



پژوهش پرستاری

دوره یازدهم شماره ۱ (پیاپی ۴۰) فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵ - شماره استاندارد بین المللی ۷۰۱۲-۱۷۳۵

- ۱..... ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم
عاطفه افشاری، مریم پیروزی، سمیه افشاری، کاوک حجاب
- ۹..... مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به بتاتالاسمی ماژور و سالم در شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۳
یعقوب مدملی، رضا بیرانوند، نسرين کرکینی، حمیده مشعلچی، مرضیه بیگم بیگدلی شاملو، حمید کریمی
- ۱۷..... تاثیر برنامه خودتدبیری پس از ترخیص بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب
معصومه ذاکری مقدم، سجاد ابراهیمی، هومن شهسواری، حمید حقانی
- ۲۵..... بررسی ارتباط حس انسجام، خوددلسوزی و هوش شخصی با افسردگی پس از زایمان زنان
محمد نریمانی، مظفر غفاری
- ۳۴..... کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگیهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی بازنشستگان شهر تبریز
معصومه مالک، هادی حسنجانی، علی درویش پور کاخکی، محمد اصغری جعفرآبادی، محمد رضا منصور آرنی، سارا محمدنژاد
- بررسی تاثیر آموزش مدیریت خطرات اتاق عمل بر میزان دانش و نحوه عملکرد پرسنل اتاق عمل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۲
لیلا صالحی زاهد، منیره اسدی، کامران کردمیر
- ۴۲.....
- ۵۱..... بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و سبک های مقابله با استرس در پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه
معصومه رستمی، محمد رضا موقری، ترانه تقوی لاریجانی، عباس مهران
- ۶۲..... تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی
علیرضا نیکبخت نصرآبادی، فاطمه پاشایی ثابت، علیرضا بستامی
- ۷۶..... تأثیر عوامل زمینه‌ای بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران مبتلا به دیابت شهر اصفهان
فیروزه زارع فراشبندی، آناسیک لاله زاریان، علی رضا رحیمی، اکبر حسن زاده
- بررسی میزان مطابقت مراقبت های پرستاری مرتبط با سیستم تنفسی در نوزادان تحت تهویه مکانیکی با استانداردها در بخش های مراقبت ویژه
نوزادان
۸۶
زهره جعفری، لیلا خانعلی مجن، مریم رسولی، احمدرضا باغستانی، علیرضا قهری سرابی، اعظم شیرین آبادی فراهانی، حسین شیری

به نام خداوند جان و خرد
مجله پژوهش پرستاری
علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره یازدهم - شماره ۱ (پیاپی ۴۰) - فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: دکتر افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین المللی منبع: ۱۲-۷۰-۱۷۳۵
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا. احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی

*علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۱، فاطمه پاشایی ثابت^۲، علیرضا بستامی^۳

۱- دکترای تخصصی پرستاری، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: nikbakht@tums.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران.
۳- کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۶۲-۷۵

چکیده

مقدمه: اعتیاد یکی از پدیده های شوم اجتماعی است، که نه تنها بر روی زندگی فرد معتاد تأثیرات سویی دارد، بلکه اطرافیان و بستگان فرد معتاد نیز در معرض خطر آسیب های متعدد این پدیده اجتماعی قرار می گیرند که شناخت احساسات و انتظارات آنان نقش مهمی در هدایت کادر درمانی در جهت مراقبت و حمایت موثرتر و رفع محدودیتهای این بیماران خواهد داشت. هدف این مطالعه کیفی، کسب تجارب و معنای زندگی از زبان همسران مردان معتاد است.

روش: این مطالعه یکی از روشهای تحقیق کیفی تحت عنوان پدیدار شناسی توصیفی کلایزی است. روش جمع آوری اطلاعات در این مطالعه، مصاحبه نیمه سازمان یافته با ۱۰ شرکت کننده زن با تجربه یک ساله اعتیاد همسر از مناطق ۲ و ۱۰ و ۱۸ شهر تهران، بود. مصاحبه ها بر این سوال محوری بود که تجربه شما از زندگی با همسر معتاد چیست.

یافته ها: مفاهیم اصلی استخراج شده از تجارب شرکت کنندگان در پژوهش شامل درگیری طولانی مدت با چالش ها، نیاز به قرارگیری در چتر حمایتی، آسیب رساننده های ایزوله کننده و سپرهای مقابله با آسیب پذیری بود.

نتیجه گیری: خانواده ها مخصوصا همسران مردان معتاد بعلت قرار گرفتن در معرض آسیب پذیری شدید فردی، اجتماعی و باصطلاح این قربانی خاموش، نیاز به درک و حمایت های همه جانبه دارند. این یافته ها، دید جدیدی به تیم درمانی برای درک واقعی تر خانواده های بیماران وابسته به مواد و مشکلات واقعیشان خواهد داد.

کلید واژه ها: همسر، معتاد، تجارب زندگی، تحقیق کیفی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۲۶

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان جدی ترین مسأله اجتماعی در ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی و ... دارد. به اعتقاد صاحب نظران، اعتیاد زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی به ویژه بزه دیدگی زنان است. بیش از ۶۰ درصد از زندانیان کشور، به جهت اعتیاد و قاچاق مواد مخدر مجرم شناخته شده‌اند. مردان، اکثریت معتادان به مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و در نقش همسر یا پدری معتاد، تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می‌شوند (۱).

براساس گزارشات آماری، اکثر معتادان، مردان متأهل هستند که ۸۶ درصد آنها دارای یک تا شش اولاد هستند. به عبارت دیگر میانگین بعد خانوار معتادان، حدود ۴ نفر می‌باشد. چنانچه تعداد معتادان کشور را در تعداد اعضای خانواده آنها ضرب کنیم و بستگان نزدیک این افراد را نیز به شمار آوریم، رقم بالائی خواهد شد (۲) بنابراین اعتیاد، گستره وسیعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند، به گونه‌ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و ... مختل می‌گردد. هر کدام از این موارد می‌تواند منشاء مشکلات عدیده‌ای برای خانواده محسوب شود.

شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق‌های کشور، ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر می‌باشد (۳) و ۶۰ درصد علل درخواست طلاق از سوی زنان، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه می‌باشد (۴). بنابراین تعداد بسیاری از خانواده‌ها تحت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم پدیده شوم اعتیاد هستند و طلاق یکی از پیامدهای عمده اعتیاد است که به نوبه خود می‌تواند دلیلی بر شیوع و گسترش اعتیاد نیز باشد. اعتیاد شوهر غالباً منجر به برهم خوردن نقش‌ها و وظایف خانوادگی می‌گردد، به گونه‌ای که بار مسئولیت زنان خانه‌دار را می‌افزاید و آنها را تحت فشار قرار می‌دهد.

مطابق پژوهش افارل (۱۹۹۵) همسر مردان معتاد، در مورد خود، وضعیت زندگی و آینده خانواده خود در رنج و عذاب هستند. اضطراب آنها برآیندی از اشتغال ذهنی آنها در مورد بی‌فرجامی و از هم پاشیدگی زندگی است. آنها به دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری همسر معتاد، یکنواختی زندگی، عدم رابطه صمیمانه با همسر و ... مضطرب و افسرده هستند (۵). لذا،

زنان در خانواده‌هایی با همسر معتاد، ممکن است، بیشترین فشارها را از هر سو تحمل کنند و به تنهایی مسئولیت یک خانواده نابسامان را به دوش بکشند. آنها هم با سرپرستی فرد معتاد و هم با خطر ابتلای خود و فرزندان به اعتیاد مواجهند.

تحقیقات نشاندهنده آن است که عمده ترین آسیب خانوادگی اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند بر روابط عاطفی، جنسی و روانی زن و شوهر در خانواده باشد. اعتیاد شوهر ممکن است به انزوا و دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، جر و بحث و درگیری و نزاع بین زن و شوهر منتهی می‌شود. از سویی دیگر، تضعیف قوای جنسی ممکن است. افراد معتاد دچار افت برانگیختگی جنسی هستند که در کنار وضعیت فیزیولوژیک و روانشناختی آنان، موجب می‌شود نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی نسبت به روابط زناشویی خود پیدا کنند. معتادان و همسران آنها معمولاً تبادل عاطفی بسیار کمی دارند. این وضعیت نارضایتی از روابط زناشویی را تشدید می‌کند (۶)، زیرا اختلال روابط زناشویی، علاوه بر مشکلات جسمی و روانی برای زنان، بسیاری از آنان را به جهت بی‌تفاوتی همسر معتاد، به سوی برقراری روابط نامشروع سوق می‌دهد؛ البته اتخاذ این رویه مشروط به ویژگی‌های فردی، تربیتی و مذهبی زنان است. از سوی دیگر؛ شوهر معتاد، مواد مخدر را در اختیار همسرش می‌گذارد و او را در دوراهی اعتماد و عدم اعتماد به شریک زندگی قرار می‌دهد.

