

بررسی وضعیت امید به زندگی زنان بی‌خانمان شهر تهران
(مطالعه موردی: مرکز نگهداری موقت زنان بی‌خانمان شهرداری تهران، «سامانسرای لویزان»)

دکتر خدیجه سفیری^۱، رسول خادم^۲

چکیده

هدف از این مطالعه، بررسی اثربخشی وضعیت بی‌خانمانی بر شرایط «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران است. ارزیابی از شرایط «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان یاد شده، می‌تواند تصویری از اثربخشی شرایط بی‌خانمانی بر وضعیت سلامت جسمی و روانی این قشر و در نهایت طول عمر زنان مذکور ارائه نماید. در واقع بنظر می‌رسد توصیف معناداری برخی از شاخص‌هایی که رابطه میان بی‌خانمانی و طول عمر زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش را بیان می‌دارند، امکان ارزیابی و تحلیل از شرایط «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان و تأثیرات حاصل از قرار گرفتن آنها در وضعیت بی‌خانمانی را ترسیم می‌نماید. روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، روش «تحلیل ثانوی» است، که با بهره‌مندی از مستندات و مدارک موجود در پرونده هر یک از زنان بی‌خانمان، اعم از گواهی پزشکان و روانپزشکان، و مددکاران اجتماعی، و پرسشنامه‌های موجود در مرکز نگهداری موقت بی‌خانمان‌ها، ارزیابی حقوقی و حکم نهایی قضات، و سایر داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده، نسبت به سایر روش‌های کمی ذی‌ربط، از قابلیت مناسب‌تری در جمع‌آوری و تحلیل داده برخوردار است. با توجه به اینکه جامعه آماری این پژوهش «زنان بی‌خانمان مرکز نگهداری موقت» (سامانسرای لویزان) است، به منظور تعیین حجم نمونه از میان ۶۰۹ زن بی‌خانمان جامعه آماری مورد نظر، ۵۰ پرونده بوسیله فرمول «کوکران» محاسبه، و به شیوه «نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک»، انتخاب، و مورد بررسی، و تحلیل قرار گرفته است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که «بی‌خانمانی» با «وضعیت امید به زندگی» زنان بی‌خانمان موضوع این تحقیق بوسیله راهبردهایی چون «درونی شدن آسیب‌های اجتماعی»، «احساس ناکامی و حقارت»، «عدم امید به بازگشت به شرایط طبیعی زندگی»، و «میل به مردن»، از رابطه‌ی معناداری برخوردار است. این راهبردها بتدریج اثربخشی وضعیت «بی‌خانمانی» را بر طول عمر زنان بی‌خانمان در شهر تهران از طریق پیامدهایی چون «نابسامانی و اختلال در شرایط روانی»، «ابتلا به بیماری‌های خطرناک و لاعلاج»، «اعتیاد حاد به مواد افیونی پُرآسیب»، «پذیرش و یا تحمیل قربانی شدن» و «تجربه خودکشی» فراهم می‌آورد. از اینرو بنظر می‌رسد وضعیت بی‌خانمانی زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق، موجبات کاهش طول عمر، و مرگ زودهنگام زنان بی‌خانمان موصوف را فراهم می‌آورد. نتایج مذکور همچنین فرایند اثربخشی وضعیت بی‌خانمانی، بر «وضعیت امید به زندگی» زنان بی‌خانمان موضوع این تحقیق را، فرایندی پیچیده، چند متغیره، توأم با پیامدهای چند مرحله‌ای نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها: امید به زندگی، بی‌خانمانی، زنان بی‌خانمان، سامانسرای لویزان.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

^۱ استاد گروه جامعه‌شناسی دانشگاه الزهرا و علوم و تحقیقات تهران، ایران.

عضو هیأت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران شرق و دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات تهران، ایران. (نویسنده مسئول) Email: rasoulkhadem@yahoo.com

مقدمه

"بی‌خانمانی" پدیده‌ای اجتماعی است که عناصر و عوامل مختلفی در شکل‌گیری آن موثر هستند. بنظر می‌رسد این پدیده ضمن اینکه خود در ایجاد سایر آسیب‌های اجتماعی تاثیر دارد، معلول اثرپذیری از دیگر آسیب‌های اجتماعی در هر جامعه نیز هست. بی‌خانمان‌ها از افراد، اقشار مختلفی تشکیل شده‌اند. سالخوردگان، میانسالان، جوانان، نوجوانان، کودکان، مردان، زنان، دوجنسیتی‌ها، افراد تحصیل کرده، افراد کم‌سواد یا بی‌سواد، افراد سالم به لحاظ جسمانی، افراد دارای بیماری‌های خطرناک و لاعلاج، افراد متعلق به دهک‌های بالای جامعه، افراد متعلق به دهک‌های پایین و یا متوسط جامعه، از جمله اقشار و سنخ‌های اجتماعی هستند که در میان بی‌خانمان‌ها قابل ملاحظه‌اند. در ظاهر بنظر می‌رسد عوامل و عناصر موثر بر شکل‌گیری پدیده بی‌خانمانی ضمن اینکه متأثر از ساختارهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و مدیریتی هر جامعه هستند، از مسائل فردی افراد بی‌خانمان اعم جسمی و روانی نیز تأثیر می‌پذیرند.

بنا بر مستندات موجود در یک سنجش دقیق و عمومی در امریکا، در یک شب در سال ۲۰۰۸ میلادی ".....۶۶۴۴۱۴ نفر بی‌خانمان در سرپناه‌ها و گرمخانه‌ها و یا در خیابانها، پارکها و میادین"(دغاقله/کلهر، ۱۳۸۹: ۴۲) وجود داشته است. یا در آماری دیگر "...از هر ۱۹۰ نفری که در امریکا از این فضاها استفاده نموده‌اند، ۶۸ درصد بصورت فردی و ۳۲ درصد به صورت خانواده بوده‌اند....(همان:۴۳). همچنین بنا بر گزارش "دفتر اسکان سازمان ملل متحد" در سال ۲۰۰۸، "... در هندوستان برآورد می‌شود که نزدیک به دو و نیم میلیون نفر در خیابانها و اماکن عمومی ساکن هستند...."(همان:۴۳).

در این میان قشر زنان بی‌خانمان بدلیل موقعیت و جایگاه فرهنگی و اجتماعی ویژه خود، و قابلیت‌های فیزیولوژیکی متفاوت از مردان، که البته بخش عمده‌ای از آن متأثر از ساختارها و الگوهای کلیشه‌ای حاکم بر جامعه نیز هست، از شرایط متفاوتی نسبت به سایر اقشار مرتبط با این قشر برخوردارند. در واقع بنظر می‌رسد شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، و باورها و سنت‌های حاکم در جوامع، ضمن اینکه شرایط آسیب‌پذیری این قشر را هم به لحاظ فردی و هم اجتماعی نسبت به مردان افزایش می‌دهد، شرایط بازگشت ایشان به زندگی طبیعی را نیز با مسائل، مشکلات و موانع جدی‌تر روبرو می‌سازد. هم چنین بدلیل اینکه بیشتر افراد بی‌خانمان با محدودیت‌های غذایی، بهداشتی، اقتصادی، و یا اعتیاد، علاوه بر فقدان سرپناه و محل سکونت روبرو هستند، از شرایط و بستر مناسبی جهت پذیرش سایر مسائل و آسیب‌های اجتماعی از جمله روسپیگری، خودکشی، و بیماری‌های پرخطری چون ایدز و یا انواع هپاتیت بهره می‌برند. از اینرو ظاهراً ساماندهی زنان بی‌خانمان و بازگشت ایشان به شرایط طبیعی زندگی، هم به لحاظ اجتماعی و هم فردی، فرایندی بسیار چالش‌آمیز و پیچیده بنظر می‌رسد.

در جامعه ایران بنابر آمار ارائه شده از سوی «اداره کل آسیب‌های اجتماعی شهرداری تهران»، از سال ۸۵ تا انتهای پنج ماهه اول سال ۱۳۹۰، از تعداد کل متکدیان و بی‌خانمان‌های جمع‌آوری شده توسط نهادهای اجرایی ذیربط (شهرداری تهران، نیروی انتظامی و برخی از سازمان‌های مردم‌نهاد واجد شرایط)، زنان بی‌خانمان بصورت متغیر و با شیبی رو به افزایش، حدود ۷ تا ۱۴ درصد از تعداد کل بی‌خانمان‌های جمع‌آوری شده اعم از مرد و زن، و بطور متوسط حدود ۱۰ درصد از بی‌خانمان‌ها و متکدیان جمع‌آوری شده را تشکیل می‌دهند.

البته این آمار، گزارشی از تعداد متکدیان و بی‌خانمان‌ها به تفکیک ارائه نموده است، ولیکن برآوردی کلی از تغییرات حاصل در روند اقشار جمع‌آوری شده توسط واحدهای اجرایی ذیربط در شهر تهران را ارائه می‌نماید.

جدول ۱: آمار جمع‌آوری بی‌خانمان‌ها و متکدیان در سالهای ۱۳۸۵ تا پنج ماهه اول سال ۱۳۹۰

جمع	۱۳۹۰ (۵ ماهه نخست)	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	
۱۰۹۹۰۶	۱۲۵۸۷	۳۰۵۰۸	۲۸۲۱۵	۱۷۳۷۷	۱۰۶۹۱	۱۰۵۲۸	مرد
۱۰۹۷۰	۱۶۱۴	۱۹۹۴	۲۳۱۱	۲۲۷۰	۱۴۵۳	۱۳۲۸	زن
۶۹۴۸	۱۷۱۴	۱۴۶۶	۸۸۱	۱۱۷۱	۱۵۳۳	۱۸۳	پسر بچه
۱۴۲۴	۶۵	۸۳	۵۵	۱۳۳	۶۶۲	۴۲۶	دختر بچه
۱۲۹۲۳۹	۱۵۹۷۱	۳۴۰۵۱	۳۱۴۶۲	۲۰۹۵۱	۱۴۳۳۹	۱۲۴۶۵	جمع کل

(منبع: سازمان رفاه و خدمات اجتماعی شهرداری تهران، ۱۳۹۰).

بنابر مستندات ارائه شده توسط شهرداری تهران، شاخص‌هایی چون پایین بودن سطح سواد و آموزش (۴۴ درصد بی‌سواد، ۴۴ درصد ابتدایی و متوسطه)، پایین بودن موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی، اعتیاد (۵۸ درصد)، سابقه محکومیت (۲۳ درصد)، اختلالات روانی (۲۹ درصد)، بیماری‌های جسمانی خطرناک، اعم از واگیردار (۳ درصد) و غیر واگیردار (۷ درصد)، از جمله ویژگی‌های این قشر، اعم از زن و مرد محسوب می‌شود.

از اینرو با توجه به اینکه بنظر می‌رسد، افراد بی‌خانمان بدلیل قرار گرفتن در شرایط بی‌خانمانی، در تأمین 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، بررسی میزان اثربخشی شرایط بی‌خانمانی بر «وضعیت امید به زندگی» ایشان، می‌تواند بعنوان یک مسأله اجتماعی مورد توجه واقع گردد. این مسأله اجتماعی زمانی از اهمیتی مضاعف برخوردار می‌گردد که محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی قشر زنان نسبت به مردان در جامعه ایران، و نیز تفاوت‌های ناشی از قابلیت‌های فیزیولوژیک این دو قشر در پذیرش آسیب‌ها، و افزایش میزان تهدیدات ناشی از قربانی شدن‌های جسمی و روانی زنان نسبت به مردان را نیز مدنظر قرار دهیم. یکی از عمده‌ترین دلایلی که به نظر می‌رسد انجام تحقیق در ارتباط با وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران را ضروری می‌نماید، فقدان سوابق پژوهشی مشخص و آمار و اطلاعات کیفی لازم و روشن، در خصوص تأثیر بی‌خانمانی بر طول عمر زنان بی‌خانمان در ایران است.

متأسفانه محدودیت‌ها و ملاحظات فرهنگی، مذهبی و اخلاقی، و نیز به پنهان ماندن بسیاری از اطلاعات مرتبط با این مسئله اجتماعی، در عدم پیگیری پژوهشگران حوزه‌های علوم اجتماعی در این خصوص مؤثر بوده است. از طرف دیگر روند تغییرات موجود در خصوص ویژگی‌های این قشر در شهر تهران، که حاصل مستندات جمع‌آوری شده چند سال اخیر سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی شهرداری تهران است (جدول ذیل) نیز، بگونه‌ای ضرورت انجام تحقیق از وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران را به لحاظ کمی و کیفی افزایش می‌دهد.

مبانی نظری پژوهش

با توجه به منابع و مستندات در دسترس محقق، سوابق پژوهشی و تحقیقی خاصی در خصوص وضعیت امید به زندگی در زنان بی‌خانمان، در قالب تألیفات، تحقیقات، و منابع موجود ملاحظه نگردید.

از اینرو در این بخش صرفاً با توجه به مفهوم "امید به زندگی" و کاربرد این مفهوم در ارزیابی از وضعیت فردی و اجتماعی افراد بی‌خانمان، تلاش می‌شود تا با بهره‌گیری از نتایج حاصل از برخی پژوهش‌های انجام شده در خصوص بی‌خانمانی و وضعیت فردی، اجتماعی و اقتصادی بی‌خانمان‌ها، استنباطی کلی از تحقیقات یاد شده در ارتباط با موضوع این پژوهش بعنوان ادبیات پژوهش صورت پذیرد.

