

ابعاد مشکلات شخصی - ارتباطی زنان دارای همسر معتاد:

## چشم اندازی به برنامه توان بخشی همسران مبتلایان به اعتیاد

دکتر پروانه محمدخانی<sup>۱</sup>



### چکیده

**طرح مسئله:** اعتیاد به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق وابسته نمودن فرد به مصرف مواد مخدر، تزلزل بنیادهای اخلاقی را در پی دارد که از جمله این پیامدها، افزایش جرم، جنایت و خشونت است. بی شک قربانیان این مشکلات در درجه اول افراد خانواده و نزدیکان مبتلایان هستند که خواسته یا ناخواسته با این پیامدها مواجه می شوند.

**روش:** پژوهش حاضر در چارچوب مطالعات پس رویدادی و به صورت مقطعی با هدف تعیین آسیب های شخصی-ارتباطی زنانی که همسران آنها مبتلا به اختلال وابستگی به مواد بودند، از طریق فراهم ساختن امکان مقایسه آنها با زنانی که همسرانشان هیچ گونه ابتلائی به اعتیاد نداشتند، انجام شد. آزمودنی های

---

۱- نویسنده مسئول: روان شناس بالینی، دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

پژوهش را ۱۸۶ زن دارای همسر معتاد (با میانگین سنی ۳۶ و انحراف معیار ۹ سال)، یعنی همسر کسانی که به دلیل مصرف مواد، حداقل یک بار تحت درمان اعتیاد قرار گرفته و به منظور دریافت کمک‌های حرفه‌ای (از آذر تا اسفند ۱۳۸۶) به مراکز درمان سرپایی اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۱۷۳ زن دارای همسر غیر معتاد (با میانگین سنی ۳۵ و انحراف معیار ۸ سال) از بین زنان اقوام، همسایگان و دوستان گروه مورد تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های هر دو گروه برای ورود به مطالعه و اطمینان از مطابقت با ملاک‌های ورود و خروج پژوهش مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه نیم رخ مشکلات شخصی-ارتباطی (استراس و همکاران، ۱۹۹۹)، و پرسش‌نامه محقق ساخته برای برخی متغیرهای دموگرافیک جمع‌آوری شد.

**یافته‌ها:** داده‌ها تفاوت دو گروه را در همهٔ زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه نیم رخ مشکلات شخصی-ارتباطی به غیر از زیرمقیاس حسادت نشان داد. مقایسهٔ مشکلات شخصی-ارتباطی دو گروه از طریق تحلیل نیم رخ‌ها نشانگر تفاوت دو گروه بود. به این معنی که مشکلات شخصی مانند نشانگان ویژگی‌های شخصیت ضد اجتماعی و مرزی، نشانگان افسردگی و استرس، احساس خصومت و گرایش‌های خشونت‌بار، تجربهٔ آزار و مورد غفلت قرار داشتن، به طور معنی‌دار در زنان دارای همسر معتاد بیش‌تر بود. همین‌طور برای مشکلات ارتباطی، تفاوت‌ها به وجود تعارض، آشفتگی ارتباطی، ضعف مدیریت خشم، کنترل خود و تعهد ارتباطی (به ویژه با همسر) و اسناد منفی در گروه زنان دارای همسر معتاد حکایت داشت.

**نتیجه‌گیری:** زنان دارای همسر معتاد به گونهٔ معنی‌داری از مشکلات شخصی و ارتباطی بیش‌تری در مقایسه با گروه شاهد رنج می‌بردند و هرگونه برنامهٔ توان‌بخشی مبتنی بر خانواده و همسران مبتلایان به اعتیاد باید به ابعاد آسیب‌های شخصی-ارتباطی، به ویژه خشونت در روابط بین فردی و خانوادهٔ این افراد، توجه داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مشکلات شخصی ارتباطی، همسر معتاد، توان‌بخشی

## مقدمه

اعتیاد به صورت مستقیم و غیر مستقیم با وابسته کردن فرد به مصرف مواد مخدر، تزلزل بنیادهای اخلاقی را در پی دارد که از جملهٔ این پیامدها افزایش جرم، جنایت و خشونت است. یافته‌ها نشان می‌دهند که مقدار زیادی از وقت دادگاه‌ها به این افراد اختصاص داده شده است. بررسی‌ها در ایران نشان داده است که در هر ماه

صد نفر به دلیل اعتیاد جان خود را از دست می دهند و ۳۵٪ از افرادی که درخواست طلاق داده اند به دلیل اعتیاد همسرانشان بوده است (ممتازی، ۱۳۸۲). هر ساله میلیون ها دلار صرف مبارزه با مواد مخدر یا درمان افراد وابسته به آن می شود. در ایران تعداد مصرف کنندگان مواد افیونی در حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر است و بر اساس برخی آمارها ۲۰٪ افراد ۱۵ تا ۶۰ ساله در کشور با این مشکل مواجه اند. بر این اساس، ایران بالاترین نسبت معتادان به مواد افیونی را در جهان دارد (مکری، ۲۰۰۲). در ایران مطالعات مربوط به اعتیاد بیش تر بر برآوردهای پراکنده از شیوع، نوع مواد مصرفی، نگرش به مصرف مواد و عوامل پیشبین، خطر ساز یا محافظت کننده و ضعف مهارت های زندگی در افراد در معرض خطر اعتیاد و گه گاه به آزمون قرار دادن مداخله های روان شناختی در مقایسه با درمان دارویی متمرکز بوده است. بررسی هایی نیز، به برخی از آسیب پذیری ها یا عوامل خطر و محافظت کننده، همین طور عوامل تاب آوری در افراد وابسته به مواد پرداخته اند (جزایری، رفیعی، نظری، ۱۳۷۸؛ طارمیان، ۱۳۷۸؛ ارشدی، ۱۳۷۸؛ محمدی، دهگان پور، ۱۳۸۳؛ پور شهباز، ۱۳۸۳؛ محمدی، ۱۳۸۴). این در حالی است که مطالعات مرتبط با خانواده و به ویژه همسران این افراد، کم تر مورد توجه پژوهشگران ایرانی و حتی خارج از ایران قرار گرفته است. با این حال مطالعات پژوهشی بسیاری بر آثار مخرب مصرف الکل بر خانواده متمرکز بوده اند.

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی مشکلات شخصی-ارتباطی زنانی بود که همسرانشان مبتلا به وابستگی به یکی از مواد مخدر بودند.

فرضیه های پژوهش بیان می داشت که:

۱. زنان دارای همسر معتاد، در مقایسه با زنان دارای همسر غیر معتاد از مشکلات شخصی-ارتباطی بیش تری رنج می برند.
۲. نیم رخ مشکلات شخصی-ارتباطی زنانی که همسران آن ها مبتلا به اعتیاد به یکی از مواد مخدرند، در مقایسه با زنان دارای همسر غیر معتاد متفاوت است.

### پیشینه پژوهش

طیف وسیعی از موضوعات شامل مسائل روان شناختی، رفتاری و عاطفی از اثرات اعتیاد در خانواده محسوب می شوند. اگرچه تا کنون مطالعه ای به بررسی مستقیم وضعیت همسران افراد مبتلا نپرداخته است؛ اما در سه دهه گذشته و در میان نمونه های متنوع، پژوهش ها نشان داده اند که بین مصرف و سوء مصرف الکل و وقوع،

فراوانی و شدت خشونت بین زوجی که در یک رابطه نزدیک IVP<sup>۱</sup> قرار دارند، رابطه ای قوی وجود دارد. برای مثال در میان مردانی که برای درمان خشونت زوجی ارجاع شده بودند، ۴۰٪ ملاک‌های تشخیصی سوء مصرف و وابستگی به الکل را دریافت داشتند (فالز- استوارت<sup>۲</sup>؛ ۲۰۰۳ فالز، استوارت و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). این درصد چهار بار بیش تر از جمعیت عمومی است (گرانث و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). هانز، دنیز و استراس (۲۰۰۷) رابطه بین ویژگی‌های شخصیت ضد اجتماعی، مصرف الکل و خشونت نسبت به شریک صمیمی را در ۳۸ کشور با در نظر گرفتن متغیرهای واسطه‌ای مثل جنسیت و فرهنگ در ۷۹۲۱ دانشجوی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آن‌ها مؤید قوی‌تر شدن رابطه شخصیت ضد اجتماعی، مصرف الکل و خشونت با در نظر گرفتن متغیرهای جنسیت و فرهنگ نبود.

برخی مشاهدات حاکی است افرادی که مرتکب خشونت می‌شوند، ابتدا مواد را به عنوان وسیله و بعد به عنوان توجیهی برای عدم کنترل خشم یا اعمال خشونت مورد استفاده قرار می‌دهند (بنت، ۱۹۹۸). تبیین دیگر این است که داروها و الکل ممکن است توانایی فرد مصرف کننده را برای درک، یک پارچه سازی و پردازش اطلاعات کاهش و خطر ارتکاب به خشونت را در این افراد افزایش دهد. مصرف مواد منجر به آشفتگی و اختلال تفکر شده، در ارتباط با سایر عوامل، احتمال سوء تعبیر رفتار زوج یا زوجه توسط فرد را به عنوان رفتاری خودسرانه، پرخاشگرانه، طرد کننده و شدید افزایش می‌دهد. افرادی که مرتکب خشونت می‌شوند، نسبت به افراد غیر مرتکب به احتمال بیش تری ممکن است سوء برداشت‌هایی از رفتار همسر یا زوج خود داشته باشند؛ به عبارتی سوء مصرف مواد، سوء برداشت را افزایش می‌دهد. از دیدگاه دیگر، سوء مصرف مواد و سوء رفتار با زن ممکن است ریشه‌های مشترکی مربوط به تلاش فرد برای کسب قدرت و کنترل داشته باشند (گاندولف، ۱۹۹۵). دیوید مک کلند<sup>۵</sup> (۱۹۷۵) معتقد است که ارتباط بین الکل و پرخاشگری مشروط به نیاز به قدرت در

۱. Intimistab 9stt01 Viol0n0e

۲. 7slz-2t0w6t2

۳. 2tuat 0t sl

۴. 010nt 0t sl

۵. 0avib M0 0l0ll0nb

افراد است. مصرف مقدار کمی از یک ماده، حس اجتماعی مصرف کننده را به قدرت و حس نوع دوستی یا قدرت برای کمک به دیگران افزایش می دهد. در مقابل، مصرف مقدار زیادی از یک ماده در مصرف کنندگان اجتماعی، ممکن است که احساس قدرت مصرف کننده و تسلط بر دیگران را به جای قدرت نوع دوستی افزایش دهد (بنت، ۱۹۹۸). مواد ممکن است احتمال خطر سوء رفتار با زنان را فقط در مردانی افزایش دهد که خصوصیات ویژه ای دارند. برای مثال سوء مصرف الکل، فرصت سوء رفتار با زنان را در مردانی افزایش می دهد که خشونت موقعیتی علیه زنان را تأیید می کنند و زیر فشارهای مربوط به طبقه اجتماعی اقتصادی قرار دارند (کانتور و استراس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). در یک مطالعه ملی<sup>۲</sup> روی مردان ۲۳ ساله که به مقدار فراوانی الکل می نوشیدند<sup>۳</sup> و رابطه این پر نوشی با سوء رفتار با زنان، مشخص شد که خشونت فقط در مردانی که خصومت شدید و سطح پایینی از رضایت زناشویی داشتند، دیده شد (لئونارد و بلن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲).

سوء مصرف مواد و سوء رفتار با زنان از طریق مشاهده و عمل به آن در طی زمان یاد گرفته می شوند. سوء مصرف مواد توسط والدین و سوء رفتار با زنان ممکن است که رشد کودکان را تحت تأثیر قرار دهد و خطر تبدیل آن ها را به آزار رسان یا قربانی و یا تبدیل به سوء مصرف کننده مواد، افزایش می دهد (کانتور و استدگیان<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). سوء مصرف مواد در مرتکبین خشونت فیزیکی (کتک زن ها)<sup>۶</sup> در دادگاه جرایم، مراکز سلامت روان یا مراکز ارائه خدمات اجتماعی، به میزانی بالای ۵۰٪ دیده شده است که این درصد به میزان چشمگیری بیش تر از درصد سوء مصرف مواد در مرتکبین (کتک زن ها) در کل جمعیت است. تحقیقات فعلی پیشنهاد می کنند که کتک زن ها ممکن است در جنبه های مهمی با یکدیگر تفاوت داشته باشند که این تفاوت ها به طور عمده عبارتند از: الگوهای سوء مصرف مواد، وسعت خشونت غیر خانوادگی، نوع و سبک عاطفی مرتکبین خشونت خانوادگی (برنان<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷).

۱. Kessler 2162

۲. Kessler 16021b

۳. Hensly 011111g

۴. Hensly

۵. Kessler 221111g

۶. Hensly 22

۷. Hensly

زنان سوء مصرف کننده مواد در مقایسه با زنان بهنجار، به احتمال بیش تری با مردانی که سوء مصرف کننده‌اند، وارد زندگی مشترک می‌شوند و به احتمال بیش تری، زمانی که مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند، از خشونت فیزیکی برای انتقام گرفتن استفاده می‌کنند. این مسائل نیز به نوبه خود احتمال وارد آمدن آسیب‌های جدی را به آن‌ها افزایش می‌دهد. زنان سوء مصرف کننده مواد، مفرهای اجتماعی و مالی کم تری برای فرار از کتک خوردن دارند (زیلبرمن و بلوم، ۲۰۰۵؛ بنت، ۱۹۹۸).

در پژوهشی با عنوان "ارتباط طولی مصرف الکل و خشونت زوجی در زنان با قومیت‌های مختلف" که مربوط به پروژه HOW<sup>۴</sup> (تمپل، وستون و مارشال<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵) بود، ۸۳۵ زن آمریکایی-آفریقایی، اروپایی و مکزیکی تبار (با میانگین سنی ۳۳/۳ و ۷/۷ سال سابقه همکاری با پروژه)، به طور متوسط یک بار در سال و در مجموع پنج بار، مورد مصاحبه واقع شدند. آن‌ها هم چنین به مقیاس شدت خشونت علیه زنان<sup>۱۶</sup> (مارشال، ۱۹۹۲) پاسخ دادند. نتایج نشان داد که در درجه اول همسران این زنان بیش تر از آن‌ها الکل مصرف کرده و علاوه بر آن، طی سال‌های مطالعه خشونت زوجی در آن‌ها کاهش یافته بود. این رخداد قابل استناد به آگاه شدن زنان مورد مطالعه به خشونت زوجی از طریق سوآلی بود که در مصاحبه‌ها به صورت مکرر برای آن‌ها طرح می‌شد. نتایج نشان داد به طور کلی مصرف الکل به گونه پایدار با خشونت زوجی همراه بود. به ویژه در زنانی که خود و همسرانشان مصرف بیش تری از الکل را گزارش داده بودند. فراوانی مصرف الکل با مواردی مثل تهدید، خشونت و پرخاشگری جنسی رابطه داشت. اگرچه در زنان مصرف الکل با خشونت جسمی رابطه داشت؛ ولی این رابطه همراه با تهدید و پرخاشگری جنسی نبود (تمپل، وستون، استوارت و مارشال، ۲۰۰۸).

## روش

مطالعه حاضر در چارچوب مطالعات پس رویدادی و به صورت مقطعی انجام شد. در این مطالعه دو گروه از زنان مورد بررسی قرار گرفتند: گروه نمونه پژوهش، ۱۸۶ زن دارای همسر معتاد (با میانگین سنی ۳۶ و انحراف معیار ۹ سال)، یعنی کسانی که به دلیل مصرف مواد حداقل یک بار تحت درمان اعتیاد قرار گرفته و به منظور

۱۴. Health Outcomes Women

۱۵. Temple, Weston, Marshall

۱۶. The Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS)

دریافت کمک‌های حرفه‌ای (از آذر تا اسفند ۱۳۸۶) به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۱۷۳ زن دارای همسر غیر معتاد (با میانگین سنی ۳۵ و انحراف معیار ۸ سال) که از بین زنان اقوام، همسایگان و دوستان گروه مورد و نیز زنانی که از لحاظ پایگاه اجتماعی-اقتصادی، شغل، تعداد و مدت ازدواج و نیز تعداد فرزندان با آن‌ها تفاوت معنی‌دار نداشتند، دعوت به شرکت در مطالعه شدند.

آزمودنی‌ها می‌بایست در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۷ سال با حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک با همسر فعلی و هفت کلاس سواد بودند. برای انتخاب افراد هر دو گروه، یک مصاحبه بالینی انجام شد تا در صورت محرز بودن ابتلا به اختلال روانی قبل از ازدواج، از مطالعه کنار گذاشته شوند. شایان ذکر است که همه ملاحظات معمول اخلاقی از جمله در نظر داشتن محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و عدم اجبار آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش تأمین شد.

**ابزار پژوهش:** در این پژوهش از یک پرسش‌نامه محقق ساخته برای پرسش در باره برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی و پرسش‌نامه نیم رخ شخصی و ارتباطی PRP<sup>۱۷</sup>، (استراس و مرادیان، ۱۹۹۹) استفاده شد. منظور از مشکلات شخصی و ارتباطی، عوامل سبب‌شناسی هستند که در موضوعات مربوط به زوج و در طرح ریزی برنامه‌های زناشویی مورد توجه قرار می‌گیرند. برخی از این عوامل شامل خصوصیات فردی مثل سابقه بزهکاری یا افسردگی می‌شوند و برخی نیز ویژگی‌هایی همچون تسلط، چیرگی و مشکلات ارتباطی را به عنوان مشکلات روابط بین فردی در بر می‌گیرند (ستراس و مرادیان، ۱۹۹۹).

این پرسش‌نامه دارای ۲۵ زیر مقیاس است: مدیریت خشم<sup>۱۸</sup> (AM)، نشانگان شخصیت ضد اجتماعی (ASP)، نشانگان شخصیت مرزی<sup>۱۹</sup> (BOR) که خود دارای دو زیرمقیاس بی‌ثباتی و به خود آسیب زدن است، تعارض<sup>۲۰</sup> (CON)، مشکلات ارتباطی<sup>۲۱</sup> (CP)، سابقه بزه کاری<sup>۲۲</sup> (CH)،

۱۷. The Relationship Attribution PRP

۱۸. Anger Management

۱۹. Borderline Personality Symptom

۲۰. Conflict

۲۱. Communication Problems

۲۲. Criminal History

نشانگان افسردگی<sup>۳۳</sup> (DEP)، چیرگی و تسلط<sup>۳۴</sup> (DOM)، خصومت نسبت به مردان<sup>۳۵</sup> (GHM)، خصومت نسبت به زنان<sup>۳۶</sup> (GHW)، حسادت<sup>۳۷</sup> (JLE)، آشکارسازی محدود شده<sup>۳۸</sup> (LD)، اسنادهای منفی<sup>۳۹</sup>، سابقه غفلت<sup>۴۰</sup> (NH)، فشار پس از ضربه<sup>۴۱</sup> (PTS)، والدینی مثبت (POS)<sup>۴۲</sup>، تعهد ارتباطی<sup>۴۳</sup> (RC)، آشفتگی ارتباطی<sup>۴۴</sup> (RD) که شامل دو زیرمقیاس تعاملات منفی و عاطفه منفی است، کنترل خود<sup>۴۵</sup> (SC)، یک پارچگی اجتماعی<sup>۴۶</sup> (SI)، شرایط فشارزا<sup>۴۷</sup> (STR) که شامل سه زیرمقیاس مشکلات بین فردی، فشارزاهای بیرونی و رضایت از خود است، سوء مصرف مواد<sup>۴۸</sup> (SUB) که شامل چهار زیرمقیاس سوء مصرف الکل، سوء مصرف داروهای دیگر، استفاده از مواد و آسیب دیدگی است، سابقه آزار جنسی (SAH) که شامل سه زیرمقیاس بزرگسال غیر خویشاوند، خانواده کودک و

۳۴. Depressive Symptoms

۳۵. Dominance

۳۶. Gender Hostility to Men

۳۷. Gender Hostility to Women

۳۸. Laziness

۳۹. Limited Disclosure

۴۰. Negative Attitudes

۴۱. Post-Traumatic

۴۲. Positive Parenting

۴۳. Relationship Commitment

۴۴. Relationship Distress

۴۵. Self Control

۴۶. Social Interaction

۴۷. Situational Conditions

۴۸. Substance Abuse



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی



کودکان دیگر است، تأیید خشونت<sup>۳۹</sup> (VA) که شامل سه زیرمقیاس خشونت مردانه، خشونت خانوادگی و خشونت جسمی است و اجتماعی شدن خشونت<sup>۴۰</sup> (VS) که شامل پنج زیرمقیاس خانواده، غیر خانواده، خشونت توصیه شده، خشونت مشاهده شده و قربانی خشونت است.

شایان ذکر است که زیرمقیاس‌های CH, BOS, DEP, GHM, GHW, ID, NH, POS, PTS, SUB, SC, SI, STR, SAH, VA, VS و ASP، ویژگی‌های شخصی یا به عبارت دیگر مشکلات شخصی و زیرمقیاس‌های AM, CP, CON, DOM, JEL, NA, RC و RD مشکلات بین فردی را در روابط زوجی می‌سنجد (استراس و مرادیان، ۱۹۹۹).

PRP ابزاری به نسبت کوتاه است و اجرای آن ۳۲ دقیقه طول می‌کشد و افراد دارای تحصیلات اول راهنمایی می‌توانند به آن پاسخ دهند. هدف از کاربرد بالینی PRP تدارک غربالگری اولیه است. این مسئله به خصوص در مورد مقیاس‌های برگرفته شده از DSM، مثل شخصیت ضد اجتماعی<sup>۴۱</sup>، صادق است. هدف این مقیاس‌ها تشخیص رسمی نیست. نمرات بالا فقط حاکی از حیطه‌هایی است که باید بیش تر مورد کاوش قرار گیرند.

**اعتبار و پایایی:** PRP استراس و مرادیان (۱۹۹۹) با عنایت به تعداد کم سؤال‌ها در هر مقیاس، آلفای ۰/۶۰ تا ۰/۶۹ را مناسب تلقی می‌کنند. آلفای ۰/۷۰ و بالاتر نشانگر پایایی خوب و آلفای ۰/۸۰ و بالاتر حاکی از پایایی بالا است. میانگین آلفای گزارش شده در مطالعه روی دانش آموزان ۰/۷۴ است. در پژوهشی، (محمدخانی و همکاران، ۲۰۰۹) یک اعتبار درونی کافی (۰/۶۰ تا ۰/۶۹) برای برخی از زیرمقیاس‌ها، کافی تر (۰/۷۰ تا ۰/۷۹) برای برخی دیگر و بالا (۰/۸۰ تا ۰/۸۷) برای سایر زیرمقیاس‌ها و ۰/۷۵ به طور کلی برای همه زیرمقیاس‌ها به دست آمد.

روایی سازه PRP بر این یافته مبتنی است که مردان و زنان تقریباً در همه زیرمقیاس‌ها با یکدیگر متفاوتند. مقایسه نمرات میانگین دانش آموزان و مجرمان مرتکب همسرآزاری نیز در سطح ۰/۰۵ با یکدیگر

۳۹. Violent Appraisal

۴۰. Violent Socialization

۴۱. Antisocial Personality

تفاوت معنی دار دارد و حاکی از بالاتر بودن نمرات مجرمان در ۰/۹۲ زیرمقیاس‌ها است (استراس، مرادیان، ۱۹۹۹). در مطالعه حاضر نیز بین زیرمقیاس‌های LD و AM همبستگی مثبت (۰/۵۴) و بین زیرمقیاس‌های LD و BOR همبستگی منفی (۰/۵۶) مشاهده شد. بر اساس ساختار PRP مدیریت خشم از جمله زیرمقیاس‌های مشکلات بین فردی و آشکارسازی محدود شده از زیرمقیاس‌های مشکلات فردی با نمرات بالاتر بیانگر مشکلات کم‌تر و از سوی دیگر نمرات بالا در زیرمقیاس نشانگان شخصیت مرزی نشان‌دهنده آسیب روان شناختی بیش‌تر در PRP است.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش این پرسش‌ها:

۱. آیا نیم رخ‌های دو گروه با یکدیگر موازی است؟
  ۲. آیا بین سطوح کلی عملکرد در دو گروه تفاوت وجود دارد؟
  ۳. آیا نیم رخ‌ها هموار هستند؟
- مطرح و از روش تحلیل نیم رخ استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار مشکلات شخصی-ارتباطی برای دو گروه در جدول‌های شماره ۱ و شماره ۲ منعکس است. تفاوت دو گروه در همه مشکلات ارتباطی آشکار است.

### جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار PRP (مشکلات ارتباطی) در آزمودنی‌های دو گروه

همسران غیر معتاد		همسران معتاد		زیرمقیاس‌ها
SD	M	SD	M	
۳/۵۳۲۴۱	۲۲/۵۷۸۰	۳/۹۷۳۶۷	۱۹/۸۳۸۷	AM
۴/۵۱۴۰۱	۱۶/۵۵۴۹	۴/۷۷۰۳۸	۲۰/۷۷۹۶	CON
۳/۷۱۸۷۶	۱۶/۵۶۰۷	۳/۶۹۸۷۶	۱۸/۹۸۳۹	CP
۳/۷۱۹۲۱	۱۷/۳۴۶۸	۳/۶۵۷۰۸	۲۰/۴۶۲۴	DOM
۴/۸۸۷۶۱	۲۰/۹۷۱۱	۴/۷۸۳۸۳	۲۱/۴۳۵۵	JEL
۲/۶۰۹۳۰	۷/۶۱۲۷	۲/۸۰۹۹۸	۱۰/۴۰۳۲	NA
۳/۱۳۵۴۴	۱۸/۵۴۳۴	۳/۵۴۰۰۰	۱۵/۹۴۰۹	RC
۴/۱۱	۴/۷۹	۵/۲۲۹۴۱	۱۷/۸۲۲۶	RD

همین طور در دید کلی، مقادیر جدول شماره ۲ نشان می دهد که گروه زنان دارای همسر معتاد در همه ابعاد مشکلات شخصی به جزء زیر مقیاس حسادت مشکلات بیش تری نسبت به گروه زنان با همسران غیر معتاد را گزارش داده اند. این مطلب در مورد مقادیر انحراف معیارها نیز صادق است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار PRP (مشکلات شخصی) در آزمودنی های دو گروه

همسران غیر معتاد		همسران معتاد		زیر مقیاس ها
SD	M	SD	M	
۳/۵۹۸۹۲	۱۵/۶۴۱۶	۴/۷۰۹۰۹	۱۸/۵۱۰۸	ASP
۴/۰۷۴۱۱	۱۴/۵۴۳۴	۴/۶۲۱۴۱	۱۹/۲۵۲۷	BOR
۲/۸۱۲۰۳	۱۰/۱۵۰۳	۴/۱۶۹۷۰	۱۲/۴۸۹۲	CH
۴/۳۸۷۴۳	۱۵/۵۴۳۴	۵/۰۴۴۲۲	۲۰/۸۳۸۷	DEP
۲/۹۴۴۱۳	۱۰/۳۴۱۰	۳/۰۹۳۰۷	۱۲/۳۱۱۸	GHM
۲/۳۰۵۹۰	۸/۳۳۵۳	۲/۷۵۲۶۷	۹/۸۱۷۲	GHW
۴/۴۷۷۸۵	۳۱/۸۲۶۶	۴/۷۶۱۶۱	۲۹/۴۹۴۶	LD
۴/۰۹۸۹۷	۱۵/۴۱۰۴	۳/۹۳۷۶۹	۱۸/۵۰۰۰	NH
۳/۰۹۷۹۳	۱۰/۰۴۰۵	۳/۳۹۷۸۰	۱۲/۸۳۳۳	PTS
۳/۳۳۶۷۳	۱۱/۵۳۷۶	۳/۰۱۰۳۴	۱۴/۱۷۲۰	POS
۳/۴۹۵۰۸	۹/۵۳۱۸	۳/۸۰۶۹۲	۱۱/۳۰۱۱	SAH
۲/۲۴۲۷۵	۲۰/۳۱۲۱	۲/۳۶۳۶۸	۱۹/۴۳۰۱	SC
۳/۹۱۹۷۴	۲۸/۱۳۸۷	۴/۰۱۹۱۵	۲۵/۴۷۸۵	SI
۳/۶۰۰۰۴	۱۷/۹۳۰۶	۴/۲۷۰۷۸	۲۱/۲۹۰۳	STR
۲/۶۶۰۹۹	۱۰/۰۲۳۱	۳/۵۱۷۰۰	۱۲/۲۹۰۳	SUB
۴/۴۲۶۸۶	۲۰/۸۰۹۲	۴/۳۷۸۰۲	۲۳/۶۱۸۳	VA
۴/۹۰۹۹۴	۱۴/۴۳۳۵	۵/۲۲۹۲۰	۱۶/۹۶۲۴	VS

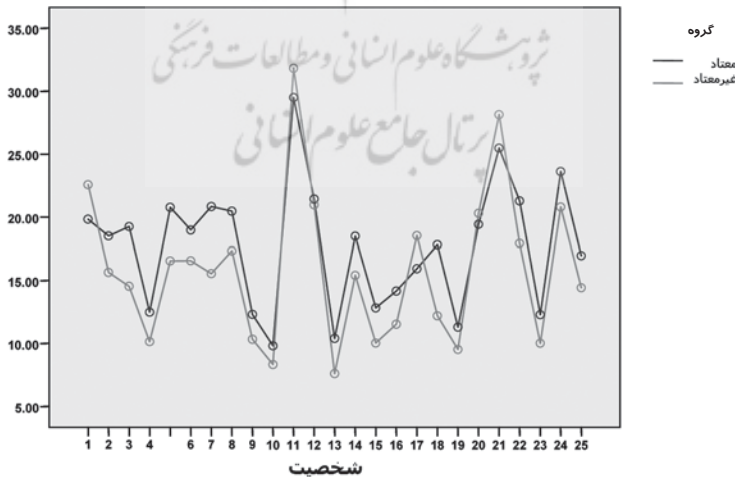
برای مقایسه نیم رخ ها از مدل تحلیل نیم رخ استفاده شد. این مدل از جمله مدل های آماری تحلیل واریانس و تقریباً معادل مدل اندازه های تکراری است؛ با این تفاوت که در مدل تحلیل نیم رخ، عامل درون آزمودنی در واقع عوامل یا زیر مقیاس های یک پرسش نامه (با زیربنایی یکسان) و عامل بین آزمودنی متغیر گروه است. برای مثال در مقایسه دو گروه بر حسب یک آزمون با زیر مقیاس های چندتایی (در این مطالعه پرسش نامه نیم رخ

مشکلات شخصی-ارتباطی با ۲۵ زیرمقیاس) میانگین‌های افراد در این زیرمقیاس‌ها تک تک در گروه زنان دارای همسر معتاد و زنان دارای همسر غیر معتاد به تفکیک بر روی نمودار مشخص و سپس از متصل کردن این نقاط، نمودار ترسیم می‌شود. به این نمودار نیم رخ اطلاق می‌شود. نتایج آزمون توازی و همواری گروه‌ها در جدول شماره ۳ آمده است. چنان چه در جدول شماره ۳ دیده می‌شود، مشخصه F برای آزمون موازی بودن نیم رخ‌ها برابر  $F(۸۳۵/۳۵۶۸۲) = ۰/۰۰۱ (P)$  و از لحاظ آماری معنی‌دار است.

### جدول شماره ۳- خلاصه محاسبات تحلیل نیم رخ، آزمون همواری و توازی نیم رخ‌ها

آزمون	SS	df	MS	F
توازی	۲۵۳۶۸۷۷/۵۹۶	۱	۲۵۳۶۸۷۷/۵۹۶	۳۵۶۸۲/۸۳۵
همواری	۸۰۳۴/۵۶۸	۱	۸۰۳۴/۵۶۸	۱۱۳/۰۱۱
خطا	۲۵۳۸۰/۹۷۹	۳۵۷	۷۱/۰۹۵	

### نمودار شماره ۱- نیم رخ‌های دو گروه بر اساس زیرمقیاس‌های PPR



علاوه بر این، مشخصه F برای آزمون برابری نیم رخ‌ها برابر با  $113/011$  و از لحاظ آماری در سطح کمتر از  $0/001$  معنی دار است. به عبارت دیگر عامل بین آزمودنی (همسر معتاد و همسر غیر معتاد) از لحاظ آماری اثر معنی دار دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نیم رخ‌های غیر موازی دو گروه در زیرمقیاس‌های مورد مطالعه با یکدیگر برابر نیست. آزمون همواری نیم رخ‌ها برای این است که نشان دهد آیا میانگین‌های آزمودنی‌های دارای همسر معتاد با آزمودنی‌های گروه دارای همسر غیر معتاد با یکدیگر برابر است؟ همانگونه که ملاحظه می‌شود میانگین‌های دو گروه مورد مطالعه برابر نبود و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار بود. به عبارت دیگر، در سطح شخصی و در سطح ارتباطی زنان دارای همسر معتاد، در مقایسه با زنان دارای همسر غیر معتاد مشکلات بیش تری گزارش داده بودند.

### بحث و نتیجه گیری

همان‌گونه که ملاحظه شد تفاوت‌ها در نیم رخ مشکلات شخصی زنان دارای همسر معتاد عبارتند بودند از: زیرمقیاس‌های نشانگان شخصیت ضد اجتماعی (ASP)، نشانگان شخصیت مرزی (BOR) (مجموعه‌ای از ویژگی‌های عدم مسئولیت پذیری، احساس خصومت کلی، تکانش‌گری، بی‌ثباتی عاطفی و روابط اجتماعی ضعیف)، سابقه بزه کاری (CH)، نشانگان افسردگی (DEP) (با حضور آشفتگی‌های خلقی، شناخت‌های دیس‌فوریک و اختلالات جسمانی)، خصومت نسبت به مردان (GHM) و زنان (GHW) (عقاید و عواطف منفی نسبت به دیگران)، همین‌طور سابقه غفلت (NH) (نیازهای جسمی یا عاطفی برآورده نشده در خانواده اصلی و داشتن سوابقی از مورد غفلت جسمانی، شناختی، عاطفی و آموزشی قرار گرفتن)، سابقه آزار جنسی (SAH) (سوابق مورد آزار جنسی قرار داشتن از سوی بزرگسال، خانواده، کودک، غیر خویشاوند، کودکان دیگر در دوره‌ای از زندگی فرد)، نشانگان فشار پس از ضربه (PTS) (تجربه و تجربه مجدد ضربه، اجتناب، برانگیختگی)، سوء مصرف مواد (SUB) (استفاده افراطی از الکل یا سایر داروهای تغییر دهنده خلق، سوء مصرف الکل، استفاده از مواد و آسیب دیدگی)، شرایط فشارزا (STR) (فشارهای روانی یا تجارب منفی روزمره زندگی: مشکلات بین فردی، فشارزاهای بیرونی و عدم رضایت از خود)، تأیید خشونت (VA) (میزان استفاده از فشار جسمانی و پذیرش آن در موقعیت‌های بین فردی، خشونت مردانه، خشونت خانوادگی و خشونت جسمی)، اجتماعی شدن خشونت (VS) (میزان تجربه و مشاهده خشونت و دریافت نصایح و توصیه‌های خشونت بار در کودکی از سوی افراد خویشاوند و غیر خویشاوند با پنج زیرمقیاس شامل: خانواده، غیر خانواده، خشونت توصیه شده، خشونت مشاهده شده و قربانی خشونت بودن)

همین طور تفاوت‌ها در نیم رخ مشکلات ارتباطی در زنان دارای همسر معتاد با زنان دارای همسر غیر معتاد عبارت بودند از: زیرمقیاس‌های تعارض (CON) (حوزه‌های عدم توافق بین زوج)، مشکلات و آشفتگی ارتباطی (RD) (حوزه‌های ناراضی‌تی همراه با تعارض زیاد و تعاملات مثبت ناچیز در رابطه جاری فرد با همسر خود با دو زیرمقیاس: تعاملات منفی و عاطفه منفی)، چیرگی و تسلط (DOM) (روابط هرمی که در آن‌ها فرد دارای قدرت بیش تر از آن برای دستیابی به موقعیت، امتیاز یا کنترل بر جفت خود استفاده می‌کند)، اسنادهای منفی (NA) (اسناد مقاصد منفی و سرزنش همسر).

به طوری که در نیم رخ زنان دارای همسر غیر معتاد دیده شد، آنان در زیرمقیاس‌های مدیریت خشم (AM)، یک پارچگی اجتماعی (SI)، آشکارسازی محدود شده (LD)، تعهد ارتباطی (RC) (میزان آرزوهای پاسخگو و برنامه‌هایی را که فرد در آینده در خصوص ارتباط جاری باجفت خود دارد، می‌سجد)، کنترل خود (SC) به گونه معنی داری از زنان دارای همسر غیر معتاد تفاوت داشتند.

اگرچه یافته‌های پژوهشی اندکی در ارتباط با نتایج این پژوهش گزارش شده است؛ ولی به مواردی می‌توان اشاره داشت. هم‌ابتلایی دو یا چند تن از اعضای خانواده به مشکلات مصرف مواد از این جمله است؛ مطالعات زیادی ابتلا به مصرف مواد در خانواده را یک پدیده چرخه‌ای دانسته‌اند که در یک خانواده تکرار می‌شود (سلنوو، ۲۰۰۰). سابقه تحقیقات پیرامون سوء مصرف مواد نیز احتمال انتقال مشکلات پیرامون اعتیاد و اختلالات وابسته به آن، از والدین به فرزندان را براساس زمینه‌های ژنتیک و محیطی مطرح می‌کند (مک کاردی، اپشتاین، ۱۹۹۹ رایت و همکاران، ۲۰۰۲). همین طور مطالعات نشان داده‌اند اثرات محیطی ناشی از عوارض مصرف الکل در فرد، خطر ابتلا به الکلیسم و وابستگی را در بقیه اعضای خانواده و فرزندان افزایش می‌دهد. بر طبق تئوری یادگیری اجتماعی وجود یک مصرف کننده می‌تواند الگویی برای سایر اعضای خانواده باشد. کما این که وجود والد یا همشیر مصرف کننده از مختصات نوجوانان سوء مصرف کننده مواد است (فریدمن، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر نیز زنان دارای همسر معتاد به طور معنی داری بیش تر از زنان دارای همسر غیر مبتلا به اعتیاد، در زیرمقیاس مربوط نمره کسب کرده بودند. هم چنین در ارتباط با سابقه خشونت نشان داده شده زنان کتک خورده ممکن است با کسانی که آن‌ها را مورد سوء رفتار قرار داده‌اند، هم زمان به مصرف مواد بپردازند؛ چرا که در تلاش هستند تا همسرشان را اداره کنند و از طرفی وضعیت و سلامتی خود را متعادل سازند و یا این که حتی ممکن است توسط همسران خود مجبور به مصرف مواد شوند (مرکز درمانی سوء مصرف مواد، ۱۹۹۷).

فرا تر از رابطه خشونت و سوء مصرف الکل در زنانی که خود الکل مصرف می‌کردند بیشتر از زنانی گزارش

شده است که مصرف الکل کمتری داشتند (کوتانو، کوناردی، کلارک و اسکافر و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حدود ۶۰ تا ۷۰٪ شوهران مهاجم، در هنگام مستی به همسران خود حمله کرده‌اند و ۲۰ تا ۳۰٪ از آنان زمانی که تحت تأثیر سایر مواد قرار داشتند، دست به چنین کاری زده بودند. علاوه بر آن، تهاجم زناشویی در مردان الکلی نسبت به مردانی که چنین مسائلی و مشکلاتی نداشته‌اند، بسیار بیش تر و جدی تر گزارش شده است (کافمن و استراس، ۱۹۹۰).

در پژوهش حاضر، زنان دارای همسر معتاد، جدا از گزارشی که از خشونت خانوادگی داده بودند، در زیرمقیاس‌های تأیید خشونت و اجتماعی شدن خشونت، هم چنین مقیاس‌های خصومت نسبت به زنان و خصومت نسبت به مردان، نمرات بالا داشتند که در واقع بالا بودن نمرات در این زیرمقیاس‌ها نشانگر احساس خشم و خصومت نسبت به دیگران و متوسل شدن به اعمال خشونت بار است. در ارتباط با این یافته‌ها آفوت (۱۹۸۸، نقل از بارت و همکاران، ۱۹۹۷) گزارش داد که خشونت به طور عمده با نمرات مقیاس تاکتیک‌های حل تعارض<sup>۴۲</sup> همبستگی دارد.

بر اساس یافته‌های دیگر این پژوهش، نمرات زنان دارای همسر معتاد در زیرمقیاس‌های سابقه غفلت، سابقه آزار جسمی و جنسی به طور معنی‌داری بیش تر از زنان دارای همسر غیر معتاد بود. داده‌های پژوهشی بسیاری رابطه قوی بین مورد سوء رفتار (آزار جنسی و جسمی) در دوران کودکی قرار گرفتن و مشکلات مصرف مواد در بزرگسالی گزارش داده‌اند. بنا به یافته‌های این پژوهش‌ها، سابقه قربانی شدن یا شاهد خشونت خانوادگی بودن خطر سوء مصرف مواد را در بزرگسالی افزایش می‌دهد. زنان مصرف‌کننده مواد در مقایسه با زنانی که سابقه مصرف مواد نداشتند، درجه بالایی از خشونت را در کودکی تجربه کرده، به طور خاصی گزارش داده‌اند که در بزرگسالی نیز در معرض تجربه سوء رفتارهای کلامی و فیزیکی قرار داشته‌اند. از طرفی زنان سوء مصرف‌کننده مواد در مقایسه با زنان پهنجار به احتمال بیش تری با مردانی که سوء مصرف‌کننده‌اند، وارد زندگی مشترک می‌شوند و به احتمال بیش تری از خشونت فیزیکی برای انتقام گرفتن زمانی که مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند، استفاده می‌کنند. این مسائل نیز به نوبه خود احتمال وارد آمدن آسیب‌های جدی را به آن‌ها افزایش می‌دهد. هم چنین زنان سوء مصرف‌کننده مواد، مفرهای اجتماعی و مالی کمتری برای فرار از کتک خوردن دارند (زیلبرمن و بلوم، ۲۰۰۵؛ بنت، ۱۹۹۸). مورد آزار قرار گرفتن در دوران کودکی و ابتلا به مشکلات

مصرف مواد، در میان زنان در صورت وجود اختلالات روان پزشکی همزمان تغییر می کند. این اختلالات شامل اضطراب (به طور ویژه)، اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی است (همسویی با نتایج این پژوهش) (سیمسون، میلر، ۲۰۰۲). مصرف مواد والدین ممکن است امکان وقوع سوء رفتار و غفلت از کودک را افزایش دهد. تعدادی از مطالعات پیشنهاد می کنند مردانی که نسبت به همسران خود مرتکب سوء رفتار می شوند، ممکن است نسبت به فرزندانشان نیز چنین رفتار کنند. هم چنین کودکانی که در دوره کودکی تحت سرپرستی غفلت آمیزی قرار داشته اند، به احتمال بیش تری در معرض ابتلا به مشکلات مصرف مواد قرار می گیرند. بدیهی است که این شرایط باعث تداوم سیکل غفلت و خشونت می شود (دان، تارتر، مزيج، و نیوکو و همکاران، ۲۰۰۲). روابط ضعیف، توافق پایین و تعارض بالا در روابط والد-فرزندی، خطر سوء مصرف مواد را افزایش می دهد. جوان بودن والدین، حمایت پایین آنان، بی اطلاعی از عملکرد فرزندان و دوستان آنان، کودک را به آشنایی با همتای مصرف کننده و منحرف می کشاند (گودوین، ۱۹۷۵).

یکی از مهم ترین پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد، افزایش بزهکاری و انحراف اجتماعی و جرائم است. افراد معتاد به دلیل عدم توانایی اقتصادی در تهیه مواد مخدر مورد نیاز خود، به سرقت، تکدی گری، فحشاء، قاچاق مواد مخدر و کالاها و دیگر جرائم روی می آورند. به طوری که بر اساس تحقیقات انجام شده در ایران ۲۵٪ معتادان از طریق غیرقانونی (سرقت، فحشاء و...) پول مورد نیاز خود را برای تهیه مواد مخدر مصرفی به دست می آورند. در دهه ۷۰، حدود ۶۰٪ فضای زندان های کشور را زندانیان مواد مخدر به خود اختصاص می دادند و ۱۵ تا ۲۰٪ سایر جرائم نیز به نوعی با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر ارتباط دارد. به بیان دقیق تر، ۲۵٪ جرائم مالی، ۳۰٪ جرائم منکراتی و ۲۴٪ قتل های غیر عمد، ۷۷٪ ایراد خسارت و ۲۷٪ قاچاق کالاها با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر در ارتباط بوده است (میری آشتیانی، ۱۳۸۵). همین طور در مطالعات خانوادگی مشاهده شده است که وجود شخصیت های ضداجتماعی و افراد جانی در خانواده های وابسته به مواد فراوانی بالایی دارد (مک کرا دی، اپشتاین، ۱۹۹۹).

با وجود این یافته ها، نخستین محدودیت این پژوهش به روش شناسی آن باز می گردد. یافته های مطالعه حاضر فقط با مقایسه دو گروه می تواند بیانگر وجود مشکلات شخصی و ارتباطی باشد و هیچ گونه امکان استنتاج در این باره را، که این مشکلات حاصل شرایط این افراد است، فراهم نمی آورد.

محدودیت بعدی به آزمودنی های پژوهش مربوط است. همان گونه که در شرح مختصات دموگرافیک آزمودنی های پژوهش ذکر شد، ملاک ورود آزمودنی ها به این مطالعه، داشتن حداقل هفت کلاس سواد بود و



بنابر این، بسیاری از زنان دارای همسر معتاد که در طبقه اجتماعی پایین تر بودند، فرصت ورود به مطالعه را نیافتند. شاید با ایجاد فرصت برای شرکت آن‌ها در پژوهش، نتایج متفاوتی به دست می‌آید. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی از این دست، در ابعاد وسیع‌تر جمعیتی انجام شود تا دستمایه‌های برنامه‌های توان بخشی خانواده‌ها، به ویژه همسران این افراد، را فراهم آورد و از وارد شدن آسیب بیش تر به این زنان پیشگیری به عمل آید. این موضوع به خصوص در تعارض‌های شدید بین فردی و فضای خشونت‌ناکه در نتایج این مطالعه نیز به تصویر کشیده شد، طراحی برنامه‌های مبتنی بر آموزش تاکتیک‌های حل تعارض و کاهش خشونت را از اهمیت خاصی برخوردار می‌سازد.

### تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقاتی سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، برای تأمین منابع مالی و حمایت علمی از این پژوهش و ستاد مبارزه با مواد مخدر سپاس‌گزاری می‌شود.

### منابع فارسی

۱. ارشدی، م. (۱۳۷۸). اختلالات همراه با سوء مصرف مواد در نوجوانان، بررسی برای سرند اختلالات بیش‌فعالی و نقص توجه، سلوک و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
۲. پورشه‌باز، ع. (۱۳۸۳). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطر زا و محافظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان: مدلی برای پیشگیری اولیه و مداخله روان‌شناختی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
۳. جزایری، ع. ر. ربیعی، ح. نظری، م. ع. (۱۳۷۸). بررسی نگرش دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان شهر تهران نسبت به اعتیاد. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
۴. طارمیان، ف. (۱۳۷۸). سوء مصرف مواد در نوجوانان. دفتر اجرایی پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر. آموزش و پرورش، انتشارات تربیت.
۵. محمدی، م. دهگانپور، م. (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی سوء مصرف مواد. تهران. انتشارات آینه کتاب.
۶. محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
۷. میری‌آشتیانی، ا. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز. تهران: نشر مهاجر.
۸. ممتازی، س. (۱۳۸۲). خانواده و اعتیاد. تهران: نشر مهدیس.

## References

1. Barnett, O. W., Miller – Perrin, C. L., & Perrin, R.G. (1997) . Family violence across the lifespan: An introduction . Thousand Oaks, CA : Sage Publications
2. Bennett ,W .L . (1998).Substance Abuse and Woman Abuse by Male Partners,National Online Resource Center on Violence Against Women ,www.vawnet .org
3. Bernan, N.M., Khantazian, E.J. (1997). Psychodynamics in substance abuse: A comprehensive text book. Baltimore: Williams and Wilkins.
4. Caetano, R., Cunradi, C.B., Clark ,C.L., Schafer, J.(2000). Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U.S., Journal of Substance Abuse 11, 123–138 .
5. Center for Substance Abuse Treatment. (1997). Substance abuse treatment and domestic violence. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
6. Dunn, M.G., Tarter, R.E., Mezzich, A.C., Vanyukov, M., Kirisci, L., Kirillova, G.( 2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. Clin Psychol Rev.;22(7), 1063-9.
7. Fals-Stewart, W., Kashdan, T.B., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R.(2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. J Subst Abuse Treat., 22(2), 87-96.
8. Fals-Stewart, W.(2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: a longitudinal diary study, Journal of Consulting and Clinical Psychology 71, 41–52.
9. Freedman, H.S. (2001).The Disorders: especially artiest from the Encyclopedia of Mental Health. Washington: Washington Academic Press.
10. Gondolf, E.W. (1995). Alcohol abuse, wife assault, and power needs. Social Service Review, 69, 275-283.
11. Goodween, D.M. (1975). Alcoholism and Hyperactivity Child Syndrome. The journal of nervous and mental disorder, 3,(6) ,109-118
12. Grant ,B.F ., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, S.P., Dufour M.C., and Pickering, R.P.( ۲۰۰۴). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: U.S., 1991–1992 and 2001–2002, Drug and Alcohol Dependence 74, 223–234.
13. Hines, A. Denise,. and Straus. A. M. (2007). Binge Drinking and Violence Against Dating Partners: The Mediating Effect of Antisocial Traits and Behaviors in a Multinational Perspective. Aggressive Behavior. Volume 33, 441–457.
14. Kaufman, G.K., & Straus, M. A. (1990). Response of victims and the police to assaults on wives. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8, 145 families (pp.756-766) . New Brunswick, NJ: Transaction Books.
15. Kantor, G., & Straus, M.A. (1989). Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15, 173-189.

16. Kantor, G.K. & Asdigian, N. (1993). Socialization to alcohol-related family violence: Disentangling the effects of family history on current violence. Paper presented at the Annual Meetings of the American Society of Criminology, Phoenix, AZ, October
17. Leonard, K.E. & Blane, H.T. (1992). Alcohol and marital aggression in a national sample of young men. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 19-30.
18. Marshall, L.L.( 1992). Development of the severity of violence against women scales, *Journal of Family Violence* 7, (1),03–121.
19. Mccrady, B.S., Epstein, E.E. (1999). Addictions: A comprehensive guidebook. New york: oxford.
20. Mc Clelland, D.C. (1975). Power: The inner experience. New York: Wiley.
21. Mohammadhani, p., Khooshabi, K., Forouzan, A.S., Azadmehr, H., Assari Sh., Lankarani, M. (2009) Associate Between Coered Anal Sex and Psychopathology, Marotal Distress and Non-Sexual Violence, *J Sex Med*:1938-1946
22. Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Achieves of Iranian Medicine*, 5, 184-19.
23. Ritter, J., Stewart ,M., Bernet, C., Coe, M., Brown, S.A.(2002). Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *J Trauma Stress*, 15,(2), 113-22.
24. Selnow, G.W. (2000). Parent - child relationships and single and two parents families: Implications for substance usage. *journal of Drug Education*, 17,(6), 211-222.
25. Simpson ,T.L., Miller, W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin Psychol Rev*, 22(1), 27-77.
26. Straus, M. A., & Mouradian, V. E.(1999) Preliminary psychometric data for the personal and relationships profile (PRP): A multi-scale tool for clinical screening and research on partner violence. Paper present at the American Society of Criminology, Toronto, Ontario; November
27. Temple, J.R , Weston, R., Stuart, G.L and Marshall, L.L .(2008). The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Journal of Addictive Behaviors* Volume 33, Issue 9, September, 1244-1248.
28. Temple, J.R., Weston, R and Marshall, L.L. ( 2005 ). Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships, *Violence and Victims* 20, 335–359
29. Zilberman, L. Monica., Blume. B. Sheila., (2005). Domestic violence ,alcohol and substance abuse. *Rev: Psiquiatr*, Vol27, Suppl2 Sao paulo ,Oct



شروېشگاه علوم انساني و مطالعات فرهنگي  
پرتال جامع علوم انساني