

ارتباط جنسی برای بقا: پیامد فرار دختران از منزل

دکتر علی اردلان*، دکتر کورش هلاکوی نائینی**، دکتر علیرضا محسنی تبریزی***

دکتر علیرضا جزایری****

پدیده فرار دختران از منزل که علیرغم نبود اطلاعات مبتنی بر تحقیقات، به نظر می‌رسد در جامعه ما روند رو به افزایش داشته است، پیامد ناگوار «ارتباط جنسی برای بقا» را در پی دارد. فرار یک دختر از منزل معادل برقراری ارتباط جنسی برای بقا نیست. لیکن احتمال وقوع بسیار زیاد آن در دختران فراری، توجیه‌کننده ضرورت توجه ویژه محققان و تصمیم‌سازان اجتماعی و سلامت مرتبط با پدیده روسپیگری، به این زیرگروه جمعیت می‌باشد. در این مقاله که بخشی از تحقیق «بررسی پدیده فرار دختران از منزل» می‌باشد، به برخی جنبه‌های این پیامد از قبیل الگوی ارتباط جنسی، پیامدهای هم‌زمان، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی - درمانی، اختلالات روانی و میزان دانش، نگرش و عملکرد نمونه‌های مورد مطالعه درباره ایدز پرداخته شده است. روش بررسی شامل دو بخش پیمایش روی ۱۱۰ نمونه و بحث گرهی متمرکز در چهارگروه دختران فراری بوده است. حدود نیمی از نمونه‌ها سابقه ارتباط جنسی برای بقا داشتند که اولین تجربه در اکثر موارد، طی روزهای اول فرار روی داده است. نتایج در مجموع، نشان دهنده بهره‌مندی نامناسب از خدمات بهداشتی - درمانی و سطح پایین آگاهی، نگرش و عملکرد نمونه‌ها درباره پیشگیری از ایدز بودند. در پایان، این مقاله به بحث پیرامون جنبه‌های مختلف این پدیده و ارائه اصول راهکارهای مداخله‌ای می‌پردازد و برخی عناوین پژوهشی مورد نیاز را پیشنهاد می‌نماید.

* - دستیار اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** - دانشیار اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** - استاد جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

**** - استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

پدیده فرار دختران از منزل، معلول شبکه پیچیده‌ای از عوامل موثر روانی - اجتماعی است که در کشورهای مختلف آسیایی مثل ایران، ژاپن و کره، کشورهای اروپایی مثل بلژیک، آلمان، هلند، انگلستان، روسیه و کشورهای آفریقایی مثل آفریقای جنوبی و کامرون، کشورهای آمریکای شمالی مثل کانادا و آمریکا و کشورهای آمریکای جنوبی مثل برزیل و آرژانتین به چشم می‌خورد. علیرغم نبود اطلاعات و آمار معتبر مبتنی بر شواهد تحقیقاتی، به نظر می‌رسد این پدیده در ایران، طی سال‌های اخیر رو به افزایش باشد. هر چند اطلاع‌رسانی مناسب‌تر در جامعه، طی چند سال گذشته، بر بزرگنمایی این پدیده بی‌تاثیر نبوده است. در هر صورت، آنچه مشخص است اهمیت پدیده فرار دختران از منزل از دیدگاه مردم و سیاست‌گذاران فرهنگی و اجتماعی فعلی کشور و عوارض آن برای سلامت جامعه می‌باشد. فرار دختران از منزل نه تنها خود ایشان را در معرض آسیب‌های جدی روانی و جسمی قرار می‌دهد، بلکه در صورت عدم انجام اقدامات موثر برای حل آن، بخشی از نیروی کار و مادران فردای جامعه از دست خواهند رفت.

از آنجا که پدیده فرار دختران از منزل، خود، حاصل تعامل عوامل متعددی در سطح خانواده، مدرسه و جامعه است، زنگ خطری محسوب می‌شود که نشان‌دهنده مدیریت نامناسب در این سطوح می‌باشد. تحقیقات تاکنون نشان‌دهنده آنند که دختری با ژن مستعدکننده فرار متولد شده باشد؛ هر چند برخی عوامل شخصیتی یا بهره‌هوشی می‌توانند به عنوان عوامل موثر بر فرار مطرح باشند، لیکن این عوامل و اثرات آنها نیز با اقدامات مناسب در سطوح اولیه و ثانویه، قبل و پس از تولد، قابل پیشگیری می‌باشند. با مشاهده هر دختر فراری، به جای نگرستن به او به عنوان یک مجرم یا دلسوزی همراه با تعصب، باید این سؤال مطرح شود که در درجه اول، سیاستگذاران اقتصادی و اجتماعی و در درجات بعد والدین، مسئولان مدارس و معلمان چه کرده‌اند که این دختر خانه را ترک و خود را بی‌پناه و بی‌خانمان کرده است؟ در واقع هر دختر فراری نشان‌دهنده امتیاز منفی در ارزشیابی عملکرد سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان اقتصادی - اجتماعی و سلامت جامعه، والدین، مسئولان مدارس و معلمان می‌باشد.

مقاله حاضر، بخشی از یک گزارش تحقیقی با عنوان «بررسی پدیده فرار دختران از منزل» است که با حمایت حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دفتر مدیریت آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور، انجام شده است. در تحقیق مذکور سعی شده است به منظور فراهم نمودن اطلاعاتی برای تصمیم‌سازی مدیران اجرایی و پژوهشی که به موضوع «فرار دختران از منزل» علاقه‌مند هستند و همچنین پی‌ریزی مقدمات و منسجم نمودن پژوهش‌ها و اقدامات بعدی در زمینه این موضوع، بر اساس تعدیل نظریه هومر (Homer)، نمایی از خصوصیات زمینه‌ای عوامل مؤثر و در قالب مفهوم سیر پدیده فرار دختران از منزل؛ یعنی:

عوامل مؤثر ← تصمیم به فرار ← اقدام به فرار ← پیامدهای فرار از منزل
ترسیم شود.

در این مقاله به یکی از ناگوارترین پیامدهای فرار دختران از منزل؛ یعنی «برقراری ارتباط جنسی برای کسب پول یا مسکن» که در منابع مختلف از آن با عناوین ارتباط جنسی برای بقا (Survival Sex) (a. ۶،۷،۸،۹،۱۰) یا روسپیگری (Prostitution) (۱۱، ۱۲، a. ۱) یاد می‌شود، می‌پردازیم. همچنین موضوعات مرتبط با آن از قبیل الگوی ارتباط جنسی، پیامدهای هم‌زمان، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی - درمانی، اختلالات روانی و میزان دانش، نگرش و عملکرد نمونه‌های مورد مطالعه درباره آیدز، با هدف یافتن نقاط اصلی در راه کارهای پیشگیری، در سطوح مختلف، بررسی می‌شوند. توجه به این نکته مهم است که فرار یک دختر از منزل، معادل ارتباط جنسی برای بقا نیست؛ لیکن احتمال وقوع بسیار زیاد آن در دختران فراری، توجه‌کننده ضرورت توجه ویژه محققان و تصمیم‌سازان اجتماعی و سلامت مرتبط با پدیده روسپیگری به این زیرگروه جمعیتی می‌باشد.

روش‌شناسی

جمعیت هدف، دختران دارای سابقه فرار از منزل بودند که در زمان مطالعه در تهران حضور داشتند. در بسیاری از تحقیقات، نوجوانان یا جوانان فراری (دختر یا پسر) را به عنوان

بخشی از افراد خیابانی یا بی خانمان بررسی کرده‌اند و این امر به دلیل وجوه مشترکی است که تعریف فرار از منزل با تعاریف «زندگی خیابانی» (Street living) و «بی خانمانی» (Homeless) دارد (۱۶، ۱۴، ۱۳، b، ۱۶، ۶). در مطالعه حاضر با توجه به تعاریف استفاده شده در سایر تحقیقات و همچنین مفهوم کلمه «دختر» در جامعه ایران، معیارهای چهارگانه زیر برای بررسی یک دختر فراری انتخاب شد:

- ۱) قبل از فرار، دختر خانه‌ای داشته است که می‌توانسته در آنجا زندگی کند.
- ۲) دختر بدون قصد بازگشت، خانه‌اش را ترک کرده و حداقل یک شب را بیرون از خانه گذرانده است.
- ۳) خروج دختر از خانه، بدون اجازه سرپرست یا پس از گذراندن مراحل قانونی بوده است.
- ۴) دختر قبل از فرار از منزل، ازدواج نکرده است. مگر اینکه علت فرار، ازدواج اجباری و مبدأ فرار، منزل سرپرست بوده است.

معیار ۱، در واقع امکان ورود نمونه‌های بی خانمان و دخترانی را که از مراکز نگهداری گریخته‌اند (System runaways) (۱۶) به مطالعه حذف می‌کند.

معیار ۲، تمایل دختر به ترک خانه را نشان می‌دهد و حداقل زمانی را که در این تحقیق برای غیبت از خانه در نظر گرفته شده است، بیان می‌نماید.

معیار ۳، مشخص می‌کند که نمونه مورد بررسی از خانه رانده شده (Throwaway) (۱۶) نیست و یا طبق قانون «خودسرپرست» نمی‌باشد.

معیار ۴، امکان ورود نمونه‌هایی که قبلاً ازدواج کرده‌اند و پیش از فرار به دلیل غیبت همسر، طلاق یا اختلاف با همسر نزد خانواده شان زندگی می‌کردند، کنار می‌گذارد. توجه نمایید که استفاده از کلمه دختر در معیارهای فوق نشان دهنده مفهوم آن در جامعه ایرانی یعنی «باکره» بودن نیست.

در این تحقیق برای بررسی از دو روش زیر استفاده شده است:

الف - مطالعه پیمایشی (Survey)

ب - بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion- FGD)

الف) مطالعه پیمایشی: مکان‌های مطالعه در این روش شامل ۱- اماکن عمومی (عمدتاً

پارک ملت و خیابان ولیعصر)، ۲- برخی مراکز وابسته به سازمان بهزیستی (بر اساس امکان دسترسی بیشتر به نمونه‌ها) و ۳- زندان‌ها (شامل کانون اصلاح و تربیت، زندان زنان کرج و زندان اوین) بودند.

