

تدوین مدل خانواده سالم به روش پژوهش آمیخته اکتشافی

Developing a Model of Healthy Family based on an Explorative Mixed Method Research

Masoud Sadeghi

Lorestan University

Maryam Fatehizadeh,

Ahmad Ahmadi,

Fatemeh Bahrami &

Ozra Etemadi

University of Isfahan

مسعود صادقی*

دانشگاه لرستان

مریم فاتحی زاده،

سید احمد احمدی،

فاطمه بهرامی و

عذرا اعتمادی

دانشگاه اصفهان

چکیده: کشف معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم از نظر مفهومی و مبانی درمانی مهم است. این پژوهش با هدف تدوین مدلی از خانواده سالم در جامعه ایرانی به روش طرح تحقیق آمیخته اکتشافی (کیفی- کمی) انجام شده است. در مرحله کیفی ابتدا جلسات مصاحبه توسط پژوهشگران با زوجین و متخصصان خانواده انجام گرفت و معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم بر اساس نظر زوجین و متخصصان خانواده استخراج شد. در ادامه، پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه خانواده سالم مورد بررسی قرار گرفت و مقوله‌های مرتبط با خانواده سالم استخراج گردید. در مرحله دوم پژوهش که به روش کمی انجام شد، مدل تدوین شده به صورت میدانی جهت برازش بررسی شد. در تجزیه و تحلیل متن مصاحبه با زوجین در کدگذاری باز ۸۳ مقوله و در کدگذاری محوری بر اساس شباهت موضوعی ۱۹ مقوله، در تجزیه و تحلیل متن مصاحبه با متخصصان خانواده در کدگذاری باز ۱۰۶ مقوله و در کدگذاری محوری ۲۱ مقوله و از تجزیه و تحلیل کیفی پژوهش‌ها پیرامون خانواده سالم نیز ۱۱۴ مقوله به دست آمد که در کدگذاری محوری بر اساس شباهت موضوعی در ۲۰ مقوله قرار داده شدند. سپس با استفاده از سه سویه‌سازی (مثلث‌سازی) بر اساس مقوله‌های مستخرج از مصاحبه با متخصصان خانواده، زوجین و پژوهش‌ها، مدل خانواده سالم در ۱۴ بعد تدوین شد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل ارائه شده به روش کیفی برای خانواده سالم با داده‌های میدانی برازش دارد و ساختار عاملی مفروض مورد تایید قرار گرفت. واژه‌های کلیدی: خانواده سالم، مدل خانواده سالم، پژوهش آمیخته اکتشافی

Abstract: Discovering criteria and characteristics of a healthy family is quite essential from both conceptual aspect and therapeutic basis. This study was targeted at developing a model of healthy family in Iranian society. A mixed method (qualitative-quantitative) of research was applied to the study. In the qualitative stage, the researchers interviewed selected couples and family specialists and then based on their opinions, criteria and characteristics of healthy family were identified. Subsequently, the relevant investigations carried out concerning healthy family were scrutinized out, of which topics on healthy family extracted. In the second stage, the model was investigated for its fitness with fieldwork studies. In analyzing transcripts of interviews with couples, 83 and 19 categories were obtained respectively from open coding and axial coding based on topic similarity. Likewise, through analysis of transcripts of interviews with family specialists, 106 and 21 categories established while using open and axial coding respectively. Finally, qualitative analysis of previous researches on healthy family resulted in 114 categories which were then distributed into 20 categories in the light of axial coding in accordance with topic similarity. As a result, a model of healthy family was constructed including fourteen dimensions by means of triangulation in compliant with the categories extracted from interviews with family specialists, couples, and the available previous research results. The findings also revealed that the qualitative model suggested for healthy family fitted fieldwork data and supposed factorial structure was also confirmed.

Keywords: healthy family, model of healthy family, explorative mixed method

*نشانی پستی نویسنده: خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: sadeghi41@yahoo.com

Received: 7 June 2014 Accepted: 16 Aug 2015

دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۲۵

مقدمه

خانواده، یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه و شکل‌دهنده شخصیت آدمی است. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه خانواده^۱، عوامل بسیار موثری در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده هستند (لاک و ویلیامسون، ۱۹۵۸). خانواده اولین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و تحول می‌یابند (زاپوسنیک، هرویس و شوارتز، ۲۰۰۳). در فرهنگ لغت وبستر، خانواده واحدی زیستی، اجتماعی و بنیادی در جامعه است که از دو یا چند فرد بزرگسال تشکیل شده است که با هم زندگی می‌کنند و در زمینه مراقبت و تربیت فرزندان (چه فرزندان زیستی چه فرزندخوانده‌ها) با یکدیگر همکاری دارند (تامپسون و هندرسون، ۲۰۰۷). گلدنبرگ و گلدنبرگ (۲۰۰۸) در تعریف خانواده می‌گویند که خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که چند نسل را دربرمی‌گیرد و وجه تمایز آن با سایر نظام‌های اجتماعی در وفاداری^۲، عاطفه و دایمی بودن عضویت در آن است. وجه تمایز آن از سایر سیستم‌های اجتماعی به این صورت است که ورود به سیستم خانوادگی از لحظه تولد، یا فرزندخواندگی^۳ یا ازدواج آغاز می‌شود و اعضا تنها به واسطه مرگ از هم جدا می‌شوند و جدایی تمامی ارتباطات خانوادگی غیر ممکن است (کار، ۲۰۱۲). دین اسلام نیز خانواده را از مهم‌ترین و اساسی‌ترین واحدهای اجتماعی می‌داند که بنای آن بر الفت، همدلی و همدمی استوار است و روابط آن بر مودت و مهربانی پایه‌گذاری شده است (فائمی، ۱۳۸۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اکثر مشکلات رفتاری و انحرافات افراد، ریشه در خانواده دارد (اکرودیودیو، ۲۰۱۰). همچنین دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده، و تحقق خانواده سالم^۴ مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است (سادوک،

