


عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی در افراد دچار اختلال بینایی


مقدمه: سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی در میان گروه‌های خاص نظیر افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی به شمار می‌رود که به سبب دسترسی نداشتن به اطلاعات دیداری و تعاملات اجتماعی گسترده با سایر افراد، پیش از هر چیز ریشه در برداشتهای ذهنی آنان از مفهوم سلامتی دارد. این پژوهش به مطالعه نظری و تجربی سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان و شناسایی عوامل مرتبط با آن می‌پردازد.


روش: روش این پژوهش از نوع پیمایش و جامعه آماری مورد بررسی نیز شامل افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان (برابر با ۶۵۲ نفر) بوده است، که از این میان تعداد ۲۱۱ نفر با استفاده از نرم‌افزار سمول پاور به عنوان حجم نمونه آماری انتخاب شده‌اند.


یافته: نتایج تحلیل چندمتغیره رگرسیونی تأثیر مستقیم متغیرهای «سلامت روان»، «امنیت اجتماعی» و «توانمندیهایی اجتماعی» بر «سلامت اجتماعی» را نشان می‌دهند که در مجموع، توانسته‌اند ۵۳ درصد از واریانس سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان را تبیین کنند. همچنین، نتایج ارزیابی مدل ساختاری بیان‌گر آن است که حجم اثر متغیر «سلامت روان» در سطح بالا و سایر متغیرها در سطح پایینی است. به علاوه، توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل در سطح متوسط رو به بالا ارزیابی شده است.

بحث: تحلیل یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که با اهمیت یافتن عامل سلامت روان، دو وجه روانی و اجتماعی سلامت نابینایان و کم‌بینایان در ارتباط متقابل با یکدیگر قرار داشته و بدون وجود هر کدام نمی‌توان پایداری در سلامت آنان را انتظار داشت.

۱. محمد گنجی 
دکتر جامعه‌شناس، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
(نویسنده مسئول)
<m.ganji@kashanu.ac.ir>

۲. نرگس نیکخواه قمصری 
دکتر جامعه‌شناس، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۳. امین حیدریان 
دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۴. مسعود غفاری 
دکتر جامعه‌شناس، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.


واژه‌های کلیدی:


سلامت اجتماعی، سلامت روان، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، توانمندی اجتماعی، جامعه نابینایان کاشان.


تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۲


تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۰

Factors Related to Social Well-being of Persons with Visual Impairment

▶ **1- Mohammad Ganji** 
Ph.D. in Sociology,
Department of Social
Sciences, Faculty of
Humanities, Kashan
University, Kashan, Iran.
(corresponding author)
<m.ganji@kashanu.ac.ir>

▶ **2- Narges Nikkhah Ghamsari** 
Ph.D. in Sociology,
Department of Social
Sciences, Faculty of
Humanities, Kashan
University, Kashan, Iran.

▶ **3- Amin Heydarian** 
Ph.D. Student in Sociology,
Department of Social
Sciences, Faculty of
Humanities, Kashan
University, Kashan, Iran.

▶ **4- Masoud Ghaffari** 
Ph.D. in Sociology,
Department of Social
Sciences, Faculty of
Humanities, Kashan
University, Kashan, Iran.

Key Words

Social well-being, Mental health, Social determinants of health, Social empowerment, Blind community of Kashan.

Received: 2023/06/02

Accepted: 2024/01/30

Introduction: Social well-being is considered as one of the important dimensions of health among special groups such as blind and visually-impaired individuals, which due to the lack of access to visual information and extensive social interactions with other people, is first rooted in their mental perceptions of the concept of health. This research is a theoretical and experimental study of the social well-being of the blind and visually-impaired individuals in Kashan city and the identification of factors related to it.

Method: This research was conducted through a survey questionnaire and the investigated statistical population included 652 blind and partially sighted people of Kashan, out of which 211 people were selected as the statistical sample using the Sample Power Software.

Findings: The results of the multivariate regression analysis show the direct effect of the variables “mental health”, “social security”, and “social abilities” on “social well-being”, which in total explained 53% of the variance of the social well-being of blind and partially sighted people in Kashan city. Also, the results of the evaluation of the structural model indicate that the effect size of the “mental health” variable is at a high level, while other variables are at a low level. In addition, the predictive power of the model has been evaluated at a moderate to high level.

Discussion: Overall, the results indicate that the mean score of the social well-being variable of the blind and partially sighted is higher than the theoretical mean score. Based on the experimental findings of the research, especially the average amount of the variables as well as the confirmed hypotheses, it is possible to define and implement plans to improve or promote social well-being among this group.

Citation: Ganji M, Nikkhah Ghamsari N, Heydarian A, Ghaffari M. (2024). Factors related to social well-being of persons with visual impairment. *refahj*. 24(93), : 6

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4214-fa.html>



Extended abstract

Introduction

Social well-being is regarded as a significant dimension of health within specific populations, including individuals with disabilities. Particularly among those with visual impairments and low vision, their perception of health is primarily shaped by their mental perspectives. These individuals possess distinct beliefs and attitudes towards the concept of health due to limited access to visual information and extensive social interactions. They have a unique understanding of their surroundings and social environments, encountering different challenges in adapting to these contexts. While research on social well-being has been conducted extensively in Iran, there has been a limited amount of empirical investigation specifically focusing on visually impaired and low vision individuals. Moreover, existing studies have predominantly relied on psychological analyses and interpretations, paying less attention to social factors. The main objective of this study is to explore both the theoretical and empirical aspects of social well-being among visually impaired and low vision individuals residing in the city of Kashan. The study aims to identify the factors that are associated with their social well-being. To achieve this, the research seeks to address several key questions, which are as follows: What is the level of social well-being among visually impaired and low vision individuals in the city of Kashan? Which factors have an impact on the social well-being of these individuals in the same region? What is the current status of the factors that influence the social well-being of visually impaired and low vision individuals in the city of Kashan? These inquiries form the basis of the research endeavor.

The theoretical framework employed in this study integrates Corey Keyes' theory of social well-being and a range of theoretical approaches concerning the associated factors. Overall, the hypotheses of this study propose a direct relationship between variables such as "use of modern mass media", "social prestige", "social support", "social security", "social abilities", and "mental health" with the variable of "social well-being" among visually impaired and low vision individuals.

Method

The current research utilized a survey methodology as the empirical method. The target population for this study consisted of visually impaired and low vision individuals who were members of the Kashan Association of the Visually Impaired during the study period, which took place in the summer of 2022. According to the statistical data provided by the Kashan Association of the Visually Impaired, the estimated number of visually impaired individuals in the city is 652. The sample size determination was conducted using SPSS Sample Power software, resulting in a final sample size of 211 individuals. This sample was selected to represent the target population for the study. To ensure the reliability of the questionnaire used in this research, Cronbach's alpha coefficient was employed. A preliminary test was carried out with 35 questionnaires, and all variables demonstrated Cronbach's alpha coefficients above 0.70. This indicates that the questionnaire employed in this study is a reliable and valid tool for investigating the subject matter.

Findings

Based on the descriptive findings, it was observed that the mean scores of the variables "social prestige", "social security", "mental health", and "social well-being" exceeded the median, indicating an above-average level for these variables. However, the mean scores of the variables "social abilities" and "social support" were lower than the median, suggesting a below-average status for these variables. The results of hypothesis testing indicated a significant and direct relationship between the variables "use of modern mass media", "social prestige", "social support", "social security", "social abilities", and "mental health" with the variable "social well-being" at a 99% confidence level. This implies that these variables have a substantial impact on social well-being among visually impaired and low vision individuals. Furthermore, the results of the multivariate regression analysis revealed that out of the six independent variables found to have a significant correlation with social well-being, three variables were included in the regression equation. These variables, in order of their contribution, are "mental health", "social security", and "social abilities". Considering the standardized beta coefficients, "mental health" had the highest direct effect, accounting for 49% of the influence

on social well-being. “Social security” had an effect of 21%, and “social abilities” had an effect of 16%. Therefore, “mental health” emerged as the most influential variable, while “social abilities” had the lowest direct effect among the significant independent variables in the regression model.

In this study, a Structural Equation Model (SEM) was employed to construct an empirical model. The SEM included various variables and their corresponding indicators. The variables in the model are as follows: social health (with 13 indicators), use of modern mass media (with 3 indicators), social prestige (with 7 indicators), social support (with 12 indicators), social security (with 14 indicators), social abilities (with 16 indicators), and mental health (with 9 indicators). The factor loadings in the SEM analysis for most of the indicators were found to be above 0.5, indicating a strong relationship between the variables and their respective indicators. To assess the significance of the estimated path coefficients for each variable in the model, the technique of Bootstrapping was utilized.

Figure 1. Structural model of factors related to social well-being

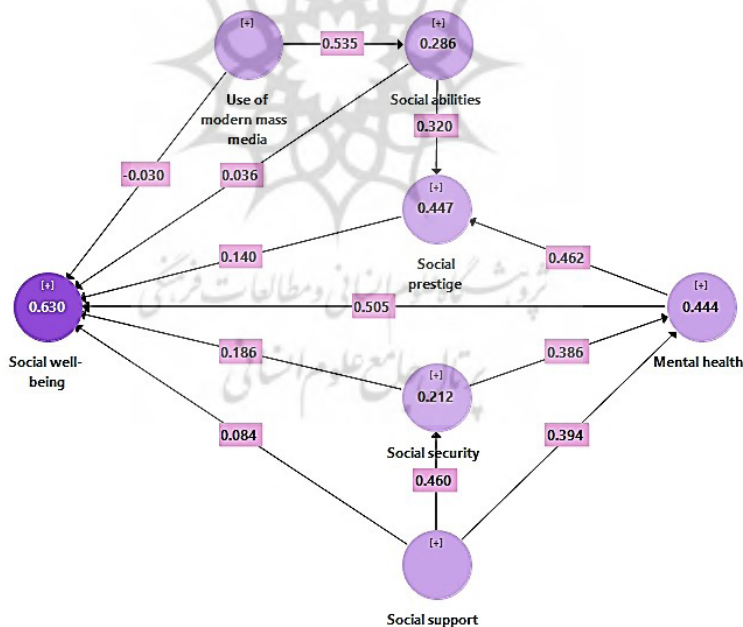


Table 1. Evaluation of the internal model of the research based on the significance of direct effects

| Path | Path coefficients | T statistic | Sig | Result |
|--|-------------------|-------------|-------|-------------|
| Modern mass media ---> Social well-being | -0.030 | 0.530 | 0.596 | Unconfirmed |
| Social prestige ---> Social well-being | 0.140 | 2.335 | 0.020 | Confirmed |
| Social support ---> Social well-being | 0.084 | 1.498 | 0.135 | Unconfirmed |
| Social security ---> Social well-being | 0.186 | 2.868 | 0.004 | Confirmed |
| Social abilities ---> Social well-being | 0.036 | 0.608 | 0.544 | Unconfirmed |
| Mental Health ---> Social well-being | 0.505 | 6.407 | 0.000 | Confirmed |
| Modern mass media ---> Social abilities | 0.535 | 10.365 | 0.000 | Confirmed |
| Social abilities ---> Social prestige | 0.320 | 5.852 | 0.000 | Confirmed |
| Mental health ---> Social prestige | 0.462 | 8.723 | 0.000 | Confirmed |
| Social support ---> Mental health | 0.394 | 6.583 | 0.000 | Confirmed |
| Social security ---> Mental health | 0.386 | 6.114 | 0.000 | Confirmed |
| Social support ---> Social security | 0.460 | 8.764 | 0.000 | Confirmed |

The findings reveal that all relationships, except the connection between the use of modern mass media, social support, and social abilities with social health, exhibit statistically significant path coefficients. Furthermore, the estimation results pertaining to effect size (f-square) and predictive power (Q²) suggest that the variable “mental health” exhibits a substantial effect size (0.337), while the other variables exhibit small effect sizes. Moreover, the model’s predictive power is calculated to be 0.234, indicating a moderate to high level of prediction capability. Lastly, the overall fit of the model, as indicated by the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) value of 0.090, demonstrates a good fit.

Discussion

The findings provide overall confirmation for the majority of the research hypotheses, aligning with previous studies and theoretical discussions. Additionally, these findings reveal significant relationships among the independent variables. Notably, mental health emerges as a highly significant factor among these variables. This highlights the interconnectedness of social and psychological aspects in the well-being of individuals with visual impairments. It suggests that both dimensions are mutually influential, and the absence of either can hinder overall health stability.

Ethical considerations

Contribution of authors

All authors contributed to this article.

Funds

No financial support was received from any person or organization for this article.

Conflict of interest

The authors have stated that there is no conflict of interest.

Following the ethical principles of research

In the present study, all ethical considerations, including the conditions of trustworthiness, honesty and non-plagiarism, have been observed.

مقدمه

امروزه سلامت اجتماعی^۱ به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی در میان گروههای خاص نظیر افراد دارای ناتوانی به شمار می‌رود و قبل از هر چیز ریشه در برداشتهای ذهنی آنان از سلامتی دارد. در این میان، افراد دارای آسیب بینایی به سبب دسترسی نداشتن به اطلاعات دیداری و تعاملات اجتماعی گسترده با سایر افراد، دارای باورها و ذهنیتهای منحصر به فردی از مفهوم سلامتی هستند. چراکه ادراک خاصی از محیطهای پیرامونی و اجتماعی خود داشته و در سازگاری با این محیطها شرایط متفاوتی را تجربه می‌کنند. از این رو، شیوه انطباق این گروهها با جامعه پیرامونی‌شان همواره با سلامت اجتماعی آنان پیوند خورده و در دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب برایشان نقش بی‌بدیلی بازی می‌کند. مطالعه حاضر به دنبال شناسایی عواملی است که بر جریان سلامت اجتماعی این گروهها اثرگذارند؛ اما پیش از آن لازم است به مفهوم سلامتی پرداخته شود.

تعریف سلامت در هر جامعه تاندازه‌ای به حس مشترک مردم از بهزیستی و همچنین فرهنگ آنان بازمی‌گردد که در جوامع و گروههای گوناگون، ادراکات متفاوتی از آن وجود دارد (سجادی و صدرالسادات، ۲۰۰۴).

بر مبنای تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از سلامت ارائه می‌کند، سلامت امری فراتر از فقدان بیماری است و ابعاد گوناگونی را دربر می‌گیرد. به طوری که سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی و روانی قرار گرفته و سلامت کامل به معنای توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است (سام‌آرام، ۲۰۱۲). در واقع، سلامت گستره‌ای است که فرد یا گروه می‌تواند آرمانها و راه برآورده ساختن نیازهای خود را در آن درک کرده و نیز قادر به تغییر یا سازش با محیط باشد.

بدین ترتیب، سلامت به عنوان بخش اساسی از زندگی هرروزه اعضای جامعه در نظر

1. social well-being

گرفته می‌شود. در چارچوب آنچه بیان شد میتوان گفت که سلامت فرد (چه جسمی و چه روانی) و سلامت جامعه آن‌چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آنها حدومرز معینی قائل شد. وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به صورتهای گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آنها و همچنین شاخصهای اقتصادی-اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. از این رو، نظامهای سلامت در سرتاسر جهان، اهداف خود را به شکل روزافزونی از «ارائه مراقبتهای بهداشتی» به سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقاء می‌بخشند.

سلامت اجتماعی مفهومی است که ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی سلامت داشته و به چگونگی وضعیت ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی (که خود ناشی از جامعه‌پذیری است) اشاره دارد. در واقع، فردی که به لحاظ اجتماعی سالم است، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد؛ همچنین، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در آن سهم است (کییز، ۱۹۹۸).

اما مطابق با رویکردهای نظری حوزه جامعه‌شناسی ناتوانی، سلامت اجتماعی افراد دارای ناتوانی از مفاهیمی است که ارائه تعریفی دقیق از آن، کار دشواری است. این مفهوم شامل بسیاری از عوامل و فرایندهای مختلف است که به وضوح مشخص نبوده و بسته به شرایط و محیط زندگی افراد دارای ناتوانی متفاوت خواهند بود. تا پیش از این، نظریه پردازان متعددی به طرح دیدگاههای خود درباره سلامت اجتماعی پرداخته‌اند، اما موضوع سلامت اجتماعی گروههای خاصی نظیر افراد دارای ناتوانی کمتر مورد توجه آنان بوده است.

مبتنی بر گزارشهای سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه، با عوامل و مدل‌های اجتماعی رابطه‌ای قوی دارد. از این رو، محققان با اشاره به دگرگونی نگرشها درباره موضوعات مرتبط با تندرستی از

1. Keyes

ابتدای دهه هفتاد میلادی به گذار از الگوی زیست پزشکی به الگوی روان‌شناختی - اجتماعی اشاره کرده‌اند (نتلتون^۱، ۱۹۹۵).

در سالهای اخیر نیز موضوع «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت»^۲ به فصلی بسیار مهم در آثار تألیفی صاحب‌نظران جامعه‌شناسی سلامت بدل گشته است. مروری بر پژوهشهای گذشته در ایران نیز نشان می‌دهد که عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی فراوانی در ارتباط با مفهوم سلامت اجتماعی قرار می‌گیرند. این پژوهشها با در اولویت قراردادن موضوع سلامت و به‌ویژه سلامت اجتماعی و با شناسایی مؤلفه‌های اجتماعی در هر مقطع زمانی، همواره به روند سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت صحیح در نهادهایی چون سازمان تأمین اجتماعی، بهزیستی و نهادهای غیردولتی یاری رسانده و آنها را در مسیری مطلوب قرار داده است.

بررسی نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهد که افراد دارای ناتوانی بیش از سایرین مستعد داشتن وضعیت سلامتی در معرض خطر و شرایط ثانویه قابل‌پیشگیری هستند و از این رو برنامه سبک زندگی سالم را رویکرد امیدوارکننده‌ای برای ارتقای سلامت در میان افراد دارای ناتوانی میدانند (عبداله^۳ و دیگران، ۲۰۰۴).

مطابق با پژوهشهایی که اخیراً صورت گرفته (دللیبرا و یوربرگ^۴، ۲۰۱۷؛ تانکام وارگیز و راثناساباپاتی^۵، ۲۰۱۸؛ جینگ^۶ و دیگران، ۲۰۲۳)، بهره‌مندی از رسانه‌های نوین ارتباطی در سلامت افراد دارای آسیب بینایی مؤثرند. این رسانه‌ها با شکل‌دادن به شبکه‌های اجتماعی مجازی، زمینه گسترش تعاملات اجتماعی و در نتیجه سلامت اجتماعی افراد را فراهم می‌کنند. بدیهی است که بهره‌مندی از این فناوریها نیازمند ارتقاء سطح مهارتها و توانمندیهای اجتماعی است. از این رو، می‌توان توانمندیهای اجتماعی را نیز به عنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر بر

1. Nettleton

3. Abdullah

5. Thankam Varghese and Rathnasabapathy

2. social determinants of health

4. Della Libera and Jurberg

6. Jing

سلامت اجتماعی در نظر آورد (کف^۱، ۱۹۹۷، ۲۰۰۲؛ به پژه، ۲۰۰۷؛ شریفی در آمدی، ۲۰۱۱). با افزایش این مهارتها می توان شاهد بهبود منزلت اجتماعی افراد دارای مشکل بینایی در بین سایر افراد جامعه و در دو فضای واقعی و مجازی بود. عاملی که ارتباط متقابلی را با مفهوم سلامت اجتماعی ایجاد می کند (هاگموزر^۲، ۱۹۹۶؛ تونگ و کمبل^۳، ۲۰۰۲).

در دو دهه اخیر، مطالعاتی که با هدف سنجش میزان تعیین کنندگی حمایت اجتماعی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد دارای آسیب بینایی صورت گرفته از روند رو به رشدی برخوردار بوده است (گرت و سمدما^۴، ۲۰۱۱؛ آدابو^۵ و دیگران، ۲۰۱۳؛ امرسون^۶ و دیگران، ۲۰۲۱؛ فراهانی و دیگران، ۲۰۱۸).

در این میان، پژوهشها نشان دادند که دریافت حمایت خانواده (سیمارلی و برنر^۷، ۲۰۰۵) و حمایت دوستان (پاپادوپولوس و پاپاکنستانتینو^۸، ۲۰۲۰) تأثیر بیشتری را به همراه داشته است. این حمایتها اگرچه به طور مستقیم در ارتقاء سلامت افراد نقش دارند، اما با تحت تأثیر قراردادن دو مفهوم امنیت اجتماعی و سلامت روان بر برجستگی نقش خود افزوده اند. چراکه شواهد نشان می دهند که با افزایش امنیت اجتماعی در ابعاد گوناگون جانی، مالی و... (خوش فر و دیگران، ۲۰۱۵) و ارتقاء سطح سلامت روان (دمین و سیلوراشتاين^۹، ۲۰۲۰؛ کنگ^{۱۰} و دیگران، ۲۰۲۱؛ بوئدی-کاسی^{۱۱}، ۲۰۲۳؛ کجوری مازندرانی، ۲۰۱۱؛ فتحی و دیگران، ۲۰۲۱) انتظار می رود که افراد دارای آسیب بینایی نیز از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار شوند.

به طور کلی، بررسی مطالعات پیشین نشان می دهد که اگرچه عواملی چون رسانه، مهارت، منزلت، حمایت، امنیت و سلامت روان به طور مستقیم سلامت اجتماعی افراد دارای آسیب

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 1. Kef | 2. Hagemoser | 3. Twenge and Campbell |
| 4. Guerette and Smedema | 5. Addabbo | 6. Emerson |
| 7. Cimarolli and Boerner | 8. Papadopoulos and Papakonstantinou | |
| 9. Demmin and Silverstein | 10. Kong | 11. Boadi-Kusi |

بینایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما می‌توان دو مسیر را برای این تأثیرگذاری شناسایی کرد. نخست، مسیر زنجیره همبستگیها بین رسانه‌های نوین، مهارتها و توانمندیهای اجتماعی و منزلت اجتماعی با سلامت اجتماعی و دوم، مسیر همبستگیهای بین حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی و سلامت روان با سلامت اجتماعی. همچنین، بررسیها مبین آن بودند که این تحقیقات عمدتاً مبتنی بر تحلیلها و تبیینهای روان‌شناختی و به یک معنا خردنگر بوده‌اند و کمتر به متغیرهای اجتماعی توجه شده است. این نکته می‌تواند پرداختن به موضوع سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی در ایران را به ویژه با رویکرد جامعه‌شناختی بیش‌ازپیش ضروری کند.

نابینایی به عدم توانایی فرد در دیدن و تشخیص تصاویر و اشیاء اشاره دارد. آسیب بینایی، اصطلاحی کلی است که تمام سطوح مختلف آسیبهای بینایی از نابینایی مطلق تا کم‌بینایی را دربرمی‌گیرد. مطابق با آمارهای ارائه‌شده از سوی جامعه نابینایان کاشان، این مرکز هم‌اکنون ۶۵۲ عضو دارد که از این تعداد، ۲۴ درصد دارای آسیب نابینایی و ۵۴ درصد به عارضه کم‌بینایی مبتلا هستند. سایر اعضا نیز به عارضه یک‌چشمی و نیمه‌بینا مبتلا هستند. به لحاظ جنسیت، ۶۶ درصد از اعضای این مرکز را مردان و ۳۴ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر سن، میانگین سن اعضا نیز ۴۳ سال است. از نظر تحصیلات، بیشترین میزان فراوانی در سطح زیر دیپلم (با ۴۷ درصد) قرار داشته است. از نظر وضعیت تأهل، بیشترین میزان فراوانی در گروه متأهلین (با ۵۸ درصد) و از نظر وضعیت شغلی، بیشتر اعضا فاقد شغل (۷۵ درصد) بوده‌اند (جامعه نابینایان و کم‌بینایان کاشان، ۲۰۲۱).

درمجموع، هدف این مطالعه، علاوه بر تشخیص رابطه بین این مفاهیم، سنجش میزان هر کدام از آنها در میان جامعه آماری موردنظر بوده است. بر این مبنا، سؤالاتی از قبیل این که سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان در چه سطحی قرار دارد؟ آیا عوامل اجتماعی شناسایی شده در مطالعات مقدماتی، توان اثرگذاری بر سلامت اجتماعی افراد

دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان را دارند؟ عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان هرکدام چه وضعیتی دارند؟ از جمله پرسشهایی هستند که در این پژوهش برای پاسخ‌گویی به آنها تلاش شده است.

چارچوب نظری

مطابق با رویکردهای جامعه‌شناختی، مفهوم سلامت به عنوان فقدان احساس بیماری تعریف می‌شود. در واقع، فرد سالم کسی است که ادراک ذهنی از بیماری واقعی نداشته باشد و یا احساس درد، ناراحتی و ناتوانی در نتیجه بیماری واقعی گزارش نکند (مسعودنیا، ۲۰۱۰).

مبتنی بر تعریف جامعی که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) ارائه شده، سلامتی عبارت است از «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا ناتوان نبودن». اگرچه این تعریف در سال ۱۹۴۸ ارائه شده است، اما هنوز نیز مورد استناد بسیاری از پژوهشگران قرار دارد. در این میان، بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارتهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. بر اساس این دیدگاه، هر شخص عضوی از یک خانواده و جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید و لازم است تا به شرایط اقتصادی، اجتماعی و رفاه او در قالب یک شبکه اجتماعی توجه شود (سجادی و صدرالسادات، ۲۰۰۴)؛ بنابراین، سلامت اجتماعی را می‌توان در معنای زندگی خوب داشتن دانست که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر وجه مثبت از سلامت تأکید دارد.

از نظر لارسن^۱ (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی به عنوان گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با سایر افراد و گروههای اجتماعی است که وی به عنوان عضوی از آنها تعریف میشود. وی معتقد

1. Larson

است که سلامت اجتماعی آن بعد از سلامت فرد را میسجد که مبتنی بر پاسخهای درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) بوده و حاکی از رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی پیرامونش است. کیز نیز معتقد است که سلامت از بنیانی اجتماعی برخوردار است. سلامت اجتماعی دارای ابعاد گوناگونی است که این ابعاد در ارتباط با یکدیگر نشان می‌دهند که تا چه اندازه افراد در زندگی خود خوب عمل می‌کنند؛ برای مثال، به عنوان همسایه، همکار و همشهری (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). از نظر او، عناصر و مؤلفه‌های اصلی مفهوم سلامت اجتماعی عبارت‌اند از:

۱. انطباق یا همبستگی اجتماعی^۱: اعتقاد به این که جامعه قابل درک و پیش‌بینی است. افرادی که از ویژگی انطباق اجتماعی برخوردارند، به جهانی که در آن زندگی می‌کنند و آنچه اطرافشان می‌گذرد، علاقه نشان داده و احساس می‌کنند قادر به درک وقایع پیرامونشان هستند. این مفهوم در برابر بی‌معنایی در زندگی قرار می‌گیرد و در واقع همان درکی است که فرد نسبت به دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.
۲. پذیرش اجتماعی^۲: به معنای تعریف و برداشت فرد از جامعه‌ای که در آن زیست می‌کند است. افرادی که واجد خصلت پذیرش اجتماعی هستند، جامعه را به صورت ترکیبی از دیدگاههای مختلف درک کرده و افراد را با همه ویژگیهای مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرند. آنها به سایرین اعتماد و اطمینان دارند.
۳. شکوفایی اجتماعی^۳: به معنای اعتقاد به جامعه‌ای است که از ظرفیتهای و توانمندیهای برای پیشرفت و تحول مطلوب برخوردار است. این افراد به آینده جامعه امید داشته و اعتقاد دارند جامعه با وجود پتانسیلهایی که دارد، می‌تواند به رشد اجتماعی‌شان کمک کند.

1. Keyes and Shapiro
3. social acceptance

2. social coherence
4. social actualization

۴. انسجام اجتماعی^۱: این وجه به ارزیابی شخص از کیفیت تعاملات اجتماعی اش مربوط می‌شود. مطابق با این معیار، افرادی از سلامت کامل برخوردارند که خود را جزئی از جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند به حساب می‌آورند. داشتن احساس مشترک با دیگران و تعلق به گروه‌های اجتماعی، از ویژگی‌های انسجام اجتماعی به شمار می‌رود.

۵. مشارکت اجتماعی^۲: بیان‌گر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که در امور اجتماعی مشارکت می‌کنند، اعتقاد دارند که به عنوان عضوی مفید و مهم از جامعه شناخته می‌شوند و خدمات ارزنده‌ای برای ارائه به دیگر افراد دارند. مشارکت اجتماعی به این معناست که تا چه میزان کنش‌های اجتماعی افراد برای جامعه دارای ارزش بوده و به عنوان یک خدمت اجتماعی شناخته می‌شود (کییز، ۱۹۹۸؛ کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

در مجموع، سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر جامعه؛ به طوری که فرد سالم از نظر اجتماعی، جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار قابل درک و دارای توانمندی‌های بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (کییز، ۱۹۹۸).

مرور مطالعات گذشته و مباحث نظری نشان می‌دهد که تعیین‌کننده‌های متعددی در کیفیت سلامت اجتماعی افراد نقش‌آفرینی می‌کنند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تبیین جامعه‌شناختی رابطه بین سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی با مهم‌ترین عوامل اجتماعی و فرهنگی به انجام رسیده است. عوامل مذکور برآمده از تحلیل مضمون مصاحبه‌های اکتشافی صورت‌گرفته با افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهرستان کاشان بوده است. این مصاحبه‌ها علاوه بر اعضای عادی، با اعضای هیئت‌مدیره جامعه نابینایان و

1. social integration

2. social contribution

کم‌بینایان کاشان انجام شده است.

به‌طور کلی، مهم‌ترین مضامین مرتبط با سلامت اجتماعی عبارت بودند از: ۱. مفهوم‌پردازی سلامت و آرامش روان، ۲. اضطراب اجتماعی در شهر، ۳. اهمیت خانواده آگاه و حمایتگر، ۴. برهم‌کنش منزلت و اشتغال و ۵. میل به پیشرفت و کسب مهارت. در مجموع، متغیرهای اصلی پژوهش حاضر بر مبنای مطالعات پیشین و مصاحبه‌های اکتشافی، عبارت‌اند از: ۱. «استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی»، ۲. «منزلت اجتماعی»، ۳. «حمایت اجتماعی»، ۴. «احساس امنیت اجتماعی»، ۵. «توانمندی اجتماعی» و ۶. «سلامت روان».

بر این مبنای، می‌توان به عواملی چون بهره‌مندی از رسانه‌های نوین ارتباطی، منزلت اجتماعی، حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی، توانمندیهای اجتماعی و سلامت روان اشاره کرد. در ادامه، به مباحث نظری پیرامون هر یک از این مفاهیم اشاره می‌شود. رسانه‌های نوین ارتباطی^۱ به طیفی از ابزارهای دیجیتال گفته می‌شود که تأثیر مهمی بر ماهیت زندگی روزمره داشته و شکلهای ارتباطی پرسرعت‌تری را بین افرادی که در نقاط مختلف جهان به سر می‌برند ارائه کرده‌اند (بنت^۲، ۲۰۰۷). در صدر این وسایل نوین ارتباطی، رسانه‌های جهانی نظیر اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی قرار دارند که در این پژوهش مورد تأکید قرار گرفته‌اند.

جان تامپسون^۳، در نظریه کنشهای تعاملی در عصر رسانه‌های نوین؛ گونه‌شناسی‌ای از انواع تعاملات میان‌فردی در عرصه رسانه‌ها (اینترنت) ارائه می‌دهد که عبارت‌اند از: ۱. تعامل چهره به چهره، (مانند دو شخصی که در حال صحبت‌اند و به‌طور هم‌زمان با شخصی که در مکان دوری قرار دارد به صورت گپ اینترنتی در ارتباط باشند و برای او پیام ارسال

1. new communication media

2. Bennett

3. John B. Thompson

کنند)؛ ۲. تعامل واسطه‌ای (تعامل رسانه‌ای)، این تعامل مستلزم استفاده از یک وسیله فنی است که امکان انتقال اطلاعات بین افرادی را فراهم می‌کند که از نظر زمانی، مکانی و یا هر دو از یکدیگر فاصله دارند (مانند پست الکترونیک، چت و شبکه‌های اجتماعی مجازی) و ۳. تعامل شبه‌واسطه‌ای (تعامل شبه‌رسانه‌ای) که به انواع روابط اجتماعی ایجادشده توسط رسانه‌های ارتباط جمعی (مانند کتاب، روزنامه، رادیو، تلویزیون و اینترنت) اطلاق می‌شود؛ اما در این گونه از تعامل، اولاً گرایش ارتباطات به سوی مجموعه نامحدودی از دریافت‌کنندگان بالقوه بوده و ثانیاً عموماً به صورت تک گفت‌وگویی است به این معنا که جریان ارتباطی عمدتاً یک‌طرفه است (مانند خواننده یک کتاب یا روزنامه و یا صفحات وب) (تامپسون، ۲۰۰۰؛ اسلوین، ۲۰۰۲).

در مجموع، با آنکه نظریه گونه‌شناسی کنشهای تعاملی تامپسون، کنشهای تعاملی رسانه‌های ماقبل اینترنت را در بر می‌گیرد، اما می‌توان این کنشها را در رسانه‌های نوینی همچون اینترنت (و قابلیت‌هایی شامل صفحات وب، پستهای الکترونیک، محیط‌های گپ‌زنی، شبکه‌های اجتماعی مجازی و...) جست‌وجو کرد.

به‌طور کلی، رابطه میان فضای مجازی و سلامت اجتماعی از طریق عضویت در شبکه‌های اجتماعی تبیین می‌شود. در این خصوص، برکمن و گلاس^۲ (۲۰۰۰) استدلال می‌کنند که نفوذ اجتماعی و تعامل نزدیک دو کنشگر در یک شبکه اجتماعی با میزان نفوذ میان‌فردی در بین آن دو مرتبط است. از سوی دیگر، کاربران فضاهای مجازی راهنمایی موردنظر خود را از طریق مقایسه نگرشها و دیدگاههای خود با گروههای مرجع به دست می‌آورند. به‌عبارت‌دیگر، اگر افرادی که به عنوان گروههای مرجع فرد به شمار می‌روند، رفتارهای سالمی را دنبال کنند، سایر مخاطبان نیز به پیروی از آنها این رفتارها را دنبال خواهند کرد و

1. Slevin

2. Berkman and Glass

همین امر سلامتی آنها را ارتقاء خواهد داد و برعکس.

منزلت اجتماعی را می‌توان قضاوتی دانست که به‌موجب آن جامعه، حیثیت، اهمیت و محبوبیت بیشتری به یک موقعیت یا پایگاه اجتماعی می‌دهد و به‌طورکلی آنها را به هر دلیلی به موقعیتها و به پایگاههای اجتماعی دیگر ترجیح می‌دهد (تامین^۱، ۲۰۰۶).

منزلت اجتماعی نقش مثبتی در انتخاب یک شغل دارد. بیشتر مشاغل با منزلت و معتبر، با سلامت خوب در ارتباط هستند و کمتر باعث زوال سلامتی می‌شوند. این امر در خصوص منزلت شغلی (حرفه‌ای)، به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد منزلت اجتماعی، نیز وجود دارد. منزلت شغلی باعث کاهش ریسک عوامل منجر به سرطان، بیماریهای قلبی-عروقی و تنفسی پس از کنترل مخارج زندگی و پیشرفت تحصیلی می‌شود (کرایست^۲ و دیگران، ۲۰۱۲).

منزلت حرفه‌ای ممکن است بر احساس فرد از خودش اثر داشته باشد. دارندگان مشاغل معتبر و با منزلت بالا، از سطح بالای اعتماد به نفس لذت برده و شانس بیشتری برای دریافت انواع حمایت‌های اجتماعی دارند (تونگ و کمبل، ۲۰۰۲)؛ بنابراین می‌توان از منزلت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل مؤثر و ارتقاءدهنده سلامت و به ویژه سلامت اجتماعی نام برد.

حمایت اجتماعی^۳ بر در دسترس بودن منابع حمایتی و کیفیت روابط با افرادی که این منابع را در مواقع لزوم فراهم می‌کنند، تأکید دارد. به‌عبارت‌دیگر، حمایت اجتماعی یعنی احساس تعلق داشتن، پذیرفته‌شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن. در واقع، حمایت اجتماعی ارتباط امنی برای هر فرد به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگیهای اصلی این رابطه است.

در یک تقسیم‌بندی مشخص، برکمن حمایت اجتماعی را دارای ابعاد چهارگانه‌ای میداند که عبارت‌اند از: ۱. حمایت عاطفی، با میزان محبت، درک، اعتماد و ارزشی که فرد از دیگری

1. Tumin
2. Christ
3. social support

دریافت می‌کند، مرتبط است. این شکل از حمایت در اکثر مواقع به وسیله شخص مطمئن و مورد اعتماد به فرد ارائه می‌شود. ۲. حمایت ابزاری (اقتصادی) به کمک و مساعدت دیگران برای برطرف کردن نیازهای مادی فرد اطلاق می‌شود که به صورت پرداخت پول یا انجام خدمت صورت می‌گیرد. ۳. حمایت ارزیابانه به کمک برای تصمیم‌گیری و ارائه پیشنهادهای مناسب اشاره دارد و ۴. حمایت اطلاعاتی که با فراهم‌آوردن اخبار و اطلاعات برای برطرف ساختن برخی نیازهای خاص افراد مرتبط است (برکمن و دیگران، ۲۰۰۰).

به باورهارفام^۱ و همکارانش (۲۰۰۴) عوامل خطرآفرین برای سلامتی عبارت‌اند از: ۱. مشکلات درازمدت در طول زندگی یک فرد، ۲. حوادث ناگوار زندگی و ۳. فقدان حمایت اجتماعی برای تعدیل و یا کاهش تأثیرات منفی مشکلات درازمدت و وقایع منفی. از نظر او تغییرات در حمایت اجتماعی می‌تواند با پدیده‌هایی از قبیل رشد شهرنشینی که به احتمال زیاد منجر به کاهش خانواده‌های گسترده، افزایش خانواده‌های تک والدینی، کاهش باروری، مهاجرت گروه‌های سنی خاص از شهر به روستا می‌شود، صورت گیرد و از این طریق تأثیرات گوناگونی بر سلامتی افراد بگذارد.

در همین راستا، مطالعات انجام‌شده در مورد رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی در ابعاد اطلاعاتی، مادی و عاطفی می‌تواند باعث بهبود سلامت روانی و اجتماعی (باوزین و سپهوندی، ۲۰۱۸) و نیز سلامت عاطفی (دیکسون^۲ و دیگران، ۲۰۰۱) شود. همچنین، شبکه ارتباطات و حمایت اجتماعی عامل مهمی برای کسب تجربه‌های مثبت محسوب می‌شود که در نهایت به احساس خودارزشمندی، عزت‌نفس و شکوفایی اجتماعی افراد منجر می‌شود (خباز و دیگران، ۲۰۱۱).

در مجموع، افرادی که از شبکه‌های ارتباطی و حمایت اجتماعی گسترده‌تری برخوردارند،

1. Harpham

22. Dixon

پیوندهای اجتماعی نیرومندتری را با اعضای شبکه‌های خود برقرار کرده، از فشارهای اجتماعی ناشی از حوادث زندگی بر خود کاسته و سلامت اجتماعی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند.

بوزان^۱ معتقد است که تعاریف ارائه‌شده درباره واژه امنیت در سه دسته قرار می‌گیرند: حفاظت در مقابل خطر (امنیت عینی)، احساس ایمنی (امنیت ذهنی) و رهایی از تردید (اعتماد به دریافت شخصی) (بوزان، ۱۹۹۹). از نظر او، امنیت اجتماعات بشری به پنج مقوله نظامی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی تقسیم می‌شود که از این میان، امنیت اجتماعی به حفظ ویژگیهایی اشاره دارد که بر اساس آن افراد خود را به عنوان عضو یک گروه اجتماعی قلمداد می‌کنند یا به بیان دیگر، معطوف به جنبه‌هایی از زندگی فرد می‌شود که هویت گروهی او را سامان می‌بخشند (نویدینا، ۲۰۰۳).

از میان رویکردهای جامعه‌شناختی درباره امنیت اجتماعی می‌توان به دیدگاه آنتونی گیدنز اشاره کرد. در تحلیل گیدنز، امنیت وجودی یکی از صور مهم احساس امنیت تلقی شده است. این اصطلاح به اطمینانی راجع است که بیشتر اشخاص به تداوم هویت خود و دوام محیط‌های اجتماعی و مادی کنش در اطراف خود دارند. از این نظر، امنیت پدیده‌های عاطفی است (گیدنز^۲، ۱۹۹۸).

امنیت وجودی به وضعیت ذهنی راحت و مناسبی اشاره دارد که در آن فرد به فعالیتهای بدیهی، در محیطی آشنا و به همراه دیگر افرادی که تهدیدی برای او به وجود نمی‌آورند مشغول است. به طور خلاصه زمانی که فرد می‌داند چگونه به کار خود ادامه دهد بدون آن که وقفه و مزاحمتی برای او به وجود آید حالتی ذهنی و روانی در او بروز می‌کند که این حالت همان امنیت وجودی (احساس امنیت) است. چنانچه این فرد کنشگر و عامل به‌طور کلی

1. Buzan
2. Giddens

توانایی ادامه فعالیت را از دست بدهد، احساس درماندگی، نگرانی و بی‌ثباتی (احساس نامنی) می‌کند (استونز^۱، ۲۰۰۰).

به سبب آن‌که احساس امنیت از نخستین حلقه‌های اعتمادساز در جامعه است، پیامدها و تبعات وجود یا گسترش احساس نامنی را می‌توان در مورد ایجاد حالت انفعال در مردم، از میان رفتن خلاقیتها، بروز بی‌تفاوتی و رفتارهای مبتنی بر بی‌اعتمادی برشمرد. با رشد و نمو جرائم و انحرافات اجتماعی، زمینه‌های نامنی و شکل‌گیری کج‌روی در سطح جامعه بیشترین دلهره را ایجاد می‌کند که تهدیدی بر تعاملات و سلامت اجتماعی افراد در جامعه است (خوش‌فر و دیگران، ۲۰۱۵).

توانمندسازی^۲ فرایندی است که افراد جامعه از طریق آن، از نیازها و خواسته‌های خود آگاه شده، نوعی اعتماد به نفس و خوداتکایی را برای برطرف کردن آن نیازها به دست می‌آورند و بر اساس آن از توانایی لازم برای تحقق هدفهای خود برخوردار می‌شوند. از نظر استرام کوئیست نیز، توانمندسازی یک مفهوم اجتماعی سیاسی است و شامل ابعاد شناختی، روانی، اقتصادی و سیاسی می‌شود.

۱. بعد شناختی، عبارت است از شناخت خود و نیاز به گرفتن تصمیمهایی که ممکن است برخلاف انتظارات فرهنگی و اجتماعی باشد.

۲. بعد روان‌شناختی که به معنای رهایی از درماندگی اکتسابی، توسعه عزت‌نفس و اعتماد به نفس است. ۳. بعد اقتصادی که با اشتغال علاوه بر استقلال اقتصادی، استقلال در حالت کلی نیز افزایش می‌یابد و ۴. بعد سیاسی، نظیر بسیج شدن برای تغییر اجتماعی است. در این راستا، اقدام جمعی برای دستیابی به دگرگونی اجتماعی اساس قرار می‌گیرد (استرام کوئیست^۳، ۱۹۹۵).

1. Stones
2. empowerment
3. Stromquist

بررسی نقش توانمندیها و مهارتهای اجتماعی در سلامت و به ویژه سلامت اجتماعی و ابعاد آن، فضای مفهومی مناسبی را برای پژوهشهای تجربی ایجاد کرده است. در این زمینه، نتایج مطالعات تجربی نشان داده‌اند که آموزش مهارتهای اجتماعی می‌تواند در بهبود عزت‌نفس (به‌پژوه و دیگران، ۲۰۰۷)، سازگاری (کف، ۲۰۰۲) و کاهش نشانه‌های بیرونی نقص مهارتهای اجتماعی (شریفی درآمدی، ۲۰۱۱) افراد دارای نابینایی مؤثر باشد. همچنین، بخشی از این توانمندیهای اجتماعی را می‌توان در مهارتهای مربوط به تعاملات اجتماعی جست‌وجو کرد که در این صورت نیز، افرادی که مهارتهای ارتباطی ضعیف‌تری داشته‌اند، شبکه‌های اجتماعی کوچک‌تری را در پیرامون خود ایجاد کرده‌اند (کف، ۱۹۹۷).

در مجموع، برخورداری از توانمندیها و مهارتهای اجتماعی مؤثر می‌تواند به افراد دارای نابینایی کمک کند تا ضمن مقاومت در برابر احساس تنهایی و انزوا، بهترین راه‌حلها را برای حل مشکلات اجتماعی خود یافته و خود را به عنوان بخشی از جامعه احساس کنند. از این رو، می‌توان انتظار داشت که با ارتقاء سطح توانمندیهای اجتماعی افراد دارای نابینایی، سلامت اجتماعی آنان نیز تقویت شود.

مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی برخورداری از سلامت روانی به فقدان اختلالات روانی منحصر نیست؛ بلکه وضعیتی از بهزیستی و رفاه است که بر اساس آن، فرد بتواند تواناییها و استعدادهای خود را محقق کرده و قابلیت سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی روزمره را داشته باشد و نیز با فعالیتهای سودمند و مفید در جامعه خود اثرگذار باشد (به‌روزی و دیگران، ۲۰۱۸).

مروری بر مطالعات گذشته نشان می‌دهد که سنجش سلامت روان، از گوناگونی و تنوع قابل‌ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. در این میان، کیز (۲۰۰۵) در رویکرد جدید خود سعی داشت تا با ارائه مدلی جامع از سلامت روان، بر ترکیبی از دو بعد نبود بیماری روانی و نیز برخورداری از سطوح مطلوبی از بهزیستی روانی تأکید کند.

در مدلی که او ارائه می‌دهد، پژوهش‌های روانی شامل افرادی می‌شود که اگرچه دچار بیماری روانی نیستند، اما از سطوح بهزیستی روانی پایینی برخوردارند. همچنین، شکوفایی روانی افرادی را دربر می‌گیرد که مبتلا به بیماری روانی نیستند، اما سطوح بهزیستی روانی بالایی دارند.

در مجموع، با توجه به مطالعات پیشین و ادبیات نظری درباره سلامت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های آن، فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از: ۱. بین استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی و سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی رابطه مستقیم وجود دارد. ۲. بین منزلت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی رابطه مستقیم وجود دارد. ۳. بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی رابطه مستقیم وجود دارد. ۴. بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی رابطه مستقیم وجود دارد. ۵. بین توانمندیهای اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی رابطه مستقیم وجود دارد؛ و ۶. بین سلامت روان و سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی رابطه مستقیم وجود دارد.

روش

روش مورد استفاده در پژوهش حاضر از نوع پیمایش و جامعه آماری مورد نظر شامل تمامی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی است که در بازه زمانی انجام این پژوهش (تابستان ۱۴۰۱) در عضویت جامعه نابینایان شهر کاشان بوده‌اند. برابر آمارهای اعلام شده از سوی انجمن نابینایان کاشان، تعداد افراد دارای اختلال بینایی این شهر برابر با ۶۵۲ نفر است. تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار سمپل‌پاور^۱ صورت گرفته است. برای برآورد حجم نمونه از پارامتر «همبستگی» (مبتنی بر فرضیه اصلی پژوهش) استفاده شده است. پیش‌فرضهای تعیین

1. sample power

حجم نمونه در نرم افزار عبارت اند از: ۱. احتمال خطای نوع اول (آلفا) حداکثر ۰/۰۵ باشد؛ ۲. احتمال خطای نوع دوم (بتا) حداکثر ۲۰ درصد باشد (توان آزمون: ۰/۸۰) و ۳. حجم نمونه در سطحی قرار گیرد که توان تشخیص حداقل ۰/۰۵ همبستگی در جامعه آماری را داشته باشد. در نهایت، نرم افزار تعداد ۲۱۰ نمونه را برآورد کرده است (جدول ۱).

جدول (۱) سناریوهای حجم نمونه برحسب خطاهای نوع اول و دوم

| توان آزمون | ۱۵۰ | ۱۶۰ | ۱۷۰ | ۱۸۰ | ۱۹۰ | ۲۰۰ | ۲۱۰ | ۲۲۰ | ۲۳۰ | ۲۴۰ | ۲۵۰ |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ۰/۰۱۰ | ۰/۴۰۸ | ۰/۴۳۵ | ۰/۴۶۲ | ۰/۴۸۸ | ۰/۵۱۴ | ۰/۵۳۸ | ۰/۵۶۳ | ۰/۵۸۶ | ۰/۶۰۸ | ۰/۶۳۰ | ۰/۶۵۰ |
| ۰/۰۳۰ | ۰/۵۸۷ | ۰/۶۱۴ | ۰/۶۳۹ | ۰/۶۶۴ | ۰/۶۸۶ | ۰/۷۰۸ | ۰/۷۲۹ | ۰/۷۴۸ | ۰/۷۶۶ | ۰/۷۸۳ | ۰/۷۹۹ |
| ۰/۰۵۰ | ۰/۶۷۷ | ۰/۷۰۱ | ۰/۷۲۴ | ۰/۷۴۶ | ۰/۷۶۶ | ۰/۷۸۴ | ۰/۸۰۱ | ۰/۸۱۸ | ۰/۸۳۲ | ۰/۸۴۶ | ۰/۸۵۹ |

روش نمونه گیری این پژوهش نیز از نوع غیراحتمالی و به صورت سهمیه ای (متناسب با فراوانی افراد در سطوح بینایی مختلف) است. در واقع، ماهیت موضوع مورد مطالعه و متغیرهای مورد بررسی، از دلایل انتخاب این روش نمونه گیری به شمار می رود. به طوری که پرسشهای طرح شده در پرسشنامه به سنجش ویژگیهای روانی، شخصیتی و تعاملات اجتماعی افراد با ویژگیهای جسمانی خاص می پردازند و بر اساس شناخت حاصل از جامعه آماری پژوهش از طریق مصاحبه اکتشافی و انجام آزمون مقدماتی، مشخص شد که افراد دارای آسیب بینایی تمایل اندکی نسبت به بروز ذهنیات و پیش فرضهای خود در خصوص موضوعات مختلف دارند. در نتیجه، از آنجاکه در روش سهمیه ای پاسخگو اطمینان بیشتری حاصل می کند که شناخته نمی شود، کسب اطلاعات معتبر به آسانی صورت می گیرد. شیوه نمونه گیری مطالعه حاضر به این شکل بوده که ابتدا تعداد ۲۲۰ پرسشنامه به پرسشگران ارائه شد و پس از انجام فرایند گردآوری داده ها، پرسشنامه های فاقد اعتبار و ناقص حذف شدند.

در انتها تعداد ۲۱۱ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل های آماری انتخاب شدند. لازم به ذکر

است که به سبب ناتوانی پاسخگویان در بینایی، پرسشنامه‌ها به صورت شفاهی (در جلسات حضوری در دفتر انجمن نابینایان کاشان و یا تلفنی) و توسط پرسشگران برای پاسخگویان خوانده و تکمیل شده‌اند.

ابزار سنجش متغیرهای این پژوهش از نوع پرسشنامه محقق‌ساخته (با ۸۶ گویه) است. با این وجود، برای تنظیم آن از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸)، پرسشنامه استاندارد سلامت روان کیز (۲۰۰۲) و پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بهره گرفته شده است. به منظور برآورد اعتبار، از تکنیک اعتبار صوری (با نظر اساتید و پژوهشگرانی که تجربه تحقیقات مرتبط با پژوهش حاضر را داشته‌اند و نیز خبرگان دارای نابینایی و کم‌بینایی) استفاده شده است.

به طوری که در چند مرحله برخی سؤالات که طولانی، نامفهوم، دوپهلوی یا بدون ارتباط با موضوع بودند، از پرسشنامه حذف و برخی سؤالات و گویه‌ها به شیوه‌های رساتر و بهتر بیان شدند. همچنین، از ضریب آلفای کرونباخ برای برآورد میزان پایایی پرسشنامه استفاده شده است. بدین منظور تعداد ۳۵ پرسش‌نامه در مرحله آزمون مقدماتی مورداستفاده قرار گرفت. از آنجا که ضرایب آلفا برای تمامی متغیرها بالای ۰/۷ به دست آمده، میتوان نتیجه گرفت که پرسشنامه این پژوهش، ابزاری پایا و اعتمادپذیر برای موضوع موردنظر است (جدول ۲). روش تحلیل این تحقیق از نوع کمی آماری بوده و محاسبات آن با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS.ver26 و Smart PLS 3 انجام شده است.

جدول (۲) برآورد میزان پایایی مقیاسهای اصلی پژوهش

| ضریب آلفا (α) | تعداد گویه | خُرده‌مقیاس | مقیاس اصلی |
|---------------|------------|-----------------|------------------|
| ۰/۷۲۶ | ۷ | - | منزلت اجتماعی |
| ۰/۹۳۸ | ۱۶ | - | توانمندی اجتماعی |
| ۰/۸۶۸ | ۱۵ | مجموع ابعاد | حمایت اجتماعی |
| ۰/۸۶۸ | ۱۶ | مجموع ابعاد | امنیت اجتماعی |
| ۰/۹۶۶ | ۹ | مجموع ابعاد | سلامت روان |
| ۰/۸۵۵ | ۵ | انسجام اجتماعی | سلامت اجتماعی |
| ۰/۸۱۵ | ۵ | پذیرش اجتماعی | |
| ۰/۸۰۲ | ۴ | مشارکت اجتماعی | |
| ۰/۷۲۸ | ۴ | انطباق اجتماعی | |
| ۰/۷۸۱ | ۵ | شکوفایی اجتماعی | |
| ۰/۸۹۴ | ۲۳ | مقیاس کل | |

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای زمینه‌ای نشان می‌دهند که بیشترین میزان فراوانی پاسخگویان از نظر «جنس»، به زنان (با ۵۸/۳ درصد)؛ از نظر «سن»، به گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (با ۳۰/۳ درصد)؛ از نظر «محل سکونت»، به ساکنان شهر (با ۸۵/۸ درصد)؛ از نظر «وضعیت تأهل»، به متأهلین (با ۶۴/۹ درصد)؛ از نظر «وضعیت زندگی»، به زندگی با همسر و فرزندان (با ۶۰/۷ درصد)؛ از نظر «وضعیت اشتغال»، به غیرشاغلین (با ۷۳ درصد)؛ از نظر «میزان تحصیلات»، به مقطع زیر دیپلم (با ۴۸/۸ درصد)؛ از نظر «وضعیت بینایی»، به نابینایان قانونی یا کم‌بینایان (با ۴۱/۲ درصد)؛ از نظر «علت نابینایی یا کم‌بینایی»، به سبب بیماری (با ۳۷ درصد) و از نظر «برخوردراری از سایر ناتوانیها»، به گروه بدون هیچ ناتوانی دیگر (با ۶۶/۴ درصد)

Factors Related to Social Well-being of Persons with Visual Impairment

درصد) اختصاص داشته است. همچنین از نظر «احساس نگرانی از پیشروی ناتوانی»، ۳۹/۸ درصد از پاسخگویان (بیشترین فراوانی) گزینه خیلی زیاد را اعلام کرده‌اند. لازم به ذکر است که ۱۹ درصد از پاسخگویان به این پرسش پاسخ نداده‌اند.

توصیف یافته‌های درباره استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی نیز نشان می‌دهند که بیشترین میزان فراوانی پاسخگویان از نظر «میزان بهره‌مندی روزانه از اینترنت»، به گزینه بدون استفاده (با ۶۲/۱ درصد)؛ از نظر «میزان بهره‌مندی روزانه از تلویزیون ماهواره‌ای»، به گزینه بدون استفاده (با ۸۹/۶ درصد)؛ از نظر «میزان بهره‌مندی روزانه از شبکه‌های اجتماعی مجازی»، به گزینه بدون استفاده (با ۴۴/۵ درصد) و از نظر «میزان بهره‌مندی روزانه از کتابهای صوتی و پادکستها»، به گزینه بدون استفاده (با ۷۷/۳ درصد) تعلق داشته است.

جدول (۳) آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

| متغیر | حد اقل (Min) | حد اکثر (Max) | میانه (Midn) | میانگین (M) | انحراف معیار (SD) | مقدار t | مقدار احتمال (p) |
|---------------------|--------------|---------------|--------------|-------------|-------------------|---------|------------------|
| منزلت اجتماعی | ۱ | ۵ | ۳ | ۳/۱۵ | ۰/۸۲۴ | ۲/۷۲۲ | ۰/۰۰۷ |
| توانمندیهای اجتماعی | ۱ | ۵ | ۳ | ۲/۴۶ | ۰/۷۳۳ | -۱۰/۶۴۳ | ۰/۰۰۰ |
| حمایت خانواده | ۱ | ۵ | ۳ | ۳/۵۱ | ۱/۰۷۹ | ۶/۸۵۶ | ۰/۰۰۰ |
| حمایت دوستان | ۱ | ۵ | ۳ | ۲/۷۳ | ۱/۲۴۰ | -۳/۱۷۸ | ۰/۰۰۲ |
| حمایت دیگران مهم | ۱ | ۵ | ۳ | ۳/۳۹ | ۱/۳۲۶ | ۴/۲۴۸ | ۰/۰۰۰ |
| حمایت نهادها | ۱ | ۵ | ۳ | ۱/۹۷ | ۰/۹۷۶ | -۱۵/۳۴۶ | ۰/۰۰۰ |
| حمایت اجتماعی | ۱ | ۵ | ۳ | ۲/۹۹ | ۰/۷۸۵ | -۰/۱۵۳ | ۰/۸۷۸ |
| امنیت جانی | ۱ | ۵ | ۳ | ۳/۲۵ | ۱/۰۰۵ | ۳/۵۴۳ | ۰/۰۰۰ |
| امنیت مالی و شغلی | ۱ | ۵ | ۳ | ۲/۹۱ | ۱/۱۳۵ | -۱/۱۵۷ | ۰/۲۴۹ |

| مقدار احتمال (p) | مقدار t | انحراف معیار (SD) | میانگین (M) | میانه (Mdn) | حداکثر (Max) | حداقل (Min) | متغیر |
|------------------|---------|-------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|
| ۰/۰۰۰ | ۵/۴۸۱ | ۰/۸۵۲ | ۳/۳۲ | ۳ | ۵ | ۱ | امنیت احساسی |
| ۰/۰۰۱ | -۳/۲۲۲ | ۰/۹۵۹ | ۲/۷۹ | ۳ | ۵ | ۱ | امنیت حقوقی |
| ۰/۲۰۲ | ۱/۲۸۱ | ۰/۶۸۷ | ۳/۰۶ | ۳ | ۵ | ۱ | امنیت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۴۲۳ | ۱/۰۶۶ | ۳/۳۳ | ۳ | ۵ | ۱ | بهبودی هیجانی |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۴۳۸ | ۰/۸۹۳ | ۳/۴۰ | ۳ | ۵ | ۱ | بهبودی روانی |
| ۰/۰۰۰ | ۵/۷۱۵ | ۰/۹۰۸ | ۳/۳۶ | ۳ | ۵ | ۱ | سلامت روان |
| ۰/۰۰۳ | ۳/۰۱۴ | ۰/۸۶۵ | ۳/۱۸ | ۳ | ۵ | ۱ | انجام اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | -۴/۴۵۵ | ۰/۸۳۷ | ۲/۷۴ | ۳ | ۵ | ۱ | پذیرش اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۵/۰۶۱ | ۰/۸۰۹ | ۳/۲۹ | ۳ | ۵ | ۱ | مشارکت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۳۲۸ | ۰/۷۷۰ | ۳/۲۳ | ۳ | ۵ | ۱ | انطباق اجتماعی |
| ۰/۰۰۳ | ۲/۹۹۶ | ۰/۷۸۵ | ۳/۱۷ | ۳ | ۵ | ۱ | شکوفایی اجتماعی |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۳۰۴ | ۰/۵۹۶ | ۳/۱۴ | ۳ | ۵ | ۱ | سلامت اجتماعی |

بر اساس جدول (۳)، میانگین متغیرهای «منزلت اجتماعی»، «امنیت اجتماعی»، «سلامت روان» و «سلامت اجتماعی» بالاتر از حد میانه بوده و بنابراین، این متغیرها در سطح متوسط رو به بالا گزارش می‌شوند؛ اما میانگین متغیرهای «توانمندیهای اجتماعی» و «حمایت اجتماعی» پایین‌تر از حد میانه بوده و در نتیجه نشان از متوسط رو به پایین بودن وضعیت متغیرهای مذکور دارد.

همچنین، این جدول نشان می‌دهد که میزان T (تک نمونه‌ای) برای متغیرهای «منزلت اجتماعی» و «توانمندیهای اجتماعی»، «سلامت روان» و «سلامت اجتماعی» در سطح اطمینان

۹۹ درصد معنادار است.

جدول (۴) نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش

| متغیر | رسانه‌های نوین | منزلت اجتماعی | حمایت اجتماعی | امنیت اجتماعی | توانمندیهای اجتماعی | سلامت روان |
|-----------------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|------------|
| انسجام اجتماعی | همبستگی (r) | ۰/۲۹۲ | ۰/۶۰۷ | ۰/۵۴۱ | ۰/۵۱۶ | ۰/۷۶۴ |
| | مقدار احتمال (p) | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| پذیرش اجتماعی | همبستگی (r) | ۰/۰۶۲ | ۰/۲۸۵ | ۰/۲۹۴ | ۰/۴۸۳ | ۰/۳۹۱ |
| | مقدار احتمال (p) | ۰/۱۸۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| مشارکت اجتماعی | همبستگی (r) | ۰/۱۶۱ | ۰/۴۴۸ | ۰/۲۶۰ | ۰/۳۸۴ | ۰/۳۵۹ |
| | مقدار احتمال (p) | ۰/۰۱۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| انطباق اجتماعی | همبستگی (r) | ۰/۰۶۹ | ۰/۳۴۰ | ۰/۲۱۳ | ۰/۲۲۲ | ۰/۲۹۳ |
| | مقدار احتمال (p) | ۰/۱۶۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| شکوفایی اجتماعی | همبستگی (r) | ۰/۰۳۶ | ۰/۲۲۳ | ۰/۱۳۶ | ۰/۲۱۸ | ۰/۳۷۸ |
| | مقدار احتمال (p) | ۰/۳۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۵ |
| سلامت اجتماعی (مجموع ابعاد) | همبستگی (r) | ۰/۱۹۱ | ۰/۵۲۰ | ۰/۴۱۰ | ۰/۵۱۷ | ۰/۶۷۸ |
| | مقدار احتمال (p) | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |

جدول (۴) به ارائه نمای کلی از آزمون رابطه میان متغیرهای مستقل با متغیر سلامت اجتماعی (آزمون فرضیه‌ها) می‌پردازد. بر اساس این جدول، بین متغیرهای «استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی»، «منزلت اجتماعی»، «حمایت اجتماعی»، «امنیت اجتماعی»، «توانمندیهای اجتماعی» و «سلامت روان» با متغیر «سلامت اجتماعی» ارتباط معنادار و مستقیمی در سطح اطمینان ۹۹ درصد وجود دارد. همچنین، به منظور محاسبه معادله پیش‌بینی میزان سلامت اجتماعی از

تحلیل رگرسیون با روش گام به گام استفاده شده است.

جدول (۵) عناصر اصلی تحلیل رگرسیونی چندمتغیره به روش گام به گام

| مراتب ورود | متغیرهای وارد شده | R | R ² | R ² تعدیل شده | خطای استاندارد |
|------------|---------------------|-------|----------------|--------------------------|----------------|
| گام اول | سلامت روان | ۰/۶۷۸ | ۰/۴۶۰ | ۰/۴۵۷ | ۱۱/۸۱۵ |
| گام دوم | امنیت اجتماعی | ۰/۷۱۵ | ۰/۵۱۲ | ۰/۵۰۷ | ۱۱/۲۶۳ |
| گام سوم | توانمندیهای اجتماعی | ۰/۷۲۹ | ۰/۵۳۱ | ۰/۵۲۴ | ۱۱/۰۶۲ |

همانگونه که جدول (۵) نشان می‌دهد، از میان شش متغیر مستقلی که در بخش آزمون ضریب همبستگی دارای رابطهی معنادار با سلامت اجتماعی بوده‌اند، سه متغیر در معادله رگرسیونی حضور دارند. این متغیرها به ترتیب عبارت‌اند از «سلامت روان»، «امنیت اجتماعی» و «توانمندیهای اجتماعی». بر اساس جدول مذکور ضریب همبستگی چند متغیره (R) در گام سوم ۰/۷۲۹ است. همچنین، ضریب تعیین (R²) به دست آمده در گام آخر نیز نشان می‌دهد که سه متغیر وارد شده به معادله در مجموع می‌توانند حدود ۵۳ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را پیش‌بینی یا تبیین کنند.

جدول (۶) متغیرهای درون معادله برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی در گام سوم

| ردیف | نام متغیر | ضریب رگرسیونی استاندارد نشده (B) | ضریب رگرسیونی استاندارد شده (β) | t | مقدار احتمال (p) |
|------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------|------------------|
| ۱ | سلامت روان | ۰/۹۱۱ | ۰/۴۹۷ | ۸/۵۹۱ | ۰/۰۰۰ |
| ۲ | امنیت اجتماعی | ۰/۲۹۲ | ۰/۲۱۳ | ۳/۶۶۷ | ۰/۰۰۰ |
| ۳ | توانمندیهای اجتماعی | ۰/۲۱۸ | ۰/۱۶۴ | ۲/۹۱۹ | ۰/۰۰۴ |

در مجموع، بر اساس اطلاعات جدول (۶) و با توجه به بتای استاندارد شده، اثر «سلامت روان» برابر با ۰/۴۹۷، اثر «امنیت اجتماعی» برابر با ۰/۲۱۳ و اثر «توانمندیهای اجتماعی» برابر

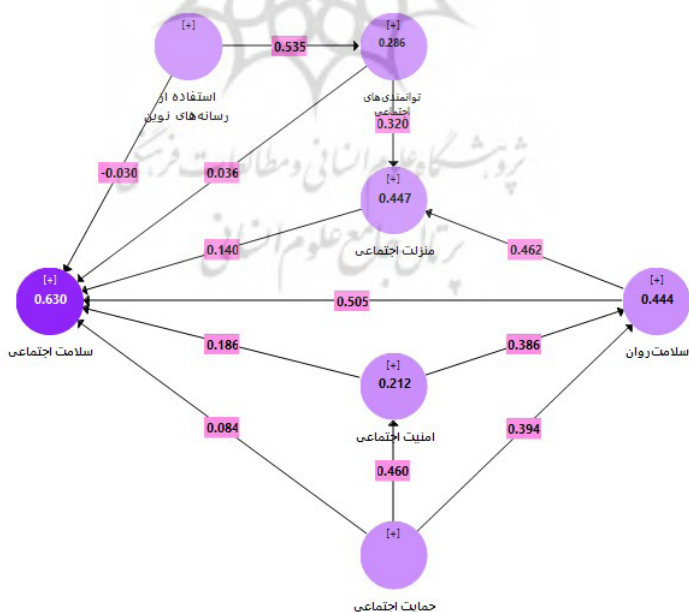
با ۰/۱۶۴ است. بنابراین، متغیر «سلامت روان» از بیشترین اثر مستقیم و متغیر «توانمندیهای اجتماعی» از کمترین اثر مستقیم در بین متغیرهای مستقل معنادار در مدل رگرسیونی برخوردارند. بنابراین، شکل نهایی معادله رگرسیونی این پژوهش به صورت زیر خواهد بود

$$Y = 19/494 + 0/911(\text{سلامت روان}) + 0/292(\text{امنیت اجتماعی}) + 0/218(\text{توانمندیهای اجتماعی})$$

مدل‌یابی معادله ساختاری

در این بخش، پس از آزمون مدل بیرونی (ارزیابی اعتبار و اعتماد متغیرها) لازم است تا مدل درونی که نشان‌دهنده ارتباط بین متغیرهای پنهان پژوهش است، ارائه شود (شکل ۱). در این مدل، متغیر سلامت اجتماعی با ۱۳ گویه، متغیر استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی با ۳ گویه، متغیر منزلت اجتماعی با ۷ گویه، متغیر حمایت اجتماعی با ۱۲ گویه، متغیر امنیت اجتماعی با ۱۴ گویه، متغیر توانمندیهای اجتماعی با ۱۶ گویه و متغیر سلامت روان با ۹ گویه حضور داشته و میزان بارهای عاملی اکثریت گویه‌ها از ۰/۵ بالاتر بوده است.

شکل (۱) مدل ساختاری عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی



در شکل شماره یک، ارقام درج شده روی هر پیکان بیانگر بتا یا ضریب مسیر حاصل از معادله رگرسیونی میان متغیرها است. اعداد داخل هر دایره نیز نشان‌دهنده مقدار ضریب تعیین (R^2) برای هریک از متغیرهای درون‌زا است. در ادامه، برای بررسی میزان معناداری ضرایب مسیر برآورد شده برای هریک از متغیرهای مدل از عملیات خودگردان‌سازی^۱ استفاده شده است (جدول ۷).

جدول (۷) ارزیابی مدل درونی پژوهش بر مبنای معناداری اثرات مستقیم

| مقدار احتمال (p) | مقدار t | ضرایب مسیر | مسیر |
|---------------------|---------|------------|--|
| ۰/۵۹۶ | ۰/۵۳۰ | -۰/۰۳۰ | استفاده از رسانه‌های نوین <--- سلامت اجتماعی |
| ۰/۰۲۰ | ۲/۳۳۵ | ۰/۱۴۰ | منزلت اجتماعی <--- سلامت اجتماعی |
| ۰/۱۳۵ | ۱/۴۹۸ | ۰/۰۸۴ | حمایت اجتماعی <--- سلامت اجتماعی |
| ۰/۰۰۴ | ۲/۸۶۸ | ۰/۱۸۶ | امنیت اجتماعی <--- سلامت اجتماعی |
| ۰/۵۴۴ | ۰/۶۰۸ | ۰/۰۳۶ | توانمندیهای اجتماعی <--- سلامت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۴۰۷ | ۰/۵۰۵ | سلامت روان <--- سلامت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۱۰/۳۶۵ | ۰/۵۳۵ | استفاده از رسانه‌های نوین <--- توانمندیهای اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۵/۸۵۲ | ۰/۳۲۰ | توانمندیهای اجتماعی <--- منزلت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۸/۷۲۳ | ۰/۴۶۲ | سلامت روان <--- منزلت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۵۸۳ | ۰/۳۹۴ | حمایت اجتماعی <--- سلامت روان |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۱۱۴ | ۰/۳۸۶ | امنیت اجتماعی <--- سلامت روان |
| ۰/۰۰۰ | ۸/۷۶۴ | ۰/۴۶۰ | حمایت اجتماعی <--- امنیت اجتماعی |

نتایج نشان می‌دهد که ضرایب مسیر تمامی روابط، به‌جز رابطه بین استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی، حمایت اجتماعی و توانمندیهای با سلامت اجتماعی معنادار است. به‌گونه‌ای

1. bootstrapping

که مقدار آماره t از $1/96$ بزرگ‌تر و میزان معناداری از $0/05$ کوچک‌تر است. در جدول (۸)، اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل برای هرکدام از متغیرهای مدل محاسبه و ارائه شده است.

جدول (۸) بررسی اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرها

| اثر کل | اثر غیرمستقیم | اثر مستقیم | متغیرها |
|--------|---------------|------------|---------------------------|
| 0/570 | 0/65 | 0/505 | سلامت روان |
| 0/496 | 0/411 | 0/084 | حمایت اجتماعی |
| 0/406 | 0/220 | 0/186 | امنیت اجتماعی |
| 0/140 | - | 0/140 | منزلت اجتماعی |
| 0/080 | 0/045 | 0/036 | توانمندیهای اجتماعی |
| 0/013 | 0/043 | -0/030 | استفاده از رسانه‌های نوین |

مطابق با جدول (۸) یک متغیر صرفاً دارای تأثیر مستقیم و پنج متغیر علاوه بر تأثیر مستقیم، از تأثیر غیرمستقیم بر متغیر وابسته برخوردار بوده‌اند. همچنین، از نظر میزان اهمیت و تأثیرگذاری متغیرها در مدل، مهم‌ترین متغیرها، به ترتیب، عبارت‌اند از: ۱. سلامت روان، ۲. حمایت اجتماعی، ۳. امنیت اجتماعی، ۴. منزلت اجتماعی، ۵. توانمندیهای اجتماعی و ۶. استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی. در ادامه، برای بررسی حجم اثر و توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل ساختاری از مقدار f Square استفاده می‌شود. در واقع، حجم اثر به بیان سهم هر یک از متغیرهای مستقل در ضریب تعیین (R^2) می‌پردازد. همچنین، با توجه به مقدار Q^2 توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل برای متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مورد بررسی قرار می‌گیرد.^۱

۱. بر مبنای معیار کوهن، مقدار $0/02$ برابر با حجم اثر کم؛ مقدار $0/15$ برابر با حجم اثر متوسط و مقدار $0/35$ برابر با حجم اثر زیاد تفسیر می‌شود.
 ۲. این شاخص در سه سطح پایین (در صورتی که در محدوده $0/02$ باشد)، متوسط (در صورتی که در محدوده $0/15$ باشد) و بالا (در صورتی که در محدوده $0/35$ باشد) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

جدول (۹) ارزیابی حجم اثر و توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل

| متغیر | f Square | Q ² |
|---------------------------|----------|----------------|
| سلامت روان | ۰/۳۳۷ | ۰/۲۳۴ |
| امنیت اجتماعی | ۰/۰۵۶ | |
| منزلت اجتماعی | ۰/۰۲۶ | |
| حمایت اجتماعی | ۰/۰۱۱ | |
| توانمندیهای اجتماعی | ۰/۰۰۲ | |
| استفاده از رسانه‌های نوین | ۰/۰۰۲ | |

نتایج ارائه‌شده در جدول (۹) نشان می‌دهد که حجم اثر متغیر «سلامت روان» در حد زیاد و سایر متغیرها کمتر است. به‌علاوه، مقدار Q² برابر با ۰/۲۳۴ به دست آمده که توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل را در سطح متوسط رو به بالا ارزیابی می‌کند. درنهایت برای برازش کلیت مدل از شاخص SRMR^۱ استفاده شده است. از آن‌جا که میزان این شاخص برابر با ۰/۰۹۸ به دست آمده و این میزان کمتر از نقطه برش آن یعنی ۰/۱۰۰ (هنسلر و دیگران، ۲۰۱۴) قرار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است

بحث

توجه به مسائل اجتماعی مرتبط با سلامت در میان افراد دارای آسیب بینایی به دلیل درک متفاوتشان از مفهوم سلامت و به ویژه سلامت اجتماعی از پیچیدگی خاصی برخوردار است. به‌عنوان مثال، این گروه به دلیل تجربه زندگی در یک جامعه بینا، با مشکلات و چالش‌هایی مواجه‌اند که شناسایی آنها از سوی پژوهشگران با دشواریهایی همراه است. در

1. standardized root mean square residual (SRMR)

این پژوهش سعی شد تا ابتدا با انجام یک مطالعه اکتشافی، تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شناسایی شده و سپس مبتنی بر ادبیات نظری پیرامون موضوع موردبررسی، فرضیه‌های اصلی مطرح شوند. در ادامه، به ارائه یافته‌ها و نیز بحث پیرامون نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها پرداخته می‌شود.

مبتنی بر یافته‌های بخش توصیفی، میانگین متغیرهای «استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی»، «منزلت اجتماعی» و «توانمندیهای اجتماعی» بالاتر از حد میانه بوده و بنابراین، این متغیرها در سطح متوسط رو به بالا گزارش می‌شوند؛ اما میانگین متغیرهای «حمایت اجتماعی»، «امنیت اجتماعی»، «سلامت روان» و «سلامت اجتماعی» پایین‌تر از حد میانه بوده و در نتیجه نشان از متوسط رو به پایین بودن وضعیت متغیرهای مذکور دارد. همچنین، این نتایج بر اساس آزمون t (تک نمونه‌ای) برای تمامی متغیرها (به‌غیر از متغیرهای حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است.

آزمون فرضیه‌ها حاکی از آن بود که بین متغیرهای «استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی»، «منزلت اجتماعی»، «حمایت اجتماعی»، «امنیت اجتماعی»، «توانمندیهای اجتماعی» و «سلامت روان» با متغیر «سلامت اجتماعی» ارتباط مستقیمی وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل چندمتغیره رگرسیونی، بیانگر تأثیر مستقیم متغیرهای «سلامت روان»، «امنیت اجتماعی» و «توانمندیهای اجتماعی» بر «سلامت اجتماعی» بود که در مجموع، توانسته‌اند ۵۳ درصد از واریانس سلامت اجتماعی افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی شهر کاشان را تبیین کنند. به‌علاوه، نتایج ارزیابی مدل ساختاری بیان‌گر آن است که حجم اثر متغیر «سلامت روان» در سطح بالا و سایر متغیرها در سطح پایینی قرار دارد. در مجموع، توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل در سطح متوسط رو به بالا ارزیابی شده است.

آزمون نخستین فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که بین دو متغیر استفاده از رسانه‌های نوین ارتباطی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری در سطح ۹۹ درصد وجود دارد. این نتیجه، پیش

از هر چیز تأثیرات رسانه‌های نوین بر ماهیت زندگی روزمره را یادآوری می‌کند.

آن‌طور که در بخش ادبیات نظری مرتبط بیان شد در صدر این وسایل نوین ارتباطی، رسانه‌های جهانی نظیر اینترنت و تلویزیون ماهواره‌ای قرار دارند که در این پژوهش نیز مورد تأکید بوده است. فضاها و امکاناتی که شبکه‌های اجتماعی برای به اشتراک گذاشتن دانشها و آگاهیهای مرتبط با سلامت در اختیار کاربران دارای نابینایی و کم‌بینایی قرار می‌دهد، به آنها فرصت می‌دهد تا دیگران را در تجربیات خود سهیم کنند.

بنابراین، می‌توان رابطه میان فضای مجازی و سلامت اجتماعی را از منظر حضور در شبکه‌های اجتماعی مجازی و بهره‌مندی از آنها تبیین کرد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهشهای دللیبرا و یوربرگ (۲۰۱۷)، تانکام وارگیز و راثناساباتی (۲۰۱۸) و جینگ و دیگران (۲۰۲۳) همسو بوده و از آنها حمایت می‌کند.

تأیید فرضیه دوم پژوهش، به‌منزله وجود رابطه معنادار بین منزلت اجتماعی و سلامت اجتماعی است که در سطح اطمینان ۹۹ درصد مورد تأیید قرار گرفته است. در اینجا لازم است مفهوم منزلت اجتماعی به عنوان نوعی ارزش یا مقام و جایگاهی در نظر گرفته شود که یک شخص نسبت به افراد دیگر در بین نزدیکان و فضای اجتماعی برخوردار است. از این‌رو، جایگاهی که یک فرد در سلسله‌مراتب اجتماعی کسب می‌کند اهمیت بسزایی در کیفیت تعاملات اجتماعی او داشته و در نتیجه می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی او بیانجامد. نتایج به دست آمده در این خصوص مؤید استدلالهایی است که هاگموزر (۱۹۹۶) و تونگ و کمبل (۲۰۰۲) در پژوهشهای خود مطرح کرده‌اند.

نتایج به دست آمده ذیل فرضیه سوم، بیان‌گر آن است که با افزایش یا کاهش میزان حمایت اجتماعی از افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی، باید انتظار داشت که سلامت اجتماعی این قشر خاص تقویت و یا تضعیف شود. این رابطه در سطح اطمینان ۹۹ درصد مورد تأیید قرار گرفته است.

حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن منابع حمایتی (در ابعاد عاطفی، ابزاری، ارزیابانه و اطلاعاتی) و کیفیت روابط با افرادی که این منابع را در مواقع ضروری فراهم می‌کنند، تأکید دارد. این حمایت هنگامی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دارد که به ویژه از سوی خانواده، دوستان، دیگران مهم و حتی نهادها انجام می‌شود.

در مجموع، این یافته ضمن تأیید مباحث نظری ارائه شده از سوی برکمن و گلاس (۲۰۰۰) و نیز هارفام و همکارانش (۲۰۰۴)، از نتایج مطالعات متعددی نظیر دیکسون و دیگران (۲۰۰۱)، سیمارلی و برنر (۲۰۰۵)، گرت و سمدا (۲۰۱۱)، آدبو و همکارانش (۲۰۱۳)، پاپادوپولوس و پاپاکنستانینو (۲۰۲۰)، امرسون و همکارانش (۲۰۲۱)، خباز و دیگران (۲۰۱۱)، باوزین و سپهوندی (۲۰۱۸) و فراهانی و همکارانش (۲۰۱۸) پشتیبانی می‌کند.

نتیجه آزمون چهارمین فرضیه، حاکی از وجود رابطه معنادار بین دو متغیر امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی در سطح اطمینان ۹۹ درصد است. مبتنی بر رویکرد گیدنز (۱۹۹۸)، احساس امنیت اجتماعی به تداوم هویت خود و احساس آزادی از خطرات مرتبط است و تنها با وجود این احساس است که تعاملات اجتماعی بروز و ظهور می‌یابد و فرد می‌تواند خود را جزئی از جامعه تلقی کند.

از سوی دیگر، این احساس امنیت اجتماعی در بین افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی زمینه را برای ایجاد اعتماد اجتماعی مهیا کرده و در پذیرش و انطباق اجتماعی آنان با جامعه بینا مؤثر واقع می‌شود. به لحاظ موضوعی نیز امنیت اجتماعی شامل ابعاد متنوعی مانند امنیت جانی، مالی و شغلی، احساسی و حقوقی می‌شود. در مجموع، با تأیید رابطه بین این دو متغیر در این پژوهش، بر یافته‌های تحقیق خوش‌فر و دیگران (۲۰۱۵) نیز مجدداً تأکید می‌شود.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر آن است که با افزایش سطح توانمندیهای افراد دارای نابینایی و کم‌بینایی و کسب مهارت‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی آنان نیز به همان میزان

افزایش می‌یابد (فرضیه پنجم). این رابطه در سطح اطمینان ۹۹ درصد مورد تأیید قرار گرفته است. در واقع، با شکوفاشدن استعدادها و تحقق قابلیت‌ها و شایستگی‌های گروه‌های خاص، ضمن افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی، زمینه برای حضور و مشارکت پررنگ‌تر آنان در عرصه‌های اجتماعی فراهم شده و به انگیزه بیشتر آنان منتهی می‌شود. از آن‌جا که مشارکت اجتماعی نیز از ابعاد مفهوم سلامت اجتماعی فرد به شمار می‌رود، انتظار می‌رود تا توانمندی‌ها و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به عاملی برای تحقق سلامت اجتماعی منجر شود. این یافته با دستاوردهای سایر مطالعات همچون کف (۱۹۹۷، ۲۰۰۲)، به‌پژوه (۲۰۰۷) و شریفی درآمدی (۲۰۱۱) همسو است.

سرانجام آزمون فرضیه پایانی این تحقیق مبنی بر رابطه معنادار سلامت روان و سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که این دو متغیر نیز از رابطه معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد برخوردارند. مبتنی بر مباحث نظری کبیز (۲۰۰۵) در خصوص دو مفهوم سلامت روان و سلامت اجتماعی، وجود بهزیستی روانی و بهزیستی هیجانی اگرچه معیارهایی فردی و روان‌شناختی به شمار می‌روند، اما با گسترش دامنه آنها به تعاملات اجتماعی فرد با جامعه از اهمیت دوچندانی برخوردار می‌شوند.

در واقع می‌توان سلامت روان شخص را در جای‌جای سلامت اجتماعی و در ابعاد انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی شناسایی کرد. نتیجه حاصل‌شده از این فرضیه، مطالعات و تحقیقات پیشین از جمله دمین و سیلوراشتاين (۲۰۲۰)، کنگ و دیگران (۲۰۲۱)، بوئدی-کاسی (۲۰۲۳)، کجوری مازندرانی (۲۰۱۱) و فتحی و دیگران (۲۰۲۱) را مورد تأکید مجدد قرار می‌دهد.

پیشنهاد‌های ارائه‌شده در این تحقیق مبتنی بر یافته‌های پژوهش، به ویژه میزان میانگین متغیرها و نیز فرضیه‌های مورد تأیید بوده که عبارت‌اند از:

۱. توسعه انجمن‌های داوطلبانه و کانونها و ارتقای تعاملات جمعی در راستای گسترش

مشارکت اجتماعی اعضا. در تدوین این برنامهها ضرورت دارد تا با مشاوره گرفتن از جامعه‌شناسان دانشگاهی، تفاوت‌های زمینهای میان اعضا (جنسیت، محل سکونت، وضعیت زندگی، تحصیلات، قومیت و...) لحاظ شود تا بتواند زمینه‌های مشارکت کامل تمامی افراد را فراهم کند.

بدیهی است که ایجاد شبکه‌های اجتماعی در بین افراد دارای ناتوانی بینایی و نیز با سایر افراد، می‌تواند در تقویت سلامت اجتماعی نقش آفرینی کند. همچنین، برگزاری جلسه‌های مستمر و به صورت مشترک بین روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی با اعضای انجمن به منظور افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی و نیز ترویج حس خودارزشمندی و امید به آینده می‌تواند از یک سو سلامت روان اعضا را بهبود بخشد و از سوی دیگر سلامت اجتماعی آنان را در ابعاد گوناگون مطلوب کند.

۲. گسترش حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون. در این خصوص، توجه به آموزش مستمر خانواده‌ها می‌تواند در راستای حمایت خانواده مؤثر واقع شود. از این رو، برنامه‌های نهادهایی مانند آموزش و پرورش، دانشگاهها، فرهنگ‌سراها و مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای ضرورتی دوچندان می‌یابد. این امر مستلزم آن است که نهادهای مذکور با رویکردی هماهنگ در امر آموزش خانواده‌ها به تعامل با یکدیگر بپردازند. همچنین، لازم است تا انجمن نایب‌ان و کم‌بینایان با همکاری سایر ارگانها مانند اداره فرهنگ و ارشاد و اداره ورزش و جوانان شهر کاشان به ارائه برنامه‌های متنوع در زمینه‌های فرهنگی، ادبی، مهارت‌های هنری، مسابقات ورزشی و اردوهای تفریحی بپردازد. این امر می‌تواند علاوه بر نشاط اجتماعی و ارتقاء سطح سلامت روانی و اجتماعی این قشر، زمینه‌های لازم برای گردهم‌آیی اعضا و نشستهای صمیمی میان آنها را فراهم آورده و به تقویت حس برخورداری از حمایت دوستان و افزایش احساس امنیت بیانجامد.

۳. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که ضعیف‌ترین میانگین در میان ابعاد حمایت

اجتماعی، به حمایت نهادها اختصاص دارد. از این رو، ضروری است تا نهادهای حمایتی مرتبط مانند اداره تأمین اجتماعی، اداره بهزیستی، اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی و نیز مراکز فنی و حرفه‌ای شهر کاشان به منظور رفع مشکلات اقتصادی، رفاهی، درمانی، کارآفرینی ارتباط مستمری را با انجمن نایبانیان و کم‌بینانیان کاشان داشته باشند. در این زمینه، حمایت از مرکز کارآفرینی «شد» و مرکز توانمندسازی «مادر و کودک آیه» از طریق امضای تفاهم‌نامه با بانکها و مؤسسات بیمه‌ای می‌تواند مؤثر واقع شود.

۴. افزایش احساس امنیت اجتماعی از طریق آگاهی‌بخشی و اقدام دستگاههای مرتبط. در این زمینه، برگزاری جلسات با کارشناسان دادگستری و نیروی انتظامی کاشان می‌تواند ضمن آگاهی اعضا از حقوق شهروندی خود و آشنایی با مهمترین و پرکاربردترین قوانین مصوب (مانند قانون حمایت از افراد ناتوان)، از گسترش شایعات در مورد حوادث و خبرهایی که موجب افزایش اضطراب و احساس ناامنی اعضا می‌شود جلوگیری شود. به علاوه این جلسات می‌تواند موجب افزایش مهارتهای حقوقی اعضای انجمن شد و زمینه تسهیل انجام امور اداری ایشان را با همکاری سایر دستگاهها فراهم کند. این امر خود می‌تواند به کاهش بی‌اعتمادی اعضا به نهادهای سیاسی و اجتماعی بیانجامد.

۵. برگزاری دوره‌های آموزشی به منظور ارتقاء سطح توانمندیهای اجتماعی. ضرورت دارد تا انجمن نایبانیان و کم‌بینانیان با ارائه تسهیلات و امکانات، زمینه فراگیری دوره‌های آموزشی کمکهای اولیه، مهارتهای فنی و حرفه‌ای، زبان انگلیسی، ICDL و مهارت در رشته‌های ورزشی مرتبط (نظیر گلبال، چودان، شطرنج و...) را برای اعضا فراهم کند. بدین منظور تعامل مثبت و مستمر با اداره هلال‌احمر، سازمان فنی و حرفه‌ای، مراکز دانشگاهی و اداره ورزش و جوانان کاشان از اهمیت بالایی برخوردار است.

مهمترین محدودیتهای موجود در فرایند انجام این پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱. نبود پژوهشهای پیشین در ارتباط با موضوع سلامت اجتماعی افراد دارای ناتوانی بینایی در ایران

و برخی متغیرهای اصلی تحقیق. ۲. تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پاسخگویان که در این مورد می‌توان به دشواری در کسب اعتماد و اطمینان مشارکت‌کنندگان به منظور دقت در پرسشها و بیان پاسخهای دقیق و واقعی اشاره کرد. ۳. از آنجا که امکان سنجش برخی از متغیرها با سؤالات کم امکان‌پذیر نبود، محققان در برخی موارد ناچار به استفاده از گویههای نسبتاً زیاد شدند که این امر موجب خستگی و کاهش دقت افراد و نیز زمانبر شدن فرایند پاسخگویی می‌شد.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در پژوهش و نگارش این مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع مالی

برای انتشار این مقاله از هیچ سازمانی حمایت مالی مستقیم و غیرمستقیم دریافت نشده است

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

پیروی از اصول اخلاقی در پژوهش

در مطالعه حاضر تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله شرط امانت‌داری، صداقت و عدم سرقت ادبی رعایت شده است.

- 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(SI), 4254-. DOI: <https://doi.org/10.32398/cjhp.v2iSI.909>
- Addabbo, T., Sarti, E., & Sciulli, D. (2013). Disability, life satisfaction and social interaction in Italy. Working paper, University of Modena and Reggio Emilia, Department of Economics "Marco Biagi" (DEMB). DOI: https://dx.doi.org/1142127_11380/10.25431/
- Bavazin, F., & Sepahvandi, M. (2018). The Study of The Relationship between Social Support and Social and Psychological Well-being among Elderly people in City of Khorramabad in 2017. *Nursing and Midwifery*, 15(12), 931-938. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-3358-1-fa.html> (in persian)
- Behpajoh, A., Khanjani, M., Heydari, M., & Shokohi Yekta, M. (2007). The Effect of Social Skills Training on Self-Esteem of Visually Impaired Male Students. *Research in Psychological Health*, 1(3), 2937-. URL: <https://sid.ir/paper/134120/fa> (in persian)
- Behroozi, N., Mohammadi, F., & Omidian, M. (2018). Social Support, Metacognitive Beliefs, Mental Health and Vitality of Normal and Delinquent Adolescent Boys in Correction and Rehabilitation Centers of Ahvaz. *Strategic Research on Social Problems in Iran*, 7(1), 8196-. DOI: <https://doi.org/10.22108/ssoss.2018.103836.1072> (in persian)
- Bennett, A. (2007). *Culture and Everyday Life* (L. JoAfshani & H. Chavoshian, Trans.). Tehran: Akhtaran publication. (in persian)
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social supports and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137173-). New York: Oxford Press.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *social Science & Medicine*, 51(6), 843857-. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/S02774-00065\(00\)9536-](https://dx.doi.org/10.1016/S02774-00065(00)9536-)
- Boadi-Kusi, S. B., Asamoah, S., Zaabaar, E., Hammond, F., & Ackom, C. K. (2023). Psychological Factors Associated With Visual Impairment. *Visual Impairment & Blindness*, 117(3), 233245-. DOI: <https://doi.org/10.1177/X231184435>
- Buzan, B. (1999). *People, States and Fear* (S. S. R. Institute, Trans.). Tehran: Strategic Studies Research Institute Publications. (in persian)

- Christ, S. L., Fleming, L. E., Lee, D. J., Muntaner, C., Muennig, P. A., & Caban-Martinez, A. J. (2012). The effects of a psychosocial dimension of socioeconomic position on survival: occupational prestige and mortality among US working adults. *Sociology of health & illness*, 34(7), 1103-1117. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.14679566.2012.01456-x>
- Cimarolli, V. R., & Boerner, K. (2005). Social Support and Well-being in Adults who are Visually Impaired. *Visual Impairment & Blindness*, 99(9), 521534-. DOI: <https://doi.org/10.1177/X0509900904>
- Della Líbera, B., & Jurberg, C. (2017). Teenagers with visual impairment and new media: A world without barriers. *British Journal of Visual Impairment*, 35(3), 247256-. DOI: <https://doi.org/10.1177/0264619617711732/10.1177/>
- Demmin, D. L., & Silverstein, S. M. (2020). Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. *Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, 14, 4229-4251. DOI: <https://doi.org/10.2147/OPTH.S258783>
- Dixon, D. A., Antoni, M., Peters, M., & Saul, J. (2001). Employment, Social Support, and HIV Sexual-Risk Behavior in Puerto Rican Women. *AIDS and behavior*, 5(4), 331342-. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1013134822868>
- 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*, 14(1), 100965. DOI: <https://doi.org/10.1016%2F/Ej.dhjo.2020.100965>
- Farahani, A., Yarmohammadian, A., Malekpour, M., & Abedi, A. (2018). Relationship between Self-Handicapping and Social Supports with Quality of Life in Blind Individuals. *Disability Studies*, 8(0), 7373-. DOI: <http://dorl.net/dor20.1001.1.23222840.1397.8.0.63.8/>. (in persian)
- Fathi, K., Bahari, S., Agdasi, A., & Iivarjani, s. (2021). Investigating the mental health and hope of blind people compared to visually impaired. *Women and Family Studies*, 13(50), 115132-. DOI: <https://doi.org/10.30495/jwsf.2020.1906664.1485> (in persian)
- Giddens, A. (1998). *The Consequences of Modernity* (M. Solasi, Trans.). Tehran: Ney Publications. (in persian)
- Guerette, A. R., & Smedema, S. M. (2011). *The Relationship of Perceived Social Support with Well-Being in Adults with Visual Impair-*

- ments. *Visual Impairment & Blindness*, 105(7), 425439-. DOI: <https://doi.org/0145482/10.1177/X1110500705>
- Hagemoser, S. D. (1996). The Relationship of Personality Traits to the Employment Status of Persons who are Blind. *Visual Impairment & Blindness*, 90(2), 134144-. DOI: <https://doi.org/0145482/10.1177/X9609000209>
- Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social science & medicine*, 58(11), 22672277-. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.013>
- Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., Calantone, R. J. (2014). Common Beliefs and Reality About PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational Research Methods*, 17(2), 182209-. DOI: <https://doi.org/1094428114526928/10.1177/>
- Jing, T., Gao, L., & Zhang, H. (2023). To move closer or farther away: Active domestication and limited role of using digital media by the visually impaired people in China. *New Media & Society*, 0(0). DOI: <https://doi.org/14614448231178316/10.1177/>
- Kef, S. (1997). The Personal Networks and Social Supports of Blind and Visually Impaired Adolescents. *Visual Impairment & Blindness*, 91(3), 236244-. DOI: <https://doi.org/0145482/10.1177/X9709100309>
- Kef, S. (2002). Psychosocial Adjustment and the Meaning of Social Support for Visually Impaired Adolescents. *Visual Impairment & Blindness*, 96(1), 2237-. DOI: <https://doi.org/0145482/10.1177/X0209600104>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121140-. DOI: <https://doi.org/2787065/10.2307/>
- Keyes C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *health and social behavior*, 43(2), 207222-. DOI: <https://doi.org/3090197/10.2307/>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *consulting and clinical psychology*, 73(3), 539548-. DOI: <https://doi.org-0022/10.1037/006x.73.3.539>
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In O. G. Brim, C. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at*

- Midlife (pp. 350372-). Chicago: University of Chicago Press.
- Khabbaz, M., Behjati, Z., & Naseri, M. (2011). The Relationship between Social Support and Coping Styles and Resiliency in Adolescents. *Applied Psychology*, 5(4), 108123-. DOI: <https://dori.net/dor20.1001.1/20084331.1390.5.1.1.6> (in persian)
 - Khushfar, G., Mohammadi, A., Mohammadzadeh, F., Mohammadi, R., & Akbarzade, F. (2015). Social security and social health (Case study of youth in Ghaen city). *Iranian Social Studies*, 9(1), 71102-. DOI: <https://dori.net/dor20.1001.1.20083653.1394.9.1.4.7/> (in persian)
 - Kojouri Mazandarani, N. (2011). Comparison of general health and quality of life between 15 to 18-year-old deaf, blind and normal girls. (Master's Thesis in Psychology of Exceptional Children), Islamic Azad University (central Tehran branch). (in persian).
 - Kong, L., Gao, Z., Xu, N., Shao, S., Ma, H., He, Q., Zhang, D., Xu, H., & Qu, H. (2021). The relation between self-stigma and loneliness in visually impaired college students: Self-acceptance as mediator. *Disability and health*, 14(2), 101054. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101054>
 - Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181192-. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
 - Masoudnia, E. (2010). *Medical Sociology*. Tehran: Tehran University Press. (in persian)
 - Navidnia, M. (2003). An introduction to social security. *Strategic Studies*, 6(19), 5578-. (in persian)
 - Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
 - Papadopoulous, K., & Papakonstantinou, D. (2020). The Impact of Friends' Social Support on Depression of Young Adults with Visual Impairments. *Disability, Development and Education*, 67(5), 484496-. DOI: <https://doi.org/10.1080/X.2019.1620922>
 - Sajjadi, H., & Sadr al-Sadat, J. (2004). Social Well-being Indicators. *Political-Economic Information*, 19(3244-253), (4-. (in persian)
 - Sam aram, E. (2012). Social Well-being; The social theory of social work. *Expert Social Workers*, 1(1), 2352-. (in persian)

- Sharifi daramadi, P. (2011). The effect of Social skills training based on cognitive- behavioral approach on psychological adjustment of Blind male students. *Psychology of Exceptional Individuals*, 1(1), 4566-. URL: https://jpe.atu.ac.ir/article_2025.html (in persian)
- Slevin, J. (2002). *The Internet and society* (A. Gilouri & A. Radbaweh, Trans.). Tehran: Ketabdar Publication. (in persian)
- Society of the blind and visually impaired in Kashan (2021). Annual statistics of the blind and visually impaired in Kashan, unpublished report. (in persian).
- Stones, R. (2000). *Key Sociological Thinkers* (M. Mirdamadi, Trans.). Tehran: Markaz Publications. (in persian)
- Stromquist, N. P. (1995). Theoretical and Practical Bases for Empowerment. In C. Medel-Annonuevo (Ed.), *Women, Education and Empowerment: pathways towards autonomy* (pp. 1322-). Hamburg: UNESCO-UIE.
- Thankam Varghese, S., & Maya Rathnasabapathy, D. (2018). Blindness and Social Media in India. *Engineering & Technology*, 7(3.34), 491–492. <https://doi.org/10.14419/ijet.v7i3.34.19365>
- Thompson, J. B. (2000). *The Media and Modernity: A Social Theory of the Media* (A. I. Kasmaie, Trans.). Tehran: Iran Newspaper Publishing Institute. (in persian)
- Tumin, M. M. (2006). *Social Stratification: The Forms and Functions of Inequality* (A. Nikgozar, Trans.). Tehran: Totia Publications. (in persian)
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2002). Self-Esteem and Socioeconomic Status: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 5971-. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_3
- World Health Organization. (1948). The principles set out in the preamble to the Constitution. Retrieved from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report; Mental Health: new understanding, new hope*. Retrieved from http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/whr01_en3-.pdf
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality Assessment*, 52(1), 30–41. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2