

بررسی جامعه‌شناختی تأثیر ساختار خانواده بر سلامت اجتماعی مردان

نعیما محمدی^۱

خان محمد آسکانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸

چکیده

سلامت تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است. یکی از مهم‌ترین عوامل تأمین‌کننده سلامت اجتماعی افراد جامعه، ساختار و روابط خانوادگی است. با توجه به تغییرات کارکردی پدیده چندهمسری طی سال‌های اخیر، این ساختار خانوادگی به عامل تهدیدکننده سلامت اجتماعی مردان چندهمسر حتی در استان سیستان و بلوچستان مبدل شده است. در این تحقیق به منظور مقایسه میزان سلامت اجتماعی مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر شهرستان سرباز در سال ۱۳۹۵ از روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه استاندارد شاپیرو و کیز (۲۰۰۷) استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل ۳۰۰ مرد متأهل ساکن این شهرستان است که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار اسپاس پی‌اس‌اس ورژن ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند و یافته‌های حاصل از آزمون تی مستقل نشان دادند که میانگین میزان انطباق، انسجام، مشارکت و خودشکوفایی مردان در ساختار چندهمسر به شکل معناداری کمتر از خانواده‌های تک‌همسر است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت اگرچه بسیاری از رسوم و سنن اجتماعی در گذشته به واسطه کارکرد مثبت و سازگاری آنها با شرایط اجتماعی، تأمین‌کننده پذیرش اجتماعی مردان خانواده است، اما امروزه با کژکارکردهایی همراه است که اکثر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی را در نظام خانوادگی و جامعه با بحران مواجه می‌سازد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، ساختار خانواده، چندهمسری، مردان.

۱. استادیار جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید باهنر کرمان (نویسنده مسئول)
naima.mohammadi@uk.ac.ir
khan.askani@gmail.com

۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان

مقدمه و بیان مسئله

در هر فرهنگی افزون بر محدودیت‌های حاصل از ارزش‌ها و امیال فردی، جامعه نیز مجموعه‌ای از محدودیت‌ها را تحمیل می‌کند (هاشمی و فولادیان، ۱۳۹۳: ۱۵۸). در ایران، خانواده به‌عنوان نهادی مهم و تأثیرگذار بر سرنوشت فرد، اهمیت تاریخی دارد، شیوه‌های همسرگزینی در طول تاریخ این کشور تحولات چشمگیری داشته است، اما تحولات حاصل از جهانی شدن و بسط قدرت رسانه‌ها در سال‌های اخیر به‌شکل بازاندیشانه کنشگران را به بازتعریف هویت اجتماعی خود واداشته است (حاتمی و مذهبی، ۱۳۹۰: ۱۸۶). این بازاندیشی منجر به رویارویی سنت‌های پیشین با ارزش‌های جامعه مدرن، حتی دورافتاده‌ترین نواحی کشور شده، به‌طوری که برخی از سنت‌های مربوط به شیوه‌های همسرگزینی، ساختار و روابط خانوادگی را متأثر ساخته است. از طرفی، فقدان گروه‌های میانجی و عدم توسعه فراگیر اصناف در ایران، بر اهمیت نقش خانواده در تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اعضای جامعه می‌افزاید (سیف، ۱۳۳۸: ۱۲۶). از این‌رو، بررسی انواع ساختارهای خانوادگی و تأثیرات آن بر سلامت اعضای خانواده کمک قابل توجهی به مطالعات جامعه‌شناختی می‌کند.

یکی از رایج‌ترین ساختارهای خانوادگی در بسیاری از کشورهای اسلامی، به‌ویژه منطقه خاورمیانه چندهمسری^۱ است. اگر چه آمار دقیقی از نرخ چندهمسری در ایران وجود ندارد، اما پژوهشگران سازمان ثبت احوال و وزارت بهداشت در یک مطالعه ملی تعداد خانواده‌های چندزنه در ایران را ۲/۸ درصد اعلام کردند (امانی، ۱۳۸۰: ۴۳). در این میان، سهم جمعیت اهل تسنن در مناطقی مانند سنندج، خراسان شمالی، آذربایجان غربی، لامرد، کهنوج، بوشهر، خوزستان و زاهدان بسیار بیشتر است (مجاهد و بیرشک، ۱۳۸۳) به‌طوری که در استان سیستان و بلوچستان ۴۲/۵ درصد خانواده‌ها تک‌همسر و ۵۸/۵ درصد چندزن هستند (مرکز آمار استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۸۵). در سال‌های اخیر چندهمسری در جهان اسلام به دلیل کاهش ضرورت‌های کارکردی و افزایش مخالفت‌های فعالین حقوق زنان، محل مناقشات و مطالبات اجتماعی بسیاری شده است (حاضری و محمدی، ۱۳۹۱). به‌همین دلیل، بسیاری از کشورهای جهان آن را غیر قانونی اعلام کردند (اندرسون^۲ و تولیسون^۳، ۱۹۹۸: ۵۶). تحقیقات نسبتاً فراوانی



1. Polygamy
2. Anderson
3. Tollison

هم درباره عملکرد و اثربخشی این ساختار خانوادگی توسط محققین انجام شده است؛ به عنوان مثال ناظرزاده و همکاران (۱۳۸۷) گزارشی از سطح پایین سرمایه‌های اجتماعی فرزندان در خانواده‌های چندهمسر ارائه کردند؛ الکرونی^۱ (۱۹۹۹) از مشکلات یادگیری و اختلالات روانی دانش آموزان در ساخت چندهمسر شهر ابوظبی سخن گفت؛ برناردز^۲ (۱۳۸۴) از شیوع و انتقال بیماری‌های مقاربتی نظیر کواشیورکور^۳ خبر داده است؛ البدرو^۴ و همکاران (۲۰۰۷) سلامت روانی زنان اول در خانواده‌های چندزن را بحرانی معرفی کرد؛ شیخی و محمدی (۱۳۸۷) از نهادینه شدن انواع کشمکش در روابط خانوادگی و محمدی و علمدار (۱۳۸۹) از کمترین میزان رضایتمندی زناشویی در ساختار چندهمسر سخن گفته‌اند. محمدی و آسکانی (۱۳۹۴) گزارشی از وضعیت بحرانی سلامت خانواده و سلامت روانی مردان چندزن در مقایسه با مردان تک‌همسر ارائه دادند. اگر چه در همه این مطالعات همبستگی میان ساختار خانواده و سلامت اعضای خانواده تأیید شده، اما در هیچ یک از آنها به‌طور مشخص به مفهوم «سلامت اجتماعی» پرداخته نشده است.

با توجه به اینکه سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند، سنجش عملکرد و روابط افراد درون یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی اهمیت به‌سزایی دارد. از این رو، نسبت ساختار و روابط خانوادگی با سلامت اجتماعی مسئله مطالعه حاضر است. نخستین بار بلوک^۵ و برسلو^۶ (۱۹۷۲) مفهوم سلامت اجتماعی را با میزان عملکرد اعضای جامعه مترادف دانستند (به نقل از پورافکاری، ۱۳۹۱: ۴۶)؛ چند سال بعد دونالد^۷ و همکارانش (۱۹۷۸) سلامت را موضوعی فراتر از گزارش بیماری‌ها و توانایی‌های کارکردی فرد معرفی کردند. در این برداشت، سلامت اجتماعی نه تنها بخشی از ارکان وضع سلامت بلکه تابعی از آن محسوب می‌شد که چیزی بیش از رفاه، آسایش و سلامت جسمی یا روانی فرد

1. AL- Krenawi

2. Bernald

۳. این بیماری ویژه مناطق گرمسیر است که به‌طور خاص در اطفالی ظهور می‌کند که از انگل‌های دستگاه گوارش رنج می‌برند. با رعایت کردن یک دوره طولانی محرومیت جنسی و تضمین فواصل سنی کودکان، 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 به‌در برد.

4. Elbedour

5. Luke

6. Breslow

7. Donald





است (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۹-۲۲۸). با رونق گرفتن این بحث در فضای دانشگاهی کوری لی کیز^۱ (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را به نحوه ارزش گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه تعمیم داد (حاتمی، ۱۳۸۹). از آنجا که سلامت اجتماعی در قالب سبک زندگی و نحوه ارزش گذاری دیگران مورد مطالعه قرار می گیرد، پرداختن به این موضوع با توجه به سنن و رسوم جوامع مختلف، گروه های خاص و اقلیت های قومی مذهبی از اهمیت اساسی تری برخوردار است.

شهرستان سرباز از توابع استان سیستان و بلوچستان یکی از مناطق مرزی کشور است که بیشتر جمعیت آن را مسلمانان اهل تسنن و قومیت بلوچ تشکیل می دهند. در این منطقه چندهمسری نه تنها عرف محسوب می شود، بلکه زیر سایه تشویق علمای اهل تسنن ارزش معنوی، ثواب اخروی و تأیید اجتماعی دارد. شیوع چندهمسری در این منطقه بی ارتباط با سنت های خاص ازدواج نیست، زیرا نخستین ازدواج مردان در این منطقه از سنین پایین آغاز می شود، فاصله سنی میان زوجین بسیار زیاد است و گزینش زن اول طبق سنت از اختیارات قطعی والدین محسوب می شود. ازدواج دوم غالباً بر اساس میل و اراده مردان خانواده، پس از کسب وجهه اجتماعی و اقتصادی صورت می پذیرد، اما ازدواج های سوم و چهارم همراه با تأیید اجتماعی و مذهبی است (مجاهد و بیرشک، ۱۳۸۳: ۶۰). از آنجا که وقتی اقوام هویت فرهنگی خود را در مقاطع مختلف در معرض خطر می بینند، برای به دست آوردن منزلت اجتماعی به برجسته کردن برخی رسوم و سنن پیشین رجعت می کنند (نوربخش، ۱۳۸۷: ۷۰). از این رو، با زنده نگاه داشتن سنت چندهمسری سعی در ایجاد تمایز و حفظ آداب و رسوم فرهنگی خود داشته اند، اما در این منطقه به رغم حمایت های اجتماع محلی از این کنش سنتی، بحران های حاصل از رکود اقتصاد ملی، تغییر کارکرد فرزندان در جامعه جدید، افزایش مخارج زندگی، حضور زنان در عرصه اشتغال، افزایش سطح تحصیلات و تأخیر در سن ازدواج دختران در کنار جهت دهی افکار عمومی توسط رسانه ها، مشکلاتی را برای اعضای خانواده ایجاد کرده است. با توجه به اینکه مردان در اذهان عمومی اغلب به عنوان یک گروه ذی نفع و بهره مند از سنت چندهمسری تلقی می شوند، نقطه آغاز این پژوهش تردید در سلامت

1. Corey Lee Keyes

۲. تعداد زنان نشانه قدرت اجتماعی مرد در خانواده و جامعه است؛ هر کس زن بیشتری داشته باشد از پایگاه اجتماعی بالاتری نزد مردم برخوردار است.