برای نمونه‌گیری در محدوده اماکن عمومی، با توجه به ماهیت مطالعه در این محدوده و در مراکز وابسته به سازمان بهزیستی، با توجه به نسبت پایین مددجویانی که واجد معیارهای لازم باشند و همچنین مدت اقامت کوتاه اکثر نمونه‌ها و مشخص نبودن چارچوب نمونه‌گیری، از روش پی در پی (Consecutive) و در محدوده زندان‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی منظم (Systematic random sampling) استفاده شد. حجم نمونه در این بخش از مطالعه، شامل ۱۱۰ دختر فراری به شرح زیر بود: اماکن عمومی: ۳۰ نمونه، مراکز وابسته به سازمان بهزیستی: ۴۰ نمونه، زندان‌ها: ۴۰ نمونه. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای استفاده شد که به روش مصاحبه رو در رو به وسیله پرسشگران آموزش دیده تکمیل می‌گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه، بسته به نوع سوالات، از روش آزمون مجدد (Test re-test) و تعیین پایایی درونی (Internal consistency) استفاده شد. (به طور خلاصه، محاسبه ضرایب همبستگی یا کاپا برای متغیرهای مختلف نشان دهنده مقادیر بین $0/70$ تا $0/92$ با $P < 0/001$ و ضریب آلفا کرونباخ برای سنجش نگرش در خصوص روش‌های پیشگیری از ایدز، معادل $0/78$ بود.) برای تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-10، از مفاهیم آمار توصیفی، آزمون‌های χ^2 for trend، Kolomggrov-smirnov (برای تعیین نرم‌الیتی توزیع متغیرهای کمی)، Mann - Whitney و Krukul- Wallis استفاده و $P < 0/05$ به عنوان ارتباط معنی‌دار در نظر گرفته شد. در صورت معنی‌دار بودن اختلاف میانه حداقل یکی از طبقات با بقیه آزمون Mann- Whitney، با تصحیح آلفا (α) به صورت $0/05/2K$ استفاده شده است. در صورت وجود ارتباط معنی‌دار بین دو متغیر کیفی، باقی مانده‌های تعدیل یافته (Adjusted Residuals)، محاسبه و در صورت وجود مقدار بیش از ۲ در یک خانه جدول، آن خانه به عنوان خانه موثر در معنی‌داری ارتباط در نظر گرفته شد. برای تعیین پایانی به روش آزمون مجدد (Test re-test)، از ضرایب همبستگی پیرسون (Pearson) برای متغیرهای کمی، از ضریب

همبستگی اسپیرمن (Spearman) برای متغیرهای کیفی رتبه‌ای و از ضریب کاپا (Kappa) برای متغیرهای کیفی دو حالتی استفاده شد. برای تعیین پایایی داخلی نیز از ضریب همبستگی داخلی آلفا کرونباخ (α -Kronbach) استفاده گردید. برای برخورد با داده‌های گم شده (Missing Values)، در صورت نیاز، مصاحبه در آن خصوص تکرار و یا به تناسب از روش‌های Subjective Regression یا Hot-deck استفاده شده است.

ب) بحث گروهی متمرکز (FGD): به منظور تایید نتایج مطالعه پیمایشی و امکان بررسی عمیق‌تر، ۴ جلسه بحث گروه متمرکز شامل ۲ جلسه در مرکز مداخله در بحران وابسته به سازمان بهزیستی و ۲ جلسه در کانون اصلاح و تربیت اجرا شدند. هر جلسه را یک تسهیل‌کننده (Facilitator) هدایت و گفت و گوها را یک یا دو یادداشت بردار (Not taker) ثبت می‌کردند. شرکت‌کنندگان در جلسه، براساس تعریف مورد نظر این تحقیق از "دختر فراری" انتخاب شده و هر جلسه با ۷-۱۲ نمونه واجد شرایط تشکیل می‌شد و زمان هر جلسه به طور متوسط ۱/۵ ساعت بود. داده‌های ۴ جلسه پس از کدگذاری مناسب، با روش متناسب مطالعات کیفی تحلیل شدند. شایان ذکر است که نمونه‌ها در گروه FGD، مستقل از نمونه‌های مطالعه پیمایشی انتخاب شدند.

برای رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، قبل از هر مصاحبه یا شرکت در بحث گروهی، موارد زیر برای نمونه توضیح داده می‌شد و رضایت فرد جلب می‌گردید: ۱- اهداف تحقیق و ضرورت آن ۲- عدم ثبت هرگونه مشخصات فردی که نشان دهنده هویت نمونه باشد (مانند نام و نام خانوادگی یا آدرس کامل محل سکونت) ۳- محرمانه ماندن اطلاعات و استفاده از آن فقط در این تحقیق ۴- ارائه نتایج به صورت کلی و بدون ذکر هرگونه اطلاعات فردی ۵- امکان خروج نمونه در هر زمان از مصاحبه یا بحث گروهی (علیرغم موافقت اولیه).

یافته‌ها

الف: در بخش پیمایشی مطالعه، ۱۱۰ دختر یا سابقه فرار از منزل مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد، ۵۴ مورد (۴۹/۱ درصد)، دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا پس از فرار

بودند. مقایسه ارتباط جنسی برای بقا، قبل از اولین فرار و بعد از آن، در نمونه‌های مورد مطالعه، براساس آزمون مک نمار (McNemar) نشان می‌دهد که احتمال وقوع این امر به طور معنی داری پس از فرار افزایش می‌یابد ($P = 0/001$) (ذکر این نکته لازم است که ۴ مورد از نمونه‌ها، قبل از اولین فرار نیز سابقه ارتباط جنسی برای کسب پول داشتند). خانواده ۵۱ مورد (۹۴/۴ درصد) از نمونه‌ها در شهرها و ۳ مورد (۵/۶ درصد) در روستاها زندگی می‌کردند. محل سکونت ۲۲ مورد (۴۰/۷ درصد) از خانواده‌های دختران در تهران و ۶ مورد (۱۱/۱ درصد) در کرج قرار داشت. میانگین سنی نمونه‌ای دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا، در زمان مصاحبه، $19/0 \pm 2/3$ سال با میانه ۱۹/۰، حداقل ۱۵ و حداکثر ۲۶ سال بود که در مقایسه با سایر نمونه‌ها، از نظر آماری به طور معنی دار بالاتر می‌باشد ($P = 0/001$ و $MWU = 890/5$). میانگین سن زمان اولین فرار این نمونه‌ها، $16 \pm 2/1$ سال با میانه ۱۶/۵، حداقل ۱۱ و حداکثر ۲۱ سال بود که در مقایسه با سایر نمونه‌ها از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند ($P = 0/5$ و $MWU = 1424/5$). دلایل اولین فرار نمونه‌های فوق (بنا به اظهارات خودشان) در ۵۲ مورد (۹۶/۳ درصد)، در گروه «فرار از»، در ۳۷ مورد (۶۸/۵ درصد) در گروه «فرار به» و در ۳۵ مورد (۶۴/۸ درصد) در گروه «فرار از و فرار به» می‌گرفتند. به عبارت دیگر، ۱۷ مورد (۳۱/۴ درصد) فقط عوامل موثر «فرار از» و تنها ۲ مورد (۳/۷ درصد) عوامل موثر «فرار به» را داشتند. جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه‌ها را بر حسب ارتباط جنسی برای بقا، پس از فرار و مکان‌های نمونه‌گیری نشان می‌دهد ($P = 0/001$ و $\chi^2(2) = 37/3$). همان گونه که مشاهده می‌کنید ارتباط معنی دار مشاهده شده، به دلیل بیشتر بودن نسبت نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا، پس از فرار در نمونه‌های اماکن عمومی و کمتر بودن آنها در مراکز سازمان بهزیستی می‌باشد.

جدول ۲، ارتباط فاصله زمانی اولین فرار از منزل و زمان انجام مصاحبه را با سابقه ارتباط جنسی برای بقا پس از فرار نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود، ارتباط معنی دار مشاهده شده مربوط به افزایش نسبت نمونه‌های دارای ارتباط جنسی برای بقا به دلیل طولانی‌تر شدن مدت فرار است.

جدول ۱- توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه

برحسب ارتباط جنسی برای بقا و مکان نمونه‌گیری*

مکان نمونه‌گیری				ارتباط جنسی برای بقا
جمع	زندان‌ها	مراکز بهداشتی	اماکن عمومی	
۵۴	۱۸	۸	۲۸	بلی
۴۹/۱٪	۴۵/۰٪(-۰/۶)	۲۰/۰٪(-۴/۶)	۹۳/۳٪(۵/۷)	
۵۶	۲۲	۳۲	۲	خیر
۵۰/۹٪	۵۵/۰٪(۰/۶)	۸۰/۰٪(۴/۶)	۶/۷٪(-۵/۷)	
۱۱۰	۴۰	۴۰	۳۰	جمع
۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	

$$\chi^2(2) = 37/3 \text{ و } P < 0/001$$

* اعداد داخل پرانتز باقی مانده تعدیل شده (Adjusted Residuals) را نشان می‌دهند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که زمان اولین تجربه ارتباط جنسی برای بقا، بعد از اولین فرار و به منظور به دست آوردن پول یا مسکن بوده است. ملاحظه می‌شود که حدود ۱۸ درصد نمونه‌ها در همان روز اول و حدود ۶۰ درصد، طی هفته اول برای کسب پول یا مسکن مجبور به برقراری ارتباط جنسی شده‌اند (!). جالب اینکه ۲۱ مورد (۳۸/۹ درصد) از نمونه‌های فوق بدون داشتن هیچ برنامه‌ای برای تامین مخارج و ۲۷ مورد (۵۰/۰ درصد) بدون داشتن هیچ برنامه‌ای برای سکونت (حداقل شب‌ها) از منزل گریخته بودند. برنامه مورد نظر سایر نمونه‌ها، برای تامین مخارج پس از فرار در ۱۹ مورد (۳۵/۲ درصد) بردن پول از منزل، در ۱۱ مورد (۲۰/۴ درصد) کار کردن در ۲ مورد (۳/۷ درصد) قرض کردن، ۳ مورد (۵/۶ درصد) سرقت، ۴ مورد (۷/۴ درصد) خود فروشی، ۴ مورد (۷/۴ درصد) خرید و فروش مواد و ۳ مورد (۵/۶ درصد) زندگی با دوست پسر یا ازدواج بوده است (یک نمونه می‌توانسته بیش از یک برنامه داشته باشد). محل مورد نظر سایر نمونه‌ها برای سکونت، پس از فرار نیز در ۱۸ مورد (۳۳/۳ درصد)، منزل دوستان یا آشنایان

در ۲ مورد (۳/۷ درصد)، خیابان یا پارک و در ۷ مورد (۱۳/۰ درصد)، مسافر خانه یا اماکن مذهبی بوده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی سابقه ارتباط جنسی برای بقا در نمونه‌های مورد مطالعه

(برحسب فاصله زمانی بین اولین دفعه فرار تا زمان مصاحبه)*

ارتباط جنسی برای بقا			مدت فرار
جمع	خیر	بله	
۱ ۰/۹٪	۱ ۱/۸٪(۱/۰)	۰ ۰/۰٪(-۱/۰)	کمتر یا مساوی ۱ هفته
۹ ۸/۲٪	۹ ۱۶/۱٪(۳/۱)	۰ ۰/۰٪(-۳/۱)	۱ هفته تا ۱ ماه
۱۱ ۱۰/۰٪	۱۱ ۱۹/۶٪(۳/۴)	۰ ۰/۰٪(-۳/۴)	۱ تا ۳ ماه
۱۲ ۱۰/۹٪	۹ ۱۶/۱٪(۱/۸)	۳ ۵/۶٪(-۱/۸)	۳ تا ۶ ماه
۲۳ ۲۰/۹٪	۹ ۱۶/۱(-۱/۳)	۱۴ ۲۵/۹٪(۱/۳)	۶ تا ۱ سال
۵۴ ۴۹/۱٪	۱۷ ۳۰/۴٪(-۴/۰)	۳۷ ۶۸/۵٪(۴/۰)	بیش از ۱ سال
۱۱۰ ۱۰۰٪	۵۶ ۱۰۰٪	۵۴ ۱۰۰٪	جمع

χ^2 for trend = ۲۹/۸ و $P < ۰/۰۰۱$

* اعداد داخل پرانتز باقی مانده مقادیر تعدیل شده (Adjusted Residuals) را نشان می‌دهند.

