

نظام معنایی سلامت در بستر تجربه‌ی زیسته‌ی زنان

نابینا و کم‌بینا

محمد گنجی*، نرگس نیکخواه**، فاطمه حامی کارگر***، مسعود غفاری****

چکیده

سلامت و مفهوم‌سازی آن در بین نابینایان و کم‌بینایان به علت درهم‌تنیدگی سلامت و معلولیت و نیز تجربیات منحصربه‌فرد آن‌ها، موضوع مهمی است. این پژوهش با روش پدیدارشناسی، مفهوم سلامت در بستر تجربه‌ی زیسته‌ی زنان نابینا و کم‌بینای شهر کاشان را بررسی می‌کند. در این راستا با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با ملاک اشباع نظری، ۲۵ نفر از زنان نابینا و کم‌بینا برای انجام مصاحبه‌های عمیق انتخاب شدند. سپس با استفاده از تحلیل کلازی و استخراج کدهای مناسب، دو مضمون اصلی با عناوین ادراک چند ساحتی سلامت و راهکارهای ابراز سلامتی در مواجهه با ناسالم پنداری جامعه به دست آمد. مضامین فرعی ادراک چند ساحتی سلامتی شامل روان سالم، بهزیستی اجتماعی، معنویت‌گرایی و سلامت جسمانی و مضامین فرعی مقوله راهکارهای ابراز سلامتی در مواجهه با ناسالم پنداری شامل مدیریت بدن و آراستگی، تلاش برای نشان دادن استقلال در امور فردی و اجتماعی، خود اثبات‌گری، تلاش برای کارآمدی، ابراز نکردن بیماری و درد در اجتماع و مدیریت روابط (هاله پوشی، تعامل سازنده) است. ادراک چندساعتی سلامتی، بیانگر مفهوم سلامت نزد زنان نابینا و کم‌بیناست که پس از پذیرش نابینایی یا کم‌بینایی و توجه به سایر ابعاد سلامت شکل می‌گیرد که نشان‌گر مساوی نبودن مفهوم معلولیت و سلامت است. همچنین راهکارهای ابراز سلامتی در مواجهه با ناسالم پنداری جامعه، نشان‌دهنده اقدامات و تلاش‌های این زنان برای نشان دادن توانایی و سلامتی‌شان در جامعه است.

واژگان کلیدی

معلولیت، زنان نابینا و کم‌بینا، ادراک سلامتی، تجربه زیسته، پدیدارشناسی، ناسالم پنداری، ناتوانی.

*. دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (m.ganji@kashanu.ac.ir)

** استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (n_nikkhah_gh@kashanu.ac.ir)

*** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (نویسنده‌ی مسئول)

(fhk144@gmail.com)

**** دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (m۶۹@ghafari.

gmail.com)

۱- مقدمه و بیان مسئله

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید مهم‌ترین جنبه‌ی زندگی است. مسئله‌ای که از ماقبل تاریخ تاکنون، بشر به‌منظور دستیابی به آن کوشش کرده است. سلامت شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند. علاوه بر این، سلامت با همه‌ی جوانب آن از حقوق اولیه‌ی انسانی است، به‌طوری‌که دستگاه‌های بهداشتی در دنیا اهداف خود را از ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی به سمت ایجاد جامعه‌ی سالم ارتقاء می‌دهند و شاخص‌های کلی سلامت مانند بهزیستی جایگزین شاخص‌های محدود و نارسایی مانند مرگ‌ومیر شده است (احمدی، ۱۳۹۰: ۱۲۸). به‌علاوه سلامت افراد بازتاب تعامل پیچیده‌ی نیروهای اقتصادی، فرهنگی، تاریخی، سیاسی و اجتماعی است و فهم حالات و ابعاد سلامتی مستلزم داشتن بینش جامعه‌شناختی است. نکته‌ی مهم در مفهوم سلامت پیچیدگی مفهومی آن است، زیرا علاوه بر ابعاد مختلف سلامتی که در سال‌های اخیر بیشتر پژوهشگران بدان توجه داشته‌اند. معنای سلامتی نیز نزد گروه‌های مختلف اجتماعی مناقشه برانگیز است. معنایی که در بستر شرایط اجتماعی گروه‌های مختلف و بر اساس تجربه‌ی زیسته‌ی آن‌ها موجب شکل‌گیری مفهومی با عنوان سلامتی می‌گردد. در این بین، یکی از گروه‌هایی که در مطالعات سلامت کمتر به آن‌ها توجه شده، افراد معلول هستند. معلولیت ممکن است نتیجه‌ی یک اختلال جسمی، شناختی، ذهنی، حسی، عاطفی، رشدی یا ترکیبی از این موارد باشد که به محدودیت در توانایی فرد برای شرکت در زندگی روزمره در جامعه طبیعی تلقی می‌شود، منجر می‌شود. برخی معلولیت‌ها مانند نابینایی، ناشنوایی و ناتوانی‌های حرکتی و جسمانی از جمله معلولیت‌هایی هستند که موجب می‌شوند افراد معلول تنها در یک یا چند ویژگی فیزیولوژیک با سایر افراد جامعه تفاوت داشته باشند؛ به عبارتی تفاوت آن‌ها با سایر اعضای به‌اصطلاح «سالم» جامعه در نقصی فیزیکی است که غالباً موجب محدودیت‌هایی جسمانی در فرد معلول شده و فرد در جامعه «ناسالم» و «ناتوان» تلقی می‌شود و این تفاوت جسمانی در آن‌ها منشأ نگاه متفاوت جامعه به آن‌هاست. نکته‌ی مهم دیگر اینکه در جوامع قضاوت جهت دسته‌بندی افراد به‌عنوان سالم و ناسالم در اولیه‌ترین حالت بر اساس مشخصات ظاهری و ویژگی‌های جسمانی افراد است. موضوعی که برای معلولین چالش‌آفرین و آزاردهنده است. به همین دلیل تعریف سلامتی در افراد معلول موضوعی تأمل برانگیز است، زیرا مفهوم سلامتی و نقص جسمانی برای آن‌ها درهم‌تنیدگی بسیاری دارد.

افراد معلول ۱۵٪ از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (World Health Organization, 2011). اگرچه کنوانسیون بین‌المللی حقوق افراد دارای معلولیت، همان سطح از حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت و مقرون‌به‌صرفه را مانند افراد بدون معلولیت تضمین نموده و این افراد مانند سایر افراد جامعه، حق داشتن زندگی سالم در تمامی ابعاد را دارند و جوامع باید امکانات را برای افزایش سطح سلامت و رفاه آن‌ها تأمین کنند (United Nations, 2006)؛ اما این افراد هنوز هم یکی از به حاشیه رانده‌ترین و از نظر اجتماعی مستثناترین گروه‌ها در بسیاری از کشورها هستند؛ برای مثال به‌طور کلی معلولین نسبت به افراد بدون معلولیت، سطح بهداشت و سلامت پایین‌تر، دستاوردهای تحصیلی پایین‌تر، فرصت‌های اقتصادی کمتر و فقر بالاتری را تجربه می‌کنند و به‌طور خاص، زنان معلول نسبت به هم‌تایان خود که هیچ معلولیتی ندارند و حتی نسبت به مردان معلول، در حوزه‌ی سلامت و برخورداری از ابعاد مختلف روانی و اجتماعی سلامت در سطح پایین‌تری هستند (Mitra & et al, 2013). موارد مذکور و محدودیت‌هایی که معلولین و به‌خصوص زنان معلول در جامعه تجربه می‌کنند می‌تواند موجب به خطر افتادن سلامت آن‌ها در ابعاد مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی شود، اما آیا شرایط ایجادشده از سوی جامعه موجب ناسالم پنداری در آن‌ها می‌شود؟ و به‌عبارت‌دیگر زنان معلول با توجه به شرایطی که جامعه برای ایشان ایجاد کرده است چه تعریفی از سلامتی دارند؟ و نگاهشان نسبت به مفهوم سلامتی با داشتن نقص جسمانی چیست؟

پیش‌تر اشاره شد که معلولیت طیف وسیعی از اختلالات در ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و شناختی را در برمی‌گیرد، به همین دلیل برای بررسی موضوعات مرتبط با ادراک معلولین از سلامت، شایسته است افراد با اختلالات یکسان به‌صورت مجزا واکاوی شوند؛ زیرا اختلالات مختلف زمینه‌ساز تجارب زیسته‌ی متفاوت در افراد معلول است. یکی از انواع معلولیت که افراد معلول تجربیات زیسته‌ی منحصر به فردی دارند، نابینایی و کم‌بینایی است. معمولاً نابینایان تجربه‌هایی متفاوت از افراد عادی در سازگاری با محیط و همچنین ادراک متفاوت از محیط اجتماعی دارند. حتی ممکن است نابینایی مانعی در تعامل‌های اجتماعی نیز مطرح شود که باعث شود آن‌ها در مقایسه با افراد بینا ارتباط اجتماعی کمتری داشته باشند. بدون بینایی، ادراک و تفکر افراد از خود و دیگران بسیار متفاوت خواهد بود (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰۹). پس لازم است تجربه‌ی زیسته‌ی افراد نابینا و کم‌بینا در ابعاد مختلف زندگی و ادراک آن‌ها از مفهوم سلامتی واکاوی شود، زیرا مفهوم سلامتی برای نابینایان و کم‌بینایان - به‌عنوان افرادی که با نقص بینایی در

جامعه شناخته شده و سلامت کامل ندارند - موضوعی تأمل برانگیز است. از سوی دیگر، بر اساس یک مرور سیستماتیک از نظرسنجی های جهانی نابینایی، تجزیه و تحلیل داده ها نشان می دهد که نابینایی در زنان نسبت به مردان، شیوع بیشتری داشته و ۶۴/۵ درصد از نابینایان را زنان تشکیل می دهند (Abou- Gareeb & et al, 2001). در ایران آمار دقیقی از تعداد افراد نابینا و کم بینا به تفکیک جنسیت نداریم، اما جستارها در آمارهای بهزیستی استان های مختلف در ایران بیانگر تعداد بیشتر زنان نابینا و کم بینا در کشور است. علاوه بر این، جنسیت در تجربیات زیسته ی معلولیت تأثیر گذار است و زنان با داشتن هر نوع معلولیتی، تجربیات منحصر به فردی در زمینه های مختلف زندگی به خصوص سلامتی دارند (Habib, 1995). موضوعی که این پژوهش بدان پرداخته تجربه ی زیسته ی زنان با طیف های مختلفی از عارضه ی بینایی است تا مفهوم سلامتی از نظر آن ها با توجه با نقص بینایی و موقعیت اجتماعی شان بازنمایی شود.

نکته ی مهم در این پژوهش، تلاش برای فهم مفهوم سلامتی در بستر تجربه ی زیسته ی زنان نابینا و کم بیناست. بدین معنا که آن ها با داشتن نقص بینایی سلامتی را چگونه تعریف می کنند و چه درکی از مفهوم سلامتی دارند؟ برای دستیابی به این هدف لازم است، پیش فرض ها و حتی نظریه های موجود در این باره را کنار گذاشت و با روش پدیدارشناسی به درک تجارب مشترک زنان نابینا و کم بینا در مفهوم سازی سلامت پرداخت و با واکاوی پدیدارشناسانه ی تجربه ی زیسته ی آن ها در مواجهه با مفهوم سلامتی به درک عمیق تری از سلامت در نزد آن ها دست یافت.

