

مطالعه سلامت روانی مردان با تأکید بر سنت چندهمسری در شهرستان سرباز

نعیما محمدی^{۱*}، خان محمد آسکانی^۲

چکیده

شیوه‌های مختلف ازدواج و زناشویی در هریک از مناطق ایران متأثر از باورهای قومی و مذهبی شکل گرفته است. در شهرستان سرباز، چندزنی به‌منزله سنتی فرهنگی در شرایطی ساختار غالب خانواده را تشکیل می‌دهد که نشانه‌هایی از تجددگرایی نیز در این منطقه هم‌زمان در حال شکل‌گیری است. با توجه به این ناسازگاری، در پژوهش حاضر به بررسی پیامدهای چندزنی در حوزه سلامت روانی ۳۰۰ مرد تک‌همسر و چندهمسر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و به‌کارگیری پرسش‌نامه GHQ، پرسش‌نامه کبیز و مدل مک مستر پرداخته شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد میانگین سلامت روانی (اضطراب، افسردگی و خشم) نزد مردان ۳ یا ۴ همسر به شکل معناداری بیشتر از مردان ۲ همسر و تک‌همسر است. در خصوص میانگین میزان انسجام و شکوفایی نیز سلامت اجتماعی مردان ۳ یا ۴ همسر به شکل معناداری پایین‌تر به دست آمد، اما در میانگین میزان پذیرش این گروه، در مقایسه با دیگر گروه‌ها، تفاوت معناداری حاصل نشد. در مجموع، سلامت خانواده‌های چندهمسر از حیث میانگین میزان مشارکت همدلانه و پیوند عاطفی به شکل معناداری پایین‌تر از خانواده تک‌همسر است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود، به منظور کاهش خسارات روانی و اجتماعی مردان چندهمسر در این منطقه، خدمات حرفه‌ای خانواده‌درمانی طبق مدل مک مستر از سوی سازمان بهزیستی اجرا شود.

کلیدواژه‌ها

چندزنی، خانواده، سلامت اجتماعی، سلامت خانواده، سلامت روانی.

۱. استادیار جامعه‌شناسی و عضو هیئت علمی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان
Naima.mohammadi@uk.ac.ir

۲. کارشناس ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰

مقدمه و بیان مسئله

از آنجا که ازدواج اغلب به شیوه‌های قانونی، مذهبی و فرهنگی اطلاق می‌شود که ماهیت و کیفیت آن با هنجارهای اجتماعی بر ساخته می‌شوند، در جوامع مختلف الگوهای متنوعی از انواع خانواده مشاهده می‌شود [۳]. کلومگا^۱ در بررسی انواع ساختارهای خانوادگی به خانواده چندزن و تک‌همسر اشاره می‌کند. او سهم مسلمانان را از ازدواج‌های چندزنی ۴۳ درصد، مسیحیان کاتولیک ۲۵ درصد، مسیحیان پروتستان ۲۵ درصد و افراد لائیک ۳۹ درصد گزارش کرده است [۱۹]. اگرچه چندزنی در قرن‌های گذشته میان ۸۰ درصد جوامع مرسوم بوده، امروزه با تغییرات به وجود آمده در جهان بسیار محدود شده است [۲۰].

امروزه، چنین سنتی در کلیه کشورهای توسعه یافته ممنوع اعلام شده و در برخی کشورهای در حال توسعه نیز مورد انتقاد قرار گرفته است. در چندین کشور اروپای غربی، پس از سال‌های ۱۹۵۰ هم چندزنی تحت عنوان خیانت به همسر به منزله یکی از جرایم نابخشودنی اعلام شد. بر این اساس، در فرانسه و انگلستان مهاجرانی که قانون خانواده هسته‌ای را نقض می‌کردند، اخراج و مجازات می‌شدند [۱۶]. اگرچه ازدواج‌های مجدد و هم‌بستری‌های غیررسمی در ایالات متحده آمریکا امروزه به سرعت در حال افزایش است، ازدواج رسمی و هم‌زمان با دو زن پس از سال ۱۸۶۲ غیرقانونی اعلام شد، زیرا چنین پدیده‌ای با سیاست کنترل جمعیت، جنبش‌های رهایی‌بخش زنان، حقوق کودکان و خانواده در تعارض است [۱۷] با وجود این، در منطقه خاورمیانه چندهمسری سنتی ارزشمند و متعارف است؛ به طوری که بیش از نیمی از ازدواج‌ها در کشورهای لبنان، عربستان، عراق و... در این قالب جای می‌گیرند [۲].

