

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی (مطالعه موردی: شرکت های صنعتی شهرستان اردکان)

سید رضا طاهرزاده اردکانی^۱، احمد کلاتی ساداتی^۲، مهناز فرهمند^۳

^۱ کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران.

^۲ دانشیار گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران.

^۳ دانشیار گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران.

نام نویسنده مسئول:

احمد کلاتی ساداتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خانواده‌های کارگران در شرکت‌های صنعتی شهرستان اردکان در سال ۱۴۰۰ بوده است. این پژوهش بصورت مقطعی و در قالب یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کارگران شرکت‌های شیشه شناور، کاشی و سرامیک، ماشین سازی و فولاد و آهن بود. این شرکت‌ها جمعیتی بالغ بر ۳۰۰۰ نفر کارگر دارند که ۴۰۰ نفر با استفاده از فرمول کوکران به شیوه نمونه گیری تصادفی در دسترس، به عنوان حجم نمونه انتخاب شده‌اند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت خانواده هاوشتات و همکاران (۱۹۸۵)، پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۲) و پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶) استفاده شد. روش‌های تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم افزار *Spss* نسخه ۲۱ شامل ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین سلامت خانواده کارگران با وضعیت تأهل، بعد خانوار، سطح تحصیلات، دفعات تغییر شغل و وضعیت مهاجرت کارگران رابطه معنی داری وجود ندارد. در حالیکه بین سلامت خانواده کارگران با سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی آنها در محیط کاری رابطه معنا داری وجود دارد. **واژگان کلیدی:** سلامت خانواده، عوامل اجتماعی، سازگاری اجتماعی، حمایت اجتماعی، کارگران.

مقدمه

خانواده یکی از نهادهای مهم اجتماعی به شمار می رود که در طول زندگی بشر، ساختارها و کارکردهای آن دستخوش تغییرات، تحولات و دگرگونی‌های مختلف قرار گرفته است. اکثریت اندیشمندان، خانواده را یکی از نهادهای اجتماعی مؤثر در اجتماعی کردن افراد، جامعه پذیری و انتقال ارزش‌های اجتماعی به آنها، می‌دانند؛ به طوری که بیشتر جامعه‌شناسان، اجتماعی کردن افراد و جامعه‌پذیری را به عنوان یکی از کارکردهای اصلی و اساسی خانواده بشمار می‌آورند (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۶). نخستین کانون اجتماعی، خانواده است که عوامل مختلفی بر آن تأثیر می‌گذارند. چگونگی روش‌های تربیتی والدین در چارچوب خانواده، یکی از همین عوامل تأثیرگذار بر رشد فرزندان بویژه رشد روانی آنها است. روش‌های تربیتی والدین، نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت و هم‌چنین سازگاری آنان با وضعیت‌های مختلف اجتماعی دارد. روابط مطلوب میان والدین و فرزندان در سلامت روان فرزندان تأثیر زیادی دارد (پرچم، فاتحی‌زاده و یاری، ۱۳۹۱).

اعضای خانواده ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و خانواده نیز ارتباط بسیار قوی با جامعه خود دارد؛ به طوری که یکی از پایه‌های جامعه سالم را خانواده سالم تشکیل می‌دهد. با توجه به اهمیت سلامت خانواده و نقشی که شخصیت تک‌تک اعضای خانواده ایفا می‌کند، لازم است این سازه مهم را بیشتر از پیش بشناسیم، به این منظور در پژوهش حاضر به بررسی سهم عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت خانواده کارگران در شرکت‌های صنعتی شهرستان اردکان پرداخته شد.

سلامت خانواده^۱ مفهومی بسیار گسترده است که به تمامی عناصر درونی خانواده به عنوان یک گروه و نیز کارکرد و جایگاه آن به عنوان یکی از اجزای ساختار گسترده اجتماعی اشاره دارد. به این ترتیب، بحث سلامت در ابعاد چندگانه از سلامت روانی اعضا گرفته تا سطح ارتباطی اعضا، ساختارهای فرافردی و کارکردهای اجتماعی و در طول سال‌های بقای خانواده، قابل پیگیری و سنجش است (تبریزی، ۱۳۹۶) ارتباط والدین با فرزندان یکی از موضوعات مهمی است که سال‌ها نظر کارشناسان و کارشناسان آموزش و پرورش را به خود جلب کرده است (حضرتی‌لیلان، ۱۳۸۹). نوع روابط بین نقش‌های مختلف در خانواده و ادامه آن، برتری هر یک از انواع ساختار قدرت و یا روش‌های قدرت و یا شیوه‌های تربیتی (اقتدارگرایانه، دموکراتیک و...) در آن، منجر به بروز رفتارهای متفاوت از سوی فرزندان در عرصه اجتماعی خواهد شد. در مطالعه‌های خانواده و روابط خانوادگی و نحوه تربیت فرزندان در جوامع مختلف، بر روی چگونگی تبدیل انسان به موجودات اجتماعی و بیان تأثیر تجربیات دوران کودکی بر طبیعت آینده انسان و نحوه برخورد والدین با فرزندان پرداخته‌اند که زمینه‌های عناصر سازنده شخصیت انسان است (اعزازی، ۱۳۸۲).

خانواده جزو کوچکی از یک جامعه بزرگ تر است و جامعه‌ای سالم خواهد بود که از اجزا سالم برخوردار باشد. بنابراین، برای رسیدن به سلامت جامعه، تلاش برای سلامت خانواده و اعضا آن از مهمترین مسایل به شمار می‌آید. شناخت علمی و دقیق از سلامت خانواده که حوزه مهم و اساسی است، اهمیت بسزایی دارد. خانواده سالم، به طور بنیادین از حفظ سلامت و آرامش روان و معنویت اعضای خود، حمایت می‌کند. صمیمیت و انسجام، حفظ اقتدار، داشتن استقلال عمل، تأمین نیازهای بدنی و روانی، مطلوبیت شرایط زندگی، رضایت اعضا از خودشان، فرصت‌های عادلانه و نیز اعتقاد به ارزش‌های فرهنگی و مذهبی از مؤلفه‌های خانواده سالم محسوب می‌شود (ذاکری‌هامانه، ۱۳۹۳).

با وجود آنکه تعریف یگانه‌ای از سلامت خانواده ارایه نشده است اما مدل‌های چندگانه‌ای برای تبیین آن، ارایه شده است که هر یک به ابعادی از آن پرداخته‌اند (اسپری^۲، ۲۰۱۲). بیشتر محققان معتقدند که سلامت خانواده چیزی فراتر از نبود بیماری و عدم نقص در کارکردهای آن است و تصویری چندبعدی و پویا برای سالم بودن خانواده در نظر می‌گیرند که مفاهیمی چون رفاه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خانواده را نیز در بر می‌گیرد (گروچوفسکی^۳، ۲۰۱۴). از این رو سلامت خانواده را به ابعاد گوناگونی چون سلامت جسمی، جنسی و روانی هر یک از اعضا، تغذیه اعضا خانواده، کیفیت زندگی، کنش متقابل اعضا، مهارت‌های مقابله‌ای و تاب‌آورانه اعضا خانواده، محیط و فضای خانواده، اوقات فراغت و روزمرگی‌های خانوادگی، معنویت خانواده، امنیت

¹ Family Health

² Sperry

³ Grochowski

وابسته می‌دانند (بومر^۴، ۲۰۰۴). برخی دیگر نیز ابعاد جسمانی، احساسی، هوشی، معنوی، اجتماعی، بین فردی و دیگر ابعاد محیطی را در راستای سلامت خانواده مورد بررسی قرار داده‌اند (اینزل و روث^۵، ۲۰۰۸).

بر اساس پژوهش‌های مختلف، ناسالم بودن خانواده با پیامدهای گسترده و بلندمدتی برای اعضا خود همراه است. اعضا خانواده‌های ناسالم، از سلامت عمومی پایین تری برخوردارند، بدلیل ضعف در سیستم‌های عصبی و ایمنی بدن احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در آن‌ها بیشتر است، نشانه‌های بیشتری از افسردگی و اضطراب نشان می‌دهند و همچنین بیماری‌های روان‌پریشی را بیشتر تجربه می‌کنند، اعضای آن‌ها گرایش بیشتری به رفتارهای آسیب‌زا و انحرافات فردی و اجتماعی دارند و در زندگی مشترک بعدی خود نیز احتمال جدایی‌ها، خیانت‌ها و طلاق‌ها در آنها بیشتر است. این مسایل نه تنها برای سلامت کنونی اعضا خانواده، تهدیدکننده بشمار می‌آید بلکه در بلندمدت و بصورت پنهانی می‌تواند پیامدهای منفی زیادی را برای فرزندان و نسل آینده به همراه داشته باشد (خدادادی، خدابخش و فروغ، ۱۳۹۴).

تغییرات روز افزون دنیای پیرامون ما با رشد و توسعه فناوری و نیز پیشرفت و توسعه صنعت، زمینه تغییر در هویت و کارکردهای بسیاری از نهادهای اجتماعی از جمله خانواده را فراهم آورده است. حتی با مجبور کردن آنها به باز تعریف خود در شرایط جدید، اجباری را فراهم آورده است تا هویت و کارکردهای خود را از دست ندهند و بتوانند در جامعه مدرن کنونی نیز به حیات خود ادامه دهند. کار و خانواده، هر دو متأثر از تغییرات اجتماعی بنیادینی هستند که فرآیند توسعه اجتماعی و گذر از جامعه قدیمی به جامعه نو، آن را فراهم آورده است. از جمله مهمترین تغییرات این فرایند توسعه در زمینه کار با عمومیت یافتن کار در میان اقشار مختلف، عقلانی‌تر شدن فرایندهای کاری، انضباط کاری و مدیریت‌های حرفه‌ای در محیط کار، نظام ساختاری و غیر شخصی تولید در کارخانه و سازمان یافته شدن اتحادیه‌ها و صنایع، تجلی یافت. از تغییراتی که توسعه اجتماعی در زمینه خانواده ایجاد کرده است می‌توان به هسته‌ای شدن و از دست دادن کارکردها و نقش‌های آن نام برد که آنها را به سایر نهاد‌های اجتماعی انتقال داده است. با این حال، مهمترین این تغییرات، مستقل و تفکیک شدن این دو نهاد بوده است که منجر شده، تولید به کارخانه منتقل شود و خانواده از محوریت تولیدی خود جدا شود و به یک نهاد مصرفی تبدیل گردد (رستگار خالد، ۱۳۸۳).

