**دو رویکرد(مدل) پزشکی و اجتماعی به معلولیت ؛ رویکرد اجتماعی یک ضرورت ویژه**

**شایسته کرمخانی[[1]](#footnote-1)**

افراد داراي معلولیت بزرگترین اقلیت جهان را تشکیل میدهند حدود 15 درصد از جمعیت جهان یا تقریباً حدود یک هفتم آنان با نوعی از ناتوانی زندگی میکنند( 2015, WHO ) که حدود 200 میلیون از این افراد مشکلات قابل توجهی را در عملکردشان تجربه میکنند ( 2011, WHO ) در ایران با توجه به آخرین آمار که مربوط به آبان 1390 است، ازکل جمعیت کشور، 1017659 نفر حداقل یک معلولیت دارند (سالنامه آماري، 1395)

در سالهاي آتی ناتوانی به یک نگرانی بزرگتر تبدیل خواهد شد چون نرخ آن به دلیل بالا رفتن جمعیت سالمند، افزایش ریسک ابتلا به ناتوانی در این افراد و همچنین افزایش جهانی بیماريهایی نظیر دیابت، سرطان، اختلالات سلامت روان و بیماريهاي قلبی عروقی رو به افزایش است. ناتوانی، مفهومی پویا، پیچیده، چندبعدي و بحث برانگیز است ( 2011, WHO ) .

این مفهوم در طول زمان تغییرات بسیاري داشته است. بر اساس آخرین طبقه بندي بین المللی عملکرد، معلولیت و ناتوانی و سلامت، عملکـرد عنوانی فراگیر است که تمام عملکردهاي بدن، فعالیتها و مشارکت فـرد را هماننـد چتـري در برمیگیرد و مشابه آن ناتوانی نیز عنوانی فراگیـر درنظـر گرفتـه میشود کـه بـراي اختلالها، محدودیتهاي حرکتی یا موانع مشارکت به کار .(WHO, 2001)

دیدگاه ها و الگوهاي ذهنی متفاوتی از دیر باز براي درك و بیان ناتوانی و عملکرد پیشنهاد گردیده است که میتوان بطور کلی آنها را بـه شـکل «الگـوي زیست - پزشکی» و «الگوي اجتماعی» بیان نمود. در دهۀ 1960 و 1970 دیدگاه فردي و پزشکی از ناتوانی به چالش کشیده شد و طیف وسیعی از رویکردهاي اجتماعی مانند الگوي اجتماعی معلولیت گسترش یافت. الگوي پزشکی، ناتوانی را مشکل فردي دانسته که مستقیماً به علل بیماري، ضربه یا سایر شرایط سلامت ایجاد میگردد و نیازمند خدمات پزشکی توسط متخصصین میباشد. اداره نمودن ناتوانی هدف الگوي مذکور از طریق درمان یا تطبیق و تغییر رفتار فـرد اسـت. خـدمات پزشـکی موضوع اصلی کار نشان داده شده است و در سطح سیاستگذاري، پاسخ عمده عبارت از تغییـر یـا اصـلاح راهکـارارائه بهداشتی خدمات است.

هرچند به واسطه تلاشهای معلولین در تصویب قوانین جدید حمایتی و اجتماعی و همچنین کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت رویکرد اجتماعی به معلولیت در چند دهه اخیر بر وضعیت معلولان در بسیاری از کشورها اثرگذار بوده است، فهم غالب از معلولیت ، کماکان در اکثر نهادهای دولتی که با مسائل معلولان سر و کار دارند فهمی زیست ـ پزشکی است و مدیران ارشد و میانی این سازمانها، اغلب دیدگاه زیست - پزشکی دارند . مدل پزشکی از معلولیت نه از لحاظ نظری و نه از لحاظ عملی نه تنها ظرفیت حمایت از حقوق معلولان را ندارد، بلکه بالعکس در طول تاریخ خود، تا همین امروز که شما این یادداشت را میخوانید، در زیر پا گذاشته شدن حقوق معلولان نقشی اساسی داشته است.

مدل زیست ـ پزشکی میان عارضه (impairment )و معلولیت (disability )تفاوتی قائل نیست و مشکلات معلولان را ناشی از خود آنها میداند. به عبارتی وجود عارضه (هر نوع تفاوت عملکردی جسمی و ذهنی ـ شناختی که محدودیتهایی در مقایسه با عملکرد جسمی و ذهنی ـ شناختی اکثریت ایجاد میکند) را مترادف با معلولیت و باعث ایجاد مشکل میداند. در این نگرش اگر فردی با مشکل دسترسی به یک ساختمان، مطالعه یک کتاب، عبور و مرور و... روبه رو شود، مشکل از آن فرد دانسته میشود و راهکار اصلی این است که در بدن و ذهن آن فرد تغییر ایجاد کرد. در چنین نگرشی، وجود اعلامهای صوتی برای چراغ عابر پیاده، مناسب سازی محلهای عبور و مرور و... اهمیتی ندارد.

