



وضعیت رفتاری کودکان و سلامت روانی والدین در خانواده‌های چندهمسری

عزیزا... مجاهد*، دکتر بهروز بیرشک**

چکیده

هدف: پژوهش حاضر وضعیت رفتاری کودکان و سلامت روانی والدین را در خانواده‌های چندهمسری مورد بررسی قرار داده است.

روش: از مناطق روستایی سراوان ۶۵ خانواده چندهمسر و ۶۵ خانواده تک‌همسر که بر پایه ملاک‌هایی چون داشتن فرزند مدرسه‌ای و محل سکونت با هم هم‌تا بودند، بررسی شدند. ۴۰۲ نفر کودکان سن دبستان و راهنمایی این خانواده‌ها به کمک پرسش‌نامه راتر و ۳۲۵ نفر پدران و مادران آنها با بهره‌گیری از پرسش‌نامه GHQ-۲۴ و پرسش‌نامه بیماری‌های داویدیان مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک تحلیل واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که نمره‌های راتر کودکان، در هیچ‌یک از متغیرهای نوع خانواده: جنس، سن، سن پدر و جمعیت فرزندان خانواده در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد. مقایسه نمره‌های دو پرسش‌نامه یادشده در خانواده‌های تک‌همسر و چندهمسر نشان داد که زنان خانواده‌های چند همسر در حد معنی‌داری از سلامت روانی کمتری نسبت به شوهران خود و همچنین نسبت به زنان و مردان خانواده‌های تک همسر برخوردارند. مردان خانواده‌های تک همسر، چندهمسر و همچنین زنان خانواده‌های تک همسر از نظر سلامت روانی تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند.

نتیجه: سلامت روانی زنان خانواده‌های چندهمسر پایین‌تر از سلامت روانی زنان خانواده‌های تک همسر است.

:

سلامت روانی اعضای خانواده به‌ویژه کودکان دارد.

خانواده چندهمسر خانواده‌ای است که در آن مرد بیش از یک زن دارد از این‌رو شرایط و روابط ویژه‌ای

خانواده و فضای حاکم بر آن نقش مؤثر و تعیین‌کننده‌ای در رشد روانی، شکل‌گیری شخصیت و

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی زاهدان. زاهدان، خیابان امام خمینی غربی، روبروی سیلوی گندم، بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان (نویسنده مسئول).
Email: aziz_mojahed@yahoo.com

** دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

بر این خانواده حاکم است و می‌توان انتظار داشت که این شرایط در رفتار و میزان سلامت روانی اعضای خانواده بازتاب داشته باشد.

اویفسو^۱ و ادگوک^۲ (۱۹۹۲) یاد آور شده‌اند که به دلیل پرجمعیت بودن خانواده‌های چندهمسر، نوجوانانی که در این خانواده‌ها رشد می‌یابند با شرایط تنش و فشار روانی از جمله کشمکش میان هوها، رقابت میان فرزندان، منش استبدادی پدران و مادران و مراقبت ناکافی از فرزندان روبرو هستند. از سوی دیگر برخی بر این باورند که خانواده‌های بزرگ فرصت‌هایی را برای برادران و خواهران پدید می‌آورند که در آن کودکان ارزش همکاری را در می‌یابند و الگوهای متنوع‌تری از نقش‌ها را برای همانندسازی فرا می‌گیرند (سوانسون، ماسی و پاین، ۱۹۶۵، به نقل از اویفسو و ادگوک، ۱۹۹۲). البته بررسی‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که کودکان در خانواده‌های بزرگ بیشتر دچار کشمکش با والدین شده و به خاطر انضباط شدید، بیشتر تنبیه می‌شوند (هولتزمن و مور، ۱۹۶۵، به نقل از همان‌جا).

اوامانام^۳ (۱۹۸۷) نشان داد که خود پنداره^۴ نوجوانان در خانواده‌های چندهمسر ضعیف‌تر از خود پنداره نوجوانان در خانواده‌های تک‌همسر است. چریان^۵ (۱۹۸۹، ۱۹۹۳) در ارزیابی پیشرفت تحصیلی کودکان خانواده‌های تک‌همسر و چندهمسر، دریافت که کودکان خانواده‌های چندهمسر پیشرفت تحصیلی کمتری از کودکان خانواده‌های تک‌همسر دارند. اویفسو و ادگوک (۱۹۹۲) همچنین دریافتند که نوجوانان پسر خانواده‌های چند همسر سازگاری روانی کمتری نسبت به نوجوانان پسر خانواده‌های تک‌همسر دارند. اما چنین تفاوتی را در میان دختران گزارش نکردند.

