

بررسی تجربه زیسته مصرف کنندگان بی خانمان: پژوهشی کیفی

سید محمد حسین جوادی^۱، اعظم پیلهوری^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۰۸

چکیده

هدف: سوءصرف مواد یکی از عمدۀ ترین مشکلات سلامت بی خانمانان است. مردمی که به سیکل بی خانمانی وارد و یا از آن خارج می شوند، غالباً همزمان به سیکل سوءصرف مواد نیز وارد و یا از آن خارج می شوند. رابطه میان سوءصرف مواد و بی خانمانی نیازمند آن است که این دو پدیده به صورت همزمان و نه مستقل و جدای از یکدیگر مورد ملاحظه قرار گیرند. توسعه و بهبود ابزارهای مداخله‌ای و نیز پیشگیری از افزایش تعداد مصرف کنندگان بی خانمان، تحقیقات بیشتر در این حوزه راضوری می سازد. در همین راستا هدف از انجام این مطالعه توصیف تجربه زیسته مصرف کنندگان بی خانمان به منظور فهم بهتر عوامل موثر در درمان این گروه می باشد.

روش: این مقاله با بهره گیری از تئوری زمینه‌ای انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با ۲۰ مصرف کننده بی خانمانی که در پروژه نوروزی بازتوانی مصرف کنندگان مواد (۱۳۹۳) شرکت داشتند، جمع آوری شده و سپس با استفاده از روش کدگذاری نظری تحلیل شده است.

یافته‌ها: طردشدن گی، تجربه تروما، احساسات و هیجانات منفی، شکل گیری سرمایه‌های منفی، انزوای اجتماعی، بی تفاوتی اجتماعی و فقدان زیرساخت‌های رفاهی-آموزشی از جمله مهمترین یافته‌های این تحقیق بودند.

نتیجه گیری: تجربه زیسته مصرف کنندگان بی خانمان حاکی از آن است که درمان این گروه از مصرف کنندگان به تبع پیامدهای زندگی در خیابان برای ایشان، بسیار متفاوت از افرادی است که به رغم اعتیاد، همراه با خانواده زندگی می کنند.

کلیدواژه‌ها: تجربه زیسته، اعتیاد، بی خانمانی، طرد اجتماعی

۱. استادیار گروه مدد کاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: دکتری مدد کاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، پست الکترونیک:

pilevari.a@gmail.com

مقدمه

اوایل قرن ۲۱ بی خانمانی به عنوان یک مشکل اجتماعی در سلامت عمومی مطرح شد (کاتون، اندرسون، ویلکینز، ۲۰۰۱). افراد بی خانمان عموماً به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین و حاشیه‌ای ترین گروه‌های جامعه به حساب می‌آیند که توانایی اندکی برای سازماندهی زندگی شان دارند. شرایط خاص زندگی آنان، تمامی فرصت‌های مشارکت در زندگی اجتماعی را از میان برده و آنان را در خارج از شبکه‌های پیونددهنده اجتماعی قرار می‌دهد. این پدیده در ایران نسبتاً جدید است. شاید به همین سبب است که چندان مورد بررسی علمی قرار نگرفته و اکثراً در حد گزارش‌ها و خبرهای رسانه‌ای باقی مانده است. آمار دقیقی از تعداد بی خانمان‌ها در ایران وجود ندارد، اما می‌توان به جرات عنوان کرد که تعداد آن‌ها رو به افزایش است. برای فهم درست پدیده بی خانمانی شناخت دینامیک ورود به این شکل از زندگی حائز اهمیت است (صدیق سروستانی، نصراف‌صفهانی، ۱۳۸۹). تحقیقات اخیر مصرف الکل و مواد را به عنوان قوی ترین پیش‌بینی کننده بی خانمانی ذکر کرده‌اند (ایدنز، کاسپرو، تسای^۱ و روزن‌هک، ۲۰۱۱؛ ارلی^۲؛ ۲۰۰۵؛ فولسوم، هاوثورن، لیندامر^۴ و دیگران، ۲۰۰۵)؛ شواهد زیادی مبنی بر ارتباط میان بی خانمانی و مصرف مواد وجود دارد (اوتول^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). مردمی که به چرخه بی خانمانی وارد و یا از آن خارج می‌شوند، غالباً هم‌زمان به چرخه سوء‌صرف مواد نیز وارد و یا از آن خارج می‌شوند. به طوری که تخمین زده می‌شود حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد از بی خانمان‌ها، مصرف کننده مواد هستند (هاوثورن^۶ و دیگران، ۲۰۱۲). در نتیجه‌ی ارتباط میان بی خانمانی و سوء‌صرف مواد، این دو پدیده باید به عنوان پدیده‌های همبود و نه مستقل از هم مورد بررسی قرار گیرند (لاو و گیبسون^۷، ۲۰۱۱).

تعدادی از مصرف کنندگان با از دست دادن کارکردهای اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و... خود، به خصوص زمانی که توسط افراد مهم زندگی شان طرد می‌شوند؛ خانه، خانواده و

۲۸

28

 ۱۳۹۶
 مجله
 سال ۵۱
 شماره ۴۱
 زمستان ۲۰۱۷
 Vol. 11, No. 41, Spring 2017

1. Caton, Anderson, & Wilkins
2. Edens, Kasprow, Tsai, & Rosenheck
3. Early

4. Folsom, Hawthorne, & Lindamer
5. O'Toole
6. Hawthorne
7. Lowe, & Gibson

حتی در تعدادی موارد شهر محل سکونت خود را ترک می کنند. از دست دادن پایگاه شغلی، اجتماعی و به تبع آن از دست دادن منبع درآمد برای مردان، مانعی در راه تامین سرپناه توسط ایشان می شود. حتی در مواردی که این افراد توانایی پرداخت اجاره بهای منزلی را برای خود دارند، به دلیل انگک اجتماعی ناشی از مصرف مواد و درگیری آنها با فعالیت‌های مجرمانه اصولاً از خانه‌هایی که اجاره می کنند، بیرون رانده می شوند و در یک بازه زمانی نه چندان طولانی مجبور به زندگی در خیابان‌ها، گرمانخانه‌ها و یا سرپناه‌های شبانه^۱ می شوند. جدای از عوامل موجود روی آوری به اعتیاد، ضعف مهارت‌های اجتماعی، ضعف کنترل درونی، تضادهای والدینی، وجود الگوی مصرف در خانه، فاصله عاطفی با والدین، سوءاستفاده‌های جسمی (زاده‌ی اصل، و پیلهوری، ۱۳۹۴؛ پیلهوری، ۱۳۹۵) و پیامدهای حاصل از سوءصرف مواد، فعالیت‌های مجرمانه، اختلالات روان‌پزشکی، اقدام به خودکشی، سوءاستفاده‌های جسمی و... (مک‌کارتی و هاگان، ۱۹۹۲)، بابی‌خانمانی و پیامدهای حاصل از آن نیز مواجه بوده‌اند. از این رو مداخلات مورد نیاز و البته تاثیرگذار برای مصرف کنندگان بی‌خانمان، متفاوت از مداخلاتی است که برای افراد صرفه مصرف کننده صورت می‌پذیرد. این در حالی است که در حال حاضر در کشور ما، بسته درمانی موجود برای کار با این گروه -از جمله آموزش گروهی ماتریکس و یا مشارکت در گروه‌های دوازده قدم- همان بسته‌ای است که برای سایر مصرف کنندگان پیشنهاد می‌شود.

اجرای پروژه «بازتوانی مصرف کنندگان مواد مخدر» در نوروز ۹۳ با تأکید بر رویکرد اجتماعی برای اولین بار توسط جمعیت خیریه تولد دوباره، نگارندگان این تحقیق را، به عنوان بخشی از کادر اجرایی، برآن داشت که در راستای بهبود هر چه بیشتر نتایج این پروژه در آینده، به شناسایی نیازمندی‌های درمانی مصرف کنندگان بی‌خانمان به عنوان بخش قابل توجهی از مصرف کنندگان حاضر در این طرح- حدود ۵۴ درصد- اقدام نمایند. در این پروژه ۱۲۰۰ نفر مصرف کننده- تحت عنوان معتادین متjaهر- از سطح شهر جمع‌آوری شده و در یک بازه زمانی ۳ ماهه در مراکز اقامتی درمان اعتیاد نگهداری شدند.

