

ابعاد مشکلات شخصی-ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم اندازی به برنامه توانبخشی همسران مبتلایان به اعتیاد

دکتر پروانه محمدخانی^۱

چکیده

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

روش: پژوهش حاضر در چارچوب مطالعات پس رویدادی و به صورت مقطعی با هدف تعیین آسیبهای شخصی-ارتباطی زنانی که همسران آن‌ها مبتلا به اختلال وابستگی به مواد بودند از طریق فراهم ساختن امکان مقایسه آن‌ها با زنانی که همسرانشان هیچگونه ابتلائی به اعتیاد نداشتند انجام شد. آزمودنیهای پژوهش را ۱۸۶ زن دارای همسر معتاد (با میانگین سنی ۳۶ و انحراف معیار ۹ سال)، یعنی همسر کسانی که به دلیل مصرف مواد حداقل یک بار تحت درمان اعتیاد قرار گرفته و به منظور دریافت کمکهای حرفه‌ای (آذرماه الی اسفند ماه ۱۳۸۶) به مراکز درمان سرپایی اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۱۷۳ زن دارای همسر غیر معتاد (با میانگین سنی ۳۵ و انحراف معیار ۸ سال) از بین زنان اقوام، همسایگان و دوستان گروه مورد تشکیل می‌دادند. آزمودنیهای هر دو گروه برای ورود به مطالعه و اطمینان از مطابقت با ملاکهای ورود و خروج پژوهش مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه نیمرخ مشکلات شخصی-ارتباطی (استراس و همکاران، ۱۹۹۹)، و پرسشنامه محقق ساخته برای برخی متغیرهای دموگرافیک جمع آوری شد.

یافته‌ها: داده‌ها تفاوت دو گروه را در همه زیر مقیاسهای پرسشنامه نیمرخ مشکلات شخصی-ارتباطی به غیر از زیر مقیاس حسادت نشان داد. مقایسه مشکلات شخصی-ارتباطی دو گروه از طریق تحلیل نیمرخها نشانگر تفاوت دو گروه بود. به این معنی که مشکلات شخصی مانند نشانگان ویژگیهای شخصیت ضد اجتماعی و مرزی، نشانگان افسردگی و استرس، احساس خصومت و گرایش خشونت بار، تجربه آزار و مورد غفلت قرار داشتن به طور معنا دار در زنان دارای همسر معتاد بیشتر بود. همینطور برای مشکلات ارتباطی، تفاوت‌ها به وجود تعارض، آشفتگی ارتباطی، ضعف مدیریت خشم، کنترل خود و تعهد ارتباطی (به ویژه با همسر) و اسناد منفی در گروه زنان دارای همسر معتاد حکایت داشت.

نتیجه گیری: زنان دارای همسر معتاد به گونه معنی داری از مشکلات شخصی و ارتباطی بیشتری در مقایسه با گروه شاهد رنج می‌بردند و هرگونه برنامه توانبخشی مبتنی بر خانواده و همسران مبتلایان به اعتیاد باید به ابعاد آسیب‌های شخصی-ارتباطی بویژه خشونت در روابط بین فردی و خانواده این افراد توجه داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: مشکلات شخصی ارتباطی، همسر معتاد، توانبخشی

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۰/۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۰/۰

^۱ - دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - نویسنده مسؤؤل
p.mohammadkhani@uswr.ac.ir

مقدمه

اعتیاد به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق وابسته کردن فرد به مصرف مواد مخدر، تزلزل بنیادهای اخلاقی را در پی دارد که از جمله این پیامدها افزایش جرم، جنایت و خشونت است. یافته‌ها نشان می‌دهند که مقدار زیادی از وقت دادگاهها به این افراد اختصاص داده شده است. بررسی‌ها در ایران نشان داده که در هر ماه صد نفر به دلیل اعتیاد جان خود را از دست می‌دهند و ۳۵٪ از افرادی که درخواست طلاق داده‌اند به دلیل اعتیاد همسرانشان بوده است (ممتازی، ۱۳۸۲). هر ساله میلیون‌ها دلار صرف مبارزه با مواد یا درمان افراد وابسته به آن می‌شود. در ایران تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی در حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر است و بر اساس برخی آمارها ۲۰٪ افراد ۱۵ تا ۶۰ ساله در کشور ایران با این مشکل مواجه هستند. بر این اساس ایران بالاترین نسبت معتادان به مواد افیونی را در جهان دارد (مکری، ۲۰۰۲). در ایران مطالعات مربوط به اعتیاد عمدتاً متمرکز بر برآوردهای پراکنده از شیوع، نوع مواد مصرفی، نگرش به مصرف مواد و عوامل پیش‌بین، خطر ساز یا محافظت‌کننده و ضعف مهارت‌های زندگی در افراد در معرض خطر اعتیاد و بعضاً به آزمون قرار دادن مداخله‌های روانشناختی در مقایسه با درمان دارویی بوده است. بررسی‌هایی به برخی از آسیب‌پذیری‌ها یا عوامل خطر و محافظت‌کننده، همین‌طور عوامل تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد پرداخته‌اند (برای مثال برای مثال جزایری، رفیعی، نظری، ۱۳۷۸؛ طارمیان، ۱۳۷۸؛ ارشدی، ۱۳۷۸؛ محمدی، دهگان‌پور، ۱۳۸۳؛ پور شهباز، ۱۳۸۳؛ محمدی، ۱۳۸۴). این در حالی است که مطالعات مرتبط با خانواده و به ویژه همسران این افراد کمتر مورد توجه پژوهشگران ایرانی و حتی خارج از ایران قرار نگرفته است. با این حال مطالعات پژوهشی بسیاری بر آثار مخرب مصرف الکل بر خانواده متمرکز بوده‌اند.

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

فرضیه‌های پژوهش بیان می‌داشت که ۱- زنان دارای همسر معتاد در مقایسه با زنان دارای همسر غیر معتاد از مشکلات شخصی-ارتباطی بیشتری در رنج هستند. ۲- نیمرخ

مشکلات شخصی-ارتباطی زنانی که همسران آنها مبتلا به اعتیاد به یکی از مواد مخدرند در مقایسه با زنان دارای همسر غیر معتاد متفاوت است.

