برنامه کشوری راه اندازی خانه های سلامت ویژه دختران در معرض آسیب اجتماعی؛ اهداف، الگوی خدمت، چالش ها و راه آینده

بهزاد دماری[1]، علیرضا حیدری[2*]، حبیب اله مسعودی فرید[3]، آرزو ذکایی[3]

۱. پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. معاونت اجتماعی، سازمان بهزیستی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره ششم، آذر ـ دی ۱۳۹۹ صص ۷۱۰- ۶۹۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۶/۲۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳۰ آذر ۹۹]

چکیده

مقدمه: دختران فراری پس ازترک خانه با مسائل تهدید کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می شوند. یکی از برنامه های اجرا شده سازمان بهزیستی راه اندازی مراکز جداگانه و خاص این افراد در کل کشور می باشد. این مطالعه با هدف تبیین اهداف، الگوی خدمت، چالشها و راهکارهای بهبود این برنامه انجام شد.

مواد و روش کار: یک مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. شرکت کنندگان در مطالعه شامل مدیران و کارشناسان ادارات کل سازمان بهزیستی در ۳۱ استان کشور،۲۱ عضو از میانجیان مردمی و سازمان های همکار و ذینفع و ۶ نفر از مدیران ارشد ستادی و کارشناسان مسئول معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی کل کشور بودند. جهت جمع آوری داده ها از سه روش تحلیل اسناد و مستندات و مصاحبه عمیق فردی و بحث گروهی استفاده گردید و داده ها با روش تحلیل محتوا بررسی شد.

یافته ها: خانه های سلامت ویژه دختران در معرض آسیب اجتماعی، از سال ۱۳۷۸ تاکنون در کلیه استانهای کشور راه اندازی شده است. اهداف برنامه، حمایت و نگهداری از دختران در معرض آسیب اجتماعی، فراهم نمودن زمینه های تحصیل، اشتغال، خودکفایی و استقلال این افراد و شناخت استعدادها و توانمندی‌ها و هدایت آنها جهت استفاده از توانمندی‌هایشان است. این برنامه با چالش هایی شامل آگاهی و نگرش نامطلوب مردم و مسئولین، همکاری ناکافی صدا و سیما برای اطلاع رسانی، توزیع نامناسب و اختصاص ناکافی اعتبارات مالی، تعهدات ناکافی جهت اجرایی سازی تفاهم نامه ها مواجه است. راهکارهای پیشنهادی جهت بهبود برنامه شامل افزایش آگاهی ذینفعان، بازنگری دستورالعمل های مربوطه، تقویت و به روز رسانی بسته های آموزشی، تدوین پروتکل شناسایی زودرس مخاطبان، ایجاد زمینه های ادامه تحصیل و اشتغال جهت مددجویان، تقویت و گسترش مکان های و برنامه فرصت های گذران مناسب اوقات فراغت دختران، تقویت هماهنگی بین بخشی، تصویب و اصلاح قوانین قضایی در جهت حمایت از این دختران است.

نتیجه گیری: به رغم خدمات ارائه شده در برنامه راه اندازی خانه های سلامت ویژه دختران در معرض آسیب اجتماعی، این برنامه با چالشهایی در سطح دولت و مردم مواجه است. به منظور بهبود وضعیت موجود، به کارگیری راهکارهای پیشنهادی به همراه بازنگری و اصلاح فرآیندهای مرتبط ضرورت دارد.

کلیدواژه: آسیب اجتماعی، دختران فراری، دختران در معرض آسیب، خانه های سلامت، سازمان بهزیستی

کد اخلاق: IR.TUMS.VCR.REC.1397.509

* نویسنده پاسخگو: گرگان، انتهای گلبرگ یکم، کوی گلها، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

مقدمه

با رشد فزاینده شهرها و تغییرات فرهنگی و اجتماعی ناشی از آن، چالشها و مشکلات اجتماعی نیز دگرگون شده و شکل های جدیدی به خود گرفته است. در سالهای اخیر نیز با تغییر در هنجارها و رفتارهای اجتماعی، بروز آسیبهای اجتماعی افزایش رو به رشد داشته است[۱]. آسیب های اجتماعی زندگی زنان را بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار می دهد زیرا یکی از عوامل زمینه ساز مربوط به آسیب پذیری در مقابل فشارهای روانی اجتماعی داشتن جنسیت مونث است؛ بدین معنا که زنان بیشتر از مردان در موقعیت های فاجعه آمیز فشار روانی و در نتیجه کاهش سلامت روانی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی را تجربه می کنند[۲]. در سالهای اخیر آسیب های اجتماعی زنان مثل فرار دختران از خانه روند فزاینده ای را نشان می دهد. بر اساس آمار سازمان سلامت جهان سالانه یک میلیون نوجوان سیزده تا نوزده ساله از خانه فرار میکنند که ۷۴ درصد آنها دختر هستند. روند رو به رشد فرار دختران از کانون خانواده از دغدغه ها و نگرانی هایی است که نظر خانواده ها و نیز کارشناسان اجتماعی را به خود معطوف ساخته است زیرا تبعات منفی این پدیده، به مثابهٔ آسیبی اجتماعی، تأثیر بسیار نامطلوبی بر جامعه می گذارد[۳].

دختران فراری خیابانها را به عنوان راهی برای فرار از مشکلات انتخاب میکنند و به آواره های طردشده جامعه تبدیل میشوند. دختران فراری پس ازترک خانه با مسائل زیادی مواجه میشوند؛ مشکلاتی که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها را تهدید میکند؛ که برخی از آنها عبارتند از: در معرض بیماریهای مقاربتی قرار گرفتن، مشکلات جنسی، ضایعات پوستی، ضعف سیستم ایمن ی بدن، سوءتغذیه و نابهنجاریهای روانشناختی از قبیل افسردگی، کاهش عزت نفس، کاهش احساس کفایت و کارآمدی، پرخاشگری، اعتیاد وسوءمصرف مواد، اختلالهای سلوک و رفتارهای ضداجتماعی و میزان بالای خودکشی[۴]. دختران فراری در بدو فرار، در خیابانها، پارکها، باغهای حاشیهٔ شهرها، ساختمانهای متروکه و خانه های فساد شب را به صبح می رسانند. دختران فراری ظرف مدت کوتاهی در پی آشنایی با باندهای فساد به فحشا کشیده می شوند. بیش از نیمی از این دختران، با هدف کسب پول یا سرپناه در طول مدت فرار، تقریباً هر روز ارتباط جنسی برقرار میکنند. بیشتر دختران فراری در عرض چند ساعت بعد از فرار مورد تجاوز و سوءاستفاده جنسی قرار میگیرند. این مسئله آنها را با سرخوردگی و شوک مواجه میکند، در این هنگام به دلیل سرافکندگی ناشی از تجاوزات و بارداری زودرس غالباً روی بازگشت به خانه را ندارند یا به دلیل شرایط نامساعد خانه برای برگشتن انگیزه ای نمی یابند، به ناچار داوطلبانه جذب باندهای فساد میشوند. بسیاری از دختران فراری با برقراری روابط جنسی مخاطره آمیز، دچار انواع بیماریهای جسمی مثل ایدز و سایر بیماریهای مقاربتی نظیرسوزاک، هپاتیت و سفلیس می شوند[۵]. دختران فراری نسبت به دختران همسن خود ۴ بار بیشتر در معرض حاملگی هستند و دخترانی که در سنین ۱۵-۱۱ سالگی به مراکز نگهداری ارجاع می شوند در معرض خطر بیشتری هستند[۶]. با توجه به بکارگیری رویکرد انگیزشی در مورد دختران فراری انگیزه های آنها را به دو نوع طبقه بندی میکند:۱- فرار از وضعیت نامناسب خانواده (مانند تعارضات واختلافات خانوادگی) ۲- فرار برای رسیدن به اهداف خاص (مانند روابط عاشقانه و رمانتیک، گشت و گذار، ارتباط جنسی)[۷]. بنابراین زنان و دختران ممکن است به خاطر طیف گسترده ای از دلایل مانند جستجوی استقلال و خودمختاری، واکنش خشم آلود نسبت به محیط و افراد و تلاش برای راحتی، آینده سازی، خلاصی از نزاع و کشمکش با والدین، سطح فرهنگ خانواده، شیوه های تربیتی والدین، طلاق، فقر، طرد شدگی، ناسازگاری با ارزش ها، نجات از صدمات روانی جسمانی و جنسی، اعتیاد ، روابط بی مهابای جنسی و سایر رفتارهای مخاطره آمیز خانه های خود را ترک می کنند[۸].

