

سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در شهرهای تهران و یزد

خدیجه سفیری^۱، عذرا ذاکری هامانه^۲

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۱۲)

چکیده

سلامت خانواده، یکی از حوزه‌های کلیدی است که حصول شناخت صحیح و علمی نسبت به آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. مقاله‌ی حاضر درصدد است، میزان سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن را در بین خانواده‌های ساکن در شهرهای یزد و تهران مورد بررسی قرار دهد. نظریه‌های تبادل اجتماعی، یادگیری اجتماعی، نظریه سیستمی (به‌ویژه دیدگاه برادشاو و مک گراو)، شبکه خویشاوندی و نظریه اکولوژی به عنوان چارچوب نظری در این مقاله استفاده شده است. روش مورد استفاده، از نوع پیمایشی است و داده‌ها با استفاده از ابزار پرسشنامه و به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از ۴۰۰ نفر از خانواده‌های ساکن شهر یزد و تهران گردآوری شده است.

یافته‌های تحقیق از بالاتر بودن میزان سلامت خانواده در شهر یزد، نسبت به شهر تهران حکایت دارد. همچنین میزان سلامت اکثریت خانواده‌های مورد مطالعه در سطح متوسط جای گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر، حاکی از نقش معنادار سه متغیر ساختار قدرت در خانواده، نابسامانی خانواده جهت یاب و روابط خویشاوندی بر میزان سلامت خانواده در هر دو شهر یزد و تهران است. در این میان ساختار قدرت در خانواده بیشترین نقش را در تبیین متغیر سلامت خانواده ایفا می‌کند. همچنین دو متغیر تحصیلات و رسانه‌های جمعی نیز بر سلامت خانواده‌های تهرانی به ترتیب اثرات مثبت و منفی گذاشته است.

واژگان کلیدی: سلامت خانواده، ساختار قدرت، خانواده جهت یاب، روابط خویشاوندی، یزد، تهران.

— استاد جامعه‌شناسی دانشگاه الزهرا m_safiri@yahoo.com

— کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه الزهرا a.z.hamane@gmail.com

مقدمه

خانواده متشکل از اعضای است که ارتباط تنگاتنگ با یکدیگر دارند، همچنین ارتباط قوی‌ای بین خانواده با جامعه وجود دارد، بطوری که یکی از پایه‌های جامعه سالم، خانواده سالم است. خانواده‌ی سالم، خانواده‌ای است که بطور بنیادین از سلامت و آرامش روانی و معنوی هر یک از اعضای خانواده حمایت می‌کند. در این خانواده فضای مقتدرانه وجود دارد ولی این اقتدار انعطاف‌پذیر است، هریک از اعضا جایگاهی برای خود دارند که برای سایر اعضای خانواده دارای اهمیت است، برای هر عضو فرصتی جهت با دیگران بودن وجود داشته و اعضای خانواده با مشارکت در این لحظه‌ها احساس می‌کنند عضو خاص و پذیرفته شده خانواده خود هستند. خانواده‌هایی که از مذهب یا از مجموعه ثابتی از معیارهای اخلاقی پیروی می‌کنند افراد موفق‌تر و خوشبخت‌تری هستند؛ زیرا این معنویت چارچوب محکم و آرامش بخشی را در زندگی ایجاد می‌کند که هم حامی و هم الهام بخش آن‌ها در حل مشکلات است. فعالیت‌های تفریحی و شادی‌بخش و بازی و سرگرمی، به اندازه فعالیت‌های بیرونی اهمیت داشته و این که تفریح در هر سنی مهم بوده، و مختص به سن خاصی نیست، رعایت می‌شود. خانواده سالم احساس‌های یکدیگر را می‌پذیرند و نه تنها اجازه می‌دهند که این احساسات ابراز شوند بلکه یکدیگر را در این زمینه تشویق می‌کنند. در این خانواده احساسات رنج آور مانند ترس، خجالت، خشم و ... کم دوام و گذرا هستند. صداقت در خانواده‌های سالم امری است مهم، و فرزندان و اعضای خانواده یاد می‌گیرند که حقیقت را بگویند هر چند دردناک و دردسرساز باشد. همچنین اعضای خانواده به خوبی آگاهند که آنچه در تملک دارند آن‌ها را غنی نمی‌سازد بلکه ثروت اصلی در «توانایی زیستن» صرف نظر از دارایی‌ها است و پدر و مادر خوب و متعادل بودن، امر محالی نیست؛ بلکه فقط باید با مهارت عمل کرد، از روابط خانوادگی آگاه بود و آن‌ها را زنده نگه داشت (مک‌گراو، ۱۳۹۲).

اهمیت خانواده و سلامت آن بسیاری از اندیشمندان را بر آن داشته که در حوزه‌های مختلف و با رویکردهای گوناگون به تحقیق و بررسی در این موضوع بپردازند. محققان، سلامت خانواده را به عنوان مفهومی گسترده و شاخصی چندبعدی در نظر گرفته‌اند که دربردارنده ابعاد نظیر صمیمیت و همدلی اعضای خانواده، برخورداری از استقلال رضایتمندی و تأمین نیازهای اعضا خانواده، انسجام خانواده و حاکمیت ارزشهای اخلاقی و

معنوی است (زارعان، ۱۳۹۱: ۹۷). هر کدام از ابعاد فوق، می‌تواند پیامدهای اثرگذاری را بر کارکردهای نظام اجتماعی به دنبال داشته باشد.

از نگاه جامعه‌شناسان، خانواده اهمیت و جایگاه ویژه‌ای دارد. آنان با رویکردهای مختلفی به واکاوی وضعیت این نهاد اجتماعی پرداخته‌اند. برخی از جامعه‌شناسان مانند مرتون به تأثیرات نظام فرهنگی جامعه اشاره داشته و سلامت خانواده را در پای‌بندی به ارزش‌ها و در مقابل، عدم تعادل خانواده را در بی‌اعتنایی به آن ارزش‌ها ارزیابی می‌کنند. از نظر این دانشمندان شناخت تأثیرات فرهنگی و بهبود وضعیت فرهنگی و دینی جامعه برای ایجاد خانواده سالم در اولویت قرار دارد. گروهی شرایط اقتصادی را برای خانواده سالم در اولویت قرار می‌دهند و از این رو بهبود شرایط اقتصادی جامعه را در ایجاد خانواده سالم شرط اساسی می‌دانند، زیرا تنگناهای اقتصادی در خانواده یکی از اصلی‌ترین عوامل ایجاد اختلافات و تنش در آن به شمار می‌آید (زارعان، ۱۳۹۱: ۷۲).

بعضی از جامعه‌شناسان مثل پارسونز با رویکرد کارکردگرایانه و سیستمی، خانواده را مورد بررسی قرار می‌دهند و برای هر یک از اعضای آن، نقش خاصی قائل هستند. آنان خانواده‌ای را سالم می‌دانند که تمام اعضای آن به خوبی وظایف و نقش خود را انجام دهند. گروهی دیگر از جامعه‌شناسان با رویکرد تضادگرایانه، به خانواده می‌نگرند و معتقدند که خانواده مانند هر نظام اجتماعی دیگری براساس تضاد سازماندهی می‌شود، و اعضای آن، هر یک در رقابت با سایرین در تلاش برای افزایش قدرت و سلطه خود بر دیگران هستند. برخی شبکه خویشاوندی را در حفظ و سلامت آن مؤثر دانسته و بر روابط بیشتر خویشاوندی تأکید دارند (پارسونز، ۱۳۶۳: ۷۱۹).

در دوران اخیر با تحولات اجتماعی که به وقوع پیوسته، خانواده با مسائل عدیده‌ای روبرو شده است که نظام سنتی خانواده را تحت تأثیر قرار داده و تغییرات زیادی را در درون خانواده ایجاد کرده که شناخت این تغییرات و برنامه‌ریزی‌های مناسب در برخورد با آن، نیازمند مطالعات عمیقی است.

بطور عینی و واضح‌تر می‌توان به دسترسی جوانان به فضای مجازی، بهبود در موقعیت زنان در جوامع امروزی و دستیابی آن‌ها به منابع اقتصادی ناشی از کار خارج از خانه و تسخیر فضاهای جدید اجتماعی توسط آنان، وسایل ارتباط جمعی، افزایش روند دولتی شدن امور یا سپردن بسیاری از کارکردهای خانواده به دولت و سایر نهادهای اجتماعی اشاره کرد که

ساختار قدیمی خانواده را دگرگون کرده و ضرورت ایجاد تعادلی نو در خانواده را ایجاب می‌کند.

افزایش روزافزون مسائلی چون اعتیاد، طلاق، سن ازدواج، روابط فرزندناشویی و سایر عوامل اجتماعی، خانواده‌ها را با مسائل جدی روبرو ساخته که بر سلامت خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین جهانی شدن و افزایش روابط بین کشورها، الگوهای مختلفی از روابط خانوادگی را برای مردم مطرح ساخته و عرصه را برای انتخاب الگوهای مختلف زندگی با مسائل ناشناخته برای آن‌ها باز کرده است. در دهه‌های اخیر هسته خانوادگی در کشورهای غربی و صنعتی در برابر دومین موج مدرن سازی که می‌توان آن را پسامدرن نامید، دگرگون شده است و در جوامع دیگر سیر تحول خود را براساس الگوهای خانواده زن و شوهری الهام گرفته از غرب، پی می‌گیرد (بهنام، ۱۳۸۳: ۲۳). همه‌ی این موضوعات نشان دهنده ضرورت بررسی خانواده سالم و ویژگی‌های آن و ارائه الگویی بومی در حوزه سلامت خانواده است تا مسیر زندگی موفق‌تری را برای مردم روشن کند.

چنان که اشاره شد عوامل اجتماعی متعددی بر سلامت خانواده تأثیر گذارند که بررسی همه‌ی آن‌ها در یک مقاله کار غیرممکنی است. چرا که خانواده و سلامت آن به شدت تحت تأثیر هر عاملی پیش رو می‌تواند باشد و اگر بخواهیم همه آن‌ها را در کنار هم جای دهیم بازهم عواملی هستند که فراموش شده یا جا مانده‌اند. با وجود تحقیقات قبلی که در زمینه تغییرات خانواده انجام شده (رستگار خالد، ۱۳۸۶؛ آزاد ارمکی و همکاران، ۱۳۸۲؛ عباسی شوازی و عسکری، ۱۳۸۷)، سؤالات پژوهشی مختلفی همچنان مطرح است که تحقیقات جامع‌تری را طلب می‌کند و مقاله حاضر قصد دارد بخشی از این خلأ پژوهشی را پر کند.

