ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

Exploring and Explaining Wives' Experiences of Their Role in The Cycle of Addiction and Their Spouse's relapse: A Qualitative Study

Seyyed Ali Edalat[1], Mohammad Reza Zarbakhshbahri[1*], Flora Rahimaghaee[2]

[1] Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
[2] Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

ABSTRACT

AIMS: Relapse to substance use among husbands is a major challenge for families affected by substance use disorders. This study explored women's experiences of the role they perceived themselves to play in their husbands' substance use and relapse.

MATERIALS AND METHODS: This qualitative study employed conventional content analysis and was conducted in 1404 (2025–2026) among women attending clinics in Tonekabon, Ramsar, and Abbasabad, Iran. The participants were 15 women who had been married to a husband with a substance use disorder for at least three years and whose husbands had experienced at least one treatment attempt followed by relapse. Purposive sampling with maximum variation was used, and recruitment ended after the fifteenth interview, when data saturation was reached. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews, transcribed, and analyzed manually without qualitative analysis software, following the five-step approach proposed by Graneheim and Lundman.

FINDINGS: Five themes and 11 subthemes emerged: ineffective actions stemming from lack of awareness (15 participants; harmful self-sacrifice and futile efforts); protective passivity (13; concealment to preserve social standing, fear-based passivity, and the delegation of responsibility); helplessness-driven anger (10; emotional outbursts and accumulated anger); rescuing empathy (6; emotional support and social support networks); and unstable post-cessation management (4; pressure to rescue and premature withdrawal of support). The women described a continuum ranging from ineffective responses to empathic forms of support, with the period following cessation identified as particularly sensitive.

CONCLUSION: These findings reflect the women's subjective experiences and do not establish a causal relationship with relapse. Nevertheless, educating and empowering wives, together with involving families in treatment, may contribute to relapse prevention.

KEYWORDS: **Substance Use Disorders**; **Relapse**; **Spouses**; **Coping Strategies**; **Family Dynamics**; **Relapse Prevention**; Qualitative Content Analysis.

How to cite this article:

Edalat S.A., Zarbakhshbahri M.R., Rahimaghaee F.. *Exploring and Explaining Wives' Experiences of Their Role in The Cycle of Addiction and Their Spouse's relapse: A Qualitative Study*. J Police Med. 2025;14:e12.

***Correspondence:**

Address: Imam Khomeini Street, Tonekabon, Mazandaran Province, Iran. Postal Code: 4681984499.
eMail: **m.zarbakhsh@iau.ac.ir**

Article History:

Received: 08/05/2024
Accepted: 11/01/2025
ePublished: 19/04/2025

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

INTRODUCTION

Drug addiction is widely regarded as a major challenge to mental health and social well-being in Iran and worldwide. Its consequences extend beyond the individual user and significantly affect families and social structures. According to the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) World Drug Report, substance use disorder is a chronic and relapsing illness that, in addition to its biological and psychological dimensions, has extensive social and familial consequences [1, 2]. Among the various dimensions of this phenomenon, relapse should not be viewed as a sudden event but rather as a gradual, interactive, and cumulative process, and it remains one of the most important challenges in treatment, since a classic review estimated relapse rates in substance use disorders at approximately 40–60% [2]. Just as patterns of drug misuse are shaped by individual, environmental, and social factors, relapse is not merely an individual process; it develops within the context of family interactions, marital relationships, and broader social conditions. Research has shown that factors such as psychological stress, marital relationship quality, coping styles, and the level of family support play decisive roles in sustaining treatment or returning to substance use [3, 4]. In this context, the family—and particularly the spouse—is one of the most influential elements in the course of recovery or relapse.

The role of spouses of individuals with substance use disorder is dual in nature. On the one hand, supportive, empathic, and motivational behaviors may help maintain abstinence and strengthen treatment; on the other hand, emotional reactions, unintended pressure, controlling behavior, or passivity may inadvertently contribute to relapse [5]. From this perspective, addiction can be understood as an interactive phenomenon that acquires meaning within the family system, and any change or dysfunction in family roles and relationships may affect the cycle of addiction and relapse [6]. Women whose husbands have substance use disorder must cope not only with psychological and social pressures but also with contradictory and multiple roles—roles that sometimes appear as support and caregiving and at other times as anger, passivity, or conflictual behavior. Recent studies have also shown that women's experience of living with an addicted partner is marked by conflict, guilt, helplessness, and, simultaneously, efforts to preserve the family [7, 8].

Nevertheless, what remains less visible in the research literature is a systematic examination of these experiences that would allow a clear understanding of the role women play in the relapse cycle. In Iran, the findings of a qualitative study showed that wives of men with addiction employ strategies such as secrecy to preserve their social image and outsourcing responsibilities to family members or others; however, these strategies often lead to diminished agency and feelings of helplessness [9]. Other studies have emphasized the role of women's empathy and social support and have identified the development of intra-family and interpersonal support networks as protective factors against relapse [10, 11]. These findings are consistent with international research indicating that spouses' emotional and social support is a key factor in treatment success and prevention of return to substance use, and that relapse rates are significantly higher among individuals who lack stable family support [12, 13]. Recent investigations have also shown that women may sometimes respond to an addicted spouse with anger and aggression rooted in profound helplessness and psychological pressure. This accumulated anger can intensify marital conflict and may be associated with a greater likelihood of relapse [14, 15]. Marital relationship quality and the spouse's manner of responding are likewise regarded as key factors in an individual's motivation to continue treatment or return to substance use.

In addition to its clinical importance, substance-use relapse is significant from the perspectives of social health and forensic medicine, because family conflict, domestic violence, and social harms associated with substance use may bring families into contact with social and law-enforcement systems. Within this framework, understanding the experiences of the closest family members can contribute to the design of supportive and non-punitive preventive interventions.

Given the importance and influence of women's roles in controlling relapse among men with substance use disorder, the rationale for the present study can be articulated around several key considerations. First, relapse is socially and clinically important as a major barrier to treatment success and a factor perpetuating familial and social harm. Second, women occupy a central position in the cycle of substance use and relapse, yet this position has often been overlooked or examined superficially. Third, there is a gap in domestic qualitative research grounded in women's lived experiences. Fourth, there is a need to design evidence-based psychological and social interventions focused on empowering women to manage high-risk situations and prevent relapse. Accordingly, the present study was conducted to examine and explain women's experiences of their role in their husbands' addiction relapse. The primary research question was: How do women whose husbands have substance use disorder experience and explain their own role in their husbands' substance use and relapse processes? The secondary objectives were: (1) to describe the actions and reactions women report when confronting their husbands' substance use and relapse; (2) to examine the meanings and reasons women attribute to these actions and reactions; and (3) to identify their supportive experiences

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

and difficulties during the post-treatment period. Because women's experience of their role in the relapse cycle is relatively understudied and previous research has focused largely on predetermined variables, a qualitative approach and conventional content analysis were selected; this method extracts categories directly from interview data without relying on predetermined theoretical frameworks [22]. Purposive sampling with a maximum-variation strategy was also used to capture a diverse range of experiences.

Theoretical Foundations of the Study

Examining women's role in a husband's relapse requires more than an individual-level perspective. Women's experiences in this context are shaped within a web of interpersonal relationships, family roles, cultural norms, and complex emotional processes. Consistent with the inductive orientation of conventional content analysis, the following theoretical perspectives were not used to guide coding; themes were first extracted from the data, and these perspectives were subsequently used to interpret them in the Discussion section. They were selected because of their conceptual relevance to dimensions of the phenomenon, including interaction within the family system, helplessness and ineffective efforts, emotional attachment and safety, culture and stigma, perceived efficacy, emotion regulation, and support exchange. For example, family systems theory was used to interpret the themes of "protective passivity," "helpless anger," and "rescuing empathy"; learned helplessness theory was used to interpret "unsuccessful efforts" and "passivity arising from fear and psychological pressure"; and social exchange theory was used to interpret the "development of social support networks." From a cognitive–behavioral perspective, women's thought and behavior patterns when dealing with addicted husbands contribute to the relapse process through their effects on emotions, communication styles, and coping strategies. Stress and coping theories likewise indicate that chronic pressure arising from living with an addicted husband can evoke emotions such as anger, fear, and desperation, leading women to rely on strategies such as secrecy, passivity, or seeking social support [16].

Bowen's Family Systems Theory: According to Bowen's family systems theory, the family functions as an integrated emotional system in which each member's behavior and psychological state acquire meaning through dynamic interaction with the other members. Within this system, women often appear in the role of emotional regulators and attempt to preserve family equilibrium through behaviors such as self-sacrifice, silence, or aggression [7]. From this perspective, substance use is not merely an individual problem but is understood in relation to family interactional patterns and may disrupt the equilibrium, or homeostasis, of the family system. To preserve stability in this impaired system, family members are compelled to adopt new roles, which often results in dysfunction throughout the system. This argument is theoretically linked to *Parsons*'s functionalism, according to which substance use can disrupt the performance of core family functions, including children's socialization and the fulfillment of gender and parenting roles [38].

Seligman's Learned Helplessness Theory: *Seligman* used the concept of "learned helplessness" to describe circumstances in which, following repeated exposure to uncontrollable situations, individuals gradually experience a sense of incapacity and ineffectiveness in changing their circumstances [18]. Repeated cycles of failed attempts to help a husband recover can produce a learned-helplessness pattern among women. Perceived lack of agency in changing the situation reduces self-efficacy and produces emotional numbing; this gap in self-efficacy may lead women during the post-treatment period to oscillate between excessive control and sudden disengagement. Such "unstable management" is considered one of the main triggers of return to substance use [19].

Attachment Theory and Codependency: Attachment theory explains the quality of relationships and emotional security in families affected by addiction. Substance misuse disrupts emotional bonds and undermines the family's "secure base," leaving women vulnerable to stress and reactive anger [20]. In this context, codependency may develop—a condition in which a woman ties her identity to her husband's condition and, by assuming the role of an "enabler," takes responsibility for the consequences of his behavior. Ultimately, this removes protective mechanisms and facilitates relapse [8].

Social Constructionism and Labeling Theory: From a sociological perspective, social constructionism is useful for understanding how women interpret and assign meaning to their surrounding world within the context of everyday life [42]. In this framework, cultural concepts such as "burning and building" (a common expression in Iranian culture referring to enduring hardship and sacrificing oneself to preserve married life and the family) construct women's lived experience as a survival strategy [7]. This experience is intensified by labeling theory: social stigma isolates not only the addicted individual but also the family as a whole, pushing the wife toward "protective secrecy," which in turn creates a safer context for concealed relapses [15].

Bandura's Self-Efficacy Theory: Self-efficacy refers to an individual's belief in their ability to manage and influence life events. Among women who have repeatedly tried to influence their husband's addiction without success, a severe decline in self-efficacy may lead to surrender, inaction, or aggressive behavior. Accordingly, training in interpersonal skills, strengthening self-

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

esteem, and rebuilding the belief in one's capacity to exert influence are considered preventive measures within the relapse cycle [7, 21].

Gross's Emotion-Regulation Model: From a clinical-psychological perspective, a woman's ability to manage crises depends on Gross's emotion-regulation model. Deficits in cognitive reappraisal and reliance on suppression strategies may result in "helpless anger" and impulsive behaviors that make the home environment unsafe for the recovering individual [9, 16].

Review of the Research Literature

A) Studies Conducted in Iran

Domestic journals: Research published in domestic journals can be divided into two groups. The first consists of qualitative and phenomenological studies. *Tarkashvand* et al. [7] examined the lived experiences of women in one of the neighborhoods of Karaj; Mostadam et al.[8] explored the experiences of women seeking divorce; *Aghaei-Jashouqani* et al. [15] investigated these women's experiences during the COVID-19 period; and *Jahandar Lashki* [17] qualitatively examined family involvement in addiction. The second group consists of quantitative and intervention studies assessing the effectiveness of group schema therapy [5], compassion-focused therapy [9], resilience training [14], psychological empowerment [19], dialectical behavior therapy skills [31], and mode deactivation therapy [30] on variables such as distress tolerance, shame, psychological well-being, and marital burnout among spouses. Some studies have also measured outcomes such as depression, suicidal thoughts, quality of life, and codependency in these women [6, 11, 16, 33]. Overall, intervention studies have primarily treated women as recipients of intervention and have paid less attention to the role women themselves attribute to their position within the relapse cycle.

International journals: A substantial part of the empirical knowledge concerning Iranian women married to men with substance use disorder has been published in international journals. *Jalilvand* [43], in a phenomenological study, examined the coping strategies and interactional patterns of women who had sought counseling or psychotherapy because of their husbands' substance use disorder; behaviors such as avoidance, control, support, silence, and direct confrontation may become relatively stable interactional patterns over time and should be understood as products of ongoing couple interaction rather than fixed personality traits of the woman. *Shokri, Younesi*, and *Zare Bahramabadi* [44], in an interpretive phenomenological study of 26 married women in Tehran, examined women's role as "interpersonal facilitators" in their husbands' addiction and concluded that the woman's role is not a fixed or predetermined reality but a perceived experience dependent on the quality of couple and family interactions; thematically, this study is the closest to the present research question. *Hajihas* and *Bahrami-Ehsan* [45] examined family interactions with Iranian women whose husbands had substance use disorder across four time periods, from before awareness of the addiction to after repeated relapses, and identified five interactional patterns: blaming and restricting, passive and accepting, rejecting, indifferent, and confused. Family responses did not remain stable and could change after relapse. *Rostami* et al. [46] showed that a woman's decision to remain in a relationship with a substance-dependent husband reflects the interaction of emotional attachment, maternal responsibility, concern for the children's future, social pressures, economic constraints, and her perception of family responsibility; it should not readily be interpreted as satisfaction with the relationship or acceptance of addiction. *Fathi* et al. [47] identified five domains of difficulty among 26 women: alienation, inadequate support, violence and mistreatment, disruption of family life, and social rejection and isolation. *Mancheri* et al. [48], in a qualitative study with 25 participants—15 wives, 7 therapists, and 3 officials—reported two categories: "psychological disintegration of the family" and "deprived social position." *Eskian* and *Masoumian Sharqi* [59] examined spouses' "enabling behaviors" in Chapter Eight of the Big Book of Alcoholics Anonymous. *Faridouni* et al. [49], in interviews with 24 wives, reported four themes: the painful encounter with the news of addiction, coping with and enduring the problem alone, the gradual intensification of suffering and exhaustion, and disruption of family relationships and financial circumstances. Women often attempted to conceal the problem and cope without adequate social support. *Jolaei* et al. [50] examined the needs and expectations of 24 wives of substance-dependent men and showed that women's difficulties extended beyond their husbands' substance-use behavior to include the husband's approach to treatment, financial concerns, emotional needs, and the need for information. *Ahmadzadeh* et al. [58] also examined the effectiveness of a resilience-based intervention on post-traumatic growth, resilience, coping skills, and perceived stress among women with substance-dependent husbands.

B) Studies Conducted Outside Iran

Studies conducted outside Iran have gradually moved from describing individual consequences toward examining couple relationships, family-centered interventions, and recovery processes. A systematic review by *McGovern* et al. [51] of 65 articles from 58 trials showed that family members of individuals with problematic substance use experience outcomes such as stress, mental-health problems, family conflict, and reduced relationship quality. Couple- and family-focused interventions may improve relationship satisfaction and stability and reduce intimate-partner violence; however, the

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

individual's entry into treatment did not necessarily translate into an immediate improvement in the spouse's well-being. *Hogue* et al. [52] showed that couple- and family-based treatment for substance use disorders has substantial empirical support and, in addition to reducing substance use, improves couple functioning. A systematic review by *Aswathy* et al. [53] of 15 randomized trials likewise found that family participation in treatment was associated with significant positive effects in 11 studies. In contrast, a systematic review of qualitative studies by *Mardani* et al. [54] identified five dimensions in the experiences of families affected by addiction: initial shock; stigma and social isolation; psychological and physical erosion; relational disruption and economic pressure; and efforts toward self-protection and adaptation.

C) Comparison of Iranian and International Studies and the Position of the Present Study

Iranian and international studies converge on three points. First, the consequences of substance use disorder and relapse are multifactorial; for example, Mardani et al.'s systematic review [54] identified five dimensions in the experiences of families affected by addiction, while in Iran *Fathi* et al. [47] reported five domains of difficulty and *Faridouni* et al. [49] identified four themes in women's experiences. Second, couple and family relationships may function both as sources of support and as contexts for conflict; evidence from behavioral couple therapies supports couple-focused approaches (*Powers* et al. [55]; *Song* et al. [56]; *Hogue* et al. [52]), and *Jolaei* et al. [50] likewise documented spouses' financial, emotional, and informational needs. Third, social support, effective communication, and sustained access to recovery services facilitate recovery; a scoping review by *Sharma* et al. [57] in low- and middle-income countries also reported improvements in family support, communication, and quality of life, alongside barriers such as financial insecurity and distrust of services.

Despite these convergences, contextual differences also exist between the two bodies of literature. International studies have examined family participation primarily as a structured therapeutic component, such as family education, couple therapy, and communication-skills training. In Iranian studies, however, spouses' experiences are often interpreted in the context of cultural pressure, preservation of family honor, social stigma, economic dependence, maternal responsibility, and constraints on decision-making. In other words, the "spouse's role" in Iran is not merely a relational variable but is intertwined with gender norms and social structures; for example, *Hajihas* and *Bahrami-Ehsan* [45] showed that family responses to substance use and relapse are not fixed. Similarly, behaviors such as providing money or concealing the consequences of substance use are generally examined in international literature as forms of "enabling," whereas in the Iranian context they may be motivated by preserving the family, preventing disgrace, protecting children, or fear of violence and economic collapse. Interpreting such behaviors without considering intention and context may lead to blaming the woman. In addition, international research has focused more on the effectiveness of family-centered interventions, whereas most Iranian studies have focused on describing women's problems, needs, and interactional patterns.

Overall, both bodies of literature agree that relapse is multifactorial and processual and that close relationships, social support, conflict, and the quality of family interactions influence the recovery trajectory. However, most studies have focused on the consequences of substance use, women's characteristics and needs, codependency patterns, or intervention effectiveness, and have paid less direct attention to women's perceived experience of their own role in their husband's return to substance use. The present study is distinctive in three respects: its primary unit of experience is the narrative of women who have lived with a husband with substance use disorder; its objective is to examine how women's behaviors develop, persist, and change in response to their husband's substance use and relapse rather than merely to identify consequences; and, instead of reducing these behaviors to codependency or enabling, the analysis also reveals their psychological, familial, and cultural context. The central gap is therefore not a lack of knowledge about family and addiction but the absence of a coherent account of women's experience of their role in the relapse cycle—an account that considers women's behaviors, intentions, contextual conditions, and interactional consequences simultaneously and moves beyond the dichotomy of "culprit" versus "victim".

METHODS

This study used a qualitative approach and conventional (inductive) content-analysis method [22]. The method was selected because of the exploratory nature of the research, its focus on understanding women's experiences of their role in their husbands' relapse in depth, and its flexibility in identifying concepts and patterns from textual data. It allows themes to be extracted directly from the data without rigid theoretical presuppositions [22].

The study population consisted of women whose husbands had substance use disorder, who lived in the cities of Tonekabon, Ramsar, and Abbasabad, and who had direct experience of living with their husbands and confronting the process of relapse. To access participants, the researchers visited eight counseling and substance-use-disorder treatment clinics in Ramsar, Tonekabon, and Abbasabad and presented the research proposal to psychologists or clinic

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

managers. They were asked to introduce the study to families attending the clinics and record the names and telephone numbers of eligible women who volunteered to participate. During a three-month period, the volunteers were contacted, and information about their characteristics, marital circumstances, and their husbands' primary substance of use was recorded. Ultimately, a list of 38 eligible volunteers was compiled, from which 15 women were selected for interview. Sampling was purposive and used a maximum-variation strategy. The rationale for purposive sampling was to select participants with direct and relevant experience of the phenomenon under study. Within the maximum-variation strategy, the researchers sought diversity in age, length of marriage, number of children, type of substance used by the husband, and whether the marital relationship was continuing or had ended, so that a broad range of experiences would be represented (**Table 1**).

Table 1) Demographic characteristics of the participants

Participant ID	Age (years)	Marriage duration (years)	Primary substance used	Number of children	Marital status
1	35	10	Opium	2	Continued cohabitation
2	37	6	Opium	1	Continued cohabitation
3	28	5	Cannabis	0	Continued cohabitation
4	39	11	Methamphetamine	1	Separation
5	44	16	Opium	2	Continued cohabitation
6	47	21	Opium	4	Continued cohabitation
7	49	18	Opium	3	Continued cohabitation
8	36	7	Methamphetamine	1	Separation
9	42	14	Opium	2	Continued cohabitation
10	29	4	Cannabis	0	Continued cohabitation
11	40	8	Opium	1	Separation
12	31	4	Cannabis	1	Continued cohabitation
13	41	11	Opium	2	Continued cohabitation
14	37	10	Cannabis	1	Separation
15	27	5	Methamphetamine	0	Continued cohabitation

Sample size was determined according to theoretical saturation. Data collection continued until no new categories emerged from subsequent interviews. A total of 15 interviews were conducted, and sampling stopped after the fifteenth interview because concepts were recurring, no new codes or categories appeared, and data saturation had been reached.

The inclusion criteria were: (1) being a woman; (2) having lived with a husband with substance use disorder for at least three years; (3) having directly experienced at least one episode of the husband's relapse after a period of abstinence; (4) willingness and informed consent to participate; and (5) the ability to communicate verbally in an appropriate manner. The exclusion criteria were: (1) a major psychiatric disorder or intellectual disability, based on self-report or specialist diagnosis; and (2) unwillingness to continue cooperation at any stage of the study.

Data were collected through in-depth, semistructured interviews conducted in Persian. The main questions focused on women's experiences of their roles and reactions in response to their husbands' substance use and relapse, and follow-up questions were asked on the basis of participants' responses. Each interview lasted 45–75 minutes, with an average duration of 60 minutes. All interviews were digitally audio-recorded. The first interview was conducted at the counseling center of Islamic Azad University with the participation of two dissertation supervisors and advisors who had experience in qualitative research and publication of related articles. At this stage, the main interview-guide questions were reviewed and approved and were then used without modification in subsequent interviews. The data from this interview were included in the final analysis; thus, it was treated as the first study interview rather than as a separate pilot interview whose data were discarded. Subsequent interviews were conducted after inviting participants to Vandad Counseling Center in Tonekabon, which belongs to one of the researchers. Recorded conversations were transcribed immediately in Microsoft Word by the researcher or one of two research assistants and prepared for preliminary analysis and extraction of key statements. Data analysis followed the five-stage method of *Graneheim* and *Lundman*: (1) familiarization with and understanding of the data through repeated review of the interviews; (2) identification of meaning units and initial coding; (3) grouping similar codes into subcategories; (4) integrating and extracting main categories; and (5) reviewing, interpreting, and integrating the findings into a conceptual model. To ensure the credibility and trustworthiness of the qualitative

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

data—as alternatives to quantitative validity and reliability—the four criteria proposed by *Lincoln* and *Guba* [36] were used: credibility, transferability, dependability, and confirmability.

