

مطالعه دسترس پذیری فضاها و تسهیلات شهری
در تجربه زیسته افراد با آسیب بینایی شهر
تهران

علی شکوری*، فرزانه شاهمرادی**

مقدمه: با فرض اینکه وجود فرصتهای نابرابر در جامعه و نمود آن در دسترسی نابرابر به امکانات و تسهیلات شهری، عامل اصلی ناتوانی معلولین است، این مقاله به مطالعه تجربه زیسته افراد آسیب دیده بینایی در تعامل با فضای شهری در شهر تهران و مطالعه این فضاها در زمینه ایجاد فرصتها و دسترسی برابر برای این افراد می پردازد.

روش: این پژوهش با روش کیفی و ابزار مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته در بین ۳۰ نفر از افراد آسیب دیده بینایی ساکن شهر تهران انجام گرفته است.

یافته ها: فضای شهری تهران موانع فیزیکی و فرهنگی بسیاری را برای حضور نابینایان در جامعه ایجاد می کند که این امر ملازم با تهدید سلامت جسمی و روانی و تحمیل موقعیت وابستگی و نیازمندی و نیز مواجهه با نگرشها و برخوردهای ناصحیح اعضای جامعه است. از این رو الگوی غالب زندگی نابینایان در شهر تهران به فعالیتهای ضروری منحصر شده و این امر زمینه ساز تقلیل فعالیتهای انتخابی و تعاملات اجتماعی آنها در جامعه است.

بحث: علی رغم برخی اقدامات و تلاشها، هنوز امکان دسترسی آحاد معلولین به ویژه نابینایان به فضاها و تسهیلات شهری به صورت منصفانه و برابر براساس حقوق شهروندی در شهر تهران فراهم نشده است.

کلید واژه ها: تجربه زیسته، حقوق شهروندی، دسترس پذیری، فرصتهای برابر

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۴/۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۰

* دکتر جامعه شناس، دانشگاه تهران

** کارشناس ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول) <Shahmoradi.farzaneh@gmail.com>

مقدمه

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۱۰٪ جمعیت جهان به نوعی دچار معلولیت هستند و در پاره‌ای از کشورهای در حال توسعه، این نسبت به بیش از ۲۰٪ نیز می‌رسد (سازمان ملل متحد، ۱۳۷۲). لذا شاید بتوان ادعا کرد که معلولین بزرگ‌ترین اقلیت جامعه بین‌المللی را تشکیل می‌دهند که در دهه‌های اخیر توجه خاصی در سطح بین‌المللی به آنان شده است. شمار افراد معلول در جوامع مختلف همچنان سیر صعودی را طی می‌کند. کشور ما نیز در اثر عوامل فوق و همچنین صدمات ناشی از جنگ، دارای عده کثیری از معلولین و جانبازان با معلولیت‌های گوناگون می‌باشد. بخشی از جمعیت معلول جامعه را، نابینایان تشکیل می‌دهند، که در یکی از آخرین گزارش‌های آمارها جمعیت نابینایان و کم‌بینایان کشور و به‌طور کلی کسانی که به نوعی دارای آسیب‌های بینایی هستند، حدود هفتصد هزار نفر، از سوی سازمان بهزیستی تخمین زده شده است (دارا، ۱۳۸۳). البته باید تعداد افرادی که تحت پوشش بهزیستی نیستند را نیز به این رقم اضافه نمود. بر این اساس، برآورد می‌شود که جمعیت نابینایان و نیمه‌بینایان ایران بیش از یک درصد از جمعیت کشور را تشکیل دهد.

در ادبیات (مارکس^۱، ۱۹۹۹؛ سیلور^۲، ۱۹۹۸؛ وادینگتون^۳، ۱۹۹۶)، وفاق زیادی وجود دارد که معلولین از جمله نابینایان، به لحاظ تاریخی، همواره در طول زندگی تبعیضها و محرومیت‌های بسیاری از سوی جامعه متحمل شده‌اند که می‌توان نمونه‌های آن را در دسترسی نابرابر به امکانات، تسهیلات و فضاهای شهری ذکر کرد. این مسئله به مراتب از وضعیت بدتری در ایران برخوردار است. بدین معنی که این افراد از فرصت‌های برابر در زندگی برخوردار نبوده و زمینه مشارکت کامل آنها در جامعه فراهم نیست و به همان‌گونه که نمی‌توانند همانند سایر شهروندان در امور مربوط به تحصیل، اشتغال، اوقات فراغت و سایر فعالیت‌های جامعه حضور و مشارکت نمایند، امکان دسترسی برابر به اماکن و تسهیلات

-
1. Marks
 2. Silver
 3. Waddington

شهری، به عنوان یکی از بنیادی‌ترین حقوق شهروندی را ندارند.

این در حالی است که امروزه معلولین در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا، در زندگی روزمره خود، به نحوی عمل می‌کنند که گویی معلول نیستند، چرا که با رفتارهای تبعیض‌آمیز ناشی از موانع مصنوعی، نگرشی و... روبه‌رو نمی‌باشند. در واقع این بدین معناست که معلولیت، ذاتی افراد نیست بلکه بیش از همه ریشه در تبعیض تحمیل شده به وسیله جامعه در محیط اجتماعی و فیزیکی دارد که توانایی افراد را برای مستقل بودن محدود می‌سازد (آلبرشت^۱، ۲۰۰۶). از این رو جامعه و امکانات آن، برنامه‌ریزیها و طراحیهای شهری باید جامع و فراگیر بوده و با ویژگی جسمی تمامی مردم از جمله معلولین متناسب باشد تا آنها نیز امکان دسترسی به محیط و اماکن شهری و مشارکت و فعالیت در عرصه‌های گوناگون اجتماعی را که حق طبیعی و لازمه حیات انسانی است، داشته باشند.

در پی تغییر رویکرد به معلولیت، توسعه و ارتقاء مباحث مربوط به حقوق بشر و فراهم شدن مبانی نظری و حقوقی در خصوص لزوم برابری فرصتها و عدم تبعیض در برخورداری از مواهب طبیعی و اجتماعی، گامهایی عملی به منظور حمایت از حقوق معلولین برداشته شد که پیامدهای عملی این تحولات را می‌توان در تأکید و توجه به امر مناسب‌سازی و دسترس‌پذیر ساختن اماکن و تسهیلات شهری و تأمین امکان زندگی مستقل برای معلولین مشاهده کرد. پس از جنگ جهانی دوم با توجه به کثرت جمعیت معلولین و آغاز دوران بازسازی، مناسب‌سازی در شهرهای مختلف کشورهای اروپایی و امریکایی به محور سیاست‌گذاریها و برنامه‌های توسعه شهری مبدل گردید و اقدامات بسیاری در جهت مناسب‌سازی محیط شهری، حذف یا کاهش موانع پیش روی مشارکت معلولین، تضمین حقوق و دسترسی آنها به تسهیلات و امکانات اجتماعی، صورت پذیرفت.

این موضوع در کشور ما از اولویتهای اصلی مدیریت و برنامه‌ریزی شهری در سال‌های

پس از جنگ بوده است و از این رو موضوعی نسبتاً جدید به شمار می‌آید. اما با وجود اهمیت این مسئله، به خوبی به آن پرداخته نشده است و معلولین از جمله نابینایان با مسائل بسیاری در این خصوص مواجهند. آنها علی‌رغم پرداخت مالیات و عوارض دولتی، امکان برخورداری از حداقل حقوق شهروندی خویش را ندارند، و با وجود ارزیابیهای مثبت در خصوص برخی اقدامات مربوط به مناسب‌سازی محیط شهری - با استناد به کمیت اقدامات صورت پذیرفته - به ندرت به این موضوع توجه شده که این اقدامات تا چه حدی در مراحل مختلف تصمیم‌گیری و اجرا، با مشارکت جمعیت هدف (معلولین) انجام شده و یا رضایت آنها را جلب کرده است. به علاوه از آنجایی که پژوهش خاصی در خصوص دسترسی و بهره‌مندی از امکانات و تسهیلات شهری، از منظر نابینایان و نیمه‌بینایان صورت پذیرفته، اکثر اقدامات انجام شده در این زمینه از کارایی لازم برخوردار نیستند. از این رو این پژوهش بر آن است به مطالعه امکان دسترسی به اماکن و تسهیلات شهری در تجربه زیسته نابینایان و نیمه‌بینایان شهر تهران که انتظار می‌رود بیش از سایر شهرهای کشور بر این گونه اقدامات متمرکز باشد پردازد؛ و به این پرسشها پاسخ دهد که: عمده‌ترین مسائل و مشکلات نابینایان در تعامل با فضای شهری چیست؟ سهم دسترسی و بهره‌مندی آنها از امکانات و تسهیلات جامعه در مقایسه با دیگر شهروندان چگونه است؟ ارزیابی آنها از اقدامات انجام شده در زمینه مناسب‌سازی فضاها و تسهیلات شهری چگونه است؟ دسترسی نابرابر به امکانات جامعه چه تبعات و پیامدهایی را برای آنها در پی دارد؟

