

Health-centered Agency and Perceived Barriers to Health Achievement among Blind and Visually Impaired Women

Mohammad Ganji *

Associate Professor of Social Sciences,
Kashan University, Kashan, Iran.

Narges Nikkhah

Assistant Professor of Social Sciences,
Kashan University, Kashan, Iran.

Fatemeh Hami Kargar

PhD Candidate of Sociology, Kashan
University, Kashan, Iran

Masoud Ghafari

PhD in Sociology, Kashan University,
Kashan, Iran

Accepted: 9/9/2022

Review: 23/8/2022

Received: 31/5/2022

ISSN: 2476-6399

eISSN: 2476-6380

Abstract

Different social groups each make efforts to achieve health, and due to their social status, they also face obstacles to achieving health. Meanwhile, blind and visually impaired women also have unique experiences in this field. This phenomenological study analyzes the efforts of blind and visually impaired women in the context of their life experience and also the obstacles to their progress in Kashan. In this regard, using purposive sampling with the criterion of theoretical saturation, 25 blind and visually impaired women were selected for in-depth interviews. The interviews were then analyzed using Brown and Clark thematic analysis. After extracting the appropriate codes, two main themes with the titles of health-centered agency and perceived barriers to health have been obtained. Health-oriented agency includes actions that are in the field of awareness of individuals and occur to maintain, improve or promote health and has the sub-themes of basic health presuppositions, conscious prevention in order to maintain health, reconstruction and treatment, and measures that are detrimental to health. Perceived health barriers also refer to macro-social categories that restrict the realization of health in blind and visually impaired women outside the will of individuals and contain sub-themes of economy-based health, harassing behaviors of the society, disabling social context and a challenge to the institution of treatment and the passive family.





Keywords: Health, Blind and Visually Impaired Women, Disability, Health-centered Agency, Health barriers

* Corresponding Author: m.ganji@kashanu.ac.ir

How to Cite: Ganji, M; Nikkhah Ghamsari, N; Hamikargar, F; Ghafari, M. (2022). Health-centered agency and perceived barriers to health achievement among blind and visually impaired women, *Journal of Social Work Research*, 9 (31), 207-243.



عاملیت سلامت محور و موانع ادراک شده تحقق سلامت در زنان نابینا و کم نابینا

محمد گنجی*  دانشیار علوم اجتماعی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
نرگس نیکخواه قمصری  استادیار علوم اجتماعی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
فاطمه حامی کارگر  دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
مسعود غفاری  دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

گروه‌های اجتماعی مختلف هرکدام تلاش‌هایی در جهت رسیدن به سلامتی اتخاذ می‌کنند و با توجه به موقعیت اجتماعی خود با موانعی نیز در جهت تحقق سلامتی مواجه هستند در این میان زنان نابینا و کم‌بینا نیز تجربیات منحصر به فردی در این زمینه دارند. این پژوهش با روش پدیدارشناسی، به واکاوی تلاش‌های زنان نابینا و کم‌بینا جهت رسیدن به سلامتی در بستر تجربه زیسته‌شان و همچنین موانع پیش‌روی آنان در شهر کاشان می‌پردازد. در این راستا با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با ملاک اشباع نظری ۲۵ نفر از زنان نابینا و کم‌بینا برای انجام مصاحبه‌های عمیق انتخاب شده‌اند. سپس با استفاده از تحلیل تماتیک براون و کلارک مصاحبه‌ها تحلیل گردید. پس از استخراج کدهای اولیه و شکل‌گیری تم‌ها، دو تم اصلی با عناوین عاملیت سلامت محور و موانع ادراک شده تحقق سلامت پدیدار گردید. عاملیت سلامت محور، شامل کنش‌ها و اقداماتی است که در حیطه آگاهی افراد است و جهت حفظ، بهبود و یا ارتقای سلامت بروز می‌کند. و دارای تم‌های فرعی پیش‌فرض‌های اولیه سلامتی، پیشگیری آگاهانه در راستای حفظ سلامت، بازسازی و درمانگری و اقدامات مخمل سلامتی است. موانع ادراک شده سلامت نیز به مقوله‌های کلان اجتماعی اشاره دارد که خارج از اراده افراد تحقق سلامتی را در زنان نابینا و کم‌بینا محدود می‌نماید و حاوی تم‌های فرعی سلامت اقتصاد محور، رفتارهای آزاردهنده جامعه، بستر اجتماعی ناتوان‌کننده و چالش با نهاد درمان و خانواده منفعل می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت، زنان نابینا و کم‌بینا، معلولیت، عاملیت سلامت محور، موانع سلامتی

طرح مسئله

سلامتی از جمله مفاهیم اساسی در حیات انسان است و جامعه بستر فراهم آوردن آن است. از سوی دیگر افراد سالم پایه‌های جامعه سالم را تشکیل می‌دهند و تداوم و پویایی جامعه را تضمین می‌نمایند. بر اساس نتایج پژوهش‌ها سلامت افراد صرفاً با رعایت نکات بهداشتی تأمین نمی‌شود و حتی نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت افراد حداکثر ۲۵ درصد است در حالی که انتخاب‌های فردی و گزینه‌های اقتصادی و اجتماعی به مراتب تأثیر بیشتری در سلامت افراد دارند (Cockerham, 2004: 1410). هرچند در پژوهش‌های صورت گرفته در کشور آمار دقیقی از نقش انتخاب‌های فردی و عوامل اجتماعی در بهبود وضعیت سلامت گزارش نشده است اما بر نقش مهم آن بر سلامت تأکید شده است.

افراد جامعه جهت رسیدن به سلامتی، از میان مجموعه انتخاب‌هایی که بنا بر موقعیت اجتماعی خود دارند اقداماتی انجام می‌دهند. این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و فردی آنان است (Cockerham, 2000: 163).

پس گروه‌های اجتماعی مختلف اقدامات خاص خود را جهت رسیدن به سلامتی اتخاذ می‌نمایند. علاوه بر این در بررسی اقدامات سلامتی، سلامت به منزله برقراری وضعیتی پویا و مثبت، نه صرفاً نداشتن بیماری، در نظر گرفته می‌شود (Cockerham, 2000: 164). به عبارتی هدف در رسیدن به سلامتی تنها معطوف به جنبه‌های جسمانی نبوده و ابعاد دیگر سلامتی را نیز مدنظر قرار می‌گیرد و شرایط اجتماعی گروه‌های مختلف را نیز در رسیدن به سلامتی مورد توجه قرار می‌دهد. موضوعی که ضرورت بررسی اقدامات برای رسیدن به سلامتی را در گروه‌های مختلف اجتماعی، بیش از پیش آشکار می‌سازد.

یکی از گروه‌های اجتماعی که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، مطالعه افرادی است که دچار معلولیت هستند. پژوهش‌ها در حوزه سلامت غالباً معطوف به مطالعه شرایط، اقدامات و انتخاب‌های افرادی است که در اصطلاح سالم هستند و ناتوانی و نقص زیستی در جسم آنان مشاهده نمی‌شود و افراد معلول در موضوعات مرتبط با سلامت کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (Green and Barnart, 2016: 23).

اینکه این افراد چه اقدامات و تلاش‌هایی برای داشتن سلامتی انجام می‌دهند؟ و با چه موانعی برای رسیدن به آن روبرو هستند؟ و سؤالاتی از این قبیل. نکته مهم در فهم اقدامات و کوشش‌های افراد معلول برای رسیدن به سلامتی ایجاد نگاهی به دور از انفعال به این گروه اجتماعی است. زیرا در اغلب پژوهش‌ها در حوزه معلولیت نوعی نگاهی منفعلانه نهفته است که ناتوان‌پنداری معلولین در جامعه را تعمیق می‌بخشد. به عبارتی عدم وجود ساختارهای اجتماعی عادلانه را علت‌العلل وجود موقعیت پایین‌تر معلولان و حتی داشتن سطح پایین‌تر سلامت در آنان می‌داند.

هرچند وجود نگرش نادرست اجتماعی نسبت به معلولان و نبود شرایط مناسب اجتماعی امری انکارناشدنی است اما موضوع مهم، نقش عاملیت فرد معلول در بهبود شرایط خصوصاً در حوزه سلامت است و لازم است از نگاه منفعلانه نسبت به افراد معلول در پژوهش‌ها دوری جست و به تأمل در زمینه نقش معلولان در بخش‌های مختلف زیست اجتماعی از جمله سلامتی، پرداخت. و با ترسیم مفهومی فضای تلاش‌های معلولین در رسیدن به سلامتی، در کنار موانع و محدودیت‌های پیش‌روی آنان، نگاهی عمیق‌تر به موضوع سلامت معلولان داشت.

علاوه بر این معلولیت طیف وسیعی از اختلال و ناتوانی جسمی و یا ذهنی را شامل می‌شود که محدودیت‌هایی در زندگی فردی و اجتماعی ایجاد می‌نماید. پس بر اساس میزان و نوع معلولیت، افراد تجربیات فردی و موقعیت‌های اجتماعی متفاوتی را خواهند داشت. این تفاوت، اقدامات مرتبط با سلامتی در آنان را نیز دستخوش تفاوت‌هایی می‌کند. یکی از معلولیت‌ها که افراد در آن تجربیات زیسته منحصر به فردی را دارند نابینایان و کم‌بینایان هستند. افراد نابینا معمولاً تجربه‌هایی متفاوت از افراد عادی، در سازگاری با محیط دارند. بدون بینایی، ادراک و تفکر افراد از خود و دیگران، بسیار متفاوت خواهد بود (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۱).

البته ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که افراد با داشتن نقص بینایی، خود را بسیار متمایز از سایر گروه‌های معلولیتی مثل ناتوانان جسمی و ذهنی می‌دانند. آنان معتقدند از نظر

جسمانی و ذهنی تفاوتی با افراد بینا در جامعه ندارند و به همین دلیل با عبور از نقص بینایی بسیاری از فعالیت‌های خود را بدون در نظر گرفتن محدودیتی سازمان‌دهی می‌کنند. اما اینکه چه فعالیت‌هایی برای رسیدن به سلامتی انجام می‌دهند موضوعی است که لازم است برای درک آن لازم است به دنیای نابینایان ورود کرده و در پی کشف الگوها و روابط معنایی آن برآمد.

از سوی دیگر جنسیت در کنار معلولیت می‌تواند ابعاد مختلف زندگی خصوصاً سلامت را تحت تأثیر خود قرار دهد و زنان با داشتن معلولیت تجربیات منحصر به فردی در حوزه سلامت دارند (Matin, 2021: 2). پژوهش حاضر بر روی زنان نابینا و کم‌بینا متمرکز شده است و در پی واکاوی تلاش‌های زنان نابینا و کم‌بینا برای رسیدن به سلامتی است، اینکه این زنان چگونه فعالیت‌های خود را در جهت حفظ، ارتقا و بهبود سلامتی سازمان‌دهی می‌کنند و در رسیدن به سلامتی با چه موانعی روبرو هستند.