نظر به این روند وابستگی و ارتباط متقابلی که بین کار و زندگی افراد وجود دارد، باید گفت امروزه کار، به نوعی کانون اصلی زندگی بیش تر افراد بشمار می‌آید. از این جهت، نیازهای روانی و اجتماعی افراد در مقایسه با سایر محیط‌ها، بیشتر در محیط کار برآورده می‌شود؛ چرا که محوری‌ترین اصل در زندگی ما را، کار تشکیل می‌دهد. ساعات طولانی کار، ارتباط با همکاران، تضاد در ارزش‌ها و تغییر در هنجارهای اجتماعی، انواع تعارض‌های بین کار و خانواده را به وجود آورده است. این تعارضات شامل تنش در نقش‌ها و فشار روانی ناشی از آن که با ناهمخوانی یا تعارض درباره انتظارات نقش همراه است، بار کاری بیش از حد و فشار روانی ناشی از آن بگونه‌ای که انجام نقش‌های گوناگون با توان و زمان فرد همخوانی ندارد و نیز مشکلات مربوط به مراقبت از کودک، نگهداری از سالمندان و مسایلی که مربوط به ایجاد تعادل بین کار، خانواده و نیازهای شخصی است. در نهایت، فشارهای روانی دارای ویژگی واگیری است و به جنبه‌های دیگر زندگی فرد نیز سرایت می‌کند (راهب، رفعتی، پسندیده و شریعتی، ۱۳۸۶).

یکی از پیامدهای مهم دگرگونی‌های امروز در حوزه کار و خانواده، جدی‌تر شدن تعارضاتی است که انتظار می‌رود فرد در رسیدگی به وظایفی، درون خانواده خود فعال باشد و همزمان با آن، به تعهداتی که از او در ایفای وظایف شغلی انتظار می‌رود، عمل نماید (اعزازی، ۱۳۹۹). بدین ترتیب، کارگران در شرکت‌ها و صنایع می‌بایست همیشه در دوگانگی بین خانواده و کار، تعارضات بوجود آمده را مدیریت کنند و در این میان، مؤلفه‌هایی می‌تواند بر هر دو آنها اثر گذار باشد که یکی از اهداف مورد نظر در پژوهش حاضر است. این تعارضات بخش زیادی از توان و انرژی کارگران را به خود اختصاص می‌دهد و عموماً آنها را با مشکلات روانی و فرسودگی‌ها درگیر می‌کند. مشکلات بهداشت روانی کارگران و تأثیر آنها بر بهره‌وری شرکت و هزینه‌های درمانی از مسایل مهم منابع انسانی است. به طور فزاینده‌ای، اتحادیه‌های کارگری و سازمان‌های کارفرمایان و سیاست‌گذاران دولتی متوجه شده‌اند که هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی مشکلات بهداشت روانی در محل کار را نمی‌توان نادیده گرفت (سازمان بین‌المللی

⁴ Bomar

⁵ Insel & Roth

کار ۶، ۲۰۱۰). در گزارش دیگر از سازمان بین المللی کار (۲۰۱۰) بیان شده است که کشمکش بین کار و خانواده، یکی از بزرگترین مشکلات زندگی یک نفر از هر سه نفری بوده است که در محیطهای کاری استخدام شده است.

امروزه، شرکت‌های صنعتی نیز به این باور رسیده‌اند که نمی‌توان بخش سلامت روانی و خانوادگی کارگران خود را از بخش کاری و توان آنها در فعالیت‌های شرکت، جدا دانست بلکه باید با در نظر گرفتن شرایط ویژه‌ای برای خانواده و سلامت آنها، زمینه فعالیت بهتر کارگران خود را در شرکت‌ها فراهم آورند. این شرکت‌ها در تصمیمات خود با هدف یکی شدن ارزش‌های کارگران و شرکت‌های محل کار خود، در تلاش‌اند تا بین کار و خانواده کارگران، رابطه تعادلی به وجود آورند. ارزش‌هایی که زمینه بهبود عملکرد و رشد شخصی کارگران را فراهم کند، بین کار، خانواده و شخص تعادل برقرار کند، انعطاف‌پذیری در برنامه کاری را ضرورت بداند، مرخصی‌های خانوادگی را در نظر بگیرد، حمایت‌ها و پاداش‌های مناسب ارائه دهد و محیط کار را بیش از پیش غنی سازد. شرکت‌ها به تدریج این ارزش‌ها را نو سازماندهی می‌کنند و انطباق می‌دهند. شرکت‌هایی که فعال تر و چالش‌انگیز تر هستند، از سلامت و موفقیت بیشتری در مقایسه با بقیه شرکت‌ها و صنایع برخوردارند. این شرکت‌ها به طور پیوسته در تلاش‌اند تا ارزش‌های صنعتی خود را تغییر می‌دهند و خط مشی تعادل بین کار و خانواده را به بخش مهمی از راهبردهای کسب و کار خود تبدیل سازند. این همکاری و یا رابطه‌ی تعاملی بین کار و خانواده، برگ برنده‌ای برای این صنایع است که با استخدام بهترین کارگران و تأمین آنچه باعث حفظ آنها، ماندگاری و وفاداری شغلی آنها می‌شود، زمینه‌ی بهره‌وری بیشتر را برای شرکت فراهم کنند و بتوانند موقعیت رقابتی خود را در دنیای جدید اقتصاد، مقابل سایر شرکت‌ها، حفظ نمایند (نوابی نژاد، ۱۳۹۶).

در موضوع سلامت خانواده در میان کارگران شرکت‌ها و شهرک‌های صنعتی، پژوهش زیادی انجام نشده است و با خلاء دانش در این زمینه مواجه هستیم. عموم این کارگران بخصوص در شهرهای با رشد کارگرپذیری بالا مثل اردکان، مهاجر هستند یا به صورت فصلی کار می‌کنند. از سوی دیگر، فعالیت در صنعت خود زمینه را برای تهدیدکننده‌های سلامت خانواده فراهم می‌کند. بنابراین، مفروض این است که این امر بر سلامت خانواده این کارگران تأثیرگذار باشد. به نظر پژوهشگران این پژوهش بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خانواده در میان این دسته از افراد می‌تواند در تبیین بیشتر پدیده‌های ناشی از محیط‌های کاری و نیز در طراحی مدل‌ها ارائه خدمات اجتماعی کمک کننده باشد. شرکت‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر کارگران شرکت‌های شیشه‌شناور، کاشی و سرامیک، تولید ماشین‌آلات صنعتی و ذوب و تولید آهن بودند. این چهار شرکت جمعیتی بالغ بر ۳۰۰۰ نفر کارگر دارند. با توجه به مطالب مذکور هدف پژوهش حاضر، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خانواده‌های کارگران در شرکت‌های صنعتی در شهرستان است. نتایج تحقیق می‌تواند در اختیار مدیران و سیاست‌گذاران امور قرار گیرد تا به بهبود و ارتقای رابطه تعادلی بین کار و خانه بپردازند و با ایجاد به یک همگرایی و اثر گذاری مثبت، سلامت و بهزیستی خانواده را ارتقاء بخشند.

ادبیات نظری پژوهش

سلامت خانواده

خانواده یکی از ارکان اصلی جامعه است؛ بنابراین داشتن یک جامعه سالم مستلزم خانواده‌های سالم درون آن خواهد بود و خانواده سالم نیز به افراد سالم با سلامت روان و روابط خوب با دیگران نیاز دارد. یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری رفتار افراد، خانواده است. محیط خانه اولین و بادوام‌ترین عاملی است که بر رشد شخصیت افراد تأثیر می‌گذارد. همانطور که می‌توان گفت والدین قدرتمندترین معلمان زندگی هستند، تربیت خانوادگی پایدارترین نوع آموزش است و محیط خانه برای هر فرد مهم‌ترین مدرسه است.

فرزندان، والدین خود را به عنوان الگو قرار می‌دهند و بر اساس رفتار آن‌ها را بیش از پند و اندرزهای آنها عمل می‌کنند. تأثیر والدین در این امر به جنبه‌های ارثی محدود نمی‌شود. خانواده نقش بسیار مهمی در معرفی کودک به زندگی جمعی و فردی جامعه دارد. میزان آگاهی در رفتار فرزندان، موقعیت اجتماعی خانواده، وضعیت مالی آن، افکار و عقاید، آداب و رسوم، آرمان‌ها و خواسته‌های والدین تأثیر بسزایی دارد. از طرفی هم می‌دانیم که خانواده‌ها در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، آموزشی، مذهبی،

هنری و مانند آن تفاوت‌هایی دارند. ترکیب خانواده‌ها، نحوه ارتباط اعضای هر خانواده با یکدیگر و جامعه‌ای که خانواده در آن زندگی می‌کند، در همه موارد یکسان نیست (بهنام، ۱۳۹۲).

