان دو فرهنگ، تعارض‌های هویتی، تغییر نقش‌های اجتماعی، دشواری‌های زبانی و انتظارات متناقض شکل می‌گیرد.



مقاله‌ی حاضر با مرور نظام‌مند پژوهش‌های منتشرشده بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲، تلاش می‌کند نقش این نوع استرس را در سلامت روان نوجوانان مهاجر روشن‌تر کند و پیامدهای آن را برای مداخله‌های روان‌شناختی و تصمیم‌گیری‌های سیاستی بررسی کند.

یافته‌های اصلی پژوهش

نتایج این مرور نشان می‌دهد که استرس فرهنگ‌پذیری ارتباط نزدیکی با افزایش مشکلات سلامت روان در میان نوجوانان مهاجر دارد. بیشترین شواهد به رابطه‌ی این استرس با افسردگی، اضطراب، احساس ناامیدی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی اشاره می‌کنند. در برخی مطالعات حتی گزارش شده که اثر استرس فرهنگ‌پذیری از استرس‌های عمومی زندگی قوی‌تر است؛ موضوعی که اهمیت نقش فشارهای مرتبط با سازگاری فرهنگی را برجسته‌تر می‌کند.

یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد پیامدهای استرس فرهنگ‌پذیری تنها به افسردگی و اضطراب محدود نمی‌شود. افت عزت‌نفس، سردرگمی هویتی، رفتارهای پرخطر، مصرف مواد، اختلالات خوردن و پرخاشگری از جمله مشکلاتی هستند که در ارتباط با این نوع استرس گزارش شده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد فشارهای فرهنگی می‌توانند جنبه‌های مختلف عملکرد روانی و رفتاری نوجوانان مهاجر را تحت تأثیر قرار دهند.

مرور مطالعات نشان می‌دهد منابع استرس و شیوه‌ی تجربه‌ی آن در گروه‌های مختلف مهاجر متفاوت است؛ از نوجوانان لاتین‌تبار و آسیایی گرفته تا خاورمیانه‌ای‌ها، مسلمانان، آفریقایی‌ها و پناهندگان. با این حال، نقش محوری استرس فرهنگ‌پذیری در بروز مشکلات سلامت روان در همه‌ی این گروه‌ها دیده می‌شود. در سوی دیگر، حمایت خانواده، روابط اجتماعی مثبت و احساس تعلق می‌توانند نقش محافظتی داشته باشند، در حالی که تعارض‌های خانوادگی، تبعیض، چالش‌های هویتی و تجربه‌های روانی ناشی از قرار گرفتن در جایگاه اقلیت معمولاً این مشکلات را تشدید می‌کنند. این الگو هم در نسل اول و هم در نسل دوم مهاجران مشاهده شده است.

تفسیر یافته‌ها

نویسندگان تأکید می‌کنند که استرس فرهنگ‌پذیری را باید نوعی پریشانی عاطفی گسترده دانست که از انباشت تجربه‌های تنش‌زا در زندگی میان دو فرهنگ شکل می‌گیرد. این استرس واکنشی کوتاه‌مدت یا گذرا نیست، بلکه حاصل مواجهه‌ی مداوم با شرایط پیچیده‌ای است که نوجوانان و جوانان مهاجر در مسیر سازگاری فرهنگی با آن روبه‌رو می‌شوند. به‌ویژه برای افرادی که مهاجرت را در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی تجربه می‌کنند، نیاز به سازگاری فرهنگی می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر مهم در بروز مشکلات سلامت روان عمل کند.

شدت این استرس تحت تأثیر عواملی مانند سن فرد در زمان مهاجرت، مدت اقامت در کشور مبدأ یا مقصد، و توانایی او در مدیریت هیجان‌ها و فشارهای روانی قرار دارد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، مانند گرایش به مصرف مواد، می‌تواند این فشار را تشدید کند. همچنین بر اساس مدل کلاسیک بری و همکاران، عواملی چون بستر اجتماعی کشور میزبان، پیشینه‌ی فرهنگی یا قومی، نگرش فرد نسبت به سازگاری فرهنگی، توانایی شکل‌دهی به هویت یکپارچه‌ی دوفرهنگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، از عناصر کلیدی در تجربه‌ی استرس فرهنگ‌پذیری به شمار می‌آیند. این چارچوب به درک بهتر تفاوت‌های فردی در میزان آسیب‌پذیری روانی نوجوانان مهاجر کمک می‌کند.



پیامدهای کاربردی

بر پایه یافته‌های این مرور، توجه مستقیم به استرس فرهنگ‌پذیری در ارزیابی‌ها و مداخلات روان‌شناختی نوجوانان مهاجر ضروری است. تقویت حمایت خانوادگی، بهبود کیفیت روابط اجتماعی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و کمک به شکل‌گیری سالم هویت دوفرهنگی می‌تواند نقش مهمی در کاهش پیامدهای منفی این استرس داشته باشد. افزون بر این، نتایج این پژوهش می‌تواند برای سیاست‌گذاران، نظام‌های آموزشی و خدمات سلامت روان در طراحی برنامه‌های حمایتی هدفمند برای جمعیت‌های مهاجر مفید باشد.

عوامل عصبی-آموزشی مؤثر بر رشد شناختی و هیجانی کودکان مهاجر بدون همراه: تأثیر ترومای مهاجرت

ترجمه و تلخیص: ترانه قادری

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران

کودکان بدون همراه مهاجر؛ از رنج اجتماعی تا آسیب عصبی:

امروزه جامعه جهانی با بحران فزاینده‌ای به نام کودکان و نوجوانان مهاجر بدون همراه (Unaccompanied Foreign Minors, UFM) روبه‌روست؛ یعنی کودکانی که بدون حضور والدین یا سرپرست قانونی، وارد مسیر یا مقصد مهاجرت می‌شوند و عملاً در وضعیت فقدان مراقبت والدینی قرار دارند. این کودکان و نوجوانان، که ستون‌های حمایتی زندگی‌شان فرو ریخته، بار چندین تروما را به صورت همزمان حمل می‌کنند.

تاکنون تمرکز روان‌شناسی بر پیامدهای رفتاری و اجتماعی این آسیب‌ها بوده است؛ اما پژوهش پیش‌رو، با یک رویکرد عصبی-آموزشی (Neuroeducational)، پرسش اساسی‌تری را مطرح می‌کند: آیا این تروماها، ردپایی دائمی و بیولوژیکی بر مغز کودک باقی می‌گذارند؟

این مطالعه با تکیه بر یافته‌های جدید علوم اعصاب، نشان می‌دهد که استرس مزمن ناشی از مهاجرت، به معنای واقعی کلمه معماری مغز کودکان را تغییر داده و زیربنای توانایی‌های آن‌ها برای یادگیری، تمرکز، و تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهد. این یافته درک ما از مشکلات تحصیلی، رفتاری و انطباقی این کودکان را از یک مسئله صرفاً انگیزشی به یک چالش عصبی-بیولوژیکی ارتقا می‌دهد. هدف این است که بفهمیم چرا مداخلات سنتی ممکن است برای این گروه کافی نباشد و چه رویکردی برای کمک به آن‌ها لازم است تا سلامت روان را از سطح ترمیم اجتماعی به سطح ترمیم بیولوژیکی ارتقا دهیم.

تعمق در روایت‌های تروما

این مقاله بر اساس یک پارادایم تفسیری و با استفاده از روش مطالعه موردی جمعی (Collective Case Study) به دست آمده است. این روش کیفی به پژوهشگران اجازه می‌دهد تا از طریق مصاحبه‌های عمیق و مشاهده، «تجربه زیسته» منحصر به فرد هر کودک بی‌سرپرست را مستند کنند. این مستندسازی، سپس در چارچوب نظری علوم اعصاب تجزیه و تحلیل می‌شود تا مشخص



شود چگونه تروما، به صورت درونی و بیولوژیکی، بر فرآیندهای شناختی و عاطفی آن‌ها تأثیر گذاشته است. انتخاب این روش، بر عمق و حساسیت موضوع تأکید دارد.

منشأ و مسیر تروما

تحقیقات نشان می‌دهد که آسیب‌های ناشی از مهاجرت، بسیار پیش از ورود به کشور مقصد شروع شده و در مغز کودک یا نوجوان ریشه دوانده است. این آسیب‌ها نه یک واقعه، بلکه یک فرآیند پیچیده و زنجیره‌ای هستند:

آسیب‌های دوران اولیه رشد و پیش از مهاجرت:

بسیاری از این کودکان از کشورهایی با فقر شدید، درگیری‌های نظامی و بی‌توجهی بهداشتی می‌آیند. این یعنی:

- مراقبت‌های قبل از زایمان ناکافی: کمبود تغذیه و استرس مادر در دوران بارداری می‌تواند به رشد اولیه مغز جنین آسیب بزند و زمینه را برای مشکلات شناختی و هیجانی در آینده فراهم کند.

- کودکی در محیط‌های پرخطر: تجربه خشونت، سوءتغذیه و بی‌توجهی عاطفی در سال‌های اولیه زندگی، به طور مستقیم بر ساختارهای مغزی مانند هیپوکامپ (حافظه) و قشر پیش‌پیشانی (Prefrontal Cortex) (کنترل هیجان و تصمیم‌گیری) تأثیر منفی می‌گذارد. این کودکان با "حافظه‌ای فرسوده" و "سیستم کنترل هیجان آسیب‌دیده" وارد سفر مهاجرت می‌شوند.

مکانیسم‌های عصبی آسیب: تغییر سیم‌کشی بقا

ترومای مهاجرت در این کودکان، سیستمی را به نام «محور» HPA (محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) فعال می‌کند. فعال‌سازی مداوم این محور باعث ترشح بیش از حد هورمون‌های استرس مانند کورتیزول می‌شود. کورتیزول مزمن که قرار است برای بقا مفید باشد، به مرور زمان تبدیل به یک عامل تخریب‌کننده مغز، به ویژه در دوره‌های حساس رشد می‌شود.

این تخریب، به طور مشخص بر دو ناحیه کلیدی سیستم لیمبیک (مغز هیجانی) اثر می‌گذارد:

۱. حمله به هیپوکامپ؛ ویرانی حافظه و یادگیری:

هیپوکامپ (Hippocampus) نقش اساسی در تثبیت خاطرات جدید، حافظه فعال و تنظیم استرس دارد و در برابر افزایش دائمی کورتیزول بسیار آسیب‌پذیر است. در این کودکان، آسیب به هیپوکامپ خود را به صورت اختلال در حافظه فعال و بلندمدت نشان می‌دهد. آن‌ها برای تمرکز در کلاس، دنبال کردن دستورالعمل‌های طولانی، و جذب اطلاعات جدید (مانند یادگیری زبان کشور میزبان) با چالش‌های اساسی روبرو هستند. این ناتوانی در یادگیری، ناشی از کم‌کاری در مرکز حافظه مغز است و نه صرفاً مقاومت یا کم‌توانی فردی.

۲. حساسیت بیش از حد آمیگدال؛ زندگی در حالت هشدار دائمی:

آمیگدال (Amygdala) که مرکز پردازش ترس، خطر و هیجان‌ات شدید است، در این کودکان مهاجر، به دلیل مواجهه مکرر با خطر واقعی (شکنجه، خشونت، گرسنگی) دچار بیش‌فعالی مزمن (Hyper-Activation) می‌شود. این حالت هشدار دائمی، منجر به تنظیم‌ناپذیری عاطفی (Emotional Dysregulation) می‌گردد.



این کودکان ممکن است به محرک‌های کوچک و غیرخطرناک محیطی (مانند صدای بلند یا تذکر معلم) با واکنش‌های شدید خشم، ترس یا انزوای ناگهانی پاسخ دهند یا حتی دچار حملات پنیک شوند. آنها در حالت حفظ بقا هستند، حتی زمانی که در یک محیط امن قرار گرفته‌اند. این تفاوت عمده‌ای با واکنش‌های معمول به استرس است و نشانه "بدرفتاری" نیست، بلکه فریاد سیستم عصبی فرسوده‌ای است که به کوچکترین محرکی با واکنش جنگ یا گریز پاسخ می‌دهد و مداخلات تخصصی را می‌طلبد.

محیط پذیرش: وقتی پناهگاه به زندان تبدیل می‌شود

متخصصان معتقدند شرایط مراکز نگهداری نقش تعیین‌کننده‌ای در تشدید یا بهبود وضعیت این کودکان دارد. اگر محیط جدید، ترومای ثانویه ایجاد کند، تمام تلاش‌های درمانی با شکست مواجه می‌شود:

- شرایط نامناسب جسمی: کمبود فضا، بهداشت ضعیف و ازدحام، استرس را تشدید کرده و هرگونه احساس امنیت را از بین می‌برد و مغز کودک را در حالت دفاعی نگه می‌دارد.
- نبود برنامه‌های ساختاریافته: مراکز فاقد برنامه‌های آموزشی و روانشناختی مناسب، کودکان را در حالت سکون و بلا تکلیفی رها می‌کنند که خود به نوعی ترومای ثانویه است و به فرسایش روانی آن‌ها دامن می‌زند.
- انزوای اجتماعی: جدا کردن کودکان از جامعه میزبان، فرآیند طبیعی انطباق و یادگیری را مختل کرده و حس "دیگری بودن" را در آن‌ها تقویت می‌کند، که به سیستم دلبستگی و هویت آن‌ها آسیب می‌زند.

نتایج و توصیه‌های عصب-آموزشی برای کلینیک

این پژوهش تأکید می‌کند که رسیدگی به وضعیت کودکان بی‌سرپرست مهاجر، نیازمند یک پارادایم درمانی جدید است که روان‌شناسی بالینی را با علوم اعصاب پیوند دهد. برای جامعه روان‌شناسی و متخصصان سلامت روان در ایران، این یافته‌ها سه مسیر حیاتی برای اقدام را ترسیم می‌کنند:

رویکرد تروما-محور (Trauma-Informed):

بسیاری از رفتارهای مشاهده شده (مشکل در تمرکز، پرخاشگری، عدم اعتماد) علائم آسیب عصبی و هیجانی هستند، نه ویژگی‌های شخصیتی کودک. باید درک شود که کودک در حال تلاش برای بقا است.

ایجاد محیط ترمیم‌گر (Healing Environment):

مداخلات باید با اصول (Trauma-Informed Care) آغاز شود. مهم‌ترین قدم، ایجاد محیطی است که قابل پیش‌بینی، امن و پایدار باشد. ثبات، به مغز کودک اجازه می‌دهد تا سیگنال‌های خطر کاذب را کاهش دهد و سیستم عصبی را از حالت جنگ یا گریز (Fight-or-Flight) خارج کند. این پایه‌ترین درمان برای ترمیم آسیب‌های مغزی است.

مداخلات مبتنی بر بدن و حس (Somatic Focus):

از آنجا که تروما در بدن "جاسازی" شده و بر بخش‌های غیرکلامی مغز تأثیر گذاشته، درمان‌های صرفاً گفتارمحور کارایی کمتری دارند. روانشناسان باید از تکنیک‌هایی استفاده کنند که به تنظیم سیستم عصبی خودکار کمک کنند:

- بازی‌درمانی و هنردرمانی: برای بیان احساساتی که کلام برای توصیف آن‌ها کافی نیست.



• ذهن‌آگاهی (Mindfulness) و یوگا : برای کمک به کودک در اتصال مجدد به بدن و تمرین کنترل واکنش‌های عاطفی.

تربیت نیروی متخصص با دانش عصبی (Neuro-Pedagogy) :

این مقاله بر نقش عوامل عصبی-آموزشی تأکید می‌کند. مربیان، معلمان و روانشناسان مدارس باید درک کنند که ناتوانی در تمرکز، پرخاشگری‌های ناگهانی یا کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی، ریشه در آسیب‌های مغزی دارند. آموزش تخصصی به این افراد کمک می‌کند تا به جای تنبیه یا سرزنش، از رویکردهای حمایتی استفاده کنند که مستقیماً به تقویت عملکردهای آسیب‌دیده هیپوکامپ (مانند تمرین‌های حافظه فعال) و کاهش حساسیت آمیگدال منجر شود.

حمایت از کودک در سیستم (Advocacy) و آماده‌سازی برای بزرگسالی (Emancipation) :

مداخلات باید شامل آموزش مهارت‌های زندگی، مدیریت مالی و یافتن مسیر شغلی باشد تا از یک بحران دیگر در سن ۱۸ سالگی جلوگیری شود.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های پژوهش رومرو-گومز و همکاران، یک هشدار جدی است. سلامت روان کودکان مهاجر بدون همراه، تنها یک مسئله عاطفی نیست، بلکه یک مسئله بیولوژیکی است. برای تضمین آینده این کودکان، جامعه روان‌شناسی باید ابزارهای خود را به‌روزرسانی کرده و با پیوند زدن روان‌شناسی بالینی و علوم اعصاب، مداخلاتی را طراحی کند که نه تنها روان، بلکه مغز آن‌ها را نیز مورد حمایت قرار دهد. این رویکرد نه تنها برای کودکان مهاجر، بلکه برای هر فردی که تجربه ترومای دوران رشد را دارد، افق‌های جدیدی را در روان‌درمانی باز می‌کند.

منبع:

<https://www.mdpi.com/2813-2882/3/2/5>



بررسی عوامل اجتماعی-محیطی پس از مهاجرت با مشکلات سلامت روان در پناهجویان

ترجمه و تلخیص: پرستو امینی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review

Sohail Jannesari, Stephani Hatch, Matthew Prina, Sian Oram, Journal of Immigrant and Minority Health .

May2020.

مهاجران در وضعیت نامشخص نرخ بالاتری از اختلال اضطراب پس از سانحه (PTSD)، نشانه‌های افسردگی و اضطراب و روان پریشی را نشان می‌دهند.

افرادی که به دنبال پناهندگی هستند در مقایسه با سایر مهاجران، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال‌های روانی قرار دارند. هدف این پژوهش درک تاثیر عوامل اجتماعی-محیطی پس از مهاجرت برای کمک به پناهجویان جهت کاهش میزان اختلال‌های روانی است. این پژوهش به صورت نظام مند، متقاضیانی را که حداقل یک سال را در سیستم پناهندگی به سر می‌بردند، مورد بررسی قرار داد.

پناهجویان در کشورهای میزبان با چالش‌های متعدد پس از مهاجرت مواجه هستند. بنابراین، این پژوهش با هدف شناسایی و ارزیابی شواهد مربوط به ارتباط عوامل اجتماعی-محیطی پس از مهاجرت با اختلال‌های روانی در پناهجویان انجام شد.

پناهجویان در مسیر مهاجرت، علاوه بر تجربه رویدادهای آسیب‌زا قبل از خروج از کشور، با استرس‌های بعد از مهاجرت نیز روبرو می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این استرس‌ها که شامل ناامنی قانونی، مشکلات اقتصادی و فرهنگی، تبعیض، شرایط زندگی نامناسب و انزوای اجتماعی هستند که تأثیر مستقیمی بر سلامت روان دارند.

بر طبق مطالعات انجام شده، عواملی مانند حس تعلق (عامل محافظتی) و انزوای اجتماعی (عامل خطر) با خطر ابتلا به اختلال‌های روانی مرتبط هستند. این بررسی ۲۴ عامل خطر اجتماعی-محیطی، برای سلامت روان پناهجویان را از ۲۱ مقاله شناسایی و در ۷ حوزه طبقه بندی کرد:

مسائل مربوط به جامعه، هویت و خانواده، مسائل مربوط به سیستم مهاجرت، استرس‌های پس از مهاجرت، شرایط اقتصادی-اجتماعی، شرایط زندگی، روابط اجتماعی و شبکه حمایتی مطلوب، مراقبت‌های بهداشتی.

(۱) جامعه و هویت

تبعیض و نژادپرستی، قوی ترین عاملی است که سلامت روانی مهاجران را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. مهاجرانی که تبعیض را تجربه می‌کنند، به‌طور قابل توجهی سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و PTSD را نشان می‌دادند.

(۲) مسائل مربوط خانواده

تنهایی و جدایی طولانی مدت از همسر، فرزندان و والدین، خطر ابتلا به افسردگی مزمن و احساس درماندگی را افزایش می‌دهد.

(۳) استرس‌های پس از مهاجرت



پژوهش نشان داد فشارهایی مانند:

- سختی یادگیری زبان
- مشکلات سازگاری فرهنگی
- عدم دسترسی به منابع
- تنهایی و انزوای اجتماعی

به میزان زیادی با مشکلات روان‌شناختی مرتبط هستند.

۴) وضعیت اقتصادی-اجتماعی

عواملی مثل:

- بیکاری
- عدم اجازه کار
- نداشتن درآمد پایدار یا درآمد پایین
- شغل‌های سطح پایین یا پرسترس
- مشکلات در دریافت کمک‌های رفاهی
- نبود حمایت حقوقی

باعث افزایش سطح افسردگی و اضطراب می‌شوند همچنین این موارد احساس «بی‌ثباتی و ناتوانی» را در افراد ایجاد می‌کنند.

۵) شرایط زندگی

کیفیت مسکن و زندگی در کمپ‌ها، مراکز شلوغ یا مکان‌های فاقد حریم خصوصی باعث افزایش استرس مزمن، احساس ناامنی و کاهش کیفیت زندگی پناهجویان می‌شود.

۶) روابط اجتماعی و شبکه حمایتی

مهاجرانی که دوستان، خانواده یا شبکه حمایتی داشتند، نسبت به آن‌هایی که از شبکه‌های اجتماعی مناسب برخوردار نبودند، مشکلات روانی بسیار کمتری نشان دادند. نبود حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین عوامل خطر بود.

۷) مراقبت‌های بهداشتی

به دلیل شرایط زندگی نامطلوب، سطح بهداشت عمومی در پناهجویان پایین می‌باشد در نتیجه خطر ابتلا به انواع بیماری افزایش پیدا می‌کند.

این پژوهش نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های روانی در بین افرادی که به دنبال پناهندگی هستند در مقایسه با سایر افراد بیشتر است. مشکلات روانی پناهجویان تنها مربوط به تجارب و نتیجه گذشته آنها نیست؛ بلکه عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی کشور میزبان نیز تعیین می‌کند که فرد در مسیر مهاجرت دچار افسردگی یا اضطراب می‌شود یا خیر.



سیاست‌هایی مثل:

- کوتاه کردن روند پناهندگی
- کاهش تبعیض
- حمایت مالی و شغلی
- ایجاد فرصت یادگیری زبان
- اجازه کار
- پیوستن خانواده‌ها

می‌تواند سلامت روان مهاجران را به‌طور چشمگیری بهبود دهد.

ترومای مهاجرت

ترجمه: فاطمه محمدپور گوگه

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

ترومای مهاجرت چیست و چگونه باید با آن مقابله کرد

بسیاری از مهاجران و پناهندگان، چه در کشور خود، چه در هنگام سفر یا پس از ورود به کشور میزبان، با تروما روبرو می‌شوند یا از پیش دچار آن بوده‌اند.

تروما چیست؟ تروما، همانطور که توسط اداره خدمات سوء مصرف مواد و سلامت روان (SAMHSA) تعریف شده است، "ناشی از یک رویداد، مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایطی است که فرد به صورت آسیب جسمی یا عاطفی یا تهدید کننده ی زندگی تجربه می‌کند و اثرات نامطلوب و ماندگاری بر عملکرد و سلامت روانی، جسمی، اجتماعی، عاطفی یا معنوی فرد دارد." یک مطالعه نشان داد که تقریباً نیمی (۴۷٪) از مهاجران اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را تجربه می‌کنند، در حالی که مطالعه ی دیگری نشان داد که حدود یک سوم از نوجوانان (۲۹٪) و والدین (۳۴٪) در طول فرآیند مهاجرت دچار تروما شده‌اند.

مراحل ترومای مهاجرت

اغلب، ترومای مهاجرت در مراحل مختلف، به شرح زیر، در نظر گرفته می‌شود.

• **ترومای پیش از مهاجرت.** افراد ممکن است قبل از مهاجرت خود تروما را تجربه کرده باشند؛ ترومایی که احتمالاً بر تصمیم آنها برای ترک کشورشان تأثیر گذاشته است. این آسیب‌ها ممکن است شامل خشونت، فقر، آزار و اذیت یا قرار گرفتن در معرض درگیری‌های مسلحانه باشد. پول نیز عامل دیگری است. هزینه مهاجرت USCIS به ازای هر متقاضی ۲۲۰ دلار است، در حالی که افراد ممکن است همین مبلغ را نیز برای کمک گرفتن از دیگران در جریان مهاجرت شان بپردازند و سپس منتظر تاریخ مصاحبه باشند.

