

بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد

حسن رفیعی*

روان‌پزشک و MPH، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

لیلافتحی

جامعه‌شناس و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور واحد نظر آباد

رؤیا نوری

کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

مهدی اکبریان

کارشناس ارشد رفاه اجتماعی

هومان نارنجی‌ها

پزشک عمومی و MPH

راحله کاردوانی

دانشجوی دکتری مطالعات زنان - حقوق زن در اسلام- دانشگاه تربیت مدرس

انسیه ساداتی

کارشناس ارشد مطالعات زنان - حقوق زن در اسلام- دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی عوارض و تبعات زندگی با همسران معتاد در زنان بود. در این پژوهش مقطعی (علی - مقایسه‌ای) ۲۰۰ زن دارای همسر معتاد و ۲۰۰ زن دارای همسر سالم مطالعه شدند. زنان

* نویسنده مسئول

همسر دارای معتاد در میان سه گروه از زنان دارای همسر (زنانی که همسر معتاد آن‌ها به مراکز درمانی مراجعه می‌کردند و زنانی که همسر معتاد آن‌ها در زندان بود، به روش تصادفی و زنان دارای همسر معتاد خیابانی به روش گلوله برفی با پرسش از دو گروه مذکور) انتخاب شدند. زنان دارای همسر سالم نیز به صورت تصادفی از ساکنان همان مناطقی برگزیده شدند که گروه زنان دارای همسر معتاد انتخاب شده بودند و با در نظر گرفتن همتا بودن آن‌ها از نظر منطقه محل سکونت، سطح تحصیلات و سن، پرسشنامه در میان آن‌ها اجرا شد تا حجم نمونه تکمیل شود. نمونه‌گیری از چک لیست حاوی ویژگی‌های دموگرافیک و صفات بارز در زنان، پرسشنامه اضطراب و افسردگی (HADS) و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ در کلیه شرکت‌کنندگان ثبت شد. نتایج نشان داد که زنان دارای همسر معتاد و گروه شاهد از لحاظ متراژ منزل مسکونی، بعد خانوار، متراژ منزل مسکونی پدری فرد، سطح درآمد خانواده و وضعیت مالکیت منزل مسکونی تفاوت معنادار دارند. زنان دارای همسر معتاد نمرات بالاتری در مقیاس‌های مربوط به اضطراب، افسردگی و اختلال کلی روانی و نمرات پایین‌تری در مقیاس مربوط به عزت نفس نسبت به زنان دارای همسر سالم کسب کردند. همچنین آن‌ها مشکلات و مسائل رفتاری بیش‌تری از جمله مصرف مواد، ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر، درگیری عاطفی با مردی غیر از همسر، تجربه خشونت فیزیکی از سوی همسر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نسبت به گروه شاهد را گزارش کردند. زنان دارای همسر معتاد نسبت به زنان دارای همسر سالم با مشکلات و مسائل رفتاری بیش‌تری مواجه هستند، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران در خصوص تدوین برنامه‌هایی با رویکرد پیشگیری ویژه زنان دارای همسر معتاد اهتمام ورزند.

واژگان کلیدی

زنان؛ همسر معتاد؛ عزت نفس؛ اضطراب؛ افسردگی

مقدمه و بیان مسئله

خانواده اولین و از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر اجتماعی کردن است که به فرد کمک می‌کند تا بتواند بهتر با دیگران در تعامل باشد و از روابط اجتماعی خوبی بهره‌برد (رهگذر و همکاران، ۲۰۱۲). تا سفاهانه بسیاری از خانواده‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر پدیده شوم اعتیاد هستند. اعتیاد پدر خانواده، یکی از آسیب‌های اجتماعی پیش روی خانواده‌های گریبان‌گیر اعتیاد است. پدر خانواده بر روابط اجتماعی اعضای خانواده اثر می‌گذارد و اعتیاد او به از هم گسیختگی خانواده و روابط اعضا با هم منجر می‌شود (رهگذر و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده است اعتیاد پدر خانواده منجر به بروز خشونت‌های بیش‌تر در خانواده شده، ضمن آنکه زمینه‌گرایش سایر اعضای خانواده به مصرف مواد را نیز فراهم می‌آورد



(استور و اسپینک^۱، ۲۰۱۲). بسیاری از پژوهش‌ها به این نکته اذعان دارند که اعتیاد والدین همواره عامل خطری برای ابتلاء سایر افراد خانواده به اعتیاد بوده است (رنل و لوی کاهانا^۲، ۲۰۱۱؛ اسشافر^۳، ۲۰۱۱؛ گاپتا^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). و از بین والدین پدران بیش از مادران در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند (رنل و لوی کاهانا، ۲۰۱۱). با اعتیاد مرد خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده دچار اختلال می‌شود و نیز اعتیاد مرد خانواده، نقش حمایتی مرد را در خانواده کاهش می‌دهد (رهگذر و همکاران، ۲۰۱۲) و حمایت‌های اجتماعی کم‌تر در خانواده، با کاهش سلامت روان و بروز اختلالات روانی در افراد خانواده همراه است (چامبرس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). اعتیاد شوهر اغلب به برهم خوردن نقش‌ها و وظایف خانوادگی منجر می‌شود، به گونه‌ای که بار مسئولیت زنان خانه‌دار را می‌افزاید و آن‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد (محبوبی منش، ۱۳۸۳). زنانی که شوهران معتاد دارند، ممکن خود به سوی سوء مصرف مواد روی بیاورند، همچنین سلامتی آن‌ها در خطر رفتارهای مرتبط با آمیزش جنسی ناایمن و تزریق مواد قرار می‌گیرد (افارل، ۱۹۹۵، به نقل از محبوبی منش، ۱۳۸۳؛ الن و کوکن^۶، ۲۰۱۲). یکی از پیامدهای اعتیاد افزایش طلاق در جامعه است (نصرالهی و همکاران، ۱۳۹۲). شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴٪ از طلاق‌های کشور ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر است (عفتی، ۱۳۷۹) و در گزارش دیگری آمده است که ۲۳/۵٪ از موارد طلاق زنان در کشور به علت اعتیاد شوهر بوده است (محبوبی منش، ۱۳۸۳). اعتیاد شوهر با بسیاری از آسیب‌های اجتماعی دیگر در زنان همراه است. در پژوهش علیایی‌زند (۱۳۸۱) درصد بالایی از زنان روسپی (۷۴٪) ابراز داشتند که همسر معتاد دارند و درصدی از زنان نیز ابراز داشتند که توسط شوهر وادار به روسپیگری شده‌اند. فرار زنان از خانه از دیگر تبعات داشتن همسر معتاد گزارش شده است (به نقل از محبوبی منش، ۱۳۸۳). بسیاری از زنان از طریق رابطه جنسی با مردان معتاد و مردانی که در نتیجه استفاده از سرنگ تزریقی مشترک،

