

**تدوین مدل خانواده سالم براساس دیدگاه متخصصان خانواده (یک
پژوهش کیفی)**

مسعود صادقی^۱

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان

مریم فاتحی زاده

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

سیداحمد احمدی

استاد گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

فاطمه بهرامی

استاد گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

عذرا اعتمادی

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

پذیرش: ۹۳/۴/۲۹

دریافت: ۹۲/۱۲/۱۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تدوین مدلی از خانواده سالم مطابق با فرهنگ ایرانی انجام شده است.

روش: این پژوهش به شیوه کیفی و با استفاده از رویکرد زمینه‌ای انجام شده است. ۱۶ متخصص خانواده و ازدواج با روش نمونه‌گیری هدفمند بررسی شدند و داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و تعاملی تا رسیدن به اشباع اطلاعات گردآوری شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA10 استفاده گردید.

یافته‌ها: در کدگذاری باز ۱۰۶ کد اولیه به دست آمد که در کدگذاری محوری براساس شباهت موضوعی در ۲۱ دسته موضوعی قرار داده شدند. در مرحله سوم یا کدگذاری انتخابی، خانواده سالم به عنوان متغیر مرکزی یا اصلی شناخته شد.

نتیجه‌گیری: اطلاع از معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم می‌تواند به زوجین، خانواده‌ها و درمانگران خانواده کمک کند که از آنچه رفتار طبیعی و سالم است آگاه‌تر شوند و در نتیجه از این معیارها برای سلامت هر چه بیشتر خانواده‌ها استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: خانواده سالم، مدل، پژوهش کیفی، متخصصان خانواده و ازدواج.

مقدمه

خانواده، یکی از مهمترین نهادهای جامعه و شکل دهنده‌ی شخصیت آدمی است. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه‌ی خانواده، عامل بسیار تاثیرگذاری در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده است (لاک و ویلیامسون، ۱۹۵۸). خانواده اولین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (زاپوسنیک، هرویس، و شوارتز، ۲۰۰۳؛ به نقل از شفیع آبادی، نوابی نژاد، فلسفی نژاد و نجفلوی، ۱۳۹۰). در فرهنگ لغت وبستر، خانواده یک واحد زیستی، اجتماعی و بنیادی در جامعه است که از دو یا چند نفر بزرگسال تشکیل شده است که با هم زندگی می‌کنند و در زمینه مراقبت و تربیت فرزندان (چه فرزندان زیستی چه فرزند خوانده‌ها) با یکدیگر همکاری دارند (تامپسون و هندرسون، ۲۰۰۷). گلدنبرگ و گلدنبرگ^۴ در تعریف خانواده می‌گویند که خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که چند نسل را در بر می‌گیرد و وجه تمایز آن با سایر نظام‌های اجتماعی در وفاداری، عاطفه و دائمی بودن عضویت در آن است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۲). خانواده به مفهوم محدود آن عبارتست از یک واحد اجتماعی، ناشی از ازدواج یک زن و یک مرد که فرزندان پدید آمده از آنها آن را تکمیل می‌کنند (قائمی، ۱۳۹۳). وجه تمایز آن از سایر سیستم‌های اجتماعی بدین صورت است که ورود به سیستم خانوادگی از لحظه تولد، یا فرزند خواندگی^۵ یا ازدواج آغاز می‌شود و اعضا تنها به واسطه‌ی مرگ از هم جدا می‌شوند و جدایی تمامی ارتباطات خانوادگی غیرممکن است (کار، ۲۰۱۲).

اسلام خانواده را از مهمترین و اساسی‌ترین واحدهای اجتماعی می‌داند که بنای آن بر الفت، همدلی و همدمی استوار و این بنا محبوب‌ترین بناها در پیشگاه خداوند است. روابط آن

1. Locke & Williamson
2. Szapocznik, Hervis & Schwartz
3. Thampson and Henderson
4. Goldenberg & Goldenberg
5. adoption
6. Carr

بر مؤدت و رحمت پایه‌گذاری شده و گرمی کانون خانواده مورد توجه عمیق اسلام است (قائمی، ۱۳۹۳).

مطالعات فراوانی نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری و انحرافات افراد بیشتر ریشه در خانواده‌هایشان دارد (اکروودیو^۱، ۲۰۱۰). از طرفی دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۳؛ به نقل از کرمی، زکی‌بی، علیخانی و خدادادی، ۱۳۹۱). ما در جامعه‌ای چندوجهی زندگی می‌کنیم که در آن تعریف خانواده‌ی سالم مشکل است. با این همه معیارهای ویژه‌ای وجود دارد که می‌توانیم از آنها در تعیین سلامت خانواده استفاده کنیم (بارکر^۳ و چانگ^۴، ۲۰۱۳). تعاریف بسیاری از خانواده‌های سالم و ناسالم و همچنین نظریه‌های متعددی در زمینه‌ی کارکرد خانواده وجود دارد (بری^۵، ۱۹۹۵؛ والش^۶، ۲۰۱۲). اگر چه بسیاری از این نظریه‌ها از نظر دیدگاه، همپوشی دارند، با این حال در توصیف فرآیندهای خانواده سالم، توجه به جنبه‌های خاص هر نظریه مهم است (اسپری^۷، ۲۰۱۲).

والش (۲۰۱۲) بازنگری جامعی از مدل‌های خانواده سالم به عمل آورد و اذعان نمود که واژه طبیعی یا سالم به گونه‌های مختلفی قابل تفسیر است. لذا بازنگری خود را براساس چهار تعریف از سالم بودن آغاز کرد که عبارتند از: سلامت یا فقدان بیماری^۸، دید آرمان‌گرایانه از خانواده یا عملکرد بهینه، متوسط آماری و فرآیندهای طبیعی (والش، ۲۰۱۲).

-
1. Okrodudu
 2. Sadok & Sadok
 3. Barker
 4. Chang
 5. Bray
 6. Walsh
 7. Sperry
 8. pathology

کفارت^۱ (۱۹۶۱) پنج کارکرد اساسی اجتماعی کردن، رشد شخصیت، ارضاء نیازهای خود، داشتن تفریح و انتخاب همسر را از عملکردهای مقرر خانواده می‌داند. جانسون و فرگوسن^۲ (۱۹۹۰) خانواده‌ها را با خانواده‌هایی با عملکرد بهینه یا خانواده‌های سالم و خانواده‌هایی با عملکرد خفیف، متوسط یا شدیداً ناکارآمد طبقه‌بندی می‌کنند (هادلی^۳، ۱۹۹۱). فلک^۴ (۱۹۸۰) نیز پنج متغیر از کنش‌های خانواده را که می‌بایست در تمایز خانواده سالم از ناسالم مورد توجه قرار گیرد، عنوان می‌کند. این متغیرها عبارتند از: پیشوایی، حد و مرزهای خانواده، عاطفی بودن، ارتباط و عملکرد معطوف به هدف. دی پاول^۵ (۲۰۰۶) نیز برخی از ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب را تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به طور مؤثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه و مسئولیت‌پذیری شخصی بیان می‌کند (دی پاول، ۲۰۰۶؛ به نقل از نصراصفهانی، اعتمادی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۱).

