

خشونت علیه همسران معتادان

داریوش جلالی*، جهانبخش رهبریان**

طرح مسأله: هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه خشونت تجربه شده همسران افراد معتاد در مقایسه با همسران افراد غیرمعتاد است. روش: تعداد ۱۰۷ نفر از همسران افراد معتاد به صورت تصادفی و ۱۰۷ نفر همسران افراد غیرمعتاد پس از هم‌تاسازی با گروه نمونه انتخاب و توسط پرسشنامه میزان خشونت تجربه شده، ارزیابی شدند. میزان حمایت اجتماعی زنان نیز توسط پرسشنامه پروسیدانو محاسبه گردید.

یافته‌ها: نتایج آزمون t مبین تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمرات خشونت تجربه در دو گروه بود ($P < 0/01$). نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد در دوگروه رابطه معنی‌داری بین میزان تحصیلات و وضعیت شغلی افراد با خشونت تجربه شده همسران‌شان وجود دارد ($P < 0/05$). در گروه افراد غیرمعتاد ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات زنان با میزان خشونت تجربه شده آن‌ها وجود دارد. در گروه افراد غیرمعتاد همبستگی منفی معنی‌داری بین میزان حمایت اجتماعی با خشونت تجربه شده وجود دارد، در حالی که چنین رابطه‌ای در گروه افراد معتاد مشاهده نشد ($P < 0/05$).

نتایج: همسران افراد معتاد در مقایسه با همسران افراد غیرمعتاد خشونت بالاتری را تجربه می‌کنند. در بین همسران افراد معتاد خشونت تجربه شده با حمایت اجتماعی رابطه معکوس دارد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، حمایت اجتماعی، خشونت علیه زنان

تاریخ پذیرش: ۸۵/۷/۲۹

تاریخ دریافت: ۸۵/۱/۳۰

* کارشناس ارشد روان‌شناسی، سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری <daruosh_jalali@yahoo.com>

** کارشناس پیشگیری، سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری

مقدمه

پدیده اجتماعی خشونت مردان نسبت به همسران خود، یک آسیب اجتماعی جدی و خطرناک است که امروزه اقشار مختلف جامعه را مبتلا ساخته است، اگر چه میزان و شدت خشونت در برخی گروه‌ها و فرهنگ‌ها، مانند گروه افراد معتاد و فرهنگ‌های سنتی‌تر و روستایی شایع‌تر است.

در مورد خشونت علیه زنان به علت تفاوت‌های فرهنگی و برخی هنجارهای اجتماعی دیگر تعریف دقیقی صورت نگرفته است، به طوری که می‌توان پیوستاری از سیلی خوردن که یک آزار جسمی جزئی است تا کشته شدن و قتل را خشونت نامید. این در حالی است که برخی افراد مانند گلس سیلی زدن را به عنوان یک رفتار بهنجار و تعاملی بین زن و شوهر می‌دانند و مخالف به کار بردن کلمه خشونت برای آن هستند. گلس از منظر یک روان‌شناس، خشونت خانگی را این گونه تعریف کرده است: «خشونت عملی است که با قصد انجام گیرد و باعث ایجاد جراحت و درد در دیگران شود» (Gelles, 1997:14).
مهرانگیز کار نیز از دیدگاه یک حقوق‌دان می‌نویسد: «خشونت خانوادگی، خشونتی است که در محیط خصوصی به وقوع می‌پیوندد و عموماً میان افرادی رخ می‌دهد که به سبب صمیمیت، ارتباط خونی یا قانونی با همدیگر پیوند خورده‌اند» (کار، مهرانگیز، ۱۳۷۹). البته در تعریف خشونت خانوادگی، می‌توان سایر انواع خشونت مانند خشونت زنان علیه همسران‌شان را نیز عنوان کرد. مثلاً بوش و روزنبرگ (Busch & Rosenberg, 2004) به خشونت زنان علیه مردان در آمریکا و کاتانو و همکارانش (Caetano et al, 2004) به این نوع خشونت در اسپانیا اشاره کرده‌اند.

در خصوص میزان شیوع خشونت به جز برخی از کشورها مانند، آمریکا، کانادا و استرالیا، در دیگر کشورها به علت روشن نبودن قوانین و گزارشات رسمی اطلاعات دقیقی وجود ندارد (شهنی بیلاق، ۱۳۷۶). با این حال پژوهشگران اعتقاد دارند عوامل فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی در بروز خشونت نسبت به زنان دخیل هستند. برخی از این عوامل به خصوص عوامل فرهنگی، در بعضی از جوامع حتی می‌تواند اعمال خشونت مردان نسبت به

زنان را موجه جلوه دهد (فهاری، ۱۳۸۱). به طور کلی خشونت علیه زنان در تمامی کشورها، حتی کشورهای پیشرفته‌ای که قوانین محکمی جهت جلوگیری از خشونت علیه خانواده وجود دارد نگران‌کننده است (Clein, 2004). طی یک پژوهش، آشکار شد هر ساله بین ۲ تا ۴ میلیون زن در آمریکا تحت خشونت قرار می‌گیرند؛ بنابراین در جامعه آمریکا خشونت خانگی مردان علیه همسران‌شان یک امر معمول و رایج است و اغلب، مقدمات ایجاد جراحات و مشکلات روانی و بهداشتی برای زنان به شمار می‌آید (Nelson et al, 2004). البته این گزارشات را تنها می‌توان از خلال اطلاعات مربوط به پزشکی قانونی یا کلینیک‌های ویژه به دست آورد (Alpert, 1995). با این حال به نظر می‌رسد افراد معتاد به لحاظ استحاله شخصیت، پایین بودن اعتماد به نفس، ناکارآمدی در سبک‌های مقابله‌ای و فشارهای مالی - اقتصادی ناشی از مصرف مواد مشکلات بیشتری از سایر گروه‌ها در خصوص سازگاری با خانواده و جامعه داشته باشند (Stuart et al, 2003).

۱) مبانی نظری

به طور کلی با توجه به نظریه‌ها و پژوهش‌هایی که درخصوص خشونت علیه زنان انجام شده است می‌توان خشونت را به انواع زیردسته‌بندی کرد:

الف) خشونت روانی: به هر نوع رفتار و گفتار خشنی اطلاق می‌شود که سلامت روانی افراد دیگر را با خطر مواجه سازد که از آن جمله می‌توان به انتقاد ناروا، اهانت و تحقیر، فحاشی، تهدید به طلاق و محدود کردن آزادی اشاره کرد. غالب خشونت‌ها که بر علیه زنان اعمال می‌شود، از نوع خشونت روانی است.

