

بررسی رابطه اعتیاد و خشونت علیه زنان و تیپ‌های شخصیتی در افراد معتاد

مرضیه صادق‌زاده^۱، مستوره صداقت^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه اعتیاد با افسردگی، خشونت علیه همسر و تیپ‌های شخصیتی در افراد معتاد کنگره شصت منطقه ۴ تهران بود. این پژوهش در قالب یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی انجام یافت. این مطالعه، یک پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود که از بین تمام افراد معتاد در کنگره شصت در شهر تهران شعبه ایمان در سال ۱۳۹۵، نمونه با استفاده از جدول مورگان برآورد (۱۲۰ نفر) و نمونه به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت است از پرسشنامه‌های افسردگی بک، نگرش به اعتیاد نظری (۱۳۸۰)، خشونت علیه همسر موسوی، اسحاقیان و آزاده (۱۳۸۱) و پرسشنامه تیپ‌های شخصیتی میشل گوکلن. نتایج نشان داد که بین اعتیاد با افسردگی و خشونت علیه همسر در معتادین رابطه مثبت معنادار و با تیپ شخصیتی برون‌نگرا رابطه منفی معناداری وجود دارد ولی بین اعتیاد و تیپ شخصیتی درون‌گرایی ارتباطی به دست نیامد. همچنین بین خشونت علیه همسر و افسردگی رابطه منفی و تیپ شخصیت برون‌نگرا با خشونت علیه همسر رابطه مثبت معناداری به دست آمد. براساس نتایج به دست آمده از این تحقیق، می‌توان نتیجه گرفت که، اعتیاد می‌تواند موجب افزایش میزان افسردگی شوهر و خشونت علیه همسر شود.

واژگان کلیدی: اعتیاد، افسردگی، تیپ‌های شخصیتی، خشونت علیه همسر.

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۲/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۳/۱۹

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Mari.sadegh.68@gmail.com

۲- استادیار و عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده

مسئول). Sedaghat.m@semnaniau.ac.ir

مقدمه

هر انسانی دارای یک سری رفتارها، عقاید، باورها و حالات روحی و روانی است که در مجموع شخصیت فرد را تشکیل می‌دهند. شخصیت را می‌توان به صورت مجموعه‌ای با دوام و بی‌نظیر ویژگی‌هایی تعریف کرد که ممکن است در موقعیت‌های مختلف تغییر کند (فیست و فیست، ۱۳۹۲). شلدون^۱ (۱۹۳۸) معتقد است که «شخصیت»، سازمان یافتگی پویایی جنبه‌های عقلی، عاطفی، انگیزشی و فیزیولوژیکی فرد است (پاین، جو و چینگ^۲، ۲۰۰۶). شخصیت به مجموعه‌ای از صفات، ویژگی‌ها و کیفیت‌های پایداری گفته می‌شود که یک فرد را از دیگران متمایز می‌کند (بخشایش، ۲۰۱۲). بنابراین، مجموعه‌ای از جنبه‌های بدنی، عادات، تمایلات، حالات، افکار و رفتارهایی است که در فرد به صورت خصوصیات و صفاتی نسبتاً پایدار در آمده است و به صورت یک کل واحد عمل می‌کند (حسینی، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، شخصیت یک فرد تصویر کلی رفتار سازماندهی شده وی و به خصوص رفتارهایی است که به نحو یکسانی از سوی نزدیکان فرد توصیف می‌شوند (فیست و فیست، ۱۳۹۲). نظریه تیپ‌های شخصیتی یا ریخت‌شناسی یونگ^۳، یکی از جامع‌ترین نظریه‌هایی است که در تبیین شخصیت افراد به کار رفته است. بر اساس نظریه یونگ، ذهن فعال است، اطلاعات را دریافت و درک می‌کند، آن‌ها را سازماندهی و در موردشان نتیجه‌گیری و داوری^۴ می‌کند. بنابراین برای دریافت اطلاعات دو راه متفاوت وجود دارد که یونگ آن‌ها را حسی و شهودی نامید و شیوه‌های متفاوت داوری را فکری و احساسی^۵ نامگذاری کرد. یونگ معتقد بود که انسان‌ها در تعامل با یکدیگر دو نوع طرز تلقی و جهت‌گیری متقارن از خود نشان می‌دهند (الف) برونگرایی و (ب) درونگرایی (راس و ۱۳۷۳؛ مایر فریدمن، ۱۹۹۶). به تیپ‌های شخصیتی نوع A و B اشاره می‌کند: رفتارهای تیپ A دارای سه علامت بزرگ است ۱- ناآرامی دورنی یا ناکافی بودن سطح عزت نفس که این علامت کمتر قابل مشاهده است ۲- فوریت زمانی و ناشکیبایی و ابراز سریع خشم که نسبت به مورد اول قابل مشاهده‌تر است. افراد

¹ Sheldon

² Chin and Ju and Cheng

³ Jung

⁴ Judgment

⁵ Thinkig and feeling

داری تیپ B غالباً صبور، شکيبا، آرام و در برخورد با ديگران خونسرد هستند و در کارها افراط نمی کنند و سریع و آسان نیز عصبانی نمی شوند (فریدمن و روزمان، ۱۹۷۴). خانواده نیز یکی از عواملی است که در ساخت و تقویت شخصیت افراد نقش بسزایی دارد. با وجود دگرگونی در ساختار خانواده و نقش های خانوادگی، بدون تردید خانواده هم چنان یکی از ارکان و نهادهای اصلی جامعه به شمار می رود (گودرزی، رستمی و مرادیان، ۱۳۹۴). از این رو، اهمیت خانواده از این جهت مهم است که نه تنها محیط مناسبی برای همسران به شمار می آید، بلکه وظیفه جامعه پذیری و تربیت نسل های آتی را نیز بر عهده دارد؛ اهمیت والای خانواده زمانی بهتر درک می گردد که به کارکردهای اساسی و بنیادین آن توجه نماییم؛ یکی از این کارکردهای اصلی، تکوین و شکل دهی شخصیت های انسان هاست؛ ایفای بهینه این کارکردها نه تنها برای بقای خانواده ضروری است بلکه برای تداوم جامعه و انسجام اجتماعی نیز اهمیت فوق العاده ای دارد (کاشانیان و روحی، ۱۳۸۹) با این وجود، در حال حاضر خانواده دچار آسیب هایی نظیر: طلاق، اختلافات زناشویی، خودکشی، کودکان فراری و خشونت خانوادگی شده است (صداقت و زرینیان، ۱۳۸۷). خشونت خانگی مشکل شایع بهداشت عمومی در سراسر دنیا است که کودک آزاری^۱، همسر آزاری و بدرفتاری نسبت به سالمند را در برمی گیرد؛ اما مهمترین نوع خشونت در خانواده، خشونتی است که مردان به وسیله آن قدرت اجتماعی یا فیزیکی خود را بر زنان اعمال می کنند (طالبپور، ۱۳۹۶). همسر آزاری به هرگونه بدرفتاری ارادی همسر یا شریک جنسی نسبت به زن گفته می شود که دربرگیرنده بدرفتاری های جسمانی، عاطفی و جنسی است (پناغی و همکاران، ۱۳۹۰).

از مهمترین آسیب های اجتماعی که در خانواده ها شایع است می توان به همسر آزاری اشاره کرد؛ همسر آزاری از طریق اعمال خشونت توسط یکی از زوجین به وجود می آید (تورپی^۲، ۲۰۰۸). از این رو، خشونت عملی است که با قصد ایجاد درد و جراحت جسمی و روحی و عاطفی به فرد دیگر انجام می شود و خشونت خانوادگی یکی از رایج ترین آن ها همسر آزاری به صورت خشونت فیزیکی، جنسی، روانی و اقتصادی و اجتماعی مطرح می شود (گلیس^۳، ۲۰۰۵). موسسه

1 Child abuse

2 Torpi

3 Glise

ملی بهداشت روان (۲۰۱۴) خشونت خانوادگی را چنین تعریف می‌کند: اعمالی که به طور فیزیکی یا هیجانی مضر هستند یا به صورت بالقوه منجر به آسیب بدنی می‌شود همچنین شامل زورگویی یا تجاوز جنسی تهدید بدنی تهدید به کشتن یا آسیب رساندن محدود نمودن فعالیت‌های عادی سلب اختیار و محرومیت از دسترسی به منابع.