یکی از مدل‌ها در گونه‌شناسی خانواده مدل نظری بافت نگر فرآیند و محتوای خانواده^۶ می‌باشد (سامانی، ۲۰۰۵). مطابق این مدل می‌توان خانواده‌ها را بر اساس دو مؤلفه فرآیندهای خانواده و محتوای خانواده به چهار گونه خانواده دسته‌بندی نمود. گونه‌های مختلف خانواده در این مدل عبارتند از: خانواده سالم^۷ (کارآمد)، خانواده غیرسالم^۸ (ناکارآمد) و دو نوع خانواده مشکل‌دار^۹ (مشکل‌دار فرآیند و مشکل‌دار محتوایی). مهمترین مفروضه در مدل فرآیند و محتوای خانواده حاکی از این مطلب است که اساساً خانواده‌های سالم دارای عملکرد بهتری در مقایسه با دیگر خانواده‌های مطرح در مدل (غیرسالم و مشکل‌دار) هستند (سامانی، ۲۰۰۸). خانواده دارای کارکرد سالم در الگوی ساختاری، خانواده‌ای است که در آن بین اعضا تکمیل وجود

1. Kephart
2. Johnson & Ferguson
3. Hadley
4. Fleck
5. Depaul
6. Contextual Family Process and Content model
7. Healthy Family (efficient Family)
8. Unhealthy Family (Inefficient Family)
9. Problematic Family

دارد. از ویژگی‌های دیگر این خانواده، برون‌سازی متقابل اعضا با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر مناسب با چرخه حیات خانواده است (مینوچین^۱، ۱۹۷۴). مینوچین (۱۹۷۴) تأکید می‌کند که سالم بودن خانواده به معنای فقدان مشکلات نیست، بلکه به معنای انعکاس روشن مشکلات طبیعی است که رخ می‌دهند و لازم است در زندگی خانوادگی بر آنها فائق آمد (بهاری، ۱۳۷۹). اصولاً کارایی یک خانواده به توانایی آن در مقابله با فشارهای روانی، تعارضات و مشکلات اشاره دارد، به طوری که خانواده قادر است نقش‌ها، وظایف و کارکردهایش را تحقق بخشد (مینوچین، ترجمه ثنایی، ۱۳۷۳؛ به نقل از مجرد کاهانی و قنبری‌هاشم‌آبادی، ۱۳۹۰).

فیشر و اشپرانکل^۲ (۱۹۷۸) از عده‌ای درمانگر خواستند تا خانواده سالم را توصیف کنند. درمانگران، خانواده سالم را به عنوان خانواده حمایتی که اعضا در درون خانواده، احساس ایمنی و ارزشمندی می‌کنند، توصیف کردند. سپس آنها اضافه کردند که این خانواده‌ها یک روش ارتباطی باز دارند که اعضای خانواده می‌توانند مباحث مهم خویش را با هم مطرح کنند. این خانواده‌ها این عقیده مهم را اظهار می‌دارند که تغییر امکان پذیر است (فیشر و اشپرانکل، ۱۹۷۸؛ به نقل از پیکرستان، ۱۳۸۰). لوئیس^۳ (۱۹۷۶) و همکارانش گزارش دادند که در خانواده‌های سالم هشت ویژگی دیدگاه‌های پیوسته و مرتبط، احترام به مالکیت فردی و دیدگاه‌های شخصی دیگران، ارتباطات باز، ائتلاف والدینی محکم بدون شواهدی مبنی بر ائتلاف والد-کودک، درک انگیزه‌های پیچیده و متنوع انسان، تعاملات خودانگیزه و خودجوش، سطوح بالای ابتکار و تشویق ویژگی‌های بی نظیر ظاهر می‌شود (لوئیس، ۱۹۷۶؛ به نقل از فلاحی سیچانی، ۱۳۸۷). بیوار و بیوار^۴ (۱۹۸۲) اظهار کردند که خانواده‌های سالم از اکثر خصوصیات قبیل مرجع قدرت مشروع و قانونی، نظام مقرراتی پایدار، سهم بودن در انجام

1. Minuchin
2. Fisher & Sprenckle
3. Lewis
4. Bivar & Bivar

رفتارهای تربیتی پایدار و مداوم، انجام اقدامات مؤثر و پایدار درباره تربیت فرزند و حفظ ازدواج، تعیین اهدافی که خانواده و هر یک از اعضای آن برای تحقق آنها تلاش می‌کنند، برخورداری از انتقادپذیری و انطباق با شرایط عادی معضلات ناشی از رشد و تکامل و همچنین بحران‌های غیر منتظره برخوردارند.

کریسان، مور و زبل^۱ (۱۹۹۰) و استینت و دوفرین^۲ (۱۹۸۵) خصایص خانواده‌های سالم را شامل: خود را وقف خانواده و اعضای آن می‌کنند، قدر یکدیگر را می‌دانند، اوقاتی را با یکدیگر سپری می‌کنند، الگوهای ارتباطی خوبی دارند، عقاید مذهبی قوی دارند، قادرند به نحو مثبتی با بحران‌ها مقابله کنند، اعضاء خود را تشویق و ترغیب می‌کنند، و وظایف و نقش‌های مشخص دارند، بیان نموده‌اند (گلا دینگ^۳، ۲۰۱۴). السون، دفرین و السون^۴ (۱۹۹۸)، پابندی به خانواده، قدردانی و محبت نسبت به یکدیگر، ارتباط مثبت، وقت گذرانی لذت بخش با یکدیگر در زمان‌های مناسب، احساس سلامت معنوی، توانایی تحمل فشارها و بحران‌ها را شش شاخص بارز خانواده‌های سالم عنوان کرده است.

پرویزی، امینی‌زاده، ثناگو و سپهوند (۱۳۸۸) پژوهشی را تحت عنوان تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان زنجان انجام دادند. این پژوهش با روش تحلیل محتوا انجام شده است. یافته‌ها نشان داد 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 را به عنوان ویژگی‌های خانواده سالم اشاره کرده‌اند. سامانی، خیر و صداقت (۱۳۸۹) در پژوهش خود به بررسی سبک‌های والدگری در گونه‌های مختلف خانواده در مدل فرآیند و محتوای خانواده، پرداختند. یافته‌های این

1. Krison, Moore & Zabel
2. Stinnett & Dufferin
3. Gladding
4. Olson, Defrain & Olson

پژوهش نشان داد که خانواده‌های سالم در مقایسه با دیگر گونه‌های خانواده، از سبک والدگری مثبت، مشارکت بالای پدر، تنبیه بدنی کمتر استفاده می‌کنند. در مقابل، در خانواده‌های غیرسالم استفاده از تنبیه بدنی و نظارت ضعیف بیش از دیگر گونه‌های خانواده قابل مشاهده بود. نتایج مطالعه لطیفیان (۱۳۸۷) نشان داد که خانواده‌های غیرسالم و مشکل‌دار در مقایسه با خانواده‌های سالم کمتر از رفتار والدگری مثبت استفاده می‌کنند (به نقل از سامانی و همکاران، ۱۳۸۹). بهبهانی (۱۳۸۸) در توصیف سبک ارتباطی در گونه‌های مختلف خانواده مطابق مدل فرآیند و محتوا به این نتیجه دست یافت که دو الگوی ارتباطی^۱ عمده در خانواده‌های سالم، سبک «کثرت‌گرا^۲» و «توافق‌کننده^۳» می‌باشد. و سبک ارتباط غالب در خانواده‌های غیرسالم سبک «حمایت‌کننده^۴» و «به حال خود واگذارنده^۵» می‌باشد. سامانی و عبد الله زاده (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که خانواده‌های سالم به لحاظ مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) در مقایسه با دیگر گونه‌های خانواده از مشکلات کمتری برخوردار هستند (به نقل از سامانی و همکاران، ۱۳۸۹).