ب) خشونت فیزیکی: هر نوع خشونتی که هدفش آسیب رساندن و صدمات جسمانی باشد؛ مانند کتک‌کاری، خفه کردن، شکنجه، قتل و غیره.

ج) خشونت جنسی: هر نوع رفتاری که به برقراری رابطه جنسی با زن برخلاف میل او منجر شود و یا موجب وارد شدن صدمه جنسی به زن شود؛ مانند مزاحمت‌های تلفنی و حضوری، فحشا، اجبار به ارتباط جنسی نامطلوب و ارتباط جنسی در مدت زمان بارداری و عادت ماهانه.

د) خشونت مالی: هر نوع رفتار خشونت‌آمیزی که موجب تحت فشار قرار دادن، آزار و تبعیض مالی شود؛ مانند عدم تأمین نیازهای مالی خانواده، فروش وسایل و اثاثیه خانه. عوامل بسیار متنوعی در بروز و ارتکاب خشونت خانگی علیه زنان وجود دارد که می‌توان آن را در قالب نظریه‌ها و تئوری‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی تبیین کرد. علی‌رغم دیدگاه‌های بسیار متنوعی که در این خصوص وجود دارد، چندین دیدگاه که بیشتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند و از حمایت پژوهشی نیز برخوردار هستند بررسی می‌شوند:

- **نظریه اجتماعی، فرهنگی و موقعیتی:** طبق این نظریه عواملی از قبیل تعارض، بیکاری، تنهایی و فشار روانی موجب ایجاد خشونت علیه زنان می‌شود. بر این اساس خشونت علیه زنان می‌تواند ناشی از دو واقعیت باشد: الف) واقعیت‌های خانواده؛ ب) واقعیت‌های فرهنگی. در واقع، هنجارهای فرهنگی با زورگویی و خشونت در خانواده رابطه مستقیم دارد (Gelles, 1997، قهاری، ۱۳۸۱). این امر به خصوص در جوامع روستایی با فرهنگ‌های بسته و سنتی‌تر شیوع بیشتری دارد (نازپرور، ۱۳۷۶). از طرفی حمایت اجتماعی از جمله عوامل موثر در محافظت فرد در مقابل فشارهای درونی و تهدیدات بیرونی است و به صورت یک سپر عمل می‌کند (Baron & Byrne, 1997).

- **نظریه یادگیری خشونت و انتقال پرخاشگری:** این نظریه که بندورا (Bandura, 1977) برای اولین بار مطرح کرد، بر این فرض استوار است که مشاهده خشونت باعث یادگیری خشونت می‌شود. یعنی خشونت، خشونت به بار می‌آورد. در واقع، انتقال پرخاشگری نظریه‌ای است که براساس نظریه یادگیری قوام یافته است. طبق این نظریه افراد خشن، افرادی هستند که در کودکی شاهد خشونت علیه خود یا دیگران بوده‌اند. به طور کلی مطالعات نشان می‌دهند که خشونت علیه زنان یکی از راه‌هایی است که موجب خشونت علیه کودکان می‌شود. به این ترتیب مادرانی که مورد خشونت قرار می‌گیرند، این خشونت را به کودکان خود منتقل می‌کنند (Hawke, 2003). بر این اساس برخی پژوهش‌ها خاطر نشان کرده‌اند که ۵۰ درصد کودکان قربانی خشونت، دارای مادرانی خشونت‌دیده هستند که

معمولاً این کودکان علائم شدید PTSD را نشان می‌دهند (Wright, 1997).

- نظریه ویژگی‌های شخصیتی: طبق این نظریه می‌توان هم ویژگی‌های شخصیتی افرادی که مورد خشونت قرار می‌گیرند و هم افرادی که علیه دیگران خشونت اعمال می‌کنند را بررسی کرد. مثلاً یک دسته از زنانی که به شدت در معرض سوء استفاده هستند، زنانی با ناتوانی‌های چندگانه هستند (Nosek and Howland, 1998). همچنین مصرف الکل (Gilbert et al 2003) و سوء مصرف مواد (Testa et al, 2003) توسط زنان از عواملی هستند که احتمال خشونت علیه آن‌ها را افزایش می‌دهد.

مشکلات شخصیتی و روان‌پزشکی مردان از علل دیگر اعمال خشونت علیه زنان است. (Danielson et al, 1998). اختلال شخصیت مرزی و استرس پس از ضربه نیز از جمله اختلالاتی هستند که با خشونت علیه زنان رابطه مستقیم دارند (Haller and Miles, 2003).

از عوامل دیگری که موجب خشونت علیه زنان می‌شود مصرف الکل است. شماری از مطالعاتی که در مورد خشونت علیه زنان انجام شده‌اند نقش مصرف الکل را در بروز رفتارهای خشونت‌آمیز مورد مذاقه قرار داده‌اند (Erikson et al, 2003). در چند سال اخیر، مشخص شده است که بیشتر رفتارهای خشونت‌آمیز علیه زنان بر اساس رفتارهای خارج از کنترلی است که از مصرف الکل ناشی می‌شوند (Galvani, 2004)؛ لذا در برنامه‌های مداخله‌ای که طی آن، افراد برای چندین مدت مصرف الکل را قطع کرده‌اند، کاهش معنی‌داری در خشونت آن‌ها علیه همسران شان مشاهده شده است (Stewart, 2003).

سوء مصرف مواد و اعتیاد نیز خشونت علیه زنان را تشدید می‌کند (Stuart et al, 2003). در واقع، چون شخصیت افراد معتاد در دوران اعتیاد استحاله می‌شود آن‌ها اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند، لذا اقدام به اعمال خشونت علیه خانواده و به خصوص همسران‌شان می‌کنند (Bennett and Williams, 2003). شماری مطالعات دیگر نشان می‌دهند که مردان معتاد به علت محدودیت‌های شدید و برخی از کنترل‌های سختی که بر رفتارهای آن‌ها اعمال می‌شود مرتکب خشونت علیه خانواده می‌شوند (آقابخشی، ۱۳۷۶)، به خصوص که عملکرد خانواده معتادین بسیار پائین‌تر از خانواده‌های عادی می‌باشد؛ لذا

فرد معتاد برای خلاصی از این وضعیت، از خشونت استفاده می‌کند (سموعی، ۱۳۷۹). از این رو طی فرصت‌هایی که برای درمان یا بازتوانی فرد معتاد پیش می‌آید و فرد معتاد از مصرف مواد فاصله می‌گیرد، میزان خشونت وی علیه همسرش کاهش قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند (Field, 2003). از بین رفتن روابط صمیمی خانوادگی، وضعیت معیشتی و بیکاری فرد معتاد نیز موجب ایجاد خصومت، پرخاشگری و همسرآزاری می‌شود (آقابخشی، ۱۳۷۶).

افزون بر خشونت و پرخاشگری که در بین همسران افراد معتاد امری شایع است، سایر اختلالات روانی و رفتاری در بین همسران افراد معتاد نیز بیش از افراد غیرمعتاد است (گلپروور و مولوی، ۱۳۸۰). در توجیه این مساله می‌توان تکانشی بودن، عدم برنامه‌ریزی و رفع آنی مشکلات از جانب معتادان را نام برد، به طوری که اغلب آن‌ها احتمالاً در گروه افرادی با تیپ A قرار می‌گیرند (سراج خرمی، ۱۳۷۷؛ به نقل از گلپروور و مولوی، ۱۳۸۰).

سبک‌های مقابله‌ای معتادان در مقایسه با غیرمعتادان نیز از مهمترین عوامل تکانشی بودن آن‌ها و هیجانی عمل کردن آن‌ها است. چون افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدارانه و تکانشی استفاده می‌کنند، لذا جهت‌گیری عقلانی و کارآمدی نسبت به مشکلات و مسائل ندارند و غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه‌های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرانه استفاده می‌کنند (Cooper et al, 1992).

۲) سوابق پژوهشی

در چند سال اخیر با توجه به توسعه و ترقی گروه‌ها و انجمن‌های انسانی، پژوهش‌ها و مطالعات نسبتاً متنوعی در خصوص خشونت علیه زنان، میزان خشونت و میزان ناهنجاری‌های روانی در بین معتادان و غیرمعتادان انجام شده که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. طی پژوهشی در آفریقای جنوبی محققان گزارش کردند، دو سوم از زنان مورد بررسی چندین بار ضربات و وقایع آسیب‌زای خارج از خانه را دریافت کرده بودند (Dinan et al, 2004). بررسی‌های اخیر نیز نشان می‌دهند که از هر پنج نفر دختر یکی از آن‌ها مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد (Coker and Smith, 2000). در تحقیقی دیگر

(McCauley et al, 1995) گزارش کرده‌اند از مجموع ۱۹۵۲ نفر زن که در تحقیق آن‌ها شرکت کرده بودند، ۱۰۸ نفر (۵/۵ درصد) در سال گذشته خشونت خانگی را تجربه کردند؛ ۴۰۸ نفر خشونت خانگی را گاهی در سنین بزرگسالی تجربه کرده بودند (۲۱/۴ درصد)؛ ۴۲۹ نفر گزارش کردند که قبل از سن ۱۸ سالگی خشونت را تجربه کرده بودند؛ ۶۳۹ نفر (۳۲/۷ درصد) در سن نوجوانی یا کودکی خشونت را تجربه کرده بودند. فلت کرافت (Filtcraft, 1995) نیز گزارش کرده است که زنان در هر سنی با تهدیدات خشونت‌آمیز روبرو هستند.

به طور کلی میزان خشونت علیه زنان بسیار بالا ارزیابی می‌شود. طی تحقیقی میزان خشونت کلی علیه زنان ۳۷ درصد گزارش شده است (Dearwater et al, 1998). این رقم برای خشونت روانی که یکی از زیر مقیاس‌های خشونت است حدود ۸۰ درصد گزارش شده است (Hanson and Capretta, 2004). در پژوهشی دیگر (Cooker & Smith, 2000) گزارش داده‌اند که ۵۵ درصد از مجموع ۱۴۰۱ نفر زن مورد بررسی آنها، تجربه خشونت همسر خود را داشتند و ۷۷ درصد این خشونت‌ها جسمانی و جنسی بوده است. به علاوه طی مطالعه توسط پرستاران یک بیمارستان، از ۱۹۸ نفر زنی که با رضایت به پرسش‌نامه پاسخ داده بودند، ۳۴/۸ درصد آن‌ها عنوان کردند در سال گذشته خشونت فیزیکی و ۱۰/۶ درصد از آن‌ها خشونت دائمی را تجربه کرده‌اند (Sethi et al, 2004). نتیجه یک گزارش نشان داد از بین ۷۴۸ زن حامله مورد بررسی، ۱۸/۴ درصد خشونت خفیف و ۷/۶ درصد نیز خشونت شدید را در زمان بارداری تجربه کردند (Reichen heim and Moraes, 2004). در هند نیز نتیجه یک بررسی بیانگر آن بود که از بین ۹۹۷۸ زن حامله مورد بررسی، ۱۶ درصد سیلی خوردن، ۱۰ درصد ضربه، ۹ درصد لگد، ۵ درصد ضربه با اسلحه و ۶ درصد آسیب به روش‌های دیگر را در دوران بارداری خود تجربه کرده بودند (Shankar et al, 2004). فیلیت کرافت (1995) گزارش کرده است که از هر ۵ نفر دختر یکی مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرد و بیشترین تعداد این سوء استفاده در سنین ۸ تا ۱۲ سالگی رخ می‌دهد. البته شیوع این امر در آمریکا از هر ۴ دختر، یک نفر است که شیوع آن در سنین بین ۱۸ تا ۲۴ سالگی بیشتر است.

برخی عوامل در ابراز خشونت علیه زنان دخیل هستند. به عنوان مثال، طی تحقیقی بر روی زنان روستایی اوگاندا مشخص شد، سه پنجم از زنان نوعاً تهدید شده یا مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند (Koeing et al, 2003). وضعیت استخدامی مرد نیز از عوامل موثر در اعمال خشونت می‌باشد. معمولاً افراد بیکار، با احتمال بیشتری دست به اعمال خشونت علیه همسران‌شان می‌زنند (Gillham, 1998). بارون و برن (1997) نیز معتقدند که حمایت اجتماعی همچون یک سپر حفاظتی، فرد را در مقابل فشارهای درونی و تهدیدات بیرونی حفاظت می‌کند. در خصوص ارتباط میزان تحصیلات با خشونت نیز، ریورا (Revera, 2004) مدعی شده است که میزان تحصیلات با خشونت تجربه شده زنان رابطه معکوس دارد. جوادیان (۱۳۸۲) نیز عنوان کرده است که دفعات خشونت با تحصیلات مردان رابطه معنی‌داری دارد، یعنی هرچقدر افراد از تحصیلات بالاتری برخوردار باشند، خشونت کمتری علیه همسران‌شان اعمال می‌کنند.

اعمال خشونت علیه زنانی با ناتوانی‌های ویژه نیز طی مروری در کانادا آشکار شده است. از ۲۴۵ زن با ناتوانی، ۴۰ درصد آن‌ها سوء استفاده‌های مختلف را تجربه کرده بودند، ۱۲ درصد ضربات تند و شدیدی دریافت کرده بودند، ۳۷ درصد از افرادی که این ضربات و سوء استفاده‌ها را اعمال کرده بودند، افراد آشنا و از جمله شوهران بودند، ۲۸ درصد افراد غریبه، ۱۵ درصد والدین و ۱۰ درصد این آسیب‌ها به وسیله مستخدمان وارد شده بود (Nosek & Howland, 1998). ارتباط بین مشکلات شخصیتی و روانپزشکی مردان با اعمال خشونت علیه زنان نیز در خلال مطالعه‌ای با استفاده از مقیاس تاکتیک‌های تعارض بر روی ۹۴۱ نفر زن روشن شد؛ به طوری که نیمی از این زنان بر اثر مشکلات روانپزشکی شوهران‌شان تحت خشونت آن‌ها قرار گرفته بودند.

در چند سال اخیر مشخص شده است که مصرف الکل با خشونت علیه زنان رابطه مستقیم دارد. به عنوان مثال اریکسون (Erikson, 2003) گزارش داده است حدود ۴۲ درصد از مردان الکلی، علیه همسران خود اقدام به خشونت می‌کنند. از طرف دیگر، گلپرور و مولوی (۱۳۸۰) میزان خصومت و پرخاشگری در معتادان و

همسران‌شان را بیش از غیرمعتادان و همسران‌شان گزارش کرده‌اند. آقابخشی (۱۳۸۲) نیز گزارش کرده است اعتیاد پدر موجب کاهش نقش حمایتی وی در خانواده می‌شود و افت عملکرد خانواده و کاهش روابط اعضای خانواده را به دنبال دارد. جوادیان (۱۳۸۲) خشونت در خانواده‌هایی که دارای پدر معتاد هستند را در سطح بالایی گزارش کرده است، به طوری که ۶۳/۶ درصد از این خانواده‌ها هر دو نوع خشونت روانی و جسمی را تجربه می‌کنند. در خصوص علت بروز خشونت علیه خانواده، کلینگمن (Kelingman, 1998) به ارتباط خشونت علیه دیگران و عدم توانایی در مهارت‌های زندگی اشاره کرده است. به طور کلی می‌توان گفت، هم در گروه افراد معتاد و هم در گروه غیرمعتاد، ویژگی‌های روان‌شناختی، شخصیتی، فرهنگی و موقعیتی در بروز خشونت نقش دارند. به نظر می‌رسد افرادی که اقدام به آزار و اذیت همسران خود می‌کنند، غالباً دارای ویژگی‌های از قبیل ناپختگی، تزلزل، فقدان عزت نفس کافی، عدم توانایی در حل مساله، عدم توانایی در مهارت‌های اجتماعی، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکانشی و وابسته هستند (Kaplan & Sadock). البته میزان شیوع رفتارهای مذکور به دلیل عواملی که در بالا به آن اشاره شد در بین افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد است. به هر حال در پژوهش حاضر، فرضیه‌های زیر مطرح شده‌اند:

الف) بین میزان خشونت تجربه شده همسران افراد معتاد و غیرمعتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

ب) رابطه معنی‌داری بین خشونت تجربه شده زنان با سطوح تحصیلی افراد، سطوح تحصیلی زنان، تعداد فرزندان، سطح درآمد و طول مدت ازدواج آن‌ها وجود دارد.

ج) رابطه معنی‌داری بین میزان خشونت تجربه شده زنان با وضعیت حمایت اجتماعی آن‌ها وجود دارد.

۳) روش

۳-۱) روش تحقیق

در تحقیق حاضر از روش تحقیق توصیفی - تحلیلی و از نوع علی مقایسه‌ای یا هم گروهانه

تاریخی استفاده شده است. متغیرهای مستقل به کار رفته در پژوهش حاضر، سطح درآمد، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات زنان، تعداد فرزندان می‌باشند که بر میزان خشونت تاثیر می‌گذارند. متغیر وابسته تحقیق نیز خشونت تجربه شده همسران می‌باشد. شرایط غیر همسانی که تحت آن همسران دو گروه به سئوالات پرسش‌نامه پاسخ داده‌اند و خوگیری نسبی به خشونت نیز متغیر مخدوش‌کننده هستند.

۲-۳) جامعه آماری، جمعیت نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه تحقیق حاضر را کلیه افراد معتاد خود معرف و همسران‌شان تشکیل می‌دادند که برای ترک اعتیاد در سال ۱۳۸۳ به مرکز درمان و بازتوانی امید هفشجان (شهرکرد) مراجعه کرده بودند. ابتدا از بین همسران افراد معتاد خود معرفی که برای انجام آموزش خانواده به مرکز مراجعه کرده بودند، به صورت تصادفی تعداد ۱۰۷ نفر انتخاب شدند. سپس از بین همسران افراد غیرمعتاد پس از همتا سازی با گروه اول تعداد ۱۰۷ نفر انتخاب و با گروه اول مقایسه شدند. تمامی ۲۱۴ زن مورد بررسی با شوهران‌شان زندگی می‌کردند و از خانواده‌ای مستقل برخوردار بودند.

۳-۳) ابزار اندازه‌گیری

در این تحقیق از سه پرسش‌نامه استفاده شده است:

الف) پرسشنامه محقق ساخته میزان خشونت تجربه شده: ابزار اصلی اندازه‌گیری در این تحقیق، پرسشنامه محقق ساخته بود که جهت سنجش میزان خشونت تجربه شده زنان براساس نظریه‌ها و ادبیات مربوط به خشونت علیه زنان طراحی شده بود. این پرسش‌نامه دارای ۳۲ سؤال بود که سئوالات آن جنبه‌های مختلف خشونت را اندازه‌گیری می‌کرد. به این ترتیب که ۹ سؤال جهت اندازه‌گیری میزان خشونت روانی، ۸ سؤال خشونت جسمانی، ۷ سؤال خشونت جنسی و ۸ سؤال خشونت مالی را اندازه‌گیری می‌کردند. روش نمره‌گذاری براساس مقیاس ۵ سطحی لیکرت صورت گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده

بر روی یک نمونه‌ی مقدماتی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های خشونت روانی، جسمانی، جنسی و مالی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۰ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۸ محاسبه شد. روایی محتوای پرسش‌نامه به تایید سه نفر از اساتید روان‌شناسی رسید.

ب) مقیاس حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده): این مقیاس دارای ۲۰ سؤال می‌باشد که پاسخ به گزینه‌ها براساس بله، خیر یا نمی‌دانم است. این پرسش‌نامه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌ای که فرد بیرون از خانواده فعلی‌اش انتظار دارد را می‌سنجد؛ یعنی چنانچه مشکلی برای فرد به وجود آید، افراد چقدر در حل مشکل به او کمک خواهند کرد. دامنه نمره کل سئوالات از ۰ تا ۲۰ است. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است. پایایی این پرسش‌نامه ۰/۹۰ گزارش شده است (پروسیدانو، ۱۹۸۳ به نقل از ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد.

ج) پرسشنامه جمعیت‌شناختی: از این پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی مانند تعداد فرزندان، تحصیلات همسر، تحصیلات فرد، وضعیت شغلی، وضعیت مسکن، درآمد و غیره استفاده شد.

۴ یافته‌ها

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک دو گروه افراد معناد و غیرمعناد

گروه	میزان تحصیلات فرد	تعداد	میزان تحصیلات همسر	تعداد	وضعیت شغلی	تعداد	وضعیت اقتصادی	تعداد
معنادان	ابتدایی	۴۶	ابتدایی	۵۵	شاغل	۸۲	بالا	۱۴
	راهنمایی	۳۱	راهنمایی	۳۶			متوسط	۳۵
	دبیرستان	۱۹	دبیرستان	۱۱	بیکار	۲۵	پایین	۵۸
	دانشگاهی	۱۱	دانشگاهی	۵			-	-
غیرمعنادان	ابتدایی	۴۶	ابتدایی	۵۵	شاغل	۸۲	بالا	۱۴
	راهنمایی	۳۱	راهنمایی	۳۶			متوسط	۳۵
	دبیرستان	۱۹	دبیرستان	۱۱	بیکار	۲۵	پایین	۵۸
	دانشگاهی	۱۱	دانشگاهی	۵			-	-

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، گروه افراد غیرمعناد پس از این‌که در متغیرهایی نظیر میزان تحصیلات فرد، میزان تحصیلات همسر، وضعیت شغلی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی با گروه اول هم‌تاسازی شده‌اند مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. لذا مشخص می‌شود که هر دو گروه کاملاً مشابه انتخاب شده‌اند.

جدول ۲: نتایج تحلیل t مستقل درباره مقایسه میانگین نمرات خشونت تجربه شده همسران

افراد معناد و غیرمعناد

شاخص	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	ضریب t	سطح معنی‌داری
همسران معنادان	۸۶/۱۵	۱۲/۱۴	۲۱۴	۵/۳۹	**/۰/۰۰۰
همسران غیرمعنادان	۵۱/۷	۱۳/۵۴			

** سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$

همان طوری که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات خشونت تجربه شده همسران افراد معتاد بیش از میانگین نمرات خشونت تجربه شده همسران افراد غیرمعتاد است، و این تفاوت بین میانگین دو گروه معنی‌دار است ($P = 0/000$ و $t=5/39$)؛ یعنی همسران افراد معتاد بیش از همسران افراد غیرمعتاد خشونت را تجربه کرده‌اند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس مربوط به مقایسه میزان خشونت تجربه شده همسران با میزان تحصیلات شوهران معتاد و غیرمعتاد

منبع پراکندگی	میانگین مجدورات	درجه آزادی	ضریب F	معنی‌داری	توان آماري
همسران افراد معتاد	بین گروهی درون گروهی کل	۳ ۱۰۳ ۱۰۶	۷/۹۶	** ۰/۰۰۲	۰/۹۹
همسران افراد غیرمعتاد	بین گروهی درون گروهی کل	۳ ۱۰۳ ۱۰۶	۲۲/۲۵	** ۰/۰۰۰	۱

** سطح معنی‌داری $P < 0/05$

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین خشونت تجربه شده زنان و میزان تحصیلات افراد در هر دو گروه معتاد ($f=7/96$ و $P=0/002$) و غیرمعتاد ($f=22/25$ و $P=0/000$) رابطه معنی‌دار وجود داشته است.

نتایج آزمون پیگیری شفه نشان داد در هر دو گروه، افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند نسبت به گروهی که بی‌سواد بوده و یا تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشته‌اند، خشونت کمتری علیه همسران خود اعمال کرده‌اند؛ همچنین افراد دارای تحصیلات دبیرستانی نسبت به افراد بی‌سواد در هر دو گروه و افراد دارای تحصیلات راهنمایی نسبت به

تحصیلات ابتدایی فقط در گروه افراد غیرمعتاد خشونت کمتری اعمال کرده‌اند؛ در حالی که بین زوج‌های گروه‌های تحصیلی دیگر با میزان خشونت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس مربوط به مقایسه میزان خشونت تجربه شده همسران افراد معتاد و غیرمعتاد با میزان تحصیلات خودشان

توان آماری	معنی داری	ضریب F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	منبع پراکندگی	
۰/۸۵	۰/۰۸۵	۲/۶۴	۳ ۱۰۳ ۱۰۶	۳۰۹/۴۸ ۱۱۷/۰۶	بین گروهی درون گروهی کل	همسران افراد معتاد
۰/۹۹۹	**۰/۰۰۱	۱۰/۱۱	۳ ۱۰۳ ۱۰۶	۳۳۱/۵۶ ۳۲/۷۶	بین گروهی درون گروهی کل	همسران افراد غیرمعتاد

** سطح معنی‌داری $P < 0.05$

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین خشونت تجربه شده زنان و میزان تحصیلات آن‌ها در گروه معتاد رابطه معنی‌داری وجود نداشته است ($f = 2.64$ و $P = 0.085$) ولی در گروه افراد غیرمعتاد این رابطه معنی‌دار بوده است ($f = 10.11$ و $P = 0.001$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد در گروه افراد غیرمعتاد، زنانی که تحصیلات دانشگاهی و متوسطه داشته‌اند نسبت به زنان بی‌سواد و تحصیلات ابتدایی، خشونت کمتری را تجربه کرده‌اند، در حالی که بین زوج‌های دیگر سطوح تحصیلات با میزان خشونت تجربه شده تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس مربوط به مقایسه میزان خشونت تجربه شده زنان با وضعیت

شغلی همسران معتاد و غیرمعتادشان

توان آماری	معنی داری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	منبع پراکندگی	
					همسران افراد معتاد	همسران افراد غیرمعتاد
۱	**/۰/۰۰۰	۱۲/۱	۱۱۲۵/۷۸ ۹۳/۰۴	۱	بین گروهی	همسران افراد معتاد
				۱۰۵	درون گروهی	
				۱۰۶	کل	
۰/۹۹	**/۰/۰۰۳	۱۱/۹۷	۵۷۲/۴۵ ۸۴/۲۳	۱	بین گروهی	همسران افراد غیرمعتاد
				۱۰۵	درون گروهی	
				۱۰۶	کل	

** سطح معنی داری $P < ۰/۰۵$

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد ارتباط بین وضعیت شغلی و خشونت تجربه شده همسران در گروه افراد معتاد ($f=۱۲/۱$ و $P=۰/۰۰۰$) و افراد غیرمعتاد ($f=۱۱/۹۷$ و $P=۰/۰۰۳$) معنی دار بوده است. یعنی افراد معتاد و غیرمعتاد بیکار خشونت بیشتری اعمال کرده‌اند.

جدول ۶: نتایج تحلیل همبستگی درباره ارتباط بین میزان خشونت تجربه شده زنان افراد معتاد

و غیرمعتاد با میزان حمایت اجتماعی و برخی متغیرهای دموگرافیک

طول مدت ازدواج	درآمد	تعداد فرزندان	حمایت اجتماعی	شاخص		
				ضریب همبستگی	سطح معنی داری	
-۰/۴۰۶	-۰/۵۹۶	۰/۰۳۳	-۰/۱۶۵	ضریب همبستگی	افراد معتاد	میزان خشونت
				سطح معنی داری		
				تعداد		
-۰/۰۱۹	۰/۳۱۱	۰/۲۲	-۰/۵۸۶	ضریب همبستگی	افراد غیرمعتاد	
				سطح معنی داری		
				تعداد		
۰/۰۷۵	**/۰/۰۰۶	۰/۸۸۹	۰/۴۸۸			
۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷			
۰/۵۹۳	۰/۱۸۱	۰/۳۵۱	**/۰/۰۲۱			
۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷			

** سطح معنی داری $P < ۰/۰۵$

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد در گروه افراد غیرمعتاد رابطه معنی‌داری بین میزان حمایت اجتماعی و خشونت تجربه شده زنان وجود دارد ($P = 0/021$)، ضریب همبستگی منفی است و رابطه از نوع معکوس می‌باشد؛ یعنی هرچه زنان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، خشونت کمتری را تجربه کرده‌اند. ولی در گروه افراد معتاد رابطه معنی‌داری بین خشونت تجربه شده و حمایت اجتماعی مشاهده نمی‌شود. در گروه افراد معتاد، رابطه معنی‌داری بین میزان خشونت تجربه شده همسران با میزان درآمد خانواده وجود دارد ($P = 0/006$)، در حالی که در گروه غیرمعتاد چنین رابطه‌ای وجود نداشته است. همچنین بین تعداد فرزندان با میزان خشونت تجربه شده در هیچ یک از گروه‌ها رابطه معنی‌داری وجود ندارد. طول مدت ازدواج نیز با میزان خشونت، ارتباط معنی‌داری نشان نداده است.

۵) بحث و نتیجه‌گیری

همان طوری که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میزان خشونت تجربه شده در بین همسران افراد معتاد بیش از خشونت تجربه شده همسران افراد غیرمعتاد است و این تفاوت معنی‌دار بوده است ($P = 0/000$). بنابراین فرضیه ۱ تحقیق تأیید می‌شود. نتیجه این پژوهش با تحقیقات قبلی همسو است که به عنوان مثال می‌توان تحقیقات استوارت (Stuart et al, 2003)، فیلد (Field, 2003)، بنت (Bennett et al, 2003)، گالوین (Galvani, 2004)، گیلبرت (Gilbertm 2003)، آقابخشی (۱۳۷۶) و گلپرور (۱۳۸۰) را نام برد. در واقع محرومیت‌های ناشی از مواد مخدر، رفتارهای تکانشی افراد معتاد و مشکلات مالی از جمله مهمترین عواملی هستند که موجب اعمال خشونت علیه زنان می‌شوند.

طبق جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود که میزان خشونت تجربه شده در بین همسران افراد معتاد ($P = 0/002$) و غیرمعتاد ($P = 0/000$) رابطه معنی‌داری با میزان تحصیلات افراد داشته است. بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌شود. نتایج مقایسه زوجی آزمون شفه نشان داد در هر دو گروه، میزان بالاتر تحصیلات (دانشگاهی) خشونت کمتری از سطوح پایین

تحصیلات (بی‌سواد و ابتدایی) را به همراه داشته است. موضوع با ادبیات مربوط به آموزش و همچنین با نتایج مطالعات مربوط به خشونت کاملاً همخوانی دارد. به عنوان مثال ریورا (Revera, 2004) مدعی شده است که میزان تحصیلات با خشونت تجربه شده زنان رابطه معکوس دارد. جوادیان (۱۳۸۲) نیز عنوان کرده است که دفعات خشونت با تحصیلات مردان رابطه معنی‌داری دارد، یعنی هرچه قدر افراد از تحصیلات بالاتری برخوردار باشند، خشونت کمتری علیه همسران شان اعمال می‌کنند. در تبیین این موضوع می‌توان از ارتقاء اعتماد به نفس و آگاهی نسبت به حق و حقوق انسانی زن در دیدگاه مرد تحصیل کرده یاد کرد.