سادوک و کاپلان، ۲۰۰۳). ما در جامعه‌ای چندوجهی زندگی می‌کنیم که در آن تعریف خانواده سالم مشکل است. با وجود این، معیارهای ویژه‌ای وجود دارد که می‌توانیم از آنها در تعیین سلامت خانواده استفاده کنیم (بارکر، ۲۰۰۷). تعاریف بسیاری از خانواده‌های سالم و ناسالم، و همچنین نظریه‌های متعددی در زمینه کارکرد خانواده وجود دارد (بری، ۱۹۹۵؛ والش، ۲۰۱۲). اگر چه بسیاری از این نظریه‌ها مبانی نظری مشترکی دارند، با وجود این در توصیف فرایندهای خانواده سالم، توجه به جنبه‌های خاص هر نظریه مهم است (اسپری، ۲۰۱۲). بر اساس تلفیق دیدگاه‌های موجود در خصوص سلامت فردی، می‌توان چهار چشم‌انداز سودمند را برای روشن ساختن مفاهیم مربوط به یک خانواده سالم تبیین کرد که عبارتند از: سالم بودن به عنوان عاری از مشکل بودن^۵، سالم بودن به عنوان برخورداری از سلامت^۶، سالم بودن به عنوان در حد وسط قرار داشتن^۷ و سالم بودن در ارتباط با فرایندهای تبدالی اساسی در سیستم‌های خانواده^۸ (والش، ۲۰۱۲).

فلک (۱۹۸۰) پنج متغیر از کنش‌های خانواده را که باید در تمایز خانواده سالم از ناسالم مورد توجه قرار گیرند، عنوان کرده است. این متغیرها عبارتند از: پیشوایی، حد و مرزهای خانواده، عاطفی بودن، ارتباط، و عملکرد معطوف به هدف. دی‌پاول (۲۰۰۶) نیز برخی از ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب را تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به طور موثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه و مسوولیت‌پذیری شخصی بیان می‌کند (دی پاول، ۲۰۰۶). خانواده دارای کارکرد سالم در مدل ساختاری^۹، خانواده‌ای است که در آن بین اعضا مکملیت وجود دارد. از ویژگی‌های دیگر این نوع خانواده، برون‌سازی متقابل اعضا با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر

5. normal as problem-free

6. normal families as healthy

7. normal as average

8. normal in relation to basic transactional processes in family systems

9. structural model

1. family optimal performance

2. loyalty

3. adoption

4. healthy family

یکدیگر، ارتباط مثبت، وقت‌گذرانی لذت‌بخش با یکدیگر در زمان‌های مناسب، احساس سلامت معنوی، توانایی تحمل فشارها و بحران‌ها را شش شاخص بارز خانواده‌های سالم عنوان کرده‌اند.

پرویزی و همکاران (۱۳۸۸) پژوهشی را در خصوص تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان، با روش تحلیل محتوا انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که نقش خانواده در محورهای ارتباط در خانواده، خانواده سالم، محدودیت، امکانات و باور مذهبی، مورد تاکید نوجوانان بوده است. نوجوانان، 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 گزارش کردند. سامانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود به بررسی سبک‌های والدگری^۴ در گونه‌های مختلف خانواده در مدل فرایند و محتوای خانواده، پرداختند. یافته‌های پژوهش آنها نشان داد که خانواده‌های سالم در مقایسه با دیگر گونه‌های خانواده، از سبک والدگری مثبت، مشارکت بالای پدر، تنبیه بدنی کمتر برخوردارند. در مقابل، در خانواده‌های ناسالم تنبیه بدنی و نظارت ضعیف، بیش از دیگر گونه‌های خانواده وجود داشت. نتایج پژوهش لطیفیان (۱۳۸۷)؛ به نقل از سامانی و همکاران، (۱۳۸۹) نشان داد که خانواده‌های ناسالم و مشکل‌دار در مقایسه با خانواده‌های سالم، کمتر از رفتار والدگری مثبت استفاده می‌کنند. سامانی و عبدالله‌زاده (۲۰۰۸)؛ به نقل از سامانی و همکاران، (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود نشان دادند که خانواده‌های سالم در زمینه مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) در مقایسه با دیگر گونه‌های خانواده، مشکلات کمتری دارند.

اگر چه متخصصان در مورد تمامی ویژگی‌های مذکور اتفاق نظر ندارند، ولی به طور کلی جنبه‌هایی از موضوع را مطرح می‌کنند که موجب تمیز خانواده‌های سالم از خانواده‌های ناسالم می‌شود (گلادینگ، ۱۳۹۰/۱۹۹۶). با وجود این،

مناسب با چرخه حیات خانواده است (مینوچین، ۱۹۷۴). مینوچین (۱۹۷۴) تاکید می‌کند که سالم بودن خانواده به معنای فقدان مشکلات نیست، بلکه به معنای انعکاس روشن مشکلات معمولی است که رخ می‌دهند و لازم است در زندگی خانوادگی بر آنها فایز آمد (بهاری، ۱۳۷۹).

فیشر و اشپرانکل^۱ (۱۹۷۸)؛ به نقل از پیکرستان، (۱۳۸۰) در پژوهش خود از تعدادی درمانگر خواستند تا خانواده سالم را توصیف کنند. درمانگران، خانواده سالم را به عنوان خانواده حمایتی که اعضا درون خانواده، احساس ایمنی و ارزشمندی می‌کنند، توصیف کردند. به عقیده آنها، این خانواده‌ها روش ارتباطی بازی دارند که اعضای خانواده می‌توانند مباحث مهم‌شان را با هم مطرح کنند. این خانواده‌ها اعتقاد دارند که تغییر امکان‌پذیر است. بیوار و بیوار^۲ (۱۹۸۲)؛ به نقل از گلا دینگ، (۲۰۱۰) اظهار کردند که خانواده‌های سالم از ویژگی‌های زیر برخوردارند: وجود مرجع قدرت مشروع و قانونی، نظام مقرراتی پایدار، سهیم بودن در انجام فعالیت‌های تربیتی پایدار و مداوم، انجام اقدامات موثر و پایدار درباره تربیت فرزند و حفظ زندگی زناشویی، تعیین اهدافی که خانواده و هر یک از اعضای آن برای تحقق آنها تلاش می‌کنند، برخورداری از انتقادپذیری، انطباق با معضلات طبیعی ناشی از تحول و تکامل و همچنین مقابله با بحران‌های غیر منتظره.