۲- پیشینه ی پژوهش

مطالعات درباره ی سلامت و معلولیت - به خصوص در بین زنان - از جمله موضوعاتی است که سهم اندکی از پژوهش ها را به خود اختصاص داده است، اما پژوهش های انجام شده در زمینه ی معلولیت و موضوعات مرتبط با آن را می توان در چهار دسته عمده بررسی کرد.

دسته اول که به موضوعات سلامت معلولین نیز نزدیک است، پژوهش های انجام شده در موضوع کیفیت زندگی معلولین است. این پژوهش ها بیشتر با روش های کمی، کیفیت زندگی افراد در طیف های مختلف معلولیت را می سنجد. پژوهش های بختیاری و همکاران (۱۳۹۱)، خدایاریان و همکاران (۱۳۹۳)، نور محمدی و بهار آور (۱۳۹۹)، والتیس^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، آکوسیل^۲ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند، ناتوانی در کیفیت زندگی معلولین تأثیر گذار است و افراد با داشتن

1-Vuletic

2- Akosile

ناتوانی و درجات مختلف ناتوانی نمره‌ی کمتری را در سنجش کیفیت زندگی کسب کرده‌اند. پژوهش‌های میراندولا^۱ و همکاران (۲۰۱۹) و مانیو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در بررسی کیفیت زندگی معلولین بر نقش برخی عوامل مانند ورزش و مشارکت اجتماعی در افزایش کیفیت زندگی افراد معلول تأکید دارند. پژوهش خسروی تپه و همکاران (۱۳۹۴) اهمیت حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی افراد معلول را تأیید می‌کند. این پژوهشگران در مطالعات خود به کیفیت زندگی - به‌عنوان یکی از شاخص‌های سلامت در افراد معلول اشاره می‌کنند، اما به سلامت و بحث‌های مرتبط با آن مستقیم نپرداخته‌اند.

دسته دوم پژوهش‌ها در ارتباط با وضعیت معلولان در جامعه است. این پژوهش‌ها عمدتاً با نگاهی انتقادی وضعیت اجتماعی معلولین را در جامعه بررسی کرده و از مشکلات و نیازهای آن‌ها در جامعه سخن می‌گویند. پژوهش‌های شریفیان ثانی و همکاران (۱۳۸۵) و رضایی و پرتوی (۱۳۹۴) به وضعیت زنان معلول در جامعه، نیازها و مشکلات آن‌ها در زندگی اجتماعی پرداخته و محدودیت‌های مضاعف زنان و دختران معلول را در جامعه بررسی نموده است. پژوهش عباد اللہی و همکاران (۱۳۹۰) به موضوع داغ اجتماعی معلولیت پرداخته و آسیب هویتی افراد معلول به سبب برچسب‌ها و نگاه ترحم‌آمیز جامعه به ناتوانی جسمی را مطالعه کرده است. صادقی و فاطمی نیا (۱۳۹۴) نیز در بررسی وضعیت معلولین در جامعه، فضاهای شهری را برای حضور اجتماعی آن‌ها نامناسب دانسته و به انزوای اجتماعی اجباری افراد معلول در ایران توجه کرده است. پژوهش شعبان‌نیا و محمودی (۱۳۹۷) نیز به موضوع اثربخشی قوانین و مقررات حمایتی در میزان تمایل زنان معلول شهر تهران به اشتغال پرداخته و براساس نتایج حاصل از پژوهش، ۳۷ مورد از موانع پیشروی اشتغال معلولین شناسایی شد (محمودی و شعبان‌نیا، ۱۳۹۷: ۳۵).

بخش سوم از پژوهش‌ها، موضوع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمان برای افراد معلول در جامعه را بررسی کرده است. در این پژوهش‌ها به اهمیت خدمات توان‌بخشی برای معلولین و اهمیت آن برای افراد دارای طیف‌های مختلف ناتوانی جهت بهبود وضعیت سلامت آن‌ها اشاره شده است. پژوهش‌های ولدان و همکاران (۱۳۹۵)، ایروانی و همکاران (۱۳۹۹)، اکورو^۳ و همکاران (۲۰۱۸) و سوبرامانیام^۴ و همکاران (۲۰۲۱) موضوع خدمات درمانی و بهداشتی به‌خصوص خدمات توان‌بخشی

1- Mirandola

2- Maniu

3- Okoro

4- Subramaniam

و اهمیت آن برای افراد معلول را محور مطالعه‌ی خود قرار داده‌اند و بر لزوم برنامه‌ریزی برای بهبود خدمات درمانی افراد معلول در جامعه تأکید می‌کنند.

گروه چهارم از مطالعات ابعاد مختلف سلامت و معلولیت را بررسی می‌کند. پژوهش‌های ولی زاده و همکاران (۱۳۹۱)، چادهاری^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، موهان^۲ و همکاران (۲۰۰۵) و نارکران^۳ و همکاران (۲۰۱۸) در بررسی ابعاد سلامت در معلولین، آن را تحت تأثیر شرایط فرد معلول در جامعه ارزیابی کرده‌اند. پژوهش غلامی گل‌باغی و همکاران (۱۳۹۲) به تأثیر ورزش در سلامت روان معلولان پرداخته است و خدابخش کولایی و همکاران (۱۳۹۷) رابطه‌ی سواد سلامت با ابعاد سلامتی در زنان ورزشکار معلول را بررسی کرده‌اند. هرچند پژوهش‌ها در زمینه‌ی ابعاد سلامتی بیشتر بر جنبه‌ی روانی سلامت تأکید می‌کنند و خلأ پژوهشی در بررسی ابعاد دیگر سلامت به‌خصوص بعد اجتماعی سلامت در پژوهش‌ها کاملاً مشهود است.

همان‌طور که اشاره شد، در تمام پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه‌ی معلولیت، موضوعات کیفیت زندگی و چالش‌های معلولین در زیست اجتماعی، مستقیم به بحث سلامت معلولین نپرداخته‌اند و در پژوهش‌هایی با محوریت خدمات بهداشتی و درمان برای افراد معلول، نکته‌ی مهم تأکید بر جنبه‌های جسمانی سلامت و بهبود وضعیت سلامت جسمی در این افراد است. در موضوع ابعاد سلامت نیز نگاه جامعه‌شناسانه در بحث سلامتی و ابعاد آن، از مطالعه افراد معلول غفلت نموده است. به‌علاوه در پژوهش‌های انجام‌شده، نگرش و تعریف افراد معلول از سلامت بررسی نشده است، بدین لحاظ انجام پژوهش درباره‌ی موضوعات مختلف سلامتی گروه‌های مختلف معلولین ضروری است. در زمینه‌ی تجربه‌ی زیسته‌ی نابینایان، پژوهش شمشیری و همکاران (۱۳۹۵) بر تجربه‌ی زیسته مراقبت از خود در بین نابینایان تمرکز کرده و به مضمون نظم در زندگی این افراد اشاره می‌کند. حسین لو و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود به پنج مقوله‌ی پیش برنده در زندگی نابینایان اشاره می‌کند که شامل سازگاری به‌مرورزمان، ارتباط با خدا، عوامل حمایت‌کننده‌ی فردی، مهارت‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی است. اگرچه این پژوهش به موضوع نابینایی و تجربه‌ی زیسته‌ی نابینایان پرداخته، اما هیچ تحلیلی از موضوعات مرتبط با سلامت آن‌ها ارائه نداده است. در این پژوهش، با عطف توجه به کاستی‌های پژوهشی در مورد معلولیت و سلامت به‌ویژه در نزد زنان، واکاوی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان نابینا و کم‌بینا به‌عنوان گروهی با تجربیات خاص مطمح نظر

1- Chaudhury

2- Mohan

3- Nakkeeran

قرار گرفته است. در این مسیر محققان با بهره‌گیری از روش پدیدارشناسی و تکنیک مصاحبه‌ی عمیق به درک نظام معنایی مفهوم سلامتی میان زنان نابینا و کم‌بینا مبادرت ورزیده‌اند. با تحلیل مصاحبه‌ها، مفهوم‌سازی سلامت در تجربه‌ی زیسته‌ی آن‌ها و رویه‌های بازنمایی این تعریف در جامعه پدیدار شده است.

۳- ملاحظات نظری

این پژوهش به روش کیفی انجام شده است، بنابراین هیچ نظریه‌ی از پیش تعیین شده‌ای آن را هدایت نمی‌کند و پژوهش بر اساس مبانی نظری خاصی انجام نشده است. همچنین نظریه‌های ذکر شده، جهت پژوهش را مشخص نکرده‌اند، لذا ارائه‌ی نظریه‌ها جهت ترسیم فضای نظریه‌پردازی در این عرصه و ایجاد حساسیت نظری است. در ادامه، ابتدا مفهوم سلامت بررسی شده و سپس نظریات مرتبط با معلولیت به اختصار تبیین خواهد شد.

یکی از تعاریف اولیه از سلامت که هنوز هم استفاده می‌شود، تعریف سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ است که سلامتی را وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود «بیماری یا ناتوانی» معرفی می‌کند. در آن زمان، با شناسایی ابعاد روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمانی، مفاهیم قبلی سلامت را گسترش دادند؛ اما این تعریف سلامت را یک حالت مثبت می‌داند که تنها نبود «بیماری یا ناتوانی» تعریف نمی‌شود. با این حال، استفاده از عبارت «نه صرفاً» به این معناست که داشتن یک بیماری یا ناتوانی مانع از سلامت کامل می‌شود و ناتوانی معادل سلامت ضعیف و به‌عنوان یک پیامد منفی برای سلامت در نظر گرفته شده که باید از طریق مداخلات پزشکی یا بهداشت عمومی از آن جلوگیری کرد. در سال ۱۹۸۶ در منشور اتاوا، سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای سلامت بیان کرد: «سلامت منبعی برای زندگی روزمره است، نه هدف زندگی». سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع اجتماعی و شخصی و همچنین ظرفیت‌های فیزیکی تأکید دارد. در ادامه تعاریف سلامتی در سال ۲۰۰۱، سازمان جهانی بهداشت بین سلامت، عملکرد و ناتوانی تفاوت قائل شد تا جایی که معلولیت به‌عنوان نقص، محدودیت فعالیت و محدودیت مشارکت در نظر گرفته می‌شود. پس سلامت از ناتوانی متمایز است و فرآیند ناتوانی، نشان‌دهنده‌ی تعامل بین ویژگی‌های یک فرد و ویژگی‌های جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند و عوامل مؤثر در سلامت و عملکرد فرد شامل فرصت‌های اجتماعی، نابرابری‌های اجتماعی، منابع خانوادگی، محیط فیزیکی و باورهای فرهنگی است. سار توریوس^۱ (۲۰۰۶) مفهوم‌سازی جدیدی از سلامت را پیشنهاد کرد، بدین ترتیب که

سلامتی می‌تواند همراه با وجود بیماری یا اختلال وجود داشته باشد و حالتی است که به فرد اجازه می‌دهد به اندازه‌ی کافی با خواسته‌های زندگی کنار بیاید. سلامتی حالت تعادل یا تعادل ایجادشده در درون خود و با محیط اجتماعی و فیزیکی است. از نظر سارتوریوس تعاریف قبلی درباره‌ی سلامتی تنها در حیطه‌ی اختیارات متخصصان پزشکی باقی می‌ماند و ادراکات فرد را در نظر نمی‌گیرد و ممکن است افراد برخلاف احساس ناخوشی و حتی نگرانی از سلامتی در تعاریف قبلی سالم تلقی شوند. پس سلامت را حالت تعادلی در نظر می‌گیرد که به‌موجب آن افراد مبتلا به بیماری یا ناتوانی از طریق توانایی آن‌ها در ایجاد تعادل درونی سالم در نظر گرفته می‌شوند که به آن‌ها اجازه می‌دهد با وجود بیماری یا معلولیت، بیشترین بهره را از زندگی خود ببرند.