در ایران، چندهمسری در میان اهل تسنن مرسوم است؛ به طوری که به روایت مرکز آمار استان سیستان و بلوچستان (۱۳۹۰) در شهرستان سرباز از میان ۵۶ هزار و ۷۹۹ خانوار ۳۶ هزار و ۷۶۷ مرد بیش از یک زن دارند. در این میان، ۲۵ هزار و ۴۲۵ مرد دو همسر و ۱۱ هزار و ۳۴۲ مرد سه یا چهار همسر دارند. با این حساب ۴۲٫۵ درصد از خانواده‌های موجود در سرباز در خانواده تک‌همسر و ۵۸٫۵ درصد در خانواده چندزن به سر می‌برند. اگرچه چندزنی در این منطقه به دلیل سابقه تاریخی و عرف اجتماعی^۲ مورد تشویق علمای مذهبی است، شیوع این سنت فرهنگی در گذشته بی‌ارتباط با سنت‌های خاص ازدواج در این منطقه نبود، زیرا نخستین ازدواج مردان بلوچ از سنین پایین آغاز می‌شد، فاصله سنی میان زوجین بسیار زیاد بود و گزینش زن اول طبق سنت از اختیارات قطعی والدین محسوب می‌شد [۸]. آنچه امروز موضوع چندهمسری را در شهرستان سرباز به مسئله‌ای اجتماعی مبدل کرده، ناسازگاری این سنت فرهنگی در عرصه ازدواج و خانواده با تحولات ناشی از

1. Klomegah

۲. تعداد زن نشانه قدرت اجتماعی مرد در خانواده و جامعه است (هرکس زن بیشتری داشته باشد، پایگاه اجتماعی بالاتری نزد مردم دارد).

نظم اجتماعی جدید است، زیرا در کنار حمایت‌های اجتماع و فرهنگ محلی، شبکه‌های اجتماعی وسیع‌تر و ماهواره‌ها قرار دارند که مروج ارزش‌های جامعه مدرن‌اند؛ ارزش‌هایی که برخی عناصر آن نظیر افزایش سن ازدواج دختران، تمایل زنان برای ادامه تحصیل، تأسیس دانشگاه پیام نور و علمی کاربردی، افزایش میزان اشتغال زنان در بخش صنایع دستی و خدمات و استقلال اقتصادی زنان در این منطقه دورافتاده نیز رو به گسترش است.

از سوی دیگر، در سال‌های اخیر، بحران‌های ناشی از رکود اقتصادی درآمد خانوارها را در این منطقه به شدت کاهش داده است. فرزندان که دیگر در جامعه متأثر از تغییرات ساختاری تولیدکننده محسوب نمی‌شوند، به عنوان یک مصرف‌کننده سربار خانواده شده‌اند. همه این عوامل موجب شده تا آسیب‌ها و کژکارکردهای این سنت (چندهمسری) بیشتر خود را نشان دهد. شواهدی از این ناسازگاری در دیگر کشورهای منطقه خاورمیانه، نظیر عربستان سعودی، نیز به چشم می‌خورد و زمینه‌ساز شکل‌گیری جنبش‌هایی برای به رسمیت‌شناسی حقوق مدنی زنان شده است [۴]. مروری بر نتایج مطالعات استفان (۲۰۰۷)، البدرو (۲۰۰۴)، عارف نظری و دیگران (۱۳۸۴)، ناظرزاده و دیگران (۱۳۸۷)، محمدی و دیگران (۱۳۹۰)، شیخی و دیگران (۱۳۸۷) نشان داده است که ناسازگاری میان سنت چندزنی و تحولات ناشی از جامعه جدید در جوامع بررسی شده میزان سلامت روانی، اجتماعی و جسمی زنان و کودکان را با چالش و آسیب‌های جدی مواجه کرده است؛ مانند کشمکش شدید میان هووها، برادران و خواهران ناتنی [۱۲]، کاهش سرمایه اجتماعی فرزندان شامل (احساس امنیت، اعتماد و مشارکت) [۱۴]، شیوع و انتقال بیماری‌های مقاربتی نظیر کواشیور کور^۱ [۳؛ ۲۷].

اگرچه تحقیقات نسبتاً محدودی در خصوص پیامدهای چندزنی روی مردان انجام گرفته است، گروهی از این محققان مردان چندزن را اغلب به‌منزله یک گروه ذی‌نفع و بهره‌مند قلمداد کرده‌اند که سلامت روانی، جسمی و اجتماعی مطلوبی دارند. از این رو، نقطه آغاز این مقاله تردید در میزان سلامت روانی مردان در خانواده‌های چندزن با توجه به تحولات جامعه جدید نظیر: افزایش شهرنشینی، افزایش سن ازدواج جوانان و اشتغال زنان خارج از منزل، رشد جنبش‌های آزادی‌بخش زنان و تغییر شیوه معیشت، سیاست‌های کنترل جمعیت و تغییر کارکرد کودکان و... است [۲۰].

چارچوب نظری

مبنای اصلی این مقاله اصول نظری کارکردگرایانی چون پارسونز است که مفهوم «سلامت» را

۱. این بیماری خاص مناطق گرمسیر است که به‌طور اخص در اطفالی ظهور می‌کند که از انگل‌های دستگاه گوارش رنج می‌برند. با رعایت کردن یک دوره طولانی محرومیت جنسی و تضمین فواصل سنی کودکان، یک مادر می‌تواند دوره شیردهی خود را افزایش دهد تا کودک بتواند با استفاده از پروتئین موجود در شیر مادر از این بیماری رایج جان سالم به در برد.

