

**ความรุนแรงต่อผู้พิการ : สถานะความรู้และข้อเสนอโครงการวิจัยViolence and
People with Disabilities: Literature Review and Research Proposal**

โดย

ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

มีนาคม 2549

Abstract

Violence is a widespread phenomenon, occurring among different genders, ages and social groups. However, some people, particularly disable people, are more likely to be victimized than able people due to social and cultural circumstances. This paper examines key issues related to violence against disabled people. It begins with an examination of how the medical model explain and gives meaning to disability by portraying disable people as abnormal, child-like, 'damaged goods', 'freaks of nature', unattractive, dependent, in need of protection, an object of pity, unproductive, and tainted by disease/ill-health. These social representations have been fed in the ideas of deviancy from the norm and supposed inferiority. Such labels imply both a functional loss and a lack of worth, they perpetuate and legitimate offensive responses by non-disabled people including over-protection, discrimination and abuse.

In addition, the literature review indicates that women with disabilities are at a much higher risk of being sexually abused, compared to other women. As women, they are oppressed in a society of male domination. As disabled, they are dependent, isolated and unable to seek help. Research in Thailand concerning violence against disabled people is scarce. Thus, systematic research and interventions are needed to reduce violence against disabled people.

บทคัดย่อ

ความรุนแรงเกิดได้กับคนทั่วไปทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่ม หากแต่ว่าด้วยโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ทำให้คนกลุ่มหนึ่งมีแนวโน้มที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมากกว่าคนอีกกลุ่มหนึ่ง บทความชิ้นนี้มุ่งทบทวนแนวคิด และสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อผู้พิการ โดยชี้ให้เห็นว่าสังคมอธิบายและให้ความหมายความพิการผ่านตัวแบบทางการแพทย์เป็นสำคัญ โดยการสร้างภาพให้คนพิการ เป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ ผิดปกติ หรือด้อยกว่าคนปกติ เช่น เหมือนเด็ก มีตำหนิ ผิดธรรมชาติ ไม่เป็นที่น่าสนใจ ฟังฟัง ต้องการการปกป้อง เป็นบุคคลน่าสงสาร ทำงานให้ผลผลิตไม่ได้ ภาพร่างทางสังคมของคนพิการเช่นนี้ ตีตรา (label) สร้างภาพให้กับคนพิการให้มีลักษณะที่สูญเสียความสามารถ ลดคุณค่า ตลอดจนสร้างความชอบธรรมให้ต่อต้านเกลียดกลัว กระทำกำหนดและควบคุม รวมทั้งสร้างกฎระเบียบที่จะทำให้คนพิการตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ถูกแบ่งแยก หรือถูกเอารัดเอาเปรียบ นอกจากนั้น ยังพบอีกว่า ผู้หญิงพิการมีแนวโน้มการถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าคนพิการทั่วไป เพราะความเป็นผู้หญิงและเพราะข้อจำกัดด้านความพิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การถูกแยกตัวให้อยู่ลำพัง และความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือ ทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยของการเกิดความรุนแรงในคนพิการ และมีแนวโน้มของการเป็นผู้ถูกระทำซ้ำ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการในประเทศไทยยังไม่ปรากฏ และมีความจำเป็นต้อง เร่งสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อหาแนวทางป้องกันและช่วยเหลือในอนาคต

สารบัญ

	หน้า
1. ความสำคัญของปัญหา	5
2. สถานะความรู้ : คนพิการกับความรุนแรง	6
2.1 ความพิการ : การนิยามทางสังคม	6
2.2 การนิยามความพิการ (Defining disability)	8
2.3 นิยามและการวัดความรุนแรง	12
2.4 แนวคิด ทฤษฎี ด้านความรุนแรง	13
2.5 ความรุนแรง กับคนพิการ: รากเหง้าของปัญหา	16
2.6 บริบททางสังคมวัฒนธรรม : เงื่อนไขความรุนแรงต่อคนพิการ	17
2.7 ความรุนแรงต่อคนพิการ บทบาทขององค์ความรู้	22
2.8 บทบาทเครื่องมือตัวชี้วัดในการศึกษาวิจัยเรื่องความรุนแรงต่อคนพิการ	26
3. ข้อเสนอโครงการวิจัย : การศึกษาปัญหาความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน	27
4. เอกสารอ้างอิง	31
5. ร่างเครื่องมือ : แบบสำรวจความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน	35

ความรุนแรงต่อผู้พิการ :

สถานะความรู้และข้อเสนอโครงการวิจัย

1. ความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการถือเป็นเป้าหมายและนโยบายของชาติ ปรากฏได้จากการที่รัฐบาลได้ประกาศให้มีพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เพื่อมุ่งหวังให้เป็นกฎหมายการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการ ตลอดจนแก้ไขปัญาและจัดอุปสรรคต่างๆสำหรับคนพิการ นอกจากนั้น ยังมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 ที่ได้กำหนดให้คนพิการได้รับโอกาส สิทธิการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป้าหมายให้คนพิการในประเทศไทยสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ และพึ่งตนเองได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้พิการราว 1 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของประชากรทั่วประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) แต่มีการคาดประมาณว่าจำนวนดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ สืบเนื่องมาจากแบบแผนการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรวมตลอดถึงจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด งานวิจัยพบว่าในปี 2000 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ต้องการบริการต่อเนื่องระยะยาวอยู่ถึง 14.8% โดยที่กลุ่มนี้ต้องจำกัดตัวเองอยู่บ้าน ต้องนอนติดเตียง ต้องพึ่งพาในการดูแลตนเองหรือเป็นโรคสมองเสื่อม (Jitapankul et al, 2003) ในขณะที่ระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีศักดิ์ศรี มีข้อจำกัดด้านการให้บริการ ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า ระบบบริการที่จัดโดยรัฐยังเข้าไม่ถึงตัวผู้พิการ ยังกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ และมุ่งรักษาความเจ็บป่วยเป็นหลัก ผู้พิการส่วนใหญ่จึงอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชน (สุวิทย์ และคณะ, 2540) คุณภาพชีวิตของผู้พิการจึงยังคงเผชิญปัญหาต่างๆทั้งด้านความพิการ และทางสังคม

ในสภาพปัจจุบัน ที่ครอบครัวไทยกำลังภาวะเผชิญกับวิกฤติต่างๆ อันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง รูปแบบครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวหย่าร้าง แยกกันอยู่มากขึ้น (อภิญา, 2546) ครอบครัวที่ยากจน ไร้ที่พึ่ง ครอบครัวที่อ่อนแอและขาดแรงเสริมที่มั่นคง มีแนวโน้มที่จะตกอยู่ในภาวะยากลำบาก ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้พิการในครอบครัวลดน้อยลง ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยยังมีทัศนคติด้านลบต่อคนพิการในเชิงให้ตราบาป ลดคุณค่าและความสามารถ เพราะเห็นว่าเป็นผู้อ่อนแอ ไม่สมบูรณ์ (Takamine, Y., 2003) ทั้งหมดนี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คนพิการมีโอกาสไม่ได้รับการพัฒนา ไปจนถึงการถูกทอดทิ้ง ละเลย หรือกระทำความรุนแรงในลักษณะต่างๆแก่ผู้พิการได้