"امید به زندگی" را بعضی از منابع بطور کلی و در ساده ترین برداشت، میزان انتظاری که از طول عمر افراد هر جامعه هدف، متأثر از وضعیت فردی (از لحاظ روانی و جسمانی)، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، آموزشی، مذهبی، و حتی نظام مدیریتی و سیاسی حاکم بر آن جامعه می رود، تعریف نموده اند. در واقع «... امید به زندگی عمر متوسطی است که با تقسیم مجموع سال‌هایی که نسل در طول حیاتش زیسته است بر تعداد نسل در آغاز حیاتش محاسبه می شود...» (سرای، ۱۳۹۰: ۹۲). این شاخص از جدول عمر در هر جامعه‌ای بیرون می آید.

"کازمی پور" بیان می دارد "امید به زندگی" در میان جامعه‌ای خاص را می باید از «... تقسیم مجموعه سال‌های زندگی در یک نسلی از سن X به بعد، بر تعداد کسانی که در آغاز زمان محاسبه، در همان سن، زنده هستند بدست آورد...» (کازمی پور، ۱۳۸۴: ۹۴). "شیخی" معتقد است این شاخص «... در نقاط مختلف جهان تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و رفاهی متفاوت...» (شیخی، ۱۳۷۸: ۸۲) قرار دارد. این تفاوت هم بر مبنای مقتضیات مکانی در جوامع گوناگون دارای تمایز است، و هم به لحاظ شرایط زمانی در درون هر جامعه از تغییرات و تفاوت‌هایی برخوردار است.

"سرای" "امید به زندگی" را «... مهم ترین ستون جدول عمر...» (سرای، ۱۳۹۰: ۱۰۱) در تحلیل وضعیت مرگ و میر جمعیت یک جامعه می داند. از نظر وی از "امید به زندگی" در بدو تولد می توان جهت مطالعات تغییرات زمانی مرگ و میر یک جمعیت در مقایسه همزمان با «... مرگ و میر زیر جمعیت‌های عمده یک جمعیت و مقایسه همزمان (یا ناهمزمان) مرگ و میر جمعیت مختلف (نظیر کشورهای مختلف) سود جست...» (همان: ۱۰۱). بعنوان مثال جدول ذیل که از جداول عمر الگوی غرب (زنان) اتخاذ گردیده است، تقریب "امید به زندگی" در بدو تولد، در یک سالگی، و در ۶۵ سالگی و میانه عمر جمعیت ایران در سال‌های ۱۳۰۰، ۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ را نشان می دهد.

جدول ۲: تقریب امید به زندگی در جمعیت ایران

سال تقویمی	e^0_0	e^0_1	e^0_{65}	Md
۱۳۰۰	۲۵	۳۴/۸۳	۸/۳۴	۱۲/۵
۱۳۴۵	۵۰	۵۵/۶۶	۱۱/۷۱	۶۰/۴
۱۳۵۵	۵۵	۵۹/۶۳	۱۲/۲۴	۶۵/۴
۱۳۶۵	۶۰	۶۳/۵۴	۱۲/۸۳	۶۹/۴

* برگرفته از جدول ۳-۳ کتاب روش‌های مقدماتی تحلیل جمعیت نوشته حسن سرایی، انتشارات سمت، ۱۳۹۰، صفحه ۱۰۳

با توجه به مطالب ارائه شده، "امید به زندگی" را نمی توان صرفاً عمر متوسط جامعه هدف معینی دانست. زیرا هر گونه تحلیل در خصوص عمر متوسط هر نسل، صرفاً بر مبنای مرگ و میر در همان مقطع زمانی است و از اینرو عمر متوسط هر نسل و یا هر قشر جمعیتی، فرضی است که بر مبنای همان مقطع زمانی صورت می پذیرد. یعنی در بیان این فرض، تغییرات پس از مقطع زمانی معین شده محاسبه نمی شود. به تعبیر دیگر، "امید به زندگی" بر مبنای جدول عمر نشان دهنده‌ی «... شاخص وضعیت مرگ و میر جمعیت معین در مقطع زمانی معین است، نه شاخص عمر متوسط نسل واقعی...» (همان: ۱۰۴) از اینرو لازم است برای واقعی نمودن امید به زندگی هر نسل و یا هر قشر در هر سال، بر مبنای آمارهای مقتضی و قابل استناد، جدول عمر ساخته شود. گزارش منتشر شده‌ای از سوی "سازمان ملل متحد" در خصوص وضعیت جوامع مختلف بر مبنای شاخص‌های توسعه انسانی در سال ۲۰۱۰ میلادی نیز این برداشت را تأیید می کند. بر اساس مفاد این گزارش، «... امید به زندگی انتظار زنده ماندن یک فرد در بدو تولد... به شرط آن که الگوی مرگ و میر در زمان تولد فرد به همان صورت باقی مانده...» (حصاری، ۱۳۹۰: ۲۷) است. بنابراین آنچه در بررسی وضعیت "امید به زندگی" یک جمعیت می باید مدنظر قرار گیرد، وضعیت مرگ و میر آن جمعیت بر اساس سن مبنای محاسبه است.

نکته دیگر اینکه چون مبنای ارزیابی از "امید به زندگی" هر نسل و یا هر قشر، میزان مرگ و میر در آن جمعیت در مقطع زمانی مشخص است، بنظر می رسد عوامل و عناصر مختلفی از جمله؛ بهداشت فردی و عمومی، وضعیت روانی و انگیزشی افراد، وضعیت جسمانی، امکان ازدواج، آموزش، سواد، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت سکونت، میزان فقر، سطح درآمد، ایمنی حمل و

نقل، امنیت اجتماعی، الگوی تقدیر، میزان انسجام اجتماعی، میزان توسعه شبکه‌های اجتماعی، و میزان رفاه عمومی، و نیز تفاوت در شرایط اثربخشی عوامل و عناصر مذکور در جوامع گوناگون، در مرگ و میر یک جمعیت مؤثر باشد.

از دیگر مفاهیمی که لازم است مورد بررسی و تعریف واقع شود، مفهوم "بی‌خانمانی" است. "علی‌وردی‌نیا" بیان می‌دارد که اخیراً مفهوم "کارتن‌خوابی" را بعنوان پیامد بی‌خانمانی، گاهی بعنوان مفهومی مترادف، و حتی جایگزین برای مفهوم بی‌خانمانی در منابع مستندات موجود مورد استفاده قرار می‌دهند. بر این اساس بی‌خانمانی را «... به معنای نداشتن اقامتگاهی اولیه در نظر می‌گیرند...» و کارت‌ن‌خواب‌ها افرادی هستند که در اقامتگاه‌های عمومی و خصوصی زندگی می‌کنند...» (علی‌وردی‌نیا، ۱۳۸۹: ۱۵). در این منابع بی‌خانمان‌ها دارای مشکلاتی از قبیل اعتیاد، مصرف الکل، بیماری ذهنی، گسیختگی خانواده، بیماری جسمی و سوء تغذیه هستند. از اینرو از نظر محقق مذکور «... تعدادی از آنان نیز به علت سرما و تغذیه ناکافی و بیماری جان خود را از دست می‌دهند...» (همان: ۱۵). در جایی دیگر در همین تحقیق، ضمن تأکید بر تفاوت در تعاریف ارائه شده از مفهوم بی‌خانمانی که ناشی از پیچیدگی این مفهوم در جوامع انسانی مختلف است، بی‌خانمانی را شامل سه دسته از افراد می‌داند:

«... ۱) افرادی که برای خویش سرپناهی فراهم کرده‌اند، یعنی یا مکانی برای سکونت یافته‌اند یا حمایت مالی

۲) افرادی که در خیابان‌ها و در وضعیتی نامناسب زندگی می‌کنند.

۳) افرادی که به سبب کمبود سرپناه واقعی نزد آشنایان و وابستگان بسر می‌برند...» (همان: ۱۷).

در واقع این سه دسته افراد، مطابق تعریف یاد شده، بدلیل از دست دادن موقعیت سکونت و امنیت طبیعی خود، که به لحاظ فردی در هر جامعه‌ای به دلایل مختلفی می‌تواند اتفاق بیفتد، و به جهت ناچاری ناشی از اهمیت و ضرورت داشتن حداقل شرایط آرامش و امنیت روانی و جسمانی به عنوان ضرورت‌های حیاتی، بدنبال تأمین نیازهای اولیه‌شان از طریق جلب حمایت‌های دیگران و یا در نهایت استفاده از اموال عمومی و امکانات خارج از مالکیت خود هستند.

"رایت"، بی‌خانمانی را بر اساس «... قطع ارتباط با جامعه و جدایی از آن در نظر می‌گیرد...» (همان: ۱۸) این تعریف میزان روابط فرد بی‌خانمان با شبکه اجتماعی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند را مبنای بی‌خانمانی افراد قرار داده است.

مرکز آمار "کانادا" نیز در سال ۲۰۰۴، بی‌خانمانی را در دو سطح مختلف تعریف نموده است: بی‌خانمانی مطلق و بی‌خانمانی نسبی. بر این مبنا «... بی‌خانمانی مطلق به نداشتن هیچ سقفی حتی موقت اطلاق می‌شود. بی‌خانمانی نسبی به سکونت در پناهگاه‌ها، خانه‌های نیمه‌استاندارد و خطرناک، اقامت در منزل دوستان یا اماکن موقتی مثل ماشین گفته می‌شود...» (همان: ۱۹).

با توجه به تعاریف ارائه شده تاکنون، بنظر می‌رسد بی‌خانمانی دارای دو وجه اساسی است که بر یکدیگر نیز اثرگذار هستند. یکی از دست دادن سرپناه بطور دائم یا موقت، دوم تغییر در نوع رابطه فرد با شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر ساختارهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متعارف در جامعه محل زندگی خود. در منبع تحقیقاتی دیگری ضمن اینکه بر شباهت کلی تعاریف ارائه شده توسط محققان در خصوص مفهوم بی‌خانمانی تأکید می‌نماید، بیان می‌دارد که در میان تعاریف مذکور «... تعاریف حداقلی صرفاً افرادی را در بر می‌گیرد که شب‌ها را در خیابان می‌گذرانند، اما در تعاریف حداکثری هر وضعیت بی‌ثباتی در مسکن برای یک فرد را، بی‌خانمانی بحساب می‌آورند. بنابراین محققان همواره میان "بی‌خانمان آشکار" یعنی «... کارت‌ن‌خوابی یا سکونت در سرپناه‌های موقت، و "بی‌خانمانی پنهان"، یعنی کسانی که بطور موقت با بستگان خود زندگی می‌کنند، تفاوت قائلند...» (سروستانی/ نصر اصفهانی، ۱۳۸۹: ۳).

در واقع در این تعریف افراد از زمانی که امکان بهره‌مندی از سرپناه را که نوعی بدلیل حقوقی، عاطفی، اجتماعی و یا اقتصادی بدان احساس تعلق داشته باشند از دست می‌دهند، در شرایط بی‌خانمانی اعم از پنهان یا آشکار قرار می‌گیرند.

برخی از منابع دیگر، مفهوم بی‌خانمانی را پدیده‌ای شهری که «... از فقر شهری منتج می‌شود...» (دغاقله/ کلهر، ۱۳۸۹: ۴۲) می‌دانند. بر این اساس "دغاقله" و "کلهر" به نقل از "مکینی" بی‌خانمان‌های شهر را کسانی می‌دانند «... که فاقد محلی ثابت، منظم و کافی برای اقامت شبانه

خود هستند، یا آنکه در یکی از خوابگاه‌ها و سرپناه‌های تدارک دیده شده توسط بخش خصوصی و دولتی بطور موقت اقامت دارند...» (همان: ۴۲). در این پژوهش، تعاریف و توضیحات دیگری نیز از بی‌خانمانی ارائه گردیده است. از جمله این توضیحات، تقسیم‌بندی کیفی "لالین"^۱ و "کور"^۲ در سال ۲۰۰۵ میلادی در خصوص شرایط شکل‌گیری و ایجاد بی‌خانمانی در افراد، در قالب «... افراد بی‌خانمان قابل مشاهده، افراد بی‌خانمان پنهان، و افراد در معرض خطر...» است. آنهایی که قابل مشاهده هستند، بی‌خانمان‌هایی‌اند که در پارک‌ها و معابر و فضاهای عمومی قابل ملاحظه‌اند. آنهایی که پنهان‌اند، بی‌خانمان‌هایی هستند که فاقد جا و مکان قابل رؤیت، توسط عموم هستند. این افراد در این تحقیق «... با دوستان و یا آشنایان در شرایط نامناسب، غیرایمن و غیراستاندارد زندگی می‌کنند...» (همان: ۴۲). نوع سوم بی‌خانمان‌ها، که بی‌خانمان‌های در معرض خطر عنوان گردیده‌اند، بی‌خانمان‌هایی هستند که شرایط اقتصادی، اجتماعی و فردی ایشان، آنها را در مرز بی‌خانمانی قرار داده است. «... اوقات کاری پاره‌وقت یا موقتی پیدا می‌کنند، و درآمد کافی برای سکونت ثابت ندارند...» (همان: ۲۷). از اینرو بیکاری و یا عدم پایداری در شغلی مناسب جهت تأمین هزینه‌های حداقلی معاش افراد، بویژه سکونت، از نظر این تحقیق یکی از علل مؤثر در ایجاد بی‌خانمانی در معرض خطر است.

با توجه به اینکه این تحقیق موضوع "امید به زندگی" در زنان بی‌خانمان را مدنظر دارد، بنظر می‌رسد موضوع بی‌خانمانی با مفهوم "امید به زندگی" و طول عمر زنان بی‌خانمان دارای رابطه معناداری است. "مارموت"^۳ و "ویلکینسون"^۴ با ارائه نتایج تحقیقات و مطالعات متعدد و فراگیری در خصوص تأثیر بی‌خانمانی بر سلامت افراد بی‌خانمان در بریتانیا در سال ۱۹۹۴ میلادی، نشان داده‌اند افرادی که در شرایط بی‌خانمانی بسر می‌برند «... نه تنها نسبت به کل جمعیت مشکلات سلامتی بیشتری دارند، بلکه احتمال اینکه به مشکلات چندگانه سلامتی دچار شوند بسیار زیاد است...» (ماموت/ ویلکینسون، ۱۳۸۷: ۲۷۸).