از سویی دیگر اعتیاد مردان، یکی از عوامل مؤثر در گرایش زنان به روسپیگری است. نتایج یکی از تحقیقات پیرامون زنان روسپی نشان می‌دهد که اغلب آنها از خانواده‌های نابسامان بوده‌اند که به علت اعتیاد و بیکاری همسر طلاق گرفته‌اند. براساس تحقیق فوق، تعداد زیادی از زنان روسپی مورد مطالعه، چه قبل از آغاز به روسپیگری و چه بعد از آن، دارای پدر و همسر معتاد یا قاچاقچی بوده‌اند (۷).

صاحب‌نظران معتقدند بدترین و شایع‌ترین خشونت علیه زنان، مربوط به خشونت‌هایی است که در خانواده و از سوی اعضای خانواده، به ویژه همسران رخ می‌دهد. کارشناسان، بروز خشونت علیه زنان و افزایش آن را علاوه بر فشارهای اقتصادی، مشکلات روحی و روانی، ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر می‌دانند، به طوری که یافته‌های یک تحقیق در سال ۱۳۷۹ بر روی ۴۳۹ زن کتک خورده از همسر، نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از زنان، دارای همسر معتاد به مواد مخدر بوده‌اند (۸). همچنین نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که بین اعتیاد مردان و خشونت زناشویی ارتباط وجود دارد و مواد مخدر به دلیل تغییراتی که در سیستم عصبی ایجاد می‌کند، زمینه انواع تعرضات و

خشونت ها را فراهم کند.

لذا با توجه به اینکه اعتیاد یکی از پدیده های شوم اجتماعی است، که نه تنها بر روی زندگی فرد معتاد تأثیرات سویی دارد، بلکه اطرافیان و بستگان فرد معتاد نیز در معرض خطر آسیب های متعدد این پدیده اجتماعی قرار می گیرند. تاکنون تحقیقاتی در زمینه مشکلات روانی و اجتماعی زنان دارای همسر معتاد صورت نگرفته است، هر چند که در زمینه اعتیاد کارهای بسیاری شده است ولی همه این حقیقات در زمینه خشونت و خود اعتیاد و افراد معتاد بوده است (۹) و تمام مطالعاتی که نیز با متدولوژی کمی در این زمینه انجام شده، فقط معدودی از متغیرها همچون رضایتمندی زناشویی و یا همسر آزاری را در آنها سنجیده و هیچکدام معنای دقیق و عمیق زندگی با یک شریک زندگی وابسته به مواد مخدر را از نگاه و زاویه دید آنان بررسی ننموده اند و از آنجا که کیفیت زندگی گاهی در تحقیقات علوم سلامتی به عنوان تجربه ذهنی از زندگی و یافتن معنای زندگی و پاسخ به سوالات زیستی از دیدگاه فلسفی می باشد لذا این مطالعه کیفی فنومنولوژیک نیز با هدف کسب تجارب و معنای زندگی از زبان همسران بیماران وابسته به مواد برای انجام شده است.

روش مطالعه

موضوع مورد مطالعه تجارب زنان از زندگی با همسران معتاد می باشد و با توجه به اهمیت موضوع که باید به طور عمیق در فرد فرد زنان با همسر معتاد مورد بررسی قرار گیرد، پژوهش از نوع کیفی انتخاب شده است. تحقیق کیفی فرایندی است که فرصتی را فراهم می آورد تا در مورد پدیده های مورد نظر خارج از تصویر سنتی و رایج آن، تصویر دیگری ساخته شود. تحقیق کیفی، نوعی تحقیق است که یافته های آن توسط روش های آماری و یا دیگر ابزار سنجش کمی به دست نمی آید، بلکه می توان به وسیله آن تحقیق درباره زندگی اشخاص، تجارب کسب شده در طول زندگی، رفتارها، عواطف و احساسات و همچنین عملکرد سازمانی، حرکت اجتماعی، پدیده های فرهنگی و فعل و انفعالات بین ملت ها اقدام نمود (۱۰). قدمت استفاده از روشهای کیفی جهت مطالعه پدیده ی انسان ریشه در علوم اجتماعی دارد. ناتوانی در سنجش کمی برخی پدیده ها و نیز حاصل نشدن رضایت از نتایج به دست آمده، منجر به تمایل شدید در به کار بردن رویکردهای دیگر جهت مطالعه پدیده های خاص انسانی شده و این تمایل منجر به پذیرش رویکردهای پژوهش کیفی به عنوان راهی دیگر جهت پرده برداشتن از دانش گردید (۱۱). از آنجا که در هر خانواده ایی زنان یکی از مهمترین نقشها را خواهند داشت، بنابراین آشنایی صحیح آنها با تجارب آنها ضروری می باشد.

اما نکته ای که بایستی به آن اشاره شود اینست که با توجه به اینکه اطلاع درستی از اثری که اعتیاد همسر بر زندگی زنان دارد، در دسترس نیست و هدف اصلی ما روشن کردن جنبه های عمیق این مسأله می باشد، استفاده از پرسشنامه میسر نیست. به عبارت دیگر از طریق پرسشنامه نمی توان تصویر کاملی از آنچه رخ می دهد بدست آورد و باید به روشهای مختلفی اقدام به جمع آوری اطلاعات نمود که بیشترین و عمیق ترین داده ها را در اختیار ما قرار دهد. به همین دلیل این مرحله از مطالعه به صورت کیفی طراحی گردیده است.

جامعه پژوهش

جامعه آماری در این مطالعه تمام زنان با تجربه حداقل ۱ سال زندگی با همسر معتاد از منطقه ۲ و ۹ و ۱۸ تهران با ملیت ایرانی و فارسی زبان بودند.

نمونه پژوهش

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنانی که سابقه زندگی با همسر معتاد را داشته و تا حداقل یک سال زندگی با همسر معتاد را تجربه کرده بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن مشکلات گفتاری و شنوایی در مصاحبه شونده یا عدم علاقه او به شرکت در پژوهش بود. در مطالعه حاضر روش نمونه گیری، مبتنی بر هدف (Purposeful Sampling) بود. لازم به ذکر است که در پژوهش های کیفی پیش و بیش از تعداد نمونه ها، منابع غنی از اطلاعات حائز اهمیت است.

بدین وسیله مصاحبه های عمیق و نیمه سازمان یافته (In-depth & semistructured interview) ابزار جمع آوری اطلاعات بود. حجم نمونه توسط داده های جمع آوری شده و تحلیل آنها مشخص شد. لذا با ۱۰ زن با حداقل یکسال تا بیشتر زندگی با همسر معتادشان مصاحبه شد. نمونه گیری تا زمان رسیدن به اشباع ادامه یافت. اشباع در مطالعات کیفی عبارت است از کامل شدن سطوح کدها و اینکه دیگر اطلاعات مفهومی جدیدی که نیاز به کد جدید و یا گسترش کدهای موجود داشته باشد، بدست نیامد. نهایتاً محقق با پرسش کردن مداوم و بررسی اطلاعات، به احساس اشباع و بستن نمونه رسید. متوسط زمان مصاحبه ها ۹۰-۳۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه ها به طور کامل ضبط و به کلیه شرکت کنندگان براساس ترتیب زمانی انجام مصاحبه ها کد داده شد. بدین ترتیب پس از پیش رفتن تا مرحله سوم کلایزی که شامل استخراج مفاهیم فرموله شده بود، هر مصاحبه تجزیه و تحلیل و سپس مصاحبه بعدی انجام شد (۱۲). در این مطالعه تمام زنان با تجربه ۱ سال زندگی با همسر معتاد از منطقه ۲ و ۹ و ۱۸ تهران با ملیت ایرانی و فارسی زبان بودند ۳-۵- محیط پژوهش

این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه آنان، عدم درج نام مصاحبه شوندگان در روی نوارها و متون پیاده شده، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات، حفظ حق کناره گیری در هر مرحله از پژوهش بود.

اعتبار و پایایی داده های

در این پژوهش، برای اثبات صحت و استحکام داده های تحقیق از دو معیار اطمینان پذیری و باورپذیری استفاده شد. لینک و گوبا، واژه های قابلیت اعتماد یا اطمینان پذیری را به جای روایی به کار برده اند. داده ها و یافته های پژوهش کیفی باید قابل پذیرش و اعتماد باشند و این مساله، مستلزم جمع آوری داده های حقیقی است. درگیری مداوم با داده ها، استفاده از تلفیق در تحقیق، بازنگری ناظرین و متخصصان تحقیقات کیفی، جستجو برای شواهد و مقالات مغایر، معیارهایی هستند که برای مقبولیت پژوهش های کیفی مورد استفاده قرار می گیرند (۱۲).

برای افزایش اعتبار تحقیق طبق معیارهای فوق، محقق کوشید تا ارتباط خود را با شرکت کنندگان بیشتر کند و بعد از پیاده کردن مصاحبه ها از مشارکت کنندگان درخواست کرد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آنها را ارزیابی نمایند. برای بازنگری برخی از مصاحبه ها، معانی و الگوهای مشترک استخراجی، علاوه بر محقق و اساتید راهنما و مشاور، عده ای از همکاران نیز متون را مورد بررسی قرار دادند، تا صحت فرآیند تجزیه و تحلیل ارزیابی شود. محقق سعی نمود برای افزایش قابلیت انتقال داده ها در زمان نمونه گیری، از نمونه گیری مبتنی بر هدف، (۳۷) زنان از تمام سنین، و از تمام فرهنگها (لر و کرد و فارس و ترک) با سابقه بیش از ۱ سال اعتیاد همسر استفاده نمود.

