

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سلسله تک نگاشت های
الگوی اسلامی ایران پیشرفت

شاخص های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

اردیبهشت ماه ۱۳۹۵

رهبر فرزانه انقلاب اسلامی:

باید در طراحی الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت
بر چهار عرصه‌ی فکر، علم، معنویت و زندگی تکیه شود
که در این میان، موضوع «فکر» بنیانی‌تر از بقیه‌ی عرصه‌ها است

در دیدار اعضای شورای عالی
مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت
۱۳۹۱/۱۲/۱۴

سرشناسه	: احمدی، خداپخش، ۱۳۴۷ -
عنوان و نام پدیدآور	: شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت / نگارش خداپخش احمدی.
مشخصات نشر	: تهران: مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، انتشارات الگوی پیشرفت، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	: ۹۸ص: مصور، جدول، نمودار.
فروست	: سلسله تک‌نگاشت‌های الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت: ۸۳.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۷۶۱۱-۹۷-۵
وضعیت فهرست نویسی: فیبا	
موضوع	: خانواده‌ها -- ایران
موضوع	: خانواده‌ها -- جنبه‌های مذهبی -- اسلام
موضوع	: Islam -- Religious aspects -- Families
شناسه افزوده	: مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، انتشارات الگوی پیشرفت
شناسه افزوده	: مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۵ش ۲۳۳الف/۴ HQ۶۶۶
رده بندی دیویی	: ۸۵۰۹۵۵/۳۰۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۶۲۱۳۷۳

سلسله تک‌نگاشت‌های الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت:
شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

نگارش: دکتر خداپخش احمدی

(عضو هیات علمی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج))

ناشر: نشر الگوی پیشرفت، وابسته به مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

نوبت چاپ: اول، اردیبهشت ماه ۱۳۹۵

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۶۱۱-۹۷-۵

قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال

تلفن: ۰۲۱ ۸۸۰۱۴۶۴۸ - ۰۲۱ ۸۸۶۳۴۰۰۸

www.olgou.ir

Email:olgou@olgou.ir

نشانی: تهران، خیابان جلال آل احمد، روبه‌روی بیمارستان شریعتی، شماره ۳
تمامی حقوق این اثر متعلق به مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت است.
مسئولیت دیدگاه‌های بیان‌شده در این تک‌نگاشت بر عهده مؤلفان محترم است.

پیشگفتار

تعیین مبانی، ارکان، چارچوب و مسیر پیشرفت کشور در نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران باید با مشارکت گسترده و حضور همه جانبه دانشمندان، محققان، نخبگان دانشگاهی و حوزوی و جوانان این مرز و بوم صورت گیرد. به گواه تاریخ و تجارب گذشته، پیشرفتی همه‌جانبه و پایدار خواهد بود که مبانی اسلامی و اقتضائات ایرانی در آن توأمان مورد توجه باشد.

اینک مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت در آستانه اتمام سه سال تلاش‌های علمی، تخصصی و فکری درباره پیشرفت اسلامی ایرانی، برگزاری نشست‌های علمی و تخصصی، تاسیس اندیشکده‌های مرکز، انتشار صدها مقاله ارزشمند و تهیه نقشه راه تدوین الگو و انجام برخی از مراحل آن، در نظر دارد با هدف تولید دانش و گسترش و تعمیق ادبیات موضوعی در حوزه الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، آثاری را به‌صورت تک‌نگاشت‌های علمی فاخر منتشر نماید.

تک‌نگاشت نوشتاری تخصصی و نیمه‌مبسوط است که توسط یک پژوهشگر خبره در یک موضوع خاص نگاشته می‌شود. تک‌نگاشت از نظر حجم و محتوا حد فاصل مقاله و کتاب است و نویسنده با پردازش و تحلیل یافته‌ها و مطالعات تخصصی پیشین و افزودن یافته‌های پژوهشی جدید خود و تحلیل جامع و منسجم آنها افق‌های تازه‌ای را در زمینه مورد بررسی می‌گشاید.

سلسله تک‌نگاشت‌های الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت که در مجلدات مختلف منتشر می‌شوند، حاصل تلاش جمعی از استادان، اندیشمندان و محققان دانشگاهی و حوزوی است که مراحل مختلف نگارش، ارزیابی، ویراستاری، تدوین و انتشار را با نظارت متخصصان و اهل فن گذرانده است و در اختیار صاحب‌نظران قرار می‌گیرد. در پایان از مساعدت‌ها و تلاش‌های ارزنده نویسندگان تک‌نگاشت‌ها و داوران و مراکز مختلف علمی و پژوهشی که ما را در تهیه، تدوین و انتشار این سلسله یاری رسانند، تقدیر و تشکر می‌شود. امید است این محتوای علمی بتواند افق‌های نو و روشنی را در پیش چشم متخصصان دانشگاهی و حوزوی بگشاید و هر روز در طی مسیر تدوین و تحقق الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت گام‌های بلندتر و استوارتری برداشته شود.

فهرست مطالب

۷	چکیده.....
۸	فصل اول: شاخص‌ها (مفاهیم و کلیات).....
۸	مقدمه.....
۹	تعریف شاخص.....
۹	هدف از تعیین شاخص‌ها.....
۱۰	انواع شاخص‌ها.....
۱۲	توسعه شاخص‌های سلامت در جهان.....
۱۴	استفاده از شاخص‌های سلامت در ایران.....
۱۶	چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت.....
۱۹	سنجش و پایش شاخص‌ها.....
۲۱	ضرورت تعیین شاخص در خانواده.....
۲۴	مفاهیم و معیارهای انتخاب شاخص‌های سلامت خانواده.....
۲۶	فصل دوم: مستندات برای تعیین شاخص‌های خانواده.....
۲۶	مضامین و حیانی.....
۲۷	دیدگاه مقام معظم رهبری در زمینه خانواده.....
۳۴	قانون اساسی.....
۳۴	سیاست‌های کلی «سلامت».....
۳۵	سیاست‌های کلی جمعیت.....
۳۵	سیاست‌های کلی خانواده.....
۳۸	دانش سلامت خانواده.....
۴۴	منشور اندیشکده خانواده.....
۴۵	مبانی خانواده در الگوی اسلامی ایرانی.....
۴۹	فصل سوم: ساختار شاخص‌های خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت.....
۵۰	مفاهیم اصلی خانواده.....
۵۰	تعریف خانواده.....
۵۲	شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی.....
۵۴	نماگرهای سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی.....
۵۶	تعاریف.....
۶۴	کارکردهای سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی.....

۶۶ نقش و جایگاه خانواده در پیشرفت و تمدن اسلامی
۷۰ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۷۱ منابع



چکیده

هدف: شاخص‌های سلامت خانواده نماگری برای تعیین وضعیت خانواده بوده و نشان دهنده اثربخشی اقدامات و برنامه‌های ارتقاء سلامت خانواده می‌باشد. بنابراین، تعیین شاخص‌های سلامت خانواده یک ضرورت است، تا بر اساس سیاست‌گذاری‌ها، اولویت‌بندی‌ها و برنامه‌ریزی‌های استحکام‌بخشی نهاد مقدس خانواده یکپارچه شود.

روش: تعیین شاخص‌های سلامت خانواده به روش تحلیلی انجام شد که ترکیبی از روش مرور نظام‌مند، تحلیل محتوا، مرور ادبیات و گروه متمرکزی از نخبگان حوزه خانواده بود. برای این کار دو گروه از منابع مورد استفاده قرار گرفت. یک گروه از منابع کتب و مقالات چاپ شده در زمینه خانواده بود که در آن یافته‌ها و دیدگاه‌های مربوط به خانواده مورد بررسی قرار گرفت. بخشی از آن منابع اسلامی بود. گروهی دیگر، متخصصان حوزه خانواده و از جمله اعضای اندیشکده خانواده مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از مدل ارائه شده برای تحلیل محتوا استفاده شد

یافته‌ها: در این مجموعه ابتدا مبانی و مفاهیم شاخص‌های خانواده مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی و سپس مستندات مورد استفاده آورده شد که شاخص‌های سلامت خانواده بر آن مبتنی شده است و شامل منابع اسلامی، اسناد بالادستی و منابع علمی و پژوهشی است. سپس شاخص‌های خانواده در الگوی اسلامی ایرانی در چارچوب زیر ارائه شد: تعریف خانواده، شاخص‌های سلامت خانواده، تعیین‌کننده‌های سلامت خانواده، کارکردهای سلامت خانواده، نقش و جایگاه سلامت خانواده در پیشرفت و تمدن اسلامی و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

نتیجه‌گیری: در راستای تعیین شاخص‌های سلامت خانواده اقداماتی از قبیل: تصویب، گفتمان‌سازی، نظریه‌پردازی، رصد، سنجش و پایش، ایجاد پایگاه داده‌ها، تجزیه و تحلیل درونی و محیطی و تعیین بار مشکلات و مسائل خانواده لازم است.

واژگان کلیدی: شاخص، خانواده، الگوی اسلامی ایرانی، ازدواج.



فصل اول: شاخص‌ها (مفاهیم و کلیات)

مقدمه

امروزه نظام‌های اطلاعاتی در ترسیم نمای فعلی و دورنمای راهبردی به جامعه کمک می‌کنند و شواهد لازم را برای تصمیم‌گیری و بهبود عملکرد فراهم می‌آورند. حاصل یک نظام اطلاعاتی مطلوب، شاخص‌هایی هستند که هم می‌توانند پایه و اساس تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی قرار گیرند و هم عملکردها را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهند.

اگرچه شاخص‌ها، ریشه در داده‌های آماری دارند، لیکن خود ابزاری هستند که می‌توانند داده‌های خام را به اطلاعات مفید تبدیل نمایند و زمینه را برای مقایسه وضعیت‌های مختلف هموار کنند. در حقیقت شاخص‌ها باعث استاندارد شدن یک مقوله مثل خانواده به همراه مؤلفه‌های آن می‌شوند. بدین ترتیب، نظام اطلاعات و شاخص‌های مربوطه از اهمیت فراوانی برخوردارند و تمامی تصمیم‌گیرندگان و برنامه‌ریزان به نوعی به آنها نیاز دارند. از یک سو، به منظور برنامه‌ریزی برای سلامت خانواده، ارزیابی عملکرد گذشته و مقایسه با وضع فعلی، ارزیابی اهداف برنامه‌های توسعه، مقایسه عملکرد سازمان‌ها و نهادهای مختلف و غیره نیازمند تعیین شاخص‌های سلامت خانواده است و از سوی دیگر، مقایسه عملکرد جامعه در بخش سلامت خانواده با سایر جوامع در سطح ملی و بین‌المللی، تولید شاخص‌های سلامت خانواده را اجتناب‌ناپذیر نموده است.

اهمیت تعیین شاخص‌های خانواده و ابعاد و مؤلفه‌های آن، محققان زیادی را بر می‌انگیزد تا فراتر از مطالعات کمی بیندیشند. بهره‌گیری از آرای متخصصان و رویکردهای نظری یا برون‌یابی روندها¹ موجب تقویت امکان پیش‌بینی آینده و تعیین شاخص‌ها می‌شود. مفهوم شاخص‌های سلامت خانواده و ابعاد آن تاکنون در ایران تعیین و تبیین نشده است. بر این اساس تعیین ابعاد و چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت خانواده و پیرو آن، تعیین و ایجاد شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی ضروری است.



تعریف شاخص

از شاخص، تعاریف گوناگونی ارائه شده است. در اینجا برحسب نیاز به برخی از آنها اشاره می‌شود: شاخص، یک علامت عملکردی است و می‌تواند برای ارزیابی پیشرفت برنامه‌های کشوری مورد استفاده قرار گیرد (دیتون، ۲۰۰۱). معمولاً شاخص واحدی است که به دو صورت کمی و کیفی ارائه می‌شود و بعد کلیدی و محوری وضعیت نظام و عوامل تعیین‌کننده آن را نشان می‌دهد (بانکر و همکاران، ۱۹۹۴). شاخص مقوله‌های کلی هستند که عوامل و ویژگی‌های خردتری را در درون خود جای می‌دهد (صفورایی و محمد، ۱۳۹۲). شاخص‌ها ابزار شناسایی و ارزیابی وضعیت موجود در مقایسه با وضعیت مطلوب به شمار می‌روند. در راستای ارتقای سلامت خانواده در جامعه، نیاز به اطلاعات جامع، درست، کافی و روزآمدی می‌باشد که از طریق محاسبه شاخص‌ها و مقایسه آن با استانداردها، تحلیل و تفسیر و بازخورد به دست می‌آید. از این رو، به منظور کاهش اثرات مشکلات خانواده، بررسی وضعیت موجود و سطح سلامت خانواده در جامعه و تعیین روند تغییرات، ایجاد شاخص‌های سلامت خانواده و استفاده از آن در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی خانواده ضروری است.

بنابراین می‌توان گفت:

- شاخص‌ها معیارهایی هستند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم رخ داده‌ها، شرایط و تغییرات را اندازه‌گیری می‌کنند.
- شاخص‌ها، معیارهایی هستند که امکان سنجش و مقایسه یک وضعیت را با استانداردها و در طول زمان و با وضعیت‌های مشابه و با سایر جوامع را فراهم می‌سازند.
- شاخص‌ها ابزاری هستند که نظام اطلاعاتی مربوط به سلامت خانواده را به اطلاعات کاربردی تبدیل کرده و شرایطی را برای مقایسه‌های مختلف فراهم می‌آورد^۱.

هدف از تعیین شاخص‌ها

هدف از تعیین شاخص‌ها کمک به درک عملکرد خدمات (سلامت خانواده) و تهیه اطلاعات مربوط، و تعیین هر ساله شاخص‌های جدید بر اساس اهداف خدمات (سلامت خانواده) و



بازتاب تغییرات و درستی عملکرد آن است (پارکینسون، ۲۰۰۷). علاوه بر این، شاخص‌های سلامت خانواده به عنوان مفهوم سلامت خانواده در دو جنبه: مشکلات سلامت خانواده (مانند طلاق) و سلامت خانواده (مانند رضایت و استحکام خانواده) تعریف شده است. شاخص‌ها با تمرکز بر اندازه‌گیری هر دو نوع معیار ایجاد شده‌اند. بنابراین هدف از تعیین شاخص‌ها کمک به درک عملکرد برنامه‌های مرتبط با خانواده و تهیه اطلاعات خانواده، پایش هر ساله شاخص‌ها بر اساس اهداف و بازخورد تغییرات و درستی عملکرد است.

انواع شاخص‌ها

شاخص‌ها بر حسب نوع کاربرد، معنا و مفهوم، کارایی و شمولیت، به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شود:

انواع شاخص بر حسب معنا:

۱. نشانگر^۱: نشانگرها اندازه‌های کمی و کیفی مشخصی هستند که وضعیت کلی یک موضوع را در جامعه نشان می‌دهند. مواردی همچون عمر ازدواج به عنوان نشانگر استحکام خانواده، میزان طلاق به عنوان نشانگر مشکلات خانواده و یا شاخص توده بدنی به عنوان نشانگر سلامت بدنی نمونه‌هایی از نشانگرها محسوب می‌شوند. نشانگرها برای مقایسه وضعیت و هدف‌گذاری برنامه‌ها کاربرد دارند. با این وجود نشانگرها نمی‌توانند دامنه و پیوستاری از وضعیت کیفی پدیده را در سطح جامعه نشان دهند.

۲. تعیین کننده^۲: تعیین کننده‌ها وضعیت پدیده را با کیفیت و چگونگی در سطح جامعه نشان می‌دهد. در واقع تعیین کننده‌ها علل و عواملی هستند که در بروز و ظهور و شدت و ضعف یک پدیده دخالت دارند. در واقع تعیین کننده‌ها یک نوع ارزیابی فرایندی از یک پدیده است. نمونه‌هایی از تعیین کننده‌های استحکام خانواده عبارت‌اند از: تعهد، وفاداری، ابراز محبت به همسر، با هم بودن و گفتگوی رضایت‌بخش با همسر.



انواع شاخص بر حسب شیوه محاسبه

۱. نسبت^۱: کمیت نسبی یک عدد را به عدد دیگر نشان می‌دهد و دو نوع هستند. نسبت‌هایی که صورت بخشی از مخرج است و نسبت‌هایی که صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند. مثل نسبت طلاق به ازدواج.
۲. میزان^۲: احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است. این واحد تناوب یک واقعه در طی زمان مشخص را اندازه‌گیری می‌کند و معمولاً بر حسب ۱۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰، در جمعیت محاسبه می‌شود. مانند تعداد متخصص خانواده به جمعیت.
۳. شاخص عددی (حسابی): شاخصی است که تعداد وقایع را بدون مخرج نشان می‌دهد. مانند میزان مشاجرات فیزیکی در خانواده.

انواع شاخص بر حسب نوع پایش:

۱. شاخص‌های ورودی^۳ که به منابع اطلاعاتی مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها مربوط است. شامل منابع انسانی، تجهیزاتی و مالی.
۲. شاخص‌های فرایندی^۴ که فعالیت‌های در حال اجرا را پایش می‌کنند.
۳. شاخص‌های ارزیابی: که شامل موارد زیر هستند:
 - * شاخص‌هایی که خروجی فعالیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند^۵
 - * شاخص‌هایی که نتایج فعالیت‌ها را نشان می‌دهد.^۶
 - * شاخص‌هایی که پیامد (اثرات بلندمدت) فعالیت‌ها را نشان می‌دهند.^۷
۴. شاخص‌های ترکیبی^۸: این قبیل شاخص‌ها ترکیبی از دو یا چند مورد از موارد پایش می‌باشد و برای اندازه‌گیری موارد بسیار پیچیده و یا اندازه‌گیری چند بعدی شاخص‌ها در نظر گرفته شده است.

1. Proportion
2. Rate
3. Input index
4. Process index
5. Output index
6. Outcome index
7. Impact index
8. Complex Index



توسعه شاخص‌های سلامت در جهان

تعیین و سنجش شاخص‌های خانواده در سطح بین‌المللی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این غفلت ممکن است غیرعمدی هم نباشد، چرا که بسیاری از جوامع خانواده‌محور نیست. همچنین برخی از شاخص‌های خانواده در چارچوب شاخص‌های سلامت روان آمده است. در اینجا به برخی از تلاش‌های بین‌المللی در زمینه شاخص‌های سلامت روان اشاره می‌شود:

در دهه اخیر چند سازمان بین‌المللی و برخی کشورها، تحقیقات و پروژه‌هایی را برای توسعه شاخص‌های سلامت روان انجام داده‌اند. به عنوان مثال سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۱ (OECD)، پروژه کیفیت شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی را انجام داد که بر اساس آن، سلامت روان به عنوان یکی از پنج حوزه اولویت‌دار در شاخص‌های سلامت کشورهای عضو تعریف شد (هرمان و همکاران، ۲۰۰۴). سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای ارزیابی سیاست‌های سلامت روانی در کشورهای توسعه نیافته که نظام جمع‌آوری اطلاعات سلامت روانی ندارند، پروژه توسعه شاخص‌ها را اجرا کرد. طی این پروژه، ۱۵۶ شاخص در ۶ طبقه و ۲۸ زیر طبقه معرفی شد. این پروژه نشان داد که ابزار و شیوه‌های ارزیابی و پایش سلامت روان در کشورهای توسعه یافته، از نظر هدف، ساختار و محتوا، با کشورهای توسعه نیافته متفاوت بوده و در این کشورها قابل استفاده نیست. اتحادیه اروپا نیز برای توسعه اطلاعات سلامت روان، پروژه‌ای را برای بهسازی و ترویج اطلاعات سلامت روان و مقایسه میان کشورهای عضو با هدف گسترش نظام‌های نظارت بر سلامت روان، پایه‌گذاری و اجرا نمود. در این پروژه علاوه بر مشکلات و اختلالات روانی، به سلامت روانی مثبت و ارتقای سلامت روانی نیز پرداخته شده است. این پروژه ۳۵ شاخص را در ۹ حوزه پیشنهاد کرد. در سال‌های اخیر، در دیگر کشورها از جمله آمریکا، استرالیا، انگلستان، اسکاتلند و کره نیز شاخص‌های سلامت روانی به منظور نظارت بر عملکرد و خدمات سلامت روانی توسعه داده شده است. یک پروژه دو ساله در راستای پایه‌ریزی شاخص‌ها برای نظارت بهداشت روانی در اروپا صورت گرفته است تا بتواند شاخص‌هایی برای نظارت سلامت روانی در اروپا پایه‌ریزی کند. اجرای این برنامه را تحقیقات ملی و مرکز توسعه رفاه و بهداشت فنلاند (STAKES) هماهنگ کرده است. این پروژه

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

اطلاعاتی را درباره سلامت روانی موجود و شاخص‌های بهزیستی و نظام‌های اطلاعاتی جمع‌آوری کرده است و یک مجموعه از شاخص‌های قابل اجرای سلامت روانی را با تعاریف دقیق برای گنجاندن در یک نظام نظارتی بهداشتی جامع مطرح کرده است. چهارچوبی که این پروژه دنبال می‌کند، دارای دسته‌بندی زیر است: ۱- عوامل اجتماعی اقتصادی و مردم‌شناسی، ۲- وضعیت بهداشتی، ۳- تعیین کننده‌های بهداشتی، ۴- نظام‌های بهداشتی. این پروژه در مجموع تعداد ۳۶ شاخص برای سلامت روانی را پیشنهاد کرده است که از این تعداد، ۲۲ شاخص بر اساس اطلاعات آمار جاری قرار داشتند و ۱۴ شاخص به داده‌های زمینه‌یابی نیاز داشتند. این پروژه مجموعه داده‌های «حداقلی از شاخص‌های بهداشتی روانی اروپایی و توضیح این شاخص‌ها» را گزارش کرد که در وب‌سایت‌های STAKES و کمیسیون اروپایی موجود می‌باشد. نتیجه کلی حاصل از این زمینه‌یابی آزمایشی این بود که مجموعه معیارهای این زمینه‌یابی را می‌توان به راحتی با زمینه‌یابی‌های بهداشت عمومی ادغام کرد. همچنین پروژه اطلاعات سلامت روانی و تعیین کننده‌های سطح اروپا (MINDFUL)، طی مدت ۲۶ ماه (از ۱۵ مارس ۲۰۰۴ تا ۱۵ ژوئن ۲۰۰۶) توسط کمیسیون اروپایی «دانش و اطلاعات بهداشتی» انجام شد. در اینجا مجموعه پایانی شاخص‌های سلامت روانی مطرح شده توسط این پروژه (سوزان و همکاران، ۲۰۱۰) معرفی می‌شود که قرار است در نظام نظارت بهداشت اروپا گنجانده شود. در این مجموعه هم شاخص‌های آماری (مثل مرگ و میر و خودکشی) و هم شاخص‌های مبتنی بر زمینه‌یابی (مثل افسردگی و دیگر اختلالات روانی) وجود دارند. این مجموعه شاخص بر اساس چهارچوب سه‌گانه (وضعیت سلامت روانی، تعیین کننده‌های بهداشتی و نظام بهداشتی) طراحی شده است. خلاصه‌ای از موارد تعیین شده در پروژه شاخص‌ها^۱، قلمروها^۲ و مبنای منطقی^۳ به شرح زیر می‌باشد:

الف- وضعیت سلامتی: این بخش شامل شاخص‌هایی درباره جنبه‌های مختلف وضعیت سلامتی واقعی جمعیت می‌باشد که شامل: **میرایی:** ۱- خودکشی، ۲- مرگ‌هایی با هدف نامعلوم، ۳- مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر، ۴- مرگ‌های مرتبط با الکل. همه داده‌های



مربوط به میرایی بر آمار جاری استوار هستند. میزان شیوع بیماری: ۵- اضطراب، ۶- افسردگی، ۷- مصرف مواد و الکل، ۸- اقدامات خودکشی، ۹- مشکلات شناختی، ۱۰- اختلالات سازگاری، ۱۱- انرژی و سرزندگی، ۱۲- شادکامی، ۱۳- اختلال روان‌پزشکی؛ تعیین‌کننده‌های بهداشتی: ۱۴- احساس برتری، ۱۵- عزت نفس، ۱۶- حمایت اجتماعی، ۱۷- حوادث منفی زندگی، ۱۸- مشکلات کودکی. **نظام‌های بهداشتی:** این گروه شامل شاخص‌هایی است که به ارتقاء سلامت، پیشگیری نظام‌های خدمات سلامتی هستند و شامل: ۱۹- برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، ۲۰- برنامه‌های ارتقاء سلامت روانی، ۲۱- تعداد تخت‌های روان‌پزشکی، ۲۲- تعداد روان‌پزشکان، ۲۳- تعداد روان‌پزشکان کودک (و نوجوان)، ۲۴- تعداد بیماران مزمن، ۲۵- تعداد بیماران بستری به دلیل اختلالات روانی، ۲۶- شغل‌های غیرارادی، ۲۷- خدمات سرپایی، ۲۸- میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت روانی، ۲۹- استفاده از داروهای ضدافسردگی، ۳۰- استفاده از داروهای ضد اضطراب، ۳۱- استفاده از داروهای خواب‌آور، ۳۲- استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی، ۳۳- مستمری‌های از کارافتادگی به دلیل اختلالات روانی، ۳۴- دوره‌های مستمری بیماری به دلیل اختلالات روانی، ۳۵- هزینه خدمات بهداشت روانی.