در این تحقیق داده‌های مربوط به سلامتی ۱۲۸۰ نفر ساکن در مراکز خوابگاهی شبانه‌روزی و مراکزی که جای خواب و صبحانه در اختیار افراد بی‌خانمان قرار می‌دهند، و نیز ۵۰۷ نفر از خیابان‌خواب‌ها گردآوری گردید. داده‌های مذکور با داده‌های حاصل از اولین مرحله پیمایش خانوارهای بریتانیایی (بیش از ۵ هزار خانوار و حدود ۱۰۲۶۴ نفر) مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصله بر مبنای جدول ذیل نشان داد که «... افراد بی‌خانمان بیشتر از کل جمعیت در معرض بیماری‌ها و امراض مختلف قرار دارند. همچنین افرادی که در مراکز اسکان قرار دارند و یا در گوشه خیابان‌ها می‌خوابند، بیشتر از کل جمعیت نسبت به بیمارها آسیب‌پذیرند...» (همان: ۲۸۰). این منبع به عنوان مثال بیان می‌دارد که افراد ساکن در محل اسکان موقت که فقط شبها امکان خواب دارند و صبح‌ها به آنها صبحانه داده می‌شود، «... نسبت استاندارد شده بیماری آنها در مورد اختلالات تنفسی معادل ۱۸۳ درصد است. بدین معنی که حدود ۲ برابر بیشتر در معرض این بیماری قرار دارند...، کسانی که استفاده‌کننده از مراکز اعانه هستند ۴ برابر...» (همان، ۲۸۰). بیشتر در معرض بیماری مذکور قرار دارند.

جدول ۳: نسبت‌های استاندارد شده بیماری و مشکلات سلامتی افراد ساکن در مراکز شبانه‌روزی و کسانی که در خیابان‌ها می‌خوابند در مقایسه با کل جمعیت

مشکلات سلامتی	مراکز خوابگاهی شبانه‌روزی و خوابگاه‌هایی که جای خواب و صبحانه می‌دهند		خیابان‌خواب‌ها	
	استفاده‌کننده از مراکز روانه	استفاده‌کننده از مراکز غذای اعانه‌ای	استفاده‌کننده از مراکز روانه	استفاده‌کننده از مراکز غذای اعانه‌ای
مشکلات ماهیچه‌ای-اسکلتی	۱۵۳	۱۸۵	۱۸۵	۲۲۱
جراحات و زخم‌های پوستی	۱۰۵	۱۸۹	۱۸۹	۲۹۸
و دیگر مشکلات پوستی				
مشکلات ریوی و تنفسی مزمن	۱۸۳	۲۵۹	۲۵۹	۳۶۵
از دست دادن هوشیاری (غش کردن)	۶۵۱	۲۱۰۹	۲۱۰۹	۱۸۹۲
سردردهای شایع	۲۶۴	۳۳۸	۳۳۸	۳۶۵

* مرجع: برگرفته از Bines ۱۹۹۴ به نقل از کتاب مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، صفحه ۲۷۹

¹ Lawless

² Corr

³ Marmot

⁴ Wilkinson

همچنین "داربی شایر"^۱ در سال ۱۹۹۵ میلادی، با بررسی وضعیت بیماری "سل" در میان ۶۴۲ نفر از بی‌خانمان‌های استفاده‌کننده از خوابگاه‌های عمومی، از طریق رادیوگرافی به این نتیجه می‌رسد که «... یک چهارم از آنها رادیوگرافی غیرطبیعی داشتند و ۵ درصد از ایشان مبتلا به سل فعال...» (همان: ۲۸۰) هستند.

از دیگر تحقیقات صورت گرفته در خصوص وضعیت سلامت بی‌خانمان‌ها، تحقیقاتی است که ارتباط بیماری‌های روانی افراد بی‌خانمان انجام شده است، نتایج یک مورد از پژوهش‌های صورت گرفته از بی‌خانمان‌های ساکن در مراکز خوابگاهی، اقامت‌گاه‌های اجاره‌ای بی‌خانمان‌ها و خیابان‌خوابها در سال ۱۹۹۶ میلادی است که «... نشان‌دهنده میزان بالای بیماری جسمی و روانی و یا هر دو در بسیاری...» (همان: ۲۸۰) از بی‌خانمان‌ها بوده است. نتایج حاصل از این تحقیق در قالب جدول ذیل ارائه گردیده است.

جدول ۴: گزیده‌ای از نتایج تحقیق در مورد اختلالات روانپزشکی (% نمونه‌های خودسنجی)

حجم نمونه*	صرفاً بیماری جسمی	بیماری روانی و جسمی	صرفاً بیماری روانی	اعتیاد به الکل	اعتیاد به مواد مخدر	دارای پرونده نزد پزشک محله
مراکز خوابگاهی شبانه‌روزی	۳۶	۶	۶	۱۶	۱۱	۹۲
منازل استیجاری						
بخش خصوصی	۳۳	۲	۳	۳	۷	۹۵
خوابگاه‌های شبانه	۲۶	۹	۱۲	۴۴	۲۹	۷۱
خیابان‌خواب‌ها	۳۹	۱۴	۷	۵۰	۲۴	۵۸

* مرجع: برگرفته از Bines ۱۹۹۴ به نقل از کتاب مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، صفحه ۲۷۹

در این تحقیق همچنین «... نیمی از کسانی که در خیابان می‌خوابند، معتاد به الکل، و یک چهارم آنها معتاد به مواد مخدر بودند...» (همان: ۲۸۰) "مارموت" و "ویلیکینسون" به نقل از "ملتزر"^۲ بیان می‌دارند که این آمار در مقایسه با آمار کل جمعیت که نشان‌دهنده پنج درصد اعتیاد به الکل و ۲ درصد اعتیاد به مواد مخدر است، بسیار بالا و معنادار است. عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر و اعتیاد به الکل در بی‌خانمان‌ها، بیماری‌های مختلف و خطرناک دیگری چون عفونت‌های موضعی، ایدز و حتی خودکشی است.

در واقع این تحقیق و جدول حاصل از آن بیان می‌دارد که بی‌خانمانی بر وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد بی‌خانمان تأثیر داشته، و با افزایش میزان ابتلا و نیز افزایش میزان ریسک‌پذیری بیمار شدن، امکان مرگ و میر و متعاقب آن طول عمر افراد بی‌خانمان رابطه معناداری دارد.

از نظر "بارکر"^۳ به نقل از "ویلیکینسون" و "مارموت"، «... احساس انزوا، تنهایی و بی‌ارزشی، نداشتن امید به آینده، احساس شکست و نداشتن پشتیبانی، ناتوانی در تغییر روند حوادث، طرد و رانده شدن به حاشیه از طرف جامعه، احساس ناکامی، حقارت و مورد سوء تفاهم و اتهام واقع شدن...» (همان: ۲۸۱) احساسات و افکار هستند که بی‌خانمان‌ها با آن بطور مداوم درگیرند.

در تحقیق دیگری در خصوص میزان اقدام به خودکشی در افراد بی‌خانمان نسبت به سایر افراد جامعه، "کیز"^۴ و "کندی"^۵ در پژوهشی در سال ۱۹۹۲ میلادی نشان داده‌اند که «... افراد بی‌خانمان ۳۴ برابر بیشتر از کل جمعیت دست به خودکشی زده‌اند...» (همان: ۲۸۱). در تحقیقی مشابه "گرنیر"^۶ در سال ۱۹۹۷ میلادی نشان می‌دهد که «... احتمال اینکه این افراد دست به چنین کاری بزنند ۳۵ بار بیشتر است...» (همان: ۲۸۱). بر این اساس، شرایط روانی، انگیزشی، جسمانی و اجتماعی بی‌خانمان‌ها، در بریدن

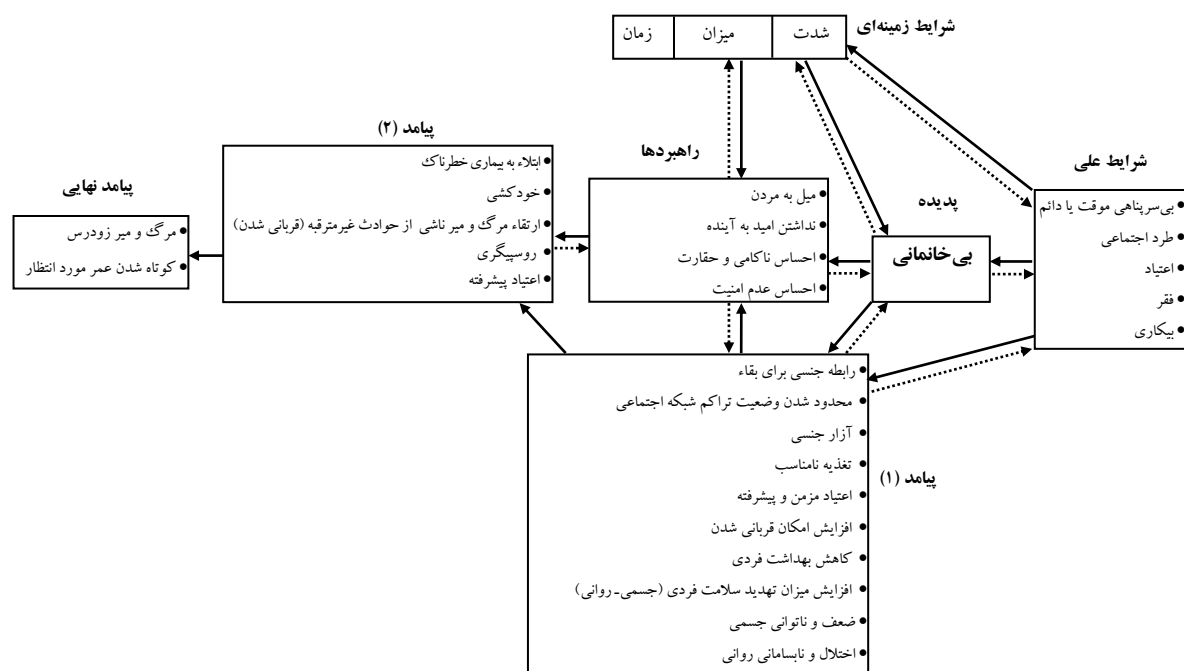
¹ Darby shire
² Meltzer et al
³ Barker
⁴ Keys
⁵ Kenndy
⁶ Gernier

ایشان از شرایط زندگی متعارف و منطقی، نقش بسیار مهمی دارد. از اینرو بالا بودن سطح اقدام به خودکشی در میان این قشر، ظاهراً رابطه‌ای معنادار با وضعیت مرگ و میر و به تبع آن امید به زندگی آنها دارد.

یکی از موضوعات دیگری که بر وضعیت "امید به زندگی" بی‌خانمان‌ها اثرگذار است، پایین بودن سطح امنیت فردی و اجتماعی این افراد است. این موضوع بویژه در خصوص زنان بی‌خانمان بیش از مردان صدق می‌کند. بنابر تحقیقی که در این خصوص توسط "نورث"^۱ و همکاران او در سال ۱۹۹۴ میلادی در بخش‌های سوانح و اورژانس بیمارستان‌ها صورت گرفت، «... آسیب‌های ناشی از ضرب و جرح در این افراد چهار برابر بیشتر از کسانی است...» (همان: ۲۸۲) که دارای شرایط سکونت طبیعی هستند. بنابر مستندات موجود "کندی"^۲ و "کیز"^۳ نیز نشان دادند «... که احتمال قربانی حملات مرگبار شدن در بین افراد بی‌خانمان، ۱۵۰ برابر...» (همان: ۲۸۲) بیش از افراد عادی است.

از دیگر تحقیقات مرتبط با موضوع این پژوهش، تحقیقی است که "محسنی تبریزی"^۴ و همکارانش در مقاله‌ای با عنوان "ارتباط جنسی برای بقا"^۵ در بررسی ۱۱۰ دختر فراری انجام داده‌اند. بر این اساس «... بیش از نیمی از نمونه‌ها با هدف کسب پول یا مسکن... تقریباً هر روز ارتباط جنسی داشته‌اند...» (معیدفر، ۱۳۸۹: ۱۴۲) این موضوع با توجه به تبعات ناشی از شرکاء جنسی متعددی که زنان بی‌خانمان برای خود فراهم می‌آورند «... احتمال ابتلاء آن به بیماری‌های جنسی بخصوص درگیر شدن با ویروس اچ آی وی و هیپاتیت را بشدت افزایش می‌دهد...» (همان: ۱۴۳) و بنوعی ارتباطی معنادار با طول عمر و مرگ و میر زنان بی‌خانمان پیدا می‌کند. بنظر می‌رسد با توجه به تحقیقات ارائه شده و نتایج حاصل از آن، الگوی نظری-تحلیلی برگرفته از پیشینه‌ی پژوهش این تحقیق را بتوان بدین صورت ترسیم نمود:

نمودار ۱: مدل مفهومی برگرفته از ادبیات پژوهشی این تحقیق (گزاره‌های مؤثر در امید به زندگی زنان بی‌خانمان در شهر تهران)



با توجه به مسئله مورد نظر در این پژوهش و سؤالات برگرفته از آن هدف کلی این تحقیق عبارت است از:

- بررسی اثربخشی وضعیت بی‌خانمانی بر شرایط «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران

¹ North

² Survival Sex

همچنین بنظر می‌رسد جهت دستیابی به هدف کلی یاد شده ضرورت دارد اهداف جزئی ذیل از طریق تجزیه و تحلیل داده‌ها و استنباط‌های حاصل از آن نیز دنبال گردد:

- بررسی اثربخشی وضعیت «بی‌خانمانی» بر «سلامت جسمی» زنان بی‌خانمان، و تأثیر آن بر کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران
- بررسی اثربخشی وضعیت «بی‌خانمانی» بر «سلامت روانی» زنان بی‌خانمان، و تأثیر آن بر کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران
- بررسی وضعیت «پذیرش یا تحمیل قربانی شدن» توسط زنان در شرایط بی‌خانمانی، و تأثیر آن بر کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران
- بررسی وضعیت «اعتیاد به مواد افیونی» توسط زنان در شرایط بی‌خانمانی، و تأثیر آن بر کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران
- بررسی وضعیت پذیرش «آسیب‌های اجتماعی» توسط زنان در شرایط بی‌خانمانی، و تأثیر آن بر کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران
- بررسی وضعیت «امیدواری و میل به زندگی» زنان در شرایط بی‌خانمانی، و تأثیر آن بر کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران

روش شناسی

جامعه آماری مورد نظر این تحقیق، زنان بی‌خانمانی هستند که در مرکز نگهداری موقت زنان بی‌خانمان (سامانسرای لویزان) دوره ساماندهی اولیه خود را طی می‌نمایند. متأسفانه فرابخشی بودن فرآیند جمع‌آوری و ساماندهی این افراد، و عدم وجود مرجع قانونی مشخص، جهت شناسایی ایشان، موجب گردیده تنها آمار در اختیار، از این قشر، داده‌های ارائه شده توسط شهرداری تهران بر مبنای عملیات جمع‌آوری و ساماندهی اولیه زنان بی‌خانمان در «مرکز نگهداری موقت لویزان» که جامعه آماری مورد نظر این پژوهش است، باشد.