Peer debriefing: The extracted codes and categories were periodically reviewed and discussed with two researchers familiar with qualitative methods, both of whom had experience publishing articles using this approach. The accuracy of the findings was examined by rechecking the extracted codes, and no disagreement was observed during this process.

Member checking: Preliminary interpretations of the interviews were provided to six randomly selected participants so that they could compare them with their own experiences and confirm them. No changes to the findings resulted from this process.

Research-process documentation: All research decisions, from sampling through analysis, were documented transparently and precisely. Long, interactive, and in-depth interviews were conducted to create an atmosphere of trust that would support the frank expression of experiences, and all stages of analysis, hypotheses, and researcher decisions were recorded in reflexive notes.

Ethical considerations: The study began after approval was obtained from the Ethics Committee for Human-Science Research at Islamic Azad University, Tonekabon Branch, under tracking code IR.IAU.LIAU.REC.1402.062. Ethical principles were followed in accordance with the Declaration of Helsinki. The aims, methods, benefits, and risks of the study were explained to each participant in simple language. In addition to signing written consent forms, participants were informed at the beginning of the sessions about the various stages of the study, including audio-recording and written transcription of conversations, code extraction, access to conversation content by individuals directly involved in the research, anonymous publication of findings and results, and deletion of recorded files 24 months after recording; their verbal confirmation of these matters was obtained. Participants' identities were protected through anonymous numerical codes (1–15), and confidential information was not made available to unrelated individuals. All recorded audio files were stored on a password-protected external hard drive in a secure location accessible only to the first author and will be completely and permanently deleted in the summer of 1406 in the Iranian calendar. Participants were assured that they could withdraw from the study at any stage without consequences. If any participant withdrew, her related data would be removed from the research process and her recorded interview would be completely deleted. To minimize harm, and because recounting participants' experiences could potentially evoke emotional or psychological distress, arrangements were made for referral to specialized services. In this regard, discussions were held with two counseling and psychotherapy centers and one psychiatric clinic, and two collaborating psychologists and one collaborating psychiatrist declared their readiness to provide specialized services to participants, if needed, without charge. No case requiring referral to these specialists arose during the study.

Statistical analysis: The data were analyzed manually using the five-stage content-analysis method of *Graneheim* and *Lundman* [35]. Microsoft Word was used only to transcribe the interviews, and no qualitative-analysis software was used. The stages were: (1) gaining an overall understanding of the data through repeated review of the interviews; (2) identifying meaning units and conducting initial coding; (3) grouping similar codes into subcategories; (4) integrating and extracting the main categories; and (5) reviewing, interpreting, and integrating the findings. In this approach, categories were derived from the data, and theories were not used to guide coding.

FINDING

Fifteen women with experience of living with a husband who had substance use disorder participated in the study. **Table 1** presents their demographic characteristics, including age, duration of marriage, the husband's primary substance of use, number of children, and current marital status. To protect confidentiality, participant codes P1–P15 were used.

Analysis of the data obtained from semistructured interviews with 15 women whose husbands had substance use disorder, using conventional content analysis, led to the identification of five main themes and 11 subthemes (**Table 2**). These themes reflect a range of women's experiences, actions, and reactions when confronting their husbands' relapse. Each theme is described below together with participant quotations and their corresponding codes.

Main Theme One: Unsuccessful Actions Arising from Lack of Awareness

Analysis of the qualitative interview data from women whose husbands had substance use disorder identified "unsuccessful actions arising from lack of awareness" as one of the prominent themes. This theme refers to a set of behaviors and reactions undertaken by women to manage their husbands' addiction, preserve family stability, or reduce marital conflict. Because these efforts were based on an inadequate understanding of the complex nature of addiction, ways of responding to it, and the psychological mechanisms underlying return to use, they were not only ineffective but sometimes worsened the situation. The theme shows that many women respond to their husbands' addiction through actions based less on psychological knowledge, insight, or professional support than on traditional patterns and cultural expectations regarding women's roles in the family. Participants stated that these actions did not produce the expected results, and some

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

described severe psychological exhaustion (codes 2, 3, and 7). Two distinguishable subthemes were identified within this theme, each illuminating a particular dimension of the experience.

Table 2) Themes, subthemes, and examples of shared meaning codes extracted from the interviews

Theme	Subtheme	Sample codes
Unsuccessful actions stemming from lack of awareness	Harmful self-sacrifice Unsuccessful efforts	Monitoring and seeking information; encouraging substance use at home; attempts to persuade the spouse to discontinue substance use; threats of separation; changing one's behavior to gain the spouse's approval; initial cautious protest; controlling behavior and persistent questioning; misconceptions about addiction.
Protective passivity	Concealment as a strategy for preserving social appearance Passivity arising from fear, psychological pressure, and communication constraints Outsourcing responsibility and a diminished sense of agency	Concealment to preserve family honor; hiding the addiction; tolerating violence and psychological pressure; indifference and emotional distancing; reliance on the spouse's personal motivation; mutual neglect; fear of violence or rejection; endurance for the sake of the children and because of a lack of support; failure to intervene decisively because of fear; concealment from one's own family; submission and endurance due to emotional pressure; attributing responsibility to external factors and perceiving one's own role as limited.
Frustration-driven anger	Emotional outbursts arising from desperation and helplessness Accumulated anger and reactive aggression	Tension-inducing behaviors; feelings of failure and negative effects on functioning; silent treatment; persistent criticism and pressure to discontinue substance use; frustration and disillusionment; feelings of frustration and hopelessness; physical fights and altercations; controlling and humiliating behaviors; obsessive thoughts and compulsive behaviors; arguments with the spouse's friends; indifference and emotional distancing.
Supportive empathy	Emotional support and interpersonal empathy Development of social and interpersonal support networks	Emotional support in response to the spouse's personal motivation; supportive and affectionate efforts; empathy and acceptance during recovery; participation in support groups; informing the spouse's family; seeking help from the spouse's friends.
Unstable post-cessation management	Pressure to rescue Premature relinquishment	Expecting immediate changes after cessation; pressure to work and assume full responsibility; comparing the spouse with others or with their former self. Blaming the spouse for slow progress; inability to understand the spouse's psychological vulnerability; reduced emotional support after cessation; failure to participate in continuing treatment; ignoring warning signs. Reverting to previous communication patterns; severing contact with treatment centers or support groups.

Subtheme One: Harmful Self-Sacrifice

The subtheme of harmful self-sacrifice included substantial behavioral changes among many participants, undertaken solely to preserve the addicted husband's calm, prevent his return to substance use, or maintain the family structure. These changes included neglecting personal needs, adapting one's behavior to the husband's mood, avoiding expressions of dissatisfaction, and, in some cases, facilitating substance use within the home. Although this type of self-sacrifice may be understood at the individual level as an effort to "save the family," in practice it led to self-erasure and psychological erosion and contributed to the continuation of addiction. Some participants explained this behavior through hope that their husbands would change and that the relationship would be preserved (codes 2 and 7). They described a cultural expectation that women should be primarily responsible for maintaining the family, even when doing so came at the expense of their own well-being. Some women attempted to strengthen the marital relationship and encourage their husbands to stop using substances by changing their own behavior in accordance with their husbands' wishes and fully complying with their expectations, such as reducing visits to their parents' home. Example quotation:

"I tried very hard. I even thought that maybe if I stopped going out, he would quit. I stopped going to the places I used to go, even to a wedding or my father's house. I stayed home for a year. He said, 'I do not want you to go out at all, not even to your father's house.' I asked, 'You will put this aside afterward, right?' He said, 'Yes, I will.' I said, 'You mean you will start only if I go to my parents' house, funerals, or weddings?' He said, 'Yes.' I said, 'Fine, then I will not go either.' For a year I did not go to my father's house. I only called by phone, and I did not even have my own phone; I used his phone to ask about my mother, or they called me. Sometimes they called during the day and he rejected the call. He said, 'You must not talk.' For a year, or a year and a few months, I did not step outside the house. I went to the hospital twice, and he took me and brought me back. I realized it was a lie and had no effect at all." (Code 2)

"We had been in a relationship for four years before marriage, and I loved him very much; I still love him. I did everything I could to make him quit. Whatever he said, I said yes. I thought he would realize that I was enduring everything for his sake. Maybe he would change, but it never produced any result." (Code 7)

Subtheme Two: Unsuccessful Efforts

The subtheme of unsuccessful efforts comprised another group of women's experiences based on actions intended to stop the addiction or prevent the husband from relapsing. These included threatening separation, trying to make the husband quit, monitoring his behavior, and

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

imposing behavioral controls. However, most of these actions failed because of the absence of a professional approach, lack of awareness of the mechanisms of psychological and physical dependence on substances, and the absence of a social or therapeutic support system. The result of this cycle of effort and failure was the emergence of feelings such as ineffectiveness, helplessness, suppressed anger, and, at times, depression among the women.

The women in the study repeatedly described similar experiences: despite expending considerable energy trying to control their husbands' behavior, they achieved nothing beyond a renewed return to substance use or increased family conflict. Over time, these repeated failures led to psychological erosion, emotional exhaustion, and declining self-esteem. Some women attempted to control the addiction through arguments and by reminding their husbands of the social consequences of addiction and its effects on the family's and children's future and reputation, but these actions did not lead to sustained abstinence. Example quotation:

"A month or two after he started, I realized that he had begun using. From the day I found out, I argued with him. I said, 'I am sure.' He denied it, but I said, 'No, I am sure.' He swore on the Qur'an. I said, 'Fine, I will put my hand on the Qur'an and say that you use drugs.' All the signs were disturbing me. I knew it. I argued with him every day. I said, 'This will ruin us. You used to be the kind of person who insulted someone for smoking a cigarette. You hated cigarettes. Why did you get into this yourself?' We argued every day. He said no. I told him, 'Whatever you say, I do not believe you anymore.'" (Code 3)

"Every day I asked where he had been and what he had done, but we always ended up arguing. He also did many things secretly. At that time he was a driver for a food-distribution company. I would call and ask where he was. He always said, 'I am behind the wheel,' or 'We are unloading the truck at the market.' But I knew he was lying: I could hear neither the sound of the vehicle, nor the radio, nor the wind." (Code 11)

Main Theme Two: Protective Passivity

One of the important themes extracted from the qualitative interviews was women's protective passivity in response to their husbands' addiction. This theme included passive actions, emotional withdrawal, silence, and even denial adopted by women when confronting their husbands' addiction. Contrary to a superficial interpretation that might attribute these behaviors to indifference or weak character, the qualitative data indicate that such passivity represented protective responses to the multiple social, psychological, and cognitive pressures these women faced.

Subtheme One: Secrecy as a Strategy for Preserving Social Appearance

One major reason for this passivity appeared in the subtheme of secrecy as a strategy for preserving social appearance. Many women consciously concealed their husbands' addiction from their families, children, relatives, and even support institutions. This secrecy was often driven by social shame, fear of being stigmatized, the preservation of family status, and efforts to protect the children's social image. Although this behavior may prevent the immediate collapse of social standing, in the long term it contributes to women's isolation, increased psychological burden, and continuation of the addiction cycle. Example quotation:

"I had not told my family because I knew my father would say, 'Get divorced.' He still says that. He says, 'If I had known this would happen, I would have had you divorced when your child was little.'" (Code 2)

"My parents' honor is very important to me. I thought that if I separated and became divorced, people would say, 'That woman's daughter is out there on her own.'" (Code 3)

"I am truly exhausted now. Everything is slipping away from me. I did not tell my family anything. I endured these years and said nothing because I was ashamed to tell them. My family knew, but they pretended not to, perhaps because they thought their daughter or sister might be upset." (Code 8)

"For five or six years, no one in our extended family knew that my husband was addicted. Even now many people do not know. I always make up an excuse so that we do not lose face. I told him to think about his daughters' reputation, but he only made empty promises." (Code 14)

Subtheme Two: Passivity Arising from Fear and Psychological Pressure

At a deeper level, the subtheme of passivity arising from fear, psychological pressure, and communication constraints showed that some women, because of repeated experiences of failure, threats, humiliation, or emotional violence from their husbands, or because of a lack of family support, developed a form of emotional numbness, defensive indifference, or psychological withdrawal. Fear of their own families of origin—including pressure to separate—fear of rejection or judgment by others, and experiences of reciprocal neglect pushed women toward silence and endurance. This process was often accompanied by severe psychological pressure and the internalization of problems, which in turn created conditions for psychological disorders such as depression, anxiety, or helplessness. Example quotation:

"Everyone has their own life, and I have mine. He is not interested in quitting. He is the father of my child. I have not lived my own life; I devoted my youth to him. I worked, I covered for him so that no one would find out. I kept saying, 'Sir, do not let anyone know.'" (Code 6)

"When I found out about my husband's

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

addiction, I could not tell my parents or anyone around me for four or five years. I had become completely helpless. I told his parents, but they took no responsibility and did not want to get involved with him." (Code 7)

"I said nothing because I was afraid he would become angry and make the situation worse." (Code 14)

Subtheme Three: Outsourcing Responsibility and Reduced Sense of Agency

Within the subtheme of outsourcing responsibility and reduced sense of agency, some women minimized their own role in the process of recovery or addiction control and identified the main determinant as the husband's "will and motivation," "environmental conditions," or "external pressures." Although this view may correspond to realities of addiction, psychologically it may also indicate a defensive mechanism against feelings of helplessness and failure. By removing herself from the situation, the woman reduces the psychological burden of responsibility and disappointment. Example quotation:

"I tried very hard. I spoke with his family so that perhaps they could persuade him to quit. They repeated what my husband said and told me, 'Live your life. What do you want from life? What are you lacking? This is life.' So I endured it, only for the sake of my own reputation and my two children." (Code 5)

"I saw that he was not changing. Finally, I told his parents, 'I am tired. They know now; there is nothing more I can do.'" (Code 13)

"You know, if I am honest, I had also become indifferent to his addiction. I felt that the less I was in front of him, the fewer verbal conflicts and arguments we would have. I tried to spend less time with him and not invest time in the relationship because I did not want us to be in conflict all the time." (Code 11)

Overall, the theme of "protective passivity" shows that women's silence and withdrawal in response to their husbands' addiction are not signs of indifference or emotional coldness but rather complex, multidimensional responses to dysfunctional individual, social, and family structures. These findings underscore the need for a deeper understanding of the hidden reasons for women's passivity and for intervention programs based on psychological empowerment, social education, and interpersonal support.

Main Theme Three: Helpless Anger

One of the prominent themes emerging from the interview analysis was women's experience of angry, conflictual, and, in some cases, aggressive behavior in response to the continuation of their husbands' addiction. These behaviors were not the result of conscious planning but rather emotional, sudden, and uncontrolled reactions to a process in which the woman experienced herself as powerless, ineffective, and unable to influence events. Accordingly, "helpless anger" (despite the inconsistency between the wording and the original theme title) was identified as the central formulation of this experience.

The theme of "helpless anger" reveals one of the deepest dimensions of the lived experience of women whose husbands are addicted: unsuccessful efforts, inability to change the husband's behavior, and the heavy psychological burden of the marital role can culminate in outbursts of anger, aggression, and chronic tension in family relationships. These findings emphasize the need to address the mental health of spouses of individuals with substance use disorder and to design specialized supportive and therapeutic interventions for them. Example quotation:

"From the time I married him, at age 25, I have not had a single happy day with this person. We were always fighting and arguing, and I constantly put pressure on myself because I had children and a reputation to protect. Above all, my family's reputation mattered to me—the reputation of my parents. I thought people would say, 'That woman's daughter has been divorced.' Even though there was constant fighting, arguments, and beating, I did not leave the house. That is how important my reputation was to me". (Code 1)

Subtheme One: Emotional Outbursts Arising from Desperation

Several participants spoke of frustration, hopelessness, and psychological exhaustion after repeated failures to persuade their husbands to quit, and reported conflictual reactions and, in some cases, physical altercations (codes 1, 4, and 9). The sense of being unable to exert influence was sometimes accompanied by internalization of repeated failure and resulted in emotions such as explosive anger, feelings of inadequacy, or severe anxiety. In this situation, the woman enters a vicious cycle of perceived failure, unsuccessful effort, and emotional outburst that can seriously damage the quality of the couple relationship. Example quotation:

"One day I came home, and when he saw me he became startled. The kitchen smelled strongly of opium. I felt as if I were going to explode. I shouted so much that my throat tightened, and in my anger I broke several dishes. I felt there was no way out anymore." (Code 9)

"I tried very hard. I had tried for all those years, but it did not work. I told him, 'Sir, put this aside; it is not right. We have children. Our children need a future and an education. Do not ruin their future.' He said, 'No, this is who I am.' I tried many times and left for six months or a year, but he did not stand by me. I was beaten often and insulted constantly. One night I took a knife, went into the room, and stood over him, saying, 'Tonight I will either kill you or myself.' He became very frightened." (Code 4)

Subtheme Two: Accumulated Anger and Reactive Aggression

Repeated relapse and failure to change the

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

situation led to accumulated anger and aggressive behavior. Example quotation:

"I was so consumed by anger that whenever he was at home I would grumble and curse under my breath. I truly could not control myself. When I saw him, his behavior, or even heard his voice, I could no longer tolerate him or what he did. I could not even sleep beside him. The sound of his breathing irritated me. Many times I went to sleep on the floor in my younger daughter's room. I stayed only for the children; otherwise I would have left, because I had nothing left to lose." (Code 5)

"I was always fighting with him, and I wanted constantly to behave in a way that would tell him he had to quit. I was fighting with him all the time and ignored him. I truly could not tolerate him. Even at family gatherings I showed everyone that I was ignoring him. His niece once said, 'You two have had an emotional divorce.'" (Code 3)

A noteworthy point is that, in this theme, unlike the theme of "unsuccessful actions arising from lack of awareness," women's aggression and negative behaviors did not arise from a conscious intention to control the husband but emerged as unconscious responses to chronic helplessness. In this condition, women reacted not from a position of control or power but from exhaustion and suppressed anger. This psychological state may intensify conflict, produce guilt, erode intimacy, and even create a cycle of reciprocal violence in the relationship. Such anger resembles emotional exhaustion in a caregiving role and may lead to marital burnout and an atmosphere of distrust.

Main Theme Four: Rescuing Empathy

Among the data, one of the key and less frequently observed but highly meaningful themes concerned the active and positive role of the wife in supporting the husband's recovery and maintaining his abstinence. Formulated as "rescuing empathy," this theme shows that, in some cases, women adopted a supportive, empathic, and multidimensional approach that enabled them to facilitate their husbands' rehabilitation.

Subtheme One: Emotional Support and Interpersonal Empathy

The subtheme of emotional support and interpersonal empathy included behaviors through which women accompanied their husbands during critical moments with acceptance, affection, encouragement, and effective empathy. According to these women, their husbands displayed a sense of belonging, internal motivation, and hope for change within this supportive context. Their accounts suggest that, in an atmosphere of emotional support, men who used substances were able not only to stop using but also to avoid returning to use for a period of time. Example quotation:

"After that session, I kept trying to show him that he was still valuable to me. The doctor had said, 'Talk to him more—meaning listen more—and let him know that you have hope for him.' One night the children were asleep and we were watching a series together. I saw that he was overcome with emotion. I thought it was because of the program, so I hugged him… He said he wanted to quit again." (Code 8)

"When our relationship became more intimate and we spent more time together, his free time was filled. I noticed that his friends stopped calling him." (Code 13)

"I do not know whether he was taking tramadol or methadone, but I kept asking when he would put it aside and quit. One day he said he would gradually reduce it and stop. I told him to quit by the end of summer. He swore on his mother's soul, and after that I stopped interfering. We both went to work, and at night, when we were together, I did not ask him anything. At the end of summer we traveled to Turkey for a week. There was no problem, and I realized that he had really quit." (Code 3)

Subtheme Two: Developing a Social-Support Network

The second subtheme, developing a social and interpersonal support network, reflected women's awareness of the importance of involving other sources of support in the recovery process. Informing the husband's family, seeking help from his close friends, participating in support groups, or consulting a counselor were all examples of activating environmental resources to create psychological and behavioral support for the man attempting to quit. These actions not only reduced the psychological burden on the woman but also increased the likelihood that abstinence would be sustained. Example quotation:

"I told my family about it. When he saw that we had all surrounded him and that he was being supported, he became motivated to go for treatment." (Code 13)

"I went and spoke with his father and mother. Two of his brothers also came after they called them. I said, 'I want to help him, but I do not know what to do anymore.' His father said, 'Do not listen to him; I will take him to a rehabilitation camp.'" (Code 4)

"His brother and close friends talked with him about going to a counselor. I had told him, and he became angry, but he went with his brother and one of his friends to a clinic. His brother told me, but I did not mention it to him or ask where he had been". (Code 12)

"I told him, 'If you want, I will go to the doctor with you.' At first he said no, but later he said we should go together. We went to the counselor, and I saw that he wanted me to help him. After that, we attended the sessions together." (Code 15)

Main Theme Five: Unstable Management After Recovery

One of the important themes extracted from the interviews concerned women's experiences during the period after their husbands stopped using substances—a period that, in

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

many participants' accounts, involved complex challenges and expectations that sometimes not only failed to support recovery but ultimately paved the way for relapse. After observing their husbands' partial improvement, some women expressed high expectations for a rapid return to family and economic roles. Some expected their husbands to compensate quickly for the past. This belief appeared as pressure to work, manage finances, perform paternal roles, and sever ties with the past. According to participants, however, their husbands expressed an inability to meet these expectations during the early stages of recovery (code 8).

Along the same lines, some participants described experiences in which, after their husbands stopped using substances, they withdrew from their supportive role because they assumed the problem had been solved and no further care or intervention was needed. These women spoke of reducing their attention, discontinuing counseling sessions, or no longer accompanying their husbands to support groups. In this situation, the men experienced a form of "abandonment" which, combined with social and psychological pressures, contributed to a return to substance use. Thus, "unstable management after recovery" represents a behavioral pattern in which women became involved without awareness of the complexity of the post-treatment period. On the one hand, unrealistic expectations increased; on the other, gradual support declined, creating a pathway that increased the likelihood of lapse or relapse instead of consolidating recovery.