در هر جامعه ای که آسیب های اجتماعی از میزان معین و متعارفی عبور کند نگرانی مقامات مسئول و آحاد جامعه را فراهم ساخته و آنها را به اندیشه اتخاذ تدابیر خاص وا می دارد[۹]. و برخورد امنیتی صرف با این موارد تخلفاتی برای ریشه کن کردن آن کارایی ندارد، بلکه می بایست از طریق مطالعه و پیگیری نهادهای اجتماعی با آن برخورد شود[۱۰]. در مواجهه با این تغییرات، برخوردها و واکنش های مختلفی از سوی نهادهای مختلف وجود داشته است که هر کدام بسته به دیدگاه سازمان مورد نظر خود میتواند واکنش حقوقی و قضایی و یا درمانی و پیشگیرانه باشد. همچنین در واکنش به افزایش آسیب های اجتماعی و تمرکز افراد آسیب پذیر در شهرهای بزرگ، سازمانها و نهادهای مختلفی با رویکردهای مختلف در واکنش به این موضوع ایجاد شده اند[۱]. یکی از سازمانهایی که با هدف پیشگیری از اینگونه آسیب ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

تشکیل شد، سازمان بهزیستی بود[۱۱]. هدف این مطالعه تبیین اهداف، الگوی خدمت، چالشها و راهکارهای پیشنهادی در راه اندازی خانه های سلامت ویژه دختران در معرض آسیب اجتماعی توسط سازمان بهزیستی کشور بود.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش کیفی بود که با روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۵ به اجرا درآمد. شرکت کنندگان در مطالعه شامل مدیران و کارشناسان ادارات کل سازمان بهزیستی در ۳۱ استان کشور،۲۱ عضو از میانجیان مردمی و سازمان‌های همکار و ذینفع و ۶ نفر از مدیران ارشد ستادی و کارشناسان ارشد معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی کل کشور بودند. معیار ورود به مطالعه تجربه و دانش در زمینه مورد مطالعه، تمایل به شرکت در مصاحبه و بحث های گروهی و داشتن توانایی در بیان تجارب نظرات و دیدگاه های خود بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل افراد جهت ادامه همکاری در مطالعه و عدم رضایت جهت ضبط مصاحبه و بحث های گروهی بود. جهت جمع آوری داده ها از سه روش تحلیل اسناد و مستندات و مصاحبه عمیق فردی و بحث گروهی استفاده گردید. گردآوری اسناد و مستندات به صورت هدفمند و بر اساس کلیدواژه های ، دختران فراری ، خانه های سلامت و سازمان بهزیستی، چالش ها، راهکارها انجام شد. علاوه بر مراجعات حضوری به سازمان بهزیستی کل کشور و استانها، وب سایتها و پایگاههای داده ای داخلی کشور با کمک کلیدواژه هایی مبتنی بر معیارهای فوق جستجو شد. مستندات اصلی استفاده شده در مطالعه آیین نامه ها، دستورالعملها ، اسناد، گزارشها، مجلات علمی، صورت جلسات، مصاحبه های منتشرشده و اخبار درج شده در پایگاههای اینترنتی داخلی کشور مورد بررسی قرار گرفت و با ملاحظات چهارگانه جاپ (Jupp) یعنی سندیت (اصلی و درست بودن)، اعتبار (دقت)، نمایندگی(نماینده کل اسناد طبقه خود بودن) و معنی (چه چیزی می گوید) مورد تأکید قرار گرفت. اهم این مستندات شامل متن فیلم مصاحبه با دختران خانه سلامت، دستورالعمل اجرایی خانه سلامت دختران سازمان بهزیستی کشور ، طرح ایجاد خانه سلامت ، تحلیل عملکرد خانه سلامت و فرم اطلاعات خانه سلامت بود. در بخش بحث های گروهی و مصاحبه ها از نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. نمونه گیری به سبک مطالعات کیفی تا رسیدن به حد اشباع و تکرار یافته ها ادامه یافت. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش راهنمای مصاحبه کیفی در قالب پرسشنامه نیمه ساختاریافته بود. محور اصلی پرسش های مصاحبه شامل ضرورت برنامه، اهداف برنامه، الگوی ارایه خدمات، چالشهای اجرای برنامه و راهکارهای ارتقای برنامه بود.

به منظور انجام بحث های گروهی، برای مشارکت کنندگان دعوتنامه ای ارسال گردید که در آن عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات مشخص گردیده بود و پس از مراجعه آنها به محل، توضیحاتی در مورد ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، ارائه گردید. در این پژوهش، ۵ جلسه بحث گروهی متمرکز ۲-۲/۵ ساعته با حضور ۱۲- ۱۰ نفر از مدیران و کارشناسان ادارات کل سازمان بهزیستی، میانجی های مردمی و سازمان های همکار برگزارگردید. طی این جلسات، شرکت کنندگان آزادانه اظهار عقیده می کردند و هماهنگ کننده جلسه، بحث را متعادل کرده و هدایت می نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار میداد. معیار اتمام بحث گروهی، اشباع اطلاعات و عدم ارائه داده های جدید بود. با کسب اجازه از مصاحبه شوندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت کنندگان و مصاحبه ها ضبط گردید. درحین ضبط مکالمات از یادداشت برداری نیز استفاده شد. پس از برگزاری بحثهای گروهی صداهای ضبط شده به صورت متنی پیاده سازی شد. جهت انجام مصاحبه ها نیز پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات تعیین گردید. در ارتباط با مکان مصاحبه نیز جایی انتخاب میشد که مصاحبه شوندگان در آن مکان احساس راحتی نمایند. پیش از شروع مصاحبه، هدف از انجام این پژوهش به طور کامل برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد حداقل و حداکثر مدت زمان انجام مطالعه ۲۵ و ۶۵ دقیقه بود. و با کسب اجازه از مصاحبه شوندگان و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، مصاحبه ها ضبط و به صورت متنی پیاده سازی گردید. نوشتن متن نوارها در نزدیکترین فاصله زمانی ممکن انجام پذیرفت. داده های به دست آمده در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آنها چک شد.