مؤسسه لنست^۱ در سال ۲۰۰۹ خواستار دیدگاهی مدرن‌تر از سلامت شدند و بیان کردند که عوامل محیطی و شخصی ایستا نیستند، بلکه بسیار پویا هستند؛ برای مثال، جنگ و درگیری می‌تواند تاروپود ساختارهای اجتماعی را از هم بپاشد. سیاست‌های دولتی می‌تواند به تغذیه یا مراقبت‌های پزشکی ناکافی منجر شود و از دست دادن معیشت یا همسر می‌تواند منابع اقتصادی فرد را به طرز چشمگیری تغییر دهد. آن‌ها معتقدند که نگاه به سلامت به‌عنوان سازگاری و «تاب‌آوری» مناسب‌تر است. تاب‌آوری به معنای توانایی یک فرد سالم برای بازیابی است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تعریف سلامت در گذر زمان دستخوش تغییراتی شده است. کارهان^۲ و همکاران (۲۰۲۱) با بازنگری در تعریف سلامت معلولین تعریف جدیدی را پیشنهاد می‌کنند: «سلامت، تعادل پویای رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی در سازگاری با شرایط زندگی و محیط است». این تعریف به‌روز شده‌ی سلامت از شش ویژگی متمایز تشکیل شده است: پویا، مستمر، چندبعدی، متمایز از محدودیت‌های عملکردی، تعادل و سازگاری با شرایط و محیط و تحت تأثیر عوامل اجتماعی و محیطی دیگر. سلامتی پویاست و در امتداد یک پیوستار متغیر است و از مفهوم یک وضعیت سلامت ایده‌آل از رفاه کامل فاصله می‌گیرد و در طول یک زنجیره تغییر می‌کند. سلامتی می‌تواند در طول عمر بهبود یابد یا بدتر شود، سلامت همچنین در چگونگی تأثیرپذیری از عوامل محیطی، اجتماعی و شخصی نیز پویاست. عوامل شخصی شامل ارزش‌ها، انتظارات و ترجیحات و همچنین هویت فردی و ویژگی‌های جمعیت شناختی است. ارزش‌ها، ترجیحات و انتظارات به‌نوبه‌ی خود متأثر از عوامل محیطی و اجتماعی هستند که شامل فرهنگ،

1- The Lancet

2- Krahn

موقعیت اجتماعی و سیاست‌های دولتی و شرایط اقتصادی است. تعریف پیشنهادی بر ماهیت چندبعدی سلامت تأکید کرده است و بهزیستی وجودی را به ابعاد رفاه جسمی، روانی و اجتماعی می‌افزاید. همچنین سلامت ارتباطی با محدودیت‌های عملکردی ندارد و در نتیجه افرادی که نقص و محدودیت‌های جسمانی دارند، بر اساس این تعریف واجد سلامتی ارزیابی می‌شوند. این تعریف بازنگری شده از سلامت به‌منظور تحریک گفتمان در مورد چگونگی مفهوم‌سازی سلامت و پیامدهای آن برای تحقیق، سیاست و عمل است که می‌تواند نابرابری‌های سلامت در میان گروه‌های به حاشیه رانده‌شده را بررسی کند. پس لازم است، جوامع بر اساس شرایط اجتماعی و موقعیت‌های محیطی خود مفهوم سلامت را در گروه‌های مختلف اجتماعی بازبینی کنند، زیرا در هر جامعه‌ای مفهوم خاصی از سلامت رواج دارد و در جوامع و گروه‌های گوناگون، درک‌های متفاوتی از مفهوم سلامت وجود دارد. موضوعی که در کشور مغفول مانده و لازم است در کنار سنجش ابعاد سلامت در ابتدا بر مفهوم سلامت در جامعه‌ی ایران و در بین گروه‌های مختلف اجتماعی تأمل و تدقیق شود؛ زیرا کنش افراد در زمینه‌ی سلامتی که مبنای رسیدن به سلامت است، ریشه در مفهوم‌سازی آن‌ها از سلامت دارد. به‌علاوه مفهوم سلامتی در برخی گروه‌ها به‌خصوص افرادی با نقص جسمانی اهمیت ویژه‌ای دارد و تلاش برای مفهوم‌سازی سلامت، غیر وابسته به ناتوانی و نقص جسمانی است بدین لحاظ لازم است به ادراکات و تعریف سلامتی در بین گروه‌های مختلف معلول مراجعه و مفهوم‌سازی آن‌ها از سلامت را واکاوی نمود.

در این پژوهش، وضعیت معلولین و تشریح آن نیز مهم است. هرچند معلولیت در جامعه‌شناسی توجه کمی به خود جلب کرده است (Green & Barnartt, 2016). از لحاظ تاریخی، جامعه‌شناسان ناتوانی یا معلولیت را از دریچه‌های باریک جامعه‌شناسی پزشکی و یا جامعه‌شناسی انحراف بررسی کرده‌اند (Egner, 2016)، جامعه‌شناسان پزشکی روی ناتوانی‌ای تمرکز می‌کنند که به سلامت و مراقبت‌های بهداشتی مربوط می‌شود. برخی دیدگاه‌ها به آسیب‌شناسی افراد معلول تمایل دارند و در حوزه‌ی انحراف موضوعاتی را برجسته می‌کنند که در آن‌ها معلولیت به‌عنوان انحراف شناخته می‌شود یا به انحراف از هنجارهای مورد انتظار منجر می‌شود. برخلاف دیدگاه‌های جامعه‌شناسی پزشکی و انحرافات در جامعه‌شناسی معلولیت، معلولیت به‌عنوان محصول محیط اجتماعی فهم می‌شود و فرآیندهای ساختاری معنا و تجربه‌ی ناتوانی را شکل می‌دهد و کاوش‌های مربوط به معلولیت، از طیفی از سنت‌های نظری نشئت می‌گیرد و تلاش می‌کند تا از انگ اجتماعی بر افراد معلول وارد می‌شود، اجتناب کند (Carey, 2021).

مدل اجتماعی به این نکته اشاره می‌کند که نقص جسمی (یک ویژگی بیولوژیکی فردی)، فرد را به سمت ناتوانی (یک واقعیت اجتماعی، یک موقعیت طردشده در رابطه با توازن قدرت بین مردم) سوق می‌دهد و وجود معلولیت موجب اعمال طرد، تبعیض و سرکوب در جامعه می‌شود و آن‌ها را در معرض موقعیت‌هایی قرار می‌دهد که در زندگی روزمره «ناتوانی» را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، اجتماعی شدن معلولیت، به قیمت تقسیم واقعیت به دو بخش است: از یک سو، زیستی و از سوی دیگر اجتماعی. از یک سو، یک ویژگی طبیعی (داده‌شده و ذاتی برای هر فردی) که بر حسب تنوع بدنی تفسیر می‌شود و از سوی دیگر، یک تفاوت اجتماعی (ساخته‌شده و ناشی از فرآیندی که در افراد خاصی تأثیر می‌گذارد) که بر حسب انگ و طرد تفسیر می‌شود (Winance, 2016). موضوعی که جامعه‌شناسان سنت‌شکن متقابل نمادین به‌خصوص گافمن^۱ در نظریه‌های خود بدان توجه ویژه کرده‌اند. از نظر گافمن، اعمال انگ نتیجه‌ی ملاحظات موقعیتی و تعاملات اجتماعی بین «عادی» و «غیرعادی» است. مفهوم انگ به‌وضوح رابطه‌ی قدرت ستمگر و ستم‌دیده را نشان می‌دهد و فرد را در موقعیتی قرار می‌دهد که به شیوه‌ای خاص علامت‌گذاری شود (Kumar & Dwivedi, 2017). پس معلولیت یک تفاوت اجتماعی است که در بالای یک ویژگی طبیعی انباشته‌شده است. یکی از فواید عمده‌ی 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).

با این حال، نظریه‌ها درباره‌ی افراد معلول در جامعه در حال تغییر است. مفهوم غرور معلولیت استدلال می‌کند که مدل جدیدی از معلولیت در ادبیات افراد معلول و در فرهنگ معلولیت در حال ظهور است. این مدل به‌عنوان یک دیدگاه غیر تراژدیک از ناتوانی و آسیب توصیف می‌شود که شامل هویت‌های اجتماعی مثبت فردی و جمعی برای افراد معلول مبتنی بر مزایای سبک زندگی و تجربه‌ی زندگی معلولیت و ناتوانی است. این دیدگاه در تقابل با مدل تراژدی شخصی ناتوانی و نقص به وجود آمده است و بر ضرورت رهایی‌بخش مدل اجتماعی بناشده است. در این مدل، محدودیت‌های مدل اجتماعی که هویت‌های افراد معلول را در جامعه منفی تلقی می‌کند اشاره کرده و پیش‌فرض‌های عمیق منفی درباره‌ی معلولیت را نقض می‌کند (Swain & French, 2000). معلولیت از نظر بسیاری از جامعه‌شناسان شکل عادی از تنوع انسانی در نظر گرفته می‌شود که مشابه بسیاری از گروه‌های مختلف اجتماعی مانند اقلیت‌های قومی و مذهبی، رنگین‌پوستان

است. همچنین محدودیت‌های معلولین را ناشی از ساختارهای اجتماعی می‌داند نه شرایط زیستی افراد معلول (Oliver, 1981).

در حالی که تعدادی از افراد جامعه‌ی معلولان به بینش رهایی‌بخش مدل اجتماعی توجه دارند؛ گیدنز^۱ به چند نکته انتقادی اشاره می‌کند که در رویکرد اجتماعی باید بدان توجه کرد: اولاً، برخی استدلال می‌کنند که مدل اجتماعی ظاهراً واقعیت‌های اغلب دردناک را نادیده می‌گیرد و خاطر نشان می‌کند: «ما افراد ناتوان نیستیم، بلکه دارای نقص هستیم و تظاهر به غیر این موجب نادیده گرفتن بخش عمده‌ای از زندگی ما خواهد شد. ثانیاً در حالی که بسیاری از مردم این واقعیت را می‌پذیرند که نقص‌هایی دارند، اما ترجیح می‌دهند به‌عنوان ناتوان نامیده نشوند» (Retief, M., & Letsosa, 2018 به نقل از گیدنز ۲۰۰۶: ۲۸۴) و تلاش افراد معلول در جامعه برای نشان دادن خود به‌عنوان فردی سالم نیز در همین راستا انجام می‌شود.

۴- روش پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر، فهم تجربه‌ی زیسته‌ی زنان نابینا و کم‌بینا و ابعاد و معانی پیوسته به آن درباره‌ی سلامتی می‌باشد، از روش پدیدارشناسی استفاده شده است. پدیدارشناسی روشی است که به کمک آن می‌توان آگاهی و تجربه افراد را از مفاهیم و پدیده‌ها بدون واسطه دریافت کرد (پروری و محمدیان، ۱۴۰۰: ۶۹). مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۵ نفر از زنان نابینا و کم‌بینای شهر کاشان بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری هدفمند تلاش دارد تا نمونه‌ها را حداکثر گوناگونی به لحاظ سن، تحصیلات، تأهل و مجرد و نوع عارضه‌ی بینایی انتخاب شوند تا امکان دستیابی به روایت‌های غنی و منحصر به فرد درباره‌ی یک تجربه‌ی خاص فراهم آید (Sandelowski, 1986).

انتخاب مشارکت‌کنندگان بر اساس ماهیت مطالعه و کیفیت اطلاعات جمع‌آوری شده تا زمان دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. به عبارت دیگر تا زمانی که محقق فهم روشن‌تری از تجربه در صحبت‌های بعدی با مشارکت‌کنندگان به دست نمی‌آورد (Holloway & Wheeler, 2002). تعداد مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۵ نفر است. در این مطالعه مطابق با روش پدیدارشناسی و زمینه‌ی تحقیق از مصاحبه‌ی عمیق و نیمه ساختار یافته استفاده شد. سؤالات مصاحبه‌ها حول موضوع زیست سلامت محور و مسائل زنان نابینا و کم‌بینا در موضوعات سلامتی مطرح شد تا بتوان فهم دقیق‌تری از شرایط پیش روی آن‌ها را درک کرد.

پس از اتمام مصاحبه‌ها و به عبارتی جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از روش تحلیل کولایزی - که شامل هفت مرحله است تحلیل داده‌ها آغاز شد. در مرحله اول، مصاحبه‌ها کامل و دقیق نوشته و برای درک کلی از تجربه‌ی زیسته‌ی مشارکت‌کنندگان، مجدد بازخوانی شد. در مرحله بعدی، متن نوشته‌شده‌ی مصاحبه‌ها به واحدهای معنی‌دار تقسیم و پس از تفکیک واحدهای معنی‌دار، واحدهای مرتبط با موضوع انتخاب و سپس معنای هریک از عبارات‌های مهم توضیح داده شد. در این مرحله سعی شد تا توصیف واحدهای معنایی از خود متن اخذ شود. پس از اتمام کدگذاری کامل متن، کدهای تکراری حذف و با دسته‌بندی، معانی مشترک از واحدهای معنایی در قالب ۴۲ مضمون اولیه استخراج شد. سپس معانی و مضامین مشترک در دسته‌بندی‌های متفاوت قرار گرفتند و مضامین فرعی برای طبقات مشخص شد. در نهایت ۱۰ مضمون فرعی به دست آمد. در مرحله بعدی مضمون‌های فرعی جمع‌بندی و در ارتباط و پیوند باهم قرار گرفتند. پس از جمع‌بندی مضمون‌های فرعی، ۲ مضمون اصلی به دست آمد. در آخرین مرحله برای اعتبار یابی یافته‌های استخراج‌شده، از تکنیک بازگشت و اعتبارسنجی استفاده و کدگذاری به‌دست‌آمده همراه با نقل قول مشارکت‌کنندگان در اختیار تعدادی از مشارکت‌کنندگان و صاحب‌نظران قرار گرفت تا اعتبار پژوهش افزایش یابد. به‌علاوه پیش از انجام مطالعه، ابتدا تجربیات، باورها و پیش‌فرض‌های فردی محققان بازنویسی شد تا ضمن آگاهی از آن‌ها، از تأثیرشان در تفسیر داده‌ها جلوگیری شود. مشخصات مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها در جدول شماره‌ی ۱ درج و برای حفظ حریم شخصی افراد در ارائه‌ی گزارش از نام مستعار 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	دانش آموز
۵	الهام	۳۷	کارشناسی ارشد	کم‌بینا	مجرد	کارمند

ردیف	نام	سن	تحصیلات	نوع معلولیت	وضعیت تأهل	شغل
۶	ریحانه	۱۸	دیپلم	نابینا	مجرد	دانش آموز
۷	سارا	۲۵	دیپلم	کم‌بینا	مجرد	دانش آموز
۸	سمانه	۴۲	کارشناسی	کم‌بینا	مجرد	کارمند
۹	زهرا	۲۷	کارشناسی	کم‌بینا	مجرد	-
۱۰	سمیه	۲۵	دیپلم	کم‌بینا	مجرد	-
۱۱	زهره	۳۸	دیپلم	نابینا	مجرد	کارمند
۱۲	میینا	۲۱	کارشناسی	نابینا	مجرد	دانشجو
۱۳	مهسا	۴۵	کاردانی	کم‌بینا	مجرد	کارمند
۱۴	مهری	۴۰	ابتدایی	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار
۱۵	مریم	۴۶	ابتدایی	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار
۱۶	محدثه	۳۱	دیپلم	کم‌بینا	متأهل	کارمند
۱۷	معصومه	۶۰	ابتدایی	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار
۱۸	زینب	۴۵	ابتدایی	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار
۱۹	سعیده	۴۳	سطح ۲ حوزه	کم‌بینا	متأهل	مدرس احکام
۲۰	حمیده	۳۳	کارشناسی	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار
۲۱	مهديه	۲۲	کارشناسی	نابینا	متأهل	خانه‌دار
۲۲	اکرم	۳۸	دیپلم	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار

ردیف	نام	سن	تحصیلات	نوع معلولیت	وضعیت تأهل	شغل
۲۳	فریده	۳۵	کارشناسی	نابینا	متأهل	کارمند
۲۴	مژده	۲۸	دیپلم	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار
۲۵	مرضیه	۴۰	ابتدایی	کم‌بینا	متأهل	خانه‌دار

۵- یافته‌های پژوهش

۵-۱- ادراک چند ساحتی سلامت

یکی از موضوعات بسیار مهم در تجربه‌ی زیسته‌ی افرادی معلول با داشتن انواع معلولیت‌ها، مفهوم‌سازی سلامتی در نظر آن‌هاست؛ بدین معنا که آن‌ها چه تعریفی از سلامتی دارند و به چه کسی سالم می‌گویند؟ در واقع محقق به دنبال درک مصاحبه‌شوندگان از مفهوم سلامتی در تجربه‌ی زیسته آن‌ها بود. مفهوم شناسی سلامت از آن جهت اهمیت دارد که نه تنها تعریف آن‌ها از سلامتی را آشکار می‌کند، بلکه به اعمال و کنش‌های آتی‌شان برای رسیدن به سلامتی جهت می‌دهد. یکی از موضوعات مهم در مصاحبه‌ها، توجه به سایر ابعاد سلامتی در مفهوم‌سازی سلامت بود. هرچند برخی از زنان نابینا و کم‌بینا به مشکلات خود درباره‌ی بینایی اشاره می‌کردند، اما در تعریف سلامتی، تعاریف جسمانی مرتبط با نقص بینایی، دال محوری در مدل‌سازی سلامتی محسوب نمی‌شد و سایر ابعاد سلامتی، وزن بیشتری در تعریف سلامتی داشته و زنان نابینا و کم‌بینا به ابعاد دیگر سلامتی به‌عنوان شاخص‌های مهم سلامتی اشاره می‌کردند. روان سالم، بهزیستی در جامعه، معنویت‌گرایی و سلامت جسمانی ابعاد مختلف مضمون اصلی ادراک چند ساحتی سلامتی را بازنمایی می‌کند. در جدول شماره ۲ مضامین فرعی و مفاهیم سازنده‌ی هر کدام درج شده است. جدول ۲- مضامین اولیه، مضامین فرعی و مضمون اصلی ادراک چند ساحتی سلامت در زنان نابینا و کم‌بینا

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مضامین اولیه
ادراک چند ساحتی سلامت در زنان نابینا و کم‌بینا	روان سالم	تعاملات سازنده با خانواده، امید به آینده، نشاط و شادی در زندگی، احساس رضایت از زندگی، منشأ روانی عدم سلامت
	بهبودی اجتماعی	استقلال در انجام امور فردی و اجتماعی، کارآمدی اجتماعی، روابط اجتماعی سالم، رفتار اجتماعی مناسب، حضور مثبت اجتماعی
	معنویت‌گرایی	پذیرش حکمت‌های الهی، امید به رحمت الهی، ایمان و توکل به خدا، لمس حضور خدا در زندگی، توسل به ائمه و یاری آن‌ها در زندگی، امداد الهی در داشتن زندگی سالم
	سلامت جسمانی	نبود بیماری جسمی، توجه به سلامت جسمانی

۵-۱-۱- روان سالم

یکی از موضوعات مورد توجه در مصاحبه‌ها، محوریت سلامت روان در تعریف سلامتی بود؛ زنان شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها با بیان موضوعات مرتبط با سلامت روان، در بیان تعریف خود از سلامتی بر محوریت سلامت روان اشاره داشتند.

زنان نابینا و کم‌بینا در پاسخ به سؤالات مرتبط با مفهوم سلامتی، به داشتن خانواده‌ای خوب و همراه و همدل اشاره می‌کردند، خانواده‌ای که زن با عارضه‌ی بینایی در آن مورد توجه است و شرایطش درک می‌شود، حتی برخی زنان متأهل در زمان مصاحبه به داشتن فرزندان خوب و رابطه‌ی سازنده با همسر اشاره کرده و سلامت را با محوریت خانواده و تعاملات سازنده در آن تعریف می‌کردند. مه‌ری ۴۰ ساله در این باره می‌گوید:

سلامت یعنی خانواده‌ی خوب، خدارو شکر همسر خوبی دارم که همیشه در کنارمه و همدل و همراهمه، بچه‌های خوبی دارم و از زندگیم راضی‌ام. به نظرم سلامتی به آرامش در خانواده‌ات ربط داره. خانواده‌ات خوب باشن تو آدم سالمی هستی.

یکی دیگر از پاسخ‌هایی که برخی زنان در مصاحبه‌ها به‌صراحت به آن اشاره می‌کردند و آن را در داشتن سلامت ضروری می‌دانستند، امید به آینده بود. به نظر ایشان انسان سالم کسی است که به آینده امید دارد. ایشان علاوه بر اهمیت امید به شادی و نشاط در زندگی، به‌عنوان یکی از معیارهای سلامتی، از تلاش‌های خود برای شاد زیستن می‌گفتند و اینکه از بودن در کنار عزیزانشان

لذت می‌برند و سعی می‌کنند به مشکلات زندگی اهمیت نداده و بانشاط باشند و معتقد بودند که سلامتی یعنی شادی و نشاط در زندگی و انسان سالم تلاش می‌کند در زندگی از کوچک‌ترین فرصت‌ها برای شاد زیستن استفاده کند. یکی دیگر از مفاهیم استخراج‌شده از مصاحبه‌ها، رضایت از زندگی و نقش آن در داشتن احساس سلامتی در زنان مصاحبه‌شونده بود. هرچند همه‌ی آن‌ها به مشکلات و کمبودهایی در زندگی‌شان اشاره می‌کردند، اما رضایت از زندگی را اصلی مهم در داشتن احساس خوشایند از زندگی می‌دانستند و معتقد بودند افراد سالم از زندگی خود رضایت دارند. این افراد نارضایتی از زندگی را موجب ایجاد احساس افسردگی در خود می‌دانستند که سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند. نکته‌ی مهم دیگر در زمان مصاحبه‌ها پرسش از موقعیت‌هایی بود که زنان نابینا و کم‌بینا در آن احساس سالم نبودن دارند. آن‌ها در پاسخ، به شرایطی اشاره می‌کردند که از نظر روانی با اختلالاتی مواجه می‌شدند، زمان‌هایی که احساس ناراحتی و افسردگی می‌کنند یا اضطراب و فشار روانی زیادی را تجربه می‌کنند. مه‌دیه ۲۲ ساله در این باره می‌گوید:

من گاهی از نظر روحی افت می‌کنم، البته همه‌ی آدم‌ها این جور هستند و در موقعیت‌های مختلف زندگی افت خلق دارند. نه اینکه کلاً بگم ناسالمم و گاهی ممکنه در موقعیت‌هایی خلقم تفاوت می‌کنه و احساس کنم سالم نیستم و حالم بد است.

پس زنان نابینا و کم‌بینا به بهزیستی روانی در داشتن احساس سلامتی اشاره کرده و اختلالات و فشارهای روانی را نیز با نبود سلامتی همراه می‌دانستند و به عبارتی به محوریت سلامت روان در تعریف سلامتی اشاره می‌کردند.

۵-۱-۲- بهزیستی اجتماعی

یکی دیگر از مفاهیم به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها در فهم تعریف زنان نابینا و کم‌بینا از سلامتی، اشاره‌ی آن‌ها به بهزیستی اجتماعی بود. مصاحبه‌شوندگان در بیان حالات سلامتی در خود و ویژگی‌های فرد سالم به مفاهیمی اشاره می‌کردند که تداعی‌کننده‌ی بعد اجتماعی سلامت است و در شکل‌گیری مفهوم سلامتی در ادراکات این زنان نقش مهمی داشت.

مصاحبه‌شوندگان به اهمیت استقلالشان در انجام امور از اطرافیان اشاره کرده و زندگی مستقل خود را در داشتن احساس سلامتی مهم می‌دانستند و در تعریف از فرد سالم، بر آیتم استقلال در انجام امور زندگی و عدم نیاز به دیگران تأکید می‌کردند. معصومه ۵۱ ساله در این باره می‌گوید:

سلامتی یعنی محتاج کسی نباشی و بتونی خودت کاراتو انجام بدی، منم سعی می‌کنم خودم کارامو انجام بدم.

حضور مثبت اجتماعی و انجام فعالیت‌های اجتماعی مفید، برای زنان نابینا و کم‌بینا یکی دیگر از شاخص‌های سلامتی در نظر آن‌ها بود موضوعی که ارتباطی با معلولیت افراد نداشته و از نظر مصاحبه‌شوندگان، هر کدام از افراد جامعه باید در جهت کارآمدی اجتماعی تلاش کنند تا فردی سالم در جامعه تلقی شوند. مفهوم روابط اجتماعی سالم یکی دیگر از معیارهای مهم تعریف سلامتی در نظر مصاحبه‌شوندگان بود. آن‌ها با اشاره به کیفیت روابط اجتماعی خود، روابط اجتماعی مناسب و به‌دوراز تنش را برای افراد سالم مهم می‌دانستند؛ این افراد در بیان دلایل خود برای سالم بودن به ابعاد مختلف روابط اجتماعی سالم اشاره می‌کردند، حتی برای بسیاری از زنان مصاحبه‌شونده ابعاد اجتماعی سلامت بسیار مهم‌تر از سلامت جسمانی بوده و مبنای مهمی برای تعریف سلامتی، کارآمدی، استقلال اجتماعی و روابط اجتماعی سالم بود. مژده ۲۸ ساله در این باره می‌گوید:

آدم سالم یعنی کسی که به درد جامعه بخوره، خیلی‌ها شاید به عضو هم نداشته باشن اما برای جامعه مفیدند، به نظرم خیلیا شاید عضوهاشون مشکلی نداشته باشه ولی سالم هم نیستن چون برای جامعه خطر دارند. سلامتی به جسم نیست.

۵-۱-۳- معنویت‌گرایی

یکی از موضوعات مهم در تعریف سلامتی از نظر زنان نابینا و کم‌بینا، فرآیند پذیرش نقص بینایی به‌عنوان بخشی از حکمت الهی بود. آن‌ها در مصاحبه‌ها به دوران کودکی خود و شکایت از خداوند به دلیل مشکلات بینایی‌شان اشاره کرده و بیان می‌کردند در آن زمان احساس ناخوشایندی از شرایط خود داشتند، اما با گذشت زمان این نقص را به‌عنوان حکمت خداوند پذیرفته‌اند؛ حتی برخی با اشاره به اینکه بدون خواست خداوند برگی از درخت نمی‌افتد و نقص بینایی بخشی از خواست خداوند است، بیان می‌کردند که خداوند ما را چنین خلق کرده و ما را با این حالت دوست دارد و به ما یاری می‌رساند. آن‌ها معتقد بودند با ارتباط بیشتر با خداوند و احساس حضور خداوند در زندگی، احساس خوبی دارند و خود را سالم می‌دانند و حتی به ارتباط معنوی با ائمه اطهار (ع) نیز اشاره و بیان می‌کردند که ارتباط خوب با خداوند و قبول حکمت الهی و مدد خواستن از بزرگان دینی در داشتن سلامتی برای آن‌ها ضروری است و اگر خداوند بینایی را از آن‌ها گرفته است، اما در لحظات دیگر زندگی به آن‌ها یاری می‌رساند و نسبت به ایشان لطف و عنایت ویژه‌ای دارد. مریم ۴۶ ساله در این باره می‌گوید:

سلامتی یعنی ارتباط با خدا و امامان خوب باشه که کمکت کنن. من از خونه میام بیرون به امام زمان (ع) سلام می‌دم که کمکم کنه. همیشه هم دستمو گرفتن.

هانیه ۲۴ ساله در این باره می‌گوید:

هر اتفاقی توی دنیا حکمت خداست، بدون حکمت خدا برگ از درخت نمی‌افته، ناینایی هم همینه، خدا خودش بهمون کمک می‌کنه.

۵-۱-۴- سلامت جسمانی

از شرکت‌کننده‌ها درباره‌ی مشکلاتشان در زمینه‌ی سلامتی سؤال شده اینکه در چه لحظاتی خود را ناسالم می‌دانید؟ هرچند مشکلات بینایی در زندگی آن‌ها همواره وجود داشته و محدودیت‌هایی نیز ایجاد کرده است، اما آن‌ها در ذهن خود بین داشتن سلامت جسمانی و مشکلات بینایی ارتباط مفهومی برقرار نکرده و در بیان حالات عدم سلامت جسمانی به بیماری‌ها و مشکلات جسمانی خود اشاره کرده‌اند. به عبارتی، برخلاف تعاریف سنتی از سلامتی که وجود نقص جسمانی را علامت عدم سلامت می‌دانستند، زنان نابینا و کم‌بینا مشکلات خود در زمینه‌ی بینایی را از شاخصه‌های سالم نبودن ندانسته و حتی زمانی که در مورد ابعاد جسمانی سلامت صحبت می‌کردند، به بروز بیماری‌ها را به‌عنوان مانعی برای داشتن سلامت جسمانی می‌شمردند. آزاده ۳۷ ساله در این باره می‌گوید:

سلامت جسمانی مطلق که اصلاً امکان‌پذیر نیست و همه‌ی مشکلات جسمی دارند، خود من آسم و آلرژی دارم البته تنگی نفسم به افسردگی که چند سال پیش داشتم ربط داره که رفتم مشاوره و دارو مصرف کردم و الان بهتر شدم.

مرضیه ۴۰ ساله در این باره می‌گوید:

سلامتی خیلی مهمه، من الان فیبرم و کیست دارم، فشارم خیلی بالاست گاهی تا ۲۰ میره و قند و چربی هم دارم. به خاطر همین فکر می‌کنم سالم نیستم.

۵-۲- رویه‌های ابراز سلامتی در مواجهه با ناسالم‌پنداری جامعه

یکی از موضوعات مهم در مصاحبه‌ها اهمیت نمایش یا ابراز سلامت خود سلامت به جامعه بود. زنان مصاحبه‌شونده بیان می‌کردند که دوست دارند سلامت خود را به دیگر افراد جامعه نشان دهند و همان‌طور که خود را سالم می‌دانند، تمایل دارند جامعه هم آن‌ها را سالم بداند؛ بنابراین طیفی از اقدامات را انجام می‌دادند که هرکدام بخشی از این مضمون را بازنمایی می‌کند.

این مضمون بیانگر راهکارهایی است که زنان نابینا و کم‌بینا برای معرفی خود به‌عنوان فردی سالم در جامعه اتخاذ می‌کردند. زنان نابینا و کم‌بینا در کوششی مداوم سعی دارند تا نشان دهند

که نباید معلولیت، عاملی برای ناسالم پنداری‌شان در جامعه باشد و سعی دارند نگاه جامعه را که افراد با نقص جسمانی را ناسالم، محدود و ناتوان می‌داند، اصلاح کنند. مضمون‌های فرعی اهمیت نمود اجتماعی سلامت از موضوعات مهم و محوری در مصاحبه‌ها بود. این مضمون اصلی دارای ۶ مضمون فرعی شامل مدیریت بدن و آراستگی، تلاش برای استقلال، خود اثبات‌گری، تلاش برای کارآمدی، پرهیز از بیمار نمایی، مدیریت روابط و هاله پوشی و تعامل سازنده بود. در جدول شماره ۳ مضامین اولیه و فرعی این مضمون اصلی درج شده است.

جدول ۳: مضامین اولیه، مضامین فرعی و مضمون اصلی روبه‌های ابراز سلامتی به جامعه‌ی ناسالم پندار

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مضامین اولیه
روبه‌های ابراز سلامتی به جامعه‌ی ناسالم پندار	مدیریت بدن و آراستگی	تمایل به داشتن ظاهری زیبا، تلاش برای پوشش آراسته، مهم دانستن تناسب‌اندام، نارضایتی از بی توجهی برخی خانواده‌ها به ظاهر نابینا
	تلاش برای نشان دادن استقلال	انجام مستقل امور شخصی، تمایل نداشتن به همراهی مداوم خانواده، تلاش برای کسب درآمد، تلاش برای مدیریت شخصی زندگی
	خود اثبات‌گری	ارائه دستاوردها، نشان دادن عینی توانایی‌ها، تمایل به ابراز توانمندی‌ها
	تلاش برای کارآمدی	تلاش برای ادامه تحصیل، تلاش برای حضور اجتماعی مؤثر، تمایل به داشتن شغل، تمایل به مشارکت سازنده در امور خانوادگی
	پرهیز از ابراز بیماری در اجتماع	پنهان کردن بیماری‌ها، ابراز نکردن بیماری و درد، کوچک شمردن بیماری‌های جسمانی
	مدیریت روابط: هاله پوشی، تعامل سازنده	پنهان کردن کم‌بینایی در صورت امکان، نشان ندادن عوارض کم‌بینایی در حضورهای اجتماعی، تظاهر به دیدن، مدیریت رفتارها برای جلوگیری از برملا شدن کم‌بینایی، داشتن روابط اجتماعی صمیمانه، اهمیت کیفیت تعاملات اجتماعی

۵-۲-۱- مدیریت بدن و آراستگی

یکی از اقدامات زنان نابینا و کم‌بینا در نشان دادن سلامت خود به جامعه، آراستگی و مدیریت بدن است. زنان شرکت‌کننده در مصاحبه به اهمیت آراستگی به‌خصوص در حضورهای اجتماعی اشاره می‌کردند و حفظ ظاهری مرتب را امری ضروری می‌دانستند. این زنان در زمان مصاحبه به اهمیت آراستگی و داشتن پوشش مرتب در محافل اجتماعی اشاره و بیان می‌کردند که با وجود مشکل بینایی تلاش می‌کنند تا در ظاهر مرتب باشند؛ حتی بانوان نابینای کامل اشاره کردند که در زمان خروج از منزل از دیگر اعضای خانواده درباره‌ی مناسب بودن پوشش خود سؤال می‌پرسند و دوست دارند با آراستگی در جامعه ظاهر شوند. حتی زنان کم‌بینای متأهل ضمن اشاره به اهمیت پوشش خود به نظارت همسر و فرزندان‌شان بر پوشش آراسته‌شان اشاره کرده و از اینکه در انظار عمومی نامرتب ظاهر شوند پرهیز داشتند. فریده ۴۰ ساله در این باره می‌گوید:

نابیناها و کم‌بیناها بدشون میاد بگن بنده خدا ندیده و لباسش لکه داره و موهاش نامرتبه. حساسن روی جمله ندید. دوست دارن همیشه تو جمع مرتب و تمیز باشن.

حتی برخی از زنان کم‌بینا از اهمیت ندادن خانواده‌های دختران نابینا و کم‌بینا به‌ظاهر آن‌ها گلایه‌مند بودند و در مصاحبه‌ها آموزش آراستگی و مدیریت بدن برای زنان نابینا و کم‌بینا را در خانواده‌ها امری لازم، ضروری و فرهنگی مطرح می‌دانستند که باید در خانواده افراد نابینا نهادینه و فرهنگ‌سازی شود و در این باره به افراد نابینا آموزش‌های لازم داده شود؛ ایشان در مواجهه با زنان نابینا که به‌ظاهر اهمیت کمتری می‌دادند، تذکر می‌دادند. درباره‌ی مدیریت بدن نیز زنان نابینا و کم‌بینا به‌خصوص زنان جوان، به اقداماتی نظیر توجه به تناسب اندام و استفاده از لوازم آرایشی و بهداشتی در مصاحبه‌ها اشاره داشتند و معتقد بودند در کنار آراستگی، اقداماتی برای افزایش زیبایی می‌تواند در نمود اجتماعی آن‌ها به‌عنوان فردی سالم مؤثر باشد. آزاده ۳۷ ساله در این باره می‌گوید:

خیلی به تناسب اندام اهمیت می‌دهم. دوست ندارم چاق به نظر بیایم. وقتی بیرون می‌روم غالباً آرایش ملایمی می‌کنم تا مرتب باشم. البته دخترهای نابینا رسیدگی به‌ظاهر براشون سخته، دیدم که بعضی‌هاشون نامرتب میان بیرون که اونم تقصیر خانواده‌هاشون هست و گرنه اونا خودشون اگه بدونن، حتماً مرتب بیرون میان، چون دوست ندارن شلخته باشن.

۵-۲-۲- تلاش برای نشان دادن استقلال

یکی از موضوعات بسیار مهم و موردتوجه که مصاحبه‌شوندگان نابینا و کم‌بینا بر آن تأکید داشته و حتی آن را بخشی از احساس سلامتی خود می‌پنداشتند، نشان دادن استقلالشان در

انجام کارها بود که در نمود اجتماعی سلامت برای آن‌ها بسیار بااهمیت است. زنان نابینا و کم‌بینا بیان می‌کردند که از داشتن وابستگی به اعضای نزدیک خانواده رنج برده و سعی می‌کنند امور شخصی خود را به تنهایی انجام دهند و حتی در مصاحبه‌ها از همراهی مداوم اعضای خانواده برای رفت‌وآمدها ابراز ناراحتی کرده و اظهار می‌داشتند که به همراهی دائم تمایلی ندارند و دوست دارند نشان دهند که می‌توانند در انجام امور فردی و اجتماعی خود مستقل باشند. از نظر آن‌ها علاقه به اشتغال و درآمدزایی یکی از راهکارهای کسب استقلال اقتصادی است که مهم می‌پنداشتند. به عبارتی، از طریق کسب استقلال در ابعاد مختلف زیست اجتماعی و ابراز توانایی‌های خود در جامعه، سعی در توسعه سلامت اجتماعی و روانی خود دارند به طوری که نقص در بینایی، نشان‌دهنده‌ی ناتوانی فرد در امور فردی و اجتماعی به‌طور مستقل نیست و افراد معلول برخلاف تصور جامعه، هرچند با محدودیت‌هایی در رسیدن به استقلال مواجه‌اند، برای رسیدن به استقلال در جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی بی‌وقفه تلاش می‌کنند.

الهام ۳۷ ساله در این باره می‌گوید:

استقلال در زندگی خیلی برام مهمه برای همین هم میرم سرکار، دوست ندارم به کسی محتاج باشم. تا آنجایی هم که بتونم از کسی کمک نمی‌گیرم، دوست ندارم دیگران فکر کنند من نمی‌تونم خودم کارهام رو انجام بدهم.

مهری ۴۰ ساله در این باره می‌گوید:

من همه‌ی کارامو خودم می‌کنم، حتی کارهای بانکی رو هم خودم انجام می‌دم و اگه چشمم نبینه می‌گم یکی برام بخونه، اما اینکه هر جا بخوام برم و هر کاری بخوام بکنم کسی باهام بیاد یا برام انجام بده رو خوب نمیدونم. اطرافیان دیگه فهمیدن من توانمندم.

۵-۲-۳- خود اثباتگری

اثبات توانایی‌ها و قابلیت‌ها از موضوعات مورد توجه در مصاحبه‌ها بود. زنان نابینا و کم‌بینا تمایل داشتند با اثبات و اعلام توانایی‌های خود در خانواده و جامعه، نمود اجتماعی سالمی از خود نشان دهند و نشان دادن توانایی‌ها برای آن‌ها دغدغه‌ای همیشگی بود که در مصاحبه‌ها برای نشان دادن خود به‌عنوان فردی سالم بیان می‌کردند... این زنان از فرصت‌های مختلف زندگی برای اثبات خود بهره جسته و آن را امری لازم و ضروری می‌دانستند و بیان می‌کردند که اثبات توانایی‌هایشان می‌تواند در نمود اجتماعی سلامت آن‌ها مهم باشد. از نظر آن‌ها، معلولیت محدودیتی در بروز استعدادها و توانایی‌های فرد ایجاد نمی‌کند و آن‌ها در عرصه‌هایی که استعداد و توانایی دارند، به

ابراز و اثبات توانمندی‌های خود تمایل دارند. فاطمه ۲۰ ساله در این باره می‌گوید:

دوست دارم ادامه تحصیل بدم و تا دکتری بخونم و این جور می‌باشم که نایبایی محدودیت نیست و نابیناها توانایی‌های زیادی دارند.

سمانه ۴۲ ساله در این باره می‌گوید:

من از بچگی همیشه تلاش می‌کردم توانایی‌هایم رو به خانواده و اقوام اثبات کنم برام مهم بود که مثل یه آدم ناتوان به هم نگاه نکن.

۵-۲-۴- تلاش برای کارآمدی

یکی دیگر از مضامین به دست آمده از مصاحبه‌ها، تلاش زنان نابینا و کم‌بینا برای ابراز کارآمدی اجتماعی بود، زیرا جامعه آن‌ها را ناکارآمد پنداشته و داشتن معلولیت را نشانه عدم سلامت می‌داند به طوری که نمی‌توانند عهده‌دار نقش‌های اجتماعی باشند. این نگاه در خانواده‌ها و اطرافیان آن‌ها نیز وجود دارد؛ بنابراین با وجود محدودیت‌ها و سختی‌ها، تلاش می‌کنند تا در عرصه‌های خانوادگی و اجتماعی فردی کارآمد باشند. حتی برخی زنان نابینا و کم‌بینا به دغدغه‌های خود در زمینه مشارکت در امور خانوادگی اشاره داشتند، آن‌ها مطرح نمودند که از طریق افزایش مشارکت در رویدادهای خانوادگی، تلاش می‌کنند تا از طریق همراهی با اعضای خانواده در حل مشکلات بیشتر در خانواده خود اثرگذار باشند. هرچند تلاش برای کارآمدی محدود به عرصه‌های مختلف زیست خانوادگی نشده و به سایر ابعاد زیست اجتماعی نیز تسری یافته است و زنان نابینا و کم‌بینا حتی در محافل اجتماعی خود نیز سعی در نشان دادن کارآمدی خود دارند. تمایل برخی از زنان نابینا و کم‌بینا به داشتن شغل و ادامه تحصیل، در واقع جنبه‌هایی از تمایل آن‌ها برای اثربخشی بیشتر در جامعه است به طوری که بسیاری از مصاحبه‌شونده‌ها علاقه‌مندی خود را برای داشتن شغل و افزایش کارآمدی اجتماعی اشاره می‌کردند. داشتن شغل در کنار مزایای فردی و روانی برای زنان نابینا و کم‌بینا، ضمن افزایش کارآمدی اجتماعی آن‌ها می‌تواند نمود اجتماعی سلامت آن‌ها باشد. ریحانه ۱۸ ساله در این باره می‌گوید:

دوست دارم درس بخونم و برم دانشگاه روان‌شناسی بخونم. چون می‌تونم به کسی چیزی یاد بدم. به اطرافیانم کمک کنم؛ و این برام خیلی مهمه.

اکرم ۳۸ ساله در این باره می‌گوید:

قالی‌بافی برام خیلی سخته و به چشمم خیلی فشار میاره ولی میگم بیافم که کمک شوهرم باشم و اینکه نگن چون چشمم مشکل داره نمی‌تونه کاری کنه.

محدثه ۳۱ ساله در این باره می‌گوید:

با کار کردن احساس مفید بودن می‌کنم و دوست دارم مفید باشم.

۵-۲-۵- پرهیز از ابراز بیماری در اجتماع

یکی از مضامین مطرح‌شده در مصاحبه‌ها، عدم ابراز بیماری و درد است که در راستای نمود اجتماعی سلامت زنان نابینا و کم‌بینا اهمیت دارد. آن‌ها در مصاحبه‌ها اظهار می‌کردند دوست ندارند بیماری‌های خود به‌خصوص مشکلات جسمی را حتی در جمع‌های خانوادگی ابراز کنند، حتی از ابراز دردها و بیماری‌ها برای همسرشان خودداری کرده یا به‌صورت کلی مشکلات خود را بیان می‌کنند و در اظهار بیماری‌ها و دردهای جسمانی محتاط هستند و جز به افراد نزدیک که در درمان بیماری به آن‌ها کمک خواهند کرد، در بروز و برملا کردن مشکلات سلامتی خود در جامعه تمایلی ندارند. مضمون‌های فرعی این مقوله، پرهیز از بیمار‌نمایی، ابراز نکردن درد و بیماری در جمع، پنهان کردن بیماری‌ها و مشکلات جسمی و کوچک شمردن بیماری‌های جسمانی را شامل می‌شود. به عبارتی، زنان نابینا و کم‌بینا در حضورهای اجتماعی خود به نمایش جنبه‌ای بیمارگونه از خود تمایلی ندارند و از این طریق به بروز نمود اجتماعی سالم خود در اجتماع کمک می‌کنند. سعیده ۴۳ ساله در این باره می‌گوید:

باردار که بودم خیلی به چشمم فشار می‌اومد و اذیت می‌شدم، اما حتی به شوهرم در دامو نمی‌گفتم، الانم نمیگم.

مهديه ۲۲ ساله در این باره می‌گوید:

به مامانم میگم چون می‌دونم کمکم می‌کنه ولی جای باشم خیلی بروز نمی‌دم، نمی‌خوام مریض به نظر بیام.

۵-۲-۶- مدیریت روابط: هاله پوشی، تعامل سازنده

یکی دیگر از مضامین فرعی که در زمینه نمود اجتماعی سلامت افراد نابینا و کم‌بینا اهمیت دارد، مدیریت روابط است. در واقع، این مضمون فرعی، راهکار زنان نابینا و کم‌بینا در روابط اجتماعی برای داشتن نمود اجتماعی سلامت است. مدیریت روابط در زنان نابینا و کم‌بینا دو جنبه دارد: هاله

پوشی و تعامل سازنده؛ که با توجه به میزان نقص بینایی و نمود ظاهری عارضه‌ی بینایی استفاده می‌شود؛ به عبارت دیگر، مدیریت روابط در افراد کم‌بینا که عارضه‌ی بینایی در آن‌ها نمود خفیف‌تری دارد و همچنین افراد نابینا یا کم‌بینا که انحراف چشم شدید داشته و اطرافیان از عارضه‌ی بینایی آن‌ها اطلاع دارند، به صورت‌های مختلفی اتخاذ می‌شود. زنان کم‌بینا در مصاحبه‌ها اغلب بیان می‌کردند که در حضورهای اجتماعی خود به‌خصوص در جمع‌هایی که اطلاعی از کم‌بینایی آن‌ها ندارند، تلاش می‌کنند کم‌بینایی خود را پنهان کنند و با مدیریت رفتارهای خود در جمع، از برملا شدن نقص بینایی خود اجتناب می‌کنند؛ برای مثال در مصرف مواد غذایی احتیاط و در روابط اجتماعی با سایرین دقت بیشتری می‌کنند تا عوارض کم‌بینایی مانند تشخیص ندادن چهره از دور موجب اختلال تعاملات اجتماعی آن‌ها نشود. موارد ذکر شده می‌تواند استفاده از هاله پوشی در نقص بینایی و مدیریت روابط برای داشتن نمود اجتماعی سلامت آن‌ها باشد؛ اما درباره‌ی افراد نابینا و کم‌بینای شدید که به علت انحراف چشم یا سایر عوارض کم‌بینایی، امکان هاله پوشی ندارند یا حتی زنان کم‌بینایی که نمی‌خواهند عارضه‌ی بینایی خود را پنهان کنند در روابط اجتماعی خود ملاحظاتی را در نظر می‌گیرند تا بتوانند در تعاملات اجتماعی خود نمود اجتماعی سالمی داشته باشند. این دسته از زنان در مصاحبه‌ها به تلاش خود در برقراری تعاملات اجتماعی سازنده اشاره کردند و با داشتن رفتارهای اجتماعی گرم و صمیمانه سعی می‌کنند توانایی‌های خود را در برقراری روابط اجتماعی نشان دهند. همچنین بر دقت و افزایش کیفیت تعاملات اجتماعی خود اشاره می‌کردند. به عبارتی، زنان نابینا و کم‌بینا که از راهکار تعامل سازنده در مدیریت روابط اجتماعی خود استفاده می‌کنند، تمایل داشتند نشان دهند که عارضه‌ی بینایی مانع و محدودیتی برای داشتن روابط اجتماعی مناسب نیست و از این طریق، نمود اجتماعی سالمی را نشان دهند. محدثه ۳۱ ساله در این باره می‌گوید:

جایی میریم جوری رفتار می‌کنم که کسی متوجه نشه. هر چند جایی وارد می‌شم تشخیص رنگ‌ها و چهره‌ها برام سخته ولی تلاش می‌کنم عادی رفتار کنم. یا مثلاً مهمونی میریم غذا کم می‌خورم و چیزهایی می‌خورم که خوردنش راحت‌تر مثلاً مرغ و ماهی نمی‌خورم.

سارا ۲۵ ساله در این باره می‌گوید:

روابط اجتماعی خوبی دارم، سعی می‌کنم در جمع آشنایان رفتار خوبی داشته باشم. دوست ندارم فکر کنن چون مشکل بینایی دارم روابط اجتماعی‌ام خوب نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر تلاش کرد با واکاوی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان نابینا و کم‌بینای شهر کاشان به مفهوم سلامت در نزد آن‌ها دست‌یابد. همان‌طور که در بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در موضوعات مرتبط با سلامت معلولین ذکر شد، پژوهش در مورد تبیین مفهوم سلامت در بین افراد معلول به‌خصوص نابینایان و کم‌بینایان در کشور انجام‌نشده است و این پژوهش درصدد پر کردن این خلأ پژوهشی از طریق تحلیل ادراکات زنان نابینا و کم‌بینا - به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و در حاشیه‌ترین گروه‌های معلولین - است. شاید در ادراکات سایر افراد جامعه که معلول نیستند، معلولیت و نقص جسمانی با سالم نبودن مترادف باشد، اما زنان نابینا و کم‌بینا با پذیرش نقص بینایی و عبور از آن، تعریف مختص خود را از مفهوم سلامتی دارند.

بر اساس مدل‌های پزشکی، نابینایی و کم‌بینایی عارضه‌ای ناتوان‌کننده بوده و فرد را از داشتن سلامت محروم می‌کند. به‌علاوه در ذهنیت جامعه سلامتی، مفهومی معطوف به سلامت جسمانی و نبود نقص عضو است. پس زنان نابینا و کم‌بینا با توجه به عارضه‌ی بینایی از سلامت جسمانی به معنای عامیانه‌ی جامعه برخوردار نیستند و الصاق واژه‌ی معلولیت به آن‌ها نیز ناظر بر نقص جسمانی زیستی است؛ بنابراین مفهوم سلامتی - به‌عنوان یکی از مسائل مهم در نزد این گروه - موضوعی چالش‌برانگیز است، موضوعی که باید با ورود به دنیای این افراد و فهم تجربه‌ی زیسته‌ی آن‌ها بدان دست‌یافت. استفاده از روش پدیدارشناسی نیز بیانگر اهمیت ادراکات این زنان در مفهوم‌سازی سلامت و رسالت پژوهشگر در بازنمایی آن است، زیرا مفهوم‌سازی سلامت در این پژوهش از نظرگاه افرادی است که در جامعه به‌عنوان معلول شناخته می‌شوند. همچنین چنان‌که ذکر شد، مفهوم سلامتی در طول زمان دستخوش تغییراتی شده است، موضوعی که مفهوم‌سازی آن را نزد گروه‌های حاشیه‌ای مانند معلولین - که سلامتی و معلولیت برای آن‌ها همواره درهم‌تنیده است - اهمیت ویژه‌ای دارد. در تعاریف سنتی و قدیمی‌تر از سلامتی، ابعاد جسمانی و نبود بیماری اهمیت بیشتری داشت، اما با گذشت زمان ابعاد دیگری همچون سلامت روان، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی نیز در ارزیابی سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی مدنظر قرار گرفت. کارهان و همکاران (۲۰۲۱) در جدیدترین تعریف از سلامتی بیان کردند، سلامتی مفهومی پویا، مستمر و چندبعدی بوده و بود یا نبود سلامت با محدودیت‌های عملکردی ناشی از معلولیت ارتباطی نداشته و تحت تأثیر عوامل اجتماعی قرار دارد. این تعریف اهمیت واکاوی مفهوم سلامت را با روش‌های کیفی برای دستیابی به فهمی عمیق در نزد گروه‌های مختلف اجتماعی از جمله معلولین بیش‌ازپیش آشکار می‌کند.

از آنجاکه پژوهش حاضر در پی واکاوی معنای سلامت در بستر تجربه‌ی زیسته‌ی زنان نابینا و کم‌بینا است، دو مضمون اصلی از مصاحبه‌ها استخراج شد که ابعاد مفهومی هر کدام به‌طور مبسوط بیان شد. ادراک چند ساحتی سلامت و راهکارهای ابراز سلامتی در مواجهه با ناسالم‌پنداری جامعه دو جنبه‌ی مهم از معنای سلامت را در زنان نابینا و کم‌بینا نشان می‌دهد. ابتدا آن‌ها با عبور از نقص بینایی برخلاف تصور جامعه، خود را سالم دانسته و برای سلامت خود شاخص‌هایی را بیان می‌کردند، در مرحله‌ی بعد، برای اثبات سلامت خود به جامعه بی‌وقفه تلاش می‌کردند.

ادراک چند ساحتی سلامت نزد این زنان و سالم‌پنداری آن‌ها با پذیرش نقص بینایی نکته‌ای تأمل‌برانگیز است، زیرا بر اساس نظریه‌های کنش متقابل اجتماعی، معلولین با توجه به انگ اجتماعی به‌عنوان فردی ناتوان در جامعه، باید خود را ناسالم ارزیابی کنند، اما تأکید بر سایر ابعاد سلامت و محوریت ابعاد معنوی، روانی و اجتماعی در تعریف سلامتی و محور نبودن نقص بینایی در سلامت جسمانی، نشانگر نوعی تلاش از سوی زنان نابینا و کم‌بینا برای بازتعریف سلامت در کنار معلولیت است. به‌عبارتی دیگر آن‌ها نقص بینایی را همانند پذیرش تنوع انسان‌ها در نظر می‌گیرند و از نگاه غم‌انگیز - که نگاهی منفی و سرشار از رنج در زندگی برای افراد نابینا و کم‌بیناست - فاصله می‌گیرند و با وجود نقص بینایی تمایل دارند خود را سالم بدانند و تلاش‌هایی نیز برای نمود اجتماعی سلامت از خود نشان دهند. پس می‌توان اذعان داشت که تعریف سلامت در زنان نابینا و کم‌بینا با محور نبودن نقص بینایی همراه است و آن‌ها با داشتن معلولیت و انگ اجتماعی معلول بودن در جامعه، همچنان خود را واجد سلامتی می‌دانند و ادراکات آن‌ها از سلامتی، حکایت از نگاه باز اندیشانه‌ی این زنان به مفهوم سلامتی دارد؛ موضوعی که در مدل‌های جدید معلولیت نیز روی آن تأکید می‌شود و توجه را به این نکته جلب می‌کند که زنان نابینا و کم‌بینا در مفهوم‌سازی سلامت منفعل نبوده و با اشراف بر سایر ابعاد سلامت، خود را سالم می‌دانند و حتی در نشان دادن سلامت خود به جامعه تلاش می‌کنند. تا ضمن برهم زدن موازنه‌ی معلولیت و نبود سلامت، راهکارهای ابراز سلامتی را در مواجهه با ناسالم‌پنداری جامعه زنان نابینا و کم‌بینا بیان کنند. آن‌ها سعی می‌کنند در حضورهای اجتماعی نیز، نمود اجتماعی سالمی از خود نشان دهند و از راهکارهایی مختص خود بهره‌جویند؛ نکته‌ای که در پژوهش‌ها بدان توجه نشده و تلاش زنان برای ابراز سلامتی واکاوی نشده است. هر چند راهکارهای ابراز سلامتی به‌نوعی نشانگر تغییر نگاه زنان نابینا و کم‌بینا به موضوع معلولیت و سلامت است، اتخاذ تدابیر برای ابراز سلامتی در جامعه، می‌تواند از تفکر نادرست جامعه نسبت به زنان نابینا و کم‌بینا و ناسالم و ناتوان‌پنداری آن‌ها ناشی

شود. در برابر تلاش زنان برای نشان دادن سلامت خود به جامعه، نگرشی مطرح است که زنان نابینا و کم‌بینا را ناتوان، ناسالم و غیرطبیعی می‌داند و این زنان خود را به‌عنوان فردی توانا، طبیعی و درنهایت سالم می‌دانند که رویه‌های ذکرشده را اتخاذ می‌کنند و برای عینیت‌بخشی و نشان دادن سلامتی خود به جامعه بی‌وقفه تلاش می‌کنند.

