

تأثیر زندانی شدن محکومین به جرایم مواد مخدر بر وضعیت بهداشت روان زنان آنها

حبیب احمدی، دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز*

لیلا نیکپورقنواقی، مربی جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور جهرم

چکیده

بهداشت روان حالتی از سلامتی است که در آن فرد برای جامعه اش مثمر ثمر بوده و به وضعیتی از سازگاری و روابط اجتماعی، رفاه و آسایش، رضایت از زندگی و سلامت جسمی رسیده است که در تعامل با جامعه از سطوح پایینی از رفتار انحرافی و از خود بیگانگی برخوردار است. بر این اساس، در این پژوهش، ارضای نیازهای غیرمادی، سازگاری و روابط اجتماعی، رضایت از زندگی، بیگانگی از دیگران و خویشتن خویش، وضعیت سلامت جسمی و روحی، وضعیت امرار معاش خانواده و کنترل اجتماعی فرزندان را به عنوان ابعاد بهداشت روان در بین زنانی که همسرانشان به علت کنش‌های مربوط به مواد مخدر زندانی شده‌اند مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با روش پیمایشی انجام و به این منظور ۸۰۰ نفر از زندانیان مواد مخدر که حداقل سه ماه از مدت محکومیت آنها گذشته با روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند انتخاب گردیده و همسران آنها با ابزار پرسشنامه مورد پرس و جو قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که زنانی که همسرانشان مجازات زندان را تحمل می‌کنند بهداشت روان آنها در زمان مجازات حبس در ابعاد مختلف کاهش یافته است. بنابراین، با توجه به هزینه‌های سنگینی که زنان در ابعاد مختلف بهداشت روان در مدت زمان محکومیت همسرانشان می‌بایست پرداخت نمایند، مجازات مجرمین مواد مخدر بیش از آن که مجازات خود آنها باشد، مجازات زنان آنها خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روان، مجازات زندان، جرایم مواد مخدر.

مقدمه

است. سلامت روان در این تحقیق در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مورد سنجش قرار گرفته است.

پیشینه پژوهش

بیشتر تحقیقاتی که در ایران با موضوع بهداشت روان زنان انجام شده است به وضعیت سلامت روان برخی از گروه‌های اجتماعی نظیر دانشجویان (صادقیان و حیدریان، ۱۳۸۸)، زنان مبتلا به بیماری‌های خاص (پروین و همکاران، ۱۳۸۷)، زنان شاغل در مشاغل سخت درمانی (گلیان تهرانی و همکاران، ۱۳۸۶) و زنان باردار در سنین بالا (جوکار و همکاران، ۱۳۸۴) پرداخته‌اند.

در این پژوهش‌ها عمدتاً توصیف ویژگی‌های فردی گروه‌های هدف در رابطه با سطوح بهداشت روان آنها مورد توجه بوده و به ندرت به تحلیل موضوع و عوامل مرتبط یا تاثیرگذار بر آن پرداخته‌اند، به علاوه، این تحقیقات فاقد چارچوب نظری مناسب می‌باشند.

برخی از مطالعات انجام شده در خارج از ایران در مورد بهداشت روان زنان به مقایسه سلامت روان مردان و زنان پرداخته و تفاوت‌هایی در این زمینه مشاهده نموده‌اند. این پژوهش‌ها نشان داده است که بیماری‌های روانپزشکی در زنان بیشتر از مردان است (Bebbington et al, 1998) (Lauer, 1998). زنان به دلیل این که فشارهای روانی بیشتری را تجربه نموده‌اند در مقایسه با مردان به لحاظ هورمونی نسبت به فشارهای روانی حساس‌تر می‌باشند، بنابراین، از سطوح بهداشت روانی پایین‌تری برخوردارند (Tuner and Avison, 2003).

در تحقیقی تحت عنوان تاثیر برنامه‌های فرهنگی

— حرفه‌ای بر بهداشت روان و سلامت جسمانی و

"بهداشت روان"^۱ از موضوعات مورد بحث در علو پزشکی، روانشناسی، و روانشناسی اجتماعی است که توجه بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله "سازمان بهداشت جهانی"^۲ را به خود معطوف داشته و بر ارتقای کیفیت آن در بین جوامع و اقشار مختلف تاکید می‌نمایند. این سازمان سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند، بلکه سلامت روان را رفتاری موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها و شکوفایی استعدادهای ذاتی می‌داند (WHO, 2004, 10).

فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس سلامت روان را "استعداد روان برای هماهنگی، خوشایندی و موثر کار کردن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن"، تعریف می‌کند (حسینی، ۱۳۷۸: ۵).

در این میان، خانواده‌های نابسامان نظیر خانواده‌های زندانیان مواد مخدر به لحاظ ساختاری و کنش با خانواده‌های طبیعی متفاوت بوده و زنان در غیاب همسرانشان به عنوان سرپرست چنین خانواده‌هایی از بهداشت روانی پایینی برخوردار می‌باشند و در نتیجه از لحاظ انجام وظایف خانوادگی با مشکل مواجه می‌باشند. این پژوهش با هدف سنجش تاثیر مجازات زندان مجرمین مواد مخدر نظیر معتادین، توزیع کنندگان، حمل‌کنندگان و قاچاقچیان بر سطوح بهداشت روان زنان آنها انجام شده

¹- mental health

²- World Health Organization (WHO)

سلامت جسمی و روانی زندانی های دوباره دستگیر شده مزمن بوده و با مشکلات جسمی و روانی متعددی مواجه می باشند. پیامدهای بازداشت مجدد بر حسب جنسیت متفاوت بوده و افزون بر این، زندانی شدن مجدد بر سلامت جسمی و روانی خانواده های آنها نیز آثار سوء داشته است (Kane and Visser, 2008).

در تحقیقی با عنوان توهم و بهزیستی: دیدگاهی روان شناختی اجتماعی در مورد بهداشت روان "مشاهده گردید که درک نسبتاً دقیق و متعادل و واقعی از خود می تواند معیارهای بهداشت روان نظیر توانایی مراقبت از دیگران، توانایی راضی بودن، ظرفیت کنترل وقایع مهم در زندگی، توانایی مشغول بودن به کارهای خلاق، اعتماد به نفس و خوش بینی نسبت به آینده را به طور مثبت تحت تاثیر قرار می دهد (Taylor and Brown, 1988).