با وجود آن‌که استان‌های یزد و تهران هر دو جزو استان‌های صنعتی کشور هستند، اما به نظر می‌رسد مسائل اجتماعی که دامن گیر شهر بزرگ تهران شده چشم‌گیرتر از یزد است. در این مقاله تلاش شده در حد امکان عواملی که به نظر تأثیرگذارترند یا به نوعی مهم‌تر به شمار می‌آیند را مورد پژوهش قرار داده و به مقایسه سلامت خانواده در بین خانواده‌های این دو شهر پرداخته شود. سؤالات اساسی که در این مقاله مطرح است عبارتست از: سطح سلامت خانواده در شهرهای یزد و تهران تا چه اندازه متفاوت از یکدیگر است؟ در هر یک از بسترهای اجتماعی فوق، کدام ابعاد و مؤلفه‌های سلامت خانواده تفاوت بیشتری را نشان می‌دهند؟ عوامل اجتماعی

مؤثر بر سلامت خانواده در بین خانواده‌ها در دو شهر یزد و تهران کدامند؟ به بیان دیگر، آیا بین متغیرهای مدت زمان زندگی مشترک، میزان استفاده از رسانه‌های جمعی، تعداد اعضای خانواده، ساختار قدرت در خانواده و محیط اجتماعی با سلامت خانواده‌های شهر یزد و تهران رابطه معناداری وجود دارد؟

چارچوب نظری

خانواده یک واقعیت اجتماعی است و در توصیف و تحلیل آن همچون سایر واقعیت‌های اجتماعی باید عوامل گوناگون مؤثر بر آن و ابعاد مختلف آن را در نظر داشت. از آن‌جا که نظریه‌های مختلف در رابطه با موضوع خانواده تنها به بخشی از ابعاد خانواده نظر دارد، ضروریست که در یک تحلیل همه جانبه به چند نظریه رجوع کرده و در رابطه با موضوع، وجوه مختلف آن را جست و جو کرد.

براساس نظریه کنش متقابل نمادین، در خانواده، کودکان با دیگران کنش متقابل انجام می‌دهند و از این طریق هنجارها، اعتقادات و ارزش‌ها را می‌آموزند. کنش متقابل میان بزرگسالان، به کودکان امکان می‌دهد که شخصیت و ویژگی‌های اجتماعی را کسب کنند. به زعم اگبرن و نیم کف^۱، اگر کودک در خانواده‌ای شادمان به سر برد، به احتمال زیاد شخصیتی متعادل خواهد یافت و خود در آینده خانواده‌ای سعادتمند خواهد داشت. براساس این نظریه، در یک خانواده سالم، رفتار عادلانه نسبت به کودک باعث می‌شود عزت نفس او افزایش یابد. در این نوع خانواده همچنین، با فرزندان با ملاحظت رفتار می‌شود که این مسأله باعث تعلق کودک به والدین می‌شود و از طرفی کنش مکرر والدین با کودک در او احساس نزدیکی با آنان را تقویت می‌کند (بوردیو، ۱۳۸۳).

در نظریه تبادل اجتماعی، فرض بر این است که تبادل بین دو یا چند نفر، در واقع تلاش عاملان برای تحقق نیازهای اساسی است. در یک خانواده سالم، نیاز اساسی، تحکیم و ثبات خانواده است. در این نوع خانواده، نوع تبادلات، عادلانه و منطقی است و تبادلات به رضایت اعضای خانواده می‌انجامد. در یک خانواده سالم، وفاداری، وحدت، شرافت خانوادگی و تعهد و مسئولیت از اصول اساسی خانواده به حساب می‌آید. بنابراین وجود فضای صمیمی و دموکراتیک در خانواده یکی از لوازم ایجاد خانواده‌ای موفق است، چرا که همه‌ی اعضا در تصمیم‌گیری‌ها حق مشارکت داشته و

می‌توانند نقش تعیین کننده‌ای در این زمینه داشته باشند که موجب شکل‌گیری حس ارزشمند بودن در وجود تک تک اعضای خانواده می‌شود (چی بوکس و لایت، ۲۰۰۵: ۱۳۸).

نظریه کارکردگرایی ساختاری به شکل‌گیری رفتارهای فردی به وسیله ساختارها توجه دارد. در این نظریه تفکیک جنسی نقش‌ها توسط پارسونز مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین شلسکی براساس این نظریه، در پی کشف عوامل قوام بخش مناسبات خانوادگی است. به اعتقاد او هر اندازه که در خانواده بقایای کارکردهای نهادی بیشتر باقی مانده باشد، خانواده ثبات بیشتری داشته و هر اندازه که این بقایای کارکردی در خانواده از طرف اعضای خانواده بیشتر درونی گردد، انعطاف‌پذیری بیشتر است. براین اساس او معتقد است، اشتغال زنان بیرون از خانه، موجودیت خانواده را هم که زیر بنای معنوی خانواده را به وجود می‌آورد مورد تهدید قرار می‌دهد. همچنین آلن کار معتقد است که در یک خانواده سالم، سلسله مراتب قدرت بین نسلی لازم و البته انعطاف‌پذیری، امری اجتناب‌ناپذیر است (اعزازی، ۱۳۸۲).

یکی دیگر از نظریات مرتبط با موضوع خانواده، نظریه مرتون و خرده فرهنگ‌هاست. براساس این دیدگاه، تعادل خانواده با تعادل نظام اجتماعی و اقتصادی رابطه‌ای مستقیم دارد. از نظر مرتون یکی از مسائلی که به جرم و کجروی می‌انجامد، فاصله‌ی بین انتظارات و موقعیت‌هاست. نابسامانی‌های اجتماعی و فرهنگی راه را برای رشد خانواده و سلامت آن می‌بندد و به عکس، آرامش و سلامت جامعه زمینه رشد خانواده و سلامت آن را تأمین می‌کند. به عقیده او، دولتی شدن بعضی از کارکردهای خانواده و همچنین رشد بی‌رویه بعضی از نهادها از جمله مهدکودک‌ها و یا توسعه رسانه‌های جمعی، متغیرهایی هستند که سلامت خانواده را مورد تهدید قرار می‌دهند و مسائلی از جمله اعتیاد، طلاق و خشونت را به همراه دارند (زارعان، ۱۳۹۱: ۸۲).

از دیگر نظریات مهم در این زمینه، نظریه سیستمی است. براساس این دیدگاه، خانواده بعنوان ماشینی در نظر گرفته می‌شود که دارای مجموعه‌ای به هم پیوسته از عناصر است که با همدیگر یک کل هماهنگ را تشکیل می‌دهند. خانواده سالم همچون اتومبیل سالم عمل می‌کند. در واقع خانواده سالم، مجموعه‌ای است که در آن همه‌ی اعضا موفق هستند و مناسبات میان افراد، روال طبیعی و موفق دارد. اعضای خانواده می‌توانند از قدرت‌های انسانی خود استفاده کرده و از این قدرت در جهت مشارکت و تعاون، تفرد و ارضای نیازهای فردی و جمعی بهره ببرند. براساس این دیدگاه در خانواده سالم، زمینه برای رشد و بقای افراد فراهم است. خانواده

مکانی است برای برآورده کردن نیازهای احساسی و عاطفی که از جمله‌ی این نیازها، می‌توان به تعادل میان استقلال و وابستگی اشاره کرد. در این خانواده با تربیت صحیح، رشد و اعتلای همه اعضا تأمین می‌شود و عزت نفس بالا می‌رود. این خانواده واحدی مهم در اجتماع است و برای جامعه حائز کمال اهمیت است (براد شاو، ۱۳۸۶).

براساس نظریه شبکه خانواده (خویشاوندی)، روابط خانوادگی و خویشاوندی تأثیر زیادی بر سلامت خانواده دارد. روابط خویشاوندی دارای کارکردهای بسیاری است که این کارکردها سلامت خانواده را تضمین می‌کند. حمایت‌هایی که از طرف خویشاوندان صورت می‌گیرد و انتقال هنجارها بخشی از این کارکردهاست (زارعان، ۱۳۹۱: ۸۷). در نهایت براساس نظریه اکولوژی، روابط خانوادگی با محیط بیرونی درارتباط کامل است. محیط امن و مناسب می‌تواند به رشد و سلامت خانواده کمک کند و برعکس محیط ناامن و نامناسب زمینه‌ای برای تخریب خانواده محسوب می‌شود (همان: ۷۲).

بنابراین، براساس نظریات مطرح شده می‌توان گفت یکی از عوامل بسیار مؤثر بر سلامت خانواده، ساختار قدرت درون خانواده است که در نظریات گوناگون به‌ویژه مکتب کارکردگرایی ساختاری و نظریه گیلدنز بطور مستقیم از آن صحبت شده است و اشاره می‌کند که هرچه محیط خانواده و روابط بین اعضا دموکراتیک‌تر باشد خانواده از سلامت بیشتری برخوردار است. عامل دیگری که بر سلامت خانواده تأثیر گذار است، الگوهای ارتباطی با خویشاوندان است که از نظریات شبکه خویشاوندی و نظریه کنش متقابل نمادین و تبادل اجتماعی بهره گرفته است. در مقاله‌ی حاضر، این متغیر به عنوان یکی از متغیرهای بسیار مهم در تأمین سلامت خانواده شناخته می‌شود. همچنین عامل محیط اجتماعی نیز که از نظریه اکولوژی و نظریه مرتون کمک می‌گیرد به عنوان یکی از عوامل مؤثر در سلامت خانواده انتخاب شده است. در این مقاله سعی بر آن است که در چارچوب نظری پژوهش، هم به سابقه شخصیتی زوجین توجه کافی شود و هم به الگوهای ارتباطی درون و بیرون از خانواده.

بنابراین مقاله‌ی حاضر با بهره‌مندی از نظریه سیستمی براد شاو و مک گراو و تلفیق آن با نظریه اکولوژی و ارتباطات خویشاوندی، کنش متقابل نمادین، یادگیری و نظریه تبادل اجتماعی تنظیم شده و به دنبال آن است که عوامل مؤثر بر سلامت خانواده را مورد آزمون تجربی قرار داده و میزان تأثیر هر یک را مشخص کند.