برآورد کلی انجام شده مربوط به گستره خشونت خانگی در ۲۸ مرکز استان نشان می‌دهد ۶۶ درصد خانواده‌های مورد مطالعه از اول زندگی مشترک تا زمان این مطالعه حداقل یکبار تجربه خشونت خانگی را با تعریف عام آن داشته‌اند و ۳۰ درصد خانوارها حداقل یکبار در طول زندگی خشونت‌های فیزیکی جدی و حاد و در ۱۰ درصد خانوارها خشونت‌های منجر به صدمات موقت یا دائم و جدی را داشته‌اند (گودرزی، رستمی و مرادیان، ۱۳۹۴). این رو، نظریه‌های مربوط به همسر آزاری، در سطح کلان بیشتر بر عوامل فرهنگی و ویژگی‌های ساختاری خانواده (مانند طرفداران حقوق زنان و دیدگاه جامعه‌شناختی) و در سطح خرد، بر ویژگی‌های روانشناختی فردی و میان فردی عامل و قربانی (مانند شخصیت، یادگیری خشونت و درماندگی آموخته شده) تکیه می‌کنند (رستمی، عبدی و حیدری، ۱۳۹۳). بدیهی است در علت‌شناسی همسر آزاری در سطح فردی، افزون بر تمرکز بر ویژگی‌های عامل، بررسی ویژگی‌های قربانی نیز ضروری است، زیرا تعامل این دو است که به اینگونه اعمال منجر می‌شود؛ در بسیاری موارد وقوع حادثه‌ای خشونت‌بار، ناشی از ضعف یا مستعد بودن فرد قربانی است، حتی در مواردی این خود قربانی است که عامل را به عمل واداشته، چه بسا بتوان قربانی را در حد معاون عامل نیز مسئول دانست (سعادت، ۱۳۹۳). همسر آزاری می‌تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تأثیر قرار دهد، از جمله می‌تواند موجب کاهش اعتماد به نفس زنان و در نتیجه اختلال در روابط بین فردی، عزت نفس پایین، اضطراب زیاد، اختلال تغذیه، اختلال استرس پس از آسیب و اختلالات عملکرد جنسی شود (شایان، معصومی، یزدی رواندی و زارع‌نژاد، ۱۳۹۴). از این رو، بدرفتاری و آزار زنان یکی از مسائل عمده بهداشت عمومی به حساب می‌آید که صدمات جسمی و روانی شدیدی ایجاد می‌کند؛ تعدی و آزار آثار زیانباری بر ساختار شخصیت زن و فرزندان به جای گذارده و منجر به صدمات روانی و کاهش حرمت خود و احساس ارزشمندی و ناامیدی می‌شود که حتی منجر به خودکشی می‌گردد؛ این قبیل زنان از لحاظ پناه بردن به داروها، اعتیاد به مواد مخدر و ابتلا به دردهای مزمن و حالات افسردگی در معرض خطر جدی هستند (اینانلو، حقدوست، مشایخی و

دهقانی، ۱۳۸۰). افسردگی نوعی اختلال روانی است که در آن خلق شخص آشفته می‌شود اصطلاح افسردگی اغلب برای بیان اندوه عمیق به کار می‌رود (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). چنانچه سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند و حدود ۲۵ درصد از مراجعین به مراکز بهداشتی در جهان به خود اختصاص داده‌اند (لمبرت^۱، ۲۰۰۶). افسردگی دومین اختلال رایج روانشناختی است و داده‌های اخیر (پارکر^۲، و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از لمبرت، ۲۰۱۵) نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در دنیا به افسردگی مبتلا هستند. برآوردهای دیگری تخمین زده که تا سال، ۲۰۲۰، افسردگی دومین بیماری پر هزینه در جهان خواهد شد در حالی که در سال ۱۹۹۰ در رده چهارم بیماری‌های پر هزینه جهان قرار داشت (یانگ، واین برگر و بک، ۲۰۰۹). این اختلالات موجب پایین آمدن کارآمدی شخصی، مرگ و میر، خودکشی و هزینه‌های زیادی برای دولت و خود فرد می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مرگ و میر در میان این افراد دو برابر جمعیت عمومی است (کووینسکی و همکاران، ۱۹۹۹؛ داویدو و همکاران، ۲۰۱۱؛ شران، بایر و بروس، ۲۰۱۰). طبق پژوهش‌های انجام گرفته یکی از مواردی که به شدت در بروز و تشدید افسردگی نقش دارد اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر است. اعتیاد^۳ به مواد مخدر به عنوان جدیدترین مسئله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد؛ به اعتقاد تحلیل‌گران اجتماعی، اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مسائل پیچیده اجتماعی در عصر حاضر محسوب می‌شود که زمینه‌ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است؛ به عبارت دیگر رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی ارتباطی دوجانبه است؛ از یکسو اعتیاد، جامعه را به رکود و انحطاط می‌کشاند و از سوی دیگر پدیده‌های است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد (طالبپور، ۱۳۹۶). اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی و معنوی و ارزش‌های اجتماعی کاهش می‌دهد به طوری که آسیب‌شناسان اجتماعی، اعتیاد را به مثابه «جنگ شیمیایی خانگی» و «جنگ بدون مرز» می‌دانند (گودرزی، رستمی و مرادیان، ۱۳۹۴).

1 Lambert

2 Parker

3 Addiction

به عقیده فیشبین^۱ (۲۰۰۸) مصرف مواد مخدر تحت تأثیر نگرشی است که افراد به مواد دارند. نحوه نگرش افراد نسبت به مواد مخدر از یکسو تحت تأثیر دانش، آگاهی، باورها، احساسات، هیجان‌ها و تیپ‌های شخصیتی آن‌ها و از سوی دیگر تحت تأثیر میزان ارزشی که آن‌ها برای مواد قائل می‌باشند، قرار دارد (مشکی و اصلی‌نژاد، ۱۳۹۲). افزون بر آن، پژوهش‌های متعدد در ایران نقش اعتیاد در خشونت خانگی را ثابت کرده است؛ اعتیاد نقش مؤثری در فروپاشی خانواده‌ها و طلاق در ایران داشته، به طوری که از سال ۱۳۵۳ تا ۱۳۶۷، علت ۳۰ تا ۶۷ درصد طلاق‌ها، اعتیاد بوده است (سالاری‌فر، ۱۳۸۸). در واقع، تحمل فرد معتاد برای اطرافیان مشکل یا غیرممکن است، چرا که فرد معتاد پس از ستیزه‌های درونی به خود ویرانگری روی آورده، خشونت درونی شخصیت را به سوی افراد دیگر جهت می‌دهد، پرفیت پس از تحقیقی در مورد خشونت، اعتیاد را پدیده ثانوی شخصی و اجتماعی معرفی کرده که به شدت به مسئله خشونت مربوط است و مواد مخدر، مانند ابزاری برای از میان بردن موانع رفتار خشونت‌آمیز محسوب می‌شود (به نقل از گودرزی، رستمی و مرادیان، ۱۳۹۴). الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده است که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر شود و با سه (یا چند) علائم تحمل، ترک، مصرف ماده به مقادیر بیشتر، میل دائم یا تلاش ناموفق به ترک، کنار گذاشتن فعالیت‌های مهم اجتماعی و ادامه مصرف با وجود آگاهی به مشکلات جسمی و روانشناختی ناشی از مصرف ماده در طول ۱۲ ماه تعریف می‌گردد (هالچین و ویتبورن، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۵).

