

بروز نشانگان روان‌پزشکی در زنان دارای همسران معتاد

The Expression of Psychiatric Symptoms among Women with Addicted Husbands

Parvaneh Mohammadkhani, PhD
University of Welfare and Rehabilitation

Ali Asgari, PhD
Tehran University

دکتر علی عسگری
استادیار دانشگاه تهران

دکتر پروانه محمدخانی
دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Setareh Ameneh Forouzan, PhD
University of Welfare and Rehabilitation

Fereshteh Momeni
Psychologist

فرشته مؤمنی
روان‌شناس

دکتر ستاره آمنه فروزان
استادیار دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی

Baharak Delavar
Psychologist

بهارک دلاور
روان‌شناس

چکیده

اعتیاد شوهران به مواد مخدر می‌تواند به مشکلات روان‌شناختی همسران آنان منتهی شود. در پژوهش حاضر نشانگان روان‌پزشکی همسران مردان معتاد با غیرمعتاد مقایسه شدند. صد و هشتاد و شش زن دارای همسر معتاد از یک مرکز دریافت کمک‌های حرفه‌ای در تهران و ۱۷۳ زن از اقوام گروه اول که همسرانشان معتاد نبودند، به پرسشنامه نشانگان مختصر روان‌پزشکی (دروگاتیس و کلیرلی، ۱۹۷۷) پاسخ دادند. نتایج تحلیل نیمرخ نشان دادند که نمره‌های زنان با همسران معتاد در همه نشانگان روان‌پزشکی به گونه معناداری بالاتر بودند. نتایج براساس مشکلات روابط زناشویی و سوء رفتارهای شوهران معتاد مورد بحث قرار گرفتند.

واژه‌های کلیدی: نشانگان روان‌پزشکی، اعتیاد، همسران، تحلیل نیمرخ.

Abstract

Drug addiction in husbands can lead to psychological problems among their wives. The present research compared psychiatric symptoms in wives of addicted men with the wives of non-addicts. One hundred eighty six females whose husbands had addiction problems and were visiting a professional help center in Tehran, and 173 of their female relatives whose husbands did not have addiction problems completed the Brief Symptoms Inventory (Derogatis & Clearly, 1977). Results of profile analysis demonstrated that the women with addicted husbands had significantly higher scores in all psychiatric symptoms. Results were discussed based on marital difficulties and misbehaviors of addicted husbands.

Key words: psychiatric symptoms, addiction, wives, profile analysis.

مقدمه

خشونت خانوادگی بوده‌اند (کمپ، ۱۹۹۸).

هاینز و استراس (۲۰۰۷) رابطه بین ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی، مصرف الکل و خشونت نسبت به شریک زندگی^۱ را در ۳۸ کشور با در نظر گرفتن متغیرهای واسطه‌ای مانند جنس و فرهنگ در ۷۹۲۱ دانشجوی مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش آنها مؤید بیشتر شدن رابطه شخصیت ضداجتماعی، مصرف الکل و خشونت با در نظر گرفتن متغیرهای جنس و فرهنگ نبود. یکی از مهمترین پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد افزایش بزهکاری و انحراف اجتماعی و جرایم است. به طوری که براساس تحقیقات انجام شده در ایران ۲۵ درصد از معتادان از طریق غیرقانونی (سرقت، فحشاء و ...) پول مواد مصرفی خود را تأمین می‌کنند. در طی دهه ۱۹۷۰ حدود ۶۰ درصد از زندانیان کشور را زندانیان مواد مخدر تشکیل می‌دادند و ۱۵ تا ۲۰ درصد سایر جرایم نیز به نوعی با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر ارتباط داشت. به بیان دقیقتر ۲۵ درصد از جرایم مالی، ۳۰ درصد از جرایم منکراتی و ۲۴ درصد از قتل‌های غیرعمد، ۷۷ درصد از ایراد خسارت و ۲۷ درصد از قاچاق کالاها با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر مرتبط بودند (تاجیک میری آشتیانی، ۱۳۸۵).

از لحاظ تاریخی، وابستگی به الکل از عوامل خشونت زناشویی تلقی می‌شود و می‌تواند رفتار تهاجمی را تسهیل کند. برآوردها کمتر از ۲۰ درصد تا بیشتر از ۸۰ درصد متغیر است (کافمن و استراس، ۱۹۹۰). به طوری که پژوهشگران (گران، داوسون، استینسون، چو، دوفور و پیکرینگ، ۲۰۰۴؛ فالز-استوارت، ۲۰۰۳؛ فالز-استوارت، کاشدان، اُفارل و برچلر، ۲۰۰۲) در بین مردان ارجاع شده برای درمان خشونت زوجی، ملاک‌های تشخیصی سوء مصرف و وابستگی به الکل را ۴۰ درصد (۴ بار بیشتر از جمعیت عمومی) گزارش کرده‌اند.