بنابر آمار ارائه شده از سال ۱۳۸۷ تا انتهای شهریور ماه اول سال ۱۳۹۰، میزان پذیرش زنان بی‌خانمان و متکدی به تفکیک در مراکز نگهداری موقت ذیربط به شرح جدول ذیل است:

جدول ۵: وضعیت پذیرش زنان اعم از بی‌خانمان و متکدی در مرکز نگهداری موقت

وضعیت پذیرش	متکدی	کارتن خواب	جمع کل
سال ۸۷	۳۹۸	۴۵۰	۸۴۸
درصد	۴۶٫۹۳	۵۳٫۰۷	۱۰۰
سال ۸۸	۵۴۴	۴۸۰	۱۰۲۴
درصد	۵۳٫۱۲	۴۶٫۸۸	۱۰۰
سال ۸۹	۲۰۵	۸۴۳	۱۰۴۸
درصد	۱۹٫۵۶	۸۰٫۴۴	۱۰۰
۶ ماهه ۹۰	۲۴۲	۶۰۳	۸۴۵
درصد	۲۸٫۶۴	۷۱٫۳۶	۱۰۰

منبع: گزارش رسمی سازمان رفاه، خدمات و مشارکتهای اجتماعی شهرداری تهران آبانماه ۹۰

با توجه به آمار فوق‌الذکر، بنظر می‌رسد ضمن اینکه میزان ورودی زنان بی‌خانمان به مراکز مذکور (اسلامشهر و لویزان) از سال ۸۷ تا سال ۹۰ از رشدی تدریجی برخوردار بوده، در شش ماهه اول سال ۹۰، رشد بسیار چشمگیری نیز، نسبت به زمان مشابه در سال‌های پیشین داشته است. هم‌چنین از دیگر نکات قابل توجه می‌توان به موضوع افزایش تدریجی آمار زنان بی‌خانمان نسبت به زنان متکدی، در جدول مذکور تا شهریور ماه سال ۹۰ اشاره نمود.

با لحاظ موضوع این تحقیق، نکته حائز اهمیتی که می‌باید پیش از بررسی و تعیین روش تحقیق کمی متناسب با موضوع این تحقیق مورد ملاحظه قرار گیرد این است که شاخص‌های قابل سنجش و مرتبط با مفهوم «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان این پژوهش تاکنون بر مبنای مستندات موجود در تحقیقات پیشین مورد شناسایی و ارزیابی قرار نگرفته است. از اینرو سنجش وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان در جامعه آماری مورد نظر این تحقیق، معناداری رابطه بین وضعیت بی‌خانمانی و نتایج حاصله از آن بر وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان مذکور را در قالب شاخص‌هایی قابل سنجش مدنظر قرار خواهد داد.

منابع و مستندات در اختیار محقق جهت استفاده از ابزارهای کمی عبارتند از: پرسشنامه‌ها، سایر گواهی‌ها، مدارک و مستنداتی که از زمان پذیرش زنان بی‌خانمان در مرکز نگهداری موقت، از طریق مددکاران مرتبط با هر بی‌خانمان، و یا بر مبنای گواهی پزشکان و روان‌پزشکان مرکز، همچنین تشخیص قاضی مربوطه در هر پرونده موجود است. پرسشنامه‌های مذکور که در زمان ورود مددجویان یاد شده، از طریق مصاحبه توأم با بازرسی وسایل و لوازم همراه زنان بی‌خانمان، و ثبت در برگه‌های مربوطه، تکمیل

گردیده است، اطلاعات به نسبت گسترده‌ای از وضعیت فردی و سوابق خانوادگی اعم از خانواده اصلی (خانواده پدری) یا خانواده زناشویی ایشان، همچنین انواع آسیب‌های قطعی یا احتمالی مددجو (از جمله اعتیاد به مواد افیونی، رابطه جنسی برای بقاء، روسپیکری، کارتن‌خوابی، فروش مواد مخدر، سابقه محکومیت و سایر موارد مربوطه)، و نیز شناسایی افراد یا مراجع حمایتی مرتبط با مددجو و حتی شرایط امیدواری و خواست زن بی‌خانمان جهت ادامه زندگی را در بر می‌گیرد. اگرچه بعضاً بدلیل وضعیت جسمانی و روانی نامناسب ناشی از استعمال مواد افیونی، بیماری‌های روانی و جسمانی، توهم ناشی از مصرف مواد افیونی یا نگرانی مددجو از تبعات ارائه پاسخ صادقانه، نمی‌توان مدعی صحت تمامی داده‌ها و مستندات موجود در پرونده‌ها گردید. ولیکن بدلیل مصاحبه‌ها و مشاهدات بعدی مددکاران، بنظر می‌رسد برخی از تناقضات غیرقابل توجیه در مستندات موجود، قابل شفافیت و ابهام‌زدایی دارند. نکته دیگر اینکه با توجه به تکراری بودن پذیرش برخی از زنان بی‌خانمان در مرکز نگهداری موقت، که حتی بعضاً سوابق مبنی بر حدود ده بار بازگشت به مرکز نیز در پرونده این افراد ملاحظه می‌شود، داده‌ها و مستندات قابل توجهی در خصوص وضعیت فردی و اجتماعی این مددجویان در اختیار تحقیق و محقق وجود دارد.

بنابراین باتوجه به منابع و مستندات موجود، بنظر می‌رسد یکی از روش‌هایی که، روشی متناسب با این تحقیق در شیوه کمی بحساب می‌آید، روش "تحلیل ثانوی" است. در روش تحلیل ثانوی «... داده‌های گردآوری و پردازش شده توسط یک محقق، مجدداً به وسیله یک محقق دیگر برای منظور دیگری- تجزیه و تحلیل می‌شود. ... بایگانی‌های داده‌های انبار یا کتابخانه‌هایی از داده‌ها برای تحلیل ثانوی هستند...» (بی، ۱۳۹۰: ۶۴۸).

در خصوص استفاده از روش‌های دیگری همچون روش «پیمایشی»، بدلیل اینکه سهم قابل توجهی از داده‌های مورد نظر، در قالب پرسشنامه‌ها و مدارک و مستندات موجود در پرونده‌های مرتبط با هر زن بی‌خانمان وجود دارد، قابل توجیه و منطقی بنظر نمی‌رسد. همچنین روش‌های دیگری چون «روش اسنادی» و «روش تحلیل محتوا» نیز از تناسب لازم، هم به لحاظ موضوعی، و هم شیوه مورد نیاز جهت جمع‌آوری داده‌های مرتبط با این تحقیق، برخوردار نیستند.

معهداً بنظر می‌رسد از جمله محاسن روش "تحلیل ثانوی"، تسریع در امکان ارائه تحلیل و استنباط محقق از داده‌های موجود در هر پرونده، در خصوص وضعیت "امید به زندگی" زنان بی‌خانمان در شهر «تهران» است. نکته دیگر اینکه داده‌های موجود در پرونده‌ها، گرچه جهت تحقیق و پژوهشی خاص از طریق پرسشنامه دریافت نشده‌اند، اما داده‌های عمومی هستند، که از وضعیت فردی و اجتماعی زنان بی‌خانمان پذیرش شده در مرکز، اطلاعاتی به نسبت مرتبط و معنادار ارائه می‌نمایند. از اینرو بعنوان داده‌های بایگانی شده مرتبط با موضوع این تحقیق، بحساب می‌آیند.

دیگر اینکه، داده‌های موجود در سوابق هر زن بی‌خانمان، صرفاً مربوط به پرسشنامه‌های عمومی ایشان نبوده، و مستندات دیگری که بعضاً حتی داده‌های مندرج در پرسشنامه را نیز به نقد می‌کشد، در هر پرونده، در قالب گواهی‌های پزشکی، تحلیل‌های مددکاری، تشخیص قاضی و یا نتایج حاصل از پیگیری‌های مربوط به زمان ترخیص این مددجویان، وجود دارد. از اینرو داده‌های موجود را می‌توان فراتر از داده‌های پیمایشی بایگانی شده، که صرفاً از طریق پرسشنامه‌ای (اعم از مصاحبه‌ای- تلفنی، و یا نرم‌افزاری) حاصل می‌آید، دانست. در واقع داده‌ها و اطلاعات موجود هر مددجو، ضمن اینکه از طریق مصاحبه مددکاران با زنان بی‌خانمان در قالب پرسشنامه‌ها دریافت گردیده و ثبت شده است، از طریق سایر پیگیری‌های توسط مددکاران، جهت ارزیابی صحت و سقم آنها، مورد نقد و بررسی قرار گرفته است. و آخر اینکه بدلیل حضور چند ماهه محقق در مرکز، بمنظور جمع‌آوری دقیق داده‌ها و اطلاعات موجود و همچنین آشنایی چند ساله وی با موضوع تحقیق، امکان استنباط از داده‌های موجود و ارائه تحلیل پیرامون آنها، بیش از ظرفیت داده‌های مورد نیاز فراهم بوده است. از اینرو بنظر می‌رسد روش تحلیل ثانوی، نسبت به سایر روش‌های کمی از جمله روش پیمایشی، روش اسنادی، و روش تحلیل محتوا، از تناسب و همخوانی بیشتری با موضوع این پژوهش دارد.

با توجه به اینکه جامعه‌ی آماری مورد نظر در این تحقیق زنان بی‌خانمان «سامانسرای لویزان» است، شیوه نمونه‌گیری متناسب با روش کمی برگزیده در این پژوهش نیز، «انتخاب تصادفی»^۱ است. «...در انتخاب تصادفی هر عنصر مستقل از هر رویداد دیگری، در فرایند انتخاب، فرصت یکسانی برای انتخاب خواهد داشت...» (بی، ۱۳۹۰: ۴۳۲).

بمنظور پرهیز از سوگیری احتمالی در انتخاب نمونه‌ها، محقق تلاش نموده به شیوه‌ای عمل کند که از میان پرونده‌های موجود، انتخاب نمونه‌ها، بر مبنای شیوه‌های موجود قابل دفاع باشد. با توجه به اینکه در این تحقیق، هر زن بی‌خانمان یک عنصر^۲ به مفهوم «... واحدی که درباره آن اطلاعات جمع‌آوری می‌شود و مبنای تحلیل را فراهم می‌سازد...» (همان: ۴۳۰) است، نحوه انتخاب نمونه‌ها می‌تواند در شکل‌گیری نتایج تحقیق در روش «تحلیل ثانوی» مؤثر باشد. از اینرو بر مبنای جدول اعداد تصادفی از ۶۰۹ پرونده متعلق به زنان بی‌خانمان پذیرش شده در شش ماه اول سال جاری، ۵۰ مورد از مدارک و مستندات مرتبط با زنان بی‌خانمان مذکور، با استفاده از فرمول «کوکران» جهت بررسی محاسبه گردید:

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)} \rightarrow n = \frac{\frac{1.96^2 \times 0.93 \times 0.07}{0.05^2}}{1 + \frac{1}{609} \left(\frac{1.96^2 \times 0.93 \times 0.07}{0.05^2} - 1 \right)} = 41 \cong 50$$

(N = حجم جمعیت مورد مطالعه)؛ (P = وجود صفت در حجم نمونه)؛ (p = Q = عدم وجود صفت در حجم نمونه)؛ (d = درجه اطمینان)؛ (t = ضریب اطمینان)؛

(N = حجم جمعیت نمونه) (ساروخانی، ۱۳۸۲: ۱۲۰-۱۲۱؛ دواس، ۱۳۸۳: ۷۸-۸۱؛ رفیع‌پور، ۱۳۸۲: ۳۷۱-۳۸۳؛ سرمد، بازرگان، حجازی، ۱۳۸۱: ۱۸۶-۱۹۱).

لازم به توضیح است جهت اطمینان بیشتر در انتخاب نمونه‌ها و قابلیت تعمیم، نه نفر به میزان حجم نمونه بدست آمده اضافه شد. همچنین قالب انتخاب نمونه‌ها، از هر ۱۲ نفر یک نفر در نظر گرفته شده است. عدد پرونده آغازین، پرونده شماره ۹ می‌باشد. بر این اساس، مدارک و مستندات مرتبط با پنجاه زن بی‌خانمان مرکز نگهداری موقت شهرداری تهران، جهت بررسی وضعیت «امید به زندگی» ایشان، بر مبنای روش «تحلیل ثانوی» انتخاب می‌گردد.