در پژوهشی پیرامون رابطه شیوع اختلال‌های روانی با عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی در دویی، قباش^۶، حامدی^۷ و ببینگتون^۸ (۱۹۹۲) نشان دادند که زنان مطلقه و بیوه و زنانی که به تنهایی زندگی می‌کنند و هم‌چنین زنان خانواده‌های چندهمسر و مادرانی که به تنهایی

سرپرستی کودکان خود را به عهده دارند، بیشتر در معرض ابتلا به اختلال‌های روانی هستند. چالبی^۹ (۱۹۸۵، ۱۹۸۶، ۱۹۸۸) در بررسی بیماران بستری و سرپایی کویت و بیماران سرپایی عربستان دریافت که زنان خانواده‌های چندهمسر بیش از زنان خانواده‌های تک‌همسر دچار مشکلات روانی می‌شوند.

نوربخش (۱۳۴۸) یادآور شده است که چندهمسری در جاهایی که شمار دختران بیش از پسران است، با رضایت زنان انجام می‌گیرد و هدف افزایش جمعیت و پیشگیری از فحشا می‌باشد، شاید آسیب روانی درخور توجهی در پی نداشته باشد. اما اگر فقر مادی حکم‌فرما بوده و نتوان مساوات را بین همسران رعایت نمود، از نظر روانی کاری غیربهداشتی است به‌ویژه آن که زنان ناگزیر از زندگی در یک خانه با هم باشند. چنین خانواده‌ای نه تنها دستخوش رنج و نگرانی است، بلکه کودکانی هم که در این محیط پرورش می‌یابند از دچار شدن به انواع روان‌نژندی‌ها ایمن نخواهند بود (همان‌جا).

با نگاهی به بررسی‌های انجام‌شده به نظر می‌رسد که در ایران به جز نوشته‌های مذهبی و قانونی در این‌باره پژوهش گسترده‌ای انجام نشده است.

بر پایه یک بررسی مقدماتی که توسط نگارنده‌ی مسئول به کمک بهورزان در جمعیت زیر پوشش خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان سراوان در آغاز سال ۱۳۷۳ انجام گرفت، از ۱۵۷۸۴ مرد متأهل، ۱۰۱۷ نفر بیش از یک زن داشتند که ۶/۴٪ از خانواده‌های زیر پوشش خانه‌های بهداشت این شهرستان را تشکیل می‌دادند. هم‌چنین ۹/۹٪ جمعیت زیرپوشش خانه‌های بهداشت در خانواده‌های چندهمسر زندگی می‌کرده‌اند. هدف از این پژوهش، مقایسه وضعیت سلامت روانی در خانواده‌های چندهمسر و تک‌همسر بود،

1- Oyefeso
3- Owuamonam
5- Cherian
7- Hamedi
9- Chaleby

2- Adegoke
4- self-concept
6- Ghubash
8- Bebbington

فرضیه نخست پژوهش آن بود که وضعیت سلامت روان پدران و مادران در خانواده های چند همسرو تک همسر دارای تفاوت معنی دار هستند.

فرضیه دیگر پژوهش آن بود که بین کودکان خانواده چندهمسر و تک همسر از نظر میزان اختلال های رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد.

این بررسی توصیفی- مقطعی در ۱۳۰ خانواده (۶۵ خانواده تک همسر و ۶۵ خانواده چندهمسر) که از نظر محل سکونت و داشتن فرزند دانش آموز همتا شده بودند، انجام شد. برای هر یک از والدین پرسش نامه GHQ-24^۱ و پرسش نامه بیماریابی داویدیان (DQ-17)^۲ توسط نگارنده و برای هریک از کودکان دانش آموز (دبستانی و دوره راهنمایی) یک پرسش نامه راتر توسط آموزگار تکمیل شد.