افزون بر این، رابطه بین خشونت و سوء مصرف الکل در زنانی که خود مصرف بالای الکل داشتند بیشتر از زنانی گزارش شده که الکل کمتری مصرف می‌کردند

کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که مانند اعتیاد جوامع بشری را تهدید کرده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده صحنه‌های هولناک آن نتوانسته هشداری جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود (آناتی-تونگ، ۱۹۹۵).

بررسیها نشان می‌دهند حدود ۳۷ درصد جمعیت ۱۲ سال و بالاتر آمریکا حداقل یک بار در طول عمر مواد مخدر را تجربه کرده‌اند و ۵/۵ درصد آنها حداقل یک بار، با یک مشکل مرتبط با سوء مصرف دارو مواجه شده‌اند (لویسنسون، رویز و میلمن، ۱۹۹۲). انستیتو ملی سوء مصرف دارو (NIDA، ۲۰۰۳) گزارش داده است که به طور کلی حدود ۴۰ درصد جمعیت، مصرف یک یا چند ماده غیرمجاز در طول زندگی خود را گزارش می‌کنند و حدود ۱۵ درصد در یک سال گذشته اقدام به سوء مصرف مواد غیرمجاز کرده‌اند.

در ایران تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده است. مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی در ایران هستند (مکری، ۲۰۰۲).

در حدود ۷۰ درصد موارد اعتیاد به مواد مخدر همراه با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی مانند افسردگی مه‌آد^۲، اختلال شخصیت ضداجتماعی^۳، هراس^۴، اختلال وحشت-زدگی^۵، اختلال افسرده‌خویی^۶، اختلال وسواس بی‌اختیاری^۷، درماندگی^۸ و روان‌گسستگی^۹ هستند (تسوانگ، لیونس، هارلی، زیان، آیسن، گلدبرگ و دیگران، ۱۹۹۹).

متأسفانه مطالعاتی که آثار سوء اعتیاد را بر اعضای خانواده به ویژه همسران افراد مبتلا به تصویر کشیده باشند بسیار نادر است و نوشته‌ها بیشتر مرتبط با مصرف الکل و خشونت خانوادگی هستند. برای مثال بررسیها نشان می‌دهند که بیش از دو سوم کودکان پرورش‌یافته در خانواده‌هایی که در آن اعتیاد به الکل وجود دارد، از لحاظ جسمانی مورد سوء رفتار قرار گرفته و یا شاهد

1. National Institute of Drug Abuse
2. major depression
3. antisocial personality disorder
4. phobia

5. panic disorder
6. dystymic disorder
7. obsessive compulsive disorder
8. distress

9. psychosis
10. intimate partner violence

(کوتانو، کونرادی، کلارک و شافر، ۲۰۰۰). به ویژه در بین زنان امریکایی افریقایی و اسپانیایی تبار (چیس، افارل، مورفی، فالز-استوارت و مورفی، ۲۰۰۳) که ۶۴ درصد از مبتلایان به سوء مصرف الکل، خشونت زوجی را تجربه کرده بودند، تأثیر سایر مواد از قبیل ماری جوانا، LSD^۱ و هرویین یا کوکائین در ایجاد خشونت مشابه نبود، مگر آفتامین که تزریق آن در میمونها باعث تحریک خشونت شد. پس نظریه قابل قبول این است که افراد مصرف کننده آفتامین، با همسران خود تهاجمی تر رفتار می کنند (کافمن و استراس، ۱۹۹۰). زنانی که مورد ضرب و شتم قرار می گیرند ممکن است با همسران سوء مصرف کننده خود، همزمان به مصرف مواد بپردازند، زیرا تلاش می کنند تا همسرانشان را اداره کنند، وضعیت سلامت خود را متعادل سازند و یا حتی ممکن است همسرانشان آنها را وادار به مصرف مواد کنند (مرکز درمانی سوء مصرف مواد^۲، ۱۹۹۷). در پژوهشی با عنوان «ارتباط طولی مصرف الکل و خشونت زوجی در زنان با قومیت‌های مختلف» که مربوط به پروژه HOW^۳ (تمپل، وستون و مارشال، ۲۰۰۵) بود با ۸۳۵ زن امریکایی افریقایی، 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 مصاحبه شد. این زنان همچنین به مقیاس شدت خشونت علیه زنان^۴ (مارشال، ۱۹۹۲) پاسخ دادند. نتایج نشان دادند که مصرف الکل در همسران این زنان بیشتر بود و افزون بر آن، در طی سالهای مطالعه، خشونت زوجی در آنها کاهش یافت (شاید به دلیل آگاه شدن از خشونت زوجی از طریق سؤالی که در مصاحبه‌ها به صورت مکرر از آنها پرسیده می شد). نتایج مشخص کردند که به طور کلی مصرف الکل به گونه‌ای پایدار با خشونت زوجی همراه بود. به ویژه در زنانی که خود و همسرانشان مصرف بیشتری از الکل را گزارش داده بودند. فراوانی تداوم مصرف الکل با مواردی مانند تهدید، خشونت و پرخاشگری جنسی رابطه داشت. اگرچه مصرف الکل در زنان با

