

بررسی خشونت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون
با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
**Domestic Violence in addicts in Methadone-Maintenance Programs
(MMT): Assessment of Demographic Characteristics**

Said Pournaghash Tehrani

سعید پورنقاش تهرانی*

Abstract

Domestic violence is one of the most prevalent phenomenon in the world which bears drastic consequences on its victims. Such heinous problem is particularly severe in drug addicts; specifically, those affected by opioid abuse. This phenomena can take two forms, physical and psychological. Up to now, most of the research performed in the area of domestic violence has been on women's issues and very few studies have embarked on addressing this problem in drug addicts which supposedly seems to be more drastic given the potential problems that can arise from the combination of the tendency to commit violence and drug abuse. As such, the purpose of the present study was to evaluate domestic violence with regard to demographic characteristics' variable. To do this, 105 patients in methadone-maintenance programs were randomly selected and domestic violence inventory questionnaires were administered. Statistical manipulations like Pearson's correlation, multiple regression and Manova were performed. Results showed that independent factors (sex, academic graduation, marriage) do not predict domestic violence in patients in MMT programs. Also, no significant difference in domestic violence was observed in different age groups of patients in MMT programs.

KeyWords: violence; Domestic violence; Addiction

چکیده

خشونت خانوادگی می‌تواند تبعات ناخوشایندی به همراه داشته باشد. این معضل ناخوشایند به خصوص در افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد شدیدتر است. این پدیده به دو شکل فیزیکی و روانشناختی است. تاکنون بیشتر مطالعاتی که در حیطه‌ی خشونت خانوادگی انجام شده اند، به طور عمد به تبعات ناشی از این پدیده‌ی ناخوشایند بر روی ابعاد فیزیکی و روانی زن‌ها پرداخته اند و پژوهش‌های اندکی بر روی افراد معتاد که دارای سابقه‌ی خشونت خانوادگی بودند، انجام شده است. با توجه به این که، وجود این دو پدیده همزمان با یکدیگر می‌تواند تبعات خشونت خانوادگی را هم از لحاظ فیزیکی و هم روانشناختی دوچندان کند، لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی خشونت خانوادگی با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود. بدین منظور ۱۰۵ نفر از افراد معتاد تحت درمان با متادون و عادی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و پرسشنامه خشونت خانوادگی بر روی آن‌ها اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی، رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس چند متغیری (Manova) و تحلیل واریانس یک راهه (Anova) صورت گرفت. نتایج نشان داد، هیچ کدام از متغیرهای پیش بین (سن، تحصیلات، وضعیت تاهل) ضریب معناداری در معادله‌ی رگرسیون خشونت خانوادگی ندارد، همچنین بین میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معناداری وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: خشونت، خشونت خانوادگی، اعتیاد

email: spournaghash@yahoo.com

Received: 4 Jun 2014 Accepted: 8 May 2015

* عضو هیات علمی دانشگاه تهران

پذیرش: ۹۴/۲/۱۸

دریافت: ۹۳/۳/۱۴

مقدمه

خشونت خانوادگی و سوء مصرف مواد دو مقوله‌ای هستند که از لحاظ همه‌گیرشناسی دارای مشترکات فراوانی می‌باشند که در سلامت و بهزیستی افراد نقش مهمی را ایفا می‌کند. تخمین زده می‌شود حدود ۶۰ تا ۷۵ درصد زنان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد تجربه خشونت خانوادگی دارند (دان^۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ جیل ریواس^۲ و همکاران، پاون^۳ و همکاران، ۱۹۹۲؛ رسنیک^۴ و همکاران، ۱۹۹۳، ویندل^۵ و همکاران، ۱۹۹۵). بر اساس اطلاعات زمینه‌یابی‌های ملی در ایالات متحده آمریکا میزان شیوع خشونت خانوادگی در زنانی که در برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد شرکت می‌کنند ۲ تا ۳ برابر بیشتر از زنان جمعیت عادی است (اشتراوس^۶ و همکاران، ۱۹۸۰). نتایج چندین مطالعه نشان داده است که میزان مصرف مداوم مواد به خصوص کراک/ کوکائین در زنان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون (کاندلی^۷ و همکاران، ۱۹۹۱؛ کاشمن^۸، ۱۹۸۸؛ کولار^۹ و همکاران، ۱۹۹۰) بالا است. با وجود میزان بالای شیوع خشونت خانوادگی و مصرف مکرر مواد در میان زنان تحت درمان نگهدارنده با متادون، تحقیقات روی ارتباط بین خشونت خانوادگی و مصرف مواد در این جمعیت اندک است. درک ارتباط بین مصرف مواد توسط قربانی خشونت و تجربه خشونت خانوادگی برای طراحی یک برنامه درمان و برنامه پیشگیری موثر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

بررسی‌های علمی در خصوص بین سوء مصرف مواد و سوء استفاده از همسر اساساً بر سوء مصرف کنندگان مواد و اینکه سوء مصرف چگونه خطر خشونت خانوادگی را افزایش می‌دهد متمرکز است (ابوت^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۵؛ بایلس^{۱۱}، ۱۹۷۹؛ میلر^{۱۲}، ۱۹۹۰؛ میلر و همکاران، ۱۹۹۳). تحقیقات در زمینه سوء مصرف مواد توسط قربانیان خشونت خانوادگی عمدتاً بر سوء مصرف الکل تمرکز دارد تا سوء مصرف مواد. جمعیت مورد مطالعه و روش‌شناسی‌های انجام شده در مطالعات خشونت خانوادگی و سوء مصرف مواد بسیار متغیر است. بسیاری از نمونه‌ها از جمعیت شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی مواد مخدر و درمان

1. Dunn
2. Gil- Rivas
3. Paone
4. Resnick
5. Windle
6. Straus
7. Condelli
8. Cushman
9. Kolar
10. Abbott
11. Byles
12. Miller

بررسی خشونت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با توجه به ...

وابستگی به الکل استخراج شده است (دنسکی^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ میلر و همکاران، ۱۹۸۷). اما تعداد کمی کمی از این مطالعات از زنان به عنوان جمعیت هدف اصلی استفاده کرده اند و اگر هم زنان در مطالعه به عنوان نمونه شرکت داشتند بخشی کوچکی از نمونه را شکل می دادند.

مطالعه کاتلر^۲ و همکاران (۱۹۹۲) مشخص ساخت که خطر تجربه خشونت جنسی یا خشونت فیزیکی برای مصرف کنندگان ماری جوانا و کوکائین به ترتیب ۵/۰۶ و ۱/۴۶ برابر جمعیت عادی است. به همین ترتیب، مطالعه برسلو^۳ و همکاران (۱۹۹۱) مشخص ساخت احتمال تجربه رویدادهای آسیب زا که با تعاریف DSM-III-R از رویدادهای آسیب زا مطابقت دارد، در میان اشخاصی که مشکل سوء مصرف مواد یا الکل دارند، به صورت معناداری بالاتر از همین میزان احتمال در میان جمعیت عادی است. کسلر^۴ و همکاران (۱۹۹۵) نیز گزارش کردند که سوء مصرف کنندگان الکل و مواد در حدود ۱/۵ برابر بیشتر از جمعیت عادی احتمال تجربه رویدادهای آسیب زا را دارند. در یک نمونه از سوء مصرف کنندگان الکل در شهر نیویورک، ۲۰ درصد از کسانی که به طور منظم کوکائین مصرف می کردند و ۳۱ درصد از کسانی که تا حدی کوکائین مصرف می کردند، تجربه خشونت خانوادگی داشتند (گلدشتاین^۵ و همکاران، ۱۹۸۸). نتایج مطالعه ای دیگر حاکی از آن بود که ۴۶ درصد از زنانی که تجربه حمله فیزیکی شدید را بر اساس تعریف مقیاس تاکتیک های تعارض^۶ داشتند در مقایسه با ۳۶ درصد از کسانی که تجربه خشونت خفیف و ۱۶ درصد از کسانی که تجربه هیچ خشونت را نداشتند، در طول دوره بررسی یک یا بیش از یک بار مست کردند (کانتور و اشتراوس، ۱۹۸۹).

میلر و همکاران (۱۹۸۹) دریافتند که با کنترل تفاوت های جمعیت شناختی و وجود همسری که مشکل مصرف الکل دارد، زنان الکلی تحت درمان، سطوح بالاتری از خشونت را در مقایسه با یک نمونه عادی از زنان گزارش کردند.