پیشینه پژوهش

طیف وسیعی از موضوعات شامل مسائل روانشناختی، رفتاری و عاطفی از اثرات اعتیاد در خانواده محسوب می‌شوند. اگرچه تا کنون مطالعه‌ای مستقیماً به بررسی وضعیت همسران افراد مبتلا نپرداخته اما در طی سه دهه گذشته و در میان نمونه‌های متنوعی پژوهش‌ها نشان داده‌اند رابطه قوی بین مصرف و سوءمصرف الکل و وقوع، فراوانی و شدت خشونت بین زوجی که در یک رابطه نزدیک^۱ IVP قرار دارند، وجود دارد. برای مثال در میان مردانی که برای درمان خشونت زوجی ارجاع شده بودند ۴۰٪ ملاک‌های تشخیصی سوءمصرف و وابستگی به الکل را دریافت داشتند (فالز- استوارت^۲، ۲۰۰۳؛ فالز، استوارت و همکاران^۳، ۲۰۰۲). این در صد ۴ بار بیشتر از جمعیت عمومی است (گرانٹ و همکاران^۴، ۲۰۰۴). هانز، دنیز و استراس (۲۰۰۷) رابطه بین ویژگی‌های شخصیت ضد اجتماعی، مصرف الکل و خشونت نسبت به شریک صمیمی را در ۳۸ کشور با در نظر گرفتن متغیرهای واسطه‌ای مثل جنسیت و فرهنگ در ۷۹۲۱ دانشجوی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها مؤید قوی‌تر شدن رابطه شخصیت ضد اجتماعی، مصرف الکل و خشونت با در نظر گرفتن متغیرهای جنسیت و فرهنگ نبود.

برخی مشاهدات حاکی است افرادی که مرتکب خشونت می‌شوند ابتدا مواد را به عنوان وسیله و بعد به عنوان توجیهی برای عدم کنترل خشم یا اعمال خشونت مورد استفاده قرار می‌دهند (بنت، 1998). تبیین دیگر این است که داروها و الکل ممکن است توانایی فرد مصرف کننده را برای درک، یکپارچه سازی و پردازش اطلاعات کاهش دهد و خطر ارتکاب به خشونت را در این افراد افزایش دهد. مصرف مواد منجر به آشفتگی و اختلال تفکر شده و در ارتباط با سایر عوامل احتمال سوء تعبیر رفتار زوج یا زوجه توسط فرد را به عنوان رفتاری خودسرانه، پرخاشگرانه، طرد کننده و شدید افزایش دهد. افرادی که مرتکب خشونت می‌شوند نسبت به افراد غیر مرتکب به احتمال بیشتری ممکن است سوء برداشتهایی از رفتار همسر یا زوج خود داشته باشند، به عبارتی سوء

¹ Intimated Partner Violence

² Fals-stewarts

³ Stuart et al

⁴ Grant et al

مصرف مواد، سوء برداشت را افزایش می‌دهد. از دیدگاه دیگر، سوء مصرف مواد و سوء رفتار با زن ممکن است ریشه‌های مشترکی مربوط به تلاش فرد برای کسب قدرت و کنترل داشته باشند (گاندولف، ۱۹۹۵). دیوید مک کلند^۱ (۱۹۷۵) معتقد است که ارتباط بین الکل و پرخاشگری مشروط به نیاز به قدرت در افراد است. مصرف مقدار کمی از یک ماده حس اجتماعی مصرف کننده را به قدرت و حس نوعدوستی یا قدرت برای کمک به دیگران افزایش می‌دهد. در مقابل مصرف مقدار زیادی از یک ماده در مصرف کنندگان اجتماعی، ممکن است که احساس قدرت مصرف کننده و تسلط بر دیگران را به جای قدرت نوع دوستی افزایش دهد. و در برخی از فرهنگ‌ها تقویت شود (بنت، ۱۹۹۸).

مواد ممکن است احتمال خطر سوء رفتار با زنان را فقط در مردانی افزایش دهد که خصوصیات ویژه‌ای دارند. برای مثال سوء مصرف الکل فرصت سوءرفتار با زنان را در مردانی افزایش می‌دهد که خشونت موقعیتی علیه زنان را تایید می‌کنند و زیر فشارهای مربوط به طبقه اجتماعی اقتصادی قرار دارند (کانتور و استراس^۲، ۱۹۸۹). در یک مطالعه ملی^۳ روی مردان ۲۳ ساله که به مقدار فراوانی الکل می‌نوشیدند^۴ و رابطه این پر نوشی با سوء رفتار با زنان مشخص شد که خشونت فقط در مردانی که خصومت شدید و سطح پایینی از رضایت زناشویی داشتند دیده شد (لئونارد و بلن^۵، ۱۹۹۲).

سوء مصرف مواد و سوء رفتار با زنان از طریق مشاهده و عمل به آن در طی زمان یاد گرفته می‌شوند. سوء مصرف مواد توسط والدین و سوء رفتار با زنان ممکن است که رشد کودکان را تحت تاثیر قرار دهد و خطر تبدیل آن‌ها را به آزار رسان یا قربانی و یا تبدیل به سوء مصرف کننده مواد افزایش می‌دهد (کانتور و استدگیان^۶، ۱۹۹۳).

سوء مصرف مواد در مرتکبین به خشونت فیزیکی (کتک زن‌ها)^۷ در دادگاه جرایم، مراکز سلامت روان یا مراکز ارائه خدمات اجتماعی تقریباً بالای ۵۰٪ دیده شده است که

^۱ David Mc Clelland

^۲ Kantor & Straus

^۳ Kenneth Leonard

^۴ Heavy drinking

^۵ Blane

^۶ Kantor & Asdigian

^۷ Batteres

این درصد به میزان چشمگیری بیشتر از درصد سوء مصرف مواد در مرتکبین (کتک زن‌ها) در کل جمعیت است. تحقیقات فعلی پیشنهاد می‌کنند که کتک زن‌ها ممکن است در جنبه‌های مهمی با یکدیگر تفاوت داشته باشند که این تفاوت‌ها عمدتاً عبارتند از: الگوهای سوء مصرف مواد، وسعت خشونت غیر خانوادگی، نوع و سبک عاطفی مرتکبین خشونت خانوادگی (برنان^۱، ۱۹۹۷).