مبانی نظری

سازمان جهانی بهداشت ناتوانی و معلولیت را در یک فرآیند مشخص تعریف نموده و بین آسیب‌دیدگی (صدمه جسمانی یا روانی)، معلولیت (ناتوانی ناشی از آسیب‌دیدگی) و ازکارافتادگی (محدودیت اجتماعی ناشی از ناتوانی) تمایز قائل می‌شود. هرگونه ناهنجاری یا کمبود در ساختار یا کارکرد روانی، فیزیولوژیکی یا کالبدی را آسیب‌دیدگی و کمبود یا فقدان

توانایی (ناشی از آسیب‌دیدگی) که فعالیت فرد را برای انجام امری به روش انجام افراد عادی، محدود ساخته یا دامنه فعالیت وی را از حالت طبیعی خارج نماید، معلولیت و نیز اشکالی که در نتیجه آسیب‌دیدگی یا معلولیت برای فرد ایجاد شود و ایفای نقش عادی وی را با توجه به سن، جنس و عوامل اجتماعی و فرهنگی وی محدود و یا از آن جلوگیری نماید، از کارافتادگی می‌نامد. بنابراین از کارافتادگی رابطه بین معلولین و محیط آنان و فقدان یا محدودیت فرصتهای مشارکت در زندگی اجتماعی در سطحی برابر با دیگران است (فیتزپتریک، ۱۳۸۱).

گروهی از معلولین را معلولین جسمی تشکیل می‌دهند که شامل معلولین جسمی- حرکتی، آسیب‌دیدگان بینایی و شنوایی می‌باشند. معلولین با آسیب بینایی دارای دامنه گسترده‌ای از نقص در بینایی، از نابینایی کامل تا دید باقیمانده نسبتاً خوب را دربرمی‌گیرند. متداول‌ترین تعریف نابینائی، که مورد پذیرش و توافق تقریباً همه محافل علمی و سازمانهای ذی‌ربط است، به حدت بینایی فرد نابینا اشاره دارد که با وجود برخورداری از امکانات چشم‌پزشکی و عینک، کمتر از یک‌دهم است و به عبارت دیگر امکان تشخیص نور و شمارش انگشتان از یک متری میسر نیست (صفری و همکاران، ۱۳۸۷). نیمه‌بینا نیز به فرد دارای حدت بینایی نسبتاً خوب اشاره دارد که فرد قادر است از متون چاپی اصلاح شده و با حروف درشت استفاده کند (شریفی درآمدی، ۱۳۷۸).

اما در رابطه با چارچوب نظری انتخابی تحقیق، باید گفت که در تبیین معلولیت و به تبع آن سیاست‌گذاریهایی مرتبط با آن، دو الگو یا پارادایم کلی وجود دارد: الگوی پزشکی که ناتوانی و معلولیت را صرفاً به‌عنوان آسیب یا صدمه‌ای جسمانی و یا روانی در فرد معلول تلقی می‌کند. جسم سالم را به‌عنوان قاعده و ضابطه اصلی در نظر می‌گیرد و چنانچه قدرت تحرک شخص معلول کاهش یابد آن را ناشی از وضعیت جسمانی و یا روانی شخص قلمداد

می‌کند (فیتزپتریک، ۱۳۸۱؛ فایفر^۱، ۲۰۰۵) کلید درک مدل پزشکی و دلیل ناکافی بودن آن برای مطالعه معلولیت، تصویر آن از نقش بیمار است (پارسنز، ۱۹۵۷؛ بیکنباخ^۲، ۱۹۹۳). چرا که در این نقش، فرد معلول از تکالیف اجتماعی معاف می‌شود و برای عدم انجام وظایف محوله خود دلیلی دارد (پارسنز^۳، ۱۹۵۱)، و تا زمانی که نقیصه‌ای دائمی داشته باشد در نقش بیمار باقی مانده و وابسته تلقی می‌گردد (مارکس، ۱۹۹۹).

در مدل پزشکی، افراد براساس قابلیت کاری خود، در مقایسه با آنچه یک فرد نرمال انجام می‌دهد، بیمار یا غیرقابل استخدام برشمرده می‌شوند. مفهوم نرمال چنانچه آموذسن^۴ (۲۰۰۰) می‌نویسد، مفهومی جعلی است. افراد به شیوه‌های متعددی خود را دسته‌بندی می‌کنند. برخی از آنها مانند تفاوت میان زن و مرد، بازتاب واقعی زیستی به نظر می‌رسند، درحالی‌که مثلاً دسته‌بندی میان کاتولیک و پروتستان این‌گونه نیست. مدل پزشکی به شدت وابسته به مفهوم عملکرد نرمال بوده و جبرگرایی کارکرد را می‌پذیرد. آموذسن می‌گوید در واقع شرایط نامساعدی که افراد ارزیابی شده به‌عنوان آن‌رمال با آن مواجه‌اند، از ویژگی زیستی آنها ناشی نمی‌شود. بلکه پیامد قضاوت‌های اجتماعی در مورد قابل قبول بودن انواع مشخصی از گونه‌های زیست‌شناختی است.

این الگو، به لحاظ سیاسی، پیامدهایی را به همراه داشته است. نخست، بدلیل اهمیت دادن به تفکیک هنجاری بر بهنجاری و نابهنجاری، معلولان را ناتوان از مشارکت در برنامه‌ریزی و اقدام برای تشخیص مشکلات یا تعیین سرنوشت خود فرض می‌کرد. دوم، با توجه به محوریت الگوی بهنجاری (ازجمله جسمانی) به عنوان معیار تشخیص در زندگی اجتماعی، قاعدتاً این معلولان هستند که باید خود را با تسهیلات و امکانات موجود (شهری) که براساس نیاز غیرمعلولان ایجاد شده تطبیق دهند نه برعکس. سوم اینکه بر طبق این مدل، معلولین نیازمند مساعدت هستند و به‌دلایل انسان‌دوستانه و خیرخواهانه، مراقبت‌ها باید

1. Pfeiffer
3. Parsons

2. Bickenbach
4. Amundson

خصلت ترحم‌آمیز داشته و آنها به دلیل عدم توانایی، امکان جبران ندارند. چهارم، تشخیص نیاز و تلاش برای برآورده ساختن آن، نیاز به برنامه‌ریزی متمرکز تخصص‌محور دارد. همزمان با افزایش تردیدها و انتقادات نسبت به الگوی پزشکی، در دهه ۱۹۷۰ الگوی اجتماعی به‌عنوان الگویی بدیل مطرح شد. براساس این الگو، معلولیت محصول تعامل میان ویژگیهای یک فرد و ویژگیهای محیط اجتماعی، فرهنگی، طبیعی و مصنوعی است. از این‌رو، محوریت تحلیل این الگو بیش از اینکه فرد باشد نارسائیهای جامعه معلولیت‌گرا است که زنان و مردان معلول در آن زندگی می‌کنند (فیتزپتریک، ۱۳۸۱). در قالب این مدل طیف وسیعی از رویکردها مانند برساخت‌گرایی اجتماعی، تبعیض اجتماعی، معلولیت اقلیت تحت ستم و پست‌مدرنیسم قرار دارد و به دلیل آنکه آنها مستقیماً بر تعریف مسئله، محل وقوع، راهبردهای مداخلاتی و بااهمیت‌ترین سیاستهای اجتماعی تأکید می‌کنند، در مقایسه با مدل پزشکی ملاحظات جدی را در تبیین پدیده معلولیت به عنوان یک مسئله اجتماعی اعمال می‌کنند (فایفر، ۲۰۰۵). برای مثال براساس رویکرد تبعیض، معلولیت را باید بر مبنای تبعیض پایگاهی تبیین کرد که معلولین را از درگیرشدن کامل در جامعه به خاطر موانع اجتماعی و فیزیکی پیش روی ایشان باز می‌دارد (آلبرشت، ۲۰۰۶).

بنا بر اعتقاد مدافعان حقوق معلولین نظیر اولیور (۱۹۹۰)، اکثر مشکلاتی که معلولین با آن مواجهند، ناشی از محیط اطرافشان است و نه مستقیماً ناشی از ناتوانی آنها. این تفکر بیانگر الگوی اجتماعی معلولیت است که با الگوی قربانی یا نیکوکارانه مغایرت دارد. براساس این الگو، معلولیت موضوعی سیاسی- اجتماعی است و نه یک موضوع سلامتی و پزشکی؛ و سیاست‌گذاری از جمله تدوین و اجرای قوانین یا تجویز برخی رفتارها و فعالیتها افراد را ناتوان می‌سازد (لیاچویتز^۱، ۱۹۹۸).

در واقع، الگوی اجتماعی (غیرپزشکی) به حقوق معلولین به عنوان حقوق مدنی تأکید

دارد که وابسته به وجود اعتبارات مالی یا حتی تناسب اعتبارات نیست، و بر سه مؤلفه «برخورد برابر»^۱، «دسترسی برابر»^۲ یا «پیامد برابر»^۳ استوار است. این سه طریق، همگی جزئی از یک کل را تشکیل می‌دهند. بدین معنی که فردی با معلولیت نمی‌تواند برخوردی برابر با دیگران دریافت کند مگر آنکه جامعه (تسهیلات، امکانات و برخورداریهای آن) همان‌طور که برای افراد غیرمعلول قابل دسترس است، برای او نیز قابل دسترس باشد. هم‌چنین برای یک فرد معلول برخورد و دسترسی برابر معنایی نخواهد داشت، جز آنکه پیامدهای برابر امکان‌پذیر باشد (ایلینگورث و پارمت^۴، ۲۰۰۰). هم‌چنین اولیور^۵ (۱۹۹۶) نیز با این اعتقاد مخالف است که نیاز باید در تعیین دیدگاهها و سیاستهای رفاهی مرکزیت داشته باشد، چرا که پی‌ریزی خدمات تخصصی بر پایه ارزیابی نیازها به جای حقوق شهروندی برای رفاه، نه قادر خواهد بود عدم تعادل قدرت بین افراد ناتوان و ارائه‌دهندگان خدمات را اصلاح کند و نه این اطمینان را دهد که دریافت حمایت وابسته به محدودیتهای بودجه‌ای نیست (جغتایی و همتی، ۱۳۸۰). تأکید بر حقوق برابر موجب طرح رویکردهای جدید در ادبیات و بکارگیری آنها در برنامه‌ها و اقدامات شهری شد که ذیلاً به اختصار به آنها پرداخته می‌شود:

رویکرد نخست: رویکرد عادی‌سازی و مراقبت از طریق مردم که از شکست سیاستهای تخصص‌محور سنتی منتج می‌شد و بر اهمیت شناسایی نیازهای گوناگون افراد و پاسخگویی به آنها در درون جامعه، به عنوان ارزشهای ویژه، اشاره داشت. این رویکرد ابتدا توسط ولفنبرگر (۱۹۷۲) برای افراد با مشکلات سخت یادگیری در کانادا معرفی شد و بعدها به‌طور وسیعی در خصوص معلولین بکار گرفته شد و بر اصولی چون دارا بودن نقش و ارزش حقوقی برابر، داشتن حق زندگی کردن در جامعه همانند سایر افراد و به رسمیت‌شناختن فردیت این افراد توسط ارائه‌دهندگان خدمات تأکید داشت (جغتایی و همتی، ۱۳۸۰).

1. equal treatment

2. equal access

3. equal outcome

4. Illingworth and Parmet

5. Oliver

رویکرد دوم: رویکرد برابری فرصتها که بر دو روش ضروری، یعنی مداخله قانونی برای برابری انتظارات و هم‌چنین بازیابی امکانات پایه، تأکید داشته و آنها را حق مسلم افرادی می‌دانست که با نقص در تصمیم‌گیری فردی مواجهند. فرض بر این بود که اولین مداخله، توانایی افراد را برای خوداتکایی افزایش می‌دهد که خود به افزایش قابلیت‌ها در تأمین نیازها و علایق منجر می‌شود؛ و مداخله دوم نیز، امکانات اجتماعی را از طریق کاهش موانع، بازسازی می‌کند و در نتیجه، با ایجاد هماهنگی بیشتر بین علایق فردی و شرایط اجتماعی، امکان انتخابها را افزایش می‌دهد (جغتایی و همتی، ۱۳۸۰). طبق این رویکرد، سیاستها و قوانین باید به گونه‌ای تدوین شوند که بی‌عدالتی یا تبعیض را نفی کنند تا اقلیتها و سایر گروههای محروم بتوانند از فرصتهای تحصیلی، شغلی یا نظام رفاهی در سطحی برابر با دیگران بهره‌مند شوند (همتی، ۱۳۸۹).

رویکرد سوم: رویکرد برنامه‌ریزی دموکراتیک که با ظهور اندیشه‌های مربوط به جنبش پسامدرن و با نقد مبانی شهرسازی مدرن و الگوهای برنامه‌ریزی و طراحی شهری سنتی به‌عنوان مظهر سوگیریها و تبعیضها علیه گروهی از جمله معلولان مطرح شد و طبق این رویکرد از آنجایی که برنامه‌ریزان و طراحان شهری نمی‌توانند بی‌طرف باشند، از این رو تقویت دموکراسی را به‌عنوان مهم‌ترین پیش‌نیاز بازسازی و توسعه نقش برنامه‌ریزی در جامعه جدید تلقی می‌کرد تا ضمن حفظ این تفاوتها، از ارزشهای عام انسانی و حقوق اساسی و دموکراتیک همگان اعم از افراد سالم و معلول حمایت شود (کمپل^۱، ۱۹۹۷).

رویکرد چهارم: رویکرد طراحی فراگیر شهری که هدف آن تلاش برای تأمین نیازهای اکثریت استفاده‌کنندگان از فضاها، تجهیزات و تسهیلات شهری، و نیز تأکید بر اینکه توجه به نیازهای گروههای آسیب‌پذیر در طراحی فضاها شهری به ایجاد فضاهای بهتری برای همگان منجر خواهد شد. این امر مستلزم رعایت اصول هفتگانه طراحی فراگیر از جمله:

1. Campbell

استفاده برابر و بدون تبعیض، قابلیت انعطاف به لحاظ بکارگیری روشهای گوناگون، استفاده ساده و مبتنی بر درک آسان، قابل درک بودن اطلاعات برای افراد با ناتوانیهای حسی گوناگون، حداقل رساندن خطرات، نیاز به استفاده از نیروی فیزیکی حداقل و فضا و ابعاد مناسب برای تحرک و جابه‌جایی است (سعیدی‌رضوانی و دانش‌پور، ۱۳۹۱).

در نتیجه رویکردهای جدید، برخی اقدامات مهم از تصویب قوانین ضد تبعیض تا تدوین آیین‌نامه‌ها و ضوابط طراحی شهرها در بعضی از شهرهای کشورهای گوناگون مانند توکیو ژاپن، استانبول ترکیه، نیوکاسل انگلستان، و غیره انجام شده^۱ که بیانگر این واقعیت است که امکان گذر از برنامه‌ریزی و طراحی شهری با نوعی سوگیری نظری و عملی به سمت مناسب‌سازی و دسترس‌پذیری فضاهای شهری مطابق با نیازهای گروههای متفاوت شهروندان امکان‌پذیر است.

دولت جمهوری اسلامی ایران هم مانند بسیاری از کشورها اقداماتی را به منظور حمایت از حقوق معلولین انجام داده است. تصویب "قانون جامع حمایت از معلولین" در سال ۱۳۸۳ و پیوستن ایران به کنوانسیون "حقوق افراد دارای معلولیت" در سال ۱۳۸۷، نمونه‌هایی از این اقدامات است. مناسب‌سازی و دسترس‌پذیری فضای شهری برای معلولان از اولیتهای اصلی مدیریت و برنامه‌ریزی شهری در سالهای بعد از جنگ در ایران بوده است که در قوانین و آیین‌نامه‌های اجرایی مصوب دولت مورد توجه قرار گرفته است. مهم‌ترین و مرتبط‌ترین سند مرتبط با مناسب‌سازی برای معلولان از جمله ناینایان، ضوابط و مقررات شهرسازی و معماری برای افراد معلول می‌باشد که در سال ۱۳۶۸ به تصویب شورای عالی شهرسازی و معماری رسید. علاوه بر آن قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سند چشم‌انداز بیست‌ساله، قانون برنامه سوم و چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران نمونه‌های دیگری از این اسناد هستند که به طور مستقیم و غیرمستقیم بحث برابری فرصتها،

۱. برای اطلاعات تفصیلی، ر. ک: سعیدی‌رضوانی، ۱۳۹۱؛ مدنی‌پور، ۱۳۷۹

دسترس‌پذیری و حق مشارکت در جامعه برای تمامی شهروندان از جمله معلولین در آنها مورد تأکید و توجه خاص قرار گرفته است. هرچند این تأکیدات و اقدامات حقوقی گامی مهم بشمار می‌آیند، ولی نکته یا پرسش اساسی این است که علی‌رغم تحول رویکرد نسبت به معلولیت و رویکردهای برنامه‌ریزی شهری و نیز پذیرش حقوق شهروندی، در عمل تا چه حدی مناسب‌سازی و دسترس‌پذیری فضاها برای شهروندان به‌ویژه در مورد آسیب‌دیدگان بینایی تحقق یافته است؟ این پژوهش تلاش می‌کند تحقق این اقدامات را از منظر نابینایان در شهر تهران مطالعه کند.

روش

پژوهش حاضر به روش کیفی انجام شده و از ماهیتی اکتشافی برخوردار بوده و از نوع مطالعه موردی است. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از فن مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته بهره برده شد. از آنجایی که ملاک و معیار انتخاب نمونه‌ها امکان کسب جامع‌ترین و دقیق‌ترین اطلاعات با توجه به محدودیت‌های زمانی و دیگر محدودیت‌های پژوهشی است، بنابراین نابینایان و نیمه‌بینایان به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند که با مسئله درگیرتر بوده و تجارب بیشتری در این زمینه داشته باشند؛ از این‌رو روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری قضاوتی و هدفمند است. با توجه به ماهیت تحقیق، تعداد نمونه‌ها براساس اشباع نظری انتخاب شدند. چراکه به لحاظ کمی، تعداد موارد تحت مطالعه، به طور دقیقی قابل پیش‌بینی نبوده و بستگی به این دارد که چه زمانی اطلاعات به اشباع برسد. از این‌رو، جمع‌آوری اطلاعات از افراد نمونه تا زمانی ادامه یافت که اطلاعات جدید تکراری شده و مطلب و نکته جدیدی به اطلاعات جمع‌آوری شده نیفزاید و به عبارت دیگر، داده‌ها اشباع شوند. بطوری که فلیک (۱۳۸۷) اظهار می‌دارد، در نمونه‌گیری نظری فرایند گردآوری داده‌ها به محقق امکان می‌دهد که به طور هم‌زمان داده‌هایش را گردآوری، کدگذاری و تحلیل کند و تصمیم بگیرد که چه داده‌هایی را در مرحله بعدی گردآوری و آنها را شناسایی کند.

در مجموع از میان افراد دارای آسیب بینایی ساکن شهر تهران، ۳۰ نفر (۱۷ مرد و ۱۳ زن) به عنوان نمونه غالباً از میان جوانان و بزرگسالان تحصیل کرده ۵۵-۲۰ سال و به لحاظ بینایی، فاقد هرگونه بینایی انتخاب شدند. تمامی مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط صوت، ثبت شد. پس از ثبت و مرور دقیق محتوای مصاحبه‌ها، درک معانی آشکار و پنهان از گفتگوها و استخراج آنها، کدگذاری داده‌ها، تعیین مفاهیم اساسی و مقوله‌بندی آنها، به توصیف و تحلیلی از موضوع مورد مطالعه اقدام شد. درخصوص بحث اعتبار در تحقیقات کیفی باید گفت اعتبار به دقت شاخصها بستگی دارد و معمولاً خود محقق تعیین‌کننده دقت شاخصها و یا اعتبار یافته‌های خویش است (بیبی^۱، ۲۰۱۳). اعتبار شاخصها معمولاً در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و از طریق مکانیزم اشباع برای محقق مسجل می‌شود. برای اطمینان نسبت به اعتبار تحقیق که در تحقیقات کیفی مورد تأکید است (هومن، ۱۳۸۵)، لازم است که مطمئن شد که یافته‌ها از زبان داده‌ها سخن می‌گویند و توصیفی غنی و عمیق از محیط، برنامه‌ها، آزمودنیها، روشها، تعاملات و غیره به دست می‌دهند. در این تحقیق نیز مبنای کلیه استدلال‌ها، نکاتی برخاسته از مصاحبه‌ها یا مشاهدات است. برای افزایش قابلیت اعتماد کوشیده شد از روشها و تکنیکهای گوناگون تحقیق با دقت استفاده شود. به علاوه با توجه به اینکه تمامی مصاحبه‌ها توسط خود محقق صورت گرفته و تمامی آنها ضبط شده‌اند، از قابلیت اعتماد بالایی برخوردارند.

یافته‌ها

الف- محیط بازدارنده و موانع فیزیکی-فرهنگی

آسیب جسمانی و تحمیل فشار روانی

یافته‌های تحقیق نشان داد که مسئله تردد یکی از مهم‌ترین مسائل و موانع حضور نابینایان در جامعه است. بخش عمده‌ای از مسائل آنها در این زمینه، به موانع موجود در پیاده‌روها

1. Babbie

بازمی‌گردد که موجب بروز آسیب‌های جسمی خفیف تا شدید و یا دست کم اختلال در جهت‌یابی آنها ضمن حرکت می‌شود. از این‌رو آنها پیوسته هنگام تردد از سوی محیط خود تهدید شده و احساس ناامنی، اضطراب، ترس و نگرانی می‌کنند. برای مثال یکی از نابینایان در این رابطه می‌گوید: «بس که تو پیاده‌روها به داربست و تابلو و... خوردم، تو جوی آب افتادم و یا از این‌ور و اون‌ور پائین افتادم، دیگه از یه جای صاف هم نمی‌تونم با خیال راحت راه بروم».

گذشته از تجهیزات شهری، عدم توجه شهروندان و مسدود نمودن پیاده‌رو با موانع گوناگون نیز مسئله مهم دیگری است. برای مثال یکی از نابینایان که سابقاً از بینایی محدودی برخوردار بود در خصوص حادثه‌ای که در اثر بی‌توجهی یکی از شهروندان برایش رخ داد و منجر به از دست دادن باقیمانده بیناییش شد می‌گوید: «از روی پل که رد شدم، درست جلوی پل یه ماشینی پارک شده بود که سرم بهش خورد و چشمم ضربه سختی دید، طوری که بعد از اون ضربه دیگه نور رو هم تشخیص نمی‌دهم. بعد از کلی درد سر کشیدن و خرج کردن آخر هم مجبور به تخلیه چشمم شدم».

بیم برخورد با موانع فضایی غیرقابل تشخیص توسط عصای سفید نابینایان نیز -که برخورد نابینایان با آنها بسیار محتمل است- منجر به تشدید فشار روانی آنها در ضمن حرکت می‌شود. یکی از نابینایان در این زمینه می‌گوید: «دغدغه اصلیم تو رفت‌وآمد این است که سر و صورتم به چیزی نخوره، چون باز تا حدی با عصای سفید می‌تونم مواظب پائین تنم باشم که به چیزی نخوره، اما چطور می‌تونم مراقب سر و صورتم باشم».

هراس از افتادن و وجود تفاوت ارتفاع ناگهانی در سطح معابر، عامل دیگر سلب آرامش خاطر نابینایان در هنگام حرکت است. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص می‌گوید: «تو هیچ جای این شهر نمی‌تونم اطمینان کنم و با خیال راحت بروم و بیام، حتی تو جاهای آشنا. مثلاً صبح از خواب بلند می‌شم سر کار برم، می‌بینم شهرداری چند متری زمین رو کنده، بدون اینکه از حفاظ یا مانعی خبری باشه». این مسئله در مواردی نابینایان را تا سر حد مرگ

نیز پیش می‌برد و اهمیت وجود حفاظ یا علائم هشداردهنده سهل‌التشخیص را یادآور می‌شود. به عنوان مثال یکی از نایبانیان می‌گوید: «خط‌کشی ایمنی جلوی سکوی مترو اصلاً برای ما قابل تشخیص نیست. خود من همین چند ماه پیش از سکوی مترو پائین افتادم، که خدا رحم کرد و اتفاق خاصی برایم نیفتاد و زود تونستم بیرون بیام. اما کم نیستند از نایبناها که تو همین معابر قطار افتادند، دست و پاشون شکسته و یا مردند» و یا نایبانی دیگری می‌گوید: «سال گذشته یکی از دوستان نایبنا من از پله‌های پل‌هوایی افتاد و ضربه مغزی شد و مرد. شاید آگه ابتدای قفسه پله‌ها با علائمی مشخص بود این اتفاق برایش نمی‌افتاد».

از دیگر مسائل مهم نایبانیان ضمن تردد، نهرهای آب است، که اکثر مصاحبه‌شوندگان تجربه بارها افتادن در آنها، جراحت، پیچ‌خوردگی و شکستگی دست و پا، آسیب لوازم و آلودگی البسه خود را داشته‌اند. نایبانی در این ارتباط چنین می‌گوید: «موقع رفتنم به دانشگاه بود که تو جوی آبی افتادم و ضبط صوت، نوارها، کتابها و هر چیز تو کیفم بود خیس و خراب شدند». در این خصوص باید گفت متأسفانه تلاشهای صورت‌گرفته طی سال‌های اخیر در جهت ایجاد نهرهای کوچک‌تر با عمق و عرض کم‌تر به جای نهرهای سابق، از آنجایی که معمولاً توسط عصای سفید نایبانیان قابل تشخیص نبوده، پیوسته آنها را با مشکل مواجه می‌سازد.

فقدان تمهیدات لازم به منظور تسهیل عبور نایبانیان از خیابان، نظیر نصب نشانگرهای صوتی در تقاطعات و نامشخص بودن خطوط عابر پیاده، از دیگر مسائل مهم آنها در تردد است. یکی از نایبانیان در این زمینه می‌گوید: «باید یه فکری برای خیابانها می‌شد. تو پیاده‌رو حالا می‌شه با هر تقلایی، بالاخره رفت. سر خیابان خیلی مشکله. تو خیابانهای عریض من چطور می‌تونم اون سمت خیابان بروم؟». در این خصوص لازم به ذکر است که نصب نشانگرهای صوتی (چراغ‌های راهنمایی گویا)، در معدودی از تقاطعات در طی سال‌های اخیر نیز مساعدت چندانی به تسهیل عبور نایبانیان از خیابان ننموده است. معدود بودن و فقدان اولویت‌سنجی در نصب سیستمها، عدم اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی نایبانیان از وجود و عملکرد

آنها و تشخیص دشوار اصوات آنها نمونه‌هایی از مسائل مربوطه در این خصوص می‌باشد. نامناسب بودن مسیرهای ویژه عبور نابینایان و عدم تأمین امنیت در بهره‌مندی از آنها مسئله مهم دیگری است؛ چرا که اکثریت مصاحبه‌شوندگان اظهار داشته‌اند به این مسیرها نمی‌توانند اطمینان نموده و با خاطری آسوده حرکت نمایند، و بارها به هنگام عبور از آنها با موانع گوناگون و یا اختلاف ناگهانی ارتفاع سطح معابر مواجه شده‌اند. برای مثال ذیلاً به نمونه‌هایی از اظهارات مصاحبه‌شوندگان در این خصوص اشاره می‌شود. «همین چند روز پیش همسرم از رو یکی از این مسیرها داشت می‌رفت که سرش به پائین پله‌های پل هوایی خورد و شکست». «هیچ‌وقت نمی‌تونم به این مسیرها اطمینان کرده و با خیال راحت عبور کنم، چون خیلی وقتها که به آنها اعتماد کردم یا به باجه تلفن، صندوق صدقات، داربست و... خوردم و یا در جوی آبی افتادم». از این‌رو این مسیرها بخش مهمی از کارایی خود را برای نابینایان از دست داده‌اند. چرا که آنها بیش از نیاز به داشتن مسیری مشخص و هدایت‌بخش، به مسیری امن برای تردد نیازمندند.

عدم آگاهی شهروندان از این مسیرها و کاربرد آنها و در نتیجه مسدود نمودن آن با موانع گوناگون، مسئله مهم دیگر در خصوص بهره‌مندی از این مسیرهاست. به‌علاوه، این مسیرها از مسائل دیگری نیز برخوردارند. برای مثال یکی از نابینایان به نامحسوس و نامشخص بودن مسیرهای ویژه اشاره نموده و می‌گوید: «بعضی از این سنگفرشها اصلاً برای ما ملموس و قابل تشخیص نیستند و ارتفاع بعضی از سنگفرشها هم انقدر بلند و نامناسبند، که اصلاً نمی‌شه روی آنها راه رفت». نابینای دیگری به انفصال و ناهم‌گونی این مسیرها اشاره نموده و به طنز چنین می‌گوید: «خیلی وقتها اگر بخوام از رو این مسیرها عبور کنم، باید بگردم خودم ادامه مسیر رو پیدا کنم». لذا احداث مسیرهای ویژه جهت عبور نابینایان نیز چندان مساعدتی به تسهیل در تردد آنها ننموده است.

در چنین شرایطی، تردد برای نابینایان نیازمند دقت و تمرکز حواس بسیار است، رفت‌وآمد موجب تحلیل انرژی بسیار از آنها شده و به فعالیتی طاقت‌فرسا تبدیل می‌گردد.

برای مثال یکی از نابینایان می‌گوید: «رفت‌وآمد برایم خیلی انرژی بره. چون باید تمام حواسمو موقع راه رفتن جمع کنم که به چیزی نخورم، از جایی نیفتم و...». با وجود کندی حرکت، آنها همچنان از صدمات گوناگون مصون نیستند و به طور کلی رفت‌وآمد برای آنها بسیار استرس‌زا، انرژی‌بر و زمان‌بر است.

کاهش استقلال و تحمیل وابستگی

حضور نابینایان در جامعه و مشارکت آنها در فعالیتهای اجتماعی گوناگون، در پیوند تنگاتنگ به هدایت و مساعدت دیگران است. فقدان راهنماهای آوایی و لامسه‌ای (علائم و نشانگرها، تابلوها، چارتهای نقشه‌های قابل دسترس) از عوامل مهمی است که پیوسته آنها را در جامعه و در تعامل با محیط، نیازمند و وابسته به دیگران نگاه می‌دارد. برای مثال یکی از نابینایان در این زمینه می‌گوید: «وقتی وارد یه اداره و یا سازمانی می‌شم نمی‌دونم که هر بخشی کجاست. چون همه راهنمائیها نیاز به دیدن داره، تابلوها، چارتهای، عنوان اتاقها و مطالب و علائم بر روی دیوار. در حالی که اگه همه‌جا، مسیرهای ویژه، سیستمهای گویا، چارتهای برجسته و تابلوهای بریل بود، مجبور نبودم که برای پیدا کردن جایی، پیوسته از دیگران سؤال کنم؛ و یا نابینای دیگری می‌گوید: «اوایل که عنوان ایستگاهها، در بی‌آرتی اعلام می‌شد خیلی خوب بود. اما الان همش باید از بقیه بپرسم». علاوه بر فقدان نشانگرهای آوایی-لامسه‌ای، سطوح ناهموار و نامناسب برخی معابر و پیاده‌روها، نور نامناسب و فقدان تضاد رنگی لازم در عناصر محیطی و نیز آلودگی صوتی بسیار در محیط از دیگر عواملی است که موجب کندی و دشواری حرکت و اختلال در جهت‌یابی آنها شده و بر وابستگی و نیازمندی آنها به دیگران می‌افزاید.

عدم شناخت و نگرش و برخورد ناصحیح

علاوه بر موانع فیزیکی فوق‌الذکر، مواجهه نابینایان با نگرشها و برخوردهای ناصحیح اعضای جامعه یکی دیگر از مسائل مهم و موانع حضور نابینایان در جامعه است. بنابر اظهار اکثر مصاحبه‌شوندگان، غالب افراد جامعه، شناخت صحیحی از آنها و توانمندی و محدودیت‌هایشان ندارند. برخی توانمندی آنها را بسیار و آنها را سرشار از هوش و استعداد و برخی دیگر آنها را ناتوان قلمداد می‌کنند. برخی حقوق و شأنی برابر با دیگران برای آنها قائل نیستند، و برخی دیگر نمی‌دانند که کجا، چگونه و به چه طریق باید آنها را هدایت و مساعدت نمایند، گاهی به هنگام مساعدت، ترحم بسیار نموده و گاهی دیگر، در غالب مساعدت، منزلت، عزت‌نفس و استقلال آنها را زیر سؤال می‌برند. یکی از نابینایان در این رابطه می‌گوید: «بعضی از مردم با کمک‌کردنشان استقلال و شخصیت آدم رو زیر سؤال می‌برند. فقط برایشان این مهمه که کمکی کرده باشند، همین».

بنابراین چنانچه مشاهده می‌شود گذشته از موانع فیزیکی و نارسائیهای موجود در زمینه‌های ذکر شده آنچه برای نابینایان بسیار آزاردهنده بوده و حضور و مشارکت آنها را در جامعه با مشکل بیشتری مواجه می‌سازد، فقر فرهنگی است که به انحای مختلف در جامعه ما وجود دارد.

ب- الگوی زندگی و فعالیت در فضای عمومی

پس از مروری بر مهم‌ترین مسائل مرتبط با حضور نابینایان در جامعه، در این بخش به فعالیتهای نابینایان در جامعه در سه حوزه فعالیتهای ضروری، انتخابی و اجتماعی به اختصار پرداخته می‌شود؛ اما پیش از آن لازم به ذکر است که منظور از فعالیتهای ضروری، فعالیتهایی است که کم و بیش حالتی اجباری داشته و فعالیتهای انتخابی فعالیتهایی است که در صورت مطلوبیت شرایط محیط بیرونی صورت می‌پذیرد. فعالیتهای اجتماعی نیز در فضای عمومی دربرگیرنده فعالیتهایی است که بیش از هر چیز وابسته به حضور افراد در جامعه است (گل، ۱۳۸۷).

فعالیت‌های ضروری: رویارویی نابینایان با مسائل بسیار در تردد، انجام فعالیت‌های آنها را در جامعه با مشکلات بسیاری مواجه ساخته و غالب آنها را به فعالیت‌های ضروری محدود می‌سازد، از این رو بخش عمده‌ای از فعالیت‌های نابینایان در جامعه، به فعالیت‌های ضروری و کم و بیش اجباری مربوط می‌شود. نکته مهم آنکه سازمانها و مراکز مرتبط با معلولین و نابینایان نیز از این جهت از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند. برای مثال یکی از نابینایان در خصوص یکی از این مراکز می‌گوید: «مرکز رودکی به عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز نابینایان، یکی از بدترین پیاده‌روها و خیابونها رو داره، پیاده‌روهایی کم‌عرض، ناهموار و پر از مانع».

علاوه بر مسائل مربوط به تردد، امکان بهره‌مندی مستقل نابینایان از غالب خدمات ارائه شده در مراکز و اماکن عمومی و اداری لحاظ نشده است و آنها برای بهره‌مندی از این خدمات، پیوسته نیازمند و وابسته به دیگران هستند. فقدان تمهیدات لازم جهت هدایت نابینایان و مسائل پیرامون دریافت خدمات مرتبط با خواندن و نوشتن از مهم‌ترین مسائل آنها در مراکز ارائه خدمات (نظیر بانک، کتابخانه و ادارات) است.

فعالیت‌های انتخابی: به دنبال مسائل بسیار نابینایان در تردد و محدودیت‌های آنها در انجام فعالیت‌های ضروری، امکان پرداختن به فعالیت‌های انتخابی در محیط بیرون برای آنها به حداقل کاهش می‌یابد. به عنوان نمونه نابینایی در این زمینه می‌گوید: «... وقتی برای رفت‌وآمدم اینقدر مشکل دارم، چطور می‌تونم به فکر کلاسهای ورزش، موسیقی و... باشم که دوست دارم برم». از سویی دیگر غالب اماکن و مراکز تفریحی - فرهنگی - هنری از جمله بوستان، سینما، موزه و... نیز به طور مستقل برای نابینایان قابل دسترسی و بهره‌مندی نیست. برای مثال یکی از نابینایان در ارتباط با بوستانها می‌گوید: «پارک‌ها اصلاً برای ما مناسب نیستند و یه نابینا اصلاً نمی‌تونه به تنهایی پارک بره».

فعالیت‌های اجتماعی: به تبع مسائل و محدودیت‌های نابینایان در پرداختن به فعالیت‌های ضروری و انتخابی، زمینه کم‌تری جهت ایجاد برقراری روابط و تعاملات و دیگر فعالیت‌های اجتماعی آنها فراهم شده و این‌گونه از فعالیت‌های آنها در جامعه نسبتاً کاهش می‌یابد. به‌طور

کلی در چنین شرایطی حضور نابینایان در جامعه کاهش یافته و الگوی غالب زندگی آنها به فعالیتهای ضروری محدود می‌شود و دیگر فعالیتهای آنها در جامعه در حداقل باقی می‌ماند.

ج- دسترسی نابرابر و پیامدها

چنانچه پیش‌تر نیز گفته شد حضور و مشارکت نابینایان در جامعه منوط به سلب امنیت و استقلال آنها می‌باشد. یعنی اگر نابینایی در جامعه حضور یافته و از امکانات آن بهره‌مند می‌شود، ضمناً علاوه بر احساس عدم امنیت در تردد در اکثر موارد برای بهره‌مندی از امکانات و تسهیلات شهری، وابسته و نیازمند به راهنمایی و مساعدت دیگران است. دیگرانی که گاه در دسترس او هستند و گاه نه. گاه امکان و فرصت مساعدت را دارند و گاه نه. گاه نوع برخورد و طریقه مساعدت و راهنمایی‌هایشان به شیوه صحیح بوده و گاه نه.

آسیبهای جسمی خفیف تا شدید از جراحت، شکستگی تا معلول شدن از ناحیه دست و پا و از بین رفتن باقیمانده بینایی و حتی مرگ، پیوسته آنها را در ضمن حرکت تهدید می‌کند. اما به نظر می‌رسد آسیبهای روحی-روانی بیش از آسیبهای جسمانی، زندگی آنها را تهدید کرده و تحت تأثیر قرار می‌دهد. از یک سو تجارب ناخوشایند آنها در حرکت، آرامش را از آنها سلب نموده و موجب تحمیل فشار روانی و اضطراب بسیار به آنها می‌شود. و از سوی دیگر کاهش زمینه‌های حضور مستقل و مشارکت آنها در فعالیتهای اجتماعی، تفریحی و ... در کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس، نشاط و رضایت از زندگی آنها تأثیر گذار است.

از دست دادن زمان پیامد دیگر دسترسی نابرابر نابینایان به امکانات و تسهیلات شهری است. برای نمونه آنها مجبورند جهت حضور یافتن در مکانی بیش از دیگران وقت گذارند. برای مثال به پاره‌ای از اظهارات مصاحبه‌شوندگان در این رابطه اشاره می‌شود: «هر جا که بخواهم بروم باید از دو ساعت قبلش راه بیفتم، خصوصاً آگه جای جدیدی باشه»؛ «خیلی وقتها که راننده‌های اتوبوس تو ایستگاه توقف نکرده و با اختلاف چند متری از ایستگاه، اتوبوس را نگه می‌دارند، متوجه اتوبوس نشده و اتوبوس را از دست دادم».

تحمیل هزینه‌های اضافی اقتصادی بر نابینایان یکی دیگر از پیامدهای عدم مناسب‌سازی تسهیلات و فضاهای شهری برای آنها است. صرف‌نظر از اینکه آنها به لحاظ اقتصادی در طبقه بالا، متوسط و یا پائین قرار داشته باشند، زندگی در شرایط حاضر به لحاظ اقتصادی هزینه‌هایی را افزون بر دیگران بر آنها تحمیل می‌کند؛ آنها جهت دسترس‌پذیر ساختن فضاها و امکانات غیرقابل دسترس جامعه برای خود، علاوه بر صرف زمان و انرژی بیشتر، مجبور به متحمل شدن هزینه‌های اقتصادی نیز هستند. برای مثال از آنجایی که در بهره‌مندی از پیاده‌روها، معابر و انواع وسایل نقلیه عمومی در تردد - چنانچه پیش‌تر به آن اشاره شد - با مسائل فراوان مواجه بوده و نمی‌توانند به سهولت از آنها بهره‌مند شوند، معمولاً رفت‌وآمد برای آنها هزینه‌برتر است. در ادامه به پاره‌ای از اظهارات نابینایان در این زمینه اشاره می‌شود:

«هرجا می‌رم با تاکسی و آژانسه. مگه ما بیشتر از بقیه درمیاریم که باید اینقدر هم برای رفت‌وآمدمون هزینه کنیم». «از خونه ما تا مدرسه (محل کار) پنج دقیقه بیشتر راه نیست. ولی بس که این مسیر ناجوره و توش انواع و اقسام موانعه، همین یه ذره راهو هم مجبورم آژانس بگیرم». هم‌چنین از آنجایی که غالب کتابها و سایر منابع دیداری برای آنها قابل استفاده نبوده و کتابخانه‌های گویا نیز در تهیه کتب گویا و یا بریل، برای آنها با محدودیت روبرو هستند، برای قابل دسترسی نمودن آنها و بسیاری دیگر از این دست مجبورند که خود هزینه نمایند.

علاوه بر موارد فوق‌الذکر، مهم‌ترین پیامد این وضعیت برای نابینایان، کاهش زمینه‌های حضور و مشارکت در جامعه و از دست دادن فرصت‌های کسب مهارت، شغل و تحصیل ... است که در تأیید این مطلب به اظهارات پاره‌ای از مصاحبه‌شوندگان اشاره می‌شود. «با اینکه خیلی اوقات دوستهایم تو دانشگاه، من رو از مطالب روی بورد آگاه می‌کنند، اما خیلی وقتها هم برنامه‌ها و همایشهایی رو که دوست داشتم بروم، خبردار نشدم و از دستشون دادم». «اولین روز سر کار رفتنم بود که کمی دیر رسیدم. مدیر مدرسه هم این رو بهونه کرده بود که تو نمی‌تونی به موقع بیایی، سختته».

هر یک از این موارد، خود می‌تواند منجر به عدم تحقق سایر حقوق و زمینه‌ساز

تبعیضهای آتی و بازتولید فرصتهای نابرابر برای نابینایان شود. لذا مشاهده می شود چنانچه آلبرشت نیز می گوید معلولیت و یا ناتوانی، ذاتی افراد نیست بلکه بیش از همه ریشه در تبعیض تحمیل شده به وسیله جامعه در محیط اجتماعی و فیزیکی دارد که توانایی افراد را برای مستقل بودن محدود می سازد.

بحث

امروزه وجود فرصتهای نابرابر در جامعه، از جمله موانع محیطی پیش روی مشارکت و یا دسترسی نابرابر معلولین به امکانات و تسهیلات شهری، عامل اصلی ناتوانی معلولین و از مهم ترین مسائلی است که همواره در زندگی با آن مواجهند که متأسفانه علی رغم اهمیت این موضوع در کشور ما به خوبی به این مسئله پرداخته نشده است و با وجود تحول و تأکید رویکردهای جدید برنامه ریزی شهری به سوی دیدگاههای دموکراتیک و مشارکتی و پاره ای اقدامات صورت گرفته در خصوص مناسب سازی معابر و فضاها، طی سالهای اخیر، اقدامات مذکور به دلایلی چون فقدان پژوهش، نیازسنجی، اولویت سنجی، مشارکت و استعانت از رأی نابینایان، نبود نظارت دقیق و رعایت نکردن استانداردهای مشخص، نبود اطلاع رسانی و آگاه سازی نابینایان و سایر شهروندان از اقدامات صورت پذیرفته و نیز ضعف فرهنگی، فاقد کارایی لازم بوده و رضایت نابینایان را چنانچه باید جلب ننموده و در نتیجه مساعدت چندانی به تسهیل دسترسی و حضور آنها در جامعه ننموده است.

بخش عمده ای از مسائل و موانع حضور و مشارکت نابینایان در جامعه به مسئله تردد آنها بازمی گردد. تجربه رفت و آمد آنها تجربه ای متفاوت و بسیار پر زحمت، پراسترس، زمان بر، انرژی بر و هزینه بر است. علاوه بر این امکان دسترسی و بهره مندی مستقل نابینایان به غالب اماکن و تسهیلات شهری ولو در سازمانها و ستادهای مرتبط با معلولین، میسر نیست. اما گذشته از موانع فیزیکی و نارسائیهای موجود در زمینه های ذکر شده آنچه برای نابینایان بسیار آزار دهنده بوده و حضور و مشارکت آنها را در جامعه با مشکل بیشتری مواجه می سازد، فقر

فرهنگی است که به انحراف مختلف در جامعه ما وجود دارد. لذا می‌توان گفت امکانات و تسهیلات شهری موجود در شهر تهران فراگیر نبوده و تفاوتها، محدودیتها و نیازهای معلولین در آن لحاظ نشده، به گونه‌ای که مانع حضور ایمن و مستقل آنها در جامعه شده است.

در چنین شرایطی حضور نابینایان و به‌طور کلی معلولین در جامعه کاهش یافته و الگوی غالب زندگی آنها به فعالیتهای ضروری محدود می‌شود و فعالیتهای انتخابی و غیرضروری و به تبع آن ارتباطات و تعاملات و دیگر فعالیتهای اجتماعی آنها در جامعه در حداقل باقی می‌ماند، که البته این امر بسته به وضعیت بینایی، اقتصادی و حمایتی خانوادگی آنها و... تا حدی متغیر است. آسیبهای جسمانی و روانی، احساس ناامنی، اضطراب، تحمیل فشارهای روانی، کاهش استقلال، کاهش نشاط و رضایت از زندگی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی و از همه مهم‌تر فراهم شدن زمینه‌های طرد معلولین از جامعه و تحقق نیافتن سایر حقوق و بازتولید فرصتهای نابرابر و تبعیضهای آتی علیه آنها از پیامدها و تبعات این وضعیت است. چنانچه آبرشت نیز می‌گوید معلولیت و یا ناتوانی، ذاتی افراد نیست بلکه بیش از همه ریشه در تبعیض تحمیل شده به وسیله جامعه در محیط اجتماعی و فیزیکی دارد که توانایی افراد را برای مستقل بودن محدود می‌سازد.

از این‌رو تمامی سیاستهای حمایتی معلولین باید تابع مهمی از برابری فرصتها بوده و جامعه باید از کلیه منابعش به نحوی استفاده کند که تمام افراد شانس برابر برای مشارکت در جامعه داشته باشند. به علاوه باید به این نکته نیز توجه داشت که طراحی فراگیر فضاهای شهری، در واقع به معنای طراحی بهتر فضاها و ارتقاء کیفیت زندگی تمامی شهروندان است، که هزینه اجرای آن به مراتب از هزینه ارائه خدمات ویژه به معلولین کم‌تر است.

بنابراین برنامه‌ریزیها و طراحیهای شهری باید جامع و فراگیر باشند. بدین منظور و جهت فراگیر ساختن امکانات جامعه برای معلولین، همکاری سازمانها و نهادهای گوناگون دولتی و غیردولتی نظیر شهرداری، بهزیستی، آموزش و پرورش، رسانه‌های جمعی و اتحادیه‌های نابینایان در خصوص وضع، اصلاح و نظارت بر قوانین و از همه مهم‌تر تأکید بر دیدگاه

انصاف‌گرایانه و نه مساوات‌گرایانه در ارائه خدمات اجتماعی به معلولین و نیز تلاش خود نابینایان برای ارتقاء سطح نیازهای خود از سطح احساس شده تا سطح تقاضا شده بسیار حائز اهمیت است.

به‌علاوه به منظور بهبود عملکرد اقدامات و فعالیتهای مرتبط با معلولین (نظیر اقدامات مرتبط با مناسب‌سازی معابر شهری)، بهره‌مندی و به کار بستن نظرات نابینایان، اطلاع‌رسانی، اولویت‌سنجی و استانداردسازی در خصوص اقدامات انجام شده و نیز آموزش، توجیه و آگاه‌سازی کارشناسان، متصدیان و سایر عوامل ذی‌ربط بسیار مؤثر است. هم‌چنین به منظور ارتقاء امنیت جسمانی و روانی نابینایان و کاهش حداقلی خطرات، استفاده از حفاظ، علائم هشداردهنده لامسه‌ای، بصری و یا صوتی سهل‌التشخیص و هم‌چنین به منظور افزایش استقلال و به حداقل رساندن نیازمندی آنها به دیگران، تهیه نرم‌افزار مسیریاب (با نقشه جامع، دقیق و به روز و با قابلیت جستجو) بهره‌مندی از چارت و نقشه سه بعدی، نشانگرهای صوتی-لامسه‌ای-بصری، فضای مجازی (پیامک، پست الکترونیکی و تلفن) جهت اطلاع‌رسانی؛ توجه به تجارب پیشین نابینایان و رعایت نظم و تقارن و حذف پیچیدگیهای غیرضروری در طراحیها، مکلف نمودن تولیدکنندگان کالاهای فرهنگی به تهیه نسخه قابل دسترسی از کالای تولیدی خود (کتاب، رساله، فیلم سینمایی و...) و نیز ارائه خدمات ویژه به معلولین در سازمانها و ادارات گوناگون بسیار حائز اهمیت است.

هم‌چنین به موازات اهمیت توجه و پرداختن به مسائل مربوط به دسترسی نابینایان به لحاظ فیزیکی، لازم است فرهنگ‌سازی در زمینه مواجهه با معلولین در جامعه و اقدامات سازنده‌ای در جهت تغییر و اصلاح نگرش جامعه نسبت به معلولین با تأکید بر الگوی اجتماعی معلولیت صورت پذیرد، تا به تبع آن شاهد افزایش حس احترام و پذیرش افراد جامعه نسبت به یکدیگر باشیم. باید این باور را در افراد به وجود آورده و تقویت کنیم که تمامی انسانها صرف نظر از تفاوت‌های فردی، دارای شأن و منزلت انسانی برابر بوده و از حقوق برابری نیز باید برخوردار باشند. فرهنگ‌سازی و آگاه‌سازی جامعه از حقوق معلولین

از طریق تهیه برنامه، فیلم و تیزرهای آموزشی و اختصاص حداقل دو ساعت از برنامه‌های صدا و سیما در هفته به معلولین (بنا بر ماده ۱۲ قانون جامع حمایت از معلولین مصوب ۱۳۸۳)، تنظیم مطالبی در کتب درسی دانش‌آموزان و نیز آموزش به کودکان از همان سنین کودکی در دبستانها و مهدهای کودک می‌تواند بسیار مؤثر واقع شود تا به تبع تغییر نگرش و رویکرد جامعه، شاهد تغییر در رویکرد سیاست‌گزاران، برنامه‌ریزان و طراحان و برخورداری همه افراد معلول از حقوق و فرصتهای برابر در جامعه به عنوان یک شهروند صرف‌نظر از سن، جنس، نوع معلولیت و شرایط اقتصادی اجتماعی باشیم و این یعنی تحقق شعار «جامعه‌ای برای همه».



- جغتایی، م. و همتی، ف. (۱۳۸۰). *سیاست اجتماعی*. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- دارا، ع. (۱۳۸۳). *نابینایان و فناوری اطلاعات*. تهران: مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی.
- سازمان ملل متحد، بخش اطلاعات اقتصادی و اجتماعی (۱۳۷۲). *برنامه اقدام جهانی برای معلولین*. ترجمه مهدی بابایی اهری، سازمان مشاوره فنی و مهندسی شهر تهران.
- سعیدی رضوانی، ن. و دانش پور، ح. (۱۳۹۱). *مناسب سازی محیط شهری برای نابینایان و کم بینایان*. چاپ دوم، تهران: آیندگان.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۷۸). *بررسی مقایسه‌ای تأثیر الگوهای صوت بزرگسالان و ویژگیهای شخصیتی آنان در تصویرسازی ذهنی کودکان نابینا و بینا*. پایان نامه دکتری دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- صفری، ع.، فرخی، ف. و بیات بدافی، ن. (۱۳۸۷). *طراحی فضاهای شهری برای معلولین*. قم: انتشارات مشهور.
- فلیک، او. (۱۳۸۷). *درآمدی بر تحقیق کیفی*. ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
- فیتزپتریک، ت. (۱۳۸۱). *نظریه رفاه (سیاست اجتماعی چیست؟)*. ترجمه هرمز همایون پور، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و گام نو.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۸۵). *قانون جامع حمایت از حقوق معلولین*. تهران: معاونت امور توان بخشی.
- گل، ی. (۱۳۸۷). *زندگی در فضای میان ساختمانها*. ترجمه شیما شصتی، تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
- مدنی پور، ع. (۱۳۷۹). *طراحی فضای شهری: نگرشی بر فرآیندی اجتماعی و مکانی*. ترجمه فرهاد مرتضایی. تهران: شرکت پردازش و برنامه ریزی شهری.
- همتی، ف. (۱۳۸۹). *سیاست اجتماعی: نظریه‌های کلاسیک، مدرن، پست مدرن و مطالعات مقایسه‌ای*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- هومن، ح. (۱۳۸۵). *راهنمای عملی پژوهش کیفی*. تهران: انتشارات سمت.

- Albrecht, G. L. (2006). *Disability As A Global Issue*. In: Ritzer, G. (Ed.). Handbook of Social Problems. London: Sage Publications.
- Amundson, R. (2000). *Against Normal Function*. Studies in History and philosophy of Biomedical Sciences, 31, 33-53.
- Babbie, E. (2013). *The Practice of Social Research*. New York: Cengage Learning.
- Bickenbach, J. E. (1993). *Physical disability and social policy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Campbell, S. (1997). *Reading in Planning Theory*. Oxford: Oxford Press.
- Illingworth, P. & Parmet, W. E. (2000). *Positively disabled: The relationship between the definition of disability and rights under the ADA*. In: Francis, L. & Silvers, A. (Eds.). Americans with disabilities: Exploring implication of the law for individuals and institutions. 3-17, New York: Routledge.
- Liachowitz, C. H. (1988). *Disability as a social construct: legislative roots*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Marks, D. (1999). Disability: *Controversial debates and psychosocial perspective*. London: Routledge.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, NY: Free Press.
- Parsons, T. (1957). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2, 452-460.
- Pfeiffer, D. (2005). *The Conceptualization of Disability*. Ending Disability Discrimination .
- Silver, A., Wasserman, D. & Mahowald, M. (1998). *Disability, Difference, Discrimination: Perspectives on Justice in Bioethics*. Rowman & Littlefield.
- Waddington, L. (1996). Reassessing the employment of people with disabilities in Europe: From quotas to antidiscrimination laws. *Comparative Labor Law Journal*, 18, 62-101.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی