

بررسی وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد

محسن توده رنجبر^۱، فاطمه عراقی^۲

^۱ کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد در استان البرز می باشد. نمونه مورد مطالعه ۵۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد بوده اند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند و روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی می باشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه SCL-90-R بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده، ابتدا نمونه مورد مطالعه از جهت سلامت روانی توصیف و سپس برای هر کدام از متغیرها مقادیر کمینه، بیشینه، دامنه تغییرات، میانگین، انحراف معیار و واریانس محاسبه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای آزمون فرضیه های پژوهش از توزیع فراوانی آزمون خی دو استفاده به عمل آمده است. نتایج تحقیق نشان داد که همسر معتادان بیشتر از افسردگی، افکار وسواسی و حساسیت بین فردی، خود بیمار انگاری رنج می برند و به فوبیا و روان پریشی کمتر مبتلا بوده اند.

واژه های کلیدی: اعتیاد، سلامت روانی، خانواده، زنان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

امروزه و در آغاز هزاره سوم، بحران موادمخدر، همچون اختاپوسی جهانی، تن و روان شهروندان جوامع را مورد تهدید قرار داده است. از این اختاپوس، هر روز در روزنامه‌ها، مجلات و تصاویر تلویزیون با اصطلاحاتی نظیر «بلای خانمانسوز»، «سوغات وارداتی»، «توطئه‌های استعماری» و «بیماری فراگیر» نام برده می‌شود (ستوده، ۱۳۸۵). مصرف موادیکی از جدی ترین، معضلات بشری در سال های اخیر است که پایه ها و بنیان های جامعه ی انسانی را تضعیف می کند و پیشگیری ار آن نیازمند کاربرد نظریه های متعدد در رشته های علمی مختلف و روش ها و فنون متنوع است (یونسکو، ۱۹۹۴). طبق گزارش دفتر پیشگیری از مصرف مواد و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵، کشور ایران دارای بیشترین تعداد سوءمصرف کنندگان مواد افیونی به نسبت جمعیت، در جهان است و بالاترین شیوع سوء مصرف با ۲/۸ درصد در بین افراد در ایران وجود دارد. (ضیایی، ۱۳۸۸). اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گالانت، ۲۰۰۶) که در شکل گیری آن زمینه های پیش اعتیادی چندی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه های رشد نا سالم و استعداد ویژه ای لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می شود. در زمینه وابستگی به مواد عوامل گوناگون روان شناختی، اجتماعی و زیست شناختی در وابستگی به مواد تعیین کننده می باشند (فرانکوئیس، اوریاکومبو، تیگنولف، ۲۰۰۰). مک کارلوه مکاران (۲۰۰۱) در تحقیقی جهت پیشبینی همزمان سوءمصرف مواد در بین نوجوانان پرخطر، برخی متغیرهای جمعیت شناختی، نگرشها و باورها، عوامل روانی- اجتماعی، فشاردوستان، افسردگی واضطراب را در یک نمونه ی متشکل از ۱۳۱۵ سوءمصرف کننده مواد مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که تعارض خانوادگی، افسردگی، اضطراب، نگرش ها و باورهای مثبت به مواد مخدر قویترین پیش بینی کننده ی مصرف مواد مخدر است. وابستگی دارای یک رشته ویژگی های رفتاری و اختلال های رفتاری همراه، مانند جستجوی لذت، جستجوی تازگی و شخصیت ضد اجتماعی نشان داده شده است (آگاتوما و هیروی، ۲۰۰۴). (کوزلو و روخلینا، ۲۰۰۱) عوامل پیش آگهی بد را در اعتیاد به شرح زیر گزارش نمودند: ۱- سابقه خانوادگی الکلیسم ۲- اعتیاد دارویی ۳- سایر اختلالات ذهنی ۴- سابقه قبلی انحراف شخصیتی ۵- شروع زود هنگام اعتیاد دارویی ۶- نوع دارو ۷- تحصیلات ۸- سوء مصرف الکل پیش از اعتیاد ۹- مدت زمان اعتیاد (به نقل از دادگران، ۱۳۸۹).

دوره نوجوانی حساس ترین دوره ی زندگی افراد از لحاظ گرایش به مصرف مواد است. طی سی سال گذشته، پژوهشگران عوامل خطر ساز مشخصی را در زمینه ی مصرف مواد شناسایی کرده اند. هر قدر در جامعه ای تعداد عوامل خطر ، بیشتر باشد، احتمال سوء مصرف مواد بیشتر است و هر اندازه ، شخص با عوامل خطر بیشتری روبه رو باشد، احتمال بیشتری دارد که به سوء مصرف مواد روی آورد (خادمی، ۱۳۸۸). از آن جایی که خانواده یکی از عظیم ترین گروه های جامعه است پرداختن به تأمین و حفظ سلامتی آن یکی از اهداف عالی انسان است که برای تحقق این هدف تمام کشور بخش قابل توجهی از سرمایه های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می دهند. زیرا مجموعه ای از عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی دست به دست هم می دهند تا زمینه های گرایش افراد به سمت مواد مخدر فراهم آید اما در میان تمام این عوامل نقش خانواده و تأثیر آسیب های خانوادگی در گرایش اعضا به سمت اعتیاد قابل توجه تر است، زیرا خانواده نخستین نهاد اجتماعی است که فرد در آن رشد یافته و شخصیت پیدا می کند. عوامل خانوادگی یکی از مهمترین عوامل گرایش افراد به سمت مواد مخدر است. نقش پدر در تحکیم پایه های خانواده بسیار تأثیرگذار است و فرزندان با نگرش به رفتارهای پدر، مسئولیت پذیری در زندگی را می آموزند. اعتیاد پدر به عنوان ستون خانه، سلامت روانی اعضای خانواده را تهدید می کند. در خانواده هایی که پدر معتاد است،

احتمال آلودگی فرزندان و حتی مادر خانواده به مواد مخدر بالاست. در بسیاری از خانواده‌ها که عناصر اصلی خانواده زیر یک سقف یکدیگر را تحمل می‌کنند، جدایی عاطفی ایجاد می‌شود و چنین خانواده‌هایی آثار مخرب‌تری نسبت به خانواده‌های تک‌والدی، بر فرزندان خود بر جای می‌گذارند. (ضیایی، ۱۳۸۸).

