

## تجربه حاشیه‌نشینی و سلامت اجتماعی زنان (مطالعه‌ای کیفی در بین زنان حصارامیر پاکدشت)

ابوذر قاسمی نژاد<sup>۱</sup>، حامد حسنونند<sup>۲</sup>

از صفحه ۳۷ تا ۵۵

تاریخ دریافت: ۹۹/۷/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۳۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت اجتماعی حاصل ارزیابی فرد از موقعیت خویش است که در مناطق حاشیه‌نشین توانایی درگیری فعالانه و مثبت با دیگران را کاهش می‌دهد. این وضعیت در بین زنان حاشیه‌نشین، قابلیت‌ها و توانایی‌های فردی و اجتماعی آن‌ها به منظور دستیابی به یک زندگی مطلوب را سلب کرده است.

**روش تحقیق:** این مطالعه به صورت کیفی و با استفاده از پدیدارشناسی در بین زنان حاشیه‌نشین منطقه حصار امیر پاکدشت انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه کلیه زنان بالای ۱۸ سال حصار امیر پاکدشت بودند. نمونه‌ها به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساخت یافته است. بر اساس اشباع نظری، ۱۰ نفر از زنان مورد مصاحبه قرار گرفتند و از کدگذاری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. بعد از کدگذاری داده‌ها و تجزیه آن‌ها، ده درون‌مایه فرعی و پنج درون‌مایه اصلی استخراج شد.

**یافته‌ها و نتیجه‌گیری:** یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که تجربه حاشیه‌نشینی عبارت است از: «روابط نارس، بی‌ثباتی موقعیتی، خودحاشیه‌سازی و تداوم‌بخشی به وضع موجود، برگشت‌ناپذیری متقابل، حس‌راه‌بودگی و بی‌معنایی» در بین زنان مورد مطالعه می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که زندگی حاشیه‌نشینی، زنان منطقه حصارامیر را در وضعیت «محدودیت رابطه‌ایی» قرار داده است. این امر منجر به فرودستی موقعیتی در بین آنها شده است و مرزهای خانوادگی را ناپایدار کرده و با سستی منزلت زنانه، امکان انطباق‌پذیری و مشارکت‌پذیری آن‌ها را کاهش داده است.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت اجتماعی، زنان حصارامیر، حاشیه‌نشینی، برگشت‌ناپذیری.

<sup>۱</sup> دکترای رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران. نویسنده مسئول. abozar.ghasemi2013@gmail.com

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه بروجرد، بروجرد. ایران. h.h7658@gmail.com

## مقدمه و بیان مسئله

هدف توسعه اجتماعی در بستر رفاه اجتماعی مدرن، افزایش کیفیت زیست افراد جامعه است به گونه‌ای که مردم در خصوص توانمندسازی و فعالیت اجتماعی در وضعیت ادراکی و فهم بیشتری قرار بگیرند (میجلی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴: ۱۴). در توسعه اجتماعی قابلیت‌های انسانی شکوفاشده و نابرابری‌های اجتماعی کاهش می‌یابد. امروزه، یکی از مهمترین مولفه‌های توسعه اجتماعی، سلامت اجتماعی می‌باشد و عوامل مختلفی در افزایش و یا زوال سلامت اجتماعی افراد موثر هستند. «طی صد سال اخیر و برای اولین بار در تاریخ بشر، جمعیت شهرها از نواحی خارج از آن بیشتر شده است و هم اکنون نیز با نرخ حدود ۵۵ میلیون نفر در سال در حال افزایش است به طوری که هزاره سوم میلادی را عصر شهرنشینی نامیده‌اند» (اسکان ملل متحد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹: ۱۷). از سوی دیگر، نسبت جمعیت ساکن در شهرهای جهان تا سال ۲۰۲۵ از ۶۰ درصد عبور خواهد کرد (آسیونه و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹: ۲۳۸) و مهاجرت‌های که از سال ۱۹۹۶ تاکنون ۳۸ درصد افزایش یافته است (تاکولی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰) پیامد خود را در گسترش حاشیه‌نشینی نشان داده است (چاوداری و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱: ۶۷) و انتظار می‌رود «نسبت جمعیت ساکن در شهرهای جهان تا سال ۲۰۲۵ از ۶۰ درصد عبور خواهد کرد» (آسیونه و همکاران، ۲۰۱۹: ۲۳۸) و روند حاشیه‌نشینی تشدید شود.

پیچیدگی‌های زندگی شهری، نابرابری‌های اقتصادی، فشارهای حاصل از تناقض‌های انسان شهری و نیز مسائلی از قبیل، فقر مزمن، تحصیلات پایین، فقدان حمایت اجتماعی برای کاهش فشارهای زندگی در مناطق پرخطر و همچنین، حوادث پیش‌بینی نشده زندگی مانند طلاق، مرگ اطرافیان و از دست دادن شغل (هارفام و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ هارالامبوس و هولبورن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) زندگی انسان امروزی را تهدید می‌کند. در این فرایند، برخی گروه‌ها و افراد ساکن در محلات و یا مکان‌های خاص، مانند حاشیه‌نشینان به مراتب وضعیت ناخوشایندتری دارند و سلامت روانی، جسمی و از همه مهم‌تر، سلامت اجتماعی به مراتب پایین‌تری دارند. «سلامت اجتماعی حاصل ارزیابی فرد از موقعیت خویش است. عملکرد و ارزیابی افراد در یک موقعیت می‌تواند به‌عنوان نتیجه ارتباط متقابل بین تلاش، توانایی‌ها و ادراکات نقش تلقی شود. «تلاش» که از برانگیختگی نشات می‌گیرد، اشاره به میزان انرژی (فیزیکی یا ذهنی) است که یک فرد در انجام وظیفه دارد. «توانایی‌ها»، ویژگی‌های شخصی مورد استفاده در انجام یک شغل هستند و «ادراکات نقش» به مسیرهایی که افراد باور دارند باید تلاش‌هایشان را به منظور انجام شغل‌شان هدایت کنند، اشاره می‌کند (تاج‌مزینانی و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۵: ۱۵۳؛ بیر و رو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸: ۲۱۷). سلامت اجتماعی تلاش، توانایی‌ها و ادراکات

<sup>1</sup> Midgley

<sup>2</sup> UN Habitat

<sup>3</sup> Ascione, Luigi, Francesco & Sergio

<sup>4</sup> Tacoli, Budoor & Susannah

<sup>5</sup> Choudhury, Mahanta, Goswami, & Mazumder

<sup>6</sup> Harpham, carant & Rodriguez

<sup>7</sup> Haralambos & Holborn

<sup>8</sup> Byars & Rue



نقش افراد را در بطن روابط و تعاملات اجتماعی نشان می‌دهد که زندگی حاشیه‌نشینی به دلیل محدودیت‌های خاص خود مانع تحقق آن‌ها می‌شود.

زنان یک جامعه «ثروث واقعی یک کشور محسوب می‌شوند. هدف اصلی توسعه ایجاد محیطی توانمندساز به منظور زندگی طولانی، سلامتی و زندگی خلاقانه آن‌ها است» (الکیر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹: ۲) که در آن زنان توانایی درگیری و فعالیت در جامعه بدون مانع را داشته باشند. زنان منطقه حصارامیر پاکدشت به دلیل وضعیت خاص حاشیه‌نشینی و زندگی نامناسب اقتصادی و اجتماعی، با چالش‌های متعددی در زندگی اجتماعی خود روبرو هستند. این وضعیت منجر به ایجاد الگوهای رفتاری نامناسب، ایجاد فرهنگ سلطه‌پذیری، نگرش کوتاه‌مدت به آینده، کاهش تعلق اجتماعی و تعلیق مشارکت‌های برانگیخته، زوال اعتماد و مسئولیت‌پذیری و در نهایت، کمرنگ شدن امنیت اجتماعی (عینی و ذهنی) آنها شده است و به تعبیر مک‌الروی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) «سرمایه انسان» که شامل قابلیت‌ها و توانایی‌های فردی و اجتماعی زنان به منظور دستیابی به یک زندگی مطلوب است، را از آنها سلب کرده است.

حاشیه‌نشینی زنان را «از جریان اصلی فعالیت تولیدی یا فعالیت موثر اجتماعی خارج می‌کند» (لئونارد<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴: ۱۸۰) و به تعبیر شیفر و شاتز<sup>۴</sup> (۲۰۰۸: ۲۳) آن‌ها در روندی قرار می‌گیرند که «بیرون از جامعه و از مرکز قدرت [سیاسی]، قدرت فرهنگی و رفاه اقتصادی- اجتماعی هستند» و از مشارکت، انطباق، انسجام، پذیرش و شکوفایی اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند. فقدان دستیابی به مواردی که اشاره شد، تلاش زنان را در «دستیابی به ارزش‌های زمینه‌ساز بروز نشاط و سلامت اجتماعی و ارزش‌هایی فراتر از تمایلات فردی» (سلیگمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳: ۷)، ناکام گذارده و «وضعیت اجتماعی نامنی را ایجاد کرده که زندگی را [برای زنان] پیچیده و ناخوشایند ساخته است (پلس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷: ۲۰).

بنابراین، حاشیه‌نشینی شرایطی ایجاد می‌کند که زنان قدرت انطباق‌پذیری خود را از دست داده و با انزواء روبه‌رو می‌شوند. این زنان حاشیه‌نشین به دلیل توزیع ناعادلانه منابع، درآمد پایین، ساختار نابرابر قدرت و غیره از زندگی خوب و با کیفیت محروم شده‌اند، در فرایند فقرزدایی و ادغام اجتماعی به مثابه بازیگران اثربخش توسعه ظاهر نشده‌اند. بنابراین، زمانی که کنش‌های اجتماعی این زنان به دلایلی از جمله «محدودیت رابطه‌ایی» ناشی از زندگی حاشیه‌نشینی فرایند اجتماعی بودن توسعه را تسهیل نکند، فعالانه در جریان تعیین اولویت‌ها، سیاست‌گذاری، تخصیص منابع و اجرای برنامه‌ها قرار نگرفته و سیاست‌های طراحی و اجرا شده تاثیر عمیقی بر بالابردن کیفیت زیست‌جهان‌شان جای نمی‌گذارد. پژوهش‌هایی که توسعه اجتماعی را صرفاً ساختاری و با ابزارهای

<sup>1</sup> Alkire

<sup>2</sup> McElroy, Jorna & van Engelen

<sup>3</sup> Leonard

<sup>4</sup> Schiffer & Schatz

<sup>5</sup> Seligman

<sup>6</sup> Pelc



کمی بررسی می‌کنند، نمی‌توانند به سهولت از ذهنیت شهروندان و پیامدهای آن‌ها آگاهی یابند. از این رو، پژوهشی در سطح خرد با استفاده از اصول و مبانی روش‌شناسی کیفی و پدیدارشناسی (و از منظر خود زنان حاشیه‌نشین) می‌تواند سلامت اجتماعی را در دنیای واقعی بکاود. بنابراین، از آنجایی که این پژوهش ریشه در واقعیت دارد، می‌تواند به خوبی ضرورت‌ها و اهمیت سلامت اجتماعی را برای خود زنان و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی-اقتصادی مشخص کند. بر این اساس، مطالعه حاضر درصدد پاسخ به این پرسش است که سلامت اجتماعی زنان حصارامیر در موقعیت حاشیه‌نشینی چگونه است و مناسبات اجتماعی موجود، مولد سلامت اجتماعی این زنان است؟

### مبانی و پیشینه تجربی تحقیق

بنابر استدلال محققان، «حاشیه‌نشینی و» پیامدهای این نوع زندگی برای سلامت زنان دراماتیک است» (تاکولی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ ایزه<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). به همین دلیل محققان از منظرهای مختلفی به این حوزه پرداخته‌اند. مطالعات پیشین در مورد توسعه و سلامت اجتماعی زنان بر ابعاد مختلفی از جمله، زنان و مشارکت (آلن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵؛ بولاند<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷؛ گلیکن<sup>۵</sup>، ۱۹۷۹؛ توماس و سینا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹)، ظرفیت‌ها و قابلیت‌های انسانی زنان (سن، ۱۹۹۲، ۱۹۸۵) و فرصت‌های آموزشی و خودتحوالی آنان اشاره دارند که منجر به زندگی سالم برای آنها می‌شود و «کارکردهای»<sup>۷</sup> مختلف آنها را افزایش داده (سن، ۱۹۹۲) و از این طریق قادر می‌شوند دستاوردهای مثبتی داشته و این دستاوردها را در سبک زندگی‌شان به نمایش بگذارند. برخی محققان بر روابط اجتماعی، امنیت محل کار یا کیفیت محیطی زنان (رحمان و انشایندر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳)، منابع اجتماعی در دسترس زنان (دنهان و لوی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷)، پذیرش کلیشه‌های جنسیتی (ارچاک و روزنفیلد<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴؛ جارکو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴)، پابندی به نقش‌های جنسیتی (عبید و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰) و سلامت اجتماعی آن‌ها در بافت حاشیه‌نشینی تمرکز دارند. برخی نیز به تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی زنان پرداخته‌اند. کییز<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۸) و کییز و ریف<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۰) اظهار می‌کنند که وجود سلامت اجتماعی باعث می‌شود که انسان‌ها به‌عنوان افرادی سالم، شاد و راضی زندگی کنند، زندگی را هدفدار ببینند، بر زندگی خود تسلط داشته باشند و همه جنبه‌های

<sup>1</sup> Tacoli

<sup>2</sup> Ezeh

<sup>3</sup> Allen

<sup>4</sup> Boland

<sup>5</sup> Glicken

<sup>6</sup> Thomas & Sinha

<sup>7</sup> functionings

<sup>8</sup> Rahman and Wandschneider

<sup>9</sup> Dehan & Levi

<sup>10</sup> Erchak & Rosenfeld

<sup>11</sup> Jarchow

<sup>12</sup> Abied et al

<sup>13</sup> Keyes

<sup>14</sup> Keyes and Ryff

زندگی خودشان را بپذیرند. آنتونوفسکی<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) در رویکرد سلامت اجتماعی خود، بر عوامل معناداری و انسجام بخشی به عنوان هسته مرکزی سلامت تاکید دارد و بر ریشه های سلامت تاکید دارد. گیل و تریلوت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵: ۶) نیز بر شبکه های حمایت اجتماعی تعیین کننده سلامت تاکید دارند. افزون بر این، سلامت اجتماعی و عوامل موثر اجتماعی بر آن در بین زنان سرپرست خانواده قروه (یحیی زاده، ۱۳۹۳)؛ رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد (افشانی و شیرینی محمدآبادی، ۱۳۹۵)؛ سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان در شهر سنندج (اکبری و همکاران، ۱۳۹۶) نیز از جمله مطالعاتی است که از این منظر انجام گرفته است. به طور خاص، در ادامه به برخی از مطالعات این حوزه می پردازیم.

نقدی و زارع (۱۳۹۲) در مطالعه نگرش ها و رفتارهای اجتماعی-فرهنگی زنان حاشیه نشین نشان می دهند که بین باورهای فرهنگی زنان و تمایل به مشارکت اجتماعی آنها و محل سکونت شان رابطه معناداری وجود دارد. رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود نشان می دهند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اجتماعی زنان ساکن در محلات حاشیه نشین شهر کرمانشاه در سطح مطلوبی قرار ندارد و متغیرهای همچون احساس امنیت، وضعیت بیماری، فعالیت ورزشی و وضعیت تاهل از مهمترین تبیین کننده های سلامت زنان هستند. یافته های مطالعه ربانی و همکاران (۱۳۹۰) نشان می دهد که متغیرهای جنس، سن تأثیری بر روی بهداشت روان حاشیه نشینان ندارند و متغیرهای تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی و محل تولد تأثیر مثبت و معنی داری بر روی بهداشت روان حاشیه نشینان دارند. تاج مزینانی و قاسمی نژاد (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که مشارکت زنان با سلامت اجتماعی آنها رابطه معناداری دارد و هرچه کنش ورزشی زنان بالاتر رود، حس تعلق اجتماعی آنها بالاتر و نیز ارزیابی آنها از خود و جامعه شان مثبت تر خواهد بود. نتایج پژوهش واعظزاده و اباسه (۱۳۹۵) نیز موید آن است که چرخه خشونت در مناسبات اجتماعی از خانواده آغاز می شود. زنان در پرورش فرزندان خشن نقش دارند، اما خشونت به وجود آمده گریبان گیر نسل بعدی خود آنان است. مطالعه میجر<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) نشان می دهد که نقش های سنتی زنان در حاشیه های دهلی، توانمندسازی و سلامت روانی و اجتماعی آنها را با خطر رو به رو می سازد و زنان دائماً با خطرات سو استفاده جنسی و جسمی روبرو هستند. نتایج مطالعه کاواچی و برکمن<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) نشان می دهد که برخلاف حاشیه نشینی، پیوندهای اجتماعی سلامت روانی افراد را بالا می برد و به عنوان منبع حمایت اجتماعی خوبی برای افراد عمل می کند. دهال و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) در مطالعه خود در منطقه آنپورای نپال نشان می دهند که گروه های حاشیه ایی مختلف از جمله زنان (که ۵۸ درصد افراد نمونه این مطالعه هستند)، به دلیل فقدان مشارکت اجتماعی در نهادهای محلی، سلامت اجتماعی و توانمندی کمتری دارند و در نتیجه بر روند تصمیمات برنامه های توسعه و تامین

<sup>1</sup> Antonovosky

<sup>2</sup> Gill & Thériault

<sup>3</sup> Magar

<sup>4</sup> Kawachi and Berkman

<sup>5</sup> Dahal, Smriti, Sanjay K. Nepal, Michael A. Schuett



اجتماعی موثر نبودند. هزازیکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود در بین زنان هندی به بررسی سلامت خانواده می‌پردازد و نشان می‌دهد که بین زنان حاشیه‌نشین و غیرحاشیه‌نشین تفاوت معناداری در این خصوص وجود دارد.