ข้อเท็จจริงทางทฤษฎี และงานวิจัยจากต่างประเทศชี้ชัดว่า ผู้พิการมีแนวโน้มของการเป็นผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง มากกว่าบุคคลทั่วไป (Sobsey, 1997) งานวิจัยระดับชาติในประเทศอเมริกาปี 1993 พบว่าเด็กพิการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเด็กทั่วไปถึง 1.7 เท่า งานอีกชิ้นหนึ่งในปี 1997 ศึกษาเฉพาะในเมือง Omaha, Nebraska พบเด็กพิการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม มากกว่าเด็กทั่วไปถึง 3.4 เท่า นอกจากนั้น งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันข้อมูลตรงกันเช่นเดียวกันว่า ผู้หญิงที่มีภาวะความพิการจะตกเป็นเหยื่อของการกระทำความรุนแรงมากกว่าผู้หญิงทั่วไปประมาณ 1.5 ถึง 10 เท่า (Sobsey, 1988; Furey 1994; Gill, 1996; Sundram & Stavis, 1994; Waxman, 1991) สาเหตุของความรุนแรงต่อคนพิการ ด้านหนึ่งมีสาเหตุจากรากเหง้าทางสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างทางสังคม ที่ยอมรับการกระทำความรุนแรง การตีตราและให้คุณค่าเชิงวัฒนธรรมต่อ

คนพิการ เช่น ไร้ความสามารถ ไม่มีอารมณ์ความรู้สึกทางเพศ หรือเกิดจากเงื่อนไขในระบบบุคคล หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ อีกด้านหนึ่งมาจากบริบททางสังคมของความพิการทั้งในด้าน การอยู่ในภาวะพึ่งพิง ความยากจน การถูกแยกตัวให้อยู่ลำพัง และความสามารถในการเข้าถึงบริการจากภายนอก ทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยของการเกิดความรุนแรงในคนพิการแทบทั้งสิ้น

ความรุนแรง ส่งผลต่อสุขภาพ และระบบสาธารณสุขโดยตรง ทั้งการบาดเจ็บ การตาย ส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต พัฒนาการ และการปรับตัว รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวและระบบสาธารณสุข เฉพาะกลุ่มคนพิการ ผลกระทบยิ่งเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว เพราะอาจเกิดความพิการทับซ้อน เนื่องจากข้อจำกัดทั้งในการของความช่วยเหลือ ร้องทุกข์หรือหนีพ้นจากปัญหาดังกล่าว

ในประเทศไทย แม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในประเทศเริ่มมีเพิ่มขึ้น เป็นลำดับ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัญหาความรุนแรงในเด็ก และต่อผู้หญิง และไม่มีเลยที่ศึกษาความรุนแรงที่กระทำต่อผู้พิการ ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้หญิง หรือผู้ใหญ่ทั่วไป (นันทพันธ์, 2546) เหตุผลสำคัญที่องค์ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการมีจำกัด ด้านหนึ่งเนื่องจาก มายาคติของสังคมที่มองว่าเรื่องความรุนแรงเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ใช่เรื่องของสาธารณะ อีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องอคติของสังคมต่อคนพิการ เช่น เป็นผู้พึ่งพิง เป็นภาระ ไม่มีความต้องการหรือไม่มีความรู้สึกเรื่องเพศ (asexual) ไม่มีความรู้ ไร้ความสามารถ เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงอาจถูกรับรู้ว่าเป็นเฉพาะกับคนเพียงบางกลุ่ม และมีจำนวนน้อยเท่านั้น ในสภาพการณ์เช่นนี้มีส่วนให้องค์ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการในสังคมไทย ยังเป็นภาพที่พร่ามัว อยู่ในมุมมืด ไม่มีใครเข้าถึง

การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ปัญหาความรุนแรงในกลุ่มคนพิการจึงควรเป็นโจทย์การวิจัยที่อยู่ในระดับความสำคัญสูง ซึ่งไม่เพียงจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการ ระบบสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหาของคนพิการในมิติต่าง ๆ แต่หากยังเกี่ยวพันกับเรื่องสิทธิมนุษยชน และการปกป้องสิทธิในชีวิตและร่างกายของคนพิการอีกด้วย ดังนั้นการศึกษาวิจัยเพื่อฉายภาพข้อเท็จจริงของผู้คนที่อยู่ในมุมมืด และเปิดโลกทัศน์ ความเข้าใจต่อชีวิตและปัญหาของผู้พิการในสังคม เพื่อให้เห็น ขนาดปัญหาความรุนแรง รูปแบบของความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อคนพิการ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้อง และกระบวนการบริหารจัดการปัญหาของคนพิการมีความจำเป็นยิ่ง ทั้งหมดนี้จะส่งผลให้เกิดการขยายมุมมองการพัฒนาระบบเพื่อการช่วยเหลือ การจัดบริการอย่างรอบด้านให้แก่คนพิการต่อไปในอนาคต รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการ เพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนในการศึกษาติดตามปัญหาในระยะยาว เกิดความรู้และความเข้าใจเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้พิการในอนาคต

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนสถานะความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการ ในด้าน แนวคิด คำนิยาม ข้อค้นพบสำคัญของการวิจัยที่ผ่านมา เครื่องมือตัวชี้วัดของการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา และส่วนสุดท้ายเป็นข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อการศึกษาความรุนแรงต่อคนพิการในประเทศไทย

2. สถานะความรู้ : คนพิการกับความรุนแรง

2.1 ความพิการ : การนิยามทางสังคม

การให้ความหมายความพิการ เกี่ยวพันกับมิติทางสังคม วัฒนธรรมที่ ที่กำหนด อธิบายหรือแบ่งแยกระหว่างความเป็นปกติ (normal) และความผิดปกติจากปกติ (ab-normal) ระหว่างร่างกายที่สามารถ (able body) หรือ ร่างกายที่ไม่สามารถ (disable body) ในสังคมวัฒนธรรมหนึ่งอาจให้ความหมายคนพิการไปในทาง

ลบ ลดคุณค่า ประทับตรา (label) ว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถ อีกสังคมวัฒนธรรมหนึ่งอาจให้ความหมายและให้คุณค่าคนพิการไปในทางบวก ให้คนพิการมีบทบาทเต็มทีในสังคม ได้รับการให้ยอมรับและยกย่อง ว่าเป็นผู้ที่มีทั้งอำนาจและความสามารถ เช่นในชุมชนชนบทของประเทศเกาหลีย้อนไปเมื่อ 1000 ปีก่อน ผู้ชายที่ตาบอดจะถูกเรียกว่า "Pongsa" หมายถึงกลุ่มผู้วิเศษ ทำหน้าที่ในการทำนายโชคชะตา ผู้กำหนดตำแหน่งแห่งที่ในการก่อสร้างบ้านเรือน หรือหลุมศพ รวมทั้งผู้ที่สวดอ้อนวอนเพื่อขอฝน พวกเขาได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถมองเห็นในลักษณะพิเศษ คือมองเห็นจากจิตใจภายใน นอกจากนั้น ในชนเผ่าทิฟ (Tiv) ประเทศไนจีเรียก็เช่นเดียวกัน คนตาบอดถูกเชื่อว่าเป็นผู้ที่มองเห็นได้ในลักษณะพิเศษกว่าคนอื่น และได้รับการยอมรับนับถือ ในประเทศอินเดีย คนตาบอด มีความสามารถในการร้องเพลง จนเป็นที่ยอมรับและ มีชื่อเรียก เฉพาะว่า Surdasi (Helman, C.G. ,2001) ความพิการ จึงเป็นการประกอบสร้างทางสังคม(socially constructed) และเป็นการให้ความหมายทางสังคม (social meanings) หรืออีกนัยหนึ่ง คือถูกสร้างให้ความหมายขึ้นมาโดยสังคม ทั้งนี้ ความหมายถูกกำหนดขึ้นโดยไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของเหตุผล อย่างตรงไปตรงมา แต่เป็นการกำหนดผ่านอัตวิสัยของคน (subjective) ของคนในสังคมนั้นๆ ความพิการจึงมีการตีความ การให้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น หรือกลุ่มคนที่ใช้ต่างๆ

