

بررسی تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۳۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد یکی از پدیده‌های شوم اجتماعی است و با توجه به این که خانواده آسیب‌پذیرترین نهاد اجتماعی نسبت به آثار سوء اعتیاد است و سرپرست معتاد به واسطه اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به عنوان همسر و پدر خانواده نیست اهمیت نقش زن در خانواده‌هایی با سرپرست معتاد، دوچندان می‌گردد و با توجه به این که این گروه از زنان از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به شمار می‌روند و در معرض آسیب‌های جدی به نظام خانواده قرار دارند پژوهش حاضر به توصیف ساختار و ماهیت مشکلات روحی و روانی همسران مردان معتاد به هروئین و داشتن شناخت عمیق و کلی از مشکلات روانی آن‌ها اختصاص دارد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از رویکرد کیفی (پدیده‌شناسی) استفاده شده است. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف بوده و تا اشباع اطلاعات ادامه یافته است. شرکت‌کنندگان، همسران مردان معتاد به هروئین بوده‌اند که در مدت انجام پژوهش برای درمان شوهرشان به مرکز درمانی و ترک اعتیاد کانون عین‌الحیات شهرستان خوی مراجعه نموده‌اند. مصاحبه‌های استخراج شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و مفهوم اصلی تنش‌های درونی به همراه ۶ زیر مفهوم شناسایی شدند که عبارتند از: شرم، آینده مبهم، واماندگی، بی‌پناهی، نگرانی و آشفتگی.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که همسران مردان معتاد به هروئین طیف وسیعی از مشکلات روانی را در ابعاد مختلف تجربه می‌کنند و در مواجهه با مشکلات روانی نیازمند حمایت روانی و استفاده از مشاوره‌های روان‌شناسان می‌باشند و از آنجا که زن نقش مهمی در شکل‌گیری نظام خانواده دارد، لازم است دست‌اندرکاران با آگاهی کافی از مشکلات روحی و روانی آنها در ارتباط با پدیده اعتیاد شوهرشان حمایت لازم را داشته باشند. می‌توان از یافته‌های این پژوهش جهت آموزش و افزایش آگاهی ارگان‌های ذیربط (مخصوصاً سازمان مبارزه با مواد مخدر) استفاده نمود تا از طریق تطابق با مشکلات روانی و استفاده از روش‌های حمایتی، سلامتی انسانی این افراد تا حد امکان افزایش یابد.

کلمات کلیدی: اعتیاد، همسر، شوهر، تجارب زندگی.

مقدمه

با عوارض منفی وخارج از کنترل می‌باشد. این عادت می‌تواند به رفتارهای متعارف - غیرمتعارف یا ترکیبات مجاز و مواد غیر مجاز باشد. این ترکیبات مواد افیونی (شامل تریاک، شیره، هروئین، مورفین، کدئین، متادون، کریستال مواد محرک، کوکائین، کراک)، آمفتامین، مواد توهم‌زا، ال‌اس‌دی، اکستازی، حشیش، آرامبخش‌ها دیازپام، لورازپام، اکسازپام، الکل و نیکوتین می‌باشد.

اعتیاد یکی از پدیده‌های شوم اجتماعی است و با توجه به این که خانواده آسیب‌پذیرترین نهاد اجتماعی نسبت به آثار سوء اعتیاد است و سرپرست معتاد به واسطه اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به

اعتیاد واکنشی برای فرار از فشارهای اجتماعی و کاستن از احساسات دردناک، محرومیت‌ها، اضطراب‌ها، احساس گناه و ناراحتی‌های خانوادگی است. اعتیاد یک آسیب اجتماعی افراطی است که در آن شخص به رغم آگاهی از این که استفاده از مواد موجب برچسب مسائل اجتماعی، شغلی، روان‌شناختی و ایمنی می‌شود، توانایی کاهش یا توقف استفاده از آن را ندارد یعنی الگوی غیر انطباقی معرف یک ماده که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر می‌شود.^۱ اعتیاد یک عادت پیشرونده تأثیرگذار و فراگیر

سمیه مهدی‌زاده^{۱*}، آرش قدوسی^۲ و سید علی ناجی^۳

^۱کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران
^۲متخصص پزشکی قانونی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران

۰۹۱۴-۴۶۱۷۵۲۲
E-mail: s_roz_2007@yahoo.com

- خسارت ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش نیروی مصرف کننده جامعه

- هزینه‌های تحمل شده به نیروی انتظامی و جمع‌آوری امکانات لازم برای مبارزه با جرایم مستقیم و غیرمستقیم ناشی از مواد مخدر

- صرف وقت دادگاه‌ها و نیروی قضایی

- هزینه نگهداری مجرمین مواد مخدر و معتادان در زندان‌ها

- هزینه مراکز بازپروری و درمانگاه‌های ترک اعتیاد

- هزینه و خسارت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی ثانویه شامل

بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها

- **عوارض اجتماعی**

- ضعف پای‌بندی به اصول اخلاقی و مذهبی

- انواع جرایم مثل سرقت، فحشا، خشونت، تجاوز و قتل

- افزایش مشاغل کاذب و بیکاری

- بی‌خانمانی و فقر^۳

جلالی می‌نویسد: "در تمرکز بر روی همسران مردان معتاد که با خشونت مواجه هستند بیشترین نیاز برای این افراد آموزش در حیطه مشکلاتشان، تداوم آموزش و بیان تجربیاتشان است."^۴

- آموزش به این افراد شامل کلیه مکانیسم‌های سازگاری می‌باشد که فرد علیرغم وجود مشکل اعتیاد همسر با هدف حفظ نظام خانواده انجام می‌دهد.^۵

- به طور کلی همسران مردان معتاد برای یادگیری نحوه زندگی با وجود اعتیاد همسر باید اوقات دشواری را پشت سر بگذارند. این افراد ممکن است ترس از جدایی همسر را تجربه کنند.^۶

- پرستاری از این مشکل بسیار چالش برانگیز است. همسران مردان معتاد دچار بحران شدیدند و در طول بحران به شدت احساس درماندگی و ضعف می‌کنند و این موجب چرخه تطابق غیرمؤثر، اختلال در اعتماد به نفس و ناتوانی می‌شود. در بسیاری از موارد مشکلات اجتماعی مرتبط با این پدیده بیش از شکایات جسمی است و در چنین وضعیتی استفاده از شبکه‌های حمایتی یک راهکار پرستاری به شمار می‌رود.^۷