استفاده از شاخص‌های سلامت در ایران

تعیین شاخص‌های سلامت روان در کشورمان (ایران)، همچون شاخص‌های سلامت عمومی با تأخیر شروع شد. شاخص‌های سلامت به صورت پراکنده در منابع متعددی آمده است که برخی از آنها به صورت خلاصه در زیر معرفی می‌شوند: در کتاب «شاخص‌های بهداشتی» که به شاخص‌های سلامت اختصاص یافته، سعی شده تا اغلب شاخص‌های موجود فهرست شوند، اما اولویت‌بندی و سطح‌بندی برای آنها انجام نشده است (عبادی‌فر و کریمی، ۱۳۷۵). «مرکز آمار ایران» در کتاب «تعاریف و مفاهیم استاندارد، برای استفاده در طرح‌ها و گزارش‌های آماری» بخشی را به شاخص‌ها و تعریف آنها در حیطه سلامت اختصاص داده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۹). در کتاب «شاخص‌های کیفی برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی» که توسط معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی منتشر شده، برخی از شاخص‌های مورد استفاده در بیمارستان را مورد توجه قرار داده است که



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

در تحلیل عملکرد درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند (حسن‌زاده، ۱۳۸۰). سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی و مرکز آمار ایران نیز در بررسی وضعیت سلامت از شاخص‌های مربوطه در نشریات خود استفاده می‌نمایند که بیشتر جنبه کاربردی و عددی آنها مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد (پیلهوری و شادپور، ۱۳۸۱). در برخی از منابع، از جمله کتاب «آمار حیاتی و شاخص‌های بهداشتی» که به عنوان منبع آموزشی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد، برخی از شاخص‌های حیطه بهداشت و طریقه جمع‌آوری و محاسبه آنها مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۲). معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به انتشار نشریات متعددی نموده که به عنوان نمونه می‌توان «نشریه شناسایی و ارزیابی شاخص‌های سلامت در بخش بیماری‌های غیرواگیر» را ذکر نمود. همچنین دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴ طی کتابچه‌ای تحت عنوان «شاخص‌های ملی سلامت» در ۱۸ موضوع اقدام به تهیه و انتشار شاخص‌های سلامت کرده است. موضوعات و محورهای این شاخص‌ها عبارت‌اند از: جمعیت، مرگ و میر، مدیریت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی، تنظیم خانواده، مراقبت مادران، مراقبت کودکان، واکسیناسیون، تغذیه، منابع بهسازی، بهداشت حرفه‌ای، ابتلا به بیماری‌ها، خدمات درمانی، غذا و دارو، امکانات فیزیکی، منابع انسانی، منابع مالی و اجتماعی. در این مجموعه شاخص‌ها، ۳۹۲ شاخص ارائه شده است^۱، که از این تعداد شاخص‌ها، صرفاً چهار شاخص «میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی، درصد اشغال تخت‌های روان‌پزشکی و میانگین مدت اقامت در بخش‌های بستری روان‌پزشکی» مربوط به حوزه سلامت روانی است.

ملاحظه می‌شود که با وجود تمامی تلاش‌هایی که در زمینه خانواده در ایران صورت می‌گیرد و اهمیتی که سلامت خانواده دارد و تهدیدات داخلی و خارجی که خانواده‌های ما را محاصره کرده است، و اهمیت و ضرورتی که شاخص‌های سلامت خانواده دارد، تاکنون شاخص‌های خانواده استخراج و مورد بهره‌برداری قرار نگرفته است.

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌ها)، شناسایی و ارزیابی شاخص‌های سلامت در بخش بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۸۲ و نیز دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شاخص‌های ملی سلامت، ۱۳۸۴.



چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت

چهارچوب‌های متعددی برای شاخص‌های سلامت مطرح شده است. یکی از آنها از چهار بعد اصلی تشکیل شده است: ۱- وضعیت سلامت، ۲- عوامل سلامت، ۳- زیرساخت‌ها و ورودی‌ها، ۴- مداخلات سلامت عمومی. چهارچوب دیگر از ۳ بعد اصلی تشکیل شده است: ۱- وضعیت سلامت، ۲- عوامل سلامت، ۳- عملکرد نظام سلامت (کمیته ملی عملکرد سلامت استرالیا، ۲۰۰۰). در توسعه این چهارچوب بعد چهارمی تحت عنوان ویژگی‌های جامعه و سلامت افزوده شد (مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت^۱ ۲۰۰۱). در اینجا، چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت مبتنی بر چهار بعد شرح داده می‌شود:

الف- وضعیت سلامت: این بعد از طریق وضعیت سلامت جامعه و استفاده مردم از خدمات بهداشتی تعیین می‌شود. وضعیت سلامت روان به طور کلی با بیماری روانی و میزان بروز آن مرتبط است. همچنین وضعیت سلامت روان از طریق تجربه عمومی سلامت روان همچون کیفیت زندگی مورد سنجش قرار می‌گیرد (مارکنی، ۱۹۷۶).

ابعاد فرعی وضعیت سلامت عبارت‌اند از:

۱- شرایط سلامتی: وضعیت شیوع و بروز و بار بیماری و وضعیت‌هایی نظیر سالخورده‌گی و استرس را برای ارزیابی سلامت جامعه تعیین می‌کند.

۲- کارکرد انسان: وضعیت کارکرد انسان با نوع بیماری، اختلال و سطح سلامتی افراد مرتبط است. این بعد از سلامتی بر اساس سطح ناتوانی و نقص و محدودیت‌های فعالیتی و حرکتی ارزیابی می‌شود. یکی از اهداف نظام سلامت، حفظ کارکرد مطلوب افراد و کاهش نقص یا ناتوانی ناشی از بیماری و اختلالات است. شاخص‌های مورد سنجش در این بعد عبارت‌اند از: سال‌های زندگی با ناتوانی^۲ (YLD)، میزان نقص و سطح استقلال یا وابستگی.

۳- امید به زندگی و تندرستی: امید به زندگی و تندرستی شامل مقیاس‌های وسیعی از تندرستی جسمی، روانی و اجتماعی افراد و سایر شاخص‌های مشتق شده از آن می‌باشد. یکی از اهداف نظام سلامت کمک به افزایش طول عمر مردم با حداقل ناتوانی یا بیماری است. شاخص‌هایی که می‌تواند عملکرد نظام سلامت در دستیابی به این اهداف را نشان دهد



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

عبارت‌اند از: امید به زندگی ناتوانی تعدیل شده^۱ (DALE)، سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده^۲ (DALY) و وضعیت سلامت خود گزارشی.

۴- مرگ و میر: شامل میزان مرگ و میر در مقیاس سن است. اطلاعات مربوط به میزان و علل مرگ بر اساس سن، جنس و گروه جمعیتی، اطلاعات با ارزش در مورد علل و شرایطی فراهم می‌کند که منجر به مرگ زودرس و تعیین گروه‌های در معرض خطر می‌شود. کاهش مرگ و میر زودرس حاکی از تأثیر مداخلات در نظام سلامت است. شاخص‌های ممکن در این زمینه می‌تواند شامل موارد زیر باشد: سال‌های زندگی از دست رفته به دلیل مرگ زودرس^۳ (YLL) و علل منجر به فوت.

ب- عوامل سلامت: برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت، تعیین تأثیر عوامل سلامت بر میزان سلامت اهمیت دارد. به این منظور مدلی برای عوامل سلامت (ایوانس^۴ و استودارت^۵، ۱۹۹۰) پیشنهاد شده است که شامل ابعاد زیر است:

۱- عوامل محیطی: به نقش محیط فیزیکی که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر سلامت داشته باشند نظیر کیفیت هوا، آب و غذا اشاره دارد.

۲- عوامل اجتماعی و اقتصادی: شامل ساختار خانوادگی، نظام آموزشی، شبکه‌های اجتماعی، طبقه اجتماعی، محیط شغلی و سطح موفقیت اقتصادی است (ویسمن، ۱۹۹۶).

۳- گنجایش جامعه: منظور ویژگی‌های هر جامعه است که می‌تواند بر سلامت مؤثر باشند، مانند سواد سلامت، کیفیت منزل، خدمات پشتیبان جامعه، حمایت اجتماعی، خدمات محلی سلامت و اعتماد به متخصصان سلامت.

۴- رفتارهای سلامت: ضعف سلامت شدیداً با رفتارهای خاص سلامتی در ارتباط است. رفتار سلامت به دنبال علل گوناگونی خصوصاً محیط‌های فیزیکی و اجتماعی و تفاوت‌های ژنتیکی شکل می‌گیرد. شاخص‌های ارزیابی این جنبه عبارت‌اند از: مصرف دخانیات، سطوح فعالیت جسمی، مصرف الکل، تغذیه و استفاده از داروهای غیرمجاز.



۵- عوامل شخصی: عوامل شخصی عبارت‌اند از: سن، ویژگی‌های ژنتیک و شرایط زیست پزشکی، این عوامل غیر از آنهایی هستند که به طور طبیعی تحت تأثیر رفتارهای فردی و محیطی قرار دارند. شاخص‌های ارزیابی این جنبه عبارت از میزان بیماری‌های ژنتیکی خاص نظیر سندرم داون می‌باشد (مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت^۱، ۲۰۰۱).

ج- عملکرد نظام سلامت: این بعد در برگیرنده برنامه‌های سلامت جامعه، خدمات مراقبت اولیه و بخش‌های مراقبت حاد و مراقبت مستمر است و می‌تواند برای تمامی مجموعه‌ها و سطوح سازمانی مختلف به کار رود. نقش مراقبت بهداشتی به عنوان یک عامل سلامت، محدود است اما بی‌اهمیت نیست. جنبه‌های خدمات مراقبت سلامت عبارت‌اند از:

۱- مقبولیت: مقبولیت به این معنا است که تمامی خدمات سلامتی بتواند انتظارات مردم، ارائه دهندگان و سازمان‌های پرداخت کننده هزینه‌ها را برآورده کند. مقبولیت، پاسخگو بودن نظام مراقبت بهداشتی را نشان می‌دهد. در واقع پاسخگویی یک نظام سلامت، مشتری‌مداری آن است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

۲- دسترسی: دسترسی به مراقبت بهداشتی، به معنای توانایی مردم به دریافت مراقبت بهداشتی در یک مکان و زمان مناسب بدون توجه به درآمد، فرهنگ یا موقعیت فیزیکی بدون موانع دوری مسافت، تبعیض، قابلیت تهیه و منع خدمت است.

۳- تناسب: مراقبت مناسب، مراقبتی است که مربوط به نیازهای مردم و بر پایه استانداردهای موجود باشد، خدمت مناسب باید بهترین خدمت را برای بیمار فراهم کند. (لایس و اندرسون، ۱۹۹۶). یکی از شاخص‌های مراقبت مناسب عبارت از: نسبت بیمارستان‌ها و تخت‌های قابل دسترس است که شرایط اعتباربخشی بر اساس استانداردها را دارند.

۴- توانایی: عبارت از ظرفیت یک فرد یا خدمت برای انجام یک مراقبت، خدمت یا مداخله بهداشتی مبتنی بر دانش و مهارت است. تمرکز اولیه این جنبه بر روی آموزش متخصصان سلامت و سایر کارکنان بهداشتی در ارائه مراقبت است و می‌تواند شامل تعداد کل متخصصان مورد تأیید، سطح تحصیلات آنها و از این قبیل باشد.

۵- استمرار: مراقبت مستمر عبارت از توانایی ارائه مراقبت، مداخله یا اقدام پیوسته و



هماهنگ در سراسر برنامه‌ها و در طول زمان است.

۶- اثربخشی: اثربخشی به این معنا است که مراقبت، مداخله یا اقدام بهداشتی، به نتیجه مورد انتظار شرایط زمانی مناسب منجر شود. اصطلاح اثربخشی شامل مفاهیم کیفیت، مناسبت، قابلیت دسترسی و عدالت است.

۷- کارایی: به معنای دستیابی به نتایج مطلوب و اثربخش بر اساس هزینه‌ها و منابع است. معمولاً کارایی نظام سلامت با مقایسه ورودی‌ها و خروجی‌ها و میزان تبدیل ورودی‌ها به خروجی سنجیده می‌شود.

۸- ایمنی: عبارت است از حذف یا کاهش صدمه و آسیب (عملی یا بالقوه) از مدیریت مراقبت بهداشتی یا محیطی است که در آن خدمات مراقبتی ارائه می‌شود.

۹- قابلیت نگهداری: یک نظام سلامت نیازمند زیرساختی نظیر نیروی کار، تسهیلات و تجهیزات است. شاخص‌های عملکردی در آن عبارت‌اند از: سرانه هزینه سلامت و هزینه آموزش در مقایسه با ارائه خدمات.

د- ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت: آن بخش از ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت است که اطلاعات زمینه‌ای را فراهم می‌کند. این ویژگی‌های زمینه‌ای به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱- منابع: شامل منابع مالی (هزینه‌های مراقبت بهداشتی)، منابع انسانی (تعداد متخصصان) یا سایر انواع منابع (مانند میزان تخت‌های بیمارستانی) می‌باشد.

۲- جمعیت: شاخص‌های جمعیتی که در مقادیر شاخص‌ها نقش دارند نظیر ساختارهای اجتماعی یا نسبت جمعیت روستایی.

۳- خدمات بهداشتی: شاخص خدمات بهداشتی می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد ترکیب نظام سلامت فراهم کند، مانند وجود یک بیمارستان آموزشی یا انواع خدمات بهداشتی موجود.

سنجش و پایش شاخص‌ها

معمولاً نظارت بهداشتی در سطح بین‌المللی مبتنی بر داده‌های جاری است که در سطح ملی از کشورهای مختلف جمع‌آوری می‌شود. در حال حاضر بیشتر کشورهای جهان می‌توانند داده‌های مربوط به نرخ خودکشی و تخت‌های روان‌پزشکی و اختلالات روانی و رفتاری را ارائه دهند. با این حال بیشتر کشورها قادر به ارائه اطلاعات درباره تعداد مشاجرات خانواده،



شیوع اختلالات روانی در اعضای خانواده، وقوع خیانت و فرار از خانواده نمی‌باشند. مراکز مخصوص جمع‌آوری داده‌های بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی، پروژه اطلس و پروژه خط مبدأ WHO، نکات با ارزشی را در جمع‌آوری داده‌های مربوط به نظام‌های سلامت روانی در کشورها ارائه داده‌اند. معمولاً روش‌های مختلف زیر برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به شاخص‌های سلامت خانواده استفاده می‌شود:

۱- آمار جاری: آمار جاری^۱ معمولاً برای اهداف اجرایی جمع‌آوری می‌شوند و مصرف آنها در نظارت سلامت خانواده ممکن است محدود باشد. جمع‌آوری اطلاعات منظم درباره خودکشی و خودزنی، مصرف الکل و یا مصرف مواد و طلاق از آن جمله هستند.

۲- آمار آسیب‌ها و اختلالات: این داده‌ها در اغلب موارد برای پایش سلامت خانواده و یا برنامه‌ریزی یا همه‌گیرشناسی جمع‌آوری می‌شوند. ممکن است داده‌های مربوط به اختلالات شدید روانی، افسردگی، اختلالات شخصیت، فرار از خانه، مشاجرات و سوءاستفاده در بعضی نظام‌های جمع‌آوری داده‌های ملی و منطقه‌ای در دسترس باشد.

۳- زمینه‌یابی‌های سلامت خانواده: همانند همه زمینه‌یابی‌ها، گنجاندن معیارها و روش‌های نمونه‌گیری برای تعبیر نتایج بسیار مهم هستند. روش‌های مصاحبه‌ای می‌توانند داده‌های معتبرتری نسبت به پرسش‌نامه‌های پستی (ارسالی) ارائه دهند، که البته هزینه‌بر هم هستند.

اطلاعات غیررسمی: اطلاعات بعضی از شاخص‌ها را فقط می‌توان به شکل غیررسمی جمع‌آوری کرد. نمونه‌هایی از این دست شامل میزان تلاش برای خودکشی در طول زندگی یا چگونگی دسترسی به خدمات سلامت خانواده می‌باشد. این نوع از فعالیت‌ها باید شدیداً به تحقیقات علمی متصل باشند تا اعتبار این داده‌های را افزایش دهند.

در جمع‌آوری داده‌های مربوط به شاخص‌های سلامت خانواده، توجه به نکات زیر می‌تواند مفید باشد:

۱. تعریف دقیق آسیب

۲. تعداد دقیق خانواده‌هایی که به آسیب مبتلا شده‌اند^۲

۳. تعداد افرادی که در معرض خطر آسیب^۱ هستند



۴. دوره زمانی مشاهده آسیب یا زمان انجام اندازه‌گیری

نکات مهم برای اندازه‌گیری میزان شیوع و بروز آسیب عبارت‌اند از:

- در تعیین میزان بروز، خانواده‌هایی که قبلاً دچار آسیب نبوده‌اند ولی در یک دوره زمانی خاص دچار آسیب شده‌اند اندازه‌گیری می‌شود، ولی در میزان شیوع نسبت تعدادی که در یک جمعیت دچار آسیب هستند اندازه‌گیری می‌شود. به تعبیری، بروز معادل موارد جدید و شیوع معادل موارد قدیم و جدید (همه موارد) دچار آسیب است.

- منظور از یک دوره زمانی ممکن است یک سال، یا یک مدت زمانی خاص باشد.

- شیوع حاصل موارد بروز در دوره‌های زمانی گذشته است که هنوز به آسیب دچار هستند.

- اندازه‌گیری میزان شیوع آسان‌تر و ارزان‌تر از میزان بروز است.

- در اندازه‌گیری میزان بروز ابتدا باید جمعیتی را مشخص کرد، سپس آنها را در یک دوره زمانی معین پیگیری نمود تا موارد بروز آشکار شوند.

- با استفاده از میزان‌های بروز و شیوع می‌توان متوسط مدت آسیب را نیز تعیین کرد. در واقع متوسط مدت آسیب، معادل نسبت میزان شیوع تقسیم بر میزان بروز همان آسیب است. به عبارت دیگر میزان شیوع آسیب معادل حاصل ضرب میزان بروز آسیب در متوسط مدت آسیب است، یعنی:

$$\text{میزان زمان آسیب} \times \text{میزان بروز آسیب} = \text{میزان شیوع آسیب}$$

ضرورت تعیین شاخص در خانواده:

شاخص سلامت خانواده نشانگرهایی است که به طور مستقیم وضعیت سلامت خانواده، عوامل و میزان پیشرفت به سوی یک خانواده سالم‌تر را نشان می‌دهد و اطلاعات فوری، جامع و متعادل را در این باره فراهم می‌سازند. از آنجایی که ارائه خدمات سلامت خانواده در هر جامعه‌ای مستلزم برآورد دقیقی از کیفیت عملکرد نظام سلامت خانواده و همین‌طور وضعیت سلامت خانواده آن جامعه است، لذا بررسی و تعیین شاخص‌های سلامت روانی یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت روانی جامعه برای دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان است تا بر اساس آن اولویت‌های مهم سلامت خانواده را درک نموده و برنامه‌های ارائه شده را به



نحو مطلوب اجرا نمایند. شاخص‌های سلامت خانواده مربوط به یک جامعه، یکی از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد آن جامعه در اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها در زمینه خاص مانند خانواده می‌باشد؛ و نیز شاخص سلامت خانواده به عنوان یک متغیر اندازه‌گیری از وضعیت سلامت خانواده تعریف می‌شود؛ این شاخص متغیری است که به سلامت خانواده مرتبط بوده و یک اولویت یا یک مسئله را در این حوزه نشان می‌دهد. شاخص‌های معتبر^۱ سلامت خانواده برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات سلامت خانواده اهمیت فراوانی دارند زیرا قادر به بیان تغییرات و میزان پیشرفت برنامه‌های سلامت خانواده هستند. بنابراین شاخص‌های سلامت خانواده برای نظارت بر وضعیت سلامت خانواده در جامعه، توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت خانواده و ارزیابی عملکرد چنین برنامه‌هایی ضروری می‌باشد. علاوه بر این، شاخص‌های سلامت خانواده برای مقایسه و تعیین معیار نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد و به نظام سلامت روانی جامعه معلوم می‌کند که وضعیت سلامت خانواده در جامعه چگونه است و نیز مسیر را برای وضعیت مطلوب ترسیم می‌کند.

ارتقای شاخص‌های سلامت خانواده در هر جامعه‌ای منجر به بهبود بهره‌وری و افزایش بازدهی فردی و اجتماعی می‌شود. در این راستا، آگاهی از وضعیت موجود سلامت خانواده و پایش مستمر در نظام‌های خانواده به برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی منابع موجود جهت ارائه خدمات حمایت از خانواده کمک می‌کند. عوامل متعدد و بخش‌های بسیاری در یک جامعه در مسئولیت سلامت خانواده سهیم هستند. شاخص‌های سلامت خانواده، ابزار مناسبی جهت پایش وضعیت و فرایندهای جاری در حوزه سلامت خانواده هستند (دیتون، ۲۰۰۱).

در ضرورت تعیین، سنجش و پایش شاخص‌ها مقام معظم رهبری آیت‌الله خامنه‌ای می‌فرماید: «ما ارزیابی کنیم، ببینیم در تحقق سیاست‌های کلی چقدر پیشرفت داشتیم. ما دائم باید رصد کنیم، ببینیم این سیاست‌ها چقدر تحقق پیدا کرده است؛ این معیار و شاخص حرکت است. ما کجا قرار داریم؟ این ارزیابی و تقویم درست حرکت به ما کمک می‌کند» (مقام معظم رهبری، ۱۳۸۷/۴/۵). «پیشرفت‌های ما، کارهای نو که انجام می‌گیرد، اقدامات خوب و مؤثری که انجام می‌گیرد و ما را یک قدم جلو می‌برد، با آن میزان نیاز و توقعی که از ما وجود دارد،



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

سنجیده شود، این دائم باید در نظر ما باشد؛ یعنی قانع نشویم. باید با زمان‌بندی اجرایی طرح‌ها، امکان پیگیری و سنجش پیشرفت آنها را فراهم آورد ضمن اینکه هیچ کاری نباید حتی یک روز هم عقب بیفتد» (مقام معظم رهبری، ۱۳۸۴/۲/۲۵). «این را همیشه مقایسه کنیم با آنجایی که خود ما قرار داریم؛ پیشرفت‌های ما، کارهای نوی که انجام می‌گیرد، اقدامات خوب و مؤثری که انجام می‌گیرد و ما را یک قدم جلو می‌برد، با آن میزان نیاز و توقعی که از ما در این قوه وجود دارد، سنجیده شود، این دائم باید در نظر ما باشد؛ یعنی قانع نشویم» (مقام معظم رهبری، ۱۳۸۳/۱۰/۱۷).