اجتماعی مردان چندهمسر با توجه به دیدگاه‌های نظریه کارکردی است. نظر به آنچه مطرح شد، پرسش پژوهش حاضر این است که آیا تفاوت معناداری در سلامت اجتماعی مردان چندهمسر در مقایسه با مردان تک‌همسر وجود دارد؟

پیشینه تحقیق

با استناد به فراتحلیلی که توسط زاهدی اصل و پیله‌وری (۱۳۹۳) انجام شده است مطالعاتی را که درباره مفهوم «سلامت اجتماعی» انجام شده، می‌توان به سه دسته طبقه‌بندی کرد: گروه اول مطالعاتی است که قائل به وجود رابطه میان متغیرهای زمینه‌ای و سلامت اجتماعی هستند؛ این گروه از محققین قائل به تأثیر جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تعداد فرزندان، قومیت و مهاجرت بر سلامت اجتماعی هستند (ن. گ. فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳؛ زارع، ۱۳۹۰؛ کمالی دهقان، ۱۳۹۱؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۱؛ زکی و همکاران، ۱۳۹۲).

گروه دوم مطالعاتی است که به بررسی تأثیر پایگاه اجتماعی اقتصادی و سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. فریدمن^۱ و مارتین^۲ (۱۹۹۹) برای سنجش رابطه میان سرمایه اجتماعی افراد و سلامت اجتماعی از مؤلفه‌های کبیز (۲۰۰۲) استفاده کردند، آنها دریافتند که سلامت اجتماعی تابعی از میزان سرمایه‌های اجتماعی افراد است. برخی از محققین رابطه میان سرمایه‌های اقتصادی و سلامت اجتماعی را بررسی کردند. نتایج تحقیقات آنها آشکار کرد که میزان درآمد، ثروت و سرمایه‌های مالی، سلامت اجتماعی را به شکل معناداری تغییر نمی‌دهند، اما پژوهش جکسون^۳ و همکارانش (۲۰۰۹) یافته‌های آنها را نقض کرد و نشان داد منبع درآمد و نوع تجارت به شکلی مستقیم با میزان سلامت اجتماعی گروه‌های مختلف صنفی و اجتماعی رابطه دارد. در ایران نیز نتایج پژوهش‌های مختلف، وجود همبستگی مثبت و معناداری میان سرمایه‌های اجتماعی اقتصادی گروه‌های مختلف و سلامت اجتماعی را تأیید می‌کنند (ن. گ. امینی رارانی، ۱۳۹۰؛ سفیری و راوندی، ۱۳۹۳؛ سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹).

گروه سوم شامل مطالعاتی است که به رابطه میان ساخت و روابط خانوادگی با سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. اگر چه تحقیقات بسیاری در این حوزه وجود ندارد، اما می‌توان به نتایج

1. Freedman
2. Martin
3. Jackson





مطالعه شاپیرو^۱ (۱۹۹۶) و مطالعه مشترک او با کیز (۲۰۰۷) به منظور سنجش رابطه میان سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل اشاره کرد. آنها در این مطالعه گزارشی از امتیاز سلامت اجتماعی زنان مطلقه، زنان شوهرمرده، زنانی که ازدواج مجدد داشتند و زنانی که هرگز فرصت ازدواج پیدا نکردند در آتلانتای آمریکا ارائه دادند؛ بر اساس نتایج این تحقیق کمترین میزان سلامت اجتماعی مربوط به زنان مطلقه‌ای بود که به دلیل خیانت از همسرانشان جدا شده بودند، سلامت اجتماعی زنانی که ازدواج مجدد داشتند و زنانی که هرگز ازدواج نکرده بودند، تفاوت معناداری نشان نداد. در ایران نتایج مطالعه محمدی و آسکانی (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که میزان اضطراب و بروز خشم حاصل از افسردگی در مردان چندهمسر، سلامت این نوع خانواده‌ها را به شدت با بحران مواجه ساخته است. در تحقیقی که محمدی و علمدار (۱۳۹۱) انجام دادند، میزان رضایت زنان از زندگی در سه نوع ساختار خانوادگی شامل ساختار چندهمسر، زن سرپرست و هسته‌ای سنجیده شد و نشان داد رضایت فردی از زندگی خانوادگی، تابع نوع نگرش جامعه نسبت به خانواده است، به طوری که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان در خانواده‌های چندهمسر، رضایتمندی کمتری از زندگی خانوادگی داشتند. با توجه به این مطالعات، تحقیق حاضر از یک سو به جنبه‌های اجتماعی سلامت و از سوی دیگر، مردان چندهمسر را در مقایسه با مردان تک‌همسر موضوع مورد بررسی خود قرار می‌دهد.

چارچوب نظری

با توجه به اینکه «سلامت اجتماعی» اغلب با مفاهیمی مانند «جامعه سالم» و «سلامت جمعی» خلط می‌شود، به یکی از پرمنافشه‌ترین مفاهیم علوم اجتماعی از نظر شاخص‌سازی تبدیل شده است. از این رو، لازم است در این مقاله ابتدا به تاریخچه نظری این مفهوم پرداخته شود. لایتون^۲ از نخستین محققانی بود که تلاش‌هایی را برای تعریف سلامت اجتماعی در سطح اجتماع انجام داد، سپس میرینگوف^۳ و همکارانش (۱۹۹۹) شاخص‌های سلامت اجتماعی را برای ابداع یک سیاست اجتماعی منتشر کردند (حاتمی، ۱۳۸۹). این شاخص‌ها حاصل ترکیب ۱۶ نشانگر بود که سالانه اندازه‌گیری و با یک رقم گزارش می‌شد (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۶). اما

1. Shapiro
2. Leighton
3. Miringoff

نخستین بار راسل^۱ (۱۹۷۳) به تعریف ابعاد فردی سلامت اجتماعی توجه نشان داد و به دنبال او، کاپلان^۲ (۱۹۷۵) این مفهوم را به شکل دقیق در سطح فردی شاخص سازی کرد (به نقل از کنعانی، ۱۳۸۴: ۱۰۹)، به نظر او سلامت اجتماعی در عرصه کار (شامل دستاوردهای کاری، رابطه با همکاران، بالادستان و زیردستان)، عرصه خانواده (شامل حمایت متقابل، مهمانی ها، رسیدگی به فرزندان و روابط صمیمی)، عرصه شخصی (شامل فراغت، تجارب جدید، فرصت پرداختن به علائق خود و دوستی^۳) و عرصه زندگی اجتماعی (شامل مناسک جمعی، روابط بین فردی و همسایگی) (دونالد و همکاران، ۱۹۷۸: ۵۷-۵۶). پس از آن کیز (۲۰۰۳) در سه سطح و با توجه به دو پیوستار منفی و مثبت درباره مفهوم سلامت اجتماعی سخن به میان آورد.

جدول ۱. ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه گیری

پیوستار	فردی	بین فردی	اجتماعی
منفی	بیگانگی و ناهنجاری	پرخاصگری و ناآشنایی با قوانین مدنی	فقر، خودکشی و جرم
مثبت	پذیرش، انسجام، انطباق، مشارکت و شکوفایی	مبادله انواع اعتماد و حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی و کارآمدی اجتماعی

(شاپیرو و کیز، ۲۰۰۷: ۳۴۳)

او سلامت اجتماعی را بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی تعریف کرده و در قالب یک پیوستار مثبت در قالب پنج ملاک شامل پذیرش^۴، انسجام^۵، انطباق^۶، مشارکت^۷ و شکوفایی^۸ برشمرده (کیز، ۱۹۹۸: ۱۳۲).

اگر چه در مقاله حاضر «سلامت اجتماعی» مردان چندهمسر و تک همسر در پیوستار مثبت با تأکید بر سطح فردی و بر اساس مدل نظری کیز سنجیده شده، اما در سنجش هر یک از مؤلفه های مورد نظر بر حسب ضرورت به شاخص های مهم نظری استناد شده است. بر اساس

1. Russell
2. Kaplan
3. Friendship
4. Acceptance
5. Coherence
6. Integration
7. Contribution
8. Actualization





مدل مک مستر^۱ سلامت اجتماعی اعضای خانواده با توجه به «توانایی فرد در حل مشکلات خانوادگی» تبیین می‌شود. این مشکلات شامل حل مسائل روزمره (تهیه غذا، مسکن، پوشاک و تأمین مخارج) و حل مسائل عاطفی زندگی می‌شود (اله‌یاری و حسینی، ۱۳۹۳: ۵۵). افزون بر این، توانایی برقراری ارتباط آشکار و صریح را در روابط خانوادگی از مهم‌ترین شاخص‌های انسجام خانوادگی معرفی می‌کند. به اعتقاد او، پیام‌های ناآشکار و غیر صریح به دلیل ابهام، دوگانگی، تعارض و پوشیدگی، مخاطب را سر در گم و مضطرب می‌سازند (نوروزی، ۱۳۷۷: ۶۷). از دیگر ملاک‌های سلامت اجتماعی در خانواده «مشارکت عاطفی» است (اله‌یاری و حسینی، ۱۳۹۳: ۵۹). مشارکت عاطفی به درجه کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به امور همدیگر مربوط است (بارکر، ۱۳۷۵: ۴۰). زمانی مشارکت عاطفی به سلامت اجتماعی اعضای خانواده کمک می‌کند که نیازهای عاطفی اعضا تأمین شود. در مدل مک مستر مشارکت در روابط خانوادگی در قالب یک طیف قرار می‌گیرد که از مشارکت همدلانه آغاز و به سمت مشارکت عاری از عاطفه (انجام وظیفه)، مشارکت حاصل از خودشیفتگی، مشارکت انگل‌وار تا فقدان مشارکت در تغییر است (مک‌آدامز^۲ و همکاران، ۱۹۹۲).