اعتیاد نیاز اجباری به استفاده از مواد مخدر، ایجاد عادت و خواسته‌های مقاومت‌ناپذیر در رفتار است. دو ویژگی مهم اعتیاد عبارتند از: تحمل و نیاز رو به افزایش برای مصرف بیشتر مواد برای به دست آوردن همان اثر و جلوگیری از علائم ترک که ناخوشایند است و معتاد برای جلوگیری کردن از آن مواد مخدر را استفاده می‌کند موسسه ملی سوءاستفاده از داروی آمریکا (ان، آی، دی، ای^۲، ۲۰۱۰، به نقل از گودرزی، رستمی و مرادیان، ۱۳۹۴). البته در تعریف جدیدتر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) اصطلاح وابستگی به مواد را برای اعتیاد برگزید. وابستگی به مواد شیمیایی، گاهی برحسب تحمل یا ترک که دال بر وابستگی فیزیولوژیک است تعریف می‌شود و گاهی برحسب ختلال کارکرد اجتماعی و شغلی ناشی از استفاده آسیب‌شناختی و مکرر از یک

1 Fishbein

2 National institute of Drug abuse American

ماده تعریف می‌شود. در تعریف اخیر، نشانه‌های مربوط به تحمل و ترک ممکن است دیده شود اما ضروری نیست (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). در مورد دلایل خشونت علیه زنان، مباحثی همچون؛ یادگیری اجتماعی، جامعه‌پذیری، خرده فرهنگ، خشونت فطری مردان و ... عنوان شده است که هر کدام ضمن اینکه در تبیین همسر آزاری مؤثر و مفید هستند؛ اما از نقاط ضعفی هم برخوردار هستند؛ در نتیجه پرداختن به بحث خشونت خانوادگی به صورت تک بعدی و از دیدگاه یک نظریه منجر به ساده انگاری و عدم ارائه یک تبیین همه جانبه خواهد شد، بنابراین لازم است این پدیده با تلفیق تمامی نگرش‌های موجود از طریق حذف نقاط ضعف و تأکید بر نقاط قوت مورد توجه و ملاحظه قرار گیرد؛ در تحقیق حاضر با استفاده از چنین نوآوری در صدد بررسی رابطه سایر عناصر در خشونت علیه زنان بوده‌ایم به نحوی که با اتخاذ چنین رویکردی و با تیپ‌های شخصیتی و اعتیاد که به نحوی از انحاء در تبیین خشونت علیه زنان نقش داشته‌اند استفاده نماییم.

روش‌شناسی

به منظور انجام فرآیند پژوهش، جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد معتاد در کنگره شصت شعبه ایمان واقع در منطقه ۴ تهران، در سال ۱۳۹۵ بودند که نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. به منظور انتخاب نمونه، پس از کسب مجوز از مدیر مرکز کنگره شصت شعبه ایمان واقع در منطقه ۴ تهران، لیستی از مردان معتاد تهیه شد که تعداد ۱۸۲ نفر بود با توجه به جدول مورگان نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر انتخاب و با رعایت اصول اخلاقی و اصل رازداری از افراد خواسته شد بدون ذکر نام و تنها به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دهند. در این پژوهش با توجه به حضور افراد در مرکز در ساعات پر تردد این افراد که بین ۳ تا ۷ عصر بود محقق حضور داشت و از پرسشنامه‌های پژوهش در بازه زمانی یک ماهه تکمیل گردید.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های افسردگی، نگرش به اعتیاد، همسر آزاری و تیپ‌های شخصیتی استفاده شد. پرسشنامه نگرش به اعتیاد دارای ۳۵ سوال است که توسط نظری (۱۳۸۰) تدوین شده است. سازنده پرسشنامه برای سنجش نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر و تهیه مقیاس مناسب بدین منظور از مقیاس لیکرت ۱ استفاده کرده است. بدین گونه که در مورد ماده‌های مساعد یا نگرش مثبت به هر یک از پاسخ‌های کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم به ترتیب نمره‌های ۱ تا ۵ داده شده است. در مورد آیتم‌های نامساعد یا نگرش منفی، نمره‌گذاری به ترتیب معکوس انجام گرفته است. پس نمره

۸۰.....پژوهش‌های جامعه‌شناختی، سال دوازدهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۷

هر فرد عبارت از مجموع نمرات فرد در کل مقیاس است. این نمره، نگرش کلی وی به اعتیاد را نشان می‌دهد؛ قابل ذکر است که از آنجایی که به نگرش منفی نمره ۱ و به نگرش مثبت نمره ۵ تعلق می‌گیرد، بنابراین هم در فرم الف و هم در فرم ب حداقل نمره فرد ۳۵ و حداکثر ۱۷۵ خواهد بود. با این شیوه هم نگرش و هم شدت آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. نتایج به دست آمده در مورد مقیاس نگرش ساخته شده نشان می‌دهد که مواد مقیاس‌ها از همسانی خوبی برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ در فرم الف برابر ۰/۸۱ است و در فرم ب برابر ۰/۸۶ است. روایی صوری و محتوایی این آزمون در پژوهش کریمی (۱۳۹۱) توسط سه تن از اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. برای به دست آوردن پایایی آن، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۹ گزارش شد که حاکی از پایایی قابل قبول آن می‌باشد. در سوالات شماره ۱، ۲، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴ شیوه نمره گذاری به صورت زیر می‌باشد.

گزینه	کاملاً موافقم	تا حدودی موافقم	نظری ندارم	تا حدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
امتیاز	۵	۴	۳	۲	۱

اما در سوالات شماره ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹ و ۳۵ شیوه نمره گذاری معکوس و به صورت زیر در خواهد آمد:

گزینه	کاملاً موافقم	تا حدودی موافقم	نظری ندارم	تا حدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

بنابراین دامنه نمرات فرد در این پرسشنامه بین ۳۵ تا ۱۷۵ در نوسان خواهد بود و کسب نمره بالاتر نشانگر نگرش مساعد و مطلوب نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. پرسشنامه نگرش به اعتیاد سه زیر مقیاس باورهای شناختی، هیجان‌ها و آمادگی برای عمل (رفتار) را در بر می‌گیرد. پرسشنامه افسردگی بک دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ است و حداقل آن صفر است. در برابر هریک از گویه‌ها که مشخص کننده یکی از علائم افسردگی است چهار جمله وجود دارد که از خفیف‌ترین تا شدیدترین حالت افسردگی مرتب شده است. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (فینکلستان، وئورث و فینکلستاین، ۲۰۰۹). قاسم‌زاده و همکاران (به نقل از دهقانی، ۱۳۹۵) ضریب آلفای این

پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران دابسون و محمدخانی (۲۰۱۴) ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین برای محاسبه روایی سازه همبستگی این آزمون را با مقیاس ناامیدی بک (۰/۶۸) مقیاس افکار خودکشی (۰/۳۸) پرسشنامه اضطراب بک (۰/۶۰) و مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی روانپزشکی هامیلتون برای افسردگی (۰/۷۱) گزارش کردند (نقل از دهقانی، ۱۳۹۵). پرسشنامه مقیاس درونگرایی- برونگرایی میشل گوکلن شامل ۵۰ پرسش است که هر سؤال دارای دو گزینه a و b می باشد. برای هر سؤال دو پاسخ در نظر گرفته شده است. دور حرف «a» یا حرف «b» بر حسب اینکه کدامیک از پاسخ های پیشنهادی با شیوه بودن مطابقت می کند، علامت می زنند. روش تصحیح و نمره گذاری به شرح زیر بوده: در دو ستون جدول زیر، «درونگرایی- برونگرایی» دور حرف a یا b هر بار که با پاسخ مطابقت می کند. دایره می کشند که جمع دایره های ستون های I و II درونگرایی و برونگرایی فرد در این آزمون را نشان خواهد داد:

I، تعداد پاسخ هایی که با کلید مطابقت می کند (درونگرایی)

II، تعداد پاسخ هایی که با کلید مطابقت می کند (برونگرایی)

جدول نتایج مقیاس درونگرایی- برونگرایی

سؤال	ادرونگرایی	II برونگرایی	سؤال	ادرونگرایی	II برونگرایی
۱	b	A	۲۷	a	b
۲	b	A	۲۸	a	b
۳	a	B	۲۹	b	a
۴	a	B	۳۰	a	b
۵	b	A	۳۱	a	b
۶	b	A	۳۲	b	a
۷	a	B	۳۳	a	b
۸	a	B	۳۴	a	b
۹	b	A	۳۵	a	b
۱۰	b	A	۳۶	b	a
۱۱	b	A	۳۷	a	b
۱۲	a	B	۳۸	a	b
۱۳	b	A	۳۹	a	b
۱۴	a	B	۴۰	a	b
۱۵	b	A	۴۱	a	b
۱۶	a	B	۴۲	b	a
۱۷	b	A	۴۳	a	b

۸۲.....پژوهش‌های جامعه‌شناختی، سال دوازدهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۷

a	b	۴۴	A	b	۱۸
a	b	۴۵	A	b	۱۹
b	a	۴۶	B	a	۲۰
b	a	۴۷	A	b	۲۱
a	b	۴۸	B	a	۲۲
a	b	۴۹	A	b	۲۳
a	b	۵۰	A	b	۲۴
		جمع کل.....	A	b	۲۵
			A	b	۲۶

اگر در ستون I (درونگرایی) بین ۱۵ تا ۳۵ پاسخ با کلید مطابقت کند، می‌توان گفت که درونگرا یا برونگرا به حساب نمی‌آید بلکه میان‌حال یا میان‌گرا محسوب می‌شوید. از ۳۵ پاسخ به بالا، می‌توان گفت که درونگرا هستید. اگر تعداد پاسخ‌های شما در ستون I، ۱۵ یا کمتر از آن باشد، خواهیم گفت که درونگرایی شما واقعاً ضعیف است (برونگرا هستید).

پرسشنامه خشونت علیه همسر توسط موسوی، اسحاقیان و آزاده (۱۳۸۱) تدوین شده است فرم اولیه‌ی پرسشنامه با انتخاب ۵۳ پرسش بر اساس مطالعه ادبیات، مصاحبه و مشاوره ساخته شده مطالعه در دو مرحله در اصفهان انجام گرفت در مرحله اول بر روی ۱۰۰ نفر و در مرحله دوم بر روی ۴۵۰ نفر از زنان استان اصفهان اجرا شد پرسشنامه به صورت سؤال‌های بسته بر روی طیف ۵ گزینه‌ای پاسخ، از خیلی کم تا خیلی زیاد تنظیم شد نمره‌گذاری از یک تا پنج است و نمره بیشتر در پرسشنامه حاکی از همسر آزاری بیشتر است به این شکل که نمره بین ۴۴ تا ۸۸ میزان خشونت علیه همسر کم است؛ نمره بین ۸۸ تا ۱۳۲ میزان همسر آزاری متوسط است و نمره بالاتر از ۱۳۲ میزان همسر آزاری فرد زیاد است روایی پرسشنامه با استفاده از نظر اساتید و راهنما و مشاور خوب ارزیابی و تأیید شده است و ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش موسوی، اسحاقیان و آزاده (۱۳۸۱) ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها:

الف - یافته‌های توصیفی

بر اساس یافته‌های توصیفی (جداول ۱، ۲، ۳ اکثر آزمودنیها دارای تحصیلات لیسانس و کمترین میزان مربوط به فوق لیسانس و بالاتر بود. همچنین اکثر آزمودنیها در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال و

کمترین میزان در گروه سنی ۴۶ سال به بالا قرار داشتند. همچنین، کمی بیش از نیمی از آزمودنیها دارای وضعیت اقتصادی متوسط و تنها ۱۶/۷ درصد دارای درآمد بالا بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی آزمودنیها برحسب شاخص تحصیلات

زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم		لیسانس		فوق لیسانس		کل		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
۹	۲۸	۲۳,۳٪	۲۸	۲۳,۳٪	۴۹	۴۰,۸٪	۶	۵٪	۱۲۰	۱۰۰٪

جدول ۲: توزیع سنی آزمودنیها

تعداد	درصد	۴۰ تا ۴۵ سال		۴۶ تا ۵۰ سال		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۲۹	۲۴,۲٪	۷۱	۵۹,۲٪	۲۰	۱۶,۷٪	۱۲۰	۱۰۰٪

جدول ۳: توزیع فراوانی آزمودنیها برحسب شاخص وضعیت اقتصادی

تعداد	درصد	متوسط		بالا		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۳۳	۲۷,۵٪	۶۹	۵۷,۵٪	۱۸	۱۵٪	۱۲۰	۱۰۰٪

جدول ۴: شاخصهای توصیفی، برای متغیرهای افسردگی، نگرش به اعتیاد، خشونت علیه همسر و تیپهای شخصیتی

درونگرایی و برونگرایی

متغیرها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
نگرش به اعتیاد	۵۶	۱۱۵	۸۹/۰۰	۱۱/۵۹
افسردگی	۱۸	۷۷	۳۲/۶۵	۱۱/۹۷
تیپ شخصیتی درونگرایی	۲۳	۸۹	۶۵/۱۲	۱۴/۸۷
تیپ شخصیتی برونگرایی	۷	۴۴	۲۰/۹۵	۸/۰۹
خشونت علیه همسر	۱۰۰	۱۹۸	۱۵۶/۰۶	۲۳/۶۴

همانطور که در جدول ۴: ملاحظه می کنید، شاخصهای توصیفی متغیرهای افسردگی، نگرش به اعتیاد، خشونت علیه همسر، تیپهای شخصیتی درونگرا و برونگرا گزارش شده است. در این جدول میانگین و انحراف استاندارد افسردگی ۳۲/۶۵ (۱۱/۹۷)، نگرش به اعتیاد ۸۹/۰۰ (۱۱/۵۹) خشونت علیه همسر ۱۵۶/۰۶ (۲۳/۶۴) تیپ شخصیتی برونگرایی ۶۵/۱۲ (۱۴/۸۷) و تیپ شخصیتی درونگرایی ۲۰/۹۵ (۸/۰۹) گزارش شده است.

ب- یافتههای آماری استنباطی

جدول ۵: ماتریس همبستگی افسردگی، خشونت علیه همسر و تیپهای شخصیت با اعتیاد در معتادان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- افسردگی	۱				
۲- تیپ شخصیتی درونگرا	-۰/۲۸۰ ^{°°}	۱			
۳- تیپ شخصیتی برونگرا	-۰/۲۷۶ ^{°°}	۰/۱۱۶	۱		
۴- خشونت علیه همسر	-۰/۲۵۲ ^{°°}	۰/۲۱۹ ^{°°}	۰/۰۶۵	۱	
۵- اعتیاد	۰/۲۷۱ ^{°°}	۰/۱۱۳	-۰/۲۱۴ ^{°°}	۰/۱۸۳ ^{°°}	۱

۸۴.....پژوهش‌های جامعه‌شناختی، سال دوازدهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۷

با توجه به نتایج جدول ۵: نشان می‌دهد که بین اعتیاد با افسردگی و خشونت علیه همسر در معنادین رابطه مثبت معنادار و با تیپ شخصیتی برونگرا رابطه منفی معناداری وجود دارد ولی بین اعتیاد و تیپ شخصیتی درونگرایی ارتباطی به دست نیامد. همچنین در ادامه نتایج جدول فوق یافته‌ها نشان می‌دهند که بین خشونت علیه همسر و افسردگی رابطه منفی معناداری وجود دارد؛ و بین تیپ شخصیتی درونگرایی و برونگرایی با افسردگی رابطه منفی و تیپ شخصیت برونگرا با خشونت علیه همسر رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: خلاصه ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی همسر آزاری بر مبنای اعتیاد

SIG	T	BETA	B	SIG	F	R2	R	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱۰/۷۰	-	۷۵/۰۱	۰/۰۴	۴/۰۸	۰/۰۳	۰/۱۸	اعتیاد	مقدار ثابت
۰/۰۴	۲/۰۲	۰/۱۸	۰/۰۹						خشونت علیه همسر

نتایج جدول ۶: نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی و ضریب تعیین میان متغیر وابسته و مستقل معنادار است؛ به طوری که ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۱۸ و ضریب تعیین برابر ۰/۰۳ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر ۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته همسر آزاری توسط اعتیاد آن پوشش داده می‌شود. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اعتیاد با ضریب بتای ($b=0/18, p=0/05$) توانست همسر آزاری را پیش‌بینی کند.

جدول ۷: خلاصه ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی افسردگی بر مبنای اعتیاد

SIG	T	BETA	B	SIG	F	R2	R	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۲۶/۹۶	-	۸۰/۴۴	۰/۰۰۳	۹/۳۳	۰/۰۷	۰/۲۷	اعتیاد	مقدار ثابت
۰/۰۰۳	۳/۰۵	۰/۲۷	۰/۲۶						همسر آزاری

نتایج جدول ۷: نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی و ضریب تعیین میان متغیر وابسته و مستقل معنادار است؛ به طوری که ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۲۷ و ضریب تعیین برابر ۰/۰۷ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر ۷ درصد از تغییرات متغیر وابسته افسردگی توسط اعتیاد پوشش داده می‌شود. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اعتیاد با ضریب بتای ($b=0/27, p=0/01$) توانست افسردگی را پیش‌بینی کند.

جدول ۸: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی تیپ‌های شخصیتی بر مبنای اعتیاد

SIG	T	BETA	B	SIG	F	R2	R	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱۷/۲۹	-	۸۸/۸۲	۰/۰۲	۴/۰۷	۰/۰۵	۰/۲۵	اعتیاد	مقدار ثابت
۰/۱۲	۱/۵۵	۰/۱۴	۰/۱۰						تیپ شخصیتی برونگرا
۰/۰۱	-۲/۵۵	-۰/۲۳	-۰/۳۳						تیپ شخصیتی درونگرا

نتایج جدول ۸: نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی و ضریب تعیین میان متغیر وابسته و مستقل معنادار است؛ به طوری که ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۲۵ و ضریب تعیین برابر ۰/۰۶ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر ۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته تیپ‌های شخصیتی برونگرا و درونگرا توسط اعتیاد پوشش داده می‌شود. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اعتیاد با ضریب بتای $(B=0/23, p=0/01)$ توانست تیپ شخصیتی درونگرایی را پیش‌بینی کند ولی قادر به پیش‌بینی تیپ شخصیتی برونگرایی $(B=0/14, P>0/05)$ نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول (۵) یافته‌ها نشان داد که بین اعتیاد با افسردگی و همسر آزاری در معتادین رابطه مثبت معنادار و با تیپ شخصیتی برونگرا رابطه منفی معناداری وجود دارد ولی بین اعتیاد و تیپ شخصیتی درونگرایی ارتباطی به دست نیامد. همچنین در ادامه نتایج جدول فوق یافته‌ها نشان می‌دهند که بین همسر آزاری و افسردگی رابطه منفی معناداری وجود دارد؛ و بین تیپ شخصیتی درونگرایی و برونگرایی با افسردگی رابطه منفی و تیپ شخصیت برونگرا با همسر آزاری رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش داساریند و همکاران (۱۳۹۶)، شایان و همکاران (۱۳۹۴)، گودرزی، رستمی و مرادیان (۱۳۹۴)، پناغی و همکاران (۱۳۹۴)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۰)، رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳)، تایواری و همکاران (۲۰۱۸)، اولدینکل و همکاران (۲۰۱۴)، تراپکت و همکاران (۲۰۱۱)، گیلبرت (۲۰۰۹)، جنکین، میر و بلیست (۲۰۱۳)، اسپرینگر و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که به دلیل وضعیت فرهنگی و ساختار اجتماعی موجود، نگاه مرد سالارانه به عنوان یک نگرش در جامعه کنونی پذیرفته شده است، در این نظام مردسالار، مهمترین انتظار فرهنگی از زن، تسلیم و اطاعت بیچون و چرا در مقابل خواست خانواده است؛ آنان در صحنه‌های مختلف تصمیم‌گیری حضور نداشته و در وضعیت انفعالی قرار دارند (گودرزی، رستمی و مرادیان، ۱۳۹۴).

با ورود انسان به دوران مدرن نهاد خانواده در تمامی جوامع دستخوش دگرگونی‌های شده است که منجر به تغییر کارکرد خانواده و همچنین کارکرد زن و مرد در این نهاد اساسی اجتماعی شده است از جمله این تحولات و دگرگونی‌ها می‌توان به تأکید فوق‌العاده بر تک همسری، شاغل شدن زنان در خارج از خانه، شانه خالی کردن زنان از مسئولیت صرف نگهداری فرزندان، عدم فرمانبرداری صرف زنان از مردان و در یک کلام عریان شدن تعارضات خانوادگی می‌توان اشاره

نمود که منجر به درک روزافزون پدیده همسر آزاری و خشونت خانوادگی شده است؛ اما افزایش خودآگاهی زنان منجر به افزایش آگاهی آنان از تعدی‌های انجام گرفته به خود شده است که در نتیجه این آگاهی زنان در صدد ایفای حقوق از دست رفته خود برآمده‌اند و تلاش نموده‌اند تا نهاد خانواده را به سمت تساوی حقوقی هدایت نمایند (طالبپور، ۱۳۹۶). به نظر می‌رسد در میان علل گوناگون همسر آزاری، خشونت علیه زنان ریشه در دو پدیده؛ اعتیاد همسران و ویژگی‌های شخصیتی داشته باشد؛ بنابراین ضروری است هرگونه تلاشی در زمینه کاهش خشونت علیه زنان در دو بعد؛ پیشگیری از اعتیاد و بهبود فرد معتاد در جامعه از یکسو و تشخیص ویژگی‌های شخصیتی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر از سوی دیگر مبنی باشد (کیوان‌آرا و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد از میان ویژگی‌های شخصیتی، تیپ شخصیتی درونگرا بیشترین همبستگی را با افسردگی داشت؛ از این رو، متخصصان بالینی ناراحتی‌های عاطفی گوناگون مانند ترس اجتماعی، افسردگی و خصومت را در این افراد تشخیص داده‌اند. بنابراین عواطف شکننده مانع از سازگاری آن‌ها شده و مستعد داشتن باورهای غیرمنطقی هستند، کمتر می‌توانند تکانش‌های خود را کنترل کنند و خیلی ضعیف‌تر از دیگران، با استرس کنار می‌آیند (پناغی و همکاران، ۱۳۹۰). در همین راستا بررسی‌ها نشان دادند زنانی که کتک‌خورده‌اند مشکلات مزمن مرتبط با اختلال‌های شخصیت و افسردگی، اعتیاد و پرخاشگری همسرانشان را گزارش کرده‌اند؛ همچنین زنان قربانی خشونت همسر، مشکلاتی در حل مسئله، عزت‌نفس، خشم، ترس و سازگاری دارند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد برونگرایی بیشترین همبستگی را با اعتیاد و همسر آزاری دارد؛ از این رو، نریمانی و آقامحمدیان، (۱۳۸۴) با بررسی ۴۰۰ خانواده در اردبیل نشان دادند درونگرایی، خودنمایی، اضطراب و افسردگی زنان با خشونت مردان رابطه مستقیم دارد.

نتایج جدول (۶) نیز نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی و ضریب تعیین میان متغیر وابسته و مستقل معنادار است؛ به طوری که ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۱۸ و ضریب تعیین برابر ۰/۰۳ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر ۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته همسر آزاری توسط اعتیاد آن پوشش داده می‌شود. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اعتیاد با ضریب بتای $(B=0/18, P=0/05)$ توانست همسر آزاری را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش گودرزی، رستمی و مرادیان (۱۳۹۴)، ترکاشوند و همکاران (۱۳۹۲)، عرب نژاد و یزدان پناه (۱۳۸۸)، نوابخش و قجاوند (۱۳۸۷)، تراکت و همکاران (۲۰۱۱) و گیلبرت (۲۰۰۹) همخوان است. با توجه

به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که افراد بدرفتار، الکل، دارو یا مواد مخدر مصرف می‌کنند تا بهانه و عذری برای اعمال خشونت داشته باشند.

کسانی که خشن هستند بدون این مواد نیز حالت بدرفتاری خواهند داشت، نوشیدن الکل به میزان زیاد و مصرف دارو و مواد مخدر، فاصله‌ای را از نقش‌های اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند و از طرف آنان عذر مناسبی برای بروز اینگونه رفتارها خواهد بود ولی حقیقت این است که اعمال خشونت و ضرب و شتم یک رفتار اجتماعی اکتسابی و یاد گرفته شده می‌باشد و نتیجه مستقیم مصرف الکل و سایر مواد نیست زیرا بسیاری از مردانی که بدرفتار هستند مصرف مواد ندارند و بعضی از مردان معتاد نیز اعضاء خانواده خود را مورد ضرب و شتم قرار نمی‌دهند، البته لازم به ذکر است که نوشیدن الکل و سوء مصرف مواد می‌تواند زمینه را برای اعمال خشونت مستعد نماید به عبارتی افراد معتاد نمی‌توانند خود را کنترل نموده و منطقی فکر کنند در نتیجه کنترل کمتری بر تخلیه خشم خود خواهند داشت، این معضل همچنین مشکلاتی را برای زنان خشونت دیده به وجود می‌آورد به طوری که در جوامع غربی الکیسم و سوء مصرف مواد برای فرار از فشار روانی ناشی از خشونت و در میان زنان در حال گسترش می‌باشد (کارلسون، ۲۰۰۰ نقل از نوابخش و قجاوند (۱۳۸۷)).

بر اساس مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها مصرف مواد مخدر توسط همسر، عامل بروز همسر آزاری به شمار می‌رود؛ همانگونه که بر اساس نتایج پژوهش حاضر مشخص شد که بین همسر آزاری و اعتیاد رابطه معناداری وجود داشته و اعتیاد پیش‌بینی کننده مناسبی برای همسر آزاری بود. در واقع مصرف مواد، رفتار تجاوزگرانه را از طریق کاستن موانع آن افزایش می‌دهد (شعبانی و همکاران، ۱۳۸۷). مطالعات نشان داد که همسر آزاری در خانواده‌هایی که سرپرست خانواده دچار اعتیاد شده است بیشتر دیده می‌شود؛ هر چند درآمد خانواده و سن مرد و مدت زمان اعتیاد در همسر آزاری نقش دارد ولی تیپ‌های شخصیتی نیز ارتباط قویتری با همسر آزاری دارد (ترکاشوند و همکاران، ۱۳۹۲).

همچنین نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی و ضریب تعیین میان متغیر وابسته و مستقل معنادار است؛ به طوری که ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۲۷ و ضریب تعیین برابر ۰/۰۷ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر ۷ درصد از تغییرات متغیر وابسته افسردگی توسط اعتیاد پوشش داده می‌شود. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اعتیاد با ضریب بتای ($B=0/28, P=0/01$)

توانست افسردگی را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش خلیل زاده و همکاران (۱۳۹۶) عطار، وجودی و رئوفی (۱۳۹۶) اکبری و عموپور (۱۳۸۹) رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۸۸)، جنکین، میر و بلیست (۲۰۱۳) و هاردی و تی (۲۰۱۲) همخوان است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که اعتیاد به عنوان اختلال روانپزشکی پیچیده، همانند سایر اختلالات روانپزشکی هم عوامل زیستی و هم عوامل محیطی در پیدایش آن اهمیت دارند (صفادی و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو، گفته می‌شود که اعتیاد بیماری مغز است، یعنی فرآیند حیاتی که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف جبری مواد تبدیل می‌کند که ریشه در تغییراتی در ساختمان و شیمی اعصاب مغز مصرف‌کننده دارد؛ به طوری که قسمت‌های مختلفی از مغز از جمله مراکز پاداش و سیستم‌های افیونی و کاتکول آمینی و به ویژه دوپامین در بروز اعتیاد به مصرف مواد دخیل شناخته شده‌اند که به نوبه خود تحت تأثیر عوامل ژنتیک هستند؛ از این رو، به علت پیچیدگی مغز، مواد در افراد مختلف تأثیرات متفاوتی را ایجاد می‌کنند و بسته به نوع تیپ‌های شخصیتی و وضعیت روانی هر فردی پس از مصرف احساس متفاوتی را تجربه می‌کند که می‌تواند به درجات مختلف خوشایند یا ناخوشایند و تسهیل‌کننده تمایل به مصرف بعدی باشد. پرواضح است که مصرف مواد می‌تواند از طریق رفع حالت‌های آزاردهنده و یا ناخوشایندی نظیر درد، اضطراب و یا افسردگی به شکل رفتاری شرطی سازی و تقویت گردد. این عوامل ژنتیکی، مغزی، روانی و رفتاری وجوه مشترک زیادی با سبب شناسی بیماری افسردگی دارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۹). به علت سبب شناسی مغزی و روانی مشترک افسردگی و اعتیاد، افسردگی با مصرف اغلب مواد رابطه داشته و در بین معتادین به همه انواع مواد اعتیادآور افسردگی شایع است؛ تا حدود نیمی از کسانی که سوءمصرف مواد افیونی (مخدر) و یا الکل دارند زمانی در طول عمر خود اختلال جدی افسردگی را تجربه کرده‌اند (عطار، وجودی و رئوفی، ۱۳۹۶).

افزون بر آن، در بسیاری موارد فرد جهت تخفیف هر چند موقت علائم آزاردهنده افسردگی و ایجاد احساس لذت و سرخوشی به شکل خوددرمانی رو به مصرف مواد اعتیادآور می‌برد و با مصرف مکرر جهت رهایی از غم و ناراحتی مصرف اختیاری مواد به مصرف جبری تبدیل شده و بیماری اعتیاد آغاز می‌گردد که خود در طولانی مدت افسردگی‌زا بوده مشکلات قلبی را تشدید می‌نماید (اکبری و عموپور، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توان با توجه به پژوهش حاضر و مقایسه آن با پژوهش‌های قبلی چنین نتیجه گرفت که رابطه احساس افسردگی و مصرف مواد مخدر یک رابطه

دو طرفه است؛ احساس افسردگی می‌تواند باعث شود تا فرد برای فرار از مشکلات روانشناختی یا تسکین درد به مصرف مواد روی آورده و از سوی دیگر زیاده روی در مصرف مواد مخدر می‌تواند احساس افسردگی را به تأثیری خود ویرانگر مبدل سازد (عطارد، وجودی و رئوفی، ۱۳۹۶).

و همین طور نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی و ضریب تعیین میان متغیر وابسته و مستقل معنادار است؛ به طوری که ضریب همبستگی حاصل شده برابر $0/25$ و ضریب تعیین برابر $0/06$ می‌باشد؛ به عبارتی دیگر ۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته تیپ‌های شخصیتی برونگرا و درونگرا توسط اعتیاد پوشش داده می‌شود. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اعتیاد توانست تیپ شخصیتی درونگرایی را پیش‌بینی کند؛ ولی قادر به پیش‌بینی تیپ شخصیتی برونگرایی نشد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش باران اولادی، نویدیان و کاوه‌فارسانی (۱۳۹۲)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۸۹)، کتابی، ماهر و برجعلی (۱۳۸۷)، ویلیام جی و همکاران (۲۰۰۶)، والتون-موس و همکاران (۲۰۰۵) و هاردی و تی (۲۰۱۲) همخوان است. با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که خصوصیات روانی - شخصیتی معتادان به مواد مخدر، صرفاً ناشی از مواد مخدر نیست، بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب‌تری ظاهر و تشدید شده، لذا مسئله معتاد، تنها مواد مخدر نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است (کتابی، ماهر و برجعلی، ۱۳۸۷).