در نگرش زیست ـ پزشکی به معلولیت، عارضه داشتن نامطلوب است و فرد معلول، ناتوان، وابسته و در مرتبه ای پایینتر از نامعلولان پنداشته میشود ،بنابراین، باید نسبت به از میان بردن امکان وقوع آن صرفا تلاش کرد.

در مقابل نگرش زیست ـ پزشکی، نگرش و مدلی دیگر برای فهم معلولیت پیشنهاد میکنند. این نگرش ریشه در تلاشهای فعالان معلول در سرتاسر جهان، باالاخص فعالین جنبش یوپیاس(اتحادیه افراد دارای عارضه علیه تبعیض و جداسازی) دارد که معتقد بودند همانطور که زنان، اقوام و گروههای اتنیکی و... تحت ستم و تبعیض مبتنی بر جنس و جنسیت و یا خاستگاه قومی و اتنیکی هستند، معلولیت نیز ناشی از ستم و تبعیض است، اما ستم و تبعیضی که علیه افرادی که خارج از محدوده تواناییهای اکثریت هستند.

در مدل اجتماعی میان عارضه و معلولیت تمایز قائلیم. عارضه ها وضعیتهایی جسمی یا ذهنی هستند، اما محدودیتها از آنها ناشی نمیشود، بلکه معلولیت حاصل تخاصم و تعارض یا مناسب و متناسب نبودن محیط بیرونی و سامان جامعه با نیازها و وضعیت افراد دارای عارضه است. به عبارت دیگر در این دیدگاه، معلولیت ناشی از عارضه نیست، بلکه ناشی از محدودیتهای محیط اجتماعی و کالبدی جامعه ای دانسته میشود که نامعلولان برای خود، و نه برای همه، ساخته اند. در مدل اجتماعی ساختار و سامان و سازمان این محیط ها " نقد" و برای تغییر و دگرگونی آنها تلاش میشود. از نظر مدل اجتماعی، این محیطها و ساختارهایشان و قواعد و هنجارهای حاکم بر آنها همگی بر اساس تواناییهایی که اکثریت دارند ، ساخته شده اند و تنوع، تکثر و تفاوت در تواناییهای بشری نادیده گرفته میشود.

الگوي اجتماعی ناتوانی، موضوع معلولیت را عمدتاً یک مشکل ایجادشده در اجتماع دانسته و اصولاً آن را در چارچوب حضور کامل در جامعه مورد ملاحظه قرار میدهد. ناتوانی یک صفت فردي نیـست، بلکـه مجموعۀ پیچیدهاي از شرایطی است که غالب آنها مخلوق محیط اجتماعی است، ازاینرو برخورد با مشکل مستلزم اقـدام اجتماعی و مسئولیت پذیري اجتماعی براي انجام تطابق هاي محیطی لازم براي مشارکت کامل افراد داراي نـاتوانی در تمام زمینه هاي زندگی اجتماعی است. ازاینروموضوع یک امر نگرشی و ایـدئولوژیک است و نیازمنـد تغییـر اجتماعی بوده و در سطح سیاستگذاري یک موضوع حقـوق بـشري اسـت. بـراي ایـن الگـو، نـاتوانی یـک موضـوع سیاستگذاري است (2001 ،WHO).

شواهد تجربی در حال افزایش در جهان، نشان میدهد که افراد داراي معلولیت و خانواده هایشان با احتمال بیشتري نسبت به افراد غیر معلول، محرومیتهاي اقتصادي، اجتماعی را تجربه میکنند. بسیاري از افراد داراي معلولیت دسترسی برابر به خدمات بهداشتی، تحصیلی و فرصتهاي شغلی را ندارند، خدمات مورد نیاز را دریافت نمی کنند و محرومیت از فعالیتهاي روزمرة زندگی را تجربه میکنند ( 2011, WHO).