بنابراین همان‌طور که اشاره شد اعتیاد بیماری است که علاوه بر فرد معتاد، بر سایر اعضای خانواده معتاد نیز تاثیرات مخربی می‌گذارد و زندگی آنها را نیز غیر طبیعی کرده و به تباهی می‌کشاند. این تحقیق حاوی اطلاعاتی در باره چگونگی تاثیرات اعتیاد بر زنان خانواده‌های دارای همسر معتاد می‌باشد، تا آن‌ها با ماهیت و واقعیت این بیماری آشنا شده و درک بهتری نسبت به وضعیت خود، و عزیز معتادشان داشته باشند. اعضای خانواده معتاد با آگاهی از چگونگی تاثیرات اعتیاد بر زندگی شان می‌توانند با استفاده از ابزارهای بهبودی به ترمیم آسیب‌های آن پرداخته تا صرف نظر از اینکه عضو معتاد خانواده تمایلی به پاک‌ی و بهبودی داشته باشد یا نه، خود بتوانند از یک زندگی سالم، و پرثمر برخوردار شوند (اقا بخشی، ۱۳۸۹). بنابراین محقق سعی دارد به این سوال پاسخ دهد که آیا بین اعتیاد و سلامت روان همسران دارای همسر معتاد رابطه وجود دارد یا نه؟

بیان مسئله

اعتیاد مسئله‌ای است که امروزه مشکل اصلی بسیاری از جوامع محسوب می‌شود. این موضوع بیشتر گریبان‌گیر قشر جوان جامعه است و باعث می‌شود که آیندسازان جامعه از بین بروند. اعتیاد نه تنها از لحاظ جسمی به فرد آسیب می‌زند بلکه تاثیرات روانی بسیار مخربی دارد. (هاشمی، ۱۳۸۳). در فرهنگ و جامعه ما پذیرش اینکه اعتیاد نوعی بیماری است، بسیار مشکل است، ولی اگر بدانیم که فرد معتاد با مصرف مواد مخدر، سلامت جسمی و روانی خود را به خطر می‌اندازد، بیمارگونه بودن اعتیاد نیز برایمان روشن‌تر می‌شود. خیلی از ما به اشتباه به جای اینکه بیماری اعتیاد را خطرناک بدانیم، خود فرد مصرف‌کننده مواد را خطرناک تلقی می‌کنیم و در مواجهه با این افراد، آنها را طرد می‌کنیم. در حالی که بسیاری از افراد جامعه، این افراد را طرد کرده و نسبت به آنها خشمگین هستند، ولی روانشناسان و روانپزشکان معتقدند که رها کردن این افراد در آتش این بیماری، وضعیت آنها را بسیار وخیم‌تر می‌کند، چون این افراد توانایی تفکر معقولانه و منطقی را ندارند. این بیماری اجتماعی است و تا زمانی که جامعه دست به درمان فرد نزند، احتمال بهبودی او بسیار پایین است. گرایش به مواد مخدر، در تمام سطوح سنی و در بین هریک از اقشار اجتماع دیده می‌شود. استفاده از این مواد در بین نوجوانان و بزرگسالان تاریخچه‌ای چندین هزار ساله دارد. در ایالات متحده، یک چهارم نسخه‌های پزشکان را داروهای آرامبخش یا آمفتامین‌ها تشکیل می‌دهند. این یافته بدین معناست که درصدی از جمعیت ایالت متحده معتادند. درصد نوجوانانی که به نحوی از مواد مخدر استفاده می‌کنند، مشخص نیست، ولی در برخی از کشورهای صنعتی، ۴۰ درصد از فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها و دبیرستان‌ها دست‌کم یک بار از مواد مخدر نظیر کوکائین استفاده کرده‌اند. در بیشتر موارد گرایش به اعتیاد از اوایل جوانی شروع شده و تا زمانی که فرد معتاد آخرین نفس‌هایش را بکشد، ادامه می‌یابد. تمایل نوجوانان به مصرف مواد ممکن است دلایل متنوعی داشته باشد. در هر دوره از تاریخ، افراد به مواد مختلفی گرایش داشته‌اند. به عنوان مثال در دهه‌های ۶۰ و ۷۰، LSD که یک ماده خطرناک توهم‌زاست، جای خود را بتدریج به مواد دیگری نظیر کوکائین داد. گرایش نوجوانان به اعتیاد به دلایلی از جمله فشار گروه همسالان، روابط خانوادگی، گریز از فشارهای زندگی، اختلالات هیجانی، از خودبیگانگی و طرد اجتماعی دربرمی‌گیرد. یکی از بهترین عوامل در پیش‌بینی اینکه فرد در آینده به چه ماده‌ای گرایش پیدا می‌کند، این است