جدول ۴، دفعات ارتباط جنسی برای کسب پول یا مسکن را در کل نمونه‌های دارای سابقه این امر نشان می‌دهد. بیش از نیمی از نمونه‌ها با هدف کسب پول یا مسکن در طول مدت فرار، تقریباً هر روز ارتباط جنسی داشته‌اند.

۲ مورد (۳/۷ درصد) از نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا، ارتباط جنسی را هم با مردان و هم با زنان ذکر کرده‌اند. میانگین تعداد شرکای جنسی در نمونه‌هایی که تقریباً هر روز ارتباط جنسی برای بقا داشته‌اند، $2 \pm 2/3$ با حداقل ۱ و حداکثر ۱۰ نفر بود. به طور متوسط، نسبت شرکای جنسی نمونه‌هایی که دارای ارتباط جنسی برای بقا پس از فرار بودند، در گروه‌های سنی کمتر از ۲۰ سال حدود ۲ درصد، ۲۰-۳۰ سال حدود ۴۱ درصد، ۳۰-۴۰ سال حدود ۱۸ درصد، ۴۰-۵۰ سال حدود ۱۴ درصد و بالای ۵۰ سال حدود ۷ درصد بوده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی زمان اولین تجربه ارتباط جنسی برای کسب پول یا داشتن مسکن پس از اولین فرار در نمونه‌های مورد مطالعه

هدف ارتباط جنسی		زمان اولیه تجربه
داشتن مسکن	کسب پول	
۷(۱۷/۹٪)	۷(۱۷/۱٪)	طی روز اول
۱۶(۴۱/۰٪)	۱۷(۴۱/۵٪)	طی روز ۲ تا ۷
۱۰(۲۵/۶٪)	۸(۱۹/۵٪)	طی روز ۸ تا ۳۰
۶(۱۵/۴٪)	۹(۲۲/۰٪)	بعد از ماه اول
۳۹(۱۰۰٪)	۴۱(۱۰۰٪)	جمع

جدول ۴- توزیع فراوانی دفعات ارتباط جنسی برای کسب پول یا داشتن مسکن

پس از فرار در نمونه‌های مورد مطالعه دارای سابقه

هدف ارتباط جنسی		دفعه ارتباط جنسی
داشتن مسکن	کسب پول	
۲۶ (۵۵/۳٪)	۲۹ (۶۰/۴٪)	تقریباً هر روز
۱۰ (۲۱/۳٪)	۹ (۱۸/۸٪)	تقریباً هر هفته
۳ (۶/۴٪)	۳ (۶/۳٪)	تقریباً هر ماه
۸ (۱۷/۰٪)	۷ (۱۴/۶٪)	حداقل ۱ یا ۲ بار
۴۷ (۱۰۰٪)	۴۸ (۱۰۰٪)	جمع

جدول ۵، نشان دهنده وقوع سایر پیامدهای فرار از منزل در دو گروه نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا و نمونه‌های بدون این سابقه است. قبل از اقدام به اولین فرار، ۳۷ مورد (۶۸/۶ درصد) از امکان روسپی شدن، ۳۹ مورد (۷۲/۳ درصد) از امکان معتاد شدن، ۳۷ مورد (۶۸/۶ درصد) از امکان اقدام به سرقت و ۴۱ مورد (۷۶/۰ درصد) از امکان اقدام به خرید و فروش مواد پس از فرار از منزل، آگاهی و اطلاعات مناسب نداشته‌اند.

پیامدهای بارداری در نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا عبارت است از: ۱۴ مورد (۸۲/۴ درصد) سقط عمدی، ۴ مورد (۲۳/۵ درصد) تولد زنده و ۱ مورد (۵/۹ درصد) سقط خود به خود. ۶ مورد (۴۳ درصد) از موارد سقط عمدی، در شرایط غیر بهداشتی (یعنی در منزل یا به وسیله فردی غیر از پزشک یا ماما) انجام شده است.

دلایل عدم مراجعه به پزشک یا ماما در مطب یا بیمارستان برای سقط به ترتیب، ترس از دستگیری و نداشتن پول بوده است. ۳۸ مورد (۷۰/۴ درصد) نمونه‌ها، سابقه مصرف قرصهای ضد بارداری، ۳۵ مورد (۶۴/۸ درصد)، سابقه مصرف کاندوم و ۲ مورد (۳/۷ درصد) سابقه استفاده از روش منقطع پیشگیری از بارداری داشته‌اند.

جدول ۵: توزیع فراوانی وقوع سایر پیامدهای فرار از منزل در دو گروه دارای

سابقه ارتباط جنسی برای بقا و نمونه‌های بدون سابقه*

پیامد	ارتباط جنسی برای بقا	
	بلی	خیر
مصرف سیگار	۴۳ (۷۹/۶٪)	۳۲ (۵۷/۱٪)
سوء مصرف الکل	۴۲ (۷۷/۸٪)	۱۹ (۳۳/۹٪)
سوء مصرف مواد	۲۱ (۳۸/۹٪)	۲۶ (۴۶/۶٪)
سرقت	۲۳ (۴۲/۶٪)	۹ (۱۶/۱٪)
خرید و فروش مواد	۱۲ (۲۲/۲٪)	۷ (۱۲/۵٪)
بارداری	۱۷ (۳۱/۵٪)	۰ (۰/۰٪)

* محاسبه درصدها، بر مبنای ۵۴ نمونه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا و ۵۶ نمونه بدون این سابقه صورت انجام گرفته است.

۵۰ مورد (۹۲/۶ درصد) از نمونه‌های دارای ارتباط جنسی برای بقا، سابقه دستگیری پس از فرار را ذکر نموده‌اند. پس از دستگیری‌ها ۳۴ مورد از این نمونه‌ها (۶۸ درصد)، سابقه گریختن، ۲۲ مورد (۴۴ درصد)، سابقه تحویل به مراکز سازمان بهزیستی و ۳۵ مورد (۷۰ درصد)، سابقه زندانی شدن داشتند.

۳۴ مورد (۶۳/۰ درصد)، از نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا، پس از فرار، دچار بیماری جدی شده بودند که خود را نیازمند مراجعه به پزشک یا ماما می‌دانستند. این نسبت در مقایسه با نمونه‌های بدون این سابقه (۶ مورد یعنی ۱۰/۷ درصد)، به طور معنی داری بیشتر بود ($P < ۰/۰۰۱$ و $\chi^2(1) = ۳۲/۴$). شایعترین اقدامات که این نمونه‌ها برای درمان خود انجام می‌دادند، به ترتیب: خود درمانی، مراجعه به پزشک یا ماما در مطب خصوصی و عدم اقدام برای درمان بوده است. درصد معدودی نیز به مراکز غیر خصوصی مراجعه می‌کردند. شایعترین علل انجام اقدامات فوق، کافی دانستن خود درمانی، نداشتن پول، ترس از مراجعه به مراکز درمانی غیر خصوصی و اطمینان به مراکز خصوصی بوده است.

آزمون غربالگری (SCL-90)، روی ۲۶ نمونه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا، در مراکز سازمان بهزیستی و زندان‌ها انجام شد. بر اساس شاخص کلی علائم مرضی (GSI) این آزمون، ۲۱ مورد (۸۰/۸ درصد) از نمونه‌های فوق دارای اختلالات روان بودند و باید مورد معاینات روانپزشکی دقیق قرار می‌گرفتند. نسبت نمونه‌های دارای اختلالات روان در زندان‌ها، به طور معنی داری بیش از نمونه‌های مراکز سازمان بهزیستی بود (۹۴/۴ درصد در مقابل ۵۰/۰ درصد و $P = ۰/۰۲$ و $\chi^2(1) = ۷/۰۴$).

جدول ۶، آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا را در زمینه عناوینی از بیماری ایدز، که افراد دارای این رفتار پر خطر باید از آن مطلع باشند، نشان می‌دهد. (تعداد عناوین سنجش آگاهی در کل ۱۱۰ نمونه، ۲۶ مورد بود و عناوین ۸ گانه در مرحله آنالیز، برای گروه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا انتخاب شدند.) میزان آگاهی این نمونه‌ها از امکان انتقال ایدز از طریق تماس جنسی مقعدی، افزایش احتمال ابتلا در صورت عدم استفاده از کاندوم، مشخص نبودن بیماری از ظاهر افراد مبتلا به ایدز، عدم پیشگیری قرص‌های ضد بارداری از ایدز و عدم انتقال از طریق تماس جنسی دهانی، پایین می‌باشد. عدم اطلاع از امکان انتقال ایدز از طریق تماس جنسی مقعدی و افزایش احتمال ابتلا در صورت عدم استفاده از کاندوم در روابط جنسی، این دسته از نمونه‌ها را به شدت در معرض ابتلا به ایدز قرار می‌دهد. گروه بندی جمع امتیازات سطح آگاهی بر اساس دادن وزن ۱ به عناوین ۱ و ۳، و وزن ۳ به عناوین ۲، ۴، ۷ و ۸ و نهایتاً وزن ۵ به عناوین ۵ و ۶ نشان داد که ۲۱ مورد (۳۸/۹ درصد)، آگاهی پایین، ۲۶ مورد (۴۸/۱ درصد)، آگاهی متوسط و ۷ مورد (۱۳/۰ درصد)، آگاهی بالا داشتند. مقایسه سطح آگاهی نمونه‌های دو گروه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا و نمونه‌های بدون این سابقه، نشان دهنده عدم تفاوت آماری معنی دار بود ($P = ۰/۲$ و $MWU = ۱۳۰۴/۰$).