پیشینه تحقیق

شومیکر^۱ (۱۹۹۳) پژوهشی در مورد سلامت عاطفی خانواده و رابطه‌ی آن با سازگاری زناشویی آینده کودکان آن خانواده، روی ۲۰ زن و شوهری که برای ارتباط درمانی مراجعه کرده بودند انجام داد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد: الف) همبستگی متوسطی بین سلامت عاطفی خانواده و سازگاری زناشویی فرزندان در آینده وجود دارد. در میان نمونه‌ها آن‌ها که از خانواده‌هایی با درجه سلامت عاطفی بالاتری بودند میزان سازگاری زناشویی بیشتری را در آینده گزارش دادند. ب) رابطه معنادار متوسطی بین سلامت عاطفی خانواده و سازگاری زناشویی دختران خانواده وجود دارد. دخترانی که در خانواده‌هایی با درجات بالاتر سلامت عاطفی رشد کرده بودند، درجات سازگاری زناشویی بالاتری را در آینده گزارش دادند. براساس پژوهش شومیکر می‌توان این گونه بیان کرد، چنانچه روابط زناشویی رابطه‌ای سست باشد، پایه‌های لازم برای موفقیت آمیز بودن و مطلوب بودن عملکرد خانواده، لرزان و یا حداقل ضعیف خواهد بود. برای زوجی که با یکدیگر سازگار نیستند، مشکل است که والدین خوبی باشند. بنابراین کیفیت روابط زناشویی مسأله‌ای مهم در ارزیابی عملکرد خانواده است. روابط زناشویی باید براساس اطمینان و احترام متقابل باشد که در این امر، عوامل عاشقانه و صمیمیت نیز دخالت دارند. علاوه بر این، رابطه زناشویی همسران با کفایت می‌تواند تعارضات بوجود آمده در خانواده را به موقع حل کند.

فنل^۲ (۱۹۹۳) به نقل از روزن گراندون^۳، (۲۰۰۴) در یک مطالعه‌ی طولی، به بررسی مؤلفه‌های رضایت زناشویی در ازدواج‌های موفق و طولانی، به مدت ۱۰ سال پرداخته است. وی در نتایج پژوهش خود به ۱۰ مؤلفه‌ی تأثیر گذار اشاره می‌کند که به ترتیب از مهم‌ترین تا کم اهمیت‌ترین عبارتند از: ۱- تعهد به روابط زناشویی در طول زندگی، ۲- وفادار ماندن به همسر، ۳- ارزش‌های اخلاقی حاکم، ۴- احترام به همسر، ۵- وفاداری جنسی، ۶- والد خوب بودن، ۷- داشتن ارزش‌های مذهبی، ۸- حمایت و لذت دو طرفه، ۹- هماهنگی و همدلی با همسر، ۱۰- توانایی عفو و بخشش و مورد بخشش واقع شدن.

1- Shomiker

2- Fenell

3- Rosen-Granden

نتایج حاصل از مطالعه عنایت و موحد (۱۳۸۳) با عنوان «زنان و تحولات ساختاری خانواده در عصر جهانی شدن»، بیانگر آن است که خانواده در عصر جهانی شدن به حیات خود ادامه خواهد داد و از بین نخواهد رفت، اما دگرگونی‌هایی در الگوهای خانواده و روابط حاکم بر آن ایجاد خواهد شد. مردم شکل‌های جدید و متنوع‌تری از روابط خانوادگی را تجربه خواهند کرد. ساخت قدرت در خانواده تغییر می‌کند و ساختار پدر سالاری در جوامع در معرض تهدید قرار می‌گیرد و خانواده دیگر خانواده هسته‌ای سستی نخواهد بود. علاوه بر آن، افزایش میزان آگاهی، مشارکت اجتماعی، اشتغال و تحصیلات زنان، جایگاه و موقعیت آنان را در خانواده و اجتماع دگرگون می‌کند. همچنین رسانه‌های ارتباطی ملی و فراملی تأثیرات متعددی را بر خانواده تحمیل کرده‌اند. جهانی شدن در عین حال که فرصت‌هایی را برای از بین بردن پدرسالاری و افزایش حقوق زنان ایجاد کرده، در مقابل، چالش‌هایی در زمینه هویت و ساختار روابط خانوادگی پیش روی جوامع قرار داده است.

پرویزی و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیقی با عنوان «تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان زنجان» به تبیین دیدگاه‌های نوجوانان زنجان پیرامون خانواده سالم می‌پردازد. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا انجام شده و ۲۷ نوجوان زنجان ۱۰ تا ۱۹ ساله با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بررسی شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که نقش خانواده، در محورهای ارتباط در خانواده، خانواده سالم، محدودیت، امکانات و باور مذهبی مورد تأکید نوجوانان بوده است. نوجوانان بر اهمیت درک شدن توسط والدین و ضرورت ارتباط صمیمی بین والدین-فرزندان، تحمل خطای فرزندان، باورهای مذهبی و محدود نبودن در خانواده به عنوان ویژگی‌های خانواده سالم اشاره کرده‌اند. بر اساس این مطالعه، خانواده سالم در نقش سلامت نوجوانان نقش اساسی دارد و عامل زیربنایی در سلامت آینده محسوب شده که نیازمند راه کارهایی برای اصلاحات اجتماعی و فرهنگی است. سیاستگذاران اجتماعی با درک دیدگاه‌های نوجوانان می‌توانند برنامه‌هایی واقعی برای تسهیل عوامل خانوادگی بهداشتی و تأمین سلامت آن‌ها داشته باشند.

یافته‌های پژوهش عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده» نشان داد که رابطه معناداری بین متغیرهای سن، جنس، درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، بعد خانوار، سرمایه اجتماعی، جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس با کیفیت سلامت روانی خانواده وجود دارد. بر اساس نتایج معادله رگرسیون چند متغیره، از بین کل متغیرهای مورد بررسی، متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، سرمایه اجتماعی، سن

پاسخگویان، عزت نفس، درآمد خانواده و میزان تحصیلات حدود ۳۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. براساس مدل تحلیل مسیر، جهت‌گیری مذهبی بالاترین تأثیر را بر متغیر وابسته داشته است.

مقصودی و همکاران (۱۳۹۰) نیز، در تحقیق خود نشان داده‌اند که هرچه زنان وشوهران تعاملات، اعتماد، صداقت، صمیمیت، تعهد و همکاری و انتقادپذیری بیشتری نسبت به هم داشته باشند از سلامت خانواده بیشتری برخوردارند.

زارعان (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان «سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن»، سلامت خانواده را به کمک برخی از متغیرهای مربوط از جمله وضعیت سلامت خانواده جهت یاب زوجین، همسانی سرمایه اقتصادی خانواده‌های جهت یاب زوجین، همسانی سرمایه فرهنگی خانواده‌های جهت یاب زوجین، روابط خویشاوندی و محیط اجتماعی خانواده تبیین کرده است. این پژوهش به روش پیمایشی انجام شده و جامعه آماری آن خانواده‌های تهرانی بودند که حداقل ۵ سال از زندگی مشترک آن‌ها گذشته و لااقل دارای یک فرزند باشند. تعداد نمونه ۴۰۰ خانواده از مناطق ۲۲ گانه تهران (نمونه‌گیری تصادفی) انتخاب شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد که قوی‌ترین رابطه سلامت خانواده با متغیر سلامت خانواده جهت‌یاب است. متغیرهای همسانی اقتصادی و همسانی فرهنگی خانواده جهت‌یاب و همچنین متغیر محیط اجتماعی، رابطه معناداری با سلامت خانواده نشان ندادند.

بطور کلی، تعداد تحقیقات انجام شده با موضوع خانواده و آسیب‌های وارد بر آن بسیار است؛ اما احساس می‌شود که معرفی خانواده سالم و ویژگی‌های آن بحث بسیار مهمی است که سایر مباحث مطروحه در مورد خانواده باید مبتنی بر آن باشد. با بررسی‌ها و گشت و گذارهای بسیاری که در لابلای نوشته‌ها و مقالات و کتب انجام دادیم، تحقیقاتی که به طور مستقیم و اقناع‌کننده به این موضوع (عوامل مؤثر بر سلامت خانواده) پرداخته باشد، یافت نشد. البته درباره‌ی ویژگی‌های خانواده سالم به صورت مستقیم و غیرمستقیم، پیشینه‌هایی را بدست آوردیم؛ به استثنای مطالعه زارعان (۱۳۹۱) که بطور مستقیم به سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن پرداخته است سایر مطالعات و تحقیقاتی که با آن روبرو شدیم، در حوزه عوامل مؤثر بر سلامت پزشکی خانواده‌ها یا مطالعاتی بود که بیشتر بر خانواده‌های دارای فرزندان معلول انجام شده بود.

روش تحقیق و داده‌ها

در تحقیق حاضر با توجه به اینکه هدف، سنجش عوامل مؤثر بر میزان سلامت خانواده است، از روش پیمایش استفاده شده و جمعیت آماری آن را کلیه شهروندان ساکن در شهرهای یزد و تهران در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد، حجم نمونه ۳۸۵ نفر مشخص گردید. از آن جایی که هدف مقایسه دو شهر بود، ۲۰۰ نفر از مناطق سه گانه شهر یزد و ۲۰۰ نفر از سه منطقه شهر تهران انتخاب شدند.

در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که ابتدا سه منطقه شهرداری یزد و سه منطقه ۱۸، ۳ و ۲۱ شهرداری تهران به‌عنوان خوشه‌های اصلی در نظر گرفته شد و در مرحله‌ی بعد خیابان‌ها و میادین اصلی هر منطقه از شهرداری در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شد و در مرحله‌ی آخر به روش تصادفی، پاسخگویان مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه بوده است. پرسشنامه پس از احراز اعتبار و پایایی آن در مراحل مقدماتی تحقیق، برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در مرحله نهایی مورد استفاده قرار گرفت. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. در سطح توصیفی نیز از جداول یک بعدی، فراوانی، درصدستونی، انحراف معیار و ترسیم نمودار و در سطح استنباطی نیز برای آزمون فرضیات از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی، تحلیل واریانس و رگرسیون چندگانه استفاده شده است. همچنین، این مطالعه به لحاظ ماهیت، کاربردی، به لحاظ معیار زمان، مقطعی و به لحاظ معیار وسعت پهنانگر است.

تعریف متغیرها

نابسامانی خانواده جهت یاب: خانواده پدر مادری و نوع رابطه‌ای که پدر و مادر خانواده باهم داشته‌اند و همینچنین نوع برخورد آن‌ها باهم بر روی تفکرات و ساختن زندگی مشترک فرزندان‌شان بی‌شک تأثیرگذار است. مطالعات نشان می‌دهد اکثر خانواده‌هایی که درگیر طلاق، اعتیاد و بی‌سامانی شده‌اند، در خانواده‌ی گذشته خود تجربه چنین مسائلی را داشته‌اند. نکته اینجاست که خوب و بد، درست و غلط، و طرز رفتار و برخورد خانواده‌ی قبلی بطور

اعم و والدین به طور اخص بر ما تأثیرگذار است. نتایج مطالعات صورت گرفته حاکی از آن است که رویدادهای ناگوار دوران کودکی، چه آن‌ها را به خاطر داشته باشیم و چه نداشته باشیم، می‌توانند تأثیرات مادام‌العمر بر جای گذارند (مک گراو، ۱۳۹۲: ۱۲۰).

