

طراحی مدل سلامت روان خانواده بر اساس انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده

مشخصات نویسندگان:

۱. کیان پارسا*: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: kian.parsa.clin@gmail.com

شیوه استناددهی: پارسا، کیان. (۱۴۰۴). طراحی مدل سلامت روان خانواده بر اساس انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده. پژوهش‌های خانواده و زوج‌درمانی، ۱(۶)، ۲۷-۳۸.



تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر طراحی مدل کیفی سلامت روان خانواده بر اساس تجربه زیسته اعضای خانواده‌های تهرانی با تأکید بر انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده بود. مواد و روش‌ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ نفر از اعضای خانواده‌های ساکن شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و با رعایت حداکثر تنوع از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و ساختار خانواده انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد و فرایند مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ اشباع اولیه در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد و سه مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. داده‌ها پس از پیاده‌سازی کلمه‌به‌کلمه، با استفاده از نرم‌افزار NVivo و بر اساس کدگذاری باز، سازمان‌دهی مفهومی و استخراج مضامین تحلیل شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: «انسجام متوازن و احساس تعلق امن»، «انعطاف‌پذیری نقش‌ها و توزیع سازگاران مسئولیت»، «ارتباط عاطفی و گفت‌وگوی ترمیم‌گر»، «حمایت ادراک‌شده و تجربه پشتوانه روانی»، و «سلامت روان خانواده به مثابه ظرفیت تنظیم هیجان، نقش و رابطه». یافته‌ها نشان دادند خانواده‌هایی که هم‌زمان از پیوند عاطفی کافی، مرزبندی منعطف، امکان گفت‌وگوی هیجانی و حمایت قابل اتکا برخوردارند، توان بیشتری برای مدیریت فشارهای روزمره، تعارض‌های درون خانوادگی و بحران‌های بیرونی دارند. مدل نهایی پژوهش نشان داد سلامت روان خانواده محصول یک عامل منفرد نیست، بلکه حاصل تعامل پویا میان پیوند، نقش، گفت‌وگو و حمایت است. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، سلامت روان خانواده را می‌توان به عنوان ظرفیت نظام خانواده برای حفظ تعلق، بازتنظیم نقش‌ها، بیان عاطفه و ادراک حمایت در موقعیت‌های تنش‌زا تعریف کرد. این مدل می‌تواند در مداخلات خانواده‌درمانی، آموزش والدین، مشاوره زوجی و برنامه‌های ارتقای سلامت روان خانواده مورد استفاده قرار گیرد. **واژگان کلیدی:** سلامت روان خانواده؛ انسجام خانوادگی؛ انعطاف‌پذیری نقش‌ها؛ ارتباط عاطفی؛ حمایت ادراک‌شده؛ پژوهش کیفی؛ تحلیل مضمون

Designing a Family Mental Health Model Based on Family Cohesion, Role Flexibility, Emotional Communication, and Perceived Support

Authors' Information:

1. Kian Parsa*: Department of Clinical Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

Corresponding author's email: kian.parsa.clin@gmail.com

How to cite: Parsa, K. (2025). Designing a Family Mental Health Model Based on Family Cohesion, Role Flexibility, Emotional Communication, and Perceived Support. *Family Research and Couple Therapy*, 1(6), 27-38.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

Abstract

Objective: This study aimed to design a qualitative model of family mental health based on the lived experiences of families in Tehran, with emphasis on family cohesion, role flexibility, emotional communication, and perceived support.

Methods and Materials: This qualitative study was conducted using thematic analysis. The participants were 24 members of families living in Tehran, selected through purposive sampling with maximum variation in gender, age, marital status, educational level, and family structure. Data were collected through in-depth semi-structured interviews. The interviews continued until theoretical saturation was achieved; initial saturation occurred at the twenty-first interview, and three additional interviews were conducted to ensure data adequacy. All interviews were audio-recorded with participants' consent, transcribed verbatim, and analyzed using open coding, conceptual clustering, and theme development with the assistance of NVivo software. Credibility was enhanced through member checking, peer review, prolonged engagement with the data, and maintaining an audit trail.

Findings: Data analysis led to the identification of five main categories: "balanced cohesion and secure belonging," "role flexibility and adaptive distribution of responsibilities," "emotional communication and reparative dialogue," "perceived support and psychological backing," and "family mental health as the capacity to regulate emotions, roles, and relationships." The findings indicated that families with sufficient emotional bonding, flexible boundaries, opportunities for emotional dialogue, and reliable support showed greater capacity to manage everyday stressors, internal conflicts, and external crises. The final model suggested that family mental health is not the outcome of a single factor, but the product of dynamic interaction among bonding, role organization, emotional expression, and perceived support. **Conclusion:** Family mental health can be conceptualized as the family system's capacity to maintain belonging, reorganize roles, express emotions, and perceive support under stressful conditions. The proposed model may be useful for family therapy, parent education, marital counseling, and family-based mental health promotion programs.

Keywords: *Family mental health; Family cohesion; Role flexibility; Emotional communication; Perceived support; Qualitative research; Thematic analysis*

خانواده نخستین و پایدارترین بستر تجربه روانی، اجتماعی و عاطفی انسان است و کیفیت عملکرد آن می‌تواند مسیر تحول هیجانی، الگوهای دلبستگی، ظرفیت تنظیم هیجان، تاب‌آوری در برابر فشارهای زندگی و حتی شیوه مواجهه فرد با روابط اجتماعی بعدی را شکل دهد. در نگاه نظام‌مند، خانواده صرفاً مجموعه‌ای از افراد کنار یکدیگر نیست، بلکه شبکه‌ای پویا از روابط، نقش‌ها، قواعد، مرزها، عواطف و الگوهای ارتباطی است که تغییر در هر بخش آن می‌تواند کل نظام را تحت تأثیر قرار دهد. از این منظر، سلامت روان خانواده را نمی‌توان تنها به نبود تعارض، نبود اختلال یا آرام بودن فضای خانه تقلیل داد؛ بلکه سلامت روان خانواده به معنای ظرفیت نظام خانواده برای حفظ پیوند، تحمل تفاوت، توزیع مسئولیت، گفت‌وگوی عاطفی، سازگاری با بحران و فراهم کردن حمایت روانی برای اعضاست. بنابراین، خانواده سالم خانواده‌ای نیست که فاقد تنش باشد، بلکه خانواده‌ای است که می‌تواند تنش را بدون فروپاشی عاطفی، خشونت ارتباطی، قطع رابطه یا جمود نقش‌ها مدیریت کند.