مددکاران اجتماعی مسئولیت ارتقای کیفیت شرایط زندگی این افراد در مراکز اقامتی مذکور-در زمینه جسمی، روانی، بهداشتی، تغذیه‌ای و... و نیز بازپیوند ایشان به خانواده را برعهده داشتند. از آنجا که انجام چنین طرحی در کشور با لحاظ نمودن رویکرد اجتماعی برای اولین بار بود که انجام می‌شد، قطعاً مجریان این طرح با مشکلات و نیازمندی‌های بسیاری مواجه بودند، از جمله این مشکلات دامنه گسترده خدمات مورد نیاز برای کار با مصرف کنندگان بی خانمان، بضاعت اندک سیاست‌های رفاهی کشور، عدم هماهنگی بین سازمانی، عدم تمايل این گروه برای درمان و... بود. بنابراین انجام فعالیت‌های اثربخش در این حوزه جدای از ضرورت رفع مشکلات ساختاری، نیازمند شناخت دقیق این گروه، مشکلات و نیازمندی ایشان است. برای این منظور هیچ چیز راهگشاتر از شنیدن روایت‌های زندگی این افراد نیست. ایجاد چنین فهمی می‌تواند موجب گنجانیدن خدماتی بهتر در برنامه‌های اجتماعی که به منظور کمک به این افراد طراحی می‌شود، گردد.

مطالعات اندکی در زمینه مصرف کنندگان بی خانمان انجام شده است. اما همین تعداد اندک بیانگر آن است که مصرف کنندگان بی خانمان، فقر، بیکاری‌های مزمن، حمایت‌های خانوادگی ضعیف، توقيف‌های قضایی، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف و سوءاستفاده را تجربه کرده‌اند. ادبیات موجود همچنین حاکی از آن است که شرایط فوق الذکر هم می‌تواند مقدمه و هم نتیجه بی خانمانی و اعتیاد باشد و عوامل خطر مشابه‌ای موجب پدیدآیی آنها می‌گردد (لاو و گیبسون، ۲۰۱۱). برخی تلاش‌های نظری و تجربی انجام شده در حوزه اعتیاد و کارتن خوابی به قرار ذیل می‌باشد:

صدیق سروستانی و نصر اصفهانی (۱۳۸۹) در تحقیقی به جستجوی علل و ریشه‌های بی خانمانی در شهر تهران پرداخته‌اند. داده‌های این تحقیق که حاصل مصاحبه با ۳۲ بی خانمان در شهر تهران بوده و با استفاده از روش تئوری زمینه‌ای تحلیل شده، نشان می‌دهد که سه مساله مهم ۱- اعتیاد به مواد مخدر، ۲- ناتوانی‌های جسمی و روانی و ۳- عدم تطابق با محیط پس از مهاجرت از عوامل تسهیل کننده ورود افراد به بی خانمانی

۳۰

30

۱۳۹۶ هجری
شماره ۵
VOI.11.No.41.Spring 2017

است. مطالعه‌ای توسط کورازون و پاتریشیا^۱ در خصوص تجربه زیسته مردان بی خانمان در سال ۱۹۹۵ انجام شده است. محققان در این مطالعه از تئوری ناپیوستگی اجتماعی باهر^۲ بهره گرفته‌اند و از طریق مصاحبه با ۱۰ مرد بی خانمان در صدد شناسایی دلایل بی خانمانی این افراد، احساس آن‌ها درباره شیوه زندگی شان و منابعی که برای زندگی در خیابان به آن‌ها دسترسی دارند، برآمده‌اند. طرد، عدم اطمینان و انزواج اجتماعی سه تم حاصل از مصاحبه‌های انجام شده بوده است. نتایج تحقیق همچنین نشان می‌دهد که غالب شرکت کنندگان این تحقیق نامیدی، بی‌بناهی، ترس و آسیب‌پذیری را تجربه کرده‌اند. آن‌ها غالباً احساس می‌کردند که هیچ کنترلی بر زندگی شان ندارند و نگرانی‌های زیادی نیز درباره سلامتی شان داشته‌اند. مورل بلای، گورینگ، و بویدل^۳ (۲۰۰۰) در تحقیقی به کشف چرایی بی خانمان شدن افراد و دلیل ماندگاری طولانی مدت این افراد در این چرخه پرداختند. آن‌ها با ۲۹ نفر از جوانان بی خانمان مصاحبه داشتند. یافته‌های تحقیق نشان داد مردمی که بی خانمان می‌شوند و در این چرخه ماندگار می‌شوند با ترکیبی از عوامل کلان اجتماعی (همچون فقر، بیکاری، نداشتن مسکن) و عوامل خردتر (همچون بیماری‌های روانی، شبکه‌های حمایتی ضعیف، رفتارهای مجرمانه، خشونت خانگی و پیشینه غفلت و سوءاستفاده‌های دوران کودکی) در گیر بوده‌اند. غالب شرکت کنندگان این تحقیق تجربه تروما در دوران کودکی را گزارش کرده و بی خانمانی شان را نیز به مشکلات سوءصرف مواد نسبت داده‌اند.

سوسین و برونی^۴ (۲۰۰۰) نیز معتقدند یافته‌های تحقیقی سه نگرش را در ارتباط با شکست در درمان مصرف کنندگان بی خانمان منعکس می‌سازند که شامل (۱) ناپیوستگی این افراد با جامعه و خانواده، که نشان دهنده تمایل بی خانمانان به کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی است؛ (۲) انزوا، فقدان پیوندهای اجتماعی یاری گر برای این افراد را در بر می‌گیرد؛ (۳) ناتوانی مالی، که به شکل قابل توجهی انگیزه و توانایی استفاده از درمان‌های موجود را برای آن‌ها کاهش می‌دهد. مینری و گرین هالگ^۵ (۲۰۰۷) نیز بر این باور هستند

1. Corazon & Patricia

4. Sosin & Bruni

2. Bahr

5. Minnery & Greenhalgh

3. Morrell-Bellai, Goering, & Boydell

که زنجیره‌ای از علل فردی و ساختاری زمینه بی خانمانی را مهیا می‌سازد. به زعم آن‌ها شکسته شدن روابط، محرومیت، فقدان و فقر از جمله مهمترین این عوامل هستند. تیلور شیهافر، جاکوبویتز، و استیکر^۱ (۲۰۰۸) نیز تجربه تروما در کودکی و وجود خانواده‌های ناکاراراز مینه‌ساز سوء‌صرف مواد و به تبع آن بی خانمانی می‌دانند. در تحقیقی که توسط سفیری و خادم (۱۳۹۲) صورت گرفته، از دست دادن مراجع حمایتی، احساس تنها بی، قرار گرفتن در موقعیت طرد اجتماعی، استیصال حاصل از فقدان منابع مالی و درآمدی و متعاقب آن تن دادن به بسیاری از آسیب‌ها و ناهنجاری‌ها، نداشتن برنامه‌ای برای آینده و دغدغه جدی جهت تامین نیازهای اویله به هر طریق ممکن از جمله ویژگی‌های زنان مصرف کننده بی خانمان ذکر شده است.

