

## بررسی تجربه زیسته مصرف کنندگان بی خانمان: پژوهشی کیفی

سیدمحمد حسین جوادی<sup>۱</sup>، اعظم پیله‌وری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۰۸

### چکیده

**هدف:** سوءمصرف مواد یکی از عمده‌ترین مشکلات سلامت بی خانمانان است. مردمی که به سیکل بی خانمانی وارد و یا از آن خارج می‌شوند، غالباً همزمان به سیکل سوءمصرف مواد نیز وارد و یا از آن خارج می‌شوند. رابطه میان سوءمصرف 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 را ضروری می‌سازد. 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 می‌باشد. **روش:** این مقاله با بهره‌گیری از تئوری زمینه‌ای انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با ۲۰ مصرف کننده بی خانمانی که در پروژه نوروبی بازنوانی مصرف کنندگان مواد (۱۳۹۳) شرکت داشتند، جمع‌آوری شده و سپس با استفاده از روش کدگذاری نظری تحلیل شده است. **یافته‌ها:** طردشدگی، تجربه تروما، احساسات و هیجانات منفی، شکل‌گیری سرمایه‌های منفی، انزوای اجتماعی، بی‌تفاوتی اجتماعی و فقدان زیرساخت‌های رفاهی - آموزشی از جمله مهمترین یافته‌های این تحقیق بودند. **نتیجه‌گیری:** 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 می‌کنند.

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

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

۲. نویسنده مسئول: دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، پست الکترونیک: pilevari.a@gmail.com

## مقدمه

اوایل قرن ۲۱ بی‌خانمانی به عنوان یک مشکل اجتماعی در سلامت عمومی مطرح شد (کاتون، اندرسون، ویلکینز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). افراد بی‌خانمان عموماً به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین و حاشیه‌ای‌ترین گروه‌های جامعه به حساب می‌آیند که توانایی اندکی برای سازماندهی زندگی‌شان 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 بی‌خانمان‌ها در ایران وجود ندارد، اما می‌توان به جرات عنوان کرد که تعداد آن‌ها رو به افزایش است. برای فهم درست پدیده بی‌خانمانی شناخت دینامیک ورود به این شکل از زندگی حائز اهمیت است (صدیق سروستانی، نصرافهانی، ۱۳۸۹). تحقیقات اخیر مصرف‌الکل و مواد را به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بی‌خانمانی ذکر کرده‌اند (ایدنز، کاسپرو، تسای<sup>۲</sup> و روزن‌هک، ۲۰۱۱؛ ارلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ فولسوم، هاوثورن، لیندامر<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۰۵)؛ شواهد زیادی مبنی بر ارتباط میان بی‌خانمانی و مصرف مواد وجود دارد (اوتول<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). مردمی که به چرخه بی‌خانمانی وارد و یا از آن خارج می‌شوند، غالباً همزمان به چرخه سوءمصرف مواد نیز وارد و یا از آن خارج می‌شوند. به طوری که تخمین زده می‌شود حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد از بی‌خانمان‌ها، مصرف‌کننده مواد هستند (هاثورن<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۱۲). در نتیجه‌ی ارتباط میان بی‌خانمانی و سوءمصرف مواد، این دو پدیده باید به عنوان پدیده‌های همبود و نه مستقل از هم مورد بررسی قرار گیرند (لاو و گیسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

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

1. Caton, Anderson, & Wilkins  
2. Edens, Kaspro, 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 انگ اجتماعی ناشی از مصرف مواد و درگیری آن ها با فعالیت های مجرمانه اصولاً از خانه هایی که اجاره می کنند، بیرون رانده می شوند و در یک بازه زمانی نه چندان طولانی مجبور به زندگی در خیابان ها، گرمخانه ها و یا سرپناه های شبانه<sup>۱</sup> می شوند. جدای از عوامل موجد روی آوری به اعتیاد، ضعف مهارت های اجتماعی، ضعف کنترل درونی، تضادهای والدینی، وجود الگوی مصرف در خانه، فاصله عاطفی با والدین، سوء استفاده های جسمی (زاهدی اصل، و پیلهوری، ۱۳۹۴؛ پیلهوری، ۱۳۹۵) و پیامدهای حاصل از سوء مصرف مواد، فعالیت های مجرمانه، اختلالات روان پزشکی، اقدام به خودکشی، سوء استفاده های جسمی و... (مک کارتی و هاگان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲)، با بی خانمانی و پیامدهای حاصل از آن نیز مواجه بوده اند. از این رو مداخلات مورد نیاز و البته تاثیر گذار برای مصرف کنندگان بی خانمان، متفاوت از مداخلاتی است که برای افراد صرفاً مصرف کننده صورت می پذیرد. 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 گروه های دوازده قدم- همان بسته ای است که برای سایر مصرف کنندگان پیشنهاد می شود.

