

زنان معلول و تعامل با جامعه

(مطالعه‌ی کیفی زندگی اجتماعی زنان معلول)

مهدی رضائی *

لطیف پرتوی **

چکیده

زنان معلول از جمله گروه‌های خاص اجتماعی هستند که به دلیل نقص جسمانی ممکن است به‌طور مضاعف از فرصت‌ها و امکانات اجتماعی بی‌بهره باشند. نحوه‌ی تعامل این قشر خاص از زنان جامعه با افراد سالم یکی از موارد مهمی است که بایستی به آن پرداخت. درک این تعاملات و فهم مشکلات زندگی اجتماعی آنها در عرصه‌ی میان‌فردی و نهادی می‌تواند به فهم جایگاهشان در جامعه، نحوه‌ی سازگاری آنان با اجتماع و تشریح مشکلات زندگی روزمره‌ی آنان یاری رساند. این مطالعه به لحاظ روش‌شناسی با رویکرد کیفی و با روش گروه‌مرکز در میان زنان معلول جسمی حرکتی شهر بوکان، شهری گردشین در استان آذربایجان غربی، انجام شده است. نتایج حاکی است که زنان معلول در زندگی اجتماعی خود با مسائلی همچون دوگانگی تعاملی و محرومیت‌های مضاعف روبه‌رو هستند و در این عرصه از یک سو توانسته‌اند به نوعی تعریف جدید از خود دست یابند و از سوی دیگر به نوعی خودتقویتی جمعی و مقاومت فعال اقدام کنند.

واژگان کلیدی

زنان، معلولیت، محرومیت اجتماعی، خودتقویتی جمعی، مقاومت فعال.

*- دکتری جمعیت‌شناسی و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور آذربایجان غربی
(Rezaeimehdi1@gmail.com)

**- دکتری جمعیت‌شناسی و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور آذربایجان غربی
(Partovilatif@ut.ac.ir)

۱- مقدمه و بیان مسئله

زنان یکی از عمده‌ترین زیرگروه‌های جمعیتی در هر جامعه‌ای هستند که به دلیل وضعیت‌های خاص جنسیتی - اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی در سده‌های اخیر جداگانه مطالعه شده‌اند، تا جایی که امروزه در بسیاری از دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی مراکز مطالعات زنان وجود دارد. در بسیاری از مطالعات به مباحث تغییر پایگاه اقتصادی و اجتماعی زنان، خشونت علیه زنان، حقوق زنان، نابرابری‌های مختلف جنسیتی، قدرت زنان، فعالیت‌های اقتصادی زنان، زندگی روزمره‌ی زنان و غیره پرداخته شده است، اما یکی از حوزه‌هایی که تا حدودی کمتر به آن توجه شده، مطالعه‌ی زنانی است که به لحاظ جسمی و ذهنی معلول‌اند. اهمیت موضوع زنان و معلولیت، منجر به ظهور حوزه‌های مطالعاتی خاصی همچون مطالعات فمینیستی معلولیت شده است. در این حوزه اختصاصاً زنان معلول با رویکردی فمینیستی مطالعه شده‌اند. تا سال ۱۹۸۸ که مایکل فاین و آدریان آس^۱ مجموعه‌ای با عنوان *زنان و معلولیت: مقالاتی پیرامون روان‌شناسی، فرهنگ و سیاست‌ها* نوشتند توجه چندانی به این حیطه نشده بود. ناین و آس و برخی از همکارانشان از جمله زنان فعال معلولی بودند که درصدد پیوند امر زنانگی و معلولیت برآمدند. یکی از عواملی که منجر به توجه هرچه بیشتر به معلولیت زنان شده این نکته بود که معلولیت بیش‌ازپیش در حال تجربه‌ی عادی شدن قرار داشت. برساختن این مسئله و این حوزه‌ی مطالعاتی منجر به آن شد

1- Michelle Fine & Adrienne Asch (1998)

که مباحث معلولیت به طور عام در حیطه‌های زیست‌شناختی اخلاقی، علوم شناختی و فلسفه و اخلاق سیاسی مطرح شود. در این حوزه‌ها معلولیت به عنوان یک وضعیت غیرعادی یا نوعی نقص و یا نوعی بدشکلی اندامی تلقی شده است که به‌طور اجتناب‌ناپذیری نتایج ناگواری به لحاظ اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارند. از همین رو، فیلسوفان حوزه‌ی زنانگی معلولیت با اخذ رویکردی انتقادی نسبت به کل جریان فلسفه و از جمله فلسفه‌ی معاصر درصدد ایجاد راهی نو برای پرداختن به امر معلولیت و جایگاه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی سوژه‌های معلول بوده است (Tremain, 2013). این رویکرد به مطالعاتی بین‌رشته‌ای در مورد معلولیت منجر شده است.

امروزه، زنان معلول از جمله گروه‌هایی هستند که در بسیاری از جوامع از جمله ایران نه تنها در حیطه‌ی زندگی اجتماعی و اقتصادی بلکه در حوزه‌ی مطالعات علمی علوم اجتماعی نیز به آنها توجه می‌شود. اهمیت این موضوع بیشتر به دلیل اهمیت مفهوم پردشدگی است و این امر به نوعی گروه اجتماعی معلولین را نیز در بر گرفته است؛ چرا که خود معلولیت می‌تواند دلیلی برای محرومیت باشد. حال اگر این امر با سایر پردشدگی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز توأم باشد وضعیت اسفناک‌تر خواهد بود. بیشتر مطالعات انجام شده در ایران درباره‌ی زنان معلول در حیطه‌ی روان‌شناختی و توان‌بخشی بوده است. در این میان مطالعاتی که به ابعاد اجتماعی زنان معلول پرداخته‌اند بیشتر مبحث نیازهای زندگی اجتماعی آنها و رابطه‌ی معلولیت با امکانات بهداشتی (همتی، ۱۳۸۰؛ عابدی و همکاران، ۱۳۸۳؛

شریفیان ثانی و همکاران، ۱۳۸۵؛ قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹؛ گلستانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ قائد و دهباشی، ۱۳۹۲)، تجربه‌ی زیسته‌ی معلولین (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۸)، شیوع معلولیت و رابطه‌ی آن با سطح توسعه (شمس قهفرخی، ۱۳۸۷) یا مطالعه‌ی آماری معلولان (معینی، ۱۳۶۹؛ احمدی و بهشتی، ۱۳۸۶) را مد نظر داشته‌اند. در حیطه‌ی مطالعات جمعیت‌شناختی، جمعیت سالمندان بیشترین توجه را به خود اختصاص داده است، یعنی معلولیت را در میان جمعیت سالمندان، به عنوان بخشی از ساختار جمعیت، مد نظر قرار داده‌اند (Lynch & et al, 2009: 567-582)، اما لازم و ضروری است که در تداوم مطالعات اجتماعی در این حوزه، مطالعاتی نیز در حیطه‌ی روابط و تعاملات معلولین با جامعه و نهادهای رسمی و غیررسمی نیز انجام شود تا اشکال تعاملات، مسائل رویاروی آنها و استراتژی‌های انطباق آنها با جامعه‌ی پیرامونشان بیشتر مشخص شود.

هم‌اکنون جمعیت معلولین ایران چند گروه‌اند. برخی از معلولیت‌ها مادرزادی و به دلیل عوامل ژنتیکی است که در بستر انتقال اپیدمیولوژیک ممکن است اتفاق بیفتد و برخی دیگر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی و غیر ترافیکی است. طبق آمارها در ۱۰ سال گذشته تعداد مصدومان ترافیکی بیش از دو میلیون و دویست هزار نفر و شمار معلولان ناشی از آنها سیصد هزار نفر بوده است (سفر سالم، ۱۳۹۳)؛ اگرچه سوانح ترافیکی بیشتر برای مردان اتفاق می‌افتد، اما بی‌گمان زنان نیز از این افزایش صدمات بی‌بهره نخواهند بود. هم‌اکنون بر اساس آمارهای سرشماری سال ۱۳۹۰ ایران، بیش

از ۳۷۰ هزار نفر از جمعیت زنان حداقل یک نوع معلولیت دارند. در ایران به دلیل تغییر ساختار جمعیتی و افزایش تدریجی جمعیت سالمندان و نیز پیشی گرفتن امید زندگی زنان همراه با کاهش سطح مرگ‌ومیر و کاهش نسبت جنسی در سنین میانی و بالاتر، گروه به نسبت بزرگی از سالمندان در آینده با معلولیت و ناتوانی دست به‌گریبان خواهند بود. به همین دلیل مطالعه‌ی این گروه‌ها نسبت به گذشته اهمیت بیشتری دارد. این امر به‌ویژه در مورد زنان معلول تأمل برانگیز است. علت این اهمیت در این نکته نهفته است که با لحاظ نمودن کلیه‌ی جوانب اقتصادی و فرهنگی و اخلاقی و اجتماعی معلولیت، از یک سو معلوم می‌شود که در سطح کلان کشوری چه تعداد از جمعیت با این عوارض و پیامدها و مشکلات درگیر هستند و از سوی دیگر روشن خواهد شد که این افراد چگونه با جامعه رابطه برقرار می‌کنند، چه نوع تعاملاتی را تجربه می‌کنند و چگونه خود را با شرایط جامعه وفق می‌دهند. چراکه اگر بر اساس تعریف سازمان ملل در صورت تمایز بین نقص و معلولیت و ضعف، آنچه در آمارها ارائه می‌شوند تعداد افراد دارای حداقل یک نقص عضو است یعنی کسانی که در ساختار و کارکرد روانی، فیزیولوژیک و آناتومیک آنها نقص یا فقدان وجود دارد. اگر معلولیت را همان محدودیت‌های ناشی از این فقدان یا نقص‌ها بدانیم بی‌گمان شمار معلولیت‌ها بیشتر خواهد بود چراکه شمار زیادی از جمعیت بیش از یک نوع نقص دارند و همین نقایص و معلولیت‌ها شمار بسیار بیشتری از ضعف‌ها را به دنبال دارد، ضعف‌هایی که عملاً درگیر با شرایط اقتصادی و اجتماعی

