

جستجوی الگوهای سلامت خانواده ایرانی: یک مطالعه کیفی*

Exploring Health models of Iranian Family: A Qualitative Study

L. Panaghi, M.D.

دکتر لیلی پناغی ✉

دانشیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

A. Zadeh Mohammadi, Ph.D.

دکتر علی زاده محمدی

دانشیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

F. Bagherian, Ph.D.

دکتر فاطمه باقریان

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

Sh. Pakdaman, Ph.D.

دکتر شهلا پاکدامن

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

Z. Ahmadabadi, M.A.

زهره احمدآبادی

کارشناسی ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی

S. Mohammadi, M.A.

سمیه محمدی

کارشناسی ارشد خانواده درمانی دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۴/۳/۲۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۴/۱۰/۱۶

پذیرش مقاله: ۹۵/۲/۱۸

Abstract

The aim of this study was to determine the Iranian families' view on the concept of "family Health". The study was done by qualitative method and samples were collected through purposive sampling. Among 104 semi-structured interviews with different ethnic groups and geographic regions, 74-

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین دیدگاه‌های خانواده ایرانی درباره مفهوم سلامت خانواده انجام شد. روش تحقیق حاضر از نوع کیفی و نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. از مجموع ۱۰۴ مصاحبه انجام شده در میان اقوام و مناطق مختلف ایران، ۷۶ مصاحبه از کیفیت مناسب جهت تحلیل داده‌ها برخوردار بود.

*این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی است که با حمایت مالی قطب علمی اسلامی خانواده صورت گرفته است.

✉ نویسنده مسئول: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

پست الکترونیکی: Lpanaghi@yahoo.com

✉ Corresponding author: Iran, Tehran, Shahid Beheshti University, Faculty of Education & Psychology, Family Research Institute.
Email: Lpanaghi@yahoo.com

interviews recognized qualified to analyze. Colaizzi method was used for analyzing recorded data which led to categorizing family health into four classes: individual health, institutional health, interactional health, and social health. Comparing characteristics of healthy and unhealthy families in this study showed that based on Iranian families' opinion healthy family is objectivist and survival-involved, functional, religious, traditional, hierarchical, interdependent, pluralist, conservative, anxious and exhibitivite. Although, Iranian family tend toward modernism, but from perspective of participants in this study, unhealthy family has elements of modernity rather than tradition. It seems that ideal pattern for Iranian family is defined more appropriately as hierarchical and pluralist structure.

Keyword: healthy family, Iran, health pattern.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی استفاده شد. با بررسی گزاره‌های ثبت شده می‌توان سلامت خانواده را در چهار طبقه جای داد: سلامت فردی، سلامت نهادی، سلامت تعاملی و سلامت جامعه‌ای. از مقایسه ویژگی‌های خانواده سالم و آسیب‌دیده در این پژوهش، می‌توان چنین گفت که در نظر خانواده ایرانی، یک خانواده سالم، خانواده‌ای مادی‌گرا و درگیر بقا، کارکردی، مذهبی، سنتی، سلسله‌مراتبی، وابسته متقابل، جمع‌گرا، محافظه‌کار، مضطرب و نمایشی است. اگرچه جامعه ایرانی نشانه‌هایی از حرکت به سوی نوگرایی را بروز می‌دهد، اما خانواده ناسالم به‌زعم شرکت‌کنندگان در این تحقیق، بیشتر دربرگیرنده عناصر مدرن است تا سنتی. به نظر می‌رسد الگوی ایده آل خانواده ایرانی در درون ساختار سلسله‌مراتبی و جمع‌گرایانه تعریف می‌شود.

کلیدواژه‌ها: خانواده سالم، ایران، الگوی سلامت.

مقدمه

خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که چند نسل را در برمی‌گیرد و وجه تمایز آن با سایر نظام‌های اجتماعی، در وفاداری، عاطفه و دائمی بودن عضویت افراد در آن است به طوری که ورود به آن از لحظه تولد آغاز می‌گردد و اعضا به وسیله مرگ از یکدیگر جدا می‌شوند (کار، ۲۰۱۲). پژوهشگران بر این باورند که بسیاری از انحرافات رفتاری ریشه در نظام خانواده دارد و پیش‌شرط دستیابی به جامعه سالم، تحقق خانواده سالمی است که افراد در عین داشتن سلامت روانی، با یکدیگر نیز رابطه مطلوب دارند (سادوک، سادوک و کاپلان، ۲۰۰۳).

اگرچه تعریف واحد پذیرفته‌شده‌ای از خانواده سالم ارائه نشده است اما مدل‌های متعددی برای تبیین این مفهوم، ارائه شده که هر یک به وجهی از آن پرداخته‌اند (اسپری، ۲۰۱۲). بیشتر محققان بر این باورند که سلامت خانواده فراتر از نبود بیماری و بدکارکردی است و تصویری چندبعدی و پویا

را برای سالم بودن خانواده پیشنهاد می‌کنند که مفاهیمی مثل رفاه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی خانواده را هم دربرمی‌گیرد (گروچوفسکی^۴، ۲۰۱۴). برخی سلامت خانواده را ترکیبی از کیفیت زندگی خانواده، سلامت هر یک از اعضا، کنش متقابل اعضای خانواده با هم، معنویت، تغذیه، مقابله، محیط، اوقات فراغت، روزمرگی، خواب و مسئله جنسی تعریف کرده‌اند (بومر^۵، ۲۰۰۴) و بعضی دیگر ابعاد سلامت خانواده را در حوزه‌های جسمی، احساسی، هوشی، معنوی، اجتماعی، بین شخصی و ابعاد محیطی مورد تاکید قرار داده‌اند (اینزل و روث^۶، ۲۰۰۸). گروچوفسکی (۲۰۱۴) با قبول تعریف چندبعدی از سلامت خانواده، پنج تعیین‌کننده به هم پیوسته‌ای را که به‌طور معنی‌داری بر سلامت خانواده مؤثرند شامل زیست‌شناسی، الگوهای رفتاری، شرایط اجتماعی فرهنگی، متغیرهای محیطی و مراقبت بهداشتی می‌داند. مدل فرآیندها و محتوای خانواده^۷ (سامانی^۸، ۲۰۰۵) تاکید می‌کند که هر خانواده در شرایط و چرخه‌های مختلف، دارای نیازهایی است که می‌بایست آن‌ها را به‌گونه‌ای پویا سازماندهی نماید. شناسایی و برآوردن این نیازها، خانواده را مؤلّد و پرثمر ساخته و از مشکلات و آسیب‌های خانوادگی پیشگیری می‌کند (آرتز، نیکلسون، هالسال و لارک^۹، ۲۰۰۱). بر اساس این مدل، فرآیندهای خانوادگی شامل کارکردهایی است که خانواده را در سازگاری با شرایط گوناگون یاری می‌رسانند و در حفظ سلامت خانواده مؤثرند (سامانی، ۲۰۰۵). از این نظر پژوهشگران (کالمیجن^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ سامانی، ۲۰۰۷) شناخت و تقویت این کارکردها و فرآیندها را عاملی مهم در افزایش سلامت خانواده می‌دانند؛ چراکه ناتوانی اعضای خانواده، به‌ویژه والدین، در فرآیندهای خانوادگی، از عوامل مؤثر در بروز مسائل خانوادگی است (اینگلودسبای، اسمیت و میلر^{۱۱}، ۲۰۰۴).