بنابراین تأثیرگذاری خانواده، در رفتار افراد با یکدیگر تفاوت دارند. عموماً افراد با مشکلات شخصیتی مختلف از خانواده‌های ناسالم هستند. از این جهت، سلامت روان اعضای خانواده سهم بسزایی در سلامت و حفظ سلامت روان جامعه دارد و بدون سلامت روان خانواده آسیب‌های جدی به بدنه جامعه وارد می‌کند. برای ایجاد و حفظ سلامت روان در خانواده، لازم است اعضای آن مهارت‌های لازم برای زندگی را بیاموزند. سلامت روان خانواده به همه افراد کمک می‌کند تا در جهت رشد و شکوفایی و استفاده از استعدادهای خود گام بردارند.

تلاش برای ارتقای سلامت روان خانواده، کمک به ارتقای سلامت روان جامعه است. پس برای رسیدن به جامعه‌ای سالم، ابتدا باید خانواده‌ای سالم داشته باشید. خانواده‌کانونی است که برای حفظ قداست و کرامت انسان و حیات سلامت جسمی و روانی و رشد معنوی فرد استحکام یابد. ضروری است که قوام خانواده برای تداوم جامعه و فراهم آمدن محیط سالم برای انسان باید حفظ شود. خانواده یک واقعیت اجتماعی است و در وضعیت آن، مانند سایر واقعیت‌های اجتماعی، عوامل مختلفی می‌تواند بر آن مؤثر باشد (جان، ۷، ۱۳۹۶).

ستیر^۸ (۱۳۹۵) معتقد است که افزایش یا کاهش اعتماد به نفس افراد در خانواده متأثر از ایجاد تغییر در سیستم بین فردی آنهاست. او رابطه مستقیمی بین عزت نفس و ارتباط پیدا کرده است و ارتباط میان عزت نفس پایین را با ارتباطات ضعیف، معنادار می‌داند. نقش‌ها از طریق تأثیر فرآیندهای ارتباطی و پاسخ به فشارهای روانی تأثیرات عمده‌ای بر عملکرد خانواده دارند. ستیر (۱۳۹۵) معتقد است هر خانواده را می‌توان در مقیاسی بین بیمار بالقوه و بسیار آشفته قرار داد. خانواده بالانده خانواده‌های فردی هستند. با وجود این شباهت‌های زیادی در عملکرد این خانواده‌ها می‌بینیم. در خانواده‌های آشفته و ناراحت، فضای منفی را خیلی سریع می‌توان احساس کرد، گاهی فضای خانواده آنقدر سرد است که انگار افراد در آن یخ زده‌اند. فضا به شدت سنگین و کسالت به وضوح مشهود است (ستیر، ۱۳۹۵).

در خانواده‌های آشفته، حالات چهره و حالات بدن افراد بیانگر وضعیت ناخوشایند آنهاست. بدن‌ها خسته و خمیده‌اند، چهره‌ها عبوس و غمگین یا مانند یک صورتکی بی‌عاطفه به نظر می‌رسند، چشم‌ها فرو رفته و نگاه مستقیم خود را از دیگران می‌دزدند. نشانه‌های دوستی در میان اعضای خانواده کم است و خوشحالی از وجود یکدیگر ناچیز است. انگار همبستگی خانواده نوعی وظیفه است و فقط سعی می‌کنند یکدیگر را تحمل کنند.

در خانواده بالانده، حرکت بدن‌ها روان و حالت چهره آرام است، افراد به روشنی با یکدیگر صحبت می‌کنند و هماهنگی در روابط آنها با یکدیگر وجود دارد. حتی در سنین پایین نیز پذیرا و مهربان به نظر می‌رسند و فرزندان خانواده با آنها مانند بزرگسالان رفتار می‌کنند. آنها به سخنان یکدیگر گوش می‌دهند، خواسته‌های هم را رعایت می‌کنند و آشکارا با یکدیگر همدردی می‌کنند. آنها از خطر نمی‌ترسند زیرا احساس می‌کنند اشتباهات احتمالی توسط اعضای خانواده پذیرفته می‌شود، همه احساس می‌کنند که دیگران برای آنها ارزش قائل هستند و آنها را دوست دارند (ستیر، ۱۳۹۵).

سازگاری اجتماعی

سازگاری به توانایی انطباق فرد با محیط اطرافش اشاره دارد. سازگاری را می‌توان در حوزه‌های خاصی تعریف کرد و شامل اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و... می‌شود. بر اساس رویکرد، سازگاری مجموعه‌ای از رفتارهای آموخته شده است و ناسازگاری زمانی رخ می‌دهد که فرد مهارت‌های لازم را برای رویارویی با مشکلات زندگی روزمره نیاموخته باشد.

پژوهشگران سعی می‌کنند در تعریف موضوعات تحقیق مجموعه‌ای از تعاریف از قدیم تا جدید را ارائه دهند. از این منظر مفاهیمی مانند سازگاری برای محققانی که می‌توانند در زمینه‌های مختلف روانشناسی مطالعه کنند آشنا و تکراری است. در تعاریف نوین ارائه شده برای شخصیت چند نکته مهم قابل توجه است:

- توجه بیشتر از گذشته به پویایی و روابط غیر خطی در ابعاد و عوامل شخصیت.

⁷ John

⁸ Satir

- توجه بیشتر به برخی از ویژگی های شخصیت نظیر دوجانبه نگری.

- توجه بیشتر از گذشته به مفهوم سازگاری.

هر یک از نکات ذکر شده با هدف رفع برخی ابهامات در تعریف شخصیت مطرح شده است. به عنوان مثال به مفهوم سازگاری با هدف پاسخگویی به مسائل مطرح شده درباره ویژگی های متناقض شخصیت های ثابت و پایدار و در عین حال تغییرپذیری و غیرقابل پیش بینی بودن رفتار انسان توجه بیشتری شده است (جمالی قره قشلاقی، ۱۳۹۴).

بر این اساس شخصیت به عنوان سازمانی پویا از ویژگی های جسمی و روانی افراد در نظر گرفته می شود که نحوه انطباق آنها با محیط را تعیین می کند. در این تعریف علاوه بر پویایی سازمان ها و دو بعد فیزیکی و روانی، به سازگاری فرد و محیط نیز توجه شده است. نکته مهم این است که مفهوم سازگاری در این تعریف، حتی اگر به عنوان عامل تعدیل کننده بین ویژگی های مختلف روانی- جسمی و محیط ایفای نقش کند، باز هم تفاوت آن با شخصیت آشکار نیست. بنابراین نمی توان گفت که سازگاری بخشی از شخصیت، هدف شخصیت و یا نتیجه نهایی فعالیت فرد در یک سیستم پویا و یا موارد دیگری است (پور شهریار، رسول زاده طباطبایی، خدائپناهی، کاظم نژاد و خفری، ۱۳۸۷).

سازگاری در زمینه شخصیت از منظرهای مختلفی قابل بررسی است. در نگاه جامع، معادل سازش تلقی می شود و گاه چنان گسترش می یابد که آغاز و پایان همه مسائل روانی است. سازش در حوزه شناختی محصول درونی سازی و برون سازی است و معادل هوش تلقی می شود. در توضیحات مدرن، این مفهوم به هدف اصلی انتقال مرحله ای و هماهنگی مجموعه ای از عوامل شناسایی می شود.

در زمینه احساسی، می توان آن را از روانکاوی کلاسیک تا مدل های مدرن دنبال کرد. در زمینه آسیب شناسی بسیاری از مشکلات روانی را پوشش می دهد و به عنوان یک هدف درمانی نیز معرفی می شود. در رابطه با روابط بین فردی و اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد مهم شخصیت شناخته می شود بطوری که می دانیم شخصیت آنها عهده دار ایفای نقش اجتماعی آنها بوده است.

در دیدگاه های معروف صفات، ویژگی ها، ابعاد و عوامل شخصیت، کمتر از سازگاری به عنوان عامل شخصیتی ذکر شده است و مثلاً در پیوستارهای ارائه شده مانند برون گرایی/درون گرایی یا سلطه گری/ تسلط جویی، پیوستاری با عنوان سازگاری/ناسازگاری مطرح نشده است. مفهوم (سازگاری) اصل داروین (انتخاب طبیعی) اقتباس شده است. انتخاب طبیعی در منطق داروین به مکانیزمی در طبیعت اشاره دارد که علت (وجود) یک موجود زنده را در فضای طبیعت توجیه می کند. اگر چه به تنهایی نمی تواند علت (عدم) انواع احتمالی دیگر را توجیه کند (دادستان و منصور، ۱۳۹۲).

انتخاب طبیعی بر این اصل استوار است که همیشه ممکن است انواع موجودات زنده از دودمان موجودات زنده دیگر بیرون بیایند، اما آن دسته از جاندارانی که شرایط فیزیکی مناسبی برای زندگی در محیط خود دارند، باقی خواهند ماند. به عبارت فنی تر، اگر شرایط بیولوژیکی با شرایط فیزیکی محیط زیست سازگار باشد یا هر دو سازگار باشند، آن نوع می تواند سازگار شود و باقی بماند.

از این رو، مفهوم سازگاری از زیست شناسی وارد حوزه روانشناسی شده و از واژه زیستی (سازش) الگوبرداری شده است. سازش به مجموعه تلاش هایی اطلاق می شود که نوع خاصی از موجودات زنده برای سازگاری یا تغییر محیط خود به کار می گیرد (خدادوست و کریمی، ۱۳۸۹).