- **سفر و جابه‌جایی.** این مورد شامل قرار گرفتن در معرض تروما در طول سفر است. سفر و جابه‌جایی ممکن است شامل تجربه‌هایی باشد که باعث تروما شوند، تجربه‌هایی مثل خشونت، بازداشت، کار اجباری یا دسترسی نداشتن به خدمات اولیه.



- **ترومای پس از مهاجرت.** مهاجران و پناهندگان در صورتی که پس از مهاجرت با موانعی برای دسترسی به خدمات اولیه مانند آموزش و مراقبت‌های بهداشتی و همچنین مشکلات مالی و شرایط نامناسب زندگی مواجه باشند و به ویژه مجبور باشند برای عزیزان خود کمک مالی ارسال کنند، می‌توانند تروما را تجربه کنند.
علاوه بر این مهاجران ممکن است از عزیزان و شبکه‌های حمایتی خود جدا شوند یا با مشکلاتی در زمینه وضعیت قانونی و مجوزهای کار مواجه شوند.
کودکان نیز ممکن است در ورود به مدرسه دچار مشکل شوند. در چنین وضعیتی آنان واقعا به حمایت‌هایی نیاز دارند که هم به آسیب‌ها و تجربه‌های سخت گذشته‌شان حساس باشد و هم به هویت و ویژگی‌های شخصی‌شان احترام بگذارد تا آنان دوباره احساس امنیت کنند و بتوانند تحصیل خود را ادامه دهند.
 - **استقرار و همگام شدن با جامعه.** چالش‌های مربوط به زندگی کردن در محل جدید و وفق پیدا کردن با محیط می‌تواند باعث تروما شود. مهاجران ممکن است در وفق پیدا کردن با فرهنگ میزبان خود با مشکلاتی مانند نژادپرستی، طرد، انزوا و تبعیض و شرایط نامناسب زندگی و کار مواجه شوند.
آمنا^۱، سازمانی که از سلامت روانی جوامع بی‌خانمان حمایت می‌کند، توضیح می‌دهد: «اسکان مجدد به معنای خاتمه چالش‌های روانی این افراد نیست. سازگاری با یک کشور جدید گام چالش‌برانگیز دیگری است و می‌تواند موجب پریشانی بیشتر افراد گردد. پناهندگان نیز با فقدان و اندوه مواجه خواهند بود و حتی ممکن است دچار احساس گناه بازمانده‌گان شوند؛ یعنی حس تقصیر به دلیل زنده ماندن خود در حالی که دیگران جان خود را از دست داده‌اند. عادی بودن محیط جدید می‌تواند برای آن‌ها یادآوری دردناکی از آنچه از دست رفته باشد.»
«برخی از این افراد ممکن است در شوک باشند، برخی می‌توانند بسیار آشفته و مضطرب باشند و برخی دیگر هیجانی و شتاب زده. علاوه بر این، سیاست‌های خصمانه و تبعیض نیز می‌تواند باعث اضطراب و پریشانی شدید شود.»
- مهاجرت چگونه باعث تروما می‌شود؟**
- **فقدان هویت و محیط‌های آشنا.** زمانی که فردی به فرهنگی جدید مهاجرت می‌کند و فرهنگ و ساختار اجتماعی آشنای خود را از دست می‌دهد، ممکن است دچار نوعی اندوه شود که گاهی از آن به عنوان «سوگ فرهنگی» یاد می‌شود. مهاجران ممکن است برای زبان کشور خود، به‌ویژه گویش‌ها و اصطلاحات محلی و همچنین ساختارهای اجتماعی و شبکه‌های حمایتی دلتنگ شوند.
 - **کمبود ابزار یا منابع برای کنار آمدن با محیط جدید.** هنگام ورود به کشور میزبان، مهاجران ممکن است به ابزارها یا منابع مورد نیاز برای کمک در کنار آمدن با مشکلات یا سازگاری با محیط جدید دسترسی نداشته باشند. این ممکن است به دلیل عدم توانایی در صحبت کردن به زبان دیگر، محدودیت‌های مالی یا عدم آگاهی از آنچه در دسترس است، باشد.

^۱ Amna



• **خشونت، تعرض، از دست دادن اعضای خانواده.** مهاجران و پناهندگان ممکن است قبل از سفر یا در طول فرآیند مهاجرت، مورد سوءاستفاده یا خشونت قرار گرفته باشند، یا دوستان خانوادگی یا دوستان خود را از دست داده باشند، تجربیاتی که بسیاری از مردم صرف نظر از چارچوب گسترده ی مهاجرت، آنها را آسیب‌زا می‌دانند. یولاندا رنتریا^۱، LPC، روان‌درمانگر و متخصص تروما، می‌گوید: «بیشتر پناهجویانی که بازداشت می‌شوند، درجه‌ای از تروما را صرفاً از این اتفاق و عدم اطمینان و انتظار تا زمان بررسی پرونده خود تجربه می‌کنند. متأسفانه، پناهجویان زمانی که فرزندانشان از آنها جدا می‌شوند یا زمانی که در مراکز بازداشت با آنها رفتار نامناسبی می‌شود، دچار آسیب می‌شوند.»

○ **عدم قطعیت و فقدان ثبات.** در حوزه ترومای پس از مهاجرت، به‌ویژه، بلا تکلیفی پیرامون سیاست‌های مهاجرتی می‌تواند منبعی جدی برای استرس و آسیب روانی باشد. برخی مهاجران ممکن است ترس دائمی از اخراج داشته باشند یا در دریافت مجوز کار با مشکلات جدی روبه‌رو شوند. حتی پیش از آن، تهیه مدارک لازم و نامشخص بودن امکان دستیابی به اقامت می‌تواند به این فشار روانی بیفزاید. افزون بر این، تغییراتی که در طول فرایند مهاجرت در زندگی افراد رخ می‌دهد و ممکن است بر واجد شرایط بودن آن‌ها تأثیر بگذارد، خود می‌تواند به تشدید تروما منجر شود.

تروما در کودکان

برای کودکان، نژادپرستی و تبعیض، محرومیت اقتصادی، و نبود امنیت و ثبات می‌توانند از عوامل ایجاد تروما باشند. کودکانی که در مسیر مهاجرت از والدین یا سرپرستان خود جدا شده‌اند، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی و اختلالات مصرف مواد قرار دارند.

آنا می‌گوید: «کودکان نیز ممکن است در ورود به مدرسه دچار مشکل شوند در چنین وضعیتی آنان واقعا به حمایت‌هایی نیاز دارند که هم به آسیب‌ها و تجربه‌های سخت گذشته‌شان حساس باشد و هم به هویت و ویژگی‌های شخصی‌شان احترام بگذارد تا آنان دوباره احساس امنیت کنند و بتوانند تحصیل خود را ادامه دهند.» این سازمان همچنین معتقد است: «اغلب، نشانه‌های تروما مانند کاهش تمرکز شناخته نمی‌شوند و به همین علت کودکان با برچسب‌هایی مانند "کودکان مسئله‌دار" معرفی می‌شوند.»

مقابله با تروما و مدیریت آن

حفظ ارتباط مستمر با فرهنگ مبدأ، در کنار آشنایی و تعامل با فرهنگ جامعه میزبان، برای مهاجرانی که با تروما مواجه هستند اهمیت زیادی دارد. فرهنگ مبدأ منبعی برای حمایت، هویت و پیوندهای اجتماعی فراهم می‌کند، در حالی که فرهنگ جامعه میزبان امکان بهره‌مندی از نهادهای و ساختارهایی را می‌دهد که به سازگاری مهاجران کمک می‌کنند.

دسترسی به اشتغال، خدمات پایه و حمایت‌های اجتماعی می‌تواند به کاهش تروما و دسترسی که مهاجران تجربه می‌کنند کمک کند؛ همان‌گونه که پیوستن دوباره اعضای خانواده و یادگیری زبان کشور میزبان نیز نقش مهمی در این فرایند دارد.

برای کودکان، دسترسی به آموزش و تجربه احساس امنیت از عوامل اساسی در حمایت از سلامت روان به شمار می‌رود. علاوه بر این سلامت روان والدین نیز اثر زنجیره‌ای مهمی دارد و می‌تواند از کودکان در برابر تروما محافظت کند؛ همان‌طور که وجود ساختار خانوادگی پایدار و شبکه‌های اجتماعی حمایتی چنین نقشی ایفا می‌کنند.

^۱ Yolanda Renteria



«سازمان جهانی بهداشت راهکارهایی را برای رفع موانع دسترسی مهاجران و پناهندگان به خدمات سلامت روان ارائه کرده است؛ از جمله اطلاع‌رسانی شفاف درباره خدمات سلامت روان از طریق مدارس، مراکز مذهبی و برنامه‌های ارتباط با جامعه، و نیز توجه ویژه به گروه‌های در معرض خطر مانند کودکان بدون همراه و مهاجرانی که خود را متعلق به جامعه ای خاص می‌دانند.

ارائه مراقبت متناسب با نیازها و شرایط هر فرد، همراه با احترام به تفاوت‌های فرهنگی و دینی، از اهمیت بالایی برخوردار است؛ همان‌گونه که به کارگیری حمایت‌های سلامت روان در نظام‌های آموزشی، خدمات اجتماعی و نهادهای انتظامی نیز ضروری است.

آشنا توضیح می‌دهد که «رویکردی مبتنی بر درک هویت فرد و عاری از آسیب‌شناسی، نقش مهمی در کمک به پناهندگان برای بازیابی احساس امنیت و بازسازی زندگی‌شان دارد. پناهندگان (همانند همه افراد) دارای هویت‌های متعددی هستند و به رسمیت شناختن و احترام گذاشتن به ابعاد گوناگون هویت آن‌ها می‌تواند فرایند بهبود را تسهیل کند؛ به‌ویژه با توجه به اینکه ممکن است در مسیر مهاجرت و حتی پس از اسکان با تبعیض مواجه شوند».

او همچنین تأکید می‌کند «اندوه، استرس و رنجی که پناهندگان در نتیجه تجربه‌ها و جابه‌جایی اجباری خود احساس می‌کنند کاملاً طبیعی است. بنابراین به‌جای تمرکز صرف بر برچسب‌های تشخیصی، باید پذیرفت که افراد در مواجهه با فقدان و سوگ واکنش‌های متفاوتی دارند و اولویت اصلی، کمک به آن‌ها برای بازیابی احساس امنیت است.»

برای مهاجران و پناهندگانی که به دنبال دریافت حمایت هستند، منابع متعددی در دسترس است. سازمان‌ها و خیریه‌های گوناگونی برای حمایت از مهاجران و پناهندگانی که تجربه تروما داشته‌اند فعالیت می‌کنند؛ از جمله «ائتلاف سلامت روان مهاجران» که فهرستی از خدمات موجود را به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی ارائه می‌دهد.

همچنین مهاجران فاقد مدارک قانونی می‌توانند از طریق برنامه «پیوند دهنده سلامت روان» متعلق به سازمان Immigrants Rising به خدمات سلامت روان دسترسی پیدا کنند.

در نهایت، استرس ناشی از تطبیق فرهنگی می‌تواند کاهش یابد، اگر درک شود که هویت قومی فرد، شامل فرهنگ اصلی و هویت نژادی او، با هویت ملی او در تضاد نیست و هر دو می‌توانند همزمان به‌طور موفقیت‌آمیز همراهی داشته باشند.

مهاجران و پناهندگان به حمایت بلندمدت مانند فضاهای اجتماعی در جامعه، خدمات سلامت روان، مدارک قانونی مناسب و مسکن پایدار نیاز دارند. این حمایت‌ها ممکن است تروما را به‌طور کامل از بین نبرند، اما به میزان زیادی در روند بهبود آن‌ها مؤثر هستند. عوامل متعددی می‌توانند منجر به تروما در میان مهاجران شوند و حمایت از مهاجران و پناهندگان امری حیاتی است. این حمایت می‌تواند از سوی دولت باشد، اما حمایت‌های درون‌جامعه‌ای و شبکه‌های اجتماعی نیز نقش مهمی دارند.

تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از مهاجران و پناهندگان در طول فرایند مهاجرت با تروما مواجه شده‌اند و نیاز است اقدامات بیشتری برای حمایت از آن‌ها انجام شود.

منابع

- Bustamante L, Cerqueira R, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(2):220-225. doi:10.1590/1516-4446-2017-2290
- Perreira K, Ornelas I. Painful passages: traumatic experiences and post-traumatic stress among immigrant Latino adolescents and their primary caregivers. *Int Migr Rev*. 2013;47(4). doi:10.1111/imre.12050.
- Bhugra D, Becker M. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*. 2005;4(1):18-24.



سایر یادداشت‌ها

زنان و خودکشی: پیشگیری از خودکشی (قسمت اول)

دکتر اکرم خمسه

مدیر گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

چرا زنان در معرض خطر خودکشی هستند و چگونه می‌توان از خودکشی در زنان پیشگیری کرد؟ چگونه باید با کسی که در این مورد نگران او هستید، گفتگو کنید؟ زنان دو برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند. در سال‌های اخیر، زنان جوان از مواد و ابزارهای کشنده، بیشتر استفاده کرده‌اند.

عوامل خطرساز

عوامل مشخصی زنان را در معرض خطر بیشتر خودکشی قرار می‌دهند. هنگامی که زنان ترکیبی از عوامل خطرساز را تجربه می‌کنند و تاثیر این عوامل، بیشتر از عوامل محافظت‌کننده است، احتمال خودکشی در آنان افزایش می‌یابد. برخی از عوامل خطرساز که زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهند، عبارتند از: مشکلات سلامت روان؛ حاملگی و اختلال‌های متعاقب زایمان؛ اعمال خشونت از سوی شریک جنسی؛ اختلال‌های خوردن؛ همانندسازی با بیش از یک گروه به حاشیه‌رانده‌شده از زنان؛ دسترسی محدود به مراکز مراقبت‌های سلامت و نابرابری جنسیتی. بسیاری از این عوامل خطرساز به اثرات اجتماعی نقش‌های جنسیتی، روابط جنسیتی و دسترسی ناکافی به مراکز مراقبت‌های بهداشتی مربوط می‌شود. بنابراین، تغییر در نهادهای اجتماعی و برنامه‌ریزی‌های اجتماعی را ضروری می‌گرداند.

عوامل محافظت‌کننده

عوامل مختلف و شرایط خاص، می‌توانند فرد را در برابر اقدام به خودکشی محافظت کنند. افزایش تاب‌آوری، افزایش امید و احساس تعلق، معنایابی برای زندگی و هدفمندی در زندگی، کمک‌کننده هستند. عوامل محافظت‌کننده‌ای که تاب‌آوری را در زنان افزایش می‌دهند، عبارتند از: جستجوی کمک و یاری گرفتن برای حل مسائل و مشکلات سلامت روانی؛ روابط مثبت، حمایت‌کننده و صمیمانه؛ ابراز عواطف و احساسات؛ معنایابی در زندگی. برای مثال، روابط مثبت و حمایت‌کننده، شبکه امن و مطمئنی فراهم می‌کند که هنگام اندیشناکی در مورد خودکشی، مفید خواهد بود. فرد می‌تواند از این شبکه کمک بگیرد و احساس تعلق به آن داشته باشد. زنانی که عواطف و احساسات خود را می‌پذیرند و آن‌ها را ابراز می‌کنند، بیش از این که از تجربه این گونه عواطف و احساسات آسیب ببینند و فروپاشند، با آن انطباق و سازگاری بیشتر پیدا می‌کنند. معنایابی در زندگی یادآوری‌کننده این نکته است که زندگی ارزش زیستن دارد و صرف نظر از شرایط نامساعد، انگیزه برای پیشرفت و شکوفایی ایجاد می‌کند و افراد را در برابر اثرات منفی تجربه‌های دشوار همچون سپر دفاعی محافظت می‌کند. افراد با معنایابی برای زندگی، کمتر احتمال دارد که احساس ناامیدی، افسردگی و افکار خودکشی را تجربه کنند.



علایم هشداردهنده

افراد با افکار خودکشی معمولاً علایم هشداردهنده‌ای را نشان می‌دهند. هر نوع تغییر معنادار رفتاری می‌تواند علامت هشداردهنده خودکشی باشد. اطرافیان وقتی نسبت به نزدیکان خود در مورد خودکشی حساس می‌شوند، باید بیشتر گوش به زنگ علایم خودکشی باشند. گوش دادن فعالانه به صحبت‌های این فرد، به آن‌ها کمک می‌کند تا نسبت به گفتگوهایی که نشان‌دهنده کشمکش‌های درونی هستند، متوجه و هشیار باشند. این گفتگوها می‌تواند حاکی از نومی‌دی، فرسودگی و احساس بار مسئولیت زیاد باشد. سایر علایم هشداردهنده شامل موارد زیر هستند: تهدید به خودکشی یا گفتن این که خواهان مرگ است؛ جستجوی راه‌ها و روش‌های مردن؛ استفاده زیاد از مواد مخدر؛ فقدان حس هدفمندی در زندگی؛ عدم وجود دلیل آشکار برای ادامه زندگی؛ درخواست مرخصی به علت بیماری؛ بیان این که برای انجام کارها و وظایف و تعهدات مثبت، دیر شده است؛ کناره‌گیری از دوستان و خانواده؛ خشم، پرخاشگری، بی‌قراری، بی‌احتیاطی و بی‌اعتنایی؛ تغییرات خلقی بسیار شدید (انجمن خودکشی‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۳). این علایم هشداردهنده حاکی از فوریت خطر خودکشی هستند. اطرافیان باید در کنار این فرد باقی بمانند و برای کمک به او اقدام کنند و با او ارتباط برقرار کنند.

زنان برای حفظ سلامت روان خود چه کارهایی باید انجام دهند؟

- ▽ **برقراری ارتباط:** خود را با دوستان و اعضای حمایت‌گر خانواده احاطه کنید. با گروه‌های اجتماعی ارتباط برقرار کرده و به آن‌ها ملحق شوید و شبکه‌ای از افراد حامی را تشکیل دهید که هنگام نیاز بتوانید از آن‌ها کمک بگیرید.
- **آگاهی‌افزایی:** تا آن جا که می‌توانید در مورد علایمی که نشان‌دهنده کشمکش‌های درونی شماست، خودآگاهی پیدا کنید. درباره این کشمکش‌ها با نزدیکان خود گفتگو کنید.
- راهبردهای انطباق موثر را در مورد شناسایی کرده و اجرا کنید.
- راه‌هایی را برای برقراری تعادل میان بخش‌های مختلف وجود خود، یعنی عواطف و احساسات، شناخت‌واره‌ها، رفتارها و جسم خود پیدا کنید.

وظایف و مسئولیت‌های دیگران

همه ما برای کاهش خودکشی در میان زنان باید سهیم باشیم. ما به عنوان خانواده، شریک زندگی، دوستان و همکاران، باید بدانیم که زنان، که در زندگی ما نقش‌های متعدد و چندگانه ایفا می‌کنند، در جهانی نابرابر زندگی کرده و احساس فشار می‌کنند و بار سنگین مسئولیت را بر دوش دارند. پس باید برای تغییر این وضع به آن‌ها کمک کرد.

نقش نهادهای اجتماعی در زمینه جلوگیری از خودکشی در میان زنان

سیاست‌گذاری‌های کاری و شغلی در این زمینه، باید به اجرا درآیند. برای مثال:

- دستمزد برابر، ساعت‌های کاری انعطاف‌پذیر، احترام، فرصت‌های پیشرفت برابر باید برای همه کارکنان از جمله زنان فراهم شوند.
- سازمان‌ها باید دستیابی کارکنان را به برنامه‌های رفاهی و کمک به آن‌ها و خانواده‌هایشان تضمین کنند و دسترسی به مراکز مراقبت‌های سلامت و بیمه‌های درمانی را فراهم سازند.
- سیاست‌گذاری‌های محکمی در مورد آزار و اذیت جنسی باید به اجرا دربیاید.



- سازمان‌ها و جامعه مدنی باید پاسخ‌ها و واکنش‌های قانونی و اجتماعی کافی را در مورد اعمال خشونت نسبت به زنان به اجرا در بیاورند .
 - نهادهای آموزشی باید حمایت و پشتیبانی فعالانه فردی و گروهی برای دختران و زنان فراهم سازند .
 - رسانه‌ها می‌توانند فعالیت‌ها و اقدام‌های سلامت روان مثبت‌نگر را برای زنان افزایش دهند .
- چگونه باید با افراد درباره خودکشی گفتگو کرد؟
- گفتگوی صریح و آشکار و غیرقضاوت‌گرانه داشته باشید و به آن‌ها توجه کنید. هر تغییر قابل‌ملاحظه در رفتار افراد حاکی از این است که حال آن‌ها خوب نیست. این وضعیت شامل موارد زیر است:
- آن‌ها دیگر زنگ نمی‌زنند. پیامک ارسال نمی‌کنند و مثل گذشته دیگر ارتباط نمی‌گیرند .
 - مصرف بیش از حد مشروبات الکلی یا سیگار .
 - خسته و گوشه‌گیر و غیرصمیمی به نظر می‌رسند .
 - درباره دشواری گذران زندگی صحبت می‌کنند
 - پرخاشگری نشان می‌دهند .
- در شروع مکالمه، شرایط محیطی امن، مطمئن و صریح ایجاد کنید. از طریق تلفن، در حال رانندگی، هنگام صرف غذا، آن چه را که متوجه شدید، مطرح کنید. برای مثال: «این روزها خبری از شما نیست! همه چیز روبه‌راه است؟» سپس پرسش‌های دیگر را مطرح کنید. به آن چه که فرد می‌گوید خوب گوش کنید و در مورد تمایل خود به ارائه راه حل، مقاومت و پافشاری کنید. برای مسائل مطرح‌شده آن‌ها اهمیت و اعتبار قایل شوید و به ابراز عواطف و احساسات آن‌ها اهمیت دهید. ولی باید بدانید که شما یک دوست، غریبه یا عضوی از خانواده یا همکار هستید و مشاور یا روان‌شناس نیستید. آن‌ها را تشویق کنید که به جستجوی افراد متخصص بپردازند.

منبع

Women and suicide prevention. Center for suicide prevention (2025).



