



A Qualitative Study of Psychological Adaptation in Traumatic Blindness: Antecedent and Consequential Factors in the Blind

Abbas Rahiminezhad ^{1*}, Homayoon Shahmoradi ¹, Reza Rostami ¹,
Elaheh Hejazi ²

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Associate Professor Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: arahimi@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 08 Feb 2023
Revised: 05 Nov 2023
Accepted: 10 Jan 2023
Published: 02 Oct 2025

Keywords:
Grounded Theory, Psychological Adaptation, Traumatic Blindness.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the psychological adaptation process to traumatic blindness through a qualitative approach based on grounded theory. The study population was composed of young adults aged 20 to 40 who resided in Tehran and had experienced a sudden and traumatic loss of vision in 2022. The sample included 12 individuals who had experienced traumatic blindness and were selected through theoretical sampling until data saturation was achieved. Data were collected using in-depth semi-structured interviews. Interviews typically lasted between 90 and 120 minutes. MAXQDA-10 was employed to derive themes at three levels. Coding validity was proven both by another coder (inter-coder agreement) (0.75) and a recoding by the researcher (re-coding the data using a different approach) (0.78). Under 24 themes, there were 443 codes in 91 central categories. The phenomenon of psychological adaptation to traumatic blindness encompassed the following: fear, hesitation, depression, challenge, irritation, and the difficulty of adapting to a new life scenario. In the context of family, relations, and society, gains prior to the trauma, the trauma modality, concomitant events, and personality were casual conditions. Motivation and the behavior of care providers were recognized as intervening factors. The primary strategies employed in the adaptation process were the following: making, recreation life style, emotional avoidance, enhanced efficacy, bonding with partners, belief system, and pain management. Traumatic blinds either regain consciousness or become despondent and defenseless as a consequence of their adaptation efforts.

Cite this article: Rahiminejad, A., Shahmoradi, H., Rostami, R., & Hejazi, E. (2025). A Qualitative Study of Psychological Adaptation in Traumatic Blindness: Antecedent and Consequential Factors in the Blind. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 253-273. doi:10.22059/japr.2025.355069.644531



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.355069.644531>

© The Author(s).

A Qualitative Study of Psychological Adaptation in Traumatic Blindness: Antecedent and Consequential Factors in the Blind

Extended Abstract

Aim

One of the primary disruptors of psychological adaptation is the occurrence of physical impairments, including the loss of a bodily organ or sensory function (Celeste, 2006; Ladds et al., 2017). Vision loss, in particular, introduces substantial changes to an individual's self-concept, life goals, and social functioning (Senra et al., 2011). Individuals with acquired vision impairment face unique psychological challenges and must develop specialized skills to adapt to vision-related difficulties.

Several studies have examined the relationship between adaptation to vision loss and clinical factors. Findings suggest that better adaptation is associated with lower levels of depression and anxiety (Dreer et al., 2005) and reduced functional impairments (Schilling et al., 2011). The degree and quality of adaptation vary among individuals and are influenced by multiple psychological factors. Greater adaptation has been observed in individuals who perceive their blindness as an irreversible condition (Brennan & Cardinali, 2000), report higher health-related quality of life (Hernández Trillo & Dickinson, 2012), and encounter fewer challenges in daily activities (Wahl et al., 2004).

However, prior research has often focused exclusively on individuals who are congenitally blind, neglecting the experiences of those with sudden, acquired blindness, or has failed to differentiate between these two groups (Griffin-Shirley & Nes, 2005). Moreover, the scarcity of qualitative research in this area has overlooked many influential aspects of these individuals' lives that cannot be adequately captured by quantitative methods. Therefore, this study aims to provide a comprehensive understanding of the psychological adaptation process following traumatic blindness and to develop a grounded theory in this domain.

Methodology

This study employed a qualitative approach using grounded theory methodology. The study population consisted of young adults aged 20 to 40 residing in Tehran who had experienced sudden, traumatic blindness for at least six months. Purposeful sampling was used to select interview participants, while theoretical sampling determined the final number of participants, identified data sources, and guided the research process. Ultimately, 12 individuals were included based on the principle of data saturation. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews lasting 90 to 120 minutes. Thematic analysis was conducted using MAXQDA10 software (version 10). The reliability of coding was 0.78 according to the test-retest method and 0.75 using inter-coder reliability.

Findings

Thematic analysis of the interviews was conducted at three levels: initial codes, core codes, and overarching themes. Initially, 443 open codes were extracted, which were subsequently grouped into 91 core codes and organized under 24 overarching themes. During selective coding, connections between the core codes were identified to construct the study's theoretical model. Using Corbin and Strauss's (2008) paradigm model within the grounded theory framework, the roles of the extracted core codes were mapped within a paradigmatic structure. In this model, the central category—psychological adaptation to traumatic blindness—included elements such as fear and doubt, depression, internal conflict, resentment, and the burden of altering one's life trajectory. Key antecedents of psychological adaptation encompassed pre-blindness resources, the nature of the trauma, co-occurring events, and the blind individual's personal characteristics. Pre-blindness assets, such as occupational status, sense of competence, and skill abilities, shaped individuals' adaptive responses post-trauma.

Conclusion

This qualitative study using grounded theory explored the process of psychological adaptation to traumatic blindness. Thematic analysis identified 443 open codes, condensed into 91 core codes and 24 overarching

themes. Psychological adaptation involved fear, doubt, conflict, depression, resentment, and the burden of life changes, influenced by pre-blindness resources, trauma quality, co-occurring events, and individual personality factors. Adaptation occurs within family, social, and community contexts, with caregivers' attitudes and behaviors playing a mediating role (Hill & Watkins, 2017; Cao et al., 2018). Key coping strategies included meaning-making, lifestyle reconstruction, experiential avoidance, self-efficacy enhancement, social connection, belief system restructuring, and pain management. Cognitive restructuring, active coping, social engagement, and experience integration were central mechanisms (Tedeschi & Calhoun, 2004; Soo & Sherman, 2015). Supportive social networks and community infrastructure significantly facilitated adaptation, while lack of attention exacerbated psychological harm (Yeung & Lu, 2018). Adaptive coping strategies by individuals and caregivers—emotion-focused, problem-focused, and interactive—enhanced resilience, whereas denial, suppression, and isolation predicted maladjustment (Pérez-San-Gregorio et al., 2017; Joseph, 2011). Personality traits such as neuroticism, agreeableness, conscientiousness, self-esteem, optimism, and humor were critical individual predictors (Leloirain et al., 2010). Post-traumatic growth manifested as increased life appreciation, recognition of personal abilities, spiritual development, and improved interpersonal relationships (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Environmental, medical, and educational systems play essential roles in mitigating psychological damage, while family education and social awareness facilitate interactions and reduce stigma. The study highlights the need for multi-level interventions to support adaptation and underscores limitations inherent in qualitative recall-based research.

Keywords: Grounded Theory, Psychological Adaptation, Traumatic Blindness.

Ethical Considerations

All standard ethical considerations, including confidentiality and voluntary participation, were observed. Every effort was made to maintain ethical practices throughout all stages of the research.

Acknowledgments and Funding

We extend our gratitude to all blind participants who generously shared their lived experiences.

Conflict of Interest

The researchers declare no conflict of interest in reporting or interpreting the study's findings.

Cite this article: Rahiminejad, A., Shahmoradi, H., Rostami, R., & Hejazi, E. (2025). A Qualitative Study of Psychological Adaptation in Traumatic Blindness: Antecedent and Consequential Factors in the Blind. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 253-273. doi:10.22059/japr.2025.355069.644531



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.355069.644531>

© The Author(s).



مطالعه کیفی تجربه سازگاری روان شناختی در نابینایی تروماتیک: عوامل پیش آیندی و پیامدی آن در نابینایان

عباس رحیمی نژاد^{۱*}، همایون شاهمرادی^۱، رضا رستمی^۱، الهه حجازی موغاری^۲

۱. گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: arahimi@ut.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۱۰

کلیدواژه ها:

سازگاری روان شناختی، نابینایی

تروماتیک، نظریه داده بنیاد.

پژوهش حاضر با هدف تجربه شناسایی فرایند سازگاری روان شناختی در نابینایی تروماتیک به شیوه کیفی و با روش نظریه داده مبنا انجام گرفت. جامعه آماری در این پژوهش، جوانان ۲۰ تا ۴۰ ساله ساکن شهر تهران بودند که بینایی خود را به طور ناگهانی و تروماتیک از دست داده اند و در سال ۱۴۰۱ مطالعه شدند. نمونه شامل ۱۲ نابینای تروماتیک بود که به شیوه نظری و شرط اشباع تعیین شدند. از مصاحبه عمیق نیمه ساخت یافته برای جمع آوری داده ها استفاده شد. تحلیل مضامین در این پژوهش با نرم افزار MAXQDA (نسخه ۱۰) انجام گرفت. مضامین استخراج شده طی سه مرحله تحلیل شدند. اعتبار کدگذاری با شیوه کثرت گرایی پژوهشگر (۰/۷۵) و کثرت گرایی در شیوه (۰/۷۸) تأیید شد. در مجموع ۴۴۳ کد باز در ۹۱ کد محوری و زیر ۲۴ مضمون فراگیر سازمان دهی شدند. کدگذاری گزینشی برای استخراج مدل پارادایمی نشان داد سازگاری با نابینایی تروماتیک به عنوان پدیده محوری شامل ترس و تردید، تجربه افسردگی، کشمکش، رنجش و بار تغییر سناریوی زندگی است. این پدیده تحت تأثیر اندوخته های پیش از وقوع نابینایی، کیفیت تروما، رخدادهای همایند و زمینه شخصیتی فرد نابینا در بستر خانواده، شبکه ارتباطی و جامعه رخ می دهد. انگیزه فرد و نحوه تعامل مراقبان دو عامل اصلی مداخله کننده در فرایند سازگاری هستند. معنادهی، بازآفرینی سبک زندگی، اجتناب تجربی، افزایش کارآمدی، پیوند با هم نوع، نظام باورها و مدیریت رنج مهم ترین راهبردهای سازگاری بودند که می توانند به درماندگی یا بازگشت به زندگی بینجامند.

استناد: رحیمی نژاد، ع.، شاهمرادی، ه.، رستمی، ر.، و حجازی، ا. (۱۴۰۴). مطالعه کیفی تجربه سازگاری روان شناختی در نابینایی تروماتیک: عوامل پیش آیندی و پیامدی آن در نابینایان.

فصل نامه پژوهش های کاربردی روان شناختی، ۱۶(۳)، ۲۷۳-۲۵۳. doi:10.22059/japr.2025.355069.644531

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.355069.644531>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

هر انسانی در طول زندگی خود با تجارب و موقعیت‌های مختلفی مواجه می‌شود که هریک به سهم خود، بسته به ماهیت آن تجربه و نیز تفسیری که فرد از آن می‌کند، تعادل روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برخی از این تجارب به‌دلیل ناگهانی و غیرمنتظره‌بودن، تکان‌دهنده‌بودن، تهدیدکنندهٔ تمامیت جسمانی یا روانی بودن و نیز واجد احساس ذهنی وحشت، ترس و ناامیدی‌بودن به‌اصطلاح تروماتیک محسوب می‌شوند (کر^۱، ۲۰۰۴؛ لیونه^۲، ۲۰۲۳) و فرد را با چالشی جدی در زمینهٔ سازگاری روانی مواجه می‌سازند. سازگاری پاسخ به تغییرات محیط است که اجازه می‌دهد یک ارگانیسم به‌طور مناسب‌تر با آن تغییرات انطباق یابد. این سازه در روان‌شناسی به حالت مطلوب یا نقطهٔ نهایی اطلاق می‌شود. سازگاری با بیماری، فرایند حفظ نگرش مثبت به خود و جهان علی‌رغم مشکلات جسمی است (شارپ و کوران^۳، ۲۰۰۶؛ لیونه، ۲۰۲۳؛ استاوت^۴، ۲۰۲۱). همهٔ انسان‌ها در مواجهه با یک واقعهٔ تروماتیک به‌طور یکسان عمل نمی‌کنند و فرایند سازگاری در افراد مختلف با هم متفاوت است (استانتون و همکاران^۵، ۲۰۰۶). مشکلات جسمانی می‌توانند این فرایند را با وقفه مواجه کنند (لوو-ویسل و همکاران^۶، ۲۰۰۶). تاکنون پژوهش‌های مختلفی دربارهٔ سازگاری در حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامت، از جمله انواع سرطان شامل سرطان سینه (بوهم و همکاران^۷، ۲۰۱۴)، سرطان دستگاه گوارش (گوزمن و همکاران^۸، ۲۰۱۵)، دیابت (لایکس و همکاران^۹، ۲۰۰۸) و بیماری ام‌اس (دنيسون و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۹) انجام شده که همگی حاکی از اهمیت سازگاری روان‌شناختی در مواجهه با بیماری‌ها بوده است.

