

بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت، یک مرور نظام مند

مریم لطیفیان*، اسما بنی اسد**، محمد کامالی***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۰

چکیده

امروزه نقش افراد دارای معلولیت به عنوان عضوی از جامعه در عرصه‌های مختلف اجتماعی اهمیت ویژه‌ای یافته است. با توجه به اینکه معلولیت بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی جامعه تأثیر می‌گذارد و تأثیرات بسیاری نیز بر زندگی اجتماعی فرد دارای معلولیت دارد، مطالعه و تحلیل جنبه‌های مختلف پدیده معلولیت الزامی به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به ابعاد اجتماعی معلولیت در ایران انجام شد. روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مطالعات مروری نظام‌مند و جامعه آماری پژوهش شامل تمام مقالات پژوهشی حاصل از مطالعات کمی و کیفی انجام شده در کشور ایران بود که در رابطه با ابعاد اجتماعی معلولیت به زبان فارسی و از سال ۱۳۷۸ تا تیرماه ۱۳۹۸ منتشر شده‌اند. به منظور دستیابی به مطالعات مرتبط با موضوع، کلیدواژه‌های اجتماعی و ابعاد اجتماعی، معلولیت، استثنایی، نیازهای ویژه و کم‌توان در پایگاه‌های علمی بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه مجلات تخصصی نور و موتور جستجوی گوگل اسکالر جست‌وجو شدند. همچنین فصلنامه‌های تخصصی چون فصلنامه توانبخشی، فصلنامه توانبخشی نوین، فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد، طب توانبخشی، مطالعات ناتوانی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی و مجله پژوهش در علوم توانبخشی نیز برای اطمینان از دستیابی به تمام مقالات، به صورت دستی جست‌وجو و پس از غربال در مراحل مختلف و با توجه به معیارهای ورود، ۲۶ مقاله مورد مطالعه عمیق قرار گرفته و تحلیل شدند. از مجموع تعداد ۲۶ مقاله، ۱۰ مقاله به روش کمی، ۱۲ مقاله کیفی و ۴ مقاله به روش آمیخته صورت گرفته بودند. ابزار استفاده شده شامل ۸ پرسشنامه محقق ساخته و ۱۵ پرسشنامه استاندارد بود. اطلاعات ۱۶ مقاله نیز از طریق مصاحبه و تشکیل جلسات متمرکز بدست آمده بود. گروه هدف ۷۷٪ مقالات افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی، ۱۵٪ حسی (نابینایی و ناشنوایی) و ۸٪ ذهنی بودند. دو مقاله

* دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

maryam.latifian.1993@gmail.com

** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

baniasad.asma@yahoo.com

*** استاد مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. kamali.mo@iums.ac.ir

(۸٪) نیز با تمرکز بر ابعاد اجتماعی معلولیت زنان صورت گرفته بود. همچنین مفاهیم نیازها و مشکلات، زندگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، پذیرش فردی و اجتماعی و اشتغال در مقالات مورد بررسی قرار گرفته بودند. بر اساس نتایج تحقیق حاضر می‌توان به نمای کلی از ابعاد اجتماعی معلولیت در جامعه ایران دست یافت. نتایج نشان داد که معلولیت بر بعد اجتماعی زندگی افراد دارای معلولیت تأثیر گذار است و این افراد با چالش‌های متعددی در زندگی اجتماعی خود روبرو هستند یافته‌های حاصل، منجر به آگاهی از نقاط ضعف و قوت پژوهش‌های صورت گرفته شده و چشم‌اندازی برای پژوهش‌های آتی فراهم می‌سازد، همچنین می‌تواند زمینه‌ساز مداخلات مؤثر برای افراد دارای معلولیت گردد.

کلیدواژه‌ها: معلولیت، ابعاد اجتماعی، مرور نظام‌مند

مقدمه و بیان مسئله

افراد دارای معلولیت^۱ بزرگ‌ترین اقلیت جهان را تشکیل می‌دهند (Khasnabis et al, 2010: 18). حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان یا تقریباً حدود یک‌هفتم آنان با نوعی از ناتوانی^۲ زندگی می‌کنند (WHO, 2015: 6)، که حدود ۲۰۰ میلیون از این افراد مشکلات قابل توجهی را در عملکردشان تجربه می‌کنند (WHO, 2011: 11). در ایران با توجه به آخرین آمار که مربوط به آبان ۱۳۹۰ است، از کل جمعیت کشور، ۱۰۱۷۶۵۹ نفر حداقل یک معلولیت دارند (سالنامه آماری، ۱۳۹۵: ۵۶۹). در سال‌های آتی ناتوانی به یک نگرانی بزرگ‌تر تبدیل خواهد شد چون نرخ آن به دلیل بالا رفتن جمعیت سالمند، افزایش ریسک ابتلا به ناتوانی در این افراد و همچنین افزایش جهانی بیماری‌هایی نظیر دیابت، سرطان، اختلالات سلامت روان و بیماری‌های قلبی عروقی رو به افزایش است. ناتوانی، مفهومی پویا، پیچیده، چندبعدی و بحث‌برانگیز است (WHO, 2011: 11). این مفهوم در طول زمان تغییرات بسیاری داشته است. بر اساس آخرین طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، معلولیت و ناتوانی و سلامت^۳، عملکرد عنوانی فراگیر است که تمام عملکردهای بدن، فعالیت‌ها و مشارکت فرد را همانند چتری در برمی‌گیرد و مشابه آن ناتوانی نیز عنوانی فراگیر در

1. Persons with disability

2. disability

3. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

نظر گرفته می‌شود که برای اختلال‌ها، محدودیت‌های حرکتی یا موانع مشارکت به کار می‌رود (WHO, 2001: 7).

انواع الگوهای ذهنی برای درک و بیان ناتوانی و عملکرد پیشنهاد گردیده است. می‌توان آن‌ها را به شکل «الگوی پزشکی» و «الگوی اجتماعی» بیان نمود. در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ دیدگاه فردی و پزشکی از ناتوانی به چالش کشیده شد و طیف وسیعی از رویکردهای اجتماعی مانند الگوی اجتماعی معلولیت گسترش یافت. الگوی پزشکی، ناتوانی را مشکل فردی دانسته که مستقیماً به علل بیماری، ضربه یا سایر شرایط سلامت ایجاد می‌گردد و نیازمند خدمات پزشکی توسط متخصصین می‌باشد. اداره نمودن ناتوانی هدف الگوی مذکور از طریق درمان یا تطبیق و تغییر رفتار فرد است. خدمات پزشکی موضوع اصلی کار نشان داده شده است و در سطح سیاست‌گذاری، پاسخ عمده عبارت از تغییر یا اصلاح راهکار ارائه خدمات بهداشتی است (Khasnabis et al, 2010: 15).

الگوی اجتماعی ناتوانی، از طرف دیگر موضوع را عمدتاً یک مشکل ایجادشده در اجتماع دانسته و اصولاً آن را در چارچوب حضور کامل در جامعه مورد ملاحظه قرار می‌دهد. ناتوانی یک صفت فردی نیست، بلکه مجموعه پیچیده‌ای از شرایطی است که غالب آن‌ها مخلوق محیط اجتماعی است، از این‌رو برخورد با مشکل مستلزم اقدام اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی برای انجام تطابق‌های محیطی لازم برای مشارکت کامل افراد دارای ناتوانی در تمام زمینه‌های زندگی اجتماعی است. از این‌رو موضوع یک امر نگرشی و ایدئولوژیک است و نیازمند تغییر اجتماعی بوده و در سطح سیاست‌گذاری یک موضوع حقوق بشری است. برای این الگو، ناتوانی یک موضوع سیاست‌گذاری است (WHO, 2001: 24). شواهد تجربی در حال افزایش در جهان، نشان می‌دهد که افراد دارای معلولیت و خانواده‌هایشان با احتمال بیشتری نسبت به افراد غیر معلول، محرومیت‌های اقتصادی، اجتماعی را تجربه می‌کنند. بسیاری از افراد دارای معلولیت دسترسی برابر به خدمات بهداشتی، تحصیلی و فرصت‌های شغلی را ندارند، خدمات مورد نیاز را دریافت نمی‌کنند و محرومیت از فعالیت‌های روزمره زندگی را تجربه می‌کنند (WHO, 2011: 21).

در سراسر جهان، افراد دارای معلولیت با موانع گسترده‌ای از جمله بهداشت، آموزش، اشتغال، حمل‌ونقل و ... روبرو هستند. این موانع به دلیل سیاست‌ها، استانداردها، ارتباطات و بودجه ناکافی، عدم دسترسی به اطلاعات، نگرش‌های منفی و عدم مشارکت در تصمیم‌هایی است که به‌طور مستقیم بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد. در نتیجه افراد دارای معلولیت شرایط نامساعدتری در سلامت و شرایط اقتصادی، نسبت به سایر افراد دارند. مثل وضعیت بهداشتی ضعیف‌تر، دسترسی به خدمات آموزشی کمتر، مشارکت اجتماعی و اقتصادی کمتر و بالاتر بودن نرخ فقر (WHO, 2015: 3). امروزه، نقش افراد دارای معلولیت به‌عنوان عضوی از جامعه در عرصه‌های مختلف اجتماعی اهمیت ویژه‌ای یافته است؛ به‌طوری‌که نسبت به گذشته، مطالعه و تحلیل جنبه‌های مختلف زندگی این گروه از جامعه توجه کارشناسان امر را جلب کرده است.

داده‌های جهانی و ملی ایران گزارش می‌کند که افراد دارای معلولیت در دسترسی به آموزش، اشتغال، فضاها و فرصت‌های اجتماعی در شرایط نابرابری با افراد بدون معلولیت قرار دارند و مورد تبعیض قرار می‌گیرند. مسئله تنها به خود فرد ختم نمی‌شود بلکه محیط اجتماعی و خانواده افراد دارای معلولیت را نیز درگیر خود می‌سازد (صادقی فسایی و فاطمی نیا، ۱۳۹۳: ۱۸۶). عمده‌ترین نیازهای افراد دچار معلولیت در ایران در حوزه‌های آموزش و اشتغال و ازدواج است. همچنین، افراد مبتلا به ناتوانی جسمی در مقایسه با دیگر افراد جامعه مشارکت کمتری در اجتماع دارند و نفوذشان نیز کمتر است. آن‌ها در مقایسه با افراد بدون معلولیت درآمد کمتر، تحصیلات پایین‌تر و شرایط سکونتی نامناسب‌تری دارند (سجادی و زنجری، ۱۳۹۴: ۳۸). توجه و بررسی وضعیت افراد دچار معلولیت در عرصه سیاست‌گذاری و خدمات اجتماعی اهمیت بسیاری دارد. فرد دارای معلولیت در خلأ زندگی نمی‌کند بلکه با محیط و بستر اجتماعی در تعامل است. همچنین چگونگی درک فرد دارای معلولیت از ناتوانی تحت تأثیر ارزش‌های فرهنگی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند قرار دارد. بنابراین ناتوانی نه تنها تابعی از ناتوانی جسمی فرد، بلکه تحت تأثیر عوامل اجتماعی است (Sabo Suleiman, 2010: 1805). انسان‌ها موجوداتی چندبعدی هستند که

بی‌اعتنایی به هریک از این وجوه، بخشی حیاتی از زندگی افراد را به مخاطره می‌اندازد و پیامدهای قابل توجهی نیز بر کل زندگی آنان خواهد داشت (استادیان خانی و فدایی مقدم، ۱۳۹۶: ۶۵ به نقل از: Heimberg et al, 2010).

بررسی پیشینه پژوهش که با مرور منابع معتبر و مرتبط با موضوع مورد مطالعه انجام گرفت مشخص ساخت که علیرغم پیدایش مدل اجتماعی به معلولیت در پاسخ به مدل پزشکی و با وجود انجام پژوهش‌های متعدد در زمینه معلولیت، هنوز ابعاد اجتماعی معلولیت به خوبی بررسی و شناخته نشده است. لذا این پژوهش به دنبال آن است که به مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به ابعاد اجتماعی معلولیت در ایران پردازد تا با توجه به یافته‌های حاصل از آن بتوان ابعاد اجتماعی مرتبط با معلولیت را شناسایی و طبقه‌بندی کرد و تصویر دقیق‌تری از چگونگی توجه پژوهش‌های این حوزه به گروه‌های هدف درگیر معلولیت، مفاهیم مورد توجه در حوزه اجتماعی و ابعاد روش‌شناختی فراهم شود. آگاهی از کمبودها و نقاط قوت پژوهش‌های صورت گرفته می‌تواند چشم‌اندازی برای پژوهش‌های آتی فراهم سازد و همچنین زمینه‌ساز مداخلات مؤثر برای افراد دارای معلولیت گردد.

پیشینه پژوهش

هانا تاف و همکاران^۱ (۲۰۱۷)، مرور سیستماتیکی تحت عنوان روابط اجتماعی، سلامت ذهنی و بهزیستی در ناتوانی جسمی انجام دادند. با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف پژوهش‌های بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۶ مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس معیارهای ورود ۶۳ مطالعه انتخاب شدند. بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل این مقالات بیشتر مطالعات به بررسی حمایت اجتماعی (۵۸ مقاله)، پرداخته بودند و مفاهیم دیگری نظیر شبکه‌های اجتماعی، تعاملات منفی اجتماعی، عملکرد خانواده و کیفیت ارتباطات کمتر مورد توجه قرار گرفته بودند. بر اساس نتایج، شبکه اجتماعی نقش مهمی در سلامت معنوی و بهزیستی شخص

1. Hannah Tough

دارای معلولیت دارد. بنابراین متخصصان توانبخشی باید از فرد دارای معلولیت در جهت ارتقای سلامت معنوی و بهزیستی حمایت کنند و اطمینان حاصل کنند که روابط آنها کیفیت بالایی دارد و حمایت برای وی در دسترس است.

میترا، پوزاراک و ویک^۱ (۲۰۱۳)، با استفاده از داده‌های بین‌المللی، به بررسی ویژگی‌های اقتصادی افراد دارای معلولیت در ۱۵ کشور در حال توسعه پرداختند و نشان دادند در بیشتر کشورها، معلولیت به‌طور قابل ملاحظه‌ای با بالا بودن فقر چندبعدی، همچون میزان تحصیلات پایین، میزان اشتغال پایین و هزینه‌های پزشکی بالا مرتبط است.

