

عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده

دکتر اشرف السادات موسوی*

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی تأثیر عملکرد نظام خانواده بر بهداشت روانی اعضای خانواده (پدر، مادر و فرزندان) صورت گرفته است. **روش:** جامعه آماری پژوهش، خانواده‌های مهاجر ایرانی و افغانی در کشور انگلستان بودند. مجموعاً ۲۵ خانواده (پدر، مادر و یک جوان ۲۰-۱۵ ساله خانواده) مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه بالینی با خانواده، پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه ارزیابی همبستگی و انعطاف پذیری خانواده و پرسشنامه محیط خانواده استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک روشهای آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که عملکرد کلی نظام خانواده‌های "سالم" و "پریشان" کارآمد بوده و تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند، ولی عملکرد خانواده‌های "افسرده" در مقایسه با دو گروه دیگر ناکارآمدتر بوده است. خانواده‌های "افسرده" از همبستگی و انعطاف پذیری کمتری برخوردار بوده و اعضای ارتباط کمتری با یکدیگر داشتند. در خانواده‌های "افسرده" قدرت به طور نامتعادل بین پدر و مادر تقسیم می‌شد و ائتلاف والد - فرزند بیشتر به چشم می‌خورد. والدین خانواده‌های افسرده در تربیت فرزندان ناهماهنگ بوده، از زندگی زناشویی رضایت کمتری داشتند و رابطه جوانان و والدین دوستانه و رضایت بخش نبود.

کلید واژه: خانواده، بهداشت روانی، مهاجرت، ایرانی، افغانی، افسردگی

مقدمه

در طول تاریخ خانواده نقش هستی بخش داشته و یکی از مهمترین محیط‌های مؤثر بر سلامت بدنی و روانی افراد به شمار رفته است. خانواده شرایط لازم برای رشد و

* دکتری تخصصی روانشناسی خانواده، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، ولنجک، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

1-Wood

(یاناجیزاکو^(۳)، ۱۹۷۹) و عوامل گوناگون فرهنگی بر خانواده تأثیر می‌گذارند (کازلو^(۴) و همکاران، ۱۹۹۵)، تعریف "خانواده دارای عملکرد سالم" و "ناسالم" دشوار می‌شود (والش^(۵)، ۱۹۹۳).

خانواده‌ها در هنگام رویارویی با موقعیت‌های فشارزا و دشوار استرس را تجربه می‌کنند و این استرس موجب ناراحتی، تنش یا نومییدی اعضای خانواده می‌شود. موقعیت فشارزا سامانه خانواده را مختل می‌کند مگر اینکه خانواده بتواند با وضعیت تازه خود را سازگار کند. برای اینکه خانواده به عملکرد عادی خود بازگردد، به کوشش زیادی برای از میان برداشتن یا حل مشکل نیاز دارد (بالارد^(۶)، ۱۹۷۹). خانواده‌ها با دو نوع استرس روبرو هستند:

۱- استرس‌های عادی مانند استرس‌های ناشی از فرآیند رشد و انتقال به دوره والد بودن، ازدواج فرزندان، دوره بازنشستگی و غیره.

۲- استرس‌های غیر عادی مانند، جنگ، از دست دادن یکی از اعضای خانواده، بیماری، مهاجرت و مانند اینها.

هدف این پژوهش، بررسی چگونگی عملکرد نظام خانواده و تأثیر آن بر وضعیت بهداشت روانی اعضای خانواده بود. الف- کوشش شده است عملکرد سه گونه نظام خانواده مورد بررسی قرار گیرد:

۱- خانواده سالم (خانواده‌ای که همه ی اعضای سالم هستند).

۲- خانواده پریشان (خانواده‌ای که یک یا چند عضو آن دارای پریشانی هستند).

۳- خانواده افسرده (خانواده‌ای که دارای عضو افسرده است).