در خصوص مطالعات این حوزه باید گفت که با چند دسته رو به رو هستیم. برخی تحقیقات با جهت‌گیری سازمانی و آماری در تلاشند تعداد زنان حاشیه‌نشین را محاسبه کنند و به این زنان خدمات ارائه دهند. این مطالعات نگاهی خدماتی و رفاهی به این حوزه دارند و با ارائه خدمات درصدد ارتقای کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین هستند. در این تحقیقات بعد اقتصادی و کمک به بهبود معیشت این زنان، چه از طریق حمایت سازمان‌ها و چه از طریق اشتغال آنها، برجسته است. دسته دوم تحقیقاتی هستند که نگاه آسیب‌شناختی دارند. این مطالعات با نگاه مددکارانه و روان‌شناختی با ارائه مداخلات خاص، سعی در توانمند شدن و یا قدرتمند شدن زنان حاشیه‌نشین دارند. دسته سوم تحقیقاتی هستند که به آثار و پیامدهای زندگی حاشیه‌نشینی بر کیفیت تعاملات و روابط اجتماعی زنان حاشیه‌نشین می‌پردازند. مطالعه حاضر نیز در این دسته از مطالعات قرار دارد. اما، آنچه مطالعه حاضر را نوآورانه می‌سازد این است که این مطالعه، با شناخت ویژگی‌های مختلف زندگی زنان در این محله، با استفاده از نگرش «از درون» و بر پایه روش‌های کیفی، پدیده حاشیه‌نشینی و سلامت اجتماعی زنان بررسی شود.

### روش تحقیق، جامعه و نمونه مورد مطالعه

روش تحقیق، «کیفی» و به صورت پدیدارشناسی است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان بالای ۱۸ سال حصارامیر پاکدشت هستند. این معیار از این جهت مدنظر قرار گرفت که به دلیل ساختار موزاییکی ناشی از مهاجرت‌های زیاد در این منطقه، جابجایی مکانی امکان مشارکت اجتماعی و ادغام همه‌جانبه زنان را در سطح محله‌ای کاهش داده است. از این رو، سعی شد زنانی که بیش از ده سال است که در حصارامیر زندگی می‌کنند، برای مصاحبه انتخاب شوند. در مجموع، هدف انتخاب افرادی بود که با توجه به اهداف تحقیق، سرشار از اطلاعات و یا تجربیات خاص در خصوص موضوع مورد مطالعه را داشته باشد و محقق بتواند اصول معرفت‌شناختی خویش را به سهولت پیگیری کند. به این اعتبار، با ۱۰ نفر از زنان حصارامیر مصاحبه انجام گرفت و سپس روند مصاحبه‌ها قطع شد. توقف مصاحبه‌ها بر اساس، اشباع نظری<sup>۲</sup> بود. اشباع با مقایسه دائمی در داده‌ها به دست آمد تا ویژگی‌ها و ابعاد هر کد یا مقوله مشخص شود. به سخن دیگر، از حیث زمانی که داده جدیدی از مصاحبه‌ها حاصل نشد که به واسطه آن بتوانیم ارزش و دامنه «مضامین و درون‌مایه‌های» خود را توسعه و تعمیق ببخشیم، روند گردآوری داده‌ها را متوقف کردیم.

ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه «نیمه‌ساختاریافته» بود. فرم مصاحبه شامل دو دسته از سوال‌های بودند. الف: سوال‌های اصلی یا اساسی، ب: سوال‌های پیگیری. سوال‌های اساسی دایره وسیع مطالعه

<sup>1</sup> Hazarika

<sup>2</sup> Theoretical saturation



را نشان می‌دهند و سوال‌های پیگیری دایره محدود و خاص را دربر می‌گیرند که همراه با مصداق و مثال هستند. سوال‌های اساسی و اصلی، شامل فهم زنان از مفاهیم خاص سلامت اجتماعی است. مثلاً: "چگونه در محله زندگی مشارکت داری؟ با زندگی در این منطقه سازگار شدی؟ فکر می‌کنی در اینجا بتونی به اهدافت برسی؟ برخی سوالات پیگیری نیز بدین است: برای مثال، آیا در محله خود در برگزاری اعیاد مثل نیمه شعبان، کمک‌های زنان همسایه به هم و چیزهای مثل این از این قبیل مشارکت داری؟ کارهای مفیدی که معمولاً توی محله انجام دادی چی بوده؟ زمان مصاحبه‌ها بین ۳۵ الی ۴۸ دقیقه به طول انجامید. از «کدگذاری» برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از مصاحبه‌ها استفاده شد. بر اساس استراتژی پدیدارشناسی تحلیل داده‌ها به شرح زیر انجام گرفت: ابتدا و در مرحله اول، با خواندن داده‌ها، کلیتی از موضوع حاصل شد که امکان یک شهود کلی را برای ما فراهم ساخت. ۲- در مرحله دوم، تمایزگذاری میان واحدهای معنایی ایجاد شد که در ارتباط با مرحله اول یک مجموعه از مفاهیم و معانی شکل گرفت که اکتشاف موضع و در نتیجه امکان توصیف ضعیف برای ما فراهم شد؛ ۳- در مرحله سوم، بیانات، گفته‌ها و روایات مصاحبه‌شوندگان با تاکید بر پدیده مورد نظر امکان‌پذیر شد. در این مرحله، امکان تفسیر و توصیف ضخیم مسیر شد. در اینجا، محقق فعالانه در تفسیر داده‌ها وارد میدان شد. ۴- مرحله چهارم، ساختار معانی شکل گرفت و توصیفات در یک مجموعه حالتی منسجم گرفته و در قالب مفاهیم انتزاعی و عالی قرار گرفتند. بنابراین، در محله اول، مدیریت داده‌ها، مرحله دوم، توصیف داده‌ها، مرحله سوم طبقه‌بندی، مرحله چهارم تفسیر (توسعه یک توصیف محتوایی؛ چه چیزی رخ داده است) توسعه یک توصیف ساختاری؛ چگونگی تجربه کردن پدیده) داده‌ها انجام شد.

## یافته‌های تحقیق

### توصیفات دموگرافیک

مختصات جمعیتی و دموگرافیک زنان مورد مطالعه بدین صورت است:

دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۳۱ تا ۵۳ سال است. مسن‌ترین آنها ۵۳ سال سن دارد و جوان‌ترین آنها ۳۱ سال سن دارد. از نظر سطح تحصیلات، یک نفر ابتدایی، دوفتور فوق دیپلم، چهار نفر دیپلم، یک نفر لیسانس ناقص و یک نفر نیز لیسانس دارد. از نظر قومی، مشارکت‌کنندگان از اقوام مختلف همچون خراسانی، لر، لک، ترک کرد و بومی هستند. بدین ترتیب، چهار نفر بومی، دو نفر ترک، دو نفر کرد، یک نفر خراسانی و یک نفر از مشارکت‌کنندگان لر است.

در مورد وضعیت تاهل، هفت نفر از مشارکت‌کنندگان متأهل هستند. دو نفر ذکر نکردند که وضع تاهل آنها چگونه است. یک مورد نیز مطلقه است. از نظر اشتغال، پنج نفر از مشارکت‌کنندگان خانه‌دار هستند که از بین آنها دو نفر به خیاطی هم مشغول هستند. دو نفر دست‌فروش لباس هستند، یک نفر در مهدکودک مشغول به فعالیت است، یک نفر در کارخانه (پلاستیک) مشغول است. در نهایت، دو نفر هم ذکر نکردند که وضعیت اشتغالشان چگونه است.