است و منجر به بروز هم‌افزایی عوامل محرومیت‌زا و طردآفرین می‌شود. با این رویکرد این مقاله درصدد است ضمن مرور خلاصه‌وار حجم و ترکیب جمعیت زنان معلول در ایران بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، در یک مطالعه‌ی کیفی چگونگی زندگی و روابط اجتماعی زنان معلول با جامعه را نیز مطالعه کند.

پرسش بنیادین این مطالعه این است که زنان معلول در روابط اجتماعی بین فردی و نهادی خود چه نوع تعاملاتی را تجربه می‌کنند و چگونه به تنظیم جایگاه خود در جامعه می‌پردازند. هدف این مطالعه شفاف‌سازی این نکته است که اولاً در سطح کلان چه حجمی از جمعیت زنان درگیر پدیده‌ی اجتماعی - فرهنگی و فیزیولوژیک معلولیت هستند و این افراد چگونه زندگی اجتماعی خود را با مردان و زنان سالم تنظیم می‌کنند. بدین منظور مطالعه‌ی حاضر، گروهی از جمعیت زنان معلول را در یک شهر به نسبت کوچک گردنشین در استان آذربایجان غربی یعنی شهر بوکان مطالعه کرده است.

۲- مباحث نظری

معلولیت و ناتوانی وضعیتی است که انجام امور روزانه‌ی فرد را با مشکل مواجه می‌کند. از نظر سازمان بهداشت جهانی معلولیت عبارت است از «فقدان توانایی انجام فعالیت‌های معمولی و متعارف که از یک نقص عضو نشئت می‌گیرد» (Word Health Organization, 2008). طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، الگوهای مفهومی گوناگونی برای پزشکی معلولیت، الگوی اجتماعی

معلولیت و الگوی اخلاقی معلولیت ارائه کرده است (حسینی و صفری، ۱۳۸۷). سازمان ملل در تعریف خود میان سه پدیده‌ی جسمانی تمایز قائل است. نقص، معلولیت و ضعف. نقص، هر نوع فقدان یا وضعیت غیر طبیعی در ساختار یا کارکرد روانی، فیزیولوژیکی یا آناتومیک فرد است. معلولیت، هر نوع محدودیت یا فقدان (ناشی از یک ضعف) توانایی در انجام یک فعالیت به یک شیوه‌ی خاص یا مجموعه‌ای از روش‌های طبیعی برای افراد انسانی است. ضعف، وضعیت نامطلوبی است برای یک فرد که ناشی از نقص یا معلولیت باشد و از آن طریق تحقق یک نقش عادی برای فرد بسته به سن و جنس و عوامل اجتماعی و فرهنگی محدود یا از آن جلوگیری شود؛ بنابراین کارکرد و نتیجه‌ی رابطه‌ی افراد معلول با محیطشان است. ضعف زمانی اتفاق می‌افتد که آنها در مواجهه با مرزهای فرهنگی، جسمانی یا اجتماعی قرار می‌گیرند، مرزهایی که مانع دسترسی‌شان به فرصت‌های مشارکت در زندگی اجتماعی در سطحی برابر با دیگران است (Wendell, 1989: 104-124; United Nations, 1983: 6-7). این تعاریف به لحاظ اهداف سیاسی ملل متحد خوب به نظر می‌رسند و دو مزیت دارند: اول، آنکه علناً شامل بسیاری از شرایطی می‌شوند که عامه‌ی مردم آنها را معلولیت قلمداد نمی‌کنند. برای مثال ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن همچون کرونا^۱ که توانایی بیمار را محدود می‌کند اما لزوماً پدیده‌ی معلولیت را به دنبال ندارد. دوم آنکه تعریف ضعف علناً این امکان را در نظر می‌گیرد که علت‌های اولیه‌ی ناتوانی یک شخص معلول

1- Chron

در انجام برخی امور معین ممکن است اجتماعی باشد؛ همچون اعطا نکردن فرصت‌ها، فقدان دسترسی، فقدان امکانات و خدمات، فقر و تبعیض - باشد (Wendell, 1989).

یک آسیب یا نقص موجب مجموعه‌ای از سازوکارهای طرد می‌شود. طردها به یکدیگر متصل‌اند، بنابراین روی هم انباشته و وخیم‌تر می‌شوند. این طردها هم می‌تواند به لحاظ برخورداری از امکانات باشد و هم می‌تواند به لحاظ رفتاری و تعاملی میان معلولان و غیر معلولان باشد. یکی از مفاهیم مهمی که سوزان وندل در رابطه با امر تعامل و رفتار میان معلولان و غیر معلولان مطرح کرده است بحث معلولین به عنوان «دیگری» است. از نظر او به هنگام پرداختن به معلولیت، معلولان (اقلیت) به عنوان کسانی که ناتوان‌اند در مقابل کسانی قرار می‌گیرند (اکثریت) که توانمند و توانا هستند؛ یعنی، آنان که معلولان را تعریف می‌کنند افراد توانا هستند. به عبارت دیگر معلولان «دیگری» «ما»ی توانا هستند. از این لحاظ نوع تعریف، نوع استراتژی‌ها و تکنیک‌های برنامه‌های اتخاذی برای آنها می‌تواند مهم باشد، اما نکته‌ی طنز قضیه اینجاست که بخشی از معلولیت و ناتوانی ناشی از سالخورده‌گی است. از این نظرگاه، به لحاظ معلول بودن در طول زندگی «دیگر» و «ما»یی وجود نخواهد داشت چراکه همگی به نوعی در بخشی از زندگی با این عارضه روبه‌رو خواهیم شد؛ در واقع همه‌ی انسان‌ها بالقوه معلول هستند، اما آنچه در مطالعات جامعه‌شناختی و جمعیت‌شناختی معلولیت مهم است تلاقی معلولیت ناشی از سالمندی با سایر معلولیت‌ها در افرادی است که برای مثال

از همان نوزادی معلول بوده‌اند. در اینجا بار معلولیت چند برابر خواهد شد؛ نایبنا یا ناشنوا یا عقب‌مانده‌ی ذهنی سالمند.

زمانی که مبحث روابط اجتماعی معلولین با جامعه بررسی می‌شود، ناگزیر باید به رویکردهای جامعه‌شناختی تعاملات اجتماعی یا همان کنش متقابل اجتماعی از جمله مفاهیم خود و هویت نظر افکند و تا حدودی از سازوکار شکل‌گیری آن آگاهی یافت؛ چرا که از مفاهیم کلیدی استفاده شده در این مطالعه نیز هستند. یکی از مفاهیم کانونی تئوریزه شده در تعامل‌گرایی مفهوم «خود» است. خود با ادراکات افراد در مورد خودشان به عنوان ابژه، ارتباط دارد. مفهوم «هویت» به صورتی بنیادین برای مفهوم‌سازی مجدد «خود» درآمده و به طور کلی خود به‌عنوان مجموعه‌ای از هویت‌ها دیده می‌شود که به موقعیت‌های خاص پاسخ می‌دهد. از این رو خود از مجموعه‌ای از هویت‌ها با اهمیت و برجستگی‌های متفاوت ساخته شده است. هویت‌هایی که در مرتبه‌ای بالاتر هستند، در میدان تلاش افراد برای سازمان‌دهی رفتارهایشان و نیز ارائه‌ی «خود» در پرتویی خواص مؤثرترند (Turner, 1998: 374). از نظر ویلیام جیمز^۱، خود اجتماعی بدین معناست که احساسات مردم از خودشان از تعامل آن‌ها با یکدیگر برمی‌خیزد. از نظر وی انسان خودهای متعددی دارد. یک انسان به همان تعدادی که افرادی را می‌شناسد به همان تعداد هم خود دارد (Ibid, 344). از نظر استرایکر^۲، رفتار