اجرای پروژه «بازتوانی مصرف کنندگان مواد مخدر» در نوروز ۹۳ با تاکید بر رویکرد اجتماعی برای اولین بار توسط جمعیت خیریه تولد دوباره، نگارندگان این تحقیق را، به عنوان بخشی از کادر اجرایی، بر آن داشت که در راستای بهبود هر چه بیشتر نتایج این پروژه در آینده، به شناسایی نیازمندی های درمانی مصرف کنندگان بی خانمان 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 متجاهر- از سطح شهر جمع آوری شده و در یک بازه زمانی ۳ ماهه در مراکز اقامتی درمان اعتیاد نگهداری شدند.

1. shelter

2. McCarthy & Hagan

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 مصرف‌کنندگان بی‌خانمان، بضاعت اندک سیاست‌های رفاهی کشور، عدم هماهنگی بین سازمانی، عدم تمایل 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 گنجاندن خدماتی بهتر در برنامه‌های اجتماعی که به منظور کمک به این افراد طراحی می‌شود، گردد.

مطالعات اندکی در زمینه مصرف‌کنندگان بی‌خانمان انجام شده است. اما همین تعداد اندک بیانگر آن است که مصرف‌کنندگان بی‌خانمان، فقر، بیکاری‌های مزمن، حمایت‌های خانوادگی ضعیف، توقیف‌های قضایی، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف و سوءاستفاده را تجربه کرده‌اند. ادبیات موجود همچنین حاکی از آن است که شرایط فوق‌الذکر هم می‌تواند مقدمه و هم نتیجه بی‌خانمانی و اعتیاد باشد و عوامل خطر مشابه‌ای موجب پدیدآیی آن‌ها می‌گردد (لاو و گیسون، ۲۰۱۱). برخی تلاش‌های نظری و تجربی انجام شده در حوزه اعتیاد و کارتن‌خوابی به قرار ذیل می‌باشد:

صدیق سروسستانی و نصر اصفهانی (۱۳۸۹) در تحقیقی به جستجوی علل و ریشه‌های بی‌خانمانی در شهر تهران پرداخته‌اند. داده‌های این تحقیق که حاصل مصاحبه با ۳۲ بی‌خانمان 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 تسهیل‌کننده ورود افراد به بی‌خانمانی

است. مطالعه‌ای توسط کورازون و پاتریشیا<sup>۱</sup> در خصوص تجربه زیسته مردان بی‌خانمان در سال ۱۹۹۵ انجام شده است. محققان در این مطالعه از تئوری ناپیوستگی اجتماعی باهر<sup>۲</sup> بهره گرفته‌اند و از طریق مصاحبه با ۱۰ مرد بی‌خانمان درصدد شناسایی دلایل بی‌خانمانی این افراد، احساس آن‌ها درباره شیوه زندگی‌شان و منابعی که برای زندگی در خیابان به آن‌ها دسترسی دارند، برآمده‌اند. طرد، عدم اطمینان و انزوای اجتماعی سه تم حاصل از مصاحبه‌های انجام شده بوده است. نتایج تحقیق همچنین نشان می‌دهد که غالب شرکت‌کنندگان این تحقیق ناامیدی، بی‌پناهی، ترس و آسیب‌پذیری را تجربه کرده‌اند. آن‌ها غالباً احساس می‌کردند که هیچ کنترلی بر زندگی‌شان ندارند و نگرانی‌های زیادی نیز درباره سلامتی‌شان داشته‌اند. مورل بلای، گورینگ، و بویدل<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) در تحقیقی به کشف چرایی بی‌خانمان شدن افراد و دلیل ماندگاری طولانی مدت این افراد در این چرخه پرداختند. آن‌ها با ۲۹ نفر از جوانان بی‌خانمان مصاحبه داشتند. یافته‌های تحقیق نشان داد مردمی که بی‌خانمان 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) درگیر بوده‌اند. غالب شرکت‌کنندگان این تحقیق تجربه تروما در دوران کودکی را گزارش کرده و بی‌خانمانی‌شان را نیز به مشکلات سوء مصرف مواد نسبت داده‌اند.

سوسین و برون<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) نیز معتقدند یافته‌های تحقیقی سه‌نگرش را در ارتباط با شکست در درمان مصرف‌کنندگان بی‌خانمان منعکس می‌سازند که شامل (۱) ناپیوستگی این افراد با جامعه و خانواده، که نشان‌دهنده تمایل بی‌خانمانان به کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی است؛ (۲) انزوا، فقدان پیوندهای اجتماعی یاری‌گر 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<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) نیز بر این باور هستند

1. Corazon & Patricia  
2. Bahr  
3. Morrell-Bellai, Goering, & Boydel

4. Sosin & Bruni  
5. Minnery & Greenhalgh

که زنجیره‌ای از علل فردی و ساختاری زمینه بی‌خانمانی را مهیا می‌سازد. به زعم آن‌ها شکسته شدن روابط، محرومیت، فقدان و فقر از جمله مهمترین این عوامل هستند. تیلور شیپافر، جاکوبویتز، و استیکر<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) نیز تجربه تروما در کودکی و وجود خانواده‌های ناکارار از زمینه‌ساز سوء مصرف مواد و به تبع آن بی‌خانمانی می‌دانند. در تحقیقی که توسط سفیری و خادم (۱۳۹۲) صورت گرفته، 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 مصرف‌کننده بی‌خانمان ذکر شده است.