مدل‌های دیگری همچون مدل کارکردی^{۱۲} به تعاملات و الگوهای تعاملی خانواده اشاره می‌کنند و نشان می‌دهند که وقتی الگوهای تعاملی خانواده برای رسیدن به هدف‌ها سودمند باشند، خانواده از نظر کارکردی کارآمد است و وقتی الگوهای خانوادگی ناسودمند باشند و تعاملات همراه با استرس و رفتارهای بیمارگونه صورت گیرد، خانواده ناکارآمد خواهد بود؛ چنانچه خانواده نقش واقعی خود را ایفا نکند، نه تنها آسیب‌های جدی به اعضای خود وارد می‌کند، بلکه بر تمام جامعه تأثیر منفی خواهد گذاشت. علاوه بر دیدگاه‌های فوق، دی پاول^{۱۳} (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود برخی از ویژگی‌های خانواده مطلوب را تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به‌طور مؤثر، رهبری، همدلی، ابراز محبت و علاقه و مسئولیت‌پذیری شخصی بیان می‌کند. السون، دی فرین و السون^{۱۴} (۱۹۹۸) شش مؤلفه مهم در شناخت خانواده سالم را شامل پایبندی نسبت به خانواده، قدردانی و محبت نسبت به یکدیگر، ارتباط مثبت، وقت‌گذرانی لذت‌بخش با یکدیگر در اوقات مناسب، احساس سلامت معنوی و توانایی تحمل فشارها و بحران‌ها می‌داند.

به نظر می‌رسد در حیطه شناخت مختصات خانواده سالم ایرانی پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده و مطالعه وضعیت فعلی خانواده‌های ایرانی از نظر سلامت و آسیب، به صورت همه جانبه، علمی و روشمند مورد غفلت قرار گرفته است: بهبودی، هاشمیان، شریفی و نوابی‌نژاد^{۱۵} (۱۳۸۸) به کارکرد مفید و بهینه خانواده به‌عنوان عامل تأثیرگذار بر رشد، شکوفایی و پیشرفت اعضای خانواده توجه کرده است. قمری و خوشنام^{۱۶} (۱۳۹۰) عملکرد خانواده را بر کیفیت زندگی اثرگذار دانسته‌اند؛ بدین صورت که اگر در هر یک از ابعاد عملکرد خانواده خللی ایجاد شود کیفیت زندگی تحت‌الشعاع قرار گرفته و کاهش می‌یابد. جوادی، حسینیان و شفیع‌آبادی^{۱۷} (۱۳۸۸) در تحقیقی به عملکرد خانواده و الگوی ارتباط محاوره‌ای پرداخته‌اند. آنان معتقدند که روش ارتباط محاوره‌ای بر بهبود عملکرد خانواده مؤثر می‌باشد؛ به این معنا که آموزش تحلیل محاوره‌ای، نقش‌ها، حل مسئله و ابزار عواطف آنان را بهبود می‌بخشد. افراد با آموزش ارتباط محاوره‌ای بهتر می‌توانند مسائل را حل کنند و عملکرد نقش‌ها بهبود می‌یابد. ملاشریفی، وخشور و سلیمی‌زاده^{۱۸} (۱۳۸۴) نیز نشان دادند که اعضای خانواده به‌عنوان یک گروه، تعاملات پیچیده‌ای با یکدیگر دارند که متأثر از محیط کلی خانواده است. آن‌ها بر این عقیده‌اند که بهترین معیاری که بر اساس آن می‌توان کیفیت اخلاقی، اجتماعی و روانی افراد را مورد ارزیابی قرار داد، شبکه ارتباطی اعضای خانواده و مجموعه قوانین حاکم بر محیط و جو خانواده است. در پژوهشی دیگر مظاهری، صادقی و حیدری^{۱۹} (۱۳۸۷) دریافتند که در خانواده ایرانی، والدین ساختار خانواده خود را به صورت انعطاف‌پذیر - پیوسته^{۲۰} درک کرده‌اند و فرزندان ساختار واقعی خانواده را به صورت بی‌نظم - پیوسته درک کرده‌اند. نهایتاً خانواده ایرانی ساختار ایده‌آل خانواده را به صورت بی‌نظم - پیوسته ترسیم کرده‌اند و خواهان انعطاف‌پذیری و پیوستگی بیشتری هستند.

نوع و شدت عوامل مؤثر بر سلامت خانواده، به رویکرد پژوهش‌ها و باورهای پژوهشگران درباره اهمیت خانواده، اهداف و کارکردهای آن بستگی دارد. تصویری که محقق از سلامتی خانواده در ذهن دارد می‌تواند بر شناخت او درباره علل و نشانه‌های آسیب، پیش‌بینی‌های او درباره روند سلامت و نیز ارائه راهکارهای اصلاحی تأثیر بگذارد. از این رو تصریح نوع نگاه به خانواده و مؤلفه‌های سلامتی آن، می‌تواند زمینه‌ای را فراهم کند که در آن شاخص‌های سلامت و عوامل ارتقای آن، هم‌چنین نوع و شدت آسیب‌ها به خانواده شناخته شود. به کمک بازنگری در مفاهیم اصلی و مبانی جهت دهنده به مطالعات خانواده پژوهی می‌توان به ابزارهای کارآمدی برای تحلیل دقیق وضعیت خانواده‌های ایرانی دست یافت و راهکارهای اصلاحی و مداخلات درمانی متناسب با فلسفه زندگی و فرهنگ بومی را پیشنهاد کرد. هر نوع اقدام پیشگیرانه یا اصلاحی برای ارتقای سلامت خانواده در گرو شناخت وضعیت موجود خانواده‌های ایرانی از نظر الگوهای رفتاری، باورهای غالب و کارکردهای مثبت - منفی آن در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است.

مدل‌های مطرح در حوزه خانواده بیشتر ناظر بر خانواده‌های غربی و کشورهای توسعه یافته است. در این مقاله تلاش شده تا مدل خانواده سالم با کمک ذهنیت کنشگران اجتماعی ساخته شود که تطابق بیشتری با شرایط جامعه ایران دارد.

روش

روش تحقیق حاضر از نوع کیفی است که با روش پدیدارشناسی^{۲۱} انجام شده است. در این تحقیق نمونه‌گیری به صورت هدفمند و از اقوام و مناطق مختلف ایران است به این نحو که اقوام آذری، کرد، بلوچ، عرب و فارس از بخش شمال شرق (استان خراسان)، مرکز (اصفهان و یزد) جنوب شرق (سیستان) و شمال (مازندران و گیلان) ترکمن مورد بررسی قرار می‌گیرند. در نمونه‌گیری از هر قوم چرخه‌های مختلف زندگی خانواده شامل جوانان مجرد (پیش از ازدواج)، زوج‌های جدید، خانواده‌های دارای کودک، خانواده‌های دارای نوجوان، ازدواج فرزند و ترک خانواده، و دوره سالمندی مورد نظر است.

شرط ورود به مطالعه برای هر خانواده داشتن حداقل دیپلم برای یکی از والدین و حداکثر لیسانس در هر دو والد است. در مورد خانواده‌های تهرانی بایستی والدین در ده سال گذشته سابقه زندگی در تهران را داشته باشند.