1- W. James

2- S. Stryker

اجتماعی انسان از سوی یک سری معرف‌های نمادین محیطی فیزیکی و اجتماعی سازمان می‌یابد. از میان مهم‌ترین این معرف‌ها و نشانه‌ها، می‌توان به نمادها، معانی توأم با آنها و موقعیتی که افراد در ساختار جامعه اشغال کرده‌اند، اشاره کرد. این موقعیت مجموعه انتظاراتی را مبتنی بر چگونگی رفتار، تعامل دیگران با وی، با خود به همراه دارد. در همان حال که افراد موقعیت‌های خودشان را به صورت معرف و نشانگر نمایش می‌دهند و در آن دیگران را از انتظاراتشان در مورد چگونگی تعامل با خودشان آگاه می‌سازند، موقعیت‌های دیگران نیز معرفی می‌شود و بدین وسیله از انتظارات دیگران در مورد چگونگی تعامل با آنها آگاه می‌شوند، اما به طور کلی رفتار از سوی این معرف‌ها و نشانگرها و تعاریف مشخص و تعیین نمی‌شود. این مردم غالباً از انتظارات هماهنگ با موقعیت‌ها آگاه‌اند، اما هنگام عرضه‌ی خود به دیگران، ممکن است شکل و محتوای تعاملات تغییر کند. میزان این تغییر بر اساس نوع ساختار اجتماعی‌ای که در آن تعامل اتفاق می‌افتد، متفاوت است. برخی از این ساختارها باز و منعطف‌اند، در حالی که ساختارهای دیگر سخت و بسته هستند. با این حال، همه‌ی ساختارها محدودیت‌ها و فشارهایی را بر آنچه افراد در تعاملات چهره به چهره انجام می‌دهند وارد می‌سازد. از نظر استرایکر، هویت‌ها «بخش‌هایی» از خود هستند و بدین گونه، آنها همان معرف‌های خودِ درونی شده‌اند که با موقعیت‌هایی که افراد در درون بسترهای اجتماعی متعدد اشغال کرده‌اند هماهنگ هستند. بنابراین هویت یک نوع پیوند حساس میان فرد و ساختار

اجتماعی است، چراکه هویت معرف‌هایی هستند که مردم در مورد خودشان و در رابطه با موقعیتشان در ساختار اجتماعی و نیز نقشی که در رابطه با این موقعیت‌ها ایفا می‌کنند، می‌سازند (Turner, 1998: 375). بر همین اساس جایگاه فرد معلول در جامعه بدون شک با مفهوم درک از خود و هویت‌سازی در میان آنها پیوندی مستقیم دارد.

در پیوند امر معلولیت با مفهوم هویت بایستی به مفهوم «داغ» اروین گافمن^۱ نیز اشاره کرد. وی به بررسی شکاف میان آنچه شخص باید باشد (هویت اجتماعی بالقوه) و آنچه یک شخص واقعاً هست (هویت اجتماعی بالفعل) می‌پردازد. از نظر وی شکاف میان این دو هویت موجب بروز داغ در افراد می‌شود. وی از مفهومی به نام «داغ بی‌اعتباری» نام می‌برد. یعنی فرد بازیگر فرض را بر این می‌گیرد که حضار تفاوت‌ها را می‌دانند و یا این تفاوت‌ها برایشان آشکار است؛ برای مثال کسی که فلج است یا یک پایش را از دست داده است. کسی که از داغ بی‌اعتبارشدگی رنج می‌برد مسئله‌ی بنیادین نمایشی‌اش، تخفیف تنش ناشی از این واقعیت است که دیگران قضیه را می‌دانند (گافمن، ۱۳۸۶؛ ریتزر، ۱۳۹۲).

با حضور زنان در جهان عمومی موضوع جدید به نام «بدن ایده‌آل» بروز خواهد کرد. امروزه، در دنیای سرمایه‌داری و با رواج هر چه شدیدتر و مقبولیت عام‌تر مدیریت بدن، تعاریف بدن ایده‌آل و مناسب، مدام به‌روز شده و مشخصه‌های معینی برای آنها ساخته می‌شود. این امر به‌ویژه در مورد

1- E. Goffman

زنان بسیار صادق است، زیرا چه هنگامی که زنان از نظر سلامت جسمانی سالم‌اند و چه در حالتی که یک زن به لحاظ جسمانی ناقص و معلول است، باز هم تشدید و انباشتگی مشکل ناشی از تعریف بدن ایده‌آل برای زن معلول مشاهده می‌شود؛ به‌ویژه امروزه که امر ایده‌آل یا آرمانی شدن بدن زنان با امر جنسی نیز کاملاً تلفیق شده‌اند. معلولین که نمی‌توانند امیدی به ایده‌آل‌های جسمانی یک فرهنگ داشته باشند، می‌توانند به روشن شدن این نکته کمک کنند که این ایده‌آل‌ها «طبیعی» یا «نرمال» نیستند بلکه معیارهای اجتماعی تصنعی هستند که هرکسی را تحقیر خواهد کرد (Garland, 2005: 1557-1587).

هم زمان با ورود موضوع معلولیت به حیطه‌ی حقوق مدنی، رشته‌ی دانشگاهی مطالعات معلولیت نیز با قرار دادن معلولیت در بستر اجتماعی برای آن مفهوم جدید تعریف کرده است^۱ و نشان می‌دهد قضاوت‌هایی که معلولین با آن مواجه‌اند، هم به لحاظ مادی و هم به لحاظ روان‌شناختی محصول تعامل آنها با محیط فرهنگی‌شان است. اصل بنیادین مطالعات معلولیت این است که معلولیت یک روایت فرهنگی از بدن است، نظامی است که سوژه‌هایی را از طریق تمایز گذاری و علامت‌گذاری بدن تولید می‌کند. بدین ترتیب، معلولیت چهار بُعد دارد: یک، نظامی است برای تفسیر تنوعات بدنی؛ دو، رابطه‌ی بین بدن‌ها و محیطش است؛ سه، مجموعه‌ی اعمالی

۱- مانند آنچه در قالب مدل قومیت عنوان شده است، معلولین نیز به عنوان یک گروه اجتماعی با ویژگی‌ها و خصصال جسمی و روانی رفتاری می‌توانند در درون همان مدل قومیت قرار گیرند.

است که هم بدن‌های توانا و هم ناتوان را تولید می‌کند؛ و چهارم، شیوه‌ای است برای توصیف بی‌ثباتی ذاتی در خودهای تجسم‌یافته.

مطالعات معلولیت در پی بررسی هویت «معلولیت» با هدف تشدید و تجدید پیوند مجدد فرد معلول به جامعه است. مطالعات زنانگی معلولیت این دو را گرد هم می‌آورد با این استدلال که انتظارات فرهنگی، نگرش‌های کسب شده، نهادهای اجتماعی و شرایط مادی حاضر، موقعیتی را خلق می‌کند که در آن بدن‌هایی که به عنوان مؤنث و معلول یا ناتوان مقوله‌بندی شده‌اند، به شکلی موازی و تشدید شده زیان می‌بینند. در اینجا معلولیت به عنوان یک موضوع فرهنگی و نه فردی و پزشکی تعریف می‌شود و بر بررسی روابط قدرت تأکید دارد. در این رشته، معلولیت یک نظام بازنمایی است، نه یک مسئله‌ی پزشکی، همچنین یک برساخته‌ی اجتماعی است و نه یک بدشاندی شخصی (Garland, 2002; Garland: 2005).

در حیطه‌ی زنانگی معلولیت، مفهوم هم‌افزایی موضوعیت بیشتری پیدا می‌کند. در سال ۱۹۸۹، کیمبرلی کرنشاو^۱ اصطلاح تعامل هم‌زمان را ابداع کرد (Phoenix & Pattynama, 2006: 187-192). این مفهوم در تحقیقات مرتبط با زنان برای روشن کردن ماهیت پیچیده و به هم تنیده‌ی اشکال مختلف نابرابری‌های اجتماعی بر اساس هم‌پوشی مقوله‌هایی مانند نژاد، قومیت، طبقه، جنسیت، ... (Weber & Parra – Medina, 2003: 184; Dubrow,) ... (2008: 85) و به چالش کشیدن تعمیم‌های نادرست و تقلیل‌گرایی مرتبط با آن

1- Kimberle Crenshaw

(Walby, 2008)، توسعه داده شده است. از دیدگاه نکومو و کاکس^۱، می‌توان این رویکرد را در ارتباط با هویت‌هایی دیگر از جمله معلولیت و غیره نیز به کار برد. اساساً طرح رویکرد هم‌افزایی بر مبنای این منطقی است که افراد جهان را به واسطه‌ی تعامل هم‌زمان ماتریس تفاوت‌های اجتماعی تجربه می‌کنند (Mens-Verhulst & Radtke, 2008: 1-19).

یکی از فرض‌های اساسی این رویکرد، آن است که هویت‌های اجتماعی در ارتباط با یکدیگر تعریف می‌شوند (Shields, 2008: 301-311) و به این ترتیب، افراد هم‌زمان در چندین هویت متعامل همچون جنسیت، معلولیت، مهاجر، بی‌سواد، محروم، بیکار و غیره عضویت دارند (Brooks & Redin, 2009: 132) که این موضوع با واقعیت پیچیدگی مناسبات زندگی اجتماعی تناسب بیشتری دارد (Phoenix & Pattynama, 2006: 187). البته لازم به ذکر است که هم‌افزایی متغیرها به‌سان یک متغیر واحد و فراتر از حاصل جمع آنها که بر معنای اجتماعی خاصی دلالت دارد، عمل می‌کند. هویت‌های ساختاری به‌صورت متعامل و هم‌زمان محدودیت‌ها و فرصت‌های نابرابر را تعریف (Brooks & Redin, 2009: 136) و همدیگر را در ایجاد و حفظ نابرابری در سلامت به شیوه‌های گوناگون تقویت می‌کنند (Mullings & Schulz, 2006; Warner & Brown, 2011).

1 - Nkomo & Cox

۳- روش‌شناسی پژوهش

رویکرد روش‌شناختی این مطالعه رویکردی کیفی است. در این رویکرد سعی شده است چگونگی تعاملات اجتماعی زنان معلول در گفت‌وگو و بحث گروهی با آنها مطالعه و کنکاش شود. برای نیل به این هدف از یکی از روش‌های گردآوری و تحلیل کیفی یعنی روش بحث گروه مرکز استفاده شده است. روش گروه مرکز یک جلسه‌ی گروهی نیمه ساختاری است که به وسیله‌ی یک رهبر گروه هدایت و در شرایطی غیررسمی به هدف گردآوری اطلاعات در مورد عنوانی خاص برگزار می‌شود. یکی از فرضیات پایه در این روش این است که افراد منابع پرارزش اطلاعات هستند و قادرند که احساسات و رفتارهای خود را توصیف کنند. فرضیه‌ی زمینه‌ای دیگر در استفاده از گروه‌مرکز این است که پویایی گروه می‌تواند افراد را به توصیف دیدگاه‌های خود، به شکلی که در یک مصاحبه‌ی فردی کمتر اتفاق می‌افتد، تشویق کنند (خسروی و عابدسعیدی، ۱۳۸۹: ۳۰-۱۹ به نقل از ستروبرت، ۲۰۰۷؛ هالکومب، ۲۰۰۷؛ برنس و گرو، ۲۰۰۶). جامعه‌ی آماری این مطالعه زنان معلول ساکن شهر بوکان در استان آذربایجان غربی است. کل جمعیت این شهرستان در سال ۱۳۹۲ برابر ۲۲۴۶۲۸ هزار نفر بوده که حدود ۱۱۱ هزار نفر آنها زن بودند. در سال ۱۳۹۰، تعداد معلولین زن حدود ۱۲۸۱ نفر بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴). با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری در روش‌های کیفی روش هدفمند است (محمدپور، ۱۳۹۲)؛ لذا معلولین شنوایی، بینایی، ذهنی و گفتاری در درون نمونه‌ی این پژوهش قرار نمی‌گرفتند، چراکه برای این

مطالعه لازم بود گروه هدف توانایی گفتاری، شنیداری، بینایی و تفکر را داشته باشند. به همین لحاظ تنها زنان معلول جسمی حرکتی با مشخصات مذکور انتخاب شدند. دستیابی به جمعیت نمونه از طریق مراجعه به جامعه‌ی معلولین این شهرستان که یک نهاد غیردولتی مردم‌نهاد است امکان‌پذیر شد. در سه جلسه‌ی بحث گروه مرکز، اطلاعات لازم برای این مطالعه گردآوری شدند. مشارکت‌کنندگان این تحقیق افرادی بودند که از ناحیه‌ی پا و تنه و در مواردی دست نقص شدید داشتند. سه نفر از آنها به دلیل نقص جدی در تنه و پا از ناحیه‌ی ران به پایین از ویلچر استفاده می‌کردند، سه نفر نقص پا داشته اما به کمک پای مصنوعی قادر به راه رفتن بودند، دو خانم دیگر در ناحیه‌ی دست نقص داشتند. تنها یک نفر از شرکت‌کنندگان ازدواج کرده بود که شوهر وی نیز معلول بود و دو سال قبل فوت شده بود. وی از این ازدواج یک فرزند پسر داشت.

هر کدام از مباحث انجام شده در جلسات گروه مرکز حدود یک ساعت و نیم تا دو ساعت طول کشید. در هر سه جلسه هشت نفر از زنان معلول شرکت داشتند و پرسش‌های موردنظر در جلسه مطرح شدند. به لحاظ زبانی، کل جلسات بحث گروهی با زبان کُردی انجام شد. در بسیاری از موارد جلسه از حالت پرسش و پاسخ صرف خارج می‌شد و شکل بحث گروهی میان شرکت‌کنندگان به خود می‌گرفت؛ البته این از خصوصیات ذاتی جلسات بحث گروه‌مرکز است (خسروی و عابدسعیدی، ۱۳۸۹). متن سخنان جلسات روی کاغذ پیاده شده و سطر به سطر تجزیه و تحلیل و کدگذاری

شدند. پس از کدبندی اولیه، بر اساس مقایسه‌ی مستمر و تشابهات فضای مفهومی آنها مجموعه مقولاتی برساخته شدند که کلیت گزارش پژوهش بر اساس آن تنظیم شده است.

برای سنجش صحت و اعتبار یافته‌های پژوهش، یافته‌های پیاده شده روی کاغذ به چند نفر از مشارکت‌کنندگان برگردانده شدند که در تمامی موارد متون مورد نظر تأیید شدند (تکنیک کنترل اعضاء)، چرا که در پیاده‌سازی مباحث دقت کافی اعمال شده بود. برای سنجش اعتبار مراحل کدبندی و مقوله‌بندی داده‌ها، مفاهیم استخراج شده در اختیار سه نفر از محققان بومی قرار گرفت تا میزان اعتبار مقولات و مفاهیم با جملات متون پیاده شده و کلیت جلسات بحث انطباق یابند (تکنیک ممیزی).

۴- معلولیت زنان در ایران

از کل جمعیت ۷۵۱۴۹۶۶۹ نفری ایران در سرشماری سال ۱۳۹۰ تعداد ۱۰۱۷۶۵۹ نفر زن و مرد معلول وجود دارد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴)؛ به عبارت دیگر، از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران حدود ۱۳/۵ نفر آنها معلول‌اند. از میان کل جمعیت ۳۷۲۴۴۰۰۰ نفری زنان ایران نیز تعداد ۳۸۰۳۰۲ نفر حداقل یک نوع معلولیت دارند (همان)؛ یعنی از هر ۱۰۰۰ نفر زن در ایران ۱۰/۲ نفر آنها حداقل یک نوع معلولیت دارند. میزان شیوع معلولیت در همه‌ی سنین زنان کمتر از میانگین شیوع در کل جمعیت کشور است. میزان شیوع معلولیت با افزایش سن زنان افزایش می‌یابد؛ یعنی، در سنین بالاتر میزان شیوع بیشتر از سنین پایین است که امری طبیعی است. از گروه سنی ۵۹-۵۵

سال به بعد جهشی سریع در میزان شیوع معلولیت در میان زنان مشاهده می‌شود؛ برای مثال اگر افزایش شیوع معلولیت از گروه سنی ۴۹-۴۵ سال به گروه سنی ۵۴-۵۰ سال حدود ۱/۴ در هزار است، از گروه سنی ۵۹ - ۵۵ سال تا گروه سنی ۶۴-۶۰ سال یک‌بارہ ۳ در هزار افزایش می‌یابد و پس از آن در گروه‌های سنی بعد افزایشی حدود ۸ در هزار و حتی از سن ۷۰ سال و بالاتر ۲۲ در هزار به میزان معلولیت مشاهده می‌شود.

اگر بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ میزان شیوع معلولیت در میان زنان شهری و روستایی بررسی شود، معلوم می‌شود که در تمامی گروه‌های سنی، میزان معلولیت در میان زنان روستایی بیشتر از زنان شهری است. در سنین اولیه شکاف میان زنان شهری و روستایی کمتر است، اما با بالا رفتن سن این شکاف افزایش می‌یابد؛ یعنی از سن ۳۵ سالگی این شکاف به بالای ۴ درصد می‌رسد. تنها در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال میزان معلولیت زنان در هر دو منطقه شهری و روستایی مساوی است. نکته‌ی مهم و تأمل برانگیز این است که در میزان شیوع معلولیت بین زنان شهری و روستایی شکاف ثابتی در همه‌ی گروه‌های سنی وجود دارد. در همه‌ی گروه‌های سنی نقص و معلولیت در میان زنان روستایی بیشتر از زنان شهری است. کمترین میزان شیوع مربوط به زنان گروه سنی ۴ - ۰ سال است که در میان زنان روستایی ۳/۶ و در میان زنان شهری ۲/۸ است و بالاترین میزان مربوط به سنین ۷۰ سال به بالاست که در میان زنان روستایی ۵۵/۸ و در میان زنان شهری ۵۰/۱ در هزار است.

به لحاظ الگوی توزیع معلولیت در میان جمعیت معلولین زن، الگوی نسبتاً خاصی حاکم است. در میان انواع نه‌گانه‌ی معلولیت‌ها، بیشترین تعداد معلولیت‌های زنان از سنین اولیه تا ۵۰ سالگی را اختلالات ذهنی به خود اختصاص داده است که بالاترین سطح آن مربوط به گروه‌های سنی ۱۰ تا ۲۴ سال است. در این سنین شکافی عمیق میان این نوع معلولیت با سایر معلولیت‌های زنان وجود دارد. در سنین اولیه، دومین نوع معلولیت‌های زنان مربوط به معلولیت‌های گفتاری است و پس از آن نقص پاست. نقص پا در میان زنان در گروه‌های سنی مابین ۲۵ تا ۴۵ سال رتبه‌ی دوم و بیشترین نوع معلولیت زنان را به خود اختصاص داده است که از ۵۰-۴۵ سال به بعد به رتبه‌ی اول صعود کرده است؛ به عبارت دیگر، در سنین بالای ۵۰ سال از میان کل معلولیت‌های زنان، معلولیت ناشی از نقص پا شایع‌ترین نوع معلولیت در میان زنان معلول است. همان‌گونه که قبلاً نیز گفته شد در کل جمعیت نیز همین نوع شیوع حاکم است. یکی از نکات مهم در الگوی سنی معلولیت‌های مختلف رشد مداوم معلولیت ناشی از نابینایی در سنین بالای ۵۵ سال است که روندی افزایشی دارد.

۵- یافته‌های پژوهش

جریان هدایت پرسش‌های بحث گروهی از زندگی قبل و بعد از ورود به فضای جمعی جامعه‌ی معلولین به عنوانی فضایی متفاوت از منزل و زندگی شخصی آغاز شد. اینکه آیا آنها در تعریف و شناخت خود قبل از ورود به جامعه‌ی معلولین و پس از آن دگرگونی احساس کرده‌اند یا خیر و

اصولاً وضعیت‌های شناختی خودشان از معلولیتشان را چگونه درک و تفسیر می‌کنند. سپس جریان بحث به تعاملات آنها با افراد و سپس با نهادهای اجتماعی هدایت شد و در نهایت با پرداختن به نحوه‌ی انطباق با شرایط کنونی جامعه مباحث ادامه یافت. به طور کلی از مباحث گروه مرکز پنج مقوله استخراج شدند که در ادامه به تشریح هر یک از آنها پرداخته و به‌منظور گویایی بهتر و پای‌بندی به اطلاعات گردآوری شده، نقل قول‌های متعددی از مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود.

۵-۱- خودتعریفی بازانديشانه

زن معلول در رویارویی با معلولیت از زمان آغاز شناخت از بدن خود با نوعی چالش و کلنجار ذهنی دست‌وپنجه نرم کرده است. مشاهده‌ی وضعیت جسمانی خود توأم با نوع یا انواعی از نقص یا ناتوانی در زندگی فردی، برای زن معلول چالش بزرگی به حساب می‌آمده، به‌ویژه زمانی که درک این وضعیت جسمانی در ارتباط با دیگری به صورت یک امر اجتماعی درآمده است؛ چراکه در ارتباط با سایر انسان‌ها - که اولین آنها افراد خانواده‌هایشان بوده - امکان مقایسه‌ی اندام‌ها و توانایی‌های ایشان فراهم شده است. در اینجا درک زنان معلول از وضعیت خود بسیار عمیق‌تر و فشار روانی حاصل از آن مضاعف شده است. در موارد بسیاری وضعیت ادراکی و تفسیری از خود و جسم خود، منجر به انزوای شدید شده است، به طوری که حاضر به حضور در هیچ جمعی نبوده‌اند. چنین تفسیر از وضعیت خود و نحوه‌ی تعامل با آن در مورد بیشتر زنان شرکت‌کننده صدق می‌کرد. در حقیقت آنچه

در مباحث به وضوح به چشم می‌خورد نوعی «ترس از مواجهه با وضعیت معلولیت» و «تمایل به پنهان‌سازی معلولیت» در میان آنان بوده است.

وضعیت زندگی اجتماعی و نوع درک و تفسیر مشارکت‌کنندگان این تحقیق از شرایطشان هر یک به گونه‌ای متحول شده بود که تعدادی از آنها تحول فکری و نگرشی‌شان را حاصل آشنایی با خانم «ب» می‌دانستند که خود نیز معلول بوده و توانسته بود با راهنمایی‌هایش آنها را از انزوا بیرون آورد. به‌ویژه این تحول در اغلب آنها از زمانی که با سازمان غیردولتی جامعه‌ی معلولین آشنا شده بودند آغاز شده بود. در واقع آنچه از سخنان شرکت‌کنندگان در بحث استنباط می‌شد نوعی تحول روحی و روانی ناشی از «حضور در جمع» بود. چنین حضوری موجب رشد «واقع‌بینی» در آنان شده است. «حضور در جامعه» علیرغم تمامی «سختی‌های» آن و بار «سنگین نگاه‌های مردم» موجب شده که آنان در مقابل معلولیت خود انتعاط‌پذیرتر شوند. یعنی حضور در جمع را «با همان وضعیت بپذیرند».

بر اساس سخنان مشارکت‌کنندگان، اکنون آنها علی‌رغم درک وضعیت جسمانی‌شان به شکلی مقبول آن را پذیرفته‌اند یعنی به حقیقت می‌توانند خودشان را به عنوان یک زن معلول تعریف کنند. مشکلی را که قبلاً آن را قبول نداشتند، امروز آگاهانه پذیرفته‌اند و به شکلی بازاندیشانه به خود و جایگاهشان در جامعه می‌نگرند و حتی در مواردی در پی بازتعریف موقعیت‌شان برای دیگران هم هستند (در بخش‌های بعدی به این نکته خواهیم پرداخت). شاید بتوان گفت که حضور آنان در اجتماع و در میان

مردم بویژه در یک نهاد غیردولتی که به حقیقت - طبق آنچه خودشان عنوان می‌کردند - آن را از آن خود می‌دانستند مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز در بازتعریف خودشان بوده است.

۵-۲- دوگانگی در تعاملات اجتماعی

زن معلول در تعاملات روزانه‌ی خود به‌عنوان بخشی از زندگی اجتماعی‌اش با نوعی دوگانگی روبه‌روست. منظور از دوگانگی تعاملی آن است که به‌طورکلی دو نوع تعامل را در میان خود و سایر افراد مشاهده می‌کند. نوع اول تعامل توأم با ترخّم و دیگری تعامل توأم با همکاری است. تعامل ترخّم‌آمیز مملو از دلسوزی‌های نابجاست که فقط حاوی یک سری عواطف مخرب است؛ یعنی نه‌تنها نفع خاصی به حال فرد معلول ندارد بلکه به لحاظ درونی و شخصی برای وی بار منفی دارد و نوعی ناراحتی و حالت عصبی درونی نسبت به دیگران در زن معلول ایجاد می‌کند و حتی موجب رنجش خاطرشان می‌شود و در مواردی ممکن است به‌نوعی اختلال تعاملی بینجامد. منظور از اختلال تعاملی آن است که زن معلول در نتیجه‌ی برخورد و تعامل نادرست برخی افراد جامعه «گاهاً ناچار به نشان دادن عکس‌العمل» در مقابل آنها شده است و یا در مواردی «حاضر نبوده با آن فرد یا افراد تعامل دوباره داشته باشد». در مواردی حتی ناچار بوده‌اند که نسبت به «اصلاح برخورد» به اطرافیان تذکر بدهند. از نظر آنان در مواردی «این تعاملات نادرست» نه تنها خود آنها بلکه اطرافیان نزدیک همچون والدین یا فرزندان‌شان را نیز شامل شده است. تعامل توأم با ترخّم بقال محله با فرزند

یکی از معلولان زن حاضر در جلسه از جمله نمونه‌های مهم است. به گفته‌ی این خانم‌ها بیشترین مشکل آنها تعاملات ترحم‌آمیز زنان با ایشان است. آنها نزد مردان بیشتر احساس راحتی می‌کنند. بنا بر مفاهیم برآمده از مباحث، تعامل مردان با زنان معلول بسیار راحت‌تر است، به عبارت دیگر مردان در تعاملاتشان معلولیت زنان را بیشتر «نادیده» می‌گیرند. سخن از تجربه‌ی تعاملات با مردان در فضاهای عمومی همچون خیابان‌ها و مغازه برای آنها توأم با نوعی «رضایت» است.

سویه‌ی دیگر تعاملات، تعاملاتی توأم با همکاری و یاری رساندن است. این بخش شامل آن دسته از تعاملات عاری از ترحم و عادی می‌شود؛ همچون تعاملاتی که فرد مقابل به زن معلول به شکل ترحم‌آمیز نگاه نمی‌کند. بنا بر اظهارات زنان مشارکت‌کننده، این نوع تعاملات همراه با همکاری و همیاری در میان مردان نسبت به زنان بیشتر است. در بسیاری از موارد این مردان هستند که کمک و همکاری را در شرایط دشوار در فضاهای عمومی به آنها پیشنهاد می‌دهند بدون آنکه از وضعیت آنها بپرسند و یا نگاهی ترحم‌آمیز به آنها داشته باشند.

از جریان بحث گروهی به دست آمد که زنان معلول در جریان تعاملات اجتماعی شان شرایط متفاوت‌تری را تجربه می‌کنند. شاید مشاهده‌ی یک مرد معلول ویلچری یا دارای پای مصنوعی به اندازه‌ی یک زن با همین وضعیت جسمانی برای برخی افراد جالب توجه نباشد. به قول خودشان پرسش را در نگاهشان می‌توان دید. در مجموع در حال حاضر، زنان معلول به این‌گونه

تعاملات عادت کرده‌اند و تا حد زیادی برایشان حل شده است. ایشان همواره کسانی را که فارغ از نگاه ترحم‌آمیز عمل می‌کنند و به شکلی عادی با آنها ارتباط برقرار می‌کنند، می‌ستایند.

نکته‌ی دیگری که در جریان مباحث گروهی مشاهده شد، این بود که از نظر بسیاری از مردم، عموم افراد معلول به طور کلی «انسان‌هایی پاک و تقدیس شده» هستند؛ «به خداوند نزدیک‌ترند» و «مقبولیت بیشتری نزد خداوند دارد». مشارکت‌کنندگان در این دستاورد اتفاق رأی داشته و همگی به نوعی از تجربیات خود از این نوع تعاملات می‌گفتند. در موارد عدیده این موقعیت برای بسیاری از آنها به ویژه کسانی که از ویلچر استفاده کرده‌اند و نقص پا و تنه‌ی شدیدی دارند، پیش آمده است. این نوع تعامل به همان تصور پاکی و معصومیت در تفکر عامه برمی‌گردد که به این گونه اشخاص نسبت می‌دهند. در نهایت نکته‌ای که در کل مباحث افراد شرکت‌کننده در مورد آن اتفاق نظر داشتند این بود که جریان تغییرات در نگرش مردم خوشبختانه مثبت است و شکل و محتوای تعاملات آنها در کل رو به سوی بهبود نهاده است.

۵-۳- محرومیت‌های نسبی

منظور از محرومیت‌های نسبی اجتماعی آن دسته از محرومیت‌هاست که ناشی از وضعیت ناتوانی جسمانی زن است. این محرومیت‌ها می‌تواند خواسته یا ناخواسته، در دو سطح در مورد آنها، اعمال شود. یکی در سطح اجتماع و عرصه‌ی تعاملات روزمره و دیگری در سطح نهادی و سازمانی.

بنا بر یافته‌های حاصل از بحث گروهی، مشارکت‌کنندگان معتقدند که به دلیل تجربه‌های زیسته‌ای که دارند، هم اکنون به خوبی واقعیت ناتوانی خودشان را درک کرده و قبول دارند محدودیت‌هایی را که این وضعیت جسمانی برای آنها ایجاد کرده است را می‌دانند، اما مشکل زمانی بروز می‌کند که پای «توهم ناتوانی» در تعاملات زندگی اجتماعی به میان می‌آید؛ یعنی اطرافیان یا مردم اجتماع با این توهم که «زن معلول قادر به انجام هیچ کاری نیست» با وی برخورد می‌کنند. چنین برداشتی از ناتوانی کامل افراد معلول، باعث شده که افراد معلول در بسیاری از موارد نسبت به انجام یک سری کارهای دشوار اقدام و به نوعی در میان افراد جامعه جلب توجه کنند با این هدف که بتوانند این «تفکر غلط» را تغییر دهند و ثابت کنند که «زن معلول از هر لحاظی ناتوان نیست». از جمله‌ی این موارد می‌توان به کوهنوردی چند نفر از شرکت‌کنندگان در بحث اشاره کرد که تجربه‌ی زیسته‌ی آنها از دشواری‌های این کار بسیار تأمل‌برانگیز است.

یکی دیگر از عمده محدودیت‌های اجتماعی که برای یک زن معلول به شکلی مضاعف صددرصد اتفاق می‌افتد مشکلات ازدواج است. از مباحث گروهی این نکته استنباط می‌شد که «فرصت ازدواج برای معلولین زن بسیار کمتر از معلولین مرد است». یک مرد معلول «این حق را برای خود قائل است» که با یک زن سالم ازدواج کند و یا حداقل امکان ازدواج حتی با یک زن معلول برایش بیشتر است، اما برای یک زن معلول چنین چیزی در مورد ازدواج با یک مرد سالم تا حدی محال و در مورد ازدواج با یک مرد معلول نیز کم است.

این نگرش نادرست نه تنها نسبت به ازدواج، بلکه نسبت به حاملگی و بچه‌دار شدن یک خانم معلول نیز در میان است. تصور عامه بر این است که «فرزند زن معلول نیز معلول خواهد شد». شرکت‌کنندگان در بحث، به اتفاق بر وجود چنین تصویری در میان اطرافیان و عموم جامعه توافق داشتند. به ویژه تجارب زیسته‌ی یکی از آنها که متأهل بوده و یک فرزند پسر سالم نیز دارد.

با این حال، محرومیت‌ها تنها به خانواده و ازدواج و روابط زناشویی ختم نمی‌شود، بلکه محرومیت‌های ناشی از شرایط زندگی در فضای شهری و تعامل با نهادها را نیز شامل می‌شود. برای نمونه یک خانم معلول بر روی ویلچر در یک مدرسه‌ی عادی و در کنار دانش‌آموزان سالم چه نوع تجربه‌ای می‌تواند داشته باشد. نوع برخورد معلمان و دانش‌آموزان در این گونه مدارس گاهی موجب شده که یک خانم معلول جسمی - حرکتی را به مدرسه‌ی استثنائی بفرستند و به نوعی از برخورداری از بسیاری از امکانات محروم شود و در محیطی قرار بگیرد که سنخیتی با وضعیت طبیعی، روانی و ذهنی آنها ندارد. تجربه‌ی زیسته‌ی برخی از مشارکت‌کنندگان در این موارد بسیار تألم‌برانگیز بود. به گفته‌ی مشارکت‌کنندگان، هم‌اکنون این وضعیت نسبت به گذشته بهبود یافته و آزمون تست هوشی که از بچه‌ها می‌گیرند امکان بهره‌مندی فرد معلول جسمی حرکتی به لحاظ ذهنی سالم را از امکانات مدارس عادی فراهم کرده است.

موضوع دیگری که برای معلولین زن در زندگی اجتماعی و حضور در فضاهای عمومی شهری وجود دارد، بحث مناسب‌سازی نشدن برخی فضاهای عمومی و سازمانی است. منظور از مناسب‌سازی نشدن کمبود امکانات لازم برای تردد و حضور فرد معلول در فضاهای عمومی مثل اداره‌ها، پارک‌ها یا مراکز خرید است. برای مثال فقدان آسانسور در برخی از اداره‌های چند طبقه و یا آسانسور مخصوص معلولین وضعیتی است که «مانع از حضور» فرد معلول برای انجام امور اداری و آموزشی و حتی «حضور در کلاس و امتحانات در کنار سایر دانش‌آموزان» می‌شود. یا در سطح شهر فقدان پارکینگ‌های اختصاصی معلولین باعث بروز مشکلات حضور آنها با خودرو شخصی می‌شود. جالب اینکه «بسیاری از همشهریان هنوز امکان وجود چنین امکاناتی را در فضای شهری برای معلولین «متصور» نمی‌شوند؛ اما افراد شرکت‌کننده در مباحث، به تحولات تدریجی در سال‌های اخیر در تأمین امکانات اشاره کردند.

پیامدهایی که مسائل مذکور برای زنان به دنبال داشته بدین شرح است: گردآمدن آنها در یک مکان در شکل یک سازمان غیردولتی شاید اولین پیامد ملموس آن باشد، اما پیامد دوم و مهم‌تر آن، که تابعی از اولی و چشم‌گیرتر از آن است، خودتقویتی جمعی است.

۴-۵- خودتقویتی جمعی

مفهوم خودتقویتی جمعی از جمله مفاهیم بنیادینی است که از جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز با زنان معلول برآمده است. از مباحث برآمده در جلسه

این نکته به ذهن متبادر می‌شود که زنان معلول برای انطباق با اوضاع پیش روی خود سعی کرده‌اند با «گردآمدن پیرامون یکدیگر» از خلوت تنهایی بیرون آمده با «هم‌نوع و هم‌وضعیت» خود راحت‌ترین تعاملات زندگی‌شان را برقرار کنند و در کنار هم‌همی اینها توانایی‌های هم‌نوعانشان را دیده و به «کنکاش در درون خود» پردازند تا وی نیز توانایی‌هایش را تجسم بخشد. به همین منظور حضور در جمع دوستان معلول برایشان یک امر ضروری شده است. ایشان در این تجمع‌های دوستانه کمبودی در خود حس نمی‌کنند، چرا که خود را در میان هم‌نوعانشان می‌بینند. آنچه در میان مشارکت‌کنندگان مشاهده می‌شود بروز توانایی‌هایی در میان هر یک از آنها بود. از زمان راه‌یابی به جمع معلولان، توانایی‌هایی که قبلاً شاید در خود کشف نکرده بودند، تقویت شد. حضور در کنار یکدیگر در یک نهاد اجتماعی بیرون از خانواده موجبات تقویت مداوم روحیه‌ی جمعی و فردی در میان آنها را فراهم کرده است، به طوری که شمار زیادی از آنها توانسته‌اند در فرایند حضور و ماندگار در این مجامع، هر یک ابعادی از توانایی‌های مهارتی را در خود پرورش دهند؛ برای مثال در میان آنها افراد نویسنده، بازیگر تئاتر، خیاط و نقاش مشاهده می‌شود. شاید بخشی از این خودتقویتی نتیجه‌ی ناخواسته یا خواسته‌ی تعاملات اجتماعی آنان با سایر افراد جامعه باشد که به تفصیل از آنها سخن گفته شد.

۵-۵- مقاومت فعال

از کل مباحث انجام شده در جلسه‌ی بحث گروه مرکز یک مفهوم همواره در حال تبادل ناخواسته بود و آن زندگی توأم با نوعی مقاومت و فعالیت بود. مقاومت فعال برای زن معلول از زمانی بیشتر آغاز می‌شود که وی از گوشه‌ی تنهایی خانه بیرون آمده و وارد اجتماع و زندگی روزانه در شهر می‌شود. حضور در فضای عمومی غیر از منزل و افراد خانواده، ذاتاً مستلزم نوعی مقاومت در برابر فشارهای هنجاری و ارزشی است که زن معلول در خود احساس می‌کند و این را اصولاً در تعاملات خود با دیگران مشاهده می‌کند. این مقاومت در فرآیند تعاملات شکل می‌گیرد و بدون شک در خودسازی و شکل‌گیری تصور از خود در میان افراد معلول نقشی مهم دارد. در درون همین مقاومت، فرآیند فعالیت نیز شکل می‌گیرد. «فعالیت برای ماندگاری در جمع» و تداوم تعاملات اجتماعی؛ فعالیت برای «اثبات توانایی‌ها در حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی»؛ فعالیت برای «تغییر نگرش‌های متعارف نسبت به خود»؛ و فعالیت برای «تعریف مجدد خود به عنوان یک انسان». در این حوزه زنان معلول به فعالیت‌های خاصی اقدام کرده‌اند که به نمونه‌ی آنها در موارد متعددی قبلاً اشاره شد.

مسلم است که از زمان خروج از مرحله‌ی انزوا و ورود به مرحله‌ی تعاملات در حوزه‌ی عمومی جامعه، فرآیند مقاومت فعال آغاز می‌شود. فرآیند مذکور می‌تواند عرصه‌های کلامی و عملی را شامل شود. فرآیند مقاومت فعال در عین حال نوعی فرآیند مذاکره‌ی اجتماعی نیز است.

فرآیندی که در آن فرد معلول سعی در عادی‌سازی روابط دارد، تلاش بر عادی‌سازی وضعیت خود در مقابل دیگران دارد و به نوعی تلاشی است برای جایگزین کردن تعریفی جدید به جای تعریف متعارف ناتوان محور». تعریف مجدد معلول و زن معلول. بازتعریف اینکه یک انسان زن معلول می‌تواند یک انسان مادر هم باشد، قادر است یک انسان مولد هم باشد و حق بهره‌مندی از مزایای عاطفی و اجتماعی را نیز دارد. در تلاش برای این تعریف مجدد، بی‌گمان سازمان‌های دولتی و غیردولتی از طریق تنویر اذهان عمومی و نیز فراهم کردن امکانات نسبی برای معلولین، مؤثر بوده‌اند. یافته‌های حاصل از مباحث گروهی گویای این نکته بود که آنها از جامعه این انتظار را داشتند که اولاً رویکرد تعاملات ترحم‌آمیز را کنار بکنند و از سوی دیگر توهم ناتوانی معلولین را در بسیار از موقعیت‌ها از بین ببرند. مباحث گویای این نکته بود که آنها در تعاملاتشان در فضاهای عمومی شهر بیشتر خواهان رعایت حقوق خود به عنوان افراد معلول بودند و اینکه امکانات لازم برای زندگی در فضای عمومی شهر برایشان فراهم شود؛ به عبارتی دیگر «دیده شوند».

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مقاله شفاف‌سازی وضعیت بخشی از جمعیت کشور است که بالقوه و بالفعل در معرض نقایص، ناتوانی‌ها و ضعف‌های خاصی هستند که هر یک به نوعی می‌توانند زمینه‌ساز محرومیت‌ها و طردشدگی‌های متعددی باشند. محرومیتی که بخش زیادی از آن به تعاملات بین فردی و

گروهی افراد در جامعه و بخشی از آن به نیروهای فرافردی در ساختار اجتماعی و اقتصادی جامعه برمی‌گردد.

یافته‌های این مطالعه حاکی است که زنان معلول در روابط اجتماعی‌شان با سایر افراد جامعه، علی‌رغم اینکه در بسیاری موارد با مشکلات مضاعفی روبه‌رو هستند، اما در وهله‌ی اول توانسته‌اند به درکی واقع‌بینانه از خودشان دست بیابند. نحوه‌ی تعامل افراد با آنها از سر ترحم و یا از سر همکاری می‌تواند نتایج متفاوتی در بینش آنها نسبت به جامعه و انسان‌های سالم ایجاد کند. نتایج این مطالعه بیانگر این نکته است که حضور بیشتر زنان معلول در محیط‌های اجتماعی می‌تواند در شکستن هنجارهای ناخوشایند رفتاری با آنها نقش داشته باشد و امکان مشاهده‌ی آنها به عنوان انسانی همچون انسان‌های دیگر، اما با انواعی از تفاوت تأثیرگذار باشد. نکته‌ی مهم این است که آنها با حضورشان می‌توانند متفاوت بودن خودشان و داشتن حق حضور در بسیاری از عرصه‌ها را به انسان‌های سالم بقبولانند. ایشان با حضور بیشتر در جامعه توانسته‌اند از یک سو به نوعی تعریف مجدد از خودشان دست بزنند و از سوی دیگر به خودتقویتی جمعی اقدام کنند. در فرآیند مقاومت فعال توانسته‌اند توانمندی‌های خود را به دیگران اثبات کرده و در بسیاری از موارد توهم ناتوانی را نه تنها در زنان معلول بلکه در بسیاری از افراد و گروه‌های جامعه از بین ببرند.

نتایج این پژوهش کیفی در بسیاری از ابعاد همسو با نتایج مطالعه‌ی شریفیان ثانی و همکاران در مورد نیازها و مشکلات زنان معلول است.

همچنین مؤید یافته‌های مطالعه‌ی عابدی و همکاران درباره‌ی مشکلات نهادی است. این مطالعه می‌تواند در راستای مطالعه‌ی هم‌تیمی در مورد زنان معلول معتاد نیز باشد که در آن سطح محرومیت‌های مضاعف زنان معلول و امکان طردشدگی بیشتر آنها را در مطالعات مختلف به تصویر کشیده است، اما به لحاظ نظری این مطالعه تا حد زیادی با رویکرد نظری تعامل‌گرایی اجتماعی همخوانی دارد که در آن بر تعریف و بازتعریف افراد از خود و موقعیتشان در جریان تعاملات روزمره تأکید می‌کند. مطابق نظر وندل ضعف ناشی از معلولیت زنان مطالعه شده نیز مانع از تحقق یک نقش عادی برای فرد شده و آنها را با محدودیت‌هایی مواجه کرده است. چرا که تعریف دیگران از آنها با لحاظ کردن آن چیزی است که گافمن داغ بی‌اعتباری می‌نامد. یعنی «هویت اجتماعی بالفعل» آنها در تعریف تعاملات بسیار تأثیرگذار است. یافته‌های تحقیق، بر نظر وندل صحه می‌گذارد که در بسیاری از موارد علت‌های اولیه‌ی ناتوانی یک شخص معلول در انجام امور معین، ممکن است اجتماعی باشد؛ همچون دسترسی به فرصت‌ها. در انطباق با نظر گارلند، زنان وضعیت معلولیت جسمانی خودشان را در رویارویی با ایده‌آل‌های «طبیعی» یا «نرمال» از جسم و بدن به خوبی درک کرده و به روشنی با این تعریف ناطبیعی از بدن خود از سوی دیگران کنار آمده‌اند. آنچه در این مطالعه با رویکرد تعامل و بازتعریف هویت تطابق دارد، تلاش خود زنان در تعریف مجدد هویت خود به عنوان یک زن معلول است که در آن تلاش می‌کنند پیوندی دوباره میان خود و جامعه ایجاد کنند و این امر را

با حضور در جامعه میسر کرده‌اند. شاید بتوان بر این بنیان نظری بیشتر تأکید کرد که هویت‌های اجتماعی در ارتباط با یکدیگر تعریف می‌شوند و این تعریف و بازتعریف را می‌توان به خوبی در تعاملات اجتماعی زنان معلول این مطالعه هم مشاهده کرد.