در نهایت با توجه به اینکه مصرف مواد در کشور ما روند افزایشی داشته و از آنجا که سوء مصرف مواد مقدمه و نتیجه‌ی بی‌خانمانی است؛ قاعدتاً با روند روبه رشد تعداد بی‌خانمان‌ها در سال‌های آتی مواجه خواهیم شد. این در حالی است که تحقیقات بسیار کمی در زمینه مصرف‌کنندگان بی‌خانمان 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 مصرف‌کنندگان بی‌خانمان 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 حمایت‌کننده از اعضایش محسوب می‌شود. در نتیجه مقاومت اعضای خانواده در پذیرش مصرف‌کننده و حتی بالعکس می‌تواند شکاف قابل توجهی 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: مصرف‌کنندگان بی‌خانمان 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 مصرف‌کنندگان 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، بستر و وضعیت موجودشان تحلیل می‌کند 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 مصرف‌کنندگان بی‌خانمانی بودند که در پروژه 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 مراجعه 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 شرکت‌کنندگان می‌خواست تا دیدگاه‌ها و روایت‌های خود را آزادانه بیان کنند. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و با اجازه شرکت‌کنندگان 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 عمده 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، مرتبط می‌شوند که بیانی از شرایط علی، پدیده زمینه، شرایط میانجی، راهبردهای کنش و کنش متقابل و پیامدها است. در نهایت از این فرآیند، پاسخ به سوالات تحقیق فراهم شد.

### یافته‌ها

در مطالعه ما هیچیک از شرکت‌کنندگان (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 شرکت‌کنندگان از دواج‌های 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) شرکت‌کنندگان 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 سابق شان 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 عمده تقلیل یافت. این مقولات شامل موارد زیر می‌باشند. احساسات و هیجانات منفی، طردشدگی، سرمایه اجتماعی منفی، تجربه تروما، انزوای اجتماعی، بی‌تفاوتی 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 هفت‌گانه تشریح می‌شوند.

۱- احساسات و هیجانات منفی: الف: احساس شرم: احساس شرم و گناه ناشی از مصرف مواد یکی از احساسات غالب در میان شرکت‌کنندگان 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 مصرف‌کننده، فرزند ارشد خانواده بود و والدین، یا حداقل پدر



خانواده در قید حیات نبودند- بیشتر دیده می‌شد. «نمی‌خوام خانواده‌ام اطلاع داشته باشند، کجام. 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...». پدران مصرف‌کننده نیز به سبب قصور در وظایف والدینی خود غالباً چنین احساسی را تجربه کرده بودند. «بچه‌هام بعد مرگ مادرشون یه روز برام نامه نوشته بودند که می‌خوان با خاله شون زندگی کنن، دیگه نمی‌تونستن تحمل کنن... خیلی وقتا پیش خودم میگم الان اونجا چه حالی دارن، دیگه تو این روزگار کی بچه خواهرزنش رو تحویل می‌گیره که شوهر خاله بچه‌هام، دخترای منو... اما روم همیشه برم پیششون، آخه چه طوری... من که برای دخترام پدری نکردم...». مردان مصرف‌کننده زمانی که معتقد بودند خانواده‌های شان برای درمان آنها تلاش کرده‌اند و در این راه متحمل سختی‌های بسیار گشته‌اند، اما موفق به درمان آنها نشده‌اند، رغبت کمی برای بازگشت به خانواده از خود نشان می‌دادند و دلیل عدم رغبت شان نیز احساس شرم ذکر می‌شد. این موضوع در نگاه برخی آنقدر بزرگ بود که بی‌اطلاعی خانواده از وضعیت اسفناک شان را موهبت می‌دانستند. آنها غالباً خود را مایه شرمساری خانواده دانسته و دائماً تاکید می‌کردند که در میان اقوام شان حتی یک فرد سیگاری هم وجود ندارد. این گروه از شرکت‌کنندگان به نسبت کسانی که در خانواده شان الگوهای مصرف وجود داشت، احساس شرم را بیشتر تجربه کرده بودند. «من حدود ۷ ساله با خونواده‌ام هیچ ارتباطی نداشته‌ام، چند بار تا سر کوچه مون هم رفتم. اما پاهام بیشتر یاریم نکردن. از وقتی برادرم ازدواج کرد، خونه نرفتم. دوست نداشتم زن برادرم منو به این روز ببینه... نمی‌خواستم برادرم خجالت بکشه، اگه می‌تونستم برم، خونوادم رو سرشون می‌داشتم، خیلی دوام داشتم، خیلی برا ترک خوابوندنم اما...».

