

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، احساسات عاطفی و ابراز رضایت از

همسر در زنان شوهر معناد و زنان شوهر سالم

رؤیا نوری^۱، حسن رفیعی^۲، مهدی اکبریان^۳، هومان نارنجی^۴

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، احساسات عاطفی و روابط با همسر در زنان همسر معناد و زنان همسر سالم است. این پژوهش به روش مقطعی (علی مقایسه‌ای) بین دو گروه زنان همسر معناد و زنان همسر سالم انجام شد. در کل ۴۰۰ نفر از زنان (۲۰۰ زن همسر معناد و ۲۰۰ زن همسر سالم) مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد احساسات منفی از قبیل بدگمانی و بی اعتمادی، حقارت و ناتوانی، خجالت و شرمندگی، ترس و نگرانی، عدم امنیت، ناامیدی و پرخاشگری زنان همسر معناد نسبت به زنان همسر سالم بیشتر است. زنان همسر معناد از پایداری هیجانی و وظیفه‌شناسی کمتری نسبت به زنان همسر سالم برخوردارند، همچنین زنان همسر معناد از حضور همسر در منزل، حمایت عاطفی، حمایت اقتصادی و رضایت جنسی از همسر ابراز رضایت کمتری داشتند.

واژگان کلیدی: مواد مخدر، زنان همسر معناد، احساسات عاطفی، ویژگی‌های شخصیتی،

پرخاشگری

^۱ - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، مدیر واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره

^۲ - روانپزشک و MPH، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۳ - کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

^۴ - پزشک عمومی و MPH

مقدمه

اعتیاد یکی از معضلاتی است که امروزه نه تنها زندگی میلیون‌ها انسان را به خطر انداخته، بلکه خانواده و نزدیکان آن‌ها را نیز با مشکلات زیادی رو به رو ساخته است. ناسازگاری زناشویی و شکست خانوادگی از پیامدهای جدی سوء مصرف مواد مخدر و مواد محرک است. فشار مالی، خشونت خانوادگی، تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌ها، و رفتارهای غیر قابل پذیرش اجتماعی مانند روابط خارج از زناشویی^۱ همگی به آشفتگی^۲ وضعیت خانواده می‌انجامد (کتاب زنان^۳، ۲۰۰۳). روند مصرف مواد اعتیادآور به سمت از هم پاشیدگی نهاد خانواده حرکت می‌کند؛ نهادی که بنیان ساختار اجتماعی بر آن استوار است. رویکرد مطالعات اخیر در حوزه سبب‌شناسی اعتیاد با لحاظ کردن اهمیت ساختارهای مهم همچون خانواده، لزوم به‌کارگیری دقیق‌تر راه‌های پیشگیرانه را مورد توجه قرار می‌دهد. پیشگیری به عنوان راهبردی عقلانی در برابر آسیب‌های جامعه انسانی با تمرکز بر خانواده، مدرسه و محل‌های کار و زندگی از مهم‌ترین ابزار مبارزه علیه مواد محسوب می‌شود.

امروزه شاهد رشد چشمگیر مصرف مواد محرک به ویژه مت‌آمفتامین‌ها در کشور هستیم که بیشترین پتانسیل ایجاد آسیب‌های روانی، فیزیکی و اجتماعی را دارند. برآیند کنش متقابل میان عوامل اجتماعی و عوامل فردی حاکم بر شرایط موجود در خانواده‌ای که یکی از اعضاء، مصرف‌کننده مواد است، بروز عوارض نابهنجار رفتاری است که سازمان خانواده را به سوی عدم انتظام و همبستگی سوق می‌دهد. وجود عارضه اعتیاد در خانواده به عنوان یک نظام به دیگر بخش‌ها منتقل شده و کل سیستم را در معرض خطر ابتلا به عوارض متعدد قرار داده است. بدیهی است خانواده به عنوان یک سیستم با وجود آسیب‌دیدگی ناشی از اختلال در کارکرد اعضاء به سمت ناکارآمدی حرکت می‌کند (نوری و همکاران، ۱۳۸۶). شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق‌های کشور ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر است و ۶۰٪ علل درخواست طلاق از سوی زنان، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه است (شورای فرهنگی اجتماعی زنان، ۱۳۸۲). در گزارش دیگری آمده است که ۲۳/۵٪ از موارد طلاق به علت اعتیاد همسر بوده است (محبوبی منش، ۱۳۸۲). از آن جایی که رابطه بین زن و شوهر به عنوان بخشی از روابط خانوادگی از اهمیت به سزایی برخوردار است (ناس بوم، گمبل،

¹ extra-marital

² disharmony

³ women book

(۲۰۰۱) و این رابطه دارای جنبه‌های عاطفی، روانی و جنسی بوده (منسفیلد، کوچ و گیراچ، ۲۰۰۳؛ از و همکاران، ۲۰۰۶؛ لو و همکاران، ۲۰۰۲) پرداختن به این موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است. از این رو پژوهش حاضر بر آن است تا با مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، احساسات عاطفی و ابراز رضایت از همسر در زنان شوهر معتاد و زنان شوهر سالم برخی از عوامل تهدید کننده زندگی در زنان همسر معتاد را شناسایی کند.

پیشینه تحقیق

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی‌ترین مسئله اجتماعی در ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، پزشکی، اقتصادی، سیاسی و... دارد. بیش از ۶۰٪ از زندانیان کشور به جهت اعتیاد و قاچاق مواد مخدر مجرم شناخته شده‌اند (شورای فرهنگی اجتماعی، ۱۳۸۲). اکثریت معتادان به مواد مخدر را مردان تشکیل می‌دهند و در نقش همسر و یا پدری معتاد تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیب عمیق بر کيان خانواده محسوب می‌شوند.

