

## The impact of drug dependency on spousal agreement

Hossein Yahyazadeh<sup>1</sup>

### Abstract

**Aim:** Drug dependency and its effects on spousal relationship has become an important topic in recent years. There are few studies in Iran about the effects of drug dependency on spousal agreement and this subject has largely been researched in quantitative ways. The present research is qualitative in nature and seeks to explore the links between drug dependency and spousal relationship through the lives of drug dependent people. Therefore attempts were made to find answers for various research questions such as to what extent can drug dependency effect on participants' spousal agreement? Have there been any remarkable differences in terms of this aspect among different group of the participants? etc.

**Method:** The research sample included 41 interviewees (30 male and 11 female subjects), some (23 subjects) were selected for interviewing in Rasht Self-referred Drug Addicts' Treatment Center (SRDATC) and 18 other were selected from outside SRDATC and took part in this research and answered the questions. All the interview sessions were recorded after the permission of the interviewees and each were repeatedly reviewed and encoded for detailed analysis of the statements.

**Results:** Thus the intended information was elicited out of the interview transcripts. In such a manner that taking satisfactions, interrelationships and agreement was probably degraded as a result of participants' drug dependency, to the extent that it paved the way for family disintegration. Finally, some implications from the key research findings and comments were suggested for relevant policy makers and professionals and also several suggestions were made for further research in these areas.

**Key Words:** Drug Dependency (Addiction), Opium, Heroin, Spousal agreement, Patterns of agreement

1-University of Social Welfare & Rehabilitation, Authored (Email: hy7@askiran.com)

## تاثیر وابستگی دارویی بر توافق زوجینی

حسین یحیی زاده<sup>۱</sup>

### چکیده

**هدف:** مقاله حاضر بر اساس یک تحقیق کیفی است که بطور کلی به بررسی تاثیر وابستگی دارویی (اعتیاد) بر توافق زوجینی پرداخته است. از اینرو مقاله حاضر تلاش کرده است تا به سوالات متعددی پاسخ دهد. سوالاتی نظیر اثر وابستگی دارویی بر توافق زوجین در خانواده چگونه است؟ آیا تاریخچه گذشته زندگی افراد بر توافق زوجینی شان موثر است؟ آیا شیوه زندگی جاری افراد بر توافق زوجینی شان تاثیر دارد؟ و غیره از جمله سوالات اصلی این تحقیق بوده است.

روش بررسی: در تحقیق حاضر ۴۱ نفر (۳۰ مرد و ۱۱ زن) شرکت داشته اند که از این میان به تعداد ۲۴ نفر از مرکز پذیرش و درمان معتادین خود معرف سازمان بهزیستی رشت و تعداد ۱۷ نفر از خارج مرکز خود معرف بصورت پورپوسینگ انتخاب شده و همگی در جلسات مصاحبه ای شرکت نموده و به سوالات مصاحبه پاسخ داده اند. کلیه مصاحبه ها با کسب اجازه از مصاحبه شوندگان ضبط شده و جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بر روی کاغذ نوشته و بارها مورد بازخوانی و کدگذاری قرار گرفته تا عناصر ویژه مرتبط با سوالات تحقیق کشف شوند.

**نتایج:** یافته های تحقیق نشان داده است که مصرف مواد مخدر زندگی خانوادگی قادر وابسته به مواد مخدر را در بعد توافق زوجینی تحت تاثیر خود قرار داده است، بطوریکه توافق در زندگی مشترک بطور نامطلوب تحت تاثیر وابستگی دارویی افراد مصاحبه شده قرار گرفته تا حدی که زمینه ساز فروپاشی زندگی خانوادگی آنان شده است. در پایان این مقاله متناسب با یافته های تحقیق پیشنهاداتی ارائه شده است که اجرای برنامه های آموزش زوجین با محتوای شیوه های برخورد صحیح برای کلیه زوجین من جمله زوجین وابسته به مواد مخدر از جمله پیشنهادهای ارائه شده بوده است.

واژگان کلیدی: وابستگی دارویی (اعتیاد)، تریاک، هروین، توافق زوجینی، الگوهای توافقی

<sup>۱</sup>عضو هیات علمی گروه مددکاری اجتماعی نویسنده اصلی (Email: hy7@askiran.com)

## مقدمه

این تحقیق کار خود را با یک سوال اساسی آغاز کرده است و آن اینکه آیا وابستگی دارویی نمونه های تحقیق بر توافق زوجینی شان اثر گذار بوده است؟ و اگر پاسخ آن مثبت باشد چه تاثیری در توافق خانوادگی شان بجا گذاشته است. بدان علت که نمونه های شرکت کننده در تحقیق از یکسو متاهل و از سوی دیگر حداقل دارای یک فرزند بوده اند این تحقیق جهت پاسخگویی به سوال اساسی خود این فرض را در نظر گرفته است که زندگی خانوادگی این افراد می تواند به ابعاد متفاوتی تفکیک گردد. گر چه می توان سیستم خانواده را به ابعاد مختلفی تفکیک نمود اما تحقیق حاضر برای اجتناب از خطا تنها به تمرکز بر روی روابط زوجینی پرداخته است.

از آنجایی که نمونه های منتخب احتمالاً از میان افرادی با نوع مصرف متفاوت و جنسیت های متفاوت انتخاب خواهند شد از جمله سوالات عمده دیگر تحقیق آن بوده است که آیا توافق زوجینی در افراد وابسته به تریاک متفاوت از افراد وابسته به هرئوئین است؟ توافق زوجینی زنان وابسته به مواد مخدر چه تفاوتی با مردان وابسته دارد؟

بی شک در این تحقیق نمی توان اثر گذاری تاریخچه زندگی گذشته و روند جاری زندگی افراد مصاحبه شده را در خصوص توافق زوجینی آنان مد نظر قرار نداد. از اینرو همواره این سوال مطرح است که آیا عدم توافق زوجینی احتمالی افراد مصاحبه شده صرفاً از وابستگی دارویی آنان ناشی شده است؟ یا نه ریشه در تاریخچه زندگی گذشته یا زندگی جاری آنان دارد و یا اینکه هر سه عامل (تاریخچه زندگی گذشته، روند زندگی جاری و وابستگی دارویی) در یک تعامل با

یکدیگر وضعیت موجود را باعث شده اند؟ بدین لحاظ قسمتی از سوالات جانبی تحقیق متوجه پاسخگویی به این سوالات بوده است که در سبب شناسی گرایش افراد به مواد مخدر چه عواملی را می توان تشخیص داد؟ آیا این عوامل فقط سبب گرایش و وابستگی افراد به مواد مخدر شده اند یا اینکه به نوعی توافق زوجینی افراد مصاحبه شده را نیز تحت تاثیر خود قرار داده اند؟

## مروری بر مطالعات مربوط

هر چند که در هر جامعه ای مطالعه بر روی تاثیر وابستگی دارویی بر روابط زوجین از اهمیت زیادی برخوردار است، ولی بررسی تاریخچه نشان می دهد که تحقیقات بر روی این موضوع در ایران و حتی جهان کم صورت گرفته است. در این بخش تلاش می گردد تا در حد امکان نمونه هایی از نتایج تحقیقات انجام شده در ایران و جهان برای خوانندگان ارائه گردد. بعنوان نمونه، غفلت از نقش نظارت بر امر منزل توسط پدران وابسته به مواد مخدر (سپرده ۱۹۷۹) کشانده شدن همسر به سمت انحراف اجتماعی برای تامین رفاه پس از عدم مسئولیت پذیری فرد وابسته به مواد مخدر جهت تامین رفاه خانواده (خاکی ۱۹۹۲) از جمله یافته های تحقیقات گذشته محسوب می شوند. تحقیق اکرم من (۱۹۸۸) نشان داده است در صورت عدم ایفای نقش توسط فرد وابسته به مواد مخدر، زوج دیگر می تواند به قبول نقش اضافه یا نقش بینابینی بپردازد.

در خصوص اثر وابستگی دارویی بر چگونگی ارتباط زوجین، تحقیقات گذشته کشف نموده اند که وابستگی دارویی می تواند باعث تخریب این ارتباط گردد. بعنوان مثال، تفنگچی (۱۹۷۵) پیدا کرده است که با بروز اعتیاد خشونت در افراد وابسته به مواد مخدر افزایش یافته و ارتباط وی با همسرش

# فصلنامه مددکاری اجتماعی

عاطفی سروانی می شوند. تفنگچی (۱۹۷۵) در تحقیقی دریافت که نزدیک به نیمی از همسران افراد وابسته به مواد مخدر پس از وابستگی دارویی همسرانشان با کاهش رضایت از زندگی زناشویی روبرو بوده اند. او همچنین گزارش کرده است یکی از علل کاهش این رضامندی افزایش رفتار پرخاشگر ایانه زوجین بوده است. اللرد، کلب، برمن (۱۹۷۴) و شوآرتزمن (۱۹۷۵) به معرفی مردان پوشالی و تحت کنترل و حمایت همسرانشان می پردازند که به دلیل وابستگی دارویی در چنین وضعیتی گرفتار شده اند. گرچه در تحقیق آنان گروه دیگری وجود داشت که به مردان کناره گیر شهرت یافتند و این گروه بدلیل وابستگی دارویی کمتر به خانواده های خود سر می زدند. دسته دیگری از محققان همانند پیران (۱۹۸۹)، آقابخشی (۱۹۹۹)، سعیدنژاد (۱۹۷۵)، ماکویی (۱۹۷۶) و طباطبایی (۱۹۷۸) از خطر بالقوه طلاق در این خانواده ها صحبت کرده اند.