جدول ۷، نگرش نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا را درباره هر یک از عناوین مربوط به روش‌های پیشگیری از بیماری ایدز نشان می‌دهد (توجه نمایید که عناوین انتخاب شده برای سنجش نگرش، برای کل ۱۱۰ نمونه بوده است). بر اساس گروه بندی جمع امتیازات نظرات نمونه‌ها، نگرش این دسته از نمونه‌ها در ۳۲ مورد (۵۹/۳ درصد) کاملاً مناسب،

در ۱۸ مورد (۳۳/۳ درصد) مناسب و در ۴ مورد (۷/۴ درصد) متوسط بود. پایین تر بودن معنی دار امتیازات سطح نگرش مناسب، در نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا نسبت به نمونه‌های بدون این سابقه قابل توجه است ($P = ۰/۰۰۴$ و $MWU = ۱۰۴۹/۰$).

جدول ۶: آزمون‌های نمونه‌های مورد مطالعه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا در زمینه

عناوینی از بیماری‌های ایدز که افراد دارای این رفتار پر خطر برای پیشگیری باید

از آن مطلع باشند. (بر حسب تعداد پاسخ صحیح)

درصد*	تعداد	عنوان
۹۰/۷	۴۹	عدم انتقال از طریق بوسیدن
۹۴/۴	۵۱	انتقال از طریق ارتباط جنسی واژینال
۳۵/۲	۱۹	عدم انتقال از طریق تماس جنسی دهانی
۳۱/۵	۱۷	انتقال از طریق تماس جنسی مقعدی
۹۲/۶	۵۰	افزایش احتمال ابتلا در صورت تماس با افراد متعدد
۵۰/۰	۲۷	افزایش احتمال ابتلا در صورت عدم استفاده از کاندوم
۴۶/۳	۲۵	مشخص نبودن بیماری از ظاهر افراد
۵۹/۳	۳۲	عدم پیشگیری قرص‌های ضد بارداری

* محاسبه درصدها، بر مبنای ۵۴ نمونه دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا پس از فرار از منزل انجام شده است.

شرکای جنسی نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا، در ۲۴/۱ درصد نمونه‌ها کمتر از ۵ درصد، در ۳۳/۳ درصد نمونه‌ها حدود ۲۵ درصد، در ۱۳ درصد نمونه‌ها حدود ۵۰ درصد، در ۵/۶ درصد نمونه‌ها حدود ۷۵ درصد و در ۲۴/۱ درصد نمونه‌ها بیش از ۹۵ درصد از کاندوم استفاده می‌کردند. میزان درخواست نمونه‌ها از شرکای جنسی برای استفاده از کاندوم به صورت زیر بود: ۲۵ مورد (۴۶/۳ درصد) همیشه، ۲۲ مورد (۴۰/۷ درصد) گه‌گاه و ۷ مورد (۳/۰ درصد) هیچ وقت. دلایل استفاده از کاندوم، ترس از بارداری و ابتلا به بیماری‌های مقاربتی بوده

است. شایعترین دلایل عدم استفاده از کاندوم نیز به ترتیب، عدم احساس نیاز، در اختیار نداشتن و ترجیح ارتباط جنسی بدون کاندوم بوده است. هیچ یک از نمونه‌ها برای اطمینان از مبتلا نبودن به ایدز آزمایشی نداده بودند. بر اساس معیار تعیین سطح عملکرد در خصوص پیشگیری از ایدز، نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا در سطح عملکرد نامناسب قرار داشتند.

جدول ۷: توزیع فراوانی پاسخ نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا

به سوالات مربوط به نگرش آنها درباره پیشگیری از ایدز

عنوان	مقیاس		بدون نظر	تاحدودی موافق	تاحدودی مخالف	کاملاً مخالف	جمع
	کاملاً موافق	تاحدودی موافق					
در روابط جنسی باید از کاندوم استفاده کرد.	۱۴	۱۳	۲۷	۲۴/۱٪	۰	۰	۵۴
	۲۵/۹٪	۲۴/۱٪	۵۰/۰٪	۰/۰٪	۰/۰٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
در ارتباط جنسی زن باید مرد را مجبور به استفاده از کاندوم نماید.	۱۲	۱۴	۲۸	۲۵/۹٪	۰	۰	۵۴
	۲۲/۳٪	۲۵/۹٪	۵۱/۸٪	۰/۰٪	۰/۰٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
بهتر است با افراد کمتری ارتباط جنسی داشت.	۴۰	۱۰	۲	۱۸/۵٪	۱	۱	۵۴
	۷۴/۱٪	۱۸/۵٪	۳/۷٪	۰/۹٪	۰/۹٪	۰/۹٪	۱۰۰٪
با معتادان تزریقی می‌توان بدون ترس از ایدز ارتباط جنسی داشت.	۴	۴	۸	۷/۴٪	۸	۳۰	۵۴
	۷/۴٪	۷/۴٪	۱۴/۸٪	۱۴/۸٪	۵۵/۶٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
با افرادی که معلوم نیست ایدز دارند، می‌توان بدون ترس ارتباط جنسی داشت.	۱	۳	۲۰	۵/۶٪	۶	۲۴	۵۴
	۰/۹٪	۵/۶٪	۳۷/۰٪	۱۱/۱٪	۴۴/۴٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
معتادان تزریقی می‌توانند به طور مشترک از یک سرنگ استفاده کنند.	۶	۰	۲	۰/۰٪	۲	۴۴	۵۴
	۱۱/۱٪	۰/۰٪	۳/۷٪	۰/۰٪	۳/۷٪	۸۱/۵٪	۱۰۰٪

ب) بر اساس FGD انجام شده، در زیر خلاصه نظرات نمونه‌های مورد مطالعه در پاسخ به سوالات مرتبط با ارتباط جنسی برای بقا ارائه می‌شوند. نتایج کامل در گزارش نهایی طرح

موجود است (این یادآوری لازم است که انتخاب نمونه‌ها در گروه‌ها، مستقل از نمونه‌های مطالعه پیمایشی انجام شده است).

جمع بندی پاسخ نمونه‌ها به این سؤال که دختران پس از فرار از منزل از چه روش‌هایی برای تامین غذا، لباس و محل خواب استفاده می‌کنند، عبارت است از: سیر کردن خود در منزل دوستان (دختر یا پسر)، تامین مخارج از طریق ارتباط جنسی (سوار ماشین‌ها شدن و یا رفتن به محلی)، تن دادن به هر کاری برای نماندن در خیابان‌ها و پیدا کردن پناهگاه، تامین مخارج توسط پسران (چنانچه بتوانند توجه آنها را جلب نمایند). در بسیاری از موارد دختران برای اینکه بتوانند در خانه پسری زندگی کنند، مجبورند مخارج او را نیز تامین کنند، بسیاری سرقت می‌کنند، برخی از دختران زورگیری و برخی خرید و فروش مواد می‌کنند.

نمونه‌ها در پاسخ به این سؤال که اولین مکانی که دختران پس از فرار از منزل به آنجا می‌روند کجاست؟ موارد زیر را اعلام نمودند: پارک‌ها به عنوان اولین جایی که نیمی از دختران به آنجا می‌روند، مطرح شدند. منزل دوست پسر یا دختر (در صورت موجود بودن)، رفتن به یک محل در همان روز اول (اگر دوست و آشنایی نداشته باشند) و رفتن به شمال (به خصوص اگر با دوست پسرشان فرار کرده باشند). برای اینکه افراد آشنا یا فامیل آنها را نبینند مکان بازی می‌کنند؛ اکثر شهرستانی‌ها به تهران می‌آیند و به مسافرخانه می‌روند ولی چون تنها هستند، راهشان نمی‌دهند؛ برای همین به پارک یا خیابان می‌روند. بعضی به اماکن مذهبی و حرم‌ها می‌روند و شبی را در آنجا اقامت می‌کنند، ولی روز بعد برای داشتن سرپناه مکان بازی می‌کنند، دختران تهرانی بیشتر به منزل دوستان خود می‌روند و یا در محل کار خود می‌خوابند و به ندرت به کلانتری و خانه‌های فحشا می‌روند.

نمونه‌ها در پاسخ به این سوال که دختران پس از فرار از منزل به چه مکان‌هایی می‌روند و چه اتفاقاتی برایشان می‌افتد، نظرات زیر را (که تقریباً مورد تایید همه دختران بود) مطرح و معتقد بودند که این اتفاقات معمولاً پیش می‌آید: زندگی در پارک‌ها همراه با احتمال زیاد بیمار شدن، مورد تجاوز و خشونت فیزیکی قرار گرفتن، رفتن به مکان همراه با انواع سوء استفاده‌های جسمی و جنسی، اجبار به خرید و فروش مواد و سوء مصرف مواد و الکل، دستگیر شدن و

رفتن به زندان یا مرکز بهزیستی (همراه با مورد حمایت واقع شدن یا بدآموزی)، ملحق شدن اختیاری و داوطلبانه به باندهای فحشا برای کسب حمایت و تامین مخارج. نمونه‌ها در پاسخ به این سوال که چنانچه دختران پس از فرار از منزل به مراقبت‌های بهداشتی یا درمانی نیاز داشته باشند، چه اقداماتی انجام می‌دهند، نظرات متفاوتی داشتند که در زیر آمده است: هیچ‌گونه اقدام، به دلیل ترس از مراجعه و دستگیری؛ عدم مراجعه به مراکز بهداشتی، به دلیل نداشتن پول؛ سقط در صورت بارداری در مراکز درمانی معتبر (عمدتاً به وسیله افراد غیر پزشک یا ماما)؛ آلوده کردن عمدی شرکای جنسی در صورت مطلع شدن از بیماری‌های مقاربتی به ویژه ایدز.