یافته‌های پژوهش

این بخش از تحقیق بر اساس روش برگزیده تحقیق به شیوه کمی (تحلیل ثانویه)، و با استفاده از داده‌ها و سوابقی که از زنان بی‌خانمان پذیرش شده در مرکز نگهداری موقت (سامانسرای لویزان) موجود است، صورت می‌پذیرد. این داده‌ها در قالب پرونده‌هایی بصورت تفکیک شده برای هر یک از زنان مذکور در این مرکز، بعنوان اسناد و سوابق فرایند ساماندهی اولیه ایشان، از زمان پذیرش تا ترخیص آنها جمع‌آوری و نگهداری می‌شود. بر این اساس، با توجه به اطلاعات موجود در هر پرونده، بر اساس موضوع این پژوهش تلاش گردید، از داده‌هایی که با موضوع «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان، دارای رابطه معناداری است، ابتدا بصورت کلی و در قالب جدول مشخصات عمومی افراد، و پس از آن در قالب جداول آماری با موضوعیت خاص، برداشت گردد. همچنین با توجه به کمی بودن شیوه تحقیق در این بخش از پژوهش، تلاش گردیده است، در صورت لزوم جهت شفاف شدن مطالب قابل برداشت از پرونده هر زن بی‌خانمان پذیرش شده در «سامانسرای لویزان»، از راهنمایی و اطلاعات مددکاران ذیربط نیز استفاده گردد. لازم به توضیح است یکی دیگر از منابع مؤثر در امکان استنباط و تحلیل از داده‌های مرتبط با زنان بی‌خانمان، تجربیات محقق بدلیل سوابق مدیریتی مرتبط با موضوع، همچنین داشتن تجربه پژوهشی انجام تحقیق کیفی بر مبنای روش نظریه بنیانی در همین مرکز و در خصوص همین جامعه آماری بوده است. هر بی‌خانمان از ابتدا ورود به مرکز نگهداری موقت جهت طی فرایند ساماندهی اولیه، بر مبنای پرسشنامه‌ای خاص که توسط مرکز نگهداری موقت، تهیه گردیده، بوسیله تیم مددکاری سامانسر، مورد مصاحبه قرار می‌گیرد. و پس از انجام معاینات مربوط به تعیین وضعیت جسمی و روانی مددجو، توأم با آزمایشات مرتبط با

¹ random selection

²element

چگونگی وضعیت اعتیاد و نیز وضعیت مددجو به لحاظ ابتلاء به بیماری‌های خطرناک، (از جمله ایدز و انواع هیپاتیت)، کلیه داده‌های حاصله در پرونده ثبت می‌گردد. این داده‌ها، توأم با تحلیل مددکار پرونده از وضعیت زن بی‌خانمان مرتبط با پرونده، در قالب پیشنهادی مشخص از سوی مددکار به قاضی مربوطه ارائه، و در نهایت قاضی در خصوص تعیین تکلیف مددجو (زن بی‌خانمان) تصمیم‌گیری می‌نماید. تمامی مستندات، اطلاعات و نیز فرایندها معاینات، مصاحبه‌ها توأم با تحلیل مددکار و در نهایت تصمیم قاضی در مورد هر مددجو، تا زمان ترخیص، و نیز نحوه ترخیص هر زن بی‌خانمان در پرونده مربوط به وی ثبت و موجود است. این فرایند مستندسازی، در صورت بازگشت مجدد و مکرر هر زن بی‌خانمان پس از ترخیص به مرکز نگهداری موقت (که بعضاً بارها ممکن است برای برخی از زنان بی‌خانمان اتفاق بیفتد)، هر بار بطور کامل در پرونده ثبت می‌شود.

بنابر گزارش شفاهی ارائه شده توسط مسئولین مرکز مذکور، "سامانسرای لویزان" بطور متوسط روزانه حدود هفتاد مددجو اعم از زن بی‌خانمان و یا زن متکدی در طی سال، پذیرش دارد. با توجه به جدول فراوانی نوع پذیرش مددجویان در شش ماهه اول سال ۱۳۹۰ شمسی، ۷۲/۱۵ درصد از مددجویان پذیرش شده در مرکز یاد شده را، زنان بی‌خانمان تشکیل می‌دهند.

جدول ۶: فراوانی نوع مددجویان پذیرفته شده

نوع پذیرش	تعداد	درصد
متکدی	۲۳۵	۲۷/۸۴
بی‌خانمان	۶۰۹	۷۲/۱۵
جمع	۸۴۴	۱۰۰

مرجع برداشت شده، گزارش رسمی- مدیریتی سازمان رفاه، خدمات و مشارکتهای اجتماعی شهرداری تهران از آمار عملکرد سامانسرای لویزان در شش ماهه اول سال ۱۳۹۰ است.

بر این اساس از حدود هفتاد مددجو پذیرش شده مرکز نگهداری موقت، حدود ۵۰ مددجو را زنان بی‌خانمان تشکیل می‌دهند. یعنی "سامانسرای لویزان" در هر روز حدود ۵۰ زن بی‌خانمان اعم از مددجویان جدید و یا تکراری را پذیرش می‌نماید. محقق بر این اساس با بهره‌گیری از شیوه‌ی نمونه‌گیری احتمالی منظم، نسبت به انتخاب و بررسی داده‌های ۵۰ پرونده‌ی متعلق به زنان بی‌خانمانی که در هشت ماهه نخست سال جاری پذیرش شده بودند، و در زمان انجام این تحقیق برخی از ایشان هنوز مراحل ساماندهی اولیه خود را در سامانسرا طی می‌نمودند، در قالب جدول ویژگیهای شخصی ذیل اقدام نمود. جدول ذیل به بیان مشخصات اولیه زنان بی‌خانمان یاد شده می‌پردازد.

جدول ۷: مشخصات اولیه زنان بی‌خانمان جامعه پژوهش

ردیف زن بی‌خانمان	سن	تابعیت	تحصیلات	ردیف زن بی‌خانمان	سن	تابعیت	تحصیلات
۱	۳۳	ایرانی	راهنمایی	۲۶	۲۳	ایرانی	متوسطه
۲	۲۸	ایرانی	متوسطه	۲۷	۳۵	ایرانی	متوسطه
۳	۲۶	ایرانی	ابتدایی	۲۸	۳۱	ایرانی	ابتدایی
۴	۳۷	ایرانی	بی‌سواد	۲۹	۱۹	ایرانی	متوسطه
۵	۵۸	ایرانی	بی‌سواد	۳۰	۴۵	ایرانی	متوسطه
۶	۲۸	ایرانی	متوسطه	۳۱	۸۱	ایرانی	نامعلوم
۷	۳۴	ایرانی	ابتدایی	۳۲	۲۴	ایرانی	دیپلم
۸	۳۳	ایرانی	ابتدایی	۳۳	۲۷	ایرانی	بی‌سواد
۹	۲۱	ایرانی	فوق‌دیپلم	۳۴	۳۲	ایرانی	ابتدایی
۱۰	۳۰	ایرانی	دیپلم	۳۵	۵۰	ایرانی	بی‌سواد
۱۱	۲۶	ایرانی	راهنمایی	۳۶	۳۵	ایرانی	دیپلم
۱۲	۳۳	ایرانی	نامعلوم	۳۷	۲۰	—	نامعلوم
۱۳	۴۴	ایرانی	نامعلوم	۳۸	۳۰	ایرانی	دیپلم
۱۴	۲۹	ایرانی	دیپلم	۳۹	۳۹	ایرانی	ابتدایی
۱۵	۲۶	ایرانی	فوق‌دیپلم	۴۰	۲۰	افغانی	ابتدایی
۱۶	۲۹	ایرانی	سیکل	۴۱	۵۰	ایرانی	ابتدایی
۱۷	۲۴	ایرانی	سیکل	۴۲	۳۷	ایرانی	دیپلم
۱۸	۳۰	ایرانی	ابتدایی	۴۳	۳۷	—	نامعلوم
۱۹	۳۰	ایرانی	ابتدایی	۴۴	۳۰	ایرانی	دیپلم
۲۰	۳۵	ایرانی	ابتدایی	۴۵	۴۱	—	نامعلوم
۲۱	۴۰	ایرانی	ابتدایی	۴۶	۳۳	ایرانی	لیسانس کارگردانی
۲۲	۳۷،۳۸،۳۹	ایرانی	راهنمایی	۴۷	۴۰	ایرانی	دیپلم
۲۳	۲۶	ایرانی	فوق‌دیپلم	۴۸	۳۰	ایرانی	راهنمایی
۲۴	۲۸	ایرانی	نامعلوم	۴۹	۳۵	ایرانی	راهنمایی
۲۵	۳۵	ایرانی	بی‌سواد	۵۰	۴۰	ایرانی	سیکل

در ادامه فرایند این تحقیق با توجه به داده‌های موجود در هر پرونده بنظر می‌رسد، «وضعیت امید به زندگی» زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، متأثر از علل و عوامل اثرگذار بر شکل‌گیری شرایط بی‌خانمانی برای هر یک از زنان بی‌خانمان شهر تهران، و راهبردهای مؤثر بر سلامت جسمی و روانی جامعه نمونه موصوف، از اثرپذیری جدی برخوردار است. استمرار شرایط اعتیاد به مواد افیونی و پیامدهای روانی و جسمانی حاصل از آن، پذیرش ناچار روابط جنسی برای بقاء و تهدیدات حاصل از قربانی شدن در این نوع کنش، آزارهای جنسی ناشی از بی‌سرپناهی، پذیرش روسپیگری و تن‌فروشی بمنظور تأمین نیازهای ضروری زیستی، ارتقاء سطح آسیب‌پذیری، کاهش تدریجی حداقل مراجع حمایتی موجود زنان مذکور بدلیل نابسامانی در شرایط جسمی و روانی ایشان، تقلیل موقعیت اجتماعی این افراد بدلیل استمرار کنش‌های نابهنجار اجتماعی توسط آنان، افزایش تهدیدات جسمی و روانی ناشی از شرایط اقلیمی و جوی محیط زندگی ایشان، پذیرش بناچار کنش‌های معرمانه جهت رفع نیازهای ضروری و اولیه و تبعات حاصل از آن، بنظر می‌رسد از جمله پیامدهای حاصل از بی‌خانمانی زنان در شهر تهران است، که رابطه معناداری نیز با وضعیت «امید به زندگی» زنان یاد شده دارد.

بنابراین با توجه به داده‌های موجود و استنباط حاصل از آن تحلیل ارتباط اطلاعات در اختیار محقق در پرونده هر زن بی‌خانمان، می‌توان شرایط «امید به زندگی» جامعه نمونه این پژوهش را بر مبنای اثرپذیری از شرایط بی‌خانمانی، بر اساس شاخص‌های مرتبط با موضوع طول عمر مورد انتظار از مددجویان مورد نظر، بر مبنای طول عمر مورد انتظار زنان در جامعه شهری تهران در قالب جداول ذیل تحلیل نمود.

جدول ۸: دسته‌بندی وضعیت «سلامت جسمانی» زنان بی‌خانمان جامعه نمونه پژوهش

وضعیت جسمانی	تعداد	درصد
سالم	۴۹، ۴۸، ۴۶، ۴۴، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۳۶، ۳۳، ۳۱، ۲۹، ۲۳، ۲۰، ۱۸، ۹، ۵، ۱	۳۴
بیماری‌های مزمن	۵۰، ۴۵، ۴۳، ۴۲، ۳۸، ۳۴، ۳۲، ۲۵، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۸، ۷، ۶، ۴، ۳	۴۴
بیماری‌های خطرناک و تهدیدآمیز	۴۷، ۳۵، ۲۶، ۲۴، ۲۲، ۱۰، ۲	۱۴
نامعلوم	۳۷، ۳۰، ۲۸، ۲۷	۸

بر اساس داده‌های موجود در جدول فوق، بنظر می‌رسد استمرار شرایط بی‌خانمانی، سلامت جسمانی زنان بی‌خانمان مورد نظر در این پژوهش را، با تهدیداتی جدی روبرو می‌سازد. داده‌های یاد شده نشان می‌دهد، **۵۸ درصد** از زنان بی‌خانمان مذکور، به لحاظ جسمانی در وضعیت مزمن و حاد (به لحاظ ابتلاء به بیماری‌های خطرناک و تهدیدآمیز) بسر می‌برند. از جمله علل و عواملی که بنظر می‌رسد بر وضعیت سلامت جسمی زنان بی‌خانمان، در شرایط بی‌خانمانی اثرگذار هستند عبارتند از: تهدیدات ناشی از روابط جنسی برای بقاء، تغذیه نامناسب و ضعف عمومی جسمی، آسیب‌پذیری از شرایط محیطی و جوی بویژه در ایام سرما، آزار جنسی و آسیب‌های جسمی ناشی از آن، روسپیگری و بیماری‌های خطرناکی چون ایدز و انواع هپاتیت‌ها، اعتیاد مزمن و حاد به مواد افیونی و شیمیایی.

نکته حائز اهمیت که معناداری رابطه میان «وضعیت امید به زندگی» و اثرپذیری تهدیدات جسمانی ناشی از قرار گرفتن در شرایط بی‌خانمانی را برای زنان جامعه نمونه این پژوهش مضاعف می‌نماید این است که، بر مبنای داده‌های موجود، صرفاً حدود **۳۴ درصد** از مددجویان یاد شده، از وضعیت سلامت جسمانی (بطور نسبی) برخوردار هستند و در مقابل تعداد زنان بی‌خانمانی که دچار بیماری‌های مزمن و حاد می‌باشند، **۵۸ درصد** ارزیابی می‌گردد. یعنی به غیر از تعداد مددجویانی که از شرایط نامعلومی به لحاظ سلامت جسمی بر اساس داده‌های موجود برخوردار هستند، حدود **۸۵ درصد** از مددجویان باقیمانده نیز به لحاظ «سلامت جسمی» دارای بیماری‌های حاد و مزمن می‌باشند. از اینرو با توجه به داده‌ها و مستندات موجود در پرونده زنان بی‌خانمان مذکور، بنظر می‌رسد بی‌خانمانی عاملی اساسی در ایجاد شرایط بیماری (اعم از حاد یا مزمن) برای این مددجویان بوده است.

