

عملکرد خانواده و کمرویی نوجوانان

مؤلف: پریسا سمیع

پاییز ۹۵

سرشناسه	: سمیع، پریسا، ۱۳۶۱-
عنوان و نام پدیدآور	: عملکرد خانواده و کمرویی نوجوانان / مولف پریسا سمیع.
مشخصات نشر	: موسسه اندیشه کامیاب ایرانیان ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	: ۷۷ص.
شابک	: 978-600-8546-84-9: ۱۰۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	: فیا
موضوع	: خجالت در نوجوانان - ایران - نمونه پژوهی
موضوع	: Bashfulness in adolescence - Iran - Case studies
موضوع	: اختلالات رفتاری در نوجوانان - ایران - نمونه پژوهی
موضوع	: Behavior disorders in adolescence - Iran - Case studies
موضوع	: والدین و نوجوانان
موضوع	: Parent and teenager
موضوع	: تربیت خانوادگی
موضوع	: Domestic education*
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۵ س ۸ خ ۳ / BF۷۲۴
رده بندی دیویی	: ۱۵۵ ۱۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۰۰۱۸۱

عنوان کتاب	: عملکرد خانواده و کمرویی نوجوانان
ناشر	: موسسه اندیشه کامیاب ایرانیان
دفتر انتشارات	: تهران - خ سلاب - پت شمیمان - خ نور محمدی - پلاک ۳۷- واحد ۱۲ - ۷۷۶۲۱۰۸۹ - Email: c_a_kamyab@yahoo.com
مؤلف	: پریسا سمیع
ویراستار	: محبوبه رضاعلی
مدیر تولید	: موسسه آموزشی خوارزمی
صفحه آرا	: سید حمید احمدزاده نیک قلب تنها
طراح جلد	: امیر هاشمی
شمارگان	: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ	: اول، ۱۳۹۵
چاپ و صحافی	: موسسه آموزشی خوارزمی
ناظر چاپ	: مهندس پیمان عباد
قیمت	: ۱۰۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹-۸۴-۸۵۴۶-۶۰۰-۹۷۸
ISBN: 978-600-8546-84-9

فهرست

صفحه	عنوان
۷	مقدمه
	فصل اول
۱۳	خانواده و تعاملات آن
۱۶	موقعیت‌های ایجاد آسیب در نوجوانان
۱۹	نوجوانی
	فصل دوم
۲۱	کمره‌ی
	فصل سوم
۲۹	شیوع کمرویی
۳۰	پیامدهای کمرویی
۳۲	پیوستار کمرویی
	فصل چهارم
۳۵	علل کمرویی
۳۹	نظریه‌های کمرویی
۳۹	نظریه روان تحلیل گری
۳۹	نظریه اریکسون
۴۰	نظریه اسنادی زیمباردو
۴۰	نظریه شناختی آرنولد باس
۴۱	کمرویی و ویژگی‌های روانشناختی
	فصل پنجم
۴۳	ارتباط خانواده با ویژگی‌های روانشناختی
	فصل ششم
۵۳	روش کتاب
۵۳	جامعه آماری
۵۳	گروه نمونه

۵۳	روش نمونه گیری
۵۴	ابزارهای پژوهش
۵۴	پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک
۵۴	پرسشنامه سنجش خانواده مک مستر
۵۶	پرسش نامه کمرویی
۵۶	پرسش نامه اضطراب بک
۵۷	پرسش نامه افسردگی بک (ویرایش دوم BDI II)
۵۸	روش اجرای آزمون ها
۵۸	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

فصل ششم

۵۹	یافته های توصیفی
----	------------------

فصل هفتم

۶۳	یافته های استدلالی
۶۵	یافته های جانبی

فصل نهم

۶۷	بحث و نتیجه گیری
۶۷	الف) فرضیه شماره ۱
۶۸	ب) فرضیه شماره ۲
۶۹	ج) فرضیه شماره ۳
۷۱	منابع
۷۱	منابع فارسی
۷۲	منابع غیر فارسی

خانواده به عنوان نهادی که زمینه و بستر آموزش و رشد روانی- اجتماعی فرزندان را فراهم می‌سازد، نقش بسزایی در وضعیت روانی فرزندان دارد و از اعضایی تشکیل شده که به گونه‌ای پویا و مرتبط، به یکدیگر وابسته‌اند و به همین دلیل نیز رفتارشان به صورت کاملاً مجزا از کل نظام خانواده قابل بررسی نیست.

از طرفی والدین به عنوان قویترین عامل اثرگذار بر الگوهای تعاملی خانواده به شمار می‌آیند. آن‌ها با ایجاد روابط عاطفی سالم و سازنده، ابزار محبت و پذیرش تعاملات صحیح و شیوه‌های برخورد مناسب می‌توانند بهترین و مؤثرترین شیوه اجتماعی شدن و مبنای یک تربیت صحیح را فراهم آورند.

عملکرد خانواده به عنوان واحد اجتماعی، نقش انکارناپذیری در برقراری نحوه تعاملات و واکنش‌های اجتماعی داشته و عملکرد سالم و سازنده ضامن سلامت اجتماعی است. در چنین محیطی کودک به سلامت روان و شخصیت با ثبات دست یافته و کمتر دچار آسیب پذیری می‌شود. در واقع، سلامت تأثیر روابط سالم حاکم بر خانه ارتباط پذیری با جامعه را یاد می‌گیرد.

برعکس هرچه خانواده دارای عملکرد بد، آشفته باشد به همان نسبت سلامت آن جامعه بیشتر تهدید می‌شود و کودک در آن محیط دچار تزلزل شخصیت و سوءتحریفات می‌شود. زیرا اختلال در عملکرد خانواده نشانه استمرار منظومه خانواده است که کودک را به سمت آسیب پذیری سوق می‌دهد. این کودکان نه آسیب پذیرند و در معرض عوامل خطرزای گوناگونی قرار دارند و در جامعه دچار مشکلات فراوانی می‌گردند.

رویکردهای مختلف خانواده روی اثر پویایی خانواده‌ها، الگوهای تعاملی و عملکرد سازگاری فردی اعضای خانواده تأکید دارند. همچنین محققین بیان می‌کنند که عملکرد ضعیف خانواده، بیان‌کننده گسترش آسیب‌های روانی در کودکان و نوجوانان است.

باید توجه داشت که رابطه نوجوان با محیط یک رابطه یک طرفه نیست که تنها از محیط تأثیر بپذیرد، بلکه او نیز بر حسب شرایط بر محیط خود تأثیر می‌گذارد. امروزه با طیف وسیعی از اختلالات و ناهنجاری‌های رفتاری در دوره رشد از جمله اضطراب، افسردگی و کمرویی^۱ مواجه هستیم که از معیارهای تعریف شده رفتار بهنجار خارج بوده و قابلیت فرد برای برقراری سازگاری با محیط را به پایین‌ترین سطح تنزل می‌دهد.

برخی از این رفتارها مخصوص شرایط دوره‌های رشدی فرد بوده که پس از گذر از آن دوره، وضعیت فرد دگرگون شده و الگوهای رفتاری در قالب هنجارهای تعریف شده، شکل می‌گیرد. ولیکن در موارد قابل ملاحظه‌ای نه تنها رفتارهای نابهنجار تداوم پیدا کرده، بلکه با ورود به شرایط جدید از پیچیدگی و شدت بیشتری هم برخوردار می‌گردد.

خانواده علیرغم تغییرات گسترده‌ای که پیدا کرده است، همچنان به عنوان عامل درجه اول تأثیر گذار در شکل دهی رفتار نوجوانان نقش ایفا می‌کند. شرایط نامناسب و پرتنش محیط خانواده، عامل تهدیدکننده بهداشت و سلامت روانی فرزندان است. هیچکدام از نهادهای اجتماعی به اندازه خانواده در این امر مؤثر نمی‌باشند.

در بسیاری از متون نظری و عملی روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی، شرایط نامناسب عاطفی و تنش زای محیط خانواده عامل تهدید کننده‌ای برای وضعیت بهداشت روانی اعضای خانواده^۱ محسوب می‌شود. به اعتقاد می‌یر، میننجر و وایتزمن^۲ خانواده مهم‌ترین سهم را در تشکیل شخصیت فرد دارد.

بهداشت روانی بستگی به سلامت عاطفی دارد و خانواده تأمین کننده سلامت عاطفی فرد است. در خانواده‌ای که عشق و مهربانی به اندازه کافی مبادله می‌شود، می‌توان امیدوار بود که سلامت روانی اعضای آن تا حد زیادی تأمین می‌شود.