نکته قابل توجه اینجا است که عوامل مؤثر و دخیل در فروپاشی انسجام و سلامت خانواده نمی‌توانند به تنهایی توضیح دهند که چگونه برخی از خانواده‌ها و زوجها در زندگی مشترکشان از سلامت برخوردارند و برخی دیگر خیر. بر این اساس شناسایی شاخص‌های تعیین‌کننده سلامت خانواده مسئله‌ای اساسی است که اهمیت دو چندان به خود اختصاص داده است. شاخص‌های سلامت خانواده^۱، وضعیت یا فرایندهای حیاتی خانواده هستند که بالقوه قابل تغییر بوده و ارتباط قابل ملاحظه‌ای با سلامت عمومی دارند. این شاخص‌ها ظرفیت، منابع، فرایندها یا نتایج عملی سلامت خانواده را می‌سنجند. از آنجا که در فرهنگ‌های مختلف چستی خانواده و چگونگی ساختار آن متفاوت و همواره در حال تغییر است، با ارائه مدل مفهومی و آماری شاخص‌های سلامت خانواده می‌توان یک مجموعه متفق را ایجاد کرد که امکان مقایسه شاخص‌های سلامت جامعه را با جوامع دیگر فراهم سازد (برومن و گراسکین^۲، ۲۰۰۳). همچنین شاخص‌های سلامت خانواده می‌تواند نشان دهنده عمق اقداماتی باشد که باعث بهبود وضعیت سلامت جامعه می‌شود.

برخی از مهم‌ترین ضرورت‌های تعیین شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت عبارت‌اند از:

۱. وضعیت سلامت خانواده شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فرد و جامعه است.
۲. خانواده‌های ایرانی در راستای جهانی‌سازی و توسعه‌یافتگی در معرض انواع استرس‌ها و تحولات قرار دارند.



۳. تهاجم فرهنگی غرب اضمحلال خانواده ایرانی را هدف قرار داده است. بنابراین شاخص‌های سلامت خانواده فرصت‌هایی را برای ارتقای سلامت خانواده و سنجش و اندازه‌گیری وضعیت سلامت خانواده ارائه می‌دهد و آگاهی از این شاخص‌ها می‌تواند کمک کند تا:

۱. وضعیت سلامت خانواده در جامعه در زمان‌های مختلف قابل سنجش و پایش شود.
۲. وضعیت سلامت خانواده در مناطق مختلف کشور و با وضع جهان مورد مقایسه قرار گیرد.
۳. مداخلات و برنامه‌های سلامت خانواده در سطح جامعه هدفمند و جهت‌دار شود.
۴. فرایند رشد یا افول شاخص‌ها و تغییرات و پیشرفت برنامه‌های سلامت خانواده رصد شود.
۵. میزان بهبودی و ارتقای سلامت خانواده، در اثر مداخلات و اقدامات تعیین شود.
۶. میزان پیشرفت برنامه‌های خانواده محور سنجیده شود.

مفاهیم و معیارهای انتخاب شاخص‌های سلامت خانواده

در دهه‌های اخیر شاهد رشد شاخص‌های سلامت روانی و اجتماعی بوده‌ایم (سوسان و همکاران، ۲۰۱۰). شاخص‌های سلامت روانی هم برای بررسی وضعیت سلامت روانی مردم و نظارت بر روند آن، و هم برای فراهم آوردن زمینه‌های کمک به سیاست‌گذاران و نظارت بر فرآیندها و نتایج برنامه‌ها، توسعه داده شده‌اند (ساکسنا و همکاران، ۲۰۰۷). شاخص‌های سلامت، وضعیت یا فرایندهای حیاتی را اندازه‌گیری می‌کنند که بالقوه متغیر هستند و ارتباط قابل ملاحظه‌ای با نتایج سلامت دارند (براون، ۲۰۰۳).

شناسایی مناسب‌ترین شاخص‌ها برای تمامی مناطق، کشورها، سبک زندگی، فرهنگ‌ها و سازمان‌های اجتماعی مختلف کار ساده‌ای نیست، و از آنجایی که ممکن است انتخاب و ایجاد شاخص‌های سلامت خانواده دشوار باشد، ارزیابی شاخص‌های خاص در مقابل معیارهای معین می‌تواند در انتخاب یک مجموعه مناسب شاخص‌ها کمک کند. معیارها باید هم به ارتباط ادراکی و هم ویژگی‌های فنی مرتبط باشند. شاخص‌ها در صورتی نامناسب هستند که سنجش و گردآوری اطلاعات آنها دشوار باشد و نیز با مسائل اصلی سلامت خانواده بی‌ارتباط باشند. تحقیقات انجام شده معیارهایی را برای تعیین شاخص‌ها پیشنهاد می‌دهد. این معیارها عبارت‌اند از: مناسب بودن برای سلامت خانواده، داشتن اعتبار و پایایی، عملی و کاربردی



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

بودن اطلاعات به دست آمده، در دسترس بودن اطلاعات مقایسه‌ای. باید توجه داشت که یک شاخص خوب به صورت واضح^۱ و غیرمبهم^۲ تعریف می‌شود، برای جوامع گوناگون قابل قبول است، با ختمش‌های سلامت رفتاری موجود و اهداف و برنامه‌ها در گذر زمان مرتبط است. همچنین شاخص باید خاص^۳، قابل اندازه‌گیری^۴، پایا^۵، معتبر^۶، واقع‌گرا^۷، کاربردی^۸، مقرون به صرفه^۹، مبتنی بر سند^{۱۰} و اخلاقی^{۱۱}، قابل درک، مرتبط با اهداف جامعه و عملیاتی باشد (بوش و همکاران، ۲۰۰۵؛ سندووال، ۲۰۱۲).

ویژگی‌های توسعه شاخص‌های سلامت خانواده عبارت‌اند از:

۱. اهداف توسعه شاخص سلامت خانواده، منعکس کننده استراتژی‌های سلامت خانواده و نظارت بر اجرای سیاست‌های سلامت خانواده در کشور است. شاخص‌ها، عمدتاً برای مقایسه کیفیت سلامت خانواده در زمان و مکان‌های متفاوت توسعه یافته است.
۲. لازم است یک چهارچوب جامع شامل سیاست‌های کلان سلامت خانواده و نظام جامع خدمات سلامت خانواده تدوین شود، تا بدین وسیله عملکرد خدمات سلامت خانواده اندازه‌گیری شود.
۳. مفهوم سلامت خانواده در حال گسترش است به طوری که هم مشکلات خانواده و هم عوامل ارتقای سلامت خانواده را شامل می‌شود.
۴. محتوای شاخص‌ها، علاوه بر بیان وضعیت فعلی سلامت خانواده، بر ارائه خدمات سلامت خانواده و کمیت و کیفیت خدمات سلامت خانواده تأکید دارد.
۵. نظام شاخص‌ها شرایطی را برای مقایسه وضعیت خانواده در بین جوامع مختلف و چارچوبی برای اندازه‌گیری‌های استاندارد فراهم می‌آورد.

1. Clearly
2. Unambiguously
3. Specific
4. Measurable
5. Reliable
6. Valid
7. Realistic
8. Practical
9. Cost Effective
10. Evidence Based
11. Ethical



فصل دوم: مستندات برای تعیین شاخص‌های خانواده

مضامین و حیانی

۱. زوجیت به عنوان اساس خلقت: فلسفه خلقت بر کفویت و زوجیت استوار است^۱ و ازدواج نیز بر اساس کفویت بنا نهاده شده است^۲ و خانواده مطلوب و مطهر با کفویت و زوجیت مرد و زن طیب و طیبه بنا می‌گردد. مطلوب‌ترین رویکرد تشکیل خانواده با ازدواج زن و مردی صورت می‌پذیرد که با پاکی و طهارت نفسانی از هرگونه آلودگی‌های نفسانی به دور بوده‌اند^۳.

۲. خانواده کانون آرامش: قرآن کریم رابطه زن و شوهری و تشکیل خانواده را مایه سکون و آرامش زن و مرد می‌داند (سوره روم / ۲۱). همچنین از منظر رسول اکرم (ص) خانواده محبوب‌ترین بنای هستی است^۴.

۳. خانواده پایگاه پرورش فرزندان: خانواده، مهم‌ترین عامل در تکوین ساختار جسمی و روحی و روانی فرزندان است قرآن کریم اهمیت خانواده را از این بُعد آن چنان می‌داند که در مواضع متعدد بر مسئله خانواده پاک و فرزندان پاک تأکید می‌کند (قرآن کریم، سوره هود/ ۷۱).
۴. خانواده سپری در برابر انحرافات و لغزش‌ها: قرآن کریم با تعبیر زیبایی زن و شوهر را نسبت به یکدیگر همچون لباس می‌داند (بقره/ ۱۸۷) که آنان را در برابر عوامل خارجی محفوظ می‌دارد.

۵. خانواده زمینه‌ساز سعادت اخروی: قرآن کریم در مواضع متعددی از آیات خود، پیوندهای خانوادگی را زمینه‌ساز ورود به بهشت معرفی می‌کند (سوره غافر/ ۸ و سوره طور/ ۲۱، سوره رعد/ ۲۳).

۶. خانواده کانون مودت و رحمت: مودت به معنای محبت و دوست داشتن و رحمت به معنای تجلی دوستی و مهربانی است. محبت ناشی از حکمت و اندیشه و مودت ناشی از میل

۱. أَوْلَمْ يَرَوْا إِلَى الْأَرْضِ كَمْ أَنْبَتْنَا فِيهَا مِنْ كُلِّ زَوْجٍ كَرِيمٍ. سوره شعراء، آیه ۷. وَ هُوَ الَّذِي مَدَّ الْأَرْضَ وَ جَعَلَ فِيهَا رَوَاسِيَ وَ أَنْهَارًا وَ مِنْ كُلِّ الشَّمَرَاتِ جَعَلَ فِيهَا زَوْجِينَ إِنْثِينَ يُغْشَى اللَّيْلَ النَّهَارَ إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ ، سوره رعد، آیه ۳.

۲. نهج الفصاحه

۳. الْخَبِيثَاتُ لِلْخَبِيثِينَ وَ الْخَبِيثُونَ لِلْخَبِيثَاتِ وَ الطَّيِّبَاتُ لِلطَّيِّبِينَ وَ الطَّيِّبُونَ لِلطَّيِّبَاتِ أُولَئِكَ مُبَرَّءُونَ مِمَّا يَقُولُونَ لَهُمْ مَغْفِرَةٌ وَ رِزْقٌ كَرِيمٌ، سوره نور، آیه ۲۶.

۴. نهج الفصاحه



طبیعی و درونی انسان است. از دیدگاه قرآن، خانواده کانونی برای هم مودت و هم رحمت است (روم/۲۱).

۷. **مسئولیت‌های متقابل زن و شوهر:** در خانواده، شوهر سنگربان و زن، مدیر و طراوت‌بخش کانون خانواده است.^۱ مسئولیت حُسن مدیریت و تأمین هزینه‌های متعارف خانواده بر عهده شوهر است. منطبق با این، چند نکته قابل طرح است. اول اینکه ویژگی‌های روانی و شخصیتی زن با مرد متفاوت است. نکته دوم توصیف زن در کلمات اولیای دین (ع) به ریحانه است. این کلمه به لطافت، آسیب‌پذیری و عاطفی و احساسی بودن زن اشاره دارد. بنابراین عناصر زیبایی‌شناختی، آرامش‌بخشی و عاطفی در زن غلبه دارد.

دیدگاه مقام معظم رهبری در زمینه خانواده:

مقام معظم رهبری، آیت‌الله خامنه‌ای هم به عنوان رهبری که چشم‌اندازها و سیاست‌های کلان جامعه را رصد و تعیین می‌کند و نسبت به مسائل جامعه و واقعیت‌های آن اشراف جامع دارند و هم به عنوان مجتهد دینی و مفسر قرآن در زمینه خانواده در برهه‌های گوناگون مباحث اساسی مطرح کرده است که می‌توان به عنوان یک رویکرد و دیدگاه در زمینه خانواده مطرح کرد:

ازدواج: در مورد ازدواج و تشکیل خانواده توجه به چهار مقوله سادگی و اجتناب از تجمل، فلسفه ازدواج، جهت‌گیری معنوی، آزادی و عوامل ازدواج پایدار اهمیت فراوانی دارند. در این بین دو موضوع کلیدی در ازدواج در الگوی اسلامی ایرانی «داشتن فلسفه ازدواج» و «جهت‌گیری معنوی» است. فلسفه ازدواج شامل: انجام سنت پیامبر (ص)، سکون و آرامش و ارضای صحیح نیازهای جنسی است که منطبق با آموزه‌های اسلامی است.^۲ در نگاه قرآنی هدف خانواده، تأمین سلامت، امنیت و ایجاد آمادگی برای زندگی است. «کسانی که می‌گویند خدایا، ما را از همسرانمان نور چشمان ببخش و ما را از رهبران پرهیزکاران گردان (آیه ۷۴ فرقان). این آیه پیوندهای سالم و درخشان خانوادگی را ایده‌آل پرهیزکاران معرفی می‌کند.

۱. نهج‌الفصاحه

۲. نیل به سکون و آرامش است. (روم/۲۱). ارضای مناسب نیازهای جنسی در بستر خانواده و پیشگیری از انحرافات جنسی می‌شود (نور/۳۲ و ۳۳؛ نساء/۲۵).



مسئله ازدواج بهترین راهکار برای یکی از مهم‌ترین غرایز انسانی است که از دیدگاه اسلامی اهمیت بسیاری دارد. می‌توان گفت که از دیدگاه قرآنی خانواده محل تسکین، محل ذکر و تلاوت آیات الهی، محل رابطه‌ای قدسی تعبیر شده و لزوم حفظ حریم خانه تأکید شده است (علامه طباطبایی، ۱۳۸۲). **جهت‌گیری معنوی** یعنی پرهیز از مهریه سنگین و تشریفات، سادگی مراسم عروسی، پرهیز از معیارهای منفی، تسهیل ازدواج و پرهیز از سخت‌گیری، پرهیز از تجملات، آزادی در ازدواج و انتخاب همسر و پرهیز از ازدواج‌های تحمیلی. مقام معظم رهبری (۱۳۶۸) بر تسهیل ازدواج و پرهیز از سخت‌گیری تأکید دارند: «پدران و مادران نسبت به مقدمات غیر لازم ازدواج سخت‌گیری نکنند جوانان که سخت‌گیری ندارند بگذارند ازدواج اسلامی انجام بگیرد. بگذارند ازدواج برای دختر مسلمان و زن جوانی که در محیط اسلامی است مثل ازدواج فاطمه‌ی زهرا (س) باشد. ازدواجی با پیوند عشقی معنوی و الهی و جوشی بی‌نظیر میان زن و مرد مؤمن و مسلمان و همکاری و همسری به معنای واقعی بین دو عنصر الهی و شریف اما بیگانه از همه‌ی تشریفات و زر و زیورهای پوچ و بی‌محتوای ظاهری این است ازدواج درست زن مسلمان و تربیت فرزند و اداره‌ی محیط خانه و البته اندیشیدن و پرداختن به همه چیز جامعه و دین و دانش و فعالیت اجتماعی و سیاسی اسلام این است».

ابعاد، ساختار و عملکرد خانواده: مقام معظم رهبری (۱۳۷۵) در تبیین این موضوع می‌فرمایند: «زن رکن اساسی و عنصر اصلی خانواده است و اسلام برای نقش زن در داخل خانواده اهمیت فراوانی قائل است زیرا با پایبندی زن به خانواده و تربیت فرزندان در آغوش پرمهر مادر، نسل‌ها در آن جامعه بالنده و رشید خواهند شد». از زن به عنوان ریحان و حافظ خانواده (۱۳۷۶، ۱۳۷۸، ۱۳۷۹)، منبع عواطف در خانواده (۱۳۷۰)، مدیر داخلی خانواده و منبع مهر (۱۳۸۴) و ملکه زنبور عسل در خانواده (۱۳۷۰) یاد شده است. مرد نیز می‌بایستی علاوه بر فعالیت‌ها و مشغله‌های بیرون از خانواده و تأمین مایحتاج خانواده توجه ویژه‌ای نسبت به همسرش داشته باشد و قدردان زحمات و تلاش‌های او در خانواده باشد. همچنین مرد، حتی‌المقدور در کانون خانواده حضور داشته باشد، برای خانواده و فرزندان‌ش وقت بگذارد و خستگی کارش را برای زن و فرزندانش نیاورد و با روحیه‌ای شاداب در خانه حضور پیدا کند (مقام معظم رهبری، ۱۳۷۰، ۱۳۷۶، ۱۳۷۷، ۱۳۸۰، ۱۳۸۴).



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

بهداشت و سلامت خانواده: شاخص‌های سلامت خانواده عبارت‌اند از: الف) تکریم و احترام، ب) عشق و محبت، ج) آرامش. فضایی که افراد در خانواده به سرنوشت یکدیگر بسیار اهمیت قائل‌اند، به نیازهای یکدیگر و تأمین آنها توجه دارند و خود را به رعایت اخلاق ملتزم می‌دانند. همان‌طور که بیان شد، اولین شاخص رعایت حرمت‌ها و احترام در خانواده است. آرامش در کنار احترام، زن را دل‌آرام شوهر و فرزندان قرار می‌دهد. مرد در خانواده باید تکیه‌گاه محکمی برای همسرش باشد. در الگوی مد نظر مقام معظم رهبری عوامل مهمی به عنوان **عوامل استحکام خانواده** مطرح شده‌اند که شامل موارد زیر است: **شناخت و رعایت حقوق زن و مرد** برای استحکام خانواده مهم است. از دیدگاه مقام معظم رهبری میان زن و مرد به لحاظ ویژگی‌های جسمی، روحی و روانی تفاوت‌هایی وجود دارد که ملاحظه آنها به درک بهتر نقش زن و مرد در خانواده و در اجتماع و نیز درک بهتر احکام الهی در مورد زن و مرد و تفاوت‌هایی که در بعضی از احکام وجود دارد، خواهد انجامید. ایشان (۱۳۷۵) در این زمینه می‌فرمایند: «طبیعت زن و مرد هر کدام ویژگی‌هایی دارد. در داخل خانواده کار و روحیات مرد را نباید از زنان توقع کرد. روحیات زن را هم در خانواده نباید کسی از مرد توقع کند. هر کدام یک خصوصیات طبیعی و روحی دارند که مصلحت بشر، مصلحت جامعه، مصلحت نظام اجتماعی زن و مرد این است که روحیات و خصوصیات مرد و زن در تعامل اینها در داخل خانواده دقیقاً رعایت شود که اگر رعایت شد هم این خوشبخت است و هم آن». ایشان (۱۳۷۶) از نظر جنبه الهی بین زن و مرد هیچ تفاوتی قائل نیستند و از نظر اسلام جنس زن بودن و مرد بودن را مهم نمی‌دانند بلکه تعالی بشری، اخلاق بشری و بروز استعدادها را از دیدگاه اسلام مهم می‌دانند و برای انجام وظایفی که به هر کسی یا هر جنسی از جنس‌های بشری متوجه است، تأکید می‌کنند. به همین ترتیب یکی از عوامل بسیار مهمی که می‌تواند متناسب با همین تفاوت‌ها به استحکام زندگی خانوادگی کمک کند. **تقسیم وظایف بین زن و مرد** بر اساس نقش‌های هر کدام از آنان است. مقام معظم رهبری (۱۳۷۵ و ۱۳۷۸) با تأکید بر این موضوع می‌فرمایند: «وقتی دو نفر در کنار هم قرار می‌گیرند و همسر می‌شوند، بعضی از وظایف وجود دارد که بین اینها مشترک است. مانند کشیدن بارهای خانواده، همکاری‌های گوناگونی که در راه بردن خانوار مؤثر است. اینها باید با هم همکاری کنند. این کارها بین



زن و مرد مشترک است. حداکثر این است که تقسیم کار شود» و در زمینه وظایف اختصاصی هم به عنوان مثال در مورد زنان چنین می‌فرمایند: «زن مسلمان در عائله وظائفی دارد و آن همان رکنیت اساسی خانواده و تربیت فرزندان و هدایت و تقویت روحی شوهر است». لذا همان‌گونه که پیش‌تر هم بیان شد وظایفی از قبیل تأمین معیشت و مسائل اقتصادی و کارهای بیرون از خانواده از وظایف اختصاصی مردان است. البته این امر منافاتی با تحصیل و اشتغال زنان ندارد اما شرط اساسی این است که زنان از وظایف اصلی و اساسی خود که همان محوریت خانواده، همسررداری و تربیت فرزند است غفلت نکنند و آن را در اولویت همه وظایف خویش قرار دهند (مقام معظم رهبری، ۱۳۷۲، ۱۳۸۱ و ۱۳۹۰). یکی دیگر از عوامل استحکام خانواده از دیدگاه مقام معظم رهبری رعایت اخلاق اسلامی است. ایشان (۱۳۷۳، ۱۳۸۳) بر رعایت اخلاق اسلامی از سوی زن و مرد تأکید نموده و رعایت آن را از مهم‌ترین عوامل استحکام زندگی خانوادگی بر شمرده‌اند. لذا ایشان (۱۳۸۰، ۱۳۸۱ و ۱۳۸۴) به ویژه بر حسن معاشرت با همسر از سوی مردان تأکید مضاعفی دارند: «من می‌خواهم به یکایک شما عزیزانی که در این بخش‌های دشوار خدمت می‌کنید، بخصوص توصیه کنم اگر دیگران هر قدر نسبت به خانواده‌های خود رسیدگی، خوش‌رفتاری و حُسن معاشرت دارند، شما باید دو برابر آنها خود را مقید به این اعمال کنید ... من شنیده‌ام گاهی بعضی از برادران خوب ما که مشغول چنین فعالیت‌های دشواری هستند و اعصابشان خسته است، در داخل خانه، با همسرشان معاشرت مطلوبی ندارند؛ نه، این را ما نمی‌پسندیم ... ببینید چقدر اهمیت دارد که خدای متعال به صورت مطلق می‌فرماید: «و عاشروهنّ بالمعروف». وقتی این زحمتی که آن خانم متحمل می‌شود، سنگین است، وظیفه شما هم سنگین‌تر می‌شود. آنها مرکز عواطف و احساسات‌اند ... زن مجموعه‌ای از عواطف و احساسات حسّاس در وجودش هست. شما حق ندارید به این عواطف و احساسات، بی‌اعتنا باشید یا خدای نکرده متعرض شوید ... بنابراین توصیه اول من که خیلی هم مهم است، این است که رنج غربت و نگرانی همسران، فرزندان و خانواده خود را با رفتار خودتان در خانه، هر اندازه که می‌توانید، جبران کنید ... مرد پاسدار، مرد مؤمن، مردی که در راه خدا کار می‌کند، باید همه صحنه‌ها و عرصه‌های زندگی‌اش خدایی باشد. یکی از آن صحنه‌ها، تعامل با خانواده - به ویژه با همسر و فرزندان - است ... شما باید مظهر اخلاق باشید.