جهت دستیابی به صحت و پایایی داده ها از معیارهای موثق Lincoln و Guba استفاده شد. مطابق مطالعات کیفی به جای استفاده از واژه های روایی و پایایی داده ها از معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأیید پذیری استفاده شد [۱۳-۱۲]. از بازنگری مشارکت کنندگان برای تایید صحت داده ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

و کدها استفاده شد(مقبولیت). برای تامین اعتماد داده ها در مطالعه حاضر کدهای اولیه و مثالهایی از چگونگی استخراج طبقات درون مایه ها و گویه هایی از متن مصاحبه ها برای هر یک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود(قابلیت اطمینان). جهت حصول قابلیت تایید در پژوهش حاضر متن تعدادی از مصاحبه ها کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیات علمی که با نحوه تحلیل تحقیقات کیفی آشنا بودند و در پژوهش شرکت نداشتند، گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده ها را مورد بررسی قرار دهند. مطالعه حاضر را با مطالعات دیگر مقایسه شد و نتایج مشابهی که از این پژوهش با دیگر پژوهش ها حاصل شد نشان دهنده قابلیت انتقال داده ها بود.

رضایت شفاهی افراد شرکت کننده در مطالعه اخذ گردید و مصاحبه ها پس از کسب اجازه از آنها ضبط گردید. همچنین اطلاعات مشارکت کنندگان به صورت محرمانه نزد پژوهشگر مانده و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره گیری از مطالعه را داشتند.

جمع آوری و تحلیل داده ها هم زمان صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوا و بر اساس پنج گام گرانهیم و لانمن (مکتوب کردن کل مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، تعیین واحدهای معنایی و کدهای اولیه، طبقه بندی کدهای اولیه، طبقه بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع تر و تعیین محتوای نهفته در داده ها) صورت گرفت. در گام اول، بعد از انجام هر مصاحبه بلافاصله مصاحبه ها رونویسی و سپس تایپ و ذخیره شد. در گام دوم، متن مصاحبه ها چندین بار خوانده و مرور شد تا درک کلی حاصل شود. در گام سوم، متن کلمه به کلمه خوانده شد تا کدها استخراج شوند. مصاحبه با مشارکت کنندگان دیگر و کدگذاری متن ها ادامه پیدا کرد و کدهای جزیی تحت عناوین کلی تر دسته بندی شدند. در گام چهارم، کدها بر اساس شباهت به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه ارتباط بین آنها تعیین شد. در نهایت در گام پنجم داده ها در طبقه بندی های اصلی که کلی تر و مفهومی تر بود قرار گرفت و سپس درون مایه ها انتزاع و استخراج شدند[۱۵-۱۴].

یافته‌ها

ضرورت برنامه: با توجه به وجود دخترانی که صرفاً به علت نداشتن سرپرستی مفید و موثر و یا نداشتن حمایت خانواده و مکانی مناسب برای زندگی مجبور به اقامت در مراکز سازمان بهزیستی هستند و یا اقدام به فرار از منزل می کنند، و به منظور جلوگیری از همجواری این دختران با افرادی که مشکلات رفتاری شدید و یا سوء سابقه دارند و یا از نظر سنی ادغام آنها به صلاح نمی باشد ضرورت داشتن مراکز جداگانه و خاص این افراد احساس می شد و از این رو مراکز خانه سلامت از سال ۱۳۷۸ تاکنون در کلیه استانهای کشور راه اندازی شده است.

اهداف برنامه: هدف این مراکز پیشگیری از ابتلاء دختران بالای ۱۸ سال در معرض آسیب به آسیب‌های اجتماعی است و در این مدت به طور عمومی اهداف زیر مدنظر بوده است :

الف- حمایت و نگهداری از دختران در معرض آسیب اجتماعی نیازمند حمایت اجتماعی.

ب- فراهم نمودن زمینه های تحصیل، اشتغال، خودکفایی و استقلال این افراد.

ج- شناخت استعدادها و توانمندی‌های دختران در معرض آسیب و بازگشت سالم دختران به خانواده و جامعه و پیگیریهای بعد از ترخیص آنان

د- بالابردن حس امیدواری و اعتماد اجتماعی در دختران آسیب دیده

الگوی خدمت: خدمت گیرنده از مراکز مداخله در بحران های فردی، خانوادگی و اجتماعی به خانه سلامت ارجاع می‌شود و پس از تعیین وضعیت سلامت روانی- جسمانی ارائه خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی، روان شناسی، پزشکی و روان پزشکی و نهایتا ارائه خدمات حقوقی در صورت لزوم ارایه می‌شود. این خدمات عبارت بودند از: معرفی برنامه های خانه سلامت دختران در سطح مدارس، دانشگاه ها و مناطق حاشیه ای؛ شناخت فرصتهای شغلی برای کسب وکار زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی؛ شناسایی، پذیرش و ساماندهی دختران ر معرض آسیب اجتماعی نیازمند حمایت اجتماعی در استان؛ فراهم نمودن پوشش حمایتی از دختران در معرض آسیب اجتماعی و به روز کردن مداخلات و فرصت های مداخله ای، شناخت استعدادها و توانمندیهای دختران در معرض آسیب و اجرای برنامه های توانمندسازی برای دختران در معرض آسیب، مهیا نمودن شرایط ازدواج و اشتغال مددجویان؛ پیگیری پس از ترخیص جهت اطمینان از سلامت روحی و روانی مددجویان و تنظیم سند کمک مالی به واجدین شرایط و ایجاد فضای امنیت روانی – اجتماعی در سطح جامعه.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

چالش ها: بر اساس نظر صاحب نظران چالش های اصلی برنامه عبارت بودند از: آگاهی و نگرش نامطلوب مردم و مسئولان نسبت به برنامه؛ وجود خلاءهای قانونی برای حمایت از دختران در معرض آسیبهای اجتماعی؛ همکاری ضعیف بین بخشی؛ همکاری ناکافی صدا و سیما برای اطلاع رسانی به جامعه، توزیع نامناسب اعتبارات در حوزه های مختلف بهزیستی و اختصاص کم اعتبارات به برنامه، عدم امنیت روانی – اجتماعی کارشناسان در برخورد با مددجویان؛ نبود برنامه بلندمدت جهت توانمند سازی مددجویان در ابعاد مختلف (روانی – اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی)؛ فقدان زیر ساخت مناسب نیروی انسانی؛ فضای فیزیکی و تجهیزاتی و تعهدات ناکافی جهت اجرایی سازی تفاهم نامه های منعقدشده دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی با معاونت امور پیشگیری سازمان بهزیستی برای اجرای برنامه آموزش مهارتهای زندگی و نیز تفاهم نامه برون سازمانی جهت استفاده از دوره های آموزشی ویژه کارکنان مرکز و مددجویان.

" هنوز خیلی از مسئولان ما نگرش مثبتی نسبت به آسیب های اجتماعی حوزه زنان ندارند یعنی آسیب های اجتماعی را به وضوح نمی شناسند. همانطور که در بین مردم هم همین هست " (یک مدیرکل در سازمان بهزیستی). " ما برای اطلاع رسانی عمومی محدودیت داریم. سازمان صدا و سیما خیلی در ساخت برنامه ها با ما همکاری نمی کند" (کارشناس مسئول در معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی). "ما اعتبارات را به استانها می دهیم ولی مدیرکل استانی اعتقادی به کار در حوزه زنان ندارد و اعتبارات را به حوزه دیگری اختصاص می دهد" (کارشناس مسئول در معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی). " ما به خاطر محدودیت های فرهنگی نمی توانیم زیاد تبلیغ کنیم و این مراکز را به دخترانمان بشناسانیم حتی اگر بشناسانیم از طرف مردم مورد مؤاخذه قرار می گیریم که شما دارید دختران ما را از خانه بیرون می کشید و دارید آنها را سرکش می کنید" (کارشناس مسئول در معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی). " علیرغم اینکه تفاهم نامه منعقد کرده ایم تعهدات لازم برای اجرای آن ضعیف است مددکار اجتماعی باید خیلی تلاش کند تا برای یک مورد اشتغال ایجاد کند" (یک مدیرکل در سازمان بهزیستی).

راه آینده (راهکارهای ارتقای اثربخشی و کارایی در برنامه): راهکارهای بهبود آگاهی و نگرش مردم و مسئولان، شناخت نیازهای جامعه در راستای کنترل آسیب های اجتماعی با توجه به گستردگی و تعدد آسیب ها، تقویت و به روز رسانی بسته آموزشی شیوه های ارتباطی و آموزشی دختران مقیم خانه های سلامت، افزایش اگاهی و اطلاع رسانی از پیامدهای منفی فرار دختران از منزل از طریق مراکز بهداشت، مطب متخصص زنان، مدارس و رسانه های عمومی، ترغیب به حمایت به جای طرد از طریق افراد با نفوذ علمی و مذهبی، تغییر نگرش مسئولین قضائی و انتظامی در استفاده از روش های علمی بجای روش های صرف انتظامی – قضایی و تدوین راهبردهای کاهش مقاومت های قومی در استان های مرزی می باشد. اجرای برنامه های مستمر آگاه سازی عمومی در خصوص تربیت و رفتار با کودکان و نوجوانان در خانواده توسط صدا و سیما، برنامه ریزی و اجرای برنامه های مستمر توسط رسانه های جمعی در خصوص تعریف این گروه از جامعه هدف و نحوه حمایت از دختران در معرض آسیب و استفاده از رسانه های تصویری مثل فیلمها و سریال ها برای تاثیر روی نگرش های قومی، قبیله ای جهت اطلاع رسانی پیشنهاد می گردد.

برای افزایش همکاریهای بین بخشی، ایجاد هماهنگی های لازم در خصوص ساماندهی دختران پذیرش شده در میان اداراتی چون آموزش و پرورش، فنی و حرفه ای، دادگستری، نیروی انتظامی و بهزیستی از طریق ایجاد زمینه های حرفه آموزی، اشتغال به تحصیل، ارتقا هماهنگی بین سازمانی از طریق انعقاد تفاهم نامه های ملی، کاهش بروکراسی اداری و فوت وقت در راستای ایجاد هماهنگی و اخذ مجوزهای قانونی و انعقاد قرارداد کشوری با پزشکی قانونی جهت استفاده رایگان از خدمات آن سازمان کمک کننده هستند. جهت رفع چالش تعهدات ناکافی جهت اجرایی سازی تفاهم نامه های منعقدشده، برگزاری جلسات به منظور هماهنگی کارکنان و توضیح وظایف سازمان و روشن کردن وظایف و فعالیت‌ها در تفاهم نامه های منعقد شده از جمله زمان و مسئول انجام برنامه‌ها کمک کننده می باشد.

برنامه های پیشنهادی جهت توانمند سازی مددجویان شامل افزایش اعتبار برنامه های توانمندسازی دختران در معرض آسیب شامل برگزاری کلاسهای آموزشی گروهی و فردی، فراهم آوردن شرایط و زمینه آموزش فنی و حرفه ای مددجویان با همکاری سازمان کار وامور اجتماعی و مراکز فنی و حرفه ای، ایجاد زمینه های ادامه تحصیل در زمان اقامت در خوابگاه خانه سلامت با توجه به طولانی بودن روند ترخیص، توانمند سازی دختران در معرض آسیب با تاکید بر محوریت اشتغال از طریق آموزش، مهارت زایی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

مشاغل خانگی، تقویت برنامه های مبتنی بر ارائه خدمات روزانه و پرهیز از رسوب و چسبندگی دختران در مرکز و ایجاد فضای فیزیکی مطلوب و مفرح جهت گذراندن اوقات فراغت به منظور بهبود و تامین و تقویت سلامت روان می باشد. تصویب و اصلاح قوانین قضایی در جهت حمایت از دختران در معرض آسیب و در نظر گرفتن شعب قضایی خاص جهت رسیدگی به مشکلات گروه هدف به منظور رفع مشکلات قانونی برای حمایت از دختران در معرض آسیبهای اجتماعی مفید است.

تطابق اعتبارات مالی بر اساس نیازهای مخاطبان و فرآیند خدمت، رفع مشکلات مالی به کارگیری و توانمندسازی نیروی انسانی در این مراکز و تقویت برنامه های مشارکت بخش غیر دولتی برای ارائه خدمات به دختران خانه سلامت، راهکارهای رفع کمبود اعتبارات مالی برنامه هستند. جهت رفع زیر ساخت مناسب نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات، تکمیل و تقویت نیروی انسانی مجزا (مسئول مرکز – مددکاری اجتماعی – روانشناس – پزشک – روانپزشک- و پرستار)، اختصاص اعتبار ویژه از کشور جهت تامین فضا، ساختمان و تجهیزات مجزا و مناسب برای این منظور در استان و جداسازی فضای مراکز اداری و نگهداری (مهمانسرا- شیرخوارگاه- مداخله در بحران- بازپروری زنان). در برخی استان ها که منجر به محدودیت و عدم رفاه مددجویان در ساعات اداری می گردد. جهت افزایش امنیت روانی- اجتماعی کارشناسان در برخورد با مددجویان، آموزش مهارتهای خودمراقبتی، مهارتهای تشخیصی و ارتباطی برای تامین امنیت کارکنان، انعقاد بیمه نامه های مسئولیت و حوادث بصورت کشوری پیشنهاد می گردد.

"تفاهم نامه های بین بهزیستی و سایر سازمان ها برای اشتغال زنان خیلی کلی هستند. باید برای این کار شیوه نامه های اجرایی دقیق و روشن داشته باشیم. باید دقیقاً مشخص شود که چه اقدامات و فعالیتهایی مدنظر است و برای آنها پروژه تعریف شود"(یک مدیرکل در سازمان بهزیستی). " با برگزاری دوره های آموزشی مصوب رفاه اجتماعی یا برگزاری همایش های مشترک می شود یک زبان مشترک بین مدیران ایجاد کرد (کارشناس مسئول در معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی). " حلقه واسط دولت و مردم، NGO ها هستند. فعال کردن NGO های درگیر در آسیب های اجتماعی می تواند در زمینه تغییر نگرش ها و مسئولیت پذیری بیشتر مردم کمک کننده باشد"(کارشناس مسئول در معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی).

جدول۱: چالش ها و راهکارهای پیشنهادی در برنامه کشوری راه اندازی خانه های سلامت ویژه دختران در معرض آسیب اجتماعی

	راهکارها
آگاهی نامطلوب مردم و مسئولان نسبت به برنامه	شناخت نیازهای جامعه در راستای کنترل آسیب های اجتماعی تقویت و به روز رسانی بسته آموزشی شیوه های ارتباطی و آموزشی استفاده از رسانه های تصویری مثل فیلمها و سریال ها برای تاثیر روی نگرش های قومی، قبیله ای
نگرش نامطلوب مردم و مسئولان نسبت به برنامه	ترغیب به حمایت به جای طرد از طریق افراد با نفوذ علمی و مذهبی تغییر نگرش مسئولین قضائی و انتظامی در استفاده از روش های علمی تدوین راهبرد های کاهش مقاومت های قومی در استان های مرزی
وجود خلاءهای قانونی برای حمایت از دختران در معرض آسیبهای اجتماعی	تصویب و اصلاح قوانین قضایی در جهت حمایت از دختران در معرض آسیب در نظر گرفتن شعب قضایی خاص جهت رسیدگی به مشکلات گروه هدف
همکاری ضعیف بین بخشی	برگزاری جلسات به منظور هماهنگی کارکنان و توضیح وظایف سازمان ارتقا هماهنگی بین سازمانی از طریق انعقاد تفاهم نامه های ملی و روشن کردن وظایف و فعالیتها کاهش بروکراسی اداری و فوت وقت در راستای ایجاد هماهنگی و اخذ مجوزهای قانونی
توزیع نامناسب اعتبارات در حوزه های مختلف بهزیستی و اختصاص کم اعتبارات به برنامه	تطابق اعتبارات مالی بر اساس نیازهای مخاطبان و فرایند خدمت تقویت برنامه‌های مشارکت بخش غیر دولتی برای ارائه خدمات به دختران خانه سلامت
نبود برنامه بلندمدت جهت توانمند سازی مددجویان در ابعاد مختلف (روانی – اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی)	برگزاری کلاسهای آموزشی گروهی و فردی ایجاد زمینه های ادامه تحصیل در زمان اقامت تاکید بر اشتغال دختران در معرض آسیب از طریق آموزش ، مهارت زایی و مشاغل خانگی ایجاد فضای فیزیکی مطلوب و مفرح جهت گذراندن اوقات فراغت
فقدان زیر ساخت مناسب نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزاتی	تکمیل، تقویت و آموزش نیروی انسانی انعقاد بیمه نامه های مسئولیت و حوادث بصورت کشوری اختصاص اعتبارات مالی ویژه از کشور جهت تامین فضا، ساختمان و تجهیزات مجزا و مناسب جداسازی فضای مراکز اداری و نگهداری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

بحث و نتیجه‌گیری

خانه های سلامت با هدف پیشگیری از ابتلای دختران بالای ۱۸ سال در معرض آسیب به آسیب‌های اجتماعی در ایران راه اندازی شده است. سایر کشورها نیز تجربیات مشابهی در این زمینه داشته اند. برنامه مداخله در بحران خانه آزاد با هدف پیوستگی دوباره جوانان فراری با والدین / قیم قانونی آنها در آمریکا ایجاد شد. از زمان آغاز این برنامه، بیش از ۱۴۰۰۰ جوان به خانواده خود پیوسته اند. این برنامه با هدف کمک به جوانان در برقراری روابط با خانواده و دوستان و ایجاد ارتباط با بزرگسالان مثبت نگر و دلسوز است. نتایج ارزیابی برنامه حاکی از تغییردر الگوهای تعاملی خانواده مرتبط با ارتباط مجدد فیزیکی، انتظارات واضح تر ، افزایش ارتباطات، بهبود ارتباطات و افزایش آگاهی از دیدگاه های مختلف، کاهش درگیری های خانوادگی، افزایش پویایی خانواده و بهبود سلامت جوانان بود[۱۶]. مکان امن ملی نیز یک برنامه پیشگیری است که بصورت منحصر به فرد برای ارائه خدمات ایمنی فوری و دسترسی سریع برای هر جوان نیازمندی طراحی شده است. این برنامه با مشارکت بیش از ۳۶۰ موسسه خدمات دهنده جوانان و بیش از ۱۰ هزار سازمان تجاری و اجتماعی در سراسر ایالات متحده جوانان را در مورد گزینه های فرار و بی خانمانی آموزش می دهد و ارتباط آنها را با ارائه دهندگان خدمات به راحتی برقرار می سازد. این برنامه در زمینه سوء مصرف مواد و مشکلات خانوادگی موفق بوده است اما مدل های گسترش برنامه همچنان مورد نیاز است[۱۷]. مطالعه Edinburgh و Saewyc نشان داد که برنامه مداخله روی دختران فراری که شامل یک برنامه فشرده بازدید از منزل و مدیریت مورد بود، رفتارهای خطرناک این نوجوانان از جمله دوره های فرار، عفونت های مقاربتی و مصرف مواد مخدر را کاهش داده است[۱۸]. Joan و همکاران نشان دادند که برنامه های اولیه مبتنی بر مدارس که برای تقویت رشد مثبت جوانان طراحی شده است، مانند پروژه پرورش کودکان سالم می تواند فرار از خانه کاهش دهند. توسعه مداخلات مبتنی بر خانواده برای جوانان فراری نیز ممکن است یک رویکرد امیدوار کننده باشد، زیرا جوانان فراری بعد از مدت زمان زیادی به خانه بازمی گردند[۱۹]. یافته های حاصل از مطالعه طولی Milburn و همکاران در ایالات متحده و استرالیا نشان داد که مداخلات خانواده محور که باعث ایجاد تعاملات حمایتی بین جوانان بی خانمان و والدین و خواهران و برادران آنها می شود برای جوانانی که تازه بی خانمان شده اند، ضروری است[۲۰]. حیدری و همکاران نیز نشان دادند که حمایت از دختران فراری بی خانمان و توسعه مراکز نگهداری آنان در کنار تقویت سازمان های حمایت از خانواده می تواند جهت کاهش فحشا و رفتارهای جنسی محافظت نشده مؤثر باشد[۲۱].

طبق نظر صاحب نظران، آگاهی و نگرش نامطلوب مردم و مسئولان یکی از چالشهای اجرای برنامه است.در این راستا، نتایج مطالعه درخشان نیا نشان داد که اگرچه نگرش مردم نسبت به پیامدهای مراکز نگهداری دختران فراری مثبت بوده است ولی برخورد نا صحیح و سیاست های فردی متولیان امر و عدم برنامه ریزی درست و منسجم و موازی کاری های غیر حرفه ای در این زمینه را نباید نادیده انگاشت. به عنوان نمونه برخی از مراکز نگهداری دختران فراری که توسط مراجع قضایی و از طریق سازمان بهزیستی اینگونه دختران را پذیرش می کنند محیطی جهت آشنایی دختران فراری با یکدیگر و کسب اطلاعات و به اشتراک گذشتن تجربیات برای افراد تازه کار است[۲۲]. برخی از صاحب نظران معتقدند که استفاده از لفظ دختران فراری خود یک آسیب است، انگ و برچسبی است که پیامدهای زیادی را به دنبال دارد و این دختران با آن قضاوت می شوند. اینها دختران رانده شده هستند که زمینه نامناسبی در بستر خانواده، عرصه را بر آنها تنگ کرده است. سرپرستان بی صلاحیتی داشته اند که آنها را ناگزیر به ترک خانه کرده است. وقتی موضوع فرار را برجسته می کنیم بر خود فرد متمرکز می شویم درحالی که باید به بستر و خانواده و دلایلی که این رخداد را رقم می زند، پرداخت[۲۳]. از سوی دیگر، دختران به دلیل واهی فرار نکرده اند، بلکه فرار آنها فریاد کمک خواهی و رهایی از شرایط نامطلوب خانواده بوده است[۲۴]. یکی دیگر از چالشهای اجرای برنامه، توزیع نامناسب و کم اعتبارات به برنامه بود. اگرچه عوامل متعددی این زنان را به این سمت سوق داده و هنگامی به سازمان بهزیستی می رسند که توانمند شدن آنها بسیار مشکل است ولی در این زمینه محدودیت اعتبار وجود دارد و همواره اعتبار پیشنهاد داده شده تخصیص نمی یابد. در نگاه بودجه ریزان و سیاستگذاران در توزیع اعتبار، این زنان همواره در پایین ترین ردیف لیست اعتبارات قرار می گیرند و این امر حاکی از نگاه غلط سیاستگذاران است، چرا که فکر می کنند این زنان خود مسبب مشکلاتشان بوده اند[۲۵]. بر اساس گزارش مرکز پژوهش های مجلس، در لایحۀ بودجه سال ۱۳۹۹ کل کشور اعتبارات بخش آسیب‌های اجتماعی در بودجه سال آینده کشور ۹/۸ درصد کاهش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

یافته است. این اعتبارات تنها در دو حوزۀ اعتیاد و طلاق با افزایش نامناسب اعتبارات و در سایر حوزه‌ها با افت و کاهش محسوس اعتبارات مواجه شده است[۲۶]. همکاری بین بخشی ناکافی جهت اجرای این برنامه یکی دیگر چالشهای عنوان شده بود که در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است[۲۹-۲۷]. از دلایل عدم همکاری بین بخشی، نبود فرهنگ سازی و هم زبانی میان بخشی است. سازوکار تصمیم گیری در کشور این است که بسیاری از تماسهای برنامه ریزان و کارشناسان حوزه های مختلف با یکدیگر در زمان دفاع از برنامه هاست. چنین تماسهایی نمی تواند زیرساخت لازم برای هم زبانی و تیم سازی بین بخشی فراهم کند. علاوه بر این، رقابتهای برنامه ای میان ادارات مختلف که در حین پیشبرد کارها و در زیر فشار اجرای سریع صورت می گیرد، نیازمند توجه بیشتر است[۳۰]. تأمین و توسعه نیروی انسانی از چالشهای تشکیلاتی است. به طور کلی، کمبود نیروی انسانی از نظر کمی و کیفی وجود دارد و طرحهای آموزشی بر اساس نیازهای بخش بهداشت بازبینی نمی شود، سیستمی برای نگهداشت نیروی انسانی طراحی و اجرا نشده است و ضعف انگیزش عمومی در کارکنان و عدم تناسب موجود در خدمات مورد انتظار مشهود می باشد[۳۱].

اهم راهکارهای پیشنهادی جهت بهبود برنامه راه اندازی خانه های سلامت شامل شناخت نیازهای جامعه ، تقویت و به روز رسانی بسته آموزشی شیوه های ارتباطی، ترغیب به حمایت به جای طرد، تغییر نگرش مسئولین قضائی و انتظامی، تصویب و اصلاح قوانین قضایی، کاهش بروکراسی اداری، برنامه ریزی و اجرای برنامه های مستمر توسط رسانه های جمعی، تطابق اعتبارات مالی بر اساس نیازهای مخاطبان و فرآیند خدمت، آموزش مهارتهای خودمراقبتی، مهارتهای تشخیصی و ارتباطی برای تامین امنیت کارکنان، ایجاد زمینه های ادامه تحصیل، اشتغال و اوقات فراغت جهت مددجویان، تکمیل و تقویت نیروی انسانی بود. سایر مطالعات نیز به برخی از این راهکارها اشاره نموده اند. اردلان ارتقای آگاهی جامعه در مورد حقوق زنان در خانواده و ادغام برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی در خصوص حقوق زنان و عوامل خطر فرار به عنوان راهکار رفع مشکلات زنان فراری مطرح نمود[۳۲]. وارسته فر نیز معتقد است که مسوولان می توانند از همکاری موثر نیروهای مردمی در فرهنگ سازی عمومی و شناسایی آسیب ها و شیوه های پیشگیری و مقابله با آنها استفاده کنند[۱۰]. محبی نیز به کارگیری نیروهای مردمی و سازمانهای غیردولتی جهت امداد به دختران تحت خشونت خانواده و اطلاع رسانی به نیروهای امنیتی و تقویت نظارتهای اجتماعی رسمی و دولتی و نیز نظارتهای مردمی و محلی از جمله امر به معروف و نهی از منکر جهت پاکسازی فضای جامعه و تعدیل آزادیهای اجتماعی به عنوان راهکار ارایه شد[۳۳]. از آنجا که اولین گام در تغییر رفتار افراد در رابطه با یک موضوع داشتن آگاهی در خصوص آن است[۳۶-۳۴]، هم راستا با نتایج مطالعه حاضر، مطالعات متعددی بر این موضوع تاکید نمودند. بطوریکه سراج خرمی و صفرزاده عنوان نمودند که پیشگیری از چنین پیامدهایی مستلزم همکاری همه جانبه خانواده مدرسه رسانه به ویژه صدا و سیما و سازمانهای قضایی و روانشناسی و مشاوران و مددکاران اجتماعی و نیز مساجد و مسوولان امر در جهت آموزش استفاده از راهکارهای موثر در برابر موقعیت های مساله ساز است[۳۷]. اردلان و همکاران نیز آموزش لازم به خانواده ها درباره شیوه برخورد با دختری که به منزل برگشته است به منظور جلوگیری از خشونت توهین تحقیر دختر و همچنین حمایت های عاطفی لازم در نظرگرفتن حمایت ها و تدابیر قانونی در خصوص دخترانی که پس از فرار مورد خشونت قرار می گیرند. همچنین امکان ارتباط آسان دختر با مراکز مشاوره ای و حمایتی و نگهداری و حمایت از دخترانی که خانواده به هر دلیل حاضر به پذیرش انها نیست و یا بازگشتشان به منزل بنا به تشخیص مشاوران و مددکاران سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر می اندازد، فراهم می آید. روشهای جلب اطمینان این دختران به اندازه کیفیت خدمات اهمیت دارد. دختران باید احساس کنند که تیم ها وابسته یا تحت نظارت هیچ مرجع انتظامی و قضایی نیستند و لذا آنها می توانند با خیالی آسوده و بدون ترس به آنها مراجعه کنند[۳۸]. یافته های مطالعه رحمانی و همکاران نیز راهکارهایی مانند آموزش در سطح رسانه مدارس و سازمان ها برای آگاه سازی خانواده ها ارایه نمود. این آموزش می تواند مباحثی چون چگونگی مشاوره و صحبت با نوجوانان و جوانان در زمینه تعامل با جنسیت مقابل تقویت مهارت هایی که رابطه والدین و فرزندان را تحکیم می بخشد یا تقویت ارزش های مذهبی و اخلاقی فرزندان را پوشش دهد[۳۹]. در راستای ارتقای کمی و کیفی نیروی انسانی اختصاص بودجه مناسب جهت جذب نیروی انسانی به تعداد لازم، به ویژه نیروهای بومی و تربیت کارکنان آموزش دیده و دوره دیده چند مهارتی با کمک برگزاری دوره ها و کارگاههای آموزشی و گردش شغلی در شرایط کمبود نیرو کمک کننده است[۴۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