برخی سؤالات مرتبط با وضعیت سلامت خانواده جهت یاب: ۱- پدرم معمولاً در خانه با نگاه‌های محبت آمیز به مادرم نگاه می‌کند. ۲- در خانواده‌ام، اعضای خانواده احترام همدیگر را حفظ نمی‌کنند. ۳- اعضای خانواده‌ام، خود را مسئول انتخاب‌ها، تصمیمات و اعمال خود نمی‌دانستند.

ساختار قدرت در خانواده: به عنوان یکی از متغیرهای مستقل مورد مطالعه در این تحقیق است که برای سنجش آن از ابزار به کار رفته توسط جاراللهی (۱۳۷۵) صبوری خسروشاهی (۱۳۸۲) ساروخانی (۱۳۸۴)، عنایت (۱۳۸۸) که البته با حذف تعدادی از گویه‌ها استفاده شده است. آن‌ها جهت سنجش ساختار قدرت، سه بُعد زیر را مورد توجه قرار داده‌اند، که در هر بعد تعدادی گویه در اختیار پاسخ‌گویان قرار می‌گیرد و پاسخ‌ها در پنج گزینه تعیین شده‌اند که نشانگر قدرت تصمیم‌گیری بیشتر زنان یا مردان و یا تصمیم‌گیری مشارکتی زن و مرد با یکدیگر است. در واقع در این تحقیق به دنبال آن هستیم تا میزان یا سطح دموکراتیک بودن خانواده‌ها را مورد سنجش قرار دهیم. بنابراین در کدگذاری مجدد، گویه‌ها را در سه گزینه تقسیم‌بندی کردیم و سپس برای سنجش ساختار قدرت در خانواده، کل گویه‌های مربوط به سه بُعد با یکدیگر جمع زده شد و نمره هریک از پاسخ‌گویان تعیین شد که نمره بالا نشانگر بالابون سطح دموکراتیک بودن خانواده و نمره پایین، سطح پایین دموکراتیک بودن خانواده را نشان می‌دهد.

شبکه روابط خویشاوندی (ارتباطات خویشاوندی): به عنوان یکی از متغیرهای مستقل پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته شد که انتظار می‌رود تأثیر معناداری بر سلامت خانواده داشته باشد. گویه‌های این متغیر در طیف شش قسمتی (اصلاً، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد)، ارزش‌گذاری شد که از ۱ تا ۶ امتیاز به آن اختصاص داده شد. مجموع امتیازات پاسخگو، میزان ارتباط با خویشاوندان را مشخص می‌کند. حداقل امتیاز پاسخگو ۶ و حداکثر ۳۶ خواهد بود.

برخی از سؤالات مرتبط با شبکه‌ی روابط خویشاوندی: ۱- چقدر با خانواده خود در رفت

سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن ۱۷۵

و آمد هستید؟ ۲- چقدر با خانواده همسران در رفت و آمد هستید؟ ۳- تا چه اندازه با بستگان در دلد و هم صحبتی می‌کنید؟

سلامت خانواده: متغیر سلامت خانواده به عنوان متغیر وابسته مورد مطالعه تحقیق حاضر قرار گرفته است و ۶ مؤلفه برای آن در نظر گرفته شده است، شامل: ۱- صمیمیت و همدلی، ۲- استقلال، ۳- رضایت‌مندی، ۴- تأمین نیازهای اعضای خانواده، ۵- انسجام خانواده، ۶- حاکمیت ارزش‌های اخلاقی - اسلامی.

جدول ۱: ضرایب پایایی، تعداد گویه و سطح سنجش متغیرهای اصلی تحقیق

دامنه تغییرات	سطح سنجش	ضریب پایایی (آلفای کرونباخ)	تعداد گویه	شاخص	دامنه تغییرات	سطح سنجش	ضریب پایایی (آلفای کرونباخ)	تعداد گویه	شاخص
۶-۳۰	ترتیبی	۰,۷۱	۶	بعد ارزش‌های اخلاقی - اسلامی	-	ترتیبی	۰,۹۳	۴۴	سلامت خانواده (شاخص کل)
۰-۳۰	ترتیبی	۰,۶۴	۶	رسانه‌های جمعی	۵-۲۵	ترتیبی	۰,۶۲	۵	بعد صمیمیت و همدلی
۸-۴۰	ترتیبی	۰,۷۱	۸	محیط اجتماعی	۶-۳۰	ترتیبی	۰,۷۶	۶	بعد استقلال اعضای خانواده
۱۶-۸۰	ترتیبی	۰,۸۴	۱۶	نابسامانی خانوادگی جهت یاب	۱۰-۶۰	ترتیبی	۰,۷۷	۱۰	بعد رضایت‌مندی
۸-۴۰	ترتیبی	۰,۸۰	۱۷	ساختار قدرت در خانواده	۷-۴۲	ترتیبی	۰,۸۲	۷	بعد تأمین نیاز اعضای خانواده
۵-۳۰	ترتیبی	۰,۷۰	۵	ارتباط با خویشاوندان	۱۰-۶۰	ترتیبی	۰,۷۸	۱۰	بعد انسجام خانواده

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی‌های پژوهش حاضر در جدول ۲ و ۳ نشان داده شده است. در این تحقیق، نیمی از پاسخگویان مرد و نیمی را زن تشکیل داده‌اند. اکثر زنان خانواده‌های مورد بررسی، خانه‌دار و پاسخگویان در فاصله سنی بین ۲۹ تا ۴۱ سال هستند.

جدول ۲: توصیف متغیرهای مستقل تحقیق

میزان استفاده از رسانه‌های جمعی		درصد	تعداد فرزندان		درصد	فاصله سنی همسران	
۲۶	تهران	کم	۲۵,۵	تهران	بدون فرزند	۷۳	تهران
	یزد		۱۶	یزد		۶۵	یزد
۵۲	تهران	متوسط	۲۵	تهران	یک فرزند	۱۵,۵	تهران
	یزد		۲۴,۵	یزد			
۲۲	تهران	زیاد	۲۷,۵	تهران	دو فرزند	۲۶	یزد
	یزد		۳۷,۵	یزد			
۶	تهران	زیاد	۱۸,۷۵	تهران	سه فرزند و بیشتر	۱۱,۵	تهران
	یزد		۱۹	یزد			
محیط اجتماعی		درصد	میزان درآمد خانواده		درصد	میزان تحصیلات پاسخگو	
۴	تهران	سطح پایین	۳۵,۵	تهران	۵۰۰ تا یک میلیون	۱۳	تهران
	یزد		۴۳	یزد		۱۸,۵	یزد
۶۶,۵	تهران	سطح متوسط	۲۲	تهران	یک تا یک و نیم میلیون	۳۲	تهران
	یزد		۳۵	یزد		۴۱,۵	یزد
۲۹,۵	تهران	سطح بالا	۱۰,۵	تهران	یک و نیم تا دو میلیون	۴۲,۵	تهران
	یزد		۱۲,۵	یزد		۲۹,۵	یزد
۳۷	تهران	سطح بالا	۳۲	تهران	بیشتر از دو میلیون	۱۲,۵	تهران
	یزد		۹,۵	یزد		۱۰,۵	یزد
شبکه روابط خویشاوندی		درصد	ساختار قدرت در خانواده		درصد	نابسامانی خانواده‌های زوجین	
۷	تهران	کم	۱۴,۵	تهران	دموکراتیک در سطح ضعیف	۴۴	تهران
	یزد		۴	یزد		۵۸	یزد
۴۲,۵	تهران	متوسط	۴۵	تهران	دموکراتیک در سطح متوسط	۴۱,۵	تهران
	یزد		۳۰	یزد		۳۳,۵	یزد
۵۰,۵	تهران	زیاد	۴۰,۵	تهران	دموکراتیک در سطح بالا	۱۴,۵	تهران
	یزد		۶۶	یزد		۸,۵	یزد

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید به لحاظ وضعیت تفاوت سنی با همسر در بین پاسخگویان، در شهر تهران، ۷۳ درصد ۲ سال و کمتر، ۱۵/۵ درصد ۳ تا ۷ سال و ۱۱/۵ درصد ۸ سال و بیشتر و در شهر یزد، ۶۵ درصد ۲ سال و کمتر، ۲۶ درصد ۳ تا ۷ سال و ۹ درصد ۸ سال و بیشتر، با همسرانشان تفاوت سنی دارند. بطور کلی اکثریت پاسخگویان در هر دو شهر، ۲ سال و کمتر با همسرانشان تفاوت سنی دارند.

به لحاظ وضعیت اشتغال، در شهر تهران، ۶۱،۵ درصد زنان خانه‌دار و ۳۸،۵ درصد زنان شاغل هستند؛ همچنین در شهر یزد، ۶۳،۵ درصد زنان خانه‌دار و ۳۶،۵ درصد زنان شاغل‌اند. در نتیجه به لحاظ وضعیت اشتغال زنان، هر دو شهر مورد مطالعه اکثریت زنان خانواده، خانه‌دار هستند. از نظر وضعیت تحصیلات پاسخگویان، در شهر تهران، به ترتیب ۱۳ درصد راهنمایی و کمتر، ۳۲ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۴۲/۵ درصد لیسانس و ۱۴ درصد فوق لیسانس و بالاتر؛ و در شهر یزد، ۱۸/۵ درصد راهنمایی و کمتر، ۴۱/۵ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۲۹/۵ درصد لیسانس و ۱۰/۵ درصد فوق لیسانس و بالاتر هستند. در مجموع یافته‌ها حاکی از آن است که پاسخگویان تهرانی در سطوح تحصیلی بالاتری نسبت به پاسخگویان یزدی قرار دارند.

از نظر وضعیت میزان درآمد ماهیانه خانواده، در شهر تهران، اکثریت پاسخگویان در سطح درآمدی دو میلیون و بیشتر (۳۲ درصد) و اقلیت در سطح کمتر از ۵۰۰ هزار تومان (۷ درصد) و در شهر یزد، اکثریت پاسخگویان در سطوح درآمدی ۵۰۰ تا یک میلیون (۳۶ درصد) و یک تا یک و نیم میلیون (۳۵ درصد) و اقلیت در سطح کمتر از ۵۰۰ هزار تومان (۷ درصد) و بیشتر از دو میلیون تومان (۹/۵ درصد) قرار دارند. در مجموع یافته‌ها حاکی از آن است که خانواده‌های تهرانی به لحاظ درآمدی در سطوح بالاتری نسبت به خانواده‌های یزدی قرار گرفته‌اند.