کیلپاتریک^۷ و همکاران (۱۹۹۷) گزارش کردند پس از کنترل آثار متغیرهای جمعیت شناختی، زنانی که به تازگی مصرف مواد را آغاز کرده بودند تقریباً دو برابر زنانی که مواد مصرف نمی کردند، در طول سال بعد، یک حمله جنسی یا فیزیکی را تجربه کردند. از سوی دیگر بعضی تحقیقات نشان داده اند که خشونت خانوادگی می تواند منجر به سوء مصرف مواد شود. برنام^۸ و همکاران (۱۹۸۸) دریافتند که پس از حمله

1. Dansky

2. Cottler

3. Breslau

4. Kessler

5. Goldstein

6. Conflict Tactics Scale

7. Kilpatrick

8. Burnam

فیزیکی و سوء استفاده جنسی در بزرگسالی میزان سوء مصرف مواد افزایش می‌یابد. این محققین همچنین مشخص ساختند که پس از یک رویداد آسیب‌زا، ۱۶ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه گزارش می‌کردند که دست به سوء مصرف الکل زده‌اند و ۸ درصد گزارش می‌کردند که به سوء مصرف مواد روی آورده‌اند که در گروه کنترل این میزان به ترتیب ۸ و ۲ درصد بود. در مطالعه‌ای دیگر گزارش شد که ۲۷ تا ۳۰ درصد از زنان مورد سوء استفاده قرار گرفته در طول زندگی خود، مشکلات مرتبط با مصرف الکل داشته‌اند که این درصد در مورد زنان جمعیت عادی که مورد سوء استفاده قرار نگرفته بودند بین ۴ تا ۲۰ درصد بود. همچنین ۱۴ تا ۳۱ درصد زنان مورد سوء استفاده قرار گرفته، در زندگی گذشته خود مشکلات مرتبط با مواد نشان دادند، در حالی که این درصد در مورد زنانی که مورد سوء استفاده قرار نگرفته بودند ۳ تا ۱۲ درصد بود (پولسنی^۱ و فالیت^۲، ۱۹۹۵). کیلپاتریک و همکاران (۱۹۹۷) دریافته‌اند که پس از کنترل متغیر سابقه قربانی بودن با خطر مصرف بیشتر الکل، خشونت خانوادگی منجر به سوء مصرف الکل و مواد می‌شود. در نهایت، مطالعات دیگر مشخص ساخت که خشونت خانوادگی و سوء مصرف مواد طبیعی دوسویه دارد. کیلپاتریک و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه خود به وجود یک ارتباط چرخه‌ای که در طی آن سوء مصرف مواد خطر حمله جنسی و فیزیکی را در آینده افزایش می‌دهد و حمله جنسی و فیزیکی خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد، پی‌بردند. گرچه مطالعه ذکر شده یک یافته تحقیقاتی مهم به شمار می‌رود، اما پی‌بردن کامل به ساز و کار دقیق چرخه خشونت خانوادگی و سوء مصرف مواد نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

آنچه در فوق آمد حاکی از این است که تحقیقات انجام گرفته در زمینه خشونت خانوادگی با توجه به ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون چندین ویژگی جمعیت شناختی از جمله مصرف مداوم مواد، قربانی خشونت بودن و وجود همسر وابسته به سوء مصرف مواد را مورد بررسی قرار داده‌اند. اما تحقیقی در خصوص سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله سن، تحصیلات و وضعیت تاهل مشاهده نمی‌شود. لذا مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به سوال‌های ذیل می‌باشد:

۱. آیا ویژگی‌های جمعیت شناختی می‌تواند خشونت خانوادگی را در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون پیش‌بینی کند؟
۲. آیا میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون با هم متفاوت است؟

^۱ . Polusny

^۲ . Follette

بررسی خشونت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با توجه به ...

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است که به روش گذشته نگر صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مصرف کننده مواد مخدر بود که در سال ۱۳۸۹ تحت درمان نگهدارنده با متادون در موسسه‌های ترک اعتیاد شهر قزوین قرار داشتند. حجم نمونه شامل ۱۰۵ نفر از افراد معتاد تحت درمان با متادون بود که به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک ورود افراد به پژوهش، تشخیص صادر شده توسط روانپزشک، مبنی بر وابستگی آزمودنی به ماده‌ی افیونی قبل از ورود به برنامه‌ی درمان نگهدارنده‌ی متادون، استفاده از ماده‌ی افیونی طی ۶ ماه گذشته، قبل از ورود به برنامه‌ی درمان و مثبت بودن آزمایش ادرار نسبت به مصرف مواد افیونی، قبل از ورود به درمان بود.

ابزار

با استفاده از مقیاس خشونت خانوادگی پاسخ آزمودنی‌ها در ۴۴ آیتم در ۳ شاخه‌ی فیزیکی (۲۴ آیتم)، روانشناختی (۱۵ آیتم) و تاریخیچه‌ی سوء استفاده شدن توسط والدین (۵ آیتم) سنجیده شد. این آزمون همراه با آزمون مقیاس تاکتیک‌های تعارض^۱ (CTS)، در یک گروه متشکل از ۵۰ زوج اجرا گردید و همبستگی بین نتایج این آزمون و مقیاس معادل ۸۱/۰ به دست آمد. این نکته تأییدکننده روایی همگرایی مقیاس محقق ساخته است. اعتبار بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شده و ضریب بدست آمده برابر با ۰/۸۷ می باشد (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴). بعد از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی، رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس چند متغیری (Manova) و تحلیل واریانس یک راهه (Anova)، تجزیه و تحلیل شدند. نرم افزار استفاده شده جهت تجزیه و تحلیل spss بوده و سطح معناداری تجزیه و تحلیل داده‌ها $p < 0.05$ می باشد.

نتایج

شرکت کنندگان این پژوهش را ۱۰۵ نفر از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و ۱۰۵ نفر دیگر افراد عادی تشکیل می‌دادند که فاقد مصرف هر گونه مواد مخدر بودند. همانطور که در جدول شماره‌ی ۱ ذکر شده است، دامنه‌ی سنی افراد تحت درمان با متادون بین ۲۰ تا ۵۴ سالگی است که میانگین سنی آن‌ها ۳۴/۱۳ (انحراف معیار ۸/۴۱) و دامنه‌ی

^۱. Conflict Tactic Scale

سنی افراد گروه سالم بین ۱۶ تا ۶۰ سالگی که میانگین سنی آن‌ها ۳۱/۹۶ (انحراف معیار ۸/۹۷) می‌باشد.

جدول ۱: بررسی مقایسه‌ای سن آزمودنی‌های افراد تحت درمان نگهدارنده به متادون و افراد سالم

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
افراد سالم	۱۰۵	۱۶	۶۰	۳۱/۹۶	
افراد تحت درمان	۱۰۵	۲۰	۵۴	۳۴/۱۳	۸/۴۱

با توجه به متغیرهای دموگرافیک، جنسیت کلیه آزمودنی‌های تحت درمان متادون مرد و سطح تحصیلات آنان از مقطع پنجم ابتدایی تا فوق دیپلم بود. در جداول زیر، مقایسه‌ی فراوانی، فراوانی درصدی و درصد تجمعی گروه‌ها با خشونت به تفکیک گروه بندی سن، تحصیلات و وضعیت تاهل بررسی می‌شود. همانطور که در جدول زیر ذکر شده است، سن در گروه افراد تحت درمان به متادون به ۶ گروه تقسیم بندی شده است که گروه ۱ شامل افراد ۲۰ تا ۲۵ سال، گروه ۲ شامل افراد ۲۵ تا ۳۰ سال، گروه ۳ شامل افراد ۳۰ تا ۳۵ سال، گروه ۴ شامل افراد ۳۵ تا ۴۰ سال، گروه ۵ شامل افراد ۴۰ تا ۴۵ سال و گروه ۶ شامل افراد ۴۵ به بالا می‌باشد.

جدول ۲: مقایسه‌ی گروه‌ها با خشونت به تفکیک گروه سنی

گروه‌های سنی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
۱	۱۷	۱۶/۲	۱۶/۲
۲	۲۲	۲۱	۳۷/۱
۳	۲۷	۲۵/۷	۶۲/۹
۴	۱۶	۱۵/۲	۷۸/۱
۵	۱۲	۱۱/۴	۸۹/۵
۶	۱۱	۱۰/۵	۱۰۰
کل	۱۰۵	۱۰۰	

با توجه به داده‌های جدول فوق در بررسی خشونت خانوادگی بیشترین گروه سنی که در دوران کودکی تجربه‌ی خشونت خانوادگی داشتند، ۳۰ تا ۳۵ سال است که ۲۵/۷ درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند. کمترین گروه سنی نیز ۴۵ سال به بالا بودند که ۱۰/۵ درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند.

در رابطه با تحصیلات نیز، همانطور که در جدول ذیل مطرح شده است، تحصیلات افراد تحت درمان با متادون نیز به ۶ گروه تقسیم شده است. گروه ۱ شامل افراد با تحصیلات پنجم ابتدایی،

بررسی خشونت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با توجه به ...

گروه ۲ شامل افراد با تحصیلات اول راهنمایی تا سوم راهنمایی، گروه ۳ شامل افراد با تحصیلات سیکل، گروه ۴ شامل افراد با تحصیلات اول دبیرستان تا سوم دبیرستان، گروه ۵ شامل افراد با تحصیلات دیپلم و گروه ۶ شامل افراد با تحصیلات دیپلم به بالا می باشد.

جدول ۳: مقایسه‌ی گروه‌ها با خشونت به تفکیک گروه‌بندی تحصیلات

گروه ها	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
۱	۲۴	۲۲/۹	۲۲/۹
۲	۳۱	۲۹/۵	۵۲/۴
۳	۱۵	۱۴/۳	۶۶/۷
۴	۳۰	۲۸/۶	۹۵/۲
۵	۳	۲/۹	۹۸/۱
۶	۲	۱/۹	۱۰۰
کل	۱۰۵	۱۰۰	

همانطور که در جدول ذیل ذکر شده است، مقطع تحصیلی اول راهنمایی تا سوم راهنمایی نیز که ۲۹/۵ درصد کل جمعیت را شامل می شوند، بیشترین تحصیلات و کمترین مقطع تحصیلی در ارتباط با خشونت خانوادگی مقطع تحصیلی دیپلم به بالا بودند (۱/۹ درصد). در ارتباط با وضعیت تاهل نیز، مطابق جدول زیر وضعیت تاهل افراد تحت درمان به متادون نیز به ۳ زیر گروه تقسیم بندی شده است که گروه ۱ شامل افراد مجرد، گروه ۲ شامل افراد متاهل و گروه ۳ شامل افراد مطلقه، متارکه و ... می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه‌ی گروه‌ها با خشونت به تفکیک گروه بندی وضعیت تاهل

گروه ها	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
۱	۳۰	۲۸/۶	۲۸/۶
۲	۷۱	۶۷/۶	۹۶/۲
۳	۴	۳/۸	۱۰۰
کل	۱۰۵	۱۰۰	

با توجه به داده‌های جدول شماره‌ی ۴ در ارتباط بررسی خشونت خانوادگی در مراجعین تحت درمان به متادون، ۶۷/۶ درصد افراد متاهل می‌باشند.

جدول ۵: میانگین، انحراف معیار و درصد میزان خشونت به تفکیک گروه سنی

سن	میانگین	تعداد	انحراف معیار	درصد کل
۱	۲۹/۸۸	۱۷	۲۰/۲۶	۱۶/۲ %
۲	۳۹/۹	۲۲	۳۷/۸۳	۲۱ %
۳	۲۸/۰۷	۲۷	۳۴/۸۶	۲۵/۷ %
۴	۳۱/۸۷	۱۶	۳۵/۳۴	۱۵/۲ %
۵	۱۶/۹۱	۱۲	۲۴/۵۳	۱۱/۴ %
۶	۱۸/۹	۱۱	۳۶/۶۶	۱۰/۵ %
کل	۲۹/۱۹	۱۰۵	۳۲/۹۱	۱۰۰ %

به منظور آزمودن فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره (Manova)، تحلیل واریانس یک راهه (Anova) و همچنین ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یک راهه (Anova) برای بررسی اثر متغیرهای پیش بین بر خشونت خانوادگی

متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معناداری
رگرسیون	۴۴۰۱/۷۵	۶	۷۳۳/۶۲	۰/۶۶	۰/۶۷ [*]
باقی مانده	۱۰۸۲۸۲/۴۳	۹۸	۱۱۰۴/۹۲		
کل	۱۱۲۶۸۴/۱۹	۱۰۴			

با توجه به جدول شماره‌ی ۱۰ با توجه به F مشاهده شده، متغیر پیش بین اثر معناداری بر خشونت خانوادگی نشان نمی دهد.

بررسی خشونت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با توجه به ...

جدول ۷: ضرایب رگرسیونی متغیرهای پیش بین

مدل	متغیرها	ضریب استاندارد نشده		خطا معیار	B	t	معناداری
		بتا	ضریب استاندارد شده				
۱	ثابت			۳۱/۱۷	۴۳/۰۶	۱/۳۸	۰/۱۷
	سن	-۰/۱۶		۲/۶۸	-۲/۸۶	-۱/۴۳	۰/۱۵
	تحصیلات	-۰/۰۶		۳/۰۲	-۱/۷۹	-۰/۵۹	۰/۵۵
	وضعیت تاهل	-۰/۰۷		۸/۰۴	۵/۳۹	-۰/۶۷	۰/۵۰

همانطور که از جدول ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین مشخص است، هیچ کدام از متغیرهای پیش بین ضریب معناداری در معادله‌ی رگرسیون خشونت خانوادگی ندارد. جهت بررسی تفاوت بین میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون از روش همبستگی استفاده شد که نتایج آن در جدول نشان داده شده است.

جدول ۸: بررسی اثر گروه‌های سنی بر خشونت خانوادگی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta	Eta Squared
سن	۵۶۵۵/۱۸	۵	۱۱۳۱/۰۳	۱/۰۴	۰/۳۹	۰/۲۲	۰/۰۵
درون گروهی	۱۰۷۰۲۹/۰۱	۹۹	۱۰۸۱/۱				
خشونت خانوادگی	کل	۱۱۲۶۸۴/۱۹	۱۰۴				

طبق جدول فوق در رابطه با میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی خشونت خانوادگی در بین بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت شناختی بود. نتایج نشان داد متغیرهای سن، تحصیلات و وضعیت تاهل در پیش بینی خشونت خانوادگی سهم معناداری ندارند، همچنین بین میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معناداری وجود نداشت. در این پژوهش ۳ متغیر دموگرافیک سن، تحصیلات و وضعیت تاهل مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با خشونت، حدود ۲۵-۳۰ درصد از زنان و ۸-۳۰ درصد مردان گاهی خشونت توسط همسر را تجربه کرده اند. همچنین ۲۱-۳۰ درصد زنان امریکا نیز حداقل یک بار، در طول زندگی مشترک خود، مورد حمله و آزار جسمی قرار می گیرند.

تأثیرات سن به وضوح، در سوء مصرف مواد و خشونت خانوادگی دیده می‌شود. شیوع خشونت در قرار ملاقات‌ها بیشتر بین سن ۱۵ تا ۲۵ سال که اوج آن ۲۰ تا ۲۵ سالگی است. بیش از یک سوم زوج‌های دانشگاه در امریکا دست کم یکبار خشونت در قرار ملاقات و خشونت فیزیکی در ۹ تا ۲۱ درصد در روابط خود در یک سال قبل داشتند (الری^۱؛ ۱۹۹۹، جاکسون^۲؛ ۱۹۹۹؛ لوییز^۳ و همکاران؛ ۲۰۰۱؛ وایت^۴ و اسمیت^۵؛ ۲۰۰۹، شوک^۶ و همکاران؛ ۲۰۰۰؛ وایت و اسمیت؛ ۲۰۰۹؛ به نقل از استاپنیک، ۲۰۱۰). مارتین^۷ در سال ۱۹۷۹ مطرح کرد که تعیین دقیق خشونت خانوادگی دشوار است. به این دلیل که اطلاعات موجود توسط منابع آماری پلیس، دادگاه و مراکز سلامت روان پایا و یکسان نیست. برای مثال پلیس، خشونت خانوادگی را توسط اثرات آن، قانون توسط درجه‌ی شدت آن و محققان علوم اجتماعی خشونت خانوادگی را توسط سطح پذیرش تعریف می‌کنند (به نقل از بل، ۱۹۸۵).

پژوهش دیگری نیز مطرح کرد که مصرف مواد بطور برجسته ای در طی نوجوانی افزایش می‌یابد که اوج آن در انتهای نوجوانی و اوایل بزرگسال است. برای نمونه واگنر^۸ و آنتونی^۹ (۲۰۰۲) اوج شروع مصرف الکل و ماری جوانا را در ۱۸ سالگی و مصرف کوکائین در ۲۰ سالگی دانستند. بطور کلی اوج شروع مصرف هر نوع دارو بعد از ۱۷ سالگی و اوج وابستگی بعد از ۱۸ سالگی است. البته به نوع مواد نیز بستگی دارد (دگنهاردت^{۱۰} و همکاران؛ ۲۰۰۸، کو^{۱۱} و وچسلا^{۱۲}؛ ۲۰۰۰، به نقل از دایان و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از متغیرهای دموگرافیک در پژوهش حاضر تحصیلات است. طبق پژوهش حاضر، بیشترین تعداد پاسخ دهندگان که تجربه‌ی خشونت خانوادگی را داشتند، دارای مدرک تحصیلی اول راهنمایی تا سوم راهنمایی بوده اند (۲۹/۵٪) و کمترین مدرک تحصیلی در مراجعان تحت درمان با متادون دیپلم به بالا بودند (۱/۹٪).

¹. O'Leary

². Jackson

³. Lewis

⁴. White

⁵. Smith

⁶. Shook

⁷. Martin

⁸. Wagner

⁹. Anthony

¹⁰. Degenhardt

¹¹. Kuo

¹². Wechsler

بررسی خشونت خانوادگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با توجه به ...

سومین متغیر دموگرافیک در پژوهش حاضر، وضعیت تاهل بود که بیشتر مراجعان تحت درمان متاهل بودند (۶۷/۶٪). پژوهش حاضر بین ابعاد هیجانی شخصیت و متغیرهای دموگرافیک مثل سن، تحصیلات و وضعیت تاهل و تاریخچه‌ی خشونت خانوادگی رابطه‌ی معنادار پیدا نشده است. نتایج پژوهش حاضر در خصوص تفاوت میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده به متادون، تفاوت معناداری را نشان نداد. تحقیقات نشان داده که خشم و پرخاشگری میانجی کلیدی بین حوادث زندگی استرس آمیز و سوء مصرف مواد می باشد (پاردینی^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوری^۲ و یونگبلد^۳، ۲۰۰۶، به نقل از بجورک اسگیرسدوتیر، ۲۰۱۱). این نتایج در مورد قربانیان تجاوز جنسی نیز تأیید شده است، مطالعه‌ی گراهام و فلاین (۲۰۱۰) نقش سه عامل را در خشونت خانوادگی مطرح کردند که شامل زمینه شخصیتی فرد، شرایط زندگی و عوامل بروز کننده‌ها می باشد. قطعاً شناسایی عوامل در معرض خطر اولیه، گامی مهم در پیشگیری خشونت به عنوان یک مشکل مهم اجتماعی هم است تا با شناخت بیشتر درنهایت از بروز خشونت خانوادگی در آینده جلوگیری کنیم.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

۱. به علت کمی تعداد مراجعان خانم در درمان سوء مصرف مواد متادون، از بررسی مقایسه‌ی بین زن و مرد صرف نظر شد. پیشنهاد می‌شود که از این پرسشنامه برای مقایسه‌ی بین مراجعان زن و مرد در درمان سوء مصرف مواد استفاده شود.
۲. در این مورد پژوهشی انجام نیافته و از این نظر محدودیت جدی وجود داشت.
۳. با توجه به اینکه ابعاد هیجانی شخصیت در طی مصرف مواد افزایش می‌یابد، پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه‌ای در بین افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد و یا در روزهای ابتدایی درمان صورت گیرد، تا مقایسه‌ای بین این دو مقطع انجام شود.
۴. با توجه به این که این پرسشنامه یک پرسشنامه‌ی خودسنجی است، به علت ملاحظات اخلاقی امکان استفاده از سایر ابزارهای پژوهش امکان پذیر نمی باشد.
۵. پیشنهاد می‌گردد که از نظریه‌های شخصیتی دیگر نیز، در جهت پیش بینی خشونت خانوادگی استفاده شود. مخصوصاً برخی از نظریه‌های شخصیت دارای ابعادی هستند که تا حدودی از نظر

¹. Pardini

². Curry

³. Youngblade

مفهومی شبیه به ابعاد شخصیت کلونینجر هستند. با مقایسه‌ی نتایج تحقیقات مشابه با تحقیق حاضر به اطلاعات ارزنده‌ای در خشونت خانوادگی دست می‌یابیم.

منابع

پورنقاش تهرانی، سعید. (۱۳۸۴). بررسی خشونت خانوادگی در خانواده‌های تهرانی. مجله‌ی دانشور و رفتار، ۱۳، ۳۶-۲۳.

غلامی جلیسه، سمیه. (۱۳۸۶). نقش جهت‌گیری مذهبی والدین در سبک‌های فرزند‌پروری و خشونت خانوادگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., and Lowenstein, S. R. (1995). Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 273(22): 1763-1767.

Bell, D. J. (1985). Domestic violence: victimization, police intervention, and disposition. *Journal of Criminal Justice*, 13, 525-534.