## روش بررسی

### اصطرح تحقیق

در این تحقیق اطلاعات مورد نیاز برای پاسخگویی به سوالات طرح شده می یابست از ادوات و ابزارهای تجارب و نگرشهای افراد شرکت کننده در مصاحبه استنباط شود. به همین دلیل تحقیق حاضر به روش کیفی و با استفاده از سیستم مصاحبه نیمه ساختاری اجرا شده است. این روش به افراد مصاحبه شده اجازه می دهد تا با آزادی بیشتری افکار، احساسات، تجارب، نگرشها و خصوصی ترین و محرمانه ترین اطلاعات زندگی خود را منعکس سازند. گرچه در این تحقیق اطلاعات از تعداد محدودی از افراد بدست آمده است اما احتمالا می تواند اطلاعات گسترده و عمیقی از زندگی خصوصی افراد شرکت کننده بدست دهد و ما را به درک بهتری

دستخوش تغییر می گردد و همچنین آقابخشی (۱۹۹۹) اشاره کرده است که با بروز پدیده اعتیاد ارتباط بین زوجین آنقدر نامناسب می شود که خطر بروز جدایی آنان از یکدیگر افزایش می یابد. پیش از این بیرچلر (۱۹۹۵) دریافته بود که مهارتهای ارتباطی زوجین در اثر وابستگی دارویی آنان تغییر می کند. تحقیق او بیشتر بر بعد مهارتهای ارتباطی کلامی متمرکز شده بود. تقریبا همه تحقیقات گذشته به هنگام بررسی توافق زوجینی در افراد وابسته به مواد مخدر بر این باورند که توافق زوجینی در این نوع از خانواده ها بشدت کاهش می یابد. لکس (۱۹۹۰) بر مشکل سازگاری زوجین و بیرچلر (۱۹۹۵) ناتوانی افراد وابسته به مواد مخدر در فرآیند حل مشکل برای برخورد با وقایع زندگی زناشویی خبر داده بودند. تحقیق حاضر ضمن تأیید یافته های گذشته همچنین کشف کرده است که احتمالا شکل های متفاوتی از الگوهای توافقی (مانند الگوی بی تفاوتی، الگوی تحمیل قوانین، و الگوی تسلیم در برابر قوانین) بین زوجین شکل می گیرد. تقریبا تمامی تحقیقات گذشته نشان داده اند که رضامندی زناشویی در خانواده چنین افرادی کاهش می یابد. تحقیقات گذشته همچنین تأکید کرده بودند (بعنوان نمونه می رین ۱۹۸۰ و ریس و لیک ۱۹۸۹) که رضامندی جنسی می تواند تحت تاثیر وابستگی دارویی تغییر نموده و کاهش یابد. گروه دیگری از تحقیقات همانند تفنگچی (۱۹۷۵) و سعیدنژاد (۱۹۷۵) تأکید داشته اند که رضامندی عاطفی نیز متعاقب وابستگی دارویی کاهش می یابد. تحقیق سپرده (۱۹۷۹) از آثار تخریبی وابستگی دارویی بر وضعیت نظارت سرپرست بر خانواده صحبت می کند. خاکس (۱۹۹۲) بیان می دارد که شوهر وابسته به مواد مخدر سبب انحراف همسر خود می شود. به عقیده اکرمین (۱۹۸۹) بدنبال وابستگی دارویی والد، سایر اعضای خانواده دچار نابسامانیهای

از پدیده های پیچیده ای همچون تأثیر گذاری اعتیاد در زندگی خصوصی افراد و نوع روابط با همسرانشان رهنمون سازد.

#### ۲- هدف از انتخاب مرکز خود معرف معتادین رشت

مرکز خود معرف معتادین رشت اولین و رسمی ترین مرکز درمانی معتادین در استان گیلان است. این مرکز در بین مراکز موجود در کشور به آن علت انتخاب شده است که محقق با فرهنگ قومی، محلی، آداب و رسوم، و زبان محلی منطبقه کاملاً آشنا بوده است و این آشنایی به محقق کمک نموده است تا در موارد استثنایی از عهده موضوعات غیر قابل پیش بینی در روند و فضای مصاحبه برآید. بنا بر این مرکز خود معرف معتادین رشت به این خاطر انتخاب شده که هم مراجعین و هم کارکنان و مسئولین این مرکز فرهنگ مشابه فرهنگ محقق را دارا بودند. از اینرو محقق تلاش نمود تا پس از تماس با مدیر کل معاونت و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و مدیر کل سازمان بهزیستی استان گیلان رضایت آنان را برای شروع کار عملی جلب کند و مجوز رسمی ورود به مرکز خود معرف معتادین رشت را کسب نماید. از آن پس به کمک مسئولان مرکز فضا و تجهیزات لازم برای اجرای مصاحبه ها برای محقق فراهم آمد، به گونه ای که اکثریت موانع عملی برای اجرای مصاحبه های مطلوب حذف گردید.

#### ۳- نمونه گیری و نحوه گردآوری داده ها

برای اجرای مصاحبه ها با افرادی که داوطلبانه برای ترک اعتیاد به مرکز خود معرف مراجعه کرده بودند، نخست لیست کامپیوتری موجود در بایگانی مرکز مورد بررسی قرار گرفت. همزمان پرونده های موجود افراد هم مورد بررسی قرار گرفت. این پرونده ها می توانستند ضمن ارائه تصویری مناسب از مراجعین،

نشان دهنده شیوه ارجاع آنان به بخش های متفاوت مرکز و نیز معرف فرآیند اعتیاد آنها باشد. با توجه به طرح اولیه تحقیق و پس از مطالعه پرونده ها گروهی از افراد از لیست خارج شدند و بر اساس این طرح افراد می بایست متاهل و دارای حداقل یک فرزند زیر ۱۸ سال باشند. از میان لیست تهیه شده دو گروه مردان و زنان برای مصاحبه انتخاب شدند. نمونه های انتخاب شده توسط مددکار به مرکز دعوت شدند تا اهداف مصاحبه برای آنها تشریح و رضایت شان برای اجرای مصاحبه جلب گردد. پس از رضایت افراد، مصاحبه با نمونه های تحقیق آغاز و کلیه متون مصاحبه ها برای تحلیل نهایی بر روی کاست ضبط گردید.

#### ۴- تجزیه و تحلیل داده ها

در تحقیق حاضر، داده های بدست آمده شامل کلیه متون مصاحبه ها و یادداشت های انجام شده در روند مصاحبه ها بودند. محقق با رضایت کامل مصاحبه شوندگان کلیه مصاحبه ها را ضبط نموده و پس از هر مصاحبه تمامی مطالب آن را بر روی کاغذ نوشته و بارها مورد بازخوانی قرار داده و شروع به تجزیه و تحلیل داده ها کرده است. در تحقیق کیفی بخش مهمی از فرآیند تجزیه و تحلیل داده ها، روند صحیح کد گذاری است. روند و مراحل کد گذاری توسط Corbin (۱۹۹۱) و Strauss and Corbin (۱۹۹۰) تشریح گردیده است. در تحقیق حاضر فرآیند کد گذاری شامل سه مرحله کد گذاری آزاد، کد گذاری محوری، و کد گذاری انتخابی بوده است. در این تحقیق، محقق ابتدا بصورت کلی به داده های مصاحبه ای نگاه می کرد تا موضوعات مهم و کلیدی آن را که مبنای بخش های مختلف نوشتاری مقاله را تشکیل می دهد کشف نماید و در مرحله بعدی بر روی موضوعات کشف شده دقیق تر متمرکز می شد تا بطور دقیق تری آنها را مورد بررسی قرار دهد. در

## فصلنامه مددکاری اجتماعی

خود معرف نشانگر این است که بیش از نیمی از آنان وابستگی به تریاک و همچنین بیش از یک سوم آنان وابستگی به هروئین داشتند. همچنین اطلاعات حاکی از این است که در زمان مصاحبه بیش از نیمی از زنان منتخب خارج از مرکز خود معرف وابستگی به تریاک و همچنین بیش از یک سوم آنان وابستگی به هروئین داشتند.

اکثریت زنان اولین سن شروع مصرف مواد مخدر خود را در سنین ۲۴-۲۰ سالگی گزارش کرده‌اند. در حالی که نزدیک نیمی از مردان در سنین زیر ۲۰ سالگی اولین تجربه سوء مصرف مواد مخدر را داشته‌اند. تمامی زنان و مردان قبل از ۲۹ سالگی برای اولین بار مصرف مواد مخدر را تجربه کرده‌اند و همانگونه که از چارت‌های پایین مشخص است نزدیک به دو سوم زنان و نزدیک نیمی از مردان اولین تجربه سوء مصرف را با تریاک آغاز نموده‌اند. حشیش پس از تریاک در دو گروه مردان و زنان دومین رتبه مربوط به اولین تجربه مواد مخدر را به خود اختصاص داده است و نزدیک یک پنجم زنان و یک سوم مردان مصاحبه شده از این ماده بعنوان اولین تجربه یاد کرده‌اند. از سوی دیگر نزدیک به یک پنجم زنان و بیش از یک چهارم مردان الکل را بعنوان اولین ماده مصرفی خود گزارش کرده‌اند. علاوه بر این لازم به ذکر است که هیچ یک از مردان و زنان مصاحبه شده اولین تجربه خود را با هروئین آغاز نکرده بودند.

اکثریت مصاحبه شدگان اذعان داشتند که شروع مصرف آنها بصورت تدریجی بوده است. ۲۸ نفر از ۳۰ مرد مصاحبه شده و ۹ نفر از ۱۱ زن مصاحبه شده ابتدا بصورت تدریجی اولین مصرف مواد مخدر را تجربه کردند. با طولانی شدن زمان مصرف، طریقه مصرف تغییر محسوسی داشته است به

نهایت، محقق توانست نتایج تحقیق حاضر را بصورت تشریحی و تحلیلی به رشته تحریر در آورد.