به‌منزله پدیده‌ای اجتماعی و به شکل ساختی می‌نگرند. زن و شوهر، که در نظامی اجتماعی با عنوان خانواده در ارتباط مستمر و متقابل با یکدیگر به سر می‌برند، دو دسته نیازهای اساسی دارند. دسته اول را نیازهای عینی و دسته دوم را نیازهای ذهنی تشکیل می‌دهند [۲۴]. منظور از نیازهای عینی بیشتر شامل آن دسته از نیازهایی است که افراد به‌طور مستمر در زندگی روزمره با آن‌ها سروکار دارند و نیازهای ارگانیک انسان را مورد نظر قرار می‌دهد؛ مثل نیاز به غذا، امنیت جسمانی، بهداشت، رفاه و...؛ بدیهی است که میزان برآورده شدن این نیازها، سلامت خانواده را تضمین می‌کنند [۲۸]. دسته دوم آن نیازهای ذهنی هستند که اگرچه بر وضعیت عینی (جسمی) تأثیرگذارند، به شکلی مستقل از آن‌ها عمل می‌کنند؛ مانند لذت جنسی از روابط زناشویی، احساس وفاداری به همسر، وجود اعتماد متقابل در روابط خانوادگی، حس دوست‌داشتن و دوست داشته شدن از سوی همسر و... . اگرچه تاحدودی میان چنین متغیرهای ذهنی با عوامل عینی ارتباط وجود دارد و می‌توانند تأثیر متقابلی بر روی هم بگذارند، در دو قالب جداگانه قرار می‌گیرند.

بنابراین، سلامت خانواده از یک‌سو وابسته به محیط اجتماعی و از سوی دیگر تابع عوامل روانی است [۶]. کیز (۲۰۰۴) چند ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد که هم‌راستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناسی اجتماعی بسط می‌یابد. از نظر او، سلامت اجتماعی با توجه به چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در جامعه به‌دست می‌آید [۲۵] و شامل انسجام اجتماعی^۱، شکوفایی اجتماعی^۲ و پذیرش اجتماعی^۳ است [۲۲].

مک مستر (۱۹۷۲) به منظور مطالعه سلامت خانواده مدلی ارائه می‌کند که شامل برخی جنبه‌های کارکردی است. این مدل بر رویکرد سیستمی مبتنی است که ساختار، سازمان و الگوی تبادل واحد زناشویی را توصیف می‌کند. این مدل ابعاد مهمی از کارکرد خانواده را، که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند، مد نظر قرار می‌دهد و شش بعد از زندگی خانوادگی را ارزیابی می‌کند که عبارت‌اند از: حل مسئله^۴، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتاری [۱]. طبق این مدل، سلامت خانواده در گرو تبادل اطلاعات و ارتباطات کلامی است که معمولاً می‌تواند به‌صورت آشکار یا پنهان، صریح یا غیرصریح باشد. مؤثرترین شکل ارتباط، نوع آشکار و صریح آن است و کم‌اثرترین آن ارتباط نقابدار و غیرصریح است، زیرا پیام‌های ناآشکار و غیرصریح به دلیل ابهام، دوگانگی، تعارض و پوشیدگی، مخاطبان را سردرگم و مضطرب می‌کنند [۱۵]. در این تئوری، پیوند عاطفی مهم‌ترین شاخص سلامت خانواده قلمداد می‌شود که به چگونگی واکنش عاطفی^۵ خانواده مربوط است: آیا خانواده محیطی مناسب برای توانایی ابراز عواطف مختلف است؟ آیا

1. social integration
2. social actualization
3. social acceptance
4. problem solving
5. affective Responsiveness

واکنش‌های عاطفی متناسب با موقعیت صورت می‌گیرد؟ در مدل مک مستر احساس آسایش شامل واکنش‌های مثبت و احساس اضطرابی شامل عواطف منفی مانند ترس، اضطراب و خشم است [۱]؛ [۵۹]. براساس این مدل، مشارکت عاطفی^۱ یکی دیگر از عوامل تضمین‌کننده سلامت خانواده به‌شمار می‌رود که با توجه به درجه کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده به امور یکدیگر سنجش می‌شود [۲]. زمانی مشارکت عاطفی به سلامت اجتماعی اعضای خانواده کمک می‌کند که نیازهای عاطفی اعضا تأمین شود. در مدل مک مستر، مشارکت اجتماعی در روابط خانوادگی شامل مشارکت همدلانه، مشارکت عاری از عاطفه (انجام وظیفه)، مشارکت ناشی از خودشیفتگی، مشارکت انگل‌وار و فقدان مشارکت است.

فرضیه‌های تحقیق

۱. میانگین سلامت روانی مردان در خانواده‌های تک‌همسر بیش از مردان چندزن شهرستان سرپاز است؛
۲. میانگین سلامت خانواده‌های تک‌همسر بیش از خانواده‌های چندهمسر شهرستان سرپاز است.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تبیینی است و برای آزمون فرضیه‌ها از روش پیمایش و تکنیک پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ)^۲ بر پایه شاخص‌های گلدبرگ^۳ (۱۹۷۲) و مدل سلامت خانوادگی (FAD)^۴ مک مستر^۵ استفاده شده است. گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پرسش‌نامه سلامت عمومی را تنظیم کردند. آن‌ها به روش دو نیمه کردن برای ۸۵۳ آزمودنی ۰/۹۵ گزارش کردند. تقوی پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. در این تحقیق، از نسخه سیزده‌سؤالی (از سؤال ۱۵ تا ۲۸) این پرسش‌نامه استفاده شده است که به روش تحلیل عاملی نشانه‌های مربوط به اضطراب، افسردگی و خشونت را در پاسخ‌گو می‌آزماید. همه این نتایج نشان می‌دهند که این مدل بهترین برآزش از تبیین داده‌های مقاله حاضر را نشان می‌دهد و استفاده از این شاخص‌ها پایایی قابل قبولی دارند. جامعه آماری تحقیق شامل همه خانواده‌های (تک‌همسر و چندهمسر) شهرستان سرپاز