Subtheme One: Pressure to Rescue

The subtheme of pressure to rescue shows that some women, after their husbands stopped using substances, created expectations and pressures with the intention of rebuilding the family and returning to normal life. Rather than providing support, these pressures generated feelings of incapacity, failure, or inadequacy in the recovering husband. Example quotation:

"The first time he quit, I would not let him go out with his friends. I said, 'You are not allowed to go near those friends again.' Perhaps those pressures were why I gradually noticed that he was hiding his activities and his comings and goings. It was not even six months before I saw that he had returned to drugs." (Code 1)

"After he quit, I expected him to go to work, pay the household expenses, and behave like a man. But he kept saying, 'I cannot. I am still not psychologically well.'" (Code 8)

Subtheme Two: Premature Disengagement

The subtheme of premature disengagement refers to experiences in which women, after observing an apparent improvement in their husbands, abandoned their supportive role or assumed that their duty was over. The men, however, were still vulnerable, and the resulting sense of abandonment became one factor contributing to a return to substance use. Example quotation:

"The first time, after I saw that he had been well for a few months, I did not follow up much to see whether he was attending his meetings [Narcotics Anonymous]. I thought, 'He has quit.' But apparently he had started again around that time, and I did not find out for a year." (Code 10)

"For a while we went to counseling together. After I saw that he was feeling better, taking the children somewhere so that we could go together became difficult because they were two small children. I said I did not need to go anymore. I did not know that he had started again." (Code 8)

"I became sure that he was no longer seeking drugs. I had suffered so much. I thought it was over, but now, when I look back, he had become lonelier after quitting. He no longer visited those friends because of the past problems, and I was not very warm toward him either. At that time I thought I was justified, but now I say, 'What a shame…'" (Code 15)

Summary of findings: Overall, participants described a range of actions and reactions, from ineffective and emotional responses to empathic and supportive strategies. In their accounts, some actions could have supportive consequences during one period and unfavorable consequences during another. These findings reflect women's narratives and do not make causal judgments about the effects of their actions on relapse.

DISCUSSION

Research on return to substance use requires a shift from individual-centered perspectives toward systemic approaches in which the family, and particularly the spouse, is viewed as a central node in the network of interactions leading to lapse or sustained recovery. According to family systems theory, addiction creates a cycle of dysfunction affecting all members and conceptualizes relapse not as a sudden event but as a dynamic process rooted in disruption of the equilibrium, or "homeostasis," of the family system.

In this regard, analysis of the lived experiences of women in the present study first identified the central category of "unsuccessful actions arising from lack of awareness." This theme explains a set of reactive behaviors that, although undertaken with the intention of protecting the family structure, become facilitating factors for relapse because of inadequate mental-health literacy and misunderstanding of the mechanisms of dependence [7].

The subtheme of "harmful self-sacrifice" represents a behavioral pattern in which women ignore their fundamental needs and individual identities and extensively adapt themselves to the moods of husbands with substance use disorder. Psychologically, this reflects codependency and excessive supportive behaviors that remove the natural consequences of substance use for the man and thereby reduce his motivation to remain

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

in treatment. Although some international sources emphasize the potential for women's "self-actualization" in this context [23], local findings point to a pattern of "burning and building" [7]. In this cultural context, self-sacrifice and even facilitating substance use at home may not be a choice but rather a desperate strategy to prevent the collapse of the family and protect children from violence or homelessness, ultimately resulting in chronic psychological erosion for the woman [15, 24].

In the subtheme of "unsuccessful efforts," women's experiences were based on actions such as intense controlling behavior, monitoring their husbands' behavior, and threats that did not lead to behavioral change. According to *Gross*'s emotion-regulation model, these reactions arise from an inability to cognitively reappraise the situation and reliance on impulsive behaviors to reduce anxiety [16, 25]. These unsuccessful efforts do not reduce the man's urge to use; instead, by creating an atmosphere of insecurity and distrust, they provide conditions for "concealed relapse." Repetition of this cycle of effort and failure leads to learned helplessness in women, a condition in which perceived lack of agency in changing the situation produces emotional numbness, depression, and self-destructive thoughts [16, 21].

Analysis of participants' experiences showed that they did not view protective passivity as a consequence of weak character but described it as an adaptive strategy that becomes dysfunctional in the long term in response to systemic pressures. From the perspective of family systems theory, this passivity is an attempt to preserve "homeostasis," or a minimal level of equilibrium, in a system chronically disrupted by the husband's addiction. In fact, to survive "family trauma," family members are compelled to assume new roles in which silence and withdrawal function as mechanisms for reducing immediate tension [17].

The subtheme of secrecy as a strategy for preserving social appearance has a fundamental connection with labeling theory [40]. The findings show that women conceal their husbands' addiction because they fear "social stigma" and external judgment. Although this secrecy is intended to protect "honor" and the children's social image, the research literature indicates that it leads to social isolation and the severing of support networks [15, 21]. It also creates a contradiction: by creating an atmosphere of "denial" within the family, informal social monitoring is removed and a safe context for the husband's "concealed relapse" is created. Secrecy leaves the woman to carry the "burden of blame" alone and, by removing the social consequences of substance use for the man, reduces his motivation to remain in treatment.

The subtheme of passivity arising from fear and psychological pressure is a concrete manifestation of learned helplessness within the family context. Because of repeated failures in the husband's recovery process and exposure to emotional or physical violence, women develop a form of "emotional numbness" and defensive withdrawal. Findings by *Atadokht* and *Jani* confirmed that high perceived stress in these women reduces their capacity for active responses and leads to the internalization of problems. This condition can also be explained through attachment theory [20]: the absence of a secure base within the family and fear of rejection by the family of origin or society place the woman in a position of "walking on a razor's edge." Although this passivity prevents immediate explosions, it weakens the woman's monitoring role and increases the husband's risk of returning to substance use, because the family environment changes from one that is "supportive and observant" to one that is "neutral and submissive [9, 19, 27]".

Finally, the subtheme of "outsourcing responsibility and reduced sense of agency" indicates a rupture in the connection between the woman's behavior and the husband's treatment outcomes. By attributing success or failure solely to the husband's "will" or to "luck," the woman adopts a defensive mechanism that reduces the psychological burden of earlier disappointments. From the perspective of *Bandura*'s self-efficacy theory, this diminished sense of agency reduces motivation to participate in relapse-prevention programs [7, 28].

The findings of this study showed that aggressive behavior was not a conscious choice or a consequence of stable personality traits but the ultimate expression of psychological erosion in a system in which all routes out of the crisis had become blocked. From the perspective of family systems theory, this anger reflects chronic turmoil and the collapse of the family's internal equilibrium, in which interpersonal boundaries have eroded and the home has become a center of trauma.

From the perspective of family systems theory, this anger reflects chronic turmoil and the collapse of the family's internal equilibrium, in which interpersonal boundaries have eroded and the home has become a center of trauma. Whereas the classical literature often views the woman as a "facilitator of calm" [15], the present findings adopt a critical perspective and interpret this anger as a defensive response to the "burden of blame" and structural pressures.

The subtheme of emotional outbursts arising from desperation is closely linked to *Gross*'s emotion-regulation model. Faced with repeated failures by their husbands during the recovery process, women become unable to cognitively reappraise the situation because of psychological pressure and resort to suppression strategies, whose inevitable consequence is the sudden and impulsive discharge of anger [9, 29].

This condition is a clear example of

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

Seligman's learned helplessness: repeated unsuccessful attempts to change the husband's behavior lead to perceived lack of agency and ultimately to emotional outbursts as a cry for help [19]. From the perspective of the relapse process, these outbursts create an interactional "vicious cycle." Although the woman's anger is a product of previous relapses, by making the emotional climate of the home tense it becomes an "environmental trigger" for the man, who may again turn to substances to escape psychological pressure and guilt.

Within the subtheme of accumulated anger and reactive aggression, a subtle distinction can be observed between "efforts to control" and "responses to exhaustion." Unlike the first theme, unsuccessful actions arising from lack of awareness, which were rooted in hope for rescue, aggression at this stage was unconscious and reactive, resulting from years of enduring humiliation and emotional violence. This finding is linked to attachment theory [20]: the husband's addiction disrupts the emotional bond and destroys the family's "secure base," producing anger associated with rejection in the woman. This reactive aggression leads to profound "marital burnout," which, according to recent research, may persist even during the man's apparent abstinence and threaten treatment stability by creating an atmosphere of distrust. In effect, the woman's accumulated anger places the family system in a state of constant hypervigilance, turning the man's slightest lapse into a full-scale crisis and facilitating the pathway of "unstable management after recovery [30]".

Analysis of participants' experiences showed that rehabilitation and sustained treatment are not purely individual matters but are strongly influenced by the reorganization of emotional interactions within the family system. The theme of "rescuing empathy" explains the transition from impulsive and helpless reactions toward informed and facilitating actions. From the perspective of family systems theory, this change represents the creation of a "positive homeostasis," in which the woman, rather than facilitating substance use, acts as a factor strengthening treatment stability. This finding is consistent with *Tarkashvand* et al., who showed that despite severe psychological pressure, women have substantial potential to act as supporters when they possess the necessary psychological tools [7].

The subtheme of emotional support and interpersonal empathy is closely connected to attachment theory [20]. In families affected by addiction, emotional bonds are often insecure and marked by distrust; however, the present findings showed that expressions of affection and encouragement by the spouse can function as a "secure base" and revive the man's intrinsic motivation to change. *Maghami* et al. [31] examined the effectiveness of dialectical behavior therapy skills training on shame, cognitive flexibility, and marital adjustment among women whose husbands were undergoing treatment. They found that group training improved shame and marital adjustment in the experimental group compared with the control group ($p<0.01$). That study focused on outcomes for the women themselves, so its relevance to the support reported in the present study is indirect. This finding nevertheless suggests that such empathy differs from "harmful self-sacrifice" because it is rooted in psychological empowerment. *Moayyedi-Mehr* et al. (2023) likewise reported that empowerment training for spouses improved marital responsibility and positive relationships with others. Rescuing empathy is achieved when the woman moves beyond a "victim" position and, drawing on self-efficacy, creates an environment characterized by hope and belonging—factors that the research literature identifies as among the strongest predictors of relapse prevention [19].

The subtheme of "developing a social-support network" reflects some women's awareness of the need to move beyond systemic isolation. In contrast to "protective passivity," which was accompanied by secrecy, women at this stage activated environmental resources—family, friends, and support groups—to distribute the psychological burden of managing addiction. According to social exchange theory [14], involving the social-support network not only reduces psychological pressure on the woman but also, by reducing stigma, creates more favorable conditions for sustained recovery. In a comparative causal study, *Ahmadi* et al. found that perceived social support doubled the likelihood of successful cessation [32].

The central theme of unstable management after recovery explains fluctuations in women's behavior during their husbands' convalescence. It shows that "women's role in relapse" is in fact the product of a cycle of expectations and reactions that makes the family environment unpredictable and unsafe for the recovering individual.

The subtheme of pressure to rescue describes a behavioral pattern in which women, immediately after observing partial improvement, express high expectations for their husbands' rapid return to economic and parenting roles. From the perspective of *Bandura*'s self-efficacy theory, this additional pressure to "make up for the past," rather than strengthening motivation, produces a sense of incapacity and inadequacy in the man. These findings are consistent with those of *Pegah* and *Yousefi*: because of their high psychological vulnerability during the early stages of recovery, men may experience such expectations as a "threat" and return to substance use to escape the pressure of failure [30]. In effect, the woman's desire to "rebuild the family quickly," in the absence of adequate knowledge and education about the psychological mechanisms of convalescence, becomes an environmental trigger for relapse [33].

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

By contrast, the subtheme of premature disengagement explains a situation in which the woman abruptly ends her supportive role because of exhaustion from prolonged caregiving or false confidence. This finding is closely linked to attachment theory [20]: addiction has already damaged the family's "secure base," and the woman's sudden withdrawal from counseling sessions or support groups leads the man to experience "a sense of abandonment." According to the findings of *Atadokht* and *Jani*, this fluctuation from excessive control to indifference is rooted in women's marital burnout and alexithymia and persists even after the husband has achieved physical abstinence [16]. This monitoring and emotional void occurs precisely when the recovering individual most needs a supportive structure, and the resulting rupture facilitates concealed relapse.

This study had several limitations that should be considered when generalizing the findings. Participants were selected from women attending eight counseling and substance-use-disorder treatment clinics in three cities—Tonekabon, Ramsar, and Abbasabad. Therefore, the experiences of women in other regions and of women without access to these services are not represented in the data. Despite efforts to enhance credibility, the interpretive nature of qualitative analysis means that the findings are influenced by the researchers' positionality. In addition, reliance solely on women's reports limits the ability to provide a complete picture of couple dynamics. Overall, the study showed that women's role in relation to their husbands' addiction is a dynamic key variable that may either intensify or reduce relapse. Moving from a dysfunctional to a constructive pattern requires transformation at the cognitive level, through greater health literacy and addiction knowledge; the emotional level, through emotion regulation and replacing anger with empathy; and the practical level, through communication skills and mobilization of social support.

It is recommended that a study with a larger sample be conducted using grounded theory, because this method is better suited to developing a conceptual, process-oriented, and hierarchical model of the factors shaping each behavioral pattern and explaining the transition from a dysfunctional to a supportive pattern. It is also recommended that the effects of the proposed educational programs on changes in women's behavioral patterns and husbands' relapse rates be examined in an experimental design.

Structured educational programs are recommended for women whose husbands have substance use disorder—for example, approximately eight weekly 90-minute sessions, with the number and duration adjustable on the basis of subsequent intervention studies. These programs should cover three domains: awareness of the nature of substance use disorder; training in non-punitive communication and empathy; and strategies for mobilizing social support.

CONCLUSION

The findings of the present study show that relapse is not solely an individual phenomenon but develops within marital and family interactions. Women whose husbands have substance use disorder, as the people closest to the affected individual, reported a dual role that may facilitate treatment but may also contribute to difficulties associated with relapse. Their experiences of ineffective actions, protective passivity, helpless anger, and, in contrast, empathy and support demonstrate the complexity of this role.

From the perspectives of forensic medicine and social health, attending to and empowering these women and families may constitute a preventive and supportive strategy for reducing family difficulties associated with relapse; this interpretation requires further research. The findings suggest that many social harms, family conflicts, domestic-violence incidents, and even some substance-related criminal behaviors are rooted in these overlooked family interactions. Accordingly, attention to women's experiences and their empowerment may be regarded as an effective preventive strategy for reducing the burden on law-enforcement services and improving social security.

Practical Recommendations for the Police and Law-Enforcement System:

Given the findings of this study regarding the significant influence of women's behaviors and attitudes on the cycle of relapse or recovery, developing strategies at the law-enforcement, social, and treatment levels appears necessary. The following recommendations are offered for use in police operational planning and policy-making:

- Specialized police training in family and addiction: Design training courses for law-enforcement and preventive-policing officers focusing on understanding spouses' roles in the cycle of addiction and relapse, particularly the identification of women's emotional, passive, and supportive behaviors, based on the premise of a supportive social role in controlling addiction relapse and on the findings of the present article.
- Adopt a family-centered approach in law-enforcement interventions: When responding to cases involving addiction, domestic violence, or marital conflict, assessment of the family's circumstances—and particularly the spouse's situation—should be incorporated into the law-enforcement intervention process.
- Create referral pathways between police and psychosocial services: Develop formal mechanisms for referring women whose husbands have substance use disorder to counseling centers, social-work services, and

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

family-centered treatment in order to prevent escalation of the crisis.

- Design preventive educational packages for families: Police agencies should collaborate with mental-health institutions to produce simple, practical educational content on relapse, the spouse's role, and adaptive coping strategies, particularly in high-risk areas.
- Address the post-treatment period in law-enforcement policies: Identify families in which the husband is in the post-treatment phase and provide non-punitive supervisory and supportive assistance to reduce the likelihood of relapse and its law-enforcement consequences.
- Strengthen a supportive rather than purely controlling perspective: The findings show that purely controlling and punitive approaches, without attention to the family context, have limited effectiveness. An integrated supportive–preventive approach may reduce the secondary harms of addiction.

These recommendations are based on the premise that, alongside its law-enforcement duties, the police can play an effective social and psychological role in reducing addiction relapse. Creating synergy among treatment, support, and law-enforcement systems is essential for preventing return to substance use and strengthening the family in the face of addiction.

Acknowledgments: This article was derived from the first author's doctoral dissertation at Islamic Azad University, Tonekabon Branch. The authors gratefully acknowledge all individuals who assisted the researchers in any way during this study.

Authors' contributions: Seyed Ali Edalat: data collection and data analysis; Mohammadreza Zarbakhsh Bahri: conceptualization and study design; Flora Rahim-Aghaei: conceptualization and study design. All authors contributed to the initial drafting and revision of the article and accept responsibility for the accuracy and integrity of its contents.

Conflict of interest: Interviews were conducted at the counseling center of one of the researchers. However, none of the participants were clients of that center or treatment clients of any of the researchers; they were recruited through referrals from substance-use-disorder treatment centers. Informed consent forms were obtained and signed by all participants. The study also had a university ethics code. Based on the relationships and interests associated with conducting the study, the researchers declare that there was no conflict of interest related to this research.

Funding: The present study received no financial support.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

بررسی و تبیین تجربه زنان از نقش‌شان در چرخه اعتیاد و عود همسر: یک مطالعه کیفی

سید علی عدالت[1]، محمدرضا زربخش بحری[1*]، فلورا رحیم‌آقایی[2]

[1] گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
[2] گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

اهداف: عود مصرف مواد در همسر یکی از چالش‌های مهم خانواده‌های درگیر با اختلال مصرف مواد است. این پژوهش با هدف تبیین تجربه‌ی زنان از نقش ادراک‌شده‌ی خود در مصرف و عود مصرف همسرانشان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۴۰۴ با مشارکت زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تنکابن، رامسر و عباس‌آباد انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۵ زن با دست‌کم سه سال زندگی مشترک با همسر دارای اختلال مصرف مواد بودند که همسرشان دست‌کم یک دوره ترک و سپس عود را تجربه کرده بود. نمونه‌گیری هدفمند با راهبرد حداکثر تنوع بود و پس از مصاحبه‌ی پانزدهم و رسیدن به اشباع متوقف شد. داده‌ها با مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری و بازنویسی شد و به‌صورت دستی، بدون نرم‌افزار تحلیل کیفی، بر اساس مراحل پنج‌گانه‌ی گرانهایم و لوندمن تحلیل گردید.

یافته‌ها: پنج مضمون و ۱۱ زیرمضمون استخراج شد: «کنش‌های بی‌نتیجه‌ی ناشی از ناآگاهی» (۱۵ نفر؛ ازخودگذشتگی آسیب‌زا، تلاش‌های نافرجام)، «انفعال محافظت‌گرانه» (۱۳ نفر؛ پنهان‌کاری برای حفظ ظاهر اجتماعی، انفعال ناشی از ترس، برون‌سپاری مسئولیت)، «خشم‌های درماندگی» (۱۰ نفر؛ انفجار هیجانی، خشم انباشته)، «همدلی نجات‌بخش» (۶ نفر؛ حمایت عاطفی، شبکه‌ی حمایت اجتماعی) و «مدیریت ناپایدار پس از ترک» (۴ نفر؛ فشار برای نجات، رهاسازی زودهنگام). زنان طیفی از واکنش‌های ناکارآمد تا حمایت‌های همدلانه گزارش کردند و دوره‌ی پس از ترک حساس بود.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بازتاب تجربه‌ی ذهنی زنان است و رابطه‌ی علّی با عود را نشان نمی‌دهد؛ با این حال، آموزش و توانمندسازی زنان و مشارکت خانواده در درمان می‌تواند به پیشگیری از عود کمک کند.

کلیدواژه‌ها: اختلال مصرف مواد، عود مصرف، همسران، راهبردهای مقابله‌ای، پویایی خانواده، پیشگیری از عود، تحلیل محتوای کیفی

نحوه استناد به مقاله:

Edalat S.A., Zarbakhshbahri M.R., Rahimaghaee F.. *Exploring and Explaining Wives' Experiences of Their Role in The Cycle of Addiction and Their Spouse's relapse: A Qualitative Study*. J Police Med. 2025;14:e12.

نویسنده مسئول*:

آدرس پستی: مازندران، تنکابن، خیابان امام خمینی. کد پستی: ۴۶۸۱۹۸۴۴۹۹.
پست الکترونیکی:
m.zarbakhsh@iau.ac.ir

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۹
پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲
انتشار: ۱۴۰۴/۰۱/۳۰

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از چالش‌های جدی برای سلامت روان و رفاه اجتماعی در ایران و جهان محسوب می‌شود که پیامدهای آن، فراتر از فرد مصرف‌کننده، خانواده و ساختارهای اجتماعی را نیز به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر دفتر مقابله‌ی سازمان ملل با مواد مخدر و جرم (UNODC)، اختلال مصرف مواد بیماری مزمن و عودکننده‌ای است که افزون بر ابعاد زیستی و روان‌شناختی، پیامدهای گسترده‌ی اجتماعی و خانوادگی دارد [۱، ۲]. در میان ابعاد مختلف این پدیده، عود اعتیاد نه به عنوان یک رویداد ناگهانی، بلکه به مثابه فرایندی تدریجی، تعاملی و انباشتی، یکی از مهم‌ترین مشکلات در روند درمان است زیرا بر اساس یک مرور کلاسیک، نرخ عود در اختلالات مصرف مواد حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد برآورد شده است [۲]. همان‌گونه که الگوی سوء مصرف مواد مخدر به عوامل فردی، محیطی و اجتماعی وابسته است عود نیز صرفاً یک فرآیند فردی نیست و در بستر تعاملات خانوادگی، روابط زناشویی و زمینه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عواملی نظیر فشارهای روانی، کیفیت رابطه زوجین، سبک‌های مقابله‌ای و میزان حمایت خانوادگی نقش تعیین‌کننده‌ای در پایداری درمان یا بازگشت به مصرف دارند [۳، ۴]. در این میان، خانواده و به‌ویژه همسر، یکی از مؤثرترین عناصر در مسیر ترک یا عود اعتیاد محسوب می‌شود.

نقش همسران افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد ماهیتی دوگانه دارد؛ از یک‌سو، رفتارهای حمایتی، همدلانه و انگیزشی می‌تواند به حفظ پرهیز و تقویت درمان کمک کند و از سوی دیگر، کنش‌های هیجانی، فشارهای ناخواسته، کنترل‌گری یا انفعال می‌تواند به‌صورت ناخواسته زمینه‌ساز عود شود [۵]. از این منظر، اعتیاد را می‌توان پدیده‌ای تعاملی دانست که در چارچوب نظام خانواده معنا می‌یابد و هرگونه تغییر یا ناکارآمدی در نقش‌ها و روابط خانوادگی می‌تواند چرخه اعتیاد و عود را تحت تأثیر قرار دهد [۶]. زنانی که همسرشان دارای اختلال مصرف مواد است، افزون بر تحمل فشارهای روانی و اجتماعی، ناچار به ایفای نقش‌های متناقض و چندگانه‌اند؛ نقشی که گاهی در قالب حمایت و مراقبت بروز می‌یابد و گاهی در قالب خشم، انفعال یا رفتارهای پرتنش. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که تجربه زنان از زندگی مشترک با فرد معتاد، سرشار از تعارض، احساس گناه، درماندگی و در عین حال همراه با تلاش برای حفظ خانواده است [۷، ۸].