بر اساس گزارشهای آماری اکثر معتادان مردان متاهل هستند که ۸۶٪ آنها دارای یک تا شش فرزند هستند، به عبارت دیگر میانگین بعد خانوار معتادان حدود ۴ نفر است. چنانچه تعداد معتادان کشور را در تعداد اعضای خانواده آنها ضرب کنیم و بستگان نزدیک این افراد را نیز به شمار آوریم، طیف گسترده‌ای از افراد در معرض آسیب‌های ناشی از اعتیاد هستند. شدیدترین آسیب خانوادگی اعتیاد به مواد مخدر بر روابط عاطفی، جنسی و روانی زن و شوهر در خانواده است. اعتیاد شوهر به انزوای دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، جر و بحث و درگیری و نزاع بین زن و شوهر منتهی می‌شود. این وضعیت تأثیرات نامطلوبی بر شخصیت فرزندان می‌گذارد. از دیگر تبعات اعتیاد مردان، تضعیف قوای جنسی است. افراد معتاد، دچار افت برانگیختگی جنسی هستند که در کنار وضعیت فیزیولوژیک و روانشناختی آنان، موجب می‌شود نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی نسبت به روابط زناشویی خود پیدا کنند. معتادان و همسران آنها معمولاً تبادل عاطفی بسیار کمی دارند. این وضعیت نارضایتی از روابط زناشویی را تشدید می‌کند و تأثیر نامطلوبی بر روابط زناشویی دارد، زیرا اختلال روابط زناشویی، علاوه بر مشکلات جسمی و روانی برای زنان، بسیاری از آنان را به جهت بی‌تفاوتی و بی‌غیرتی همسر معتاد، به سوی برقراری روابط نامشروع سوق می‌دهد؛ البته اتخاذ این رویه مشروط به ویژگی‌های فردی، تربیتی و مذهبی زنان است.

سلامت و نیازهای سلامتی زنان و مردان به سبب تفاوت بدن‌هایشان، تفاوت در چگونگی زندگی، کار و نقش اجتماعی آنها، و همچنین تفاوت در پرورش یافتن به عنوان کودک متفاوت است. برای مثال زنان بطور کلی امنیت مالی کمتری دارند. همچنین خطر قربانی شدن‌های میان فردی از قبیل سوءمصرف در دوران کودکی، سوء مصرف جنسی و خشونت از سوی شریک جنسی صمیمی برای زنان بیشتر است و استفاده از مواد مخدر و مشکلات سلامت به فراوانی در میان زنانی که قربانی خشونت، تروما، و سوء مصرف شده‌اند به چشم می‌خورد. همپوشانی این موارد به گروه کوچکی از زنان اختصاص ندارد، بطوریکه ۲/۳ زنان مصرف کننده‌ی مواد مخدر گزارش کرده‌اند که اخیراً مشکلات سلامت روانی را تجربه کرده‌اند که اغلب با تجارب سوء استفاده جسمی و جنسی در کودکی و بزرگسالی مرتبط است (گروه کار زنان^۱، ۲۰۰۶). سلامت روان زنان باید در بافت زندگی زنان، شامل نقش یگانه‌ی آنان در تولید مثل، خانواده و جامعه، و وضعیت اجتماعی - اقتصادی اغلب پائین‌تر آنها درک شود. بنابراین سلامت روانی زنان بدون دستیابی یکسان به حقوق اساسی انسان (استقلال فرد، تحصیلات، امنیت شغلی، حقوق قانونی و دارایی‌ها، استخدام، سلامت جسمی از قبیل حقوق جنسی و تولید مثلی، دستیابی به مراکز بهداشتی، آب و غذا و پناهگاه مناسب) امکان پذیر نیست، و این امر نیازمند حذف خشونت، و تبعیض‌ها است (همان منبع).

زنانی که خودشان، مصرف کننده مواد نیستند، بلکه در خانواده ای زندگی می‌کنند که در آن، مرد یا مردان خانواده سوءمصرف مواد دارند، تحت تأثیر این سوءمصرف قرار می‌گیرند. مادران، همسران، خواهران، و دختران مردان سوءمصرف کننده مواد اغلب سعی می‌کنند سوءمصرف اعضای خانواده خود را کاهش داده یا پنهان کنند و در نتیجه انجام این کار، ممکن است از پیامدهای منفی سلامتی، اجتماعی و اقتصادی - مانند خشونت خانوادگی - آسیب ببینند (دونگسا، ۱۹۹۸).

بطور کلی زنانی که شوهر یا شریک معتاد به مواد دارند، اغلب از موارد زیر رنج می‌برند:

- سوءرفتار لفظی و فیزیکی
- سوءرفتار جنسی
- استرس عاطفی
- عزت نفس پایین
- فقر

¹ Ad Hoc Working Group on Women, 2006

- عدم امنیت اقتصادی و اجتماعی
 - فقدان امکانات اساسی (مانند خانه و امکانات بهداشتی) (همان منبع)
- دختران پدرانی که مصرف کننده مواد هستند، آسیب پذیری بیشتری دارند که باید مورد توجه خاص قرار گیرد. این دختران:
- از نظر اقتصادی، وابسته به خانواده هستند و نمی‌توانند به طور مستقل برای خودشان تصمیم بگیرند.
 - طوری تربیت شده‌اند که از پدرانشان اطاعت محض داشته باشند، صرف نظر از پیامدهای این واقعیت که پدرشان، مصرف کننده مواد است. برخی از این دختران، ممکن است به عنوان حامل کننده مواد مورد استفاده پدرانشان قرار گیرند.
 - ممکن است به روسپی‌گری وادار شوند تا از این راه، هزینه اعتیاد پدرانشان تأمین شود.
 - اغلب طوری تربیت و اجتماعی می‌شوند تا بدون اظهار شکایت و شکوه، در چرخه معیوب^۱ اطاعت و تسلیم شدن به مردان زندگی کنند.
 - دسترسی کمتری به آموزش و مهارت آموزی دارند (همان منبع)
- نتایج تحقیقات نشان می‌دهد زنان نسبت به مردان بیشتر تشخیص مشکلات سلامت روان به ویژه افسردگی و اضطراب را دریافت کرده و بیشتر از داروهای روان پزشکی از جمله افسردگی و اضطراب استفاده می‌کنند. عوامل خطر ساز برای افسردگی زنان عبارتند از فقر، اقلیت نژادی، داشتن تجارب زندگی منفی عمده شامل خشونت جسمی و جنسی، و عدم توجه و رسیدگی از سوی مراقبان مسئولیت ناپذیر. دیگر عوامل خطر شامل احساس تسلط پائین و احساس درهم شکستگی^۲، فقدان حمایت اجتماعی، درد با شدت زیاد، دیگر بیماری‌های مزمن جسمی یا ذهنی، شاخص زیاد توده‌ی بدن، سیگار کشیدن، و تجربه‌ی قبلی افسردگی (استوارت و همکاران، ۲۰۰۴).
- تحقیقات نشان می‌دهد بیش از یک سوم نرخ شیوع افسردگی در زنان به سبب نرخ افزایش یافته‌ی سوء استفاده جنسی در کودکی است. دیگر تحقیقات نشان می‌دهد زنانی که فلاکت اجتماعی را تجربه می‌کنند نسبت به زنان دیگر پاسخ ضعیف‌تری به داروهای ضد افسردگی نشان می‌دهند. چاپل (۱۹۹۹) استدلال می‌کند که سلامت روانی زنان نمی‌تواند خارج از شرایط اجتماعی که زنان در آن زندگی می‌کنند - که مشخصه‌ی آن بی‌عدالتی اجتماعی است - فهمیده شود. همه‌ی این شرایط بر نوع

¹ Vicious Circle

² overwhelmed

مشکلات زنان، چگونگی تغییر و تحول این مشکلات و درمان آنها تاثیر گذار است (گروه کار زنان، ۲۰۰۶).

پژوهشی در این مورد برای مستندسازی مسائل پیش آمده برای زنانی که یکی از اعضای مذكر خانواده‌شان سوءمصرف مواد دارد، در کشور هند انجام گرفت. در این پژوهش، سلامتی اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی این زنان و پیامدهای روان شناختی این مسئله مورد سنجش قرار گرفت (شانکشارداس و همکاران، ۲۰۰۲). این مطالعه، در اصل، مطالعه‌ای کیفی و اکتشافی بود. برای انجام این مطالعه، با ۱۷۹ نفر از زنانی که یکی از اعضای مذكر خانواده شان در حال حاضر، سوءمصرف دارو داشت، مصاحبه انجام شد.

یکی از مهمترین رنج‌هایی که این زنان از بابت اعتیاد یکی از اعضای خانواده‌شان متحمل می‌شدند، سرزنش^۱ بود؛ سرزنش به خاطر اینکه شاید مسئول معتاد شدن عضو خانواده‌شان می‌بودند، 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 بودند، بلکه از جانب جامعه نیز متحمل زحمات بسیار می‌شدند. این موضوع اغلب منجر به احساس گناه، شرم، افسردگی (۴۷ درصد)، اضطراب (۵۵ درصد)، انزوا و تمایل به خودکشی (۳۵ درصد) می‌شد.

بسیاری از زنان حاضر در تحقیق، علاوه بر ناراحتی عاطفی، مبتلا به مسائل و مشکلات سلامتی چندی نیز بودند، از جمله کاهش وزن (۴۰ درصد)، دردهای جسمانی مزمن (۲۳ درصد) و بی‌خوابی (۴۷ درصد). اکثریت این زنان در جست و جوی هیچ کمکی برای مشکلات فوق‌الذکر نبودند، حتی در موارد عمومی‌تری مانند بیماری قند یا فشار خون بالا نیز به دنبال کمک گرفتن از دیگران نبودند. بسیاری از این زنان فکر می‌کردند که اگر عضو معتاد خانواده‌شان این عادت خود را کنار بگذارد، مشکلات جسمانی و روانی آنها نیز خود به خود حل خواهد شد. خشونت جسمی (۴۳ درصد) و پرخاشگری کلامی (۵۰ درصد) در مورد این زنان گزارش شد. خشونت جسمی دامنه گسترده‌ای از «سیلی خوردن» تا «پرتاب شدن به طرف دیوار» را شامل بود.

¹ Burden of Blame

چارچوب نظری

پنج حوزه ای که یک نظریه شخصیت به آن می پردازد به شرح ذیل هستند:

ساختار شخصیت ۲- جنبه‌های پویا از جمله انگیزه‌ها ۳- نمو و رشد شخصیت ۴- آسیب شناسی یا علل کنش‌های ناسازگارانه و ۵- تغییر، افراد چگونه تغییر می‌کنند و چرا گاهی در برابر آن مقاومت می‌کنند یا قادر به آن نیستند (پروین و جان، ۱۳۸۶). اولین تلاش‌ها برای توجیح رفتار افراد از نوع تیپ شناسی بود که در آن رفتار در طبقات و دسته‌های مجزا و همه یا هیچ جای می‌گیرد. تیپ شناسی قدمتی چند هزارساله دارد برای مثال بقراط پزشک یونانی، انسان‌ها را به چهار تیپ سوداوی، صفراوی، بلغمی و دموی تقسیم می‌کرد (رایکمن، ۱۳۸۷). تا پایان نیمه اول قرن بیستم رویکرد غالب چه در روانکاوای فرویدی (پروین و جان، ۱۳۸۶) و چه در مباحث پروان او نظیر یونگ، آدلر، هورنای، اریکسون، فروم و کوهارت با وجود اختلاف نظرات زیاد آن‌ها با یک‌دیگر، نشان دادن تفاوت‌های فردی در غالب تیپ سازی بوده است (رایکمن، ۱۳۸۷).