که بدانیم رفقای او بویژه دوستان صمیمی اش چه نوع ماده اعتیادآوری را مصرف می کنند. نوع رابطه فرد با خانواده نیز بسیار مهم است. در خانواده های مستبد، متخاصم و سهل انگار، موارد اعتیاد بیشتری گزارش شده است. احساس پوچی و بی حوصلگی و مواجه شدن با مشکلات متعدد زندگی نیز باعث می شود فرد برای گریز از فشارهای زندگی اش به اعتیاد روی بیاورد. علاوه بر همه اینها احساس انزوا، فقدان پذیرش از سوی اطرافیان و داشتن باورهای غلط نسبت به دنیا باعث تخریب ذهن و فکر فرد می شود، تاجایی که برای رهایی و گریز از همه این مشکلات، بهترین و آخرین راه را قرار گرفتن تحت لوای اعتیاد می داند. روانشناسان معتقدند که عوارض و آسیب های روانی اعتیاد بیشتر از عوارض جسمی آن، فرد معتاد را در معرض خطر قرار می دهد. مشکلات شخصیتی از جمله مسخ شخصیت در این افراد، حتی گاهی آنان را به سوی خودکشی و نابودی خود سوق می دهد. علاوه بر این، ازهم پاشیدگی کانون خانواده، مشکلات روحی و روانی اعضای آن، بخصوص کودکان و گرویدن آنها به انواع فسادها و ناپهنجاری ها، ازهم گسیختگی شرایط شغلی فرد معتاد و کاهش تمام انگیزه ها و هیجان های ضروری در زندگی، آنان را به سمت نابودی و ویرانی سوق می دهد. بنابراین در این میان فرد معتاد باید به طور مداوم با یک روانشناس برای قوی تر کردن انگیزه ها و دادن واکنش های مناسب ارتباط داشته باشد. شرکت در جلسه های روان درمانی که هم شامل درمان فردی و هم شامل درمان گروهی می شود نیز از مراحل دیگر درمان است. علاوه بر توصیه های مستقیم به فرد معتاد، دادن دستورات لازم به خانواده و اطرافیان او در جهت تغییر و اصلاح رفتار با فرد معتاد بسیار مهم و ضروری است. نکته آخر اینکه تمامی این مراحل باید در ماه های بعد از ترک اعتیاد نیز برای جلوگیری از بروز مجدد آن رعایت شوند. (اورنگ، ۱۳۸۷).

همانطور که اشاره شد اعتیاد در سلامت روان دخیل است، و چه بسا که این اعتیاد می تواند کانون گرم خانواده چه همسر چه فرزند را از هم بگسلد؛ لذا برای ریشه کن کردن آن از طریق آگاهی دادن به قشر جامعه و با انجام پژوهش های مشابه می توان آن را نابود کرد و راه های مفید برای سالم زیستی و در امان بودن از دام اعتیاد را یافت و آن را افزایش داد و از آن برای طرح و برنامه ریزی در زندگی سعادت مند و کانون گرم خانواده ها در جامعه استفاده های عملی زیادی برد.

ضرورت و اهمیت تحقیق

اعتیاد بیماری واگیردار و خانمانسوزی است که نه تنها ریشه شخص معتاد را می سوزاند و خشک می کند بلکه باعث می شود که لهیت این آتش دامنگیر اعضای دیگر خانواده شخص معتاد نیز شود و آنها را نیز پایه پای خود بسوزاند و نابود کند. نابودی که نه تنها به ضرر خانواده بلکه به ضرر کل اجتماع ما می شود. (ستوده، ۱۳۸۷). از آنجایی که شکل کوچکتر یک اجتماع، خانواده است، بنابراین وقتی که بنیاد یک خانواده سست شود و اعضای آن خانواده هر کدام دچار بیماری روحی و روانی باشند، همین اعضاء وقتی وارد اجتماع بزرگتر می شوند مانند ویروسی بیماری های خود را به اجتماع منتقل می کنند و کم کم ویروس بدبینی، عصبانیت، خود بیمار انگاری، افسردگی، ناامیدی و حتی آزاررسانی علی الخصوص آزار جنسی و ... همه گیر می شود و کسی نمی تواند از مقابل آن جان سالم به در برد. (هاشمی، ۱۳۸۳). یکی از بیماریها که ناشی از اعتیاد است و اکثراً شامل حال مادران و همسران اشخاص معتاد می شود، (هم وابستگی) یا (وابستگی متقابل) است. این افراد به طور وسواس آمیزی به تمام رفتارهای اشخاص معتاد توجه دارند و می خواهند آنها را تحت تسلط کامل خود در آورند. این گونه افراد آنقدر از نظر روحی تغییر می کنند که مانند بیماران روانی به نظر می رسند. این اشخاص هم وابسته خل وضع، به مراتب بیمارتر از

معتادان هستند و جای تعجب نیست، زیرا زندگی با افراد نابهنجار چنین پیامدهائی نیز دارد و باعث می شود که اینان از کمکهای که نیازمند هستند بی بهره بمانند. (ستوده، ۱۳۸۷). همانطور که گفته شد آنها وسواسی ویرانگر برای مراقبت از دیگران دارند، اما همیشه خود را از یاد می برند. آنها در مقابل هر کس احساس مسؤولیت زیادی می کنند زیرا فکر می کنند دیگران بی مسؤولیت و بی عار هستند. معمولاً به افراد به هم وابسته به چشم افرادی که نیازمند به کمک هستند نگریسته نمی شود و آنها معمولاً از برنامه های درمانی خاص خود برای حل مشکلات و تسکین آلامشان بی بهره اند. با این حال اعتیاد یا هر گونه نابهنجاری دیگر، همچنان اینگونه افراد را قربانی خود می کند. این افراد حتی اگر بعد از مدتی نیز خود را از الکل یا مواد مخدر دیگر استفاده و پر خوری و نابهنجاریهای دیگر نیز بپرهیزند، همچنان محتاج کمک هستند. (پیران، ۱۳۸۶).

در اینجا باید ذکر کرد که همیشه به درمان و بهبودی شخص معتاد اهمیت داده می شود و برای آن برنامه ریزی های آنچنانی می کنند غافل از این که اشخاص دیگر که مستقیماً اعتیاد ندارند، بیشتر به کمک ما نیازمندند. وقتی اساس یک خانواده نابهنجار و آلوده باشد ما هر چند دفعه ای که شخص را از اعتیاد بخواهیم نجات دهیم وی دوباره به آغوش همان آلودگی ها می رود و بسیار مایوس تر از گذشته، دوباره به مواد پناه می برد. در اینجاست که ضرورت اهمیت تحقیق و بررسی در رابطه با فرد معتاد و خانواده او از جمله همسر مشخص می شود. وقتی ما سعی در پاک کردن نهاد اخلاقی یک خانواده داشته باشیم، ناخودآگاه قدم بسیار بزرگی در جهت حفظ پاکی و ترک اعتیاد شخص معتاد انجام داده ایم و اگر دیر بجنبیم شاید برای همیشه دیر شده باشد و دیگر نتوان هیچ کمکی به این اشخاص کرد.