جدول ۱: مختصات مشارکت کنندگان

شماره	سن	تحصیلات	قومیت	شغل	وضع تاهل	مدت مصاحبه
۱	۴۹	دیپلم	خراسانی	خیاط (در منزل)	متاهل	۳۵ دقیقه
۲	۵۳	دیپلم	لر	خانه‌دار	ذکر نکرد	۴۰ دقیقه
۳	۳۷	راهنمایی	بومی	خانه‌دار	متاهل	۴۵ دقیقه
۴	۴۱	لیسانس	کرد	خانه‌دار	مطلقه	۳۸ دقیقه
۵	۳۱	دیپلم	ترک	کار در مهدکودک	متاهل	۳۹ دقیقه
۶	۴۵	فوق دیپلم	کرد	ذکر نکرد	ذکر نکرد	۴۰ دقیقه
۷	۳۹	دیپلم	ترک	کار در کارخانه	متاهل	۴۲ دقیقه
۸	۴۸	فوق دیپلم	بومی	دست فروش لباس	متاهل	۴۸ دقیقه
۹	۵۰	ابتدایی	بومی	دست فروش لباس	متاهل	۴۳ دقیقه
۱۰	۳۴	لیسانس ناقص	بومی	خانه‌دار-خیاط	متاهل	۴۲ دقیقه

یافته‌های تفسیری

همان‌گونه که در جدول زیر مشاهده می‌شود، در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۱۰ درون‌مایه فرعی و ۵ درون‌مایه اصلی استخراج شد. در ادامه، جدول تلخیص داده‌ها ذکر شده و سپس به تشریح درون‌مایه‌های اصلی پرداخته شده است.

جدول ۲: جدول تلخیص کدگذاری‌ها و استخراج درون‌مایه‌های فرعی و اصلی تحقیق

مفاهیم پایه	درون‌مایه‌های فرعی	درون‌مایه‌های اصلی
گسست روابط عاطفی / ازدواج‌های اجباری / مدیریت ناپسامان خانواده / طلاق و جدایی / مشارکت اجتماعی پایین / مسئولیت‌پذیری کم / کناره‌گیری از جمع / دور زدن دیگران / روابط پایدار ضعیف / بی‌قدرتی	- مرزهای ناپایدار خانوادگی - ناساخت‌یابی اجتماعی - جایگاه تثبیت‌نشده - انطباق‌ناپذیری ذهنی	- تجربه روابط نارس - تجربه بی‌ثباتی موقعیتی - خودحاشیه‌سازی تداوم‌بخشی به وضع موجود
مهاجرت‌های بی‌رویه / بی‌ثباتی مکانی / تعاملات نارس / ذهنیت تکه‌پاره / فرار از وضع موجود / عقب ماندن از تحولات / سرکشی و طغیان	- طرد و فرودستی موقعیتی - اکنون‌گرایی و تفکر آنی - تعاملات ناپایدار	- برگشت‌ناپذیری متقابل - حس‌رهابودگی و بی‌معنایی
نپذیرفتن ابزارهای موجود / حس وابستگی به دیگری / حس دم‌دستی بودن و فرودستی / نادیده گرفته شدن / توسط دیگران مهم / فقدان شکل درون‌گروهی / ضعف حمایت برون‌گروهی / دیده نشدن / تنهایی و فرسودگی عاطفی / تقدیرگرایی / زندگی بخور نمیر / تسلیم بودگی / ضعف آینده‌نگری	- ضعف گروه‌های مرجع - خودپنداره ضعیف - فرودستی جنسیتی	
روزمرگی دائمی در زندگی / شکاف بین خود و جامعه / گسست و انزواء جمعی / رهاشدگی و سواری مجانی / به شمار نیامدن / جامعه‌پذیری ناقص / ضعف سازمان‌های اجتماعی / ضعف دیگران مهم		
کم رنگ بودن انجمن‌ها / ضعف معنوی / ضعف اعتماد به نفس / تفکر وابسته / استیصال و ندانم‌کاری / نداشتن ذهنیت ارزشمند از خود / ذهنیت تکه‌پاره / ضعف آگاهی / بی‌ثباتی هویتی / منزلت بی‌ارزش / نقش‌های بی‌ارزش / نگاه ابزاری / تزلزل نقشی / بیوگی و ابژه جنسی شدن / کلیشه‌های کلامی / آزار جنسی / انگ‌زنی و نگاه کلیشه‌ای / نقش‌های سلبی / جامعه‌پذیری مردسالارانه		



درون مایه «روابط نارس» متشکل از دو درون مایه فرعی تجربه «روابط خانوادگی ناپایدار و ناساخت‌یابی اجتماعی» است. روابط نارس، به معنای هرگونه تعامل، کنش متقابل و روابط عاطفی و غیرعاطفی است که فاقد هدفمندی، ارزش‌گذاری و نیل به نتایج مطلوب است. به سخن دیگر، روابطی است که اثر عمیق و باکیفیتی بر جا نمی‌گذارد و ناتمام و ناقص است. این رفتارها به صورت روابط عاشقانه، دوست‌های زودگذر، روابط خانوادگی فاقد انسجام، عدم تفاهم، ازدواج‌های اجباری، نداشتن میدان‌های مشترک و روابط ابزاری خود را نشان می‌دهد. این روابط نارس و عقیم، تأمین روابط عاطفی عمیق و صمیمی بین افراد و نیل به یگانگی در کانون خانواده را با مشکل روبرو ساخته است. مشارکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید:

می‌تونم برات مثال بزنم که چه تو ازدواج، چه کار، چه همسایه‌ها. همین همسایه‌ها نمی‌شه روشن حساب کرد که حس صمیمت کنی. کل کارات نصفه نیمه می‌مونه.

زنان حاشیه‌نشین حصارامیر به دلیل فقدان تحرک صعودی مجبورند که نوع زندگی خود را تا حد زیادی با فقر موجود هماهنگ کنند. این به معنای بازتولید روابط اجتماعی در یک وضعیت نامولد است. یاس در استقرار وضعیت مطلوب و نوعی تسلیم‌شده است. این رویه به صورت سازگاری و انطباق و حتی عرف و عادت در می‌آید و اجازه نمی‌دهد که بازتولید و ساخت‌یابی اجتماعی انجام بگیرد. یکی از مشارکت‌کننده (شماره ۷) روایت می‌کند:

من باید الان برا خودم کسی می‌شدم. یه بار خونمون رو عوض کردیم، یه بار [کلاس] خیاطی گذاشتم و ده تا کار دیگه که نشد. من موندم که چرا هر چی هست باید سر خانواده من بیاد!

زنان حصارامیر کنش‌هایی دارند که هنجارمند نیستند و دائماً به صورت ناقص بازتولید می‌شوند. به تعبیر گیدنزی، کنش‌های انسان حاشیه‌نشین وی را توانمند نمی‌سازد، زیرا عامل در ساختاری معیوب زیست می‌کند که ناگزیر ذهنیت او را در ایفای نقش واقعی و مولد در زیست‌جهان اجتماعی احیاء نمی‌کند. به دلیل امکانات اجتماعی و اقتصادی نامولد و نیز بازتولید زیستی (تولید مثل) ناموزن، این زنان در خلق و تثبیت ساختار ایستای موجود همدستی دارند و ناآگاهانه ساختار و نظم نامولد حاکم بر زندگی خود را بازتولید می‌کنند.

مشکل ما محل زندگی‌مونه. وقتی هیچی نباشه چطور می‌شه کار کرد. همیشه یه جار کار میلنگه. مثلاً نون قندی توی خونه درست می‌کردیم که اومدن نداشتن و گفتن مجوز می‌خواد که بفروشی (مشارکت‌کننده شماره ۹).

### تجربه بی‌ثباتی موقعیتی

درون مایه «بی‌ثباتی (تعارض) موقعیتی» از دو درون مایه فرعی «جایگاه تثبیت‌نشده و انطباق‌ناپذیری ذهنی» استخراج شده است. تعارض موقعیتی به معنای تثبیت‌نشدن در زیست‌جهان موجود و نوعی بی‌ثباتی در نقش‌ها و نگرش‌های زنان حاشیه‌نشین حصارامیر است. جایگاه تثبیت‌نشده زنان این منطقه، منجر به این شده است که فضای اجتماعی از مجموعه احساس‌ها، تصورات، نگرش‌ها و ارزش‌های متعارضی مملو شود که هر کدام متضمن انگاره‌های از کنش هستند که لاجرم همپوشان



و مکمل نیستند و نمی‌توانند منبع انسجام و یکپارچی اجتماعی زنان باشند. تصورات زنان با پیشینه‌های فرهنگی و قومی خاص فهم آنها را از نمادهای مکانی پیرامون خود نیز متفاوت کرده است. برای مثال، در برابر نشانه‌های واحدی همچون روابط همسایگی و کمیت و کیفیت آن، صورت‌های متفاوتی از فهم و کنش دریافت می‌شود که بسترها و زمینه‌های لازم به منظور ایجاد شبکه‌های از کنشگران (که در عین کثرت وحدت دارند) به منظور ایجاد تعاملات و روابط پایدار را ناکام گذارده است. یکی از زنان (شماره ۱) اظهار می‌کند:

همسایه‌ها دعوا دارن و با هم نمیسازن. کسی هم اعتماد نداره به کسی. یه صندوق بین زن‌ها درست کردیم که هر ماه یکی پول رو ببره. دعوا شد کی اول ببره. کسی اعتماد نداشت که پول رو هوا نره. آخر سر هم دو نفر پول ندادن و رفت رو هوا.