یافته های این مطالعه از مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته با شرکت کنندگان در پژوهش بدست آمده است. زنانی که سابقه زندگی با همسر معتاد را داشته و تا حداقل یک سال زندگی با همسر معتاد را تجربه کرده بودند. مصاحبه ها از بهمن ۹۳ تا فروردین ۹۴ انجام شد. مکان مصاحبه با نظر شرکت کنندگان و بنا به راحتی آنها انتخاب می شد بر این اساس با ۱۱ نفر مصاحبه شدند.

در این فصل یافته های مطالعه در دو بخش ارائه می شود. بخش اول به ویژگیهای دموگرافیک مشارکت کنندگان مربوط می شود و در بخش دوم تحلیل داده ها بر اساس روش کلایزی ارائه خواهد شد.

بدین صورت که در این مطالعه پس از رجوع به کلینک های ترک اعتیاد خصوصی و دولتی شهر تهران در مناطق ۲ و ۹ و ۱۸ تهران و منازل با همسران مردان معتاد که علاقمند و رضایت به مصاحبه داشتند، اقدام به مصاحبه می شد.

روش نمونه گیری

با روش نمونه گیری، مبتنی بر هدف، مشارکت کنندگان صاحب اطلاع پژوهش در این مطالعه انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

مصاحبه های عمیق و نیمه سازمان یافته، ابزار جمع آوری اطلاعات بود (۱۳). متوسط زمان مصاحبه ها ۴۰-۶۰ دقیقه (۱۴) بود. تمام مصاحبه ها به طور کامل ضبط و به کلیه شرکت کنندگان براساس ترتیب زمانی انجام مصاحبه ها کد داده شد سپس مصاحبه ها و نیز یادداشتهای پژوهشگر بروی کاغذ پیاده شد.

یافته ها

پژوهشگر در ابتدا به مطالعه کتب و مقالات علمی معتبر و گرد آوری لازم مرتبط با موضوع تحقیق پرداخت و براساس اطلاعات بدست آمده، سوالات پژوهش تهیه و تنظیم نمود البته در مطالعات کیفی حین مصاحبه، سوالات بعدی طراحی می شوند سوالات خود را با توجه به پاسخهای آنان در رابطه با تجارب آنان از بیماری و نحوه زندگی آنان با اعتیاد همسر پرسیده شد.

بعد از کسب مجوز از دانشکده و مراجعه به ۱۱ زن با سابقه بیش از یکسال اعتیاد همسر می شوند به مصاحبه با این سوالات کلی و باز، از قرار زنان با همسر معتاد چه ادراکی از زندگی خود دارند؟ تجارب زندگی آنان به چه صورت است؟ عوامل موثر بر این تجربه کدامند؟ چگونه با موقعیت خود به واسطه این نوع زندگی کنار می آیند؟ پرداخته شد. البته با نمونه ها در محیط کلینکهای ترک اعتیاد و بیمارستانهای دولتی و خصوصی با کلینک ویژه اعتیاد و یا در منزل آنها در محیطی آرام قرار ملاقات گذاشته و مصاحبه انجام شد و گاهی با تلفن هم مصاحبه ها پیگیری شد.

تجزیه و تحلیل

روش تجزیه و تحلیل داده ها در این مطالعه روش تجزیه و تحلیل ۷ مرحله ای کلایزی بود که شامل مراحل زیر است: خواندن همه توصیفات شرکت کنندگان به منظور هم احساس شدن با آنها، استخراج عبارت مهم، تنظیم مفاهیم فرموله شده، قرار دادن مفاهیم تنظیم شده بود دستجات موضوعی، ارائه یک توصیف جامع از پدیده تحت مطالعه، بازگرداندن نتایج به شرکت کنندگان و پرسیدن سؤال از آنان در مورد یافته های استخراج شده (۱۴). ملاحظات اخلاقی

طبق مراحل تجزیه و تحلیل کلایزی، در مرحله اول مصاحبه های پیاده شده بر روی کاغذ چندین بار خوانده شد برای اینکه بینش کافی نسبت به مصاحبه ایجاد شود. در مرحله دوم و عبارات مهم و مرتبط با مطالعه از درون هر مصاحبه تعیین شد برای نمونه، بخشی از صحبتها و توضیحات شرکت کنندگان آورده شده و استخراج عبارت مهم آن نشان داده شده است.

مفاهیم بدست آمده از عبارات مهم در دسته های موضوعی متناسب قرار داده شده است به عنوان مثال کدهای مشابه همگی به نوعی بر همگروه کردن این مفاهیم دسته موضوعی بزرگتری را شکل دادند. در این مرحله برای اعتبار بخشیدن به این دسته های موضوعی به توضیحات اصلی و مفاهیم بدست آمده از آنها رجوع شد. سپس دسته های موضوعی در هم ادغام شدند و دسته های بزرگتری را شکل دادند که به مضامین اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها، نزدیک هستند. دین طریق کلیه مفاهیم بدست آمده پس از گذراندن این مرحله، مضامین اصلی حاصل از مطالعه را تشکیل داده اند که مجموع این مضامین اصلی به عنوان اجزاء تشکیل دهنده ساختار تجربه این شرکت کنندگان می باشد.

درگیری طولانی مدت با چالش ها

از جمله مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، تجربه درگیری طولانی مدت با چالشها بوده است. این مضمون اصلی دارای زیر مفهوم های آسیب پذیری روانی، پیامد جنسی عاطفی و مشکلات اقتصادی بود.

آسیب پذیری روانی

زنان دارای همسر معتاد شرکت کننده در این پژوهش نوسانات روحی روانی گسترده ای را از زمان ابتلاء به بیماری وابستگی به مواد مخدر در همسرشان تاکنون احساس و تجربه کردند:

شرکت کننده شماره ۲:

"وقتی می بینم دوباره بساط تریاک رو، دلم میخواد بزارم برم و دیگه برنگردم".

شرکت کننده شماره ۱۰:

"یوقتها همیشه همش استرس دارم آخرش چی میشه و واقعا احساس دلهره تمام وجودمو میگیره، خودش، خودم و بچه ها چی میشن، میخوام خفه شم".

شرکت کننده شماره ۳:

"همش احساس ناامیدی، احساس میکنم به ته خط رسیدیم".

شرکت کننده دیگری نیز گفت:

"زندگی با یک مرد معتاد یعنی آخر دنیا، دیگه خسته شدم،

همچیمو پاش گذاشتم".

اکثر شرکت کنندگان در این پژوهش غم و ناامیدی و رکود را در زندگی خود حس کردند و اثرات روانی ناخوشایندی همچون افسردگی و نوسانات روحی را تجربه کردند:

"من من نمی دونم چی بگم دنیا برام هیچی نیست خسته ام از این زندگی //آخه هیچی کی مارو درک نمی کنه".

شرکت کننده شماره ۸:

"مثل یک آدم نا امید شدم ... فقط به فکر مرگم آخه تو این دنیا".

شرکت کننده شماره ۹:

"وقتی بمیرم از دست شوهرم راحت میشم، راه چاره ایی هم ندارم منم دیگه با این وضع برام سخته زندگی، دیگه از این زندگی خسته ام".

شرکت کننده شماره ۳:

برخی از شرکت کنندگان مطالعه حاضر بخصوص در اوائل شروع اعتیاد همسر یکی از بدترین تجربه های دوران زندگی خود را گزارش کردند:

"اوائل که اونو اینطوری تو حالت نشستی و خماری می دیدم از زندگی زده شدم واقعا افسرده شده بودم ...".

شرکت کننده شماره ۵:

"من اوائل مدتی افسردگی گرفتم و هیچ تمایلی به زنده بودن نداشتم، بعد عادت کردم".

پیامد جنسی-عاطفی

بسیاری شرکت کنندگان پژوهش حاضر، مشکلات متعدد در ارتباط با مسائل جنسی با همسرشان داشتند، عدم ارضاء زن باعث نارضائی او از رابطه جنسی می شود.. و از سوئی تصور غلط زن باعث می شود او عدم توانائی در ارضاء شریک جنسی دچار ناتوانی جنسی فرض کند شرکت کننده ایی گفت:

شرکت کننده شماره ۶:

"بین من و شوهرم هیچ رابطه ایی نیست، او نمی تو نه مثل قبل رابطه داشته باشه چون اصلا توان جنسی نداره".

شرکت کننده شماره ۱۰:

"من دیگه با شوهرم ارتباط عاطفی هم ندارم، چون ارتباط احساسی بین ما وجود نداره".