-
1. Stover & Spink
 2. Ronel & Levy-Cahana
 3. Schafer
 4. Gupta S
 5. Chambers
 6. Ellen & Koken

ناقل ویروس ایدز شده‌اند، در خطر ابتلا به بیماری عفونی ایدز هستند (الن^۱ و کوکن^۲، ۲۰۱۲). برخی زنان که مصرف‌کننده مواد مخدر نیستند، ممکن است به خودفروشی تن دهند تا هزینه‌های اعتیاد مردان خود را تأمین یا جبران کنند (علیایی زند، ۱۳۸۱) و بنابراین، در خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی جنسی و ایدز قرار دارند (دونگسا، ۱۹۹۸). پژوهش‌ها نشان داده است زنانی که خودشان، مصرف‌کننده مواد نیستند، بلکه در خانواده‌ای زندگی می‌کنند که در آن، مرد یا مردان خانواده سوء مصرف مواد دارند، تحت تأثیر این سوء مصرف قرار می‌گیرند (اسشافر^۳، ۲۰۱۱؛ گاپتا^۴ و همکاران، ۲۰۱۳؛ باولیس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین اعتیاد شوهر می‌تواند زمینه‌ساز بروز خشونت‌های جسمی و جنسی در خانواده باشد (لوسیا^۶ و همکاران، ۲۰۱۲ و جلالی و همکاران، ۱۳۸۵). زنان در خانواده‌های گریبان‌گیر اعتیاد، اغلب سعی می‌کنند سوء مصرف اعضای خانواده خود را کاهش داده یا پنهان کنند و در نتیجه انجام دادن این کار، ممکن است از پیامدهای منفی سلامتی اجتماعی و اقتصادی - مانند خشونت خانوادگی - آسیب ببینند (دونگسا^۷، ۱۹۸۸) و خشونت‌های جسمانی و جنسی با بروز اختلالات روانی در افراد همراه است (چامبرس^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). تاکنون کم‌تر پژوهشی در کشور به بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد اقدام کرده است، به همین دلیل، این پژوهش در صدد بررسی این مسئله مهم برآمده و پاسخگوی سؤالات زیر است.

- ۱- عوارض و تبعات اعتیاد همسر بر روی زنان چیست؟
- ۲- آیا اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد با زنان دارای همسر سالم متفاوت است؟
- ۳- آیا عزت نفس زنان دارای همسر معتاد با زنان دارای همسر سالم متفاوت است؟

-
1. Ellen
 2. Koken
 3. Schafer
 4. Gupta
 5. Bowles
 6. Louisa
 7. Duongsaa
 8. Chambers



روش پژوهش

این پژوهش به روش مقطعی (علی - مقایسه‌ای) بین دو گروه زنان دارای همسر معتاد و زنان دارای همسر سالم انجام شد. در کل ۴۰۰ نفر از زنان (۲۰۰ زن همسر معتاد و ۲۰۰ زن همسر سالم) مطالعه شدند. زنان دارای همسر معتاد در میان سه گروه از زنان دارای همسر معتاد (همسران معتادان زندانی، همسران معتادان مراجع به مراکز درمانی و همسران سایر معتادان) انتخاب شدند. برای انتخاب زنان دارای همسر سالم نیز به صورت تصادفی از ساکنان همان مناطقی، که به عنوان گروه زنان دارای همسر معتاد انتخاب شدند، با در نظر گرفتن همتا بودن آن‌ها از نظر منطقه محل سکونت، سطح تحصیلات و سن انتخاب شدند و برای تکمیل حجم نمونه پرسشنامه در میان آن‌ها اجرا شد.

معیارهای ورود به مطالعه برای زنان دارای همسر معتاد عبارت بود از اینکه همسر در زمان مطالعه معتاد باشد (شامل معتادانی که به مراکز درمانی اعتیاد مراجعه می‌کنند، معتادان زندانی و سایر معتادان) و زن در دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال قرار داشته و برای شرکت در پژوهش رضایت کامل داشته باشد. همچنین معیارهای ورود به مطالعه برای گروه زنان دارای همسر سالم عبارت بود از اینکه همسر در طی عمر هیچگونه ماده مخدر یا محرکی مصرف نکرده باشد و زنان همسر سالم با گروه زنان همسر معتاد از نظر دامنه سنی و محل سکونت همتا باشند و آن‌ها نیز برای شرکت در پژوهش رضایت کامل داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز برای هر دو گروه عبارت بود، از اینکه افراد برای شرکت در پژوهش همکاری نکنند یا اینکه از پاسخ صادقانه افراد به سؤالات اطمینانی نباشد. همچنین زنانی که قبل از ازدواج مصرف‌کننده مواد بودند یا همسران آن‌ها معتادان کارتن‌خواب بودند از مطالعه خارج شدند. نمونه‌گیری از زنان همسر معتادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کردند و نیز زنان دارای همسر معتادی که همسرانشان در زندان به سر می‌بردند به روش تصادفی انجام شد. سپس به روش گلوله برفی با پرسش از این دو گروه، معتادان خیابانی یعنی گروه سوم به دست آمدند.

ابزار پژوهش عبارت بودند از چک لیست حاوی ویژگی‌های دموگرافیک و صفات بارز در زنان، پرسشنامه اضطراب و افسردگی (HADS) و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ؛ و

1. Hospital Anxiety Depression Scale
2. Rosenberg Self-Esteem Scale

اطلاعات کلیه شرکت کنندگان از طریق اجرای فردی به صورت مصاحبه رو در رو با آنها ثبت شد.

ویژگی‌های دموگرافیک و صفات بارز در زنان:

در این لیست سؤالاتی در زمینه ویژگی‌های دموگرافیک و صفات بارز از زنان نمونه پژوهش پرسیده می‌شود. ویژگی‌های دموگرافیک با سؤالاتی مثل داشتن فرزند، داشتن تحصیلات دانشگاهی، خانه‌دار بودن، سابقه بیماری و سن و طول مدت ازدواج و وضعیت اقتصادی با سؤالاتی از قبیل سطح درآمد ماهیانه، متراژ منزل مسکونی، نوع تملک منزل مسکونی، منطقه محل سکونت و همچنین وضعیت اقتصادی خانواده پدری فرد ارزیابی شد. همچنین سپس بر اساس سؤالاتی تبعات اعتیاد همسر پرسیده شد، نمونه‌های پژوهش با انتخاب گزینه‌های بلی و خیر به سؤالاتی از قبیل داشتن مشکلات قانونی، سابقه مصرف مواد، سابقه خشونت فیزیکی، ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر، درگیری عاطفی با مردی غیر از همسر، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی پاسخ می‌دادند. برای بررسی روایی پرسشنامه از نظرات چند نفر از صاحب‌نظران و متخصصان حوزه اعتیاد استفاده شد و در نهایت با تعدیل برخی از سؤالات پرسشنامه، روایی صوری پرسشنامه تأیید شد. برای محاسبه پایایی، ۳۰ نفر از نمونه‌های پژوهش چک لیست محقق ساخته را تکمیل کردند و ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۸۲ به دست آمد که نشان از پایایی پرسشنامه تحقیق دارد.