چارچوب نظری پژوهش

رویکردهای نظری موجود در حوزه بهداشت روان عوامل مرتبط با این پدیده را هم در درون فرد جستجو نموده و هم بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان تاکید نموده اند. علی رغم این که از دهه های هفتاد میلادی نظریه پردازان به تحلیل نظری نابرابری های موجود درباره ی شاخص های بهداشت روان زنان و مردان در سطوح ملی و بین المللی پرداخته اند (Annandale and Hont, 1999). ولی جداسازی تبیین چگونگی تاثیر عوامل روانی - اجتماعی و زیست شناختی مختلف بر بهداشت روان در زنان و مردان کمتر انجام شده است (خدارحیمی، ۱۳۷۸). بنابراین، مبانی نظری این پژوهش با تاکید بر عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با بهداشت روان با استفاده از نظریه های جامعه شناختی و روان شناختی تدوین گردیده است. در

کارکردهای اجتماعی آن برای سالمندان که در واشنگتن دی سی امریکا در بین سالمندان انجام شد نشان داد که برنامه های فرهنگی که در آن سالمندان در گروه های حرفه ای مشارکت دارند در سلامت جسمانی آنها نظیر استفاده کمتر از دارو و کاهش میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک معالج و همچنین ارتقای شاخص های بهداشت روان نظیر افزایش اعتماد به نفس، کاهش اضطراب و احساس رضایت بیشتر از زندگی در بین آنها مشاهده گردید. این پژوهش نتیجه می گیرد که چنانچه گروه های کوچک اجتماعی که فرد به آن تعلق خاطر دارد مورد آسیب قرار گیرند، این امر تاثیر منفی بر بهداشت روان و سلامت جسمانی فرد دارد (Cohen et al. 2006).

در پژوهشی با عنوان "چارچوبی برای ارتقای بهداشت روانی در اروپا" با این هدف انجام شد که بهداشت روان نتیجه چه عوامل ساختاری است و بهداشت روانی مثبت و منفی چیست؟ این تحقیق نتیجه می گیرد که بهداشت روان پیامد عوامل از پیش تعیین شده ی گوناگون نظیر تجارب کودکی، عوامل ناگهانی و وقایع پر دغدغه زندگی، زمینه اجتماعی و منابع فردی مانند اعتماد به نفس می باشد. بهداشت روان مثبت به سلامت روانی با عنوان ظرفیتی برای درک اطرافیان و سازگاری با آنها و تغییر آن و فکر کردن، صحبت کردن و رابطه برقرار کردن رجوع می کند. بهداشت روان منفی نتیجه کارکردهای ضعیف خانواده ها و مدارس با روابط نامناسب با دیگران و زنجیره ای از اختلالات روانی شدید و متنوع را در بر می گیرد (Lahtinen et al, 2007).

در پژوهشی که به "وضعیت سلامت جسمی و روانی ۱۱۰۰ نفر از افرادی که پس از آزادی از زندان مجدداً بازداشت شده اند: انجام شد نشان داد که شرایط

فراوانی را تجربه می‌کنند که بر بهداشت روان آنها تاثیر منفی دارد.

در این خانواده‌ها تلاش مادران این است که برای فرزندانشان هم پدر باشند و هم مادر و در نتیجه می‌بایست نقش‌های بیشتری را ایفا نمایند که بار اضافی به آنها تحمیل می‌شود. "بار اضافی مسئولیت"^۳، "بار اضافی تامین هزینه خانوار"^۴ و "بار اضافی عاطفی"^۵ از مجموعه غیر معمول نقش‌هایی نشأت می‌گیرد که این گروه از زنان می‌بایست متحمل شوند که پیامد آن تضعیف بهداشت روان آنها است. همچنین، ناتوانی در سازگار شدن با این بارهای اضافی موجب آشفتگی، اضطراب، فشارهای روانی و دلمشغولی در بین این زنان گردیده که کاهش بهداشت روان آنها را به همراه خواهد داشت.

با توجه به این که بیشتر صاحب‌نظران در تعریف بهداشت روان بر نیازهای جسمی و روانی تاکید نموده‌اند، لذا بخش عمده‌ای از چارچوب مفهومی تحقیق و مدل نظری برگرفته از چارچوب مفهومی با استفاده از نظریه سلسله مراتبی نیازهای آبراهام مازلو (۱۳۶۷) و نظریه توسعه یافته مازلو توسط "گاف" (Gough, 2000) طراحی گردیده است. به منظور پوشش کامل شاخص‌های بهداشت روان از نظریه بوم‌شناسی انسانی نیز که در آن به شاخص‌های عینی و ذهنی تاکید شده نیز استفاده شده است. به نظر مازلو آرایش نیازها به شکل سلسله مراتبی است و به ترتیب عبارتند از: "نیازهای جسمانی"^۶، "نیازهای ایمنی"^۷، "نیازهای تعلق و عشق"^۸، "نیازهای عزت نفس"^۸