به لحاظ بُعد خانواده و تعداد فرزندان، در شهر تهران، اکثریت خانواده‌ها به ترتیب دوفرزندی (۲۷/۵ درصد)، بدون فرزند (۲۵/۵ درصد) و تک فرزندی (۲۴/۵ درصد) و در شهر یزد، اکثریت خانواده‌ها دوفرزندی (۳۷/۵ درصد) هستند. در مجموع در هر دو شهر، خانواده‌ها، اکثریت دوفرزندی (۳۲،۵ درصد) و اقلیت، ۴ الی ۵ فرزند (۴ درصد) و شش فرزند به بالا (۲ درصد) هستند. در حقیقت به لحاظ بعد خانوار، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو شهر دیده نشد.

به لحاظ مدت زمان زندگی مشترک زوجین، در شهر تهران، اکثریت خانواده‌ها، به ترتیب ۶ تا ۱۰ سال (۲۲/۵ درصد)، ۲ تا ۵ سال (۲۰/۵ درصد) و ۲۱ سال و بیشتر (۲۰ درصد)؛ و در شهر

یزد اکثریت خانواده‌ها ۱۱ تا ۱۵ سال (۲۵/۵ درصد) از زندگی مشترکشان می‌گذرد. اما در مجموع با توجه به متغیر مدت زمان زندگی مشترک، در نمونه‌ی مورد مطالعه، خانواده‌های تهرانی نسبت به خانواده‌های یزدی، جوان‌تر هستند، اما این تفاوت چندان قابل توجه نیست.

به لحاظ میزان استفاده از رسانه‌های جمعی، در شهر تهران، ۲۵ درصد استفاده کم، ۵۲ درصد استفاده متوسط و ۲۲ درصد استفاده بالا؛ و در شهر یزد، ۴۹ درصد استفاده کم، ۴۵ درصد استفاده متوسط و ۶ درصد استفاده زیاد دارند. بطور کلی آمارها نشان می‌دهد پاسخگویان تهرانی نسبت به پاسخگویان یزدی، میزان استفاده بیشتری از رسانه‌های جمعی دارند که این تفاوت در استفاده از رسانه‌ها بین دو شهر قابل توجه است.

به لحاظ سطح میزان مطلوبیت محیط اجتماعی، پاسخگویان در شهر تهران، ۴ درصد سطح پایین، ۶۶٫۵ درصد سطح متوسط و ۲۹٫۵ درصد سطح بالا؛ و در شهر یزد، ۵ درصد سطح پایین، ۵۶ درصد متوسط و ۳۷ درصد سطح بالا را ارزیابی کرده‌اند. بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهد به لحاظ وضعیت محیط اجتماعی، پاسخگویان در هر دو شهر، محیط اجتماعی خود را مطلوب ارزیابی می‌کنند و به لحاظ متغیر محیط اجتماعی تفاوتی بین دو شهر مشاهده نمی‌شود.

به لحاظ وضعیت نابسامانی خانواده جهت‌یاب، اکثریت پاسخگویان در شهر تهران، گزینه متوسط (۴۱/۵ درصد) و اقلیت، گزینه خیلی زیاد (۱/۵ درصد)؛ و در شهر یزد، اکثریت، گزینه خیلی کم (۴۳ درصد) و اقلیت، گزینه خیلی زیاد (۰/۵ درصد) را انتخاب کرده‌اند. در مجموع، نتایج حاکی از آن است که خانواده‌های پاسخگو، میزان نابسامانی خانواده جهت‌یاب خود را متوسط به پایین گزارش کرده‌اند که البته این میزان در بین خانواده‌های یزدی نسبت به خانواده‌های تهرانی، کمتر است. بر حسب ساختار قدرت در خانواده یا سطح دموکراتیک بودن قدرت در خانواده، اکثریت پاسخگویان تهرانی، گزینه متوسط (۴۵ درصد) و سپس گزینه بالا (۴۰/۵ درصد)؛ و پاسخگویان یزدی، گزینه بالا (۶۶ درصد) را انتخاب کرده‌اند. در نتیجه، یافته‌ها حاکی از آن است که میزان دموکراتیک بودن خانواده در هر دو شهر، متوسط به بالا ارزیابی شده، ولی این میزان در بین خانواده‌های شهر یزد بالاتر از خانواده‌های تهرانی گزارش شده است.

به لحاظ میزان ارتباط با خویشاوندان، در شهر تهران، ۷ درصد کم، ۴۲٫۵ درصد متوسط و ۵۰٫۵ درصد بالا؛ و در شهر یزد، ۵ درصد کم، ۴۰٫۵ درصد متوسط و ۵۴٫۵ درصد ارتباط زیاد عنوان کرده‌اند که بر این اساس در مجموع اکثریت پاسخگویان در هر دو شهر مورد مطالعه، از

۱۷۹ سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن

لحاظ میزان ارتباط با خویشاوندان در سطح متوسط به بالا هستند که این میزان در شهر یزد تنها ۴ درصد بیشتر است.

بر حسب میزان و سطح سلامت خانواده به عنوان متغیر وابسته و اصلی پژوهش حاضر، در شهر تهران، ۲۵,۵ درصد پایین، ۴۸ درصد متوسط و ۲۶,۵ درصد بالا؛ و در شهر یزد، ۱۸,۵ درصد پایین، ۵۷ درصد متوسط و ۲۴,۵ درصد بالا گزارش کرده‌اند. در مجموع هر دو شهر، میزان سلامت خانواده متوسطی را نشان می‌دهند که البته این میزان به نسبت کمی در بین خانواده‌های یزدی بالاتر از خانواده‌های تهرانی است.

جدول ۳: توزیع فراوانی ابعاد شش‌گانه سلامت خانواده به تفکیک یزد و تهران

نام شهر	ابعاد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
تهران	صمیمیت و همدلی	۱۸,۱۰	۴,۰۹۲	۱۰	۲۵
	استقلال اعضای خانواده	۲۲,۱۱	۳,۸۶۰	۱۴	۳۰
	رضایت مندی	۳۵,۴۰	۶,۶۴۳	۲۴	۵۷
	تأمین نیاز اعضای خانواده	۲۵,۶۰	۵,۵۳۳	۱۶	۳۵
	انسجام خانواده	۳۴,۹۳	۶,۱۷۵	۲۲	۵۰
	حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی	۲۲,۴۵	۳,۹۹۰	۱۴	۳۰
	سلامت خانواده (شاخص کل)	۱۵۸,۴۸	۲۵,۰۰۲	۱۰۶	۲۰۳
یزد	صمیمیت و همدلی	۱۸,۸۴	۳,۹۲۴	۷	۴۴
	استقلال اعضای خانواده	۲۲,۱۵	۳,۴۰۸	۱۰	۳۰
	رضایت مندی	۳۶,۱۷	۵,۹۰۷	۲۳	۴۹
	تأمین نیاز اعضای خانواده	۲۶,۶۰	۴,۵۷۳	۱۴	۳۵
	انسجام خانواده	۳۴,۶۵	۵,۶۲۶	۱۸	۵۰
	حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی	۲۴,۳۴	۳,۷۵۷	۱۲	۳۰
	سلامت خانواده (شاخص کل)	۱۶۳,۰۱	۲۰,۷۵۹	۱۱۹	۲۱۵

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سلامت خانواده در پژوهش حاضر مشتمل بر ۶ بعد (شامل صمیمیت و همدلی - استقلال - رضایت مندی - تأمین نیازهای اعضای خانواده - انسجام خانواده - حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی) است، که از این میان در هر دو شهر یزد و تهران

به ترتیب، بعد رضایت‌مندی (تهران ۳۵,۴۰ و یزد ۳۶,۱۷ درصد) و بعد انسجام خانواده (تهران ۳۴,۹۳ و یزد ۳۴,۶۵) بالاترین میانگین و بعد صمیمیت و همدلی (تهران ۱۸,۱۰ و یزد ۱۸,۸۴) کمترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند. میانگین شاخص کلی سلامت خانواده با توجه به کمترین و بیشترین مقدار در شهر تهران که ۱۰۶ و ۲۰۳ بوده، ۱۵۸,۴۸ است و در شهر یزد نیز با توجه به کمترین و بیشترین مقدار که ۱۱۹ و ۲۱۵ بوده، ۱۶۳,۰۱ است که در مجموع نشان از سلامت خانواده متوسط پاسخگویان در هر دو شهر دارد؛ با این تفاوت که میانگین سلامت خانواده پاسخگویان در شهر یزد بالاتر از شهر تهران گزارش شده است. علاوه بر اینها در دو شهر مورد مطالعه، همه ابعاد سلامت خانواده با یکدیگر در همبستگی معنادار در سطح بالا و قوی هستند.

جدول ۴. یافته‌های تبیینی (ضرایب همبستگی و سطح معناداری)

متغیر وابسته	متغیر مستقل	نوع آزمون	شهر	سطح معناداری	ضریب همبستگی / میانگین
سلامت خانواده	مدت زمان زندگی مشترک	پیرسون	تهران	۰,۰۰۴	۰,۲۰۱
			یزد	۰,۹۲۸	۰,۰۰۶
	اشتغال زنان	آزمون تی	تهران	۰,۰۰۶	شاغل: ۱۶۴,۸ خانه‌دار: ۱۵۵
			یزد	۰,۹۹	شاغل: ۱۶۳,۰۴ خانه‌دار: ۱۶۲,۶
	استفاده از وسایل ارتباط جمعی	پیرسون	تهران	۰,۰۰۱	- ۰,۲۵۰
			یزد	۰,۰۱۳	- ۰,۱۷۶
	بعد خانوار (تعداد فرزندان)	پیرسون	تهران	۰,۰۰۰	- ۰,۲۴۷
			یزد	۰,۵۲	- ۰,۰۴۶
	نابسنامانی خانواده جهت یاب	پیرسون	تهران	۰,۰۰۰	- ۰,۴۵۴
			یزد	۰,۰۰۰	- ۰,۴۸۴
	ساختار قدرت در خانواده	پیرسون	تهران	۰,۰۰۰	۰,۶۲۷
			یزد	۰,۰۰۰	۰,۵۸۹
	ارتباطات خویشاوندی	پیرسون	تهران	۰,۰۴	۰,۱۴۶
			یزد	۰,۰۰۴	۰,۲۰۳
	محیط اجتماعی	پیرسون	تهران	۰,۹۹	۰,۰۰۱
			یزد	۰,۱۲	- ۰,۱۱۱
	تحصیلات	پیرسون	تهران	۰,۰۰۰	۰,۴۱۹
			یزد	۰,۰۰۲	۰,۲۲۰
	فاصله سنی همسران	پیرسون	تهران	۰,۰۰۴	- ۰,۲۰۴
			یزد	۰,۰۴۱	۰,۱۴۵

در پاسخ به این سؤال که «سطح سلامت خانواده در شهرهای یزد و تهران تا چه اندازه متفاوت از یکدیگر است؟»، نتایج یافته‌ها نشان داد که این رابطه معنادار و در حقیقت میزان سلامت خانواده در بین افراد مورد مطالعه دو شهر یزد و تهران متفاوت است (با سطح معناداری: ۰,۰۴۸).