در بعد روابط عاطفی و جنسی داده ها نشان داد که روابط جنسی در اغلب مشارکت کنندگان با مشکلات زیادی همراه بوده است. اما، در مشارکت کنندگانی که زوجین هر دو در دوره بهبودی

مالی را نیز در کنار مسائل دیگر بیماری احساس نمایند. از هم گسیختگی و ناکارآمدی نقش شرکت کنندگان بیان نمودند که چگونه هنگام پیشرفت بیماری اعتیاد در مرد خانواده، اختلال در به عهده گرفتن نقشها و مسئولیتهای خانوادگی در زندگی آنان پیش آمده بود:

"اعتیاد و دردهای بیماری همسر باعث شده بود که دیگه تنونه سرکار بره و من مجبور بودم از پس کارها بر بیام، همسر تو خونه هم که هیچ فقط بی حال و میافتاد به گوشه می خوابید..."

شرکت کننده شماره ۹.

"با پیشرفت اعتیاد همسر دیگه هیچی برام مهم نبود و نسبت به همه چی بی اعتنا بودم، منم احساس می کنم آخر دنیاست و دیگه خلاصه هیچی..."

شرکت کننده شماره ۴.

شرکت کنندگان بعثت ناتوانی همسر از به عهده گرفتن مسئولیتهای و نقشهای زندگی نرمالشان آنان را با چالشها و رنجهای زیادی مواجه نموده بود. شرکت کنندگان در این پژوهش بیان کردند که مسائل در پی اعتیاد مرد خانواده بر روی کیفیت زندگی خانواده بخصوص زنان تاثیر گذاشته و در این مرحله باعث بی ثباتی روابط خانوادگی و اجتماعی شده بود.

شرکت کنندگان مطالعه حاضر همچنین درجاتی از آشفتنی خانواده را تجربه کردند:

شرکت کننده شماره ۴.

"به خاطر شرایطی که شوهرم داشت و همیشه مریض و بی حال بود و تمام مسئولیت گردن من افتاده بود، بچه ام کوچک بود و احتیاج به مراقبت داشت و خلاصه خیلی عذاب کشیدم"

شرکت کننده شماره ۸.

"خانواده من در اوتال به خاطر وضعیتی که داشتیم از هم گسیخته شده بود حتی بیماری شوهر من درس خواندن بچه هایم هم تاثیر گذاشته بود خلاصه همه چیز به هم ریخته بود"

آسیب رساننده های ایزوله کننده یکی از مضامین اصلی استخراج شده در این مطالعه آسیب رساننده های ایزوله کننده بود که شامل زیر مفهوم های چتر دو طرفه استیگما-انکار و حصار تنهایی بود.

چتر دو طرفه استیگما و انکار انگ اجتماعی از جمله مفهوم های مهم استخراجی از مصاحبه های این پژوهش و از پیامدهای بسیار مهم و قابل توجه در استیگمای اجتماعی اعتیاد بود. شرکت کنندگان در این پژوهش احساس می کردند که دیدگاه منفی جامعه به اعتیاد و بویژه برای همسران اشخاص مصرف کننده موجب بروز انکار از اجتماع هم

بودند، با سرعت و کیفیت بهتری بوده است. در مشارکت کنندگان متاهل که همسر آنها سابقه سوء مصرف مواد نداشتند، دلیل عمده این تاخیر مربوط به سرد مزاجی جبرانی است. به نظر اغلب مشارکت کنندگان، سالها زندگی در شرایط طلاق عاطفی در بروز این پدیده موثر است. ناتوانی جسمی بیمار در برقراری ارتباطات جنسی مانند انزال زودرس، سوء رفتارهای جسمی و جنسی و کاهش عواطف و احساسات لازم برای برقراری ارتباطات جنسی موجب سرخوردگی همسر برای ورود به یک ارتباط جنسی رضایت بخش است. خانمی که همسرش هم اعتیاد داشت بیان کرد:

"همسرم زودانزالی داره و اصلا اجازه رابطه خوب رو به ما نمیده". مشارکت کننده ۶

"این مشارکت کننده به این نکته اشاره کرد که اعتیاد موجب بی تفاوتی شخص معتاد نسبت به نیازهای عاطفی و روانی همسرش شده است. نادیده گرفتن احساسات در اوج نیاز موجب سرخوردگی وی شده است. این مشارکت کننده به زندگی بی احساس از ارضای رابطه جنسی سالم را تجربه نمود. شک و دودلی درباره داشتن رابطه جنسی با شوهر توسط زن و تردید درباره شک انتقال بیماری از شوهر به خود، باعث عدم جذابیت کافی را برای فراهم ساختن یک ارتباط جنسی سالم را ایجاد می کند.

چالش در نقشها و اقتصاد خانواده از جمله مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، تجربه چالش در نقشها و بخصوص نقش اقتصادی خانواده بوده است. این مضمون اصلی دارای زیر مضامین مشکلات اقتصادی و از هم گسیختگی نقشها بود. مسائل مالی یکی دیگر از دغدغه های بزرگ تجربه شده توسط شرکت کنندگان در مطالعه زیر بود. هزینه های زندگی، رفت و آمد و عدم توانایی در ادامه درآمدزایی شوهر مسائل بغرنج زیادی در زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر بوجود آورده بود:

"وقتی شوهرم معتاد شد چند وقت بعد شغلمم را از دست دادم، چون نمیتونستم دیگه برم بیرون، حالا منم با یه سرعائله، واقعا نمی دونم چکار کنم، تو هزینه های زندگیمونم موندیم".

شرکت کننده شماره ۱۰.

"وضعیت خوبی ندارم، اعتیاد کمرمون رو شکسته، تو هزینه های معمولی زندگیمون هم موندیم، حمایت مالی که نمی شیم، مجبوریم با این اوضاع بسازیم".

شرکت کننده شماره ۱.

مسائل اقتصادی باعث شده بود که زنان شرکت کننده در این پژوهش امنیت خاطر نداشته باشند و رنج عدم برخورداری از منابع

شده بود.

همتا یان، کمبود حمایت خانواده و کمبود حمایت اجتماعی بود.

کمبود حمایت خانواده

یکی دیگر از زیر مضامین استحصال شده از مصاحبه های شرکت کنندگان مطالعه حاضر کمبود حمایت خانواده بود. شرکت کنندگان مطالعه حاضر، حمایت خانواده را به عنوان یکی از مهمترین منابع مورد نیاز بر آرامش و سازگاری تجربه کردند:

"به خاطر شرایطی که شوهرم داشتم و همیشه یا نشه بود و یا خمار، قادر به انجام وظایف خانوادگی نبود خلاصه خیلی عذاب کشید و نیاز به حمایت بقیه اعضای خانواده داشتم و در حالیکه اوضاع اینطوری آشفته بود" شرکت کننده شماره ۸:

شرکت کننده دیگری که تنهایی را تجربه کرده بود:

"من خیلی احساس تنهایی می کردم شوهرم که اصلا منو درک نمی کرد و بچه ها هم بی کار خودشون بودند، کلا بهم ریخته بودم، کی از دست اعتیاد راحت می شدم، اوضاع خیلی بد بود و من بی یآوری و تنهایی داشتم و هیچ کس به فکرم نبود." شرکت کننده شماره ۹:

کمبود حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از زیر مفهوم های قوی و جزء مهم برای زنان بود. اعتیاد همسر و دوران پس از آن، استرس فوق العاده ای را بر زنان و اعضا خانواده او وارد کرده بود و نیاز به منابع حمایتی چون گروه های حمایتی و مشاوره ایی در سطح جامعه توسط شرکت کنندگان در این پژوهش تجربه شده بود:

"ما در سطح جامعه هم تنهایییم، وقتی مشکل پیدا می کنیم کسی نیست که به مشکلات ما رسیدگی کنه، ببینید مشکلات ما یکی دو تا نیست مثلا اکثر ما مشکلات روحی پیدا کردیم نیاز به مشاوره داریم، بازم اینکه بیشتر ما مشکلات مالی پیدا کردیم، از دست دادن کارایی و شغل مرد زندگیمون از طرف دیگه، تازه کلی هم مشکلات خانوادگی هم تو این بین برامون بوجود اومده که به یه منبع همیشگی مشاوره و حمایت نیازه که نیست". شرکت کننده شماره ۲

شرکت کننده دیگری هم بیان کرد:

"هیچ مرکز قوی و مشاوره ایی که متشکل از تیم های قوی و متخصص و آشنابه بیماری اعتیاد و خانواده یک معتاد که ما در موقع نیاز بتونیم مراجعه و به ما مشاوره بدنند، نداریم و الان خیلی هامون دچار مشکلات مالی و خانوادگی زیادی هستیم که جای خاصی در دسترس نداریم که وقتی نیاز داریم بهون سرریس بد". شرکت کننده شماره ۶:

سپرهای محافظ آسیب پذیری

"وقتی که برای درمان شوهرم به بیمارستان می رفتم و او را برای سم زدایی بستری می کردم سعی می کردم کسی نفهمه، خودم روز دید دیگران پنهان می کردم که کسی از اطرافیان و همسایگان نفهمن، چون اونا وقتی می فهمیدن فقط مارو تحقیر می کردن و فقط برای فضولی سوال پیچم می کردند، من اصلا نمیخواستم غرورمون بوسیله دیگران جریحه دار به شوهرم انگ بچسبونند... (کد ۱۴)".