پرسشنامه اضطراب و افسردگی (HADS):

HADS ابزاری رایج برای ارزیابی اختلالات اضطراب و افسردگی در میان پژوهشگران ملیت‌های مختلف است و استفاده از آن از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۲ در مقالات منتشر شده تقریباً چهار برابر شده است (بیجلاند، داهل، تانگن هانگ و نیکلمن، ۲۰۰۲). پرسشنامه HADS به منظور بررسی علائم اضطراب و افسردگی به کار می‌رود و شامل ۱۴ پرسش، متشکل از دو زیر مجموعه اضطراب و افسردگی هر پرسش دارای چهار گزینه است که بیش‌ترین نمره اضطراب و افسردگی در این پرسشنامه ۲۱ است. نمره بالاتر از ۱۱ در هر یک از زیر

1. Hospital Anxiety Depression Scale
2. Bjelland, Dahl, Tangen Haug & Neckelman



مجموعه‌ها نشانه ابتلای روان‌پزشکی است (زیگموند و اسنیت^۱، ۱۹۸۳). منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۲ این پرسشنامه را به منظور استفاده برای بیماران ایرانی اعتباریابی^۲ کردند. از این پرسشنامه در مطالعات متعدد خارجی و ایرانی استفاده شده است. کویانی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه را با آلفای ۰/۷۰ در خرده مقیاس افسردگی، آلفای ۰/۸۵ در خرده مقیاس اضطراب گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)

این مقیاس شامل ۱۰ آیتم است. که نیمی از آیتم‌ها با جملات منفی (ای کاش می توانستم احترام بیشتری برای خودم قائل شوم) و نیمی دیگر با جملات مثبت (نسبت به خود نگرش مثبت دارم) بیان شده‌اند. آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (=۱ کاملاً موافق، ۴= کاملاً مخالف) به هر سؤال پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات از ۴۰ - ۱۰ است و نمرات بالا نشان‌دهنده عزت نفس بالا است (بنتی^۳ و کامبوروپولاس^۴، ۲۰۰۶). در پژوهش علیزاده (۱۳۸۴) پایایی آن به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و با بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ - ۰/۸۸ گزارش شده است (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۴). در این پژوهش نیز ضریب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب پایایی پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۸۴ به دست آمد که نشان از پایایی مقبول پرسشنامه تحقیق دارد. تحلیل آماری با استفاده نرم افزار SPSS انجام شد. متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و متغیرهای کیفی با استفاده از جدول فراوانی توصیف شد. مقایسه نمره عزت نفس در دو گروه زنان دارای همسر معتاد و زنان دارای همسر سالم با استفاده از آزمون تی آزمون شد.

1. Zigmond & Snaith
2. Validate
3. Benetti
4. Kambouropoulos

یافته‌های پژوهش

ابتدا دو گروه زنان دارای همسر معنادار و زنان دارای همسر سالم از نظر خصوصیات پایه مقایسه شدند (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه زنان دارای همسر معنادار و گروه شاهد از نظر خصوصیات پایه با استفاده از آزمون خی دو

گروه‌ها متغیرها	زنان دارای همسر معنادار		گروه شاهد		آزمون
	فرآوانی	درصد فرآوانی	فرآوانی	درصد فرآوانی	
داشتن فرزند نداشتن	۱۱۱	۷۴	۱۳۹	۷۲	۰/۶۸۳
تحصیلات دانشگاهی	۴۵	۲۹/۸	۷۴	۳۸/۵	۰/۰۹۱
خانه‌دار بودن	۸۴	۵۵/۶	۱۰۲	۵۲/۸	۰/۶۰۸
سابقه بیماری	۲۷	۱۸	۲۵	۱۳	۰/۱۹۶
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۳۲/۹۰	۷/۳۴۷	۳۳/۰۱	۸/۲۷۳	۰/۹۰۳
طول مدت ازدواج	۱۱/۸۰۶	۷/۴۹۰	۱۱/۲۸۶	۸/۸۴۴	۰/۵۵۹

بررسی خصوصیات پایه در افراد شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد که دو گروه زنان دارای همسر معنادار و گروه شاهد از نظر دارا بودن فرزند، سطح تحصیلات و شغل خانه‌داری اختلاف معنادار نداشتند ($p > 0/05$). از این لحاظ دو گروه با هم هم‌تا بودند. در ادامه دو گروه از نظر خصوصیات کیفی و کمی مرتبط با وضعیت اقتصادی با یکدیگر مقایسه شدند. دو گروه زنان دارای همسر معنادار و گروه شاهد از نظر وضعیت اقتصادی به لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معنادار نشان دادند ($p < 0/05$). وضعیت اقتصادی براساس سطح درآمد ماهیانه، متراژ منزل مسکونی، نوع تملک منزل مسکونی، منطقه محل سکونت و همچنین وضعیت اقتصادی خانواده پدری فرد ارزیابی شد که نتایج آن‌ها در جداول ۲ و ۳ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، زنان همسر معنادار و گروه شاهد از نظر وضعیت اقتصادی خانواده



پدري با يکديگر اختلاف معنادار نداشتند ($p > 0/05$). اما در رابطه با وضعيت اقتصادي کنوني آن‌ها، از لحاظ متراژ منزل مسکوني ($p = 0/001$)، بعد خانوار ($p = 0/024$) (جدول ۳)، متراژ منزل مسکوني پدري فرد ($p = 0/021$)، سطح درآمد خانواده ($p < 0/001$) و وضعيت مالکيت منزل مسکوني ($p = 0/015$) (جدول ۲) بين دو گروه تفاوت معنادار آماری مشاهده شد.