اهداف پژوهش

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی میزان وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد در استان البرز می باشد. و اهداف فرعی آن شامل اندازه گیری میزان خودبیمارانگاری، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پر خاشگری، فوبیا، پارانوئیا و روان پریشی زنان دارای همسر معتاد در استان البرز می باشد.

جامعه و نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل تمام زنان خانواده های دارای همسر معتاد در استان البرز در بهمن ماه ۱۳۹۶ می باشد. نمونه آماری شامل ۵۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد در استان البرز در سال ۱۳۹۶ می باشد. روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی در دسترس می باشد.

ابزار گرد آوری اطلاعات

پرسشنامه SCL-۹۰-R

یکی از پر استفاده ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی در ایالات متحده آمریکا آزمون SCL-۹۰-R دانشگاه جانزهاپکینز است. این مقیاس اولین بار برای نشان دادن جنبه های روانشناختی، بیماری جسمی و روانی طرح ریزی شد. فرم اولیه پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکارانش تهیه گردید. در ایران برای اولین بار میرزایی در سال ۱۳۵۹ برای هنجاریابی آن اقدام کرد. پاسخ

هایی که آزمودنی به هریک از ۹۰ سوال آزمون می دهد در یک مقیاس ۵ درجه ای از میزان ناراحتی از هیچ گاه تا به شدت مشخص می گردد. ۹۰ سوال این آزمون بعد از علائم بیماری های روانی و ۳ شاخص کلی را شامل می شود که این ۹ بعد عبارتند از شکایت جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی می باشد نمونه این پرسشنامه در پیوست الف قرار دارد.

بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه SCL-۹۰-R

اعتبار بدست آمده برای عامل های آزمون SCL-۹۰-R با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای شکایت جسمانی ۰/۸۳، وسواس^۱ اجبار ۰/۷۶، حساسیت در روابط ۰/۷۶، افسردگی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۸۱، خصومت ۰/۷۷، اضطراب فوبیک ۰/۷۲، افکار پارانوئید ۰/۶۵ و روان پریشی ۰/۷۰ بدست آمد (مدبرنیا و همکاران ۱۳۸۹). اعتبار این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمده است (نریمانی و همکاران ۱۳۸۶). روایی آزمون: روایی همزمان این آزمون با آزمون MMPI نشان میدهد که بیشترین ضریب همبستگی بین عامل افسردگی و اضطراب SCL-۹۰-R با عامل پسیکاستنی MMPI ۰/۵۹۰ و عامل وسواس^۲ اجبار SCL-۹۰-R با عامل شیذوفرنی MMPI وجود داشت (مدبرنیا و همکاران ۱۳۸۹). نتایج سایر پژوهش ها نشان داد که آزمون SCL-۹۰-R فقط یک ناراحتی کلی را اندازه گیری می کند (هولی و همکاران ۱۹۹۸).

روش جمع آوری اطلاعات

در این روش پس از مشخص شدن جامعه ی آماری پژوهشگر در استان البرز به صورت تصادفی ۵۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد را انتخاب نموده و سپس ضمن برقراری رابطه ای دوستانه با آنها و توضیح درمورد طرح پژوهش خود پرسشنامه های SCL-۹۰-R را به آزمودنی ها داده و ضمن تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات آنها از آنها خواسته شد که پرسشنامه ها را در عرض ۱۵-۲۰ دقیقه با دقت پاسخ دهند و سپس پس از گذشت زمان پاسخگویی پرسشنامه ها از آنها تحویل گرفته شد.

نتایج

برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده، ابتدا نمونه مورد مطالعه از جهت سلامت روانی توصیف و سپس برای هرکدام از متغیرها مقادیر کمینه، بیشینه، دامنه تغییرات، میانگین، انحراف معیار و واریانس محاسبه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای آزمون فرضیه های پژوهش از توزیع فراوانی استفاده شده است. و سپس برای تحلیل تمایزات داده ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

جدول (۱) آماره های توصیفی سلامت روانی زنان دارای همسر معنادار

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	
۰/۷۷	۰/۹۰	۳/۴۲	۰	۵۰	خود بیمار انگاری
۰/۶۲	۰/۹۰	۲/۸۰	۰	۵۰	وسواس
۰/۶۷	۰/۸۶	۲/۸۹	۰	۵۰	حساسیت بین فردی
۰/۷۱	۰/۹۲	۳/۰۰	۰	۵۰	افسردگی
۰/۵۰	۰/۷۰	۲/۳۳	۰	۵۰	پرخاشگری
۰/۴۳	۰/۶۰	۲/۰۰	۰	۵۰	فوبیا
۰/۷۷	۱/۰۳	۳/۵۰	۰	۵۰	پارانویا
۰/۵۱	۰/۵۷	۲/۷۰	۰	۵۰	روانپریشی
۰/۶۶	۰/۷۸	۲/۸۰	۰	۵۰	اضطراب

جدول ۱ نشان می دهد که میانگین پارانویا در زنان دارای همسر معنادار از همه بیشتر و سپس افسردگی، خودبیمارانگاری و وسواس قرار دارند و از همه کمتر میانگین روان پریشی می باشد.

فرضیه کلی

- میزان سلامت روانی زنان دارای همسر معنادار به چه میزان است؟

جدول (۲) توزیع فراوانی میزان سلامت روانی زنان دارای همسر معنادار

وضعیت سلامت	فراوانی	درصد
سالم	۱۷	۳۴/۰
روان رنجوری	۲۹	۵۸/۰
روان پریشی	۴	۸/۰
کل	۵۰	۱۰۰/۰

مطابق جدول (۲) ۳۴ درصد زنان دارای همسر معنادار سالم، ۵۸ درصد دارای روان رنجوری و ۸ درصد دارای روان پریشی بوده اند.