همان‌طور که ذکر شد، در پژوهش حاضر مفهوم سلامت در بین زنان نابینا و کم‌بینای شهر کاشان واکاوی شده است. لازم است پژوهشگران در مناطق مختلف و در بین گروه‌های مختلف معلولین پژوهش نمایند تا ابعاد مفهوم سلامت در بین معلولین غنای بیشتری یابد. در پی آشکار شدن مفهوم سلامت در بین معلولین، نهادهای خدمات‌دهنده به معلولین و سیاست‌گذاران نیز می‌توانند بر اساس نگاه خود به افراد معلول، اقدامات مقتضی را انجام دهند. همچنین با گسترش پژوهش‌ها در زمینه‌ی معلولین به‌خصوص پژوهش‌های عمیق، ابعاد مختلف زندگی آن‌ها و راهکارهای تغییر نگاه جامعه را هموارتر خواهد نمود.

منابع

۱. احمدی، بتول، فرانک فرزندی و معصومه علی محمدیان، (۱۳۹۰). «چالش‌های سیاست‌گذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران»، پایش، د ۱۱، ش ۱.
۲. ایروانی، محسن، لیلایریاحی، کیانوش عبدی و سید جمال‌الدین طیبی، (۱۳۹۹). «بررسی تطبیقی نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان»، توان‌بخشی، د ۲۱، ش ۴.
۳. بختیاری، محمود، مسعود صالحی، فرید زایری، پروین یآوری، علی دلپیشه و فرزانه مباحثی، (۱۳۹۱). «مقایسه کیفیت زندگی معلولین جسمی- حرکتی با افراد سالم با استفاده از پرسشنامه WHOQOL ۱۰۰»، اپیدمیولوژی ایران، د ۸، ش ۲.
۴. پروری، پیمان و محمود محمدیان، (۱۴۰۰). «فهم تجربه‌ی زیسته‌ی زنان از رفتار متکبران در مصرف برندها و کالاهای لوکس»، مطالعات راهبردی زنان، د ۲۳، ش ۹۲.
۵. خدابخشی کولایی، آناهیتا، محمدرضا فلسفی نژاد، زهرا مایلی خضولو و فریما محمدی، (۱۳۹۷). «همبستگی سواد سلامت با کیفیت زندگی در زنان معلول ورزشکار»، آموزش و سلامت جامعه، د ۵، ش ۳.
۶. خدایاریان، مهسا، علی‌اکبر واعظی، صدیقه جلال پور، طیبه جلال پور و حافظ حاجی حسینی، (۱۳۹۳). «بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد در سال ۱۳۹۳»، علوم مراقبتی نظامی، د ۱، ش ۲.

- د ۱۶، ش ۲. «خسروی تپه، نسرين، غنچه راهب، مليحه عرشي و مصطفی اقليما، (۱۳۹۴). «بررسی ارتباط بين حمايت اجتماعي و كيفيت زندگي در معلولين جسمي-حركتي مراکز آموزشي رعد»، *توان‌بخشي*، ۱۶، ش ۲.
- «دمايو، فرناندو، (۱۳۹۹). سلامت و نظريه‌هاي اجتماعي، ترجمه‌ي داوود احمدي قيداري و علي اصغر سعیدی، تهران: تيسا.
- «رضائي، مهدي و لطيف پرتوي، (۱۳۹۴). «زنان معلول و تعامل با جامعه - مطالعه‌ي كيفي زندگي اجتماعي زنان معلول»، *مطالعات راهبردي زنان*، د ۱۷، ش ۶۷.
- «شريفيان ثانی، مریم، حمیرا سجادی، فرشته طلوعی و انوشیروان کاظم‌نژاد، (۱۳۸۵). «دختران و زنان دچار معلولیت جسمی - حرکتی: نیازها و مشکلات»، *آرشیو توان‌بخشي (توان‌بخشي)*، د ۷، ش ۲.
- «شمشیری، محمود، نورالدین محمدی، محمدعلی محمدی، مهدي حیدر زاده، ناصر مظفري، سکینه کریمی پور و محمد عباسی، (۱۳۹۵). «تجربه زیسته مراقبت از خود افراد نابینا: یک مطالعه پدیده‌شناسی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، د ۱۰، ش ۳.
- «صادقی فسایی، سهیلا و محمدعلی فاطمی نیا، (۱۳۹۴). «معلولیت؛ نیمه پنهان جامعه: رویکرد اجتماعي به وضعیت معلولين در سطح جهان و ایران»، *رفاه اجتماعي*، د ۱۵، ش ۵۸.
- «عباد اللهی، حمید، اکبر پیری و منصور موقر نربین، (۱۳۹۰). «داغ ننگ و هویت اجتماعي: بررسی موردی عوامل اجتماعي داغ ننگ زنده بر افراد دارای معلولیت جسماني آشکار در شهر رشت»، *بررسی مسائل اجتماعي ایران (نامه علوم اجتماعي)*، د ۲، ش ۱.
- «غلامی گلباغی، ایمان، (۱۳۹۲). *بررسی تأثیر ورزش بر سلامت روان افراد نابینا در شهرستان همدان*، (پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی به راهنمایی حبیب هنری).
- «محمودی، شبنم و مهدي شعبان‌نیا منصور، (۱۳۹۷). «بررسی اثربخشي قوانين و مقررات حمايتي در میزان تمایل زنان معلول شهر تهران به اشتغال»، *مطالعات راهبردي زنان*، د ۲۱، ش ۸۲.
- «میرحسینی، زهرا، زهرا بور بور، مرضیه صمصامی، نیره احمدي و زینب اختري، (۱۳۹۹). «چالش‌های زندگي روزمره زنان حاشیه‌نشین شهر تهران (مطالعه‌ي كيفي)»، *مطالعات راهبردي زنان*، د ۲۳، ش ۸۹.
- «نریمانی، محمد، اسماعیل سلیمانی و عباس ابوالقاسمی، (۱۳۹۱). «مقایسه ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر در دانش‌آموزان نابینا و بینا»، *روانشناسی مدرسه*، د ۱، ش ۱.
- «نور محمدی، عصمت، سیما بهارآور، (۱۳۹۹). *مقایسه چهار مؤلفه سلامت روان و تأثیر آنها بر کیفیت زندگي دانش‌آموزان ناشنوا و چند معلولیتی، سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، تهران*.
- «ولدان، محسن، محمد کمالی، حسین مبارکی، علی چابک و جواد رسولی، (۱۳۹۵). «بررسی

وضعیت دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی و رابطه آن با ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی در شهر شیراز»، مطالعات ناتوانی، ش ۶.

◀ ولی زاده، سوسن، معصومه آقا محمدی، عیسی محمدی و حسین ابراهیمی، (۱۳۹۱). «ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی ایرانی: یک مطالعه پدیدارشناسی»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، د ۱۰، ش ۳.

► Abou-Gareeb, I. S. Lewallen, K. Bassett, P. Courtright, (2001). "Gender and blindness: A meta-analysis of population-based prevalence surveys". *Ophthalmic Epidemiol*, (8).

► Akosile, C. O. U. G. Mgbeojedo, F. A. Maruf, E. C. Okoye, I. C. Umeonwuka, & A. Ogunniyi, (2018). "Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: prevalences and relationships". *Archives of gerontology and geriatrics*, (74).

► Chaudhury, P. K. K. Deka, & D. Chetia, (2006). "Disability associated with mental disorders". *Indian journal of psychiatry*, 48(2), 95–101, <https://doi.org/10.4103/0019-5545.31597>.

► Carey, A. C. & C. Najarian Souza, (2021), "Constructing the Sociology of Disability: An Analysis of Syllabi", *Teaching Sociology*, 49(1), <https://doi.org/10.1177/0092055X20972163>.

► Egner, J. (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/S1479-354720160000009009>.

► Green, S. E. SH.N. 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.

► Krahn, G. L. A. Robinson, A. J. Murray, S. M. Havercamp, & Nisonger RRTC on Health and Function (2021). "It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition". *Disability and health journal*, 14(4), 101129, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101129>.

- ▶ Kumar, V. Dwivedi, K. (2017). Sociology of Disability in India: A Victim of Disciplinary Apathy. *Social Change*, 7(3), <https://doi.org/10.1177/0049085717712816>.
- ▶ Habib, L. A, (1995). "Women and disability don't mix! Double discrimination and disabled women's rights", *Gender & Development*, 3(2).
- ▶ Holloway, I. Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research for Nurses*. 2nd edition. Oxford: Blackwell.
- ▶ Maniu, E. A. D. A. Maniu, V. T. Grosu, & F. E. Grosu, (2020). Movement Activities And Quality Of Life Of Visually Impaired Students. In & V. Chis, Prof. PhD. (Ed.), *Education, Reflection, Development – ERD 2019*, vol 85. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences . European Publisher, <https://doi.org/10.15405/epsbs.2020.06.5>.
- ▶ Mirandola D, M, Monaci G, Miccinesi A, Vannuzzi E, Sgambati M, Manetti et al. (2019) "Psychological well-being and quality of life in visually impaired baseball players: An Italian national survey", *PLoS ONE* 14(6): e0218124, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218124>.
- ▶ Mitra, S. A. Posarac, B. Vick, (2013) "Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study", *World Development*, 41.
- ▶ Mohan, I. R. Tandon, H. Kalra, & J. K. Trivedi, (2005). "Disability assessment in mental illnesses using Indian Disability Evaluation Assessment Scale (IDEAS)", *The Indian journal of medical research*, 121(6).
- ▶ Nakkeeran, N. B. Nakkeeran, (2018). "Disability, mental health, sexual orientation and gender identity: understanding health inequity through experience and difference". *Health Res Policy Sys*, 16, 97, <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0366-1>.
- ▶ Oliver, M. 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*, RADAR, London.

- ▶ Okoro, C. A. N. D. Hollis, A. C. Cyrus, & S. Griffin-Blake, (2018). "Prevalence of Disabilities and Health Care Access by Disability Status and Type Among Adults United States", 2016. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 67(32), 882–887, <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a3>.
- ▶ Retief, M. & R. Letsosa, (2018). "Models of disability: A brief overview". *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 74(1).
- ▶ Sartorius, N.(2006). "The meanings of health and its promotion". *Croat Med J.47(4)*: 662e664.
- ▶ Sandelowski, M. (1986). "The problem of Rigor in Qualitative Research", *Advances in Nursing Science*, 8(3).
- ▶ Swain, J. & S. French, (2000). "Towards an affirmation model of disability", *Disability & Society*, 15(4).
- ▶ Subramaniam.M, YS. Koh, PV.AshaRani, F. Devi, S.Shafie, P.Wang, E. Abdin, JA.Vaingankar, CF.Sum, ES.Lee, SA.Chong, (2021). "The Prevalence and Correlates of Disability in Singapore: Results from a Nationwide Cross-Sectional Survey", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24):13090, <https://doi.org/10.3390/ijerph182413090>.
- ▶ The Lancet, (2009). What is health? The ability to adapt. *Lancet*. 373(9666):781, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60456-6).
- ▶ United Nations.(2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. Nairobi, Kenya: United Nations.
- ▶ Vuleti'c, G. Šarlija, T. Benjak, T.(2016). Quality of life in blind and partially sighted people. *JAHS*, 2.
- ▶ Winance, M. (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).
- ▶ World Health Organization.(1948). WHO constitution. Published online. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

- World Health Organization (1986). The Ottawa charter for health promotion. Published online.
- <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Published online.
- <https://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- World Health Organization (2011). World report on disability: fact sheet.