یکی از مهم‌ترین عوامل برهم‌زنندهٔ تعادل روانی، بروز نقص جسمی و ازدست‌دادن یک عضو یا حس است. در میان معلولیت‌های مختلف، نابینایی معلولیتی است که افراد به‌دلیل نمایان‌تر بودن آن از سایر معلولیت‌ها و نقشی که چشم‌ها در روابط اجتماعی ایفا می‌کنند، بیشترین وحشت را از آن دارند (کلست^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ لدز و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۷). ازدست‌دادن بینایی بیشترین تغییرات را در خودپندارهٔ فرد، اهداف زندگی و عملکردهای اجتماعی او ایجاد می‌کند (سنرا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۱) و می‌تواند موجب به‌انزوا کشیده‌شدن فرد شود و خطر ابتلا به افسردگی و دیگر اختلالات روانی-اجتماعی را افزایش دهد (روزنבלام^{۱۴}، ۲۰۰۰). اگرچه مقدار آسیب و روند سازگاری فرد با تروما تا حد زیادی به میزان تاب‌آوری فردی (لرنر و بهودا^{۱۵}، ۲۰۱۸) و شرایط محیطی و نوع تروما بستگی دارد، ولی برخی از آسیب‌ها نوعاً اثر بیشتری بر زندگی عادی فرد دارند (لیونه، ۲۰۲۳). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^{۱۶} (WHO) در سال ۲۰۱۷، ۲۵۳ میلیون نفر در جهان دچار نقص بینایی بودند که از این تعداد، ۳۶ میلیون نفر نابینایی و ۲۱۷ میلیون نفر نقص متوسط تا شدید بینایی داشتند. بینایی مؤثرترین حس از حواس پنج‌گانهٔ انسان است که از بین رفتن آن در سازگاری روانی-اجتماعی فرد اختلال عمده‌ای ایجاد می‌کند.

حدود ۹۰-۸۰ درصد اطلاعات ورودی به مغز از طریق این حس فراهم می‌شود (عیوض اغلو و همکاران^{۱۷}، ۲۰۰۶). نبود این حس در مقایسه با نداشتن حس شنوایی رضایت از زندگی را به‌شدت کاهش می‌دهد (شمسایی و همکاران، ۱۳۹۳) و محدودیت‌های جدی‌ای به فرد تحمیل می‌کند. اگر فرد به‌طور ناگهانی و در میانهٔ زندگی به شکل تروماتیک بینایی خود را از دست دهد، آسیب‌ها بیشتر است و ممکن است خانوادهٔ فرد را با بحرانی جدی روبه‌رو کند؛ چرا که این بیماران برخلاف شخصی

1. Carr
2. Livneh
3. Sharpe & Curran
4. Stoute
5. Stanton et al.
6. Lev-Wiesel et al.
7. Boehm et al.
8. Gouzman et al.
9. Luyckx et al.
10. Dennison et al.
11. Celeste
12. Ladds et al.
13. Senra et al.
14. Rosenblum
15. Lehrner & Yehuda
16. World Health Organization (WHO)
17. Ayvazoglu et al.

که از بدو تولد نابینا یا کم‌بینا بوده و به‌مرور با شرایط خود کنار آمده، مجال و احتمالاً مهارت لازم برای سازگارشدن با نابینایی را ندارند. پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که آسیب بینایی غیرمادرزادی دیده‌اند، از نظر روانی شرایط ویژه‌ای را تجربه می‌کنند و نیاز دارند مهارت‌های خاصی را برای سازگاری با شرایط جدید کسب کنند (دادز و همکاران^۱، ۱۹۹۱؛ لرنر و یهودا، ۲۰۱۸). چگونگی وقوع نابینایی (ناگهانی یا تدریجی) در کنار دو عامل مهم دیگر، سن وقوع و عوامل و چگونگی عارضه نابینایی، نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری و انطباق فرد با شرایط جدید دارد (افروز، ۱۳۸۱). ازدست‌دادن شغل، ازدست‌دادن استقلال عمل در زندگی روزمره، اختلال در برقراری روابط اجتماعی، و آشفتگی خانواده و سردرگمی آن از پیامدهای چنین وضعیتی است که تعادل زندگی شخص را بر هم می‌زند و سلامت روانی او را به خطر می‌اندازد. این بیماران و خانواده‌هایشان در شرایط کنونی که خدمات روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نمی‌کنند، پس از ترومای بینایی در جامعه به حال خود رها و عمدتاً دچار عوارض جدی روان‌شناختی می‌شوند. به این ترتیب مطالعه علمی وضعیت روانی این افراد که با هدف کشف و تعیین عوامل آسیب‌زا و سازنده در سازگاری و کیفیت زندگی این بیماران انجام گیرد، نقشی جدی در شناخت عوامل بهزیستی روانی-اجتماعی آنان خواهد داشت.

در پژوهش‌های متعدد، ارتباط میان سازگاری با ازدست‌دادن بینایی و فاکتورهای بالینی بررسی شده و نتایج حاکی از آن است که سازگاری بهتر، با افسردگی و اضطراب کمتر (فیتزجرالد و همکاران^۲، ۱۹۸۷؛ دربر و همکاران^۳، ۲۰۰۵) و ناتوانی‌های کارکردی کمتر (راینهارت و همکاران^۴، ۲۰۰۹ و شیلینگ و همکاران^۵، ۲۰۱۱) ارتباط معنادار دارد. میزان و کیفیت سازگاری در افراد متفاوت است و تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی متعددی قرار می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد سازگاری بیشتر در افرادی دیده می‌شود که مشکل نابینایی خود را به‌عنوان یک مشکل برگشت‌ناپذیر می‌پذیرند (برن و کاردینالی^۶، ۲۰۰۰؛ نیشیمی و همکاران^۷، ۲۰۲۳). این افراد سلامت بیشتری دارند (ونگ و جن^۸، ۲۰۰۹؛ هرماندز تریلو و دیکینسون^۹، ۲۰۱۲؛ آگینسکا-بولیک و جوچینسکی^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ نروکراس و ویمپولد^{۱۱}، ۲۰۱۹) و در انجام فعالیت‌های مربوط به زندگی روزمره، کمتر دچار مشکل می‌شوند (وال و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها در این حوزه عمدتاً یا فقط بر نابینایان مادرزاد متمرکز بوده‌اند و به شرایط خاص افرادی که دچار نابینایی حاد می‌شوند نپرداخته‌اند یا اساساً تمایزی بین این دو نوع نابینایی قائل نشده‌اند (گریفین-شیرلی و نس^{۱۳}، ۲۰۰۵؛ کرمی-نژاد، ۱۳۹۱؛ قریشی‌راد و بافنده قراملکی، ۱۳۹۰؛ شریفی درآمدی، ۱۳۹۰). همچنین نبود پژوهش کیفی در این زمینه سبب مغفول ماندن بسیاری از جنبه‌های تأثیرگذار بر زندگی این افراد شده است. مطالعاتی که با رویکرد کمی انجام شده نیز به ارائه تصویری ایستا از وضعیت آسیب‌دیدگان بینایی در چند سازه روان‌شناختی پرداخته‌اند (وطنی، ۱۳۹۵؛ اسدی و همکاران، ۱۳۸۸) و درباره فرایندهای جاری در تجربه آسیب بینایی چندان اطلاعاتی به‌دست نمی‌دهند. از این‌رو پژوهش حاضر بر آن است که با مطالعه کیفی (نظریه داده‌بنیاد) روی نابینایی تروماتیک، به تصویری روشن‌تر از چگونگی روند سازگاری روانی در این تجربه دست یابد.

براین‌اساس پژوهش حاضر با هدف فهم همه‌جانبه و عمیق و نیز توصیف تفصیلی از فرایند سازگاری روانی پس از نابینایی تروماتیک و ارائه یک نظریه داده‌بنیاد در این زمینه انجام گرفت. هدف پژوهش پاسخگویی به این سؤالات است: افراد ازدست‌دادن ناگهانی حس بینایی را چگونه درک، تفسیر و معنا می‌کنند؟ پس از مواجهه با نابینایی حاد، چگونه با شرایط جدید سازگار می‌شوند؟ فرایند سازگاری پس از ترومای بینایی در چه ابعادی صورت می‌گیرد؟ عوامل مؤثر بر سازگاری روانی در تجربه نابینایی حاد کدام‌اند؟

1. Dodds et al.
2. Fitzgerald et al.
3. Dreer et al.
4. Reinhardt et al.
5. Schilling et al.
6. Brennan & Cardinali
7. Nishimi et al.
8. Wang & Chan
9. Hernandez Trillo & Dickinson
10. Ogińska-Bulik & Juczyński
11. Norcross & Wampold
12. Wahl et al.
13. Griffin-Shirley & Nes

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد انجام گرفت. دلیل انتخاب رویکرد کیفی در این پژوهش، ماهیت موضوع، دغدغه‌های تحقیق و نوع سؤالات آن است. به دلیل نبود تحقیقات در زمینه تجربه افراد از مواجهه با نابینایی تروماتیک و نحوه سازگاری روانی پس از آن، لزوم اتخاذ رویکردی اکتشافی در این تحقیق برای کشف ابعاد این پدیده بیش از پیش نمود می‌یابد. از جنبه اکتشافی بودن، هدف مطالعه زمینه‌یابی درباره موقعیت نامعین بود. برای این منظور ابتدا داده‌های کیفی گردآوری شدند. انجام این مرحله جنبه‌های زیادی از پدیده را روشن کرد تا امکان صورت‌بندی فرضیه‌هایی درباره بروز پدیده مورد مطالعه فراهم شود.

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، جوانان ۲۰ تا ۴۰ ساله ساکن شهر تهران بودند که بینایی خود را ناگهانی و به‌طور تروماتیک از دست داده‌اند. از آنجا که موضوع تحقیق وابسته به تجارب افراد در زمینه سازگاری با شرایط پس از نابینایی تروماتیک بود، با افرادی مصاحبه شد که حداقل شش ماه از نابیناشدنشان گذشته باشد تا فرصت و تجربه مواجهه با زندگی پس از ترومای بینایی و امکان ورود به فرایند سازگاری روانی را داشته باشند. در روش‌های کیفی، حجم نمونه مانند روش‌های کمی از پیش تعیین شده نیست و به روند تحقیق و مقوله‌های در حال تکوین بستگی دارد. دو نوع نمونه‌گیری در نظریه داده‌بنیاد مورد استفاده پژوهشگران قرار می‌گیرد: نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری. از نمونه‌گیری هدفمند برای گزینش افراد مورد مصاحبه و از نمونه‌گیری نظری برای تشخیص تعداد افراد، تعیین محل داده‌های مورد نیاز و یافتن مسیر پژوهش استفاده شد (جانسون^۱، ۱۹۸۹ به نقل از محمدپور، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر با استفاده از نمونه‌گیری نظری و در نظر داشتن شروط نابینایی تروماتیک و گذشتن حداقل شش ماه از نابیناشدن، مصاحبه‌ها بعد از ۱۲ نفر به تکرار افتاد و کدهای جدیدی استخراج نشد؛ بنابراین این مرحله به عنوان نقطه اشباع در نظر گرفته شد.

۲-۲. ابزار پژوهش

در این پژوهش از مصاحبه کیفی عمیق نیمه‌ساخت‌یافته به عنوان روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. اساس طراحی مصاحبه توجه به هدف‌های پژوهش، نظر متخصصان، در نظر گرفتن ابعاد سازگاری و تجربه زیسته پژوهشگر بود. نفرت پس از شناسایی و انتخاب، از طریق ایمیل یا به شکل حضوری «نامه درخواست» شرکت در مصاحبه‌ها را دریافت کردند. افرادی که موافق بودند، زمانی را برای مصاحبه در اختیار پژوهشگر قرار دادند. در بیشتر موارد (جز دو مورد) مصاحبه‌ها در مکان‌های عمومی انجام گرفت. فرم مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، تجهیزات ضبط صدا و یادداشت‌برداری توسط پژوهشگر فراهم شد. هیچ‌گونه راهنمای قبلی‌ای درباره سؤالات مصاحبه به شرکت‌کنندگان داده نشد. سؤالات مصاحبه ثابت، اما موارد پیگیری و ترتیب سؤالات، بنا به روند مصاحبه متغیر بود. مدت هر مصاحبه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود.

