

مدل اجتماعی معلولیت و ضرورت ترویج آن

با تأکید بر مسائل کودکان معلول

به مناسبت ۱۲ آذر، روز جهانی معلولان

حمیدرضا واشقانی فراهانی

عضو هیئت مدیره انجمن حمایت از حقوق کودکان

هر چند به واسطه تلاش‌های معلولان 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 در اکثر نهادهای دولتی که با مسائل معلولان سر و کار دارند فهمی زیست - پزشکی است و مدیران ارشد و میانی این سازمان‌ها، از جمله سازمان بهزیستی، اغلب پزشکان هستند. در آن دسته از نهادهای غیردولتی فعال در این حوزه که خود معلولان در اداره و سیاست‌گذاری آن نقشی ندارند نیز همین فهم زیست - پزشکی حاکم است. مدل زیست - 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. در مطلب پیش رو ابتدا مدل پزشکی معلولیت و نارسایی‌ها، محدودیت‌ها و مشکلات این مدل بررسی خواهند شد و در بخش دوم به مزایا و امکان‌های بالقوه و بالفعل مدل اجتماعی معلولیت، با تأکید بر مسائل کودکان معلول، اشاره خواهد شد.

مدل زیست - پزشکی میان عارضه (impairment) و معلولیت (disability) تفاوتی قائل نیست و مشکلات معلولان را ناشی از خود معلولان می‌داند. به عبارتی وجود عارضه (هر نوع تفاوت عملکردی جسمی و ذهنی - شناختی که محدودیت‌هایی در مقایسه با عملکرد جسمی و ذهنی - 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... روبه‌رو شود، مشکل از آن فرد دانسته می‌شود و راهکار اصلی این است که در بدن و ذهن آن فرد تغییر ایجاد کرد. این نگرش هم جهان را همان‌طور که هست می‌پذیرد و هم «هست» را «باید» و «هنجار» می‌پندارد. در چنین نگرشی، وجود اعلام‌های صوتی برای چراغ عابر پیاده، مناسب‌سازی محل‌های عبور و مرور و... اهمیتی ندارد.

در نگرش زیست - پزشکی به معلولیت، عارضه داشتن نامطلوب است و فرد معلول، ناتوان، وابسته و در مرتبه‌ای پایین‌تر از نامعلومان پنداشته می‌شود. (Shakespeare et al., 2006) بنابراین، باید نسبت به از میان بردن امکان وقوع آن تلاش کرد. نگرش زیست - پزشکی تبعات سنگینی برای بشریت داشته است، از جمله کشتار معلولان و برنامه‌های یوژنیک یا به‌نژادی (برای «اصلاح» و زدودن نژاد سفید از معلولیت) در آلمان نازی، جراحی‌های سببانه مانند لوبوتومی، سیاست‌های جداسازی معلولان ذهنی و بیماران روانی و بستری در تیمارستان‌ها، شوک‌های الکتریکی، آزمایش‌های دارویی و شیمیایی روی معلولان. (Clifton, 2020; Scull, 2019) هم‌چنین این مدل مبتلا به نوعی سرمایه‌پرستی درونی‌سازی شده نیز هست، زیرا که مبتنی بر داوری درباره معلولان به واسطه میزان مولد بودن و ایجاد ارزش اضافه و همچنین رقابت‌پذیری و بهیچ‌گویی آن‌ها به عنوان نیروی کار است. (ن.ک: تیلور، ۱۴۰۰ و Bunbury, 2019)

در مقابل نگرش زیست - پزشکی، اما معلولان نگرش و مدلی دیگر برای فهم معلولیت پیشنهاد می‌کنند. این نگرش ریشه در تلاش‌های فعالان معلول در سرتاسر جهان، بالاخص فعالان جنبش یوپپاس^۱ (اتحادیه افراد دارای عارضه علیه تبعیض و جداسازی) دارد که معتقد بودند همان‌طور که زنان، اقوام و گروه‌های اثنیکی و... تحت ستم و تبعیض مبتنی بر جنس و جنسیت و یا خاستگاه قومی و اثنیکی هستند، معلولیت نیز ناشی از ستم و تبعیض است، اما ستم و تبعیضی که علیه افرادی که خارج از محدوده توانایی‌های اکثریت هستند (Barnes, 2019) گروهی از معلولان که در نگارش کتابی به دعوت پل هانت (Hunt, 1966) مشارکت داشتند نیز به دور از ستمی مانتالیسم رایج در ادبیاتی که نام معلولان درباره معلولیت ترویج می‌کنند، با روایت‌هایی دست اول از تجارب خود تقلیل‌گرایی و نگاه ضد انسانی اقداماتی که مبتنی بر مدل پزشکی بودند را افشا کردند. مایکل اولیور، کنش‌گر معلول و استاد و پژوهش‌گر فقید مددکاری اجتماعی و جامعه‌شناسی در دانشگاه کنت، با جمع‌بندی نگرش‌های انتقادی جنبش‌ها و فعالان، در مقاله‌ای به سال ۱۹۸۱ عنوان «مدل اجتماعی معلولیت» را پیشنهاد داد. (Oliver, 1981) در مدل اجتماعی میان عارضه و معلولیت تمایز قائلیم. عارضه‌ها 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 جامعه‌ای دانسته می‌شود که نام معلولان برای خود، و نه برای همه، ساخته‌اند. در مدل اجتماعی ساختار و سامان و سازمان این محیط‌ها 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 شده‌اند و تنوع، تکثر و تفاوت در توانایی‌های بشری نادیده گرفته می‌شود.

بگذارید یک مثال را بررسی کنیم. فردی ناشنوا را تصور کنید که در یک مصاحبه تحصیلی حاضر شده است، اما پیام سوالات که شفاهی هستند قابل انتقال به او نیستند. در صورتی که سوالات برای او نوشته شوند و فرد ناشنوا از امکان تحصیل برخوردار بوده باشد می‌تواند سوالات را بخواند و پاسخ دهد، اما اگر پاسخ‌ها نوشتاری نباشند، مصاحبه‌کننده آن‌ها را درک نخواهد کرد، چون فرد مصاحبه‌کننده زبان اشاره نمی‌داند. در مدل پزشکی مشکل در ناشنوا بودن فرد دانسته می‌شود و در مقابل این استدلال که باید از زبان اشاره یا نوشتاری استفاده کرد، در بهترین حالت گفته می‌شود این امکان‌ها همیشه موجود نیست، بنابراین راهکار آن است که علت عارضه نشنیدن را کشف و در صورت امکان آن را درمان کرد تا معلولیت از بین برود، زیرا ناشنوایی به صورت کلی مطلوب نیست؛ اگر هم امکان درمان وجود ندارد، مشکل حل نشدنی خواهد بود و نمی‌توان کاری اساسی کرد. به دلیل این نامطلوب و دردسرساز دانستن ناشنوایی، مدل پزشکی همچنین پیشنهاد می‌کند که باید تا حد ممکن از تولد کودکان ناشنوا جلوگیری کرد، اما مدل اجتماعی معلولیت، مشکل مصاحبه را این می‌داند که پیام (محتوای سوالات) به شکل مناسب و قابل استفاده (با زبان اشاره یا به صورت مکتوب) به فرد ناشنوا عرضه نشده است و همچنین مصاحبه‌کننده ابزار درک پیام را، یعنی فهمیدن زبان اشاره ندارد یا حاضر نیست که پاسخ‌های کتبی دریافت کند، چون فرض غالب و ناشی از مدل زیست - پزشکی بر آن است که همه شرکت‌کنندگان در آن مصاحبه یک توان واحد (در این‌جا شنیدن) دارند و «شنیدن» یک هنجار و قاعده است و تنها روش مشروع و قابل قبول مصاحبه هم گفت‌وگوی شفاهی با استفاده از زبان گفتاری است. بنابراین هرکسی که از این قاعده خارج باشد، نابه‌هنجار تلقی می‌شود و استفاده از هر ابزار ارتباطی شفاهی جز زبان گفتار نامرسوم و غیر طبیعی است.

پیش از ادامه بحث لازم است به نکته‌ای مهم اشاره کنیم. مدل اجتماعی اقدامات پزشکی را نفی نمی‌کند و این اقدامات در مدل اجتماعی نیز وجود دارند. اقدامات پزشکی و درمانی همان‌طور که برای سلامت هر فرد لازم است، ممکن است برای افراد معلول نیز

لازم باشد. علاوه بر این، در مواردی عارضه‌ها می‌توانند عارضه‌های ثانوی در پی داشته باشند که با اقدامات پزشکی می‌توان مانع بروز این عارضه‌های ثانوی شد؛ مثلاً برخی از معلولان جسمی - حرکتی با انجام فیزیوتراپی و برخی ورزش‌ها از عارضه‌های ثانوی پیشگیری می‌کنند. همچنین برخی از عارضه‌ها با اقدامات پزشکی ممکن است قابل رفع باشند و در این باره مدل اجتماعی به حق انتخاب احترام می‌گذارد. به عبارت دیگر مدل اجتماعی اقدامات پزشکی را نفی نمی‌کند، بلکه مدل پزشکی را نفی می‌کند، زیرا مدل پزشکی معلولیت را امری فردی، مشکلی درون خود فرد و مستلزم این که تنها فرد تغییر کند می‌داند، نه امری که بیش از هر چیز ناشی از شرایط و ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است.

موضوع همیشه به سادگی مثالی که درباره مصاحبه تحصیلی یک فرد ناشنوا زدیم نیست. در مورد برخی معلولیت‌ها، مثلاً معلولیت‌های شناختی و ذهنی مانند عدم توجه، بیش‌فعالی و اوتیسم مدل اجتماعی با مقاومت بیشتری روبه‌رو می‌شود، چون هنجارهای فرهنگی و اجتماعی و همچنین مدل پزشکی در مورد این معلولیت‌ها قدرت‌مندتر است و نهادهای دارای اقتدار و مشروعیت اجتماعی از جمله دانش‌های پزشکی، روان‌شناسی و روان‌پزشکی و همچنین نهاد آموزش مقاومت بیشتری در برابر آن دارند. به عنوان مثال در این باره می‌توان به برنامه‌های موسوم به گفتاردرمانی کودکان اوتیستیک بدون کلام اشاره کرد. در بسیاری از کشورها مرسوم است که با استفاده از روش‌هایی مانند تمرین ادای صداها، تقویت عضلاتی که در صحبت کردن مؤثر هستند و یا در خلال روش‌های رفتارگرایانه (که گاهی بسیار افراطی می‌شوند؛ مانند روش تحلیل کاربردی رفتار) کودکان اوتیستیک بدون کلام را به سخن بیاورند. با وجود آن که استفاده از طیف وسیع‌تری از ابزارهای ارتباطی در سال‌های اخیر رایج شده است، همچنان حرف زدن و تلفظ «درست» کلمات و رعایت آهنگ «مناسب» جملات و حتی یادگیری تغییر حالت چهره با توجه به محتوای کلام در اولویت هستند. سخن گفتن شکل اصلی و مشروع‌ترین نوع ارتباط غیرنوشتاری فرض می‌شود، زیرا باور بر آن است که اکثریت سخن می‌گویند و به شیوه‌ای مشخص کلمات را تلفظ می‌کنند، پس سخن گفتن و تلفظ کلمات به این شیوه طبیعی است و هر امر طبیعی، هنجاری و مشروع نیز هست. اما بسیاری نیز پیشگام کنار گذاشتن این مفروضات «تواناپرستانه» هستند. به عنوان نمونه، در همین زمینه، با ابتکار برخی مربیان کودکان اوتیستیک و به‌کارگیری تخته‌ای که حروف روی آن نوشته شده‌اند، سال‌هاست این امکان برای کودکان اوتیستیک بدون کلام فراهم شده تا بتوانند بدون استفاده از کلام و با نشان دادن به ترتیب حروف روی تخته حروف بتوانند کلمات را بیان و مفاهیم، خواست‌ها و نیازهای خود را منتقل کنند. (Jaswal et al., 2020; Musso, 2021) همچنین در ابتکاراتی دیگر با آموزش زبان‌های اشاره‌ای و نمادی / تصویری در سنین پایین‌تر نیز برای این کودکان امکان انتقال پیام فراهم شده است و بررسی‌ها از حدود ۴ دهه پیش اثر بخش بودن آموزش زبان اشاره را نشان داده‌اند. (Bonvillian et al., 1981) هرچند صنعت توانبخشی همچنان بر نوعی سلسله مراتب تأکید دارد که زبان گفتاری را بر صدر و جایگاه اشرف زبان‌ها می‌نشاند. حتی با رشد و پیشرفت فن‌آوری و استفاده از تلفن‌های هوشمند و تبلت و کامپیوتر امکان تایپ کردن و تبدیل کلمات تایپ شده به صدا نیز فراهم شده است. این ابتکارات حتی پیش‌داوری‌های بسیاری روان‌شناسان و روان‌پزشکان درباره خطی بودن طیف اوتیسم و تقسیم‌بندی اوتیسم به سه سطح خفیف، متوسط و شدید دارند به چالش کشیده است و کودکان اوتیستیکی که دارای اوتیسم شدید دانسته می‌شدند، با یادگیری الفبا و زبان از طریق ابزارهای هوشمند، و توسعه زبانی می‌توانند بنویسند و بخوانند و حتی بیش از انتظار روان‌پزشکان و روان‌شناسان استدلال‌های پیچیده کنند یا استدلال‌های پیچیده را درک کنند. (به عنوان نمونه بنگرید به کتاب دلیل پریدن من از ناوکی هیگاشیدا) بخش عمده‌ای از این پیشرفت‌ها در فراهم کردن امکان ارتباط با فراتر رفتن از مدل زیست - پزشکی و مفروضات هنجاری آن حاصل شده است. با این حال غلبه مدل پزشکی در بسیاری از کشورهای دنیا - حتی زمانی که نتیجه‌ای از روش‌های مرسوم موسوم به گفتاردرمانی حاصل نمی‌شود - باعث شده همچنان برای ادامه این روش‌ها هزینه و زمان صرف شود. زمان و منابعی که اگر صرف آموزش استفاده از ابزار ارتباطی دیگری شود می‌توان امکان پیشرفت سریع‌تر در برقراری ارتباط را و در نتیجه توسعه و پیچیده‌تر شدن سریع‌تر

مهارت‌های زبانی و شناختی کودک فراهم کرد، زیرا به جای گرفتن وقت کودک برای ادای «درست» صداها، تمرکز بیشتری بر مفاهیم، کلمات و ساختارهای زبانی می‌شود. اما این بحث درباره مدل‌های فهم معلولیت چه کاربردی برای اقداماتی که ما در زمینه کودکان می‌کنیم دارد؟

مهم‌ترین نتیجه توجه به مدل اجتماعی و فراتر رفتن از کلیشه‌های مدل پزشکی، فراهم کردن زمینه‌ای برای شناخت و توجه به تبعیض‌ها و فرایندهای طرد و غفلت اجتماعی است که علیه کودکان معلول شاهدیم. مدل اجتماعی با نشان دادن این که علل عمده وضعیت فعلی معلولان 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 نام معلولان ساخته‌اند روشنی می‌افکند.

اهمیت دیگر چرخش به سوی مدل اجتماعی مقابله با فرایند کالایی‌سازی 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، حاشیه‌نشینان، گروه‌های اقلیت و... دسترسی کم‌تری به این خدمات خواهند داشت. ضمن آن که متولیان بخش خصوصی که دایرکنندگان مراکز خدماتی هستند، بر اساس صرفه اقتصادی تصمیم به جانمایی و تعیین سطح کیفی و دامنه و ماهیت خدمات مراکز خود می‌گیرند و نیازی به توضیح نیست که خدمات با کیفیت‌تر به کدام طبقات اجتماعی و اقتصادی ارائه خواهند شد. در این میان برخی خدمات توان‌بخشی اثرگذاری اثبات شده علمی ندارند، ولی هنوز رایج هستند و برخی خدمات هم که اثربخش هستند، از دسترس عموم کودکان معلول خارج هستند. (به دلیل بعد مسافت با مراکز، نبود مراکز کافی و همچنین فقر و پولی بودن خدمات) مدل پزشکی نمی‌تواند با این وضعیت مقابله کند، زیرا هم این وضعیت ناشی از غلبه مدل پزشکی معلولیت است و هم آن که متولیان خدمات توان‌بخشی پزشکی که از این راه کسب درآمد می‌کنند، با کالایی‌زدایی کردن از خدمات توان‌بخشی و بازبینی در خدماتی که اثر بخش نیستند تعارض منافع دارند.

موضوع دیگر که ترویج و جایگزین کردن مدل اجتماعی بر آن تاثیر مثبت دارد، در اولویت قرار گرفتن مناسب‌سازی و متناسب‌سازی در سیاست‌های عمومی و برنامه‌های اجرایی در حوزه‌های مختلف از جمله آموزش است. کودکان معلول زیادی به دلیل در دسترس نبودن امکانات آموزشی مناسب و متناسب به کلی از آموزش محروم هستند. 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 بازنویسی شده یا متناسب‌سازی شده برای کودکانی که معلولیت شناختی - 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 / دربرگیرنده‌سازی همه عرصه‌های جامعه برای معلولان، از جمله کودکان معلول و رفع تبعیض و طرد، مطالبه‌ای است که تنها باور به مدل اجتماعی - که علت معلولیت را پیش از آن که در فرد معلول جست‌وجو کند، در جامعه جست‌وجو می‌کند - می‌تواند برای آن عزم عمومی ایجاد کند. ضمن آن که 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 مناسب‌سازی و متناسب‌سازی 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 مناسب‌سازی و ایجاد امکان‌های اجتماعی و آموزشی برای معلولان شروع شدند، مانند ابداع خط بریل یا زبان اشاره.

کارکرد دیگر مدل اجتماعی مقابله با نگرش‌های وابسته‌ساز خیریه‌ای و مسئولیت‌پذیر کردن دولت است. در نگرش شبه‌اخلاقی به معلولیت، معلولان نشانه قهر و انتقام خدا، واسطه‌های خرید بهشت، آزمایش الهی، تقدیر شوم، فرشته‌های 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 بهره‌مند باشند؛ این نگرش کودکان را موجوداتی می‌داند که باید به نمایش گذاشته شوند تا برای برآورده کردن نیازهای آنان خیران آستین همت بالا بزنند و دولت نیز - که قبل‌تر توصیه شده مزاحم دستان نامرئی بازار نشود - در امور مربوط به کودکان و بزرگسالان معلول نیز امر را به دستان توان‌گران کارآفرین و صاحب درآمد خیر واگذار کرده و دخالت بی‌جا نکند. نگرش شبه‌اخلاقی - خیریه‌ای‌رهایی معلولان و رعایت حقوق اجتماعی آنان را به همراه نخواهد داشت و از همین رو مدل اجتماعی و رویکرد کل‌نگرش را برای برساختن جامعه‌ای دربرگیرنده نیاز داریم.

معلولیت تنها عامل تعیین‌کننده در زندگی معلولان نیست. جنس، جنسیت، نژاد و قومیت، طبقه اقتصادی و... نیز بر موقعیت معلولان تأثیر دارند. با این حال، مدل پزشکی از در نظر گرفتن این مقولات عاجز است. در حالی که مدل اجتماعی معلولیت روی‌شانه تلاش‌های کنشگران و پژوهش‌گرانی ساخته شده است که بخشی از آنان در حوزه‌های زنان، کارگران، اقلیت‌ها و گروه‌های فرودست نژادی نیز فعال بوده یا هستند. مطالعات نشان می‌دهد کودکان و بزرگسالان متعلق به گروه‌های اقلیت یا فرودست‌تر معمولاً با مشکلات و تبعیض‌های بیشتر و متقاطع‌تری روبه‌رو هستند و باید به این مؤلفه‌ها توجه کرد که در این مورد نیز نگرش ساختاری و رویکرد کل‌نگر مدل اجتماعی می‌تواند راه‌گشا باشد.

در مدل پزشکی جای زیادی برای مشارکت معلولان به عنوان اصلی‌ترین ذی‌نفع وجود ندارد. معلولان در این مدل به مراجعانی وابسته تقلیل یافته‌اند که متخصصان افراد ذی‌صلاحی هستند که می‌توانند برای آن‌ها تصمیم بگیرند. ضمن آن‌که حتی در صورت وجود فرصت انتخاب نیز، این انتخاب‌ها فردی است، بنابراین مشارکت از امری که واجد ابعاد جمعی و گروهی است به انتخابی که فردی است تقلیل می‌یابد. در مورد کودکان این محدودیت بیشتر است زیرا علاوه بر متخصصان والدین نیز به عنوان افرادی فرادست‌تر از کودکان در این تصمیمات نقش دارند. اما مدل اجتماعی با تأکید بر برابری معلولان با نامعلولان و همچنین توجه به عوامل محیطی و پیرامونی، عاملیت و مشارکت معلولان از جمله کودکان معلول را چه در سطح فردی و چه در سطوح گروهی و اجتماعی تقویت می‌کند. بنابراین کاربست این مدل در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و اقدامات ظرفیت‌بیشتری برای مشارکت اجتماعی کودکان فراهم می‌کند.

دیگر تأثیر چرخش از مدل پزشکی به مدل اجتماعی، تضعیف و حذف داغ‌نگی است که با معلولیت همراه می‌شود. مدل پزشکی نه تنها معلولیت را به کلی نامطلوب می‌داند (و این در تقویت و بازتولید داغ‌نگ مؤثر است)، بلکه با محدود کردن اقدامات به اقدامات پزشکی، چاره‌جویی را به کلی به ساحت فردی و تعدیل و تغییر ذهن و جسم معلول محدود می‌کند. به عبارت دیگر، مدل پزشکی هم می‌تواند تقویت‌کننده داغ‌نگ باشد و هم از انجام هر اقدامی برای کاهش آن کمابیش غافل. کودکان معلول کنار هم‌سالان نامعلول خود تجربه‌ای دوست‌داشتنی، جذاب و مبتنی بر تعامل و کمک‌کننده به رشد نخواهند داشت، مگر آن‌که داغ‌نگ 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، مناسب‌سازی فضایی - 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 داغ‌نگ 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 آسیب‌زا شود و هم کیفیت و دربرگیرندگی اقداماتی که برای معلولان انجام می‌شود را بیشتر می‌کند. درباره اقدامات آسیب‌زا می‌توان به نقش مدل اجتماعی معلولیت در شکل‌گیری جنبش تنوع عصب‌شناختی اشاره کرد. این جنبش که کنشگران آن از افراد اوتیستیک هستند با انجام تحقیقات و پژوهش‌های علمی و رجوع به بررسی و بازخوانی تجارب افراد اوتیستیکی که در کودکی و نوجوانی تحت مداخله تحلیل کاربردی رفتار (ABA) قرار گرفته‌اند، توانسته اثربخش بودن و آزارگرانه بودن این روش را نشان دهد و در وضع محدودیت‌های قانونی برای اجرای این روش مؤثر باشد. درباره ارتقای کیفیت خدمات و اقدامات مربوط به معلولان نیز می‌توان به تأثیر و نقش معلولان نابینا و معلولان جسمی - حرکتی در ارتقای کیفی مناسب‌سازی هم در مرحله طراحی و هم در کمک به ارزیابی کیفی این مناسب‌سازی‌ها اشاره کرد.

مدل اجتماعی در مقیاسی عام‌تر 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 مناسب‌سازی اجتماعی و کالبدی است. مناسب‌سازی معابر، نصب آسانسور و درب‌های خودکار، ایجاد سرویس‌های بهداشتی مناسب‌سازی شده و نظایر این‌ها همگی در کیفیت زندگی زنان باردار، والدین دارای نوزاد و نوپا، سالمندان و افرادی که موقتاً دچار عارضه شده‌اند (به عنوان مثال عارضه حرکتی موقت که استفاده از ویلچر را ضروری می‌کند) اثرگذار است. ضمن آن‌که هر فردی، از جمله کودکان، به دلیل بیماری، سانحه و اتفاق ممکن است دچار عارضه شود و وجود معابر و امکانات مناسب‌سازی شده به وی نیز کمک خواهد کرد. علاوه بر این‌ها جامعه‌ای که در آن دربرگیرندگی اجتماعی جریان داشته باشد، کیفیت زندگی اطرافیان افراد معلول، از جمله والدین کودکان معلول را افزایش خواهد داد و این بر سلامت روانی و اجتماعی خانواده و نزدیکان اثر گذار است، زیرا نزدیکان فرد معلول هم اطمینان خاطر بیشتری از وجود امکانات دسترسی پذیر برای فرد معلول دارند، هم آن‌که فرد معلول می‌تواند به شکلی مستقل‌تر به امور خود بپردازد و اعضای خانواده و نزدیکان به خاطر مشکلاتی که بر عضو معلول خانواده تحمیل شده درگیر محدودیت در فرصت‌ها و امکان‌های زندگی نخواهد بود.

- Barnes, C. (2019). Understanding the social model of disability: Past, present and future. In *Routledge handbook of disability studies* (pp. 14–31). Routledge.
- Bonvillian, J. D., Nelson, K. E., & Rhyne, J. M. (1981). Sign language and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(1), 125–137. <https://doi.org/10.1007/BF01531345>
- Bunbury, S. (2019). Unconscious bias and the medical model: How the social model may hold the key to transformative thinking about disability discrimination. *International Journal of Discrimination and the Law*, 19(1), 26–47. <https://doi.org/10.1177/1358229118820742>
- Clifton, S. (2020). Hierarchies of power: Disability theories and models and their implications for violence against, and abuse, neglect, and exploitation of, people with disability. *Australian Royal Commission into Violence, Abuse, Neglect and Exploitation of People with Disability*.
- Hunt, P. (1966). *Stigma: The Experience of Disability*. GEOFFREY CHAPMAN. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Hunt-CONTENTS.pdf>
- Jaswal, V. K., Wayne, A., & Golino, H. (2020). Eye-tracking reveals agency in assisted autistic communication. *Scientific Reports*, 10(1), 7882. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64553-9>
- Musso, M. (2021). How the Letter Board Changed my Life. *The Art of Autism*. <https://the-art-of-autism.com/how-the-letterboard-changed-my-life/>
- Oliver, M. (1981). A new model of the social work role in relation to disability. *The Handicapped Person: A New Perspective for Social Workers*, 19–32. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.572.3617&rep=rep1&type=pdf>
- Scull, A. (2019). *Psychiatry and its Discontents*. University of California Press.
- Shakespeare, T., Bickenbach, J. E., Pfeiffer, D., & Watson, N. (2006). Models [of Disability]. In G. L. Albrecht, S. L. Snyder, J. Bickenbach, D. T. Mitchell, & W. O. Schalick (Eds.), *Encyclopedia of disability* (Vol. 3). Sage.
- تیلور، سانورا. (۱۴۰۰). حق بر کار نکردن: قدرت و معلولیت. مانتلی ریویو (شماره مارس ۲۰۰۴). ترجمه حمیدرضا واشقانی فراهانی. سایت نقد. قابل بازیابی از: <https://naghdcom.files.wordpress.com/2021/12/the-right-not-to-work.pdf>