برای رهایی از این حس، غالب مصرف‌کنندگان بیش از پیش به مواد پناه می‌برند (ریواکس، سوهن، آرمور و بل، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد در میان شرکت‌کنندگان 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 می‌دهد، جلوه نماید.

«وقتهایی که ترک می‌کردم می‌رفتم خونونه خواهرم، خجالت می‌کشیدم از اینکه سرریار دامادمونم. خیلی وقتها به خواهرم تیکه می‌نذاخت ... مواد که می‌زدم بی‌عار می‌شدم، آگه چیزیم بهم می‌گفتن، انگار روم اثر نمی‌کرد». «نبودن من کنار خونونوادم یه درده ... اما بودم هزار درده ...، من نمی‌خام مادرم به خاطر من از فامیل طعنه بشنوه ...، نمی‌خوام با این ریخت و قیافه برگردم به شهرم ...، تو این چند سال در به دری یه بار رفتم خونونه. عروسی خواهرزاده‌ام بود ...، نتونستم بغلش کنم ...، تا تهران گریه کردم ...، با خواهرزاده‌ای که اینقدر برام عزیز بود ...، مثلی غریبه احوالپرسی کردم ...، دوست نداشتم نزدیکش بشم ...».

نسبت قابل توجهی از مردان شرکت‌کننده در این تحقیق معتقد بودند که بارها از این‌که 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 مصرف‌کننده‌شان وابسته شوند.

ب: ناامیدی: ناامیدی از دیگر مضمون‌های به دست آمده از تحلیل مصاحبه‌های این تحقیق است. برای درک ناامیدی دانستن تعریف امیدواری لازم است (اشنایدر، ۲۰۰۳). امیدواری چنین تعریف شده است: این‌که فرد بداند چه هدفی دارد، راه‌های مختلف رسیدن به هدف کدامند (تفکر راه‌یاب) و خود را در رسیدن به آن هدف مؤثر بداند (تفکرعامل) (اتیک و کمر، ۲۰۰۹). در مقابل، ناامیدی، نظامی از طرح‌واره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (آپیک، ۲۰۱۰) و به خودپنداره و نیز کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (دیوب، ۲۰۰۵). غالب شرکت‌کنندگان این تحقیق به درمان بیماری‌شان امید نداشتند، به عنوان مثال اسماعیل می‌گفت: «ما معتادها مرخصی داریم اما ترخیصی 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 اصلاً به خودم غره 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 دوازده‌قدم عنوان می‌شود که «ما هیچ‌علاجی 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 سابقاً داشته‌اند نیز آن‌ها را نسبت به درمان بی‌اعتماد و ناامید ساخته است. جدای از ناامیدی نسبت به درمان، شرکت‌کنندگان این تحقیق، به خصوص آن‌ها که از طرف خانواده‌شان پذیرش نمی‌شدند یا حاضر به برقراری ارتباط با خانواده نبودند؛ نسبت به آینده خود بسیار ناامید بودند. «عاقبت یه مصرف‌کننده مثل من چیه. من ی روز یا تو خیابون می‌میرم، یا تو زندان، آگه خیلی شانس بیارم و خدا توفیق بده تو کمپ‌ها... مواد که گذاشته من این شرایط رو طاقت بیارم... مواد می‌زنم تا به آرزوهای به دل موندم، تا به حسرت‌هام، به تنهایی هام، به چیزایی رو که بهشون نرسیدم و چیزهایی که داشتم و قدرشون رو ندونستم فکر نکنم». وجود احساساتی از این دست مانع عمده‌ای 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: طردشدگی 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 مصرف‌کننده 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 مصرف‌کننده به خانواده وارد می‌آورد، باعث جدال میان آن‌ها و اعضای خانواده می‌شود و در طی زمان این موارد سبب طرد و عدم پذیرش مصرف‌کننده 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 زد کسی در رو باز نکرد... تا یک هفته یواشکی خوونه روزیر نظر گرفتم، اما هیچ کدوم از افراد خانواده‌م روندیدم؛ خونه را فروخته بودند و به تمام آشناها هم سپرده بودند که هیچ نشونی از خودشون به من ندهند. یکی دیگر از مردان شرکت کننده عنوان می‌کرد که: "برادر و مادرم با هم زندگی می‌کنند، برادرم از خونه بیرونم کرده، به من گفته اگر یک بار دیگه ببینمت حتماً می‌کشت". نیاز شدید به مواد، مصرف کننده را وادار به ارتکاب انواع اعمال غیر قانونی می‌نماید. 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، گاهی 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 می‌کنند. به عنوان مثال اعضای خانواده یکی از شرکت کنندگان به نام عظیم، بعد از دو سال بی‌خبری از او و حدود سه ماهی که از قطع مصرفش می‌گذشت، حتی حاضر به صحبت با او نبودند. این در حالی بود که همسر عظیم هنوز با خانواده عظیم زندگی می‌کرد. عظیم در این زمینه می‌گوید: "تو خونه ما دیگه هیچ ظرف مسی یا شی با قیمتی وجود نداشت، من همه را فروخته بودم... زخم سرزمین‌های کشاورزی کار می‌کرد، کتکش می‌زدم... پولش رو می‌گرفتم، صرف مواد می‌کردم. برای تهدید زخم بعضی وقتا بچه‌هام رو هم کتک می‌زدم...؛ غالب شرکت کنندگان این تحقیق پس از طرد شدن توسط خانواده و یا بعضاً ترک محل زندگی خانواده، به شهرستان محل سکونت خود باز نگشته بودند.

ب: طرد توسط اجتماع: علاوه بر طرد خانواده، مصرف کنندگان بی‌خانمان اصولاً با طرد توسط افراد جامعه نیز مواجه می‌شوند. شرایط ظاهری نامناسب این افراد، برچسب‌های توأم با اعتیاد و... اصولاً منجر به کناره‌گیری افراد جامعه از آن‌ها می‌شود. طرد اجتماعی در کنار طرد توسط اعضای خانواده منجر به «در حاشیه رانده شدن» هر چه بیشتر این گروه از افراد در جامعه می‌شود. "من مثل به حیوان زندگی می‌کنم، هیچ کس نزدیکم نمی‌شه. از نظر مردم ما انگلیم...، نونوایی که میرم، هرچقدر هم که نونوایی شلوغ باشه به من اولین

نفر نوون می دن ...، تو سوپر مارکت آگه صاحبش بیرون نکنه، مشتری‌ها میان بیرون تا تو خریدت رو بکنی و بری ...، یه بار می خواستم تاکسی سوار شم، مسافرا به راننده گفتن ما پولشو حساب می کنیم. اینوراه نده ...". شرکت کننده دیگری در این زمینه می گفت: یه بار تو اتوبوس چند نفر وایستاده بودن من که وارد شدم شروع کردن ادای معتادا رو گرفتن ...، همه ازت فاصله می گیرن، نکنه نفست به اونا بخوره! من همیشه سعی می کردم تا حد امکان سوار اتوبوس یا تاکسی نشم. سعی می کردم مسیری رو که می خواستم برم پیاده برم ...". احمد نیز در مورد تجربه خودش چنین می گفت: "یک بار 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 طردکننده افراد خانواده و جامعه، زمینه پیوند محکم تر مصرف کنندگان با گروه‌های مشابه با خودشان را فراهم می آورد. بدین ترتیب شبکه دوستان مصرف کننده جایگزین اعضای خانواده می شوند. این شبکه‌های دوستی در مواقع بحرانی دست یاری به سمت مصرف کننده دراز می کنند و او را در دوست‌داشتنی ترین سرمایه زندگی شان یعنی مواد، شریک می سازند. 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 می پذیرند. اعضای این گروه‌ها در بسیاری اوقات در پاتوق‌ها کنار هم می نشینند، به حرف‌های یکدیگر گوش می دهند، با یکدیگر مواد مصرف می کنند، با یکدیگر دزدی می کنند، از وقایع و حوادث روزانه زندگی شان برای یکدیگر می گویند و ...، موضوعاتی از این دست موجب می شود که آن‌ها به پاتوق‌ها و سایر مصرف کنندگان تعلق خاطر پیدا کنند. چنین سرمایه‌های منفی در کنار فقدان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی موجب پیوند عمیق تر این افراد با شبکه‌های آسیبی شده و احتمال عود را در آن‌ها افزایش می دهد. «وقتی توی پاتوق مواد می رسید اون‌ها که وضع شون خوب بود از اون‌هایی که پولی نداشتند و خمار بودند دعوت می کردند. اینجوری نیست که همدیگر رو تنها بذاریم». مصرف کنندگان بی‌خانمان به رغم مشکلات زندگی در خیابان، خاطرات شیرینی از حضور در پاتوق‌ها، گردهم‌آیی‌های

شبانه و فعالیت‌های مجرمانه گروهی خود دارند، این موضوع جدای از لذت گروهی مصرف مواد در میان آن‌ها است. نگهداری اجباری حتی اگر بتواند وسوسه مصرف مواد را در این افراد از میان ببرد، تا زمانی که نتواند جایگزین‌های لذت‌بخشی برای این گروه‌هایی‌ها 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 حمایت‌کنندگان پس از مدتی ادای دین توسط افرادی که به نوعی مورد حمایت‌شان قرار داده‌اند، را خواهان هستند. احساس ناامنی 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 اعضای این گروه‌ها به یکدیگر کاملاً تابع موقعیت است. اما با این حال تنها دارایی اجتماعی این افراد<sup>۴</sup> حداقل بر اساس تفکر خودشان - همین گروه‌ها هستند. «اینجا خواب چیه. همیشه خوابید که بعضی وقت‌ها به هفته میشه طرف نمی‌خابه البته به بخشیش ماله شیشه است ولی حتی اون‌ها که دوا هم می‌کشن میترسن بخابن، بخایی کیفیت و جیتو و موادت روزدن». «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 گسست از شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی در کنار هم فرصت‌های بهبودی مصرف‌کنندگان بی‌خانمان را با محدودیت مواجه می‌سازد.

۴- تجربه تروما: برخی را عقیده بر آن است که مصرف مواد به نوعی یک استراتژی مقابله‌ای است، افراد با مصرف مواد درصدد جبران و یا فراموش نمودن وقایع گذشته و حاضر زندگی‌شان می‌باشند (استامپ و اسمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). وقایع دردناک 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<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). در ارتباط با بی‌خانمان‌ها ادبیات موجود نشان می‌دهد که این افراد وقایع

زندگی استرس‌زایی را در طول دوران بی‌خانمانی و قبل از آن تجربه کرده‌اند (هوی و برندت، ۲۰۰۸؛ هوی و کوپروته، ۲۰۱۰). تروما در این مقاله مجموعه‌ای از پاسخ‌های احساسی، غیر عادی و غیرقابل کنترل به حوادث زندگی است. وقایعی است که در ذهن فرد انباشته شده‌اند و غالباً برای شخص درگیر قابل توصیف نیستند (فلمک، 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 وسایلش رو جمع کرده، می‌خواد از خونمون بره ...، بعد از جدایی مادر پدرم و ازدواج دوبار شون، یه 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، دو نفر تو پارک خزانه داشتن کراک می‌زدن، کنار اون‌ا نشستم و دیگه هیچ وقت به خونه برنگشتم». اسفندیار می‌گوید: «دو روز به ازدواجم موند بود، کارم زیاد بود، یک نفر گفت اگر شیشه مصرف کنی انرژی زیاد می‌شه، ...، با زنم برای خرید لباس عروس می‌رفتم 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 مصرفم شد هر روزه و بعد ...، الان نه برای زیاد شدن انرژی، بریا 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 برام انداخته بود، تشک و برداشتم و روز زمین خوابیدم، صبح دیدم داداشم داره بالای سرم گریه می‌کنه، گفتم چرا رو تشک نخوابیدی. گفتم نباید بخوابم عادت می‌کنم، جای راحت برای من نیست...».

۵- انزوای اجتماعی: انزوای اجتماعی حالت منفی از تنهایی است و می‌تواند مشکلاتی در سلامت افراد و نحوه واکنش آن‌ها به وقایع زندگی به وجود آورد (کورازون و پاتریسیا، ۱۹۹۵). شرکت کنندگان این تحقیق همگی در تم انزوای اجتماعی اشتراک داشتند. تجربه انزوای اجتماعی به قطع تماس با خانواده، دوستان و سایر مردم جامعه منجر می‌شود. تنهایی، احساس جدا بودن از مردم دیگر، نیاز به دیگران برای حمایت و نداشتن شبکه‌های حمایتی مشخصه‌ی تجربه انزوای اجتماعی است. طلاق و یا فوت والدین از عمده‌ترین عوامل زمینه‌ساز انزوای اجتماعی برای شرکت کنندگان این تحقیق بود. مصرف‌کنندگان - با تخریب‌های بالا- به خصوص اگر والدین شان فوت کرده باشند، بعد از طلاق، پایگاه اولیه خود را در خانواده مبدا از دست می‌دهند. البته در تعدادی موارد به رغم وجود والدین، آن‌ها از رجعت به خانواده شرم داشتند.

دانیال در این خصوص می‌گوید: «بعد از این که زخم ازم جدا شد، اوضاعم بدتر شد...، یک مرد ۴۵ ساله دوباره چطور می‌تواند به خونه مادرش برگردد، بچه‌های مادرم دوستم داشتند، اما خودم دوست نداشتم با این سن سر بار آن‌ها باشم». آشفتگی در روابط خانوادگی عامل انزوای اجتماعی تعداد دیگری از شرکت کنندگان این تحقیق بود. علی در این زمینه می‌گوید: «پدر و مادرم همیشه در حال دعوا بودند، پدرم موقع مستی مادرم رو کتک می‌زد، بعد از مرگش، مادرم دوباره ازدواج کرد، شوهر مادرم دوست نداشتم من تو خونه‌ش باشم، این شد که پیش مادر بزرگ و پدر بزرگم بزرگ شدم...، من همیشه تنها بودم. تنها بودم اما وقتی مادر بزرگم مرد، می‌تونم بگم دیگه هیچکس رو ندارم، تنها حامیم بود...». البته این احساس تنها به اعضای خانواده و خویشاوندان محدود نمی‌شود، این گروه انزوای اجتماعی را در ارتباط با افراد جامعه نیز تجربه کرده بودند. «من برای



این که با مردم روبه رو نشم، همش می‌زنم به کوه و بیابون. تا حد امکان تو شهر نمیام. مگه از سر ناچاری...».