در مدلی که شاپیرو و کیز از سلامت اجتماعی ارائه داده، به عوامل زیر اشاره شده است (به مدل شماره ۱ مراجعه شود). انسجام اجتماعی به معنای ارزیابی شخص با در نظر گرفتن کیفیت، اهمیت، همراهی و احساس تعلق او با اعضای خانواده جنبه‌ای محوری از سلامت اجتماعی است (کیز و همکاران، ۲۰۰۲: ۱۰۱۰)؛ (ریف^۳، ۱۹۸۹: ۱۰۷۳)؛ لذا یکپارچگی با دیگران در جامعه می‌بایست حاصل یک تجربه یا شباهت با دیگران باشد. افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه هستند، در نتیجه، یکپارچگی اجتماعی احساس اشتراک میان فرد با دیگرانی است که واقعتاً اجتماعی او را می‌سازند (شاپیرو و کیز، ۲۰۰۷: ۳۳۱). فقدان حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (کوزر، ۱۳۸۳: ۲۵۴). مشارکت اجتماعی یا ایفای سهم اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی‌ای که فرد دارد و این پرسش‌ها را در بر دارد که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است؟ و چه ارزشی را به جهان خود می‌افزاید؟ این مفهوم با مفاهیمی مانند بازدهی و مسئولیت‌پذیری شباهت دارد.

1. McMaster

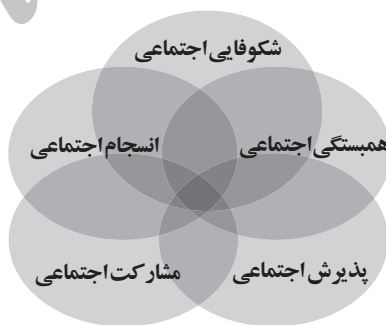
2. McAdams

3. Ryff

ایفای سهم اجتماعی توسط فرد در جامعه با مفهوم سودمندی فردی که آلبرت بندورا^۱ (۱۹۷۷) مطرح می‌کند تقریباً یکسان است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۱۱۹). وجه منفی آن از خود بیگانگی است که مارکس ابعاد آن را به‌خوبی مشخص کرده است.

انسجام اجتماعی، به‌معنای حفظ پیوند فرد با جمع است. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند با پیوستن به جمع، خود را از وضعیت بلا تکلیفی و پریشانی نجات دهند. پیوستار منفی آن معادل بی‌معنا بودن زندگی است (کییز و همکاران، ۲۰۰۲: ۲۱۲). آنتونوفسکی^۲ معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد نشانه سلامت اجتماعی است. خودشکوفایی، ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است، درک افراد از اینکه آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و نهادهای اجتماعی حاضر در جامعه به‌شکلی در حال شکوفایی هستند که نوید توسعه بهینه را می‌دهند. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که ثمره استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم است (شاپیرو، ۱۹۹۶: ۱۹۳).

پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توانان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکرر، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست که همگی موجب می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۱۳۲).



مدل ۱. مؤلفه‌های کییز برای سنجش میزان سلامت اجتماعی (حاتمی، ۱۳۸۹)

به‌زعم ریف و همکارانش سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت‌جویانه و کارکردی مورد

1. Albert Bandura
2. Antonovsky



توجه قرار گرفته است: دیدگاه لذت‌جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. دیدگاه کارکردگرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود می‌نگرد. از این رو، تأکید این رویکرد بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی‌تر است (حاتمی، ۱۳۸۹). با توجه به اینکه مبنای اصلی این مقاله اصول نظری کارکردگرایانی چون پارسنز^۱ است، مفهوم «سلامت اجتماعی» به‌عنوان یک پدیده اجتماعی و به‌شکل ساختی در نظر گرفته شده است (پارسونز، ۱۹۹۸) و احساس پاسخگو نسبت به زندگی زناشویی در طول زندگی مشترک، در ارتباط مستمر و متقابل با یکدیگر سنجیده شده است.

فرضیه کلی تحقیق

سلامت اجتماعی مردان در خانواده‌های چندهمسر کمتر از مردان در خانواده‌های تک‌همسر است.

فرضیه‌های جزئی

۱. میزان مشارکت مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است.
۲. میزان انطباق مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است.
۳. میزان پذیرش مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است.
۴. میزان انسجام مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است.
۵. میزان شکوفایی مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است.

ابزار و روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع توصیفی تبیینی است و برای آزمون فرضیات از روش پیمایش مقطعی و تکنیک پرسش‌نامه استاندارد شاپیرو و کیز استفاده کرده است. در ایران، جوشن‌لو در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع» روایی و اعتبار پرسش‌نامه جامع سلامت اجتماعی شاپیرو و کیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی استاندارد کرد (جوشن‌لو و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین فارسی‌نژاد در سال ۱۳۸۴ پرسش‌نامه مذکور



را هنجاریابی کرد. او با استفاده از تحلیل عامل، مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس های سلامت اجتماعی را ۷۸ درصد نشان داد. همچنین منصور فتحی، رضا عجم‌نژاد و مریم خاک‌رنگین در سال ۱۳۹۱ به بررسی سلامت اجتماعی معلمان زن و مرد با همین شاخص‌ها پرداختند، آلفای کرونباخ برای مقیاس های سلامت اجتماعی در مطالعه آنها ۰/۹۶ گزارش شد. همه این نتایج نشان می‌دهند که این مدل بهترین برازش از تبیین داده‌های مقاله حاضر را نشان می‌دهد و استفاده از این شاخص‌ها پایایی قابل قبولی دارند؛ در این تحقیق مؤلفه‌های مذکور با توجه به ساختار خانواده در سطح خرد طراحی شده‌اند.

جامعه آماری تحقیق شامل همه خانواده‌های (تک‌همسر و چندهمسر) شهرستان سرباز است که طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ معادل ۳۳۷۶۷ خانواده است. از میان این جمعیت، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با رویکرد تصادفی ساده، نمونه‌ای مناسب انتخاب شد. حجم نمونه طبق جدول مورگان حدود ۳۰۰ پاسخگو محاسبه شد. با توجه به اینکه واحد تحلیل در این تحقیق، خانواده و واحد مشاهده، مردان متأهل شهرستان سرباز هستند، تعداد ۱۵۰ مرد چندهمسر و ۱۵۰ مرد تک‌همسر پرسش‌نامه‌های تهیه‌شده را تکمیل کردند. فرایند تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط پرسشگران آموزش‌دیده بومی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. تعریف عملیاتی و پایایی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

آلفای کرونباخ	خرده‌مقیاس‌ها	مؤلفه‌های سلامت اجتماعی
۰/۸۲۴	من از اوضاع درس و مدرسه فرزندانم، اطلاع چندانی ندارم.	مشارکت
	مشارکت در امور مربوط به منزل برای مردان عیب است.	
	اگر کاری در خانواده به عهده جمع گذاشته شود، زودتر و بهتر پیش می‌رود.	
	اعضای خانواده‌ما از وجود یکدیگر سوء استفاده می‌کنند.	
	در خانواده‌ما وضع این جور است که اگر خودم وارد کاری نشوم، نتیجه خوبی به بار نمی‌آید.	
سر و کله زدن با بچه‌ها بر عهده مادر است، پدر باید وجهه خود را حفظ کند.		





آلفای کروباخ	خرده‌مقیاس‌ها		مؤلفه‌های سلامت اجتماعی
۰/۸۸۰	دل‌م می‌خواست یا شخصیت من جور دیگر بود یا شرایط زندگی ام عوض می‌شد.	دخل با خرج در زندگی من اصلاً هم خوانی ندارد.	انطباق
	برای روزهای پیری به اندازه کافی پس‌انداز ندارم.	خانه ما کفاف تعداد اعضای خانواده را نمی‌دهد.	
	درک اینکه در دنیا چه چیزی پیش خواهد آمد، برایم دشوار است.	جلب نظر اعضای خانواده ما دشوار است.	
	تشکیلات اجتماعی مانند قانون و دولت در زندگی من بی‌تأثیر است.	در خانه ما امکان برنامه‌ریزی میان‌مدت وجود ندارد.	
	بعضی روابط خانوادگی آن قدر عجیب و غریب هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم.	با توجه به امکاناتی که در اختیار داشتیم و خواست هر دو زن و شوهر، اقدام به بچه‌دار شدن کردیم.	
	من برای خانواده توان و زمان فراوانی صرف می‌کنم، اما نتیجه کمی می‌گیرم.	با شرایط زندگی خانوادگی خودم راحت هستم.	
۰/۸۵۹	شیوه همسرگزینی و روابط خانوادگی ما زیانزد قوم و خویش است.	اعضای خانواده فقط وقتی از من پول می‌خواهند نظر مرا جویا می‌شوند.	پذیرش
	آداب و رسوم گذشتگان درباره ازدواج به درد جامعه امروز نمی‌خورد.	برای اینکه مورد پذیرش طایفه خود باشم، سنت‌های مربوط به ازدواج را به‌جا می‌آورم.	
	اختلافات زناشویی را با مشورت ریش سفیدان فامیل حل و فصل می‌کنم.	سبک زندگی من مورد پذیرش بزرگ‌ترهای فامیل است.	
	وقتی در زندگی زناشویی اختلاف نظر پیدا می‌کنیم، نزد علمای مذهبی می‌رویم.	همین شکلی که هستم مورد پذیرش اعضای خانواده‌ام قرار می‌گیرد.	
	روابط خانوادگی ما با همسایگانمان زیاد است.	اگر یک بار دیگر فرصت انتخاب همسر داشتم، جور دیگری ازدواج می‌کردم.	
	از من خواسته می‌شود برای پایان دادن به دعوای زناشویی فامیل پا پیش بگذارم.		