روند اجرا

ابتدا با استفاده از اعلان عمومی دانشجویان از اقوام مختلف به همکاری دعوت شدند. با توجه به سطح تحصیلات و آشنایی ایشان با مطالعه کیفی شش نفر از هر قوم انتخاب شدند که در کل به ۳۰ نفر رسید. این افراد در دو کارگاه «آشنایی با تحقیق کیفی» و «تحلیل داده‌ها در مطالعه کیفی» شرکت نمودند. بعد از آموزش، هر یک از ایشان به شهرهای خود مراجعه نموده، مصاحبه نیمه ساختاریافته را انجام داده و به ثبت و ضبط داده‌ها پرداختند.

سؤالات این مصاحبه به شرح زیر است:

۱. خانواده سالم چه خانواده‌ای است؟
 - در خانواده سالم روابط بین اعضای خانواده (مادر- پدر- همسر- مادر و فرزندان- پدر و فرزندان- پدر و مادر) تعریف شده است؟ به تفکیک سؤال شود.
 - خانواده سالم از نظر اجتماعی چه عملکردی دارد؟ توضیح سؤال: ارتباط با سایر نهادهای اجتماعی و خانواده‌های دیگر مدنظر است به خصوص خانواده خاستگاه.
۲. چه چیزهایی باعث می‌شود که خانواده به خانواده سالم تبدیل شود؟
 - مسائل مالی

- فرهنگ
 - تحصیلات
 - مورد یا موارد آزمودنی به ترتیب اولویت ذکر شود.
۳. چه مسائلی باعث صدمه یا آسیب به خانواده می‌شود؟
- به نظر شما با این همه آسیب موجود در جامعه چه چیزی باعث می‌شود که خانواده سالم بماند؟

• از نظر روانی چه چیزی می‌تواند مقاومت خانواده را در برابر آسیب‌ها و مشکلات زیاد کند؟

کلیه داده‌ها اعم از ثبت شده، ضبط شده و تحلیل‌های ابتدایی به هسته اصلی پژوهش در دانشگاه تحویل داده شد. در کل ۱۰۴ مصاحبه انجام شد که از این تعداد ۷۶ مصاحبه از کیفیت مناسب جهت تحلیل داده‌ها برخوردار بود. در نهایت داده‌ها جمع‌بندی و گزارش نهایی تدوین گردید.

روش آماری و تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^{۲۲} استفاده گردید برای این کار متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه گردید جملات مهم استخراج شد و این جملات تبدیل به تم‌ها^{۲۳} و در نهایت طبقه‌ها گردید.

برای اطمینان از اعتبار^{۲۴} یافته‌ها، کدگذاری‌ها توسط دانشجوی دکترا آشنا با روش تحقیق کیفی، و بازبینی کدها توسط دو نفر از اعضای گروه پژوهش انجام شد. علاوه بر این، نتایج مطالعه در بین گروهی از شرکت‌کنندگان مورد قضاوت قرار گرفت و اعتبار یافته‌ها توسط آن‌ها تایید شد.

در بحث پایایی^{۲۵} باید اشاره کرد که در مطالعات کیفی پایایی به معنی این که «مجموعه داده‌های تکراری به همان داده‌ها و نتایج منتهی خواهد شد»، کنار گذاشته شده و در عوض معیار پایایی قابلیت کنترل، قابلیت اعتماد به داده‌ها و روش اجرای تحقیق تعیین شده است (عباس‌زاده^{۲۶}، ۱۳۹۱). با این نگاه، در طول تحقیق حاضر، همواره دقت و صحت مصاحبه‌ها، کدگذاری‌ها و تفسیرها توسط یک کمیته تخصصی از استادان دانشگاه مورد نظارت قرار گرفته و خطاها به حداقل رسیده است.

یافته‌ها

با مرور و بررسی گزاره‌های ثبت شده می‌توان سلامت خانواده را در چهار طبقه (خوشه) جای داد: سلامت فردی، سلامت نهادی، سلامت تعاملی و سلامت جامعه‌ای (جدول ۱).

سلامت فردی

پایبندی به ارزش‌های مذهبی چه جزئی از ویژگی‌های خانوادگی باشد و یا بخشی از ویژگی‌های شخصی، برای حفظ سلامت خانواده مهم قلمداد شده است ... شاید با توجه به اعتقادات و باورهای

خود کمتر به سمت آسیب‌ها برود. باورهای مذهبی از نظر خانواده‌ها می‌تواند منجر به تقویت قدرت اراده و صبر شده و از فرد در برابر آسیب‌ها محافظت نمایند کلاً اعتقاد به مسائل مذهبی و ایمان اراده را بالا می‌برد و تقویت می‌کند و صبر نیز بالاتر می‌رود.

دیگر ویژگی رفتاری مورد تاکید خانواده‌ها وظیفه‌شناس بودن اعضا یا به عبارت دیگر پایبندی به قواعد خانواده است. بر اساس این ویژگی از اعضا انتظار می‌رود که هر یک وظایف خود را به درستی بشناسند و به آن‌ها عمل نمایند.

علاوه بر موارد بالا عدم استفاده از موادمخدر نیز می‌تواند از ویژگی‌های فردی اعضا خانواده باشد: خانواده‌ای که توی آن خانواده چه از پدر، مادر و فرزندان از مواد مخدر استفاده نکنند. این ویژگی به طبقه سرمایه‌سلامتی اشاره دارد.

در مجموع می‌توان گفت که سلامت فردی به خصوصیات فردی اعضای خانواده اشاره می‌کند و شامل سرمایه‌سلامتی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اخلاقی و مذهبی و سرمایه اجتماعی است. فرد سالم، سلامتی، پایبندی مذهبی و اخلاقی، توجه به تحصیل و مردم‌آمیزی خود را به خانواده می‌دهد.

سلامت تعاملی

شرکت‌کنندگان در تحقیق، در مورد ویژگی‌های تعاملی که انتظار می‌رود در مراودات بین اعضا مشاهده شود، مهم‌ترین ویژگی را وجود صمیمیت بین اعضا دانسته‌اند صمیمیت تو خانه حاکم باشد. خدایی نکرده پدر و مادر بین فرزندان ... نسبت به همدیگر پرخاشگری نکنند و یا رابطه هر چه دوستانه‌تر باشد ... خدای نکرده صحبتی که فرزند با پدر و مادرش باید انجام دهد نمی‌رود به دوستانش بگوید همه اعضا احساس صمیمیت و نزدیکی در جهت بیان احساسات و نیازها و خواسته‌های یکدیگر داشته باشند و یا خانواده‌ای که شاد باشند و ارتباط صمیمی وجود داشته باشد. از دیگر ویژگی‌های مهم خانواده‌های سالم وجود محبت و گرمی بین اعضا است. این ویژگی پس از صمیمیت و احترام در رده‌های بعدی اهمیت قرار دارد در خانواده سالم افراد با هم دوست هستند ... و به حرف همدیگر گوش می‌دهند و محبت و مهربانی وجود دارد.