نجاریان (۱۳۷۴) سه عامل نقش‌ها، حل مشکل و ابراز عواطف را برای کارآیی خانواده اشاره می‌کند. پژوهش موسوی (۱۳۷۹) شش ویژگی همبستگی و نزدیک بودن افراد خانواده با همدیگر، انعطاف‌پذیری بیشتر در نقش و مسئولیت‌ها، داشتن ارتباط مستقیم و باز، روابط زناشویی نزدیک و گرم، روابط نزدیک میان والدین و فرزندان و درگیری کمتر خانوادگی را برای خانواده‌های سالم و کارآمد بیان نمود. صالحی (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود نشان داد که خانواده‌هایی که به لحاظ فرآیندی از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند دارای فرزندانی با انگیزه تحصیلی و خود پنداره بالا هستند. نتایج مطالعه جعفری (۱۳۸۸) نیز نشان داد که عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان در خانواده‌های سالم بسیار مطلوب‌تر از خانواده‌های غیرسالم می‌باشد.

1. Communication Pattern
2. Pluralistic
3. Consensual
4. Protective
5. laissez-faire

خانواده‌های سالم و بهنجار بسیار انعطاف‌پذیر هستند و برای کنار آمدن با مشکلات، مجموعه‌ای از رفتارها را مورد استفاده قرار می‌دهند. و بر عکس خانواده‌های ناسالم و نابهنجار که ناکارآمدند در به کار بردن رفتارهای گوناگون، انعطاف ناپذیر و سخت‌گیر هستند (فیشرمن و فیشرمن، ۲۰۰۳).

تعدادی از برجسته‌ترین خصوصیات خانواده سالم که در قالب فهرست‌های مختلفی بوسیله متخصصان خانواده و پژوهشگران گردآوری شده در بالا به آنها اشاره شد. گرچه متخصصان روی تمامی خصایص مذکور اتفاق نظر ندارند، ولی به طور کلی جنبه‌هایی از موضوع را مطرح می‌کنند که موجب تمیز خانواده‌های کارساز از خانواده‌های ناکارساز و نه چندان سالم می‌گردد (گلادینگ، ۱۹۹۸؛ ترجمه بهاری، بهرامی، سیف و تبریزی، ۱۳۹۰).

بر اساس مطالبی که در بالا به آنها اشاره شد، مسئله اساسی اختلاف نظری است که درباره مفهوم «خانواده سالم» وجود دارد. چون سلامت خانواده موضوعی ارزشی است که معیارهای آن در هر جامعه می‌تواند متفاوت باشد (افضل نیا، ۱۳۸۶). و همان طوری که والش (۲۰۱۲) بازنگاری جامعی از مدل‌های خانواده سالم به عمل آورد و اذعان نمود که واژه طبیعی یا سالم به گونه‌های مختلفی قابل تفسیر است. همچنین با توجه به اینکه هر کدام از نظریه‌ها و مدل‌های ارائه شده در مورد خانواده سالم، بسته به فرهنگ موجودشان و با توجه به مبانی نظری و تبیین‌های خاص خود از خانواده تدوین شده‌اند. لذا به نظر می‌رسد که ساختار و ویژگی‌های خانواده سالم در جامعه غربی و ایرانی تفاوت داشته باشد (از جمله در فرآیند تشکیل رابطه زناشویی، ساختار و سلسله مراتب قدرت، شبکه اجتماعی پیرامون خانواده هسته‌ای، مذهب، مسایل فرهنگی، و شرایط طلاق و ...). بنابراین با اینکه تعریف خانواده سالم مشکل به نظر می‌رسد و پژوهشگران معیارهایی متفاوتی را در تعیین سلامت خانواده لحاظ کرده‌اند. با این وجود این پژوهش در صدد آن است که با جویا شدن نظر متخصصان خانواده و ازدواج در زمینه معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم، افق روشنی در مقابل کارشناسان، درمانگران خانواده

و خانواده‌های ایرانی باز نماید که خانواده سالم چگونه خانواده‌ای است و چه ویژگی‌هایی دارد؟ بنابراین مسئله اصلی این پژوهش، تدوین مدل خانواده سالم از دیدگاه متخصصان خانواده است.

روش

این پژوهش به شیوه کیفی و با استفاده از رویکرد زمینه‌ای^۱ انجام شده است. در ابتدا با مرور ادبیات پژوهش، سؤالات مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته^۲ در زمینه خانواده سالم تدوین شد. به نحوی که با صحت محتوا و کفایت سؤالات تدوین شده بتوان معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم را از نظر متخصصان خانواده و ازدواج جویا شد. در مصاحبه نیمه ساختاریافته سؤال‌ها در یک راهنمای مصاحبه با تمرکز بر روی مسائل یا حوزه‌ای که باید پوشش، و مسیرهایی که باید پیگیری شود، گنجانیده می‌شود. توالی پرسش‌ها برای همه شرکت‌کننده‌ها مثل هم نیست، و به فرآیند مصاحبه و پاسخ‌های هر فرد بستگی دارد. اما راهنمای مصاحبه به پژوهشگر اطمینان می‌دهد انواع مشابهی از داده‌ها را از همه آگاهی دهندگان گردآوری کند (هومن، ۱۳۹۳). این نوع مصاحبه، در عین تمرکز بر موضوع پژوهش، با دارا بودن انعطاف پذیری لازم، به مصاحبه شوندگان امکان می‌دهد به جنبه‌هایی از موضوع بپردازند که از دیدگاه آن‌ها دارای اهمیت است (حریری، ۱۳۹۰). بنابراین در این پژوهش برای اینکه تمام حوزه‌های خانواده سالم پوشش داده شود و انواع مشابهی از داده‌ها استخراج شود و همچنین به علت انعطاف‌پذیری از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید. پس از تدوین سؤالات مصاحبه نیمه ساختاریافته، جلسات مصاحبه توسط پژوهشگران با متخصصان خانواده و ازدواج انجام شد. البته قبل از شروع هر مصاحبه اخذ اجازه ضبط صدا و کسب رضایت از شرکت در مطالعه، در خصوص اهداف مطالعه، علت ضبط مصاحبه، اطمینان بخشی در مورد رعایت محرمانه ماندن اطلاعات و

1. Grounded Theory
2. Semi.Structured

هویت آنها توضیحات لازم ارائه شد. زمان مصاحبه‌ها از ۲۵ دقیقه تا حداکثر یک ساعت به طول انجامید. به موازات فرآیند مصاحبه، یافته‌ها تحلیل شد و تعداد جلسات مصاحبه تا حد اشباع مقوله افزایش یافت.

