

## تدوین الگویی در جهت ساماندهی زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی شهر کرمانشاه: یک رویکرد کیفی با نظریه داده بنیاد\*

نادر نادری<sup>۱</sup>، فرانک کرمان<sup>۲</sup>، احسان خسروی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۸

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف تدوین الگویی در جهت ساماندهی زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی شهر کرمانشاه انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر با روش نظریه داده بنیاد انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل همه زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی در شهر کرمانشاه بود. ۳۷ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با روش کدگذاری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** براساس مدل پژوهش، علل اصلی پدیده مورد مطالعه شامل عوامل اقتصادی و خانوادگی؛ شرایط زمینه‌ای شامل عوامل فرهنگی و روان‌شناختی؛ عوامل مداخله‌گر شامل عوامل مدیریتی-قانونی و عوامل اجتماعی بود. **نتیجه‌گیری:** اقدامات ساماندهی زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی بصورت تک‌بعدی و صرفاً محدود به مراکز حمایتی-اصلاحی است و پس از پاک‌سازی، متأسفانه این زنان با قطع حمایت‌ها در جامعه رها می‌گردند و از طرفی از آنجایی که این زنان نیز از سوی جامعه طرد شده‌اند، لذا پس از آزادسازی از مراکز حمایتی، جامعه پذیرای این زنان نیست. بنابراین، زمینه بازگشت آنان به حالت اولیه و در نهایت عدم اثربخشی اقدامات ساماندهی و هدر رفت هزینه‌ها را فراهم می‌کند. بنابراین، لازم است پیگیری فرآیندهای حمایتی تا بهبود کامل زنان، در سیاست-گذاری‌ها مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** اعتیاد زنان، آسیب‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی، زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی

\* این مقاله از طرح پژوهشی با حمایت مالی اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه استخراج شده است

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. ایمیل: N.naderi@razi.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری توسعه کشاورزی، گروه ترویج و آموزش کشاورزی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۳. دانشجوی دکتری مدیریت کارآفرینی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

## مقدمه

شیوع رفتارهای پرخطر (مصرف و فروش مواد، بزهکاری، سرقت و...) در میان اقشار مختلف، یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت در سالهای اخیر می باشد (حاجیها و بهرامی احسان، ۱۳۹۹؛ صادقی، اسماعیلی و مقدم، ۱۳۹۸) و با توجه به تغییرات سریع اجتماعی از سوی سازمان‌های بهداشتی و سیاست‌گذاران امر سلامت، به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته‌اند (اسلوسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر موجود در جامعه که با رفتارهای پرخطر مواجه هستند؛ افراد وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان می‌باشند که توانایی اندکی برای سازماندهی زندگی خود دارند (رافعی، علی‌پور، مقانی‌باشی-منصوری و مرادی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹؛ جوادی و پیله‌وری، ۱۳۹۶).

شواهد زیادی مبنی بر ارتباط میان بی‌خانمانی و خیابانی بودن و اعتیاد وجود دارد. افرادی که به چرخه بی‌خانمانی وارد و یا از آن خارج می‌شوند، غالباً همزمان به چرخه سوء مصرف مواد نیز وارد و یا از آن خارج می‌شوند. به طوری که، تخمین زده می‌شود حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد از بی‌خانمان‌ها، مصرف‌کننده مواد مخدر هستند (سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی شهرداری تهران، ۱۳۹۳). همچنین، تحقیقات اخیر مصرف مواد مخدر و الکل را به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده پدیده بی‌خانمانی ذکر کرده‌اند (بودیسکو، سیسلمن-بورجیا و تورینو<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱؛ سیان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایدنز، کاسپرو، تسایا و روسنهک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات زیادی بر وجود ارتباط میان مصرف مواد مخدر و بی‌خانمانی تاکید کرده‌اند (کارور، رینگ، میلر و پارکز<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰؛ داک و سربی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹؛ اوتول<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، به گونه‌ای که تخمین زده شده است که ۵۰ تا ۸۰ درصد از افراد بی‌خانمان، مصرف‌کننده مواد هستند (هاوثورن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

1. Slusky  
2. Rafiey, Alipour, Moghanibashi-Mansourieh & Mardani  
3. Budescu, Sisselman-Borgia & Torino  
4. Syan

5. Edens, Kaspro, Tsai & Rosenheck  
6. Carver, Ring, Miler & Parkes  
7. Duke & Searby  
8. O'Toole  
9. Hawthorne

همچنین، آمارها نشان می‌دهد که ۸۰ درصد از کارتن‌خواب‌ها وابسته به مواد هستند و در واقع علت بی‌خانمان شدن این افراد همان اعتیاد بوده است (سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی شهرداری تهران، ۱۳۹۳). بنابراین، این دو پدیده باید به عنوان دو پدیده وابسته به یکدیگر مورد بررسی قرار گیرند نه به عنوان دو پدیده مستقل (لاو و گیسون، ۲۰۱۱).

در این میان، زنان تشکیل‌دهنده حدود نیمی از جامعه انسانی هستند که در دهه‌های گذشته شواهدی از افزایش زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی و مشارکت آنان در رفتار جنایی و مصرف مواد به دست آمده است (راجوح<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹؛ عنایت و غفاری، ۱۳۹۸؛ رشیدی و براتی، ۱۳۹۵؛ دانش، ملکی و نیازی، ۱۳۹۲). زنان به عنوان هسته اصلی خانواده نقش اساسی در سلامت خانواده و جامعه دارند که جز گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند و به دلیل قرار گرفتن در محیط‌های خطرناک مانند پاتوق‌های فروش مواد، در تامین ابتدایی‌ترین نیازهای مادی و اجتماعی خود دچار بی‌ثباتی و محدودیت هستند و نیز فاقد حمایت‌های ضروری در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، امنیتی و روانی می‌باشند. زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی عموماً به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین و حاشیه‌ترین گروه‌های جامعه به حساب می‌آیند که توانایی اندکی برای سازماندهی زندگی خود 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 (جوادی و پیلهور، ۱۳۹۶). اگرچه بروز مصرف مواد و بی‌خانمانی در سال‌های اخیر در هر دو جنس افزایش یافته است، ولی سرعت افزایش در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بوده است. به طوری که، تا سال ۱۳۷۱ تنها ۵/۸ درصد از مصرف‌کنندگان مواد، زنان بودند. پس از آن این رقم به ۹ درصد رسیده است (رحیمی موقر، ملیری‌خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی و امین اسماعیلی، ۱۳۹۰). هرچند آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان وابسته به مواد بی‌خانمان در کشور وجود ندارد، اما بر اساس برخی پژوهش‌ها، ۹/۶ درصد از افراد وابسته به مواد کشور را زنان تشکیل می‌دهند (ثابتی، ۱۳۹۷).

این سه آسیب اجتماعی (اعتیاد، بی‌خانمانی و خیابانی‌شدن) با یکدیگر ارتباط تنگاتنگی داشته و آسیب‌شناسی مسائل مربوط به زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی همیشه یکی از دشوارترین چالش‌های جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و آسیب‌شناسان اجتماعی در جامعه ما بوده و بسیاری از محققان با محافظه‌کاری و مصلحت‌اندیشی به این موضوع پرداخته‌اند. در سال‌های اخیر شاهد رشد قابل توجه زنان وابسته به مواد بوده‌ایم که بی‌خانمان و خیابانی نیز شده‌اند. مسئله زمانی حادتر می‌شود که بر اساس مستندات موجود، این زنان در معرض خطرات گوناگون همچون اعتیاد، بارداری اجباری، خشونت و آزار جنسی و مبتلا شدن به بیماری‌های خطرناکی مانند ایدز و هیپاتیت قرار دارند. به علاوه، زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی تبدیل به یک تجارت پرسود برای سوداگران مرگ شده‌اند و سودجویان از این زنان برای اعمالی مانند جابجایی مواد مخدر، دزدی و تکدی‌گری بهره می‌جویند (لاو و گیسون، ۲۰۱۱) که این امر زنگ هشدار برای سلامت اجتماعی حال و آینده خود و کشور به حساب می‌آید.