جدول ۲: مقایسه دو گروه از نظر خصوصيات کيفي مرتبط با وضعيت اقتصادي با استفاده از آزمون خي دو

متغيرها	گروه‌ها		زنان دارای همسر معناد		آزمون معناداری
	گروه‌ها	زنان دارای همسر معناد	گروه شاهد	گروه شاهد	
	فرآواني	درصد فرآواني	فرآواني	درصد فرآواني	
سطح درآمد					
کم‌تر از ۲۰۰۰۰۰ تومان	۴۳	۲۸/۵	۶	۳/۱	
۴۰۰۰۰۰ - ۲۰۰۰۰۰۰ تومان	۵۴	۳۵/۸	۵۴	۲۸	
۶۰۰۰۰۰ - ۴۰۰۰۰۰۰ تومان	۳۲	۲۱/۲	۵۱	۲۶/۴	$P < 0/001$
۸۰۰۰۰۰ - ۶۰۰۰۰۰۰ تومان	۶	۴	۵۱	۲۶/۴	
۱۰۰۰۰۰۰ - ۸۰۰۰۰۰۰ تومان	۷	۴/۶	۱۶	۸/۳	
۱۲۰۰۰۰۰ - ۱۰۰۰۰۰۰۰ تومان	۹	۶	۱۵	۷/۸	
وضعيت منزل مسکوني					
شخصي	۵۳	۳۵/۱	۹۶	۴۹/۷	$0/015$
رهني، استيجاري، سازماني و ...	۳۴	۲۲/۵	۱۷	۸/۹	

جدول ۳: مقایسه دو گروه از نظر خصوصیات کمی مرتبط با وضعیت اقتصادی با استفاده از آزمون تی

گروه‌ها متغیرها	زنان دارای همسر معتاد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
بعد خانوار وضعیت اقتصادی کنونی فرد	۳/۶	۱/۳	۳/۳	۱/۰	۰/۰۲۸
متراژ منزل مسکونی	۸۱/۵	۳۵/۷	۱۰۱/۸	۵۵/۸	۰/۰۰۱
قیمت هر متر مربع منزل مسکونی در منطقه محل زندگی هزار تومان	۳۶۴۷/۹	۲۰۴۰۶/۷	۱۹۹۸	۹۰۷/۶	۰/۲۶۵
قیمت منزل مسکونی هزار تومان وضعیت اقتصادی خانواده پدری فرد	۳۶۲۸۲۵	۲۳۹۳۸۵/۳	۲۰۰۹۶۴/۴	۱۵۶۸۱۷/۹	۰/۳۵۲
متراژ منزل مسکونی	۱۵۳/۰	۲۲۱/۵	۲۵۴/۱	۵۴۷/۸	۰/۰۲۱
قیمت هر متر مربع منزل مسکونی در منطقه محل زندگی	۳۵۶۱/۴	۲۱۰۰۸/۳	۱۶۶۱/۸	۱۲۹۱/۱	۰/۲۲۹
قیمت منزل مسکونی	۳۹۷۳۳۵	۱۸۹۵۳۶۹/۴	۲۹۹۵۴۸/۷	۳۱۰۸۹۱/۳	۰/۴۹۹

سپس دو گروه از نظر اضطراب و افسردگی و عزت نفس مقایسه شدند.

نتایج نشان داد دو گروه زنان دارای همسر معتاد و گروه شاهد از نظر شدت علائم اضطراب، افسردگی و اختلال کلی روانی اختلاف معنادار آماری نشان دادند ($p < ۰/۰۰۱$). بدین ترتیب که زنان همسر معتاد نمرات بالاتری در مقیاس‌های مربوط به اضطراب، افسردگی و اختلال کلی روانی کسب کردند، اما این گروه نسبت به گروه شاهد نمرات پایین‌تری در مقیاس مربوط به عزت نفس دریافت کردند که این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنادار بود ($p = ۰/۰۰۸$) (جدول ۴).



جدول ۴: مقایسه دو گروه زنان دارای همسر معتاد و گروه شاهد از نظر اضطراب و افسردگی و عزت نفس با استفاده از آزمون تی

گروه‌ها متغیرها	زنان دارای همسر معتاد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	۱۱/۲	۴/۵	۸/۸	۳/۶	<۰/۰۰۱
افسردگی	۷/۵	۴/۱	۵/۵	۳/۴	<۰/۰۰۱
نمره کل مقیاس اضطراب و افسردگی (HADS)	۱۸/۲	۷/۵	۱۳/۸	۶/۵	<۰/۰۰۱
عزت نفس	۱۱/۰	۴/۱	۱۲/۳	۴/۵	۰/۰۰۸

بررسی برخی پیامدهای احتمالی زندگی با همسر معتاد در دو گروه نشان داد که زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کردند در مقایسه با گروه شاهد، مشکلات و مسائل رفتاری بیشتری از جمله مصرف مواد، ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر، درگیری عاطفی با مردی غیر از همسر، تجربه خشونت فیزیکی از سوی همسر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را گزارش کردند. همان‌طور که در جدول ۵ نیز مشاهده می‌شود، اختلاف دو گروه در همه متغیرهای مذکور از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۵: مقایسه دو گروه زنان همسر معتاد و گروه شاهد از نظر پیامدهای مورد بررسی بر اساس آزمون تی

گروه‌ها متغیرها	زنان دارای همسر معتاد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
مشکلات قانونی	۷	۴/۷	۱	۵/۵	۰/۰۱۵
مصرف مواد	۱۶	۱۵/۶	۱	۵/۵	<۰/۰۰۱
سابقه خشونت فیزیکی	۶۲	۴۱/۱	۱۷	۸/۸	<۰/۰۰۱
ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر	۸	۵/۳	۱	۱/۵	۰/۰۲۲
درگیری عاطفی با مردی غیر از همسر	۲۱	۱۳/۹	۹	۴/۷	۰/۰۰۳
افکار خودکشی	۵۴	۳۵/۸	۲۵	۱۵/۴	<۰/۰۰۱
اقدام به خودکشی	۳۲	۲۱/۲	۸	۴/۱	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ۴۰۰ نفر از زنان (۲۰۰ زن دارای همسر معتاد و ۲۰۰ زن دارای همسر سالم) مطالعه شدند. پیامدهایی همچون سوء مصرف مواد، خیانت جنسی، خیانت عاطفی، خشونت فیزیکی، افت وضعیت اقتصادی، افکار و اقدام به خودکشی در میان زنان همسر معتاد بیش‌تر از زنان همسر سالم مشاهده شد. ۱۰٪ از گروه زنان همسر معتاد، سابقه مصرف مواد داشته‌اند.

این یافته که زنان شوهر معتاد بیش از سایر زنان به مصرف مواد گرایش دارند با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها از جمله باولیس^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، رنل و لوی کاهانا^۲ (۲۰۱۱)، اسفا^۳ (۲۰۱۱)، گپتا^۴ و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد.

دونگسا (۱۹۹۸) بر این باور است که تفاوت جایگاه زن و مرد از منظر فیزیکی، روانی و نقش اجتماعی، عوارض حاصل از سوء مصرف مواد را نیز در دو جنس متفاوت می‌کند. از آنجایی که نگاه جامعه به اعتیاد زنان در مقایسه با مردان نگاهی متفاوت است و برجستگی که جامعه بر زنان خواهد زد، به علت تخطی از هنجارهای اجتماعی و ناتوانی در پاسخگویی به حد انتظارات سنتی درباره نقش همسر، مادر و پرورش‌دهنده خانواده، بار سنگین‌تری را بر دوش آن‌ها خواهد گذاشت، از این رو اهمیت عارضه سوء مصرف مواد در زنان همسر معتاد توجه‌برانگیز است (دونگسا، ۱۹۹۸).