۲-۳. روش تحلیل کیفی

روش تحلیل در بخش کیفی تحلیل مضمون^۲ بود. تحلیل مضمون در دسته روش‌هایی قرار دارد که اساساً مستقل از مبنای نظری یا معرفت‌شناختی خاص، در طیف گسترده‌ای از روش‌های نظری و پژوهشی قابل استفاده هستند. تحلیل مضمون روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوها در داده‌های پژوهش کیفی است. این روش به عنوان فرایند تحلیل داده‌های متنی می‌تواند الگوهای موجود در گفته‌ها را نمایان کند کلاک و براون^۳ (۲۰۱۳). تحلیل مضامین در این پژوهش با نرم‌افزار MAXQDA (نسخه ۱۰) انجام گرفت. مراحل کدگذاری شامل کدگذاری باز بر مبنای مقوله‌های استخراج شده، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است. کلاک و براون (۲۰۱۳) کدگذاری باز^۴ را بخشی از تحلیل می‌دانند که مشخصاً به نام‌گذاری و دسته‌بندی پدیده از

1. Johnson, B.

2. thematic analysis

3. Clarke & Braun

4. open coding

طریق بررسی دقیق داده‌ها مربوط می‌شود. به عبارت دیگر، در این نوع کدگذاری، مفاهیم درون مصاحبه‌ها براساس ارتباط با موضوعات مشابه طبقه‌بندی می‌شوند. هدف از کدگذاری محوری^۱ ایجاد رابطه بین مقوله‌های تولیدشده (در مرحله کدگذاری باز) بود. این عمل معمولاً براساس مدل پارادایم^۲ انجام می‌شود و به نظریه‌پرداز کمک می‌کند تا فرایند نظریه‌پردازی را به‌سهولت انجام دهد. اساس ارتباط‌دهی در کدگذاری محوری بر بسط و گسترش یکی از مقوله‌ها قرار دارد (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰). درواقع کدگذاری محوری نامی است که به عملیات ثانوی در تحلیل داده می‌شود و در آن، مقوله‌های اصلی که از کدگذاری باز داده‌ها تکوین یافته‌اند، با یکدیگر مرتبط می‌شوند (ابوالمعالی حسینی، ۱۳۹۱). دسته‌بندی اصلی (مانند ایده یا رویداد محوری) به‌عنوان پدیده^۳ تعریف می‌شود و سایر دسته‌بندی‌ها با این دسته‌بندی اصلی مرتبط می‌شوند. شرایط علی^۴ موارد و رویدادهایی هستند که به ایجاد و گسترش پدیده منجر می‌شوند. زمینه^۵ به مجموعه‌ای ویژه از شرایط مداخله‌گر^۶ اشاره دارد که پدیده در آن رخ داده است. راهبردهای کنش یا تعامل^۷ نیز اقدامات و پاسخ‌هایی هستند که به‌عنوان نتیجه پدیده رخ می‌دهند و درنهایت ستاده‌های خواسته یا ناخواسته این اقدامات و پاسخ‌ها به پیامدها^۸ اشاره دارند (پاندیت^۹، ۱۹۹۶). کدگذاری انتخابی^{۱۰} عبارت است از فرایند انتخاب دسته‌بندی اصلی، مرتبط‌کردن نظام‌مند آن با دیگر دسته‌بندی‌ها، تأیید اعتبار این روابط و تکمیل دسته‌بندی‌هایی که نیاز به اصلاح و توسعه بیشتری دارند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰). در کدگذاری انتخابی، هدف یکپارچه‌سازی و کنار هم قراردادن فرضیه‌ها و گزاره‌های به‌دست‌آمده و تحلیل رو به رشد است. نظریه‌ای که شکل می‌گیرد، باید در اطراف چیزی که یکپارچه شده است (مقوله هسته‌ای نظریه) متمرکز شود. مقوله‌های هسته‌ای باید یک موضوع مرکزی در داده‌ها باشند و به‌منظور یکپارچه‌سازی مقوله‌های دیگر در داده‌ها آمده باشند (ابوالمعالی حسینی، ۱۳۹۱).

۲-۴. بررسی اعتبار^{۱۱} کدگذاری

پژوهشگران کیفی شیوه کثرت‌گرایی^{۱۲} را به‌عنوان روش سنجش اعتبار یافته‌های خود به‌کار می‌گیرند (پاتون^{۱۳}، ۲۰۰۲). استفاده از کثرت‌گرایی در پژوهشگر، شیوه و داده برای ثبت سازه واقعیت در مطالعه کیفی مناسب است. کثرت‌گرایی به معنای استفاده از چند نوع شیوه یا داده از جمله استفاده هم‌زمان از رویکردهای کیفی و کمی تعریف می‌شود (پاتون، ۲۰۰۲). کثرت‌گرایی شامل کثرت‌گرایی در شیوه (بازآزمون روش انجام کار)، کثرت‌گرایی در پژوهشگر (آزمون قابلیت اعتماد بین کدگذاران) و کثرت‌گرایی مشارکت‌کننده (استفاده از مصاحبه‌شوندگان جدید برای آزمون قابلیت اطمینان مدل) می‌شود. در پژوهش حاضر از دو روش کثرت‌گرایی در پژوهشگر و کثرت‌گرایی در شیوه استفاده شد. برای محاسبه اعتبار بازآزمون، از بین مصاحبه‌های صورت‌گرفته شش مورد انتخاب شد. هر کدام از آن‌ها دو بار در یک فاصله زمانی بیست‌روزه کدگذاری شدند. در این پژوهش تعداد کل کدها در دو فاصله زمانی ۲۶ روزه ۶۷، تعداد کل توافقی‌ها بین کدها در این دو زمان ۲۶ و تعداد کل عدم‌توافقی‌ها در این دو زمان ۱۵ بود. اعتبار بازآزمون مصاحبه‌های انجام‌گرفته در این تحقیق با استفاده از فرمول ذکرشده ۰/۷۸ درصد بود.

برای سنجش میزان توافق درون موضوعی از آزمون اعتبار بین کدگذاران^{۱۴} استفاده شد. با توجه به موضوع و متغیرهای پژوهش، کدگذار همکار یک روان‌شناس آموزش کودکان استثنایی در نظر گرفته شد. پس از اطمینان از آشنایی همکار پژوهش به فرایند کدگذاری، دو مصاحبه به‌طور تصادفی انتخاب و به وی واگذار شد تا فرایند کدگذاری را به‌طور مستقل انجام دهد. تعداد کل کدها

1. axial coding
2. paradigm model
3. phenomenon
4. causal conditions
5. context
6. intervening conditions
7. action /interaction strategies
8. consequences
9. Pandit
10. selective coding
11. reliability
12. triangulation
13. Patton
14. Inter-Coder Reliability (ICR)

که توسط محقق و همکار تحقیق به ثبت رسید ۵۸، تعداد کل توافقی‌های بین این کدها ۲۲ و تعداد کل عدم‌توافقی‌ها ۱۴ بود. اعتبار بین کدگذاران برای مصاحبه‌های انجام‌گرفته در این تحقیق ۰/۷۵ درصد بود که نشان‌دهنده اعتبار کدگذاری است.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

مورد	جنسیت	تحصیلات	سن	وضعیت اقتصادی
۱	زن	کارشناسی ارشد	۲۷	خوب
۲	زن	کارشناسی	۲۲	متوسط به پایین
۳	زن	کارشناسی ارشد	۲۹	متوسط به پایین
۴	زن	کارشناسی	۲۵	متوسط به پایین
۵	زن	کارشناسی ارشد	۳۳	ضعیف
۶	زن	کارشناسی ارشد	۴۰	خوب
۷	زن	کارشناسی ارشد	۴۰	متوسط به پایین
۸	مرد	کارشناسی ارشد	۳۲	متوسط به پایین
۹	مرد	کارشناسی	۲۸	متوسط به پایین
۱۰	مرد	کارشناسی ارشد	۲۸	متوسط به پایین
۱۱	مرد	دکتری	۳۷	خوب
۱۲	مرد	کارشناسی ارشد	۳۵	متوسط به پایین

۳-۲. تحلیل مضمون

تحلیل مضمون مصاحبه‌های صورت‌گرفته در سه سطح انجام گرفت. سطح اول شامل کدهای پایه، سطح دوم کدهای محوری و سطح سوم کدهای فراگیر است. در گام نخست، کدهای پایه آزادانه استخراج شدند. کدهای پایه بر پایه همخوانی‌های موضوعی، در کدهای محوری قرار گرفتند و در نهایت کدهای فراگیر برای دسته‌بندی کدهای محوری استفاده شدند. به این ترتیب ساختار مضامین شامل مضمون‌های فراگیر در بالاترین سطح و مضمون‌های پایه در خردترین سطح بود.

چند نمونه از سؤالاتی که طی مصاحبه پرسیده شد، عبارت‌اند از: این مشکل چگونه شروع شد؟ انکار تا چند وقت با شما بود و بعد با واقعیت مواجه شدید؟ چه چیزی کمک کرد یا مانع شد که این پذیرش قبل از مواجه‌شدن با واقعیت پزشکی به تأخیر بیفتد؟ اولین بار مشکل کم‌بینایی چه زمانی رخ داد؟ سؤالات با هدف شناسایی الگوها و فرایند سازگاری روان‌شناختی افراد با نابینایی تروماتیک مطرح شد و سعی شد ضمن حفظ شاکله کلی مصاحبه، از پرسش‌های خشک و قالبی اجتناب شود.

در نهایت گزاره‌ها، کلمات و جمله‌هایی که به هر شکل می‌تواند با فرایند سازگاری روان‌شناختی مرتبط باشد، مورد توجه قرار گرفت و در مجموع ۴۴۳ کد باز استخراج شد. این کدها در ۹۱ کد محوری و ذیل ۲۴ مضمون فراگیر سازمان‌دهی شدند. جدول ۲ کدهای محوری و فراگیر پژوهش حاضر را نمایش می‌دهد.

جدول ۲. کدهای محوری و فراگیر سازگاری روان‌شناختی با نابینایی تروماتیک

شماره	کدهای فراگیر	کدهای محوری
۱	اندوخته‌های پیش از وقوع	مهارت‌ها، موفقیت‌ها، امنیت مالی
۲	کیفیت تروما	پیش‌آگهی، سرعت افت بینایی، سن بروز، شدت دفرمه‌شدن چشم
۳	رخداد‌های همایند	رخداد‌های مثبت، رخداد‌های منفی
۴	زمینه شخصیتی	خصایص شخصی، عاملیت
۵	ترس و تردید	مداخلات پزشکی، مواجهه با دنیای نابینایی، از کارافتادگی، آینده
۶	افسردگی	بی‌انگیزگی، فکر خودکشی، افت خلق، مخدوش‌شدن، عزت‌نفس
۷	تغییر سناریوی زندگی	مرادوات اجتماعی، روابط عاطفی، تحصیلات، شغل، اهداف و آرمان‌ها، هزینه‌های زندگی، کارکردهای شخصی، حریم خصوصی

شماره	کدهای فراگیر	کدهای محوری
۸	کشمکش	اعتقاد به آفریدگار، گذر از بحران
۹	رنجش	برخورد اطرافیان، کادر پزشکی، رنج‌های خانواده، خسران ناشی از مقایسه
۱۰	بیگانگی	زندگی بدون بینایی، محیط اجتماعی جدید
۱۱	معنادهی	فرصت‌بینی چالش، ناپایداری رنج، چندبعدی بودن زندگی
۱۲	بازآفرینی سبک زندگی	مهارت‌آموزی و خوداتکایی، گشودگی به تجربه، شبکه اجتماعی، روش‌های ابداعی، ریسک‌پذیری، وضع بایدها، اصرار بر خواسته، کاربست فناوری
۱۳	اجتناب تجربی	نمادهای ناتوانی، فراموشی خودخواسته، درمان‌خواهی، انکار
۱۴	افزایش کارآمدی	خدمت به هم‌نوع، مفیدبودن در جامعه
۱۵	پیوند با هم‌نوع	یاری‌جویی، الگوگیری، تنه‌نبودن
۱۶	نظام باورها	باورهای مذهبی، تقدیرگرایی، نیازمندی انسان، امیدواری
۱۷	مدیریت رنج	آگاهی‌بخشی، تاب‌آوری، حل درون‌فردی تعارض، کتمان مصلحتی، انزوای انتخابی
۱۸	انگیزه	سربارنبودن، اثبات خود، حفظ شیرازه زندگی
۱۹	مراقبان	احساس بی‌کفایتی، حس عدم پذیرش، درک‌نشدن، ناامیدی، شناخت از زندگی ناینیایی
۲۰	خانواده	حمایت، اعتماد، آمادگی پیشین
۲۱	شبکه ارتباطی	دریافت بازخورد، تنوع‌بخشی به دیدگاه‌ها، مساعدت، همدلی
۲۲	جامعه	نگرش، دسترس‌پذیری، تسهیلات دولتی، حمایت‌های مدنی، خدمات روان‌شناختی و مشاوره
۲۳	درماندگی	یأس، تنهایی، زندگی نریسته
۲۴	بازگشت به زندگی	استقلال، پذیرش، احساس امنیت، رضایتمندی

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ۹۱ کد محوری ذیل ۲۴ کد فراگیر سازمان‌دهی شده‌اند. در ادامه هر کد محوری و مصادیق آن مرور می‌شود.