شرکت کنندگان ترس از کنجکاوی و انگ گذاشتن افراد جامعه و اطافیان بر آنها بسیاری از مسائل زندگی و حتی خودشان را از دید مردم مخفی می کردند:

"خیلی بدم اومد یک دفعه تو خیابون راه می رفتم که شوهرمو ببرم دکتر حالش بد بود چند نفر ما رو دیدن و خطاب به شوهرم گفتن عملی شده، دل آدم براش می سوزه".

شرکت کننده دیگر گفت:

"هر جا دزدی میشد همه به ما بد نگاه می کردن تو همسایه تو فامیل، درسته شوهرم معتاد بود ولی می دونستم اون دزدی نکرده، و همینطوری مورد سوال و جواب قرار می گرفتم، شوهرم که حالش بد بود و نمی فهمید ولی من باید نگاههای بد دیگران و تمام این برجسبهای مردمو تحمل می کردم"

حصار تنهایی

زنان شرکت کننده در این مطالعه محدودیتهای زیادی را در مسافرت کردن و سایر تفریحات و لذتهای زندگی تجربه کردند: شرکت کننده شماره ۴:

"مسافرت که نمی تونیم بریم حال شوهرم بد می شه از طرفی هم دیگران مارو خونوادگی قبول نمی کنند/ما تو حصاریم که اعتیاد برامون بوجود آورده، گرفتار شدیم بند به پامون بستند". شرکت کننده شماره ۷:

"از وقتی فهمیدم شوهرم معتاد شده یه شب خواب راحت نداشتم، و همش استرس اینو دارم دوستاشو نکنه بیاره توو خونه یا فرش به آتیش نکشه، در خونه رو باز نزاره و یا از خونه چیزی نبره بیرون".

شرکت کننده شماره ۵:

"ما تو همچی محدودیت داریم، زندگی کلا به ما فشار میاره و مارو داره تو تنگناهای خودش غرق می کنه".

نیاز به قرار گیری در چتر حمایتی

از جمله مفاهیم اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، نیاز به قرار گیری در چتر حمایت بود. این مفهوم اصلی دارای زیر مفهوم های نیاز به حمایت

شرکت کننده شماره ۴:

"وقتی همه با هم دور هم جمع هستیم که درد مشترک داریم (همسر معتاد) و با هم صحبت می کنیم واقعا احساس می کنم دردهام کم می شه و واقعا هیچ کس مثل همدردای آدم نمیتونه به آدم کمک کنه" شرکت کننده شماره ۷:

"بیماران نیاز به مشاوره و استفاده از گروه همتایان را در بهبودی خود موثر می دانستند."

تلاش در جهت بازسازی خانواده

مشارکت کنندگان این مطالعه برای کاهش و مقاومت در برابر آسیب پذیری ناشی از اعتیاد همسرشان با پذیرش مجدد بیمار، اعتماد به توانایی های بیمار در بازسازی مجدد خانواده و زندگی خود کمک کردند.

یکی از شرکت کنندگان در این مطالعه بیان کرد:

"بیشترین پیامد اعتیاد دامن گیر افراد خانواده است بنابراین خیلی دوست داشتم به همسرم کمک کنم که خانواده مون بهم نریزه، از شب بیدار موندن در کنارش برای سم زدایی و کار کردن و روحیه دادن بهش و نهایت تلاشم برای حفظ تمام زندگیمون". شرکت کننده دیگر می گفت:

"چیزها رو دوباره ساختیم از این بابت خیلی خوشحالم، حالا زندگیمون مث قبل احیا شده، خیلی طوفان سختیه اعتیاد ولی من نداشتم زندگیمون رو با خودش بره، حالا اون خوب شده و خدا رو شکر کار میکنه، منم با تمام وجود حمایتش میکنم و از زندگیمون راضی و بهم افتخار می کنیم".

بحث

همچنانکه در یافته ها اشاره شد از مجموع یافته های این پژوهش، درگیری طولانی مدت با چالش ها، نیاز به قرار گیری در چتر حمایتی، آسیب رساننده های ایزوله کننده و سپرهای مقابله با آسیب پذیری استخراج شده است که به شرح زیر می باشند:

درگیری طولانی مدت با چالش ها

از جمله مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، تجربه درگیری طولانی مدت با چالشها بوده است. این مفهوم اصلی دارای زیر مضامین آسیب پذیری روانی، پیامد جنسی عاطفی، و مشکلات اقتصادی بود.

درگیری طولانی مدت با چالش های مربوط به زمان مصرف و ترک مواد دوران خسته کننده ای را برای خانواده رقم می زند. خستگی ناشی از توهین و تحقیر افراد جامعه باعث از دست دادن فرصت ها و ایزوله اجتماعی می شود. در خود فراموشی خانواده بر

از جمله مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، سپرهای محافظ در مقابل آسیب پذیری بوده است. این مضمون اصلی دارای زیر مضامین معنویت، یاری همتایان و تلاش در جهت بازسازی خانواده می باشد.

معنویت

یکی از زیر مفهومیهای استخراج شده از تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، معنویت بود. نزدیکی به خدا و توسل به ائمه اطهار باعث آرامش و قدرت مقابله با چالشهای زندگی با همسر معتاد شده بود:

شرکت کننده شماره ۵:

"من واقعا در اوائل اعتیاد همسرم مستاصل شده بودم و حتی فکر خودکشی داشتم ولی الان خدا رو شکر همه چی خوبه و من شکر گزارم".

شرکت کننده شماره ۶:

"خدا بهم کمک کرده الان بیشتر به شوهرم جهت بهبودی کمک میکنم و خیلی راحت دیگه همه سختیها رو تحمل می کنم". شرکت کنندگان در این پژوهش نیروی مافوق بشری را در رسیدن به سازگاری و رضایت خود می دانستند و از این بابت شکر گذار بودند.

یاری همتایان هم تجربه

علیرغم کمبودهایی که شرکت کنندگان در زندگی خود احساس کرده بودند تعامل مطلوب با همتایان زنی که شوهران معتاد بهبود یافته بودند را عامل بازبانی دوباره امید و حس تعادل در خود می دانستند:

شرکت کننده شماره ۳:

"اینجا واقعا به ما کمک می کنند حتی وقتی فکر می کنیم خانوادمون ما رو درک نمی کنند اونا مارو درک می کنند به ما مرضیای دیگه که با بیماریشون کنار اومدند و الان حال خوبی دارند به ما نشون می دهند خیلی موثره در کمک کردن به ترک ما".

شرکت کننده شماره ۵:

"اگه اینا نبودن، امکان برگشت ما به زندگی نرمال فایده نداشت دلمون که از زندگی می گیره، از ماشین که خسته می شیم اونا همچنان به ما روحیه می دن و ما رو به ادامه راه تشویق می کنند". این بیماران زمانی که با سایر زنان دارای شوهران معتاد، ملاقات می کردند و با آنها صحبت می کردند، نگرانی کمتری را گزارش می کردند:

"من وقتی بعضی دوستامو میبینم که همسر معتاد داشتند و الان چه وضعیت خوبی دارند چقدر راضیند و زندگی عادی مثل آدمهای سالم دارند خیلی آرومتر می شدم و به ادامه زندگی امیدوارتر".

روی عضو معتاد و تلاش برای نجات وی تمرکز دارد. خود فراموشی به صورت فراموش کردن زندگی شخصی و آسایش و آرامش خود نمود یافته است. آنها همه زندگی خود را به مراقبت و حمایت از فرد معتاد صرف می کنند، حمایت هایی که به علت هیچگونه تاثیر مثبتی بر زندگی فرد معتاد و اعضای خانواده ندارد. در این تکاپو، آنان وقتی نتیجه تلاش های شبانه روزی خود را بی ثمر می بینند خشمگین شده و دچار یاس و ناامیدی می شوند. عدم تفکیک واقعیت و خیال، موجب بروز رفتارهای غیر منطقی خانواده در مدیریت بیماری می شود (۱۵ و ۱۶).

اغلب مشارکت کنندگان معتقد بودند که در فرایند بلای اعتیاد سوزاننده خشک و تر قرار گرفته اند زانی که شوهر معتاد دارند از انبوهی از احساسات و حالت های آزار دهنده همچون خشم، گناه و سرخورده گی رنج می برند و در نتیجه زندگی آنها تحت تاثیر این احساسات، با مشکلات زیادی همراه است. به دوش کشیدن سرباری فرد معتاد بویژه توسط همسران موجب تجربه زندگی در دنیایی از اضطراب، نگرانی و سردرگمی است. آنها برای فرار از موقعیتی که در آن با احساسات دوگانه "تفر و عشق" مواجه اند دست به انتخاب می زنند. احساس توأم تنفر از موقعیت و تنفر از بیمار به دلیل احساس تباه شدن و مورد سوء استفاده قرار گرفتن و احساس عشق به دلیل وابستگی های سببی شکل می گیرد. زنان بعنوان شریک زندگی و مسئول خانواده بجای شوهری که ناتوان از به عهده گرفتن نقشها و روابط خانوادگی و ثبات خانواده است. برای اینکه بتوانند این طرز زندگی را تحمل کنند مجبور می شوند تا هر کدام راه و روش جداگانه و متفاوتی را در پیش بگیرند که در نهایت آنها را از داشتن زندگی نرمال محروم می کند (۱۷).