استینت و دفرین (۱۹۸۵) و کریسان، مور و زبل^۳ (۱۹۹۰)؛ به نقل از گلا دینگ، (۲۰۱۰) ویژگی‌های خانواده‌های سالم را این‌گونه توصیف می‌کنند: اعضای آن خود را وقف خانواده و اعضای دیگر 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، اعضای خود را تشویق و ترغیب می‌کنند، و وظایف و نقش‌های مشخص دارند (گلادینگ، ۲۰۱۰). السون و همکاران (۱۹۹۸) نیز پایبندی به خانواده، قدردانی و محبت نسبت به

1. Fisher, B., & Sprenckle, J. A.

2. Bivar, A., & Bivar, W. B.

3. Krison, M. E., Moore, R. J., & Zabel, U.

4. parenting styles

همان‌طور که والش (۲۰۱۲) طی بازننگری جامعی از مدل‌های خانواده سالم، اذعان کرد که واژه طبیعی یا سالم به گونه‌های مختلفی قابل تفسیر است، مساله اساسی اختلاف نظری است که درباره مفهوم «خانواده سالم» وجود دارد؛ چرا که سلامت خانواده موضوعی ارزشی است که معیارهای آن در هر جامعه می‌تواند متفاوت باشد (افضل نیا، ۱۳۸۶). همچنین با توجه به این‌که هر کدام از نظریه‌ها و مدل‌های ارائه شده در مورد خانواده سالم، بسته به فرهنگ موجود و با توجه به مبانی نظری و تبیین‌های خاص آن فرهنگ در مورد خانواده، تدوین شده‌اند، به نظر می‌رسد که ساختار و ویژگی‌های خانواده (از جمله فرایند تشکیل رابطه زناشویی، ساختار و سلسله مراتب قدرت، شبکه اجتماعی پیرامون خانواده هسته‌ای، مذهب، مسایل فرهنگی، و شرایط طلاق) که توسط جوامع غربی ارائه شده است، با ساختار و ویژگی‌های آن در جامعه ایران تفاوت داشته باشد. بنابراین با در نظر گرفتن این که تعریف خانواده سالم مشکل به نظر می‌رسد و پژوهشگران معیارهای متفاوتی را در تعیین سلامت خانواده لحاظ کرده‌اند، پژوهش حاضر در صدد آن است که به صورت پژوهش کیفی، براساس دیدگاه متخصصان خانواده، دیدگاه زوجین و پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه خانواده سالم؛ و پژوهش کمی براساس برازش مدل، در زمینه خانواده سالم متناسب با فرهنگ اسلامی- ایرانی مدلی را تدوین نماید که بتواند در اختیار کارشناسان، درمانگران حوزه خانواده و خانواده‌های ایرانی قرار گیرد و نشان دهد که خانواده سالم چگونه خانواده‌ای است و چه ویژگی‌هایی دارد؟ بر این اساس هدف از این پژوهش، تدوین مدل خانواده سالم به صورت پژوهش آمیخته است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

برای پژوهش حاضر، ۳ جامعه آماری قابل تعریف بود: (۱) در بخش مصاحبه با زوجین، جامعه آماری شامل کلیه دبیران متاهل شهر خرم آباد به همراه همسران‌شان در سال

۹۲-۱۳۹۱ بود، (۲) در بخش مصاحبه با متخصصان خانواده و ازدواج، جامعه آماری، کلیه متخصصان خانواده و ازدواج را که دارای مدرک دکتری تخصصی در یکی از گرایش‌های رشته‌های مشاوره و یا روانشناسی در سال ۹۲-۱۳۹۱ بودند و حداقل سابقه ۵ سال تجربه در درمان زوجین و خانواده‌ها داشتند، دربرمی‌گرفت، (۳) در مرحله دوم پژوهش، جامعه آماری را کلیه دبیران متاهل شهر خرم آباد در سال ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند.

با توجه به سه جامعه آماری در پژوهش از ۳ روش نمونه‌گیری استفاده شد. نمونه‌گیری در بخش مصاحبه با زوجین بصورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای به روش تصادفی و از روی لیست دبیران حاضر به همکاری انتخاب شد. به این صورت که از میان دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم آباد به صورت تصادفی، از هر ناحیه دو دبیرستان پسرانه و دو دبیرستان دخترانه و در مجموع چهار دبیرستان انتخاب شدند. سپس با دبیران این دبیرستان‌ها تماس گرفته شد، و از دبیران متاهل حاضر به همکاری و همسران‌شان به صورت تصادفی مصاحبه نیمه ساختار یافته و تعاملی به عمل آمد. نمونه‌گیری تا حد اشباع مقوله یعنی تا جایی که در جریان مصاحبه‌ها هیچ اطلاعات جدیدی بدست نیامد، ادامه یافت. در نهایت ۱۹ زوج مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی افراد نمونه در این بخش ۲۴ تا ۵۶ سال و میانگین و انحراف استاندارد سنی آنها به ترتیب ۳۰/۸۰ و ۵/۴۴ بود. هدف اصلی نمونه‌گیری در این بخش انجام مصاحبه به منظور دست‌یابی به معیارها، ویژگی‌ها و ابعاد خانواده سالم از دیدگاه زوجین بود. نمونه‌گیری در بخش مصاحبه با متخصصان خانواده و ازدواج به صورت هدفمند و با استفاده از روش نمونه‌گیری همگون^۱ انجام شد. نمونه‌گیری در این بخش از پژوهش تا حد اشباع مقوله یعنی تا جایی که در جریان مصاحبه‌ها هیچ اطلاعات جدیدی بدست نیامد، ادامه یافت. در نهایت ۱۶ متخصص خانواده با روش نمونه‌گیری هدفمند بررسی شدند. هدف اصلی نمونه‌گیری در این بخش

1. homogeneous

بخش دوم، پس از تدوین سوالات مصاحبه نیمه ساختاریافته، جلسات مصاحبه توسط پژوهشگران با زوجین انجام شد و معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم بر اساس نظر زوجین استخراج گردید. در بخش سوم، جلسات مصاحبه نیمه ساختاریافته توسط پژوهشگران با صاحب‌نظران و متخصصان خانواده و ازدواج انجام شد و معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم بر اساس نظر آنها استخراج گردید. در بخش دوم و سوم به موازات فرایند مصاحبه، یافته‌ها تحلیل شد و تعداد جلسات مصاحبه تا حد اشباع مقوله افزایش یافت. تمام مکالمه‌ها روی نوار صوتی ضبط، و سپس به دقت روی کاغذ پیاده شد و بار دیگر با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد. سپس متن‌های نسخه‌برداری شده مصاحبه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته، مفهوم‌سازی و استخراج مقوله‌ها از روش سیستماتیک^۴ استفاده شد. طرح تحقیق سیستماتیک در نظریه برخاسته از داده‌ها، بر استفاده از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز^۵، کدگذاری محوری^۶ و کدگذاری گزینشی^۷ تاکید دارد (بازرگان، ۱۳۸۷). فرایند کدگذاری داده‌ها در جریان گردآوری داده‌ها به اجرا درآمد. در کدگذاری باز، داده‌ها به دقت به کوچکترین اجزای ممکن شکسته و در مرحله دوم داده‌ها براساس تفاوت و تشابه با یکدیگر، مقایسه و طبقه‌بندی شدند. بعد از حرکت و لغزش‌های مکرر در بین طبقات و کدها، دسته‌بندی صورت گرفت، کدهای مشابه در طبقاتی قرار گرفتند که با نام‌هایی گویا قابل شناسایی و درک باشند (پولیت و بک، ۲۰۰۶). 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، ۲۰۰۲) که در این پژوهش، خانواده سالم بود.

انجام مصاحبه به منظور دستیابی به معیارها، ویژگی‌ها و ابعاد خانواده سالم از دیدگاه متخصصان خانواده و ازدواج بود. در مرحله دوم پژوهش و در بخش برازش مدل، نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای به روش تصادفی انجام شد. به این شکل که از میان دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد به صورت تصادفی از هر ناحیه ۷ دبیرستان پسرانه و ۷ دبیرستان دخترانه انتخاب و دبیران متاهل این دبیرستان‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند. در مجموع، ۶۰۰ پرسشنامه خانواده سالم بین افراد نمونه توزیع شد که ۵۵۰ پرسشنامه برگشت داده شد. با بررسی پرسشنامه‌ها و حذف موارد ناقص در نهایت ۵۱۱ پرسشنامه انتخاب و برای تجزیه و تحلیل در این مرحله استفاده شدند. دامنه سنی افراد نمونه در این مرحله ۲۲ تا ۵۵ سال و میانگین و انحراف استاندارد سنی آنها به ترتیب ۳۲/۴۵ و ۷/۳۹ بود.

این پژوهش به روش طرح تحقیق آمیخته اکتشافی^۱ (کیفی- کمی) و در دو مرحله انجام شد. این دو مرحله عبارت بودند از:

مرحله اول: این مرحله از پژوهش به شیوه کیفی و با استفاده از روش نظریه برخاسته از داده‌ها^۲ و در پنج بخش انجام گرفت. در بخش اول، با مرور ادبیات پژوهش، سوالات مصاحبه نیمه ساختار یافته^۳ در زمینه خانواده سالم تدوین شد. و در جلساتی مورد بحث پژوهشگران و اساتید و صاحب‌نظران حوزه مشاوره خانواده قرار گرفت، تا صحت محتوا و کفایت آنها بررسی شود، و در مورد محتوای مصاحبه و سوال‌های آن اجماع نظر حاصل گردد؛ به نحوی که با صحت محتوا و کفایت سوالات تدوین شده بتوان معیارها و ویژگی‌های خانواده سالم را از نظر زوجین و متخصصان خانواده و ازدواج جويا شد. بنابراین در این پژوهش برای این که 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. در

-
4. systematic
 5. open coding
 6. axial coding
 7. selective coding

-
1. explorative mixed method
 2. grounded theory
 3. semi-structured

موضوعی در ۱۹ دسته موضوعی قرار داده شدند. در تجزیه و تحلیل متن مصاحبه با متخصصان خانواده در کدگذاری باز ۱۰۶ مقوله در کدگذاری محوری براساس شباهت موضوعی در ۲۱ دسته موضوعی قرار گرفتند و در تجزیه و تحلیل متن پژوهش‌ها در زمینه خانواده سالم در کدگذاری باز ۱۱۴ مقوله در کدگذاری محوری براساس شباهت موضوعی در ۲۰ دسته موضوعی قرار داده شدند. در ادامه، کدگذاری گزینشی انجام گرفت که کدهای محوری در یک مقوله هسته‌ای یا اصلی تحت عنوان خانواده سالم نام‌گذاری شد.

با توجه به مقوله‌های استخراج شده از محتوای مصاحبه با متخصصان خانواده، زوجین و پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه خانواده سالم و مثلث‌سازی بین آنها، در نهایت مدل بومی خانواده سالم در ۱۴ بعد زیر تدوین شد: ساختار متعادل (وضوح و اجرای مناسب نقش‌ها، سلسله مراتب خانوادگی، مرزهای مشخص و منعطف)، سلامت جسمانی و روانی اعضا، عوامل شناختی مثبت و منطقی (افکار، عقاید، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و انتظارات)، تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب (مستقیم، روشن و صادقانه، دوستانه و صمیمی، احترام و درک متقابل، توجه نسبت به حقوق اعضا)، فراهم‌سازی نیازهای اعضا (جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، جنسی، امنیت)، ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات، اعتقادات دینی و مذهبی، فرزندپروری مناسب، مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها، فراهم‌سازی بستر رشد، هدف‌مندی منطقی و مناسب (فردی، زوجی و خانوادگی)، شادی‌آفرینی در محیط خانواده، مهارت‌های مشورت و تصمیم‌گیری مناسب، نظم‌بخشی و برنامه‌ریزی. در شکل ۱ مدل تدوین شده خانواده سالم و ابعاد آن ارائه شده است.

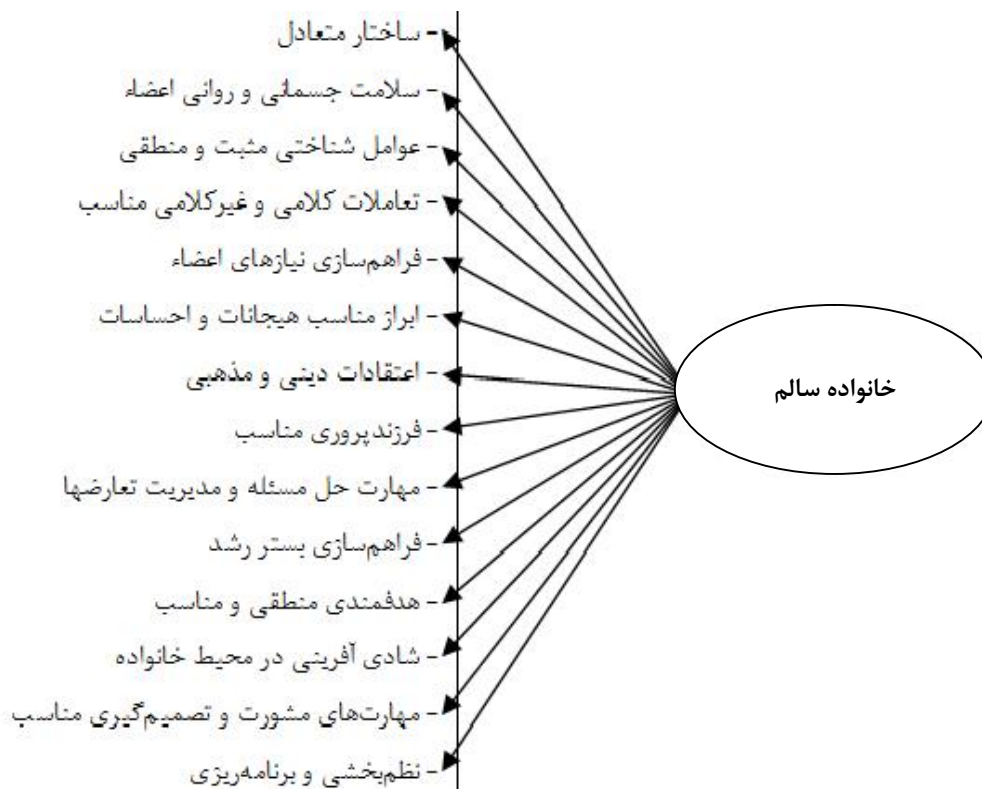
در بخش چهارم، پژوهش‌های انجام شده در زمینه خانواده سالم مورد بررسی قرار گرفت و مقوله‌های مرتبط با خانواده سالم استخراج گردید. در بخش پنجم، پژوهش به شیوه سه‌سویه‌سازی (مثلث‌سازی)^۱ چند سویه‌نگر انجام شده است. مثلث‌سازی بر اساس مقوله‌های مستخرج از مصاحبه با متخصصان خانواده و ازدواج، مقوله‌های مستخرج از مصاحبه با زوجین و مقوله‌های مستخرج از پژوهش‌های انجام شده در زمینه خانواده سالم صورت پذیرفت. با استفاده از مثلث‌سازی بر اساس مقوله‌های مستخرج از مصاحبه با متخصصان خانواده، زوجین و پژوهش‌ها در نهایت مدل بومی خانواده سالم در ۱۴ بعد تدوین شد. در این بخش پژوهش از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب شد تا طبقات از درون داده‌ها استخراج شوند.

مرحله دوم: این مرحله از پژوهش به شیوه کمی و به روش توصیفی-پیمایشی انجام شد. در این مرحله، برای برازش مدل تدوین شده، پرسشنامه‌ای مبتنی بر ابعاد مدل تدوین شده خانواده سالم ساخته شد و سپس به‌صورت میدانی مدل تدوین شده جهت برازش مورد بررسی قرار گرفت. برای انجام عملیات تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA10، AMOS21^۲ و SPSS21^۳ استفاده شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های کیفی: برای بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته با زوجین و متخصصان خانواده و ازدواج در سطح تحلیل خرد و استخراج مفاهیم اولیه و نظم‌دهی مفهومی از روش کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی استفاده شد. در تجزیه و تحلیل متن مصاحبه با زوجین در کدگذاری باز ۸۳ مقوله در کدگذاری محوری براساس شباهت

-
1. triangulation
 2. Amos Graphic
 3. Statistical Program for Social Science (SPSS)



شکل ۱. مدل تدوین شده خانواده سالم مستخرج از مثلث‌سازی مقوله‌های مصاحبه با متخصصان خانواده، زوجین و پژوهش‌ها

بررسی شد. برای بررسی ساختار عاملی از تحلیل عاملی تاییدی (CFA)^۲ استفاده شد. شکل ۲ مدل عاملی ارائه شده برای خانواده سالم را نشان می‌دهد.

بر اساس شکل ۲، عامل ۱ تا ۱۴ به ترتیب عبارتند از: ساختار متعادل، تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب، فراهم‌سازی نیازهای اعضا، فرزندپروری مناسب، سلامت جسمانی و روانی اعضا، عوامل شناختی مثبت و منطقی، ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات، اعتقادات دینی و مذهبی، مهارت‌های حل مساله و مدیریت تعارضها، فراهم‌سازی بستر رشد، هدفمندی منطقی و مناسب، شادی‌آفرینی در محیط خانواده، مهارت‌های مشورت و تصمیم‌گیری مناسب، نظم‌بخشی و برنامه‌ریزی.

تحلیل داده‌های کمی: پس از تدوین مدل خانواده سالم به صورت کیفی، برازش مدل تدوین شده به روش کمی صورت گرفت. برای برازش مدل تدوین شده، پرسشنامه خانواده سالم^۱ که مبتنی بر ابعاد مدل تدوین شده خانواده است توسط صادقی (۱۳۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۶۰ عبارت و ۱۴ خرده مقیاس است. هر یک از ۶۰ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشان دهنده سلامت بیشتر خانواده و عملکرد سالم‌تر آن است. صادقی (۱۳۹۲) در پژوهش خود برای پایایی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و برای روایی سازه آن از طریق همبسته کردن آن با پرسشنامه عملکرد خانواده ضریب همبستگی ۰/۶۴ را گزارش کرد و سپس به صورت میدانی مدل تدوین شده جهت برازش

2. Confirmatory Factor Analysis

1. Healthy Family Questionnaire

شاخص‌های برازش مدل عاملی مرتبه دوم خانواده سالم و مولفه‌های آن در جدول ۱ ارایه شده است. مقدار ریشه میانگین مجذورات خطاهای برآورد (RMSEA) کمتر از ۰/۰۵ به دست آمده است که به عنوان مهم‌ترین شاخص برآورد برازش مدل، نشان می‌دهد مدل مفروض با مقادیر مشاهده شده، برازش دارد. شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) همگی بالاتر از ۰/۹ به دست آمدند که نشانگر برازش مدل در حد مطلوب هستند. بر این اساس در مجموع می‌توان چنین استنباط کرد که مدل ارایه شده به روش کیفی برای خانواده سالم، با داده‌های میدانی برازش دارد و ساختار عاملی مفروض مورد تایید است.

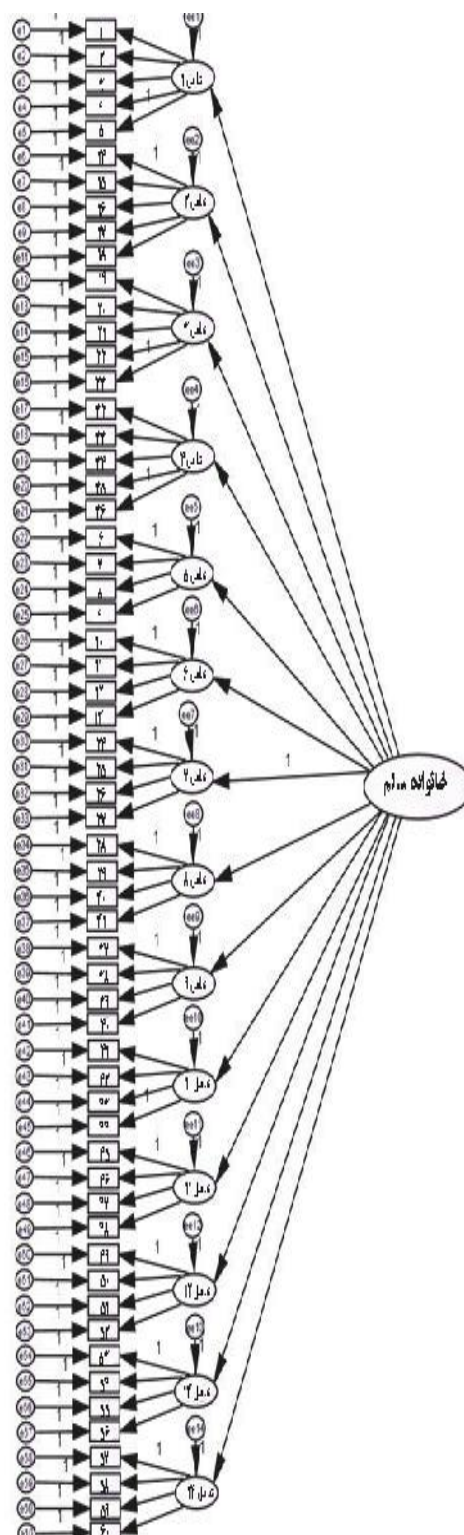
جدول ۱

شاخص‌های برازش مدل عاملی مرتبه دوم خانواده سالم و مولفه‌های آن

RMSEA	CFI	AGFI	GFI	P	CMIN/df	df	CMIN
۰/۰۰۳	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۱/۹۹	۱۶۹۶	۳۳۸۵/۳۴

بحث

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کیفی پژوهش نشان داد که مدل بومی خانواده سالم از ۱۴ بعد تشکیل شده است. این ابعاد شامل: ساختار متعادل (وضوح و اجرای مناسب نقش‌ها، سلسله مراتب خانوادگی، مرزهای مشخص و منعطف)، سلامت جسمانی و روانی اعضا، عوامل شناختی مثبت و منطقی (افکار، عقاید، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و انتظارات)، تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب (مستقیم، روشن و صادقانه، دوستانه و صمیمی، احترام و درک متقابل، توجه نسبت به حقوق اعضا)، فراهم سازی نیازهای اعضا (جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، جنسی، امنیت)، ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات، اعتقادات دینی و مذهبی، فرزندپروری مناسب، مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها، فراهم سازی بستر رشد، هدف‌مندی منطقی و مناسب (فردی، زوجی و خانوادگی)، شادی آفرینی در محیط خانواده، مهارت‌های مشورت و تصمیم‌گیری مناسب،



شکل ۲. مدل عاملی مرتبه دوم خانواده سالم و مولفه‌های آن

نظم‌بخشی و برنامه‌ریزی بود.

با توجه به مدل تدوین شده خانواده سالم، 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 غلبه کند.

پس از شناسایی معیارها و ویژگی‌های مدل تدوین شده خانواده سالم، مدل‌ها و پژوهش‌های انجام شده در زمینه خانواده سالم با مدل تدوین شده مورد مقایسه قرار گرفت. هرچند مدل تدوین شده خانواده سالم در ظاهر از نظر کلمات با سایر مدل‌ها و پژوهش‌ها در بعضی ابعاد و معیارها متفاوت به نظر می‌رسد، ولی به طور کلی می‌توان گفت که با مدل مک‌مستر^۱ (اپشتاین، رایان، بیشاپ، میلر و کیتنر، ۲۰۰۳)، در ابعاد حل مساله (معادل مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها در مدل تدوین شده)، ارتباطات (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، کارکرد نقش (معادل ساختار متعادل)، پاسخگویی عاطفی و درگیری عاطفی (معادل ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات)، کنترل رفتاری (معادل نظم‌بخشی و برنامه‌ریزی)، با بعد ارتباط مدل چند مختصاتی السون^۲ (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، که شامل مهارت‌های مثبت است که به خانواده‌ها در تغییر سطوح همبستگی و انعطاف‌پذیری برای تقاضاهای موقعیتی و رشدی کمک می‌کند (السون، ۲۰۱۱)، با مدل بیورز (بیورز و همپسون، ۲۰۰۳) در توانمندی خانواده که به تشریح سازمان‌دهی و مدیریت خانواده می‌پردازد، در ابعاد مذکور همسو است.