زنان و خودکشی: پیش‌گیری از خودکشی (قسمت دوم)

دکتر اکرم خمسه

مدیر گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

مانع اصلی در پیشگیری از رفتار خودکشی در زنان، علاوه بر این باور که خودکشی مسئله مردان است، تأکید بیشتر بر عوامل فردی است که شناخت عوامل اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی و بوم‌شناختی و تأثیر آن‌ها را بر رفتار خودکشی زنان نادیده می‌گیرد. همچنین، پژوهش‌های خاص در مورد خودکشی زنان کمتر انجام گرفته است. پیشرفت در پیشگیری از خودکشی و اقدام به خودکشی در زنان مستلزم تغییر پارادایم‌ها یا الگوهای مسلط است. در این پارادایم جدید علاوه بر عوامل فردی، بر عوامل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی تأکید می‌شود. آموزش، امنیت اقتصادی-اجتماعی و توانمندسازی زنان در همه عرصه‌ها، بخش جدایی‌ناپذیر در پیشگیری از خودکشی محسوب می‌شود. مطالعات در برخی از کشورها از جمله هند و چین نشان داده است که عوامل فرهنگی چون ازدواج‌های اجباری، کودک‌همسری و ازدواج‌های زودهنگام، خطر خودکشی را در زنان افزایش می‌دهد. سایر شواهد ارتباط بین اقدام به خودکشی و ناتوانی در فرزندآوری را در کشورهای در حال توسعه گزارش داده‌اند. فشار فرهنگی بر روی زنان در این مناطق برای تولد فرزند پسر به افزایش افکار خودکشی و رفتار خودکشی منجر شده است. ترجیح دادن فرزند پسر در نواحی روستایی و بدرفتاری و خشونت با مادر در صورت به دنیا نیاموردن فرزند پسر، یکی از عوامل تعیین‌کننده در خودسوزی‌های زنان است که آموزش، فرهنگ‌سازی و تقویت گرایش‌های برابری‌طلبانه می‌تواند به کاهش آن بیانجامد. بنابراین، خودکشی در زنان، جنسیت-وابسته است. برخلاف نظر دورکیم که معتقد بود "زنان تا مادامی که زنانه بودن خود را حفظ کنند، از خودکشی در امان خواهند بود"، امروزه مطالعات حاکی از این است که برابری اجتماعی واقعی، زنان را از خودکشی مصون نگه می‌دارد. برای مثال، در مطالعه‌ای بر روی ۳۳ کشور در حال توسعه و صنعتی، نتایج نشان می‌دهند که میزان خودکشی زنان در کشورهایی با ساختار اجتماعی برابری‌طلبانه کمتر است. با این همه، خودکشی در همه کشورهای شایع است و علل آن چندگانه و متنوع‌اند. براساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت در هر ۴۵ ثانیه، یک نفر خودکشی می‌کند و بیش از سه‌چهارم یعنی ۷۷ درصد این خودکشی‌ها در کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط رخ می‌دهند. هدف برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، کاهش میزان خودکشی به یک سوم تا سال ۲۰۳۰ است. در مجموعه انتشارات سلامت اجتماعی مجله بین‌المللی پزشکی (لنست)، این نکته مطرح است که اگرچه پیشگیری از خودکشی متکی بر مداخله‌ها در بخش سلامت روان است اما باید از منظر سلامت جامعه نیز بررسی شود. چرا که بیشترین کاهش‌ها در خودکشی، به جای آن که از طریق معیارهای فردی حاصل شده باشد، از طریق سلامت جامعه به دست آمده است و از آن جایی که متخصصان سلامت روان آموزش‌دیده کافی برای درمان و مداخله‌های انفرادی خودکشی وجود ندارند، رویکرد سلامت اجتماعی نسبت به خودکشی اهمیت دارد. به لحاظ تاریخی نیز توجه به عوامل اجتماعی خودکشی همواره مطرح بوده است. برای مثال، در سال ۱۷۹۰ به رابطه بین خودکشی و بازی قمار اشاره شده است. در سال ۱۸۴۰ برخی پژوهشگران معتقد بودند که ازدواج تا حدی مانع از خودکشی است. در سال ۱۸۸۵ پژوهشگران به ارتباط تنگاتنگ خودکشی با چگونگی سازمان‌بندی اجتماعی تأکید کرده‌اند. امیل دورکیم، جامعه‌شناس فرانسوی در ۱۸۷۹ رابطه بین مذهب و خودکشی را در اروپا بررسی کرد. براساس این مطالعه، میزان خودکشی، در ایالت‌های پروتستان بالاتر از ایالت‌های کاتولیک‌نشین گزارش شده است. به هر حال بسیاری دیگر از



پژوهشگران بر مدل پزشکی خودکشی تأکید کرده‌اند و آن را حالتی از مالیخولیا در نظر گرفته‌اند. برای مثال، در مطالعه‌ای فراتحلیلی در سال ۲۰۱۷ نشان داده شد که بررسی‌های درازمدت خودکشی در سال‌های ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۴ (که اکثراً در کشورهای با درآمد بالا صورت گرفته است)، به عوامل آسیب‌شناسی روانی توجه داشته‌اند و کمتر از ۱۰ درصد به عوامل اجتماعی پرداخته‌اند، عواملی چون شرایط زندگی فشارزایی که زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بررسی ۲۷۲ مقاله منتشر شده بین سال‌های ۱۹۸۲ تا ۲۰۲۱ دربارهٔ پیشگیری از خودکشی باز هم در کشورهای پردرآمد از طریق پایگاه داده‌های چندرشته‌ای (اسکوپوس) نشان می‌دهد که ۶۰ درصد این مطالعات تحت عناوین پزشکی طبقه‌بندی شده‌اند. اما سرانجام پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خودکشی بدون وجود بیماری‌های روانی یا جنون نیز رخ می‌دهد. امروزه اکثر متخصصان پیشگیری از خودکشی به این توافق رسیده‌اند که هم عوامل اجتماعی و هم عوامل شخصیتی، وراثتی، خانوادگی و عصب‌شناختی در خودکشی نقش دارند و عوامل اجتماعی با عوامل خطر ساز بالینی در کنش متقابل هستند. رویکرد سلامت اجتماعی نسبت به خودکشی اهمیت عوامل خطر ساز بالینی را رد نمی‌کند. ولی تأکید آن بر این است که افراد در خلأ زندگی نمی‌کنند و سلامت آن‌ها تحت تأثیر شرایط و عوامل اجتماعی است. این عوامل در برگیرندهٔ عوامل تجاری است که از طریق آن، کارگزاران تجاری، سلامت و برابری را در معرض خطر قرار می‌دهند و بر میزان نابرابری در اقدام به خودکشی در دختران و زنان و نوجوانان و جوانان تأثیر می‌گذارند. در میان این عوامل صنعت اسلحه‌سازی، کارخانه‌های تولید مواد شیمیایی سمی، صنعت تهیهٔ مشروبات الکلی و مواد مخدر نقش اصلی دارند. پژوهشگران این تعیین‌کننده‌ها را "علت‌العلل" نامیده‌اند. بازیگران عرصهٔ تجارت، کالاها یا خدماتی را ارائه می‌دهند که خطر خودکشی را افزایش می‌دهند و اغلب از طریق روش‌های بازاریابی و تهاجمی، این کالاها را طبیعی یا فریبنده جلوه می‌دهند. عوامل اقتصادی نیز نقش تعیین‌کننده در خودکشی دارند. در میان اقتصاددان‌ها این توافق حاصل شده است که کشورها به طور کلی وارد یک رکود اقتصادی جدید شده‌اند و به این ترتیب وضعیت اقتصادی پایین با خودکشی ارتباط پیدا کرده است و خودکشی در طی دوران‌های رکود اقتصادی افزایش نشان می‌دهد. مطالعات در برزیل، اندونزی، هند و مالزی نشان می‌دهد که کاهش فقر موثر بوده؛ در برزیل ۴۸ درصد و در اندونزی ۱۸ درصد به کاهش خودکشی منجر شده است. رویکرد سلامت جامعه نسبت به خودکشی بودجه‌های سلامت را هدف قرار می‌دهد و به افزایش سطح زندگی افراد، کاهش سختی معیشت، تسهیل پرداخت بدهی‌ها، تسهیل در ارائهٔ وام‌ها، کاهش مالیات برای افراد آسیب‌پذیر، ارائهٔ وام‌های مسکن و کمک‌هزینهٔ پرداخت اجاره‌بها، سیاست‌گذاری برای اشتغال‌زایی، پوشش بیمه برای مراقبت‌های سلامت جسمی و روان‌شناختی، کمک به زنان سرپرست خانوار و کاهش فقر به طور کلی و حذف تمامی صور نابرابری جنسیتی، توجه دارد.

به طور کلی باید گفت که پیشگیری از خودکشی تعهدی درازمدت است. عوامل اجتماعی-اقتصادی ذکر شده، نهادینه و تثبیت شده‌اند و به سرعت نمی‌توان آن‌ها را تغییر داد و سیاست‌گذاری‌ها و مداخله‌های کوتاه‌مدت ضروری هستند. توجه به افرادی که بیش از همه در معرض خطر هستند (زنان و نوجوانان)، توجه به کسانی که به پیوستار خطر بازمی‌گردند، و مداخله‌های پساخودکشی و مداخله‌هایی که کل جمعیت را در برمی‌گیرند الزامی است. خبر خوب هم این است که زنان همچنین، در برابر خودکشی می‌توانند محافظت شوند. آن‌ها بیشتر از مردان، طرح سوال می‌کنند و بیشتر مسائل و مشکلات عاطفی خود را ابراز کرده و کمک می‌گیرند. اغلب از شبکه‌های اجتماعی و ارتباطی گسترده‌تری برخوردارند. حمایت‌های ارتباطی و اجتماعی خوبی دارند و بیشتر به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند و از خطوط تلفن و مراکز فوریت‌های اجتماعی برای پیشگیری از خودکشی کمک می‌گیرند. این ویژگی‌ها و



توانمندسازی بیشتر آن‌ها در این زمینه‌های شخصیتی و فردی، در کنار توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی خودکشی، به پیشگیری بهتر از خودکشی منجر خواهد شد.

منابع

Vijaya Kumar, L. (2015). Suicide in women, *Indian J of Psychiatry*, 57: 233-238.
Editorial (2024). A public health approach to suicide prevention. *The Lancet public health*. Vol 9. Pp.787-795.

روان‌شناسی زنان، تاب‌آوری و تغییرات اقلیمی (خلاصه و تأملی بر گزارش برنامه توسعه ملل متحد؛ زنان، تاب‌آوری و تغییر اقلیم: تجربه‌هایی از اروپا و آسیای مرکزی و مناطق اطراف)

دکتر فاطمه شفیعی

عضو شورای گروه تخصصی روان‌شناسی زنان

تغییرات اقلیمی در دهه‌های اخیر تنها یک تهدید زیست‌محیطی نیست، بلکه به‌صورت مستقیم بر ساختارهای اجتماعی، روابط قدرت، سلامت روان و وضعیت اقتصادی و معیشتی میلیون‌ها انسان تأثیر می‌گذارد. گزارش جدید برنامه توسعه ملل متحد در سال ۲۰۲۵ با عنوان «زنان، تاب‌آوری و تغییرات اقلیمی» تلاش دارد این واقعیت را با رویکردی چندرشته‌ای و مبتنی بر شواهد روشن کند. این گزارش که حاصل بررسی پروژه‌ها و داده‌های ۱۱ کشور از اروپا، آسیای مرکزی، جنوب آسیا و حوزه کارائیب است، نشان می‌دهد که چگونه تغییرات اقلیمی از طریق سازوکارهای نابرابری جنسیتی تشدید می‌شود و چرا زنان، در بسیاری از موارد، هم آسیب‌پذیرترین گروه و هم ستون اصلی تاب‌آوری در جوامع هستند. هدف گزارش آن است که تصویری جامع و واقعی از نقش‌ها، چالش‌ها و ظرفیت‌های زنان در این بحران جهانی ارائه دهد و برای دولت‌ها، نهادهای علمی و فعالان حوزه زنان راهبردهای عملی عرضه کند. در بخش‌های آغازین گزارش، ابتدا ماهیت تغییرات اقلیمی شرح داده می‌شود و نشان داده می‌شود که پیامدهای آن برای همه افراد یکسان نیست. بلایای طبیعی، خشک‌سالی، کاهش منابع آب، مهاجرت اجباری، نابه‌سامانی‌های اقتصادی و آسیب به زیربنای‌های حیاتی زمانی ابعاد انسانی پیدا می‌کند که در چهارچوب نابرابری‌های پیشین معنا شود. زنان در بسیاری از جوامع، به‌ویژه در مناطق روستایی و کم‌برخوردار، به دلیل دسترسی محدود به زمین، اطلاعات، سرمایه، آموزش و قدرت تصمیم‌گیری، بیش از مردان در معرض پیامدهای اقلیمی قرار دارند. این گزارش شرح می‌دهد که چگونه مثلاً در هنگام سیل یا طوفان، زنانی که مسئولیت مراقبت از کودکان و سالمندان را بر عهده دارند دیرتر می‌توانند خانه را ترک کنند و ریسک بیشتری را تجربه می‌کنند؛ یا چگونه خشک‌سالی‌های طولانی‌مدت باعث افزایش ساعت‌های کاری زنان برای تأمین آب و غذا می‌شود و به فرسودگی روانی و جسمانی آنان دامن می‌زند.

در عین حال، گزارش تأکید می‌کند که تصویر زنان به عنوان «قربانی منفعل» دقیق نیست و باید تغییر کند. بسیاری از نمونه‌های ارائه‌شده نشان می‌دهند که زنان در عمل، «کنشگران اصلی تاب‌آوری اجتماعی» هستند. از تیم‌های واکنش اضطراری زنان در نپال گرفته تا گروه‌های حفاظت از منابع آب در ازبکستان و تاجیکستان، زنان با تکیه بر دانش بومی، شبکه‌های اجتماعی و حس مسئولیت‌پذیری نقش‌هایی بر عهده می‌گیرند که تاب‌آوری جامعه را در برابر شوک‌های اقلیمی افزایش می‌دهند. گزارش به شکل



روایی توضیح می‌دهد که چگونه زنان در برخی کشورها پیش‌گام روش‌های کشاورزی هوشمند، تولید محصول کم‌مصرف آب، توسعه انرژی خورشیدی و سازمان‌دهی گروه‌های محلی شده‌اند. این شواهد نشان می‌دهند که تقویت توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی زنان، در واقع سرمایه‌گذاری بر تاب‌آوری ملی است.

بعد روان‌شناختی این مسئله در این گزارش از جایگاه مهمی برخوردار است. تغییرات اقلیمی برای زنان تنها یک تهدید اقتصادی نیست؛ بلکه پیامدهای روانی قابل‌توجهی نیز با خود به همراه دارد. در روایت‌های مختلف، زنان از اضطراب مداوم نسبت به آینده، ترومای ناشی از بلایای طبیعی، احساس ناتوانی، افسردگی پس از خسارت‌های اقتصادی و فشار دائمی نقش‌های مراقبتی سخن می‌گویند. گزارش نشان می‌دهد که چگونه افزایش خشونت خانگی پس از بحران‌ها، ناامنی در پناهگاه‌های اضطراری و تشدید فقر فشار روانی زنان را بیشتر می‌کند. این‌که زنان در بحران‌ها هم باید «خانه را حفظ کنند» و هم «خانواده را آرام نگه دارند»، باعث می‌شود که هزینه عاطفی و ذهنی ناشی از شرایط اقلیمی برای آنان چند برابر شود. همین نکته این گزارش را برای حوزه روان‌شناسی زنان بسیار ارزشمند می‌کند، زیرا نشان می‌دهد که مداخلات سلامت روان باید هم‌زمان جنسیت‌محور و بحران‌محور باشند. علاوه بر این، گزارش در تحلیل خود توضیح می‌دهد که تاب‌آوری زنان مفهومی فردی یا شخصیتی نیست، بلکه به‌شدت وابسته به ساختارهای اقتصادی، حقوقی و فرهنگی است. در جوامعی که زنان به مالکیت زمین، وام، آموزش، شبکه‌های اجتماعی یا حضور در شوراهای تصمیم‌گیری دسترسی دارند، تاب‌آوری آن‌ها به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. در مقابل، هر جا زنان از تصمیمات اقلیمی کنار گذاشته شده‌اند، آسیب‌ها بیش از حد انتظار بوده است. ضمن آنکه نکته مهم این است که داده‌های تفکیک‌شده جنسیتی نیز در سیاست‌گذاری اقلیمی نقشی حیاتی دارد؛ زیرا بدون شناخت دقیق وضعیت زنان، برنامه‌ها و مداخلات ملی معمولاً مردمحور طراحی می‌شوند و نیازهای نیمی از جامعه دیده نمی‌شود.

در ادامه، گزارش از نمونه‌های موفق چند کشور سخن می‌گوید. در نپال، هنگامی که زنان به‌عنوان نیروهای رسمی تیم‌های جست‌وجو و نجات آموزش دیدند، اثربخشی پاسخ اضطراری افزایش پیدا کرد. در ازبکستان، آموزش‌های اقلیم‌محور برای زنان کشاورز به کاهش خسارت‌ها و افزایش درآمد منجر شد. در مولداوی، ایجاد شبکه‌های زنان کارآفرین در حوزه انرژی‌های تجدیدپذیر سبب شد تا خانواده‌ها در بحران زمستانی اخیر، به سوخت‌های گران‌قیمت کمتر وابسته باشند. این نمونه‌ها برای سیاست‌گذاران ایرانی نیز آموزنده است، زیرا نشان می‌دهد که توانمندسازی زنان در حوزه‌هایی چون مدیریت آب، فناوری‌های سبز و برنامه‌ریزی بحران فقط «مسئله حقوق زنان» نیست، بلکه راهبرد توسعه‌ای و امنیتی محسوب می‌گردد.

گزارش همچنین به رابطه پیچیده تغییرات اقلیمی با تعارض، جنگ و خشونت اشاره می‌کند. در مناطقی که تنش‌های سیاسی یا قومی وجود دارد، شوک‌های اقلیمی مانند خشک‌سالی یا تخریب‌های کشاورزی شرایط را برای مهاجرت اجباری، بالارفتن استرس خانوادگی و افزایش خشونت‌های جنسیتی فراهم می‌کند. زنان در این مناطق گاهی از چند جهت آسیب می‌بینند: هم از فشارهای اقتصادی و هم از ناامنی جانی. نتیجه آنکه تاب‌آوری روانی در چنین شرایطی در تعامل با ساختارهای اجتماعی شکل می‌گیرد و دیگر نمی‌توان آن را به صورت فردی تعریف کرد.

در پایان، گزارش مجموعه‌ای از توصیه‌های سیاستی ارائه می‌دهد که بر اساس تجربه‌های ۱۱ کشور شکل گرفته‌اند. این توصیه‌ها بر این نکته تأکید می‌ورزند که هرگونه برنامه‌ریزی اقلیمی باید از ابتدا و نه به‌عنوان افزوده‌ای نهایی، حساسیت جنسیتی داشته باشد. مشارکت زنان در تصمیم‌گیری، سرمایه‌گذاری در داده‌های جنسیت‌محور، بهبود زیرساخت‌های اسکان اضطراری برای زنان و



کودکان، حمایت از سلامت روان و شبکه‌های اجتماعی زنان و توسعه کسب‌وکارهای سبز زنان از جمله پیشنهادهایی هستند که گزارش فوق بر آن‌ها تأکید می‌کند. این توصیه‌ها نشان می‌دهند که مسئله زنان در مواجهه با تغییرات اقلیمی تنها مسئله‌ای اخلاقی یا عدالت‌محور نیست، بلکه باید به صورت ضرورت توسعه‌ای، امنیتی و اقتصادی برای کشورها لحاظ شود.

در مجموع، گزارش «زنان، تاب‌آوری و تغییرات اقلیمی» تصویری روشن و عمیق از وضعیت پیچیده‌ای ترسیم می‌کند که در آن زنان، هم بیشترین آسیب را می‌بینند و هم بیشترین ظرفیت را برای مواجهه با بحران دارند. این نگاه دوگانه، فرصت مهمی برای پژوهشگران حوزه روان‌شناسی زنان فراهم می‌کند تا مدل‌های تاب‌آوری را بر اساس تجربه‌های جنسیت‌محور و بوم‌محور بازتعریف کنند. در شرایطی که جهان به سوی آینده‌ای با بحران‌های اقلیمی بیشتر حرکت می‌کند، توجه به ابعاد روانی، اجتماعی و فرهنگی تاب‌آوری زنان، نه یک انتخاب، بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. این گزارش ما را دعوت می‌کند که نقش زنان را نه فقط در سطح خانواده، بلکه در سطح سیاست‌گذاری و مدیریت بحران بازبینی کنیم و تاب‌آوری را پروژه‌ای جمعی بدانیم؛ پروژه‌ای که اگر بخواهد مؤثر و پایدار باشد، باید از زنان آغاز شود.

سخن پایانی

خواندن این گزارش در شرایط امروز ایران معنای دیگری پیدا می‌کند. ایران طی سال‌های اخیر با بدترین دوره‌های خشک‌سالی، کاهش بی‌سابقه منابع آب زیرزمینی، فرونشست گسترده زمین، بحران معیشت کشاورزان، آلودگی هوا و گرم‌شدن شدید اقلیم روبه‌رو است. این بحران‌ها نه فقط محیط زیست، بلکه پیوندهای اجتماعی و روانی جامعه را نیز تحت فشار قرار داده‌اند. در بسیاری از استان‌ها، زنان کشاورز و زنان سرپرست خانوار نخستین گروه‌هایی هستند که از کاهش درآمد، ناپایداری تولید، کمبود آب شرب، مهاجرت اجباری و ناامنی غذایی آسیب می‌بینند. در شهرها نیز، قطع آب، کمبود برق، گرمای طاقت‌فرسا و آلودگی هوا بار روانی و مراقبتی را بر دوش زنان دوچندان می‌کند؛ زنانی که مسئولیت مراقبت از کودکان و سالمندان، مدیریت خانه و سازگاری روزانه با بحران‌ها را بر عهده دارند!

در نقاطی از کشور که بحران آب به مهاجرت روستایی دامن زده است، فشارهای اقتصادی و تنش‌های خانوادگی نیز افزایش یافته است. این تغییرات، مشابه همان الگوهایی است که گزارش UNDP در سایر کشورها مشاهده کرده است: «بحران اقلیمی به طور مستقیم با افزایش استرس، اضطراب، فرسودگی روانی و خشونت خانگی ارتباط پیدا می‌کند.» در ایران نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان در شرایط کاهش منابع، بیکاری مردان و بی‌ثباتی اقتصادی بیشتر در معرض خشونت قرار می‌گیرند و حمایت اجتماعی و روانی محدودی برای مواجهه با این وضعیت دارند.

در عین حال، واقعیت دیگر این است که زنان ایرانی، چه در شهر و چه در روستا، همانند نمونه‌های ذکرشده در گزارش، در خط مقدم تاب‌آوری قرار دارند. از شبکه‌های محلی زنان روستایی که برای مدیریت منابع آب تلاش می‌کنند تا زنان کارآفرین حوزه انرژی خورشیدی در مناطق خشک، نمونه‌های زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد زنان در ایران نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری با اقلیم دارند. اما فقدان ساختارهای حمایتی، نبود داده‌های جنسیت‌محور، ضعف در مشارکت دادن زنان در تصمیم‌گیری‌های اقلیمی و محدودیت‌های حقوقی باعث شده است که ظرفیت واقعی آنان کمتر دیده شود.

این گزارش برای ایران می‌تواند یک هشدار و یک فرصت هم‌زمان باشد: هشدار از آن جهت که زنان، در صورت ادامه روندهای اقلیمی، نخستین گروهی خواهند بود که در معرض فشارهای چندگانه قرار می‌گیرند؛ و فرصت از آن روی که سرمایه‌گذاری بر



تاب‌آوری زنان؛ از سلامت روان گرفته تا سلامت اجتماعی و اقتصادی، می‌تواند تبدیل به مؤثرترین مسیر برای سازگاری اجتماعی با بحران‌های محیطی شود. امروز بیش از هر زمان دیگر ضرورت دارد که سیاست‌گذاری اقلیمی در ایران رویکردی جنسیت‌محور داشته باشد و سلامت روان زنان را جزء جدانشدنی از امنیت اقلیمی و اجتماعی بداند. اگر در این روزها تاب‌آوری را یک پروژه ملی تصور کنیم، تجربه کشورهای مختلف نشان می‌دهد که آغاز این پروژه و پیش‌برد آن بدون حضور معنادار زنان، ممکن نیست!

منبع

UNDP. (2025). *Women, resilience and climate change: Lessons learned from UNDP gender-responsive climate programming*. Istanbul Regional Hub: United Nations Development Programme.

روایتی از جایگاه زنان در علوم اعصاب ایران

دکتر مریم نوروزیان

استاد تمام بیماری‌های مغز و اعصاب

هدف از ارائه این موضوع، واکاوی دقیق جایگاه جنسیت در رفتارهای اجتماعی انسان با تکیه بر جنبه‌های تکاملی و بیولوژیک در بستر فرهنگی و اجتماعی است.

برای دهه‌ها در منابع علمی، مقایسه مغز مردان و زنان موضوعی بحث‌انگیز همراه با اختلاف‌نظرها و شواهد گوناگونی بوده است. اما با توجه به دستاوردهای ارزشمندی که در سال‌های اخیر از پایگاه‌های داده‌های تصویربرداری مغز به دست آمده و نیز مطالعاتی که بر روی تعداد کثیری از دختران و پسران از کودکی تا سنین بزرگسالی انجام شده است، بسیاری از فرضیات قبلی و فرضیاتی که با اطمینان از آن‌ها یاد می‌شده است، زیر سؤال رفته و افق‌های روشنی از ویژگی‌های شناختی مغز در دو جنس زن و مرد پیش روی ما گشوده شده است. دیدگاه‌هایی که تأثیرات محیط (Nurture) را در برابر تأثیرات درون‌زاد (Nature) بسیار برجسته‌تر نشان می‌دهند.

