

الحمد لله  
البرحمين

# دانشگاه علامه طباطبائی

## دانشکده علوم اجتماعی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته

مطالعات زنان

عنوان:

**عوامل اقتصادی، اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی**

**زنان دارای معلولیت (کم توانی)**

استاد راهنما:

جناب دکتر سید احمد حسینی

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر حمیرا سجادی

پژوهشگر:

شهناز عباس نیا

سال ۱۳۸۹

## تشکر و قدردانی

برخود لازم می دانم که از همکاری و مساعدت اساتید ارجمند تشکر و قدردانی کنم.

از استاد محترم جناب آقای دکتر سید احمد حسینی که راهنمایی این پژوهش را بر عهده داشتند.

از استاد بزرگوارم سرکار خانم دکتر سجادی که مشاوره این پایان نامه را قبول و با راهنمایی های دلسوزانه خود در تکمیل این تحقیق یاریم کردند.

از استاد عزیز سرکار خانم طلعت الهیاری که با نظرات سازنده خود این پایان نامه را داوری نمودند.

از جناب آقای سید حسین محقق کمال که برادرانه در تمام مراحل این تحقیق همراهیم کردند.

## تقدیم به

روح پاک پدر و مادرم؛  
آنان که روشنی یاد و خاطره‌شان  
گرمابخش زندگیم است.

تقدیم به؛

روح پاک فریده مصدق که گوهری  
آسمانی در زمین بود.

## تقدیم به

همسر ارجمندم که در تمامی مراحل زندگی  
پشتیبان و یاورم بوده است  
به فرزندان عزیزم

فواد، نگار، شیرین و سعید  
به خواهران مهربانم  
زری و فرحناز

برادران خوبم  
حسین ، عباس و ایرج  
و عزیزانم

پریسا و ایلینا  
و تمام دوستان و همکاران خوبم که در این  
راه با کمک ها و همدلی های خود یاریم کردند.

## چکیده

زنان دارای معلولیت (کم توانی) در بسیاری از کشورها با تبعیضاتی چندگانه مواجهه اند، نگرش های منفی اجتماعی، زن بودن، کم توانی و فقر، زندگی آنان را با مشکلات بسیاری روبرو می سازد. هدف این پژوهش شناخت برخی از عوامل اقتصادی- اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی زنان دارای کم توانی عضو سازمان های غیردولتی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ است. این مطالعه از نوع همبستگی است و در آن ۱۲۶ نفر از زنان دارای کم توانی، که از اعضای مؤثر و مستمر سه سازمان غیردولتی شهر تهران بودند، به روش سهمیه ای انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه کیفیت زندگی WHO صورت گرفته است. تجزیه و تحلیل اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ انجام شده است. در تحلیل داده ها ابتدا، برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن، از آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف استفاده شد. در ادامه برای بررسی ارتباط و همبستگی بین متغیرها بنابر مورد از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون، T Student، و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که برخی عوامل اقتصادی- اجتماعی چون داشتن شغل، دسترسی به خدمات بیمه ای مناسب، دسترسی به وسایل کمکی مورد نیاز، و نیز برخورداری از امکانات و تسهیلات موجود در جامعه با کیفیت زندگی زنان دارای کم توانی ارتباط دارد و می تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک نماید.

**نتیجه گیری:** عوامل اقتصادی- اجتماعی با کیفیت زندگی زنان دارای کم توانی رابطه دارد.

**واژگان کلیدی:** زنان ، معلولیت(کم توانی)، کیفیت زندگی، عوامل اقتصادی- اجتماعی

## فهرست مطالب

فهرست مطالب .....	۵
فهرست جداول .....	ح
فهرست شکل‌ها .....	ی
۱- فصل اول: کلیات پژوهش .....	۱
۱-۱- مقدمه .....	۲
۲-۱- بیان مسئله .....	۵
۳-۱- اهمیت و ضرورت .....	۸
۴-۱- هدف کلی پژوهش .....	۱۰
۱-۴-۱- اهداف اختصاصی .....	۱۰
۵-۱- انگیزه پژوهشگر .....	۱۱
۶-۱- فایده پژوهش .....	۱۱
۲- فصل دوم: ادبیات موضوع .....	۱۲
۱-۲- مقدمه .....	۱۳
۲-۲- سیر تحول ناتوانی در طول تاریخ .....	۱۳
۱-۲-۲- روند تاریخی شرایط افراد دارای کم توانی .....	۱۵
۲-۲-۱-۱- آغاز تحول در وضعیت زندگی افراد دارای کم توانی .....	۱۶
۳-۲- آمار افراد دارای کم توانی در جهان .....	۱۸
۴-۲- آمار افراد دارای کم توانی در ایران .....	۱۹
۵-۲- حقوق بشرو کیفیت زندگی .....	۲۰
۶-۲- ارتباط بین فقر و کم توانی .....	۲۵
7-2- وضعیت زنان دارای کم توانی .....	۲۹
۲-۷-۱- عرصه شغل و درآمد .....	۳۱
۲-۷-۲- عرصه زندگی خانوادگی و مسائل عاطفی و جنسی .....	۳۳
۲-۷-۳- عرصه کسب آموزش .....	۳۶

۳۸	..... عرصه دسترسی به تسهیلات و منابع عمومی در جامعه
۳۹	..... عرصه دسترسی به خدمات پزشکی و درمانی
۴۰	..... عرصه ارتباطات اجتماعی و مشارکت
۴۲	..... عرصه مسکن
۴۴	..... ۸-۲- تئوری‌ها و مبانی نظری تحقیق
۴۴	..... ۲-۸-۱- تعاریف مربوط به کیفیت زندگی
۴۹	..... ۲-۸-۲- رویکردهای مرتبط با کیفیت زندگی
۵۲	..... ۲-۸-۳- مدل‌های ادراکی برای تحقیقات کیفیت زندگی
۵۲	..... ۲-۸-۳-۱- مدل ادراکی کیفیت زندگی فرانس
۵۳	..... ۲-۸-۳-۲- مدل ادراکی کیفیت زندگی ران
۵۳	..... ۲-۸-۳-۳- مدل ادراکی سازمان جهانی بهداشت
۵۵	..... ۲-۸-۴- رویکردهای مربوط به ناتوانی
۵۹	..... ۲-۹- چارچوب نظری تحقیق
۶۱	..... ۲-۱۰- فرضیه‌های اصلی تحقیق
۶۱	..... ۱-۱۰-۲- سئوالات تحقیق:
۶۲	..... ۲-۱۱- مروری بر پژوهش‌های انجام شده در خارج از ایران
۶۵	..... ۲-۱۲- مروری بر پژوهش‌های انجام شده در ایران
۷۱	..... ۳- فصل سوم: روش‌شناسی
۷۲	..... ۳-۱- مقدمه
۷۲	..... ۳-۲- روش پژوهش
۷۲	..... ۳-۳- نوع مطالعه
۷۲	..... ۳-۴- جامعه آماری
۷۳	..... ۳-۵- حجم نمونه
۷۴	..... ۳-۶- روش نمونه‌گیری
۷۴	..... ۳-۷- تکنیک جمع‌آوری اطلاعات



۷۵	۸-۳- اعتبار و روایی
۷۷	۹-۳- روش اجرا
۷۷	۱۰-۳- فنون تجزیه و تحلیل داده‌ها
۷۷	۱۱-۳- ملاحظات اخلاقی
۷۸	۱۲-۳- تعریف مفاهیم اصلی تحقیق
۸۱	۴- فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۲	۱-۴- مقدمه
۸۳	۲-۴- داده‌های توصیفی
۸۶	۳-۴- داده‌های تبیینی
۸۶	۵- فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات
۸۶	۱-۵- مقدمه
۸۶	۲-۵- بحث و نتیجه‌گیری
۸۶	۳-۵- یافته‌های نظری
۸۶	۴-۵- پیشنهادات منتج از یافته‌ها
۸۶	۵-۵- پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی
۸۶	۶-۵- محدودیت‌های پژوهش
۸۶	منابع
۸۶	منابع فارسی
۸۶	منابع لاتین
۸۶	پیوستها
۸۶	پیوست یک: چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک
۸۶	پیوست دو: پرسشنامه کیفیت زندگی

## فهرست جداول

جدول ۱	تعداد زنان دارای کم توانی به تفکیک نوع کم توانی	۲۰
جدول ۲	حقوق و اصول شمرده شده در کنوانسیون	۲۳
جدول ۳	مدل‌های ناتوانی	۵۷
جدول ۴	مقایسه مدل‌های پزشکی و اجتماعی	۵۸
جدول ۵	توزیع افراد مورد مطالعه برحسب نوع کم توانی	۸۳
جدول ۶	میزان تحصیلات بر حسب انواع کم ناتوانی	۸۳
جدول ۷	میانگین سن افراد مورد مطالعه باتوجه به نوع کم توانی	۸۴
جدول ۸	وضعیت تاهل افراد مورد مطالعه بر حسب نوع کم توانی	۸۴
جدول ۹	وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه بر حسب نوع کم توانی	۸۴
جدول ۱۰	وضعیت بیمه آزمودنی‌ها بر حسب نوع کم توانی	۸۵
جدول ۱۱	وضعیت مسکن آزمودنی‌ها بر حسب نوع کم توانی	۸۵
جدول ۱۲	توزیع میزان درآمد آزمودنی‌ها بر حسب نوع کم توانی	۸۶
جدول ۱۳	وضعیت دسترسی افراد دارای کم توانی به امکانات موجود در جامعه حسب نوع کم ناتوانی	۸۶
جدول ۱۴	وضعیت دسترسی به وسایل کمکی بر حسب نوع کم توانی	۸۶
جدول ۱۵	رضایت از وضعیت مناسب‌سازی محل زندگی بر حسب نوع کم توانی	۸۶
جدول ۱۶	توزیع کیفیت زندگی کلی بر حسب نوع کم توانی	۸۶
جدول ۱۷	توزیع کیفیت زندگی کلی بر حسب وضعیت تاهل	۸۶
جدول ۱۸	توزیع کیفیت زندگی کلی بر حسب وضعیت اشتغال	۸۶
جدول ۱۹	توزیع کیفیت زندگی کلی بر حسب دارا بودن بیمه دولتی	۸۶
جدول ۲۰	توزیع کیفیت زندگی کلی بر حسب دسترسی به محیط‌های مناسب سازی شده	۸۶
جدول ۲۱	توزیع کیفیت زندگی کلی بر حسب دسترسی میزان درآمد	۸۶
جدول ۲۲	میانگین کیفیت زندگی کل بر حسب نوع کم توانی	۸۶
جدول ۲۳	میانگین بعد سلامت جسمانی بر حسب نوع کم توانی	۸۶
جدول ۲۴	میانگین بعد سلامت روانی بر حسب نوع کم کم ناتوانی	۸۶
جدول ۲۵	میانگین بعد روابط اجتماعی بر حسب نوع کم توانی	۸۶

- جدول ۲۶ بعد سلامت محیط بر حسب نوع کم توانی ..... ۸۶
- جدول ۲۷ میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن بر حسب نوع کم توانی ..... ۸۶
- جدول ۲۸ بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پیوسته پژوهش ..... ۸۶
- جدول ۲۹ بررسی کیفیت زندگی کل افراد دارای کم توانی بر حسب دسترسی به تسهیلات و امکانات موجود در جامعه ..... ۸۶
- جدول ۳۰ بررسی کیفیت زندگی کل افراد دارای کم توانی بر حسب درآمد افراد ..... ۸۶
- جدول ۳۱ بررسی کیفیت زندگی کل افراد دارای کم توانی بر حسب سطح تحصیلات ..... ۸۶
- جدول ۳۲ بررسی کیفیت زندگی کل افراد دارای کم توانی بر حسب وضعیت اشتغال ..... ۸۶
- جدول ۳۳ بررسی کیفیت زندگی کل افراد دارای کم توانی بر حسب دارا بودن بیمه دولتی ..... ۸۶
- جدول ۳۴ بررسی کیفیت زندگی کل افراد دارای کم توانی بر حسب دسترسی به وسایل کمکی ..... ۸۶
- جدول ۳۵ بررسی همبستگی متغیر کیفیت زندگی کل با سن افراد دارای کم توانی ..... ۸۶

## فهرست شکل‌ها

- نمودار ۱ نمودار مدل ادراکی کیفیت زندگی فرانس ..... ۵۲
- نمودار ۲ نمودار کیفیت زندگی (مدل ران)..... ۵۳
- نمودار ۳ مدل کیفیت زندگی بهداشت جهانی ..... ۵۵

# ۱- فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه

بیان مسئله

انگیزه پژوهشگر

هدف پژوهش

اهمیت و ضرورت پژوهش

فایده پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

در سراسر جهان و در تمام سطوح اجتماع افراد دارای معلولیت (کم توانی) وجود دارند. تعداد این افراد در جهان بسیار است و این تعداد پیوسته رو به افزایش می‌باشد علل بوجود آورنده کم توانی و پیامدهای ناشی از آن در جهان یکسان نمی‌باشد. تفاوت در پیامدها ناشی از اوضاع و احوال گوناگون اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع و نیز تسهیلاتی است که دولت‌ها به رفاه شهروندان خود اختصاص می‌دهند. در عرصه کم توانی شرایط متعدد و خاصی وجود دارد که وضعیت زندگی افراد ناتوان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. جهل، غفلت، خرافات و ترس از جمله عوامل اجتماعی هستند که در طی تاریخ کم توانی باعث در انزوا قرار گرفتن این افراد و به تاخیر انداختن رشد توانایی‌های آنها شده است. مطالعات تاریخی حاکی از تلاش‌های مستمر افراد دارای کم توانی برای دستیابی به حقوق و فرصت‌های برابر با دیگران است.

کم توانی شرایطی است که در توانایی فرد برای انجام کارهای روزانه و انطباق وی برای داشتن یک زندگی عادی و مستقل در بعد شخصی و یا اجتماعی اختلال ایجاد می‌شود بعبارت دیگر کم توانی مرتبط با محرومیت‌هایی است که فرد بعنوان نتیجه اختلالات و کم توانی‌های خود تجربه می‌کند و این امر باعث می‌شود فرد دارای کم توانی نتواند نقش‌های خود را بسته به سن و یا جنس که در شرایط اجتماعی و فرهنگی طبیعی در نظر گرفته می‌شود انجام دهد. اما درک، توضیح و تبیین این امر ارتباط تنگاتنگ با الگوهای مفهومی دارد که آن را به اشکال گوناگون توجیه می‌کند، به عنوان مثال دیدگاه‌های پزشکی، اجتماعی، حقوقی و... هر یک توجیهات متفاوتی از کم توانی ارائه می‌کنند. اگر در دیدگاه پزشکی تمرکز بر فرد دارای کم توانی و توانایی‌های وی می‌باشد، در دیدگاه اجتماعی کم توانی تابعی از ارتباط میان فرد دارای کم توانی و محیط است و هنگامی اتفاق می‌افتد که این افراد با موانع فرهنگی و اجتماعی مواجه می‌شوند که مانع از برخورداری آنها از سیستم‌های مختلف جامعه که برای دیگر افراد قابل دسترسی است، می‌شود. اگر این واقعیت را بپذیریم که همه افراد بشر آزاد و برابر آفریده می‌شوند، پس باید به این حقیقت نیز اذعان نماییم که همه انسانها می‌باید از منزلت، کرامت و حقوق برابر برخوردار باشند. بنابراین هر نوع محرومیت از حقوق انسانی و شهروندی بر مبنای نژاد، رنگ، جنسیت و یا کم توانی تبعیض قلمداد می‌شود، در شرایطی که چارچوب حقوق بین الملل زندگی افراد را در هر نقطه از جهان تغییر داده افراد دارای کم توانی نیز باید بتوانند از تمامی حقوق انسانی برابر با دیگران بهره مند شوند. علیرغم نادیده گرفته شدن تاریخی این افراد، نگاه به آنان می‌باید مورد تجدید نظر جدی قرار گیرد بر اساس

حقوق بین الملل و قانون اساسی کشور باید تمام افراد دارای کم توانی بادیده احترام نگریسته شوند و به آنان فرصت برابر برای داشتن یک زندگی عادی داده شود. لذا کم توانی نباید به عنوان عامل عقب ماندگی فرد از جریان عادی زندگی تلقی گردد.

افراد دارای کم توانی اقلیتی بزرگ را در تمامی جوامع تشکیل می دهند، هر چند که آنان در کشورهای پیشرفته و توسعه یافته شرایطی متفاوت از کشورهای در حال توسعه و یا کمتر توسعه یافته دارند لیکن همه در یک تجربه مشترکند و آن تبعیض است. براساس آمارهای منتشره از سوی سازمان ملل در سند آخرین میثاق جهانی افراد دارای کم توانی در سال ۲۰۰۶، ۶۵ میلیون نفر با کم توانی در سراسر جهان زندگی می کنند که با در نظر گرفتن خانواده های آنان حدود دو میلیارد انسان بنوعی با موضوعات مربوط به کم توانی درگیر می باشند که این امر خود نشان از لزوم توجه ویژه به شرایط این افراد می باشد. در مناطق مختلف و در هر کشوری از جهان بخصوص در کشورهای در حال توسعه افراد دارای کم توانی در حاشیه زندگی می کنند اغلب آنها از تجربه های اساسی زندگی از جمله دستیابی به اموری چون مدرسه رفتن، بدست آوردن شغل، داشتن مسکن مناسب، ازدواج، گذران اوقات فراقت، دسترسی به تسهیلات عمومی، حمل و نقل و حتی سیستم های اطلاع رسانی محرومند.

در حدود ۲۰ درصد از فقیرترین افراد جهان دارای کم توانی هستند.

بیش از ۸۵ درصد از افراد دارای کم توانی با فقر زندگی می کنند.

بیش از ۵۰ درصد از کم توانی هایی که قابل پیشگیری هستند، مستقیماً با فقر ارتباط دارند. این موضوع مخصوصاً در مورد کم توانی های ناشی از سوء تغذیه بویژه تغذیه دوران بارداری و بیماری های عفونی صدق می کند.

در حدود ۹۸ درصد از بچه های دارای کم توانی در کشورهای در حال توسعه به مدرسه نمی روند.

در حدود ۳۰ درصد از بچه های خیابانی جهان دارای کم توانی هستند.

میزان سواد برای افراد بزرگسال دارای کم توانی کمتر از ۳ درصد است و در برخی کشورها این آمار برای زنان دارای کم توانی کمتر از ۱ درصد می باشد.

سطح مرگ و میر در کودکان دارای کم توانی بالغ بر ۸۱ درصد می باشد با اینکه مرگ و میر در میان کودکان زیر پنج سال به طور کل به زیر ۲۰ درصد کاهش یافته است در برخی موارد بنظر می رسد که کودکان دارای کم توانی از جامعه حذف شده اند.

زنان دارای کم توانی احتمالاً ۲ یا ۳ برابر بیشتر از زنانی که دارای کم توانی نیستند، قربانی مسایل فیزیکی و سوء استفاده‌های جنسی می‌شوند. تقریباً ۲۰ میلیون زن هر ساله به دلیل عوارض دوران بارداری یا هنگام زایمان دچار کم توانی می‌شوند (UN, 2006).

میان فقر و کم توانی همبستگی وجود دارد، در حالی که افراد فقیر ممکن است در طول زندگیشان دچار کم توانی گردند، کم توانی نیز می‌تواند به فقر منتهی گردد. این افراد معمولاً با تبعیض و مسائل حاشیه نشینی مواجه اند. تبعیض دارای یک پیامد مشخص نیست بلکه بیانگر محرومیت از سلسله ی بهم پیوسته‌ای از موقعیت هاست که سرنوشت افراد مورد تبعیض را دگرگون میکند. کودک دارای کم توانی که امکان رفتن به مدرسه را پیدا نمی‌کند از دستیابی به درآمد و داشتن شغل پایدار محروم می‌ماند. عدم استقلال مادی موجب وابستگی وی به اطرافیان می‌گردد. زمانی که فرد دارای کم توانی امکان استفاده از تسهیلات عمومی جامعه را نداشته باشد از تعامل با دیگران محروم می‌گردد و عدم دسترسی به منابع جامعه موجب طرد و انزوای فرد دارای کم توانی را فراهم می‌سازد. انباشتگی محرومیت‌ها برای اغلب این افراد بگونه‌ای است که هیچ پله‌ای برای صعود به پله بعدی وجود ندارد. محرومیت آنان نه ناشی از محدودیت در عملکرد این افراد بلکه بدلیل اختلال در سیستم ها و ساختار جوامعی است که امکانات موجود در آن برای همه طراحی نشده است. لذا در ادبیات نوین، کم توانی امری است نسبی، که نه ناشی از مشکلات فردی بلکه محصول شرایط جامعه می‌باشد. در واقع زمانی که شرایط جامعه بگونه‌ای باشد که تسهیلات و امکانات و نیز فرصت‌های برابر برای تمامی مردم فراهم نباشد ممکن است که هر فردی به نحوی در معرض عقب ماندگی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و... قرار گیرد. در این شرایط وضعیت زنان دارای کم توانی بخصوص در کشورهای در حال توسعه بسیار وخیم‌تر است اغلب آنان با تبعیضی سه گانه مواجه اند: زن بودن، ناتوان بودن و زندگی در یک کشور کمتر توسعه یافته.



## ۱-۲- بیان مسئله

از ابتدای خلقت، بشر در فراز و نشیب زندگی همواره با حوادث و اتفاقات ناشناخته روبرو بوده است. سیل، زلزله، جنگ‌های خانمان سوز، بیماری‌های لاعلاج، فقر، شیوع فحشاء، مواد مخدر، حوادث و اتفاقات ناشی از کار، تصادفات و... همه از عواملی هستند که سلامت انسان را تهدید نموده و همه ساله گروهی از انسان‌ها را دچار کم توانی می‌سازند.

از نظر سازمان جهانی بهداشت، کم توانی عبارت است از هرگونه محدودیت یا فقدان توانایی انجام فعالیتهای معمولی و متعارف که از یک نقص نشات می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، 2008).

فرد دارای کم توانی کسی است که بخشی از توانایی‌های فیزیکی، جسمی، اجتماعی، حرفه‌ای، ذهنی و روانی خود را از دست داده یا اصلاً بدست نیاورده است. بنابراین باید سعی شود توانایی‌های او تا حد ممکن افزایش یابد. (نودهی، ۱۳۸۵: ۲۸).

کم توانی بیماری نیست و معمولاً تا پایان عمر با فرد باقی می‌ماند، میزان مرگ و میر و بیماری در بین افراد دارای کم توانی به مراتب بیشتر می‌باشد. افراد دارای کم توانی غالباً به خدمات و فرصت‌هایی که در اختیار سایر افراد جامعه قرار داده می‌شود دسترسی ندارند. آنان اغلب از تصدی هر گونه شغل مهم و کلیدی در جامعه کنار گذاشته می‌شوند، عدم حضور در امور جامعه منجر به این می‌شود که نیازهای آنان در ورطه فراموشی قرار گیرد. کم توانی در اثر تعامل دوسری عوامل حاصل می‌شود، ویژگی‌های فردی که دارای کم توانی است و ویژگی‌های محیطی که ایجاد کننده محرومیت می‌باشد. احساساتی نظیر بی ارزش بودن، سردرگمی، مشکلات برقراری ارتباط اجتماعی، نداشتن آموزش، شغل و درآمد، زندگی منزوی و سایر تبعیضات اجتماعی، محرومیت‌هایی هستند که فرد دارای کم توانی آن‌ها را تجربه می‌کند. این پیامدها بستگی مستقیم با شرایط محیطی، امکانات و منابع اجتماعی و مقررات تبعیضی در جوامع دارد. هر چند این تبعیضات بر اساس شرایط اجتماعی و کلیشه‌های منفی نسبت به افراد دارای کم توانی وجود دارد اما زنان بار این تبعیضات را بیشتر بر دوش می‌کشند.

در سرشماری نفوس ایران در سال ۱۳۶۰ افراد نابینا، ناشنوا، قطع اندام‌ها، تغییر شکل اندام‌ها و فلج کامل به عنوان فرد ناتوان و دارای کم توانی سرشماری شده‌اند و افراد فاقد این شرایط از سرشماری خارج بوده‌اند.

در سرشماری ۱۳۷۵ با محور قراردادن خانوار از ۱۲۳۹۸۲۳۵ خانوار کشور نزدیک به ۴۷۹۵۹۰ خانوار دارای فرد دارای کم توانی سرشماری شده اند. بدین ترتیب نسبت خانوارهای دارای فرد دارای کم توانی به خانوارهای عادی ۳/۹ درصد بوده است. این نسبت در نقاط شهری ۳/۴ درصد در نقاط روستایی ۴/۷ درصد محاسبه شده است (محمدی، ۱۳۸۵: ۱۱).

بر اساس مطالعات انجام شده به منظور شناسایی اقشار نیازمند به خدمات بهداشتی، ۶/۲ درصد جمعیت ایران ۶۰ سال و بالاتر بوده اند و ۶/۵ درصد هزار افراد بررسی شده مبتلا به ضعف وعدم کارکرد اندامها و ۲/۷ درصد هزار نیز مبتلا به فلج اندامها می باشند. در این بررسی مهمترین علت کم توانی، بیماریها با ۲۸/۸، ضربه ۲۶/۳، و مشکلات مادر زادی ۲۱/۷ درصد گزارش شده است (جغتایی، ۱۳۷۷: ۱۳).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) معتقد است: تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت جهان با کم توانی زندگی می کنند که بزرگترین گروه اقلیت جهان هستند به دلیل رشد جمعیت جهان، پیشرفت های پزشکی و فرآیند سالمندی تعداد افراد دارای کم توانی در حال افزایش است، شمار جهانی افراد دارای کم توانی بیش از ۶۵۰ میلیون نفر است که با خانواده هایشان رقمی معادل ۲ میلیارد نفر را در بر می گیرد که بنوعی درگیر مسئله کم توانی هستند (UN, 2006).

در ایران بر اساس سرشماری نفوس و مسکن کل کشور در سال ۱۳۸۵ از جمعیت ۷۰۴۹۵۷۸۲ نفری کشور با در نظر گرفتن نرخ شیوع کم توانی به میزان ۴/۳۸ تعداد ۳۰۸۷۷۱۵ نفر دارای کم توانی در کشور وجود دارد که از این تعداد ۲۴/۲ درصد یعنی معادل ۷۴۷۱۳۲ نفر تحت پوشش سازمان بهداشتی قرار دارند که ۳۶ درصد یعنی ۲۶۸،۹۶۸ نفر را زنان و ۶۴ درصد یعنی ۴۷۸،۱۶۴ نفر را مردان تشکیل می دهند توجه به آمارها نشان دهنده این واقعیت است که افراد دارای کم توانی بخش عظیمی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند و لذا نمی توان نسبت به مسائل و مشکلات و نیز حقوق آنان بی اعتنا بود. کم توانی و نقص برای زنان در مقایسه با مردان مشکلات بیشتری ایجاد می کند و پیامدهای آن برای زنان بسیار جدی و قابل تعمق است. در بسیاری از کشورها، بخصوص کشورهای در حال توسعه محرومیت های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زنان را از دسترسی به خدماتی مانند: مراقبت های بهداشتی، آموزش و پرورش، حرفه آموزی و اشتغال باز می دارد و بنابراین در چنین کشورهایی زنان دارای کم توانی تقریباً هیچ گونه امکاناتی برای غلبه بر مشکلات خود ندارند، شرکت در فعالیت های اجتماعی و فرصت های تحصیلی برای دختران و زنان دارای کم توانی بسیار اندک است. احتمال دریافت حرفه آموزی و اشتغال برایشان محدود می باشد. زنان دارای کم توانی بشدت در معرض خشونت های جسمی، جنسی و روانی

قرار می‌گیرند. دختران و زنان دارای کم توانی بیشتر گرفتار فقر می‌باشند، مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌ها نیز بطور کلی بسیار ناچیز است. در بسیاری از کشورها زنان در صورت ناتوان شدن از سوی شوهرانشان رها شده و از زندگی در کنار فرزندانشان محروم می‌شوند. تحقیقات در زمینه کم توانی معمولاً نسبت به تفاوت‌های جنسیتی بی تفاوت بوده است (وایت، ۱۹۷۷: ۲۳). لذا در بررسی مسائل مربوط به کم توانی، نیازها و تجربیات زنانه در نظر گرفته نشده است.

در طی چند دهه گذشته سلامت بعنوان یک حق بشری و هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است که باید در دسترس همه انسان‌ها قرار گیرد، اخیراً مفهوم وسیع‌تری از سلامت بوجود آمده و آن کیفیت زندگی است. برخی کیفیت زندگی را با مفاهیمی چون رضایت مندی از زندگی، خشنودی، آسایش خاطر و حتی زندگی خوب بکار می‌برند (فرانس ۱۹۹۲: ۲۳) سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیتش در زندگی و در متن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با هدف، انتظارات و ارتباطات و نیاز هایش می‌داند. بطور کلی کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی درک منحصربه‌فرد هر شخص است در مورد اینکه آیا زندگی او با وجود ارتباطاتی که با دوستان، آشنایان و اجتماعش دارد برایش رضایت بخش و قابل قبول است یا نه؟ (پارک و پارک، ۱۳۷۶). یکی از جامع‌ترین و کامل‌ترین تعاریف کیفیت زندگی به وسیله پروفیسور هور نکوئیست (۱۹۸۵) ارائه گشته است وی کیفیت زندگی را بر اساس مطالعات خود و یافته‌های سایرین بعنوان نیاز بیان شده و رضایت عملی در یک تعداد از ابعاد اصلی زندگی با تمرکز خاص بر احساس خوب بودن تعریف می‌نماید به عقیده وی اندازه‌گیری کیفیت زندگی به وسیله بررسی ابعاد ۵ گانه زیر از زندگی افراد امکان‌پذیر است.

۱. قلمرو فیزیکی شامل سلامت بدن و فشار ناشی از بیماری خاص
۲. قلمرو روانی و عاطفی شامل احساس رضایت از زندگی، احساس خوب بودن و عملکرد فکری و عقلانی و اعتقادات
۳. قلمرو اجتماعی شامل تماس اجتماعی و ارتباط مناسب با دیگران بطورعموم و با خانواده و همسر به طور ویژه.
۴. قلمرو رفتاری: فعالیتی شامل ظرفیت پذیرش مراقبت از خود و انجام کار و فعالیت و حرکت
۵. قلمرو مادی، شامل وضعیت اقتصادی و مالی فرد و بطور کلی درک فرد از رضایت مندی در زندگی (زارعی، ۱۳۸۷: ۲۳).

برغم تمام پیشرفت‌های بشری چنین بنظر می‌رسد، کم توانی یک واقعیت همیشه پایدار خواهد بود و امیدی به ریشه کنی مطلق آن وجود ندارد، اما باید به دنبال راه حل‌هایی برای کیفیت بخشیدن به زندگی افراد دارای کم توانی باشیم، زیرا ناتوانی یک مشکل فردی نیست، بلکه محدودیتی است که از طرف جامعه، مانع مشارکت این افراد در زندگی اجتماعی می‌شود (محمدی، ۱۳۸۵: ۹)

عوامل اجتماعی و اقتصادی چون درآمد، شغل، تحصیل، تأهل، میزان مشارکت در جامعه و... همگی بر کیفیت زندگی فرد دارای کم توانی تأثیر گذار است. اما در دستیابی به همین عوامل نیز زنان دارای کم توانی بدلیل جنسیت خود از فرصت‌های برابر در جوامع برخوردار نمی‌باشند. در این تحقیق سعی شده که وضعیت کیفیت زندگی زنان دارای کم توانی بررسی شده و مشخص شود که برخی از متغیرهای اقتصادی و اجتماعی چه تاثیری بر کیفیت زندگی آنان دارد.

## ۱-۳- اهمیت و ضرورت

دبیر کل سازمان ملل متحد (دکوئیر، ۱۹۹۶) در مقدمه کتاب *Prejudice and Dignity* می‌گوید: بیش از ۲۵۰ میلیون نفر افراد دارای کم توانی شدید و متوسط در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که سالیانه ۱۰ میلیون نفر به تعداد آنان افزوده می‌شود، اکثریت آنان را افراد فقیر، وابسته، تحت ظلم و خشونت، فراموش شده و محروم از آموزش‌های عمومی، حرفه‌ای و فاقد شغل تشکیل می‌دهند. آنان زودتر از دیگران می‌میرند و به هنگام زنده بودن نیز هیچ قدرتی ندارند. بین ۱۵ تا ۲۰ درصد از مردمی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند دارای نوعی ناتوانی یا ناتوانی هستند. اکثریت آنان بطور مجازی از برنامه‌های خدمات عمومی کنار گذاشته شده اند. آنان نیازمند آماده سازی برای حضور در زندگی در جامعه هستند. حقوق بشر برای آنان در نظر گرفته نمی‌شود. (کمالی، ۴۳)

هرچند زنان نیمی از جامعه بشری را تشکیل می‌دهند. اما هرگز صاحب نیمی از فرصت‌های موجود در جامعه نبوده و نیستند. آنان همواره انواع تبعیض‌ها را در زندگی خود تجربه می‌کنند. در این میان زنان دارای کم توانی در قیاس با افراد سالم از حقوق و فرصت‌های برابر با آنها برخوردار نیستند، زنان دارای کم توانی تحت تاثیر کلیشه‌های رایج درباره ناتوانی در قیاس با زنان سالم به دیده تحقیر نگریسته می‌شوند و آنگاه که زنان دارای کم توانی با مردان دارای کم توانی مقایسه می‌شوند، باز هم تحت تاثیر تبعیضات جنسیتی از شرایطی نا برابر رنج می‌برند. این