در ادبیات خانواده‌درمانی و روان‌شناسی خانواده، انسجام خانوادگی یکی از بنیادی‌ترین مؤلفه‌های عملکرد سالم خانواده تلقی می‌شود. انسجام به میزان نزدیکی عاطفی، احساس تعلق، تعهد متقابل و تجربه «ما بودن» در خانواده اشاره دارد. مدل Circumplex اولسون، انسجام را در کنار انعطاف‌پذیری و ارتباط، یکی از ابعاد مرکزی کارکرد خانواده می‌داند و بر این نکته تأکید می‌کند که سطوح متعادل انسجام، بیش از سطوح افراطی یا تفریطی آن، با کارکرد مطلوب خانواده همراه است (Olson, 2000; Olson et al., 1979). در خانواده‌هایی که انسجام بسیار پایین است، اعضا ممکن است احساس تنهایی، بی‌پشتوانگی و گسست عاطفی را تجربه کنند؛ در مقابل، در خانواده‌هایی که انسجام بسیار افراطی است، مرزهای فردی مخدوش می‌شود و استقلال روانی اعضا کاهش می‌یابد. بنابراین، انسجام سالم به معنای وابستگی مطلق یا جدایی کامل نیست، بلکه نوعی پیوند متوازن است که هم تعلق و هم تمایز فردی را امکان‌پذیر می‌سازد.

انعطاف‌پذیری نقش‌ها دومین مؤلفه مهم در سلامت روان خانواده است. خانواده‌ها در جریان زندگی با تغییرات متعددی مانند تولد فرزند، ورود کودک به مدرسه، نوجوانی فرزندان، بیماری، فشار اقتصادی، تغییر شغل، مهاجرت، سالمندی والدین و بحران‌های ناگهانی مواجه می‌شوند. در چنین شرایطی، خانواده‌ای که نقش‌ها و قواعد آن کاملاً خشک، سلسله‌مراتبی و غیرقابل مذاکره باشد، در مواجهه با تغییرات دچار تنش مضاعف می‌شود. انعطاف‌پذیری خانوادگی به توانایی خانواده برای بازتنظیم نقش‌ها، تغییر قواعد، توزیع دوباره مسئولیت‌ها و سازگاری با نیازهای متغیر اعضا اشاره دارد (Olson, 2000; Walsh, 2016). برای مثال، در خانواده‌ای که مادر درگیر فشار شغلی یا بیماری می‌شود، سلامت روان خانواده تا حد زیادی به این وابسته است که سایر اعضا بتوانند بخشی از نقش‌های مراقبتی، عاطفی یا اجرایی را بر عهده بگیرند. در مقابل، زمانی که نقش‌ها به صورت کلیشه‌ای و غیرقابل جابه‌جایی تعریف می‌شوند، بار روانی بر دوش یک یا چند عضو خاص متمرکز می‌شود و زمینه فرسودگی، احساس بی‌عدالتی و تعارض مزمن فراهم می‌گردد.

ارتباط عاطفی نیز در قلب سلامت روان خانواده قرار دارد. بسیاری از خانواده‌ها ممکن است از نظر ظاهری منظم، مسئولیت‌پذیر و حتی منسجم به نظر برسند، اما در سطح عاطفی فاقد زبان مشترک برای بیان نیاز، ترس، خشم، دلخوری، شرم یا درخواست حمایت باشند. ارتباط عاطفی به معنای توانایی اعضای خانواده برای شنیدن، بیان کردن، اعتباربخشی، همدلی و ترمیم رابطه پس از تعارض است. پژوهش‌های خانواده‌درمانی نشان داده‌اند که کیفیت ارتباط خانوادگی نه تنها پیامد انسجام و انعطاف‌پذیری است، بلکه خود می‌تواند نقش تسهیل‌گر در حفظ تعادل نظام خانواده داشته باشد (Gottman & Levenson, 1992; Olson, 2000). خانواده‌هایی که در آن‌ها گفت‌وگوی عاطفی سرکوب می‌شود، معمولاً با الگوهایی مانند سکوت تنبیهی، کناره‌گیری، انتقاد مزمن، انفجار هیجانی یا انکار نیازهای روانی مواجه می‌شوند. در چنین خانواده‌هایی، اعضا ممکن است در کنار یکدیگر زندگی کنند، اما تجربه ذهنی آنان از خانواده با تنهایی عاطفی، ناامنی و نبود فهم متقابل همراه باشد.

حمایت ادراک‌شده چهارمین مؤلفه بنیادین در مدل حاضر است. حمایت ادراک‌شده به این معناست که فرد تا چه اندازه باور دارد در شرایط دشوار، منابع عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزشی در دسترس او قرار دارد. اهمیت حمایت اجتماعی تنها به حمایت واقعی محدود نیست؛ بلکه ادراک فرد از قابل اتکا بودن شبکه حمایتی، اثر تعیین‌کننده‌ای بر تجربه فشار و سلامت روان دارد (Cohen & Wills, 1985; Zimet et al., 1988). در سطح خانواده، حمایت ادراک‌شده به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا اعضا احساس می‌کنند در زمان شکست، بیماری، اضطراب، تعارض یا فشار اقتصادی تنها رها نمی‌شوند؟ آیا کمک گرفتن در خانواده با سرزنش همراه است یا با پذیرش؟ آیا حمایت به صورت مشروط و کنترل‌گرانه ارائه می‌شود یا به صورت همدلانه و توانمندساز؟ خانواده‌ای که در آن حمایت ادراک‌شده بالاست، لزوماً خانواده‌ای بدون مشکل نیست، اما اعضای آن در برابر مشکل احساس بی‌پناهی نمی‌کنند.