بر اساس برخی مطالعات، استرس اضافی ناشی از مقابله با سوء مصرف از مواد در درون خانواده ممکن است پریشانی‌های جسمی و روانی ایجاد کرده و باعث استفاده زن خانواده از الکل و مواد مخدر شود. برخی از زنان ممکن است برای تأمین مواد مخدر همسر خود به روسپی‌گری روی بیاورند و بنابراین در خطر ابتلا به بیماری‌های جنسی مانند ایدز قرار بگیرند (علیایی‌زند، ۱۳۸۱).

از دیگر عوارض وارده بر زنان همسر معتاد، عارضه اقتصادی است. موضوعی که رهگذر و همکاران (۲۰۱۲) نیز در پژوهش خود بدان اشاره کردند. مطالعه دو گروه زنان نشان داد سطح

-
1. Bowles
 2. Ronel & Levy-Cahana
 3. Schafer
 4. Gupta



درآمد خانواده معتاد پایین تر بوده و به رغم اینکه در خصوص قیمت منزل مسکونی در هر دو گروه با یکدیگر تفاوت معنادار دیده نشد، اما از نظر متراژ منزل با هم متفاوت بوده که این تفاوت معنادار نیز است، شاید بتوان گفت چون قیمت منزل براساس خود گزارشی زنان در مصاحبه ثبت شد، لذا قیمت‌ها خیلی تقریبی است، ولی متراژ منزل دقیق تر است. اما متراژ منازل متفاوت مناطق زندگی دو گروه زنان مشابه بوده، زنان دارای شوهر معتاد در خانه‌های کوچک تر از زنان دارای شوهر سالم زندگی می‌کردند. آن‌ها در عین حال ساکن منازل بستگان خود بودند، در حالی که سهم بیشتری از زنان دارای شوهر سالم در منزل شخصی خود زندگی می‌کردند و خانه‌های آن‌ها بزرگ تر بود. به عبارت دیگر، با اینکه برای همسان‌سازی دو گروه، مشابهت آن‌ها از حیث منطقه سکونت در طراحی منظور شده و در اجرای پژوهش رعایت شده بود، مشاهده می‌شود که اعتیاد همسر همچنان با نابرابری در درون محله‌ها مرتبط است و برای این مسئله می‌توان دو تفسیر بیان کرد: یا اعتیاد مرد و زن خانواده موجب فقر خانوار شده که دیگر یافته‌ها نیز نشانه آن است که مصرف مواد خود به درآمد کم تر و سطح تحصیلات پایین تر می‌انجامد (ون اوئرس^۱ و همکاران، ۱۹۹۹).

به طور کلی وضعیت اجتماعی - اقتصادی^۲ پایین با وضعیت سلامت پایین تر، مشکلات سلامت بیش تر و امید کم تر به زندگی ارتباط دارد. اگر چه ارتباط علی میان وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سلامت نامشخص است، عوامل مربوط به سبک زندگی مانند عادات غذایی، سیگار کشیدن و مصرف الکل نقش واسطه‌ای در این میان بازی می‌کنند. بنابراین، شناسایی سبک‌های زندگی در معرض خطر به واسطه وضعیت اجتماعی - اقتصادی اهمیت خاصی دارد و شناسایی این جمعیت‌ها می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت تأثیرگذار باشد (ون اوئرس و همکاران، ۱۹۹۹).

زنان دارای شوهر معتاد بیش تر از سایر زنان به طور فیزیکی آزار دیده‌اند و از اثرات پیدا و پنهان تحقیر ناشی از خشونت فیزیکی لطمه دیده‌اند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش لوسیا^۳ و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی دارد. جلالی و همکاران (۱۳۸۵) نیز گزارش کردند که

-
1. Van Oers
 2. Socio-economic status (SES)
 3. Louisa

زنان دارای همسر معتاد بیش از زنان دارای همسر سالم خشونت را تجربه کرده‌اند. باسکن^۱ و سامرز^۲ (۲۰۰۶)، دارک^۳ و همکاران (۲۰۱۰) و تاینر^۴ و همکاران (۲۰۰۸) نیز ارتباط مصرف مواد و خشونت را گزارش کردند و براین اساس این یافته‌ها با این یافته همخوانی دارد مبنی بر اینکه شوهران معتاد خشونت بیش‌تری بر همسران تحمیل می‌کنند. بدیهی است تداوم رفتارهای خشونت‌آمیز شوهر معتاد می‌تواند آسیب‌های عمیق‌تری بر زنان به جا بگذارد و دامنه آسیب‌پذیری را گسترش دهد. عارضه عمده دیگری که پس از خشونت فیزیکی در میان این زنان دیده شد، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی است. اینکه این گروه از زنان چه بستر روانی - جسمی دارند که در برابر شرایط محیطی اعتیاد همسر خود، افکار خودکشی و اقدام به آن در آن‌ها شکل می‌گیرد، نیازمند مطالعه موردی در میان آن‌ها است، اما پر واضح است که زندگی با همسر معتاد به‌عنوان یک عامل اجتماعی نابهنجار زمینه بروز این مشکلات را می‌تواند فراهم کند. مصرف مواد مخدر در میان عموم به‌طور کلی و در میان زنان به‌ویژه با عوامل روان شناختی و اجتماعی - اقتصادی از قبیل خشونت علیه آن‌ها، فقر و فقدان قوانین مربوط به حقوق اصلی انسان مرتبط است. افسردگی و ناکامی ناشی از عوامل فوق این زنان را مجبور می‌کند برای فرار از واقعیات خشن زندگی به آرامش‌بخش‌ها و همچنین مواد مخدر و محرک و دیگر مواد روی بیاورند.