برخی محققان نیز نسبت به عملکرد این مراکز انتقاد داشتند. بطوریکه محبی معتقد است مؤسسان چنین مراکزی هرگز به ریشه ها و علل فرار دختران توجهی نداشتند، بلکه در یک حالت انفعالی با پذیرش مسئله فرار دختران مأمنی موقت را طراحی کرده بودند که متأسفانه به دلیل عدم سرعت در شناسایی دختران، عمدتاً دختران فراری پس از آسیبهای فراوان به مراکز وارد می‌شدند. این مراکز، محیطی جهت آشنایی دختران فراری با یکدیگر و کسب اطلاعات و تجربیات برای افراد تازه کار از دخترانی بود که برای چندمین بار از خانه متواری می‌شدند. هیچ دختر فراری، شخصاً به این مراکز مراجعه نمی‌نمود و اغلب پس از مواجهه با مشکلات متعدد و دستگیری، به این مراکز فرستاده می‌شد. لذا اگر فرد شخصاً احساس ناامنی، ناتوانی و نیاز نمی‌کرد و محیط خارج را می‌شناخت، به این مراکز مراجعه نمی‌نمود. دختران فراری در این مراکز، اطلاعاتی در مورد شرایط خانوادگی، کارهایی که در مدت فرار انجام داده بودند، علت حضور در مرکز، برنامه های آتی، هنجارها و خرده فرهنگهای خیابان، از یکدیگر جذب می‌کردند و کار خود را توجیه می‌نمودند، زیرا مشاهده می‌کردند افراد زیادی مانند آنها فرار کرده اند، لذا جسورتر می‌شدند[۳۳].

سهم نویسندگان

بهزاد دماری: مشارکت در تدوین طرح نامه، اجرای طرح و نگارش

علیرضا حیدری: مشارکت در تدوین طرح نامه، تجزیه و تحلیل کیفی و نگارش

حبیب الله مسعودی فرید: جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها

آرزو ذکایی: جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می دانند که از معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور که اعتبارات مالی این طرح را تامین نمود، تشکر و سپاسگزار ی نمایند.

منابع

1. Tabrizi JS, Asl-Rahimi V, Iezadi S, Gholipour K, Azizzadeh M. Assessing the Performance of Social Emergency Referral System (SERS) in Tabriz. Depiction of Health 2019; 10: 169-179 [In Persian]

2. Pakizeh A. comparative investigation of personality disorders in socially damaged women and the normal women. Personality and individual differences 2014; 1:79-97 [In Persian]

3. Zamani F. Pathology of Family Status of Home-runaway Girls in Tehran City (through Adopting Social Conflict Theory and Subculture). Sociological Cultural Studies 2014; 5:33-58 [In Persian]

4. Aghamohamadi S, Kajbaf M B, Neshatdoost H T, Abedi A, Kazemi Z. Effectiveness of self – efficacy training on quality of life in runaway girls:A Single-Subject Research. Clinical Psychology & Personality 2012; 2:57-68 [In Persian]

5. Cheraghali G, Rostami AM, Abolmaali K . Comparison of family environment among runaway and non-runaway girls (12–20 years). Social Research 2013; 6: 87 [In Persian]

6. Zargar F, Moradi A, Imani S. A comparison of personality characteristics in runaway and ordinary single and married females in Isfahan. Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar 2009; 3:47-58 [In Persian]

7. Iravani MR, Ebrahimi J. Examining the relationship between social skills and self-confidence in runaway girls. Journal of sociology studies 2009; 1:111- 124 [In Persian]

8. Salemi S, Zehtab Najafi A, Soltani B. A Survey of Personal and Psychological Features of Runaway Girls and Women in Kermanshah Township during 2011. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2013; 21:22-29 [In Persian]

9. Aghaei A, Taimurtash H. The survey of relationship and process between social deviance and community security. Daneshnameh 2010; 78: 3- 22 [In Persian]

10. Varastehfar A, Hasheidaran H, Rafiee N. A survey on reasons social crimes caused in women and girls who were visiting the social emergency centers in Shahr- Kord. Social Research 2011; 4:35- 62 [In Persian]

11. Ghavidel S, Karimi F. Economic Factors Affecting the Rehabilitation Covered by Welfare Organization (Golestan Province). Financial Economics Quarterly 2013; 7:203-233 [In Persian]

12. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitativeresearch projects. Education for Information 2004; 22: 63-75

13. Eri M, Jafari N, Kabir M J, Mahmoodishan G, Moghassemi M J, Tahanian M, et al . Concept and Challenges of Delivering Preventive and Care Services in Prehospital Emergency Medical Service: A

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

Qualitative Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015; 25:42-57 [In Persian]
14. Proudlove N, Boaden R, Jorgensen J. Developing bed managers: The why and the how. Journal of Nursing Management 2007; 15: 34-42 [In Persian]
15. Flick U. An Introduction to Qualitative Research. 6th Edition.SAGE publication: USA, 2014
16. Harper GW. Tyler D, Vance GJ. Jennifer D. A Family Reunification Intervention for Runaway Youth and Their Parents/Guardians: The Home Free Program. Child and Youth Services 2015; 36:150–172
17. Walsh SM, Donaldson RE. Invited Commentary: National Safe Place: Meeting the Immediate Needs of Runaway and Homeless Youth. Journal of Youth and Adolescence 2010; 39:437–445
18. Edinburgh LD, Saewyc EM. A novel, intensive home-visiting intervention for runaway, sexually exploited girls. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 2009; 14:41-48
19. Joan S. Tucker, Maria Orlando Edelen, Phyllis L. Ellickson, and David J. Klein. Running Away From Home: A Longitudinal Study of Adolescent Risk Factors and Young Adult Outcomes. Journal of Youth and Adolescence 2011; 40: 507–518
20. Milburn NG, Rotheram-Borus MJ, Batterham P, Brumback B, Rosenthal D, Mallett, S. Predictors of close family relationships over one year among homeless young people. Journal of Adolescence 2005; 28: 263–275
21. Heidari A, Mirahmadizadeh A, Keshtkaran A, Javanbakht M, Etemad K, Lotfi M. Changes in unprotected sexual behavior and shared syringe use among addicts referring to Methadone Maintenance Treatment (MMT) centers affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in Shiraz, Iran: An uncontrolled interventional study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2011; 9:67-76
22. Derakhshnnia F. Investigation the attitude of people towards keeping runaway girls in welfare centers. Msc Thesis, University of social welfare and rehabilitation sciences 2002 [In Persian]
23. Jamalpour F. The manager of the first runaway girls' organizing center warned: Prediction of the likelihood of a recurrence for runaway girls from year 20016. Shargh newspaper 2015; 2340:17
[Available from:
https://www.magiran.com/newspapertoc/29813]
24. Imanifard E., Kamkar M. The comparative dysfunctional attitude and family violence in runway girls and normal girls. Journal of Social Psychology 2010; 5: 53- 68 [In Persian]
25. The age of the damaged women has decreased. Etemad Newspaper 2012; 2443:13
[Available from:
https://www.magiran.com/article/2540896]
26. News site of the year slogan. Financial credits for the prevention and control of social harms in the Budget of 2020 for country.[Available from: https://shoaresal.ir/fa/news/260053]
27. Damari B, Heidari A. Implementation of integrated management of non-communicable disease prevention and control in Iran: A proposal. Payesh 2020; 19:7-17 [In Persian]
28. Damari B, Heidari A. Designing a Management Model for Development Plans in the Field of Health at the National, Provincial and the District Levels. Community Health 2017; 4:256-64 [In Persian]
29. Damari B, Heidari A, Rahbari Bonab M, Vosoogh Moghadam A. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. Health Promotion Perspectives 2020; 10:244-249
30. Rashidiyan A. Policy challenges and the need to create coherent structures to help the evidence base decision making on health system. Hakim research journal 2013; 16: 258-261 [In Persian]
31. Alishahi A, Jafari M, Mahbobi M, Ehsani E. Human capital, equipments and standard: Dareshahr health care network. Health Information Management Journal 2015; 11:896-902[In Persian]
32. Ardalan A, Seyedan F, Zolfaghari M. Factors Causing Girls to Run away From Home. Social Welfare Quarterly 2008; 7:257-278 [In Persian]
33. Mohebbi SF. Social Pathology of Women. Women strategic studies 2002; 5:60-73 [In Persian]
34. Etemad K, Eftekhar Ardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A, Kabir M. Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran. Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7:23-31 [Persian]
35. Etemad K, Heydari A, Eftekhar Ardabili H, Kabir MJ, Sedaghat M. Knowledge and attitude levels in high risk groups about HIV/AIDS and relation with socioeconomic level indicators in Golestan province (2007). Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2010; 12:63-70 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

36. Afsar Kazerooni P, Heidari A, Amini Lari M. Knowledge and Attitude of Nurses and Health Care Workers about AIDS in Shiraz-South of Iran. Avicenna Journal Nurs Midwifery care 2010; 18:28-38 [Persian]

37. Seraj Khorami N, Safarzadeh S. Comparison psychology characters, affective family climate and suicide thoughts in runaway and normal girls in Ahwaz. Journal of social psychology 2012; 7: 129-148 [In Persian]

38. Ardalan A, Holakouie-Naieni K, Mohseni Tabrizi A, Jazaeri A. Sex for survival: The consequences of girls run away from Home. Social Welfare Quarterly 2002; 5:187-219 [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.2.0]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.699]

ABSTRACT

National Program for Health Homes for Girls at Risk of Social Harms; Goals, Role Models, Challenges, and Future Path

Behzad Damari[1], Alireza Heidari[2*], Habibollah Masoudi Farid[3], Arezoo Zokaei[3]

1. Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Health Management and Social Development Research Center, Faculty of health, Golestan University of Medical Sciences Gorgan, Iran
3. Social Deputy, Welfare Organization, Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (6): 699 – 710
Accepted for publication: 15 September 2020
[EPub a head of print-20 December 2020]

Objective (s): After leaving home, runaway girls face many problems that threaten their physical, mental, and social health. One of the programs implemented by the Welfare Organization is the establishment of separate and special centers for these people throughout the country. This study was conducted to explain the goals, service model, challenges and strategies to improve this program.

Methods: A qualitative study was conducted in 2016. Participants in the study included managers and experts from the departments of the Welfare Organization in 31 provinces, 21 members from the public mediators and partner organizations and 6 senior managers and experts in charge of the social deputy of the Welfare Organization. In order to collect data, three methods of document analysis and in-depth interviews and focus group discussion were used and the data were analyzed by content analysis.

Results: Health centers for girls exposed to social harms have been set up in all provinces of the country since 1999. The goals of the program are to support and care for girls exposed to social harms, to provide them with education, employment, self-sufficiency and independence, and to recognize their talents and abilities and guide them to use their abilities. The program faces challenges including poor public awareness and attitudes, insufficient cooperation broadcasting information, inadequate distribution, and inadequate allocation of financial budget, and insufficient commitments to implement the memorandums. Recommended solutions to improve the program include increasing the awareness of stakeholders, reviewing relevant guidelines, strengthening and updating training packages, developing an early audience identification protocol, creating opportunities for continuing education and employment for clients, strengthening and expanding places and programs. It is suitable for girls' leisure time, strengthening intersectoral coordination, passing and amending judicial laws in order to protect these girls.

Conclusion: Despite the services provided in health homes for runaway girls, it faces the challenges at the government and public levels. In order to improve the current situation, it is necessary to use the proposed solutions along with reviewing and correcting related processes.

Key Words: Social harm, Runaway girls, Girls at risk of social harm, Health House, Welfare Organization

[*] Corresponding author: Faculty of health, Golestan University of Medical Sciences Gorgan, Iran
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com