تأثیر این دستاوردهای علمی را می‌توان در رویکرد دختران جوان و زنان در جامعه دانشگاهی و چالش‌های پیش روی آنان در زندگی حرفه‌ای و تحصیلی‌شان احساس کرد. استقبال روزافزون دختران و زنان جوان از روی آوردن به تحصیل در سال‌های اخیر در ایران، پدیده جمعیتی مهمی است که نیاز به موشکافی و ارزیابی‌های مهمی دارد. آمارها نشان می‌دهند که در طی سال‌های اخیر، تعداد زنان باسواد به‌ویژه زنان با تحصیلات عالی بسیار افزایش یافته است. همچنین نقش زنان در سمت‌ها و مقام‌های دانشگاهی نسبت به سال‌های گذشته، دستاورد بزرگی برای جامعه دانشگاهی و جامعه زنان محسوب می‌گردد. اما به یاد بیاوریم در شرایطی که زیرساخت‌های فرهنگی و تسهیلات کافی در دسترس نیستند، این دستاوردها اگرچه یک موفقیت به حساب می‌آیند، می‌توانند جایگاه کلیدی زنان را در نقش‌های بیولوژیک‌شان مانند مادر بودن، مراقبت از کودک و مشارکت در استحکام خانواده تحت تأثیر قرار دهد. هرچند این پدیده در بسیاری از جوامع دنیا صادق است، اما در جوامعی همانند ایران که گرایش به تحصیل با شیب فزاینده‌ای در دختران جوان افزایش پیدا کرده است، لازم است که بیشتر مورد توجه و بررسی قرار گیرد.



مراجع

- Gina. Rippon, "The gendered brain : the new neuroscience that shatters the myth of the female brain," p. 424, 2020.
- Joel, D. (2021). Beyond the binary: Rethinking sex and the brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 122, 165-175.
- Richter, K. P., Clark, L., Wick, J. A., Cruvinel, E., Durham, D., Shaw, P., ... & Simari, R. D. (2020). Women physicians and promotion in academic medicine. *New England Journal of Medicine*, 383(22), 2148-2157.
- Goyanes, M., Demeter, M., Bajić, N. S., & de Zúñiga, H. G. (2025). Gender disparities in first authorship: examining the Matilda effect across communication, political science, and sociology. *Scientometrics*, 1-15.
- Kiesow, H., Dunbar, R. I., Kable, J. W., Kalenscher, T., Vogeley, K., Schilbach, L., ... & Bzdok, D. (2020). 10,000 social brains: sex differentiation in human brain anatomy. *Science advances*, 6(12), eaaz1170.

اهمیت تصویر بدنی در زنان **The importance of body image in women**

دکتر فیروزه رئیسی

استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تصویر بدنی: (Body image)

به احساسات، افکار و ادراک فرد در مورد بدنش گفته می‌شود که معمولاً دربرگیرنده شکل، اندازه و ارزیابی از جذابیت‌های ظاهری است. مطالعات نشان می‌دهد که این امر در زنان اهمیت بیشتری دارد. از جمله دختران از ۶ سالگی در مورد لاغری مشغله ذهنی داشته و در مورد رژیم گرفتن فکر می‌کنند. در این زمینه دلایل متعددی توضیح داده شده است، از جمله آنکه به‌ویژه در جوامع سنتی، بدن زن اغلب مورد قضاوت و نگاه دیگران قرار می‌گیرد و این نگاه بیرونی می‌تواند به تدریج درونی شود، یعنی زنان خود را همچون ابژه‌ای جهت ارزیابی می‌دانند که به این امر ابژه‌سازی (objectification) گفته می‌شود و می‌تواند سبب بروز احساس اضطراب، شرم نسبت به بدن و کاهش توجه نسبت به نیازهای درونی شود. بنابراین عوامل بیرونی نظیر خانواده، گروه هم‌تا، فرهنگ، رسانه و عوامل اجتماعی در کنار عوامل درون‌روانی نقش مهمی در شکل‌گیری تصویر بدنی دارند. اگر تصویر بدنی مثبت باشد غالباً با اعتماد به نفس بهتر، رفتارهای اجتماعی و سبک زندگی سالم‌تر همراه است و نارضایتی از تصویر بدنی معمولاً با افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین و کیفیت زندگی نامناسب‌تر همراه است. تجربه آزار جنسی نیز همراهی قابل توجهی با نارضایتی جنسی دارد.

نارضایتی از تصویر بدنی: (body dissatisfaction)

به تفاوت بین «ادراک فعلی از بدن» با «بدن دلخواه» گفته می‌شود؛ که در طیفی از خفیف تا شدید قرار می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد که این امر شیوع قابل توجهی دارد؛ برای مثال در یک مطالعه بر روی بیش از ۵۰۰۰ زن استرالیایی جوان، شیوع نارضایتی از ۸۶٫۹ درصد گزارش شده است، بعلاوه شیوع در طی سی‌سال گذشته سیر صعودی داشته و رو به افزایش است. بعلاوه نارضایتی از



تصویر بدنی به صورت معناداری در زنان بیشتر از مردان است. نارضایتی از تصویر بدنی با پیامدهای متعددی همراه است از جمله رژیم‌های غذایی سنگین که در شکل شدید سبب بروز اختلال خوردن نظیر آنورکسیا نروزا می‌شود، همچنین درخواست برای اقدامات و جراحی‌های زیبایی که امروزه گسترش قابل توجهی داشته است. شکل نهایی نارضایتی از تصویر بدنی، اختلال بدشکلی بدن (body dysmorphic disorder) نامیده می‌شود که با دیسترس قابل توجه و افت عملکرد همراه است و نیاز به مداخلات جدی درمانی دارد.

«تصویر بدنی» و «نقش‌های اجتماعی»: (body image & gender roles)

علیرغم تغییراتی که در جوامع امروزی رخ داده است ولی همچنان غالباً نقش رهبری (Leadership) در موقعیت‌های سیاسی و اقتصادی و ... با مردان است و زنان معمولاً در این زمینه در موقعیت وابسته به مردان قرار دارند؛ بنابراین ممکن است برای رسیدن به وضعیتی با ثبات نیاز به جذب کردن مردان داشته باشند، بدین معنا که زنان آن‌گونه رفتار کنند که مورد توجه بیشتر مردان قرار گیرند. بر این اساس گویی بدن مردانه می‌بایستی نمودی از قدرت و کنترل باشد و بدن زنانه نمودی از ابژه‌ای جذاب.

تصویر بدنی و سکس: (body image & sex)

در نقش‌های مرتبط با رابطه جنسی نیز معمولاً مردها می‌بایستی فعال باشند و اغلب زنان نقشی منفعل‌تر دارند (هرچند به نوعی این نقشی است که طبیعت به آن‌ها می‌دهد). در این زمینه هم نقش و الگویی که مدیا برای یک زن دارای جذابیت‌های جنسی نشان می‌دهد بر روی استانداردهای افراد در جامعه تأثیرگذار است. در همین راستا می‌توان به زیرگروهی از تصویر بدنی که متمرکز بر ناحیه جنسی است اشاره کرد، که نارضایتی از آن (Genitodysmorphophobia) در سال‌های اخیر افزایش یافته و به نظر می‌رسد یکی از دلایل آن تماشای فیلم‌های پورن باشد. نارضایتی تصویر بدنی ناحیه ژنیتال علاوه بر پیامدهای ذکرشده در مورد نارضایتی کلی از تصویر بدن، با نارضایتی از رابطه جنسی و مشکلات زناشویی همراه است. همچنین این زنان برای دستیابی به الگوی ایده‌آل‌سازی شده ممکن است به دنبال انواع مداخلات زیبایی از جمله جراحی‌های زیبایی در این ناحیه باشند. نکته قابل توجه در این زمینه آن است که نارضایتی گاه نتیجه تأثیری است که مدیا بر روی شوهران گذاشته و درخواست مستقیم یا غیرمستقیم آنان از همسر خود برای آنکه به الگوی ارائه‌شده در صحنه‌های رمانتیک یا پورن و ... شباهت یابد، می‌باشد. نهایتاً می‌بایستی به منافع مالی حاصل از روند رو به رشد نارضایتی از تصویر بدن توجه نمود. قابل انتظار است که گروه‌های متعدد ذی‌نفع از جمله فیلم‌سازان، افرادی که مداخلات زیبایی از هر نوع را انجام می‌دهند و تولیدکننده‌های محصولات آرایشی به حفظ و تداوم این جریان کمک کرده و در تلاش برای رشد این صنعت هستند.

جنبش مثبت‌اندیشی نسبت به بدن: (The body-positive movement)

همان‌گونه که گفته شد، شواهد زیادی وجود دارد که به نقش مدیا و تأثیر آن بر تصویر بدنی و درونی‌سازی ایده‌آل‌های ارائه‌شده در زمینه زیبایی تأکید می‌کند؛ در جهت مقابل گروه‌هایی با دیدگاهی انتقادی نسبت به این جریان و با هدف شکل‌گیری و ارتقای نگرشی پذیرنده و توأم با احترام نسبت به همه تیپ‌های بدنی شکل گرفته است. هدف این گروه‌ها تغییر نگرش در مورد تصویر بدنی با محوریت قرار دادن کارکرد و سلامتی بدن است. همچنین بر این اساس تعریف زیبایی در دامنه‌ای وسیع و با تنوع قرار می‌گیرد و این‌گونه تلاش می‌شود که ابژه‌سازی بدن کاهش یافته و حس مثبت در این رابطه افزایش یابد. قابل انتظار است که این جریان



زمانی اثربخشی مناسبی خواهد داشت که به‌صورت همزمان به باورها و هنجارهای فرهنگی که نقش زیربنایی در این زمینه دارند توجه شود.

سخن آخر آنکه با توجه به شیوع نارضایتی از تصویر بدنی به‌ویژه در زنان و نقش مهمی که این امر بر سلامت روانی، اجتماعی و جنسی دارد، مداخلات گسترده با هدف پذیرفتن و قدردانی از بدن برای آنچه انجام می‌دهد، به جای آن‌گونه که به نظر می‌رسد، پیشنهاد می‌شود. گام برداشتن در این جهت با کارکرد مناسب‌تر، روابط سالم‌تر و شاداب‌تر همراه خواهد بود.

روان‌شناسی تاب‌آوری زنان در سیطره شبکه‌های اجتماعی

دکتر شیوا دولت‌آبادی

دگرگونی در سبک زندگی و ارزش‌ها با دنیای مجازی

رشد فزاینده دنیای دیجیتال و به‌ویژه به‌وجود آمدن، گسترش و فراگیر شدن شبکه‌های اجتماعی در طی یک دهه اخیر آثار عمیقی بر نحوه زندگی اجتماعی، الگوهای ارتباطی و فراتر از همه بر هویت انسان‌ها و به‌ویژه هویت زنانه گذاشته است. این دگرگونی‌ها از یک سو با خود محاسنی آورده‌اند، حسن‌هایی چون دسترسی آسان به اطلاعات و دانش، امکان بیان خود و حتی ایجاد فرصت‌های شغلی، ولی از سوی دیگر در کنار مسائلی چون هرزه‌نگاری و آزار یا خشونت‌های مجازی بیش از هر چیز شبکه‌های اجتماعی به دستکاری هویت انسان‌ها پرداخته‌اند. این بازی با هویت و تحمیل الگوهای ایدئال دور از واقعیت از زندگی‌های افسانه‌ای و بدن‌های رویایی تهدیدی بزرگ برای زیستن انسان‌ها در سایه شبکه‌های اجتماعی است. مشکل دائمی مقایسه اجتماعی و مشاهده مضطربانه خود با دیگران و تلاش برای عقب نماندن از مسابقه میان خود با دنیا و اندام‌های بی‌نقص، آسیب بزرگی به عزت نفس زنان می‌زند. آمارهای جهان در سال ۲۰۲۵ نشان می‌دهند که ۵۰۲۴ میلیارد نفر برابر با ۶۳،۹٪ جمعیت جهان با میانگین استفاده ۲،۳۰ ساعت در روز در شبکه‌های اجتماعی سیر می‌کنند. اعتیاد به حضور در شبکه‌ها و پلتفرم‌ها امروزه بشر را با خطر «دیجیتال دمانس» روبه‌رو ساخته است. در ایران آمارهای سال ۲۰۲۴ از حدود ۴۰ میلیون کاربر گزارش می‌دهند که به تفکیک جنس ۵۳،۶٪ مرد و ۴۵،۴٪ زنان هستند. گستره دسترسی به اینترنت تا دورافتاده‌ترین روستاها است. به گزارش انجمن روان‌شناسی ایالات متحده شبکه‌های مجازی فرهنگ «کالاشدگی» بیمارگونه‌ای را در میان زنان تشدید کرده‌اند که پیامدهای آن از نارضایتی از بدن خود تا اختلالات مربوط به خوردن (آنورکسیا) تا دیسمورفیزم بیمارگونه بدنی گسترش می‌یابند. تاب‌آوری در برابر این آسیب درونی و بیرونی نیاز به تلاش برای درک اصالت وجودی خود و بسیاری آگاهی‌های سازنده دارد.

تاب‌آوری در سیطره شبکه‌های اجتماعی

در زیر به پاره‌ای نکات در این باره می‌پردازیم: اصولاً تاب‌آوری به مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی و محیطی برمی‌گردد که فرد را قادر می‌سازد در برابر استرس‌ها مقاومت کند و از دل بحران‌ها رشد کند. این مقاومت‌ها و بازسازی‌های تاب‌آورانه از مؤلفه‌های شناختی (توانایی تحلیل)، هیجانی (سواد و تنظیم هیجان‌ها)، اجتماعی (توجه به واقعیت‌های اجتماعی و تعلق به جامعه واقع‌گرا ...) و هویتی (آگاه بودن به چیستی و سرمایه‌های وجودی خود ...) تشکیل شده است. از سویی نظریه‌های ارزشمند روان‌شناسی مانند روان‌شناسی مثبت (سلیگمن)، ارزیابی شناختی (بینش لازاروس و فوکمن)، نظریه‌های فمینیستی (جمع‌گرایی و تحلیل‌های



تاریخی) از یک سو و آگاه شدن و بهره بردن از سازوکارهایی چون مقاومت و شفقت، سم‌زدایی دیجیتال، فعالیت‌های مفید و مؤثر اجتماعی، بالا بردن سواد رسانه‌ای (درک شگردهای دنیای مجازی)، کتاب‌خوانی، هنر، ورزش و تفکر انتقادی همه می‌توانند به بالا رفتن توان تاب‌آوری در برابر دنیای تحمیل‌شده شبکه‌های اجتماعی کمک کنند. آگاه شدن کاربران شبکه‌های اجتماعی به بازنشر تصویر زنی ترسو بسیار به توانایی تاب‌آوری کمک می‌کند. زنی کم‌جرئت که همواره مطلوب تاریخ مردسالار بوده است همان زن، به شکلی تازه در پذیرش کلیشه‌ای نقش کالایی‌شده زن در دنیای شبکه‌های اجتماعی بازتولید می‌شود. اگر زنان با شهامت به خود اجازه دهند که اندکی بیشتر به نیازهای اصیل و واقعی خود بیندیشند، زنانی با جرئت و اندکی طبیعی و به قولی وحشی را می‌بینیم که دیگر فریب الگوهای دور از واقعیت تصویر زن در شبکه‌های اجتماعی را نمی‌خورند. تاب‌آوری واقعی پذیرش اصالت خود بودن است و مقاومت آگاهانه در برابر کلیشه‌هایی که از سوی ارزش‌های کاذب تحمیل می‌شوند.

پی‌نوشت‌ها:

تاب‌آوری زنان: هفت گام برای افزایش تاب‌آوری زنان-پتروشیا ای. اوگرمن، مترجمین: محمد رضا مقدسی و عفت حیدری، انتشارات رشد، ۱۴۰۰

اینترنت بامغز ماچه می‌کند؟ نیکلاس کار، مترجم: محمود حبیبی، انتشارات ترکمان، چاپ پنجم
آمارها: از سازمان جهانی بهداشت و انجمن روان‌شناسی آمریکا

زنانی که با گرگها می‌دوند (افسانه‌ها و قصه‌هایی درباره کهن‌الگوی زن وحشی) دکتر کلاریسا پینکولا استسی

Digital demenz, M.Spitzer, - Nervenheilkunde 2012Theme -connect.com

عوامل مؤثر در شکل‌گیری هویت روایتی تاریخی

دکتر الهام اشتاد

دبیر گروه تخصصی روان‌شناسی زنان

وقتی در روان‌شناسی در مورد هویت صحبت می‌کنیم، منظورمان پاسخ به این سؤال است که «من کیستم؟» ویژگی‌هایی از «من» که در طول زمان ثابت ادراک می‌شوند؛ بنابراین، هم من براساس الگویی ثابت فکر و رفتار می‌کنم و هم دیگران قادر به پیش‌بینی افکار و رفتار من خواهند بود. واژه‌هایی که در متون تخصصی، معادل واژه هویت به کار می‌روند، عبارتند از ego: self؛ mind؛ awareness؛ consciousness؛ personality؛ دیدگاه‌های مختلف، شناختن ماهیت هویت و مسیر شکل گرفتن آن بوده است. نکته مشترک دیدگاه‌های متنوع این است که این هسته بنیادی، در قالب تعامل با دنیای بیرون شکل می‌گیرد و بدون تعامل، شکل و شمایلش را از دست می‌دهد و رشد نمی‌کند. به تدریج، در مقالات علمی بر روایتی بودن و داستان‌گونه بودن این هسته بیشتر تأکید شد. برای مثال، انزالدونا (۱۹۹۸) معتقد است که هویت، شامل روایت‌هایی است که درباره خودمان به خودمان می‌گوییم و دیگران در مورد ما به ما می‌گویند (به نقل از مک کارتی و بیرموج، ۲۰۰۲).

مک‌آدامز و مک‌لین (۲۰۱۳) ادعا می‌کنند که مردم در مورد خودشان داستان می‌سازند و آن‌ها را با دیگران در میان می‌گذارند. این داستان‌ها حاوی روایت‌هایی در مورد وقایع و معنای این وقایع است. هویت روایتی، داستان تکامل‌یابنده و درونی‌شده فرد است که



گذشته بازسازی شده و آینده‌تصوری فرد را به شکلی منسجم و معنادار به هم پیوند می‌دهد. روایت‌هایی که شامل درون‌مایه‌های (تم) عاملیت فردی، رستگاری، یافتن معنا و کنجکاوی و خودکاوی هستند، منجر به بیشترین میزان ممکن سلامت روان، بهزیستی و پختگی خواهند شد. بسیاری معتقدند که ادبیات و تاریخ، فرهنگ و زبان و حتی به قول پارفیت، جغرافیا، بخش مهمی از هویت روایتی ما را از پیش می‌سازند (مانند پارفیت، ۲۰۱۱؛ مک کارتی و بیرموج، ۲۰۰۲).

با توجه به موارد فوق، می‌توان چنین نتیجه گرفت که هویت جنسیتی شامل روایت‌هایی است که در مورد جنسیت ما، به ما گفته می‌شود یا خودمان در مورد جنسیت خودمان، به خود می‌گوییم و تاریخ، ادبیات، فرهنگ و زبان و حتی جغرافیا، قبل از تولد ما، بخش مهمی از هویت روایتی ما را از پیش ساخته‌اند. سؤال این است که درون‌مایه‌های عاملیت، رستگاری، معنایابی و شناخت درست خویش، تا چه اندازه در روایت‌های هویتی و تاریخی پیش‌ساخته زنان، امکان بروز و ظهور دارند؟ تاریخچه زندگی و فعالیت‌های زنان جهان و ایران، شامل روایت‌های نادرست بسیار متعددی در باب زن بودن است. مثال‌های بسیاری را در این مورد می‌توان مطرح کرد. در اولین نشست گروه تخصصی زنان انجمن روان‌شناسی ایران، به سه مورد عمده پرداخته شد.

یک- نجابت زن در بی‌نام و نشان بودن اوست

در طول تاریخ، داستان‌ها و مثال‌های فراوان از تشویق و اجبار زنان به بی‌نام و نشان بودن، روایت شده‌اند. زن خوب یا نجیب در تاریخ، زنی بوده که اسمش بر زبان‌ها نباشد. مثال شناخته‌شده‌تر این روایت، استفاده از اسامی مستعار مردانه توسط زنان نویسنده بوده است. جرج الیوت (نام مردانه) با نام واقعی ماری آن ایوانس، رمان‌های برجسته و متعددی را با استفاده از نامی مردانه منتشر کرد. گفته شده که او سبک زندگی مغایر با سبک رایج زمان خود داشت و چون مایل به جلب توجه و قضاوت مردم نبود، با اسم مردانه رمان نوشت. اما ویرجینیا وولف در کتاب «اتاقی از آن خود»، تحقیق نسبتاً مفصلی در این مورد انجام داده و اظهار می‌کند که زمانی در تاریخ ادبیات، نویسندگی یا سرودن شعر توسط زنان و نشر آثار با نام خود، معادل فحشا بوده است. از روایت‌های ایرانی در مورد تأکید بر بی‌نام و نشان بودن زنان، می‌توان به داستان مدرسه دخترانه بی‌بی خانم استرآبادی اشاره کرد. بی‌بی خانم (از فعالان حقوق زنان در دوران انقلاب مشروطه) بعد از تبدیل خانه خودش به مدرسه دخترانه، با آزار و اذیت جامعه متعصب آن دوره مواجه شد. او با استفاده از نفوذی که داشت تلاش کرد به آموزش دختران ادامه دهد. اما در نهایت، ادامه فعالیت مدرسه دخترانه او مشروط به این شد که واژه «دخترانه» از تابلوی مدرسه حذف شود چون باعث تحریک می‌شد!

داستان دیگر این‌که اسامی بسیاری از زنان مبارز حقوق زنان در دوران مشروطه، جایی ثبت نشده است چون بسیاری از زنان برای مشارکت در فعالیت‌ها از اسامی خود استفاده نمی‌کردند و با نام همسر یا پدران خود شناخته می‌شدند. دکتر باغدار دلگشا (۱۴۰۲) در کتاب «زنان، مشروطه و تغییرات اجتماعی»، به اسامی برخی از این زنان اشاره کرده است (عیال میرزا حاجی؛ همسر منشی نظام‌السلطنه؛ دختر اسدالله خان مهندس). شاید به همین دلیل، زنان عادت نداشته‌اند و یا پیگیر نشدند که فعالیت‌های خود را در تاریخ ثبت کنند. یکی از ایرادهایی که به روایت‌های تاریخی گرفته می‌شود، مردانه بودن آن‌هاست.

دو- ناقص‌العقل بودن خانم‌ها

ویرجینیا وولف در کتاب «اتاقی از آن خود» (۱۹۲۹)، سؤال مهمی را مطرح کرده و درصدد پاسخ به آن برمی‌آید: «اگر شکسپیر (در اواخر قرن شانزدهم و اوایل قرن هفدهم)، خواهری با هوش و نبوغ مشابه خودش داشت، آیا این خواهر می‌توانست به نمایش‌نامه‌نویس برجسته‌ای شبیه به خود او تبدیل شود؟» پاسخ قطعاً منفی است اما به زعم وولف، علت پاسخ منفی، عقل ناقص



زنان نیست. او وضعیت زنان زمان شکسپیر را بررسی می‌کند و درمی‌یابد که این زنان از حق مالکیت، حق آموزش، حق انتخاب (مثلاً انتخاب همسر)، حق داشتن شغل و درآمد آبرومندانه، مطلقاً برخوردار نبودند. این محرومیت تاریخی و هزاران ساله، می‌تواند درخشان‌ترین نبوغ و استعداد را زایل و حتی به جنون تبدیل کند. حتی در زمان وولف، محدودیت‌ها همچنان ادامه دارند و وولف برای نوشتن در مورد مقاله «زن و داستان»، نمی‌تواند به‌تنهایی وارد کتابخانه دانشگاه شود (قانون این است که ورود زنان به کتابخانه بدون همراهی مرد، ممکن نیست).