رویکرد جامعه‌شناختی نظریه کنش متقابل نمادین و جامعه‌شناسی انتقادی اریک فروم مورد استفاده قرار گرفته است. این نظریه کنش به جای تمرکز بر فرایندها و ساخت‌های کلان نظیر تضاد طبقاتی به مطالعه فرایندهای کنش اجتماعی و نتایج آن برای فرد و جامعه توجه نموده است (ترنر، ۱۳۷۵). براساس این نظریه در مطالعه کنش اجتماعی فرد می‌بایست حالات و شرایط درونی وی نیز مورد بررسی قرار گیرد که این حالات و شرایط در کنش متقابل فرد با دیگران و فرایند تجربیات و فعالیت‌های اجتماعی ظاهر می‌شود. در رویکرد جامعه‌شناسی انتقادی، اریک فروم بهداشت روان را با شاخص‌هایی نظیر ارتباط‌های فرد با محیط اجتماعی، آزادی، پذیرش مسئولیت برای هدایت زندگی خود و رفتار اجتماعی مناسب تعریف نموده است. براساس این دو رویکرد نظری، وضعیت بهداشت روان همسران زندانیان با شاخص‌های درونی نظیر سلامت روحی و بیرونی نظیر سازگاری و ارتباطات اجتماعی در تعامل با خویشاوندان، فرزندان، همسایگان و گروه‌های دیگر اجتماعی و همچنین فعالیت‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی خاصی که در دوران محبوس بودن همسرانشان دارند تعیین می‌گردد. نظریه دیگری که "در جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی"^۱ به وضعیت بهداشت روان زنان سرپرست خانوار پرداخته است "نظریه نقش‌های غیرمعمول"^۲ می‌باشد (Thoits, 1987; Menaghan, 1989). براساس این نظریه، زنانی که به دلایلی نظیر زندانی شدن همسرانشان سرپرستی خانوار را برای مدتی به عهده می‌گیرند می‌بایست نقش‌های متعددی مانند مهیا نمودن حمایت‌های مالی برای فرزندان و تامین هزینه‌های خانوار و سرپرستی از فرزندان را ایفا نمایند. به علاوه، آنها آشفتگی‌ها و فشارهای روانی

³- Responsibility Overload

⁴- Emotional Overload

⁵- Physiological needs

⁶- Safty needs

⁷- Belongingness and loved needs

⁸- Esteem needs

¹- Sociology of Mental Illness

²- Non-Normative Roles Theory

امرار معاش زنان زندانیان و برآورده شدن یا نشدن نیازهای مربوط به امرار معاش در زمینه های اجتماعی و نهادی به عنوان یکی دیگر از شاخص های بهداشت روان نشأت گرفته از این نظریه است.

نظریه بوم شناختی انسانی، تعامل و روابط به هم وابسته انسان ها با محیط های فیزیکی، زیستی و اجتماعی آنها را مورد توجه قرار می دهد. این نظریه پدیده هایی چون "بهریستی و ذهنی"^۵ کیفیت زندگی خانواده^۶ و بهداشت روانی را با کیفیت محیط مرتبط دانسته و این پدیده را به رضایت بخش بودن خانواده و به "تحقق تمامیت زندگی"^۷ اشاره دارد. در رابطه با وضعیت بهداشت روان فرد یا خانواده این نظریه بر شاخص های عینی و ذهنی توجه می کند. شاخص های عینی بر کالاهای موجود در محیط های انسانی را که زندگی خوب نقش موثری دارد، تاکید می نماید. در شاخص های عینی معمولاً به سه بعد از رفاه عمومی، یعنی ابعاد اقتصادی، فیزیکی - محیطی و اجتماعی توجه می شود. شاخص ذهنی تجربه فرد از زندگی را می سنجد که در این جا واحد تحلیل فرد است و از هر فردی مستقیماً جهت ارزیابی کیفیت زندگی و همچنین وضعیت بهداشت روان وی در حیطه های مختلفی توجه می شود که در این مورد بیشتر بر نیازهای انسانی و ارضای رضایت بیشتر آنها تمرکز می کنند (Retting and Leichtenritt, 2005)

و "نیازهای خودشکوفایی"^۱. بطور کلی، بهداشت روانی پدیده ای روانی - اجتماعی است و نظریه مازلو نیازها را پدیده ای انگیزشی - روانی دانسته که رفع آنها مبتنی بر روابط و پیش شرط های اجتماعی می داند (مازلو، ۱۳۸۱؛ ۴۵۲). نظریه مازلو می تواند در تعیین شاخص های بهداشت روان کمک کند. نیازهایی که مازلو مشخص نموده با ایجاد تغییراتی در آن (به علت تلفیق با نظریه های دیگر) می تواند برخی از شاخص های بهداشت روان نظیر رضایت از زندگی، ارضای نیازهای غیر مادی و وضعیت امرار معاش را تعیین نماید. براساس نظریه مازلو، زنانی که همسرانشان محبوس می باشند در شرایط اجتماعی مناسبی نبوده و ارضای نیازها آنها با اختلال مواجه بوده و در نتیجه از سطوح بهداشت روان پایینی برخوردار می باشند.

گاف نظریه مازلو را توسعه داده و بر این باور است که نیازها قابلیت عام بودن^۲ دارند. گاف این نیازهای عام را تحت عنوان "سلامت جسمانی"^۳ و خودمختاری^۴ بیان نموده است. او بر این باور است که اگرچه برای عمل و مشارکت انسان سلامت جسمانی امری اساسی است ولی انسان بر خلاف دیگر گونه ها توان انتخاب آگاهانه و نحوه انجام آن را دارد (Gough, 2000). بنابراین، چگونگی سازگاری و روابط اجتماعی زنان زندانیان به عنوان یکی از شاخص های بهداشت روان انتخابی آگاهانه است. به عقیده گاف، این نیازهای عام انسان می توانند به شیوه های متفاوتی و از طریق انواع بی شمار ارضا کننده های خاص نظیر کالا، خدمات و روابطی که نیازها را در زمینه های خاصی ارضا می کنند برآورده شود (Ibid:6). وضعیت

¹ - Need for self-actualization

² - Universalible

³ - Physical Health

⁴ -Autonomy

⁵ - Subjective well being

⁶ - Familid life qualited

⁷ - Totality of life fullfillment

مدل نظری تحقیق



فرضیات تحقیق

۱. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر و سازگاری و روابط اجتماعی همسرانشان رابطه وجود دارد.
۲. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر و رضایت از زندگی در بین همسرانشان رابطه وجود دارد.
۳. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر و ارضای نیازهای غیرمادی همسرانشان رابطه وجود دارد.
۴. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر و سلامت جسمی و روانی همسرانشان رابطه وجود دارد.
۵. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر با از خودبیگانگی در بین همسرانشان رابطه وجود دارد.
۶. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر و وضعیت امرار معاش همسرانشان رابطه وجود دارد.
۷. بین مجازات حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر و کنترل فرزندان توسط همسرانشان رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

این تحقیق با روش پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش ۹۵۰۰ نفر از همسران زندانیانی

اجتماعی ایران طراحی گردید. اعتبار صوری^۲ طیف ها از طریق مشورت با متخصصین که عمدتاً اساتید جامعه شناسی و روانشناسی بوده اند تعیین گردید. برای اندازه گیری پایایی^۳ طیف ها ضریب آلفای کرنباخ هر یک طیف ها محاسبه گردید که همه حدود ۰/۸۰ بودند که مورد تایید می باشد.

تحلیل داده ها

نتایج بدست آمده از تحقیق نشان می دهد که زندانی شدن سرپرستان خانواده ها بر ابعاد مختلف بهداشت روان همسران آنها تاثیر منفی داشته است به طوری که میانگین رتبه ای گویه های طیف سازگاری و روابط اجتماعی (جدول ۱-۱) پاسخگویان بعد از دستگیری در ۸ گویه از ۹ گویه این طیف کاهش داشته است. با توجه به تعداد گویه های این طیف، نمره پاسخگویان می تواند از ۹ تا ۴۵ در نوسان باشد، جدول ۲-۱ بیانگر آن است که میانگین بعد از دستگیری این میانگین قبل از دستگیری ۲۶/۳ بوده است به ۲۲/۵ کاهش یافته است.

با توجه به این که این طیف در سطح سنجش فاصله ای است، لذا برای آزمون معنی داری تفاوت میانگین ها (مجموع نمره طیف قبل و بعد از دستگیری) از آزمون تی استفاده شده که میزان تی (۲۰/۴۸) به دست آمده با درجه آزادی ۷۴۹ در سطح ۹۹ درصد معنی دار می باشد.

است که شوهران آنها در سال ۱۳۸۵ به علت ارتکاب جرایم مربوط به مواد مخدر در زندان های تهران، خراسان رضوی، کرمان، اهواز، شیراز، همدان و گرگان محبوس و حداقل سه ماه از دوره محکومیت آنها گذشته و در مدت زمانی که همسران آنها به عنوان جامعه آماری مورد پرس و جو قرار گرفتند در زندان بوده اند. ۸۰۰ نفر از آنها با روش نمونه گیری تصادفی نظام مند برحسب تعداد جمعیت زندانیان هر زندان که در لیست جامعه مورد مطالعه قرار گرفته اند به عنوان نمونه انتخاب شده اند. در این نوع پیمایش همسران زندانیان (زنان مورد مطالعه) در زمان تکمیل پرسشنامه هم به عنوان گروه مطالعه و هم به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده اند. در پرسشنامه از همسران زندانیان پرسیده می شود که درباره وضعیت بهداشت روان خود در ابعاد مختلف در دوران محبوس بودن شوهرانشان یعنی در موقعیت کنونی اظهارنظر کنند که در این جا پاسخگویان به عنوان گروه مطالعه منظور شده اند، همزمان در پرسشنامه از آنها خواسته می شود که درباره وضعیت بهداشت روان خود در دوران قبل از زندانی شدن همسر نیز اظهارنظر کنند که در اینجا پاسخگویان به عنوان گروه کنترل یا شاهد در نظر گرفته شده اند. مقایسه نمرات به دست آمده از این دو وضعیت تاثیر زندانی شدن شوهر بر بهداشت روان زنان را نشان خواهد داد. طیف های سنجش بهداشت روان به عنوان متغیر وابسته با اقتباس از مقیاس سلامت روانی که در سال ۱۹۷۰ توسط گولدبرگ و همکارانش^۱ ابداع شده با توجه به وضعیت فرهنگی و

^۲ - Face validity

^۳ - Reliability

^۱ - Goldberg et al

جدول ۱-۱: میانگین رتبه‌ای طیف سازگاری و روابط اجتماعی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه بعد از دستگیری	میانگین گویه قبل از دستگیری	گویه
۲/۳۲	۲/۹۲	رابطه با خانواده شوهر
۳	۳/۲۹	رابطه با خانواده زن
۲/۱۹	۲/۵۳	رابطه با همسایگان
۱/۶۵	۲/۱۶	رابطه با خانواده دوستان و همکاران شوهر
۲/۲۵	۲/۶۷	رابطه با اقوام و بستگان
۲/۱	۱/۹	نزاع و قهر با خویشاوندان
۲/۲۹	۲/۸۵	تحمل دیگران
۱/۸۹	۲/۳	رابطه با افراد قوم و قبیله و هم ولایتی‌ها
۳/۲۶	۳/۵۹	سازگاری با فرزندان

جدول ۱-۱: آزمون معنی داری تفاوت میانگین طیف سازگاری و روابط اجتماعی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

سطح معنی داری	ارزش تی	درجه آزادی	میانگین طیف	طبقات
۰/۰۰۱	۲۰/۴۸	۷۴۹	۲۶/۳	قبل از دستگیری
			۲۲/۵	بعد از دستگیری

لذا برای مقایسه میانگین نمره آنها از این طیف در قبل و بعد از دستگیری از آزمون تی استفاده شده است (جدول ۲-۲). همانگونه که در جدول ۲-۲ مشاهده می‌شود میزان تی از این آزمون ۲۳/۸۴ است که با توجه به درجه آزادی ۷۸۶ در سطح ۹۹ درصد معنی دار می‌باشد. این نتیجه که با دستگیری همسران رضایت زنان از زندگی کاهش یافته است قابل تعمیم به کل جامعه آماری است.