همچنین بررسی شاخص خودکشی در دو گروه زنان مورد مطالعه نشان داد در میان ۱۰٪ از زنان دارای شوهر سالم نیز افکار خودکشی دیده می‌شود. عدد فوق نشان‌دهنده موجی از اختلالات در میان جمعیت زنان سالم جامعه است که به نظر می‌رسد باید به‌طور جدی به آن توجه شود. از آنجایی که ایفای نقش حساس زنان نیازمند بستر سلامت روانی و جسمانی آن‌ها است و چنانچه ۱۰٪ جمعیت سالم جامعه به خودکشی فکر کنند پس به جرأت می‌توان گفت بسیاری از خانواده‌ها هستند که در معرض افکار بیمارگونه هستند و افراد در این بستر نامناسب فرصتی برای رشد و تعالی نخواهند داشت، به‌ویژه اینکه در معرض آسیب نیز قرار دارند. با توجه به حساسیت این موضوع لزوم مداخلاتی در راستای سلامت روان در سطوح خانواده

-
1. Baskin
 2. Sommers
 3. Darke
 4. Tyner



مشاهده می‌شود. از دیگر عوارض وارده بر زنان دارای همسر معتاد که در این پژوهش شناسایی شد؛ ایجاد ارتباط عاطفی یا جسمی زنان با فردی غیر از همسر است. از آنجایی که ارتباط دو سویه زناشویی براساس حمایت و پشتیبانی طرفین نسبت به یکدیگر بنا شده است و نقش محول به مرد به صورت بارز در جایگاه حامی و پشتیبان نسبت به زن تعریف شده، از این لحاظ تلقی زنان از دریافت حمایت عاطفی، جنسی و اقتصادی از همسرانشان در این پژوهش بررسی شد و نتایج مؤید این نکته بود که این زنان به‌رغم حضور مستمر شوهران خود در منزل و در کنار هم بودن، تنها از حضور فیزیکی او بهره‌مند هستند و از نظر حمایت عاطفی، اقتصادی و جنسی از جانب همسر خود دچار کمبود هستند. در واقع صرف بودن در خانه که خود می‌تواند ناشی از وابستگی شوهر به مواد اعتیادآور باشد و خود عارضه‌ی مترتب بر اعتیاد او محسوب می‌شود، نمی‌تواند مبین حضور مثبت و مؤثر او باشد. بررسی ارتباط با فردی غیر از همسر در میان زنان مورد مطالعه نشان داد برخی از زنان با مردی غیر از همسر رابطه داشته‌اند که اکثریت این روابط از حد ارتباط کلامی و عاطفی تجاوز نکرده و تعدادی نیز به ارتباط جنسی منتهی شده است. با توجه به تفاوت‌های فردی میان افراد انسانی که بر سوابق جسمی - روانی و اجتماعی آن‌ها متکی است، واکنش افراد نسبت به شرایط پیرامونی نیز متفاوت است. به نظر می‌رسد شناسایی و بررسی این تفاوت‌های فردی در میان زنانی که به نوعی با غیر از همسر ارتباط داشته‌اند، خود نیازمند مطالعه‌ای دیگر است. مقایسه‌ی دو گروه زنان از جهت اختلال روانی نشان داد که در زنان دارای همسر معتاد، اضطراب و افسردگی بیش‌تر مشاهده می‌شود و از جهت شاخص فوق اختلاف معنادار میان دو گروه وجود دارد. شاید بتوان گفت اضطراب و افسردگی ناشی از شرایط زندگی با همسر معتاد حادث شده است و به‌عنوان یک عارضه در میان این زنان قابل طرح است. مطالعات پیشین نیز ارتباط میان افسردگی و مورد خشونت جسمی واقع‌شدن را تأیید کرده‌اند (استیوارت^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) و از آنجایی که خشونت فیزیکی و مورد آزار قرار گرفتن توسط همسر به‌عنوان یک عارضه در این پژوهش شناسایی شد، لذا به نظر می‌رسد تحقیر و صدمه دیدن، خود می‌تواند زمینه‌ی اضطراب و افسردگی این زنان را فراهم کند. از سوی دیگر فرض احتمالی نیز وجود دارد، مبنی بر اینکه اضطراب و افسردگی این زنان مقدم بر زندگی با مرد معتاد بوده و اختلالات فوق می‌تواند

زمینه ناسنجیده‌ای برای گزینش همسر بوده باشد. با انجام دادن مطالعات طولی در زندگی افراد معتاد می‌توان نتایج دقیق‌تری را به دست آورد.

در خصوص عزت نفس نیز این استدلال تعمیم‌پذیر است، زنان همسر معتاد نسبت به زنان همسر سالم از عزت نفس کم‌تری بهره برده‌اند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، زنان همسر معتاد بر اثر رفتارهای مترتب بر اعتیاد همسر هم از حمایت او محروم هستند و هم از خشونت و آزار جسمی توسط او در امان نبوده‌اند، به نظر می‌رسد شرایط مذکور به تحقیر هرچه بیش‌تر آن‌ها دامن زده و خودباوری را در آن‌ها تضعیف کرده است. پس چنانچه این زنان عزت نفس کم‌تری دارند، می‌تواند ناشی از فضای تحقیر و نادیده شدن عزت انسانی آن‌ها باشد. افراد با درجه عزت نفس بالا، در مقایسه با افراد دارای عزت نفس پایین‌تر، در موقعیت‌های مختلف، کم‌تر اضطراب دارند، کم‌تر افسرده، هیجانی و پرخاشگر می‌شوند. افرادی که عزت نفس ضعیفی دارند، از احساس تندخویی، اختلال رفتاری و اندوه رنج می‌برند. همچنین این افراد، بیش‌تر از دیگر افراد، از بی‌خوابی و نشانگان روان-تنی رنج می‌برند (گنجی، ۱۳۸۰).

نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که همبسته‌های سوء مصرف مواد مخدر و بد رفتاری در زنان با عزت نفس پایین، مهارت فائق آمدن اجتنابی^۱، روابط خانوادگی و میان فردی ضعیف و بدنام‌سازی همراه است. عزت نفس پایین اغلب با مشکلات سوء مصرف از مواد مخدر همبسته است و با روابط عشقی و دیگر روابط میان فردی مضر در هم تنیده است. برای مثال ممکن است برای زنان معتاد با عزت نفس پایین، آزمودن یا سنجش دقیق ماهیت حقیقی روابط آن‌ها مشکل باشد. در نتیجه آن‌ها ممکن است نیازشان به یک شریک (کسی که ممکن است مواد را برای آن‌ها فراهم آورد) را اغراق‌آمیز جلوه دهند (مک کلموم^۲ و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶).

بنابراین، ارزش خود پایین ممکن است در سلامت یک رابطه دوستانه مداخله کند به گونه‌ای که فرد در نهایت تنها بماند که این امر عزت نفس او را بدتر خواهد کرد (کمپ^۳ و فینکلستین^۴، ۱۹۹۷) و سرانجام فقدان سیستم حمایتی ناشی از آن، حرکت او به سمت استفاده

1. avoidant
2. McCollum
3. Camp
4. Finkelstein



از مواد مخدر را تسهیل کند. علاوه بر این زنان معتاد بیش تر از مردان معتاد شرم و گناه ناشی از مصرف مواد را تجربه می کنند (نلسون^۱ و زلاپکو و همکاران، ۱۹۹۶).