با این حال، آنچه کمتر در ادبیات پژوهش دیده می‌شود، بررسی نظام‌مند این تجارب است تا بتوان نقشی که زنان در چرخه عود ایفا می‌کنند را به‌طور شفاف درک کرد. در ایران، نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که زنان همسر افراد معتاد، راهبردهایی چون پنهان‌کاری برای حفظ ظاهر اجتماعی و برون‌سپاری مسئولیت‌ها به خانواده یا اطرافیان را به کار می‌گیرند، اما این راهبردها اغلب منجر به احساس کاهش عاملیت و درماندگی می‌شوند [۹]. پژوهش‌های دیگر بر نقش همدلی و حمایت اجتماعی زنان تأکید داشته و ایجاد شبکه‌های حمایتی درون‌خانوادگی و بین‌فردی را از عوامل بازدارنده عود دانستند [۱۰، ۱۱]. این یافته‌ها همسو با نتایج تحقیقات بین‌المللی است که نشان می‌دهد حمایت عاطفی و اجتماعی همسران، یکی از عوامل کلیدی در موفقیت درمان و پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد است و نشان میدهد میزان عود اعتیاد در میان افرادی که از حمایت خانوادگی پایدار برخوردار نیستند، به‌طور معناداری بالاتر است [۱۲، ۱۳]. همچنین، بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که زنان در مواجهه با همسر معتاد، گاه واکنش‌هایی خشم‌آلود و پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند که این امر ریشه در احساس درماندگی و فشار روانی شدید دارد، گزارش شده است که زنان در مواجهه با مصرف همسر گاه واکنش‌های خشم‌آلود و پرخاشگرانه نشان می‌دهند که ریشه در درماندگی و فشار روانی شدید دارد. این خشم انباشته می‌تواند تعارضات زناشویی را تشدید کند و با افزایش احتمال عود مرتبط باشد [۱۴، ۱۵]. کیفیت رابطه‌ی زناشویی و نحوه‌ی واکنش همسر نیز از عوامل کلیدی در انگیزه‌ی فرد برای ادامه‌ی درمان یا بازگشت به مصرف شمرده می‌شود.

افزون بر اهمیت بالینی، عود مصرف مواد از منظر سلامت اجتماعی و طب انتظامی نیز اهمیت دارد؛ زیرا تعارض‌های خانوادگی، خشونت خانگی و آسیب‌های اجتماعی مرتبط با مصرف مواد می‌تواند خانواده‌ها را با نظام‌های اجتماعی و انتظامی در تماس قرار دهد. در این چارچوب، شناخت تجربه‌ی نزدیک‌ترین اعضای خانواده می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه‌ی حمایتی و غیرتنبیهی کمک کند.

با توجه به اهمیت و تاثیرگذاری نقش زنان در کنترل عود اعتیاد مردان مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، ضرورت انجام پژوهش حاضر را می‌توان در چند محور اساسی تبیین کرد: ضرورت پژوهش حاضر را می‌توان در چهار محور تبیین کرد. نخست، اهمیت اجتماعی و بالینی عود مصرف به‌عنوان مانع مهم موفقیت درمان و عامل تداوم آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی. دوم، جایگاه محوری زنان در چرخه‌ی مصرف و عود که اغلب نادیده گرفته شده یا به‌صورت سطحی بررسی شده است. سوم، خلأ پژوهش‌های کیفی مبتنی بر تجربه‌ی زنان در مطالعات داخلی. چهارم، نیاز به طراحی مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی مبتنی بر شواهد که بر توانمندسازی زنان در مدیریت شرایط پرخطر و پیشگیری از عود تمرکز کنند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی و تبیین تجربه زنان از نقش خود در عود اعتیاد همسران انجام شد و پرسش اصلی پژوهش این بود: زنانی که همسرشان دارای اختلال مصرف مواد است، نقش خود را در فرایند مصرف و عود مصرف همسر چگونه تجربه و تبیین می‌کنند؟ اهداف فرعی عبارت بودند از: (۱) توصیف کنش‌ها و واکنش‌هایی که زنان در مواجهه با مصرف و عود مصرف همسر گزارش می‌کنند؛ (۲) بررسی معانی و دلایلی که زنان برای این کنش‌ها و واکنش‌ها بیان می‌کنند؛ و (۳) شناسایی تجربه‌های حمایتی و دشواری‌های آنان در دوره‌ی پس از ترک. از آنجا که تجربه‌ی زنان از نقش خود در چرخه‌ی عود پدیده‌ای کمتر شناخته‌شده است و پژوهش‌های پیشین بیشتر بر متغیرهای از پیش تعیین‌شده متمرکز بوده‌اند، رویکرد کیفی و تحلیل محتوای قراردادی انتخاب شد؛ زیرا این روش مقوله‌ها را مستقیماً از داده‌های مصاحبه و بدون اتکا به چارچوب‌های نظری از پیش‌تعیین‌شده استخراج می‌کند [۲۲]. نمونه‌گیری هدفمند با راهبرد حداکثر تنوع نیز برای دستیابی به دامنه‌ی متنوعی از تجربه‌ها برگزیده شد.

مبانی نظری پژوهش

در بررسی نقش زنان در عود اعتیاد همسر، تحلیل از زاویه دید فردی کفایت نمی‌کند. تجربه زندگی زنان در این زمینه، در بستری از روابط میان‌فردی، نقش‌های خانوادگی، هنجارهای فرهنگی و کنش‌های عاطفی پیچیده شکل می‌گیرد. با توجه به رویکرد استقرایی تحلیل محتوای قراردادی، دیدگاه‌های نظری زیر برای هدایت کدگذاری به‌کار نرفتند؛ مضامین ابتدا از داده‌ها استخراج شدند و سپس این دیدگاه‌ها برای تفسیر آنها در بخش بحث مورد

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

استفاده قرار گرفتند. این دیدگاه‌ها بر پایه‌ی ارتباط مفهومی‌شان با ابعاد پدیده (تعامل در نظام خانواده، درماندگی و ناکارآمدی تلاش‌ها، پیوند عاطفی و ایمنی، فرهنگ و برچسب‌زنی، باور به اثرگذاری، تنظیم هیجان و تبادل حمایت) برگزیده شدند. برای نمونه، دیدگاه سیستم‌های خانواده برای تفسیر مضامین «انفعال محافظت‌گرانه»، «خشم‌های درماندگی» و «همدلی نجات‌بخش»، نظریه‌ی درماندگی آموخته‌شده برای تفسیر «تلاش‌های نافرجام» و «انفعال ناشی از ترس و فشار روانی»، و نظریه‌ی تبادل اجتماعی برای تفسیر «توسعه‌ی شبکه‌ی حمایت اجتماعی» به‌کار رفت. از منظر مدل‌های شناختی—رفتاری، الگوهای فکری و رفتاری زنان در مواجهه با همسران معتاد، از طریق تأثیر بر هیجان‌ها، سبک‌های ارتباطی و راهبردهای مقابله‌ای، در فرایند عود نقش‌آفرین هستند. همچنین نظریه‌های تنیدگی و مقابله نشان می‌دهند که فشارهای مزمن ناشی از زندگی با همسر معتاد، هیجان‌هایی نظیر خشم، ترس و استیصال را برمی‌انگیزد و زنان برای مدیریت این فشارها به راهبردهایی همچون پنهان‌کاری، انفعال یا جست‌وجوی حمایت اجتماعی متوسل می‌شوند [۱۶].

نظریه سیستم‌های خانواده Bowen: بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده *Bowen*، خانواده به عنوان یک سیستم عاطفی منسجم عمل می‌کند که رفتار و وضعیت روانی هر عضو، در تعامل پویا با سایر اعضا معنا می‌یابد. در این سیستم، زنان معمولاً در نقش تنظیم‌کننده هیجانی ظاهر می‌شوند و تلاش می‌کنند با رفتارهایی مانند فداکاری، سکوت یا پرخاشگری، نظام تعادلی خانواده را حفظ کنند [۷]. در این دیدگاه، مصرف مواد نه صرفاً مسئله‌ای فردی، بلکه در پیوند با الگوهای تعاملی خانواده معنا می‌یابد و می‌تواند تعادل (هموستاز) نظام خانواده را برهم زند. اعضای خانواده برای حفظ ثبات این سیستم آسیب‌دیده، ناگزیر به اتخاذ نقش‌های جدیدی می‌شوند که اغلب به بدکارکردی کل سیستم منجر می‌گردد. این استدلال با کارکردگرایی Parsons پیوند نظری دارد؛ بر پایه‌ی آن، مصرف مواد می‌تواند انجام کارکردهای اصلی خانواده، مانند جامعه‌پذیر کردن فرزندان و ایفای نقش‌های جنسیتی و والدینی، را مختل کند [۳۸].

نظریه درماندگی آموخته‌شده Seligman: *Seligman* مفهوم "درماندگی آموخته‌شده" را برای توصیف شرایطی به‌کار برد که فرد در پی مواجهه مکرر با موقعیت‌های بدون کنترل، به تدریج احساس ناتوانی و بی‌تأثیری در تغییر شرایط را تجربه می‌کند [۱۸]. تکرار چرخه‌ی شکست در درمان همسر، منجر به بروز مدل درماندگی آموخته‌شده *Seligman* در زنان می‌شود. ادراکِ عدم عاملیت در تغییر شرایط، منجر به کاهش خودکارآمدی و بروز کرختی هیجانی می‌گردد و این شکاف در خودکارآمدی باعث می‌شود زنان در دوران پس از ترک، بین کنترل‌گری شدید و رهاسازی ناگهانی نوسان کنند که این «مدیریت ناپایدار»، یکی از محرک‌های اصلی بازگشت به مصرف محسوب می‌شود [۱۹].

نظریه دلبستگی و پدیده هم‌وابستگی: نظریه دلبستگی تبیین‌گر کیفیت روابط و امنیت عاطفی در خانواده‌های درگیر اعتیاد است. سوءمصرف مواد باعث گسست در پیوند عاطفی و از بین رفتن «پایگاه ایمن» در خانواده شده و زن را در برابر استرس و خشم‌های واکنشی آسیب‌پذیر می‌کند [۲۰]. در این بافت، پدیده و هم‌وابستگی شکل می‌گیرد؛ وضعیتی که در آن زن هویت خود را به وضعیت همسر گره زده و با ایفا نقش «تسهیل‌کننده » مسئولیت پیامدهای رفتار او را بر عهده می‌گیرد که در نهایت منجر به حذف مکانیزم‌های بازدارنده و تسهیل عود می‌شود [۸].

برساخت‌گرایی اجتماعی و نظریه برچسب‌زنی: از منظر جامعه‌شناختی، برساخت‌گرایی اجتماعی برای درک نحوه تفسیر و معنا بخشی زنان به دنیای پیرامون خود در بستر زندگی روزمره به کار می‌رود [۴۲]. در این چارچوب، مفاهیم فرهنگی مانند سوختن و ساختن (اصطلاحی رایج در فرهنگ ایرانی که به تحمل سختی‌ها و فداکاری برای حفظ زندگی مشترک و خانواده اشاره دارد)، تجربه‌ی زیسته‌ی زن را همچون راهبردی برای بقا برمی‌سازند [۷]. این تجربه تحت تأثیر نظریه برچسب‌زنی تشدید می‌شود؛ جایی که «داغ ننگ اجتماعی» نه تنها فرد معتاد، بلکه کل خانواده را دچار انزوا کرده و همسر را به سمت «پنهان‌کاری محافظت‌گرانه» سوق می‌دهد که خود بستری امن برای عودهای پنهانی فراهم می‌سازد [۱۵].

نظریه خودکارآمدی Bandura: احساس خودکارآمدی به معنای باور فرد به توانایی خویش در مدیریت و تأثیرگذاری بر رویدادهای زندگی است. در زنانی که بارها تلاش کرده‌اند بر اعتیاد همسر تأثیر بگذارند اما نتیجه نگرفته‌اند، افت شدید خودکارآمدی می‌تواند منجر به تسلیم، بی‌عملی یا رفتارهای خشونت‌گرایانه شود. بر این اساس، آموزش مهارت‌های بین‌فردی، تقویت عزت نفس، و بازسازی باور به اثرگذاری، از اقدامات پیشگیرانه در چرخه‌ی عود محسوب می‌شود [۷،۲۱].

مدل تنظیم هیجان Gross: از منظر روان‌شناسی بالینی، توانایی زن در مدیریت بحران به مدل تنظیم هیجان *Gross* وابسته است. نقص در بازآرایی شناختی و پناه بردن به راهبردهای فرونشانی، منجر به «خشم‌های درماندگی» و رفتارهای تکانشی می‌شود که محیط خانه را برای فرد در حال بهبود ناامن می‌سازد [۱۶،۹].

مرور پیشینه پژوهش

الف) پژوهش‌های انجام‌شده در ایران

نشریات داخلی: پژوهش‌های منتشرشده در نشریات داخلی در دو دسته جای می‌گیرند. دسته‌ی نخست مطالعات کیفی و پدیدارشناختی است: *ترکاشوند* و همکاران [۷] تجربه‌ی زیسته‌ی زنان یکی از محله‌های کرج را بررسی کرده‌اند؛ *مستدام* و همکاران [۸] تجربه‌ی زنان متقاضی طلاق را واکاوی کرده‌اند؛ *آقایی‌جشوقانی* و همکاران [۱۵] تجربه‌ی این زنان را در دوره‌ی کووید-۱۹ بررسی کرده‌اند؛ و *جهاندار لشکی* [۱۷] مشارکت خانواده در اعتیاد را به‌صورت کیفی مطالعه کرده است. دسته‌ی دوم پژوهش‌های کمّی و مداخله‌ای است که اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی [۵]، درمان مبتنی بر شفقت [۹]، آموزش تاب‌آوری [۱۴]، توانمندسازی روان‌شناختی [۱۹]، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی [۳۱] و درمان غیرفعال‌سازی حالت [۳۰] را بر متغیرهایی مانند تحمل آشفتگی، شرم، بهزیستی روانی و دلزدگی زناشویی همسران بررسی کرده‌اند؛ و برخی مطالعات پیامدهایی چون افسردگی، افکار خودکشی، کیفیت زندگی و هم‌وابستگی را در این زنان سنجیده‌اند [۶، ۱۱، ۱۶، ۳۳]. در مجموع، مطالعات مداخله‌ای بیشتر زنان را دریافت‌کننده‌ی مداخله در نظر گرفته‌اند و کمتر به نقشی پرداخته‌اند که خود زنان در چرخه‌ی عود برای خود قائل‌اند.

نشریات بین‌المللی: بخش قابل‌توجهی از دانش تجربی درباره‌ی زنان ایرانی دارای همسر مبتلا به اختلال مصرف مواد در نشریات بین‌المللی منتشر شده است. *جلیلوند* [۴۳] در پژوهشی پدیدارشناختی، راهبردهای مقابله‌ای و الگوهای تعاملی زنانی را بررسی کرد که به‌دلیل اختلال مصرف مواد همسر برای مشاوره یا روان‌درمانی مراجعه کرده بودند؛ رفتارهایی مانند اجتناب، کنترل، حمایت، سکوت و مواجهه مستقیم در طول زمان می‌توانند به

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

الگوهای نسبتاً پایدار تعاملی تبدیل شوند و باید محصول تعامل مستمر زوجین دانسته شوند، نه ویژگی ثابت شخصیتی زن. شکری، *یونسی* و *زارع بهرام‌آبادی* [۴۴] در پژوهشی پدیدارشناختی تفسیری با ۲۶ زن متأهل در تهران، نقش «تسهیل‌گران بین‌فردی» زنان در اعتیاد همسر را بررسی کردند و نتیجه گرفتند نقش زن واقعیتی ثابت و از پیش تعیین‌شده نیست، بلکه تجربه‌ای ادراک‌شده و وابسته به کیفیت تعاملات زوجی و خانوادگی است؛ این پژوهش از نظر موضوع به پرسش پژوهش حاضر نزدیک‌ترین است. *حاجی‌ها* و *بهرامی‌احسان* [۴۵] تعاملات خانواده با زنان ایرانی دارای اختلال مصرف مواد را در چهار دوره‌ی زمانی، از پیش از آگاهی از اعتیاد تا پس از عودهای متوالی، بررسی و پنج الگوی تعاملی (محکوم‌کننده و محدودکننده، منفعل و پذیرنده، طردکننده، بی‌تفاوت، و سردرگم) شناسایی کردند؛ واکنش خانواده ثابت نمی‌ماند و ممکن است پس از عودها دگرگون شود. *رستمی* و همکاران [۴۶] نشان دادند ماندن زن در زندگی با همسر وابسته به مواد حاصل برهم‌کنش پیوند عاطفی، مسئولیت مادری، نگرانی درباره‌ی آینده‌ی فرزندان، فشارهای اجتماعی، محدودیت‌های اقتصادی و برداشت زن از مسئولیت خانوادگی است و نباید به‌سادگی نشانه‌ی رضایت از رابطه یا پذیرش اعتیاد تعبیر شود. *فتحی* و همکاران [۴۷] با ۲۶ زن، پنج حوزه‌ی مشکلات را شناسایی کردند: احساس بیگانگی، حمایت ناکافی، خشونت و بدرفتاری، آشفتگی زندگی خانوادگی، و طرد و انزوای اجتماعی. *منچری* و همکاران [۴۸] در مطالعه‌ای کیفی با ۲۵ مشارکت‌کننده (۱۵ همسر، ۷ درمانگر و ۳ مسئول)، دو مقوله‌ی «فروپاشی روان‌شناختی خانواده» و «موقعیت اجتماعی محروم‌شده» را گزارش کردند. *اسکیان* و *معصومیان شرقی* [۵۹] «رفتارهای توانمندساز» همسران را در فصل هشتم کتاب بزرگ الکلی‌های گمنام بررسی کرده‌اند. *فریدونی* و همکاران [۴۹] با ۲۴ همسر چهار مضمون را گزارش کردند: مواجهه‌ی دردناک با خبر اعتیاد، مقابله و تحمل مشکل به‌تنهایی، تشدید تدریجی رنج و فرسودگی، و اختلال در روابط خانوادگی و وضعیت مالی؛ زنان در بسیاری موارد می‌کوشیدند مسئله را پنهان کنند و بدون حمایت اجتماعی کافی با آن مقابله کنند. *جولایی* و همکاران [۵۰] نیز نیازها و انتظارات ۲۴ همسر مردان وابسته به مواد را بررسی کردند و نشان دادند مشکلات زنان به رفتار مصرفی همسر محدود نیست و شیوه‌ی مواجهه‌ی همسر با درمان، مسائل مالی، نیازهای عاطفی و نیاز به اطلاعات را نیز دربرمی‌گیرد. *احمدزاده* و همکاران [۵۸] نیز اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر تاب‌آوری را بر رشد پس‌آسیبی، تاب‌آوری، مهارت‌های مقابله و استرس ادراک‌شده‌ی زنان دارای همسر وابسته بررسی کرده‌اند.

ب) پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از ایران

مطالعات غیرایرانی به‌تدریج از توصیف پیامدهای فردی به‌سوی بررسی روابط زوجی، مداخلات خانواده‌محور و فرایند بهبودی حرکت کرده‌اند. مرور نظام‌مند *McGovern* و همکاران [۵۱] بر ۶۵ مقاله از ۵۸ کارآزمایی نشان داد اعضای خانواده‌ی افراد دارای مصرف مسئله‌زا با پیامدهایی چون استرس، مشکلات سلامت روان، تعارض خانوادگی و کاهش کیفیت رابطه روبه‌رو هستند و مداخلات زوج‌محور و خانواده‌محور می‌توانند رضایت و ثبات رابطه را بهبود بخشند و خشونت شریک عاطفی را کاهش دهند؛ با این حال، ورود فرد مصرف‌کننده به درمان به‌معنای بهبود فوری بهزیستی همسر نبود. *Hogue* و همکاران [۵۲] نشان دادند درمان زوجی و خانوادگی اختلالات مصرف مواد پشتوانه‌ی تجربی قابل‌توجهی دارد و افزون بر کاهش مصرف، عملکرد رابطه‌ی زوجی را نیز بهبود می‌بخشد. مرور نظام‌مند *Aswathy* و همکاران [۵۳] بر ۱۵ کارآزمایی تصادفی‌شده نیز نشان داد در ۱۱ مطالعه، مشارکت خانواده در درمان با اثرهای مثبت معنادار همراه بوده است. در مقابل، مرور نظام‌مند مطالعات کیفی *Mardani* و همکاران [۵۴] پنج محور شوک اولیه، انگ و انزوای اجتماعی، فرسایش روانی و جسمانی، آشفتگی روابط و فشار اقتصادی، و تلاش برای خودحفاظتی و سازگاری را در تجربه‌ی خانواده‌های درگیر اعتیاد نشان داد.

ج) مقایسه‌ی مطالعات ایرانی و خارجی و جایگاه پژوهش حاضر

مطالعات ایرانی و خارجی در سه نکته همگرایند. نخست، پیامدهای اختلال مصرف مواد و عود چندعاملی است؛ برای نمونه، مرور نظام‌مند *Mardani* و همکاران [۵۴] پنج محور را در تجربه‌ی خانواده‌های درگیر اعتیاد نشان داد و در ایران نیز *فتحی* و همکاران [۴۷] پنج حوزه‌ی مشکلات و فریدونی و همکاران [۴۹] چهار مضمون را در تجربه‌ی زنان گزارش کردند. دوم، روابط زوجی و خانوادگی هم می‌توانند منبع حمایت و هم زمینه‌ی تعارض باشند؛ شواهد درمان‌های زوجی رفتاری از رویکردهای زوج‌محور حمایت می‌کنند (*Powers* و همکاران [۵۵]؛ *Song* و همکاران [۵۶]؛ *Hogue* و همکاران [۵۲]) و مطالعه‌ی جولایی و همکاران [۵۰] نیز نیازهای مالی، عاطفی و اطلاعاتی همسران را نشان داد. سوم، حمایت اجتماعی، ارتباط مؤثر و دسترسی پایدار به خدمات بهبودی را تسهیل می‌کند؛ مرور دامنه‌ای *Sharma* و همکاران [۵۷] در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط نیز بهبود حمایت خانوادگی، ارتباط و کیفیت زندگی را همراه با موانعی چون ناامنی مالی و بی‌اعتمادی به خدمات گزارش کرد.