پیشینه پژوهش

با توجه به اینکه پژوهش حاضر کیفی و با روش پدیدارشناسی انجام گرفته است هدف از نگارش پیشینه، ترسیم فضای مطالعاتی گذشته در موضوع سلامت و معلولیت است و با بررسی پژوهش‌ها در حوزه معلولیت و سلامت بیش‌ازپیش خلأ پژوهشی در این زمینه نمایان گردید و می‌توان اذعان نمود اقدامات زنان معلول برای رسیدن به سلامت و چالش‌ها و موضوعات مرتبط با آن، صرف‌نظر از نوع معلولیت مورد توجه پژوهشگران خصوصاً در حوزه جامعه‌شناسی قرار نگرفته است. پس کمبود پژوهش‌ها، درک فضای مفهومی اقدامات زنان نابینا و کم‌بینا را در بستر زیست اجتماعی برای ما دشوار می‌کند و ضرورت انجام مطالعات عمیق در این زمینه را آشکار می‌نماید.

اما در سه موضوع کلی می‌توان پژوهش‌های مرتبط با فضای مفهومی پژوهش حاضر را دسته‌بندی کرد، معلولیت در بستر جامعه، سبک زندگی سلامت‌محور و تجربه زیسته نابینایان.

پژوهش‌های معلولیت در بستر جامعه عمدتاً به بررسی وضعیت اجتماعی معلولین در جامعه پرداخته‌اند و از مشکلات و نیازهای آنان در جامعه سخن می‌گویند اما به بیان وضعیت اجتماعی معلولان اکتفا کرده و نه تنها ارتباط شرایط اجتماعی فرد معلول با مفاهیم مختلف زندگی خصوصاً سلامتی را مورد توجه قرار نداده‌اند بلکه با توجه به جهت‌گیری پژوهش‌ها، به سمت نگاهی صرفاً انتقادی، به اقدامات معلولان در جهت مقابله با شرایط ایجادشده از سوی جامعه نیز پرداخته‌اند.

پژوهش‌های شریفیان ثانی (۱۳۸۵) و رضایی و پرتوی (۱۳۹۴) به وضعیت زنان معلول در جامعه پرداخته و به نیازها و مشکلات آنان در زندگی اجتماعی اشاره داشته و محدودیت‌های مضاعف زنان و دختران معلول در جامعه می‌پردازد. پژوهش عبادالهی و همکاران (۱۳۹۰) به موضوع داغ اجتماعی معلولان پرداخته و آسیب‌هویی در افراد معلول به سبب برچسب‌ها و نگاه ترحم‌آمیز جامعه به ناتوانی جسمی در این افراد اشاره دارد. صادقی و فاطمی‌نیا (۱۳۹۴) نیز به بررسی معلولین در جامعه پرداخته و حتی فضاهای شهری را برای حضور اجتماعی آنان نامناسب دانسته و انزوای اجتماعی اجباری افراد معلول در ایران را مورد توجه قرار می‌دهد.

یکی دیگر از موضوعات پژوهشی که می‌تواند ارتباطی با مفاهیم و موضوعات مورد واکاوی پژوهش حاضر داشته باشد، سبک زندگی سلامت‌محور است موضوعی که در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران داخلی را به خود جلب کرده است اما گروه اجتماعی معلولان در هیچ‌یک از پژوهش‌های صورت گرفته مورد ارزیابی و بررسی قرار نگرفته‌اند. اما در پژوهش‌های خارجی سبک زندگی سالم در معلولین مورد توجه قرار گرفته است.

آلیاری^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، فرهلیچ-گروب^۲ و همکاران (۲۰۱۶)، سارز-بالساز^۳ و همکاران (۲۰۱۸)، ریگلز^۴ (۲۰۱۹)، انور^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، رامیرز-گرانیزو^۲ و همکاران

1. O'Leary
2. Froehlich-Grobe
3. Suarez-Balcazar
4. Rigles

(۲۰۲۰)، مک فرسون^۳ و همکاران (۲۰۲۰)، هریسون^۴ و همکاران (۲۰۲۰)، داووز^۵ و همکاران (۲۰۲۱)، کوردتس^۶ و همکاران (۲۰۲۱) و پنا^۷ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش‌های خود به اهمیت اقدامات و انتخاب‌های سلامت محور در بهبود وضعیت سلامتی معلولین اشاره داشته‌اند و موانع اجتماعی معلولین در رسیدن به زندگی سالم را بیان می‌دارند و معتقدند بسیاری از سیاست‌های بهداشتی کشورها بدون در نظر گرفتن شرایط معلولان تدوین شده است که موجب ایجاد محرومیت در رسیدن به سلامتی در آنان می‌گردد. هرچند در پژوهش‌های انجام گرفته غالباً معلولان جسمی مورد توجه قرار گرفته‌اند و با توجه به تفاوت تجربیات زیسته بر حسب نوع معلولیت، هیچ‌یک روی نابینایان متمرکز نشده‌اند.

در زمینه تجربه زیسته نابینایان، پژوهش شمشیری و همکاران (۱۳۹۵) بر تجربه زیسته مراقبت از خود در بین نابینایان تمرکز کرده و به مضمون نظم در زندگی این افراد اشاره می‌کند. حسین‌لو و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود به پنج مقوله پیش‌برنده در زندگی نابینایان اشاره می‌کند که شامل سازگاری به‌مرورزمان، ارتباط باخدا، عوامل حمایت‌کننده فردی، مهارت‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی است. اگرچه این پژوهش به موضوع نابینایی و تجربه زیسته نابینایان پرداخته است، اشاره و تحلیلی از موضوعات مرتبط با سلامت آنها ارائه نداده است.

این پژوهش با توجه به خلأ پژوهشی در زمینه اقدامات و چالش‌های معلولین در رسیدن به سلامتی، خصوصاً زنان، به فهم تجربه زیسته زنان نابینا و کم‌بینا به‌عنوان یکی از گروه‌های مهم با تجربیات خاص پرداخته است و با استفاده از روش پدیدارشناسی و تکنیک مصاحبه عمیق به واکاوی اقدامات زنان نابینا و کم‌بینا برای رسیدن به سلامتی و موانع و چالش‌های پیش‌رویشان پرداخته است.

-
1. Anwar
 2. Ramírez-Granizo
 3. McPherson
 4. Harrison
 5. Downs
 6. Cordts
 7. Peña

تشریح مفاهیم نظری

با توجه به اینکه این پژوهش به روش کیفی انجام شده است، هیچ نظریه از پیش تعیین شده‌ای، آن را هدایت نمی‌کند و پژوهش بر اساس مبنای نظری خاصی انجام نگرفته است. ارائه نظریه‌ها جهت ترسیم فضای نظریه‌پردازی در این عرصه و ایجاد حساسیت نظری است. ابتدا به بیان زیست سلامت محور می‌پردازیم و سپس برای ترسیم بهتر وضعیت افراد معلول در رسیدن به زیست سلامت محور به بیان نگاه جامعه‌شناسی به معلولیت می‌پردازیم.

رفتارهای سلامتی: یکی از موضوعات مهم که در رسیدن به سلامتی مورد توجه قرار می‌گیرد، رفتارهای سلامتی است. رفتارهای سلامتی از سوی افراد در جهت حفظ یا بهبود سلامتی بروز می‌کند. در ابتدا در مباحث مرتبط با جامعه‌شناسی سلامت، رفتارهای بیماری و نقش پزشکان مورد توجه بود و رفتارهای سلامت محور مردمی که بیمار نبودند مورد توجه قرار نمی‌گرفت. اما پس از مطرح شدن نظریه‌های سبک زندگی سلامت محور، اهمیت رفتارهای سلامتی در ارتقای سلامت جامعه، نمایان شد (Cockerham, 2013: 5). از نظر گاجمن، رفتارهای سلامتی نه تنها باورها و انتظارات و ادراکات و سایر عناصر شناختی در زمینه سلامتی هستند بلکه خصیصه‌های عاطفی و الگوهای کنشی را نیز شامل می‌شوند که موجب حفظ، بهبود یا بازگشت سلامتی می‌شود (Gochman, 1997: 135).

در رویکرد جامعه‌شناختی رفتارهای سلامتی، برخلاف رویکرد روان‌شناختی، علت بروز رفتارهای سلامت محور در زمینه اجتماع مورد بررسی قرار می‌گیرد و ساختارهای اجتماعی و ارزش‌ها و هنجارهای جامعه را نیز در شکل‌گیری کنش‌های مربوط به سلامتی مورد توجه قرار می‌دهد (Cockerham, 2005: 59). معمولاً رفتارهای اجتماعی در دو سطح فردی و سطح کلان مورد بررسی قرار می‌گیرند، در سطح فردی غالباً انتخاب‌های افراد و همچنین شرایط جسمانی افراد تعیین‌کننده رفتارهای سلامتی در جامعه است و در سطح کلان، ساختارهای اجتماعی مانند سیستم‌های مراقبت و بهداشت در جامعه و همچنین قوانین مرتبط با سلامتی، رفتارهای سلامتی را در جامعه شکل می‌دهد (Abrutyn, 2014: 220).

پس معلولین با توجه به شرایط جسمانی خود اقداماتی در جهت رسیدن به سلامتی را اتخاذ می کنند و از سوی دیگر با توجه به موقعیت اجتماعی معلولین و نگرش جامعه به آنان با موانعی نیز روبرو هستند که لازم است وضعیت معلولین در جامعه نیز تشریح گردد. هرچند معلولیت در جامعه شناسی توجه کمی به خود جلب کرده است (Green and Barnart, 2016: 23).

از لحاظ تاریخی، جامعه شناسان ناتوانی یا معلولیت را از دریچه های باریکی جامعه شناسی پزشکی و یا انحراف بررسی کردند (Egner, 2016: 159). جامعه شناسان پزشکی بر روی ناتوانی تمرکز می کنند که به سلامت و مراقبت های بهداشتی مربوط می شود، برخی دیدگاه ها تمایل به آسیب شناسی افراد دارای معلولیت دارند و در حوزه انحراف موضوعاتی را برجسته می کنند که در آنها معلولیت به عنوان انحراف شناخته می شود یا منجر به انحراف از هنجارهای مورد انتظار می شود. برخلاف دیدگاه های پزشکی یا انحرافی، جامعه شناسی معلولیت به طور گسترده ای معلولیت را به عنوان محصول محیط اجتماعی مفهوم می کند و فرآیندهای ساختاری را در نظر می گیرد که معنا و تجربه ناتوانی را شکل می دهد و کاوش های مربوط به معلولیت از طیفی از سنت های نظری نشأت می گیرد و تلاش می کند تا از انگ اجتماعی که بر افراد دارای معلولیت وارد می شود اجتناب کند (Carey, 2021: 18).

مدل اجتماعی معلولیت: "مدل اجتماعی" به این نکته اشاره دارد که نقص جسمی (یک ویژگی بیولوژیکی فردی)، فرد را به سمت ناتوانی (یک واقعیت اجتماعی، یک موقعیت پردشده در رابطه با توازن قدرت بین مردم) سوق می دهد. و وجود معلولیت موجب اعمال طرد، تبعیض و سرکوب در جامعه می شود و «افراد ناتوان» را در معرض موقعیت هایی قرار می دهد که در زندگی روزمره ناتوانی را تجربه می کنند. بنابراین، اجتماعی شدن معلولیت به قیمت تقسیم واقعیت به دو بخش می شود: از یک سو زیستی و از سوی دیگر اجتماعی.