### ۵- اطلاعات بیوگرافیک نمونه های تحقیق

بررسی توزیع جنسی و نوع مصرف نمونه های تحقیق نشان می دهد که ۴۱ نفر مجموع مصاحبه شوندگان در این تحقیق را شامل می شود که ۳۰ نفر از آنان را مردان وابسته به مواد مخدر با میانگین سن ۳۷ و ۱۱ نفر را زنان وابسته به مواد مخدر با میانگین سن ۳۳ تشکیل داده‌اند. از میان ۳۰ نفر مردان مصاحبه شده، نزدیک به دو سوم آنان افرادی هستند که برای ترک اعتیاد و درمان خود مدتی است که به مرکز خود معرف معتادین مراجعه کرده‌اند (۱۰ نفر قبلاً وابسته به تریاک و ۸ نفر وابسته به هروئین بودند) و مابقی آنان از خارج مرکز خود معرف انتخاب شده‌اند (۷ نفر در زمان مصاحبه وابسته به تریاک و ۵ نفر وابسته به هروئین بودند). نگاهی به نوع مصرف مردان مصاحبه شده منتخب از مرکز خود معرف نشانگر این است که بیش از نیمی از آنان وابستگی به تریاک و همچنین بیش از یک سوم آنان وابستگی به هروئین داشتند. بطور مشابه می توان مشاهده نمود که بیش از نیمی از مردان مصاحبه شده منتخب خارج از مرکز خود معرف در زمان مصاحبه وابستگی به تریاک و همچنین بیش از یک سوم آنان وابستگی به هروئین داشتند. از مجموع ۱۱ نفر زنان مصاحبه شده، کمی بیش از نیمی از آنان افرادی هستند که برای ترک اعتیاد و درمان خود مدتی است که به مرکز خود معرف معتادین مراجعه کرده‌اند (۴ نفر قبلاً وابسته به تریاک و ۲ نفر وابسته به هروئین بودند) و مابقی آنان از خارج مرکز خود معرف انتخاب شده‌اند (۳ نفر در زمان مصاحبه وابسته به تریاک و ۲ نفر وابسته به هروئین بودند). نگاهی به نوع مصرف زنان مصاحبه شده منتخب از مرکز

گونه ای که در اوایل اعتیاد طریقه های استنشاق، تزریق و شیوه ترکیبی به هیچوجه گزارش نشدند، اما به مرور شیوه های دیگر برای مصرف مواد مخدر افزایش یافت. در این تحقیق کمتر از نیمی از مردان و کمی بیش از نیمی از زنان به روش تدخین مصرف مواد مخدر خود را ادامه داده اند. همچنین در روند مصاحبه مشخص شد که بیش از یک پنجم مردان مصاحبه شده روش استنشاقی را به روش گذشته ترجیح دادند و نزدیک به یک هفتم کل مصاحبه شدگان از روش تزریقی استفاده می کردند. گروهی از مصاحبه شدگان بالاخص مردان علت تغییر شیوه خود را آسان بودن مصرف، نداشتن مکان مناسب برای تدخین، تأثیر سریع مواد مخدر و حصول نشنگی فوری مطرح نمودند.

### نتایج:

در این مقاله تلاش شده است تا به شکل کیفی مشخص گردد که چه آثاری از وابستگی دارویی (اعتیاد) فرد بر توافق زوجینی وی یا همسرش بجا می ماند. سعی شده که این آثار احتمالی در ابعاد متفاوتی مورد تحلیل قرار گیرد و همچنین شواهدی هم از چگونگی تأثیر وابستگی دارویی بر الگوهای توافقی زوجین در زندگی خانوادگی ارائه شود. ضمناً در این مقاله متناسب با اطلاعات کسب شده از مصاحبه شوندهگان تلاش شده تا به این سوالات پاسخ داده شود که توافق زوجینی بیان شده توسط افراد مصاحبه شده چه تأثیری از وابستگی دارویی، چه تأثیری از زندگی گذشته و جاری افراد و نهایتاً چه تأثیری از تعامل چند عامل فوق (وابستگی دارویی، تاریخچه زندگی گذشته و روند زندگی جاری) دریافت کرده است. در پایان این مقاله مقایسه ای بین افراد وابسته به تریاک و افراد وابسته به هرئین بطور کل و همچنین زنان و مردان وابسته به مواد مخدر از حیث وضعیت توافق زوجینی

با یکدیگر ارائه شده است و نتیجه گیری نهایی در پایان فصل آمده است. در این بخش می توان بحث را با طرح این سوال شروع نمود که الگوهای توافقی مناسب زوجین در جامعه ایران چگونه است؟ بی شک این الگوها را باید از زبان مصاحبه شوندهگان مطرح کرد. اغلب مصاحبه شوندهگان هم راستای نگرش کلی جامعه بر این باور بوده اند که زنان و مردان برای کسب احساس خوشبختی و رضایت در زندگی زناشویی باید بکوشند حتی در مورد جزئی ترین مسائلی که به زندگی مشترک بر می گردد با یکدیگر توافق کنند. قریب به اتفاق مصاحبه شوندهگان ضمن اذعان به چنین توافقی بر این باور بودند که تصمیم گیری نهایی در محیط خانه بر عهده مردان است. هنگامی که از آنان پرسیده شد که چرا تصمیم گیری نهایی در منزل بر عهده مردان است؟ آنان سعی می کردند شواهدی ارائه کنند دال بر اینکه زنان عاطفی تر از مردان و مردان عقلانی تر از زنانند. این عقیده بتوعی می تواند ریشه در باورهای مذهبی تعالیم اسلام داشته باشد که بر این نکته تأکید می کند که تمکین زنان از مردان امری مفید می باشد. چرا که مردان مسئول استحکام خانواده و جافظ و پاسدار نظام خانواده هستند. با این پیش زمینه های ذهنی مصاحبه شوندهگان تلاش کرده اند تا به روشن سازی چگونگی توافق خود با زوجین شان در امور مربوط به زندگی مشترک بپردازند و در ضمن محقق از طریق تحلیل اطلاعات حاصله از مصاحبه ها توانسته به کشف الگوهای متفاوت توافقی بپردازد که در زندگی مشترک مصاحبه شوندهگان حاکم بوده است. بطور عمده در این تحقیق بنا به تجارب و ادراکات مصاحبه شوندهگان سه شیوه توافقی مورد شناسایی قرار گرفت. این الگوها عبارتند از: الگوی بی تفاوتی نسبت به وضع قوانین (فاقد هر نوع تلاش از سوی زوجین برای دستیابی به یک توافق هر چند

## فصلنامه مددکاری اجتماعی

عملی ساختن قول های داده شده از جانب آنها بی اعتماد هستند و یا زوج ها بر این باورند که هر نوع تلاش این افراد برای ایجاد توافق بین آنها نوعی فریادکاری برای دستیابی به اهداف فردی است و یا عدم اعتماد زوج ها به ثبات روانی، عاطفی و رفتاری این افراد و غیره. بعنوان مثال علی در تایید تحلیل های فوق بالحنی طعنه آمیز می گوید:

من بخاطر این مشکل (وابستگی به دارو) آنقدر نزد زخم بی ارزش شده ام که او دیگر هیچ حساسی از من نمی برد و هیچوقت برای هیچ مشکلی مزاحم اوقات شریف من نمی شود. انگار نه انگار که من آدم هستم. باز هم شما فکر می کنید که تلاش برای همفکری با او ارزشی داشته باشد.

مشکل دیگری از توافق حاصل از تحلیل ادراکات مصاحبه شوندگان آن بوده است که گروهی از افراد وابسته قوانین خود را به همسران خود تحمیل می نمایند. بعبارت دیگر زوج غیر معتاد بدون دستیابی به هر نوع توافقی تسلیم می شود. در این الگو افراد مصاحبه شده نوعی تلاش برای دستیابی به توافق را تجربه کرده بودند آنان درکشان این بود که در گامهای اولیه می کوشند تا به تعریفی مشترک از مسئله مورد توافق با زوجشان دست یابند اما پس از لحظاتی این احساس بر آن غالب می شود که دستیابی به این توافق محال است آنگاه با شدت می کوشند تا زوج غیر معتاد خود را وادار به اطاعت کنند. هنگامی که از آنان نیز پرسیده شد فکر می کنید با وجودی که شما تلاش بر توافق با زوج خود دارید چه عاملی باعث می شود که شما دو نفر نتوانید به یک توافق مشترک برسید؟ این گروه از مصاحبه شوندگان به ارائه ادراکات خود از لحظاتی پرداخته اند که در آن در صدد کسب توافق بوده اند عمده ترین خاطرات این افراد در بر گیرنده نوعی حمله به زوج

جزئی، الگوی توافقی تحمیل قوانین از جانب فرد وابسته به مواد مخدر (تسلیم زوج غیر معتاد در برابر قوانین وضع شده بدون دستیابی به هر نوع توافق)، الگوی توافقی تسلیم در برابر قوانین تحمیلی از جانب فرد غیر معتاد (حاکمیت زوج غیر معتاد در زمینه وضع قوانین)

گروهی از مصاحبه شوندگان بنا به تجربه خود در زمینه چگونگی دستیابی به الگوهای توافقی در زندگی مشترک شان با زوج خود این موضوع را درک کرده اند که در شرایط فعلی هیچ نوع تلاشی از سوی آنان برای رسیدن به یک توافق در امور متفاوت زندگی مشترک صورت نمی گیرد. بنظر می آید که این امر باعث شده است که آنان در گیربهای شدیدی را با زوج خود تجربه کنند.