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را خانواده‌های مهاجر

که با کمک سازمانهای مربوطه و افراد معتمد معرفی شده بودند. پس از معرفی این خانواده‌ها، با تماس تلفنی و بیان اهداف طرح در صورت موافقت خانواده قرار ملاقات گذارده می‌شد. از میان خانواده‌های یاد شده ۱۳۵ نفر (۶۴ مرد و ۷۱ زن) مورد بررسی قرار گرفتند. هر خانواده دارای پدر، مادر و یک نوجوان ۱۹-۱۵ ساله بود. میانگین اقامت خانواده‌ها در انگستان، ۱۰/۷۵ (با دامنه ۲۴-۶ سال) بود. ۱۶ خانواده متعلق به طبقه اجتماعی بالا و ۲۹ خانواده متعلق به طبقه متوسط تحصیل کرده بودند. ۳۵ نفر از پدران دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۰ نفر دبیرستان را به پایان رسانیده بودند. در حالیکه تنها ۹ نفر از مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیش از نیمی از پدران شاغل بودند.

گردآوری داده‌ها به کمک مصاحبه حضوری و ضبط آن روی نوار صدا انجام شده است. نخست مصاحبه‌ها روی کاغذ پیاده شده، سپس طبقه بندی و نمره گذاری گردید. اطلاعات مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی نیز به کمک پرسشنامه گردآوری شد.

ابزار به کار برده شده در این پژوهش به شرح زیر بوده است:

۱- مصاحبه استاندارد بالینی خانواده (کینستون^(۷) و لودر^(۸)، ۱۹۸۴) که یک مصاحبه نیمه ساختاری^(۹) است و پرسشهای آن مربوط به زندگی خانوادگی است. به کمک این مصاحبه می‌توان شیوه‌های تعامل خانواده و روش‌های اداره کردن مسائل خانوادگی را به شیوه‌ای استاندارد شناسایی نمود. این مصاحبه برای خانواده‌های دارای عضو بیمار یا بدون عضو بیمار، در

1-Veter	2-Gale
3-Yenagisako	4-Kaslow
5-Walsh	6-Ballard
7-Kinston	8-Loader
9-semi-structural protocol	

خانوادگی مناسب است. این مصاحبه در امور پژوهشی نیز می‌تواند بسیار سودمند باشد و از تأثیر نگرش و سوگیری مصاحبه‌کننده در زمینه شیوه‌های تعامل خانواده می‌کاهد.

۲- فهرست مصاحبه^(۱) و مقیاس‌های درجه بندی کمی عملکرد خانواده^(۲)؛ به کمک این مقیاسها عملکرد خانواده بر پایه مقیاس‌های درجه بندی کمی ارزشیابی می‌گردد. این مقیاس‌ها نخست توسط محقق ساخته شد و در یک بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی نسبی آن مورد سنجش قرار گرفت و نسخه نهایی آماده گردید. (موسوی، ۱۹۹۸). به کمک این مقیاس‌ها رفتار خانواده در سه بعد اندازه‌گیری شد:

الف) عملکرد خانواده؛ این مقیاس بیان احساسات و افکار، ارتباط، همبستگی، انعطاف پذیری، درگیری، نقش‌های خانوادگی، ارتباط زناشویی، ارتباط والدین و جوان، ارتباط با محیط میزبان و ارتباط با خانواده‌های اصلی^(۳) را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره کل مقیاس درجه بندی عملکرد خانواده، از مجموع درجه بندی هر یک از مفاهیم بالا بر اساس یک مقیاس ۱۱ رتبه‌ای (۱۰-۰) به دست می‌آید. بنابراین عملکرد خانواده می‌تواند از صفر تا ۱۰۰ در نوسان باشد.

ب) ساختار خانواده؛ این بخش، قدرت فرد مسلط، ائتلاف والدین، هماهنگی در پرورش فرزندان را مورد نظر قرار می‌دهد. به جز مفهوم فرد مسلط مفاهیم بالا نیز هر کدام در یک مقیاس صفر تا ۱۰ درجه بندی می‌شوند. مفهوم فرد مسلط به صورت مقوله‌ای (پدر، مادر، والدین و فرزند) طبقه بندی می‌گردند.

ج) انتظارات خانواده و محیط؛ این مقیاس به ارزیابی هماهنگی میان خانواده و محیط در مورد ارزش‌ها و انتظارات می‌پردازد. ارزش‌های خانوادگی، ابزار تفسیر رویدادها و تجربیات فرد است. محیط زندگی، فرهنگ، تحصیل، تجربیات زندگی به عنوان منابع

جامعه و سازمانهایی مانند مدرسه بر ارزش‌های فرد تأثیر می‌گذارند. این مفهوم نیز بر اساس مقیاس یازده رتبه‌ای صفر تا ۱۰ درجه بندی کمی می‌گردد.