در سراسر جهان، افراد داراي معلولیت با موانع گستردهاي ازجمله بهداشت، آموزش، اشتغال، حمل ونقل و ... روبرو هستند. این موانع به دلیل سیاستها، استانداردها، ارتباطات و بودجۀ ناکافی، عدم دسترسی به اطلاعات، نگرشهاي منفی و عدم مشارکت در تصمیم هایی است که به طور مستقیم بر زندگی آنها اثر میگذارد. در نتیجه افراد داراي معلولیت شرایط نامساعدتري در سلامت و شرایط اقتصادي، نسبت به سایر افراد دارند. مثل وضعیت بهداشتی ضعیف تر، دسترسی به خدمات آموزشی کمتر، مشارکت اجتماعی و اقتصادي کمتر و بالاتر بودن نرخ فقر ( 2015, WHO ) امـروزه، نقش افراد داراي معلولیت به عنوان عضوي از جامعه در عرصه هاي مختلف اجتماعی اهمیت ویژهاي یافته است؛ به طوريکه نسبت به گذشته، مطالعه و تحلیل جنبه هاي مختلـف زندگی ایـن گروه از جامعه توجه کارشناسان امر را جلب کرده است.

دپژوهش ها نشان میدهند که افراد داراي معلولیت در دسترسی به آموزش، اشتغال، فضاها و فرصتهاي اجتماعی در شرایط نابرابري با افراد بدون معلولیت قرار دارند و مورد تبعیض قرار میگیرند. مسئله تنها به خود فرد ختم نمیشود بلکه محیط اجتماعی و خانواده افراد داراي معلولیت را نیز درگیر خود میسازد (صادقی فسایی و فاطمی نیا، 1393 ). عمده ترین نیازهاي افراد دچار معلولیت در ایران در حوزه هاي آموزش و اشتغال و ازدواج است. همچنین، افراد مبتلا به ناتوانی جسمی در مقایسه با دیگر افراد جامعه مشارکت کمتري در اجتماع دارند و نفوذشان نیز کمتر است. آنها در مقایسه با افراد بدون معلولیت درآمد کمتر، تحصیلات پایینتر و شرایط سکونتی نامناسبتري دارند توجه و بررسی وضعیت افراد دچار معلولیت در عرصه سیاستگذاري و خدمات اجتماعی اهمیت بسیاري دارد. فرد داراي معلولیت در خلأ زندگی نمیکند بلکه با محیط و بستر اجتماعی در تعامل است. همچنین چگونگی درك فرد داراي معلولیت از ناتوانی تحت تأثیر ارزشهاي فرهنگی جامعه اي که در آن زندگی میکند قرار دارد. بنابراین ناتوانی نه تنها تابعی از ناتوانی جسمی فرد، بلکه تحت تأثیر عوامل اجتماعی است

انسانها موجوداتی چندبعدي هستند که بی اعتنایی به هریک از این وجوه، بخشی حیاتی از زندگی افراد را به مخاطره میاندازد و پیامدهاي قابل توجهی نیز بر کل زندگی آنان خواهد داشت

بررسی پیشینه پژوهش که با مرور منابع معتبر و مرتبط با موضوع مورد مطالعه انجام گرفت مشخص ساخت که علیرغم پیدایش مدل اجتماعی به معلولیت در پاسخ به مدل پزشکی و با وجود انجام پژوهشهاي متعدد در زمینۀ معلولیت، هنوز ابعاد اجتماعی معلولیت به خوبی بررسی و شناخته نشده است و نیاز به بررسی جنبه های بیشتری از نیازهای اجتماعی افراد در جامعه و رفع موانع و چالش ها می باشد .

Mitra, Posarac and Vick ( 2013 ) با استفاده از داده هاي بین المللی، به بررسی ویژگیهاي اقتصادي افراد داراي معلولیت در 15 کشور درحال توسعه پرداختند و نشان دادند در بیشتر کشورها، معلولیت بهطور قابل ملاحظه اي با بالا بودن فقر چندبعدي، همچون میزان تحصیلات پایین، میزان اشتغال پایین و هزینه هاي پزشکی بالا مرتبط است.