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

در پژوهشی با عنوان "ارتباط طولی مصرف الکل و خشونت زوجی در زنان با قومیت‌های مختلف" که مربوط به پروژه^۲ HOW (تمپل، وستون و مارشال^۳، ۲۰۰۵) بود، ۸۳۵ زن آمریکایی آفریقایی، اروپایی و مکزیکی تبار (با میانگین سنی ۳۳/۳ و ۷/۷ سال سابقه همکاری با پروژه)، به طور متوسط یک بار در سال و در مجموع ۵ بار مورد مصاحبه واقع شدند. آنها همچنین به مقیاس شدت خشونت بر علیه زنان^۴ (مارشال، ۱۹۹۲) پاسخ دادند. نتایج نشان داد که در درجه اول همسران این زنان بیشتر از آن‌ها الکل مصرف کرده و علاوه بر آن طی سال‌های مطالعه خشونت زوجی در آن‌ها کاهش یافته بود. این رخداد قابل استناد به آگاه شدن زنان مورد مطالعه به خشونت زوجی از طریق سئوالی بود که در مصاحبه‌ها به صورت مکرر از آن‌ها پرسیده می‌شد. نتایج نشان داد به طور کلی مصرف الکل به گونه پایدار با خشونت زوجی همراه بود. به ویژه در زنانی که خود و همسرانشان مصرف بیشتری از الکل را گزارش داده بودند. فراوانی مصرف الکل با مواردی مثل تهدید، خشونت و پرخاشگری جنسی رابطه داشت. اگرچه در زنان مصرف الکل با خشونت جسمی رابطه داشت ولی این رابطه همراه با تهدید و پرخاشگری جنسی نبود (تمپل، وستون، استوارت و مارشال، ۲۰۰۸).

^۱ Bernan

^۲ Health Outcomes Women

^۳ Temple, Weston & Marshall

^۴ The Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS)

روش

مطالعه حاضر در چارچوب مطالعات پس رویدادی و به صورت مقطعی انجام شد. در این مطالعه دوگروه از زنان مورد بررسی قرار گرفتند: گروه نمونه پژوهش ۱۸۶ زن دارای همسر معتاد (با میانگین سنی ۳۶ و انحراف معیار ۹ سال)، یعنی کسانی که به دلیل مصرف مواد حداقل یک بار تحت درمان اعتیاد قرار گرفته و به منظور دریافت کمکهای حرفه‌ای (آذرماه الی اسفند ماه ۱۳۸۶) به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۱۷۳ زن دارای همسر غیر معتاد (با میانگین سنی ۳۵ و انحراف معیار ۸ سال) که از بین زنان اقوام، همسایگان و دوستان گروه مورد و نیز زنانی که از لحاظ پایگاه اجتماعی-اقتصادی، شغل، تعداد و مدت ازدواج و نیز تعداد فرزندان با آنها تفاوت معنادار نداشتند دعوت به شرکت در مطالعه شدند

آزمودنیها می بایست در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۷ سال با حداقل ۱ سال سابقه زندگی مشترک با همسر فعلی، ۷ کلاس سواد بودند. برای انتخاب افراد هر دو گروه یک مصاحبه بالینی انجام شد تا در صورت محرز بودن ابتلا به اختلال روانی قبل از ازدواج از مطالعه کنار گذاشته شوند. شایان ذکر است که همه ملاحظات معمول اخلاقی از جمله در نظر داشتن محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و عدم اجبار آزمودنیها برای شرکت در پژوهش تامین شد.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از یک پرسشنامه محقق ساخته برای پرسش در باره برخی ویژگیهای جمعیت شناختی و پرسشنامه نیمرخ شخصی و ارتباطی^۱ (PRP، استراس و مرادیان، ۱۹۹۹) استفاده شد. منظور از مشکلات شخصی و ارتباطی عوامل سبب شناسی هستند که در موضوعات مربوط به زوج و در طرح ریزی برنامه‌های زناشویی مورد توجه قرار می گیرند. برخی از این عوامل مشتمل بر خصوصیات فردی مثل سابقه بزهکاری یا افسردگی و برخی نیز ویژگی‌هایی همچون تسلط، چیرگی و مشکلات ارتباطی را به عنوان مشکلات در روابط بین فردی در بر می گیرند (استراس و مرادیان، ۱۹۹۹).

این پرسشنامه دارای ۲۵ زیر مقیاس است:

^۱. The Personal & Relationship Profile

مدیریت خشم^۱ (AM)، نشانگان شخصیت ضد اجتماعی (ASP)، نشانگان شخصیت مرزی^۲ (BOR) این زیر مقیاس دارای ۲ زیر مقیاس دیگر است: بی ثباتی و به خود آسیب زدن. تعارض^۳ (CON)، مشکلات ارتباطی^۴ (CP)، سابقه بزه کاری^۵ (CH)، نشانگان افسردگی^۶ (DEP)، چیرگی و تسلط^۷ (DOM)، خصومت نسبت به مردان^۸ (GHM)، خصومت نسبت به زنان^۹ (GHW)، حسادت^{۱۰} (JLE)، آشکار سازی محدود شده^{۱۱} (LD)، اسنادهای منفی^{۱۲}، سابقه غفلت^{۱۳} (NH)، فشار پس از ضربه^{۱۴} (PTS)، والدینی مثبت (POS)^{۱۵}، تعهد ارتباطی^{۱۶} (R)، آشفتگی ارتباطی^{۱۷} (RD)، شامل دو زیر مقیاس تعاملات منفی و عاطفه منفی است. کنترل خود^{۱۸} (SC)، یکپارچگی اجتماعی^{۱۹} (SI) شرایط فشارزا^{۲۰} (STR): شامل ۳ زیر مقیاس است: مشکلات بین فردی، فشارزاهای بیرونی و رضایت از خود. سوء مصرف مواد^{۲۱} (SUB) شامل ۴ زیر مقیاس است: سوء مصرف الکل، داروهای دیگر، استفاده از مواد و آسیب دیدگی. سابقه آزار جنسی (SAH) این زیر مقیاس شامل سه زیر مقیاس دیگر است: بزرگسال، خانواده کودک، غیر خویشاوند کودکان دیگر. تأیید خشونت^{۲۲} (VA) و شامل ۳ زیر مقیاس است: خشونت مردانه، خشونت خانوادگی و خشونت جسمی. اجتماعی