۳- پرسشنامه افسردگی بک^(۴)

این پرسشنامه میزان افسردگی بیماران روانی را می‌سنجد (بک و استیر^(۵)، ۱۹۸۴). پرسشنامه بک وضعیت خلقی افراد در یک هفته پیش از پاسخگویی به پرسشنامه را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه برای اهداف بالینی و نیز در جمعیت‌های عادی به کار برده می‌شود. نمره نقطه برش^(۶) در این پرسشنامه برای وضعیت سالم ۱۵-۰، افسرده خفیف ۳۰-۱۶، افسرده متوسط ۴۶-۳۱ و برای افسرده شدید ۶۳-۴۷ تعیین شده است (الیور^(۷) و سیمونز^(۸)، ۱۹۸۴؛ جلیلی و اخوت، ۱۳۶۲).

۴- پرسشنامه سلامت عمومی^(۹)

این پرسشنامه افراد دارای پریشانی روانی قابل تشخیص را شناسایی نموده، بر تغییرات عملکرد عادی فرد تأکید دارد و دو پدیده اساسی را مورد بررسی قرار می‌دهد: عدم توانایی در ارائه عملکرد عادی فردی و بروز مشکلات روانی. این پرسشنامه پریشانی فرد را در دو هفته اخیر پیگیری می‌کند. از این پرسشنامه در بررسی افراد عادی جامعه نیز می‌توان سود برد. در این بررسی از روش نمره‌گذاری دو سطحی استفاده گردید. در مدل دو سطحی^(۱۰) به گزینه‌های اول و دوم نمره صفر و به گزینه سوم و چهارم نمره یک داده می‌شود. در این مدل، جدا نمودن موارد آسیب شناختی اهمیت دارد (گلدبرگ^(۱۱) و

- 1-the interview checklist
- 2-family functioning rating scales
- 3-family of origin
- 4-Beck
- 5-Steer
- 6-cut-off point
- 7-Oliver
- 8-Simmons
- 9-General Health Questionnaire
- 10-bimodel
- 11-Goldberg

۵- پرسشنامه محیط خانوادگی^(۲)

این پرسشنامه دارای ده زیر مجموعه است که ویژگیهای محیط اجتماعی انواع خانوادهها را در سه بعد زیر ارزیابی می‌کند: بعد رابطه^(۳)، بعد رشد فردی، بعد نگهداری نظام خانواده.

از میان انواع مختلف این پرسشنامه، فرم اصلی آن (موس^(۴) و موس، ۱۹۸۶) که درک فرد را از محیط خانواده هسته‌ای خود می‌سنجد، به کار گرفته شد.

۶- مقیاسهای ارزیابی همبستگی و سازگاری خانواده^(۵) (اولسون^(۶) و همکاران، ۱۹۸۵). این پرسشنامه همبستگی^(۷) یا نزدیکی افراد خانواده و انعطاف‌پذیری^(۸) نظام خانواده را می‌سنجد و شامل دو فرم ادراکی^(۹)، که نشان دهنده درک اعضای خانواده از چگونگی سامانه خانواده است و فرم دلخواه که نشان دهنده سامانه خانوادگی مورد علاقه افراد خانواده است می‌باشد. در این بررسی هر دو فرم به کار گرفته شد.

برای تقسیم‌بندی خانوادهها در سه گروه سالم و پریشان و افسرده، پس از گردآوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌های اعضای خانواده، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه افسردگی بک برای جداسازی خانوادهها به کار گرفته شد. اگر نمرات تمام اعضای خانواده در این پرسشنامه زیر حد نصاب قرار داشت، خانواده بدون استرس تلقی می‌شد و در گروه سالم قرار می‌گرفت. اگر دست کم یکی از اعضای خانواده نمره مساوی حد نصاب یا بیشتر را در پرسشنامه سلامت عمومی به دست می‌آورد این خانواده در گروه خانواده پریشان جای می‌گرفت. در گروه سه، دست کم یکی از اعضای خانواده نمره مساوی یا بیشتر از حد نصاب در پرسشنامه بک را به دست می‌آورد. در این مورد ممکن بود که نمره پرسشنامه سلامت عمومی نیز بالاتر از حد قراردادی قرار گیرد در این صورت خانواده در گروه افسرده قرار داده می‌شد. به هر حال هیچ خانواده‌ای