از وقتی که همسر من به اعتیاد پی برد دیگر هیچ چیز برایش مهم نبود و موا به حال خودم رها نمود. من هم از خدا خواسته او را به حال خودش رها کردم. ما سر هیچ چیز توافق نداشتیم و هر طوری که از نظر ما درست بود عمل می کردیم (فرد ۳۶ ساله)

همچنین بنظر می رسد که این افراد با کناره گیری از وضعیت هایی که در آن مجبور به طی راه فرآیند توافق هستند تلاش می کنند تا از بر آورده نمودن هر نوع انتظار زوج مقابل خود فرار نمایند. این افراد در پاسخ به این سوال که چرا در شرایط فعلی هیچ تلاشی برای دستیابی به توافق ندارند؟ استنباط محقق از پاسخهایشان آن بود که برداشتهای ذهنی مصاحبه شوندگان مویذ چند دلیل متفاوت برای این کار است. ضعف اراده بخاطر وابستگی به مواد مخدر، درگیری ذهنی این افراد جهت تهیه پول و مواد مصرفی مورد نیاز، این احساس که زوج شان نسبت به آنان نگرشهای منفی دارند از جمله اینکه زوج شان نسبت به تعهد این افراد جهت



مقابل است، همانطور که با خشونت قوانین خود را تحمیل کرده اند. گروهی از آنان دانش اندک همسران خود را مورد انتقاد قرار داده بودند و گروهی دیگر تاریخچه خانوادگی و الگوهای یادگیری گذشته همسرانشان را مورد انتقاد قرار می دادند، همچنین تعدادی دیگر از آنان بر این عقیده استوار بودند که زوجشان فاقد همدلی لازم برای فهم دنیایی هستند که آنان تجربه می کنند. در این میان تصور تعدادی دیگر از مصاحبه شوندگان در خصوص تسلیم همسرانشان موید تعدادی دیگر از دلایل بوده است: حجب و حیای همسر، تلاش همسر برای مخفی نگه داشتن اعتیاد زوج، تلاش همسر برای حفظ سلامت روانی - عاطفی فرزندان و دور نگه داشتن آنها از هیجانات نامناسب حاصل از درگیری والدین و غیره.

همسر در اول کار حساسی با من جر و بحث می کرد اما من می دانستم وقتی صدایم بلندتر شود او تحمل ندارد چون نمی خواست همسایه ها بفهمند بین ما درگیری وجود دارد پس هر جا می دیدم که با هم مشکل داریم فریاد خودم را بلندتر می کردم.

تنها گروهی از مصاحبه شوندگان خشونت، پرخاشگری و عصبانیت و کتک کاری خود را بعنوان دلایلی برای تسلیم شوون همسرانشان قید نموده اند. بطور کلی بنظر می آید که این گروه از افراد چندان مایل نبودند علت بوجود آمدن این الگوی توافقی نامناسب را در خود جستجو نمایند. مثلاً رضا معتقد بود که در اوایل وابستگی اش به مواد مخدر توانایی جسمی و روانی او به شکل فعلی تخریب نشده بود و او قادر بود به کمک شیوه هایی چون کتک کاری و زهره چشم گرفتن از همسرش قسمتی از قوانین خود را به او تحمیل نماید. مجید به صراحت می گوید که او اعتنائی به خواسته های زنش نداشت و در هر شرایطی همسر او می

بایست به خواسته ها و قوانین تحمیلی او تن می داد.

او مرا بخوبی می شناخت چون تحمل مخالفت و اعتراض را نداشتم. اگر حرفی جز حرف من می زد خوب بشدت تیبیه می شد و بد و بیراه می شنید. (مرد ۴۳ ساله)

بغیر از دو الگوی توافقی شناسایی شده، تجارب و ادراکات مصاحبه شوندگان نشان می داد که الگوی دیگری بصورت تسلیم در برابر قوانین همسر غیر معتاد وجود دارد. بنظر می آید که در این شکل گر چه افراد بعد از گذشت مدتی از وابستگی دارویی شان تلاش ضعیفی برای دستیابی به توافق در نخستین گامهای توافقی با زوج از خود نشان می دادند اما بزودی در برابر وی تسلیم شده و تلاش می کردند تا بر خلاف میل شان به قوانین همسر تن در دهد. تحلیل صحبت های مصاحبه شوندگان این تصور را بوجود می آورد که احتمالاً باید دلایل خاصی برای این تسلیم وجود داشته باشد. از اینرو بنظر می آید که ضعف جسمی و روانی ناشی از وابستگی به دارو، بی حوصله بودن بدلیل درگیری با مواد مخدر و همچنین پرخاشگر شدن همسر از جمله دلایل شکل گیری این نوع شیوه توافقی باشد.

همسر من مدتی است که خیلی عصبانی می شود و با کوچکترین چیزی پرخاش می کند. من هم حال و حوصله جنگ و دعوا را ندارم و همیشه کوتاه می آیم تا عاقلانه بخوابد. راستش سعی می کنم که نظم خانه را از هم نپاشم تا آنها هم زیاد پرو پا بیچم نشوند. (مرد ۲۷ ساله)

در مجموع در این تحقیق می توان به این استنباط رسید که مصاحبه شوندگان از حیث الگوهای توافقی به سه گروه قابل تفکیک و طبقه بندی می باشند. گروه منفعل و بی تفاوت که هیچ تلاشی برای وضع قوانین ندارند، گروه سلطه جو که

## فصلنامه مددکاری اجتماعی

این افراد در اوایل زندگی و در اولین گامهای ارتباطی با همسرانشان به خط پایان نرسیده بودند و بسیاری از این افراد در دوران زندگی قبل از وابستگی دارویی و حتی عده‌ای در اوایل زندگی پس از وابستگی دارویی احساس خوشایندی نسبت به زندگی داشته و حتی توافق نسبی هم بین آنها وجود داشت. بنظر می‌رسد که احتمالاً پس از بروز وابستگی و تاثیر گذاری آثار متعاقب آن توافق بین این زوجین تدریجاً بسمت نارضایتی در توافق سوق پیدا کرده و یا حتی احساس ناتوانی در ایجاد توافق را به خود گرفته بود تا جایی که این افراد به این احساس رسیده بودند که دستیابی به توافق با همسرانشان در زندگی دشوار می‌باشد. احتمالاً در چنین شرایطی است که این افراد سبک‌های متفاوتی را برای ایجاد توافق بین خود و همسرانشان دنبال می‌کنند. نیما در یادآوری دوران خوش زندگی خود متذکر شد که رابطه بین او و همسرش همیشه شکر و آب نبوده است. او گفت: اوایل شروع زندگی ما اتفاق نظر خوبی داشتیم و درباره مسائل‌های مختلف صحبت می‌کردیم اما همه چیز با پنهان‌کاریها و دروغ گفتن‌های من شروع شد. البته از داده‌های تحقیق می‌توان استنباط نمود که سبک توافقی تغییر یافته بین زوجین برای همیشه در یک وضعیت باقی نمانده و بسته به اینکه این افراد با اتخاذ سبک جدید خود تا چه حد به اهداف خود دست یافته یا نیافته‌اند، در یک سبک اتخاذ شده تثبیت یا مجبور به ترک آن می‌شوند. در این باره بعنوان مثال می‌توان گفته حجت را مد نظر قرار داد. او می‌گوید: خیلی سعی کردم که با چوب و چماق او را تسلیم کنم و یا حداقل او را با خودم هم نظر کنم اما نشد که نشد. آخر خودم را راحت کردم و نسبت به همه کس و همه چیز بی‌خیال شدم. بنظر می‌آید مواردی هم که ممکن است تقویت‌کننده یا خاموش‌کننده یک سبک توافقی تغییر یافته در بین زوجین

بشدت قوانین خود را به همسرانشان تحمیل می‌کنند و افراد ضعیف و مطیع که در برابر قوانین زوج غیر معتاد خود تسلیم می‌شوند. بنظر می‌رسد که اکثریت مصاحبه‌شوندگان متعلق به گروه بی تفاوت (۱۸ از ۲۲ نفر) دلایل کناره‌گیری خود از تلاش برای دستیابی به یک توافق با همسرانشان را به ذهنیت و نگرش منفی آنان انتساب می‌دادند. این افراد احساس می‌کردند که همسرانشان نسبت به آنان نظر و نگرش بسیار منفی دارند. محمود معتقد بود که بر خوردهای همسرش در دل‌سرد شدن بیشتر او نسبت به زندگی خیلی موثر بود. او می‌گفت که: همسر من نسبت به من خیلی بدبین است و هیچک از کارها و قول‌های مرا باور ندارد. او معتقد است که به هیچ چیز یک فرد معتاد نباید اعتماد نمود. در مقابل اکثریت مصاحبه‌شوندگان متعلق به گروه سلطه‌جو (۸ از ۱۱ نفر) ضمن مقصر دانستن همسرانشان سهم خود را برای ناتوانی در دستیابی به یک توافق با زوج خود ناچیز می‌دانستند. کمال در این رابطه می‌گوید: تقصیر با اوست. من تلاش خودم را کرده‌ام ولی او حرف مرا نمی‌فهمد و نظم خانه را بهم می‌زند. من هم به او زور می‌گویم. بنظر می‌آید که همگی مصاحبه‌شوندگان متعلق به گروه مطیع و سلطه‌پذیر (۵ نفر) ضعف جسمانی و روانی متعاقب وابستگی‌شان را بعنوان علت و مانعی برای عدم دستیابی به یک توافق با زوج را احساس می‌کردند. آنها رخنوت جسمی و روانی خود را سدی برای ایجاد ارتباط و دستیابی به همزبانی و توافق با همسرانشان می‌دانستند. بطوریکه کوروش می‌گوید: به جان شما قسم اصلاح‌حالی ندارم نه جسمم رو فرم است و نه روح و روان درست و حسایی دارم. به همین علت با زنم هیچ کلنجار نمی‌روم هر چه او می‌گوید من می‌گویم چشم. اما نکته تفریبا مهمی که از ادراکات همگی افراد متعلق به سه گروه قابل استنباط است آن بود که همگی