پرسش نامه راتر، فرم آموزگار در سال ۱۹۶۷ توسط راتر و همکاران ساخته شده و مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این پرسش نامه توسط آموزگاران تکمیل می شود و یکی از رایج ترین پرسش نامه ها برای سرند ناراحتی های روانی کودکان است (ایلوویج^۳، ۱۹۹۲). این پرسش نامه دارای فهرستی از حالت ها و رفتارهایی است که آموزگار بود یا نبود آنها را گزارش می کند. برای هر حالت یا رفتار سه گزینه ی صدق نمی کند (نمره صفر)، تا حدودی صدق می کند (نمره یک) و کاملاً صدق می کند (نمره ۲) را علامت گذاری می کند. در زمینه اعتبار و پایایی این پرسش نامه، راتر (۱۹۶۷)، به نقل از ایلوویج، (۱۹۹۲) در یک بررسی ۹۱ کودک با روش آزمون- بازآزمون^۴ به فاصله ۱۳ هفته، پایایی این پرسش نامه را ۰/۸۵ و درصد توافق تشخیص روانپزشک را با نتیجه این پرسش نامه ۰/۷۶/۷ گزارش نمود. در پژوهش دیگری راتر (۱۹۷۵)، به نقل از خرامین، (۱۳۷۳) با روش دو نیم کردن پایایی آن را ۰/۸۹ به دست آورد. فروع الدین عدل (۱۳۷۲) نمره پایایی این پرسش نامه را ۰/۸۵ گزارش نمود. ایلوویج (۱۹۹۲) حساسیت این

پرسش نامه را برای کودکان نیجریایی ۰/۷۲ و ویژگی آن را ۰/۹۵ گزارش کرد.

پرسش نامه GHQ توسط گولدربرگ^۵ برای سرند اختلال های روانی در جمعیت عمومی ساخته شده است. این پرسش نامه دارای چندین فرم بوده و در کشورهای زیادی به کار رفته است. این پرسش نامه به صورت شفاهی برای افراد بی سواد نیز به کار برده می شود (جان^۶، ۱۹۹۳؛ چیونگ^۷ و پیرز^۸، ۱۹۹۴؛ گورج^۹ و اوبیکویا^{۱۰}، ۱۹۹۰). آدری بیگب^{۱۱} و گورج (۱۹۹۲) در نیجریه اعتبار فرم ۲۸ سؤالی این پرسش نامه را بر روی ۲۷۷ نفر از زنان ارزیابی کردند که ۱۲٪ آنان از خانواده های چندهمسری بودند. آنها حساسیت این پرسش نامه را ۰/۸۲ و ویژگی آن را ۰/۸۵ گزارش نمودند. در بررسی راهنما پایایی فرم ۲۴ سؤالی آن در پژوهش حاضر ۰/۶۲ به دست آمد. این پرسش نامه دارای جمله های ساده ای پیرامون وضعیت روانی فرد است. برای نمونه "آیا این روزها دچار حواس پرتی شده اید؟" که پاسخ آن با چهار گزینه خیر (۰)، خیلی کم (۱ نمره)، کم (۲ نمره) و زیاد (۳ نمره) نمره گذاری می شود.

پرسش نامه داویدیان یک ابزار بیماریابی عمومی در زمینه سلامت روانی است. این پرسش نامه در یک بررسی مقدماتی پیرامون شیوع بیماری های روانی در منطقه بحر خزر و همچنین برخی بررسی های دیگر به کار برده شده است (داویدیان، ایزدی، نهاپتیان و معتبر، ۱۳۵۳). این پرسش نامه نیز برای بی سوادان مناسب بوده و از اعتبار و پایایی خوبی برخوردار است. داویدیان برای این پرسش نامه حساسیت ۰/۹۸/۹ و ویژگی ۰/۹۶/۲ را گزارش نموده است (همان جا). در بررسی حاضر با افزودن یک پرسش به فرم ۱۶ سؤالی آن، در بررسی

1-General Health Questionnaire-24

2- Davidian Questionnaire-17

3- Illoeje

4- test-retest

5- Goldberg

6- Chan

7- Cheung

8- Pears

9- Gureje

10- Obikoya

11- Aderibigbe

راهنما پایایی آن به کمک آزمون- بازآزمون ۰/۶۹ به دست آمد. این ابزار به صورت فهرستی از علائم تدوین شده که به صورت خیر (۰)، بلی (۱) و شدید (۲) نمره گذاری می شود.