در نهایت با توجه به اینکه مصرف مواد در کشور ما روند افزایشی داشته و از آنجا که سوء‌صرف مواد مقدمه و نتیجه‌ی بی خانمانی است؛ قاعده‌تاً با روند رو به رشد تعداد بی خانمان‌ها در سال‌های آتی مواجه خواهیم شد. این در حالی است که تحقیقات بسیار کمی در زمینه مصرف کنندگان بی خانمان انجام شده است. از آنجا که برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در زمینه مسائل اجتماعی نیازمند مطالعه و شناخت علمی هر پدیده است، انجام این پژوهش ضروری و مهم به نظر می‌رسد. تحقیق ما، در پی ورود به دنیای مصرف کنندگان بی خانمان و شناخت تجربه زیسته آن‌ها می‌باشد. البته در سایه این هدف به بررسی چرایی عدم تمایل آن‌ها برای بازگشت به خانواده نیز می‌پردازیم، این موضوع از آن رو حائز اهمیت است که در کشور ما هنوز هم خانواده به عنوان مهمترین رکن حمایت کننده از اعضا‌یش محسوب می‌شود. در نتیجه مقاومت اعضای خانواده در پذیرش مصرف کننده و حتی بالعکس می‌تواند شکاف قابل توجیهی را در برنامه‌های درمانی این گروه به سبب تفکرات قالبی موجود در ذهن متولیان امر و اصرار برای بازپیوند این گروه به خانواده به وجود آورد. ما در این مقاله در پی پاسخ به این سوالات هستیم که: مصرف کنندگان بی خانمان چگونه تجربه خود را درک، معنا، تفسیر و بازنمایی می‌کنند؟

چه شرایطی این معانی را شکل داده است؟ این گروه چه راهبردهایی بر مبنای این معانی ذهنی پیش می‌گیرند؟ کنش‌های حاصل از اتخاذ راهبردهای مزبور چه پیامدی برای آنها دارد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش کیفی از آنجا که امکان نشان دادن ماهیت خاص تجربه مصرف کنندگان بی‌خانمان را فراهم می‌کند و در نتیجه‌ی آن می‌توان نیازمندی‌های درمانی این گروه را بهتر شناخت، برای این تحقیق مناسب‌تر تشخیص داده شد. با بهره‌گیری از این روش محقق افراد مورد بررسی را در بافت، ستر و وضعیت موجودشان تحلیل می‌کنند و امکان درک و فهم فرآیندهای اجتماعی و ماهیت ذهنی افراد برای وی میسر خواهد شد (استراوس و کوربین، ۱۹۹۸؛ به نقل از محمدپور، ۱۳۸۹). با توجه به انتخاب نظریه زمینه‌ای به عنوان روش تحلیل داده‌ها، نمونه‌گیری در این تحقیق، نمونه‌گیری نظری بود. انتخاب نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع نظری زمانی حاصل می‌شود که محقق احساس کند داده‌های جدید صرفاً نتایج قبلی را تکرار می‌کند و مقوله جدیدی پدید نمی‌آید. در این مطالعه ۲۰ مصاحبه صورت گرفت. افراد مورد مطالعه در این تحقیق مصرف کنندگان بی‌خانمانی بودند که در پرژه نوروزی بازپروری معتادین بی‌خانمان سال ۱۳۹۳ جمع‌آوری شده بودند و به مدت ۳ ماه در مراکز اقامتی درمان اعتیاد تحت مراقبت قرار گرفته بودند.

روند اجرا

پس از مراجعت به مراکز و نمونه‌گیری از افراد، مصاحبه‌گر، راهنمای مصاحبه‌ای را با استفاده از چند مصاحبه اکتشافی و مرور سوابق، تنظیم و بر اساس آن پرسش‌های کلیدی را طرح نمود. سپس از شرکت کنندگان می‌خواست تا دیدگاه‌ها و روایت‌های خود را آزادانه بیان کنند. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و با اجازه شرکت کنندگان به طور کامل ضبط و سپس پیاده‌سازی شد. اطلاعات ثبت شده مصاحبه‌ها بر مبنای روش سه مرحله‌ای نظریه زمینه‌ای کدگذاری شد. در کدگذاری اولیه (باز) ۴۵ کد از مصاحبه‌ها

استخراج شد. سپس این مفاهیم بر اساس محتوا، به صورت مفهومی و انتزاعی در قالب مقولات عمدۀ دسته‌بندی شدند (کدگذاری محوری). مرحله آخر نیز کدگذاری گزینشی بود که از طریق مقایسه مقولات محوری با یکدیگر انجام گرفت. در نظریه زمینه‌ای مقولات فرعی در سلسله روابط به یک مقوله که مقوله هسته نامیده می‌شود، مرتبه می‌شوند که بیانی از شرایط علی، پدیده زمینه، شرایط میانجی، راهبردهای کنش و کنش مقابله و پیامدها است. در نهایت از این فرآیند، پاسخ به سوالات تحقیق فراهم شد.

یافته‌ها

در مطالعه ما هیچیک از شرکت کنندگان (۲۰ نفر) پیوند محکمی با خانواده نداشتند. ۱۵ نفر (۷۵ درصد) از آن‌ها در زمان تحقیق متاهل نبودند و هیچ‌یک از آن‌ها قبل از بی‌خانمانی در هیچ سازمان دولتی و یا خصوصی مشغول به کار نبوده‌اند. غالب شرکت کنندگان ازدواج‌های ناموفقی (۹۵ درصد) را پشت سر گذاشته بودند. علت شکست در روابط زناشویی شان نیز مصرف مواد گزارش شده است. حدود یک سوم (۳۵ درصد) شرکت کنندگان رفتارهای خود تخریبی همچون خودزنی و اقدام به خودکشی را تجربه کرده بودند. غالب آن‌ها (۸۵ درصد) از ارتباط مجدد با خانواده، اقوام و دوستان سابق‌شان گریزان بوده و تمایلی به پیوند مجدد با آن‌ها نداشتند. در اولین مرحله کدگذاری باز در این تحقیق ۴۵ کد استخراج شد. کدهای مذکور در کدگذاری محوری به ۷ مقوله عمدۀ تقلیل یافت. این مقولات شامل موارد زیر می‌باشند. احساسات و هیجانات منفی، طردشدنگی، سرمایه اجتماعی منفی، تجربه ترومما، انزواج اجتماعی، بی‌تفاوتو اجتماعی، فقدان زیرساختهای رفاهی-آموزشی. این مقولات در کدگذاری گزینشی به یک مقوله هسته تحت عنوان «به حاشیه رانده شدن» انتزاع پیدا کردند. در ادامه مقولات هفت گانه تشریح می‌شوند.

۱- احساسات و هیجانات منفی: الف: احساس شرم: احساس شرم و گناه‌ناشی از مصرف مواد یکی از احساسات غالب در میان شرکت کنندگان این تحقیق بود. این احساس به خصوص زمانی که این افراد، مراقبت از خانواده را یکی از وظایف خود می‌دانستند، به عنوان مثال زمانی که مصرف کننده، فرزند ارشد خانواده بود و والدین، یا حداقل پدر

خانواده در قید حیات نبودند- بیشتر دیده می شد. «نمی خوام خانواده ام اطلاع داشته باشند، کجا مم، بدونن که چی... به جای اینکه الان من دست مادر پیر و برادر کوچیکترم رو بگیرم، اونا باید بیان منو از تو کمپ و خیابونا جمع کنن...». پرداز مصرف کننده نیز به سبب قصور در وظایف والدین خود غالباً چنین احساسی را تجربه کرده بودند. «بچه هام بعد مرگ مادرشون یه روز برام نامه نوشته بودند که می خوان با حاله شون زندگی کنن، دیگه نمی تونستن تحمل کنن... خیلی وقتاً پیش خودم میگم الان اونجا چه حالی دارم، دیگه تو این روزگار کی بچه خواه زنش رو تحویل می گیره که شوهر خاله بچه هام، دخترای منو... اما روم نمیشه برم پیششون، آخه چه طوری ... من که برای دخترام پدری نکردم...». مردان مصرف کننده زمانی که معتقد بودند خانواده های شان برای درمان آنها تلاش کرده اند و در این راه متهم سختی های بسیار گشته اند، اما موفق به درمان آنها نشده اند، رغبت کمی برای بازگشت به خانواده از خود نشان می دادند و دلیل عدم رغبت شان نیز احساس شرم ذکر می شد. این موضوع در نگاه برخی آنقدر بزرگ بود که بی اطلاعی خانواده از وضعیت اسفناک شان را موهبت می دانستند. آنها غالباً خود را مایه شرمساری خانواده دانسته و دانما تاکید می کردند که در میان اقوام شان حتی یک فرد سیگاری هم وجود ندارد. این گروه از شرکت کننده ها به نسبت کسانی که در خانواده شان الگوهای مصرف وجود داشت، احساس شرم را بیشتر تجربه کرده بودند. «من حدود ۷ ساله با خونواده ام هیچ ارتباطی نداشته ام، چند بار تا سر کوچه مون هم رفتم، اما پاها بیشتر یاریم نکردن. از وقتی برادرم ازدواج کرد، خونه نرفتم، دوست نداشتم زن برادرم منو به این روز بینه...، نمی خواستم برادرم خجالت بکشه، اگه می تونستم برم، خونوادم رو سرشون می ذاشتم، خیلی دوسم داشتم، خیلی برا ترک خوابونام اما...».