گردآوری اطلاعات پرسشنامهها، کدگذاری و تهیه جدولها، محتوای مصاحبه‌ها و واژه به واژه استخراج و طبقه‌بندی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی با استفاده از نرم‌افزار SPSS به کار گرفته شد.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش نشان داد که عملکرد خانواده‌های افسرده ضعیف‌تر از خانواده‌های پریشان و سالم است ($F=28, p<0/001$). خانواده‌های افسرده همبستگی ($F=6/05, p<0/01$) و انعطاف‌پذیری ($F=32/2, p<0/001$) کمتری از خود نشان دادند. نظام ارتباطی خانواده افسرده ضعیف‌تر ($F=11/05, p<0/001$) و رضایت زناشویی در میان والدین پایین‌تر بود ($F=14/39, p<0/001$). روابط جوانان و والدین دوستانه و رضایت بخش نبود ($F=16/89, p<0/001$)، به ویژه این نارضایتی جوانان بطور مستقیم ابراز می‌شد. نقش‌های خانوادگی انعطاف‌ناپذیر ($F=6/06, p<0/01$)، درگیری و مشکلات در خانواده وجود داشت ($F=12/08, p<0/001$). تفاوت معنی داری بین خانواده پریشان و خانواده سالم در عملکرد کلی خانواده و زیر مجموعه‌های آن دیده نشد (جدول ۱).

جدول ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار برخی از ویژگیهای سه نوع خانواده است. در خانواده‌های افسرده، معمولاً یکی از والدین اعمال قدرت نموده و با

1-Williams	2-family environment scales
3-the relationship dimension	
4-Moos	
5-The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-III	
6-Olson	7-Cohesion
8-flexibility	9-perceived form

ویژگیهای خانوادگی	سالم (n=17)	پریشان (n=13)	افسرده (n=15)	معنی داری
میانگین انحراف	میانگین انحراف	میانگین انحراف		
معیار	معیار	معیار		
عملکرد کلی	۹/۲۵	۷۴/۹۴*	۱۰/۹۲	
همبستگی	۱/۴۹	۸/۱۲*	۲/۱۱	
انعطاف پذیری	۱/۲۷	۸/۱۲*	۲/۰۳	
ارتباط	۱/۷۸	۷/۹۴*	۲/۱۷	
رضایت زناشویی	۱/۴۶	۸/۴۱*	۲/۱۳	
روابط جوانان والدین	۱/۱۱	۸/۱۲*	۱/۷۵	
نقشهای خانوادگی	۲/۶۳	۵/۸۲*	۱/۹۲	
درگیری	۱/۹۳	۷/۱۲*	۲/۰۵	

*p<۰/۰۰۱

که اعضای خانواده در گروه سالم در این زمینه بسیار راضی تر از خانواده های افسرده بودند (F=۴/۱۲, p<۰/۰۵). اما تفاوت معنی داری میان خانواده های گروه سالم و گروه پریشان دیده نشد (جدول ۳).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ساختار خانوادگی آزمودنیهای پژوهش بر حسب نوع خانواده و سطح معنی داری

ساختار خانوادگی	سالم (n=17)	پریشان (n=13)	افسرده (n=15)	معنی داری
میانگین انحراف	میانگین انحراف	میانگین انحراف		
معیار	معیار	معیار		
قدرت	۵/۹۴	۲/۰۵	۳/۱۳	
ائتلاف والدین	۷/۵	۲/۵۳	۲/۷۵	
هماهنگی والدین در پرورش کودکان	۸/۷	۱/۵۳	۳/۱۱	
چشمداشت های خانواده و محیط (ناهماهنگ، هماهنگ)	۸/۱*	۱/۵	۲/۶۲	

*p<۰/۰۰۱

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات همبستگی و انعطاف پذیری خانواده بر حسب نوع خانواده و سطح معنی داری

ویژگیهای خانوادگی	سالم (n=17)	پریشان (n=13)	افسرده (n=15)	معنی داری
میانگین انحراف	میانگین انحراف	میانگین انحراف		
معیار	معیار	معیار		
همبستگی	۴۲/۷۱	۲/۸۹	۳/۲۶	
انعطاف پذیری	۲۶/۸۲	۳/۶۴	۴/۳۸	