برای بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته، مفهوم سازی و استخراج مقوله‌ها از شیوه سیستماتیک^۱ استفاده شد. طرح تحقیق سیستماتیک نظریه‌ی برخاسته از داده‌ها بر استفاده از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز^۲، کدگذاری محوری^۳، و کدگذاری گزینشی^۴ تأکید دارد (بازرگان، ۱۳۹۳). فرآیند کدگذاری داده‌ها در جریان گردآوری داده‌ها به اجرا درآمد. در کدگذاری باز، داده‌ها به دقت به کوچکترین اجزاء ممکن شکسته و در مرحله دوم داده‌ها براساس تفاوت و تشابه با یکدیگر، مقایسه و طبقه بندی شدند. بعد از حرکت و لغزش‌های مکرر در بین طبقات و کدها، دسته‌بندی صورت می‌گیرد، کدهای مشابه در طبقاتی قرار می‌گیرند که با نام‌هایی گویا قابل شناسایی و درک باشند (پولیت و بک^۵، ۲۰۰۶). پیش فرض‌هایی درباره رابطه بین طبقه بندی‌ها و چارچوب پنداشتی به وجود می‌آید که این پیش فرض‌ها پژوهشگر را برای جمع‌آوری داده‌های بعدی هدایت می‌نماید. داده‌های جدید همزمان با تمام داده‌ها مقایسه می‌شوند تا محوریت مطلوب در بین داده‌ها آشکار گردد. در مرحله سوم یا کدگذاری انتخابی تلاش شد تا محوریت داده‌ها کشف و طبقه مرکزی انتخاب شود. طی این مرحله، مفهومی که محل ارجاع سایر طبقات و مرتبط با آنهاست به عنوان متغیر مرکزی شناخته می‌شود (وود و هابر^۶، ۲۰۰۲). در این مرحله از پژوهش، خانواده سالم که محل ارجاع سایر طبقات و مرتبط با آنهاست به عنوان متغیر مرکزی شناخته شد. در این پژوهش

-
1. Systematic
 2. Open Coding
 3. Axial Coding
 4. Selective Coding
 5. Polit & Beck
 6. Wood & Haber

از بکارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب گردید تا طبقات از درون داده‌ها استخراج شوند. برای عملیات مذکور از نرم افزار MAXQDA10 استفاده شد.

جامعه آماری: جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه متخصصان خانواده و ازدواج که دارای مدرک دکتری تخصصی در یکی از گرایش‌های رشته‌های مشاوره و یا روانشناسی در سال ۹۲-۱۳۹۱ بودند که حداقل دارای ۵ سال تجربه کار درمانی با زوجین و خانواده‌ها را داشتند.

روش و طرح نمونه‌برداری: در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و از روش نمونه‌گیری همگون^۱ استفاده شد. نمونه همگون شامل گروهی است که دارای ویژگی‌های مشابه‌اند. نمونه همگون زمانی مفید است که بخواهید گروه خاصی، مانند مصاحبه با متخصصان یک زمینه یا اعضای ممتاز یک گروه را مشاهده یا مصاحبه کنید (هومن، ۱۳۹۳). در نمونه‌گیری هدفمند پژوهشگر عمدتاً به انتخاب افرادی اقدام می‌کند که تأمین‌کننده‌ی اطلاعات مهمی هستند و مهم‌ترین اصل، انتخاب افرادی است که بتوانند اطلاعات مورد نیاز برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش را فراهم آورند (ماکسول^۲، ۱۹۹۶). و این افراد بر اساس تجربه پدیده مورد پژوهش انتخاب می‌شوند (هومن، ۱۳۹۳). در این پژوهش برای اینکه موارد^۳ انتخابی غنی از اطلاعات باشند و پژوهشگران از طریق آنها بتواند اطلاعات فراوانی درباره‌ی موضوع‌های اساسی مربوط به مسأله و هدف پژوهش به دست آورد، ملاک‌های معینی برای هدفمند بودن و همگون بودن نمونه‌گیری در نظر گرفته شد که عبارتند از: داشتن مدرک دکتری در یکی از گرایش‌های رشته‌های مشاوره و یا روانشناسی، حوزه کاری و اشتغال به حرفه درمانگری خانواده‌ها و زوج‌ها، ۵ سال تجربه کار کردن با خانواده‌ها و زوج‌ها، اطمینان از اینکه انتخاب شوندگان بالقوه تمایل دارند تجارب خود را در اختیار پژوهشگران قرار دهند، در نظر گرفتن دسترس‌پذیری موارد انتخابی، حاضر به همکاری و تمایل به شرکت در پژوهش.

1. Homogeneous
2. Maxwell
3. Cases

سپس افرادی که دارای ملاک‌های مذکور بودند و همچنین پژوهشگران می‌توانستند به آنها دسترسی داشته باشد، درخواست ملاقات حضوری داده شد و در صورت حاضر بودن به شرکت در پژوهش با آنها مصاحبه نیمه ساختار یافته و تعاملی به عمل آمد. نمونه‌گیری در این پژوهش تا حد اشباع مقوله یعنی تا جایی که در جریان مصاحبه‌ها هیچ اطلاعات جدیدی بدست نیامد، ادامه یافت. که در نهایت ۱۶ متخصص خانواده با روش نمونه‌گیری هدفمند بررسی شدند.

یافته‌ها

برای بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته در سطح تحلیل خرد^۱ و استخراج مفاهیم اولیه^۲ و نظم‌دهی مفهومی^۳ از روش کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی استفاده شد. جدول زیر کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی استخراج شده را نشان می‌دهد:

-
1. Microanalysis
 2. Basic Concepts
 3. Conceptual Ordering

جدول ۱. مقوله‌های استخراج شده از محتوای مصاحبه با متخصصان خانواده

مقوله هسته‌ای یا اصلی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
		- مشخص بودن وظایف و نقش‌ها و آگاهی اعضا از آنها
		- اجرای مناسب نقش‌ها (نقش والدینی، زن و شوهری، نقش فرزندی)
	تخصیص، وضوح، آگاهی و اجرای مناسب نقش‌ها	- مسوولیت پذیری و پاسخگویی اعضا
		- عملکرد مناسب زیر منظومه‌ها
		- تعادل مناسب بین کار و خانواده
		- مکمل بودن نقش‌ها
		- ارتباط مستقیم، صریح و مناسب بین اعضا (زن و شوهر، والدین و فرزندان، فرزندان با هم)
	تعاملات و روابط کلامی و غیر کلامی مستقیم، روشن و مناسب (بین اعضا، تعاملات محیطی)	- مهارت‌های ارتباطی اعضای خانواده
		- اعتدال در آزادی و کنترل اعضا
		- تعهد اعضا نسبت به خانواده
		- اعتماد بین اعضای خانواده
		- تعاملات مناسب با اطرافیان و جامعه (دوستان، اقوام، نهادها...)
		- رابطه مناسب با خانواده‌های زن و شوهر
		- آگاهی و شناخت اعضا از نیازهای سالم یکدیگر
		در طول چرخه زندگی (جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی، جنسی و امنیت)
	شناخت و تأمین نیازهای اعضا (جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی، جنسی و امنیت)	- فراهم کردن بستر برای ارضای نیازهای اعضای خانواده
		- توجه و تأمین نیازهای زن و شوهر توسط یکدیگر (جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی، جنسی و امنیت)
		- رضایت اعضا از سطح تأمین نیازها
		- احترام متقابل اعضا به همدیگر (زن و شوهر،