پس از صمیمیت وجود احترام متقابل بین اعضا بسیار مهم شمرده می‌شود در خانواده سالم ... افراد به هم احترام می‌گذارند. احترام به خصوص به بزرگ‌ترها عامل مهمی در ایجاد یک خانواده سالم است درک متقابل افراد نسبت به یکدیگر، صداقت، احترام متقابل و اینکه در جمع احترام آن‌ها نسبت به یکدیگر بیشتر باشد و همدیگر را با آقا و خانم صدا بزنند، وقتی خودشان به هم احترام می‌گذارند دیگران هم به آن‌ها احترام می‌گذارند. به طور کلی در بین مصاحبه‌های انجام شده واژه احترام بیش از ۵۰۰ بار تکرار شده است و نشان‌دهنده اهمیت بالای این واژه بین خانواده‌های شرکت‌کننده است.

علاوه بر این حفظ حرمت‌ها بین اعضا زن و مرد باید حرمت هم حفظ کنند به کرات بیان شده بود. در واقع استفاده از کلمه حرمت را می‌توان با آنچه شرکت‌کنندگان از آن به عنوان احترام یاد می‌کردند تا حدودی یکسان دانست زیرا از دید برخی از شرکت‌کنندگان حفظ حرمت‌ها منجر به حفظ احترام بین اعضا می‌شود.

آنچه بسیار مورد تاکید قرار گرفته است درک متقابل و یا به تعبیری دیگر، درک کردن شرایط اعضا و نشان دادن این درک است. گام اصلی در همدردی، درک کردن مشکل است؛ به عبارتی دیگر برای همدردی و هم‌دلی ابتدا باید مشکل را درک کرد یا همدیگر را درک کنند، تفاهم داشته باشند. اعضای این قبیل خانواده‌ها از سایر اعضای خانواده خود انتظار دارند که یکدیگر و شرایط فرد مقابل - به‌ویژه شرایط مالی - را درک نمایند. علاوه بر این، اعضا باید انتظارات مناسب و متعادلی از یکدیگر داشته باشند و به انتظارات بی‌مورد که باعث فشار روانی بر عضوی از خانواده یا کل می‌شود، دامن نزنند.

توصیفاتی که از خانواده سالم ارائه می‌شود حاکی از نبود تنش‌های روانی و ارتباطی بین اعضا است: خانواده سالم خانواده‌ای است که تفاهم داشته باشند بین اعضای خانواده مشکلی نباشد با هم کار را پیش ببرند. تفاهم حاکی از فضایی که است که در آن کشمکش و درگیری و رفتارهای پرخاشگرانه کم باشد و یا اصلاً وجود نداشته باشد و اینکه در صورت وجود دیدگاه‌های متفاوت اعضا قادر باشند که شرایط را به خوبی اداره کرده و با تفاهم و درک متقابل کنترل آن شرایط را در دست بگیرند تو کارها مشورت با همدیگر داشته باشند. اعتماد یا اطمینانی که به هم دارند باعث می‌شود که از بیرون از خانه مشورت نگیرند.

خانواده‌ها به مشورت اعضا در زمان نیاز تاکید کرده‌اند؛ به این معنا که افراد برای درمیان گذاشتن شرایط خود با سایر افراد احساس راحتی کرده و از یکدیگر یاری بخواهند رابطه‌ها باید به گونه‌ای باشد که اگر مشکلی برای خانواده پیش آمد نخواهند مشکل را به بیرون از منزل ببرند تا فردی که شاید صلاحیت نداشته باشد آن را حل کند. باید به گونه‌ای باشد که مشکلاتشان را خودشان حل کنند. نکته مهم در این رابطه حمایت و پشتیبانی اعضا از یکدیگر است وقتی مشکلات زیاد می‌شود مادر یا پدر از نظر روانی باید برای فرزند مثل یک پوشش باشند و به او دلداری دهند که زندگی پستی و بلندی دارد و به آسانی و رفاه آن هم می‌رسد و یا بزرگترین آسیب این است که هر کسی راه خودش را برود و هر چه بگذرد از هم دورتر شوند و بدترین نوع آسیب ترجیح دادن منافع خود نسبت به بقیه و ندیدن دیگر اعضاست.

از آنجا که نمی‌توان به طور کامل عناصر در هم تنیده تعاملات را از یکدیگر تفکیک کرد، می‌توان به وجه غالب هر نوع از تعاملات به‌عنوان هسته اصلی و مسلط بر آن رابطه تاکید کرد. برای این

منظور گرمی، اندیشه ورزی، رعایت باید و نبایدها و توان مقابله با مسائل به عنوان عناصر سازنده روابط بین فردی در خانواده در نظر گرفته شده می‌شود. با این وصف، وجه غالب

* در تعاملات عاطفی، گرمی و عاطفه؛

* در تعاملات عقلانی، حسابگری؛

* در تعاملات هنجاری، رعایت قواعد اخلاقی، مذهبی و عرفی و

* در تعاملات انطباقی، بکارگیری مقابله با مسائل خانوادگی، محسوب می‌شوند.

اگرچه قائل شدن تمایز بین این چهار وجه برای تنظیم فکر مفید به نظر می‌رسد، اما در واقع هر یک از این تعاملات می‌تواند حاوی دو یا همه این وجوه باشد.

در مجموع می‌توان چنین جمع بندی کرد که سلامت تعاملی به کیفیت روابط و تعاملات بین اعضا اشاره دارد و تعاملات عاطفی، عقلانی، هنجاری و انطباقی را در بر می‌گیرد. هر عضو سالم، گرمی، عقلانیت، اخلاق و حل مسئله را با عضو دیگر مبادله می‌کند.

سلامت نهادی

برای ایجاد خانواده‌ای سالم فرهنگ و داشتن سطح فرهنگی مناسب مورد تاکید قرار گرفته است خانواده‌ای که فرهنگ داشته باشد به تحصیلات و مسائل مالی می‌رسد یا فرهنگ صحیح اگر نباشد تحصیلات، مال زیاد فایده ندارد؛ درست کمبود مالی فشار وارد می‌کند اما باعث به هم ریختن نمی‌شود و حتی خیلی از خانواده‌ها هم هرچند از لحاظ تحصیلات در سطح پایین هستند اما آرامش و آسایش دارند و حتی فرزندان تحصیل کرده پرورش می‌دهند.

خانواده‌ها داشتن ایمان را پایه بسیار مهمی برای تشکیل یک خانواده سالم می‌دانستند اولین چیز می‌تواند اعتقادات اعضای خانواده به دین و مذهب باشد و مسایل دیگر را در بر می‌گیرد و می‌تواند با ایمان به خدا به دیگر مسائل برسند و یا ایمان داشتن و اعتقاد به خدا اولین مسئله در ایجاد جامعه سالم است در واقع خانواده بدون ایمان آرامش ندارد و یا مواردی است که خانواده در زمان‌هایی دچار مشکلات اقتصادی می‌شود، خانواده مذهبی می‌گوید خواست خداست و آسیب کمتر می‌بیند. ثابت شده خانواده‌هایی که دیدگاه خدایی دارند در مقابل مشکلات کمتر آسیب دیده‌اند.