خشونت جسمی مرتبط بود ولی این رابطه با تهدید و پرخاشگری جنسی همراه نبود (تمپل، وستون، استوارت و مارشال، ۲۰۰۸).

دوره‌هایی از خشونت خانگی را به کاهش مهار برانگیختگی و افزایش احساسهای پارانوئیدی به علت مصرف مواد محرک مانند کوکائین، کراک/کوکائین و آفتامین نسبت داده‌اند و بیش از ۵۰ درصد از موارد تهاجمهای جنسی را ناشی از مصرف الکل دانسته‌اند (دین‌ویدی، ۱۹۹۲). افزون بر آن، رابطه بین قرار گرفتن در معرض سوء رفتار در دوران کودکی با ابتلا به مشکلات مصرف مواد در زنان در صورت وجود اختلالهای روان-پزشکی شامل اضطراب (به طور ویژه)، اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۵ و افسردگی تغییر می کند (سیمپسون و میلر، ۲۰۰۲). بدیهی است که این شرایط باعث تداوم چرخه آزار و خشونت می شوند (دان، تارتر، مزیچ، ونیوکف، کیرسکی و کیریلوا، ۲۰۰۲). در ارزیابی و تشخیص مشکلات مربوط به مصرف مواد توصیه می شود که به هر دو موضوع خشونت و آثار آن توجه جدی شود (دیک اشتاین، ۱۹۸۸). این در حالی است که بررسی مشکلات ناشی از اعتیاد به شکل عجیبی با یافته‌های مرتبط با خشونت خانوادگی درهم آمیخته و مشکلات بهداشت روانی همسران این افراد کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است.

در ایران مطالعات مربوط به اعتیاد عمدتاً متمرکز بر برآوردهای پراکنده از شیوع، نوع مواد مصرفی، باز خورد^۶ به مصرف مواد و عوامل پیش‌بین، عوامل خطر ساز یا محافظت کننده و ضعف مهارتهای زندگی در افراد در معرض خطر اعتیاد و بعضاً به آزمون قراردادان مداخله‌های روان‌شناختی در مقایسه با درمان دارویی بوده است (جزایری، رفیعی و نظری، ۱۳۷۸؛ طارمیان، ۱۳۷۸؛ ارشدی، ۱۳۷۸؛ محمدی و دهگان پور، ۱۳۸۳؛ پورشهباز، ۱۳۸۳؛ محمدی، ۱۳۸۴) و تقریباً هیچ مطالعه تاکنون به بررسی وضعیت زنانی که بار مسئولیت زندگی با افراد معتاد را به

1. Lysergic Acid Diethylamide
2. Center for Substance Abuse
3. Health Outcomes Women

4. The Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS)
5. post-traumatic stress disorder
6. attitude

دوش می‌کشند، انجام نشده است.

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی وضعیت روانی با تأکید بر نشانگان روان‌پزشکی در همسران افراد وابسته به یکی از مواد مخدر بود تا به آزمون فرضیه‌ای پرداخته شود که براساس آن زنان دارای همسران مبتلا به اعتیاد در مقایسه با زنان دارای همسر غیرمعتاد نشانگان روان-پزشکی بیشتری را گزارش می‌دهند.