والدین و فرزندان، فرزندان با هم)
 - شناخت و درک زوجین از تفاوت‌های فردی
 - همدیگر و سازگاری با این تفاوت‌ها
 - پذیرش اعضا توسط همدیگر
 - احترام به استقلال و فردیت اعضا
 - آگاهی و رعایت کردن حقوق اعضا
 - شناخت درست انتظارات اعضا
 - انتظار داشتن از اعضا متناسب با توانایی‌های آنها
 - همدلی بین اعضای خانواده

- روابط دوستانه و صمیمی بین زن و شوهر (جسمانی، عاطفی، روانشناختی، جنسی)
 - روابط دوستانه و صمیمی بین والدین و فرزندان (صمیمیت جسمانی، عاطفی، روانشناختی)
 - رابطه دوستانه و صمیمی بین فرزندان
 - روابط عاطفی متعادل بین اعضا (نه چسبیده نه سرد)

- آمادگی زوجین برای فرزنددار شدن
 - توافق، همکاری و مشارکت والدین در تربیت فرزندان
 - توجه والدین به نیازهای فرزندان متناسب با ویژگی‌ها و مراحل رشد آنان
 - رفتار مناسب با فرزندان متناسب با دوره زندگی آنها
 - قاطعیت و اقتدار در تربیت فرزندان (سبک مقتدرانه)
 - یادگیری، آموزش و مهارت‌پروری
 - همخوانی بین گفتار و رفتار والدین
 - رسیدگی به امور تحصیلی و درسی فرزندان
 - کمک به استقلال فرزندان
 - آموزش مناسب ارزش‌ها به فرزندان

فرزندپروری و تربیت مناسب فرزندان

	<ul style="list-style-type: none"> - عدم مثلث سازی والدین با فرزندان - رها سازی مناسب و به موقع فرزندان از خانواده - باورها و عقاید منطقی و مثبت - باور به حل مشکلات خانواده و تغییر پذیر بودن موقعیت
<p>افکار، عقاید و باورهای منطقی و سالم</p>	<ul style="list-style-type: none"> - احترام به باورهای فردی - عدم تفکر منفی نسبت به دیگران - اسنادهای خوش بینانه اعضای خانواده - نگرش مثبت به ازدواج و خانواده
<p>همکاری، هماهنگی و مشورت بین اعضا</p>	<ul style="list-style-type: none"> - هماهنگی بین اعضاء در انجام وظایف (زن و شوهر، والدین و فرزندان، فرزندان با هم) - همکاری و تعاون بین اعضاء در انجام کارها - مشاوره و مشورت کردن در تصمیم گیری‌ها - توانایی گفتگو و مذاکره مناسب بین اعضاء
<p>حل مسئله مناسب</p>	<ul style="list-style-type: none"> - آگاهی و شناخت اعضاء از مشکلات و مسائل خانواده - پذیرش مشکلات خانواده - پذیرش مشکلات معمول در دوره‌های انتقالی خانواده - تلاش اعضاء برای حل منطقی مشکلات و مسائل - حمایت اعضاء از یکدیگر در حل مشکلات - استفاده از رویکرد حل مسئله
<p>اعتقادات و ارزش‌های دینی و مذهبی</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ایمان و اعتقاد به خداوند - ارزش‌های دینی و مذهبی - اعتدال در ارزش‌ها (عدم افراط و تفریط) - احترام به ارزش‌های خانواده - احترام به ارزش‌های فردی - عمل کردن به ارزش‌ها و باورها - ارزش‌های اخلاقی در خانواده

	- اهمیت معنویت در خانواده
	- وجود انگیزه پیشرفت در خانواده
	- رشد اعضاء در ابعاد مختلف (رشد چندبعدی نه تک بعدی)
رشد و پیشرفت خانواده و اعضاء در جنبه‌های مختلف	- تلاش در مسیر کمال و رشد شخصی اعضاء
	- رشد اقتصادی خانواده
	- رشد اجتماعی اعضاء
	- رشد فکری اعضاء
	- رشد اخلاقی اعضاء
	- پیشرفت تحصیلی و شغلی والدین
	- فرصت ابراز احساسات مثبت و منفی (ابراز هیجانات باز و بی پرده)
ابراز مناسب هیجانات و احساسات	- اعتدال در بروز احساسات (عدم افراط و تفریط)
	- توجه و احترام به هیجانات و احساسات اعضاء
	- مقابله مناسب با استرس‌ها و فشارهای زندگی (مدیریت استرس در خانواده)
توانایی مدیریت و مقابله با بحران‌ها و استرس‌ها	- مدیریت بحران در خانواده
	- برخورد مناسب با چالش‌های دوره‌های انتقالی چرخه زندگی
	- سلامت جسمانی اعضاء
سلامت جسمانی و روانی اعضاء	- داشتن سلامت روانی اعضاء
	- سلامت در طول چرخه زندگی
	- ایجاد محیطی امن برای بیان خواسته‌ها و نیازهای اعضاء
	- حمایت اعضاء از همدیگر (اقتصادی، عاطفی، مشکلات، بیماری)
امنیت و آرامش در خانواده	- امنیت در خانواده (جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی)
	- آرامش در خانواده

- آزادی عمل در بین اعضای خانواده	- شادی و نشاط در خانواده
- شادی، نشاط و فعالیت‌های لذت بخش	- تبادل انرژی مثبت بین اعضا
	- احساس لذت با هم بودن
	- وقت گذاشتن برای خانواده
	- داشتن اهداف مناسب، منطقی و سالم (کوتاه مدت، میان مدت، بلندمدت)
اهداف منطقی و مناسب فردی و خانوادگی (کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت)	- تلاش و حمایت اعضا برای رسیدن به اهداف فردی و خانوادگی
	- احترام به اهداف فردی
	- احترام به اهداف خانوادگی
	- توزیع مناسب قدرت در زیرمنظومه‌ها (عدم تمرکز قدرت روی یک نفر از اعضا)
سلسله مراتب قدرت در خانواده	- سلسله مراتب خانوادگی
تغییر، تداوم و ثبات در خانواده	- استقبال از تغییرات در زندگی خانواده
	- انسجام، ثبات و استحکام در خانواده
مرزهای متعادل و مناسب	- مرزهای شفاف و روشن بین اعضا و زیر منظومه‌ها
	- رعایت حریم خصوصی اعضای خانواده
	- رعایت مرزهای خانواده با بستگان و جامعه
	- انعطاف‌پذیری اعضای خانواده
ویژگی‌های شخصیتی سالم	- توافق‌پذیری اعضا
	- صداقت در بین اعضای خانواده
	- گذشت و بخشش بین اعضای خانواده

همانطوری که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، در تجزیه و تحلیل متن مصاحبه با متخصصان خانواده در کدگذاری باز ۱۰۶ مقوله که در کدگذاری محوری براساس شباهت موضوعی در ۲۱ دسته موضوعی و در نهایت در کدگذاری گزینشی در یک مقوله‌ی هسته‌ای یا

اصلی تحت عنوان خانواده سالم نام گذاری شده است. با توجه به ابعاد استخراج شده از مقوله‌های مصاحبه با متخصصان خانواده، مدل بومی خانواده سالم به صورت زیر تدوین می‌شود:

جدول ۲. مدل تدوین شده خانواده سالم مستخرج از مقوله‌های مصاحبه با متخصصان خانواده



هم چنان که جدول (۲) نشان می‌دهد، مدل خانواده سالم مستخرج از مقوله‌های مصاحبه با متخصصان خانواده در ۲۱ بعد تدوین شده است.

