

معلولیت: نیمه پنهان جامعه:
رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح
جهان و ایران

سهیلا صادقی فسایی*، محمدعلی فاطمی نیا**

مقدمه: معلولیت یا ناتوانی یکی از پدیده‌های پیدای و پنهان زندگی امروزه بشر است. پیدای از آن جهت که نرخ افراد دارای معلولیت بسیار بالا و در حال رشد است و پنهان از آن جهت که چندان مورد توجه جریان اصلی جامعه و سیاست‌گذاران اجتماعی نبوده است. در طول تاریخ بشر برخورد با معلولیت شکلهای متفاوتی به خود گرفته و از برخی جهات انسانی‌تر و از برخی جهات تبعیض‌گرایانه بوده است. این مقاله در نظر دارد با رویکرد جامعه‌شناختی به داده‌های موجود در دو سطح جهانی و ملی، پدیده معلولیت را مورد بررسی قرار دهد و به نوعی آن را به‌عنوان یک مسئله اجتماعی معرفی کند.

مرور انتقادی منابع: آنچه که امروزه در تحقیقات مختلف مشاهده می‌شود به‌ویژه در داخل کشور نوعی رویکرد پزشکی و مدیریتی است که دارای نوعی التقاط‌گرایی است و به پدیده معلولیت به‌عنوان یک مسئله اجتماعی نظر ندارند. اگرچه اغلب آنها خواهان حل یک یا چند مشکل معلولین هستند اما نتوانسته‌اند وضعیت معلولین و آثار و پیامدهای مترتب بر آن را در درون نظام اجتماعی ترسیم نمایند.

بحث: جمعیت معلولان در سرتاسر جهان رو به افزایش است و بر نیازها و مسائل آنها نیز روز به روز افزوده می‌شود. جامعه معلولین از حیث دسترسی به فضاهای اجتماعی، آموزش، اشتغال، برابری فرصتها، منابع اقتصادی و بسیاری موارد دیگر در رنج هستند و به کمک و توجه بیشتر مسئولان و سیاست‌گذاران اجتماعی نیازمندند. این افراد با وجود محدودیتهای مضاعف و متراکم نسبت به دیگر گروهها و اقلیتهای جامعه، در نظام سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کمتر لحاظ شده‌اند و مسائل آنها به خوبی شناسایی نشده است

کلیدواژه‌ها: تبعیض، فقر، مدل اجتماعی، مدل پزشکی، معلولیت

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۲۱ **تاریخ پذیرش:** ۹۳/۴/۴

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه تهران

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول) <fateminia.s@ut.ac.ir>

مقدمه

معلولیت یکی از وجوه زندگی بشری است که در طول تاریخ و در تمام جوامع به انواع گوناگون وجود داشته است. امروزه هم کشورهای رو به توسعه و هم ممالک صنعتی و پیشرفته، شاهد حضور معلولان در اجتماع شان می‌باشند. بررسی وضعیت معلولین بیانگر وجود مسائل متعدد و متراکم در این بخش از جامعه می‌باشد. معلولین نه تنها به لحاظ تاریخی مورد غفلت واقع شده‌اند و در نظام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری اجتماعی جایگاهی نداشته‌اند بلکه علی‌رغم شناسایی شرایط سخت زندگی آنها، هنوز در بسیاری از کشورها از جمله ایران در اولویت برنامه‌ریزی قرار ندارند. آمار نشان می‌دهد که در گذشته نه چندان دور یعنی سال ۱۹۷۰، میزان افراد معلول در حدود ۱۰٪ بوده که این نرخ در سال ۲۰۱۱، به ۱۵٪ رسیده است یعنی حدود ۷۸۵ میلیون نفر که از میان آنها ۱۱۰ میلیون نفر دارای معلولیت سخت^۱ می‌باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). از این منظر می‌توان گفت که معلولین یک اقلیت بزرگ در جامعه‌اند که از جوانب مختلف حقوق آنها نادیده گرفته می‌شود. فرایند توسعه روزافزون و ایجاد مخاطرات جدید برای حیات انسانی و هم‌چنین تغییر سبک زندگی انسان امروزی، آینده امیدوار کننده‌ای را به تصویر نمی‌کشد. سرعت تغییرات در جامعه به حدی زیاد و دور از دسترس شده است که انسان عادی نمی‌تواند خود را با آنها تطابق دهد چه برسد به یک فرد معلول که ممکن است محدودیتهای مختلفی را داشته باشد. جامعه معلولین از ابعاد مختلف دارای مسئله هستند مانند محدودیتهایی که ناشی از معلولیت آنهاست، مناسب نبودن فضاهای شهری، عدم حمایت مناسب بیمه‌ها و خدمات درمانی، فقر خانواده‌ها، ناتوانی در تأمین هزینه‌ها، محدودیت در تعاملات اجتماعی اعضای خانواده، هزینه‌بر بودن عادی‌سازی فعالیت معلولین، نبود راهبردها و سیاستهای یکسان و زمینه‌مند در خصوص معلولین و بسیاری

1. severe disability

مسائل دیگر که فرایند برگشت معلولین به فضا‌های اجتماعی را مشکل می‌سازد. در حالی که انواع و تعریف معلولیت با گذشت زمان و با در نظر داشتن جوامع مختلف فرق می‌کند، اما موضوعی که در بین همه مشترک است رسیدگی به وضعیت معلولان و طرح و تطبیق برنامه از طریق دولت، و ارگان‌های غیردولتی برای بهبود وضع معلولان است. این مقاله در نظر دارد با بررسی رویکردهای نظری درباره معلولیت نگاهی جامعه‌شناختی و مسئله‌شناسانه از وضعیت معلولین در جهان و ایران ارائه دهد. این مطالعه که مبتنی بر یک روش تحلیل ثانویه است سعی دارد داده‌های موجود را مورد تدقیق و تحلیل قرار دهد. هسته اصلی این مقاله مسئله بودن معلولیت و آینده نگران‌کننده آن از حیث روند افزایشی، نگاه صرفاً پزشکیانه به معلولیت و مناسب نبودن شرایط محیطی و اجتماعی است که لزوم توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی را برجسته می‌کند.

رویکردهای نظری به معلولیت

شاید بتوان گفت که اولین حوزه اثرگذار بر علوم اجتماعی، حوزه پزشکی و نگاه ارگانیکی به جامعه است (ولف و همکاران، ۱۳۸۵). اغلب بزرگان و نظریه‌پردازان کلاسیک رویکردی ارگانیک به جامعه دارند. دورکیم به‌عنوان یکی از اثرگذارترین جامعه‌شناسان، جامعه را در دو وضعیت بیمار/سالم مورد بررسی قرار می‌دهد. دیدگاه به‌هنجار و نابه‌هنجار ناظر به همین روایت است. امروزه جامعه‌شناسی در فرایندی تخصصی شدن، قسمتی از مطالعات خود را به جامعه‌شناسی پزشکی معطوف کرده است و به‌عنوان یک علم مضاف، زمینه‌های پزشکی و سلامت را موضوع مطالعه خود ساخته است. بررسی وضعیت معلولین یکی از نزدیک‌ترین موضوعات به جامعه‌شناسی پزشکی است. رویکردهای مختلفی در این حوزه وجود دارد که اگرچه شباهتهای فراوانی با هم دارند ولی تقسیم‌بندی متفاوت آنها مبنای تحقیقات مختلف قرار گرفته است. یکی از مهم‌ترین این تقسیم‌بندیها رویکرد

کل‌گرایانه^۱ در مقابل رویکرد زیستی و پزشکی است. در رویکرد اخیر تنها به وضعیت بیمار یا معلول در حوزه شخصی و محدودیتها و به‌ویژه از حیث پزشکی و زیستی پرداخته می‌شود. اما در رویکرد کل‌گرایانه نه تنها بیمار بلکه تعاملات او با محیط و جامعه و حتی سیاست و سیاست‌گذاری نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. در واقع بررسی جامعه‌شناختی معلولیت نوعی رویکرد کل‌گرایانه به موضوع است که سعی دارد زمینه‌های اجتماعی، فرایندها و پیامدهای مترتب بر پدیده معلولیت را در فضای اجتماعی مورد مذاقه قرار دهد. به طور کلی مطالعات جامعه‌شناختی معلولیت در قالب چهار مکتب کارکردگرایی، تفسیرگرایی^۲، انسانگرایی رادیکال^۳ و ساختارگرایی رادیکال^۴ قابل بحث و بسط است (گودلی، ۲۰۱۱). در نگاه کارکردگرایان جامعه یک وضعیت ارگانستی است که همه اعضا در چارچوب هماهنگی و توافق با هم همکاری دارند (توماس، ۲۰۰۷). آنها فرد معلول را به‌عنوان یک جسم مادی ناقص^۵ می‌بینند که در انجام کارکردهای خود ناتوان است (دونالدسون، ۲۰۰۲). ریشه این دیدگاه در نظریه نقش بیمار^۶ پارسونز است یعنی نقشی که ناسازگار، ناتوان و ضعیف در انجام وظایف مترتب بر آن است (گودلی، ۲۰۱۱). در واقع در این نحله فکری معلولیت با اختلال یکی انگاشته می‌شود. بنابراین فرد معلول باید خود را در اختیار اقتدار نظم حاکم قرار دهد و با پیروی از رژیم‌های مدیریت درمان، خود را به نظم اجتماعی پیوند دهد. عبارت دیگر معلول یک فرد متفاوت، وابسته و فرمانبر است (گرینوپ، ۲۰۰۹) که برای پیوند دوباره با جامعه چاره‌ای جز اعتماد و سپردن خود به دست افراد متخصص و حرفه‌ای پزشکی مانند مددکاران ندارد (گودلی و لاونوم، ۲۰۰۵). این نحله فکری در مطالعات معلولیت تا دهه ۹۰ به حیات خود ادامه داد (ریوکس، ۱۹۹۴). رویکرد تفسیرگرایی نیز معتقد است که معلولیت طی یک فرایند تفسیری در تعاملات