بحث

بر اساس یافته‌های این تحقیق، همان‌طور که انتظار می‌رود فرار دختران از منزل به عنوان یکی از عوامل موثر بر ارتباط جنسی برای بقا یا روسپیگری در جامعه مطرح می‌باشد. این یافته در تحقیقات داخلی دیگری نیز بیان شده است (۷، ۶، ۵). هر چند اهداف این تحقیق، تعیین سهم این عامل را در مجموع عوامل موثر در شبکه علیتی روسپیگری در سطح جامعه دنبال نکرده است، لیکن مقایسه تلویحی بروز پدیده ارتباط جنسی برای بقا در کهورتی از دختران فراری با جمعیت عمومی دختران در سنین مشابه، اهمیت این عامل را تایید می‌نماید (اگر امکان برآورد دقیق از بروز پدیده ارتباط جنسی برای بقا در جمعیت عمومی دختران، وجود داشت اجرای آزمون آماری متناسب میسر می‌شد). همه دختران بلافاصله پس از فرار، اقدام به برقراری ارتباط جنسی برای کسب پول یا مسکن نمی‌کنند، بلکه عوامل دیگری مثل خصوصیات شبکه دوستان، امکان پیدا کردن کار، امکان تامین مخارج از طریق سایر کارهای خلاف، طول مدت فرار، تحویل یا تسلیم خود به مراکز انتظامی یا بهزیستی، امکان بازگشت به خانواده، نوع برخورد خانواده هنگام بازگشت دختر، فرار مجدد، مورد سوء استفاده جنسی واقع شدن قبل و بعد از فرار، برخورد با باندهای فحشا، برخی عوامل شخصیتی، سابقه اعتیاد یا روسپیگری در خانواده، اعتیاد دختر و... نیز می‌توانند بر بروز آن موثر باشند. در واقع فرار یک دختر از منزل معادل

برقراری ارتباط جنسی برای بقا نیست، لیکن احتمال بسیار زیاد وقوع آن در دختران فراری توجیه کننده ضرورت توجه ویژه محققان و تصمیم سازان اجتماعی و سلامت مرتبط با پدیده روسپیگری، به این زیرگروه جمعیتی می باشد.

ارتباط جنسی برای بقا آغاز دوره جدیدی در زندگی یک دختر فراری است و به عنوان یک رفتار پر خطر، وی را وارد یک دور معیوب می کند؛ به طوری که احتمال بازگشت او را به خانواده کاهش و وی را در معرض خطر انواع بیماری های جسمی (مثل ایدز و سایر بیماری های مقاربتی و اعتیاد) و روانی قرار می دهد و باعث گسترش بی مبالاتی جنسی، ایدز و پیامدهای آنها در جامعه می شود. لذا کانون تمرکز محققان و تصمیم سازان باید تعیین عوامل موثر بر بروز این پدیده و ارائه راهکارهای پیشگیرانه مبتنی بر شواهد علمی در سطوح اولیه و ثانویه باشد. به هر حال بنابر فرض غیر واقعی کفایت کمی و کیفی چنین پژوهش ها و اقداماتی، وجود احتمال وقوع اقدام به ارتباط جنسی برای بقا در بخشی از دختران فراری (که در حال حاضر قابل توجه نیز هست)، نیازمند توجه واقع بینانه مبتنی بر رویکرد علمی (با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه) به اقدامات پیشگیری ثالثیه است تا حداقل از عوارض آن بکاهد. پس از این مقدمه در ادامه بحث های زیر را مرور می کنیم: الف) تحلیل یافته ها، ب) نقد روش شناسی تحقیق حاضر، ج) اصول راهکارهای مداخله ای، د) عناوین تحقیقاتی پیشنهادی.

الف) تحلیل یافته ها

میانگین سنی نمونه های مورد مطالعه در زمان اولین فرار (حدود ۱۶ ساله)، اهمیت تمرکز اهداف پیشگیری ثانویه را بر سنین نوجوانی (دختران سنین راهنمایی یا دبیرستان) مشخص می نماید. هر چند که دامنه گسترده سنی زمان اولین فرار (۹ تا ۳۰ سال) در کل نمونه ها و ۱۱ تا ۲۱ سال در نمونه های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقا پس از فرار، این مطلب مهم را گوشزد می کند که دختران در هر سنی امکان فرار از منزل را دارند، بنابراین گروه های سنی غیر از نوجوانی (کودکی و جوانی) هر چند به اندازه نوجوانی در اولویت نیستند، اما باید مد نظر قرار گیرند.

توزیع جغرافیایی نمونه‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حدود ۹۵ درصد خانواده این دختران در شهرها سکونت داشته‌اند. هر چند حساسیت دختران برای معرفی خود به عنوان شهری نه روستایی (علیرغم این که پایایی این متغیر بسیار بالا بود) قابل بحث است، لیکن از این موضوع می‌توان نکته مهمی را در پیشگیری مورد توجه قرار داد و آن عدم گسترش جدی مشکل فرار از منزل، به روستاها (در حال حاضر) است. بنابراین قبل از اینکه دختران روستایی نیز در معرض خطر بالای فرار از منزل و روسپبگری قرار بگیرند، اقدامات پیشگیری اولیه را باید برای این گروهها طراحی و اجرا نمود.

شهر و استان محل سکونت خانواده‌های نمونه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد که حدود نیمی از دختران قبل از اولین فرار در شهر تهران و حدود ۶۵ درصد در استان تهران سکونت داشته‌اند. این مسئله می‌تواند از یک سو به جمعیت بالای شهر و استان تهران و از سوی دیگر به بحرانهای فرهنگی و اجتماعی مربوط باشد که کلان شهری مثل تهران با آن مواجه است. نسبت بالای نمونه‌های فراری از استان لرستان و سپس کرمانشاه نیز قابل توجه است. توجه به عوامل موثری که استانی مثل لرستان را از نظر فراوانی دختران فراری بعد از تهران قرار داده است، خود می‌تواند موضوع تحقیق خاصی باشد که در آن باید عوامل اجتماعی - بوم شناختی این استان مورد توجه قرار گیرند. پراکندگی محل سکونت خانواده دختران فراری در شهر تهران نشان می‌دهد که اکثر نمونه‌ها ساکن مناطق مرکز و پایین شهر تهران می‌باشند. و تعدادی نیز در مناطق مرفه‌تر مثل گاندی، ونک، شهرک غرب ساکن‌اند، ولی از مناطق کاملاً مرفه در مناطق شمالی شهر تهران نمونه‌ای مشاهده نشد. این امر می‌تواند علاوه بر امکان خطای نمونه‌گیری، به شرایط فرهنگی و خانوادگی ساکنان مناطق مرکزی و پایین شهر مربوط باشد که منجر به افزایش احتمال فرار دختران از منزل می‌شود. هر چند باید به این احتمال نیز توجه داشت که دختران فراری از خانواده‌های سطوح اقتصادی - اجتماعی بالا، دارای شبکه‌ای از دوستان تهرانی هستند که آنها را مورد حمایت قرار می‌دهند، بنا بر این، این گروه کمتر زندگی خیابانی دارند و یا گذارشان به مراکز بهزیستی و زندان‌ها می‌افتد.

اگر چه روش‌شناسی این تحقیق، تعیین عوامل مؤثر بر فرار از منزل را دنبال نمی‌کند، اما

با بررسی خصوصیات زمینه‌ای نمونه‌ها که در تحقیقات متعدد به عنوان عوامل مؤثر مطرح می‌باشند و همچنین تقسیم بندی اظهارات آنها درباره مهمترین عوامل مؤثر بر فرارشان، در مدل تعدیل شده نظریه Homer سعی شد تا تمرکز بر پیشگیری اولیه و ثانویه در جمعیت دخترانی باشد که در دامنه سنی نمونه‌های مورد مطالعه قرار دارند. این یادآوری لازم است که Homer دختران فراری را در دو گروه «فرار از» و «فرار به» تقسیم بندی نموده است (۱)، ولی به نظر می‌رسد این تقسیم بندی از انعطاف پذیری کافی برخوردار نباشد؛ زیرا در این صورت فقط ۳۵ درصد نمونه‌های این تحقیق در تقسیم بندی فوق جای می‌گرفتند. این در حالی است که ۶۵ درصد نمونه‌ها ترکیبی از دو گروه عوامل مؤثر فوق را دارا بودند. به همین دلیل طیفی از نمونه‌ها در بین نمونه‌های فقط دارای عوامل مؤثر «فرار از» و فقط دارای عوامل مؤثر «فرار به» در نظر گرفته شدند. این تقسیم بندی به خوبی نشان می‌دهد که نسبت نمونه‌هایی که صرفاً به دلیل جذابیت‌های بیرون از منزل یا کنجکاو و ماجراجویی خانه را ترک کرده‌اند، بسیار اندک می‌باشد. بنابراین اقدامات پیشگیری اولیه و ثانویه باید بر عوامل مؤثر مربوط به خانواده متمرکز شوند.

حدود ۷۰ درصد نمونه‌های دارای سابقه ارتباط جنسی برای بقاء در این مطالعه قبل از فرار، از پیامد روسپی شدن آگاهی مناسب نداشتند. در واقع اکثر قریب به اتفاق موارد فرار از منزل در حالی اتفاق می‌افتد که دختر آگاهی کافی از پیامدهای آن ندارد. مهمترین منبع کسب اطلاعات دختران از پیامدهای فرار، قبل از اولین فرار، دوستان بوده‌اند. سرپرستان فقط در ۱۳ درصد موارد و اولیاء مدرسه نیز فقط در ۱۰ درصد موارد، منبع ارائه اطلاعات بوده‌اند (۱). بنا بر این دادن آگاهی درباره پیامدهای فرار از منزل به خصوص در مدارس و سپس صدا و سیما و سایر رسانه‌ها از اولویت‌های اقدامات پیشگیرانه است (هر چند جنبه‌های منفی این اطلاع رسانی نیز باید مورد تحقیق قرار گیرند). دادن آموزش‌های لازم به خانواده‌ها (چه در سطح عمومی و چه با تمرکز بر خانواده‌های در معرض خطر و درباره امکان فرار دختر از منزل و همچنین روشهایی که می‌توانند به دخترانشان آگاهی دهند نیز باید جزو اقدامات پیشگیری لحاظ شوند.

اکثر نمونه‌های مورد مطالعه قبل از اولین فرار، برنامه‌ای برای تامین مخارج یا محلی که

در آن بتوانند زندگی نمایند، نداشته‌اند. برنامه‌ها بیشتر شامل بردن پول از منزل و یا امکان کار کردن برای تامین مخارج و اقامت در منزل دوستان یا مسافرخانه بوده است. غافل از اینکه پول محدودی که با خود از منزل می‌برند به زودی تمام می‌شود و کاری برای یک دختر بدون تحصیلات و مهارت کافی و حتی شناسنامه وجود ندارد، در منزل دوستان نمی‌توانند برای مدت زیادی زندگی کنند و در همان مدت کوتاه نیز امکان آشنایی با انواع جرایم و افراد متخلف وجود دارد و نهایتاً اینکه مسافرخانه‌های ما هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال دختران تنها و بی‌پناه ندارند و در صورتی که به کسی پناه بدهند، مورد مؤاخذه قرار می‌گیرند.