۳-۲-۱. اندوخته‌های پیش از وقوع: منظور از این کد محوری، تمامی داشته‌های فرد از ابتدای زندگی تا وقوع ناینیایی (اعم از مهارت‌ها، دستاوردها و امنیت مالی) است که بر کیفیت مواجهه او با ترومای بینایی و فرایند سازگاری بعد از آن تأثیر مستقیم دارد. این کد محوری کدهای خرد «مهارت‌ها»، «موفقیت‌ها» و «امنیت مالی» را شامل می‌شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «یعنی اوج جوانی، اوج انرژی، رؤیاهای خیلی بزرگ. به هر حال همه توی این سن شاید بیشتر جوون‌ها رؤیاهای بلندپروازانه‌ای داشته باشن. حالا ما هم در حد خودمون بود. نمی‌گم خیلی بزرگ بود.» و مصاحبه‌شونده‌ای دیگر نقش امنیت مالی را این‌گونه بیان کرد: «من خوب الان بازنشسته‌م. اگه نبودم که الان ادامه زندگی نمی‌تونستم بدم. اگر من مستمری نداشتم، اون پرستار و این زندگی رو چطوری می‌خواستم اداره کنم؟ غیر از اینکه باید محتاج کسی بودم.»

۳-۲-۲. کیفیت تروما: شدت، حدت و کیفیت بروز آسیب بینایی در افراد با هم متفاوت است. به تبع آن، میزان و چگونگی اثربخشی آن بر زندگی فرد به مختصات تروما (از قبیل سن بروز، شدت تخریب ساختار چشم، پیش‌آگهی و...) بستگی دارد. کیفیت تروما در کدهای «پیش‌آگهی»، «سرعت افت بینایی»، «سن بروز» و «شدت دفرمه‌شدن چشم» نمود یافت. در مصاحبه‌های صورت گرفته، به وضوح می‌توان دید که جنبه‌هایی از کیفیت تروما با سازگاری روان‌شناختی رابطه مستقیم دارد؛ برای مثال: «اولین شوکی که به من وارد شد شاید همون سوم راهنمایی بود. فرداش که از خواب بیدار شدم دیدم اصلاً هر پلکی که می‌زنم انگار جلوی چشمم سیاه سیاه می‌شه برای چند لحظه. بعد به مرور می‌ره کنار. ولی دیگه شفاف شفاف نمی‌شه مثل قبل.» یا «تا اینکه یه دفعه تو همین میدون هفت‌تیر که می‌خواستم برم سوار اتوبوس بشم برم دانشگاه، نور آفتاب زد تو چشمم و من ماشین رو ندیدم. ماشین هم سرعت نداشت، ولی من تصادف کردم. دندون‌هام شکست. اونجا فهمیدم که دیگه این مسئله داره جزو واقعیت زندگی می‌شه. من خیلی جاها دیگه خوب نمی‌بینم.»

۳-۲-۳. رخدادهای همانند: موقعیت‌های زندگی و حوادثی که صرفاً به لحاظ زمانی با بروز ناینیایی هم‌ایند می‌شوند می‌توانند موجب تسهیل یا تخریب فرایند سازگاری روانی با ترومای بینایی شوند. این کد محوری زیرکدهای «رخدادهای مثبت» و «رخدادهای منفی» را دربردارد. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «این وضع هم‌زمان شد با فوت مادرم، بالاخره ازدواج خواهر و برادر. دوران بدی رو گذروندم. به یه حالت پوچی رسیدم.» مصاحبه‌شونده دیگری اظهار کرد: «آدم‌های مختلفی تو زندگی قرار

گرفتن. جاهای مختلف... شاید مثلاً ده سال بود تو کلاس استادم بودم، بعد به دفعه شرایط به جوری شد که می‌بایست از کلاس می‌اومدم بیرون. باز زندگی رفت به مسیر دیگه. و همین جور روندی که طی می‌شه... همه‌ش منطقی و استدلالی و توجیهی نیست.»

۳-۲-۴. زمینه شخصیتی: خصایص شخصیتی یکی از عوامل تعیین‌کننده نحوه تأثیرپذیری از ترومای بینایی در زندگی است. عاملیت یا انفعال فرد در مواجهه با پدیده‌های زندگی، بر نگرش و کنش وی در هنگام بروز نابینایی نیز مؤثر است. کدهای خردی که در دسته زمینه شخصیتی قرار دارند، عبارت‌اند از: «خصایص شخصی» و «عاملیت». درواقع این دو عامل بیش از بقیه ویژگی‌های شخصیتی در روند سازگاری روان‌شناختی با نابینایی تروماتیک رابطه دارند؛ برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار کرد: «اگه انگیزه‌ای بود، از قبل از این اتفاق بود. خیلی می‌جنگیدم اون چیزی که می‌خوام به‌دست بیارم. اون چیزی که دوست داشتم باشم انجام می‌دم. اون چیزی که حق منه باید به‌دست بیارم.» مصاحبه‌شونده دیگری گفت: «آدمی نبودم که یه گوشه بشینم و بگم که بله زندگی همینه که هست و خودش منو تو این دریا به یه جایی می‌رسونه، به ساحل می‌رسونه. فراتر از این‌ها فکر می‌کردم. می‌گفتم اگه قراره من بیفتم تو این دریا باید امکانی داشته باشم که قبل از اینکه اصلاً غرق بشم و دریا برای من تصمیم بگیره، خودم برای خودم تصمیم بگیرم. غافل از این اتفاقی که نمی‌دونستم برام پیش می‌آد.»

۳-۲-۵. ترس و تردید: با وقوع نابینایی، ترس از آینده‌ای مجهول که احتمالاً از کارافتادگی و ناتوانی بخشی از آن را تشکیل می‌دهد، عدم اطمینان از ضرورت یا درستی اقدامات پزشکی، بر ذهن و روان شخص غلبه می‌کند. این کد سازمان‌دهنده شامل «مداخلات پزشکی»، «مواجهه با دنیای نابینایی»، «از کارافتادگی» و «آینده» است. در گفته‌های مصاحبه‌شوندگان مواردی زیادی بود که این ترس‌ها و تردیدها را نشان داد؛ برای مثال: «این حس تو من ایجاد شد که عجب غلطی کردم اومدم اینجا؛ یعنی این حس تو من ایجاد شد که نکنه نتونم از پشش بریام. همون هفته اول پشیمون شدم از این.» یا: «می‌ترسیدم نکنه این حالتی باشه که اتفاق بدتری بخواد برام بیفته. بعد به مدت کورتون با دوز بالا استفاده می‌کردم. اولش بد نبود؛ چون اون التهاب رو می‌خوابوند. ولی بعد متوجه شدم که نه. دیدم داره می‌به‌مرور تو همون چشم چپم داره می‌شه انگار.»

۳-۲-۶. افسردگی: یکی از پیامدهای نابینایی تروماتیک، افسردگی است. افت خلق، بی‌انگیزگی، عزت‌نفس مخدوش و فکر خودکشی از نشانه‌های افسردگی ناشی از آسیب بینایی هستند. کد افسردگی درواقع چهار زیرکد «بی‌انگیزگی»، «فکر خودکشی»، «افت خلق» و «مخدوش شدن عزت‌نفس» را پوشش می‌دهد. در این بخش گفته‌های مصاحبه‌شوندگان به‌طور مشخص جنبه‌های افسردگی و تأثیرپذیری جریان سازگاری از آن را نمایان کردند. نمونه‌های زیر مصادیقی از این گفته‌ها هستند: «شما اگه توی زندگی‌تون شرایطی باشه، به‌هرحال به انگیزه تنوع براتون مقدور می‌شه. من هیچ‌کدوم از اون‌ها رو ندارم؛ بنابراین اصلاً انگیزه‌ای ندارم که چیزی رو یاد بگیرم. کاری رو بکنم.» یا: «عزت‌نفس من خیلی خدشه‌دار شد به‌خاطر به‌خصوص این مسئله نابینایی. خیلی زیاد و ریشه دوانده بود. به جاهایی فکر می‌کنم این در اون در زدن، کلاس‌های مختلف رفتن. شاید به بخشیش هم جبران افراطی بود. من شاید احساس کهنتری داشتم و همه‌ش داشتم تلاش می‌کردم به یه ابزارهایی دسترسی پیدا کنم که حس بهتری به من بده.»

۳-۲-۷. تغییر سناریوی زندگی: نابینایی تروماتیک مراودات اجتماعی، روابط عاطفی، تحصیلات، شغل، اهداف و آرمان‌های فرد را دگرگون و مسیری پیش‌بینی نشده و ناخواسته را در هریک از این حوزه‌ها بر فرد تحمیل می‌کند. در این کد سازمان‌دهنده، همه مواردی که به شکلی مرتبط با تغییر سناریوی زندگی بودند گنجانده شدند. کدهای خرد «مراودات اجتماعی»، «روابط عاطفی»، «تحصیلات»، «شغل»، «اهداف و آرمان‌ها»، «هزینه‌های زندگی»، «کارکردهای شخصی» و «حریم خصوصی» هستند. گفته‌های نابینایان نشان می‌دهد تغییر سناریوی زندگی از عوامل پرفشار برای آن‌ها بوده است؛ برای مثال: «من نمی‌تونم پذیرای مهمون باشم. دروغ چرا؟ چون من پرستار دارم دیگه. همه‌ش احساس می‌کنم اگر مثلاً پیشم پرستار هست که من نمی‌تونم راحت با دوست‌هام صحبت کنم، رودرو. متوجه‌م چی می‌خوام بگم؟ به‌هرحال به سری مسائل هست که نیازی نیست شخص سوم متوجه بشه.» یا: «شاید این فکر خودمه. شاید باز مسیر زندگی جور دیگه‌ای عوض می‌شد. نمی‌دونم، ولی خودم احساس می‌کنم اگه این اتفاق برام نمی‌افتاد، خیلی بهتر از اون چیزی که الان هستم می‌تونستم باشم. شاید ندیدن به سدی برام.»

۳-۲-۸ کشمکش: چنگ‌زدن به هر دستاویزی و تقلائی مداوم برای عبور از بحران و جدال با پروردگار، به‌عنوان بانی وضع فعلی، یکی از ویژگی‌های بارز فرد در بحبوحه تجربه تروماتیک بینایی است. در این کد سازمان‌دهنده که کدهای خرد «آفریدگار» و «گذر از بحران» را دربردارد، مصادیقی گنجانده شد که به شکلی نشان‌دهنده این کشمکش‌ها بودند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار کرد: «خوب آدم مذهبی‌ای بودم. خیلی این دوره‌ای که همه می‌گذروتن، می‌آن با خدا درددل کردن و حتی سرزنش کردن که چرا من، منم اون دوره رو گذروندم.»

۳-۲-۹ رنجش: منظور از این کد هر نوع مصداقی است که نشان‌دهنده رفتارهای ترحم‌آمیز اطرافیان، برخوردهای سرد و غیرانسانی کادر پزشکی، مشاهده رنج خانواده و احساس خسران ناشی از مقایسه قبل و بعد نابینایی است که فرد را دچار آزرده‌گی و رنجش می‌کند. در کد سازمان‌دهنده رنجش، کدهای خرد «برخورد اطرافیان»، «کادر پزشکی»، «رنج‌های خانواده» و «خسران ناشی از مقایسه» قرار دارند. در این کد مصادیقی بود که نشان‌دهنده رنجش‌های فرد نابینا است؛ برای مثال: «ما هنوز خودمون داغ بودیم؛ یعنی خود من و خواهرم هنوز خودمون از بابت خودمون ناراحت نبودیم. بیشتر پدر و مادرمون رو که می‌دیدیم متأثر شدن، متأثرمون می‌شدیم؛ یعنی از شرایط خودمون نگران نبودیم.» یا: «می‌دیدم چقدر پزشک راحت داره با مریض با عصبانیت برخورد می‌کنه که دیگه تهش همینه، باید تخلیه بشه. و این برام تو بیمارستان‌ها خیلی سخت بود. می‌گفتم چرا باید یه پزشک بخواد این قدر راحت برخورد کنه؟! حالا نه تنها پزشک خودم، تو بیمارستان‌ها کیس‌های مختلف رو می‌دیدم.»