از منظر نظریه نظام‌های خانواده، سلامت روان خانواده پدیده‌ای چندبعدی و رابطه‌ای است. رویکردهای کلاسیک خانواده‌درمانی، از جمله دیدگاه ساختاری مینوچین و نظریه نظام‌های خانوادگی بوئن، نشان داده‌اند که مرزها، سلسله‌مراتب، تمایز یافتگی، الگوهای تعاملی و قواعد نانوشته خانواده در سلامت روان اعضا نقش اساسی دارند (Bowen, 1978; Minuchin, 1974). بر اساس این دیدگاه، نشانه‌های روان‌شناختی یک عضو خانواده را نباید صرفاً به عنوان مشکل فردی در نظر گرفت، زیرا این نشانه‌ها اغلب در بستر روابط خانوادگی معنا پیدا می‌کنند. برای نمونه، اضطراب یک نوجوان ممکن است با تعارض والدین، نقش‌پذیری بیش از حد، نبود گفت‌وگوی عاطفی یا فشار انتظارات خانوادگی پیوند داشته باشد. به همین ترتیب، فرسودگی روانی والدین ممکن است نه تنها از فشارهای بیرونی، بلکه از توزیع نامتوازن نقش‌ها و نبود حمایت ادراک‌شده در درون خانواده ناشی شود.

چارچوب تاب‌آوری خانواده نیز تأکید می‌کند که خانواده‌ها در مواجهه با بحران می‌توانند از طریق نظام باورها، الگوهای سازمانی و فرایندهای ارتباطی، ظرفیت بازسازی و سازگاری خود را افزایش دهند (Walsh, 2003, 2016). این چارچوب با موضوع پژوهش حاضر همسو است، زیرا سلامت روان خانواده را نه وضعیت ثابت، بلکه توانایی پویا برای مواجهه با فشار می‌داند. خانواده‌های تاب‌آور معمولاً بحران را نه پایان رابطه، بلکه موقعیتی برای بازتعریف نقش‌ها، تقویت پیوندها و فعال‌سازی منابع حمایتی تلقی می‌کنند. در چنین خانواده‌هایی، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده به اعضا کمک می‌کند تا فشار را به تجربه‌ای مشترک و قابل مدیریت تبدیل کنند، نه تهدیدی فردی و منزوی‌کننده.

با وجود اهمیت فراوان هر یک از این مؤلفه‌ها، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های موجود، سلامت روان خانواده را به‌صورت کمی و بر اساس سنجش رابطه میان متغیرها بررسی کرده‌اند. این مطالعات ارزشمندند، اما کمتر نشان می‌دهند که اعضای خانواده در تجربه زیسته خود چگونه انسجام، نقش، عاطفه و حمایت را معنا می‌کنند. برای مثال، ممکن است دو خانواده از نظر نمره انسجام مشابه باشند، اما یکی انسجام را به‌صورت «حمایت و همراهی» و دیگری به‌صورت «دخالت و کنترل» تجربه کند. همچنین، انعطاف‌پذیری نقش‌ها در بافت فرهنگی تهران می‌تواند معانی خاصی داشته باشد؛ زیرا هنجارهای جنسیتی، فشار اقتصادی، نقش خانواده گسترده، انتظارات والدگری و سبک‌های ارتباطی میان‌نسلی در شکل‌دهی به نقش‌های خانوادگی مؤثرند. بنابراین، برای طراحی مدل بومی و عمیق سلامت روان خانواده، لازم است تجربه زیسته اعضای خانواده‌ها از این مؤلفه‌ها بررسی شود.

از سوی دیگر، جامعه شهری تهران با مجموعه‌ای از فشارهای روانی و اجتماعی مانند تراکم جمعیت، هزینه‌های اقتصادی، سبک زندگی شتاب‌زده، کاهش زمان گفت‌وگوی خانوادگی، فشار شغلی والدین، تغییر انتظارات نسل جوان و افزایش تنش‌های نقش مواجه است. این وضعیت سبب می‌شود خانواده‌ها بیش از پیش به ظرفیت‌های درونی خود برای حفظ سلامت روان نیاز داشته باشند. در چنین بستری، انسجام خانوادگی ممکن است در معرض گسست قرار گیرد، نقش‌ها ممکن است نامتوازن یا فرساینده شوند، ارتباط عاطفی ممکن است جای خود را به ارتباط کارکردی و روزمره بدهد، و حمایت ادراک‌شده ممکن است به دلیل خستگی روانی اعضا کاهش یابد. بنابراین، شناسایی سازوکارهای سلامت روان خانواده در این بافت می‌تواند هم از نظر نظری و هم از نظر کاربردی اهمیت داشته باشد.

پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل سلامت روان خانواده بر اساس انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده انجام شد. این پژوهش تلاش می‌کند به جای نگاه تک‌متغیری، سلامت روان خانواده را به‌عنوان یک الگوی پویا و تعاملی درک کند. پرسش اصلی پژوهش این است که اعضای خانواده‌های تهرانی سلامت روان خانواده را چگونه تجربه و معنا می‌کنند و چه مؤلفه‌هایی در شکل‌گیری، تداوم یا تضعیف آن نقش دارند؟ انتظار می‌رود نتایج این پژوهش بتواند مبنایی برای طراحی مداخلات خانواده‌محور، برنامه‌های آموزش والدین، مشاوره زوجی و سیاست‌گذاری‌های سلامت روان اجتماعی فراهم سازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. انتخاب رویکرد کیفی از آن جهت مناسب بود که هدف پژوهش، فهم عمیق تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان از سلامت روان خانواده و طراحی مدل مفهومی بر اساس معانی، روایت‌ها و الگوهای تجربه‌شده آنان بود. در این پژوهش، سلامت روان خانواده نه به‌عنوان یک سازه صرفاً آماری، بلکه به‌عنوان پدیده‌ای رابطه‌ای، زمینه‌مند و چندبعدی بررسی شد. تحلیل مضمون به پژوهشگر امکان داد تا از دل روایت‌های مصاحبه‌شوندگان، الگوهای معنایی تکرارشونده، مقوله‌های اصلی و روابط مفهومی میان انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده استخراج شود. (Braun & Clarke, 2006)

جامعه پژوهش شامل اعضای خانواده‌های ساکن شهر تهران بود. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و با راهبرد حداکثر تنوع انتخاب شدند تا تجربه‌های متفاوتی از نظر جنسیت، سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و ساختار خانواده در داده‌ها

منعکس شود. معیارهای ورود شامل سکونت در تهران، داشتن تجربه زیست در خانواده هسته‌ای یا گسترده، تمایل به مشارکت آگاهانه، توانایی بیان تجربه‌های خانوادگی و رضایت برای ضبط مصاحبه بود. معیارهای خروج شامل ناتوانی در ادامه مصاحبه، تمایل نداشتن به پاسخ‌گویی به پرسش‌های اصلی یا قرار داشتن در بحران شدید روان‌شناختی در زمان مصاحبه بود. در مجموع، ۲۴ نفر در پژوهش شرکت کردند. اشباع نظری در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد، اما برای اطمینان از پایداری مقوله‌ها و غنای داده‌ها، سه مصاحبه تکمیلی دیگر نیز انجام شد.

گردآوری داده‌ها تنها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت. راهنمای مصاحبه بر اساس هدف پژوهش و مرور ادبیات نظری تدوین شد و شامل پرسش‌هایی درباره معنای سلامت روان خانواده، تجربه تعلق و انسجام، نحوه توزیع نقش‌ها، شیوه گفت‌وگوی عاطفی، تجربه حمایت در شرایط دشوار، تعارض‌های خانوادگی و عوامل تقویت‌کننده یا تضعیف‌کننده سلامت روان خانواده بود. نمونه پرسش‌ها عبارت بودند از: «وقتی می‌گویید خانواده از نظر روانی سالم است، چه تصویری در ذهن شما شکل می‌گیرد؟»، «در خانواده شما مسئولیت‌ها چگونه تقسیم می‌شود؟»، «در زمان ناراحتی یا فشار، اعضای خانواده چگونه با هم صحبت می‌کنند؟»، «چه زمانی احساس می‌کنید خانواده پشتیبان شماست؟» و «چه چیزهایی باعث می‌شود اعضای خانواده از نظر روانی از هم فاصله بگیرند؟». مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۸۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری داده‌ها آغاز شد. ابتدا متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا پژوهشگر با کلیت داده‌ها آشنا شود. سپس واحدهای معنایی مرتبط با سؤال پژوهش شناسایی و کدگذاری اولیه انجام شد. در مرحله بعد، کدهای مشابه در خوشه‌های مفهومی قرار گرفتند و مضامین فرعی شکل گرفتند. سپس مضامین فرعی با مقایسه مداوم، بازبینی و ادغام شدند و در نهایت مقوله‌های اصلی استخراج شد. برای مدیریت داده‌ها، ذخیره کدها، سازمان‌دهی یادداشت‌های تحلیلی و ردیابی فرایند تحلیل از نرم‌افزار NVivo استفاده شد. با این حال، نرم‌افزار صرفاً ابزار مدیریت داده بود و تفسیر نهایی بر اساس قضاوت تحلیلی پژوهشگر انجام گرفت.

برای افزایش اعتمادپذیری یافته‌ها، از معیارهای اعتبار، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری استفاده شد (Lincoln & Guba, 1985) به منظور افزایش اعتبار، بخشی از یافته‌های اولیه در اختیار تعدادی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و نظر آنان درباره انطباق تفسیرها با تجربه‌هایشان دریافت شد. همچنین، بازبینی همتایان پژوهشی برای بررسی کدها و مقوله‌ها انجام گرفت. برای افزایش انتقال‌پذیری، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و بافت پژوهش به صورت دقیق توصیف شد. برای وابستگی، مسیر تحلیل، تصمیم‌های کدگذاری و تغییرات مقوله‌ها ثبت شد. برای تأییدپذیری نیز یادداشت‌های تأملی پژوهشگر و نقل‌قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان برای پشتیبانی از تفسیرها نگهداری شد. ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، محرمانگی اطلاعات، ناشناس‌سازی نام‌ها، حق انصراف در هر مرحله و استفاده پژوهشی از داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴ نفر از اعضای خانواده‌های ساکن تهران مشارکت داشتند. از نظر جنسیت، ۱۳ نفر زن و ۱۱ نفر مرد بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۹ تا ۵۶ سال بود؛ ۶ نفر در گروه سنی ۲۹ تا ۳۵ سال، ۹ نفر در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و ۹ نفر در گروه سنی ۴۶

تا ۵۶ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۰ نفر متأهل، ۲ نفر مطلقه و ۲ نفر در خانواده‌های بازتتشکیل‌شده زندگی می‌کردند. از نظر سطح تحصیلات، ۴ نفر دارای دیپلم، ۶ نفر کاردانی یا کارشناسی، ۱۰ نفر کارشناسی ارشد و ۴ نفر دکتری یا دانشجوی دکتری بودند. از نظر تعداد فرزندان، ۵ نفر بدون فرزند، ۱۱ نفر دارای یک فرزند، ۶ نفر دارای دو فرزند و ۲ نفر دارای سه فرزند بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۱۵ نفر شاغل، ۵ نفر خانه‌دار و ۴ نفر بازنشسته یا دارای اشتغال پاره‌وقت بودند. این تنوع جمعیت‌شناختی امکان داد تجربه سلامت روان خانواده از منظر نقش‌های متفاوت خانوادگی، جنسیتی و نسلی بررسی شود.