مهمترین یافته این تحقیق، یعنی بررسی زمان اولین تجربه ارتباط جنسی برای بقا نشان داد که در اکثر موارد (حدود ۶۰ درصد)، این تجربه طی یک هفته اول و به خصوص همان روز اول فرار روی داده است. به عبارت دیگر، وقوع این پیامد بسیاری از دخترانی را که در صورت وجود حمایت‌های کافی اجتماعی می‌توانستند به خانه‌های خود بازگردانده شوند و یا حداقل بدون بازگردانده شدن به منزل تحت حمایت قرار بگیرند، به دامن روسپیگری، اعتیاد و خرید و فروش مواد می‌راند. هر چند بدیهی به نظر می‌رسد، ولی یادآوری این نکته بد نیست که وقوع پیامدهای بالا طی روزهای اول پس از فرار، معلول عدم مداخلات مناسب و برنامه ریزی اجتماعی در زمینه‌های اطلاع رسانی، جلب اطمینان و فراهم نمودن امکانات لازم برای سکونت، پوشاک و ارائه خدمات مشاوره‌ای و درمانی فعال و کافی است.

نسبت بالای بروز بیماریها یا ناخوشی‌هایی که دختران خود را نیازمند مراجعه به یک پزشک یا ماما می‌دانستند، به خصوص در نمونه‌های مربوط به اماکن عمومی (البته غیر از مواردی که به دلیل ناآگاهی دختران از مسائل بهداشتی و پزشکی، خود را نیازمند مراجعه احساس نمی‌کردند) و همچنین عدم بهره‌مندی کافی و مناسب از خدمات بهداشتی - درمانی، به ویژه متعاقب بارداری (به دلایل ترس از مراجعه، دستگیری و نداشتن پول)، ضرورت تامین حقوق دختران فراری را از نظر دریافت خدمات سلامت نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، برنامه‌های مداخله‌ای برای این زیرگروه خاص باید طوری طراحی و اجرا شوند که اولاً خدمات بهداشتی درمانی به آنها ارائه گردد و ثانیاً عدم وجود موانع یاد شده در بالا در آنها لحاظ شده

باشد. طبیعی است که ارائه خدمات به این گروه، با توجه به دشوار بودن دسترسی به آنها کاری سخت است، ولی نادیده گرفتن نیازهای بهداشتی درمانی ایشان در برنامه ریزی‌ها دور معیوبی را که این دختران در آن گرفتارند، تشدید خواهد کرد. ایجاد مراکز یا واحدهای ارائه خدمات، (ثابت و سیار) با تیمی متشکل از پزشک، ماما، مددکار اجتماعی و روانشناس که دوره‌های لازم برای کارکردن با افراد خیابانی و ارائه خدمات ویژه به آنها را گذرانده‌اند باشند، می‌تواند استراتژی پیشنهادی باشد. طبیعی است که روشهای جلب اطمینان این دختران به اندازه کیفیت خدمات اهمیت دارد. دختران باید احساس کنند که تیم‌ها یا مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی، وابسته یا تحت نظارت هیچ مرجع انتظامی و قضایی نیست و لذا آنها می‌توانند با خیالی آسوده و بدون ترس از دستگیری برای درمان یا دریافت سایر خدمات بهداشتی یا حتی روشهای پیشگیری از بارداری و جلوگیری از ایدز (به خصوص کاندوم) به آنها مراجعه نمایند (۲۱، ۲۰، ۱۷، ۱۲، ۱۱، ۶). بررسی دخترانی که بیش از یک بار از منزل فرار کرده بودند، نشان داد که اکثر قریب به اتفاق آنها از طرف سرپرست یا سایر اعضای خانواده حداقل با یکی از رفتارهای زیر آزار دیده‌اند: کتک زدن، توهین کردن، مراقبت شدید، سرزنش کردن، زندانی کردن، قهر کردن، مسخره کردن، یادآوری مکرر اتفاقات گذشته، و حتی عدم تمایل به پذیرش دختر. فقط ۱۴ درصد نمونه‌ها، با برخورد مناسب پدر و مادر و ۲ درصد، با برخورد مناسب فقط پدر مواجه شده بودند. مهمترین دلیل فرار مجدد دختران، عدم تغییر شرایطی بود که به اولین فرار آنها منجر شده بود؛ مثل کنترل شدید در خانه، سرزنش و تحقیر در منزل، کتک خوردن، مورد بی توجهی و قهر واقع شدن، زندانی شدن، خجالت از عدم موفقیت تحصیلی در آینده و مورد تجاوز مجدد پدر واقع شدن. اگر چه بخشی از آنها نیز به دلیل پیامدهای فرار (یعنی عادت به آزادی‌های بیش از حد در خارج از خانه، اعتیاد و باردار شدن)، مجدداً فرار کرده بودند.

در مجموع یافته‌های فوق نشان می‌دهند که دختران به خانه‌هایی بازگردانده شده‌اند که شرایط قبلی منجر به فرار آنها، تغییر نکرده و خانواده‌ها نیز فاقد مهارت لازم برای برخورد با این گونه دختران بودند و حتی برای اینکه به او یاد بدهند دیگر نباید فرار کند، مجدداً به او تجاوز کرده‌اند (!). در واقع، اقدام درمانی قطعی برای ایشان انجام نشده و دختر با تبعات فرار به منزل

بازگردانده شده است. لذا، اقدامات مداخله‌ای درباره بازگشت دختران فراری به منزل باید بر موارد زیر تمرکز یابد: ۱) تعیین دقیق عوامل موثر بر فرار از منزل اعم از شرایط خانوادگی یا روانی دختر؛ ۲) تلاش برای برطرف کردن یا کاهش عوامل منجر به فرار (اعم از اقدامات مشاوره‌ای، مددکاری و حمایتی در سطح خانواده و در سطح مدرسه)؛ ۳) آموزش لازم به خانواده‌ها درباره شیوه برخورد با دختری که به منزل بازگشته است، به منظور جلوگیری از خشونت، توهین، تحقیر دختر و همچنین حمایت‌های عاطفی لازم؛ ۴) اطمینان از حفظ امنیت و سلامت دختر پس از بازگشت به منزل؛ ۵) در نظر گرفتن حمایت‌ها و تدابیر قانونی در خصوص دخترانی که پس از فرار مورد خشونت قرار می‌گیرند و همچنین امکان ارتباط آسان دختر با مراکز مشاوره‌ای و حمایتی (تماس و یا مراجعه دختر و یا تماس و مراجعه مشاوران و مددکاران به دختر و خانواده‌اش)؛ ۶) نگهداری و حمایت از دخترانی که خانواده به هر دلیل حاضر به پذیرش آنها نیست و یا بازگشتشان به منزل بنا به تشخیص مشاوران و مددکاران، سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر می‌اندازد.

بر اساس نتایج این تحقیق و سایر تحقیقات، نسبت بسیار اندکی از دختران پس از فرار از منزل خود را به مراکز انتظامی یا سازمان بهزیستی معرفی می‌نمایند و بقیه موارد پس از دستگیری، به این مراکز تحویل می‌شوند (۴). بنابراین به نظر می‌رسد اطلاق عنوان «مددجو» برای حدود ۹۵ درصد دختران فرار تحت پوشش مراکز سازمان بهزیستی، چندان صحیح نباشد. نسبت بسیار پایین مراجعه دختران فراری به مراکز وابسته به سازمان بهزیستی می‌تواند دو دلیل عمده زیر را داشته باشد: ۱) عدم شناخت این مراکز و خدمات آنها و ۲) ترس از مراجعه به مراکزی که به زعم دختران با سیستم‌های انتظامی و قضایی مرتبط می‌باشد. اکثر قریب به اتفاق نمونه‌های مورد مطالعه، در پاسخ به این سوال که «آیا حاضر بودند پس از فرار به مراکز خیریه یا مراکزی که تحت نظارت نباشند، مراجعه کنند»، پاسخ مثبت داده‌اند. در واقع اقدامات زیر می‌تواند کانون اقدامات مداخله‌ای ثالثیه (پیشگیری از پیامدهای فرار) باشد: ۱) دادن آگاهی لازم به دختران در سنین در معرض خطر، در مورد مکانهایی که پس از فرار می‌توانند به آنجا مراجعه نمایند و همچنین ارائه امکاناتی مثل خوراک، پوشاک، سرپناه و خدمات مشاوره‌ای به آنها؛ ۲)

ایجاد مراکز نگهداری موقتی که به وسیله سازمان‌های خیریه اداره شوند و حداقل امکانات رفاهی را برای حفظ دختران فراری در اختیارشان بگذارند؛ ۳) بازنگری در شیوه ارائه خدمات مراکز فعلی و تبدیل ارائه غیر فعال خدمات به فعال همراه با سعی برای تغییر نگرش دختران به این مراکز. در واقع این نگرش باید در نوجوان ایجاد شود که هدف ایجاد مراکز فوق، ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به آنهاست، نه همکاری با مراجع انتظامی و قضایی یا مجبور کردن آنها برای بازگشت به منزل، بدون اینکه تغییری در شرایط دختر یا خانواده وی ایجاد شود. سوء استفاده برخی افراد و گروه‌های متخلف از امکانات مراکز وابسته به سازمان بهزیستی و زندان‌ها و امکان بد آموزی در آنجا، خود، عامل خطری برای ابتلای دختران به روسپیگری است که لزوم بازنگری در شیوه ارائه خدمات را تایید می‌نماید.

در مورد آگاهی دادن به دختران درباره مکانهای مراجعه و خدمات پس از فرار، این نظر نیز مطرح است که ممکن است برخی از دختران در معرض خطر فرار، پس از کسب اطمینان از وجود خدمات حمایتی به فرار تشویق شوند. هر چند این نظر قابل تامل است، ولی از طرف دیگر می‌توان این نکته را مطرح نمود که آیا واقعاً نگاه داشتن دختر در خانه با وجود مشکلات خانوادگی رشد و تکامل او را تضمین خواهد کرد؟ آیا عدم آگاهی‌های لازم به دختران نوجوان و جوانی که در معرض خشونت، تجاوز، بی توجهی و تبعیض قرار دارند، نادیده گرفتن حقوق انسانی و شهروندی آنها نیست؟ به هر حال، مسائل فوق جای بحث بیشتری دارد که بیشتر حیطه بحث محققان حقوق، اخلاق، جامعه‌شناسی، روانشناسی و مددکاری است.