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

ممکن است شما بیرون از خانه به خاطر پیش آمدن یک حادثه کوچک، عصبانی شوید؛ اما این عصبانیت نباید در داخل خانه، خود را نشان دهد. «بنا بر فرمایشات مقام معظم رهبری حسن معاشرت با زنان موجب می‌شود که احساسات و عواطف زن به عنوان محور خانواده نه تنها خدشه‌دار نشود بلکه روحیه بهتری پیدا کند تا بتواند علی‌رغم سختی‌ها و مرارت‌های اداره امور خانواده و تربیت فرزندان را به نحو شایسته انجام دهد». یکی دیگر از عوامل استحکام خانواده از دیدگاه مقام معظم رهبری رعایت مرزها و حریم‌ها است. ایشان (۱۳۷۵) با تأکید بر این موضوع می‌فرمایند: «اسلام معتقد است که مرد و زن باید یک مرزبندی میان خودشان در همه جا (در خیابان، در اداره، در تجارتخانه) داشته باشند. میان زن و مرد مسلمان، حجاب و مرزی معین شده است. اختلاط و امتزاج زن و مرد، مثل اختلاط و امتزاج مردان با هم و زنان با هم نیست. این را باید رعایت کنند. هم مرد باید رعایت کند و هم زن باید رعایت کند. برای اینکه آن اختلاطی که گفتم، پیش نیاید و حدود اخلاقی حفظ شود، اسلام برای زن حجاب را معین کرده است. خود این حجاب، یکی از وسایل امنیت است. با حجاب زن مسلمان، هم خود زن مسلمان امنیت پیدا می‌کند و هم مردان مسلمان امنیت پیدا می‌کنند. آنجایی که حجاب را از زنان دور می‌کنند، آنجایی که زن را به عریانی و برهنگی نزدیک می‌کنند، در درجه‌ی اول، امنیت از خود زن و در درجه‌ی بعد، از مردان و جوانان گرفته خواهد شد. برای اینکه محیط سالم و دارای امنیت باشد؛ زن بتواند کار خود را در جامعه انجام دهد، مرد هم بتواند مسئولیت‌های خود را انجام دهد، اسلام حجاب را معین کرده است که این حجاب، یکی از آن احکام برجسته‌ی اسلام است». ایشان (۱۳۷۹) آن‌قدر به رعایت این مرزها اهمیت می‌دهند که در توصیه‌های خود به زوج‌های جوان از پسران می‌خواهند که در معاشرت با نامحرم و حتی محارم کاری نکنند و حرفی نزنند که زنان خود را وادار به حسادت کنند. به دختران جوان هم سفارش می‌کنند که در برخوردشان با مردهای بیگانه، کاری نکنند و حرفی نزنند که حس حسادت و غیرت شوهرانشان را تحریک نمایند، که اگر چنین کنند این حسادت‌ها موجب شکل‌گیری بدبینی شده و پایه‌های محبت را سست می‌کند و از ریشه می‌سوزاند. عامل دیگر استحکام خانواده توجه به نیازهای متقابل و برآورده کردن آنهاست. از دیدگاه مقام معظم رهبری (۱۳۷۶) مهم‌ترین نیاز زن و مرد در خانواده نیاز به احساس آرامش است.



البته ایشان (۱۳۷۹) نیاز زن به آرامش را بیشتر از مرد می‌دانند: «زن هم در کشاکش زندگی زنانه خود، با بحران‌ها و با تلاطم‌هایی مواجه می‌شود. چه در محیط بیرون از خانه مشغول تلاش و فعالیت و کارهای گوناگون سیاسی، اجتماعی و ... باشد یا در داخل خانه مشغول باشد که زحمت و اهمیتش کمتر از کار بیرون نیست. حالا زن در این کشاکش به تلاطم‌هایی برخورد می‌کند و چون روح او ظریف‌تر است، بیشتر به آرامش، به آسایش، به تکیه کردن به یک شخص مطمئن احتیاج دارد. او کیست؟ او شوهر است. انسان که ماشین نیست، انسان روح است، انسان معنویت است، عواطف و احساسات است. حالا می‌خواهد آرامش پیدا کند. آرامش کجا است؟ محیط خانواده است». همچنین در درون خانواده تأمین نیازهای جنسی متقابل یکی از پایه‌های اساسی استحکام خانواده می‌تواند باشد. مقام معظم رهبری (۱۳۷۶) تصریح می‌کنند: «اسلام همین گزینه جنسی را پشتوانه بنای خانواده قرار داده است. یعنی، وسیله استحکام خانواده قرار داده است. یعنی چه؟ یعنی وقتی زن و مرد عقیفانند و متدین و خداترس‌اند و طبق دستور اسلام از گناه در باب گزینه جنسی اجتناب می‌کنند، طبیعتاً نیاز زن و مرد به یکدیگر در این مورد بیشتر خواهد شد. وقتی به هم زیادتر احتیاج داشتند، این بنای خانواده که پایه اصلی‌اش زن و مرد است، مستحکم‌تر خواهد شد». آخرین مورد از عوامل استحکام خانواده از دیدگاه مقام معظم رهبری **سازگاری متقابل** است: «سازگاری در محیط خانواده جزء واجبات است نبایستی زن و شوهر تصمیم بگیرند که خودشان هر چه گفتند همان شود، آنچه خودشان می‌پسندند، همان بشود، سازگاری در زندگی اساس بقای زندگی است و همین است که محبت می‌آفریند همین است که موجب برکات الهی می‌شود و دل‌ها را به هم نزدیک کرده و پیوندها را مستحکم می‌کند» (مقام معظم رهبری، ۱۳۷۷). از دیدگاه ایشان (۱۳۷۴)، سازگاری فقط از جانب زن نباید باشد بلکه مرد هم بایستی بتواند سازگاری داشته باشد و سازگاری متقابل بین زن و مرد است که می‌تواند موجب استحکام بیشتر زندگی خانوادگی شود.

تربیت فرزند: از دیدگاه مقام معظم رهبری تربیت فرزند بخشی از کارکردهای خانواده است. نقش مادر در تربیت فرزندان اساسی است. از دیدگاه مقام معظم رهبری مادر جایگاه ویژه‌ای در تربیت فرزند دارد و ایشان مناسب‌ترین بستر تربیت را **آغوش مادر** می‌دانند و درباره



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

اهمیت آن چنین می‌فرمایند: «مادرانی که تربیت فرزند در آغوش پرمهر و عطوفت خود را به بهانه انجام کارهای دیگر رها می‌کنند، مرتکب اشتباه می‌شوند. بهترین روش تربیت انسان آن است که در آغوش پر مهر و محبت مادر پرورش پیدا کند و زنانی که فرزند را از این موهبت الهی محروم می‌کنند، در واقع به زیان خود و فرزند خویش و جامعه اقدام کرده‌اند» (۱۳۷۵/۱۲/۲۰). مقام معظم رهبری هدف اساسی تربیت را **انتقال درست فرهنگ و فرهنگ اسلامی** می‌دانند و در این زمینه معتقدند که انتقال صحیح فرهنگ از طریق مادران می‌تواند صورت بگیرد و در این زمینه تصریح می‌کنند که «مادر است که فرهنگ و معرفت و تمدن و ویژگی‌های اخلاقی یک قوم و جامعه را با جسم خود، با روح خود، با خلق خود و با رفتار خود، دانسته و ندانسته به فرزند منتقل می‌کند» (۱۳۸۴/۵/۵). همچنین مسئولیت‌پذیر و شجاع و تصمیم‌گیر ساختن آنها از اهداف تربیتی فرزندان است. تربیت فرزند دارای روش‌ها و اصولی است. مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از: اولویت دادن به تربیت فرزند از سوی مادران، مصاحبت با فرزندان و همدلی با آنان، پرهیز از نازپرورده کردن، توجه به آثار تجربه محرومیت در فرزندان. در زمینه تربیت فرزندان، ایشان **توجه به ویژگی‌های رشدی فرزندان** به ویژه نوجوانان و جوانان را بسیار مهم می‌دانند و بر شناخت دقیق این ویژگی‌ها و بهره بردن از آن برای تربیت آنان و بهره‌گیری از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های فراوان آنان تأکید می‌کنند: «من اساساً در بین این خصوصیات مهمی که جوانان دارند، سه خصوصیت را خیلی بارز می‌بینم، که اگر آنها مشخص گردد و اگر آنها به سمت درستی هدایت شود، به نظر می‌آید که می‌شود به این سؤال شما پاسخ داد. آن سه خصوصیت عبارت است از: **انرژی، امید، ابتکار**. اینها سه خصوصیت برجسته در جوان است. اگر واقعاً رسانه‌ها در کمک‌های فرهنگی که به ما می‌کنند- چه گویندگان مذهبی، چه گویندگان مسائل فکری و فرهنگی، چه صدا و سیما و چه مدرسه‌ها- بتوانند این سه خصوصیت عمده را درست هدایت کنند، من خیال می‌کنم که خیلی راحت می‌شود یک جوان راه اسلامی را پیدا کند؛ چون اسلام هم چیزی که از ما می‌خواهد این است که ما استعدادهای خودمان را به فعلیت برسانیم» (۱۳۷۷/۲/۷). ملاحظه می‌شود که در دیدگاه مقام معظم رهبری هدف تربیت عبارت از **«انتقال فرهنگ و ارزش‌ها»** به نسل جدید است. این انتقال ارزش‌ها دارای اصول و روش‌هایی است که والدین باید از آنها اطلاع



داشته باشند. بهترین و مناسب‌ترین جایگاه برای این نوع تربیت «آغوش مادر» است. البته مطابق دیدگاه مقام معظم رهبری حضور پدر در اینجا ضروری است. پدر با پشتیبانی از مادر و با حضور خود در خانه و الگو بودن برای رفتارهای پدران موجب تسهیل امر مهم تربیت می‌شود. هم کمیت و هم کیفیت حضور پدر موجب سلامتی فرزندان و خانواده می‌شود (احمدی و نودهی، ۱۳۹۴).

قانون اساسی

مقدمه قانون اساسی: خانواده واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان است و توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده که زمینه‌ساز اصلی حرکت تکاملی و رشد یابنده انسان است اصل اساسی بوده و فراهم کردن امکانات جهت نیل به این مقصود از وظایف حکومت اسلامی است.

اصل ۱۰- از آنجا که خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی است، همه قوانین و مقررات و برنامه‌ریزی‌های مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده، پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی بر پایه حقوق و اخلاق اسلامی باشد.

سیاست‌های کلی «سلامت»

۱- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه.

۱-۱- ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای.

۵-۲- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب‌غربی.

۳- ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی- ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.

۱۱- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

۱۴- تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات و تبدیل ایران به قطب منطقه آسیای جنوب‌غربی و جهان اسلام.

سیاست‌های کلی جمعیت

۲- رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوج‌های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه‌های زندگی و تربیت نسل صالح و کارآمد.

۴- تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی- ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری.

۵- ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی- ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی.

۶- ارتقای امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، به ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست‌محیطی و بیماری‌ها.

۱۳- تقویت مؤلفه‌های هویت‌بخش ملی (ایرانی، اسلامی، انقلابی) و ارتقای وفاق و همگرایی اجتماعی در پهنه سرزمینی به ویژه در میان مرزنشینان و ایرانیان خارج از کشور.

سیاست‌های کلی خانواده

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای رهبر معظم انقلاب اسلامی در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی «خانواده» را که پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تصویب شده است، ابلاغ کردند. متن سیاست‌های کلی خانواده که به رؤسای قوای سه گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شده، به این شرح است:



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

خانواده واحد بنیادی و سنگ بنای جامعه اسلامی و کانون رشد و تعالی انسان و پشتوانه سلامت و بالندگی و اقتدار و اعتدالی معنوی کشور و نظام است و سمت و سوی حرکت نظام باید معطوف باشد به:

- ۱- ایجاد جامعه‌ای خانواده‌محور و تقویت و تحکیم خانواده و کارکردهای اصلی آن بر پایه الگوی اسلامی خانواده به عنوان مرکز نشو و نما و تربیت اسلامی فرزند و کانون آرامش‌بخش.
- ۲- محور قرار گرفتن خانواده در قوانین و مقررات، برنامه‌ها، سیاست‌های اجرایی و تمام نظامات آموزشی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به ویژه نظام مسکن و شهرسازی
- ۳- برجسته کردن کارکردهای ارتباط خانواده و مسجد برای حفظ و ارتقاء هویت اسلامی و ملی و صیانت از خانواده و جامعه.
- ۴- ایجاد نهضت فراگیر ملی برای ترویج و تسهیل ازدواج موفق و آسان برای همه دختران و پسران و افراد در سنین مناسب ازدواج و تشکیل خانواده و نفی تجرد در جامعه با وضع سیاست‌های اجرایی و قوانین و مقررات تشویقی و حمایتی و فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری به تشکیل خانواده متعالی بر اساس سنت الهی.
- ۵- تحکیم خانواده و ارتقاء سرمایه اجتماعی آن بر پایه رضایت و انصاف، خدمت و احترام و مودت و رحمت با تأکید بر:
 - به کارگیری یکپارچه ظرفیت‌های آموزشی، تربیتی و رسانه‌ای کشور در جهت تحکیم بنیان خانواده و روابط خانوادگی.
 - فرهنگ‌سازی و تقویت تعاملات اخلاقی.
 - مقابله مؤثر با جنگ نرم دشمنان برای فروپاشی و انحراف روابط خانوادگی و رفع موانع و زدودن آسیب‌ها و چالش‌های تحکیم خانواده.
 - ممنوعیت نشر برنامه‌های مخل ارزش‌های خانواده.
 - ایجاد فرصت برای حضور مفید و مؤثر اعضای خانواده در کنار یکدیگر و استفاده مؤثر خانواده از اوقات فراغت به صورت جمعی
- ۶- ارائه و ترسیم الگوی اسلامی خانواده و تقویت و ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی با:



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

- ترویج ارزش‌های متعالی و سنت‌های پسندیده در ازدواج و خانواده.
- پر رنگ کردن ارزش‌های اخلاقی و زدودن پیرایه‌های باطل از آن.
- مبارزه با اشرافیت و تجمل‌گرایی و مظاهر فرهنگ غرب.
- اصلاح رفتار گروه‌های مرجع و برجسته‌سازی رفتارهای شایسته آنها و جلوگیری از شکل‌گیری گروه‌های مرجع ناسالم.
- ۷- بازنگری، اصلاح و تکمیل نظام حقوقی و رویه‌های قضایی در حوزه خانواده متناسب با نیازها و مقتضیات جدید و حل و فصل دعاوی در مراحل اولیه توسط حکمیت و تأمین عدالت و امنیت در تمامی مراحل انتظامی، دادرسی و اجرای احکام در دعاوی خانواده با هدف تثبیت و تحکیم خانواده.
- ۸- ایجاد فضای سالم و رعایت روابط اسلامی زن و مرد در جامعه.
- ۹- ارتقاء معیشت و اقتصاد خانواده‌ها با توانمندسازی آنان برای کاهش دغدغه‌های آینده آنها درباره اشتغال، ازدواج و مسکن.
- ۱۰- سامان‌دهی نظام مشاوره‌ای و آموزش قبل، حین و پس از تشکیل خانواده و تسهیل دسترسی به آن بر اساس مبانی اسلامی- ایرانی در جهت استحکام خانواده.
- ۱۱- تقویت و تشویق خانواده در جهت جلب مشارکت خانواده برای پیشبرد اهداف و برنامه‌های کشور در همه عرصه‌های فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و دفاعی.
- ۱۲- حمایت از عزت و کرامت همسری، نقش مادری و خانه‌داری زنان و نقش پدری و اقتصادی مردان و مسئولیت تربیتی و معنوی زنان و مردان و توانمندسازی اعضای خانواده در مسئولیت‌پذیری، تعاملات خانوادگی و ایفاء نقش و رسالت خود.
- ۱۳- پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و عوامل تزلزل نهاد خانواده به ویژه موضوع طلاق و جبران آسیب‌های ناشی از آن با شناسایی مستمر عوامل طلاق و فروپاشی خانواده و فرهنگ‌سازی کراهت طلاق.
- ۱۴- حمایت حقوقی، اقتصادی و فرهنگی از خانواده‌های با سرپرستی زنان و تشویق و تسهیل ازدواج آنان.
- ۱۵- اتخاذ روش‌های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت



مراقبت‌های جسمی و روحی و عاطفی از آنان.

۱۶- ایجاد ساز و کارهای لازم برای ارتقاء سلامت همه جانبه خانواده‌ها به ویژه سلامت باروری و افزایش فرزندآوری در جهت برخورداری از جامعه جوان، سالم، پویا و بالنده.

دانش سلامت خانواده

خانواده در بافت فرهنگی اجتماعی کشورمان نهادی مقدس، ارزشمند و پراهمیت تعریف می‌شود که کانون اصلی رشد و تعالی انسانی تلقی می‌شود و پاسداری از قداست و استواری آن از حقوق و اصول اساسی اسلامی است. تعالیم اسلامی برای سلامت، تعالی و سعادت و دنیوی و اخروی انسان‌ها برنامه‌هایی را قرار داده که از جمله مهم‌ترین آنها تشکیل خانواده است و بیشترین توجه خود را به بعد خانوادگی معطوف کرده است (مطهری، ۱۳۷۲ و جوادی آملی، ۱۳۹۱). در نگرش اسلامی افراد در خانواده عمیق‌ترین و نزدیک‌ترین روابط عاطفی و اجتماعی را تجربه می‌کنند و همین روابط به عنوان عاملی بسیار مؤثر حمایتی در کاهش نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و آشفتگی‌ها نقش دارد به طوری که خانواده منبع مهمی برای تأمین حمایت روانی و اجتماعی در مقابله با تنش‌ها شناخته شده است. پرورش نسل، تأمین نیازهای اساسی، یکپارچگی اجتماعی، جامعه‌پذیری اعضا و مهم‌تر از همه تأمین سلامت و رشد جامعه از کارکردهای اساسی خانواده است. در فرهنگ اسلامی و مبتنی بر قرآن معیارهای مهم سعادت خانواده عبارت‌اند از دین‌داری (بقره: ۲۲۱)، مهرورزی به همسر (واقعه: ۳۶)، مسئولیت‌پذیری (قیامت: ۳۶) تعهد و وفاداری (مائده: ۲۴)، اهمیت دادن به رابطه جنسی (آل‌عمران: ۱۴) پرهیز از تجمل‌گرایی و تفاخر به داشته‌های مادی (احزاب: ۲۸ و حدید: ۲۰)، اجتناب از تحقیر و بی‌احترامی (حجرات: ۱۱)، صبر و بردباری (انفال: ۴۶) و بخشش و گذشت (نور: ۲۲). وجود این عوامل در کانون مقدس خانواده سعادت و تعالی اعضا را تضمین می‌کند.

در بررسی ادبیات و پژوهش‌های مربوط به عملکرد خانواده بر مبنای نظری سه الگوی مک‌مستر^۱، الگوی اولسون^۲ و الگوی بیورز^۳ سهم قابل توجهی در زمینه پویایی‌های خانواده داشته‌اند. این الگوهای سیستمی به کارکرد خانواده از زوایای مختلف توجه می‌کنند،



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

فرایندمدار هستند و به دنبال یک الگوی مطلوب و واقعی از خانواده هستند که به طور اجمالی توصیف می‌شوند (زهراکار و جعفری، ۱۳۹۱).

الگوی مک مستر: بر اساس این الگو خانواده از لحاظ عملکردی به عنوان نظامی در نظر گرفته می‌شود که نقش بسیار مهمی در رشد زیستی، روانی و اجتماعی اعضای خود دارد. طبق این الگو عملکرد خانواده در سه دسته کلی طبقه‌بندی می‌شود. (۱) وظایف بنیادی که به تأمین نیازهای اساسی اعضای خانواده مانند سرپناه، محبت و حمایت متقابل مربوط می‌شود. (۲) وظایف تکاملی که در برگیرنده مسائل مرتبط با رشد طبیعی اعضاء و لزوم تغییرات خانواده همگام با این مراحل رشد طبیعی است. (۳) اتفاقات مخاطره‌آمیز که اتفاقات و بحران‌های پیش‌بینی نشده مانند تصادف و بیماری و بیکاری را شامل می‌شود.

الگوی چند بعدی اولسون: بر اساس این الگو عملکرد خانواده از سه بعد انعطاف‌پذیری، همبستگی و ارتباط متأثر است. انعطاف‌پذیری به عنوان میزان تغییر در رهبری، نقش‌ها، قواعد و تعاملات در پاسخ به استرس‌های چرخه زندگی تعریف می‌شود. همبستگی به میزان پیوند هیجانی و عاطفی اعضای خانواده اشاره دارد و کیفیت صمیمیت و نزدیکی آنها را نشان می‌دهد و در نهایت اینکه بعد ارتباط، مهارت اعضای خانواده در گفتگو و گوش دادن به نقطه نظرات یکدیگر را شامل می‌شود. بر اساس این سه بعد، خانواده‌ها در طیف متعادل، متوسط و نامتعادل قرار می‌گیرند. خانواده دارای عملکرد متعادل و مطلوب خانواده‌ای است که حدود متوسطی از انعطاف‌پذیری و همبستگی و حد بالایی از ارتباط را نشان می‌دهند.

الگوی سیستمی بیورز: بر طبق این الگو، عملکرد خانواده با توجه به دو محور کیفیت تعامل خانواده و شایستگی در نظر گرفته می‌شود. با توجه محور کیفیت تعامل خانواده سه مفهوم مرکزگرایی، مرکزگرایی و آمیخته برای خانواده‌ها مطرح است. مرکزگرایی بیانگر تمایل اعضای خانواده به نزدیکی و صمیمیت، مرکزگرایی بیانگر تمایل اعضاء به دوری و فاصله گرفتن از یکدیگر اشاره دارد. مفهوم آمیخته نیز حاصل تعادل در مرکزگرایی و مرکزگرایی است که بیانگر مطلوب بودن خانواده است.



اینجا فهرستی از آن ارائه می‌شود: ثبات زناشویی^۱ و کیفیت زناشویی^۲، تمایز (اولسون و همکاران، ۲۰۰۸)؛ ثبات ازدواج و نبود طلاق (کوترلا و همکاران، ۲۰۱۰)؛ ارتباط عاطفی بین اعضا (گاتمن و لوینسون، ۲۰۰۲)؛ شفافیت رابطه و توافق (اولسون و اولسون، ۲۰۰۰)؛ عملکرد مناسب، صمیمیت، تعهد، دوستی و رفاقت، داشتن اهداف و ارزش‌های مشترک، مراقبت، حمایت، وفاداری، صداقت و شوخی، ترجیح علایق و خواست زوجی نسبت به علایق و خواست فردی، تعادل در تعاملات بین فردی، ارتباط با اقوام (لایر و لایر^۳، ۱۹۸۶)؛ محبت و عشق، رابطه جنسی رضایت‌بخش، مدیریت مالی و اقتصادی، مهارت حل مسئله، فعالیت‌های لذت‌بخش و توجه به نیازهای متقابل (کاسلو و رابینسون^۴، ۱۹۹۶)؛ زمینه‌های فرهنگی و جهان‌بینی مشترک، زندگی در زمان حال و آینده به جای گذشته، انگیزه درونی برای تشکیل خانواده موفق (رویزبلت و همکاران^۵، ۱۹۹۹)؛ کاهش تعارض، بردباری، نظارت، پذیرش و داشتن مرز (پارکر^۶، ۲۰۰۲)؛ ثابت قدمی، پذیرش تغییرات، توجه به تفاوت و شباهت‌های یکدیگر، اوقات فراغت و ارتباط با خانواده اصلی، همخوانی در ارزش‌های مذهبی (اینگرام، ۲۰۱۰)؛ حمایت اجتماعی، درک متقابل، استقلال نسبی از خانواده اصلی (دونگ و ژایو^۷، ۲۰۱۰)؛ اعتماد متقابل، سازگاری، حسن خلق و بخشش، مقبولیت اجتماعی (فاطمیما و اجمل^۸، ۲۰۱۲)؛ همبستگی و انسجام، انعطاف‌پذیری، (موسوی، ۱۳۷۹)؛ مهربانی، اجتماعی بودن، با وجدان بودن، اعتماد به نفس، اخلاق نیکو، همسانی آداب و رسوم، (کریمی ثانی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ اتحاد والدینی، توزیع قدرت (اولسون و اولسون و لارسون، ۲۰۰۸)؛ پیوستگی عاطفی، هویت فردی، شفافیت قواعد، حل تعارض، پذیرش بدون قید و شرط، تحمل تعارض، درخواست کمک (مینوچین، ۱۹۷۴)؛ راهبردهای برنامه‌ریزی، اولویت‌بخشی، مشارکت، مسئولیت‌پذیری، قانع بودن، مذاکره، مشورت، پس‌انداز و بودجه‌بندی (اولسون و لارسون، ۲۰۰۷)؛ تشکر و قدردانی (فاطمیما و اجمل، ۲۰۱۲)؛ انجام تکالیف وابسته به نقش، شناسایی موانع و با هم بودن

1. Marital stability
2. Marital quality
3. Lauer & Lauer
4. Kaslow & Robinson
5. Roizblatt at al.
6. Parker
7. Dong & Xiao
8. Fatima & Ajmal



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

(والسترین و بلکسالی^۱، ۱۹۹۵)؛ تحکیم روابط با خانواده‌های اصلی و جذابیت (لانگ و یانگ، ۲۰۰۷)؛ ایجاد فضای امن (هاروی، ۱۳۹۲).