برای رهایی از این حس، غالب مصرف کننده ها بیش از پیش به مواد پناه می برنند (ریواکس، سوهن، آرمور و بل^۱، ۲۰۰۸). به نظر می رسد در میان شرکت کننده ها این تحقیق نیز چنین احساسات منفی موجب شده بود، مواد در نظر آنها بیش از پیش به شکل یک «دوست خوب» که به آنها آرامش و احساس رضامندی می دهد، جلوه نماید.

«وقتها بی که ترک می کردم می رفتم خوونه خواهرم، خجالت می کشیدم از اینکه سر بر دام ادمونم. خیلی وقتا به خواهرم تیکه می نداخت ... مواد که می زدم بی عار می شدم، اگه چیزیم بهم می گفتند، انگار روم اثر نمی کرد». «بودن من کنار خوونوادم یه درده ... اما بودنم هزار درده ... من نمی خام مادرم به خاطر من از فامیل طعنه بشنوه ...، نمی خرام با این ریخت و قیافه برگردم به شهرم ...، تو این چند سال در به دری یه بار رفتم خوونه. عروسی خواهرزاده ام بود ...، نتونسنتم بغلش کنم ...، تا تهران گریه کردم ...، با خواهرزاده ای که اینقدر بر ام عزیز بود ...، مثلی غریبه احوال پرسی کردم ...، دوست نداشتمن نزدیکش بشم ...».

نسبت قابل توجهی از مردان شرکت کننده در این تحقیق معتقد بودند که بارها از این که خانواده خود را ترک کرده‌اند، پشیمان شده‌اند، اما احساس شرم مانع بزرگی بر سر راه آن‌ها به منظور پیوند مجدد با خانواده بوده است. در واقع این احساس موجب می‌شد به رغم علاقه به بودن در کنار اعضای خانواده، از آن‌ها دوری جویند و هر چه بیشتر به دوستان و شرکای مصرف کننده‌شان وابسته شوند.

۳۶

36

سال ۵۰، شماره ۱، پیاپی ۴۱، سال ۲۰۱۷، بهار

ب: نامیدی: نامیدی از دیگر مضمون‌های به دست آمده از تحلیل مصاحبه‌های این تحقیق است. برای درک نامیدی دانستن تعریف امیدواری لازم است (اشنايدر^۱، ۲۰۰۳). امیدواری چنین تعریف شده است: این که فرد بداند چه هدفی دارد، راههای مختلف رسیدن به هدف کدامند (تفکر راه‌یاب) و خود را در رسیدن به آن هدف مؤثر بداند (تفکر عامل) (اتیک و کمر^۲، ۲۰۰۹). در مقابل، نامیدی، نظامی از طرح‌واره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (آیک^۳، ۲۰۱۰) و به خودپنداره و نیز کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (دیوب^۴، ۲۰۰۵). غالب شرکت کنندگان این تحقیق به درمان بیماری شان امید نداشتند، به عنوان مثال اسماعیل می‌گفت: «ما معتقد‌ها مرخصی داریم اما ترجیحی نداریم». یا مجید عنوان می‌کرد که: «یه مدت بود که پاک بودم اما غرورم باعث شد، دوباره سمت مواد برگردم، فکر می‌کردم دیگه سمتش نمی‌رم. اما الان می‌دونم که

هر روز که پاکم باید خدا را شکر کنم و اصلاح به خودم غرہ نشم که حتماً فردا هم پاک می‌مونم». یکی از علل ناامیدی بیماران اعتیاد نسبت به درمان، به نوع آموزش‌های معتادان گمنام باز می‌گردد، در گروه‌های دوازده قدم عنوان می‌شود که «ما هیچ علاجی برای اعتیاد پیدا نکرده‌ایم، ما فقط برنامه‌ای ثابت شده را جهت بهبودی روزانه عرضه می‌کنیم ...» هدف ما این است که فقط برای امروز پاک بمانیم و ...» (معتادان گمنام، ۲۰۰۴). چنین آموزه‌هایی رهایی از دام اعتیاد را برای همیشه ممکن نمی‌دانند. البته عودهای مکرر بیماران در جریان ترک‌های متوالی که سابق‌داشته‌اند نیز آن‌ها را نسبت به درمان بی‌اعتماد و ناامید ساخته است. جدای از ناامیدی نسبت به درمان، شرکت کنندگان این تحقیق، به خصوص آن‌ها که از طرف خانواده‌شان پذیرش نمی‌شوند یا حاضر به برقراری ارتباط با خانواده نبودند؛ نسبت به آینده خود بسیار ناامید بودند. «عاقبت یه مصرف کننده مثل من چیه. من ی روز یا تو خیابون می‌میرم، یا تو زندان، اگه خیلی شناس بیارم و خدا توفیق بده تو کمپ‌ها ...، موادِ که گذاشته من این شرایط رو طاقت بیارم ...، مواد می‌زنم تا به آرزوی‌های به دل موندم، تا به حسرت‌هام، به تنها بی‌هام، به چیزی‌ای رو که بهشون نرسیدم و چیزی‌ای که داشتم و قدرشون روند و نیستم فکر نکنم». وجود احساساتی از این دست مانع عملده‌ای در راه تغییر این افراد است و چنانچه بدان توجه نشود، می‌تواند عاملی برای عود مجدد آن‌ها نیز باشد.

۲- طرد شدگی: الف: طرد توسط خانواده: طرد شدگی یکی از مضمون‌های اصلی موجود در داده‌ها و در بردارنده دو مضمون فرعی طرد از سوی خانواده و طرد از جامعه بود. بسیاری از خانواده‌ها پس از درگیری‌های بسیار با مصرف کننده بر سر موضوع اعتیاد و بارها اقدام برای درمان اعتیاد او، امید به درمان را از دست می‌دهند. انگ اجتماعی ناشی از مصرف مواد و ناآگاهی از بیماری اعتیاد در خانواده‌ها و آسیب‌های بسیاری که مصرف کننده به خانواده وارد می‌آورد، باعث جدال میان آن‌ها و اعضای خانواده می‌شود و در طی زمان این موارد سبب طرد و عدم پذیرش مصرف کننده توسط خانواده می‌گردد. صادق یکی از افرادی که ۲۰ سال تجربه بی‌خانمانی دارد، در این زمینه می‌گفت: خونواده‌ام از من شکایت کردن، افتادم زندون، بعد از این که آزاد شدم، رفتم خونه. هر

چی زنگ زدم کسی در روباز نکرد ...، تا یک هفته یواشکی خونه رو زیر نظر گرفتم، اما هیچ کلدوم از افراد خونوادهم روندیدم؛ خونه را فروخته بودند و به تمام آشناها هم سپرده بودند که هیچ نشونی از خودشون به من ندهنند. یکی دیگر از مردان شرکت کننده عنوان می کرد که: "برادر و مادرم با هم زندگی می کنند، برادرم از خونه بیرونم کرده، به من گفته اگر یک بار دیگه بینیمت حتماً می کشمت". نیاز شدید به مواد، مصرف کننده را وادار به ارتکاب انواع اعمال غیر قانونی می نماید. مصرف کنندگان در بسیاری از موارد اقدام به فروش لوازم منزل خود نموده بودند، از اعضای خانواده دزدی کرده، اسناد و مدارک موجود در خانواده حتی شناسنامه اعضای خانواده را به گرو گذاشته بودند. آنها برای به دست آوردن هزینه مواد خود، گاهها همسر و یا والدین شان را مورد ضرب و شتم قرار داده بودند و ...، همه این موارد، رفتار آنها را برای اعضای خانواده غیر قابل تحمل نموده و در نتیجه اعضای خانواده از پذیرش ایشان حتی بعد از بهبودی خودداری می کنند.