آلفای کرونباخ	خرده‌مقیاس‌ها		مؤلفه‌های سلامت اجتماعی
۰/۸۶۷	در خانواده ما هر کس یک جای کار را می‌گیرد تا نهایتاً امور خانه پیش برود.	نمی‌توانم با اعضای خانواده روراست باشم.	انسجام
	در خانواده ما هر کس ساز خود را می‌زند.	همسرم را محرم راز خود می‌دانم.	
	در تصمیماتی که برای خانواده می‌گیرم، کاملاً خودمختار عمل می‌کنم.	یکپارچگی در خانواده ما زیاد است.	
	اگر خودم را به دست زن و فرزندانم بدهم، خانواده متلاشی می‌شود.	بیشتر به کارهایی علاقمندم که مرا از خانه دور کند.	
		اعضای خانواده مدام شکایتشان را از یکدیگر به گوش من می‌رسانند.	
۰/۸۲۹	نمی‌دانم چگونه زن و بچه خودم را شاد کنم.	روحیات همسرم را به خوبی می‌شناسم.	خودشکوفایی
	می‌توانم آینده اعضای خانواده‌ام را پیش‌بینی کنم.	به اندازه کافی در طول روز به فعالیت‌هایی که دوست دارم می‌پردازم.	
	همه امور منزل آن‌طور که می‌خواهم پیش می‌رود.	وقت نمی‌کنم به خودم و علائقم توجه کنم.	
	شناخت زیادی از استعدادها و توانایی‌های خودم ندارم.	امکاناتی که در اختیار دارم به شکل عادلانه در خانه توزیع می‌کنم.	
	آن قدر درگیر مسائل خانوادگی شده‌ام که خودم را فراموش کرده‌ام.	به خوبی می‌دانم هر یک فرزندانم چه استعدادهایی دارند.	

با توجه به خرده‌مقیاس‌های گزارش شده، مقدار آلفای کرونباخ برای سلامت اجتماعی ۰/۸۵۵ به دست آمد که نشان از همبستگی درونی بالای خرده‌مقیاس‌ها دارد. در این تحقیق با توجه به مبانی نظری و مدل تحلیلی با استفاده از آزمون تی مستقل به آزمون فرضیات تحقیق پرداخته شد. شایان ذکر است برای بررسی تأثیر ساختار خانواده بر سلامت اجتماعی مردان، متغیرهای مخدوش‌کننده کنترل شدند، زیرا همواره این امکان وجود دارد که متغیر وابسته تحت تأثیر متغیرهای مخدوش‌کننده قرار گرفته باشد.

یافته‌های تحقیق

در این بخش نخست ویژگی‌های زمینه‌ای پاسخگویان توصیف می‌شوند، سپس فرضیات تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرند؛ ۵۰ درصد از پاسخگویان در ساختار تک‌همسر و ۵۰ درصد در ساختار چندهمسر قرار دارند. همه پاسخگویان از قومیت بلوچ و مذهب اهل تسنن هستند. سایر مشخصات زمینه‌ای پاسخگویان و همسرانشان در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳. توصیف مشخصات زمینه‌ای پاسخگویان بر حسب ساختار خانوادگی

چندهمسر			تک‌همسر				ویژگی‌های زمینه‌ای
تعداد	بیشینه	کمینه	میانگین	تعداد	بیشینه	کمینه	
۱۵۰	۶۴	۱۸	۴۶/۳	۱۵۰	۶۸	۲۰	سن پاسخگو ۴۴/۸
۱۵۰	۴۲	۱۱	۳۰/۴	۱۵۰	۵۴	۱۵	سن زوجه ۳۲/۱
۱۵۰	۲۱	۱۱	۱۶/۸	۱۵۰	۲۷	۱۹	سن پاسخگو در نخستین ازدواج ۱۹/۷
۱۵۰	۲۳	۰	۱۴/۶	۱۵۰	۱۱	۰	فاصله سنی زوجین ۶/۷
۱۵۰	۱۹	۲	۱۳/۱	۱۵۰	۲۵	۳	مدت زناشویی ۱۲/۱
۱۵۰	۱۱	۶	۸/۴	۱۵۰	۷	۱	تعداد فرزندان ۴/۱
۱۵۰	۱۴	۰	۸/۳	۱۵۰	۱۶	۶	میزان تحصیلات پاسخگو ۱۰/۶
۱۵۰	۱۲	۰	۶/۲	۱۵۰	۱۶	۰	میزان تحصیلات زوجه ۷/۸

با توجه به ارقام مندرج در جدول شماره ۳، میانگین سنی مردان تک‌همسر ۴۴/۸ و چندهمسر ۴۶/۳ و میانگین سنی همسران آنها نیز به ترتیب ۳۲/۱ و ۳۰/۴ سال است. نخستین ازدواج مردان تک‌همسر در ۱۹/۷ سالگی و مردان چندهمسر در ۱۳/۱ سالگی انجام شده است. مدت زناشویی پاسخگویان نیز در خانواده تک‌همسر ۱۲/۱ و در خانواده چندهمسر ۱۵/۳ سال است. میزان تحصیلات پاسخگویان و همسرانشان به ترتیب در خانواده‌های تک-همسر ۱۰/۶ و ۷/۸ و در خانواده چندهمسر ۸/۳ و ۶/۲ به دست آمده است. بیشترین اختلاف میانگین مربوط به فاصله سنی زوجین و تعداد فرزندان است که به ترتیب در خانواده تک‌همسر ۴/۷ و ۳/۶ و



چندهمسر ۱۰/۶ و ۹/۶ گزارش شده است.

جدول شماره ۴، میزان سلامت اجتماعی مردان را در خانواده‌های تک‌همسر و چندهمسر شهرستان سرباز نشان می‌دهد.

جدول ۴. میزان سلامت اجتماعی مردان شهرستان سرباز بر اساس نوع خانواده

سلامت اجتماعی مردان بر اساس ساختار خانواده	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین
تک‌همسر	۱۵۰	۱۳۱,۱۹۴	۵,۰۶۳۱	۰,۴۱۳
چندهمسر	۱۵۰	۹۹,۸۸۶	۷,۵۲۷	۰,۶۱۴

ارقام مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد میانگین سلامت اجتماعی در مردان تک‌همسر (۱۳۱,۱۹۴) بیش از چندهمسر (۹۹,۸۸۶) است. انحراف استاندارد در خانواده‌های تک‌همسر (۵,۰۶۳۱) کمتر از چندهمسر (۷,۵۲۷) است. با توجه به تعداد گویه‌هایی که میزان «سلامت اجتماعی» پاسخگویان را در قالب طیف پنج گزینه‌ای لیکرت می‌سنجند، مینیمم امتیاز سلامت اجتماعی پاسخگویان ۴۸ و ماکسیمم آن ۲۴۰ است.

جدول ۵. آزمون تی مستقل میزان سلامت اجتماعی مردان بر اساس نوع خانواده

آزمون تی برای میانگین‌های برابر		آزمون لوین برای واریانس‌های برابر		سلامت اجتماعی	
مقدار تی	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت انحراف معیار	خطای انحراف معیار	۹۵٪ اطمینان حد بالا
۱,۶۴۶	۲۹۸	۰,۰۰۰	۳۱,۳۰۸	۰,۷۴۰۷	۲۹,۸۵۰
۱,۶۴۶	۲۹۸	۰,۰۰۰	۳۱,۳۰۸	۰,۷۴۱	۲۹,۸۴۹
۱۸,۱۴۰	۰,۷۲۵	۰,۰۰۰	۳۱,۳۰۸	۰,۷۴۱	۲۹,۸۴۹
۳۲,۷۶۵	۰,۷۲۵	۰,۰۰۰	۳۱,۳۰۸	۰,۷۴۱	۲۹,۸۴۹

مطابق ارقام مندرج در جدول شماره ۵، مقدار تی محاسبه‌شده برابر با ۱,۶۴۶ و درجه



آزادی ۲۹۸ است. با توجه به سطح معناداری ۰,۰۰، تفاوت میانگین سلامت اجتماعی مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر معنادار است. تفاوت انحراف از معیار این دو نوع ساختار ۰,۷۴۰، به‌دست آمد و حد بالا و پایین با فاصله اطمینان ۹۵٪ برابر با ۲۹,۸۵ و ۳۲,۷۶ است. در مجموع با توجه به اینکه مقدار تی به‌دست آمده از مقدار تی جدول بزرگ‌تر است، فرضیه اصلی تحقیق پیش رو، تأیید می‌شود.

در جدول شماره ۶، به سنجش خرده‌مقیاس‌های متغیر سلامت اجتماعی مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر پرداخته شده است.

جدول ۶. خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی مردان شهرستان سرپاز بر اساس نوع خانواده

خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی	ساختار خانواده	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین
مشارکت	تک‌همسر	۱۵۰	۱۹,۹۳۶۷	۲,۵۵۶	۰,۲۰۸
	چندهمسر	۱۵۰	۹,۸۵۷۸	۲,۰۳۲	۰,۱۶۵
انطباق	تک‌همسر	۱۵۰	۳۹,۰۹۷۸	۳,۰۱۰	۰,۲۴۵
	چندهمسر	۱۵۰	۳۱,۹۱۸	۳,۵۰۷	۰,۲۸۶
انجام	تک‌همسر	۱۵۰	۳۱,۷۲۱۵	۲,۵۶۳۱	۰,۲۰۹
	چندهمسر	۱۵۰	۲۵,۸۶۲۲	۳,۲۲۳۴	۰,۲۶۳
خودشکوفایی	تک‌همسر	۱۵۰	۳۵,۱۵۷	۲,۸۹۸	۰,۲۳۶
	چندهمسر	۱۵۰	۲۲,۹۵۱	۳,۵۸۸	۰,۲۹۲
پذیرش	تک‌همسر	۱۵۰	۳۳,۴۰۶	۳,۲۲۲	۰,۲۶۳
	چندهمسر	۱۵۰	۳۳,۶۵۷	۴,۰۸۹۸	۰,۳۳۳

ارقام مندرج در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد میانگین میزان مشارکت مردان در خانواده‌های تک‌همسر (۱۹,۹۳۶۷) بیشتر از چندهمسر (۹,۸۵۷۸) است و انحراف از معیار آن به‌ترتیب ۲,۵۵ و ۲,۰۳، به‌دست آمده است. با توجه به اینکه حداقل امتیاز پاسخگویان در مؤلفه «مشارکت» ۶ و حداکثر امتیازشان در این مؤلفه می‌تواند ۳۰ باشد، می‌توان درباره میانگین‌ها بر اساس ساختار



خانواده برداشت روشن تری ارائه داد.