Bjork Asgeirsdottir, B., Dora Sigfusdottir, I., H. Gudjonsson, G. and Fridrik Sigurdsson, J. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect*, 35: 210- 219.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., and Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatr.* 48: 216-222.

Burnam, M., Stein, J., Golding, J., Siegel, J., and Sorenson (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *J. Consulting Clin. Psychol.* 56: 843-850.

Byles, J. A. (1979). Violence, alcohol problems and other problems in disintegrating families. *J. Studies Alcohol* 39(3): xx.

Caballero, M. Ramos, L. Gonzalez, C. and Saltijeral, M. (2010). Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 34, 576-584.

Condelli, W. S., Fairbank, J. A., Dennis, M. L., et al. (1991). Cocaine use by clients in methadone programs: Significance, scope, and behavioral interventions. *J. Subst. Abuse Treat.* 8: 203-212.

Cottler, L., Compton, W., Mager, D., Spitznagel, E., and Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am. J. Psychiatr.* 149(5): 664-670.

Cushman, P. (1988). Cocaine use in a population of drug abusers on methadone. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 39: 1205-1207.

Dansky, B., Saladin, M., Brady, K., Kilpatrick, D., and Resnick, H. (1995). Prevalence of victimization and posttraumatic stress disorder among women with

- substance use disorders: Comparison of telephone and in-person assessment sample. *Int. J. Addictions* 30(9): 1079–1097.
- Dayan, J., Bernard, A., Olliac, B., Mailhes, A. and Kermarrec, S. (2010). Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. *Journal of Physiology - Paris*, 104:279-286.
- Dunn, G., Ryan, J., and Dunn, C. (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *J. Psychoactive Drugs* 26(4): 357–360.
- Flynn, A. and Graham, K. (2010). “Why did it happen?” A review and conceptual framework for research on perpetrators’ and victims’ explanations for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 239-251.
- Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., and Anglin, M. (1996). Sexual abuse, physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in outpatient drug abuse treatment. *J. Psychoactive Drugs* 28(1): 95–102.
- Goldstein, P., Bellucci, B., Spunt, T., Miller, N., Cortez, M., Khan, R., and Vega, A. (1988). Female drug related involvement in violent episodes [FEMDRIVE]. Final Report to the National Institute on Drug Abuse.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., and Hughes, M. (1995). PTSD in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatr.* 52(12): 1048–1060.
- Kilpatrick, D., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, B., and Best, C. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 65(5): 834–847.
- Klostermann, K. L. Kelley, M. Mignone, T. Pusateri, L., and Fals-Stewart, W. (2010). Partner violence and substance abuse Treatment interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 162-166.
- Kolar, A. F., Brown, B. S., Wedington, W. W., et al., (1990). A treatment crisis: Cocaine abuse by clients in methadone maintenance programs. *J. Subst. Abuse Treat.* 7: 101–107.
- Kuhns, J. B. and A. Clodfelter, T. (2009). Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behavior*, 14:69-78.
- Lipsky, S. Krupski, A. Roy-Byrne, P. Lucenko, B. Mancuso, D. and Huber, A. (2010) Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 231-244.
- Liu, J. (2011). Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 63–73.
- Miller, B. (1990). The interrelationships between alcohol and drugs and family violence. (National Institute of Drug Abuse Monograph, 103). National Institute of Drug Abuse.
- Miller, B., Downs, W., and Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women’s alcohol use. *J. Stud. Alcohol* 11: 109–117.

- Murphy, C. and Ting, L. (2010). The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence. *Science Direct*, 15:325-333.
- Paone, D., Chavkin, W., Willets, I., Friedman, M., and Des Jarlais, D. (1992). The impact of sexual abuse: Implications for drug treatment. *J. Women's Health* 1: 149-153.
- Polusny, M., and Follette, V. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Appl. Prev. Psychol.* 4(3): 143-166.
- Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B., and Best, C. (1993). Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 61(6): 984-991.
- Stappenbeck, C. A. and Fromme, K. (2010). A longitudinal investigation of heavy drinking and physical dating violence in men and women. *Addictive Behaviors*, 35: 479-485.
- Straus, M., Gelles, R., and Steinmetz, S. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. Anchor Books, Garden City, NY.
- Windle, M., Windle, R., Scheidt, P., and Miller, G. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am. J. Psychiatr.* 152(9): 1322-1328.