حسینی و صفری (۱۳۸۷)، پژوهشی با عنوان معلولیت، فقر و طرد اجتماعی انجام دادند. این مطالعه از نوع اسنادی و تجزیه و تحلیل ثانویه است که از اطلاعات و آمار سازمان بهزیستی و مرکز آمار استفاده شده است. بر اساس یافته‌ها معلولیت در شرایط فقدان فرصت‌های زندگی به طرد اجتماعی منجر می‌شود. جامعه به‌منظور جذب کامل افراد دارای معلولیت ملزم به تأمین این فرصت‌هاست. در ایران از سویی با محدودیت و کمبود چشمگیر اطلاعات و آمار مربوط به جمعیت افراد دارای معلولیت و وضعیت آنها و از سویی با ناچیز بودن اقدامات حمایتی و محدودیت در اشتغال و فقر قابلیت معلولان در زمینه‌هایی مانند آموزش مواجه هستیم. بر اساس نتایج در ایران افراد دارای معلولیت به دلایلی نظیر محرومیت درآمدی، مشخص نبودن میزان و نوع اشتغال، فقر قابلیت در خصوص شاخص آموزش و فقدان اعتبارات لازم جهت اجرای قانون جامع حمایت از حقوق معلولان در شمار فقیرترین و مطرودترین افراد جامعه دارد.

صادقی فسایی و فاطمی نیا (۱۳۹۳)، در پژوهشی با عنوان معلولیت نیمه پنهان جامعه، رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران با رویکردی جامعه‌شناختی به داده‌های موجود در دو سطح جهانی و ملی، پدیده معلولیت را مورد بررسی قرار داده و آن را مسئله‌ای اجتماعی معرفی نموده‌اند. این مطالعه به روش تحلیل ثانویه صورت گرفته و بنا بر نتایج پژوهش مذکور، آنچه که امروزه در تحقیقات مختلف مشاهده می‌شود به‌ویژه در

1. Mitra, Posarac and Vick

داخل کشور نوعی رویکرد پزشکی و مدیریتی است که دارای نوعی التقاط‌گرایی است و به پدیده معلولیت به‌عنوان یک مسئله اجتماعی نظر ندارند. در واقع اگرچه آن‌ها خواهان حل یک یا چند مشکل افراد دارای معلولیت هستند اما نتوانسته‌اند وضعیت افراد دارای معلولیت و آثار و پیامدهای مترتب بر آن را در درون نظام اجتماعی ترسیم کنند.

سجادی و زنجری (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان معلولیت (ناتوانی) در ایران: شیوع، ویژگی‌ها و همبسته‌های اقتصادی و اجتماعی آن انجام دادند. در این مطالعه، از روش تحلیل ثانویه داده‌های خرد سرشماری ۱۳۸۵ استفاده شد. این داده‌ها در دو سطح فردی و خانوار در قالب نمونه دو درصدی از کل کشور، جمع‌آوری شده است. در این داده‌ها، تعداد ۱۹۸۴۸ نفر دارای معلولیت و ۱۲۳۵۴۴۵ نفر فاقد معلولیت و همچنین در سطح خانوار، ۱۷۱۶۶ خانوار دارای حداقل یک فرد دارای معلولیت و ۲۹۸۷۴۱ خانوار بدون فرد معلول بوده‌اند. بر اساس یافته‌ها شیوع معلولیت در ایران حدود ۱۴ در هزار برآورد شد و میزان شیوع معلولیت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری و در میان مردان بیشتر از زنان بود. همچنین نتایج نشان داد، افراد دچار معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر و نامناسب‌تری در مقایسه با افراد فاقد معلولیت داشتند. به‌علاوه، میزان و شیوع معلولیت برحسب ویژگی‌های سرپرست خانوار، وضعیت اقتصادی و رفاه خانوار به‌طور معناداری متفاوت بود.

مبانی نظری

پژوهشگران علوم اجتماعی، معلولیت را در قالب پارادایم‌ها و مدل‌های گوناگون تعریف و بررسی کرده‌اند و کوشیده‌اند با تأکید بر عوامل اجتماعی و فرهنگی، مطالعات خود را از منشأ زیستی، پزشکی و اخلاقی معلولیت جدا کنند. در رویکردهای نوین تغییر بافت اجتماعی یا محیط جای خود را به مداخلات مبتنی بر درمان فرد داده است. معلولیت فارغ از تعاریف، پارادایم‌ها و مدل‌های گوناگون آن و نیز وام‌گیری از انواع نظریات جامعه‌شناسی، بازنمود اجتماعی داشته و اثرات متقابل افراد دارای معلولیت و جامعه را به

دنبال دارد و حتی از زاویه دید برخی از محققان، یک برساخته اجتماعی است. با مقایسه تطبیقی نظرات پژوهشگران مختلف درمی‌یابیم که فصل مشترک همگی آن‌ها تأکید بر رویکرد جامعه‌شناسانه در تحلیل و تبیین معلولیت است (عبداللهی، ۱۳۹۷: ۱).

به‌طور کلی مطالعات جامعه‌شناختی معلولیت در قالب چهار مکتب کارکردگرایی، تفسیرگرایی، انسان‌گرایی رادیکال و ساختارگرایی رادیکال قابل‌بحث و بسط است. در نگاه کارکردگرایان، جامعه یک وضعیت ارگانستی است که همه اعضاء در چارچوب هماهنگی و توافق با هم همکاری دارند. آن‌ها فرد معلول را به‌عنوان یک جسم مادی ناقص می‌بینند که در انجام کارکردهای خود ناتوان است. ریشه این دیدگاه در نظریه نقش بیمار پارسونز است، یعنی نقشی که ناسازگار، ناتوان و ضعیف در انجام وظایف مترتب بر آن است. رویکرد تفسیرگرایانه نیز معتقد است که معلولیت طی یک فرایند تفسیری در تعاملات اجتماعی برساخته می‌شود. آن‌ها معلولیت را یک تولید ارادی فعال برای خلق یک هویت اجتماعی تعریف می‌کنند. در واقع بدن و معلولیت آن نقطه پیوند فرد و جامعه است. به این معنا که جامعه و تفاسیر آن از فرد دارای معلولیت، بدن را به یک محصول اجتماعی تبدیل کرده و رفتارها و تعاملات انسان را هدایت می‌کند (صادقی فسایی و فاطمی نیا: ۱۳۹۳: ۱۶۰).

انسان‌گرایان رادیکال، معلولیت و اختلال را علائمی فرهنگی اجتماعی تعریف می‌کنند، که فرهنگ‌ها و ایدئولوژی‌های مختلف آن را تولید می‌کنند. بنابراین واژه‌هایی که برای توصیف یک فرد دارای معلولیت بکار گرفته می‌شود حاوی ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی نهفته‌ای است که تنها با روش‌های عمیق علمی و مردم‌شناسانه می‌توان آن را فهم کرد. ساختارگرایان رادیکال نیز معلولیت را به‌عنوان یک فرایند طرد ساختاری، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تعریف می‌کنند که باعث می‌شود فرد دارای معلولیت از عرصه‌های عادی زندگی منزوی شود (صادقی فسایی و فاطمی نیا، ۱۳۹۳: ۱۶۱). طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، معلولیت و سلامتی^۱ (ICF) که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است، نیز

1. International Classification of Functioning, Disability and Health

الگوهای مفهومی گوناگونی چون الگوی پزشکی، الگوی اجتماعی و الگوی اخلاقی را برای درک، توضیح و تبیین معلولیت ارائه نموده است. مقاله حاضر با تأکید بر الگوی اجتماعی معلولیت تدوین گردیده است.

در مدل پزشکی، معلولیت یک عارضه شخصی است که از بیماری و یا نقص ژنتیکی ناشی می‌شود و نیازمند درمان حرفه‌ای است. در واقع این فرد متخصص و حرفه‌ای است که تعیین می‌کند چه کسی معلول و یا غیر از آن است. از این منظر معلول عضو منفعل جامعه است که همراه با دیگر معلولین به نوعی از جامعه جدا نگاه داشته شده‌اند. هم‌چنین جامعه، فرد دارای معلولیت را فردی ناکارآمد و ناقص تلقی می‌کند که نمی‌توان از او انتظار زیادی داشت. هسته مرکزی این مدل بر درمان و دستیابی به سلامت قرار گرفته است و در سطح سیاسی و برنامه‌ریزی تنها به سیاست‌های درمانی توجه دارد (Duncan, 2013: 258).

مدل پزشکی معلولیت به خصوص در جوامع توسعه‌نیافته همچنان حضوری قدرتمند دارد. افراد دارای معلولیت در این رویکرد شایسته ترحم و محتاج مراقبت‌های دائمی هستند و محدودیت‌های ذهنی جسمی آن‌ها برجسته‌سازی می‌شود (عبداللہی، ۱۳۹۷: ۴۳).

در پاسخ به الگوی پزشکی ناتوانی، پژوهشگران این حوزه، مدل اجتماعی را معرفی نمودند که متکی بر تمایز جدی بین مفاهیم نقص و ناتوانی است. در مدل اجتماعی نقص به‌عنوان یک وضعیت بدنی غیراستاندارد تعریف می‌شود که ممکن است توسط فرد دارای نقص به صورت منفی ارزیابی شود یا خیر. در تضاد با آن ناتوانی، محدودیت در عملکردی است که منجر به کنار گذاشته شدن از مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد. الگوی اجتماعی معلولیت غالباً به‌عنوان رویکرد موانع تعریف می‌شود و بیان می‌کند که معلولیت ناشی از نقص در فرد نیست، بلکه به دلیل موانع محیطی، ساختاری و نگرشی است که در زندگی فرد دارای معلولیت برای جلوگیری از ورود و پیشرفت آن‌ها در بسیاری از حیطه‌ها نظیر اشتغال، آموزش و اوقات فراغت وجود دارد. در ادامه به توضیح مختصر این موانع پرداخته می‌شود.

موانع ساختاری: به هنجارهای اساسی، معیارها و ایدئولوژی‌های سازمان‌ها و مؤسسات مربوط است که به وسیله سلسله‌مراتب قدرت پایدار است.

موانع محیطی: این مورد به موانع فیزیکی در محیط اشاره دارد و همچنین به روش‌هایی که یک سری از فعالیت‌ها انجام می‌شوند و ممکن است منجر به حذف فرد دارای معلولیت گردد اشاره دارد. برای مثال روش برگزاری جلسات و زمان مجاز برای انجام کارها.

موانع نگرشی: نگرش‌ها و رفتارهای نامطلوب مردم در مورد افراد دارای معلولیت (عبداللهی، ۱۳۹۷: ۴۴).

الگوی اجتماعی معلولیت به محیط اطراف فرد دارای معلولیت توجه می‌کند و نشان می‌دهد که حداقل، برخی نواقص و محدودیت‌ها تنها به دلیل تعامل با محیط اجتماعی است. از این رو، این الگو معلولیت را به عنوان یک وضعیت نامطلوب ناشی از تلاقی نقص عضو فردی و محیط اجتماعی که شامل معماری، اقتصاد، سیاست، فرهنگ و هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های زیبایی‌شناختی و مفروضات درباره سلامت و توانایی است، می‌داند (رضی و علیمردانی، ۱۳۹۲: ۲).

در واقع می‌توان گفت در بین عوامل گوناگونی که در شرایط زندگی افراد دارای معلولیت تأثیرگذار هستند، جامعه نقش مهم و بسزایی در برخورداری از حقوق برابر با سایر افراد جامعه ایفا می‌کند و عدم توجه به این افراد و فراهم نکردن شرایطی برای مشارکت آنان در جامعه، بی‌توجهی به نیازهایشان و فراهم نکردن فرصت‌های زندگی منجر به طرد اجتماعی آنان خواهد شد و همین امر موجب می‌گردد که افراد دارای معلولیت و افراد غیر معلول از فرصت زندگی یکسانی برخوردار نباشند.

سؤال‌های پژوهش

۱. روش‌های پژوهش مورد استفاده در پژوهش‌های ابعاد اجتماعی معلولیت کدام است؟
۲. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش‌های ابعاد اجتماعی معلولیت کدام است؟
۳. انواع معلولیت‌های مورد بررسی در پژوهش‌های ابعاد اجتماعی معلولیت کدام است؟
۴. مفاهیم مورد مطالعه در حوزه اجتماعی پژوهش‌های معلولیت کدام است؟

روش پژوهش

مطالعات مروری در سال‌های اخیر، جای خود را در میان سایر پژوهش‌های به‌عمل‌آمده در حوزه سلامت باز نموده‌اند. این مطالعات، در واقع نوعی از پژوهش را در برمی‌گیرند که جمعیت مورد مطالعه آن را، مقالات پژوهشی چاپ شده در یک حوزه خاص تشکیل می‌دهند. در واقع، برخلاف مقالات پژوهشی که گاهی اوقات با عنوان مقالات اصیل شناخته شده‌اند جمعیت مورد بررسی در مطالعات مروری، مقالات اصیلی است که پیرامون یک موضوع خاص به رشته تحریر درآمده‌اند (رضائیان، ۱۳۹۲: ۱۱۱۵۰). از بین روش‌های موجود برای انجام مقاله مروری در این پژوهش از روش مرور سیستماتیک^۱ استفاده گردیده است. در این روش برای پاسخگویی به یک سؤال پژوهشی مشخص و با استفاده از یک روش علمی برنامه‌ریزی شده مطالعات مرتبط با سؤال مورد نظر را مورد بررسی قرار می‌دهد. ساختار کلی یک مرور سیستماتیک عبارت است از جستجو و یافتن مطالعات مربوطه، ارزیابی آن‌ها بر اساس معیارهای مشخص، تلفیق نتایج و ارائه یافته به‌طور موجز و شفاف. این نوع مرور کمک می‌کند تا افراد تصمیم‌گیر بتوانند تصمیم درستی در رابطه با یک موضوع مشخص که در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، اتخاذ نمایند (صفاری و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۱).

1. review Systematic

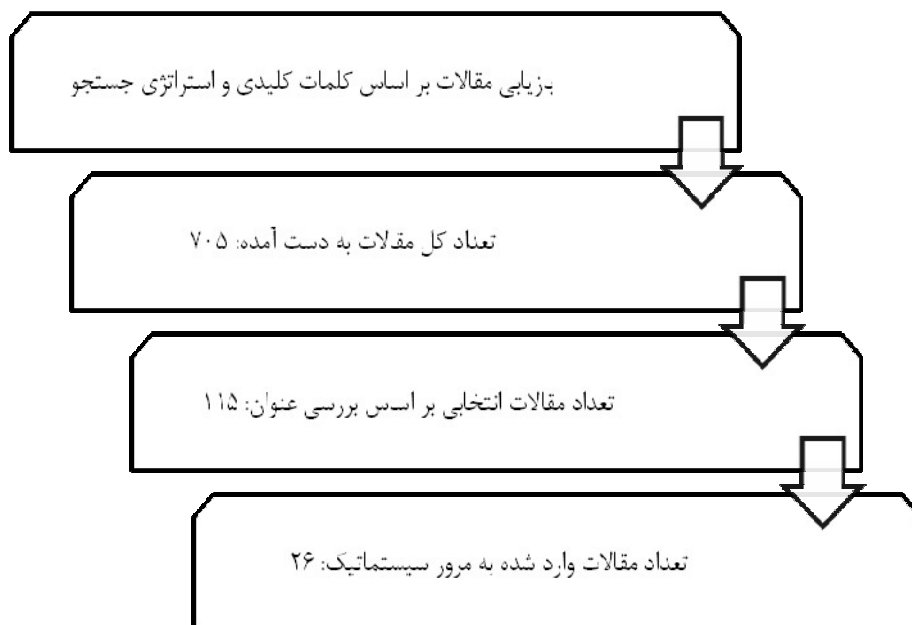
این مطالعه به دنبال پاسخ به این سؤال است که چه پژوهش‌هایی در ایران به بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت پرداخته‌اند. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مقالات پژوهشی حاصل از مطالعات کمی و کیفی انجام شده در کشور ایران بود که در رابطه با ابعاد اجتماعی معلولیت به زبان فارسی و از سال ۱۳۷۸ تا تیرماه ۱۳۹۸ منتشر شده‌اند. در مرحله نخست، به منظور دستیابی به مطالعات مرتبط با موضوع، کلیدواژه‌های مرتبط شامل اجتماعی و ابعاد اجتماعی، معلولیت، استثنایی، نیازهای ویژه و کم‌توان در پایگاه‌های علمی بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه مجلات تخصصی نور و گوگل اسکالر جست‌وجو شدند. همچنین فصلنامه‌های تخصصی چون فصلنامه توانبخشی، فصلنامه توانبخشی نوین، فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد، طب توانبخشی، مطالعات ناتوانی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی و مجله پژوهش در علوم توانبخشی نیز برای اطمینان از دستیابی به تمام مقالات، به صورت دستی جست‌وجو شدند.

در این مرحله ۷۰۵ مقاله به دست آمد. معیارهای ورود مقالات به بخش اول مطالعه شامل این موارد می‌شد: موضوع مقاله با ابعاد اجتماعی معلولیت مرتبط باشد (منظور از ابعاد اجتماعی، تأثیرات معلولیت بر بعد اجتماعی زندگی افراد دارای معلولیت و همچنین مفاهیم مورد توجه در حوزه اجتماعی در حیطه معلولیت نظیر حمایت اجتماعی، پذیرش فردی و اجتماعی، اشتغال، مناسب‌سازی، زندگی اجتماعی، نیازها و مشکلات و ... می‌باشد)، مطالعه پژوهشی اصیل باشد و به دو روش کمی و کیفی انجام شده باشد. پژوهش به زبان فارسی و در جامعه‌ای ایران انجام گرفته باشد، گزارش پژوهش کامل و روش پژوهش به درستی و به‌دقت تعریف و اجرا شده باشد. معیارهای خروج مقالات شامل این موارد می‌شد: مقاله کتابخانه‌ای باشد و یا ابعادی به‌جز ابعاد اجتماعی بررسی شده باشد.

در مرحله دوم، با توجه به عنوان مطالعات، موارد تکراری و غیر مرتبط با موضوع پژوهش حذف شدند و ۱۱۵ مقاله باقی ماند. سپس این مقالات با توجه به معیارهای ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند. استراتژی ارزیابی کیفیت مقالات در پژوهش‌های کمی

شامل بررسی چکیده و کیفیت روش‌شناسی مقالات بر اساس تعریف دقیق گروه هدف، نوع مطالعه، روش نمونه‌گیری، حجم نمونه، روایی و پایایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات و در مطالعات کیفی شامل شرح دقیق روش و مراحل انجام پژوهش با هدف اعتمادپذیری بود. در نهایت ۲۶ مقاله برای ارزیابی نهایی باقی ماند. اطلاعات مورد نیاز از این مطالعات با توجه به جدول یافته‌ها استخراج شد تا برای تحلیل داده‌ها به صورت کیفی مورد استفاده قرار بگیرند. نمودار شماره یک، روند ورود و خروج مطالعات اولیه به سترز نهایی را نشان می‌دهد.

برای مثال با مراجعه به پایگاه بانک اطلاعات نشریات کشور، در قسمت جستجوی پیشرفته کلمات معلولیت و اجتماع نوشته‌شده و از قسمت فیلتر فقط مقالات علمی مصوب، بازه زمانی از ابتدا تا اکنون و زبان فارسی انتخاب گردید که حاصل آن ۲۰۷ مقاله بود. در مرحله بعد مقالات بر اساس عناوین، بررسی، موارد تکراری و غیر مرتبط با موضوع پژوهش حذف و سپس بر اساس معیارهای ورود و خروج، مقالات اصلی حاصل از این پایگاه که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب گردیدند. برای افزایش اعتبار، هر یک از فرایندهای جست‌وجو در پایگاه‌های مختلف، بررسی اولیه مقاله یافته شده، تطبیق با معیارهای ورود و خروج یافته‌ها و بررسی کیفیت، مطالعات توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل صورت گرفت و در مواردی که اختلاف وجود داشت، با کمک پژوهشگر سوم اجماع نظر حاصل شد. همچنین در این مطالعه پژوهشگران موظف بودند کدهای ۳۱ گانه اخلاق پژوهشی را در نظر داشته و در تمامی مراحل اجرا اخلاقیات را رعایت نمایند و نتایج پژوهش خود را نیز صادقانه، دقیق و کامل منتشر کنند.



دیاگرام ورود و خروج مقالات به پژوهش

پس از بررسی و انتخاب نهایی مقالات، مقالات باقی مانده ارزیابی دقیق شده و سعی گردید با نگاهی انتقادی تجزیه و تحلیل لازم صورت گیرد.

یافته‌ها

اطلاعات مقالاتی که معیارهای لازم برای ورود به پژوهش را داشتند در جدول شماره یک ذکر شده است.

جدول ۱- مشخصات عمومی مقالات منتشرشده در زمینه ابعاد اجتماعی معلولیت

پژوهش‌های کمی								
ردیف	نویسنده و سال انتشار	عنوان	گروه هدف و تعداد نمونه	روش نمونه‌گیری	محل انجام مطالعه	نوع مطالعه	ابزار	نتیجه‌گیری
۱	علیرضا کلدی ۱۳۷۹	بررسی نگرش مردم نسبت به معلولین	۱۵۰۰ نفر از افراد بالای هجده سال	تصادفی سیستماتیک و خوشه‌ای	تهران	کمی-پیمایشی	پرسشنامه محقق ساخته	نگرش افراد نسبت به افراد دارای معلولیت به دو سمت مثبت و منفی گرایش دارد و این نگرش‌ها برحسب متغیرهایی مانند سن، جنس، تحصیلات، شغل و وضع تأهل پاسخگویان با هم متفاوت است. در بین افراد جامعه نگرش منفی نسبت به معلولیت‌های قابل‌رؤیت وجود دارد.
۲	شهلا غضنفری ۱۳۸۰	میزان ناتوانی و همبستگی آن با عوامل روانی - اجتماعی در بیماران SLE	۹۶ بیمار	نمونه‌گیری آسان	شیراز	کمی	Stanford health, AIMS افسردگی بک و اضطراب هامیلتون و HAQ	همبستگی میزان ناتوانی بیماران با مشکلات اجتماعی ($r=0,44$) تقریباً دو برابر همبستگی آن با مشکلات روانی ($r=0,23$) است
۳	احمد به پژوه و همکاران ۱۳۸۴	مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس تلفیقی و استثنایی	۶۰ نفر دانش‌آموز کم‌شنوا	تصادفی ساده	تهران	علی-مقایسه ای	پرسشنامه مهارت اجتماعی گرشم و الیوت	میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوای شاغل به تحصیل در مدارس تلفیقی از میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوای شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی بالاتر بود اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود.

۴	دکتر عباسعلی حسین خانزاده ۱۳۹۶	مقایسه موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی ذهنی، درخودماندگی و بهنجار	۱۴۹ نفر دانش‌آموز کم‌توان ذهنی و درخودماندگی و ۱۰۰ نفر دانش‌آموز باهوش متوسط	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	رشت	علی - مقایسه‌ای	مقیاس طبقه‌بندی موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز داج	گروه‌ها از نظر موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز تفاوت معناداری دارند ($P < 0,000$). بدین معنا که کودکان مبتلا به درخودماندگی و کم‌توانی ذهنی در موقعیت‌های ورود به گروه همسالان، پاسخ به تحریک شدن، پاسخ به شکست، پاسخ به موفقیت، انتظارات اجتماعی و همچنین انتظارات معلم به‌صورت معناداری دارای مشکلات بیشتری از کودکان بهنجار هستند.
۵	مهديه جعفری و همکاران ۱۳۹۰	تعیین موانع و عوامل تسهیل‌کننده زندگی پس از سکته مغزی در شهرستان کرمان	۸۳ نفر از بیماران مبتلا به سکته مغزی	هدفمند	کرمان	توصیفی تحلیلی	پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه سنجش شدت سکته مرکز ملی سلامت	بیماران مشکلات بیشتری در حوزه‌های سیاست، عوامل محیطی، جسمی، و وضعیت اقتصادی دارند. ضمناً دریافت حمایت اجتماعی از سوی دوستان و اعضای خانواده و همچنین نماز و دعا را به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده در زندگی معرفی کردند.
۶	ستار برقی، مهشید فروغان، محمدعلی حسینی، مرجان فرضی ۱۳۹۲	مقایسه تنش شغلی و عوامل مرتبط با آن در کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی و فاقد آن در مراکز بهزیستی	گروه مورد شامل تمام کارمندان دچار معلولیت جسمی حرکتی شامل ۵۳ نفر و گروه شاهد ۶۱ نفر با ویژگی‌های فردی و شغلی مشابه و فاقد معلولیت	در دسترس	تهران	توصیفی - مقایسه‌ای	مقیاس تنش شغلی و عوامل مؤثر بر تنش شغلی	در میزان تنش شغلی و عوامل مرتبط با آن اختلاف معنادار مشاهده شد. ($P < 0,05$) میزان تنش در کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی (میانگین ۱۱۳/۷ و انحراف استاندارد ۱۱/۳ بیشتر از کارمندان فاقد معلولیت بود. میزان اهمیت عوامل مرتبط با تنش شغلی نیز در گروه کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی دارای میانگین ۱۱۹/۲ و انحراف استاندارد ۱۳/۲ بود. درحالی‌که برای کارمندان فاقد معلولیت (میانگین ۱۰۵/۱ و انحراف استاندارد ۱۲/۵ به دست آمد.

بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت،... لطیفیان و همکاران | ۶۹

۷	نسرین خسروی و همکاران ۱۳۹۳	بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی مراکز آموزشی رعده	۱۹۵ نفر از معلولین جسمی حرکتی ۸ تا ۱۵ سال	طبقه‌ای نسبتی	تهران	توصیفی - همبستگی	حمایت اجتماعی و کس و کیفیت زندگی لکنشایر	بین خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی (حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و دیگران) با مؤلفه‌های روانی (آسایش روانی و خودپنداری) و مؤلفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) کیفیت زندگی در معلولین جسمی-حرکتی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)
۸	اکبر عطا دخت و همکاران ۱۳۹۳	نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی افراد معلول جسمی حرکتی و مقایسه با افراد عادی	از بین معلولین جسمی حرکتی ۴۹ نفر و از بین افراد عادی ۵۰ نفر غیر معلول	تصادفی ساده (افراد دارای معلولیت) و در دسترس (افراد غیر معلول)	اردبیل	تحلیلی توصیفی	DASS و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده	نتایج نشان داد که بین دو گروه معلولین جسمی حرکتی و افراد عادی از لحاظ استرس ($p < 0.05$)، اضطراب، افسردگی و حمایت افراد مهم تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین استرس افراد معلول با حمایت افراد مهم و دوستان؛ افسردگی معلولین با حمایت افراد مهم، دوستان و خانواده و همچنین با نمره کل حمایت اجتماعی و سرانجام اضطراب افراد معلول با حمایت افراد مهم، دوستان و خانواده رابطه معنادار دارد ($p < 0.001$)
۹	احمد شاه‌یوندی، محمد مسعود، تهمینه سلطانی، مریم سلطانی ۱۳۹۳	نقش برنامه‌ریزی و مناسب‌سازی مراکز ورزشی شهری در افزایش فعالیت‌های بدنی و مشارکت اجتماعی (نمونه موردی: ناتوانان حرکتی و معلولان شنوایی اراک)	۱۰۰ نفر از افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی	در دسترس	اراک	توصیفی تحلیلی	پرسشنامه محقق ساخته	با ۹۹ درصد اطمینان، رابطه بین سه متغیر مستقل دسترسی و ایمنی و تناسب مکان‌های ورزشی با متغیر وابسته انگیزه در انجام فعالیت‌های ورزشی معنادار است. همچنین رابطه معناداری بین انجام فعالیت‌های ورزشی و حضور بیشتر ناتوانان و معلولان در جامعه وجود دارد.

۷۰ | پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، زمستان ۱۳۹۹

۱۰	شهربانو غفارپور نافچی، اصغر محمدی ۱۳۹۶	عوامل مؤثر بر پذیرش افراد دارای ناتوانی در جامعه (مطالعه موردی: شهرکرد)	نمونه آماری برابر با ۳۵۲ نفر است (۵۸ نفر نابینا، ۸۰ نفر ناشنوا و ۲۱۴ نفر افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی)	سهمیهای	شهرکرد	کمی - پیمایشی	پرسشنامه محقق ساخته	بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، امکانات رفت‌وآمد، نحوه گذراندن اوقات فراغت، ارائه خدمات توانبخشی، آموزش و کارآفرینی، برنامه‌های رسانه‌های جمعی، ویژگی‌های شخصیتی، حمایت خانواده با پذیرش افراد دارای ناتوانی همبستگی معناداری وجود دارد ($P < 0.001$)
۱۱		داغ ننگ و هویت اجتماعی: بررسی موردی عوامل اجتماعی داغ ننگ زننده بر افراد دارای معلولیت جسمانی آشکار	۸ نفر از افراد دارای معلولیت جسمانی	هدفمند	رشت	کیفی	مصاحبه عمیق	عوامل اجتماعی داغ ننگ زننده شامل برچسب‌ها، متلک‌ها و مسخره کردن‌ها، ترحم (حرف‌ها و نگاه‌های ترحم‌آمیز)، زل زدن‌ها، رسانه‌ها و معابر به دست آمد.
۱۲		وبلاگ نویسان دارای معلولیت: تجربه استفاده از وبلاگ و افزایش حضور اجتماعی	۱۵ نفر از وبلاگ نویسان فعال در حوزه معلولیت و وبلاگ نویسان دارای معلولیت جسمی	هدفمند گلوله برف	تهران	کیفی	مصاحبه عمیق	وبلاگ نویسان دارای معلولیت، وبلاگ را ابزاری برای ارتباط با جماعت خود و نیز ارتباط با جامعه بزرگ‌تر تفسیر کردند. فعالان حوزه معلولیت همچنین تمایل به استفاده از وبلاگ به‌منابه کانال ارتباطی برای مطرح کردن مشکلات افراد دارای معلولیت و ضعف عملکرد مسئولان داشتند.

بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت،... لطیفیان و همکاران | ۷۱

۱۳	ویلاگ نویسان دارای معلولیت: تجربه مقتدر سازی فردی اجتماعی در فضای ویلاگ	پانزده تن از ویلاگ نویسان فعال حوزه معلولیت و ویلاگ نویسان دارای معلولیت‌های متفاوت جسمی	هدفمند، گلوله برفی	تهران	کیفی	مصاحبه	ویلاگ نویسی در میان افراد معلول، باعث افزایش احساس قدرت در کنترل زندگی شخصی و دستیابی اطلاعات و تغییر تصورات دیگران از فرد معلول می‌شود و در ایجاد کنترل نسبی بر زندگی فردی این عده کمک می‌کند.
۱۴	محیط و نابینایی: تجربیات بزرگسالان دارای نابینایی اکسپای در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی	۲۲ بزرگسال ۲۰-۶۰ ساله	هدفمند	تهران	کیفی - پدیدارشناسی	مصاحبه نیمه ساختاریافته	عوامل محیطی مؤثر در انجام فعالیت‌های روزمره توسط افراد نابینا: محصولات و فناوری، محیط فیزیکی، حمایت‌ها و روابط، نگرش‌ها و خدمات و سیاست‌گذاری‌ها
۱۵	برساخت اجتماعی ناتوانی	۳۰ نفر دانش‌آموز کم‌بینا	در دسترس	تهران	کیفی	مصاحبه، مشاهده و تحلیل اسناد	دانش‌آموزان کم‌بینا در معرض تبعیض نهادی که با مکانیسم‌های محرومیت و نابرابری فرصت‌ها عمل می‌کند، به لحاظ آموزشی و پرورشی، به توفیقات مورد انتظار دست نمی‌یابند و ناتوانی را تجربه می‌کنند.
۱۶	بررسی نیازهای ویژه افراد دارای ناتوانی جسمی	۱۵ نفر	هدفمند	تهران	کیفی - گراندد تئوری	مصاحبه نیمه ساختاریافته	مهم‌ترین نیازهای ویژه افراد کم‌توان جسمی: خانواده و نزدیکان، آموزش، جابجایی و حمل‌ونقل، بناها و فضاها، مشارکت اجتماعی و اشتغال، خدمات بهداشتی درمانی و نگرش سایر افراد اجتماع به مشکلات آن‌ها

۷۲ | پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، زمستان ۱۳۹۹

۱۷		نیازهای اجتماعی افراد فلج مغزی: یک مطالعه کیفی به روش پدیدارشناسی	۱۷ فرد فلج مغزی شامل ۶ زن و ۱۱ مرد	هدفمند	تهران	کیفی	مصاحبه	حیطه نیازهای اجتماعی: کمک و همراهی سایرین، پذیرش اجتماعی، ازدواج، کار، دسترسی به امکانات شهری، ادامه تحصیل و سازمان‌های حمایت‌کننده.
۱۸		بررسی نیازهای اقتصادی، اجتماعی فرهنگی و روانی معلولان (مطالعه موردی معلولان تحت سرپرستی بهزیستی بندرعباس)	۲۰ نفر از معلولین جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی	هدفمند	بندرعباس	کیفی	مصاحبه	نیاز به مناسب‌سازی فضای شهری، حمل‌ونقل و فرهنگ‌سازی، اشتغال، مسکن، کمک‌هزینه، عدم ترحم، تجهیزات و امنیت، آموزش معلولین و خانواده‌های آنها، ازدواج و محبت، اعتمادبه‌نفس، بیمه و حضور کارکنان مناسب در بهزیستی و دیگر سازمان‌های مرتبط با معلولین
۱۹		زنان معلول و تعامل با جامعه (مطالعه کیفی زندگی اجتماعی زنان معلول)	۸ نفر از معلولین جسمی حرکتی	هدفمند	شهر بوکان در استان آذربایجان غربی	کیفی	بحث گروهی مرکز	زنان معلول در زندگی اجتماعی خود با مسائلی همچون دوگانگی تعاملی و محرومیت‌های مضاعف روبه‌رو هستند و در این عرصه از یک‌سو توانسته‌اند به‌نوعی تعریف جدید از خود دست یابند و از سوی دیگر به‌نوعی خودتقویتی جمعی و مقاومت فعال اقدام کنند
۲۰		تفسیر مشکلات نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی خفیف مدارس استثنایی	۱۶ دانش‌آموز پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله	هدفمند	تبریز	کیفی - پدیدارشناسی	مصاحبه عمیق	درون‌مایه‌های به‌دست‌آمده: آسیب‌های خانوادگی، ناراحتی‌های جسمانی، بدرفتاری با نوجوان، آسیب‌های روان‌شناختی، نگرانی از آینده، تحصیل در مدارس استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران.

۷۳ | بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت،... لطیفیان و همکاران

۲۱		تنبین عوامل مؤثر بر پذیرش و سازگاری با ضایعه نخاعی: یک مطالعه کیفی	۲۳ نفر از بیماران ضایعه نخاعی	هدفمند	تهران	کیفی - تحلیل محتوا	مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته	تسهیلگرها: حمایت‌های صحیح، ارتباط با هموعان، مشارکت اجتماعی، باور معنوی، نگرش مثبت، انگیزاننده‌ها، دسترسی به امکانات تسهیلگر و عوامل زمینه‌ای. بازدارنده‌ها: طبقه باورهای نادرست فرهنگی و اجتماعی و نیز طبقه موانع ساختاری و زمینه‌ای
۲۲		ساخت اجتماعی معلولیت: پژوهشی با رویکردی برساخت‌گرایانه اجتماعی مطالعه موردی شهرستان رشت	۱۶ نفر از افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی	هدفمند	رشت	کیفی - داده بنیاد	مصاحبه عمیق و مشاهده مشارکتی	فرد دارای معلولیت خود را موجود ناتوانی می‌بیند که همراه نیازمند کمک است. آن‌ها فکر می‌کنند تنها زمانی می‌توانند زندگی همراه با خوشبختی داشته باشند که سلامتی خود را بازیابند.
۲۳		تعیین موانع اشتغال افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی و کاربردهای آن برای مدیران توانبخشی	در بخش کیفی: ۲۰ نفر از افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی، ۱۰ نفر از افراد خانواده آن‌ها، ۱۰ نفر از مدیران و افرادی که با اشتغال آن‌ها ارتباط داشتند در بخش کمی: ۴۳۷ نفر فرد دارای معلولیت جسمی حرکتی	هدفمند در بخش کیفی و تصادفی در بخش کمی	اهواز	کمی کیفی	مصاحبه و پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ	۴۳ ماده به‌عنوان موانع پیش روی اشتغال افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی شناسایی شد. تحلیل عوامل تأییدی نشان داد که این ۴۳ ماده از ۵ عامل نگرشی، اقتصادی، آموزشی، حقوقی و محیطی-فیزیکی تشکیل شده‌اند و همه مواد روی عامل مربوط به خود اثر معناداری گذاشته‌اند.

۲۴		بررسی عوامل مؤثر بر طرد اجتماعی معلولان: مطالعه موردی معلولان جسمی و حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرستان ری	۳۶۹ نفر از معلولین جسمی حرکتی در بخش کمی پژوهش و ۲۱ نفر از این افراد در بخش کیفی	گلوله برفی	تهران	کمی-کیفی	پرسشنامه محقق ساخته و مصاحبه عمیق	طرد معلولان از اجتماع با نگرش منفی جامعه، عدم تناسب امکانات فیزیکی، نهادهای حمایتی، حمایت‌های درون‌گروهی، عدم اعتماد اجتماعی و احساس محرومیت اجتماعی رابطه معناداری دارد.
۲۵		بررسی مناسب‌سازی فضاهای شهری جهت دسترسی معلولین و جانبازان. نمونه موردی: ادارات دولتی شهر کاشان	۲۶ ساختمان اداری	هدفمند	کاشان	کمی - کیفی	مشاهده، مصاحبه پرسشنامه محقق ساخته و نقشه	بیشتر این ساختمان‌ها برای رفت‌وآمد معلولان جسمی مناسب نیستند. بهترین عملکرد در بین ادارات مورد مطالعه مربوط به اداره تأمین اجتماعی و اداره بهزیستی می‌باشد. ضعیف‌ترین عملکرد نیز به اداره صنعت معدن و تجارت تعلق دارد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در هیچ‌کدام از ادارات و ساختمان‌های دولتی تجهیزات خاصی برای معلولان فراهم نشده است.
۲۶		دختران و زنان دچار معلولیت جسمی، حرکتی (نیازها و مشکلات)	۲۱۶ دختر و زن دارای معلولیت	تصادفی منظم	تهران	کمی - کیفی	پرسشنامه محقق ساخته و مصاحبه	اولویت‌های این افراد در حیطه‌های آموزشی، اشتغال، تشکیل خانواده، رفت‌وآمد، خدمات توانبخشی، گذراندن اوقات فراغت، برقراری ارتباط مشخص گردید.

جهت پاسخگویی به سؤال اول پژوهش، به بررسی روش‌های پژوهش مورد استفاده در مقالات مورد ارزیابی پرداختیم. پس از جستجو، غربال‌گری و ارزیابی کیفی مطالعات در طی مرور سیستماتیک، در پایان، سنتز نهایی بر روی ۲۶ مقاله انجام گرفت. از مجموع تعداد ۲۶ مقاله، ۱۰ مقاله به روش کمی، ۱۲ مقاله به روش کیفی و ۴ مقاله به روش آمیخته (کمی-کیفی) صورت گرفته بودند. در واقع از مجموع مقالات مورد بررسی ۳۸,۴۶ درصد مقالات به روش کمی، ۴۶,۱۵ درصد به روش کیفی و ۱۵,۳۸ درصد با روش تلفیقی صورت گرفته بود. اما پژوهشی به روش آزمایشی و دارای شرایط ورود به پژوهش مشاهده نشد. همان‌طور که از این ارقام مشخص است پژوهش‌های کیفی سهم بیشتری از مطالعات را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی مقالات بر اساس روش پژوهش

درصد	تعداد	روش پژوهش
۱۱,۵۴	۳	کمی علی مقایسه‌ای
۲۶,۹۲	۷	پیمایشی
۴۶,۱۶	۱۲	کیفی (گراندد تئوری، پدیدارشناسی، تحلیل محتوا)
۱۵,۳۸	۴	تلفیقی

در راستای هدف دوم مطالعه، در این قسمت مقاله، به بررسی ابزارهای مورد استفاده در مطالعه‌های مورد بررسی می‌پردازیم. یکی از مسائل مهم در بررسی مقالات مرتبط با ابعاد اجتماعی معلولیت، ابزار سنجش و اندازه‌گیری در تحقیقات کمی و شیوه جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات کیفی می‌باشد. در واقع شیوه‌ای که محقق به کمک آن اطلاعات مورد نیاز را برای تجزیه و تحلیل و بررسی پدیده مورد مطالعه و نهایتاً کشف حقیقت استفاده نموده بسیار مهم می‌باشد. در مجموع مقالات بررسی شده از ۸ عدد پرسشنامه محقق ساخته و ۱۵ پرسشنامه استاندارد استفاده شده بود. اطلاعات ۱۶ عدد مقاله نیز از طریق مصاحبه و تشکیل جلسات متمرکز حاصل شده بود که در جدول ذیل به توضیح مختصری از برخی پرسشنامه‌های مورد استفاده پرداخته می‌شود.

جدول ۳-

ردیف	عنوان پرسشنامه	ابعاد	تعداد سوالات	روایی و پایایی
۱	کیفیت زندگی لنکاشایر	وضعیت زندگی، خانواده، روابط اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراغت، کار، تحصیل، امور مالی، امنیت شخصی، سلامت و مذهب.	۳۶	این پرسشنامه در ایران توسط شاهنده و همکاران بومی‌سازی شده و همبستگی بین متغیرهای کمی بیش از ۸۵٪ به دست آمد. همچنین در بررسی هماهنگی (توافق) متغیرهای کیفی ضریب کاپا (Kapa) بیش از ۹۰٪ بود و حاکی از آن بود که پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های موردنظر از پایایی مناسب برخوردار است (شاهنده، ۱۳۸۳: ۳).
۲	حمایت اجتماعی وکس ^۱ (SS-A)	خانواده، دوستان و آشنایان	۲۳	واکس و همکاران ثبات درونی کل مقیاس را ۰٫۹۰ و ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و مؤلفه‌های آن از ۰٫۸۳ تا ۰٫۹۰ گزارش کرده‌اند (واکس، ۱۹۸۶). ناخدادناک ضرایب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی را در سه روش آلفای کرونباخ ۷۶ / ۰، تنصیف ۵۵ / ۰ و گاتمن ۸۴ / ۰ محاسبه کرده است (نادری، صفرزاده، مشاک، ۱۳۹۰: ۲۶).
۳	مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت	همکاری، ابراز وجود و مهار خود	۳۰	بر پایه یافته‌های گرشام و الیوت، ضرایب آلفای کرونباخ برای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری ۹۴ / ۰ و ۸۸ / ۰ می‌باشد (گرشام، ۱۹۹۰). در ایران نیز شهیم این مقیاس را بر روی یک گروه از کودکان ناتوان ذهنی بررسی و ضریب آلفای کرونباخ را از ۷۷ / ۰ تا ۹۲ / ۰ گزارش کرده است و در یک گروه از کودکان عادی این ضرایب از ۴۹ / ۰ تا ۹۶ / ۰ برای فرم‌های آموزگاران و پدران و مادران متغیر بوده است. (شهیم، ۱۳۸۴: ۱۷۷).

1. vaux

بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت،... لطیفیان و همکاران | ۷۷

۴	طبقه‌بندی موقعیت‌های اجتماعی داج	ورود به گروه همسالان، پاسخ به تحریک شدن، پاسخ به شکست، پاسخ به موفقیت، انتظارات اجتماعی و انتظارات معلم	۴۴	داج، مک کلتی و فلومن (۱۹۸۵) آلفای کرونباخ ۶ عامل را در محدوده ۹۷٪ تا ۸۹٪ و آلفای کرونباخ نمره کل ۴۴ سؤال را ۹۸٪ گزارش کردند که حاکی از انسجام درونی بالای این پرسشنامه است. (حسین خانزاده، ۱۳۹۶: ۱۲۹).
۵	درجه‌بندی اضطراب همیلتون ^۱ (HRSA)	ارزیابی شدت اضطراب	۱۴	این آزمون در ایران توسط حق‌شناس (۱۳۹۶) با مقدار ۰/۸۱ اعتبار یابی شده است.
۶	سنجش تأثیر آرتريت	ابعاد جسمانی، اجتماعی و شناختی و با تأکید بیشتر بر سنجش عملکرد جسمانی	۷۸	داودی و همکاران (۱۳۹۰: ۶)، پایایی مقیاس‌های این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۷۴٪ تا ۹۲٪ به دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های سنجش تأثیر آرتريت را بین ۶۰٪ تا ۸۸٪ به دست آوردند که نشان دهنده یک پایایی قابل قبول است. روایی پرسشنامه نیز با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی هرکدام از خرده مقیاس‌های AIMS با نمره ماده مربوطه در بخش رضایتمندی از حوزه‌های مختلف وضعیت سلامتی که در انتهای آزمون آورده می‌شود، سنجیده و ضرایب همبستگی بین ۵۷٪ تا ۴۶٪ به دست آمد.
۷	تنش شغلی	تقاضا، کنترل، حمایت مسئولین، حمایت همکاران، ارتباط، نقش. تغییر.	۳۵	ضریب پایایی مطالعات خارجی این پرسشنامه ۰/۷ و نیز ضریب آلفای کرونباخ حیطه‌های این پرسشنامه از ۶۳٪ تا ۸۳٪ گزارش شده است (آزاد مرزآبادی و غلامی، ۱۳۸۹: ۲۹۶). اعتبار و پایایی ابزار مقیاس تنش شغلی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله در پژوهشی با عنوان

1. Hamilton

			<p>بررسی پایایی و اعتبار "مقیاس تنش شغلی" که در سال ۱۳۸۹ توسط مرزآبادی بر روی ۷۴۹ نفر صورت گرفت، اعتبار پرسشنامه توسط روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن به ترتیب ۰,۷۸ و ۰,۶۵ بود. همچنین در پژوهشی برقی و همکاران همسانی درونی "مقیاس تنش شغلی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰,۷۳؛ محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت (برقی و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۹).</p>
۸	عوامل مؤثر بر تنش شغلی	<p>۱. ماهیت کار ۲. زمان کار ۳. سیاست سازمانی ۴. جایگاه سازمانی ۵. عوامل محیطی ۶. روابط با مدیران و همکاران ۷. عوامل شخصی</p>	<p>برقی و همکاران به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از نمونه‌ها استفاده نمودند؛ بر این اساس همسانی درونی پرسشنامه "عوامل مؤثر بر تنش شغلی" با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۰؛ محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت (برقی و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۹).</p>
۹	چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده	خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی فرد	<p>روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰,۸۶، ۰,۸۶ و ۰,۸۲ گزارش کرده‌اند (سلیمی، جوکار، نیک پور، ۱۳۸۸: ۸۸).</p>
۱۰	افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21	افسردگی، اضطراب و استرس	<p>آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰,۹۳ گزارش داده شده است. لوبیند نیز ارزش آلفای کرونباخ آزمون DASS-21 را برای خرده مقیاس افسردگی ۰,۸۱، اضطراب ۰,۷۳ و برای استرس برابر ۰,۸۱ گزارش کرده‌اند (اکلاندا، ۲۰۱۴). صاحبی و همکاران (۲۰۰۱) روی یک نمونه</p>

بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت،... لطیفیان و همکاران | ۷۹

<p>۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد، میزان آلفای کرونباخ این آزمون را برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۴ و اضطراب ۰/۶۷ گزارش شده است (صاحبی، اصغری، سالاری، ۱۳۸۴: ۶).</p>				
<p>گرینبرگر، چن، دمیترو و فراگیا (۲۰۰۳) در پژوهشی بر روی ۱۹۷ دانشجوی استونیایی همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۴ و ضرایب قابلیت اعتماد باز آزمایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ را بر روی ۷۸ دانشجو (با فاصله زمانی ۲ هفته ۰/۸۴ بر روی ۸۲ دانشجو (با فاصله زمانی ۵ ماه) ۰/۶۷ و بر روی ۸۱ دانشجو (با فاصله زمانی ۱ سال) ۰/۶۲ / ۰ گزارش نمودند که همه ضرایب باز آزمایی معنادار بود (رجبی و همکاران، ۱۳۸۰: ۳۵).</p>	۱۰	درک عزت‌نفس کلی	عزت‌نفس روزنبرگ ^۱	۱۱
<p>بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. کاسپی و همکاران (۲۰۰۸)، در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی را در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴، اعلام نموده است. قاسم‌زاده و همکاران ضریب پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی را ۰/۷۴ مطرح کردند (Kapci, 2008: 104).</p>	۲۱	نشانه‌های اصلی افسردگی	افسردگی بک ^۲	۱۲

در راستای پاسخگویی به سؤال سوم پژوهش، جدول ذیل به انواع معلولیت‌های ذکر شده در پژوهش‌های مورد بررسی می‌پردازد.

جدول ۴- توزیع فراوانی مقالات بر اساس نوع معلولیت مورد بررسی

درصد	تعداد	روش پژوهش
۷۷	۲۰	جسمی حرکتی
۱۵	۴	حسی (نابینایی و ناشنوایی)
۸	۲	ذهنی

گروه هدف ۷۷٪ مقالات افراد دارای معلولیت جسمی- حرکتی و ۱۵٪ حسی (نابینایی و ناشنوایی) بودند و تنها ۸٪ مقالات به معلولیت‌های ذهنی پرداخته بودند. همچنین مطالعه‌ای به بررسی ابعاد اجتماعی افراد دارای معلولیت روان نپرداخته بود. از لحاظ ترکیب جنسیتی نیز دو مقاله (۸٪) با تمرکز بر ابعاد اجتماعی معلولیت زنان صورت گرفته بود. هدف چهارم مطالعه، تعیین روابط و مفاهیم بررسی شده در حوزه پژوهش‌های اجتماعی معلولیت می‌باشد. پس در جدول زیر تعداد مقالات مربوط به هر متغیر ذکر شده است و در ادامه به توضیح متغیرهای مورد بررسی پرداخته می‌شود.

جدول ۵- توزیع فراوانی مقالات بر اساس روابط و متغیرهای بررسی شده

درصد	تعداد	متغیر
۷,۶۹	۲	حمایت اجتماعی
۷,۶۹	۲	پذیرش فردی و اجتماعی
۷,۶۹	۲	اشتغال
۱۱,۵۳	۳	مناسب‌سازی
۲۳,۰۷	۶	زندگی اجتماعی
۲۳,۰۷	۶	نیازها و مشکلات
۱۹,۲۳	۵	سایر مقالات

حمایت اجتماعی

دو مورد از مقالات به بررسی موضوع حمایت اجتماعی پرداخته بودند. بنا به نتایج پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۳) بین خُرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی (حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و دیگران) با مؤلفه‌های روانی (آسایش روانی و خودپنداری) و مؤلفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) کیفیت زندگی در معلولین جسمی-حرکتی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($p \geq 0/01$). عطا دخت و همکاران (۱۳۹۳) نیز بیان می‌کنند که بین دو گروه معلولین جسمی حرکتی و افراد عادی از لحاظ استرس ($P > 0/05$)، اضطراب، افسردگی و حمایت افراد مهم ($P > 0/001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین استرس افراد معلول با حمایت افراد مهم و دوستان؛ افسردگی معلولین با حمایت افراد مهم، دوستان و خانواده و همچنین با نمره کل حمایت اجتماعی و سرانجام اضطراب افراد معلول با حمایت افراد مهم، دوستان و خانواده رابطه معنی‌داری دارد ($P > 0/05$).

پذیرش فردی و اجتماعی

بنا به نتایج پژوهش خانجانی، مجموعه‌ای از عوامل فردی، محیطی و اجتماعی می‌تواند روند پذیرش و سازگاری با ضایعه نخاعی را تحت تأثیر قرار دهد و نقشی تسهیلگر یا بازدارنده در فرایند پذیرش و سازگاری با ضایعه داشته باشد. تسهیلگرها در ۸ طبقه اصلی شامل حمایت‌های صحیح، ارتباط با هم‌نوعان، مشارکت اجتماعی، باور معنوی، نگرش مثبت، انگیزاننده‌ها، دسترسی به امکانات تسهیلگر و عوامل زمینه‌ای دسته‌بندی شد و بازدارنده‌ها نیز در قالب دو مفهوم یا طبقه کلی طبقه‌بندی شد. طبقه باورهای نادرست فرهنگی و اجتماعی زیرطبقاتی مانند ترحم، بازخوردهای منفی اطرافیان و ناآگاهی از حمایت صحیح و نیز طبقه موانع ساختاری و زمینه‌ای زیرطبقاتی مانند مشکلات مرتبط با سلامت، معلولیت شهری، ناکارآمدی سازمان‌های حمایتگر، تنگناهای مالی و ناآگاهی افراد دارای معلولیت (خانجانی، ۱۳۹۷: ۲۷۷)

غفارپور و نافچی و محمدی، عوامل مؤثر بر پذیرش افراد دارای ناتوانی در جامعه را بررسی نمودند. بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، امکانات رفت و آمد، نحوه گذراندن اوقات فراغت، ارائه خدمات توانبخشی، آموزش و کارآفرینی، برنامه‌های رسانه‌های جمعی، ویژگی‌های شخصیتی، حمایت خانواده با پذیرش افراد دارای ناتوانی همبستگی معناداری وجود دارد ($P > 0/001$). بین متغیرهای نوع، سابقه و علت ناتوانی با پذیرش افراد دارای ناتوانی رابطه معناداری وجود ندارد. بر اساس نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس و آزمون تی برحسب مشخصات جمعیت شناختی افراد دارای ناتوانی نشان داده شد که بین جنسیت و سن و پذیرش افراد دارای ناتوانی در جامعه تفاوت معناداری وجود ندارد و بین تحصیلات، تحصیلات پدر و شغل افراد دارای ناتوانی و پذیرش آنها در جامعه تفاوت معناداری وجود دارد. افراد دارای تحصیلات بالاتر، میانگین پذیرش بیشتری در جامعه دارند و همچنین میانگین پذیرش گروه‌های شغلی پزشک و پرستار، کارمندان فنی و بازاری‌ها در جامعه بالاتر است. همچنین بین وضعیت تأهل و تحصیلات همسر و پذیرش افراد دارای ناتوانی نیز تفاوت معناداری وجود دارد. مهم‌ترین متغیرهای مؤثر در پذیرش افراد دارای ناتوانی، سرمایه اجتماعی ($B=0/240$)، خانواده ($B=0/198$)، نوع ناتوانی ($B=0/164$) برنامه‌های رسانه‌های جمعی ($B=0/163$)، امکانات رفت و آمد ($B=0/159$) و کارآفرینی و آموزش ($B=0/129$) است (غفارپور و نافچی و محمدی ۱۳۹۶: ۲۰۳).

اشتغال

دو مقاله به بررسی مسائل مربوط به اشتغال پرداخته بودند. عبادی و همکاران، بیان می‌نمایند که ماده ۴۳ به‌عنوان موانع پیش روی اشتغال افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی شناسایی نموده‌اند. تحلیل عوامل تأییدی نشان داد که این ماده ۴۳ از ۵ عامل نگرشی، اقتصادی، آموزشی، حقوقی و محیطی- فیزیکی تشکیل شده‌اند و همه مواد روی عامل مربوط به خود اثر معناداری گذاشته‌اند. همچنین مشخص شد موانع نگرشی کم‌اهمیت‌ترین و موانع محیطی- فیزیکی، مهم‌ترین مانع بر سر راه اشتغال آنهاست. از میان

این ۴۳ ماده، ماده جنسیت فرد دارای معلولیت به عنوان کم‌اهمیت‌ترین مانع و نامناسب بودن معابر، پیاده‌روها، خیابان‌ها، ساختمان‌ها و همچنین نگرش منفی و بی‌اعتمادی جامعه به توانمندی‌های افراد دارای معلولیت به عنوان موانع مهم‌تر بر سر راه اشتغال افراد دارای معلولیت به دست آمدند (عبادی و همکاران ۱۳۹۲: ۹). برقی و همکاران نیز بیان می‌کنند که تنش شغلی کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی نسبت به کارمندان فاقد آن بیشتر و عوامل مرتبط با آن متفاوت است (برقی و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۶).

مناسب‌سازی

سه مقاله بحث مناسب‌سازی را مطرح کردند. شاطریان، اشنویی و گنجی پور به بررسی مناسب‌سازی فضاهای شهری جهت دسترسی معلولین و جانبازان در ادارات دولتی شهر کاشان پرداخته است. یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که بیشتر ساختمان‌ها برای رفت‌وآمد معلولان جسمی مناسب نیستند و در هیچ کدام ادارات و ساختمان‌های دولتی تجهیزات خاصی برای معلولان فراهم نشده است و مجموع این عوامل، فضای آشفته، ناسالم و فاقد ایمنی و راحتی را جهت گروه‌های مختلف اجتماعی به‌ویژه معلولین در این فضاها ایجاد کرده است (شاطریان، اشنویی و گنجی پور، ۱۳۹۴: ۵۹).

بنا به نتایج پژوهش شاهپوندی و همکاران و با توجه به مقدار ضریب تعیین تعدیل شده و سطح معناداری آن که کمتر از ۰/۰۱ است، با ۹۹ درصد اطمینان، رابطه بین سه متغیر مستقل دسترسی و ایمنی و تناسب مکان‌های ورزشی با متغیر وابسته انگیزه در انجام فعالیت‌های ورزشی، معنادار است و حدود ۲۱ درصد از متغیر وابسته را تبیین می‌کند. همچنین با اطمینان ۹۹ درصد، رابطه معناداری بین انجام فعالیت‌های ورزشی و حضور بیشتر ناتوانان و معلولان در جامعه وجود دارد و تقریباً ۳۰ درصد از انگیزه مشارکت اجتماعی افراد دارای ناتوانی مربوط به انجام فعالیت‌های ورزشی است. به‌طور کلی دسترسی و ایمنی و تناسب مکان‌ها و وسایل ورزشی برای نیازهای افراد دارای ناتوانی مناسب نیست و میزان رضایت‌مندی آنان کم است (شاهپوندی و همکاران ۱۳۹۳: ۵۰).

عسگری و همکاران، عوامل محیطی مؤثر در انجام فعالیت‌های روزمره توسط افراد نابینا را در پنج مضمون اصلی بیان می‌کنند: محصولات و فناوری (مربوط به حیطه بررسی تجهیزات و فناوری کمکی مخصوص نابینایان و کمبودهای موجود در آن)، محیط فیزیکی (بررسی نقش موانع شهرسازی)، حمایت‌ها و روابط (شامل کمک گرفتن از دیگران، حمایت خانواده، جامعه، متخصصین و ارائه‌دهندگان خدمات)، نگرش‌ها (درب‌گیرنده نگرش خانواده، جامعه، متخصصین و ارائه‌دهندگان خدمات)، و خدمات و سیاست‌گذاری‌ها (شامل بررسی نقش عواملی چون امنیت، قوانین حمایت‌کننده، عوامل اقتصادی و آموزشی و ارائه خدمات) (عسگری و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۹).

زندگی اجتماعی

بنا به نتایج پژوهش رضائی و پرتوی، زنان معلول در زندگی اجتماعی خود با مسائلی همچون دوگانگی تعاملی و محرومیت‌های مضاعف روبه‌رو هستند و در این عرصه از یک‌سو توانسته‌اند به‌نوعی تعریف جدید از خود دست یابند و از سوی دیگر به‌نوعی خودتقویتی جمعی و مقاومت فعال اقدام کنند. زنان معلول در روابط اجتماعی‌شان با سایر افراد جامعه، علیرغم اینکه در بسیاری موارد با مشکلات مضاعفی روبه‌رو هستند، اما در وهله اول توانسته‌اند به درکی واقع‌بینانه از خودشان دست یابند. نحوه تعامل افراد با آنها از سر ترحم و یا از سر همکاری می‌تواند نتایج متفاوتی در پیش آنها نسبت به جامعه و انسان‌های سالم ایجاد کند (رضائی و پرتوی، ۱۳۹۴: ۷).

حسین خانزاده، به مقایسه موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی ذهنی، درخودماندگی و بهنجار پرداختند. گروه‌ها از نظر موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز تفاوت معناداری دارند ($P < 0.001$). بدین معنا که کودکان مبتلا به درخودماندگی و کم‌توانی ذهنی در موقعیت‌های ورود به گروه همسالان، پاسخ به تحریک شدن، پاسخ به شکست، پاسخ به موفقیت، انتظارات اجتماعی و همچنین انتظارات معلم به‌صورت معناداری دارای مشکلات بیشتری از کودکان بهنجار هستند. کودکان بهنجار،

کم‌توان ذهنی و درخودمانده واکنش‌های متفاوتی در موقعیت‌های اجتماعی مختلف از خود نشان می‌دهند (حسین خانزاده، ۱۳۹۶: ۱۲۵-۱۲۴).

غضنفری، به بررسی میزان ناتوانی و همبستگی آن با عوامل روانی- اجتماعی در بیماران SLE پرداخت. عوارض بیماری باعث می‌شود که زندگی عادی و روزمره فرد مختل شده و فرد از نظر فیزیکی و اقتصادی وابسته به دیگران شود. همچنین میزان ناتوانی بیمار با مشکلات اجتماعی و روانی همبستگی زیادی داشت. اما نکته حائز اهمیت این است که همبستگی میزان ناتوانی بیماران با مشکلات اجتماعی ($r=20/44$) تقریباً دو برابر همبستگی آن با مشکلات روانی ($r=20/23$) است (غضنفری، ۱۳۸۰: ۳۷).

به پژوه و همکاران، به مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس تلفیقی و استثنایی پرداختند. میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوای شاغل به تحصیل در مدارس تلفیقی از میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوای شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی بالاتر بود اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود (به پژوه و همکاران، ۱۳۸۴: ۶۳). همچنین محسنی تبریزی و زرین کفاشیان، بیان می‌کنند طرد معلولان از اجتماع با نگرش منفی جامعه، عدم تناسب امکانات فیزیکی، نهادهای حمایتی، حمایت‌های درون‌گروهی، عدم اعتماد اجتماعی و احساس محرومیت اجتماعی رابطه معناداری دارد (محسنی تبریزی و زرین کفاشیان، ۱۳۹۴: ۳۲۷).

مقاله دیگری عوامل اجتماعی داغ‌ننگ زنده را مورد بررسی قرار داده بود. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که این افراد در طول زندگی خود با برچسب‌ها و متلک‌ها و گهگاه مسخره کردن‌های گوناگونی در جامعه مواجه می‌شدند که این برچسب‌ها بر درجات متنوعی از توهین دلالت می‌کردند. برچسب‌هایی که بر بی‌عرضه بودن و ناتوان بودن و در کل پست بودن آنها اشاره داشتند که این خود موجب حس بیهودگی و بی‌ارزشی برای آن‌ها می‌شد (عباداللهی، ۱۳۹۰: ۱۹۵).

نیازها و مشکلات

نیکخواه و فدایی، نیازهای معلولین را در سه بعد اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی و روانی دسته‌بندی می‌کنند. معلولین نیاز به مناسب‌سازی فضای شهری، حمل‌ونقل و فرهنگ‌سازی را در درجه اول اهمیت قرار می‌دهند و پس از آن به نیازهای دیگر از جمله اشتغال، مسکن، کمک هزینه و عدم ترحم اشاره می‌کنند. آن‌ها همچنین به ترتیب به سایر نیازها چنین اشاره کرده‌اند؛ نیاز به تجهیزات و امنیت، آموزش معلولین و خانواده‌های آنها، ازدواج و محبت، اعتماد به نفس، بیمه و حضور کارکنان مناسب در بهزیستی و دیگر سازمان‌های مرتبط با معلولین (نیکخواه و فدایی، ۱۳۹۴: ۲۹).

فروودیان و همکاران، به بررسی نیازهای ویژه افراد دارای ناتوانی جسمی پرداختند به‌طور کلی مهم‌ترین نیازهای ویژه افراد کم‌توان جسمی در ۷ حوزه جای‌گرفت: خانواده و نزدیکان، آموزش، جابجایی و حمل‌ونقل، بناها و فضاها، مشارکت اجتماعی و اشتغال، خدمات بهداشتی درمانی و نگرش سایر افراد اجتماع به مشکلات آن‌ها. افزایش مشارکت اجتماعی و استقلال عملکرد افراد دارای کم‌توانی جسمی مستلزم آن است که به‌جای ناتوانی در آن‌ها به برابری فرصت‌ها در جامعه توجه شود (فروودیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۹).

شریفیان ثانی و همکاران، به بررسی نیازها و مشکلات دختران و زنان دچار معلولیت جسمی حرکتی پرداختند و اولویت‌های آنان در هر زمینه مشخص شد. اولویت نیاز آموزشی: آموزش جامعه و آموزش حرفه‌ای. نیاز اشتغال: سرویس رفت‌وآمد و وجود سهمیه خاص برای اشتغال. نیاز به تشکیل خانواده: فراهم کردن امکان شناخت بیشتر همسر آینده توسط خانواده، مشاوره قبل از ازدواج. رفت‌وآمد: مناسب‌سازی پیاده‌روها و معابر عمومی، وجود سرویس خاص متناسب با نوع معلولیت. نیاز به خدمات توانبخشی: نیاز به وسایل کمک توانبخشی و خدمات آموزشی. گذراندن اوقات فراغت: کمک‌های مالی برای استفاده از امکانات ورزشی-تفریحی، وجود مکان‌های ورزشی متناسب با معلولیت آنان. برقراری ارتباط: آگاهی دیگران به توانایی‌های افراد معلول در کنار محدودیت، برخورد عادی و بدون ترحم. اولویت مشکلات نیز در زمینه آموزش، اشتغال، زندگی

مشترک، خشونت، رفت و آمد و گذراندن اوقات فراغت مشخص گردید (شریفیان ثانی و همکاران، ۱۳۸۵: ۴۱).

ادیب و همکاران، به تفسیر مشکلات نوجوانان پسر کم توان ذهنی خفیف مدارس استثنایی پرداختند. درون مایه های به دست آمده شامل آسیب های خانوادگی (خانواده گسیخته و بیماری در خانواده)، ناراحتی های جسمانی (بیماری و بدشکلی بدنی و نارسایی عضوی)، بدرفتاری با نوجوان، آسیب های روان شناختی (اضطراب، احساس گناه و خودکنترلی ضعیف)، نگرانی از آینده (نگرانی از امنیت خود در آینده و نگرانی از آینده تحصیلی و حرفه ای)، تحصیل در مدارس استثنایی، ضعف در فراگیری و معلولیت دیگران بود (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۷۵). شریفی و همکاران، نیازهای اجتماعی افراد فلج مغزی را بررسی نمودند. حیطه نیازهای اجتماعی شرکت کنندگان در قالب ۱۲ زیرمضمون و ۷ مضمون ظهور یافت. مضامین بدست آمده عبارت بودند از: کمک و همراهی سایرین، پذیرش اجتماعی، ازدواج، کار، دسترسی به امکانات شهری، ادامه تحصیل و سازمان های حمایت کننده (شریفی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۱).

جعفری و همکاران، به تعیین موانع و عوامل تسهیل کننده زندگی پس از سکتة مغزی در شهرستان کرمان پرداختند. یافته های این پژوهش نشان داد که بیماران مشکلات بیشتری در حوزه های سیاست، عوامل محیطی، جسمی و وضعیت اقتصادی دارند. ضمناً دریافت حمایت اجتماعی از سوی دوستان و اعضای خانواده و همچنین نماز و دعا را به عنوان عوامل تسهیل کننده در زندگی معرفی کردند، بین سن و مقیاس جسمی و اقتصادی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد، زنها نسبت به مردها بیشتر از حمایت اجتماعی و فاکتورهای معنوی استفاده می کنند، افراد متأهل حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کردند و مشکلات جسمی و اقتصادی کمتری داشتند. به طور کلی بیماران با شدت بیماری بیشتر، عوارض روانی بیشتری مثل افسردگی و نگرانی نسبت به آینده را به همراه خواهد داشت، بیماران با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین تر، موانع بیشتری را متحمل می شوند (جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱).

سایر مقالات

یکی از پژوهش‌ها به بررسی نگرش مردم نسبت به افراد دارای معلولیت پرداخته بود و بر اساس نتایج این پژوهش این نگرش به سن، جنس، تحصیلات، شغل و وضع تأهل پاسخگویان بستگی داشته و به دو سمت مثبت و منفی گرایش دارد (کلدی، ۱۳۷۹: ۱۷۵). دو مورد از مقالات نیز به برساخت اجتماعی ناتوانی پرداخته‌اند. محسنی تبریزی و جبلی (۱۳۹۲: ۱۳۱)، مطرح می‌نمایند که ناتوانی تنها زمانی بروز می‌کند که آن‌ها با رفتارهای تبعیض‌آمیز ناشی از موانع مصنوعی روبه‌رو شوند. این تبعیض می‌تواند ناشی از دسترسی نداشتن به سازه‌های شهری و یا به دلیل وجود موانع حسی، نگرشی، اقتصادی و شناختی باشد.

همچنین امین مظفری و همکاران، در پژوهشی با رویکرد برساخت گرایانه اجتماعی به بررسی ساخت اجتماعی معلولیت پرداختند. در این پژوهش، بعد ذهنی معلولیت به‌مثابه یک مسئله اجتماعی از طریق تأکید بر عامل آگاهی و ساختار ذهن فرد دارای معلولیت در نظر گرفته شده است. نتایج نشان داد فرد دارای معلولیت خود را موجود ناتوانی می‌بیند که همراه نیازمند کمک است. آن‌ها فکر می‌کنند تنها زمانی می‌توانند زندگی همراه با خوشبختی داشته باشند که سلامتی خود را بازیابند (امین مظفری و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۵۶). دو مورد از مقالات نیز به تجربه استفاده از فضای مجازی و وبلاگ نویسی جهت افزایش حضور اجتماعی و همچنین مقتدر سازی اجتماعی توسط افراد دارای معلولیت پرداخته بودند. وبلاگ نویسی منجر به تقویت احساس توانمندی فرد دارای معلولیت، از طریق «دسترسی به اطلاعات لازم» و نیز احساس ایجاد در تغییر نگرش دوستان و بلاگی درباره معلولیت به‌عنوان نقص جسمی، از طریق قائل شدن به نقش اجتماعی مثبت به‌عنوان یک وبلاگ نویس در فرد دارای معلولیت شده است (منتظر قائم و الهی‌فر، ۱۳۹۰: ۳۱۹).

بحث و نتیجه‌گیری

واژه‌های ناتوانی و معلولیت مفاهیمی پیچیده، پویا و چند سویه هستند و بسیاری از پژوهش‌گران حوزه سلامت، علوم انسانی و علوم اجتماعی، سعی در ارائه الگوهای مفهومی برای درک بهتر آن دارند. در گزارش سازمان بهداشت جهانی، الگوی زیستی، روانی، اجتماعی ناتوانی پیشنهاد شده است و چگونگی پدید آمدن آن را برآمده از تعامل بین افراد با آسیب‌های گوناگون با انواع بازدارنده‌های محیطی و نگرش‌ها که آن‌ها را از مشارکت همه‌جانبه و کارآمد در اجتماع در شرایط برابر با دیگران بازمی‌دارد، توصیف کرده‌اند. ناتوانی در همه فرهنگ‌ها به شیوه یکسانی درک نمی‌شود. درمان و نحوه برخورد با آن در مناطق مختلف بسیار پیچیده و متنوع بوده و رفتارهای تبعیض‌آمیز متعددی را به وجود آورده است. امروزه ما در یک پارادایم اجتماعی جدید زندگی می‌کنیم که با توجه به حقوق بشر ساخته شده است و به افراد دارای معلولیت نگاه ویژه‌ای دارد. این مدل جدید و انسانی‌تر، در بیشتر کشورهای جهان به تصویب رسیده است که به برابری حقوق و دسترسی برابر افراد به خدماتی مانند آموزش، بهداشت و حقوق کار معتقد است (Jose, 2014: 115).

همان‌طور که در یافته‌ها عنوان شد، افراد دارای معلولیت در جامعه ما با مشکلات متعددی از جمله: تحصیل، اشتغال، ازدواج، عدم پذیرش در جامعه، کمبود حمایت‌های اجتماعی و... مواجه هستند. در ادامه به بعضی از نکات قابل توجه این مقالات و بحث در مورد آن‌ها پرداخته می‌شود. به دلیل ماهیت پیچیده عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و ناتوانی، به کارگیری روش‌های پژوهشی کیفی و ترکیبی در این گونه تحقیقات لازم است. با توجه به نتایج این پژوهش سهم روش تحقیق کیفی در مطالعات موردبررسی ۴۴ درصد است اما تنها ۱۶ درصد مقالات به روش تلفیقی صورت گرفته بودند. به دلیل درک عمیق و جامع‌تری که این روش‌ها از مسائل موردبررسی می‌دهند لازم است برای شناخت همه‌جانبه مسائل و طرح‌ریزی مداخلات مؤثر بیشتر به کار گرفته شوند.

یکی از نقاط قابل توجه این است که اکثر مقالات صورت گرفته جهت ارزیابی عوامل اجتماعی معلولیت به بررسی افراد دارای معلولیت‌های جسمی پرداخته بودند و تنها ۲ مقاله

افراد دارای کم‌توانی ذهنی را در نظر گرفته بود. پژوهش‌های صورت گرفته برای این دسته از افراد دارای معلولیت بر کم‌توانی‌های شناختی و کنش‌های اجرایی، اختلالات رفتاری و دشواری‌هایی در روابط اجتماعی و همچنین مسائل و مشکلات والدین این افراد متمرکز است. در صورتی که افراد دارای کم‌توانی ذهنی با چالش‌هایی در حوزه‌های اجتماعی-هیجانی و رفتاری مواجه هستند.

افراد با کم‌توانی ذهنی در مقایسه با هم‌تایان عادی خود از نظر رشد اجتماعی دچار ضعف قابل‌توجهی هستند و از کفایت‌های لازم برای رویارویی با انتظارات اجتماعی بهره‌مند نیستند. همچنین در برقراری ارتباط و سازگاری با محیط اجتماعی پیرامون خود و روابط اجتماعی و خانوادگی مشکلات فراوانی دارند. آنان در روابط با همسالانشان نیز با مشکلات جدی مواجه می‌شوند و رفتارهای سازش‌نیافته فراوانی دارند که در نهایت باعث انزوای آنان و طرد شدن از سوی همسالان خود می‌شود (نسائیان و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۶۰). در واقع این افراد را می‌توان با فقدان مهارت‌های اجتماعی مناسب بازشناخت. مهارت‌های حرکتی ضعیف‌تر، پرخاشگری، سلطه‌پذیری، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکاری، افسردگی و اضطراب بیشتر نسبت به همسالان با توانایی هوشی بهنجار از جمله دیگر ویژگی‌های گزارش شده در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی خفیف است. نرخ مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان این گروه حتی تا چهار برابر بیشتر از همسالان گزارش شده است و این مشکلات تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (ادیب و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۷۶).

با توجه به این مطالب لازم است در پژوهش‌ها به این گروه از افراد دارای معلولیت توجه ویژه‌ای گردد. همچنین به دلیل طیف وسیع بیماری‌های منجر به کم‌توانی لازم است نیازها و مشکلات هرکدام از این گروه‌ها نیز به‌طور اختصاصی بررسی شود. مطلب قابل اهمیت دیگر این است که در مجموع ۲ عدد از مقالات با تمرکز بر مشکلات زنان دارای معلولیت صورت گرفته بودند. موضوع زنان دارای ناتوانی در سال‌های اخیر به‌عنوان یک موضوع اصلی پژوهش مورد هدف قرار گرفته است. دلیل این امر را می‌توان این‌گونه تبیین

کرد که زنان یکی از عمده‌ترین زیرگروه‌های جمعیتی در هر جامعه‌ای هستند که به دلیل وضعیت‌های خاص جنسیتی - اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی در سده‌های اخیر جداگانه مطالعه شده‌اند، تا جایی که امروزه در بسیاری از دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی مراکز مطالعات زنان وجود دارد. یک دسته ویژه از زنان که با مسائل متعددی در جامعه روبرو هستند، زنان دارای معلولیت می‌باشند (رضائی و همکاران، ۱۳۹۴: ۸).

امروزه تبعیض مضاعفی که بر زنان دارای معلولیت روا داشته می‌شود مورد توافق متخصصان مطالعات معلولیت است. روند تغییرات در الگوهای موردبررسی مشکلات افراد دارای معلولیت نیز از این دیدگاه حمایت می‌کند. در مدل اجتماعی نیز موانع ناشی از کمبودهای موجود در اجتماع است که موجب بسیاری از محدودیت‌های افراد دارای معلولیت می‌شود و بر اساس همین نگرش، موانع و کمبودها برای این دسته از زنان به مراتب بیشتر از مردان با شرایط مشابه است (شریفیان ثانی، ۱۳۸۵: ۴۲). نوسک و همکاران، در تحقیقی دریافتند که زنان معلول نسبت به زنان غیر معلول به‌طور معناداری خودشناسی کمتر و عزت‌نفس پایین‌تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی‌ترند و ارتباط صمیمی کمتری دارند. حدود ۱۵ درصد از افراد عادی گزارش می‌دهند که احساس خستگی، اضطراب، ترس یا عصبی بودن می‌کنند، افراد مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی چنین حالتی را دو یا حتی سه برابر گزارش می‌دهند (Nosek, 2003: 1737).

همچنین بر اساس بررسی مفاهیم بحث شده در مقالات، اکثریت پژوهش‌ها به بحث نیازها و مشکلات افراد دارای معلولیت و زندگی اجتماعی این افراد پرداخته بودند و در اولویت بعدی مقالات مرتبط با مباحث حمایت اجتماعی، پذیرش فردی و اجتماعی و اشتغال قرار داشت. بر اساس مرور سیستماتیک که هانا تاف و همکاران^۱ (۲۰۱۷)، انجام دادند، بیشتر مطالعات به بررسی حمایت اجتماعی، پرداخته بودند و مفاهیم دیگری نظیر شبکه‌های اجتماعی، تعاملات منفی اجتماعی، عملکرد خانواده و کیفیت ارتباطات کمتر مورد توجه قرار گرفته بودند. همچنین، همسو با نتایج پژوهش، نتایج تحقیق دوا و لین، نشان

می‌دهد که تلاش در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای معلولیت در توانبخشی آن‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است (Dewa & Line, 2000: 41).

افراد دارای ناتوانی جسمی در مقایسه با افراد عادی، ارتباط اجتماعی کمتر و تمایل بیشتری به انزوای اجتماعی دارند. از طرف دیگر افراد دچار معلولیت جسمی - حرکتی از لحاظ دستیابی به حقوق انسانی و اجتماعی خود در مقایسه با سایر افراد، وضعیت نامناسبی دارند. بیشتر افراد مبتلا به ناتوانی جسمی بیکار هستند، شغل مناسبی ندارند، از نظر اجتماعی منزوی و یا دارای برجسب یا داغ اجتماعی و محروم هستند و در محیط‌های شغلی و غیر شغلی جوامع مختلف با موانع، تعصبات و جهت‌گیری‌های متعدد جسمی، قانونی، اقتصادی و روانی - اجتماعی مواجه هستند (مشتاقی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). تبعیض، تبعات و پیامدهایی را به همراه دارد. اولین و مهم‌ترین پیامد تبعیض علیه افراد دارای معلولیت، ناتوان کردن یا به استضعاف کشیدن آن‌هاست. تأکید و بزرگ‌نمایی جامعه، خانواده، مدرسه، دانشگاه، محیط‌های شغلی در خصوص محدودیت‌های این افراد فرصت‌های پرورش و شکوفایی استعدادهای بالقوه ایشان را سلب و سرکوب می‌کند (محسنی تبریزی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۳۳).

آوولیو^۱ و همکارانش (۲۰۱۳)، به بررسی عوامل مؤثر بر روی کیفیت زندگی افراد دچار معلولیت پرداخته و به این نتیجه رسیده‌اند که روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این گروه از افراد است و ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Avolio et al, 2013: 1). گروم و سنیکار، با انجام تحقیقی که در میان دانش‌آموزان معلول انجام دادند نشان دادند که اعتماد به نفس دانش‌آموزانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند بیشتر از اعتماد به نفس دانش‌آموزانی است که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند (Grum & Senicar, 2012: 73).

بر اساس نتایج تحقیق حاضر می‌توان به نمای کلی از ابعاد اجتماعی معلولیت در جامعه ایران دست یافت. پژوهش حاضر با هدف مرور مطالعاتی که به زبان فارسی و توسط محققین داخلی به بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت پرداخته‌اند صورت گرفت. یافته‌های حاصل از مقالات می‌تواند موجب شناخت همه‌جانبه این افراد و افزایش آگاهی در این زمینه گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به گستردگی و پراکندگی موضوع اشاره کرد، لذا این پژوهش تنها به بررسی مطالعاتی پرداخته است که در پایگاه‌های مطرح شده و به زبان فارسی نمایه شده‌اند. بنابراین مقالات مجلاتی که زبان چاپ آن‌ها انگلیسی می‌باشد و مقالات همایش‌ها و پایان‌نامه‌ها را در نظر نگرفته است. همچنین به دلیل گستردگی و وجود انواع متفاوت معلولیت‌های ذهنی، جسمی و روانی و اسامی متعدد معلولیت‌های موجود، کلیدواژه‌هایی در نظر گرفته شد که به هدف پژوهش نزدیک باشد و مباحثی نظیر سالمندی که خود بحث جداگانه‌ای را می‌طلبد وارد پژوهش نگردد.

از طرف دیگر با توجه به محدودیت‌هایی که جست‌وجوی کلیدواژه‌های ترکیبی در پایگاه‌های فارسی‌زبان دارند، این احتمال وجود دارد که تمامی منابع موجود در پایگاه نشان داده نشود، بنابراین برای اطمینان از دستیابی به تمامی مقالات مرتبط، نویسندگان این مقاله علاوه بر جست‌وجو با دستورات ترکیبی، با جست‌وجوی ساده کلیدواژه‌ها حجم قابل توجهی از منابع یافت شده را به صورت دستی بررسی کردند. این مطالعه با توجه به روش اجرا، ناگزیر از بررسی مطالعات موجود است. بنابراین بر اساس تحقیقات پیشین نمی‌توان به تبیینی «قابل تعمیم» دست یافت بلکه عموماً می‌توان زمینه قضاوت یافته‌های پیشین را فراهم نمود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد از نتایج پژوهش در جهت ارتقای کیفیت خدمات متخصصان حرفه‌ای و تدوین سیاست‌های مبتنی بر نیازها و مشکلات این افراد استفاده گردد. آگاهی

مددکاران اجتماعی از ابعاد اجتماعی معلولیت و کمبودهای پژوهشی موجود، می‌توانند منجر به تدوین و ارائه بسته‌های خدمات‌رسانی، با تأکید بر نیازهای اجتماعی افراد دارای معلولیت و انجام پژوهش‌ها جدید و مورد نیاز شود و از این طریق، به این گروه هدف، خدمات تخصصی ارائه گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به صورت تخصصی به انواع متفاوت معلولیت پرداخته و ابعاد و زمینه‌های اجتماعی هر کدام از آنها به صورت تخصصی بررسی گردد.

منابع

- ادیب، یوسف؛ فتحی آذر، اسکندر و شفیع سورک، سینا. (۱۳۹۵)، "تفسیر مشکلات نوجوانان پسر کم‌توانی ذهنی خفیف مدارس استثنایی: یک مطالعه کیفی"، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، سال پنجم، شماره ۲: ۱۷۵-۱۸۷.
- استادیان خانی، زهرا و فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶)، "اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی"، فصلنامه توانبخشی، دوره هجدهم، شماره ۱: ۶۳-۷۲.
- امین مظفری، فاروق؛ عزیززاده اقدم، محمدباقر و بخشی، اکرم. (۱۳۹۰)، "ساخت اجتماعی معلولیت: پژوهشی با رویکردی بر ساخت گرایانه اجتماعی مطالعه موردی شهرستان رشت"، فصلنامه مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی، دوره سوم، شماره ۲-۳: ۱۴۳-۱۵۶.
- آزاد مرزآبادی، اسفندیار و غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۸۹)، "بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه استرس شغلی HSE"، مجله علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره ۴: ۲۹۱-۲۹۷.
- برقی، ستار؛ فروغان، مهشید؛ حسینی، محمدعلی و فرضی، مرجان. (۱۳۹۷)، "مقایسه تنش شغلی و عوامل مربوط با آن در کارمندان دارای معلولیت جسمی حرکتی و فاقد آن در مراکز بهزیستی"، مجله مدیریت ارتقای سلامت، دوره دوم، شماره ۴: ۵۶-۶۶.
- به پژوه، احمد؛ غبری، باقر؛ حسین خانزاده، عباسعلی و حجازی، الهه. (۱۳۸۴)، "مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس تلفیقی و استثنایی"، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی‌وپنجم، شماره ۲: ۶۳-۸۳.
- جعفری، مهدیه؛ مکارم، اصغر؛ دالوندی، اصغر؛ عظیمیان، مجتبی و حسینی، محمدعلی. (۱۳۹۰)، "تعیین موانع و عوامل تسهیل‌کننده زندگی پس از سکته مغزی در شهرستان کرمان"، مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین، دوره پنجم، شماره ۲: ۱-۱۱.
- حسینی، سید حسن و صفری، فاطمه. (۱۳۸۷). "معلولیت، فقر و طرد اجتماعی". فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱: ۲۶۵-۲۸۴.

- حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۶)، "مقایسه موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توانی ذهنی؛ درخودماندگی و بهنجار"، مجله علوم روان‌شناختی، دوره شانزدهم، شماره ۱: ۱۲۴-۱۳۷.
- خانجانی، محمد سعید؛ خانکه، حمیدرضا؛ یونسی، سید جلال و ازخوش، منوچهر. (۱۳۹۷)، "تبیین عوامل مؤثر بر پذیرش و سازگاری با ضایعه نخاعی: یک مطالعه کیفی"، فصلنامه توانبخشی، دوره نوزده، شماره ۴: ۲۷۶-۲۹۱.
- خسروی، نسرین؛ راهب، غنچه؛ عرشی، ملیحه و اقلیما، مصطفی. (۱۳۹۳)، "بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی مراکز آموزشی رعد"، فصلنامه توانبخشی، دوره شانزده، شماره ۲: ۱۷۶-۱۸۵.
- رضی، داود و علیمردانی، مونا. (۱۳۹۲)، "نگاهی جامعه‌شناختی به وضعیت معلولین جسمی-حرکتی در فضاهای شهری"، نخستین همایش ملی توانمندسازی فردی اجتماعی افراد با نیازهای ویژه: ۱-۱۰.
- داودی، ایران؛ زرگر، یداله؛ مظفری پور سی سخت، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم. (۱۳۹۱)، "رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی"، روان‌شناسی سلامت، شماره ۱: ۵۹-۷۳.
- رجیبی، غلامرضا؛ عطاری، یوسفعلی و حقیقی، جمال. (۱۳۸۰)، "تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز"، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هشتم، شماره‌های ۳ و ۴: ۴۹-۶۶.
- رجیبی، غلامرضا و بهلول، نسرین. (۱۳۸۶)، "سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران"، پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی، شماره ۸: ۳۳-۴۸.
- رضائی، مهدی و پرتوی، لطیف. (۱۳۹۴)، "زنان معلول و تعامل با جامعه (مطالعه کیفی زندگی اجتماعی زنان معلول)"، مطالعات راهبردی زنان، سال هفتم، شماره ۶۷: ۷-۴۴.
- رضائیان، محسن. (۱۳۹۲)، "مروری بر انواع مطالعات مروری در حوزه سلامت". مجله تحقیقات سلامت. سال نهم، شماره ۱۱، ۱۳۹۲: ۱۱۴۹-۱۱۵۷.

- سالنامه آماری کشور. (۱۳۹۵). فصل بهزیستی و تأمین اجتماعی، تهران: مرکز آمار ایران.
- سجادی، حمیرا و زنجری، نسیمه. (۱۳۹۴)، "معلولیت (ناتوانی) در ایران: شیوع، ویژگی‌ها و همبسته‌های اقتصادی و اجتماعی آن"، فصلنامه توانبخشی، دوره شانزدهم، شماره ۱. ۳۶-۴۷.
- سلیمی، عظیمه؛ جوکار، بهرام و نیک پور، روشنگر. (۱۳۸۸). "ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت"، مطالعات روان‌شناختی. دوره پنجم، شماره ۳. ۸۱-۱۰۲.
- شاطریان، محسن؛ اشنویی، امیر و گنجی پور، محمود. (۱۳۹۴)، "بررسی مناسب‌سازی فضاها و شهری جهت دسترسی معلولین و جانبازان. نمونه موردی ادارات دولتی شهر کاشان"، مجله آمایش جغرافیایی فضا، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه گلستان، سال ششم، شماره مسلسل ۲۲: ۵۹-۷۶.
- شاهنده، هانیه؛ وامقی، روشنگر؛ حاتمی زاده، نیکتا و کاظم نژاد، انوشیروان. (۱۳۸۳)، "کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی"، سال سوم، شماره ۳: ۱-۸.
- شاهینوندی، احمد؛ مسعود، محمد؛ سلطانی، تهمینه و سلطانی، مریم. (۱۳۹۳)، "نقش برنامه‌ریزی و مناسب‌سازی مراکز ورزشی در افزایش فعالیت‌های بدنی و مشارکت اجتماعی (نمونه موردی: ناتوانان حرکتی و معلولان شنوایی شهر اراک)"، مجله مطالعات ناتوانی، دوره چهارم، شماره ۱: ۵۰-۵۸.
- شهیم، سیما. (۱۳۸۴)، "هنجاریابی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی برای کودکان پیش‌دبستانی". مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). دوره یازدهم. شماره ۲. ۱۷۶-۱۸۶.
- شریفی، اعظم؛ کمالی، محمد و جابک، علی. (۱۳۹۳)، "نیازهای اجتماعی افراد فلج مغزی: یک مطالعه کیفی به روش پدیدارشناسی"، مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین، دوره هشتم، شماره ۲: ۲۱-۳۰.
- شریفیان ثانی، مریم؛ سجادی، حمیرا؛ طلوعی، فرشته و کاظم نژاد، انوشیروان. (۱۳۸۵)، "دختران و زنان دچار معلولیت جسمی حرکتی: نیازها و مشکلات"، فصلنامه توانبخشی، دوره هفتم، شماره ۲: ۴۱-۴۸.

- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴)، "اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی برای جمعیت ایرانی"، روانشناسی تحولی، دوره یکم، شماره ۴: ۳۶-۵۴.
- صادقی فسایی، سهیلا و فاطمی نیا، محمدعلی. (۱۳۹۳)، "معلولیت؛ نیمه پنهان جامعه: رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران"، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پانزدهم، شماره ۵: ۱۵۹-۱۹۴.
- صفاری، محسن؛ سنایی نسب، هرمز و پاکپور حاجی آقا، امیر. (۱۳۹۲)، "چگونه یک مرور سیستماتیک در زمینه سلامت انجام دهیم: یک مرور توصیفی"، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت ایران، سال اول. شماره ۱: ۵۱-۶۱.
- عباداللهی، حمید؛ پیری، اکبر و موقر نرین، منصور. (۱۳۹۰)، "داغ ننگ و هویت اجتماعی: بررسی موردی عوامل اجتماعی داغ ننگ زنده بر افراد دارای معلولیت جسمانی آشکار در شهر رشت"، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال دوم، شماره ۵ و ۶: ۱۹۵-۲۲۲.
- عبادی، علی؛ هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل؛ قاسم‌زاده، رؤیا؛ لطیفی، سید محمود و جعفری، غلام علی. (۱۳۹۲)، "تعیین موانع اشتغال افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی و کاربردهای آن برای مدیران توانبخشی"، مجله مطالعات ناتوانی، دوره سوم، شماره ۲: ۹-۲۲.
- عبداللهی، رضا. (۱۳۹۷)، درآمدی بر جامعه‌شناسی قشربندی معلولیت در ایران (واکاوی نابرابری‌های اجتماعی افراد معلول)، تهران: دنیای اقتصاد.
- عسکری، ثریا؛ شفارودی، نرگس؛ کمالی، محمد و خلف بیگی، میترا. (۱۳۹۰)، "محیط و نابینایی: تجربیات بزرگسالان دارای نابینایی اکتسابی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی"، مجله مطالعات ناتوانی، دوره اول، شماره ۱: ۲۹-۴۱.
- عطا دخت، اکبر؛ جوکار کمال‌آبادی، نجمه؛ حسینی کیاسری، سیده طیبه و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۳)، "نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی افراد معلول جسمی حرکتی و مقایسه آن با افراد عادی"، فصلنامه توانبخشی، دوره پانزدهم، شماره ۳: ۲۴-۳۶.
- غضنفری، شهلا. (۱۳۸۰)، "میزان ناتوانی و همبستگی آن با عوامل روانی-اجتماعی در بیماران SLE"، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، سال بیست‌وپنج، شماره ۲: ۳۷-۴۲.

- غفارپور، شهربانو و محمدی، اصغر. (۱۳۹۶)، "عوامل مؤثر بر پذیرش افراد دارای ناتوانی در جامعه (مطالعه موردی: شهر کرد)"، فصلنامه توانبخشی، دوره هجدهم، شماره ۳: ۲۰۳-۲۱۱.
- فرهودیان، علی؛ سلیمانی نیا، لیلا؛ غریب، مسعود؛ فرهادی، محمدحسن؛ صادقی، ماندانا؛ یارمحمدی، مسیب؛ ساوری، محمد اسماعیل و رحیمی، سید علی سینا. (۱۳۹۲)، "بررسی نیازهای ویژه افراد دارای ناتوانی جسمی: یک تحقیق کیفی"، مجله علمی پژوهشی پژوهان، دوره یازدهم، شماره ۳: ۹-۱۵.
- کلدی، علیرضا. (۱۳۷۹)، "بررسی نگرش مردم نسبت به معلولین"، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۱۱ و ۱۲: ۱۷۵-۲۰۱.
- مشتاقی، مرضیه؛ علامه، سید فرید و آقایی، اصغر. (۱۳۹۰)، "تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقاء سلامت روان ناینایان شهر اصفهان"، اولین همایش ملی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- محسنی تبریزی، علیرضا و زرین کفشیان، غلامرضا. (۱۳۹۴)، "بررسی عوامل مؤثر بر طرد اجتماعی معلولان: مطالعه موردی معلولان جسمی و حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرستان ری"، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ششم، شماره ۲: ۳۲۷-۳۵۲.
- محسنی تبریزی، علیرضا و جبلی، خدیجه. (۱۳۹۲)، "برساخت اجتماعی ناتوانی (مطالعه موردی آموزش و پرورش دانش آموزان کم‌بینا)، نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره چهارم، شماره ۱: ۱۳۱-۱۵۴.
- منتظر قائم، مهدی و الهی فر، کبری. (۱۳۹۰)، "وبلاگ نویسان دارای معلولیت: تجربه استفاده از وبلاگ و افزایش حضور اجتماعی"، مطالعات جامعه‌شناختی، دوره هجدهم، شماره ۳۹: ۱۶۷-۱۹۶.
- منتظر قائم، مهدی و الهی فر، کبری. (۱۳۹۰)، "وبلاگ نویسان دارای معلولیت: تجربه مقتدر سازی فردی- اجتماعی در فضای وبلاگ". فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال دوازدهم، شماره ۴۷: ۳۱۹-۳۵۶.
- نادری، فرح؛ صفرزاده، سحر و مشاک، رؤیا. (۱۳۹۰)، "مقایسه خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی و عادی"، سلامت و روانشناسی، دوره یکم، شماره ۱: ۱۵-۴۱.

– نسیان، عباس و اسدی گندمانی، رقیه. (۱۳۹۵)، "اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری نوجوانان با کم‌توانی ذهنی"، فصلنامه توانبخشی، دوره هفدهم، شماره ۲: ۱۵۸-۱۶۶.

– نیکخواه، هدایت‌الله و فدایی، سامیه. (۱۳۹۴)، "بررسی نیازهای اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی و روانی معلولان (مطالعه موردی معلولان تحت سرپرستی بهزیستی بندرعباس)"، پژوهشنامه فرهنگی هرمنگان، دوفصلنامه علمی ترویجی، سال پنجم، شماره ۱۰: ۲۹-۴۵.

- Avolio, Maria. (2013). Factors influencing quality of life for disabled and nondisabled elderly population: the results of a multiple correspondence analysis. *Current Gerontology and Geriatrics Research*,
– <https://doi.org/10.1155/2013/258274>
- Carolyn S Dewa, and Elizabeth Lin. (2000). Chronic Physical illness, Psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science and Medicine*, 51(1): 41-50.
- Duncan Neil. (2013). Using disability models to rethink bullying in schools. *Education, Citizenship and Social Justice*, 8(3), 254-262.
- Mona Eklund. (2014). Lancashire Quality of Life Profile. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.
- Gresham F.M, and Elliot S.N. (1990). Book Review: Social Skills Rating System (SSRS). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10 (2), 196-205.
- Grum Darja, and Senicar M. (2012). Self-concept and social support among adolescents with disabilities attending special and mainstream schools. *Harvatska revija za rehabilitacijska istrazivanja*, 48(1), 73-83
- Jose Antonio, Concepcion Unanue, and Beatriz Nunez Angulo. (2014). Social image of disability. Vulnerability of the dignity of women with disability and social exclusion contexts. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 161, 115-120.
- Hannah Tough, Johannes Siegrist, and Christine Fekete. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *Tough et al. BMC Public Health*. 17:414. DOI 10.1186/s12889-017-4308-6.
- Kapci Emin, Uslu R, Turkcapar H, And Karaoglan A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*, 25(10).104-110.

- Khasnabis Chapal, Heinicke Motsch Karen, Achu Kamala, and et al. (2010). *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*, Geneva: World Health Organization
- Mitra Sophie, Aleksandra Posarac, and Brandon Vick. (2013). Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Development*, 41, 1-18.
- Nosek M, Hughes R.B, Swdiund N, Taylor H, and etal. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science and Medicine* 56 (8), 1737-1747.
- Sabo Suleiman K. (2010). The impact of disability on self and society: an agenda for research on rehabilitation of disabled in Nigeria. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1804-1810.
- Vaux Alan Phillips, and Jeffrey Holly, Lori . (1986). The social support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity. *American journal of community psychology*, 14(2), 195-219.
- WHO. (2015). Global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability. *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2011). World Report on Disability. *Who Press, World Health Organization*.
- World Health Organization. (2001). International Classification of functioning; disability and health ICF." Geneva: *World Health Organization*.
- Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet , and Gordon K. Farley. (2010). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1). 30-41.