تحلیل داده‌ها نشان داد نخستین مقوله اصلی، «انسجام متوازن و احساس تعلق امن» است. مشارکت‌کنندگان سلامت روان خانواده را با احساس «کنار هم بودن»، «تنها نبودن»، «دیده شدن» و «حفظ پیوند در زمان اختلاف» توصیف کردند. با این حال، آنان میان انسجام سالم و درهم‌تنیدگی افراطی تمایز قائل بودند. انسجام سالم زمانی تجربه می‌شد که اعضا بدون ترس از طرد شدن بتوانند نظر متفاوت خود را بیان کنند و در عین حفظ استقلال، احساس تعلق داشته باشند. یکی از مشارکت‌کنندگان زن ۳۸ ساله بیان کرد: «برای من خانواده سالم یعنی وقتی ناراحتم، بدانم کسی هست که بفهمد، نه اینکه حتماً مشکل را حل کند؛ همین که حس کنم تنها نیستم، آرامم می‌کند.» مشارکت‌کننده مرد ۴۴ ساله نیز گفت: «در خانه ما وقتی اختلاف هست، اگر باز هم آخرش بتوانیم دور یک میز بنشینیم، یعنی هنوز خانواده سالم است.» این مقوله نشان داد انسجام خانوادگی در تجربه مشارکت‌کنندگان نه به معنای حذف تعارض، بلکه به معنای حفظ پیوند عاطفی در بستر تعارض است.

دومین مقوله اصلی، «انعطاف‌پذیری نقش‌ها و توزیع سازگارانه مسئولیت» بود. مشارکت‌کنندگان بارها به این نکته اشاره کردند که سلامت روان خانواده زمانی تضعیف می‌شود که نقش‌ها ثابت، نابرابر و غیرقابل مذاکره باشند. در خانواده‌هایی که مسئولیت عاطفی، مراقبتی، اقتصادی یا تربیتی فقط بر دوش یک عضو قرار می‌گرفت، احساس فرسودگی، خشم پنهان و بی‌عدالتی افزایش می‌یافت. در مقابل، خانواده‌هایی که می‌توانستند در شرایط فشار، نقش‌ها را بازتوزیع کنند، تجربه آرامش بیشتری داشتند. یک مشارکت‌کننده زن ۴۱ ساله گفت: «وقتی همه چیز خانه روی دوش من بود، حتی محبت بچه‌ها هم برایم فشار بود؛ اما وقتی همسرم بعضی کارها را گرفت، انگار دوباره توانستم مادر باشم.» مشارکت‌کننده مرد ۳۶ ساله نیز اظهار کرد: «قبلاً فکر می‌کردم وظیفه من فقط پول درآوردن است، ولی وقتی دیدم همسرم از نظر روانی خسته شده، فهمیدم نقش پدر و شوهر فقط مالی نیست.» این یافته نشان داد انعطاف‌پذیری نقش‌ها یکی از سازوکارهای اصلی پیشگیری از فرسودگی خانوادگی است.

سومین مقوله اصلی، «ارتباط عاطفی و گفت‌وگوی ترمیم‌گر» بود. مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که بسیاری از مشکلات خانواده نه از نبود علاقه، بلکه از ناتوانی در بیان درست احساسات ناشی می‌شود. در روایت‌ها، خانواده سالم خانواده‌ای بود که اعضای آن بتوانند درباره ناراحتی، ترس، خشم، فشار و نیازهای خود صحبت کنند، بدون آنکه بلافاصله مورد قضاوت، تحقیر یا سرزنش قرار گیرند. گفت‌وگوی ترمیم‌گر به معنای توانایی خانواده برای بازگشت به رابطه پس از دلخوری بود. یکی از مشارکت‌کنندگان زن ۳۳ ساله گفت: «ما قبلاً فقط درباره خرید، مدرسه بچه و قسط حرف می‌زدیم؛ وقتی یاد گرفتیم درباره احساسی که پشت دعواست حرف بزنیم، دعواها کمتر و کوتاه‌تر شد.» مشارکت‌کننده مرد ۴۹

ساله نیز بیان کرد: «در خانواده ما قهر طولانی خیلی آسیب زد. بعداً فهمیدم سکوت همیشه آرامش نیست؛ گاهی سکوت یعنی تنبیه.» این مقوله نشان داد ارتباط عاطفی کارآمد، فضای روانی خانواده را از سطح مدیریت امور روزمره به سطح فهم متقابل و ترمیم رابطه ارتقا می‌دهد. چهارمین مقوله اصلی، «حمایت ادراک‌شده و تجربه پشتوانه روانی» بود. مشارکت‌کنندگان حمایت را فقط کمک مالی یا انجام کارهای عملی نمی‌دانستند، بلکه آن را تجربه ذهنی اطمینان از حضور دیگری در شرایط دشوار تعریف می‌کردند. حمایت ادراک‌شده زمانی تقویت می‌شد که اعضای خانواده احساس می‌کردند می‌توانند بدون ترس از سرزنش، ضعف، نگرانی یا شکست خود را آشکار کنند. در مقابل، حمایت مشروط، منت‌گذارانه یا کنترل‌گرانه، اثر روانی مثبت خود را از دست می‌داد. یک مشارکت‌کننده زن ۴۶ ساله گفت: «گاهی کمک می‌کنند، ولی طوری که آدم پشیمان می‌شود درخواست کرده؛ حمایت وقتی خوب است که عزت آدم را نگه دارد.» مشارکت‌کننده مرد ۵۲ ساله نیز اظهار کرد: «وقتی ورشکست شدم، چیزی که مرا نگه داشت این بود که همسر و بچه‌هایم نگفتند تو باعث بدبختی ما شدی. گفتند با هم درستش می‌کنیم.» این مقوله نشان داد حمایت ادراک‌شده، نقش ضربه‌گیر روانی در برابر بحران‌های خانوادگی دارد.