برای اعتبارسنجی یافته‌ها و بررسی اعتبار کدگذاری از روش پیشنهادی گوبا^۱ استفاده شده است. روش گوبا ریشه در چهار محور ارزش واقعی، کاربردی بودن، تداوم و مبتنی بر واقعیت بودن دارد (هولووی و فرس واتر^۲، ۲۰۰۷). در این پژوهش برای ارزش واقعی بودن، پس از تدوین مدل استخراج شده به شرکت کنندگان مراجعه شد و شرکت کنندگان مدل استخراج شده را تأیید کردند. با تأیید کردن مدل استخراج شده خانواده سالم به وسیله شرکت کنندگان، ارزش واقعی محقق شد. برای کاربردی بودن یا قابلیت اجرا، پژوهشگران مجدداً با سه متخصص جدید مصاحبه نمودند، مراتب مذکور تکرار شد و یافته‌های جدیدی به دست نیامد. برای ثبات و تداوم نیز سؤالات مشابه در قالب‌های مختلف برای شرکت کنندگان مطرح شد که شرکت کنندگان پاسخ‌های همسان و غیرمتناقضی به سؤالات مشابه که در قالب‌های مختلف مطرح شده بود، دادند. مبتنی بر واقعیت بودن پژوهش نیز بدین طریق حاصل شد که فرآیند پژوهش خالی از هرگونه تعصب باشد. بدین منظور کدگذاری توسط متخصص دیگری نیز انجام شد که مراتب مذکور تکرار شد و یافته‌های جدیدی به دست نیامد. همچنین به منظور بررسی صحت محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته و مفاهیم استخراج شده، همچنین بررسی ثبات مفاهیم، با سه نفر از مصاحبه شدگان مجدداً مصاحبه صورت گرفت. مراتب مذکور تکرار شد و یافته‌های جدیدی به دست نیامد.

لازم به ذکر است با توجه به اینکه در مراحل مختلف اعتباریابی پژوهش یافته جدیدی به دست نیامد، بنابراین میتوان گفت که کدگذاری‌ها، نتایج استخراج شده و مدل تدوین شده تا حد بالایی قابل اطمینان هستند.

نتیجه‌گیری

از دیدگاه متخصصان خانواده و ازدواج مشارکت‌کننده در پژوهش، خانواده سالم خانواده‌ای است که بیست و یک خصیصه و ویژگی شامل: ۱- تخصیص، وضوح، آگاهی و اجرای مناسب

1. Goba
2. Holloway & Freshwater

نقش‌ها،^۲ - تعاملات و روابط مستقیم، روشن و صادق،^۳ - احترام، درک متقابل و توجه
 اعضا نسبت به حقوق و انتظارات یکدیگر،^۴ - افکار، عقاید و باورهای منطقی و سالم،^۴
 - سلامت جسمانی و روانی اعضا،^۵ - اعتقادات و ارزش‌های دینی و مذهبی،^۶
 - ویژگی‌های شخصیتی سالم،^۷ - شناخت و تأمین نیازهای اعضا،^۸ - فرزندپروری و تربیت
 مناسب فرزندان،^۹ - اهداف منطقی و مناسب فردی و خانوادگی،^{۱۰} - صمیمیت بین
 اعضا،^{۱۱} - حل مسئله مناسب،^{۱۲} - رشد و پیشرفت خانواده و اعضا در جنبه‌های
 مختلف،^{۱۳} - همکاری، هماهنگی و مشورت بین اعضا،^{۱۴} - ابراز مناسب هیجانات و
 احساسات،^{۱۵} - امنیت و آرامش در خانواده،^{۱۶} - توانایی مدیریت و مقابله با بحران‌ها و
 استرس‌ها،^{۱۷} - سلسله مراتب قدرت در خانواده،^{۱۸} - تغییر، تداوم و ثبات در
 خانواده،^{۱۹} - مرزهای متعادل و مناسب،^{۲۰} و - شادی، نشاط و فعالیت‌های لذت بخش^{۲۱} در
 آن حکمفرما باشد.

1. Allocation, Clarity, Awareness and Implementation of Appropriate Roles
2. Direct Interactions and Relationships, Clear and Honest
3. Respect, Mutual Understanding and Members Attention to the Rights and Expectations of Each Other
4. Thoughts, Healthy and Logical Belief
5. Physical and Mental Health of Members
6. Religious Beliefs and Values
7. Healthy Personality Characteristics
8. Identifying and Meeting the Needs of Members
9. parenting and proper upbringing of children
10. Logical and Appropriate Individual and Family goals
11. Intimacy between Members
12. Appropriate Problem Solving
13. Growth and Progress Family and Members in Various Aspects
14. Collaboration, Coordination and Consultation among Members
15. Appropriate Expression Emotions
16. Security and Tranquility in the Family
17. Ability to Manage and Cope with Crises and Stress
18. Hierarchy of Power in the Family
19. Change, Continuity and Stability in Family
20. Balanced and Appropriate Boundaries
21. Happiness, Exhilaration and Enjoyable Activities

با توجه به مدل تدوین شده مستخرج از مصاحبه با متخصصان خانواده، به نظر می‌رسد که خانواده سالم نیازهایی فراتر از مسکن، غذا، تحصیل و حتی امنیت جسمی اعضای خود را برآورده می‌سازد. در یک خانواده سالم اعضای خانواده از بحران‌های مختلف زندگی که بخش طبیعی زندگی است با موفقیت عبور می‌کنند، آنها مانند همه خانواده‌ها دچار فشارهای زندگی می‌شوند ولی خود را با تغییرات تطبیق می‌دهند. سالم بودن به معنای کارکرد مناسب خانواده در برابر مشکلات طبیعی است که رخ می‌دهند و لازم است که خانواده بر آنها فائق آید. بنابراین ملاک کارایی در خانواده آن نیست که در آن فشار روانی، تعارض و مشکل وجود نداشته باشد بلکه این است که خانواده تا چه اندازه در تحقق وظایف و کارکردهایش توانا می‌باشد (هالی، ۲۰۰۶؛ به نقل از حسن زارعی محمودآبادی، ۱۳۹۳).

حال پس از شناسایی معیارها و ویژگی‌های مدل تدوین شده خانواده سالم، مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه خانواده سالم می‌اندازیم و آنها را با مدل تدوین شده مورد مقایسه قرار می‌دهیم. هرچند مدل تدوین شده خانواده سالم در ظاهر از نظر الفاظ و کلمات با سایر پژوهش‌ها و نظریه‌ها در بعضی ابعاد و معیارها متفاوت به نظر می‌رسد، ولی به طور کلی می‌توان گفت که با نظر کفارت (۱۹۶۱) در ارضای نیازها و داشتن تفریح، با فلک (۱۹۸۰) در معیارهای حد و مرزهای خانواده، عاطفی بودن، ارتباط و عملکرد معطوف به هدف، با الگوی ساختاری مینوچین (۱۹۷۴) در مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر مناسب با چرخه حیات خانواده، با فیشر و اشپرانکل (۱۹۷۸) در احساس ایمنی اعضای خانواده، روش ارتباطی باز، با لويس و همکاران (۱۹۷۶) در احترام به مالکیت فردی، ارتباطات باز، با بیوار و بیوار (۱۹۸۲) در انجام رفتارهای تربیتی پایدار و تربیت فرزند، تعیین اهداف فردی و خانوادگی، انطباق با شرایط عادی ناشی از رشد و تکامل و بحران‌های غیرمنتظره، با کریسان و همکاران (۱۹۹۰) و استینت و دوفرین (۱۹۸۵) در الگوهای ارتباط خوب، عقاید مذهبی قوی، مقابله مناسب با بحران‌ها، و وظایف و نقش‌های مشخص، با السون (۱۹۹۹) در محبت نسبت به