طبق جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود که در گروه افراد غیرمعتاد، رابطه معنی‌داری بین سطح تحصیلات زنان با میزان خشونت تجربه شده آنها وجود دارد ($P = ۰/۰۰۱$). آزمون تعقیبی شفه نیز نشان داد زنانی که دارای تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی بوده‌اند، نسبت به دو گروه دارای تحصیلات راهنمایی و ابتدایی خشونت کمتری را تجربه کرده‌اند. تحقیقات اجتماعی انجام شده بیانگر آن است که هر چه قدر زنان نسبت به حق و حقوق انسانی، شرعی، قانونی و عرفی خود آگاه‌تر باشند، کمتر زیر بار زور می‌روند و اجازه نمی‌دهند خشونت زیادی در مورد آنها اعمال شود. سطوح تحصیلی بالاتر این امکان را به زن می‌دهد که در مقابل احتمال خشونت علیه وی، دست به پیشگیری یا جلب حمایت قانونی و اجتماعی بزند. ولی در گروه افراد معتاد که به صورت تکانشی و لحظه‌ای عمل می‌کنند تفاوت معنی‌داری بین میزان تحصیلات زنان با خشونت تجربه شده آنها وجود ندارد. یعنی فرد معتاد فارغ از این که همسرش دارای چه پایگاه اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی باشد، علیه او دست به خشونت می‌زند و این خشونت بیشتر براساس رفتارهای خارج از کنترل ناشی از محرومیت و محدودیت‌های مواد مخدر سر می‌زند (Field, 2003). جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که در گروه افراد معتاد و غیرمعتاد، وضعیت شغلی با میزان خشونت تجربه شده همسران رابطه معنی‌دار داشته است. گیلهام (Gillham, 1998) نیز معتقد است که وضعیت شغلی از مهمترین عوامل اعمال خشونت علیه زنان است.

معمولاً افراد بیکار با احتمال بیشتری اقدام به خشونت علیه زنان می‌کنند. طبیعی است که افراد شاغل به لحاظ این که از اعتماد به نفس بالاتری برخوردار هستند، کمتر به خود اجازه می‌دهند که از اعمال خشونت‌زا استفاده کنند. این موضوع را می‌توان در قالب تئوری وضعیت اقتصادی - موقعیتی و فرهنگی تبیین کرد، چون شغل مهمترین عاملی است که وضعیت اقتصادی و پایگاه اجتماعی و فرهنگی افراد را تعیین می‌کند. در واقع شاغل بودن و یا بیکار بودن از مهمترین متغیرهای پیش بین در وضعیت روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی افراد است. هر چقدر فرد وضعیت اقتصادی بدتری داشته باشد با محدودیت بیشتری روبرو است و خشونت بیشتری در مورد خانواده و به خصوص همسر اعمال می‌کند (Gelles, 1997).

طبق جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود در گروه افراد غیرمعتاد، رابطه معنی‌داری بین وضعیت حمایت اجتماعی زنان با میزان خشونت تجربه شده آن‌ها وجود دارد ($P = 0/021$) و جهت این رابطه معکوس است؛ یعنی هرچقدر افراد از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، خشونت کمتری را تجربه می‌کنند. بنابراین فرضیه ۳ تحقیق تأیید می‌شود. البته در گروه افراد معتاد این رابطه معنی‌دار نبوده است. نتایج برخی تحقیقات پیشین درخصوص نقش حمایت اجتماعی در کاهش آسیب‌های اجتماعی و روانی نیز گویای این مسئله است. از جمله گلس (Gelles, 1997) و دینان (Dinan et al, 2004) به تاثیر حمایت اجتماعی در کاهش آسیب‌های اجتماعی اشاره کرده‌اند. آقابخشی (۱۳۷۶) نیز عنوان کرده است که اعتیاد پدر، موجب کاهش نقش حمایتی وی در خانواده می‌شود و افت عملکرد خانواده را به همراه دارد. عدم ارتباط بین حمایت اجتماعی و خشونت تجربه شده در بین همسران افراد معتاد را می‌توان به تکانشی بودن، عدم آگاهی و کنترل بر روی رفتار از جانب افراد معتاد تبیین کرد (Field, 2003) که ارتباط چندانی با عوامل بیرونی مانند حمایت اجتماعی ندارد. همچنین دیگر نتایج جدول شماره ۶ بیانگر آن است که بین تعداد فرزندان با میزان خشونت تجربه شده همسران افراد معتاد و غیرمعتاد رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این موضوع با نتیجه پژوهش شهنی ییلاق (۱۳۷۶) در تضاد است. در اینجا

می‌توان عنوان کرد که چون اکثر افراد تحقیق جوان بوده‌اند و تعداد فرزندان آن‌ها از نظر آماری پراکندگی چندانی نداشته است، نمی‌توان به نتیجه این فرضیه اعتماد کرد. در آزمون چنین فرضیه‌ای باید از تمام سنین و تعداد فرزندان متنوع استفاده شود. البته طبق یافته‌های جدول مذکور، رابطه معنی‌داری بین سطح درآمد و خشونت تجربه شده در گروه افراد معتاد وجود داشته است ($P = 0/006$). افراد معتاد به علت هزینه‌های بسیار بالای ناشی از مصرف مواد، دائماً با کمبود منابع مالی و اقتصادی روبرو هستند، لذا همواره در حال تنش و پرخاشگری به سر می‌برند (گلپور، ۱۳۸۰). به علاوه طبق نتایج به دست آمده از جدول مذکور، رابطه معنی‌داری بین طول مدت ازدواج و خشونت تجربه شده در هیچ یک از گروه‌ها مشاهده نمی‌شود. البته این موضوع با نتیجه تحقیق شهنی ییلاق (۱۳۷۶) که عنوان کرده است بین مدت ازدواج و خشونت علیه زن رابطه مستقیم وجود دارد در تضاد است.

- آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۶)، رویکرد مددکاری اجتماعی در زمینه اثرات اعتیاد بر نظام خانواده، تهران، اداره کل مطالعات و پژوهش‌ها.
- ثنایی، باقر؛ علاقیند، ستیلا؛ هومن، عباس. (۱۳۷۹)، مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران، انتشارات بعثت.
- جوادیان، رضا. (۱۳۸۲)، بررسی پدیده خشونت در خانواده‌های دارای پدرمعتاد، مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه‌دیدگان، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
- سموعی، راحله. (۱۳۷۹)، مقایسه عملکرد خانواده معتادان خودمعرف و غیرمعتادان، فصلنامه دانش و پژوهش، شماره سوم.
- شهینی ییلاق، منیجه. (۱۳۷۶)، رابطه برخی عوامل جمعیت شناختی با خشونت مردان نسبت به همسران خود در شهرستان اهواز، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهیدچمران اهواز، شماره ۱ و ۲.
- قهاری، شهربانو. (۱۳۸۱)، بررسی مشکلات روانپزشکی در زنان قربانی خشونت‌های خانگی، خلاصه مقالات اولین همایش روانشناسی بالینی ایران.
- کار، مهرانگیز. (۱۳۷۹)، پژوهشی درباره خشونت علیه زنان، چاپ اول، تهران، انتشارات روشنگران.
- گلپور، محسن و مولوی، حسین. (۱۳۸۰)، مقایسه ویژگی‌های روانی و روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان با همسران آنها، فصلنامه دانش و پژوهش، شماره هفتم.
- نازپرور، بشیر. (۱۳۷۶)، عوامل موثر در همسرآزاری، تهران، پایان‌نامه تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- Alpert, E.G. (1995), **Violence Intimate Relationships and the Practicing Internist**. Journal of Diagnosis and Treatment, 123(10).
- Bandura, A.(1977), **Cognitive Processing Mediating Behavioral Change** . Journall of Personality and Social Psychology, 84.
- Baron, R. A & Byrne, D. (1997), **Social Psychology** ,8th edn, Boston: Allyn & Bacon.
- Bennett, L and Williams, O.J. (2003), **Substance Abuse and Men who batter, Issues in Theory and Practice**. Journal of Violence against Women, 9(5).
- Busch, A.L and Rosenberg, MS. (2004), **Comparing the Men Arrested for Domestic Violence: A Preliminary Report**, Journal of Family Violence, 19(1).

