



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 37, Issue 4, No.104, 2026, pp 73-102

Received: 14.05.2026 Accepted: 03.06.2026

Research Paper

Lived Experience of Mothers with Substance Use Disorder (from Pregnancy to Infancy): A Phenomenological Study in Social Work

Fatemeh Jafari* 

Assistant professor, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan, Isfahan, Iran

f.jafari@ltr.ui.ac.ir

Maryam Shaban

Assistant professor, Department of Social Studies, Institute for Social and Cultural Studies, Ministry of Science, Research, and Technology, Tehran, Iran

shaban@iscs.ac.ir

Zahra Maher

Assistant professor, Department of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan, Isfahan, Iran

z.maher@ltr.ui.ac.ir

Introduction

Substance Use Disorder (SUD) among pregnant women and mothers of young children has emerged as a significant public health and social concern globally. Its importance stems not only from the health impacts on both mother and child, but also from its intergenerational effects. International studies indicate that women's experiences with SUD during pregnancy frequently co-occur with domestic violence, mental health issues, unstable housing, and fears of stigma and child removal. In Iran, although research on women's substance use is increasing, most studies have focused on general addiction experiences with limited attention given to pregnant women or mothers raising young children. There is a notable lack of understanding regarding mothers who manage pregnancy or infant care while coping with SUD, particularly within the complex urban environment of Tehran. From a social work perspective, theoretical frameworks—including Bronfenbrenner's ecological model, the Person-In-Environment (PIE) perspective, the biopsychosocial model, and the strengths-based approach—underscore that SUD in these mothers cannot be fully understood without considering micro-systems (family), mezzo-systems (health services), and macro-systems (custody laws and structural inequalities). Furthermore, Iran's legal system, particularly Article 1173 of the Civil Code—which considers parental addiction as grounds for removing child custody—may intensify fears of seeking treatment. This study aimed to explore the lived experiences of pregnant women or mothers of infants and toddlers who were dealing with SUD.

Materials & Methods

This research employed a qualitative method grounded in descriptive phenomenology, drawing on Husserl's philosophy. Data analysis was conducted using Colaizzi's 7-step approach, emphasizing the concept of the lifeworld and the principle of epoché (bracketing). Participants included pregnant women or mothers of infants and toddlers with SUD residing in Tehran during 2020–2021. A targeted snowball sampling strategy was used, resulting in a sample of 25 participants. Inclusion criteria were: providing informed consent, possessing the cognitive

capacity to articulate personal experiences, receiving a DSM-5 diagnosis of SUD, and being either pregnant or having a child under two years of age. Initial participants were identified through social workers at organizations assisting women with SUD, including the MehrAfarin Center and the National Addiction Line. Data collection continued until theoretical saturation, which was reached at the 23rd interview; two additional interviews were subsequently conducted for validation. Data were gathered through in-depth semi-structured interviews, each lasting an average of 90–120

* Corresponding author

Jafari, F., Shaban, M., & Maher, M. (2026). Lived Experience of Mothers with Substance Use Disorder (from Pregnancy to Infancy): A Phenomenological Study in Social Work. *Journal of Applied Sociology*, 37(4), 73-102. <https://doi.org/10.22108/jas.2026.148128.2759>



minutes. Primary themes explored included the experience of motherhood in relation to SUD, self-care during pregnancy, support networks, factors contributing to substance use, and coping strategies. All interviews were audio-recorded with participants' consent, transcribed verbatim, and organized for analysis. Trustworthiness was established following Lincoln and Guba's criteria: credibility was ensured through 6 months of engagement, member checking, and external auditor review; transferability was achieved through thick description; dependability was maintained via thorough documentation; and confirmability was supported by researcher self-reflection. Ethical considerations included voluntary participation, confidentiality, trauma-informed interviewing, and referral to specialized services whenever crisis indicators emerged.

Discussion of Results & Conclusion

The results were organized into 4 primary themes. First, participants exhibited a distinct socio-cultural profile characterized by a transition from traditional lifeways to urban marginalization. This shift led to social disconnection, fatalism as a mode of meaning-making, cultural resource deficits, emotional instability, and economic and social isolation. Second, substance use was embedded within intergenerational cycles accompanied by ongoing violence, significant sexual trauma, psychological distress resulting from accumulated trauma, and self-medication driven by restricted access to formal healthcare. Third, "substance use slums" emerged as alternative living environments, in which intra-group solidarity functioned as a form of contradictory social capital—simultaneously aiding survival while perpetuating substance use. Inequality in access to formal services highlighted a structural gap in the healthcare and social support systems. Fourth, complex layers of exclusion contributed to the breakdown of essential support systems, perpetuation of intergenerational violence, restricted reproductive decision-making, misconceptions about the effects of substance use on unborn children, and estrangement from children—signifying

a loss of maternal identity. In addition, a phenomenon of "self-governed morality" emerged, in which individuals distanced themselves from societal norms even after having internalized them.

Theoretical integration revealed that Goffman's stigma theory illuminates how the label of "substance-using mother" becomes internalized. The strengths-based perspective recognized resilience and group solidarity as capabilities that could be further enhanced. The PIE and ecological frameworks emphasized that mothers cannot be understood in isolation from violent micro-systems, marginalized mezzo-systems, and punitive macro-systems. Implications for social work included the development of harm-reduction services, design of multi-level ecological interventions, revision of custody policies (Article 1173), investment in sexual and reproductive health education in underserved communities, and strengthening of NGO-based, strengths-oriented services. Tensions, contradictions, and layered suffering characterized the experiences of mothers with SUD. These women should not be reduced to negative labels. They are individuals who, within unequal systems marked by ongoing violence and exclusion, struggle with scarce resources to survive and find meaning. A phenomenological approach, in dialogue with social work theories, is essential for uncovering the processes that perpetuate deprivation and creating more effective and equitable interventions that promote social justice while safeguarding the rights and well-being of both mothers and children. Limitations included difficulties in accessing resources due to stigma, scheduling changes, crowded interview locations, power dynamics, and findings confined to the social context of Tehran.

Keywords: Substance Use Disorder, Maternal Experience, Phenomenology, Strengths-based Approach, Harm Reduction, Social Work, Mother with Substance Use.



مقاله پژوهشی

تجربه زیسته مادران با اختلال مصرف مواد (در دوره بارداری تا نوپایی فرزند): مطالعه‌ای پدیدارشناختی در مددکاری اجتماعی

فاطمه جعفری^{ID*}، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

f.jaafari@ltr.ui.ac.ir

مریم شعبان، استادیار، پژوهشکده مطالعات اجتماعی، مطالعات فرهنگی، اجتماعی و تمدنی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری،

تهران، ایران

shaban@iscs.ac.ir

زهرا ماهر، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

z.maher@ltr.ui.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش که از منظر مددکاری اجتماعی انجام شده، فهم و توصیف تجربه زیسته مادران باردار یا دارای کودک شیرخوار و نوپا مبتلا به اختلال مصرف مواد است. این مطالعه با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. ۲۵ نفر از مادران دارای اختلال مصرف مواد در شهر تهران با نمونه‌گیری هدفمند و راهبرد گلوله‌برفی انتخاب شد و داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با روش هفت‌مرحله‌ای کلازی تحلیل گردید. یافته‌ها در قالب چهار مضمون اصلی سازمان‌دهی شد: پیکربندی درحال‌گذار اجتماعی-فرهنگی، زمینه‌های بین‌نسلی و ساختاری گرایش به مصرف، شبکه‌های حمایتی (با تأکید بر زاغه‌های مصرف مواد) و زیست‌جهان مادرانه (شامل طردشدگی چندلایه، گسست از فرزند، فروپاشی هویت مادری و اخلاق خودسروری). بیشتر مشارکت‌کنندگان مهاجر، ساکن مناطق حاشیه‌ای و دارای سرمایه فرهنگی پایین بودند؛ شبکه‌های دوستی در زاغه‌های مصرف مواد مهم‌ترین منبع حمایت آنان را تشکیل می‌داد؛ درحالی‌که دسترسی به خدمات رسمی حمایتی بسیار محدود بود. یافته‌ها با بهره‌گیری از نظریه انگ گافمن، رویکرد نقاط قوت، رویکرد شخص در محیط، رویکرد زیستی روانی اجتماعی و رویکرد اکولوژیکی مورد بحث قرار گرفت و مدل چرخه محرومیت انباشتی ترسیم شد. از منظر مددکاری اجتماعی، پژوهش حاضر ضرورت مداخلات چندسطحی مبتنی بر کاهش آسیب، توانمندسازی و گذار از رویکردهای سرزنش‌محور به مداخلات ساختاری و حساس به زمینه را برجسته می‌کند. همچنین یافته‌ها به مددکاران اجتماعی یادآوری می‌کند که تجربه مادری در بستر اختلال مصرف مواد را نمی‌توان جدا از ساختارهای فقر، خشونت، طرد و سیاست‌های تنبیهی حضانت فهم کرد و مداخلات مؤثر نیازمند بازنگری در سیاست‌های حضانت و طراحی برنامه‌های حمایتی دوستدار مادر و کودک است.

واژه‌های کلیدی: اختلال مصرف مواد، تجربه مادری، پدیدارشناسی، رویکرد نقاط قوت، کاهش آسیب، مددکاری اجتماعی، مادر دارای مصرف مواد.

* نویسنده مسؤول:

جعفری، فاطمه، شعبان، مریم و ماهر، زهرا. (۱۴۰۵). تجربه زیسته مادران با اختلال مصرف مواد (در دوره بارداری تا نوپایی فرزند): مطالعه‌ای پدیدارشناختی در مددکاری اجتماعی، جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۷(۴)، ۷۳-۱۰۲. <https://doi.org/10.22108/jas.2026.148128.2759>



مقدمه و بیان مسئله

مصرف مواد در میان زنان باردار یا دارای کودک شیرخوار و نوپا در دهه‌های اخیر به یکی از چالش‌های مهم سلامت عمومی و اجتماعی در بسیاری از کشورها تبدیل شده است. سوء مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد مشکلات چشمگیری را برای افراد، خانواده‌ها، جوامع و ملت‌ها ایجاد می‌کند. این رفتارهای اعتیادآور و مشکلات مرتبط با آن‌ها، زیربنای نگرانی‌های جدی جهانی در حوزه‌های سلامت عمومی، سلامت روان، حقوقی، اقتصادی و اجتماعی است. مددکاران اجتماعی ظرفیت‌های بسیاری برای پاسخ‌گویی به این رفتارهای اعتیادآور و مسائل مربوط به آن دارند. اهمیت این مسئله نه تنها به پیامدهای پزشکی آن برای مادر و کودک، بلکه به پیامدهای اجتماعی و بین‌نسلی آن بازمی‌گردد. مصرف مواد در این دوره می‌تواند با پیامدهایی چون وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس، تأخیر رشد، افزایش خطر سقط و مرده‌زایی و مشکلات رشدی در کودکان همراه باشد (Behnke et al., 2013; Varner et al., 2014). در سطح جهانی نیز برآوردها نشان می‌دهد که شیوع مصرف مواد در دوران بارداری بین ۴ تا ۱۵ درصد متغیر است؛ تفاوتی که به عوامل اجتماعی، جمعیتی و تفاوت در نظام‌های گزارش‌دهی مرتبط دانسته شده است (Heidarifard & Khoshnamrad, 2025; May et al., 2018).

پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که تجربه زنان مصرف‌کننده مواد در دوران بارداری، بیشتر در بستر مجموعه‌ای از آسیب‌های هم‌زمان شکل می‌گیرد؛ برای مثال، اوکانر^۱ و همکاران (2020) نشان دادند که زنان مصرف‌کننده متامفتامین در دوران بارداری با مشکلاتی نظیر خشونت خانوادگی، اختلالات سلامت روان و بی‌ثباتی اجتماعی مواجه‌اند و نوزادان آنان بیشتر در معرض نارسایی و نیاز به مراقبت‌های ویژه قرار دارند. در مطالعه دیگری، همین پژوهشگران نشان دادند که نگرانی درباره سلامت کودک در میان این مادران بسیار برجسته است؛ اما ترس از انگ

اجتماعی و احتمال سلب حضانت می‌تواند مانع مهمی برای مراجعه آنان به خدمات درمانی باشد (O'Connor et al., 2021). همچنین کو^۲ و همکاران (2013) نشان دادند که عوامل خانوادگی، عاطفی و سازمانی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا شکست فرایند بهبودی زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد و افسردگی داشته باشد (Kuo et al., 2013). همین راستا، مطالعات مداخله‌ای نشان داده است که برنامه‌های مراقبت یکپارچه و گروه‌های حمایت هم‌تا می‌تواند مشارکت در درمان و احساس پذیرش اجتماعی را در این زنان افزایش دهد (Gruß et al., 2021). مرورهای پژوهشی نیز تأکید می‌کند که رویکردهای غیرقضاوتی و بین‌رشته‌ای در مقایسه با رویکردهای تنبیهی نتایج بهتری در سلامت مادر و کودک به همراه دارد (Weber et al., 2021; McKinney et al., 2023).

در ایران نیز برخی مطالعات به ابعاد مختلف اختلال مصرف مواد در زنان پرداخته است؛ اما تمرکز بسیاری از این پژوهش‌ها بر تجربه زنان مصرف‌کننده به‌طورکلی بوده و کمتر به وضعیت خاص مادران باردار یا دارای کودک خردسال توجه شده است؛ برای نمونه، جهانبخش گنجی و همکاران (۱۴۰۱) اختلال مصرف مواد زنان را در چارچوب جامعه‌پذیری ناسالم تحلیل کرده‌اند و حسینی و همکاران (۱۳۹۹) عواملی چون گسست روابط خانوادگی، فقر و شبکه‌های اجتماعی مسئله‌زا را در گرایش زنان به مصرف مواد مؤثر دانسته‌اند. حق‌ی و نجفی‌اصل (۱۳۹۸) نیز به پیامدهای بین‌نسلی اعتیاد والدین و بی‌ثباتی هویتی فرزندان اشاره کرده‌اند؛ درحالی‌که دانش و همکاران (۱۴۰۲) شکاف میان هویت پیشینی و پسینی زنان بی‌خانمان دچار اختلال مصرف مواد را برجسته ساخته‌اند. در مطالعاتی که به تجربه مادری نزدیک‌تر شده است، سراج و ذکایی (۱۴۰۳) تجربه مادران مصرف‌کننده مواد از مادرانگی و رهاسازی نوزاد را با مضامینی چون گسست هویتی و احساس فقدان عاملیت توصیف کرده‌اند. همچنین باقری و همکاران (2025) نشان داده‌اند که مادران دارای اختلال مصرف

² Kuo¹ O'Connor

مواد، بیشتر با تعارضی عمیق میان نقش مادری و وابستگی به مواد مواجهه‌اند (Bagheri et al., 2025). افزون بر این، پژوهش‌های موسوی و معظمی (۱۴۰۰) و شعار کاظمی و همکاران^۱ (2025) بر تجربه خشونت، بزه‌دیدگی و انگ اجتماعی در میان زنان معتاد یا بهبودیافته تأکید کرده‌اند.

باوجود این بدنه پژوهشی، هنوز شکاف دانشی مهمی در مطالعات داخلی وجود دارد. بسیاری از پژوهش‌ها بر عوامل زمینه‌ای مصرف مواد توسط زنان یا پیامدهای کلی آن تمرکز داشته‌اند و کمتر به تجربه زیسته مادرانی پرداخته‌اند که هم‌زمان با بارداری یا مراقبت از کودک خردسال با اختلال مصرف مواد زندگی می‌کنند، به‌ویژه در بافت شهری پیچیده‌ای مانند تهران. از منظر نظریه‌های مددکاری اجتماعی، این شکاف زمانی بحرانی‌تر می‌شود که بدانیم مددکاران اجتماعی در خط‌مقدم مواجهه با این مادران قرار دارند. نظریه سیستم‌ها و رویکرد اکولوژیکی برون‌فرنبرنر^۲ (Bronfenbrenner, 1979) به ما یادآوری می‌کند که اختلال مصرف مواد در این مادران را نمی‌توان جدا از تعاملات پیچیده میان خردسیستم (خانواده و روابط صمیمانه)، میانه‌سیستم (شبکه‌های محلی، خدمات سلامت و رفاه) و کلان‌سیستم (سیاست‌های جنسیتی، قوانین حضانت و نابرابری‌های ساختاری) فهم کرد. همچنین رویکرد شخص در محیط (Karls & Wandrei, 1997; Gitterman et al., 2021) و رویکرد زیست-روان-اجتماعی (Engel, 1977) بر این نکته تأکید دارند که تجربه مادری در شرایط مصرف مواد در تقاطع عوامل زیستی (اثرات مواد بر بدن جنین و نوزاد)، روانی (ترومای کودکی، افسردگی و خوددرمانی) و اجتماعی (فقر، خشونت، طرد و انگ) شکل می‌گیرد. همچنین رویکرد نقاط قوت (Saleebey, 1996; Weick et al., 1989) به مددکاران اجتماعی یادآوری می‌کند که حتی در این زیست‌جهان آکنده از رنج، نشانه‌هایی از تاب‌آوری، عقلانیت بقا و همبستگی درون‌گروهی وجود دارد که می‌تواند مبنای توانمندسازی قرار گیرد.

بدون فهم عمیق از زیست‌جهان این مادران و بدون

به‌کارگیری چارچوب‌های نظری مددکاری اجتماعی، امکان ارزیابی درست، برقراری رابطه کمک‌حرفه‌ای و طراحی مداخلات مؤثر و عادلانه وجود ندارد. افزون بر این، بسترهای حقوقی و نهادی نیز می‌توانند تجربه این مادران را شکل دهند؛ برای مثال، براساس ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی، اعتیاد زیان‌آور والدین می‌تواند از مصادیق عدم‌مواظبت یا انحطاط اخلاقی تلقی شود و زمینه سلب حضانت فرزند را فراهم کند (مجلس شورای اسلامی، ۱۳۷۶). چنین چارچوبی ممکن است ناخواسته ترس از مراجعه به خدمات درمانی را در میان مادران مصرف‌کننده مواد افزایش دهد و آنان را به سمت شبکه‌های غیررسمی و پنهان سوق دهد. از منظر رویکرد اکولوژیکی، این نوع سیاست‌گذاری کارکرد بازدارنده و انطباقی سیستم حمایت اجتماعی را مختل می‌کند و به فروپاشی حلقه‌های حمایتی می‌انجامد. درمقابل، رویکرد نقاط قوت و توانمندسازی ایجاب می‌کند که سیاست‌های حضانت توأم با حمایت‌های توانبخشی و اجتماعی باشد، نه صرفاً تنبیهی و طردکننده. برای مددکاران اجتماعی، فهم این نکته ضروری است که سیاست‌های صرفاً تنبیهی و قضایی نه تنها مشکل را حل نمی‌کند، بلکه چرخه طرد، انزوا و بازتولید بین‌نسلی آسیب را تشدید می‌کند.

از منظر نظری، اختلال مصرف مواد در میان مادران را نمی‌توان صرفاً به‌عنوان مسئله‌ای فردی یا پزشکی در نظر گرفت، بلکه این پدیده در تقاطع ساختارهای نابرابری اجتماعی، روابط جنسیتی و سیاست‌های رفاهی شکل می‌گیرد. رویکرد مددکاری اجتماعی انتقادی بر این نکته تأکید دارد که تجربه‌های فردی آسیب، اغلب بازتابی از فرایندهای گسترده‌تر طرد اجتماعی، فقر و نابرابری ساختاری است. در این چارچوب، تجربه مادری در شرایط مصرف مواد را می‌توان به‌مثابه میدان تنش میان عاملیت فردی و محدودیت‌های ساختاری فهم کرد؛ جایی که زنان تلاش می‌کنند نقش مادری خود را در شرایط انگ اجتماعی، ناامنی اقتصادی و روابط قدرت نابرابر بازتعریف کنند. پژوهش حاضر با اتخاذ رویکرد پدیدارشناسی توصیفی که ریشه در اندیشه‌های هوسرل دارد،

¹ Shoa Kazemi et al.

² Bronfenbrenner

مواد» می‌تواند دسترسی زنان به منابع حمایتی، خدمات درمانی و شبکه‌های اجتماعی را محدود کند؛ درنهایت، این پژوهش با برجسته‌کردن پیچیدگی‌های تجربه مادری در بستر مصرف مواد می‌تواند به توسعه رویکردهای سیاستی و مداخلات اجتماعی حساس به زمینه کمک کند؛ به‌ویژه برنامه‌هایی که بر کاهش آسیب، حمایت اجتماعی و توانمندسازی مادران در معرض آسیب تمرکز دارند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای بازنگری در سیاست‌های حضانت، طراحی برنامه‌های حمایت از مادر کودک در نظام مددکاری اجتماعی و تربیت مددکاران اجتماعی قرار گیرد که حساس به زمینه و آگاه از پیچیدگی‌های زیست‌جهان این مادران باشند.

چارچوب مفهومی پژوهش

روش‌شناسی این مطالعه مبتنی بر پدیدارشناسی توصیفی هوسرل است و چارچوب مفهومی آن نیز به‌گونه‌ای با این منطق روش‌شناختی هم‌راستا شده تا تجربه زیسته مادران دارای اختلال مصرف مواد (در دوران بارداری یا شیردهی) را فارغ از پیش‌فرض‌های نظری توصیف کند (Creswell & Poth, 2018). بر این اساس، اصل اپوخه یا فروگذاری پیش‌فرض‌ها راهنمای پژوهشگر در فاصله‌گرفتن از قضاوت‌های پزشکی، اخلاقی و هنجاری درباره مادری و مصرف مواد بوده است. درعین حال، برای تعمیق تفسیر داده‌ها و پیوندادن تجربه‌های فردی با زمینه‌های اجتماعی، شش مفهوم نظری و رویکرد مددکاری اجتماعی به‌عنوان مفاهیم حساسیت‌بخش تحلیلی استفاده شده‌اس. نظریه انگ گافمن^۱ برای فهم فرایندهای برچسب‌زنی، شرم و طرد اجتماعی زنان مصرف‌کننده مواد به کار رفته است (Goffman, 2022; Jacobsen & Smith, 2022) و در کنار آن، مفهوم چرخه نسلی اختلال مصرف مواد، تداوم بین‌نسلی الگوهای مصرف و آسیب‌های خانوادگی را تحلیل می‌کند (O'Connor et al., 2021; Titus-Glover et al., 2024).

به دنبال پاسخ به این پرسش اصلی است: تجربه زیسته مادران باردار یا دارای نوزاد و کودک نوپا با اختلال مصرف مواد از وضعیت خود چگونه است؟ این پرسش اصلی خود به چند پرسش فرعی گشوده می‌شود که هریک بُعدی از این تجربه چندلایه را روشن می‌سازد: مادران دارای اختلال مصرف مواد، مادری و بارداری را در بستر مصرف مواد چگونه معنا می‌کنند؟ چه شرایط و زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در گرایش و تداوم مصرف مواد در این مادران نقش داشته است؟ تجربه این مادران از شبکه‌های اجتماعی و حمایتی (رسمی و غیررسمی) چگونه است؟ این زنان چه فهمی از پیامدهای مصرف مواد بر خود، جنین و نوزادشان دارند؟ و درنهایت، تجربه طرد اجتماعی، انگ و جدایی از فرزند چگونه در زیست‌جهان این مادران بازنمایی می‌شود؟ بدین ترتیب، پژوهش حاضر در پی آن است تا با فروگذاری پیش‌فرض‌های قضاوت‌آمیز، این تجربه‌ها را آن‌گونه توصیف و فهم کند که در آگاهی و زیست‌جهان روزمره این مادران پدیدار می‌شود.

بر این اساس، پژوهش حاضر چند سهم مهم در ادبیات مطالعات اعتیاد و مادری و به‌طور مشخص برای حرفه مددکاری اجتماعی دارد: نخست، با اتخاذ رویکرد پدیدارشناختی، فهمی عمیق از تجربه زیسته مادران باردار یا دارای کودک خردسال با اختلال مصرف مواد ارائه می‌دهد. گروهی که در پژوهش‌های پیشین کمتر به تجربه‌های روزمره و معناسازی آنان از مادری پرداخته شده است؛ دوم، این پژوهش نشان می‌دهد که تجربه مادری در میان این زنان صرفاً در سطح مسئله‌ای فردی یا پزشکی قابل فهم نیست، بلکه در پیوند با ساختارهای اجتماعی گسترده‌تری مانند فقر، نابرابری اجتماعی، خشونت خانوادگی و فرایندهای انگ‌زنی شکل می‌گیرد؛ سوم، با تکیه بر مفاهیم نظری انگ اجتماعی و سرمایه فرهنگی و نیز با بهره‌گیری از نظریه سیستم‌ها، رویکرد شخص در محیط و رویکرد نقاط قوت در مددکاری اجتماعی، یافته‌ها را روشن می‌سازد که چگونه برچسب «مادر مصرف‌کننده

¹ Goffman

خشونت و طرد) شکل می‌گیرد. رویکرد اکولوژیکی برون‌فرنبر (Bronfenbrenner, 1979) نیز این ایده را بسط می‌دهد که فرد در درون لایه‌های متعدد و درهم‌تنیده‌ای از سیستم‌ها قرار دارد: خردسیستم شامل خانواده و روابط صمیمانه، میانه‌سیستم شامل مدرسه، محل کار و خدمات محلی، برون‌سیستم شامل سیاست‌های رفاهی و قوانین حضانت و کلان‌سیستم شامل فرهنگ، ارزش‌های اجتماعی و نابرابری‌های جنسیتی. در این پژوهش، رویکرد زیستی روانی اجتماعی و رویکرد اکولوژیکی به‌عنوان چارچوبی یکپارچه برای تحلیل زمینه‌های چندلایه گرایش و تداوم مصرف مواد در مادران باردار و شیرخوار به کار گرفته می‌شود (Bronfenbrenner, 1979; Greene, 2017).

به‌منظور پرهیز از تحمیل چارچوب نظری بر داده‌ها، مفاهیم و رویکردهای نظری یادشده در مرحله طراحی ابزار گردآوری داده وارد نشده و پرسش‌های مصاحبه به‌صورت باز و مبتنی بر تجربه‌های زیسته مشارکت‌کنندگان تدوین شده است. در فرایند تحلیل نیز، در مرحله کدگذاری اولیه، داده‌ها به‌صورت استقرایی و وفادار به روایت مشارکت‌کنندگان تحلیل شده و مفاهیم نظری و رویکردهای مددکاری اجتماعی تنها در مراحل بعدی سازمان‌دهی مقوله‌ها و تفسیر نهایی یافته‌ها به‌عنوان «عینک تحلیلی» برای درک عمیق‌تر پدیده به کار گرفته شده است. این هم‌ترازی میان چارچوب نظری و روش پدیدارشناختی امکان می‌دهد تا پژوهش حاضر ضمن حفظ اصالت تجربه‌های زیسته مادران، تفسیر نظری آن‌ها را در پیوند با زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و ساختاری فراهم سازد و بدین ترتیب از یک‌سو از توصیف صرف فراتر رود و ازسوی دیگر از تحمیل پیش‌فرض‌های نظری بر داده‌ها پرهیز کند.

روش تحقیق

این پژوهش با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. این رویکرد با هدف درک و توصیف معنای تجربه‌های زیسته افراد در زیست‌جهان روزمره آنان

همچنین مفهوم سرمایه فرهنگی بوردیو^۱ (1986) برای تبیین نابرابری در دسترسی به منابع دانشی، نهادی و خدمات حمایتی وارد شده است (Bourdieu, Bourdieu).

در سطحی گسترده‌تر، رویکرد نقاط قوت که ریشه در نظریه‌های اکوسیستمی، توانمندسازی و فلسفه انسان‌گرایی دارد، بر این باور است که تمام انسان‌ها دارای استعداد ذاتی برای یادگیری، رشد و تغییر هستند (Saleebey, 1996; Weick et al., 1989). در این پژوهش، رویکرد نقاط قوت به‌عنوان یک «عینک تحلیلی» برای شناسایی ظرفیت‌ها، منابع و راهبردهای بقای مادران مصرف‌کننده مواد به کار گرفته می‌شود، بی‌آنکه مشکلات و آسیب‌های آنان نادیده گرفته شود؛ این رویکرد به‌ویژه برای فهم تاب‌آوری، موفقیت‌های گذشته و شبکه‌های حمایتی غیررسمی در زیست‌جهان این مادران سودمند است (Rapp & Goscha, 2012; Early & GlenMaye, 2000). در پیوند با آن، رویکرد شخص در محیط به‌عنوان یکی از رویکردهای بنیادین مددکاری اجتماعی، تأکید می‌کند که رفتار و تجربه هر فرد را نمی‌توان جدا از بسترهای خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی او فهم کرد (Karls et al., 1997). این رویکرد به ما یادآوری می‌کند که «یکتایی» هر مادر مصرف‌کننده مواد در تعامل دیالکتیکی با محیط‌زیست‌اش شکل می‌گیرد؛ بنابراین، فهم تجربه مادری نیازمند درک هم‌زمان فرد، خانواده، محله، شبکه‌های دوستی، نهادهای رسمی و سیاست‌های اجتماعی است (Gitterman et al., 2021).

درنهایت، رویکرد زیست – روان – اجتماعی و رویکرد اکولوژیکی، چارچوبی یکپارچه برای تحلیل زمینه‌های چندلایه گرایش و تداوم مصرف مواد فراهم می‌آورد. رویکرد زیست – روان – اجتماعی (Engel, 1977) بر این نکته تأکید دارد که اختلال مصرف مواد را نمی‌توان صرفاً در چارچوب پزشکی یا فردی فروکاست، بلکه این پدیده در تقاطع عوامل زیستی (مانند اثرات مواد بر بدن)، روانی (مانند ترومای کودکی، افسردگی و خوددرمانی) و اجتماعی (مانند فقر،

¹ Bourdieu

انتخاب شد. تحلیل داده‌ها براساس راهبرد هفت‌مرحله‌ای کلایزی^۱ (1978) انجام گرفت که امکان استخراج ساختار معنایی پدیده را از خلال روایت‌های مشارکت‌کنندگان فراهم می‌کند. در این رویکرد، تأکید بر مفهوم زیست‌جهان و رعایت اصل تعلیق یا اپوخه است؛ بدین معنا که پژوهشگران تلاش کردند در مراحل گردآوری و تحلیل اولیه داده‌ها، پیش‌فرض‌ها و داوری‌های نظری خود را به تعلیق درآورند تا تجربه‌های مشارکت‌کنندگان آن‌گونه توصیف گردد که در آگاهی آنان پدیدار می‌شود؛ در همین اساس، پرسش‌های مصاحبه به‌صورت باز و اکتشافی طراحی شد و از طرح مفاهیم نظری ازپیش‌تعیین‌شده در فرایند گردآوری داده‌ها پرهیز گردید. مفاهیم نظری نظیر «حکومت‌مندی بدن»، «سرمایه فرهنگی» و «انگ اجتماعی» تنها در مرحله تفسیر یافته‌ها و به‌منظور ارتقای حساسیت نظری و پیوندادن نتایج با ادبیات پژوهش به کار گرفته شد؛ بنابراین چارچوب نظری در این مطالعه بر داده‌ها تحمیل نشده و در فرایند تحلیل و تفسیر یافته‌ها شکل گرفته است.

جمعیت مطالعه شامل مادران باردار یا دارای کودک شیرخوار و نوپا مبتلا به اختلال مصرف مواد ساکن در شهر تهران طی سال‌های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با بهره‌گیری از راهبرد گلوله‌برفی انجام شد و در مجموع ۲۵ نفر در پژوهش مشارکت کردند (جدول ۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل آگاهانه به مشارکت، توانایی شناختی برای بیان تجربه‌های شخصی (براساس ارزیابی پژوهشگر و مددکار اجتماعی ارجاع‌دهنده)، تشخیص اختلال مصرف مواد براساس معیارهای DSM-5 با تأیید پرونده پزشکی یا مددکاری اجتماعی و بارداربودن یا داشتن کودک زیر دو سال بود. مشارکت‌کنندگان اولیه ازطریق مطلعان کلیدی، ازجمله مددکاران اجتماعی مراکز فعال در حوزه درمان و حمایت از زنان مصرف‌کننده مواد (دو مرکز مهرآفرین و خط ملی اعتیاد) شناسایی و معرفی شدند. پس از انجام هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان خواسته شد در صورت

تمایل، سایر مادران واجد شرایط را معرفی کنند. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ به‌گونه‌ای که در مصاحبه بیست‌وسوم داده‌های جدیدی حاصل نشد؛ باین‌حال برای اطمینان از تثبیت اشباع، دو مصاحبه دیگر نیز انجام شد. گردآوری داده‌ها ازطریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. پیش از آغاز مصاحبه‌ها، رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان اخذ شد و زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توجه به شرایط و ترجیح آنان تعیین گردید؛ از همین رو بسیاری از مصاحبه‌ها در محل سکونت یا اقامت فعلی مشارکت‌کنندگان اعم از منزل، پارک یا سایر پاتوق‌ها بود. هر مصاحبه به‌طور میانگین ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. محورهای اصلی مصاحبه شامل تجربه و معنای مادری در بستر اختلال مصرف مواد، تجربه مراقبت از خود در دوران بارداری، نقش و کارکرد شبکه‌های حمایتی، عوامل سوق‌دهنده به مصرف مواد و راهبردهای مقابله با چالش‌های مادری بود. تمامی مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط، سپس به‌صورت کامل پیاده‌سازی و برای تحلیل آماده شد.