در مورد این سؤال که «در هر کدام از شهرهای یزد و تهران، کدام ابعاد و مؤلفه‌های سلامت خانواده تفاوت بیشتری را نشان می‌دهند؟»، نتایج نشان داد که بین ابعاد تأمین نیاز اعضای و حاکمیت ارزش‌های اخلاقی - اسلامی در بین خانواده‌های یزدی و تهرانی تفاوت وجود دارد و این تفاوت در بُعد حاکمیت ارزش‌های اخلاقی - اسلامی، مشهودتر است و تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که خانواده‌های یزدی در تأمین نیاز اعضای خانواده‌ی خود و همچنین حاکمیت ارزش‌های اخلاقی - اسلامی، موفق‌تر از خانواده‌های تهرانی بوده‌اند.

همچنین یافته‌ها بیان می‌دارد در شهر تهران، هرچه از مدت زمان زندگی مشترک می‌گذرد، سطح سلامت خانواده بالاتر رفته و اعضای خانواده به لحاظ صمیمیت، استقلال، تأمین نیازها، رضایت‌مندی و انسجام، تداوم بیشتری می‌یابند. اما یافته‌ها در یزد از عدم وجود همبستگی بین این دو متغیر در بین خانواده‌ها حکایت دارد و نشان می‌دهد که مدت زمان زندگی مشترک تأثیری بر سلامت خانواده و ابعاد مرتبط با آن، یعنی صمیمیت و همدلی و استقلال و ... ندارد. این در حالی است که انتظار می‌رفت هرچه از زمان ازدواج گذشته باشد، خانواده سالم‌تر و موفق‌تری را داشته باشیم.

نتایج در شهر تهران نشان داد زنان شاغل به لحاظ سطح سلامت خانواده در رتبه بالاتری قرار می‌گیرند. همچنین نتایج حاصل از آزمون t برای مقایسه ابعاد سلامت خانواده در بین زنان شاغل و خانه دار پاسخگویان تهرانی، نشان داد که بین وضعیت اشتغال با سه بُعد استقلال اعضای خانواده، رضایت‌مندی و انسجام خانواده تفاوت مشاهده شد. بنابراین، میانگین‌ها حاکی از آن است که زنان شاغل به لحاظ وضعیت سلامت خانواده، استقلال اعضای خانواده، رضایت‌مندی و انسجام خانواده در سطح مطلوب‌تری نسبت به زنان خانه‌دار هستند. اما در شهر یزد وضعیت اشتغال زنان تأثیری بر سلامت خانواده و ابعاد شش‌گانه آن نداشته است.

نتایج تحقیق، رابطه‌ی بین میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی و سلامت خانواده در هر دو شهر در جهت تأیید این فرضیه عمل کرده است. ضریب همبستگی نشان می‌دهد که هرچه میزان استفاده از رسانه‌های جمعی افزایش می‌یابد از میزان سلامت خانواده و همچنین ابعاد آن

کاسته می‌شود. در بین پاسخگویان تهرانی در مقایسه رابطه بین رسانه و ابعاد سلامت خانواده، تنها بُعد رضایت‌مندی تأیید نشد. بدین معنا که میزان استفاده از رسانه، تأثیری بر رضایت‌مندی اعضای خانواده ندارد. همچنین در مقایسه بین سلامت خانواده و انواع رسانه‌ها که از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد، میزان استفاده از روزنامه و مجله تأثیری روی سلامت خانواده نداشته است، اما سایر رسانه‌ها بر سلامت خانواده تأثیر معنادار و معکوسی داشته‌اند. در بین پاسخگویان یزدی، در مقایسه بین میزان استفاده از رسانه‌ها و ابعاد سلامت خانواده، رابطه بین رسانه با تأمین نیاز اعضای خانواده و انسجام خانواده تأیید شد. بدین معنا که هرچه اعضای خانواده استفاده بیشتری از رسانه‌ها می‌کنند بر تأمین نیاز اعضای خانواده و انسجام خانواده اثرات معکوسی خواهد داشت. همچنین در مقایسه رابطه بین انواع رسانه‌ها و سلامت خانواده در بین خانواده‌های یزدی، بین استفاده از اینترنت (۰,۰۰۹) و سلامت خانواده، رابطه معناداری مشاهده شد؛ بدین معنا که هر چه افراد خانواده از اینترنت بیشتر استفاده می‌کنند، سطح سلامت کمتری را در خانواده شاهد هستند که این می‌تواند ناشی از آن باشد که استفاده از رسانه‌هایی چون اینترنت، ماهواره، شبکه‌های مجازی، تلفن همراه و ... به میزان زیاد موجب می‌شود که جو صمیمی و دوستانه خانواده تبدیل به محیطی سرد و بی‌روح شود و اعضای خانواده هر روز از هم دورتر شوند، به دلیل آشنایی با فضاهای مجازی و دور از واقعیت‌های خانوادگی خود، سطح توقعات افراد و به‌ویژه فرزندان بالا رفته و حس عدم رفع نیازها، نارضایتی، عدم همبستگی و ... جایگزین فضای گرم، همدلی، گذشت و مواردی از این دست، در خانواده شود. اما در مجموع با توجه به سطوح معناداری، این ارتباط در تهران (۰,۰۰۱) با ۹۹ درصد اطمینان تبیین شده قوی‌تر از یزد (۰,۰۱۲) است.

با توجه به یافته‌های شهر تهران، بُعد خانوار بر سلامت خانواده و مؤلفه‌های آن تأثیر گذار بوده، اما این اثرگذاری معکوس است. به عبارتی هرچه تعداد اعضای خانواده یا تعداد فرزندان در خانواده بیشتر باشد، پدر و مادر کمتر می‌توانند شرایط سلامت و رضایت‌مندی و تأمین نیاز آن‌ها را برآورده کنند و سلامت خانواده با خطر مواجه می‌شود. همچنین در مقایسه بین تعداد فرزندان و ابعاد شش‌گانه سلامت خانواده در بین پاسخگویان شهر تهران، تنها بین تعداد فرزندان و حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی رابطه‌ای مشاهده نشد. در واقع، تعداد فرزندان و بُعد خانوار بر صمیمیت و همدلی، استقلال، تأمین نیاز، انسجام و رضایت‌مندی اعضای خانواده تأثیرات معکوس داشته و هر چه بُعد خانوار بزرگتر باشد اثرات آن بر سلامت خانواده

و ابعاد آن، به جز بعد حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی، نامطلوب خواهد بود. اما نتایج نشان می‌دهد که در شهر یزد این رابطه معنادار نیست.

رابطه‌ی بین وضعیت نابسامانی خانواده جهت‌یاب (خانواده‌های زوجین) و سلامت خانواده، در بین پاسخگویان هر دو شهر یزد و تهران با سطح معناداری قوی (۰,۰۰۱) تأیید شد. همچنین در رابطه بین نابسامانی خانواده جهت‌یاب و ابعاد سلامت خانواده، تنها در رابطه با استقلال اعضای خانواده در بین پاسخگویان تهرانی این فرض تأیید نشد و این رابطه در شهر یزد هم نسبت به مابقی ابعاد ضعیف‌تر (۰,۰۳۷) گزارش شده است.

رابطه‌ی بین ساختار قدرت (میزان دموکراتیک بودن قدرت در خانواده) و سلامت خانواده، با سطح معناداری بالا (۰,۰۰۱) تأیید شد. همچنین در مقایسه بین ساختار قدرت و ابعاد شش‌گانه سلامت خانواده هم، در بین پاسخگویان هر دو شهر رابطه معناداری قوی بین ساختار قدرت و تمامی ابعاد سلامت خانواده مشاهده شد. بدین معنا که، هر چه خانواده به لحاظ ساختار قدرت دموکراتیک‌تر باشند و تمام اعضای خانواده در تصمیمات و اعمال و انتخاب‌ها مشارکت داشته باشند، به لحاظ سلامت خانوادگی، در سطح بسیار مطلوب‌تری قرار می‌گیرند. همچنین در چنین خانواده‌ای (خانواده دموکراتیک)، افراد به لحاظ روابط عاطفی، صمیمیت و همدلی، استقلال و انسجام به هم نزدیک‌تر هستند و میزان رضایت بیشتری از زندگی و شرایط خود دارند و به راحتی می‌توانند نیازهای خود را برطرف کنند. حتی به لحاظ حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی هم موفق‌تر بوده و همه این‌ها کمک می‌کند تا بتوانند خانواده‌ای سالم و موفق بسازند.

رابطه بین میزان ارتباطات خویشاوندی و سلامت خانواده، در بین پاسخگویان دو شهر یزد و تهران تأیید شد که البته این همبستگی در بین پاسخگویان یزدی قوی‌تر بود. همچنین در مقایسه رابطه بین ارتباطات خویشاوندی و ابعاد سلامت خانواده، در تهران این رابطه با دو بعد رضایت‌مندی و تأمین نیاز اعضای خانواده تأیید شد. اما در یزد تنها با دو بعد تأمین نیاز اعضای خانواده و حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی رد شد. در حقیقت، هر چه خانواده‌ها ارتباط بیشتری با خویشاوندان خود داشته باشند، در تأمین نیازهای خانواده خود با مشکلات کمتری روبرو هستند، همچنین رضایت‌مندی بیشتری از زندگی و شرایط خانوادگی خود دارند. در حالی که در شهر یزد متغیر شبکه خویشاوندی با متغیر تأمین نیاز اعضای خانواده و حاکمیت ارزش‌های اخلاقی-اسلامی همبستگی نداشت، با سایر ابعاد به‌ویژه با ابعاد صمیمیت و همدلی و انسجام خانواده دارای همبستگی معنادار و سطح بالایی بود.

رابطه بین محیط اجتماعی و سلامت خانواده در هر دو شهر رد شد. اما در مقایسه رابطه بین محیط اجتماعی و ابعاد سلامت خانواده، در بین پاسخگویان تهرانی، بررسی‌ها نشان داد که هر چه محیط اجتماعی سالم‌تر و مطلوب‌تر باشد، بین اعضای خانواده حس استقلال بیشتری حاکم خواهد بود؛ در واقع محیط اجتماعی تأثیر زیادی بر استقلال اعضای خانواده دارد. همچنین یافته‌ها در شهر یزد، نشان داد محیط اجتماعی بر تأمین نیاز اعضای خانواده تأثیرگذار است؛ به این معنا که خانواده‌ها با توجه به اینکه در چه محیطی و با چه شرایطی زندگی می‌کنند در تأمین نیازهای پنج‌گانه خود (نیازهای فیزیولوژیکی، نیاز به عشق و تعلق و نیاز جنسی و ...) دارای تفاوت‌اند و هر چه محیط مطلوب‌تر باشد، در شرایط بهتری می‌توانند نیازهای خود را تأمین کنند.

در رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای تحقیق (جنسیت، تفاوت سنی بین همسران، تحصیلات و درآمد) و سلامت خانواده، تفاوت میانگین‌ها نشان از آن دارد که مردان یزدی نسبت به زنان، سلامت خانواده خود را بالاتر ارزیابی می‌کنند؛ اما در شهر تهران این تفاوت دیدگاه بین زنان و مردان دیده نشد. همچنین نتایج نشان داد تحصیلات، یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت خانواده‌ها در هر دو شهر یزد و تهران به شمار می‌رود؛ به این معنا که هر چه افراد به‌ویژه والدین سطح تحصیلات بالاتری داشته باشند، خانواده موفق‌تر و سالم‌تری نیز خواهند داشت، که البته این تأثیر در شهر تهران شدیدتر است و در همه ابعاد سلامت خانواده هم نمود دارد. در بین پاسخگویان یزدی، نتایج نشان داد که تحصیلات، تأثیری بر صمیمیت و همدلی و حاکمیت ارزش‌های اخلاقی - اسلامی در بین خانواده‌ها ندارد.

در هر دو شهر مورد مطالعه، فاصله‌ی سنی همسران بر سلامت خانواده آن‌ها اثرگذار است که این اثرگذاری در شهر تهران با سطح اطمینان ۹۹ درصد، بیشتر است. آنچه در این جا قابل توجه می‌نماید، این است که با توجه به ضرایب همبستگی، در تهران این اثرگذاری منفی و در یزد، مثبت گزارش شده است. به این صورت که در بین خانواده‌های تهرانی، هر چه فاصله سنی بین همسران بیشتر باشد بر سلامت خانواده و ابعاد شش‌گانه آن (به جز بُعد صمیمیت و همدلی و انسجام خانواده) اثر نامطلوب دارد. اما در بین خانواده‌های یزدی، هر چه تفاوت سنی بین همسران مورد مطالعه ما، بیشتر بوده، سلامت خانواده آن‌ها نیز مطلوب‌تر گزارش شده است.

همچنین در بررسی رابطه بین تفاوت سنی همسران و ابعاد سلامت خانواده، تفاوت سنی همسران تنها بر صمیمیت و همدلی و حاکمیت ارزش‌های اخلاقی - اسلامی آن‌ها اثرگذار بوده

که این تأثیر نیز مستقیم و مثبت ارزیابی شده است. البته باید اشاره کنیم که با توجه به سطح معناداری، این معناداری در سطح ۹۵ درصد است و از آن جایی که انتظار می‌رفت در شهر یزد هم این تفاوت سنی همسران بر سلامت خانواده آن‌ها اثر معکوس داشته باشد، اما نتایج نشان می‌دهد اثر مستقیم و مثبت بر سلامت خانواده پاسخگویان داشته و نیازمند آن است که مطالعات دقیق‌تری جهت بررسی رابطه این دو متغیر انجام گیرد.

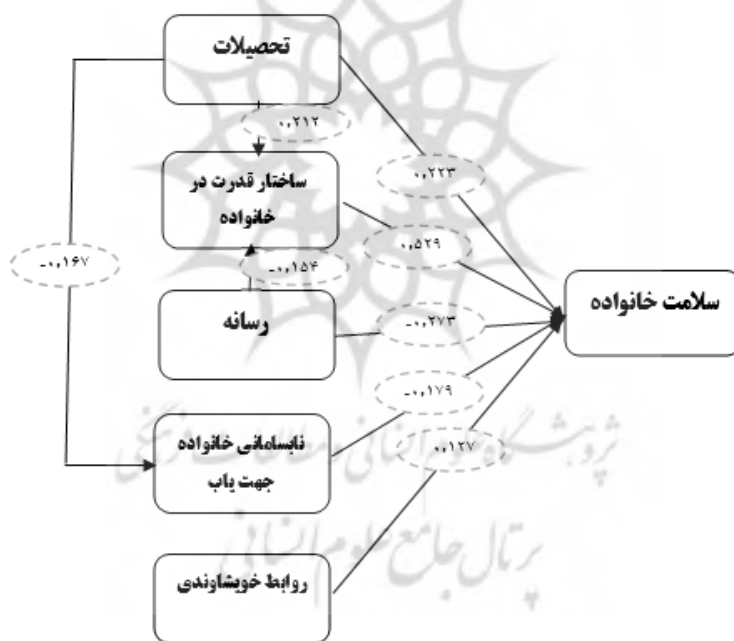
در بررسی رابطه بین درآمد و سلامت خانواده، نتایج نشان می‌دهد که درآمد تأثیر مثبت و مستقیم بر سلامت خانواده هر دو شهر یزد و تهران دارد، بدین معنا که هر چه میزان درآمد افزایش می‌یابد سطح سلامت خانواده نیز سیر صعودی را طی می‌کند. همچنین سطح معناداری نشان می‌دهد که این میزان اثرگذاری در شهر تهران شدیدتر است.

جدول ۵. میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم کل متغیرهای مستقل بر متغیر سلامت خانواده (خانواده‌های تهرانی)

متغیرها	انواع تأثیر	
	مستقیم	غیر مستقیم
ساختار قدرت در خانواده	۰,۵۲۹	-
رسانه‌های جمعی	-۰,۲۷۳	۰,۰۸۱
تحصیلات	۰,۲۲۳	-۰,۲۳۴
نابسامانی خانواده جهت یاب	-۰,۱۷۹	-۰,۲۲۶
روابط خویشاوندی	۰,۱۲۷	-
کل	۰,۵۲۹	-۰,۳۵۴

ضرایب مسیر نشان می‌دهد که از مجموع عوامل مؤثر بر سلامت خانواده، پنج متغیر مستقل، شامل: ساختار قدرت در خانواده با ضریب همبستگی ۰,۵۲۹، رسانه‌های جمعی با ضریب -۰,۲۷۳، تحصیلات با ضریب ۰,۲۲۳، نابسامانی خانواده جهت یاب با ضریب -۰,۱۷۹ و روابط خویشاوندی با ضریب ۰,۱۲۷، به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت خانواده‌های تهرانی داشته است. همچنین ضرایب حاکی از آن است که تأثیر دو متغیر نابسامانی خانواده جهت یاب و میزان استفاده از رسانه‌های جمعی تأثیر منفی و معکوس بر سلامت خانواده داشته است؛ بدین صورت که هر چه میزان استفاده از رسانه‌ها افزایش می‌یابد از میزان سلامت خانواده کم می‌شود، همچنین هر چه والدین در خانواده قبلی خود (خانواده پدر و مادری) به

لحاظ سلامتی در شرایط نامناسب‌تری بوده‌اند، نتوانسته‌اند در خانواده جدید خود، خانواده موفق‌تری نسبت به دیگران تجربه کنند و یا به شکل دیگر، هرچه خانواده جهت‌یاب به لحاظ سلامتی خانواده سالم‌تری باشد بر سلامت خانواده اصلی اثرات مثبت و مستقیمی خواهد داشت. اما مابقی متغیرهای مستقل (ساختار قدرت در خانواده، تحصیلات و روابط خویشاوندی) تأثیرات مستقیم و مثبتی بر سلامت خانواده داشته‌اند، یعنی هرچقدر والدین به لحاظ تحصیلات در سطوح بالاتری باشند، روابط بیشتری با خویشاوندان خود داشته و به لحاظ ساختار قدرت در خانواده، خانواده دموکراتیک‌تری باشند، به لحاظ سلامت خانواده در جایگاه بالاتری هستند و می‌توانند خانواده موفق‌تری را تشکیل دهند. شکل ۱، مدل تجربی عوامل مؤثر بر سلامت خانواده در بین خانواده‌های تهرانی را نشان می‌دهد:

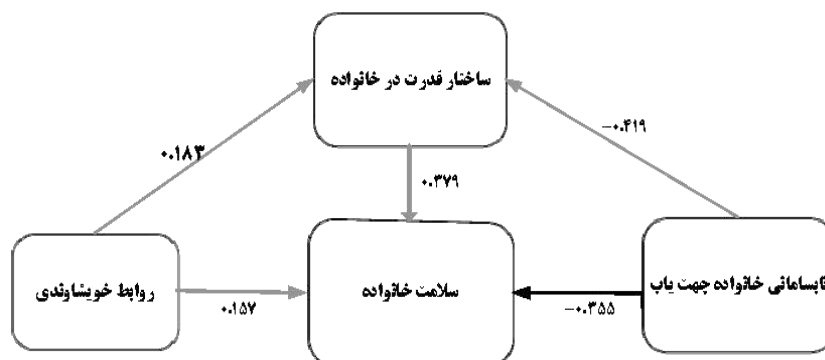


شکل ۱. مدل تجربی عوامل مؤثر بر سلامت خانواده‌های تهرانی

جدول ۶: میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم کل متغیرهای مستقل بر متغیر سلامت خانواده (خانواده‌های یزدی)

انواع تأثیر			متغیرها
کل	غیر مستقیم	مستقیم	
۰,۳۷۹	-	۰,۳۷۹	ساختار قدرت در خانواده
-۰,۵۱۴	-۰,۱۵۹	-۰,۳۵۵	نابسامانی خانواده جهت یاب
۰,۲۲۷	۰,۰۷۰	۰,۱۵۷	روابط خویشاوندی

ضرایب مسیر نشان می‌دهد که از بین عوامل مؤثر بر سلامت خانواده در شهر یزد، سه متغیر ساختار قدرت در خانواده با ضریب ۰,۳۷۹، نابسامانی خانواده جهت یاب با ضریب -۰,۳۵۵ و روابط خویشاوندی با ضریب ۰,۱۵۷ به ترتیب بیشترین تأثیر را بر سلامت خانواده‌های یزدی داشته است. همچنین ضریب همبستگی نابسامانی خانواده جهت یاب بیانگر آن است که این متغیر ارتباط منفی و معکوس بر سلامت خانواده دارد. بدین صورت که هر چه والدین در خانواده قبلی خود (خانواده پدر و مادری) به لحاظ سلامتی در شرایط نامناسب تری بوده‌اند نتوانسته‌اند در خانواده جدید خود، خانواده موفق‌تری را نسبت به دیگران تجربه کنند. و یا به شکل دیگر، هر چه خانواده جهت یاب به لحاظ سلامتی خانواده سالم تری باشد بر سلامت خانواده اصلی، اثرات مثبت و مستقیمی خواهد داشت. اما دو متغیر ساختار قدرت در خانواده و روابط خویشاوندی، تأثیر مثبت و مستقیم بر سلامت خانواده دارند؛ به این معنا که هر چه قدر خانواده‌ها به لحاظ ساختار قدرت در خانواده دموکراتیزه‌تر باشند و ارتباط خویشاوندی بیشتری داشته باشند، خانواده موفق‌تر و سالم‌تری را می‌توانند تشکیل دهند.