با این همگرایی‌ها، میان دو ادبیات تفاوت‌های بافتی نیز هست. در مطالعات خارجی مشارکت خانواده بیشتر در قالب مؤلفه‌ای درمانی و ساختاریافته (آموزش خانواده، درمان زوجی، آموزش مهارت‌های ارتباطی) بررسی شده است، اما در مطالعات ایرانی تجربه‌ی همسران غالباً در بستر فشارهای فرهنگی، حفظ آبرو، انگ اجتماعی، وابستگی اقتصادی، مسئولیت مادری و محدودیت‌های تصمیم‌گیری تفسیر می‌شود؛ یعنی «نقش همسر» در ایران صرفاً متغیری رابطه‌ای نیست و با هنجارهای جنسیتی و ساختارهای اجتماعی درهم‌تنیده است؛ برای نمونه، *حاجی‌ها* و *بهرامی‌احسان* [۴۵] نشان دادند واکنش خانواده به مصرف و عود ثابت نیست. همچنین رفتارهایی مانند فراهم‌کردن پول یا پوشاندن پیامدهای مصرف در ادبیات بین‌المللی معمولاً در چارچوب «تسهیل‌گری» بررسی می‌شود، اما در بافت ایرانی ممکن است با انگیزه‌هایی چون حفظ خانواده، جلوگیری از رسوایی، حفاظت از فرزندان یا ترس از خشونت و فروپاشی اقتصادی همراه باشد؛ تفسیر این رفتارها بدون توجه به نیت و شرایط زمینه‌ای ممکن است به سرزنش زن بینجامد. افزون بر این، پژوهش‌های بین‌المللی بیشتر بر اثربخشی مداخلات خانواده‌محور تمرکز دارند، در حالی که بیشتر مطالعات ایرانی بر توصیف مشکلات، نیازها و الگوهای تعاملی متمرکزند.

در مجموع، هر دو ادبیات بر چندعاملی و فرایندی بودن عود و اثر روابط نزدیک، حمایت اجتماعی، تعارض و کیفیت تعاملات خانوادگی بر مسیر بهبودی هم‌نظرند، اما بیشتر مطالعات بر پیامدهای مصرف، ویژگی‌ها و نیازهای زنان، الگوهای هم‌وابستگی یا اثربخشی مداخلات متمرکز بوده‌اند و کمتر به‌طور مستقیم به تجربه‌ی ادراک‌شده‌ی زن از نقش خود در بازگشت مصرف همسر پرداخته‌اند. پژوهش حاضر از سه جهت متمایز

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

است: واحد اصلی تجربه، روایت زنانی است که با همسر مبتلا به اختلال مصرف مواد زندگی کرده‌اند؛ هدف آن چگونگی شکل‌گیری، تداوم و تغییرِ رفتارهای زن در مواجهه با مصرف و عود همسر است، نه صرفاً شناسایی پیامدها؛ و تحلیل به‌جای تقلیل رفتارها به هم‌وابستگی یا تسهیل‌گری، زمینه‌ی روان‌شناختی، خانوادگی و فرهنگی آنها را نیز آشکار می‌کند. خلأ اصلی بنابراین نه نبود دانش درباره‌ی خانواده و اعتیاد، بلکه نبود تبیینی منسجم از تجربه‌ی زنان از نقش خود در چرخه‌ی عود است؛ تبیینی که رفتارهای زن، نیت‌ها و شرایط زمینه‌ای و پیامدهای تعاملی آنها را هم‌زمان ببیند و از دوگانه‌ی مقصر یا قربانی فراتر رود.

روش پژوهش

این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی (استقرایی) انجام شد [۲۲]. این روش به‌دلیل ماهیت اکتشافی پژوهش، تمرکز بر درک عمیق تجارب زنان از نقش خود در عود مصرف همسرانشان و انعطاف‌پذیری آن در کشف مفاهیم و الگوها از داده‌های متنی انتخاب شد؛ زیرا امکان استخراج مضامین را مستقیماً از داده‌ها و بدون پیش‌فرض‌های نظری سخت‌گیرانه فراهم می‌کند [۲۲].

جامعه‌ی پژوهش شامل زنانی بود که همسرشان دارای اختلال مصرف مواد بود، در شهرهای تنکابن، رامسر و عباس‌آباد سکونت داشتند و تجربه‌ی مستقیم زندگی مشترک با او و مواجهه با فرایند عود مصرف وی را داشتند. برای دسترسی به مشارکت‌کنندگان، به ۸ کلینیک مشاوره و درمان اختلال مصرف مواد در شهرهای رامسر، تنکابن و عباس‌آباد مراجعه و طرح پژوهش به روان‌شناسان یا مدیران این مراکز ارائه شد؛ از آنان خواسته شد با معرفی طرح به خانواده‌های مراجعه‌کننده، نام و شماره‌ی تماس زنان واجد شرایط و داوطلب شرکت در پژوهش را ثبت کنند. سپس در یک دوره‌ی سه‌ماهه با داوطلبان تماس گرفته شد و مشخصات آنان، شرایط زندگی مشترک و نوع ماده‌ی مصرفی همسرشان ثبت گردید و در نهایت فهرستی شامل ۳۸ زن داوطلب و واجد شرایط تهیه شد؛ از میان این فهرست، ۱۵ نفر برای مصاحبه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند (Purposive sampling) و با راهبرد حداکثر تنوع انجام شد. منطق نمونه‌گیری هدفمند آن بود که مشارکت‌کنندگانی انتخاب شوند که تجربه‌ی مستقیم و مرتبط با پدیده‌ی مورد مطالعه داشته باشند. در راهبرد حداکثر تنوع نیز تلاش شد تفاوت‌هایی مانند سن، مدت زندگی مشترک، تعداد فرزندان، نوع ماده‌ی مصرفی همسر و وضعیت تداوم یا جدایی رابطه‌ی زناشویی در دامنه‌ی نمونه حضور داشته باشد تا طیف متنوعی از تجربه‌ها بررسی شود (جدول ۱).

حجم نمونه بر اساس معیار اشباع نظری تعیین شد بدین صورت که جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که مقوله‌های جدیدی از مصاحبه‌های بعدی استخراج نگردد. در مجموع ۱۵ مصاحبه انجام شد و پس از مصاحبه‌ی پانزدهم، به‌دلیل تکرار مفاهیم، ظاهر نشدن کد یا مقوله‌ی جدید و دستیابی به اشباع داده‌ها، نمونه‌گیری متوقف شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل (۱) زن بودن، (۲) زندگی مشترک حداقل به مدت سه سال با همسر مبتلا به اختلال مصرف مواد، (۳) تجربه مستقیم حداقل یک دوره عود مصرف در همسر پس از یک دوره پرهیز، (۴) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، (۵) توانایی برقراری ارتباط کلامی مناسب و معیارهای خروج شامل: (۱) داشتن اختلالات روان‌پزشکی عمده یا ناتوانی ذهنی (بر اساس گزارش خود فرد یا تشخیص متخصص)، (۲) عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، تعیین شد.

جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

کد شرکت‌کننده	سن (سال)	مدت ازدواج (سال)	ماده مصرفی اصلی	تعداد فرزندان	وضعیت زندگی با همسر
۱	۳۵	۱۰	تریاک	۲	ادامه زندگی
۲	۳۷	۶	تریاک	۱	ادامه زندگی
۳	۲۸	۵	گل	۰	ادامه زندگی
۴	۳۹	۱۱	شیشه	۱	جدایی
۵	۴۴	۱۶	تریاک	۲	ادامه زندگی
۶	۴۷	۲۱	تریاک	۴	ادامه زندگی
۷	۴۹	۱۸	تریاک	۳	ادامه زندگی
۸	۳۶	۷	شیشه	۱	جدایی
۹	۴۲	۱۴	تریاک	۲	ادامه زندگی
۱۰	۲۹	۴	گل	۰	ادامه زندگی
۱۱	۴۰	۸	تریاک	۱	جدایی
۱۲	۳۱	۴	گل	۱	ادامه زندگی
۱۴	۴۱	۱۱	تریاک	۲	ادامه زندگی
۱۳	۳۷	۱۰	گل	۱	جدایی
۱۵	۲۷	۵	شیشه	۰	ادامه زندگی

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. مصاحبه‌ها به زبان فارسی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری گردید؛ پرسش‌های اصلی بر محور تجربه‌ی زنان از نقش و واکنش‌های خود در برابر مصرف و عود مصرف همسرانشان طراحی شده بود و پرسش‌های پیگیری بر اساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان مطرح شد. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه و میانگین مدت مصاحبه‌ها ۶۰ دقیقه بود. همه‌ی مصاحبه‌ها با دستگاه ضبط صوت دیجیتال ضبط شد. نخستین مصاحبه با یکی از مشارکت‌کنندگان، در مرکز مشاوره‌ی دانشگاه آزاد اسلامی و با حضور و مشارکت دو تن از استادان راهنما و مشاور رساله، دارای سابقه‌ی پژوهش کیفی و انتشار مقالات مرتبط، انجام شد. در این مرحله، پرسش‌های اصلی راهنمای مصاحبه بررسی و تأیید شدند و بدون تغییر در مصاحبه‌های بعدی مورد استفاده قرار گرفتند. داده‌های حاصل از این مصاحبه نیز در تحلیل نهایی پژوهش وارد شدند؛ بنابراین، این مصاحبه به‌عنوان نخستین مصاحبه‌ی پژوهش در نظر گرفته شد، نه مصاحبه‌ای آزمایشی مستقل که داده‌های آن کنار گذاشته شده باشد. مصاحبه‌های بعدی با دعوت از مشارکت‌کنندگان در مرکز مشاوره‌ی ونداد در شهر تنکابن انجام گردید که متعلق به یکی از پژوهشگران است. مکالمات ضبط‌شده بلافاصله توسط پژوهشگر یا یکی از دو همکار اجرای طرح در نرم‌افزار ورد بازنویسی شد و برای تحلیل اولیه و استخراج جملات کلیدی آماده می‌گردید. فرایند تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش پنج‌مرحله‌ای *Graneheim* و *Lundman* انجام گرفت. این مراحل شامل: (۱) آشنایی و درک مفاهیم و داده‌ها از طریق مرور مکرر مصاحبه‌ها، (۲) شناسایی واحدهای معنایی و کدگذاری اولیه، (۳) گروه‌بندی کدهای مشابه در قالب مقوله‌های فرعی، (۴) تلفیق و استخراج مقوله‌های اصلی و (۵) بازنگری، تفسیر و یکپارچه‌سازی یافته‌ها در

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

قالب الگوی مفهومی بود. برای اطمینان از اعتبار و اعتمادپذیری داده‌های کیفی (به عنوان جایگزین روایی و پایایی کمی)، از معیارهای چهارگانه *Lincoln* و *Guba* [۳۶] شامل اعتبار (credibility)، انتقال‌پذیری (transferability)، پایایی/ثبات (dependability) و تأییدپذیری (confirmability) استفاده شد.

بازبینی همکاران پژوهشی: کدها و مقوله‌های استخراج‌شده به‌صورت دوره‌ای با دو پژوهشگر آشنا با روش کیفی که هر دو سابقه‌ی تألیف مقاله با این رویکرد را داشتند، بازبینی و بحث شد و صحت یافته‌ها با بررسی مجدد کدهای استخراج‌شده آزموده می‌شد. در این فرایند اختلاف‌نظری مشاهده نشد.

بازبینی مشارکت‌کنندگان: تفسیرهای اولیه از مصاحبه‌ها در اختیار ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند قرار گرفت تا با تجربه‌های خود مقایسه و تأیید کنند؛ تغییری در یافته‌ها حاصل نشد.

توضیح فرآیند پژوهش: کلیه مراحل تصمیم‌گیری پژوهش، از نمونه‌گیری تا تحلیل، به طور شفاف و دقیق مستندسازی شد. مصاحبه‌های طولانی و تعاملی و عمیق جهت ایجاد فضای اعتماد برای بیان صریح تجارب انجام شد و تمامی مراحل تحلیل، فرضیه‌ها و تصمیم‌های محقق در قالب یادداشت‌های انعکاسی ثبت گردید.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش پس از دریافت تأییدیه کمیته اخلاق پژوهش‌های علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن با کد رهگیری IR.IAU.LIAU.REC.1402.062 غاز شد. رعایت اصول اخلاقی بر اساس بیانیه هلسینکی انجام شد. اهداف، روش‌ها، مزایا و مخاطرات پژوهش به زبانی ساده برای هر مشارکت‌کننده توضیح داده شد و علاوه بر امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی، در ابتدای جلسات مراحل مختلف پژوهش، شامل ضبط مکالمات و بازنویسی مکتوب آنها، استخراج کدها، دسترسی افراد مرتبط با پژوهش به محتوای مکالمات، انتشار ناشناس یافته‌ها و نتایج، و حذف فایل‌های ضبط‌شده ۲۴ ماه پس از ضبط، به اطلاع مشارکت‌کنندگان رسید و تأیید کلامی آنان در این موارد اخذ شد. هویت مشارکت‌کنندگان با کدهای عددی ناشناس (۱ تا ۱۵) حفظ شد و اطلاعات محرمانه در دسترس افراد غیرمرتبط قرار نگرفت. همه‌ی فایل‌های صوتی ضبط‌شده بر روی یک هارد اکسترنال دارای رمز دسترسی و در محلی امن نگهداری می‌شود که صرفاً در اختیار نویسنده‌ی اول است و در تابستان ۱۴۰۶ به‌صورت کامل و دائمی حذف خواهد شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله می‌توانند بدون هیچ تبعاتی از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند و در صورت انصراف هرکدام از مشارکت کنندگان، داده‌های مرتبط با او از فرایند پژوهش حذف و مصاحبه‌ی ضبط‌شده‌ی او به‌طور کامل پاک خواهد شد. برای به حداقل رساندن آسیب و با توجه به احتمال بروز تنش‌های هیجانی یا روان‌شناختی هنگام بازگویی تجربه‌های مشارکت‌کنندگان، تمهیدات لازم برای ارجاع به خدمات تخصصی پیش‌بینی شده بود. در این راستا و با دو مرکز مشاوره و روان‌درمانی و یک کلینیک روان‌پزشکی مذاکره شد و دو روانشناس و یک روان‌پزشک همکار، آمادگی خود را برای ارائه‌ی خدمات تخصصی به مشارکت‌کنندگان، در صورت نیاز و بدون دریافت هزینه، اعلام نمودند. با این‌حال، در طول اجرای پژوهش موردی که نیازمند ارجاع به این متخصصان باشد، پیش نیامد.

تجزیه و تحلیل آماری: داده‌ها با روش پنج‌مرحله‌ای تحلیل محتوای *Graneheim* و *Lundman* [۳۵] و به‌صورت دستی (سنتی) تحلیل شد؛ نرم‌افزار ورد فقط برای بازنویسی مصاحبه‌ها به‌کار رفت و از هیچ نرم‌افزار تحلیل کیفی استفاده نشد. مراحل عبارت بودند از: (۱) آشنایی و درک کلی داده‌ها از طریق مرور مکرر مصاحبه‌ها؛ (۲) شناسایی واحدهای معنایی و کدگذاری اولیه؛ (۳) گروه‌بندی کدهای مشابه در قالب مقوله‌های فرعی؛ (۴) تلفیق و استخراج مقوله‌های اصلی؛ و (۵) بازنگری، تفسیر و یکپارچه‌سازی یافته‌ها. در این روش، مقوله‌ها از دل داده‌ها استخراج شدند و نظریه‌ها برای هدایت کدگذاری به‌کار نرفتند.

یافته‌ها

پانزده زن با تجربه‌ی زندگی با همسر دارای اختلال مصرف مواد در این مطالعه مشارکت داشتند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان شامل سن، مدت ازدواج، نوع ماده مصرفی اصلی همسر، تعداد فرزندان و وضعیت فعلی زندگی مشترک شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. برای حفظ محرمانگی، از کدهای P۱ تا P۱۵ برای اشاره به مشارکت‌کنندگان استفاده شد.

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ زن دارای همسر مبتلا به اختلال مصرف مواد، از طریق تحلیل محتوای قراردادی، به شناسایی پنج مضمون اصلی و ۱۱ زیرمضمون انجامید (جدول ۲)؛ این مضامین طیفی از تجربه‌ها، کنش‌ها و واکنش‌های زنان را در مواجهه با عود مصرف همسر بازتاب می‌دهند؛ هر مضمون در ادامه همراه با نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان (با ذکر کد آنان) توصیف شده است.

مضمون اصلی اول: کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی

در بررسی داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه با زنان دارای همسر مبتلا به اختلال مصرف مواد، یکی از مضامین برجسته‌ای که از دل تجربه و بیانات این زنان استخراج شد، مضمون «کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی» بود. این مضمون، به مجموعه‌ای از رفتارها و واکنش‌هایی اشاره دارد که زنان با هدف مدیریت اعتیاد همسر، حفظ ثبات خانوادگی یا کاهش تعارضات زناشویی انجام داده‌اند؛ اما به دلیل عدم شناخت صحیح از ماهیت پیچیده اعتیاد، نحوه مواجهه با آن، و سازوکارهای روان‌شناختی بازگشت به اعتیاد، این تلاش‌ها نه‌تنها مؤثر نبوده‌اند، بلکه در مواردی وضعیت را وخیم‌تر کرده‌اند. مضمون «کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی» نشان می‌دهد که بسیاری از زنان در مواجهه با پدیده اعتیاد همسر، درگیر کنش‌هایی می‌شوند که بیشتر از آنکه مبتنی بر دانش و بینش روان‌شناختی یا حمایت تخصصی باشند، حاصل الگوهای سنتی و بارهای فرهنگی بر نقش زن در خانواده‌اند. به گفته‌ی مشارکت‌کنندگان، این کنش‌ها نتیجه‌ی مورد انتظار را در پی نداشت و برخی از آنان از فرسودگی روانی سخن گفتند (کدهای ۲، ۳ و ۷). در این چارچوب، دو زیرمضمون قابل تفکیک شناسایی شد که هر یک، ابعاد خاصی از این تجربه را روشن می‌کنند.

زیرمضمون اول: از خودگذشتگی آسیب‌زا

زیرمضمون از خودگذشتگی آسیب زا شامل تغییر رفتار بخش قابل‌توجهی از زنان شرکت‌کننده بوده که صرفاً با هدف حفظ آرامش همسر معتاد، جلوگیری از بازگشت همسر به مصرف، یا حفظ ساختار خانواده صورت گرفته است. این تغییرات شامل چشم‌پوشی از نیازهای فردی، انطباق رفتاری با خلق‌وخوی همسر، پرهیز از ابراز نارضایتی، و حتی در مواردی، تسهیل مصرف در محیط خانه بوده است. این نوع از خودگذشتگی، اگرچه در سطح

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

نشریه علمی پژوهشی طب انتظامی دوره ۱۴، ۱۴۰۴

فردی به‌عنوان تلاش برای «نجات خانواده» تعبیر می‌شود، اما در عمل، به نوعی از خودفراموشی و فرسایش روانی زن منجر شده و به تداوم اعتیاد کمک کرده است. برخی مشارکت‌کنندگان این رفتار را با امید به تغییر همسر و حفظ رابطه توضیح دادند (کدهای ۲ و ۷) که زن را مسئول اصلی نگه‌داشتن کانون خانواده می‌دانند، حتی اگر این نقش‌آفرینی به قیمت آسیب به خود تمام شود. بعضی زنان با تغییر رفتار خود مطابق خواسته همسر و اطاعت کامل از خواسته‌ها و انتظارات همسر (مانند کاهش رفت و آمد به خانه والدین) به دنبال تقویت رابطه زناشویی و تشویق همسر ترک اعتیاد بوده اند. نمونه نقل قول:

«من خیلی سعی کردم، حتی گفتم شاید با (بیرون) نرفتن من، ترک کنه. البته جایی که نمیرفتم قبلش، دیگه همون یه مجلس عروسی یا خونه بابام هم نرفتم، همون شد که من یک سال موندم خونه گفت اصلاً بیرون دوست ندارم بری به هیچ وجه حتی خونه بابات، گفتم بعد اینو می‌ذاری کنار دیگه؟ گفت: آره می‌ذارم کنار، گفتم یعنی فقط با رفتن من به خونه پدر و مادرم یا مجالس ختم یا مجالس عروسی این چیزها رو شروع می‌کنی. گفت: آره. گفتم: خب پس اشکال نداره منم نمیرم، یک سال بود که خونه بابام نمی‌رفتم، در حد تلفن، گوشیم خودم نداشتم با گوشی اون زنگ می‌زدم، حال مامانمو می‌پرسیدم، یا اونا به من زنگ می‌زدن، یا بعضی وقتا می‌شد در روز زنگ می‌زدن رد تماس می‌داد. می‌گفت: نباید صحبت کنی یک سال یک سال و خورده‌ای. من از در خونه بیرون نرفتم، فقط ۲ بار رفتم بیمارستان دکتر، که اونم خودش منو می‌برد منو می‌آورد، دیدم که نه دروغه هیچ تاثیری نداشت.» (کد ۲)

«آخه ما قبل ازدواج ۴ سال دوست بودیم، خیلی دوستش داشتم، هنوزم خیلی دوسش دارم، دیگه همه کار واسه ترک دادنش کردم. هرچی گفت گفتم باشه. فکر می‌کردم بفهمه من همه چی رو به خاطرش تحمل می‌کنم. شاید تغییر کنه، ولی هیچ وقت نتیجه نداد.» (کد ۷)

جدول ۲) مضامین، زیر مضامین و نمونه‌هایی از کدهای مشترک معنایی استخراج شده از مصاحبه‌ها

مضمون	زیر مضمون	نمونه کد
کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی	از خود گذشتگی آسیب زا، تلاشهای نافرجام	نظارت و کسب آگاهی،تشویق به مصرف در خانه، تلاش برای ترغیب به ترک اعتیاد، تهدید به جدایی، تغییر رفتار برای جلب رضایت همسر، اعتراض محتاطانه اولیه، کنترل‌گری و پرس‌وجوی مداوم، . باورهای نادرست درباره اعتیاد
انفعال محافظت‌گرانه	پنهانکاری به‌عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی انفعال ناشی از ترس، فشار روانی و محدودیت‌های ارتباطی برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت	پنهان‌کاری برای حفظ آبروی خانواده، پنهان‌کاری اعتیاد، تحمل خشونت و فشار روانی، بی‌تفاوتی و دوری عاطفی، نقش انگیزه شخصی همسر، بی‌توجهی متقابل، ترس از خشونت یا طرد، تحمل به خاطر فرزند و بی‌پناهی، عدم مداخله قاطع به دلیل ترس، پنهان‌کاری از خانواده خود، تسلیم و تحمل به دلیل فشارهای عاطفی، باور به عوامل خارجی و نقش محدود خود
خشم‌های درماندگی	انفجار هیجانی ناشی از استیصال و درماندگی خشم انباشته و پرخاشگری واکنشی	رفتارهای تنش‌زا، احساس ناکامی و تأثیر منفی عملکرد خود، قهر کردن، انتقاد مداوم و فشار برای ترک، احساس ناکامی و سرخوردگی، احساس ناکامی و ناامیدی، جنگ و درگیری جسمی، رفتارهای کنترل‌گرانه و تحقیرآمیز، وسواس‌های فکری وسواس‌های عملی ، دعوا با دوستان همسر، بی‌اعتنایی و دوری عاطفی
همدلی نجات‌بخش	حمایت عاطفی و همدلی بین‌فردی توسعه شبکه حمایت اجتماعی و بین‌فردی	حمایت عاطفی در برابر انگیزه شخصی همسر، تلاش‌های حمایتی و محبت‌آمیز، همدلی و پذیرش در دوره ترک، مشارکت در انجمن‌های حمایتی، اطلاع به خانواده همسر، کمک گرفتن از دوستان همسر
مدیریت ناپایدار پس از ترک	فشار برای نجات رهاسازی زودهنگام	انتظار تغییرات فوری پس از ترک، فشار برای کار و مسئولیت‌پذیری کامل، مقایسه همسر با دیگران یا گذشته‌اش سرزنش بابت کندی پیشرفت، ناتوانی در درک آسیب‌پذیری روانی همسر، کاهش حمایت عاطفی پس از ترک، عدم مشارکت در ادامه درمان، بی‌توجهی به نشانه‌های هشداردهنده بازگشت به سبک ارتباطی گذشته، قطع ارتباط با مراکز یا گروه‌های حمایتی

زیرمضمون دوم: تلاش‌های نافرجام

زیرمضمون تلاش‌های نافرجام شامل دسته‌ای دیگر از تجارب زنان است که بر پایه‌ی اقداماتی بوده که با نیت متوقف‌کردن اعتیاد یا بازداشتن همسر از لغزش مجدد انجام شده‌اند؛ از جمله تهدید به جدایی، تلاش برای ترک دادن همسر، زیر نظر گرفتن رفتارهای او و اعمال کنترل‌های رفتاری. با این حال، اکثر این اقدامات به دلیل نبود رویکرد تخصصی، ناآگاهی از مکانیسم‌های وابستگی روانی-جسمانی به مواد و غیبت نظام حمایتی اجتماعی یا درمانی، با شکست مواجه شده‌اند. نتیجه این چرخه تلاش و ناکامی، بروز احساساتی نظیر ناکارآمدی، درماندگی، خشم فروخورده و گاه افسردگی در زنان بوده است.