خادمی (۱۳۸۳) بیان می‌کند که درک تجارب انسانی، بصیرت و دانش انسانها را افزایش داده، باعث می‌شود تا قادر باشیم تا دنیا را مانند کسانی که تجاربشان را بررسی می‌کنیم ببینیم. اهمیت درک

عنوان همسر و پدر خانواده نیست اهمیت نقش زن در خانواده‌هایی با سرپرست معتاد، دوچندان می‌گردد. با توجه به این که این گروه از زنان از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به شمار می‌روند و در معرض آسیب‌های جدی جسمی، روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی قرار دارند پژوهش حاضر به توصیف ساختار و ماهیت تنش‌های درون همسران مردان معتاد به هروئین و داشتن شناخت عمیق و کلی از تجارب روحی و روانی آن‌ها اختصاص یافته است.^۲

عوارض اعتیاد

- **عوارض فردی**

از دست دادن زیبایی، کاهش میل جنسی، سوء تغذیه و کاهش وزن، تیره شدن رنگ پوست، افسردگی، اختلال خواب، اختلال روانی شدید و پایدار، بیماری‌های قلبی و ریوی، از بین رفتن سلول‌های مغزی، ابتلا به عفونت‌های خطرناک چون ایدز و هپاتیت، مسمومیت و مرگ.

- **عوارض شغلی**

از دست دادن آینده شغلی، اخراج و بیکاری، کاهش کارایی سوانح و حوادث حین کار.

- **عوارض روانی اعتیاد**

مصرف مواد مخدر می‌تواند منجر به عوارض روانپزشکی از قبیل افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، مشکلات جنسی اختلالات حافظه و شناخت و جنون گردد.

احتمال مرگ بر اثر خودکشی در سوء مصرف کنندگان مواد ۲۰ برابر جمعیت عمومی است.

- **عوارض خانوادگی اعتیاد**

مصرف مواد مخدر یکی از علل شایع طلاق است.

مصرف مواد باعث افزایش خشونت می‌شود.

۵۰٪ درصد معتادان روابط جنسی نامشروع داشته‌اند.

مشکلات روانی کودکان کاملاً به سوء مصرف مواد والدینشان وابسته است.

مشکلات معیشتی در خانواده معتادان بالاست. بیش از ۲۰ درصد معتادان بیکار هستند و میانگین درآمد معتادان تنها ۱/۵ تا ۲ برابر هزینه مصرف آنان را تشکیل می‌دهد.

- **عوارض اقتصادی**

منازل شرکت کنندگان در پژوهش واقع در شهرستان خوی می‌باشد.

روش گردآوری داده‌ها

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار، ضبط گفته‌ها بر روی نوار کاست، یادداشت‌برداری هنگام مصاحبه‌ها استفاده شده است. در حین مصاحبه سعی شده با پرسش سؤالات باز و پاسخ غیرکلامی جهت تأیید و نشان دادن علاقه، شرکت کننده به بیان مفصل‌تر موضوع پردازد.^۸

با توجه به مطالب ارائه شده، پژوهشگر جهت گردآوری اطلاعات از مصاحبه عمیق استفاده نموده است.

حجم نمونه

در پژوهش کیفی حجم نمونه از فرمول وقانون خاص پیروی نمی‌کند و جمع‌آوری اطلاعات تا زمانی که محقق به این باور برسد که به اشباع دست یافته، ادامه می‌یابد. اشباع اطلاعات وقتی است که موضوعات جدیدی از مصاحبه‌ها به دست نیاید و اطلاعات تکراری باشد. بنابراین غیر ممکن است که برای یک مطالعه، از قبل تعداد نمونه‌ها پیش‌بینی شود.^{۱۰}

در این پژوهش پس از مطالعه با ۱۳ نفر اشباع اطلاعات حاصل گردید، به عبارتی حجم نمونه‌ها در این مطالعه ۱۳ نفر می‌باشد.

شرایط پذیرش در مطالعه

۱- همسر آنان معتاد به هروئین (صرفاً ماده مخدر هروئین) بوده و جهت درمان‌های حمایتی به کانون عین‌الحیات شهرستان خوی مراجعه نماید.

۲- به شرکت در مصاحبه تمایل داشته باشند.

۳- قادر به بیان تجربیات خود باشند.

۴- در طول زمان مطالعه در دسترس باشند.

شرایط خروج از مطالعه

۱- قادر به بیان تجربیات خود نباشند.

۲- در طول زمان مطالعه در دسترس نباشند.

این تجارب به اندازه‌ای است که بیان نمودن تجربیاتی که از مصاحبه با فرد به دست آمده است، به تولید علم و دانش پرستاری منجر خواهد شد.

در همین رابطه بنر (Bener)(۱۹۹۹) می‌نویسد: بازگو نمودن تجربیات و حقایق زندگی، محور اصلی یادگیری از طریق تجربه است. با توجه به این که خانواده آسیب‌پذیرترین نهاد اجتماعی نسبت به آثار سوء اعتیاد است و سرپرست معتاد به واسطه اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به عنوان همسر و پدر در خانواده نیست، اهمیت نقش زن در خانواده‌های با سرپرست معتاد دوچندان می‌گردد. این گروه از زنان به عنوان سرپرست اصلی خانواده به واسطه جنس و فرهنگ حاکم بر جامعه از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به شمار می‌روند. با توجه به اهمیت بسزای حمایت مسئولین از اقشار آسیب‌پذیر و عدالت در برخورداری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، حمایت مسئولین از این گروه به لحاظ نقش بنیادی آنان در خانواده و جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است و این امر مستلزم شناخت تجارب آنها می‌باشد. بنابراین برآن شدیم که با مطالعه و بررسی تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین این تجارب را مشخص نماییم.

خانواده سالم زمینه مناسبی برای رشد و شکوفایی اعضای خود فراهم می‌کند و در حفظ سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر فراوانی دارد ولی خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلال و سوق دادن افراد به سمت بزهکاری فراهم می‌کند.^۹ هروئین ماده‌ای بسیار خطرناک و ۱۰ برابر قوی تر از مورفین است. چنانچه هروئین در لابراتورهای مجهز تهیه گردد، سفید و نرم و چنانچه به‌وسيله قاچاقچیان تهیه شود دارای رنگ کرم و قهوه‌ای روشن می‌باشد. هروئین بدون بو و تلخ مزه است.^{۱۱}

مواد و روش‌ها

روش پژوهش

این مطالعه بخشی از یک مطالعه با روش پدیدارشناسی است.