همچنین با پژوهش کفارت^۳ (۱۹۶۱)؛ به نقل از صادقی، فاتحی‌زاده، احمدی، بهرامی و اعتمادی، ۲۰۱۳) در ارضای

نیازها (معادل فراهم‌سازی نیازهای اعضا) و داشتن تفریح (معادل شادی‌آفرینی در محیط خانواده)، با پژوهش فیشر و اشپرانکل (۱۹۷۸)؛ به نقل از پیکرستان، ۱۳۸۰) در روش ارتباطی باز (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، با پژوهش بارن‌هیل^۴ (۱۹۷۹)؛ به نقل از هادلی، ۱۹۹۱) در پردازش اطلاعات (معادل عوامل شناختی مثبت و منطقی)، و ساختار نقش (معادل ساختار متعادل)، با فلک (۱۹۸۰) در معیارهای حد و مرزهای خانواده (معادل ساختار متعادل)، عاطفی بودن (معادل ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات)، ارتباط (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، و عملکرد معطوف به هدف (معادل هدف‌مندی منطقی و مناسب)، با مدل ساختاری مینوچین (۱۹۷۴) در مرزهای روشن و منعطف (معادل ساختار متعادل)، قدرت حل تعارض (معادل مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها)، و با بیوار و بیوار (۱۹۸۲)؛ به نقل از گلا‌دینگ، ۲۰۱۰) در مرجع قدرت مشروع و قانونی (معادل ساختار متعادل)، نظام مقرراتی پایدار (معادل نظم‌بخشی و برنامه‌ریزی)، سهمیم بودن در انجام رفتارهای تربیتی پایدار و مداوم، انجام اقدامات موثر و پایدار درباره تربیت فرزند (معادل فرزندپروری مناسب)، تعیین اهدافی که خانواده و هر یک از اعضای آن برای تحقق آنها تلاش می‌کنند (معادل هدف‌مندی منطقی و مناسب)، انطباق با شرایط عادی معضلات ناشی از رشد و تکامل و همچنین بحران‌های غیر منتظره (معادل مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها)، با کریسان و همکاران (۱۹۹۰)؛ به نقل از گلا‌دینگ، ۲۰۱۰) در الگوهای ارتباط خوب (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، عقاید مذهبی قوی (معادل اعتقادات دینی و مذهبی)، مقابله مناسب با بحران‌ها (معادل مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها)، و وظایف و نقش‌های مشخص (معادل ساختار متعادل)، با تحقیقات السون و همکاران (۱۹۹۸) در قدردانی و محبت نسبت به یکدیگر (معادل ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات)، ارتباط مثبت (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، وقت‌گذرانی لذت‌بخش با یکدیگر

1. McMaster model

2. Olson's circumplex model

3. Kephart, W. M.

4. Barnhill, R. E.

در زمان‌های مناسب (معادل شادی‌آفرینی در محیط خانواده)، احساس سلامت معنوی (معادل اعتقادات دینی و مذهبی)، توانایی تحمل فشارها و بحران‌ها (مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها)، با دی‌پاول (۲۰۰۶) در تعامل ارتباطی باز (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، کنترل و مهار فشارهای روانی به طور موثر (معادل مهارت حل مساله و مدیریت تعارض‌ها)، ابراز محبت و علاقه (معادل ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات)، و مسوولیت‌پذیری شخصی (معادل ساختار متعادل)، با پژوهش سامانی و عبدالله‌زاده (۲۰۰۸)؛ به نقل از سامانی و همکاران، (۱۳۸۹) در مشکلات هیجانی کمتر (افسردگی، اضطراب و استرس؛ معادل سلامت جسمانی و روانی اعضا)، با پژوهش هیر و همکاران (۲۰۰۹) در کیفیت ارتباط والد-نوجوان برای پیش‌بینی سلامت جسمی و سلامت روانی در میانه نوجوانی و اوایل بزرگسالی (معادل سلامت جسمانی و روانی)، و کیفیت بالای ارتباط والدین با نوجوانان و ارتباط خوب والد-نوجوان با هر دو والد (معادل فرزندپروری مناسب)، در معیارها و ویژگی‌های مذکور همسو است.

همچنین مدل تدوین شده، با پژوهش موسوی (۱۳۷۹) در ابعاد وجود ارتباط مستقیم و باز (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، روابط نزدیک میان والدین و فرزندان (معادل فرزندپروری مناسب)، با نتایج مطالعه لطیفیان (۱۳۸۷)؛ به نقل از سامانی و همکاران، (۱۳۸۹) در رفتار والدگری مثبت (معادل فرزندپروری مناسب)، با یافته‌های پژوهش پرویزی و همکاران (۱۳۸۸) در ابعاد ارتباط در خانواده (معادل تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب)، باورهای مذهبی (معادل اعتقادات دینی و مذهبی)، و درک شدن نوجوانان توسط والدین و ضرورت ارتباط صمیمی بین والدین-فرزندان (معادل فرزندپروری مناسب)، با نتایج مطالعه جعفری (۱۳۸۸)؛ به نقل از سامانی و همکاران، (۱۳۸۹) در عملکرد مطلوب تحصیلی دانش‌آموزان خانواده‌های سالم (معادل فراهم‌سازی بستر رشد)، با پژوهش سامانی و همکاران (۱۳۸۹) در سبک والدگری مثبت (معادل فرزندپروری مناسب)، مشارکت بالای پدر (معادل فرزندپروری مناسب)، تنبیه بدنی کمتر (معادل فرزندپروری مناسب)، در معیارها و ویژگی‌های مذکور همسو است.

مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه خانواده سالم نشان می‌دهد که مدل تدوین شده خانواده سالم، معیارها و ملاک‌های عنوان شده در پژوهش‌های مذکور را به نحوی لحاظ کرده است و همچنین توانسته است معیارهای خانواده سالم را به صورت جامع و کامل در یک مدل مورد توجه قرار دهد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدل ارائه شده به روش کیفی برای خانواده سالم، با داده‌های میدانی برازش دارد و ساختار عاملی مفروض مورد تایید قرار گرفت.