الگوی ارتباطی^۱

فینکلستین (۱۹۹۶ به نقل از پرایس و سیمل، ۲۰۰۲) الگویی را برای درک مشکلات زنان در معرض خطر اعتیاد ارائه کرده است که بر اهمیت روابط زنان با دیگران، در طول دوران رشد و بعد از آن تأکید فراوان دارد. این چارچوب نشان می‌دهد که زنان، تمایلی ذاتی^۲ برای ایجاد ارتباط دارند و نگاه آنها نسبت به خود، از طریق روابط، تعاملات، پیوندها و همکاری با دیگران رشد می‌یابد (میلر، ۱۹۹۱). با دانستن این که "خود" در بافت و درون روابط مهم شخص شکل می‌گیرد و تغییر می‌کند، می‌بینیم که عدم ارتباط با دیگران یا وجود مشکل در ارتباط با دیگران، سرچشمه مشکلات روان-شناختی زیادی می‌شود. این عدم ارتباط یا مشکلات ارتباطی، شامل مواردی مانند جدایی از خانواده یا والدین، طلاق، خشونت، و سوء استفاده جنسی است. می‌توان از تئوری گیلیگان^۳ (۱۹۸۸) و اکتشافات تجربی در مورد هویت زنان و تحول حس اخلاقی نتیجه‌گیری کرد هویت از طریق بدست آوردن صداها و دیدگاه‌ها شکل می‌گیرد، و خود از طریق تجربه‌ی درگیری با صداها و نقطه نظرات مختلف شناخته می‌شود (ص ۱۵۳). هر دو دیدگاه

^۱ Relational

^۲ Inherent

^۳ Gilligan

(گیلیگان و میلر) فرایند رسش^۱ زنان را متفاوت از مردان توصیف می‌کنند. بدین معنی که هم استقلال و هم وابستگی به روابط خانوادگی است که زن جوان را رشد می‌دهد. مشارکت و تقویت پیوندهای خانوادگی خود-هشیاری^۲ و شناخت را پرورش می‌دهد. این روابط رشد را به تاخیر نمی‌اندازد و یا به معنی ایستایی رشد فردی نیست. ارتباط و وفاداری نسبت به دوستان و اعضای خانواده ویژگی‌های ارزشمندی هستند. این موارد همگی برخلاف نظریه‌های سنتی تحول هویت هستند که فرض می‌کنند رسش (بالیدگی) عبارت است از تفرد کامل از سیستم خانواده، خود مختاری^۳ و جدایی^۴ استانداردهای ایده‌آل رشد هستند و اغلب به عنوان شاخص‌هایی برای تحول سالم در نظر گرفته می‌شوند (اریکسون، ۱۹۵۰). بنابراین با توجه به تاکید فرهنگی بر عدم وابستگی، نیاز زنان به معاشرت با دیگران به یک تعارض درونی می‌انجامد، چرا که ادراکات و آرزوهای او سرکوب می‌شود و از احساس درونی خود در خصوص مسئولیت پذیری در مورد دیگران دلسرد می‌شود. در نتیجه زنان اغلب با احساس درونی‌شان در مورد خود تراضی می‌کنند تا در رابطه با دیگران باقی بمانند. آنها یاد می‌گیرند تا با هزینه کردن خود، از روابطشان محافظت کنند (لرنر، ۱۹۸۸). در زنان روابط شکست خورده، انزوا و عدم ارتباط به فراوانی با عزت نفس پائین و اضطراب مرتبط است (کمپ و فینکل اشتاین، ۱۹۹۷). تحقیقات زیادی همبستگی میان مشکلات ارتباطی (یعنی فقدان یک فرد محبوب) و شروع افسردگی را نشان داده‌اند (فینکل اشتاین، ۱۹۹۶).

بنابراین با توجه به اهمیت ذاتی ارتباط برای نوع بشر و به ویژه زنان و با در نظر گرفتن مفروضات نظریه‌ی سیستمی در خانواده درمانی، می‌توان استدلال کرد که برقراری ارتباط با فرد معتاد می‌تواند زمینه‌ی بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی را فراهم آورد، به خصوص اینکه شخص معتاد همسر فرد باشد. از طرف دیگر رویکردهای صفتی در شخصیت نیز قدمتی کهن دارند. در این رویکردها، تفاوت‌های شخصیتی افراد بر اساس صفاتی که در رفتار خود بروز می‌دهند ارزیابی می‌شوند. مدل‌های عاملی شخصیت از اواسط دهه ۱۹۶۰ میلادی با بسط رویکردهای صفتی شخصیت به عنوان مدل‌های جایگزین و تکمیل کننده مدل‌های تیپ‌شناسی متداول شده‌اند (رایکمن، ۱۳۸۷).

¹ maturation

² self-awareness

³ Autonomy

⁴ separation

آزمون پنج عامل شخصیت، در تمام طول زندگی ثبات دارد (رابرت و دلوچیو، ۲۰۰۰)، در میان بسیاری از فرهنگ‌ها اجرا شده است (مک کر و کاستا، ۱۹۹۷)، و طیف وسیعی از نتایج شامل پیشرفت شغلی (بارک و مانت، ۱۹۹۱)، پیشرفت تحصیلی (رابینز، جان، کاسپی، ۱۹۹۸)، بزهکاری (جان، کاسپی، موفیت، استات هامر-لوپر، ۱۹۹۴)، اختلالات شخصیت (کاستا و ودیگران، ۱۹۹۴)، سازگاری (گرازیانو و وارد، ۱۹۹۲) و طلاق (کرامر، ۱۹۹۳) را پیش‌بینی می‌کند.