خانواده کانونی است که باید اسباب رشد و پرورش به اعضای خود را تخفیف داده و راه رشد و شکوفایی آنان را هموار کند. اگر محیط خانواده سالم و سازنده باشد و نیازهای جسمی و روانی اعضا را برآورده کند فرد از سرچشمه طبیعی که یک سیراب می‌شود و نیازی به نهادهای امداد رسانی خارج از خانواده ندارد. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که عملکرد خانواده بر سلامت روانشناختی^۳ نوجوانان، آسیب‌های روانی^۴ خرد و عظیم و عزت نفس اثر دارد. از آن جایی که شخصیت کودکان در خانواده شکل می‌گیرد و کودک با والدین همانندسازی می‌کند لذا چگونگی رفتار والدین و شیوه تربیتی‌شان^۵ تا حد زیادی بر بهداشت روانی او بلکه در شکل‌گیری هویت هم نقش بسزایی دارد.

تحقیق بر روی خانواده و عوامل خانوادگی مرتبط با کمروبی، افسردگی و اضطراب نوجوانان، اغلب موارد شامل آسیب‌شناسی روانی، الگوهای تربیتی، کارکرد زناشویی و ساختار خانوادگی آن‌ها می‌باشد.

^۱ Mayer, Meninger, Whitesman

^۲ Psychological health

^۳ Suicide

علاوه بر آن جنبه‌های دیگر محیط خانوادگی مانند تعارضات زناشویی و عملکرد بد خانواده ممکن است بخشی از ارتباط بین کمروبی، افسردگی و اضطراب در نوجوانان را توضیح دهد. کاشانی، سوارز، جونز و رید (۱۹۹۹) محیط خانوادگی نوجوانان افسرده و مضطرب و کمرو را مورد بررسی قرار داده‌اند و به این نتیجه رسیدند که آنها بسیار کمتر از خانواده‌هایشان مغرورند، کمتر به آنها اعتماد می‌کنند و به آنها احترام می‌گذارند و بین اعضای خانواده‌شان وفاداری و صداقت و محبت کمتری به چشم می‌خورد. آن‌ها در شرایطی که تحت فشار قرار دارند کمتر قادرند که خود را با شرایط تطبیق دهند و احساس می‌کنند که کمتر از سوی اعضای خانواده‌شان حمایت می‌شوند.

از نظر روانشناسی دامنه سنی بین ۱۲ تا ۲۰-۱۸ سالگی دوره نوجوانی محسوب می‌شود که همراه با تحولات ویژه می‌باشد. بروز تحولات کیفی در زمینه‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی و جنسی در کنار تحولات کمی از ویژگی‌های این دوره است. عبور سالم از این دوره نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی فرد در آینده ایفا می‌نماید. آغاز نوجوانی با تغییرات زیستی شروع شده ولی ادامه آن با تغییرات وسیع روانشناختی و فرهنگی و کسب تجربه همراه است که متاثر از شرایط خانوادگی و اجتماعی می‌باشد. کودک از بدو تولد تحت تأثیر محیط خانواده قرار دارد و این تأثیر دیری تا بزرگسالی ادامه خواهد داشت.

کمرویی یک مشکل بی‌سر و صداست. بر اساس نگرش عمومی می‌توان آن را یک بیماری اجتماعی نامید که با توجه به شرایط اجتماعی به نظر می‌رسد که در خلال سال‌های آینده به خاطر گسترش پدیده‌هایی مانند انزوای اجتماعی و کاهش افزایش خواهد یافت. اگر هر چه زودتر این بیماری درمان نشود فرزندان و نوجوانان کمرویی خویش خواهند گردید.

کمرویی به عنوان نوعی از نگرانی و بازداری رفتاری هیجانی در حضور دیگران توصیف شده است. افراد کمرو وقتی در معرض دیگران قرار می‌گیرند احساس کمرویی می‌کنند و نگران ارزیابی و قضاوت دیگران هستند و لذا بازداری رفتاری دارند (هندرسون، ۲۰۰۲). از طرف دیگر آنها اغلب در موقعیت‌های اجتماعی تنها هستند و در رقابت تماس چشمی با دیگران مشکل دارند.