طیف رضایت زنان از زندگی در قبل و بعد از زندانی شدن همسرانشان با ۹ گویه سنجیده شده است. جدول ۱-۲ نشان می‌دهد که میانگین رتبه‌ای گویه‌های این طیف بعد از دستگیری نسبت به قبل از آن کاهش یافته است. نمره پاسخگویان از این طیف ۹ گویه‌ای می‌تواند بین ۹ تا ۴۵ در نوسان باشد. با توجه به این که طیف رضایت زنان از زندگی در سطح سنجش فاصله‌ای است،

جدول ۱-۲: میانگین رتبه ای رضایت زنان از زندگی قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه بعد از دستگیری	میانگین گویه قبل از دستگیری	گویه
۱/۸۸	۲/۷۲	تا چه حد احساس می کنید زندگیتان رضایت بخش است؟
۲/۲۲	۲/۸۱	تا چه حد از رفت و آمد خانوادگی احساس رضایت می کنید؟
۲/۱۷	۳/۱۳	تا چه حد از زندگی زناشویی تان لذت می برید؟
۱/۹۵	۲/۴۸	تا چه حد از وضعیت مسکن خود رضایت دارید؟
۲/۸۴	۳/۲	تا چه حد از وضعیت معیشت خود راضی هستید؟
۱/۸۶	۲/۷۷	تا چه حد احساس خوشبختی می کنید؟
۳/۳۶	۳/۶۴	تا چه حد از فرزندانتان راضی هستید؟
۲/۳۵	۲/۷۱	تا چه حد از منطقه محل سکونت خود راضی هستید؟
۱/۸۶	۱/۹۱	تا چه حد از حمایت های عاطفی همسران راضی هستید؟

جدول ۲-۲: آزمون معنی داری تفاوت میانگین طیف رضایت زنان از زندگی در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

سطح معنی داری	ارزش تی	درجه آزادی	میانگین طیف	طبقات
۰/۰۰۱	۲۳/۸۴	۷۸۶	۲۷/۷	قبل از دستگیری
			۲۲/۱	بعد از دستگیری

این تفاوت با توجه به میزان تی به دست آمده ($T = 26/7$) با درجه آزادی ۷۵۹ در سطح ۹۹ درصد معنی داری می باشد، لذا این نتیجه که میزان ارضای نیازهای غیرمادی زنان پس از زندانی شدن همسرانشان کاهش می یابد قابل تعمیم به کل جامعه مورد مطالعه است.

جدول ۱-۳ نشان می دهد که میانگین رتبه ای گویه های طیف ارضای نیازهای غیرمادی زنان بعد از دستگیری همسرانشان کاهش یافته است. میانگین نمره پاسخگویان از طیف ۹ گویه ای ارضای نیازهای غیرمادی زنان قبل از دستگیری ۲۸/۲ است که بعد از دستگیری به ۲۰/۹۸ کاهش یافته است. (جدول ۲-۳).

جدول ۱-۳: میانگین رتبه‌ای طیف ارضای نیازهای غیرمادی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه قبل از دستگیری	میانگین گویه بعد از دستگیری	گویه
۲/۷۶	۱/۹	تا چه حد نیازهای غیرمادی شما برطرف می‌شود؟
۲/۴۴	۱/۷۸	تا چه از سرگرمی‌های مورد علاقه‌تان برخوردارید؟
۲/۶۳	۱/۷۹	تا چه حد از اوقات فراغت خود لذت می‌برید؟
۲/۷۶	۳/۵۴	تا چه حد زندگی‌تان خسته‌کننده و ملال‌آور شده است؟
۲/۵۶	۱/۶۹	تا چه حد توقعات و انتظارات غیرمادی شما برآورده شده است؟
۲/۹۴	۲/۱۱	تا چه حد از امنیت برخوردار بوده‌اید؟
۲/۵۳	۲/۰۳	تا چه حد نیازهای عاطفی شما توسط همسران برطرف گردیده است؟
۳/۳۷	۲/۹۳	تا چه حد در زندگی‌تان از آسایش و آرامش برخوردار بوده‌اید؟
۲/۶۲	۲/۰۵	تا چه حد مورد احترام همسایگان و اطرافیان بوده‌اید؟

جدول ۲-۳: آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین طیف نیازهای غیرمادی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

طبقات	میانگین طیف	درجه آزادی	ارزش تی	سطح معنی‌داری
قبل از دستگیری	۲۸/۲	۷۵۹	۲۶/۷	۰/۰۰۱
بعد از دستگیری	۲۰/۹۸			

وضعیت سلامت جسمانی و روانی همسران زندانیان توسط طیف ۱۰ گویه‌ای سنجیده شده است (جدول ۱-۴). در این مورد میانگین رتبه‌ای گویه‌های طیف پس از دستگیری کاهش یافته است که بیانگر کاهش سلامت جسمانی و روانی زنان بعد از دستگیری و زندانی شدن همسرانشان می‌باشد.

پس از دستگیری ۲۹/۳ است. با توجه به این که این طیف در سطح سنجش فاصله‌ای است، لذا برای مقایسه وضعیت جسمانی و روانی همسران زندانیان در قبل و بعد از دستگیری شوهرانشان از آزمون تی استفاده شده است. میزان تی به دست آمده از این آزمون ۲۶/۱۴ است که با درجه آزادی ۷۸۱ در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار می‌باشد.

وضعیت سلامت جسمانی و روانی همسران زندانیان توسط طیف ۱۰ گویه‌ای سنجیده شده است (جدول ۱-۴). در این مورد میانگین رتبه‌ای گویه‌های طیف پس از دستگیری کاهش یافته است که بیانگر کاهش سلامت جسمانی و روانی زنان بعد از دستگیری و زندانی شدن همسرانشان می‌باشد.

جدول ۲-۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره پاسخگویان از طیف سلامت جسمانی و روانی قبل از دستگیری ۳۷/۱ و

جدول ۱-۳: میانگین رتبه ای سلامت جسمانی و روانی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه قبل از دستگیری	میانگین گویه بعد از دستگیری	گویه
۲/۳۷	۳/۳۶	تا چه حد فکر می کنید که فردی بد خلق شده اید؟
۲/۴۱	۳/۴۶	تا چه حد به خاطر فشارهای روحی بر روی دیگران فریاد می کشید؟
۲/۰۳	۲/۷۸	تا چه حد به خاطر فشارهای روحی ناسزا گفته اید؟
۲/۰۲	۲/۸۹	تا چه حد به خاطر فشارهای روحی فرزندانان را تنبیه نموده اید؟
۱/۹	۲/۶	تا چه حد نسبت به دیگران احساس بدبینی داشته اید؟
۲/۲۹	۳/۴۱	تا چه حد احساس گوشه گیری نموده اید؟
۲/۴۵	۳/۷۴	تا چه حد احساس می کنید که نشاط خود را از دست داده اید؟
۳/۳۴	۲/۲۶	تا چه حد از سلامت جسمانی برخوردار بوده اید؟
۲/۰۷	۲/۴۶	تا چه حد از بیماری جسمانی رنج می برید؟
۲/۷۹	۳/۱۹	تا چه حد از بیماری روانی رنج می برید؟

جدول ۲-۳: آزمون معنی داری تفاوت میانگین طیف سلامت جسمانی و روانی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

طبقات	میانگین طیف	درجه آزادی	ارزش تی	سطح معنی داری
قبل از دستگیری	۳۷/۱	۷۸۱	۲۶/۱۴	۰/۰۰۱
بعد از دستگیری	۲۹/۳			

با توجه به این که این طیف در سطح سنجش فاصله ای است، برای مقایسه میانگین نمره پاسخگویان در قبل و بعد از دستگیری می بایست از آزمون تی استفاده نمود. همانگونه که در جدول ۲-۵ مشاهده می شود میزان تی بدست آمده از این آزمون ۲۷/۵ است که با درجه آزادی ۷۳۷ در سطح ۹۹ درصد معنی داری می باشد این نتیجه که میزان از خودبیگانگی همسران زندانیان بعد از دستگیری شوهرانشان افزایش می یابد قابل تعمیم به کل جامعه آماری است.

یافته های تحقیق همچنین نشان می دهد که در گویه های طیف از خود بیگانگی، میانگین رتبه ای گویه ها بعد از دستگیری نسبت به قبل از آن افزایش داشته است (جدول ۱-۵). میانگین نمره پاسخگویان از طیف از خود بیگانگی که از جمع ۱۵ گویه طیف بدست می آید قبل از دستگیری ۳۵/۹ بوده است، این در حالی است که این میانگین بعد از دستگیری به ۵۱/۱ افزایش یافته است (جدول ۲-۵).

جدول ۱-۵: میانگین رتبه ای طیف از خودیگانگی زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه بعد از دستگیری	میانگین گویه قبل از دستگیری	گویه
۳/۵۱	۲/۴۹	احساس بهبودی بودن زندگی
۳/۴۵	۲/۴۷	احساس بی قدرتی
۳/۲۷	۲/۴	سلب اعتماد نسبت به دیگران
۳/۲۳	۲/۶۵	عدم توانایی در تغییر سرنوشت
۳/۷۸	۲/۸۵	مشکل تمام نشدن زندگی
۴/۰۲	۲/۵۸	احساس تنهایی
۲/۶۷	۲/۱۷	بی تفاوتی نسبت به قوانین و مقررات
۳/۴	۲/۴۱	بی عاطفه شدن به معاشرت با دیگران
۳/۵۴	۲/۲۳	بیزاری از خود
۳/۱۷	۲/۱۳	احساس بی ارزشی و بی فایده بودن
۳/۰۸	۲/۱۸	احساس بی لیاقتی
۳/۳۵	۲/۳۲	کناره گیری از دیگران
۳/۳۴	۲/۳۴	گوشه گیری
۳/۶۱	۲/۳۳	احساس غریبی و بیگانگی
۳/۶۶	۲/۵۹	احساس برتری اطرافیان نسبت به خود

جدول ۲-۵: آزمون معنی داری تفاوت میانگین رتبه ای طیف از خودیگانگی زنان در قبل و بعد از**دستگیری همسرانشان**

سطح معنی داری	ارزش تی	درجه آزادی	میانگین طیف	طبقات
۰/۰۰۱	۲۷/۵	۷۳۷	۳۵/۹	قبل از دستگیری
			۵۱/۱	بعد از دستگیری

با توجه به این که طیف کنترل اجتماعی فرزندان در سطح سنجش فاصله ای است، برای مقایسه نمره پاسخگویان در قبل و بعد از دستگیری می بایست از آزمون تی استفاده نمود. همانگونه که در جدول ۲-۶ مشاهده می گردد میزان تی بدست آمده از این آزمون ۱۳/۰۳ است که با درجه آزادی ۶۹۸ در سطح ۹۹ درصد معنی داری می باشد.

جدول ۱-۶ نشان می دهد که میانگین رتبه ای میزان کنترل اجتماعی فرزندان توسط همسران زندانیان در بعد از دستگیری شوهرانشان در تمام گویه های طیف کاهش یافته است. جدول ۲-۶ نشان می دهد که میانگین نمره طیف کنترل اجتماعی فرزندان بعد از دستگیری ۲۷/۴ می باشد که این میانگین قبل از دستگیری به ۳۰/۵ بوده است.

جدول ۱-۶: میانگین رتبه ای طیف توانایی کنترل فرزندان توسط مادران در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه قبل از دستگیری	میانگین گویه بعد از دستگیری	گویه
۳/۳۶	۳/۳۱	تا چه حد فرزندان شما تحت کنترل شما میباشند؟
۲/۰۶	۲/۵۲	تا چه حد فرزندان شما تمایل به نافرمانی دارند؟
۲/۲۲	۲/۸۷	تا چه حد فرزندان شما به راهنمایی هایتان اهمیت می دهند؟
۳/۶۳	۳/۳۱	تا چه حد فرزندان شما به شما احترام می گذارند؟
۱/۹۸	۲/۶۱	تا چه حد فرزندان شما در مقابل شما پر خاشگری می کنند؟
۳/۴۳	۳/۰۸	تا چه حد بر وضعیت تحصیلی فرزندان شما نظارت دارید؟
۱/۶۴	۱/۹۵	تا چه حد فرزندان شما در گذران اوقات فراغت دوستانشان را به شما ترجیح می دهند؟
۳/۰۹	۳/۳۳	تا چه حد فرزندان شما بدون اطلاع شما خانه را ترک می کنند؟

جدول ۲-۶: آزمون معنی داری تفاوت میانگین رتبه ای طیف توانایی کنترل فرزندان توسط مادران در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

سطح معنی داری	ارزش تی	درجه آزادی	میانگین طیف	طبقات
۰/۰۰۱	۱۳/۰۳	۶۹۸	۳۰/۵	قبل از دستگیری
			۲۷/۴	بعد از دستگیری

این متغیر در سطح سنجش فاصله ای است و می بایست از آزمون تی استفاده نمود. همانگونه که در جدول ۲-۷ مشاهده می شود میانگین نمره پاسخگویان از این طیف قبل از دستگیری ۱۶/۱ بوده است که این میانگین پس از دستگیری به ۱۱/۴ کاهش یافته است. این تفاوت میانگین با توجه به میزان تی بدست آمده ($T = 24/67$) و با درجه آزادی ۷۱۴ در سطح ۹۹ درصد معنی دار می باشد.