افزون بر آن، به طور یقین رابطه اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سیگار با شخصیت افراد، یک رابطه دوجانبه و متقابل دارد، یعنی از یک طرف سوء مصرف این مواد بر شخصیت فرد معتاد تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر افراد با انواع ویژگی‌های شخصیتی نظیر شخصیت‌های وابسته، گرایش بیشتری به سوء مصرف پیدا می‌کنند و تأثیر متقابل این عوامل زمینه ساز همسر آزاری در این افراد می‌باشد (دارسبند، پناغی و موتایی، ۱۳۹۶). نتایج به دست آمده را می‌توان اینگونه تبیین کرد که استفاده از الکل و مواد مخدر، قضاوت را ناقص می‌کند، بازداری را کاهش و پرخاشگری را افزایش می‌دهد والتون موس و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود بیان کردند افرادی که مواد مخدر و الکل مصرف می‌کنند نسبت به کسانی که این کار را نمی‌کنند بیشترین خشونت علیه همسر را دارند. مک فارلنس و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی خود به این نتیجه رسید که مواد مخدر

و الکل در مردان با تیپ شخصیتی برونگرایی باعث ایجاد خشونت علیه زنان می‌شود. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، تبیینی که می‌توان با توجه به این نتایج ارائه داد این است که درونگرایی می‌تواند در بروز اعتیاد افراد مؤثر باشد و هر چه فرد درونگراتر باشد، احتمالاً استعداد بیشتری در ابتلا به اعتیاد خواهد داشت؛ از جمله ویژگی‌های شخصیتی افراد درونگرا می‌توان به کم حرفی، گوشه‌گیری، در خود فرورفتگی و بدبینی اشاره کرد. در تفسیر این یافته می‌توان گفت خصوصیت خاص افراد درونگرا مانند انزوا، گوشه‌گیری، دوری گزیدن از ارتباطات اجتماعی وسیع و تنهایی باعث می‌شود این افراد از دنیای واقعی فاصله گرفته و غرق دنیای خیالی شوند (کتابی، ماهر و برجعلی، ۱۳۸۷).

همچنین نتایج نشان داد که بین برونگرایی و اعتیاد نیز رابطه منفی وجود دارد به عبارتی در افراد برونگرا احتمال ابتلا به اعتیاد نسبت به افراد درونگرا کمتر است؛ با توجه به نتایج ذکر شده می‌توان گفت که برونگرایی با اعتیاد رابطه معکوس دارد، یعنی افراد برونگرا کمتر به اعتیاد دچار می‌شوند. همان‌طور که در ادبیات نظری اشاره شد، از جمله ویژگی‌های افراد برونگرا دوستدار دیگران بوده و تمایل به شرکت در اجتماع‌ها و میهمانی‌ها، قاطعیت، هیجان‌خواهی، فعال بودن و اهل گفتگو بودن است و به نظر می‌رسد که این خصوصیات باعث می‌شود این افراد به محیط واقعی و ارتباطات اجتماعی واقعی تمایل داشته و کمتر به طرف مصرف مواد روند (عطارد، وجودی و رئوفی، ۱۳۹۶). محدودیت‌های پژوهش را می‌توان به شرح زیر بر شمرد:

۱- اجرای پژوهش فقط بر روی مردان معتاد کنگره شصت شهر تهران صورت گرفته که این امر تعمیم‌پذیری یا اعتبار بیرونی پژوهش را محدود می‌کند.

۲- وجود متغیرهای کنترل نشده و تداخل آن‌ها در پژوهش مورد نظر تعمیم‌پذیری را محدود می‌کند.

۳- عدم کنترل نوع و میزان مصرف مواد و مدت زمان مصرف تعمیم‌پذیری را محدود می‌کند.

با توجه به نتایج تحقیق راهکارهای زیر پیشنهاد می‌شوند:

۱- پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی مدت زمان، میزان مصرف و نوع مواد و ارتباط آن با خشونت علیه همسر به تفکیک بررسی شود.

۲- پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های مشابه در شهرستان‌ها و سایر استان‌های دیگر اجرا و فرایند فرهنگی آن‌ها با یکدیگر مقایسه شود.

۳- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی علاوه بر متغیرهای مطرح شده در این پژوهش به بررسی متغیرهای مهم دیگر در بروز خشونت علیه همسر به ویژه تجربه آزاردیدگی در کودکی و ... پرداخته شود.

منابع

- اکبری، بهمن و عموپور، مسعود (۱۳۸۹). رابطه افسردگی با نگرش به سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد تنکابن؛ ۱ (۲): ۷-۲۰.
- اینانلو، مهرانوش؛ حقدوست اسکویی، سیده فاطمه؛ مشایخی، فریده و حقانی، حمید (۱۳۸۰). مشخصات زوجین و ارتباط آن با نوع و شدت همسرآزاری در زنان. نشریه پرستاری ایران؛ ۱۳ (۲۶): ۵۷-۶۵.
- باران اولادی، صادق؛ نویدیان، علی و کاوه فارسانی، ذبیح اله (۱۳۹۲). بررسی رابطه اعتیاد پذیری با ویژگی‌های شخصیت، همنوایی و جنسیت دانش آموزان پیش دانشگاهی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد؛ ۱۵ (۲): ۳۳-۴۲.
- پناغی، لیلی؛ پیروزی، دارا؛ شیرین بیان، مینو و احمدآبادی، زهره (۱۳۹۰). نقش ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت شناختی در همسر آزاری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ ۱۷ (۲): ۱۲۶-۱۳۵.
- ترکاشوند، فاطمه؛ رضاییان، محسن؛ شیخ فتح الهی، محمود؛ مهربان، میلاد؛ بیدکی، رضا؛ گروسی بهشید و همکاران (۱۳۹۲). بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان؛ ۱۲ (۹): ۶۹۵-۷۰۸.
- خلیل زاده، نوراله؛ میکائیلی منیع، فرزانه و عیسی زادگان، علی (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی گری افسردگی. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی؛ ۱۱ (۴۲): ۱۹۷-۲۱۲.
- داساروند، بیتا؛ پناغی، لیلی و موتایی، فرشته (۱۳۹۶). رابطه بین همسرآزاری و نشانگان افسردگی در قربانیان زن: نقش تعدیل کنندگی ویژگی‌های شخصیتی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ ۲۳ (۱): ۳۸-۴۹.
- رستمی، مهدی؛ عبدی، منصور و حیدری، حسن (۱۳۹۳). بررسی رابطه آزاردیدگی در کودکی با خودشفقتی و سلامت روان افراد متأهل. مجله اصول سلامت روانی، ۳ (۱۱): ۲۵-۶۳.
- راس و آلن (۱۳۷۳). روانشناسی شخصیت، نظریه‌ها و فرایندها. ترجمه سیاوش جمالفرا، تهران، انتشارات بعثت. سادوک بی. جی؛ سادوک وی. ا. و کاپلان اچ. گک (۲۰۰۷). ترجمه فرشید رضائی (۱۳۹۰). انتشارات ارجمند، تهران.
- سعادت، نادره (۱۳۹۳). بررسی رابطه تجربه آزاردیدگی در کودکی با تصویر بدنی و رضایت جنسی در زوجین. پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- شعبانی، سعید؛ منصورنیا، نسرین؛ منصورنیا، محمدعلی و بحرانی، نغمه السادات (۱۳۸۷). بررسی عوامل موثر در همسرآزاری در زنان ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی کرج در سال ۱۳۸۴. فصلنامه علوم پزشکی؛ ۱۸ (۴): ۲۶۹-۲۷۳.

۹۲.....پژوهش‌های جامعه‌شناختی، سال دوازدهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۷

- شایان، آرزو؛ معصومی، سیده زهرا؛ یزدی رواندی، سعید و زارع‌نژاد، محمد (۱۳۹۴). عوامل موثر بر همسر آزاری در زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز. مجله علمی پژوهش‌ها؛ ۱۳ (۴): ۳۹-۴۸.
- صداقت، کامران و زرینیان، جلال (۱۳۸۷). عوامل اجتماعی و خشونت خانوادگی در بین خانواده‌های شهر تبریز، مجله جامعه‌شناسی، ۱ (۱): ۵۵-۶۲.
- طالبپور، اکبر (۱۳۹۶). بررسی عوامل موثر بر خشونت خانگی با تأکید بر همسر آزاری. دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۶ (۱۱): ۲۷-۴۹.
- عرب نژاد، فاطمه و یزدان پناه، لیلا (۱۳۸۸). بررسی عوامل مرتبط با خشونت و سابقه‌ی آن در بین جوانان ۱۸ تا ۳۸ سال زندان کرمان. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی؛ ۱۱ (۴۳): ۸۹-۹۵.
- عطارد، نسترن؛ وجودی، بابک و رئوفی، محمدباقر (۱۳۹۶). مقایسه سرشت و منش بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با و بدون اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی؛ ۱۱ (۴۴): ۲۲۷-۲۴۲.
- فیست، جس و فیست، گرگوری (۱۳۹۲). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- کاشانیان، معصومه و روحی، مریم (۱۳۸۹). خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط، فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه، ۱ (۲): ۴۴-۵۹.
- کتابی، صمیمه؛ ماهر، فرهاد و برجلی، احمد (۱۳۸۷). بررسی نیمرخ شخصیتی معتادان به مواد مخدر با استفاده از دو نظام. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی؛ ۲ (۷): ۴۵-۵۴.
- گودرزی، طیبه؛ رستمی، تورج و مرادیان، علی (۱۳۹۴). تأثیر اعتیاد مردان در خشونت خانوادگی با تأکید بر خشونت علیه زنان. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی کرمانشاه، ۲۰ (۱): ۱-۱۱.
- محمودعلیلو، مجید؛ نعمتی، سوگلی؛ تپه؛ فاطمه و صمدی راد، بهرام (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیت و عوامل دموگرافیک با همسر آزاری در مردان. مجله پزشکی قانونی؛ ۱۶ (۱): ۴۰-۴۶.
- مشکی، مهدی و اصلی نژاد، محمد علی (۱۳۹۲). آموزش مهارت‌های زندگی و رفتارهای پیشگیری کننده از سوء مصرف مواد در دانشجویان: یک مطالعه طولی. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا؛ ۳ (۳): ۱۹۴-۲۰۱.
- نریمانی، محمد و آقامحمدیان، حمیدرضا (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن شهر اردبیل. مجله اصول بهداشت روانی؛ ۷ (۲۸): ۱۰۷-۱۱۳.
- نوابخش، مهرداد و قجاوند، کاظم (۱۳۸۷). بررسی عوامل مؤثر بر خشونت مردان معتاد علیه زنان باردار. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی؛ ۲ (۸): ۵-۳۲.
- هالچین و ویتبورن (۲۰۱۳). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. چاپ ۱۶، تابستان ۱۳۹۵. تهران: نشر روان.
- یوان آرا، محمود؛ ثقفی‌پور، عابدین؛ رجعتی، فاطمه؛ عباسی، محمدهادی؛ مطلبی، محمد؛ میرحیدری، مهدی و همکاران (۱۳۹۰). بررسی میزان همسر آزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در شهر اصفهان. سلامت و بهداشت؛ ۶ (۴): ۴۴۸-۴۵۷.

- Bakhshayesh AR. General Psychology. 2nd ed. Yazd: Yazd Publication; 2012: 313[Book in Persian.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy. A 4-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Chin, H. K., Ju, Y. Y., & Cheng, C. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 887-94.
- Davydow, D. S., Russo, J. E., Ludman, E., Ciechanowski, P., Lin, E.H.B., Korff, M. V., & Katon, W. J. (2011). The association of comorbid depression with intensive care unit admission in patients with diabetes: A prospective cohort study. *Psychosomatics*. 42:117–126. 10. 1016/j. psym. 2010. 12. 20.
- Covinsky, K. E., Kahana, E., Chin, M. H., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., & Landefeld, C. S. (1999). Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Annals of Internal Medicine*. 130, 563–569. 10.7326/0003-4819-130-7.
- Friedman. M. (1996). Type A behavior: Its diagnosis and treatment. New York. Plenum press.
- Friedman. M., & Roseman. R. (1974). Type A behavior and your heart, New York: Knopf.
- Glees JD. (2005) The longitudinal effects of a rape – prevention program on fraternity men's attitudes, behavioral intent, and behavior. *Journal of American College Health*48: 158- 163.
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Hosseini SA. (2008). Vocational burnout in health workers and its preventive methods. *The Quarterly Journal of the Fundamentals of Mental Health*; 1(2): 65-79[Article in Persian].
- Hardie, E., & Tee, M. Y. (2012). Excessive internet use: The role of personality, loneliness and social support networks in internet addiction. *Australian Journal of Emergence Technology Society*, 5(1), 34-44.
- Jenkins P.E., Meyer C & Blissett J.M. (2013). Childhood Abuse and Eating Psychopathology: The Mediating Role of Core Beliefs. 10 pp22: 248-261.
- Lembert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today, s society: consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 497-510.
- Lembert, K. G. (2015). Rising rates of depression in today, s society: consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 497-510.
- Mcfarlance J, Malecna A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, Et Al. (2007). IntmatPparnter Sexual Assault Against Women And Associated Victom Substance Use, Suicidality, And Risk Factor Femicide-Issues *Mental Health Nurs*. 26. pp:953-967.
- Oldehinkel A.J., Ormel J, Verhulst F.C and Nederhof E. (2014). Childhood adversities and adolescent depression: A matter of both risk and resilience.

Development and Psychopathology, 2014, page 1 of 9; Cambridge University Press 2014; doi:10.1017/S0954579414000534

- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., and Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 31: 517-530.
- Sheeran, T., Byers, A. L., & Bruce, M. L. (2010). Depression and increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home healthcare services. *Psychiatric Services*. 61, 78–80.
10.1176/appi.ps.61.1.78.
- Safadi R, Daibes M, Haidar W, Al-Nawafleh A, & Constantino R. (2018). Assessing Intimate Partner Abuse: Associated Factors and Health Consequences among Jordanian Women. *Journal Issues in Mental Health Nursing*, 39(4); 342-352.
- Torpy JM. (2008) Intimate partner violence. *The Journal of the American Medical Association*. ; 300: 754.
- Tiwari S, Gray R, Jenkinson C, & Carson C. (2018). Association between spousal emotional abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005–2006 National Family Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5); 509-519.
- Trickett P. K. Noll J.G. And Putnam F. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology* 23 (2011), 453–476 # Cambridge University Press 2011
doi:10.1017/S0954579411000174
- William J. Oliver, Lawrence R. Kuhns and Elaine S. Pomeranz. (2006). Family Structure and Child Abuse; 45; 111 *Clin Pediatr (Phila)*.
- Walton-Moss BJ, Manganello H, Fyfe V, Campbell JC. (2005). Risk Factor for Intimate Partner Violence and Associated Injury Among Urban Women. *Journal Community Health*. 30. PP:377-389
- World Health Organization. (2014). What is mental health? WHO web page: World Health Organization; [updated 2014/05/01/]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/62/en/>.
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3th ED.). (Pp264-309). New York: Guilford.