تحلیل داده‌ها براساس مراحل هفت‌گانه کلایزی انجام گرفت: در گام نخست، متن مصاحبه‌ها چندین بار مطالعه شد تا درک کلی از تجربه‌های مشارکت‌کنندگان حاصل شود؛ در مرحله دوم، عبارات معنادار مرتبط با پدیده مورد مطالعه استخراج شد؛ در مرحله سوم، از این عبارات معانی اولیه استنباط گردید؛ در گام چهارم، معانی مشابه در قالب زیرمضامین سازمان‌دهی شد و در مرحله پنجم، زیرمضامین مرتبط در قالب مضامین اصلی ادغام گردید. در مرحله ششم، توصیفی جامع از ساختار پدیده تدوین و درنهایت در مرحله هفتم، یافته‌ها ازطریق بازگشت به مشارکت‌کنندگان بازبینی و تأیید شد. برای تضمین استحکام روش‌شناختی پژوهش، معیارهای قابلیت اعتماد لینکلن و گوبا^۲ (1985) مورد توجه قرار گرفت. باورپذیری ازطریق درگیری طولانی‌مدت پژوهشگر با داده‌ها طی شش ماه، بازگشت به مشارکت‌کنندگان

¹ Colaizzi² Lincoln and Guba

برای تأیید یافته‌ها و استفاده از نظر یک ناظر بیرونی در فرایند تحلیل تأمین شد. انتقال‌پذیری با ارائه توصیف‌های غنی از زمینه پژوهش و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان تقویت گردید. اطمینان‌پذیری از طریق ثبت و نگهداری مستندات کامل پژوهش شامل فایل‌های صوتی، متون پیاده‌شده، جداول کدگذاری و یادداشت‌های تحلیلی تحقق یافت. همچنین تأییدپذیری با خودبازبینی مستمر پژوهشگران و نظارت ناظر بیرونی بر فرایند تحلیل داده‌ها تضمین شد.

در تمامی مراحل پژوهش، ملاحظات اخلاقی رعایت شد. مشارکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و افراد در هر مرحله حق انصراف داشتند. محرمانگی اطلاعات و ناشناس بودن هویت مشارکت‌کنندگان با استفاده از کدهای عددی تضمین

شد و داده‌ها به صورت ایمن نگهداری گردید. مصاحبه‌ها با حساسیت به موضوعات آسیب‌زا انجام شد و از طرح پرسش‌هایی که می‌توانست موجب آسیب‌دیدگی مجدد مشارکت‌کنندگان شود، پرهیز گردید. در مواردی که نشانه‌هایی از وضعیت‌های بحرانی مانند خشونت خانگی یا افکار خودکشی مشاهده شد، افراد به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی ارجاع داده شدند. همچنین در مواجهه با مادران بی‌خانمان، حداقل نیازهای اولیه آنان در زمان مصاحبه تأمین گردید. رعایت این اصول اخلاقی و انسجام میان چارچوب نظری و روش‌شناسی به تقویت اعتبار و انسجام تحلیلی یافته‌های پژوهش انجامید.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

Table 1- Demographic characteristics of participants

مشارکت کننده	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل	وضعیت سکونت	نوع مصرف	تعداد فرزند
۱	۳۰	ابتدایی	بیکار	صیغه منقضی‌شده بدون شریک	مستأجر	مت - آفتامین	۲ کودک دختر، شیرخوار ۶ ماهه، دختر ۸ ساله
۲	۲۷	ابتدایی	بیکار	صیغه منقضی‌شده بدون شریک	مستأجر	مت - آفتامین	کودک دختر، شیرخوار ۴ ماهه
۳	۳۰	بی‌سواد	بیکار	رابطه فرازنشویی/بدون شریک	مستأجر	مت - آفتامین	کودک پسر، شیرخوار ۵ ماهه
۴	۳۵	راهنمایی	بیکار	مطلقه	مستأجر	هروئین، مت - آفتامین	باردار، هفت ماهه
۵	۱۷	بی‌سواد	دست‌فروش	رابطه فرازنشویی/بدون شریک	مستأجر	مت - آفتامین	باردار شش ماهه
۶	۲۶	بی‌سواد	بیکار	رابطه فرازنشویی/بدون شریک	مستأجر	هروئین	کودک شیرخوار ۵ ماهه
۷	۳۵	ابتدایی	بیکار	صیغه	مستأجر	مت - آفتامین	کودک شیرخوار ۴ ماهه
۸	۴۲	ابتدایی	بیکار	صیغه	مستأجر	مت - آفتامین	کودک شیرخوار ۲ ماهه
۹	۲۹	ابتدایی	بیکار	صیغه	مستأجر	هروئین	کودک شیرخوار ۳ ماهه
۱۰	۳۲	ابتدایی	بیکار	صیغه	مستأجر	مت - آفتامین	کودک شیرخوار ۶ ماهه

مشارکت کننده	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل	وضعیت سکونت	نوع مصرف	تعداد فرزند
۱۱	۲۸	دیپلم	منشی	صیغه / در شرف جدایی	مستأجر	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۶ ماهه
۱۲	۲۶	بی‌سواد	بیکار	صیغه	مستأجر	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۷ ماهه
۱۳	۳۴	ابتدایی	کارگر	صیغه	مستأجر	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۸ ماهه
۱۴	۲۴	ابتدایی	بیکار	صیغه	زندگی در پاتوق	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۱۲ ماهه
۱۵	۳۲	ابتدایی	بیکار	متأهل	مالک	مست آمفتامین	باردار ۶ ماهه
۱۶	۳۵	بی‌سواد	بیکار	بیوه - ازدواج دوم صیغه	مستأجر	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۲۰ ماهه
۱۷	۳۴	دبیرستان	بیکار	متأهل	مالک	مست آمفتامین	باردار ۸ ماهه
۱۸	۲۹	ابتدایی	بیکار	رابطه فرازنشویی	بی‌خانمان	مست آمفتامین	دختر دو ماهه پسر ۵ ساله
۱۹	۳۵	ابتدایی	بیکار	متأهل	مستأجر	مست آمفتامین	۴ فرزند: پسر ۱۲ ساله، دختر ۱۰ ساله، پسر ۸ ساله، کودک ۲ ساله
۲۰	۳۱	بی‌سواد	بیکار	صیغه	بی‌خانمان	مست آمفتامین	دو فرزند: باردار ۶ ماهه، فرزند دختر (سپرده شده به بهزیستی).
۲۱	۳۶	ابتدایی	بیکار	متأهل	بی‌خانمان	مست آمفتامین	دو فرزند: کودک شیرخوار ۲۴ ماهه، دختر متواری ۱۰ ساله
۲۲	۲۶	بی‌سواد	بیکار	رابطه فرازنشویی	زندگی در پاتوق	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۲ ماهه
۲۳	۳۳	ابتدایی	کارگر	صیغه	مستأجر	مست آمفتامین	کودک شیرخوار ۲۴ ماهه
۲۴	۳۳	راهنمایی	بیکار	مطلقه - ازدواج دوم	زندگی با مادر و برادر	مست آمفتامین	کودک شیرخوار سه ماهه، پسر ۷ ساله
۲۵	۲۲	ابتدایی	بیکار	متأهل	مستقر در کمپ درمان	مست آمفتامین	نوزاد هشت روزه، پسر ۳ ساله

یافته‌ها

دارای نوزاد و کودک نوپا ارائه می‌شود. مضامین به دست آمده ما را به نوع‌شناسی از این دسته از مادران، شرایط و زمینه‌های سبب‌ساز اختلال مصرف مواد، تجربه زیسته آن‌ها از تلاقی

در این بخش مضامین استخراج شده از تحلیل داده‌های گفت‌وگو با مادران دارای اختلال مصرف مواد باردار یا

اختلال مصرف مواد و مادری، وضعیت شبکه‌های اجتماعی و می‌شود. هریک از مضامین و زیرمضمون‌های آن در جدول حمایتی رساند که در ادامه به هریک از این مضامین اشاره (۲) ارائه شده است.

جدول ۲- مضامین اصلی و فرعی پژوهش

Table 2- Main and sub-themes of the research

مضمون اصلی	زیرمضمون‌ها
پیکربندی درحال‌گذار اجتماعی-فرهنگی: از سنت به حاشیه‌نشینی شهری	-جابه‌جایی اجباری و استقرار در حاشیه: گسست از شبکه‌های سنتی و بازتعریف فضای زیسته -تقدیرگرایی به‌مثابه راهبردی معنایی برای پذیرش رنج و سازگاری با محرومیت -محرومیت از سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده و بازتولید بین‌نسلی فقر معرفتی بی‌ثباتی پیوندهای عاطفی _ جنسی: عادی‌سازی طلاق و بازتولید ناامنی در روابط صمیمانه -اقتصاد سیاسی روابط صمیمانه: بدن به‌مثابه سرمایه در بازار غیررسمی حمایت و بقا -انزوای اقتصادی _ اجتماعی: محرومیت از فرصت‌های شغلی رسمی و وابستگی به اقتصاد غیررسمی -همبستگی درون‌گروهی به‌مثابه سرمایه اجتماعی پارادوکسیکال
زمینه‌های بین‌نسلی و ساختاری گرایش به مصرف مواد	-عقلانیت ابزاری به‌عنوان راهبرد بقا -بازتولید بین‌نسلی اختلال مصرف مواد -خشونت به‌مثابه تجربه زیسته مداوم -بدن به‌مثابه میدان ترومای جنسی: درونی‌سازی خشونت و بازتولید رنج در زیست‌جهان زنان -اقتصاد سیاسی غیررسمی خانواده و بازتولید بین‌نسلی مصرف (الگوی قاچاقچی بودن خانواده) -انزوای روانی _ اجتماعی: غم، اضطراب و ترس -خوددرمانی: مصرف مزمن و فقدان انگیزه برای ترک
شبکه‌های حمایتی: پیوندهای درون‌گروهی و محرومیت از خدمات رسمی	-شکل‌گیری زاغه‌های مصرف مواد به‌عنوان زیست‌جهان جایگزین -همبستگی درون‌گروهی به‌مثابه سرمایه اجتماعی پارادوکسیکال -نابرابری در دسترسی به خدمات رسمی و فقدان آگاهی نهادی
زیست‌جهان مادرانه: تناقض‌ها، طرد و بازتعریف هویت	-طردشدگی چندلایه (خانواده، جامعه و نهادهای رسمی) -بازتولید خشونت در رابطه با کودک: تداوم چرخه بین‌نسلی خشونت -عاملیت محدود در تصمیم‌گیری‌های باروری: ناآگاهی از پیشگیری و حاملگی ناخواسته -باورهای نادرست درباره تأثیر مصرف مواد بر جنین: شکاف معرفتی و بازتولید آسیب بین‌نسلی -گسست از فرزند و فروپاشی هویت مادری -اخلاق خودسروری به‌مثابه نظارت درونی: پارادوکس انحراف از هنجار و درونی‌سازی آن

پیکربندی درحال‌گذار اجتماعی _ فرهنگی: از سنت به حاشیه‌نشینی شهری

یافته‌ها حاکی از آن است که مادران باردار یا دارای کودک شیرخوار و نوپا با اختلال مصرف مواد، پیکربندی اجتماعی _ فرهنگی مشخصی دارند که ریشه در گذار از زیست‌جهان سنتی به حاشیه‌های مدرنیته شهری و انباشت محرومیت‌های چندلایه دارد. این پیکربندی نه صرفاً

مجموعه‌ای از ویژگی‌های فردی، بلکه نظامی از روابط، باورها و منابع است که موقعیت این زنان را در ساختار اجتماعی تعریف و بازتولید می‌کند.

- مهاجرت: گذار از زیست‌جهان سنتی به حاشیه‌های مدرنیته شهری

بخشی از این زنان همراه با خانواده و با هدف بهبود شرایط

معیشتی و دستیابی به فرصت‌های اقتصادی بهتر به تهران مهاجرت کرده‌اند. در این موارد، مهاجرت به‌عنوان راهبردی خانوادگی برای مواجهه با فقر، بیکاری یا بحران‌های اقتصادی در مبدأ شکل گرفته است. در مقابل، گروهی دیگر تجربه‌ای متفاوت داشته‌اند؛ آنان در شرایطی از آشفتگی خانوادگی، تعارض‌های شدید درون‌خانواده، خشونت، کنترل‌های سخت‌گیرانه یا تجربه‌های آسیب‌زا مانند آزار و سوءاستفاده، ناگزیر به ترک محیط خانوادگی شده‌اند. در چنین مواردی، مهاجرت بیشتر به شکل نوعی گریز یا فرار از شرایط فشارآور اجتماعی و خانوادگی رخ داده است؛ تلاشی برای یافتن استقلال، امنیت یا امکان شکل‌دادن به زندگی متفاوت در فضای ناشناس کلان‌شهر. همچنین برخی مشارکت‌کنندگان در پی فروپاشی ساختار خانواده یا بحران‌های شدید خانوادگی، بدون پشتوانه حمایتی مؤثر به شهر مهاجرت کرده‌اند. در این باره مشارکت‌کننده شماره ۲۲ بیان کرد:

«وقتی پدرم ورشکسته شد، خانواده‌ام از هم پاشید. مادرم خیابانی و روسپی شد؛ پدرم سگته کرد و مرد و خواهرم هم خیابانی شد. خودم هم با پسری آشنا شدم و باهاش رابطه گرفتم؛ اون شیشه رو به من پیشنهاد کرد. من باهاش خونه‌های شوش رفتم. زن و مردهایی دیگه هم شبیه ما بودند که باهم زندگی می‌کردیم؛ مثلاً به موقع‌هایی ده نفر تو یه اتاق. کرایه به شب بود دیگه.»

مشارکت‌کننده شماره ۱۸ نیز بیان کرد:

«از خونه که فرار کردم، هیچی بلد نبودم. تو روستا همسایه‌ها همه فامیل بودن؛ ولی اینجا کسی رو نمی‌شناختم. نمی‌دونستم باید کجا برم، چیکار کنم. یه مدتی تو خیابون خوابیدم تا خواهرم که زندان بود، بهم گفت برو یه جرمی کن بیا زندون. اونجا از بیرون بهتره.»

در هریک از این الگوها، مهاجرت را می‌توان نوعی گذار از زیست‌جهان سنتی به فضای پیچیده و اغلب آنومیک شهری دانست. بسیاری از این زنان در مبدأ در بستر فرهنگی و اجتماعی مبتنی بر شبکه‌های خویشاوندی، همبستگی محلی و هنجارهای بومی جامعه‌پذیر شده بودند؛ با این حال، ورود به کلان‌شهر آنان را در موقعیتی مرزی قرار داده است. از یک سو،

پیوندهای حمایتی سنتی در اثر جابه‌جایی مکانی تضعیف یا گسسته شده و از سوی دیگر، دسترسی آنان به منابع نهادی و شبکه‌های حمایتی رسمی شهری نیز محدود بوده است؛ در نتیجه، این زنان در وضعیتی از گسست اجتماعی و بی‌ریشگی قرار گرفته‌اند که در آن سرمایه اجتماعی و فرهنگی پیشین، کارآمدی خود را از دست داده است، بی‌آنکه جایگزین‌های نهادی پایدار برای آن فراهم شده باشد. در چنین شرایطی، برخی از مشارکت‌کنندگان برای بقا یا سازگاری با محیط جدید به شبکه‌های غیررسمی حاشیه‌نشینی شهری متکی شده‌اند؛ شبکه‌هایی که گاه آنان را به اقتصاد غیررسمی، روابط پرخطر یا فضاهای مصرف مواد سوق داده است. از این منظر، مهاجرت برای این زنان صرفاً جابه‌جایی جغرافیایی نبوده، بلکه نوعی انتقال میان دو نظم اجتماعی متفاوت بوده است؛ نظامی که در آن منابع فرهنگی و اجتماعی پیشین نه تنها کارآمد نیست، بلکه در برخی موارد به عامل تشدید حاشیه‌نشینی و طرد اجتماعی تبدیل می‌شود.

– حاشیه‌نشینی: استقرار در فضای طردشدگی و پیوند با

اقتصاد سیاسی غیررسمی مواد

یافته‌ها حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان پس از مهاجرت به تهران، در مناطق حاشیه‌ای این کلان‌شهر سکونت گزیده‌اند. حاشیه‌نشینی در اینجا نه صرفاً پدیده‌ای کالبدی – مسکونی، بلکه نمود فضایی طردشدگی اجتماعی – اقتصادی و تجلی عینی محرومیت انباشته در زندگی این زنان است. انتخاب این مناطق برای سکونت، ریشه در دو دسته عامل ساختاری و کارکردی دارد: نخست، محدودیت‌های اقتصادی ناشی از فقر مزمن که آنان را به بازار غیررسمی مسکن با کمترین قیمت‌های اجاره سوق می‌دهد؛ دوم، دسترسی آسان به بازار غیررسمی مواد مخدر (خرده‌فروشان و پاتوق‌ها) که این مناطق را به فضاهای کارکردی برای تداوم مصرف تبدیل کرده است. بدین سان، حاشیه‌نشینی نه تنها بازتابی از انباشت محرومیت‌های مادی، بلکه تسهیل‌کننده بازتولید روزمره اختلال مصرف مواد از طریق مجاورت فضایی با شبکه‌های

- تقدیرگرایی به مثابه راهبردی معنایی برای پذیرش رنج و سازگاری با محرومیت

کنشگران مورد مطالعه، بیشتر زنان بیست سال به بالا هستند و به دلیل تحصیلات و سطح فرهنگی خانوادگی، عموماً سنت گرا و پایبند به سنت‌های بومی، محلی و قومیتی خود هستند؛ علاوه بر این، کلیه مادران مورد مطالعه، دین خود را اسلام و مذهب را تشیع ذکر کرده‌اند. اعتقادات مذهبی افراد مورد مطالعه بیشتر مبتنی بر فردیت مذهبی یا تأکید بر اعتقاد و نه مناسک مانند نماز، روزه و مانند آن است؛ علاوه بر این، کلیه کنشگران عموماً افرادی تقدیرگرا هستند که شرایط و زندگی فعلی خود را تقدیر و سرنوشت خود می‌دانند.