ایمان و باورهای مذهبی، حُسن خلق و تفاهم (سالاری‌فر، ۱۳۸۵)؛ هم‌گفُو بودن (آذربایجانی، ۱۳۸۲)؛ مسئولیت‌های مشترک، انجام مسئولیت‌ها، رعایت حقوق همدیگر (صفورایی، ۱۳۹۳)؛ تأمین مالی از سوی مرد، عفو و گذشت و همراهی (انصاریان، ۱۳۷۶)؛ صمیمیت فیزیکی و احترام و بازی با فرزندان، برقراری مساوات در ابراز عواطف و دوری از خشم و رفتارهای نامناسب نسبت به فرزندان (عاشوری، ۱۳۹۳)؛ روابط با خویشان همسر (سالاری‌فر، ۱۳۹۲)؛ روابط با داماد یا عروس، رعایت حقوق والدین و خویشاوندان همسر (فتحی‌آشتیانی و احمدی، ۱۳۸۳)؛ عاشوری، ۱۳۹۳)؛ گذرانیدن اوقات فراغت با خانواده، صلح رحم، سلامت رابطه جنسی، تقیدات مذهبی، داشتن هویت ملی و دینی (احمدی، آشتیانی و عرب‌نیا، ۱۳۸۵)؛ معنویت، عادات صحیح (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ ساده زیستی، تقوا، گذشت، تکریم متقابل، پاک‌دامنی، صبر (یوزباشی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ پذیرش مقدرات الهی، تکریم خانواده، دلسوزی، (صفورایی و محمد، ۱۳۹۲). گذشت، توکل، قناعت و پختگی؛ خشنودی یکدیگر، عمل‌گرایی، اتحاد والدینی، والدشدن، خانواده‌گرایی، تصریح مرزها، عدم مدگرایی، اشتغال (احمدی و خدادادی، ۱۳۹۳)؛ وضعیت ازدواج والدین، وضعیت بهداشت روانی والدین، کارکرد خانواده پدری، حمایت والدین، سن ازدواج، آموزش و تحصیلات، نوع جامعه، منابع حمایتی، فشارهای درونی و بیرونی، سلامت عاطفی، ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های بین‌فردی، انطباق با آداب و رسوم، سلامت جسمانی؛ میزان شناخت همدیگر، مدت نامزدی و ازدواج، روابط قبل از ازدواج، حاملگی و تولد کودک، مهارت‌های ارتباطی (احمدی، فتحی‌آشتیانی و نوایی‌نژاد، ۱۳۸۴)؛ میزان و کیفیت حضور در خانه، مصونیت در برابر تهاجم فرهنگی و آسیب‌های اجتماعی و از جمله فضاهای مجازی (احمدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ ۱۳۸۹، ۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷؛ ۱۳۸۸)؛ سادگی و اجتناب از تجمل، داشتن فلسفه ازدواج، جهت‌گیری معنوی، وجدان کاری، روحیه ایثار، سخت‌کوشی، تعاون و همکاری، انضباط فردی و اجتماعی، احترام به قانون، رشد و تکامل و خودسازی، بهره‌مندی از آرامش و امنیت، بروز استعدادها، تربیت فرزندان، سازگاری متقابل،



صیانت از ازدواج، رسیدگی به همسر و فرزندان، هدایت هم‌دیگر، تأمین نیاز متقابل، مراقبت از هم‌دیگر، اصلاح هم‌دیگر، مراقبت اخلاقی از هم‌دیگر، رعایت حقوق متقابل زن و مرد، انجام مسئولیت‌های متقابل، وفاداری به همسر، همکاری زن و شوهر با یکدیگر، لزوم اجازه شوهر برای زن، زن شریک درآمد شوهر، تلاش برای حفظ علقه، ارتباطات فامیلی، انجام نقش‌های خانوادگی، آموزش روش‌های صحیح اداره امور خانه، رعایت حقوق اقتصادی زن، رعایت اخلاق زناشویی، رعایت حجاب، عایت محرم و نامحرم، تنظیم روابط زن و شوهر، پرهیز از اسراف، معیشت خانه با مرد، توجه به نقش‌های جنسیتی، اولویت هزینه‌های خانه، اولویت خانواده بر کار، التزام به اخلاق و دین‌داری، تحمل عیب همسر، پیشگیری از حسادت، ملاحظه هم‌دیگر، حمایت و کمک هم‌دیگر، قدرشناسی و قدردانی، احساس وظیفه (مقام معظم رهبری، به نقل از احمدی و نودهی، ۱۳۹۳)

رویکردهای نظری در حوزه خانواده نیز منبع قابل استفاده‌ای در رابطه با شناخت چیستی سلامت خانواده است. به این دلیل در اینجا به طور مختصر به خانواده سالم از منظر برخی نظریه‌های خانواده پرداخته می‌شود:

خانواده سالم در رویکرد راهبردی: مطابق این دیدگاه در خانواده سالم مرزهای بین نسلی وضوح دارد، والدین نسبت به فرزندان خود در جایگاه بالاتری قرار دارند و در تصمیم‌گیری‌های مهم حرف آخر را می‌زنند. می‌توانند به خوبی از چرخه زندگی عبور کنند، می‌توانند در قواعد و نقش‌های خانواده انعطاف لازم را داشته باشند. با نیازهای هر مرحله از چرخه جدید زندگی به طور کارآمدی برخورد کنند. برای تغییرات رشدی انعطاف لازم را دارند. می‌توانند مشکلات را حل کنند. درباره مشکلات با هم گفتگو کنند. در روابط بین فردی ترکیبی از دو الگوی تعاملی متقارن و مکمل را به طور همزمان به کار می‌برند (هی لی، ۱۹۶۳).

خانواده سالم در رویکرد ساختاری: می‌توانند با نیازهای متغیر چرخه زندگی مواجه و سازگار شوند. بین اعضاء و زیرمنظومه مرزهای واضح و شفاف وجود دارد. کارکردهای انعطاف‌پذیر و



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

قاعده دار و منسجم دارند. از نظر هیجانی، اعضاء خانواده نه کاملاً در هم تنیده^۱ و نه کاملاً گسسته^۲ هستند. در برابر عوامل فشارزای روانی ناشی از شرایط محیطی یا رشدی واکنش مناسب ارائه می‌دهند (مینوچین، ۱۹۷۴).

خانواده سالم در رویکرد سیستمی میلان: عملکرد سالم خانواده توسط فرهنگ، تاریخچه خانواده و نظام‌های اعتقادی اعضای خانواده تعیین می‌شود. خانواده‌های سالم انعطاف‌پذیرند، برای کنار آمدن با مشکلات مجموعه وسیعی از روش‌ها را مورد استفاده قرار می‌دهند. در مواجهه با تغییرات پیش‌بینی شده و پیش‌بینی نشده قادر به تطابق و سازگاری هستند. در مراحل تحول چرخه زندگی خود تغییر محور هستند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۵ و کارلسون و همکاران، ترجمه نوابی‌نژاد، ۱۳۸۸).

خانواده سالم در رویکرد ستیر^۳: اعضای خانواده دارای عزت نفس بالایی هستند. خانواده‌های سالم مشکلات خود را مطابق زمان‌بندی حل می‌کنند. از خشک شدن و رسمی شدن فرایندهای تعاملی در خانواده اجتناب می‌ورزند. تعارض و کشمکش‌ها پذیرفته می‌شوند و درباره آنها گفت‌وگو می‌شود. اعضاء از بین الگوها و شیوه‌های رفتاری گوناگون دست به انتخاب می‌زنند و آن را بررسی و در صورت ناموفق بودن رها می‌کنند. در این خانواده‌ها افراد نظرات و دیدگاه‌های خود را به صورت شفاف به یکدیگر بیان می‌کنند. بین احساسات و رفتارهای آنان تفاوت وجود ندارد. بین آنها پیام‌های پنهان و مبهم مبادله نمی‌شود. در آنها نوعی سلسله‌مراتب انعطاف‌پذیر حاکم است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۵).

خانواده سالم در فرهنگ اسلامی: جامعه ایرانی جامعه‌ای است با بنیان‌های قوی فرهنگی و سنتی که در آن دین اسلام نقش مهمی در سبک زندگی مردم ایفا می‌کند. سبک زندگی اسلامی به همه ابعاد زندگی فرد توجه دارد. این سبک زندگی علاوه بر هدایت فرد به سمت تعالی و ارتقای درجات معنوی، سلامت همه جانبه فرد را نیز در بر می‌گیرد. در سبک زندگی اسلامی نهاد خانواده همواره مورد تکریم و توجه بوده است و از جایگاه بسیار مهمی برخوردار است. دین اسلام درباره ابعاد مختلف زندگی خانوادگی دستورات و آموزه‌های سودمندی



ارائه کرده است (مطهری، ۱۳۷۲). خانواده محبوب‌ترین نهاد بشری در نزد خداوند است که پایه و اساس آن محبت و مودت است (روم: ۲۱) و کانونی مقدس برای پذیرش نسل آینده و تأمین سعادت دنیوی و اخروی است (جوادی آملی، ۱۳۹۱). مجموعه‌ای از افراد با رابطه‌های سببی (ازدواج) و نسبی (والدینی- فرزند و خواهر و برادری) تعریف می‌شود. سنگ بنای این کانون مقدس و مهم ازدواج است. ازدواج به عنوان یک واقعه ارزشمند و مهم در نظر گرفته می‌شود که بیانگر تعهد به زندگی است. از آن به عنوان پیمانی فطری و محکم تعبیر می‌شود (نساء: ۲۱) و محکم‌ترین رابطه و قرارداد اجتماعی است که ناشی از دوستی و رحمت متقابل زن و شوهر است (طباطبایی، ۱۳۷۵). از نشانه‌های مهم خداوند در خلقت انسان جذب روان‌شناختی در وجود مرد و زن است که می‌پذیرند از نزدیکان جدا شوند و فرد ناآشنایی را به همسری برگزینند تا مایه آرامش یکدیگر شوند. این رابطه امری و رای ارضای جنسی است و اطمینان زن و مرد به یکدیگر بیش از اطمینان افراد به هم در هر رابطه دیگر انسانی است، به گونه‌ای که عمیق‌ترین و قوی‌ترین تأثیر و تأثر متقابل را زن و مرد بر یکدیگر دارند (فتحی آشتیانی و احمدی، ۱۳۸۳ و سالاری‌فر، ۱۳۹۲). با تشکیل خانواده عمیق‌ترین و نزدیک‌ترین رابطه عاطفی میان زن و شوهر برقرار می‌شود و همین رابطه به عنوان عاملی بسیار مؤثر حمایتی در کاهش نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و آشفتگی‌ها نقش دارد. به طوری که خانواده منبع مهمی برای تأمین حمایت روانی و عملی در مقابله با تنش شناخته شده است (احمدی، ۱۳۸۲؛ احمدی، آشتیانی و عرب‌نیا، ۱۳۸۵ و عاشوری، ۱۳۹۳).

منشور اندیشکده خانواده

اندیشکده خانواده مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، در ابتدای شروع به فعالیت، منشور اندیشکده را در حوزه خانواده تدوین کرد تا به عنوان راهبردهایی برای مسیر حرکت باشد. منشور اندیشکده در ۱۴ بند به عنوان یک سند مهم اندیشکده و مبنای تدوین شاخص‌های خانواده به شرح زیر است:

۱) فراهم‌سازی زمینه‌های لازم برای بروز و ظهور اندیشه‌های نوین، طرح اصول و مبانی نظری بنیادین و نظریه‌پردازی در حوزه تشکیل، تحکیم و تعالی خانواده بر اساس مبانی اسلامی ایرانی.



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

- ۲) بازشناسی مشکلات و موانع اصلی ازدواج به هنگام و ارائه راه‌حل‌های مناسب.
- ۳) ارائه راهکارهای مؤثر جهت تحقق اندیشه خانواده‌محور در برنامه‌های توسعه کشور.
- ۴) ارائه الگوهای مؤثر و کاربردی به منظور ارتقای جایگاه و منزلت خانواده در بستر فرهنگ قومی، ملی، منطقه‌ای و جهانی.
- ۵) طراحی رویکردهای مناسب به منظور مصونیت‌بخشی و توانمندسازی نهاد خانواده در مواجهه با تهاجم فرهنگی و فرآیند جهانی شدن.
- ۶) شناسایی و تبیین مؤلفه‌های تحکیم و تعالی خانواده.
- ۷) رصد، سنجش و پایش شاخص‌های خانواده سالم بر اساس الگوی اسلامی ایرانی.
- ۸) ارائه محورها و موضوعات پژوهشی و ترویج بستر مطلوب گفتمان‌سازی در حوزه خانواده.
- ۹) تدوین سند ملی ازدواج و خانواده.
- ۱۰) بازنگری و ارزیابی تحلیلی و تطبیقی قوانین موجود در قلمرو خانواده، تبیین خلأها و کاستی‌ها و ارائه پیشنهادها برای اصلاحی و تکمیلی با رویکرد استحکام خانواده.
- ۱۱) تدوین چشم‌انداز و نقشه راه به منظور تحقق خانواده مطلوب.
- ۱۲) انسجام‌بخشی، ایجاد وحدت رویه و ایجاد بانک اطلاعات به منظور بهره‌گیری از مؤسسات و نهادهای فعال در حوزه خانواده.
- ۱۳) نیازسنجی و امکان‌سنجی در حوزه‌های مطالعاتی مرتبط با تحکیم و تعالی خانواده.
- ۱۴) الگوسازی برای دستیابی به عدالت جنسیتی، تنظیم روابط زن و مرد، ازدواج پایدار، ارتقای سبک و کیفیت زندگی، ساختار خانواده و شیوه فرزندپروری بر اساس الگوی اسلامی ایرانی

مبانی خانواده در الگوی اسلامی ایرانی

در یک گام از حرکت اندیشکده خانواده مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، مبانی خانواده در الگوی اسلامی ایرانی تدوین و ارائه شد. خلاصه این مبانی به عنوان یک سند مهم اندیشکده و مبنای تدوین شاخص‌های خانواده به شرح زیر است:

۱) فلسفه خلقت بر کفویت و زوجیت استوار است^۱:

۱. أَوْلَمْ يَرَوْا إِلَى الْأَرْضِ كَمْ أَنْبَتْنَا فِيهَا مِنْ كُلِّ زَوْجٍ كَرِيمٍ. سوره شعراء، آیه ۷.



- ۲) زوجیت لازمه مصونیت روانی و نفسانی زن و مرد و استقرار در مسیر کمال است.
- ۳) غایت زوجیت نیل به آرامش ماندگار است.
- ۴) خانواده محبوب‌ترین و برترین بنای هستی است.
- ۵) میثاق زوجیت و بنای خانواده بر مودت و رحمت استوار می‌گردد.
- ۶) خانواده مطلوب و مطهر با کفویت و زوجیت مرد و زن طیب و طیبه بنا می‌گردد.
- ۷) خانواده مطلوب‌ترین بستر برای بقای نسل، فرزندآوری، فرزندپروری و پویایی حیات اجتماعی است.
- ۸) مسئولیت حُسن مدیریت و تأمین هزینه‌های متعارف خانواده بر عهده شوهر است.
- ۹) خانواده کامل‌ترین و زیباترین بستر برای حسن تأمین نیازهای زیستی، روانی، اخلاقی، معنوی و حقوق عاطفی زوجین و فرزندان است.
- ۱۰) خانواده محور اصلی سلامت و پیشرفت در جامعه متعالی است.
مبتنی بر همین مبانی می‌توان گفت که:
 - ۱) خانواده تنها نهاد فطری و طبیعی هستی است.
 - ۲) خانواده بستر رشد و شکوفایی انسان است.
 - ۳) خانواده پل انتقال ارزش‌ها، میراث فرهنگی و شالوده استوار جوامع بشری است.
 - ۴) خانواده محبوب‌ترین بنای هستی است (نهج‌الفصاحه).
 - ۵) خانواده با پیمان عرشی ازدواج و میثاق همسری زن و مرد شکل می‌گیرد.
 - ۶) هدف خانواده نیل به آرامش است.
 - ۷) زوج آفرینی فلسفه خلقت و نشانه توحید و آیت بقا و مایه تفکر و اندیشه بشر است.
 - ۸) زوجیت در همه مخلوقات هستی در جمادات، نباتات و حیوانات امری قهری است.
 - ۹) مودت و رحمت و گذشت اصل تعامل زن و شوهر در زندگی مشترک است.
 - ۱۰) خانواده بستر فرزند آوری، فرزند پروری و تربیت نسلی سالم و پویا است.
 - ۱۱) مسئولیت سنگربانی و تأمین نیازهای همسر و هزینه‌های زندگی بر عهده شوهر است.



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

- (۱۲) ازدواج بر اساس کفویت است
- فلسفه خلقت بر کفویت و زوجیت استوار است:
- (۱) در گستره جهان همه نطفه‌ها در درون رحم‌ها با اراده و حکمت خالق زوج آفرین همزمان، دختر و پسر آفریده می‌شوند.
- (۲) زوجیت لازمه مصونیت روانی و نفسانی زن و مرد و استقرار در مسیر کمال است.
- (۳) زن و شوهر لباس و مصونیت بخش روانی و نفسانی همدیگر هستند.
- (۴) غایت زوجیت نیل به آرامش ماندگار است.
- (۵) میثاق زوجیت و بنای خانواده بر مودت و رحمت استوار می‌گردد.
- (۶) زن و شوهر تن‌پوش روانی و نفسانی همدیگر هستند
- (۷) بعد از خالق مهربان نزدیک‌ترین و محرم‌ترین کس برای انسان همسر است.^۱
- (۸) شوهر فرمانروا و سنگربان آرامش و امنیت روانی همسر و زن فرمانروا، مدیر و باغبان طراوت‌بخش کانون خانواده است.^۲
- (۹) تعامل شوهر با همسر خود و رعایت عدالت در حق او لازم است.^۳
- (۱۰) خانواده مطلوب و مطهر با کفویت و زوجیت مرد و زن طیب و طیبه بنا می‌گردد.
- (۱۱) مطلوب‌ترین رویکرد تشکیل خانواده با ازدواج زن و مردی صورت می‌پذیرد که با پاک‌ی و طهارت نفسانی از هرگونه آلودگی‌های نفسانی به دور بوده‌اند.^۴
- (۱۲) خانواده مطلوب‌ترین بستر برای بقای نسل، فرزندآوری، فرزند پروری و پویایی حیات اجتماعی است.
- (۱۳) فرزندآوری و فرزندپروری مایه روشنی چشم و روشنگر طریق حیات جاودانه خانواده است.^۵

۱. در نگاه آموزه‌های دینی پدر و مادر مکرم‌ترین انسان‌ها هستند و بوسیدن صورت و دست ایشان امری است پرثواب، اما همسر نزدیک‌ترین و محرم‌ترین کس به انسان است.

۲. نهج‌الفصاحه

۳. أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا يَجِلُّ لَكُمْ أَنْ تَرْتُوا النِّسَاءَ كَرَاهًا وَلَا تَغْضَلُوهُنَّ لِيَتَذَهَبُوا بِبَعْضِ مَا آتَيْتُمُوهُنَّ إِلَّا أَنْ يَأْتِيَنَّ بِفَاحِشَةٍ مُبِينَةٍ وَ عَاشِرُوهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ فَإِنْ كَرِهْتُمُوهُنَّ فَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَ يَجْعَلَ اللَّهُ فِيهِ خَيْرًا كَثِيرًا، سوره نساء، آیه ۱۹.

۴. الْخَبِيثَاتُ لِلْخَبِيثِينَ وَ الْخَبِيثُونَ لِلْخَبِيثَاتِ وَ الطَّيِّبَاتُ لِلطَّيِّبِينَ وَ الطَّيِّبُونَ لِلطَّيِّبَاتِ أُولَئِكَ مُبَرَّؤْنَ مِمَّا يَقُولُونَ لَهُمْ مَغْفِرَةٌ وَ رِزْقٌ كَرِيمٌ، سوره نور، آیه ۲۶.

۵. وَ الَّذِينَ يَقُولُونَ رَبَّنَا هَبْ لَنَا مِنْ أَزْوَاجِنَا وَ ذُرِّيَّتِنَا قُرَّةَ أَعْيُنٍ وَ اجْعَلْنَا لِلْمُتَّقِينَ إِمَامًا قرآن کریم سوره فرقان آیه ۷۴.



- ۱۴) مسئولیت حُسن مدیریت و تأمین هزینه‌های متعارف خانواده بر عهده شوهر است.
- ۱۵) رعایت عدل و انصاف و روش نیکو و پرداخت حقوق حقه زنان همراه با گذشت و مروّت و حمایت‌های مالی، روانی و اجتماعی به هنگام طلاق و جدایی مورد تأکید است^۱.
- ۱۶) خانواده کامل‌ترین و زیباترین بستر برای حسن تأمین نیازهای زیستی، روانی، اخلاقی، معنوی و حقوق عاطفی زوجین و فرزندان است.
- ۱۷) خانواده محور اصلی سلامت و پیشرفت در جامعه متعالی است.



فصل سوم: شاخص‌های خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

در این مجموعه شاخص‌های سلامت خانواده و ابعاد و چهارچوب‌های آن آمده است. شاخص‌های سلامت خانواده مبتنی بر مبانی نظری (بخش اول) و مستندات قابل دسترس (بخش دوم) تدوین شده است. با توجه به ضرورت پویا بودن شاخص‌ها لازم است به طور دوره‌ای برای توسعه و بهبود آنها تلاش شود. نظارت جامع بر سلامت خانواده باید جنبه‌های متعددی از سلامت خانواده را در بر گیرد. در تدوین شاخص‌های سلامت خانواده، معیارها و ویژگی‌های زیر مورد توجه قرار گرفته است:

- ۱) تعاریف کوتاه و روشن باشند
- ۲) جامع باشند و در عین حال قابل انطباق با فرهنگ جامعه باشد.
- ۳) مبتنی بر الگوی اسلامی و فطرت انسانی باشند.
- ۴) قوی و نیرومند باشند. دارای شواهد قوی، معتبر، قابل سنجش، قابل مقایسه، عملی و به روشنی قابل تفسیر و تعیین باشند.
- ۵) جنبه‌های مهم و مختلفی از سلامت خانواده و پیش‌شرط‌ها و پیامدهای متقابل و اجتماعی آن را بیان کنند (مانند: محیط اجتماعی، سطح سلامت، کیفیت زندگی).
- ۶) به تغییر و مرور زمان و تفاوت‌های فرهنگی بین جمعیت‌ها حساس باشد.
- ۷) فعالیت‌های مختلف سلامت خانواده (ارتقاء، پیشگیری‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه و پیشگیری از طلاق) را پوشش دهد.
- ۸) مجموعه شاخص‌های سلامت خانواده بخش یکپارچه‌ای از نظام جامع نظارت و سلامت جامعه باشد.
- ۹) داده‌های قابل مقایسه و پایایی را درباره سلامت خانواده در جوامع و مناطق مختلف ارائه دهند و تا جایی که ممکن است بر اساس داده‌هایی باشد که قبلاً جمع‌آوری شده‌اند.
- ۱۰) جنبه‌های مرتبط و امکان‌پذیر نظام خدمات سلامت خانواده باشد.
- ۱۱) داده‌ها و معیارهایی را برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مناسب ارائه دهد.
- ۱۲) مشارکت‌گفتمانی که عامل بسیار مهمی در سلامت خانواده می‌باشد، به بهترین شکل برآورده شود.