دسته دیگر از ویژگی‌ها به ویژگی‌های تربیتی خانواده مربوط می‌شود؛ منظور از این ویژگی‌ها، نحوه تربیت و آموزش اعضا از سوی خانواده است. یکی دیگر از موارد مورد اشاره، نحوه تربیت والدین است. تربیت نادرست و عدم توجه به نیازهای آنان به آسیب دیدن فرزندان و در نتیجه آسیب دیدن کل اعضا خانواده منجر می‌شود تربیت نادرست سبب می‌شود به سمت دوست ناباب بروند و درک نکردن و گوش ندادن به حرف‌های فرزندان و عدم رفع نیاز آنها و همچنین توجه نکردن به مسائل تحصیلی و آموزشی فرزندان موجب می‌شود که فرزندان به سمت کارهای خلاف در جامعه و آسیب‌های جامعه بروند. از پدران و مادران انتظار می‌رود که زمینه‌های تربیتی مناسبی را برای فرزندان برآورده

کنند خانواده‌ای که سالم باشد و هر کس نقش خود را بجا و خوب رعایت کند. از نظر خانواده‌ها، نبود الگوی مناسب برای فرزندان در کنار عدم توجه به ارزش‌های خانوادگی و تربیت نادرست و سایر ویژگی‌هایی که در فضای خانواده موجود است، می‌تواند منجر به آسیب کل خانواده شود.

تعدادی از خانواده‌ها اعتقاد داشتند که خانواده سالم باید وضعیت مالی مناسبی داشته باشد. تاکید این خانواده‌ها بر ثروتمند بودن خانواده‌ها نبود، بلکه بیشتر وضعیت اقتصادی را می‌پسندیدند که در آن توانایی برآورده کردن نیازهای مالی اعضا وجود داشته باشد و فقر نتواند به آسیب خانوادگی منجر شود خانواده ایده‌آل خانواده‌ای است که امنیت مالی داشته باشد، جنبه مالی مهم است و اگر مشکل داشته باشه خیلی از کارها رو نمی‌تواند [انجام بدهد] و از اون طرف فشار می‌آید به خانواده و خانواده به هم می‌خورد و یا اگر در رفاه نسبی باشند خیلی مؤثره و آن خانواده‌های فقیر به لحاظ فرهنگی به مقدار مشکل دارند.

تعدادی از خانواده‌ها معتقد بودند که فرزند کمتر برای یک خانواده مطلوب مناسب‌تر است. هر چه فرزندان کمتر باشند احتمال اینکه خانواده بتواند نیازهای آنان را برآورده کند، فرزندان بهتری به جامعه تحویل دهد و این فرزندان کمک بیشتری به جامعه نمایند بیشتر است فرزند کمتر زندگی بهتر. اگر فرزند کمتر باشد بهتر می‌توانیم به آن‌ها برسیم و آن‌ها را تامین کنیم و یا در این زمان فرزند کمتر که بتوان رسیدگی کرد.

در مجموع می‌توان گفت که سلامت نهادی به ویژگی‌های نهاد خانواده اشاره می‌کند و شامل اندازه خانواده، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی و توانایی ارائه الگوهای رفتاری و ارزشی به فرزندان می‌شود. یک نهاد خانواده سالم، جایگاه اقتصادی - فرهنگی مناسب، ساختار کوچک و توانایی تربیتی کارآمد را در اختیار اعضا قرار می‌دهد.

سلامت جامعه‌ای

خانواده‌ها معتقد بودند که اعضا یک خانواده سالم ارتباطی متعادل با بیرون از خانه دارند و یا به عبارتی جامعه گرا هستند. طبق نقل قول یکی از شرکت‌کنندگان: رابطه با بیرون باید متعادل باشد نه خیلی زیاد نه خیلی کم و یا ارتباط باید به اندازه‌ای باشد که شرایط ایجاد می‌کند اگر بچه ما به مدرسه برود ما نمی‌توانیم با مدرسه او ارتباط نداشته باشیم. خانواده‌هایی که همسایه، فامیل و یا دوست ما هستند با آن‌ها ارتباط بیشتری داریم و بالعکس با خانواده‌هایی غیر فامیل و غیر همکار ارتباط کمتری داریم و همین که از سلامتی آن‌ها خبری نداشته باشیم کافی است.

علاوه براین، رعایت هنجارهای اجتماعی مورد تاکید قرار گرفته است خانواده سالم از لحاظ اجتماعی... خانواده کارهای غیر قانونی مثل قاچاق و مواد مخدر انجام ندهند.

کمک به جامعه در صورت لزوم از دیگر ویژگی‌های خانواده سالم ذکر شده است زمانی که در جامعه اتفاقی بیفتد به کمک مردم می‌شتابند و به هلال احمر کمک می‌کنند و یا از لحاظ اجتماعی

خانواده سالم می‌توانند به فقیران و مستمندان کمک کنند و به فرزندان یتیم و بی‌پدر و مادر از لحاظ مالی کمک کنند تا بتوانند ادامه تحصیل دهند و نیازهایشان را برطرف کنند یا این‌که اعضای خانواده سالم ... مفید برای جامعه هستند و با شغل و کار خود نیازهایی از جامعه برطرف می‌کنند. دومین ویژگی و یا کارکرد خانواده که ارتباط قابل توجهی با عامل بالا دارد، تربیت فرزندان شایسته است. از یک خانواده ایده‌آل این انتظار وجود دارد که نسلی تربیت نمایند که برای جامعه و آینده کشور خود مفید باشد فرزند خوب تربیت کردن و یا مهم آن است که چه فرزندی از آن خانواده برمی‌آید زیرا ثمره زندگی فرزند است. این امر نیازمند نظارت والدین است می‌تواند یک پدر و مادر می‌توان بحث فرزندان حساب کند بایستی نظارت مستمر کند آگه ببیند که یعنی احساس کرده جامعه دارد از نظر معنادیت و مسائل غیرطبیعی بایستی دو تا چشم نه چهار تا چشم هم قرض بکند مواظبت کند.

شاید یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های یک خانواده سالم الگو بودن برای سایرین است خانواده می‌تواند الگو بشود برای یک خانواده دیگر که با این خانواده رفت و آمد کرد. ببیند آگه خوب تغییرپذیر باشد می‌تواند خودش را تغییر بدهد اگر نه غیرقابل تغییر باشد هر قدر هم با آن رفت و آمد کند طرف غیر قابل تغییر نمی‌تواند خودش را تغییر بدهد و یا خانواده سالم در هر کجا که باشند الگو هستند. الگوی سایر خانواده‌ها بودن و کمک کردن به اجتماع می‌تواند خود را به شکل تأثیرگذاری مثبت بر اعضا اجتماع و مفید بودن اعضا خانواده بر اجتماع نیز نشان دهند و لزوماً به معنای کمک‌های مالی و یا ملموس و عینی همانند امدادسانی نیست اگر خانواده سالم باشد جامعه نیز سالم خواهد بود، با تربیت خوب فرزندان الگوی مناسبی برای خانواده‌ای دیگر و فرزندان الگوی مناسبی برای خانواده‌ای دیگر در فرزندان آن‌ها می‌شود، بچه‌ای که در محیط خانواده خوب تربیت شده است می‌تواند تأثیر خود را در جاهایی همچون مدرسه بگذارد در رابطه با همسالان و اگر هر کدام از اعضای خانواده با تربیت درست نقش خود را خوب ایفا کند در نقش اعضای خانواده (پدر، همسر، برادر و خواهر و ...) این خود به نحوی باعث پیشرفت جامعه خواهد شد. هر کدام از فرزندان و اعضا با تربیت درستی که گرفته باشند می‌توانند به نحوی تأثیر مثبت خود را در هر جایی بگذارند... یا این افراد می‌توانند برای خیلی‌ها در جامعه و فامیل الگو باشند. می‌بینیم که زن و شوهری که با هم دعوا دارند سریع می‌گویند از خانواده فلانی یاد بگیر که ارتباطشان با هم خیلی خوب است.