یکی از مصادیق اثربخشی شرایط بی‌خانمانی، بر وضعیت جسمی زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، **زن بی‌خانمان شماره ۲** است. وی که سابقه دو بار ازدواج ناموفق در زندگی زناشویی دارد، پس از جدایی از همسر اولش، بدلیل فقدان مراجع حمایتی، نداشتن خانواده اصلی (حدود ۱۵ سال پیش از زمان طلاق نامبرده والدینش از یکدیگر جدا شده بودند)، فقدان درآمد، و نیز نداشتن سرپناه، در موقعیت بی‌خانمانی قرار می‌گیرد. وی بدلیل فشارهای روانی ناشی از وضعیت نابسامان زندگی خود، بتدریج در معاشرت با سایر بی‌خانمان‌ها به «کراک» اعتیاد می‌یابد. نداشتن حداقل منابع مالی مورد نیاز، جهت تأمین نیازهای ضروری و حیاتی، موجب تجربه‌پذیری مفهوم «رابطه جنسی برای بقاء» توسط

این مددجو می‌گردد. وی در نهایت از طریق همین نوع روابط، دچار بیماری‌های «ایدز» و «هیپاتیت» نوع C می‌گردد. از اینرو بنظر می‌رسد شرایط بی‌خانمانی با وضعیت «امید به زندگی» این زن بی‌خانمان از رابطه معناداری برخوردار است.

جدول ۹: دسته‌بندی وضعیت «اعتیاد» زنان بی‌خانمان جامعه نمونه پژوهش

وضعیت اعتیاد	تعداد	درصد
نامعلوم	۱۴، ۹، ۶	۶
اعتیاد مزمن	۴۹، ۴۸، ۴۶، ۴۵، ۴۳، ۴۲، ۳۸، ۳۶، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۳، ۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷، ۶	۴۶
اعتیاد حاد	۵۰، ۴۷، ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۰، ۲۶، ۲۴، ۲۲، ۱۹، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶	۲۸
عدم اعتیاد	۴۴، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۳۷، ۳۵، ۳۱، ۲۱، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶	۲۰

از دیگر علل مؤثر بر وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان جامعه نمونه این پژوهش، وضعیت اعتیاد مددجویان مذکور است. با توجه به داده‌های حاصل در این جدول بنظر می‌رسد، حدود ۷۴ درصد از زنان بی‌خانمان موضوع این تحقیق، در شرایط اعتیاد مزمن، و یا «حاد» به مواد افیونی و شیمیایی قرار دارند. از این میان، ۳۴ درصد از مددجویان مذکور دارای اعتیاد به مواد شیمیایی همچون «شیشه» و «کراک» بوده، که استمرار استفاده از این مواد فارغ از پیامدهای اجتماعی که می‌تواند برای هر یک از زنان بی‌خانمان مورد نظر، متناسب با شرایط فردی ایشان داشته باشد، بشدت سلامت جسمی و روانی این افراد را تهدید می‌کند. لازم به توضیح است با توجه به مستندات موجود در پرونده‌های ذیربط در این پژوهش، استنباط می‌گردد، زنان بی‌خانمان، بدلیل فقدان سرپناه و مراجع حمایتی لازم و بدلیل اینکه بتوانند خطر «قربانی شدن» خود را در حالت خواب یا خواب‌آلودگی، در فضاهای عمومی و یا اماکن متروکه به حداقل ممکن کاهش دهند، ناچار به استفاده از «شیشه» می‌باشند. زیرا این ماده شیمیایی با اثرگذاری مستقیم بر سیستم اعصاب بدن انسان، توان مقاومت در برابر خواب را افزایش می‌دهد. از طرف دیگر برخی دیگر از این زنان، که به ناچار به «روسیگری» و یا «رابطه جنسی برای بقاء» تن می‌دهند، ناچار هستند از طریق استفاده از «شیشه»، قابلیت جنسی خود را افزایش دهند تا مقبول مشتریان جنسی خود واقع گردند و از این بابت فرصت کسب درآمد و یا ماندگاری در سرپناه متعلق به مشتری جنسی خود را از دست نداده و آنرا حفظ کنند.

نکته دیگر اینکه تمایل به استفاده از «کراک» در میان این زنان بی‌خانمان بر اساس داده‌های موجود، بیشتر به این دلیل است که این ماده شیمیایی و مخرب، با تأثیر بر مغز و سیستم اعصاب انسان، فرد مصرف کننده را در وضعیتی «از خود بی‌خودی»، و یا «فراموشی موقت» قرار می‌دهد. این وضعیت موجب می‌شود این مددجویان، مدت زمانی محدود، دردها، مشکلات و آسیب‌های متعددی را که پیش یا پس از قرار گرفتن در وضعیت بی‌خانمانی بدان دچار شده و یا هستند، به فراموشی بسپارند. البته استمرار استفاده از «کراک» پس از مدتی هم به لحاظ روانی و هم جسمانی بی‌خانمان استفاده کننده از این ماده افیونی را، به نابودی می‌کشاند.

یکی از مصادیق اثربخشی بی‌خانمانی بر معناداری رابطه اعتیاد زنان بی‌خانمان با وضعیت «امید به زندگی» ایشان، زن بی‌خانمان شماره ۵ است. این مددجوی ۳۰ ساله پس از طلاق از همسر بدلیل نابسامانی در خانواده اصلی، پس از یک دوره تجربه زندگی در منزل برخی از دوستانش، دچار اعتیاد، و پس از آن در وضعیت «کارتن‌خوابی» قرار می‌گیرد. وی بمنظور تأمین هزینه‌های مواد افیونی و سایر نیازهای ضروری زندگی‌اش، ناچار به ازدواج موقت و پس از آن تجربه‌پذیری مفهوم «رابطه جنسی برای بقاء» گردیده است. این مددجو در اثر استمرار در استفاده از «کراک» در حال حاضر در چند ناحیه از بدن دچار عفونت‌های شدید بوده، که فرایند بهبودی آن بر مبنای مستندات موجود در پرونده، با کندی و تأخیر بسیار زیادی همراه است. این زن بی‌خانمان، تاکنون سه بار توسط گشت‌های جمع‌آوری ذیربط، به «سامانسرای لويزان» آمده و علیرغم سوزدایی در هر نوبت، در بازگشت مجددش باز هم در شرایط اعتیاد به مواد افیونی بازگشته است. خواسته‌ی اصلی این مددجو، خروج از مرکز نگهداری موقت و گذراندن مابقی عمر در شرایط اعتیاد و بی‌خانمانی است. بنظر می‌رسد اعتیاد نقش معناداری در پذیرش سایر تهدیدهای جسمانی و روانی مرتبط با وضعیت بی‌خانمانی برای این زن بی‌خانمان دارد. در واقع با توجه به حجم و درصد زنان بی‌خانمانی که معتاد به مواد افیونی قلمداد می‌گردند (مطابق جدول فوق‌الذکر)، ظاهراً اعتیاد بطور مستقیم و غیرمستقیم بر وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان اثر گذار است.

جدول ۱۰: دسته‌بندی وضعیت «سلامت روانی» زنان بی‌خانمان جامعه نمونه پژوهش

وضعیت روانی	تعداد	درصد
سالم	۴۴، ۴۰، ۳۹، ۳۷، ۳۶، ۳۵، ۳۴، ۳۱، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۵	۲۴
مزم	۴۹، ۴۵، ۴۳، ۴۲، ۴۱، ۳۸، ۳۳، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۶، ۲۵، ۲۲، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۶، ۳	۴۰
حاد	۵۰، ۴۸، ۴۷، ۴۶، ۳۲، ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۸، ۷، ۴، ۲، ۱	۳۶

از دیگر داده‌های حاصل در این پژوهش که در قالب جدول فوق‌الذکر ارائه گردیده است، داده‌های مرتبط با وضعیت «سلامت روانی» زنان بی‌خانمان جامعه نمونه این تحقیق است. با توجه به علل و عوامل مؤثر بر وضعیت بی‌خانمانی زنان شهر تهران که بر مبنای داده‌های موجود در خصوص مددجویان ذریبط، مورد تحلیل قرار می‌گیرد، ظاهراً، تحقیر روانی، احساس ناکامی و ناراحتی از تن دادن به رفتارهایی چون، رابطه جنسی برای بقاء و یا در سطحی به مراتب بالاتر و تهدیدآمیزتر در قالب خودفروشی و روسپیگری، هم‌چنین اثرات روانی منفی ناشی از طرد اجتماعی، اثرپذیری روانی حاصل از اعتیاد به مواد افیونی به ویژه «شیشه» و «کراک» و اختلالات روانی و عصبی حاصل از آن، عدم امید به بازگشت به شرایط طبیعی، میل به مردن و به اتمام رسیدن زندگی، و حتی در مواردی تجربه خودکشی، اثرپذیری اثرات روانی ناشی از انگ‌های اجتماعی جامعه، و نگرش بدبینانه و تحقیرکننده افراد به جامعه نمونه مورد نظر این تحقیق، از جمله شاخص‌های مؤثر بر نابسامانی وضعیت روانی این افراد است. بر این اساس حدود **۷۶ درصد** از زنان بی‌خانمان مذکور به لحاظ روانی بنابر اطلاعات ذریبط، در شرایط روانی «حاد» یا «مزم» قرار دارند، و صرفاً **۲۴ درصد** از زنان بی‌خانمان جامعه نمونه این پژوهش به نسبت از وضعیت سالمی به لحاظ روانی برخوردار هستند. بنظر می‌رسد بر این اساس، بی‌خانمانی زنان در شهر تهران بدلیل اثرگذاری منفی بر شرایط «سلامت روانی» این افراد، پیامدهای فردی و اجتماعی متعدد دیگری را نیز بر ایشان تحمیل می‌نماید و از اینرو رابطه معناداری با طول عمر این افراد و شرایط «امید به زندگی» ایشان برخوردار است.

یکی از مصادیق معناداری رابطه سلامت روانی زنان بی‌خانمان جامعه نمونه پژوهش، با شرایط بی‌خانمانی زنان مذکور، **زن بی‌خانمان شماره بیست و سه** است. این مددجو که بدلیل تجربه جنسی زودهنگام و نامشروع خود، از خانواده اصلی اش طرد شده، و در نهایت در وضعیت بی‌خانمانی قرار گرفته است، بدلیل فشارهای روانی و اجتماعی ناشی از بی‌خانمانی، بتدریج تعادل روانی خود را از دست داده و به همین دلیل، ناخواسته مورد سوء استفاده‌های جنسی مکرر واقع گردیده است. این زن بی‌خانمان متأثر از بی‌تعادلی روانی توسط برخی از افراد سودجو در بزم‌های خصوصی ایشان مورد سوء استفاده واقع گردیده و به همین دلیل بتدریج دچار اعتیاد شدید به الکل نیز می‌گردد. بنظر می‌رسد شرایط بی‌خانمانی و آسیب‌پذیری‌های فردی و اجتماعی متعاقب آن رابطه معناداری با وضعیت «سلامت روانی» این زن بی‌خانمان دارد.

جدول ۱۱: دسته‌بندی وضعیت «آسیب‌پذیری» زنان بی‌خانمان برگزیده جامعه نمونه پژوهش

وضعیت جسمانی	تعداد	درصد
سالم	۹، ۶	۴
در معرض آسیب	۴۴، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۳۷، ۳۵، ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۷، ۵	۲۲
آسیب دیده	۴۹، ۴۸، ۴۶، ۴۵، ۳۸، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۰، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۸، ۱	۳۴
درونی شدن آسیب‌ها	۵۰، ۴۷، ۴۳، ۴۲، ۳۶، ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۰، ۲۶، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۴، ۳، ۲	۴۰

از دیگر داده‌های مرتبط و مؤثر بر شرایط «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان در این تحقیق، می‌توان به پیامدهای حاصل از آسیب‌های فردی و اجتماعی زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، بدلیل قرار گرفتن ایشان در وضعیت بی‌خانمانی و اثربخشی آن بر طول عمر مددجویان مذکور اشاره نمود. زنان بی‌خانمان یاد شده پس از قرار گرفتن در شرایط بی‌خانمانی، در موقعیت مفهوم «در معرض آسیب» قرار می‌گیرند. البته ممکن است برخی از این زنان، پیش از قرار گرفتن در وضعیت بی‌خانمانی آسیب‌های مختلفی چون اعتیاد، روابط جنسی آزاد، آزار جنسی و انواع گوناگون قربانی شدن را تجربه نموده باشند و در واقع این آسیب‌پذیری خود عامل بی‌خانمانی ایشان و طرد اجتماعی شان نیز شده باشد. اما در صورتی که تا پیش از بی‌خانمانی، تجربه آسیب‌پذیری اجتماعی را نداشته باشند، با قرار گرفتن در شرایط «کارتن‌خوابی» که به دلایلی چون؛ طرد اجتماعی، عدم پشتیبانی از جانب هرگونه مرجع حمایتی، نداشتن سرپناه، عدم برخورداری از درآمد و منابع مالی مشخص اتفاق می‌افتد، ناچار هستند تمام یا قسمت غالب شبانه‌روز خود را، در اماکن متروکه و یا فضاهای عمومی حضور داشته باشند.