-
1. Anger Management
 2. Borderline Personality Symptoms
 3. Conflict
 4. Communication Problems
 5. Criminal History
 6. Depressive Symptoms
 7. Dominance
 8. Gender Hostility to Men
 9. Gender Hostility to Women
 10. Jealousy
 11. Limited Disclosure
 12. Negative Attributions
 13. Neglect History
 14. Post Traumatic Stress
 15. Positive Parenting
 16. Relationship Commitment
 17. Relationship Distress
 18. Self Control
 19. Social Integration
 20. Stressful Conditions
 21. Substance Abuse
 22. Violence Approval

شدن خشونت^۱ (VS) شامل ۵ زیر مقیاس است: خانواده، غیر خانواده، خشونت توصیه شده، خشونت مشاهده شده و قربانی خشونت.

شایان ذکر است که زیر مقیاس‌های BOS، CH، DEP، GHW، GHM، ID، NH، POS، PTS، SUB، STR، SC، SI، VA، SAH، ASP، VS، ویژگی‌های شخصی یا به عبارت دیگر مشکلات شخصی و زیر مقیاس‌های AM، CP، RD، RC، NA، JEL، DOM، CON (سنجد استراس و مرادیان، ۱۹۹۹).

PRP ابزاری نسبتاً کوتاه بوده و اجرای آن ۳۲ دقیقه طول می‌کشد و افراد دارای تحصیلات اول راهنمایی می‌توانند به آن پاسخ دهند. هدف از کاربرد بالینی PRP تدارک غربالگری اولیه است. این مساله خصوصاً در مورد مقیاس‌هایی که از DSM برگرفته شده مثل شخصیت ضد اجتماعی^۲ صادق است. هدف این مقیاس‌ها تشخیص رسمی نیست. نمرات بالا فقط حاکی از حیثه‌هایی است که باید بیشتر مورد کاوش قرار گیرند.

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

روایی سازه PRP بر این یافته مبتنی است که مردان و زنان تقریباً در همه زیرمقیاسها با یکدیگر متفاوت هستند. مقایسه نمرات میانگین دانش آموزان و مجرمان مرتکب همسرآزاری نیز در سطح ۰/۰۵ با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارد و حاکی از بالاتر بودن نمرات مجرمان در ۰/۹۲ زیرمقیاسها است (استراس، مرادیان، ۱۹۹۹). همینطور در مطالعه حاضر بین زیرمقیاسهای LD و AM همبستگی مثبت (۰/۵۴) و بین

¹ Violence Socialization

² Antisocial Personality

زیرمقیاسهای LD و BOR همبستگی منفی (۰/۵۶) مشاهده شد. بر اساس ساختار PRP مدیریت خشم از جمله زیرمقیاسهای مشکلات بین فردی و آشکارسازی محدود شده از زیرمقیاسهای مشکلات فردی با نمرات بالاتر بیانگر مشکلات کمتر و از سوی دیگر نمرات بالا در زیرمقیاس نشانگان شخصیت‌مرزی نشان‌دهنده آسیب روان شناختی بیشتر در PRP است.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش این پرسشها که ۱) آیا نیمرخهای دو گروه با یکدیگر موازی است؟ ۲) آیا بین سطوح کلی عملکرد در دو گروه تفاوت وجود دارد؟ و ۳) آیا نیمرخها هموار هستند؟ مطرح و از روش تحلیل نیمرخ استفاده شد.

یافته‌ها

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

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار PRP مشکلات ارتباطی در آزمودنی‌های دوگروه

همسران غیر معتاد		همسران معتاد		زیر مقیاسها
SD	M	SD	M	
3.53241	22.5780	3.97367	19.8387	AM
4.51401	16.5549	4.77038	20.7796	CON
3.71876	16.5607	3.69876	18.9839	CP
3.71921	17.3468	3.65708	20.4624	DOM
4.88761	20.9711	4.78383	21.4355	JEL
2.60930	7.6127	2.80998	10.4032	NA
3.13544	18.5434	3.54000	15.9409	RC
4/11	4/79	5.22941	17.8226	RD

همین‌طور به گونه کلی، مقادیر جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه زنان دارای همسر معتاد در همه ابعاد مشکلات شخصی به جزء زیر مقیاس حسادت مشکلات بیشتری نسبت به گروه زنان با همسران غیر معتاد را گزارش دادند این مطلب در مورد مقادیر انحراف معیارها نیز صادق است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار PRP (مشکلات شخصی) در آزمودنیهای دوگروه

همسران غیر معتاد		همسران معتاد		زیر مقیاسها
SD	M	SD	M	
3.59892	15.6416	4.70909	18.5108	ASP
4.07411	14.5434	4.62141	19.2527	BOR
2.81203	10.1503	4.16970	12.4892	CH
4.38743	15.5434	5.04422	20.8387	DEP
2.94413	10.3410	3.09307	12.3118	GHM
2.30590	8.3353	2.75267	9.8172	GHW
4.47785	31.8266	4.76161	29.4946	LD
4.09897	15.4104	3.93769	18.5000	NH
3.09793	10.0405	3.39780	12.8333	PTS
3.33673	11.5376	3.01034	14.1720	POS
3.49508	9.5318	3.80692	11.3011	SAH
2.24275	20.3121	2.36368	19.4301	SC
3.91974	28.1387	4.01915	25.4785	SI
3.60004	17.9306	4.27078	21.2903	STR
2.66099	10.0231	3.51700	12.2903	SUB
4.42686	20.8092	4.37802	23.6183	VA
4.90994	14.4335	5.22920	16.9624	VS