نمودار (۱) توزیع فراوانی میزان سلامت روانی زنان دارای همسر معنادار

جدول (۳) نتایج آزمون خی دو میزان سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد

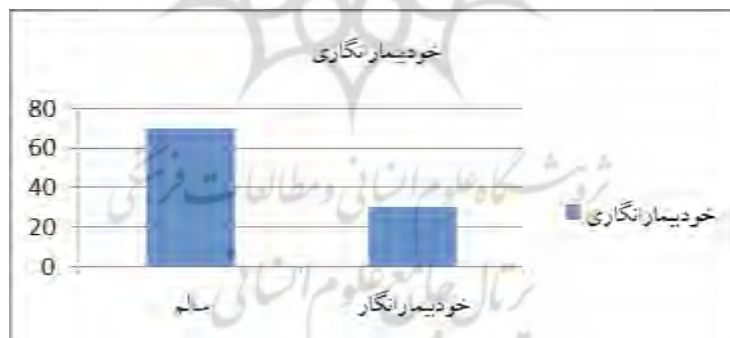
سلامت روانی	خی دو
۱۸/۷۶۰	
۲	درجه آزادی
۰/۰۰	سطح معناداری

جدول شماره ۳ نشان می دهد که بین وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.
فرضیه اول: میزان خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۴) توزیع فراوانی میزان خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۳۵	۷۰
بیمار	۱۵	۳۰
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۴ نشان می دهد که ۷۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر خودبیمارانگاری سالم و ۳۰ درصد دارای خودبیمارانگاری بوده اند.



نمودار (۲) توزیع فراوانی میزان خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد

جدول (۵) نتایج آزمون خی دومیزان خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی	خی دو
۸	
۱	درجه آزادی
۰/۰۰۵	سطح معناداری

جدول ۵ نشان می دهد که بین وضعیت خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: میزان وسواس زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۶) توزیع فراوانی میزان وسواس زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۳۳	۶۶
بیمار	۱۷	۳۴
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۶ نشان می دهد که ۷۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر وسواس سالم و ۳۰ درصد دارای وسواس بوده اند.



نمودار (۳) توزیع فراوانی میزان وسواس زنان دارای همسر معتاد

جدول (۷) نتایج آزمون خی دو میزان وسواس زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی	خی دو
۵/۱۲	۱
۰/۰۲۴	سطح معناداری

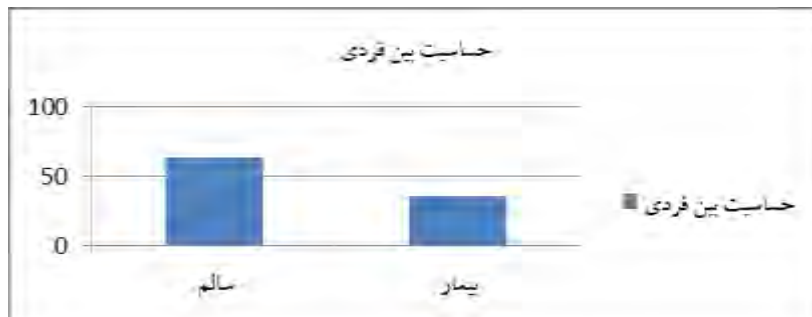
جدول ۷ نشان می دهد که بین وضعیت وسواس زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه سوم: میزان حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۸) توزیع فراوانی میزان حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۳۲	۶۴
بیمار	۱۸	۳۶
کل	۵۰	۱۰۰

مطابق جدول (۸) ۶۴ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر حساسیت بین فردی سالم و ۳۶ درصد دارای حساسیت بین فردی بوده اند.



نمودار (۴) توزیع فراوانی میزان حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد

جدول (۹) نتایج آزمون خی دو میزان حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد

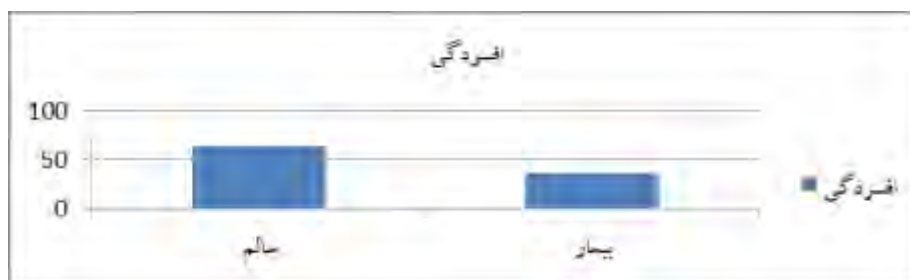
سلامت روانی	۳/۹۲۰	خی دو
۱	۰/۰۴۸	درجه آزادی
		سطح معناداری

جدول ۹ نشان می دهد که بین وضعیت حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد. فرضیه چهارم: میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۱۰) توزیع فراوانی میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۳۲	۶۴
بیمار	۱۸	۳۶
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۱۰ نشان می دهد که ۶۴ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر افسردگی سالم و ۳۶ درصد دارای افسردگی بوده اند.



نمودار (۵) توزیع فراوانی میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد
جدول (۱۱) نتایج آزمون خی دو میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی	خی دو
۳/۹۲۰	درجه آزادی
۱	سطح معناداری
۰/۰۴۸	

جدول ۱۱ نشان می دهد که بین وضعیت زنان دارای همسر معتاد افراد معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.
فرضیه پنجم: میزان اضطراب زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۱۲) توزیع فراوانی میزان اضطراب زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۳۵	۷۰
بیمار	۱۵	۳۰
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۱۲ نشان می دهد که ۷۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر اضطراب سالم و ۳۰ درصد دارای اضطراب بوده اند.