از اینرو بدلیل قرار گرفتن در این شرایط، که بطور مستقیم و غیرمستقیم در معرض تهدیدات محیطی و اجتماعی واقع هستند، بواقع قشری «در معرض آسیب» بحساب می‌آیند. حال اگر هر یک از زنان بی‌خانمان مرتبط با این قشر، به هر دلیل، در این شرایط، هر نوع آسیب اجتماعی را تجربه نمایند، و این تجربه استمرار نیز داشته باشد، آسیب‌دیده اجتماعی بحساب خواهد بود.

در صورتی که استمرار در تجربه آسیب‌های اجتماعی چون اعتیاد، رفتارهای مجرمانه (فروش مواد مخدر، روسپیگری و...)، رابطه جنسی برای بقاء و سایر آسیب‌های متعارف، به گونه‌ای باشد که آسیب‌های مذکور به لحاظ روانی، مورد پذیرش زن بی‌خانمانی واقع شوند، و در واقع زن بی‌خانمان با میل و رغبت و یا در حالی بی‌تفاوت، و بدون توجه به عوارض فردی و اجتماعی آن، به انجام چنین کنش‌هایی اقدام نماید، این دسته از افراد در موقعیت «درونی شدن آسیب‌ها» قرار گرفته‌اند. بنظر می‌رسد قرار گرفتن در این شرایط بالاترین سطح از معناداری وضعیت «امید به زندگی» این زنان بی‌خانمان را با شرایط بی‌خانمانی تبیین می‌نماید. با توجه به جدول دسته‌بندی وضعیت آسیب‌پذیری زنان بی‌خانمان جامعه نمونه این پژوهش، حدود ۴۰ درصد از زنان مذکور بدلیل استمرار در پذیرش آسیب‌های اجتماعی، و تکرار کنش‌های آسیب‌زا، در موقعیت «درونی شدن آسیب» قرار گرفته‌اند. ۳۴ درصد آسیب‌دیده و ۲۲ درصد دیگر نیز «در معرض آسیب» محسوب می‌شوند. متأسفانه با توجه به داده‌های موجود، صرفاً ۴ درصد از زنان مذکور بطور نسبی در شرایط طبیعی، و بدون تجربه آسیب‌های اجتماعی خاص قرار دارند. یکی از مصادیق اثربخشی شرایط بی‌خانمانی بر معناداری رابطه‌ی میان آسیب‌پذیری اجتماعی زنان بی‌خانمان شهر تهران با وضعیت «امید به زندگی» ایشان، **زن بی‌خانمان شماره هفت** است. این زن سی و چهار ساله که دارای سابقه طلاق به علت نازایی می‌باشد، پس از جدایی از همسر، بدلیل فقر خانواده اصلی، تلاش نموده تا از طریق اشتغال و ایجاد درآمد بتواند هزینه‌های ضروری خود را تأمین کند. وی بدلیل عدم توانایی ایجاد منابع درآمدی لازم، بتدریج در شرایط بی‌خانمانی و در نهایت پذیرش تجربه «کارتن‌خوابی» قرار گرفته است. این مددجو پس از قرار گرفتن در این موقعیت، جهت حفظ امنیت خود و پیشگیری از پذیرش مفهوم «قربانی شدن»، ناچار به استفاده از مواد افیونی (شیشه و کراک) می‌گردد. تأمین نیازهای ضروری و ناامنی‌های فردی و اجتماعی ناشی از کارتن‌خوابی، مددجوی یاد شده را ناچار به پذیرش مشتریان جنسی و ایجاد روابط جنسی برای بقاء می‌نماید. این مددجو علاوه بر آزارهای جسمی ناشی از قرار گرفتن در موقعیت کارتن‌خوابی، و تبعات حاصله ناشی از آن، که به برخی از آنها در سطور بالا اشاره شد، در حال حاضر در شرایط روانی نابسامانی نیز قرار دارد. از اینرو بنظر می‌رسد آسیب‌های اجتماعی ناشی از قرار گرفتن در شرایط بی‌خانمانی در خصوص این زن بی‌خانمان، از رابطه‌ی معناداری با شرایط «امید به زندگی» او برخوردار است.

جدول ۱۲: دسته‌بندی وضعیت «امیدواری و میل به ادامه زندگی» زنان بی‌خانمان برگزیده جامعه نمونه پژوهش

وضعیت امیدواری نسبت به آینده	فراوانی	تعداد	درصد
امیدواری به زندگی	۴۰، ۹	۲	۴
احساس حقارت و ناکامی	۵۰، ۴۹، ۴۵، ۴۴، ۴۱، ۳۹، ۳۸، ۳۵، ۳۴، ۳۳، ۳۱، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۸، ۷، ۶، ۵، ۳، ۲	۲۸	۵۶
عدم امید به بازگشت (میل به مردن)	۴۸، ۴۷، ۴۶، ۴۳، ۴۲، ۳۶، ۳۲، ۳۰، ۲۳، ۲۲، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۴، ۱	۱۷	۳۴
نامعلوم	۳۷، ۲۶، ۲۴	۳	۶

یکی دیگر از شاخص‌های مرتبط با متغیر وابسته این تحقیق شرایط «امیدواری و میل به ادامه زندگی» جامعه نمونه این تحقیق به عنوان یکی از شاخص‌های مؤثر در وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان مذکور است. بر این اساس بنظر می‌رسد، عواملی چون ناکامی‌های حاصل از نابسامانی در خانواده اصلی و یا زناشویی، از دست دادن مراجع حمایتی و قرار گرفتن در موقعیت طرد اجتماعی، استیصال حاصل از فقدان منابع مالی و درآمدی و متعاقب آن تن دادن به بسیاری از آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی مانند: رابطه جنسی برای بقاء، فروش مواد مخدر، آزار جنسی، و حتی روسپیگری، بی‌سرنوایی و احساس تنهایی و عدم امنیت ناشی از آن، نداشتن هیچ‌گونه برنامه برای آینده و دغدغه جدی جهت رفع نیازهای اولیه به هر طریق ممکن، بر شرایط امیدواری زنان بی‌خانمان مذکور به ادامه زندگی اثرگذار است. با توجه به داده‌های ارائه شده در جدول یاد شده، ۹۰ درصد از زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، در شرایط «عدم امید به بازگشت به شرایط زندگی طبیعی و متعارف»، و نیز در وضعیت «احساس حقارت و ناکامی» قرار دارند. نکته حائز اهمیت اینکه، بر اساس داده‌های مذکور، صرفاً ۴ درصد از زنان بی‌خانمان مورد نظر، ظاهراً در شرایطی به نسبت طبیعی به لحاظ امیدواری به زندگی و آینده خود، قرار داشته‌اند. با توجه به اطلاعات موجود این چهار درصد نیز کسانی بوده‌اند که هنوز خود را دارای حمایت حداقلی برخی از مراجع حمایتی وابسته به خود می‌دانند.

یکی از مصادیق متناسب با اثربخشی شرایط بی‌خانمانی بر معناداری رابطه «امیدواری و میل به ادامه زندگی» زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، با وضعیت «امید به زندگی» ایشان، **زن بی‌خانمان شماره ۴۷** است. این مددجو که ۴۷ سال نیز سن دارد، بدلیل دو شکست در ازدواج‌های رسمی خود، هم‌چنین عدم وجود حمایت خانواده اصلی، و ممانعت ناپدیری از بازگشت او به منزل، پس از مدتی استفاده از خوابگاه‌ها و سایر اماکن موقتی که امکان دسترسی به آنها را داشته است، در شرایط «کارتن‌خوابی» قرار می‌گیرد. استیصال و ناتوانی این مددجو

در تأمین نیازهای اولیه‌ی وی، پس از مدتی تجربه‌پذیری مفهوم «رابطه جنسی برای بقاء»، او را بناچار در شرایط روسپیگری قرار می‌دهد. این زن از یک طرف بدلیل از دست دادن موقعیت‌های پیشین زندگی خود، و نیز عدم امید به بازگشت به شرایط گذشته، و از طرف دیگر بعلت حقرت ناشی از تن دادن به کنش‌های ناهنجار و رفتارهای ناپسندی چون تن‌فروشی، شدت نسبت به زنده ماندن و ادامه‌ی زندگی بی‌میل بوده و در واقع از زندگی و زنده ماندن بیزار است. او تاکنون ۱۱ بار توسط گروه‌های گشت و جمع‌آوری زنان بی‌خانمان به مرکز نگهداری موقت آورده شده، و پس از سم‌زدایی ناشی از اعتیاد، بعلت عدم وجود مرجع حمایتی مشخص مجدداً رها شده است.

جدول ۱۳: دسته‌بندی میزان «تحمیل یا پذیرش قربانی شدن» زنان بی‌خانمان برگزیده جامعه نمونه پژوهش

وضعیت قربانی شدن	فراوانی	تعداد	درصد
شرایط به نسبت طبیعی	۹،۳	۲	۴
در معرض قربانی شدن	۴۹، ۴۸، ۴۶، ۴۵، ۴۴، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۳۸، ۳۷، ۳۴، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۱، ۲۰، ۱۴، ۱۱، ۸، ۶، ۵، ۱	۲۶	۵۲
دارای تجربه قربانی شدن	۵۰، ۴۷، ۴۳، ۴۲، ۳۶، ۳۵، ۳۳، ۲۶، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۷، ۴، ۲	۲۲	۴۴

یک بخش دیگر از داده‌ها و مستندات موجود و مرتبط با زنان بی‌خانمان این پژوهش، که پیامد دیگری از قرار گرفتن زنان در شرایط بی‌خانمانی و اثرگذاری این شرایط بر وضعیت «امید به زندگی» ایشان را مورد بررسی قرار می‌دهد، میزان تحمیل یا پذیرش مفهوم «قربانی شدن» توسط زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش است. منظور از مفهوم «قربانی شدن» میزان آسیب‌های جسمی و روانی است که زن بی‌خانمان بدلیل مواجهه با محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و بعضاً فردی (نسبت به شرایط متعارف و طبیعی سایر افراد در جامعه ذریبط) به آن تن می‌دهد (می‌پذیرد)، و یا بر او تحمیل می‌گردد. یکی از مصادیق پذیرش این مفهوم «رابطه جنسی برای بقاء» است که برخی از زنان بی‌خانمان بدلالی چون نداشتن سرپناه و تهدیدها و ناامنی‌های ناشی از آن، عدم مرجع یا مراجع حمایتی، و عدم درآمد و منابع مالی، مجبور می‌شوند از طریق تأمین خواسته‌های مشتریان جنسی خود، مدتی از سرپناه و سایر کمک‌های ایشان جهت برطرف نمودن نیازهای ضروری و اولیه‌شان استفاده نمایند. روسپیگری و تن‌فروشی سطح پیشرفته‌تری از این پذیرش محسوب می‌شود که نهایت تحقیر روانی حاد را برای چنین زنان بی‌خانمانی به‌مراه دارد.

از پیامدهای دیگر این مفهوم تحمیل آسیب‌های جسمی و روانی است که زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، بدلیل فقدان سرپناه و مرجع حمایتی، و حضور در اماکن متروکه و فضاهای عمومی شهر، از طریق آزارهای جنسی با آن مواجه می‌گردند. این آزارها می‌تواند دامنه‌ی تهدیدزدایی از تجاوز به عنف، تا قتل را برای ایشان در بر داشته باشند. هم‌چنین، استفاده از مواد افیونی چون «شیشه» که از طریق اثرگذاری بر سیستم عصبی بدن انسان، قابلیت کم‌خوابی را برای زنان بی‌خانمانی که در فضاهای عمومی و اماکن متروکه تردد دارند، افزایش می‌دهد تا از حداقل هوشیاری لازم جهت دفاع از خود در مواقعی که با تحمیل رفتارهای قربانی‌کننده مواجه می‌گردند، برخوردار باشند نیز، مصداق دیگری از تحمیل مفهوم «قربانی شدن» است.

بنابراین بنظر می‌رسد، مفهوم «قربانی شدن» بر مبنای میزان تحقق آن برای هر یک از زنان بی‌خانمان جامعه نمونه مورد نظر این پژوهش، می‌باید از رابطه معناداری با وضعیت «امید به زندگی» زنان مذکور برخوردار باشد. با توجه به داده‌های ارائه شده در جدول فوق‌الذکر زنان بی‌خانمانی که تجربه قربانی شدن داشته‌اند حدود **۵۲ درصد** از زنان جامعه نمونه موضوع این پژوهش را تشکیل می‌دهند. در واقع این دسته از زنان بی‌خانمان، بدلیل قرار گرفتن در موقعیت بی‌خانمانی مورد تحمیل و یا مجبور به پذیرش آسیب‌هایی چون آزار جنسی، رابطه جنسی برای بقاء، پذیرش بیماری‌های مزمن و حاد ناشی از مقاربت‌های جنسی با مشتریان و یا تجاوزکنندگان جنسی، تحقیرهای روانی و آسیب‌های جسمی ناشی از سوء استفاده‌های جسمی و روانی از ایشان، اعتیاد ناشی از ضرورت پاسخگویی مناسب به مشتریان جنسی، اعتیاد ناشی از حفظ امنیت و جلوگیری از تهدیدهای احتمالی ناشی از بی‌سرپناهی، اعتیاد ناشی از احساس ناکامی و تحقیر شدید بدلیل طرد اجتماعی و نداشتن یا از دست دادن فرصت‌های زندگی، ضرب و جرح، و یا نقص عضو ناشی از زورگیری‌ها و باج‌خواهی‌های ناشی از بی‌سرپناهی و تردد در اماکن متروکه، سایر مصادیق قربانی شدن بوده‌اند. از طرف دیگر به میزان **۴۴ درصد** از زنان بی‌خانمان دیگر نیز بنظر می‌رسد بدلیل قرار گرفتن در شرایط بی‌خانمانی، در دسته زنان بی‌خانمان «در معرض قربانی شدن» قرار دارند. البته برخی از این زنان بی‌خانمان نیز، علیرغم انکار تجربه قربانی شدن

(بدلیل حفظ آبروی فردی خود)، مطابق مستندات موجود در پرونده ایشان، ظاهراً از تجربه آسیب‌پذیری و قربانی شدن برخوردار هستند. بر اساس داده‌ها و مستندات جدول صدرالذکر، صرفاً حدود ۴ درصد از این زنان بدلایلی چون داشتن محل سکونت موقت و یا مرجع حمایتی، مشمول دو دسته یاد شده پیشین نمی‌گردند، و به نسبت در شرایط مناسب‌تری قرار می‌گیرند.