نسبت بسیار بالای نمونه‌های دارای اختلالات روانی نیز نکته‌ای قابل تامل است. البته در این مورد به دو نکته باید توجه نمود: ۱) آزمون SCL-90 تنها غربال می‌کند و تشخیص قطعی را مطرح نمی‌نماید، ضمن اینکه به تمام جنبه‌های مشکلات روانی این گروه نیز نمی‌پردازد و ۲) همواره این سوال مطرح است که چه نسبتی از این اختلالات عامل فرار و روسپیگری و چه نسبتی پیامد آنهاست؟ به هر حال مسلم آن است که این گروه جمعیتی به خدمات متناسب بهداشت روان نیاز ویژه دارند.

نسبت کم نمونه‌های آگاه با سابقه ارتباط جنسی برای بقا، از امکان انتقال ایدز از طریق

تماس جنسی مقعدی، افزایش احتمال ابتلا در صورت عدم استفاده از کاندوم، مشخص نبودن بیماری از ظاهر افراد مبتلا به ایدز و عدم پیشگیری قرص‌های ضد بارداری از ایدز به همراه نگرش نامناسب ایشان، به خصوص درباره لزوم استفاده از کاندوم، این گروه را به شدت در معرض ابتلا به ایدز قرار می‌دهد. نسبت بالای نمونه‌های بدون نظر در این خصوص، می‌تواند به عنوان نقطه قوتی در مداخلات بهبود نگرش لحاظ شود. پیشگیری نامناسب تمام نمونه‌ها از ایدز در رفتار پرخطر روسپیگری، احتمال ابتلای این گروه به ایدز را به شدت افزایش می‌دهد. با توجه به پیامدهای ناگواری که ابتلا به این بیماری برای دختران و شرکای جنسی آنها (آلوده سازی عمدی یا غیر عمدی) دارد، طراحی و انجام مداخلات پیشگیری از ابتلا به ایدز در این افراد باید در اولویت قرار گیرند. این اقدامات باید شامل آموزش درباره روشهای انتقال بیماری و همچنین رفع موانع دسترسی دختران به کاندوم باشد.

با توجه به این یافته که دلیل اکثر دخترانی که در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی‌کردند، عدم اطلاع از لزوم آن و فکر نکردن به این موضوع بوده است، انجام اقدامات مداخله‌ای آموزشی در اولویت اول قرار می‌گیرد. اهداف آموزشی مداخلات باید بر نکات زیر تاکید نمایند: ۱) افزایش احتمال ابتلا در صورت تماس جنسی با افراد متعدد؛ ۲) امکان انتقال بیماری هم از طریق تماس جنسی واژینال و هم از طریق تماس جنسی مقعدی؛ ۳) لزوم استفاده از کاندوم در روابط جنسی و اصرار برای استفاده شریک جنسی از آن؛ ۴) خطر بالای ابتلا به ایدز در صورت تماس جنسی با معتادان به خصوص معتادان تزریقی؛ ۵) ناتوانی قرصهای ضد بارداری در پیشگیری از ایدز؛ ۶) عدم استفاده از سرنگ مشترک معتادان تزریقی؛ ۸) بالا بودن خطر ابتلا به ایدز در دخترانی که از طریق روسپیگری امرا معاش می‌کنند؛ ۹) پیامدهای ناگوار بیماری ایدز و همچنین علائم بالینی آن به خصوص با تاکید بر بدون علامت بودن بیماری طی سالیهای اول؛ ۱۰) لزوم انجام آزمایشهای دوره‌ای برای اطمینان از عدم ابتلا (۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۸، ۱۹). مداخله‌های آموزشی درباره پیشگیری از ایدز باید در سطوح عمومی و به خصوص از مدارس که نوجوانان در آنجا تحصیل می‌کنند، آغاز شود؛ زیرا تنها دختران فراری و یا روسپی نیستند که در معرض ابتلا قرار دارند.

ب) نقد روش‌شناسی تحقیق حاضر

در تحلیل متدولوژی تحقیق حاضر توجه به نکات زیر حائز اهمیت است: ۱) رویکرد روش این تحقیق، فقط با رویکردهای معمول تحقیقات علوم اجتماعی قابل توجیه نیست (علیرغم تشابه در اجرای مطالعه کمی پیمایشی یا FGD)، بلکه مبنای آن را باید در رویکردهای همه‌گیرشناسی اجتماعی (Social Epidemiology) و تحقیقات سیستم‌های سلامت (Health System Research) جست و جو نمود. ۲) تایید نتایج مطالعه پیمایشی با بررسی روی نمونه‌های مستقل دیگر در قالب مطالعه FGD، می‌تواند اعتبار نتایج را قوت بخشد. ۳) این مقاله می‌تواند فقط به عنوان پایه‌ای در زمینه ارتباط جنسی برای بقا، در دختران فراری محسوب شود. یافتن پاسخ دقیق‌تر به سوالات و آزمون فرضیات مطرح، نیازمند تحقیقات متعدد در قالب جورچین تحقیقاتی این موضوع است. عناوین پیشنهادی پایان مقاله می‌توانند بخشی از این جورچین باشند. ۴) بررسی برخی اهداف برای دستیابی به دقت بیشتر، نیازمند حجم نمونه بالاتر است. ۵) فاصله زمانی بین اولین دفعه فرار تا زمان مصاحبه، نشان دهنده احتمال کم دسترسی به نمونه‌ها در اوایل فرار از منزل می‌باشد. دسترسی به نمونه‌ها در یک هفته اول پس از فرار ۱ درصد، در ماه اول ۱۰ درصد و در سه ماه اول ۲۰ درصد است. این مسئله از نظر متدولوژیک به دو دلیل حائز اهمیت است: اول اینکه، فاصله زمانی مورد نظر می‌تواند بر یادآوری عوال موثر بر فرار و وقایع اوایل فرار تاثیر بگذارد و منجر به تورش یادآوری (Recall Bias) در نتایج گردد. دوم اینکه، به دلیل احتمال بیشتر دسترسی به نمونه‌های با سابقه طولانی‌تر فرار از منزل نسبت به نمونه‌های با سابقه کمتر، در واقع با داده‌های هرس شده (Truncated Data) در کهورتی از دختران فراری مواجه هستیم که مطالعه را دچار تورش انتخاب (Selection Bias) می‌کند، زیرا ممکن است نمونه‌های مورد بررسی با آنهایی که طول مدت فرار کمتری داشته‌اند، از نظر متغیرهای مورد مطالعه متفاوت باشد (این مشکل در تمام مطالعات مقطعی این پدیده وجود دارد که به دلیل ماهیت موضوع و سختی بیش از اندازه، دسترسی به نمونه‌ها به راحتی نیز قابل حل نیست).

ج) اصول راهکارهای مداخله‌ای

در اینجا به اجمال، اصول راهکارهای مداخلات پس از فرار را که در زمینه ارتباط جنسی برای بقا نیز کاربرد دارند، مرور می‌کنیم (بحث مفصل‌تر، موضوع مقاله جداگانه‌ای می‌باشد). طراحی برنامه‌های اجرایی تفصیلی با عنایت به اصول، نیازمند پروژه‌های دیگر و مشارکت متخصصان مددکاری، روانشناسی، جامعه‌شناسی، اپیدمیولوژی و بهداشت می‌باشد. مهمترین واقع بینانه‌ترین هدف این برنامه‌ها، تا زمانی که پدیده‌ای به نام «فرار دختران از منزل» در جامعه وجود دارد، باید کاهش وقوع پیامدهای ناگوار و عوارض ناشی از آنها باشد. دشورای درمان قطعی یک دختر پس از ابتلا به پیامد ارتباط جنسی برای بقا، احتمال بالای درگیر شدن در سایر مشکلات و جرایم و همچنین قابل مقایسه نبودن درآمد این شغل با سایر فعالیت‌های مقبول اجتماعی، لزوم توجه به برنامه‌های پیشگیری از فرار و رسیدگی هر چه سریعتر به دختران را پس از فرار نشان می‌دهد.

مهمترین استراتژی که باید پس از فرار از منزل مورد توجه قرار گیرد، ارائه خدمات اساسی (Essential Services) به آنها برای زندگی است. موضوعاتی که باید در ارائه خدمات اساسی به دختران فرار مد نظر باشند، عبارت‌اند از: ۱) پناهگاه‌های اورژانس و غذا، ۲) درمانگاه‌های خیابانی و خدمات پزشکی سیار، ۳) برنامه‌های دسترسی به خیابان‌ها و مراکز Drop-in، ۴) برنامه‌های مدارس جایگزین، ۵) برنامه‌های اشتغال نوجوانان و جوانان فراری، ۶) برنامه‌های دسترسی به مادران نوجوان یا جوان، ۷) خدمات مشاوره‌ای سرپایی یا مستقر و ۸) برنامه‌های زندگی مستقل.

مراکز نگهداری یا مراقبتی که معمولاً به دختران فراری و بی خانمان خدمت می‌کنند، با محدودیت‌هایی مواجه هستند که خود بخشی از مشکلات کنترل پدیده فرار از منزل و روسپیگری متعاقب آن، به شمار می‌روند. این محدودیت‌ها عبارت‌اند از:

۱) معمولاً خدمات محدودند و فقط مشکلات خاصی را مد نظر قرار می‌دهند، این درحالی است که نوجوانان در معرض خطر به جایی نیاز دارند که مشکلات مختلف و پیچیده آنها را یک جا حل نماید، نه اینکه برای حل مشکلات اقتصادی مجبور باشند به یک جا و برای

درمان بیماری به جایی دیگر و برای دریافت خدمات بهداشتی به یک مرکز و برای خدمات مشاوره‌ای به مرکز دیگر مراجعه نمایند. فهماندن این مسئله، خود، برای دخترانی که تحصیلات و آگاهی‌های اجتماعی کافی ندارند، امری بسیار مشکل است. ضمن اینکه مشکلات روانی - اجتماعی این افراد در قالب یک مجموعه پراکنده قابل حال نیست. به عنوان مثال، حتی تامین مسکن این افراد، چنانچه نیاموزند که چگونه خود را از نظر اقتصادی و اجتماعی مراقبت کنند، مشکل بی خانمانی یا زندگی خیابانی آنها را حل نمی‌نماید. لذا پوشش جامع کلیه جنبه‌های مشکلات روانی - اجتماعی دختران فراری لازم و ضروری است. (۲) ارائه خدمات معمولاً به میزان زیاد تابع بروکراسی می‌باشد که این مسئله خود باعث ایجاد بینش منفی در نوجوانان و جوانان می‌شود. (۳) ارائه کنندگان خدمات مختلف، اغلب نمی‌دانند کدام بخش از مشکلات نوجوانان و جوانان با این خدمات رفع می‌شود. (۴) اکثر خدمات و مداخله‌ها نهایتاً به سمت زیر نظر گرفتن و کنترل دختران پیش می‌رود. این روش برای رسیدگی و درمان مشکلات فراریان مناسب نیست، زیرا بیزاری از تحت نظر و کنترل بودن خود بخشی از مشکلات آنهاست. البته مراکز وابسته به سازمان بهداشتی، اقداماتی برای حل این گونه مشکلات انجام داده‌اند؛ لیکن جای یک برنامه ارزشیابی، خالی به نظر می‌رسد.