یافته‌های حاصل از این مطالعه‌ی کیفی می‌تواند در ارتباط با برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و اقدامات مداخله‌ای و نیز پژوهش در آینده پیشنهادها و راه‌کارهایی در بر داشته باشد، توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی می‌تواند در ارتباط با زنان معلول و تعاملشان با جامعه موجب رفع محرومیت‌ها باشد؛ چرا که ممانعت از هم‌افزایی این نیروها و شرایط می‌تواند به افزایش آسیب‌پذیری آنها منجر شود. در نتیجه، به‌زعم نگارندگان علاوه بر برنامه‌ریزی برای ارائه‌ی خدمات اجتماعی و اقتصادی و توان‌بخشی بیشتر به زنان معلول، بایستی خط‌مشی‌های اقتصادی و اجتماعی منتهی به کاهش نابرابری‌های اجتماعی از طرف دولت نیز به رسمیت شناخته شده، حمایت و نهادینه شوند. از سوی دیگر، با توجه به وجود همیشگی معلولیت، ارتقاء سطح فرهنگ عمومی برای درک توانایی‌های بالقوه‌ی معلولان و بهره‌گیری از آنها لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

به لحاظ پژوهشی، پدیده‌ی جسمی - اجتماعی معلولیت به‌طور کلی و معلولیت زنان به‌طور اخص را می‌توان از ابعادی دیگر نیز مطالعه کرد که در پژوهش‌های آتی علاقه‌مندان به این حوزه می‌توانند به آنها بپردازند؛ برای مثال مطالعه‌ی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان معلول با رویکردهای متفاوت

کیفی همچون پدیدارشناسی؛ مطالعه‌ی تعاملات اجتماعی افراد معلول غیر جسمی - حرکتی همچون نابینایان و یا معلولین عقب‌مانده‌ی ذهنی در جامعه از طریق روش مشاهده؛ مطالعه‌ی نگرش مردم درباره‌ی افراد معلول و به‌ویژه زنان معلول و درک و تعریف آنها از این افراد؛ مطالعه‌ی روش‌های فرزندپروری زنان معلول و درک فرزندان زنان معلول از معلولیت مادر یا پدرشان و یا هر دو.

Archive of SID

منابع

- ◀ احمدی، وکیل و صمد بهشتی. «بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رفاهی سالمندان در ایران»، جمعیت، ش ۶۱ و ۶۲، (پاییز و زمستان ۱۳۸۶).
- ◀ پرتوی، لطیف. خاستگاه‌های، اجتماعی - جمعیتی احتمال وقوع سوانح و حوادث در ایران: مطالعه‌ی موردی جمعیت‌های مهاجر و غیرمهاجر، (رساله‌ی دوره‌ی دکتری جمعیت‌شناسی، به راهنمایی دکتر محمود قاضی طباطبایی، تهران، دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران، بخش جمعیت‌شناسی)، (۱۳۹۱).
- ◀ حسینی، سید حسن و فاطمه صفری. «معلولیت، فقر، طردشدگی اجتماعی»، رفاه اجتماعی، ش ۳۰ و ۳۱، (پاییز و زمستان ۱۳۸۷).
- ◀ خسروی، شراره و ژیلا عابد سعیدی. «گروه متمرکز، روشی در گردآوری اطلاعات»، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۳، ش ۶۸، (اسفندماه ۱۳۸۹).
- ◀ سفر سالم، ۱۳۹۳. «هشدار به رانندگان به زبان آمار»، بازبینی در <http://safaresalem.com/notes1> در ۱۳۹۳/۹/۱۵.
- ◀ شریفیان ثانی، مریم، حمیرا سجادی، فرشته طلوعی و انوشیروان کاظم نژاد. «دختران و زنان دچار معلولیت جسمی - حرکتی: نیازها و مشکلات»، توان‌بخشی، دوره ۷، ش ۲، (۱۳۸۵).
- ◀ شمس قهفرخی، مهری ۱۳۸۷. بررسی شیوع معلولیت به‌صورت ملی و استانی و رابطه‌ی آن با توسعه‌ی استان‌ها؛ طرح پژوهشی پژوهشکده آمار، تهران، مرکز آمار ایران.
- ◀ قاسم‌زاده رویا، محمد کمالی، مسعود فلاحی خشک‌ناب مسعود و سحر قنبری. «دسترسی به امکانات جامعه؛ بخشی از نیازهای احساس شده‌ی افراد دارای ناتوانی برای تحقق حقوق آنها»، رفاه اجتماعی، ۱۰ (۳۶)، (۱۳۸۹).
- ◀ گلستانی مهدی، خدیجه ربیعی، مهران مجتهدزاده و مهرانوش کوثریان. «دسترسی به خدمات شهری برای افراد استفاده‌کننده از صندلی چرخ‌دار در ساری»، رفاه اجتماعی، ۱۱ (۴۳)، (۱۳۹۰).

- ◀ عابدی، سارا، افتخارالسادات حاجی کاظمی، فرشته جهدی، فاطمه حسینی. «مراقبت‌های بهداشت باروری دریافت شده طی دوران معلولیت در زنان معلول جسمی حرکتی»، نشریه پرستاری ایران، دوره ۱۷، ش ۳۹، (۱۳۸۳).
- ◀ ریتزر، جورج ۱۳۹۲. نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه‌ی محسن ثلاثی، تهران، علمی.
- ◀ قائد رحمتی، صفر و مهدی دهباشی. «رابطه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی با وضعیت معلولیت در استان‌های کشور»، رفاه اجتماعی، ۱۳ (۵۰)، (۱۳۹۲).
- ◀ گافمن، اروین ۱۳۸۶. داغ‌تنگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده، ترجمه‌ی مسعود کیانپور، تهران، مرکز.
- ◀ لوکاس، دیوید و پاول میر ۱۳۸۱. درآمدی بر مطالعات جمعیتی، ترجمه‌ی حسین محمودیان، تهران، دانشگاه تهران.
- ◀ محمدپور، احمد ۱۳۹۲. ضد روش: مراحل و رویه‌های عملی در روش‌شناسی کیفی، تهران، جامعه‌شناسان.
- ◀ مرکز آمار ایران (۱۳۹۴). نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰، بازبینی در www.amar.ir ۱۳۹۴/۶/۱۵
- ◀ میرزایی، محمد و مهری شمس قهفرخی. «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت خود ادراک سالمندان در ایران»، سالنامه، سال ۳، ش ۸، (تابستان ۱۳۸۸).
- ◀ معینی، رضا. «نگرشی به آمار معلولان»، بررسی‌های آمار رسمی ایران، ش ۲۸، (بهار ۱۳۶۹).
- ◀ همتی، فریده. «زنان معلول معتاد»، توانبخشی، دوره ۲، ش ۲-۱، (۱۳۸۰).
- Brooks W.T. & M. Redin. "Occupational Aspiration, Rural to Urban Migration, and Intersectionality: A Comparison of White, Black, and Hispanic Male and Female Group Chances for Leaving Rural Counties", *Southern Rural Sociology* 24 (1). (2009).
- Dubrow, J. "How Can We Account for Intersectionality In quantita-

tive Analysis of Survey Data?" *ASK: Society, Research, and Methods* 17, (2008).

➤ Fine, Michelle, and Adrienne Asch, eds. 1988. *Women with Disabilities: Essays in Psychology, Culture and Politics*, Philadelphia: Temple University Press.

➤ Garland Thomson, Rosemarie. "Integrating Disability, Transforming Feminist Theory", *NWSA Journal*, Vol. 14, No. 3, *Feminist Disability Studies* (autumn, 2002), (2005).

➤ Garland T. R. "Feminist Disability Studies", *Signs*, Vol. 30, No. 2 (Winter 2005), the University of Chicago Press.

➤ Lynch, Scott M., J. Scott Brown, & Miles G. Taylor. 2009. "The Demography of Disability." in Peter Uhlenberg (ed.). *International Handbook of Population Aging*. (Springer-Verlag).

➤ Mens-Verhulst, J. V. & L. Radtke 2008. *Intersectionality and Mental Health: A Case Study*, IST-traveling.

➤ Phoenix, A. & P. Pattynama. "Intersectionality", *European Journal of Women's Studies* 13, (2006).

➤ Shields, S.A. "Gender: An Intersectionality Perspective", *Sex Roles* 59: (2008).

➤ Tremain, Shelley. "Introducing Feminist Philosophy of Disability, Disability", *Studies Quarterly*, Vol 33, No 4, (2013).

➤ Turner, Jonathan H. (1998) *The structure of Sociological Theory*, Wadsworth Publishing Company, New York.

➤ Walby, S. "Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities", *Philosophy of the Social Sciences* 37: (2007).

- Warner, D.F. and T. H. Brown. "Understanding How Race/Ethnicity and Gender Define Age-Trajectories of Disability: An Intersectionality Approach", *Social Sciences & Medicine*, 72, (2011).
- Weber, L. & D. Parra-Medina . "Intersectionality and Women's Health", *Gender Perspectives on Health and Medicine*, 7(2003).
- Wendell, Susan. "Toward a Feminist Theory of Disability", *Feminist Ethics & Medicine*, Vol. 4, No. 2, (summer, 1989), Published by: Hypatia, Inc.
- World Health Organization 2008, International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.

Archive of SID