*p<۰/۰۰۱

خانواده های سالم و پریشان که والدین قدرت را بین خود تقسیم می نمودند تفاوت معنی دار داشتند (F=۹/۲, p<۰/۰۰۱). همچنین در خانواده های افسرده ائتلاف والد - فرزند بیشتر از دو گروه دیگر دیده می شد (F=۹/۵, p<۰/۰۰۱). پدران و مادران در این خانواده ها در زمینه تربیت فرزندان خود هماهنگی لازم را نداشتند (F=۹/۵, p<۰/۰۰۱). چشمداشت های محیط خانوادگی خانواده های افسرده در راستای چشمداشت های اجتماعی که خانواده در آن قرار داشت نبود و معیارهای ارزشی متضاد با جامعه در این خانواده ها بیشتر از دو گروه دیگر دیده می شد (F=۱۵/۷, p<۰/۰۰۱).

افسرده درگیریهای خانوادگی بیشتری را در مقایسه با خانواده‌های سالم داشتند ($F=4/69, p<0/05$).

بحث

فرد یک نظام زنده و سازمان یافته است که پیوسته نسبت به ساختارهای داخلی خود واکنش نشان می‌دهد (جونز^(۱)، ۱۹۹۳). از سوی دیگر، فرد نخست در محیط خانواده به موجودی اجتماعی تبدیل می‌شود. هر خانواده در هر مرحله از زندگی، بحران‌ها، درگیری‌ها و نیازهای سازگاری ویژه‌ای داشته (کاس - چیونو^(۲)، کانویو^(۳)، ۱۹۹۶) و جهان بینی، نظام اعتقادی، ارزش‌ها و چشمداشت‌های خانوادگی نقش مؤثری در رفتار و تعامل‌های میان فردی دارند (فالیکف^(۴)، ۱۹۸۸). به سخن دیگر، عملکرد خانواده، بایستی به نیازهای گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی اعضای خود پاسخ دهد.

استی‌نت^(۵) و همکاران (۱۹۸۱) و هنسن^(۶) (۱۹۸۱) بر این باور هستند که خانواده‌های با عملکرد درست دارای ویژگیهایی می‌باشند که آنها را نسبت به خانواده‌های با عملکرد ناکارآمد قوی‌تر می‌کند. روابط زناشویی قوی برای پیشرفت یک خانواده سالم ضروری است (کازلو، ۱۹۸۲؛ السون و همکاران، ۱۹۸۹).

نتایج این بررسی نشان داد که نمره کل عملکرد خانوادگی در خانواده‌های سالم و پریشان بالاتر از خانواده‌های افسرده است (نمره بالاتر نشان دهنده سلامت بیشتر است). تشابه بین خانواده‌های سالم و پریشان در برخی از یافته‌ها در این بخش ممکن است گویای آن باشد که هر فرد در طول زندگی خود استرس را تجربه می‌کند (پترسون^(۷) و لاسترمن^(۸)، ۱۹۹۶).

در بررسی حاضر، ۶ ویژگی مهم در خانواده‌های با عملکرد کارآمد مشخص شده است. این ویژگیها عبارتند از:

الف) همبستگی بیشتر

- ج) داشتن ارتباط مستقیم و باز
- د) روابط زناشویی نزدیک و گرم
- ه) روابط نزدیک میان والدین و جوان
- و) درگیری کمتر خانوادگی

در بررسیهای چندی بر اهمیت نقش همبستگی در میان اعضای خانواده تأکید شده است (کاتمن^(۹)، ۱۹۹۷؛ استینه‌اور^(۱۰) و همکاران، ۱۹۸۴، السون و همکاران، ۱۹۸۵). نتایج نشان داد که همبستگی کمتر یکی از ویژگیهای خانواده‌های افسرده در مقایسه با خانواده‌های سالم و خانواده‌های پریشان است.

ارزیابی همبستگی و انعطاف پذیری خانواده در بررسی حاضر نیز نشان داد که همبستگی در خانواده‌های سالم بالاتر از خانواده‌های افسرده است و اعضای خانواده سالم رضایت بیشتری از همبستگی در خانواده هایشان گزارش نموده‌اند (فلک^(۱۱)، ۱۹۸۰).

انعطاف پذیری به اعضای خانواده کمک می‌کند که درگیری را با گفتگو، تحمل یکدیگر و پاسخ به نیازهای خانواده مورد نظر قرار دهند. در خانواده‌های سالم و پریشان ساختار خانواده نیز بیشتر دارای یک الگوی انعطاف پذیر است، در حالی که خانواده‌های افسرده الگوی ساختاری خشک و انعطاف‌ناپذیر دارند، به بیان دیگر خانواده‌های سالم و پریشان با نیازهای گوناگون انسانی و با راهبردهای متفاوت کنار می‌آیند.

اهمیت انعطاف پذیری در نظام خانواده را نیز برخی پژوهشگران خانواده مورد تأکید قرار داده‌اند (استینه‌اور و همکاران، ۱۹۸۴؛ السون و همکاران، ۱۹۸۹؛ بارنهییل^(۱۲)،

1-Jones	2-Koss-Chiono
3-Canive	4-Falicov
5-Stinnett	6-Hansen
7-Patterson	8-Lusterman
9-Quatman	10-Steinhauer
11-Fleck	12-Barnhill

الگوی ساختار خانوادگی در خانواده‌های سالم، روشن و انعطاف‌پذیر و تغییرات نظام خانواده تهدیدکننده نیست. در بررسی حاضر اعضای خانواده‌های افسرده بیش از دو گروه دیگر، الگوی ساختار خانوادگی را خشک و غیر قابل انعطاف توصیف کردند. این یافته با یافته‌های بررسی لوئیز و همکاران (۱۹۷۶) در این زمینه متفاوت است. آنها یک ساختار آشفته و درهم (اغلب بطور کامل بدون رهبری) را در خانواده‌های با عملکرد بد گزارش کردند. در خانواده‌هایی با ساختار خشک و غیر قابل انعطاف پیش بینی می‌شود که الگوهای تسلط جویی^(۲) و سلطه‌پذیری^(۳) همراه با درگیری‌های حل‌نشده است. این نظام به عنوان خانواده دارای عملکرد بد تلقی شده و احتمال بروز مشکلات آسیب‌شناختی را افزایش می‌دهد.

بررسیها نشان داده‌اند که نقش‌ها و مسئولیت‌ها بخش مهمی از ساختار خانواده را تشکیل می‌دهند (بارکر، ۱۹۸۶؛ فلک، ۱۹۸۰، بارنیل، ۱۹۷۹). بررسی حاضر نیز نشان داد که در خانواده‌های افسرده پدر مسئول امور بیرون از خانه شناخته می‌شود. در حالی که مادرها بیشتر به امور خانه رسیدگی می‌کردند. مادرها از کمک بچه‌ها به ویژه دخترها بهره می‌بردند و بنظر می‌رسید که پدرها تمایلی به شرکت در انجام کارهای خانه نداشته‌اند.

یکی از جنبه‌های اساسی تعاملات انسانی چگونگی برقراری ارتباط مؤثر فرد با دیگران است. کاتمن (۱۹۹۷)، بارکر^(۴) (۱۹۸۶)، اپستین^(۵) و همکاران (۱۹۷۸) بر این باورند که ارتباط عامل معتبری برای ارزیابی عملکرد خانواده است و توانایی خانواده سالم برای ارتباط فکری و احساسی بیشتر از خانواده‌های متوسط و یا دارای عملکرد بد است. بطور کلی در این بررسی خانواده‌های افسرده در مقایسه با خانواده‌های سالم و پریشان نمرات کمتری به دست آوردند. ارتباط مثبت خانوادگی یک توانایی ارزشمند خانواده به شمار می‌رود (وین^(۶) و همکاران ۱۹۸۲).

روشنی با یکدیگر تماس گرفته و احساسات و اندیشه‌های خود را بیان می‌کردند، در حالی که اعضای خانواده‌های افسرده بیان غیر مستقیم و مبهم داشته و بیشتر از کنایه و حرکت‌های بدنی برای نشان دادن احساسات و اندیشه خود سود می‌بردند. افزون بر آن به نظر می‌رسد که اعضای خانواده‌های سالم موافقت یا عدم موافقت خود را با یکدیگر پنهان نمی‌کنند و دوست ندارند بجای یکدیگر سخن بگویند. بنظر می‌رسد که این متغیر برای عملکرد بهتر خانواده نقش اساسی داشته باشد. یادداشت‌های مشاهده خانواده‌ها نشان می‌دهد که اعضای خانواده‌های سالم رو در رو شدن را زیانبار نمی‌دانند. همچنین اعضای خانواده‌های سالم، توانایی بیان اندیشه‌های خود را داشته‌اند و مسئولیت افکار، احساسات و رفتار خود را بر عهده می‌گرفتند. اعضا از گفتگو با یکدیگر لذت برده و به تجارب یکدیگر احترام می‌گذاشتند.

یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های کازلو (۱۹۸۲)، السون و همکاران (۱۹۸۹) نشان داد که خانواده‌های دارای عضو افسرده در مقایسه با خانواده‌های سالم و پریشان از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند. در حقیقت، روابط زناشویی در خانواده‌های سالم بهتر از پریشان و در خانواده‌های پریشان بهتر از خانواده‌های افسرده بود.

بررسی حاضر در خانواده‌های افسرده دلسردی و ناخشنودی چشمگیرتری در روابط والد - فرزند در مقایسه با خانواده‌های سالم و پریشان نشان داد. در خانواده‌های سالم، والدین و نوجوانان دارای ارزش‌های مشترک بیشتری بوده و در نتیجه فاصله نسلی کمتری را احساس می‌کردند.

یافته‌های پژوهش حاضر در راستای یافته‌های

- | | |
|--------------|-------------|
| 1-Lewis | 2-Dominance |
| 3-submission | 4-Barker |
| 5-Epstein | 6-Wynne |

افسرده نمی توانستند اختلافهای موجود در نظام خانوادگی خود را حل کنند.

یکی از مهمترین معیارهای سنجش مستقیم ساختار خانواده به توزیع قدرت در نظام خانواده بر می گردد. بررسیها نشان داده اند که در خانواده های سالم و پریشان قدرت میان زن و شوهرها تقسیم می شود و بچه ها نظرات خود را بیان می کنند که مورد احترام والدین است؛ اما در خانواده های افسرده، یکی از والدین دارای قدرت بیشتری در ساختار خانواده است (فلک، ۱۹۸۰).

همانند پژوهشهای کریشنر^(۲) و کریشنر (۱۹۸۶) و لوتیز (۱۹۷۶) که نشان می دادند ائتلاف والدین در توانمندیهای تمام خانواده نقش اساسی دارد، در بررسی حاضر، خانواده های افسرده ائتلاف والد - فرزند را نشان دادند. در این خانواده ها همدستی والد - فرزند بر ضد والد دیگر و رقابت میان والدین در این روابط نیز چشمگیر بود. همچنین در خانواده های سالم و پریشان، ائتلاف والدین و هماهنگی در تربیت فرزندان به عنوان دو ویژگی مهم شناخته شد؛ در حالیکه والدین در خانواده های افسرده در تربیت فرزندان در مقایسه با خانواده های سالم و پریشان از هماهنگی کمتری برخوردار بودند و پیام های متضاد به فرزندان خود می دانند. این یافته پژوهش همسو با یافته های وین و همکاران (۱۹۸۲) و مینوچین^(۳) (۱۹۷۴) است.

به طور کلی، در این بررسی مهاجرت یکی از استرس های مهم خانواد معرفی شده است. در چنین شرایطی خانواده، شبکه خویشاوندان و دوستان خود را از دست داده و خود را نیازمند آن می داند که در محیط جدید شبکه حمایتی تازه ای برای خود به وجود آورد. از سوی دیگر ارزش های خانواده در برخی از موارد متفاوت و گاهی متضاد با نظام خانوادگی است و نیازمند کوشش بیشتری برای سازگاری دوباره خانواده است. این بررسی نشان داد که خانواده های دارای عملکرد

عنوان عامل تهدید کننده تلقی نموده و با همبستگی بیشتر بر مشکلات تازه چیره شده و توانمندیهای خود را رشد می دهند ولی خانواده های با عملکرد ناکارآمد (خانواده های افسرده) با از دست دادن حمایت محیطی، اختلافها و بحران های خود را به محیط تازه منتقل نموده و به دلیل عدم کارآیی آنها در محیط جدید استرس ها به مشکلات مرضی اعضا آن انجامیده است.

منابع

جلیلی، احمد؛ اخوت، ولی ... (۱۳۶۲). افسردگی در ایران. تهران. انتشارات رشد.

Ballard, C. (1979). Conflict, continuity and change: Second-generation of South Asians. In V.S. Khan (Ed.) *Minority families in Britain: Support and stress*. London: MacMillian Press.

Barker, P. (1986). Basic family therapy, London: William Collins Sons & Co. Ltd.

Barnhill, L. (1979). Healthy family systems. *Family Coordinator*, 28, 94-100.

Beck, A. T., & Steer, R. (1984). *Beck Depression Inventory Manual*. Washington: The Psychological Corporation Harcour Brace Jovanovich Inc.

Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4, 19-31.

Falicov, C. J. (1988). *Cultural perspective in family therapy*. Rockville: Aspen.

Fleck, S. (1980). Family functioning and family pathology. *Psychiatric Annals*, 10, 46-54.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *General Health*

1-Schwartzman

2-Kirschner

3-Minuchin

Hansen, C. (1981). Living in with normal families.

Family Process, 20, 53-75.

Jones, E. (1993). *Family system therapy: developments in the Milan-Systemic Therapies*. UK: Nfer-Nelson Ltd.

Kaslow, N. J., Celano, M., & Dreelin, E. D. (1995). A cultural perspective on family theory and therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 621-633.

Kaslow, F. (1982). Portrait of a healthy couple. *Psychiatric Clinics of North America*, 5, 519-527.

Kinston, W., & Loader, P. (1984). Eliciting whole family interaction with a standardised clinical interview. *Journal of Family Therapy*, 6, 347-363.

Kirschner, D. A., & Kirschner, S. (1986). *Comprehensive family therapy: An integration of systemic and psychodynamic models*. New York: Brunner Mazel.

Koss-Chiono, J.D., & Canive, J. M. (1996). Cultural issues in relational diagnosis: Hispanic in the United States. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Lewis, J. M., Beavers, W. R., Grossett, J. T., & Phillips, V. A. (1976). No single thread: Psychological health in family systems. New York: Brunner/Mazel.

Lidz, T., Fleck, S., & Cornelison, A. R. (1965). *Schizophrenia and the family*. New York:

Washington, DC: American Psychology Association.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mousavi, A. S. (1998). *A study of family functioning, mental health and acculturation among immigrants in Britain*. Unpublished Ph.D. dissertation, England, London, Institute of Psychiatry, University of London.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1989). *Families: What makes them work*, (2nd ed.). Los Angeles: Sage.

Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Family adaptability and cohesion scales* (Manual FACES III), unpublished manuscript. (Available from Family Social Science, University of Minnesota).

Oliver, J. M., & Simmons, M. E. (1984). Depression as measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 892-898.

Patterson, T. F., & Lusteran, D. D. (1996). The relational reimbursement dilemma. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: John Wiley & Sons.

Quatman, T. (1997). High functioning families: Developing a prototype. *Family Therapy*, 24,

- Schwartzman, J. (1982). Normality from and Cross-Cultural Perspective. In F. Walsh (Ed.) *Normal family processes*. New York: The Guildford Press.
- Steinhauer, P. D., Santa-Barbara, J. & Skinner, H. (1984). The process model of family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 77-88.
- Stinnett, N., Sanders, G., & DeFrain, J. (1981). Strong families: A national study. In N. Stinnett, J. DeFrain, K. Knaub, & G. Rowe (Eds.), *Building family strengths: Roots of wellbeing*. Lincoln, NE: University of Nebraska press.
- Vetere, A., & Gale, A. (1987). The family: A failure in psychological theory and research. In A., Vetere, & A. Gale (Eds.) *Ecological studies of family life*. New York, John Wiley & Sons.
- Walsh, F. (1993). Conceptualization of normal family processes. In F. Walsh (ED.), *Normal* Guilford.
- Wood, B. L. (1996). A developmental biopsychosocial approach to the treatment of chronic illness in children and adolescents. In R. H. Mikesell, D. D. Lusteran, & S. H. McDaniel (Eds.) *Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC. American Psychology Association.
- Wynne, L. C., Jones, J., & Al-Khayyal, M. (1982). Healthy family communication patterns: observation in families "at risk" for psychopathology. In F. Walsh (Ed.) *Normal family processes*. New York: The Guilford Press.
- Yanagisako, S. J. (1979). Family and household: The analysis of domestic groups. *Annual Review of Anthropology*, 8, 161-205.