مطالعات اندکی در زمینه زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی انجام شده است که در ادامه به مهم‌ترین و مرتبط‌ترین آنان پرداخته شد. اکبری‌زاده، نجات، حاجبی و جهانپور (۱۳۹۷) در پژوهشی بیان نمودند که سه عامل اصلی بستر مهیای شخصی، بستر مهیا در خانواده و بستر مهیا در جامعه سبب بروز پدیده اعتیاد زنان و به مراتب سایر آسیب‌های اجتماعی آنان شده است. حاجیها، بهرامی‌احسان و رستمی (۱۳۹۷) گزارش کردند که سه عامل خانواده آسیب‌زا، شرایط فردی آسیب‌زا و ازدواج ناموفق از عوامل موثر بر سوء مصرف مواد مخدر در بین زنان وابسته به مواد می‌باشند. فیضی، ویسی‌رایگانی، عبدی، شاکری و مروخی (۱۳۹۴) نشان دادند علل اصلی گرایش به مواد مخدر از دیدگاه افراد وابسته به مواد شامل ارتباط با دوستان و آشنایان، شرکت در مهمانی‌های شبانه، تنهایی و نداشتن دوستان خوب، علاقه به مصرف مواد مخدر و کنجکاوی بوده است. تنهاچافی (۱۳۹۰) نشان داد که گرایش به مصرف و خرید و فروش مواد مخدر یکی از پیامدهای بیکاری در عرصه اجتماعی می‌باشد و بیان نمود که پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که میزان مصرف مواد مخدر و گرایش به خرید و فروش آن در بین طبقات پایین

اقتصادی به مراتب بالاتر از سایر طبقات می‌باشد. سفیری و خادم (۱۳۹۲) نشان دادند که از دست دادن مراجع حمایتی، احساس تنهایی، 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 اولیه به هر طریق ممکن از جمله ویژگی‌های زنان وابسته به مواد بی‌خانمان است. دانش و همکاران (۱۳۹۲) با بررسی نظریه زمینه‌ای درباره علل اعتیاد زنان وابسته به مواد زندانی نشان دادند که مهمترین علل شامل آلوده بودن خانواده به مواد مخدر، نوع منطقه محل سکونت، تنش در زندگی و ارتباط با دوستان وابسته به مواد بود.

رحمانی، بیدادپور، مرادی، کریمی و ملاشیخی (۱۳۹۵) نشان دادند عدم تمایل شرکای جنسی به استفاده از وسایل کاهش آسیب، عدم پابندی مردان به پرداخت هزینه‌های تن‌فروشی، خشونت، آسیب‌های جسمی و جنسی، درخواست تماس‌های جنسی غیرمتعارف، سوءاستفاده و وادار شدن به استفاده از مواد مخدر و مشروبات از جمله عمده‌ترین تجربیات و رفتارهای پرخطری هستند که زنان مورد مطالعه با آن مواجه شده بودند. همچنین عدم پابندی به آموزه‌های دینی، فقر، اعتیاد، طلاق، انحرافات اخلاقی و اجتماعی و عدم داشتن روابط سالم و صحیح خانوادگی نیز مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار در رخداد تن‌فروشی زنان بیان شد. هیل، آمر، ایانو، فیجو و فانتا<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) نشان دادند که مهم‌ترین علت اصلی بی‌خانمانی زنان، اعتیاد آنان است که اعتیاد زنان خیابانی به علل مختلفی از قبیل فشار همسالان، کنجکاو، غلبه بر استرس و به دست آوردن لذت می‌باشد. النصیر و الفلیج<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) در تحقیق خود بر روی زنان وابسته به مواد نشان دادند که انواع مختلفی از آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد به مواد روز به روز در حال افزایش است که از مهم‌ترین علل آن می‌توان به خانواده و نقش همسالان اشاره کرد. مینری و گرین‌هالگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نیز بر این باور هستند که زنجیره‌ای از علل فردی و ساختاری زمینه بی‌خانمانی و خیابانی شدن را مهیا می‌سازد. به زعم آن‌ها، شکسته شدن روابط، محرومیت، فقدان و فقر

1. Haile, Umer, Ayano, Fejo & Fanta  
2. Alnasir & Alfaliq

3. Minnery & Greenhalgh

از جمله مهم ترین این عوامل هستند. مورل-بیلائی، جیورینگ و بویدل<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند که علل بی خانمانی مربوط به ترکیبی از عوامل کلان اجتماعی (فقر، بیکاری، نداشتن مسکن) و خردتر (بیماری های روانی، شبکه های حمایتی ضعیف، رفتارهای مجرمانه، خشونت خانگی و پیشینه غفلت و سوء استفاده های دوران کودکی) و مشکلات سوء مصرف مواد می باشد. وانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)؛ کروسبای، ترل و پاستماک<sup>۳</sup> (۲۰۱۵)؛ پادیلوالوکر، کوین و کویلر<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند که بین میزان نظارت و مراقبت خانواده با توانایی ها و ویژگی های شخصیتی و کاهش مشکلات فرزندان نظیر کاهش احتمال بروز رفتارهای پرخطر جنسی، سوء مصرف مواد مخدر، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد.

باید گفت آسیب های اجتماعی مذکور (اعتیاد، خانمانی و خیابانی شدن) در همه جوامع کم و بیش یافت می شوند و تنها تفاوت در شدت و ضعف و میزان اثر آن ها است. جامعه ایران نیز همواره و در دوران مختلف با آسیب های اجتماعی متفاوتی مواجه بوده که این روند با شدت گرفتن مهاجم فرهنگی و تغییر در سبک زندگی نسل جدید روند فزاینده ای را به خود گرفته است که سلامت اجتماعی را تحت تاثیر قرار داده است. در این راستا، در شهر کرمانشاه نیز تعداد زنان وابسته به مواد بی خانمان و خیابانی نیز در حال افزایش است و مشکلات اجتماعی زیادی را ایجاد نموده اند که نه تنها سلامت خود، بلکه سلامت اجتماعی جامعه را نیز مورد تهدید جدی قرار داده است. با این وجود، این مسائل چندان مورد بررسی علمی قرار نگرفته است و تحقیقات بسیار کمی در این زمینه ها انجام شده است. بررسی تحقیقات مختلف حاکی از آن است که عمده تحقیقات صرفاً به بررسی علل بروز پدیده اعتیاد زنان، بی خانمانی و خیابانی شدن زنان پرداخته اند و هیچ تحقیقی به بررسی همزمان علل اصلی، عوامل موثر، اقدامات صورت گرفته از سوی ادارات ذی ربط و پیامدهای این اقدامات از دیدگاه مسئولان و همچنین زنان وابسته به مواد بی خانمان و خیابانی در جهت ارائه یک بسته به منظور بررسی علت عدم ساماندهی زنان وابسته به مواد

1. Morrell-Bellai, Goering & Boydell  
2. Wang

3. Crosby, Terrell & Pasternak  
4. Padillawalker, Coyne & Coiller

بی‌خانمان و خیابانی و ارائه راهکارهای عملیاتی نپرداخته‌اند. با عنایت به موارد مذکور، هدف اصلی این پژوهش تدوین الگویی در جهت ساماندهی زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی شهر کرمانشاه با رویکرد کیفی نظریه داده‌بنیاد بود و سوال اصلی این بود که الگوی ساماندهی پدیده زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی شهر کرمانشاه چگونه است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی بود و از لحاظ هدف کاربردی و با روش نظریه داده‌بنیاد به روش استراوس<sup>۱</sup> در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ و در شهر کرمانشاه انجام گرفت. نظریه داده‌بنیاد یک روش برای استخراج مفاهیم از دل داده‌ها و سپس ترکیب آن‌ها برای ایجاد یک نظریه می‌باشد (گلاسر و استراوس<sup>۲</sup>، ۱۹۶۷). جامعه مورد مطالعه این پژوهش را دو گروه: ۱- افراد کلیدی و کارشناسان ادارات و سازمان‌های ذی‌ربط در زمینه موضوع مورد پژوهش اعم از کارشناسان اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه، کارشناسان اداره بهزیستی شهرستان کرمانشاه، کارشناسان معاونت اجرایی شهرداری کرمانشاه و همچنین مسئولین ذی‌ربط و کارشناسان در اردوگاه ترک اعتیاد زنان چشمه سفید کرمانشاه (تحت نظر معاونت اجرائیات شهرداری کرمانشاه)، کارشناسان کانون اصلاح و تربیت زنان در اداره کل زندان‌های استان کرمانشاه، کارشناسان فرمانداری کرمانشاه، کارشناسان کمیته امداد امام خمینی (ره) استان کرمانشاه، کارشناسان مراکز اقامتی میان‌مدت مربوط به زنان وابسته به مواد در شهر کرمانشاه (تحت نظارت بهزیستی)، کارشناسان مراکز دیگر مربوط به زنان وابسته به مواد در شهر کرمانشاه (تحت نظارت بهزیستی) و ۲- زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی که از سیستم‌های حمایتی شهرداری، بهزیستی و کانون اصلاح و تربیت زنان در اداره کل زندان‌های استان کرمانشاه استفاده می‌کردند یا اینکه در پاتوق‌های مربوطه و محلات مختلف سطح شهر کرمانشاه حضور داشتند. در این پژوهش، از روش

نمونه‌گیری هدفمند استفاده گردید. مرحله جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. یعنی زمانی که دیگر هیچ اطلاعات جدیدی به دست نیامد و مفاهیم جدیدی شناسایی نشدند. در این تحقیق با تعداد ۳۷ نفر با اشباع نظری حاصل شد (کارشناسان ۲۰ نفر و زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان ۱۷ نفر).

جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه عمیق انفرادی، بحث گروهی و یادداشت‌برداری استفاده شد و برای تمرکز بیشتر، با رضایت شرکت‌کنندگان، از ضبط صوت استفاده گردید. داده‌ها به طور همزمان جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شدند. پایایی و روایی پژوهش نیز با استفاده از تکنیک‌های مثلث‌سازی و کنترل اعضا اندازه‌گیری شد. در تکنیک مثلث‌سازی از روش‌های مختلف شامل پرسیدن سوال از زوایای مختلف، جمع‌آوری داده به وسیله چند محقق (هر کدام برداشت خود را از صحبت‌های افراد کلیدی یادداشت نموده و بعد جمع‌بندی یادداشت‌ها صورت پذیرفت)، جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه با جامعه‌های مختلف و استفاده از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات (مصاحبه عمیق انفرادی، بحث گروهی و یادداشت‌برداری) استفاده شد. همچنین، منظور از کنترل اعضا این است که بعد از اینکه مدل پژوهش محقق شد، به جامعه هدف بازگردانده و به تایید آنان رسید. در نهایت، داده‌ها بر اساس اصول روش‌شناسی نظریه بنیانی که شامل سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی است (کوربین و استراوس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰)، تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

فرایند سه مرحله‌ای کدگذاری داده‌های جمع‌آوری شده به شرح ذیل می‌باشند:

۱- کدگذاری باز: در این مرحله، خط به خط داده‌ها بازنگری شد و پس از تشخیص فرایندها و نکات اصلی، به هر جمله کد داده شد. از آنجا که برای نام‌گذاری کدها از کل کلمات مصاحبه‌شوندگان استفاده شد، کدها استخراج شده، کدهای اساسی نام گرفتند. سپس، محققان تلاش نمودند که ارتباط بین کدها را درک نمایند. در این مرحله، ۷۸ کد



استخراج گردید که نتایج این بخش در ستون "مفاهیم استخراج شده" در جدول ۱ ارائه شده است.

۲- کد گذاری محوری: در کد گذاری محوری، طبقات شکل می گیرند و مفاهیم با توجه به قرابت معنایی در یک طبقه قرار می گیرند. لازمه مرحله کد گذاری محوری، مقایسه دائمی داده‌ها است. در این مرحله، مفاهیم کد گذاری شده را دائماً با هم مقایسه شدند و کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفتند که در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: مفاهیم استخراج شده و طبقات ایجاد شده حاصل از مفاهیم (کد گذاری باز و محوری)**

طبقه محوری	طبقه	کد	مفاهیم استخراج شده حاصل از کد گذاری باز	
شرایط علی (A)	عوامل	Aa1	رفاه اقتصادی	
	اقتصادی	Aa2	بیکاری	
		Aa3	فقر	
		Aa4	تامین هزینه‌های درمان فرزند	
			Aa5	دریافت پول برای خرید مواد
			Aa6	ناتوانی در تامین مخارج زندگی
	عوامل	Ab1	آزادی بیش از حد از سوی خانواده	
		خانوادگی	Ab2	بی سرپرستی و بد سرپرستی
	Ab3		خیانت همسر	
	Ab4		تجاوز ناپدری	
			Ab5	تن فروشی مادر
			Ab6	فرار از ازدواج اجباری
		Ab7	شرایط و روابط خانوادگی نامطلوب	
		Ab8	اجبار شوهر مصرف کننده	
		Ab9	اعضای خانواده مصرف کننده و ساقی	
		Ab10	طلاق و جدایی والدین و عدم توجه والدین	
		Ab11	ناسازگاری با نامادری	
		Ab12	طرد از سوی خانواده	
شرایط زمینه‌ای (B)	عوامل فرهنگی	Ba1	کنجکاوی	
		Ba2	زمینه‌های منطقه‌ای (حاشیه‌ای بودن)	

**جدول ۱: مفاهیم استخراج شده و طبقات ایجاد شده حاصل از مفاهیم (کدگذاری باز و محوری)**

طبقه محوری	طبقه	کد	مفاهیم استخراج شده حاصل از کدگذاری باز
		B <sub>a3</sub>	محرومیت
		B <sub>a4</sub>	اعتقادات ضعیف خانوادگی
		B <sub>a5</sub>	فقر فرهنگی
		B <sub>a6</sub>	عدم آموزش صحیح
		B <sub>a7</sub>	مصرف برای کسب لذت و سرگرمی
	عوامل	B <sub>b1</sub>	کمبودهای عاطفی
	روان-	B <sub>b2</sub>	تنهایی
	شناختی	B <sub>b3</sub>	حس تنفر و انتقام از دنیا
		B <sub>b4</sub>	اختلالات روانی (از نوع اختلالات خلقی)
شرایط مداخله گر	مدیریتی -	C <sub>a1</sub>	بی‌تدبیری مسئولان و عدم ارائه آمار درست
کلان (C <sub>a</sub> )	قانونی	C <sub>a2</sub>	عدم کفایت مسئولان
		C <sub>a3</sub>	کوتاه بودن طول مدت درمان
شرایط مداخله گر	عوامل	C <sub>b1</sub>	ناآگاهی
خرد (C <sub>b</sub> )	اجتماعی	C <sub>b2</sub>	شرایط نامطلوب جامعه
		C <sub>b3</sub>	فقر مهارت‌های اجتماعی
		C <sub>b4</sub>	دسترسی آسان به مواد
		C <sub>b5</sub>	دوستان دختر وابسته به مواد
		C <sub>b6</sub>	دوست پسر وابسته به مواد
		C <sub>b7</sub>	شبکه‌های اجتماعی مجازی و فیلم‌های پورن
راهبردها (D)	اداره کل	D <sub>a1</sub>	شناسایی و پذیرش زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان
	بهزیستی	D <sub>a2</sub>	تاسیس و ارائه خدمات ترک اعتیاد زنان
		D <sub>a3</sub>	تاسیس و ارائه خدمات مراکز Dic زنان
		D <sub>a4</sub>	تاسیس مراکز سرپناه شبانه
		D <sub>a5</sub>	تاسیس مرکز سرپناه گذری
		D <sub>a6</sub>	برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای و N.A
		D <sub>a7</sub>	ارائه خدمات بهداشتی (حمام و...) و تهیه بسته‌های بهداشتی
		D <sub>a8</sub>	ارائه خدمات پزشکی و دارویی
		D <sub>a9</sub>	ارائه کلاس‌های آموزشی حرفه‌آموزی
		D <sub>a10</sub>	معرفی زنان به خیریه‌های مختلف

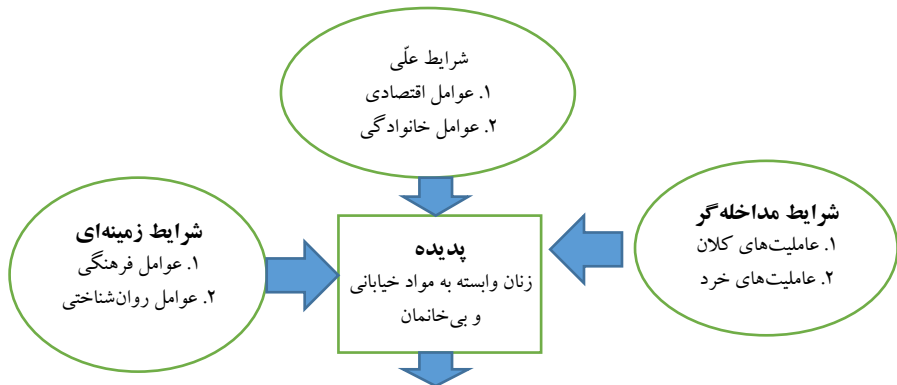
**جدول ۱: مفاهیم استخراج شده و طبقات ایجاد شده حاصل از مفاهیم (کدگذاری باز و محوری)**

طبقه محوری	طبقه	کد	مفاهیم استخراج شده حاصل از کدگذاری باز
		D <sub>a11</sub>	تخصیص بودجه و پرداخت هزینه‌ها به مراکز مربوطه
		D <sub>a12</sub>	ارائه تسهیلات در صورت ارائه گواهی پاکی از اعتیاد جهت اشتغال‌زایی
		D <sub>a13</sub>	برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای برای خانواده‌ها در راستای نحوه برخورد صحیح با افراد آسیب‌پذیر
معاونت اجرائیات		D <sub>b1</sub>	اقدام جهت جمع‌آوری زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان در سطح شهر
شهرداری		D <sub>b2</sub>	پذیرش زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی در اردوگاه‌ها
		D <sub>b3</sub>	ارائه خدمات بهداشتی (حمام، لباس فرم، خدمات پزشکی و دارویی)
		D <sub>b4</sub>	برگزاری کلاس‌های آموزشی-مهارتی در اردوگاه
		D <sub>b5</sub>	ارائه خدمات ورزشی جهت تسریع در ترک
فرمانداری		D <sub>c1</sub>	تسهیل در اخذ مجوزها به ادارات مربوطه (شهرداری و بهزیستی)
		D <sub>c2</sub>	تلاش جهت ایجاد هماهنگی و همیاری بیشتر بین ادارات ذی‌ربط
		D <sub>c3</sub>	تلاش جهت تامین نیازهای اردوگاه‌ها
کمیته		D <sub>d1</sub>	در صورت احراز شرایط، تحت پوشش مالی کمیته امداد
امداد امام (ره)		D <sub>d2</sub>	در صورت احراز شرایط، ارائه خدمات پزشکی و دارویی
		D <sub>d3</sub>	در صورت احراز شرایط، ارائه خدمات مشاوره‌ای
اداره کل		D <sub>e1</sub>	ارائه کلاس‌های مشاوره‌ای در درون زندان بخصوص N.A
زندان‌ها		D <sub>e2</sub>	ارائه خدمات پزشکی و دارویی در درون زندان
(کانون		D <sub>e3</sub>	تست اختیاری و رایگان بیماری‌های هپاتیت و ایدز
اصلاح و تربیت)		D <sub>e4</sub>	غربالگری در درون زندان و پیگیری مشکلات آنان و در صورت نیاز ارجاع آنان به مرکز مشاوره زنان
		D <sub>e5</sub>	معرفی به مرکز مراقبت بعد از آزادی جهت دریافت خدمات پزشکی، دارویی، مشاوره‌ای، شغلی، ارائه وام جهت اشتغال‌زایی
		...	
		D <sub>e6</sub>	معرفی به مراکز بهزیستی در صورت نیاز پس از آزادی
پیامدهای قابل انتظار مربوط		E <sub>a1</sub>	کاهش آسیب‌های جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان

**جدول ۱: مفاهیم استخراج شده و طبقات ایجاد شده حاصل از مفاهیم (کدگذاری باز و محوری)**

طبقه محوری	طبقه	کد	مفاهیم استخراج شده حاصل از کدگذاری باز
به راهبردهای سازمان‌ها		E <sub>a2</sub>	ترک و کاهش اعتیاد و تن‌فروشی در بین بخشی از زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان
		E <sub>a3</sub>	توانمندسازی زنان در زمینه مهارت‌های اجتماعی، روانی و فردی
		E <sub>a4</sub>	افزایش سطح پذیرش این زنان از سوی خانواده‌های آنان و کمک به عدم بازگشت آنان به خیابان و بی‌خانمانی
		E <sub>a5</sub>	توانمندسازی زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان در حوزه کسب درآمد و اشتغال‌زایی و مستقل شدن آنان
		E <sub>a6</sub>	ایجاد انگیزه و روحیه در بین زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان جهت بازگشت به جامعه
		E <sub>a7</sub>	افزایش سطح بهداشت زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان و به طور کلی افزایش سطح بهداشت عمومی جامعه
پیامدهای غیرقابل انتظار		E <sub>b1</sub>	عدم ترک اعتیاد بخشی از زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی به دلیل معیوب بودن چرخه
مربوط به راهبردهای سازمان‌ها		E <sub>b2</sub>	عدم کنترل معضل زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان در سطح شهر و بازگشت آنان به مراحل اولیه (بازگشت به خیابان‌ها و به مراتب بازگشت به کمپ‌ها و...)

۳- کدگذاری انتخابی و طراحی مدل نهایی: کدگذاری انتخابی عبارت است از تلفیق و توأم کردن طبقات به وجود آمده برای شکل‌گیری اولیه چارچوب تحقیق. در این مرحله، جمله‌هایی که قبلاً کدگذاری شده بودند، دوباره با هم ترکیب شدند تا رابطه میان آن‌ها قابل درک شود و سپس نمودار مربوط به آن‌ها ترسیم شد. نمودار ۱ مدل پارادایمیک پژوهش را نشان می‌دهد.



### راهبردها

1. اداره کل بهزیستی: شناسایی و پذیرش زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان، تاسیس و ارائه خدمات ترک اعتیاد زنان، تاسیس و ارائه خدمات مراکز DIC زنان، برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای و N.A، تاسیس مراکز سرپناه شبانه و گذری، ارائه خدمات بهداشتی (حمام و...) و تهیه بسته‌های بهداشتی، ارائه خدمات پزشکی و دارویی، ارائه کلاس‌های آموزشی حرفه-آموزی، تخصیص بودجه و پرداخت هزینه‌ها به مراکز مربوطه، ارائه تسهیلات در صورت ارائه گواهی پاک‌ی از اعتیاد جهت اشتغال‌زایی، برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای برای خانواده‌ها در راستای نحوه برخورد صحیح با افراد آسیب‌پذیر.
2. معاونت اجراییات شهرداری: اقدام جهت جمع‌آوری زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان در سطح شهر، پذیرش زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی در اردوگاه‌ها، ارائه خدمات بهداشتی مانند حمام، لباس فرم، نظافت، خدمات پزشکی و دارویی، ارائه خدمات مشاوره‌ای، ارائه خدمات ورزشی جهت تسریع در ترک. فرمانداری: تسهیل در اخذ مجوزها به ادارات مربوطه بخصوص شهرداری و بهزیستی، تلاش جهت ایجاد هماهنگی و همکاری بیشتر بین ادارات ذی‌ربط، تلاش جهت تامین نیازهای اردوگاه‌ها.
3. کمیته امداد امام (ره): در صورت احراز شرایط، تحت پوشش مالی کمیته امداد، ارائه خدمات پزشکی و دارویی و ارائه خدمات مشاوره‌ای.
4. اداره کل زندان‌ها: ارائه کلاس‌های مشاوره‌ای در درون زندان بخصوص N.A، ارائه خدمات پزشکی و دارویی در درون زندان، تست اختیاری و رایگان بیماری‌های هیپاتیت و ایدز، غربالگری در درون زندان و پیگیری مشکلات آنان و در صورت نیاز ارجاع آنان به مرکز مشاوره زنان، معرفی به مرکز مراقبت بعد از آزادی جهت دریافت خدمات پزشکی، دارویی، مشاوره-ای، شغلی، ارائه وام جهت اشتغال‌زایی و... معرفی به مراکز بهزیستی در صورت نیاز پس از آزادی.

### پیامدها

دور کردن زنان مورد مطالعه از بستر آسیب‌های اجتماعی، افزایش سلامت اجتماعی زنان مورد مطالعه و کل جامعه، جمع‌آوری و پذیرش زنان مورد مطالعه و اقدام به ترک اعتیاد آنان، توانمندسازی از نظر مهارت‌های شغلی و حرفه‌ای، روان‌شناختی و مهارت‌های اجتماعی و زندگی، پیگیری بیماری‌های آنان و تکمیل فرایند درمانی آنان و ارائه خدمات ورزشی، کمک در راستای عدم بازگشت این زنان به سمت اعتیاد و بی‌خانمانی و خیابانی از طریق تسهیل در اشتغال‌زایی از طریق ارائه تسهیلات و آموزش خانواده‌های آنان در پذیرش صحیح زنان مورد مطالعه، در برخی موارد ناکافی بودن اقدامات به طوری که شاهد بروز این پدیده در سطح شهر و بازگشت آنان به دور باطل

### نمودار ۱: مدل پارادایمیک پژوهش

## بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تدوین الگویی در جهت ساماندهی زنان وابسته به مواد بی خانمان و خیابانی شهر کرمانشاه بود. نتایج تحلیل کیفی نشان داد که علل اصلی پدیده زنان وابسته به مواد بی خانمان و خیابانی به دو دسته عوامل اقتصادی و عوامل خانوادگی تقسیم می شود. از جمله مفاهیمی که در طبقه عوامل اقتصادی به عنوان مهم ترین عامل بروز پدیده مورد بررسی جای گرفتند می توان به رفاه اقتصادی خانواده، کمبود درآمد، بیکاری، فقر، تامین هزینه های درمان فرزند، دریافت پول برای خرید مواد و ناتوانی در تامین مخارج زندگی اشاره نمود. این بخش از یافته ها با یافته های اکبری زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ تنهاچافی (۱۳۹۰)؛ سفیری و خادم (۱۳۹۲)؛ رحمانی و همکاران (۱۳۹۵)؛ مینری و گرین هالگ (۲۰۰۷) و مورل-بیلائی و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارد. در این زمینه می توان گفت مفاهیم موجود در این طبقه به گونه ای وابسته به یکدیگر می باشند و دارای رابطه علت معلولی هستند، به گونه ای که فقر در کنار بیکاری می تواند به عنوان یک عامل مخرب اساسی عمل کند و زندگی خانواده ها را به سمت انواع آسیب ها سوق دهد. از طرف دیگر، نداشتن پول برای خرید مواد موجب می شود زنان در هنگام نیاز، برای دریافت مواد مخدر به هر اقدامی دست بزنند و از این طریق علاوه بر اعتیاد به سمت بسیاری دیگر از کجروی ها و آسیب های اجتماعی روی آورند.

عوامل خانوادگی مانند آزادی بیش از حد از سوی خانواده، بی سرپرستی و بد سرپرستی، خیانت همسر، تجاوز ناپدیری، تن فروشی مادر، فرار از ازدواج اجباری، شرایط و روابط خانوادگی نامطلوب، اجبار شوهر مصرف کننده، اعضای خانواده مصرف کننده و ساقی، طلاق و جدایی والدین و عدم توجه والدین، ناسازگاری با نامادری و طرد از سوی خانواده به عنوان یکی دیگر از عوامل مهم مورد بحث قرار گرفت. یافته های پژوهشگرانی همچون حاجیها و همکاران (۱۳۹۷)؛ اکبری زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ فیضی و همکاران (۱۳۹۴)؛ سفیری و خادم (۱۳۹۲)؛ دانش و همکاران (۱۳۹۲)؛ رحمانی و همکاران (۱۳۹۵)؛ هیل و همکاران (۲۰۲۰)؛ النصیر و الفلیح (۲۰۱۶)؛ مینری و گرین هالگ (۲۰۰۷) و مورل-بیلائی و همکاران (۲۰۰۰) بر عوامل خانوادگی به عنوان عنصر اساسی در اعتیاد و بی خانمان

شدن افراد تاکید دارند. در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان گفت که خانواده نقش اساسی در اعتیاد و به مراتب در بی‌خانمانی و خیابانی شدن زنان دارد، چرا که در این خانوارها زمینه اعتیاد، فقر، تن‌فروشی و بی‌خانمانی به نحوی فراهم است. بسیاری از والدین فکر می‌کنند اگر پول در اختیار فرزندان خود قرار دهند، وظیفه پدر یا مادری خود را ایفا نموده‌اند، غافل از اینکه فرزندان احتیاجات دیگری دارند که باید به آن توجه گردد. باید گفت شرایط امروزی جامعه طوری است که صمیمیت در خانواده‌ها کم شده و همین می‌تواند زنگ خطری برای اعضای خانواده باشد. در واقع عصر ارتباطات و فضای مجازی باعث دور شدن اعضای خانواده از یکدیگر شده است و این امر تأثیرات مخربی بر خانواده و جامعه خواهد گذاشت. بنابراین، خانواده به عنوان محل رشد و تکامل فرزندان نقش اساسی در تعیین سرنوشت اعضا خانواده بخصوص دختران خانواده را بر عهده دارد. در نتیجه، باید سطح نظارت سرپرستان در خانواده‌ها نسبت به تمام اعضا خانواده بخصوص زنان و دختران بالا باشد.

۹۹

99

طبق نتایج حاصل از پژوهش حاضر، عوامل فرهنگی و عوامل روان‌شناختی نقش شرایط زمینه‌ای و بسترساز را در بروز پدیده مورد مطالعه داشتند. در رابطه با عوامل فرهنگی باید گفت پایین بودن فرهنگ و زندگی در مناطق حاشیه‌ای زمینه را برای سوق دادن افراد به سمت اعتیاد و به مراتب بی‌خانمانی و خیابانی شدن فراهم می‌کند. وجود اعتقادات ضعیف خانوادگی، محرومیت‌ها، کنجکاوی‌ها و کسب لذت از طریق روابط نامشروع زمینه را برای اعتیاد و به مراتب روسپی‌گری و بی‌خانمانی زنان در مناطق حاشیه‌ای فراهم می‌کند که این امر حاکی از پایین بودن سطح فرهنگی این مناطق است. باید گفت منع یک عمل ممکن است موجب ایجاد کنجکاوی در فرد گردد و فرد را به سمت آن عمل سوق دهد. همچنین، عوامل فرهنگی رابطه تنگاتنگی با عوامل خانوادگی و روان‌شناختی دارند. طرد از جانب خانواده و از دست دادن ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن طرد از جامعه بزرگتر و قضاوت‌های منفی افراد می‌تواند شرایطی را در خانواده و اجتماع فراهم کند که فرد حمایت‌ها و سرمایه‌های اجتماعی را از دست می‌دهد و از ادامه زندگی ناامید خواهد شد. یافته‌های اکبری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ دانش و همکاران

(۱۳۹۲)؛ رحمانی و همکاران (۱۳۹۵)؛ مینری و گرین‌هالگ (۲۰۰۷) و مورل-بیلاوی و همکاران (۲۰۰۰) بر تاثیر عوامل فرهنگی تاکید دارند. باید در مناطق حاشیه‌ای شهر ضمن تقویت خانوارها از نظر وضعیت اقتصادی، با ارائه برنامه‌های فرهنگی-مذهبی سعی در ارتقا وضعیت فرهنگی و به مراتب تقویت اعتقادات فردی این خانوارها بخصوص در زنان و دختران آنان نمود تا از این طریق زمینه خروج این زنان و دختران از چرخه باطل اعتیاد، بی خانمانی و خیابانی شدن آنان را فراهم نمود. نکته مهم در زمینه فرهنگ‌سازی آن است که باید آموزش‌ها را در سنین پایین جهت فرهنگ‌سازی ارائه نمود.

در زمینه عوامل روان‌شناختی به عنوان دیگر عامل شرایط زمینه‌ای، آنچه که مشخص است اختلالات روانی چه از نظر اختلالات خلقی و چه از نوع اختلالات شخصیت است که زمینه بروز پدیده اعتیاد و به مراتب خیابانی و بی‌خانمانی شدن زنان را به وجود آورده است. همان‌طور که ذکر شد، طرد خانوادگی و دیده نشدن در خانواده موجب کمبودهای عاطفی و احساس تنهایی در افراد می‌شود که برای پر کردن خلاهای عاطفی خود به افراد مختلف روی خواهند آورد و به راحتی به آنان اعتماد خواهند کرد. غافل از اینکه همین افراد بزرگترین خطر برای آنان است و زندگی آنان را به سمت نابودی و تباهی خواهد کشاند. این بخش از یافته‌ها با نتایج حاجیها و همکاران (۱۳۹۷)؛ اکبری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ فیضی و همکاران (۱۳۹۴)؛ سفیری و خادم (۱۳۹۲)؛ دانش و همکاران (۱۳۹۲)؛ رحمانی و همکاران (۱۳۹۵) و مورل-بیلاوی و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارد. زنان و دختران باید در سطح و درون خانواده خود بخصوص در این مناطق حاشیه‌ای جایگاه واقعی خود را تصاحب کنند. متأسفانه به دلیل شرایط مختلف بخصوص مالی حاکم بر خانوارها، این زنان و دختران با کمبودهای عاطفی مواجهه می‌گردند و آنان در تلاش‌اند که در خارج از منزل و خانوار به دنبال تامین آن باشند. لذا ناخواسته به دنبال انواع آسیب‌های اجتماعی پر خطر می‌روند که باید از طریق آموزش و آگاه‌سازی هم به خانوارها و هم به این زنان زمینه بروز کمبودهای عاطفی را به صورت ریشه‌ای مرتفع نمود. طبقه محوری سوم شامل عوامل مداخله‌گر کلان و خرد بودند. در سطح کلان عوامل مدیریتی-قانونی جای دارد که شامل بی‌تدبیری مسئولان و عدم ارائه آمار درست، عدم



کفایت مسئولان و کوتاه بودن طول مدت درمان می‌باشد. یافته‌ها حاکی از آن است که در سطح کلان کشوری اقدامات و سیاستگذاری‌های مناسب و کافی در راستای ساماندهی و کنترل زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی صورت نگرفته است. باید گفت که عمده این اقدامات و هزینه‌ها ناقص و دارای چرخه‌ی معیوب است و لذا صرفاً بخشی از فرآیند درمانی و کنترلی این زنان توسط سیاستگذاران و قوانین پیگیری می‌شود. چه بسا پس از خروج این زنان از حمایت‌های قانونی و اقدامات صورت گرفته، زمینه بازگشت آنان به سمت اعتیاد و خیابانی و بی‌خانمانی فراهم می‌گردد. این بخش از یافته‌ها با نتایج اکبری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) و سفیری و خادم (۱۳۹۲) همخوانی دارند. بنابراین، مسئولان و سیاستگذاران در سطوح کلان و خرد باید به پدیده‌ی اعتیاد زنان و به مراتب خیابانی بودن و بی‌خانمانی آنان را به صورت یک چرخه باطل نگاه کنند و با سیاستگذاری صحیح و ارائه تسهیلات مناسب سعی در رفع علل بروز این پدیده و همچنین عدم بازگشت زنان پاک به چرخه باطل اعتیاد، خیابانی و بی‌خانمانی داشته باشند.

در سطح شرایط مداخله گر خرد نیز مصاحبه شوندگان به عواملی شامل عاملیت‌های ناآگاهی، شرایط نامطلوب جامعه، فقر مهارت‌های اجتماعی، دسترسی آسان به مواد، دوستان دختر وابسته به مواد، دوست پسران وابسته به مواد و عدم کنترل شبکه‌های اجتماعی مجازی و فیلم‌های پورن اشاره کردند. این عوامل در سطح جوامع و محلات مستعد زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان، بخصوص مناطق و محلات حاشیه‌نشین شهر به وفور مشهود است. ناآگاهی زنان عامل مهمی در ایجاد رفتارهای پرخطر در آنان است. متأسفانه برخی زنان از عواقب اعتیاد آگاهی ندارند و گاهی برای درمان بیماری و یا تسکین درد خود به مصرف موادی همچون تریاک روی خواهند آورد و با خود می‌گویند که با یکبار مصرف درگیر نمی‌شوند، غافل از اینکه در مصرف اول به خاطر حس خوبی که به آنان دست می‌دهد دنبال تجربه مجدد آن حس می‌روند تا زمانی که گرفتار شوند. بنابراین، ناآگاهی موجب رفتار پرخطر در آنان می‌گردد. فقر مهارت‌های اجتماعی در کنار ناآگاهی زنان بر وخامت اوضاع دامن زده و هر روزه عامل بسیاری از آسیب‌های اجتماعی در جامعه است. بسیاری از زنان مهارت نه گفتن ندارند و زمانی که به آنان مواد مخدر

تعارف شود، قبول می‌کنند و همین امر موجب آسیب رساندن به آن‌ها می‌شود. این بخش از یافته‌ها با نتایج اکبری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ تنهاچافی (۱۳۹۰)، سفیری و خادم (۱۳۹۲)؛ رحمانی و همکاران (۱۳۹۵)؛ هیل و همکاران (۲۰۲۰)؛ النصیر و الفلیح (۲۰۱۶)؛ مینری و گرین‌هالگ (۲۰۰۷) و مورل-بیلائی و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارند. به طور کلی باید نسبت به آگاه‌سازی زنان و کسب مهارت‌های اجتماعی آنان در رابطه با پدیده اعتیاد و پیامدهای آن بخصوص در مناطق پرخطر اقدام شود و همچنین سیاست‌گذاران باید در راستای ارائه حرفه‌آموزی و سپس ارائه تسهیلات مناسب جهت راه‌اندازی کسب و کار و زمینه‌سازی خروج زنان از چرخه باطل فقر و مستقل شدن آنان گام بردارند.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد سازمان‌های مختلف برای ساماندهی و کنترل پدیده زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان راهبردهای مختلفی را به کار برده‌اند. اولین سازمان، بهزیستی بود که به عنوان اصلی‌ترین متولی تاکنون اقدامات مناسبی برای ساماندهی زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان انجام داده است. این اقدامات شامل (۱) شناسایی و پذیرش زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان، (۲) تاسیس و ارائه خدمات ترک اعتیاد زنان، (۳) تاسیس و ارائه خدمات مراکز Dic زنان، (۴) تاسیس مراکز سرپناه شبانه، (۵) تاسیس مراکز سرپناه گذری، (۶) برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای و N.A، (۷) ارائه خدمات بهداشتی (حمام و...) و تهیه بسته‌های بهداشتی، (۸) ارائه خدمات پزشکی و دارویی، (۹) ارائه کلاس‌های آموزشی حرفه‌آموزی، (۱۰) معرفی زنان به خیریه‌های مختلف، (۱۱) تخصیص بودجه و پرداخت هزینه به مراکز مربوطه، (۱۲) ارائه تسهیلات در صورت ارائه گواهی پاکی از اعتیاد جهت اشتغال‌زایی و (۱۳) برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای برای خانواده‌ها در راستای نحوه برخورد با و پذیرش صحیح افراد آسیب‌پذیر بخصوص پس از پاکی می‌باشد. پیامدهای این اقدامات شامل دور کردن زنان مورد مطالعه از بستر آسیب‌های اجتماعی؛ ترک اعتیاد زنان مورد مطالعه؛ توانمندسازی از نظر مهارت‌های شغلی، حرفه‌ای، روان‌شناختی و مهارت‌های اجتماعی و زندگی؛ پیگیری بیماری‌های آنان و تکمیل فرایند درمانی آنان و کمک در راستای عدم بازگشت این زنان به سمت اعتیاد و

بی‌خانمانی و خیابانی از طریق تسهیل در اشتغال‌زایی از طریق تسهیلات و مهارت آموزشی و آموزش خانواده‌های آنان در پذیرش صحیح زنان مورد مطالعه اشاره نمود.

دومین سازمان، شهرداری کرمانشاه بود که کارشناسان بیان نمودند اقداماتی انجام شده که عبارتند از: ۱) اقدام جهت جمع‌آوری زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان در سطح شهر، ۲) پذیرش زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی در اردوگاه‌های ترک اعتیاد، ۳) ارائه خدمات بهداشتی، پزشکی و دارویی، ۴) برگزاری کلاس‌های آموزشی-مهارتی در اردوگاه و ۵) ارائه خدمات ورزشی. پیامدهای حاصل از این اقدامات شامل کمک در فرآیند جمع‌آوری و پذیرش آنان و کمک در ترک این زنان بود که در این راستا به آنان خدمات مشاوره‌ای، بهداشتی-درمانی، ورزشی و کلاس‌های آموزشی حرفه‌ای و شغلی ارائه می‌گردد. مرور نتایج نشان می‌دهد با اینکه اقدامات مهمی صورت گرفته است اما متأسفانه شاهد آن هستیم که دوره‌های بعدی، زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمانی که قبلاً توسط این مرکز به صورت پاک تحویل جامعه داده بودند مجدداً در سطح شهر جمع‌آوری و پذیرش شده‌اند. در واقع باید گفت سازمان‌های ذی‌ربط تنها یک بعد از چرخه‌ی اعتیاد و بازگشت این قبیل از زنان به جامعه هستند. جامعه و خانواده و حتی خود افراد ابعاد دیگر هستند که نقش پررنگ‌تری دارند. جامعه و خانواده افراد آسیب‌پذیر نیز باید پذیرای این زنان باشند و در صورت عدم پذیرش صحیح از سوی آنان متأسفانه شاهد این دور باطل خواهیم بود.

فرمانداری کرمانشاه دیگر اداره‌ای بود که مورد بررسی قرار گرفت. کارشناسان این اداره بیان نمودند که عمده اقدامات فرمانداری شامل تسهیل در ارتباطات بین سازمان‌های متولی، ایجاد هماهنگی‌های لازم، ارائه مجوزهای لازم و تلاش در راستای تامین نیازهای مراکز تحت ادارات متولی شهرستان بود. آنان در زمینه پیامدها در زمینه سامان‌دهی زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی بیان نمودند اگرچه اقدامات مناسبی از سوی متولیان اصلی و تحت حمایت انجام گرفته است، اما این اقدامات کافی نبوده و همچنان شاهد بروز این پدیده در سطح شهر و بازگشت آنان به دور باطل هستیم.

سازمان بعدی که در زمینه زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی فعالیت داشت، کمیته امداد بود. کارشناسان کمیته امداد به عنوان یک نهاد متولی و حمایت‌گر قشر ضعیف جامعه بیان نمودند که متأسفانه از نظر قانونی به طور مستقیم مسئولیت و ردیف بودجه‌ای برای حمایت از زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی را ندارند، مگر آنکه که شرایط سازمان ما را در سایر بندها احراز کنند و آنگاه تحت حمایت ما قرار گیرند که عمده خدمات در صورت احراز شرایط شامل ارائه حمایت‌های مالی، مشاوره‌ای و درمانی است. بنابراین، تحت این شرایط کمیته امداد در عمل نقش اساسی را ساماندهی زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان ارائه نمی‌دهد.

آخرین سازمان مورد بررسی، اداره کل زندان‌های استان کرمانشاه بخصوص قانون اصلاح و تربیت زنان کرمانشاه بود. این سازمان اقداماتی همچون ارائه خدمات پزشکی- دارویی، مشاوره‌های شغلی، روان‌شناختی، اجتماعی و مهارت‌های زندگی، تست رایگان بیماری‌های مقاربتی، غربالگری در زندان و در صورت نیاز معرفی آنان به مراکز مشاوره زنان را در دستور کار خود قرار داده است. طبق نتایج، بیشتر اقدامات این ارگان در درون زندان می‌باشد ولی در مواردی، پس از آزادی زنان به آنان خدمات داده می‌شود که از جمله این خدمات می‌توان معرفی آنان به بهزیستی جهت تکمیل فرایند درمانی آنان پس از آزادی و یا معرفی به خیریه در جهت اشتغال‌زایی زنان می‌باشد.

به صورت نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت عمده اقدامات ساماندهی زنان وابسته به مواد بی‌خانمان و خیابانی بصورت تک‌بعدی و صرفاً محدود به مراکز حمایتی-اصلاحی است و پس از پاک‌سازی، متأسفانه این زنان با قطع حمایت‌ها در جامعه رها می‌گردند و از طرفی از آنجایی که این زنان نیز از سوی جامعه طرد شده‌اند، پس از آزادسازی از مراکز حمایتی متأسفانه جامعه پذیرای این زنان نیست و زمینه بازگشت آنان به حالت اولیه و در نهایت عدم اثربخشی اقدامات ساماندهی و هدر رفت هزینه‌ها را فراهم می‌کند. همچنین، براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، عوامل مختلفی در بروز پدیده زنان وابسته به مواد خیابانی و بی‌خانمان نقش دارند و هر کدام از این عوامل به تنهایی یا در تعامل با عوامل دیگر می‌توانند در افزایش آسیب‌های اجتماعی نقش داشته باشند. به نظر می‌رسد نقش

عواملی همچون عوامل اقتصادی و عوامل خانوادگی به عنوان مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار در بروز پدیده مورد مطالعه آشکارتر است، اگرچه عوامل دیگری همچون عوامل فرهنگی، روان‌شناختی، مدیریتی و اجتماعی در سطح پایین‌تری می‌تواند موجبات لازم در جهت بروز پدیده مورد مطالعه فراهم سازند. واضح است استقرار هرگونه برنامه مداخله‌ای و ساماندهی در راستای کاهش اثرات این عوامل هم در سطح جامعه و هم در سطح گروه‌های آسیب‌پذیر، علاوه بر کاهش اعتیاد، بی‌خانمانی و خیابانی شدن، می‌تواند در کم کردن سایر آسیب‌های اجتماعی همچون طلاق و فروپاشی خانواده‌ها موثر باشد و منجر به ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه گردد.

براساس یافته‌ها، پیشنهادهای اجرایی زیر ارائه می‌گردد. با توجه به اینکه نتایج نشان داد مناطق حاشیه‌ای و فقیر از نظر درآمدی و اقتصاد در سطح پایین‌تری قرار دارند، لذا در راستای ساماندهی این زنان پیشنهاد می‌گردد نسبت به ارائه تسهیلات مالی و توانمندسازی آنان در راستای حرفه‌آموزی همراه با خرید تضمینی و بازاریابی رایگان محصولات آنان از سوی ادارات ذی‌ربط و متولی اقدام گردد تا از این طریق سایر آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر مانند تن‌فروشی و بی‌خانمانی و ارتکاب جرم مانند فروش مواد مخدر و سرقت و... کاهش یابد.

نتایج نشان داد که عوامل خانوادگی و فرهنگی در ایجاد پدیده مذکور نقش اساسی داشتند. بنابراین، در راستای ساماندهی این زنان و فرهنگ‌سازی صحیح و کنترل آسیب‌های اجتماعی باید از طریق رسانه‌های عمومی، آگاه‌سازی والدین مورد توجه قرار گیرد. همچنین، در مناطق حاشیه‌ای کلاس‌های مددکاری و مشاوره‌ای برای خانواده‌ها و دختران برگزار گردد تا از این طریق بتوان از به دام افتادن نسل‌های جدید در دام آسیب‌های اجتماعی جلوگیری گردد. همچنین، به نظر می‌رسد درمان به موقع و بازپروری والدین و افراد وابسته به مواد خانواده و همچنین آموزش والدین جهت حمایت مناسب و تعامل صحیح با فرزندان می‌تواند نوعی اقدام پیشگیرانه بخصوص برای نسل جدید به منظور جلوگیری از افتادن در دام اعتیاد و سایر معضلات اجتماعی باشد.