1. affective Involvement
2. General Health Questionnaire
3. Goldberg
4. Family Assessment Device
5. McMaster

است که طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ معادل ۳۶ هزار و ۷۶۷ خانواده است. با استفاده از جدول مورگان، حجم نمونه ۳۰۰ به دست آمد که شامل ۱۵۰ مرد تک همسر، ۹۰ مرد ۲ زن و ۶۰ مرد ۳ یا ۴ زن است. روش نمونه‌گیری استفاده شده در این پژوهش طبقه‌ای تصادفی ساده است. جهت اجرای پرسش‌نامه ابتدا با توجه به نقشه‌های هوایی شهر زاهدان، که در معاونت برنامه و بودجه استانداری موجود بود، کلیه بلوک‌های شهر در نظر گرفته شدند. سپس از بین همه بلوک‌ها، ۳۵ بلوک براساس توزیع جمعیت در آن‌ها انتخاب شد. در مرحله بعد، در هر بلوک به صورت تصادفی (۳ خانه در میان) ۱۲ خانه انتخاب و در صورت حضور زن متأهل در آن منزل تکمیل پرسش‌نامه آغاز شد. واحد تحلیل، خانواده و واحد مشاهده، مردان متأهل شهرستان سرباز است. پایایی مقیاس سنجش سلامت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ برای شاخص‌های سلامت

مقدار آلفای کرونباخ	تعداد گویه	خرده‌مقیاس‌های سلامت
۰٫۷۴	۵	اضطراب
۰٫۸۱	۴	افسردگی
۰٫۶۹	۴	خشونت
۰٫۷۶	۱۱	پیوند عاطفی
۰٫۸۳	۶	مشارکت همدلانه

با توجه به خرده‌مقیاس‌های گزارش شده، مقدار آلفای کرونباخ برای سلامت اجتماعی ۰٫۷۷، سلامت روانی ۰٫۸۹ و سلامت خانواده ۰٫۸۶ به دست آمد که نشان از همبستگی درونی بالای خرده‌مقیاس‌ها دارد.

یافته‌های تحقیق

در این تحقیق، ابتدا ویژگی‌های مربوط به ساختار خانواده در شهرستان سرباز توصیف شده، سپس با توجه به مبانی نظری و مدل تحلیلی از طریق تحلیل واریانس یک‌طرفه میزان سلامت روانی مردان و سلامت خانواده‌های چندهمسر سنجش شده است.

جدول ۲. توصیف مشخصات زمینه‌ای پاسخ‌گویان برحسب ساختار خانوادگی

ویژگی‌های زمینه‌ای	خانواده تک‌همسر			خانواده چندزن			
	میانگین	کمینه	بیشینه	تعداد	میانگین	کمینه	بیشینه
مدت زناشویی	۱۵٫۸	۱	۵۱	۱۵۰	۱۵٫۸	۱	۵۰
تعداد فرزند	۳٫۶	۰	۹	۱۵۰	۹٫۶	۵	۱۷
فاصله سنی زوجین	۴٫۷	۰	۱۶	۱۵۰	۱۰٫۶	۰	۳۹

همان‌طور که ارقام مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند، مدت زناشویی در خانواده‌های تک‌همسر و چندزن به‌طور متوسط ۱۵/۸ سال گزارش شده است. متوسط تعداد فرزندان که در خانواده تک‌همسر متولد شدند، ۳/۶ است؛ در حالی که متوسط تعداد فرزندان متولدشده در خانواده‌های چندهمسر ۹/۶ است. این در حالی است که حداکثر فرزند متولدشده در خانواده تک‌همسر ۹ و خانواده چندزن ۱۷ فرزند است. میانگین فاصله سنی میان زوجین در خانواده تک‌همسر ۴/۷ سال و در خانواده چندزن ۱۰/۶ سال به‌دست آمده است.

به منظور سنجش فرضیه اول تحقیق مبنی بر: «میانگین سلامت روانی مردان در خانواده‌های تک‌همسر بیش از مردان چندزن شهرستان سرباز است» از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس یک‌طرفه بین سلامت روانی و ساختار خانواده

Eta	سطح معناداری	مقدار F	چندهمسر			تک‌همسر	ساختار خانواده
			۳ یا ۴ زن	۲ زن	تک‌همسر		
۰/۶۴	۰/۰۰۰	۱۱/۳۲	۳۲/۲۱	۱۶/۷۶	۹/۰۵	میانگین میزان اضطراب	
۰/۶۷	۰/۰۰۰	۱۴/۱۸	۱۸/۷	۱۳/۵	۸/۸	میانگین میزان افسردگی	
۰/۳۴	۰/۰۰۰	۸/۹۲	۱۴/۳	۱۰/۵	۸/۲	میانگین میزان خشم	
۰/۷۵	۰/۰۰۰	۳۷/۶۴	۶۵/۲۱	۴۰/۷۶	۲۶/۰۵	سلامت روانی	