۱۳) در راستای تعیین شاخص‌های سلامت خانواده اقداماتی از قبیل: تصویب، گفتمان‌سازی، نظریه‌پردازی، رصد، سنجش و پایش، ایجاد پایگاه داده‌ها، تجزیه و تحلیل درونی و محیطی و تعیین بار مشکلات و مسائل خانواده لازم است.

مفاهیم اصلی خانواده

خانواده تنها نهاد فطری، طبیعی، بی‌بدیل و جاودانه بشری است. خانواده حلقه پیوند نسل‌ها و اصلی‌ترین پل انتقال میراث فرهنگی و ارزش‌های دینی و اخلاقی است. خانواده مطلوب‌ترین بستر تکوین، خمیر مایه شخصیت و شکوفایی وجود است. خانواده به سان باغی است که در آن زن‌ها/ مادرها باغبان‌اند، شوهرها/ پدرها سنگربان و امنیت آفرین این باغ و فرزندان گل‌ها و میوه‌های این باغ هستند^۱. خانواده، سرچشمه همه زیبایی‌ها، جاذبه‌ها، دل‌آرامی‌ها و کانون حُسن تأمین همه نیازهای زیستی، عاطفی، روانی و تجربه همه ارزش‌های اخلاقی و جلوه‌های زیبای تعاملات خوشایند بر پایه محبت، ایثار و فداکاری است. خانواده، ترسیم‌گر افق و چشم‌انداز فردای جامعه بشری و چگونگی حاکمیت ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی است. از همین رو، اساسی‌ترین مؤلفه‌های سلامت و تعالی جوامع بشری را می‌بایست در حریم خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن جستجو نمود. خانواده با ازدواج زن و مردی آگاه و مختار، متعهد و مسئولیت‌پذیر، با اندیشه نیل به آرامش ماندگار و تجربه خوشبختی تأسیس می‌گردد. خانواده لازمه بقا، دوام، سلامت و پیشرفت جوامع انسانی است. بدون تردید در گستره جهان، در جوامعی که با ازدواج به هنگام داوطلبان ازدواج خانواده‌های بیشتری تأسیس می‌گردد، میزان آسیب‌های اجتماعی و ناامنی‌های روانی و پریشانی‌های فکری به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد^۲.

تعریف خانواده

خانواده مجموعه‌ای است از والدین و فرزندان متعلق به هم که با ازدواج شکل می‌گیرد و با مودت و رحمت برای تأمین نیازهای رشدی، امنیت و هویت با هم سکونت دارند.

۱. الرَّجَالُ قَوْمُونَ عَلَى النِّسَاءِ، سوره نساء، آیه ۳۴. شوهرها سنگربان همسران خود هستند.

۲. افروز، غلامعلی، استاد روان‌شناسی، رئیس اندیشکده خانواده مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، و عضو هیئت علمی دانشگاه تهران.



معیارهای تعریف خانواده:

۱. خانواده با ازدواج شکل می‌گیرد: ازدواج فرایندی شامل: آمادگی، خواستگاری، انتخاب، عقد و عروسی است. مهم‌ترین آمادگی لازم، بلوغ جسمی و روانی، قدرت انتخاب، اشتغال، احساس مسئولیت و تعهد است. خواستگاری به معنای درخواست ازدواج به صورت شفاف در شرایط امکان انتخاب است. لازمه یک انتخاب مناسب آشنایی، سنجش کفویت و آزادی در تصمیم‌گیری است. عقد مشروعیت دادن به انتخاب و قانونی ساختن ازدواج است و مراسم عروسی یک اعلام عمومی ازدواج است. خانواده بدون ازدواج شکل نمی‌گیرد. هر نوع زندگی جمعی که فاقد ملاک‌های مذکور باشد خارج از حدود ازدواج است.

۲. خانواده مجموعه‌ای از والدین و فرزندان متعلق به هم است: ازدواج به عنوان عمیق‌ترین تعهد انسانی، آغاز شکل‌گیری خانواده است. خانواده با مجموعه‌ای از والدین و فرزندان تکمیل می‌شود. وجود نسل‌هایی از والدین و نسل‌هایی از فرزندان وسعت و گستردگی خانواده را تعیین می‌کند. اعضای خانواده متعلق به هم هستند. تعلق ویژگی تعیین کننده و احساس تعلق عامل تشکیل دهنده خانواده است.

۳. هدف خانواده تأمین نیازهای رشدی، امنیت و هویت است: خانواده رشد همه جانبه برای اعضاء فراهم می‌سازد. رشد جسمانی، عاطفی، شناختی، عقلانی، اجتماعی و معنوی در خانواده تعیین می‌شود. جهان‌بینی، نگرش‌ها، سبک زندگی، بصیرت، هویت و باورها در خانواده شکل گرفته و به عملکرد تبدیل می‌شود. هویت شاکله و شخصیت آدمی و امنیت لازمه رشد اوست.

۴. مودت و رحمت تسهیلگر خانواده است: ویژگی یک خانواده سالم و مطلوب وجود مودت و رحمت در آن است. مودت و رحمت در خانواده تجلی صفات خداوندی است. مودت یعنی وجود حمایت، انسجام و یکپارچگی، تعلق، پیوند، جدایی‌ناپذیر است. رحمت به معنای سپاسگزاری، قدردانی، بخشندگی و نعمت است.

۵. خانواده محل سکونت است: سکونت اوج آرامش همراه با احساس کامل امنیت است. آرامش موجب رفع استرس‌ها و نگرانی‌ها و رشد امید و توکل و تجدید قوا و شکوفایی استعدادها و امنیت موجب رشد عاطفی و هیجانی و ظهور و بروز فطرت آدمی می‌شود.



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی

شاخص: شاخص خانواده^۱ نمایه‌ای است که برای تعیین وضعیت خانواده و ارزیابی آن مورد استفاده قرار می‌گیرد. شاخص خانواده در موارد زیر کاربرد دارد:

- (۱) تعیین وضعیت موجود خانواده
 - (۲) پایش وضعیت خانواده در طول زمان
 - (۳) مقایسه وضعیت خانواده در جوامع مختلف
 - (۴) هدف‌گذاری برنامه‌های تحکیم خانواده
 - (۵) سنجش اثربخشی برنامه‌های تحکیم خانواده
- شاخص خانواده شامل پایداری ازدواج، استحکام و پویایی خانواده و رضایت از خانواده است که به همراه سنجه‌های آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۱) شاخص‌های خانواده و سنجه‌های آن

ردیف	شاخص	سنجه
۱	پایداری ازدواج	۱-۱. وضعیت ازدواج و طلاق
		۱-۲. سن ازدواج
		۱-۳. عمر ازدواج
۲	استحکام و پویایی خانواده	۲-۱. منابع حمایتی خانواده
		۲-۲. مصونیت و امنیت خانواده
		۲-۳. رشد و تربیت فرزندان
۳	رضایت خانواده	۳-۱. رضایت از صمیمیت روابط
		۳-۲. رضایت از روابط جنسی با همسر
		۳-۳. رضایت از مدیریت خانواده

تعاریف:

۱- پایداری ازدواج:

ازدواج با تعهد دائمی زوجین به همدیگر شکل می‌گیرد. بنابراین پایداری آن شاخص مهمی برای تعیین و سنجش سلامت خانواده است. شاخص پایداری ازدواج با نشانگرهای سن



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

ازدواج، دفعات ازدواج، جدایی‌ها و طلاق قابل سنجش است.

۱-۱. وضعیت ازدواج و طلاق: وضعیت ازدواج و طلاق از طریق تعیین تعداد ازدواج نسبت به جمعیت مجردها، تعداد طلاق نسبت به جمعیت متأهلین و نسبت طلاق به ازدواج قابل سنجش است. تعیین دوره‌ای هر سه نشانگر می‌تواند وضعیت ازدواج و طلاق را نشان دهد.

۱-۲. سن ازدواج و طلاق: نسبت افراد مجرد در سن ازدواج، میانگین سن اولین ازدواج، میانگین سن اولین طلاق، تعداد ازدواج در طول سن و تعداد طلاق در طول سن نشانگرهای وضعیت سن ازدواج و طلاق هستند.

۱-۳. عمر ازدواج: متوسط پایداری ازدواج در کل جمعیت، متوسط پایداری ازدواج در جمعیت متأهل، متوسط عمر ازدواج به تفکیک ازدواج اول و متوسط عمر ازدواج در ازدواج‌های مجدد نشانگرهای عمر ازدواج هستند. استفاده از عمر ازدواج به عنوان شاخص کلی پایداری ازدواج در یک جامعه مناسب‌تر است.

۲- استحکام و پویایی خانواده: استحکام خانواده بر استواری ساختار و سازمان، ریشه‌ها و منابع حمایتی خانواده دلالت دارد. خانواده استوار و مستحکم در برابر مشکلات و فشارها مقاومت می‌کند، با موفقیت و سرافرازی از بحران‌ها عبور می‌کند. و دارای پویایی، رشد، اهداف متعالی، نظام انگیزشی و کارکردهای قابل ملاحظه‌ای است. خانواده‌ای که استحکام دارد دچار رکود و افول و زوال نمی‌شود.

۲-۱. منابع حمایتی خانواده: خانواده به طور مستمر و به ویژه در اوایل شکل‌گیری نیازمند حمایت است. منابع حمایتی شامل: خود زوجین و فرزندان، خانواده پدری، اقوام، دوستان و آشنایان، قوانین، خدمات اجتماعی و فضای فرهنگی است. هر چقدر منابع حمایتی بیشتر و قوی‌تر باشد سلامت خانواده بیشتر تضمین می‌شود.

۲-۲. مصونیت خانواده: مصونیت خانواده در برابر تحولات اجتماعی و بین‌المللی مهم و اساسی است. لازمه مصونیت خانواده وجود تعادل بین استحکام و انعطاف‌پذیری مرزهای خانواده است. همچنین مصونیت خانواده شامل آمادگی خانواده برای مواجهه بدون آسیب و گذر از بحران‌های درونی (مانند مقاطع استحاله‌ای) و بیرونی (تهاجم فرهنگی) است. و نیز خانواده نیازمند تغییرات متعادل (با حفظ ساختار و عملکرد مطلوب) در برابر تحولات اجتماعی



است.

۲-۳. رشد و تربیت فرزندان: فرزندآوری و تربیت فرزندان و نوادگان که در واقع توسعه از همسری تا والدینی و والدینی بزرگ است، به خانواده حیات و پویایی می‌بخشد. زندگی خانوادگی را ثمربخش می‌کند، احساس تعلق و هویت را گسترش می‌دهد. با تربیت هر فرزند پختگی و تکامل بیشتری در والدین ایجاد می‌شود. با افزایش تعداد فرزندان امنیت روانی و پویایی خانواده بیشتر می‌شود. تربیت نسل خانواده را ماندگار و دائمی می‌کند.

۳- رضایت از خانواده:

رضایت از خانواده عبارت از میزان نسبی خشنودی فرد نسبت به ازدواج و خانواده است. میزان رضایت در گستره زمانی (نه یک مقطع زمانی خاص) قابل تحلیل است. بنابراین میزان رضایت در دوره‌های زمانی سنجیده می‌شود. ابعاد رضایت از خانواده متعدد است. موارد محوری رضایت از خانواده عبارت‌اند از: رضایت از صمیمیت روابط، رضایت از روابط جنسی با همسر و رضایت از مدیریت خانواده.

۳-۱. رضایت از صمیمیت روابط: شامل: وجود مودت و رحمت، احساس تعلق، همدلی و هم‌حسی، احترام متقابل، ابراز علاقه، شفافیت روابط، وجود عشق و علاقه به همدیگر و فقدان مشاجره بین اعضاء می‌باشد.

۳-۲. رضایت از روابط جنسی با همسر: شامل: ارضای کامل نیازهای جنسی با همسر، رضایت از کمیت و کیفیت روابط جنسی، انحصار روابط جنسی در ارتباط با همسر.

۳-۳. رضایت از مدیریت خانواده: شامل: رضایت از مدیریت مالی و اقتصادی، تصمیم‌گیری در خانواده، تقسیم وظایف، ایفای نقش‌ها، رعایت سلسله‌مراتب و احساس تعهد.

نماگرهای سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی

نماگرهای سلامت خانواده: نماگرهای سلامت خانواده (Family Indicators)، متغیرهایی هستند که عامل سلامتی خانواده‌اند، وجود و گسترش آنها به تحکیم خانواده منجر می‌شود. قابل رشد و قابل برنامه‌ریزی و اجرا هستند. شاخص خانواده در موارد زیر کاربرد دارد:

(۱) تعیین نقاط قوت و ضعف خانواده

(۲) آسیب‌شناسی خانواده



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

۳) تدوین و اجرای برنامه‌های تحکیم خانواده

۴) سنجش نوع، چگونگی و ابعاد اثربخشی برنامه‌های تحکیم خانواده

نماگرهای خانواده در سه عرصه فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح شده که عبارت‌اند از: سلامت جسمانی و روانی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، ازدواج مناسب، نقش‌ها، تکالیف و مسئولیت‌ها، مرزهای خانواده، کیفیت روابط، تعهدات و وفاداری‌ها، نظام خانواده‌محوری، دانش خانواده و خدمات تخصصی خانواده است که به همراه سنجه‌های آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۲) نماگرهای سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی

عرصه‌ها	نماگرهای اصلی	نماگرهای فرعی
(عرصه فردی) سلامتی اعضای خانواده	سلامت جسمانی و روانی	۱. سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده فعلی و اصلی ۲. انگیزه و امید به زندگی. ۳. نبود اعتیاد در اعضای خانواده
	سلامت اجتماعی	۱. رعایت قانون و حقوق اجتماعی ۲. اشتغال و مشارکت اجتماعی خانواده. ۳. مصونیت از انحرافات و تهاجمات فرهنگی.
	سلامت معنوی	۱. قناعت و سپاس‌گزاری ۲. صبر و توکل و گذشت ۳. حیا و عفاف
(عرصه خانوادگی) ساختار و عملکرد مطلوب خانواده	ازدواج مناسب	۱. آمادگی ازدواج ۲. انتخاب مناسب ۳. سازگاری زوجین
	نقش‌ها، تکالیف و مسئولیت‌ها	۱. رعایت نقش‌های فطری ۲. ارتقا به نقش مادری و پدری و تربیت فرزندان ۳. تعادل بین نقش فرزندی، همسری و والدی
	مرزها و قلمرو خانواده	۱. تعیین، تصریح و تحکیم مرزهای خانواده ۲. رعایت سلسله‌مراتب ۳. رعایت حقوق و احترام به همدیگر
	کیفیت روابط	۱. غنای عاطفی ۲. مودت و رحمت و صمیمیت ۳. صله رحم
(عرصه اجتماعی)	تعهدات و وفاداری‌ها	۱. روابط جنسی سالم ۲. مراقبت از همدیگر ۳. تصریح و رعایت قواعد خانواده
	نظام خانواده‌محوری	۱. گفتمان مشترک



سلسله تک‌نگاشت‌های الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

۲. محوریت خانواده ۳. قوانین و برنامه‌های حمایت خانواده		نظام حمایت از خانواده
۱. نظریه‌پردازی در خانواده ۲. پایش، رصد، آینده‌نگاری تحولات خانواده ۳. آسیب‌شناسی و توسعه نقشه راه خانواده	دانش خانواده	
۱. استاندارد بودن خدمات ۲. تربیت متخصص خانواده ۳. خدمات تخصصی منصفانه و عادلانه.	خدمات تخصصی خانواده	

تعاریف

الف - سلامتی اعضای خانواده: (عرصه فردی)

وجود یا عدم وجود سلامتی در هر یک از اعضا، در سلامت کل خانواده نقش دارد. وجود هر گونه بیماری جسمانی و روانی، آسیب‌های اجتماعی و معنوی موجب بروز مشکلات و آسیب در خانواده می‌شود.

۱- سلامت جسمانی و روانی: تأمین سلامت جسمانی و روانی موجب ارتقای سلامت خانواده می‌شود؛ و وجود بیماری، معلولیت و ناتوانی استرس خانواده را افزایش می‌دهد. به احتمال، سهم بار بیماری‌ها و مشکلات روان‌شناختی بیشتر از مشکلات جسمانی است. بیماری جسمانی علی‌رغم استرس‌های فراوان، ممکن است موجب افزایش استحکام خانواده شود. ولی بیماری‌های روانی هم موجب استرس و هم موجب گسستگی خانواده می‌شود. ضمن اینکه دو نوع مشکلات جسمانی و روان‌شناختی با همدیگر در ارتباط هستند.

۱-۱. سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده فعلی و اصلی: وجود بیماری مزمن، معلولیت و ناتوانی می‌تواند ساختار و عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد، نقش‌ها را تغییر دهد، خستگی روانی ایجاد کند، خانواده را با مشکلات اقتصادی مواجه کند، ارتباطات اجتماعی و وضعیت شغلی را تحت تأثیر قرار دهد. احتمالاً بیماری عضوی از خانواده، زن را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد. البته نوع بیماری، سن بیمار و جهان‌بینی اعضا نقش زیادی در میزان تأثیر دارد.

۲-۱. انگیزه و امید به زندگی: بی‌انگیزگی، افکار خودکشی و اقدام به خودزنی و خودکشی،



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

خانواده را دچار آسیب می‌کند. از سویی دیگر افزایش امید و وجود انگیزش‌های درونی و محیطی می‌تواند موجب بهبود عملکرد و ساختار خانواده شود.

۱-۳. نبود اعتیاد در اعضای خانواده: هر نوع اعتیاد می‌تواند به طور مستقیم بر خانواده آسیب بزند. اعتیاد می‌تواند طیف گسترده‌ای داشته باشد و شامل مواد مخدر، مواد محرک، سوءاستفاده از دارو، فضاهای مجازی و اینترنت باشد.

۲- سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی خانواده هم می‌تواند منابع حمایت اجتماعی خانواده را افزایش دهد و هم آسیب‌های درونی خانواده را کاهش دهد. معمولاً آسیب‌های اجتماعی اعضای خانواده، نظام درونی خانواده را بیشتر دچار آسیب می‌کند. سنجه‌های این مؤلفه عبارت‌اند از:

۱-۲. رعایت قانون و حقوق اجتماعی: شامل شناخت و رعایت قوانین جامعه، عدم ارتکاب تخلفات و جرائم، و احترام به حقوق دیگران می‌باشد.

۲-۲. اشتغال و مشارکت اجتماعی خانواده: شامل اشتغال به کار افراد بزرگسال خانواده و به ویژه پدر، تأمین اقتصادی خانواده، استقلال اقتصادی خانواده، اشتغال سالم و نیز مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی و حضور در برنامه‌های گروهی می‌باشد.

۳-۲. مصونیت از انحرافات و تهاجمات فرهنگی: شامل توانمندی در برابر تهاجم فرهنگی، مصونیت از اثرات آسیب‌زای تحولات اجتماعی مانند جهانی‌سازی می‌باشد.

۳- سلامت معنوی: سلامت معنوی به معنای تعهد عمیق به خداوند، حس حضور خدا در زندگی، احساس وحدت وجودی و معنابخشی به زندگی است. در یک چنین شرایطی است که خانواده سالم ظهور پیدا می‌کند. سلامت معنوی در خانواده شامل سنجه‌های زیر است:

۱-۳. قناعت و سپاسگزاری: قناعت به معنای فقدان طمع و حریص نبودن است. خانواده قانع در زندگی چشم خود را از زندگی دیگران بر می‌گیرد و قردان خداوند، والدین، همسر و فرزندان است.

۲-۳. صبر و توکل و گذشت: خانواده‌ای که از سلامت معنوی برخوردار است مشکلات، شداید و بحران‌های زندگی را فرصتی برای پختگی و رشد و کمال می‌داند. واکنش‌های خانواده عجولانه نیست و اعضا از نیازهای آنی و زودگذر، به نفع نیازهای عالی می‌گذرند. می‌دانند



که سختی‌ها هم می‌گذرد و لذا کینه و عداوت ندارند.

۳-۳. حیا و عفاف: در روابط درون و بیرون خانواده حیای در گفتار و رفتار رعایت می‌شود. همچنین رعایت ادب و احترام به منزلت انسانی و رعایت اخلاق انسانی از جمله الزامات یک خانواده سالم است.

ب- ساختار و عملکرد مطلوب خانواده: (عرصه خانوادگی)

یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت خانواده ساختار و عملکرد مطلوب خانواده است. ساختار خانواده مجموع روابط مرئی و نامرئی اعضا و زیرمنظومه‌های خانواده و نیز شامل قواعد خانواده، سلسله‌مراتب و مرزبندی‌های درون و بیرونی خانواده است. ساخت خانواده معلوم می‌کند که اعضای خانواده چگونه با هم در تعامل است. از سوی دیگر خانواده دارای دو نوع عملکرد روابط زن و شوهری و تربیت فرزند است. در زیر به مؤلفه‌ها و سنجه‌های تعیین‌کننده ساختار و عملکرد مطلوب خانواده پرداخته می‌شود:

۱- ازدواج مناسب: یکی از الزامات خانواده سالم، ازدواج مناسب است. ازدواجی مناسب است که با آمادگی لازم انجام شود، همسر متناسب و هم‌کفو انتخاب شود و فرایند سازگاری به خوبی طی شود.

۱-۱. آمادگی ازدواج: مواردی همچون داشتن انگیزه، توان تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری، اشتغال، مهارت‌های زندگی، مهم‌ترین موارد آمادگی برای ازدواج هستند. این آمادگی‌ها زمانی ارزشمند است که به ازدواج به موقع منجر شود. همچنین آمادگی حداقلی برای ازدواج مطرح است. انگیزه‌های ازدواج سالم شامل: نیل به سکون و آرامش، ارضای صحیح نیازهای جنسی، پیشگیری از انحرافات جنسی، کنترل غرایز، احساس امنیت، قداست ازدواج، فزونی مال و برکت زندگی هستند.

۱-۲. انتخاب مناسب: شرایط انتخاب مناسب عبارت‌اند از: ازدواج اختیاری و پرهیز از ازدواج‌های تحمیلی، پرهیز از ازدواج‌های پرخطر، داشتن فرصت انتخاب، انتخاب هم‌کفو و عروسی آسان.

۱-۳. سازگاری زوجین: تلاش برای سازگاری، در طول عمر خانواده و به ویژه دوران عقد و سال‌های اولیه ازدواج برای سلامت خانواده ضروری است. در مقاطع استحاله‌ای خانواده (شامل: تولد فرزندان، اشتغال زن، رفتن فرزندان به مدرسه، نوجوانی فرزندان، رفتن فرزندان از



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

خانواده و بازنشستگی) یا به دنبال بحران یا تغییرات درونی و تحولات بیرونی نیاز به سازگاری مجدداً مطرح می‌شود. عمده‌ترین مسیر سازگاری زوجین پذیرش و تعهد مجدد است.

۲- نقش‌ها، تکالیف و مسئولیت‌ها: آنچه در زندگی خانوادگی مهم و اساسی است، نقش‌هایی است که هر یک از اعضا دارند و نیز تکالیف و مسئولیت‌هایی است که اعضای خانواده به تبع این نقش‌ها بر عهده می‌گیرند.

۱-۲. رعایت نقش‌های فطری: مطابق خلقت و فطرت، زن محور و هسته خانواده (اداره داخلی خانواده، تمکین از شوهر، تربیت فرزند) و مرد قوام‌بخش خانواده (تأمین، مراقبت، حل مشکل) هستند.

۲-۲. ارتقا به نقش مادری و پدری و تربیت فرزندان: لازمه تکامل خانواده وجود فرزندان است. خانواده با حضور فرزندان کامل می‌شود. با تربیت فرزندان رسالت خانواده تکمیل می‌شود و زوجین به نقش‌های والدینی ارتقاء می‌یابند. تربیت فرزندان شامل شکوفاسازی عقل و وجدان و ایجاد مسئولیت‌پذیری و انتقال فرهنگ است.

۳-۲. تعادل بین نقش فرزندی، همسری و والدی: معمولاً در یک خانواده طبیعی سه نسل (والدین بزرگ، والدین و فرزندان) به طور همزمان حضور دارند. هر عضو خانواده لازم است نقش‌های متعددی را به طور همزمان ایفا نماید. ایجاد تعادل بین همه نقش‌ها به ویژه بین نقش همسری و والدی مهم و اساسی است. همچنین در ارتباطات سه نسلی رعایت سلسله‌مراتب و احترام به نسل‌های بالاتر، لازم است.

۳-۳. مرزها و قلمرو خانواده: خانواده قلمروی دارد که میزان و چگونگی ارتباط درون و بیرون خانواده را تعیین می‌کند. طبیعی است که مرزهای درون خانواده منعطف‌تر از مرزهای بیرون خانواده باشد. در درون خانواده نیز مرزهای بین فرزندان و بین فرزندان با والدین منعطف‌تر از فرزندان با زن و شوهر باشد. سنجه‌های مرتبط با مرزهای خانواده به شرح زیر است:

۱-۳. تعیین، تصریح و تحکیم مرزهای خانواده: مرزهای هر عضو، مرزهای هر زیرمنظومه، مرزهای خانواده با خانواده اصلی، با اقوام، با دوستان و همکاران و با سایرین برحسب جایگاه هر کدام باید تعیین و ترسیم شود. لازم است که مرزها صراحت و شفافیت داشته و تحکیم شوند. ارتباط اعضای خانواده با افراد بیرون خانواده باید شفافیت داشته و مرزهای بیرونی،



استحکام لازم را برای حراست از انسجام خانواده داشته باشد.

۲-۳. رعایت سلسله‌مراتب: مرزهای خانواده سلسله‌مراتب خانواده را تعیین می‌کنند. والدین بزرگ، والدین و فرزندان دارای سلسله‌مراتب متفاوتی هستند. بنابراین جایگاه سلسله‌مراتبی هر نسل نسبت به نسل بعدی بیشتر و نسبت به نسل قبلی کمتر است. سلسله‌مراتب بالاتر دارای قدرت بالاتر، توان تصمیم‌گیری بیشتر و جایگاه بالاتر است. تعیین کننده اصلی سلسله‌مراتب، به غیر از نسل‌ها، سن، نقش جنسیتی، قدرت فکری و مهارت‌های مدیریتی و از این قبیل است.

۳-۳. رعایت حقوق و احترام به همدیگر: رعایت حقوق والدین بالاترین اهمیت را دارد. رعایت حقوق همسر در اولین اولویت و بعد از آن حقوق فرزندان در درجات بعدی مهم هستند. در خانواده لازم است همه احساس احترام کنند و اطمینان داشته باشند که در هر شرایط (حاضر یا غایب)، حقوقشان رعایت می‌شود. مهم‌ترین حقوق، رعایت ادب و احترام به سایرین است. از این میان حدود احترام در درون خانواده اولی‌تر از بیرون خانواده است.

۴- کیفیت روابط: روابط صمیمی نیازهای اعضای خانواده را برآورده می‌کند، موجب تسکین، آرام بخشی، تقویت منابع حمایتی و تقویت توانمندی‌های روانی می‌شود. به واسطه صمیمیت، امن‌ترین و کامل‌ترین روابط در خانواده ایجاد می‌شود. روابط صمیمی در خانواده از بیراهه روی اعضا پیشگیری می‌کند. سنجه‌های مرتبط با کیفیت روابط به شرح زیر است:

۱-۴. غنای عاطفی: لازمه کیفیت روابط، غنای عاطفی است. از سویی دیگر فقر عاطفی موجب سردی روابط و واکنش‌های هیجانی نامتعادل و در نتیجه قهر و جدایی می‌شود که از آسیب‌های ارتباطی و یکی از عوامل تعارضات خانوادگی است.

۲-۴. مودت و رحمت و صمیمیت: مودت منجر به احساس تعلق و همبستگی، و رحمت منجر به احساس حمایت و امید می‌شود. مودت و رحمت فضای امن و راحتی برای اعضا ایجاد می‌کند و موجب رشد هویت و خودباوری می‌شود. در روابط صمیمی است که مودت و رحمت رشد می‌کند. روابط صمیمی در تمامی ابعاد کلامی، عاطفی و رفتاری مهم هستند.

۳-۴. صله رحم: صله رحم به معنای گسترش ارتباط و توسعه مرزهای خانواده است. برقراری ارتباط با اعضای خانواده اصلی، فامیل و اقوام برحسب میزان دوری یا نزدیکی می‌تواند منابع حمایتی خانواده را تقویت کند که آن هم موجب افزایش عمر ازدواج و تحکیم خانواده



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

می‌شود. صلح و آرامش خانواده را به جامعه و فرهنگ و نیز به گذشته و آینده پیوند می‌دهد.

۵- **تعهدات و وفاداری‌ها:** خانواده با ازدواج شکل می‌گیرد و ازدواج هم مبتنی بر تعهد و وفاداری است. زن و مرد به همدیگر متعهد می‌شوند تا از همدیگر مراقبت کنند، قواعد خانواده را رعایت کنند و خیانت نکنند. سنجش‌های تعهد و وفاداری موارد زیر هستند:

۵-۱. **روابط جنسی سالم:** روابط جنسی بین زن و شوهر عمیق‌ترین و کامل‌ترین رابطه صمیمی در زندگی است که در آن تمامی نیازهای جسمی، روانی و عاطفی، اجتماعی و معنوی به طور همزمان و در فضای امنی به طور کامل رفع می‌شود. اصلی‌ترین تعهد زن و شوهر وفاداری جنسی به همدیگر است. اینکه نیازهای جنسی‌شان صرفاً در ارتباط بین هم رفع شود. زن و شوهر باید متعهد به رفع تمامی نیازهای جنسی همدیگر باشند. به صورتی که رابطه جنسی برای آنها متقابلاً رضایت‌بخش باشد.

۵-۲. **مراقبت از همدیگر:** همواره ممکن است خطر در کمین زوجین باشد تا تعهدات و وفاداری آنها تضعیف شود. بنابراین مراقبت از خود و مراقبت از همسر ضروری است. لازمه بی‌وفایی وجود زمینه‌های آسیب‌آلوده، رها شدگی، تعارض، عدم انجام وظیفه همسری، محرومیت یا فقدان رضایت جنسی است که نیاز به شناسایی، پیشگیری و مراقبت از خود و همدیگر دارد.

۵-۳. **تصریح و رعایت قواعد خانواده:** قواعد خانواده عبارت از شیوه انجام امورات، انجام وظایف، نظم دهی برنامه‌ها و تعیین وضعیت مرزها و ارتباطات خانواده است. بدون وجود قواعد امورات خانواده انجام نمی‌شود. قواعد خانواده ممکن است نوشته شده، بیان شده و یا نانوشته و ناگفته باشد. قواعد صریح، روابط را شفاف می‌نماید. هر جا که تفاهم بین اعضای خانواده وجود نداشته باشد و یا نیاز نباشد، توافق و ایجاد قواعد برای انجام امورات و برقراری تعاملات ضرورت پیدا می‌کند. عدم رعایت قواعد از سوی عضوی از خانواده، نیازمند بازسازی قواعد و یا بازسازی خانواده است. در موقعیت‌های بحرانی و همچنین مقاطع استحالتهای خانواده، بازسازی قواعد و بازسازی خانواده به طور همزمان لازم می‌شود.

ج - نظام حمایت از خانواده: (عرصه اجتماعی)

از یک سوی خانواده تحت تأثیر وضعیت، تغییرات، قوانین و نظام‌های جامعه است؛ از سوی دیگر تحولات اجتماعی ممکن است برای خانواده آسیب‌زا باشد. همچنین لازم است جامعه



خدماتی را برای خانواده‌های آسیب دیده فراهم سازد. بر این اساس لازم است نظامی پویا برای حمایت از خانواده فراهم شود. در این زمینه سه نظام حمایتی شامل برقراری نظام خانواده‌محوری، ایجاد دانش خانواده و ارائه خدمات تخصصی به خانواده‌های نیازمند است:

۱- **نظام خانواده‌محوری:** خانواده ماهیتی مستقل دارد و نسبت به هویت فردی و اجتماعی محوریت دارد. به همین دلیل است که سلامت فرد و جامعه در گرو سلامتی خانواده است. در نظام خانواده‌محور، سیاست‌گذاری‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، با محوریت خانواده است. نظام خانواده‌محوری شامل سه مؤلفه به شرح زیر است

۱-۱. **گفتمان مشترک:** لازم است تعریف خانواده، فلسفه خانواده، ساختار و عملکرد خانواده، عوامل رشد و استحکام خانواده، آسیب‌های خانواده، مداخلات خانواده، نقشه خانواده، اولویت‌های برنامه خانواده و دانش خانواده دارای گفتمان و باور مشترک و وحدت رویه در بین متولیان خانواده باشد. فقدان انسجام و هماهنگی موجب اقدامات متعارض و آسیب بر خانواده خواهد شد.

۱-۲. **محوریت خانواده:** خانواده هم در بین فرد و جامعه محوریت دارد و هم بین کار و تفریح محور است. خانواده در اقتصاد و سیاست و فرهنگ و تعلیم و تربیت و امنیت نیز محور است. به این معنی که لازمه رشد و توسعه هر کدام از این بخش‌ها، وجود خانواده سالم است. بنابراین سلامت خانواده باید در تمامی قوانین، برنامه‌ها، بودجه‌بندی‌ها، اقدامات و تغییرات و تحولات جامعه باید محور توجه و تصمیمات و اقدامات باشد.

۱-۳. **قوانین و برنامه‌های حمایت خانواده:** همه خانواده‌ها به ویژه خانواده‌های در معرض آسیب و آسیب دیده نیازمند حمایت است. لازم است خانواده به لحاظ آسیب‌های اجتماعی و سلامت جسمانی و نیز به لحاظ امنیت جسمانی، روانی، اجتماعی، تحولات اجتماعی و اخلاقی، نابسامانی‌های اجتماعی و سیاسی و اقدامات اجرایی و قانونی جامعه تحت حمایت قرار گیرد. بر این اساس وجود قوانین پویا در زمینه حمایت از خانواده لازم است. مهم‌ترین محورهای حمایتی سلامت و امنیت خانواده است.

۲- **دانش خانواده:** شناسایی ویژگی‌های خانواده ایرانی و تولید دانش خانواده مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی مهم و اساسی است. برای تولید دانش خانواده، روحیه جهادی



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

خودباوری و جرئت علمی و همچنین اقداماتی چون: نظریه‌پردازی، رصد و پایش و ترسیم نقشه راه خانواده لازم است:

۱-۲. نظریه‌پردازی در خانواده: دانش خانواده مبتنی بر نظریه است. نظریات موجود در حوزه خانواده با وجود ارزشمند بودن، متناسب با خانواده ایرانی نیست. انتخاب نظریه مناسب از بین نظریه‌های موجود، ایجاد نظریه یکپارچه و ارائه مدل‌ها و نظریه‌هایی مبتنی بر ویژگی‌ها و وضعیت خانواده ایرانی از جمله موارد اقدام است. مضامین وحیانی و منابع اسلامی برای نظریه‌پردازی بر مبنای الگوی اسلامی و ایرانی منابع غنی و در دسترس هستند.

۲-۲. پایش، رصد، آینده‌نگاری تحولات خانواده: تعیین شاخص‌های خانواده، پایش شاخص‌ها به طور دوره‌ای و سالانه وضعیت خانواده، فرایند تحولات و اثربخشی برنامه‌ها را نشان می‌دهد. تعیین شاخص‌ها می‌تواند برنامه‌ریزی‌های ملی و محلی در زمینه خانواده را انسجام بخشد. امکان مقایسه وضعیت خانواده با خود، با گذشته و با آینده و با اهداف و با وضع مطلوب و با خانواده جوامع دیگر فراهم شود. از سویی دیگر، رصد و آینده‌نگاری در خانواده می‌تواند وضعیت خانواده را در آینده تعیین کند. بر اساس آن می‌توان مشکلات و بحران‌های خانواده را پیش‌بینی کرده و برای اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی کرد.

۳-۲. آسیب‌شناسی و توسعه نقشه راه خانواده: رصد، پایش و آینده‌نگاری وضعیت خانواده و تحولات آن کمک می‌کند تا آسیب‌های خانواده شناخته شود، عوامل آسیب‌زا معلوم گردد، اولویت مشکلات از نظر فراوانی و شدت آن تعیین شود. بر اساس آسیب‌شناسی خانواده می‌توان اولویت‌ها را برای هر زمان و مکانی شناسایی کرده و بر اساس آنها و نیز بر اساس مطالعات آینده‌نگاری و وضعیت مطلوب نقشه راه تدوین کرد. نقشه راه مبدأ، مقصد، فرایند، سرعت حرکت برنامه‌های خانواده محور را همراه با گام‌های حرکت مشخص می‌سازد. نقشه خانواده پویاست و بر اساس شرایط زمان و مکان توسعه می‌یابد.

۳- خدمات تخصصی خانواده: خانواده‌ها برای برنامه‌ریزی، آمادگی برای ازدواج، پیشگیری و حل مشکلات، کاهش تعارضات، افزایش سازگاری و گذر از شرایط بحرانی نیاز به خدمات تخصصی دارند. خدمات تخصصی می‌تواند، به شکل حضوری یا غیرحضوری، مستقیم یا غیرمستقیم، از طریق یک عضو خانواده یا چندین عضو باشد. مهم این است که خدمات



استاندارد باشد، توسط افراد متخصص به صورت منصفانه ارائه شود:

۱-۳. استاندارد بودن خدمات: خدمات تخصصی خانواده زمانی استاندارد است که مبتنی بر نیاز و فرهنگ مراجعان باشد، منافع کل خانواده، اعضاء و جامعه را به طور همزمان لحاظ کند، منطبق با نظریه بومی باشد، منطبق با پروتکل تأیید شده از سوی مرجع ملی باشد، پروتکل‌ها دارای پیوست اخلاقی باشند، از سوی متخصص متعهد ارائه شود، شیوه ارائه خدمات، مکان و زمان آن تأیید شده باشد، نظارت رسمی و همگانی بر آن حاکم باشد، رضایت آگاهانه مراجعان وجود داشته باشد.

۲-۳. تربیت متخصص خانواده: به طور معمول، جامعه باید در زمینه‌های سلامت خانواده، آموزش خانواده، مشاوره و درمان خانواده و مدیریت امور خانواده متخصصانی را تربیت کند. متخصصان خانواده باید پروانه فعالیت داشته باشند. کسانی که به عنوان متخصص خانواده تربیت می‌شوند باید بر حسب ویژگی‌های شخصیتی، ارزش‌های اخلاقی و تجارب تحت نظر گزینش شوند. در دوران تربیت نیز بر تربیت صلاحیت و شایستگی‌ها تأکید شود و در هر زمان که فرد حداقل‌های صلاحیت خود را از دست دهد، از ادامه فعالیت در حوزه خانواده منع شود. مراکز تربیت متخصص خانواده نیز باید دارای شایستگی و صلاحیت لازم باشد.

۳-۳. خدمات تخصصی عادلانه: خدمات تخصصی برای خانواده‌ها باید به گونه‌ای باشد که در تمامی سطوح آموزش، پیشگیری و درمان، برای همگان و به طور عادلانه قابل دسترسی باشد. لازمه آن تربیت متخصص برای همه سطوح جامعه، تمرکززدایی در مراکز ارائه خدمات، برنامه‌های گسترش عمومی خدمات، بیمه عمومی خدمات، کاهش هزینه‌های خدمات و ارائه حمایت‌های دولتی از خدمات، افزایش تنوع خدمات، منطبق ساختن خدمات با تنوع نیازهای تمامی اقشار جامعه است. از سویی دیگر خدمات تخصصی خانواده باید به نفع تمامی اعضای خانواده و جامعه و فرهنگ در کوتاه و بلندمدت باشد.

کارکردهای سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی

کارکردهای سلامت خانواده:

کارکردهای سلامت خانواده، نقشی است که سلامت خانواده در زندگی آدمی دارد. کارکردهای خانواده پاسخی به این سؤال است که چرا خانواده؟ آیا بدون خانواده نمی‌توان



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

زندگی کرد؟. به عبارت دیگر بر اساس کارکردهای خانواده است که می‌توان گفت که خانواده اصالت دارد و محور است. آدمی با خانواده خلق شده، برای تولید نسل روی کره زمین آمده، در خانواده به دنیا می‌آید و در خانواده زندگی می‌کند. بر اساس الگوی اسلامی ایرانی، دو کارکرد اصلی برای خانواده تعیین شده است که شامل تسکین و آرام بخشی اعضاء و تربیت نسل است که هر کدام هم سه کارکرد فرعی دارند که به شرح زیر می‌باشد:

جدول (۳) کارکردهای سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی

کارکرد اصلی	کارکرد فرعی
آرامش و احساس امنیت	۱. رشد هویت ۲. برقراری آرامش و اطمینان ۳. رضایت از زندگی
تربیت نسل	۱. پویایی زندگی ۲. انتقال فرهنگ ۳. برقراری نظام حمایتی

تعاریف:

۱- آرامش و احساس امنیت: بعد از ذکر خداوند، وجود خانواده سالم است که موجب تسکین و آرام‌بخشی انسان می‌شود. در درون خانواده است که غم و نگرانی‌های دنیوی و روزمره انسان رفع می‌شود. تسکین و آرام‌بخشی خانواده سه کارکرد فرعی زیر را دارد:

(۱) رشد هویت: هویت با تمامی اجزای آن (تعلق و تفرد) و در تمامی جنبه‌های آن (فردی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی) در خانواده سالم رشد می‌کند و تنها خانواده سالم است که موجب انسجام هویت می‌شود. جهان‌بینی و تمامی نگرش‌های اساسی آدمی در قالب هویت و در خانواده رشد می‌کند.

(۲) برقراری آرامش و اطمینان: وجود همدلی و نظام حمایتی در خانواده موجب آرامش در آدمی می‌شود. عمیق‌ترین سطح اعتماد و اطمینان به خود، دیگران و جامعه در خانواده سالم شکل می‌گیرد. به معنای کامل خانواده محل سکونت است.

(۳) رضایت از زندگی: رضایت از خانواده و رضایت از زندگی زناشویی موجبات رضایت از زندگی می‌شود. وقتی آدمی از زندگی خانوادگی رضایت دارد از خود، از شغل، از جهان و از زندگی نیز رضایت خواهد داشت.



۲- **تربیت نسل:** تربیت بخشی از فلسفه حیات و آفرینش است، و مربی بودن جزء صفات خداوندی بوده و هدف رسالت انبیاء نیز تربیت انسان‌ها است. والدینی و به ویژه مادری هم بخشی از همین رسالت و نیل به چنین مقامی است. به همین خاطر است که گفته شده بهشت زیر پای مادران است؛ و به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت که والدین با تربیت هر فرزندی، یک بار دیگر تربیت می‌شوند و به کمال می‌رسند. تربیت فرزند سه کارکرد فرعی زیر را دارد:

(۱) **پویایی زندگی:** با حضور فرزندان در خانواده، جریان زندگی در گستره زمان‌ها تداوم پیدا می‌کند و به فراتر از نسل‌ها می‌رسد و خانواده جاودانه می‌شود؛ و اثرات هر برنامه و زندگی در گذر زمان ماندگار می‌شود.

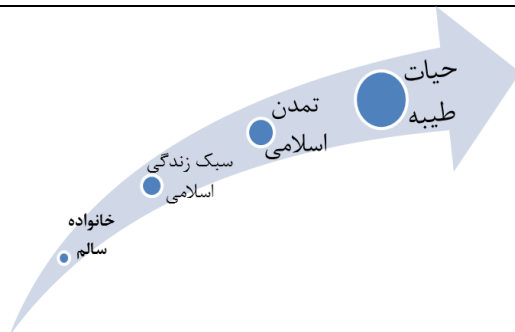
(۲) **انتقال فرهنگ:** با تربیت فرزندان، فرهنگ جامعه و تجارب و تمدن نسل‌های گذشته به نسل‌های آینده منتقل می‌شود و زنجیره تکامل بشری تداوم می‌یابد.

(۳) **برقراری نظام حمایتی:** حضور فرزندان، عمیق‌ترین اعتماد به نفس، عزت نفس، هویت و اطمینان را در والدین و فرزندان گسترش می‌دهد. نظام حمایتی و همدلی ایجاد می‌کند، امنیت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی را بیشتر می‌کند. زندگی اجتماعی را آسان می‌کند و نظام مراقبت و نظارت را افزایش می‌دهد.

نقش و جایگاه خانواده در پیشرفت و تمدن اسلامی

نقش و جایگاه خانواده:

هدف نهایی آدمی رشد، کمال و نیل به حیات طیبه است. راه رسیدن به حیات طیبه، داشتن سبک زندگی اسلامی است که بتواند از طریق ایفای نقش در شکل‌گیری تمدن اسلامی، آدمی را در نیل به حیات طیبه یاری دهد. دیاگرام این مدل به شرح زیر است.



اینکه خانواده سالم چگونه در ایجاد سبک زندگی سالم و در نتیجه در تمدن اسلامی و در نهایت در حیات طیبه نقش دارد مطابق دیاگرام و جدول زیر مورد بحث قرار می‌گیرد.

نقش و جایگاه خانواده در پیشرفت و تمدن اسلامی

حیات طیبه	تمدن اسلامی	سبک زندگی اسلامی	خانواده سالم	ردیف
ولایت توحیدی	تسخیر طبیعت و خلیفه‌اللهی	هویت و خودباوری و کمال عقل	کاهش استرس و بار مشکلات	۱
			شکوفایی استعدادها	۲
			افزایش انگیزه و تلاش	۳
			آینده سازی	۴

تعاریف

حیات طیبه: رسیدن به حیات طیبه، هدف آفرینش است. حیات طیبه، بهشت رضوان و جاویدانی است که انسان به همراه اهل و خانواده خود، با کمال آرامش و امنیت در جوار الهی و اولیاء مشغول تسبیح آن ذات یگانه است.

تمدن اسلامی: تحقق حیات طیبه، با استقرار تمدن اسلامی است. در تمدن اسلامی انسان با تسخیر طبیعت و به خدمت گرفتن آن به مقام خلیفه الهی می‌رسد. انسان با بهره‌گیری از علم الهی و کشف قوانین حاکم به حقیقت آفرینش پی برده و آن را برای رشد بشری به کار می‌گیرد.

سبک زندگی اسلامی: راه رسیدن به تمدن اسلامی، تحقق سبک زندگی اسلامی است.

یکی از مهم‌ترین ویژگی سبک زندگی اسلامی، کمال عقل است. تفکر، درک بلاواسطه و کشف قوانین حاکم است. همچنین یکی دیگر از ویژگی‌های سبک زندگی اسلامی هویت و



خودباوری است. داشتن هویت منسجم و شناخت استعدادها و باور آن است که همه این ویژگی‌ها در درون خانواده سالم نسخه پیچی شده و به ظهور می‌رسد. پویایی در خانواده به معنای وجود حرکت رو به رشد در خانواده است. خانواده فاقد رشد دچار رکود و افول و زوال می‌شود. خانواده برای پویایی خود نیازمند داشتن هدف، نظام انگیزشی و کارکردهای محصولی و به طور کلی نیاز به سبک زندگی دارد. سبک زندگی خانواده از طریق تعیین هدف خانواده، برنامه خانواده، محصولات خانواده، ویژگی انحصاری هر خانواده را نمایان می‌سازد. سبک زندگی شامل: فلسفه حیات، جهان‌بینی و نگرش‌های اساسی به خود، زندگی و خانواده، اهداف زندگی و برنامه زندگی است. انتخاب آگاهانه سبک زندگی نشانه رشد و پویایی خانواده است. سبک زندگی هر خانواده نشانگر ویژگی منحصر به فرد آن خانواده و در مجموعه خانواده‌ها نشانگر فرهنگ و تمدن آن جامعه است.