مکانیسم این رویداد را برای زنان معتادی، که به واسطه اعتیاد شوهر به سمت مواد گرایش پیدا کرده اند، می توان اینگونه توجیه کرد که زنان معتاد نگران از دست دادن بچه ها و خانواده هایشان هستند به همین دلیل اغلب مشکلات استفاده از مواد و الکل خود را نادیده گرفته یا انکار می کنند (ویسمن^۲ و او بویلی^۳، ۲۰۰۰). بدون شک پناه بردن پشت چنین راز بزرگی عزت نفس پایین، احساس شرم و گناه را در این زنان تقویت می کند. شواهد روزافزونی وجود دارد مبنی بر اینکه سطوح پایین عزت نفس تأثیر منفی بر مجموعه ای از رفتارهای مرتبط با سلامت دارد، مانند استفاده از تنباکو و وابستگی به نیکوتین (هارستتال^۴، ۱۹۹۷؛ کندلر^۵ و همکاران، ۱۹۹۹). استفاده و سوء مصرف مواد (هارستتال^۶، ۱۹۹۷؛ کندلر^۷ و همکاران، ۱۹۹۹)، اختلالات خوردن (گلاک^۸، گیلایتر^۹ و استوا^{۱۰}، ۲۰۰۱) که همگی نشانه این است که عزت نفس و رفتارهای مرتبط با سلامت به یکدیگر گره خورده اند (نقل شده در استرک^{۱۱}، کلین^{۱۲} و الیفسون^{۱۳}، ۲۰۰۴). در ضمن زنانی که شوهر معتاد دارند، به واسطه اعتیاد شوهر از حمایت های اجتماعی پایین تری بهره مند هستند که خود با بروز اختلالات روانی در آن ها همراه است (چامبرس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش دونگسا^{۱۵} (۱۹۹۸) همخوانی دارد مبنی بر اینکه

-
1. Nelson-Zlupko
 2. Weissman
 3. O'Boyle
 4. Hurstetal
 5. Kendler
 6. Hurstetal
 7. Kendler
 8. Gluck
 9. Geliebter
 10. Satov
 11. Sterk
 12. Klein
 13. Elifson
 14. Chambers
 15. Duongsaa

زنانی که شوهر یا شریک معتاد به مواد دارند، اغلب با سوء رفتار لفظی و فیزیکی، سوء رفتار جنسی، استرس عاطفی، عزت نفس پایین، فقر، فقدان امنیت اقتصادی و اجتماعی، فقدان امکانات اساسی (مانند خانه و امکانات بهداشتی) مواجه هستند. پژوهشی در کشور هند، برای مستندسازی^۱ مسائل پیش آمده برای زنانی انجام شد که یکی از اعضای مذکر خانواده آنها سوء مصرف مواد دارد؛ نتایج این پژوهش نشان داد از مهم ترین رنج هایی که این زنان از بابت اعتیاد یکی از اعضای خانواده شان متحمل می شدند، سرزنش^۲ بود، سرزنش به خاطر اینکه شاید مسئول معتاد شدن عضو خانواده خود می بودند، سرزنش به خاطر پنهان کردن موضوع از دیگران و سرزنش به خاطر حاضر نشدن به موقع برای درمان. از این رو، این زنان نه تنها قربانی شخص معتاد در خانواده می شدند، بلکه از جانب جامعه نیز متحمل زحمات بسیار می شدند. این موضوع اغلب به احساس گناه، شرم، افسردگی (۴۷٪)، اضطراب (۵۵٪)، انزوا و افکار خودکشی گرا (۳۵٪) منجر می شد (شانکردس، ۲۰۰۲).

پیرامون محدودیت های این پژوهش بایستی خاطر نشان کرد که طرح پژوهش و روش های آماری به کار رفته در پژوهش حاضر همانند تحقیق های آزمایشی توان استنباط علی بین متغیرهای مورد بررسی را ندارند، لذا نمی توان از یافته های به دست آمده به بررسی رابطه علی و معلولی پرداخت. همچنین فقدان توانایی کنترل دقیق متغیرهای مزاحم از جمله دیگر محدودیت های این پژوهش بود. بدین معنی که قطعاً نمی توان روابط بین متغیرهای مورد مطالعه را به اعتیاد یا فقدان اعتیاد همسر نسبت داد و عوامل بسیاری می توانند در شکل گیری رفتار یا حالات عاطفی افراد دخیل باشند.

زنان همسر معتاد نسبت به زنان همسر سالم با مشکلات و مسائل رفتاری بیش تری همچون سوء مصرف مواد، مشکلات قانونی، سابقه خشونت فیزیکی، ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر، درگیری عاطفی با مردی غیر از همسر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی دست به گریبان هستند. زنان همسر معتاد نسبت به زنان همسر سالم با مشکلات و مسائل رفتاری بیش تری دست به گریبان هستند. اضطراب و افسردگی و افکار خودکشی در میان زنان همسر معتاد بیش تر دیده شد و همچنین عزت نفس این گروه از زنان نسبت به زنان همسر

-
1. Documentation
 2. Burden of Blame
 3. Shankardass



سالم کم‌تر بود. پیشنهاد می‌شود، سیاست‌گذاران در خصوص تدوین برنامه‌هایی با رویکرد پیشگیری ویژه زنان دارای همسر معتاد اهتمام ورزند و نیز بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره‌ای با هدف تحت حمایت قرار دادن زنان همسر معتاد احداث شود و نیز برنامه‌های درمانی معتادان با تکیه بر توانمند سازی همسر در جهت ایجاد حمایت خانواده در فرایند درمان تنظیم شود.



منابع

جلالی، داریوش، آقایی، اصغر و رهبریان، جهانبخش (۱۳۸۵). بررسی میزان خشونت تجربه شده در زنان دارای همسر معتاد، *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، دوره ۴، شماره ۲، صفحات ۵-۲۸.

عفتی، جلیل (۱۳۷۹). *اعتیاد: پیشگیری یا درمان؟!، یزد: نیکوروش.*

علیایی زند، شهین (۱۳۸۱). مشکلات اجتماعی / ازدواج نامناسب، بستری زمینه ساز برای روسپیگری، *رفاه اجتماعی*، شماره ۵، ۱۴۲-۱۱۷، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

علیزاده، توران، فرهانی، محمدنقی، شهرآرای، مهرناز و علیزادگان، شهرزاد، (۱۳۸۴). رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور، *فصلنامه باروری و ناباروری*، صص ۱۹۴-۲۰۴.

کاویانی، حسین، صیفوریان، حسین، شریفی، ونداد و ابراهیم خانی، نرگس (۱۳۸۸). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی، *مجله دانشکده پزشکی*، دوره ۶۷، شماره ۵، صص ۳۷۹-۳۸۱.

گنجی، حمزه (۱۳۸۰). *ارزشیابی شخصیت (پرسش نامه ها)*. تهران: ساوالان.

محبوبی منش، حسین (۱۳۸۳). اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده، *کتاب زنان*، شماره ۲۲.