به دلیل اینکه زنان جایگاه تثبیت‌شده‌ای ندارند، انطباق ذهنی خود را باز نمی‌یابند. این وضعیت مولد تعارض و انسداد در تحرک اجتماعی آنان است که از فرهنگی و مدنی، منجر به عدم پذیرش زنان در جامعه بزرگتر و تثبیت رفتارشان در فرهنگ غالب حاشیه‌نشینی است.

در این حالت، تعارض‌های ناشی از ناکامی در دستیابی به منزلت بالاتر، انقطاع درونی (اضطراب‌ها و تنش‌های هویتی و شناختی) و نیز انقطاع برونی (کناره‌گیری و تضاد با جامعه اصلی و بزرگتر) آنان، زیست‌پذیری اجتماعی آنها را با مخاطره روبه‌رو ساخته است.

میخای بهت بگم چطوره؟ (محقق: اره بگو داستان چیه). زن‌ها از نظر بقیه مردها آدم حساب نمیشن. باید تو خونه بمونی. همین طوری نگاه کنی. من به شوهرم می‌گم بذار بیام سبزی خردکنی بهت کمک کنم، نمی‌ذاره. گفتم برم خیاطی گفت نرو. همه زن‌ها این‌طورین. تازه من از خیلیا بهتره وضعم (مشارکت‌کننده شماره ۷).

یه روز، فقط یه روز نمی‌تونم مثل من باشی. من هم بچه دارم، کار می‌کنم، باید به کارای خونه برسیم، باید بپزم و بشورم و آخرشم هیچی! چون فکر می‌کنم هیچی نیستم و کسی نمی‌گه اصلاً زنده‌ایی یا نه؟ (مشارکت‌کننده شماره ۷).

در منطقه حصارامیر، به دلیل ساختار سنتی، مهاجرت‌های بی‌رویه، ضعف منابع اجتماعی، کاهش مرجعیت خانواده، مردسالاری و نیز فقدان توسعه موزون، غلبه کنش‌های آنی ناشی از خیرمحدود یافت حاشیه‌نشینی و فشار در جهت تبعیت از هنجارهای جنسیتی، باعث شده است که زنان عمدتاً کنش‌های هنجاری داشته باشند که مبتنی بر ارزش‌ها و نقش‌های فرودستی جنسیتی می‌باشد و اساساً ظرفیت‌های فردی و قابلیت‌های اجتماعی زنان را مدنظر قرار نمی‌دهند که بر اساس آن شبکه‌سازی کنند و به بازتولید هویت اجتماعی خود دست بزنند. به عبارت دیگر، کنش‌های اجتماعی آنها به دلیل ساختار سنتی و حاشیه‌بودگی، چیزی جز کوشش اجباری در جهت تطبیق با هنجارهای نهادینه‌شده زندگی ناامن حاشیه‌نشینی نیست. از آنجایی که اساساً کنش هنجاری به سوی پیروی از توقعات هنجاری (که به طور جمعی توسط گروه‌بندی مردسالار سازمان‌دهی شده است) جهت‌دهی می‌شود، نوعی انزوای اجتماعی است و آنها نیز مجبورند به اقتضای شرایط

حاشیه‌بودگی، یا به «کنش نمایشی» رو بیاورند که حاصل دستکاری آگاهانه رفتار خود است یا این‌که طرد شوند.

#### خودحاشیه‌سازی و تداوم‌بخشی به وضع موجود

مضمون فراگیر «خودحاشیه‌سازی و تداوم‌بخشی به وضع موجود» از دوازده مفهوم پایه و دو مضمون انسجام‌بخش «طرد و فرودستی موقعیتی و اکنونیت‌گرایی» مستخرج شده است. عاملیت زنان و ابزارهایی که آن‌ها از طریق آن بتوانند خود را در بطن جامعه حس کنند، می‌تواند قدرت ابراز وجود و داشتن حس کنترل بر اوضاع را برای آنها فراهم سازد. در منطقه حاشیه‌نشین حصار امیر به دلیل فشارهای ناشی از مهاجرت و تنوع قومی، نقش‌های خاص زنانه با اختلال روبه‌رو است. این وضعیت منجر به انزوای اجتماعی آنها شده است که خود را به صورت فقدان یکپارچگی اجتماعی و انفعال نشان می‌دهد.

زن‌ها قبلاً به هم کمک میکردن و تو در و همسایه خیلی از زن‌ها جمع می‌شدن و بد نبود. الان همه می‌گن سرت تو کار خودت باشه. می‌گن همین که سالمی خدا رو شکر کن (مشارکت‌کننده شماره ۸).

اینکه زنان حاشیه‌نشین در روند تحولات زندگی عاملیت و کنش‌گری خاصی برای خود نمی‌بینند و نوعی زندگی موقتی و بی‌مقدار برای خود متصور هستند، ناشی از تصور خیر محدود آنها از روابط اجتماعی آن‌ها است. خیر محدود با این ذهنیت همراه است که جامعه و اجتماع محل زندگی، کمترین بهره اقتصادی و اجتماعی برای آنان به همراه دارد.

زمانی که می‌بینم از این زندگی چیزی گیرم نمیاد، انتظار داری ساز و آواز سر بدم و برم دنبال فعالیت اجتماعی! به قول تو که می‌گی چرا آشغال‌های سر کوچه رو جمع نمی‌کنی، چرا تو مراسم عید شعبان نمی‌ری مسجد و این چیزا! اولاً تا کاری کنی می‌گن زن فلانی علافه و بعد حرف در میان. اگه الانم من دوبار دیگه با تو حرف بزنم می‌گن زن فلانی خرابه! (مشارکت‌کننده شماره ۲).

رسوخ نگرش کوتاه‌مدت و ابزاری در ذهنیت خیر محدود، قدرت تاثیرگذاری و حضور فعالانه و کنش متقابل مثبت را از زنان سلب کرده است. از این‌رو، زندگی آنها را در حالت تعلیق و انفعال قرار گرفته و با نوعی روزمرگی و رخوت همراه است. این مسئله خود را به صورت کیفیت پایین حضور و تعلق اجتماعی زنان حصارامیر زنان نشان داده است.

#### برگشت‌ناپذیری متقابل

«برگشت‌پذیری» از دیگر درون‌مایه‌های این پژوهش است. این درون‌مایه از دو درون‌مایه فرعی «تعاملات ناپایدار و ضعف گروه‌های مرجع» استخراج شده است. یکی از مولفه‌های مهمی که در برگشت‌ناپذیری و شکل‌نگرفتن روابط متقابل مبتنی بر مبادله متقابل نقش به‌سزایی دارد، جابجایی سکونتگاهی، یعنی نقل مکان‌های پیاپی ساکنان حاشیه‌نشین است. شکل‌گیری بده و بستان متقابل پایدار منوط به تعاون اجتماعی، پایداری علقه‌ها، پیوندهای همسایگی و خویشاوندی است که مدت زمان سکونت در یک محیط اجتماعی مهمترین سازوکار شکل‌دهی به آن است. مهاجرت‌های متعدد، رابطه متقابلی با عدم‌متمرکز طولانی و جابجای مکانی در روابط همسایگی دارند. نتیجه این



وضعیت بی‌اعتمادی در مشارکت و بی‌ارزش‌پنداشتن کار جمعی است. این وضعیت کارایی جمعی را متزلزل و زنان را در موقعیت‌های هدف‌یابی و ایجاد رفتارهای جمعی در موقعیت انفعال قرار می‌دهد. از این رو، بی‌ثباتی مسکونی و در کنار ناهمگونی همسایگی برای بسیاری از محله‌ها نامطلوب بوده و مانع شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی می‌شوند. یکی از زنان این وضعیت برگشت‌ناپذیری متقابل را این‌گونه توصیف می‌کند:

ما خیلی وقته اینجاییم. اما اینجا به خاطر کار خیلی‌ها میان و تا می‌خواهی آشنا بشی رفتن. چند وقت پیش همین همسایه‌مون که سبزی خردکنی داره، برای یکی سبزی خرد کرده بود و گفته بود یکی دو روز دیگه پولش رومی‌دم. اونم گفته بود همسایه است و پولو می‌ده. اما بعد مدتی دیدم از اینجا بار [اسباب‌کشی] کردن. موقعی که اینطوریه نباید خودتو خراب کنی.