- Caetano, R; Milkier, RS and Mc Grath, C. (2004), **Acculturation, Drinking and Intimate Partner Violence among Hispanic Couples in the United States: A Longitudinal Study**. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(1).
- Clein, J. (2004), **Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of The Evidence for the US. Preventive Services Yaks Force**. *Journal of Clinical Guidelines*, 140(5).
- Coker, A. I and Smith, P.H. (2000), **Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type A**, *Journal of Public Health*. 90(4).
- Dinan, B.A; McCall, G.J and Gibson, D.(2004). **Community Violence and PTSD in Selected South African Townships**, *Journal of Interpersonal Violence*, 19(6).
- Danielson, K.K; Terrie, E; Avshalom, C and Sivila, P.A. (1998), **Comorbidity between Abuse of an Adult and Mental Disorder**. *Journal of Psychiatry*, 155.
- Dearwater, S.R; Coben, J.H; Campbell, R.C; Nancy Glass, R; McLoughlin, S; Bekemeier, B. (1998), **Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments**, *Journal of American Psychology Archives*, 280(5).
- Eriksson, C.J; Pahlen, B and Sarkola, T. (2003). **Oestradiol and Human Male Alcohol – related Aggression**, *Journal of Alcohol and Alcoholism*, 38(6).
- Field, C.A. (2003), **Longitudinal Model Predicting Partner Violence among White, Black, and Hispanic Couples in the United States**, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(9): 1451-1458.
- Flitcraft, A. (1995), **Violence against Women across the Life Span**. *Journal of Public Health to Personal Health*, 123(10).
- Galvani, S. (2004), **Responsible Disinhibition: Alcohol, Men and Violence to Women**. *Journal of Addiction Research and Theory*, 12(4).
- Gillham, G. (1998), **Unemployment Rarities, Single Parent Density, and Indices of Child Poverty**. *Journal of Child Abuse Neglect*, 22(2).
- Gelles, RJ (1997), **Intimate Violence in Families**. Thousand Oaks, London: Sage.

- Gilbert, L .B; Witte, S and Schilling, R. (2003), **Intimate Partner Violence and Substance Abuse among Minority Women Receiving Care from an Inner-city Emergency Department**. Journal of Women's Health Issues, 13(1).
- Gilbert, L; Bassel, E.L; Frye, V and Hill, J. (2004), **Physical and Sexual Intimate Partner Violence among Women in Methadone Maintenance Treatment**, Psychology of Addictive Behaviors, 18(2).
- Haller, D.L.and Miles, D.R. (2003), **Victimization and Perpetration among Prenatal substance Abusers**, Journal of Interpersonal Violence, 18(7).
- Hanson, R.K and Capretta, S. (2004), **Predators of Criminal Recidivism among Male Batterers**, Journal of Psychology, Crime and Law, 10(4).
- Hawek, J. (2003), **Poster Eatment Victimization and Violence among Adolescents**. Journal of Child Treatment, 8(1).
- Mc Cauley, J; Kern, D.E; Kolodner, K and Hallie, K. (1995), **Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence**, The Journal of American College of Physicians, 123(10).
- Nelson, H.D; Nygren, P and Klein, J. (2001), **Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence**, Journal of Clinical Guidelines, 140(5).
- Nosek, M.A and Howland, C.A. (1998), **Abuse and Women with Disabilities**, Journal of Family Violence, 5(1).
- Koeing, M.A; Lutalo, T; Zhao, F; Nalugoda, F; Mangen, F and Kiwanuka, N. (2003), **Domestic Violence in Rural Uganda: Evidence from a Community-based Study**, Bulletin of the World Health Organization, 81(1).
- Reichenheim, M.E and Moraes, C.L. (2004), **Comparison between the Abuse Assessment Screen and the Revised Conflict Tactics Scales for Measuring Physical Violence during Pregnancy**, Journal of Epidemiology and Community Health, 58.
- Revera, R.L; Lazcano, P.E and Salmeron, C.J. (2004), **Prevalence and Determinates of Male Partner Violence against Mexican Women**, Journal of Salud Publica De Mexico, 46(2).

- Sethi, D; Watts, A; Watson, J and McCarthy. (2004), **Experience of Domestic Violence by Women Attending an Inner City Accident Emergency Department**, British Association for Accident and Emergency, 21.
- Shankar, V; Peedicayil, A; Sadowski, L.S and Jeyaseelan, L. (2004), **Spousal Physical Violence against Women during Pregnancy**, An International Journal of obstetrics and Gynaecology, 111(7).
- Stewart, F .W. (2003), **The Occurrence of Partner Physical Aggression on Days of Alcohol Consumption: A Longitudinal Diary Study**, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(1).
- Stuart, G.L; Moore ,T.M and Kaheler, C.W. (2003), **Substance Abuse and Relationship Violence among Men Court-referred to Batterers Intervention Program**, Journal of Substance Abuse, 24(2).
- Testa, M; Livingston, J.A; Leonard, K.E. (2003), **Women's Substance Use and Experiences of Intimate Partner Violence: A Longitudinal Investigation among a Community sample**, Journal of Addictive Behaviors, 28(9).
- Wenzel, J, D; Monson, G.L and Johnson, SH.M. (2004), **Domestic Violence: Prevalence and Detection in a Family Medicine Residency Clinic**, JAOA, 104(6).
- Wright, H. (1997), **Response to Battered Mothers in the Pediatric Emergency Department**, Pediatric, 99(2).