یکدیگر، ارتباط مثبت، وقت گذرانی لذت بخش با یکدیگر، و توانایی تحمل فشارها و بحران‌ها، با دی پاول (۲۰۰۶) در تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روانی به طور مؤثر، ابراز محبت و علاقه و مسئولیت‌پذیری شخصی، با پژوهش پرویزی و همکاران (۱۳۸۸) در ارتباط در خانواده، باورهای مذهبی، ارتباط صمیمی بین والدین و فرزندان، با پژوهش سامانی و همکاران (۱۳۸۹) در سبک والدگری مثبت، با پژوهش لطیفیان (۱۳۸۷) در رفتار والدگری مثبت، با مطالعه سامانی و عبدالله زاده (۲۰۰۸) در مشکلات کمتر هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس)، با پژوهش نجاریان (۱۳۷۴) در عامل‌های نقش‌ها، حل مشکل و ابراز عواطف، با پژوهش موسوی (۱۳۷۹) در نزدیک بودن افراد خانواده با همدیگر، داشتن ارتباط مستقیم و باز، روابط نزدیک میان والدین و فرزندان، در معیارها و ویژگی‌های مذکور مشترک است.

مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه خانواده سالم نشان می‌دهد که مدل تدوین شده خانواده سالم همه‌ی معیارها و ملاک‌های عنوان شده در این پژوهش‌ها را به نحوی لحاظ کرده و همچنین همه‌ی معیارهای خانواده سالم را بصورت یکجا در یک مدل مورد توجه قرار داده است. از آنجایی که عملکرد خانوادگی سالم یکی از مهمترین ابعاد زندگی هر فرد و خانواده است و عملکرد صحیح و سالم خانواده در هر یک از مراحل مختلف زندگی خانوادگی منجر به سلامتی خانواده و در مقابل آن عملکرد ناسالم آن منجر به بروز عوارض و آسیب‌های مختلف فردی و خانوادگی می‌شود. و نظر به اینکه کارکرد مطلوب خانواده مفهومی است که تأثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، رضایت‌مندی از زندگی و روابط عاطفی خانواده دارد (میلر، ریان، کیتنر، بیشاپ و اپستاین^۱، ۲۰۰۰). و همچنین بین عملکرد خانواده و سلامت روانی فرزندان رابطه معنی‌داری وجود دارد (الیاس و تان^۲، ۲۰۰۹). و با توجه به نظر دیکستین^۳ (۲۰۰۷)، که برای دستیابی به عملکرد مطلوب در سیستم خانواده باید نقش‌ها، وظایف و تکالیف در بین همه اعضای خانواده به طور نظام مند و هماهنگ سازمان داده شود. و با اذعان به

1. Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein
2. Elias & Tan
3. Dickstein

اینکه خانواده ارزنده‌ترین ساختار و غنی‌ترین بستر جهت رشد، تکامل و تعالی ویژگی‌های جسمانی، رفتاری و شخصیتی می‌باشد و فرد سالم در یک خانواده سالم رشد می‌کند و خانواده سالم در نهایت به سلامت اجتماع می‌انجامد. و اینکه جهانی شدن در سال‌های اخیر سلامت و استحکام خانواده‌ها را در سراسر جهان تهدید کرده و با چالش رو به رو ساخته است (به‌پژوه، ۱۳۹۳). از این رو نگاهی به نوع تعاملات اعضاء و عملکرد خانواده و جستجوی راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت رابطه و عملکرد سالم خانواده می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل تدوین شده خانواده سالم که با روش رویکرد زمینه‌ای و براساس نظر متخصصان خانواده و ازدواج صورت گرفته است، مدلی جامع و کامل بوده و زوج‌ها، خانواده‌ها، متخصصان و درمانگران خانواده و ازدواج می‌توانند از آن به عنوان مدلی قابل اعتماد در جهت سلامت هر چه بیشتر خانواده‌های ایرانی استفاده نمایند.

محدودیت‌های پژوهش

۱۶۴

۱- چون در مصاحبه‌های کیفی با متخصصان خانواده و ازدواج برای افراد نمونه شرایط ورود و خروج در نظر گرفته شد، لذا افرادی که ملاک‌های ورود به این پژوهش را نداشتند کنار گذاشته شدند. در صورتی که ممکن بود از افرادی که کنار گذاشته شدند، اطلاعات خوبی حاصل شود.

۲- این پژوهش بر روی افراد حاضر به همکاری انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن باید احتیاط نمود.

۳- در انجام پژوهش بعضی از متخصصان خانواده که به عنوان نمونه انتخاب شدند حاضر به همکاری و شرکت در پژوهش نشدند.

۴- کم بودن پژوهش‌های معتبر در زمینه خانواده سالم یکی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. اگر هم وجود داشت پژوهشگر نتوانست به آنها دسترسی پیدا کند.

۵- به نظر می‌رسد شخصیت پژوهشگر به عنوان مصاحبه‌گر بر فرایند جلسات مصاحبه تأثیر گذار باشد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

۱- با توجه به اینکه این پژوهش یک پژوهش بنیادین است، پژوهشگران می‌توانند مبانی نظری حاصل از این پژوهش را ملاک قرار داده و بر اساس آن پژوهش‌های دیگری انجام داده و به توسعه دانش در این حیطه کمک نمایند.

۲- با توجه به اینکه بصورت میدانی پژوهشی با این عنوان در جامعه ایران انجام نگرفته است، پیشنهاد می‌شود که پژوهشی با این عنوان در کل جامعه ایران انجام گیرد و یافته‌های آن با پژوهش حاضر مقایسه شود.

۳- پژوهشی مشابه در زمینه خانواده سالم در جامعه‌های دیگر مانند خانواده‌های سالم و موفق، کارشناسان، روانشناسان و مشاوران انجام گیرد.

۴- براساس مدل تدوین شده خانواده سالم، ابزار تشخیص خانواده سالم از خانواده ناسالم ساخته شود.

۵- براساس مدل تدوین شده خانواده سالم، پکیج آموزشی و درمانی برای کمک به خانواده‌ها تهیه شود.

پیشنهاد‌های کاربردی

پیشنهاد‌های کاربردی زیر می‌توانند نقش بسزایی در سلامت خانواده‌ها و افراد جامعه داشته باشند و از این طریق در بالابردن سلامت جامعه نیز مؤثر باشند:

۱- نهادهای آموزشی مثل مدارس و دانشگاه‌ها بر اساس مدل تدوین شده خانواده سالم به آموزش و ترویج زمینه‌های ارتقای سلامت خانواده‌ها مبادرت نمایند.