مفهوم آسیب پذیری روانی به عنوان پیامد اعتیاد برای خانواده اشاره کرد. فشار ناشی از زندگی در دنیایی از تهدید جانی و مالی با واکنش خود گذشتگی و فراموش کردن نیازهای اولیه خود همراه است.

اعتیاد یک بیماری خانوادگی است و پس از سال ها تحمل اضطراب ناشی از زندگی در کنار فرد معتاد، ممکن است اعضای خانواده بخصوص همسر فرد معتاد را از لحاظ روحی و روانی در وضعیتی به مراتب بدتر از خود فرد معتاد قرار داشته باشند. واقعیت تلخ این است که فرد معتاد با فرو رفتن در خلسه و نشنگی ناشی از مصرف مواد مخدر اصولاً نمی داند که اعتیاد وی چه مشکلات و بلاهایی بر سر خود و یا اطرافیان می آورد. اعضای خانواده معتاد چاره ای جز تحمل کردن مشکلاتی که فرد معتاد برای آنها ایجاد کرده، ندارند و چون هیچ تکیه گاهی که موجب آسایش و آرامش خاطر شود

در دسترس ندارند، در نتیجه اثرات ویرانگر و هولناک اعتیاد عضو خانواده را بیشتر احساس می کنند. حتی اگر فرد معتاد مصرف مواد را قطع کند و در حال بهبودی باشد باز هم اعضای خانواده تحت تاثیر آسیبهای روانی و عاطفی به جای مانده از دوران مصرف فرد معتاد باقی خواهند ماند. تا زمانی که اعضای خانواده نپذیرند که زندگی خود آنها نیز تحت تاثیر بیماری اعتیاد قرار گرفته است و برای بهبودی به راهکاری نیاز دارند، بدون شک به همان زندگی عذاب آور و ناسالمی که طی سال های طولانی با مجاورت در کنار یک فرد معتاد به آن عادت کرده اند ادامه خواهند داد (۱۸ و ۱۹). وابستگی متقابل عارضه ای است که در اثر زندگی در کنار فرد معتادی که علاقه ای عاطفی یا شغلی بین او و دیگران می باشد بوجود می آید. بروز این ناخوشی بدین شکل است که اعضای وابسته به فرد معتاد هم بطور متقابل در معرض بیماری اعتیاد قرار گرفته ولی درماندگی و قربانی بودن خود را به مصرف مواد فرد معتاد ارتباط می دهند. آنها می گویند تنها در صورتی از احساسات ناخوشایند و عذاب آور رهایی پیدا می کنند که فرد معتاد مصرفش را قطع نماید (۲۰).

یکی از مفاهیم اصلی استخراج شده در این مطالعه آسیب رساننده های ایزوله کننده بود که شامل زیر مفهوم های چتر دو طرفه استیگما-انکار، حصار تنهایی بود.

چتر دو طرفه استیگما - انکاریکی از زیر مفهوم های استخراج شده از مصاحبه با شرکت کننده گان مطالعه حاضر بود. شاید برای اعضای خانواده پذیرفتن این واقعیت که آنها نیز تحت تاثیر بیماری اعتیاد قرار گرفته و به بهبودی نیاز دارند دشوار باشد. آنها بر این باورند که این فقط فرد سوء مصرف کننده مواد بوده است که معتاد است و آنها خود افراد سالمی هستند که تلاش کرده اند تا به عضو بیمار خانواده کمک کنند و هیچ مشکلی ندارند. انکار در اعتیاد دامن گیر افراد خانواده نیز می شود. انکار اعتیاد عضو خانواده و انکار مشکلاتی که در آن درگیرند (۲۱، ۲۲). اعضای خانواده به هیچ وجه حاضر نیستند قبول کنند که خودشان هم قربانی بیماری اعتیاد شده اند. شاید اعتراف به گرفتار شدن آنها در دام اعتیاد عضو معتاد برای آنها بسیار سخت یا هولناک باشد و در عین حال اعضای خانواده نیز از تاثیرات بیماری وی در عذاب هستند. شاید هم "ترس از آبرو" باعث شود که مبتلا شدن به بیماری اعتیاد را انکار کنند چون تصور می کنند اعتراف به وجود اعتیاد در خانواده باعث خواهد شد تا آبروی آنها بر باد رود. هیچ کس نمی تواند در خانه ای زندگی کند که فرد معتاد در آنجا هر روز آشوب و غوغای تازه ای ایجاد کرده و ادعا کند که از لحاظ روحی و روانی آسیبی به او وارد نشده و از اضطراب و آشفتگی افکار رنج نمی برد (۲۳). در بیشتر اوقات اعضای خانواده برای اینکه بتوانند

(۲۹). و این نشان دهنده بار سنگین انگ اجتماعی اعتیاد در جامعه است این است که انگ اعتیاد موجب شده تا همسر در اجبار برای ترک موقعیتهای اجتماعی خانواده قرار گیرد و خود را از جامعه و لذت روابط اجتماعی محروم نماید.

از جمله مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، سپرهای محافظ در مقابل آسیب پذیری بوده است. این مضمون اصلی دارای زیر مضامین معنویت، یاری همتایان هم تجربه و تلاش در جهت بازسازی خانواده می باشد

از بین راهکارهای اتخاذ شده توسط مشارکت کنندگان معنویت گرایی بیش از همه موثر بوده است. معنویت گرایی از راهکارهای مهم در مبارزه با چالش های فردی، خانوادگی و اجتماعی در مسیر بهبودی بوده است. اغلب مشارکت کنندگان بیان نمودند، زمانی که خود را در تنگنایی از فشارهای روانی ناشی از عوارض مربوط به ترک می دیدند، پناه آوردن به خدا و دعا را تنها راه نجات خود دیده اند. معنویت گرایی به افزایش اعتماد به نفس و درک توانایی های بیمار کمک می کند (۳۰). احساس حضور خداوند در تمامی امور زندگی موجب شده است تا مشارکت کنندگان این مطالعه در دوره بهبودی از فریبکاری، مخفی کاری، بزه کاری و گناه پرهیز نمایند. آنها از دلایل اصلی تلاش خود برای جبران خسارت های وارده به خانواده و اجتماع را امید به خدا مطرح نمودند. به عقیده اکثریت آنها ناامیدی از عدم توانایی در بازسازی خرابی های متعدد و گاهی غیر قابل جبران، آنها را مستعد بازگشت به موقعیت قبل از ترک می کند و در چنین شرایطی دعا و نیایش مناسبترین جایگزین افکار وسوسه مصرف مواد است. توسل به نیروی برتر اغلب در زمانی اوج می گیرد که فرد مدیریت شرایط را در حوزه فکری و عملی خود نمی بیند. بازسازی زندگی در توان بیمار به تنهایی نیست و نیاز به انگیزه معنوی قوی است تا هدایت گر و امید بخش وی در مسیر بهبودی باشد (۵۴). البته بعضی از محققان بر این عقیده اند که اعتقاد به یک نیروی برتر در برنامه های انجمن معتادان گمنام باعث می شود که افراد کنترل زندگی خود را از دست بدهند و با این اعتقاد هیچ اقدامی عملی جهت بهبودی انجام ندهند. آنها معتقدند که افراد بامنبع کنترل بیرونی بهتر میتوانند از این جلسات سود ببرند، درحالی که انجمن به مسئولیت پذیری شخصی و به فعالیت هدفمندانه تک تک اعضا برای رسیدن به بهبودی، همچنین به شرکت فعال اعضا در جلسات انجمن، رعایت برنامه ها و اصول ۱۲ قدمی ارج می نهد (۳۱). تلاش در جهت بازسازی خانواده از جمله مفاهیم استخراج شده از مطالعه حاضر بود. یافته ها نشان داد که پذیرش مجدد بیمار، اعتماد به توانایی های بیمار و کمک به وی در بازسازی زندگی در