۳-۲-۱۰ بیگانگی: نابینایی تروماتیک فرد را از زندگی امن و حریم آشنای خود به فضایی اجتماعی و زندگی ناشناخته پرتاب می‌کند. شخص هیچ‌گونه قرائتی بین خود و اجزای این زندگی جدید احساس نمی‌کند. کدهای «زندگی بدون بینایی» و «محیط اجتماعی جدید» در این کد سازمان‌دهنده قرار گرفتند. در یکی از مصاحبه‌ها بیان شد: «مثلاً همون اولین روز ثبت‌نام/اول راهنماییم، خیلی رفتیم پیگیری کردیم که با همین دوستم که پنج سال باهام بود باشم و این‌ها. اینکه مثلاً بچه‌های جدید رو بخوام توی یه مدرسه جدید تجربه کنم، ریز ریز برام خیلی استرس‌زا بود. حالا الان گذشته دیگه. یادم رفته.»

۳-۲-۱۱ معادله‌ی: در فرایند سازگاری روان‌شناختی، فرد نابینا تجربه نابینایی و رنج ناشی از آن را بازتعریف می‌کند و با ادراک همه‌جانبه پدیده ترومای بینایی، معنایی جدید به آن می‌بخشد. این فرایند در قالب کدهای خرد «فرصت‌بینی چالش»، «ناپایداری رنج» و «چندبعدی‌بودن زندگی» نمود پیدا کرد. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «توجه به اینکه همه چیز گذراست و هر تجربه‌ای جای خودش رو به تجربه دیگه‌ای می‌ده و هر چیزی اندازه خودش مهمه و هر چیزی اندازه خودش تو رو غمگین می‌کنه و هر چیزی اندازه خودش تو رو شاد می‌کنه. اندازه همون قدی که هست و وقتی نبود، دیگه نیست.»

۳-۲-۱۲ بازآفرینی سبک زندگی: این کد دربرگیرنده کارهایی است که فرد به هر شکلی برای ایجاد تعادل و توانمندی مجدد انجام می‌دهد. شخص به‌منظور برگرداندن تعادل به زندگی، تغییراتی را در سبک زندگی خود ایجاد می‌کند. مهارت‌آموزی در راستای خوداتکایی، استفاده از فناوری، ایجاد شبکه‌های اجتماعی هدفمند، گشودگی به تجارب جدید، افزایش روحیه ریسک‌پذیری و... از جمله این تغییرات است. این کد یکی از مهم‌ترین کدهای سازمان‌دهنده است و در آن کدهای خرد «مهارت‌آموزی و خوداتکایی»، «گشودگی به تجربه»، «شبکه اجتماعی»، «روش‌های ابداعی»، «ریسک‌پذیری»، «وضع بایدها»، «اصرار بر خواسته» و «کاربست فناوری» جای دارند. در یکی از مصاحبه‌ها بیان شد: «من نباید منزوی باشم. باید این قدر قوی باشم که کسی این تفاوت رو متوجه نشه.» و دیگری گفت: «یعنی تسلط من رو کامپیوتر و اینترنت و این‌ها هر چقدر بیشتر می‌شه، احتیاجم به چیزهای دیگه کمتر می‌شه؛ یعنی مشکلاتم کمتر می‌شه و حتی احتیاجم به کمک گرفتن از دیگران هم کمتر می‌شه.»

۳-۲-۱۳ اجتناب تجربی: مواجهه‌شدن با نمادهای نابینایی مانند عصای سفید، خط بریل و... و دیدن خود در کسوت یک نابینا، برای فردی که تازه نابینا شده دردناک است؛ بنابراین فرد درخصوص وضعیت خود، در موضع انکار قرار می‌گیرد. در این کد سازمان‌دهنده، کدهای خرد «نمادهای ناتوانی»، «فراموشی خودخواسته»، «درمان‌خواهی» و «انکار» قرار گرفتند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اجتناب تجربه‌ای خود را این‌گونه توضیح داد: «گذشت دیگه. اصلاً دوست ندارم. این طوری بگم بهت. چه برسه

حالا صحبت پونزده بیست سال پیشو آدم بخواد بکنه.» و دیگری گفت: «از عصا هیچ وقت استفاده نکردم. آموزششو دیدم، ولی کنار گذاشتم. هیچ وقت بیرون تنهایی با عصا نرفتم. چون حس خوبی ندارم.»

۳-۲-۱۴. افزایش کارآمدی: با ازدست رفتن بینایی، بخشی از کارکردهای اجتماعی فرد نیز از دست می‌رود. کسب موقعیت‌های کاری و اجتماعی جدید متناسب با نابینایی، به تقویت حس کارآمدی از رهگذار یاری‌رسانی به دیگر نابینایان و مفید واقع شدن در جامعه می‌انجامد. این کد به عنوان یک کد سطح بالاتر، کدهای خرد «خدمت به هم‌نوع» و «مفیدبودن در جامعه» را شامل شد. افزایش کارآمدی از شیوه‌های مهم نابینایان برای سازگاری است و آن‌ها طی مصاحبه در جاهای مختلف به مصادیق آن اشاره کردند؛ برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «اون بیشتر جذبم کرد که من برم مشاور بشم و اولویت‌م این بود که به بچه‌های مثل خودمون کمک کنم.» و دیگری بیان کرد: «حساس کردم با اینکه مشکل دارم، تو جامعه دارم کار می‌کنم. می‌رم و تو جامعه هستم بین بچه‌ها. منزوی نیستم.»

۳-۲-۱۵. پیوند با هم‌نوع: فردی که در میانه راه زندگی نابینا می‌شود، خود را در بین دوستان، خانواده و جامعه متفاوت می‌داند؛ بنابراین برای کنارآمدن با این معضل و همچنین آگاهی‌یافتن از شیوه‌های زندگی بدون بینایی، به سراغ ایجاد ارتباط با دیگر نابینایان و بهره‌گیری از تجارب آن‌ها می‌رود. این کد سازمان‌دهنده که اهمیت حمایت و تعامل اجتماعی را نشان می‌دهد، کدهای خرد «یاری‌جویی»، «الگوگیری» و «تنهایی‌نبودن» را دربردارد. در مصاحبه‌ها مصادیقی وجود داشت که نشان می‌دهد پیوند با هم‌نوع در سازگاری با نابینایی تروماتیک اهمیت دارد؛ برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «یه جاهایی مجبوریم از دیگران کمک بگیریم. دانشگاهمون باشه، خیابونمون باشه. این یه جایی شاید حتی سخت هم می‌کنه کار رو. مثلاً من خودم اوایل خیلی عادت نداشتم که یه کسی رو خواهش کنم که مثلاً منو از خیابون رد کنه.» یا: «این سه نفر وجودشون باعث شد من متوجه بشم که نه، این طوری هم نیست. می‌تونم به یه سبک و سیاق دیگه‌ای دوباره زندگی‌مو شروع کنم.»

۳-۲-۱۶. نظام باورها: نابینایی تروماتیک زمینه را برای بازنگری در باورهای بنیادین فرد درخصوص هستی‌شناسی، چیستی انسان و نیز عقاید مذهبی فراهم می‌آورد و فرد نظام باورهای خود را در این زندگی بدون بینایی، بازآفرینی می‌کند. در کد سازمان‌دهنده نظام باورها، کدهای خرد «باورهای مذهبی»، «تقدیرگرایی»، «نیازمندی انسان» و «امیدواری» قرار گرفت. در مصاحبه‌ای بیان شد: «چیزی که بیشتر به من کمک کرد معنویت بود. همون مذهب. من خیلی اهل ذکر بودم. خودت می‌دونی که ما وقتی دچار یه فقدان می‌شیم، خوب یه مرحله رو طی می‌کنیم دیگه.» مصاحبه‌شونده دیگری توضیح داد: «حساس رضایت خودم بود. اون امید، یه امیدی که شاید یه روزی علم پیشرفت کنه و خوب بشیم؛ شاید و این امید هست و قطعاً یه وقت‌هایی می‌گفتم علم داره پیشرفت می‌کنه و خوب خواهی شد.»

۳-۲-۱۷. مدیریت رنج: رنج‌های برون‌زاد مترتب بر نابینایی که از سوی جامعه بر فرد وارد می‌شوند می‌توانند سازگاری نسبی فرد را تهدید کنند؛ بنابراین فرد به منظور دفع این تهدیدات مقطعی اما دردناک، راهبردهایی را به کار می‌بندد تا از گرفتار شدن در چالشی که پایان آن را رنج می‌بیند، برهد. در کد مدیریت رنج، کدهای خرد «آگاهی‌بخشی»، «تاب‌آوری»، «حل درون‌فردی تعارض»، «کتمان مصلحتی» و «انزوای انتخابی» وجود دارد. تمامی این کدهای خرد مصادیقی را شامل می‌شود که به گونه‌ای نشان‌دهنده تلاش فرد برای مدیریت درد و تاب‌آوری در برابر آن است؛ برای نمونه مصاحبه‌شونده‌ای اظهار کرد: «بین یه زمانی این مشکل برام خیلی آزاردهنده شد تو جمع خانوادگی. خوب من دیگه بعد از این وضعیت خیلی کمتر تو جمعشون پیدا می‌شدم و زمانی هم که پیدا می‌شدم، دیگه قشنگ غریبگی رو تو خودم حس می‌کردم.» مصاحبه‌شونده دیگری بیان کرد: «شاید این احساس رو داشتن که اگه خیلی بولد کنن که آدم نمی‌بینم، می‌خوان بگن برو مدرسه استثنایی که حالا معلوم نیست کجا باشه، چه آینده‌ای داشته باشه و این‌ها دیگه. فکر می‌کنم خود خونواده‌م هم خیلی بولدش نمی‌کردن.»

۳-۲-۱۸. انگیزه: سازگاری با نابیناشدن نیازمند انگیزه‌های گوناگونی از قبیل انگیزه سربرآوردن، اثبات خود و حفظ شیرازه زندگی است. این انگیزه‌ها که در افراد با هم متفاوت است، در انتخاب راهبرد برای کنارآمدن با ترومای بینایی نقش تعیین‌کننده دارد. در کد انگیزه، مجموعه‌ای از کدهای خرد شامل «سربرآوردن»، «اثبات خود» و «حفظ شیرازه زندگی» قرار دارند. گفته‌های

مصاحبه‌شوندگان حاکی از آن بود که حفظ دیدگاه مثبت به خود و بارنبودن برای دیگران انگیزه‌های اصلی آنان هستند: «بعد پیام استاد نیاد، فقط برای بیست دقیقه، من برم اون وقت بشنیم تو کتابخونه خوب برای من مقدور نیست. چون باید یکی دیگه رو هم با خودم معطل کنم که اصلاً قیدشو زدم.» یا: «شاید توی همین موضوع خاص، یکی از دلایلی که سعی کردم مشکلمو پوشش بدم این بود که به همه ثابت بشم.»

۳-۲-۱۹. مراقبان: با نابیناشدن یک عضو خانواده، وضعیت روان‌شناختی مراقبان او دستخوش تغییراتی می‌شود. آن‌ها ممکن است دچار حس ناامیدی و بی‌کفایتی شوند و احساس کنند دیگران آن‌ها را درک نمی‌کنند. ممکن است این فرد را با وضعیت جدیدش نپذیرند. وضعیت روان‌شناختی و کنش مراقبان بر انتخاب راهبردهای کنارآمدن فرد، تأثیر غیرمستقیم می‌گذارد. در کد سازمان‌دهنده مراقبان، کدهای خرد «احساس بی‌کفایتی»، «عدم پذیرش»، «درک‌نشدن»، «ناامیدی» و «شناخت از زندگی نابینایی» قرار دارد؛ برای نمونه، یکی از مصاحبه‌شوندگان توضیح داد: «می‌دونم، یه چیزی باعث بشه که یاد این حسرت‌ها بیفته. ممکن هم هست حالا حالاها نباشه، تا دو سال دیگه پیش نیاد. ولی یه وقتی اگه یه چیزی اون رو زنده کنه، این فیدبک رو این‌طوری داره و می‌ده.» یا: «همسرم تأثیر داشت، پسر من تأثیر داشت. چون این‌ها هم خیلی راحت منو قبول کرده بودن و قبول کردن خانواده باعث شده بود دیگران هم راحت قبول کنن.»

۳-۲-۲۰. خانواده: خانواده و حمایت‌هایش از فرد آسیب‌دیده بینایی و میزان اعتمادی که به او دارد، یکی از بسترهای شکل‌گیری فرایند سازگاری با ترومای بینایی است. تجربه خانواده در مواجهه موفق با چالش‌های سلامت پیش از وقوع نابینایی، این بستر را برای فرد نابینا مناسب‌تر خواهد کرد. در این بخش مصادیقی جای گرفت که به هر شکل نقش خانواده در سازگاری یا ناسازگاری با نابینایی تروماتیک را نشان می‌دهد. این مصادیق در قالب کدهای خرد «حمایت»، «اعتماد» و «آمادگی پیشین» نمود یافت. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «ما نمی‌دونستن؛ یعنی تو محیط‌های آشنا اون قدر واضح نبود واسه شون. یه مقدار تو حالت انکار بودن.»