بنابراین، کم‌شدن روابط در قالب همسایگی‌ها و شکل نگرفتن مناسبات برگشت‌پذیر در سپهر ناامنی مکانی یک پژواک ساده از زوال کنش‌های اجتماعی پایدار بین زنان حصارامیر می‌باشد. این روند برگشت‌ناپذیری متقابل، عمدتاً به دلیل ضعف عناصر اجتماعی ربط‌دهنده نیز تشدید می‌شود. به دلیل مهاجرپذیربودن، تضاد هویتی و قومی و ساختار موزاییکی، یکی از مشخصه‌های میدان مورد مطالعه (حصارامیر) است. این تضادها باعث شده است که زنان نتوانند دیگران را به همان‌گونه‌ای ببینند که خود او می‌بینند. این نگاه تصور سواری مجانی و بی‌پاسخ‌ماندن عمل سرزده از آنان را تقویت می‌کند. از این رو، این وضعیت کنش متقابل اجتماعی را تضعیف می‌کند. در نتیجه، گروه‌های مرجع و میانجی بین زنان شکل نمی‌گیرد که روابط و تعاملات خود را بر اساس آن کانالیزه و انسجام ببخشند. مشارکت‌کننده شماره ۹ می‌گوید:

خب باید معیاری باشه که اعتماد کنی یا نه؟ قبلاً حدود هشت نه سال پیش یه زنی بود که زن‌های محل بهش اعتماد داشتن و حرفش حرف بود. اون فوت کرد. از موقعی فوت کرد یه صندوق مالی داشتیم که دیگه کسی پیگیر نبود و بهم خورد. مردها هم یا به این چیزا کاری ندارن و اینا رو الکی می‌دونن یا دنبال چیزای دیگه هستن!

### رهابودگی و بی‌معنایی

«حس رهابودگی و بی‌معنایی» از هجده مفهوم پایه و دو مفهوم انسجام‌بخش «خودپنداره ضعیف و فرودستی جنسیتی» استخراج شده است. این مضمون به طرق مختلف از تکرار بالایی در بین مشارکت‌کنندگان برخوردار بود و می‌توان آن را یکی از مهمترین مضامینی دانست که در سلامت اجتماعی زنان حصارامیر نقش بازی می‌کند. زنان حاشیه‌نشین منطقه حصار امیر به دلیل عدم امنیت اجتماعی و نگاه ابزاری و نیز نهادینه‌شدن تصور فرودستی اجتماعی، قدرت انطباق و دست‌یابی به منابع اجتماعی ارزشمند را امری دشوار می‌دانند. مشارکت‌کننده شماره ۷ روایت می‌کند:

بین یه زن فقط نون و آب نمی‌خاد. توجه و احترام می‌خواد، تحسین و تشویق می‌خواد. من و زن داداشم شروع کردیم به کار آرایشگری و دست‌باف. هرچی رفتیم دنبال وام ندادن. این که هیچی؛



برادرم میگفت شما دو نفر بیکارید. بعد مدتی ول کردیم. اگه کسی حمایت میکردن الان ماشین زیر پامون بود.

نگرش منفی نسبت به غیرخودی و کلیشه‌های کلامی و خشونت اجتماعی مستتر در بطن روابط ناسالم محله‌ایی این تصور را ایجاد کرده است که زندگی آنان امری بیهوده است. وجود آزارهای جنسی از یک سو و نیز ضعف آگاهی اجتماعی از سوی دیگر، منجر به تقویت ذهنیت ابزاری و ابژه جنسی قرار گرفتن و در نتیجه فرسودگی عاطفی در بین زنان شده است.

این‌که نگاه مردان محله و حتی شوهرت مثل برده جنسی باشد، آدم را داغون می‌کنه. خیلی از دخترا فرار می‌کنن، بعد تو می‌گی زن‌ها در اینجا فعالیت می‌کنن و کوچه و محله براشون مهمه. مردها هم هیچ کاری و همکاری با هم ندارن چه برسه به زن‌ها (مشارکت‌کننده شماره ۹).

تنش بین زندگی روزمره از یک سو و نداشتن فهم مناسب از سوی دیگر باعث شده است که زنان دائماً خود و دیگران را در معرض بدبینی ببینند. اینکه به یک ابژه تبدیل شده‌اند و نیز فهم متناسب با نقش و عواطف زنانه از آنها وجود ندارد، آنها را فاقد معنا کرده است. وجود زندگی بخورنمیر و اقتصاد کم‌مایه نیز شرایطی ایجاد کرده است که زنان باید خود را وقت معیشت کنند. معیشت ناپایدار وقت و انرژی زنان مطلقه و بی‌سرپرست را محدود است. مرز بین روزمرگی و فراغت زنان مشخص نیست. به همین دلیل زنان با فقدان امنیت اقتصادی و حمایت اجتماعی، خود را به مثابه کسانی می‌دانند که باید در دایره محدود زمان حال زندگی کنند. نگرش کوتاه به زندگی باعث شده است آن‌ها خود را به‌درستی نشناسند و هویت اجتماعی و فردی که خودشکوفایی شخصیتی و اجتماعی آنها را رقم می‌زند، در هاله‌ایی از ابهام باقی بماند.

به‌نظرم باید به خودت برسی و به روزهای آینده فکر نکنی. ذهنت هم راحت. البته ما درآمدی نداریم و پس‌انداز نداریم، کاش بتونیم از عهده مخارج در بیایم (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

در واقع، چون تصور خاص از زنانگی و سبک زندگی زنانه و نیز تصور آینده مطلوب برای آنها امری مجهول است. بنابراین، سرمایه‌گذاری اجتماعی را اتلاف وقت می‌دانند. این امر باعث شده است که در بینگ آنها سرمایه اجتماعی به‌راحتی شکل نگیرد. علاوه بر این، این وضعیت حس اثربخشی آنها را کم‌رنگ کرده است. هویت اثرگذار زمانی رخ می‌دهد که فرد در بطن روابط اجتماعی پایداری قرار بگیرد که بتواند تصویری مثبت از خود داشته باشد و پذیرش اجتماعی کسب کند. اما، زنان این منطقه:

در وضعیتی قرار دارن که نه می‌شه گفت ارزشی داره و نه مفید هستن. من واقعا عذاب می‌کشم که این‌طوری زندگیم می‌گذره. آدم دوست داره مفید باشه. شاید زن‌های کارمند بتونن حس خوبی داشته باشن. این زن‌ها هم اینجا خیلی کم هستن. البته خیلی از زن‌ها میرن برا شرکت‌ها کار میکنن و واشر و پیچ‌ها رو از هم جدا می‌کنن، اما پولی بهشون نم‌یدن. خیلی کم می‌دن (مشارکت‌کننده شماره ۴).



## نتیجه‌گیری

این مطالعه درصدد بررسی تجربه زندگی حاشیه‌نشینی زنان منطقه حصارامیر پاکدشت و سلامت اجتماعی آن‌ها بود. و به‌صورت هدفمند با ده نفر از آنها مصاحبه فردی صورت گرفت. با رویکردی کیفی، عمیق و ژرف‌انگر به بررسی سلامت اجتماعی در بین زنان حاشیه‌نشین پرداختیم و با شناخت وجوه گوناگون تجربه زیسته آنها، درصدد کشف جوانب مختلف آن برآمدیم در نهایت، با قراردادن ابعاد مختلف آن در کنار یکدیگر، به شناخت بیشتر و درکی از سلامت اجتماعی زنان این منطقه دست یافتیم.

آنچه مشخص است این است که تجربه زیسته و قواعد بازی زندگی حاشیه‌ایی، نظام معنایی و انگاره‌های خاصی در خصوص سلامت اجتماعی زنان به وجود آورده که در مواردی پارادوکسی لاینحل با توسعه و سلامت اجتماعی آن‌ها دارد. از آنجایی که کنش‌های اجتماعی زنان به دلایلی از جمله «محدودیت رابطه‌ایی» ناشی از حاشیه‌نشینی، فرایند اجتماعی بودن آنها را تسهیل نمی‌کند، بنابراین فعالانه در جریان تعیین اولویت‌ها، سیاست‌ها، تخصیص منابع و اجرای برنامه‌های مربوط به زندگی اجتماعی خویش قرار نگرفته‌اند.