روش

مطالعه حاضر در چهارچوب مطالعات پس‌رویدادی انجام شد. دو گروه نمونه پژوهش عبارت بودند از ۱۸۶ زن دارای همسر معتاد (با میانگین سنی ۳۶ و انحراف استاندارد ۹ سال)، یعنی همسرانی که به دلیل مصرف مواد حداقل یک بار تحت درمان اعتیاد قرار گرفته و به منظور دریافت کمک‌های حرفه‌ای (از آذر تا اسفند ۱۳۸۶) به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۱۷۳ زن با همسر غیرمعتاد (با میانگین سنی ۳۵ و انحراف استاندارد ۸ سال) که از بین خانواده و اقوام گروه نخست و نیز

زنانی انتخاب شدند که از لحاظ تحصیلات، شغل، نوع ازدواج و سابقه بیماری جسمی با آنها تفاوت معنادار نداشتند. اما در مورد تعداد ازدواج و سابقه مصرف مواد، تعداد گروه با همسران معتاد بیش از گروه دیگر بود. برای انتخاب افراد هر دو گروه، نخست یک مصاحبه بالینی انجام شد تا در صورت محرزبودن ابتلا به اختلال روانی از مطالعه کنار گذاشته شوند. جدول ۱ مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های نمونه را به تفکیک گروه‌ها نشان می‌دهد.

ابزار پژوهش را پرسشنامه نشانگان مختصر روان-پزشکی^۱ (BSI؛ دراگوئیس و اسپنسر، ۱۹۸۲)، که در واقع فرم خلاصه شده (دراگوئیس و کلرلی، ۱۹۷۷) است تشکیل داد. این پرسشنامه خودگزارش‌دهی که الگوهای نشانگان روان‌شناختی گروه‌های بالینی و نیز گروه‌های غیربیمار را منعکس می‌سازد شامل ۹ بعد از نشانگان اولیه (۱) بدنی‌سازی^۲ (SOM)، (۲) وسواس-بی‌اختیاری^۳ (OC)، (۳) حساسیت بین‌شخصی^۴ (IS)، (۴) افسردگی^۵ (DEP)،

جدول ۱.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه با همسران معتاد (N=۱۸۶) و همسران غیرمعتاد (N=۱۷۳)

ویژگی	معتاد	غیرمعتاد	χ^2	ویژگی	معتاد	غیرمعتاد	χ^2
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۵/۴	۲/۳	تعداد ازدواج	یک بار	۸۲/۸	۹۲/۵
	ابتدایی	۷/۰	۹/۲		دو بار	۱۷/۲	۷۵/۵
	راهنمایی	۲۳/۱	۱۵/۶		نوع ازدواج	دائم	۹۰/۹
دبیرستان	۳۱/۷	۳۰/۱	موقت	۹/۱۰		۱/۷۷	
دیپلم	۲۱/۰	۲۲/۰	سابقه بیماری جسمانی	دارد		۸۷/۶	۱۲/۴
دانشگاهی	۱۱/۸	۲۰/۸		ندارد	۱۹/۱	۱۵/۱	
شغل	کارمند	۱۵/۱		۱۹/۱	مصرف مواد	سیگار	۱۹/۴
	کارگر	۱۰/۸	۴/۰	تریاک		۳/۸۰	۳/۸۰
	آزاد	۶/۵	۴/۶	هیچکدام		۷۵/۸	۷۵/۸
	خانه‌دار	۶۶/۱	۷۰/۵				
بازنشسته	۱/۶	۱/۷					

* $P < 0.05$.

شد. بر پایه این روش می‌توان نیمرخ نشانگان دو گروه از سه جنبه موازی بودن، همواربودن و سطوح کلی عملکرد مقایسه می‌شود.

یافته‌ها

نتایج اجرای آزمون تحلیل نیمرخ در جدول ۲ نشان داده شده است. مشخصه F چند متغیری پیلایی برای عامل درون آزمودنی ($F=۶۵/۶۸$, $P<۰/۰۰۱$) و بین آزمودنی ($F=۸/۸۵$, $P<۰/۰۰۱$) نشان دادند که مدل مورد مطالعه به گونه کلی معنادار است. نتایج مربوط به آزمون توازی نیمرخهای دو گروه ($F=۹۶۵/۹$, $P<۰/۰۰۱$) مشخص می‌کند که بین عامل درون و بین آزمودنی تعامل وجود دارد. بدین ترتیب نیمرخهای مربوط به نشانگان BSI برای دو گروه زنان با یکدیگر موازی است. افزون بر این، آزمون برابری نیمرخها ($F=۱۰۴/۳$, $P<۰/۰۰۱$) نیز معنادار است. به بیان دیگر میانگین متغیرها در بین سطوح عامل آزمون با یکدیگر برابر نیست.