۶- 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 بی‌خانمان را هرچه بیشتر به سرپناه‌های شبانه وابسته می‌گرداند. علی در این راستا می‌گوید: «سه ساله بودم که پدرم فوت کرد، با مادرم زندگی می‌کردم. چهار سال پیش مادرم هم فوت کرد، نمی‌تونستم اجاره خونه رو بدم، از اون زمان خوابگاه خاوران زندگی می‌کنم، از اینجا هم که برم - کمپ ترک اعتیاد - می‌رم خوابگاه، چه کار کنم... هیچ کس رو ندارم<sup>۱</sup>». 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<sup>۲</sup>. به طوری که شرکت کنندگان در این تحقیق حتی زمانی که احساس می‌کردند می‌توانند پاک بمانند، از آنجا که از هیچ پشتوانه 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، می‌خوام سالم باشم، می‌خوام مواد مصرف نکنم، می‌خوام کار کنم، اما هیچ جارو ندارم، هیچ کس رو ندارم» یا بهرام می‌گفت: «من از اینجا که بیرون برم باید شیر یا خط بندازم بینم از کدوم طرف برم بهتر».

۷- بی‌تفاوتی اجتماعی: بی‌تفاوتی اجتماعی محصول و پیامد تجارب مصرف کنندگان بی‌خانمان است. عاطفه و تفاوت مندی 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 مصرف‌کنندگان بی‌خانمان تمایلی برای حضور در این مراکز ندارند- حداقل در ماه‌های گرم سال- اما براساس یافته‌های این تحقیق و تجربیات نگارندگان تعداد قابل توجهی از این افراد نیز از وجود چنین مراکزی بی‌اطلاع هستند.

۲. البته در حال حاضر شهرداری تهران برای این منظور مجتمع‌های مهارت‌آموزی و کارآفرینی بهاران را راه‌اندازی 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. بی‌تفاوتی اجتماعی بیانگر بی‌احساسی، بی‌میلی و به عبارت بهتر نوعی افسردگی اجتماعی است. شرکت‌کنندگان این تحقیق این احساس را بعد از سال‌ها بی‌خانمانی 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 می‌گذره، حتی وقتی دارم پول‌های صندوق صدقات رو خالی 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 غذا بگردم خجالت نمی‌کشم».

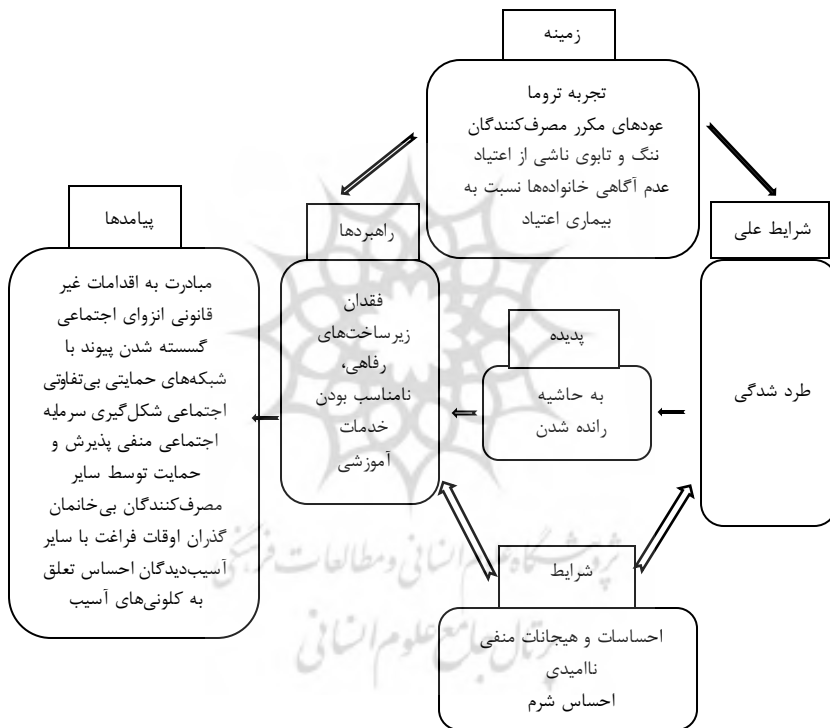
### بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد علت اصلی بی‌خانمانی در مطالعه حاضر بوده است و تمامی شرکت‌کنندگان در این تحقیق پس از اعتیاد بی‌خانمان شده‌اند. پس برای حل معضل بی‌خانمانی باید سرویس‌هایی در جهت درمان اعتیاد این افراد وجود داشته باشد. تجربه زندگی در خیابان، این گروه از مصرف‌کنندگان مواد را دچار آسیب‌های مضاعفی می‌نماید. آن‌ها به لحاظ قانونی، جسمی، روانی، اجتماعی مشکلات دو‌چندانی را تجربه می‌کنند. در ضمن این گروه از شبکه‌های حمایتی که سایر مصرف‌کنندگان کمابیش از آن برخوردارند، بی‌بهره هستند؛ در نتیجه دشواری کار با این دسته از افراد دو‌چندان است. در این مقال 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 تروما-در زمان مصرف و حتی قبل از روی‌آوری به مصرف-، ننگ و تابوی ناشی از اعتیاد، عودهای مکرر مصرف‌کنندگان و عدم آگاهی خانواده‌ها نسبت به بیماری اعتیاد و در نتیجه رفتارهای نادرست ایشان در مواجهه با مصرف‌کننده از مهمترین عوامل زمینه‌ساز در به حاشیه‌رانده شدن این گروه از مصرف‌کنندگان 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 دور شدن از احساسات منفی عمل نماید.

ناتوانی در تامین هزینه‌های مواد مصرفی، گسسته 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 مصرف‌کنندگان جهت تامین هزینه‌های مواد، فرار از تنهایی، سرزنش و تحقیرهایی که در این مسیر می‌شوند، به سهولت جذب افراد و گروه‌هایی می‌شوند که آن‌ها را مورد پذیرش و حمایت- هر چند مخرب- قرار می‌دهند. عدم کفایت زیرساخت‌های رفاهی و آموزشی برای جذب و حمایت این گروه، همچون یک کاتالیزور فرآیند جذب مصرف‌کنندگان را به کلونی‌های آسیب افزایش می‌دهد. با گذشت زمان این کلونی‌ها تنها دارایی‌های اجتماعی مصرف‌کنندگان بی‌خانمان می‌شوند. یادمان‌های مشترک، صرف زمان‌های قابل توجه با اعضای این گروه‌ها، پذیرش بالای این گروه‌ها و ...، جملگی موجب شکل‌گیری احساس تعلق مصرف‌کنندگان بی‌خانمان به این کلونی‌ها می‌شود. به زبان دیگر تنها عامل پیونددهنده مصرف‌کنندگان 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 گسستن پیوند مصرف‌کنندگان با پاتوق‌ها تنها از این مسیر محقق نخواهد شد. مطالعه عمیق در زمینه پاتوق‌ها و شناخت هر چه بیشتر مصرف‌کنندگان بی‌خانمان، در کنار تغییر در نحوه آموزش درمان‌گران در کشور، ایجاد دوره‌های بازآموزی برای توسعه مهارت‌های آن‌ها و سایر افراد درگیر در این حوزه‌ها- با توجه به شناخت حاصل شده- و پیش‌بینی جایگزین‌های اجتماعی برای کاهش تعلق خاطر این گروه از مصرف‌کنندگان، 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، پزشکی از خانواده‌های درگیر با اعتیاد و مصرف‌کنندگان، بستگی تام دارد. وجود سرپناه‌های امن

برای مصرف‌کنندگان بهبودیافته بی‌خانمان، فراهم کردن امکانات شغلی با نگاه به اندوخته‌های مهارتی ایشان، آموزش و حمایت‌های مقتضی از خانواده‌های این افراد به منظور پذیرش مجدد آن‌ها، حمایت‌های بیمه‌ای، خدمات کاهش آسیب نظیر افزایش موبایل سنترها، افزایش و بهبود خدمات سرپناه‌های شبانه و مراکز کاهش آسیبها از جمله مواردی است که در این حوزه نیازمند توجه بیشتر است. مدل تصویری به دست آمده از داده‌ها در خصوص تجربه زیسته مصرف‌کنندگان بی‌خانمان در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: مدل تصویری به دست آمده از داده‌ها در خصوص تجربه زیسته مصرف‌کنندگان بی‌خانمان

### منابع

- استراوس، آنسلم و کوربین، جولیت (۱۳۸۵). اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌بنایی، رویه‌ها و روش‌ها. ترجمه بیوک میرزایی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- پله‌وری، 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. برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۷(۲۸)، ۴۰-۲.

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

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

محسنی تبریزی، علیرضا و صدقاتی فرد، مجتبی (۱۳۹۰). پژوهشی درباره‌ی بی‌تفاوتی اجتماعی در ایران (مورد پژوهش شهروندان تهرانی). جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۲(۳)، ۲۲-۱.

محمدپور، احمد (الف) (۱۳۸۹). ضد روش: منطق و طرح در روش‌شناسی 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, DHUD (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., 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.

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.
- Rivau, 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.