زنان منطقه حصارامیر به دلیل توزیع ناعادلانه منابع، درآمد پایین، کاهش نقش‌های خاص زنانه (به‌دلیل مهاجر بودن برخی از آنها و در نتیجه تعلق اجتماعی کم)، ساختار نابرابر و قدرت مردسالارانه، نداشتن تکیه‌گاه و حمایت درون‌گروهی، با ارزیابی منفی از آینده خود از زندگی مطلوب، با کیفیت و فعال روبه‌رو هستند. این وضعیت، تراکم و غلظت روابط در بین زنان را تحت تاثیر قرار داده است. در واقع، الف) دوام روابط: به معنای مدت زمان آگاهی و شناخت زنان از همدیگر، ب) هم‌سویی روابط: یعنی زنان درون یک شبکه قادر به ایجاد ارتباط مبتنی بر منافع اجتماعی مشترک با همدیگر باشند، یا نه، ج) کنش متقابل: یعنی زنان به چه میزان از همدیگر حمایت و پشتیبانی می‌کنند و این حمایت چه کیفیتی دارد، ضعیف است. هرگاه دوام روابط بالاتر باشد و هم‌سویی آن بیشتر باشد، کنش‌های متقابل آنها برای بهبود زندگی‌شان بیشتر می‌شود و حمایت، سلامت، مشارکت، امنیت و هویت در معنای اجتماعی قوی‌تر و بیشتر خواهد بود. به این اعتبار، زنان در فرایند ادغام اجتماعی، به‌مثابه بازیگران و عاملیت‌های اثربخش ظاهر نمی‌شوند. بنابراین، فرهنگ حاشیه‌نشینی، ادغام اجتماعی، انطباق اجتماعی و از همه مهمتر سلامت اجتماعی آنها را مضمحل ساخته و شرایط زیسته آنها امکان سهم‌بری آنها از مواهب اجتماعی و ادراکات‌شان از سلامت اجتماعی خود را ناقص گذاشته است. این روند، در مواردی (بیشتر در بین زنان مطلقه) منجر به اختلال در تصمیم‌گیری، از خودبیگانگی، بی‌انگیزگی و در نهایت فروپاشی بنیان‌های هویتی - معنایی آنها در بطن روابط اجتماعی خود شده است که خود را به صورت پذیرش موقعیت فرودستی نشان می‌دهد. پذیرش موقعیت فرودستی و زندگی منفعلانه توسط زنان به دلیل حاشیه‌بودن که سلامت اجتماعی آنها را تهدید روبه‌رو کرده است، وضعیتی است که نوسان آن در بین زنان متأثر از سبک زندگی حاشیه‌ایی آنها می‌باشد (عمق مسئله در بین زنان از حیث تحصیلات و قومیت و نیز وضعیت

تاهل، تا حدودی متفاوت است). حاشیه‌نشینی به دلیل اینکه قدرت خودشکوفائی و نیز انطباق‌پذیری زنان حصارامیر را با زوال رو به رو ساخته است، عاملیت و هویت‌آرگذار آنها را با تهدید روبه‌رو ساخته است. بنابراین، حضور مداوم زنان در خانواده و ضعف حضور در اجتماع محله‌ای غیررسمی، «شبکه اجتماعی جنسیت‌مدار» آن‌ها را تضعیف کرده است که خود مسبوق به ماهیت فضای جغرافیایی حاشیه‌بودگی است؛ به عبارت دیگر، تولید سرمایه و به تبع آن سلامت اجتماعی و فضای جغرافیایی، رابطه متقابل معکوسی با یکدیگر برقرار می‌کنند. بدین‌سان سرمایه انسانی موجود در ساختار اجتماعی حصارامیر، سرمایه اجتماعی ایجاد نمی‌کند، زیرا کنش‌ها «تصادفی و ناشی از مواجهه‌های بی‌قاعده» هستند. به سخن دیگر، می‌توان گفت که زنان به‌مثابه یک عامل مستقل و خودمختار تحت فشار عمومی قرار ندارند که چرا با همدیگر روابط عمیق برقرار نمی‌کند، چرا فعال نیستند و روابطشان با دیگران هم‌افزا نیست. فشار ساختاری موجود، عمدتاً اقتصادی است که خود را به صورت روانی و نارضایتی فروخورده بروز می‌دهد، نه اجتماعی که زنان را به سوی فعالیت و کنش اجتماعی وا دارد. بنابراین، زنان که در رسیدن به اهداف ارزشمند مثبت خود شکست خورده‌اند، فشار روانی متراکمی را تجربه می‌کنند که اتفاقاً «ضد/اجتماعی و ضد‌هویتی» است. این فشارها که ناشی از: گسست میان آرزوها و توقعات (ارزشی-روانی) از وضعیت گذشته؛ گسست میان توقعات و دستاوردهای واقعی (ذهنی-عینی) از وضعیت موجود؛ گسست میان پیامدهای مورد انتظار و پیامدهای واقعی (هزینه- فرصت‌ها) وضعیت پیش‌رو و آینده متصور هستند، مانع حرکت‌های اجتماعی خودجوش می‌شوند.

از حیث مقایسه یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات پیشین نیز باید گفت که با مطالعه نقدی و زاع همسو است. در این مطالعه بر باورهای فرهنگی و مشارکت اجتماعی زنان تاکید شده است که این یافته با درون‌مایه تجربه‌رهابودگی و بی‌معنایی به‌عنوان یک کلیشه فرهنگی و جنسیتی همسو است. افزون بر این، با یافته‌های مطالعه رجبی‌گیلان و همکاران (۱۳۹۳)، تاج‌مزینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵) نیز همسو است. توجه بر متغیرهای درون‌مایه بازگشت‌ناپذیری نشان می‌دهد که کنش‌ها ناقص می‌ماند و نوعی تجربه روابط ناقص ایجاد می‌شود. این امرکنش‌های اجتماعی زنان را در یک وضعیت معلق‌شدگی قرار می‌دهد. تاکید مطالعه واعظزاده و اباسه (۱۳۹۵) بر چرخه خشونت در خانواده و در نتیجه کاهش سلامت اجتماعی زنان نیز با درون‌مایه ناپایداری مرزهای خانوادگی قرابت دارد. در واقع، تجربه خشونت منجر به گسست روانی و اجتماعی زنان با اعضای خانواده و سایر افراد شده و نوعی طرد و عدم پذیرش اجتماعی را برای آن‌ها به ارمغان آورده است. علاوه بر این‌کاواچی و برکمن (۲۰۰۱) بر پیوندهای اجتماعی به‌عنوان منبع حمایت تاکید دارند و حاشیه‌نشینی را منبع زوال سلامت اجتماعی می‌دانند. این یافته با درون‌مایه خودحاشیه‌سازی و تداوم وضع موجود همسو است. دهال و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده‌اند که فقدان مشارکت زنان در نهادهای محلی سلامت آنها را با مخاطره روبه‌رو ساخته است. این یافته با درون‌مایه جایگاه تثبیت



نشده و ناساخت‌یابی اجتماعی زنان همسو است. هزازیکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) سلامت خانواده را عامل سلامت اجتماعی زنان هندی می‌داند. در این مطالعه نیز نشان دادیم که ناپایداری مرزهای خانوادگی عامل آشفستگی در سلامت اجتماعی زنان حصارامیر است.

در مجموع، از آنجا که زن بودن نه به‌عنوان پدیده‌ایی صرفاً زیستی، بلکه به‌عنوان واقعیتی اجتماعی قابل بررسی است، توجه به موقعیت زنان حاشیه‌نشین، دیدگاه‌ها، آمال، بیم‌ها و هویت زنانه آنان از این رهگذر تأمل بر ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مولد حاشیه‌نشینی میسر است. از این رهگذر، با تحدید نقش‌های خانوادگی و انتقال برخی از این وظایف به بیرون خانواده و بالارفتن سطح تحصیلات زنان، زمینه برای خروج آن‌ها از محیط خانه و محله را فراهم می‌شود که این عامل منجر به گرایش آنها به سوی برابری، دگرگونی نقش‌های سنتی زنان و رشد آگاهی جنسیتی آنها می‌شود. این روند با تقویت سرمایه اجتماعی آنها، زمینه‌های حضور بیشتر آنها در بطن جامعه و داشتن حس تعلق، انسجام، مشارکت، انطباق و در نهایت خودشکوفایی اجتماعی آنها را هموار می‌سازد. فقر در سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و انسجام اجتماعی آنها را کاهش داده و خود منجر به فقر درآمدی و فقر دسترسی به خدمات اساسی، نیز شده است. این فقر باید از طریق شبکه و هنجارهایی رفع شود که زنان را قادر به عمل جمعی می‌نماید. «راه‌اندازی کارگاه‌های مشاوره‌ای در خصوص جایگاه زنان در داشتن زندگی سالم»، «ازدیاد اعتماد و امنیت اجتماعی از طریق شناسایی زنان معتمد و مورد ارجاع به‌عنوان گروه‌های مرجع زنان که قبلاً در بین آنها وجود داشته و در یکی از نقل قول‌ها به آن اشاره شد» و «توجه به فعالیت‌های خانگی زنان و درآمدزایی آنها به منظور بالابردن حس اثرخشی آنها» و «راه‌اندازی صندوق‌های خرد محلی که بتواند زنان را دور هم جمع کند و از این طریق مشارکت اقتصادی آنها را به مشارکت اجتماعی تبدیل سازد» زنان را قادر می‌سازد که از طریق آن به کنش اجتماعی دلخواه بپردازند و سلامت اجتماعی خود را تقویت کنند.