باشد متفاوت باشد. مهار نمودن زوج غیر معتاد برای واکنش هایی که بخاطر مصرف مواد توسط زوجش نشان می دهد، کم کردن انتظارات زوج غیر معتاد و در نتیجه کم کردن تنش ها، آزاد گذاری زوج معتاد برای تهیه و مصرف مواد و غیره از جمله مواردی بوده که در تثبیت بعضی مصاحبه شوندگان در یک سبک توافقی تغییر یافته مورد شناسایی قرار گرفته است. حال در اینجا سوال این است که چه عواملی باعث تغییر در فرایندهای گوناگون توافقی مصاحبه شوندگان شده است؟ آیا آنان فاقد دانش یا یادگیری لازم برای دستیابی به یک توافق بوده اند؟ آیا صرفاً می توان عامل این فرآیند نامناسب توافقی را ناشی از وابستگی به مواد مخدر دانست؟ در این میان نقش زندگی گذشته و تجارب حاصل از آن چه بوده است؟ آیا می توان عدم دستیابی به یک توافق مناسب را در زندگی جاری زناشویی این افراد جستجو کرد؟

گرچه همگی مصاحبه شوندگان (به استثناء ۳ نفر) جلوه هایی از توافق نامناسب با همسرانشان را بنوعی احساس و درک می کردند اما هنگام تجزیه و تحلیل از چرایی شکل گیری این فرآیند نامطلوب آنها دلایل متعددی را موثر می دانستند. اکثریت افرادی که در زندگی کنونی شان پدیده بی تفاوتی در وضع قوانین را تجربه می کردند (۱۵ نفر از ۲۲ نفر) تخریب شخصیتی ناشی از وابستگی دارویی را بعنوان عامل موثر در ناتوانی شان برای دستیابی به یک توافق با زوج خود درک می کردند. همچنین بنظر می آمد که هر چه از زمان مصرف آنان می گذشت مشکل آنان از لحاظ توافقی با همسرانشان افزون تر می شد. آنان اینگونه احساس می کردند که وابستگی روز افزون آنان به مواد مخدر باعث سستی اراده، ضعف در تصمیم گیری و بی حوصله شدن آنان برای هر نوع صحبت در زمینه وضع قوانین

خانوادگی شده است. ضمن آنکه معتقد بودند با طولانی تر شدن وابستگی آنان همسرانشان بیش از گذشته خسته و درمانده شده اند. بالطبع اگر خود آنان تلاشی برای توافق داشتند ذهنیت منفی همسر نسبت به آنان و خستگی روانی شان راهی برای کسب توافق باقی نمی گذاشت. بعنوان مثال ایمان معتقد بود که مواد مخدر فقط جسم او را تخریب نکرده بلکه شخصیت و رفتار او را در گون ساخته است. او همچنین تاکید داشت بگوید که با طولانی تر شدن و افزایش مصرفش وضع او بدتر هم شده است. او گفت: پناه بر خدا. فقط خدا باید کمک کند چون این لعنتی (تریاک) همه چیز مرا گرفته است. سلامتی مرا و حتی غیرت و تعصب مرا. اوایل وضع بهتر بود و با زخم هماهنگی داشتم. البته باید بگویم که کمتر می کشیدم. ولی حالا عنان از دستم در رفته است و همه چیز به هم ریخته است. همچنین بنظر می آید که این بی تفاوتی نسبت به وضع قوانین و دستیابی به توافق خانوادگی می تواند ریشه در نوع مواد مصرف و میزان مصرف داشته باشد. بنا به تجربه این افراد با افزایش میزان مواد مصرفی دستیابی به توافق در خانواده بین زوجین مشکل تر شده و با تغییر مصرف مواد از تریاک به هروئین دستیابی به توافق پدیده ای دور از دسترس و دور از ذهن می گردد. از صحبت های عده کثیری از مصاحبه شوندگان وابسته به هروئین چنین بنظر می آید هنگامی که آنان به هروئین وابسته شدند در دو طیف نامناسب هیجانی و رفتاری قرار گرفتند. آنان زمانی که دسترسی به هروئین نداشتند بشدت نگران و مضطرب برای چگونگی بدست آوردن مواد مورد نیاز بودند اما پس از مصرف نیز تمایل اندکی برای حرکت، فعالیت، و انطباق و سازگاری داشتند و همیشه این نگرانی را داشتند که مبادا کوچکترین محرک ناخوشایندی باعث حذف نشگی آنان گردد. جواد (۲) تجارب خود را به شکل

## فصلنامه مددکاری اجتماعی

دستیابی به توافق زوجینی، تاثیر شرایط زندگی بعد از ازدواج خود را نادیده نمی گیرد و می گوید:

ما با هم هیچ وجه مشترکی در زندگی نداشتیم و توافقی هم بین ما در میان نبود. البته من از آن تیپ ها نیستم که کار خودم را توجیه کنم و اصراری هم برای این جریان ندارم. می دانم که هروئین عامل همه بدبختی ماست اما او از همان اوایل زندگی هم اصرار داشت که تمام نظرات و خواسته های خودش را به زور به من اعمال کند.

حال سوال این است که افراد متعلق به گروه سلطه جو چه دلایلی را برای اتخاذ سبک توافق زوجینی نامناسب خود ارائه می کردند؟ تجارب و ادراکات عده ای از مصاحبه شوندگان ما را به این استنباط می رساند که شرایط زندگی متاهلی بعضی از این افراد نباید در ناتوان کردن شان برای دستیابی به توافق زوجینی بی تاثیر باشد، بطوریکه ۶ نفر از آنان (۶ نفر از ۱۱ نفر) بیش از هر چیز بر زندگی متاهلی بعد از ازدواج خود تاکید داشتند. این افراد معتقد بودند که اگر همسرانشان فهم تر، صبورتر، و آگاه تر بودند تا این حد دچار دردسر و مشکل نبوده و حتی ممکن بود که تا این حد مجبور نباشند که از خود خشونت به نمایش بگذارند. در این زمینه می توان به تجارب علیرضا توجه نمود. او می گوید: تریاک کشیدن من برای او بهانه ای شده است. او همیشه اخلاق گندی داشت و شاید او باعث شده که من به تریاک پناه ببرم. اگر او به من احترام می گذاشت و اگر با شعور بود من هیچگاه بخودم اجازه نمی دادم به رویش دست دراز کنم. درک ۳ نفر دیگر از آنان (۳ نفر از ۱۱ نفر) این بود که زندگی خانوادگی گذشته شان در زمینه فوق موثر بوده، بطوریکه والدین شان تنها به کمک این سبک قادر بودند تا والد مقابل را کنترل و مهار نمایند

زیر بیان می دارد:

بعد از کمیاب و گران شدن تریاک، بازی با هروئین را شروع کردم و در این موقع بود که مصرفم هر روز به روز بیشتر می شد و قیافه ام فول تر. دیگر همه چیز بین من و همسرم تغییر کرده بود. زخم دیگر هیچ حرف شنوی از من نداشت و همه چیز بین ما تمام شده بود. او دیگر مرا محل نمی کرد و برای نظرم هیچ ارزشی قائل نبود. البته من هم اکثرا بیرون بودم چون باید طوری موادم را تهیه می کردم و مواقعی هم که خانه بودم در گوشه ای کز می کردم و با آنها ارتباطی نداشتم چون می ترسیدم که حال مرا بگیرند.

علاوه بر موارد کشف شده فوق، بنظر می آید که احتمالا تجارب زندگی گذشته برخی از افراد در شکل گیری سبک الگوهای بی تفاوتی (بی تفاوت در وضع قوانین و دستیابی به توافق زوجینی) شان موثر بوده است. بعنوان مثال، ۲ نفر از آنان بیان داشتند که دارای پدران معتادی بودند که این سبک را در زندگی خانوادگی خود بکار می بردند. ۱ نفر از آنان نیز گرچه والد معتاد نداشته اما معتقد بود که این احتمالا بهترین سبکی بوده که والدینش به کمک آن می توانستند با یکدیگر زیر یک سقف زندگی کنند. ۴ نفر دیگر از این گروه نیز ضمن تاکید بر تاثیر بخشی مواد مخدر در ناتوان کردن شان برای دستیابی به توافقی مناسب با زوج شان احساس می کردند که نوع برخورد همسرانشان با آنان سهم مهم تری از مواد مخدر داشته است. درک این گروه از زندگی شان این بود که انتظارات ابده آلی، پرخاشگری و سلطه جوئی ها و در مجموع فشارهایی که از سوی همسرانشان تجربه می کردند عامل اصلی بی تفاوتی آنان برای دستیابی به یک توافق زوجینی بوده است. زهرا (۲) ضمن موثر دانستن مواد مخدر در بی تفاوتی کردنش جهت

و جو زندگی شان را در یک آرامش نسبی نگه دارند. محمد (۱) می گوید که مادرم خیلی از پدرم حساب می برد چون در صورت سرپیچی از خواسته های او بشدت تنبیه می شد. من هم این شیوه را بکار بستم تا از همان اول تکلیف خودم را با زنم مشخص نمایم. گرچه ۱ نفر از این ۳ نفر فوق ضمن بیان یادگیری خود از گذشته اصرار داشتند که بنوعی ثابت نمایند که این سبک اتخاذ شده به مقدار زیادی به وی کمک کرده است تا شوهر معتادش را مهار کند.

مادر و خاله ام الگوی خوبی برایم بودند. دست شان درد نکند. اگر از آنها چیز یاد نمی گرفتم قادر به کنترل شوهرم نبودم. (بهناز ۳۶ ساله)

تحلیل صحبت های ۲ نفر دیگر از افراد متعلق به گروه سلطه جو می تواند چنین استنباطی را ایجاد کند که احتمالاً تعاملی از سه عنصر تجارب زندگی گذشته در خانواده اولیه، تجارب زندگی زناشویی، و وابستگی دارویی شان مسبب بروز چنین رفتارهایی شده است. این ۲ نفر تجارب از زندگی گذشته خود را ذکر کرده اند که در آن یک پدر یا یک مادر ناتنی در غیاب والد اصلی تلاش می کرده است تا با رفتار خشونت آمیز، تهدیدهای کلامی و غیر کلامی، و محروم نمودن فرد از چیزهای مورد علاقه اش قوانین خود را به فرزند ناتنی اش تحمیل نماید. بنظر می رسد که این افراد چنین سبکی را در ارتباط با همسرانشان بکار می گیرند. اما استفاده از این سبک زمانی در این افراد شدت می گیرد که احساس می کردند همسرانشان بزور می خواهند قوانینی را به آنها تحمیل کنند و علاوه بر آن بنظر می رسد که وضع توافق بین این افراد و زوج شان زمانی بفرنج تر شود که فرد در تشویش و نگرانی تهیه مواد بصر می برد. در چنین شرایطی احتمالاً توان حل مشکل آنقدر کاهش می یابد که فرد به این احساس می رسد که هیچ چیز به غیر از مصرف

مواد مخدر یا افزایش مقدار و دفعات مصرف، نمی تواند به او کمک کند. شهروز در بیان تجارب زندگی اش تأثیر تعاملی سه عنصر فوق را بنوعی منعکس می کند. او گفت:

هیچوقت زورگوئی های نامادری ام بادم نمی رود. حتی بعضی مواقع خواب او را می بینم. با اینکه از رفتارش متنفر بودم ولی احساس می کنم که مواقعی برای انتقام هم که شده دوست دارم با دیگران چنین رفتار هایی بکنم. راستش وقتی زنم با من بد رفتاری می کند و یا احساس می کنم که او هم می خواهد به من زور بگوید، من مثل نامادری ام با او رفتار می کنم. از طرفی دیگر تهیه پول برای خریدن مواد هم مرا بدتر عصبی کرده است و رفتار مرا خشن تر از گذشته کرده است.

در اینجا بنظر می آید که بررسی دلایل احتمالی آندسته از افرادی که از سبک توافقی مطیع سلطه پذیر پیروی می کنند نیز می تواند فهم مفیدی در خصوص تأثیر عواملی چون تجارب زندگی گذشته، تجارب زندگی زناشویی، و وابستگی فرد به مواد مخدر و اثر تعاملی این سه عنصر ارائه کند. تجارب و ادراکات عده ای از افراد متعلق به گروه سلطه پذیر (۳ نفر از ۵ نفر) این تحلیل را بدست می دهد که گر چه وابستگی دارویی با اثری که از لحاظ ایجاد سستی و رخوت جسمانی و روانی ایجاد کرده است می تواند یکی از مهمترین عوامل چنین سلطه پذیری ای در برابر قوانین وضع شده از جانب همسران باشد اما با این حال مجموعه ای از تجارب زندگی گذشته افراد وجود دارد که بنوعی باعث یادگیری این نوع سبک توافقی شده است. این افراد شواهدی از رفتارهای والدین و رفتارهای دیگر اعضای خانواده اولیه را ذکر کرده اند که بنوعی نشان دهنده این است که تسلیم در موقعیت های بسیاری باعث کسب فوایدی برای افراد می شود. بعنوان مثال، ۱ نفر از این

# فصلنامه مددکاری اجتماعی

شده است. در این تحقیق ۳ نفر از افرادی که مورد مصاحبه قرار گرفته اند هیچ یک از الگوهای توافق زوجینی نامناسب کشف شده را اتخاذ نکرده اند. هر چند که این افراد دارای توافقی کامل با همسران خود نبوده اند اما احساس خوشایندی نسبت به توافق های بدست آمده در زندگی شان داشته یا حداقل اینگونه احساس می کردند که توان دستیابی به توافق را بطور موثر دارند. نگاهی دوباره به اثر وابستگی دلبستگی بر ارتباط زوجین می تواند ما را به این استنباط برساند که این افراد همان گروهی هستند که توان برقراری ارتباط به شکل تقریباً مناسب را دارند. بنظر می آید که مواردی مثل میزان تحصیلات، زندگی لذت بخش در خانواده اولیه، درآمد ماهیانه مناسب، داشتن همسرانی با تحمل و مقاوم، وابستگی آنان فقط به تریاک و نه هروئین، و غیره دست به دست هم داده اند تا این افراد به چنین احساس خوشایندی نسبت به الگوی توافقی خود با همسرانشان دست یابند.

من واقعا شانس آورده ام که همسری خوب و صبور گیرم آمده است. او با من تعارف ندارد و مواقعی که لازم باشد حرف خود را می زند ولی می داند که چه مواقعی باید کوتاه بیاید. من و او با هم توافق کرده ایم که حداقل جلوی بچه ها بحث و مجادله نکنیم و احترام همدیگر را داشته باشیم.

## بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق تلاش شده است تا توافق زوجینی مصاحبه شوندگان در دوره وابستگی شان به مواد مخدر مورد شناسایی قرار گیرد. در این بخش سعی می گردد که متناسب با یافته های تحقیق مجموعه ای از پیشنهادات ارائه گردند. این پیشنهادات می توانند متوجه آن دسته از افرادی باشد که بطور مستقیم (مددکاران اجتماعی، مشاوران، خانواده درمانگران، مسئولان مرکز و غیره) یا غیر مستقیم

افراد چنین تجربه کرده بود که به هنگام خشونت پدر رفتار مطیع مادرش قسمت اعظمی از درگیریهای خانوادگی را کاهش داده است. ۱ نفر دیگر از آنان از تجارب مادرشان در خانواده اولیه خود چنین صحبت می کند و می گوید که چگونه مادرم از ما می خواسته که برای رسیدن به اهداف خودمان حتی به ظاهر هم که شده در برابر پدر مطیع باشیم.

بر خلاف گروه فوق که تحلیل تعاملی اثر مواد مخدر و اثر تجارب زندگی گذشته خود را منعکس کرده اند، ۲ نفر دیگر از افراد گروه سلطه پذیر صرفاً بر این باور بوده اند ضعف و سستی جسمانی و روانی حاصل از وابستگی به هروئین و متعاقباً اجتناب آنها برای قرار گرفتن در محیطی تشن زو و همچنین اجتناب از موقعیت هایی که آنان را به سمت افزایش مصرف مواد مخدر می کشاند، چنین رفتاری را اتخاذ کرده اند. مجید، محسن، و سیروس معتقد هستند که بعد از مصرف هروئین نباید عصبی بشوند. در صورت عصبی شدن طول دوام نشنگی شان کوتاه می شود و مجبورند که قبل از موعد مقرر مجدداً مصرف نمایند. در این باره محسن گفت: «بخاطر خودم هم که شده باو کلنجار نمی روم و حرفهایش را گوش می کنم. هر گاه احساس کنم که در خانه زخم می خورم به من گیر دهد و نشنگی مرا ببرد، من سریع فلنگ را می بندم چون حال ندارم همیشه دنبال مواد بگردم.

همانطور که می دانیم توان دستیابی به حداقل توافق برای زندگی مشترک مستلزم وجود برخی مهارتها و تواناییهای اولیه در افراد می باشد. در این تحقیق بنظر می آید که قریب به اتفاق مصاحبه شوندگان بنوعی ناتوانی در برقراری یک توافق نسبی در زندگی مشترک را تجربه کرده بودند و همچنین چرایی این موضوع هم مورد تحلیل قرار گرفت. اما موارد استثناء نیز در این تحقیق مشاهده

(دولتمردان و سیاست گذاران سازمان بهزیستی) با مراجعینی سر و کار دارند که برای رهایی از وابستگی دارویی به مرکز معنادین خود معرف مراجعه می کنند.

در دوران وابستگی دارویی مصاحبه شوندگان، ابعاد متفاوتی از عدم توافق زوجینی قابل شناسایی است. به هر دلیلی، در دوران وابستگی به مواد مخدر اکثر این مصاحبه شوندگان نتوانسته اند در امور متفاوت زندگی مشترک با زوج خود به توافق های مناسبی دست یابند. وجود عدم توافق سبب افزایش بیشتر درگیری

بین زوجین گشته است. احتمالاً بر اثر ارتباط نامناسب میزان رضامندی عاطفی و جنسی در این زوجین کاسته شده است و همین امر باعث بروز درگیری بیشتر در

بین آنان می شود. متعاقب این جریان احتمال جدایی عاطفی و فیزیکی این زوجین افزایش یافته و خانواده آنان را تا مرز فروپاشی و طلاق سوق می دهد. بنظر می

رسد متناسب با یافته های کلیدی که در بالا به آن اشاره شده است، کلیه افرادی که در مرکز معنادین خود معرف مشغول بکارند، بویژه مددکاران اجتماعی، مسئولان

پذیرش و خانواده درمانگرانی که با فرآیند ترک، آموزش و درمان افراد مراجعه کننده سر و کار دارند، می بایست مسلط به دانشها و مهارتهایی خاص باشند.

این دانشها و مهارتها باید به آنها اجازه دهد تا پختگی بتوانند فرآیندهای نامطلوب روابط زوجینی نامناسب را تشخیص و در صورت امکان برای بهبود آن بکوشند.