به مثال دیگری از تاریخ روان‌شناسی اشاره کنیم. یکی از قوانین تیچنر در سالن سخنرانی‌اش این بود که به هیچ‌وجه به دانشجویان دختر اجازه حضور در سالن را نمی‌داد؛ چون مشارکت در صحبت‌های نامنزه مردانه و حضور در سالنی که مردان در آن سیگار می‌کشیدند را برای آن‌ها شایسته نمی‌دانست. هرچند که تیچنر را در زمینه حقوق زنان، از اساتید مترقی می‌شناسند چون از ورود آن‌ها به تحصیلات تکمیلی حمایت می‌کرد، اما پرواضح است که حضور زنان در دوره‌های تحصیلات تکمیلی بدون داشتن اجازه استفاده از امکانات دانشگاه یا حضور در رویدادهای علمی، چه نتایجی به بار خواهد آورد (تاریخ روان‌شناسی نوین، ص ۱۴۲). حساسیت و مراقبت افراطی در مورد زنان برخورد با زنان به‌عنوان موجوداتی ضعیف و ناکارآمد یا حتی گاه با نیتی خیرخواهانه، موجوداتی حساس و ظریف، روایتی با جزئیات فراوان در تاریخ است. مارگارت مید (۱۹۲۸) در کتاب «بلوغ در ساموا» توضیح می‌دهد که همین طرز برخورد، زنان را از آموختن مهارت‌های کار گروهی اثربخش، سخنوری و مهارت‌های تخصصی محروم کرده است.

یکی از مثال‌های تاریخ ایران، تصویب قانون منع تشکیل انجمن‌های زنان در سال ۱۲۸۱ است. سحر کریمی (۱۴۰۲) می‌نویسد که در این تاریخ، گروهی از مردان با وجود نبود منع قانونی و شرعی برای تشکیل انجمن‌های زنان، به این درخواست زنان پاسخ رد دادند زیرا معتقد بودند که زنان ایرانی، مهارت‌های لازم برای انجام کار گروهی را ندارند و بنابراین، بهتر است وارد این مقوله نشوند. روایت‌های اشتباه در مورد جنسیت، چه زنانه و چه مردانه، در تاریخ و ادبیات جهان و ایران فراوانند. در روایت‌های تاریخی و هویتی زنان، درون‌مایه‌های عاملیت، رستگاری، معنایابی و دست‌یافتن به شناخت درست از خود، تا همین اواخر، بسیار ضعیف بوده و در نتیجه، رشد و پختگی به اندازه‌ای که انتظار داریم، ممکن نبوده است.

منابع

باغدار دلگشا، علی (۱۴۰۲). *مشروطه، زنان و تغییرات اجتماعی* - چاپ سوم. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
 شولتز و شولتز (۱۹۶۹). *تاریخ روان‌شناسی نوین* (ترجمه سیف و همکاران). تهران: نشر دوران (چاپ بیست و سوم - ۱۳۷۸).
 کریمی، سحر (۱۴۰۲). *تشکیلات در سایه دولت: روایتی از دستاوردهای جنبش حقوق زنان در دوران اعطای مواهب ملوکانه*. کتاب روزآروز؛ شماره ۳.

مید، مارگارت (۱۹۲۸). *پژوهشی در مردم‌شناسی: بلوغ در ساموا* (ترجمه مهین میلانی). تهران: نشر ویس (۱۳۶۵).

وولف، و. (۱۹۲۹). *اتاقی از آن خود* (ترجمه صفورا نوریخس). تهران: انتشارات نیلوفر (چاپ چهارم - ۱۳۸۸).

McAdams, P., McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22 (3): 233-238.

McCarthy, S. J., Birr Moje, E. (2002). Identity Matters. *Reading Research Quarterly*, 37 (2): 228-238.

Parfit, D. (2015). The unimportance of identity. In (eds) *The Oxford Handbook of Self* by Shaun Ghallagher. Oxford University Press.



هم‌آرایی و یک‌پارچگی فرآیند رشد و تحول در زنان

دکتر اکرم خمسه

مدیر گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

فرآیند رشد و تحول در دوره جنینی و تمایز جنسی، با فعال شدن کرموزوم‌های جنسی شروع و با رشد غدد جنسی و ترشح هورمون‌ها و برخی تمایزهای مغزی دنبال می‌شود. تا هفته ششم رشد و تحول جنینی، هیچ تفاوت تشریحی بین جنین‌های دختر و پسر وجود ندارد. پس از آن با رشد غدد جنسی و ترشح هورمون‌های آندروژن (مردانه) و استروژن (زنانه)، فرآیند تمایز جنسی آغاز شده و ادامه می‌یابد. سپس، مواجهه با هورمون تستوسترون، بر هیپوتالاموس و در نتیجه بر برخی رفتارهای بعدی تأثیر می‌گذارد. تمایزهای مغزی در دوره جنینی بسیار بحث‌برانگیز هستند. مطالعات اولیه بر روی حیوانات (نر و ماده)، اگرچه به وجود برخی از تفاوت‌های مغزی اشاره دارد، اما بررسی‌های گسترده بعدی نشان داده است که مغز «سراسر نرینه» یا «سراسر مادینه» وجود ندارد. علاوه بر تأثیرات هورمونی در دوره جنینی، مواجهه با محیط‌های پیچیده در مقایسه با محیط‌های ساده نیز، الگوهای متفاوتی از تفاوت‌های مغزی را پدید می‌آورند. نتایج مطالعات انسانی در دوره‌های جنینی، نوزادی، کودکی و جوانی حاکی از وجود الگوهای ثابت نیستند. در سنین مختلف، این الگوها متفاوتند و این تفاوت غیرخطی است. اثرپذیری ساختار و کارکرد مغز و شکل‌پذیری عصبی در ارتباط با محیط، در تمام طول عمر ادامه دارد.

دوره نوزادی: در این دوره، تفاوت‌های جنسیتی که حاصل جامعه‌پذیری هستند، مشاهده نمی‌شوند و شباهت جنسی قاعده است. نتایج فراتحلیل‌ها حاکی از این است که نوزادان دختر در مقایسه با نوزادان پسر، آرام‌تر هستند. در پدید آمدن این تفاوت، شیوه برخورد والدین با نوزاد دختر و پسر، تأثیر بسیار زیادی دارد.

دوره کودکی: کلیشه‌های جنسیتی و طرحواره‌های جنسیتی از دو سالگی شکل می‌گیرند. هویت جنسیتی در سه سالگی ایجاد می‌شود. در دوره پیش‌دبستانی و دبستان، گروه هم‌سالان در کنار خانواده، در شکل‌گیری هویت جنسیتی نقش مهمی دارند و گروهی که قدرت یا موقعیت بالاتری به لحاظ فرهنگی دارد، تفاوت‌ها را مبالغه کرده و مرزهای جنسیتی را حفظ می‌کند. نظریه‌های روان‌شناختی: نظریه روان‌کاوی، تفاوت‌های جنسیتی را براساس همانندسازی با والد جنس موافق تفسیر می‌کند. نظریه یادگیری اجتماعی، بر نقش تقلید، پاداش و یادگیری مشاهده‌ای تأکید دارد. براساس نظریه طرحواره جنسیتی، باورهای مشترک فرهنگی، طرحواره‌های جنسیتی را ایجاد می‌کنند که چهارچوب اطلاعات کلی فرد را درباره جنسیت تشکیل می‌دهند. براساس نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی براون فن‌برنر، رشد و تحول تحت تأثیر مجموعه‌ای از سیستم‌های محیطی گوناگون از جمله سیستم‌های خرد و کلان قرار دارد. میکروسیستم، موثرترین سطح است که محیط بلافاصله کودک را دربرمی‌گیرد. تفاوت‌های جنسیتی در ایجاد فرصت‌های برابر در پرورش دختر و پسر در خانواده و مدرسه، نابرابری جنسیتی در بزرگسالی را بازتولید می‌کند. مزوسیستم، کنش متقابل میان میکروسیستم‌های مختلف است و بر رشد کودک اثر می‌گذارد. اگزوسیستم شامل نهادها و ساختارهای اجتماعی است که بر رشد و تحول تأثیر دارند. ماکروسیستم تأثیر عناصر فرهنگی بر رشد و تحول است. مطالعات بین فرهنگی و درون فرهنگی نشان داده است که به جای دوقطبی کردن ایزومورفیک و یک دست زیست‌شناختی دختر-پسر، این فرهنگ است که دوگانه



جنسیتی را شکل می‌دهد. کرانوسیستم یا سیستم‌های زمانی، بر تأثیر دوران‌های گذار و زمان‌های خاص بر رشد و تحول کودک تأکید دارد. بالاخره براساس نظریهٔ جس مک‌آرتور در سال ۲۰۲۱، رشد و تحول، محصول یک سیستم رشد است که شامل رشد و تحول انسان، با شاخص برابری، ثبات، مولد بودن و توانمندی، رشد و تحول برابری‌طلبی با شاخص شکاف جنسیتی، رشد و تحول اقتصادی با شاخص رشد ناخالص ملی و رشد و تحول روان‌شناختی است. هر قدر این شاخص‌ها بهتر و بالاتر باشند، کلیشه‌های فرهنگی دربارهٔ تفاوت‌های جنسیتی کاهش یافته و شباهت میان رشد و تحول دختران و پسران افزایش می‌یابد.

بدین ترتیب، دختران و پسران شیوه‌های متفاوت هستی را تجربه می‌کنند. به عقیدهٔ میشل فوکو، فیلسوف و روان‌شناس و جامعه‌شناس فرانسوی، با در نظر گرفتن ارتباط متقابل تاریخی-فرهنگی و دوگانهٔ دانش و قدرت می‌توان رفتار، منش و شخصیت زنان را تحلیل کرد و برای تنوع و تفاوت‌های موجود اعتبار و احترام قائل شد و تمایز و جداسازی را به هم‌آوایی و هم‌آهنگی فرآیندهای رشد و تحول واگذار کرد.

نقش‌های چندگانه زنان؛ چالش‌ها و فرصت‌ها و پیامدهای آن بر سلامت روان

دنیا تهران‌فر

عضو گروه تخصصی روان‌شناسی زنان انجمن روان‌شناسی ایران

چکیده

در دنیای معاصر، زندگی زنان به‌طور فزاینده‌ای با ایفای نقش‌های چندگانه در حوزه‌های شغلی، خانوادگی، مراقبتی و فردی همراه است. این تعدد نقش‌ها می‌تواند هم‌زمان منبع رشد، معنا و خودکارآمدی باشد و در عین حال فشارهای روانی قابل‌توجهی ایجاد کند. هدف مقاله حاضر، بررسی نظری و تحلیلی پیامدهای منفی و مثبت نقش‌های چندگانه زنان بر سلامت روان با تأکید بر مفهوم «بار ذهنی» و تعارض کار-خانواده است. با اتکا به چارچوب‌های نظری استرس نقش، فشار نقش، غنی‌سازی نقش‌ها و پژوهش‌های تجربی، نشان داده می‌شود که پیامد نهایی نقش‌های چندگانه به عوامل میانجی مانند حمایت خانوادگی و سازمانی، میزان کنترل فرد بر نقش‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای بستگی دارد. واژگان کلیدی: نقش‌های چندگانه، بار ذهنی، تعارض کار-خانواده، سلامت روان زنان، غنی‌سازی نقش‌ها

مقدمه

زندگی زنان در جهان امروز به ندرت به یک نقش محدود می‌شود. زن معاصر اغلب به‌طور هم‌زمان نقش‌هایی همچون نیروی متخصص، مادر، همسر، مراقب خانواده و مدیر هیجانی خانه را بر عهده دارد. این وضعیت که از آن به‌عنوان «زندگی سه‌شیفته» یاد می‌شود، شامل کار بیرون از خانه، کار خانگی و بار ذهنی و عاطفی مداوم است. اگرچه افزایش تحصیلات و مشارکت اجتماعی زنان فرصت‌های بی‌سابقه‌ای برای رشد فردی فراهم کرده است، اما الگوهای فرهنگی و تقسیم کار خانگی همچنان تغییر محدودی داشته‌اند. در نتیجه، زنان در تقاطع فرصت‌های نوین و انتظارات سنتی قرار گرفته‌اند؛ موقعیتی که می‌تواند سلامت روان آنان را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد.

بار ذهنی و استرس نقش

یکی از مفاهیم کلیدی در فهم تجربه روانی زنان شاغل، «بار ذهنی» (Mental Load) است. بار ذهنی به مجموعه فعالیت‌های شناختی و مدیریتی پنهانی اشاره دارد که برای اداره زندگی روزمره انجام می‌شود؛ فعالیت‌هایی نظیر پیش‌بینی نیازها، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و نظارت مستمر، حتی زمانی که فرد به‌ظاهر در حال استراحت است. نظریه استرس نقش و اضافه‌بار روانی نشان می‌دهد که انباشت این وظایف ذهنی، بدون استراحت شناختی، منجر به فرسودگی و تحلیل انرژی روانی می‌شود.



چارچوب‌های نظری نقش‌های چندگانه

نظریه گسترش نقش

بر اساس نظریه گسترش نقش، ایفای نقش‌های متعدد می‌تواند منابع روانی بیشتری برای فرد ایجاد کند؛ از جمله افزایش اعتماد به نفس، گسترش شبکه‌های حمایتی و کاهش خطر افسردگی ناشی از محدود شدن به یک نقش.

نظریه فشار نقش

در مقابل، نظریه فشار نقش بر این نکته تأکید دارد که افزایش تعداد نقش‌ها، به‌ویژه در شرایط کمبود حمایت، با افزایش استرس، تعارض نقش و پیامدهایی مانند اضطراب، افسردگی و احساس گناه همراه است.

تعارض کار-خانواده

تعارض کار-خانواده زمانی رخ می‌دهد که الزامات نقش شغلی و خانوادگی با یکدیگر ناسازگار شوند. این تعارض می‌تواند به دو صورت کار به خانواده یا خانواده به کار بروز یابد و با پیامدهایی نظیر نارضایتی از زندگی، فرسودگی شغلی و مشکلات هیجانی ارتباط مستقیم دارد.

پیامدهای منفی نقش‌های چندگانه بر سلامت روان

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان دارای نقش‌های شغلی و مراقبتی هم‌زمان، در معرض فرسودگی هیجانی، افسردگی و اضطراب بیشتری قرار دارند. همچنین تعارض نقش‌ها با تنش‌های زناشویی، کاهش کیفیت زندگی و مشکلات جسمانی مانند اختلالات خواب، سردردهای مزمن و مشکلات گوارشی همراه است. احساس ناکافی بودن در ایفای نقش‌ها و خودانتقادی شدید، از دیگر پیامدهای روان‌شناختی شایع در میان زنان است.

پیامدهای مثبت و فرصت‌ها

در شرایط مناسب، نقش‌های چندگانه می‌توانند منبع غنی‌سازی روانی باشند. نظریه غنی‌سازی نقش‌ها بیان می‌کند که مهارت‌ها و هیجانات مثبت کسب‌شده در یک نقش می‌توانند به بهبود عملکرد در نقش‌های دیگر منجر شوند. همچنین داشتن هویت چندوجهی، انعطاف‌پذیری روانی و تاب‌آوری فرد را در برابر استرس افزایش می‌دهد. مشارکت اجتماعی بیشتر، احساس معنا و خودکارآمدی و گسترش سرمایه اجتماعی از دیگر پیامدهای مثبت ایفای نقش‌های متعدد هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

نقش‌های چندگانه زنان پدیده‌ای پیچیده و چند بعدی است که نمی‌توان آن را صرفاً به‌عنوان عامل آسیب یا منبع رشد در نظر گرفت. پیامد نهایی این نقش‌ها به عواملی نظیر حمایت همسر و خانواده، عدالت در تقسیم کار، انعطاف‌پذیری محیط کار، فشار اقتصادی، مهارت‌های مقابله‌ای فرد و به نگرش و جهان بینی او از زندگی بستگی دارد. زن امروز نه باید زیر بار نقش‌های متعدد فرسوده شود و نه ناچار باشد برای موفقیت در یک نقش، نقش‌های دیگر را قربانی کند. ایجاد سیاست‌ها و فرهنگ‌های حمایتی می‌تواند تعدد نقش‌ها را از منبع فشار به فرصت توانمندی و رشد تبدیل کند.

منابع

- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles.
Maslach, C. (2016). Burnout: A multidimensional perspective.
Vieira, J. M., et al. (2018). Work-family conflict and mental health.
Sieber, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. Linville, P. W. (1987). Self-complexity and



بازاندیشی در سلامت روان زنان از منظر شناختی-اجتماعی: مه‌گرفتگی ذهن یا افزایش بار شناختی؟

دکتر فاطمه شفیعی

عضو شورای گروه تخصصی روان‌شناسی زنان

در سال‌های اخیر، شاهد آن هستیم که تجربه‌ای خاص در میان زنان با فراوانی چشم‌گیری گزارش می‌شود: کاهش تمرکز، فراموشی‌های آزردهنده، دشواری در تصمیم‌گیری، و احساس کلی از «کند شدن» یا «شفاف نبودن» ذهن. این تجربه معمولاً با اصطلاحی غیررسمی اما پرکاربرد نام‌گذاری می‌شود: مه‌گرفتگی ذهن (یا مغز).^۱ اگرچه این اصطلاح به‌ظاهر ساده به نظر می‌آید اما همین سادگی می‌تواند ما را از پرسش‌های بنیادی‌تر بازدارد. این یادداشت با رویکردی تحلیلی و تعاملی، خواننده را دعوت می‌کند پیش از پذیرش این تجربه به‌عنوان نوعی مشکل صرفاً فردی، زیستی یا بالینی، اندکی درنگ کند و از خویش بپرسد:

آیا آن‌چه بسیاری از زنان تجربه می‌کنند واقعاً نشانه اختلالی در کارکرد مغز است؟ یا اینکه نه! می‌تواند بازتابی از فرسودگی ناشی از افزایش بار شناختی مزمن، نابرابر و جنسیت‌مند باشد؟

با تکیه بر ادبیات روان‌شناسی شناختی، مطالعات جنسیت و سلامت روان، و با ارجاع به یادداشت دکتر شایلی جین^۲ (۲۰۲۵)، این متن می‌کوشد تجربه زیسته زنان را در پیوند با ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و هیجانی بازخوانی کند.

۱. از تجربه آغاز کنیم!

به‌جای شروع با تعاریف رسمی یا طبقه‌بندی‌های بالینی، بیایید این بار از خود تجربه آغاز کنیم. مکثی کوتاه و چند پرسش ساده اما شاید آشنا: آیا برای شما هم پیش آمده است که در حال انجام کارهای روزمره باشید اما در عین حال احساس کنید ذهن‌تان کامل حضور ندارد یا به اصطلاح «به جا نمی‌آورد»؟

○ آیا تا به حال به خودتان گفته‌اید «ذهنم مثل قبل کار نمی‌کند»؟ نه به این معنا که افسرده باشید یا دچار اختلال جدی شده باشید؛ بلکه انگار ذهن شلوغ است ولی خروجی قابل توجهی ندارد.

○ آیا تمرکز دارید اما تمرکزتان ناپایدار و شکننده است؟

بسیاری از زنانی که این وضعیت را توصیف می‌کنند، در نام‌گذاری آن دچار تردید هستند. آن‌چه اغلب می‌گویند، جمله‌ای استعاره‌ای اما پرمعناست:

«انگار ذهنم ابری‌ست یا مهی غلیظ ذهنم را پوشانده است.»

در همین‌جا پرسشی کلیدی شکل می‌گیرد که عبارت است از این‌که: آیا ما با پدیده‌ای نوظهور مواجه‌ایم، یا صرفاً زبانی تازه برای بیان تجربه‌ای قدیمی یافته‌ایم؟

در زبان بالینی و عمومی، «مه‌گرفتگی ذهن» به تجربه‌ای اشاره دارد که فرد احساس می‌کند ذهنش کار می‌کند، اما با شفافیت و کارآمدی پیشین همراه نیست. این تجربه در میان زنان، به‌ویژه در میان‌سال و دوره‌های گذار زیستی-اجتماعی، گزارش‌های فراوانی دارد. اصطلاح

^۱ brain fog

^۲ Shaili Jain

دکتر شایلی جین روان‌پزشک و استاد دانشکده پزشکی دانشگاه استنفورد است که با نگاه میان‌رشته‌ای بالینی-اجتماعی تمرکز ویژه‌ای بر تروما و سلامت روان زنان دارد.



مه‌گرفتنی ذهن در سال‌های اخیر، به‌ویژه در گفتمان‌های سلامت زنان نیز به‌شدت رواج پیدا است. این اصطلاح بیش از آن که یک مفهوم تشخیصی باشد، نوعی زبان تجربه است؛ تلاشی برای توصیف وضعیتی که در آن، ذهن فعال است، اما نه با شفافیت، سرعت و انسجام پیشین. چین (۲۰۲۵) در این زمینه می‌گوید که رواج این اصطلاح، اگرچه می‌تواند تجربه فرد را معتبر و شنیدنی کند، اما هم‌زمان حامل خطری پنهان است: خطر آن که نام‌گذاری، جای پرسش‌گری را بگیرد. اگر «مه‌گرفتنی ذهن» را صرفاً برجسی توصیفی بدانیم، ممکن است دیگر از خود نپرسیم: این مه از کجا برمی‌خیزد؟ و مهم‌تر از آن: چه چیزی آن را پایدار می‌کند و باعث می‌شود ماندگار شود؟

۲. یک گام عقب‌تر: بار شناختی چیست؟

در روان‌شناسی شناختی، مفهومی بنیادین و به‌خوبی مطالعه‌شده وجود دارد به نام بار شناختی^۱. این مفهوم به میزان فشاری اشاره دارد که بر حافظه کارآیند^۲ وارد می‌شود؛ همان نظام محدودی که با آن فکر می‌کنیم، اطلاعات را نگه می‌داریم، تصمیم می‌گیریم و برنامه‌ریزی می‌کنیم (Sweller, 1988). ظرفیت حافظه کارآیند نامحدود نیست. وقتی این ظرفیت به‌طور مداوم اشغال شود، پی‌آمد آن لزوماً فروپاشی یا به‌جود آمدن اختلالی حاد نخواهد بود بلکه اغلب مواردی پیش خواهد آمد که چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرد. مثلاً ذهن کندتر می‌شود، پردازش‌ها مبهم می‌شوند و تصمیم‌گیری‌ها سخت‌تر یا حتی محافظه‌کارانه‌تر. این توصیف، به‌طرز معناداری، با آن‌چه بسیاری از زنان به‌عنوان «مه‌گرفتنی ذهن» بیان می‌کنند، هم‌پوشانی دارد.