ตามการรับรู้ทั่วไป ความพิการมักถูกให้ความหมายโดยใช้ตัวแบบคำอธิบายทางการแพทย์ (medical model) หรือตัวแบบความพิการส่วนบุคคล (individual model of disability)เน้นความพิการระดับบุคคลอันเป็นผลจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และ ความบกพร่องของร่างกายจิตใจ ที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การไม่สามารถเดินได้ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง การให้ความหมายเช่นนี้ อาจกล่าวได้ว่ามองสาเหตุความพิการผ่านมุมมองของคนที่มีความสามารถ (able people) ภายใต้ทฤษฎีความโศกเศร้าส่วนบุคคล(The Personal Tragedy Theory of Disability)(Finkelstein,1980; Oliver, 1983; 1996) โดยมองความพิการเป็นเรื่องของบุคคลนั้น และมองสาเหตุจากสิ่งที่อธิบายไม่ได้ว่าเป็นเรื่อง เคราะห์กรรม เป็นปัญหาระดับบุคคล ที่สูญเสียอวัยวะ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ปกติได้ เป็นผู้ที่สังคมต้องให้ความช่วยเหลือ สงเคราะห์ โดยแก้ไขปัญหานั้นและให้ความช่วยเหลือไปที่บุคคลนั้น แนวคิดเช่นนี้มีบทบาทครอบงำ ก่อรูปจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีคิดของบุคคลและสังคม รวมทั้งส่งผลต่อแนวทาง หรือมาตรการในการจัดการปัญหา ให้คนพิการเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิง และสังคมต้องช่วยเหลือ

ต่อมาแนวคิดการมองปัญหาความพิการมีการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ตัวแบบทางสังคม (social model) ที่เน้นให้ความสำคัญในเรื่องโอกาสของคนพิการ และการเข้าถึงในสังคมของคนพิการ โดยนัยนี้ เป็นการมองฐานะคนพิการ ผ่านทฤษฎีที่เรียกว่า การกดขี่ทางสังคม (social oppression theory) โดยชี้ชัดว่า ไม่ใช่เพราะความพิการที่ทำให้เขาต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวในสังคม แต่เป็นเพราะสิ่งแวดล้อมและสังคม ที่ทำให้เขาขาดโอกาส และเสียเปรียบ หรือไม่สามารถทำอะไรได้เช่นคนปกติ เพราะสังคมที่ไม่เท่าเทียมทำให้คนกลุ่มหนึ่งต้องมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ทำให้สังคมหนึ่งต้องเสียเปรียบ เข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น เป็นต้น ในอีกด้านหนึ่งคนพิการยอมรับ มีสิทธิ และมีโอกาสที่จะมีชีวิตที่ดีในสังคมเท่ากับคนอื่น แนวคิดเช่นนี้จึงเน้นให้ความสำคัญที่การพัฒนาศักยภาพและการให้คนพิการสามารถพึ่งพิงตนเองได้

แนวคิดทางสังคมดังกล่าว ยังเชื่ออีกว่า สังคมทุกสังคมในโลกยังคงแบ่งแยกตีตราคนพิการ เพราะคนปกติเป็นคนส่วนใหญ่ ในขณะที่คนพิการคือคนส่วนน้อยในสังคม คนปกติจึงเป็นคนที่ไม่ให้ความหมาย จัดการในการช่วยเหลือคนพิการ ในสภาพการณ์ที่สังคมเข้าสู่การเป็นสังคมทุนนิยม ให้ความสำคัญกับการผลิต การเป็นผู้

เข้มแข็งสมบูรณ์ในการเป็นผู้ผลิต ผู้สร้าง คนพิการจึงมีแนวโน้มของคนที่ถูกกดทับไว้ ในการมีสิทธิมีเสียงในสังคม รวมทั้งลดคุณค่าในสังคมที่เน้นการผลิต ความสมบูรณ์ การแข่งขันดังกล่าว นอกจากนั้น สังคมยังมีส่วนในการสร้างวาทกรรม เพื่อให้ความหมายในเชิงนโยบาย ที่แบ่งแยกแสดงความรังเกียจ หรือลดคุณค่า (depersonalize) เช่น ง่อย บอด หนวก เป็นต้น วาทกรรมทางสังคม(social discourse) เช่นนี้ สร้างความหมายใหม่ให้กับความเบี่ยงเบนที่มาจากฐานความรู้ทางการแพทย์เป็นสำคัญ คนพิการจึงมีฐานะหรือมีภาพตัวแทนทางสังคม (social representation)ที่เป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ ผิดปกติ หรือด้อยกว่าคนปกติ แยกให้มีความเป็นอื่น (other) หรือ มีความแตกต่าง (difference) ในสังคม วาทกรรมทางสังคมของคนพิการเช่นนี้ มีส่วนกำหนดและควบคุม รวมทั้งสร้างกฎระเบียบที่จะทำให้คนพิการตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือถูกแบ่งแยกในสังคม

นอกจากนั้น สำหรับผู้หญิงพิการด้วยแล้ว จะได้รับการเลือกปฏิบัติในสภาพที่รุนแรงกว่าด้วยอคติที่ซ้อนทับ (double taboo) คือ เพราะเป็นคนพิการและเพราะเป็นผู้หญิง จึงถูกเลือกปฏิบัติจากอคติจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ เพราะความเป็นหญิง สังคมคาดหวังให้ผู้หญิงคู่กับความสวยความงาม เพื่อเป็นสิ่งดึงดูดทางเพศ (Harlan Hahn, 1987, p.551) สภาพทางร่างกายที่พิการสำหรับผู้หญิงพิการ จึงอาจเป็นปมด้อยกว่าผู้ชายพิการ นอกจากนั้นผู้หญิงในสังคมยังถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแล ปรนนิบัติ มีลูกและดูแลลูก ตามบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับในสังคม (Fine and Asch, 1988) ผู้หญิงพิการจึงอาจถูกทำให้กลายเป็นว่า ไม่สามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์ จนไปถึงการมองว่าเป็นคนไร้บทบาท (roleless) ไร้ความรู้สึกทางเพศ (asexual) ไม่ควรเป็นแม่ เพราะแสดงความไม่รับผิดชอบต่อสังคม (social irresponsibility)และรวมไปถึงคิดว่าถูกเอาเปรียบทางเพศได้เพราะไม่มีความรู้สึก ต่อสู้ปกป้องตนเองไม่ได้

2.2 การนิยามความพิการ (Defining disability)

การนิยามความพิการเพื่อประโยชน์ในการวัด การนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ เป็นประเด็นปัญหาที่มีข้อถกเถียงกันอยู่เสมอและไม่มีข้อสรุป เพราะมีความซับซ้อนและจำแนกตามเหตุผลการใช้ประโยชน์ ทั้งนี้มีค่านิยามที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1983) ได้จำแนกประเภทความพิการออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบกพร่อง ระดับทุพพลภาพ และระดับเสียเปรียบหรือด้อยโอกาส ดังนี้

ระดับความผิดปกติหรือความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง ความสูญเสีย หรือความผิดปกติด้านจิต ภาย หรือโครงสร้างหรือการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น อาการทางจิตประสาท การมองไม่เห็น หรือพารามิว ชาอ่อนแรง หูเกิดการสูญเสียการได้ยิน ความจำผิดปกติ

ระดับทุพพลภาพ หรือหย่อนสมรรถภาพ (Disability) หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ (Performance) ในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ควรจะสามารถทำได้ปกติ อันเป็นผลมาจากภาวะบกพร่อง เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนทำให้ติดกระดุมเสื้อไม่ได้ ตาพร่ามัวทำให้อ่านหนังสือไม่ได้

ระดับความเสียเปรียบหรือด้อยโอกาส(Handicap) หมายถึงภาวะด้อยโอกาส หรือความเสียเปรียบของบุคคลอันเนื่องมาจากภาวะความบกพร่อง หรือภาวะทุพพลภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัด หรือขัดขวางการดำเนินชีวิต หรือแสดงบทบาทอันเป็นปกติ ซึ่งสอดคล้องตามวัย เพศ สังคม วัฒนธรรมได้ทำให้การดำเนินชีวิตยากลำบากกว่าคนทั่วไป หรืออีกนัยหนึ่ง ภาวะด้อยโอกาส เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนพิการ และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการทางสังคมที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของคนพิการ เน้นพิจารณาที่โอกาส การเข้าถึง และบริการของคนพิการมีอยู่ รวมทั้งปัญหาของความยากจน และการถูกกีดกัน