نمودار (۶) توزیع فراوانی میزان اضطراب زنان دارای همسر معتاد

جدول (۱۳) نتایج آزمون خی دو میزان اضطراب زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی	خی دو
۸	درجه آزادی
۱	سطح معناداری
۰/۰۰۵	

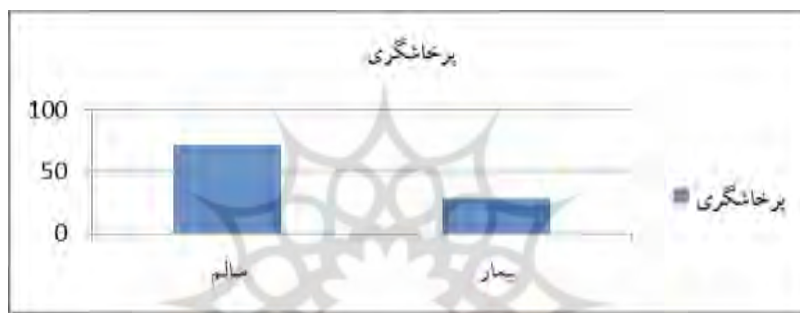
جدول ۱۳ نشان می دهد که بین وضعیت اضطراب زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ششم: میزان پرخاشگری زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۱۴) توزیع فراوانی میزان پرخاشگری زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۳۶	۷۲
بیمار	۱۴	۲۸
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۱۴ نشان می دهد که ۷۲ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر پرخاشگری سالم و ۲۸ درصد دارای پرخاشگری بوده اند.



نمودار (۷) توزیع فراوانی میزان پرخاشگری زنان دارای همسر معتاد

جدول (۱۵) نتایج آزمون خی دو میزان پرخاشگری زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی	خی دو
۹/۶۸	درجه آزادی
۱	سطح معناداری
۰/۰۰۲	

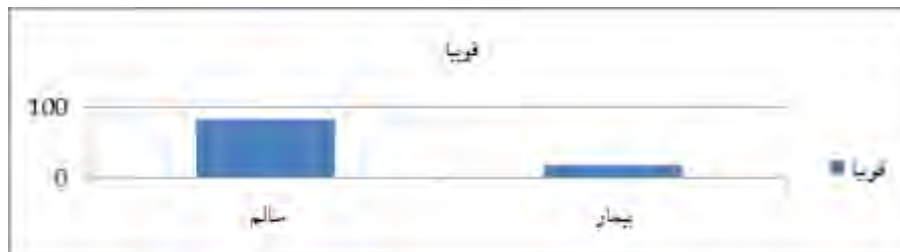
جدول ۱۵ نشان می دهد که بین وضعیت زنان دارای همسر معتاد معنادان تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه هفتم: میزان فوبیای زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۱۶) توزیع فراوانی میزان فوبیای زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۴۱	۸۲
بیمار	۹	۱۸
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۱۶ نشان می دهد که ۸۲ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر فوبیا سالم و ۳۰ درصد دارای فوبیا بوده اند.



نمودار (۸) توزیع فراوانی میزان فوبیای زنان دارای همسر معتاد

جدول (۱۷) نتایج آزمون خی دو میزان فوبیا زنان دارای همسر معتاد

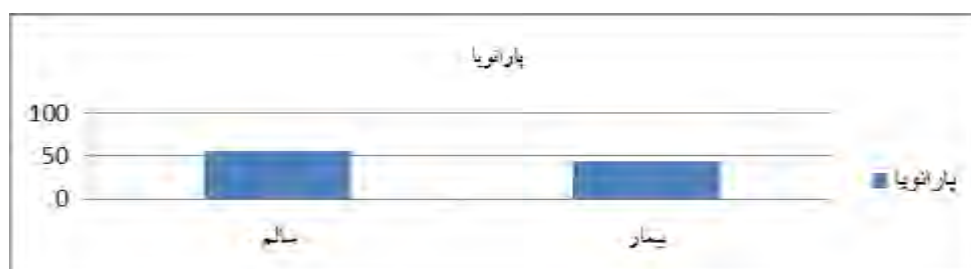
سلامت روانی	خی دو
۲۰/۴۸	درجه آزادی
۱	سطح معناداری
۰/۰۰۰۱	

جدول ۱۷ نشان می دهد که بین وضعیت فوبیا زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد. فرضیه هشتم: میزان پارانوئیی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۱۸) توزیع فراوانی میزان پارانوئیی زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۲۸	۵۶
بیمار	۳۲	۴۴
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۱۸ نشان می دهد که ۵۶ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر پارانوئیا سالم و ۴۴ درصد دارای پارانوئیا بوده اند.



نمودار (۹) توزیع فراوانی میزان پارانوئیی زنان دارای همسر معتاد

جدول (۱۹) نتایج آزمون خی دو میزان پارانویای زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی		
۰/۷۲۰	خی دو	
۱	درجه آزادی	
۰/۳۹۶	سطح معناداری	

جدول ۱۹ نشان می دهد که بین وضعیت خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه نهم: میزان روان پریشی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول (۲۰) توزیع فراوانی میزان روان پریشی زنان دارای همسر معتاد

وضعیت	فراوانی	درصد
سالم	۴۰	۸۰
بیمار	۱۰	۲۰
کل	۵۰	۱۰۰

جدول ۲۰ نشان می دهد که ۸۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر روان پریشی سالم و ۲۰ درصد دارای روان پریشی بوده اند.



نمودار (۱۰) توزیع فراوانی میزان روان پریشی زنان دارای همسر معتاد

جدول (۲۱) نتایج آزمون خی دو میزان روان پریشی زنان دارای همسر معتاد

سلامت روانی		
۱۸	خی دو	
۱	درجه آزادی	
۰/۰۰۰۱	سطح معناداری	

جدول ۲۱ نشان می دهد که بین وضعیت روان پریشی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۲۲) آماره های توصیفی آزمون غیر پارامتریک فریدمن وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد

۴/۷۳	۲/۸۰	۰/۰۰	۰/۶۲	۰/۹۰	۵۰	افسردگی
۲/۵۸	۳/۰۰	۰/۰۰	۰/۷۱	۰/۹۲	۵۰	وسواس
۴/۴۲	۲/۸۹	۰/۰۰	۰/۶۷	۰/۸۶	۵۰	حساسیت بین فردی
۴/۳۰	۳/۴۲	۰/۰۰	۰/۷۷	۰/۹۰	۵۰	خودبیمارانگاری
۳/۷۸	۲/۳۳	۰/۰۰	۰/۵۰	۰/۷۰	۵۰	پرخاصگری
۳/۶۵	۲/۸۰	۰/۰۰	۰/۶۶	۰/۷۸	۵۰	اضطراب
۳/۰۳	۲/۷۰	۰/۰۰	۰/۵۱	۰/۵۷	۵۰	روان پریشی
۲/۵۴	۲/۰۰	۰/۰۰	۰/۴۳	۰/۶۰	۵۰	فوبیا

جدول ۲۲ نشان می دهد که افسردگی همسر معتادان در مرتبه اول، وسواس در مرتبه دوم، حساسیت بین فردی در مرتبه سوم، خودبیمارانگاری در مرتبه چهارم و روان پریشی در مرتبه آخر قرار داشته اند.

جدول (۲۳) خلاصه نتایج آزمون غیر پارامتریک فریدمن وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد

۵۰	تعداد
۵۳/۲۷	خی دو
۷	درجه آزادی
۰/۰۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۲۳ نشان می دهد که ترتیب اهمیت وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری دارند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد که ۳۴ درصد زنان دارای همسر معتاد سالم، ۵۸ درصد دارای روان رنجوری و ۸ درصد دارای روان پریشی بوده اند. جدول ۳ نشان می دهد که بین وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد. فرضیه های اصلی:

فرضیه اول: میزان خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۴ نشان می دهد که ۷۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر خودبیمارانگاری سالم و ۳۰ درصد دارای خودبیمارانگاری بوده اند. جدول ۵ نشان می دهد که بین وضعیت خودبیمارانگاری زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: میزان وسواس زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۶ نشان می دهد که ۷۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر وسواس سالم و ۳۰ درصد دارای وسواس بوده اند. جدول ۷ نشان می دهد که بین وضعیت وسواس زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه سوم: میزان حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۸ نشان می دهد که ۶۴ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر حساسیت بین فردی سالم و ۳۶ درصد دارای حساسیت بین فردی بوده اند. جدول ۹ نشان می دهد که بین وضعیت حساسیت بین فردی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه چهارم: میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۱۰ نشان می دهد که ۶۴ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر افسردگی سالم و ۳۶ درصد دارای افسردگی بوده اند. جدول ۱۱ نشان می دهد که بین وضعیت افسردگی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه پنجم: میزان اضطراب زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۱۲ نشان می دهد که ۷۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر اضطراب سالم و ۳۰ درصد دارای اضطراب بوده اند. جدول ۱۳ نشان می دهد که بین وضعیت اضطراب زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه ششم: میزان پرخاشگری زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۱۴ نشان می دهد که ۷۲ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر پرخاشگری سالم و ۲۸ درصد دارای پرخاشگری بوده اند. جدول ۱۵ نشان می دهد که بین وضعیت پرخاشگری زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه هفتم: میزان فوبیای زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۱۶ نشان می دهد که ۸۲ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر فوبیا سالم و ۳۰ درصد دارای فوبیا بوده اند. جدول ۱۷ نشان می دهد که بین وضعیت فوبیا زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه هشتم: میزان پارانوئای زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۱۸ نشان می دهد که ۵۶ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر پارانوئیا سالم و ۴۴ درصد دارای پارانوئیا بوده اند. جدول ۱۹ نشان می دهد که بین وضعیت پارانوئای زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه نهم: میزان روان پریشی زنان دارای همسر معتاد به چه میزان است؟

جدول ۲۰ نشان داد که ۸۰ درصد زنان دارای همسر معتاد از نظر روان پریشی سالم و ۲۰ درصد دارای روان پریشی بوده اند. جدول ۲۱ نشان می دهد که بین وضعیت روان پریشی زنان دارای همسر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲۲ نشان می دهد که افسردگی زنان دارای همسر معتاد در مرتبه اول، وسواس در مرتبه دوم، حساسیت بین فردی در مرتبه سوم، خودبیمارانگاری در مرتبه چهارم، پرخاشگری در مرتبه پنجم، اضطراب در مرتبه ششم و روان پریشی و فوبیا در مرتبه آخر قرار داشته اند.

در مجموع می توان نتیجه گیری کرد که زنان دارای همسر معتاد بیشتر از افسردگی، افکار وسواسی و حساسیت بین فردی، خودبیمارانگاری بیشتر رنج می برند و از فوبیا و روان پریشی کمتر مبتلا بوده اند.

این نتایج با یافته های یوسفی (۱۳۸۷) که تحقیقی که بر روی ۴۰۰ بیمار که به خاطر ترک اعتیاد به هروئین و دیگر شبه افیون ها تحت مداوا قرار داشتند انجام شد؛ مشخص گردید که ناتوانی آنها در کنترل خشمشان ناشی از خودپنداره پایین آنها بود لذا سلامت روان کمتری در آنها به چشم می خورد.

و همچنین در تحقیق دیگری که ایگرت و همکاران (۱۹۹۴) در رابطه با بزهکاری و سوء مصرف مواد و اضطراب انجام دادند که نتایج نشان داد خود آگاهی بر متغیرهای فوق اثر مثبت دارد.

همچنین رضوانی (۱۳۸۵) درباره اعتیاد و پیامد های روانی و اجتماعی آن با مطالعه بر روی ۲۰۰ خانواده در شهر مشهد نشان داد ۷۷٪ از افرادی که در معرض اعتیاد فرار داشته یا دارای این اختلال بودند اختلالات روانی چون اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، کج خلقی و ضعف خود پنداره را نشان دادند و در ۱۴٪ این افراد وابستگی به اعتیاد تاثیر منفی بر کارکرد ایشان داشته است همخوان می باشد.