نارنجی ها، هومان، رفیعی، حسن، باغستانی، احمد رضا، نوری، رؤیا، غفوری، بهاره و سلیمانی نیا، لیلا (۱۳۸۶). *ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در کشور*، مرکز تحقیقات و سوء مصرف مواد (داریوش). دانشگاه بهزیستی و توانبخشی، تهران.

نصر الهی، زهرا، غفاری گولک، مرضیه و پروا، علی اکبر (۱۳۹۲). عوامل تعیین کننده طلاق در ایران با تأکید بر عوامل اقتصادی، *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*، سال ۱۱، شماره ۴، صص ۱۶۵-۱۸۶.

Baskin – sommers A., Sommers I.(2006). Methamphetamin use and violence among young adults. *Journal of criminal justice*. 34(6). 661-647.

Bjellanda I., Dahlb, A. A. Tangen Haugc, T & Neckelmann D., (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review.



- Journal of Psychosomatic Research* , 52 .p.p.: 69 – 77.
- Benetti, C. & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 41, 341-352.
- Bowles, M. A., DeHart D. & Reid Webb j. (2013). Family Influences on Female Offenders' Substance Use: The Role of Adverse Childhood Events among Incarcerated Women. *Journal of Family Violence*. Volume 27, Issue 7, pp 681-686.
- Camp, J.M. & Finkelstein, N. (1997). Parent training for women in residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14: 411-422.
- Chambers, C., Chiu, S., Scott, A. N., Tolomiczenko, G., Redelmeier, D. A., Levinson, W. & Hwang s. W. (2013). Factors Associated with Poor Mental Health Status Among Homeless Women With and Without Dependent Children. *Community Mental Health Journal*. P.p.: 1573-2789 . available at :<http://link.springer.com/article/10.1007/s10597-013-9605-7>.
- Darke s. torok M, Kaya S, Ross J & Mcketin R. (2010). Comparative rates of violent crime among regular methamphetamine and opioid users: offending and victimization . *addiction*. 105(5).p.p.: 916-919.
- Duongsaa, U. (1998). Women and Drugs: From Hard Realities to Hard Solutions. Paper on Women, Gender and Drugs. UNIFEM GENDER FACT SHEET No.6. www.unifem-eseasia.org/resources/factsheets/UNIFEMSheet6.doc. Available at :2013/2/2.
- Ellen B. & Koken J. (2012). Perspectives on Substance Use and Disclosure Among Behaviorally Bisexual Black Men With Female Primary Partners. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. Volume 11, Issue 4, p.p.:294-317.
- Gupta S., Singh Sarpal S. & Arora S. (2013). Prevalence, Pattern and Familial Effects of Substance Use Among the Male College Students –A North Indian Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*. 7(8).p.p.:1632-1636.
- Louisa G., Nabila E. B.; Mingway C.,; Elwin W.& Lolita R. (2012). Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 26(2), p.p.: 226-235.
- Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E. & Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. *Journal of Substance Abuse*. 13(1).p.p.: 51-59.
- Rahgozar,H., Mohammadi A., Yousefi S.& Piran P.(2012). The Impact of Father's Addiction on His Supportive and Economic Role in the Family and Social Relations and Socialization of the Family Members: The Case of Shiraz, Iran, asian social science , *Canadian Center of Science and Education*,Vol 8, No 2 .available at : (<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ass/article/view/14605/9969> .)
- Ronel, N., & Levy-Cahana, M. (2011). Growing-up with a substance-dependent parent: Development of subjective risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 46, 608-619. doi: 10.3109/10826084.2010.527417 .
- chafer, G. (2011). Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*, 37, 135-151.

- Shankerdass, M.K. (2002). Women and Drug Abuse: The Problem in India. United nations international druge control programme.
- Stewart, D. E., Gucciardi, E & Grace, S.L. (2004). "Depression" from Women's Health Surveillance Report: A Multidimensional Look at the Health of Canadian Women. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1):S19.
- Stover C. S & Spink A., (2012) "Affective awareness in parenting of fathers with co-occurring substance abuse and intimate partner violence", *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 5 Iss: 2, pp.74 – 85.
- Tyner EA & fremouw WJ. (2008).The Relation Of Methamphetamine Use Violence : A Critical Review . *Aggression And Violent Behavior*. 13(4).p.p.: 285-297.
- Van Oers, J.A. M., Bongers, I.M.B., Van De Goor, L.A.M. & Garretsen, H.F.L. (1999). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socio-economic status. *Alcohol and alcoholism*, 34, 78-88.
- Weissman, M. & O'Boyle , K. (2000). Women and addiction: Treatment issues and innovative program models. *The Source*, 10 (1), 17-19.
- Zigmond A.S. Snaith P.R.(1983) .The Hospital Anxiety and Depression Scale Acta *Psychiatr Scand*; 67:361-370.





نویسندگان

دکتر حسن رفیعی

Hassan 4410145@gmail.com

روان‌پزشک و استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، علاقمند به تحقیق و پژوهش در زمینه آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد هستند و طرح‌های پژوهشی و مقالات علمی پژوهشی زیادی در زمینه اعتیاد ارائه داده‌اند.

لیلافتحی

leilafathi89@gmail.com

جامعه‌شناس و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام‌نور واحد نظرآباد است. ایشان همچنین مدرس دانشگاه علمی کاربردی واحد سازمان زندان‌ها است. پژوهش درباره زنان از جمله علاقمندی‌های اوست.

رؤیا نوری

roya_noori2020@yahoo.com

جامعه‌شناس و پژوهشگر در حوزه زنان به‌ویژه اعتیاد است و تاکنون ده‌ها طرح پژوهشی و مقاله در زمینه زنان و اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی مرتبط با آن‌ها تألیف کرده‌اند.

مهدی اکبریان

mazmr84@gmail.com

پژوهشگر علوم اجتماعی، با بیش از ۹ سال سابقه پژوهشگری؛ تاکنون بیش از ۵۰ مقاله علمی پژوهشی در مجله‌های داخلی و خارجی به چاپ رسانده و مؤلف دو کتاب یکی در زمینه نزاع و درگیری و دیگری هم‌اندیشی است. موضوعات پژوهشی مورد علاقه او در زمینه آسیب‌های اجتماعی از جمله است.

دکتر هومان نارنجی‌ها

پزشک عمومی و درمان‌گر اعتیاد است. او مقالات بسیاری در حوزه اعتیاد به چاپ رساده است.

راحله کاردوانی

دانشجوی دکتری مطالعات زنان - حقوق زن در اسلام از دانشگاه تربیت مدرس است و به پژوهش در حوزه زنان علاقه دارد.

انسیه ساداتی

کارشناس ارشد مطالعات زنان - حقوق زن در اسلام از دانشگاه تربیت مدرس است و به پژوهش در حوزه زنان علاقه دارد.