کمرویی به احساس ناراحتی و بازداری در موقعیت‌های اجتماعی اشاره دارد. کودکان و نوجوانان کمرو، هنگام حضور در جمع، فقدان ابتکار اجتماعی و آرامش سکون و خود، گاهی شدیدی را آشکار می‌کنند. از طرفی کمرویی تجربه مخربی برای بخش قابل توجهی از جمعیت است و می‌تواند به عنوان تمرکز بیش از حد بر خود، اشتغال ذهنی زیاد در مورد احساسات، تفکرات و واکنش‌های فیزیکی تعریف شود (سندرس، چستر، ۲۰۰۸). همچنین افراد کمرو، احساس ناشی بودن، نگرانی، تنش و ناراحتی به هنگام مواجهه با افراد غریبه را تجربه می‌کنند.

علاوه بر این، نتایج مطالعات طولی حاکی از آن است که کمرویی و بازداری، پیش زمینه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بعدی است. افراد کمرو ترجیح می‌دهند که سخنی نگویند و سکوت کنند تا این که خطر طرد شدن و عدم تأیید توسط دیگران را متحمل شوند. لذا آن‌ها از حضور در موقعیت‌های اجتماعی بیمناک و نگران هستند که توسط دیگران به چه شکلی دیده می‌شوند. محققان بیان کرده‌اند که آن‌ها از پنج موقعیت اجتماعی بیمناک‌اند: منابع قدرت، مواجهه با جنس مخالف، مکالمه با غریبه‌ها، مرکز توجه قرار گرفتن در یک جمع کوچک، مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف مانند مصاحبه کار.

در واقع می‌توان گفت کمرویی یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی است که به شدت تحت تأثیر روابط انسان با اجتماع و اطرافیان قرار دارد. به طور کلی کمرویی یک سازه روانشناختی و در عین حال یک عارضه اجتماعی است که در جمع بروز می‌کند و فرد از مواجهه شدن با افراد ناآشنا و ارتباط اجتماعی گریزان است.

اگرچه افراد کمرو در ظاهر بسیار آرام هستند اما در واقع ناآرامی، آشفتگی و اشتغال ذهنی زیادی را در مردان کمرو به طور متوسط دیگران دیده می‌شوند را تجربه می‌کنند (سندرس، چستر، ۲۰۰۸). کودکان و نوجوانان کمرو بیشتر احتمال دارد که تنهایی، نارضایتی اجتماعی، ادراک منفی از خود، اضطراب و افسردگی را گزارش کنند.

در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بین کمرویی و نشانه‌های بیماری در کودکان کمرو و غیر کمرو پرداخته است، به مدت چهار هفته، والدین، شکایت‌های جسمانی فرزندانشان و مشاهدات خود را ثبت کردند. بچه‌های کمرو بیشتر روزها از ناخوشی خود شکایت می‌کردند و والدین آنها نشانه‌های ناخوشی بیشتری را در آنها دیدند. بچه‌ها با کودکان غیر کمرو مشاهده کردند. از جمله آشفتگی‌های معده ای-روده ای بیشتر، تأخیرات چندی در مورد این نتایج ارائه شده است. از جمله: احتمال آستانه انگیزشی پایین، در خواب‌های هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال کودکان کمرو که در نتیجه خودشان و والدینشان در مورد نشانه‌های بیماری حساس‌تر هستند.

مطالعه‌ای توسط گری تراب^۷ نشان داد که میان کمرویی، اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت وجود دارد.

خجالت، افسردگی، اضطراب و احساس انزوا مقوله‌هایی هستند که مخرب زندگی افراد به حساب می‌آیند. زیملاردو، ییلکونیس و نوروود (۱۹۷۴) گزارش داده‌اند که حدود ۴۰ درصد از جمعیت بیان کرده‌اند که مشکلاتی دارند که نتیجه مستقیم خجالت و کمرویی آنها است.

^۶Chester, A.

^۷Traub, G.

نظریه دلبستگی، نظریه شناختی و نظریه روان تحلیل گری همگی بر این عقیده هستند که اختلال در ارتباط اولیه فرزندان و والدین برجسته کننده و پیش بینی کننده اختلالات بعدی دوران نوجوانی مانند افسردگی، اضطراب و کمرویی می باشد. نتایج تحقیق دیگری نشان می دهد که کنترل غیر مؤثر مادری، با اعتماد به نفس پایین و نشانه های اضطراب و افسردگی بالا در آنها مرتبط بوده است.

www.ketab.ir