حمایت اجتماعی

انسان از بدو تولد تا آخرین لحظات زندگی خود برای نیازهای خود نیازمند راهنمایی و حمایت دیگران است. کودک اولین کسب و کار اجتماعی خود را در مرکز تجارت خانوادگی راه اندازی می کند. نحوه برخورد با او، پذیرش، محبت و کمک به کودک به او در ایفای نقش های اجتماعی و رفع نیازهایش کمک می کند. ارتباط با اعضای خانواده در سلامت روحی و جسمی فرد مهم

است، به گونه ای که الگوهای رفتاری و سنی را ایجاد کند و باعث امنیت خاطر و بهره مندی از عزت نفس شود (اوجینو، بوون، کنت دی گری، میکل و فیشر^۹، ۲۰۱۸).

حمایت اجتماعی یکی از موضوعاتی است که مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفته است. مبنای نظری این دیدگاه مبتنی بر پذیرش اجتماعی یا تأیید اجتماعی است و آن را در مواردی مانند مثبت بودن یا منفی بودن خودپنداره افراد تأثیرگذار می داند. مطالعات پژوهشی زیادی به تأثیر منابع حمایتی مانند مادر، پدر و دوستان بر عزت نفس و سلامت نوجوانان مورد توجه قرار داده اند.

حمایت اجتماعی عبارت است از درک شخص از مراقبت و توجه دیگران نسبت به او بطوری که از نظر آنها، فردی ارزشمند به حساب آید و در صورت بروز مشکلات و ناراحتی در زندگی خود، افرادی مانند دوستان و همکاران به او کمک کنند. حمایت اجتماعی به احساس تعلق، پذیرفته شدن، دوست داشته شدن اشاره دارد. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن به ارمغان می آورد که احساس محبت و صمیمیت از ویژگی های اصلی این روابط است (سولزی و بنت^{۱۰}، ۲۰۱۵).

از نظر دیدگاه فردی، اولین جایی که اجتماعی شدن در آن صورت می گیرد، خانواده است. به موازات رشد و تکامل کودک، تعاملات اجتماعی او نیز رشد می کند. در طول زمان با خانواده، محیط مدرسه و تعامل های کودکی با محیط اجتماعی جدید، اهمیت پیدا می کند. با افزایش سن، وابستگی به خانواده و والدین کاهش می یابد و فرد در گروه های مختلف محیط اجتماعی خود شرکت می کند. بنابراین، در طبیعت ما وابستگی های نزدیک نهادینه شده است تا بتوانیم از خانواده و اطرافیان خود حمایت کنیم (تمثانی فر و منصور نیک، ۱۳۹۳).

افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می کنند، مرگ و میر کمتری دارند، خطر ابتلا به اختلالات روانی و اختلالات روانپزشکی کمتر و مراقبت های روحی و جسمی بهتری دارند. تحقیقات نشان می دهد که حمایت اجتماعی می تواند تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت (روانی و جسمانی) داشته باشد. افزایش روزافزون تعداد مقالات در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، پیامدهای مثبت حضور و پیامدهای منفی، عدم حضور آن را اینگونه نشان می دهد که عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی که در زندگی انسان دارند، توجه فزاینده ای را به دست آورده اند.

با این حال، با وجود استفاده متداول محققان و کارشناسان از متغیر حمایت اجتماعی، عدم وضوح مفهوم آن همچنان پابرجاست، به ویژه به دلیل محدود بودن شواهد تجربی در این زمینه و اینکه مفهوم حمایت اجتماعی به راحتی با مقوله های دیگر از جمله مراقبت اشتباه گرفته می شود، همراه است. هرچند شواهد مربوط به اثرات حفاظتی حمایت اجتماعی بر روی پیامدهای بهداشتی در حال افزایش است با این حال سؤال مهمی که هنوز به طور واضح پاسخ داده نشده است، مسیرها و سازوکارهای با آن است (علیپور، سجادی و فروزان، ۱۳۸۸).

پیشینه پژوهش

در پژوهش های داخلی می توان به پژوهش بیگلر مزلقانی و غلامی فشارکی (۱۳۹۹) اشاره داشت که در پژوهش خود به بررسی نقش واسطه ای حمایت اجتماعی در رابطه بین جو عاطفی خانواده و اضطراب اجتماعی نوجوانان پرداختند. در زمینه روش پژوهش حاضر می توان گفت این پژوهش از نوع همبستگی می باشد. نتایج نشان دادند که حمایت اجتماعی و جو عاطفی به ترتیب به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر اضطراب تأثیر داشته اند. یافته های به دست آمده با استفاده از روش مدل سازی معادلات ساختاری، نقش واسطه ای متغیر حمایت اجتماعی را در رابطه بین جو عاطفی خانواده با اضطراب اجتماعی نوجوانان تأیید نمودند.

طهماسیان و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «تحلیل وضعیت سلامت خانواده های ایرانی: مفهوم خانواده سالم، شناخت ویژگی های خانوادگی سالم ایرانی و عوامل آسیب زا از دیدگاه متخصصان» بیان داشته اند که متخصصان حیطه های مختلف بر روند رو به گذار خانواده ایرانی تأکید دارند؛ اما همچنان خانواده به مفهوم سنتی شکل غالب خانواده ها در جامعه ایرانی است. تک فرزندی، روال رو به رشد، شهرنشینی، خانواده های هسته ای زندگی بدون ازدواج، خانواده های تک والد، حضور بیشتر زنان در اجتماع،

⁹ Uchino, Bowen, Kent de Grey, Mikel & Fisher

¹⁰ Soulsby & Bennett

کمرنگ شدن قدرت مرد در خانواده و نقش رو به رشد فرزندان از جمله تغییراتی است که متخصصان در این پژوهش به آن اشاره کرده اند. به نظر می‌رسد می‌توان این تغییرات را نشانه‌های مدرنیته در خانواده ایرانی محسوب کرد اما درعین حال خانواده ایرانی به گواه تعداد زیادی از متخصصان، خانواده‌ای است که تنها ظواهر مدرنیته را به خود گرفته چراکه در لایه‌های زیرین خود همان خانواده سنتی را پنهان کرده است.

پناغی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «جستجوی الگوهای سلامت خانواده ایرانی: یک مطالعه کیفی» بیان می‌کند که سلامت خانواده در چهار طبقه جای دارد: سلامت فردی، سلامت نهادی، سلامت تعاملی و سلامت جامعه‌ای. از مقایسه ویژگی‌های خانواده سالم و آسیب دیده در این پژوهش می‌توان چنین گفت که در نظر خانواده ایرانی، یک خانواده سالم، خانواده‌ای مادی‌گرا و درگیر بقا، کارکردی، مذهبی، سنتی، سلسله‌مراتبی، وابسته متقابل، جمع‌گرا، محافظه‌کار، مضطرب و نمایشی است. اگرچه جامعه ایرانی نشانه‌هایی از حرکت به سوی نوگرایی را بروز می‌دهد، اما خانواده ناسالم به نظر شرکت‌کنندگان در این پژوهش، بیشتر در برگیرنده عناصر مدرن است تا سنتی. به نظر می‌رسد، الگوی ایده آل خانواده ایرانی در درون ساختار، سلسله‌مراتبی و جمع‌گرایی تعریف می‌شود.

طاهری بخش (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سلامت خانواده اصلی با سازگاری زناشویی در زوجین شهر تهران» بیان می‌کند که سلامت خانواده اصلی با سازگاری زناشویی همبستگی مثبت و معنا داری دارد. در واقع می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که تجارب افراد در خانواده اصلی، شکل دهنده‌ی رفتارها و روابط بین فردی و پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت ازدواج آنها در آینده خواهد بود.

ذاکری (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی میزان سلامت خانواده و عوامل اجتماعی موثر بر آن (مطالعه تطبیقی: شهرهای یزد و تهران)»، سلامت خانواده در شش مولفه اصلی سنجیده است. مطالعات پژوهشی حاکی از آن است که سطح سلامت خانواده در یزد بیشتر از تهران است. همچنین میانگین سلامت خانواده‌های مورد مطالعه در سطح متوسط قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر حاکی از نقش معنادار سه متغییر، (۱) ساختار قدرت در خانواده، (۲) نابسامانی خانواده جهت یاب و (۳) روابط خویشاوندی بر سطح سلامت خانواده در دو شهر یزد و تهران است. در این میان ساختار قدرت در خانواده در هر دو شهر بیشترین نقش را در تبیین سلامت خانواده دارد. همچنین دو متغییر تحصیلات و رسانه‌های جمعی بر سلامت خانواده‌های تهرانی تأثیرگذار بوده است.

خدادادی سنگده (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «شناسایی و سنجش شاخص‌های سلامت خانواده و ارائه مدل خانواده سالم مبتنی بر بافت فرهنگی و اجتماعی» بیان می‌کند که در شکل‌گیری خانواده سالم عوامل فردی، زوجی، والدگری، خانوادگی، اجتماعی و مذهبی نقش دارند که متأثر از بافت فرهنگی-اجتماعی هستند. همچنین در پژوهشی دیگر از خدادادی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان «شاخص‌های سلامت خانواده و ارائه مدل مفهومی خانواده سالم اسلامی-ایرانی: مطالعه کیفی» بیان داشته‌اند که عواملی همچون مسئولیت‌پذیری، گذشت، پختگی، تعهد، قدردانی، صمیمیت، تلاش برای خشنودی یکدیگر، همکاری، حمایت متقابل، رضایت جنسی، خانواده‌گرایی، نظارت، انعطاف‌پذیری، اوقات فراغت، مُدگرا نبودن، باورها و رفتارهای دینی، در سلامت خانواده نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند، بنابراین لزوم توجه بیشتر به مبانی فرهنگی و اجتماعی در پرداختن به خانواده اهمیت بنیادی دارد.