از یک سو، یک ویژگی طبیعی (داده شده و ذاتی برای هر فردی) که برحسب تنوع بدنی تفسیر می‌شود، و از سوی دیگر، یک تفاوت اجتماعی (ساخته شده و ناشی از فرآیندی که بر افراد خاصی تأثیر می‌گذارد) که برحسب انگ و طرد تفسیر می‌شود. معلولیت یک تفاوت اجتماعی است که در بالای یک ویژگی طبیعی انباشته شده است. یکی از فواید عمده مدل اجتماعی نشان دادن بعد ساختاری نابرابری‌های مرتبط با معلولیت بود، و ناتوانی در افراد معلول ناشی از شرایط اجتماعی نابرابری است که جامعه به معلولین تحمیل می‌کند (Winance, 2016: 99).

بخش عمده‌ای از نوشته‌های جامعه‌شناختی درباره معلولیت ریشه در کار پارسونز و تحلیل او از رفتارهای مرتبط با بیماری دارد. رویکرد پارسونز از «نقش بیمار» در رابطه با ناتوانی و ارتباط آن با انحراف اجتماعی، و مفهوم سلامت به‌عنوان سازگاری مرتبط است (Barnes and Oliver, 1993: 10).

اما تجزیه و تحلیل واکنش اجتماعی نسبت به گروه‌های اقلیت محروم، مانند افراد دارای معلولیت، به‌طور ویژه در نظریات جامعه‌شناسانی که در سنت‌های کنش متقابل نمادین در دهه ۱۹۶۰ کار می‌کردند، وجود دارد. نوشته‌های گافمن توجه دانشجویان را به استفاده از مفهوم «انگ» جلب می‌کند، به گفته او، اصطلاحی که به‌طور سنتی برای اشاره به علامت یا عیبی که نشان‌دهنده «حقارت اخلاقی» است و نیاز به اجتناب از سوی بقیه جامعه دارد، استفاده می‌کرده است. او پیشنهاد کرد که «انگ خورده‌ها» مانند «کوتوله، مرد نابینا، افراد بدشکل و بیماران روانی» عموماً به‌عنوان انسان تلقی نمی‌شوند.

از نظر گافمن، اعمال انگ نتیجه ملاحظات موقعیتی و تعاملات اجتماعی بین «عادی» و «غیرعادی» است. مفهوم انگ به‌وضوح رابطه قدرت ستمگر و ستم‌پذیر را نشان می‌دهد و فرد را در زمینه‌ای قرار می‌دهد تا به شیوه‌ای خاص علامت‌گذاری شود (Kumar and Dewivedi, 2017: 373).

گافمن^۱ معتقد است افراد دارای معلولیت در جامعه با توجه به انگ، در هویت یابی و ایجاد خود پنداره نیز دچار مشکلاتی می شوند و هویت های خرابی^۲ دارند و تأکید می کند که افراد دارای معلولیت نیاز به یادگیری تکنیک هایی برای به حداقل رساندن تفاوت های آنها به منظور پذیرفته شدن در جامعه پذیرفته دارند. دیدگاه های جامعه شناختی اولیه از خود پنداره افراد دارای معلولیت نیز با فرض اینکه تصورات ما از خودمان در پاسخ به تعاملات اجتماعی شکل می گیرد و برچسب خوردن افراد معلول به عنوان فردی ناسالم و ناکامل موجب ایجاد خود پنداره ای تقلیل یافته نسبت به فرد کامل و سالم در معلولین گردد (Goffman, 1963: 184).

با این حال نظریات درباره افراد دارای معلولیت در جامعه در حال تغییر است. مفهوم غرور معلولیت استدلال می کند که مدل جدیدی از معلولیت در ادبیات افراد معلول و در فرهنگ معلولیت در حال ظهور است. این مدل به عنوان یک دیدگاه غیر تراژیک از ناتوانی و آسیب توصیف می شود که شامل هویت های اجتماعی مثبت فردی و جمعی برای افراد معلول می شود که مبتنی بر مزایای سبک زندگی و تجربه زندگی معلولیت و ناتوانی است. این دیدگاه در تقابل با مدل تراژدی شخصی ناتوانی و نقص به وجود آمده است و بر ضرورت رهایی بخش مدل اجتماعی بنا شده است. در این مدل، محدودیت های مدل اجتماعی که هویت های افراد معلول را در جامعه منفی تلقی می کند اشاره داشته و پیش فرض های عمیقاً منفی درباره معلولیت را نقض می نماید (Swain and French, 2000: 569). و معلولیت از نظر بسیاری به عنوان شکل عادی از تنوع انسانی در نظر گرفته می شود مشابه بسیاری از گروه های مختلف اجتماعی مانند اقلیت های قومی و مذهبی، رنگین پوستان و حتی هم جنس گرایان. و محدودیت های معلولین را ناشی از ساختارهای اجتماعی می داند نه شرایط زیستی افراد معلول (Oliver, 1981:19).

1. Goffman
2. Spoiled Identity

سؤال پژوهش

با توجه به هدف پژوهش حاضر که در پی فهم تجربه زیسته زنان نابینا و کم‌بینا و شکل دادن به الگوها و روابط معنایی در موضوع تحقق سلامتی در آنان است سؤالاتی در مصاحبه‌ها مطرح شد. هرچند لازم به ذکر است که تقدم و تأخر سؤالات و همچنین نحوه پرسش هر سؤال، بر اساس فضای حاکم بر مصاحبه و توانایی افراد در پاسخ‌دهی تعیین گردید. سؤالات اصلی که پژوهشگران در پی پاسخ آنان بودند به شرح زیر است:

- آیا می‌توان با وجود نقص بینایی سالم بود؟ چگونه؟
- چه اقداماتی در رسیدن به سلامت انجام می‌دهید؟
- در زمان بیماری و ناخوشی چه می‌کنید؟
- آیا همواره برای رسیدن به سلامتی تلاش می‌کنید؟ اگر نه، چرا؟
- تاکنون با چه موانعی در رسیدن به سلامتی مواجه شده‌اید؟ از تجربیات خود بگویید (در این سؤال هر کدام از مصاحبه‌شوندگان به موانع مختلفی اشاره داشتند که پژوهشگران در زمان مصاحبه سعی در پرسیدن موضوعات مختلف بودند تا اشباع نظری حاصل گردد).
- از نظر شما یک زن نابینا و کم‌بینا در شهر کاشان برای رسیدن به سلامتی چه مشکلاتی دارد؟

روش

پدیدارشناسی اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است. پدیدارشناسی می‌کوشد، معانی را آنچنان که در زندگی روزمره، زیسته می‌شوند، آشکار نماید. هدف پژوهش پدیدارشناسی، توضیح صریح و شناسایی پدیده‌ها است آن‌گونه که در موقعیتی خاص توسط افراد ادراک می‌شوند و از آنجا که پژوهش حاضر درصدد واکاوی تجربه زیسته زنان نابینا و کم‌بینای شهر کاشان در موضوع سلامتی و راه‌های رسیدن به آن است، از پدیدارشناسی بهره برده‌ایم.

بدین منظور با روش نمونه‌گیری هدفمند و تا رسیدن به اشباع نظری، ۲۵ نفر از زنان نابینا و کم‌بینا در مصاحبه‌ها شرکت کردند. با توجه به هدف پژوهش سؤالات مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته، حول موضوع اقدامات آنان برای رسیدن به سلامتی و مسائل پیش‌رو طرح گردید. زمان انجام مصاحبه‌ها تابستان ۱۴۰۰ بود و هر مصاحبه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید. جهت دستیابی به روایت‌های غنی‌تر، مصاحبه‌شوندگان لحاظ سن، تحصیلات، تأهل و مجرد و نوع عارضه بینایی با یکدیگر متفاوت بودند.

پیش از انجام مطالعه، ابتدا تجربیات، باورها و پیش‌فرض‌های فردی محققان، بازنویسی شد تا ضمن آگاهی از آن‌ها، از تأثیرشان در تفسیر جلوگیری شود. برای بالا بردن صحت و اعتبار مطالعه، نیز از روش‌هایی نظیر کنار گذاشتن دانش قبلی محقق، استفاده از نظرات محققان مختلف در جهت تحلیل درست و بی‌طرفانه، اعتبار پاسخگو و برگشت به شرکت‌کنندگان و سؤال از آن‌ها هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید (Braun and Clarke, 1985: 77).

جهت انجام تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، از تکنیک تحلیل تماتیک (TA) براون و کلارک^۱ (۲۰۰۶) استفاده شد. براون و کلارک یک راهنمای شش مرحله‌ای جهت استخراج تم فراهم آورده‌اند.

اولین گام در هر تحلیل کیفی، بررسی محتوای مورد تحلیل است؛ به‌عنوان مثال در پژوهش حاضر، بعد از اینکه مصاحبه‌های صوتی، انجام و به نوشتار تبدیل گردید، مورد بررسی قرار گرفت و مجدداً خوانده شد تا آشنایی با داده‌ها حاصل گردد.

در مرحله دوم، کدهای اولیه (استخراج مفاهیم از عبارات معنایی) استخراج شد. در این مرحله با یک روش معنادار و سیستماتیک داده‌ها سازمان‌دهی شد. تولید کدهای اولیه به استخراج مفاهیم اولیه از عبارات معنایی مصاحبه‌ها اشاره دارد. همچنین کدگذاری بر اساس مسئله پژوهش و یا موضوعات مورد توجه در مصاحبه‌ها صورت می‌گیرد.

در مرحله سوم جستجوی تم‌ها انجام گرفت. در این مرحله کدهای اولیه مرتبط با هم در یک دسته یا تم فرعی قرار گرفتند که ۷ تم فرعی در دسته‌بندی مفاهیم بدست آمد. سپس تم‌های اصلی که یک یا چند تم فرعی را پوشش می‌دهد، استخراج شد. که ۲ تم اصلی در پژوهش بدست آمد.

در مرحله چهارم، تم‌های بدست آمده مورد بررسی قرار گرفت. که آیا تم‌های فرعی ایجادشده به خوبی مفاهیم تحت شمول خود را پوشش می‌دهند یا خیر؟ و اینکه آیا تم‌های اصلی مناسب معرفی تم‌های فرعی تحت شمول خود هستند. این مرحله با بالا بردن دقت و کیفیت پژوهش نیز همراه بوده و اعتبار پژوهش را نیز بالا می‌برد.

در مرحله پنجم نیز تم‌ها تعریف شدند و فضای مفهومی هر تم فرعی و اصلی شرح و بیان شد. و در نهایت در مرحله ششم، مسئله مورد پژوهش مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. مشارکت کنندگان در مصاحبه‌ها در جدول شماره ۱ و ۲ با مشخصات آمده است و برای حفظ حریم شخصی افراد از نام مستعار جهت ارائه گزارش استفاده شده است.