برای مقایسه نیمرخها از مدل تحلیل نیمرخ استفاده شد. این مدل از جمله مدل‌های آماری تحلیل واریانس و تقریباً معادل مدل اندازه‌های تکراری است با این

تفاوت که در مدل تحلیل نیمرخ، عامل درون آزمودنی در واقع عوامل یا زیر مقیاس‌ها یا زیر مقیاسهای یک پرسشنامه (با زیر بنایی یکسان) و عامل بین آزمودنی متغیر گروه است. برای مثال در مقایسه دو گروه بر حسب یک آزمون با زیرمقیاسهای چندتایی (در این مطالعه پرسشنامه نیمرخ مشکلات شخصی-ارتباطی با ۲۵ زیرمقیاس) میانگین‌های افراد در این زیر مقیاسها تک تک در گروه زنان دارای همسر معتاد و زنان دارای همسر غیر معتاد به تفکیک بر روی نمودار مشخص و سپس از متصل کردن این نقاط نمودار ترسیم می‌شود. به این نمودار نیمرخ اطلاق می‌شود. نتایج آزمون توازی و همواری گروه‌ها در جدول ۳ آمده است.

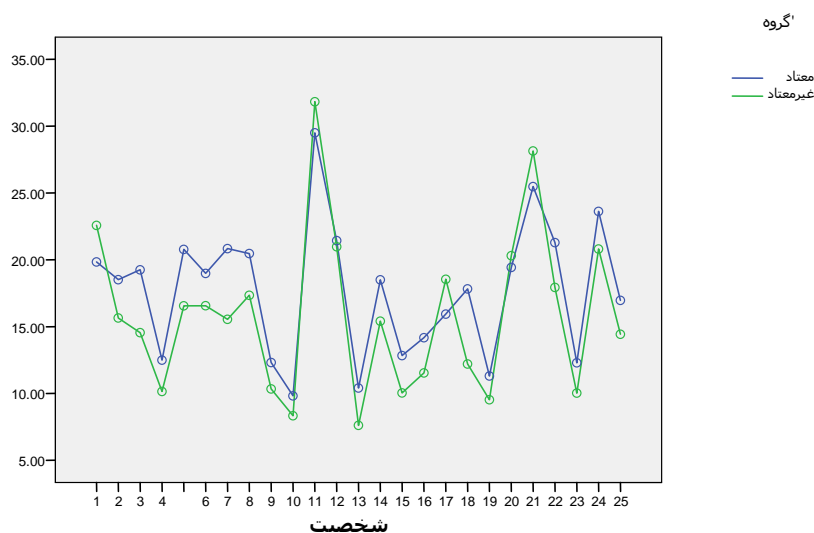
جدول ۳ خلاصه محاسبات تحلیل نیمرخ، آزمون همواری و توازی نیمرخ‌ها

آزمون	SS	df	MS	F
توازی	2536877.596	1	2536877.596	35682.835
همواری	8034.568	1	8034.568	113.011
خطا	25380.979	357	71.095	

چنانچه در جدول ۳ دیده می‌شود مشخصه F برای آزمون موازی بودن نیمرخ‌ها برابر $F=35682.835$ ، $p < 0.001$ و از لحاظ آماری معنادار است. به بیان دیگر، بین عامل درون و بین آزمودنی تعامل وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت که نیمرخ‌های دو گروه بر اساس زیر مقیاس‌های PPR موازی نیستند (نمودار شماره ۱).

علاوه بر این مشخصه F برای آزمون برابری نیمرخ‌ها برابر با 113.011 و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ معنی‌دار است. به عبارت دیگر عامل بین آزمودنی (همسر معتاد و همسر غیر معتاد) از لحاظ آماری اثر معنادار دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نیمرخ‌های غیر موازی دو گروه در زیرمقیاس‌های مورد مطالعه با یکدیگر برابر نیست. آزمون همواری نیمرخ‌ها برای این است که نشان دهد آیا میانگین‌های آزمودنی‌های دارای همسر معتاد با آزمودنی‌های گروه دارای همسر غیر معتاد با یکدیگر برابر است؟ همانگونه که ملاحظه می‌شود میانگین‌های دو گروه مورد مطالعه برابر نبود و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود. به عبارت دیگر در سطح شخصی و در سطح

ارتباطی زنان دارای همسر معتاد مشکلات بیشتری را در مقایسه با زنان دارای همسر غیر معتاد گزارش داده بودند.



شکل ۱ نیمرخهای دو گروه بر اساس زیرمقیاسهای PPR

بحث و نتیجه گیری.

همان گونه که ملاحظه شد تفاوتها در نیمرخ مشکلات شخصی زنان دارای همسر معتاد عبارتند بودند از: زیرمقیاسهای نشانگان شخصیت ضد اجتماعی (ASP)، نشانگان شخصیت مرزی (BOR) (مجموعه‌ای از ویژگی‌های عدم مسئولیت پذیری، احساس خصومت کلی، تکانشگری، بی ثباتی عاطفی و روابط اجتماعی ضعیف)، سابقه بزه کاری (CH)، نشانگان افسردگی (DEP) (با حضور آشفتگی‌های خلقی، شناخت‌های دیس فوریک و اختلالات جسمانی)، خصومت نسبت به مردان (GHM) و زنان (GHW) (عقاید و عواطف منفی نسبت به دیگران)، همین طور سابقه غفلت (NH) (نیازهای جسمی یا عاطفی برآورده نشده در خانواده اصلی و داشتن سوابقی از مورد غفلت