منابع فارسی

۱. آقابخشی، حبیب. (۱۳۸۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده، تهران: انتشارات دانش آفرین.
۲. آقابخشی، حبیب. (۱۳۸۹). اثرات اعتیاد پدر بر کارکردهای خانواده، فصل نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۰.
۳. ضیایی، سید خلیل. (۱۳۸۸). اثر آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه وابستگان به مواد مخدر. (پایان نامه کارشناسی ارشد). مشهد: دانشگاه فردوسی.
۴. اسلامی تبار، شهریار و دیگران. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت بهداشت خانواده های معتاد، گزارش ملی جوانان، سازمان ملی جوانان.
۵. اکبری، ابوالقاسم. (۱۳۸۱). اعتیاد و مشکلات نوجوانی و جوانی، تهران: انتشارات ساوالان.
۶. آتشین، شعله. (۱۳۸۱). ما، اعتیاد، جامعه، تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی گوهر منظوم.
۷. اکبرزاده، علی. (۱۳۸۷). بهداشت روان. انتشارات دانشگاه تهران.
۸. الیاسی، محمد حسین. (۱۳۸۲). بهداشت روان مجله پیام مشاور، دانشگاه امام حسین، شماره ۳۱.
۹. احمدوند، محمد علی. (۱۳۸۲). بهداشت روانی، تهران: دانشگاه پیام نور.
۱۰. امینی، شهریار. (۱۳۸۸). اصول بهداشت روان، ماهنامه تربیت. معاونت آموزش و پرورش.
۱۱. ایزدپناه، محمدرضا. (۱۳۹۰). شناخت مواد مخدر و عوارض آن. تهران: نشر سالوک.
۱۲. اورنگ، جمیله. (۱۳۸۷). پژوهش درباره اعتیاد، تهران: انتشارات فرهنگ ارشاد.
۱۳. بهرامی، ناهید. (۱۳۸۱). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
۱۴. بیابانی، غلامحسین. (۱۳۸۸). اعتیاد و اثرات آن. تهران: نشر پلیس مواد مخدر ناجا.
۱۵. پورافکاری، نصرت اله. (۱۳۷۸). به نقل از کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی.
۱۶. پیران، پرویز. (۱۳۸۶). بررسی اعتیاد و باز پروری معتادان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۱۷. پسندیده، عباس. (۱۳۹۱). شادی و خنده. تهران: انتشارات صبا.
۱۸. تقی زاده، پریسا. (۱۳۸۹). معرفی و شناخت مواد اعتیاد آور. تهران: نشر عصر ماندگار.
۱۹. جهانی، علیرضا. (۱۳۸۸). مبارزه با مواد مخدر و دخانیات. تهران: نشر طاق بستان.
۲۰. حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی اصول روانشناسی تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۲۱. خداحیمی، سیامک. (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی، مشهد: نشر جاودان فرد، چاپ اول.
۲۲. چیریلو، استفانو و دیگران. (۱۳۷۸). اعتیاد به مواد مخدر در آیین روابط خانوادگی، ترجمه سعید پیرمرادی، البرز: نشر همام.
۲۳. دادگران، محمود. (۱۳۸۹). علل اعتیاد به مواد مخدر در ایران، تهران: سازمان صدا و سیما.
۲۴. رحیمی، موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۸۶). راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد. تهران: ساوان.
۲۵. زینالی، حمد اله. (۱۳۸۹). بهداشت روانی در خانواده. ماهنامه تربیت، معاونت آموزش و پرورش.

۲۶. فخریان، بهجت- فولادی، سکینه. (۱۳۸۸) بررسی بررسی سلامت روان در بین دانشجویان البرز شماره ثبت ۸۴.
۲۷. سلیمی، علیرضا. (۱۳۹۲). اثرات اعتیاد بر بهداشت فردی. تهران: نشر فرادید.
۲۸. ستوده، هدایت (۱۳۸۷) مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی. تهران: نشر ساوان.
۲۹. ساعت چی، محمود. (۱۳۷۴). مشاوره و روان درمانی (نظریه ها و راهبردها) موسسه نشر ویرایش، چاپ اول.
۳۰. شایگان، فریبا. (۱۳۸۱). بررسی پدیده اعتیاد جوانان، گزارش ملی جوانان، سازمان ملی جوانان،
۳۱. شولتز، دو آن. (۱۳۸۹). روان شناسی کمال. ترجمه خوشدل، گیتی. تهران: انتشارات پیکان
۳۲. شاملو، سعید. (۱۳۸۶). بهداشت روانی، تهران: انتشارات رشد، چاپ نهم
۳۳. شولتز دو آن و شولتز، سیدنی الن. (۱۳۸۶). نظریه های سلامت و شخصیت، مترجم یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش
۳۴. شایسته، سیاوش. (۱۳۸۵). مقایسه شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی در گروه سنی ۲۲-۱۴ سال در استان البرز، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
۳۵. صالحی جوتقانی، فرحناز. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر اعتیاد؛ مطالعه موردی: زندان شهر کرد، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.
۳۶. کاپلان، سادوک و همکاران. (۱۳۸۷). خلاصه روانشناسی و روان پزشکی جلد اول. ترجمه نصرت اله پورافکاری تهران: انتشارات شهر آب
۳۷. گنجی، حمزه. (۱۳۸۵). بهداشت روانی، تهران: ارسباران
۳۸. میلانی، فر، بهروز. (۱۳۸۰). بهداشت روانی. تهران: انتشارات قومس.
۳۹. محرری، محمدرضا. (۱۳۸۷). بهداشت روانی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی، سال اول، شماره ۲ و ۳، پاییز و زمستان ص ۱۵۴-۱۳۵.
۴۰. محبوبی منش، حسین. (۱۳۸۲). امنیت و انحرافات اجتماعی، فصلنامه کتاب زنان، سال پنجم، شماره ۱۸.
۴۱. عفتی، جلیل. (۱۳۸۹). اعتیاد پیشگیری یا درمان؟، یزد: انتشارات نیکوروش.
۴۲. غنجی، علی. (۱۳۸۹). فرهنگ مبارزه با مواد مخدر، تهران: معاونت آموزش ناجا.
۴۳. هاشمی، علی. (۱۳۸۳). نگاه نو، اقدام نودمبارزه با مواد مخدر، تهران: ریاست جمهوری ستاد مبارزه با مواد مخدر.