حسینی و صفري (1387 ) پژوهشی با عنوان معلولیت، فقر و طرد اجتماعی انجام دادند. این مطالعه از نوع اسنادي و تجزیه وتحلیل ثانویه است که از اطلاعات و آمار سازمان بهزیستی و مرکز آمار استفادهشده است. بر اساس یافته ها معلولیت در شرایط فقدان فرصتهاي زندگی به طرد اجتماعی منجر میشود. جامعه به منظور جذب کامل افراد داراي معلولیت ملزم به تأمین این فرصتهاست. در ایران از سویی با محدودیت و کمبود چشمگیر اطلاعات و آمار مربوط به جمعیت افراد داراي معلولیت و وضعیت آنها و از سویی با ناچیز بودن اقدامات حمایتی و محدودیت در اشتغال و فقر قابلیتی معلولان در زمینه هایی مانند آموزش مواجه هستیم. بر اساس نتایج در ایران افراد داراي معلولیت به دلایلی نظیر محرومیت درآمدي، مشخص نبودن میزان و نوع اشتغال، فقر قابلیتی در خصوص شاخص آموزش و فقدان اعتبارات لازم جهت اجراي قانون جامع حمایت از حقوق معلولان در شمار فقیرترین و مطرودترین افراد جامعه دارد.

صادقی فسایی و فاطمی نیا (1393 ) در پژوهشی با عنوان معلولیت نیمۀ پنهان جامعه، رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران با رویکردي جامعه شناختی به داده هاي موجود در دو سطح جهانی و ملی، پدیدة معلولیت را موردبررسی قرار داده و آن را مسئله اي اجتماعی معرفی نموده اند. این مطالعه به روش تحلیل ثانویه صورت گرفته و بنا بر نتایج پژوهش مذکور، آنچه که امروزه در تحقیقات مختلف مشاهده میشود به ویژه درداخل کشور نوعی رویکرد پزشکی و مدیریتی است که داراي نوعی التقاط گرایی است و به پدیده معلولیت به عنوان یک مسئلۀ اجتماعی نظر ندارند. در واقع اگرچه آنها خواهان حل یک یا چند مشکل افراد داراي معلولیت هستند اما نتوانستهاند وضعیت افراد داراي معلولیت و آثار و پیامدهاي مترتب بر آن را در درون نظام اجتماعی ترسیم کنند.

مزیتهای رویکرد و مدل اجتماعی به معلولیت

مهمترین مزیت توجه به مدل اجتماعی و فراتر رفتن از کلیشه های مدل پزشکی، فراهم کردن زمینه هایی برای شناخت و توجه به تبعیضها و فرایندهای طرد و غفلت اجتماعی است که علیه معلول شاهد هستیم. مدل اجتماعی با نشان دادن این که علل عمده وضعیت فعلی معلوالن عللی اجتماعی هستند و نه فردی، مطالبه و خواست تغییر و دگرگونی جامعه برای ایجاد شرایط انسانی و بدون تبعیض را تقویت میکند و بر تاریکیهای جهان ستمکاری که نامعلولان ساخته اند روشنی میافکند.اهمیت دیگر چرخش به سوی مدل اجتماعی مقابله با فرایند کالاسازی خدمات اجتماعی، خصوصاً خدمات مربوط به معلولان است. توانبخشی بدل به صنعتی شده است که خدمات و امکاناتی را که قرار بوده »حق« باشند، به کودکان و بزرگسالان معلول میفروشد. . بنابراین فقرا، حاشیه نشینان، گروههای اقلیت و... دسترسی کمتری به این خدمات خواهند داشت

موضوع دیگر که ترویج و جایگزین کردن مدل اجتماعی بر آن تاثیر مثبت دارد، در اولویت قرار گرفتن مناسب سازی در سیاستهای عمومی و برنامه های اجرایی در حوزه های مختلف از جمله آموزش است. معلولین زیادیخصوصا کودکان به دلیل در دسترس نبودن امکانات آموزشی مناسب و متناسب به کلی از آموزش محروم هستن؛. بعد مسافت مدارس مناسب، کمبود مدارس به نسبت تعداد کودکان، نبود منابع آموزشی مناسبسازی شده و متناسب )محتواها و کتب بریل و صوتی، ویدئوهای دارای مترجم اشاره یا زیرنویس مناسب، منابع بازنویسیشده یا متناسب سازی شده برای کودکانی که معلولیت شناختی ـ ذهنی دارند و...) و غفلت سیستماتیک از آموزش کودکان معلول در نظام آموزشی بر دسترسی یا طرد کودکان معلول از آموزش اثرگذار هستند