اطلاعات کسب شده در خصوص فرآیندهای ترک، آموزشها، درمانها، و شیوه های مددکاری اجتماعی ارائه شده در مرکز معنادین خود معرف که از طریق

بررسی اسناد و چارت پذیرش این مرکز و همچنین مصاحبه با مددکاران و برخی از مسئولین این مرکز بدست آمده، نشان می دهد که عمده ترین برنامه

این نوع از مراکز کمک به افراد جهت ترک موفقیت آمیز مواد مخدر و کاهش

تعداد افراد وابسته به مواد مخدر در سطح جامعه است. ضمن آنکه در خصوص روابط زوجینی افراد متاهل برنامه هایی تدارک دیده اند که شامل آموزش و

مشاوره گروهی با همسران این افراد (۲ بار در هفته و بمدت ۳ الی ۶ ماه) می باشد که هدف آن توجیه و افزایش توانمندی این همسران جهت حمایت از مراجعه

کننده برای موفقیت در ترک مواد مخدر است. این برنامه در صدد افزایش میزان تحمل همسران این مراجعه کنندگان برای ادامه زندگی و جدا نشدن از آنهاست،

ضمن آنکه بطور اختصاصی به آموزش مراجعه کنندگان در خصوص روابط زوجینی مناسب نمی پردازد. در کل بنظر می رسد هدف این برنامه ها جلوگیری

از بروز طلاق و حفظ شبکه خانواده برای جلوگیری از رها شدن فرزندان است. معمولاً محتوی این برنامه ها در برگیرنده بیان خاطرات و دردهای همسران این

مراجعه کنندگان در ارتباط با زندگی زناشویی شان می باشد و اینکه متعاقباً رهبر گروه یا اعضای گروه هر یک راه حل های خود را متناسب با مشکل یا رفتار ارائه

شده بیان می کنند. بنظر می رسد چنین برنامه هایی در تخلیه هیجانی زوجین بطور موقت موثر باشد اما با وجود آنکه آنان در جلسات اولیه تمایل زیادی برای حضور

در جلسات دارند ولی بعد از گذشت چند جلسه تمایل آنها برای شرکت کاسته شده و بعد از مدتی جلسات را بطور کامل ترک می کنند.

بنظر می رسد ناهمخوانی موضوعات آموزشی یا مشاوره ای با نیازهای داوطلبان، عدم وجود جلسات آموزشی مشترکی که مراجعه کنندگان با زوجین

شان در آن شرکت کنند از جمله عواملی است که احتمالاً باعث بروز چنین پدیده ای می شود. البته یکسری برنامه های آموزشی ضمن خدمت برای افزایش دانش

و مهارت مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان اینگونه از مراکز در نظر گرفته

شده است، اما بنا به اظهار نظر این افراد آنان بعلت نا همخوانی مدرک تحصیلی دانشگاهی شان با نیازهای مرکز، فقدان تجارب عملی در دوران تحصیلات، فقدان تخصص لازم در افرادی که مسئول آموزش آنان بوده اند، نیازمند به آموزش های تخصصی بیشتری هستند که به آنان مهارت و دانش لازم برای کار با همسران افراد مراجعه کننده به مرکز را ارائه کند. تکمیل دانش و مهارت های نظری و عملی مورد نیاز متخصصانی که بطور مستقیم با فرد وابسته به مواد مخدر و همسرش ارتباط دارند از جمله موضوعاتی است که برنامه ریزان سازمان بهزیستی و مسئولان مرکز معتادین خود معرف می بایست به آن توجه ویژه ای داشته باشند. بطور اختصاصی در ارتباط با رفع مشکلات مربوط به روابط زوجینی بنظر می رسد دانش هایی در خصوص چگونگی برقراری ارتباط زوجینی موثر، فرآیند حل مسئله در خصوص مشکلات زوجینی، شیوه های کسب توافق زوجینی، کمک به همسران مراجعه کنندگان جهت کاهش فرسودگی روانی که محصول زندگی زناشویی با آنهاست، توان مداخله در بحران های مربوط به عدم توافق زوجینی و حل مناسب آن، شیوه های آموزش تفکر منطقی به زوجین، توان اداره و هدایت موثر جلسات گروهی مربوط به زوجین، آموزش شیوه های اصلاح رفتار و آموزش شیوه هایی برای تخلیه هیجانی زوج غیر وابسته از جمله دانش ها و مهارتهایی هستند که مدکاران اجتماعی، مشاوران و روانشناسان شاغل به کار در مرکز جهت بهبود روابط زوجینی مراجعه کنندگان به آن نیاز مندند.

بنظر می رسد دانش و مهارت های دیگری نیز مورد نیاز باشد چرا که قسمتی از یافته های کلیدی تحقیق حاضر نشان می دهد که شدت مشکلات شناسایی شده در توافق زوجینی بنوعی تابع نوع و مقدار مصرف مواد مخدر، و همچنین

مدت زمان وابستگی به آن است. بنظر می رسد با تغییر مصرف از تریاک به هروئین و افزایش مقدار مصرف و همچنین طولانی تر شدن مدت زمان وابستگی به مواد مخدر، افراد مصاحبه شده ویژگیهای خاصی (از لحاظ فردی، اجتماعی، شخصیتی و غیره) پیدا می کنند. از دست دادن اعتبار اجتماعی، بیکاری، کاهش درآمد، بی حوصلگی، بی ثباتی و درگیری ذهنی مداوم جهت تهیه بموقع مواد که متعاقب افزایش مصرف، مصرف هروئین، و طولانی شدن مدت زمان وابستگی حاصل می شود جز آندسته از تغییراتی است که احتمالاً باعث تخریب بیشتر توافق زوجینی می گردد. بطوریکه بنظر می رسد مصاحبه شوندگانی که دارای مصرف بیشتری از تریاک بوده اند، یا وابستگی به هروئین داشته اند و یا مدت زمان طولانی تری از وابستگی شان به مواد مخدر می گذرد، عدم توافق بیشتری را در زندگی مشترک شان تجربه نموده اند. متعاقب این فرآیند عدم رضامندی عاطفی و جنسی جدی، و احتمال وقوع جدایی عاطفی و فیزیکی بین مصاحبه شوندگان و همسرانشان افزایش یافته و در معرض خطر فروپاشی زندگی مشترک قرار می گیرند. بنابراین بنظر می رسد مهارتهای افرادی که در مرکز معتادین خود معرف به کار مشغولند می بایست متناسب با گروههای مختلف مراجعه کننده متفاوت گردد. چرا که بنظر می رسد کار درمانی با افراد وابسته به تریاک متفاوت از کار درمانی با افرادی باشد که به هروئین وابستگی داشته و یا کار درمانی با افرادی که مدت زمان بیشتری از وابستگی شان به دارو می گذرد متفاوت با کار درمانی با کسانی باشد که به تازگی وابستگی دارویی را تجربه کرده اند. از اینرو بنظر می رسد دانش و مهارتهای مورد نیاز برای کمک به افراد وابسته به تریاک تا حدودی متفاوت از دانشها و مهارتها برای کمک به افراد وابسته به هروئین و نیز دانش و مهارت مورد نیاز برای کمک به



نامتناسب با تفاوت‌های شناسایی شده انعطاف پذیری لازم در روش‌های بازپروری و میزان و چگونگی حمایت‌های قابل ارائه را لحاظ نمایند.

بخش دیگری از یافته‌های کلیدی تحقیق کشف نموده است که صرفاً نمی‌توان همه ابعاد تخریب در توافق زوجینی مصاحبه شده را به وابستگی دارویی آنان نسبت داد، چرا که قسمتی از اطلاعات کشف شده نشان داده است که تجارب ناخوشایند زندگی گذشته بنوعی می‌تواند سبب نامطلوب شدن توافق زوجینی افراد گردد. از سوی دیگر تجارب ناخوشایند زندگی جاری نیز می‌تواند باعث بروز چنین مشکلاتی شده و در پاره‌ای از موارد امکان گرایش فرد به مصرف، وابستگی، و یا وابستگی بیشتر به مواد مخدر را فراهم آورد. بی‌شک تعامل آثار منفی بجا مانده از وابستگی دارویی با تجارب ناخوشایند زندگی گذشته یا زندگی جاری خود عامل دیگری است که می‌تواند باعث تخریب روابط بین زوجین مصاحبه‌شوندگان گردد. ضمن آنکه همواره باید به تأثیر تعاملی چند عامل بطور همزمان توجه نمود. متناسب با چنین اطلاعاتی بنظر می‌رسد کلیه افرادی که با فرد وابسته به مواد مخدر در مراکز معادین خود معرف سر و کار دارند می‌بایست قسمتی از توجه خود را صرف وقایع ای نمایند که محصول تجارب زندگی گذشته و یا تجارب زندگی جاری و یا یک پدیده چند عاملی است. مصاحبه با مددکاران و سایر متخصصان نشان می‌دهد که آنها چندان در صدد علت‌یابی وابستگی دارویی افراد نیستند و بیش از آنکه بر عواملی چون تجارب زندگی گذشته یا جاری مراجعه کنندگان متمرکز شوند، در صدد هستند تا به فوریت وابستگی جسمانی و روانی افراد به مواد مخدر را بر طرف کنند. بنظر می‌رسد مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان شاغل در مرکز باید دارای مهارتی باشند که در فرآیند ترک و