ارقام مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که میانگین میزان اضطراب، افسردگی و خشم مردان در خانواده‌های تک‌همسر، ۲ زن و ۳ یا ۴ زن در شهرستان سرباز تفاوت معناداری دارند. در مجموع، مردان در خانواده‌های تک‌همسر در مقایسه با خانواده‌های ۲ زن و ۳ یا ۴ زن سلامت اجتماعی بالاتری دارند، زیرا در شرایطی که کمینه متغیر سلامت روانی ۱۳ و بیشینه آن ۶۵ است، میانگین میزان سلامت روانی در خانواده‌های تک‌همسر ۲۶/۰۶، ۲ زن ۴۰/۷۶ و ۳ یا ۴ زن ۶۵/۲۱ به‌دست آمد.

به منظور سنجش فرضیه دوم تحقیق مبنی بر: «میانگین سلامت خانواده در ساختار تک‌همسر بیش از چندزن در شهرستان سرباز است»، از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس یک طرفه بین سلامت خانواده و ساختار خانواده

مجدور eta	سطح معناداری	مقدار F	چندهمسر			ساختار خانواده	خرده مقیاس های سلامت خانواده
			تک همسر	۲ زن	۳ یا ۴ زن		
۰.۶۸	۰.۰۰۰	۳۴.۳۲	۱۷.۲۱	۱۹.۷۶	۳۶.۰۵	میانگین میزان پیوند عاطفی	
۰.۳۵	۰.۰۲۱	۱۴.۱۳	۹.۷	۹.۵	۲۱.۸	میانگین میزان مشارکت همدلانه	
۰.۸۳	۰.۰۱۰	۵۴.۲۱	۲۶.۹۱	۲۹.۲۶	۵۷.۸۵	سلامت خانواده	

ارقام مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که میانگین میزان پیوند عاطفی و مشارکت همدلانه مردان در خانواده‌های تک‌همسر، ۲ زن و ۳ یا ۴ زن در شهرستان سرباز تفاوت معناداری دارند. در مجموع، سلامت خانواده‌های تک‌همسر در مقایسه با خانواده‌های ۲ زن و ۳ یا ۴ زن بیشتر است، زیرا در شرایطی که کمینه متغیر سلامت خانواده ۱۷ و بیشینه آن ۸۵ است، میانگین میزان سلامت در خانواده‌های تک‌همسر ۵۷.۸۵، ۲ زن ۲۹.۲۶ و ۳ یا ۴ زن ۲۶.۹۱ به دست آمد.

بحث و نتیجه گیری

اگرچه در سال‌های اخیر نظم حاصل از تحولات ساختاری در جامعه ایران ادامه حیات بسیاری از رسوم محلی را کمابیش مختل کرده، یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد چندهمسری به مثابه سنتی فرهنگی- تاریخی تحت تأثیر پذیرش اجتماع محلی و تأیید علمای اهل تسنن در شهرستان سرباز، به رغم آسیب‌هایی که برای خانواده به همراه دارد، همچنان مرسوم است. مطالعات صورت گرفته از پیامدهای ناگوار چندهمسری در حوزه سلامت خانواده حکایت دارد. از این رو، در تحقیق حاضر سلامت روانی مردان چندزن در مقایسه با مردان تک‌همسر در منطقه سرباز انجام شده که وجدان جمعی هیچ منعی پیش روی اجرای این سنت قرار نداده است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد وضعیت سلامت در خانواده‌های چندزن به شکل معناداری پایین‌تر از مردان تک‌همسر در شهرستان سرباز است؛ به طوری که با ابطال فرضیه اول تحقیق می‌توان نتیجه گرفت چندزنی با افزایش تنش خانوادگی، رقابت ناسالم و چشم و هم‌چشمی موجب افزایش خشونت، اضطراب و افسردگی مردان را فراهم آورده است و نمی‌تواند سلامت روانی برای مردان خانواده به همراه بیاورد. با ابطال فرضیه دوم تحقیق، مبنی بر کاهش میانگین سلامت خانواده در خانواده‌های چندزن در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر، می‌توان نتیجه گرفت، برخلاف گذشته، که شرایط اجتماعی، معیشتی و اقتصادی جامعه امکان تقسیم کار مشارکتی و همدلانه را میان اعضای این نوع خانواده‌ها فراهم می‌کرد، در شرایط کنونی چندهمسری امکان مشارکت همدلانه و پیوند عاطفی میان اعضای خانواده را سبب نمی‌شود. یافته‌های این تحقیق نشان داد میزان همدلی و

مشارکت در خانواده‌های چندهمسر به شکل معناداری پایین‌تر از خانواده‌های تک‌همسر است. در واقع، به‌زعم ابن‌خلدون، گویا خانواده‌های چندهمسر همچون بادیه‌نشینان امروزی آلوده به تجمّل زندگی شهری شده‌اند و این موضوع مشارکت انگل‌وار، خودشیفتگی و سبک‌دلبستگی غیرایمن را در خانواده ایجاد کرده است. این یافته، مشابه نتایج تحقیقی است که در قم انجام شده است و نشان می‌دهد دلبستگی امن، همکاری‌های همدلانه و مشارکت گروهی در خانواده‌های تک‌همسر این شهر بیش از خانواده‌های چندهمسر است [۷؛ ۵].