۳-۲-۲۱. شبکه ارتباطی: دوستان نابینا از طریق ارائه بازخورد، کمک و همدلی، فرد را در فرایند سازگاری روان‌شناختی با ترومای بینایی همراهی می‌کنند. همچنین شبکه ارتباطی می‌تواند موجب گسترش افق دید فرد شود و انتخاب‌های پیش‌روی او را برای پیمودن زندگی افزایش دهد. کد شبکه ارتباطی دارای زیرکدهای «دریافت بازخورد»، «تنوع‌بخشی به دیدگاه‌ها»، «مساعدت» و «همدلی» است. این مؤلفه‌ها در جایی وجود فرد یا بازسازی فعالیت‌های اجتماعی او به‌عنوان بخشی از فرایند سازگاری مؤثرند؛ برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «آدم بعضی وقت‌ها نیاز داره حرفشو بشنون، درد دل کنه یا اینکه یکی بهش بگه که تو درست می‌گی. خوب این حالتو خیلی واسه من داشت. تو اون زندگی‌ای که می‌گذروندم، باید به طلاق می‌رسید، دوستم خیلی کمکم می‌کرد که تو اشتباه نکردی مثلاً.» دیگری اشاره کرد: «تابه حال از اطرافیان نه تنها فیدبک منفی‌ای نگرفتم، فیدبک مثبت بیشتر گرفتم و خوب آره، این به اعتماد به نفس من و پذیرشم شاید کمک‌کننده باشه.»

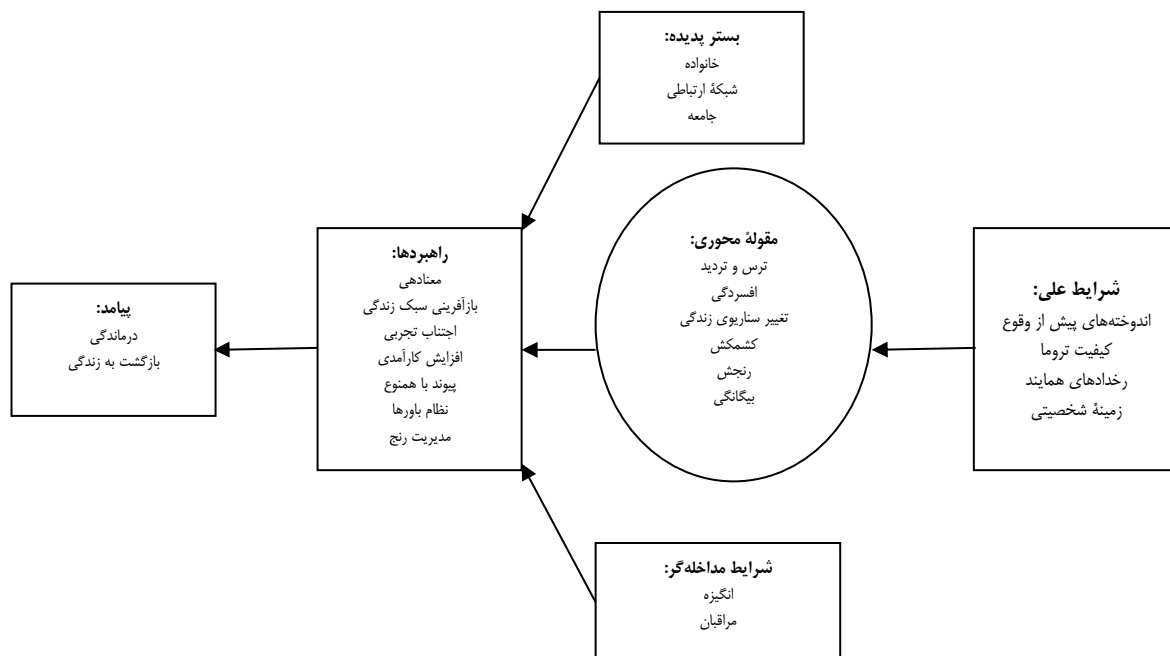
۳-۲-۲۲. جامعه: نگرش جامعه به نابینایی و اهتمام حاکمیت به رعایت اصل برابری فرصت‌ها، تسهیلات دولتی و خدمات مدنی، از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی افراد نابینا است. همچنین یکی از عناصر این عامل، ارائه خدمات روان‌شناختی تخصصی برای ترومای بینایی است که در نبود آن، فرایند سازگاری مبتلایان دچار اختلال می‌شود. در بین مصاحبه‌شوندگان موارد زیادی وجود داشت که تجربه‌های مرتبط با نگرش جامعه و دولت را بازنمایی می‌کرد. کدهای خرد «نگرش»، «دسترس‌پذیری»، «تسهیلات دولتی»، «حمایت‌های مدنی» و «خدمات روان‌شناختی و مشاوره» در این دسته بودند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این زمینه گفت: «دو تا مشکل داشتم. هم نابینا بودم، هم تجربه کاری نداشتم. گفتن نه، باید مطلب چاپ کرده باشی تو روزنامه تا بتونی تو کلاس شرکت کنی که اون موقع آقای... کمکم کرد. من مطلب می‌دادم به...؛ منتها هیچ کدوم چاپ نمی‌شد اون موقع. نمی‌کردن. می‌گفتن می‌کنیم، اما نمی‌کردن. حالا به هر دلیل. گفتن خوب حالا نابینایی، نمی‌تونی.»

۳-۲-۲۳. درماندگی: چنانچه فرایند سازگاری به‌درستی رخ ندهد، گذشته، حال و آینده فرد مخدوش می‌شود. فرد آنچه بر او گذشته را نه زندگی، بلکه صرفاً زنده‌بودن ارزیابی می‌کند، احساس تنهایی می‌کند و هیچ چشم‌انداز مثبتی برای آینده خود نمی‌بیند. درماندگی به‌عنوان پیامد منفی فرایند سازگاری در کدهای «یاس»، «تنهایی» و «زندگی نزیسته» بروز یافت. یکی از نابینایان احساس تنهایی خود را این‌طور توضیح داد: «فکر می‌کردم چقدر من غریبم. تو این دنیا چقدر از این‌ها فاصله دارم. این‌ها همه دارن از چیزهایی تعریف می‌کنن که برای من اصلاً امکان تعریفش نیست. خیلی دردناکه.»

۳-۲-۲۴. بازگشت به زندگی: در افراد آسیب‌دیده بینایی واجد سازگاری روان‌شناختی، نوعی انسجام در زندگی جدید بعد از نابینایی دیده می‌شود. استقلال، پذیرش، احساس امنیت و رضایتمندی عناصر این زندگی را تشکیل می‌دهند. در مقابل درماندگی، بازگشت به زندگی وجود دارد که پیامد مثبت فرایند سازگاری است. کدهای «استقلال»، «پذیرش»، «احساس امنیت» و «رضایتمندی» کدهای خرد این دسته هستند. یکی از نابینایان گفت: «می‌دیدم / گه کمکم هم نکنن، می‌تونم تا به حدودی تشخیص بدم دارم چی کار می‌کنم. تترسم از جلوی پام. دیگه اون روز که رسیدم به کلاس، بعد از اون عصا شد رفیق‌ترین رفیقم دیگه تا الان. بعد می‌گم پذیرفتم. دیگه. اونجا عملاً نشون دادم که پذیرفتم.» دیگری بیان کرد: «فکر می‌کنم خوب حرکتیم موفقیت‌آمیز بود. هر قدمش. در هر قدمش من به سمت استقلال پیش رفتم و جدایی از اون وابستگی و سربار بودن.»

۳-۳. یافته‌های مرحله کدگذاری گزینشی

در مرحله کدگذاری گزینشی، ارتباط کدهای محوری با هم مشخص شد تا مدل نظری پژوهش شکل گیرد. در این مرحله، پس از مرتبط‌شدن کدهای خرد و کدهای سازمان‌دهنده، الگوی نظری توسعه یافت. این اقدامات سبب شد پژوهشگر بتواند مفاهیم به‌دست‌آمده در مراحل کدگذاری باز و محوری را یکپارچه و از آن‌ها به‌منظور ارائه مدل سازگاری روان‌شناختی استفاده کند. به این منظور در قالب روش نظریه داده‌مبنا، با استفاده از پارادایمی که استراس و کوربین^۱ (۲۰۰۷) ارائه کرده‌اند، نقش کدهای محوری استخراج‌شده در قالب مدل پارادایمی^۲ شناسایی شد. مدل پارادایمی دارای اجزای زیر است:



شکل ۱. مدل پارادایمی سازگاری روان‌شناختی در نابینایی تروماتیک

۳-۳-۱. مقوله محوری (پدیده کانونی)

منظور از مقوله محوری رویدادی است که پژوهشگر در پی نظری‌سازی آن است و حاصل تعامل میان شرایط متفاوت است. در پژوهش حاضر سازگاری روان‌شناختی به‌عنوان پدیده کانونی یا مقوله محوری مطرح است. سازگاری با نایبایی تروماتیک برای افراد نایبنا شامل مقوله‌های ترس و تردید، تجربه افسردگی، کشمکش، رنجش و بار تغییر سناریوی زندگی است. این فضای ناخوشایند و پرچالش می‌تواند تحت تأثیر مجموعه‌ای عوامل تشدیدکننده یا کمی عمل کند. درواقع شرایط پیشایندی وجود دارد که می‌تواند سازگاری فرد نایبنا را در خلال این چالش‌ها و ناامنی‌ها تسهیل یا دشوار کند.

۳-۳-۲. شرایط علی

شرایط علی مجموعه‌ای از وقایع و شرایط است که بر مقوله محوری اثر می‌گذارد. شرایط علی رویدادها و وقایعی هستند که از نظر زمانی مقدم بر پدیده اصلی هستند. در پژوهش حاضر، مهم‌ترین شرایطی که پیشایندهای جریان سازگاری روان‌شناختی هستند عبارت‌اند از اندوخته‌های پیش از وقوع نایبایی، کیفیت تروما، رخدادها و زمینه شخصیتی فرد نایبنا. آنچه فرد تا قبل از وقوع پدیده نایبایی داشته، مانند موقعیت شغلی، احساس شایستگی، توانایی‌های مهارتی و... همه می‌تواند تسهیل‌کننده‌های جریان سازگاری باشد. به همین نسبت، وقایع مثبت یا منفی که هم‌زمان با نایبایی عارض می‌شود، جریان سازگاری را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به‌علاوه، ویژگی‌های شخصیتی فرد از قبیل واکنش به تجربه جدید، تاب‌آوری و... می‌تواند سازگاری با تروما را با شدت و کیفیت متفاوت تحت تأثیر قرار دهد.

۳-۳-۳. شرایط مداخله‌گر

شرایط مداخله‌گر شرایطی ساختاری هستند که به پدیده مورد نظر تعلق دارند و بر راهبردها اثر می‌گذارند. شرایط مداخله‌گر راهبردها را درون بستر خاصی محدود یا تسهیل می‌کنند. دو عامل بسیار مهم که به‌عنوان بستر سازگاری روان‌شناختی عمل می‌کنند، انگیزه فرد برای سازگاری و زنده‌بودن به‌طور کلی، و نحوه تعامل مراقبان، با فرد نایبنا، ترومای ایجادشده و جامعه است. این دو عامل می‌توانند جریان سازگاری را مختل یا تسهیل کنند.

۳-۳-۴. شرایط بستر (محیط نزدیک)

شرایط بستر مجموعه شرایطی هستند که زمینه پدیده مورد نظر را فراهم می‌سازند و بر رفتارها و کنش‌ها تأثیر می‌گذارند. شرایط بستر، مقوله محوری و نتایج آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در فرایند سازگاری با نایبایی تروماتیک، خانواده، شبکه اجتماعی و جامعه کلان، شرایط بستر بودند.

۳-۳-۵. راهبردها

منظور از راهبردها در رویکرد داده‌بنیاد، اقدامات هدفمندی هستند که راه‌حلی برای پدیده مورد نظر فراهم می‌سازند و پیامد می‌سازند. مهم‌ترین نمونه‌های راهبرد در این پژوهش معنادهی، بازآفرینی سبک زندگی، اجتناب تجربی، افزایش کارآمدی، پیوند با هم‌نوع، نظام باورها و مدیریت رنج است. این راهبردها در بین افرادی که با نایبایی تروماتیک سازگاری روان‌شناختی نسبی داشتند، مشاهده شد.