در مواجهه با این تجربه، معمولاً نگاه‌ها به سمت فرد معطوف می‌شود. آیا خواب کافی دارد؟ استرس دارد؟ تغییرات هورمونی را تجربه می‌کند؟ و موارد مشابه. بی‌تردید، همه این عوامل مهم‌اند. اما پرسش تعاملی اساسی‌تر این است که اگر این تجربه تا این اندازه شایع و تکرارشونده است، چرا همچنان آن را صرفاً مسئله‌ای فردی تلقی می‌کنیم؟

پژوهش‌های جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشان داده‌اند که بسیاری از زنان، علاوه بر کار شغلی و خانگی، به‌دوش کشندگان نوع خاصی از کار هستند که عبارت است از کار شناختی نامرئی (Daminger, 2019). این نوع کار شامل به‌یادسپاری مداوم امور، پیش‌بینی نیازها، هماهنگی برنامه‌ها، مدیریت هیجانات دیگران و «در دسترس بودن ذهن» حتی در زمان استراحت است. این تعریف پرسشی ساده اما بنیادین را به خاطر متبادر می‌کند. چند ساعت از شبانه‌روز، ذهن فرد واقعاً آزاد است؟

وقتی بار شناختی به‌طور مزمن، نابرابر و بدون امکان رهاسازی ادامه یابد، ذهن وارد وضعیتی می‌شود که نه فرو می‌ریزد و نه فرصت ترمیم می‌یابد. این وضعیت، دقیقاً همان بستری است که تجربه مه‌گرفتنی ذهن در آن شکل می‌گیرد. در این نقطه، خطری جدی پدیدار می‌شود و آن عبارت است از پزشکی‌سازی تجربه‌ای که در بسیاری از موارد ریشه‌های اجتماعی دارد. وقتی به زنی گفته می‌شود طبیعی است، هورمونی است، ناشی از بالا رفتن سن است، و چیزهای دیگری از این قبیل، به‌راستی چه لایه‌هایی از تجربه اجتماعی او نادیده گرفته می‌شود؟ این بازخوانی به‌هیچ‌وجه به معنای انکار عوامل زیستی نیست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در دوره‌هایی مانند گذار به یائسگی، تغییرات هورمونی می‌توانند بر توجه و حافظه اثر بگذارند (Greendale et al., 2009). با این حال، سؤال این‌جاست که اگر همین تغییرات زیستی در بدنی رخ می‌داد که زیر بار شناختی مزمن و بی‌وقفه قرار نداشت، آیا تجربه ذهنی نیز به همین شدت و دوام بود؟

از منظر عصب‌روان‌شناسی، استرس مزمن، به‌ویژه استرس‌های عاطفی و مراقبتی، می‌تواند عملکرد قشر پیش‌پیشانی یعنی همان ناحیه‌ای که مسئول تمرکز، تصمیم‌گیری و تنظیم هیجان است را تضعیف کند (McEwen & Morrison, 2013). زنان، به‌ویژه در نقش‌های مراقبتی، در معرض نوعی استرس مزمن هستند که اغلب طبیعی‌سازی می‌شود و کمتر به‌عنوان عامل خطر شناختی شناخته می‌شود. ازسوی دیگر، مطالعات جامعه‌شناختی نیز نشان می‌دهند که زنان به‌طور نامتناسبی حامل «کار ذهنی» خانوار شامل برنامه‌ریزی، پیش‌بینی،

^۱ cognitive load

^۲ working memory



همانگی و مدیریت هیجانی روابط هستند (Daminger, 2019). زنان در بسیاری از جوامع به‌طور هم‌زمان نقش‌های حرفه‌ای، مراقبتی، عاطفی و مدیریتی را بر عهده دارند. این چندنقشی بودن، در غیاب توزیع عادلانه مسئولیت‌ها، منجر به بار شناختی مزمن می‌شود که به تدریج خود را به شکل «مه‌گرفتگی ذهن» نشان می‌دهد که اغلب هم دیده نمی‌شود. این بار ذهنی با افزایش استرس، فرسودگی و کاهش عملکرد شناختی مرتبط خواهد بود (Offer, 2014; Sayer, 2016). از این منظر، مه‌گرفتگی ذهنی را می‌توان بازتاب شناختی زیستن در شرایط بار ذهنی مزمن دانست. در این چهارچوب، شاید لازم باشد بپرسیم که چه سهمی از آن چه «مه‌گرفتگی ذهن» نامیده می‌شود، در واقع نشانه مغزی زندگی در وضعیت آماده‌باش دائمی است؟

۳. جمع‌بندی

تمایز میان «بار شناختی» و «مه‌گرفتگی ذهن» صرفاً بحثی مفهومی نیست، بلکه پی‌آمدهای عمیقی برای فهم سلامت روان زنان دارد. آن چه بسیاری از زنان به‌صورت مه‌گرفتگی ذهن تجربه می‌کنند، اغلب واکنشی طبیعی به فشارهای مزمن، نابرابر و نامرئی است. بازاندیشی در این تجربه‌ها، ما را از فردمحوری صرف به‌سوی نگاهی ساختاری، عادلانه و توانمندساز سوق می‌دهد؛ نگاهی که برای ارتقای واقعی سلامت روان زنان ضروری است.

اگر مه‌گرفتگی ذهن را صرفاً یک مشکل فردی بدانیم، پی‌آمدهای آن روشن است. مداخلات فردمحور باقی می‌مانند، زنان بیش‌تر خود را مقصر می‌دانند، و ساختارهای نابرابر دست‌نخورده می‌مانند. اما اگر این تجربه را نشانه‌ای از بار شناختی جنسیت‌مند تلقی کنیم، افق‌های تازه‌ای گشوده می‌شود؛ درمان‌ها واقع‌بینانه‌تر و زمینه‌مندتر می‌شوند، مداخلات به تقسیم مسئولیت‌ها و حمایت اجتماعی توجه می‌کنند، و تجربه‌زنان به‌عنوان داده‌ای معتبر به رسمیت شناخته می‌شود (Jain, 2025).

با در نظر گرفتن مطالبی که با الهام از یادداشت جین (۲۰۲۵) بیان شد، یادداشت حاضر به‌دنبال گشودن میدان گفت‌وگو بوده است: اگر مه‌گرفتگی ذهن یک پیام است، این پیام دقیقاً چه می‌تواند باشد؟ کدام بخش‌های این تجربه را شتاب‌زده پزشکی می‌کنیم؟ و نقش ما به‌عنوان روان‌شناس، پژوهش‌گر یا درمان‌گر در بازتولید یا کاهش این بار کدام است؟ شاید مسئله این نباشد که ذهن زنان تضعیف شده است؛ شاید مسئله این باشد که به‌رغم همه تلاش‌های صورت‌گرفته تاکنون، انتظارات از ذهن زنان هرگز کاهش نیافته است!

۴. ارجاعات

- Daminger, A. (2019). The cognitive dimension of household labor. *American Sociological Review*, 84(4), 609–633.
- Greendale, G. A., et al. (2009). Effects of the menopause transition on cognitive performance. *Neurology*, 72(21), 1850–1857.
- Jain, S. (2025). Women's mental health: Cognitive overload or brain fog? *Psychology Today*.
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-aftermath-of-trauma/202502/womens-mental-health-cognitive-overload-or-brain-fog>
- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). The brain on stress. *Neuron*, 79(1), 16–29.
- Offer, S. (2014). The costs of thinking about work and family. *Sociological Quarterly*, 55(3), 481–506.
- Sweller, J. (1988). Cognitive load during problem solving. *Cognitive Science*, 12(2), 257–285.
- Sayer, L. C. (2016). Trends in women's and men's time use. *Gender & Society*, 30(3), 465–488.

معرفی کتاب‌های جدید

ابعاد روان‌شناختی بحران و مدیریت بحران

نویسنده: شهرام ریاحی، احسانه فریدونی، مهدی گودرزوند
انتشارات: انتشارات متخصصان

معرفی کتاب:

کتاب ابعاد روان‌شناختی بحران و مدیریت بحران به بررسی پیامدهای روانی بحران‌ها و شیوه‌های مدیریت روان‌شناختی آن‌ها می‌پردازد. این اثر با رویکردی علمی و کاربردی، سازوکارهای روانی و رفتاری افراد، گروه‌ها و نهادها را در مواجهه با شرایط پیش‌بینی‌نشده و بحران‌های شدید تبیین می‌کند.

در بخش‌های آغازین، مفاهیم پایه‌ای بحران، تمایز آن با مفاهیم مشابه و مراحل واکنش انسان در مواجهه با بحران تشریح شده است. همچنین ویژگی‌های روان‌شناختی افراد در شرایط بحرانی، از جمله اضطراب، شوک، انکار، افسردگی و پذیرش، مورد توجه قرار می‌گیرد.

در ادامه، کتاب به انواع بحران‌ها و دیدگاه‌های نظری مرتبط پرداخته و نقش رسانه‌ها، خانواده، نظام آموزشی و نهادهای دولتی را در فرآیند مدیریت بحران بررسی می‌کند. نمونه‌های مطرح‌شده طیف گسترده‌ای از بحران‌ها را شامل می‌شود؛ از بلایای طبیعی و بحران‌های ناشی از فقدان گرفته تا بیماری‌های روانی و جسمی، بحران‌های منطقه‌ای و جهانی مانند پاندمی کرونا و همچنین مسائل اجتماعی حساس همچون خودکشی و تجاوز. مطالبی که این کتاب را برجسته و یگانه کرده، بررسی نقش بیماری‌های روانی و جسمی مزمن و معلولیت‌ها بعنوان یک بحران برای خود فرد و همچنین برای خانواده است. همچنین اختصاص فصلی جداگانه به افرادی که درگیر، مسول ارائه دهندگان خدمت و پاسخ دهندگان اولیه بحران هستند، مانند افراد و متخصصان خدمات فوریت‌های پزشکی، پلیس، آتش‌نشانی، هلال احمر و و بررسی تخصصی بهداشت روانی در این افراد. از ویژگی‌های شاخص این اثر، ارائه راهبردهای مداخله‌ای و درمانی کوتاه در پایان هر فصل است که به افزایش جنبه‌ی کاربردی کتاب کمک می‌کند. این کتاب برای روان‌شناسان، مشاوران، دانشجویان و تمامی افرادی که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم با بحران‌ها مواجه‌اند، منبعی علمی و قابل استفاده به شمار می‌آید.





چکیده پایان‌نامه دکتری

دست‌اندرکاران خبرنگار انجمن روان‌شناسی ایران، آمادگی خود را برای انعکاس اخبار دفاع و نیز چکیده پایان‌نامه دانش‌آموختگان دکترای گرایش‌های مختلف روان‌شناسی و رشته‌های مرتبط اعلام می‌دارند.

چکیده پایان‌نامه دکتر محمودرضا عرب دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد یاسوج

دکتر محمودرضا عرب پایان‌نامه دکتری تخصصی خود تحت عنوان "مقایسه اثر بخشی زوج درمانی ساختاری و رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر بی‌رمقی زناشویی، توانمندی منش و تحمل‌پریشانی در زوج‌های دارای نارضایتی زناشویی" را در تابستان ۱۴۰۴ به اتمام رساند. پایان‌نامه ایشان توسط دکتر علیرضا مارذپور (استاد راهنما) و دکتر آرمین محمودی (استاد مشاور) هدایت شده است.

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی زوج درمانی ساختاری و درمان تحلیل رفتار متقابل بر بی‌رمقی زناشویی، توانمندی منش و تحمل‌پریشانی در زوج‌های دارای نارضایتی زناشویی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زوج‌هایی بود که به دلیل نارضایتی زناشویی در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تحت نظارت بهزیستی و نظام روان‌شناسی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. پس از غربالگری جامعه آماری بر اساس نقطه برش ۱۰۴ و کمتر در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، تعداد ۴۵ زوج واجد شرایط به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه زوج درمانی ساختاری (۱۵ زوج)، درمان تحلیل رفتار متقابل (۱۵ زوج) و گروه کنترل (۱۵ زوج) انتساب شدند. مداخله‌ی زوج‌درمانی ساختاری، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و مداخله درمان تحلیل رفتار متقابل نیز طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. به منظور گردآوری اطلاعات از مقیاس‌های تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، مقیاس بی‌رمقی زناشویی پاینز (۲۰۰۳) و پرسشنامه توانمندی منش فرهنگام و لستر (۲۰۱۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۸ و در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثر بخشی معناداری بر بی‌رمقی زناشویی، توانمندی منش و تحمل‌پریشانی در زوج‌های دارای نارضایتی زناشویی داشته است ($p < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که زوج درمانی ساختاری اثر بخشی بیشتری نسبت به درمان تحلیل رفتار متقابل دارد ($p < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که زوج درمانی ساختاری و تحلیل رفتار متقابل می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود مشکلات زوج‌های دارای نارضایتی زناشویی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده جهت افزایش توانمندی‌های منش و تحمل‌پریشانی زوجین متعارض با خانواده درمانی ساختاری است.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانی ساختاری، تحلیل رفتار متقابل، بی‌رمقی زناشویی، توانمندی منش، تحمل‌پریشانی، نارضایتی زناشویی.

اخبار و اطلاعیه‌های انجمن روان‌شناسی ایران

گزارش اقدامات انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۴۰۴

روال بر این بود که گزارش اقدامات انجمن، توسط هیئت مدیره در مجمع عمومی ارائه می‌شد، به دلیل عدم امکان برگزاری مجمع عمومی، این گزارش برای اطلاع اعضا، در سایت انجمن درج می‌شود.

[لینک گزارش](#)



اقدامی از انجمن روان‌شناسی ایران برای آمادگی روان‌شناسان در درمان آسیب

دیدگان جنگ اخیر

متأسفانه در اسفندماه ۱۴۰۴، با جنگ تحمیلی دیگری و این‌بار با ابعادی شدیدتر و گسترده‌تر مواجه شدیم. پیش‌بینی می‌شد با آسیب‌دیدگان زیادی مواجه شویم که اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را تجربه می‌کنند. این امر موجب شد ضرورت دسترسی روان‌شناسان کشور به درمان کوتاه مدت این اختلال، به ویژه روان‌شناسان مراکز سراج وزارت بهداشت توسط مدیرکل دفتر سلامت روانی آن وزارت مطرح شود. در اقدامی سریع توسط رئیس انجمن روان‌شناسی

ایران، کتابی ۱۵۰ صفحه‌ای با عنوان «درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت مبتنی بر تروما» (TF-BCBT) که پیش‌نویس آن از قبل توسط ایشان تهیه شده بود نهایی شد و به صورت رایگان ابتدا در سایت انجمن روان‌شناسی ایران درج (<https://iranpa.org/tf-cbt/>) و سپس از طریق بخش‌های مرتبط در وزارت بهداشت، وزارت علوم، سازمان بهزیستی کشور و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره به روان‌شناسان کشور معرفی شد. امید اینکه با معرفی هرچه بیشتر این کتاب به آحاد روان‌شناسان کشور و مطالعه دقیق آنها، امکان مداخلات کوتاه مدت برای آسیب‌دیدگان فراهم شود.



کانال انجمن روان‌شناسی ایران در پیام‌رسان بله

در پی قطعی اینترنت و به منظور برقراری ارتباط مستمر با اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران، کانال رسمی ارتباطی در پیام‌رسان بله با شناسه کانال @iranpsyasso ایجاد شد.



نامه انجمن روان‌شناسی ایران به وزیر علوم، تحقیقات و فناوری پیرامون بررسی علمی ابعاد و پیامدهای روان‌شناختی شرایط اجتماعی اخیر

جناب آقای دکتر سیمایی صراف
وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری

با سلام و احترام

عطف به بیانیه جنابعالی، به استحضار می‌رساند انجمن روان‌شناسی ایران، به‌عنوان نهادی علمی و حرفه‌ای متعهد به ارتقای سلامت روان جامعه و پای‌بند به اصول اخلاق حرفه‌ای، از توجه وزارت علوم، تحقیقات و فناوری به نقش نهاد علم در فهم پدیده‌های اجتماعی پیچیده استقبال می‌کند. بهره‌گیری از ظرفیت دانشگاه‌ها و علوم انسانی، در صورت اتکا به رویکردهای علمی مستقل و مبتنی بر شواهد، می‌تواند به فهم عمیق‌تر شرایط اجتماعی و کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی کمک کند.

بر اساس یافته‌های روان‌شناسی اجتماعی، بروز و تداوم اعتراض‌های اجتماعی را باید در بستر فشارهای اقتصادی و روانی مزمن، احساس بی‌عدالتی، کاهش احساس شنیده‌شدن و تضعیف امنیت روانی در بخش‌هایی از جامعه تحلیل کرد. تقلیل این پدیده‌ها به عوامل صرفاً فردی یا هیجانی، با شواهد علمی موجود هم‌خوانی ندارد و می‌تواند به ساده‌سازی مسئله و تشدید شکاف‌های اجتماعی منجر شود.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مواجهه مستقیم یا غیرمستقیم با ناامنی، تهدید، خشونت، بازداشت، تحقیر یا فق دان، با افزایش آسیب‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات مرتبط با تروما و فرسودگی روانی جمعی همراه است. این پیامدها نه تنها سلامت روان فردی، بلکه سرمایه اجتماعی و تاب‌آوری جمعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند.

انجمن روان‌شناسی ایران تأکید می‌کند که بر اساس الزامات اخلاق حرفه‌ای، دانش روان‌شناسی باید در خدمت کاهش رنج انسانی، حفظ کرامت افراد و پیشگیری از آسیب باشد. هرگونه استفاده ابزاری از مفاهیم روان‌شناختی برای برچسب‌زنی، بی‌اعتبارسازی کنش‌های اجتماعی یا توجیه آسیب و خشونت، فاقد وجهت علمی و مغایر با تعهدات حرفه‌ای است.

از این‌رو، مشارکت جامعه علمی و حرفه‌ای روان‌شناسی در هرگونه فرآیند تحلیلی، مستلزم حفظ استقلال علمی و حرفه‌ای، داوطلبانه بودن مشارکت، رعایت اصول اخلاق پژوهش و فراهم بودن امنیت روانی دانشگاهیان است. تنها در چنین چارچوبی می‌توان انتظار داشت که علم روان‌شناسی به تقویت گفت‌وگو، کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی جامعه یاری رساند.

انجمن روان‌شناسی ایران آمادگی دارد در چارچوب این اصول، به‌عنوان نهادی مشورتی و تخصصی، دیدگاه‌های علمی خود را ارائه نماید.

هیئت‌مدیره انجمن روان‌شناسی ایران

چهارم بهمن ۱۴۰۴



دعوت از روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب

با کمال تأسف، بسیاری از هم‌میهنان ما تحت فشارهای روانی ناشی از شرایط اجتماعی اخیر قرار دارند. هرچند بخشی از ابعاد این شرایط فراتر از حوزه مداخلات روان‌شناختی است، اما افراد زیادی به دلیل تجربه تروما و سوگ، به‌ویژه کادر درمان، نیازمند حمایت تخصصی فوری هستند.

انجمن روان‌شناسی ایران و انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، در راستای ایفای مسئولیت اجتماعی خود، در نظر دارند از طریق مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره انجمن روان‌شناسی ایران، دسترسی آسان‌تری را برای روان‌شناسان داوطلب فراهم کنند. در این اساس، از روان‌شناسان داوطلب دارای پروانه اشتغال و روان‌پزشکان دعوت می‌شود. برای ارائه مشاوره رایگان به آسیب‌دیدگان فوراً با ما تماس بگیرید. برای تکمیل فرم داوطلبی، لطفاً به لینک زیر مراجعه کنید.



بر این اساس، از روان‌شناسان داوطلب دارای پروانه اشتغال و روان‌پزشکان دعوت می‌شود برای ارائه مشاوره رایگان به آسیب‌دیدگان، فرم داوطلبی زیر را تکمیل نمایند.

همراهی شما، گامی مؤثر در کاهش رنج روانی جامعه است.

شایان ذکر است:

- ۱- برای تکمیل فرم داوطلبی، لازم است فیلتر شکن خاموش باشد.
- ۲- روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب، بر اساس نیاز و ملاک‌هایی نظیر سوابق آموزشی و بالینی، در صفحه مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره انجمن معرفی خواهند شد.
- ۳- لازم به ذکر است ارائه خدمات مشاوره به صورت آنلاین می‌باشد.

انجمن روان‌شناسی ایران و انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

سپاس از مشارکت گسترده و مسئولانه روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب

تا پایان روز ۱۷ بهمن‌ماه، ۱۰۳۴ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان کشور آمادگی خود را برای ارائه مشاوره رایگان به افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر اعلام کرده‌اند. این حضور گسترده، نشانه‌ای روشن از تعهد انسانی، مسئولیت اجتماعی و پای‌بندی جامعه تخصصی سلامت روان به اصول اخلاق حرفه‌ای در کنار هم‌میهنان در روزهای دشوار است.

پروفایل داوطلبان به‌صورت تدریجی، با اولویت سوابق آموزشی و بالینی و حسب نیاز، در صفحه «مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره» انجمن روان‌شناسی ایران منتشر خواهد شد و پس از درج حداقل ۲۰۰



پروفایل، اطلاع‌رسانی عمومی آغاز خواهد شد.

به‌منظور هم‌سویی علمی-حرفه‌ای و ارائه خدماتی مسئولانه، ایمن و مبتنی بر کرامت انسانی، جلسه هماهنگی داوطلبان روز سه‌شنبه ۲۱ بهمن‌ماه، ساعت ۲۱، در پلتفرم «محیط» برگزار خواهد شد.

لینک شرکت در جلسه از طریق پیامک برای داوطلبان ارسال خواهد شد.

انجمن روان‌شناسی ایران

انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

راهنمای عمل روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب ارائه مشاوره رایگان به افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر

[جهت دریافت راهنما کلیک کنید](#)

**ویدئوی راهنمای عمل روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب ارائه مشاوره رایگان به افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر**

به‌منظور هم‌سویی علمی-حرفه‌ای و ارائه خدماتی مسئولانه، ایمن و مبتنی بر کرامت انسانی، جلسه هم‌انگهی داوطلبان روز سه‌شنبه ۲۱ بهمن‌ماه ۱۴۰۴، ساعت ۲۱، در پلتفرم «محیط» برگزار شد.

[لینک ویدئوی برنامه](#)

**دسترس‌ی رایگان به مشاوره با روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب، ویژه افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر**

در پی شرایط اجتماعی اخیر، بسیاری از هم‌میهنان عزیز ما - از جمله شماری از اعضای کادر درمان که در این مدت فشارهای روانی مضاعفی را تجربه کرده‌اند - با اندوه، فرسودگی و تجربه‌های تلخ روانی مواجه شده‌اند. انجمن روان‌شناسی ایران ضمن ابراز همدلی و تسلیت، یادآور می‌شود که دریافت به‌موقع حمایت روان‌شناختی می‌تواند به کاهش رنج روانی، پیشگیری از ماندگار شدن آسیب‌ها و بازگشت تدریجی کارکرد روزمره کمک کند.



در پی دعوت انجمن روان‌شناسی ایران و انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، ۱۰۳۴ روان‌شناس و روان‌پزشک اعلام داوطلبی کرده‌اند و تاکنون امکان دسترس‌ی رایگان به خدمات مشاوره‌ای بیش از ۵۰۰ متخصص فراهم شده است. این خدمات توسط متخصصان واجد صلاحیت و با رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، محرمانگی و احترام به شأن مراجعان ارائه می‌شود.

افراد نیازمند خدمات مشاوره‌ای می‌توانند برای دریافت مشاوره رایگان به صفحه مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره انجمن روان‌شناسی ایران مراجعه کنند.

مراجعه برای دریافت مشاوره، اقدامی آگاهانه برای مراقبت از سلامت روان و عبور ایمن‌تر از این روزهای دشوار است.

لینک صفحه:

<https://clinic.iranpa.org>

زیر چتر همدلی: خدمات مشاوره حضوری رایگان، برای افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر

در ادامه اقدامات حمایتی انجمن روان‌شناسی ایران و انجمن علمی روان‌پزشکان ایران برای تسهیل دسترسی افراد آسیب‌دیده از شرایط اجتماعی اخیر به خدمات روان‌شناختی، با استقبال بسیار خوب مراکز و دفاتر دارای مجوز، لیست مراکز و دفاتر مشاوره داوطلب برای ارائه خدمات حضوری رایگان مشخص و نهایی شد.

از تمام مراکز و دفاتر محترم روان‌شناسی و مشاوره که با مسئولیت اجتماعی بالا در این طرح مشارکت کردند، صمیمانه سپاسگزاریم

اگر شما یا عزیزانتان بنا به شرایط بالینی یا ترجیح شخصی، نیاز به دریافت خدمات مشاوره حضوری دارید، به لیست مراکز (همراه آدرس و اطلاعات تماس) مراجعه بفرمایید:

لیست مراکز

زیر چتر همدلی: اطلاعیه برگزاری وبینار سوپرویزن گروهی آنلاین

ویژه روان‌شناسان داوطلب فعال در حوزه کودک و نوجوان با محوریت سوگ و تروما

سوپروایزر جلسه: خانم دکتر کارینه طهماسیان

با احترام به شرکت‌کنندگان محترم،

به اطلاع می‌رساند وبینار سوپرویزن گروهی این دوره، بر اساس سوالات و کیس‌های ارسالی از طریق فرم گوگل، در روز پنج‌شنبه ۷ اسفندماه ۱۴۰۴، رأس ساعت ۲۰:۰۰ برگزار شد.

این جلسه به منظور بررسی دقیق پرسش‌های مطرح‌شده، ارائه بازخورد تخصصی و تقویت مهارت‌های حرفه‌ای در فضای سوپرویزن طراحی شده بود.

اطلاعیه مهم: اختلال در عضویت از طریق سایت انجمن

بدین‌وسیله به اطلاع اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران می‌رساند که در حال حاضر، امکان عضویت جدید، تمدید عضویت از طریق سایت انجمن (www.iranpa.org) مقدور نیست.

تیم فنی انجمن در حال پیگیری و رفع مشکل است و به محض برقراری مجدد خدمات، اطلاع‌رسانی خواهد شد.

از صبر و همراهی شما عزیزان سپاسگزاریم.



جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران

تسلیت درگذشت دکتر حسن‌پاشا شریفی، استاد نامدار روان‌شناسی و عضو

جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران

با نهایت تأسف و تأثر،

درگذشت دکتر حسن‌پاشا شریفی، استاد نامدار روان‌شناسی و عضو جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران را به خانواده محترم ایشان و جامعه علمی کشور تسلیت عرض می‌نماییم.

هیئت مدیره انجمن روان‌شناسی ایران

اعضای جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران

**شانزدهمین جلسه ماهانه اعضای جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران برگزار شد**

جلسه ماهانه «جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران» روز جمعه چهارم مهرماه ۱۴۰۴ در محل انجمن روان‌شناسی ایران با دبیری دکتر شیوا دولت‌آبادی و حضور (به‌ترتیب الفبا) دکتر بهروز بیرشک، دکتر محمد خدایاری‌فرد، دکتر مهدی درویش، دکتر حسن‌پاشا شریفی، دکتر شهین علیایی زند، دکتر فرنگیس کاظمی، دکتر پروین کدیور، دکتر علیرضا کیامنش، دکتر محمود گلزاری، دکتر حمزه گنجی، دکتر پروانه محمدخانی، برگزار شد. در این جلسه، رئیس انجمن، دکتر حمید پورشریفی نیز حضور داشتند. در شانزدهمین گردهمایی پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران، ضمن تجدید دیدارها مباحث و مصوبات زیر انجام شد:

حاضران در ادامه بحث افق انجمن روان‌شناسی ایران در مراسم سی سالگی بازتاسیس انجمن، نظرات ارزنده‌ای را در خصوص پیشبرد و ارتقای انجمن مطرح کردند که قرار شد توسط مسئولان انجمن اقدام لازم در خصوص آنها انجام شود.

در این جلسه بر اهمیت پژوهش به ویژه پرداختن به مسائل مهم جامعه تأکید شد و کمیته پژوهش جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران با دبیری دکتر شهین علیایی زند و حضور دکتر حسن‌پاشا شریفی، دکتر علیرضا کیامنش، دکتر حسین شکرکن و مسئول کمیته پژوهش انجمن (دکتر محمدعلی نظری) شکل گرفت.

بخش مهمی از جلسه، به مساله مهم یک میلیونی کودکان جامانده از تحصیل پرداخته شد و در این خصوص نامه‌ای توسط پیش‌کسوتان ارجمند خطاب به رئیس محترم جمهور نوشته شد که در روزهای آتی اطلاع‌رسانی خواهد شد.

هفدهمین جلسه ماهانه اعضای جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران برگزار شد

جلسه ماهانه «جامعه پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران» روز جمعه دوم آبان ۱۴۰۴ در محل انجمن روان‌شناسی ایران با دبیری دکتر شیوا دولت‌آبادی و حضور (به‌ترتیب الفبا) دکتر بهروز بیرشک، دکتر شهلا پزشک، دکتر مهدی درویش، دکتر حسن‌پاشا شریفی، دکتر حسین شکرکن، دکتر شهین علیایی زند، دکتر فرنگیس کاظمی، دکتر علیرضا کیامنش، دکتر پروانه محمدخانی و دکتر امیرهوشنگ مهریار برگزار شد. در این جلسه، رئیس انجمن، دکتر حمید پورشریفی نیز حضور داشتند.

در هفدهمین گردهمایی پیش‌کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران، ضمن تجدید دیدارها مباحث زیر انجام شد:

- حاضران از برگزاری سالم انتخابات سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره اظهار خوشحالی کردند و در عین حال بر ضرورت بررسی نحوه افزایش مشارکت اعضای سازمان را در انتخابات‌های آتی تأکید داشتند.

- مسائل روز مورد بحث قرار گرفت.
- از شروع فعالیت کمیته پژوهش جامعه پیش کسوتان اظهار خشنودی شد.
- در خصوص دستور جلسات بعدی جامعه پیش کسوتان گفتگو به عمل آمد.

جامعه پیش کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران دوساله شد: گزارش هجدهمین جلسه ماهانه



دو سال تمام از عمر «جامعه پیش کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران» سپری شد. در این دو سال، اعضای این جامعه، ضمن برخورداری از لحظات ارزشمند با هم بودن، مسائل مهم حرفه و جامعه را مورد بررسی قرار دادند و در مواقع لازم از طریق نوشتن نامه به مسئولان امر، به ایفای مسئولیت اجتماعی خود پرداختند. همچنین تجارب آنها ضبط شده و از طریق رسانه‌های انجمن در اختیار جامعه روان‌شناسی کشور، به‌ویژه نسل جوان قرار گرفته است. جامعه پیش کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران، از مهم‌ترین سرمایه‌های حرفه ارزشمند روان‌شناسی و انجمن روان‌شناسی ایران محسوب می‌شود.

هجدهمین جلسه ماهانه «جامعه پیش کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران» روز جمعه هفتم آذرماه ۱۴۰۴ در محل انجمن روان‌شناسی ایران با دبیری دکتر شیوا دولت‌آبادی و حضور (به ترتیب الفبا) دکتر بهروز بیرشک، دکتر محمد خدایاری‌فرد، دکتر شهلا پزشکی، دکتر عصمت دانش، دکتر مهدی درویش، دکتر حسن پاشا شریفی، دکتر حسین شکرکن، دکتر حسن عشایری، دکتر شهین علیایی زند، دکتر فرنگیس کاظمی، دکتر پروانه محمدخانی و دکتر امیرهوشنگ مهریار برگزار شد. در این جلسه، رئیس انجمن، دکتر حمید پورشریفی نیز حضور داشتند.

در این گردهمایی، ضمن تجدید دیدارها مباحث زیر انجام شد:

- مسائلی از حرفه، به‌خصوص فعالیت‌های آسیب‌زای روان‌شناسان زرد و مسائلی از جامعه، از جمله بحث خشونت و ابعاد تربیتی مرتبط با آن مورد بحث قرار گرفت.
- جشن دوساله شدن «جامعه پیش کسوتان انجمن روان‌شناسی ایران» برگزار شد.

اعلام نتایج مسابقه علمی پاییز ۱۴۰۴ انجمن روان‌شناسی ایران

در راستای ترویج دانش روان‌شناسی، مسابقه علمی پاییز ۱۴۰۴ با عنوان «روان‌شناسی تروما» توسط انجمن روان‌شناسی ایران و انتشارات ارجمند برگزار شد. این مسابقه با دبیری علمی دکتر نادر منیرپور، عضو محترم هیئت مدیره انجمن، و با مشارکت حدود ۱۸۰ نفر از روان‌شناسان برگزار گردید .

جوایز این مسابقه برای ۱۰ نفر اول شامل لوح تقدیر انجمن، عضویت رایگان یک‌ساله در انجمن، و بن خرید کتاب با ۳۰ درصد تخفیف تا سقف یک میلیون تومان از انتشارات ارجمند است. برای ۱۰ نفر دوم نیز لوح تقدیر انجمن و بن خرید کتاب با ۳۰ درصد تخفیف تا سقف پانصد هزار تومان در نظر گرفته شده است.

ضمن قدردانی از مشارکت ارزشمند شما عزیزان، اسامی برندگان این مسابقه که بر اساس قرعه‌کشی میان

اعضای انجمن با بیشترین پاسخ صحیح انتخاب شده‌اند، به شرح زیر اعلام می‌گردد:



اسامی ۱۰ نفر اول	اسامی ۱۰ نفر دوم
فرهاد نوائی	دلنیا شیخ‌معروفی
ستاره آرام‌منش	شیلا قنبریان
محمد مهدی رادپی	فاطمه همیشه‌بهار
هاجر فروتن	محمد مردانی
شقایق باقری شریف‌آبادی	محمد پورادبی
فاطمه پاشاپور	مرجان بالی
احسان ریاضی اصفهانی	هما هوشنگی
حسین پور حسین جعفری	مهدی گلی
فائزه نوری	ملیکا سالاری
اشکان امینی	حدیثه توکلی

گروه‌های تخصصی

اولین جلسه مشترک هیئت مدیره انجمن و روسا و دبیران گروه‌های تخصصی انجمن روان‌شناسی ایران برگزار شد

روز جمعه ۷ آذرماه ۱۴۰۴، اولین جلسه مشترک هیئت مدیره انجمن و رؤسا و دبیران گروه‌های تخصصی انجمن روان‌شناسی ایران به صورت حضوری- مجازی برگزار شد. در این جلسه روسا و دبیران گروه‌های تخصصی روان‌شناسی زنان؛ روان‌شناسی سلامت؛ درمان‌های شناختی رفتاری؛ روان‌شناسی دین، اخلاق و معنویت؛ روان‌شناسی صنعتی- سازمانی؛ کودک، نوجوان و خانواده؛ روان‌شناسی مشاوره؛ روان‌شناسی تربیتی؛ روان‌شناسی فلسفی - نظری؛ تروما و بحران؛ علوم اعصاب رفتاری و روان‌شناسی فرهنگ و هنر حضور داشتند. برخی از این گروه‌های تخصصی راه‌اندازی شده اند و برخی دیگر در حال راه‌اندازی هستند. در این جلسه، اعضای هیئت مدیره و نیز روسا و دبیران گروه‌های تخصصی با این محوریت به بحث و تبادل نظر پرداختند که گروه‌های تخصصی در چهارچوب آیین‌نامه گروه‌ها و اساسنامه انجمن، چگونه می‌توانند در حوزه عمل اختصاصی خودشان، به نحوی موثر در راستای توسعه و ترویج علم روان‌شناسی، اصلی‌ترین وظیفه انجمن روان‌شناسی ایران، گام بردارند و در عین حال، بتوانند مسئولیت اجتماعی خود را ایفا نمایند. شایان ذکر است گروه‌های تخصصی انجمن روان‌شناسی ایران قدمتی دیرینه و تقریباً عمری به اندازه انجمن دارند و اینک با آیین‌نامه جدید راه‌اندازی مجدد آنها انجام می‌شود، هرچند برخی از گروه‌های تخصصی برای اولین بار راه‌اندازی می‌شوند.



گروه تخصصی درمان‌های شناختی رفتاری انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد

اعضای شورای گروه تخصصی درمان‌های شناختی رفتاری انجمن روان‌شناسی ایران:
- دکتر لادن فتی، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی ایران، مدیر گروه تخصصی.
- دکتر مهنوش اثباتی، دکترای تخصصی روان‌شناسی، دبیر گروه تخصصی.
- دکتر حسن حمیدپور، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو شورای گروه تخصصی.
- دکتر بهروز دولتشاهی، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، عضو شورای گروه تخصصی.



- دکتر کارینه طهماسیان، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار سابق پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، عضو شورای گروه تخصصی.

- دکتر فرشته موتابی، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه شهید بهشتی، عضو شورای گروه تخصصی.

معرفی اعضای شورا، اخبار و مطالب در صفحه اختصاصی گروه تخصصی درمان‌های شناختی رفتاری:

https://iranpa.org/division_cbt/

گروه تخصصی روان‌شناسی مشاوره انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد

اعضای شورای گروه تخصصی روان‌شناسی مشاوره انجمن روان‌شناسی ایران
دکتر رضا خاکپور، دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن؛ مدیر گروه تخصصی
دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی، دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه خاتم؛ دبیر شورای گروه تخصصی
دکتر کیانوش زهراکار، دکترای تخصصی مشاوره، استاد تمام گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی؛ عضو شورای گروه تخصصی
دکتر جمشید جراه، دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه



تربیت دبیر شهید رجایی؛ عضو شورای گروه تخصصی
دکتر بهمن بهمنی، دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار مشاوره دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی؛ عضو شورای گروه تخصصی

معرفی اعضای شورا، اخبار و مطالب در صفحه اختصاصی گروه تخصصی روان‌شناسی مشاوره:

https://iranpa.org/division_psychology_counseling/

گروه تخصصی کودک، نوجوان و خانواده انجمن روان‌شناسی ایران راه‌اندازی شد

اعضای شورای گروه تخصصی کودک، نوجوان و خانواده انجمن روان‌شناسی ایران:
-دکتر شهین علیایی زند، دکترای تخصصی روان‌شناسی تحولی، عضو هیات علمی بازنشسته دانشگاه علامه طباطبایی؛ مدیر گروه تخصصی
-دکتر فریده ترابی میلانی، دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، هیئت علمی وابسته دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال؛ دبیر شورای گروه تخصصی
-دکتر پروین کدیور، دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی / تحولی، استاد دانشگاه خوارزمی؛ عضو شورای گروه تخصصی



-دکتر سیدامیر امین یزدی، دکترای تخصصی روان‌شناسی تحولی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد؛ عضو شورای گروه تخصصی
-دکتر سمیرا وکیلی، دکترای تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه علوم و تحقیقات؛ عضو شورای گروه تخصصی

معرفی اعضای شورا، اخبار و مطالب در صفحه اختصاصی گروه تخصصی کودک، نوجوان و خانواده:

https://iranpa.org/division_child_family/

نشست گروه تخصصی روان‌شناسی ورزشی با اعضای انجمن روان‌شناسی ایران با موضوع: همفکری، نظرسنجی و برنامه ریزی برای فعالیت گروه براساس نظرات اعضا"

سخنرانان:

دکتر سید محمدکاظم واعظ موسوی: دکترای تخصصی فیزیولوژی روانی حرکات اختیاری انسان، استاد دانشگاه امام حسین؛ مدیر گروه تخصصی

دکتر علیرضا بهرامی، دکترای تخصصی روان‌شناسی ورزش، دانشیار دانشکده علوم ورزشی دانشگاه اراک؛ دبیر گروه تخصصی

دکتر ناصر صبحی قراملکی، دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی؛ عضو شورای گروه تخصصی

دکتر خسرو حمزه، دکترای تخصصی مشاوره؛ عضو شورای گروه تخصصی



دکتر بهروز گل‌محمدی، دکترای تخصصی روان‌شناسی ورزش، دانشیار دانشگاه سمنان؛ عضو شورای گروه تخصصی

زمان برگزاری: چهارشنبه ۱۲ آذر ۱۴۰۴

ساعت برگزاری: ۱۹ الی ۲۱

مجله‌های منتشر شده

سی و ششمین شماره دو فصلنامه «نشریه روان‌شناسی معاصر»

در سی و ششمین شماره دو فصلنامه نشریه روان‌شناسی معاصر مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

مقاله پژوهشی با رویکرد کمی

- ارتقای مشغولیت تحصیلی دانش‌آموزان در بستر مزوسیستم پوشه کار ابر- محور
- رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با رفتار فابینگ در دانشجویان: نقش واسطه‌ای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند
- نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین احساس تنهایی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی
- مدل‌یابی نقش رابطه والد-فرزندی، خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی و هیجان‌خواهی در



اعتیادپذیری به واسطه تکانشگری و سبک‌های مقابله‌ای در نوجوانان

- رابطه بین مهارگری تلاشگر و گرایش به انتقام در نوجوانان: نقش واسطه‌ای همدلی

- باور فرهنگ افتخار و قضاوت در مورد عاملان و قربانیان خشونت‌های ناموسی
- پیش‌بینی رضایت جنسی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای غیرمنطقی در زنان دارای تعارض‌ها زناشویی
- رابطه ساختاری میان انطباق‌پذیری شغلی، استرس شغلی، آینده‌نگری و سلامت روان در معلمان

مقاله پژوهشی با رویکرد کیفی

- محدودیت‌های پژوهش و سنجش کیفیت آن در حیطه روان‌شناسی سلامت: مطالعه‌ای به روش‌های پژوهش آمیخته

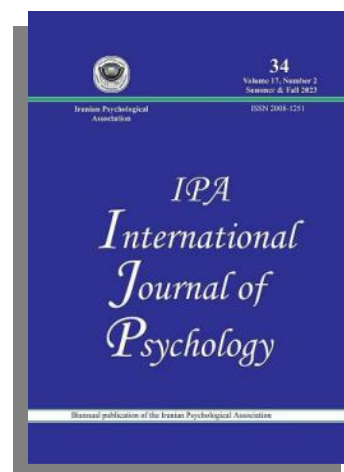
مقاله کوتاه: ابزارهای روانشناختی

- ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی پرسشنامه ارزیابی موقعیت‌های اجتماعی سالمندان

سی و چهارمین شماره دو فصلنامه «نشریه بین‌المللی روان‌شناسی»

در سی و چهارمین شماره دو فصلنامه نشریه بین‌المللی روان‌شناسی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

- Relationship between Values and Character Strengths: The Mediating Role of Spirituality and Persistence
- The Relationship between Materialism and Marital Satisfaction by Meditating the Perception of Marriage Importance
- The Effect of Grit on Task Performance and Organizational Citizenship Behavior with Mediating Work Engagement
- Relationship Between Leadership Competency and Communication Competency in an Assessment Center Using Canonical Correlation Analysis
- The Relationship between Emotional Intelligence and Intention to Turnover Mediated by Job Satisfaction and Perceived Organizational Support
- Predictive Effects of Cognitive Flexibility, Marital Relationship Quality, and Meta-worry on Pregnancy Anxiety



اولین فصلنامه‌ی روان‌شناسی سلامت بالینی

در اولین شماره فصلنامه روان‌شناسی سلامت بالینی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

- نامه به سردبیر در توصیف دانش موجود و مسیرهای پژوهشی " روان‌شناسی سلامت بالینی"
- پیش‌بینی بازگشت‌پذیری مصرف مواد بر اساس ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده
- بررسی و مقایسه تیپ شخصیت D و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، بیماران قلبی عروقی و افراد عادی
- ساخت، استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه کارکرد شخصیت بر اساس DSM-5
- اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی از کرونا در سالمندان
- تدوین مقدماتی بسته درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و درمان



فراشناختی و تعیین اثربخشی آن بر فرانگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان

- مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری بر امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان

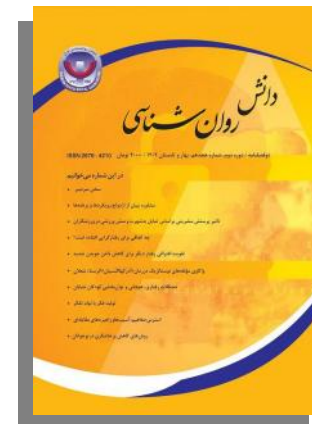
هجدهمین شماره دو فصلنامه «نشریه دانش روان‌شناسی»

در هجدهمین شماره دو فصلنامه علمی - ترویجی نشریه دانش روان‌شناسی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

چاپ رسیده است:

در این شماره می‌خوانیم

- در این شماره می‌خوانیم
- سخن سردبیر
- مشاوره پیش از ازدواج؛ رویکردها و برنامه‌ها
- تأثیر پرستش سلبریتی بر اساس تمایل به شهرت و منش ورزشی در ورزشکاران
- چه اتفاقی برای رفتارگرایی افتاده است؟
- تقویت افتراقی رفتار دیگر برای کاهش ناخن‌جویدن شدید
- واکاوی مؤلفه‌های نوستالژیک در رمان «دُرک‌هال‌تسیان» اثر سناء شعلان



- مشکلات رفتاری، هیجانی و توان‌بخشی کودکان خیابان
- تولید فکر یا تولد فکر
- استرس؛ مفاهیم، آسیب‌ها و راهبردهای مقابله‌ای
- روش‌های کاهش پرخاشگری در نوجوانان

چهل و هشتمین شماره دو فصلنامه «نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی»

در چهل و هشتمین شماره دو فصلنامه نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی مطالب زیر به چاپ رسیده است:

- بررسی اثربخشی بازی شهر عشق بر اضطراب جنسی در زوجین
- مقیاس مهارت‌های زندگی کودکان پیش‌دبستانی - نسخه والدین: ساخت و ارزشیابی اولیه روان‌سنجی
- رابطه سرمایه عاطفی رهبر با سلامت سازمانی با توجه به نقش واسطه‌ای سرمایه عاطفی پرستاران
- تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان طلاق
- بررسی بهزیستی ذهنی و اجتماعی بر سرریزشدگی کار - خانواده و سازگاری شغلی زنان متأهل جدید استخدام
- رابطه رویکردهای طراحی شغل (رویکردهای مکانیکی و انگیزشی) با نگرش‌های شغلی در مجموعه‌ای از مشاغل
- اختلال حافظه فعال در دیابت نوع ۲: مروری بر عصب‌شناختی و پاتوفیزیولوژیک
- عوامل مؤثر بر ورود به دانشگاه فرهنگیان و حرفه معلمی؛ مطالعه موردی دانشجو - معلمان



یادگارهای ماندگار در روان‌شناسی؛ تألیف

سیاسی، علی‌اکبر؛ زنده یاد دکتر رضا زمانی

گزارش و خبر

معرفی کتاب و مجله

برنامه شب‌ها و سخنرانی‌های انجمن روان‌شناسی ایران

سومین برنامه از سومین دوره نشست‌های «شب‌ها» در تاریخ ۲۹ آذر با موضوع: «صلاحیت فرهنگی در فعالیت بالینی: مولفه پنهان درمان‌های روان‌شناختی»

میهمان برنامه: دکتر فاتح رحمانی، دکترای تخصصی روان‌شناسی و دانشیار دانشگاه کردستان
 میزبان: دکتر فریبا زرائی، روان‌شناس سلامت و دانشیار دانشگاه شهید بهشتی
 زمان برگزاری: شنبه، ۲۹ آذر ۱۴۰۴، ساعت ۲۰:۰۰
 محیط برگزاری: پلتفرم اسکای روم

علاقمندان می‌توانند ویدئوهای قبلی برنامه‌ها را از [کانال یوتیوب انجمن](https://www.youtube.com/channel/UC...) و همچنین سایت انجمن، بخش [شب‌ها](#) مشاهده بفرمایند.





سخنرانی و پنل تخصصی دی ماه ۱۴۰۴ با موضوع: علم شناختی و مساله اضطراب؛ بازخوانی مفهوم اضطراب با تکیه بر رویکردهای برساختی در علوم اعصاب

سخنران: دکتر جواد حاتمی؛ متخصص روان‌شناسی شناختی؛ دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

عضو پنل: دکتر حسین وهابی؛ متخصص علوم اعصاب شناختی؛ دانشکده مهندسی برق و علوم کامپیوتر دانشگاه تهران

دبیر علمی: دکتر نادر منیرپور؛ متخصص روان‌شناسی سلامت؛ عضو هیات مدیره انجمن روان‌شناسی ایران

زمان برگزاری: پنجشنبه ۲۵ دی ۱۴۰۴



ساعت برگزاری: ۱۶ الی ۱۸

برای دریافت لینک سخنرانی حتما نسبت به ثبت نام از طریق لینک زیر اقدام کنید؛ در این صورت لینک جلسه ۴۵ دقیقه قبل از برگزاری برایتان ایمیل یا پیامک خواهد شد:

حضور در سخنرانی، بدون درخواست گواهی، با ثبت نام قبلی "آزاد و رایگان" .

شرکت در سخنرانی همراه با درخواست گواهی از انجمن، با ثبت نام قبلی "پرداخت ۱۰۰ هزار تومان

"لینک ثبت نام:

<https://m0h.ir/4qsitu>

کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران

همانگونه که مستحضر هستید در حال حاضر سخنرانی‌ها، کارگاه‌ها و دوره‌های انجمن غیرحضوری و به صورت آنلاین برگزار می‌شود. کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران که تاکنون نهایی شده است به شرح زیر اعلام می‌شود و بزودی کارگاه و دوره‌های جدید از طریق وبسایت، تلگرام و اینستاگرام انجمن به آگاهی خواهد رسید.

پس از مطالعه کامل توضیحات مربوط به هر کارگاه، چنانچه در روند ثبت نام کارگاه با مشکلی مواجه شدید می‌توانید در ساعات اداری (شنبه تا چهارشنبه ساعت ۹ الی ۱۴) در پیام‌رسان بله با آیدی پشتیبان: @Poshtiban_IPA پیام داده و سؤالات خود را بپرسید.