جدول ۲.

خلاصه تحلیل نیمرخ برای آزمون همواری و توازی نیمرخهای دو گروه پژوهش

آزمون	SS	df	MS	F
توازی	۱۴۷۰۳۴/۶	۱	۱۴۷۰۳۴/۶	۹۶۵/۹**
برابری	۱۵۸۶۸/۴	۱	۱۵۸۶۸/۴	۱۰۴/۳**
خطا	۵۰۶۶۸/۷	۳۳۳	۱۵۲/۲	

** $P<۰/۰۱$.

مقایسه میانگینهای نه‌گانه دو گروه (جدول ۳ و شکل ۱) نشان دادند که میانگینهای گروه زنان با همسران معتاد در همه نشانگان BSI مورد مطالعه از زنان با همسران غیرمعتاد بیشتر و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که در ابعاد آسیب روانی، زنان دارای همسر معتاد نشانگان روان-پزشکی بیشتری را در مقایسه با زنان دارای همسر غیر-معتاد گزارش کرده‌اند.

۵) اضطراب^۱ (ANX)، ۶) خصومت^۲ (HOS)، ۷) اضطراب هراسی^۳ (PHOB)، ۸) افکار پارانوئیدی^۴ (PAR) و ۹) روان‌گسسته‌واری^۵ (PSY) می‌شود.

پرسشنامه BSI دارای ۵۳ گویه است که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (بین صفر تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود و برای محاسبه نمره اصلی هر بعد، میانگین نمره‌خام آزمودنیها به دست می‌آید. (نمره گویه‌های اضافه به نمره کل آزمودنی افزوده می‌شود). این پرسشنامه سه شاخص کلی درماندگی جداگانه شامل ۱) نمره شاخص وخامت کلی^۶ (GSI)، معرف مجموع نمره‌ها در ابعاد نه‌گانه و گویه‌های تکمیلی بخش بر تعداد کل گویه‌ها، ۲) شاخص مجموع نشانگان مثبت^۷ (PST)، مجموع نمره همه گویه‌هایی که نمره غیر صفر کسب کرده‌اند و ۳) شاخص درماندگی نشانگان مثبت^۸ (PSDI)، جمع ارزشهای گویه بخش بر PST را نیز به دست می‌دهد که بر پایه آن می‌توان سه سطح عمده تفسیر را برای نشانگان افراد منعکس ساخت. برای ترسیم نیمرخ افراد در نشانگان BSI، می‌توان از نمره‌های خام مربوط به ابعاد نه‌گانه و نیز ۳ شاخص کلی استفاده کرد (دراگوتیس، ۱۹۹۳). برای پژوهش حاضر نمره‌های مربوط به ابعاد نه‌گانه به کار رفت.

ضرایب اعتبار برای ابعاد BSI با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۱ (برای روان‌گسستگی) تا ۰/۸۵ (برای افسردگی) و بر پایه روش بازآزمایی (به فاصله ۲ هفته) بین ۰/۶۸ (برای جسمانی کردن) تا ۰/۹۰ (برای شاخص شدت کلی) به دست آمده است. ضریب روایی همگرایی پرسشنامه نیز براساس همبستگی با MMPI مطلوب گزارش شده است (دراگوتیس، ۱۹۹۳). در پژوهش دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب اعتبار مقیاس افسردگی (شامل ۶ گویه) BSI را برای ۳۵۴ نفر برابر با ۰/۸۷ به دست داده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب همسانی درونی برای هر دو گروه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۹ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نیمرخ^۹ استفاده

1. anxiety
2. hostility
3. phobic anxiety

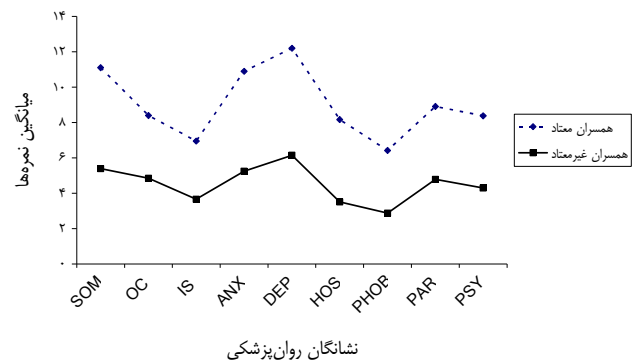
4. paranoid ideation
5. psychoticism
6. Global Severity Index

7. Positive Symptom Total
8. Positive Symptom Distress Index
9. profile analysis

جدول ۳.