۳-۳-۶. پیامدها

پیامدها نتایجی هستند که از راهبردها و کنش‌های مربوط به پدیده مورد نظر حاصل می‌شوند. هرچا کنش یا واکنشی در پاسخ به امر یا مسئله‌ای یا به‌منظور اداره و حفظ موقعیتی انتخاب شود، پیامدهایی پدید می‌آید. پیامدهای فرایند سازگاری شامل درماندگی یا بازگشت به زندگی است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف درک تجربه سازگاری روان‌شناختی در نایبایی تروماتیک و با رویکرد کیفی به روش نظریه داده‌بنیاد انجام گرفت. همان‌گونه که مشاهده شد، در بخش اول کدگذاری، ۴۴۳ کد باز استخراج شدند. این کدها در ۹۱ کد محوری ذیل ۲۴

مضمون فراگیر دسته‌بندی شدند. در بخش کدگذاری گزینشی، پدیده سازگاری روان‌شناختی با مؤلفه‌هایی از جمله ترس و تردید، کشمکش، افسردگی و رنجش و تغییر سناریو زندگی تحت تأثیر عوامل پیشایندی است. این عوامل پیشایند شامل اندوخته‌های پیش از وقوع، کیفیت تروما، رخداد‌های همایند و زمینه شخصیتی فرد بودند. سازگاری در بستر خانواده، جامعه و شبکه ارتباطی صورت می‌گیرد و شرایط انگیزشی فرد یا واکنش‌ها، نگرش‌ها و شیوه عمل مراقبان در این فرایند مداخله دارد. مهم‌ترین راهبردها برای سازگاری روان‌شناختی شامل معنادهی، بازآفرینی سبک زندگی، اجتناب تجربی، افزایش کارآمدی، پیوند با هم‌نوع، نظام باورها و مدیریت رنج بود که می‌تواند در نهایت به درماندگی یا بازگشت به زندگی بینجامد.

جریان سازگاری در پی تجربه تروما ماهیتاً ناامن‌کننده (ترس و تردید) است و فرد را با تغییرات ناگهانی در شیوه تعامل با محیط مواجه می‌کند. این ناامنی و تغییرات، فرد را در کشمکش بین جهان قبل شامل باورها، نگرش‌ها و تعارض‌ها قرار می‌دهد و در بسیار از موارد موجب بروز علائم افسردگی یا حساسیت‌های هیجانی و رنجش می‌شود. فرد نیازمند کوشش بسیار برای بازگرداندن تعادل به زندگی است. بینایی به‌عنوان ابزار ادراک و حسی جهان، زمانی که فرد مدتی به آن خو گرفته است، کارکردی اساسی برای حفظ ارتباط با هستی دارد. نابینایی تروماتیک، چیزی فراتر از تجربه سوگ، یا ازدست‌رفتن یک اندوخته مالی است. به عبارت دیگر، ازدست‌رفتن نابینایی عامل تغییر، نه تنها در سطح داشته‌ها، بلکه در سطح ابزارهای سازگاری نیز هست.

با اینکه نابینایی تروماتیک برهم‌زننده تعادل روان‌شناختی و سبک زندگی است، نمی‌توان فرد را محکوم به یأس و فروپاشی دانست. چنان‌که در مدل نظری استخراج‌شده دیدیم، در میان بسیاری از افراد، رشد و سازگاری پس از تروما وجود دارد و بازگشت به زندگی و تعادل تحقق می‌یابد. مفهوم رشد بعد از تروما بیانگر این است که بعد از وقوع یک حادثه یا رخداد ناگوار، تغییرات مثبت شخصی و روان‌شناختی ممکن هستند (تدیسچی و کالهن^۱، ۲۰۰۴). این تغییرات مثبت در مقوله‌های افزایش ارزش زندگی، شناسایی روش‌ها، جهت‌گیری‌ها، امکانات و اولویت‌های جدید، ایجاد درک جدید از توانایی شخصی، بهبود روابط با دیگران و معنویت صورت می‌گیرد. بسیاری از افراد بعد از روبه‌روشدن با تروما، آگاهی وجودی بیشتری را تجربه می‌کنند و همین امر سبب درک عمیق‌تر از ارزش زیستن می‌شود.

همسو با پژوهش‌های گذشته (راموس و لیل^۲، ۲۰۱۳؛ هیل و واتکینز^۳، ۲۰۱۷) دیدیم که راهبردهای اصلی در جریان سازگاری روان‌شناختی با نابینایی تروماتیک شامل معنادهی، بازآفرینی سبک زندگی، اجتناب تجربی، افزایش کارآمدی، پیوند با هم‌نوع، نظام باورها و مدیریت رنج هستند. این راهبردها ماهیتاً بر بازسازی شناختی شامل نظام باورها و معنادهی مجدد، مقابله فعال شامل راهبردهای مقابله‌ای سازگار یا ناسازگار، تعامل اجتماعی با دیگران و هم‌نوع و انسجام تجربه‌هایی شامل تماس و پذیرش یا اجتناب و انکار هستند.

در مواجهه اولیه با نابینایی (خبر پزشکی یا دیدن علائم ضعف اولیه) که نخستین نقطه آگاهی است، نظام ذهنی فرد به هم می‌ریزد و انکار و تلاش برای نبود تماس هیجانی، در مقابل پذیرش و لمس واقعیت قرار می‌گیرد. این دوراهی نه‌فقط برای فرد، بلکه در اطرافیان او به‌ویژه مراقبان اصلی وجود دارد. در پژوهش حاضر دیدیم که بین واقعیت و نظام باورها کشمکش جاری می‌شود و فرد در مقابل این واقعیت با شوک روبه‌رو می‌شود. تدیسچی و کالهن^۴ (۲۰۰۴) در مدل رشد پس از سانحه معتقدند تروما موجب فروپاشی باورهای بنیادین فرد می‌شود. با این حال ارزیابی‌های مجدد و مرورهای ذهنی، باورها را از نو سازمان‌دهی می‌کند (سو و شرمن^۴، ۲۰۱۵)، هیل و واتکینز (۲۰۱۷) نقش مرور ذهنی (عمدی یا ناخواسته) در رشد بعد از تروما را بررسی کردند. نتایج آن‌ها مشخص کرد مرور ذهنی عمدی برای بازسازی نظام باورهای بنیادین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رشد بعد از تروما باشد. تدیسچی و کالهن^۴ (۲۰۰۴) نیز باور داشتند که ذهن‌ورزی با موقعیت در این مرحله، مکانیسم مهمی برای بازسازی باورها و پذیرش است.

عوامل اجتماعی نیز به عنوان متغیرهای مؤثر در جریان سازگاری مورد توجه پژوهش‌های گذشته بوده‌اند (هیل و واتکینز، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر مشخص شد جامعه، خانواده و شبکه ارتباطی به عنوان بستر سازگاری، نقش مهمی دارند. همچنین مراقبان به طور خاص عامل مداخله‌گر بودند؛ به این معنی که نحوه سازگاری خود مراقبان یا کارهایی که مرتبط با فرد نابینا انجام می‌دهند، در فرایند سازگاری مداخله دارد. از طرف دیگر، در نزدیک‌ترین سطح، شبکه هموعان و تعامل با آن‌ها از ارکان سازگاری است.

هیل و واتکینز (۲۰۱۷) نقش حمایت‌های اجتماعی را در سازگاری بسیار مهم می‌دانند. آن‌ها نشان دادند حمایت اجتماعی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش فشار روانی به رشد پس از تروما منجر می‌شود. مطابق یافته‌های کائو و همکاران^۱ (۲۰۱۸) حمایت اجتماعی محکم با سازگاری روان‌شناختی پس از تروما رابطه دارد. آن‌ها همچنین دریافتند حمایت اجتماعی با افزایش امکان مقابله‌های سازگانه سبب رشد فردی بعد از تروما می‌شود. ییونگ و لو^۲ (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی استرس ادراک‌شده در پی تروما را کاهش می‌دهد و از این طریق نقش واسطه‌ای استرس ادراک‌شده بین حمایت اجتماعی و بهبود پس از سانحه را نشان دادند. شواهد نشان داد بستر جامعه از کادر پزشکی تا قوانین و نگرش‌ها در سطح اجتماع در سازگاری روان‌شناختی نقش‌آفرینی می‌کنند (ییونگ و لو، ۲۰۱۸).

نظام باورهای فردی نیز بر نحوه سازگاری اثر می‌گذارد. معنادهی و سازمان‌دهی مجدد باورها از ارکان سازگاری روان‌شناختی است. برینتون^۳ (۲۰۱۶) نشان داد معنویت و باورهای مذهبی متغیرهای مؤثری بر رشد بعد از تروما هستند. همچنین هوساین و بوشان^۴ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای کیفی دریافتند باورهای مذهبی نحوه سازگاری و میزان سازگاری با تروما را بهبود می‌بخشد.

افرادی که توانسته بودند سازگاری روان‌شناختی خوبی با نابینایی تروماتیک پیدا کنند، راهبرهای مقابله‌ای فعال و سازگارانهای در جهت تغییر سبک زندگی، مدیریت رنج و افزایش خودکارآمدی داشتند. سبک‌های مقابله‌ای افراد متمرکز بر هیجان و متمرکز بر مسئله هردو با سازگاری روان‌شناختی رابطه مثبت داشت. در مقابل، سبک‌هایی که با انکار، سرکوب و بازداری هیجانی همراه هستند، پیامدهای منفی برای سلامت روان بعد از تروما دارند (پرزسانگریگوریو و همکاران^۵، ۲۰۱۷). پرزسانگریگوریو و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند مقابله فعال، دریافت حمایت (عاطفی و وسیله‌ای) و اتخاذ راهبرد پذیرش ویژگی‌های اصلی بیمارانی است که با تروما سازگاری خوبی داشته‌اند. سازمان‌بندی مجدد مثبت با سازگاری، و انکار با ناسازگاری و تخریب همراه است. راهبردهای فرد آسیب‌دیده و مراقبان در پژوهش‌های صورت‌گرفته با عنوان سبک‌های مقابله‌ای مورد توجه قرار گرفته است (پرزسانگریگوریو و همکاران، ۲۰۱۷). همسو با نتایج پژوهش فعلی، سبک‌های مقابله‌ای فرد و مراقبان رابطه تعاملی دارند و نمی‌توان آن‌ها را کاملاً مستقل از هم دید. سبک‌های مقابله‌ای که اجتماع‌محور، تعاملی و همیارانه‌اند، در سازگاری روان‌شناختی بسیار مهم هستند و در مقابل سبک‌های انزواگرایانه و دوری‌جویانه قرار می‌گیرند (جوزف، ۲۰۱۱).

درنهایت، یافته‌های بوکستون^۶ (۲۰۱۱) و للورین و همکاران^۷ (۲۰۱۰) مشخص کرد ویژگی‌های شخصیتی عوامل پیش‌بینی مهمی برای تعیین میزان و شکل سازگاری روان‌شناختی با تروما هستند. عوامل شخصیتی مانند روان‌نژندی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی با سازگاری روان‌شناختی بعد از تروما رابطه مثبت دارند. یکی از مؤلفه‌های دیگر که پژوهشگران در سازگاری با تروما به آن توجه کرده‌اند عوامل فردی است. در بین عوامل فردی ویژگی‌های شخصیتی، نگرش، عزت‌نفس، خودکارآمدی، خوش‌بینی، پذیرش و شوخ‌طبعی از مهم‌ترین عوامل بوده‌اند (للورین و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش حاضر تلاشی برای شناسایی روند و عوامل سازگاری روان‌شناختی با نابینایی تروماتیک بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد سیستم آموزشی، پزشکی، شهری و محیطی نقش بسزایی در ترمیم آسیب‌های روانی بعد از تروما دارد. ممکن است

1. Cao et al.

2. Yeung & Lu

3. Brinton

4. Hussain & Bhushan

5. Pérez-San-Gregorio et al.

6. Buxton

7. Leloirain et al.

عوامل محیطی و درمانی به‌طور کامل جبران‌کننده آسیب‌ها و نقص‌ها نباشد، اما این مقدار از احساس نادیده گرفته‌شدن و بی‌توجهی آسیب روان‌شناختی را دوجندان می‌کند. به‌علاوه، آموزش اعضای خانواده و فرهنگ‌سازی‌های کلی‌تر کمک شایانی به اصلاح نگرش و تسهیل تعامل با فرد نابینا می‌کند. بسیاری از افراد درک مناسبی از ضعف‌ها و توانایی‌های فرد نابینا ندارند و این امر سبب می‌شود نگاه ترحم‌آمیز یا ترس‌هایی القا شود که درواقع بسیار نابجا است. همچنین فرهنگ‌سازی در حوزه روابط عاطفی با فرد نابینا بسیار ضروری می‌نماید.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به شیوه کیفی انجام شد، اعتبار نتیجه‌گیری پژوهشگر، سوگیری‌های ذهنی پژوهشگر و محدودیت تعمیم‌پذیری کاستی‌های احتمالی به حساب می‌آید. همچنین ادراک فرد از روند سازگاری ممکن است بازنمای دقیقی از حالات هیجانی و روانی در هنگام مواجهه نباشد. به عبارت دیگر، آنچه فرد پس از گذشت زمان تجربه یا ارائه می‌کند، ممکن است تصویر دقیقی از واقعیت نباشد. به همین سبب لازم است فرایند سازگاری به شیوه‌های پژوهشی دیگری نیز بررسی شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش با کسب رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان انجام شد.

۶. حمایت مالی

این مطالعه به‌عنوان رساله دکتری در گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران بدون حمایت مالی انجام شد.

۷. تعارض منافع

در این پژوهش تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- ابوالمعالی حسینی، خ. (۱۳۹۱). *پژوهش کیفی از نظریه تا عمل*. تهران: علم. <https://www.gisoom.com/book/1824531/>
- استراوس، ای. ال.، و کوربین، جی. ام. (۱۳۹۰). *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*. ترجمه ابراهیم افشار. تهران: نشر نی. <https://www.gisoom.com/book/11210213>
- اسدی، ج.، رضایی، ر.، و ترابی، س. ا. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه جرأت‌ورزی، اضطراب، افسردگی و فشار روانی در افراد نابینا و بینا. *تعلیم و تربیت استثنائی*، ۵ (۹۳ و ۹۴)، ۳-۱۳. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-1591-fa.html>
- افروز، غ. (۱۳۸۱). *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنائی*. چاپ بیستم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری دانش‌آموزان نابینا. *روان‌شناسی افراد استثنائی*، ۱ (۱)، ۴۵-۶۶. https://jpe.atu.ac.ir/article_2025.html
- شمسای، ف.، اشترانی، ف.، و اشترانی، ا. (۱۳۹۳). مقایسه رضایت از زندگی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا با دانش‌آموزان مدارس عادی شهر همدان در سال ۱۳۹۲. *مجله علمی پژوهان*، ۱۳ (۱)، ۵۲-۶۰. <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-125-fa.html>
- قریشی راد، ف.، و بافنده قراملکی، ح. (۱۳۹۰). پایگاه‌های هویت شغلی و راهبردهای سازگاری در نوجوانان با آسیب بینایی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۱۸ (۲)، ۱۱۳-۱۳۴. https://psychac.scu.ac.ir/article_11723.html
- کرمی‌نژاد، ر. (۱۳۹۱). طراحی برنامه آموزش هوش هیجانی و بررسی تأثیر آن بر سازش یافتگی دانش‌آموزان با آسیب بینایی در دوره راهنمایی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی*، دانشگاه تهران. [لینک](#)
- محمدپور، ا. (۱۳۹۰). *روش تحقیق کیفی، ضد روش ۱، منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- وطنی، ص. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه مثبت‌نگری بر افزایش نشاط و کاهش باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان نابینا. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی*، دانشگاه تهران.

References

- Abol-Maali-Hosseini, K. (2011). *Qualitative research from theory to practice*. Tehran: Alam Publishing. <https://www.gisoom.com/book/1824531/> (In Persian)

- Afrooz, G. (2002). *An introduction to psychology and education of exceptional children* (20th ed). Tehran: Tehran University Press. <https://www.gisoom.com/book/11706023/> (In Persian)
- Asadi, J., Rezaei, R., & Torabi, S. E. (2009). Study and comparison of assertiveness, anxiety, depression and psychological stress in blind and sighted people. *Journal of Exceptional Education*, 5(93 and 94), 3-13. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-1591-fa.html> (In Persian)
- Ayvazoglu, N. R., Hyun-Kyoung, O., & Kozub, F. M. (2006). Explaining physical activity in children with visual impairments: A family systems approach. *Exceptional Children*, 72(2), 235-248. <https://doi.org/10.1177/001440290607200207>
- Boehm, K., Cramer, H., Staroszynski, T., & Ostermann, T. (2014). Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, eCAM*, 103297. <https://doi.org/10.1155/2014/103297>
- Brennan, M., & Cardinali, G. (2000). The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *The Gerontologist*, 40(3), 327-34. <https://doi.org/10.1093/geront/40.3.327>
- Brinton, C. T. (2016). A mixed methods analysis of the relationship between attachment, post-traumatic stress, and post-traumatic growth among United States service members. Dissertations, *Doctor of Psychology (PsyD)*. Department of Graduate Psychology, James Madison University. <https://commons.lib.jmu.edu/diss201019/122/>
- Brennan, M., & Cardinali, G. (2000). The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *The Gerontologist*, 40(3), 327-334. <https://doi.org/10.1093/geront/40.3.327>
- Buxton, A. (2011). Posttraumatic growth in survivors of breast cancer: The role of dispositional optimism, coping strategies, and psychosocial interventions. *Doctoral dissertation*, School of Graduate Studies, University of Toronto. <http://hdl.handle.net/1807/29674>
- Cao, W., Qi, X., Cai, D. A., & Han, X. (2018). Modeling posttraumatic growth among cancer patients: The roles of social support, appraisals, and adaptive coping. *Psycho-Oncology*, 27(1), 208-215. <https://doi.org/10.1002/pon.4395>
- Carr, A. (2004). Intervention for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Pediatric Rehabilitation*, 7(4), 231-234. <https://doi.org/10.1080/13638490410001727464>
- Celeste, A. (2006). Play behaviors and social interactions of a child who is blind: In theory and practice. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(2), 75-90. <https://doi.org/10.1177/0145482X0610000203>
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123. <https://uwe-repository.worktribe.com/output/937596>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research (3rd ed.): Techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Dennison, L., Moss- Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 141- 153. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.12.001>
- Dodds, A. G., Bailey, P., Pearson, A., & Yates, L. (1991). Psychological factors in acquired visual impairment: The development of a scale of adjustment. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85(7), 306-310. <https://doi.org/10.1177/0145482X9108500711>
- Dreer, L. E., Elliott, T. R., Fletcher, D. C., & Swanson, M. (2005). Social problem-solving abilities and psychological adjustment of persons in low vision rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 232-238. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.232>
- Fitzgerald, R. G., Ebert, J. N., & Chambers, M. (1987). Reactions to blindness: A four-year follow-up study. *Perceptual and Motor Skills*, 64(2), 363-378. <https://doi.org/10.2466/pms.1987.64.2.363>

- Ghoreyshi Rad, F., & Bafandeh Gharamaleki, H. (2011). vocational identity status and adjustment strategies in visually impaired adolescents. *Psychological Achievements*, 18(2), 113-134. https://psychac.scu.ac.ir/article_11723.html?lang=en (In Persian)
- Gouzman, J., Cohen, M., Ben-Zur, H., Shacham-Shmueli, E., Aderka, D., Siegelmann-Danieli, N., & Beny, A. (2015). Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9416-9>
- Griffin-Shirley, N., & Nes, S. L. (2005). Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(5), 276-285. <https://doi.org/10.1177/0145482X0509900503>
- Hernandez Trillo, A., & Dickinson, C. M. (2012). The impact of visual and nonvisual factors on quality of life and adaptation in adults with visual impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53, 4234-4241. <https://doi.org/10.1167/iovs.12-9580>
- Hill, E. M., & Watkins, K. (2017). Women with ovarian cancer: Examining the role of social support and rumination in posttraumatic growth, psychological distress, and psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24, 47-58. <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9482-7>
- Hussain, D., & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 720-735. <https://doi.org/10.1002/jclp.20801>
- Joseph, S. (2011). *What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth*. Basic Books/Hachette Book Group. <https://psycnet.apa.org/record/2011-24149-000>
- Karaminejad, R. (2012). Designing an emotional intelligence training program and examining its impact on the adaptation of students with visual impairment in middle school. *Master's thesis in Psychology and Education of Exceptional Children*, University of Tehran. (In Persian)
- Ladds, E., Redgrave, N., Hotton, M., & Lamyan, M. (2017). Systematic review: Predicting adverse psychological outcomes after hand trauma. *Journal of Hand Therapy*, 30(4), 407-419. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2016.11.006>
- Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Trauma across generations and paths to adaptation and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 22-29. <https://doi.org/10.1037/tra0000302>
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 14-22. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6>
- Lev-Wiesel, R., Nuttman-Shwartz, O., & Sternberg, R. (2006). Peer rejection during adolescence: Psychological long-term effects—A brief report. *Journal of Loss and Trauma*, 11(2), 131-142. <https://doi.org/10.1080/15325020500409200>
- Livneh, H. (2023). Homeostasis versus growth: A view of their roles in adaptation to adversity, trauma, chronic illness, and physical disability. Part I: History, structure, and processes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(4), 584-596. <https://doi.org/10.1037/tra0001419>
- Luyckx, K., Seiffge-Krenke, I., Schwartz, S. J., Goossens, L., ..., & Groven, C. (2008). Identity development, coping, and adjustment in emerging adults with a chronic illness: the sample case of type I diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 43(5), 451-458. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.04.005>
- Mohammadpour, A. (2011). *Qualitative research method, counter-method 1, logic and design in qualitative*. Tehran: Sociologists' Publications (In Persian)
- Nishimi, K., Tan, J., Scoglio, A., Choi, K. W., Kelley, D. P., Neylan, T. C., & O'Donovan, A. (2023). Psychological resilience to trauma and risk of COVID-19 infection and somatic symptoms across 2 years. *Psychosomatic Medicine*, 85(6), 488-497. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000001215>

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391-399. <https://doi.org/10.1037/pst0000228>
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2018). Cognitive processing of trauma—Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *The Review of Psychology*, 61(2), 171-187. [Google Scholar](https://doi.org/10.1080/0013792X.2018.1483333)
- Pandit, N. R. (1996). The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. *The Qualitative Report*, 2(4), 1-15. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/1996.2054>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. [Link](https://doi.org/10.1080/0013792X.2018.1483333)
- Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., Borda-Mas, M., ... & Gómez-Bravo, M. Á. (2017). Post-traumatic growth and its relationship to quality of life up to 9 years after liver transplantation: A cross-sectional study in Spain. *BMJ Open*, 7(9), e017455. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017455>
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43-54. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2243>
- Reinhardt, J., Boerne, K., & Horowitz A. (2009). Personal and social resources and adaptation to chronic vision impairment overtime. *Aging & Mental Health*, 13(3), 367-375. <https://doi.org/10.1080/13607860902860912>
- Rosenblum, L. P. (2000). Perception of the impact of visual impairment on the lives of adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(7), 434-447. <https://doi.org/10.1177/0145482X0009400703>
- Schilling, O. K., Wahl, H.-W., Horowitz, A., Reinhardt, J. P., & Boerner, K. (2011). The adaptation dynamics of chronic functional impairment: What we can learn from older adults with vision loss. *Psychology and Aging*, 26(1), 203-213. <https://doi.org/10.1037/a0021127>
- Senra, H., Oliveira, R. A., & Leal I. (2011). From self-awareness to self-identification with the visual impairment: a qualitative study with working-age adults at a rehabilitation setting. *Clinical Rehabilitation*. 25(12), 1140-1151. <https://doi.org/10.1177/0269215511410729>
- Shamsaei, F., Ashtarani, F., & Ashtarani, E. (2014). Comparison of life satisfaction in blind and deaf students with normal students of Hamadan schools in 2014. *Pajouhan Scientific Journal*; 13(1), 52-60. <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-125-en.html> (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), 45-66. https://jpe.atu.ac.ir/article_2025.html (In Persian)
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1153-1166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70-79. <https://doi.org/10.1002/pon.3596>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2006). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-593. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Stoute, B. J. (2022). Black rage: The psychic adaptation to the trauma of oppression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 69(2), 259-290. <https://doi.org/10.1177/00030651211014207>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Translated by E. Afshar (Translation published in 2011), Tehran: Nay. <https://www.gisoom.com/book/11051298/> (In Persian)
- Strauss, A.L. & Corbin, J. M. (2007). *Grounded Theory in Practice*, Thousand Oaks, CA: Sage.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Vatani, S. (2016). The effect of a positive thinking program on increasing cheerfulness and reducing irrational beliefs in blind students. *Master's thesis in Psychology and Education of Exceptional Children*, University of Tehran. (In Persian)
- Wahl, H., Becker, S., Burmedi, D., & Schilling, O. (2004). The role of primary and secondary control in adaptation to age-related vision loss: A study of older adults with macular degeneration. *Psychol Aging*, 19(1), 235-9. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.235>
- Wang, C., & Chan, C. (2009). Psychosocial adaptation status and health related quality of life among older Chinese adults with visual disorders. *Quality of Life Research*, 18, 841-51. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9505-z>
- World Health Organization. (2017). *Blindness and vision impairment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Yeung, N. C. Y., & Lu, Q. (2018). Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 41(1), 53-61. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000422>