با توجه به محدودیت‌های فوق و موفقیت اندک برنامه‌های مداخله‌ای مربوط به نوجوانان و جوانان فراری و بی خانمان در کشورهای توسعه یافته، سیاستگذاری اجتماعی آنها را به سمت اصلاح ساختار خدمات رفاهی و اجتماعی و روشهای برخورد با این گروه از جامعه سوق داده است. این اصلاحات عبارت اند از:

- (۱) استفاده از سیستم‌های ارائه خدمات موجود به عنوان نقطه شروع؛
- (۲) ایجاد یک زندگی جایگزین و مراقبت از نوجوانان، به طوری که از ارجاع غیر ضروری آنها به سیستم قضایی، مراکز درمانی، اسکان موقت و مراکز روانپزشکی پیشگیری گردد؛
- (۳) استفاده از یک رویکرد جامع، به طوری که جنبه‌های مختلف مشکلات پیچیده نوجوانان و جوانان فراری و بی خانمان از نظر نیازهای تکاملی تحلیل و حل شود؛
- (۴) ایجاد یک رویکرد درمانی پایه‌ای به صورت دراز مدت، برای درمان و رسیدگی به

مسایل نوجوانان فراری به منظور افزایش اعتماد به نفس و حس اعتماد به زندگی و جامعه و همچنین توانمند سازی ایشان؛

۵) ایجاد زنجیره‌ای از خدمات که تداوم آنها از طریق همکاری و هماهنگی بین سازمانهای ارائه دهنده خدمات تضمین شود.

طراحی و اجرای برنامه‌های رفاهی جامع (Comprehensive Welfare Programmes) برای نوجوانان و جوانان فراری، در حال حاضر، مورد تاکید کشورهای توسعه یافته می‌باشد؛ اگر چه آثار درمانی این برنامه‌ها تاکنون کاملاً مستند نشده‌اند. یکی از دلایل اصلی این امر، ماهیت پدیده فرار و بی خانمانی است که بررسی آنها نیازمند تحقیقات و پیگیری‌های طولانی مسئله است.

برنامه‌های رفاهی جامع برای نوجوانان و جوانان فراری شامل مراحل کلی زیر می‌باشند:
الف) ایجاد شبکه‌ای از خدمات اجتماعی، به وسیله طراحی شبکه‌های ارتباطی میان سازمانهای متعدد با ماهیت بین بخشی (Inter Disciplinary)؛

ب) برقراری تماس با نوجوانان و جوانان فرار، از طریق روشهای تماس با افراد دور از دسترس (Outreach Approach) با تاکید بر برقراری اولین تماس (به خصوص که استراتژیهای امری و دستوری که براساس یک سری توافقات و سپس کنترل آنها انجام می‌گیرند، نتوانسته است به خوبی در کار با نوجوانان فراری و بی خانمان موفق باشند) و ارائه کمک‌های پزشکی (به ویژه مراقبت‌های پزشکی که بهترین موقعیت را برای تماس با فراریان و بی خانمانها فراهم می‌آورد. باید توجه نمود که اولین برخورد اکثر قریب به اتفاق دختران فراری تحت پوشش مراکز ارائه دهنده خدمات در این مطالعه، با مراجع انتظامی و قضایی بوده است؛

ج) تعیین مشکلات و برنامه ریزی مراقبت‌ها با تاکید بر اختصاصی بودن روند تعیین مشکلات روانی و اجتماعی برای ارزیابی ظرفیت‌ها و فرصت‌ها و طراحی مسیرهای اصلی کمک (شامل مسیر به سوی زندگی مستقل، خود توانی، آموزش و کار و شبکه اجتماعی با ثبات) و مدل سازی یک روش جامع؛

د) مراقبت با هماهنگی بین مسیرهای مختلف کمک و پایش مراقبت؛

ه) اقدامات عمیق پس از مراقبت، به منظور پایش ثبات و تکامل و کشف زودرس لغزش‌ها (۱۰c).

د) عناوین تحقیقاتی پیشنهادی

- ۱) تعیین اولویت‌ها و جورچین تحقیقاتی پدیده ارتباط جنسی برای بقا، متعاقب فرار دختران از منزل؛
- ۲) بررسی عوامل خطر بروز پیامد ارتباط جنسی برای بقا، متعاقب فرار دختران از منزل؛
- ۳) بررسی بروز پدیده ارتباط جنسی برای بقا، متعاقب فرار دختران از منزل و پایش روند آن طی زمان؛
- ۴) طراحی و آزمودن راهکارهای جلب اطمینان دختران فراری و برقراری تماس فعال با ایشان با تاکید بر الف: اولین تماس و ب: اولین روزهای پس از فرار (به ویژه روز اول)؛
- ۵) بررسی موانع بهره‌مندی دختران مبتلا به ارتباط جنسی برای بقا از خدمات بهداشتی - درمانی؛
- ۶) طراحی و آزمودن راهکارهای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی با کیفیت مطلوب به دختران مبتلا به ارتباط جنسی برای بقا؛
- ۷) طراحی و آزمودن راهکارهای ارتقای سطح آگاهی و نگرش دختران مبتلا به ارتباط جنسی برای بقا، در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به ویژه ایدز؛
- ۸) طراحی و آزمودن راهکارهای ارتقای عملکرد دختران مبتلا به ارتباط جنسی برای بقا، در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به ویژه ایدز با تاکید بر رفع موانع عملکرد مناسب؛
- ۹) ارزشیابی فرایندهای ارائه خدمات سازمان‌های مرتبط با دختران فراری (در کل) و دختران مبتلا به ارتباط جنسی برای بقا (به طور خاص)؛
- ۱۰) طراحی و آزمودن راهکارهای اطلاع‌رسانی به دختران در معرض خطر فرار از منزل دربارہ پیامدهای فرار از منزل.

- ۱- اردلان ع (پاییز ۱۳۷۸). بررسی پدیده فرار دختران از منزل. طرح تحقیقاتی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۲- راهب، غ (۱۳۸۰)، بررسی عوامل خانوادگی موثر در گرایش نوجوانان دختر ساکن شهر تهران به بزهکاری، پایان نامه کارشناسی ارشد به راهنمایی اقلیما، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۳- صنعتی، ف. عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر فرار دختران ۱۲-۲۶ ساله از منزل. پایان نامه کارشناسی ارشد، به راهنمایی عسگری خانقاه، دانشگاه آزاد اسلامی. ۱۳۷۸.
- ۴- صمدی راد، ا. بررسی عوامل اجتماعی و خانوادگی موثر بر فرار دختران از خانه. خلاصه مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران، ناشر: دبیرخانه همایش. خرداد ۱۳۸۱: ۶۶-۶۴.
- 5- Sharlin SA. Mor-Barak M(1992). Runaway girls in distress: motivation, background, and personality. *Adolescence*. 27 (106): 387-405.
- 6- Greene JM. Ennett ST. Ringwalt CL (1997). Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. *American Journal of Public Health*, Feb; 87(2): 229-35.
- 7- Gleghorn AA. Marx R. Vittinghoff E. Katz MH. (1998). Association between drug use patterns and HIV risks among homeless, runaway, and street youth in northern California. *Drug Alcohol Depend*. Aug 1;51 (3): 219-27.
- 8- Farrow JA. Diesher RW. Brown R. Kulig JW. Kipke MD. (1992). Health and health needs of homeless and runaway youth. *Journal of Adolescent Health*.: 13:717-726.

- 9- Feitel B. Margetson N. Chamas J. Lipman C. (1997). Psychological background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth. *Hospital and Community Psychiatry*. 1992 Feb. 43(2): 155-159.
- 10a- Ploeg J. Scholte E (1997). *Homeless youth*. SAGE Publications. London. 1th edition. 29-30.
- 10b- Ploeg J. Scholte E (1997). *Homeless youth*. SAGE Publications. London. 1th edition. 7-8.
- 10c- Ploeg J. Scholte E (1997). *Homeless youth*. SAGE Publications. London. 1th edition. 98-133.
- 11- Yates GL. Pennbridge J. Swofford A. Mackenzie RG. (1991) The Los Angeles system of care for runaway / homeless youth. *Journal of Adolescent Health*; 12: 555-560.
- 12- Rotheram MJ. Mahler KA. Koopman C. Langabeer K. (1996). Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66(3): 390-400.
- 13- Le Roux J. Smith CS. (1998). Psychological characteristics of South African street children. *Adolescence*. 33(132): 891-899.
- 14- Klein JD. Woods AH. Wilson KM. Prospero M. Greene J. Ringwalt C (2000). Homeless and runaway youths' access to health care. *Journal of Adolescence Health*. Nov; 27 (5): 331-9.

- 15- Pollio DE. Thompson SJ. North CS. (2000). Agency-based tracking of difficult-to-follow populations: runaway and homeless youth programs in St. Louis, Missouri. *Community Mental Health Journal*. Jun; 36(3): 247-58.
- 16- Booth RE. Zhang Y. (1997). Conduct disorder and HIV risk behaviors among runaway and homeless adolescents. *Drug Alcohol Depend*. Nov 5; 48(2): 69-76.
- 17- Geber GM. (1997). Barriers to health care for street youth. *Journal of Adolescent Health*. 21: 287-290.
- 18- English A (1991). Runaway and street youth at risk for HIV infection: legal and ethical issues in access to care. *Journal of Adolescent Health*. Nov; 12 (7): 504-10.
- 19- Tenner AD. Trevithick LA. Wagner V. Burch R. (1998). Seattle youth care's prevention, intervention, and education program. *Journal of Adolescent Health*; 23S: 96-106.
- 20- De Rosa CI. Montgomery SB. Kiple MD. Iverson E. Joanne L. Unger JB. (1999). Service utilization among homeless and runaway youth in Los Angeles, California: rates and reasons. *Journal of Adolescent Health*. Jun; 24(6): 449-58.
- 21- Kurtz PD. Kurtz GL. Jarvis SV. (1991). Problems of maltreated runaway youth. *Adolescence*. 26 (103): 543-555.