مشارکت‌کننده شماره ۲۵ در این باره می‌گوید: «زندگی همینه دیگه. بستگی به این داره که با کی شوهر کنی و شوهرت درست از آب دربیاد یا نه. شوهر من که اصلاً خوب نبود. همش عصبانی بود و خانواده‌ام هم کاری نمیکن؛ چون خودشون هم کاری از دستشون برنمید.»

- محرومیت از سرمایه فرهنگی نهادینه شده و بازتولید بین نسلی فقر معرفتی

یافته‌ها حاکی از آن است که تمامی مشارکت‌کنندگان دارای سطح پایینی از سرمایه فرهنگی هستند که در بی‌سوادی یا تحصیلات ابتدایی آنان تجلی یافته است. این محرومیت، نه یک ویژگی فردی منفک، بلکه بازتابی از ساختار نابرابر خانواده و جامعه است؛ چنان‌که والدین و شبکه خویشاوندی آنان نیز از همین الگوی محرومیت پیروی می‌کنند. سرمایه فرهنگی محدود در اینجا نه صرفاً فقدان مدارک تحصیلی، بلکه محرومیت از منابع نمادین لازم برای تعامل مؤثر با نظام‌های مدرن (سلامت، رفاه، حقوق) است. این محرومیت، توانایی زنان را در فهم اطلاعات بهداشتی، پیگیری فرایندهای اداری، مذاکره با نهادهای رسمی و دسترسی به خدمات حمایتی به شدت کاهش می‌دهد. تداوم این وضعیت در خانواده اصلی، بیانگر بازتولید بین نسلی فقر معرفتی است. روایت مشارکت‌کننده شماره ۲۲ با این مضمون که «در خانواده ما سواد مهم نبود و کسی هم به این فکر نمی‌کرد که ما را مدرسه بفرسته»،

تأمین و مصرف است. اسکان در حاشیه، زنان را به شبکه‌های غیررسمی حمایت (زاغه‌های مصرف مواد) پیوند می‌زند که جایگزین شبکه‌های سنتی ازدست‌رفته در مبدأ مهاجرت می‌شود. این جایگزینی اما ماهیتی پارادوکسیکال دارد: از یک سو، بقای آنی را ا طریق همبستگی درون‌گروهی (تأمین سرپناه، غذا و حمایت عاطفی موقت) ممکن می‌سازد و از سوی دیگر، با تثبیت وابستگی به مواد و دوری از نهادهای رسمی، چرخه محرومیت و آسیب‌پذیری را بازتولید و تعمیق می‌بخشد.

روایت مشارکت‌کننده شماره ۲۲ از سکونت در زمینی تصرف شده و چشمداشت به مماشات شهرداری در آستانه انتخابات، بیانگر آگاهی از سیاست‌های پوپولیستی و بازی با حاشیه‌های قدرت برای تداوم بقا در این فضای طردشدگی است. این روایت همچنین نشان‌دهنده حضور تنشی این زنان در مرزهای شهر و جامعه است. آنان در فضایی زندگی می‌کنند که نه کاملاً درون نظم شهری رسمی ادغام شده و نه به کلی از آن رانده‌اند؛ بلکه در منطقه‌ای خاکستری سکن گزیده‌اند که در آن، قواعد رسمی به طور موقت و مشروط تعلیق می‌شود. این تعلیق موقت (در آستانه انتخابات) خود نشانه‌ای از بی‌ثباتی وجودی و ناامنی دائمی است که زیست‌جهان این زنان را شکل می‌دهد.

مشارکت‌کننده شماره ۲۲: «ما خونه زندگی نداریم؛ به‌خاطر همین الان اومدیم تو خلایر. هر جایی که پیدا میشه با بچه‌ها هستیم. این جایی که می‌بینی یک زمینیه که برای همین علی‌آقا خودمونه، توش اتاقک ساختیم. فعلاً هم شهرداری به ما کار نداده؛ چون نزدیک انتخاباتو این‌هاست. علی‌آقا خیلی مرد خوبیه. هرچند این زمین رو ازش گرفتن، ولی فعلاً که هستیم.»^۲

^۱ علی‌آقا فردی ۶۰ ساله و صاحب زمین بود که زمین را به این افراد داده بود. محل زندگی وی یک ساختمان سه طبقه نزدیک زمین بود که افراد بی‌خانمان مصرف‌کننده مواد را از نظر نیازهای اساسی حمایت کرد؛ به نحوی که افراد لباس‌هاشون را هم به همسر این فرد می‌دادند و او در ماشین لباس‌شویی می‌شست.
^۲ در زمین مدنظر افراد مصرف‌کننده اعم از زن و مرد، آلونک‌های کوچکی ساخته بودند؛ این آلونک‌ها فاقد امکانات اولیه بود و آن‌ها از دسترسی به اساسی‌ترین نیازها مانند آب، برق، سرویس بهداشتی و... محروم بودند. شایان ذکر است در هر آلونک تعدادی زن و مرد با هم همزیستی داشتند.

نشان‌دهنده طبعی‌سازی محرومیت آموزشی در زیست‌جهان آنان است. این بی‌توجهی ساختاری به آموزش، نه فقط ناشی از فقر اقتصادی، بلکه بازتابی از فقدان سرمایه فرهنگی در سطح خانواده است که ارزش تحصیل را بازتولید نمی‌کند و آن را به عنوان نیازی غیرضروری در سلسله‌مراتب اولویت‌ها قرار می‌دهد. این چرخه، زنان را در موقعیتی قرار می‌دهد که نه تنها از دسترسی به منابع اطلاعاتی معتبر محروم‌اند، بلکه قادر به شناسایی، ارزیابی و بهره‌گیری از فرصت‌های محدودی نیستند که نظام حمایتی در اختیارشان می‌گذارد.

مشارکت‌کننده شماره ۲۲: «پدر و مادرم و خواهر و برادرم بی‌سواد بودن. فقط یکی از خواهرام که بچه آخر خونه بود، تا کلاس پنجم درس خونده بود. منم بی‌سوادم. اصلاً تو خانواده ما سواد مهم نبود و کسی هم به فکر این نبود که ما را مدرسه بفرسته.»

- بی‌ثباتی پیوندهای عاطفی - جنسی: عادی‌سازی طلاق و بازتولید ناامنی در روابط صمیمانه

یافته‌ها نشان می‌دهد که الگوی غالب روابط زناشویی در میان مشارکت‌کنندگان مبتنی بر پیوندهای غیررسمی و موقت است. این بی‌ثباتی نه یک استثنا در زندگی فردی آنان، بلکه هنجاری بازتولیدشده در زیست‌جهان آنان است که ریشه در تجربه طلاق و گسست در خانواده اصلی دارد. به بیان دیگر، بی‌ثباتی پیوندهای عاطفی - جنسی در این زنان، بازتابی از بازتولید بین‌نسلی الگوی طلاق و عادی‌سازی گسست در روابط صمیمانه است. این الگو مبتنی بر ازدواج‌های ثبت‌نشده (صیغه)، روابط موقت و فروپاشی مکرر پیوندهای عاطفی است که زنان را در فضایی از ناامنی وجودی و عدم قطعیت قرار می‌دهد. از یک‌سو، این روابط فاقد تعهد پایدار و حمایت قانونی است و زنان را از امنیت عاطفی و اقتصادی محروم می‌سازد؛ از سوی دیگر، عادی‌سازی جدایی و طلاق در شبکه خویشاوندی، آنان را به ورود به روابط بعدی با الگویی مشابه سوق می‌دهد. بدین‌سان، روابط صمیمانه در این زیست‌جهان، به جای آنکه منبع امنیت و حمایت باشد، خود به عرصه‌ای برای بازتولید ناامنی و آسیب‌پذیری بدل می‌شود. روایت

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ از ورود به رابطه صیغه‌ای با مردی که سابقه طلاق داشته است و از زندگی پیشین خود فرزندى نوجوان دارد، بیانگر این الگوست. او که خود را در موقعیت «منشی همسر» بازتعریف می‌کند، در فضایی از روابط غیررسمی و فاقد شفافیت حقوقی به دنبال حمایت عاطفی و اقتصادی است؛ اما این رابطه نیز در معرض گسست قرار دارد. این وضعیت نشان‌دهنده چرخه معیوب جست‌وجوی امنیت در روابط ناایمن است: زنانی که در خانواده‌ای با الگوی طلاق رشد یافته‌اند، در روابط خود نیز همان الگو را بازتولید می‌کنند، بی‌آنکه بتوانند به پیوندی پایدار و امن دست یابند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱: «من منشی همسر بودم. همسر کار زیبایی می‌کرد. معتاد هم بود، شیشه می‌کشید. بعد مدتی از من خوشش اومد و خواست صیغه بشیم. همسر سابقه جدایی داشت و از زندگی اولش هم یک دختر ۱۷ ساله داشت^۱»

یا مشارکت‌کننده شماره ۱۹ گفت: «من الان ازدواج کردم. یک بچه‌ام از شوهر اولم است و ما چون وضع اقتصادی خوبی نداریم، اون یک خونه دوطبقه گرفته. خودش طبقه بالا و من و شوهر فعلی‌ام طبقه پایین زندگی می‌کنیم و اون هوای ما را داره؛ چون من از بچه‌اش دارم مراقبت می‌کنم.»

- اقتصاد سیاسی روابط صمیمانه: بدن به مثابه سرمایه در بازار غیررسمی حمایت و بقا

یافته‌ها نشان می‌دهد که در شرایط محرومیت از حمایت‌های رسمی و منابع اقتصادی پایدار، بدن زنان به سرمایه‌ای نمادین برای دسترسی به حمایت‌های موقت در بازار غیررسمی بقا تبدیل می‌شود. ازدواج‌های سریع و ثبت‌نشده (مانند صیغه یا روابط موقت) که بیشتر در شبکه‌های مصرف مواد شکل می‌گیرند، بازتاب اقتصاد سیاسی نهفته در روابط صمیمانه این زنان‌اند. این روابط از یک‌سو راهبردی برای بقا محسوب می‌شود و امکان دسترسی به سرپناه، تأمین مواد و حمایت عاطفی موقت را فراهم می‌کند؛ اما از سوی دیگر به دلیل ناپایداری و فقدان تعهد

^۱ بعد از گذشت سه سال از پژوهش دریاقتیم، مشارکت‌کننده از همسر جدا شده و در ضمن فرزندش را نیز بر اثر بیماری از دست داده است.

قانونی و درآمد پایدار هستند، نه تنها راهی برای خروج از فقر فراهم نمی‌آورند، بلکه با همراه داشتن مخاطرات قانونی (دستگیری و زندان) و اجتماعی (تثبیت برچسب مصرف‌کننده) آسیب‌پذیری آنان را تشدید می‌کند. روایت مشارکت‌کننده شماره ۵ از دست‌فروشی در مترو، نمونه‌ای از این حضور در حاشیه‌ترین لایه‌های اقتصاد شهری است؛ فضایی که در آن، زنان نه تنها با مخاطرات اقتصادی، بلکه با تهدیدهای ناشی از ناامنی فضاهای عمومی نیز مواجه‌اند.

«یه مدت تو مترو دست‌فروشی می‌کردم؛ چیزهای کوچیک مثل دستمال‌کاغذی و جوراب می‌فروختم. کار سختی بود، هم باید از مأمورها فرار می‌کردم، هم همش می‌ترسیدم کسی اذیتم کنه. بعضی روزام اصلاً چیزی نمی‌فروختم و دست خالی برمی‌گشتم؛ اما چاره‌ای نداشتم، چون کار دیگه‌ای پیدا نمی‌شه.»

بدین‌سان، انزوای اقتصادی - اجتماعی این زنان نه یک ویژگی فردی، بلکه نمود عینی طردشدگی ساختاری است. آنان در مرزهای جامعه رسمی و اقتصاد قانونی قرار گرفته‌اند؛ نه به بازار کار رسمی راه می‌یابند، نه حمایت‌های رفاهی را تجربه می‌کنند و نه در شبکه‌های اجتماعی معتبر (خانواده و دوستی‌های هنجارمند) پذیرفته می‌شوند. این حضور و غیاب متناقض، زیست‌جهان آنان را به فضایی از تعلیق دائمی تبدیل کرده است؛ در حاشیه‌اند، اما نه به کلی رانده شده‌اند؛ حضور دارند، اما دیده نمی‌شوند؛ بقا می‌یابند، اما زندگی نمی‌کنند. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد:

«حوصله هیچ کاری رو ندارم. همیشه خونه‌ام و می‌خوابم. اصلاً دوست ندارم از خونه بیرون برم.»
یا مشارکت‌کننده شماره ۶ گفت:
«مدتی دست‌فروشی می‌کردم و در مترو دستمال می‌فروختم.»

- همبستگی درون‌گروهی به‌مثابه سرمایه اجتماعی پارادوکسیکال

یافته‌ها نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان باوجود زیست در حاشیه‌های اجتماعی و درگیری با اختلال مصرف مواد، در

و ثبت قانونی، خود به عاملی برای بازتولید ناامنی، آسیب‌پذیری و بی‌ثباتی تبدیل می‌شود. در این شرایط، بدن به‌مثابه سرمایه‌ای در روابطی مبادله می‌شود که در بستر نابرابری قدرت و محدودیت‌های ساختاری همچون فقر، طرد اجتماعی و سرمایه فرهنگی پایین شکل گرفته است و عاملیت زنان بیش از آنکه حاصل انتخاب آزادانه باشد، بازتابی از ناچاری در شرایط زیستی دشوار است.

مشارکت‌کننده شماره ۱: «زمانی که کارتن‌خواب بودم، با مرتضی آشنا شدم و با هم بودیم. بعد از او با محمد آشنا شدم که او هم معتاد بود. من و مرتضی توی یک خرابه‌ای حوالی تجریش زندگی می‌کردیم. اونجا پاتوقمون بود. من از آشغالی‌های همون‌جا هم چیزهای گرون‌قیمت پیدا می‌کردم و خرجمون رو درمی‌آوردیم. بعدم که گفتم با محمد آشنا شدم. از اون باردار شدم و خودم خبر نداشتم. بعد مدتی هم محمد مرد و دخترم و بردن به‌زیستی^۱»

- انزوای اقتصادی - اجتماعی: محرومیت از فرصت‌های شغلی رسمی و وابستگی به اقتصاد غیررسمی

یافته‌ها حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان در وضعیت انزوای اقتصادی - اجتماعی مزمن به سر می‌برند. این انزوا ابعاد چندگانه‌ای دارد: در سطح اجتماعی، آنان از حضور در جمع‌های خانوادگی، گروه‌های رسمی و انجمن‌ها (به‌جز شبکه‌های درون‌گروهی معتادان) طرد شده یا خود را طرد می‌کنند؛ در سطح اقتصادی، با بیکاری مزمن و فقدان درآمد پایدار مواجه‌اند و در سطح روانی، عدم‌تمایل به کار و فعالیت (حتی کار خانگی) در روایت آنان بازتاب یافته است. این انزوا را نمی‌توان صرفاً به انتخاب‌های فردی فروکاست، بلکه باید آن را برابند محرومیت‌های انباشته (سرمایه فرهنگی محدود، برچسب‌خوردگی اجتماعی و طرد از نهادهای رسمی) و بازتولید چرخه‌های فقر دانست. در عرصه اقتصاد، حضور این زنان محدود به اقتصاد غیررسمی است: دست‌فروشی، قاچاق خرد مواد مخدر، و امور نظافت. این مشاغل که فاقد امنیت، حمایت

^۱ نکته: بعد از سه سال از پژوهش دریافتیم که این مشارکت‌کننده در وضعیت بی‌خانمانی و مصرف ناشی از مواد فوت کرده است

درون شبکه‌های محدود خود به هنجارهای اخلاقی جمع‌گرایانه پایبند هستند. این اخلاق در قالب حمایت متقابل، احترام به استقلال دیگران و از خودگذشتگی در روابط درون‌گروهی (خانواده، دوستان و پاتوق‌ها) بروز می‌یابد؛ برای نمونه، مشارکت‌کننده شماره ۱۴ بیان کرد:

«بین اینجا که هستی تو این پارک، همه با هم آشنایم. مثل خانواده می‌مونیم. من جاهای دیگه که برم، باز میام اینجا. باهم حرف می‌زنیم. می‌کشیم. هوای همو داریم. مثلاً چند روز پیش از یه خبریه‌ای اومدن اینجا. به زور می‌خواستن یه بچه‌ای رو ببرن، ما نداشتیم.»^۱

این همبستگی درون‌گروهی را می‌توان در قالب مفهوم سرمایه اجتماعی فهم کرد؛ اما این سرمایه ماهیتی پارادوکسیکال دارد. از یک‌سو، در غیاب حمایت‌های رسمی، این شبکه‌ها تنها منبع حمایت برای زنان محسوب می‌شود و از طریق تأمین سرپناه، غذا یا حمایت عاطفی، بقای آنان را ممکن می‌سازد. از سوی دیگر، همین پیوندهای بسته می‌تواند به بازتولید و تداوم مصرف مواد در درون این شبکه‌ها بینجامد؛ بدین ترتیب، سرمایه اجتماعی در این زیست‌جهان نقشی دوگانه ایفا می‌کند؛ امکان بقا را فراهم می‌کند و نیز به تداوم چرخه آسیب دامن می‌زند.

زمینه‌های بین‌نسلی و ساختاری گرایش به مصرف مواد

یکی از زمینه‌های اجتماعی مؤثر بر گرایش به اختلال مصرف مواد مادران دارای اختلال مصرف مواد، چرخه نسلی اختلال مصرف مواد است. مطالعه نشان داد که حضور افراد مبتلا به

^۱ پارک مدنظر یکی از پارک‌های شناخته‌شده تهران است که با ورود به آن، نوع خاصی از زندگی حاشیه‌ای قابل مشاهده است. ویژگی مشترک بیشتر افراد حاضر در این فضا، بی‌خانمانی و مصرف مواد است؛ با این حال، در درون این فضا نوعی تقسیم نقش و کارکردهای غیررسمی شکل گرفته است. برخی به فروش مواد مشغول‌اند؛ گروهی ابزار و وسایل مصرف مواد را فراهم می‌کنند؛ عده‌ای مواد غذایی می‌فروشند و برخی نیز در فعالیت‌هایی مانند قمار یا بازی‌های مختلف درگیرند. همچنین گروه‌های مختلفی از زنان و مردان در این فضا حضور دارند که در قالب شبکه‌های کوچک با یکدیگر تعامل و اختلاط دارند. این فضا درعین آشفتگی ظاهری واجد نوعی نظم غیررسمی و الگوی تعاملات اجتماعی خاص خود است.

اختلال مصرف مواد در خانواده، احتمال گرایش سایر اعضای خانواده را افزایش می‌دهد. این امر از طریق الگوگیری، درونی‌سازی رفتارهای پرخطر و کاهش نظارت والدین تفسیرپذیر است. همچنین تجربه خشونت خانوادگی و تجاوز جنسی به‌عنوان عوامل آسیب‌زا موجب افزایش آسیب‌پذیری روانی فرد می‌شود و زمینه را برای استفاده از مواد مخدر به‌عنوان راهکاری برای فرار از دردهای روانی فراهم می‌کند؛ علاوه‌براین، مبادرت خانواده به فروش مواد مخدر، نه تنها دسترسی فرد به مواد را تسهیل می‌کند، بلکه مصرف آن را به‌عنوان رفتاری عادی و پذیرفته‌شده در محیط خانوادگی جلوه می‌دهد. همچنین، ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی در میان مشارکت‌کنندگان مشاهده شده است که بسیاری از آن‌ها به‌جای دریافت خدمات درمانی مناسب، از مواد مخدر برای خوددرمانی استفاده کرده‌اند. این پدیده که در ادبیات علمی با عنوان «خوددرمانی»^۲ شناخته می‌شود، نشان‌دهنده فقدان حمایت‌های بهداشتی و درمانی کافی برای افراد آسیب‌پذیر است.

به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده شماره ۲۱ گفت:

«من و شوهرم هر دو مصرف می‌کنیم. یک دختر ۱۰ساله هم دارم که کم خونه میاد. نمی‌دونم کجا می‌ره. ما چند سالی ست که اومدیم تهران»^۳

- عقلانیت ابزاری به‌عنوان راهبرد بقا

یافته‌ها نشان می‌دهد که برخلاف کلیشه‌های رایج که این زنان را فاقد تعقل می‌داند، کنش‌های آنان، ازجمله مصرف مواد و ورود به روابط عاطفی – جنسی، بر نوعی عقلانیت ابزاری و محاسبه سود و زیان استوار است. این عقلانیت نه در

^۲ Self-medication

^۳ شایان ذکر است که این مورد مطالعه ازسوی یک مؤسسه خیریه به پژوهشگران معرفی شده بود. در جریان فرایند پژوهش و به دلیل انجام برخی مصاحبه‌ها در محل زندگی این خانواده و رفت‌وآمدهای مکرر پژوهشگران، برخی ابعاد زمینه‌ای زندگی آنان نیز آشکار شد؛ ازجمله مشخص شد که دختر نوجوان خانواده با مردی بزرگ‌تر از خود در ارتباط است و تجربه رابطه جنسی را در سنین نسبتاً کم پشت سر گذاشته است. این مشاهده به‌عنوان بخشی از زمینه اجتماعی پیچیده و آسیب‌پذیر زندگی مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته شد.

هنجارهای بازدارنده و گاه تسهیل مصرف توسط شبکه خویشاوندی از سازوکارهایی است که این چرخه را بازتولید می‌کند. روایت مشارکت‌کننده شماره چهار نمونه‌ای از این فرایند است. او از خانواده‌ای یاد می‌کند که در آن پدر در خانه تریاک مصرف می‌کرد، مادر به توصیه او برای تسکین درد به مصرف روی آورد و خواهر و برادران نیز درگیر مصرف شدند. در چنین زمینه‌ای، ورود او به مصرف، ابتدا پس از طلاق و سپس تجربه مواد مختلف، بیش از آنکه انتخابی فردی باشد، در امتداد الگوهای مصرف عادی‌شده در محیط خانوادگی قابل فهم است.

مشارکت‌کننده شماره ۴: «بابام معتاد بود و تریاک مصرف می‌کرد. تو خونه هم تریاک می‌کشید. من، خواهر و برادرم این چیزها رو می‌دیدیم. مادرم هم به‌خاطر کم‌درد و پادرد شروع به مصرف کرد. بابام بهش گفت خوبه. برادر بزرگم هم معتاد بود، تریاک می‌کشید. بعد هروئینی شد. خواهرم هم تریاک می‌خورد. خودم هم اولین بار بعد از طلاقم کشیدم. خواهرم به هم گفت بکش؛ چون افسرده و مریض شدم. کم‌کم هم هروئین و شیشه را تجربه کردم».

- خشونت به‌مثابه تجربه زیسته مداوم

یافته‌ها نشان می‌دهد که خشونت در اشکال مختلف جسمانی، روانی و کلامی بخش مستمر از زیست‌جهان مشارکت‌کنندگان است؛ تجربه‌ای انباشته که از کودکی در خانواده آغاز شده و در بزرگسالی در روابط با شرکای عاطفی و حتی تعامل با نهادهای اجتماعی تداوم یافته است. در چارچوب پدیدارشناسی بدنمندی، خشونت نه تنها تجربه‌ای روان‌شناختی، بلکه امری است که در بدن و ذهن فرد درونی می‌شود و در طول زندگی بازتولید می‌گردد. روایت مشارکت‌کننده شماره هفت از کتک‌های مکرر پدر و احساس فقدان امنیت در خانه، نمونه‌ای از این تجربه اولیه خشونت است. یافته‌ها نشان می‌دهد که این خشونت دارای چند ویژگی اساسی است: تداوم و عادی‌شدن در زندگی روزمره، خاستگاه خانوادگی و درونی‌شدن آن در روابط صمیمانه؛ برای مثال، مشارکت‌کننده شماره بیست‌وپنج از خشونت شدید

چارچوب هنجارهای مرسوم اجتماعی، بلکه در بستر محدودیت‌های ساختاری و شرایط بقا شکل می‌گیرد. برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان، نخستین تجربه مصرف مواد راهبردی برای فرار از شرایط طاقت‌فرسا مانند خشونت خانوادگی، فقر و فشارهای روانی و تلاشی برای افزایش توان بقا بوده است. این منطق در روابط عاطفی - جنسی نیز دیده می‌شود؛ جایی که انتخاب شریک، بیشتر با هدف دسترسی به حمایت اقتصادی، سرپناه، مواد یا امنیت عاطفی صورت می‌گیرد. روایت مشارکت‌کننده شماره سه از رابطه با «مجتبی»، که برای او خانه فراهم کرده و هزینه‌های زندگی و مواد را تأمین می‌کرد، نمونه‌ای از این مبادله منفعت‌محور در روابط صمیمانه است. حتی در روابط دوستی نیز زنان به سمت افرادی گرایش دارند که بتوانند بیشترین حمایت عملی یا عاطفی را فراهم کنند؛ باین‌حال، این عقلانیت را باید در چارچوب انتخاب‌های محدود تفسیر کرد. زنان مورد مطالعه در موقعیتی قرار دارند که گزینه‌های پیش روی آنان غالباً میان «بد» و «بدتر» در نوسان است؛ در چنین شرایطی، تصمیم‌های آنان بیش از آنکه نشانه بی‌عقلی باشد، بیانگر نوعی عقلانیت بقا در زیست‌جهانی مملو از محدودیت و ناامنی است.

مشارکت‌کننده شماره ۳: «با مجتبی دوست شدم و با او رابطه جنسی داشتم و ازش حامله شدم. او از من حمایت می‌کرد و برای من خونه گرفت. مجتبی از من مراقبت می‌کرد و خرج مواد رو می‌داد».

- بازتولید بین‌نسلی اختلال مصرف مواد

یافته‌ها نشان می‌دهد که برخی از مشارکت‌کنندگان در خانواده‌هایی رشد یافته‌اند که یکی از اعضای آن‌ها (پدر، مادر، خواهر یا برادر) دارای اختلال مصرف مواد بوده است. این الگو بیانگر بازتولید بین‌نسلی مصرف مواد در بستر خانواده است؛ فرایندی که نه صرفاً از طریق وراثت یا تقلید ساده، بلکه از طریق جامعه‌پذیری اولیه و عادی‌شدن مصرف در زندگی روزمره شکل می‌گیرد. مشاهده مداوم مصرف توسط والدین و اعضای خانواده، دسترسی آسان به مواد، تضعیف نظارت و

و بازتولید رنج در زیست جهان زنان

یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه ترومای جنسی در میان بسیاری از مشارکت‌کنندگان شیوع چشمگیری دارد؛ ترومایی که بیشتر در دوران کودکی و توسط مردان نزدیک خانواده (مانند پدر، برادر یا سایر خویشاوندان) رخ داده است. این امر ابعاد نگران‌کننده‌ای از خشونت مبتنی بر جنسیت در درون خانواده را آشکار می‌کند؛ نهادی که انتظار می‌رود امن‌ترین محیط برای کودک باشد، اما در برخی موارد به محل اعمال خشونت تبدیل شده است. روایت مشارکت‌کننده شماره هشت که از تجربه تجاوز در حدود هفت یا هشت سالگی توسط یکی از خویشاوندان سخن می‌گوید، نمونه‌ای از این وضعیت است. در این تجربه سن کم قربانی، وقوع خشونت توسط فردی از درون خانواده و ناتوانی خانواده در حمایت مؤثر، احساس ترس، بی‌پناهی و بی‌اعتمادی عمیق را در پی داشته است. به‌طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهد که چنین تجربه‌هایی می‌تواند پیامدهای بلندمدتی در سطوح روانی و هویتی داشته باشد؛ ازجمله: احساس ناامنی پایدار، کاهش اعتماد به دیگران و در برخی موارد گرایش به راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا مانند مصرف مواد برای کاهش رنج‌های روانی.

مشارکت‌کننده شماره ۸: «اولین بار یکی از فامیل‌های نزدیکمون بهم تجاوز کرد. اون منو پیش خودش می‌برد. هفت یا هشت سالم بود. به مادرم گفتم؛ اما اون ترسیده بود و کاری نکرد. من خیلی ترسیده بودم. وحشت کرده بودم. از فامیلمون متنفر بودم. الان هم خوابش رو می‌بینم.»

- الگوی قاچاقچی بودن خانواده: اقتصاد سیاسی غیررسمی

و بازتولید بین‌نسلی مصرف

یافته‌ها نشان می‌دهد که برخی از مشارکت‌کنندگان در خانواده‌هایی رشد یافته‌اند که در آن‌ها فعالیت‌هایی نظیر فروش مواد مخدر بخشی از اقتصاد غیررسمی خانوار بوده است. در چنین بستری، آشنایی با مواد و شبکه‌های توزیع آن از درون خانواده آغاز می‌شود؛ برای نمونه، مشارکت‌کننده شمار ۱۲ می‌گوید:

همسر، فرار از خانه، درگیری با مواد در دوران بارداری و بلا تکلیفی درباره سرنوشت فرزند خود سخن می‌گوید. همچنین مشارکت‌کننده شماره هجده، تجربه خشونت خانوادگی را عاملی برای خودزنی، فرار از خانه و حتی ارتکاب سرقت برای ورود به زندان، به‌عنوان مکانی امن‌تر از بیرون، توصیف می‌کند. در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که خشونت در زندگی این زنان صرفاً رویدادی مقطعی نیست، بلکه چرخه‌ای است که از تجربه‌های اولیه خانوادگی آغاز شده و با پیامدهایی چون فرار از خانه، بی‌پناهی و گرایش به مصرف مواد به‌عنوان راهی برای تسکین رنج‌های روانی تداوم می‌یابد؛ به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده شماره ۷ گفت:

«پدرم همیشه بی‌دلیل و با دلیل فقط من رو کتک می‌زد. با کمر بند کتک می‌زد. دلم می‌خواست از خونه فرار کنم. امنیت نداشتم و از بودن تو اون خونه عذاب می‌کشیدم.»
مشارکت‌کننده شماره ۲۵ نیز بیان کرد:

«من از شوهرم خیلی می‌ترسیدم. همش من رو کتک می‌زد. من هم از خونه فرار کردم. درگیر مواد شدم. حامله هم بودم. تا اینکه یه خانم خبرنگاری من رو پیدا کرد و من رو برای ترک آورد این کمپ. من اصلاً نمی‌دونم باید چی کار کنم. این بچه‌ام را نمی‌خوام؛ چون نمی‌خوام بدبخت بشه. پسر کوچیکم هم پیش باباشه. نمی‌دونم بعدش چه اتفاقی می‌افته. شوهرم نمی‌دونه من باردار بودم. خانواده‌ام هم نظرشون همش عوض میشه. یه بار می‌گن این بچه رو نگه می‌داریم، یه بار می‌گن بچه رو بدیم به‌زیستی.»
مشارکت‌کننده شماره ۱۸ هم گفت:

«بابام که همش کتک می‌زد. من خودم چند بار خودزنی کردم و آخر هم از خونه فرار کردم. بی‌خانمان بودم و جایی نداشتم. تو همین موقعیت خواهرم که زندان بود. به‌خاطر مواد رفته بود. به من گفت برو یه جرمی کن که به‌خاطرش دستگیرت کنن و بیایی زندون. اینجا از بیرون خیلی بهتره. من هم رفتم یه دزدی کردم و رفتم زندون پیش خواهرم بودم. اونجا خیلی خوب بود. باور نمی‌کنی بعد یه مدت که گفتن آزادی، چقدر ناراحت شدم؛ چون اونجا رو دوست داشتم.»

- بدن به مثابه میدان ترومای جنسی: درونی‌سازی خشونت

«برادرم و پدرم هر دو تریاک قاچاق می‌کردند و الآن

برادرم در زندان است.»

این روایت نشان می‌دهد که در برخی خانواده‌ها، فعالیت‌های مرتبط با مواد به بخشی از راهبردهای معیشتی تبدیل می‌شود؛ در نتیجه، کودکان و نوجوانان از سنین کم با منطق اقتصادی و هنجارهای مرتبط با این فعالیت‌ها مواجه می‌شوند؛ امری که می‌تواند به عادی‌شدن مصرف و تجارت مواد در محیط خانوادگی و تضعیف مرزهای هنجاری میان فعالیت قانونی و غیرقانونی بینجامد. در چنین شرایطی، ورود به چرخه مصرف یا مشارکت در اقتصاد مواد کمتر به عنوان انتخاب فردی و بیشتر به عنوان پیامد اجتماعی شدن در بستر خانوادگی و اقتصادی خاص قابل فهم است؛ فرایندی که به بازتولید بین‌نسلی درگیری با مواد و دشواری گسستن از این چرخه در نسل‌های بعدی منجر می‌شود.

- انزوا گرایی (مشکلات روان‌شناختی از جمله غم، اضطراب، ترس و...)

یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از مشارکت‌کنندگان با اشکال مختلفی از مشکلات روان‌شناختی مانند غم، اضطراب، ترس مزمن، خودزنی و اقدام به خودکشی مواجه بوده‌اند. این وضعیت‌ها را نمی‌توان صرفاً به عنوان مشکلات فردی یا بیماری‌های مجزا در نظر گرفت، بلکه بیشتر به عنوان پیامد انباشت تجربه‌های مکرر خشونت، طرد اجتماعی و محرومیت‌های طولانی‌مدت در مسیر زندگی آنان قابل فهم است. روایت مشارکت‌کننده شماره بیست‌ودو تصویری روشن از این وضعیت ارائه می‌دهد. او از تجربه‌های مکرر آشفتگی روان‌شناختی، خودزنی و سابق اقدام به خودکشی سخن می‌گوید:

«اعصاب درست و حسابی که ندارم. وقتی حالم بده،

دستم رو تیغ تیغ می‌کنم. اصلاً جنون آنی من رو می‌گیره. به

خودکشی فکر می‌کنم. سابقه خودکشی هم داشتم؛ اما

همسایه‌ها نجاتم دادن. قرص خورده بودم.»

در چنین روایت‌هایی، رنج روانی تنها در سطح ذهنی باقی نمی‌ماند، بلکه در بدن نیز نمود می‌یابد. از منظر پدیدارشناسی

بدنمندی، بدن به عرصه‌ای برای بروز و ثبت رنج تبدیل می‌شود؛ به گونه‌ای که آثار خودزنی می‌تواند نشانه‌ای از تجربه‌های انباشته درد و خشونت باشد. در این چارچوب، خودزنی و حتی اندیشه خودکشی را می‌توان تلاشی برای بیان رنجی دانست که بیان کلامی آن دشوار است. این وضعیت با انزوای اجتماعی مشارکت‌کنندگان نیز پیوند دارد. طرد اجتماعی و محدودبودن شبکه‌های حمایتی، امکان دریافت کمک و بازسازی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد و احساس ناامنی، اضطراب و افسردگی را تشدید می‌کند؛ در نتیجه، برخی از زنان در چرخه‌ای از رنج روانی و انزوای اجتماعی گرفتار می‌شوند که توانایی آن‌ها برای کنش مؤثر در جهت تغییر شرایط زندگی را محدود می‌سازد.

- خوددرمانی (مصرف مزمن مواد، بی‌انگیزگی و عدم تمایل به ترک مواد)

یافته‌ها نشان می‌دهد که مصرف مواد برای برخی از مشارکت‌کنندگان با کارکردی درمانی آغاز شده است؛ پدیده‌ای که در ادبیات با عنوان «خوددرمانی» شناخته می‌شود. در این الگو، زنان در مواجهه با بیماری‌های جسمی یا مشکلات روان‌شناختی به دلیل دسترسی محدود به خدمات رسمی سلامت، به مواد به عنوان راهکاری در دسترس برای تسکین رنج روی آورده‌اند؛ برای نمونه مشارکت‌کننده شماره ده بیان می‌کند که به توصیه پدرش برای کنترل قند خون، مصرف تریاک را آغاز کرده و این مصرف به تدریج به وابستگی انجامیده است. این روایت نشان می‌دهد که مصرف مواد در برخی موارد با مشروعیت خانوادگی و بر پایه دانش تجربی شکل می‌گیرد و به تدریج از مصرف درمانی به مصرف مزمن تبدیل می‌شود. در چنین شرایطی، خوددرمانی را می‌توان نتیجه شکاف در دسترسی به نظام رسمی سلامت دانست؛ جایی که فقر اقتصادی، سرمایه فرهنگی محدود و بی‌اعتمادی به نهادهای رسمی، افراد را به استفاده از راهکارهای جایگزین سوق می‌دهد. از این منظر، گرایش به مواد نه لزوماً ناشی از

بی‌عقلی، بلکه نوعی عقلانیت ابزاری در شرایط انتخاب‌های محدود است؛ راهبردی برای تسکین درد در غیاب گزینه‌های درمانی در دسترس.

مشارکت‌کننده شماره ۱۰: «قند خونم بالا بود. پدرم که مصرف مواد داشت، گفت کمی تریاک بکش. من هم کشیدم و ادامه پیدا کرد، تا معتاد شدم.»

اومد، بدن به‌زیستی؟ سر بچه اولم این کار رو کردن. بچه‌ام رو ازم گرفتن و دادن به‌زیستی؛ ولی این یکی رو دیگه نمی‌تونن از من بگیرن. شوهرم نگاه کنید، همین آقا تازه باهاش صیغه کردم. ازم حمایت می‌کنه. من دیگه گول او‌نا رو نمی‌خورم.»

- شکل‌گیری زاغه‌های مصرف مواد به‌عنوان زیست‌جهان جایگزین

یافته‌ها نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان پس از مهاجرت و سکونت در حاشیه‌های تهران، به تدریج در فضاهای اجتماعی بسته‌ای ادغام شده‌اند که می‌توان از آن‌ها با عنوان «زاغه‌های مصرف مواد» یاد کرد. این فضاها صرفاً مکان‌هایی برای مصرف نیستند، بلکه زیست‌جهان‌هایی هستند که در آن‌ها روابط اجتماعی، هنجارها و منابع حمایتی در درون شبکه مصرف‌کنندگان شکل می‌گیرد و بازتولید می‌شود. روایت مشارکت‌کننده شماره بیست‌ودو نشان می‌دهد که چگونه فروپاشی خانواده و آسیب‌پذیری شدید، او را از طریق رابطه عاطفی به خانه‌های مصرف در منطقه شوش وارد کرده و در این فضاها نوعی حمایت و پذیرش اجتماعی برای او فراهم شده است. این تجربه بیانگر کارکرد دوگانه زاغه‌های مصرف مواد است؛ از یک‌سو پناهگاهی برای افراد طردشده از خانواده و جامعه و از سوی دیگر بستری برای تثبیت و تداوم مصرف مواد. در غیاب حمایت‌های رسمی، این فضاها نقش شبکه‌های حمایتی غیررسمی را ایفا و نیازهایی مانند سرپناه موقت و حمایت عاطفی را تأمین می‌کند؛ اما هم‌زمان با عادی‌سازی مصرف مواد و تقویت پیوندهای درون‌گروهی، نوعی انزوای اجتماعی ایجاد می‌کند که خروج از چرخه مصرف را دشوارتر می‌سازد.

مشارکت‌کننده شماره ۲۲: «وقتی پدرم ورشکسته شد، خانواده‌ام از هم پاشید. مادرم خیابانی و روسپی شد. پدرم سگته کرد و مُرد و خواهرم هم خیابانی شد. خودم هم با پسری آشنا شدم و باهاش رابطه گرفتم (رابطه جنسی). اون شیشه رو بهم پیشنهاد کرد. من باهاش خونه‌های شوش رفتم. زن و مردهایی دیگه هم شبیه ما بودند که باهم زندگی می‌کردیم؛ مثلاً یه

شبکه‌های حمایتی: پیوندهای درون‌گروهی و محرومیت از خدمات رسمی

یافته‌ها نشان می‌دهد که شکل‌گیری «زاغه‌های مصرف مواد» به‌عنوان فضاهای اجتماعی بسته، نوعی زیست‌جهان خاص برای مادران دارای اختلال مصرف مواد ایجاد کرده است؛ فضایی که در آن روابط اجتماعی، هنجارها و منابع حمایتی عمدتاً در درون همان شبکه محدود تعریف می‌شود. هرچند این زنان از حمایت‌های درون این شبکه‌ها برخوردارند، این حمایت‌ها غالباً به کاهش مشکلات نمی‌انجامد و حتی می‌تواند به تداوم و بازتولید الگوهای مصرف در همان فضا کمک کند. همچنین ناآگاهی بسیاری از مشارکت‌کنندگان از خدمات حمایتی نهادها و انجمن‌های اجتماعی نشان‌دهنده وجود موانع اطلاعاتی و نهادی در دسترسی به این خدمات است. برچسب‌زنی اجتماعی، دسترسی محدود به اطلاعات رسمی و تجربه‌های منفی از تعامل با نهادهای رسمی، به‌ویژه سازمان‌های حمایتی، سطح اعتماد آنان را کاهش داده و موجب شده است که بیشتر به شبکه‌های غیررسمی درون این فضاها تکیه کنند؛ برای نمونه مشارکت‌کننده شماره بیست با اشاره به تجربه از دست دادن فرزند خود در تعامل با نهاد حمایتی، بی‌اعتمادی عمیق خود را به این نهادها بیان می‌کند و ترجیح می‌دهد حمایت را در روابط غیررسمی جست‌وجو کند. این وضعیت نشان می‌دهد که فاصله میان این گروه‌های حاشیه‌ای و ساختارهای رسمی حمایت اجتماعی، یکی از عوامل مهم در تداوم آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد است.

مشارکت‌کننده شماره ۲۰ گفت:

«خیریه برم که چی بشه. برم تا سریع بچه‌ام که به دنیا

موقع‌هایی ده نفر تو به اتاق. کرایه به شب بود دیگه.»

- همبستگی درون‌گروهی: سرمایه اجتماعی پارادوکسیکال

در زیست‌جهان حاشیه‌نشینی

یافته‌ها نشان می‌دهد که در زاغه‌های مصرف مواد نوعی همبستگی درون‌گروهی قوی شکل گرفته که بر پایه حمایت متقابل، اعتماد محدود و تجربه مشترک طردشدگی استوار است. در شرایطی که نهادهای رسمی و حتی خانواده‌ها کارکرد حمایتی خود را از دست داده‌اند، این شبکه‌ها به مهم‌ترین منبع حمایت عاطفی و مادی برای زنان تبدیل می‌شوند. روایت مشارکت‌کننده شماره نوزده نیز نشان می‌دهد که در این فضاها مفهوم خویشاوندی بازتعریف شده و پیوندها نه براساس نسبت‌های فامیلی، بلکه بر پایه تجربه مشترک رنج و طرد اجتماعی شکل می‌گیرد؛ باین‌حال، این همبستگی ماهیتی پارادوکسیکال دارد؛ زیرا درحالی‌که به بقا و احساس تعلق اعضا کمک می‌کند، با تقویت پیوندهای درون‌گروهی در فضایی بسته، فاصله آنان را با جامعه اصلی افزایش می‌دهد و به تداوم و بازتولید مصرف مواد در همان شبکه می‌انجامد.

مشارکت‌کننده شماره ۱۹: «تو این محل با هم فامیل نیستیم و هوای همو داریم؛ مثلاً همین خانمی که الان اینجا می‌بینید، برای کار اومده. جایی رو نداره و فعلاً پیش ما هستش. دخترش فقط به ما اعتماد داره و وقتی تهران میاد، خونه ما میاد. طفلک خیلی مظلومه^۱».

- نابرابری در دسترسی به خدمات رسمی و فقدان آگاهی

نهادی

یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از مشارکت‌کنندگان از خدمات اجتماعی و حمایتی آگاهی اندکی دارند یا دسترسی محدودی به آن‌ها دارند. این وضعیت صرفاً ناشی از کمبود

اطلاعات نیست، بلکه بازتابی از نابرابری ساختاری و شکاف میان نظام حمایتی و جمعیت هدف است. روایت مشارکت‌کننده شماره شش نیز نشان می‌دهد که آشنایی او با خدمات حمایتی تنها پس از مداخله مددکار اجتماعی بیمارستانی صورت گرفته و حتی پس از آن نیز آگاهی و ارتباط او با این خدمات بسیار محدود باقی مانده است. به‌طور کلی، دسترسی زنان به این خدمات اغلب منفعلانه، مقطعی و ناکافی است و پاسخ‌گوی نیازهای اساسی آنان نیست. این شکاف ارتباطی موجب تداوم محرومیت، وابستگی بیشتر به شبکه‌های غیررسمی و تقویت بی‌اعتمادی به نهادهای رسمی می‌شود.

مشارکت‌کننده شماره ۶: «اصلاً نمی‌دونستم چنین مؤسسه‌هایی وجود داره، تا زمانی که تو بیمارستان مددکارها سراغم اومدن. الان هم چیز زیادی نمی‌دونم. فقط مددکارم بعضی موقع‌ها می‌اومد و شیرخشک برام می‌آورد.»

زیست‌جهان مادرانه: تناقض‌ها، طرد و بازتعریف هویت

از منظر پدیدارشناسی توصیفی، تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان بازنمایی از زیست‌جهان مادران دارای اختلال مصرف مواد است؛ جایی که مادری نه صرفاً نقشی اجتماعی، بلکه تجربه‌ای زیسته در بستر فقر، آسیب‌های کودکی و درگیری با مصرف مواد شکل می‌گیرد. در این چارچوب، محرومیت از آموزش، خدمات درمانی و حمایت‌های اجتماعی به تجربه‌ای درونی‌شده تبدیل شده و بر تصمیم‌های مرتبط با باروری و مادری اثر گذاشته است. بسیاری از این زنان بارداری‌های ناخواسته، ناآگاهی از پیشگیری و دشواری مراقبت از کودک را اموری بدیهی و گریزناپذیر تجربه می‌کنند و مادری برای آنان بیشتر فرایندی تحمیل‌شده و منفعلانه است تا انتخابی آگاهانه. تجربه زیسته آنان همچنین با بازتولید خشونت بین‌نسلی همراه است. زنانی که در کودکی خشونت را تجربه کرده‌اند، همان الگوهای تعاملی را ناآگاهانه در رابطه با فرزندان خود تکرار می‌کنند. همچنین میان هویت مادری و تداوم مصرف مواد نوعی تعارض وجودی شکل می‌گیرد؛ زیرا مصرف مواد به راهبردی برای مواجهه با رنج‌های روانی تبدیل شده است. دراین‌میان،

^۱ خانم اشاره‌شده درحالی‌که چادر به سر داشت (زنی ریزنقش) و هیچ کلمه‌ای نمی‌گفت، گوشه پشت‌بام نشسته بود و گفت‌وگوی ما را گوش می‌کرد. منزل مدنظر نیز اتاقی در پشت‌بام بود که مصاحبه‌شونده به اتفاق همسر و فرزندان خردسالش آنجا زندگی می‌کر. آن‌ها از قسمت‌های دیگر پشت‌بام به‌عنوان حیاط استفاده می‌کردند و گوشه‌ای از پشت‌بام نیز یک ظرف‌شویی نصب شده بود که شست‌وشو در آن صورت می‌گرفت.

اومدم بیرون. پاک بودم؛ ولی من نه شغلی داشتم، نه خونه‌ای؛ یعنی اون‌ها فکر نمی‌کنن ما خودمون بلدیم ترک کنیم. مشکل ما یه چیزهای دیگه است. فقط می‌خوان ما تو خیابون نباشیم، خب اینکه نمیشه.»

- بازتولید خشونت در رابطه با کودک: تداوم چرخه

بین‌نسلی خشونت

یافته‌ها حاکی از آن است که بیشتر مشارکت‌کنندگان، خود در دوران کودکی قربانی خشونت‌های جسمانی و روانی بوده‌اند و این الگو را اکنون در رابطه با فرزندان‌شان بازتولید می‌کنند. این پدیده، بیانگر شکل‌گیری و تداوم چرخه بین‌نسلی خشونت است؛ چرخه‌ای که در آن قربانیان دیروز به عاملان خشونت امروز تبدیل می‌شوند، بی‌آنکه لزوماً از این بازتولید آگاه باشند. روایت مشارکت‌کننده شماره شش از تجربه خشونت در کودکی (پدر و مادر اذیت می‌کردند، کتک می‌زدند) و تکرار آن با فرزند خود (وقتی بچه‌ام گریه می‌کند، کتکش می‌زنم تا آرام شود)، تصویری تکان‌دهنده از درونی‌سازی خشونت به‌عنوان شیوه تعامل ارائه می‌دهد. آنچه او از والدین خود آموخته، نه مهارت‌های فرزندپروری سالم، بلکه خشونت به‌عنوان نخستین و در دسترس‌ترین راهکار برای کنترل و مدیریت دیگری است.

مشارکت‌کننده شماره شش: «پدرم و مادرم مرا اذیت می‌کردند، کتک می‌زدند و از من مراقبت نمی‌کردن. برای خودم هم پیش اومد که وقتی بچه‌ام گریه می‌کنه، کتکش می‌زنم تا آرام بشه.»

یا مشارکت‌کننده شماره ۲۱ گفت:

«اصلاً تو خانواده ما کتک و فحش یه چیز عادی. مثلاً یادم میاد دختر خونه که بودم همش باهم کتک‌کاری می‌کردیم. داداش‌هام عصبی بودن. مادرم هم همین بود. تو کوچه هم همین بود. همسایه‌ها همش از خونه‌شون صدای داد و پیداد می‌اومد. من و شوهرم که عروسی کردیم، از اونجا فرار کردیم. ما خونه و زندگی داریم اونجا.»

- عاملیت محدود در تصمیم‌گیری‌های باروری: نابرابری

ساختاری در کنترل بر بدن و سرنوشت

یافته‌ها حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان در حوزه باروری

فرزند برای برخی از این زنان نقش منبع تسلی عاطفی را دارد؛ درحالی‌که روابط ناپایدار با پدران کودکان و وضعیت‌های حقوقی نامشخص به بی‌ثباتی هویتی و عاطفی در تجربه مادری و زندگی کودکان منجر می‌شود؛ به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده شماره ۱۸ گفت:

«پسر پنج‌ساله‌ام از شوهر اولمه که الان پیش مادر بزرگشه. اون داره بزرگش می‌کنه. این دختر که می‌بینی از مردی که دوستش داشته. البته الان ازش خبر ندارم؛ ولی من این دختر رو خیلی دوست دارم. می‌خوام خودم بزرگش کنم. نمی‌خوام بهزیستی از من بگیره. مامانم بهم می‌گه بده بهزیستی. داداشم هم این رو می‌گه؛ ولی من جونم وابسته به اینه. می‌خوام به‌خاطر این شیشه‌ام را هم بذارم کنار.»

- طردشدگی چندلایه: انباشت محرومیت و فروپاشی

پیوندهای اجتماعی

یافته‌ها حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان نوعی طردشدگی چندلایه را تجربه می‌کنند که تمامی ابعاد زندگی آنان را دربر گرفته است. این طردشدگی محدود به یک حوزه یا مقطع خاص نیست، بلکه انباشتی از طردها در سطوح مختلف (خانواده، جامعه و نهادهای رسمی) است که به تدریج هویت و زیست‌جهان آنان را شکل داده است. روایت مشارکت‌کننده شماره بیست و چهار با این مضمون که «بعد طلاق هیچکس من رو نمی‌خواست» و طرد توسط پدر، مادر، خواهر و برادر، تصویری از فروپاشی کامل شبکه‌های حمایتی نخستین ارائه می‌دهد. خانواده که باید امن‌ترین پناهگاه در شرایط بحران باشد، در اینجا به نخستین و مهم‌ترین منبع طرد تبدیل می‌شود. این طرد نه فقط فقدان عاطفی، بلکه گسست از آخرین حلقه پیوند با جامعه و ورود به فضای بی‌پناهی مطلق است.

مشارکت‌کننده شماره ۲۴: «بعد از طلاق هیچکس

من رو نمی‌خواست. پدر، مادر، خواهر و برادرهایم

به من محل نگذاشتند و من رو ول کردند.»

یا مشارکت‌کننده شماره ۲۰ بیان کرد:

«خب به من بگید من چی‌کار باید بکنم؟ خونه که ندارم.

زندگی که ندارم. من رو اومدن از اینجا کمپ بردن. بعد دو ماه

با عاملیتی به شدت محدود مواجه‌اند. این محدودیت، نه صرفاً ناشی از فقدان دانش فردی، بلکه بازتابی از شکاف‌های ساختاری در دسترسی به اطلاعات، خدمات و قدرت تصمیم‌گیری بر بدن خویش است؛ به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده شماره ۱۰ گفت:

«اصلاً از شیوه‌های پیشگیری چیزی نمی‌دونستم و نمی‌دونم. فقط یکی از دوستانم که با هم مواد می‌کشیدیم، به من گفت که قرص‌هایی هست که نمی‌گذاره حامله بشی؛ اما من نمی‌دونستم و الآن هم نمی‌دونم و نمی‌خورم هم.»

یا مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد:

«وقتی فهمیدم حامله‌ام، بچه‌ام رو نمی‌خواستم؛ چون خودم و شوهرم معتاد بودیم. خواستم بچه را سقط کنم، اما نشد.»

- باورهای نادرست درباره تأثیر مصرف مواد بر جنین:

شکاف معرفتی و بازتولید آسیب بین‌نسلی

یافته‌ها حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان درباره تأثیر مصرف مواد بر سلامت جنین و نوزاد، دچار باورهای نادرست و دانش ناقص هستند. این باورها، نه صرفاً خطاهای شناختی فردی، بلکه بازتابی از شکاف معرفتی عمیقی است که در آن، نظام رسمی سلامت و آموزش نتوانسته است اطلاعات معتبر را به این جمعیت آسیب‌پذیر منتقل کند و جای خود را به دانش بومی نادرست و شبکه‌های اطلاعاتی غیررسمی داده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ بیان کرد:

«آره می‌دونم اعتیاد روی بچه تأثیر می‌ذاره؛ ولی تریاک این‌ها که چیز بدی نیستن. از شیر هم که تریاک به بچه می‌رسه، مشکلی برای بچه پیش نمی‌یاد؛ چون با خودش یواش‌یواش ترک می‌کنه.»

- گسست از فرزند و فروپاشی هویت مادری: سیاست‌های

حمایتی تنبیهی و تخریب آخرین پیوند هویتی

یافته‌ها حاکی از آن است که بیشتر مشارکت‌کنندگان تجربه جدایی اجباری از فرزند را در بیمارستان یا پس از آن توسط مددکاران اجتماعی و سازمان بهزیستی داشته‌اند. این گسست نه یک رویداد اداری یا حقوقی ساده، بلکه عمیق‌ترین لایه فروپاشی هویت در زیست‌جهان این زنان است؛ فروپاشی‌ای

که در آن، آخرین پیوند معنادار با جهان زیسته (پیوند مادری) نیز گسسته می‌شود. روایت مشارکت‌کننده شماره ۲۲ با مضمون «چرا بچه من رو گرفتن»، «الکی گفتن بچه‌ات مریضه، می‌بریمش دکتر» و «بعد رفتن دیگه نیومدن»، تصویری تکان‌دهنده از تجربه ربوده شدن فرزند به دست نظام حمایتی ارائه می‌دهد. این روایت نه از زبانی حقوقی یا مددکارانه که از زبانی مادرانه و سرشار از درد جدایی بیان شده است. عبارت «من برای اون بچه زحمت کشیدم» و «من که مثل بابای بی‌غیرتش نیستم»، تلاشی است برای اثبات هویت مادری خوب در برابر اتهام نانوشته‌ای که جدایی فرزند به همراه دارد.

مشارکت‌کننده شماره ۲۲: «چرا بچه من رو گرفتن. الکی گفتن بچه‌ات مریضه، می‌بریمش دکتر. بعد رفتن دیگه نیومدن. من برای اون بچه زحمت کشیدم. من که مثل بابای بی‌غیرتش نیستم. به من بگین بچه‌ام کجاست الآن؟ می‌خوام ببینمش. چرا هیچ‌کس هیچی به من نمی‌گه؟»

- اخلاق خودسروری به مثابه نظارت درونی: پارادوکس

انحراف از هنجار و درونی‌سازی ارزش‌های مسلط

یافته‌ها حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان باوجود زندگی در حاشیه‌های جامعه و درگیری با مصرف مواد، دارای نظام نظارت درونی قوی‌ای هستند که براساس ارزش‌های سنتی، دینی و اخلاقی عمل می‌کند. این پدیده که با الهام از مفهوم فوکویی «اخلاق خودسروری» قابلیت تحلیل دارد، نشان‌دهنده پارادوکس عمیقی در زیست‌جهان این زنان است. آنان از یک‌سو از هنجارهای مسلط اجتماعی (مادری پاکدامن و زندگی خانوادگی پایدار) منحرف شده‌اند؛ اما ازسوی دیگر، همان هنجارها را درونی کرده و خود را با آنها می‌سنجند و قضاوت می‌کنند. روایت مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نمونه‌ای روشن از این پارادوکس است. او که خود در روابط خارج از ازدواج (پارتنر ثابت) زندگی می‌کند، به‌صراحت خود را از «زنان تن‌فروش» متمایز می‌سازد و آنان را با صفاتی چون «کثیف»، «آدم‌های خوب نیستند» و «قیافه‌شان خراب و شکسته» توصیف می‌کند. این تمایزگذاری، نشان‌دهنده تلاشی برای حفظ تصویری مثبت از خود درعین انحراف از هنجارهای رسمی است. او با طردکردن

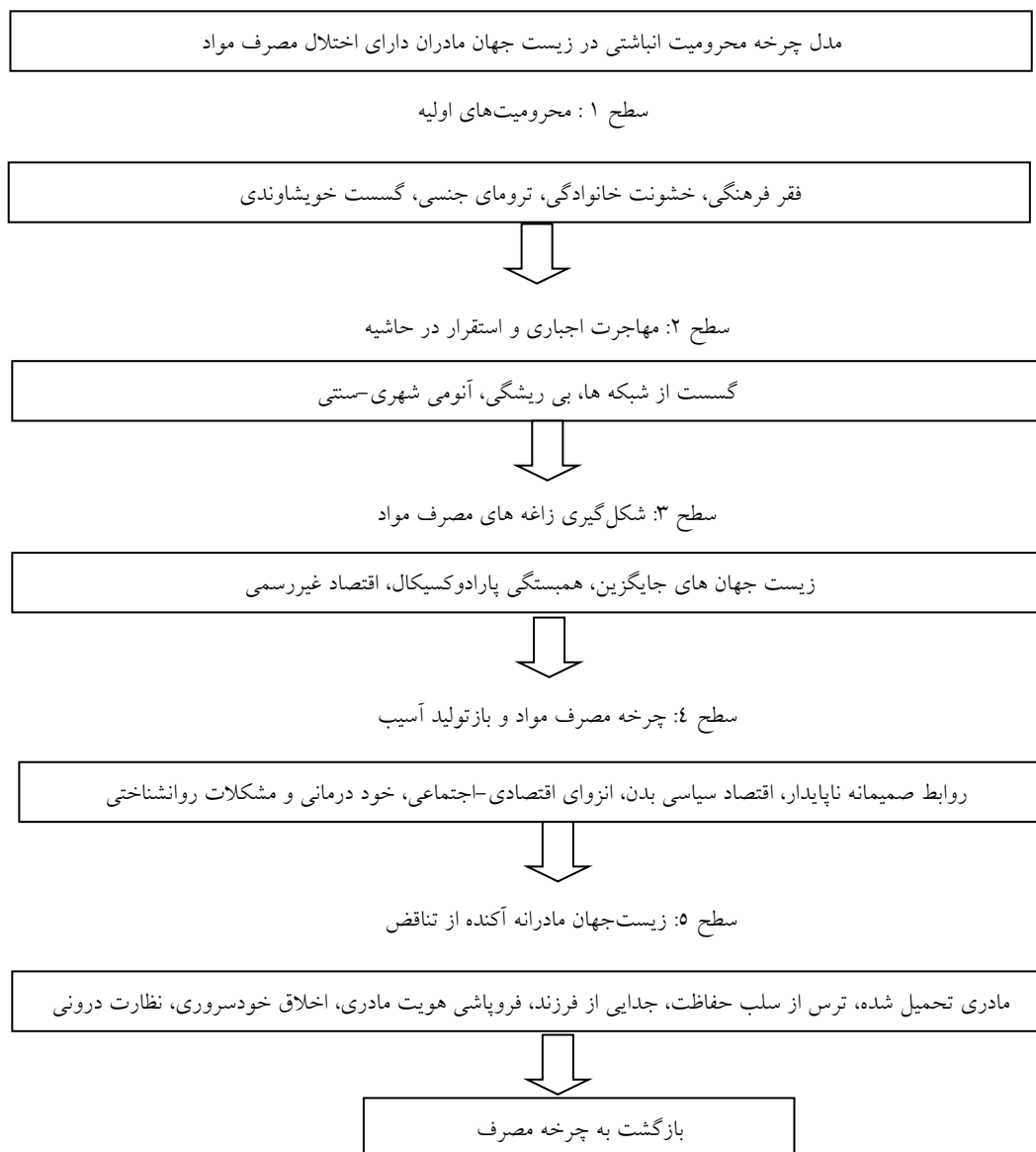
«دیگری منحرف‌تر» (روسپی‌ها)، مرزهای هویت اخلاقی خود را بازتعریف و از فروپاشی کامل آن جلوگیری می‌کند.

مشارکت‌کننده شماره ۲: «من تن‌فروشی را دوست ندارم؛ اما پارت‌تر یا شریک جنسی ثابت داشتم. روسپی‌ها آدم‌های خوبی نیستند. آن‌ها کثیف‌اند و هر لحظه در جایی هستند. معمولاً قیافه آن‌ها خراب و شکسته می‌شود و از ظاهر آن‌ها می‌توان فهمید چه کاره هستند.»

جمع‌بندی یافته‌ها

پژوهش حاضر با واکاوی تجربه زیسته ۲۵ مادر باردار یا دارای کودک شیرخوار و نوپا با اختلال مصرف مواد در شهر تهران به استخراج چهار مضمون اصلی انجامید: پیکربندی درحال‌گذار اجتماعی - فرهنگی، زمینه‌های بین‌نسلی و ساختاری گرایش به مصرف، شبکه‌های حمایتی (پیوندهای درون‌گروهی و محرومیت از خدمات رسمی) و زیست‌جهان مادرانه (تناقض‌ها، طرد و بازتعریف هویت). این مضامین به‌جای آنکه پدیده‌ای ایستا را بازنمایی کنند، فرایندی پویا،

چرخه‌ای و انباشتی را نشان می‌دهند که در آن محرومیت‌های اولیه (فقر فرهنگی، خشونت و گسست خانوادگی) از طریق مهاجرت اجباری و استقرار در حاشیه‌های شهری به زاغه‌های مصرف مواد منجر می‌شود؛ این زاغه‌ها هم‌زمان پناهگاه و زندان‌اند. در ادامه، روابط صمیمانه ناپایدار، اقتصاد سیاسی بدن و انزوای اقتصادی - اجتماعی چرخه مصرف را تثبیت می‌کنند؛ درنهایت، مادری در این زیست‌جهان به عرصه‌ای از تناقض‌ها تبدیل می‌شود. از یک‌سو فرزند منبع معنا و امید و ازسوی دیگر ترس از سلب حضانت و تجربه جدایی اجباری هویت مادری را فرسایش می‌دهد؛ باین‌حال، در همین بستر نشانه‌هایی از تاب‌آوری، عقلانیت بقا و همبستگی درون‌گروهی نیز دیده می‌شود که در رویکردهای مبتنی بر نقاط قوت قابل‌شناسایی و تقویت هستند. براساس یافته‌ها، مدل مفهومی زیر، روابط میان مضامین را به‌صورت چرخه‌ای و انباشتی نمایش می‌دهد.



شکل ۱- مدل چرخه محرومیت انباشتی در زیست جهان مادران دارای اختلال مصرف مواد

Fig 1- Cumulative deprivation cycle model in the lifeworld of mothers with substance use disorder

نتیجه

پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد پدیدارشناسی توصیفی به واکاوی تجربه زیسته مادران باردار یا دارای نوزاد مبتلا به اختلال مصرف مواد در شهر تهران پرداخت. یافته‌ها در قالب چهار مضمون اصلی صورت‌بندی شد: پیکربندی درحال‌گذار اجتماعی - فرهنگی، زمینه‌های بین‌نسلی و ساختاری گرایش به مصرف، شبکه‌های حمایتی (پیوندهای درون‌گروهی و محرومیت

از خدمات رسمی) و زیست‌جهان مادرانه (تناقض‌ها، طرد و بازتعریف هویت). این مضامین در بستری از فقر مزمن، مهاجرت اجباری، بی‌ثباتی خانوادگی، روابط ناپایدار، ناآگاهی از پیشگیری و خشونت مکرر شکل گرفته است؛ ازاین‌رو تجربه مادری در این زنان نه موقعیتی زیستی، بلکه پدیده‌ای پیچیده و متأثر از طرد اجتماعی و نابرابری‌های ساختاری است. در گفت‌گو با چارچوب نظری، نظریه انگ گافمن نشان

می‌دهد که برچسب «مادر مصرف‌کننده مواد» نه تنها از سوی جامعه و نهادها، بلکه از سوی خانواده و خود مادران درونی می‌شود. این پدیده در مفهوم «اخلاق خودسروری» به اوج می‌رسد. پارادوکسی که زنان از هنجار منحرف‌اند؛ اما همان هنجار را درونی کرده‌اند. این یافته با پژوهش‌های بین‌المللی (O'Connor et al., 2021; Weber et al., 2021) همسو است که ترس از انگ و سلب حضانت را مهم‌ترین مانع مراجعه به خدمات درمانی می‌داند. همچنین رویکرد نقاط قوت (Saleebey, 1996; Weick et al., 1989) نشان می‌دهد که در همین زیست‌جهان آکنده از رنج نشانه‌هایی از تاب‌آوری، عقلانیت بقا و همبستگی درون‌گروهی وجود دارد. عقلانیت ابزاری این مادران اگر در چارچوب کاهش آسیب بازتعریف شود، می‌تواند زمینه‌ساز توانمندسازی باشد؛ این یافته با پژوهش ارلی و گلنمی^۱ (2000) همسو است. رویکرد شخص در محیط (PIE)، رویکرد زیستی روانی اجتماعی و رویکرد اکولوژیکی (Bronfenbrenner, 1979; Engel, 1977; Greene, 2017) نیز تأکید می‌کنند که نمی‌توان مادر مصرف‌کننده را جدا از خردسیستم (خانواده خشونت‌بار)، میانه‌سیستم (محله حاشیه‌نشین) و کلان‌سیستم (سیاست‌های تنبیهی حضانت و فقر ساختاری) فهمید. مهاجرت اجباری، گسست از شبکه‌های سستی و شکل‌گیری زاغه‌های مصرف مواد، همگی بیانگر فروپاشی پیوندهای اکولوژیکال و فقدان سرمایه اجتماعی است.

در مقایسه با پیشینه پژوهش، یافته‌ها با مطالعات اوکانر و همکاران (2020) و کو و همکاران (2013) در شناسایی خشونت خانوادگی و ترس از سلب حضانت به‌عنوان عوامل کلیدی همسو است؛ اما برخلاف مطالعات غربی (Gruß et al., 2021) که بر نقش خدمات رسمی تأکید دارد، در ایران زاغه‌های مصرف مواد به‌عنوان زیست‌جهان جایگزین و تنها شبکه حمایتی در دسترس عمل می‌کند که حاکی از شکاف عمیق میان نظام رسمی حمایت اجتماعی و جمعیت هدف

است. در مقایسه با پیشینه داخلی، پژوهش حاضر فراتر از مطالعات فردی محور جهان‌بخش گنجه و همکاران (۱۴۰۱) و همچنین پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۹۹) رفته است و نشان می‌دهد که این مادران دارای عاملیت محدود، اما نه معدوم هستند؛ عاملیتی که در قالب «عقلانیت ابزاری»، «تاب‌آوری» و «همبستگی درون‌گروهی» بروز می‌یابد. برخلاف پژوهش سراج و ذکایی (۱۴۰۳) که بر «فقدان عاملیت» تأکید داشت و نیز دانش و همکاران (۱۴۰۲) که بر «شکاف هویتی» تمرکز کرد، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مادران درعین طرد از هویت مادری مطلوب، همچنان خود را براساس همان هنجارها ارزیابی می‌کنند (پارادوکس اخلاق خودسروری). کاربست مفهوم «اخلاق خودسروری» فوکو^۲ (1986) در این پژوهش نشان می‌دهد که نظارت درونی این مادران بیش از آنکه خودخواسته باشد، نتیجه درونی‌سازی نظارت بیرونی و سازوکارهای انقیاد است. همچنین گرایش به تقدیرگرایی را نمی‌توان فقدان عاملیت تلقی کرد، بلکه نظامی معنایی برای تحمل رنج‌هاست؛ وضعیتی که با مفهوم «عاملیت منفصل» قابل توضیح است؛ در سطح تبیین جهان تقدیرگرا، اما در سطح داوری اخلاقی خود را مسئول می‌دانند. شکاف میان این دو سطح، منبع تنش روانی مزمن و بازتولید چرخه احساس گناه و تداوم مصرف است.

اختلال مصرف مواد در این مادران ماهیتی بین‌نسلی دارد. بسیاری در خانواده‌هایی با مصرف عادی شده (زاغه‌های مصرف مواد) رشد یافته‌اند؛ یافته‌ای همسو با مفهوم «چرخه نسلی» (Titus-Glover et al., 2024) و پژوهش باقری (2025). این مادران که خود در کودکی اعتیاد والدین، طلاق یا ازدواج زود هنگام را تجربه کرده‌اند، همان الگوها را در فرزندان خود بازتولید می‌کنند. مهاجرت نیز صرفاً جابه‌جایی جغرافیایی نیست، بلکه با گسست از شبکه‌های پیشین و استقرار در حاشیه همراه است و از منظر رویکرد اکولوژیکی

¹ Early & GlenMaye² Foucault

رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی و رویکرد اکولوژیکی) نه در جهت توجیه مصرف مواد، بلکه برای آشکار ساختن سازوکارهای بازتولید محرومیت و طراحی مداخلات مؤثرتر ضروری است؛ مداخلاتی که هم‌زمان از حقوق و سلامت مادران و کودکان حمایت می‌کند و در جهت تحقق عدالت اجتماعی گام بردارد.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش با چند محدودیت مواجه بود: نخست، دسترسی به مشارکت‌کنندگان به دلیل انگ اجتماعی مرتبط با مصرف مواد و شرایط ناپایدار زندگی آنان با دشواری‌هایی همراه بود. همچنین شرایط زندگی این مادران اغلب متغیر و پیش‌بینی‌ناپذیر بود؛ به‌گونه‌ای که گاهی زمان مصاحبه‌ها تغییر می‌کرد و به زمان دیگری موکول می‌شد؛ برای نمونه، در برخی پاتوق‌ها درگیری میان افراد حاضر رخ می‌داد و به‌منظور حفظ امنیت مشارکت‌کنندگان و پژوهشگران، مصاحبه‌ها به زمان مناسب‌تری منتقل می‌شد. همچنین برخی مکان‌های مصاحبه مانند منازل یا پاتوق‌ها، شلوغ و پررفت‌وآمد بود و این امر گاه بر روند مصاحبه تأثیر می‌گذاشت؛ افزون بر این، با توجه به تجربه روابط قدرت در زندگی این زنان، ممکن بود برخی از آنان پژوهشگران را نیز به‌مثابه نمایندگانی از ساختار قدرت اجتماعی تلقی کنند که این امر می‌توانست بر نحوه بیان تجربه‌ها تأثیر بگذارد؛ دوم آنکه یافته‌های این پژوهش به بستر اجتماعی شهر تهران محدود است و تعمیم آن به سایر مناطق نیازمند احتیاط است؛ باین‌حال، توصیف عمیق تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان می‌تواند درک غنی‌تری از این پدیده در زمینه‌های مشابه فراهم آورد.

سپاسگزاری

از تمامی مشارکت‌کنندگانی که با وجود دشواری‌های زندگی، همکاری صمیمانه‌ای در انجام این پژوهش داشتند، صمیمانه

(Bronfenbrenner, 1979) فروپاشی پیوندهای خردسیستم و میانه‌سیستم را در پی دارد. از دیگر یافته‌های مهم، تعارض بنیادین میان نقش مادری و وابستگی به مواد است. این تعارض چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌کند. مصرف مواد راهی برای گریز از رنج جدایی از فرزند است؛ اما همین مصرف احتمال جدایی را افزایش می‌دهد. این یافته با پژوهش باقری (2025) کاملاً همسوست. تجربه جدایی از فرزند در زیست‌جهان این مادران نه رویدادی اداری، بلکه فروپاشی هویت مادری و گسست از مهم‌ترین منبع معنابخشی به زندگی است.

یافته‌ها دلالت‌های مهمی برای مددکاری اجتماعی دارد: توسعه نهادهای پیشگیری و درمان با تأکید بر کاهش آسیب و گذار از نگاه سرزنش‌محور به رویکرد ساختاری؛ طراحی مداخلات چندسطحی مبتنی بر رویکرد اکولوژیکی (شناسایی مادران در معرض خطر، پیشگیری از بارداری ناخواسته، مدیریت مصرف در بارداری، آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری)؛ بازنگری در سیاست‌های حضانت (ماده ۱۱۷۳) و ایجاد توازن میان حمایت از کودک و توانمندسازی مادر؛ سرمایه‌گذاری در آموزش سلامت جنسی و باروری در مناطق حاشیه‌نشین و تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد با رویکرد نقاط قوت برای شناسایی ظرفیت‌های نهفته این مادران (تاب‌آوری، عقلانیت بقا و دلبستگی به فرزند). در مجموع، تجربه زیسته مادران دارای اختلال مصرف مواد عرصه‌ای از تنش‌ها، پارادوکس‌ها و رنج‌های چندلایه است. این زنان را نمی‌توان در قالب برجسب‌های تقلیل‌گرایانه مجرم یا قربانی تعریف کرد. آنان سوژه‌هایی هستند که در بستر ساختارهای نابرابر و تجربه‌های مکرر خشونت و طرد، با منابع محدود برای بقا و معنابخشیدن به زندگی تلاش می‌کنند. فهم پدیدارشناختی این تجربه در گفت‌وگو با نظریه‌های مددکاری اجتماعی (انگ گافمن، رویکرد نقاط قوت، رویکرد شخص در محیط^۱ PIE)

¹ Person In Environment

روایتی پدیدارشناسانه از رهاسازی نوزادان در زنان معتاد.
 پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱(۴۱)، ۱-۴۸.
<https://doi.org/10.22054/rjsw.2025.82198.778>
 موسوی، س. س.، و معظمی، ش. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی
 سبک زندگی زنان بی‌خانمان بر بزه‌دیدگی آنان.
 پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی، ۹(۱۷)، ۵۱-۷۴.
<https://doi.org/10.22034/jclc.2021.133149>
 مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۶). *قانون اصلاح ماده ۱۱۷۳
 قانون مدنی*. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
 سامانه قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران. بازیابی
 از

<https://qavanin.ir/Law/TreeText/?IDS=750086262748877>
 0957، (تاریخ مراجعه به سایت ۱۴۰۴/۸/۱۰).

References

- Bagheri, F., Ramezani, M., Boskabadi, H., & Moghri, J. (2025). Experiences of mothers with substance use in the care of children in the first year of life: A qualitative content analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery logo*, 13(4), 307-317.
<https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2025.104084.2605>
 Behnke, M., & Smith, V. C., (2013). Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131(3), e1009-e1024.
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931>
 Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). Greenwood.
https://home.iitk.ac.in/~amman/soc748/bourdieu_forms_of_capital.pdf
 Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
 Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48-71). Oxford University Press. <https://www.amazon.com/Existential-Phenomenological-Alternatives-Psychology-Ronald-Valle/dp/0195023153>
 Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

سپاسگزاریم. به‌ویژه از مادرانی که در شرایط دشوار بی‌خانمانی و مصرف مواد با شجاعت و صداقت، تجربه‌های زیسته خود را در اختیار ما قرار دادند. حضور آنان باوجود همه رنج‌ها، یادآور نیروی امید و میل به شنیده‌شدن در میان کسانی است که اغلب از عرصه گفت‌وگوهای عمومی حذف شده‌اند. قدردان اعتماد و همراهی آنان هستیم که بدون مشارکتشان، تحقق این پژوهش ممکن نبود.

تضاد منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی

ندارند.

منابع فارسی

- جهانبخش گنج‌ه، ص.، حسینی‌نیک، س. س.، جهانبخش گنج‌ه، س. س.، و خضری، ن. (۱۴۰۱). مطالعه تجربه زیسته زنان مبتلا به اعتیاد در استان کهگیلویه و بویراحمد.
 پژوهش‌نامه زن‌ان، ۱۳(۴۰)، ۱۴۵-۱۸۵.
<https://doi.org/10.30465/ws.2021.28304.2847>
 حسینی، ن.، عبدالرحمانی، ر.، عطازاده، س. س.، و کارچانی، م. (۱۳۹۹). مطالعه پدیدارشناختی جرائم اخلاقی در تجربه زیسته زنان معتاد (تهران ۱۳۹۷). *پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۸(۲)، ۴۰۴-۳۸.
<https://elmnet.ir/doc/2304394-56281>
 حقی، س. س.، و نجفی‌اصل، ز. (۱۳۹۸). مطالعه جامعه‌شناختی بی‌ثباتی هویتی فرزندان در جریان اعتیاد والدین.
 جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۰(۳)، ۱۷۵-۱۹۰.
<https://doi.org/10.22108/jas.2019.101412.1034>
 دانش، پ.، عبداللہیان، ح.، زاهدی، م. ج.، و توکلی خمینی، ع. (۱۴۰۲). تجربه زیسته زنان بی‌خانمان معتاد شهر تهران از هویت اجتماعی (مطالعه پدیدارشناختی). *مطالعات راهبردی زن‌ان*، ۲۶(۱۰۱)، ۷-۳۲.
<https://doi.org/10.22095/jwss.2024.417585.3317>
 سراج، ن.، و ذکایی، م. (۱۴۰۳). نغمه‌های خاموش مادرانه؛

- Jahanbakhsh-Ganjeh, S., Hosseininik, S. S., Jahanbakhsh-Ganjeh, S., & Khezri, N. (2022). Study of the lived experience of addictive women in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province. *Women's Studies*, 13(40), 145–185. [In Persian]. <https://doi.org/10.30465/ws.2021.28304.2847>
- Karls, J. M., Lowery, C. T., Mattaini, M. A., & Wandrei, K. E. (1997). The use of the PIE (Person-in-Environment) system in social work education. *Journal of Social Work Education*, 33(1), 49–58. <https://www.jstor.org/stable/23043017>
- Kuo, C., Schonbrun, Y. C., Zlotnick, C., Bates, N., Todorova, R., Kao, J. C. W., & Johnson, J. (2013). A qualitative study of treatment needs among pregnant and postpartum women with substance use and depression. *Substance Use & Misuse*, 48(14), 1498–1508. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.800116>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.
- May, P. A., Chambers, C. D., Kalberg, W. O., Zellner, J., Feldman, H., Buckley, D., ..., & Hoyme, H. E. (2018). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in 4 US communities. *JAMA*, 319(5), 474–482. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2671465>
- McKinney, J. R., Russell, M., Avellaneda-Ojeda, A., Gannon, C., Zambare, S., Hansford, M., Eppes, C., & Moukaddam, N. (2023). A comprehensive care approach for pregnant persons with substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(5), 2865–2876. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00760-x>
- Musavi, S. S., & Moazami, S. (2021). The effectiveness of lifestyle on homelessness victims. *Criminal Law and Criminology Research*, 9(17), 51–74. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jclc.2021.133149>
- O'Connor, A., Harris, E., Seeber, C., Hamilton, D., Fisher, C., & Sachmann, M. (2020). Methamphetamine use in pregnancy, child protection, and removal of infants: Tertiary centre experience from Western Australia. *Midwifery*, 83, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102641>
- O'Connor, A., Harris, E., Hamilton, D., Fisher, C., & Sachmann, M. (2021). The experiences of pregnant women attending a specialist service and using methamphetamine. *Women and Birth*, 34(2), 170–179. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.011>
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2012). The strengths model: A recovery oriented approach to mental health services. C. A. Rapp and R. J. Goscha. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(3), 232–233. <https://doi.org/10.1080/15487768.2013.818884>
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in
- Danesh, P., Abdollahian, H., Zahedi, M. J., & Tavakoli-Khomeini, A. (2024). The lived experience of addicted homeless women in Tehran from social identity (A phenomenological study). *Women's Strategic Studies*, 26(101), 7–32. [In Persian]. <https://doi.org/10.22095/jwss.2024.417585.3317>
- Early, T. J., & GlenMaye, L. F. (2000). Valuing families: Social work practice with families from a strengths perspective. *Social Work*, 45(2), 118–130. <https://doi.org/10.1093/sw/45.2.118>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Foucault, M. (1986). *The Care of the Self: The History of Sexuality* (R. Hurley, Trans; Vol. 3). Pantheon Books.
- Gitterman, A., Knight, C., & Germain, C. B. (2021). *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice* (4th ed.). Columbia University Press.
- Goffman, E. (2022). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Classics.
- Greene, R. R. (Ed.). (2017). *Human Behavior Theory and Social Work Practice* (4th ed.). Routledge.
- Gruß, I., Firemark, A., & Davidson, A. (2021). Motherhood, substance use and peer support: Benefits of an integrated group program for pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108450. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108450>
- Haghi, S., & Najafiasl, Z. (2019). A Sociological study of identity instability of children in the process of parental addiction. *Journal of Applied Sociology*, 30(3), 175–190. [In Persian]. <https://doi.org/10.22108/jas.2019.101412.1034>
- Heidarifard, S., & Khoshnamrad, M. (2025). Assessing supportive needs in pregnant women with substance use: A qualitative study. *AJOG Global Reports*, 5(3), 100548. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2025.100548>
- Hosseini, N., Abdolrahmani, R., Atazadeh, S., & Karchani, M. (2021). Phenomenological study of moral crimes in the life experience of addicted women (Tehran, 2018). *Journal of Policing and Social Studies of Women and Family*, 8(2), 381–404. [In Persian]. <https://elmnet.ir/doc/2304394-56281>
- Islamic Consultative Assembly. (1997). *Law amending Article 1173 of the Civil Code*. Research Center of the Islamic Consultative Assembly. [In Persian]. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/92842>
- Jacobsen, M. H., & Smith, G. (Eds.). (2022). *The Routledge International Handbook of Goffman Studies*. Routledge.

- <https://doi.org/10.1177/29767342231221055>
- Varner, M. W., Silver, R. M., Rowland Hogue, C. J., Willinger, M., Parker, C. B., Thorsten, V. R., Goldenberg, R. L., Saade, G. R., Dudley, D. J., Coustan, D., Stoll, B., Bukowski, R., Koch, M. A., Conway, D., Pinar, H., & Reddy, U. M. (2014). Association between stillbirth and illicit drug use and smoking during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 123(1), 113-125. <https://doi.org/10.1097/AOG.000000000000052>.
- Weber, A., Miskle, B., Lynch, A., Arndt, S., & Acion, L. (2021). Substance use in pregnancy: Identifying stigma and improving care. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 12, 105-121. <https://doi.org/10.2147/SAR.S319180>
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W. P., & Kisthardt, W. (1989). A strengths perspective for social work practice. *Social Work*, 34(4), 350-354. <https://doi.org/10.1093/sw/34.4.350>
- social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305. <https://www.jstor.org/stable/23718172>
- Seraj, N., & Zokaei, M. (2024). Silent maternal lullabies: A phenomenological narrative of infant abandonment by addicted women. *Social Work Research Journal*, 11(41), 1-48. [In Persian]. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2025.82198.778>
- Shoaa Kazemi, M., Mahamid, F., & Hamamra, B. (2025). The lived experiences of women overcoming addiction and self-harming behaviors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15332640.2025.2465389>
- Titus-Glover, D., Shaya, F. T., Welsh, C., & Roane, L. (2024). The lived experiences of pregnant and parenting women in recovery toward medication treatment for opioid use disorder. *Substance Use & Addiction Journal*, 45(3), 367-377.