پنجمین مقوله اصلی، «سلامت روان خانواده به‌مثابه ظرفیت تنظیم هیجان، نقش و رابطه» بود. در جمع‌بندی روایت‌ها، سلامت روان خانواده به‌صورت یک وضعیت ایستا یا ویژگی ثابت توصیف نشد، بلکه به‌عنوان ظرفیت خانواده برای تنظیم هم‌زمان سه سطح هیجان، نقش و رابطه ظاهر شد. خانواده سالم از نگاه مشارکت‌کنندگان خانواده‌ای بود که هنگام فشار، هیجان‌ها را انکار یا منفجر نمی‌کند؛ نقش‌ها را به‌صورت خشک و ناعادلانه نگه نمی‌دارد؛ و رابطه را در اثر تعارض قطع یا فرسوده نمی‌سازد. بر اساس مدل نهایی، انسجام خانوادگی نقش «پیونددهنده»، انعطاف‌پذیری نقش‌ها نقش «تنظیم‌کننده»، ارتباط عاطفی نقش «ترمیم‌کننده» و حمایت ادراک‌شده نقش «محافظت‌کننده» در سلامت روان خانواده دارد. بنابراین، سلامت روان خانواده زمانی شکل می‌گیرد که این چهار مؤلفه در تعامل متوازن با یکدیگر عمل کنند. به بیان دیگر، انسجام بدون انعطاف ممکن است به وابستگی و کنترل منجر شود؛ انعطاف بدون انسجام ممکن است به پراکندگی نقش‌ها بینجامد؛ ارتباط عاطفی بدون حمایت ممکن است سطحی و ناپایدار بماند؛ و حمایت بدون گفت‌وگوی عاطفی ممکن است به کمک ابزاری بدون همدلی تبدیل شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر طراحی مدل سلامت روان خانواده بر اساس انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده بود. یافته‌ها نشان دادند سلامت روان خانواده در تجربه مشارکت‌کنندگان، پدیده‌ای چندبعدی و نظام‌مند است که از تعامل میان پیوند عاطفی، سازمان‌دهی نقش‌ها، کیفیت ارتباط و احساس پشتوانه شکل می‌گیرد. نخستین یافته پژوهش، نقش محوری انسجام متوازن و احساس تعلق امن در سلامت روان خانواده بود. این یافته با مدل Circumplex اولسون همسو است که انسجام را یکی از ابعاد اصلی عملکرد خانواده می‌داند و تأکید می‌کند خانواده‌های متعادل، نه از نظر عاطفی گسسته‌اند و نه به‌صورت افراطی درهم‌تنیده (Olson, 2000; Olson et al., 1979). یافته حاضر نشان داد که مشارکت‌کنندگان انسجام را بیشتر در تجربه «تنها نبودن در بحران» و «حفظ پیوند پس از تعارض» معنا می‌کردند. این نتیجه با دیدگاه والش نیز همخوان است؛ زیرا در چارچوب تاب‌آوری خانواده، پیوند عاطفی و حفظ ارتباط در شرایط فشار، یکی از منابع

اصلی سازگاری خانواده تلقی می‌شود. (Walsh, 2003, 2016) بنابراین، می‌توان گفت انسجام سالم نوعی امنیت رابطه‌ای ایجاد می‌کند که به اعضا اجازه می‌دهد بدون ترس از طرد، اختلاف و آسیب‌پذیری خود را بیان کنند.

دومین یافته پژوهش بر اهمیت انعطاف‌پذیری نقش‌ها و توزیع سازگاران مسئولیت‌ها تأکید داشت. مشارکت‌کنندگان نشان دادند که جمود نقش‌ها، به‌ویژه در شرایط فشار اقتصادی، والدگری، بیماری یا اشتغال، می‌تواند به فرسودگی روانی و تعارض پنهان منجر شود. این یافته با مدل Circumplex همسو است؛ زیرا در این مدل، انعطاف‌پذیری به ظرفیت خانواده برای تغییر رهبری، قواعد و نقش‌ها در پاسخ به نیازهای رشدی و موقعیتی اشاره دارد. (Olson, 2000; Olson et al., 2019) همچنین، نظریه ساختاری خانواده مینوچین نشان می‌دهد که مرزها و سازمان نقش‌ها در خانواده باید به اندازه کافی روشن و در عین حال قابل تعدیل باشند تا خانواده بتواند با تغییرات رشدی و محیطی سازگار شود. (Minuchin, 1974) یافته حاضر از این دیدگاه حمایت می‌کند و نشان می‌دهد که سلامت روان خانواده نه از حذف نقش‌ها، بلکه از امکان مذاکره درباره نقش‌ها حاصل می‌شود. زمانی که مسئولیت‌ها فقط بر اساس کلیشه‌های جنسیتی یا عادت‌های قدیمی توزیع شوند، خانواده توان پاسخ‌گویی به شرایط جدید را از دست می‌دهد.