وضعیت امرار معاش همسران زندانیان در قبل و بعد از دستگیری شوهرانشان با طیف ۹ گویه ای سنجیده شده است (جدول ۱-۷). جدول ۱-۷ بیانگر تضعیف وضعیت امرار معاش آنها بعد از دستگیری شوهرانشان در تمام گویه های طیف می باشد. با توجه به این که نمره پاسخگویان از طیف وضعیت امرار معاش از جمع گویه ها به دست می آید لذا

جدول ۱-۷: میانگین رتبه ای طیف امرار معاش زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

میانگین گویه قبل از دستگیری	میانگین گویه بعد از دستگیری	گویه
۲/۶۲	۱/۸۲	وضعیت رفاهی شما تا چه حد است؟
۲/۵۸	۱/۶۵	درآمد شما تا چه حد کفاف زندگیتان می‌دهد؟
۲/۴۵	۱/۵۶	تا چه حد از درآمد و پس انداز همسران امرار معاش می‌کنید؟
۲/۹۵	۳/۶۶	تا چه حد از نظر امرار معاش در مضیقه هستید؟
۲/۸۸	۳/۶۵	تا چه حد مشکلات اقتصادی بر وضعیت بهداشتی و تحصیلی اعضای خانواده شما تاثیر منفی داشته است؟
۲/۴۳	۱/۶۴	تا چه حد توان تامین هزینه های مختلف زندگی را دارید؟

جدول ۲-۷: آزمون معنی داری تفاوت میانگین رتبه ای طیف امرار معاش زنان در قبل و بعد از دستگیری همسرانشان

طبقات	میانگین طیف	درجه آزادی	ارزش تی	سطح معنی داری
قبل از دستگیری	۱۶/۱	۷۱۴	۲۴/۶۷	۰/۰۰۱
بعد از دستگیری	۱۱/۴			

بحث و نتیجه گیری

سازمان بهداشت جهانی سلامت روان جوامع و ارتقای همه ابعاد بهداشت روان افراد را ضروری دانسته است. در این میان، اجرای برنامه های بهداشت روانی و اعمال سیاست های مداخله ای در راستای توانمندسازی روانی جامعه به ویژه اقشار آسیب پذیر مورد توجه سازمان بهداشت جهانی بوده است.

خانواده های زندانیان مواد مخدر از آسیب پذیرترین اقشار جامعه بوده که هم به لحاظ مادی وهم به جهت عاطفی به شدت تحت فشار بوده و غالباً در کنترل و پرورش فرزندان با مشکلات فراوانی مواجه می باشند که یافته های این پژوهش نیز بیانگر این موارد است.

یافته های پژوهش همچنین، حاکی از آن است که تغییر در شرایط زندگی زنان به دلیل محبوس بودن همسرانشان

بر بهداشت روان آنها تاثیر گذاشته و در ابعاد مختلف سلامت روان دچار مشکل شده اند. رفتارهای خاص زنان زندانیان مواد مخدر نظیر نوع سازگاری و روابط اجتماعی آنها در فضای زندگیشان می توان بر اساس نظریه کنش متقابل نمادین که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند تحلیل نمود زیرا براساس این نظریه افراد بصورت هدفمند در مقابل موضوعات محیطی واکنش نشان می دهند.

یافته های تحقیق نشان می دهد که ایفای "نقشهای نامعمول"^۱ زنان زندانیان مواد مخدر نظیر نظارت و کنترل فرزندان و تامین هزینه های خانوار مؤید "بار اضافی مسئولیت"^۲ زنانی است که همسرانشان به علت کنشهای مربوط به مواد مخدر به مجازات زندان محکوم شده اند.

^۱ - Non-Normative Roles

^۲ - Responsibility Overlound

- ۱- بهبود وضعیت ارائه خدمات مادی و غیرمادی به آن گروه از زنانی که از خدمات کمتری بهره می گیرند. این نوع خدمات می تواند توسط سازمان‌هایی نظیر سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام و انجمن حمایت از زندانیان میسر شود.
- ۲- حمایت مالی جهت افزایش تعداد کارشناسان بهداشت روان و مددکاران اجتماعی در سازمان زندانها جهت ارائه خدمات مشاوره ای به همسران زندانیان مواد مخدر.
- ۳- آموزش مداوم بهداشت روان به مددکاران زندانها به منظور ارائه خدمات مناسب در رابطه با سلامت روان به زنان زندانیان مواد مخدر.
- ۴- بهبود و تقویت الگوهای ارتباطی خانواده و آموزش مهارت های زندگی و ارتباطی به آنها.
- ۵- توسعه برنامه های جایگزین حبس برای محکومین جرایم مواد مخدر با هدف حضور سرپرستان خانوارها در مجموعه خانواده.