แบ่งแยกที่ส่งผลถึงความเสียเปรียบหรือด้อยโอกาสของประชากรกลุ่มนี้ เช่น ผู้พิการร่างกาย ที่ใช้ล้อเลื่อน ไม่สามารถใช้บริการสาธารณูปโภคบางอย่างได้เพราะ ไม่ได้มีพื้นที่ หรือทางสำหรับล้อเลื่อนไว้ ทั้งนี้ สามารถแก้ไขหรือลดระดับความเสียเปรียบลงได้ ถ้าสังคมให้โอกาสไม่ว่าจะเป็นทางกาย จิต และสังคม

การพิจารณาระดับของปัญหาความพิการดังกล่าว อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าระดับแรก คือ เน้นความบกพร่องหรือการทำหน้าที่ (function) ความสามารถระดับอวัยวะ ระดับที่สอง คือ เน้นความสามารถระดับบุคคลต่อการทำกิจกรรมที่จำเป็นเป็นปกติ และระดับที่สามเป็นความสามารถของบุคคลที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถของบุคคลตอบสนองทางสังคม ทั้งสามระดับแสดงนัยยะถึงภาวะความพิการแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม การให้ความหมายดังกล่าวเป็นการให้ความหมายทางสังคม แม้คนส่วนใหญ่ในสังคมเชื่อว่าตนรู้อะไรคือพิการ หรือไม่พิการ แต่ในทางปฏิบัติ ขอบเขตของความพิการมีได้กว้างมาก นอกจากนั้นเส้นแบ่งความผิดปกติทางร่างกาย เช่น ความบกพร่องทางร่างกายที่มองไม่เห็น จะถือเป็นผู้บกพร่อง หรือ หย่อนสมรรถภาพ หรือ ด้อยโอกาสหรือไม่ เช่น กรณี คนที่ตัวเตี้ยมากๆ หรือคนที่มีแผลเป็นที่หน้าคนเหล่านี้อาจถูกจัดหรือตีความไปยังกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งตามความหมายข้างต้น เช่น คนที่มีแผลเป็นที่หน้าจากการถูกน้ำกรด อาจไม่ได้ถูกตีความว่าเป็นคนพิการ เพราะยังทำงานในชีวิตประจำวันได้ แต่พวกเขาอาจถูกแบ่งแยก รังเกียจตีตราจากสังคม

ในทางปฏิบัติแต่ละประเทศได้มีการให้คำนิยามความหมายของคนพิการ ในประเทศไทย การศึกษาวิจัยคนพิการในช่วงแรกๆมักจะให้ความสนใจเป็นสำคัญกับการวัด ความผิดปกติของอวัยวะ เช่น การสำรวจความพิการในโครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการระหว่าง พ.ศ. 2517-2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ นิยามความหมายของความพิการไว้โดยเน้นที่ impairment เท่านั้น โดยคนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติของอวัยวะหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามสภาพที่เห็น ซึ่งอาจจะมีหนังสือรับรองจากแพทย์ หรือไม่ก็ตาม โดยแบ่งลักษณะความพิการเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) ทางการได้ยิน หรือสื่อสาร หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด จนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้ เช่น หูตึง หูหนวก เป็นใบ้ 2) ทางการมองเห็น หมายถึง ผู้ที่ตาบอดข้างเดียวหรือสองข้าง 3) ทางกาย หรือการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ ผู้ที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้ 4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางจิตใจหรือสมอง ในส่วนการเรียนรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น วิกฤติจิต 5) ทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้ หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญา หรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ เช่น ปัญญาอ่อน 6) พิกัดเข้าซ้อน หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องมากกว่า 1 ประเภท

ต่อมาในปี 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจขึ้นอีกครั้ง โดยพิจารณาปรับปรุงนิยามใหม่ โดยอิงนิยามที่ใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เพื่อให้ครอบคลุมความพิการได้มากขึ้น โดยมีทั้งความพิการในระดับอวัยวะ (impairment) และให้ความสำคัญกับความพิการในระดับบุคคล (disability)

โดยจำแนกและอธิบายความพิการไว้ละเอียดโดยให้สัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ กล่าวคือพิการ หมายถึงผู้ที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้

1) พิกัดทางการมองเห็น หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือมีความลำบากในการมองเห็น ตัวอักษร ขนาดปกติ ถึงแม้ว่าจะใส่แว่นสายตา หรือคอนแทคเลนส์แล้วก็ยังไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น คนตาบอด คนสายตาเลือนลาง คนที่มีลานสายตาแคบกว่าปกติ บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น แว่นขยาย เพื่ออ่าน อักษรตัวพิมพ์ ที่ขยายใหญ่ (คนสายตาเลือนลาง) หรือต้องใช้อักษรเบรลล์แทนอักษรปกติ (คนตาบอด)

2) พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือมีความลำบากในการได้ยิน เสียงที่พูดในลักษณะปกติ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากหูตึงหรือหูหนวก บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น เครื่องช่วยฟัง (คนหูตึง) หรือต้องใช้ภาษามือในการสื่อสาร (คนหูหนวก)

3) พิกัดด้านการสื่อความหมาย หมายถึง ผู้ที่พูดไม่ชัดหรือมีความผิดปกติทางการพูดเป็นอย่างมาก จนทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น หรือการมีความผิดปกติทางสมองที่ทำให้ไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้อื่นได้

4) พิกัดทางกายหรือการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่ลำบากในการเดิน เคลื่อนไหวร่างกายได้แก่ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน เช่นผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ ขา แขน มือ นิ้ว หรือผู้ที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขน หรือขาขาด ลิ้น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต เป็นต้น

5) พิกัดทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางจิตใจ ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

6) พิกัดทางสติปัญญา และการเรียนรู้ หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญา หรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ หรือมีความจำกัดในการเรียนรู้เรื่องต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป

งานการศึกษาขั้นอื่นๆในประเทศไทยเกี่ยวกับความพิการ เช่น การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายเพื่อหาความพิการทั่วประเทศ โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุข และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ของสำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, 2540) ส่วนใหญ่เน้นการตรวจความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะของร่างกาย มีเพียงส่วนน้อยของข้อคำถามที่พยายามตรวจความบกพร่องของระดับการวัดความสามารถระดับร่างกาย

นอกจากนั้นเกณฑ์การวัดความพิการในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพรบ. ได้กำหนดเครื่องมือวัดความพิการประเภทต่างๆ ดังนี้

1) พิกัดทางการมองเห็น จะเป็นการวัดการมองเห็น (visual acuity) และลานสายตา (visual field) ของตาข้างที่ดีกว่า ซึ่งเป็นการวัดความสามารถระดับอวัยวะ

2) พิกัดทางการได้ยิน จะวัดการได้ยินของหูข้างที่ดีกว่า ซึ่งเป็นการวัดความสามารถ ของอวัยวะหู

3) พิกัดทางการสื่อความหมาย จะเป็นการวัดความสามารถในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ซึ่งถือเป็นความสามารถระดับร่างกาย

4) พิกัดทางการกายและการเคลื่อนไหว เป็นการวัดความผิดปกติของอวัยวะ ร่วมกับการวัดความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน

5) พิกัดทางจิตหรือพฤติกรรม เป็นการวัดความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันด้วยแบบสอบถามและคิดเป็นคะแนน ซึ่งหมายถึงวัดความสามารถระดับร่างกาย

6) พิกัดทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ เป็นการวัดความผิดปกติของสมองทางด้านสติปัญญา ด้วยแบบทดสอบเชาว์ปัญญาแล้วคิดเป็นคะแนน

จะเห็นว่าการวัดความพิการของกฎกระทรวง และงานวิจัยในช่วงหลังๆ ให้ความสำคัญกับการวัดความผิดปกติของอวัยวะ และความสามารถระดับบุคคล ซึ่งวัดทั้งสองอย่างปนกันตามประเภทความพิการ เช่น พิกัดทางการมองเห็น การได้ยินใช้การวัดความพิการในระดับอวัยวะ ส่วนพิกัดทางการสื่อความหมาย จิตพฤติกรรม เป็นการวัดความสามารถระดับร่างกายต่อการทำกิจกรรมประจำวันที่สำคัญ สำหรับการวัดความพิการทางการกายหรือการเคลื่อนไหว และพิกัดทางสติปัญญา/ การเรียนรู้ เป็นการวัดผสมผสานระหว่างความพิการระดับอวัยวะและระดับร่างกาย ทั้งนี้ยังคงไม่พบการศึกษาเพื่อวัดความสามารถของคนพิการในการดำรงชีวิตในสังคม

การวัดความพิการในต่างประเทศ เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา นิยามความพิการก็ยังคงเน้นความจำกัดของบุคคลในการทำกิจกรรมปกติอันเนื่องมาจากความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจ ในพระราชบัญญัติคนพิการของชาวอเมริกัน (Americans with Disability Act, ADA)ปี 1990 ให้นิยามผู้พิการหมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่จำกัดความสามารถอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่า ในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล นิยามนี้ เน้นให้มีความหมายที่กว้าง นอกจากการรวมถึงการไม่สามารถทำกิจกรรมปกติอย่างใดอย่างหนึ่งได้หรือมากกว่านั้น ยังหมายรวมถึง บุคคลที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมเช่นคนอื่น ยิ่งไปกว่านั้นยังรวมเอาคนที่เกิดความพิการมาก่อนในอดีตและแม้มีสภาพที่ดีขึ้น แต่ยังคงถูกรับรู้จากคนอื่นว่ามีความผิดปกติของร่างกายและจิตใจในการทำกิจกรรมปกติ ในประเทศอังกฤษ การสำรวจสุขภาพระดับชาติ (Health Survey for England, HSE)ใช้นิยามความพิการ โดยครอบคลุมข้อจำกัดของการทำงานของส่วนตัวต่างๆ เช่นการ การเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเดินและการขึ้นบันได และรวมถึงการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วย (ADLs) เช่นการขึ้นลงเตียง หรือเก้าอี้ การสวมเสื้อผ้า การกิน การทำความสะอาดร่างกายและการเข้าห้องน้ำ โดยแบ่งกลุ่มของความพิการออกเป็น 5 กลุ่ม คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การเห็น การได้ยินและการสื่อสารโดยการศึกษาไม่รวมเอาความผิดปกติทางจิตใจในการศึกษาด้วย สำหรับการสำรวจระดับชาติในประเทศแคนาดาโดย International Classification of Functioning (ICF) ใช้กรอบนิยามความพิการขององค์การอนามัยโลก ที่ว่า ความพิการคือความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง อวัยวะต่างๆ ของร่างกายและการปฏิบัติตามหน้าที่ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งจะคำนึงถึง บทบาทของปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้วย ผู้พิการจึงหมายถึง บุคคลที่ระบุว่ามี ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือระบุว่ามีปัญหาสุขภาพหรือสถานะทางร่างกายหรือจิตใจ ที่ลดทอนประเภทหรือจำนวนในการทำกิจกรรมต่างๆที่พวกเขาสามารถจะทำได้ โดยนัยนี้ จึงให้ความสำคัญกับการตอบและการรับรู้ของผู้ตอบ

การสำรวจครัวเรือนระดับชาติในประเทศแอฟริกาใต้เกี่ยวกับคนพิการ(Central Statistical Service, 2001) ให้นิยามความพิการ ว่า คือภาวะความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ที่ขัดขวางให้บุคคลไม่สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติอย่างอิสระ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ หรือ

การศึกษาได้อย่างเต็มกำลัง โครงการนี้ความพิการออกเป็น 6 ประเภท คือ พิการทางการมองเห็น ความพิการด้านการได้ยิน ความพิการด้านการสื่อสาร ความพิการทางร่างกาย ความพิการด้านสติปัญญา และความพิการทางอารมณ์ ในขณะที่ประเทศทางแถบเอเชียแปซิฟิก เช่น ประเทศกัมพูชา (draft Cambodian Disability Law) ให้ความหมายคนพิการว่า เป็นผู้สูญเสียอวัยวะของร่างกาย หรือความสามารถ หรือ มีความทุกข์จากความพิการทางจิตใจ ซึ่งเป็นเหตุให้มีข้อจำกัดการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือกิจกรรมทางสังคม ในประเทศอินโดนีเซีย(The Public Act of the Government of the Republic of Indonesia No. 4 (1997), article 1) นิยามคนพิการว่า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายและหรือจิตใจ ซึ่งขัดขวาง หรือรบกวนการดำเนินกิจวัตรปกติได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น พิการทางกาย พิการทางจิตใจ และพิการทั้งทางกายและจิตใจ สำหรับประเทศจีน ให้นิยามผู้พิการ ว่าคือผู้ที่สูญเสียความสามารถทั้งหมดหรือบางส่วนในการดำเนินกิจกรรมปกติอันเป็นผลมาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจและร่างกาย แบ่งความพิการออกเป็น 5 ประเภท คือพิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยินและพูด พิการทางร่างกาย พิการทางสติปัญญา และพิการทางจิตใจ ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์ พระราชบัญญัติแห่งชาติ ให้ความหมายคนพิการว่า คือผู้ที่ทนทุกข์จากความจำกัด ความไร้ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันแบบปกติ อันเป็นผลมาจากความผิดปกติทางร่างกายจิตใจ หรือความรู้สึก (sensory impairment) ในขณะเดียวกัน ใน the Economic Independence of Disabled Persons Act ของฟิลิปปินส์ ก็ให้ความหมายที่ว่า คนพิการคือคนที่ไม่สามารถทำงานอย่างปกติ และมีการดำเนินชีวิตแบบปกติ อันเนื่องมาจากสูญเสียแขน ขา หรือส่วนของร่างกายอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บ หรือสูญเสียมาตั้งแต่กำเนิด สำหรับองค์การสหประชาชาติ (1998) ได้ให้นิยามคนพิการ ว่าคือ ผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางประเภท หรือมีข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ ของที่บุคคลที่สามารถทำได้ อันเนื่องมาจาก ปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และ สุขภาพ ที่มีระยะเวลายาวนาน

จากการทบทวนการให้นิยามความหมายความพิการในประเทศต่างๆ จะเห็นได้ว่างานวิจัยและกรอบการวัดความพิการมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และภายในประเทศเดียวกันก็ยังคงมีความแตกต่างในแต่ละโครงการวิจัยด้วย โดยอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ประเทศต่างๆส่วนใหญ่ยังคงให้ความหมายความพิการ โดยเน้นไปที่ความบกพร่องของอวัยวะและความสามารถของบุคคลต่อการทำกิจกรรมที่จำเป็น ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทางการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการทำงานและความสมบูรณ์ของอวัยวะ เป็นการมองปัญหาและจัดการปัญหาในระดับ อวัยวะและบุคคล และอาจเกิดความสับสนในการจัดกลุ่มความพิการที่มีอยู่ หรือไม่อาจครอบคลุมภาวะความพิการบางกลุ่มบางประเภท จึงอาจกล่าวได้ว่าขนาดคนพิการที่พบจากการศึกษาในประเทศต่างๆ ยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ในขณะที่ฐานข้อมูลที่มีอยู่ก็พบปัญหาความพิการทางร่างกายมากกว่าความพิการทางจิตใจ

2.3 นิยามและการวัดความรุนแรง

นิยามความหมาย ความรุนแรงในที่นี้ เน้นประเภทความรุนแรงระหว่างบุคคล (interpersonal violence) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ความรุนแรงในครอบครัว และจากคู่สมรส (family or intimate violence) อีกกลุ่มคือความรุนแรงในชุมชน (community violence) นั่นคือความรุนแรงจากคนใดคนหนึ่งซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำ โดยอาจรู้จักหรือไม่รู้จักผู้กระทำก็ได้ ความรุนแรงต่อคนพิการอาจเกิดขึ้นได้ในสองรูปแบบดังกล่าว โดยที่ปรากฏการณ์ของปัญหาความรุนแรงมักมีแนวโน้มที่จะเป็นความรุนแรงในครอบครัว

สำหรับความรุนแรงในชุมชน อาจเกิดจากการกระทำความรุนแรงจากคนแปลกหน้า หรือความรุนแรงอันเกิดจากสถาบัน หรือองค์กรที่ใช้บริการ (WHO, 2002)

ประเภทหรือชนิดความรุนแรง โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะด้วยกัน ได้แก่ 1) ความรุนแรงทางร่างกาย (physical violence) ได้แก่การทำร้ายเพื่อให้เกิดความเจ็บปวด บาดเจ็บทางร่างกาย เช่น การต่อยเตะ ทบตีด้วยอาวุธ กระแทก ทำให้บาดเจ็บด้วยวิธีการต่างๆ และการฆ่าให้ตาย 2) ความรุนแรงทางเพศ (sexual violence) ในรูปแบบต่างๆ เช่น การข่มขืน การล่วงเกินทางเพศ การบังคับให้ร่วมเพศในท่าต่างๆ โดยที่ผู้หญิงไม่เต็มใจ และ 3) ความรุนแรงทางจิตใจ (psychological violence) ซึ่งรวมความ เรื่องการบีบคั้นทางจิตใจ การข่มขู่ การตำหนิ การทำร้าย การกักขัง การเหยียดหยาม การปฏิเสธที่จะให้อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลก (2002) รวมรูปแบบการทอดทิ้ง การเอาเปรียบทางการเงินและการบังคับทางเศรษฐกิจ เช่นการปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือควบคุมการใช้จ่ายเงินของผู้พิการ ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำความรุนแรงต่อคนพิการด้วย

ในด้านของคำที่ใช้ในการวัดความรุนแรง พบว่ามีคำ 3 คำที่มักใช้สลับไปมาระหว่างงานวิจัยขึ้นต่างๆ โดยมีนัยว่ามีความหมายคล้ายกัน ได้แก่ violence abuse และ aggression แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังคงมีความแตกต่างกัน เช่น aggression เน้นเรื่องการกระทำความรุนแรง ในขณะที่ violence รวมเอาเรื่องผลกระทบของกระทำเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย และ abuse เน้นเรื่องเจตนาและความตั้งใจในการกระทำความรุนแรง นอกจากนี้ คำดังกล่าวมีนัยการตีความเฉพาะบุคคล(subjective) จึง ยังคงมีข้อโต้แย้ง(controversial) อันเกิดขึ้นจากหลายมุมมองหรือต่างสาขาวิชา ความหมายที่ยังคงมีหลายนัยยะ (ambiguity) และไม่พ้องกัน ดังกล่าวเป็นข้อจำกัดสำคัญในการสะท้อนปัญหาความรุนแรง การใช้ผลการศึกษา และการพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพ

2.4 แนวคิด ทฤษฎี ด้านความรุนแรง

ความรุนแรง เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม (social phenomenon) ที่มีเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมเป็นปัจจัยกำหนด และหล่อเลี้ยงให้ปรากฏการณ์นี้ดำรงอยู่บนความสัมพันธ์ของมนุษย์ ในครอบครัว และในสังคม ปัญหาความรุนแรงระหว่างบุคคลเกิดขึ้นจากหลายเหตุปัจจัย(multi-factors) ทั้งปัจจัยในระดับบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยสามารถแบ่งกรอบแนวคิดการวิเคราะห์เกี่ยวกับสาเหตุความรุนแรงในครอบครัวได้เป็น 3 แนวคิดคือ แนวคิดระดับบุคคล แนวคิดทางสังคมจิตวิทยา และ แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม (Gelles, 1999)

1. แนวคิดระดับบุคคล เน้นเงื่อนไขทางจิตวิทยา และให้ความสำคัญที่บุคลิกลักษณะของผู้กระทำความรุนแรง หรือผู้ที่ได้รับความรุนแรง กรอบแนวคิดนี้รวมความถึงแนวคิดทฤษฎีที่ว่าด้วยบุคลิกลักษณะที่เปี่ยม ความเจ็บป่วยทางจิต การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ และกระบวนการในระดับบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรง
2. แนวคิดทางสังคมจิตวิทยา เน้นเงื่อนไขปัจจัยระหว่างบุคคล รวมถึงสถาบันและโครงสร้างทางสังคมที่โน้มนำทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ให้ความสนใจไปที่การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อครอบครัว โครงสร้างและบทบาทของครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวซึ่งส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมความรุนแรง เช่น โครงสร้างครอบครัวเดี่ยวที่เพิ่มมากขึ้น เด็กที่มีเห็นหรือถูกทำร้ายก็เลียนแบบกระทำความรุนแรงเมื่อโตขึ้น ความเครียดทางสังคม เช่นความยากจน ครอบครัวที่ล้มเหลว เป็นต้น

3. แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม จะให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ปัจจัยในระดับมหภาคทางโครงสร้าง ความรุนแรงในครอบครัวเป็นผลจากโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมก่อรูปมาจากโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการเกิดความรุนแรง เช่น ความไม่เป็นธรรม โครงสร้างทางสังคมที่ชายเป็นใหญ่ เป็นต้น

ขยายความให้ชัดเจนขึ้นการอธิบายปรากฏการณ์ของความรุนแรงทั้งโดยปัจจัยในระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และระดับโครงสร้าง ปัจจัยระดับบุคคลให้ความสำคัญกับลักษณะทางกายภาพหรือสุขภาพจิตของคนโดยผู้ที่ใช้ความรุนแรงถูกมองว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตใจหรือมีปัญหาบุคลิกภาพ เช่น การขาดความสามารถหรือทักษะในการควบคุมตนเอง หรือระดับความโกรธ ประวัติครอบครัวของการผู้กระทำที่ได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก หรือการเชื่อมโยงผู้ชายที่ทำร้ายภรรยาพิการ ลูกพิการ เข้ากับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด ความเครียดในครอบครัว หรือจากการทำงาน การมีอาวุธครอบครอง การตกงาน หรือการอธิบายการใช้ความรุนแรงนี้ด้วยประสบการณ์ในวัยเด็กของผู้ชาย การที่เด็กชายที่ขาดพ่อแม่ก็จะยึดเอาแบบอย่างของบทบาทและพฤติกรรมที่เห็นจากสื่อมวลชน ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ ต้นแบบเหล่านี้มีภาพของความเข้มแข็งมีอำนาจ ที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการใช้วิธีการที่รุนแรง จึงเลียนแบบการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตของเขาด้วยวิธีการแบบเดียวกัน