نمرات به دست آمده از پرسش نامه یاد شده به کمک روش آماری تحلیل واریانس تحلیل گردید.

میانگین سن ۱۱۱ دختر خانواده های چندهمسر ۱۰/۱۴ (SD=۲/۶۳) و میانگین سن ۱۴۵ پسر خانواده های چندهمسر ۱۰/۶۵ (SD=۲/۶۸) بود و میانگین سنی ۵۵ دختر خانواده های تک همسر ۹/۸۵ (SD=۲/۵۳) و میانگین سن ۹۱ پسر خانواده های تک همسر ۱۰/۳۳ (SD=۲/۶۷) بود. میانگین سن مردان در خانواده های چندهمسر ۴۹/۱۷ (SD=۳۲) و در خانواده های تک همسر ۴۲/۶۲ (SD=۹/۲۹) بود. میانگین سن زنان در خانواده های چندهمسر ۳۸/۶۳ (SD=۸/۷۳) و در خانواده های تک همسر ۳۵/۴۹ (SD=۷/۴۲) بود. ۴ نفر از آزمودنی های مرد خانواده های تک همسر دیپلم و بالاتر، ۲۴ نفر ابتدایی و راهنمایی و ۳۷ نفر بی سواد بودند. هم چنین هشت نفر از مردان خانواده های چندهمسر تحصیلات دیپلم و بالاتر و ۱۷ نفر تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند و ۴۰ نفر بی سواد بودند. بیشتر زنان در هر دو گروه بی سواد بودند و یا تحصیلاتی در سطح ابتدایی داشتند. مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه نشان داد که غیر از سن مردان و شمار فرزندان، از نظر سایر ویژگی های جمعیت شناختی همتا هستند. آزمون آماری t بین سن کودکان و آزمون χ^2 از نظر میزان تحصیلات، درآمد و شغل بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد.

بر پایه نمره های پرسش نامه راتر (فرم آموزگار) به عنوان شاخص اختلال های رفتاری کودکان، کودکان مورد بررسی در چهار گروه جای داده شدند (جدول ۱).

تحلیل واریانس تفاوت معنی داری را در نمره های پرسش نامه راتر کودکان دو گروه نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های راتر و فراوانی آزمودنی ها در هر دو گروه

نوع خانواده	چندهمسری		تک همسری		جنس
	فراوانی	میانگین انحراف معیار	فراوانی	میانگین انحراف معیار	
دختر	۱۱۱	۷/۵۳	۵۵	۶/۰۵	۵/۰۴
پسر	۱۴۵	۶/۲۸	۹۱	۷/۴۷	۷/۷۳

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس نمره های راتر گروه های کودکان بر پایه عامل جنسیت و چندهمسری یا تک همسر بودن خانواده

منبع پراکنندگی	مجموع		درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F
	مجذورات	مجموع			
جنسیت	۱۵/۲۸	۱۵/۲۸	۱	۱۵/۲۸	۰/۲۸
نوع خانواده	۳۶/۹۲	۳۶/۹۲	۱	۳۶/۹۲	۰/۶۹
تعامل جنسیت و نوع خانواده	۶۲/۳۶	۶۲/۳۶	۱	۶۲/۳۶	۱/۱۶
درون گروهی	۲۱۳۶۲/۵۶	۲۱۳۶۲/۵۶	۳۹۸	۵۳/۶۷	
کل	۲۱۴۷۷/۱۲	۲۱۴۷۷/۱۲	۴۰۱		

نمره های یاد شده در آزمودنی های دو گروه بر حسب متغیرهای دیگری از جمله سن و شمار فرزندان در خانواده و سن پدر نیز به کمک تحلیل واریانس دو عاملی مقایسه شدند و تفاوت معنی داری در هیچ یک از این عامل ها میان دو گروه دیده نشد.

نمره های پرسش نامه GHQ-۲۴ و پرسش نامه بیماریابی داویدیان به عنوان شاخصی برای مقایسه میزان سلامت روانی پدران و مادران در دو گروه خانواده های چندهمسر و تک همسر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (جدول ۳).