بازداری از تأثیرات محیط اجتماعی آسیب‌زا، ممانعت از دخالت افراد غریبه در زندگی خانوادگی، فرهنگ غربی و ماهواره از ویژگی‌های خانواده سالم است برای اینکه مقاومت خانواده بیشتر شود مثل بیمار آسم که اگر در محیطی که رطوبتش زیاد است زندگی کند بیماریش بدتر است و بنابر توصیه پزشکان باید بیاید در جای خشک زندگی کند. مثلاً از مازندران می‌روند مشهد و آنجا که رطوبتش کمتر است. ما هم به خاطر اینکه از این چیزها در امان باشیم باید کنترل داشته باشیم. اگر

دیدیم با جامعه‌ای که زندگی می‌کنیم یا خانواده‌ای که با آن ارتباط داریم ببینیم زن دروغ می‌گوید، بچه خودکشی می‌کند؛ یا وقتی که همه جمعند و نشسته‌اند صحبت می‌کنند تلفن زنگ می‌زند، مرد به بچه می‌گوید بگو بابا نیست این چیزها باعث پاشیدگی است اما اگر ما ارتباطمان را با این خانواده و افراد مثل هم آن محیط بریم جایی که سالم است زندگی کنیم بهتر است.

با جمع‌بندی گزاره‌های مطرح شده می‌توان گفت که سلامت جامعه‌ای ناظر به توانایی جامعه‌پذیری فرزندان، جامعه‌گرایی خانواده، خوداظهاری در جامعه و پالایندگی و بازدارندگی خانواده در برابر آسیب‌های جامعه است. خانواده سالم، کمک‌ها، الگوهای درون ساخته، موفقیت‌ها و اعضای هم‌نوا به جامعه می‌دهد و در عین حال از ورود آسیب‌ها جلوگیری می‌کند.

جدول ۱: مختصات سلامت خانواده

کدها	ریز طبقه	طبقه
سلامت جسمی و روانی، عدم اعتیاد	سرمایه سلامتی	سلامت فردی
توجه به تحصیل	سرمایه فرهنگی	
تعهد، پایبندی به ارزش‌ها و تکالیف مذهبی، ایمان، وظیفه‌شناسی فرزندان	سرمایه اخلاقی/ مذهبی	
اجتماعی بودن	سرمایه اجتماعی	
محبت، صمیمیت، کمک، همدردی، حمایت، اعتماد	تعاملات عاطفی	سلامت تعاملی
درک شرایط مالی، داشتن انتظارات منطقی	تعاملات عقلانی	
صداقت، احترام بین فردی، حفظ حرمت، رعایت حقوق و انتظارات،	تعاملات هنجاری/اخلاقی	
تفاهم، توافق، حل مشکلات بدون خشونت و در درون خانواده، مشورت،	انطباق	
کم جمعیت بودن	اندازه خانواده	سلامت نهادی
سطح فرهنگی مناسب، توجه خانواده به ارزش‌های دینی	سرمایه فرهنگی	
وضعیت مناسب اقتصادی، امنیت مالی	سرمایه اقتصادی	
تربیت، ارائه الگو	توان تربیتی	
تربیت خوب نسل آینده، پایبندی به هنجارهای جامعه، نظارت	جامعه‌پذیری	سلامت جامعه‌ای
کمک کردن به اعضا جامعه	جامعه‌گرایی	
الگو بودن برای سایر افراد جامعه، ابراز موفقیت	خوداظهاری	
جلوگیری از دخالت دیگران، تأثیرات محیط اجتماعی و ماهواره	پالایندگی	

از مجموع چهار بعد برآمده از گزاره‌های ثبت شده، مختصات سلامت خانواده به دست می‌آید (جدول ۲)

جدول ۲: مختصات سلامت خانواده

سرمایه فرهنگی سرمایه اقتصادی	اندازه توان تربیتی نهادی خانواده ← فرد	سرمایه فرهنگی سرمایه اجتماعی فردی فرد ← خانواده	سرمایه سلامتی سرمایه اخلاقی/ مذهب
	سلامت خانواده		
جامعه‌گرایی پالایندگی	جامعه‌ای خانواده ← جامعه جامعه‌پذیری خوداظهاری	تعاملی فرد ← فرد عقلانی انطباقی	عاطفی هنجاری

سالم بودن یا سالم نبودن خانواده در صورت حضور یا غیاب هر یک از زیرطبقات تعریف می‌شود. به طور خلاصه خانواده سالم و آسیب دیده به شکل زیر قابل طرح است (جدول ۳ و ۴).

خانواده سالم =

اعضای سالم، اجتماعی، تحصیلکرده، اخلاقی و مومن +
روابط گرم، متعهدانه، عقلانی و سازگار +
خانواده کم جمعیت، تحصیلکرده، برخوردار از نظر اقتصادی و توانا در ارائه الگو به اعضا +
توفیق در جامعه‌پذیرکردن اعضا و پالایش اثرات منفی جامعه بر آنها، جامعه‌گرا و دارای نمود مثبت بیرونی

جدول ۳: مختصات خانواده سالم

تحصیل کرده برخوردار	کم جمعیت الگوساز نهادی	تحصیل کرده اجتماعی فردی	سالم اخلاقی/ مومن
	خانواده سالم		
جامعه‌گرا پالاینده	جامعه‌ای جامعه‌پذیر خوداظهاری	تعاملی عقلانی سازگار	گرم متعهد

خانواده آسیب دیده =

اعضای بیمار، منزوی، بی‌سواد و بی‌قید +
روابط سرد، غیرمتعهدانه، غیرعقلانی و ناسازگار +
خانواده پرجمعیت، محروم، فاقد تحصیلات، ناتوان در ساختن الگو +
خانواده کجرو، منزوی، منفعل در برابر اثرات منفی جامعه و بی‌نمود مثبت بیرونی

جدول ۴: مختصات خانواده آسیب دیده

بیمار بی‌قید	بی‌سواد منزوی	پرجمعیّت ناتوان در ارائه الگو نهادی	تحصیل نکرده محروم
فردی		خانواده آسیب‌دیده	
تعاملی		جامعه‌ای	
سرد غیرمتعهد	غیرعقلانی ناسازگار	کجرو بی‌نمود	منزوی منفعل/بی‌مرز

نتیجه‌گیری

از منظر نظریه اینگله‌هارت^{۲۷} (۱۹۹۷) می‌توان اهمیت ارزش‌های بقا^{۲۸} و سنتی که متمایزکننده جوامع سنتی از مدرن است، را بر درک خانواده سالم در ایران مشاهده کرد. از نظر او اشخاصی که درباره نیازهای طبیعی پایه احساس اضطراب دارند (مانند شرایط رکود و بحران اقتصادی)، نیاز به مقررات قابل پیش‌بینی و خشک دارند. آن‌ها باید از آن چه روی می‌دهد اطمینان حاصل کنند، زیرا احساس خطر کرده و به حداکثر پیش‌بینی نیاز دارند. آن‌ها نمی‌توانند تنوع و اختلاف را تحمل کنند و به امنیت حاصل از مقررات مطلق که بازدارنده‌های دینی قادر به تأمین آن‌ها هستند، نیازمندند. از سوی دیگر مردم در پی همسانی درونی‌اند، از این رو جهان‌بینی‌شان با تجربه روزانه‌شان همسان می‌گردد. به نظر می‌رسد نظام مذهبی و سنتی تا حد زیادی تجربه مستقیم اکثر خانواده‌های ایرانی (والدین) را می‌سازد.