محیط پژوهش

در این تحقیق محیط پژوهش کانون ترک اعتیاد عین‌الحیات و یا

روش انجام کار

پژوهشگر پس از اخذ مجوز لازم به کانون ترک اعتیاد عین‌الحیات شهرستان خوی مراجعه کرده و پس از معرفی خود و بیان اهداف تحقیق از اینان خواهش کرد که همسران افراد تحت درمان ترک اعتیاد در این مرکز را به وی معرفی کنند و پس از انتخاب شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، توضیحات لازم به آنها داده شد و با رضایت شرکت‌کنندگان به انجام مصاحبه، زمان و مکان مصاحبه با نظر شرکت‌کنندگان تعیین گردید.

هدف مطالعه

پژوهش حاضر به توصیف ساختار و ماهیت تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین می‌پردازد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر اساس روش هفت مرحله کلایزی بود:

۱) به این صورت که ابتدا محقق کلیه توصیف‌ها و تجارب شرکت‌کنندگان را به منظور درک و هم‌احساس شدن با آنها با دقت و تأمل مطالعه نمود.

۲) در مرحله دوم پژوهشگر، واژه‌ها و جملات مهم و مرتبط با پدیده مورد نظر را از متن مصاحبه‌ها استخراج نمود.

۳) در مرحله سوم محقق تلاش کرد که به هر یک از جملات استخراج شده مفهوم خاصی ببخشد. برای مثال توصیف چند شرکت‌کننده در پژوهش ذکر شده و چگونگی انجام کار شرح داده می‌شود:

«هرگز نمی‌توانستم شوهرم را ترک کنم و تنه‌ایش بگذارم. شوهرم در این شرایط بیشتر به من نیاز داشت. من هم از نظر روحی به شوهرم نیازمند بودم، افسرده شده بودم و دلم می‌خواست فقط تنها باشم و یا کسی باشد که با او فقط از مشکلاتم حرف بزنم. بعضی مواقع‌ها خسته می‌شدم ولی علاقه به همسر من را در مقابل مشکلات بیشتر مقاوم می‌کرد.» «شرکت‌کننده ۱»
و دیگری چنین بیان کرد:

«نگران آینده فرزندانم بودم. از این که فرزندانم خشونت پدرشان را بر علیه من می‌دیدند عذاب می‌کشیدم. فرزندانم هم از دیدن آزار و اذیت من در رنج بودند. دیگر پرخاشگری شوهرم برایم غیرقابل تحمل بود. همیشه از این که اعتیاد شوهرم را جدی نگرفتم خودم را سرزنش می‌کنم و همیشه در جامعه اعتیاد شوهرم را انکار می‌کنم.» «شرکت‌کننده ۱»

پژوهشگر سعی نمود که به جملات مهم مفاهیم خاصی بدهد مثلاً با توجه به اظهارات فوق مفاهیم ذیل استنباط شد:

کد ۱۰۰) - نیازمندی روحی بیشتر به شوهر

کد ۳۸) - نگرانی از آینده فرزندان

کد ۱۰) - خسته شدن در مقابل مشکلات

کد ۱۰۳) - تحمل مشکلات به علت عشق به شوهر

کد ۲۸) - انکار اعتیاد شوهر

کد ۷۷) - افسردگی

کد ۷۹) - انزوای طلبی

کد ۲۵) - سرزنش خود و ناراضی بودن از خود که چرا مسئله اعتیاد شوهرش را جدی نگرفته است.

«از اینکه شوهرم از شدت علائم خماری رنج می‌کشید عذاب می‌کشیدم. از بس مشکلات زندگی‌ام زیاد بود بدنم ضعیف شده بود. دائم احساس کسالت داشتم. مشکلات زندگی‌ام به حدی بود که تمرکز فکری نداشتم.» «شرکت‌کننده ۱»

و دیگری چنین اظهار کرد: «به خاطر فقر و بدبختی و مشکلات زندگی بارها آرزوی مرگ می‌کردم.» «شرکت‌کننده ۱»

و دیگری چنین بیان کرد: «در جامعه هیچ ارزشی به ما نمی‌دادند. فرزندانم به خاطر اعتیاد پدرشان ترک تحصیل کردند. در جامعه سرافکنده بودیم.» «شرکت‌کننده ۲»

با توجه به توصیف‌های این شرکت‌کنندگان مفاهیم زیر استنباط شد:

کد ۸) - ناراحتی از علائم خماری شوهر

کد ۵۴) - کاهش تمرکز فکری به دلیل مشکلات زندگی

کد ۹۹) - آرزوی مرگ به دلیل فقر و بدبختی

کد ۲۰) - فقدان منزلت اجتماعی فرزندان ناشی از اعتیاد

به طور کلی بعد از تجزیه و تحلیل، اطلاعات مفاهیم به دست

آمده در 135 کد قرار داده شد که در جدول ۱ آورده شده است.

(۴) در مرحله چهارم محقق مرحله سوم را برای هر یک از توضیحات شرکت کنندگان تکرار کرده و سپس مفاهیم فرموله شده را به درون دسته‌بندی‌های خاص موضوعی مرتب نمود:

(الف) محقق جهت موثق بودن مطالب به توضیحات اصلی رجوع می‌کند.

(ب) در این مرحله ممکن است اختلاف نظر درون و پایین مطالب باشد و کلایزی توصیه می‌کند که محقق نباید از داده‌ها و مطالبی که متناسب نیستند چشم‌پوشی کند.

بنابراین پژوهشگر اقدام به دسته‌بندی مفاهیم فرموله شده به درون دسته‌های خاص کرد و بر اساس هدف پژوهش، کلیه مفاهیم فرموله شده در ۶ دسته قرار داده شدند.

دسته‌بندی‌های فوق در جدول ۱ ذکر شده است.

(۵) در مرحله پنجم پژوهشگر قادر به ترکیب نمودن کلیه عقاید استنتاج شده به درون یک توصیف جامع و کامل شامل همه جزئیات از پدیده تحت مطالعه گردید. در این قسمت ضمن ارائه عین توصیفات شرکت کنندگان و استخراج جملات مهم، دسته‌بندی مطالب نیز صورت گرفت.