میانگین میزان انطباق در مردان خانواده‌های تک‌همسر (۳۹,۰۹۷۸) بیش از چندهمسر (۳۱,۹۱۸) است و انحراف از معیار آن به ترتیب ۳,۰۱ و ۳,۵ به دست آمد. شایان ذکر است، حداقل امتیاز «انطباق» در پاسخگویان ۱۲ و حداکثر امتیاز آنان ۶۰ است.

میانگین میزان انسجام در مردان خانواده‌های تک‌همسر (۳۱,۷۲۱۵) بیش از چندهمسر (۲۵,۸۶۲۲) است و انحراف از معیار به ترتیب ۲,۵۶۳۱ و ۳,۲۲۳۴ است. امتیاز پاسخگویان درباره مؤلفه «انسجام» حداقل ۹ و حداکثر ۴۵ در نظر گرفته شده است.

میانگین میزان خودشکوفایی در مردان خانواده‌های تک‌همسر (۳۵,۱۵۷) بیش از چندهمسر (۲۲,۹۵۱) است و انحراف از معیار آن به ترتیب ۲,۸۹۸ و ۳,۵۸۸ است. پاسخگویان در مؤلفه «خودشکوفایی» می‌توانستند حداقل امتیاز ۱۰ و حداکثر امتیاز ۵۰ را کسب کنند.

میانگین میزان پذیرش در مردان تک‌همسر (۳۳,۴۰۶) کمتر از چندهمسر (۳۳,۶۵۷) است و انحراف از معیار آن به ترتیب ۳,۲۲۲ و ۴,۰۸۹۸ است. بیشترین انحراف از معیار در این مؤلفه مشاهده می‌شود. امتیاز «پذیرش» پاسخگویان طبق محاسبات انجام شده می‌تواند حداقل ۱۱ و حداکثر ۵۵ باشد.

جدول ۷. آزمون تی مستقل خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی مردان بر اساس نوع خانواده

آزمون تی برای میانگین‌های برابر					آزمون لوین برای واریانس‌های برابر		مقیاس‌های سلامت اجتماعی		
۹۵٪ اطمینان	خطای انحراف معیار	تفاوت انحراف معیار	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معناداری		آزمون اف	
حد بالا	حد پایین								
۱۰,۶۳۰	۹,۵۵۴	۰,۲۶۶	۱۰,۷۸	۰,۰۱	۲۹۸	۳۷,۷۹۶	۰,۲۷	۴,۹۳	مشارکت
۵,۹۲۲	۴,۴۳۶	۰,۳۷۷	۵,۱۷۹	۰,۰۲	۲۹۸	۱۳,۷۲۳	۰,۲۵	۵,۰۸	انطباق
۶,۵۲۱	۵,۱۹۷	۰,۳۳۶	۵,۸۴۹	۰,۰۰۰	۲۹۸	۱۷,۴۲۵	۰,۰۰۳	۸,۹۰۳	انسجام
۱۲,۹۴۷	۱۱,۴۶۴	۰,۳۷۶	۱۲,۲۰۶	۰,۰۰۰	۲۹۸	۳۲,۴۱	۰,۰۰۶	۷,۷۴	خودشکوفایی
۸,۵۸۵	۶,۹۱۲	۰,۴۲۵	۷,۷۴۹	۰,۱۲	۲۹۸	۹,۲۲۹	۰,۴۴	۴,۰۹	پذیرش

مطابق با رقام مندرج در جدول شماره ۷، مقدار محاسبه‌شده تی برای بررسی مؤلفه مشارکت مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر ۳۷/۷۹۶ بزرگ‌تر از جدول بحرانی (t=۱/۶۴۶)





است که با ۹۵ درصد اطمینان و درجه آزادی ۲۹۸ در سطح ۰,۰۰۰ معنادار است. بنابراین فرضیه «میزان مشارکت مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با تک‌همسر کمتر است» تأیید می‌شود. مقدار محاسبه‌شده تی در مورد مؤلفه انطباق مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر برابر با ۱۳,۷۲۳ است که با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده، نشان از تأیید فرضیه تحقیق مبنی بر «میزان انطباق مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است» دارد. مقدار محاسبه‌شده تی در مورد مؤلفه انسجام مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر برابر با ۱۷,۴۲۵ است که با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده، نشان از تأیید فرضیه تحقیق مبنی بر «میزان انسجام مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر است» دارد. مقدار محاسبه‌شده تی برای متغیر خودشکوفایی ۳۲,۴۱۲ است که با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده منجر به تأیید فرضیه تحقیق مبنی بر «میزان خودشکوفایی مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر شهر سرباز کمتر است» می‌شود. مقدار محاسبه‌شده تی در مورد مؤلفه پذیرش مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر ۹,۲۲۹ به‌دست آمد که در سطح معناداری ۰,۱۲، معنادار نبود. این یافته به ابطال فرضیه «میزان پذیرش مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر شهر سرباز کمتر است» اشاره دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه بر کسی پوشیده نیست که سلامت اجتماعی به‌معنای ارزیابی فرد از عملکردش در خانواده و جامعه اهمیت فراوانی دارد. طبق تحقیقات صورت‌گرفته، می‌توان سلامت را با توجه به ابعاد شش‌گانه جسمی، روانی، عاطفی، معنوی، جنسی و اجتماعی تعریف کرد که البته بخش قابل توجهی از آنها، ریشه در ساخت و روابط خانوادگی دارد (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳). در مطالعه حاضر، سلامت اجتماعی مردان با توجه به ساختار خانوادگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی مردان چندهمسر در همه خرده‌مقیاس‌ها به جز شاخص «پذیرش» کمتر از مردان تک‌همسر است. اگر چه پذیرش فرد در گروه، نهاد و جامعه عامل مهمی در حفظ و تقویت سلامت اجتماعی است، اما بررسی‌های انجام‌شده در این تحقیق نشان داد بیشترین منبع تأمین‌کننده پذیرش به‌ترتیب

توسط علمای اهل تسنن (۴۹٪)، ریش سفیدان (۲۷٪) و والدین (۲۴٪) صورت می‌گیرد که کم‌کم نفوذ خود را میان نسل جدید در مقایسه با گذشته از دست داده‌اند. نتایج به‌دست آمده از تحقیقی در افغانستان، هم‌راستا با یافته‌های این تحقیق نشان داد پذیرش اجتماعی مردان چندهمسری که با زنان شوهر مرده ازدواج می‌کنند بیش از مردانی است که با دختران جوان ازدواج می‌کنند (دنا حسونه، ۲۰۰۱). این یافته‌ها همچنین با نتایج به‌دست آمده از پژوهشی که در شهر ریاض انجام شده سازگاری دارد؛ بر اساس یافته‌های تحقیق مذکور، پذیرش اجتماعی مردان چندهمسر با افزایش تعداد زنان بیشتر می‌شود به طوری که همبستگی مثبت و معناداری میان میزان ثروت اقتصادی و پذیرش اجتماعی مردان چندهمسر به‌دست آمد که یافته‌های این تحقیق را تأیید می‌کند (البدرو و همکاران، ۲۰۰۷). اما با توجه به اینکه انحراف از معیار مؤلفه پذیرش اجتماعی بیش از دیگر مؤلفه‌هاست (ن. گ: جدول شماره ۶) می‌توان استنباط کرد که احساس پذیرش در مردان جوان کمتر از مردان میانسال به‌دست آمده است. در واقع، تفوق باورهای جدید و تغییر کارکرد نظام خانواده، همسو با دیگر نظام‌ها از میزان پذیرش و مقبولیت مردان چندهمسر جوان و تحصیل کرده‌ای که در رفت و آمد به کشورهای همسایه مانند افغانستان، هندوستان و پاکستان هستند، خواهد کاست.

از دیگر یافته‌های بحث‌برانگیز این تحقیق می‌توان به میانگین میزان «پذیرش بیرون از خانواده» در مقایسه با «پذیرش درون خانواده» اشاره کرد. این یافته نشان می‌دهد اگر چه مردان چندهمسر در مقایسه با مردان تک‌همسر از سوی همسایگان، علمای دینی، اقوام و بستگان مورد پذیرش بیشتری واقع می‌شوند، اما میزان پذیرش آنها از سوی زن پیشین و فرزندانشان به شکل معناداری کمتر است. این یافته نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زوجین جوان در مقوله پذیرش نیز می‌تواند آسیب‌پذیر باشد. به طوری که با استناد به مطالعات انجام شده، همسران اول ۲۰-۲۵ ساله مقاومت بیشتری برای ازدواج مجدد همسرانشان دارند، بنابراین ازدواج دوم مردان بلوچ همراه با کشمکش و خشونت‌های کلامی و روانی زنان علیه مردان صورت می‌گیرد (محمدی و علمدار، ۱۳۹۱؛ محمدی و شیخی، ۱۳۸۷).

مؤلفه دیگر سلامت اجتماعی در این تحقیق میزان مشارکت پاسخگویان در خانواده است. با توجه به اینکه هر چه میزان مشارکت افراد با اعضای خانواده صمیمانه‌تر باشد، فرد از سلامت





بیشتری برخوردار است، یافته‌های این تحقیق نشان داد میزان مشارکت مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر کمتر و اغلب از نوع مشارکت عاری از عاطفه و حاصل از خودشیفتگی است تا مشارکت همدلانه. این یافته، تئوری مک مستر را تأیید می‌کند و مشابه گزارشی است که سبک دلبستگی مردان در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر را متفاوت اعلام می‌کند (عارف‌نظری و مظاهری، ۱۳۸۴). در تحقیقی دیگر میزان اعتماد و علاقه فرزندان به پدران چندهمسر توسط فرزندان‌شان به شکل معناداری پایین‌تر گزارش شد (مجاهد، ۱۳۸۳). نظر به سازگاری نتایج این تحقیقات با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت سنت چندهمسری در این شهرستان زمینه‌ساز کاهش مشارکت خانوادگی می‌شود که نتیجه آن دوری و جدایی اعضای خانواده از یکدیگر می‌شود.