تأکید بر فراگیرسازی / دربرگیرنده سازی همه عرصه های جامعه برای معلولان، از جمله کودکان معلول و رفع تبعیض و طرد، مطالبه ای است که تنها باور به مدل اجتماعی - که علت معلولیت را پیش از آن که در فرد معلول جستجو کند، در جامعه جستجو میکند- ، میتواند برای آن عزم عمومی ایجاد کند. ضمن آنکه بسط یافتن مدل اجتماعی معلولیت در هر یک از انواع معلولیت تا به امروز توانسته است به عنوان یک ابزار تحلیلی کمک کند تا بتوان با شناسایی ارتباط میان جزئیات، ویژگیها و مسائل هر نوع از معلولیت با اقدامات ضروری برای مناسب سازی و متناسب سازی و همچنین فهم دقیقتر فرایندهای اجتماعی طرد و غفلت، اقدامات مؤثرتری انجام داد. البته در خاطر داشته باشیم که مدل اجتماعی ابداعی جدید نیست. در واقع مدل اجتماعی رشد و توسعه یافته نگرشهایی است که در گذشته و با اقداماتی جهت مناسب سازی و ایجاد امکان های اجتماعی و آموزشی برای معلولان شروع شدند، مانند ابداع خط بریل یا زبان اشاره.

کارکرد دیگر مدل اجتماعی مقابله با نگرشهای وابسته ساز خیریه ای و مسئولیت پذیر کردن دولت است. در نگرش شبه اخلاقی به معلولیت، معلولان نشانه قهر و انتقام خدا، واسطه های خرید بهشت، آزمایش الهی، تقدیر شوم، فرشته های زمینی و... برشمرده میشوند. در این نگرش کودک معلول به موجودی تقلیل داده میشود که از سر ترحم و دلسوزی باید به او کمکی کرد. در چنین نگرشی هیچ اهمیت ندارد که کودکان معلول مانند سایر کودکان از حقوق خود بهره مند باشند؛ این نگرش کودکان را موجوداتی میداند که باید به نمایش گذاشته شوند تا برای برآورده کردن نیازهای آنان خیران آستین همت بالا بزنند.

دیگر تأثیر چرخش از مدل پزشکی به مدل اجتماعی، تضعیف و حذف" داغ ننگی" است که با معلولیت همراه میشود. مدلپزشکی نه تنها معلولیت را به کلی نامطلوب میداند )و این در تقویت و بازتولید داغ ننگ مؤثر است(، بلکه با محدود کردن اقدامات به اقدامات پزشکی، چاره جویی را به کلی به ساحت فردی و تعدیل و تغییر ذهن و جسم معلول محدود میکند. به عبارت دیگر، مدل پزشکی هم میتواند تقویت کننده داغ ننگ باشد و هم از انجام هر اقدامی برای کاهش آن کمابیش غافل. کودکان معلول کنار همسالان نامعلول خود تجربه ای دوستداشتنی، جذاب و مبتنی بر تعامل و کمک کننده به رشد نخواهند داشت، مگر آنکه داغ ننگ و برچسب ناتوانی و کمتر بودن از معلولیت زدوده شود. مدل اجتماعی با طرح بحث مدارس فراگیر که کودکان معلول و نامعلول کنار هم تحصیل میکنند، مناسب سازی فضایی ـ محتوایی آموزش، ضرورت گنجانده شدن موضوعات مربوط به معلولیت با رویکردی اجتماعی در برنامه درسی، تعدیل برنامه درسی و انتظارات آموزشی با توجه به نیازها و ویژگیهای گروههای مختلف کودکان معلول و... به ما برای طی کردن چنین مسیری کمک خواهد کرد. همچنین در مدل اجتماعی از کلمات و عباراتی که واجد داغ ننگ و معنایی منفی هستند برای توصیف و تبیین استفاده نمیشود.

مدل اجتماعی معلولیت با در اولویت قرار دادن مشارکت معلولان به تجارب، فهم و خواستهای معلولان توجه بیشتری دارد و هم میتواند مانع اقدامات آسیب زا شود و هم کیفیت و دربرگیرندگی اقداماتی که برای معلولان انجام میشود را بیشتر میکند مدل اجتماعی در مقیاسی عام تر به بهبود کیفیت زندگی نامعلولان نیز کمک میکند. ضمن توجه به نیازهای فردی و خاص هر یک از معلولان در سطح فردی، مبنای این مدل مناسب سازی اجتماعی و کالبدی است. مناسب سازی معابر، نصب آسانسور و دربهای خودکار، ایجاد سرویسهای بهداشتی مناسب سازی شده و نظایر اینها همگی در کیفیت زندگی زنان باردار، والدین دارای نوزاد و نوپا، سالمندان و افرادی که موقتاً دچار عارضه شده اند )به عنوان مثال عارضه حرکتی موقت که استفاده از ویلچر را ضروری میکند( ،اثرگذار است .

1. **مددکار اجتماعی؛ دکتری جامعه شناسی گروه های اجتماعی** [↑](#footnote-ref-1)