از تجاربی که اکثر شرکت کنندگان در پژوهش با آن درگیر بودند، تنش‌های درونی تجربه شده از اعتیاد شوهرشان می‌باشد که طبق مفهوم‌های استخراج شده آنها را در زیر دسته‌هایی به نام‌های شرم، آینده مبهم، واماندگی، بی‌پناهی، نگرانی و آشفتگی قرار داد.

نمونه‌هایی از اظهارات شرکت کنندگان در ارتباط با مسئله شرم: شرکت کننده (۲): "از این که افراد فامیل در مورد اعتیاد شوهر من صحبت می‌کنند احساس شرم و خجالت می‌کنم و در روحیه‌ام اثر می‌گذارد."

شرکت کننده (۲): "افراد فامیل همیشه نسبت به شوهرم احساس ترحم می‌کنند و من از این بابت بسیار رنج می‌کشم."

شرکت کننده (۲): "از این که فرزندانم از اعتیاد پدرشان در محیط مدرسه مورد تمسخر قرار می‌گیرند، ناراحت می‌شوم طوری که فرزندانم به علت اعتیاد پدرش ترک تحصیل کرد."

شرکت کننده (۳): "دوست نداشتم کسی از اعتیاد شوهرم از من سؤال می‌کرد انکار می‌کردم. چون می‌دانستم دید آنها نسبت به شوهرم

تغییر خواهد کرد."

شرکت کننده (۳): "بیشتر افراد فامیل می‌گفتند شوهرش تمام زندگی‌اش را نابود خواهد کرد و دیگر هرگز امکان ندارد که اعتیادش را ترک کند و تلاش همسرش برای ترک اعتیاد شوهرش بی‌فایده خواهد بود."

شرکت کننده (۳): "به هیچ یک از دوستانم در مورد اعتیاد شوهرم چیزی نگفتم. چون می‌دانستم اگر متوجه اعتیاد شوهرم بشوند رابطه‌شان را با من قطع خواهند کرد."

شرکت کننده (۳): "از سوی جامعه طرد شده بودم طوری که برخی از افراد فامیل جواب سلامم را هم نمی‌دادند و مورد تمسخر دوست و آشنا قرار گرفته بودم و در جامعه هیچ‌گونه جایگاه و شأن اجتماعی نداشتم."

شرکت کننده (۴): "برای پیدا کردن کار، اعتیاد شوهرم را پنهان می‌کردم چون اگر صاحب کارم می‌فهمید اخراجم می‌کرد."

شرکت کننده (۴): "در محل کارم دیگران رفتار و گفتار درستی با من نداشتند و هیچ‌گونه ارزشی برای من قائل نبودند."

شرکت کننده (۴): "صاحب کارم به من احساس ترحم داشت و مستمری ماهیانه‌ام را مقداری بیشتر از افراد دیگر در نظر می‌گرفت."

در این رابطه لاله (۲۰۰۳) معتقد است: "در همسران افراد معتاد احساس متفاوت بودن از نظر شان و جایگاه اجتماعی نسبت به سایرین وجود دارد."^{۱۲}

هم چنین امینی و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسد: "این احساس در اکثر همسران افراد معتاد وجود دارد."^{۱۳}

از طرف دیگر کالدی (۲۰۰۳) معتقد است: "همسران افراد معتاد اختلافات رفتاری بیشتری با دوستان و خویشاوندان در مقایسه با همسرانی که شوهر معتاد ندارند متحمل می‌شوند."^{۱۴}

در رابطه با این دسته از توصیفات شرکت کنندگان الیسون (۲۰۰۵) معتقد است که دوستان منبع حمایتی برای همسر فرد معتاد به شمار می‌روند. مورد حمایت واقع شدن یا طرد شدن از سوی دوستان به میزان زیادی به آگاهی آنها از پدیده اعتیاد، سطح دانش و فرهنگ و برداشت جامعه از پدیده اعتیاد بستگی دارد.^{۱۵}

ریتر (۲۰۰۶) می‌نویسد: "همسران افراد معتاد از کاهش درگیری در فعالیت‌های اجتماعی در رنج هستند. محدودیت‌های اجتماعی، مانند عملکرد ضعیف شغلی، غیبت‌های مکرر به دلیل مشکلات زندگی،

رضایت از زندگی در همسران افراد معتاد باعث کاهش سازگاری این افراد در مقابل مشکلات زندگی می‌شود و ذهن این افراد را در رابطه با حل مشکل بیشتر به خود درگیر می‌کند و باعث سردرگمی در این افراد می‌شود.^۶

از دیگر اظهارات شرکت کنندگان مربوط به احساس بی‌پناهی بود که پژوهشگر این اظهارات را در زیر دسته‌ای از دسته تنش‌های درون به نام بی‌پناهی قرار داد. نمونه‌هایی از اظهارات شرکت کنندگان:

شرکت کننده (۶): "شب‌ها همیشه تا مدتی گریه می‌کردم و احساس بی‌پناهی داشتم."

شرکت کننده (۶): "شب‌ها با کابوس‌های شبانه که در خواب می‌دیدم با وحشت و ترس از خواب بیدار شده و از تاریکی می‌ترسیدم."

شرکت کننده (۶): "افسردگی پیدا کرده‌ام و از دنیا و زندگی‌ام هیچ لذتی نمی‌برم. دنیا با تمام بزرگی‌اش برایم زندانی بیش نیست."

شرکت کننده (۶): "دل‌م پر از درد است و کسی نیست تا برایش از دردهایم بگویم."

شرکت کننده (۷): "اگر مادرم هم نبود من چه کار می‌کردم. اگر یک روز مادرم را هم از دست بدهم دیگر خیلی تنها می‌شوم و چه کار می‌توانم بکنم."

شرکت کننده (۷): "تنها پناهم خانواده‌ام بودند که مرا مورد لطف و محبت خود قرار دادند و مرا از نظر روحی و مالی حمایت کردند."

شرکت کننده (۷): "بارها با خودم می‌گویم که کاش می‌مردم." آبراهام و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسد: "مشکلات عمده همسران افراد معتاد یاس و ناامیدی، خودکشی، افسردگی و انزوایی می‌باشد." در این رابطه نلسون و همکاران (۲۰۰۴) طی مطالعه‌ای که بر روی همسران افراد معتاد انجام دادند دریافتند که رفتارهای آسیب به خود، افسردگی، رفتارهای پرخطرانه در بین این افراد مشاهده شده است. آنها در نهایت به این نتیجه رسیدند که شاخص‌های روانپزشکی در این افراد با مشکلات زندگی، اعتیاد شوهر، عدم حمایت روحی، عاطفی، مالی از طرف شوهر و خشونت شوهر بر علیه همسر ارتباط دارد.^{۱۶}

بر روی عزت نفس فرد تأثیر منفی دارد.^{۱۶} از اظهارات دیگر شرکت کنندگان مربوط به آینده این افراد بود که پژوهشگر این اظهارات را در زیر دسته کلی تنش‌های درون به نام آینده مبهم قرار داد:

شرکت کننده (۴): "چند بار دست به خودکشی زدم و آرزوی مرگ داشتم و تحمل این زندگی را نداشتم."

شرکت کننده (۵): "همیشه نگران آینده فرزندانم هستم و اینکه با فقر و بدبختی آینده خودم و فرزندانم چگونه خواهد شد."

شرکت کننده (۵): "در زندگی‌ام احساس پوچی می‌کنم و اینکه احساس می‌کنم تلاش برای ترک اعتیاد شوهرم بی‌فایده است و آخر زندگی‌ام جز طلاق راهی ندارد."

نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ توسط دونالد به منظور بررسی جنبه‌های روانی همسران افراد معتاد انجام شده نشان داد که این افراد رنج زیادی به علت فشار بالای مشکلات زندگی متحمل می‌شوند و از مکانیسم‌های سازگاری متنوعی استفاده می‌کنند که تعدادی از این راهکارها غیرتطابقی بوده و احساس ناامیدی و یاس را در آینده در این افراد ایجاد می‌کند.

در حالی که بسیاری از مطالعات حاکی از این مطلب است که اعتیاد شوهر و مشکلات زندگی و فشار روحی، روانی در زندگی این افراد باعث دل‌سردی از ادامه زندگی مشترک و در نتیجه منجر به طلاق در آینده می‌شود که تأثیر بسیار منفی داشته و باعث شکست روحی و عاطفی و اعتماد به نفس پایین و افسردگی در این افراد می‌شود.

از اظهارات دیگر شرکت کنندگان مربوط به اماندگی این افراد بود که پژوهشگر این اظهارات را در زیر دسته از دسته کلی تنش‌های درون به نام اماندگی قرار داد. نمونه‌هایی از این اظهارات:

شرکت کننده (۵): "اعتیاد شوهرم تمام هوش و حواس مرا مختل کرده و هیچ چیز در ذهنم نمی‌ماند. چیزی را که یک ساعت پیش جایی می‌گذارم بعداً دیگر یادم نمی‌آید که کجا گذاشته بودم. تمرکز فکری ندارم."

شرکت کننده (۵): "احساس سردرگمی داشتم و نمی‌توانستم راه حلی برای مشکلم پیدا کنم که آیا از شوهرم جدا شوم و یا با این شرایط بسازم و تحمل کنم."

در این رابطه شریفی (۱۳۸۵) اظهار می‌کند: "احساس عدم

آموزش به خانواده از واکنش‌های عاطفی آنان کاسته شده و قدرت سازگاری با مشکل بالا خواهد رفت.^{۱۸}

به طور کلی با توجه به تجارب شرکت کنندگان در ارتباط با تنش‌های درونی تجربه شده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پاسخ فرد به مشکلات روانی به عوامل متعددی بستگی دارد. بعضی از این افراد به دنبال چنین مشکلاتی دچار ضعف شدید روانی اجتماعی می‌شوند. شدت ضعف روانی، اجتماعی در این افراد بالا است و اگر همین افراد از مکانیسم سازگاری برای مقابله با مشکل اعتیاد شوهرشان استفاده کنند به خوبی می‌توانند شوهرشان را به ترک اعتیاد تشویق کنند.

۶) در مرحله ششم کلایزی، پژوهشگر اقدام به خلاصه کردن توصیف کلی به یک ساختار واقعی و ضروری نمود. همسر فرد معتاد به هروئین با تجارب متعددی روبه رو می‌شود. در مراحل اولیه بر واقعی بودن اعتیاد شوهرش باور ندارد. بعد از یقین پیدا کردن به اعتیاد شوهرش وارد مرحله مقاومت می‌شود. خود را سرزنش می‌کند، رفته رفته افسرده شده و از زنده بودن متنفر می‌شود. اعتیاد شوهرش را از دیگران مخفی می‌کند و از افشای این موضوع در میان دوستان و آشنایان همواره ترس دارد و نگران طرد شدن از سوی دیگران می‌باشد. از مکانیسم‌های سازگاری مانند احساس توانا بودن برای غلبه بر مشکل استفاده می‌کند و در نتیجه رفته رفته با مشکل سازگار می‌شود و گروهی نیز از این مکانیسم‌ها استفاده نکرده و دچار احساس ناامیدی از ادامه زندگی مشترک شده و آرزوی مرگ می‌کنند که این حالت منجر به بروز انزوای طلبی و جدایی زن از شوهر می‌شود.

در انتهای دوره اعتیاد شوهر، همسری که با مشکل سازگاری پیدا کرده است امید به زندگی اش بالا می‌رود و آنهایی که از مکانیسم‌های سازگاری استفاده نکرده‌اند تنها به ادامه زندگی فکر نمی‌کنند، بلکه امید به زندگی را نیز از دست می‌دهند.

۷- در مرحله هفتم کلایزی محقق جهت موثق نمودن یافته‌ها به شرکت کنندگان در پژوهش رجوع کرد. برای این کار به دلیل ملاحظات اخلاقی و عدم داشتن نام شرکت کنندگان، پژوهشگر با افراد مشابه با نمونه‌های مورد پژوهش مصاحبه مجددی به عمل آورد و آنها یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

از اظهارات شرکت کنندگان مربوط به مسئله نگرانی بود که پژوهشگر این اظهارات را در زیردسته‌ای از دسته کلی تنش‌های درونی به نام نگرانی قرار داد. نمونه‌هایی از اظهارات شرکت کنندگان:

شرکت کننده (۷): "نگران بودم که بعد از طلاق وضعیت زندگی‌ام چگونه خواهد شد. فرزندانم به امید و پناه چه کسی زندگی می‌کنند."

شرکت کننده (۸): "با وضعیت زندگی که داشتیم نگران این بودم که چگونه از عهده هزینه‌های زندگی‌ام برخواهم آمد." پژوهشی که روی این افراد انجام شده نشان داده که اعتماد به نفس در آنها بسیار پایین می‌باشد.^{۱۹}

در این رابطه شریفی (۱۳۸۵) اظهار می‌کند که نگرانی در مورد مشکلات زندگی و آینده خود و فرزندان یکی از موضوعاتی است که ذهن این افراد را بیشتر به خود درگیر می‌کند و این عامل باعث کاهش اعتماد به نفس در این افراد می‌شود.

نظام خانواده در مواجهه با پدیده اعتیاد دستخوش تغییرات روانی و اجتماعی شدید می‌شود که در این بین همسر و فرزندان فرد معتاد نیازمندی بیشتری به حمایت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی پیدا می‌کنند که از این لحاظ خانواده‌های طرفین مهم‌ترین منبع حمایتی برای همسر فرد معتاد به شمار می‌روند و حمایت از طرف خانواده، قدرت مقابله فرد با مشکل را سهل‌تر می‌کند.^{۱۸}

از دیگر اظهارات شرکت کنندگان مسئله آشفتگی بود که پژوهشگر این مسئله را در زیر دسته‌ای از دسته کلی تنش‌های درونی قرار داد. نمونه‌هایی از اظهارات شرکت کنندگان:

شرکت کننده (۸): "روح و روانم مریض شده بود و آشفتگی و پریشان خاطر بودم."

شرکت کننده (۸): "نمی‌توانستم خشمم را کنترل کنم و با هر چیز بی‌اهمیتی پرخاشگر می‌شدم."

در این رابطه کریمی (۱۳۸۷) چنین اظهار می‌کند: "آشفتگی یک نوع هیجان منفی می‌باشد. مواجه شدن با تغییر و تحولات سریع اقتصادی و اجتماعی گاهی افراد را دچار برخی واکنش‌های هیجانی و عاطفی می‌کند. انسان‌ها هنگام مواجه شدن با پدیده‌هایی که با فرهنگ و نظام خانواده مغایرت دارد گاهی فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند که در صورت ارتقای سطح دانش روان‌شناختی و

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش سعی شده است که ملاحظات اخلاقی ذیل مراعات شود:

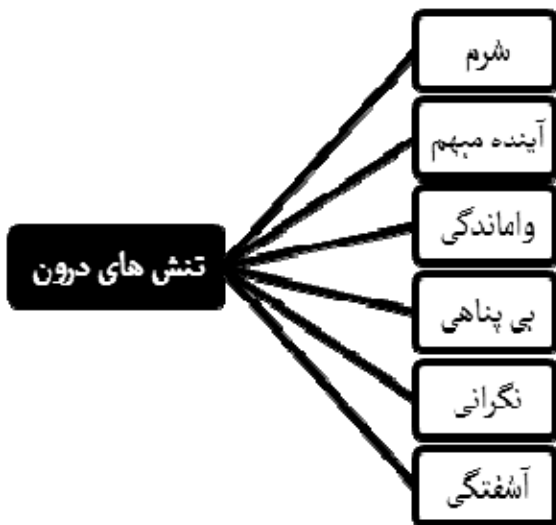
۱. پژوهشگر با ارائه معرفی نامه از سوی دانشکده پرستاری و مامایی به مدیریت مرکز کانون عین‌الحیات و پس از کسب مجوز اقدام به نمونه‌گیری کرد.
۲. جهت ضبط مصاحبه‌ها از مسئولان ذیربط و شرکت‌کنندگان کسب اجازه شد.
۳. هدف از پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.
۴. شرکت‌کنندگان در هر مرحله از زمان مصاحبه حق داشتند از شرکت در پژوهش انصراف دهند.
۵. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد، بنابراین نام آنها ثبت نشد.
۶. در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار واحدهای پژوهش و محیط اجرای پژوهشی آنان قرار داده خواهد شد.

یافته‌ها

۵۰٪ از شرکت‌کنندگان تحصیلات در حد سیکل، ۲۰٪ دیپلم و ۳۰٪ بی سواد بودند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشت و میانگین سنی آنها ۳۰ سال بود و تحصیلات عالی وجود نداشت. از مفاهیم استنباط شده از شرکت‌کنندگان در پژوهش در یک مفهوم کلی به نام تنش‌های درونی که مفاهیم استنباط شده در دسته کلی

تنش‌های درونی به زیر مفهومی‌های از این مفهوم کلی به نام‌های شرم، آینده مبهم، واماندگی، بی‌پناهی، نگرانی و آشفتگی تقسیم شدند.

مفاهیم فرموله شده از تجارب روانی همسران مردان معتاد در جدول ۱ آورده شده است.



شکل ۱. مفاهیم فرموله شده از تجارب تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین

جدول ۱. کدبندی مفاهیم استخراج شده از تجارب تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین

کدبندی زیرمفهوم‌های تنش‌های درون					
شرم	آینده مبهم	واماندگی	بی‌پناهی	نگرانی	آشفتگی
۱. عذاب روحی در مقابل فرزندان	۳۰. احساس پوچی	۵۴. کاهش قدرت حافظه	۷۳. عدم تمایل به برقراری روابط اجتماعی	۱۰۵. نگرانی از اعتیاد مجدد	۱۱۳. بی‌نظمی در خانواده آشفتگی
۲. گذشته دردناک	۳۱. ناامیدی	۵۵. کاهش قدرت تفکر	۷۴. بد رفتاری دیگران	۱۰۶. نگرانی از حضور در جامعه	۱۱۴. آشفتگی ذهنی
۳. عدم تمایل ارتباط با دیگران	۳۲. آرزوی مرگ	۵۶. گم کردن خود	۷۵. تعامل نامناسب دیگران	۱۰۷. ترس از طرد شدن از جامعه	۱۱۵. برافروختگی چهره
۴. بی‌زاری از کلمه اعتیاد	۳۳. تلاش بی‌فایده	۵۷. سردرگمی	۷۶. قطع روابط اجتماعی	۱۰۸. ترس از تفکر جامعه	۱۱۶. غمگینی دائم
۵. شرم از والدین	۳۴. خودکشی	۵۸. ناتوانی در حل مشکل	۷۷. افسردگی	۱۰۹. ترس از آسیب	۱۱۷. چهره غمگین
۶. عدم توجه به نصایح خانواده	۳۵. زندگی بی‌هدف	۵۹. گیجی و منگی	۷۸. عدم حمایت دوستان	۱۱۸. مقابله روحی ضعیف	
۷. شرم در مراکز درمان	۳۶. نگرانی از آینده	۶۰. واماندگی در برابر اعتیاد همسر			
	۳۷. خود درگیری				
	۳۸. نگرانی از آینده فرزندان				

ادامه جدول ۱. کدبندی مفاهیم استخراج شده از تجارب تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین

کدبندی زیرمفهوم‌های تنش‌های درون	شرم	آینده مبهم	واماندگی	بی پناهی	نگرانی	آشفتگی
۸. رنج از ظاهر خماری همسر	۳۹. نگرانی از طلاق	۶۱. تفکر در علت اعتیاد	۷۹. انزوای طلبی	۱۱۰. نگرانی از تاثیر درمان	۱۱۹. عدم کنترل خشم	
۹. خودسانسوری	۴۰. آرزوی زندگی سالم	۶۲. جدی نگرفتن اعتیاد	۸۰. طرد شدن از سوی جامعه	۱۱۱. نگرانی از قطع دارو	۱۲۰. فشار عصبی	
۱۰. ناراحتی از زندگی خود	۴۱. تفکر به آینده	۶۳. تفکر به جایگاه خود	۸۱. عدم حمایت روحی خانواده	۱۱۲. ترس از مرگ	۱۲۱. عدم کنترل اعصاب	
۱۱. ترحم دیگران	۴۲. فرار از خانه	۶۴. پیشیمانی از انکار اعتیاد	۸۲. سوءظن		۱۲۲. پرخاشگری	
۱۲. تفاوت از سایرین	۴۳. بی‌اعتمادی	۶۵. پیشیمانی همسر از فرار از مراکز درمانی	۸۳. بی‌بزاری از زندگی		۱۲۳. بی‌قراری	
۱۳. رنج از منت دیگران	۴۴. ترک تحصیل	۶۶. دلیل تراشی	۸۴. بدخلقی		۱۲۴. عصبانیت	
۱۴. توهین دیگران	۴۵. ناراضی‌ت از وضع موجود	۶۷. خودسوزی	۸۵. زجر روحی		۱۲۵. تکلم غیر واضح	
۱۵. تمایل به انکار	۴۶. تمایل به طلاق	۶۸. امتنا از مصرف دارو	۸۶. دل‌تنگی		۱۲۶. بی‌قراری در مواقع درمانی	
۱۶. یادآوری چهره اول همسر	۴۷. شک به همسر	۶۹. امتنا از ادامه درمان	۸۷. بی‌پناهی		۱۲۷. تنفر از حقارت	
۱۷. شرم از دیگران	۴۸. خستگی از درمان	۷۰. قطع دارو	۸۸. بی‌خوابی		۱۲۸. تنفر از دیگران	
۱۸. تهمت دیگران	همسر	۷۱. تنفر از دارو	۸۹. ترس از تاریکی		۱۲۹. توهم	
۱۹. حقارت اجتماعی	۴۹. ناامیدی به درمان	۷۲. فرار همسر از کمپ	۹۰. کاهش اعتماد به نفس		۱۳۰. تیک عصبی	
۲۰. نبود شان اجتماعی	همسر	۹۱. در خود فرو رفتن	۹۱. در خود فرو رفتن		۱۳۱. وسواس فکری	
۲۱. سرافکنندگی	۵۰. عدم اعتماد به ترک همسر	۹۲. کاهش سازگاری	۹۲. کاهش سازگاری		۱۳۲. اختلال خواب	
۲۲. شرم از فرار همسر	همسر	۹۳. گریه شبانه	۹۳. گریه شبانه		۱۳۳. راه رفتن در خواب	
۲۳. شرم از دروغ	۵۱. نامیدی از ایفای نقش خود	۹۴. پناه به پدر	۹۴. پناه به پدر		۱۳۴. تیک حرکتی	
۲۴. رنج از نصیحت	۵۲. عدم تحمل شرایط	۹۵. تنهایی	۹۵. تنهایی		۱۳۵. تهوع استفراغ	
۲۵. سرزنش خود	زندگی دسته جمعی	۹۶. رنج از عدم حمایت	۹۶. رنج از عدم حمایت			
۲۶. پنهان کردن اعتیاد شوهر	۵۳. تهدید به اخراج از کار	۹۷. نبود سر پرست	۹۷. نبود سر پرست			
۲۷. شرم از خانواده		۹۸. افسردگی فرزندان	۹۸. افسردگی فرزندان			
۲۸. انکار اعتیاد همسر		۹۹. آرزوی مرگ	۹۹. آرزوی مرگ			
۲۹. حقارت		۱۰۰. نیاز روحی به همسر	۱۰۰. نیاز روحی به همسر			
		۱۰۱. نیاز به والدین	۱۰۱. نیاز به والدین			
		۱۰۲. بیاری خواستن از دوستان	۱۰۲. بیاری خواستن از دوستان			
		۱۰۳. تحمل مشکلات به تنهایی	۱۰۳. تحمل مشکلات به تنهایی			
		۱۰۴. طلاق	۱۰۴. طلاق			

بحث و نتیجه‌گیری

همین افراد از مکانیسم سازگاری برای مقابله با مشکل اعتیاد شوهرشان استفاده کنند به خوبی می‌توانند شوهرشان را به ترک اعتیاد تشویق کنند. همسر فرد معتاد به هروئین با تجارب متعددی روبه‌رو می‌شود. در مراحل اولیه بر واقعی بودن اعتیاد شوهرش باور ندارد. بعد از یقین پیدا کردن به اعتیاد شوهر وارد مرحله مقاومت می‌شود. خود

به طور کلی با توجه به تجارب شرکت کنندگان در ارتباط با تنش‌های درونی تجربه شده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پاسخ فرد به مشکلات روانی به عوامل متعددی بستگی دارد. بعضی از این افراد به دنبال چنین مشکلاتی دچار ضعف شدید روانی اجتماعی می‌شوند. شدت ضعف روانی، اجتماعی در این افراد بالا است و اگر

اعتیاد که این خانواده‌ها با آن درگیرند داشته باشند. می‌توان از یافته‌های این پژوهش جهت آموزش و افزایش آگاهی این ارگان‌ها (مخصوصاً سازمان مبارزه با مواد مخدر) از ماهیت پدیده اعتیاد استفاده نمود تا با درک بهتر از وضعیت نظام حاکم بر این خانواده‌ها در جهت تطابق روانی، اجتماعی و کاهش مشکلات جسمی و اجتماعی آنان تلاش نمایند و از سویی بتوانند با حمایت هر چه بیشتر اقتصادی، اجتماعی، سلامتی انسانی این افراد را تا حد امکان بالا ببرند.

به سازمان صدا و سیما پیشنهاد می‌شود جهت بالا بردن آگاهی عموم در زمینه پدیده اعتیاد برنامه‌های متنوعی از قبیل مصاحبه و میزگرد با کارشناسان و صاحب‌نظران تهیه و نمایش فیلم‌های مستند را تدارک ببینند.

یافته این پژوهش می‌تواند در اختیار سازمان مبارزه با مواد مخدر قرار بگیرد تا مسئولین بتوانند با آگاهی هر چه بیشتر از مشکلات اجتماعی، اقتصادی، جسمی، روانی این افراد زمینه‌ترک اعتیاد سرپرست خانواده را فراهم نموده و با تقبل حمایت‌های اقتصادی و هزینه‌های ترک و درمان افراد معتاد، زمینه شغلی مناسب برای آنان را فراهم نمایند به نحوی که مقدس‌ترین نظام خانواده ستون پایدار خود را حفظ کرده و از زندگی دنیوی به حد احساس رضایت‌مندی برسند.

سپاسگزاری

با سپاس از همکاری آقایان دکتر آرشد قدوسی و دکتر سید علی ناسجی، از قسمت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان) و مرکز ترک اعتیاد کانون عین‌الحیات شهرستان خوی به خاطر همکاری صمیمانه شان و همچنین از شرکت کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

را سرزنش می‌کند، رفته رفته افسرده شده و از زنده بودن متنفر می‌شود. اعتیاد شوهرش را از دیگران مخفی می‌کند و همواره از افشای این موضوع در میان دوستان و آشنایان ترس دارد و نگران طرد شدن از سوی دیگران می‌باشد. از مکانیسم‌های سازگاری مانند احساس توانا بودن برای غلبه بر مشکل استفاده می‌کند و در نتیجه رفته رفته با مشکل سازگار می‌شود. گروهی نیز از این مکانیسم‌ها استفاده نکرده و دچار احساس ناامیدی از ادامه زندگی مشترک شده و آرزوی مرگ می‌کنند که این حالت منجر به بروز انزوای طلبی و جدایی زن از شوهر می‌شود.

در انتهای دوره اعتیاد شوهر، همسری که با مشکل سازگاری پیدا کرده است امید به زندگی اش بالا می‌رود و آنهایی که از مکانیسم‌های سازگاری استفاده نکرده‌اند نه تنها به ادامه زندگی فکر نمی‌کنند، بلکه امید به زندگی را نیز از دست می‌دهند.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های پژوهش حاضر در جهت ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی همسران مردان معتاد به هروئین مورد استفاده قرار بگیرد. بنابراین توصیه می‌شود که: یافته‌های این پژوهش در جهت ارائه راهکارهای پیشنهادی برای ارائه هر چه بهتر مشاوره‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی و درمان مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی این افراد از طرف مسئولان و دست‌اندرکاران مورد توجه و استفاده قرار بگیرد.

یافته‌های این پژوهش به توسعه درمان و ترک اعتیاد افراد معتاد کمک می‌کند و می‌تواند در توسعه علم پرستاری و تدریس دروس پرستاری به خصوص گرایش بهداشت جامعه مورد استفاده قرار بگیرد.

تجربیات همسران افراد معتاد می‌تواند برای ارائه هر چه بهتر رفتارهای حمایتی با آنان مورد استفاده قرار بگیرد.

از آنجا که مادر خانواده نقش مهمی در شکل‌گیری نظام خانواده دارد، لازم است که دست‌اندرکاران از آگاهی کافی در مورد پدیده

References

1. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research Critique and Utilization. Missouri Elsevier Saunders . 2008

2. Porshahbaz A. Neurological disorders in addicted men wives. Psychiatry Institute. Tehran 2009[thesis In Persian]

3. Amani K. Psychological Risk Factors. Rehabilitation Sciences . University of Social Sciences. 2009:11-16. [In Persian]

4. Sharifi M. The relationship between husbands addiction & depression, anxiety & aggression in wives. Journal of Educational Research. University of Tehran pub. 2008;21(2):1-44. [In Persian]
5. Abedi H et al. Research in Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of khorasgan. 2008 [In Persian]
6. Ferdosiyani F. Addiction as a social harm, Addiction and Family Conference. 2008:87-90. [In Persian]
7. Karimi F. Health status of addicted men wives. Quarterly scientific journal of substance abuse. Islamic Azad University of Khoy 2007;2(5) [In Persian]
8. Golparvar M. Comparison of psychological traits and sexual relationships in addicted & non-addicted men. Science & Research 2009;2(7):1-20. [In Persian]
9. Naji A. Life experiences of old widows, A Qualitative research. Islamic Azad University of Khorasgan 2007.[research paper In Persian]
10. Arshadi F. Substance abuse disorders. Faculty of Rehabilitation Sciences, 2008:77-82. [thesis In Persian]
11. Holloway I. A-Z Of Qualitative Research in Health Care . Blackwell pub. 2008.
12. Kessler RC, MC Gonaglez KA, et al. Life time and 12 months Prevalence of DSM III R ; Psychiatric disorders in the united States. Arch Gen Psychiatry 2007; 51: 81
13. King P, Tremblay F. Trait anxiety coping styles and depression among psychiatric inpatients. Canadian Journal of Behavioral Science 2006; 26: 505-19.
14. Omra Ar. Further Studies On Family Formation. Geneva Health Press 2005; 43: 326 – 334.
15. Politis Df. Nursing Research . Philadelphia .Lippincott Co. 2004
16. Politis C.. Social Integration Of The Older Thalassemic Patients. Archives of disease in childhood 2004; 65(2): 984-86.
17. Politis Df, Back Ct. Essentials Of Nursing Research: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia. 2010
18. Streubert Hj, Capenter Dr. Qualitative research for nurses. London. Blackwell science co. 2003
19. Sorenson Gl. Family Approach to The Problem of Addiction. Pennsylvania university Press 2004; 42: 367–372.
20. Wenzel D, Carol L. Domestic Violence: Prevalence and Detection in a Family Medicine Residency clinic. Journal of the American Osteopathic Association 2004; 104 (6): 233 – 239.