شکل ۲: مدل تجربی عوامل مؤثر بر سلامت خانواده‌های یزدی

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده کوچک‌ترین جزء اجتماع است و جهت بهبود وضع اجتماع، تلاش برای بهبود وضع خانواده و افراد آن مهم‌ترین مسأله است. سلامت خانواده یکی از حوزه‌های کلیدی است که حصول شناخت صحیح و علمی نسبت به آن در این راستا، از اهمیت بسزایی برخوردار است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، خانواده سالم خانواده‌ای است که بطور بنیادین از سلامت و آرامش روانی و معنوی هر یک از اعضای خانواده حمایت می‌کند. وجود فضای صمیمی و منسجم و در عین حال مقتدرانه، وجود استقلال برای اعضای خانواده، تأمین نیازهای روحی- جسمی و فیزیولوژیکی، رضایت از فرصت‌ها و شرایط، همچنین حاکمیت ارزش‌های اخلاقی و اسلامی از مؤلفه‌های یک خانواده سالم و موفق به شمار می‌رود.

در اکثر تحقیقات پیشینی که در حوزه خانواده به‌ویژه در حوزه سلامت مرور شد، خانواده به عنوان رکن اصلی و اساسی جامعه معرفی شده است، از این رو، سلامت و تعالی آن امری مهم و قابل توجه قلمداد شده است. مواردی که در این تحقیقات در رابطه با خانواده سالم آمده است، اغلب به جنبه روانی خانواده‌ها مانند عزت نفس یا رضایت‌مندی نظر داشت. بعضی به جنبه‌های اجتماعی و بسیاری از تحقیقات نیز به بحث سلامت جسمی پرداخته بود. با توجه به این‌که در این مقاله محققان به دنبال بحث سلامت از نگاه فردی و اجتماعی بودند مواردی از فرضیاتی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت در تحقیقات و مطالعات پیشین آزمون نشده بود.

در بحث رابطه بین اشتغال زنان و سلامت خانواده، یافته‌ها نشان از تأیید این فرضیه در شهر تهران و عدم تأیید آن در شهر یزد داد که این یافته‌ها در تهران با نتایج تحقیق عنایت و موحد (۱۳۸۴) و عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) همخوانی دارد، اما با تحقیق رستگارخالد (۱۳۸۳) و احتشام زاده (بی‌تا) همخوانی ندارد. در بررسی رابطه بین میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی و سلامت خانواده، این فرضیه در هر دو شهر تأیید شد و این یافته‌ها با نتایج تحقیق عنایت و موحد (۱۳۸۳) و همچنین نظریات مرتون همخوانی دارد.

در بررسی رابطه بین بُعد خانوار (تعداد فرزندان) و سلامت خانواده، بررسی‌ها نشان داد که این فرضیه در شهر یزد تأیید نشد اما در تهران تأیید و معکوس نشان داده شد به این معنا که هر چه به تعداد خانوار افزوده می‌شود از میزان سلامت کاسته می‌شود که این یافته با نتایج تحقیق عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) و خالدی (۱۳۹۰) همخوانی دارد.

در بررسی رابطه بین ساختار قدرت در خانواده و سلامت خانواده، نتایج داده‌ها این فرضیه را در هر دو شهر تأیید کرد و این یافته‌ها با نتایج تحقیق کلوندی (۱۳۹۰) و زارعان (۱۳۹۱) همخوانی دارد. همچنین نتیجه تأیید دو فرضیه میزان ارتباطات خویشاوندی و محیط اجتماعی با سلامت خانواده در شهرهای یزد و تهران با نتایج تحقیق زارعان (۱۳۹۱) همخوانی دارد. در نهایت، در بررسی رابطه متغیرهای تحصیلات پاسخگویان و درآمد خانواده با سلامت خانواده، یافته‌ها نشان از تأیید این دو فرضیه در دو شهر مورد مطالعه دارد که این یافته‌ها با نتایج تحقیق عنایت و موحد (۱۳۸۳) و عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) همخوانی دارد.

در بخش تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر، نتایج نشان داد از مجموع متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون، در بخش تحلیل مسیر، در شهر تهران ۵ متغیر و در شهر یزد ۳ مورد از متغیرهای مستقل تأثیر معنی‌داری بر متغیر وابسته داشته‌اند. از بین متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیون، در شهر تهران، ساختار قدرت در خانواده، رسانه‌های جمعی، تحصیلات پاسخگویان، وضعیت نابسامانی خانواده جهت یاب و روابط خویشاوندی به ترتیب در مجموع بیشترین تأثیر را بر میزان سلامت خانواده داشته‌اند. همچنین در شهر یزد، متغیرهای ساختار قدرت در خانواده، وضعیت نابسامانی خانواده جهت یاب و روابط خویشاوندی به ترتیب بیشترین تأثیر را بر میزان سلامت خانواده داشته‌اند.

در پایان، در راستای تحکیم و توسعه خانواده و سلامت آن، راهکارهای اجرایی و پیشنهادات کاربردی عنوان می‌گردد که بیشترین آن‌ها متوجه نهادهای متولی خانواده به‌ویژه مراکز مشاوره دولتی و خصوصی، بهزیستی، کمیته امداد، صدا و سیما و وزارت کشور (امور خانواده) می‌باشد؛

۱- با توجه به تأثیر مثبت و مستقیم خانواده جهت‌یاب در سلامت خانواده و یادگیری فرزندان در خانواده جهت‌یاب، توجه دادن والدین در تأثیر پذیری قوی فرزندان از رفتارهای آنان و شکل‌گیری رفتار آینده فرزندان براساس آن رفتارها، نکته‌ای حائز اهمیت است. انعکاس این امر در رسانه‌های جمعی تأثیر زیادی خواهد داشت.

۲- از آن‌جا که استفاده از رسانه‌های جمعی تأثیرات منفی بر سلامت خانواده دارد، پیشنهاد می‌شود که بیشتر در خصوص برنامه‌های صدا و سیما، اخبار و نوشته‌های مرتبط با هریک از رسانه‌ها کار شده و در واقع مؤلفه‌های سلامت خانواده، از طریق همین رسانه‌ها به خانواده‌ها و به‌ویژه نوجوانان و جوانان آموزش داده شود.

۳- تشکیل سازمان‌های مردم‌نهاد محلی، شهری و استانی با محوریت خانواده و مسائل مربوط به آن نیز می‌تواند در اثر بخشی و تقویت هرچه بیشتر خانواده‌ها مثر ثمر باشد.

منابع

- اعزازی، شهلا (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی خانواده نظری و عمل در نگرش سیستمی*. ترجمه: مصطفی تبریزی و علی علوی نیا، تهران: فراروان.
- برادشاو، جان (۱۳۸۶). *خانواده، تحلیل سیستمی خانواده*. ترجمه: مهدی قراچه داغی، تهران: لیوسا.
- بورديو، پی‌یر (۱۳۸۱). *نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی*. ترجمه: مرتضی مریدیها، تهران: نقش و نگار.
- بهنام، جمشید (۱۳۸۳). *تحولات خانواده، پویایی خانواده در حوزه‌های فرهنگی گوناگون*. ترجمه محمدجعفر پوینده، تهران: نشر ماهی.
- پرویزی، سرور، نعیمه سیدفاطمی، و کیان دخت کیانی (۱۳۸۸). *پویایی خانواده و سلامت زنان: پژوهش کیفی. مطالعات اجتماعی - روانشناختی زنان، سال هفتم، شماره ۲، صص ۴۵-۵۷*.
- روزن باوم، هایدی (۱۳۷۶). *خانواده به منزله ساختاری در مقابل جامعه*. ترجمه محمدصادق مهدوی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- ساروخانی، باقر (۱۳۸۴). *زن، قدرت و خانواده: پژوهشی در جایگاه زن در هرم قدرت در خانواده*. پژوهش زنان، دوره ۳، شماره ۲، صص ۲۹-۵۰.
- عباسی‌شوازی، محمد جلال و عباس عسکری ندوشن (۱۳۸۷). *آرمان‌گرایی در توسعه و نگرش‌های مرتبط با خانواده در ایران (مطالعه موردی شهر یزد)*. *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۱۶، صص ۴۹-۷۲.
- عنایت، حلیمه و اسلام آقاپور (۱۳۸۹). *بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده (مطالعه موردی خانواده‌های ساکن شهر شیراز)*. *فصلنامه زن و جامعه*، سال اول، شماره دوم.
- کلوندی، فواد (۱۳۹۰). *بررسی رابطه‌ی بین سلامت خانوادگی اصلی با میزان انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادگی فرزندان از دیدگاه آن‌ها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی*.
- گاردنر، ویلیام (۱۳۸۶). *جنگ علیه خانواده*. ترجمه: معصومه محمدی. قم: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان.
- مقصودی، ستوده؛ سعید معیدفر و محمد توکل (۱۳۹۰). *بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و رضایت زناشویی در زوجین شهر کرمان*. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ۵، شماره ۱۵، صص ۱۹-۱.

مک گراو (۱۳۹۲). خانواده موفق. ترجمه محمد مهدی شریعت باقری. تهران: انتشارات دانژه.
زارعان، منصوره (۱۳۹۱). سلامت خانواده و عوامل موثر بر آن. پایان نامه دوره دکتری،
دانشگاه علامه طباطبایی.

Chibucos, T. & W. Leite Randall (2005). *Family Theory*, Sage Publications.

Barber Brian K . (1992). Family , Personality , and Adolescent Problem Behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 54: pp. 69-79.

Jackson . S. M. (1998). *The Influence of Forgiveness on Intimacy and Trust in Marital and Committed Relation Ships, Dissertion Abstracts International Section B: the sciences & Engineering* , pp. 58-69.

Petretic-Jackson, P. and T. Jackson (1996). Mental Health Interventions With Battered Women In A. Roberts (Ed.), *Helping battered women* (pp.188-221). NewYork: Oxford University Press.

Shoemaker R. (1993). *The Relationship Between Family of Origin Emotional Health and Couple Adjustment*. PAG A54/01 P.35.

Rosen- Grandon J.R., J.E. Myers and J.A.Hattie (2004). The Relationship Between Marital Characteristics, Marital Interaction Processes and Marital Satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 82: pp. 58-68