جسمانی، شناختی، عاطفی و آموزشی قرار گرفتن)، سابقه آزار جنسی (SAH) (سوابق مورد آزار جنسی قرار داشتن از سوی بزرگسال، خانواده، کودک، غیر خویشاوند، کودکان دیگر در دوره ای از زندگی فرد)، نشانگان فشار پس از ضربه (PTS) (تجربه و تجربه مجدد ضربه، اجتناب، برانگیختگی)، سوء مصرف مواد (SUB) (استفاده افراطی از الکل یا سایر داروهای تغییر دهنده خلق، سوء مصرف الکل، استفاده از مواد و آسیب دیدگی)، شرایط فشارزا (STR) (فشارهای روانی یا تجارب منفی روزمره زندگی: مشکلات بین فردی، فشارزاهای بیرونی وعدم رضایت از خود)، تأیید خشونت (VA) (میزان استفاده از فشار جسمانی و پذیرش آن در موقعیت‌های بین فردی، خشونت مردانه، خشونت خانوادگی و خشونت جسمی)، اجتماعی شدن خشونت (VS) (میزان تجربه و مشاهده خشونت و دریافت نصایح و توصیه‌های خشونت بار در کودکی از سوی افراد خویشاوند و غیر خویشاوند با ۵ زیر مقیاس شامل: خانواده، غیر خانواده، خشونت توصیه شده، خشونت مشاهده شده و قربانی خشونت بودن)

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

به طوری که در نیمرخ زنان دارای همسر غیر معتاد دیده شد آنان در زیر مقیاسهای مدیریت خشم (AM) یکپارچگی اجتماعی (SI)، آشکار سازی محدود شده (LD)، تعهد ارتباطی (RC) (میزان آرزوهای پاسخگو و برنامه‌هایی که فرد در آینده در خصوص ارتباط جاری با جفت خود دارد را می‌سنجد)، کنترل خود (SC) به گونه معنی داری از زنان دارای همسر غیر معتاد تفاوت داشتند.

اگرچه یافته‌های پژوهشی اندکی در ارتباط با نتایج این پژوهش گزارش شده ولی به مواردی می‌توان اشاره داشت. از جمله هم‌ابتلائی دو یا چند تن از اعضای خانواده به مشکلات مصرف مواد که مطالعات زیادی ابتلا به مصرف مواد در خانواده را یک پدیده چرخه‌ای دانسته‌اند که در یک خانواده تکرار می‌شود (سلنو، ۲۰۰۰). سابقه تحقیقات پیرامون سوء مصرف مواد نیز احتمال انتقال مشکلات پیرامون اعتیاد و اختلالات وابسته

به آن از والدین به فرزندان را براساس زمینه‌های ژنتیک و محیطی مطرح می‌کند (مک کرادی، اپشتاین، ۱۹۹۹ رایتر و همکاران، ۲۰۰۲). همین طور مطالعات نشان داده‌اند اثرات محیطی ناشی از عوارض مصرف الکل در فرد، خطر ابتلا به الکلیسم و وابستگی را در بقیه اعضای خانواده و فرزندان افزایش می‌دهد. بر طبق تئوری یادگیری اجتماعی وجود یک مصرف کننده می‌تواند الگویی برای سایر اعضای خانواده باشد. کما اینکه وجود والد یا همشیر مصرف کننده از مختصات نوجوانان سوء مصرف کننده مواد است (فریدمن، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر نیز زنان دارای همسر معتاد به طور معنی داری بیشتر از زنان دارای همسر غیرمبتلا به اعتیاد، در زیر مقیاس مربوطه نمره کسب کرده بودند. همچنین در ارتباط با سابقه خشونت نشان داده شده زنان کتک خورده ممکن است با کسانی که آن‌ها را مورد سوء رفتار قرار داده‌اند، همزمان به مصرف مواد بپردازند، چرا که در تلاش هستند تا همسرشان را اداره کنند و از طرفی وضعیت و سلامتی خود را متعادل سازند و یا این که حتی ممکن است توسط همسران خود مجبور به مصرف مواد شوند (مرکز درمانی سوء مصرف مواد، ۱۹۹۷).

فرا تر از رابطه خشونت و سوء مصرف الکل در زنانی که خود الکل مصرف می‌کردند بیشتر از زنانی گزارش شده که مصرف الکل کمتری داشتند (کوتانو، کوناردی، کلارک و اسکافر و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حدود ۶۰ تا ۷۰٪ شوهران مهاجم، در هنگام مستی به همسران خود حمله کرده و ۲۰ تا ۳۰٪ از آنان زمانی که تحت تاثیر سایر مواد قرار داشتند، دست به چنین کار زده بودند. علاوه بر آن، تهاجم زناشویی در مردان الکلی نسبت به مردانی که چنین مسائل و مشکلاتی نداشته‌اند بسیار بیشتر و جدی‌تر گزارش شده است (کافمن و استراس، ۱۹۹۰).

در پژوهش حاضر جدا از گزارشی که زنان دارای همسر معتاد از خشونت خانوادگی داده بودند، آن‌ها همچنین در زیر مقیاسهای تائید خشونت و اجتماعی شدن خشونت همچنین مقیاسهای خصومت نسبت به زنان و خصومت نسبت به مردان نمرات بالا داشتند که در واقع بالا بودن نمرات در این زیر مقیاسها نشانگر احساس خشم و خصومت نسبت به دیگران و متوسل شدن به اعمال خشونت بار است. در ارتباط با این یافته‌ها

"آفوت" (۱۹۸۸، نقل از بارنت و همکاران، ۱۹۹۷) گزارش داده که خشونت عمدتاً با نمرات مقیاس تاکتیک‌های حل تعارض ۱ همبستگی دارد.