تحلیل واریانس دو عاملی تفاوت معنی داری در

نمره‌های پرسش‌نامه‌های زنان و مردان دو گروه نشان داد ($P < 0/01$). از این رو فرضیه مربوط به تفاوت میزان سلامت روانی پدران و مادران خانواده‌های تک‌همسر و چندهمسر مورد تأیید قرار گرفت. البته به‌جز عامل جنسیت در پرسش‌نامه داویدیان که دارای تفاوت معنی‌دار بود، تعامل دو عامل جنسیت و نوع خانواده تنها در پرسش‌نامه GHQ-24 ($P < 0/01$) معنی‌دار نشان داده شد. معنی‌دار بودن تعامل جنسیت و نوع خانواده به این معنی است که نوع خانواده تأثیر متفاوتی بر سلامت روانی زنان و مردان دارد (جدول ۴).

مقایسه میانگین‌های نمره‌های پرسش‌نامه GHQ-24 به‌کمک آزمون شفیه (جدول ۵) نشان می‌دهد که تفاوت‌ها بیشتر مربوط به گروه زنان خانواده‌های چندهمسر در مقایسه با سه گروه دیگر است. یعنی تفاوت میانگین نمره‌های مردان دو گروه و هم‌چنین تفاوت میانگین نمره‌های زنان با مردان در خانواده‌های تک‌همسر معنی‌دار نیست. نمره‌های گروه زنان در خانواده‌های چندهمسر در هر دو پرسش‌نامه بالاتر از نمره‌های مشابه سه گروه دیگر است. به‌بیان دیگر این گروه نسبت به سه گروه دیگر از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو پرسش‌نامه GHQ-24 و داویدیان والدین در دو نوع خانواده

متغیر	نوع خانواده			چندهمسر			تک‌همسر	
	ابزار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	
مرد	GHQ-24	65	10/95	10/17	65	10/7	8/39	
	DQ-17	65	4/55	5/22	65	3/72	4/35	
زن	GHQ-24	130	20/5	14/84	65	12/52	12/3	
	DQ-17	130	9/53	7/72	65	7	7/81	
زن اول	GHQ-24	65	19/68	13/66	-	-	-	
	DQ-17	65	9/26	7/17	-	-	-	
زن دوم	GHQ-24	65	21/32	16	-	-	-	
	DQ-17	65	9/8	8/28	-	-	-	

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پرسش‌نامه GHQ-24 و داویدیان والدین در دو نوع خانواده

منبع پراکنندگی	GHQ-24			DQ-17		
	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نمره F	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات
نوع خانواده	1	2396/77	2396/77	*15/62	1273/3	1273/3
جنس	1	1254/59	1254/59	*8/18	209/68	209/68
نوع خانواده و جنسیت	1	1112/64	1112/64	*7/52	47/68	47/68
درون گروهی	231	49245/02	153/41	—	14557/45	45/35
کل	324	54009/02	—	—	16088/11	—

* $p < 0/01$

جدول ۵- خلاصه نتیجه حاصل از آزمون تعقیبی (شفه) برای مقایسه نمره‌های پرسش‌نامه GHQ-۲۴ مردان و زنان در دو خانواده

نوع خانواده		چندهمسر		تک همسر	
		زن	مرد	زن	مرد
چندهمسر	زن	—	*۵/۰۸	**۴/۲۴	*۵/۱۶
	مرد	—	—	۰/۷۲	۰/۱۱
تک همسر	زن	—	—	—	۰/۸۳
	مرد	—	—	—	—

*p<۰/۰۱ **p<۰/۰۰۵

این بررسی نشان داد که وضعیت رفتاری کودکان و میزان سلامت روانی مردان در دو نوع خانواده تفاوتی ندارد و تنها زنان خانواده‌های چندهمسر نسبت به سایرین از میزان سلامت روانی پایین تری برخوردارند. گفتنی است که در زمینه نبود تفاوت معنی‌دار در میزان اختلال‌های رفتاری کودکان در دو نوع خانواده و چگونگی تأثیر شرایط خانوادگی، دیدگاه‌های یکسانی وجود ندارد. برای نمونه اوامانام با اشاره به نظر مایند (۱۹۷۵، به نقل از اوامانام، ۱۹۸۷) یادآور شده است که از یک سو بدبینی شدیدی در مورد اثرات مربوط به حسادت و رقابت ناسالم بین برادران و خواهران ناتنی وجود دارد و از سوی دیگر زمینه‌هایی برای این باور وجود دارد که در خانواده‌های آفریقایی چندهمسر به علت گستردگی حجم خانواده، مهربانی و عطوفت، سلامت روانی بیشتری دیده می‌شود. وی این دیدگاه را که در خانواده‌های چندهمسر استرس‌های بیشتری وجود دارد می‌پذیرد، اما فراوانی تعاملات اعضای خانواده‌ی گسترده را سبب پیدایش احساس امنیت در کودکان