زنان مورد مطالعه بارها از تکرار تجربه‌هایی مشابه سخن گفتند؛ اینکه با وجود صرف انرژی زیاد برای مهار رفتارهای همسر، نتیجه‌ای جز بازگشت مجدد به مصرف یا افزایش تعارضات خانوادگی به دست نیاورده‌اند. این شکست‌های مکرر به مرور زمان به فرسایش روانی، فرسودگی هیجانی و افت عزت‌نفس در آنان منجر شده است. گروهی از زنان با بحث و مشاجره و گوشزد کردن نتایج اجتماعی اعتیاد و تاثیرات آن بر سرنوشت و آبروی خانواده و فرزندان کوشیدند اعتیاد را کنترل کنند، اما این اقدامات به ترک پایدار منجر نشده است. نمونه نقل قول:

«یکی دو ماه که شروع کرد، فهمیدم که اعتیاد رو شروع کرده. از روزی هم که فهمیدم باهاش سر و صدا کردم. گفتم من مطمئنم، البته اون میزد زیرش، ولی گفتم که نه من مطمئنم. گفت به قرآن. گفتم قرآنم باشه روش دست می‌ذارم که تو مواد استفاده می‌کنی. اصلاً علائمش همه جوره منو اذیت می‌کرد. می‌دونستم هر روز باهاش دعوا کردم، همین میشه ما بدبخت میشیم، میگفتم که تو آدمی بودی که یه سیگار کسی می‌کشید حرف ناسزا می‌گفتی. تو از سیگار متنفر بودی. چرا خودت وارد این شدی. هر روز دعوا داشتیم. می‌گفت نه. می‌گفتم هرچی تو بگی من دیگه باور نمی‌کنم.» (کد ۳)

«هر روز می‌پرسیدم کجا بودی؟ چی کار کردی؟ ولی همیشه آخرش دعوامون می‌شد. اون هم خیلی کارا رو یواشکی انجام می‌داد. اون موقع‌ها راننده شرکت پخش مواد غذایی بود، بهش زنگ میزدم میگفتم کجایی. همیشه یا می‌گفت پشت فرمونم، یا می‌گفت توی بازار داریم بار خالی می‌کنیم. ولی من می‌فهمیدم دروغ میگه، نه صدا ماشین میومد، نه صدای ضبط نه

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

صدای باد» (کد ۱۱)

مضمون اصلی دوم: انفعال محافظت‌گرانه

یکی از مضامین مهم استخراج‌شده از مصاحبه‌های کیفی، انفعال محافظت‌گرانه زنان در برابر اعتیاد همسر است. این مضمون، مجموعه‌ای از کنش‌های منفعلانه، کناره‌گیری هیجانی، سکوت، و حتی انکار را شامل می‌شود که از سوی زنان برای مواجهه با اعتیاد همسر اتخاذ شده‌اند. برخلاف برداشت سطحی از این رفتارها که ممکن است آن‌ها را به بی‌تفاوتی یا ضعف شخصیت نسبت دهند، داده‌های کیفی این پژوهش نشان می‌دهد که این انفعال‌ها پاسخ‌هایی محافظتی به فشارهای چندگانه اجتماعی، روانی و شناختی هستند که زنان با آن مواجه‌اند.

زیرمضمون اول: پنهان‌کاری به‌عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی

یکی از دلایل اصلی این انفعال، در زیرمضمون پنهان‌کاری به‌عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی نمود یافته است. بسیاری از زنان، به‌طور آگاهانه اقدام به پنهان‌کردن اعتیاد همسر از خانواده، فرزندان، بستگان و حتی نهادهای حمایتی می‌کنند. این پنهان‌کاری اغلب ناشی از شرم اجتماعی، ترس از برچسب‌خوردن، حفظ شأن خانوادگی و تلاش برای جلوگیری از آسیب به تصویر اجتماعی فرزندان است. چنین رفتاری، هرچند در کوتاه‌مدت از فروپاشی موقعیت اجتماعی جلوگیری می‌کند، اما در بلندمدت به انزوای زن، تشدید بار روانی و تداوم چرخه اعتیاد کمک می‌کند. نمونه نقل قول:

«به خانواده خودم نگفته بودم. چون می‌دونستم بابام میگه جدا شو. الانم میگه. میگه من اگه می‌دونستم این می‌خواد اینجوری بشه، همون موقع که بچه‌ات کوچیک بود، طلاقت رو می‌گرفتم.» (کد ۲)

«آبروی پدر و مادرم برام خیلی مهمه، گفتم اگه جداشم و مطلقه باشم، فردا میگن دختر فلانی بیرونه.» (کد ۳)

«من دیگه واقعا خسته شدم. دیگه همه چیم داره از دست می‌ره. من به خانواده خودم هیچی نگفتم. این چند سال کشید هیچی نگفتم، روم نمیشد به خانوادم بگم، خانواده من میدونستن ولی به روی من نیاوردن که مثلا شاید دختر ما ناراحت بشه یا خواهر ما ناراحت بشه.» (کد ۸)

«تا ۵-۶ سال، هیچکی تو فامیل ما نمی‌دونست شوهرم معتاده. همین الانم خیلی‌ها نمیدونن همیشه یه بهونه جور می‌کنم که آبرومون نره، بهش می‌گفتم به آبروی دخترات فکر کن ولی فقط قول‌های بیخودی می‌داد.» (کد ۱۴)

زیرمضمون دوم: انفعال ناشی از ترس و فشار روانی

در سطحی عمیق‌تر، زیرمضمون انفعال ناشی از ترس، فشار روانی و محدودیت‌های ارتباطی نیز نشان داد که برخی زنان به دلیل تجربه‌های مکرر شکست، تهدید، تحقیر یا خشونت عاطفی از سوی همسر، یا به علت نبود حمایت خانوادگی، دچار نوعی بی‌حسی هیجانی، بی‌تفاوتی تدافعی، یا کناره‌گیری روانی شده‌اند. ترس از واکنش خانواده‌ی پدری خود (از جمله فشار برای جدایی)، ترس از طرد شدن یا قضاوت دیگران و تجربه بی‌توجهی متقابل، زن را به سمت سکوت و تحمل سوق داده است. این فرایند اغلب با تحمل فشار روانی شدید و درونی‌سازی مشکلات همراه است که خود، زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب یا احساس درماندگی می‌شود. نمونه نقل قول:

«هر کی زندگی خودش، منم زندگی خودم. اون علاقه نداره کنار بذاره، پدر بچه منه، من که زندگی نکردم، جوونی خودم براش گذاشتم، من که کار کردم، من سرشو پوشوندم کسی نفهمه، من که گفتم اقا هیچ کس نفهمه.» (کد ۶)

«وقتی فهمیدم (اعتیاد همسرم رو) تا چهار-پنج سال نتونستم به پدر مادرم چیزی بگم یا به اطرافیانم چیزی بگم. کاملا بی‌پناه شده بودم، از اینورم به پدر مادرش می‌گفتم اونا هیچ احساس مسئولیتی نمی‌کردن، نمی‌خواستن باهاش درگیر بشن.» (کد ۷)

«چیزی نمی‌گفتم، چون می‌ترسیدم عصبانی بشه و بدتر بشه اوضاع.» (کد ۱۴)

زیرمضمون سوم: برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت

از سوی دیگر، در قالب زیرمضمون برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت، برخی از زنان، نقش خود در فرآیند ترک یا کنترل اعتیاد را ناچیز تلقی کرده و عامل اصلی را «اراده و انگیزه همسر»، «شرایط محیطی» یا «فشارهای بیرونی» معرفی می‌کنند. این دیدگاه، گرچه ممکن است با واقعیت‌هایی از پدیده اعتیاد همخوانی داشته باشد، اما در سطح روان‌شناختی می‌تواند نشان‌دهندهٔ یک مکانیسم دفاعی در برابر احساس ناتوانی و شکست باشد. زن با کنار گذاشتن خود از موقعیت، از بار روانی مسئولیت و احساس ناکامی می‌کاهد. نمونه نقل قول:

«خیلی سعی کردم، خیلی با خانوادش صحبت کردم که مثلا، بلکه شما بتونین راضیش کنین (برای ترک). اونا هم حرفای خودش رو (شوهرم رو) می‌زدن، می‌گفتن شما زندگیت و بکن. چی می‌خوای از زندگی. چه کم داری؟ زندگی همینه. منم تحمل کردم دیگه، فقط به خاطر آبروی خودم و دوتا بچه‌ام.» (کد ۵)

«دیدم عوض نمیشه بالاخره به پدر و مادرش گفتم، گفتم خسته شدم دیگه، دیگه خودشون می‌دونن، دیگه کاری از من برنمیاد.» (کد ۱۳)

«میدونین، الان اگه واقعا بخوام بگم من هم نسبت به اعتیادش بی‌تفاوت شده بودم. چون احساس می‌کردم که هر چی کمتر جلوی چشمش باشم درگیری‌های لفظی و دعواهامون هم کمتر میشه، سعی می‌کردم که کمتر با هم باشیم یا واسه هم وقت بذارم، دوست نداشتم همش چالش داشته باشیم.» (کد ۱۱)

در مجموع، مضمون «انفعال محافظت‌گرانه» نشان می‌دهد که سکوت و کناره‌گیری زنان در برابر اعتیاد همسر، نه نشانه‌ای از بی‌تفاوتی یا سردی، بلکه پاسخی پیچیده و چندبعدی به ساختارهای ناکارآمد فردی، اجتماعی و خانوادگی است. این یافته‌ها بر ضرورت شناخت عمیق‌تر دلایل پنهان انفعال زنان و ارائه برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر توانمندسازی روان‌شناختی، آموزش‌های اجتماعی و حمایت‌های بین‌فردی تأکید می‌کند.

مضمون اصلی سوم: خشم‌های درماندگی

یکی از مضامین برجسته‌ی حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها، تجربه‌ی زنان از بروز رفتارهای خشم‌آلود، پرتنش و در مواردی پرخاشگرانه در مواجهه با تداوم اعتیاد همسر بود. این رفتارها نه حاصل برنامه‌ریزی آگاهانه، بلکه واکنشی هیجانی، ناگهانی و کنترل‌نشده به فرایندی است که زن خود را در برابر آن ناتوان، ناکارآمد و خنثی تجربه می‌کند. بر همین اساس، مضمون «خشم‌های درماندگی» (عدم هماهنگی با عنوان مضموم) به‌عنوان صورت‌بندی اصلی این تجربه استخراج شد.

مضمون «خشم‌های درماندگی» از یکی از عمیق‌ترین زوایای تجربه زندگی زنان دارای همسر معتاد پرده برمی‌دارد: جایی که تلاش‌های بی‌نتیجه، عدم اثرگذاری بر تغییر رفتار همسر، و بار سنگین روانی نقش همسری، منجر به انفجار خشم،

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

پرخاشگری، و تنش‌های مزمن در روابط خانوادگی می‌شود. این یافته‌ها بر لزوم پرداختن به سلامت روان همسران افراد دارای اختلال مصرف مواد، و طراحی مداخلات حمایتی-درمانی ویژه آنان، تأکید می‌ورزند. نمونه نقل ق ول:

«یعنی از اون‌موقع (ازدواجم)، از ۲۵ سالگی یه روز خوش با این شخص نداشتم. همش باهاش جنگ و جدل و همش باهاش درگیری و همش خودمو تحت فشار گذاشتم که بچه دارم، آبرو دارم. اول از همه آبرو برای من مهم بود. آبروی پدر و مادرم. مثلاً گفتم فردا میگن دختر فلانی طلاق گرفته. توی این شرایط که همش جنگ و دعوا و درگیری و کتک کاری بود هم از خونه بیرون نمی‌اومدم. تا این حد آبروی خودم برام مهمه.» (کد ۱)

زیرمضمون اول: انفجار هیجانی ناشی از استیصال

تعدادی از مشارکت‌کنندگان پس از ناکامی‌های پی‌درپی در ترغیب همسر به ترک، از سرخوردگی، ناامیدی و فرسایش روانی سخن گفتند و واکنش‌های تنش‌زا و در مواردی درگیری فیزیکی را گزارش کردند (کدهای ۱، ۴ و ۹). احساس ناتوانی در اثرگذاری، گاه با درونی‌سازی تجربه شکست همراه شده و موجب بروز هیجاناتی نظیر خشم انفجاری، احساس بی‌کفایتی یا اضطراب شدید شده است. در این وضعیت، زن وارد حلقه معیوبی از احساس شکست، تلاش بی‌نتیجه، و انفجار هیجانی می‌شود که می‌تواند کیفیت رابطه زوجی را به‌شدت تخریب کند. نمونه نقل قول:

«یه بار اومدم خونه، منو که دید هول کرد، توی آشپزخونه بوی تریاک می‌داد شدید، داشتم منفجر میشدم، انقدر داد زدم که گلوم گرفت، از شدت عصبانیت چند تا از ظرفا رو شکستم. حس می‌کردم دیگه هیچ راهی نمونده.» (کد ۹)

«خیلی سعی کردم، منم این همه سال سعی کردم ولی نشد. بهش گفتم که اقا اینو کنار بذار که درست نیست، ما بچه داریم، بچه‌های ما آینده میخوان، بچه‌های ما باید درس بخونن، نذار آینده کثیف بشه، نذار، آینده خوبی نیست، گفت نه دوست داری من همینم، من خیلی تلاش کردم چند بار قهر رفتم چند بار. ۶ ماه یک سال، ولی این آقا پای من نبود، من خیلی کتک می‌خوردم، خیلی فحش می‌شنیدم، دیگه یه شب چاقو برداشتم رفتم توی اتاق بالا سرش گفتم امشب یا تورو می‌کشم یا خودمو، خیلی ترسید.» (کد ۴)

زیرمضمون دوم: خشم انباشته و پرخاشگری واکنشی

تکرار عود و ناکامی در تغییر شرایط به انباشته شدن خشم و بروز رفتارهای پرخاشگرانه منجر شد. نمونه نقل قول:

«انقدر حرص خوردم که آخرش دیگه هر وقت خونه بود هی غرغر می‌کردم و زیر لب فحش میدادم. واقعا دست خودم نبود. وقتی می‌دیدمش، خودش رو، رفتاراش رو، یا وقتی صداش رو میشنیدم، واقعا دیگه نمی‌تونستم تحمل کنم، نمی‌تونستم نه خوش رو، نه کاراش رو. حتی نمی‌تونستم دیگه کنارش بخوابم، صدای نفس کشیدنش هم اذیتم می‌کرد، خیلی وقت‌ها می‌رفتم توی اتاق دختر کوچیکم روی زمین میخوابیدم، فقط بخاطر بچه‌ها موندم وگرنه می‌رفتم، چون چیزی برای از دست دادن نداشتم.» (کد ۵)

«همیشه باهاش در حال جنگ بودم و دوست داشتم که دائماً رفتاری از خودم نشون بدم که بهش بگم باید ترک کنی. کلاً داشتم باهاش می‌جنگیدم، تحویلش نمی‌گرفتم، واقعا نمی‌تونستم تحملش کنم، حتی توی مهمونی توی جمع جلوی فامیل نشون می‌دادم که بهش بی محلی می‌کنم، خواهرزاده‌اش یه بار گفت شما طلاق عاطفی گرفتین.» (کد ۳)

نکته قابل‌توجه آن است که در این مضمون، برخلاف مضمون «کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی»، پرخاشگری و رفتارهای منفی زنان نه با نیت کنترل آگاهانه همسر، بلکه به‌عنوان واکنشی ناخودآگاه به درماندگی مزمن شکل گرفته‌اند. زنان در این وضعیت نه از سر کنترل و قدرت، بلکه از سر فرسودگی و خشم فروخورده واکنش نشان می‌دهند. این وضعیت روانی، می‌تواند منجر به تشدید تعارضات، احساس گناه، از دست رفتن صمیمیت، و حتی چرخه خشونت متقابل در رابطه شود. چنین خشمی با فرسودگی هیجانی در نقش مراقبتی قابل مقایسه است و می‌تواند به دلزدگی زناشویی و فضای بی‌اعتمادی بینجامد

مضمون اصلی چهارم: همدلی نجات‌بخش

در میان داده‌های به‌دست‌آمده، یکی از مضامین کلیدی و کمتر مشاهده‌شده، ولی پرمفهوم، به نقش فعال و مثبت همسر در کمک به فرایند ترک اعتیاد و حفظ پرهیز همسر بازمی‌گردد. این مضمون که تحت عنوان «همدلی نجات‌بخش» صورت‌بندی شده است، نشان می‌دهد که در برخی موارد، زنان با رویکردی حمایت‌گرانه، همدلانه و چندسویه توانسته‌اند نقش تسهیل‌گر در فرآیند بازتوانی همسر خود ایفا کنند.

زیرمضمون اول: حمایت عاطفی و همدلی بین‌فردی

زیرمضمون حمایت عاطفی و همدلی بین‌فردی شامل رفتارهایی است که زنان در لحظات بحرانی، با پذیرش، محبت، انگیزه‌بخشی و همدلی مؤثر همراهی همسر خود را در پیش گرفته‌اند. به گزارش این زنان، همسرانشان در بستر این همراهی نشانه‌هایی از احساس تعلق، انگیزه‌ی درونی و امید به تغییر نشان دادند. گفته آن‌ها نشان می‌دهد که در بستری از حمایت عاطفی، مردان مصرف‌کننده مواد توانسته‌اند نه تنها ترک کنند، بلکه برای مدتی از بازگشت نیز اجتناب کنند. نمونه نقل قول:

«بعد از اون جلسه، هی می‌خواستم بهش نشون بدم که هنوز براش ارزش قائلم، دکتر گفته بود بیشتر باهاش حرف بزن یعنی بیشتر گوش کن، بزار بدونه که بهش امیدواری، یه شب بچه‌ها خواب بودن، با هم داشتیم سریال می‌دیدیم دیدم بغض کرده فکر کردم واسه سریال اینطوری شده، بغلش کردم ...، گفت می‌خواد دوباره ترک کنه.» (کد ۸)

«وقتی که رابطه ما صمیمانه تر شد وقت بیشتری رو باهم میگذروندیم، در نتیجه اوقات بیکاریش پرمیشد، دیدم دیگه دوستاش زنگ نمیزنن بهش.» (کد ۱۳)

«ترامادول میخورد یا متادون نمی‌دونم، ولی هی می‌گفتم کی میزاری کنار، کی ترک می‌کنی، یه سری گفت بزار خودم کم‌کم کمش می‌کنم میزارم کنار، گفتم تا آخر تابستون ترک کن، به روح مامانش قسم خورد، منم دیگه کاری نداشتم بهش، هردو مون سر کار می‌رفتیم، شبا هم که باهم بودیم من ازش چیزی نمی‌پرسیدم، ولی آخر تابستون رفتیم مسافرت (ترکیه) یه هفته، مشکلی نداشت، فهمیدم واقعا ترک کرده بود.» (کد ۳)

زیرمضمون دوم: توسعه شبکه حمایت اجتماعی

زیرمضمون دوم، توسعه شبکه حمایت اجتماعی و بین‌فردی، نشان‌دهنده آگاهی زنان نسبت به اهمیت درگیر کردن سایر منابع حمایتی در فرآیند ترک بود. اطلاع دادن به خانواده همسر، درخواست کمک از دوستان نزدیک شوهر، و حتی مشارکت در انجمن‌های حمایتی یا مراجعه به مشاور، همگی نمونه‌هایی از فعال‌سازی منابع محیطی برای ایجاد پشتوانه روانی و رفتاری برای مرد در حال ترک است. این اقدامات در حقیقت نه‌تنها موجب کاهش فشار روانی از دوش زن می‌شود، بلکه احتمال

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

ماندگاری ترک را نیز افزایش می‌دهد. نمونه نقل قول:

«با خانواده‌ام در میون گذاشتم. وقتی دید همه مون دورش رو گرفتیم و حمایت می‌شه، انگیزه پیدا کرد بره واسه ترک.» (کد ۱۳)

«رفتم با بابا و مامانش صحبت کردم. زنگ زدن دوتا از برادراش هم اومدن اونجا، گفتم من دوست دارم کمکش کنم اما دیگه نمیدونم چکار کنم. باباش گفت حرف گوش نده میبرمش کمپ.» (کد ۴)

«برادرش و دوستای صمیمیش باهاش صحبت کردن که بریم پیش مشاور، من بهش گفته بودم عصبانی شده بود ولی با اون برادرش و یکی از دوستاش رفتن کلینیک دکتر ...، داداشش بهم گفته بود، ولی من اصلا به روش نیاوردم، کجا بودی.» (کد ۱۲)

«بهش گفتم اگه دوست داری منم باهات میام دکتر، اول گفت نه ولی بعدش گفت با هم بریم، رفتیم مشاور دیدم می‌خواد منم کمکش کنم، دیگه جلسات بعدی رو با هم می‌رفتیم.» (کد ۱۵)

مضمون اصلی پنجم: مدیریت ناپایدار پس از ترک

یکی از مضامین مهم استخراج‌شده از مصاحبه‌ها، به تجربیات زنان در دوره پس از ترک همسران‌شان بازمی‌گردد؛ دورانی که از دید بسیاری از مشارکت‌کنندگان، با چالش‌های پیچیده و انتظاراتی همراه بوده که گاه نه‌تنها به بهبودی کمک نکرده، بلکه در نهایت مسیر عود اعتیاد را هموار کرده است. برخی از زنان، پس از مشاهده بهبودی نسبی همسر، انتظارات بالایی در زمینه‌ی بازگشت سریع به نقش‌های خانوادگی و اقتصادی مطرح کرده بودند. برخی زنان پس از مشاهده‌ی بهبود نسبی همسر، انتظار داشتند او گذشته را سریعاً جبران کند. این باور به شکل فشارهایی برای کار، مدیریت مالی، ایفای نقش پدرانه، و قطع ارتباط با گذشته بروز می‌یافت. اما به گزارش مشارکت‌کنندگان، همسرانشان در مراحل اولیه‌ی ترک در برابر این انتظارات ابراز ناتوانی می‌کردند (کد ۸).