منابع

- احمدی حبیب (۱۳۸۴)، "جامعه شناسی انحرافات"، تهران: انتشارات سمت.
- احمدی، حبیب (۱۳۸۲)، "روان شناسی اجتماعی"، شیراز: انتشارات مرکز نشر دانشگاه شیراز.
- پروین، ندا، علوی، اعظم و علیدوست، عصمت (۱۳۸۷). "بررسی تأثیر گروه درمانی بر سلامت روان مادران بیماران مبتلا به تالاسمی"، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، دوره ۱۰، شماره ۳، صص ۳۷-۴۴.
- ترنر، جانانان اچ (۱۳۷۵)، "ساخت نظریه جامعه شناختی"، ترجمه عبدالعلی لهسایی زاده، شیراز: انتشارات نوید.
- جوکار، اعظم، گرمز نژاد، سکینه و شریفی، محمود (۱۳۸۲)، (۱۳۸۴) "بررسی شیوع سوء رفتار و برخی عوامل موثر در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

بنابراین، یافته های پژوهش نظریه نقش های نامعمول را به عنوان یکی از نظریه های مورد استفاده در چارچوب نظری حمایت می کند. هنگامی که خانواده به دلیل غیبت طولانی مدت سرپرست خانواده برخی از وظایف مردان به زنان منتقل می شود، علاوه بر آنکه این گروه از زنان با مشکلات بهداشت روان نظیر از خودبیگانگی و ضعف در سازگاری و روابط اجتماعی مواجه می شوند، چنین خانواده هایی توانمندی لازم جهت ارضای نیازهای مادی و غیرمادی را ندارند. خانواده براساس نوعی تقسیم کار جنسی شکل گرفته که در آن می توان نقش ابزاری پدر و مدیریت وی جهت رفع نیازهای مادی خانواده و نقش مادر در جهت ایجاد امنیت روحی و عاطفی مشاهده نمود. بر اساس این نوع تقسیم کار، اگر مادران نتوانند نقش ها و وظایف پدر را انجام دهند بهداشت روانی خانواده تهدید می شود. این یافته ها به نیازهایی اشاره دارد که در دو نظریه نیازهای مازلو و گاف مطرح شده است.

یکی از شاخص های بهداشت روان که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته سازگاری و روابط اجتماعی زنانی است که همسرانشان به دلیل جرایم مربوط به مواد مخدر زندانی شده اند. یافته های این پژوهش بیانگر کاهش سازگاری و کاهش روابط اجتماعی این گروه از زنان با دوستان، خویشاوندان و همسایگان است که این امر فشارهای روحی و روانی فراوانی بر زنان تحمیل می کند. با توجه به هزینه های سنگینی که در ابعاد مختلف بهداشت روان در مدت زمان محکومیت سرپرستان خانواده ها، زنان آنها می بایست پرداخت نمایند، مجازات مجرمین مواد مخدر بیش از آنکه مجازات خود آنها باشد، مجازات زنان آنها است (احمدی، ۱۳۸۴). با توجه به یافته های این پژوهش به منظور بهبود بهداشت روان این گروه از زنان پیشنهاد می شود که:

Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults", The Gerontology Society of America, Vol. 46. No.6. 726-734.

Gough, L.(2000), "Global Capital, Human Needs and Social policies" Great Britain: Pelgrave.

Kane, K. M. and Visser, C.A. (2008), "Health and Prisoner Reentry: How physical mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration", Research Report, Urban Institute Justice Policy Center, pp. 1-12.

Lahtinen, E. et al. (2007), "Framework for promoting Mental Health in Europe", Archives of General Psychiatry, 76, 347-358.

Lauer, R.H. (1998), "Social Problems and the Quality of life", New York: mcGraw – Hill.

Menaghan, E. G. (1989), Role Changes and Psychological Well-Being Variations in Effects by Gender and Role Repertoire", Social Forces Vol 67, No. 3, PP. 693-714.

Rettig, K.D., and Leichtentritt, R.D., "A General Theory for Perceptual Indicators of Family Life Quality", [Online]. <http://www.proquest.uni.com pdr> [28 Mey 2005].

Taylor, S.E. and Brow, J.D. (1988), "Illusion and Well- being: A social psychological perspective on mental health", Psychological Bulletin, Vol. 103, No.2, 193-210.

Thoits, P.A. (1987), "Gender and Marital Status Differences in Control and Distress: Common stress yersus unique stress explanation", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 28, No. 1, PP. 7-22.

Turner, R.J. Avison, W.R. (2003), "Status Variation in Sources Exposure: Implications for the interpretation of research on race socioeconomic statues and gender" Journal of Health and Social Behavior, Vol. 44(4) PP. 488-505.

WHO. (2004), "Promoting Mental Health: A report of the world health organization", Australia: Department of Mental Health University of Melbourne.

درمانی شهر یاسوج " ۱۳۸۲، مجله ارمدان دانش، سال دهم، شماره ۳۷، صص ۸۷-۸۱

حسینی، سیدابوالقاسم (۱۳۸۷)، "مشکلات مربوط به سلامت روانی"، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره اول، سال اول، صص ۴-۶.

خدا رحیمی، سیامک (۱۳۷۸)، "نقش مذهب بر بهداشت روانی"، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۸، سال اول، صص ۱۹۷-۱۸۵.

صادقیان، عفت و حیدریان، علی (۱۳۸۸)، "عوامل استرس زا و ارتباط آن با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان"، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۵، شماره ۱، صص ۸۱-۷۱.

گلیان تهرانی، شهناز، منجمد، زهرا، هاشمی نسب، لیلا (۱۳۸۶)، "وضعیت سلامت روانی ماماهاای شاغل در بیمارستان های دولتی شهر تهران"، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۳، شماره ۱، صص. ۸۰-۷۳.

مازلو، ابراهام اچ (۱۳۶۷)، "انگیزش و شخصیت"، ترجمه احمد رضوانی، مشهد: انتشارات استان قدوسی رضوی.

مازلو، ابراهام اچ (۱۳۸۱)، "زندگی در اینجا و اکنون". هنر زندگی متعالی، ترجمه مهین میلانی، تهران: انتشارات فرا روان.

Annandale, E, Hunt, K. (1999), "Gender Inequalities in Health: Research at the Crossroads. Pp. 1-35. in E. Annandale and K. Hunt(eds), Gender Inequalities in Health, Buckingham: Open University Press.

Bebington, P., Dunn, E., Jenkins, R. (1998), "The Influences of Age and Sex on the Prevalence of Depressive Conditions: Report from the national survey of psychiatric morbidity", Psychological Medicine, Vol 28 (1), PP. 9-11.

Cohen, G.D. et al. (2006), "The Impact of Professionally Conducted Cultural Program on the