همچنین یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد با افزایش تعداد زنان، مؤلفه‌های سلامت روانی، احساس انزوا و افسردگی افزایش معنادارتری پیدا می‌کند؛ احساس اضطراب و خشم نیز پس از احساس افسردگی و انزوا در مرتبه بعدی، سلامت روانی مردان چندزن را کاهش داده است. تحلیل این وضعیت نشان می‌دهد افزایش مسئولیت‌های مردان در خانواده‌های چندزن، که اغلب پرجمعیت و پرتنش‌اند، موجب کاهش مشارکت عاطفی و پیوند همدلانه در روابط خانوادگی می‌شود. این عوامل موجب می‌شود کارکردهای مثبت این سنت فرهنگی، که در گذشته موجب اقتدار اجتماعی و غرور مرد را فراهم می‌کرد، زمینه افسردگی، اضطراب و خشم او را فراهم کند. تحقیقات مشابهی در این خصوص وجود دارد که وجود افسردگی مفرط زنان در خانواده‌های چندزن را در مقایسه با زنان خانواده‌های تک‌همسر تأیید می‌کند. طبق نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات صورت‌گرفته، اگرچه میزان افسردگی و پرخاشگری در زنان اول از سایر زنان بالاتر است، در خصوص میزان اضطراب تفاوت معناداری ملاحظه نمی‌شود [۲۳]. نتیجه مطالعه مهم‌ترین علائم افسردگی در زنان خانواده‌های چندهمسر شهر ابوظبی نشان داد که علائم افسردگی در میان زنان در خانواده‌های چندهمسر شامل: کم‌خوابی، عصبانیت، کاهش اشتها، احساس نگرانی، ناراحتی دائمی، گریه، احساس خستگی مفرط و کاهش تمایل جنسی بیش از زنان تک‌همسر است [۲۶]. یافته‌های این تحقیق علائم افسردگی مشاهده‌شده در مردان چندزن را شامل احساس سردرگمی، گوشه‌گیری، خشم و انزوا گزارش داده است.

نارضایت‌مندی زنان نیز در خانواده‌های چندزن موضوع دیگری است که سلامت خانواده‌های چندزن را تهدید می‌کند. محمدی و علمدار پس از بررسی میزان رضایت‌مندی زنان در شهرستان کهنوج به این نتیجه رسیدند که ۵۴ درصد از تغییرات مربوط به رضایت‌مندی از زندگی خانوادگی براساس ساختار خانوادگی تبیین می‌شود. بیشترین رضایت‌مندی و بالاترین کیفیت زندگی در این منطقه، که چندزنی در آن امری مرسوم است، در خانواده‌های تک‌همسر ملاحظه شد و در خانواده‌های چندهمسر، تعداد زنان در تبیین میزان رضایت‌مندی تأثیر معناداری داشتند [۹]. یافته‌های تحقیق حاضر نیز میان تعداد زن و سلامت روانی مرد ارتباط معنادار گزارش کرده است؛ به‌طوری‌که میانگین میزان سلامت روانی مردان ۲ زن در مقایسه با مردان ۳ یا ۴ زن بیشتر به‌دست آمد، زیرا با افزایش تعداد اعضای خانواده، تنوع روحيات و خلیقات اعضا افزایش می‌یابد، احتمال درگیری و منازعه بر سر توزیع منابع ارزشمند خانواده بیشتر می‌شود و مهم‌تر از همه مسئولیت

نان‌آوری و جلب رضایت همه اعضای خانواده برای مردان دشوارتر می‌شود. از این رو، اضطراب و خشم مکانیزمی دفاعی برای برون‌رفت از این وضعیت پرتنش است که فقط خاص مردان منطقه سرآوان نیست. نتایج تحقیق البدرو در عربستان از خشونت پدران علیه کودکان در خانواده‌های چندهمسر گزارش می‌دهد. تجربه خشونت از سوی نوجوانان در خانواده‌های چندزنی که تعداد همسران پدر به ۳ یا ۴ زن افزایش می‌یابد، ۱/۵ برابر بیش از خانواده‌های چندزنی است که در آن ۲ زن وجود دارد. البته میان تعداد همسران پدر با اضطراب، افسردگی و اعتمادبه‌نفس کودکان در مدرسه ارتباط معناداری وجود نداشت. میزان افسردگی در دختران نوجوانی که پدران چندزن دارند، بیش از پسران گزارش شده است [۲۵].