در همین راستا، برخی مشارکت‌کنندگان نیز به تجربه‌هایی اشاره داشتند که در آن‌ها پس از ترک همسر، خود را از نقش حمایتی کنار کشیده‌اند؛ با این تصور که مشکل حل شده و نیازی به مراقبت یا مداخله بیشتر نیست. این زنان از کاهش توجه، ترک جلسات مشاوره، یا عدم همراهی با گروه‌های حمایتی سخن گفتند. در این وضعیت، مردان نوعی «رهاشدگی» را تجربه کرده‌اند که در ترکیب با فشارهای اجتماعی و روانی، زمینه‌ساز بازگشت مجدد به مصرف شده است. به این ترتیب، «مدیریت ناپایدار پس از ترک» یکی از الگوهای رفتاری است که زنان، بدون آگاهی از پیچیدگی‌های دوره پس از ترک، درگیر آن شده‌اند. از سویی با افزایش انتظارات غیرواقع‌بینانه و از سوی دیگر با کاهش حمایت‌های تدریجی، مسیری ایجاد شده که به‌جای تحکیم ترک، احتمال لغزش یا عود را افزایش داده است.

زیرمضمون اول: فشار برای نجات

زیرمضمون فشار برای نجات نشان می‌دهد که برخی از زنان، پس از ترک همسر، با نیت بازسازی خانواده و بازگشت به روال عادی، انتظارات و فشارهایی ایجاد کرده‌اند که به جای حمایت، برای همسر در حال بهبودی احساس ناتوانی، شکست یا بی‌کفایتی به همراه داشته است. نمونه نقل قول:

«سری اولی که ترک کرد، نمی‌ذاشتم با دوستاش بره بیرون، می‌گفتم دیگه حق نداری دوباره سمت اون دوستات بری، همین فشارا شاید باعث شد کم‌کم دیدم کاراش رو پنهان میکنه، رفت و آمداش رو پنهان می‌کنه. شاید ۶ ماه نشد، دیدم دوباره برگشته سمت مواد.» (کد ۱)

«بعد از ترک توقع داشتم بره سر کار، خرج خونه رو بده، مردونه رفتار کنه. ولی همش می‌گفت نمی‌تونم می‌گفت هنوز حال روحیم خوب نیست.» (کد ۸)

زیرمضمون دوم: رهاسازی زودهنگام

زیرمضمون رهاسازی زودهنگام به تجربه‌هایی اشاره دارد که در آن، زنان پس از مشاهده بهبود ظاهری همسر، نقش حمایتی خود را رها کرده‌اند یا گمان کرده‌اند وظیفه‌شان تمام شده است. در حالی که مردان هنوز در وضعیت آسیب‌پذیر بوده‌اند و احساس رهاشدگی، یکی از عوامل بازگشت به مصرف شده است. نمونه نقل قول:

«سری اول (...) بعدش دیدم چند ماهه خوب شده دیگه، خیلی پیگیری نکردم که جلسه‌هاش (جلسات انجمن معتادان گمنام) رو میره یا نه، گفتم ترک کرده دیگه. اما مثل اینکه از همون موقع‌ها دوباره شروع کرده بود، من تا یه سال نفهمیدم.» (کد ۱۰)

«یه مدت با هم می‌رفتیم مشاوره (...) .بعد که دیدم حالش خوبه، واسه اینکه باهم بریم باید بچه‌ها رو می‌ذاشتم پیش کسی، دوتا بچه کوچیک، سختم بود، گفتم دیگه لازم نیست من بیام که، چی بگم دوباره شروع کرد منم کلا بی‌خبر.» (کد ۸)

«مطمئن شدم دیگه دنبال مواد نیست خیلی اذیت شده بودم. با خودم فکر می‌کردم تموم شد، ولی حالا که فکر می‌کنم بعد از ترک تنهاتر شده بود، با اون رفیقاش که دیگه رفت و آمد نمی‌کرد، به خاطر مشکلات گذشته، من هم خیلی باهاش گرم نمی‌گرفتم. اون موقع به خودم حق میدادم اما الان می‌گم حیف ...» (کد ۱۵)

جمع‌بندی یافته‌ها: در مجموع، مشارکت‌کنندگان دامنه‌ای از کنش‌ها و واکنش‌ها را توصیف کردند؛ از واکنش‌های ناکارآمد و هیجانی تا راهبردهای همدلانه و حمایتی. در گزارش آنان، برخی از این کنش‌ها در یک دوره می‌توانست پیامد حمایتی و در دوره‌ی دیگر پیامد نامطلوب داشته باشد. این یافته‌ها بازتاب روایت زنان است و درباره‌ی تأثیر علّی کنش‌های آنان بر عود مصرف قضاوت نمی‌کند.

بحث

پژوهش در حوزه بازگشت به مصرف، مستلزم گذار از دیدگاه‌های فردمحور به سمت رویکردهای سیستمی است که در آن خانواده، و به ویژه همسر، به عنوان گره‌گاه اصلی در شبکه تعاملات منجر به لغزش یا پایداری درمان نگریسته می‌شود. بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده، اعتیاد چرخه‌ای از بدکارکردی ایجاد می‌کند که تمام اعضا را تحت تأثیر قرار داده و عود را نه یک اتفاق ناگهانی، بلکه فرآیندی پویا و ریشه‌دار در برهم خوردن تعادل یا «هموستاز» نظام خانواده می‌داند [۳۷].

در این راستا، یافته‌های حاصل از واکاوی تجربه زیسته زنان در مطالعه حاضر، نخستین مقوله محوری را تحت عنوان «کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی» شناسایی کرد. این مضمون تبیین‌گر مجموعه‌ای از رفتارهای واکنشی است که اگرچه با نیت صیانت از ساختار خانواده انجام می‌شوند، اما به دلیل فقدان سواد سلامت روان و درک ناصحیح از مکانیسم‌های وابستگی، به عاملی تسهیل‌گر برای عود تبدیل می‌گردند [۷].

زیرمضمون «از خودگذشتگی آسیب‌زا» نشان‌دهنده الگوی رفتاری است که در آن زنان با نادیده گرفتن نیازهای بنیادین و هویت

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

فردی خود، به انطباق گسترده با خلق‌وخوی همسر دارای اختلال مصرف مواد روی می‌آورند. از منظر روان‌شناختی، این وضعیت تبلور پدیده هم‌وابستگی و رفتارهای حمایتی افراطی است که با حذف پیامدهای طبیعی مصرف برای مرد، انگیزه او را برای پایداری در درمان سلب می‌کند. در حالی که برخی منابع خارجی بر پتانسیل «خودشکوفایی» زنان در این بستر تأکید دارند [۲۳]، یافته‌های بومی حکایت از الگوی «سوختن و ساختن» دارد [۷]. در این بافت فرهنگی، ایثارگری و حتی تسهیل مصرف در خانه، نه یک انتخاب، بلکه استراتژیِ ناشی از استیصال برای جلوگیری از فروپاشی کانون خانواده و محافظت از فرزندان در برابر خشونت یا آوارگی است که در نهایت منجر به فرسایش روانی مزمن زن می‌شود [۱۵،۲۴].

در زیرمضمون «تلاش‌های نافرجام» تجربیات زنان بر پایه اقداماتی نظیر کنترل‌گری شدید، زیر نظر گرفتن رفتارهای همسر و تهدیدهایی که به تغییر رفتار همسر نینجامید، استوار است. بر اساس مدل تنظیم هیجان گراس، این واکنش‌ها محصول ناتوانی در بازآرایی شناختی موقعیت و پناه بردن به رفتارهای تکانشی برای کاهش اضطراب است [۱۶،۲۵]. این تلاش‌های نافرجام نه تنها وسوسه مصرف را در مرد کاهش نمی‌دهند، بلکه با ایجاد فضای ناامنی و بی‌اعتمادی، بستر را برای «عود پنهانی» فراهم می‌سازند. تکرار این چرخه‌ی تلاش و شکست، منجر به بروز درماندگی آموخته‌شده در زنان می‌شود؛ وضعیتی که در آن زن به دلیل ادراکِ عدم عاملیت در تغییر شرایط، دچار کرختی هیجانی، افسردگی و افکار خودتخریبی می‌گردد [۲۱،۲۶].

تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که انفعال محافظت‌گرانه را آنان، نه ناشی از ضعف شخصیت می‌دانند، بلکه راهبردی سازگارانه اما در بلندمدت بدکارکرد در برابر فشارهای سیستمیک توصیف کردند. از منظر نظریه سیستم‌های خانواده، این انفعال تلاشی برای حفظ «هموستاز» یا تعادل حداقلی در سیستمی است که به دلیل اعتیاد همسر دچار آشفتگی مزمن شده است. در واقع، اعضای خانواده برای بقا در برابر «تروما‌ی خانوادگی»، ناگزیر به اتخاذ نقش‌های جدیدی می‌شوند که در آن سکوت و کناره‌گیری، مکانیزمی برای کاهش تنش‌های آنی تلقی می‌گردد [۱۷].

زیرمضمون پنهان‌کاری به‌عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی پیوند بنیادینی با نظریه برچسب‌زنی [۴۰] دارد. یافته‌های این بخش نشان می‌دهد که زنان به دلیل ترس از «داغ ننگ اجتماعی» و قضاوت‌های بیرونی، اعتیاد همسر را مخفی می‌کنند. این پنهان‌کاری اگرچه با نیت محافظت از «آبرو» و تصویر اجتماعی فرزندان صورت می‌گیرد، اما بر اساس ادبیات پژوهش، منجر به انزوای اجتماعی خانواده و قطع شبکه‌های حمایتی می‌شود [۱۵،۲۱] و این راهبرد تناقض ایجاد می‌کند؛ بدین معنا که با ایجاد فضای «انکار» در درون خانواده، نظارت‌های غیررسمی اجتماعی حذف شده و بستر امنی برای «عود پنهانی» همسر فراهم می‌گردد. در واقع، پنهان‌کاری باعث می‌شود که زن به تنهایی «بار ملامت» را به دوش بکشد و با حذف پیامدهای اجتماعی مصرف برای مرد، انگیزه او برای پایداری در درمان کاهش یابد.

زیرمضمون انفعال ناشی از ترس و فشار روانی، تبلور عینی مدل درماندگی آموخته‌شده در بافت خانواده است. زنان به دلیل تجربه‌های مکرر شکست در فرآیند ترک همسر و مواجهه با خشونت‌های عاطفی یا فیزیکی، دچار نوعی «بی‌حسی هیجانی» و کناره‌گیری تدافعی می‌شوند. یافته‌های عطادخت و جانی) تأیید کرده است که استرس ادراک‌شده بالا در این زنان، ظرفیت آن‌ها را برای واکنش‌های کنشی سلب کرده و منجر به درونی‌سازی مشکلات می‌گردد و این وضعیت با نظریه دلبستگی [۲۰] نیز قابل تبیین است؛ فقدان پایگاه ایمن در خانواده و ترس از طرد شدن توسط خانواده مبدأ یا جامعه، زن را در موقعیت «راه رفتن روی لبه تیغ» قرار می‌دهد. این انفعال، اگرچه از انفجارهای آنی جلوگیری می‌کند، اما با تضعیف ساختار نظارتی زن، ریسک بازگشت به مصرف را در همسر افزایش می‌دهد؛ چرا که محیط خانواده از یک محیط «حامی و ناظر» به یک محیط «خنثی و تسلیم» تغییر ماهیت می‌دهد [۹، ۱۹، ۲۷].

در نهایت، زیرمضمون «برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت» نشان‌دهنده گسست پیوند میان رفتار زن و پیامدهای درمانی همسر است. زن با انتساب موفقیت یا شکست صرفاً به «اراده همسر» یا «شانس»، در حقیقت مکانیزمی دفاعی برای کاهش بار روانی ناکامی‌های قبلی اتخاذ می‌کند از منظر نظریه خودکارآمدی بندورا، این کاهش احساس عاملیت منجر به افت انگیزه برای مشارکت در برنامه‌های پیشگیری از عود می‌شود [۷، ۲۸].

نتایج این پژوهش نشان داد که بروز رفتارهای پرخاشگرانه، نه یک انتخاب آگاهانه یا ناشی از ویژگی‌های شخصیتی پایدار، بلکه تبلور غایی فرسایش روانی در سیستمی است که تمامی راه‌های خروج از بحران در آن مسدود شده است. از منظر نظریه سیستم‌های خانواده، این خشم‌ها بازتابی از «آشفتگی مزمن» و فروپاشی تعادل درونی خانواده است که در آن، مرزهای بین‌فردی از بین رفته و محیط خانه به کانون تروما تبدیل شده است.

از منظر نظریه سیستم‌های خانواده، این خشم‌ها بازتابی از «آشفتگی مزمن» و فروپاشی تعادل درونی خانواده است که در آن، مرزهای بین‌فردی از بین رفته و محیط خانه به کانون تروما تبدیل شده است. در حالی که در ادبیات کلاسیک، نقش زن اغلب به عنوان «تسهیل‌گر آرامش» نگریسته می‌شود [۱۵]، یافته‌های حاضر با اتخاذ رویکردی انتقادی، این خشم را به عنوان واکنشی دفاعی در برابر «بار ملامت» و فشارهای ساختاری تبیین می‌کنند.

زیرمضمون انفجار هیجانی ناشی از استیصال پیوند عمیقی با مدل تنظیم هیجان گراس دارد. زنان در مواجهه با شکست‌های مکرر همسر در فرآیند ترک، به دلیل فشار روانی در بازآرایی شناختی موقعیت ناتوان شده و به راهبردهای فرونشانی متوسل می‌شوند که پیامد ناگزیر آن، تخلیه ناگهانی و تکانشی خشم است [۹، ۲۹].

این وضعیت، مصداق بارز درماندگی آموخته‌شده *Seligman* است؛ جایی که تکرار بی‌نتیجه‌ی تلاش‌ها برای تغییر رفتار همسر، منجر به ادراکِ عدم عاملیت و در نهایت انفجار هیجانی به عنوان فریادی برای کمک می‌گردد [۱۹]. از منظر فرآیند عود، این انفجارها یک «حلقه معیوب» تعاملی ایجاد می‌کنند. خشم زن اگرچه محصول عودهای قبلی است، اما با متشنج کردن جو عاطفی خانه، به یک «محرک محیطی» برای مرد تبدیل می‌شود تا جهت گریز از فشار روانی و احساس گناه، مجدداً به مصرف مواد پناه ببرد.

در زیرمضمون «خشم انباشته و پرخاشگری واکنشی»، تمایزی ظریف میان «تلاش برای کنترل» و «واکنش به فرسودگی» دیده می‌شود. برخلاف مضمون اول (کنش‌های ناآگاهانه) که ریشه در امید به نجات داشت، در این مرحله پرخاشگری ماهیتی

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

ناخودآگاه و واکنشی دارد که ناشی از سال‌ها تحمل تحقیر و خشونت عاطفی است. این یافته با نظریه دلبستگی [۲۰] پیوند دارد؛ اعتیاد همسر باعث گسست در پیوند عاطفی و تخریب «پایگاه ایمن» شده و زن را دچار خشم ناشی از طرد می‌کند و این پرخاشگری واکنشی منجر به «دلزدگی زناشویی» عمیق می‌شود که طبق نتایج پژوهش‌های اخیر، حتی در دوران پاکی ظاهری مرد نیز باقی مانده و با ایجاد فضای آکنده از بی‌اعتمادی، پایداری درمان را تهدید می‌کند؛ در واقع، خشم انباشته‌ی زن، سیستم خانواده را در وضعیتی از گوش‌بزنگی دائمی قرار می‌دهد که کوچکترین لغزش مرد را به یک بحران تمام‌عیار بدل کرده و مسیر «مدیریت ناپایدار پس از ترک» را هموار می‌سازد [۳۰].

یافته‌های حاصل از واکاوی تجربه‌ی مشارکت‌کنندگان نشان داد که فرآیند بازتوانی و پایداری در درمان، صرفاً یک امر فردی نبوده و به شدت تحت تأثیر بازآرایی تعاملات عاطفی در سیستم خانواده قرار دارد. مضمون «همدلی نجات‌بخش» تبیین‌گر گذار از واکنش‌های تکانشی و درماندگی به سمت کنش‌های آگاهانه و تسهیل‌گر است. از منظر نظریه سیستم‌های خانواده، این تغییر رویه نشان‌دهنده ایجاد یک «هموستاز مثبت» است که در آن زن، به جای ایفای نقش تسهیل‌گر مصرف، به عنوان عاملی برای تقویت پایداری درمان عمل می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش ترکاشوند و همکاران همسو است که نشان داد زنان با وجود فشارهای روانی شدید، پتانسیل بالایی برای ایفای نقش حامی ایفا می‌کنند، به شرط آنکه ابزارهای روانی لازم را در اختیار داشته باشند [۷].

زیرمضمون حمایت عاطفی و همدلی بین‌فردی پیوند عمیقی با مفاهیم نظریه‌ی دلبستگی [۲۰] دارد. در خانواده‌های درگیر اعتیاد، پیوندهای عاطفی اغلب ناایمن و آکنده از بی‌اعتمادی است؛ اما یافته‌های حاضر نشان داد که ابراز محبت و انگیزه‌بخشی از سوی همسر می‌تواند به عنوان یک «پایگاه ایمن» عمل کرده و انگیزه درونی مرد را برای تغییر احیا کند. مقامی و همکاران [۳۱] در یک مطالعه‌ی اثربخشی با گروه آزمایش و گروه کنترل، اثر آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر شرم، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری زناشویی زنان دارای همسر تحت درمان بررسی کردند و نشان دادند آموزش گروهی این مهارت‌ها بر میزان شرم و سازگاری زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است (p<۰/۰۱). این مطالعه بر پیامدهای خود زنان متمرکز بوده است؛ بنابراین ارتباط آن با حمایتی که در این پژوهش گزارش شد غیرمستقیم است. این یافته نشان می‌دهد که این نوع همدلی، متمایز از «از خودگذشتگی آسیب‌زا» است؛ چرا که ریشه در توانمندسازی روان‌شناختی دارد. یافته‌های مؤیدی‌مهر و همکاران (۲۰۲۳) تأیید می‌کند که آموزش برنامه‌های توانمندسازی به همسران، منجر به بهبود مسئولیت‌پذیری زناشویی و روابط مثبت با دیگران می‌شود. در واقع، همدلی نجات‌بخش زمانی محقق می‌شود که زن از حالت «قربانی» خارج شده و با تکیه بر خودکارآمدی، محیطی سرشار از امید و حس تعلق ایجاد کند که طبق ادبیات پژوهش، یکی از اصلی‌ترین پیش‌بین‌های پیشگیری از عود است [۱۹].

زیرمضمون «توسعه‌ی شبکه‌ی حمایت اجتماعی» نشان‌دهنده‌ی آگاهی برخی زنان از ضرورت خروج از انزوای سیستمیک بود. برخلاف مضمون «انفعال محافظت‌گرانه» که با پنهان‌کاری همراه بود، در این مرحله زنان با فعال‌سازی منابع محیطی (خانواده، دوستان و گروه‌های حمایتی)، بار روانی مدیریت اعتیاد را توزیع می‌کنند. بر اساس نظریه تبادل اجتماعی [۱۴]، درگیر کردن شبکه حمایت اجتماعی نه تنها فشار روانی را از دوش زن برمی‌دارد، بلکه با کاهش انگ اجتماعی، بستر مناسب‌تری برای پایداری درمان فراهم می‌سازد. یافته‌های احمدی و همکاران در یک مطالعه علی-مقایسه‌ای نشان داده که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، احتمال موفقیت در ترک را تا دو برابر افزایش می‌دهد [۳۲].

مضمون محوری مدیریت ناپایدار پس از ترک تبیین‌گر نوسانات رفتاری زنان در دوران نقاهت همسر است. این مضمون نشان می‌دهد که «نقش زنان در عود»، در حقیقت محصول چرخه‌ای از انتظارات و واکنش‌هایی است که محیط خانواده را برای فرد در حال بهبود، غیرقابل‌پیش‌بینی و ناامن می‌سازد.

زیرمضمون فشار برای نجات، نشان‌دهنده الگوی رفتاری است که در آن زنان، بلافاصله پس از مشاهده بهبودی نسبی، انتظارات بالایی را برای بازگشت سریع همسر به نقش‌های اقتصادی و والدگری مطرح می‌کنند. از منظر نظریه خودکارآمدی بندورا، این فشار مضاعف برای «جبران گذشته»، به جای تقویت انگیزه، منجر به ادراکِ ناتوانی و بی‌کفایتی در مرد می‌شود. یافته‌های این بخش با نتایج پگاه و یوسفی همسو است؛ به طوری که مردان در مراحل اولیه ترک، به دلیل آسیب‌پذیری روانی بالا، این انتظارات را به عنوان «تهدید» تجربه کرده و برای فرار از فشارِ شکست، مجدداً به مصرف مواد پناه می‌برند [۳۰]. در واقع، میلِ زن به «بازسازی سریع خانواده» به دلیل نبود دانش و آموزش کافی درباره مکانیسم‌های روانی دوره‌ی نقاهت، به یک محرک محیطی برای عود تبدیل می‌شود [۳۳].