رفتار جنون آمیز و آزار دهنده فرد معتاد را تحمل کنند و از فروپاشی کانون خانواده و به خطر افتادن جان خودشان جلوگیری کنند مجبور می شوند تا خودشان رفتارهای ناسالم و غیرمنطقی در پیش بگیرند (مانند محدود کردن ارتباطات اجتماعی و انکار بیماری اعتیاد). شاید فرهنگ جامعه ایران و عدم درک بیماری اعتیاد توسط افراد جامعه موجب شکل گیری این دیدگاه منفی نسبت به خانواده و شخص معتاد با سابقه سوء مصرف مواد شده است (۲۴). تلاش زنان برای حفظ اعتماد بنفس و کرامت خانوادگی همه اعضاء خانواده شان موجب بروز رفتارهایی چون پنهان کاری و کاهش کیفیت زندگی همسر معتاد و سایر اعضاء خانواده اش خواهد شد. استیگمای اعتیاد در خانواده هم پر رنگ است. رها کردن بیمار در حال بهبودی در راهی که پر از حوادث تهدید زاست نتیجه همین استیگمای اجتماعی اعتیاد در افراد خانواده است. (۲۵، ۲۶، ۲۷). تنها گذاشتن بیمار و عدم حمایت از وی توانایی مقابله با چالش های بین راه را کم و بیمار را مستعد شکست در ترک می کند. بازسازی زندگی زناشویی و ارتباطات مختل شده نیاز به زمان و اعتماد دو جانبه دارد. تعجیل در دستیابی به اهداف زندگی که اغلب رسیدن به آنها در دوران مصرف رویایی بیش نبوده موجب یاس، سرخوردگی و ناامیدی بیمار خواهد شد. عدم پیگیری درمان به دلیل ترس از برچسب خوردن بویژه در خانواده هایی با سطح تحصیلات بالا نمود استیگمای اجتماعی اعتیاد است. دیدگاه منفی جامعه به فرد اعتیاد و خانواده او وجود دارد. شاید فرهنگ جامعه ایران و عدم درک بیماری اعتیاد توسط افراد جامعه موجب شکل گیری استیگمای خانوادگی در مصرف کنندگان مواد مخدر شده است. "طرد" بیمار پیامد همین دیدگاه است. در داده های بدست آمده از این مصاحبه دریافتم که استیگمای اجتماعی اعتیاد در نحوه و کیفیت مراقبت هایی که توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی به بیمار ارائه شده است نیز تاثیر گذار بوده است (۲۸).

حصار تنهایی مضمون مشترکی بود که در اغلب مصاحبه ها متظاهر شد. در تنگنا بودن برای برقراری ارتباطات اجتماعی بیانگر محدودیت ناشی از تنهایی است. به اعتقاد اغلب مشارکت کنندگان این مساله به دلیل دیدگاه منفی اجتماع به اعتیاد صورت می گیرد. مواجهه با رفتارها و گفتارهای ناخوشایند و گاه غیر اخلاقی اجتماع مانند زدن برچسب "عملی"، بی اعتمادی مردم به دلیل استیگمای اجتماعی اعتیاد منجر به ایجاد این درونمایه شده بود. نکته قابل توجه در داده ها این بود که انگ اعتیاد هویت شخصی و اجتماعی همسر مصرف کننده را نیز لطمه دار کرده است. اغلب مشارکت کنندگان به این مسئله اشاره کردند که ارمغان انگ اعتیاد همسر برای آنان کاهش اعتماد به نفس، احساس بی کفایتی و ایزوله اجتماعی است

نتایج درمان را تهدید می کند. به نظر اغلب مشارکت کنندگان، اگر چه، شروع درمان با ترک جسمی و فاصله گرفتن بیمار از شرایط قبلی می تواند زمینه را برای تغییرات عمده در سبک زندگی فراهم سازد اما، فاصله گرفتن از عادات نادرست، رعایت حریم و حقوق افراد و کنار گذاشتن خودخواهی و خودمختاری، بی بندوباری، بی نظمی و قانون شکنی یک شبه بدست نمی آید. بیماری اعتیاد مزمن بوده و درمان آن فاصله ای به طول یک عمر را می طلبد. لذا صبر و حوصله بسیار، محبت و همدلی و حمایت روانی، عاطفی و مادی بسیاری باید پشتوانه بیمار در مسیر بهبودی باشد (۳۶) با شروع تغییر در بیمار لازم است تا تغییراتی نیز در رفتار، گفتار و ساختار خانواده به منظور درمان بیمار صورت گیرد. محققان بر این باورند که هدایت بیمار در مسیر بهبودی بیشتر از اجتماع، وابسته به خانواده است. تشویق و حمایت های همه جانبه، محبت و دلسوزی، اعتماد، تحمل رفتارها و گفتارهای بیمار، داشتن امید به ترک، امیددادن به فرد معتاد، بخشش رفتارهای نادرست و دادن فرصت برای تغییر به بیمار می تواند آینده بهبودی را تضمین نماید (۳۷).

به عقیده مشارکت کنندگان مطالعه حاضر در بازسازی زندگی در ابعاد جسمی، روانی-عاطفی و اجتماعی به دریافت کمک از افراد حرفه ای نیاز دارند. آنها بیان نمودند که، زمانی که قدم های اولیه برای ترک مواد برداشته می شود تمایل به ماندن در مسیر بهبودی بوجود می آید، لذا مشارکت کنندگان نیاز به دریافت کمک حرفه ای را بخصوص پس از شکست های متعدد در ترک احساس کرده اند. اما به دلیل هزینه بالا و عدم دسترسی به مراکز مشاوره ای کم هزینه و یا دولتی آنها نتوانسته اند از این خدمات بهره جویند. این در حالی است که تحقیقات نشان می دهد مشاوره به افزایش اعتماد به نفس بیمار در بیان مشکلات و شناسایی نیازهایی که در طی فرایند درمان درگیر آن است کمک می کند (۳۵).

نیاز به حمایت اجتماعی از مفاهیم مهم استخراج شده در این مصاحبه ها بود. به نظر مشارکت کنندگان این مطالعه، عدم درک شرایط آنها توسط مشاوران احساس همدردی با بیمار را به دنبال ندارد و اغلب مشاوره ها جنبه شعاری پیدا کرده و با پیامد مثبت همراه نخواهد بود. صاحب نظران معتقدند ارائه راهکارهای عملی و ارتباط مناسب و توأم با احترام باعث احساس امنیت بیشتری در خانواده شخص معتاد می شود (۳۶).

پرستاران در کنار سایر اعضاء تیم درمانی یکی از افرادی هستند که در امر ارائه مشاوره به بیماران به سوء مصرف کنندگان مواد خدمت می کنند. اغلب مشارکت کنندگانی که سابقه مراجعه برای بیمارشان به مراکز درمانی و یا کلینیک های خصوصی متادون

ابعاد مختلف از جمله مواردی است که در پیشرفت بیمار در مسیر بهبودی کمک کننده است. تحقیقات نشان می دهند که بیشترین پیامد اعتیاد دامن گیر افراد خانواده است (۳۲) لذا بیشترین درگیری ذهنی بیمار شرم ناشی از آسیب های مختلفی است که به خانواده وارد ساخته و این مسئله که چگونه می تواند خرابه های ناشی از مصرف مواد را بازسازی کند. در چنین شرایطی باور بیمار، همدلی و حمایت اقتصادی، عاطفی و روانی با افزایش اعتماد به نفس و خود باوری بیمار همراه خواهد بود و همچنین امید به ادامه درمان را در وی ایجاد خواهد کرد (۱۵). از سوی دیگر پابندی به تعهدات و مسئولیتهای خانواده در قبال فرزندان و یا همسر به حمایت از بیمار منجر خواهد شد (۳۳). پذیرش بیماری اعتیاد موجب پذیرش این واقعیت خواهد بود که بیمار به مراقبت و همراهی مادام العمر نیازمند است. این مسئله واکنش های خانواده را به درمان بیمار به صورت درک مشکلات و رفتارهای بیمار و همچنین پیگیری روند درمان به دنبال خواهد داشت. محبت به بیمار با احساس داشتن پناه گاه امن موجب شکل گیری احساس امنیت و غرور شده و انگیزه قوی برای ادامه مسیر بهبودی است (۳۴). آنگرس وبتی ناردی (۲۰۰۸) می نویسد: یکی از عوامل شکست درمان اعتیاد ترس بیمار از آینده است. بیمار به دلیل نداشتن شغل، درآمد و درگیر شدن در مشکلات جسمی و روانی ناشی از مصرف مواد و ... نسبت به توانایی خود برای بازسازی زندگی مطمئن نیست. این درحالی است که حمایت خانواده با افزایش امید، رضایت مندی و شادابی بیمار برای ادامه مسیر بهبودی همراه خواهد بود (۳۵).

از جمله مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان شرکت کننده در این مطالعه، نیاز به قرار گیری در چتر حمایت بود. این مفهوم اصلی دارای زیر مفهوم های نیاز به حمایت همتایان، کمبود حمایت خانواده و کمبود حمایت اجتماعی بود. شرکت کنندگان برای حفظ بیمار در مسیر بهبودی به خدمات پیشگیری اجتماعی و درمانی نیز نیاز به حمایت اجتماعی معرفی شده است. این خدمات توسط سایر افراد جامعه و به عنوان تسهیل کنندگان فرایند بهبودی به حفظ بیمار در مسیر بهبودی کمک می نماید.

یکی از عوامل بسیار دخیل در فرایند بهبودی و حفظ بیمار در مسیر بهبودی خانواده است. افراد خانواده و حمایت های همه جانبه آنان به پیشرفت بیمار در مسیر بهبودی کمک قابل توجه ای می کنند. خانواده در ورود بیمار به مسیر بهبودی و ماندن در آن نقش پر رنگی را بر عهده دارد. چرا که فرد بیشترین ساعات زندگی خود را در کنار افراد خانواده می گذراند. گاهی انتظارت غیر واقع بینانه و عجولانه خانواده از فرد بیمار برای دستیابی به نتایج در حداقل زمان

نتیجه گیری

خانواده ها مخصوصا همسران مردان معتاد بعلت قرار گرفتن در آسیب پذیری شدید فردی، اجتماعی و باصطلاح قربانی خاموش، نیاز به درک و حمایت‌های همه جانبه دارند. این یافته ها، دید جدیدی به تیم درمانی برای درک واقعی تر خانواده های بیماران وابسته به مواد و مشکلات واقعیشان خواهد داد.