1. holistic approach

2. Interpretivism

3. radical humanism

4. radical structuralism

5. deficient material body

6. sick role

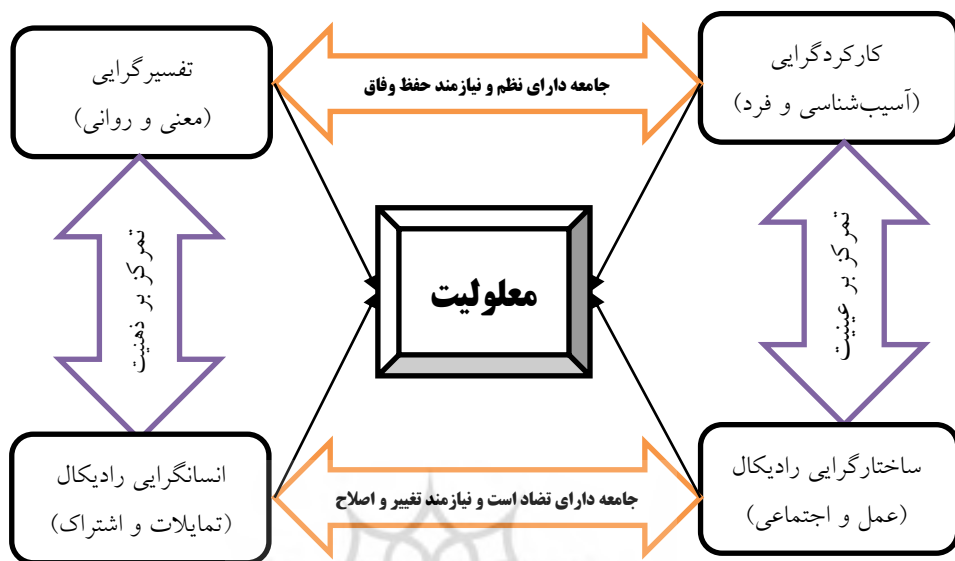
اجتماعی برساخته می‌شود. آنها معلولیت را یک تولید ارادی فعال برای خلق یک هویت اجتماعی تعریف می‌کنند (گودلی، ۲۰۰۴). اساس این نحله بر نظریه گافمن قرار گرفته است که الهام‌بخش بسیاری از مطالعات موضوع معلولیت بوده است (شری، ۲۰۰۶؛ شکسپیر، ۲۰۰۶). مفهوم‌سازی گافمن توضیح می‌دهد که چگونه معلولیت موضوع انگ‌زنی و نوعی ضایع شدن هویت قرار می‌گیرد به شکلی که آنها را به‌عنوان گروهی غیرخودی و بیرونی تعریف کند (اولیور، ۱۹۹۰). در واقع نهادهای مختلف مانند مدرسه و بیمارستان بر افراد معلول انگ ناتوانی می‌زنند و باعث می‌شوند که آنها متناسب با همان انگ از خود رفتار نشان دهند. این رفتار ضعیفانه یا مانند عقب‌مانده‌ها کم‌کم به هویت دوم این افراد تبدیل می‌شود که این امر به نوبه خود زمینه انزوای اجتماعی - عاطفی آنها را فراهم می‌کند (کوگل، ۱۹۸۶). در واقع بدن و معلولیت آن نقطه پیوند فرد و جامعه است. به این معنا که جامعه و تفاسیر آن از فرد معلول، بدن را به یک محصول اجتماعی تبدیل کرده رفتارها و تعاملات انسان را هدایت می‌کند.

انسان‌گرایان رادیکال، معلولیت و اختلال را علائمی فرهنگی - اجتماعی تعریف می‌کنند که فرهنگها و ایدئولوژیهای مختلف آن را تولید می‌کنند. بنابراین واژه‌هایی که برای توصیف یک فرد معلول بکار گرفته می‌شود حاوی ارزشها و هنجارهای اجتماعی نهفته‌ای است که تنها با روشهای عمیق علمی و مردم‌شناسانه می‌توان آن را فهم کرد. این رویکرد ریشه در نظریات مارکس انسان‌گرا و مکتب فرانکفورت دارد (پارکر، ۱۹۹۷). از این نقطه نظر مفاهیمی که برای توصیف بکار گرفته می‌شوند سرشار از عناصر فرهنگی و ایدئولوژیکی است که نباید از چشم محقق دور نگاه داشته شود. معلولیت وضعیتی است که از طریق آن می‌توان بدن سالم را به جامعه معرفی کرد به عبارت دیگر به طور غیرمستقیم ایدئولوژی سالم بودن را تبلیغ می‌کند (فوکس و لیبکین، ۲۰۰۲). در واقع معلول/غیرمعلول

فرایند جذب و طرد اجتماعی است که در قالب واژه‌ها و مفاهیم خود را به منصف ظهور می‌رساند. آن هم جذب و طردی که تأمین‌کننده منافع گروهی خاص است. بنابراین مبتنی بر این رویکرد برای فهم نزدیک به واقعیت موضوع معلولیت لازم است که به تمامی عناصر فرهنگی، ارزشی، ایدئولوژیکی و هنجاری که ممکن است در مفاهیم مستتر باشد تردید نمود و آنها را از ذهن خود دور کرد.

ساختارگرایان رادیکال نیز معلولیت را به‌عنوان یک فرایند طرد ساختاری، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تعریف می‌کنند که باعث می‌شود فرد معلول از عرصه‌های عادی زندگی منزوی شود. این رویکرد که به نوعی ماتریالیسم تاریخی منسوب است بر بسیاری از مطالعات در زمینه معلولیت اثر گذاشته است. ساختارگرایان رادیکال تحت تأثیر جامعه‌شناسی مارکسیستی، معلولیت و بیماری را محصول نظام سرمایه‌داری معرفی می‌کند. آنها معلولان را به‌عنوان دریافت‌کنندگان منفعل مداخلات و ایدئولوژی طبقه حاکم به تصویر می‌کشند. ماتریالیستها معتقدند معلولیت بهانه خوبی برای طرد اجتماعی و محرومیت از مشارکت فعال در فعالیتهای اقتصادی است (ارولز، ۲۰۰۵).

از زمانی که نیروی کار به‌عنوان کالایی در جامعه خرید و فروش می‌شود معلولان بیش از گذشته از صحنه اجتماع طرد شده‌اند (گلیسون، ۱۹۹۹). نظریه‌پردازان این نحله معتقدند که معلولان در دوران فئودالی از فرصتهای اجتماعی حداقلی برخوردار بودند و معمولاً از سوی نهاد خانواده و کلیسا مورد حمایت قرار می‌گرفتند. اما در دوران سرمایه‌داری با گسترش اقتصاد بازاری مبتنی بر تولید معلولان بیشتر از گذشته قدرالسهم اجتماعی خود را از دست داده‌اند. یکی از مهمترین نحله‌های مطالعاتی با نام مدل اجتماعی معلولیت از دل همین رویکرد سر برآورده است (گودلی، ۲۰۱۱).



نمودار (۱) رویکردهای مختلف جامعه‌شناختی به پدیده معلولیت (منبع: گردلی، ۲۰۱۱)

دو مدل اساسی برای بررسی معلولیت وجود دارد که یکی مدل پزشکی و دیگری مدل اجتماعی است. در مدل پزشکی معلولیت یک عارضه شخصی محسوب می‌شود که از بیماری و یا نقص ژنتیکی ناشی می‌شود که نیازمند درمان حرفه‌ای است. در واقع این فرد متخصص و حرفه‌ای است که تعیین می‌کند چه کسی معلول و یا غیر از آن است. از این منظر معلول عضو منفعل جامعه است که همراه با دیگر معلولین به نوعی از جامعه جدا نگاه داشته شده‌اند. هم‌چنین جامعه معلول را فردی ناکارآمد و ناقص تلقی می‌کند که نمی‌توان از او انتظار زیادی داشت. هسته مرکزی این مدل بر درمان و دستیابی به سلامت

قرار گرفته است و در سطح سیاسی و برنامه‌ریزی تنها به سیاستهای درمانی توجه دارد (کوربت و کلوگ، ۲۰۰۰؛ به نقل از دانکن، ۲۰۱۳). این رویکرد تا قبل از دهه ۱۹۸۰ مسلط بوده است. پس از این دوران مدل فوق از سوی صاحب‌نظران مورد نقد قرار گرفت. یکی از انتقادات نظریه به‌هنجارسازی^۱ است. این نظریه مربوط به دوران بعد از جنگ و ظهور جنبشهای اجتماعی و دولت رفاه است و بیشتر در کشورهای اسکاندیناوی گسترش یافت و ریشه در نظریات انحرافات اجتماعی و کارکردگرایی ساختاری داشت (نیچر، ۱۹۶۹؛ بنک میکلسون، ۱۹۸۰). ریشه انتقادی این نظریه را در خط فکری می‌توان جست یکی نظریات فوکو در نقد نظام اجتماعی مبتنی بر انضباط امروزی که سعی دارد همه سازمانها و افراد جامعه را به شکلی منظم به انضباط درآورد (فوکو، ۱۳۸۷). از دیگر آتش‌خورهای این نظریه مطالعات تجربی سلامت است که سعی دارد با روشهای جدید فکر کردن، کار کردن و ساماندهی کردن، بیماران را به زندگی عادی خود برگرداند. در واقع به‌هنجارسازی معتقد است که باید به‌وسیله سازمانهای خدماتی زندگی شادی را برای افراد معلول فراهم کرد. ولی بعدها به دلیل فاصله‌ای که بین چارچوبهای نظری و اصول عملیاتی آن وجود داشت مورد انتقاد قرار گرفت زیرا منتقدین بر این باورند که این فرایند باعث شده که برخی اصول عملیاتی مانند خدمات اجتماعی بدون توجه به چارچوبهای نظری منسجم بکار گرفته شود که این امر موجب جدایی و انزوای افراد معلول از جریان اصلی جامعه شد (استاکر و همکاران، ۱۹۹۹).

علاوه بر این ولفنبرگر^۲ بر این نکته تأکید می‌کند که به‌هنجارسازی جامعه حاوی ایدئولوژی است که او از آن به‌عنوان ایدئولوژی بد^۳ یاد می‌کند. این ایدئولوژی همان

-
1. theory of normalization
 2. Wolfensberger
 3. bad ideologies

نادیده گرفتن تنوع و تفاوت‌های طبیعی درون جامعه است که این نظریه آن را محکوم به نبودن می‌کند. او معتقد است که گسترش خدمات مراقبتی و درمانی موجب انسان‌زدایی، انزوای اجتماعی و زدودن ارزشها از چهره عده‌ای از افراد یک جامعه می‌شود (ولفنزبرگر، ۱۹۷۲). به هر حال اگرچه این نظریه خود مورد نقد بود اما زمینه را برای ظهور مدل اجتماعی معلولیت فراهم کرد.

مدل اجتماعی نگاهی کلان و کلی به معلولیت معلول دارد و معتقد است رویکردهای پیشین مبتلا به ایدئولوژی نظام سرمایه‌داری است. در این مدل برخلاف مدل پزشکی و نظریه نرمال سازی، معلولیت را در محیط اجتماعی خود فهم می‌کند. اولیور^۱ (۱۹۹۰)، مبتنی بر یک تحلیل مارکسیستی بیان می‌دارند که با توجه به نیاز روزافزون نظام سرمایه‌داری در دوران صنعتی شدن به نیروی کار، اغلب، افراد معلول را به‌عنوان بار سنگینی تعریف کردند که فاقد کارکردهای لازم برای جامعه هستند. به همین دلیل او معلولیت را یک اختلال فردی تعریف نمی‌کند بلکه آن را یک محصول اجتماعی می‌داند. بنابراین او به جای واژه «اختلال»^۲ از مفهوم «معلولیت»^۳ استفاده می‌کند. فرایند مذکور افراد دارای معلولیت را نادیده گرفته و در برنامه‌ریزی اجتماعی به حساب نمی‌آورند. لذا مسئله در همین جا نهفته است که جریان اصلی جامعه از پذیرش افراد معلول سر باز می‌زند. این نقادها به خوبی جای خود را در جامعه باز کرد طوری که تعداد بسیاری سازمان مردم نهاد تشکیل شد و تعاریف متعارف را کنار گذاشتند و افراد معلول را به‌عنوان یک محصول اجتماعی در مبارزات خود هدف برنامه‌ریزی اجتماعی قرار دادند (اتحادیه معلولان فیزیکی علیه تبعیض، ۱۹۷۶). در اثر فعل و انفعالاتی که در حوزه نقد و نظر صورت گرفت مدل

-
1. Oliver
 2. impairment
 3. disability

اجتماعی پا به عرصه تحلیل، بررسی و برنامه‌ریزی برای معلولان گذاشت. این مدل از دریچه فرهنگ و جامعه به مسئله معلولیت می‌نگرد. ریشه چنین نگاهی به معلولیت به دوران قبل جنگ جهانی بر می‌گردد. افراد دارای اختلالات فیزیکی و روانی تا پیش از جنگ جهانی به‌عنوان افرادی فاقد کارایی لازم تشخیص داده و به نوعی از جامعه حذف می‌شدند. نمونه عینی و خشن این رفتار، برخورد نازیها با معلولین برای اصلاح نژاد بود (گالاگر، ۱۹۹۵؛ بورلیگ، ۱۹۹۴). بعد از جنگ جهانی به چند دلیل این نوع نگاه به معلولان تغییر کرد. که از جمله می‌توان به تعداد زیادی از افراد که در فرایند جنگ به جمع معلولان پیوستند، اشاره کرد. از طرفی پیشرفتهای علم پزشکی نیز موجب شد تا بر تعداد افراد معلول و سالمند اضافه شود (بارنز به نقل از واتسون و همکاران، ۲۰۱۲). همه این شرایط باعث شد که نیمه دوم قرن بیستم مراکز ارائه خدمات برای افراد دارای معلولیت گسترش پیدا کند و حضور اجتماعی آنها بیش از پیش پر رنگ شود.

شکل‌گیری مبارزات اجتماعی معلولان زمینه را برای عادلانه‌سازی فضاهای اجتماعی فراهم ساخت و آنها توانستند به امتیازاتی دست یابند. یکی از فراگیرترین جنبشهای اجتماعی در این حوزه اتحادیه معلولان فیزیکی علیه تبعیض^۱ است که در سال ۱۹۷۴ تشکیل شد. آنها با یک دیدگاه فرهنگی و اجتماعی سعی در حذف و تعدیل بسترهای تبعیض، پیش‌داوریها، برچسب‌زنیها و بسیاری از برساخته‌های اجتماعی دارند. در واقع مدل اجتماعی معلولیت محصول تلاشها و مبارزات معلولان برای دستیابی به حقوق اساسی خود و تغییرات نظری و اجتماعی است که در نیمه دوم قرن بیستم صورت گرفت. از دیدگاه مدل اجتماعی، معلولیت یک تفاوت است و نه یک اختلال بنابراین معلول بودن بیانگر وضعیتی خنثی است و نه منفی. معلولیت یک امر واقعی است و محدودیتهای خاص

1. Union of the Physically Impaired Against Segregation

خود را دارد اما نگاه به معلولیت محصولی اجتماعی است که در فرایند تعامل بین فرد و جامعه برساخته می‌شود. راهبرد اساسی برای از بین بردن مسائل و مشکلات افراد دارای معلولیت کنار گذاشتن پیشداوریها و تصورات قالبی است که علت انزوای اجتماعی و نادیده گرفتن معلولین در نظام سیاست‌گذاری اجتماعی می‌شود (بارنز، ۱۹۹۶، ۱۹۹۰؛ اولیور، ۱۹۹۰، ۱۹۹۶، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴؛ موریس، ۲۰۰۲). به هر حال مدل اجتماعی معلولیت در پی توجه و بررسی همه جانبه مسئله معلولیت است. رویکرد اجتماعی به معلولیت هم علل معلولیت، هم فرایند تعریف معلولیت و هم نتایج و پیامدهای معلولیت را تحلیل می‌کند.

مقاله حاضر سعی دارد با استفاده از مدل اجتماعی، مسئله معلولیت را تحلیل و بررسی کند. از حیث علل معلولیت سه دسته را می‌توان شناسایی کرد یکی علل ژنتیکی مانند سندرم داون^۱ یا منگولیسیم است که به دلیل حضور تمام یا بخشی از یک کروموزم اضافی در جفت کروموزم ۲۱ به وجود می‌آید. دومین علل مادرزادی است که در اثر مراقبت نکردن و توجه کافی نداشتن در دوران بارداری به وجود می‌آید به‌عنوان مثال می‌توان به عدم توجه به تغذیه مناسب و آسیب‌پذیری جنین در شرایط استرس و فشار اشاره کرد. و نهایتاً سومین علت معلولیت حوادث و اتفاقات زندگی است مانند جنگ، تصادف، آلودگیهای زیست محیطی و.... تحقیقات نشان می‌دهد که در حدود ۱۵٪ از معلولین با معلولیت به دنیا می‌آیند و مابقی یعنی حدود ۸۵٪ در طول زندگی دچار معلولیت می‌شوند (ایتزن و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین می‌توان گفت که هر کسی در طول زندگی خود احتمال دارد به جمع معلولان جامعه بپیوندد.

فرایند تعریف و دسته‌بندی معلولیت نیز مورد توجه مدل اجتماعی است. در واقع در

1. Down syndrome

درون این رویکرد دو موضع یعنی نگاه واقع‌گرایانه و نگاه برساخت‌گرایانه به معلولیت اساسی است. موضع واقع‌گرایانه مدل اجتماعی معلولیت را انکار نمی‌کند و شرایط وجودی و هستی‌شناختی آن را می‌پذیرد اما معتقد است که فرایند تعریف معلولیت در تعاملات اجتماعی شکل می‌گیرد. به این معنا که مردم عادی فرد معلول را به‌عنوان یک معلول واقعی تصور می‌کنند و با او تعامل دارند. به بیان دیگر آنها فکر می‌کنند اگر کسی معلول است در سایر جهات هم ناتوان است. این تصور قالبی موانعی را برای محدود کردن بیشتر فرد معلول فراهم می‌کند و او را هر چه بیشتر از جریان عادی زندگی دور می‌کند. در واقع این رویکرد نظام اجتماعی را در مقابل فرد معلول مسئول می‌داند (ایتزن و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این مردم عادی جامعه با انگ‌زنی و سنخ‌بندی معلولان باعث می‌شوند که رنج معلولیت آنها چند برابر شود. اگرچه نظریه انگ‌زنی سعی در توصیف فرایند اجتماعی چگونه دسته‌بندی کردن افراد جامعه دارد اما نظریه انتقادی در سطح بالاتر و عمیق‌تر، این رویه را فرایند پروبلماتیک شدن معلولیت توسط گفتمان نظام سرمایه‌داری می‌داند. بسیاری از فراساختارگرایان^۱ و فوکو اندیشان معتقدند که معلولیت یک موضوع گفتمانی است که در دوران حاکمیت نظام سرمایه‌داری شکل گرفته است. آنها خطوط پیوند بین قدرت و دانش را در معلولیت ردیابی می‌کنند و آن را با منافع نظام سرمایه‌داری در جداسازی افراد معلول از افراد عادی جامعه گره می‌زنند. در واقع پزشکانه‌سازی معلولیت ادامه همان تبار دانشی است که انسان را موضوع مطالعه خود قرار داده است (ترمین، ۲۰۰۵). خلاصه آنکه رویکرد اجتماعی به معلولیت بیان می‌دارد که در تعریف و حتی بکار بردن واژه باید حساس بود برای مثال آنها به جای کلمه معلول از عبارت توصیفی «افراد دارای معلولیت»^۲ استفاده می‌کنند که بخش اول این عبارت بیانگر برابری افراد و بخش دوم عبارت بیانگر

1. poststructuralist
2. people with disability

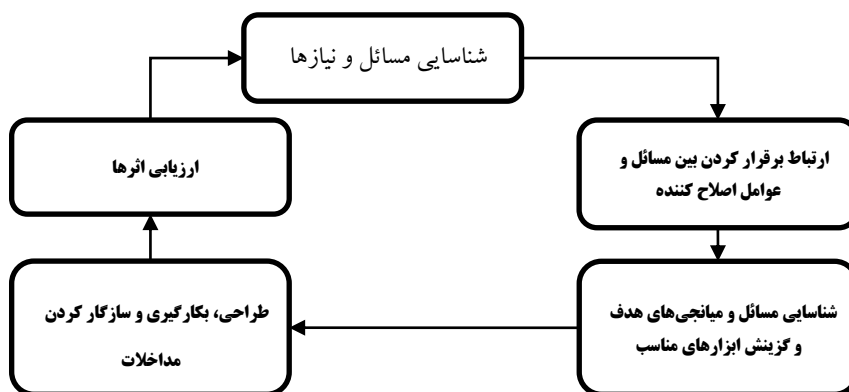
متفاوت بودن آنها در برخی ویژگیها با دیگر افراد جامعه است کما اینکه افراد ممکن است از لحاظ رنگ، زبان، قومیت، مذهب و ... با هم متفاوت باشند. بنابراین مادامی که تصورات قالبی نسبت به افراد دارای معلولیت اصلاح نشود نمی‌توان انتظار شرایط مساعد چه در حوزه تعاملات اجتماعی و چه در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی اجتماعی را داشت. مدل اجتماعی معلولیت زمانی اهمیت بیشتر پیدا می‌کند که نشان می‌دهد معلولیت چگونه می‌تواند به‌عنوان یک مسئله اجتماعی تلقی شود و پیامدهای خاصی برای فرد معلول، خانواده او و جامعه داشته باشد. برای مثال می‌توان به معلولان به‌عنوان یک اقلیت اجتماعی، نابرابریهای اجتماعی، تبعیض و جداسازی معلولان، عدم مناسب‌سازی فضاهای شهری، فقر و معلولانه شدن فقر، معلولیت و محدودیتهای مضاعف، اشتغال، آموزش، وضعیت خانوادگی، توان‌بخشی معلولان و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی اجتماعی اشاره کرد. در ادامه سعی می‌شود علاوه بر مرور ادبیات نظری موضوعات فوق‌الذکر، وضعیت موجود معلولین در سطح جهان و ایران مورد بررسی قرار گیرد.

توان‌بخشی و معلولیت

پس از جنگ جهانی دوم، همزمان با رشد اقتصادی در برخی کشورهای غربی و افزایش تأسیس مؤسسات جدید برای افراد دارای ناتوانی، تعداد والدین که تمایل به نگهداری فرزند ناتوانشان در منزل را داشتند، افزایش یافته بود. رفاه بیشتر، افزایش میزان تحصیلات و بهبود وضعیت خانه و خانواده، از دلایل این امر مهم محسوب می‌شدند. هنگامی که محققین نتایج حاصل از توان‌بخشی در منزل و ترویج خودمراقبتی را با توان‌بخشی مبتنی بر مؤسسات مقایسه کردند، متوجه ارزش برابر و یا حتی بیشتر توان‌بخشی در منزل شدند. به دنبال درمان در خانه به‌عنوان اولین گام، بسیاری از کشورها تلاش خود را جهت دستیابی به تلفیق اجتماعی از قبیل یکپارچه‌سازی درخانه، مدرسه،

آموزش حرفه‌ای، تسهیلات تفریحی، ورزشی و ... آغاز کردند (فرهبد، ۱۳۸۲). توان‌بخشی مفهومی موسع و مبسوط است که دامنه آن از کمک به رفع مشکل جسمی تا رفع مشکلات روحی گسترده است. بنابراین نمی‌توان چارچوب مفهومی واحدی برای آن مشخص کرد. کنوانسیون بین‌المللی حقوق افراد معلول، توان‌بخشی را نوعی حمایت مبتنی بر همکاری برای توانمندکردن فرد معلول در جهت حفظ و ارتقاء استقلال او و تواناییهای فنی، اجتماعی، ذهنی و فیزیکی می‌داند که از طریق آن بتواند مشارکت فعالی در همه ابعاد زندگی اجتماعی داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). فرایند توان‌بخشی به صورت شکل شماره (۲) قابل ترسیم است.

فرایند توان‌بخشی شامل شناسایی مسائل و نیازمندیهای معلولین است. سپس عواملی را که می‌تواند برای رفع آن مسائل کارساز باشد را در فرد و محیط او شناسایی می‌کند و برای رسیدن به اهداف توان‌بخشی مداخلات و ابزارهای لازم آن را طراحی می‌کند. در این راستا ابزار و مداخله او باید سازگار با وضعیت محیطی و اجتماعی فرد معلول باشد. توان‌بخشی نیازمند ارزیابی آثار و نتایج فرایند توان‌بخشی است که از خلال آن بتوان مسائل و نیازهای جدید فرد معلول را شناسایی و دوباره چرخه توان‌بخشی را پیمود. این فرایند ادامه پیدا می‌کند تا زمانی که فرد معلول، مشارکتی فعال در زندگی اجتماعی داشته باشد.



نمودار (۲) فرایند توانبخشی در بین معلولان (منبع: استینر، ۲۰۰۲)

توانبخشی مبتنی بر جامعه^۱ که از آن به عنوان انقلابی در توانبخشی معلولین یاد می‌کنند عبارت از راهبرد توسعه اجتماعی برای بازتوانی، برابرسازی فرصتها و یکپارچه‌سازی اجتماعی برای کلیه افراد معلول است. این نوع توانبخشی از طریق تلاشهای مشترک افراد معلول، خانواده‌ها، جامعه و ارائه خدمات بهداشتی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی تحقق می‌یابد. توانبخشی مبتنی بر جامعه یک برنامه مشخص و از پیش تعیین شده نیست بلکه یک برنامه منعطف است که بستگی به جامعه، مقتضیات فرهنگی و اقتصادی، نیازهای روزمره معلولین، خدمات موجود، پرسنل، درجه توسعه‌یافتگی، سوابق و سیاستهای هر کشوری دارد. در واقع این رویکرد جدید یک حرکت تخصصی است که نیاز به همکاریهای بین بخشی دارد و در خدمات یک سازمان خلاصه نمی‌شود (فرهبد، ۱۳۸۲). بسیاری از فرایندهای توانبخشی مبتنی بر درمان و مسائل پزشکی است که هزینه‌های سرسام‌آوری برای دولتها دارد.

1. Community-based rehabilitation (CBR)

جدول (۱) آمار خدمات حمایتی و مراکز و امکانات ایجاد شده برای معلولان در کشور طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۶

سال	واحدهای ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی	مراکز نگهداری معلولان	نگهداری معلولان در خانه	مراکز حرفه‌آموزی معلولان
۱۳۷۰	۴۶۷	۱۰۲۶۸	-	۲۶۶۰
۱۳۷۵	۷۳۱	۱۲۳۷۹	۸۱۳۶۶	۴۷۷۹
۱۳۸۰	۸۰۰	۹۱۲۵	۹۴۸۱۹	۴۴۷۹
۱۳۸۲	۸۰۴	۶۰۹۳	۱۰۹۶۷۵	۳۸۳۵
۱۳۸۳	۷۹۵	۴۹۴۰	۱۰۸۳۵۹	۲۵۸۲
۱۳۸۴	۷۱۴	۶۰۶۴	۱۰۰۶۱۴	۱۹۹۰
۱۳۸۵	۱۲۲۴	۵۴۱۴	۱۵۷۲۸۰	۱۷۸۲
۱۳۸۶	۸۷۴	۴۲۸۶	۱۶۵۱۶۹	۲۰۷۰

منبع: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۶

برای مثال فراهم کردن کلینیک‌ها، تجهیزات و متخصصین، بار سنگین مالی را بر دوش نظام سیاست‌گذاری گذاشته است. با این حال در پیمایشی که در سال ۲۰۰۵ توسط سازمان ملل انجام شد، این سازمان اعلام کرد که ۵۰٪ کشورها هنوز نتوانسته‌اند قوانین توان‌بخشی را به تصویب برسانند و در حدود ۴۰٪ کشورها در استقرار برنامه‌ها و فعالیتهای مرتبط با توان‌بخشی ناموفق بوده‌اند. کشور ایران نیز برنامه‌ها و فعالیتهایی را برای توان‌بخشی و نگهداری معلولین انجام داده است. در آمارهای تحلیلی وزارت کار، در سالهای ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ به ترتیب ۲۵۹۴۷۳ و ۲۱۰۲۱۱ نفر از معلولین تحت پوشش برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بوده‌اند (۱۳۹۲). جدول شماره (۱) اطلاعاتی در

خصوص خدمات حمایتی و مراکز و امکانات ایجادشده برای معلولان در کشور را طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۶ نشان می‌دهد.

نگاهی به داده‌های فوق نشان از کاهش مراکز نگهداری و حرفه‌آموزی معلولان طی دهه‌های اخیر دارد. درحالی‌که واحدهای ارائه دهنده خدمات توان‌بخشی سیر نسبتاً ثابتی را داشته است بر تعداد معلولانی که در خانه نگهداری می‌شوند افزوده شده است. با توجه به داده‌های جدول می‌توان گفت که سیاستهای توان‌بخشی حول محور خانواده می‌چرخد و نگهداری معلولان در مؤسسات جای خود را به خانه و خانواده داده است.

فضاهای اجتماعی و معلولیت

تحولات اجتماعی و فرهنگی جامعه در یکی دو دهه اخیر سبب شده که افراد معلول به میزان قابل توجهی در جامعه جذب شوند، اما وجود برخی موانع به‌ویژه در عرصه برنامه‌ریزی اجتماعی، شهری و شهرسازی بسیاری از فضاهای شهری و بیرون از خانه را فاقد شرایط لازم برای حضور این قشر در جامعه نموده است. از عناصر مهمی که می‌تواند اشخاص معلول را به جامعه برگرداند، فضاهای شهری مناسب است که با برنامه‌ریزی صحیح می‌توان این قشر را از انزوا خارج ساخت و از حضور فعال و مشارکت آنان در فعالیتهای اجتماعی-اقتصادی بهره گرفت. معلولین برای آنکه بتوانند در عرصه‌های اجتماعی حضور پیدا کنند نیازمند مناسب‌سازی محیط‌های اجتماعی هستند. کنوانسیون بین‌المللی حقوق افراد دارای معلولیت^۱، مناسب‌سازی محیط را شامل ساختمانها، راه‌ها، حمل و نقل، اطلاعات و ارتباطات می‌داند. این حوزه‌ها دارای ارتباطی متقاطع و درهم تنیده هستند یعنی اصلاحات انجام شده در هر کدام از آنها باید در ارتباط با دیگر حوزه‌ها باشد و نمی‌توان هر بخش را بدون توجه به دیگر بخشها بهبود بخشید. سازمان بهداشت

1. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)

جهانی معتقد است که حذف موانع فیزیکی و دسترسی محیطی، زمانی اثربخش است که نگرشها و عوامل فرهنگی نیز اصلاح شده باشد (۲۰۱۱). دسترسی معلولان به ساختمانها، راهها و حمل و نقل باعث می‌شود که آنها بتوانند به راحتی در عرصه آموزش، بازار کار، بهره‌گیری از امکانات بهداشتی و فعالیتهای اجتماعی حضور پیدا کنند (رابرتز، ۲۰۰۵). دسترسی اطلاعاتی و ارتباطات اجتماعی نیز برای معلولان امر مهمی شمرده می‌شود. برای مثال در حدود ۲۷۸ میلیون نفر در جهان دارای معلولیت ناشنوایی و یا کم شنوایی هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). در حدود ۳۱۴ میلیون دارای مشکل کم بینایی و در حدود ۴۵ میلیون نفر نابینا هستند (رسینکف، ۲۰۰۴). هم‌چنین افراد لال و یا کم‌توان ذهنی از جمله افرادی هستند که نیازمند دسترسی اطلاعاتی و ارتباطی هستند. تحقیقات در بین کشورهای توسعه‌یافته نشان می‌دهد که افراد معلولی که به کامپیوتر دسترسی دارند (۵۰٪)، افراد غیر معلول هستند (دوبرانسکی، ۲۰۰۶). نتایج پیمایش سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ در بین ۱۱۴ کشور نشان می‌دهد که اگرچه کشورهای مختلف تلاشهای زیادی برای مناسب کردن محیط اجتماعی انجام داده‌اند اما در حدود ۵۴٪ این کشورها فاقد محیط و خیابان دسترسی‌پذیر، در حدود ۴۳٪ ساختمانهای عمومی مناسب و ۴۴٪ نیز مدارس قابل دسترس دارند. در زمینه آموزش معلولان برای فراگیری چگونگی ارتباط با محیط، ۶۵٪ کشورها هیچ‌گونه برنامه آموزشی را شروع نکرده‌اند و حدود ۵۸٪ نیز هیچ‌گونه منابع مالی را در این‌باره اختصاص نداده‌اند. این درحالی است که تحقیقات نشان می‌دهد مناسب‌سازی یک ساختمان و سازگار کردن آن با شرایط افراد معلول تنها ۱٪ به هزینه تمام شده آن می‌افزاید (استیون، ۱۹۹۳). کشور ایران نیز ضرورت مناسب‌سازی فضاهای شهری و اجتماعی را پذیرفته است و قوانین مختلفی را در این خصوص تصویب و دستگاههای اداری مختلفی را مأمور اجرایی کردن آن کرده است (برای مثال، می‌توان به بند ج ماده ۳۹۱ قانون برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، ضوابط و مقررات شهرسازی و معماری برای

معلولین جسمی و حرکتی مورخ ۱۳۶۸/۳/۸ و قانون جامع حمایت از حقوق معلولان و آیین نامه‌های اجرایی مصوب مورخ ۱۳۸۳/۳/۶ اشاره کرد).

مناسب‌سازی یعنی آنکه کلیه افراد جامعه بتوانند با هر شرایط روحی و جسمی و مطابق با نیازهای خود اعم از رفاهی، اجتماعی، اقتصادی فرهنگی و منابع طبیعی از امکانات موجود جامعه استفاده کنند (بدلا، ۱۳۸۳). در سال ۱۳۷۳ تحقیقی تحت عنوان «تحلیل موردی عملکرد ضوابط و مقررات شهرسازی و معماری برای معلولین» توسط دفتر فنی وزارت کشور صورت پذیرفت، که نتیجه این تحقیق به عملکرد ضعیف آموزش اعم از خصوصی و عمومی در ارتباط با معلولین منتهی شد. در این تحقیق این نتیجه حاصل شد که آن بخش از جامعه که به سبب ناتوانی جسمی- حرکتی، عملاً از استفاده از فضاهای شهری محروم گشته‌اند، علت را نه در «معلول بودن شهر» که در «معلول بودن خویش» جستجو می‌کنند و خود را از نزدیک شدن به این فضاهای شهری باز می‌دارند (قائم، ۱۳۶۷). در پژوهشی دیگر براساس نمونه‌گیری که در سال ۱۳۸۹ انجام شده است، از ۹ هزار و ۸۴۷ مورد فضای آموزشی، بهداشتی، درمانی، اداری، پایانه‌ها، بانکها و همچنین اماکن ورزشی، حدود ۶٪ مبلمان شهری، ۷٪ فضای آموزشی و ۲۷٪ فضا و مکانهای عمومی مناسب‌سازی شده‌اند. همچنین براساس این تحقیق استان چهارمحال و بختیاری با ۱۱٪ کمترین و آذربایجان شرقی با ۳۹٪ بیشترین آمار مناسب‌سازی را به خود اختصاص داده است که در این میان آمار مناسب‌سازی معابر و اماکن عمومی تهران ۲۴٪ بوده است. یک تحقیق میدانی با عنوان بررسی و ارزیابی وضعیت پارکهای شهر اصفهان بر اساس معیارها و ضوابط موجود برای دسترسی معلولان و جانبازان انجام شده است که در آن وضعیت ۳۶ پارک مهم شهر اصفهان به عنوان نمونه مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. نتایج حاکی از آن است که از مجموع پارک‌های مورد مطالعه ۲/۸٪ مناسب، ۳۰/۵٪

تا حدی مناسب و ۶۶/۷٪ نیز از وضعیت نامناسب برخوردار بوده‌اند (تقوایی و همکاران، ۱۳۸۹). به هر حال با آنکه آمار دقیقی از وضعیت کشور در خصوص مناسب‌سازی فضاهای اجتماعی برای معلولان وجود ندارد اما همین تعداد اندک تحقیقات انجام شده و هم‌چنین مشاهدات عینی نشان‌دهنده عدم دسترسی و نامناسب بودن فضاها و انزوای اجباری افراد معلول و ناتوان است.

فقر و معلولیت

بین فقر و معلولیت یک رابطه دو سویه وجود دارد از یک سو فقر موجب معلولیت است و از سوی دیگر معلولیت موجب فقر. به این معنا که فقر می‌تواند زمینه‌های معلول شدن افراد خانواده را چه قبل از تولد و چه بعد از تولد افزایش دهد. این درحالی است که به دلیل هزینه‌بر بودن درمان و مراقبت‌های بهداشتی معلولین خانواده‌های دارای فرد معلول منابع مالی خود را برای این امر مهم از دست می‌دهند. افراد معلول به خاطر دسترسی محدود خود به آموزش و بازار کار از درآمد پائینی نسبت به افراد بدون معلولیت جامعه برخوردارند (هوتنویل، ۲۰۰۹). تحقیقات در بین کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که نرخ فقر در بین افراد معلول در سن کار بیشتر از افراد بدون معلولیت در سن کار است. برخی مطالعات طولی که در انگلیس در بازه زمانی سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۸ انجام شده نشان داد که همزمان با اینکه افراد دچار معلولیت می‌شوند آموزش، نرخ اشتغال و درآمد آنها نیز سیر نزولی پیدا می‌کند (جنگینز، ۲۰۰۳). هم‌چنین نتایج پیمایش سازمان بهداشت جهانی در بین کشورهای در حال توسعه گزارش می‌کند که خانواده‌های دارای معلول هزینه بیشتری برای مراقبت‌های بهداشتی به نسبت خانواده‌های بدون معلولیت پرداخت می‌کنند. هم‌چنین برخی تحقیقات رابطه‌ای مثبت بین درجه سختی معلولیت و میزان هزینه‌ها گزارش کرده‌اند (ترانی، ۲۰۱۰). در مطالعاتی دیگر اظهار شده است که سه پنجم فقیرترین کودکان معلول،

در کشورهای زندگی می‌کنند که ریسک معلولیت در آنها بالاست (یونیسف، ۲۰۰۸). تحقیقات علمی در انگلیس نشان می‌دهد که حدود ۱۱٪ تا ۶۹٪ درآمد خانواده‌ها برای فرد معلول هزینه می‌شود (زایدی، ۲۰۰۵). بانک جهانی بنابر یک برآورد، حدود ۱/۲ میلیارد نفر از جمعیت دنیا را به علت مصرف کمتر از یک دلار در روز فقیر دانسته است که از این جمعیت ۲۰۰ میلیون نفر آن را افرادی با معلولیت‌های شدید و متوسط تشکیل می‌دهند. بنابراین از ۶ فقیر یک نفر آنها دارای معلولیت‌های شدید و متوسط هستند (میرخانی، ۱۳۷۵). تحقیقات ملی در ایران نشان می‌دهد که تنها ۱/۵۰٪ معلولین (زن و مرد) با سواد هستند و حدود ۱۵٪ آنها نیز شاغل هستند (وزارت کار، ۱۳۹۲). در سال ۱۳۹۰ حدود ۹۷٪ معلولین تحت پوشش سازمان بهزیستی بوده‌اند. حدود ۲۱٪ آنها کمک هزینه خدمات توان‌بخشی در منزل، حدود ۰/۰۶٪ کمک هزینه تحصیلی حدود ۰/۰۲٪ وام اشتغال دریافت کرده‌اند. هم‌چنین حدود ۵۹٪ تحت پوشش خدمات بیمه‌ای درمانی و بیمه مکمل بوده‌اند (وزارت کار، ۱۳۹۲). به هر حال نتیجه‌ای که از یافته‌های پیمایش‌های جهانی و ملی که در فوق به برخی از آنها اشاره شد نشان می‌دهد که یک رابطه علی دو سویه بین فقر و معلولیت وجود دارد. از یکسو کمبود امکانات، عدم تغذیه مناسب و مراقبت‌های بهداشتی در میان خانواده‌های فقیر، خطر ابتلا به معلولیت را در بین آنها بالا می‌برد و از سوی دیگر خانواده‌هایی که دارای عضو معلول هستند مجبورند هزینه‌هایی اضافی را برای بهبود کیفیت زندگی خود پرداخت نمایند که این امر بسترهای فقیر شدن خانواده را فراهم می‌کند. اینها همه در شرایطی است که افراد معلول دسترسی کمتری به آموزش و به تبع آن شغل و درآمد دارند. لذا فرد معلول تبدیل به یک هزینه ثابت در خانواده می‌شود که نه خود او توانایی جایگزینی منابع صرف شده از طریق کار را دارد و نه خانواده او از پس هزینه‌های او بر می‌آید.

جدول (۲) نرخ آموزش (تمام دوره ابتدایی) افراد دارای معلولیت و افراد عادی در جهان و ایران (با سواد)

ایران		کشورهای با درآمد پائین		کشورهای با درآمد بالا		همه کشورها		گروه‌ها
عادی	(باسواد) معلولین	افراد عادی	معلولین	افراد عادی	معلولین	افراد عادی	معلولین	
۸۸/۷	۵۹/۳	۵۵/۶	۴۵/۶	۷۲/۳	۶۱/۷	۶۱/۳	۵۰/۶	مردان
۸۰/۳	۴۰/۹	۴۲/۰	۳۲/۹	۷۲/۰	۵۹/۳	۵۲/۹	۴۱/۷	زنان
-	-	۶۰/۳	۴۷/۸	۸۳/۱	۶۹/۰	۶۷/۴	۵۳/۲	۴۹-۱۸
-	-	۴۴/۳	۳۰/۸	۶۸/۱	۵۲/۰	۵۲/۷	۳۷/۶	۵۹-۵۰
-	-	۳۰/۷	۲۱/۲	۵۳/۶	۴۶/۵	۴۰/۶	۳۲/۳	۶۰ سال و بالاتر

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱؛ وزارت کار، ۱۳۹۲

آموزش و معلولیت

یافته‌های جهانی نشان می‌دهد که تعدادی از معلولین در طول تاریخ از جریان اصلی آموزش جامعه محروم بوده‌اند. هم‌چنین آموزش آنها همراه با جداسازی معلولین از دیگر افراد جامعه بوده است (یونسکو، ۱۹۹۸). به هر حال به دلیل مناسب نبودن فضاهای آموزشی، ناتوانی آموزگاران، استاندارد نبودن شیوه‌های آموزشی و ضعف و ناتوانی معلولین برای حضور در کلاسها بسیاری از آنها فرصت آموزش را از دست می‌دهند. نتایج پیمایش سلامت جهانی^۱ گزارش می‌کند که در حدود ۵۰/۶٪ مردان معلول در جهان آموزش ابتدایی

1. World Health Survey

را به پایان می‌رساند و این میزان برای زنان در حدود ۴۱/۷٪ است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱).

همانگونه که در جدول فوق گزارش شده است، نرخ افراد معلول به نسبت افراد بدون معلولیت که توانسته‌اند تحصیلات ابتدایی را به پایان برسانند، پائین‌تر است. البته این شکاف در میانگین جهانی، کشورهای با درآمد بالا و درآمد پائین به طور یکسان و نرخ حدوداً ۱۰ درصدی تکرار می‌شود. آمار سواد معلولین ایران در سرشماری سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که حدود ۵۹/۳٪ مردان و ۴۰/۹٪ زنان باسواد هستند^۱ اما شکاف بین افراد باسواد معلول و عادی بسیار بالا است. و این شکاف برای زنان به نسبت مردان بیشتر می‌باشد.

اشتغال و معلولیت

نتایج پیمایشهای مختلف جهانی نشان می‌دهد که افراد دارای معلولیت کمتر به استخدام بنگاههای اقتصادی و اداری در می‌آیند. برخی از بنگاههای اقتصادی معتقدند که افراد معلول توانایی لازم برای کار کردن ندارند در حالی که یافته‌های برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که افراد معلول دارای مهارت کافی و مناسب، وفاداری به سازمان و میزان غیبت کمتری هستند (باگشو، ۲۰۰۹). به هر حال بر اساس یافته‌ها پیمایش در میان ۵۲ کشور نرخ اشتغال معلولین برای مردان و زنان به ترتیب ۵۲/۸٪ و ۱۹/۶٪ است. که این میزان در کشورهای مختلف متفاوت است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱).

۱. با توجه به اینکه داده‌های مشابه برای مقایسه ایران با داده‌های جهانی وجود نداشت لذا نرخ باسوادی معلولین گزارش شده است.

جدول (۳) نرخ اشتغال افراد دارای معلولیت و افراد عادی در جهان و ایران

ایران		کشورهای با درآمد پائین		کشورهای با درآمد بالا		همه کشورها		
افراد عادی	معلولین	افراد عادی	معلولین	افراد عادی	معلولین	افراد عادی	معلولین	گروه‌ها
۶۵/۶	۲۹/۴	۷۱/۲	۵۸/۶	۵۳/۷	۳۶/۴	۶۴/۹	۵۲/۸	مردان
۱۲/۹	۰/۰۴	۳۱/۵	۲۰/۱	۲۸/۴	۱۹/۶	۲۹/۹	۱۹/۶	زنان
-	-	۵۸/۸	۴۲/۹	۵۴/۷	۳۵/۲	۵۷/۶	۴۱/۲	۴۹-۱۸
-	-	۶۲/۹	۴۳/۵	۵۷/۰	۳۲/۷	۶۰/۹	۴۰/۲	۵۹-۵۰
-	-	۳۸/۱	۵۱/۱	۱۱/۲	۳/۹	۲۶/۸	۱۰/۴	۶۰ سال و بالاتر

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱؛ وزارت کار، ۱۳۹۲

همانطور که از جدول فوق پیداست نرخ اشتغال معلولین (مردان و زنان) نسبت به افراد بدون معلولیت در کشورهای با درآمد بالا و درآمد پائین و حتی میانگین جهانی پائین‌تر است. نکته جالب توجه اینست که در کشورهای با درآمد بالا نرخ اشتغال افراد معلول کمتر از میزان اشتغال معلولین در کشورهای با درآمد پائین است که می‌تواند از جایگزینی خدمات بیمه‌ای و حقوق اجتماعی به‌جای اشتغال ناشی شده باشد. زیرا که این نسبت اشتغال بین افراد عادی جامعه نیز وجود دارد. نرخ اشتغال معلولین در ایران به نسبت میانگین جهانی و دیگر کشورها بسیار پائین و برای مردان و زنان به ترتیب در حدود ۲۹/۴٪ و ۰/۰۴٪ است. در مجموع آمارهای فوق‌الذکر نشان می‌دهد که شکاف اشتغال بین افراد معلول و غیرمعلول وجود دارد و در ایران این شکاف عمیق‌تر و مسئله‌سازتر مشاهده می‌شود.

تبعیض، نابرابریهای اجتماعی و معلولیت

از مهم‌ترین شاخصه‌هایی که معلولین آن را به‌عنوان مطالبه اجتماعی پی‌گیری می‌کنند موضوع برابری و عدم تبعیض است. اگرچه تبعیض و نگرش منفی به معلولان در طول زمان شکل‌های مختلف به خود گرفته و تغییر کرده است اما شواهد نشان می‌دهد که افراد دارای معلولیت همچنان از داغ بی‌اعتباری و تبعیض رنج می‌برند (دراپر و همکاران، ۲۰۱۱). در حالیکه نظریه داغ^۱ تصورات قالبی و آگاهانه افراد و گروه‌ها را در فرایند تبعیض مؤثر می‌داند نظریه انتساب علی^۲ در تبیین خود سوگیریهای ناآگاهانه را، توضیح‌دهنده رفتارهای تبعیض‌گرانه می‌داند (تراویس، ۲۰۰۲). فرایند انگ و داغ زدن بر فرد معلول را در چند سطح می‌توان مورد بررسی قرار داد. در سطح خرد عوامل روانشناختی، در سطح میانی عوامل سازمانی و شبکه اجتماعی و در سطح کلان عوامل اجتماعی و جامعه‌ای^۳ مهم و قابل توجه هستند (دراپر و همکاران، ۲۰۱۱). با اینکه برخی داغ زدن را عامل تبعیض می‌دانند اما برخی دیگر معتقدند که زمانی بر یک فرد معلول داغ بی‌اعتباری زده می‌شود که عناصری چون برچسب زدن، تصور قالبی، جداسازی و از دست دادن پایگاه اجتماعی در ارتباط با یک منبع قدرت و بطور همزمان رخ می‌دهند (لینک و فیلان، ۲۰۰۱). به هر حال تبعیض برای معلولین وجود دارد. تبعیضها نه تنها در حوزه دستیابی به شغل، آموزش و فرصت‌های مختلف اجتماعی است، بلکه در صورت اشتغال نیز، تبعیض در محل کار از سوی کارفرما و دیگر همکاران اعمال می‌شود (دراپر و همکاران، ۲۰۱۱). تبعیض، طرد اجتماعی را برای افراد معلول در پی دارد. طرد به معنای عدم مشارکت فعال در حوزه‌های مختلف اجتماعی سیاسی و اقتصادی است، که نابرابری و تبعیض بیشتر را برای فرد بیار

1. stigma theory
2. causal attribution theory
3. society-wide factors

خواهد آورد (مک‌فدران، ۲۰۱۱). در تحقیقی در آمریکا (کندال، ۲۰۰۱)، گزارش شده است که ۴۷٪ افراد معلول فاقد بیمه هستند، ۳۴٪ این افراد در خانواده‌هایی با کمتر از ۱۵۰۰۰ دلار درآمد در سال زندگی می‌کنند، ۷۰٪ افراد در سن کار بیکار هستند، در شرایط کار معلولین مرد ۸۵٪ و زن ۷۰٪ آنچه که یک فرد سالم کسب می‌کند درآمد دارد (ایتزن، ۲۰۱۲). در ایران نیز تنها ۵۰٪ معلولین با سواد و ۱۵٪ شاغل هستند. از سوی دیگر نیز فضاهای اجتماعی نیز برای آنها غیرقابل دسترس شده است. کلدی در تحقیقی با نام نگرش مردم تهران به معلولین به این نتیجه رسید که حدود ۹۶٪ مردم موافق اشتغال، تحصیل و برخورداری از حقوق اجتماعی معلولین هستند. این در حالی است که بر اساس مقیاس فاصله اجتماعی بوگاردوس تنها ۶۳٪ مردم ابراز داشته‌اند که حاضرند با یک فرد معلول در یک محل زندگی کنند. همچنین شاخص پذیرش اجتماعی معلولین نشان داد که هر چه قدر میزان سختی معلولیت و یا چند معلولیتی افزایش پیدا می‌کند پذیرش اجتماعی آنها کمتر می‌شود. علاوه بر این جوانان، زنان و افراد تحصیل کرده از نگرش مثبت‌تری نسبت به افراد معلول برخوردارند (کلدی، ۱۳۷۹). در مجموع واقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دهد که معلولین از فرصت‌های کمتری برای اشتغال، آموزش و برابریهای اجتماعی برخوردارند و این خود زمینه‌ای برای تبعیض و طرد اجتماعی آنها شده است.

محدودیت‌های مضاعف و معلولیت

معلولیت، زمانی بیشتر جنبه مسئله بودن خود را به نمایش می‌گذارد که با عناصر و مؤلفه‌های تبعیضی دیگر ترکیب شود. برای مثال یک فرد معلول زن بیشتر از یک فرد معلول مرد در معرض محدودیت و محرومیت اجتماعی است. به طور کلی در اشتغال، آموزش و فرصت‌های اجتماعی، زنان بیش از مردان مورد تبعیض هستند و اگر به معلولیت، تبعیض‌های جنسیتی هم افزوده شود محرومیت‌های اجتماعی بیشتری برای آنها قابل تصور

است. معلولیت برای مردان جنبه‌های مردانه شخصیت آنها مانند سرعت، قدرت، استقامت، صبوری و فعالیت آنها را تضعیف می‌کند. در واقع یک هژمونی فرهنگی وجود دارد که مردان را به‌عنوان افرادی خوداتکا، مستقل و جنگنده تعریف می‌کند و در شرایط معلولیت تمامی این ارزشهای مردانه زیر سؤال می‌رود (شاتل‌ورث و همکاران، ۲۰۱۲). لذا با حضور در عرصه‌های اجتماعی مختلف می‌تواند بخشی از کمبودهای شخصیتی خود را جبران کند. اما این شرایط برای زنان به صورتی متفاوت رخ می‌دهد ارزشهای فرهنگی جامعه زنان را در قالب جذابیت‌های جسمی و جنسی تعریف می‌کند و لذا در شرایط معلولیت دیگر جذابیتی باقی نمی‌ماند که با حضور در عرصه‌های اجتماعی بتواند کمبودهای او را جبران نماید (ایتزن، ۲۰۱۲). نتایج تحقیقات شکسپیر نشان می‌دهد که مردان معلول بیش از زنان معلول احتمال دارد که روابط خود را با جنس مخالف حفظ کنند (۱۹۹۶). همچنین یک چهارم زنان ازدواج کرده بعد از معلول شدن، طلاق می‌گیرند در حالی که این وضعیت برای مردان یک هشتم می‌باشد (سیلور، ۱۹۹۸). بنابراین می‌توان گفت که ترکیب معلولیت و جنسیت می‌تواند محرومیت‌های اجتماعی بیشتری را برای فرد به وجود بیاورد.

در جوامعی که ریشه‌های نژادپرستی و تبعیض وجود دارد افراد معلول که از حیث نژادی، طبقه، قومیت، دین و فرهنگ در موقعیت اقلیت قرار دارند، محرومیت اجتماعی مضاعفی را ممکن است تجربه کنند. یک تحقیق تجربی نشان می‌دهد که افراد معلولی که از لحاظ نژادی اقلیت محسوب می‌شوند از استرس و احساس شرم بیشتری رنج می‌برند (براون و ترنر، ۲۰۱۰). ایتزن^۱ می‌گوید سلسله مراتب اجتماعی همچون یک ماتریس سلطه^۲ است که شقوق مختلف آن محرومیت‌های متنوع و متراکمی را برای آنها به وجود می‌آورد (ایتزن، ۲۰۱۲). برای مثال فردی که معلولیت دارد و علاوه بر آن سیاهپوست،

1. Eitzen

2. matrix of domination

مهاجر و متعلق به طبقه پائین جامعه است محدودیتها و محرومیت‌های بیشتری را تجربه می‌کند و خطر طرد اجتماعی برای او افزایش می‌یابد.

معلولیت به‌عنوان یک اقلیت

چند ویژگی اساسی وجود دارد که جمعیت معلولین را به عنوان یک اقلیت اجتماعی معرفی می‌کند. تفاوت یکی از ویژگی‌هایی است که باعث می‌شود آنها در موقعیت اقلیت قرار گیرند. واقعیت اینست که افراد معلول با معلولیت و نقص عضو سروکار دارند و این موضوع مبنای تفاوت این گروه با دیگر اعضای جامعه می‌باشد. نام‌گذاری تحقیرآمیز^۱ نیز بیانگر یک فرایند اجتماعی که از سوی اکثریت جامعه برای خطاب قرار دادن معلولان در قالب واژه‌هایی چون ناتوان، از کار افتاده، اختلال و معلول بکار گرفته می‌شود. در واقع این فرایند نوعی انگ‌گذاری بر افراد معلول به‌عنوان افرادی فاقد توانمندیها و کارکردهای لازم در جامعه است. فرایند نام‌گذاری معلولیت را برای فرد به یک موقعیت مسلط اجتماعی^۲ تبدیل می‌کند. به این معنا که معلولیت فرد بر دیگر موقعیت‌های اجتماعی او تسری می‌یابد؛ حتی اگر فرد چند موقعیت اجتماعی بالاتر مانند استاد دانشگاه بودن، سرمایه‌دار بودن و هنرمند بودن داشته باشد باز این معلولیت فرد است که در تعاملات اجتماعی تعیین‌کننده نگرش دیگران به اوست. مجموع این شرایط باعث می‌شود که افراد معلول در مناسبات اجتماعی و همچنین نظام سیاست‌گذاری نادیده گرفته شوند و یا از اولویت مناسبی برخوردار نباشند. به‌عبارت دیگر معلولان از این طریق از نوعی طرد و تبعیض اجتماعی رنج می‌برند (ایتزن و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین معلولین جامعه یکی از بزرگترین اقلیت‌های اجتماعی محسوب می‌شوند که حقوق آنها به نسبت دیگر افراد جامعه نادیده گرفته

1. derogatory naming
2. master status

می‌شود. بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۱) در حدود ۱۵٪ مردم دنیا دارای معلولیت هستند در حالی که در پیمایش سال ۱۹۷۰ جمعیت معلولین جهان در حدود ۱۰٪ کل جمعیت بوده است. در ایران نیز نتایج سرشماریهای مختلف نشان می‌دهد که در سال ۱۳۶۵ جمعیت معلول کشور در حدود ۰/۹۴٪ کل جمعیت بوده که در سال ۱۳۹۰ به ۱/۵٪ یعنی حدود ۱۰۱۷۶۵۹ نفر رسیده است (وزارت کار، ۱۳۹۲). یعنی در طول یک دوره ۲۵ ساله ۲/۲ برابر شده است. بنابراین تغییرات جمعیتی معلولین بیانگر یک روند افزایشی است و لذا نیازمند توجه هر چه بیشتر در امر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است.

بحث

معلولیت بیشتر از آنکه مسئله‌ای فردی باشد یک مسئله اجتماعی است. روند رو به رشد نرخ معلولیت در ایران و جهان زنگ خطر را برای جریان اصلی جامعه یعنی افراد عادی به صدا درآورده است. گیدنز و اولریش بک معتقدند که جهان امروز پر از خطر است و همراه با صنعتی شدن جامعه و پیشرفت تکنولوژی موقعیتهای خطر آفرین نیز برای انسان‌ها فزونی می‌گیرد. آنها معتقدند که خطرات صنعتی، زیست محیطی، هسته‌ای، جنگ و خشونت، تروریسم، مالی و اقتصادی نسبت به گذشته رشد بیشتری دارد و لذا به نسبت رشد آسیب‌پذیری انسان‌ها نیز بیشتر می‌شود (بک، ۲۰۰۶). البته داده‌های جهانی به‌طور کلی این فرضیه را تأیید می‌کنند زیرا که نرخ افراد معلول از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۰، از ۱۰٪ به ۱۵٪ رسیده و این در حالی است که ۸۵٪ معلولیتها بعد از تولد برای افراد به وجود می‌آید. اینها همه نشانگر این موضوع مهم است که افراد عادی جامعه هر لحظه ممکن است به خیل عظیم افراد دارای معلولیت پیوندند.

اگرچه طرح‌ها و لوایح متعددی در سطح جهانی از سوی مؤسسات و انجمن‌های

1. World Health Organization (WHO)

بین‌المللی به تصویب رسیده و برای اجرایی شدن به دولت‌ها ارائه شده است اما بسیاری از دولت‌ها حتی نتوانسته‌اند آنها را در سطح ملی به قانون تبدیل کنند. در این میان، ایران اندکی پیشرو بوده و موفق به تصویب و ابلاغ قوانین مربوطه شده است.

داده‌های جهانی و ملی ایران گزارش می‌کند که معلولان در دسترسی به آموزش، اشتغال، فضاها و فرصت‌های اجتماعی در شرایط نابرابری با افراد بدون معلولیت قرار دارند و مورد تبعیض قرار می‌گیرند. مسئله تنها به خود فرد ختم نمی‌شود بلکه محیط اجتماعی و خانواده افراد معلول را نیز درگیر خود می‌سازد. خانواده افراد معلول به دلیل نگرش منفی جامعه به معلولیت کمتر در عرصه‌های اجتماعی حضور دارند. از سوی دیگر بالا بودن هزینه توان‌بخشی و درمان، معلولان و خانواده آنها را دچار نوعی فقر می‌سازد به عبارت دیگر معلولان به شدت فقر آسیب‌های دیگری را برای آنها به ارمغان آورده است. مسئله وقتی پیچیده‌تر می‌شود که شکاف‌های اجتماعی دیگر مانند جنسیت، پایگاه طبقاتی، قومیت، دین، مذهب و سالمندی نیز بر معلولیت اضافه شود و تبعیض مترتب بر معلولیت را چندگانه و چندلایه سازد. بنابراین معلولان یک اقلیت فراموش شده در جامعه هستند که در سطح اندیشه و عمل مورد فراموشی قرار گرفته‌اند.

جمع‌بندی مقاله و رجوع به آمارهای موجود در این زمینه نشان می‌دهد که معلولیت مورد غفلت قرار گرفته و دلیل آن هم فقدان یک رویکرد اجتماعی کل‌نگر است. بنابراین معلولیت به‌عنوان یک مسئله اجتماعی شناخته نشده و بیشتر در یک پارادایم پزشکی مورد توجه سیاست‌گذاران بوده است. زمانی که معلولیت به‌عنوان یک مسئله اجتماعی شناسایی و ابعاد آن به خوبی معرفی شد آن وقت می‌توان امیدوار بود که نظام اجتماعی آمادگی آن را پیدا کرده است که برای حل این مسئله قدم‌های مهمی را بردارد. لازم به ذکر است که شناسایی مسئله تنها بخشی از این راه پر فراز و نشیب است. بخش مهم را اصلاح نگرش‌ها در حوزه‌های مختلف اجتماعی فرهنگی، اقتصادی و نظام سیاسی و سیاست‌گذاری است.

نظام تصمیم‌گیری جامعه نیازمند سیاستها و برنامه‌هایی است که از یکسو با رویکردی پیشگیرانه سطح سلامت جامعه را ارتقاء دهد و مانع از رشد معلولیت شود و از سوی دیگر با فراهم نمودن و مناسب‌سازی فرصتهای اجتماعی شرایط عادلانه‌ای را برای حضور و مشارکت فعال و پررنگ معلولان فراهم سازد. در واقع بازگشت معلولین به سطح جامعه، نمایان شدن نیمه پنهان هیأت و شمایل زیبای نظام اجتماعی انسانهاست.



- نقش مردم در فرآیند مناسب‌سازی. *مجموعه مقالات همایش سراسری مناسب‌سازی محیط‌های شهری برای افراد دارای معلولیت*، قم: انتشارات سازمان بهزیستی استان قم.
- تقوایی، م. مرادی، گ. و صفراآبادی، ا. (۱۳۸۹). بررسی و ارزیابی وضعیت پارکهای شهر اصفهان براساس معیارها و ضوابط موجود برای دسترسی معلولان و جانبازان. *مجله جغرافیا و برنامه ریزی محیطی*، سال ۲۱، شماره پیاپی ۳۸، شماره ۲.
- فرهد، ن. (۱۳۸۲). توان‌بخشی مبتنی بر جامعه و آموزش و پرورش فراگیر. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال سوم، شماره ۲.
- فوکو، م. (۱۳۸۷). *مراقبت و تنبیه؛ تولد زندان*. ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهانانیده. تهران: نشر نی.
- کلدی، ع. ر. (۱۳۷۹). بررسی نگرش مردم نسبت به معلولین. *مجله علوم اجتماعی*، دانشگاه علامه طباطبائی، شماره ۱۱ و ۱۲.
- میرخانی، س. م. (۱۳۷۵). *مجموعه مقالات گردهمایی بررسی مسئله فقر و فقرزدایی*، جلد دوم، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه کشور.
- وزارت کار (۱۳۹۲). *بررسی آماری وضعیت معلولان کشور براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۰*. تهران: مرکز آمار و اطلاعات راهبردی.
- وولف، ه. و همکاران (۱۳۸۵). *درآمدی بر فلسفه طب*. ترجمه همایون مصلحی، تهران: انتشارات طرح نو.
- Bagshaw, M. (2009). *Ignoring disability: a wasted opportunity*. Wellington, National Equal Opportunities network Retrieved 18 June from: <http://www.neon.org.nz/newsarchive/bagshawplusfour>.
- Bank-Mikkelsen, N. (1980). Denmark. In: Flynn, R. J. & Nitsch, K. E. (Eds.). *Normalization, Social Integration and Community Services*. Pro-Ed: Austin, Texas.
- Barnes, C. (1990). *Cabbage Syndrome: The Social Construction of Dependence*. Lewes: Falmer Press.
- Barnes, C. (1996). The Social Model of Disability: Myths and Misrepresentations, Coalition. *the Magazine of the Greater Manchester Coalition of Disabled People, Manchester: Greater Manchester Coalition of Disabled People*, August, 25-30.

- Beck, U. (2006). Living in the world risk society. *Economy and Society*, Volume 35, Number 3, Taylor & Francis.
- Brown, R. L. & Turner, R. J. (2010). *Physical Disability and Depression: Clarifying Racial/Ethnic Contrasts*. London: SAGE.
- Burleigh, M. (1994). *Death and Deliverance: Euthanasia in Germany 1900 – 1945*. Cambridge: University Press.
- Clough, P. & Corbett, J. (2000). *Theories of Inclusive Education: A Student's Guide*. London: SAGE.
- World Health Organization (2010). *Deafness and hearing impairment: fact sheet N°300*. Geneva, Retrived 1 July from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>.
- Dobransky, K. & Hargittai, E. (2006). *The disability divide in Internet access and use. Information Communication and Society*, 9: 313-334, doi:10.1080/13691180600751298.
- Donaldson, E. (2002). The corpus of the madwoman: toward a feminist disability studies theory of embodiment and mental illness. *NWSA Journal*, 14 (3), 95–119.
- Duncan, N. (2013). *Using disability models to rethink bullying in schools*. London: SAGE.
- Eitzen, D., Maxine, S., Zinn, B. & Smith, K. E. (2012). *Social Problems*. Pearson Education, Inc. publishing as Allyn & Bacon.
- Erevelles, N. (2005). Understanding curriculum as normalizing text: disability studies meets curriculum theory. *Journal of Curriculum Studies*, 37 (4), 421–439.
- Fox, A. M. & Lipkin, J. (2002). Re(Crip)ting feminist theater through disability theater: selections rom the DisAbility Project. *NWSA Journal*, 14 (3), 78–98.
- Gallagher, H. (1995). *By Trust Betrayed: Patients, physicians and the licence to kill in the Third Reich*. Arlington, VA: Vandamere Press.
- Gleeson, B. (1999). Beyond goodwill: the materialist view of disability. *Social Alternatives*, 18 (1), 11–17.
- UN (2006). *Global survey on government action on the implementation of the standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities*. Amman, Office of the UN Special Rapporteur on Disabilities.
- Goodley, D. (2011). *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*. London: SAGE.
- Goodley, D. (2004). *Who is disabled? Exploring the scope of the social model of disability*. In: Swain, J., French, S., Barnes, C. & Thomas, C. (Eds.) *Disabling Barriers, Enabling Environments*. 2nd edition, pp. 118–124, London: Sage.
- Goodley, D. & Lawthom, R. (2005). *Disability and Psychology: Critical Introductions and Reflections*. London: Palgrave.

- Greenop, D. (2009). *Self-care: a narrative and dialogic study of adults with cystic fibrosis*. Unpublished PhD thesis, Liverpool John Moores.
- Houtenville, A. J. et al. (2009). *Counting working-age people with disabilities: what current data tell us and options for improvement*. Kalamazoo, WE Upjohn Institute for Employment Research.
- Jenkins, S. P. & Rigg, J. A. (2003). Disability and disadvantage: selection, onset and duration effects. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, *CASEpaper* 74.
- Kendall, D. (2001). *Sociology*. 3rd ed. Belmont, CA: Wadsworth.
- Koegel, P. (1986). *You are what you drink: evidence of socialised incompetence in the life of a mildly retarded adult*. In: Langness, L. L. & Levine, H. G. (Eds.). *Culture and Retardation*. pp. 47–63, Dordrecht: Kluwer/D. Reidel.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- McPhedran, S. (2011). Disability and Community Life: Does Regional Living Enhance Social Participation. *Journal of Disability Policy Studies* 22(1) 40– 54.
- Morris, J. (2002). *Untitled Conference Presentation*. In: *GLAD (Ed.)*. Reclaiming the Social Model of Disability Report. London: Greater London Action on Disability, 1-3.
- Nirje, B. (1969). *The Normalization Principle and Its Human Management Implications*. In: Kugel, R. B. & Wolfensberger, W. (Eds.). *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*. Washington, DC: Residential Committee on Mental Retardation.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. London: Macmillan.
- Oliver, M. (1994) *Capitalism, Disability and Ideology: a Materialist Critique of the Normalization Principle*. Paper presented at an international conference on normalization, at the University of Ottawa.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: Macmillan.
- Oliver, M. (2004). The Social Model in Action: If I had a hammer? In: Barnes, C. & Mercer, G. (Eds.). *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*. Leeds: *the Disability Press*, 18-32.
- Oliver, M. & Barnes, C. (1998). *Social Policy and Disabled People: From Exclusion to Inclusion*. London: Longman.
- Parker, I. (1997). *Psychoanalytic Culture*. London: Sage.
- Resnikoff, S. et al. (2008). Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. *Bulletin of the World Health Organization*, 86:63-70. doi:10.2471/BLT.07.041210 PMID:18235892.

- Rioux, M. & Bach, M. (1994). *Disability Is Not Measles: New Directions in Disability*. Ontario: L'Institut Roehar.
- Roberts, P. & Babinard, J. (2005). *Transport strategy to improve accessibility in developing countries*. Washington, World Bank.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. London: Routledge.
- Shakespeare, T. (1996). Power and Prejudice: Issues of Gender, Sexuality, and Disability. In; Barton, L. (Ed.). *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*. New York: Longman, 191–214.
- Sherry, M. (2006). *If I Only Had a Brain: Deconstructing Brain Injury*. London: Routledge.
- Shuttleworth, R., Wedgwood, N. & Wilson, N. J. (2012). *The Dilemma of Disabled Masculinity: Men and Masculinities*. London: SAGE.
- Silvers, A. (1998). Formal Justice. In: Silvers, A., Wasserman, D. & Mahowald, M. B. (Eds.). *Disability, Difference, Discrimination*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 13–145.
- Stalker, K., Baron, S, Riddell, Sh. & Wilkinson, H. (1999). *Models of disability: the relationship between theory and practice in non-statutory organizations*. London: SAGE Publications.
- Steiner, W. A. et al. (2002). *Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine*. Physical Therapy.
- Winter, S. et al. (1993). *Cost of accessible housing*. Washington, United States Department of Housing and Urban Development.
- Thomas, C. (2007). *Sociologies of Disability, 'Impairment', and Chronic Illness: Ideas in Disability Studies and Medical Sociology*. London: Palgrave.
- Trani, J. et al. (2010). *Disability in and around urban areas of Sierra Leone*. London: Leonard Cheshire International.
- Travis, M. A. (2002). Perceived disabilities, social cognition, and "innocent mistakes." *Vanderbilt Law Review*, 55, 481–579.
- Tremain, Sh. (2005). *Foucault and the Government of Disability*. *United States of America*: University of Michigan Press.
- *Union of the Physically Impaired Against Segregation (1976). Fundamental Principles of Disability*. London: UIPIAS.
- United Nations Children's Fund (2008). *Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys*. New York, United Nations Children's Fund.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (1988). *The present situation of special education*. Paris (UNESCO).

- Watson, N., Roulstone, A. & Thomas, C. (2012). *Routledge Handbook of Disability Studies*. London: Routledge Press.
- World Health Organization and World Bank (2011). *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization.
- Zaidi, A. & Burchardt, T. (2005). Comparing incomes when needs differ: equalization for the extra costs of disability in the UK. *Review of Income and Wealth*, 51:89-114.