افرادی که مدت محدودی از وابستگی شان از دارویی گذرد تا حدودی متفاوت از دانش و مهارت مورد نیاز برای کار با مراجعینی باشد که مدت بیشتری از وابستگی شان به دارویی گذرد. مصاحبه با مددکاران اجتماعی و سایر افراد در مرکز خود معرف نشان داده است که آنان در کل آموزش‌هایی در خصوص علل گرایش افراد به مواد مخدر، تشخیص علائم وابستگی جسمانی و روانی آنان، پر کردن فرم‌های پذیرش، روش‌های ترک و بازپروری افراد مراجعه‌کننده دریافت داشته‌اند، اما در این آموزش‌ها دانش تفکیکی تخصصی لازم برای کمک به افراد گروه‌های متفاوت (مثل گروه وابسته به تریاک در برابر گروه وابسته به هروئین) ارائه نشده است. این افراد طی یک فرآیند یکسان و به گونه‌ای مشابه فرم پذیرش را برای تمامی افراد مراجعه‌کننده اعم از مراجعه‌کنندگان وابسته به تریاک و هروئین با هر مقدار مصرف و یا طول مدت وابستگی تکمیل می‌کنند و همه مراجعه‌کنندگان به این مرکز به گونه‌ای مشابه در یک فرآیند درمانی مشابه قرار می‌گیرند. با توجه به موارد کشف شده فوق، مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان فعال در این مرکز به یکسری برنامه‌های آموزشی، تخصصی، و تکمیلی نیازمندند تا بتوانند دانش و مهارت‌های لازم برای تشخیص، آموزش، بازپروری، و درمان افراد مراجعه‌کننده به مرکز را با توجه به نوع وابستگی، مقدار مصرف و مدت زمان وابستگی به دارو بدست آورند. این آموزش‌ها در بعد تشخیص می‌بایست مهارتی را در مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان ایجاد کند که به کمک آن بتوانند تفاوت‌های احتمالی بین مراجعه‌کنندگان وابسته به تریاک و هروئین را از جنبه‌های متفاوتی چون نگرش، ادراک، احساس، اراده، میزان مسئولیت‌پذیری، خشونت، جامعه‌گریزی، و غیره مورد شناسایی قرار دهند. از سوی دیگر این آموزش‌ها باید به آنها کمک کند

مشاوره، و روانشناسی مراکز آموزش عالی کشور جهت اضافه نمودن و یا تغییر محتوای برنامه آموزشی کسانی که در این رشته ها مشغول به تحصیل هستند. آموزش ضمن خدمت مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان این مرکز و وابسته نمودن ادامه کار آنان در مرکز به کسب گواهی که دال بر گذراندن موفقیت آمیز این دوره های آموزشی باشد و یا در نظر گرفتن برنامه های تشویقی چون افزایش پاداش و درآمد بنحواظر گذراندن این دوره های آموزشی تخصصی، برقراری ارتباط این متخصصان با سایر مراکز داخل و خارج از کشور جهت آشنایی بیشتر با فرآیندهای مختلف ترک، فرآیندهای مختلف آموزشی و درمانی، و فراگیری دانشها و مهارتهای نیروهای متخصص از دیگر کشورها، برگزاری سمینارهای علمی (در سطح مرکز خود معرف، استان، و یا کشور) تشکیل کنفرانس های ملی و جهانی، تدوین فصل نامه ها و بروشورهای آموزشی یا معرفی کتب برای آموزش های ضمن خدمت غیر حضوری و ایجاد سایت های اینترنتی و امیل جهت برقراری ارتباط اینترنتی این متخصصان با دیگر متخصصانی که در این زمینه در دنیا مشغول به فعالیت هستند از جمله راهبردهایی است که می تواند برای افزایش یا تکمیل دانش مورد نیاز شاغلین در این مرکز بکار رود. ضمن آنکه شناسایی نیروهای متخصص در سطح کشور و یا خارج از کشور برای آنکه بتوانند دانش های مورد نیاز نظری و عملی این شاغلین را ارائه نمایند حائز اهمیت بسزایی است. احتمالاً یکی از دلایل کاهش اثربخشی برنامه های آموزشی و درمانی زوجین به فرآیند نحوه کار با مراجعه کنندگان و خانواده آنان ارتباط دارد. بعضی از مشکلات و موانع در فرآیند چگونگی نحوه کار با این افراد

بازپروری مراجعه کنندگان به یک سوال اساسی و عمده بشکل دقیق پاسخ دهند و آن اینکه مشکلات زوجینی موجود، حاصل وابستگی مراجعه کنندگان به مواد مخدر است یا زمینه ساز وابستگی آنان به مواد مخدر بوده اند؟ در صورتیکه مشکلات موجود حاصل وابستگی باشد احتمالاً پس از فرآیند ترک موفق با کمک های ویژه، این مشکلات زوجینی رفع خواهند شد. اما در صورتیکه این مشکلات زمینه ساز وابستگی باشند آنوقت مددکاران اجتماعی و متخصصان دیگر این مرکز در زمان تدوین برنامه ترک مراجعه کنندگان باید در صدد رفع جدی این مشکلات برآیند. ضمناً بنظر می آید که این متخصصان باید قادر باشند تا بخوبی مشخص نمایند که آیا این توافق زوجینی نامطلوب است که باعث استمرار وابستگی فرد به دارو می گردد؟ یا اینکه این وابستگی دارویی افراد است که سبب توافق زوجینی نامطلوب شده است؟ در صورتیکه توافق زوجینی نامطلوب سبب ایجاد و استمرار وابستگی یا شکست فرد در فرآیند ترک می گردد، مددکاران اجتماعی و دیگر متخصصان این مرکز در درجه نخست می بایست بر ایجاد توافق زوجینی و شناسایی و رفع آندسته از عواملی متمرکز شوند (مثل تجارب زندگی گذشته، عدم آگاهی از روابط موثر، الگو برداری از پیشنهادات سستی جامعه در خصوص توافق زوجینی، عدم آموزش مهارتهای لازم جهت ایجاد و حفظ توافق زوجینی مناسب در خانواده اولیه و جامعه...) که احتمالاً باعث تخریب توافق زوجینی می شوند. بنظر می رسد از طرق مختلف می توان آموزشهای مورد نیاز مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان این مرکز را برآورده نمود. تماس با برنامه ریزان امور آموزشی مربوط به رشته های مددکاری اجتماعی،

احتمالا می تواند به ساختار این مرکز مرتبط باشد. گر چه بنظر می رسد که می بایست هماهنگی خاصی بین مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان مرکز برای ارائه یک کمک تیمی موثر به این مراجعه کنندگان وجود داشته باشد، اما بنظر می رسد که چنین هماهنگی بندرت اتفاق می افتد. فقدان جلسات تیمی مددکاران با متخصصان مرکز برای بررسی ابعاد متفاوت پرونده یک مراجعه کننده و خانواده اش، تعویض مکرر روانپزشکان، پزشکان عمومی، روانشناسان و مددکاران اجتماعی مرکز (که معمولا برای گذراندن طرح تعهدی خود در مدت زمانی محدود که نهایتا دو سال در مرکز حضور دارند) و در نتیجه حذف برخی از متخصصان با تجربه در روند کار با مراجعه کننده و خانواده اش، ارتباط مراجعه کننده و همسرش با یک مددکار و در یک دوره زمانی خاص و قطع ارتباط این مراجعه کننده با آن مددکار در دوره زمانی دیگر، و کسب اطلاعات مددکاران در باره مراجعه کننده و خانواده اش فقط بر اساس یادداشت های کوتاه و محدود مددکاران و سایر متخصصان مندرج در پرونده ها صورت می گیرد از جمله دلایل احتمالی هستند که بنظر می رسد به عنوان موانع ساختاری مرکز خود معرف و برنامه های آن (بویژه مددکاری اجتماعی) در کاهش اثر بخشی برنامه های آموزشی در زمانی این مرکز موثر باشد. در پایان می توان متناسب با یافته های تحقیق حاضر و متناسب با آندسته

اطلاعاتی که در آینده می تواند یافته های تحقیق حاضر را تکمیل نماید، طرح و اجرای مجموعه ای از تحقیقات ضرورت ویژه ای پیدا می کند. بررسی میزان هماهنگی دانش و مهارت های مددکاران اجتماعی مرکز خود معرف با دانش و مهارت های مورد نیاز این گونه مراکز، بررسی تطبیقی فرآیند ترک و آموزش مراجعین در مرکز خود معرف با سایر مراکز موجود در ایران و جهان، بررسی مشکلات حرفه ای مددکاران اجتماعی مرکز خود معرف در ارتباط با پیگیری مسائل همسران مراجعین، بررسی نیازمندی های مددکاران اجتماعی برای رفع مشکلات همسران مراجعین، بررسی روابط زوجینی مراجعین از دیدگاه همسران آنها، بررسی آسیب های روانی اجتماعی همسران مراجعین به مرکز، بررسی دیدگاه همسران مراجعین در خصوص میزان اثر بخشی حمایت های ارائه شده از جانب مرکز خود معرف، بررسی میزان موفقیت مددکاران و سایر متخصصان در رفع مشکلات مراجعین از دیدگاه همسران مراجعین، بررسی میزان اطلاعات مددکاران اجتماعی از دیدگاه همسران مراجعین، مطالعه تطبیقی مراجعین از جمله عناوین تحقیقاتی ای هستند که احتمالا می توانند باعث تکمیل یافته های تحقیق حاضر شوند.

- 1-Ackerman, R. J. (1988) Stress in the Family. Department of Sociology. Indiana. Pennsylvania: UNI press.
- 2-Aghabakhshy, H. (1999) Addiction and Family Psychopathology. Published by The University of Sciences of the Social Welfare and Rehabilitation. Tehran.
- 3-Birchler, G.R. (1995) Clinical themes encountered with substance-abusing couples, in G.R. Birchler (Chair), Therapy with drug-abusing couples. Symposium conduct-

- ed at the Annual Meeting of the American Psychological Association, New York, New York.
- 4-Khaki, F. (1992) Family and social deviances. B.A thesis, Faculty of Social Sciences, Tehran University.
- 5-Lex, B. W. (1990) Male heroin addicts and their female mates: Impact on disorder and recovery. Journal of Substance Abuse, 2: 147-275.
- 6-Makouei, P (1976) The effects of addiction and the related issues in family, M.A Dissertation, Faculty of Social



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی