

فرا ترکیب مطالعات ناتوانی در زمینه الگوی زندگی اجتماعی افراد دچار ناتوانی

مقدمه: با وجود پیشرفت علم پزشکی، هنوز ناتوانی کاهش چشم‌گیری نداشته است. به‌طوری‌که امروزه اندیشمندان اجتماعی ناتوانی را به‌عنوان یک مسئله جهانی مطرح کرده‌اند. الگوی زندگی اجتماعی نرمال/ سالم افراد دارای ناتوانی یکی از مسائل بسیار پیچیده و چندبعدی در حیطه مطالعات ناتوانی است که توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده و با انفجار تولیدات علمی روبه‌رو شده است؛ به‌گونه‌ای که تسلط بر تمام ابعاد مسئله تا حدودی امکان‌ناپذیر شده است. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر سنخ‌شناسی از الگوهای زندگی نرمال/ سالم افراد دارای ناتوانی و علل آن بر اساس مطالعات و پژوهشهای خارجی انجام‌شده در این زمینه است.

روش: این پژوهش با استفاده از پارادایم تفسیری، رویکرد استقرایی و روش فرا ترکیب اجرا شده است. مشارکت‌کنندگان شامل تمام پژوهشهای انگلیسی‌زبان منتشرشده مرتبط با ابعاد زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی در بازه زمانی ۲۰۲۱-۲۰۰۰ بوده است که بر اساس ملاک و معیار پژوهش ۷۵ مقاله کیفی انتخاب و با کدگذاری مجدد مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها سه نوع الگوی زندگی مستقل (استقلال نسبی)، الگوی زندگی حمایتی و الگوی زندگی کتتری/ حفاظتی استخراج شد؛ الگوهای زندگی ارزش بعد شامل تعامل اجتماعی، مشارکت، تغذیه مناسب، سلامت روحی و روانی، فعالیت بدنی و تفریح و اوقات فراغت تشکیل شده است. همچنین در بخش علل و زمینه‌ها، ۱۴ مقوله استخراج شد که در شش دسته کلی تقسیم شدند: عوامل اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و سازمانی/ مدیریتی، قانونی، بهداشت و درمان، فناوری هوشمند و عوامل روانی.

بحث: زندگی اجتماعی نرمال افراد دارای ناتوانی به نگرش جامعه و سیاستهای اجتماعی که خود از شرایط تاریخی-اجتماعی جامعه اقتباس می‌شود، بستگی دارد. در چنین شرایطی لازم است با رویکردی تعاملی، زمینه‌های ساختاری و فرهنگی زندگی سالم/ نرمال افراد دارای ناتوانی فراهم شود.

۱- بهروز بهروزیان

دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی
بررسی مسائل اجتماعی ایران، گروه
علوم اجتماعی، دانشکده علوم
انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان،
ایران.

۲- محمد گنجی

دکتر علوم اجتماعی، گروه علوم
اجتماعی، دانشکده علوم انسانی،
دانشگاه کاشان، کاشان، ایران
(نویسنده مسئول)

< m.ganji@kashanu.ac.ir >

۳- نرگس نیکخواه قمصری

دکتر علوم اجتماعی، گروه علوم
اجتماعی، دانشکده علوم انسانی،
دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

واژه‌های کلیدی:

الگوی زندگی، زندگی خوب/
نرمال، فرا ترکیب، معلولیت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۱



A Meta Synthesis of Disability Studies and the Pattern Governing the Social Life of People with Disabilities

► 1- Behrooz Behrooziyani

Ph.D. Student in Sociology of Social Issues, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran.

► 2- Mohammad Ganji

Ph.D in Social Sciences, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran. (Corresponding Author)
<m.ganji@kashanu.ac.ir>

► 3- Narges Nikkhah Ghamsari

Ph.D in Social Sciences, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran.

Keywords:

Life pattern, good/ normal life, Meta Synthesis, Disability

Received: 2021/09/01

Accepted: 2022/07/23

Introduction: The normal / healthy lifestyle of people with disabilities is one of the most complex and multidimensional issues in the field of disability studies that has attracted the attention of researchers and has faced an explosion of scientific products in such a way that mastering all aspects of the problem is somewhat impossible. Therefore, the aim of this study is to typify the normal / healthy life patterns of people with disabilities and its causes based on foreign studies and research conducted in this field.

Methods: This research has been carried out using interpretive paradigm, inductive approach and meta-combined method. The statistical population of all foreign research in English in the field of dimensions of social life, which was conducted in the period 2021-2000 and based on the criteria of the research, seventy-five qualitative articles were selected and re-coded were analyzed.

Findings: Based on the findings, three types of independent life pattern (relative independence), supportive life pattern and control / protection life pattern were extracted; Life patterns consist of six dimensions: social interaction, participation, proper nutrition, mental health, physical activity and recreation, and leisure. Also, fourteen categories were extracted in the causes and contexts section, which were divided into six general categories, which are: socio-cultural, economic and managerial factors, legal, health, intelligent technology and psychological factors.

Discussion: The normal social life of people with disabilities depends on the attitude of society and social policies that are adapted from the socio-historical conditions of society. In such situations, it is necessary to provide a structural / cultural context for a healthy / normal life of people with disabilities through an interactive approach.

Citation: Behrooziyani B, Ganji M, Nikkhah qamsari N. (2023). A Meta Synthesis of disability studies and the pattern governing the social life of people with disabilities. refahj. 23(88), 105-148.

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3961-fa.html>



Extended Abstract

Introduction: Despite advances in disability studies, there are significant gaps in our knowledge and understanding of disability and normal / healthy living. This is quite evident in numerous studies conducted around the world. So further studies in the field of disability and a normal healthy life can help fill the knowledge gap and can also help support social policy change. In other words, studies of disability and progress in disability social policy depend on empirical research and valid normative reasoning, not on slogans, claims, or anecdotes; Therefore, in order for the results of social and political activities to improve the lives and living conditions of people with disabilities, valid empirical studies and research in the field of disability / disability should be conducted or previous studies should be reviewed. Undoubtedly, the study of scientific trends requires the recognition of existing models and the provision of appropriate solutions with the integration and analysis of conventional knowledge. In other words, Studies in the field of life and social activity of people with disabilities have grown significantly in recent decades around the world; In such a way that with the explosion of information in this field and the up-to-date information in this field, it is not possible to master all aspects of the problem (normal / healthy life). Therefore, combined research that presents the extract of studies and research in this field to researchers in a systematic and scientific manner, seems necessary and inevitable. The present study aims to systematically analyze disability and dimensions related to social life. Therefore, this study seeks to understand the indicators and components involved in the phenomenon of normal / healthy life of people with disabilities in foreign studies and backgrounds by using meta-combination.

Methods: This study seeks to understand the indicators and components involved in the phenomenon of healthy living of people with disabilities in foreign studies and backgrounds by using meta-combination. At this stage, researchers have explored previous research in the field of social life of people with disabilities in the world (English language studies) and in this way, the seven-step method of Sandlowski and Barroso (2007) has been used. Various parameters such as what, when, and how the method is used to set the research question. In this study, the following questions were examined: 1- Typology of social life patterns of people with disabilities;

2- Identifying the main dimensions of social life patterns of people with disabilities;
3- Causes and contexts of social life patterns of people with disabilities; Now, to answer the questions raised in the first phase of the meta-combination, researchers use keywords such as disability and lifestyle, health-oriented lifestyle, normal/ good or healthy life, daily life, social interactions, social welfare, health, etc. From 2000 to 2021, a search was made, and 322 foreign articles were finally found. were initially reviewed and finally 75 researches were selected. Of these studies, only 3 studies (equal to 4%) have been published as dissertations / dissertations and the rest (72 cases equal to 96%) have been published in the form of articles; The focus of this research is on European and other modern societies around the world

Findings: The pattern of social life is not the same for people with disabilities and varies according to the culture of the communities and the type of disability. In general, three types of social life patterns of people with disabilities are presented: Type 1: Independent life pattern (relative independence) Others are not. Type 2: Supportive living pattern: In this pattern, people with disabilities need to be supported by the community and others in order to be able to be present in society. And the third type is the protective / controlling life model, in which the disabled person is dependent on others and needs the care of others (family and acquaintances) and the full support of the welfare system to maintain and protect them from harm and training to achieve They have the minimum of life. Normal / healthy living is different among people with disabilities from other members of society and this lifestyle is classified into six dimensions of social interaction, participation in society, mental health, nutrition, physical activity and health and leisure. Question 3: By reviewing the findings of previous researches several times, the background and context of the formation of lifestyles of people with disabilities were examined. Interpretation and integration of studies into six main factors, including socio-cultural, economic-managerial, political and legal factors, health, technology and individual and psychological factors, which are briefly described below.

Discussion: First of all, it must be acknowledged that measuring disability is one of the most enduring challenges in understanding the impact of social environment on disability among individuals in society; That is, the disability of individuals

in different societies influenced by the attitude of society, facilities and resources available, supportive policies and... Increases or decreases. However, these studies show that people with the disorder are on the rise more dramatically than in the past, and that future generations are more likely to suffer from illness or accident, which will eventually lead to disability. Therefore, effective mechanisms to reduce the effects of disability on the social life of these people need to be identified and implemented. In general, it can be acknowledged that the causes of many problems related to life, health and lifestyle are socio-structural factors that may be beyond the control of the disabled person and even family members. Therefore, it can be said that the healthy social life of people with disabilities depends on the attitude of society and social policies that are adapted from the socio-historical conditions of society. Hence, rethinking and rethinking disability is inevitable. The view of many societies today is focused on the healthy person and not the disabled, in such circumstances the disabled person is not considered as a citizen but as a socio-economic expense and is considered a third-class citizen, in such circumstances it is necessary to take an interactive approach. The ground for structural rethinking of disability is provided, that is, people with disabilities will not have a place in the social sphere unless they are legally and structurally supported. Therefore, with the structural rethinking of Ramineh, interaction with disabled and healthy people in the field and field of action should be provided.

Ethical Considerations

Authors' contributions

The authors contributed effectively to this article.

Funding

This article does not receive any financial support for its publication by any entity or organization.

Conflicts of interest:

In the present study, the authors showed no conflict of interest.

Acknowledgments:

In this article, in addition to observing the principles of professional conduct, all rights related to the sources cited are respected and the references are carefully cited

مقدمه

در دوره‌های مختلف تاریخی و فرهنگی، افراد با جسم و روان ناتوان از همتایان سلطه‌طلب و غیرمعلول، جدا شده‌اند و تحت الگوهایی از مقررات اجتماعی و اخلاقی قرار گرفته‌اند که ارزش اجتماعی و انسانی آنها را بی‌اعتبار کرده است (هیوز،^۱ ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، جامعه افراد دارای ناتوانی را به عنوان بیمار جسمی و افراد بدون ناتوانی را معیار سلامتی، صحت و وقار اجتماعی^۲ قرار داده است که بین دو گروه هیچ وجه اشتراک و سختی وجود ندارد. به گونه‌ای که می‌توان گفت ناتوانی نوعی جنگ دائمی است، یک جنگ غیر مدنی که بدن پاک و مناسب افراد غیر دچار ناتوانی با بدن ناقص افراد دچار ناتوانی به نبرد می‌پردازد. این تقابلهای دوگانه بین طبیعی و غیرطبیعی یا سالم و دچار ناتوانی در طول زمان از گروههای مسلط و تابع پیروی می‌کند (بویز استونز،^۳ ۲۰۰۷). اولی از بازنماییهای مثبت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند و دومی از معادلهای منفی ناشی از «مغالطه طبیعی» که در بطن جامعه نهفته است. این دیدگاه به انسان، باعث شده است که سؤال زندگی نرمال/ سالم^۴ چیست؟ در بین افراد دچار ناتوانی با چالش اساسی روبه‌رو شود و فرد دارای ناتوانی زندگی نرمال و هویت توانمند را در «جسمی تمیز و مناسب» جست‌وجو کند (شکسپیر،^۵ ۲۰۱۵)؛ این امر وقار و اختیار را از افراد دچار ناتوانی می‌گیرد و آسیب‌ناپذیری و سلطه افراد غیر دچار ناتوانی توسط جامعه تأیید و تثبیت می‌شود.

باتلر^۶ (۲۰۰۴)، به درستی اشاره کرد که «خشونت هنجاری»^۷ علیه جسم و بدن افراد در نظامهای اجتماعی‌ای رخ می‌دهد که ظاهر (بدن) با قواعد اجتماعی موجود قابل درک نیست و این نظام هنجاری، فرد یا افرادی که از جسم ناتوان و ناقصی برخوردارند را از حیطه انسانیت خارج می‌کند. در چنین شرایطی افراد دارای ناتوانی در میدانهای اجتماعی (به‌ویژه

1. Hughes

2. Social Dignity

3. Boys-Stones

4. Healthy life

5. Shakespeare

6. Butler

7. Normative Violence

شهرهای بزرگ)، زندگی خود را در فقر مطلق سپری می‌کنند. یک زندگی خارج از جامعه، خالی از حقوق که در آن فرد از نظر فیزیکی و جسمی وجود دارد اما نه از نظر اجتماعی و سیاسی، نه به اندازه یک فرد خودمختار، بلکه به اندازه کمی بیش‌تر از یک جسم زنده؛ یعنی، فرد دچار ناتوانی فردی بیگانه، غریبه یا «استثنا» تلقی می‌شود و باید در گوشه و کنار جامعه پنهان شود تا زمانی که ملاک حضور فرد «فرا تر از قلمرو جسمی» باشد که بتواند موجودیت اجتماعی خود را به گونه‌ای متفاوت نمایش دهد (فرهادر و میکوشا، ۲۰۱۲). شواهد زیادی هم در مورد شرایط نامناسب و آسیب‌های اجتماعی علیه افراد دچار ناتوانی که بسیار بالاتر از حد معمول است وجود دارد. به عنوان مثال تنهایی و انزوا (آن^۲ و دیگران، ۲۰۱۸)، انگ، طرد و حاشیه‌نشینی (محبوب انور^۳ و دیگران، ۲۰۱۹)، سوءاستفاده جنسی، قلدری و آزار و اذیت (کریستنسن^۴ و دیگران، ۲۰۱۲)؛ از جمله بی‌توجهی عمیق به افراد دارای دچار ناتوانی است به گونه‌ای تهدیدکننده زندگی آنها در ابعاد مختلف است.

انبوه معضلات این‌چنینی که به برخی از آنها اشاره شد، فضای هنجاری جامعه را نشان می‌دهد که ناتوانی به عنوان یک معضل اجتماعی توسط «متن»، به صورت منفی به تصویر کشیده شده است که از نظر اکولوژیکی به عنوان «اختلاف نامطلوب» تعبیر می‌شود. این امر به عنوان فرهنگ مسلط در اکثر جوامع پذیرفته شده و در اذهان عامه مردم درونی شده است (بورديو، ۲۰۰۱). این درک اجتماعی نادرست از ناتوانی در فرهنگ‌های بصری نهفته است. از این رو، افراد دارای ناتوانی، به زندگی مبتنی بر پذیرش رنج‌آورترین اضطراب‌ها روی آورده‌اند که باعث ایجاد احساس شکنندگی و شکنندگی انسانی می‌شود که فرد به شدت برای جلوگیری از آن در حال تلاش است. باین حال، به نظر می‌رسد یکی از چالش‌های فرد دارای ناتوانی این است که در جامعه چگونه باید زندگی کند.

1. Frohmader and Meekosha
4. Kristansen

2. An
5. Bourdieu

3. Mehbub Anwar

پس می‌توان گفت مسئله اصلی افراد دچار ناتوانی در گذر زمان یافتن راههای برای تعریف خود و چگونگی زیستن به‌غیر از خشونت‌ی که در زندگی آنها دیده شده و وجود آنها را نقض کرده و آنها را متفاوت و فرومایه نشان داده است، است. از این‌رو، زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی نهفته در شرایط ساختاری و اجتماعی است که برای حضور فعال و مستمر در میدانهای اجتماعی، به طرح جامع سیاست‌گذارهای اجتماعی مدون و کاربردی بستگی دارد؛ اما این امر میسر نخواهد شد مگر آنکه سیر و روند سیاست‌گذاریها، مطالعات و پژوهشهای قبلی در این حوزه مشخص شود.

در چند دهه اخیر مطالعات و پژوهشهای زیادی در این حیطه و ابعاد مختلف و مرتبط با آن از جمله زندگی سالم/ نرمال (ژئو و دیگران، ۲۰۱۹؛ آن و دیگران، ۲۰۱۸؛ وایناس^۱، ۲۰۱۷)، تعامل اجتماعی (کایاما^۲ و دیگران، ۲۰۱۹)، فراگیری/ رفاه اجتماعی (کیم و ژئو^۳، ۲۰۲۰)، ابعاد سلامت (محبوب انور و دیگران، ۲۰۱۹؛ سینکلایر^۴ و دیگران، ۲۰۱۸) و ... انجام شده است اما با وجود پیشرفت در مطالعات مربوط به معلولیت، در دانش و درک ما از ناتوانی و زندگی اجتماعی نرمال/ سالم، شکافهای قابل توجهی وجود دارد (گروس^۵، ۲۰۱۸). این امر در مطالعات متعددی که در سراسر دنیا انجام شده، کاملاً مشهود است (کاسیبولت^۶، ۲۰۲۱؛ بولت^۷، ۲۰۱۹). پس پژوهشهای بیش‌تر یا تحلیل مطالعات پیشین در حوزه ناتوانی و زندگی اجتماعی می‌تواند به پرکردن شکاف و پشتیبانی از تدوین یا تغییر سیاستهای اجتماعی کمک کند. به عبارت دیگر، مطالعات ناتوانی و پیشرفت در سیاست اجتماعی ناتوانی به تحقیقات تجربی و استدلال هنجاری معتبر بستگی دارد، نه به شعارها، ادعاها یا حکایتها. مطالعه و پژوهش جامعه‌شناختی الگوی حاکم بر زندگی اجتماعی افراد دارای معلولیت، نیازمند بررسی همه منابع قبلی مربوط به ناتوانی و زندگی نرمال/ سالم و سیاست‌گذاریهای

1. Winance
4. Sinclair
7. Bolt

2. Kayama
5. Groce

3. Kim and Zhu
6. Casebolt

اجتماعی در سرتاسر جهان است؛ زیرا این منابع ما را در جهت شناسایی اطلاعات و دیدگاههای موجود پیرامون تحلیل جامعه‌شناختی الگوی زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی به عنوان پیشینه مطالعاتی در فرآیند استقرایی علم، هدایت می‌کنند. از این رو، سعی این پژوهش بر آن است تا الگوی حاکم بر زندگی اجتماعی (سالم/ نرمال) افراد دچار ناتوانی در مطالعات خارجی (انگلیسی‌زبان) را شناسایی کند. از این رو برای آن که نتایج حاصل از فعالیت اجتماعی و سیاسی منجر به بهبود زندگی و شرایط زندگی افراد دچار ناتوانی شود باید مطالعات و پژوهشهای تجربی معتبر در این زمینه انجام و یا مطالعات قبلی بازنگری شوند. بنابراین این پژوهش با به‌کارگیری فرا ترکیب در پی فهم شاخصها و اجزای دخیل در پدیده زندگی نرمال/ سالم افراد دارای ناتوانی در مطالعات و پیشینه‌های انگلیسی‌زبان است.

مبانی نظری

افراد دارای ناتوانی به دلیل دسترسی محدود به خدمات مناسب فرهنگی، نگرشهای ظالمانه جامعه و در نتیجه مشارکت حاشیه‌ای در جامعه به چالش کشیده شده‌اند. از این رو، رویارویی با موضوعات اجتماعی مختلف برای افراد دارای ناتوانی دشوار است (اندرسون و کیتچین،^۱ ۲۰۰۰). از آنجایی که برخی از نظریه‌های مهم جامعه‌شناسی به مسائلی مانند حاشیه‌نشینی گروههای اقلیت و سکسوالیته و ناتوانی و ... پرداخته‌اند؛ بنابراین، می‌توان از نظریه‌های موجود در جامعه‌شناسی برای کشف ناتوانی در متن رفتار انسان و محیط اجتماعی استفاده کرد. هدف از این بررسی شناسایی مفاهیم مورد نیاز برای ایجاد نظریه یکپارچه، ارتقا همکاری میان رشته‌ای و برنامه‌ها و سیاستهای مؤثر است. در این بخش مدل و دیدگاههای مهم در این حیطه مورد بررسی قرار گرفته است.

1. Anderson and Kitchin

رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی

نظریه ساخت‌گرایی اجتماعی^۱ در اوایل دهه ۱۹۷۰، زمانی که اتحادیه آسیب‌دیدگان جسمی انگلیس علیه تبعیض نژادی اصطلاح الگوی اجتماعی را در سال ۱۹۷۶ ابداع کرد (بارنز^۲، ۲۰۰۳). آشکارتر با زمینه ناتوانی مرتبط شد، نظریه ساخت‌گرایی اجتماعی معلولیت، ریشه در این ایده دارد که گروه‌های غالب قوانینی را تعیین می‌کنند که مبنا و معیار الگوهای زندگی نرمال/ سالم و انحراف از آنها هستند (ترگاسکیس^۳، ۲۰۰۲). بر مبنای این رویکرد نظری ناتوانی به‌عنوان یکی از اشکال انحراف اجتماعی تعریف‌شده تلقی می‌شود. یعنی، ساختارهای محیطی، عامل نادیده شدن یا حذف برخی افراد خاص است؛ بنابراین، مشکل نه از طریق فرد بلکه از طریق تعریف و قالب‌بندی ناتوانی و انحراف از آن به عهده جامعه است (مایز^۴، ۲۰۰۶). اگرچه نظریه‌های ساخت‌گرایی اجتماعی، مانند مدل اجتماعی، به تعیین تجربه ناتوانی در متن محیط اجتماعی و نه فردی کمک می‌کند؛ اما یکی از عمده‌ترین محدودیتهای این رویکردهای اجتماعی، تمرکز بر بی‌عدالیهای جمعی جدا از بدن است، به‌طوری‌که چگونگی ارتباط افراد دارای ناتوانی با بدن خود را نادیده می‌گیرند. این در حالی است که چگونگی رابطه با بدنشان بر تجربه و فهم ستم به آنها تأثیر می‌گذارد.

رویکرد فمینیستی و جنسیتی معلولیت

نظریه‌های فمینیستی و جنسیتی ناتوانی در مورد موضوعات زیر بحث می‌کنند: (۱) تقاطع‌های جنسیت، نژاد، قومیت، سکسوالیته^۵، توانایی/ ناتوانی؛ (۲) مرد به‌عنوان نماینده هنجار اجتماعی، قدرتی فراجنسیتی دارد؛ یعنی، جامعه به مردان قدرت بیشتری از زنان می‌دهد و (۳) راه‌هایی که ناتوانی باعث می‌شود تا مفاهیم غالب و کلیشه‌ای عملکرد جنسیتی^۶ را به چالش بکشد. طبق نظریه فمینیسم، از آنجاکه همه افراد از نظر ویژگیهای مردانه مانند

1. social construction theory
4. Mays

2. Barnes
5. Sexuality

3. Tregaskis
6. Gender performances

استقلال، توانایی و قدرت تعریف می‌شوند، زنان به حاشیه رانده می‌شوند و به‌عنوان منحرف، ضعیف و وابسته تعریف شوند. از این منظر، ازکارافتادگی و ناتوانی را می‌توان به‌عنوان یک ویژگی زنانه در نظر گرفت (کلر،^۱ ۲۰۰۱)؛ آنها این حاشیه‌سازی را به تأثیر سلطه‌طلبانه و برتری سفید، مردسالاری و سرمایه‌داری بر دید جامعه نسبت به بدن افراد دارای ناتوانی پیوند می‌دهند. به بیانی دیگر، جنس دوم یا دگرجنس‌گرایی زنان در یک جامعه مردسالار را می‌توان با نبردی که بین افراد دچار ناتوانی در یک جامعه «توانا و سالم‌محوری» ایجاد شده مقایسه کرد. هر دو وضعیت منعکس‌کننده اختلاف قدرت نابرابر است. نظریه‌های فمینیستی و جنسیتی فرض‌های اجتماعی مربوط به جنسیت و سکسوالیته را مانند «عملکردهای جنسیتی» مناسب که با پذیرش یا رد اجتماعی مطابقت دارد را برجسته می‌کنند. عدم توانایی افراد دچار ناتوانی به‌ویژه زن دچار ناتوانی در بروز مفاهیم غالب زنانه، منجر به چندین فرض مشکل‌ساز در مورد هویت و تواناییهای آنها شده است. زنان ناتوان جسمی که به‌عنوان موجودات غیرجنسی مورد تحریک قرار می‌گیرند، سؤالات و نیازهای خود را در مورد لذت جنسی، زایمان و تصویر بدن اغلب توسط پزشکان و مراقبان مراقبت شخصی نادیده می‌گیرند. این انگ‌ها پیامدهای مخربی برای سلامت جنسی و رفاه زنان دچار ناتوانی دارد.

نظریه کوثر

نظریه کوثر،^۲ نگاه کنونی به ناتوانی را با توجه به وضعیت ناهمگن و جسمی بودن یک‌جانبه از انسان را به چالش می‌کشد. نظریه کوثر را می‌توان در مطالعات ناتوانی نیز برای آگاهی و تقویت یکدیگر به کار برد. اول اینکه هم افراد کوثر و هم افراد دچار ناتوانی به‌عنوان اقلیتهای جامعه مورد ستم قرار می‌گیرند (مکرویر،^۳ ۲۰۰۳). به همین ترتیب، حرکت تدریجی آن به سمت پذیرش نیز

1. Clare

2. Queer Theory

3. McRuer

می‌تواند برای به چالش کشیدن جسم به‌عنوان یک‌نهاد ظالمانه مورد استفاده قرار گیرد. دوم، هر دو تئوری کوثر و مطالعات ناتوانی، طبیعی بودن مفروض جسم (بدن) و دگر جنس‌گرایی را به چالش می‌کشند. به تعبیر دیگر، ناتوانی (با انحراف، انحراف و تراژدی همراه است) می‌تواند مرزهای دگر جنس‌گرایی را تهدید کند و بالعکس؛ مضمون دیگری که در تئوری کوثر نهفته است این ایده است که جسم سالم و توانا و دگر جنس‌گرایی یک هویت بدون علامت‌اند، زیرا به آنها به‌عنوان یک امر طبیعی، نامرئی و بدون نام نگاه شده است (کافر،^۱ ۲۰۰۳). از این رو، افراد دچار ناتوانی همانند دیگر اقلیتهای جامعه باید با کلیشه‌ها و فرهنگهای غالب مبارزه جمعی داشته باشند.

نظریه مقاومت

نظریه مقاومت^۲ (گابل و پیترز،^۳ ۲۰۰۴) شامل استفاده از روایت فردی (تجارب غیرتخصصی معلولیت) و اشکال متعدد مقاومت و کنش اجتماعی را در بر می‌گیرد. مطابق این رویکرد بررسی مشکلات و معضلات اجتماعی باید شامل مفاهیمی باشد که واقعیتهای روزمره افراد دچار ناتوانی را به تصویر بکشد و زندگی روزمره افراد دچار ناتوانی را به منصفه ظهور برساند (گابل و پیترز، ۲۰۰۴).

برای درک رفتار انسان و محیط اجتماعی به‌راحتی نمی‌توان از تقابل و تجربیات فردی و جامعه چشم‌پوشی کرد، این رویکرد با تمایز قائل شدن بین «نحوه به نظر رسیدن جهان (در نگاه فرد معلول)» و «وضعیت فعلی جهان» سعی می‌کند که چالشهای این گروه اقلیت به‌درستی شناسایی شوند. به بیانی دیگر، بررسی همه اشکال تجربیات (هم در گروههای غالب و هم تجارب افراد دارای ناتوانی (مغلوب)) دید بهتر و کامل‌تری را در اختیار ما می‌گذارد. پس مبارزه جهانی علیه ظلم به درک چندگانه مقاومت نیاز دارد. طبق این رویکرد

1. Kafer

2. Resistance Theory

3. Gabel & Peters

یک نوع مقاومت استفاده از تصاویر جایگزین در رسانه‌ها است. برنامه‌های جدید رسانه‌ای، دیدگاه غالب مردم در مورد دچار ناتوانی به‌ویژه زنان را به چالش بکشد به‌گونه‌ای که کلیشه‌های مانند فردی بی‌هدف، خطرناک، کودکانه، منحرف و ذاتاً آسیب‌دیده در مورد افراد دچار ناتوانی در فضاهاى اجتماعى مشاهده نشود.

رویکرد واقع‌گرایانه انتقادی

شکسپیر (۲۰۱۵)، معتقد است که پژوهش و مطالعات قبلی ناتوانی بیش‌ازحد ساده‌گرایانه بوده است. وی تأکید می‌کند که درست است پژوهش می‌تواند از فرد یا جامعه (از پایین و بالا) شروع شود؛ اما در مطالعات ناتوانی این رویکرد صدق نمی‌کند و در این حوزه باید از پایین و از درک تجربیات افراد دچار ناتوانی و دیدگاه‌های متفاوت آنان متمرکز شد که شامل سؤالاتی از این قبیل است: ۱- اختلال خاص چگونه است و چگونه با عوامل محیطی ارتباط برقرار می‌کند، ۲- افراد با نقص مختلف در مورد زندگی خود چگونه فکر می‌کنند و بیان می‌کنند و ۳- ناتوانی چه تأثیری در زندگی خانوادگی، عزت‌نفس، مشارکت و غیره دارد. در مرحله بعد، مطالعات ناتوانی باید پاسخ‌های جامعه را در برابر چالش‌های اساسی و جهان‌شمول (ارزش و نگرشها) افراد دچار ناتوانی را بررسی کند (شکسپیر، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، دچار ناتوانی بودن در یک جامعه خاص به چه معناست؟ به‌زعم شکسپیر، در بررسی واقع‌گرایانه انتقادی^۱ ناتوانی اولویت تمرکز بر عوامل محیطی است که افراد دچار ناتوانی را فعال یا منفعل می‌کنند. این امر می‌تواند شامل موارد پزشکی، روان‌شناختی، آموزشی، اجتماعی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی و همچنین کاوش در بازنمایی‌ها و گفتمان‌های فرهنگی شود. برای به چالش کشیدن مفروضات اجتماعی و رفتارهای هنجاری در قالب تعاریف متناسب از نابرابری و سکسوالیته، نظریه‌های تلفیقی می‌توانند تمرکز را از فرد به سمت مشاهده ناتوانی در متن محیط اجتماعی سوق دهند (شکسپیر، ۲۰۱۵).

1. Critical realist approach

رویکرد سیاسی- اجتماعی اقلیت

مدل سیاسی- اجتماعی اقلیت، ناتوانی را تعامل بین افراد و محیط پیرامون معرفی می‌کند. از این منظر، مشکلات اساسی که شهروندان دچار ناتوانی با آن روبرو هستند را می‌توان در پیکربندیهای بیرونی یک محیط ناتوان‌کننده جستجو کرد تا ویژگیهای داخلی به اصطلاح نقص یا نواقص شخصی. مدل اقلیت گرچه با مدل اجتماعی به‌طور مداوم بر ساخت اجتماعی ناتوانی و انحراف و ظلم ناشی از چنین ساخت‌وسازهای اجتماعی موافق هستند، اما این مدل افراد دچار ناتوانی را افراد حاشیه‌ای می‌داند که تحت سیطره افراد توانمندند و یک گروه اقلیت را تشکیل می‌دهند. به‌گونه‌ای که روزه‌روز موقعیت و جایگاه ممتاز افراد توانمند تقویت و جایگاه گروه اقلیت شکننده‌تر می‌شود. بر اساس این مدل نظری افراد دچار ناتوانی باید خود را به‌عنوان گروه اقلیت و تحت ستم معرفی کنند تا اشکال مختلفی از تعریف خود فراهم شود؛ و با تمرین این تعریف خود به جامعه مسلط و عادی واکنش نشان دهند تا بتوانند امتیازهای بیش‌تری را از گروه مسلط دریافت کنند (کلر، ۲۰۰۱).

روش

فرامطالعه^۱ یکی از روشهای بررسی، ترکیب و یکپارچه‌سازی مطالعات پیشین است. فرامطالعه شامل مجموعه فراتحلیل^۲، فراترکیب^۳، فراروش^۴ و فرانظریه^۵ است (ادواردز^۶ و دیگران، ۲۰۰۹). کاتالانو^۷ (۲۰۱۳) معتقد است که فراترکیب فرآیند جست‌وجو، ارزیابی و ترکیب و تفسیر مطالعات کیفی در حیطه خاص است؛ بنابراین این پژوهش با به‌کارگیری فراترکیب در پی فهم شاخصها و اجزای دخیل در پدیده زندگی سالم افراد دارای ناتوانی در مطالعات و پیشنهادها خارج است.

1. Meta Study

2. Meta Analysis

3. Meta Synthesis

4. Meta Method

5. Meta Theory

6. Edwards

7. Catalano

در این روش، محققان، پژوهشهای پیشین در حوزه زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی در جهان (مطالعات انگلیسی زبان) را مورد کنکاش قرار داده و در این راه از روش هفت مرحله‌ای ساندلوسکی و بارسو^۱ (۲۰۰۷) استفاده شد که روند اجرای آن در شکل شماره یک قابل مشاهده است.

شکل ۱: روش پیاده‌سازی فرا ترکیب ساندلوسکی و بارسو (۲۰۰۷)



مرحله اول: تنظیم سؤال پژوهش

در این پژوهش، سؤالات زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- ۱- سنخ‌شناسی از الگوهای زندگی اجتماعی افراد دارای معلولیت؛
- ۲- شناسایی ابعاد اصلی الگوهای زندگی اجتماعی افراد دارای معلولیت؛
- ۳- علل و زمینه‌های الگوهای زندگی اجتماعی افراد دارای معلولیت؛

1. Sandelowski and Barroso

مرحله دوم: بررسی نظام‌مند منابع

در این مرحله پژوهشگران به جست‌وجوی نظام‌مند مقالات منتشرشده در مجلات علمی مختلف و معتبر انگلیسی‌زبان منابع موثق، معتبر و مرتبط باهدف کشف الگوی حاکم بر زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی در جوامع فرهنگی مختلف و متفاوت با جامعه ایران پرداخته‌اند. برای پاسخگویی به سؤالات مطرح‌شده در مرحله اول اجرای فراترکیب، پژوهشگران از کلیدواژه‌های مرتبط در حیطه ناتوانی همچون الگوی اجتماعی زندگی، سبک زندگی، سبک زندگی سلامت‌محور، زندگی نرمال/خوب یا سالم، زندگی روزمره، تعاملات اجتماعی، رفاه اجتماعی، سلامت و... در پایگاه‌های داده‌ای Scince Direct, JEEE, JSC و پایگاه تخصصی Google Scholar بین سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱، جست‌وجو شد که در نهایت ۳۲۲ مقاله خارجی یافت شد.

جدول ۱: واژه‌های جست‌وجو شده در مقالات خارجی

Keywrds	کلمات کلیدی	
Social life model life style Healthy lifestyle Social policy	الگوی زندگی اجتماعی سبک زندگی سبک زندگی سالم سیاست‌گذاری اجتماعی	عبارات و جستجوی مقدماتی
Daily Life Social interaction Marriage and sexualite Personal independence participation Nutrition (feeding) physical activity Demandingness mental health Access and social inclusion Welfare and social services Recreation and leisure Rehabilitation and empowerment	زندگی روزمره تعامل اجتماعی ازدواج و احساس جنسی استقلال شخصی مشارکت تغذیه فعالیت بدنی مطالبه‌گری سلامت روانی دسترسی و فراگیری اجتماعی رفاه و خدمات اجتماعی تفریح و اوقات فراغت توان‌بخشی و توانمندسازی	واژه‌های جست‌وجوی ترکیبی و تربیتی

مرحله سوم: جست و جوی و انتخاب منابع (متون) مورد استفاده

فرایند بازمینی در این پژوهش به صورت خلاصه در شکل شماره ۲ نشان داده شده است. هدف این مرحله بررسی مقالات بر اساس پارامترهای مطالعه است. برای ارزیابی کیفیت مطالعات از ابزار مهارت‌های ارزیابی حیاتی (CASP)^۱ استفاده شد. با استفاده از برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی یا روش CASP با ۱۰ شرط کیفی هر مقاله به لحاظ کیفی مورد ارزیابی قرار گرفت. به هر یک از مقوله‌های ده‌گانه امتیازی بین ۱ تا ۵ تخصیص داده شد. مقالاتی که مجموع امتیازات آنها بالاتر ۳۰ شود به لحاظ کیفی تأیید و باقی مقالات حذف خواهند شد (ساندلوسکی و بارسو، ۲۰۰۷). شرایط در نظر گرفته شده برای روش CASP در این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- تناسب اهداف مقاله مورد بررسی با اهداف پژوهش، ۲- به روز بودن پژوهشی مقاله مورد بررسی ۳- بحث مطرح شده در مقاله مورد بررسی ۴- روش نمونه‌گیری در مقاله مورد بررسی ۵- روش و کیفیت جمع‌آوری داده‌ها ۶- میزان انعکاس‌پذیری امکان بسط دادن نتایج و دستاوردها مقاله مورد بررسی ۷- میزان و نحوه رعایت نکات اخلاقی رایج در زمینه تدوین متون پژوهشی در مقاله مورد بررسی ۸- میزان دقت در زمینه تجزیه و تحلیل داده‌ها در مقاله مورد بررسی ۹- وضوح بیان در ارائه یافته‌های مقاله مورد بررسی ۱۰- ارزش کلی مقاله مورد بررسی.

به هریک از شاخصهای ده‌گانه امتیاز ضعیف (یک) تا عالی (پنج) اختصاص یافته است. سپس مقالات به پنج طبقه ضعیف (۰ تا ۱۰)، متوسط (۱۱ تا ۲۰)، خوب (۲۱ تا ۳۰)، خیلی خوب (۳۱ تا ۴۰) و عالی (۴۱ تا ۵۰) دسته‌بندی می‌شوند. از کل مقالات موجود فقط ۷۵ مورد در حد متوسط رو به بالا بوده‌اند.

شکل ۲: فرایند بازبینی انتخاب مقاله‌های نهایی



مرحله چهارم: استخراج اطلاعات متون

در کل فرایند فراترکیب، پژوهشگر مقالات منتخب و نهایی شده را برای دستیابی به یافته‌های درون محتوایی که در آنها مطالعه‌های اصلی و انجام شده است، چند بار مرور شده‌اند و به‌جز عنوان و سال مقاله سایر اطلاعات شامل عوامل حیاتی (یافته‌ها) و اطلاعات روش‌شناختی مانند هدف پژوهش، روش، رویه‌ها و وسایل سنجش یادداشت شده است. خلاصه مطالعات و پژوهشهای انجام شده در جدول ۲ به تفکیک سال انجام پژوهش قابل مشاهده است.

جدول ۲: مقالات نهایی تأیید شده

ردیف	دوره	پژوهشگر و عنوان پژوهش
۱	۲۰۲۰-۲۰۲۱	امرسون و دیگران (۲۰۲۱)، تنهایی، حمایت اجتماعی، انزوای اجتماعی و رفاه؛ کاسبولت (۲۰۲۱). کیفیت داده‌های جهانی معلولیت؛ بلر و بلینگ (۲۰۲۰)، روند ناتوانی در اروپا؛ کیم و یی ژئو (۲۰۲۰)، بهبود فراگیری اجتماعی؛ گینسبورگ و راب (۲۰۲۰)، معلولیت/ انسان‌شناسی؛ کایاما (۲۰۱۹). تنظیم «خود» در تعامل اجتماعی؛ بارنز (۲۰۱۹)، درک مدل اجتماعی معلولیت؛ شیلدریک (۲۰۱۹)، بازاندیشی قراردادهای مربوط به عصر پسامدرنیته، هیوز (۲۰۱۹)، بی‌اعتبار کردن احساسات؛ واتسون (۲۰۱۹)، انجمن، ساختار و تحقیقات رهایی‌بخش؛ سولداتیک (۲۰۱۹)، رنج اجتماعی در عصر نئولیبرال؛ استنیسترا (۲۰۱۹) زن صلح، امنیت جنسیت و معلولیت؛ پیرسون (۲۰۱۹)، زندگی مستقل و شکست دولتها؛ برنز (۲۰۱۹)، نگهداری از مرزها؛ شکسپیر (۲۰۱۹)، ناتوانی در کشورهای درحال توسعه؛ بولت (۲۰۱۹) فرا روایت معلولیت؛ گودلی (۲۰۱۹) روانشناسی معلولیت؛ رمبیس (۲۰۱۹)، به چالش کشیدن شکاف اختلال/ معلولیت؛ اسمیت و اسپارکز (۲۰۱۹)، معلولیت، ورزش و فعالیت بدنی؛ ژئو و دیگران (۲۰۱۹). سبک زندگی و چاقی مرتبط با سلامتی؛ آن، مک فرسون و اربانوویچ (۲۰۱۸)، زندگی سالم و ارتقای سلامت؛ سینکلر و دیگران (۲۰۱۸) ناتوانی و سلامت؛ جیسون اولسن (۲۰۱۸). معلولان اجتماعی؛ هانزن و دیگران (۲۰۱۸). مشارکت بزرگسالان؛ گروس (۲۰۱۸) ناتوانی جهانی مسئله‌ای در حال پدید؛ باگینستوس (۲۰۱۷)، معلولیت، جهانی شدن، حقوق اجتماعی و شهروندی؛ تسچانز و استاب (۲۰۱۷). مدل‌های سیاسی معلولیت؛ رگلر (۲۰۱۷)، بازاندیشی معلولیت؛ لوویت (۲۰۱۷)، توسعه مدل معلولیت؛ کافی (۲۰۱۷) ناتوانی قابل مشاهده؛ وینانس (۲۰۱۷). بازنگری معلولیت؛ دنیلا و دیگران (۲۰۱۶)، فراگیری مدارس و تعاملات اجتماعی؛ دیویس و بلوستروف (۲۰۱۶)، خلاقیت اجباری؛ آدابو و دیگران (۲۰۱۶)، زندگی سالم، تعامل اجتماعی و ناتوانی؛ بیکنباخ و دیگران (۲۰۱۶)، ناتوانی و بهداشت عمومی، گانل و دیگران (۲۰۱۶)، چالش‌های زنان معلول؛ گرو (۲۰۱۶). معنای اجتماعی معلولیت؛ پرات و دیگران (۲۰۱۶)، تعیین اولویت تحقیقات بهداشتی عدالت محور؛

ردیف	دوره	پژوهشگر و عنوان پژوهش
۲	۵۰ ۱۰ ۱۰ ۲۰	بزمز و یاردیمسی (۲۰۱۵)، تجارب اجتماعی توان بخشی جسمی؛ کربسیرو (۲۰۱۵)، استراتژیهای ایتالیایی برای کار؛ هانیش (۲۰۱۵)، خشونت علیه افراد؛ لینک (۲۰۱۵) افزایش سازگاری تعامل اجتماعی؛ هولندا و دیگران (۲۰۱۵). شبکه‌های حمایتی؛ هپورن و دیگران (۲۰۱۵)، استراتژیهای حمایتی نظام بهداشت؛ گوئرینگ (۲۰۱۵)، بازاندیشی معلولیت؛ هایهو و دیگران (۲۰۱۵)، توسعه سرمایه فنی فراگیر؛ پالیسرا و دیگران (۲۰۱۴)، انتقال به بزرگسالی برای جوانان؛ نوبرگ (۲۰۱۴)، فقر به عنوان یک وضعیت اجتماعی؛ رودریگز (۲۰۱۴)، افراد دچار ناتوانی و اوقات فراغت؛ لشتوتا (۲۰۱۳). مروری بر ناتوانی و توان بخشی ملی؛ آناستازیو و کافمن (۲۰۱۳)، دوگانگی بین اختلال و ناتوانی؛ پیرووارو (۲۰۱۳)، برداشت از معلولیت، جنسیت و عادی بودن؛ آوالیو و دیگران (۲۰۱۳). عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی؛ مدل اجتماعی معلولیت؛ آدابو و دیگران (۲۰۱۳) معلولیت، رضایت از زندگی و تعامل اجتماعی؛ چنگ (۲۰۱۲) عوامل مرتبط با کیفیت زندگی؛ سانگ و دیگران (۲۰۱۶). جنسیت و ناتوانی؛ کوک و دیگران (۲۰۱۲) نقش توجه در اثرگذاری زندگی؛ آناستازیو و کافمن (۲۰۱۲). ناتوانی همچون فرهنگ متفاوت؛ کاراسکو و کارائولا (۲۰۱۲)، رضایت از زندگی؛ رودریگز (۲۰۱۱)، تأثیر تنظیمات زندگی؛
۳	۱۰ ۱۰ ۲۰	براون (۲۰۱۰). جامعه‌شناسی ناتوانی و تحصیلات؛ اولیور و بارنز (۲۰۱۰). افراد دچار ناتوانی و مبارزه فراگیر؛ اسپای (۲۰۱۰)، سیاست معلولیت؛ بامبی (۲۰۱۰)، مدل اجتماعی؛ حسین و احمد (۲۰۱۰)، انزوا: تمایل فرد دچار ناتوانی برای ادغام با جامعه، رایمر و رونلد (۲۰۰۹). ارتقا سلامت افراد معلول؛ توماس (۲۰۰۹)، درک معلولیت؛ مک‌دونالد (۲۰۰۷)، معلولیت، نژاد / قومیت و جنسیت؛ راوزلت و دیگران (۲۰۰۷)، ارتقا سلامت؛ رایمر و رولند (۲۰۰۸). ارتقا سلامت؛ کاپلا دونال (۲۰۰۶)، نیاز به ارتقا سلامت؛
۴	۵۰ ۱۰ ۱۰ ۲۰	بارت (۲۰۰۵)، نیازهای حمایتی و اطلاعاتی؛ بارنز و مرکویر (۲۰۰۵)، معلولیت، کار و رفاه؛ عبدالله و دیگران (۲۰۰۴) سبک زندگی سالم برای افراد معلول؛ ادواردز و لمرای (۲۰۰۳). ناتوانی و بدن به عنوان حامل ارزش؛

مرحله پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌ها

هدف فرا ترکیب ایجاد تفسیر جدید از یافته‌ها است. به طوری که پژوهشگر، ابتدا تمام موارد استخراج شده از مطالعات را به صورت کد در نظر می‌گیرد و سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر کد آن را در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی می‌کند. به این صورت یک تم یا مفهوم یک طبقه‌بندی را ایجاد می‌کند و چند تم مشابه یک مقوله را تشکیل می‌دهند. در پژوهش حاضر، ابتدا تمام عوامل استخراج شده از مطالعات به عنوان کد در نظر گرفته شده است سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از این کدها، آنها در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی می‌شوند تا مفاهیم پژوهش شکل داده شوند. در جداول ۷، ۸، ۹ و ۱۰ به طور خلاصه نشان داده شده است.

مرحله ششم: کنترل کیفیت:

جدول ۳. وضعیت تبدیل کدها به مفاهیم اصلی توسط پژوهشگر و فرد دیگر

		نظر محقق		
		بله	خیر	مجموع
نظر کارشناس	بله	۲۲ (A)	۳ (B)	۲۵
	خیر	۶ (C)	۰ (D)	۶
	مجموع	۲۸	۳	۳۱

$$(A+D)/N=22/31=0/71$$

$$(A+B)/N \times (A+C)/N \times (C+D)/N \times (B+D)/N$$

$$=25/31 \times 28/31 \times 6/31 \times 3/31 = 0/0136$$

$$k = (\text{شانسی توافقات} - ۱) / (\text{شانسی توافقات} - \text{شده مشاهده توافقات})$$

$$=(0/71 - 0/0136) / (1 - 0/0136) = 0/706$$

جدول ۴: وضعیت شاخص کاپا

میزان توافق	مقدار عددی شاخص کاپا
ضعیف	کمتر از ۰
بی اهمیت	۰-۰/۲
متوسط	۰/۲۱ - ۰/۴
مناسب	۰/۴۱ - ۰/۶
معتبر	۰/۶۱ - ۰/۸
عالی	۰/۸۱ - ۱

منبع: زیمر، ۲۰۰۶

به منظور سنجش پایایی یافته‌ها از شاخص کاپا کوهن^۲ استفاده شده است؛ به طوری که شاخص دیگری از نخبگان جامعه‌شناسی بدون اطلاع از نحوه ادغام کدها و مفاهیم ایجاد شده توسط پژوهشگران، اقدام به دسته‌بندی کدها در مفاهیم کرده است. سپس مفاهیم استخراج شده توسط پژوهشگر با متخصص جامعه‌شناسی مقایسه شده است که با توجه به تعداد مقوله ایجاد شده و متفاوت، شاخص کاپا محاسبه شده است. همان طوری که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود پژوهشگران از کدهای اولیه ۲۸ مفهوم و فرد متخصص ۲۵ مفهوم ایجاد کرده‌اند که از این تعداد ۲۲ مفهوم مشترک هستند. مقدار شاخص کاپا برابر با ۰/۷۰۶ که با توجه به جدول شماره ۴، در سطح توافق معتبر قرار گرفته است.

مرحله هفتم: ارائه یافته‌ها

در این مرحله از فراترکیب، یافته‌های استخراج از مراحل قبل ارائه می‌شوند. ۷۵ مقاله انتخاب شده از سوی پژوهشگران در مدت سه ماه به دقت مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات

1. Zimmer.

2. Cohen's kappa coefficient

موردنیاز بر اساس هدف اصلی آن الگوی زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی و عوامل مؤثر بر آن در مطالعات خارجی است.

یافته‌ها

مطالعه و تفسیر مطالعات و پژوهشهای ناتوانی و زندگی اجتماعی در جوامع مختلف (حتی در جوامع اروپایی) نشان می‌دهد که مفهوم ناتوانی به طرق مختلف عملیاتی شده است به گونه‌ای که محاسبه روند جهانی و مقایسه بین کشورها را برای محققان دشوار می‌کند. به عبارت دیگر محققانی از جمله کاسیولت (۲۰۲۱)، بر این باورند:

عدم الگوی مناسب و یکسان در بررسی ناتوانی اجتماعی، نه تنها مسئله جهانی بودن ناتوانی و توانمندسازی را با چالش اساسی روبه‌رو کرده است بلکه نگرانیهایی نیز در مورد کیفیت داده‌های موجود و نحوه جمع‌آوری داده‌ها را به وجود آورده است (ص، ۲).

جدول ۵: پژوهشهای خارجی بر حسب حوزه جغرافیایی، نوع مطالعات و نوع انتشار

نوع انتشار		حوزه‌های مورد مطالعه		حوزه جغرافیایی	
۳	رساله	۳۲	جامعه‌شناسی/مردم‌شناسی	۳۵	اروپا
۷۲	مقاله	۱۸	روان‌شناسی	۱۴	آمریکا
		۱۴	اقتصادی/مدیریتی	۸	چین و ژاپن
		۸	حقوق	۵	استرالیا
		۳	پزشکی اجتماعی	۲	آفریقا
				۱۱	سایر

در این مطالعه تمام پژوهشهای که از سال ۲۰۰۰ به بعد در سرتاسر دنیا در حیطه ناتوانی و زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی جسمی- حرکتی که به زبان انگلیسی انجام شده‌اند، مورد بررسی اولیه قرار گرفت و در نهایت ۷۵ پژوهش انتخاب شد. از این مطالعات فقط ۳

پژوهش (۴ درصد) به صورت رساله/ پایان نامه و ۷۲ مورد مابقی (۹۶ درصد) در قالب مقاله منتشر شده‌اند؛ مرکز این پژوهشها جوامع اروپایی و سایر جوامع مدرن در سرتاسر دنیا است؛ به‌طوری‌که ۱۶ کشور (بلژیک، فنلاند، فرانسه، آلمان، انگلیس، مجارستان، ایرلند، هلند، نروژ، لهستان، پرتغال، اسلونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس و ایتالیا) در اروپا به‌طور مستمر در ابعاد مختلف ناتوانی مطالعاتی (حدود ۴۵ درصد) داشته‌اند که دو کشور انگلستان در شمال و ایتالیا در جنوب این قاره بیش‌ترین آثار را منتشر کرده‌اند. به‌جز جوامع اروپایی، آمریکا، چین، ژاپن و استرالیا در این حیطه پژوهشهای متعددی را انجام داده‌اند. آثار موجود به ترتیب در حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی، روان‌شناسی، مدیریت/ اقتصاد، حقوق و پزشکی هستند (به جدول شماره ۵ رجوع شود).

با وجود تقسیم‌بندی فوق می‌توان اذعان کرد که هر دو مفهوم ناتوانی و زندگی اجتماعی (سالم) مفاهیمی میان‌رشته‌ای‌اند؛ که مطالعات و پژوهشهای اخیر، تعاملات بی‌شماری بین حوزه‌ها و رشته‌های مختلف شکل گرفته است؛ به‌گونه‌ای که مفاهیم و متغیرهای مشترکی مشاهده می‌شود. مطالعات از لحاظ روشی هم به طرق گوناگونی صورت گرفته است و از روش‌شناسی کیفی (تحلیل روایت، پدیدار شناختی، مصاحبه کانونی، تحلیل محتوا و اسنادی)، برای بررسی نگرش، تجربه زیسته و بررسی و تدوین سیاست‌گذاریها در حوزه‌های گوناگون ناتوانی استفاده شده است.

نتایج جدول شماره ۶ در بررسی هفتادوپنج مقاله نهایی نشان می‌دهد که مفاهیم کلیدی فراوانی در این مطالعات وجود دارد که پرتکرارترین آنها به ترتیب ۱- تعامل اجتماعی، تنهایی و انزوا، استقلال شخصی و دسترس و فراگیری امکانات و در موارد پرتکرار کم‌ترین توجه به مواردی از جمله ۱- نشاط و سرگرمی ۲- فعالیت بدنی، ۳- مطالبه‌گری و جنبش اعتراضی شده است.

جدول ۶: فضای معنایی مطالعات و پژوهشهای انجام شده

ردیف	مفهوم	فراوانی	ردیف	مفهوم	فراوانی
۱	تعاملات اجتماعی	۶۴	۱۱	رضایت از زندگی	۱۶
۲	تنهایی و انزوا	۴۷	۱۲	گروه خودیاری	۱۴
۳	استقلال شخصی	۴۴	۱۳	فناوریهای هوشمند	۱۳
۴	دسترسی و فراگیری	۴۱	۱۴	روابط جنسی و ازدواج	۱۳
۵	رفاه و خدمات اجتماعی	۳۷	۱۵	توان بخشی و توانمندسازی	۱۲
۶	برنامه های مدون	۲۶	۱۶	حقوق فردی و اجتماعی	۱۱
۷	مشارکت	۲۲	۱۷	مطالبه گری	۱۰
۸	طردشدگی	۱۹	۱۸	فعالیت بدنی	۹
۹	سلامت روحی و روانی	۱۸	۱۹	نشاط و سرگرمی	۹
۱۰	تغذیه	۱۶			

سؤال اول: سنخ شناسی الگوهای زندگی افراد دارای معلولیت

تفسیر مجدد از مطالعات قبلی در جهان نشان داد که الگوی زندگی اجتماعی برای افراد دارای ناتوانی یکسان نیست و با توجه به فرهنگ جوامع و نوع ناتوانی نوع الگو یا سبک زندگی اجتماعی متفاوت است. به طور کلی سه نوع الگوی زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی ارائه شده است:

نوع اول: الگوی زندگی مستقل (استقلال نسبی). در این مدل افراد دچار ناتوانی همانند

سایر افراد جامعه در نظر گرفته شده‌اند و برای آنها زندگی همسان با دیگران متصورند، در این الگو افراد وابسته به دیگران نیستند. بر اساس دیدگاه تسچانز و استاوب^۱ (۲۰۱۷)، دیدگاه غالب به افراد دارای ناتوانی الگوی فعال و ثمربخش است:

سیاست حضور فعال در میدان اجتماعی یک الگوی توانمندسازی است که عمدتاً در کشورهای اروپای مرکزی غالب است و شواهد نشان می‌دهد که حقوق مدنی تضمین شده برای افراد دارای ناتوانی شکل گرفته است.

نوع دوم: الگو زندگی حمایتی. در این الگو افراد دارای ناتوانی برای آنکه بتواند در جامعه حضور داشته باشند نیاز است تا از طرف جامعه و اطرافیان حمایت شوند. وینانس (۲۰۱۷)، در پژوهشی با عنوان بازاندیشی زندگی افراد دچار ناتوانی اذعان کرد:

شیوه‌های زندگی معلولان تقریباً مبتنی بر تلافی‌جویی یا حمایت به‌منظور جبران ناتوانی است درحالی‌که الگو زندگی باید به سمت وسوی زندگی مستقل و اجتماعی حرکت کند. نوع سوم: الگوی زندگی محافظتی/کنترلی. در این الگو دچار ناتوانی به دیگران وابسته است و نیاز به مراقبت از سوی دیگران (خانواده و آشنایان) و حمایت کامل سیستم رفاهی برای نگهداری و محافظت از آنها در برابر آسیبها و آموزش برای دستیابی به حداقلهای زندگی را دارند. کایاما و دیگران (۲۰۱۹)، ناتوانی و انگ‌انگاری در هند را این‌گونه بیان می‌کنند:

به افراد دچار ناتوانی به‌عنوان کسانی که نیاز به مراقبت دارند نگاه می‌شود و دیگران بر اساس احساس وظیفه از این گروه حمایت می‌کنند؛ اما این حمایت و محافظت فقط از سوی نزدیکان فرد دچار ناتوانی و در حد نیازهای اولیه (خوراک، پوشاک) است.

1. Tschanz and staub

جدول ۷: سنخ‌شناسی الگوی زندگی افراد دارای معلولیت

مفهوم	کد اولیه	مفهوم
شیوه زندگی مستقل	پذیرش به‌عنوان یک انسان، حضور بدون واسطه در جامعه، برقراری روابط بین فردی، عزت و احترام، عدم ترحم و دلسوزی	پذیرش اجتماعی
	حق انتخاب نوع زندگی، داشتن شغل مناسب، مشارکت اجتماعی و حضور مداوم و مستمر در جامعه،	حضور فعال در فضای اجتماعی
	برابری، بازاندیشی در نیازها و علائق شخصی و اجتماعی، رفع نیازها و احتیاجات طبیعی بدن، برابری در دریافت امتیازهای اجتماعی و...	رفاه و خدمات یکسان
شیوه زندگی حمایتی	حمایت از خانواده، توجه از طرف اقوام و آشنایان، کمک منطقی و مناسب از سوی جامعه، گروه‌های خودیاری،	حمایت درونی
	شناسایی نیازها، فراگیر بدون امکانات، بهداشت درمان کم‌هزینه، آموزش رایگان و مناسب	دسترسی و فراگیری امکانات
	برخورداری از حقوق مدنی، درک اجتماعی سیاست‌گذاران، حمایت سازمانهای مردم‌نهاد	حمایت بیرونی (اجتماعی)
شیوه زندگی محافظتی	توان‌بخشی و توانمندسازی، مراقبت و نگهداری، عدم تناسب بین فرد و محیط، آگاه‌سازی جامعه، نبود درمان و بهداشت رایگان، آموزش نامناسب	سیستم پشتیبانی جامع
	فقدان فعالیت و تحرک، نیاز به کمک اولیه برای امور ابتدایی زندگی، مراقبت دائم و هرروزه، امنیت و محافظت اجتماعی	نیاز به مراقبت و نگهداری

سؤال دوم: مؤلفه‌های شیوه‌های زندگی افراد دارای معلولیت

همان‌طوری که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود زندگی اجتماعی نرمال / سالم در بین افراد دارای ناتوانی متفاوت با سایر اعضای جامعه است و این سبک زندگی در شش

بعد ارتباط و تعامل اجتماعی، مشارکت در جامعه، سلامت روحی و روانی، تغذیه، فعالیت بدنی و تندرستی و گذراندن اوقات فراغت دسته‌بندی می‌شوند. در نگاه اول چیزی که خیلی مدنظر پژوهشگران قرار گرفته است توجه به تعامل و مشارکت اجتماعی همه‌جانبه است که بودونبود این دو مؤلفه سایر مؤلفه‌های زندگی نرمال را تحت شعاع قرار می‌دهد. ازاین‌رو مطالعات بر این بعد از زندگی افراد دارای ناتوانی تمرکز بیش‌تری کرده‌اند. مک فرسون و اربانویچ^۱ (۲۰۱۸)، در پژوهش «زندگی سالم و ارتقای سلامت» اذعان می‌کنند:

معلولانی که نگرش و بازخورد مثبتی را از جامعه دریافت کرده‌اند تغییرات اجتماعی و فرهنگی را بهتر درک و عمل می‌کنند. در تعاملات اجتماعی با دیگران عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند، در فضای اجتماعی مشارکت بیش‌تری داشته‌اند و ازلحاظ روانی در وضعیت بهتری قرار دارند.

جدول ۸: ابعاد یا مؤلفه‌های شیوه‌های زندگی افراد دارای معلولیت

ردیف	مفاهیم	ابعاد/ مؤلفه‌ها
۱	تعامل و گفت‌وگو، پذیرفته شدن، تفاوت در توجه و احترام، ارتباط و سکسوالیته، ازدواج، حضور در اجتماع	ارتباطات در فضای اجتماعی
۲	فعالیت اجتماعی، سیاسی، داشتن شغل، مشارکت در تصمیم‌گیری	مشارکت
۳	خودتنظیمی، آرامش فکری، بهداشت و درمان حرفه‌ای، عدم استرس و اضطراب	سلامت روحی و روانی
۴	امنیت غذایی، غذایی سالم و مقوی، رژیم غذایی،	تغذیه
۵	چاقی و اضافه‌وزن، نرمش و ورزش کردن، فعالیت مناسب با معلولیت	تندرستی و فعالیت بدنی
۶	تفریح مناسب، نشاط و شادکامی، هیجان و سرگرمی، فارغ شدن از زندگی یکنواخت	تفریح و اوقات فراغت

1. Lyn McPherson and Urbanowicz

سؤال سوم: علل و شرایط زندگی اجتماعی افراد دارای معلولیت

در این بخش از پژوهش با چند بار مرور دقیق یافته‌های پژوهشهای پیشین به بررسی زمینه و بستر شکل‌گیری شیوه‌های زندگی افراد دارای ناتوانی پرداخته شد. تفسیر و یکپارچه‌سازی مطالعات در شش عامل اصلی که شامل عوامل اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی- مدیریتی، سیاسی و قانونی، بهداشتی و درمانی، تکنولوژی/ فناوری و عوامل فردی و روانی، قرار گرفتند که در ادامه به‌طور اختصار تشریح شده‌اند (به جدول شماره ۹ رجوع شود).

عوامل اجتماعی- فرهنگی

در بین شرایط و علل اثرگذار بر الگوی حاکم بر زندگی اجتماعی، عوامل اجتماعی- فرهنگی، یکی از مهم‌ترین علل است. انسان یک موجود اجتماعی است. از این رو نیاز به ارتباط واقعی و مثمر ثمر دارند، اما در جوامع مختلف مخصوصاً جوامع در حال توسعه، افراد دارای ناتوانی از لحاظ برقراری ارتباط با دیگران دچار چالشهای اساسی شده‌اند؛ به گفته فروچی^۱ (۲۰۱۷)، افراد دارای ناتوانی ملت سوم یا درجه سوم شناخته می‌شوند، از این رو یکی از شرایط حضور در جامعه و زندگی نرمال تغییر شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه نسبت به افراد دارای ناتوانی است. علاوه بر نیاز به ارتباط فردی و اجتماعی افراد دچار ناتوانی به حمایت اجتماعی گسترده و سرمایه اجتماعی که فرد را از حالت انزوا و طرد خارج کند نیازمند است، یعنی فرد خود را فردی اجتماعی بشناسد نه یک فردی که به گروه یا جامعه تحمیل شده است. نتایج رساله لینک^۲ (۲۰۱۵)، با عنوان افزایش تعاملات اجتماعی مناسب در افراد دارای ناتوانی و فاقد ناتوانی نشان داد:

افراد دارای ناتوانی همان خواسته‌های افراد دچار ناتوانی را دارند که استقلال شخصی خود را کسب کنند و زندگی اجتماعی ارزشمندی را تجربه کنند. باین حال، افراد دچار

1. Ferrucci

2. Link

ناتوانی اغلب در تأمین نیازهای اجتماعی خود، بدون داشتن فرصت با مشکلاتی مواجه می‌شوند که در نگرشهای فعلی نسبت به افراد دارای ناتوانی نهفته است (ص، ۵).

جدول ۹: علل و بستر شیوه‌های زندگی افراد دارای معلولیت

مقاله	مفهوم	کد اولیه
برقراری ارتباط و جنسی، ازدواج	تعامل و ارتباط عادی / نرمال	برقراری ارتباط، پذیرش در گروه‌های مختلف، روابط عاطفی
	حمایت اجتماعی	حمایت اعضای خانواده، دوستان و اقوام، حمایت سازمانی و انجمن‌های مردم‌نهاد
	سرمایه اجتماعی	آگاهی و دانش جامعه نسبت به معلولیت، اعتماد کردن، پیوند و ایجاد شبکه، جذب به گروه‌های خودیاری و بیرونی
توان بخشی و توانمندسازی، مراقبت و نگهداری، آگاه‌سازی اجتماعی، اجرای سیاست‌گذارهای خرد و کلان	اجرای مصوبات منطقه‌ای/محله‌ای	توان بخشی و توانمندسازی، مراقبت و نگهداری، آگاه‌سازی اجتماعی، اجرای سیاست‌گذارهای خرد و کلان
	شغل و درآمد مناسب	برخوردار از رفاه نسبی، مسکن، شغل و درآمد کافی
	ایجاد، دسترسی و فراگیری امکانات و منابع	مناسب‌سازی خانه و شهر، در دسترس بودن امکانات مناسب و فراگیر بودن امکانات
حضور و مشارکت در امور خانواده، محله و امور شهری و امور سیاسی، جنبش اجتماعی، اعتراض به وضعیت موجود، درخواست نیازها به صورت گروهی	مشارکت اجتماعی - سیاسی فعال	حضور و مشارکت در امور خانواده، محله و امور شهری و امور سیاسی،
	مطالبه‌گری	جنبش اجتماعی، اعتراض به وضعیت موجود، درخواست نیازها به صورت گروهی
	سیاست‌گذاری اجتماعی	توجه به معیشت، برنامه سلامت، برنامه ایجاد اشتغال و درآمد، تسهیلات ازدواج و شرکت و تعاملات بین فردی
آموزش از سلامت و انواع خطرات ناشی از زندگی ناسالم و معلولیت / آگاهی از ناتوانی در دوره‌های مختلف زندگی	اقدامات بهداشتی پیشگیرانه	آموزش از سلامت و انواع خطرات ناشی از زندگی ناسالم و معلولیت / آگاهی از ناتوانی در دوره‌های مختلف زندگی
	اقدامات درمانی	رفع یا کاهش آسیب‌ها یا بیماری‌های بدنی و مرتبط با زندگی اجتماعی
فناوری	فناوری هوشمند	تبلت و موبایل هوشمند، استفاده از نرم‌افزارهای هوشمند در حمل‌ونقل، بهداشت و درمان و فضاهای عمومی جامعه،

مقوله	مفهوم	کد اولیه
$\begin{pmatrix} 3 \\ 2 \end{pmatrix}$	پذیرش خود و خودباوری	داشتن آرامش ذهنی، احساس خود توانمندی، پذیرش معلولیت،
	خودشناسی	قدرت شناخت و خودآگاهی در تشخیص استعدادها و ظرفیتهای بالقوه هوشی، عاطفی و اجتماعی خود

عامل اقتصادی و سازمانی / مدیریتی

شرایط اقتصادی و مدیریت سازمانی نیز زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی را تحت شعاع قرار داده است. در دنیای مدرن و مادی‌گرای امروز، داشتن شغل مناسب و درآمد کافی لازمه ادامه حیات هر انسانی است و از آنجایی که اکثر افراد دارای ناتوانی احساس سربار بودن می‌کنند، یک شغل یا آموزش مهارت به آنان برای دستیابی به یک حرفه از بدیهیات زندگی این گروه اجتماعی است. منابع موجود و در دسترس هر فرد که از آن به‌عنوان سرمایه اقتصادی نام برد از جمله عوامل مؤثر در زندگی اجتماعی نرمال/ خوب افراد دچار ناتوانی است. به بیانی دیگر، میزان برخورداری این گروه از سرمایه اقتصادی اعم از شغل و درآمد یا دسترسی به امکانات و منابع عمومی جایگاه افراد را در فضای اجتماعی مشخص می‌کند. از این‌رو، در عرصه مدیریتی (سطح اجرای) باید زمینه و شرایط برای عملیاتی کردن مصوبات و سیاستهای کلی و تهیه وسایل و امکانات به افراد دارای ناتوانی به‌درستی پیش‌بینی و در سطح عمومی و خصوصی به کار گرفته شود. پیرسون^۱ (۲۰۱۹)، در پژوهش زندگی مستقل و شکست حکومتها وضعیت اقتصادی و مدیریتی جامعه را این‌گونه بیان می‌کند:

ناتوانی یک پدیده ساختاری است. ناتوانی و شدت آن در نوع حکومت‌داری و سیاست‌گذاریهای کلان نهفته است. زمانی که برنامه مدون و کاربردی برای حضور افراد

1. Pearson

دچار ناتوانی در کسب شغل و زندگی اجتماعی طراحی و عملیاتی شود، یعنی حکومت در ایجاد الگوی زندگی مستقل موفق بوده است و بالعکس.

عوامل قانونی- سیاسی

در جوامع پیشرفته زندگی مستقل و حمایتی افراد دچار ناتوانی تا حدودی به سیاست‌گذاریهای کلان اجتماعی و از سوی دیگر به جنبشهای اجتماعی و مطالبه‌گر افراد دچار ناتوانی برای داشتن حداقلهای زندگی بستگی دارد. خط‌مشیهای عمومی با ایجاد ساختهای اجتماعی و تحمیل «آنچه شهروند طبیعی باید باشد»، الگوی زندگی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. دولتها از طریق سیاست‌گذاریهای اجتماعی جامعه هدف خود را در قالب طیف و طبقات قرار داده و ابعاد مختلف زندگی آنها را کنترل و هدایت می‌کنند و با این طبقه‌بندی، فعالانه طبقات جدیدی از افراد و با شیوه‌های جدید را خلق می‌کنند. از این‌رو می‌توان گفت بسیاری از زندگیهای اجتماعی محصول همین سیاست‌گذاریها هستند.

لویت^۱ (۲۰۱۷)، معتقد است که الگوها و سیاستهای فعلی عملکرد مؤثری در فعالیتهای روزمره معلولان ایجاد نکرده است. از این‌رو باید الگوی فعال ایجاد شود که بر اقدامات جمعی افراد متمرکز شود که زمینه مشارکت و فعالیت افراد دچار ناتوانی در جامعه فراهم شود.

افراد دارای ناتوانی که جزء گروه اقلیت‌اند زندگی فردی و اجتماعی‌شان به‌شدت به این تصمیم‌گیریهای کلان مرتبط است. اما از آنجاکه انسانها در جامعه زندگی می‌کنند و این زندگی جمعی برخی حقوق و وظایف را به دنبال دارد، مطالبه‌گری نشان‌دهنده اراده افراد برای دستیابی به خواسته‌ها و حقوق اجتماعی و شهروندی آنها است. این حقوق می‌تواند حقوق قانونی، حقوق شهروندی یا خواسته‌های اجتماعی افراد باشد که تاکنون محقق نشده است.

1. Levitt

بامپی^۱ و دیگران (۲۰۱۰)، ساختارهای اجتماعی افراد دارای ناتوانی را به حاشیه رانده مشکلات و موانعی عدیده‌ای برای آنان به وجود آورده است به گونه‌ای که افراد دارای ناتوانی به گروه اقلیت و در حاشیه تبدیل شده‌اند که از زندگی اجتماعی محروم شده‌اند. این در حالی است که جنبش و مطالبه‌گری در جوامع اروپایی زمینه بهبود زندگی این گروه اجتماعی را تا حدودی فراهم کرده است.

در سایر جوامع، همانند کشورهای پیشرفته، گروههای اقلیت برای احقاق حقوق فردی و اجتماعی خود با تشکیل گروههای مطالبه‌گر با ایجاد اهرم فشار اجتماعی باعث می‌شوند که سیاست‌گذاران توجه ویژه‌ای به آنها داشته باشند و اینگونه زمینه ورود آنها به مشارکت سیاسی و اجتماعی فراهم شود.

بهداشت و درمان

افراد دارای ناتوانی و مسئولان ذی‌ربط باید به این ادراک برسند که زندگی اجتماعی در هر دوره‌ای از تاریخ تغییر می‌کند؛ از این رو نمی‌توان برای افراد مختلف به‌ویژه افراد دچار ناتوانی یک برنامه ثابت زندگی را تجویز کرد. زندگی نرمال افراد دارای ناتوانی به‌شدت به مراقبتهای بهداشتی و درمانی اولیه و ثانویه متکی است. این افراد به مهارتهای خود مراقبتی و پیشگیری از بیماری و مشکلات جسمانی نیاز دارند و از سوی دیگر به درمان به‌موقع برای بهبود زندگی فردی و اجتماعی عاملی در شکل‌گیری رضایت فردی و انتخاب الگوی مناسب زندگی در بین افراد دارای ناتوانی است. به‌عبارت‌دیگر، نوع برخورد هر فرد (افراد معلول) با سلامتش تا حد زیادی به میزان درک و فهم بهداشتی فرد و جامعه بستگی دارد. گانل^۲ و دیگران (۲۰۱۶) چالشهای زنان با ناتوانی در دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی در غنا را این‌گونه توصیف می‌کنند:

1. Bampi

2. Ganle

از چالشهای اساسی زنان دارای ناتوانی در دسترسی به خدمات بهداشتی می‌توان به عدم حساسیت ارائه‌دهندگان مراقبتهای بهداشتی، عدم آگاهی در مورد نیازهای مراقبتهای مادرانه از زنان معلول، نگرش منفی ارائه‌دهندگان خدمات مبنی بر اینکه نیازهای زنان دارای ناتوانی باید غیرجنسی باشند و اطلاعات بهداشتی که فاقد ویژگی خاص برای پاسخ‌گویی به نیازهای ویژه مراقبتهای مادرانه زنان دارای ناتوانی است، نام برد.

فناوری هوشمند

از دیگر عوامل اثرگذار بر الگوی حاکم بر زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی بهره‌گیری از فناوری و تکنولوژی هوشمند است. امروزه تکنولوژی و پیشرفتهای عرصه فناوری به کمک افراد مختلف جامعه از جمله افرادی که دچار نقص و اختلالی (اختلالات بینایی، گفتاری، حرکتی و دیگر معلولیتها) شده‌اند، آمده است. ابزارها و گجتهای هوشمند زیادی طراحی شده‌اند که با استفاده از آنها افراد دارای ناتوانی می‌توانند کارهای روزانه و عادی خود را راحت‌تر انجام دهند. فناوری هوشمند محیطی امن و آرام برای افراد دارای ناتوانی به ارمغان می‌آورد؛ به‌طوری‌که آنها را از انجام بسیاری از کارهایی که مانع آسایش آنهاست باز می‌دارد و به آنها کمک می‌کند به‌آسانی بسیاری از کارها و فعالیتهای روزمره خود را به‌تنهایی انجام دهند. گروس (۲۰۱۸)، در زمینه فناوری اذعان می‌کند:

رشد هم‌زمان در بهبود سریع فناوری و تأکید بر استفاده جهانی از آن، زندگی میلیونها دچار ناتوانی را بهبود داده است. رایانه‌ها و برنامه کاربردی تلفنهای هوشمند که طیف وسیعی از اطلاعات و خدمات را ارائه می‌دهند، می‌توانند به‌سرعت و با کمترین هزینه، خدمات را در اختیار میلیونها نفر (افراد دارای معلولیت) قرار دهد.

عوامل فردی (روانی)

پذیرش خود یکی از عوامل روانی است که در بهبود زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی نقش بسزایی دارد. فرد دچار ناتوانی باید به طور کامل واقعیت خود را بپذیرد و خود واقعی‌شان را زندگی کنند. خودپذیری به معنای پذیرش خود واقعی‌مان (افکار، احساسات، رفتار و رویاها) است. خودپذیری زمانی اتفاق می‌افتد که فرد خود را با تمامی نقصها، کاستیها و اشتباهاتی که در زندگی انجام داده است، بپذیرد. فرد دچار ناتوانی با درک شرایط ناتوانی و زندگی با ناتوانی می‌تواند محیط اجتماعی را برای خود و اطرافیان جذاب‌تر کند.

فرد دارای ناتوانی زمانی که خود را پذیرفته باشد این پیام را به محیط اطراف مخابره می‌کند که من هم حق زندگی دارم. کایاما و دیگران (۲۰۱۹)، تجارب افراد دچار ناتوانی در ساختار سلسله مراتبی هند را این گونه بیان می‌کنند:

افراد دچار ناتوانی هروقت شرایط بدنی و جسمی خود را پذیرفته‌اند یعنی به یک درک و آگاهی از ویژگیهای بدنی و ناتوانیهای خود رسیده باشد، مشکلات روحی و روانی و حتی اجتماعی کم‌تری را تجربه می‌کنند.

مقوله مهم دیگر خودشناسی است که هر فرد از تواناییها و نقاط ضعف خود آگاه باشد. فرد با شناخت از خود (خودشناسی) توانایی مقابله با بسیاری از خطرات در زندگی روزمره را دارند و از طرف دیگر راه رسیدن به خواسته‌ها و نیازهای مهم را شناسایی می‌کنند و این ویژگی به افراد کمک می‌کند که با توجه به خودشناسی سبک زندگی موردنظرشان را انتخاب کنند. کفی^۱ (۲۰۱۷) در ناتوانی قابل مشاهده می‌گوید:

در ناتوانی آشکار فرد رنجهای زیادی را تجربه می‌کند... زندگی اجتماعی‌اش با چالشهای زیادی روبه‌رو می‌شود، فرد مذکور زمانی می‌تواند این مشکلات را کاهش دهد که خودش، تواناییهایش و... را به خوبی شناخته باشد و به خودباوری از خودش رسیده باشد.

1. Cefai

بحث

زندگی اجتماعی نرمال/ سالم افراد دارای ناتوانی از مباحثی است که بیش از نیم قرن از قدمت آن در جوامع پیشرفته (جهان اول) می‌گذرد؛ اما در طی دو دهه اخیر در اکثر نقاط جهان به زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی توجه ویژه‌ای شده است. با وجود انبوه مطالعات و منابع علمی در این حوزه، درک دقیق و روشنی از زندگی نرمال/ سالم افراد دچار ناتوانی مشاهده نمی‌شود. از این رو پژوهش حاضر با استفاده از روش فراترکیب به تفسیر و یکپارچه‌سازی یافته‌ها و تحلیل حاصل از مطالعات و پژوهشهای خارجی انگلیسی‌زبان در بازه زمانی (۲۰۲۱-۲۰۰۰) پرداخته است. نتایج پژوهش نشان داد که:

ابتدا باید اذعان کرد که اندازه‌گیری ناتوانی و ناتوانی اجتماعی یکی از پایدارترین چالشها در درک تأثیر محیط اجتماعی بر ناتوانی در بین افراد جامعه است. یعنی، ناتوانی افراد در جوامع مختلف تحت تأثیر نگرش جامعه، امکانات و منابع در دسترس، سیاستهای حمایتی و... افزایش یا کاهش می‌یابد. با وجود این، بررسیها نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال نسبت به گذشته به‌طور چشم‌گیری در حال افزایش است و احتمالاً نسلهای آینده بیش‌تر دچار بیماری یا حادثه شوند که در نهایت به ناتوانی منجر شود. از این رو، نیاز است مکانیسمهای مؤثر در کاهش اثرات ناتوانی در زندگی اجتماعی این افراد شناسایی و اجرا شوند.

روش غالب مطالعات در چند سال اخیر کیفی (مردم‌نگاری، تحلیل روایت و اسنادی) یا ترکیبی بوده است؛ اما از لحاظ محتوا و کیفیت داده‌ها از لحاظ روش‌شناسی تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای مشاهده نشد. پژوهشها از لحاظ موضوعی در طی گذر زمان تغییرات محسوسی را تجربه کرده‌اند، به‌گونه‌ای که پژوهشگران ابتدا ناتوانی را یک اختلال در نظم طبیعی بدن انسان می‌دانستند و آن را یک امر فردی/ شخصی و پزشکی قلمداد می‌کردند و بیش‌تر آن را در دوگانه‌های سلامت/ بیماری، سالم و دچار ناتوانی و ... که زیرمجموعه علوم

بهداشتی و پزشکی و روان‌شناختی است در نظر می‌گرفتند؛ اما در چند دهه گذشته، ناتوانی به یکی از دغدغه‌های اصلی اندیشمندان علوم اجتماعی تبدیل شده است و آنان ناتوانی را بیش‌تر یک پدیده اجتماعی فرهنگی می‌دانند تا یک پدیده فردی و زیستی؛ اما در چند سال اخیر رویکردهای جدید و تلفیقی نسبت به ناتوانی در حال شکل‌گیری است که ناتوانی را پدیده‌ای زیستی و اجتماعی قلمداد می‌کنند. آنها معتقدند که این دو بعد از هم قابل تفکیک نیستند.

از مهم‌ترین یافته‌های فرا ترکیب مطالعات قبلی الگوهای زندگی افراد دارای ناتوانی است که در سه «الگوی زندگی مستقل»، «الگوی حمایتی» و «الگوی مراقبتی» جای می‌گیرند. طبق الگوی زندگی مستقل: در کشورهای پیشرفته مانند انگلیس، استرالیا و آمریکا افراد دارای ناتوانی از لحاظ اجتماعی و حضور در عرصه‌های اجتماعی هیچ تفاوتی با سایر افراد جامعه ندارند. در این نوع الگوی زندگی افراد دارای ناتوانی با وجود تفاوت بدنی (اختلال)، از لحاظ دستیابی به امکانات و فعالیت اجتماعی کم‌ترین تبعیض را تجربه کرده‌اند؛ به عبارت دیگر، در این الگو انتقال از دوران کودکی به بزرگسالی به‌درستی طی شده است و افراد دچار ناتوانی در دوران بزرگسالی با کم‌ترین چالش برای حضور موفق در زندگی و عرصه‌های اجتماعی مواجه‌اند.

الگوی زندگی حمایتی دومین الگوی شیوه زندگی است که در جوامعی مانند آلمان، ایتالیا، بلژیک اجرا می‌شود. در این جوامع با توجه شرایط اجتماعی و فرهنگی یک سری مزیتها و امتیازها برای افراد دارای ناتوانی از سوی ارگانها و سازمانهای مختلف فراهم شده است که افراد بتوانند در جامعه زندگی خوبی را تجربه کنند. برخلاف الگوی مستقل، در این الگو افراد دچار ناتوانی بدون حمایت سازمانی به‌راحتی نمی‌توانند در جامعه حضور فعال داشته باشند؛ یعنی زندگی‌شان به‌بود نبود و میزان حمایتها بستگی دارد.

الگوی سوم الگوی زندگی مراقبتی / حفاظتی است. این الگو در اکثر کشورهای توسعه‌نیافته

آفریقایی، آسیا، آمریکای جنوبی و بعضی از کشورهای اروپای شرقی وجود دارد. در ساختار اجتماعی این جوامع بستر و شرایط برای حضور افراد دچار ناتوانی از هر طیفی مهیا نیست. به بیانی دیگر، زیرساختهای جامعه متناسب با نیازهای این گروه اجتماعی طراحی نشده است. در چنین حالتی افراد دارای ناتوانی در حاشیه جامعه قرار دارند و تدوین برنامه برای حضور فعال در جامعه هزینه مضاعفی را می‌طلبد. از طرف دیگر، فرهنگ جامعه پذیرای این افراد در لایه‌های مختلف اجتماعی نیستند. برخلاف دو الگوی قبلی که دولت وظیفه حمایت و توان‌بخشی را بر عهده دارد، در الگوی زندگی مراقبتی/ حفاظتی خانواده و اقوام درجه یک این امر مهم را بر عهده دارند. در نتیجه این امر هم فرد دچار ناتوانی و خانواده با چالشهای اساسی روبه‌رو می‌شوند. البته باید به این نکته هم اذعان داشت که این سه الگو بر اساس نوع و شدت ناتوانی حتی در جوامع پیشرفته متفاوت اجرا می‌شود. یعنی حتی در جوامع پیشرفته هر سه نوع سبک دیده می‌شود. اما الگوی غالب، الگوی نوع اول است.

از دیگر نتایج مهم این پژوهش ابعاد الگوی زندگی اجتماعی است. بررسی متعدد مطالعات از شش بعد زندگی نرمال/ سالم برای افراد دارای ناتوانی خبر می‌دهد که مهم‌ترین بعد آن تعامل اجتماعی است. با توجه آنکه افراد دچار ناتوانی بسیاری از زندگی خود را در تنهایی یا گروههای کوچک و خودمانی گذرانده‌اند، ارتباط با دیگران گسترده به مهم‌ترین دغدغه آنان تبدیل شده است؛ و پذیرش از سوی آنها در شیوه زندگی این گروه اقلیت تأثیر بسزایی دارد.

فقط حضور و ارتباط با دیگران تنها نیاز و خواسته این افراد نیست. آنها علاوه بر حضور در عرصه‌های اجتماعی، مشارکت و پذیرش به‌عنوان یک انسان فعال در فعالیتهای گوناگون را طلب می‌کنند. یعنی زمانی از شیوه زندگی مستقل و حتی حمایتی صحبت به عمل می‌آید که زمینه حضور و مشارکت افراد در امور و عرصه‌های مختلف جامعه فراهم باشد. دیگر ابعاد الگوی زندگی اجتماعی این گروه تفاوت آن‌چنانی با سایر افراد جامعه ندارد.

بعد سوم تغذیه یا به عبارتی امنیت غذایی سالم است که بقایی هر انسانی به آن بستگی دارد. تغذیه نه تنها بر رشد جسمی و ظاهر انسان تأثیر می‌گذارد، بلکه بر نحوه احساس و برداشت افراد دچار ناتوانی از محیط، خلق و خو و رفتار ما نیز مؤثر است. تغذیه کامل و کافی، باعث شادابی و تندرستی می‌شود. برعکس سوء تغذیه که در میان افراد دارای ناتوانی در جوامع توسعه نیافته شایع است، عامل اصلی مرگ و میرها است و بیشتر قربانیان خود را از میان افراد دچار ناتوانی و کودکان برمی‌گزینند، زیرا نوع و نحوه تغذیه برای این گروهها امری حیاتی است.

بعد بعدی سلامت روان است. شرایط بهداشتی که با تغییراتی در تفکر، خلق و خو یا رفتارهای مرتبط با پریشانی یا اختلال در عملکرد همراه است بر شیوه زندگی افراد دچار ناتوانی اثرگذار است. مشکلات بهداشت روانی ممکن است در اثر استرس، تنهایی، افسردگی، اضطراب، مشکلات رابطه، مرگ و میر و... با درجه‌های مختلف ایجاد شود. از آنجایی که افراد دچار ناتوانی در تنگناهای زیادی قرار دارد، باید از لحاظ سلامت روان عملکرد موفقیت آمیزی داشته باشد که توانایی سازگاری با تغییر و کنار آمدن با مشکلات را داشته باشد.

فعالیت جسمانی و انجام ورزشهای ساده و متناسب با شرایط اختلال جسمی افراد یکی دیگر از ابعاد الگوی زندگی اجتماعی خوب و نرمال است. افراد دچار ناتوانی به علت فعالیت کم بدنی گاهی دچار اضافه وزن می‌شود و این چاقی به مرور زمان در وهله اول سلامت جسمی و در مرتبه بعدی زندگی اجتماعی آنان را با چالش اساسی مواجه می‌کند. افراد دچار ناتوانی با توجه به شرایط جسمانی باید فعالیتهای ورزشی مانند پیاده روی که باعث شود از بی تحرکی و عدم فعالیت جلوگیری کند، روی بیاورند. ورزش کردن در هر مرحله‌ای از زندگی افراد، نیاز به کمک دیگران را برای رفع نیازهای شخصی شان به طور چشم گیری کاهش می‌دهد.

آخرین بعد الگوی زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی گذراندن اوقات فراغت است.

گذراندن اوقات فراغت فعالیت‌های اختیاری و آزاد است که باعث می‌شود فرد دچار ناتوانی از نظر فردی و اجتماعی شکوفا شود. افراد دارای ناتوانی دوست دارند اوقات خود را در کنار جمع سپری و به فعالیت بپردازد و از طریق این گذران اوقات هم لذت و آرامش را تجربه کنند و هم با فراگیری مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی از دیگران (حضور در جمع) به رشد و بالندگی بیشتری دست یابند.

در شرایط اثرگذار بر الگوی زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی ۱۴ مقوله اصلی استخراج شد که در شش عامل کلی اجتماعی و فرهنگی، سیاسی و قانونی، اقتصادی و مدیریتی، فناوری هوشمند، بهداشتی و درمانی و در نهایت عامل روانی و فردی دسته‌بندی شدند. در یک نگاه کلی به زمینه‌ها و شرایط اثرگذار در الگوی زندگی نرمال افراد دچار ناتوانی جایگاه و اهمیت ساختار اجتماعی کاملاً مشخص است. از شش عامل فقط عامل فردی است که به ساختار اجتماعی و کلان جامعه مرتبط نیست. هرچند می‌توان اذعان کرد که حتی عوامل فردی مانند پذیرش خودناتوانی و خودشناسی شخصیت ریشه در فرهنگ جامعه دارد. به عبارت دیگر، اگرچه فرد دچار ناتوانی باید کسی باشد که تصمیم نهایی را در هر زمان ممکن اتخاذ کند، اما باید فرایندی در اختیار وی قرار گیرد که فرد در آن از طریق یک الگوی واقعی، با مسائل یا جنبه‌های مختلف روبه‌رو شود که لزوماً این امر درگرو شرایط و ساختار اجتماعی است و کم‌تر موردتوجه قرار گرفته است.

با مرور رویکرد فوق می‌توان اذعان کرد که علل بسیاری از مشکلات مرتبط با زندگی اجتماعی، سلامت و الگوی زندگی، عوامل ساختی- اجتماعی هستند که ممکن است کنترل آنها خارج از توان فرد دچار ناتوانی و حتی اعضای خانواده باشد. پس می‌توان گفت زندگی اجتماعی افراد دارای ناتوانی به نگرش جامعه و سیاست‌های اجتماعی که خود از شرایط تاریخی-اجتماعی جامعه اقتباس می‌شود، بستگی دارد. ازاین‌رو، بازاندیشی و بازنگری در حوزه ناتوانی امری اجتناب‌ناپذیر است. نگاه بسیاری از جوامع امروزی متمرکز بر فرد سالم و

نه دارای ناتوانی است. در چنین شرایطی فرد دچار ناتوانی را، نه به عنوان شهروند بلکه به عنوان یک هزینه اقتصادی- اجتماعی در نظر می گیرند و آنها شهروند درجه سوم تلقی می شوند. در چنین شرایطی لازم است با رویکردی تعاملی زمینه بازاندیشی ساختاری ناتوانی فراهم شود. یعنی تا زمانی که از لحاظ قانونی و ساختاری از افراد دچار ناتوانی حمایت نشود آنان در عرصه های اجتماعی جایگاهی نخواهند داشت. پس با بازاندیشی ساختاری زمینه تعامل برابر افراد دچار ناتوانی و سالم در میدان و عرصه عمل فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مشارکت مؤثر در این مقاله داشته اند.

منابع مالی

هیچ گونه حمایت مالی برای انتشار این مقاله از هیچ نهاد و یا سازمانی دریافت نشده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته اند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مقاله علاوه بر رعایت اصول اخلاق حرفه ای، همه حقوق مرتبط با منابع مورد استناد رعایت شده و منابع با دقت ذکر شده اند.

- An, A., McPherson, L. & Urbanowicz, N. (2018). Healthy living: a health promotion program for adults with intellectual disability, *Journal of Disability and Health*, 11(4), 606-611.
- Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science and Medicine*, 51(8), 1163–1173.
- Barnes, C. (2003). What a difference a decade makes: Reflections on doing ‘emancipatory’ disability research. *Disability and Society*, 18, 3–17.
- Beller, J. & Epping, J (2020). Disability trends in Europe by age-period-cohort analysis: Increasing disability in younger cohorts, *Journal of Disability and Health*, 14(1).
- Bourdieu, P. (2001) *Masculine Domination*, Cambridge, UK: Polity Press.
- Boys-Stones, G. (2007) Physiognomy and ancient psychological theory, pp. 19–34 in S. Swain (Ed.) *In Seeing the Face Seeing the Soul*, Oxford, UK: Oxford University Press.
- Butler, J. (2004) *Precarious Life: The Power of Mourning and Violence*, London, UK: Verso.
- Casebolt, T. M. (2021). Availability and quality of global disability data: A commentary on the Demographic and Health Surveys, *Journal of Disability and Health*, 14 (1), 1-13
- Catalano A. (2013) “Patterns of graduate students’ information seeking behavior: A meta-synthesis of the literature”. *Journal of Documentation*, 69, 243-274.
- Christensen, L., Fraynt, J., Neece, C. and Baker, L. (2012) Bullying adolescents with intellectual disability, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(1), 49–65.
- Clare, E. (2001). Stolen bodies, reclaimed bodies, Disability and queerness. *Public Culture*, 13(3), 359–365.
- Edwards M., Davies M., Edwards A. (2009) “What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature.” *Patient education and counseling*, 75(1): 37-52.
- Ferrucci, F (2017). *The Social and Cultural Integration of Disabled*

People: Approach and Practices of Social Participation, The Pontifical Academy of Social Sciences.

- Frohmader, C. and Meekosha, H. (2012). Recognition, respect and rights: Women with disabilities in a globalised world, pp. 287–387 in D. Goodley, B. Hughes and L. Davis (Eds.) *Social Theories of Disability: New Developments*, Basingstoke, UK: Palgrave.

- Gabel, S., & Peters, S. (2004). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *Disability and Society*, 19(6), 585–600.

- Groce, N. E. (2018). Global disability: an emerging issue, *The Lancet Global Health*, 6(7), 724-725.

- Hughes, B (2020). A historical sociology of disability: Human Validity and Invalidity from Antiquity to Early Modernity, British Library Cataloguing-in-Publication Data.

- Kafer, A. (2003). "Compulsory bodies: Reflections on heterosexuality and ablebodiedness." *Journal of Women's History*, 15(3), 77–89.

- Kayama, M., Johnstone, K. & Limaye, S (2019). Adjusting the "self" in social interaction: Disability and stigmatization in India, *Children and Youth Services Review*, International Social Work, 134. 55. 71.

- Kim, H. C. & Zhu, Z.Y. (2020). Improving Social Inclusion for People with Physical Disabilities: The Roles of Mobile Social Networking Applications (MSNA) by Disability Support Organizations in China, *Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (7), 1-14.

- Mays, J. M. (2006). Feminist disability theory: Domestic violence against women with a disability. *Disability and Society*, 21(2), 147–158.

- McRuer, R. (2003). As good as it gets: Queer theory and critical disability. *Journal of GLQ*, 9(1–2), 79–105.

- Mehbub Anwar, A.H. M, Thomas A. B. & Xiaoqi. F (2019). "Does social capital and a healthier lifestyle increase mental health resilience to disability acquisition? Group based discrete trajectory mixture models of pre-post longitudinal data." *Journal of Social Science & Medicine*, 235(5). 135-168.

- Sandelowski M, Barros J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*, Springer publishing company Inc,

- Shakespeare, T (2015). *Disability Research today: International perspectives*, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN and by Routledge.

- Zhou, Qin, Nicholas J.& Glasgow, W. D. (2019). Health-related life-styles and obesity among adults with and without disability in Australia: implication for mental health care.” *Journal of Disability and Health*, 12(1). 106-113.
- Zimmer L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53. 311–318.
- Articles used in the meta-synthesis
- Abdullah, N., Horner-Johnson, W., Drum, C. E. Krahn, G. L., Staples, E., Weisser, J. & Hammond, L (2004), Healthy Lifestyles for People with Disabilities, *Californian Journal of Health Promotion*, 2, 42-54.
- Addabbo, T., Sarti, E. & Sciulli, D. (2013) Disability, life satisfaction and social interaction in Italy, *Working Papers Journal Articles Books and Chapters Software Components*,
- Addabbo, T., Sarti, E. & Sciulli, D. (2016) Healthy life, social interaction and disability, *International Journal of Methodology*, 50(6), pages 2609-2623,
- An, A., McPherson, L. & Urbanowicz, N. (2018). Healthy living: a health promotion program for adults with intellectual disability, *Journal of Disability and Health*, 11(4), 606-611.
- Anastasiou, D., & Kauffman, J. M. (2012). Disability as Cultural Difference: Implications for Special Education, Remedial and Special Education 33(3) 139–149.
- Anastation, D. & Kauffman, J. M. (2013). The Social Model of Disability: Dichotomy between Impairment and Disability, *Journal of Medicine and Philosophy*0, 38: 441–459.
- Andradea, M. D., (2016). Cláudia Cristina FukudaSchool Inclusion of People With Physical Disabilities: The Role of Social Interactions, *Journal on Personal Relationships*, 10, 22–33.
- Avolio, M., Montagnoli, S., Marino, M., Basso, D., Furia, G., Ricciardi, W. & de Belvis, A. G. (2013). Factors Influencing Quality of Life for Disabled and Nondisabled Elderly Population: The Results of a Multiple Correspondence Analysis, *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-6.
- Bagenstos, S. R. (2017). Disability, Universalism, Social Rights, and Citizenship, *Social Rights, and Citizenship*. 39, no. 2, 413-36.
- Bampi, L. N., Guilhem, D. & Dornelles, E. (2010). Social. Model:

A New Approach of the Disability Theme, *Latino-Am. Enfermagem Review Article*, 18(4):816-823.

- Barnes, C. & Mercer, G. (2005). Disability, work, and welfare: challenging the social exclusion of disabled people, 19(3): 527–545.

- Barnes, C. (2019). Understanding the social model of disability: Past, present and future. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Barrett, J. (2005). Support and information needs of older and disabled older people in the UK, *Applied Ergonomics* 36, 177–183.

- Beller, J. & Epping, J. (2020). Disability trends in Europe by age-period-cohort analysis: Increasing disability in younger cohorts, *Disability and Health Journal*, 1-6.

- Bezmez. D. & Yardımcı, S. (2015). social exPeRiences oF Physical Rehabilitation The role of the family. In: *Disability ReseaRch today: International perspectives*, Routledge, London & new York.

- Bickenbach, J. E, Cieza, A. & Sabariego, C. (2016). Disability and Public Health, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1), 1-3.

- Bolt, D. (2019). The metanarrative of disability: Social encounters, cultural representation and critical avoidance. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Brett, S. & Andrew C. Sparkes (2019). Disability, sport and physical activity. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London, pp. 391-403.

- Brown, P., Coffey, A Miriam David, Lynn Davies, David James, Rajani Naidoo, Diane Reay, Ivan Reid & Carol Vincent (2010). The sociology of disability and education Madeleine Arnot, *British Journal of Sociology of Education*, 31:5, 529-535.

- Burns, N (2019). Boundary maintenance: Exploring the intersections of disability and migration In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Capella-McDonnall, M. (2006). The Need for Health Promotion for Adults with Blindness or Low Vision, *e Journal of Visual Impairment & Blindness (JVIB)*, 101(3), 133-145.

- Casebolt, T. (2021). Availability and quality of global disability data:

A commentary on the Demographic and Health Surveys, *Journal of Disability and Health*, 14(1), 1-5.

- Cefaï, D. (2017). Visible handicap: From stigma recognition and deviance disavowal to the claim of rights, *European Journal of Disability Research* 11, 113–133

- Chang, F. H., Wang, Y. H., Jang, Y. & Wang, C. W. (2012). Factors Associated With Quality of Life Among People With Spinal Cord Injury: Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health Model, *American Congress of Rehabilitation Medicine*, 93:2264-70.

- Corbisiero, F. (2015). Italian strategies for job placement of persons with disabilities: a network case. In: *Disability Research today: International perspectives*, Routledge, London & new York.

- Davis, D. Z & Boellstorff, T (2016). Compulsive Creativity: Virtual Worlds, Disability, and Digital Capital, *Journal of Communication* 10, 2096–2118.

- Edwards, C. & Imrie, R (2003). Disability and bodies as bearers of value, *Sociology* 37(2):239-256.

- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G. & Stancliffe, R (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross sectional study, *Disability and Health Journal*, 14(1), 1-7.

- Ganle, J. K., Otupiri, E., Obeng, B., Edusie, A. K., Ankomah, A., & Adanu, R (2016). Challenges Women with Disability Face in Accessing and Using Maternal Healthcare Services in Ghana: A Qualitative Study, *PLOS ONE*, 11, 1 -13.

- Ginsburg, F & Rapp, R (2020). Disability/Anthropology: Rethinking the parameters of the human, *Current Anthropology* Volume 61, 54-65.

- Goering, S. (2015). Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease, *Curr Rev Musculoskelet Med*, 8:134–138

- Goodley, D (2019). The psychology of disability. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Groce, N. E. (2018). Global disability: an emerging issue, *The Lancet Global Health*, 6(7). 724-725.

- Grue, J. (2016). The social meaning of disability: a reflection on cat-

- egorisation, stigma and identity, *Sociology of Health & Illness*, 1–8
- Hanisch, H. (2015). How to understand violence against disabled people. In: *Disability Research today: International perspectives*, Routledge, London & New York.
 - Hanzen, G., Waninge, A., Vlaskamp, C. N., Putten, V.D., & Annette A.J. (2018). Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: Analysis of individual support plans, *Research in Developmental Disabilities*, 83, 132-141.
 - Hayhoe, S., Roger, K., Eldritch-Böersen, S & Kelland, L (2015). Developing Inclusive Technical Capital beyond the Disabled Students' Allowance in England, *Social Inclusion*, 3(6), 29-41.
 - Hepburn, C. M., Cohen, E., Bhawra, J., Weiser, N., Hayeems, R. Z & Guttman, A (2015). Health system strategies supporting transition to adult care, *Arch Dis Child*, 100:559–564.
 - Holanda, C. M. et al (2015). Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services,
 - Hughes, B., (2019). Invalidating emotions in the non-disabled imaginary: Fear, pity and disgust. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.
 - Husaina, Z. & Ahmadi, N. S. (2010). Isolation: Willingness of Disabled Person to Integrate with its Community in the Context of Relationship after Disabled due to Accidents, *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences* 7(3), 274–281.
 - Kayama, M., Johnstone, C. & Limaye, S. (2019). Adjusting the “self” in social interaction: Disability and stigmatization in India, *Children and Youth Services Review*, 96, 463-474.
 - Kim, H. C. & Zhu, Z. Y. (2020). Improving Social Inclusion for People with Physical Disabilities: The Roles of Mobile Social Networking Applications (MSNA) by Disability Support Organizations in China, *Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-14.
 - Leshota, E. P. (2013). Reading the National Disability and Rehabilitation Policy in the light of Foucault's technologies of power, *African Journal of Disability* 2(1), 41, 47.
 - Levitt, J. M. (2017). Developing a model of disability that focuses on the actions of disabled people, *Disability & Society*, 32, NO. 5, 735–74.

- Link, M. (2015). Increasing Adequate Social Interactions Among People With and Without Disabilities, An Honors Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Graduation from the Western Oregon University Honors Program,
- Lucas-Carrasco, R. & Salvador-Carulla, L. (2012). Life satisfaction in persons with Intellectual Disabilities Research in Developmental Disabilities, 33, 1103-1109.
- McDonald, K., Keys, E., Christopher B. & Balcazar, F. E. (2007). Disability, race/ethnicity and gender: themes of cultural oppression, acts of individual resistance, Am J Community Psychol, 39, 145-161.
- Neuberger, S. (2014). Poverty as a situation of disability: Social workers' reticence to back active solidarity income beneficiaries' requests for disabled adults allowance, disability research, 8, 256-268.
- Oliver, M & Barnes, C. (2010). Disability studies, disabled people and the struggle for inclusion, British Journal of Sociology of Education, 31:5, 547-560,
- Olsen, J. (2018). Socially disabled: the fight disabled people face against loneliness and stress. Disability & Society, 1-6.
- Pagan-Rodriguez, R. (2014). How do disabled individuals spend their leisure time?, Disability and Health, 7. 196-205.
- Pallisera, M., Vilà, M & Fullana, J. (2014). Transition to adulthood for young people with intellectual disability: exploring transition partnerships from the point of view of professionals in school and post-school services, Journal of Intellectual & Developmental Disability, 39(4),333-341.
- Pearson, C. (2019). Independent living and the failure of governments In: Routledge Handbook of Disability Studies (2nd edition). Routledge, London.
- Peuravaara, K. (2013). Theorizing the body: conceptions of disability, gender and normality, Disability & Society, 28, No. 3, 408-417.
- Pratt, B., Merritt, M & Hyder, A. A. (2016). Towards deep inclusion for equity-oriented health research prioritysetting: A working model, Social Science & Medicine, 151, 215-224.
- Ravesloot, C. H., Seekins, T., Cahill, T., Lindgren, S. Nary, D. E. & White, G. (2007). Health promotion for people with disabilities: devel-

opment and evaluation of the Living Well with a Disability program-Health Education Research, 22(4). 522-53.

- Regler, R. (2017). Rethinking disability: world perspectives in culture and society, *Disability & Society*, 33(3), 492-501.

- Rembis, M. (2019). Challenging the impairment/disability divide: Disability history and the social model of disability. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Rimmer, J. H & Rowland, J. L (2009) Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments, *American Journal of Lifestyle Medicine* 22(2), 409-420.

- Rimmer, J. H. & Rowland, J. L. (2008). Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments, *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2(5), 409-420.

- Sang, K. J.C., Richards, J. & Marks, J (2016). Gender and Disability in Male-Dominated Occupations: A Social Relational Model, *Gender, Work and Organization*, 23(6). 566-581.

- Sapey, B. (2010). Disability Policy: a model based on individual autonomy, *Informations Sociales*, 159, pp. 128-137.

- Shakespeare, T. (2019). Disability in developing countries Compounded Exclusion: Education for Disabled Refugees in Sub-Saharan Africa. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Shildrick, M. (2019). critical disability studies: Rethinking the conventions for the age of postmodernity. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London.

- Sinclair, L. B., Fox, M. H., Jonas, B. S., Berry, Hugh G., Quatrano, L. A., McGowan, A. K. & Peacock, G (2018). Considering disability and health: Reflections on the Healthy People 2020 Midcourse Review, *Disability and Health*, 1-6.

- Smith, B and Sparkes, AC (2019) Disability, sport, and physical activity. In: *Routledge Handbook of Disability Studies* (2nd edition). Routledge, London, pp. 391- 403.

- Soldatic, K. (2019). Social suffering in the neoliberal age: Surplusist

and the partially disabled subject. In: Routledge Handbook of Disability Studies (2nd edition). Routledge, London.

- Stienstra, D. (2019). WPS, Gender, and Disabilities, The Oxford Handbook of Women, Peace.

- Thomas, C (2009). Rescuing a social relational understanding of disability, Scandinavian Journal of Disability Research, 6(1), 22- 36.

- Tschanz, C & Staub, I (2017). Disability-policy models in European welfare regimes: comparing the distribution of social protection, labour-market integration and civil rights, Disability & Society, 32(8). 1-16.

- Vos, P. Cock., P. D., Munde, V., Neerinckx, H., Petry, K., Noortgate, W. V. & Maes, B. (2012). The role of attention in the affective life of people with severe or profound intellectual disabilities, Research in Developmental Disabilities, 34. 902-909.

- Watson, N. (2019). Agency, structure and emancipatory research: Researching disablement and impairment. In: Routledge Handbook of Disability Studies (2nd edition). Routledge, London.

- Winance, M. (2017). 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, journal of disability research, 10, 99-110.

- Zhou, Q., Glasgow, N. J & Wei, D (2019). Health-related lifestyles and obesity among adults with and without disability in Australia: Implication for mental health care, disability & health. 12, 106-113.