

# قرائتی بزه دیده مدار از الگوهای توانبخشی

## از منظر بزه‌دیدگی ناتوانان

امیر سماواتی پیروز

### چکیده

این نوشتار در پی آن است تا مدل‌های توانبخشی در پرتو رویکردی افتراقی نسبت به بزه دیدگان مبتلا به ناتوانی و با تأمل بر خصیصه آسیب‌پذیری آنان را بررسی نماید. مادامی که مدل‌های توانبخشی از منظر مطالعه‌ای میان‌رشته‌ای و به‌منظور بازتوانی ناتوانان بزه دیده مورد بازاندیشی قرار نگیرند، بهبود وضعیت این بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر نه امکان‌پذیر خواهد بود و نه موفق. بدین سان، نگارنده بر آن است تا از رهگذر ارائه‌ی قرائتی بزه دیده‌مدار از مدل‌های اجتماعی، اقتصادی و پزشکی توانبخشی، آسیب‌شناسی آنها و با اجتناب از یکسویه‌نگری، جهت‌گیری این مدل‌ها را به سمت ارتقای جایگاه ناتوانان بزه دیده نماید. بی‌تردید، جلوگیری از به‌محاق‌گرایی‌دن جایگاه ناتوانان بزه‌دیده جز از رهگذر توانمندسازی آنان در پرتو تمهیدات توانبخشی در راستای ترمیم لطمات وارده به ناتوانانی که در پی تجربه بزه‌دیدگی، متحمل آسیب مضاعفی گردیده‌اند و چه بسا نیازمند حمایت مضاعفی نیز می‌باشد، میسر نخواهد بود. از این رو، در این نوشتار کوشش گردیده تا الگویی جدید از تفکر در خصوص مدل‌های توانبخشی در چارچوبی قانونمند و با تأکید بر حمایت خاص از ناتوانان بزه‌دیده ترسیم گردد.

### واژگان کلیدی

ناتوانان بزه‌دیده؛ توانبخشی اجتماعی؛ توانبخشی پزشکی؛ توانبخشی اقتصادی؛ رویکرد بزه‌دیده‌مدار؛ نظریه برابری فرصت‌ها؛ بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر.

## قرائتی بزه‌دیده مدار از الگوهای توانبخشی

### از منظر بزه‌دیدگی ناتوانان

تغییراتی که در تعریف توانبخشی<sup>۱</sup> در طی چند سال اخیر رخ داده است، آن را از تعریفی مبتنی بر فرد ناتوان به تعریفی دایرمدار برابری فرصت‌ها و در نهایت، به سمت تعریف حقوق بشری سوق داده است. بدین توضیح که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۶۹ توانبخشی را در «استفاده از مجموعه اقدامات هماهنگ و توأم پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای به منظور آموزش و بازآموزی ناتوانان به منظور نیل به سطح حداکثر ممکن در فعالیت‌های عملکردی» تعریف کرده است. چنین تعریفی به وضوح حاکی از محوریت‌دهی به شخص ناتوان و فراهم کردن زمینه‌های تغییر در اوست. بدیهی است که در چارچوب چنین تعریفی امکان ایجاد تحولی به‌سزا در بین ناتوان و خانواده او و جامعه محلی که در آن زندگی می‌کند، وجود نداشته است. از این رو در فاصله سال‌های ۱۹۶۹ تا ۱۹۸۱ دو رویه مهم در شکل‌گیری مفهوم و نظریه‌ای با عنوان «برابری فرصت‌ها»<sup>۲</sup> به ایفای نقش پرداختند.

در سال ۱۹۷۱ مجمع عمومی سازمان ملل متحد «اعلامیه جهانی حقوق عقب‌ماندگان ذهنی» را مشتمل بر هفت ماده به تصویب رساند که در آن، حقوق آنان مشابه با حقوق سایر اعضای جامعه بدون هیچ‌گونه تبعیضی برای آنان در نظر گرفته شد. در سال ۱۹۷۵ نیز «اعلامیه جهانی معلولان» طی سیزده بند در مجمع عمومی سازمان ملل به تصویب رسید. برخورداری از حقوق مدنی و سیاسی - مشابه با حقوق سایر افراد جامعه - رفع هرگونه تبعیض، بهره‌مندی از توانبخشی و درمان‌های پزشکی و روانپزشکی و دستیابی به وسایل کمکی توانبخشی و هرگونه

خدمات مورد نیاز دیگر از جمله موارد مقرر شده در این اعلامیه است. در سال ۱۹۸۱ انجمن بین‌المللی ناتوانان که یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین سازمان‌های غیردولتی فعال در مورد امور ناتوانان در سطح جامعه جهانی است، در مجمع جهانی خود که در سنگاپور برگزار شد، نظریه «برابری فرصت‌ها» را این‌گونه مطرح کرد: «برابری فرصت‌ها، فرایندی است که در طی آن، امکانات عمومی مانند مسکن، وسایل ایاب و ذهاب، فرصت‌های آموزشی و شغلی و نیز موقعیت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی باید بی‌هیچ‌گونه تبعیضی در دسترس همه افراد جامعه قرار گیرد و این مسئله شامل برچیده شدن همه موانع موجود در مقابل مشارکت کامل ناتوانان در همه زمینه‌هاست». بنابراین در چنین مفهومی می‌توان نویدبخش دستیابی به زندگی با کیفیت بهتر و مساوی با دیگران برای ناتوانان بود. بدین‌سان، دسترس‌پذیری تسهیلات و موقعیت‌ها و امکانات عمومی و همچنین عاری از تبعیض بودن آنها، دو رکن اساسی مفهوم برابری فرصت‌هاست. همزمان با طرح پیش گفته، مجمع عمومی سازمان ملل متحد، سال ۱۹۸۱ را با شعار «مشارکت کامل و مساوی»، «سال جهانی ناتوانان» اعلام کرد و هدف از آن را به رسمیت شناختن حق مشارکت کامل و برابر ناتوانان در جوامع خود و در سطح جهانی عنوان کرد. از آن زمان تاکنون این شعار به منزله هدفی کلی پیش روی بیشتر تلاش‌های صورت گرفته در مورد تأمین حقوق بشری ناتوانان بوده است. پی‌گیری‌های انجام شده در سال ۱۹۸۱ و نامگذاری آن به «سال جهانی ناتوانان» به این مسئله منجر گردید و از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۲ «دهه ناتوانان» نامیده شد.

در همین راستا مجمع عمومی سازمان ملل متحد، خواستار تلاش همگانی کشورهای عضو برای به رسمیت شناختن حقوق ناتوانان و طرح‌ریزی برنامه‌های

منسجم و هماهنگ به منظور فراهم کردن حداقل امکانات زندگی شرافتمندانه برای آنان شد. خود مجمع نیز با ارائه برنامه‌ای به نام «برنامه حداقل حقوق ناتوانان» کشورهای عضو را به سمت شناسایی و تضمین حداقل حقوق ناتوانان که واجد صبغه حقوق بشری است، رهنمون شد. به نظر می‌رسد سال ۱۹۸۱ نقطه عطفی در تحول تاریخی به وجود آمده در زمینه تغییر نگرش به ناتوانان بود. این تحول باعث شد تا جهت‌گیری راهبردهای آغازین در مورد حقوق ناتوانان که به طور عمده حول محور مساعدت و حمایت صرف بود، به سمت مشارکت‌دهی کامل و فعالانه و تأمین حقوق اساسی ناتوانان تغییر یابد. در سال ۱۹۹۳ دو رویداد جهانی دیگر به روند فعالیت‌های انجام شده در «دهه ناتوانان» سرعت بخشید. در این سال کنفرانس جهانی حقوق بشر با حضور نمایندگان کشورهای عضو در وین برگزار شد. در اعلامیه این کنفرانس در دو بخش به موضوع ناتوانان اشاره شد. بار نخست در بند «پ» از ماده ۱۲ این‌گونه مقرر شد: «باید توجه خاصی در حق معلولان، از جمله مشارکت فعال و بدون تبعیض آنان در جامعه و برخورداری آنان از کلیه حقوق و آزادی‌های اساسی به عمل آید». بار دوم در بخش پایانی اعلامیه کنفرانس جهانی وین در ذیل سر فصل «حقوق ناتوانان» سه بند به شرح زیر مطرح و تصویب شد:

۱- کنفرانس جهانی تأکید دارد که همه حقوق و آزادی‌های اساسی، جنبه جهانی دارند و بدون هیچ‌گونه استثنایی شامل ناتوانان نیز می‌شوند. همه افراد از بدو تولد یکسان‌اند و از حقوق مشترک حمایت، رفاه، آموزش، اشتغال و زندگی مستقل و حق مشارکت فعال در همه سطوح اجتماعی برخوردارند. بنابراین هرگونه اعمال تبعیض مستقیم یا رفتار تبعیض‌آمیز با فرد ناتوان، نقض حقوق وی تلقی می‌شود. کنفرانس جهانی از دولت‌ها می‌خواهد در صورت لزوم،

قوانینی را برای تضمین برخورداری ناتوانان از این حقوق تصویب کنند. بدین سان رویکرد بین‌المللی و حقوق بشری به ناتوانان سرآغاز قانونگذاری‌های داخلی در راستای وضع مقررات حمایتی - مشارکتی ناظر به ناتوانان به‌طور کلی و در حیطه قوانین و مقررات کیفری نسبت به ناتوانان بزه‌دیده به‌طور خاص است.

۲- فرد ناتوان (معلول) حق دارد از همه امکانات و تسهیلات جامعه برخوردار باشد. بنابراین باید با حذف همه موانع موجود در اجتماع، اعم از موانع مادی یا روانی که مشارکت کامل و برابر فرد ناتوان را محدود یا ناممکن می‌کند به این افراد فرصت مشترکی داده شود.

۳- کنفرانس جهانی باتوجه به برنامه تدوین شده برای ناتوانان که در سی‌وهفتمین مجمع عمومی در سازمان ملل به تصویب رسید از مجمع عمومی و شورای اقتصادی و اجتماعی درخواست کرد که پیش‌نویس قواعد استاندارد در مورد برابری (یکسان‌سازی) فرصت‌ها برای ناتوانان را که در جلسه خود در سال ۱۹۹۳ تهیه شد، تصویب کنند. به دنبال این اعلامیه، مجمع عمومی سازمان ملل در اواخر دهه موسوم به «دهه ناتوانان» این پیش‌نویس را به نام «قواعد استاندارد ایجاد فرصت‌های مساوی برای ناتوانان» به تصویب رساند. این اقدام مجمع عمومی، تکمیل‌کننده تحول نگرش به ناتوانان و تغییر در تعریف توانبخشی و استوار ساختن آن بر مبنای برابری فرصت‌ها بود. (کمالی، ۱۳۸۳: ۵۳-۵۱).

الف) توانبخشی به مثابه برجسته‌ترین گونه پاسخ‌دهی از رهگذر فن‌آوری نوین بدین سان می‌توان گفت توانبخشی شامل همه اقدامات با هدف کاستن از تأثیر

ناتوانی بر فرد، توانمند ساختن وی در کسب استقلال و عدم وابستگی به سایرین، تقویت حضور و مشارکت اجتماعی به طور فعال، زندگی دارای کیفیت، خودبستگی و خودشکوفایی است. سیاست توانبخشی نه تنها شامل آموزش ناتوانان می‌شود بلکه در نظام عمومی جامعه مداخله می‌کند تا مناسب‌سازی محیط، توانمندسازی فرد و رعایت و مراقبت از حقوق بشری وی را فراهم کند. (Evanse, 2001:333-337). حفظ و رعایت حقوق بشر (انسانی) وظیفه همه دولت‌ها، در همه کشورها و همچنین وظیفه هر شهروند در هر زمان است. وانگهی به نظر می‌رسد سیاست ناظر به حقوق بشری کردن توانبخشی بیش از آنکه به ارایه خدماتی صرف به منظور ارتقاء و بهبود عملکرد ناتوانان در جامعه بیندیشد، رعایت حقوق انسانی آنان را مد نظر قرار می‌دهد. رویه سنتی به توانبخشی، به گونه‌ای مضیق و صرفاً در قالب الگوی درمانی می‌نگرد و خدمات ارایه شده به ناتوانان را منحصر به نهادها و سازمان‌های خاص می‌داند که بیشتر اوقات به شکل مراقبت‌های پزشکی قابل ارائه‌اند. این رویکرد مضیق و سنتی، امروزه جای خود را به رویکرد نوین توانبخشی داده است، رویکردی که حاکی از آن است که به موازات خدمات درمانی و پزشکی، برنامه‌های ناظر به خدمات اجتماعی و آموزشی نیز باید به خانواده‌های ناتوانان و جامعه محلی ارایه شود تا از این رهگذر به آنان کمک کند تا بر مشکلات عضو ناتوان خود در محیطی توأم با احساس مسئولیت و همدردی فایق آیند.

علاوه بر این بیشتر مردم به این نکته واقف‌اند که حتی افراد مبتلا به ناتوانی شدید هم در صورتی که خدمات حمایتی ضروری و مناسب برایشان تأمین شود، قادرند به طور مستقل زندگی کنند. بنابراین با پیش‌فرض تأمین خدمات، شمار درخواست‌های ناتوانان مبنی بر مورد مراقبت قرار گرفتن در نهادهای خاص

کاهش یافته و ناتوانان قادرند در برآوردن ضروریات خود به طور مستقل (خودبسنده) عمل کنند. بدین سان، توانبخشی در نوع خود، فرایندی کامل و منحصر به فرد است که حتی ظرفیت بهره‌مند شدن از مساعدت‌های فنی در پرتو فناوری‌های نوین در توسعه اقدامات توانمندسازی خود را نیز داراست. این فرایند مبتنی بر به رسمیت شناختن این مسئله است که فرد ناتوان باید از نظر احساسی و اجتماعی با شرایط اوضاع و احوال حاکم بر محیط خود، وفق یابد و همه نیازهای او باید در حیطه روابط وی با جامعه محلی‌اش و اساساً با جامعه در سطح کلان لحاظ شوند. (Barnes, 2003: 17) در این صورت، ناتوان بزه‌دیده می‌تواند هم از نظر جسمی و هم از لحاظ تألمات روحی و روانی که در پی وقوع جرم متحمل شده به وضعیت قبل از وقوع جرم بازگردد و لطمات ناشی از جرم به حداقل میزان ممکن می‌رسد. بنابراین بزه‌دیده در طی روند دریافت توانبخشی فنی، احساس می‌کند جامعه نیز نسبت به بزه‌دیدگی وی احساس تعهد و مسئولیت می‌کند و در راستای تقلیل آثار زیانبار ناشی از تجربه بزه‌دیدگی وی، متحمل هزینه شده و امکانات لازم را به منظور ارایه مساعدت‌های فنی به او فراهم می‌آورد. حقیقت این است که بسیاری از ناتوانان بزه‌دیده به مساعدت‌های فنی نیاز دارند.

در بعضی از کشورهای پیشرفته، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، زمینه اعاده‌ی وضع ناتوان بزه‌دیده به حالت سابق و ترمیم لطمات وارده به وی در پی وقوع بزه، تا حد زیادی فراهم شده، اما باید اذعان داشت که در بیشتر کشورها امکان استفاده از این وسایل و امکانات فنی به دو دلیل اصلی فراهم نیست: نخست به دلیل عدم قابلیت و امکان دسترسی به این وسایل فنی در کشورهایی که اساساً دارای فناوری‌های نوین برای ناتوانان نیستند و دوم به دلیل هزینه‌ی بسیار زیادی که به کارگیری توانبخشی فنی دربر دارد. نیازی نیست که توانبخشی ضرورتاً توسط

کارکنانی متخصص و یا در مؤسسات دارای فناوری‌های گران‌قیمت و پیشرفته انجام شود.

بیشتر اقدامات توانبخشی را می‌توان کم و بیش با داوطلبان آموزش‌دیده و با استفاده از فناوری‌های ارزان‌قیمت ارائه داد. واقعیت تاسف‌بار این است که هنوز هم بیشتر جمعیت جهان به اقدامات توانبخشی دسترسی ندارند. بنابر گزارش سازمان ملل در برنامه جهانی ناتوانان در سال ۲۰۰۶ برآورده شده است که ۹۰٪ از امکانات توانبخشی تنها در اختیار ۲۰٪ از کسانی که به آن احتیاج دارند قرار می‌گیرد. این مسأله بدان معنی است که ۸۰٪ از ناتوانانی که به مساعدت‌های مبتنی بر اقدامات توانبخشی نیاز مبرم دارند یا هیچ‌گونه حمایت و مساعدتی دریافت نمی‌کنند و یا از این لحاظ به آنان کمترین مساعدت ممکن ارائه می‌شود. (Habeck, and Williams, 2005:16) این در حالی است که اساساً به کارگیری تدابیر توانبخشی ضرورتی انکارناپذیر به‌منظور تسهیل ارابه‌رهای انطباق‌پذیر فرد ناتوان با جامعه است که در پی بزه‌دیدگی وی تضعیف گردیده‌اند. به دیگر سخن، توانبخشی در عمل، یک رشته راهبردهای قابل اجرا را دربر می‌گیرد که هر چند نخستین هدف آن حمایت از ناتوانان بزه‌دیده است تا بتوانند با لطمات ناشی از جرم کنار آیند، اما هدف از تدابیر توانبخشی فراتر رفتن از این حد و هموار کردن مسیر رشد و تحقق بخشیدن به توانمندی‌های بالقوه ناتوان بزه‌دیده تا کامل‌ترین حد ممکن است. بدین معنی که به ناتوان بزه‌دیده مساعدت شود، تا ظرفیت‌های مهارتی خود را شناسایی کند، از آنها بهره‌بردار و نقاط ضعف خود را تقویت کند.

از این رو، توانبخشی می‌تواند متضمن آن دسته از مهارت‌های فردی باشد که باید ارتقاء یابند تا ناتوان بزه‌دیده ضمن انطباق با امکانات موجود در جامعه بتواند



در جهت خود شکوفایی گام بردارد. بدین سان، افزایش مهارت‌های فردی به موازات تطبیق با پتانسیل‌های موجود در محیط نمایانگر جهت‌گیری عمده تدابیر توانبخشی است. همچنین تدابیر توانبخشی در صدد تشویق ناتوانان بزه‌دیده در تقویت قدرت کنترل بر شرایط پیرامون خود می‌باشد به طوری که بتواند بر عوامل بزه‌دیده‌زای موجود در محیط چیره شده و خود را در برابر خطرات بزه‌دیدگی مکرر مصون نمایند. بدین ترتیب، مساعدت‌های فنی در تدابیر توانبخشی از رهگذر برگزاری جلساتی صورت می‌گیرد که در آنها ارتقاء کارایی ناتوان بزه‌دیده همگام با رشد خودکفایی در وی به منظور توانمندسازی وی در جهت ایفای نقش‌های اجتماعی محقق می‌شود. پژوهشی که در سال ۱۹۹۰ توسط ایوانس به عمل آمده، مؤید این نکته است که عناصر اصلی توانبخشی شامل توسل به ساز و کارهای مساعدتی برای ناتوانان بزه‌دیده به منظور برخورداری در زندگی توأم با کارایی بیشتر و افزایش قدرت کنترل فشارهای روانی است که در پی وقوع جرم، افراد مبتلا به ناتوانی را متأثر ساخته است. (Evanse, 2001: 342) وانگهی باید این نکته را فرا روی ذهن قرار داد که توانبخشی در بردارنده مدلهای مختلفی است که هر یک به گونه‌ای مستقل از یکدیگر طرح‌ریزی شده‌اند و لذا نمی‌توان مدل مختلفی از توانبخشی را برای ناتوانان بزه‌دیده متصور شد. در واقع نقطه عزیمت هر یک از مدل‌های توانبخشی کاملاً با یکدیگر متفاوت است هر چند هدف نهایی آنها می‌تواند یکسان باشد.

#### ب) مدل توانبخشی اجتماعی

در مدل توانبخشی اجتماعی (Social Rehabilitation)، به ناتوانی به عنوان مسئله‌ای فردی نگریسته می‌شود و این تفکر که ناتوانی موجب وابستگی فرد به

دیگران شده و چنانچه از بین برود، مشکلات ناتوان بزه‌دیده مرتفع خواهد شد، گرانیگاه این مدل را تشکیل می‌دهد. در این مدل تلاش می‌شود تا ناتوان بزه‌دیده که در پی وقوع جرم به نوعی سرخوردگی اجتماعی دچار شده، به سوی هنجارهای افراد عادی (غیرناتوان) جامعه سوق داده شود. این گونه توانبخشی اعاده استقلال ناتوانی را که به دنبال تجربه بزه‌دیدگی، وابستگی‌اش به دیگران دوچندان گردیده است، بخش عمده‌ای از فرایند مساعدت به ناتوان بزه‌دیده تلقی می‌نماید تا از این رهگذر با ارتقاء خودبستگی بزه‌دیده، وی را از خطر بزه‌دیدگی مجدد مصون دارد.

در مدل توانبخشی اجتماعی، توانبخشی پزشکی مورد اعتراض قرار می‌گیرد؛ بدین معنی که هنگامی که ناتوانان بزه‌دیده تنها براساس افرادی با شرایط خاص که به سبب آسیب‌پذیری نیاز به خدمات پزشکی دارند، در نظر گرفته می‌شوند و در واقع شأن انسانی آنان به عنوان عضوی فعال در جامعه که به دنبال بزه‌دیدگی در حاشیه اجتماع قرار گرفته و منفعل گردیده‌اند، به فراموشی سپرده می‌شوند. در مدل توانبخشی اجتماعی، ناتوانان بزه‌دیده، نباید به صرف ابتلا به ناتوانی مبدل به عضوی زائد در جامعه شوند؛ بلکه آنان نیز دارای مسئولیت‌هایی هستند که باید به منظور بازتوانی آنان جهت ایفای نقش‌های اجتماعی‌شان، با جامعه یکپارچه و سازگار شوند. (Baladarian, 1999: 37) بدین منظور، در مدل توانبخشی اجتماعی کوشش می‌شود تا از رهگذر تقویت ساختارهای اجتماعی، توزیع امکانات اجتماعی به گونه‌ای برابر با سایرین برای ناتوانان به عمل آید و توانمندی این بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر در دسترسی و بهره‌برداری از امکانات و فرصت‌های اجتماعی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی آنان، بدون هیچ‌گونه تبعیضی افزایش یابد. اندیشه‌محوری مدل توانبخشی اجتماعی حول این محور است که ناتوانان بزه‌دیده مانند افراد سالم

جامعه باید از حقوق برابر برخوردار باشند و به آنان به مثابه شهروندانی که به منظور مقابله با پیامدهای ناشی از بزه‌دیدگی باید پیش از هر چیز استقلال خود را بازیابند صرف‌نظر از ابتلا به هر نوع ناتوانی، می‌نگرد. این مدل بر آن است که ریشه بسیاری از موارد بزه‌دیدگی‌های نهادی و خانوادگی ناتوانان در وابستگی و عدم استقلال آنان در محیط خانواده و یا در فضای مؤسسات و مراکز ویژه نگهداری و مراقبت از آنان می‌باشد. در پژوهشی که در سال ۲۰۰۲ یودا هیروی (Yoda Hiroe) پژوهشگر ژاپنی به‌عمل آورد، تأکید گردید که باید ناتوانان در محیط خانواده و در مؤسسات ساکن در آن تحت نظارت قرار گیرند؛ زیرا این محیط‌ها کارکرد معکوس را پیدا کرده‌اند و به جای حمایت از این افراد آسیب‌پذیر که در معرض خطر بزه‌دیدگی قرار دارند، خود مبدل به عاملی بزه‌دیده‌ساز گردیده‌اند.

سه عنصر اصلی در تشکیل یک برنامه با ثبات توانبخشی جامعه‌محور مداخله دارند که با حذف هر کدام، برنامه مورد نظر نمی‌تواند به اجرا نهاده شود و لذا نیل به اهداف تعیین‌شده در مدل توانبخشی اجتماعی امکانپذیر نخواهد شد. نخست، تعهد و احساس مسئولیت جامعه و نهادهای اجتماعی در مشارکت‌دهی ناتوانان و جلوگیری از طرد اجتماعی و حاشیه‌نشین شدن آنان. دوم فراهم گردیدن تدابیر مساعدتی با بهره‌گیری از فناوری‌های نوین به نحوی که زمینه‌های عملی امکان ایفای نقش ناتوانان در جامعه به بهترین شکل ممکن و متناسب با نوع و وخامت ناتوانی‌ای که به آن مبتلا هستند، مهیا گردد. سوم، تدارک حمایت‌های مالی تا پشتوانه مالی برای توزیع کافی امکانات نقش‌آفرینی ناتوانان در اجتماع فراهم گردد و از آنجا که این امکانات باید براساس فناوری‌های نوین تهیه شوند، بالطبع دربردارنده هزینه‌های گزافی هستند. (Hiroe, 2002: 11-13) مدل توانبخشی

اجتماعی در راستای بازتوانی ناتوانان که خود جلوه‌ای از سیاست تقویت آماج جرم می‌باشد بر آن است تا از رهگذر جلوگیری از انزوای اجتماعی آنان از بزه‌دیده شدنشان پیشگیری نماید. این مدل در دو مفهوم موسع و مضیق به کار گرفته می‌شود. مدل موسع توانبخشی جامعه محور تلاش می‌کند تا از طریق برقراری تعامل بین کلیه نهادهای اجتماعی که متولی رسیدگی به وضعیت ناتوانان و حذف عوامل وابستگی آنان به سایرین می‌باشند و با اتخاذ رویکردی انعطاف‌پذیر در زمان مقتضی از ظرفیت‌های هر یک از این نهادها به تناسب خصیصه آسیب‌پذیری ناتوانان استفاده نماید. (Williams and Abeles, 2004: 114-115) در واقع مدل موسع توانبخشی اجتماعی در نظام‌های عدالت کیفری بزه‌دیده مدار اعمال می‌گردد که در آنها تلاش می‌شود نهادهای معین نظام عدالت کیفری همگی در راستای مرتفع ساختن آسیب‌های ناشی از بزه‌دیدگی که افراد ناتوان متحمل گردیده‌اند با یکدیگر تعامل داشته و به تناسب وظایف و اختیاراتی که در شاکله سازمانی آنها تعریف شده، مساعدت‌های لازم را به آنان ارائه کنند.

در مدل موسع توانبخشی اجتماعی آنچه که موضوعیت دارد، ارتقاء توانمندی بزه‌دیده در جهت مشارکت وی در فعالیت‌های اجتماعی است که نه تنها در بهبود وضعیت بزه‌دیده و تسریع روند آن تأثیر بسزایی می‌تواند داشته باشد بلکه در پیشگیری از بزه‌دیدگی مجدد وی نیز مؤثر خواهد بود. بدین‌سان در رویکرد موسع، درمان لطمات جسمی یا ذهنی که در پی بزه‌دیده شدن فرد ناتوان رو به وخامت نهاده‌اند، طریقت داشته و صرفاً تلاش می‌شود تا از این رهگذر، بستر مناسبی برای مشارکت فرد ناتوان در جامعه فراهم گردد. بدین‌منظور در مدل موسع توانبخشی اجتماعی بنا بر آن است که فرایند بازتوانی بزه‌دیده مبتلا به ناتوانی در متن اجتماع و حضور فعالانه وی در فعالیت‌های اجتماعی طی شود. حال آنکه در

رویکرد مضیق، بازتوانی از طریق مراقبت‌های سازمانی شدید و به‌صورت طولانی مدت در مراکز مخصوص نگهداری ناتوانان انجام می‌شود و ناتوانان بزه‌دیده صرفاً به‌عنوان دریافت‌کنندگان منفعل خدمات تلقی می‌شوند، برخلاف رویکرد موسع که در آن به موازات توانمندسازی جسمی و ذهنی ناتوانان بزه‌دیده، نیازهای آموزشی و استخدامی آنان نیز در کانون توجه قرار دارد.

بدین ترتیب، در مدل مضیق توانبخشی اجتماعی، حتی فرایند بازتوانی نیز در محیط بسته و با منزوی ساختن ناتوان بزه‌دیده طی می‌شود که در بیشتر اوقات حتی فرصت اینکه بزه‌دیده در پایان فرایند بتواند از توانمندی‌هایی که به‌دست آورده در بستر جامعه استفاده نماید، فراهم نمی‌گردد و وی در پی انزوا در محیط‌های سازمانی آماج جرایم نهادی نیز قرار گرفته و بزه‌دیدگی حالت مزمن به خود گرفته است. این در حالی است که از منظر مدل موسع توانبخشی جامعه‌محور، خود این محیط‌های نهادی یا سازمانی که ناتوان بزه‌دیده در آنها ساکن می‌شود، مانعی در جهت مشارکت ناتوان بزه‌دیده در جامعه و جلوگیری از حاشیه‌نشینی و طرد اجتماعی وی به شمار می‌آیند. (Glendinnig, 1991: 29-32) باری، مدل موسع توانبخشی اجتماعی موفقیت خود را مشروط به رفع موانعی می‌داند که در جامعه بر سر راه ناتوان قرار دارد و آنان را در آستانه بزه‌دیده شدن قرار می‌دهد و یا بازگشت ناتوانان بزه‌دیده را به جامعه ناممکن می‌سازد و زمینه‌ساز تجربه بزه‌دیدگی مکرر آنان می‌شود.

از نظرگاه مدل موسع توانبخشی اجتماعی، دلایل روند کند و دیرگذر بازتوانی بزه‌دیدگانی که مبتلا به ناتوانی هستند، عبارت است از توزیع ناعادلانه امکانات موجود در جامعه به گونه‌ای که ناتوانان را به دشواری می‌توان به‌عنوان شهروند درجه یک تلقی نمود. تبعیض‌های ناروایی که دسترسی ناتوانان به امکانات موجود

در جامعه را دشوار می‌ساخت، جداسازی ناتوانان از سایر شهروندان و محبوس کردن آنان در نهادها و مراکز نگهداری آنان، در عمل ناتوانان را از فراگیری مهارت‌های اجتماعی محروم می‌نمود. لذا پس از خروج از این مراکز، آنان در معرض خطر بزه‌دیدگی قرار داشتند و توان شناسایی خطراتی که در جامعه آنان را تهدید می‌کند و محیط‌هایی که حضور در آنها منجر به تسریع روند بزه‌دیدگی‌شان می‌گردد و مقابله با بزه‌کارانی که آنان را به‌عنوان آماج جرم خود برمی‌گزیدند، از آنان سلب می‌کرد. (Sevrino and Liw, 1994: 23) فرایند این عوامل، ترس از بزه‌دیدگی ناتوانان را افزایش می‌دهد که اگر چه الزاماً به‌معنای افزایش نرخ بزه‌دیدگی آنان نیست، ولی رده پای این عوامل را در تسهیل بزه‌دیدگی ناتوانان و نیز دشواری بازگشت ناتوانان بزه‌دیده به جایگاه اجتماعی که شایسته آن هستند، می‌توان مشاهده کرد. باری، گرانیگاه همه ساز و کارها و تمهیدات پیش‌بینی شده در مدل توانبخشی اجتماعی فراهم ساختن تسهیلات لازم برای ایفای نقش‌های اجتماعی برای ناتوانان بزه‌دیده است. این مدل به‌طور خاص بر مراقبت‌های بیرون از منزل برای ناتوانان و نیز ناتوانان بزه‌دیده تأکید می‌کند. (Barnes, 2007: 25).

از این منظر، ناتوانان بزه‌دیده همواره بیشتر از سایرین در معرض عوامل بزه‌دیده‌زا در محیط اجتماعی قرار دارند؛ به‌طوری که این عوامل در صورت فقدان مراقبت‌های لازم، موجبات بزه‌دیدگی مجدد ناتوانان را فراهم می‌آورند. ناتوانان به‌دنبال تجربه بزه‌دیدگی، امکان مراقبت شخصی از خود را به تناسب نوع و شدت جرم واقع شده، از دست داده و نمی‌توانند حمایت‌های لازم را از خود در برابر آماج جرم قرار گرفتن به‌عمل آورند. بدین‌سان، مدل توانبخشی اجتماعی با تمرکز بر پیشگیری وضعی از بزه‌دیدگی بر آن است تا از رهگذر خنثی‌سازی عوامل اجتماعی بزه‌دیده‌زا، امکان تکرار بزه‌دیدگی ناتوانان را تا حد امکان کاهش دهد.

جلوه‌هایی از توانبخشی جامعه‌محور را می‌توان در فراهم کردن تسهیلات رفت و آمد برای ناتوانان، پرداخت مستمری به ناتوانان به منظور تأمین وضعیت مالی مناسب برای آنان، در پرتو رویکرد رفاهی در جامعه و ارتقاء میزان دستیابی به امکانات اجتماعی برای ناتوانان و فراهم گردیدن تضمینات کافی مبنی بر اینکه امکانات اجتماعی بدون اعمال هرگونه تبعیض در اختیار ناتوانان قرار گیرد، مشاهده کرد. البته نیل به اهدافی که مدل توانبخشی اجتماعی بر آنها تأکید می‌ورزد میسر نخواهد شد؛ مگر آنکه پیش از هر اقدامی در جامعه فرهنگ‌سازی لازم صورت گیرد به گونه‌ای که این باور در اذهان افراد جامعه نهادینه شود که ناتوانان بزه‌دیده نیز مانند سایر افراد جامعه دارای حق برخورداری از امکانات اجتماعی می‌باشند. این مسأله، بی‌تردید مقدمه لازم ثمربخشی هرگونه تدبیر در جهت بازتوانی بزه‌دیدگان مبتلا به ناتوانی می‌باشد. از نقطه نظر مدل توانبخشی اجتماعی، سیاست‌های کلان اجتماعی باید به گونه‌ای طرح‌ریزی شود که به موازات برنامه‌های مراقبتی برای ناتوانان، امکانات آموزشی، بهداشتی و استخدامی را نیز در سطح کیفی مناسبی برای این طیف آسیب‌پذیر قرار دهد. (Joner and Lovett, 1989: 22) البته توانبخشی اجتماعی نتیجه بخش نخواهد بود، مگر آنکه اصل لزوم مشارکت خود ناتوانان در تدارک برنامه‌های اجتماعی ناظر به بازتوانی آنان همواره مد نظر قرار گیرد و از این رهگذر جامعه نیز بتواند به‌طور ملموس‌تری با نیازها و انتظارات ناتوانان بزه‌دیده آشنا شود. در نهایت، مدل توانبخشی اجتماعی چنانچه موفقیتی را نیز کسب کند، آن را مرهون مشارکت خود ناتوانان در جامعه برای زدودن پیامدهای اجتماعی زیانبار ناشی از بزه‌دیدگی آنان است.

### ج) مدل توانبخشی اقتصادی

فقر اقتصادی باعث می‌شود که بسیاری از ناتوانان نه تنها قادر به بهره‌مندی از

امکانات ناشی از فناوری‌های نوین که تسهیل‌کننده امور زندگی آنان است نباشند، بلکه به سبب عدم برخورداری از تمکن مالی، ناگزیر از سکونت در محیط‌های فقیر نشینی شوند که انباشت عوامل بزه‌دیده‌زا را می‌توان در آنها مشاهده کرد. به علاوه ناتوانان عمدتاً به سبب ابتلا به ناتوانی اعم از جسمی یا ذهنی از فرصت‌های استخدامی اندکی برخوردارند. لذا عدم اشتغال موجب می‌گردد تا سطح درآمد آنان بسیار پایین بوده و حتی در صورت بزه‌دیده شدن نیز نتوانند از امکانات مساعدتی فنی که دربردارنده هزینه‌های گزافی می‌باشد، به‌منظور ترمیم لطمات ناشی از بزه‌دیدگی و بازتوانی خود استفاده نمایند. بنابراین، ساز و کارهای توانبخشی اقتصادی (Economic Rehabilitation) از یک سو به‌منظور خنثی‌سازی عوامل بزه‌دیده‌زا در محیط‌های فقیرنشین، در راستای تحقق پیشگیری از بزه‌دیدگی ناتوانان ساکن در چنین محیط‌هایی و از سوی دیگر، جهت ارتقاء توانایی مالی بزه‌دیدگان که در پی وقوع جرم از اموال خود محروم شده‌اند و برای ادامه زندگی توأم با حفظ شأن انسانی خود نیازمند حمایت مالی هستند، تدارک دیده می‌شوند. افزون بر این، صرف‌نظر از جرایم علیه اموال که با سوءاستفاده از ناتوانی که فرد به آن مبتلاست، علیه وی ارتکاب یافته و وضعیت مالی ناتوان بزه‌دیده را تضعیف می‌نماید. در جرایم علیه تمامیت جسمی ناتوانان بزه‌دیده نیز که منجر به وخامت ناتوانی آنان شده و طبعاً منجر به از کارافتادگی دایم یا موقت آنان می‌گردد، به کارگیری تدابیر توانبخشی اقتصادی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

توانبخشی اقتصادی بر این تفکر بنیادی مبتنی است که اگر چه ناتوانان از نظرگاه بازدهی اقتصادی تأثیری چشمگیر در ارتقاء سطح اقتصادی جامعه ندارند، امکانات اقتصادی باید در اختیار آنان قرار گیرد. از این رو امکانات اقتصادی موجود در جامعه باید به‌گونه‌ای توزیع گردد که ناتوانان بزه‌دیده که در پی تحمل



آسیب‌های ناشی از جرم، از امکانات اقتصادی که نقشی حیاتی در گذران زندگی آنان دارد، محروم شده‌اند، بتوانند از عهده هزینه‌های لازم برای ترمیم این آسیب‌ها برآیند. برطبق مدل توانبخشی اقتصادی، باید علیه هرگونه تفکر مبنی بر توزیع ناعادلانه و تبعیض‌آمیز امکانات اقتصادی در خصوص ناتوانان آن هم به صرف آنکه به سبب ابتلا به ناتوانی در مقایسه با سایر افراد جامعه کارایی اقتصادی کمتری دارند، مبارزه شود. (Simpson and Umach, 2005: 49-52) به دیگر سخن، ناتوان بزه‌دیده را نباید تنها با تمسک به این بهانه که پس از تحمل بزه‌دیدگی، دیگر قادر نیست در خدمت اقتصاد جامعه باشد و دچار از کارافتادگی و خانه‌نشینی شده است، از مزایای اقتصادی محروم نمود و یا وی را به‌صورت تبعیض‌آمیز و کاملاً ناچیز از آنها بهره‌مند ساخت.

افزون بر این، ناتوان بزه‌دیده که در پی وقوع جرم، دیگر امکان اشتغال و مشارکت در رشد اقتصادی جامعه را ندارد، نباید از حیث معیارهای ارزشی جامعه، در سطحی پایین‌تر از سایر شهروندان قرار گیرد. حال آنکه تفکر سنتی بر آن می‌باشد که ارزش افراد جامعه را باید برپایه معیار توانایی آنان در تولید ثروت تعیین کرد. بدین‌سان ناتوان بزه‌دیده ولو آنکه توانایی ایفای نقش در پیشرفت حوزه‌های اقتصادی جامعه را از دست داده باشد، همچنان باید از امکانات مالی و شغلی متناسب با نوع و میزان وخامت ناتوانی‌ای که به آن مبتلاست، برخوردار شود.

مدل اقتصادی با بیان این واقعیت که حتی اگر موانع استخدامی برای اشتغال ناتوانان بزه‌دیده وجود نداشته باشد، باز هم جامعه حاضر به پذیرش آنان نیست و ترجیح می‌دهد مشاغل را به سایر افراد جامعه واگذار نماید، بر این نکته تأکید می‌ورزد که باید هرگونه امتناع کارفرمایان از استخدام ناتوانان بزه‌دیده را در

مواردی که وخامت ناتوانی ناشی از بزه‌دیدگی آنان هیچ‌گونه تأثیری بر کارایی شغلی آنان ندارد، جرم‌انگاری نماید. افزون بر این، مدل توانبخشی اقتصادی مشتمل بر چندین مؤلفه است. نخست، آموزش‌دهی به ناتوانان و یا ناتوانان بزه‌دیده به‌منظور یادگیری مهارت انجام شغلی خاص و متناسب با ناتوانی آنها به‌گونه‌ای که خود را اعضای منفعل و به حاشیه رانده شده در جامعه که نمی‌توانند در چرخه اقتصادی ایفای نقش کنند، نپندارند و اعتماد به نفس خود را از دست ندهند (Huang and Cuvo, 1997: 3-9) آموزش‌دهی به ناتوانان بزه‌دیده در زمینه شغلی، می‌تواند گامی مؤثر به‌منظور اعاده وضع سابق آنان باشد و از بزه‌دیدگی مجدد آنان نیز پیشگیری به‌عمل آورد. بدین‌سان ناتوان بزه‌دیده نیز دیگر، خود را باری بر دوش جامعه تصور نمی‌کند؛ بلکه احساس خودکفایی نموده و تألمات ناشی از بزه‌دیدگی را از رهگذر مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی به‌تدریج به فراموشی می‌سپارد.

البته همواره باید به خاطر داشت که در این مدل، مهم‌ترین شرط برای مفید بودن تدابیر توانبخشی اقتصادی آن است که ضرورتاً شغلی که برای فرد ناتوان در نظر گرفته می‌شود، نخست با نوع ناتوانی و دوم با عواقب زیانبار ناشی از بزه‌دیده شدن وی که موجب رو به وخامت نهادن ناتوانی و افول کارایی وی گردیده، متناسب و سازگار باشد. دوم آنکه مدل توانبخشی اقتصادی با تأکید بر لزوم تمرکززدایی از نهادهای دولتی در راستای فراهم شدن بستر مناسب برای استفاده از ناتوانان بزه‌دیده به‌عنوان نیروی کار جامعه، تأسیس نهادهای غیردولتی را مطرح می‌نماید. این نهادها که می‌توان از آنها تحت عنوان نهادهای معین دولت یاد نمود، می‌توانند از رهگذر اشتغال‌زایی برای ناتوانان بزه‌دیده به موازات نهادهای دولتی موجبات بازتوانی اقتصادی آنان را فراهم سازند. (Barnes, 1992: 55) چه بسا بسیاری از

ناتوانان بزه‌دیده به دلیل فقدان سازوکارهای توانبخشی اقتصادی پس از تحمل بزه‌دیدگی، خود را به مثابه عضوی طرد شده از جامعه تلقی کرده و آسیب‌های اقتصادی مضاعفی را نیز متحمل می‌شوند که تأثیر به‌سزایی برافزایش خطر بزه‌دیدگی مجدد آنان و رشد فزاینده نرخ بزه‌دیدگی ناتوانان خواهد داشت.

از این رو، ضرورت وضع راهبردهای ضابطه‌مند، که بتواند در چارچوبی قانونی فرصت‌های شغلی کافی را برای ناتوانان بزه‌دیده فراهم آورد، به‌طوری که حق داشتن شغل متناسب با ناتوانی برای آنان به رسمیت شناخته شود، کاملاً محسوس می‌باشد. بدین ترتیب، این نگرش که ناتوانان را طبقه‌ای از مردم تلقی می‌کند که سرمایه‌گذاری کردن در جامعه برای آنان بی‌فایده است، در مدل اقتصادی توانبخشی نفی شده است. باری، این مدل، ناتوان بزه‌دیده را که در پی رویداد مجرمانه در وضعیت وخیم اقتصادی قرار گرفته، مستحق حمایت شغلی و مالی در پرتو سرمایه‌گذاری در بخش‌های اقتصادی مناسب برای این طیف آسیب‌پذیر از بزه‌دیدگان می‌داند. در خصوص اجرایی ساختن مدل توانبخشی اقتصادی، رهنمودهای عملی وجود دارد که باید بر اساس معیاری آسیب‌شناسانه بکار گرفته شوند. نخست آنکه مشکل معمول ناتوانان به‌ویژه ناتوانان جسمی، این است که غالباً به این دلیل از انجام کاری طفره می‌روند که بعد از بررسی تمام جوانب آن، ظاهراً آن را بسیار توان‌فرسا می‌بینند. در چنین موقعیتی راهکار توانمندسازی آنان، این است که از شیوه تجزیه کار به شکل ساده استفاده شود، یعنی کار به اجزای قابل اجرا تبدیل شده و مرحله به مرحله به انجام رسد تا فرد ناتوان از عهده آن برآید و دچار سرخوردگی نگردد. در خصوص ناتوانان ذهنی نیز تمرکز داشتن در هر بار بر یک مرحله از آن کار، از احساس ناتوانی در انجام آن کار و مقهور وسعت کار شدن جلوگیری می‌کند. بدین ترتیب، هم کار مورد نظر انجام

می‌گیرد و مشارکت ناتوانان در کاری که برای آنان جنبه درآمدزا نیز دارد، عملاً تحقق می‌یابد، هم باعث افزایش اعتماد به نفس و خوداتکایی آنان می‌گردد. دوم آنکه کاهش فشار روانی کار، برای ناتوانان به‌ویژه در ابتدای فرایند بازتوانی از اهمیت شایان توجهی برخوردار می‌باشد. راهکار کاهش چنین فشاری، آن است که تا حد امکان ناتوانان باید به گروه‌های کوچک دسته‌بندی شوند و آنان را تشویق نمود تا به کارهای گروهی روآورده و با مشارکت یکدیگر کارها را به انجام رسانند تا از این رهگذر، ناتوانی آنان در انجام کار نمود کم‌رنگ‌تری پیدا کند و بتوانند بر دشواری‌های آن کار فایز آیند. (Huang and Cuvo, 1997: 14-19)

#### د) مدل توانبخشی پزشکی

اندیشه‌محوری مدل توانبخشی پزشکی براین فرض نهاده شده است که ناتوانان بزه‌دیده افرادی غیرطبیعی یا بیمارند که نیاز به درمان دارند تا از رهگذر آن تا حد امکان به حالت طبیعی بازگردند. بدین‌سان، مرز مدل توانبخشی پزشکی را می‌توان از مدل‌های اجتماعی و اقتصادی باز شناخت.

در مدل پزشکی تلاش می‌گردد تا با اتخاذ تدابیر درمانی به‌گونه‌ای با ناتوانان بزه‌دیده برخورد شود که گویی هیچ بیماری و نقصی ندارند. بدین منظور، گرایش مدل پزشکی توانبخشی به سمت اتخاذ راهکارهای درمان‌بخش، حول محور بازتوانی بزه‌دیده‌ای است که در پی وقوع جرم، احساس نقص و معلولیت نموده و به خود به مثابه بیمار می‌نگرد. برای نمونه در مدل پزشکی، اطفال ناتوان بزه‌دیده که مبتلا به ناشنوایی هستند، به سمت استفاده از زبان اشاره سوق داده می‌شوند و یا ناتوانان جسمی مبتلا به نقایص حرکتی ترغیب می‌شوند تا از وسایل بازتوانی مانند صندلی‌های چرخدار استفاده کنند تا از این رهگذر، ناتوان بزه‌دیده خود را همانند

افراد سالم جامعه تصور نموده و احساس حقارت ننماید؛ زیرا چنین احساسی در ناتوان بزه‌دیده مانع از هرگونه مشارکت وی در فرایند درمان گردیده و آن را مبدل به فرایندی دیرگذر و فرسایشی برای وی می‌سازد. Hassouneh and ( Perrin, 2008: 3)

هنگامی که فرد ناتوان، آماج جرم قرار می‌گیرد متحمل صدمات جسمی، روانی و عاطفی شده که ناتوانی وی را تشدید می‌کند. بنابراین، مدل پزشکی توانبخشی، تمام توان خود را صرف این مسئله می‌کند که با تجویز درمان‌های متناسب با آلام ناشی از بزه‌دیده شدن و به‌کارگیری پزشکان، مشاورین متخصص در امور روانپزشکی و روانشناسی و نیز مددکاران اجتماعی متخصص، ناتوان بزه‌دیده را در طی فرایند درمان به حالت طبیعی بازگرداند. ( Hughes and Swedlund, 2008: 46)

در مدل پزشکی بیش از آنکه اتخاذ تصمیم در خصوص ناتوانان بزه‌دیده به متولیان نظام عدالت کیفری واگذار شود، به‌عهده متخصصین امور پزشکی، روان‌پزشکی و روانشناسی نهاده می‌شود که درصدد بازتوانی ناتوان بزه‌دیده از رهگذر مرتفع ساختن حالت بیمارگونه وی می‌باشند. ( Rintala, 2005: p.72)

(Howland and

به نظر می‌رسد که مدل توانبخشی پزشکی با دو ایراد بنیادی مواجه است: نخست آنکه تصویری که از ناتوانان بزه‌دیده ترسیم می‌نماید، نمایانگر افرادی غیرطبیعی و بیمار است و بنابراین با برجسته نمودن این حالت و تأکید افراطی بر وضعیت بیمارگونه ناتوانان بزه‌دیده، در سلب حس اعتماد به نفس آنان بسیار تأثیرگذار بوده و مانع اعاده امنیت خاطر آنان که در پی تجربه نمودن بزه‌دیدگی مخدوش گردیده، می‌شود و میزان ترس از جرم آنان را افزایش می‌دهد؛ به‌طوری که آنان همواره خود را در آستانه خطر بزه‌دیدگی مجدد می‌پندارند و افزون بر آن فرایند بهبود وضعیت آنان نیز کند و یا متوقف می‌گردد. دوم آنکه، این مدل بر این مبنا

استوار است که ناتوان بزه‌دیده به دلیل بیماری فقط می‌تواند - والبته باید - مشمول تدابیر درمانی قرار گیرد و سبب بیماری‌اش نمی‌تواند همانند سایر افراد جامعه از عهده انجام امور خود برآمده و با سایرین ارتباط و تعامل برقرار کند و با اجتماع یکپارچه شود. (Mactavish and Yoshiaka, 2006: 20)

منافعی که از رهگذر توانبخشی پزشکی عاید ناتوانان بزه‌دیده می‌شود، عبارتند از: ۱- کاهش یا حذف ناتوانی‌ها از جمله ناتوانی‌های مزمن یا پیشگیری از وخیم‌تر شدن وضعیت فرد ناتوان متعاقب بزه‌دیده شدن وی. ۲- تدارک مراقبت‌های پزشکی توأم با مکانیزم نظارتی به‌گونه‌ای که به موازات بازتوانی درمانی ناتوان بزه‌دیده، از بزه‌دیدگی نهادی وی توسط مراقبان جلوگیری به‌عمل آید. ۳- کاهش محدودیت‌های شغلی از رهگذر درمان ناتوانی‌هایی که بزه‌دیده به آنها مبتلاست و توانمندی شغلی وی را مخدوش می‌سازند. (Davids, 2007: 298)

۴- تشخیص زود هنگام ناتوانی‌هایی که اطفال به آنها مبتلا بوده و می‌توانند از وخیم‌تر شدن ناتوانی در آینده پیشگیری نمایند. در واقع طفولیت، حساس‌ترین مقطع زمانی از حیث تدابیر درمانی تلقی می‌گردد که خود عامل آسیب‌پذیری فرد در قبال جرایم است و هنگامی که ابتلا به ناتوانی نیز به آن اضافه می‌گردد، چنانچه تشخیص پزشکی به موقع صورت نگیرد، با فردی مواجه خواهیم شد که از یک آسیب‌پذیری مضاعف رنج می‌برد که وی را در معرض بیشترین خطر بزه‌دیدگی قرار خواهد داد. ۵- فراهم ساختن وسایل کمک پزشکی و سازوکارهایی که از طریق آنها ناتوانان بزه‌دیده قادر باشند، بر ناتوانی‌شان فایق آیند و تا حد امکان، فعالیت‌های روزمره‌شان را شخصاً و بدون وابستگی به دیگران به انجام رسانند؛ به‌ویژه آنکه، وابستگی شدید به دیگران عاملی بزه‌دیده‌زا در خصوص ناتوانان می‌باشد. ۶- ارایه اطلاعات از رهگذر مشاوره‌های پزشکی و

مساعدت از طریق مددکاران اجتماعی که منجر به فعال‌سازی توانایی‌های بالقوه این بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر می‌گردد و افزون بر آن، فشارهای روانی و آلام ناشی از بزه‌دیده شدن را در فرد ناتوان تسکین می‌بخشد. ۷- در دسترس قرار دادن مراکز و نهادهای متولی ارائه خدمات پزشکی و مشاوره‌های روانپزشکی و روانشناسی، این احساس را در ناتوانان بزه‌دیده برمی‌انگیزد که به فراموشی سپرده نشده‌اند و ترمیم لطمات و خسارات ناشی از وقوع جرم علیه آنان نیز به همان اندازه سایر افراد جامعه و حتی با اولویت‌دهی به آنان، در سیاست‌های کلان اجتماعی ملحوظ نظر قرار گرفته است. (Bishop, 2005:5)

چنین مسئله‌ای در جلوگیری از انزوای اجتماعی ناتوانان که یکی دیگر از عوامل بزه‌دیده‌زا و تسهیل‌کننده بزه‌دیدگی مکرر ناتوانان می‌باشد، تأثیر به‌سزایی دارد. بدین‌سان، توانبخشی پزشکی علیرغم ایراداتی که بر آن وارد است در حمایت از ناتوانان بزه‌دیده و پاسخ‌دهی به پیامدهای زیانبار ناشی از بزه‌دیدگی آنان که بر وخامت ناتوانی پیشین آنان نیز می‌افزاید، کارکرد مفیدی را داراست که باید تدابیر آن از رهگذر قوانین پزشکی ضابطه‌مند شده و ارائه آنها به ناتوانان بزه‌دیده واجد الزام قانونی گردد.

## نتیجه

در خصوص انواع مدل‌های توانبخشی این نکته حائز اهمیت است که برنامه‌های توانبخشی گاه برپایه مدل پزشکی و گاه برپایه مدل اجتماعی و گاه مبتنی بر مدل اقتصادی طرح‌ریزی می‌شوند و قائل شدن به یک مدل مختلط صحیح به نظر نمی‌رسد. تفاوت این سه مدل این است که هر کدام از آنها یک نقطه شروع دارد و براساس مجموعه‌ای از مؤلفه‌ها و فرضیات شکل گرفته است. از این رو نمی‌توان مدلی مختلط داشت همان‌گونه که نمی‌توان یک مسافرت را از دو مکان مجزا شروع کرد. در ذیل به سه‌گونه اصلی توانبخشی پرداخته می‌شود. در مدل موسع توانبخشی اجتماعی، ناتوان بزه‌دیده به‌منظور اعاده توانمندی‌های خود جهت مشارکتی فعالانه در نقش‌های اجتماعی، می‌تواند به نهادهای اجتماعی متعدد و مختلفی متوسل شود و در واقع گستره انتخاب بیشتری را دارا می‌باشد که به وی اجازه می‌دهد، نقش اجتماعی خود را به تناسب وضعیت آسیب‌پذیری خاص خود برگزیند. حال آنکه در مدل مضیق توانبخشی، تدابیر مساعدتی صرفاً از رهگذر نهادهای کیفری می‌تواند، تدارک دیده شود و لذا غیرقابل انعطاف بوده و برآیند میان‌کنش بین سایر نهادها نمی‌باشد تا بتوان به تناسب نوع ناتوانی که بزه‌دیده به آن مبتلاست و نوع جرمی که علیه فرد ناتوان ارتکاب یافته، مناسب‌ترین تدبیر توانبخشی را اتخاذ نمود.

مدل توانبخشی اقتصادی، ضمن کوشش برای امحاء این ذهنیت که ناتوانان باری بر دوش جامعه‌اند، بر آن است تا این تفکر را در جامعه نهادینه نماید که جامعه باید در قبال ناتوانان بزه‌دیده احساس مسئولیت نموده و پاسخگو باشد و جایگاه آنان را به‌عنوان نیروی کار جامعه دست‌کم، در حوزه‌هایی که موانع استخدامی برای مشاغل خاص وجود ندارد، مورد پذیرش قرار دهد. در توانبخشی اقتصادی از



یک سو، احساس امنیت روانی ناتوانان ارتقاء می‌یابد و از سوی دیگر با مشارکت‌دهی آنان و مشغول به فعالیت گردیدن ناتوانان، احساس امنیت خاطری که در پی بزه‌دیده شدنشان مخدوش شده، اعاده می‌گردد. بدین‌سان ناتوانان با مساعدت به هم، کمبودهای ناشی از ابتلا به ناتوانی خود را جبران کرده و به مشارکت فعالانه که تأثیر عمده‌ای بر تسریع روند بهبود آلام روحی ناشی از تجربه بزه‌دیدگی دارد، ترغیب می‌شوند.

مدل توانبخشی پزشکی به ناتوان بزه‌دیده به‌عنوان عضوی از جامعه - مانند دیدگاهی که در مدل اجتماعی وجود دارد یا از منظر نیروی کار جامعه - آن‌گونه که در مدل اقتصادی به چشم می‌خورد - نمی‌نگرد. بنابراین، جهت‌گیری مدل پزشکی بر آن نیست که نحوه نگرش و رفتارهای افراد جامعه را نسبت به ناتوانان تغییر دهد و یا موانع اقتصادی را در محیط اجتماعی مرتفع سازد، بلکه بر آن است تا از منابع و سازوکارهای خود برای کوشش به‌منظور درمان این طیف از بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر استفاده نماید. باید به وجود این خلأ در مدل پزشکی توانبخشی اذعان نمود که به‌ویژه در جرایم شدید علیه تمامیت جسمی یا معنوی که نسبت به فرد ناتوان ارتکاب می‌یابند و منجر به ابتلاء بزه‌دیده به ناتوانی‌های دایمی و لاعلاج می‌گردند، به‌طوری که امکان معالجه فرد میسر نیست، توسل به این مدل راهگشا نخواهد بود. به‌علاوه، مدل توانبخشی پزشکی به ناتوان بزه‌دیده برچسب فردی منفعل را الصاق می‌کند که صرفاً باید از زاویه معالجه و درمان به وی نگریسته شود. از این منظر، مدل پزشکی نیز به نوعی دچار یکسویه‌نگری می‌باشد و لذا در برآورده ساختن بسیاری از نیازها، انتظارات و مطالبات ناتوانان بزه‌دیده قصور ورزیده است. بی‌تردید در کلیه مدل‌های توانبخشی، مادامی که با بهره‌گیری از ظرفیت‌های حقوقی، تمهیدات بازتوانی ناتوانان بزه‌دیده قانونمند

نگردد، هیچ تضمینی برای بهبود وضعیت و ارتقاء جایگاه این بزهدیدگان خاموش در نظام عدالت کیفری وجود نخواهد داشت. باید پذیرفت که نظام عدالت کیفری بدون توسعه شبکه‌های حمایتی خود در پرتو تعاملی میان‌رشته‌ای و بهره‌مندی از خدمات نهادهای معین عدالت کیفری و با بسنده کردن به ساز و کارهای کیفری صرف، قادر به اعاده وضع سابق برای ناتوانان بزهدیده و حمایتی که شایسته این طیف آسیب پذیر می‌باشد، نخواهد بود.

## پی‌نوشت‌ها

- 1- Rehabilitation
- 2- (Equality of opportunities)

## فهرست منابع

- کمالی، محمد. (۱۳۸۳). حقوق بشر و ناتوانی (معلولیت). فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۱۳.
- Baladarian, N.(1999). Towards victim recovery: Meeting the needs of crime victims with disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 18(1).
- Barnes, C. (1992). Disability and employment. *Personnel Review*. 21(1).
- Barnes, Colin. (2003). Rehabilitation for disabled people: A sick joke. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 5(1).
- Bishop, Malacy. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: A conceptual and theoretical synthesis. *Social Science and Medicine*. 9(4).
- Davis, Mark. [ed.]. (2007). *Medical self- regulation: Crisis and change*. (England, Hampshire: Ashgate).
- Evans, P. J. (2001). Evaluation of community- based rehabilitation for disabled persons in developing countries. *Social Science and Medicine*. 5(3).
- Glendinning, C. (1991). Losing ground: Social policy and disabled people in Great Britain. *Disability, Handicap and Society*. 6(1).
- Habeck, R. V. and Williams, C.(2005). Balancing human and economic costs in disability management. *Journal of Rehabilitation*. 55(4).
- Hassouneh, Dena and Perrin, Nancy. (2008). Abuse and health in individuals with spinal cord injury and dysfunction. *Journal of Rehabilitation*. 74(3)
- Hiroe, yoda.(2002). New views on disabilities and the challenge to social welfare in Japan. *Journal of Rehabilitation*. 5(1)
- Howland, C.A. and Rintala, D.H.(2005). Behaviours of people with physical disabilities. *American Rehabilitation*. 22(3).
- Huang, W. and Cuvo. A. J.(1997). Social skills training for adults with mental retardation in job- related settings. *Behavior Modification*. 21(1).
- Hughes, R. B. and Swedlund ,N. (2008). Depression and people with spinal cord injury. *Archives of physical Medicine and Rehabilitation*. 78(1).
- Joner, James G. and Lovett, paulas.(1989). Positive assertion and acceptance among persons with disabilities. *Journal of rehabilitation*. 55(3).
- Mactavish, Jennifer and Yoshiaka, Iwaski. (2006). Exploring perspectives of individuals with disabilities on stress- coping rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. 7(1)
- Sevrino, sally k. and Liw, Richard. (1994). Pastoral care of the mentally

- disabled: Advancing care of the whole person. *Journal of Religion in Disability and Research*. 1(2).
- Simpson, Robert G. and Umach, Bobbie T. (2005). Identifying and providing volational services for adults with specific learning disabilities. *Journal of Rehabilitation*. 55(3).
- Williams, C.R. and Abeles, A. (2004). Issues and implications of the deaf culture in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 35(6).

یادداشت شناسه مؤلف

دکتر امیر سماواتی پیروز؛ عضو هیأت علمی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، رییس کتابخانه مرکز و کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

نشانی الکترونیکی: Email: a\_samavati\_p@yahoo.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۸/۷/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۸