การศึกษาความรุนแรงโดยอธิบายปรากฏการณ์จากปัจจัยเชิงโครงสร้างและเชิงสังคม เช่น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม ชนชั้น หรือระบบเศรษฐกิจ โดยมองว่าเป็นเงื่อนไขหลักที่ทำให้เกิดการใช้ความรุนแรงเพื่อที่จะจัดการกับสภาพที่ทำให้คนเกิดความรู้สึกต่ำต้อยหรือถูกกดขี่ การเน้นที่โครงสร้างว่าทำให้เกิดการใช้ความรุนแรงดูจะมีนัยว่าบุคคลไม่ต้องรับผิดชอบการกระทำของตน ละเลยการตีความสถานการณ์ และการตัดสินใจของคนที่ใช้ความรุนแรง โครงสร้างที่ไม่เท่าเทียมและกดขี่จึงเป็นเพียงเงื่อนไขหรือปัจจัยหนึ่งในการอธิบายความรุนแรง ซึ่งต้องมีการพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่นปัจจัยในระดับบุคคล และปัจจัยจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้วย

Johan Galtung ได้แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ประเภท (อ้างในชลิตาภรณ์, 2545) โดยชี้ให้เห็นว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นมีอาจแยกส่วน โดยพิจารณาแต่ภาพเชิงปรากฏการณ์ที่เห็น และมุ่งแก้ไขปัญหาคือปัจเจกปัจเจกหรือบุคคล หากแต่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมที่วางบทบาทให้คนกลุ่มหนึ่งอยู่เหนือคนอีกกลุ่มหนึ่ง และมีความคิด ความเชื่อ ที่จะกระทำหรือยอมรับการกระทำความรุนแรงนั้นโดยไม่ต้องตั้งคำถามความรุนแรงประเภทแรก เรียกว่าเป็น "ความรุนแรงทางตรง" (Direct Violence) เป็นปรากฏการณ์ที่เห็นได้ชัดเจน ด้วยตาเปล่า และรับรู้ได้ เพราะมีร่องรอยปรากฏให้เห็นบนร่างกายของมนุษย์ ในรูปของบาดแผล เลือดเนื้อและการสูญเสียชีวิต รวมทั้งความเสียหายต่อวัตถุและทรัพย์สินของผู้คน การทำทารุณกรรมและการทำร้ายร่างกายด้วยวิธีการต่าง ๆ หรือการฆ่าฟันกันของผู้คนจึงเป็นเรื่องของความรุนแรงทางตรงที่เห็นได้ง่ายและชัดเจนที่สุด รูปแบบอีกประการคือ ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural Violence) และความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (Cultural Violence) ความรุนแรงเชิงโครงสร้างหมายถึงโครงสร้างที่ทำให้เกิดความได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างคนในสถานะภาพหนึ่งกับคนในอีกสถานะภาพหนึ่ง ผู้ที่มีอำนาจมากกว่าเอารัดเอาเปรียบผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่าในกระบวนการปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนระหว่างกัน การวางบทบาทหญิงให้ด้อยและมีคุณค่าต่ำกว่าบทบาทชาย ระบบความเชื่อที่ยอมรับความรุนแรง เป็นต้น

นอกจากนั้น ในการศึกษาวิจัยมีทฤษฎีทางสังคมวิทยา จิตวิทยาที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรง (Gelles, 1999) ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theories) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เสนอแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมความรุนแรงมีที่มาจากกระบวนการเรียนรู้ เด็กที่มีประสบการณ์ความรุนแรงที่บ้าน ทั้งการมีประสบการณ์โดยตรงจากการถูกทารุณ หรือการเห็นความรุนแรงจากพ่อแม่ มักมีแนวโน้มของการเป็นผู้กระทำ ความรุนแรงหรือตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงจากบุคคลอื่นเมื่อโตขึ้น เหตุเพราะครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม ที่ซึ่งบุคคลเรียนรู้การแสดงบทบาทของความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายและบทบาทของพ่อแม่ลูก เป็นสถาบันทางสังคมแรกที่บุคคลจะเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียด วิถีการดำเนินชีวิตต่างๆ รวมทั้งในหลายกรณีก็เป็นแหล่งปมเพาะการยอมรับความรุนแรง หรือการมีแนวคิดใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา

2. ทฤษฎีสถานการณ์ทางสังคม (Social Situation/Stress and Coping Theory) ทฤษฎีนี้ พยายามอธิบายว่าทำไมจึงเกิดความรุนแรงขึ้นในสถานการณ์หนึ่งและไม่เกิดในอีกสถานการณ์หนึ่ง ความรุนแรงจะเกิดขึ้นได้ในสองปัจจัย ประการแรกเกิดจากสถานการณ์ความเครียด และประการที่สอง การขาดแคลนทรัพยากรที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวเมื่อเกิดความเครียด หรือในทางกลับกันหมายถึงความนิยมของการใช้หรือยอมรับความรุนแรงเพื่อจัดการความเครียด

3. ทฤษฎีอำนาจ (Resource Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ทุกระบบสังคมรวมทั้งครอบครัวใช้อำนาจในการบังคับควบคุม สังคม หรือบุคคลมีอำนาจมากเท่าใด ก็มักจะใช้กำลังในการบังคับควบคุมผู้อื่นมากเท่านั้น อย่างไรก็ตาม บุคคลอาจใช้กำลังในการแสดงอำนาจด้วยเช่นกัน ดังนั้น สามสิ่งที่ต้องการอยู่เหนือผู้อื่นในครอบครัว แต่มีการศึกษาน้อยกว่า มีตำแหน่งหน้าที่หรือรายได้ที่ต่ำกว่าภรรยา รวมทั้งขาดแคลนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือในการบังคับควบคุมเพื่อให้มีอำนาจเหนือผู้อื่นในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันสมาชิกในครอบครัวหรือภรรยา ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรืออำนาจน้อยกว่าอาจใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือในการตอบโต้ หรือป้องกันตัวเอง เป็นต้น

4. ทฤษฎีแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) ทฤษฎีนี้ยอมรับว่า ความรุนแรงถูกกำหนดจากการประเมินผลได้ผลเสียจากการกระทำความรุนแรง พฤติกรรมความรุนแรงจะเกิดขึ้นเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นมีผลได้มากกว่าผลเสีย (Gelles, 1983) ด้วยเงื่อนไขที่ธรรมชาติครอบครัวเป็นเรื่องส่วนบุคคล หรือการที่องค์กรทางสังคมอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องน้อย รวมทั้งสังคมให้การยอมรับอำนาจ การบังคับ และเห็นชอบต่อการใช้ความรุนแรง

5. ทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist Theory) ทฤษฎีสตรีนิยมเสนอว่า ความรุนแรงเป็นรูปแบบหนึ่งของปรากฏการณ์ของสังคมที่ชายเป็นใหญ่ ใจกลางของแนวคิดทฤษฎีนี้เสนอว่า โครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจเอื้อประโยชน์ให้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิง และด้วยแนวคิดและโครงสร้างทางสังคมเช่นนี้เอื้อประโยชน์ต่อการที่จะยอมรับและใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือหนึ่งในการแสดงสถานะสังคมที่ชายเป็นใหญ่

6. แนวคิดนิเวศวิทยา (Ecological Perspective) แนวคิดนี้เชื่อว่าความรุนแรงเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยระดับบุคคล ระดับสังคมจิตวิทยา และระดับสังคมวัฒนธรรม ยกตัวอย่างเช่น การทำร้ายเด็กในครอบครัวเกิดจาก บทบาทความสัมพันธ์ของพ่อแม่ ลูก รวมทั้งความสัมพันธ์ของครอบครัว ต่อเพื่อนบ้าน หรือชุมชน ไม่เหมาะสม การทารุณหรือการกระทำความรุนแรง จะมีแนวโน้มเกิดขึ้นมาก ความสัมพันธ์หรือมีพัฒนาการการเจริญเติบโตในครอบครัวมีข้อจำกัด ทฤษฎีนี้เสนอว่า เด็กที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ ความพิการทางอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง ในขณะเดียวกัน พ่อแม่ที่มีความเครียด หรือมีปัญหาด้านบุคลิกภาพ