به عنوان مثال اعضای خانواده یکی از شرکت کنندگان به نام عظیم، بعد از دو سال

بی خبری از او و حدود سه ماهی که از قطع مصرفش می گذشت، حتی حاضر به صحبت با او نبودند. این در حالی بود که همسر عظیم هنوز با خانواده عظیم زندگی می کرد. عظیم

در این زمینه می گوید: "تو خونه ما دیگه هیچ ظرف مسی یا شی با قیمتی وجود نداشت، من همه را فروخته بودم ...، زنم سر زمین های کشاورزی کار می کرد، کتکش می زدم ...، پولش رو می گرفتم، صرف موادم می کردم. برای تهدید زنم بعضی وقتا بچه هام رو هم کتک می زدم...؛ غالب شرکت کنندگان این تحقیق پس از طرد شدن توسط خانواده و یا

بعضًا ترک محل زندگی خانواده، به شهرستان محل سکونت خود باز نگشته بودند.

ب: طرد توسط اجتماع: علاوه بر طرد خانواده، مصرف کنندگان بی خانمان اصولاً با طرد

توسط افراد جامعه نیز مواجه می شوند. شرایط ظاهری نامناسب این افراد، برچسب های توأم

با اعتیاد و ...، اصولاً منجر به کناره گیری افراد جامعه از آنها می شود. طرد اجتماعی در

کنار طرد توسط اعضای خانواده منجر به «در حاشیه رانده شدن» هر چه بیشتر این گروه از

افراد در جامعه می شود. "من مثل یه حیوان زندگی می کنم. هیچ کس نزدیکم نمی شه. از

نظر مردم ما انگلیم ...، نونوایی که میرم، هر چقدر هم که نونوایی شلوغ باشه به من اولین

نفر نوون می‌دن ...، تو سوپر مارکت اگه صاحب‌ش بیرون نکنه، مشتری‌ها میان بیرون تا تو خریدت رو بکنی و بری ...، یه بار می‌خواستم تاکسی سوار شم، مسافرا به راننده گفتن ما پولشو حساب می‌کنیم. اینوراه نده ...". شرکت کننده دیگری در این زمینه می‌گفت: یه بار تو اتوبوس چند نفر واایستاده بودن من که وارد شدم شروع کردن ادای معتادا رو گرفتن ...، همه ازت فاصله می‌گیرن، نکنه نفست به اونا بخوره! من همیشه سعی می‌کردم تا حد امکان سوار اتوبوس یا تاکسی نشم، سعی می‌کردم مسیری رو که می‌خواستم برم پیاده برم ...". احمد نیز در مورد تجربه خودش چنین می‌گفت: "یک‌بار دم در یه خونه آب خواستم، وقتی آب خوردم، صاحب خونه گفت لیوانش برای خودت، گفتم نه خانم من فقط آب خواستم، صاحب خونه لیوان رو جلوی روم شکست.

۳- سرمایه اجتماعی منفی: رفتارهای تحقیرآمیز و طرد کننده افراد خانواده و جامعه، زمینه پیوند محکم تر مصرف کنندگان با گروه‌های مشابه با خودشان را فراهم می‌آورد. بدین ترتیب شبکه دوستان مصرف کننده جایگزین اعضای خانواده می‌شوند. این شبکه‌های دوستی در موقع بحرانی دست یاری به سمت مصرف کننده دراز می‌کنند و او را در دوست‌داشتی ترین سرمایه زندگی‌شان یعنی مواد، شریک می‌سازند. این در حالی است که خانواده و اجتماع این افراد را طرد کرده‌اند. این گروه‌های دوستی، تنها آشنایانی هستند که مصرف کننده را به رغم تمامی رفتارها و هنجارشکنی‌ها می‌پذیرند. اعضای این گروه‌ها در بسیاری اوقات در پاتوق‌ها کنار هم می‌نشینند، به حرف‌های یکدیگر گوش می‌دهند، با یکدیگر مواد مصرف می‌کنند، با یکدیگر دزدی می‌کنند، از وقایع و حوادث روزانه زندگی‌شان برای یکدیگر می‌گویند و ...، موضوعاتی از این دست موجب می‌شود که آن‌ها به پاتوق‌ها و سایر مصرف کنندگان تعلق خاطر پیدا کنند. چنین سرمایه‌های منفی در کنار فقدان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی موجب پیوند عمیق‌تر این افراد با شبکه‌های آسیبی شده و احتمال عود را در آن‌ها افزایش می‌دهد. «وقتی توی پاتوق مواد می‌رسید اون‌ها که وضع شون خوب بود از اون‌ها یی که پولی نداشتند و خمار بودند دعوت می‌کردند. اینجوری نیست که همدیگه رو تنها بداریم». مصرف کنندگان بی‌خانمان به رغم مشکلات زندگی در خیابان، خاطرات شیرینی از حضور در پاتوق‌ها، گرددم آیی‌های

شبانه و فعالیت‌های مجرمانه گروهی خود دارند، این موضوع جدای از لذت گروهی مصرف مواد در میان آن‌ها است. نگهداری اجباری حتی اگر بتواند سوشه مصرف مواد را در این افراد از میان ببرد، تا زمانی که نتواند جایگزین‌های لذت‌بخشی برای این گردهمایی‌ها به وجود آورد، محکوم به شکست است. البته بر اساس تجربیات حاصل از حضور نگارنده در پاتوق‌ها، حمایت‌های صورت‌پذیرفته در پاتوق‌ها اصولاً بدون انتظار نیستند و حمایت کنندگان پس از مدتی ادای دین توسط افرادی که به نوعی مورد حمایت‌شان قرار داده‌اند، را خواهان هستند. احساس نامنی از آینده هر چند نزدیک، ترس از علائم محرومیت همچون خماری، ترس از تنها‌یی و... از جمله دلایل این نوع حمایت‌ها است. به نوعی می‌توان گفت اعتماد میان فردی اعضاً این گروه‌ها به یکدیگر کاملاً تابع موقعیت است. اما با این حال تنها دارایی اجتماعی این افراد -حداقل بر اساس تفکر خودشان- همین گروه‌ها هستند. «اینجا خواب چیه. نمیشه خوابید که بعضی وقت‌ها یه هفته میشه طرف نمی‌خابه البته به بخشیش ماله شیشه است ولی حتی اون‌ها که دوا هم می‌کشن میترسن بخابن، بخابی کیفتو و جیبتو و موادت رو زدن». «دختره رو توی روز روشن بردن. خیلی جیغ کشید. اما هیچکس کاری نکرد. حتی دوست پسرش». چنین انسجام گروهی منفی در میان این افراد امکان پرداختن به فعالیت‌های غیر قانونی و حاشیه‌ای شدن آن‌ها را افزایش خواهد داد. به همان نسبت ضعف پیوندهای اجتماعی مثبت، عدم تعلق مکانی، انزوا و گستاخی از شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی در کنار هم فرصت‌های بهبودی مصرف کنندگان بی خانمان را با محدودیت مواجه می‌سازد.

۴- تجربه تروریستی: برخی راعقی‌ده بآن است که مصرف مواد به نوعی یک استراتژی مقابله‌ای است، افراد با مصرف مواد در صدد جبران و یا فراموش نمودن واقعی گذشته و حاضر زندگی‌شان می‌باشند (استامپ و اسمیت^۱، ۲۰۰۸). واقعی در دنیا ک زندگی منجر به تغییرات شناختی همچون دیدگاهی خاص در زمینه خود ارزشمندی، تغییر در نگرش راجع به دیگران (اعتماد و صمیمیت کمتر) و توسعه عقاید آسیب‌زا خواهد شد (گودمن و دوتون^۲، ۱۹۹۶). در ارتباط با بی خانمان‌ها ادبیات موجود نشان می‌دهد که این افراد واقعی

زندگی استرس‌زاibi را در طول دوران بی‌خانمانی و قبل از آن تجربه کرده‌اند (هوی و برندت^۱، ۲۰۰۸؛ هوی و کویروته^۲، ۲۰۱۰). تروما در این مقاله مجموعه‌ای از پاسخ‌های احساسی، غیر عادی و غیرقابل کنترل به حوادث زندگی است. واقعی است که در ذهن فرد ابیاشته شده‌اند و غالباً برای شخص در گیر قابل توصیف نیستند (فلمنک^۳، ۲۰۰۹). تجربه‌ی تروما در بسیاری از شرکت‌کنندگان این تحقیق عاملی برای تخریب‌های بالا و بی‌خانمانی می‌باشد. حامد در این زمینه عنوان می‌کرد که: «یک روز رفتم خونه، دیدم مادرم و سایش رو جمع کرده، می‌خواهد از خونمون بره...، بعد از جدا بی مادر پدرم و ازدواج دویارشون، به مدت با پدرم زندگی می‌کردم، مادرم رو دیگه ندیدم، زن پدرم خیلی اذیتمون می‌کرد، از خونه بیرون زدم، با کمک صاحب کارم یه خونه اجاره کردم. بعد یه مدت برادرم هم از خونه زد بیرون، باهم زندگی می‌کردیم...، برادرم تصادف کرد...، رو دستای خودم جون داد، از اون به بعد برا فراموش کردن غم از دست دادنش به مواد پناه بردم، بعد از یه مدت از خونه‌ای که اجاره کرده بودیم، بیرونم کردند...، از اون موقع تو خیابان می‌خوابم». محسن در این خصوص می‌گوید: «سه روز بود با زنم قهر بودم، تصمیم گرفتم برم خونه، ازش معذرت خواهی کنم. وارد خونه که شدم یه مرد غریبه‌ای رو کنار همسرم دیدم...، از خونه بیرون زدم، دونفر تو پارک خزانه داشتن کراک می‌زدن، کنار او ناشستم و دیگه هیچ وقت به خونه بزنگشتم». اسفندیار می‌گوید: «دو روز به ازدواج مونده بود، کارم زیاد بود، یک نفر گفت اگر شیشه مصرف کنی انژریت زیاد می‌شه،...، با زنم برای خرید لباس عروس می‌رفتیم که احساس کردم یه کامیون از رو به روم می‌آد، از جاده منحرف شدم، زنم فوت کرد. اولین باری بود که مواد مصرف می‌کردم...، بعد چهلم همسرم دیگه نتونستم تو شهرمون بمونم، از اون موقع دیگه مصرف شد هر روزه و بعد...، الان نه برای زیاد شدن انژریم، بريا فراموش کردن درد و رنجم مواد می‌زنم». ناگفته نماند که خود بی‌خانمانی نیز به نوعی برای این افراد تجربه تروما را به همراه دارد. احمد می‌گوید: «چند وقت پیش، خونه برادرم بودم، زن برادرم موقع خواب

تشک برآم انداخته بود، تشک و برد اشتم و روز مین خوابیدم، صبح دیدم داداشم داره بالای سرم گریه می کنه، گفت چرا رو تشك نخوابیدی. گفتم نباید بخوابم عادت می کنم، جای راحت برای من نیست ...».

۵- ازدواج اجتماعی: ازدواج اجتماعی حالت منفی از تنها بی است و می تواند مشکلاتی در سلامت افراد و نحوه واکنش آن ها به واقعیت زندگی به وجود آورد (کورازون و پاتریسیا، ۱۹۹۵). شرکت کنندگان این تحقیق همگی در تم ازدواج اجتماعی اشتراک داشتند. تجربه ازدواج اجتماعی به قطعه تماس با خانواده، دوستان و سایر مردم جامعه منجر می شود. تنها بی، احساس جدا بودن از مردم دیگر، نیاز به دیگران برای حمایت و نداشتن شبکه های حمایتی مشخصه ای تجربه ازدواج اجتماعی است. طلاق و یا فوت والدین از عمدۀ ترین عوامل زمینه ساز ازدواج اجتماعی برای شرکت کنندگان این تحقیق بود. مصرف کنندگان - با تخریب های بالا- به خصوص اگر والدین شان فوت کرده باشند، بعد از طلاق، پایگاه اولیه خود را در خانواده مبدا از دست می دهند. البته در تعدادی موارد به رغم وجود والدین، آن ها از رجوع به خانواده شرم داشتند.

دانیال در این خصوص می گوید: «بعد از این که زنم ازم جدا شد، اوضاعم بدتر شد ...» یک مرد ۴۵ ساله دوباره چطوری به خونه مادریش برگردید، بچه های مادرم دوستم داشتند، اما خودم دوست نداشتم با این سن سریار آن ها باشم». آشفتگی در روابط خانوادگی عامل ازدواج اجتماعی تعداد دیگری از شرکت کنندگان این تحقیق بود. علی در این زمینه می گوید: «پدر و مادرم همیشه در حال دعوا بودند، پدرم موقع موقع مسنتی مادرم رو کتک می زد، بعد از مرگش، مادرم دوباره ازدواج کرد، شوهر مادرم دوست نداشت من تو خونه شن باشم، این شد که پیش مادر بزرگ و پسر بزرگم بزرگ شدم ...، من همیشه تنها بودم. تنها بودم اما وقتی مادر بزرگم مرد، می تونم بگم دیگه هیچکس رو ندارم، تنها حامیم بود ...». البته این احساس تنها به اعضای خانواده و خویشاوندان محدود نمی شود، این گروه ازدواج اجتماعی را در ارتباط با افراد جامعه نیز تجربه کرده بودند. «من برای

این که با مردم رویه رونشـم، همـشـم مـی زـمـم به کـوه و بـیـاـبـون. تـاـحد اـمـکـان توـشـهـرـنـیـام. مـگـهـ اـزـ سـرـنـاجـارـی ...».

ع- فقدان زیرساخت‌های رفاهی: یکی از موضوعات قابل توجه در این گروه از شرکت کنندگان، عدم آشنایی آن‌ها با مراکز گذری کاهش آسیب و سرپناه‌های شبانه بود. در این گروه تنها یک نفر سابقه حضور در مراکز کاهش آسیب را داشت. این در حالی است که فقدان منابع حمایتی، مصرف کنندگان بی خانمان را هرچه بیشتر به سرپناه‌های شبانه وابسته می‌گرداند. علی در این راستا می‌گوید: «سـهـ سـالـهـ بـودـمـ کـهـ پـدرـمـ فـوتـ کـرـدـ،ـ باـ مـادرـمـ زـنـدـگـیـ مـیـ کـرـدـ.ـ چـهـارـ سـالـ پـیـشـ مـادرـمـ هـمـ فـوتـ کـرـدـ،ـ نـمـیـ تـوـنـسـتـمـ اـجـارـهـ خـوـزـهـ روـبـدـمـ،ـ اـزـ اوـنـ زـمـانـ خـوـابـگـاهـ خـاـوـرـانـ زـنـدـگـیـ مـیـ کـنـمـ،ـ اـزـ اـینـجـاـ هـمـ کـهـ بـرمـ-ـ کـمـپـ تـرـکـ اـعـتـیـادـ مـیـ رـمـ خـوـابـگـاهـ،ـ چـهـ کـارـکـنـمـ...ـ هـیـچـ کـسـ روـنـدـارـمـ».^۱ نداشتن سرپناه، فقدان حمایت افراد مهم، کمبود و ضعف امکانات و مراقبت‌های پس از خروج از جمله دیگر مشکلاتی بود که این گروه از شرکت کنندگان با آن مواجه بودند.^۲ به طوری که شرکت کنندگان در این تحقیق حتی زمانی که احساس می‌کردند می‌توانند پاک بمانند، از آنجا که از هیچ پشتونه عاطفی و مالی برخوردار نبودند، از بازگشت به جامعه هراس داشتند. سعید در این خصوص می‌گوید: «من هر روز که به تموم شدن دوره مون نزدیک می‌شم بیشتر استرس می‌گیرم، من از اینجا برم چطور زندگی کنم، می‌خواهم سالم باشم، می‌خواهم مواد مصرف نکنم، می‌خواهم کار کنم، اما هیچ جاروندارم، هیچ کس رو ندارم» یا بهرام می‌گفت: «من از اینجا که بیرون برم باید شیر یا خط بندازم بینم از کدام طرف برم بگیره».

۷- بی تفاوتی اجتماعی: بی تفاوتی اجتماعی محصول و پیامد تجارب مصرف کنندگان بی خانمان است. عاطفه و تفاوت‌مندی ریشه در وابستگی و ارتباط عاطفی به جمع دارد (محسنی تبریزی، و صداقتی فرد، ۱۳۹۰)، این در حالی است که غالب شرکت کنندگان در

۱. گرچه تعدادی از مصرف کنندگان بی خانمان تمایلی برای حضور در این مراکز ندارند- حداقل در ماه‌های گرم سال، اما براساس یافته‌های این تحقیق و ترجیبات نگارندگان تعداد قابل توجهی از این افراد نیز از وجود چنین مراکزی بی اطلاع هستند.

۲. البته در حال حاضر شهرداری تهران برای این منظور مجتمع‌های مهارت‌آموزی و کارآفرینی بهاران را اهانلایی کرده اما موضوع این است که این گروه به دلیل عدم تمایل برای درمان، حاضر به اقامت در این مکان‌ها نیستند.

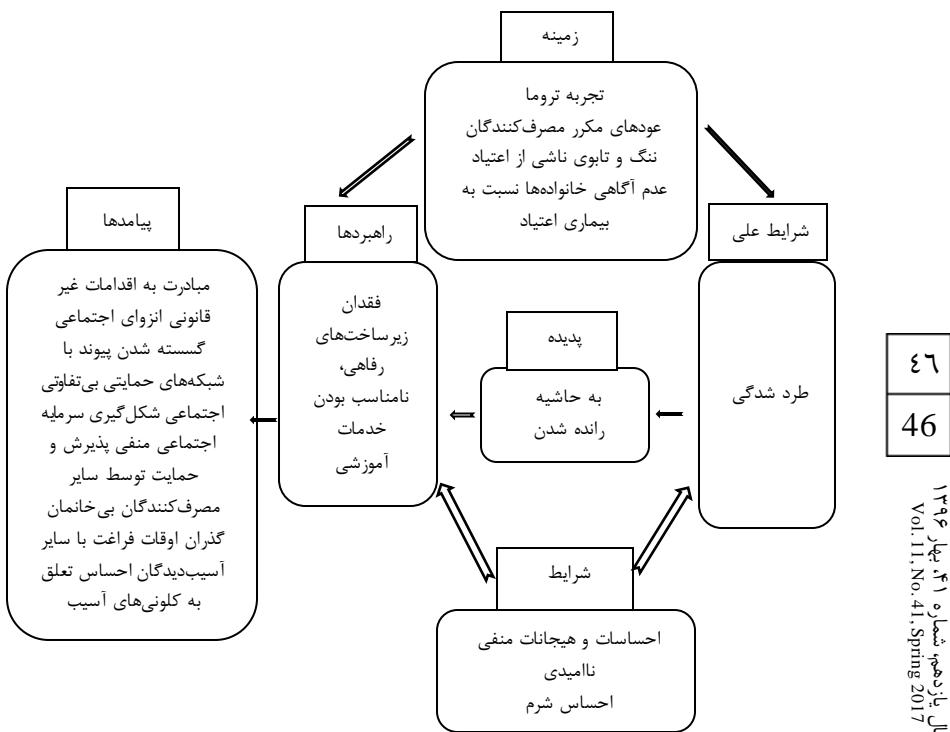
این پژوهش پیوندهای عاطفی و وابستگی‌های خود را از دست داده بودند. بی تفاوتی اجتماعی بیانگر بی احساسی، بی میلی و به عبارت بهتر نوعی افسردگی اجتماعی است. شرکت کنندگان این تحقیق این احساس را بعد از سال‌ها بی خانمانی و مصرف مواد تجربه کرده بودند. جریان زندگی و تجارب تدریجی این افراد در خیابان، آن‌ها را دچار نوعی افسردگی، یاس، و دلمردگی کرده است. بهزاد در این راستا می‌گوید: «اصلاً برام مهم نیست تو دنیای اطرافم چی میگذرد، حتی وقتی دارم پول‌های صندوق صدقات رو حالی می‌کنم و مردم از کنارم رد می‌شن، اصلاً احساس خجالت نمی‌کنم». علی نیز می‌گفت: «اولین روزها که تو پارک می‌خوابیدم وقتی مردم از کنارم رد می‌شدند و بلند در موردم حرف می‌زدن، یه جوری که بشنوم، خجالت می‌کشیدم. اما الان دیگه برام مهم نیست، دیگه از حرفای اونا ...، از اینکه تو آشغال‌ها دنبال خندا بگردم خجالت نمی‌کشم».

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد علت اصلی بی خانمانی در مطالعه حاضر بوده است و تمامی شرکت کنندگان در این تحقیق پس از اعتیاد بی خانمان شده‌اند. پس برای حل معصل بی خانمانی باید سرویس‌هایی در جهت درمان اعتیاد این افراد وجود داشته باشد. تجربه زندگی در خیابان، این گروه از مصرف کنندگان مواد را دچار آسیب‌های مضاعفی می‌نماید. آن‌ها به لحاظ قانونی، جسمی، روانی، اجتماعی مشکلات دو چندانی را تجربه می‌کنند. در ضمن این گروه از شبکه‌های حمایتی که سایر مصرف کنندگان کمایش از آن برخوردارند، بی‌بهره هستند؛ در نتیجه دشواری کار با این دسته از افراد دو چندان است. در این مقاله بر آن بودیم تا از طریق مطالعه تجربیات این افراد، نیازمندی‌های آن‌ها را به منظور برنامه‌ریزی‌های دقیق و کارآمد در این حیطه شناسایی نماییم. بر اساس مفاهیم و مقوله‌های به دست آمده و برقراری رابطه‌ی بین آن‌ها، تجربه ترومـا در زمان مصرف و حتی قبل از روی آوری به مصرف، ننگ و تابوی ناشی از اعتیاد، عودهای مکرر مصرف کنندگان و عدم آگاهی خانواده‌ها نسبت به بیماری اعتیاد و در نتیجه رفتارهای نادرست ایشان در مواجهه با مصرف کننده از مهمترین عوامل زمینه‌ساز در به حاشیه‌رانده شدن این گروه از مصرف کنندگان است. در این مسیر ناامیدی از تغییر و احساس گناه و شرمی که این افراد

از عمل نکردن به وظایف خود در قبال خانواده تجربه می‌کنند، موجب می‌شود برای ایشان مواد هر چه بیشتر به عنوان پناهگاه امنی برای دورشدن از احساسات منفی عمل نماید. ناتوانی در تامین هزینه‌های مواد مصرفی، گستته شدن پیوندهای سالم ایشان با شبکه‌های حمایتی، عضویت آن‌ها در کلونی‌های آسیب از جمله پیامدهایی است که موجبات کناره‌گیری و طرد بیشتر توسط خانواده و جامعه را فراهم می‌آورد. این گروه از مصرف کنندگان جهت تامین هزینه‌های مواد، فرار از تنها‌بی، سرزنش و تحقیرهایی که در این مسیر می‌شوند، به سهولت جذب افراد و گروههایی می‌شوند که آن‌ها را مورد پذیرش و حمایت- هر چند مغرب- قرار می‌دهند. عدم کفایت زیرساخت‌های رفاهی و آموزشی برای جذب و حمایت این گروه، همچون یک کاتالیزور فرآیند جذب مصرف کنندگان را به کلونی‌های آسیب افزایش می‌دهد. با گذشت زمان این کلونی‌ها تنها دارایی‌های اجتماعی مصرف کنندگان بی‌خانمان می‌شوند. یادمان‌های مشترک، صرف زمان‌های قابل توجه با اعضای این گروه‌ها، پذیرش بالای این گروه‌ها و ...، جملگی موجب شکل‌گیری احساس تعلق مصرف کنندگان بی‌خانمان به این کلونی‌ها می‌شود. به زبان دیگر تنها عامل پیونددهنده مصرف کنندگان به پاتوق‌ها، مصرف مواد نیست که با پرهیز از آن بتوان به تغییر ایشان امید بست. مصرف مواد شاید عامل اثرگذاری در عضویت در این گروه‌ها باشد، اما بی‌تردید گسترن پیوند مصرف کنندگان با پاتوق‌ها تنها از این مسیر محقق نخواهد شد. مطالعه عمیق در زمینه پاتوق‌ها و شناخت هر چه بیشتر مصرف کنندگان بی‌خانمان، در کنار تغییر در نحوه آموزش درمان‌گران در کشور، ایجاد دوره‌های بازآموزی برای توسعه مهارت‌های آن‌ها و سایر افراد در گیر در این حوزه‌ها- با توجه به شناخت حاصل شده- و پیش‌بینی جایگزین‌های اجتماعی برای کاهش تعلق خاطر این گروه از مصرف کنندگان، به پاتوق‌ها و مواد و در نهایت تقویت انگیزه‌های ایشان برای تغییر از جمله مواردی است که در کار با این گروه باید بدان توجه داشت. البته نباید فراموش کرد که هر نوع اقدام موثر در این زمینه به بسترها و سیاستگذاری‌های موجود در حوزه حمایت‌های اجتماعی، قانونی، اطلاعاتی، آموزشی، اقتصادی، عاطفی، پژوهشکی از خانواده‌های در گیر با اعتیاد و مصرف کنندگان، بستگی تام دارد. وجود سرپناه‌های امن

برای مصرف کنندگان بهبود یافته بی خانمان، فراهم کردن امکانات شغلی بانگاه به اندوخته های مهارتی ایشان، آموزش و حمایت های مقتضی از خانواده های این افراد به منظور پذیرش مجدد آنها، حمایت های بیمه ای، خدمات کاوش آسیب نظری افزایش موبایل سنترهای، افزایش و بهبود خدمات سرپناه های شبانه و مراکز کاوش آسیبها از جمله مواردی است که در این حوزه نیازمند توجه بیشتر است. مدل تصویری به دست آمده از داده ها در خصوص تجربه زیسته مصرف کنندگان بی خانمان در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: مدل تصویری به دست آمده از داده ها در خصوص تجربه زیسته مصرف کنندگان بی خانمان

منابع

- استراوس، آسلم و کورین، جولیت (۱۳۸۵). اصول روشن تحقیق کیفی: نظریه مبنایی، رویه ها و روش ها. ترجمه بیوک میرزایی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- پیله وری، اعظم (۱۳۹۵). بررسی تطبیقی نقش خانواده در ماندگاری در ترک اعتیاد. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.

زاهدی اصل، محمد و پیله‌وری، اعظم (۱۳۹۴). فراتحلیلی بر مطالعات اعتیاد و خانواده. برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۷(۲۸)، ۴۰-۲.

سفیری، خدیجه و خادم، رسول (۱۳۹۲). بررسی وضعیت امید به زندگی زنان بی خانمان شهر تهران. مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۶(۱)، ۷۰-۵۱.

صدیق سروستانی، رحمت الله و نصر اصفهانی، آرش (۱۳۸۹). اعتیاد، طرد اجتماعی و کارتون خوابی در شهر تهران؛ پژوهشی کیفی. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱(۴)، ۱۸-۱.

محسنی تبریزی، علیرضا و صداقتی فرد، مجتبی (۱۳۹۰). پژوهشی درباره بی تفاوتی اجتماعی در ایران (مورد پژوهش شهر و ندان تهرانی). جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۲(۳)، ۲۲-۱.

محمدپور، احمد (الف) (۱۳۸۹). خد روش: منطق و طرح در روش شناسی کیفی (جلد ۱). تهران: جامعه‌شناسان.

محمدپور، احمد (ب) (۱۳۸۹). فرا روش بنیان‌های فلسفی و عملی روش تحقیق ترکیبی در علوم اجتماعی و رفتاری. تهران: جامعه‌شناسان.

Atik, G. & Kemer, G. (2009). Psychometric properties of children hope scale validity and reliability study. *Journal of Elementary Education online*, 8(2), 379-390.

Caton, C., Wilkins, C. & Anderson, J. (2007) People Who Experience Long-Term Homelessness: Characteristics and Interventions. The 2007 National Symposium on Homelessness Research, Washington, DC: DHHS, HUD (eds D. Dennis, G. Locke, and J. Khadduri). 4-1-4-44.

Caton, C.L.M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D.S., Shrout, P.R., Felix, A., ... & Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753-1759.

Corazon, R. & Patricia, L. (1995). The Lived Experiences of Homeless Men. *Journal of Community Health Nursing*, 12(4), 211-219.

Dube, J. (2005). *Suicidal Children*, An un-published thesis for Master of Education, The faculty of Education Lethbridge Alberta, B.S.W University of Calgary.

Early, D.W. (2005). An empirical investigation of the determinants of street homelessness. *Journal of Housing Economics*, 14, 27-47.

Edens, E. L., Kasprow, W., Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2011). Association of substance use and VA service connected disability benefits with risk of homelessness among veterans. *The American Journal on Addictions*, 20(5), 412-419.

Flemke, K. (2009). "Triggering Rage: Unresolved Trauma in Women's Lives." *Contemporary Family Therapy*, 31(2), 123-139. DOI: 10.1007/s10591-009-9084-8.

Folsom, D.P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S. ... & Jeste, D.V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10, 340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370-376.

- Goodman, L. & M. Dutton. (1996). The Relationship between Victimization and Cognitive Schemata among Episodically Homeless, Seriously Mentally Ill Women. *Violence and Victims*, 11(2), 159-74.
- Hawthorne, W.B., Folsom, D.P., Sommerfeld, D.H., Lanouette, N.M., Lewis, M., Aarons, G.A. & Jeste, D.V. (2012). Incarceration among adults who are in the public mental health system: Rates, risk factors, and short-term outcomes. *Psychiatric Services*, 63, 26-32.
- Huey, L. & E. Berndt. (2008). You've Gotta Learn How to Play the Game: Homeless Women's Use of Gender Performance as a Tool for Preventing Victimization. *Sociological Review*, 56(2), 177-94.
- Huey, L. & Quirouette, M. (2010). Any Girl Can Call the Cops, No Problem: The Influence of Gender on Support for the Decision to Report Criminal Victimization within Homeless Communities. *The British Journal of Criminology*, 50(2), 278-95.
- Ipek, N. (2010). The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*, 9(1), 23-30.
- Lowe, J. & Gibson, S. (2011). Reflections of a Homeless Population's Lived Experience With Substance Abuse. *Journal of Community Health Nursing*, 28, 92-104.
- McCarthy, B. & Hagan, J. (1992). Surviving the street: The experiences of homeless youth. *Journal of Adolescent Research*, 7, 412-430.
- Minnery, J., Greenhalgh, E. (2007). Approaches to Homelessness Policy in Europe the United States and Australia. *Journal of Social Issues*, 63(3), 641-655.
- Morrell-Bellai, T. Goering, P.N. & Boydel, K.M. (2000) Becoming and remaining homeless: A qualitative investigation. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6), 581-604.
- O'Toole T.P., Gibbon, J.L., Hansua, B.H., Freyder, P.J., Conde, A.M., & Fine, M.J. (2004). Self-reported changes in drug and alcohol use after becoming homeless. *American Journal of Public Health*, 94, 830-835.
- Rivaux, S.L., Sohn, S., Armour, M.P., & Bell, H. (2008). Women's early recovery: managing the dilemma of substance abuse and intimate partner relationships. *Journal of Drug Issues*, 38, 957-980.
- Snyder, C.R. (2005). *Homelessness and health*. In N. Anderson(Ed). Encyclopedia of health and behavior. Thousand oaks. CA: Sage.
- Sosin, M. & Bruni, M. (200). Personal and situational perspectives on rejection of a homelessness and substance abuse program: An exploratory study. *Social Work Research*, 24, 16-27.
- Stump, M. & J. Smith. (2008). The Relationship between Posttraumatic Growth and Substance Use in Homeless Women with Histories of Traumatic Experience. *The American Journal on Addictions*, 17, 478-487.
- Taylor-Seehafer, M., Jacobvitz, D. & Steiker, L. (2008). Patterns of attachment organization, social connectedness, and substance use in a sample of older homeless adolescents. *Journal of Family and Community Health*, 31, 581-588.
- VanBremen, J.R. & Chasnoff, I.J. (1994). Policy Issues for Integrating Parenting Interventions and Addiction Treatment for Women. *National Association for Perinatal Addiction Research and Education*, 14(2), 254-274.