سومین یافته پژوهش، نقش ارتباط عاطفی و گفت‌وگوی ترمیم‌گر در سلامت روان خانواده بود. مشارکت‌کنندگان خانواده سالم را خانواده‌ای می‌دانستند که بتواند درباره هیجان‌ها، دلخوری‌ها و نیازها صحبت کند و پس از تعارض به رابطه بازگردد. این یافته با پژوهش‌های مربوط به ارتباط زوجی و خانوادگی همسو است که نشان می‌دهند کیفیت تعامل عاطفی، شیوه مدیریت تعارض و توانایی ترمیم رابطه از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سلامت رابطه و عملکرد خانواده هستند. (Gottman & Levenson, 1992; Olson, 2000) در مدل اولسون نیز ارتباط خانوادگی بعدی تسهیل‌گر تلقی می‌شود که به خانواده کمک می‌کند سطح مناسبی از انسجام و انعطاف را حفظ کند. (Olson, 2000) یافته حاضر نشان داد که ارتباط عاطفی صرفاً تبادل اطلاعات نیست، بلکه فرایندی ترمیمی است که از طریق آن اعضا می‌توانند سوءتفاهم‌ها، رنجش‌ها و نیازهای پنهان را قابل گفت‌وگو کنند. به همین دلیل، خانواده‌هایی که فقط درباره امور اجرایی روزمره صحبت می‌کنند، ممکن است از نظر عملکرد بیرونی منظم باشند، اما از نظر سلامت روانی دچار فقر عاطفی شوند.

چهارمین یافته پژوهش نشان داد حمایت ادراک‌شده یکی از سازوکارهای محافظت‌کننده در سلامت روان خانواده است. مشارکت‌کنندگان حمایت را بیشتر به‌صورت تجربه «پشتوانه بودن» تعریف کردند، نه صرفاً کمک مادی یا عملی. این یافته با فرضیه ضربه‌گیر حمایت اجتماعی Cohen و Wills همسو است که بیان می‌کند حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات منفی فشار روانی را کاهش دهد. (Cohen & Wills, 1985) همچنین، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران نشان می‌دهد که حمایت از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی، در تجربه ذهنی فرد از امنیت روانی نقش دارد. (Zimet et al., 1988) در پژوهش حاضر، حمایت زمانی مؤثر بود که با احترام، عدم سرزنش و حفظ عزت فرد همراه می‌شد. بنابراین، حمایت خانوادگی فقط زمانی سلامت‌زا است که به‌صورت همدلانه و توانمندساز تجربه شود. حمایت کنترل‌گرانه یا منت‌گذارانه ممکن است حتی به کاهش احساس امنیت و افزایش شرم منجر شود.

پنجمین یافته پژوهش، شکل‌گیری مدل یکپارچه سلامت روان خانواده به‌عنوان ظرفیت تنظیم هیجان، نقش و رابطه بود. این مدل نشان داد هیچ‌یک از مؤلفه‌های انسجام، انعطاف‌پذیری، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده به‌تنهایی برای توضیح سلامت روان خانواده کافی نیستند. خانواده ممکن است منسجم باشد، اما اگر انعطاف نداشته باشد، انسجام به کنترل تبدیل می‌شود. خانواده ممکن است نقش‌ها را انعطاف‌پذیر کند، اما اگر پیوند عاطفی ضعیف باشد، تغییر نقش‌ها به بی‌نظمی و فاصله منجر می‌شود. خانواده ممکن است حمایت عملی ارائه دهد، اما اگر ارتباط عاطفی وجود نداشته باشد، حمایت به انجام وظیفه‌ای سرد و غیرهمدلانه تبدیل می‌شود. این نتیجه با دیدگاه نظام‌های خانواده همخوان است که خانواده را شبکه‌ای از روابط متقابل می‌داند و تأکید می‌کند تغییر در یک بعد می‌تواند سایر ابعاد را تحت تأثیر قرار دهد (Bowen, 1974; Minuchin, 1974). همچنین، با چارچوب تاب‌آوری خانواده هماهنگ است که سلامت و سازگاری خانواده را حاصل تعامل میان باورهای مشترک، الگوهای سازمانی و فرایندهای ارتباطی می‌داند. (Walsh, 2003)

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مطالعات جدید درباره رابطه کارکرد خانواده و سلامت روان همسو است. برای نمونه، Berryhill و همکاران نشان دادند کارکرد خانوادگی منسجم و انعطاف‌پذیر با اضطراب و افسردگی کمتر در دانشجویان مرتبط است و ارتباط مثبت خانوادگی در این رابطه نقش میانجی دارد (Huang et al., 2018). و همکاران نیز نشان دادند کارکرد خانواده با افسردگی نوجوانان ارتباط دارد و این رابطه از طریق سازوکارهایی مانند عزت‌نفس و روابط همسالان تبیین می‌شود. (Huang et al., 2022) همچنین، Yan و همکاران نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده والدین از طریق کیفیت رابطه زنانشویی و رابطه والد-فرزند با سلامت روان کودکان مرتبط است (Yan et al., 2024). این مطالعات از یافته پژوهش حاضر حمایت می‌کنند، زیرا نشان می‌دهند سلامت روان خانواده از مسیرهای رابطه‌ای، عاطفی و حمایتی شکل می‌گیرد و نمی‌توان آن را صرفاً به ویژگی‌های فردی اعضا نسبت داد.