خانواده سالم: خانواده سالم موجب رشد فردی و اجتماعی می‌شود. وقتی خانواده سالم است، استرس افراد کم است، بار مشکلات کاهش می‌یابد، استعدادها شکوفا می‌شود، انگیزه زندگی و تلاش اوج می‌گیرد و آینده جامعه تضمین می‌شود. بر این اساس چهار مشخصه فردی و اجتماعی سلامت خانواده به شرح زیر است:

(۱) **کاهش استرس و بار مشکلات:** خانواده سالم از طریق حمایت از اعضاء، رفع نیازها، همدلی، توزیع استرس‌ها، موجب آرامش، کاهش استرس و نگرانی می‌شود. پیامد این آرامش کاهش بار بیماری‌ها و مشکلات و کاهش هزینه‌های زندگی می‌شود. مشکلات فردی (مانند: بیماری‌های جسمانی و روانی) و خانوادگی (مانند: تعارض، مشاجرات، طلاق) در خانواده سالم کاهش می‌یابد.

(۲) **شکوفایی استعدادها:** تمامی توانمندی‌ها و استعداد آدمی از قبیل: هوش آدمی (هوش عمومی، شناخت، تفکر، قضاوت)، هوش هیجانی و عاطفی، هوش اجتماعی و هوش معنوی و استعدادهای او (زیبایی‌شناختی، فلسفی و پژوهشگری) و فطرت آدمی در خانواده سالم ظهور کرده و شکوفا می‌شود.

(۳) **افزایش انگیزه و تلاش:** خانواده انگیزه زندگی و کار و تلاش را ایجاد می‌کند. خانواده سالم موجب افزایش امید به زندگی، توکل، تحمل، صبر و بردباری می‌شود. خانواده سالم



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

روحیه تلاش، و ایثار و از جان گذشتگی را افزایش داده و در خود فرورفتگی و خودشیفتگی را کاهش می‌دهد.

۴) آینده‌سازی: وقتی خانواده سالم است استعدادها شکوفا شده، تلاش و سازندگی افزایش می‌یابد و انسان‌های سالم رشد می‌کنند و لذا آینده جامعه نیز تضمین می‌شود.



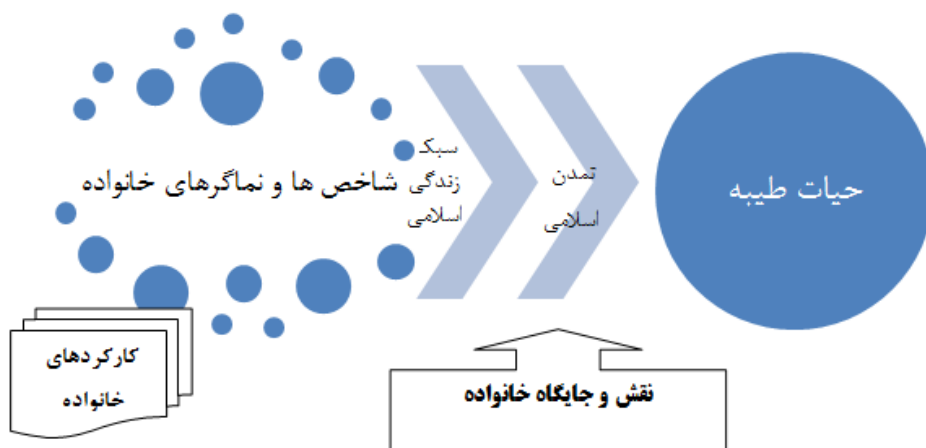
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

ویژگی‌های الگوی اسلامی ایرانی خانواده:

- ۱) جامعیت دارد: الگوی اسلامی ایرانی خانواده که در این مجموعه آمده نسبت به تمامی الگوهای موجود جامعیت دارد و شامل تعریف، شاخص‌ها، تعیین‌کننده‌ها، کارکردها و نقش‌های اساسی در تمدن اسلامی و نیز شامل شکل‌گیری خانواده تا نیل به حیات طیبه است.
- ۲) مبتنی بر مبانی علمی و جهان‌بینی دینی است: مفاهیم این مدل برگرفته از دانش روز و مضامین دینی و اسلامی است. مستندات آن همان‌گونه که مختصراً ارجاع شده است تماماً در منابع علمی و دینی موجود است.
- ۳) می‌تواند مبدأ تمامی اقدامات خانواده باشد: اقداماتی از قبیل: تصویب و اعلام شاخص‌ها، گفتمان‌سازی، نظریه‌پردازی، رصد، سنجش و پایش شاخص‌ها، ایجاد پایگاه داده‌ها (بانک اطلاعات)، تجزیه و تحلیل درونی و محیطی شاخص‌ها و تعیین بار مشکلات و مسائل خانواده در راستای شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشنهاد می‌شود.
- ۴) کاربردهای چندگانه: این مدل می‌تواند کاربردهای چندگانه داشته باشد: شامل: سیاست‌گذاری تعیین راهبردها تدوین برنامه‌ها قوانین و همچنین آسیب‌شناسی، سنجش و ارزیابی و وضعیت‌سنجی، تشخیص، پیشگیری و درمان و مداخله.



دیاگرام جامع خانواده در الگوی اسلامی ایرانی



منابع

قرآن کریم.

احمدی، خدابخش. (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی خانواده، سازمان تحقیقات و مطالعات بسیج، تهران
احمدی، خدابخش. (۱۳۸۷). بهداشت روانی خانواده، انتشارات مرکز برنامه‌ریزی و تألیف
کتاب‌های درسی.

احمدی، خدابخش و بیگدلی، زهرا. (۱۳۸۶). نظارت بر فرزندان و اثرات آن در خانواده‌های
کارکنان سپاه، مجله علوم رفتاری، ۱(۱۱).

احمدی، خدابخش، دوازده‌امامی، محمدحسن. (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی خانواده، بررسی تطبیقی
خانواده‌های سپاهی و غیرسپاهی، مرکز تحقیقات زنان سپاه و مرکز تحقیقات علوم رفتاری،
گزارش تحقیق.

احمدی، خدابخش، آزاد مرزآبادی، اسفندیار، ملا زمانی، علی. (بی‌تا). بررسی وضعیت ازدواج و
سازگاری زناشویی در بین کارکنان سپاه. مجله طب نظامی، شماره ۷(۲).

احمدی، خدابخش، فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۳). بررسی و رتبه‌بندی مشکلات موجود در بین
خانواده‌های متوفیان سپاهی. مجله طب نظامی.

احمدی، خدابخش، فتحی آشتیانی، علی، عرب‌نیا، علیرضا. (۱۳۸۵) بررسی رابطه بین
تقیدات مذهبی و سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال دوم، شماره ۵.



- احمدی، خدابخش. (۱۳۹۳). روان‌شناسی حجاب، پژوهشکده مطالعات و تحقیقات بسیج.
- احمدی، خدابخش و نودهی، داوود. (۱۳۹۴). تحلیل محتوای دیدگاه‌های مقام معظم رهبری در زمینه ازدواج و خانواده و ارائه مدل خانواده اسلامی ایرانی، پژوهش، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه بقیه ... (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.
- احمدی، خدابخش، فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای وضعیت ازدواج مجدد و آثار آن در بهداشت روانی همسران شهدا و همسران متوفیان. دانشور رفتار آبان.
- احمدی، خدابخش. (۱۳۸۲). نقش روابط جنسی در سازگاری زناشویی. کتاب خلاصه مقالات اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی، دانشگاه شاهد.
- احمدی، خدابخش، خدادادی، جواد. (۱۳۹۳). مطالعه امکان استخراج شاخص‌های سلامت روان در خانواده‌ها، گزارش پژوهش، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج).
- احمدی، خدابخش. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین اعتقادات دینی و آسیب‌پذیری فرهنگی خانواده. مجله علوم رفتاری، شماره ۱.
- احمدی، خدابخش؛ بیگدلی، زهرا؛ مرادی، آزاده و سیداسماعیلی، فتح‌الله. (۱۳۸۹). رابطه اعتقاد به حجاب و آسیب‌پذیری فردی، خانوادگی و اجتماعی، مجله علوم رفتاری، ۴(۲).
- احمدی، خدابخش؛ مجتبی یلوه؛ افسردیر بیتا، سعید خداینده‌لو و زهرا اخوی. (۱۳۹۲). تأثیر میزان و کیفیت حضور پدر در سلامت روانی فرزندان، مجله علوم رفتاری، ۷(۲).
- احمدی، علی‌اصغر. (۱۳۷۵). تحلیلی تربیتی بر روابط دختر و پسر در ایران، تهران: انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- احمدی، خدابخش، عبدیان، شهره، سلیمی، سیدحسین. (۱۳۸۹). ارتباط مهارت حل مسئله و رضایت زناشویی، روان‌شناسی معاصر، شماره ۵.
- احمدی، خدابخش، فتحی آشتیانی، علی، نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۸۴). بررسی عوامل زمینه‌ای فردی و ارتباطی دوجانبه‌ای مؤثر بر سازگاری زناشویی، خانواده‌پژوهی، سال اول، شماره ۳.
- احمدی، خدابخش. (۱۳۸۲). بررسی عوامل مؤثر بر کاهش و افزایش سازگاری زوجین و مقایسه دو روش مداخله‌ای تغییر شیوه زندگی و حل مشکل خانوادگی در کاهش ناسازگاری زناشویی در بین کارکنان سپاه. پژوهشکده طب رزمی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه



علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).

احمدی، خدابخش. (۱۳۸۵). بررسی آسیب‌پذیری‌های فرهنگی، اجتماعی و تربیتی فرزندان کارکنان سپاه. مرکز مطالعات تحقیقات زنان و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).

آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۲). روان‌شناسی اجتماعی با نگرش به منابع اسلامی. قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۴). مبانی خانواده، اندیشکده خانواده مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، تک‌نگاشت چاپ شده.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۳). روان‌شناسی ازدواج و شکوه همسری، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ چهارم.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). زن و شوهر از منظر پیامبر اعظم (ص)، انتشارات دفتر نشر فرهنگ اسلامی، چاپ یازدهم.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). روان‌شناسی خانواده، همسران برتر، چاپ دهم، تهران: انتشارات سازمان اولیا و مربیان کشور.

امام خمینی (ره). (۱۳۶۰). رساله نوین، ج ۴، ترجمه: عبدالکریم بی‌آزار شیرازی از تحریر الوسیله، تهران: ناشر موسسه انجام کتاب.

انصاریان، حسین. (۱۳۷۶). نظام خانواده در اسلام. قم: نشر ام‌ایبها.

پیلهوری، س.، شادپور، ک. (۱۳۸۱). شاخص‌های رایج بهداشتی که در برنامه‌ریزی کشور کاربرد دارند.

تقدیسی، سیدحسین؛ دشمنگیر، پری ناز؛ دهداری، طاهره و دشمنگیر، لیلا. (۱۳۹۱). عوامل اثرگذار بر سبک زندگی سالم از دیدگاه سالمندان: مطالعه کیفی سالمند، ۷(۲۷): ۴۶-۵۸.

جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۹۱). مفاتیح الحیات. قم: نشر اسراء.

جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۲). زن در آئینه جلال و جمال، قم: مرکز نشر اسراء.

حسن‌زاده، ع. (۱۳۸۰). معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، شاخص‌های کیفی بیماری ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، انتشارات



توانگر.

دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۴). شاخص‌های ملی سلامت.

رسولی، رویا، سلطانی گرد، سمیه. (۱۳۹۱). مقایسه و بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی با سازگاری زناشویی در طلاب و دانشجویان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. شماره ۸.

زهراکار، کیانوش و جعفری، فروغ. (۱۳۹۱). مشاوره خانواده (مفاهیم، تاریخچه، فرایند و نظریه‌ها). تهران: نشر ارسباران.

سالاری فر، محمدرضا. (۱۳۸۵). نظام خانواده در اسلام. قم: انتشارات سنابل.

سالاری فر، محمدرضا. (۱۳۹۲). خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

صفورایی پاریزی، محمد مهدی. (۱۳۹۲). شاخص‌های خانواده کارآمد. پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، ۱(۱): ۲۹-۵۸.

طباطبایی، سیدمحمدحسین. (۱۳۷۵). سنن النبی (ص)، ترجمه: محمدهادی فقهی. تهران: نشر اسلامی.

عاشوری، جمال. (۱۳۹۳). سبک زندگی اسلامی راهکار برخورد با گسست نسلی خانواده‌ها. پژوهش‌های اجتماعی اسلامی، ۲۰(۱): ۸۱-۱۰۲.

عبادی فرد، آ، کریمی، ج. (۱۳۷۵). شاخص‌های بهداشتی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان اصفهان.

فتحی آشیانی، علی و احمدی، خدابخش. (۱۳۸۳). بررسی ازدواج‌های موفق و ناموفق در بین دانشجویان. دانشور رفتار، ۱۱(۷): ۱۶-۹.

کارلسون، جان، اسپری، لن و لوئیس، جودیت. (۱۳۸۸). خانواده‌درمانی تضمین درمان کارآمد، ترجمه: شکوه نوابی‌نژاد، تهران: انتشارات اولیاء و مربیان.

کریمی ثانی، پرویز؛ احیائی، کبری؛ اسماعیلی، معصومه و فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۲).

عوامل تعیین کننده ازدواج موفق: یک مطالعه کیفی. پژوهش‌های مشاوره، ۱۲(۴۵): ۷۵-۹۳.



شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

- کلینی (رازی ابی جعفر محمد بن یعقوب بن اسحاق). (۱۳۹۳). متن و ترجمه فروع کافی ۱۰ جلد، ترجمه: محمدحسین رحیمیان، قم: انتشارات قدس.
- گاتمن، جان مردخای. (۱۳۸۴). هفت اصل برای زندگی زناشویی کارآمد، مترجمان: نسرین مصباح، سپیده معتمدی و وحید پیروی. تهران: انتشارات ایتا.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۸۶). خانواده‌درمانی، ترجمه: حمیدرضا حسین شاهی برواتی و همکاران انتشارات روان تهران
- محمدی، خسرو، احمدی، خدابخش، فتحی آشتیانی، علی، آزادفلاح، پرویز، عبادی، عباس. (۱۳۹۳). توسعه شاخص‌های سلامت روان در ایران، فصلنامه آموزش بهداشت روان و ارتقای سلامت، سال ۲، شماره ۱.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۷۹). تعاریف و مفاهیم استاندارد، برای استفاده در طرح‌ها و گزارش‌های آماری. چاپ مرکز آمار ایران.
- مرکز تحقیقات استراتژیک. (۱۳۸۹). راهبردهای تحکیم خانواده، مجموعه مقالات همایش ملی راهبردهای تحکیم نهاد خانواده. تهران: پژوهشکده تحقیقات راهبردی.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۲). تعلیم تربیت از نظر اسلام، قم: نشر صدرا.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۶). مسئله حجاب، چاپ پنجاه و نهم، قم: انتشارات صدرا.
- مقام معظم رهبری آیت‌الله خامنه‌ای: بیانات. سایت‌های زیر. دریافت شهریور و مهرماه ۱۳۹۳:
[http://www.leader.ir/langs/fa/index.php?p=contentShow&id=12472;](http://www.leader.ir/langs/fa/index.php?p=contentShow&id=12472)
<http://farsi.khamenei.ir>
- ملک افضلی، حسین. (۱۳۸۹). شاخص‌های ارزیابی برابر در سلامت، مجله دانش و تندرستی، دوره ۵.
- موسوی، اشرف‌السادات. (۱۳۷۹). عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۶(۲).
- مینوچین، سالوادور. (۱۳۸۶). خانواده و خانواده‌درمانی، ترجمه: باقر ثنائی، تهران: انتشارات امیرکبیر.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت (مرکز مدیریت بیماری‌ها). (۱۳۸۲). شناسایی و ارزیابی شاخص‌های سلامت در بخش بیماری‌های غیرواگیر.
وزارت بهداشت، و آموزش پزشکی. (۱۳۷۹). سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
هاروی، مایکل. (۱۳۹۲). کتاب جامع زوج‌درمانی، ترجمه خدابخش احمدی و همکاران، انتشارات دانژه.

یوزباشی، علیرضا؛ نوروزی، محمد و فتح قریب، روح‌اله. (۱۳۹۲). بررسی نقش زنان در بهبود بهداشت روانی خانواده اسلامی ایرانی با الهام از زندگی حضرت علی (ع) و حضرت فاطمه (س). مهندسی فرهنگی، (۷۷).

Ahmadi Khodabakhsh, Azad-Marzabadi Esfandiar and Nabipoor Ashrafi Seyed Mahdi, he Influence of Religiosity on Marital Satisfaction, *Journal of Social Sciences* 4 (2): 103-110, 2008

AIHW: Development of national public indicators: www.aihw.au. 1999; 1-6

Amato, P. Cheadle, J. (2008). Parental Divorce, Marital Conflict and Children's Behavior Problems: A Comparison of Adopted and Biological Children. *Social Forces*, 86(3), 1139-1161.

Australian Institute of Health and welfare. Integrating indicators: Theory and practice in the Disability Services Field. Canberra, Aihw, 2000; p:5.

Braveman PA, Cruskian S: Defining equity in health. *Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 254-8

Braveman P. Gruskian S. (2003). *Defining equity in helth*. *J Epidemiol Community Health*. 57: 254-8

Braveman, P. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Heal th Popul Nutr.*, 21(3): 181-92

Bunker, J. Frazier, H. Mosteller, F. (1994). Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Q* ; 72(2): 225-58

Bush, R. Donald, M. Dower, J. (2005). Working locally with national outcomes and indicators for mental health: making evaluation realistic and reliable. Available at: <http://www.sph.uq.edu.au/cphc/research/indicators.html>.

Deaton, A. (2001). Inequalities in income and inequalities in health. Chicago, Chicago University Press ; 285



Department of Health. NHS Performance Ratings: Acute Trusts, Specialist Trusts, Ambulance Trusts, Mental Health Trusts 2001/02. London: Department of Health Publications; 2002.

Dong, Z. Xiao, C. (2010). Impact factors of Chinese middle-aged group's marital satisfaction: An analysis based on economic model. *Technoeconomics & Management Research*, 1, 97-101.

Evans RG, Stoddart GL: Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med.*, 1990; 31(12): 1347-63

Fatima, M. Ajmal., A. (2012). Happy Marriage: A Qualitative study, *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2):37-42.

Goldenberg, I. Goldenberg, H. (2005). *Family therapy: an overview(5th ed.)*. Pacific Grove Brooks/Cole.

Goodwin, P. (2003). African American and European American Women's Marital Well-Being. *Journal of Marriage and the Family*, 65(3), 550-560.

Gottman, J. Levenson, R. (2002). Generating hypotheses after 14 years of marital follow up: Or how should one speculate? A reply to Dekay, Greeno, and Houck. *Family Process*. 40, 105-110

Gunderson, E. R. J. Arthur. (1963). "A brief mental health index." *J. Abnorm. Psychol.* 74.1 (1969): 100-04.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Health Indicators 2013 , Canadian Institute for Health Information , Available from https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_EN.pdf

Hermann R, Mattke S, Members of the OECD Mental Health Care Panel. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. *OECD Health Technical Papers NO. 17*. Paris: Head of Publications Service, OECD; 2004.

Ingram, J. (2010). Money stories of successful long-term married couples. *ProQuest Dissertations and Theses*. texaswoman,s university.

Kaslow, F. Robinson, J. (1996). Long-term satisfying marriage: perceptions of contributing factors. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 153-168.

Kotrla, K, Dyer, P. Stelzer, K. (2010). How clergy sexual misconduct happens: A qualitative study of first-hand accounts. *Journal of the Scientific Study of Religion*, (48)4, 817-824.

Lauer, R. Lauer, J. (1986). Factors in long-term marriage. *Journal of family Issues*, 7(4): 382-390.

Lavis JN, Anderson GM: Appropriateness in health care delivery. *CMAJ.*, 1996; 154(3): 321-8



- Long, L. Young, M. (2007). *Counseling and Therapy for Couples*. Thomson: BROOKS/COLE.
- Marconi, J. (1976). Policy of mental health in Latin America. *Acta Psiquiatr.Psicol.Am.Lat.* 22.2: 112-20.
- McDonnell, S., Trojano, R. Barker, N. Noji, E. Hlady, W. Hopkinz, R. (1995). "Long-term effects of Hurricane Andrew: revisiting mental health indicators." *Disasters.* 19.3: 235-46.
- Mental Health Statistics Improvement Program's Consumer-Oriented Mental Health Report Card. Available at: <http://www.mhsip.org/reportcard/>. Accessed May 8, 2012.
- MINDFUL-Mental Health Information and Determinants for the European Level. Available at: <http://info.stakes.fi/mindful/EN/frontpage.htm>. Accessed May 8, 2012.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- National Health Performance Committee. Forth National Report on Health Sector Performance indicators – A Report to the Australian Health Ministers Conference, Sydney. 2000
- National Mental Health Performance Subcommittee. Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services: Technical Specification Summary. Canberra: Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia; 2008.
- NHPC. National Health Performance Framework Report.2001. Available at: www.health.gld.gov.au/.../performance_framework/11381_doc.pdf
- Olson, D. (2000). Circumplex model of family systems. *Journal of family therapy*, 22: 144-167.
- Olson, D. Olson, A. (2000). *Empowering couples*. Minneapolis: Life Innovations.
- Olson, D. Larson, P. (2007). *Correlation of husband and wife on ENRICH scales*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. Olson-Sigg, A. Larson, P. (2008). *The couple checkup: Find your relationship strengths*. Nashville, TN: Thomas Nelson.
- Parker, R. (2002). Why marriage last: A discussion of the literature. Australia Institute of Family studies, research paper No. 28, July.
- Parkinson J. Establishing a Core Set of National, Sustainable Mental Health Indicators for Adults in Scotland: Final Report. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2007



- Roizblatt, A., kaslow, F., Rivera, S., Fuchs, T., & Zacharias, A. (1999). Long lasting marriage in chile. *Contemporary Family Therapy*, 21(1): 113-129.
- Sandoval, C., C. Couris, Leeb, K. (2012). "New mental health indicators provide a snapshot on performance of the mental health system in Canada." *Healthc.Q.* 15.2: 14-16.
- Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Serv* 2007; 58:816-821.
- STAKES. (2005). Development of mental health indicators. *Scandinavian Journal of Public Health*, 3(6), 451-459.
- Susan A. Stone. Lynda E. Frost. James R. Van Norman. Kathleen A. Casey. (2010). Creating a Mentally Healthy Community Through the Use of Behavioral Health Indicators. *Applied Research QualityLife* 5:273-285
- W.H.O. (2000). World Health Report, Health system improving performance, Geneva; 205.
- W.H.O. world Health Report, Health system improving performance, Geneva, 2000; 205.
- Wallerstrin, J. Blakeslee, S. (1995). *The good marriage: How and why love lasts*. Boston: Houghton Mifflin.
- Weissman, Ellen M: Using performance Monitoring to improve Community Health: Conceptual Framework and Community Experience. <http://www.nap.edu>.1996; 1-5
- World Health Organization. (1996). *Public Mental Health:Guideline for The elaboration and management of National Mental Health Programmes*. Geneva, WHO.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization; 1948.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Information Systems*. Geneva: World Health Organization; 2005.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence*. Summary report a report of the World Health Organization. Department of mental health and Substance.