- ۲- برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم در برنامه‌های آموزش پیش از ازدواج برای سلامت خانواده‌ها و جامعه.
- ۳- تولید و پخش برنامه‌های مختلف رادیویی و تلویزیونی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم در جهت فرهنگ‌سازی در بین مردم توسط صدا و سیما.
- ۴- برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم برای زوجین و افرادی که در زندگی خانوادگی دچار مشکل هستند.
- ۵- برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم برای افراد کانون‌های اصلاح و تربیت، زندان‌ها، مراکز ارشاد و کلیه نوجوانان و جوانان مراجعه کننده به کلینیک‌ها که مشکلاتی در زمینه زندگی و خانواده دارند.
- ۶- نیروی انتظامی و مراجع قضایی در کنار برخورد قاطع با مجرمان، به برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم مبادرت نموده و به این افراد و خانواده‌های آنان کمک نمایند.

سپاس و قدردانی

بدین وسیله از زحمات کلیه متخصصان محترمی که برای ارتقاء سلامت خانواده‌های ایرانی دلسوزانه در این پژوهش مشارکت نمودند و بی‌شک بدون همکاری آنان این پژوهش میسر نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

- افضل نیا، محمدرضا. (۱۳۸۶). *بهداشت روانی خانواده*. تهران: انتشارات نسل نواندیش.
- بازرگان، عباس. (۱۳۹۳). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته*. تهران: انتشارات نشر دیدار.

بهاری، فرشاد. (۱۳۷۹). ارزیابی و مقایسه کارایی خانواده بین زوج‌های غیرطلاق و زوج‌های در حال طلاق مرجوعی به بخش روانپزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران.

بهبهانی، محسن. (۱۳۸۸). بررسی سبک‌های ارتباطی خانواده در گونه‌های مختلف خانواده در مدل فرآیند و محتوای خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز.

به‌پژوه، احمد. (۱۳۹۳). جهانی شدن؛ چگونه یکپارچگی خانواده‌ها را تهدید می‌کند؟. اولین کنگره ملی انجمن روانشناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید چمران اهواز. پرویزی، سرور؛ امینی زاده، خدیجه؛ ثناگو، اکرم؛ و سپهوند، فریبا. (۱۳۸۸). تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان زنجان. پژوهش پرستاری، ۴(۱۲): ۷-۱۳.

پیکرستان، عباسعلی. (۱۳۸۰). مقایسه عملکرد خانواده‌های داری دختران نوجوان فراری و خانواده‌های دارای دختران عادی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران.

حریری، نجلا. (۱۳۹۰). اصول و روش‌های پژوهش کیفی. تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات.

زارعی محمودآبادی، حسن. (۱۳۹۳). اثربخشی بازآموزی سبک‌های اسنادی بر بهبود ابعاد عملکرد خانواده زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۳): ۳۶۷-۳۸۵.

سامانی، سیامک؛ خیر، محمد؛ و صداقت، زینب. (۱۳۸۹). سبک‌های والدگری در گونه‌های مختلف خانواده در مدل فرآیند و محتوای خانواده. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶(۲۲): ۱۶۱-۱۷۴.

شفیع آبادی، عبدالله؛ نوایی نژاد، شکوه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ و نجفلوی، فاطمه. (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۳): ۲۶۴-۲۸۳.

صالحی، ساناز. (۱۳۸۸). بررسی انگیزش تحصیلی در گونه‌های مختلف خانواده بر اساس مدل فرآیند و محتوای خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز.

فلاحی سیپجانی، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های هیجانی بر فضای هیجانی و کارآمدی خانواده زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه اصفهان.

قائم‌ی، علی. (۱۳۹۳). نظام حیات خانواده در اسلام. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان. کرمی، جهانگیر؛ زکی‌بی، علی؛ علیخانی، مصطفی؛ و خدادادی، کامران. (۱۳۹۱). رابطه مهارت‌های زندگی و تعارضات زناشویی با بهداشت روانی در زوجین. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۴): ۴۶۱-۴۷۲.

گلادینگ، ساموئل. (۱۹۹۸). خانواده درمانی، تاریخچه نظریه و کاربرد. ترجمه: فرشاد بهاری و همکاران، ۱۳۹۰. تهران: انتشارات تزکیه.

مجرد کاهانی، امیرحسین؛ و قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی. (۱۳۹۰). ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۳): ۳۹۹-۴۱۲.

موسوی، اشرف‌السادات. (۱۳۷۹). عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضاء خانواده. مجله اندیشه و رفتار. ۶(۲ و ۳): ۸۷-۹۶.

نجاریان، فرزانه. (۱۳۷۴). عوامل مؤثر در کارایی خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

نصراصفهانی، نرگس؛ اعتمادی، احمد؛ و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش معنا-محور بر عملکرد خانواده زنان متأهل. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۲): ۲۰۹-۲۲۱.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۳). *راهنمای عملی پژوهش کیفی*. تهران: انتشارات سمت.

منابع لاتین

- Barker, P., & Chang, J. (2013). *Basic family therapy*. London: Wiley- black well.
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: Current issues in evaluating families. *Family Relations*, 44(4), 469- 477.
- Carr, A. (2012). *Family therapy: concepts, process, and practice*. Malden: John wily & Sons.
- Dickstein, S. (2007). Family mealtime functioning, maternal depression, and early childhood outcomes. *Journal of Family Psychology*, 12, 23-40.
- Elias, H., & Tan, H. Y. (2009). Relationship between perceived paternal and maternal parenting styles and student academic achievement in selected secondary schools. *European Journal of Social Sciences*, 9(2), 181-192.
- Fishman, H. C., & Fishman, T. (2003). *Structural Family Therapy*. In G. P. Sholevar, & L. D. Schwoeri (Eds.), *Textbook of family and couples therapy*. Washington Dc: American Psychiatric publishing Inc.
- Fleck, S. (1980). Family functioning and family pathology. *Psychiatric Annals*, 10(2), 17-35.
- Gladding, S. (2014). *Family Therapy: History, Theory, and Practice*. New Jersey: Pearson.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family Therapy: An overview*. LosAngeles: Thomas Brooks/Cole.
- Hadley, J. A. (1991). *The association between family dysfunction, family interactional style, and the self representations and object relations of adult of spring of dysfunctional families*. doctoral dissertation, University of Oregon.
- Holloway, I., & Freshwater, D. (2007). *Qualitative research for nursing*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Locke, H. J., & Williamson, R. C. (1958). Marital adjustment: A factor analysis study. *American Sociological Review*, 23(5), 562-569.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Okorodudu, G. N. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district. *Edo Journal of Counselling*, 3(1), 58-86.
- Olson, D. H., Defrain, j. & Olson, A. K. (1998). *Building Relationship: Developing Skills for Life*. Minneapolis: Life Innovation, Inc.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: lippincott Co.
- Samani, S. (2005). Family process and content model. *Paper presented in Internatinam Society for Theoretical Psychology Confrence*, Cape Town, South Africa.
- Samani, S. (2008). Validity and reliability of the family process and content scales. *Paper presented in the XXIX international Congress of Psychology*, Berlin, Germany.
- Sperry, L. (2012). *Assessment of Couples and Families: Contemporary and Cutting-Edge Strategies*. New York: Taylor & Francis Group.
- Thompson, C. L. & Henderson, D. A. (2007). *Counselling Children*. Belmont,CA: Brooks/Cole.
- Walsh, F. (2012). *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York: Guilford Press.
- Wood, G. L., & Haber, J. (2002). *Nursing research*. St. Louis: Mosby Co.