جدول ۱- مشخصات مصاحبه‌شوندگان

ردیف	نام	سن	تحصیلات	نوع معلولیت	وضعیت تأهل	شغل
۱	فاطمه	۲۰	کارشناسی	نابینا	مجرد	دانشجو
۲	آزاده	۳۷	کاردانی	کم‌بینا	مجرد	کارمند
۳	هانیه	۲۴	کارشناسی	نابینا	مجرد	کارهای هنری
۴	عطیه	۲۰	دیپلم	کم‌بینا	مجرد	دانش‌آموز
۵	الهام	۳۷	کارشناسی ارشد	کم‌بینا	مجرد	کارمند
۶	ریحانه	۱۸	دیپلم	نابینا	مجرد	دانش‌آموز
۷	سارا	۲۵	دیپلم	کم‌بینا	مجرد	دانش‌آموز
۸	سمانه	۴۲	کارشناسی	کم‌بینا	مجرد	کارمند
۹	زهرا	۲۷	کارشناسی	کم‌بینا	مجرد	-
۱۰	سمیه	۲۵	دیپلم	کم‌بینا	مجرد	-
۱۱	زهرا	۳۸	دیپلم	نابینا	مجرد	کارمند
۱۲	مبینا	۲۱	کارشناسی	نابینا	مجرد	دانشجو

عاملیت سلامت محور و موانع ادراک شده تحقق...، گنجی و همکاران | ۲۲۱

۱۳	مهسا	۴۵	کاردانی	کم بینا	مجرد	کارمند
۱۴	مهری	۴۰	ابتدایی	کم بینا	متاهل	خانه دار
۱۵	مریم	۴۶	ابتدایی	کم بینا	متاهل	خانه دار
۱۶	محدثه	۳۱	دیپلم	کم بینا	متاهل	کارمند
۱۷	معصومه	۶۰	ابتدایی	کم بینا	متاهل	خانه دار
۱۸	زینب	۴۵	ابتدایی	کم بینا	متاهل	خانه دار
۱۹	سعیده	۴۳	سطح ۲ حوزه	کم بینا	متاهل	مدرس احکام
۲۰	حمیده	۳۳	کارشناسی	کم بینا	متاهل	خانه دار
۲۱	مهدیه	۲۲	کارشناسی	نابینا	متاهل	خانه دار
۲۲	اکرم	۳۸	دیپلم	کم بینا	متاهل	خانه دار
۲۳	فریده	۳۵	کارشناسی	نابینا	متاهل	کارمند
۲۴	مژده	۲۸	دیپلم	کم بینا	متاهل	خانه دار
۲۵	مرضیه	۴۰	ابتدایی	کم بینا	متاهل	خانه دار

جدول ۲- مشخصات مصاحبه شوندگان به تفکیک وضعیت تأهل، تعداد فرزند، تحصیلات، نوع معلولیت، وضعیت تحصیلی و شغل

مصاحبه شوندگان بر اساس تعداد فرزند				مصاحبه شوندگان بر اساس تأهل و مجرد	
۳ فرزند	۲ فرزند	۱ فرزند	بدون فرزند	تعداد زنان متأهل	تعداد زنان مجرد
۳	۴	۲	۳	۱۲	۱۳
مصاحبه شوندگان بر اساس نوع فعالیت شغلی				مصاحبه شوندگان بر اساس نوع معلولیت	
شاغل	دانشجو	دانش آموز	خانه دار	کم بینا	نابینا
۹	۲	۳	۱۱	۱۸	۷
مصاحبه شوندگان بر اساس میزان تحصیلات					
ابتدایی	دیپلم	حوزوی	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد
۵	۸	۱	۲	۸	۱

یافته‌ها

دو تم اصلی عاملیت سلامت محور و موانع ادراک شده تحقق سلامت از مصاحبه‌ها استخراج گردید که در ادامه به تشریح هر کدام می‌پردازیم.

تم عاملیت سلامت محور

در واکاوی تجربه زیسته زنان نابینا و کم‌بینا در زمینه اقدامات آنان برای حصول سلامتی، به مفاهیم مختلفی اشاره شد که در چهارتم فرعی ظهور یافتند. این تم‌ها به نوعی آگاهی و اراده زنان نابینا و کم‌بینا را در رسیدن به سلامتی شامل می‌شود. این چهارتم فرعی ابعاد مختلفی از تم اصلی عاملیت سلامت محور را بازنمایی می‌کنند. موضوعی که در رسیدن به سلامتی دارای اهمیت ویژه‌ای است. در ادامه تم‌های فرعی کنش‌های سلامت محور شرح داده می‌شود. مضامین سازنده، تم‌های فرعی و تم اصلی کنش‌های سلامت محور در جدول ۳ آمده است.

پیش‌فرض‌های اولیه سلامتی: اینکه افراد در گروه‌های مختلف اجتماعی چه نگاهی نسبت به سلامتی خود دارند و چه پیش‌فرض‌هایی را برای خود متصور هستند. موضوعی مهم در تحلیل اقدامات آنان در رسیدن به سلامتی تلقی می‌شود. وقتی در مصاحبه از زنان نابینا و کم‌بینا از اقدامات آنان برای داشتن سلامتی سؤالاتی پرسیده شد. در پس اقدامات و تلاش‌های آنان برای رسیدن به سلامتی، باورهایی اولیه و پیش‌فرض‌هایی وجود داشت که مختص خود آنان بود.

درباره زنان با عارضه بینایی، پذیرش شرایط و محدودیت‌های حاصل از عارضه بینایی در شکل‌گیری اقدامات سلامتی در آنان بسیار حائز اهمیت بود. این زنان با گذشت زمان و عبور از نقص بینایی، سعی در رسیدن به سلامتی داشتند. موضوعی که در افراد دارای معلولیت در بروز کنش‌های سلامتی نقشی اساسی دارد. در ادامه پذیرش شرایط معلولیت و گذر از آن زنان نابینا با نگرشی مثبت در جهت رسیدن به سلامتی پیش می‌روند و همین امید، مقدمه‌ای برای وقوع کنش‌های سلامتی در آنان است.

ریحانه ۱۸ ساله می گوید:

" من شرایط خودمو پذیرفتم و احساس بدی دیگه از خودم و مشکل بینایی ام ندارم. و سعی می کنم شرایطم را بهتر کنم."

علاوه بر پذیرش نقص بینایی و عبور از آن، اهمیت های کنش های فردی در رسیدن به سلامتی در مصاحبه ها مطرح گردید. مصاحبه شوندگان به این نکته اذعان داشتند که برای بهبود و یا ارتقای سلامت خود باید تلاش کنند. به عبارتی در رسیدن به سلامتی باید به خودشان اتکا نمایند و منتظر درک کامل شرایطشان از سوی جامعه و حتی اطرافیان نباشند.

فریده ۳۵ ساله می گوید:

" خودمون باید به فکر سلامتی خودمون باشیم. همیشه توقع داشت همه ما رو درک کنند و خودمون باید حواسمون به خودمون باشه."

البته این نوع نگرش و اهمیت یافتن تلاش های فردی و عدم توقع از جامعه در جهت رسیدن به سلامتی، موضوعی درخور توجه است. موضوعی که می تواند ریشه در نوع نگاه جامعه به معلولیت و درک این نگاه نادرست از سوی افراد نابینا داشته باشد. درکی که به مرور زمان؛ در زنان نابینا و کم بینا تبدیل به باوری مبتنی بر، اهمیت تلاش شخصی برای رسیدن به سلامتی، گردیده است.

پیشگیری آگاهانه در راستای حفظ سلامت: یکی از مهم ترین و شاید اصلی ترین اقدامات در جهت رسیدن به سلامتی، تلاش برای حفظ سلامت و پیشگیری از بروز حالات بیمارگونه است. تلاش برای حفظ سلامتی در افراد مختلف در ساحت های متفاوت معنایی رخ می دهد. که موجب بروز طیفی از کنش ها در رسیدن به سلامتی در ابعاد مختلف و جلوگیری از بروز حالات بیماری می گردد. برخی از زنان نابینا و کم بینا در مصاحبه ها با اشاره به مفاهیمی چون تلاش برای شادی، مثبت اندیشی و دوری از استرس به نوعی به کنش هایی در جهت بهزیستی روانی داشتند و به تلاش های خود در زمینه بهبود سلامت روان خود اشاره داشتند.

مهری ۴۰ ساله می گوید:

"از هر فرصتی برای شادی خودم استفاده می‌کنم تا روحیم خوب باشه و اعصابم آروم. گاهی شبا با همسر و بچه‌ها بازی می‌کنیم یا میریم پارک تا دلمون باز بشه. اینجوری سلامت هم هستیم."

برخی زنان نابینا و کم‌بینا با داشتن زمینه‌های مذهبی، از انجام اعمال عبادی و ارتباط معنوی به‌عنوان راهی برای رسیدن به سلامت یاد می‌کردند. تلاش برای داشتن تغذیه سالم نیز از مفاهیم اشاره شده در مصاحبه‌ها بود که در حفظ سلامت و بهبود آن مورد توجه زنان بود. علاوه بر این زنان نابینا و کم‌بینا به تلاش‌هایشان برای حضور در جامعه به‌عنوان راهکاری برای احساس سلامتی اشاره داشتند و شرکت در ورزش‌های ویژه نابینایان مانند گل‌بال از نظر آنان، علاوه بر حفظ سلامت جسمانی فواید روانی نیز داشته و ارتباطات اجتماعی آنان را نیز بهبود می‌بخشد.

مرضیه، ۴۰ ساله:

"ورزش خیلی خوبه. هم برای سلامت جسمی هم برای آرامش اعصاب. من گل‌بال می‌رفتم خیلی خوب بود. حتی ارتباط با آدم‌هایی مثل خودمون هم خیلی خوبه و روحیم عوض میشه و حالمو خوب می‌کنه."

یکی دیگر از مفاهیم استخراج شده، پیگیری موضوعات با محتوای سلامتی در فضای مجازی و یا رسانه‌ها بود. زنان نابینا و کم‌بینا به اهمیت ارتقای سواد سلامت در رسیدن به سلامتی واقف بودند. بسیاری از آنان در مصاحبه‌ها به عضویت خود در صفحات و گروه‌هایی با محتوای موضوعات سلامتی اشاره داشتند و سعی داشتند از طریق ارتقای اطلاعات خود در زمینه سلامتی، تلاش‌های خود در رسیدن به سلامتی را سازمان‌دهی نمایند.

فاطمه ۲۰ ساله می‌گوید:

"فضای مجازی پر از اطلاعات مختلف درباره سلامتی، درسته خیلی از مطالب شاید درست و علمی نباشه اما بعضی از نکات هم میشه یاد گرفت. مخصوصاً درباره تغذیه سالم."

بازسازی و بهبودگری سلامت: یکی از موضوعات مهم در رسیدن به سلامتی و شکل‌گیری کنش‌های سلامت‌محور، اقدامات در زمینه درمان بیماری‌هاست. فرآیند درمان

بیماری‌ها از نظر زنان مورد مصاحبه برحسب شدت و اهمیت بیماری تعیین می‌گردد. به عبارتی در بروز بیماری‌های ساده و متداول مانند سردرد و یا دل‌درد، ابتدا درمان خانگی را آغاز می‌کنند و با استفاده از داروها موجود در منزل و دسترس و یا دمنوش‌ها و درمان‌های خانگی اقدام به درمان می‌نمایند. اما در بیماری‌های پیچیده‌تر و یا عدم بهبودی با درمان‌های خانگی و خوددرمانی، درمان‌های جدی را آغاز می‌کنند.

هرچند کنش‌های درمانگرانه در جهت رفع بیماری و حالات ناخوشی اتخاذ می‌شود. اما ریشه در نوع نگاه افراد به فرآیندهای درمانی و اطمینان از کارآمدی انواع روش‌های درمانی دارد. با توجه به تنوع روش‌های درمانی که شامل طب نوین، طب سنتی و اسلامی و حتی رجوع به تجربه افراد مورد اعتماد در درمان بیماری‌ها است. زنان نایینا و کم‌بینا در کنش‌های درمانگرانه خود به روش‌های مختلفی اشاره داشتند.