می‌داند. دوروجایی^۱ (۱۹۷۹) براین باور است که بودن چند مادر در خانواده‌های چندهمسر آفریقایی الگوهای گسترده و متنوعی را برای همانندسازی کودکان فراهم می‌کند. در چنین شرایطی کودکان انعطاف پذیرتر خواهند بود.

سوانسون (۱۹۷۲، به نقل از اوامانام، ۱۹۸۷) براین باور است که خانواده‌های بزرگ، فرصت‌هایی را برای خواهران و برادران فراهم می‌آورند که به ارزش همکاری پی برده و نقش‌های بالقوه بیشتری را برای همانندسازی و کسب هویت در اختیار می‌گیرند، به‌ویژه در حالی که پدران و مادران در ایفای نقش خود توانایی کافی نداشته باشند.

یافته‌های این پژوهش ضمن هماهنگی با یافته‌های سایر پژوهش‌ها (همان‌جا) با دیدگاه اویفسو و ادگوک (۱۹۹۲) هم‌خوان نیست. بررسی آنان در نیجریه نشان داد که نوجوانان پسر خانواده‌های تک‌همسر سازگاری بیشتری نسبت به نوجوانان پسر خانواده‌های چندهمسر دارند. تفاوت یافته‌های بررسی آنان با پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت زمینه‌های فرهنگی دو جامعه مورد بررسی باشد. این دو پژوهشگر از دشمنی هووها، رقابت برادران و خواهران ناتنی با هم، استبداد پدران و مادران و مراقبت ناکافی از کودک در خانواده چندهمسر سخن گفته‌اند. حال آن که در جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر، شاید به دلیل نظام پدر سالاری قوی، کشمکش هووها (حداقل به شکل مستقیم و در برابر فرزندان) کمتر روی می‌دهد. دلیل دیگر متفاوت بودن یافته‌های این پژوهش با یافته‌های اویفسو و ادگوک می‌تواند سن بالاتر و کم‌بودن شمار آزمودنی‌های آنان باشد. نمونه آنان از بین نوجوانان انتخاب شد و از کل ۱۱۶ نفر، ۲۶ نفر از خانواده‌های چند همسر بودند، در حالی که آزمودنی‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر بیشتر کودکان بودند و از ۴۰۲ نفر کودک، ۲۵۶ نفر از خانواده‌های چندهمسر

بودند. افزون بر آن ابزار به کار برده شده در پژوهش آنان که شاخص سازگاری روان‌شناختی بود با پرسش‌نامه بکار رفته در این پژوهش تفاوت دارد.

مایند (۱۹۷۵، به نقل از اوامانام، ۱۹۸۷) دریافت که عامل‌های ایجاد فشار در خانواده‌های چندهمسر بیشتر است، اما به علت منابع حمایتی موجود در شبکه‌ی روابط خانوادگی آنان، کمتر مشکل روانی پدید می‌آید. یافته‌ی در خور توجه بررسی حاضر، پایین‌بودن سطح سلامت روانی مادران در خانواده‌های چندهمسر نسبت به مادران خانواده‌های تک‌همسر و پدران در هر دو گروه بوده است. این نتیجه با یافته‌های بررسی قباش و همکاران (۱۹۹۲) پیرامون شیوع اختلال‌های روانی در زنان شهر دویی هم‌خوان است. وی میزان مشکلات زنان خانواده‌های چندهمسر را دو برابر بیشتر از زنان خانواده‌های تک‌همسر گزارش نموده است.

چالبی (۱۹۸۵، ۱۹۸۶، ۱۹۸۸) نیز در بررسی‌های خود بر روی بیماران بستری و سرپایی در کشورهای کویت و عربستان سعودی دریافت که زنان در خانواده‌های چندهمسر بیش از زنان خانواده‌های تک‌همسر دچار مشکلات روانی می‌شوند.