در برخی از تحقیقات، به عواملی که به کاهش آسیب‌های ناشی از چندهمسری کمک می‌کند اشاره شده است. نتایج تحقیقی که سلامت روانی مردان چندزن را در بیروت بررسی کرد نشان داد که نسبت فامیلی میان هووها موجب کاهش افسردگی و خشم مردان می‌شود و خشونت علیه کودکان را به شدت کاهش می‌دهد [۱۹]. اگرچه در پژوهش حاضر رابطه معناداری میان سلامت روانی مردان و نسبت فامیلی میان هووها و مرد به دست نیامد، این یافته نشان می‌دهد عامل تنش‌زا و موجب آسیب روانی در جامعه بررسی شده صرفاً جنبه درون‌خانوادگی ندارد، بلکه فشارهای محیطی سهم زیادی در کاهش سلامت روانی مردان چندزن دارد. در همین رابطه، نتایج تحقیقی در مسقط نشان داد که زنان اول‌خانه‌دار میزان سازگاری کمتری با زنان تازه‌وارد^۱ دارند. منزلت و عزت نفس زنان اول‌خانه‌دار در مقایسه با زنان اول‌شاغل با وارد شدن زن جدید تنزل بیشتری نشان می‌دهد؛ به طوری که سلامت روانی در زنان اول‌شاغل بیشتر از زنان اول‌خانه‌دار به دست آمده است [۱۶].

با استناد به نتایج تحقیقات انجام‌شده و یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت اگرچه چندهمسری به‌منزله سنتی جا افتاده در برخی مناطق کشور رایج است، تحولات جامعه جدید بسیاری از این رسوم را با دگرگونی محتوایی و معنایی مواجه کرده است. مطالعه و مقایسه میزان سلامت اجتماعی و روانی مردان در شهرستان سرباز نشان می‌دهد این رسم در شرایط کنونی، برخلاف گذشته، با افزایش اعتبار اجتماعی مرد، رفاه اقتصادی خانواده، مشارکت همدلانه اعضای خانواده، تقسیم منظم کار و در نتیجه سلامت روانی مردان همراه نیست و به کلی تغییر کارکرد داده است. سلامت روانی مردان چندزن از یک‌سو به دلیل کشمکش، حسادت، چشم و هم‌چشمی و احساس محرومیت میان هووها، نابرداری‌ها و ناخواهری‌ها، که بر سر منابع ارزشمند و محدود موجود در خانواده باهم به رقابت می‌پردازند، به شکل معناداری در مقایسه با مردان تک‌همسر کمتر است. در شرایطی که بستر اجتماعی شهرستان سرباز هم به لحاظ عادات قومی، مذهبی و تاریخی مناسب وجود چندزنی است، خانواده‌های چندزن طبق یافته‌های این تحقیق از حیث پیوندهای عاطفی و

مشارکت همدلانه در شرایط نامطلوبی به سر می‌برند. علت این آسیب در ناسازگاری میان این سنت فرهنگی (چندزنی) با مقتضیات ساختار اجتماعی و اقتصادی جامعه جدید ریشه دارد که به قول گیدنز همچون یک لوکوموتیو خردکننده در حال پیش آمدن و افزودن بر مخاطرات اجتماعی است. با وجود این، همچنان چندهمسری به منزله ساخت غالب مردم در این منطقه قلمداد می‌شود و یک سنت فرهنگی است که حیات اجتماعی دارد. بنابراین، لازم است سازمان بهزیستی و علوم پزشکی شهرستان سرباز به منظور کاهش آسیب‌های آن در حوزه سلامت متولی تأسیس مراکز مشاوره و راهنمایی ویژه‌ای به منظور کاهش افسردگی و اضطراب در مردان خانواده‌های چندهمسر شوند. پیشنهاد می‌شود این مراکز، با توجه به مدل مک مستر، متغیرهای مهمی را که در تعیین رفتار و احساس اعضای خانواده مؤثرند شناسایی و در درمان خانواده‌های چندهمسر از جنبه ساختاری، سازماندهی و الگوهای تعاملی درون نظام خانواده توجه کند. فرایندهای درون‌روانی اعضا اهمیت زیادی دارد، زیرا چنانچه متغیرهای نظام در کنار هم کارکرد خوبی داشته باشند، رفتار فرد و فرایندهای درون‌روانی این افراد به‌طور مطلوبی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

منابع

- [۱] الهیاری، طلعت؛ نامدار، حسینی (۱۳۹۳). «ارتباط عملکرد خانواده با رفتارهای خرابکارانه دانش‌آموزان در شهر جوانرود استان کرمانشاه»، *مجله مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی*، دوره ۳، ش اول، ص ۶۷-۵۳.
- [۲] بارکر، فیلیپ (۱۳۷۵). *خانواده‌درمانی پایه*، ترجمه محسن دهقان و زهره دهقان، تهران: رشد.
- [۳] برنالد، جان (۱۳۸۴). *درآمدی به مطالعات خانواده*، ترجمه حسین قاضیان، تهران: نی.
- [۴] حاضری، علی‌محمد؛ محمدی، نعیم (۱۳۹۱). «تحلیل جامعه‌شناسی تنوع جنبش زنان در کشورهای اسلامی»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ۶، ش ۲، ص ۳۰-۵۳.
- [۵] زاهدی اصل، محمد؛ پیله‌وری، اعظم (۱۳۹۳). «فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی»، *مجله برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره ۱۹، ش ۱۹، ص ۷۱-۱۰۷.
- [۶] سمیعی، مرصده؛ رفیعی، حسن؛ امینی، مصطفی؛ اکبریان، مهدی (۱۳۸۹). «سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار»، *مجله مسائل اجتماعی ایران*، س اول، ش ۲، ص ۳۱-۵۱.
- [۷] عارف‌نظری، مسعود؛ مظاهری، محمدعلی (۱۳۸۴). «سبک‌های دل‌بستگی و شیوه همسرگزینی (چندهمسری- تک‌همسری)»، *فصل‌نامه خانواده‌پژوهی*، دوره اول، ش ۴، زمستان، ص ۳۹۳-۴۰۵.
- [۸] مجاهد، عزیزالله؛ بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). «وضعیت رفتاری کودکان و سلامت روانی والدین در خانواده‌های چندهمسری»، *مجله اندیشه و رفتار*، س ۹، ش ۳، ص ۶۰-۶۷.
- [۹] محمدی، نعیم و علمدار، فاطمه سادات (۱۳۹۱). «مطالعه جامعه‌شناختی رضایت از زندگی خانوادگی برحسب الگوی خانواده»، *فصل‌نامه خانواده‌پژوهی*، دوره ۸، ص ۱۲۹-۱۴۰.
- [۱۰] محمدی، نعیم (۱۳۸۷). «بررسی جامعه‌شناختی تأثیر ساختار و روابط خانوادگی در خانواده‌های تک‌همسر و چندهمسر شهر زاهدان»، *پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد*، دانشگاه الزهرا.