حمیده ۳۳ ساله می‌گوید:

"من خیلی به طب سنتی اعتقاد دارم، حتی کرونا که گرفتم با طب سنتی درمان شدم و دکتر نرفتم. به دکتر طب سنتی خوب می‌شناسم که پیش اون می‌رم و خیلی خوبه."
در مقابل الهام ۳۷ ساله می‌گوید:
"اگر بیمار بشم حتماً می‌رم دکتر. داروهایم کامل مصرف می‌کنم تا خوب بشم. این دمنوش‌ها و داروهای گیاهی فایده ندارند."

برخی زنان نایینا و کم‌بینا نیز در زمان مصاحبه‌ها حالات ناخوشی را محدود به بیماری‌های جسمی ندانسته و بیماری‌ها و حالات منفی روانی را نیز در نظر داشته و برای رفع آن به مراکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه می‌کردند.

آزاده ۳۷ ساله می‌گوید:

"درمان فقط برای جسم نیست. به نظرم بیماری‌های روانی را هم باید پیگیری کرد، من به مدت به خاطر مشکلاتم در زندگی خیلی افسردگی داشتم که رفتم مشاوره و حتی پیش روان‌پزشک هم رفتم و دارو هم مصرف کردم. الان خیلی بهترم."

اقدامات مخل سلامت: یکی دیگر از ابعاد مفهومی کنش‌های سلامت‌محور، تم فرعی اقدامات مخل سلامت است. این تم فرعی به مفاهیمی اشاره دارد که از نظرگاه زنان مورد مصاحبه، سلامتی آنان را به مخاطره می‌اندازد. این کنش‌ها را خود زنان مورد مصاحبه انجام می‌دهند و بر مخاطره‌آمیز بودن آن برای سلامتی‌شان آگاهی دارند. برخی از مصاحبه‌شوندگان به مشغله‌های زندگی و فراموش کردن سلامتی خود اشاره داشتند و بیان می‌داشتند که غالباً به سلامت خود اهمیت کمتری می‌دهند. یا در پیگیری مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی خود کاهلی می‌کنند و با داشتن بیماری و داشتن شرایط درمان، نسبت به پیگیری آن اقداماتی را انجام نمی‌دهند. به عبارتی موضوعات مرتبط با سلامتی در زیست فردی آنان، محوریت نداشته و دارای اولویت نمی‌باشد.

مهری ۴۰ ساله می‌گوید:

"دیگه الان این‌قدر زندگی‌ها مشکلات داره که آدمو خودشو و سلامتیشو فراموش می‌کنه. خود من یه مدته زانوم درد می‌کنه ولی نرفتم دکتر، نه اینکه پولش نباشه‌ها یادم میره، به خودم نمی‌رسم."

علاوه بر این بسیاری از مصاحبه‌شوندگان با آگاهی از اهمیت تغذیه سالم و ورزش در داشتن زیستی سالم، نسبت به آن بی‌توجه بوده و بر اساس میل و سلیقه، نوع تغذیه خود را انتخاب نموده و چندان اهمیتی به تأثیر آن بر سلامتی خود ندارند.

مبینا ۲۱ ساله می‌گوید:

"من خیلی فست فود دوست دارم، می‌دونم که ضرر داره و من کمی اضافه‌وزن هم دارم ولی باز می‌خورم."

بسیاری از زنان نابینا و کم‌بینا در مصاحبه‌ها نسبت کسب اطلاعات نسبت به موضوعات سلامتی از خود تمایلی نشان نداده و برای کسب آگاهی در زمینه سلامتی اقدامی انجام نمی‌دادند به همین دلیل رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی را نیز نمی‌دانستند و همین امر کنش‌های سلامتی آنان را مورد محدود می‌کرد.

جدول ۳- مفاهیم سازنده، تم‌های فرعی و تم اصلی عاملیت سلامت محور

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	مفاهیم سازنده (کدهای اولیه)
عاملیت سلامت محور در تحقق سلامت	پیش فرض‌های اولیه سلامتی	پذیرش شرایط جسمانی مرتبط با عارضه بینایی/ امید به رسیدن به سلامتی/ مهم دانستن تلاش‌های فردی در رسیدن به سلامت/ عدم توقع درک همه‌جانبه از دیگران
	پیشگیری آگاهانه در راستای حفظ سلامت	تلاش برای شاد بودن/ دوری از استرس/ مثبت اندیشی/ عبادت و کسب آرامش / شرکت در فعالیت‌های ورزشی ویژه نابینایان/ تعامل اجتماعی با دوستان/ شرکت در اجتماعات /تلاش برای تغذیه سالم /مطالعه مطالب مرتبط با سلامتی/ پیگیری صفحات مجازی با محتوای سلامت محور / تلاش برای ارتقای سواد سلامت
	بازسازی و درمانگری	خود درمانگری/ مراجعه به پزشکان/ استفاده از تجربیات دیگران/ استفاده از طب سنتی / استفاده از طب اسلامی/ شرکت در جلسات مشاوره و روانشناسی
	اقدامات مخل سلامت	مشغله‌های زندگی و فراموش کردن سلامت خود/ تغذیه بر اساس میل و سلیقه/ تنبلی در ورزش کردن/ عدم پیگیری بیماری‌ها به دلیل کاهلی/ عدم تمایل به کسب اطلاعات در زمینه سلامتی / عدم پیگیری مشکلات روانی

تم موانع ادراک شده تحقق سلامت

این تم به موانع و محدودیت‌هایی اشاره دارد که مانع از تحقق سلامت از نظر زنان نابینا و کم‌بینا می‌شود و زیست سالم در آنان را با چالش‌هایی روبرو می‌کند. این موانع در سطوح کلان اجتماعی نهفته است و زنان مورد مصاحبه با آگاهی از آن، با نگاهی انتقادی خواهان رفع آن‌ها و بهبود شرایط بودند. مضامین سازنده، تم‌های فرعی و تم اصلی موانع ادراک شده تحقق سلامت در جدول ۴ آمده است.

سلامت اقتصادمحور: یکی از موضوعات مورد توجه در مصاحبه‌ها موضوع تأثیر اقتصاد بر تحقق سلامتی در زنان نابینا و کم‌بینا بود. با توجه به اهمیت بعد جسمانی سلامت، موضوع تغذیه سالم و پیگیری بیماری‌های مورد توجه است. موضوعی که زنان نابینا و کم‌بینا در مصاحبه‌ها بر آن تأکید داشتند و آن را با شرایط اقتصادی خود مرتبط می‌دانستند. به عبارتی اغلب مصاحبه‌شوندگان به اهمیت تغذیه سالم در بهبود سلامت آگاهی داشته ولی دسترسی محدود به منابع مالی جهت داشتن تغذیه سالم را عاملی مهم در نداشتن آن می‌دانستند.

غالب زنان متأهل که عهده‌دار طبخ و تدارک غذا در منزل بودند، دسترسی و به عبارتی هر آنچه در منزل موجود است را معیاری در تهیه غذا می‌دانستند. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به محدودیت در مصرف مواد غذایی سالم و مغزی قادر به استفاده نبودند. حتی برخی از زنان نابینا و کم‌بینا به اهمیت تغذیه سالم و سرشار از ویتامین‌ها و ریزمغزی‌ها در کاهش عوارض کم‌بینایی و نابینایی مانند کاهش ضعف بینایی و تاری دید اشاره داشتند، اما به دلیل شرایط اقتصادی از تغذیه سالمی برخوردار نبوده و نمی‌توانستند حتی برخی مکمل‌های تغذیه‌ای مناسب برای خود را تهیه نمایند. برخی هم که تغذیه سالم در خانواده برایشان از اولویت بالایی برخوردار بود، مجبور به مدیریت هزینه‌ها در جهت تأمین مواد غذایی سالم بودند.

الهام ۳۷ ساله می‌گوید:

"الآن همه درگیر مشکلات اقتصادی هستند و همیشه تغذیه سالم داشت، مثلاً گردو

برای چشم خوبه ولی گروه و اکثر افراد نابینا و کم‌بینا در تهیه مواد غذایی سالم مشکل دارند. من میدونم کره بادام زمینی بهتر از کره‌های تو بازار هست اما توانایی خریدش برای همه نیست."

علاوه بر این مصاحبه‌شوندگان پیگیری‌های پزشکی را موضوعی مرتبط به شرایط مالی خانواده می‌دانستند و هزینه ویزیت پزشکان را معیاری مهم در انتخاب پزشک و پیگیری مشکلات بیماری خود می‌دانستند. و با توجه به هزینه‌های درمانی بالا در بسیاری از مطب‌های خصوصی سعی در استفاده از خدمات درمانی ارزان‌تر داشتند و حتی برخی از زنان بسیاری از بیماری‌های جسمانی خود را به علت ترس از هزینه زیاد درمان پیگیری نکرده و با بی‌توجهی و یا نهایتاً با درمان‌های خانگی مبادرت به کاهش اثرات بیماری‌های جسمانی می‌کردند.

سمانه ۴۲ ساله:

"سعی می‌کنم به سلامت اهمیت بدهم اما در شرایط اقتصادی الآن سخته، اکثر نابیناها و کم‌بیناها چون درآمدهاشون کمه نمی‌توانن تغذیه سالم داشته باشن یا پیش پزشکان خوب برن. هزینه‌های درمان و یا بعضی از داروهای مکمل که برای چشم مفیده خیلی زیاده و اکثراً نمی‌تونن."

یکی دیگر از موضوعاتی که زنان نابینا و کم‌بینا به آن اشاره داشتند نیز اهمیت ورزش و استفاده از مکان‌ها تفریحی و ورزشی و نقش آن در ارتقای سلامت بود. اما در این زمینه نیز بسیاری به علت محدودیت‌های اقتصادی این زنان با مشکلاتی روبرو بودند به‌عنوان مثال بسیاری از زنان نابینا و کم‌بینا برای رفتن به مراکز ورزشی یا محل‌های مناسب جهت ورزش نیازمند استفاده از آژانس هستند که این موضوع با شرایط اقتصادی آنان هم‌خوانی ندارد.

عطیه ۲۰ ساله:

"برای رفت و آمد برای ورزش یا خانواده باید همراهم باشند که همیشه نمی‌تونن و باید آژانس بگیرم و آژانس هم گروه و همیشه."

پس می‌توان چنین بیان داشت که اقتصاد نقشی محوری در رسیدن به سلامتی از نظر زنان نابینا و کم‌بینا دارد و محدودیت‌های اقتصادی مانعی جدی در جهت تحقق سلامتی در آنان قلمداد می‌شود.

رفتارهای آزاردهنده در جامعه: مصاحبه‌شوندگان در زمان مصاحبه‌ها به تصورات و انگاره‌های ذهنی نادرست افراد بینا در جامعه نسبت به نابینایان اشاره داشتند که به صورت رفتارهای آزاردهنده بروز می‌کند. این رفتارها بشدت بر روحیه و سلامت روان زنان نابینا و کم‌بینا نیز تأثیرگذار است. و آنان را آزرده‌خاطر می‌نماید. نابینایان و کم‌بینایان تمایل دارند در اجتماع با آنان مانند افراد معلول و ناتوان برخورد نشود موضوعی که در تعاملات اجتماعی بشدت با آن مواجه هستند. نگاه ترحم‌آمیز جامعه یکی از مفاهیمی بود که در غالب مصاحبه‌ها مورد توجه مصاحبه‌شوندگان بود و آنان با بیان مثال‌هایی از نگاه ترحم‌آمیز در جامعه ابراز بی‌زاری می‌کردند.

این نگاه ترحم‌آمیز چه در خانواده و چه محیط‌های اجتماعی بزرگ‌تر مانند محل کار، دانشگاه، مراکز خرید و حتی در مهمانی‌ها موجبات رنجش خاطر آنان را فراهم می‌نمود. نگاه ترحم‌آمیز از نظر زنان نابینا و کم‌بینا از سوی افراد بینا همراه با نوعی ناتوان‌پنداری فرد معلول همراه است. به طوری که زنان نابینا و کم‌بینا در مصاحبه‌ها ابراز می‌داشتند که در تعامل با افراد بینا احساس می‌کنند که فرد بینا نگاهی از بالا به پایین به آن‌ها داشته و آن‌ها را فاقد توانایی‌های لازم در انجام امور می‌داند و از سر ترحم سعی در کمک به آنان دارد. و حتی در برخورد با آنان به سختی‌های نابینایی و کم‌بینایی اشاره می‌کنند و رفتارهای دلسوزانه‌ای را بروز می‌دهند و برای آنان آرزوی سلامتی و شفا می‌کنند. در صورتی که این زنان خود را ناسالم نمی‌دانند و سختی‌ها و محدودیت‌های عارضه بینایی برایشان موضوعی عادی شده است که غالباً با آن کنار آمده‌اند و نیازی به یادآوری و ترحم سایرین در خود احساس نمی‌کنند.

سارا ۲۵ ساله:

" از نگاه ترحم‌آمیز بدم می‌آید. میری مهمونی موقع سلام و احوال‌پرسی می‌گن: آخی

دخترتون نمی‌بینم، خدا شفا بده. خیلی از این حرفا بدم میاد."

مجموعه این برخوردهای اجتماعی ترحم‌آمیز و ناتوان‌پنداری که ریشه در تصورات نادرست جامعه نسبت به نابینایی و کم‌بینایی دارد موجب رنجش زنان نابینا و کم‌بینا می‌شود و می‌تواند تحقق ابعاد مختلف سلامت مانند سلامت روانی آنان را چالش‌هایی روبرو ساخته و حضور اجتماعی آنان را محدود سازد. یکی دیگر از مواردی که برخی از مصاحبه‌شوندگان خصوصاً زنان جوان و مجرد به آن اشاره داشتند، نگاه سوءاستفاده‌گرایانه برخی از مردان به زنان نابینا و کم‌بینا است.

آنان اظهار می‌داشتند که برخی از مردان وقتی حضور اجتماعی زنان نابینا و کم‌بینا را تنها در جامعه مشاهده می‌کنند تصورشان این است که می‌تواند به علت نقص در بینایی از این افراد سوءاستفاده نمایند. هرچند زنان متأهل و با سنین بالاتر و دخترانی که با همراهی خانواده رفت‌وآمد دارند از این دست تجربیات به‌ندرت داشته و یا ندارند. اما دختران نابینا و یا کم‌بینا که حضور اجتماعی مستقل دارند تجربیاتی در زمینه رفتارهای سوءاستفاده‌گرایانه و نامناسب مردان در مصاحبه‌ها بیان داشتند. موضوعی که برای آنان رنج‌آور است و در کنار مخاطرات روانی در برخی موارد حتی حضور اجتماعی آنان را نیز محدود می‌کند و مانعی در جهت رسیدن به سلامتی از نظر زنان نابینا و کم‌بینا است.

آزاده ۳۷ ساله می‌گوید:

"در جامعه وقتی به‌عنوان یک زن شاغل و فعال وارد می‌شوی و مردان می‌فهمند مشکل بینایی داری یا نگاه ترحم‌آمیز دارند یا می‌خوان ازت سوءاستفاده کنن. به جوری رفتار می‌کنند که انگار این اجازه رو دارن که هر جور خواستن می‌تونن رفتار کنن یا هر حرفی را بززن."

زیرساخت اجتماعی ناتوان‌کننده: این تم فرعی به بسترهای اجتماعی اشاره دارد که به مشکلات زنان نابینا و کم‌بینا دامن می‌زند. که از ساخت عینی در شهرها تا ساختارها و سیاست‌های آموزش و اشتغال را شامل می‌شود. این بستر اجتماعی در مقابل تلاش زنان نابینا و کم‌بینا برای داشتن زندگی سالم همراه با سلامت اجتماعی و روانی، ظهور یافته و

آنان را در تحقق زیست سالم ناتوان می‌نماید. زنان نابینا و کم‌بینا درباره محدودیت‌های تحصیلی و شغلی خود در زمان مصاحبه‌ها گلایه‌مند بودند و معتقد بودند در شهر کاشان فرصت‌های برابر آموزش و ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر تحصیلی برای آنان در مدارس مخصوص نابینایان و کم‌بینایان فراهم نیست علاوه بر این از نبود فرصت‌های شغلی برابر و محدودیت‌هایشان برای حضور در اجتماع سخن می‌گویند و حتی با وجود برخی قوانین در زمینه اشتغال معلولان، این قوانین را ناکارآمد می‌دانند و ساختارهای نابرابر اجتماعی را مانعی برای رسیدن به سلامت اجتماعی و روانی خود می‌پنداشتند.

هانیه ۲۴ ساله می‌گوید:

"نابیناها و کم‌بیناها تو اشتغال خیلی مشکل دارند، چه زن و چه مرد، یه جایی شنیدم مراکز دولتی ۳ درصد استخدامی شون باید معلولین باشند اما اینا فقط در حد بخشنامه است و کسی بهش توجه نمی‌کنه. شغل که نداشتی باشی مجبوری بشینی خونه و همش فکر و خیال داشته باشی و اذیت بشی."

یکی دیگر از موضوعات مورد توجه در مصاحبه‌ها که غالب نابینایان و کم‌بینایان به آن اشاره داشتند نامناسب بودن معابر و پیاده‌روهای شهر برای این افراد و غفلت نهادهای خدماتی از نیازهای نابینایان بود. خصوصاً افرادی که به‌تنهایی رفت‌وآمد دارند، به علت وجود پله در پیاده‌روها، چاله‌ها و نامناسب بودن آسفالت پیاده‌روها این زنان دچار صدمات جسمی می‌شوند. موضوعی که حتی موجب می‌شود حضور اجتماعی آنان را نیز سخت و نگران‌کننده کند و یا آنان را برای رفت‌وآمد نیازمند حضور همراه نماید.

مریم ۴۶ ساله بیان می‌دارد:

"من در یک سال دو بار پام شکست به خاطر اینکه گوشه پیاده‌رو چاله بود و من افتادم توش. وقتی هم به شهرداری زنگ زدم گفتن تو دیه می‌خوای. در صورتی که من می‌خواستم حواسشون باشه درستش کنن که بقیه نابیناها نیفتن، آخرم درستش نکردن. پیاده‌روها یه جوریه که برای رفتن به جای جدید باید یکی رو علاف خودت بکنی که باهات بیاد."

مصاحبه‌شوندگان به مشکلاتشان در خرید وسایل و مواد غذایی از فروشگاه‌ها اشاره داشتند و اظهار می‌داشتند که این مراکز برای نابینایان و کم‌بینایان مناسب‌سازی نشده و این افراد جهت بهره‌مندی از آن‌ها مشکلاتی دارند و به‌تنهایی قادر به خرید مایحتاج خود نیستند. حتی برخی از مصاحبه‌شوندگان به عدم وجود خط بریل روی داروهای داخلی اشاره داشتند. به عبارتی عدم تناسب مراکز خدماتی برای استفاده افراد نابینا و کم‌بینا آنان را در تهیه ملزومات زندگی دچار مشکل و نیازمند درخواست کمک یا همراهی اعضای خانواده می‌نماید و این موضوع خصوصاً برای نابینایان و کم‌بینایان شدید، به‌شدت ناتوان‌کننده است.

یکی دیگر از موضوعاتی که بسترساز مرتبط شدن نابینایی و ناتوانی و همچنین، مانعی در تحقق سلامت است کمبود آموزش در موضوعات سلامتی در زنان نابینا و کم‌بینا است. این زنان به‌خلافی در بحث آموزش موضوعات سلامتی اشاره داشتند و حتی بیان می‌داشتند که در مدارس ویژه نابینایان نیز آموزش موضوعات سلامتی با در نظر گرفتن محدودیت‌های بینایی در دختران انجام نمی‌گیرد و بسیاری از آنان از موضوعات مرتبط با سلامت خود در مراحل مختلف زندگی آگاهی کافی نداشته‌اند. علاوه بر این سازمان‌های مرتبط با نابینایان و کم‌بینایان نیز در آگاهی‌بخشی موضوعات سلامتی در این زنان برنامه‌های مشخص و منظمی ندارند. همین امر نیز بسترساز محدودیت‌های زنان نابینا و کم‌بینا در رسیدن به سلامتی گردد.

چالش با نهاد درمان: یکی از موضوعات مطرح‌شده در مصاحبه‌ها نحوه مواجهه نهاد پزشکی با بیماران نابینا و کم‌بینا بود. در یک نگاه کلی نهاد پزشکی وظیفه بهبود و ارتقای سلامت افراد جامعه را به عهده دارد و در بروز حالات ناخوشی و بیماری، افراد نیازمند خدمات و فرآیندهای درمانی این نهاد هستند. یکی از اجزای مهم در این فرآیند که بیماران بیشترین مواجهه را با آنان دارند پزشکان هستند.

نحوه تعامل پزشک با بیمار، ایجاد ارتباط سازنده و در نظر گرفتن شرایط و محدودیت‌های افراد نابینا و کم‌بینا از مفاهیمی بود که مصاحبه‌شوندگان در مصاحبه‌ها

به‌عنوان توقع خود از پزشکان مطرح می‌کردند. توقعاتی که در اغلب موارد برآورده نشده و مراجعات پزشکی و پیگیری روند درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنان بیان می‌داشتند که بسیاری از پزشکان در مواجهه با فرد نابینا و کم‌بینا تعامل سازنده‌ای ندارند و محدودیت‌های بینایی مراجعه‌کننده را در نظر نمی‌گیرند.

فاطمه ۲۰ ساله می‌گوید:

" ما وقتی وارد مطب میشیم نمی‌بینیم و دوست داریم پزشک با ما صحبت کنه و

برامون توضیح بده و حتی در زمان معاینه بهمون توضیح بده."

حتی برای بسیاری از زنان نابینا و کم‌بینا توانایی پزشک برای ارتباط سازنده از تخصص نیز مهم‌تر بوده و آنان ترجیح می‌دادند حتماً به پزشکانی مراجعه کنند که ارتباط خوبی با آنان برقرار می‌کنند و شرایط آنان را درک می‌نمایند. یکی دیگر از موضوعات مهم دیگر مطرح شده در مصاحبه‌ها خصوصاً برای زنانی که تجربه مادری را از سر گذرانده بودند، توجه به مراحل زیستی مادری و مسائل زنان نابینا و کم‌بینا در این دوران است. این مراحل شامل بارداری، زایمان و حتی مراقبت‌های بعد از زایمان را شامل می‌شد.

مصاحبه‌شوندگان بیان می‌داشتند که پزشکان زنان در توصیه‌های پزشکی و حتی تغذیه‌ای خود به مشکلات بینایی آنان توجهی ندارند و مکمل‌هایی جهت کاهش آسیب و فشار به چشم خصوصاً در زنان کم‌بینا تجویز نمی‌کنند و در انتخاب نوع زایمان نیز به مخاطرات زایمان طبیعی برای زنانی با فشار چشم توجهی ندارند و در بسیاری از موارد آنان را وادار به زایمان طبیعی می‌کنند که بعد از آن آسیب‌های چشمی این زنان افزایش می‌یابد. یا در مراقبت‌های بعد از زایمان و شیردهی نیز توصیه‌ای ندارند و این زنان بعد از زایمان و در فرآیند شیردهی نیز با افزایش آسیب چشمی مواجه هستند.

مژده ۲۸ ساله می‌گوید:

" من در زمان زایمان فشار چشمی زیادی را تحمل کردم و وقتی به دکتر می‌گفتم

نمیتونم زایمان طبیعی کنم مخالفت می‌کرد و می‌گفت زایمان ربطی به فشار چشم نداره.

اما داشت. من تا سه روز بعد از زایمان اصلاً نمی‌دیدم."

مراکز درمانی و بیمارستان‌ها برای افراد نابینا به‌عنوان بخش دیگری از نهاد پزشکی مناسب‌سازی نشده و مراجعات درمانی این افراد با مشکلاتی همراه است. علاوه بر این حمایت بیمه‌ای ویژه‌ای از نابینایان و کم‌بینایان صورت نمی‌گیرد و همین امر نیز پیگیری‌های درمانی آنان را با مشکلاتی مواجه می‌سازد.

خانواده منفعل: زنان نابینا و کم‌بینا در مصاحبه‌ها به برخی موانع ایجادشده از درون خانواده‌های خود در جهت تحقق سلامتی می‌پرداختند. این زنان به‌نوعی انفعال خانواده‌هایشان در موضوعات سلامتی اشاره داشتند. خانواده‌هایی که در بحث سلامت با داشتن عضوی نابینا و کم‌بینا به سلامت آنان توجه کافی نداشتند و حتی پیگیری‌های پزشکی مرتبط با بینایی را نیز با جدیت از کودکی انجام نمی‌دادند. با توجه به اهمیت خانواده در آگاهی‌بخشی موضوعات سلامتی به‌عنوان اولین و مهم‌ترین منبع دانسته‌های سلامتی، انفعال و عدم محوریت موضوعات مرتبط با سلامت در زیست خانوادگی زنان نابینا و کم‌بینا، می‌تواند به‌عنوان مانعی در جهت تحقق سلامت آنان باشد.

پس در سطح خانوادگی نیز خانواده‌های زنان نابینا و کم‌بینا در بسیاری از موارد برای موضوعات سلامتی اهمیتی چندانی قائل نیستند و برخی از زنان نابینا و کم‌بینا در مصاحبه‌ها از دوران کودکی خود خاطراتی را بیان کرده و به عدم پیگیری مشکلات بینایی در کودکی‌شان اشاره داشتند. و در مورد سایر موضوعات مرتبط با سلامتی نیز معتقد بودند خانواده‌ها حساسیت زیادی ندارند.

مریم ۴۶ ساله می‌گوید:

"از بچگی هم که یادم می‌اد. مامانم پیگیر مریضی ما نبود. خودمم الان همین جوری هستم و پیگیر مریضیم نمیشم. حتی مشکل کم‌بینایی که من داشتم رو پیگیری نمی‌کردن و می‌گفتن تو سر به هوایی و مدرسه که رفتم معلمون متوجه شد که چشم من مشکل داره."
به نظر می‌رسد فرهنگ عدم پیگیری موضوعات سلامت در خانواده‌های برخی زنان موجب اهمال در پیگیری سلامتی در بزرگسالی می‌گردد و مخاطراتی برای سلامت به همراه دارد.

جدول ۴- مفاهیم سازنده، تم‌های فرعی و تم اصلی موانع ادراک شده تحقق سلامت

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	مفاهیم سازنده (کدهای اولیه)
موانع ادراک شده تحقق سلامت در زنان نابینا و کم‌بینا	رفتارهای آزاردهنده جامعه	نگاه ترحم‌آمیز جامعه/ ناتوان پنداری/ سو استفاده‌گری
	سلامت اقتصادمحور	اقتصاد و تغذیه سالم/ اقتصاد و پیگیری بیماری/ اقتصاد و ورزش
	زیرساخت اجتماعی ناتوان‌کننده	عدم وجود فرصت‌های اجتماعی برابر/ نامناسب بودن معابر و پیاده‌گذرها/ مشکلات در تهیه مستقل ضروریات زندگی/ غفلت نهادهای خدماتی/ کمبود آموزش در موضوعات سلامتی
	چالش با نهاد درمان	عدم درک شرایط نابینایان در معاینات پزشکی/ در نظر نگرفتن محدودیت‌های بینایی در روند درمان/ تعامل نامناسب پزشکان با بیماران نابینا/ عدم توصیه‌های ویژه به کم‌بینایان در فرآیندهای زیستی مادری / عدم همدلی و همراهی با بیمار/ مناسب نبودن درمانگاه‌ها برای نابینایان/ نبود حمایت بیمه‌ای مناسب از نابینایان
خانواده منفعل	عدم محوریت سلامتی در زیست خانوادگی/ عدم توجه به نیازهای سلامتی فرد نابینا در خانواده/ اطلاع‌رسانی محدود خانواده به فرد نابینا در موضوعات سلامتی/ عدم توجه به شرایط روحی روانی فرد نابینا در خانواده	

نتیجه‌گیری

اقدامات و کنش‌های سلامتی از جمله موضوعاتی است که لازم است برحسب موقعیت اجتماعی گروه‌های مختلف مورد تحلیل قرار گیرد. خصوصاً در موضوعاتی که در برخی گروه‌ها حساسیت برانگیز است. مانند موضوع سلامت در افراد دارای معلولیت. زیرا در نگاه

جامعه این افراد به دلیل داشتن نقصی جسمانی فاقد سلامت بوده و حتی در موضوعات مرتبط با سلامت انتظار نوعی انفعال و پذیرش ناسالم بودن را از آنان دارند.

بر اساس دیدگاه‌های مکتب کنش متقابل نمادین خصوصاً گافمن، این افراد در مواجهه با انگ اجتماعی ناسالم بودن قاعداً باید هویت‌های خرابی داشته باشند و با پذیرش نقص جسمانی و نگاه ناسالم‌پندارانه و منفعلانه با معلولیت خود کنار آمده و زنان نابینا و کم‌بینا نیز موقعیت اجتماعی خود را به‌عنوان فردی ناتوان و ناسالم بپذیرند و حتی با داشتن توانایی در انجام فعالیت‌های اجتماعی انزوای اجتماعی را برگزینند و در ادامه نیز همین موقعیت اجتماعی ناعادلانه به سبب نقص بینایی کنش‌های سلامتی آنان را نیز محدود نماید.

البته این تحلیلی است که در ابتدای مواجهه با بحث به ذهن متبادر می‌گردد و حتی می‌تواند در بسیاری از پژوهش‌های کمی که نگاهی بالا به پایین وجود دارد موجب گسترش نگاه تحریف‌شده به زنان نابینا و کم‌بینا در موضوعات سلامتی گردد. پس لازم است با مطالعات عمیق و ورود به دنیای زنان نابینا و کم‌بینا مفاهیم مرتبط با سلامتی را در تجربه زیسته آنان استخراج و به درکی دقیق‌تر در موضوع سلامتی آنان پرداخت.

یافته‌های پژوهش برخلاف نظریات رایج بیانگر تلاشی مداوم در رسیدن به سلامتی در این زنان است. ظهور مضمون عاملیت سلامت محور بیانگر اقدامات افراد در جهت حفظ، بهبود و ارتقای سلامت است که در پرتوی آگاهی و اراده آنان رخ می‌دهد و توجه به نقص بینایی، عبور از این نقص و تلاش برای بهبود شرایط سلامتی موضوع مهم است که به‌عنوان پیش‌شرطی برای تحقق سلامت مطرح است.

این پیش‌فرض و عبور فعالانه از نقص بینایی مقدمه‌ای مهم در بروز کنش سلامتی است که برخلاف نگاه نادرست اجتماعی به زنان نابینا در آنان شکل گرفته است. نکته مهم در تحلیل اینتم تشابه کنش‌های سلامت محور زنان نابینا و کم‌بینا با سایر افراد جامعه است و همین امر ناشی از عبور آنان از نقص بینایی و نگاه به خود به‌عنوان فردی سالم در جامعه است که باید کنش‌هایی را جهت حفظ، بهبود و یا ارتقای سلامت بروز دهند.

پژوهش بر روی موضوعات سلامت در کنار در نظر گرفتن اقدامات افراد جهت رسیدن به سلامت، نباید کنش‌های سلامتی را شخصی و مستقل از زمینه‌های اجتماعی در نظر گیرد و اندازه‌گیری و تجزیه و تحلیل نباید در سطح فردی متوقف شود، بلکه سبک‌های زندگی مختلف باید در ارتباط با زمینه اجتماعی که در آن رخ می‌دهند، مورد توجه قرار گیرند.

درباره زنان نایینا و کم‌بینا نیز اگرچه عاملیت آنان در رسیدن به سلامتی در پیوستاری از مضامین پدیدار گشت اما در این گروه اجتماعی نیز ساختار اجتماعی به نحوه مؤثری بر شانس‌های زندگی آنان تأثیرگذار است و این امر می‌تواند فرصت‌های انتخابی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارتی شانس‌های زندگی زنان نایینا و کم‌بینا و فرصت‌های انتخابی آنان برای رسیدن به سلامت، بیشتر تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی و زمینه‌ای است که این افراد در آن قرار گرفته‌اند و نقص بینایی در کنار جنسیت به عنوان مؤلفه‌هایی ساختاری در دستیابی این زنان به فرصت‌های انتخابی و شانس‌های زندگی نقش مهمی دارد.

البته ساختارهای اجتماعی چه به صورت ساختارهای عینی و چه ذهنی جامعه، خارج از اراده و عاملیت زنان نایینا و کم‌بینا در سطح خانواده تا اجتماع وجود دارد که در ادراکات این زنان به صورت موانع ادراک شده فهم می‌گردد. موانعی که رسیدن به سلامت را در آنان محدود می‌نماید. به عنوان مثال عارضه بینایی که تنها دارای جنبه زیستی است موجب محدودیت دسترسی آنان به موقعیت‌های بهتر اجتماعی جهت کسب درآمد شده است.

به عبارتی محدودیت جسمانی آنان در جامعه تبدیل به محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی شده است موانعی که بر اساس مدل اجتماعی معلولیت، ناشی از شرایطی است که جامعه برای افراد معلول ایجاد کرده است. تم دوم مستخرج از مصاحبه‌ها، موانع ادراک شده در تحقق سلامتی است و اشاره به فرصت‌های محدودکننده‌ای دارد که فرای کنش‌ها و باورهای شخصی این زنان (هرچند که این کنش‌ها و باورها ریشه در اجتماع دارد) تحقق زیست سالم را در آنان محدود می‌کند.

در مجموع می‌توان چنین بیان داشت که زنان نایینا و کم‌بینا مانند سایر افراد جامعه تلاش‌هایی در جهت رسیدن به سلامتی دارند که به صورت کنش‌های سلامت‌محور تجلی

می‌یابد که نقطه آغاز آن عبور از نقص بینایی و باور به اهمیت تلاش شخصی برای رسیدن به سلامتی نهفته است و در ادامه با اقداماتی در جهت پیشگیری، حفظ و بهبود سلامتی همراه است.

بر اساس یافته‌های این پژوهش زن با عارضه بینایی کنشگری منفعل نیست که زندگی سراسر رنج را به دلیل معلولیت خود تجربه کند آنان عاملانی فعال هستند که برای تحقق سلامت تلاش می‌کنند. زیرا در انگاره‌های ذهنی و باورهای آنان معلولیت مساوی با عدم سلامت نیست و مانند سایر افراد جامعه خود را ملزم به کنش‌های سلامتی در جهت بهبود سطح سلامت می‌داند. هرچند زنان نابینا و کم‌بینا بر نقش عاملانه خود بر سلامتی آگاهی داشتند اما در مقابل در بستر زیست اجتماعی خود به موانع و ساختارهایی محدودکننده اشاره داشتند. این ساختارهای کلان چه به صورت موانع عینی و چه به صورت موانع اجتماعی و فرهنگی، رسیدن به سلامتی را در این زنان با مشکلاتی همراه می‌سازد.

پیشنهادها

۱. انجام پژوهش‌های متعدد در ابعاد مختلف زیست سلامت محور افراد دارای معلولیت جهت ایجاد نگاهی عمیق و همه‌جانبه
۲. توجه بیشتر نهادهای مرتبط با خدمات اجتماعی و درمانی به مسائل نابینایان و کم‌بینایان
۳. اهتمام بیشتر جهت افزایش سواد سلامت نابینایان و کم‌بینایان و خانواده‌های آنان
۴. آموزش بیشتر کادر درمان جهت رویارویی با بیمارانی با وضعیت جسمانی متفاوت و معلولیت جهت بهبود ارائه خدمات درمانی
۵. ایجاد شرایط مناسب‌تر جهت اشتغال و ادامه تحصیل افراد دارای معلولیت هم در حوزه وضع قوانین هم در حوزه اجرای قوانین
۶. بهبود وضعیت معیشتی و اقتصادی خانواده‌هایی با عضو دارای معلولیت

منابع

- حسین لو، عقیل؛ اسمعیلی، معصومه و کاظمیان، سمیه. (۱۳۹۸)، «تجربه زیسته افراد نابینا: تشخیص الگوهای پیش برنده آن‌ها»، مجله مطالعات ناتوانی، سال نهم، شماره ۱: ۱-۲۷.
- رضائی، مهدی و پرتوی، لطیف. (۱۳۹۴)، «زنان معلول و تعامل با جامعه (مطالعه کیفی زندگی اجتماعی زنان معلول)»، فصلنامه مطالعات راهبردی زنان، سال هفدهم، شماره ۶۷: ۷-۴۴.
- شریفیان ثانی، مریم؛ سجادی، حمیرا؛ طلوعی، فرشته و کاظم نژاد، انوشیروان. (۱۳۸۵)، «دختران و زنان دچار معلولیت جسمی - حرکتی: نیازها و مشکلات»، فصلنامه آرشیو توانبخشی (توانبخشی)، سال هفتم، شماره ۲: ۴۱-۴۸.
- شمشیری، محمود؛ محمدی، نورالدین؛ محمدی، محمدعلی؛ حیدر زاده، مهدی؛ مظفری، ناصر؛ کریمی پور، سکینه و عباسی، محمد. (۱۳۹۵)، «تجربه زیسته مراقبت از خود افراد نابینا: یک مطالعه پدیده‌شناسی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، سال دهم، شماره ۳: ۲۸-۳۷.
- صادقی، سهیلا و فاطمی نیا، محمدعلی. (۱۳۹۴)، «معلولیت؛ نیمه پنهان جامعه: رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره پانزدهم، شماره ۵۸: ۱۵۹-۱۹۴.
- عبدالهی چنداتق، حمید؛ پیری، اکبر و موقرنرین، منصور. (۱۳۹۰)، «داغ ننگ و هویت اجتماعی: بررسی موردی عوامل اجتماعی داغ ننگ زنده بر افراد دارای معلولیت جسمانی آشکار در شهر رشت»، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)، سال دوم، شماره ۵ و ۶: ۱۹۵-۲۲۲.
- مسعود نیا، ابراهیم. (۱۳۸۹)، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: موسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- نریمانی، محمد؛ سلیمانی، اسماعیل و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۱)، «مقایسه ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر در دانش‌آموزان نابینا و بینا»، فصلنامه روانشناسی مدرسه، سال اول، شماره ۱: ۱۰۸-۱۱۸.
- Abrutyn, Seth, and Anna.S Mueller. (2014). "Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion". *Am Sociol Rev*,79(2):211-227.
- Bourne, Rupert R A., Adelson, Jaimie., Flaxman, Seth., Briant, Paul., Bottone, Michele., Vos, Theo., Naidoo, Kovin., and others. (2020). "Global Prevalence

- of Blindness and Distance and Near Vision Impairment in 2020: progress towards the Vision 2020 targets and what the future holds”, *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 61(7), 2317.
- Barnes, Colin, and Mike, Oliver M. (1993). “*Disability: a sociological phenomenon ignored by sociologists*”. University of Leeds.
 - Anwar, Mehbub., Astell-Burt, Astell-Burt, Thomas and Xiaoqi Feng. (2019). “Does social capital and a healthier lifestyle increase mental health resilience to disability acquisition? Group-based discrete trajectory mixture models of pre-post longitudinal data”. *Social Science & Medicine*, 235, 112143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.045>
 - Braun, Virginia, and Victoria. Clarke. (2006). “Using thematic analysis in psychology”, *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101.
 - Cockerham, William. C. (2000). *The sociology of health behavior and health lifestyles*. Handbook of medical sociology, 159-172.
 - Cockerham, William. C. (2005). “Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure”, *J Health Soc Behav*, 46(1):51–67.
 - Cockerham, William .C., Hinte, Brian. P., Bbbott, Pamela., and Christian Haerpf. (2004). “Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan”, *Sci & Med* , 4(7): 1409-1421.
 - Cockerham, William. C, and Graham Scambler. (2013). *Medical sociology and sociological theory*. In: Cockerham WC, editor. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
 - Carey, Allison. C, and Cheryl Najarian Souza. (2021). “Constructing the Sociology of Disability: An Analysis of Syllabi”, *Teaching Sociology*, 49(1), 17–31. <https://doi.org/10.1177/0092055X20972163>
 - Cordts, Paige., Cotten, Shelia. R., Qu, Tongbin., and Tamara Reid Bush. (2021). “Mobility challenges and perceptions of autonomous vehicles for individuals with physical disabilities”, *Disability and health journal*, 14(4), 101131. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101131>
 - Downs, Mattew., MacDermid, Joy., Connelly, Denise., and Janette McDougall. (2021). “Current Experiences and Future Expectations for Physical Activity Participation: Perspectives of Young People with Physical Disabilities and Their Rehabilitation Clinicians”, *Developmental neurorehabilitation*, 24(2), 73–84. <https://doi.org/10.1080/17518423.2020.1771787>
 - Egner, Justine. (2016). *A Messy Trajectory: From Medical Sociology to Crip Theory*, *Sociology Looking at Disability: What Did We Know and When Did We Know it* (Research in Social Science and Disability, Vol. 9), Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 159-192. <https://doi.org/10.1108/S1479-35472016000009009>

- Froehlich-Grobe, Katherine., Jones, Denton., Businelle, Michael S., Kendzor, Darla E Kendzor., and Bjal. A. Balasubramanian. (2016). "Impact of disability and chronic conditions on health". *Disability and health journal*, 9(4), 600-608. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.04.007>
- Gochman, David S. (1997). *Handbook of health behavior research II: Provider determinants*. Plenum Press.
- Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.
- Green, Sara, and Sharon Barnartt. (2016). *Sociology Looking at Disability: What Did We Know and When Did We Know It? Volume 9 of Research in Social Science and Disability*. Bingley, UK: Emerald.
- Harrison, Josephine., Thomson, Rachael., Banda, Hastings T., Mbera, Grace B., Gregorius, Stefanie., Stenberg, Berthe., and Tim Marshall. (2020). "Access to health care for people with disabilities in rural Malawi: what are the barriers?". *BMC public health*, 20(1), 833. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08691-9>
- Kumar, Vikash., Dwivedi, Ketaki. (2017). "Sociology of Disability in India: A Victim of Disciplinary Apathy", *Social Change*, 47(3), 373–386. <https://doi.org/10.1177/0049085717712816>
- Lincoln, Yvonna.S, and Egon Guba. (1985). *Establishing Trustworthiness, Naturalist Inquiry*. Newbury Park, LA, Sage.
- Matin, Behzad., Williamson, Heather J., and Ali Karyani. (2021). "Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies". *BMC Women's Health*, 21(44). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01189-5>
- McPherson, Amy C., Oake, Michelle, and Jennifer Stinson. (2020). "Don't sweat it buddy, it's OK": an exploration of the needs of adolescents with disabilities when designing a mobile application for weight management and healthy lifestyles", *Disability and rehabilitation*, 42(11), 1569–1577. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1530804>
- Oliver, Michelle. (1981). *A new model of the social work role in relation to disability*, J. Campling (ed.), *The handicapped person: A new perspective for social workers*, pp. 19–32, RADAR, London.
- O'Leary, Lisa., Taggart, Laurence, and Wendy Cousins. (2014). "Adapted 'healthmatters program': promoting healthy lifestyles in individuals with an intellectual disability", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(4), 302. <https://doi.org/10.1111/jar.12107>

- Peña, Constanza M, and Anne Payne. (2022). “Parental experiences of adopting healthy lifestyles for children with disabilities living with overweight and obesity”. *Disability and health journal*, 15(1), 101215.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101215>
- Ramírez-Granizo, Irwin., Ubago-Jiménez, Jose. L., Zurita-Ortega, Flix., Puertas-Molero, Pilar, and Ignacio Vilchez-Polo. (2020). “Effectiveness of an intervention program on basic physical and coordination skills and its relationship with BMI in individuals with intellectual disability”, *Arch Budo*, 16, 235-243.
- Rigles, Bethany. (2019). “The Development of Health Lifestyles in Families Experiencing Disability”. *Journal of Family Issues*, 40(7), 929-953.
<https://doi.org/10.1177/0192513X19831410>
- Suarez-Balcazar, Yolanda., Agudelo Orozco, Alexander., Mate, Melina, and Claudia Garcia. (2018). “Unpacking barriers to healthy lifestyles from the perspective of youth with disabilities and their parents”. *Journal of prevention & intervention in the community*, 46(1), 61–72.
<https://doi.org/10.1080/10852352.2018.1386270>
- Swain, John, and Sally French. (2000). “Towards an affirmation model of disability”. *Disability & Society*, 15(4), 569–582.
<https://doi.org/10.1080/09687590050058189>
- Winance, Myriam. (2016). “Rethinking disability: Lessons from the past, questions for the future. Contributions and limits of the social model, the sociology of science and technology, and the ethics of care”. *Alter*, 10(2), 99-110.

استناد به این مقاله: گنجی، محمد؛ نیکخواه قمصری، نرگس؛ حامی کارگر، فاطمه و غفاری، مسعود. (۱۴۰۱). نقش سازمان‌های مردم نهاد در تسهیل‌گری و ارتقای تاب‌آوری اجتماعی مناطق روستائی در برابر کم‌آبی (مطالعه موردی موسسه نیکوکاری ابرار در روستاهای شهرستان قاینات). فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۹ (۳۱)، ۲۰۷-۲۴۳.



Social Work ResearchJournal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.