پناهی و زارعان (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «سلامت خانواده و عوامل اجتماعی موثر بر آن» بیان داشته‌اند که رابطه معنادار و نسبتاً قوی بین سلامت خانواده با سلامت خانواده جهت‌یاب دیده شد. یافته‌های این پژوهش، نظریه‌های یادگیری و سیستمی خانواده را تایید می‌کنند. بنابراین خانواده‌ها نیز باید بدانند که هر رفتار و کنش آنها مستقیماً از طرف فرزندان شان باز تولید می‌شود، و به احتمال زیاد زندگی خانوادگی آینده آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین در نتایج این تحقیق رابطه معنادار متوسطی بین سلامت خانواده با روابط خویشاوندی دیده شد.

رستگار خالد (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان «رابطه کار/خانواده: تفاوت‌های جنسیتی در برخورداری از حمایت اجتماعی» بیان می‌کند که پیدایش و افزایش خانواده‌های دو شغله که زن و شوهر هر دو شاغل و دارای درآمد هستند، یکی از تحولات اجتماعی کشور است. این سبک از زندگی خانوادگی به دلیل نادیده گرفتن تقسیم کار سنتی در خانواده و همچنین پذیرش و

اجرای بیشتر و جدیدتر با فشارهایی که ایجاد می کند، از مزایای ترکیبی نقش بهره می برد. یکی از این فشارها تعارض کار/خانواده است که قابل مدیریت نیست، می تواند پیامدهای ناخواسته ای بر جامعه اجتماعی و کارکرد خانواده و سلامت روانی و اجتماعی اعضای آن داشته باشد. نتایج تحقیق نشان می دهد که بروز تعارض کار/خانواده و انتخاب راه های مقابله با آن متأثر از الگوی سنتی تقسیم کار جنسیتی است. زنان حمایت مشترک و مردان حمایت شغلی را برای مقابله با استرس انتخاب می کنند.

در پژوهش های خارجی نیز می توان به وو، لیو، جی، ژائو^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۲) اشاره کرد که در پژوهش خود به بررسی رابطه ارتباطات اعضای خانواده و حمایت اجتماعی با سلامت روانی پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد ارتباط اعضای خانواده و حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری با سلامت روان اعضای خانواده دارد. لی و کانتور^{۱۲} (۲۰۲۱) در پژوهش خود به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و عملکرد خانواده پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد عملکرد خانواده با حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری دارد، بدین معنا که با افزایش و بهبود حمایت اجتماعی، عملکرد خانواده نیز افزایش پیدا می کند.

در پژوهشی الگار، کریچ و تریس^{۱۳} (۲۰۱۲) با عنوان «دوره می های خانوادگی، ارتباطات و سلامت روانی در نوجوانان کانادا» با هدف بررسی ارتباط بین فراوانی دوره می های خانوادگی و ابعاد مثبت و منفی سلامت روان در نوجوانان و تعیین اینکه آیا این ارتباط با کیفیت ارتباط بین نوجوانان و والدین توضیح داده می شود یا خیر. آنها بیان می کنند که در خانواده های سالم، زن و شوهر زمانی بیشتری را با یکدیگر می گذرانند و رفتارهای مثبت و تشویقی بیشتری نشان می دهند. ابراز گری عاطفی و شناختی دارند، رابطه والد-فرزندی کارآمدی را دارا هستند و در حوزه های اجتماعی از روابط گرمی با دیگران برخوردارند. فراوانی دوره می های خانوادگی با علائم درونی و بیرونی ارتباط منفی دارد و با بهزیستی احساسی، رفتارهای اجتماعی و رضایت از زندگی ارتباط مثبت دارد. این ارتباطات با تفاوت جنسیت، سطح تحصیلات یا ثروت خانواده ارتباطی نداشت.

هاستون^{۱۴} (۲۰۰۰) در پژوهشی با عنوان «بوم شناسی اجتماعی ازدواج و سایر اتحادیه های صمیمی» بیان می کند که بررسی فرایند های از بافت موجود، منفک و مستقل نیست، بلکه ارزش ها و قواعد فرهنگی-اجتماعی عمیقاً بر چگونگی فرایند خانواده اثر گذار هستند. در این پژوهش سه سطح تجزیه و تحلیل از هم متمایز شده است: (الف) جامعه، از نظر نیروهای کلان اجتماعی و طاقچه های اکولوژیکی که همسران و زوجین خاص در آن فعالیت می کنند، مشخص می شود. (ب) هر یک از زوجین، از جمله ویژگی های روانی-اجتماعی و جسمی آنها، و همچنین نگرش ها و باورهایی که نسبت به یکدیگر و رابطه آنها دارند؛ و (ج) رابطه زناشویی، به عنوان یک سیستم رفتاری که در شبکه بزرگتری از روابط نزدیک تعبیه شده است.

فرضیه های پژوهش

- ۱) بین میزان سلامت خانواده در بین افراد مجرد و متأهل در کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
- ۲) بین میزان سلامت خانواده در تعداد مختلف اعضای خانواده کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
- ۳) بین میزان سلامت خانواده در سطوح مختلف تحصیلات کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
- ۴) بین میزان سلامت خانواده در دفعات تغییر شغل کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
- ۵) بین میزان سلامت خانواده در دو گروه بومی و غیربومی کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
- ۶) بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و حمایت اجتماعی رابطه ای وجود دارد.
- ۷) بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و سازگاری اجتماعی رابطه ای وجود دارد.

11 . Qi, Liu, Ge, Meng, Zhao

12 Lie & Kantor

13 Elgar, Craig & Trites

14 Huston

متغیر های پژوهش

سلامت خانواده

سلامت خانواده شامل رعایت برخی معیارها و شاخص ها است و اگر خانواده ای این معیارها را داشته باشد می توان گفت سالم است. از جمله این معیارها می توان به شفافیت اظهارات، مسئولیت پذیری، احترام به دیگران، گشاده رویی با دیگران، پذیرش جدایی و شکست، تشویق افراد به ابراز طیفی از احساسات، ایجاد فضای گرم در خانواده که از آن به عنوان جو خانوادگی^{۱۵} یاد می شود، حل و فصل اختلافات بدون ایجاد هیجانات منفی، تشویق، شفقت، همدردی و ایجاد اعتماد در انسان ها به این عنوان که انسان ها ذاتاً خوب هستند (زارتسکی^{۱۶}، ۱۳۹۰)

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از سلامت خانواده نمره ای است که مشارکت کنندگان در پرسشنامه سلامت خانواده هاوشتات و همکاران (۱۹۸۵) کسب می کنند.

سازگاری اجتماعی

سازگاری اجتماعی یک فرآیند رو به رشد و پویا است که شامل تعادل بین آنچه افراد می خواهند و آنچه جامعه آنها می پذیرد، می شود. به عبارت دیگر، سازگاری اجتماعی فرآیندی دوسویه است، از یک سو فرد به طور مستقل با جامعه ارتباط برقرار می کند و سوی دیگر جامعه و ابزارهایی که فرد از طریق آنها به توانایی های بالقوه خود پی می برد، قرار دارد. در این تعامل فرد و جامعه دستخوش تغییرات و دگرگونی هایی می شود تا سازش نسبتاً پایداری ایجاد گردد. (گوندوز و آلاکباروف^{۱۷}، ۲۰۱۹).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از سازگاری اجتماعی نمره ای است که مشارکت کنندگان در پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۲) کسب می کنند.

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی، درک فرد از اینکه مورد مراقبت و توجه دیگران را شامل می شود. از نظر آنها یک فرد ارزشمند است و در مواردی که ممکن است مشکلات و ناراحتی داشته باشد، افرادی مانند دوستان و همکاران به او کمک می کنند. حمایت اجتماعی به احساس تعلق، پذیرفته شدن، دوست داشته شدن اشاره دارد. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن به ارمغان می آورد که احساس محبت و صمیمیت از ویژگی های اصلی این روابط است (سولزی و بنت، ۲۰۱۵).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از حمایت اجتماعی نمره ای است که مشارکت کنندگان در پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶) کسب می کنند.

روش و جامعه آماری پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی بود. جامعه آماری شامل کلیه کارگران شرکت های صنعتی یزد بصورت موردی در شهرستان اردکان در سال ۱۴۰۰ بود. انتخاب این بستر به دلیل ترکیب صنایع مختلف در آن و نیز حضور کارکنانی از شهر های گوناگون، فرصتی را برای مطالعات پژوهشی در حوزه صنعت را در اختیار پژوهشگران اجتماعی قرار داده است. نمونه آماری در پژوهش حاضر شامل کارگران شرکت های شیشه شناور، کاشی و سرامیک، تولید ماشین آلات صنعتی و ذوب و تولید آهن بود. این چهار شرکت جمعیتی بالغ بر ۳۰۰۰ نفر کارگر دارند که ۴۰۰ نفر با استفاده از فرمول کوکران^{۱۸} به عنوان حجم نمونه انتخاب شد. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس^{۱۹} انجام شد و این روش جزو نمونه گیری های تصادفی محسوب می شود.

¹⁵ Family Atmosphere

¹⁶ Zartsky

¹⁷ Gündüz & Alakbarov

¹⁸ Cochran formula

¹⁹ Available

روش گردآوری داده های پژوهش

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است. پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی جهت بررسی مشخصات مشارکت کنندگان برای ارزیابی ویژگی های جمعیتی و شغلی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده، نام شرکت تولیدی که مشارکت کنندگان در آن مشغول به کار هستند، میزان تخصص، میزان بار کاری، دفعات تغییر شغل و وضعیت بومی یا غیر بومی بودن مشارکت کنندگان تهیه شد.