از دیگر یافته‌های این تحقیق، میزان انطباق مردان در خانواده‌های چندهمسر است که در مقایسه با مردان تک‌همسر شهرستان سرباز کمتر به دست آمد. این یافته همسو با تحقیقی است که جو خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر را از نظر شیوه برقراری روابط جنسی، روابط عاطفی، تفاهم اخلاقی، شیوه سازماندهی (مدیریت) امور خانگی و میزان انطباق مقایسه می‌کند (ملاشریفی و همکاران، ۱۳۸۴). از این یافته می‌توان نتیجه گرفت که مردان در خانواده‌های تک‌همسر به دلیل سازگاری بیشتر با اعضای خانواده و انطباق با دیگر خرده‌نظام‌های اجتماعی از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند و سلامت مردان چندهمسر با توجه به عدم امکان برنامه‌ریزی، پس‌انداز و مدیریت منابع خانه با خطر بیشتری مواجه است. با توجه به میانگین تعداد فرزندان در خانواده‌های چندهمسر (۹/۶) (ن. گ: جدول شماره ۲) میزان انطباق مردان چندهمسری که همسرانشان در منزل مسکونی مشترک به سر می‌برند، کمتر از مردان چندهمسری است که همسرانشان در منزل مستقل زندگی می‌کنند. این یافته با نتیجه تحقیقاتی که بررسی سلامت روانی زنان در خانواده‌های چندهمسر صورت گرفته، مشابهت دارد. شیوه سکونت زنان در خانواده‌های چندهمسر مستقیماً بر پیشرفت تحصیلی فرزندان و سلامت روانی مادران اثر دارد (الکرونی، ۱۹۹۹: ۴۲۷-۴۱۷).

طبق یافته‌های به دست آمده از این تحقیق، بیشترین تفاوت میانگین در میزان خودشکوفایی مردان در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر شهر سرباز به دست آمد. بر اساس این یافته، بحرانی‌ترین نقطه سلامت اجتماعی را می‌توان در ناکامی مردان چندهمسر

در پرداختن به اموری دانست که به انجام آن تمایل دارند و آن را موجب رشد خود می‌دانند. مردان چندهمسر در مقایسه با مردان تک‌همسر فرصت شناخت کمتری از ویژگی‌ها و توانایی خود پیدا می‌کنند. نتایج تحقیقات انجام‌شده در راستای تأیید این یافته نشان می‌دهند که وجود میزان بالایی از خشونت، رقابت، افسردگی، ناامنی و ناسازگاری در میان هووها، ناخواهری‌ها و نابرداری‌ها مانع از شکوفایی استعداد، توانایی و عزت نفس مردان چندهمسر شده و سلامت روانی اجتماعی آنان را کاهش می‌دهد (الکرونی، ۱۹۹۹؛ ازکان^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ محمدی و شیخی، ۱۳۸۷؛ (محمدی و علمدار، ۱۳۹۱؛ ناظرزاده و همکاران، ۱۳۸۷). از آنجا که خانواده یک کل منسجم است، سلامت اعضای خانواده به یکدیگر وابسته است. در گزارشی که البدرو از سلامت روانی زنان در خانواده‌های چندهمسر ارائه داده، مشخص شد به‌رغم رونق و پذیرش سنت چندهمسری در منطقه خاورمیانه، میزان اضطراب، افسردگی و ناامیدی در این گروه از زنان بیشتر از همتایان آنها در خانواده‌های تک‌همسر است (البدور و همکاران، ۲۰۰۷: ۲۲۴-۲۲۵) میزان سلامت روانی، جسمی و اجتماعی دانش‌آموزان در خانواده‌های چندهمسر شهر ابوظبی نیز مورد توجه محقق دیگری قرار گرفت (الشرینی^۲، ۲۰۰۵). نتایج به‌دست آمده هم‌راستا با یافته‌های این تحقیق از پایین بودن میزان مشارکت، انطباق، خودشکوفایی و انسجام در خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با خانواده‌های تک‌همسر حکایت دارند.

پیشنادهای تحقیق

با توجه به این نتایج، پیشنهاد می‌شود در مناطق سنی‌نشین ایران که هنوز سنت چندهمسری ساختار غالب نظام خانوادگی را تشکیل می‌دهد، ساز و کارهایی منعطف برای اطلاع‌رسانی عمومی از وضعیت سلامت اجتماعی تهیه شود. به‌منظور کاهش چالش و آسیب‌های چندهمسری از مدل مک‌مستر به‌عنوان مداخله درمانی استفاده شود. برای ارتقاء سلامت اجتماعی و روانی در این مناطق لازم است از طریق خانه‌های بهداشت و اداره بهزیستی طرح‌های خانواده‌درمانی اجرا شود تا مشارکت هم‌دلانه، انطباق از طریق حل مسئله، انسجام و خودشکوفایی، آسیب‌های حاصل از این وضعیت را کاهش دهد.

همچنین با توجه به اینکه در این تحقیق از آزمون تی مستقل برای بررسی فرضیات استفاده

1. Ozkan
2. AL- Sherbiny



شده است و این آزمون قادر به تبیین سهم عوامل کاهش دهنده سطح سلامت اجتماعی نیست، پیشنهاد می‌شود محققان بعدی که تمایل به پژوهش در این زمینه دارند، سهم هر یک از عوامل مختلف و تهدیدکننده سلامت اجتماعی شامل تغییر سبک زندگی و الگوی معیشتی، تبلیغات رسانه‌ها، مهاجرت و ... را مورد بررسی قرار دهند.



فصلنامه علمی-پژوهشی

۱۱۰

دوره نهم
شماره ۴
زمستان ۱۳۹۵

Archive of SID

منابع

- اله یاری، طلعت؛ حسینی، نامدار (۱۳۹۳). ارتباط عملکرد خانواده با رفتارهای نندالیستی (خرابکارانه) دانش آموزان در شهر جوانرود استان کرمانشاه. *مجله مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی*، ۳(۱)، ۶۷-۵۳.
- امانی، مهدی. (۱۳۸۰). نگاهی به چهل سال تحول جمعیت شناختی ازدواج در ایران از سال ۱۳۳۵-۱۳۷۵. *نامه علوم اجتماعی*. ۷.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۲)، ۲۲۸-۲۰۳.
- بارکر، فیلیپ (۱۳۷۵). *خانواده در مانی پایه*، (مترجم: محسن دهقان و زهره دهقان). تهران: رشد.
- برناردز، جان (۱۳۸۴). *درآمدی به مطالعات خانواده*، (مترجم: حسین قاضیان). تهران: نشر نی.
- پورافکاری، نصراله (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر، ۶(۱۸)، ۶۰-۴۱.
- جلیلی، محمدحسین، (۱۳۹۰). *سالنامه آماری استان سیستان و بلوچستان، معاونت برنامه ریزی و اشتغال استانداری سیستان و بلوچستان*، گردآوری توسط نازیلا هاشم زاده.
- جوشن لو، محسن؛ رستمی، رضا؛ نصرت آبادی، مسعود، (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع، *فصلنامه روانشناسی ایرانی*، ۳(۹).
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حاتمی، محمدرضا؛ مذهبی، سارویه (۱۳۹۰). رسانه و نگرش زنان به هویت جنسی خود. *تحقیقات فرهنگی ایران*، ۴(۲)، ۲۱۰-۱۸۵.
- حاضری، علی محمد، محمدی، نعیم (۱۳۹۱). تحلیل جامعه شناختی تنوع جنبش زنان در کشورهای اسلامی منطقه خاورمیانه، *مطالعات اجتماعی ایران*، ۶(۲)، ۵۳-۳۰.
- زارع، فاطمه (۱۳۹۰). *بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آنها*، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زاهدی اصل، محمد؛ پیله وری، اعظم (۱۳۹۳). *فرا تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی*. برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۹(۱۹)، ۱۰۷-۷۱.
- زکی، محمدعلی، مریم السادات، خشوعی (۱۳۹۲). *سلامت اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسوولیت پذیری اجتماعی، اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، مطالعات جامعه شناختی شهری (مطالعات شهری)*، ۳(۸)، ۱۰۸-۷۹.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، جلال (۱۳۸۳). *شاخص های سلامت اجتماعی*. *اطلاعات سیاسی اقتصادی*، ۲۰۷(۲۰۸)، ۲۴۴-۲۵۳.





- سفیری، خدیجه؛ منصوریان راوندی، فاطمه (۱۳۹۳). تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی مردان و زنان شهر تهران. *دوفصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۵(۱)، ۷۰-۵۱.
- سمیعی، مرصده؛ رفیعی، حسن؛ امینی رارانی، مصطفی؛ اکبریان، مهدی (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار. *مسائل اجتماعی ایران*، ۲(۱)، ۵۱-۳۱.
- سیف، سوسن (۱۳۶۸). تئوری رشد خانواده. تهران: دانشگاه الزهرا.
- عارف‌نظری، مسعود؛ مظاهری، محمدعلی (۱۳۸۴). سبک‌های دلبستگی و شیوه همسرگزینی (چندهمسری تک‌همسری). *خانواده‌پژوهی*، ۱(۴)، ۴۰۵-۳۹۳.
- شیخی، محمدتقی؛ محمدی، نعیم (۱۳۸۷). مطالعه تطبیقی روبرط خانوادگی در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر شهر زاهدان. *زن در توسعه و سیاست*، ۶(۴)، ۲۰۰-۱۸۳.
- فارسی نژاد، معصومه (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا؛ خاک‌رنگین، مریم (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. *رفاه اجتماعی*، ۱۲(۴۷)، ۲۴۳-۲۲۵.
- کمالی دهقان، الهه (۱۳۹۱). رابطه میزان سلامت اجتماعی زنان و مردان متأهل شهر کرج با نگرش آنها نسبت به خشونت خانگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- کنعانی کتمجانی، شهناز؛ (۱۳۸۴). بررسی میزان توانمندی دانش‌آموزان متوسطه استان گیلان در استفاده از مهارت‌های زندگی، طرح پژوهشی، سازمان آموزش و پرورش استان گیلان-رشت.
- کوزر، لوئیس آلفرد (۱۳۸۳). *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی*، (مترجم محسن ثلاثی). تهران: علمی.
- مجاهد، عزیزالله؛ بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). وضعیت رفتاری کودکان و سلامت روانی والدین در خانواده‌های چندهمسری. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳)، ۶۷-۶۰.
- محمدی، نعیم؛ علمدار، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه جامعه‌شناختی رضایت از زندگی خانوادگی بر حسب الگوی خانواده. *خانواده‌پژوهی*، ۸(۱)، ۱۴۰-۱۲۹.
- محمدی، نعیم؛ شیخی، محمدتقی (۱۳۸۷). گونه‌شناسی کشمکش در خانواده‌های چندهمسری. *تحقیقات زنان*، ۲(۴)، ۳۸-۲۱.
- محمدی، نعیم؛ آسکانی، خان‌محمد (۱۳۹۴). مطالعه سلامت روانی مردان با تأکید بر سنت چندهمسری در شهرستان سرپاز. *زن در فرهنگ و هنر*، ۷(۲)، ۲۶۸-۲۵۷.
- ملاشرفی، شیدا؛ وخشور، حسن؛ سلیمی‌زاده، محمد کاظم (۱۳۸۴). هنجاریابی جو خانواده برای خانواده‌های ایرانی

ساکن تهران. خانواده پژوهی، ۱(۳)، ۲۵۵-۲۳۹.