- [۱۱] محمدی، نعیم؛ شیخی، محمدتقی (۱۳۸۷). «گونه‌شناسی کشمکش در خانواده‌های چندهمسری»، *مجله تحقیقات زنان*، س ۲، ش ۴، ص ۲۱-۳۸.
- [۱۲] _____ (۱۳۸۷). «مطالعه تطبیقی روابط خانوادگی در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر شهر زاهدان»، *فصل‌نامه زن در توسعه و سیاست* (پژوهش زنان)، دوره ۶، ش ۴، ص ۱۸۳-۲۰۰.
- [۱۳] محمدی، نعیم؛ جوانمرد، کمال (۱۳۹۳). «مطالعه موردی جنبش‌های اجتماعی زنان در کشورهای ترکیه، مصر، عربستان سعودی و مالزی»، *مجله پژوهش‌های سیاسی جهان اسلام*، س ۴، ش ۳، ص ۱۴۵-۱۷۶.
- [۱۴] ناظرزاده، فرناز؛ محمدی، نعیم؛ ابراهیمی خیرآبادی، جواد (۱۳۸۷). «بررسی نگرش شهروندان تهرانی در خصوص میزان سرمایه اجتماعی فرزندان در خانواده‌های چندهمسر»، *فصل‌نامه خانواده‌پژوهی*، ش ۱۶، دوره ۴، ص ۳۶۹-۳۸۶.
- [۱۵] یوسفی، ناصر (۱۳۹۱). «بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس‌های شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر»، *فصل‌نامه انداز‌گیری تربیتی*، س ۳، ش ۷، ص ۸۵-۱۱۴.
- [16] AL- Krenawi (1999). "Women of Polygamous Marriages in Primary Health Care Centers". *Contemporary Family Therapy Volum 3. Number 21. September*, pp 417-430.
- [17] Anderson, M. Gary and Tollison, D. Robert (1998). "Interests and prohibition of polygamy" *journal of economic behavior and organization* .vol 35, pp18-26.
- [18] Elbedour, S. Bart William and Joel Hektner (2007). "The Relationship between Monogamous/ Polygamous Family Structure and the Mental Health of Bedouin Arab Adolescents ". *Journal of Adolescence*. vol 30. pp 213-230.
- [19] Elbedour, Salman. J. Onwuegbuzie, Antony and Hasan Abusad (2002). "The Effect of Polygamous Marital Struture on Behavioral, Emotional and Academic Adjustment in Children". *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol5. No4. Desember, pp 225-271.
- [20] Goode. J. William (1989). "The Family" New Delhi. Second edition
- [21] Hayase, Yasuko. (1997). "Factors on Polygamy in Sub- Sahran Africa: Findings Based on the Demographic and Health Surveys" *the Developing Economices*. September. pp 293-327.
- [22] Keyes , C.M. & Shapiro , A . (2004). *Social Well – bing in U.S : A descriptive epidemiology*. In Orville Brim , Carol D.
- [23] Ozkan, Mutafa. AL- Tindag, AB Urrahman and Esin Sentunali. (2006). "Mental Health Aspects of Turkish Women from Polygamous versus Monogamous Families" *International Journal of Social Psychiatry*: pp 52-214.
- [24] Parsons, Talcott. (1998). "Family socialization and interaction process "printed and bounded in Great Britain.
- [25] Seeman,m.(1957). On the meaning of Alienation , *American Sociological Review* ,Vol.24, pp 63-79.
- [26] Soltana,O.Y.Sulaiman. Bugrra and Padmal Silva (2001). "Perception of Depression in a Community Sample in Dubai".pp 510-532.
- [27] Stefan, Georg (2007). "Effect of Polygamous Marital Structure on the Wives". *Gender Studies*. vol 4. No 1. July . pp 25-39.
- [28] Zelditch. Jr. Morals. (1998). "Role Differentiation in the Nuclear family: A Comparative Study". Rutledge.