بر اساس یافته‌های دیگر این پژوهش نمرات زنان دارای همسر معتاد در زیر مقیاسهای سابقه غفلت، سابقه آزار جسمی و جنسی به طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای همسر غیر معتاد بود. داده‌های پژوهشی بسیاری رابطه قوی بین مورد سوء رفتار (آزار جنسی و جسمی) در دوران کودکی قرار گرفتن و مشکلات مصرف مواد در بزرگسالی گزارش داده‌اند. بنا به یافته‌های این پژوهش‌ها، سابقه قربانی شدن یا شاهد خشونت خانوادگی بودن خطر سوء مصرف مواد را در بزرگسالی افزایش می‌دهد. زنان مصرف‌کننده مواد در مقایسه با زنانی که سابقه مصرف مواد نداشتند، درجه بالایی از خشونت را در کودکی تجربه کرده و به طور خاصی گزارش داده‌اند که در بزرگسالی نیز در معرض تجربه سوء رفتارهای کلامی و فیزیکی قرار داشته‌اند. از طرفی زنان سوء مصرف‌کننده مواد در مقایسه با زنان بهنجار به احتمال بیشتری با مردانی که سوء مصرف‌کننده‌اند وارد زندگی مشترک می‌شوند و به احتمال بیشتری از خشونت فیزیکی برای انتقام گرفتن زمانی که مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند استفاده می‌کنند. این مسائل نیز به نوبه خود احتمال وارد آمدن آسیب‌های جدی را به آن‌ها افزایش می‌دهد. همچنین زنان سوء مصرف‌کننده مواد، مفرهای اجتماعی و مالی کمتری برای فرار از کتک خوردن دارند (زیلبرمن و بلوم، ۲۰۰۵؛ بنت، ۱۹۹۸). مورد آزار قرار گرفتن در دوران کودکی و ابتلا به مشکلات مصرف مواد در میان زنان در صورت وجود اختلالات روان پزشکی همزمان تغییر می‌کند. این اختلالات شامل اضطراب (به طور ویژه)، اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی است (همسویی با نتایج این پژوهش) (سیمسون، میلر، ۲۰۰۲). مصرف مواد والدین ممکن است امکان وقوع سوء رفتار و غفلت از کودک را افزایش دهد. تعدادی از مطالعات پیشنهاد می‌کنند مردانی که نسبت به همسران خود مرتکب سوء رفتار می‌شوند ممکن است نسبت به فرزندانشان نیز این چنین رفتار کنند. همچنین کودکانی که در دوره کودکی تحت سرپرستی غفلت‌آمیزی قرار داشته‌اند، به احتمال بیشتری در معرض ابتلا به مشکلات مصرف مواد قرار می‌گیرند. بدیهی است که این شرایط باعث تداوم سیکل غفلت و خشونت می‌شود (دان، تارتر، مزیچ، و نیوکو و همکاران، ۲۰۰۲)

¹ Conflict Tactics Scales

روابط ضعیف، توافق پائین و تعارض بالا در روابط والد-فرزندی خطر سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. جوان بودن والدین حمایت پائین آنان، بی‌اطلاعی از عملکرد فرزندان و دوستان آنان، کودک را به آشنایی با همتای مصرف‌کننده و منحرف می‌کشاند (گودوین، ۱۹۷۵).

یکی از مهمترین پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد افزایش بزهکاری و انحراف اجتماعی و جرائم است. افراد معتاد به دلیل عدم توانائی اقتصادی در تهیه مواد مخدر مورد نیاز خود به سرقت، تکدی‌گری، فحشاء، قاچاق مواد مخدر و کالاها و دیگر جرائم روی می‌آورند. به طوری که براساس تحقیقات انجام شده در ایران ۲۵٪ از معتادان از طریق غیرقانونی (سرقت، فحشاء و...) پول مورد نیاز خود را برای تهیه مواد مخدر مصرفی به دست می‌آورند. در طی دهه ۷۰ حدود ۶۰٪ از فضای زندان‌های کشور را زندانیان مواد مخدر تشکیل می‌دادند و ۱۵ تا ۲۰٪ سایر جرائم نیز به نوعی با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر ارتباط دارد. به بیان دقیق‌تر ۲۵٪ از جرائم مالی، ۳۰٪ از جرائم منکراتی و ۲۴٪ از قتل‌های غیرعمد، ۷۷٪ از ایراد خسارت و ۲۷٪ از قاچاق کالاها با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر در ارتباط بوده است (میری آشتیانی، ۱۳۸۵). همین طور در مطالعات خانوادگی مشاهده شده که وجود شخصیت‌های ضداجتماعی و افراد جانی در خانواده‌های وابسته به مواد فراوانی بالائی دارد (مک کرا دی، اپشتاین، ۱۹۹۹).

علیرغم این یافته‌ها نخستین محدودیت این پژوهش به روش‌شناسی آن باز می‌گردد. یافته‌های مطالعه حاضر فقط با مقایسه دوگروه می‌تواند بیانگر وجود مشکلات شخصی و ارتباطی باشد و هیچگونه امکان استنتاج در این باره را که این مشکلات حاصل شرایط این افراد است را فراهم نمی‌آورد.

محدودیت بعدی به آزمودنی‌های پژوهش مربوط است. همان گونه که در شرح مختصات دموگرافیک آزمونی‌های پژوهش ذکر شد ملاک ورود آزمونی‌ها به این مطالعه داشتن حداقل ۷ کلاس سواد بود و بنا بر این بسیاری از زنان دارای همسر معتاد که در طبقه اجتماعی پائین‌تر بودند فرصت ورود به مطالعه را نیافتند. شاید با ایجاد فرصت برای شرکت آن‌ها در پژوهش نتایج متفاوتی به دست می‌آمد. پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی از این دست در ابعاد وسیع‌تر جمعیتی انجام شود تا دستمایه‌های برنامه‌های توانبخشی خانواده‌ها به ویژه همسران این افراد را فراهم آورد و از آسیب بیشتر این

زنان پیشگیری به عمل آید. این موضوع به خصوص در تعارض های شدید بین فردی و فضای خشونتی که در نتایج این مطالعه نیز به تصویر کشیده شد طراحی برنامه های مبتنی بر آموزش تاکتیک های حل تعارض و کاهش خشونت را از اهمیت خاص برخوردار می سازد.

تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقاتی سوءمصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برای تامین منابع مالی و حمایت علمی از این پژوهش و ستاد مبارزه با مواد مخدر سپاسگزاری می شود.

منابع

- ارشدی، م. (۱۳۷۸). اختلالات همراه با سوء مصرف مواد در نوجوانان، بررسی برای سرنده اختلالات بیش فعالی و نقص توجه، سلوک و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- پورشهباز، ع. (۱۳۸۳). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطر زا و محافظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان: مدلی برای پیشگیری اولیه و مداخله روانشناختی. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- جزایری، ع. ر.، رفیعی، ح.، نظری، م. ع. (۱۳۷۸). بررسی نگرش دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان شهر تهران نسبت به اعتیاد. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- طارمیان، ف. (۱۳۷۸). سوء مصرف مواد در نوجوانان. دفتر اجرایی پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر. آموزش و پرورش، انتشارات تربیت.
- محمدی، م.، دهگانیور، م. (۱۳۸۳). آسیب شناسی سوء مصرف مواد. تهران. انتشارات آینه کتاب.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- میری آشتیانی، ا. (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد در ایران امروز. تهران: نشر مهاجر، نشریه دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (ریاست جمهوری) (۱۳۷۸). ناگفته‌ها. تهران، شماره ممتازی، س. (۱۳۸۲). خانواده و اعتیاد. تهران: نشر مهدیس.

References

- Barnett, O. W., Miller – Perrin, C. L., & Perrin, R.G. (1997)** . Family violence across the lifespan: An introduction . Thousand Oaks, CA : Sage Publications
- Bennett ,W .L . (1998).** Substance Abuse and Woman Abuse by Male Partners, National Online Resource Center on Violence Against Women ,www.vawnet .org
- Bernan, N.M., Khantazian, E.J. (1997).** Psychodynamics in substance abuse: A comprehensive text book. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Caetano, R., Cunradi, C.B., Clark ,C.L., Schafer, J.(2000).** Intimate partner violence and drinking patterns among white, black, and Hispanic couples in the U.S., Journal of Substance Abuse 11, 123–138 .
- Center for Substance Abuse Treatment. (1997).** Substance abuse treatment and domestic violence. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Dunn, M.G., Tarter, R.E., Mezzich, A.C., Vanyukov, M., Kirisci, L., Kirillova, G.(2002).** Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. Clin Psychol Rev.;22(7), 1063-9.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T.B., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R.(2002).** Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. J Subst Abuse Treat., 22(2), 87-96.
- Fals-Stewart, W.(2003).** The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: a longitudinal diary study, Journal of Consulting and Clinical Psychology 71, 41–52.

- Freedman, H.S. (2001).** The Disorders: especially artist from the Encyclopedia of Mental Health. Washington: Washington Academic Press.
- Gondolf, E.W. (1995).** Alcohol abuse, wife assault, and power needs. Social Service Review, 69, 275-283.
- Goodween, D.M. (1975).** Alcoholism and Hyperactivity Child Syndrome. The journal of nervous and mental disorder, 3,(6) ,109-118
- Grant ,B.F. , Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, S.P., Dufour M.C., and Pickering, R.P.(۲۰۰۴).** The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: U.S., 1991-1992 and 2001-2002, Drug and Alcohol Dependence 74, 223-234.
- Hines, A. Denise., and Straus. A. M. (2007).** Binge Drinking and Violence Against Dating Partners: The Mediating Effect of Antisocial Traits and Behaviors in a Multinational Perspective. Aggressive Behavior. Volume 33, 441-457.
- Kaufman, G.K., & Straus, M. A. (1990).** Response of victims and the police to assaults on wives. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8, 145 families (pp.756-766) . New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Kantor, G., & Straus, M.A. (1989).** Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15, 173-189.
- Kantor, G.K. & Asdigian, N. (1993).** Socialization to alcohol-related family violence: Disentangling the effects of family history on current violence. Paper presented at the Annual Meetings of the American Society of Criminology, Phoenix, AZ, October
- Leonard, K.E. & Blane, H.T. (1992).** Alcohol and marital aggression in a national sample of young men. Journal of Interpersonal Violence, 7, 19-30.
- Marshall, L.L.(1992).** Development of the severity of violence against women scales, Journal of Family Violence 7, (1),03-121.
- Mccrady, B.S., Epstein, E.E. (1999).** Addictions: A comprehensive guidebook. New york: oxford.
- Mc Clelland, D.C. (1975).** Power: The inner experience. New York: Wiley.
- Mohammadkhani,p.,Khooshabi,K.,Forouzan,AS.,Azadmehr,H.,Assari Sh.,Lankarani,M.(2009)** Associate Between Coered Anal Sex and Psychopathology,Marotal Distress and Non-Sexual Violence,J Sex Med:1938-1946
- Mokri, A. (2002).** Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Achieves of Iranian Medicine, 5,184-19.
- Ritter, J., Stewart ,M., Bernet, C., Coe, M., Brown, S.A.(2002).** Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. J Trauma Stress,15,(2), 113-22.
- Selnow, G.W. (2000).** Parent - child relationships and single and two parents families: Implications for substance usage. journal of Drug Education, 17,(6), 211-222.
- Simpson ,T.L., Miller, W.R. (2002).**Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clin Psychol Rev,22(1), 27-77.
- Straus, M. A., & Mouradian, V. E.(1999)** Preliminary psychometric data for the personal and relationships profile (PRP): A multi-scale tool for clinical screening and research on partner violence. Paper present at the American Society of Criminology, Toronto, Ontario;. November

Temple, J.R., Weston, R., Stuart, G.L. and Marshall, L.L. (2008). The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Journal of Addictive Behaviors* Volume 33, Issue 9, September, 1244-1248.

Temple, J.R., Weston, R. and Marshall, L.L. (2005). Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships, *Violence and Victims* 20, 335-359

Zilberman, L. Monica., Blume. B. Sheila., (2005). Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev: Psiquiatr, Vol27, Suppl2 Sao paulo, Oct*