درمانی را داشتند از خدمات مددکاران اجتماعی بی بهره بودند. این در حالی است که صاحب نظران معتقدند مددکاران نقش مشاوره ایی و حمایتی قابل توجهی را در سیستم درمان اعتیاد برعهده دارند (۳۰). ارتباط بین مراکز درمانی و افراد خانواده و همچنین جلب حمایت های مردمی و معرفی مددجویان و یا خانواده های آنان به مراکز حمایتی موجود در جامعه مانند سازمان بهزیستی و کمیته امداد اغلب از طریق این افراد امکان پذیر می گردد.

References

- 1- Ghnjy, A., "Drug Culture", ranges, 1379.
- 2- Chyrylv, Stefano and others' drug addiction in the mirror of the family ", translation S. Pirmoradi, publishing Hammam Isfahan, 1378.
- 3- generosity, J: "the structural causes of addiction and strategic principles to fight in Iran", Proceedings of the First National Conference of social problems in Iran, 1381.
- 4- Salimi, Ali, the referee, Muhammad: "Sociology of Deviance", published by the Institute of Science, 1381.
- 5- SHAYGAN, F: "Study of youth suicide," the National Youth report, the National Youth Organization, 1381.
- 7- Erfaniyan Taghvaei MR *, H. Ismaili, Salehpour Hamid, qualitative and quantitative study of marital satisfaction addicts and their spouses, who referred to the clinic and addiction treatment, Mashhad University of Medical Sciences, 1386.
- 8- Oliaei life, Shahin: "factors of women in prostitution", Proceedings of the First National Conference of social problems in Iran, 1381.
- 9- The art. Yonsei c. (1390). Tehran investigate the causes of divorce in the family courts, family law articles,
- 10- devotee Saeedi, Geneva, Amir Ali Akbari, p. (1381). Methods in Medical and Health Sciences, Tehran, pages 188-186.
- 11- Streubert, H. Carpenter, D.) 2011(. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: LWW.
- 12- Burms N, Grove K.C, understanding research , third edition ,philidelphia, W.B saunders, 2011
- 13- Beck C.T Phenomenology, its use in nursing research, Int. J. Nurs. Stud ,1994, 31(6): 449-510.
- 14- Corbin, J. Strauss, A. (2008). Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. California: Sage Publication.
- 15- Cavalcanti L. Prevention of drug abuse through education and information: an interdisciplinary responsibility within the context of human development: UNESCO, Prevention of Drug Abuse Unit, Division for the Renovation of Educational Curricula and Structures; 1994.
- 16- Bernard J. Female World. New York, NY: Free Press; 1982.
- 17- Javadi Amoli A. The woman in the mirror of beauty and splendor. Qom, Iran: Asra Publication; 2010. p. 318.
- 18- Mortelmans D, Snoeckx L, Dronkers J. Cross-Regional Divorce Risks in Belgium: Culture or Legislative System Journal of Divorce & Remarriage 2009; 50(8): 541-63.
- 19- Bevvino DL, Sharkin BS. Divorce adjustment as a function of finding meaning and gender

differences. *Journal of Divorce & Remarriage* 2003; 39(3-4): 81-97.

20- Baum N, Rahav G, Sharon D. Changes in the Self-Concepts of Divorced Women. *Journal of Divorce & Remarriage* 2005; 43(1-2): 47-67.

21- Schäfer G. Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*. 2011;37:135-51.

22- Baharudin DF, Zakaria MZ, Ahmad ZA, Hussin AHM, Mohamed S, Sumari M, et al. The Experience of Family Support by People in the Recovery of Drug Addiction. 2012.

23- Copello AG, Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and alcohol review*. 2005;24(4):369-85.

24- White W, Savage B. All in the family: Alcohol and other drug problems, recovery, advocacy. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2005;23(4):3-37.

25- Treatment CfSA. Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) usa: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004.

26- Angres DH, Bettinardi-Angres K. The disease of addiction: Origins, treatment, and recovery. *Disease-a-Month*. 2008;54(10):696-721.

27- Larimer. ME, Palmer. RS, Marlatt GA. Relapse Prevention An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*. 1999.

28- Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*. 2008;16(2):149-65.

29. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: Guilford Press; 2005.

30- Hall MN, Amodeo M, Shaffer HJ, Vander Bilt J. Social workers employed in substance abuse treatment agencies: A training needs assessment. *Social Work*. 2000;45(2):141-55.

31- Lyons GC, Deane FP, Kelly PJ. Forgiveness and purpose in life as spiritual mechanisms of recovery from substance use disorders. *Addiction Research & Theory*. 2010;18(5):528-43.

32- Friedman-Gell L. Narcotics Anonymous: Promotion of Change and Growth in Spiritual Health, Quality of Life, and Attachment Dimensions of Avoidance and Anxiety in Relation to Program Involvement and Time Clean: ProQuest; 2006.

33- Li EC, Feifer C, Strohm M. A pilot study: Locus of control and spiritual beliefs in Alcoholics Anonymous and SMART Recovery members. *Addictive Behaviors*. 2000;25(4):633-40.

34- Schäfer G. Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*. 2011;37:135-51.

35-Baharudin DF, Zakaria MZ, Ahmad ZA, Hussin AHM, Mohamed S, Sumari M, et al. The Experience of Family Support by People in the Recovery of Drug Addiction. 2012.

36- Copello AG, Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and alcohol review*. 2005;24(4):369-85.

37- White W, Savage B. All in the family: Alcohol and other drug problems, recovery, advocacy. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2005;23(4):3-37.

38- Treatment CfSA. Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) usa: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004.

Life experiences of addicted wife: A qualitative study

*Nikbakht Nasrabadi AR¹, Pashaei sabet F², Bastami AR³

1-Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

Email: nikbakht@tums.ac.ir

2- PhD student of Nursing, Teacher of Qom University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Qom, Iran.

3- MSc , Medical Surgical Nursing of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Addiction is one of the phenomena of social evil, which not only has negative effects on the life of the addict, but the addict's family and relatives at risk of social phenomenon are multiple injuries, understanding emotions and expectations play an important role in guiding medical staff to care and support will be more effective. The purpose of this qualitative study, experience and the meaning of life from the wives of men addicted.

Method: A qualitative research methods as phenomenological description is Colaizzi. The method of collecting the data in this study, semi-structured interviews with 10 female participants experienced a year after addiction wife from districts 2 and 10 and 18 in Tehran, respectively. Interviews on the question central to your experience of life is dependent spouse.

Results: The main concepts extracted from the experiences of the participants in such research was long-term involvement with the challenges, the need to get on the safety net, damaging isolation and shields against the vulnerability.

Conclusion: The families, especially the wives of men addicted are extremely vulnerability and entitled to silent victims, and so the community needs to understand and support broadly. This finding is a new insight into the treatment for addict patients and families via understanding their real problems.

key words: wife, addicted, life experience, qualitative research

Received: 17 November 2015

Accepted: 29 December 2015



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of Nursing Research

Vol. 11 No.1 (Serial 40) March-April 2016 ISSN:1735-7012

- Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semirom8**
Afshari A, Piruzi M, Afshari S, Hejab K
- Comparison of health-related quality of life in beta thalassemia major and healthy people in Dezful in 201516**
Madmoli Y, Beiranvand R, Korkini N, Mashalchi H, Beigom Bigdeli shamloo M, Karimi H
- The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease24**
Zakerimoghadam M, Ebrahimi S. shahsavari H, Haghani H
- The relationship between senses of coherence, self-compassion and personal intelligence with postpartum depression in women33**
Narimani M, Ghaffari M
- Investigating of quality of life and it's correlation with individual, social, economic, and health variables of retirees of Tabriz41**
Malek M, Hassankhani H, Darvishpur Kakhki A, Asghari Jafarabadi M, Mansouri arani M, Mohammad nejad S
- The effect of risk management education on the knowledge and performance of Operating room personnel at hospitals affiliated with Islamic Azad University Tehran Medical Sciences Branch in 139250**
Salehi Zahed L, Asadi M, kordmir K
- The relationship between emotional intelligence and coping styles of nurses in hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences61**
Rostami M, Movaghari MR, Taghavi T, Mehran A
- Life experiences of addicted wife:A qualitative study75**
Nikbakht Nasrabadi AR. pashaei sabet F, Bastami AR
- The Effect of Contextual Factors on Health Information Seeking Behavior of Isfahan Diabetic Patients86**
Zare-Farashbandi F, Lalazaryan A, Rahimi AR, Hassanzadeh A
- The determining of conformity rate of nursing cares regarding to respiratory system in neonates under mechanical ventilation in NICU94**
Jafari Z, Khanali Mojen L, Rassouli M, Baghestani A.R, Gahri Sarabi A.R, Shirinabady Farahani A, Shiri H