میانگین و انحراف استاندارد نشانگان BSI برای دو گروه زنان با همسران معتاد و غیرمعتاد

گونه	همسران معتاد		همسران غیرمعتاد		ANOVA	
	M	SD	M	SD	F (۱ ۳۵۷)	P
SOM	۱۱/۱۱	۶/۲۶	۵/۳۹	۴/۷۶	۲۴/۸	۰/۰۱
OC	۸/۴۰	۴/۳۷	۴/۸۵	۳/۸۲	۸/۴۶	۰/۰۵
IS	۶/۹۵	۳/۷۸	۳/۶۷	۳/۱۷	۶/۴۳	۰/۰۵
ANX	۱۰/۹	۵/۵۶	۵/۲۵	۴/۶۲	۳۶/۱	۰/۰۱
DEP	۱۲/۲	۶/۲۹	۶/۱۵	۵/۷۳	۵۰/۱	۰/۰۱
HOS	۸/۱۷	۵/۰۶	۳/۵۱	۳/۸۴	۵/۶۷	۰/۰۵
PHOB	۶/۴۲	۴/۵۵	۲/۸۸	۲/۳۱	۱۷/۱	۰/۰۵
PAR	۸/۹۱	۴/۵۶	۴/۷۹	۴/۱۱	۱۴/۲۱	۰/۰۱
PSY	۸/۳۸	۴/۸۳	۴/۳۰	۳/۶۵	۴/۳۴	۰/۰۵



شکل ۱. نیمرخ نشانگان روان پزشکی در دو گروه زنان با همسران معتاد و غیرمعتاد

بحث

همان گونه که نتایج مربوط به نشانگان روان پزشکی در آزمودنیهای پژوهش نشان داد نیمرخ آسیب شناختی زنان دارای همسر معتاد به علت وجود نشانگان بیشتر روان پزشکی از نیمرخ زنان دارای همسر غیرمعتاد متفاوت بود. اگرچه تاکنون مطالعه‌ای که وضعیت روان شناختی زنان دارای همسر معتاد را به گونه مستقیم به تصویر بکشد انجام نشده اما گرانت (۲۰۰۰) گزارش می‌دهد که اختلالهای مصرف مواد پیمادهای بی‌شماری نه تنها برای سلامتی و رفاه فرد مبتلا، بلکه برای خانواده، دوستان و کل جامعه دارد. برای مثال در امریکا تقریباً در این خانواده‌ها از هر ۴ کودک زیر ۱۸ سال یک کودک مبتلا به سوء مصرف یا وابستگی به الکل تشخیص داده شده است. همینطور مطالعات زیادی ابتلا به مصرف مواد در

خانواده را در یک پدیده چرخه‌ای دانسته‌اند و احتمال ابتلا به انواع سوء مصرف مواد را در اعضای خانواده‌های آشفته و از هم گسیخته بیشتر گزارش کرده‌اند (سلنو، ۲۰۰۰). پژوهشگران مختلف، فرضیه انتقال مشکلات توأم با اعتیاد و اختلالهای وابسته به آن از والدین به فرزندان را براساس زمینه‌های ژنتیکی و محیطی مطرح کرده‌اند (مک‌کرادی و اپشتاین، ۱۹۹۹). افزون بر این، مطالعات نشان داده‌اند که عوامل محیطی ناشی از عوارض مصرف الکل، خطر ابتلا به الکل و وابستگی را در بقیه اعضای خانواده و فرزندان افزایش می‌دهد (فریدمن، ۲۰۰۱).

برای مثال کافمن و استراس (۱۹۹۰) به مصرف الکل در زنان دارای همسر وابسته به مواد هنگامی که این زنان از جانب همسر یا شریک جنسی خود مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند، اشاره دارند.

فالزاستوارت (۲۰۰۳) مدارک محکم‌تری برای همراهی الکلیسم و خشونت خانوادگی فراهم آوردند (برای خشونت‌ورزان الکلی) و گزارش کردند که نسبت خشونت زوجی در مردان الکلی که برای خشونت و ترک مواد مورد درمان قرار داشتند در روزهایی که الکل و مواد مصرف کرده بودند ۱۸ تا ۱۱ برابر بیشتر از کسانی بود که به درمان پاسخ داده و مواد را ترک کرده بودند.

علاوه بر آن، رابطه بین سابقه مورد سوء رفتار قرار گرفتن در دوران کودکی و ابتلا به مشکلات مصرف مواد در زنان، در صورت وجود اختلالهای همزمان روان پزشکی تغییر می‌کند (سیمپسون و میلر، ۲۰۰۲). برخی از پژوهشگران نیز به این نتیجه رسیده‌اند مردانی که نسبت به همسران خود مرتکب سوء رفتار می‌شوند ممکن است نسبت به فرزندانشان نیز این چنین رفتار کنند. بدیهی است که این شرایط باعث تداوم چرخه غفلت و خشونت در خانواده می‌شود و رنج روان شناختی بسیاری را برای خانواده به ارمغان می‌آورد (دان و دیگران، ۲۰۰۲؛ ریچاردسون و فدر، ۱۹۹۶).

شکل‌گیری این چرخه که براساس یافته‌های پژوهشهای متعددی در مورد اغلب معتادان و نه همسران آنها مشخص شده براساس یافته‌های مطالعه حاضر نیز در مورد همسران معتادان تأیید شد. چنانچه نتایج این

پژوهش نشان داد زنان دارای همسر معتاد در مقایسه با زنانی که همسرانشان معتاد نبودند، نشانگان روان‌پزشکی بیشتری گزارش داده بودند. در خصوص رابطه مصرف مواد با اختلالات روانی و مشکلات هیجانی، مطالعات نشان داده‌اند که مصرف داروها و وابستگی به مواد خود مشکلات جدید و اغلب زنجیرواری را به وجود می‌آورد و به این ترتیب اعضای خانواده این افراد دردها و رنج‌های زیادی را گزارش می‌دهند. غیرقابل اعتماد بودن و بدقولی‌های افراد معتاد یک بی‌نظمی و درهم‌ریختگی در خانواده ایجاد می‌کند که نخست خانواده تمام تلاش خود را به کار می‌گیرد تا اعتیاد را مهار سازد، ولی آشفتگی عاطفی و رفتارهای بی‌ثبات و غیرقابل پیش‌بینی فرد معتاد به اضطراب مزمن، گيجی و ترس خانواده تداوم می‌بخشد (گورسکی، ۲۰۰۱).

وضعیت این زنان در گزارش از وجود نشانگان روان-پزشکی نیز بیانگر وجود شرایط دشوار آنهاست. البته باید اذعان کرد که از طریق یافته‌های پژوهش حاضر نمی‌توان مشکلات و آسیب‌شناسی زنان دارای همسران معتاد را معلول اعتیاد همسران آنها قلمداد کرد. یافته‌های این مطالعه صرفاً تفاوت‌های موجود بین این زنان با زنانی را که مشکل زندگی با همسران معتاد نداشته‌اند، به تصویر کشیده است و شواهدی بر رنج روان‌شناختی بیشتر این زنان به دست داده است.

به‌رغم این یافته‌ها، پژوهش حاضر با چند محدودیت روبه‌رو بود. نخستین محدودیت به روش‌شناسی آن باز می‌گردد. همان‌گونه که ملاحظه شد یافته‌های مطالعه حاضر که فقط از طریق مقایسه دو گروه به دست آمده‌اند، فقط می‌توانند بیانگر وجود نشانگان بیشتر روان‌پزشکی در زنان دارای همسر معتاد باشند و امکان هیچ‌گونه استنتاج درباره رابطه علی را فراهم نمی‌آورند. محدودیت دوم به ملاک ورود آزمودنی‌ها به این مطالعه یعنی داشتن حداقل ۷ کلاس سواد مربوط بود. بنابراین بسیاری از زنان دارای همسر معتاد که در طبقه اجتماعی پایین‌تر بودند فرصت ورود به مطالعه را نیافتند. محدودیت سوم پژوهش به استفاده از ابزاری نسبت‌دادنی است که یک غربالگر نشانگان روان‌پزشکی است و تشخیص دقیق

مشکلات و مسائل روانی با آن میسر نیست. بنابراین بهتر است مطالعه با یک روش‌شناسی که امکان دستیابی به استنتاج علی را فراهم آورد در راستای دستیابی به هدف‌های این پژوهش انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعه در ابعاد جمعیتی وسیع‌تر برای شناسایی مشکلات زنان دارای همسر معتاد در طبقات اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر تکرار شود.

سپاسگزاری

از مرکز تحقیقاتی سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برای تأمین منابع مالی و حمایت علمی از این پژوهش سپاسگزاریم.

منابع

- ارشدی، م. (۱۳۷۸). اختلالات همراه با سوء مصرف مواد در نوجوانان، بررسی برای سرند اختلالات بیش‌فعالی و نقص توجه، سلوک و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- پورشه‌باز، ع. (۱۳۸۳). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و محافظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان: مدلی برای پیشگیری اولیه و مداخله روان‌شناختی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- تاجیک، م. و میری آشتیانی، ا. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز. تهران: نشر مهاجر.
- جزایری، ع. ر.، رفیعی، ح. و نظری، م. ع. (۱۳۷۸). بررسی نگرش دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان شهر تهران نسبت به اعتیاد. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دابسون، ک. س. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روان-سنجی پرسشنامه BDI-II در یک نمونه بزرگ از مبتلایان به افسردگی اساسی. ویژه‌نامه مجله توانبخشی در بیماری و اختلالات روانی، ۲۹، ۸۸-۸۲.
- طارمیان، ف. (۱۳۷۸). سوء مصرف مواد در نوجوانان. تهران: انتشارات تربیت.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- yukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22 (7), 1063-1069.
- 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.
- 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. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (2), 87-96.
- Freedman, H. S. (2001).** *The disorders: Speciatly articles from the encyclopedia of mental health*. San Diego, CA. Academic Press.
- Gorski, T. T. (2001).** The CENAPS model for relapse prevention, basic principles one precedents. *Journal of Psychoactive Press*, 22, 51-66.
- Grant, B. F. (2000).** Estimates of U.S children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90, 112-115.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2004).** The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: U. S., 1991-1992 and 2001-2002. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 74 (3), 223-234.
- Hines, D. A., & 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*, 33, 441-457.
- Kaufman, G. K., & Straus, M. A. (1990).** Response of victims and the police to assaults on wives. In محمدی، م. و دهگانپور، م. (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی سوءمصرف مواد. تهران: آینه کتاب.
- Anaty-Otong, D. (1995).** *Psychiatric nursing biological and behavioral concepts*. Phildelphia: W. B. Sanders.
- 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. Treatment Improvemeny Protocol (TIP) Servies 24*. DHHS Publication No. (SMA) Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Chase, K. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2003).** Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 137-149.
- Deragotis, L. R., & Clearly, P. A. (1977).** Confirmation of dimentoial structure of the SCL-90-R: A study in construct validation. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982).** *Brief symptom inventory: Administration, scoring, and Procedures manual-1*. Baltimore: Clinical Psycholmetric Research.
- Dickstein, L. J. (1988).** Spouse abuse and other domestic violence. *Psychiatric Clinics North America*, 11 (4), 611-628.
- Dinwiddie, S. H. (1992).** Psychiatric disorders among wife batterers. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (6), 411-416.
- Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Van-**

- familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems and self-esteem. *Journal of Trauma Stress*, 15 (2), 113-222.
- 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 of Clinical Psychology Review*, 22 (1), 27-77.
- Temple, J. R., Weston, R., & Marshall, L. L. (2005).** Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships. *Journal of Violence and Victims*, 20, 335-359.
- Temple, J. R., Weston, R., Stuart, G. L., & Marshall, L. L. (2008).** The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Journal of Addictive Behaviors*, 33 (9), 1244-1248.
- Tesuang, M. T., Lions, M. J., Harly, R. M., Xian, H., Eisen, S., Goldberg, J., True, W. R., & Faraone, S. V. (1999).** Genetic and environment influences in transition in drug use. *Behavior Genetics*, 29 (6), 473-479.
- 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.
- Kemp, A. (1998).** *Abuse in the family*. Brooks/Cole publishing Company, U.S.A.
- Lowinson, Y. H., Ruiz, R., & Millman, R. B. (1992).** *Substance abuse: Comprehension textbook* (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Marshall, L. L. (1992).** Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence*, 7 (1), 93-121.
- McCrary, B. S., & Epstein, E. E. (1999).** *Addiction: A comprehensive guidebook*. New York: oxford.
- Mokri, A. (2002).** Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Achieves of Iranian Medicine*, 5, 184-190.
- National Institute on Drug Abuse (2003).** *Presenting drug use among children and adolescents*. U. S. Department of Health and Human Service, National Institute of Health. Bethesda, Maryland.
- Richardson, J., & Feder, G. (1996).** Domestic violence: A hidden problem for general practice. *British Journal of General Practice*, 46 (405), 239-242.
- Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M., & Brown, S. A. (2002).** Effects of childhood exposure to