از آنجا که یکی از مسائل مطرح شده، عدم پذیرش زنان اصلاح یافته در زندان از سوی جامعه و کارفرمایان است، پیشنهاد می‌گردد اقداماتی شامل این موارد مورد توجه قرار گیرد: (۱) بهبود نگرش صاحبان کسب و کار نسبت به زنان دارای گواهی پاکی به عنوان بیماران بهبود یافته، (۲) تصویب معافیت‌های مختلف مانند معافیت‌های مالیاتی برای صاحبان مشاغلی که این قبیل زنان را در کسب و کار خود استخدام می‌کنند، (۳) ارائه تسهیلات بدون سود با بازپرداخت بلندمدت به کسب و کارهایی که پس از تاسیس صرفاً از این زنان در کسب و کار خود استفاده کنند و (۴) افرادی که توانایی مالی دارند (مانند خیرین) در شهر کرمانشاه کارگاه‌هایی را هم درون زندان و هم بیرون از زندان راه اندازی نمایند و فقط زنان دارای سابقه اعتیاد با گواهی پاک را استخدام نمایند.

در راستای ساماندهی زنان مورد مطالعه و حذف دور باطل بازگشت زنان اصلاح یافته، با توجه به اینکه از عوامل موثر بر بروز پدیده مورد مطالعه عوامل مدیریتی-قانونی بود، پیشنهاد می‌گردد در سطح کلان جامعه قوانینی در راستای حمایت کامل چرخه ترک اعتیاد زنان وضع گردد و این قوانین صرفاً تکبعدی و محدود به ترک اعتیاد در مراکز مربوطه نگردد و پس از ترک اعتیاد این زنان و خروج آنان از مراکز ترک اعتیاد نیز فرایند ارائه خدمات مختلف مانند درمانی-مشاوره‌ای، حرفه‌آموزی و استخدامی و... به طور کلی و در قالب یک بسته حمایتی را شامل شوند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی است که با سفارش و حمایت مالی اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه انجام پذیرفته است. بدین وسیله گروه تحقیق از تمام حمایت‌ها و زحمات آن اداره کل، سپاسگزاری و قدردانی می‌نماید.

### منابع

اکبری زاده، فاطمه؛ نجات، سحرناز؛ حاجبی، احمد و جهانپور، فائزه (۱۳۹۷). زنان معتاد بوشهر چگونه معتاد شدند؟ (یک مطالعه کیفی). *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۸(۱)، ۴۳-۴۳.

- تنهاچافی، نجمه (۱۳۹۰). *بررسی مسائل اشتغال و بیکاری در ایران*. تهران: موسسه اندیشه و پژوهش هزاره.
- ثابتی، مریم (۱۳۹۷). *بررسی عوامل فرهنگی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر (مورد مطالعه شهر تهران)*. *فصلنامه دانش مبارزه با مواد مخدر*، ۶(۲)، ۳۸-۲۷.
- جوادی، سیدمحمدحسین و پیله‌ور، اعظم (۱۳۹۶). *بررسی تجربه زیسته مصرف کنندگان بی‌خانمان: پژوهشی کیفی*. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۴۸-۲۸.
- حاجیه‌ها، ضحی و بهرامی‌احسان، هادی (۱۳۹۹). *عوامل فردی آشکارساز و سوسه در زنان معتاد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی گراندد ثنوری*. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۸۲-۴۷.
- حاجیه‌ها، ضحی، بهرامی‌احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). *تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران: دستیابی به یک الگوی تبیینی*. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۳۴-۱۱۱.
- دانش، پروانه؛ ملکی، امیر و نیازی، زهره (۱۳۹۲). *نظریه زمینه‌ای درباره علل زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان*. *مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی*، ۱(۴)، ۱۴۵-۱۲۵.
- رحمانی، خالد؛ بیدارپور، فرزام؛ مرادی، قباد؛ کریمی، محمد و ملاشیحی، مهری (۱۳۹۵). *تجربیات زنان تن‌فروش از رفتارهای پرخطر و علل بروز این رفتارها از دیدگاه آنان و مسئولان مرکز مشاوره: یک مطالعه کیفی*. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۵(۴)، ۳۳۶-۳۲۶.
- رحیمی‌موقر، آفرین؛ ملیری‌خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). *بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد*. *مجله روان‌پزشکی و روان-شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۲۵-۱۱۶.
- رشیدی، احمد و براتی، مریم (۱۳۹۵). *بررسی وضعیت زنان زندانی و روش‌های بازپروری آن‌ها (مطالعه موردی زندانیان اراک در سال ۱۳۹۴)*. *پژوهش‌نامه زنان*، ۷(۳)، ۹۳-۶۷.
- سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی شهرداری تهران (۱۳۹۳). *گفتگو با مدیرعامل سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی " ۱۵ هزار بی‌خانمان در پایتخت / ۸۰ درصد کارتن‌خواب‌ها معتادند*. قابل‌بازرسی از سایت: <http://swsc.tehran.ir>
- سفیری، خدیجه و خادم، رسول (۱۳۹۲). *بررسی وضعیت امید به زندگی زنان بی‌خانمان شهر تهران (مطالعه موردی: مرکز نگهداری موقت زنان بی‌خانمان شهرداری تهران «سامانسرای لویزان»)*. *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۶(۱)، ۷۰-۵۱.

- صادقی، آناهیتا؛ اسماعیلی، علی و مقدم، اعظم (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان معتاد ترک کرده. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۱۳۹-۱۵۵.
- عنایت، حلیمه و غفاری، داریوش (۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۳۱-۵۴.
- فیضی، حسین؛ ویسی‌رایگانی، علی‌اکبر؛ عبدی، علیرضا؛ شاکری، جلال و مردوخی، مهدی (۱۳۹۴). علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۲)، ۴۷-۵۶.

## References

- Alnasir, F. A., & Alfalij, A. A. (2016). Factors affecting juvenile delinquency in Bahrain. *Journal of General Practice*, 4 (229), <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9126.1000229>
- Budescu, M., Sisselman-Borgia, A., & Torino, G. A. (2021). Discrimination, self-harming behaviors and emotional quality of life among youth experiencing homelessness. *Journal of Social Distress and Homelessness*. <https://doi.org/10.1080/10530789.2021.1879616>
- Carver, H., Ring, N., Miler, J., & Parkes, T. (2020). What constitutes effective problematic substance use treatment from the perspective of people who are homeless? A systematic review and meta-ethnography. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-0356-9>.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Ground theory research procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13 (1), 3-21.
- Crosby, R., Terrell, L., & Pasternak, R. (2015). Is perceived parental monitoring associated with sexual risk behaviors of young Black males? *Preventive Medicine Reports*, 2, 829-832.
- Duke, A., & Searby, A. (2019). Mental Ill Health in Homeless Women: A Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(7), 605-612.
- Edens, E. L., Kaspro, 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.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publications Company, New York.
- Haile, K., Umer, H., Ayano, G., Fejo, E., & Fanta, T. (2020). A qualitative exploration of substance misuse among homeless women in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02626-9>.
- 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(1), 26-32.
- Lowe, J., & Gibson, S. (2011). Reflections of a homeless population's lived experience with substance abuse. *Journal of Community Health Nursing*, 28(2), 92-104.
- 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., & Boydell, 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(5), 830-835.
- Padillawalker, L. M., Coyne, S. M., & Coiller, K. M. (2016). Longitudinal relations between parental media monitoring and adolescent aggression, prosocial behavior, and externalizing problems. *Journal of Adolescence*, 46, 86-97.
- Rafiey, H., Alipour, F., Moghanibashi-Mansourieh, A., & Mardani, M. (2019). The lived experiences of becoming a homeless person with addiction in Tehran: how they are withdrawn from the mainstream community? *Journal of Social Distress and the Homeless*, 28(1), 65-71.
- Rugoho, T. (2019). *Drug Use and Addiction Amongst Women with Disabilities Who Are Commercial Sex Workers in Zimbabwe*. In *Addiction in South and East Africa* (pp. 229-239). Palgrave Macmillan, Cham.
- Slusky, R. I. (2004). Decreasing high-risk behavior in teens. A theater program empowers students to reach out to their peers. *Healthcare Executive*, 19(1), 48-49.
- Syan, S. K., Minhas, M., Oshri, A., Costello, J., Sousa, S., Samokhvalov, A. V., ... & MacKillop, J. (2020). Predictors of premature treatment termination in a large residential addiction medicine program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 117, 108077.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L., & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: A three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169.