ویژگی‌های مزاجی اصلی که عمدتاً ریشه در تفاوت‌های فردی دارند، تمایلات رفتاری و عاطفی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای مثال افرادی که برای تجربه‌ی عواطف منفی آستانه‌ی پائینی دارند، در مورد خودشان نیز احساس منفی دارند (واستون و کلارک، ۱۹۸۴)، همچنین افرادی که به لحاظ هیجانی مثبت هستند احتمالاً برون‌گرایی^۱ و عزت نفس بالایی دارند (دنو و کوپر، ۱۹۹۸). این پژوهش در صدد است تا با تکیه بر چارچوب نظری که از تلفیق نظریه الگوی ارتباطی و رویکردهای صفتی در شخصیت با بهره‌گیری از نظریه سیستمی خانواده طراحی کرده، دو گروه از زنان (همسر معتاد و همسر سالم) را مورد مقایسه قرار داده و برخی از صفات بارز شخصیتی، احساسات منفی و میزان رضایت‌مندی از زندگی با همسر را بین این دو گروه تبیین کند.

- فرضیه‌های تحقیق

- زنان همسر معتاد با زنان همسر غیر معتاد از نظر عوامل شخصیتی تفاوت معنادار دارند.
- زنان همسر معتاد با زنان همسر غیر معتاد از نظر احساسات منفی تفاوت معنادار دارند.
- زنان همسر معتاد با زنان همسر غیر معتاد از نظر میزان رضایت‌مندی از زندگی با همسر تفاوت معنادار دارند.

روش تحقیق

این پژوهش به روش مقطعی (علی - مقایسه ای) بین دو گروه زنان همسر معتاد و زنان همسر سالم انجام شد. بر اساس فرمول‌های آماری مربوطه در کل ۴۰۰ نفر از زنان (۲۰۰ زن همسر معتاد و ۲۰۰ زن همسر سالم) مورد مطالعه قرار گرفتند. زنان همسر معتاد در میان سه گروه از زنان دارای همسر معتاد (همسران معتادان زندانی، همسران معتادان مراجع به مراکز درمانی، و همسران سایر

¹ Extraversion

معتادان) انتخاب شدند. برای انتخاب زنان همسر سالم نیز به صورت تصادفی به سراغ ساکنین همان مناطقی که به عنوان گروه زنان همسر معتاد انتخاب شدند، رفته و با در نظر گرفتن همتا بودن آنها از نظر منطقه محل سکونت، سطح تحصیلات و سن به اجرای پرسشنامه روی آنها پرداختیم تا حجم نمونه تکمیل شد.

معیارهای ورود به مطالعه برای زنان همسر معتاد عبارت بود از این که همسر در زمان مطالعه معتاد باشد (شامل معتادانی که به مراکز درمانی اعتیاد مراجعه می کنند، معتادان زندانی و سایر معتادان)، 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 همسر سالم عبارت بود از این که همسر در طول 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 این که افراد برای شرکت در پژوهش همکاری نکنند و یا این که از عدم پاسخ صادقانه افراد به سؤالات اطمینان یابیم. همچنین زنانی که قبل از ازدواج مصرف کننده مواد بودند و یا همسران آنها معتادان کارتن خواب بودند از مطالعه خارج شدند. نمونه گیری از زنان همسر معتادی که به مراکز درمانی مراجعه می کردند و نیز زنان همسر معتادی که همسرانشان در زندان به سر می بردند به روش تصادفی صورت گرفت. سپس به روش گلوله برفی با پرسش از این دو گروه به گروه سوم یعنی معتادان خیابانی دست یافتیم. چکلیست حاوی ویژگی های دموگرافیک و صفات بارز، پرسشنامه ۵ عامل شخصیت (الگوی شخصیت ۵ عامل) استفاده شد و اطلاعات کلیه شرکت کنندگان از طریق اجرای فردی به صورت مصاحبه رو در رو با آنان ثبت شد. این ساخت پنج عاملی به وسیله نورمن^۱، بارگاتا^۲، دیگمن^۳ و تاکه موتو- چاک^۴ از فهرست ۳۵ متغیری کتل^۵ اقتباس شده است. این عوامل نوعاً به این ترتیب نامیده می شوند:

۱. برونگرایی (حراف، باجرات، پرنیرو)

۲. سازگاری (نرم خو، همدل، قابل اعتماد)

¹ Norman

² Borgatta

³ Digman

⁴ Takemoto-Chock

⁵ Cattell

۳. وظیفه‌شناسی (منظم، مسئول، مورد اعتماد)

۴. ثبات هیجانی در مقابل روان رنجورخویی (آرام، غیرنوروتیک، مقاوم در مقابل افسردگی)

۵. گشودگی در برابر تجربه (معقول، با تخیل قوی، با فکر مستقل)

این عوامل در نهایت با نام "پنج عامل اصلی شخصیت"^۱ مشهور شدند، عنوانی که نه تنها برای منعکس کردن بزرگی ذاتی آنها، بلکه برای تأکید بر این امر انتخاب شد که هر کدام از این پنج عامل، خود به تنهایی بسیار گسترده است. بنابراین، این ساخت پنج عاملی اصراری ندارد که تفاوت‌های شخصیتی را می‌توان به تنها پنج خصیصه کاهش داد. در مقابل، این پنج بعد، شخصیت را در گسترده ترین سطح انتزاع نشان می‌دهند، و هر بعد، تعداد زیادی از خصوصیات شخصیتی خاص و مجزا را در بر می‌گیرد (جان، او، پی و اسریواستوا، ۱۹۹۹). این پرسشنامه برای ارزیابی هر یک از ابعاد پنج عامل شخصیت ۱۰ گویه مثبت و منفی دارد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت محاسبه می‌شود. این پرسشنامه پایایی و روایی خوبی دارد و در تحقیقات مختلفی از آن استفاده شده است (گلدبرگ، ۱۹۹۹). خرمایی (۱۳۸۵) پایایی و روایی این پرسشنامه را در فرهنگ ایران به صورت گسترده بررسی و تأیید کرده است. به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. میزان ضریب آلفا برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس برونگرایی (حراف، باجرات، پرنیرو) ۰/۷۸، سازگاری (نرم خو، همدل، قابل اعتماد) ۰/۸۴، وظیفه شناسی (منظم، مسئول، مورد اعتماد) ۰/۸۱، ثبات هیجانی در مقابل روان رنجورخویی (آرام، غیرنوروتیک، مقاوم در مقابل افسردگی) ۰/۷۹، گشودگی در برابر تجربه (معقول، با تخیل قوی، با فکر مستقل) ۰/۸۰ بود که نشانه پایایی مطلوب خرده مقیاس‌های مختلف این مقیاس است. آنالیز آماری با استفاده نرم spss انجام شد. متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و متغیرهای کیفی با استفاده از جدول فراوانی توصیف شد. مقایسه نمره ویژگی‌های شخصیت در دو گروه زنان همسر معناد و زنان همسر سالم با استفاده از آزمون تی و همچنین مقایسه نمره احساسات عاطفی و سطح رضایت از همسر در دو گروه زنان همسر معناد و زنان همسر سالم با استفاده از آزمون ناپارامتری یو من ویتنی مورد آزمون قرار گرفت.

^۱ Big Five

یافته ها

جدول شماره ۱: مقایسه زنان همسر معناد و گروه شاهد از نظر خصوصیات پایه

گروه ها متغیرها	زنان همسر معناد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
داشتن فرزند	۱۱۱	۷۴	۱۳۹	۷۲	۰/۶۸۳
فقدان تحصیلات دانشگاهی	۴۵	۲۹/۸	۷۴	۳۸/۵	۰/۰۹۱
خانه دار 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	۱۱/۸۰۶۷	۷/۴۹۰۸	۱۱/۲۸۶۸	۸/۸۴۴۲	۰/۵۵۹

بررسی خصوصیات پایه در افراد شرکت کننده در پژوهش نشان داد که دو گروه زنان همسر معناد و گروه شاهد از نظر دارا بودن فرزند، سطح تحصیلات و شغل خانه داری اختلاف معنی دار آماری نداشتند ($p > 0/05$). از این رو دو گروه با هم همتا بودند.

جدول شماره ۲: مقایسه دو گروه از نظر خصوصیات شخصیتی

گروه ها متغیرها	زنان همسر معناد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
برونگرایی	۳۰/۲	۶/۱	۲۹/۷	۵/۲	۰/۴۱۵
وظیفه شناسی	۳۴/۸	۶/۵	۳۷/۳	۶/۲	<0/001
پایداری هیجانی	۲۷/۴	۶/۷	۳۱/۰	۶/۶	<0/001
توافق	۳۸/۳	۵/۵	۳۹/۵	۵/۳	۰/۰۵۵
گشودگی به تجربه	۳۴/۳	۵/۷	۳۴/۵	۶/۹	۰/۸۰۳

به منظور مقایسه خصوصیات شخصیتی دو گروه، ۵ عامل بزرگ شخصیتی مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج حاکی از آن است که زنان همسر معتاد از نظر خصوصیات شخصیتی وظیفه‌شناسی و پایداری هیجانی نمرات کمتری نسبت به گروه شاهد کسب کرده‌اند و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/001$)، اما دو گروه در خصوصیات برونگرایی، توافق و گشودگی به تجربه اختلاف معنی‌دار نشان ندادند ($p > 0/05$).

جدول شماره ۳: مقایسه دو گروه همسر معتاد و همسر سالم از لحاظ عارضه احساسات منفی

گروه‌ها احساسات	زنان همسر معتاد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	میان	Q1-Q3	میان	Q1-Q3	
بدگمانی و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران	۵	۳-۷	۳	۱-۵	$<0/001$
حقارت و ناتوانی	۰	۰-۳	۰	۰-۰	$<0/001$
خجالت و شرمندگی	۲	۱-۵	۰	۰-۳	$<0/001$
ترس و نگرانی	۲	۱-۶	۱	۰-۲	$<0/001$
عدم امنیت	۵	۳-۹	۳	۰-۵	$<0/001$
ناامیدی	۵	۲-۹	۱	۰-۴	$<0/001$
پرخاشگری	۵	۲-۸	۲	۰-۵	$<0/001$

دو گروه زنان همسر معتاد و گروه شاهد از نظر احساسات منفی مورد مقایسه قرار گرفتند. میانه انواع احساسات منفی در دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری نشان داد ($p < 0/001$). بدگمانی و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران ($p < 0/001$)، حقارت و ناتوانی ($p < 0/001$)، خجالت و شرمندگی ($p < 0/001$)، ترس و نگرانی ($p < 0/001$)، عدم امنیت ($p < 0/001$)، ناامیدی ($p < 0/001$)، پرخاشگری ($p < 0/001$) در زنان همسر معتاد نسبت به زنان همسر سالم بیشتر گزارش شد.

جدول شماره ۴: مقایسه دو گروه همسر معناد و همسر سالم از نظر سطح رضایت از همسر

گروهها متغیرها	زنان همسر معناد		گروه شاهد		آزمون معناداری
	میان	Q1-Q3	میان	Q1-Q3	
رضایت از حضور همسر در منزل	۱۰	۱۰-۱۰	۹	۱۰-۱۰	$<0/001$
رضایت از حمایت عاطفی همسر	۶	۲-۸	۹	۷-۱۰	$<0/001$
رضایت از حمایت اقتصادی همسر	۵	۱-۷	۹	۷-۱۰	$<0/001$
رضایت جنسی از همسر	۵	۲-۸	۹	۷-۱۰	$<0/001$

مقایسه دو گروه زنان همسر معناد و گروه شاهد از نظر رضایت‌مندی از همسر حاکی از اختلاف معنی‌دار آماری میان آنها بود ($p<0/001$). رضایت از حضور همسر در منزل ($p<0/001$)، رضایت از حمایت عاطفی همسر ($p<0/001$)، رضایت از حمایت اقتصادی همسر ($p<0/001$)، رضایت جنسی از همسر ($p<0/001$) در زنان همسر معناد نسبت به زنان همسر سالم کمتر گزارش شد.

بحث

در این پژوهش ۴۰۰ نفر از زنان (۲۰۰ زن همسر معناد و ۲۰۰ زن همسر سالم) مورد مطالعه قرار گرفتند. مقایسه ویژگی‌های شخصیتی دو گروه زنان همسر سالم و همسر معناد حاکی از این امر است که زنان شوهر معناد از ثبات هیجانی کمتری برخوردارند که شاید این وضعیت مؤخر بر زندگی با مرد معناد باشد. اما این نکته را نیز نباید از نظر دور داشت که چنانچه ویژگی ناپایداری هیجانی مقدم بر ازدواج با فردی معناد باشد، خود می‌تواند عامل مؤثری در گزینش نامناسب همسر باشد. در عین حال شرایط زندگی با فرد معناد نیز ممکن است به تشدید چنین ویژگی شخصیتی در این زنان کمک کند. زنان همسر معناد از وظیفه‌شناسی کمتری نسبت به زنان همسر سالم برخوردارند که این ویژگی نیز می‌تواند مقدم یا مؤخر بر زندگی با مرد معناد باشد. چنانچه فردی به عنصر وظیفه‌شناسی آگاه نبوده و عامل به آن نباشد به وظیفه و نقش خود در قبال انتخاب همسر و سلامت نسل آینده نیز اشراف نداشته

و فرایند گزینش همسر را مبتنی بر اهداف کوتاه مدت و احساسات مقطعی صورت می‌دهد. از سوی دیگر فضای عدم وظیفه شناسی در خانواده‌ای با همسر معتاد، افراد را به تعامل منفی و غیر مسئولانه سوق می‌دهد و ضایعه فوق در فضای کنشی موجود عمیق و عمیق تر می‌شود، فضایی که فرصت و امکان ارتقای ویژگی‌های شخصیتی و اصلاح و تعدیل نابهنجاری‌های موجود را از اعضا سلب می‌کند. بررسی احساسات عاطفی در دو گروه نشان می‌دهد زنان همسر معتاد نسبت به زنان همسر سالم، بی-اعتمادی و بدگمانی بیشتری نسبت به پیرامون خود دارند. همچنین آنان خود را ناتوان و تحقیر شده می‌دانند و با حس ترس و نگرانی از آینده نامعلوم زندگی می‌کنند و احساس عدم امنیت روانی و جسمانی را به عنوان حس غالب در خود بیان می‌کنند. این زنان نسبت به زنان شوهر سالم احساس خجالت و شرم بیشتری داشته که به نظر می‌رسد، این شرم ناشی از رفتار همسر در میان خانواده، اطرافیان و جامعه آنها را احاطه کرده است. شاید بتوان گفت همواره در میان گروهی از افراد میزانی از ناامیدی مشاهده می‌شود. اما بررسی در این تحقیق نشان داد که زنان همسر معتاد ناامیدتر از زنان دیگر هستند. به نظر می‌رسد بروز احساسات منفی در انسان حاکی از فعال بودن نظام اعلام خطری است که برانگیزاننده واکنش طبیعی انسان در برابر شرایط نامساعد است، بنابراین این نظام می‌تواند بستری برای رهایی انسان به شمار آید. شاید بتوان گفت در بروز احساسات منفی، تسلیم نشدن و عدم پذیرش شرایط نابهنجار دیده می‌شود. همچنین 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، بنابراین تلقی زنان از دریافت حمایت عاطفی، جنسی و اقتصادی از همسرانشان در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و نتایج مؤید این نکته بود که این زنان علیرغم حضور مستمر شوهرانشان در منزل و در کنار هم بودن، تنها از حضور فیزیکی وی برخوردارند 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 عارضه مترتب بر اعتیاد وی محسوب می‌شود، نمی‌تواند مبین حضور مثبت و مؤثر وی باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش اسکافر و استوارت (۱۹۹۷) که نشان داد سوء مصرف مواد با افزایش پرخاشگری در ارتباط است و همچنین سوء مصرف مواد به عنوان عامل خطری برای خشونت مطرح شد، همخوانی دارد. همچنین یافته‌های این مطالعه با نتایج برخی پژوهش‌ها که نشان داده است میزان بیشتری از خشونت

نسبت به همسر در بین مردان معتاد وجود دارد و همچنین مردان معتاد تمایل کمتری به برقراری ارتباط عاطفی با همسر دارند (کریستوفر و تیموتی، ۱۹۹۶) همخوانی دارد. به طور کلی می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌هایی که نشان داده میزان پرخاشگری، دشمنی، همسرآزاری، و دیگر روان پریشی‌ها و آشفتگی‌های رفتاری، در همسران افراد معتاد بیش از همسران افراد سالم است (گلپور و مولوی، ۱۳۸۰) در یک راستاست.

اما پیرامون محدودیت‌های این پژوهش بایستی خاطر نشان کرد که طرح تحقیق و روشهای آماری بکار رفته در پژوهش حاضر همانند تحقیق‌های آزمایشی توان استنباط علی بین متغیرهای مورد بررسی را ندارند، بنابراین نمی‌توان از یافته‌های بدست آمده به بررسی رابطه علی و معلولی پرداخت. همچنین عدم توانایی کنترل دقیق متغیرهای مزاحم از جمله دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بدین معنی که قطعاً نمی‌توان روابط بین متغیرهای مورد مطالعه را به اعتیاد یا عدم اعتیاد همسر نسبت داد و عوامل بسیاری می‌توانند در شکل‌گیری رفتار یا حالات عاطفی افراد دخیل باشند.

پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران در خصوص تدوین برنامه‌هایی با رویکرد پیشگیری ویژه زنان همسر معتاد اهتمام ورزند و نیز بر اساس یافته‌های این پژوهش، راه اندازی مراکز مشاوره‌ای با هدف تحت حمایت قرار دادن زنان همسر معتاد ضروری به نظر می‌رسد. در عین حال لازم است برنامه‌های درمانی معتادان با تکیه بر توانمندسازی همسران در جهت حمایت از کیان خانواده در فرایند درمان، تنظیم شود.