<sup>1</sup> Hazarika



• افشانی، علیرضا و شیرین محمدآباد، حمیده (۱۳۹۴)، «رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد»، مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره ۴، شماره ۲، ۲۹۹-۲۷۷.

• اکبری، مریم؛ نجفی، ساریسا؛ ندریان، حیدر (۱۳۹۶)، «رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان زنان در شهر سنندج؛ مطالعه‌ای مبتنی بر جامعه»، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵ (۳)، صص ۱۵۵-۱۶۳.

• تاج‌میزبانی، علی‌اکبر و قاسمی‌نژاد، ابودر (۱۳۹۵). «کنش‌ورزی سیاسی و سلامت اجتماعی زنان: مورد مطالعه زنان ۱۵-۴۹ ساله منطقه چهار تهران»، مجله مطالعات انتخابات، سال ۵، شماره ۱۲-۱۳.

• ربانی، رسول؛ حقیقتیان، منصور؛ نظری، جواد و قاسمی، مریم (۱۳۹۰). «بررسی جامعه‌شناختی حاشیه‌نشینی و تاثیر آن بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان (مطالعه موردی ارزنان و دارک) زینبیه اصفهان»، فصلنامه علوم اجتماعی شوشتر، سال پنجم، شماره ۱۴، صص ۹۵-۱۲۶.

• رجیبی‌گیلان، نادر؛ قاسمی، سیدرامین؛ رشادت، سهیلا؛ زنگنه، عیبرضا و سعیدی، شهرام (۱۳۹۳). «سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن»، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال هجدهم، شماره نهم.

• نقدی، اسدالله و زارع، صادق (۱۳۹۲)، «مطالعه نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی - فرهنگی زنان حاشیه‌نشین (مورد مطالعه: شهرک سعدی شیراز)»، مطالعات جامعه‌شناختی شهری، دوره ۳، شماره ۹، صص ۶۷-۹۶.

• واعظ‌زاده، ساجده و اباسه، علی (۱۳۹۵). «زنان حاشیه‌نشین و بازتولید خشونت در روابط اجتماعی»، همایش بین‌المللی زنان و زندگی شهری، تهران، شهرداری تهران.

• یحیی‌زاده، حسین، رضانی، محمود (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن؛ مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه»، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۶.

• Alemu, G; Stevens, B; Ross, P and Jane Ch. (2015). " The Use of a Constructivist Grounded Theory Method to Explore the Role of Socially Constructed Metadata (Web 2.0) Approaches ", Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML); 4: 517-540.

• Alkire, S. (2010). 'Human Development: Definitions, Critiques, and Related Concepts; Background paper for the 2010 Human Development Report', Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), Queen Elizabeth House (QEH), Department of International Development, 3 Mansfield Road, Oxford OX4 1SD.

• Allen, J. A. V. (1985), Women as a major force in the planning and 'Development Issues in Marginal Regions'. Taipei: National Taiwan University.

• Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. Health Promotion International, 11, 11-18.



- Ascione, M; Luigi, C; Francesco, Ch; Sergio, U. (2009). "Environmental Driving Forces of Urban Growth and Development an Emergy-based Assessment of the City of Rome, Italy, Landscape and Urban Planning.
- Boland, M. (1978). Women and poverty: Are they synonyms? Social Development Issues, 2 (3), 75-87.
- Boyatzis, R. E. (2006). Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Sage Braun, Virginia; Clarke, Victoria, Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology, 8; Vol 3.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). "Using thematic analysis in psychology", Qualitative Research in Psychology, (3) 2.
- Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), Measuring and intervening in social support (pp. 53–85). New York: Oxford University Press.
- Byars, L.I & Rue, L.W. (2008). Human Resource Management: 9 th Edition. New York: Mc GrawHill.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., et al. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. Psychosomatic Medicine, 64, 407–417.
- Choudhury, M., Mahanta, L. B., Goswami, J. S., & Mazumder, M. D. (2011). Will capacity building training interventions given to street food vendors give us safer food?: A cross-sectional study from India. Food Control, 22, 1233-1239.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), Measuring and intervening in social support (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.
- Cohen, sh (2004), Social Relationships and Health, American Psychologist, November 2004.
- Dahal, S. ; Sanjay K. Nepal , Michael A. Schuett (2014). 'Examining Marginalized Communities and Local Conservation Institutions: The Case of Nepal's Annapurna Conservation Area, Environmental Management', 53:219–230.
- Dehan, Nicole and Zipi, Levi (2007), Spiritual Abuse: An Additional Dimension of Abuse Experienced by Abused Haredi(Ultraorthodox) Jewish Wives, Violence Against Women, 15: 1294 – 1310.
- Erchak, G, Richard, R (1994), Societal Isolation, Violent Norms, and Gender Relations: A Reexamination and Extension of Levinson's Model of Wife Beating, Cross- Cultural Research, 28: 111- 133.
- Evans, G. L. (2013)."A Novice Researcher's First Walk Through the Maze of Grounded Theory: Rationalization for Classical Grounded Theory",The Grounded Theory Review; (12) 1.
- Ezeh, A. (2017). The health of people who live in slums: The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums, The Lancet; 389: 547-58.
- Gill,C & Thériault, L. (2005). Connecting Social Determinants of Health and Woman Abuse: A Discussion Paper, Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities Finding Common Ground: Creating a Healthier and Safer Atlantic Canada August 23-26, 2005 - U.P.E.I. University of New Brunswick.
- Haralambos M. and Holborn M. (2008). Sociology: Themes and perspectives. London: Harpor collins publishers.
- Harpham, T; E. carant, and Rodriguez. c. (2004). Mental Health and Social Capital in Cali, Colombia, Social Science and Medicine; 58, 2267-2277.



- Hazarika, I. (2010). Women's Reproductive Health in Slum Populations In India: Evidence from NFHS-3, Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine.
- Jarchow, A. L. (2004), Analyzing Attitudes Toward Violence Against Women. PhD Thesis. United States: Idaho State University.
- Kawachi, I, and L, Berkman. (2001). Social ties and mental Health, Journal of urban Health.; 78 (3) 458-467.
- Keyes , C . , M. (1998). Social well-being . social psychology Quarterly1998; 2 . 121 – 140.
- Keyes , C . M , & Ryff , C . D. (2000). Subjective change and mental health : a self – concept theory . Social psychology Quarterly; 63, 264 – 279.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. Psychological Bulletin, 127, 472– 503.
- Leonard, P. (1984). Personality and ideology: Towards a materialist understanding of the individual. London: Macmillan.
- Magar, V. (2003). Empowerment approaches to gender-based violence: women's courts in Delhi slums. Forum, Volume; p-p: 509-523.
- McElroy M, Jorna RJ, van Engelen J. (2007). Sustainability Quotients and the Social Footprint, John Wiley and Sons Ltd and The European Research Press Ltd.
- Midgley, J. (2014). Social Development: Theory & Practice. London: SAGE Publicaiton Ltd.
- Munhall, PL .( 2011), Nursing research. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Pelc, S. (2017). Marginality and Marginalization, R. Chand et al. (eds.), Societies, Social Inequalities and Marginalization, Springer International Publishing.
- Rahman, A. (1992) "People's Self Development," in Ekins, P., and Max-Need, M. (eds.) Real-Life Economics: Understanding Wealth Creation, London: Routledge, pp. 167-80.
- Schiffer, K. and Schatz, E. (2008). Marginalization, social inclusion and health, Correlation is co-sponsored by the European Commission, DG Sanco and the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS). Publisher: Foundation RegenboogAMOC.
- Seligman E. p.”( 2003). Happiness: The three traditional theories social Behavior”;
- 32, 80-99.
- Sen, A.K. (1985), Commodities and Capabilities, North Holland: Amsterdam.
- Tacoli, C . (2017), Migration and inclusive urbanization, united nations expert group meeting on sustainabing cities human, mobility and internatonal migeration, UN/POP/EGM/2017/6.
- Tacoli, C, Budoor, B and Susannah E. F. (2013).‘Urban poverty, food security and climate change’ Human Settlements Working Papers, IIED, London.
- Thomas, R. & Sinha, J. W. (2009).A critical look at microfinance and NGOs in regard to poverty reduction for women. Social Development Issues, 31(2), 30-42.
- UN Habitat. (2009). Planning Sustainable Cities, Global Report on Human Settlements, United Nation Human Settlement Programme, London.