به نظر می‌رسد که در بررسی‌های گذشته در این زمینه سلامت روانی مردان کمتر مورد توجه بوده است.

کومینگز^۱ و داویس^۱ (۱۹۹۴) بررسی‌های فراوانی در زمینه تأثیر افسردگی پدران و مادران بر سلامت روانی کودکان انجام دادند و دریافتند که نمی‌توان بر پایه این پژوهش‌ها نتیجه گرفت که افسردگی پدران و مادران آسیب روان‌شناختی کودکان را در پی دارد. به باور این پژوهشگران افسردگی پدران و مادران هم می‌تواند به آسیب روانی کودکان بیانجامد و هم توانمندی‌های روانی کودکان را افزایش دهد. از این رو در همه شرایط فرهنگی مشکلات روانی مادران و پدران لزوماً مشکلات رفتاری را در کودکان پدید نمی‌آورد.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش تعمیم‌پذیری نتایج آن است. به بیان دیگر یافته‌های این پژوهش برای جوامعی تعمیم‌پذیر است که ویژگی‌های فرهنگی جامعه

مورد بررسی را داشته باشند. گفتنی است که پژوهش حاضر مقدماتی است و میزان اعتبار یافته‌های آن در پرتو بررسی‌های آینده روشن خواهد شد.

بدینوسیله از راهنمایی‌های ارزنده زنده‌یاد دکتر محمدنقی براهنی و استاد دکتر عبدالکریم بی‌آزار شیرازی قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

خرامین، شیرعلی (۱۳۷۳). *بررسی پاره‌ای از اختلالات رفتاری کودکان محروم از پدر مدارس ابتدایی شهرستان کهگیلویه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهایتیان، وارنکس؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه بحر خزر- شهرستان رودسر. *نشریه بهداشت ایران*، سال سوم، شماره چهارم، ۱۵۶-۱۴۵.

فروع‌الدین عدل، اصغر (۱۳۷۲). *تأثیر بکارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اخلاک‌گراانه کودکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. نوربخش، جواد (۱۳۴۸). *علل اجتماعی و فامیلی نوروژها در ایران*. *مجله سلامت فکر*، سال دوازدهم، شماره ۲، ص ۲۱.

Aderibigbe, Y. A., & Gureje, O. (1992). The validity of the 28-item General Health Questionnaire in a Nigerian antenatal clinic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 280-283.

Chaleby, K. (1985). Women of polygamous marriages in an inpatient psychiatric service in Kuwait. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 173, 58-59.

Chaleby, K. (1986). Psychosocial stresses & psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi

- Arabia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 147-151.
- Chaleby, K. (1988). Traditional Arabian marriages & mental health in a group of outpatient Saudis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 139-142.
- Chan, D.V. (1993). The Chinese General Health Questionnaire in a psychiatric setting. The development of the Chinese scaled version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 124-129.
- Cherian, V.I. (1989). Academic achievement of children from monogamous and Polygamous families. *Journal of Social Psychology*, 130, 117-119.
- Cherian, V.I. (1993). The relationship between parental interest & academic achievement of Xhosa children from monogamous & Polygamous families. *Journal of Social Psychology*, 33, 733-736.
- Cheung, P., & Pears, G. (1994). Reliability & validity of the Cambodian version of the 28-item General Health Questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 95-99.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression & child development. *Journal of Child Psychiatry*, 35, 73-112.
- Durojaiye, M.O.A. (1979). *A new introduction to educational psychology*. London: Eval's Brothers.
- Ghubash, R., Hamed, E., & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric survey: Prevalence & Socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 132-138.
- Gureje, O., & Obikoya, B. (1990). The GHQ-12 as a screening tool in a primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 276-280.
- Illoje, S.O. (1992). Rutter's Behavior Scale (B2) for children (Teacher's Scale) validation & standardization for use on Nigerian children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 38, 235-239.
- Owuamonam, O.D. (1987). Adolescent's perception of polygamous family & its relationship to self concept. *International Journal of Psychology*, 19, 593-598.
- Oyefeso, A.O., & Adegoke, A.R. (1992). Psychological adjustment of Yorba adolescents as influenced by family Type: a research note. *Journal of Child Psychology*, 33, 785-788.