در مقابل، زیرمضمون رهاسازی زودهنگام تبیین‌گر حالتی است که زن به دلیل فرسودگی ناشی از مراقبت طولانی یا اعتماد کاذب، ناگهان نقش حمایتی خود را قطع می‌کند. این یافته با مفاهیم نظریه دلبستگی [۲۰] پیوند عمیقی دارد؛ اعتیاد پیش از این «پایگاه ایمن» خانواده را تخریب کرده است و رها کردن ناگهانی جلسات مشاوره یا گروه‌های حمایتی توسط زن، منجر به تجربه «احساس رهاشدگی» در مرد می‌شود. بر اساس یافته‌های عطادخت و جانی، این نوسان از کنترل‌گری شدید به بی‌تفاوتی، ریشه در «دلزدگی زناشویی» و ناگویی خلقی زنان دارد که حتی پس از ترک جسمانیِ همسر نیز پابرجا می‌ماند [۱۶]. این خلأ نظارتی و عاطفی، دقیقاً در لحظه‌ای رخ می‌دهد که فرد در حال بهبود، بیشترین نیاز را به ساختار حمایتی دارد و همین گسست، مسیر عود پنهانی را هموار می‌سازد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تعمیم‌دهی یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. مشارکت‌کنندگان از میان زنان مراجعه‌کننده به ۸ کلینیک مشاوره و درمان اختلال مصرف مواد در سه شهر تنکابن، رامسر و عباس‌آباد انتخاب شدند؛ از این رو تجربه‌ی زنان در سایر مناطق و زنانی که به این مراکز دسترسی ندارند در داده‌ها بازنمایی نشده است. با وجود تلاش برای اعتباربخشی، ماهیت تفسیری تحلیل کیفی به این معناست که یافته‌ها تحت تأثیر جایگاه محققان قرار دارد. همچنین، اتکای صرف به گزارش‌های زنان، امکان ارائه تصویری کامل از پویایی تعامل زوج را محدود می‌کند. در کل، این مطالعه نشان داد که نقش زنان در برابر اعتیاد همسر، یک متغیر کلیدی پویا است که می‌تواند هم به عنوان عامل تشدیدکننده و هم کاهنده عود عمل کند. گذار از الگوی ناکارآمد به سازنده، نیازمند تحولی است که در سطوح شناختی (افزایش سواد سلامت و دانش اعتیاد)، هیجانی (تنظیم هیجان و جایگزینی خشم با همدلی) و عملی (کسب مهارت‌های ارتباطی و جلب حمایت اجتماعی) رخ می‌دهد.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

پیشنهاد می‌شود پژوهشی با نمونه‌ی بزرگ‌تر و با روش نظریه‌ی زمینه‌ای انجام شود؛ زیرا این روش برای ارائه‌ی مدلی مفهومی، فرایندی و سلسله‌مراتبی از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری هر یک از این الگوهای رفتاری و تبیین فرایند گذار از الگوی ناکارآمد به الگوی حمایتی مناسب‌تر است. به علاوه، بررسی تأثیر اجرای برنامه‌های آموزشی پیشنهادی بر تغییر الگوی رفتاری زنان و نرخ عود همسران در یک طرح آزمایشی پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی ساختاریافته (برای نمونه حدود هشت جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای؛ تعداد و مدت جلسات بر اساس مطالعات مداخله‌ای بعدی قابل تنظیم است) برای زنانی که همسرشان دارای اختلال مصرف مواد است طراحی شود که سه محور آگاهی از ماهیت اختلال مصرف مواد، آموزش مهارت‌های ارتباط غیرتنبیهی و همدلی، و راهبردهای جلب حمایت اجتماعی را پوشش دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که عود مصرف پدیده‌ای صرفاً فردی نیست، بلکه در بستر تعاملات زناشویی و خانوادگی شکل می‌گیرد. زنانی که همسرشان دارای اختلال مصرف مواد است، به‌عنوان نزدیک‌ترین افراد به فرد دارای اختلال مصرف مواد، نقشی دوگانه گزارش کردند که می‌تواند هم به تسهیل درمان و هم به دشواری‌های مرتبط با عود بینجامد.؛ نقشی که می‌تواند هم به تسهیل درمان و هم به تشدید عود منجر شود. تجربه زنان از کنش‌های ناکارآمد، انفعال محافظت‌گرانه، خشم‌های درماندگی و در مقابل، همدلی و حمایت، بیانگر پیچیدگی این نقش است.

از منظر طب انتظامی و سلامت اجتماعی، توجه به تجربه و توانمندسازی این زنان و خانواده‌ها می‌تواند راهبردی پیشگیرانه و حمایتی برای کاهش دشواری‌های خانوادگی مرتبط با عود مصرف باشد؛ این برداشت نیازمند پژوهش‌های بعدی است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بسیاری از آسیب‌های اجتماعی، تعارضات خانوادگی، خشونت‌های خانگی و حتی برخی رفتارهای مجرمانه مرتبط با مواد، ریشه در همین تعاملات نادیده‌گرفته‌شده خانوادگی دارد. با توجه به این، توجه به تجربه زنان و توانمندسازی آنان می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد پیشگیرانه مؤثر در کاهش بار مأموریت‌های انتظامی و بهبود امنیت اجتماعی تلقی شود.

پیشنهادهای کاربردی ویژه پلیس و نظام انتظامی:

با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر معنادار رفتارها و نگرش‌های زنان بر چرخه عود یا بهبودی اعتیاد همسر، تدوین راهبردهایی در سطح انتظامی، اجتماعی و درمانی ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، پیشنهادهای زیر برای بهره‌گیری در برنامه‌های عملیاتی و سیاست‌گذاری پلیس ارائه می‌شود:

- آموزش تخصصی پلیس در حوزه خانواده و اعتیاد: طراحی دوره‌های آموزشی برای مأموران انتظامی و پلیس پیشگیری با تمرکز بر درک نقش همسران در چرخه اعتیاد و عود، به‌ویژه شناسایی رفتارهای هیجانی، انفعالی و حمایتی زنان (با پیش فرض نقش حمایتی جامعه درکنترل عود اعتیاد و نتایج مقاله حاضر)
- استقرار رویکرد خانواده‌محور در مداخلات انتظامی: در مواجهه با پرونده‌های مرتبط با اعتیاد، خشونت خانگی یا تعارضات زناشویی، ارزیابی وضعیت خانواده و به‌ویژه همسر، به‌عنوان بخشی از فرایند مداخله انتظامی لحاظ شود.
- ایجاد مسیرهای ارجاع بین پلیس و خدمات روان‌اجتماعی: توسعه سازوکارهای رسمی برای ارجاع زنان دارای همسر مبتلا به اختلال مصرف مواد به مراکز مشاوره، مددکاری اجتماعی و درمان‌های خانواده‌محور، به‌منظور پیشگیری از تشدید بحران.
- طراحی بسته‌های آموزشی پیشگیرانه برای خانواده‌ها: همکاری پلیس با نهادهای سلامت روان برای تولید محتوای آموزشی ساده و کاربردی درباره عود، نقش همسر و راهبردهای سازگارانه مقابله، به‌ویژه در مناطق پرخطر.
- توجه به دوره پس از ترک در سیاست‌های انتظامی: شناسایی خانواده‌هایی که همسر در مرحله پس از ترک قرار دارد و ارائه حمایت‌های نظارتی—حمایتی غیرتنبیهی، با هدف کاهش احتمال عود و پیامدهای انتظامی آن.
- تقویت نگاه حمایتی به جای صرفاً کنترلی: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای صرفاً کنترلی و تنبیهی، بدون توجه به بافت خانوادگی، اثربخشی محدودی دارند. اتخاذ رویکرد تلفیقی حمایتی—پیشگیرانه می‌تواند به کاهش آسیب‌های ثانویه اعتیاد منجر شود.

پیشنهادهای فوق بر این پیش‌فرض استوارند که پلیس، در کنار مأموریت‌های انتظامی، می‌تواند با رویکردی اجتماعی و روان‌شناختی در کاهش عود اعتیاد نقش مؤثری ایفا کند. ایجاد هم‌افزایی میان نظام درمانی، حمایتی و انتظامی، کلید موفقیت در پیشگیری از بازگشت به مصرف و تقویت بنیان خانواده در مواجهه با اعتیاد است.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش به هر نحوی پژوهشگران را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

سهم نویسندگان: سید علی عدالت، جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، محمدرضا زربخش بحری، ارایه ایده و طراحی مطالعه، فلورا رحیم‌آقایی، ارایه ایده و طراحی مطالعه. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بوده و مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج را می‌پذیرند.

تعارض منافع: مصاحبه‌ها در مرکز مشاوره‌ی یکی از پژوهشگران انجام شد؛ با این‌حال، هیچ‌یک از مشارکت‌کنندگان از مراجعان آن مرکز یا مراجعان درمانی هیچ‌یک از پژوهشگران نبودند و جذب آنان از طریق معرفی مراکز درمان اختلال مصرف مواد صورت گرفت. از تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی آگاهانه اخذ و امضا شد. همچنین، پژوهش دارای کد اخلاق دانشگاه بود. پژوهشگران بر اساس روابط و منافع مرتبط با اجرای مطالعه، اعلام می‌کنند که تعارض منافع مرتبط با این پژوهش وجود نداشته است.

حمایت مالی: پژوهش حاضر هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e12

REFERENCES

1. World Health Organization. Relapse prevention and recovery support in substance use disorders. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: https://www.who.int/
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: United Nations; 2023. Available from: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf
3. Abbasi M, Ghadampour E, Bahrami E, Mousavi MA. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on dysfunctional attitudes, abstinence self-efficacy, and psychological well-being in substance-dependent individuals. Res Addict. 2024;18(73):181-204. Persian. doi:10.61186/etiadpajohi.18.73.181
4. Leopold T. Gender differences in the consequences of divorce: multiple outcomes. Demography. 2018;55(3):769-97. doi:10.1007/s13524-018-0667-6
5. Mohammadi M, Jabal Ameli S. Effectiveness of group schema therapy on self-criticism and distress tolerance in women with substance-dependent spouses. Res Addict. 2024;17(70):221-44. Persian. doi:10.61186/etiadpajohi.17.70.221
6. Mancheri H, Sabzi Z, Alavi M, Vakili MA, Maghsoudi J. Quality of life of women with addicted husbands and related factors in Gorgan, Iran. J Res Dev Nurs Midwifery. 2019;18(1):9-12.
7. Torkashvand F, Naghizadeh E, Golchin M. A phenomenological analysis of women's lived experiences of spousal addiction: a case study of the Kolak No neighborhood, Karaj. Res Addict. 2026;19(78):77-109. doi:10.22034/ETI.19.78.77
8. Mostadam Z, Rezaee Sharif A, Sarrami HR. The lived experience of women seeking divorce with a substance-dependent spouse: a phenomenological study. Res Addict. 2024;17(70):55-78. doi:10.61186/etiadpajohi.17.70.55
9. Omidian S, Kazemian Moghadam K, Haroon Rashidi H. The effectiveness of compassion-based therapy on distress tolerance and relationship beliefs of women with substance-dependent spouses. Res Addict. 2022;16(64):309-27. Persian. doi:10.52547/etiadpajohi.16.64.309
10. Zoghi L, Ajilchi B, Gholamalieie M. Pain perception, resilience, failure tolerance, and aggression in methadone-treated women and men in Tehran, Iran. J Police Med. 2022;11(1):1-12. doi:10.30505/11.1.12
11. Rafiei H, Fathi L, Nouri R, Akbarian M, Naranjiha H, Kardavani R, et al. Investigation of the consequences of spouse addiction by comparing normal women and women with addicted spouses. Women Soc Psychol Stud. 2014;39(12):171-94. Persian.
12. Visdómine-Lozano JC. Contextualist perspectives in the treatment of antisocial behaviors and offending: a comparative review of FAP, ACT, DBT, and MDT. Trauma Violence Abuse. 2020. doi:10.1177/1524838020939509
13. Rusbult CE, Johnson DJ, Morrow GD. Determinants and consequences of exit, voice, loyalty, and neglect: responses to dissatisfaction in adult romantic involvements. Hum Relat. 1986;39(1). doi:10.1177/001872678603900103
14. Taghipour S, Baghestani M, Saadati N. Effectiveness of resilience training on perceived stress and

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

REFERENCES

1. World Health Organization. Relapse prevention and recovery support in substance use disorders. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: https://www.who.int/
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: United Nations; 2023. Available from: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf
3. Abbasi M, Ghadampour E, Bahrami E, Mousavi MA. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on dysfunctional attitudes, abstinence self-efficacy, and psychological well-being in substance-dependent individuals. Res Addict. 2024;18(73):181-204. Persian. doi:10.61186/etiadpajohi.18.73.181
4. Leopold T. Gender differences in the consequences of divorce: multiple outcomes. Demography. 2018;55(3):769-97. doi:10.1007/s13524-018-0667-6
5. Mohammadi M, Jabal Ameli S. Effectiveness of group schema therapy on self-criticism and distress tolerance in women with substance-dependent spouses. Res Addict. 2024;17(70):221-44. Persian. doi:10.61186/etiadpajohi.17.70.221
6. Mancheri H, Sabzi Z, Alavi M, Vakili MA, Maghsoudi J. Quality of life of women with addicted husbands and related factors in Gorgan, Iran. J Res Dev Nurs Midwifery. 2019;18(1):9-12.
7. Torkashvand F, Naghizadeh E, Golchin M. A phenomenological analysis of women's lived experiences of spousal addiction: a case study of the Kolak No neighborhood, Karaj. Res Addict. 2026;19(78):77-109. doi:10.22034/ETI.19.78.77
8. Mostadam Z, Rezaee Sharif A, Sarrami HR. The lived experience of women seeking divorce with a substance-dependent spouse: a phenomenological study. Res Addict. 2024;17(70):55-78. doi:10.61186/etiadpajohi.17.70.55
9. Omidian S, Kazemian Moghadam K, Haroon Rashidi H. The effectiveness of compassion-based therapy on distress tolerance and relationship beliefs of women with substance-dependent spouses. Res Addict. 2022;16(64):309-27. Persian. doi:10.52547/etiadpajohi.16.64.309
10. Zoghi L, Ajilchi B, Gholamalieie M. Pain perception, resilience, failure tolerance, and aggression in methadone-treated women and men in Tehran, Iran. J Police Med. 2022;11(1):1-12. doi:10.30505/11.1.12
11. Rafiei H, Fathi L, Nouri R, Akbarian M, Naranjiha H, Kardavani R, et al. Investigation of the consequences of spouse addiction by comparing normal women and women with addicted spouses. Women Soc Psychol Stud. 2014;39(12):171-94. Persian.
12. Visdómine-Lozano JC. Contextualist perspectives in the treatment of antisocial behaviors and offending: a comparative review of FAP, ACT, DBT, and MDT. Trauma Violence Abuse. 2020. doi:10.1177/1524838020939509
13. Rusbult CE, Johnson DJ, Morrow GD. Determinants and consequences of exit, voice, loyalty, and neglect: responses to dissatisfaction in adult romantic involvements. Hum Relat. 1986;39(1). doi:10.1177/001872678603900103
14. Taghipour S, Baghestani M, Saadati N. Effectiveness of resilience training on perceived stress and communication problems in women with spouses undergoing addiction treatment. Res Addict. 2019;13(51):71-88. Persian.
15. Aghaie-Jeshvaghani F, Amini-Rarani M, Keyvanara M. Lived experience of women with addicted spouses during the COVID-19 outbreak: a qualitative study. J Health Syst Res. 2025;21(2):225-34. doi:10.48305/jhsr.v21i2.1601
16. Jani S, Attadokht A. Prediction of depression and suicidal ideation in women with addicted spouses based on perceived stress and alexithymia. Cult Couns Psychother. 2020;11(43):217-36. Persian. doi:10.22054/qccpc.2020.50957.2350
17. Jahandar Lashaki Z. Family involvement in addiction: a qualitative study. Womens Strateg Stud. 2023;26(101):177-99. doi:10.22095/jwss.2024.423127.3341
18. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman; 1975.
19. Moayedimehr M, Peymani J, Ahadi H, Tizdast T. Investigating the impact of psychological empowerment program training on marital responsibility and mental well-being in spouse of addicted husband. Iran J Psychiatr Nurs. 2023;11(3):81-94.
20. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.
21. Ameri N, Najafi M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on shame and internalized stigma in methadone maintenance patients. Res Addict. 2023;18(73):241-58. Persian. doi:10.61186/etiadpajohi.18.73.241
22. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88.
23. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39(3):281-91. doi:10.1017/S0048577201393198
24. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
25. Bakhtiari M, Pourdel M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on distress tolerance and resilience in women with imprisoned substance-dependent spouses. Res Addict. 2024;17:267-88. Persian.
26. Rahbar Karbasdehi E, Afrooz G, Rahbar Karbasdehi F. Effect of family based behavioral management

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

training on dysfunctional attitudes and psychological well-being in adolescents with tendency toward substance use. Res Addict. 2024;18(71):85-102. Persian.

27. Kechter A, Barrington-Trimis JL, Cho J, Davis JP, Huh J, Black DS, et al. Distress tolerance and subsequent substance use throughout high school. Addict Behav. 2021;120:106983. doi:10.1016/j.addbeh.2021.106983
28. O'Donohue W. The scientific status of acceptance and commitment therapy: an analysis from the philosophy of science. Behav Ther. 2023;54(6):956-70. doi:10.1016/j.beth.2023.07.006
29. Karialidash M, Shahin P, Haghighi Kalkhoran E. Drug abuse and individual-family mental health. New Achiev Humanit Stud. 2021;39(4):127-37. Persian.
30. Pegah A, Yousefi Z. The effectiveness of mode deactivation therapy on marital boredom and desire for divorce in the wives of men recovered from addiction. Res Addict. 2024;18(73):7-30. Persian.
31. Moghami O, Izadi R, Jaberi S. Effect of dialectical behavior therapy skills training on shame, cognitive flexibility, and marital adjustment in women with addicted spouses undergoing treatment. Cogn Behav Sci Res. 2021;10(2):1-18. Persian. doi:10.22108/cbs.2021.125831.1465
32. Ahmadi S, Srami Forushani HR, Norian Najafabadi M. Comparing social support in substance-dependent people with individuals with successful and unsuccessful quit. Res Addict. 2024;18(72):211-30. Persian.
33. Karimi Harethabadi A, Mohammadi Shirmahaleh F, Rafzi Z, Gholami Toran Poshti M, Peyvandi P. Prediction model of codependency in women with addicted spouses based on self-differentiation mediated by cognitive emotion regulation. Appl Fam Ther. 2022;3(1):426-44. Persian.
34. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000;284(13):1689-95.
35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12.
36. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): Sage; 1985.
37. Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson; 1978.
38. Parsons T. The social system. Glencoe (IL): Free Press; 1951.
39. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
40. Becker HS. Outsiders: studies in the sociology of deviance. New York: Free Press; 1963.
41. Thibaut JW, Kelley HH. The social psychology of groups. New York: Wiley; 1959.
42. Berger PL, Luckmann T. The social construction of reality. Garden City (NY): Doubleday; 1966.
43. Jalilvand M. Examining the role of women's coping strategies and interaction patterns in spousal addiction: a qualitative study. Appl Fam Ther J. 2026;7(1):1-15. doi:10.61838/kman.aftj.4915
44. Shokri A, Younesi SJ, Zare Bahramabadi M. Examining the role of women's interpersonal facilitators in spousal addiction: a qualitative study. Psychol Woman J. 2025;6(1):34-45. doi:10.61838/kman.pwj.6.1.5
45. Hajiha Z, Bahrami Ehsan H. Qualitative analysis of family interactions with Iranian women with substance use disorder: from before becoming aware of addiction to consecutive relapses. J Ethn Subst Abuse. 2023;22(1):238-59. doi:10.1080/15332640.2021.1935380
46. Rostami F, Fathi E, Hatami Varzaneh A, Daneshpour M. Factors impacting why women stay in marital life with substance dependent husbands: a grounded theory study. J Community Health Res. 2021;10(3):205-17. doi:10.18502/jchr.v10i3.7276
47. Fathi M, Khakrangin M, Haghdin M, Janadleh A. Exploring the problems and needs of women whose spouses are involved in substance use: a qualitative research study in an Iranian context. J Subst Use. 2020;25(4):363-6. doi:10.1080/14659891.2019.1704080
48. Mancheri H, Maghsoudi J, Alavi M, Sabzi Z. Experienced psychosocial problems of women with spouses of substance abusers: a qualitative study. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(21):3584-91. doi:10.3889/oamjms.2019.729
49. Fereidouni Z, Joolaee S, Seyed Fatemi N, Mirlashari J, Meshkibaf MH, Orford J. What is it like to be the wife of an addicted man in Iran? A qualitative study. Addict Res Theory. 2015;23(2):99-107. doi:10.3109/16066359.2014.943199
50. Joolaee S, Fereidooni Z, Seyed Fatemi N, Meshkibaf MH, Mirlashari J. Exploring needs and expectations of spouses of addicted men in Iran: a qualitative study. Glob J Health Sci. 2014;6(5):132-41. doi:10.5539/gjhs.v6n5p132
51. McGovern R, Smart D, Alderson H, Araújo-Soares V, Brown J, Buykx P, et al. Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical well-being in family members affected by an adult relative's substance use: a systematic search and review of the evidence. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1793. doi:10.3390/ijerph18041793
52. Hogue A, Schumm JA, MacLean A, Bobek M. Couple and family therapy for substance use disorders: evidence-based update 2010-2019. J Marital Fam Ther. 2022;48(1):178-203. doi:10.1111/jmft.12546
53. Aswathy PV, Junaid KP, Ghosh A, Basu D, Sharma SK, Pillai RR. Efficacy of family-based interven-

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]

tions in addressing substance use disorders: a systematic review on randomized controlled trials. Indian J Psychol Med. 2026. Epub ahead of print. doi:10.1177/02537176261435440

54. Mardani M, Alipour F, Rafiey H, Fallahi-Khoshknab M, Arshi M. Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. BMC Psychiatry. 2023;23:439. doi:10.1186/s12888-023-04927-1

55. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PMG. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2008;28(6):952-62. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.002

56. Song Y, Li D, Zhang S, Wang L, Zhen Y, Su Y, et al. The effect of behavior couples therapy on alcohol and drug use disorder: a systematic review and meta-analysis. Alcohol Alcohol. 2023;58(1):13-22. doi:10.1093/alcalc/agac053

57. Sharma A, Mita C, Dozier K, Singh R, Chukka A, Ramadas R, et al. Family-centered interventions for people with substance use disorders in low- and middle-income country settings: a scoping review. Int J Drug Policy. 2026;153:105298. doi:10.1016/j.drugpo.2026.105298

58. Ahmadzadeh A, Khanjani MS, Azkhosh M, Younesi SJ, Ghaedamini Harouni G. The effectiveness of resilience-based intervention on post-traumatic growth, resilience, coping skills, and perceived stress in women with addicted spouses. Addict Health. 2025;17:1510. doi:10.34172/ahj.1510

59. Askian P, Masoumian Sharghi H. Exploring “enabling behaviours” of wives of persons with substance use disorder in Chapter 8 of the Big Book of Alcoholics Anonymous. J Psychol Res. 2023;5(2):20-8. doi:10.30564/jpr.v5i2.5759

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-11]