ناظرزاده، فرناز؛ محمدی، نعیم؛ ابراهیمی خیرآبادی، جواد (۱۳۸۷). بررسی نگرش شهروندان تهرانی در خصوص میزان سرمایه اجتماعی فرزندان در خانواده‌های چندهمسر. خانواده پژوهی، ۴(۴)، ۳۸۶-۳۶۹.

نوربخش، یونس (۱۳۸۷). فرهنگ و قومیت مدلی برای ارتباطات فرهنگی در ایران. تحقیقات فرهنگی ایران، ۱(۴)، ۶۷-۷۸.

نوروزی، مهدی (۱۳۷۷). تأثیر کارایی خانواده در ابتلا به اختلال روانی نوجوانان گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد رودهن).

هاشمی، ضیا؛ فولادیان، مجید (۱۳۹۳). بررسی تجربی دو نظریه رقیب همسرگزینی در ایران. تحقیقات فرهنگی ایران، ۷(۴)، ۱۵۷-۱۸۷.

AL-Krenawi (1999). Women of Polygamous Marriages in Primary Health Care Centers. *Contemporary Family Therapy*, 3(21), 417-430.

AL-Sherbiny, A. (2005). The Case of First Wife in Polygamy. *Arab Psynet Journal*, 8, 18-26.

Anderson, M. & Tollison, D. (1998). Celestial Marriage and Earthly Rents:—Interests and Prohibition of Polygamy. *Journal of Economic Behavior and Organization*. 37 (2), 169-181.

Dena Hassaounch, P. (2001). Polygamy and Wife Abuse: a Qualitative Study of Muslim Women. *Health Care for Women in International Journal*, 2(4), 73-92.

Donald, C. A.; Ware, J. & Brook, R., & Davies-Avery, A. (1978). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study*, Vol IV, Social Health. Samnta Monica: Rand.

Elbedour, S.; Bart, W. & Hektner, J. (2007). The Relationship between Monogamous/ Polygamous Family Structure and the Mental Health of Bedouin Arab Adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 213-230.

Freedman, V. A. & Martin, L. G. (1999). The Role of Education in Explaining and Forecasting Trends in Functional Limitations among Older Americans. *Demogra-phy*, 36, 461-473.

Jackson, L.; Langille, L.; Lyons, R.; Hughes, J.; Martin, D. & Winstanley, V. (2009). Does Moving from a High-Poverty to Lower-Poverty Neighborhood Improve Mental Health? A Realist Review of Moving to Opportunity. *Health and Place*, 15, 961-970.

Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe, L. (2003). The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being. in Lopez, S. J. and Snyder, C. R. (eds.). *Positive Psychological*



- Assessment: *A Handbook of Models and Measures*. Washington, DC: American Psychological Association, 411–425.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 2, 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the US: A Descriptive Epidemiology. in Orvill Brim, Carol D. Ryff and Ronald C. Kessler (eds.). *Healthing Are you? A National Study of Well-Being of Midlife*. University of Chicago Press
- Keyes, C.; Shmotkin, D.; Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- McAdams, D. & Aubin, E. (1992). A Theory of Generativity and its Assessment through Self-Report, Behavioral Acts, and Narrative Themes in Autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015.
- Miringoff, M.; Miringoff, M. L. & Opdycke, S. (1999). *The Social Health of the Nation: How America is Really Doing?*. Oxford: Oxford University Press.
- Ozkan, M.; AL-Tindag, AB Urrahman & Esin, S. (2006). Mental Health Aspects of Turkish Women from Polygamous versus Monogamous Families. *International Journal of Social Psychiatry*. 52, 214-220.
- Parsons, T. (1998). Family Socialization and Interaction Process. London: Routledge.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness every Thing, Orisit Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Shapiro, A. D. (1996). Explaining Psychological Distress in a Sample of Remarried and Divorced Persons: the Influence of Economic Distress. *Journal of Family Issues*, 17(2), 186–203.
- Shapiro, A. & Keyes, C. L. M. (2007). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?. *Science, Business and Media*, 88, 329–346.



Are the Married Always Better Off?. *Science, Business and Media*, 88, 329–346.

Zāhedi Asl, M., & Pileh Vari, A. (1393 [2014 A.D]). Farātahlili bar motāle'āt-e marbut beh salāmat-e ejtemā'i. *Barnāmeḥ-rizi-e refāh va tuse'eh-ye ejtemā'i*, 19(19), 71-107.

Zaki, M. 'A., & Xošu'i, M. (1392 [2013 A.D]). Salāmat-e ejtemā'i, ta'ahod-e ejtemā'i, mas'uliat paziri-e ejtemā'i, e'temād-e ejtemā'i, bigānegi-e ejtemā'i, Motāle'āt-e jāme'eh- šenāxti-e šahri (motāle'āt-e šahri), 3(8), 79-108.

Zāre', F. (1390 [2011 A.D]). Barresi-e rābeteh-ye beyn-e salāmat-e ejtemā'i-e zanān-e sarparast-e xānevār va nu'-e sarparasti-e ānhā. (Pāyān-nāmeḥ-ye kāršenāsi-e aršad). *Dānešgāh-e 'Alāmeḥ Tabātabā'i, Dāneškadeh-ye 'Olum-e ejtemā'i*.



Archive of SID



- Barresi-e negareš-e šahrvandān-e Tehrāni dar xosus-e mizān-e sarmāyeh-ye ejtemā'i-e farzandān dar xānevādeh-hā-ye čandhamsar. *Xānevādeh-pažuhi*, 4(4), 369-386.
- Nurbaxš, Y. (1387 [2008 A.D]). Farhang va qumiat, modeli barāye ertebātāt-e farhangi dar Irān. *Tahqiqāt-e farhangi-e Irān*, 1(4), 67-78
- Nuruži, M. (1377 [1998 A.D]). Ta'sir-e kārāyi-e xānevādeh dar ebtelā beh extelāl-e ravāni-e nujavānān-e goruh-e seni-e 15 tā 18 sāleh-ye Šahr-e Tehrān. (Pāyān-nāmeḥ-ye kāršenāsi-e aršad). *Dānešgāh-e Āzād-e Eslāmi (Vāhed-e Rud-e Hen)*.
- Ozkan, M.; AL-Tindag, A. B. U., & Esin, S. (2006). Mental Health Aspects of Turkish Women from Polygamous versus Monogamous Families. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 214-220.
- Parsons, T. (1998). *Family Socialization and Interaction Process*. London: Routledge.
- Pur Afkāri, N. (1392 [2013 A.D]). Barresi-e 'avāmel-e mu'aser bar salāmat-e ejtemā'i dar Šahrestān-e Pāveh. 'Olum-e ejtemā'i-e Dānešgāh-e Āzād-e Eslāmi (Vāhed-e Šuštar), 6(18), 41-60.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness every Thing, Orisit Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Safiri, X., & Mansuriān Rāvandi, F. (1393 [2014 A.D]). Tabyin-e rābeteh-ye huviat-e jensiati va salāmat-e ejtemā'i-e mardān va zanān-e Šahr-e Tehrān. *Jāme'eh-šenāsi-e kārbordi*, 25(1), 51-70.
- Sajādi, H., & Sadr al-sādāt, J. (1383 [2004 A.D]). Šāxes-hā-ye salāmat-e ejtemā'i. *Etelā'āt-e siāsi- eqtesādi*, 207-208, 244-253.
- Sami'i, M., Rafi'i, H., Amini Rārāni, M., & Akbariān, M. (1389 [2010 A.D]). Salāmat-e ejtemā'i-e Irān: az ta'rif-e ejmā'-madār tā šāxes-e šavāhed-madār. *Masā'el-e ejtemā'i-e Irān*, 1(2), 31-51.
- Seyf, S. (1368 [1989 A.D]). *Te'uri-e rošd-e xānevādeh*. Tehrān: Dānešgāh-e Al-zahrā.
- Šeyxi, M. T., & Mohamadi, N. (1387 [2008 A.D]). Motāle'eh-ye tatbiqi-e ravābet-e xānevādegi dar xānevādeh-hā-ye čandhamsar va tak-hamsar-e Šahr-e Zāhedān. *Zan dar tuse'eh va siāsat*, 6(4), 183-200.
- Shapiro, A. D. (1996). Explaining Psychological Distress in a Sample of Remarried and Divorced Persons: the Influence of Economic Distress. *Journal of Family Issues*, 17(2), 186-203.
- Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2007). *Marital Status and Social Well-Being*:

dāneš-āmuzān-e motevaseteh-ye Ostān-e Gilān dar estefādeh az mahārat-hā-ye zendegi. Rašt: Sāzmān-e Āmuzeš va Parvareš-e Ostān-e Gilān.

- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, L. (2003). The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being. in Lopez, S. J. And Snyder, C. R. (eds.). Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures. Washington, DC: American Psychological Association, 411–425.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 2, 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the US: A Descriptive Epidemiology. in Orvill Brim, Carol D. Ryff and Ronald C. Kessler (eds.). *Healthing Are you? A National Study of Well-Being of Midlife*. University of Chicago Press
- Keyes, C.; Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- McAdams, D., & Aubin, E. (1992). A Theory of Generativity and its Assessment through Self-Report, Behavioral Acts, and Narrative Themes in Autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015.
- Miringoff, M.; Miringoff, M. L., & Opdycke, S. (1999). *The Social Health of the Nation: How America is Really Doing?* Oxford: Oxford University Press.
- Mohamadi, N., & ‘Alamdār, F. (1391 [2012 A.D]). Motāle’eh-ye jāme’eh šenāxti-e rezāyat az zendegi-e xānevādegi bar hasb-e olgu-ye xānevādeh. *Xānevādeh-pažuhi*, 8, 129-140.
- Mohamadi, N., & Āskāni, X. M. (1394 [2015 A.D]). Motāle’eh-ye salāmat-e ravāni-e mardān bā ta’kid bar sonat-e čandhamsari dar Šahrestān-e Sarbāz. *Zan dar farhang va honar*, 7(2), 257-268.
- Mohamadi, N., & Šeyxi, M. T. (1387 [2008 A.D]). Gunch-šenāsi-e kešmakeš dar xānevādeh-hā-ye čandhamsari. *Tahqiqāt-e zanān*, 2(4), 21-38
- Mojāhed, ‘A., & Birašk, B. (1383 [2004 A.D]). Vaz’iat-e raftāri-e kudakān va salāmat-e ravāni-e vāledeyn dar xānevādeh-hā-ye čandhamsari. *Andišeh va raftār*, 9(3), 60-67.
- Molāšarifi, Š., Xāšur, H., & Salimi Zādeh, M. K. (1384 [2005 A.D]). Hanjāryābi-e jav-e xānevādeh barāye vānevādeh-hā-ye Irāni-e sāken-e Tehrān. *Xānevādeh-pažuhi*, 1(3), 239-255.
- Nāzer Zādeh, F., Mohamadi, N., & Ebrāhimi Xeyr Ābādi, J. (1387 [2008 A.D]).





- Monogamous/ Polygamous Family Structure and the Mental Health of Bedouin Arab Adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 213-230.
- Fārsi Nežād, M. (1383 [2004 A.D]). Barresi-e rābeteh-ye sabk-hā-ye haviat bā salāmat-e ejtemā'i va xudkārāmadi-e tahsili dar dāneš-āmuzān-e doxtar va pesar-e pāyeh-ye dovom-e dabirestān-hā-ye Šahr-e Tehrān. (Pāyān-nāmehe-ye kāršenāsi-e aršad). *Dānešgāh-e Tehrān, Dāneškadeh-ye Ravān-šenāsi*.
- Fathi, M., 'Ajam Nežād, R., & Xāk Rangin, M. (1391 [2012 A.D]). 'Avāmel-e mortabet bā salāmat-e ejtemā'i-e mo'alemān-e Šahr-e Marāgheh. *Refāh-e ejtemā'i*, 12(47), 225-243.
- Freedman, V. A., & Martin, L. G. (1999). The Role of Education in Explaining and Forecasting Trends in Functional Limitations among Older Americans. *Demogra-phy*, 36, 461-473.
- Hāšemi, S. Z., & Fulādiān, M. (1393 [2014 A.D]). Barresi-e tajrobi-e du nazarieh-ye raqib-e hamsargozini dar Irān. *Tahqiqāt-e farhang-i-e Irān*, 7(4), 157-187
- Hātami, M. R., & Mazhabi, S. (1390 [2011 A.D]). Resāneh va negareš-e zanān be haviat-e jensi-e xud. *Tahqiqāt-e farhang-i-e Irān*, 4(2), 185-210.
- Hātami, P. (1389 [2010 A.D]). Barresi-e 'avāmel-e mu'aser bar salāmat-e ejtemā'i-e dānešjuān bā ta'kid bar šabakeh-hā-ye ejtemā'i. (Pāyān-nāmehe-ye kāršenāsi-e aršad). *Dānešgāh-e 'Alāmeš Tabātabā'i, Dāneškadeh-ye 'Olum-e ejtemā'i*.
- Hāzeri, 'A. M., & Mohamadi, N. (1391 [2012 A.D]). Tahlil-e jāme'eh-šenāxti-e tanavo'-e jonbeš-e zanān dar kešvar-hā-ye eslāmi-e mantaqeh-ye xāvar-e miāneh, *Motāle'āt-e ejtemā'i-e Irān*, 6(2), 30-53.
- Jackson, L.; Langille, L.; Lyons, R.; Hughes, J.; Martin, D., & Winstanley, V. (2009). Does Moving from a High-Poverty to Lower-Poverty Neighborhood Improve Mental Health? A Realist Review of Moving to Opportunity. *Health and Place*, (15), 961-970.
- Jalili, M. H. (1390 [2011 A.D]). Sālnāmehe-ye āmāri-e Ostān-e Sistān va Balučeštān, Mo'avenat-e Barnāmehe-rizi va Ešteghāl-e Ostāndāri-e Sistān va Balučeštān (compiled by: Hāšem Zādeh, N.).
- Jušān Lu, M., Rostami, R., & Nosrat Ābādi, M. (1385 [2006 A.D]). Barresi-e sāxtār 'āmeli-e meqyās-e behzisti-e jāme'. *Ravānšenāsi-e Irāni*, 3(9), 35-52.
- Kamāli Dehqān, E. (1391 [2012 A.D]). Rābeteh-ye mizān-e salāmat-e ejtemā'i-e zanān va mardān-e mote'ahel-e Šahr-e Karaj bā negareš-e ānhā nesbat beh xošunāt-e xānegi. (Pāyān-nāmehe-ye kāršenāsi-e aršad). *Dānešgāh-e 'Alāmeš Tabātabā'i, Dāneškadeh-ye 'Olum-e ejtemā'i*.
- Kan'āni Katemjāni, Š. (1384 [2005 A.D]). Barresi-e mizān-e tavānmandi-e

Bibliography

- ‘Āref Nazari, M., & Mazāheri, M. ‘A. (1384 [2005 A.D]). Sabk-hā-ye delbastegi va šiveh-ye hamsargozini (čandhamsari- tak-hamsari). Xānevādeh- pažuhi, 1(4), 393-405.
- Alah Yāri, T., & Hoseyni, N. (1393 [2014 A.D]). Ertebāt-e ‘amalkard-e xānevādeh bā raftār-hā-ye Vandālisti-e (xarābkārāneh) dāneš-āmuzān dar Šahr-e Javānrud-e Ostān-e Kermānšāh. Motāle’āt-e tuse’eh-ye ejtemā’i-farhangi, 3(1), 53-67.
- AL-Krenawi (1999). Women of Polygamous Marriages in Primary Health Care Centers. *Contemporary Family Therapy*, 3(21), 417-430.
- AL-Sherbiny, A. (2005). The Case of First Wife in Polygamy. *Arab Psynet Journal*, (8), 18-26.
- Amāni, M. (1380 [2001 A.D]). Negāhi beh čehel (40) sāl tahavol-e jam’iat-šenāxti-e ezdevāj dar Irān az sāl-e 1335-1375. Nāmeḥ-ye ‘olum-e ejtemā’i, 7, 33-46.
- Amini Rārāni, M., Musavi, M. T., & Rafi’i, H. (1390 [2011 A.D]). Rābeteh-ye sarmāyeh-ye ejtemā’i bā salāmat-e ejtemā’i dar Irān. *Refāh-e ejtemā’i*, 2(11), 203-228.
- Anderson, M., & Tollison, D. (1998). Celestial Marriage and Earthly Rents: Interests and Prohibition of Polygamy. *Journal of Economic Behavior and Organization*. (37)2, p.169-181.
- Barker, Ph. (1375 [1996 A.D]). Xānevādeh- darmāni-e pāyeh. (Persian translation of Basic family therapy). translated by: Dehqān, M., & Dehqān, Z. Tehrān: Rošd.
- Bernardes, J. (1384 [2005 A.D]). Darāmadī beh motāle’āt-e xānevādeh. (Persian translation of Family studios: an introuction). Translated by: Qāziān, H. Tehrān: Ney.
- Coser, L. A. (1383 [2004 A.D]). Zendegi va andišeḥ-ye bozorgān-e jāme’eh-šenāsi. (Persian translation of Masters of sociological thought; ideas in historical). Translated by: Solāsi, M. Tehrān: ‘Elmi.
- Dena Hassaouneh, P. (2001). Polygamy and Wife Abuse: a Qualitative Study of Muslim Women. *Health Care for Women in International Journal*, 2(4), 73-92.
- Donald, C.A.; Ware, J.; Brook, R., & Davies-Avery, A. (1978). Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study, Vol IV, Social Health. Samnta Monica: Rand.
- Elbedour, S.; Bart, W., & Hektner, J. (2007). The Relationship between



The Sociological Study of the Effect of Family Structure on Social Health of Males

Received Date: March 16, 2016

Accepted Date: October 29, 2016

Naima Mohammadi¹
Khan Mohammad Askani²

Abstract

Social health depends on different social and cultural factors. One of the most important suppliers of individual's health is family structures and relations. In recent years due to functional changes in polygamous structure, there are threats against social health of men in Sarbaz city. In this research, to compare the rate of social health of men in polygamous and monogamous families in Sarbaz city we use a standard questionnaire of Shapiro & Keyes (2007). The population of this study consisted of 300 males who are residents of this city. They selected by using cluster-sampling method. Gathered data were analyzed using SPSS software version 22. Findings from independent T-Test revealed that the average of social Coherence, Integration, Contribution and Actualization between men in polygamous families were significantly lower than monogamous. Based on these findings, we can conclude however a lot of traditinal social customs were useful, functional and compatible and provide social acceptance, but today have become dysfunctional and threatened social health of family members and community system face with crisis.

Keywords: Social Health, Family Structure, Polygamy, Male.

1. Assistant professor, Faculty of Literature and Humanity Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, (Corresponding Author); naima.mohammadi@uk.ac.ir

2. M. A. of Sociology, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.
khan.askani@gmail.com