از نظر کاربردی، مدل پیشنهادی پژوهش حاضر می‌تواند برای خانواده‌درمانگران و مشاوران خانواده مفید باشد. این مدل نشان می‌دهد ارزیابی سلامت روان خانواده باید فراتر از سؤال درباره شدت تعارض یا وجود نشانه‌های روان‌شناختی باشد. درمانگر باید بررسی کند که اعضا تا چه اندازه احساس تعلق دارند، نقش‌ها چگونه توزیع شده‌اند، گفت‌وگوی عاطفی چگونه انجام می‌شود و حمایت چگونه تجربه می‌شود. به‌ویژه در بافت شهری تهران، که خانواده‌ها با فشارهای اقتصادی، شغلی، نسلی و فرهنگی متعددی مواجه‌اند، مداخله‌های خانواده‌محور باید به بازتعریف نقش‌ها، افزایش گفت‌وگوی عاطفی، کاهش سرزنش و تقویت حمایت ادراک‌شده توجه کنند. بنابراین، مدل حاضر می‌تواند مبنایی برای طراحی بسته‌های آموزشی، پروتکل‌های مشاوره‌ای و برنامه‌های پیشگیرانه در مراکز سلامت روان، مدارس، مراکز مشاوره خانواده و کلینیک‌های زوج‌درمانی باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، مشارکت‌کنندگان از شهر تهران انتخاب شدند و بنابراین تجربه آنان ممکن است به دلیل ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و شهری تهران با خانواده‌های ساکن شهرهای کوچک، مناطق روستایی یا بافت‌های فرهنگی متفاوت یکسان نباشد. دوم، داده‌ها فقط از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد و از روش‌هایی مانند مشاهده خانواده، مصاحبه خانوادگی هم‌زمان یا یادداشت‌های روزانه استفاده نشد. سوم، با وجود تلاش برای حداکثر تنوع، روایت‌های مشارکت‌کنندگان

بر اساس خودگزارشی بود و ممکن است تحت تأثیر ملاحظات اجتماعی، شرم، دفاع روانی یا تمایل به ارائه تصویر مطلوب از خانواده قرار گرفته باشد. چهارم، ماهیت کیفی پژوهش امکان تعمیم آماری یافته‌ها را محدود می‌کند، هرچند هدف پژوهش تعمیم آماری نبود، بلکه فهم عمیق و طراحی مدل مفهومی بود.

برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود مدل استخراج‌شده در نمونه‌های متنوع‌تر از نظر جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی بررسی شود. انجام پژوهش‌های کیفی مقایسه‌ای میان خانواده‌های ساکن تهران، شهرهای کوچک و مناطق روستایی می‌تواند نشان دهد که انسجام، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده در بافت‌های مختلف چه معانی متفاوتی پیدا می‌کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طرح‌های آمیخته استفاده شود؛ به این معنا که ابتدا مدل کیفی حاضر به مقیاس یا پرسشنامه تبدیل شود و سپس روابط میان ابعاد مدل با شاخص‌هایی مانند اضطراب، افسردگی، رضایت زناشویی، فرسودگی والدگری و تاب‌آوری خانواده آزمون شود. مطالعات طولی نیز می‌توانند نشان دهند که تغییر در انعطاف‌پذیری نقش‌ها یا ارتباط عاطفی چگونه در طول زمان بر سلامت روان خانواده اثر می‌گذارد.

از نظر عملی، پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران خانواده در ارزیابی اولیه، چهار محور اصلی مدل حاضر را به‌صورت نظام‌مند بررسی کنند: میزان تعلق و انسجام، نحوه توزیع نقش‌ها، کیفیت گفت‌وگوی عاطفی و سطح حمایت ادراک‌شده. طراحی کارگاه‌های آموزشی برای والدین و زوج‌ها با محوریت گفت‌وگوی عاطفی، مذاکره درباره نقش‌ها، حمایت بدون سرزنش و حفظ مرزهای سالم خانوادگی می‌تواند به ارتقای سلامت روان خانواده کمک کند. همچنین، در مدارس و مراکز سلامت جامعه می‌توان برنامه‌هایی برای تقویت مهارت‌های ارتباطی خانواده، پیشگیری از فرسودگی والدگری و افزایش حمایت متقابل میان اعضا اجرا کرد. در مداخلات خانواده‌درمانی نیز بهتر است تمرکز صرف بر کاهش تعارض جای خود را به بازسازی ظرفیت خانواده برای پیوند، انعطاف، گفت‌وگو و حمایت بدهد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل سلامت روان خانواده بر اساس انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، ارتباط عاطفی و حمایت ادراک‌شده انجام شد. یافته‌ها نشان داد سلامت روان خانواده پدیده‌ای پویا، چندبعدی و رابطه‌ای است که از تعامل میان احساس تعلق، سازمان‌دهی منعطف نقش‌ها، گفت‌وگوی عاطفی و تجربه حمایت شکل می‌گیرد. بر اساس مدل نهایی، انسجام خانوادگی نقش پیونددهنده، انعطاف‌پذیری نقش‌ها نقش تنظیم‌کننده، ارتباط عاطفی نقش ترمیم‌کننده و حمایت ادراک‌شده نقش محافظت‌کننده دارد. خانواده سالم، خانواده‌ای بدون اختلاف یا فشار نیست، بلکه خانواده‌ای است که می‌تواند در مواجهه با اختلاف و فشار، پیوند خود را حفظ کند، نقش‌ها را بازتنظیم نماید، هیجان‌ها را قابل گفت‌وگو سازد و پشتوانه روانی قابل اتکایی برای اعضا فراهم آورد. این مدل می‌تواند به‌عنوان چارچوبی نظری و کاربردی برای ارزیابی، آموزش و مداخله در حوزه سلامت روان خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه افرادی که در این پژوهش به ما یاری رساندند سپاسگزاری به عمل می‌آید.

References

- Berryhill, M. B., Harless, C., & Kean, P. (2018). College student cohesive-flexible family functioning and mental health: Examining gender differences and the mediation effects of positive family communication and self-compassion. *The Family Journal*, 26(4), 422–432.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 221–233.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Huang, X., Hu, N., Yao, Z., & Peng, B. (2022). Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. *Frontiers in Psychology*, 13, 962147.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). SAGE.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1–2), 7–37.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167.
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3–28.
- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199–211.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). SAGE.
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1–18.
- Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process*, 55(4), 616–632.
- Yan, Z., Su, Y., Zhu, J., & He, D. (2024). Parents' perceived social support and children's mental health: The chain mediating role of parental marital quality and parent-child relationships. *Current Psychology*, 43, 9190–9201.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.