کانال کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران در پیام‌رسان بله:

@ipaworkshop

مجموعه کارگاه‌های درمان شناختی رفتاری

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:
 با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم،
 تحقیقات و فناوری)
 به صورت آنلاین (وب کنفرانس)
 مدرس: دکتر مهرنوش اثباتی (دکتری تخصصی روان‌شناسی)
کارگاه اصول و مبانی درمان شناختی-رفتاری
 تاریخ‌های برگزاری: ۶، ۷ و ۸ خرداد ۱۴۰۵
 ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۱



طول دوره: ۱۸ ساعت

هزینه دوره: ۳,۲۴۰,۰۰۰ تومان

کارگاه درمان شناختی-رفتاری افسردگی

تاریخ‌های برگزاری: ۲۷، ۲۸ و ۲۹ خرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۱

طول دوره: ۱۸ ساعت

هزینه دوره: ۳,۲۴۰,۰۰۰ تومان

کارگاه درمان شناختی-رفتاری وسواس فکری-عملی (OCD)

تاریخ‌های برگزاری: ۱۸ و ۱۹ تیر ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۱

طول دوره: ۱۲ ساعت

هزینه دوره: ۲,۱۶۰,۰۰۰ تومان

کارگاه درمان شناختی-رفتاری اضطراب فراگیر (GAD)

تاریخ‌های برگزاری: ۲۲ و ۲۳ مرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۱

طول دوره: ۱۲ ساعت

هزینه دوره: ۲,۱۶۰,۰۰۰ تومان

کارگاه درمان شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی (SAD)

تاریخ‌های برگزاری: ۱۹ و ۲۰ شهریور ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۱



طول دوره: ۱۲ ساعت

هزینه دوره: ۲,۱۶۰,۰۰۰ تومان

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد

شرایط شرکت‌کنندگان: دانشجویان کارشناسی‌ارشد رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و سطوح بالاتر و روانپزشکان

شرایط ثبت‌نام:

تذکر ۱- شرکت در کارگاه اصول و مبانی درمان شناختی-رفتاری، پیش نیاز ثبت نام در سایر کارگاه‌هاست و افراد بدون سابقه‌ی شرکت در کارگاه مبانی، امکان شرکت و حضور در هیچ یک از کارگاه‌های مربوط به اختلالات را نخواهند داشت.

تذکر ۲- از تمام شرکت‌کنندگان انتظار می‌رود در طول ساعات برگزاری کلاس، آمادگی پاسخ به سوالات مدرس را با میکروفون و دوربین روشن داشته باشند و در جلسات آموزشی مشارکت فعالانه داشته باشند.

سرفصل دوره‌ها:

کارگاه اصول و مبانی درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول:

- تاریخچه و اصول درمان شناختی-رفتاری
- مدل آسیب‌شناسی در درمان شناختی-رفتاری

جلسه دوم:

- ارزیابی در درمان شناختی-رفتاری

جلسه سوم:

- مفهوم‌پردازی در درمان شناختی-رفتاری

کارگاه درمان شناختی-رفتاری افسردگی

جلسه اول:

- تشخیص و ویژگی‌های بالینی
- آسیب‌شناسی شناختی-رفتاری افسردگی
- ارزیابی شناختی-رفتاری افسردگی
- مفهوم‌پردازی شناختی-رفتاری افسردگی

جلسه دوم:

- مداخلات رفتاری در درمان افسردگی

جلسه سوم:

- مداخلات شناختی در درمان افسردگی



کارگاه درمان شناختی-رفتاری و سواس فکری-عملی (OCD)

اول:

- تشخیص و ویژگی‌های بالینی
- آسیب‌شناسی شناختی-رفتاری و سواس فکری-عملی
- ارزیابی شناختی-رفتاری و سواس فکری-عملی
- مفهوم‌پردازی شناختی-رفتاری و سواس فکری-عملی
- مداخلات رفتاری در درمان و سواس فکری-عملی

جلسه دوم:

- مداخلات شناختی در درمان و سواس فکری-عملی

کارگاه درمان شناختی-رفتاری اضطراب فراگیر (GAD)

جلسه اول:

- تشخیص و ویژگی‌های بالینی
- آسیب‌شناسی شناختی-رفتاری اضطراب فراگیر
- ارزیابی شناختی-رفتاری اضطراب فراگیر
- مفهوم‌پردازی شناختی-رفتاری اضطراب فراگیر

جلسه دوم:

- مداخلات رفتاری در درمان اضطراب فراگیر
- مداخلات شناختی در درمان اضطراب فراگیر

کارگاه درمان شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی (SAD)

جلسه اول:

- تشخیص و ویژگی‌های بالینی
- آسیب‌شناسی شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی
- ارزیابی شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی
- مفهوم‌پردازی شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی

جلسه دوم:

- مداخلات رفتاری در درمان اضطراب اجتماعی
- مداخلات شناختی در درمان اضطراب اجتماعی

پنجمین دوره آشنایی با سایکوفارماکولوژی برای روان‌شناسان

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم،

تحقیقات و فناوری)

به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر غلامرضا ترابی‌پاریزی؛ روانپزشک و روان‌درمانگر (متخصص اعصاب و روان)

تاریخ برگزاری: ۷، ۸ و ۹ مرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۹ الی ۱۳



طول دوره: ۱۲ ساعت

توجه:

– برنامه و هدف این دوره آموزش و توانمندسازی شرکت‌کنندگان برای تجویز دارو نیست

– در این کارگاه پاورپوینت به شرکت‌کنندگان ارائه نمی‌شود

هزینه دوره: ۲,۱۶۰,۰۰۰ تومان

شرایط شرکت‌کنندگان: دانشجویان و فارغ‌التحصیلان مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره

• جلسه اول:

- دارو چیست؟

- فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک

- اثربخشی داروها

- مبانی پژوهش‌های دارویی

- تاریخچه سایکوفارماکولوژی

- دسته‌بندی در سایکوفارماکولوژی

- مکانیسم اثر انواع دسته‌های دارویی

• جلسه دوم:

- عوارض دارویی و مدیریت روان‌شناسی آنها

- کار با بیماران متمایل به خودکشی و ملاحظات مهم در مورد داروها

- مشاوره ازدواج، طلاق، حضانت فرزندان و ملاحظات مهم در مورد داروها

- پاسخ به نگرانی‌های زوجین در خصوص بارداری و دوران شیردهی در مورد مصرف داروها
- کار با ترس مراجعین در مورد وابستگی به داروها
- آشنایی با تداخلات دارویی مهم
- تغییر درمان
- آشنایی با مفهوم مقاومت به داروها

● جلسه سوم:

- تداخل دارو و روان‌درمانی
- تعامل روان‌پزشکان و روان‌شناسان در درمان بیمار
- نقشه‌ی درمانی چیست؟
- اتمام درمان
- قطع دارو
- اخلاق حرفه‌ای و داروها

هجدهمین دوره فشرده مداخله در بحران

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)

فناوری

به صورت حضوری و آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر حمید پورشریفی (متخصص روان‌شناسی سلامت، دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)

تاریخ‌های برگزاری: ۱، ۸، ۱۵، ۲۲ و ۲۹ اردیبهشت ۱۴۰۵ و ۱۲ و ۱۹ خرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۰

طول دوره: ۴۰ ساعت

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند
با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)

هجدهمین دوره فشرده مداخله در بحران

طول دوره: ۴۰ ساعت
به صورت حضوری و آنلاین (وب کنفرانس)

دکتر حمید پورشریفی - متخصص سلامت عمومی و سلامت اجتماعی

شرایط شرکت کنندگان: روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی (داشتن حداقل مدرک کارشناسی، روانشناسی، روان‌شناسی و روان‌شناسی و روان‌شناسی)

سرفصل‌های دوره:

- ۱- آشنایی با مفهوم بحران و نحوه مواجهه با بحران
- ۲- مداخله در بحران: اصول و تکنیک‌ها
- ۳- مداخله در بحران: اصول و تکنیک‌ها
- ۴- مداخله در بحران: اصول و تکنیک‌ها
- ۵- مداخله در بحران: اصول و تکنیک‌ها

تاریخ‌های برگزاری:
۱، ۸، ۱۵، ۲۲ و ۲۹ اردیبهشت ۱۴۰۵ و ۱۲ و ۱۹ خرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ساعت ۱۵ الی ۲۰

طول دوره: ۴۰ ساعت

www.irmpa.org
@ipaworkshop

هزینه دوره آنلاین: ۷۲۰۰۰۰۰ تومان

هزینه دوره حضوری: ۹۳۰۰۰۰۰ تومان

شرایط شرکت کنندگان: روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی (با داشتن حداقل کارشناسی) و پزشکان، رزیدنت‌های روان‌پزشکی و روان‌پزشکان

سرفصل دوره:

- ۱- آشنایی با مفاهیم و مدل‌ها در بحران و تروما (۴ ساعت)
- ۲- مداخله در بحران - بلایا (۸ ساعت)
- ۳- مداخله در بحران - خودکشی (۸ ساعت)
- ۴- مداخله در بحران - خشونت خانگی (۴ ساعت)
- ۵- مداخله در بحران - تعرض جنسی (۸ ساعت)
- ۶- مداخله در بحران - شکست عاطفی (۴ ساعت)
- ۷- مداخلات در سوگ (۴ ساعت)

مکان برگزاری: دفتر انجمن روان‌شناسی ایران (تهران، سیدخندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (قرقاول)، پلاک ۳۷)

سومین دوره جامع تربیت درمانگر کودک (مقدماتی و تکمیلی ۱۸۰ ساعت)

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم،

تحقیقات و فناوری)

به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مقدماتی و تکمیلی ۱۸۰ ساعت

مدرس: دکتر کارینه طهماسیان (دکتری روان‌شناسی بالینی، روان‌درمانگر کودک و نوجوان)

تاریخ برگزاری دوره مقدماتی:

روزهای سه‌شنبه و چهارشنبه

۲۲، ۲۹ و ۳۰ اردیبهشت

The poster contains the following text:

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند
 با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)

سومین دوره جامع تربیت درمانگر کودک
 به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر کارینه طهماسیان (دکتری روان‌شناسی بالینی، روان‌درمانگر کودک و نوجوان)

مقدماتی و تکمیلی ۱۸۰ ساعت

تاریخ برگزاری دوره مقدماتی: روزهای سه‌شنبه و چهارشنبه ۲۲، ۲۹ و ۳۰ اردیبهشت

روزهای سه‌شنبه و چهارشنبه ۲۲، ۲۹ و ۳۰ اردیبهشت

www.iranpa.org
@ipaworkshop

۵، ۱۲، ۱۹، ۲۶ و ۲۷ خرداد

۲، ۹، ۱۶، ۲۳، ۳۰ و ۳۱ تیر

۶، ۲۰ و ۲۷ مرداد

۳، ۱۰، ۱۷، ۲۴ و ۳۱ شهریور

۷، ۱۴، ۲۱ و ۲۸ مهر

۵ و ۱۲ آبان ۱۴۰۵

ساعت برگزاری دوره مقدماتی:

روزهای سه‌شنبه ساعت ۱۲:۳۰ الی ۱۶:۳۰

روزهای چهارشنبه ۳۰ اردیبهشت، ۲۷ خرداد و ۳۱ تیر ساعت ۱۲:۳۰ الی ۱۵:۵۰

طول دوره مقدماتی: ۱۱۰ ساعت



تاریخ برگزاری دوره تکمیلی:

روزهای سه‌شنبه و چهارشنبه

۲۶ آبان

۳، ۱۰، ۱۷ و ۲۴ آذر

۱، ۸، ۱۵، ۲۲، ۲۹ و ۳۰ دی

۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷ و ۲۸ بهمن

۴ و ۱۱ اسفند ۱۴۰۵

ساعت برگزاری دوره تکمیلی:

روزهای سه‌شنبه ساعت ۱۲:۳۰ الی ۱۶:۳۰

روزهای چهارشنبه ۳۰ دی و ۲۸ بهمن ساعت ۱۲:۳۰ الی ۱۵:۳۰

طول دوره تکمیلی: ۷۰ ساعت

شرایط شرکت‌کنندگان: دانشجویان کارشناسی ارشد رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره، و سطوح بالاتر

× پیش‌نیاز دوره تکمیلی: گذراندن دوره مقدماتی یا آشنایی با رویکرد CBT ×

سرفصل‌های دوره مقدماتی:

- ✓ آسیب‌شناسی روان‌شناختی کودک
- ✓ فنون مصاحبه بالینی با کودک
- ✓ آموزش مدیریت رفتاری والدین
- ✓ آموزش مدیریت خشم و جرات‌ورزی
- ✓ شناخت‌درمانی
- ✓ رفتاردرمانی
- ✓ بازی‌درمانی و قصه‌درمانی
- ✓ کاربرد تکنیک‌های شناختی رفتاری در مشکلات رفتاری
- ✓ آموزش مهارت‌های زندگی
- ✓ مدیریت مشکلات شایع در دوران نوجویی و پیش‌دبستان

سرفصل‌های دوره تکمیلی:

- ✓ درمان شناختی رفتاری اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) در کودکان
- ✓ مداخلات پیشگیری از آسیب‌های کودکان در طلاق والدین
- ✓ مداخلات سوگ در کودکان
- ✓ درمان شناختی رفتاری افسردگی در کودکان
- ✓ درمان شناختی رفتاری استرس پس از سانحه (PTSD) در کودکان

- ✓ مداخلات شناختی رفتاری در ارتقاء عزت نفس کودکان
- ✓ کاربرد تکنیک‌های شناختی رفتاری در نقص توجه و بیش‌فعالی
- هزینه دوره جامع (مقدماتی و تکمیلی): ۳۲,۴۰۰,۰۰۰ تومان
- هزینه دوره مقدماتی: ۱۹,۸۰۰,۰۰۰ تومان
- هزینه دوره تکمیلی: ۱۲,۶۰۰,۰۰۰ تومان

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد
*همچنین امکان پرداخت هزینه دوره به صورت اقساط وجود دارد که طی دو قسط، قبل از شروع دوره باید تسویه شود.

نشست‌های ماهیانه مروری بر مقالات روان‌درمانی تحلیلی بین‌ذهنی؛ نشست سوم: دیالکتیک در اتاق درمان (۲)

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:
با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر غلامرضا ترابی‌پاریزی؛ روانپزشک و روان‌درمانگر (متخصص اعصاب و روان)

تاریخ برگزاری: پنجشنبه ۲۷ فروردین ۱۴۰۵
ساعت برگزاری: ساعت ۱۴ الی ۱۷



مدت جلسه: ۳ ساعت

ساختار جلسه:

- ارائه متن انتخابی
 - خوانش بخش‌هایی از مقاله یا کتاب منتخب
 - گفت‌وگو و تبادل نظر علمی میان شرکت‌کنندگان
 - جمع‌بندی و معرفی منبع جلسه بعد
- امتیازات:
- اعطای گواهی شرکت
 - عضویت در گروه مطالعاتی بین‌ذهنی
- هزینه دوره: ۳۶۰,۰۰۰ تومان

ضرورت اجرای برنامه:

با توجه به تحولات نظری و بالینی در حوزه روان‌درمانی، به‌ویژه در دهه‌های اخیر، نیاز به بازاندیشی و به‌روزرسانی نگاه درمانگران نسبت به نظریه‌ها و رویکردهای نوین، بیش از پیش احساس می‌شود. یکی از حوزه‌های کمتر شناخته‌شده اما رو به گسترش در روان‌درمانی تحلیلی، رویکرد بین‌ذهنی (Intersubjective) است که برخاسته از جریان پسامدرن در روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی است. درمانگران در فضای حرفه‌ای ایران، عموماً با سنت‌های کلاسیک روان‌درمانی تحلیلی (از جمله روان‌کاوی فرویدی، کلاینی و...) آشنایی دارند، اما آگاهی نظری و عملی درباره مکاتب پسامدرن، به‌ویژه نگاه بین‌ذهنی، کمتر نهادینه شده است. این در حالی است که این رویکردها نقش کلیدی در درک پیچیدگی‌های روابط درمانی و اثربخشی درمان دارند. از این‌رو، ضرورت دارد بستری فراهم شود تا درمانگران علاقه‌مند، در فضایی علمی، گفتگو محور و منظم، به مطالعه، تحلیل و گفت‌وگو درباره متون کلیدی و جریان‌ساز این حوزه بپردازند.

شرایط شرکت‌کنندگان: دانشجویان و فارغ‌التحصیلان مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و روان‌پزشکان که علاقه‌مند به حوزه تحلیلی و پسامدرن هستند.

اهداف برنامه:

- آشنایی تدریجی و عمیق با روان‌درمانی تحلیلی پسامدرن، به‌ویژه رویکرد بین‌ذهنی
- تقویت توانایی تحلیل و خوانش انتقادی متون نظری در روان‌درمانی
- ایجاد شبکه‌ای از درمانگران علاقه‌مند برای گفت‌وگو، هم‌اندیشی و رشد علمی
- تقویت ادبیات حرفه‌ای فارسی در حوزه روان‌درمانی تحلیلی با محوریت ترجمه و بررسی متون اصلی
- ایجاد امکان دریافت گواهی معتبر آموزشی برای به‌کارگیری در مسیر ارتقاء حرفه‌ای

استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روان‌شناسی مثبت ویژه کودک و نوجوان (DNav)

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)

به صورت حضوری و آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر سجاد بهرامی (دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت)

تاریخ‌های برگزاری:

۱۲، ۱۹، ۲۶ تیر ۱۴۰۵

۱۶ مرداد ۱۴۰۵

ساعت برگزاری: ۸ الی ۱۴

طول دوره: ۲۴ ساعت (بصورت تئوری و عملی)



هزینه دوره آنلاین: ۴۳۲۰۰۰۰ تومان

هزینه دوره حضوری: ۵۵۸۰۰۰۰ تومان

طول دوره: ۲۴ ساعت (بصورت تئوری و عملی)

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روان‌شناسی ایران تعلق می‌گیرد

همچنین امکان پرداخت هزینه دوره بصورت اقساط نیز وجود دارد که طی دو قسط، قبل از شروع دوره باید تسویه شود
شرایط شرکت‌کنندگان: دانشجویان و فارغ‌التحصیلان مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره و روانپزشکان

سرفصل دوره:

- مقدمه‌ای بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مدل DNAV
- مبانی نظری و فلسفی DNAV
- نظریه چهارچوب رابطهای در روان‌درمانی نسل جوان
- کاربرد ACT و DNAV در روان‌درمانی نسل جوان
- ماتریکس ACT برای نسل جوان
- مداخله در مراجعین دشوار و مقاوم به درمان

مکان برگزاری: دفتر انجمن روان‌شناسی ایران (تهران، سیدخندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (قرقاول)، پلاک ۳۷)



شرایط و تسهیلات عضویت در انجمن روان‌شناسی ایران

مزایای عضویت در انجمن

دریافت کارت عضویت انجمن روان‌شناسی ایران
دریافت خبرنامه بصورت الکترونیک برای تمام اعضا
تمامی اعضای انجمن با رمز عبوری که در اختیار آنها قرار خواهد گرفت، به مجله «روان‌شناسی معاصر»، «روان‌شناسی سلامت بالینی» و «پژوهش‌های روانشناختی» و اعضای پیوسته به مجله «بین‌المللی روان‌شناسی» انجمن روان‌شناسی ایران به صورت الکترونیک، دسترسی خواهند داشت.

حق رأی برای اعضای پیوسته
برخورداری از تخفیف ۱۰٪ برای شرکت در دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی

انواع و شرایط عضویت

عضویت پیوسته

مؤسسان انجمن و کلیه افرادی که حداقل دارای درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی و مشاوره و رشته‌های وابسته باشند می‌توانند به عضویت پیوسته انجمن درآیند.

عضویت وابسته

کلیه کسانی که دارای درجه کارشناسی در رشته روان‌شناسی مشاوره و رشته‌های وابسته باشند می‌توانند به عضویت وابسته انجمن درآیند.

عضویت دانشجویی

کلیه دانشجویانی که در یکی از رشته‌های روان‌شناسی مشاوره و رشته‌های مرتبط اشتغال به تحصیل دارند می‌توانند به عضویت انجمن درآیند.

عضویت حقوقی

سازمان‌هایی که در زمینه‌های علمی و پژوهشی مربوط فعالیت دارند.

عضویت افتخاری

شخصیت‌های ایرانی و خارجی که مقام علمی آنان در زمینه‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی و علوم رفتاری و روانپزشکی و سایر علوم حائز اهمیت خاص باشد و یا در پیشبرد اهداف انجمن کمک‌های مؤثر و ارزنده‌ای نموده باشند.

لازم به ذکر است کسانی که مدرک تحصیلی یا اشتغال به تحصیل در رشته‌های زیر دارند تنها قادر به دریافت عضویت دانشجویی و وابسته هستند و عضویت پیوسته به آنها تعلق نخواهد گرفت



علوم تربیتی گرایش آموزش و پرورش پیش دبستانی و دبستانی
 علوم تربیتی گرایش آموزش و پرورش کودکان استثنایی
 علوم تربیتی گرایش مدیریت و برنامه ریزی آموزشی
 علوم تربیتی گرایش تکنولوژی آموزشی
 علوم تربیتی گرایش آموزش و پرورش کودکان عقب مانده ذهنی
 مددکاری اجتماعی
 مطالعات خانواده
 فلسفه تعلیم و تربیت
 و سایر رشته های مرتبط
 در تدوین و توزیع خبرنامه انجمن مشارکت کنیم

پیام های الکترونیکی و بازخوردهای حضوری گویای این است که خبرنامه انجمن روان شناسی ایران، جایگاه نسبتاً خوبی را در اطلاع رسانی رویدادهای روان شناختی پیدا کرده است و به وسیله ای مؤثر در تبادل اخبار رویدادهای روان شناختی میان روان شناسان کشورمان تبدیل شده است. شما همکار گرامی، استاد گران قدر و دانشجوی عزیز می توانید با اظهار نظر در خصوص محتوای خبرنامه، از طریق ارسال مطالب و خبر به خبرنامه، و با ارسال خبرنامه به روان شناسانی که ایمیل آن ها را در اختیار دارید در به اشتراک گذاشتن اخبار و دیدگاه ها میان روان شناسان کشورمان سهیم شوید. بدیهی است، مطالب با ذکر نام فرد ارسال کننده در خبرنامه درج خواهد شد. همچنین از عزیزانی که به هر طریقی با خبرنامه همکاری داشته باشند با ذکر نام تشکر به عمل خواهد آمد.

همکار ارجمند، عضو محترم انجمن روان شناسی ایران

مایه ی مسرت و خوشحالی است که با احساس مسئولیت علمی و حرفه ای خود در انتشار خبرنامه انجمن مشارکت می نمایید. اگر چه ارسال خبرنامه ی حاضر به فهرست دوستانتان که ایمیل آن ها را در صندوق پست الکترونیکی خود دارید ممکن است زمان و انرژی بالایی از شما صرف نکند، و هر چند شما تأثیر این گامتان را در توسعه ی علمی رشته روان شناسی کوچک ارزیابی نمایید، اما مطمئن باشید همین مجموعه تلاش ها راهی بسیار مؤثر در تحقق اهداف انجمن روان شناسی ایران یعنی گسترش، پیشبرد و ارتقاء علم روان شناسی؛ توسعه ی کمی و کیفی نیروهای تخصصی؛ و بهبود بخشیدن به امور آموزشی و پژوهشی حوزه روان شناسی خواهد بود.

تقدیرنامه‌های انجمن روان‌شناسی ایران



انجمن برتر در سال ۱۳۹۹



انجمن برتر در سال ۱۳۹۹



انجمن برتر در سال ۱۳۹۷



انجمن برتر در سال ۱۳۹۸



انجمن برتر در سال ۱۳۹۵



انجمن برتر در سال ۱۳۹۶



انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



انجمن برتر در سال ۱۳۹۰



انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



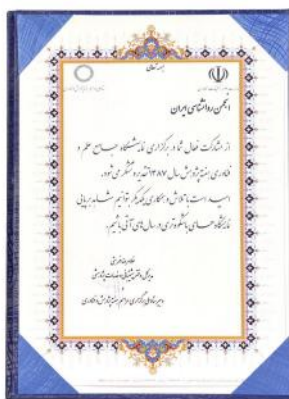
انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



نمایشگاه دستاوردهای پژوهشی و فناوری سال ۱۳۸۸



انجمن برتر در چهارمین جشنواره بین‌المللی فارابی در سال ۱۳۸۹



نمایشگاه جامع علم و فناوری هفته پژوهش در سال ۱۳۸۷



کسب رتبه ممتاز در سال ۱۳۸۷