منابع

۱. پروین لارنس، جان پی اولیور (۱۳۸۶) روان‌شناسی شخصیت، نظریه و تحقیق، فارسی، ویرایش هشتم، پروین کدیور، محمد جعفر جوادی، تهران: نشر آبیژ.
۲. خرمایی، فرهاد (۱۳۸۵) بررسی مدل علی ویژگی‌های شخصیتی، جهت‌گیری انگیزشی و سبک‌های شناختی، پایان‌نامه دکتری، شیراز، دانشگاه شیراز.
۳. رایکمن، ریچارد (۱۳۸۷)، تئوری‌های شخصیت، ترجمه مهرداد فیروز بخت، ویرایش نهم، تهران: انتشارات ارسباران.
۴. گلپور، محسن؛ مولوی، حسین (۱۳۸۰) "مقایسه ویژگی‌های روانی و روابط زناشویی معتادان و غیر معتادان با همسران آن‌ها"، دانش و پژوهش، ۲(۷): صص ۲۰-۱.
۵. محبوبی منش، حسین (۱۳۸۳) اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده، کتاب زنان، شماره ۲۲

۶. نارنجی‌ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باغستانی، احمدرضا؛ نوری، رویا؛ غفوری، بهاره؛ سلیمانی‌نیا، لیلا (۱۳۸۶) ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در کشور؛ مرکز تحقیقات و سوءمصرف مواد (داریوش) دانشگاه بهزیستی و توانبخشی، تهران، ۱۳۸۶.

۷. نوری، رویا؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی‌ها، هومان؛ سلیمانی‌نیا، لیلا؛ میرابی، پروانه (۱۳۸۶) بررسی عوامل تاب‌آوری زنان همسر معتاد در زندگی با مرد معتاد، مرکز تحقیقات و سوءمصرف مواد (داریوش) دانشگاه بهزیستی و توانبخشی، تهران.

8. Bennett, Larry, and Oliver J. Williams (2003) "Substance Abuse and Men Who Batter: Issues in Theory and Practice." *Violence against Women* 9(5): 558-575
9. Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991) "The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis". *Personnel Psychology*, 44: 1-26.
10. Camp, J.M. & Finkelstein, N. (1997) "Parent training for women in residential substance abuse treatment". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14: 411-422.
11. Christopher M. Timothy J. (1996) *Maternal violence among substance abusers*. Current Directions in psychological Science. New York: Raven Press; 5(6); 183-186.
12. Costa, P. T., & Widiger, T. A. (Eds.) (1994) *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
13. Cramer, D. (1993) "Personality and marital dissolution". *Personality and Individual Differences*, 14: 605-607.
14. Deary, F. De Fruyt, and F. Ostendorf (Eds) (1999) *Personality psychology in Europe*. Vol. 7(7- 28). Tilburg, The Netherlands, Tilburg university press.
15. Duongsaa, U. (1998). *Women and Drugs: From Hard Realities to Hard Solutions*.
16. Erikson, E.H. (1950) *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton & Co, Inc.
17. Ezer H, Ricard N, Bouchard L, Souhami L, Saad F, Aprikian A, Taguchi Y. (2006) "Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: a test of family adaptation theory". *Int J Nurs Stud*. Sep; 43(7):827-38.
18. Finkelstein, N. (1996) "Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemical ly dependent women". In B. L. Underhill and D.G. Finnegan (Eds.) *Chemical dependency: Women at risk* (pp. 23-44). New York: The Hawthorne Press
19. Goldberg, L. R. (1999) A broad- bandwidth, public- domain, personality measuring the lower- level facets of several five- factor models. In I. Mervielde, I. J.
20. Graziano, W. G., & Ward, D. (1992) "Probing the Big Five in adolescence: Personality and adjustment during a developmental transition". *Journal of Personality*, 60, 425-429.

21. John, O. P., Caspi, A., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1994) The "little five": Exploring the nomological network of the five-factor model of personality in adolescent boys. *Child Development*, 65, 160-178.
22. John, O.P. & Srivastava, S. (1999) The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In L. Pervin and O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.). New York: Guilford. University of California at Berkeley.
23. Low WY, Zulkifli SN, Wong YL, Tan HM. (2002) "What Malaysian women believe about Viagra: a qualitative inquiry". *Aging Male*. Mar; 5(1): 57-63
24. Mansfield PK, Koch PB, Gierach G. (2003) Husbands' support of their perimenopausal wives. *Women Health*. 38(3): 97-112.
25. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997) "Personality trait structure as a human universal". *American Psychologist*, 52, 509-516.
26. Miller, J.B. (1991) "The development of women's sense of self". In J.V. Jordan, A.G. Kaplan, J.B. Miller, I.P. Stiver, & J.L. Surrey (Eds.), *Women's Growth in Connection: Writings from the Stone Center* (pp. 11-26). New York: The Guildord Press.
27. National commission on the status of women treatment (2001) The psychological & Socio-economic factors responsible for Drug Addiction Among women. 13(1):51-59
28. Nusbaum MR, Gamble G. (2001) The prevalence and importance of sexual concerns among female military beneficiaries. *Mil MedMar*; 166(3): 208-10.
29. Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000) "The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies". *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
30. Robins, R.W., John, O.P. & Caspi, A. (1998) "The typological approach to studying personality development". In R. B. Cairns, L. Bergman, & J. Kagan (Eds.), *Method and models for studying the individual* (pp. 135-160). Thousand Oaks, CA: Sage.
31. Schafer J, Fals-Stewart W. (1997) "Spousal violence and cognitive Functioning among men recovering from multiple substance abuse", *Addictive Behaviours*. London: Academic Press; 22(1): 127-130.
32. Shankerdass, M.K. (2002) *Women and Drug Abuse: The Problem in India*. United nations international druge control programme.
33. Stewart, D. E., Gucciardi, E and 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.