پرسشنامه سلامت خانواده

پرسشنامه سلامت خانواده توسط هاوشتات، اندرسون، پیرسی، کوچران و فاین^{۲۰} در سال ۱۹۸۵ تهیه شد. مقیاس سلامت خانواده یک ابزار ۴۰ سؤالی است که ادراک و استنباط شخص را از میزان سلامت خانواده اصلی را ارزیابی می کند و دارای ۱۰ خرده مقیاس (شفافیت اظهارات، مسئولیت پذیری، احترام به دیگران، باز بودن نسبت به دیگران، پذیرش جدایی و شکست، ترغیب به بیان احساسات، محیطی گرما بخش، حل تعارضات، تشویق به همدردی و اعتماد به دیگران) می باشد. هر یک از ۴۰ پرسش این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس پنج درجه ای (از یک تا پنج) نمره گذاری می شود و بازه نمرات بین ۴۰ الی ۲۰۰ می باشد که نمره بالاتر نشانه استنباط از سلامت بیشتر خانواده یعنی کارکرد سالم خانواده است (ثنایی و علاقبند، ۲۰۰۰). پتروگیانیس و سوفتاس نال^{۲۱} (۲۰۱۰) در پژوهش خود پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آورده است که حاکی از دقت بالای این آزمون برای سنجش کارکرد سالم خانواده است. در ایران نیز فرحبخش (۱۳۹۰) در پژوهش خود پایایی پرسشنامه سلامت خانواده را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آورد و همبستگی درونی این ابزار را ۰/۸۳ برآورد کرد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی

پرسشنامه حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت^{۲۲} در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این ابزار ۲۳ سؤال دارد و سه خرده مقیاس حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران دارد و سیستم نمره گذاری به سؤالات پنج درجه ای لیکرت (خیلی زیاد تا خیلی کم) می باشد که نمره بالاتر نشانگر حمایت اجتماعی بالا و نمره پایین نشانگر حمایت اجتماعی پایین می باشد (ترابی، ۱۳۹۳). این آزمون در پژوهش ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) برای ۱۰۰ دانشجوی و ۲۰۰ دانش آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد از دانش آموزان بعد از شش هفته ۰/۸۱ به دست آمد. شه بخش (۱۳۹۰) نیز ضریب پایایی درونی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران ۰/۶۶ محاسبه کرد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی

پرسشنامه سازگاری اجتماعی توسط بل در سال ساخته ۱۹۶۲ شده است و دارای ۳۲ سؤال می باشد که ۵ مؤلفه سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی را اندازه گیری می کند. هر یک از سؤالات سه گزینه بله، خیر و نمی دانم داشته که گزینه بله نمره ۱ و خیر نمره صفر دارد (میکائیلی و امام زاده، ۱۳۸۷). بل (۱۹۶۲) ضریب پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه کرد. در ایران نیز توسط آذین و موسوی (۱۳۹۰) بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ضریب آلفای آت معادل ۰/۸۹ به دست آمد.

²⁰ Hovestadt, Anderson, Piercy, Cochran & Fine

²¹ Petrogiannis & Softas-Nall

²² Vaux, Phillips, Holley, Thompson, Williams & Stewart

یافته های پژوهش**یافته های توصیفی**

به منظور ارائه تصویری روشن از یافته های پژوهش، در این بخش یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. در جدول ۱. به شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش اشاره شده است.

جدول ۱. شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت خانواده	۴۰۰	۸۳	۱۷۵	۱۲۵/۳۹	۱۰/۳۸
حمایت اجتماعی	۴۰۰	۲۳	۱۱۵	۶۰/۲۱	۱۱/۲۹
سازگاری اجتماعی	۴۰۰	۳۲	۵۷	۴۷/۶۰	۴/۷۷

با توجه به جدول ۱. می توان گفت میانگین و انحراف استاندارد سلامت خانواده به ترتیب ۱۲۵/۳۹ و ۱۰/۳۸، میانگین و انحراف استاندارد حمایت اجتماعی به ترتیب ۶۰/۲۱ و ۱۱/۲۹ و میانگین و انحراف استاندارد سازگاری اجتماعی به ترتیب ۴۷/۶۰ و ۴/۷۷ می باشد.

یافته های استنباطی**بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش**

قبل از هرگونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده ها صورت می گیرد و برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. در جدول ۲. به آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها اشاره شده است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	آماره Z	خطای استاندارد
وضعیت تأهل	۰/۶۸۳	۰/۷۲۶
بعد خانوار	۰/۶۱۹	۰/۶۹۳
سطح تحصیلات	۰/۶۰۲	۰/۸۵۱
تغییر شغل	۰/۷۴۲	۰/۶۶۹
سلامت خانواده	۱/۲۳۳	۰/۷۲۵
حمایت اجتماعی	۱/۱۱۸	۰/۸۴۳
سازگاری اجتماعی	۰/۵۶۲	۰/۶۳۸

طبق جدول ۲. می توان گفت هنگام بررسی نرمال بودن داده ها، اگر آماره آزمون بزرگ تر یا مساوی ۰/۰۵ به دست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. در پژوهش حاضر، با توجه به سطح معناداری متغیرهای مورد بررسی در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بالاتر از ۰/۰۵ است، می توان گفت که داده ها توزیعشان نرمال است.

بررسی فرضیه های پژوهش

فرضیه اول: میزان سلامت خانواده در دو گروه مجرد و متأهل در کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد. در جدول ۳، به تحلیل واریانس سلامت خانواده و وضعیت تأهل اشاره شده است. نتایج جدول ۳، بیانگر آن است که رابطه ی بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی با وضعیت تأهل رابطه ی معناداری نداشته است چراکه میزان F محاسبه شده یعنی ۰/۴۸۰ در سطح معناداری ۰/۰۵ می باشد و چون بیشتر از سطح معناداری مجاز یعنی $P \text{ value} > 0/05$ می باشد، لذا معنادار نیست و این نتیجه بیانگر عدم ارتباط بین سلامت خانواده این کارگران و وضعیت تأهل می باشد، بنابراین فرضیه اول رد می شود. این بدان معناست که مجرد بودن یا متأهل بودن ارتباطی با سلامت خانواده ندارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس رابطه سلامت خانواده و وضعیت تأهل

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
وضعیت تأهل	وضعیت تأهل	۱۰۳/۲۰۵	۲	۵۱/۶۰۳	۰/۴۸۰	۰/۶۱۹
	خطا	۴۳۱۱۵/۷۵۳	۴۰۱	۱۰۷/۵۲۱		
	کل	۶۳۹۲۰۲۱/۰۰۰	۴۰۴			

فرضیه دوم: میزان سلامت خانواده در تعداد مختلف اعضای خانواده کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.

در جدول ۴، به تحلیل واریانس سلامت خانواده و بعد خانوار اشاره شده است. نتایج جدول ۴، بیانگر آن است که رابطه ی بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی با هیچکدام از سطوح بعد خانوار رابطه ی معناداری نداشته است چراکه میزان F محاسبه شده یعنی ۰/۴۳۸ در سطح معناداری ۰/۰۵ می باشد و چون بیشتر از سطح معناداری مجاز یعنی $P \text{ value} > 0/05$ می باشد، لذا معنادار نیست و این نتیجه بیانگر عدم ارتباط بین سلامت خانواده این کارگران و بعد خانوار می باشد، بنابراین فرضیه دوم رد می شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس رابطه سلامت خانواده و بعد خانوار

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
بعد خانوار	بعد خانوار	۱۴۱/۵۷۴	۳	۴۷/۱۹۱	۰/۴۳۸	۰/۷۲۶
	خطا	۴۳۰۷۷/۳۸۶	۴۰۰	۱۰۷/۶۹۳		
	کل	۶۳۹۲۰۲۱/۰۰۰	۴۰۴			

فرضیه سوم: میزان سلامت خانواده در سطوح مختلف تحصیلات کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد. در جدول ۵، به تحلیل واریانس سلامت خانواده و سطح تحصیلات اشاره شده است. نتایج جدول ۵، بیانگر آن است که رابطه ی بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی با هیچکدام از سطوح تحصیلات رابطه ی معناداری نداشته است چراکه میزان F محاسبه شده یعنی ۱/۳۶۰ در سطح معناداری ۰/۰۵ می باشد و چون بیشتر از سطح معناداری مجاز یعنی $P \text{ value} > 0/05$ می باشد، لذا معنادار نیست و این نتیجه بیانگر عدم ارتباط بین سلامت خانواده این کارگران و سطح تحصیلات می باشد، بنابراین فرضیه سوم رد می شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس رابطه سلامت خانواده و سطح تحصیلات

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
سطح تحصیلات	سطح تحصیلات	۵۸۱/۲۸۸	۴	۱۴۵/۳۲۲	۱/۳۶۰	۰/۲۴۷
	خطا	۴۲۶۳۷/۶۷۰	۳۹۹	۱۰۶/۸۶۱		

			۴۰۴	۶۳۹۲۰۲۱/۰۰۰	کل	
--	--	--	-----	-------------	----	--

فرضیه چهارم: میزان سلامت خانواده در دفعات تغییر شغل کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
در جدول ۶. به تحلیل واریانس سلامت خانواده و تغییر شغل اشاره شده است. نتایج جدول ۶. بیانگر آن است که رابطه‌ی بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی با تغییر شغل آنها رابطه‌ی معناداری نداشته است چراکه میزان F محاسبه شده یعنی $1/0.22$ در سطح معناداری $0/396$ می باشد و چون بیشتر از سطح معناداری مجاز یعنی $P \text{ value} > 0/05$ می باشد، لذا معنادار نیست و این نتیجه بیانگر عدم ارتباط بین سلامت خانواده این کارگران و تغییر شغل آنها می باشد، بنابراین فرضیه چهارم رد می شود.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس رابطه سلامت خانواده و تغییر شغل