یکی از مصادیق متناسب یا اثربخشی شرایط بی‌خانمانی بر معناداری رابطه مفهوم «تحمیل یا پذیرش قربانی شدن» با زنان بی‌خانمان جامعه نمونه مورد نظر این تحقیق، **زن بی‌خانمان شماره ۲۸** است. این مددجو، پس از طلاق از همسر، بدلیل نداشتن پدر و مادر (فوت والدین) و هیچ مرجع حمایتی دیگری، بتدریج در شرایط کارتن‌خوابی قرار گرفته است. از تبعات قرار گرفتن در شرایط کارتن‌خواب پذیرش استفاده از «شیشه» جهت حفظ هوشیاری و بالا رفتن توان بی‌خوابی به لحاظ پیشگیری از تهدیدات ناشی از خوابیدن در اماکن و فضاهای عمومی بوده است. در واقع اعتیاد، یکی از مصادیق قربانی شدن این زن، بدلیل قرار گرفتن وی در شرایط بی‌خانمانی است. وی پس از مدتی بناچار جهت رفع نیازهای ضروری خود از طریق پذیرش «رابطه جنسی برای بقاء»، با حضور در منزل فرد فروشنده مواد مخدری، به خواسته‌های جنسی وی تن می‌دهد. ضمن اینکه از این طریق امکان داشتن مکانی موقت که از حضور او در فضاهای عمومی و متروکه جلوگیری می‌نمود را نیز فراهم می‌نماید. از طرف دیگر بمنظور از دست ندادن این مکان، هم‌چنین ایجاد حداقل درآمدی جهت تأمین نیازهای ضروری خود، به فروش مواد مخدر برای مرد زیربط اقدام می‌نماید. این زن بی‌خانمان در نهایت توسط نیروی انتظامی شناسایی و یکسال در «اوین» دوره زندان خود را می‌گذراند و در حال حاضر بعنوان زنی که پس از قرار گرفتن در شرایط بی‌خانمانی بناچار اعتیاد را پذیرفته، به رابطه جنسی برای بقاء تن داده، به فروش مواد مخدر پرداخته و در نهایت دارای سوء سابقه و حضور در زندان نیز می‌باشد، یکی از مصادیق مورد نظر مفهوم «تحمیل یا پذیرش قربانی شدن» ناشی از قرار گرفتن در موقعیت بی‌خانمانی در این پژوهش است.

با توجه به داده‌ها و مستندات موجود و در اختیار محقق، و ارزیابی‌های حاصل از اثرگذاری بی‌خانمانی بر برخی از شاخص‌های مرتبط با وضعیت «امید به زندگی» زنان جامعه نمونه‌ی موضوع این پژوهش، بنظر می‌رسد بی‌خانمانی زنان شهر تهران از طریق راهبردهایی چون تهدید سلامت جسمی و روانی زنان، احساس ناکامی و حقارت ایشان و عدم امید به بازگشت آنان به شرایط طبیعی و متعارف زندگی و نیز پذیرش روانی و رفتاری آسیب‌ها (درونی شدن آسیب‌ها)، پیامدهای نخستین حاصل از قرار گرفتن در موقعیت بی‌خانمانی را به شرایط پذیرش پیامدهای ثانویه‌ای چون: نابسامانی روانی حاد و مزمن، اعتیاد حاد، ابتلا به بیماری‌های خطرناک، میل به مردن و تجربه خودکشی، تحمیل و پذیرش قربانی شدن، نزدیک می‌نماید. قرار گرفتن زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش در شرایط پیامدهای دومین ذکر شده، بنظر می‌رسد بر وضعیت «امید به زندگی» زنان مذکور اثرگذار بوده و رابطه معناداری با طول عمر طبیعی ایشان برخوردار است.

از اینرو ظاهراً فرایند اثربخشی «بی‌خانمانی» بر شرایط «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان شهر تهران، فرایندی بسیار پیچیده و متأثر از متغیرهای متعدد در ابعاد مختلف فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و مدیریتی است، و با توجه به نتایج فوق‌الذکر به نظر می‌رسد میان متغیر وابسته (امید به زندگی) این پژوهش، با متغیرهای مستقل اثرگذار بر آن (سلامت جسمانی، اعتیاد، سلامت روانی، آسیب‌پذیری، امیدواری و میل به ادامه زندگی، تحمیل یا پذیرش قربانی شدن) رابطه معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های موجود و مرتبط با زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، بنظر می‌رسد شرایط بی‌خانمانی زنان در جامعه‌ی آماری مورد نظر بطور مستقیم و غیرمستقیم، رابطه معناداری با وضعیت «امید به زندگی» زنان زیربط دارد. بر این اساس با توجه به سؤالات و مفروضات مورد نظر در این تحقیق، حدود ۵۸ درصد از زنان بی‌خانمان یاد شده، دچار بیماری‌های مزمن و یا امراض خطرناک و تهدیدآمیز هستند. از اینرو این فرضیه که «شرایط بی‌خانمانی با اثربخشی بر وضعیت

سلامت جسمی زنان بی‌خانمان شهر تهران شرایط «امید به زندگی» زنان مذکور را تهدید نموده و احتمالاً کاهش می‌دهد، ظاهراً از معناداری لازم در نتایج حاصل از این پژوهش برخوردار است.

همچنین با توجه به نتایج حاصل از بررسی وضعیت «اعتیاد» زنان بی‌خانمان جامعه نمونه این تحقیق، حدود **۷۴ درصد** از زنان بی‌خانمان مورد نظر، دارای شرایط اعتیاد حاد یا مزمن به مواد افیونی هستند. با عنایت به داده‌های مندرج در جدول شماره ۵ این تحقیق، که دسته‌بندی انواع مواد مخدر مصرفی توسط زنان بی‌خانمان و متکدی جمع‌آوری شده در مرکز نگهداری موقت را ارائه نموده است، نزدیک به **۸۰ درصد** از زنان یاد شده، از اعتیاد به «کراک» و «شیشه» برخوردار بوده و در واقع اعتیاد به این نوع از مواد مخدر که گویا از آسیب‌رسانی جسمی و روانی مضاعفی بدلیل ترکیبات تشکیل دهنده‌ی خود نسبت به سایر مواد افیونی سنتی بهره‌مند است، روند رو به رشدی در چند سال گذشته در میان این قشر داشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت فرضیه اثرگذاری شرایط بی‌خانمانی بر وضعیت اعتیاد زنان بی‌خانمان شهر تهران و اثربخشی تبعات حاصل از آن در کاهش احتمالی وضعیت «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان مذکور نیز از معناداری لازم در نتایج حاصل از این پژوهش برخوردار است.

از دیگر نتایج حاصل از این پژوهش، می‌توان به «**شرایط روانی**» **حاد و مزمن** قریب به **۷۵ درصد** از زنان بی‌خانمان مورد نظر اشاره نمود. بر این اساس ظاهراً ضمن اثرگذاری مستقیم و غیرمستقیم این متغیر مستقل، بر متغیر وابسته این تحقیق (امید به زندگی)، بنظر می‌رسد این فرضیه که شرایط بی‌خانمانی وضعیت «**سلامت روانی**» زنان بی‌خانمان شهر تهران را کاهش می‌دهد، از معناداری لازم در نتایج حاصل از این پژوهش برخوردار است.

یکی دیگر از نتایج حاصل در این پژوهش میزان «**پذیرش آسیب‌های اجتماعی**» توسط زنان بی‌خانمان مورد نظر است. بر این اساس نزدیک به **۷۴ درصد** از زنان جامعه نمونه این تحقیق، دارای تجربه پذیرش آسیب‌های اجتماعی بوده، که از این میان بیش از نیمی از ایشان از مصادیق مفهوم «درونی شدن آسیب‌ها» محسوب می‌شوند. از طرف دیگر با توجه به داده‌های موجود، حدود **۲۲ درصد** دیگر از مددجویان مورد نظر، در شرایط مفهوم «در معرض آسیب» قرار داشته و دارند. بنابراین بنظر می‌رسد فرضیه اثرگذاری «بی‌خانمانی» از طریق افزایش میزان آسیب‌پذیری زنان بی‌خانمان موضوع این تحقیق، بر کاهش «امید به زندگی» ایشان، از معناداری مناسبی در نتایج حاصل از این پژوهش برخوردار است.

از دیگر نتایج حاصل از این تحقیق، شرایط «امید و میل به ادامه‌ی زندگی» زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش، بعنوان یکی از متغیرهای مستقل و اثرگذار بر شرایط «امید به زندگی» (متغیر وابسته) قشر یاد شده است. بر این اساس صرفاً حدود **۴ درصد** از زنان بی‌خانمان مورد نظر، هنوز به ادامه زندگی و آینده خود امیدوار هستند. و در نقطه مقابل این دسته از زنان، حدود **۳۴ درصد** از ایشان «میل به مردن» داشته و بعضاً در دوران بی‌خانمانی، اقدام به «**خودکشی**» را نیز تجربه نموده‌اند. از طرف دیگر حدود **۵۶ درصد** از جامعه نمونه مورد نظر نیز در شرایط «احساس حقارت و ناکامی» قرار دارند. بنابراین بنظر می‌رسد فرضیه اثرگذاری شرایط بی‌خانمانی بر «**امیدواری و میل به ادامه‌ی زندگی**» زنان موضوع این تحقیق، و اثربخشی تبعات حاصل از آن در کاهش احتمالی طول عمر زنان مذکور، از معناداری لازم در نتایج حاصله برخوردار است.

همچنین از دیگر نتایج حاصل از پژوهش موصوف، تأثیر شرایط بی‌خانمانی بر «**افزایش میزان تحمیل یا پذیرش قربانی شدن**» زنان بی‌خانمان شهر تهران است. بر این اساس حدود **۹۶ درصد** از زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش در شرایط «قربانی شدن» قرار دارند، که در این میان حدود **۴۵ درصد** از زنان مذکور، مفهوم «تحمیل یا پذیرش قربانی شدن» را تجربه نموده‌اند. ضمن اینکه ظاهراً برخی از زنان بی‌خانمان بدلیل حفظ آبرو و جلوگیری از درج در پرونده و سوابق ایشان، منکر تجربه مصادیق «قربانی شدن» همچون «آزار جنسی» هستند.

بنابراین بنظر می‌رسد، فرضیه اثرگذاری شرایط بی‌خانمانی بر افزایش امکان «پذیرش یا تحمیل قربانی شدن» و اثربخشی تبعات حاصل از آن در کاهش «امید به زندگی» زنان بی‌خانمان موضوع این پژوهش از معناداری لازم در نتایج حاصله برخوردار است.

منابع

۱. بیبی، ازل (۱۳۹۰) روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه دکتر رضا فاضل، چاپ نهم، تهران: سمت.
۲. دغاقله، عقیل / کلهر، سمیرا (۱۳۸۹) آسیب‌های شهری در تهران، تهران: شهرداری تهران / جامعه‌شناسان.
۳. رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۸۲) کندو کاوها و پنداشت‌ها، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۴. سازمان رفاه، خدمات اجتماعی و مشارکت‌های مردمی (۱۳۹۰) گزارش عملکرد ۶ساله آسیب‌های اجتماعی، شهرداری تهران.
۵. ساروخانی، باقر (۱۳۸۲) روش تحقیق در علوم اجتماعی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۶. سرایی، حسن (۱۳۹۰) تهران روش‌های مقدماتی تحلیل جمعیت، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ پنجم.
۷. سرایی، حسن (۱۳۹۰) جمعیت‌شناسی مبانی و زمینه‌ها، تهران، سمت.
۸. سفیری، خدیجه (۱۳۸۸) روش تحقیق کیفی، انتشارات پیام پویا، چاپ دوم.
۹. سروستانی، رحمت‌اله صدیق و آرش نصر اصفهانی (۱۳۸۹) اعتیاد، طرد اجتماعی و کارتن‌خوابی در شهر تهران؛ پژوهشی کیفی، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره چهارم، زمستان ۸۹.
۱۰. شیخی محمدتقی (۱۳۷۸) تحلیل و کاربرد جمعیت‌شناسی، تهران، انتشارات اشراقی، چاپ سوم.
۱۱. سازمان رفاه، خدمات اجتماعی و مشارکت‌های مردمی (۱۳۹۰) دستورالعمل گشت و شناسایی متکدیان و بی‌خانمان‌ها، شهرداری تهران.
۱۲. کاظمی‌پور شهلا (۱۳۸۴) مبانی جمعیت‌شناسی تهران، مرکز مطالعات جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، چاپ دوم.
۱۳. علیوردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۹) مطالعه جامعه‌شناختی کارتن‌خوابی؛ علل، تجارب جهانی و راهکارها «بررسی موردی شهر تهران»، طرح پژوهشی، دفتر مطالعات فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران.
۱۴. علیوردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۹) کارتن‌خوابی، زیر نظر شهرداری تهران، انتشارات جامعه‌شناسان.
۱۵. معیدفر، سعید (۱۳۸۹) مسائل اجتماعی ایران، نشر علم، چاپ اول.
۱۶. مارموت مایکل / ویلکینسون ریچارد (۱۳۸۷) مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه دکتر علی منتظری، سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.