به‌طور کلی بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مدل تدوین شده خانواده سالم که به صورت کیفی و بر اساس مقوله‌های مستخرج از مصاحبه‌های متخصصان خانواده، زوجین و پژوهش‌ها در ۱۴ بعد تدوین شده است از برازش قابل قبولی برخوردار است. مدل تدوین شده خانواده سالم که به صورت کیفی و به شیوه مثلث‌سازی بر اساس نظر متخصصان خانواده و ازدواج، نظر زوجین و پژوهش‌ها 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 کمک به افزایش سلامت خانواده‌ها استفاده نمایند. یکی از عواملی که بر افزایش اعتبار این پژوهش می‌افزاید این است که برای تدوین مدل بومی خانواده سالم، داده‌ها از سه منبع مصاحبه با زوجین، مصاحبه با متخصصان خانواده و پژوهش‌های انجام شده در زمینه خانواده سالم گردآوری شده است. بنابراین چون مدل تدوین شده خانواده سالم به صورت مثلث‌سازی بر اساس سه منبع مذکور تدوین شده است می‌تواند از اعتبار مناسبی برخوردار باشد. همچنین این‌که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدل بومی ارائه شده به روش کیفی برای خانواده سالم با داده‌های میدانی برازش دارد و ساختار عاملی مفروض مورد تایید قرار گرفت، می‌تواند حاکی از اعتبار مدل تدوین شده و اعتبار این پژوهش باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد: (۱) داده‌های پژوهش در بخش کیفی و کمی از افراد متاهل گردآوری شد، در صورتی که گردآوری اطلاعات از افراد مجرد و فرزندان در سنین مختلف می‌توانست به غنی‌تر کردن

جدید بودن موضوع در حوزه خانواده سالم پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی در نمونه‌های گسترده‌تر و متفاوت صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود در گردآوری اطلاعات، علاوه بر زوجین، از منابع دیگری مانند افراد مجرد و فرزندان در سنین مختلف نیز استفاده شود. استفاده از بسته‌های آموزشی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم در برنامه‌های آموزش پیش از ازدواج، می‌تواند در افزایش سلامت خانواده‌ها موثر باشد. همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی و اجرای کارگاه‌هایی مبتنی بر مدل تدوین شده خانواده سالم برای افراد مجرد، زوجین و افرادی که درگیر مشکلات خانوادگی هستند، مفید به نظر می‌رسد.

تربیت معلم تهران.

سامانی، س.، خیر، م.، و صداقت، ز. (۱۳۸۹). سبک‌های والدگری در گونه‌های مختلف خانواده در مدل فرایند و محتوای خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶، ۱۶۱-۱۷۴.

صادقی، م. (۱۳۹۲). *تدوین مدل بومی خانواده سالم و بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر این مدل بر سلامت خانواده، عملکرد خانواده و کیفیت رابطه زناشویی*. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.

قائمی، ع. (۱۳۸۹). *نظام حیات خانواده در اسلام*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

گلادینگ، س. (۱۹۹۶). *خانواده درمانی، تاریخچه نظریه و کاربرد*. ترجمه فرشاد بهاری، بدری‌السادات بهرامی، سوسن سیف و مصطفی تبریزی، ۱۳۹۰. تهران: انتشارات تزکیه.

موسوی، ا. (۱۳۷۹). *عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده/اندیشه و رفتار*، ۶، ۸۷-۹۶.

پژوهش کمک نماید، ۲) این پژوهش درباره افراد داوطلب برای همکاری انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن باید احتیاط نمود، ۳) محدودیت پژوهش‌های معتبر در زمینه خانواده سالم از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، ۴) به علاوه به نظر می‌رسد شخصیت پژوهشگر به عنوان مصاحبه‌گر، عاملی اثرگذار بر جلسات مصاحبه باشد که امکان کنترل آن وجود نداشت.

با توجه به این‌که پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادین است، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با ملاک قرار دادن مبانی نظری حاصل از این پژوهش، و انجام پژوهش‌های دیگری در این زمینه، به توسعه دانش در این حیطه کمک نمایند. به علت

منابع

افضل‌نیا، م. ر. (۱۳۸۶). *بهداشت روانی خانواده*. تهران: انتشارات نسل نواندیش.

بازرگان، ع. (۱۳۸۷). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته*. تهران: نشر دیدار.

بهاری، ف. (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.

پرویزی، س.، امینی زاده، خ.، ثناگو، ا.، و سپهوند، ف. (۱۳۸۸). *تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان زنجانی*. *پژوهش پرستاری*، ۴، ۷-۱۳.

پیکرستان، ع. (۱۳۸۰). *مقایسه عملکرد خانواده‌های داری دختران نوجوان فراری و خانواده‌های داری دختران عادی شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه

References

- Barker, P. (2007). *Basic family therapy*. London: Wiley-Blackwell.
- Beavers, R. W., & Hampson, R. B. (2003). Measuring family competence: The Beavers Systems Model. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 507-509). New York: Guilford Press.
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: Current issues in evaluating families. *Family Relations*, 44, 469-477.
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process, and practice*. Malden: John wily & Sons.
- DePaul, N. (2006). Healthy family functioning relationship advice & relationship tips. *Council for Relationships*, 215, 382-680.

- Epstein, N., Ryan, C., Bishop, D., Miller, I., & Keitner, G. (2003). The McMaster Model: A view of healthy family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 506-507). New York: Guilford Press.
- Fleck, S. (1980). Family functioning and family pathology. *Psychiatric Annals*, 10, 17-35.
- Gladding, S. (2010). *Family Therapy: History, Theory, and Practice*. New Jersey: Pearson.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Family Therapy: An overview*. Los Angeles: Thomas Brooks/Cole.
- Hadley, J. A. (1991). *The association between family dysfunction, family interactional style, and the self representations and object relations of adult offspring of dysfunctional families*. Doctoral dissertation, University of Oregon.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Hadley, A. M., Kaye, K., Day, R. D., & Orthner, D. K. (2009). Parent marital quality and the parent-adolescent relationship: Profiles of relationship quality. *Marriage & Family Review*, 45, 189-217.
- Locke, H. J., & Williamson, R. C. (1958). Marital adjustment: A factor analysis study. *American Sociological Review*, 23, 562-569.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Okorodudu, G. N. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district. *Edo Journal of Counselling*, 3, 58-86.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 64-80.
- 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.
- Sadeghi, M., Fatehizadeh, M., Ahmadi, A., Bahrami, F., & Etemadi, O. (2013). Developing a model of healthy family (A Qualitative Research). *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 3, 216-221.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Caplan, M. D., (2003). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences and clinical psychiatry*. New York: John Wiley and Sons.
- Sperry, L. (2012). *Assessment of Couples and Families: Contemporary and Cutting-Edge Strategies*. New York: Taylor & Francis Group.
- Stinnett, N., & Defrain, J. (1985). *Secrets of strong families*. Boston: Little, Brown.
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. J. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 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.