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
تغییر شغل	تغییر شغل	۴۳۹/۲۴۳	۴	۱۰۹/۸۱۱	۱/۰۲۲	۰/۳۹۶
	خطا	۴۲۶۴۹/۹۹۳	۳۹۷	۱۰۷/۴۳۱		
	کل	۶۳۶۳۱۴۹/۰۰۰	۴۰۲			

فرضیه پنجم: میزان سلامت خانواده در دو گروه بومی و غیربومی کارگران شرکت های صنعتی تفاوت وجود دارد.
در جدول ۷. به تحلیل واریانس سلامت خانواده و وضعیت بومی اشاره شده است. نتایج جدول ۷. بیانگر آن است که رابطه‌ی بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی با وضعیت بومی و غیربومی بودن آنها رابطه‌ی معناداری نداشته است چراکه میزان F محاسبه شده یعنی $1/587$ در سطح معناداری $0/206$ می باشد و چون بیشتر از سطح معناداری مجاز یعنی $P > 0/05$ value می باشد، لذا معنادار نیست و این نتیجه بیانگر عدم ارتباط بین سلامت خانواده این کارگران و بومی و غیربومی بودن آنها می باشد، بنابراین فرضیه پنجم رد می شود.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس رابطه سلامت خانواده و وضعیت بومی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
وضعیت بومی	وضعیت بومی	۳۳۹/۵۰۴	۲	۱۶۹/۷۵۲	۱/۵۸۷	۰/۲۰۶
	خطا	۴۲۸۷۹/۴۵۴	۴۰۱	۱۰۶/۹۳۱		
	کل	۶۳۹۲۰۲۱/۰۰۰	۴۰۴			

فرضیه ششم: بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و حمایت اجتماعی رابطه ای وجود دارد.
در جدول ۸. به نتایج آزمون همبستگی سلامت خانواده و حمایت اجتماعی اشاره شده است. نتایج جدول ۸. نشان می دهد ضریب همبستگی سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و حمایت اجتماعی $0/307$ بدست آمده که در سطح $P = 0/00$ value معنادار می باشد. لذا رابطه‌ی بین سلامت خانواده و حمایت اجتماعی وجود دارد به طوریکه $0/094$ یعنی حدود ۱۰ درصد از تغییرات سلامت خانواده با حمایت اجتماعی تبیین می شود، بنابراین فرضیه ششم تایید می شود.

جدول ۸. نتایج آزمون همبستگی پیرسون سلامت خانواده و حمایت اجتماعی

متغیر	حمایت اجتماعی	
	ضریب همبستگی	ضریب تعیین
سلامت خانواده	$0/307^{**}$	$0/094$
	معنی داری	$0/000$

فرضیه هفتم: بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و سازگاری اجتماعی رابطه ای وجود دارد.

در جدول ۹. به نتایج آزمون همبستگی سلامت خانواده و سازگاری اجتماعی اشاره شده است. نتایج جدول ۹. نشان می دهد ضریب همبستگی سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و سازگاری اجتماعی ۰/۲۲۲ بدست آمده که در سطح $P = ۰/۰۰$ value معنادار می باشد. لذا رابطه ی معنی داری بین سلامت خانواده و سازگاری اجتماعی وجود دارد به طوریکه ۰/۰۴۹ یعنی حدود ۵ درصد از تغییرات سلامت خانواده با سازگاری اجتماعی تبیین می شود، بنابراین فرضیه هفتم تایید می شود.

جدول ۹. نتایج آزمون همبستگی پیرسون سلامت خانواده و سازگاری اجتماعی

متغیر	سازگاری اجتماعی	
	ضریب همبستگی	ضریب تعیین
سلامت خانواده	۰/۲۲۲**	۰/۰۴۹
	معنی داری	۰/۰۰۰

یافته های تبیینی

در جدول ۱۰. به خلاصه مدل رگرسیونی پیش بینی سلامت خانواده بر اساس حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی، اشاره شده است. نتایج جدول ۱۰. نشان می دهد سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی توانایی پیش بینی سلامت خانواده را دارند و به طور کلی ۱۵ درصد از تغییرات سلامت خانواده با سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی تبیین می شود.

جدول ۱۰. خلاصه مدل رگرسیونی پیش بینی سلامت خانواده بر اساس حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی

مدل	متغیر	R	R ²	R تعدیل یافته	خطای استاندارد
۱	سازگاری اجتماعی حمایت اجتماعی	۰/۳۸۵	۰/۱۴۸	۰/۱۴۴	۹/۶۱۱

بر اساس این مدل بین سلامت خانواده کارگران با سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی آنها در محیط کاری رابطه معناداری وجود دارد. سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی توانایی پیش بینی سلامت خانواده را دارند و به طور کلی ۱۵ درصد از تغییرات سلامت خانواده با سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی تبیین می شود.

بحث و نتیجه گیری

باتوجه به رشد روز افزون صنایع در ایران و نیز اهمیت تولید و توسعه بخصوص در شعار های چند ساله اخیر که نشان دهنده اولویت تولید و پیشرفت در زمینه های کارگاهی و صنعتی است، این مسئله متخصصان حوزه مددکاری اجتماعی را ملزم می دارد تا برای کاهش آسیب ها و فشار های ناشی از محیط کار و نیز ایجاد تعادل در سود آوری و حمایت های انسانی در چهارچوب سازمان های صنعتی، به انجام پژوهش های حرفه ای در شناسایی و پیاده سازی و ایجاد فرایندهای خدمات فردی و اجتماعی به کارگران و نیز جامعه مورد استفاده از نتایج این صنایع در قالب ایجاد واحد های مددکاری اجتماعی صنعتی و نیز مسئولیت اجتماعی شرکتی که همه در راستای پیشگیری و بهبود اوضاع روانی و خانوادگی کارگران در شرایط اقتصادی مهم کشور است، بپردازند.

در پژوهش حاضر که با هدف بررسی عوامل مؤثر بر سلامت خانواده کارگران در شرکت های صنعتی انجام گرفته بود، فرضیه های اول تا پنجم در جامعه آماری شهرستان اردکان در سال ۱۴۰۰، معنی دار نشده است. یافته ها نشان داد بین سلامت خانواده با وضعیت تأهل، بعد خانوار، سطح تحصیلات، تغییر شغل و وضعیت بومی و غیر بومی بودن رابطه معنی داری وجود ندارد. اما در فرضیه ی ششم "بین سلامت خانواده کارگران شرکت های صنعتی و حمایت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد"، بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون سلامت خانواده و حمایت اجتماعی می توان گفت بین سلامت خانواده و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری

وجود دارد به طوری که ۱۰ درصد از تغییرات سلامت خانواده با حمایت اجتماعی تبیین می‌شود، بنابراین فرضیه ششم تایید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های بیگلر مزلقانی و غلامی فشارکی (۱۳۹۹)؛ اکبری، نجفی و ندریان (۱۳۹۶)؛ همتی و رحیمی علی‌آباد (۱۳۹۳) و قاسمی پور و جهانبخش گنجه (۱۳۸۹) همسو می‌باشد.

در فرضیه‌ی هفتم "بین سلامت خانواده کارگران شرکت‌های صنعتی و سازگاری اجتماعی آنها رابطه وجود دارد"، نیز بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون سلامت خانواده و سازگاری اجتماعی می‌توان گفت بین سلامت خانواده و سازگاری اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد به طوری که ۵ درصد از تغییرات سلامت خانواده با سازگاری اجتماعی تبیین می‌شود، بنابراین فرضیه هفتم تایید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های تربتی نژاد و سعیدی پور (۱۳۹۹)؛ سارانی، اکبری و اورنگی (۱۳۹۹)؛ نمازی و سهرابی شگفتی (۱۳۹۷)؛ محمدی فر، کاظمی و زارعی مته کلایی (۱۳۹۵) و طاهری بخش (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. بنابراین بین سلامت خانواده کارگران با سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی آنها در محیط کاری رابطه معناداری وجود دارد. سلامت خانواده با حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری ($P < 0.001$) در سطح ($P < 0.01$) دارد. همچنین نتایج نشان داد سلامت خانواده با سازگاری اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری ($P < 0.001$) در سطح ($P < 0.01$) داشت. سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی سلامت خانواده را دارند و به طور کلی ۱۵ درصد از تغییرات سلامت خانواده با سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. سلامت خانواده کارگران نقش مؤثری بر سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی آنها دارد.

از این جهت مدیران صنایع باید به این مهم توجه کنند که مراقبت از سلامت خانواده کارگران، ارتباط مستقیم با سلامت کارگران آنها و بهره‌وری آنها در محیط کار و سازگاری اجتماعی آنها خواهد داشت. شناسایی مشکلات خانوادگی که برای کارگر پیش می‌آید و ضرورت‌های پیگیری و حل این موارد، باید در قالب وظایفی مشخص تعریف شود تا شرکت‌های خصوصی به این امر اقبال داشته باشد. نتایج این پژوهش می‌تواند در تدوین برنامه‌ها و طراحی مدل‌های حمایتی از کارگران و خانواده آنها مؤثر باشد. جامعه صنعتی ایران از دیرباز به دلایلی که خود لازم به پژوهش‌های متعدد است، از بررسی و واکاوری در زمینه‌های سلامت محور در حوزه خانواده کارگران و محیط کاری آنها، بازمانده است.

منابع و مراجع

- [۱] آذین، احمد و موسوی، سید محمود. (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل آموزشی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان فریدون شهر. *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۲ (۴۱): ۱۸۳-۲۰۰.
- [۲] ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱). *بررسی اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
- [۳] اعزازی، شهلا. (۱۳۹۹). *جامعه شناسی خانواده: با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر*. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- [۴] اعزازی، شهلا. (۱۳۸۲). *جامعه شناسی خانواده*. تهران: انتشارات روشن گران و مطالعات زنان.
- [۵] اکبری، مریم؛ نجفی، ساریسا؛ ندریان، حیدر. (۱۳۹۶). رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان زنان در شهر سنجند، مطالعه ای مبتنی بر جامعه. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۵ (۳): ۱۵۵-۱۶۳.
- [۶] بهنام، جمشید. (۱۳۹۲). *تحولات خانواده*. ترجمه جعفر پوینده. تهران: انتشارات ماهی.
- [۷] بیگلر مزلقانی، پرستو و غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۹). نقش واسطه ای حمایت اجتماعی در رابطه بین جو عاطفی خانواده و اضطراب اجتماعی نوجوانان. *مجله نوید نو*، ۲۳ (۷۳): ۳۵-۴۶.
- [۸] پرچم، اعظم؛ فاتحی زاده، مریم؛ الله یاری، حمیده. (۱۳۹۱). مقایسه سبک های فرزندپروری بامریند با سبک فرزندپروری مسئولانه در اسلام. *پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*، ۲۰ (۱۴): ۱۱۵-۱۳۸.
- [۹] پناغی، لیلی؛ زاده محمدی، علی؛ باقریان، فاطمه؛ پاکدامن، شهلا؛ احمدآبادی، زهره؛ محمدی، سمیه (۱۳۹۵). *جست و جوی الگوهای سلامت خانواده ایرانی: یک مطالعه کیفی*. *فصلنامه پژوهشی*، ۱۲ (۴۶): ۱۷۹-۱۹۶.
- [۱۰] پناهی، محمد حسین و زارعان، منصوره. (۱۳۹۱). سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. *فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۵ (۹): ۱۳-۱۷.
- [۱۱] پور شهریار، حسین؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ خداپناهی، محمد کریم؛ کاظم نژاد، انوشیروان؛ خفری، ثریا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سطوح سازگاری و رگه های شخصیتی نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*، ۲ (۲): ۹۷-۱۰۶.
- [۱۲] تبریزی، منصوره. (۱۳۹۶). *سلامت خانواده و مصرف رسانه*. پایان نامه و رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- [۱۳] ترابی، زهره. (۱۳۹۳). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه پیام نور ابرکوه*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه پیام نور واحد ابرکوه.
- [۱۴] تربتی نژاد، حسین و سعیدی پور، پریما. (۱۳۹۹). رابطه عملکرد خانواده و سازگاری اجتماعی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دوره دوم متوسطه. *مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری*، ۲ (۳): ۱۸-۳۵.
- [۱۵] جمالی قره قشلاقی، الهه. (۱۳۹۴). *بررسی رابطه هوش اجتماعی با کنترل پرخاشگری و افزایش سازگاری - فردی در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه.
- [۱۶] حضرتی لیلان، اکرم. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین شیوه های فرزندپروری و الدین و میزان اضطراب دانش آموزان. *اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، تهران.
- [۱۷] خدادادی سنگده، جواد. (۱۳۹۳). *شناسایی و سنجش شاخص های سلامت خانواده و ارائه مدل خانواده سالم مبتنی بر بافت فرهنگی و اجتماعی*. رساله دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی.
- [۱۸] خدادادی سنگده، جواد؛ احمدی، خدابخش؛ آموستی، فروغ. (۱۳۹۴). *شناسایی عوامل معنوی مؤثر بر سلامت خانواده های نظامی: یک مطالعه کیفی*. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۲ (۳): ۱۳۴-۱۴۲.
- [۱۹] خدادوست، مصطفی و کریمی، رمضان. (۱۳۸۹). سازگاری تحصیلی دانشجویان. *مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان تهران*.
- [۲۰] دادستان، پریخ و منصور، محمود. (۱۳۹۲). *روان شناسی ژنتیک ۲: نظام های تحولی از روان تحلیلیگری تا رفتارشناسی و نظام های عینی*. تهران: انتشارات رشد.
- [۲۱] ذاکری هامانه، عدرا. (۱۳۹۳). *بررسی میزان سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، مطالعه تطبیقی: شهرهای یزد و تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

- [۲۲] راهب، غنچه؛ رفعتی، سید عزیز؛ پسندیده، مریم؛ شریعتی، مسعود. (۱۳۸۶). شناخت رابطه فرسودگی شغلی پلیس زن با کارکردهای خانوادگی آنها در سال ۸۶. *فصلنامه پلیس زن*، ۱ (۴): ۳۸-۵۴.
- [۲۳] رستگار خالد، امیر. (۱۳۸۳). رابطه کار/ خانواده: تفاوت های جنسیتی در برخورداری از حمایت اجتماعی. *پژوهش زنان*، ۲ (۲): ۶۷-۵۵.
- [۲۴] زارتسکی، ایلای. (۱۳۹۰). *سرمایه داری، خانواده و زندگی شخصی*. ترجمه منیژه نجم عراقی. تهران: انتشارات نی.
- [۲۵] سارانی، پریسا؛ اکبری، فریده؛ اورنگی، مرضیه. (۱۳۹۹). نقش خانواده و ارتباط بین فردی سالم بر سازگاری اجتماعی فرزندان. *هفتمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی*، تهران، ایران.
- [۲۶] ستیر. ویرجینیا. (۱۳۹۵). *خانواده درمانگر، مددکار الگوی فرآیند ارزشمندسازی انسانی*. تهران: انتشارات دانژه.
- [۲۷] شه بخش، افشین. (1390). *بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال گرایی، حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان با سطوح بالا و پایین افسردگی تحصیلی دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- [۲۸] طاهری بخش، ناهید. (۱۳۹۵). بررسی رابطه سلامت خانواده اصلی با سازگاری زناشویی در زوجین شهر تهران. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۱ (۲): ۱-۱۲.
- [۲۹] طهماسبیان، کارینه؛ موتایی، فرشته؛ چیمه، نرگس؛ اناری، آسیه؛ اناری، رضوان؛ طاهری فر، زهرا. (۱۳۹۶). تحلیل وضعیت سلامت خانواده های ایرانی: مفهوم خانواده سالم، شناخت ویژگی های خانوادگی سالم ایرانی و عوامل آسیب زا از دیدگاه متخصصان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵ (۸): ۶۳۰-۶۴۱.
- [۳۰] فرحبخش، کیومرث. (۱۳۹۰). همبستگی بین ویژگی های ادراک شده خانواده اصلی و فعلی و رابطه آن با تعارض زناشویی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۲ (۶): ۲۶-۳۸.
- [۳۱] قاسمی پور، مریم و جهانبخش گنجه، سحر. (۱۳۸۹). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم آباد. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۲ (۱): ۱-۸.
- [۳۲] محمدی فر، محمد علی؛ کاظمی، سکینه؛ زارعی مته کلایی، الهه. (۱۳۹۵). نقش عملکرد خانواده و خودکارآمدی در سازگاری اجتماعی دانش آموزان. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۵ (۴): ۱۱۷-۱۳۱.
- [۳۳] میکائیلی، فرزانه و امام زاده، زهرا. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انطباقی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه تبریز*، ۳ (۱۱): ۳۱-۴۸.
- [۳۴] نمازی، فرحناز و سهرابی شگفتی، نادره. (۱۳۹۷). نقش واسطه گری سازگاری اجتماعی در بین الگوهای خانواده و سلامت روان نوجوانان. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵ (۲۹): ۲۳۷-۲۵۶.
- [۳۵] نوای نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). *مشاوره ازدواج و خانواده درمانی*. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- [۳۶] همتی، رضا؛ رحیمی علی آبادی، اباذر. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی (مطالعه موردی زنان شهر خلخال). *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، ۱۱ (۴۲): ۱۰۵-۱۱۹.
- [37] Bomar, P. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice (3rd ed.)*. Philadelphia: Saunders.
- [38] Elgar, F. J., Craig, W., & Trites, S. J. (2013). Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *Journal of adolescent health*, 52(4), 433-438.
- [39] Fine, M. A., & Fincham, F. D. (2013). *Handbook of family theories: A content-based approach*. Routledge.
- [40] Grochowski, G. (2014). *Families and health*. New York: SAGE Publications, Inc.
- [41] Gündüz, M., & Alakbarov, N. (2019). Analysis of social adjustment factors of international students in Turkey. *Journal of International Students*, 9(4), 1155-1171.
- [42] Hovestadt, A. J., Anderson, W. T., Piercy, F. P., Cochran, S. W., & Fine, M. (1985). A family-of-origin scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 287-297.
- [43] Huston, T. L. (2000). The social ecology of marriage and other intimate unions. *Journal of Marriage and Family*, 62(2), 298-320.
- [44] Insel, P. M., & Roth, W. T. (2008). *Core Concepts in Health Brief*. Boston, MA: McGraw-Hill.

- [45] Lei, X., & Kantor, J. (2021). Social support and family functioning in Chinese families of children with autism spectrum disorder. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3504.
- [46] Petrogiannis, K., & Softas-Nall, L. C. (2010). The family of origin scale in Greece. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 3.
- [47] Qi, W., Liu, Y., Lv, H., Ge, J., Meng, Y., Zhao, N., ... & Hu, J. (2022). Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-10.
- [48] Soulsby, L. K., & Bennett, K. M. (2015). Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology*, 6(11), 1349-1359.
- [49] Sperry, L. (2011). *Assessment of couples and families: Contemporary and cutting-edge strategies*. Routledge.
- [50] Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities. In *Principles and concepts of behavioral medicine* (pp. 341-372). Springer, New York, NY.