خانواده‌های ایرانی به طور ضمنی به وجود نوعی سلسله‌مراتب در خانواده قائل هستند (اشاره به تربیت، احترام، نظارت والدین، وظیفه شناسی فرزندان). در این جا توجه به دوگانه مهم سلسله مراتبی- برابری خواه و یا جمع‌گرا- فردگرا - که غالباً به عنوان وجه تمایز جامعه، فرهنگ و خانواده شرقی از غربی مطرح می‌شود، ضروری است. در جامعه جمع‌گرا، فرد به عنوان وجودی در نظر گرفته می‌شود که در جمع محاط شده و معنای زندگی را بیشتر از طریق روابط اجتماعی درمی‌یابد؛ در مقابل، در جوامع فردگرا فرد وجودی خودمختار و مستقل است که معنای خود را در منحصر بفرد بودن می‌یابد، در جست و جوی ابراز نگرش‌های درونی خود است و برای انجام این کار تشویق می‌شود (شوارتز^{۲۹}، ۱۹۹۴). خانواده ایرانی به دلیل اهمیت خویشاوندی، جمع‌گراست و از نظر فرهنگی بر حفظ وضع موجود، آداب و رسوم و محدود کردن فعالیت‌ها و تمایلات اعضا تأکید می‌کند. وجود ارزش‌های تسلط در خانواده ایرانی در تضاد با ارزش‌های برابرنگری، فردگرایی، رضایت فردی، آزادی و منافع تک تک اعضای خانواده است چرا که اولویت نه بر فرد که بر خانواده است. به نظر می‌رسد خانواده ایرانی به طور جدی مابین تمایلات متضاد فردگرایانه و برابری خواهانه از یک‌سو و بهره‌گیری

اقتصادی و عاطفی از مواهب زندگی جمع‌گرایانه در خانواده سنتی از سوی دیگر، سردرگم است؛ هر چند بخشی از این سردرگمی به بحران اقتصادی و شغلی جامعه مربوط است اما بخش مهمی از آن به ناتوانی فرد در مسئولیت‌پذیری و پایبندی به ارزش‌های شخصی برمی‌گردد که چندان حاضر به پذیرش مسئولیت فردی در قبال تشکیل خانواده نیست، زیرا سالیانی است که با وابستگی عاطفی و مادی به خانواده، رشد کرده و در کنار این وابستگی، آزادی و استقلال را دنبال می‌کند. از مقایسه ویژگی‌های خانواده سالم و آسیب دیده در این تحقیق، می‌توان چنین گفت که در نظر خانواده ایرانی، یک خانواده سالم، خانواده‌ای مادیرا و درگیر بقا، کارکردی، مذهبی، سنتی، سلسله‌مراتبی، وابسته متقابل، جمع‌گرا، محافظه‌کار، مضطرب، محتاط و نمایشی است (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه خانواده سالم و آسیب دیده

اجزای خانواده	بوین		ستبر		فلک		بارنهبیل		پژوهش حاضر	
	سالم	ناسالم	سالم	ناسالم	سالم	ناسالم	سالم	ناسالم	سالم	ناسالم
کنش‌ها									عقلانی/ کنترل شده	غیرعقلانی/ کنترل نشده
منابع									برخوردار	محروم
نقش‌ها									هماهنگ	متعارض
ساختار قدرت									دموکرات/ مرد سالار	زن سالار/ فرزندسالار
روابط متقابل	مناسب	وابسته/ منزوی	صریح/ مستقیم/ صمیمانه	غیر مستقیم/ مبهم/ صمیمانه	فراوان/ متعادل/ واضح	اندک/ نامتعادل/ مبهم			متعادل/ پرچگالی/ کنترل شده	نامتعادل/ کم چگالی/ کنترل نشده
هویت	خودمختار	وابسته متقابل					فردیت یافته	تودرتو	وابسته	خودمختار
قواعد			منعطف/ انسانی/ مقتضی	خشک/ بی‌روح/ یکنواخت					یکدست/ جزم	چندگانه/ منعطف
پیوند با اجتماع	باز	بسته	باز	بر اساس ترس	بسته	باز			بسته	باز
بدن			سالم/ باز	بیمار/ عیوس/ جسمانی سازی					سالم	بیمار
تغییر							انعطاف پذیر	خشک		
ارزش فردی										
حل مسئله			بالا	پایین						
			خلاقانه	منعطفانه						

اگرچه جامعه ایرانی نشانه‌هایی از حرکت به سوی نوگرایی را بروز می‌دهد، اما خانواده ناسالم به تعبیر شرکت‌کنندگان در این تحقیق، بیشتر دربرگیرنده عناصر مدرن است تا سنتی. عناصری از

قبیل خودمختاری، آزادی، انعطاف، روابط افقی که در سایر نظریات‌ها به عنوان معرف‌های سلامت خانواده مدرن ذکر شده (بارنهییل^{۳۰}، ۱۹۷۹؛ فلک^{۳۱}، ۱۹۸۰؛ ستیر^{۳۲}، ۱۹۷۲؛ بوئن^{۳۳}، ۱۹۷۸)، در این تحقیق ابراز نشده است (جدول ۵). طبق نظریه‌های موجود، لازمه سلامت خانواده، پذیرش استقلال شخصی و پرداخت هزینه برای تعهد و آزادی است اما ساختار خویشاوندی ایرانی - به واسطه شیوه فرزندپروری و دل‌بستگی‌های قوی - آمادگی چنین تغییراتی را ندارد؛ شاید بتوان برای این شکل جدید از خانواده، عنوان «خانواده مدنی» را به کار برد، یعنی ظرفیت‌هایی از خانواده گسترده به همراه اشکال مدرن‌تر و برابری‌طلبانه‌تر خانواده هسته‌ای. به نظر می‌رسد سلامت خانواده ایرانی در یافتن الگوهای سالم، کارا و مؤثر در درون ساختار سلسله‌مراتبی و جمع‌گرایانه است.

مقایسه نتایج این تحقیق با برخی از نظریه‌های خانواده (جدول ۵)، هم‌چنین نشان می‌دهد که این نظریه پردازان بیشتر به بعد نرم افزاری، پویایی‌ها و کارکردها توجه کرده‌اند حال آن‌که در این پژوهش، زیر ساخت‌ها یا ابعاد سخت افزاری و عینی از قبیل سرمایه‌های مادی، سلامتی، اندازه خانواده و بروندادهای مادی خانواده نیز مورد تاکید قرار گرفته‌اند. این امر تفاوت بین نظریه‌پردازان خانواده و کنشگران اجتماعی را در درک پدیده خانواده و به تعبیر دیگر، تفاوت بین تجربه زیسته (خانواده از منظر خود خانواده‌ها) و امر انتزاعی (خانواده از نظر نظریه‌پردازان) روشن می‌سازد. توجه به این فاصله، می‌تواند پرسش‌هایی را در کارآمدی مدل‌های خانواده درمانی - که بیشتر مبتنی بر گزاره‌های انتزاعی و کم‌توجه به متغیرهای ساختاری و عینی است - مطرح سازد.

با جمع‌بندی نتایج به دست آمده شاید بتوان چنین گفت که تعریف خانواده‌ها از خانواده سالم علاوه بر تأثیرپذیری از سایر مراجع تعیین‌کننده معیارهای سلامت (مثل عقل، مطلوبیت ذاتی، پیشینه تکاملی، مذهب و ...) می‌تواند به‌عنوان واکنشی در برابر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی تلقی شود (جدول ۶). این که چه چیز طبیعی، نمونه و یا مطلوب به‌شمار می‌آید به زمینه‌های عرفی و اجتماعی برمی‌گردد و متناسب با نیازها و خواست‌های متفاوت داخلی و خارجی خانواده تغییر می‌کند (والش^{۳۴}، ۱۹۸۲).

جدول ۶: ارجاع تعریف خانواده سالم به ویژگی‌های جامعه

ویژگی‌های جامعه	واکنش به	تعریف خانواده سالم
تقاضاکننده	←	جامعه‌پذیری
تهدیدکننده	←	بازدارندگی
دخالت‌کننده	←	انسجام
نا برابر از نظر اقتصادی	←	بهبود معیشت
نا برابر از نظر منزلتی	←	نمایش موفقیت
آنومیک	←	تعیین ارزشی و هنجاری

پی‌نوشت‌ها

1. Carr
2. Sadock, Sadock & Caplan
3. Sperry
4. Grochowski
5. Bomar
6. Insel & Roth
7. Family process and content model
8. Samani
9. Artz, Nicholson, Halsall & Larke
10. Kalmijn
11. Ingoldsby, Smith & Miller
12. Fuctional Model
13. DePaul
14. Olson, DeFrain & Olson
15. Behboudi, Hashemian, Sharifi & Navabinezhad
16. Ghamari & Khoshnam
17. Javady, Hosseinian & Shafiabadi
18. Molasharifi, Vakhshour & Salimizadeh
19. Mazaheri, Sadeghi & Heydari
20. Flexible-Connected
21. Phenomenology
22. Colaizzi
23. Themes
24. Validity
25. Reliability
26. Abbaszadeh
27. Inglehart
28. Survival values
29. Schwartz
30. Barnhill
31. Fleck
32. Satir
33. Bowen
34. Walsh

منابع

- بهبودی، م.، هاشمیان، ک.، شریفی، ح. پ. و نوایی‌نژاد، ش. (۱۳۸۸). پیش‌بینی کارکرد خانواده بر اساس ویژگی‌های شخصیتی زوجین. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۱)، ۶۶-۵۵.
- جواد، ب.، حسینیان، س. و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای به مادران بر بهبود عملکرد خانواده آنان. *خانواده‌پژوهی*، ۵(۲۰)، ۵۱۷-۵۰۳.
- عباس‌زاده، م. (۱۳۹۱). تأملی بر اعتبار و پایایی در تحقیقات کیفی. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۱)، ۳۴-۱۹.
- قمری، م. و خوشنام، ا. ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. *خانواده‌پژوهی*، ۷(۲۷)، ۳۵۴-۳۴۳.
- مظاهری، ع.، صادقی، م. س. و حیدری، م. (۱۳۸۷). مقایسه ادراک و آرمان ساختار خانواده در والدین و فرزندان جوان آن‌ها. *خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۶)، ۳۵۱-۳۲۹.
- ملاشرفی، ش.، و خشور، ح. و سلیمی‌زاده، م. ک. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس جو خانواده برای خانواده ایرانی ساکن تهران. *خانواده‌پژوهی*، ۱(۳)، ۲۶۸-۲۵۵.
- Abbaszadeh, M. (2012). [Validity and reliability in qualitative researches]. *Applied Sociology*, 23(1), 19-34 [in Persian].
- Artz, S., Nicholson, D., Halsall, E., & Larke, S. (2001). *A review of the literature on assessment risk, resiliency and need. The National Crime Prevention Center, Department of Justice*. Available at: http://cyc.uvic.ca/naty/Literature_Review.pdf.
- Barnhill, L. R. (1979). Healthy family systems. *The Family Coordinator*, 28(1), 94-100.
- Behboudi, M., Hashemian, K., Sharifi, H. P., & Navabi Nezhad, S. (2009). [Family Functioning Based on Couples' Personality Traits]. *Thought and Behavior in Clinical psychology*, 3(11), 55-66 [in Persian].

- Bomar, P. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Aronson.
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process, and practice*. Malden: John Wiley & Sons.
- DePaul, N. (2006). Healthy family functioning relationship advice and relationship tips. *Journal of Council for Relationships, 215*, 382-680.
- Fleck, S. (1980). Family functioning and family pathology. *Psychiatric Annals, 10*, 17-35.
- Ghamari, M., & Khoshnam, A. H. (2011). [The Relationship of Original Family Function and Quality of Life among Students]. *Journal of Family Research, 7(27)*, 343-354 [in Persian].
- Grochowski, G. (2014). *Families and health*. New York: SAGE Publications, Inc.
- Inglehart, R. (1997). *Modernization and postmodernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies*. Princeton, N. J: Princeton University Press
- Ingoldsby, B. B., Smith, S. R., Miller, J. E. (2004). *Exploring family theories*. Los Angeles, California: Roxbury Publishing Company.
- Insel, P. M., & Roth, W. T. (2008). *Core Concepts in Health Brief*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Javady, B., Hosseinian, S., & Shafiabadi, A. (2009). [The effectiveness of transactional analysis training on mothers to improve their family function]. *Journal of Family Research, 5(20)*, 503-517 [in Persian].
- Kalmijn, M. (1998). Intermarriage and homogamy: causes, Patterns, trends. *Annual Review of Sociology, 24*, 395-421.
- Mazaheri, A., Sadeghi, M. S., & Heydari M. (2008). [A comparison of family structure perception and ideal. between parents and their young children]. *Journal of Family, 4(16)*, 329-351 [in Persian].
- Molasharifi, S., Vakhshour, H., & Salimizadeh, M. K. (2005). [Standardizing the Family Atmosphere Scale for Iranian Family of Tehran's Residential Area]. *Journal of Family Research, 1(3)*, 255-268 [in Persian].
- Olson, D. H., DeFrain, J. D., & Olson, A. K. (1999). *Building relationships: developing skills for life*. Minneapolis, MN: Life Innovations Inc.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Caplan, M. D., (2003). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences and clinical psychiatry*. New York: John Wiley and Sons.
- Samani, S. (2005). *Family process and content model*. International society for theoretical psychology conference, 20-24 June 2005, Cape Town, South Africa.
- Samani, S. (2007). Spouse selection: Important criteria for Iranian youth. *Psychological Report, 100*, 59-65.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Schwartz, S. H. (1994). *Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values*. In U. Kim, H.C. Triandis, C. Kagitcibasi, S. Choi, S., & G. Yoon, (Eds.), *Individualism and collectivism: Theory, method and applications* (pp. 85-119). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Sperry, L. (2012). *Assessment of couples and families: contemporary and cutting edge strategies*. New York: Taylor and Francis group.
- Walsh, F. (1982). *Normal family processes*. New York, NY, US: Guilford Press.