ก็จะมีแนวโน้มที่จะใช้ความรุนแรงกับลูก สถานการณ์เช่นนี้จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากครอบครัวนั้นไม่มีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรทางสังคมอื่นๆ รวมทั้งมีหน่วยงานทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาจำกัด

อย่างไรก็ตาม จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการขยายจากแนวคิดเชิงปัจจัยเดียว เช่น ผู้กระทำความรุนแรงเป็นเพราะมีความผิดปกติทางจิตหรือบุคลิกภาพ ขาดการควบคุมตนเอง หรือสืบเนื่องจากการดื่มสุรา ไปสู่ทฤษฎีที่อธิบายด้วยเงื่อนไขปัจจัยที่ซับซ้อนมากขึ้น (multidimensional approach) เกี่ยวพันกันและกันทุกระดับทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สถานการณ์ และสังคมวัฒนธรรม รากเหง้าของความรุนแรงเชิงโครงสร้างในวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่และวัฒนธรรมทางเพศที่แสดงถึงการอยู่เหนือผู้หญิง เป็นปัจจัยที่จะก่อให้เกิดแนวโน้มความรุนแรงต่อเพศตรงข้าม ในขณะที่เดียวกันลักษณะความเป็นปัจเจกของครอบครัวที่ต่างคนต่างอยู่ ทำให้บทบาทของเครือญาติ ชุมชน หรือเครือข่ายทางสังคมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมดูแลปกป้องความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงน้อยลง ขั้วร้ายยังส่งผลให้ความรุนแรงนั้นเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก เงื่อนไขทางสังคม เช่น อัตราการว่างงาน อัตราอาชญากรรมสูง มีแหล่งอบายมุข การขายสุราฟรีเพื่อ การแพร่ระบาดของยาเสพติด สื่อลามก รวมทั้งยังมีสถานการณ์ก็เป็นปัจจัยแรงในระดับบุคคลอีกเช่นเดียวกัน เช่น ความเครียด ความยากจน การดื่มสุรา แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน หนุนนำทำให้ผู้กระทำความรุนแรงได้เช่นเดียวกัน รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่นการมีประสบการณ์เห็นหรือถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว ทักษะที่ยอมรับการกระทำความรุนแรงในการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง เป็นต้น

2.5 ความรุนแรง กับคนพิการ: รากเหง้าของปัญหา

ความรุนแรงเกิดได้กับคนทั่วไปทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่ม หากแต่ว่าด้วยโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ทำให้คนกลุ่มหนึ่งมีแนวโน้มที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมากกว่าคนอีกกลุ่มหนึ่ง เช่น ความเป็นผู้หญิงในสังคมที่เลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน ผู้หญิงจำนวนมากจึงต้องเผชิญกับความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ และในความเป็นผู้หญิงด้วยตนเอง ผู้หญิงบางกลุ่มก็มีแนวโน้มที่จะถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าผู้หญิงอีกกลุ่มหนึ่ง กล่าวให้ชัด ผู้หญิงพิการมีแนวโน้มของการถูกกระทำความรุนแรงถึง 1.5 ไปจนถึง 10-เท่าของผู้หญิงทั่วไป ผู้หญิงพิการที่เป็นชนกลุ่มน้อย เป็นเด็ก ย่อมมีแนวโน้มการถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าหญิงพิการทั่วไป ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจึงถูกซ้อนทับกันหลายชั้น เพราะความเป็นผู้หญิงแล้วก็เพราะความพิการนั่นเองที่ได้เพิ่มความเสี่ยงของการถูกทำร้ายและรวมทั้งมีข้อจำกัดที่จะยุติหรือหนีให้พ้นจากความรุนแรงนั้นๆ มากกว่าผู้หญิงทั่วไป

ความรุนแรงต่อผู้พิการหากพิจารณาในระดับโครงสร้างจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ที่ปกติสมบูรณ์กับผู้ที่ไม่ปกติ เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงกับชาย ภาพเชิงซ้อนทางสังคม วัฒนธรรม และทัศนคติของสังคม ที่ลดคุณค่า แบ่งแยก หรือตีตราคนพิการ รวมทั้งฐานะและความเสียเปรียบ หรือด้อยโอกาสทางสังคมของคนพิการ ซึ่งได้แก่ ความยากจน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อความรุนแรง ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงให้คนพิการได้รับ ความรุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเอื้ออื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คนพิการมีแนวโน้มของการถูกกระทำความรุนแรง เช่น การมีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร (เช่นคนใบ้ หรือผู้พิการที่มีพัฒนาการการเรียนรู้ช้า) การไม่มีความสามารถในการปกป้องตนเอง หรือแยกแยะว่าอะไรคือความปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัย การมีพฤติกรรมที่ทำให้ผู้กระทำความรุนแรงตีความ หรือโน้มนำให้เกิดความรุนแรง เป็นต้น (Kempton & Gochros, 1989)

อีกแนวคิดหนึ่ง เป็นแนวคิดที่ใช้ตัวแบบทางนิเวศวิทยาเพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขอันซับซ้อนของการเกิดความรุนแรงต่อคนพิการ (Sobsey, 1994) ทั้ง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ส่งผลให้คนพิการมีความเสี่ยงต่อความรุนแรง รวมทั้งคุณลักษณะของผู้ถูกกระทำ และผู้กระทำ ตัวแบบนิเวศวิทยานี้ ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อบริบททางสังคมวัฒนธรรมของความพิการที่เอื้อและส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อคนพิการ ซึ่งได้แก่ การถูกตีตรา และแบ่งแยกทางสังคมของคนพิการ (Davis, 1997) โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ที่ชายเป็นใหญ่ สังคมกำหนดบทบาทความเป็นหญิงความเป็นชาย วางบทบาทความเป็นหญิง ให้ด้อยและมีคุณค่าต่ำกว่าบทบาทความเป็นชาย วางบทบาทผู้หญิงในฐานะเป็นเมีย เป็นแม่ ผู้หญิงที่พิการไม่สามารถดำรงในบทบาทดังกล่าวได้จึงอยู่ในฐานะที่ต่ำต้อยด้อยค่ากว่าผู้หญิงธรรมดา เพราะเป็นผู้ที่ไม่มีบทบาทใดๆ (rolelessness) ถูกตีตราว่าไม่มีความรู้สึกทางเพศ ด้อยประสิทธิภาพทางเพศ พึ่งพิง ไร้ความรู้สึก ในอีกด้านหนึ่ง การที่สังคมให้ความหมายความสมบูรณ์ ความสวยงามที่ความสมประกอบของร่างกายบนพื้นฐานของระบบวิถีคิดทางการแพทย์ เน้นให้ความสำคัญกับความสวยงามผ่านการประกวดนางงาม หรือสื่อโฆษณาที่ล้วนเป็นภาพคนปกติ ส่งผลให้ภาพลักษณ์ของคนพิการเป็นในทางลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวคนพิการเองยังรู้สึกอับอาย ด้อยค่า กระบวนการที่สังคมสร้างภาพลักษณ์แบบเหมารวม (stereotyping) และมีมายาคติต่อคนพิการว่า ไร้ความสามารถ ไร้บทบาท ส่งผลให้คนพิการมองภาพตนเองเชิงลบ สังคมตีตราและ เลือกปฏิบัติ รวมทั้งจำกัดทางเลือกให้กับคนพิการ ทั้งหมดเป็นเงื่อนไขให้พิการโดยเฉพาะผู้หญิงพิการ ที่มีแนวโน้มของความเสี่ยงต่อความรุนแรง ยิ่งไปกว่านั้นในระบบบริการทางการแพทย์และบริการสังคมสงเคราะห์ ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ดังกล่าว งานการศึกษาวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่า ด้วยทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการดังกล่าว ก็แบ่งแยก เลือกปฏิบัติ มีอคติต่อผู้พิการ เช่นระบบบริการด้านงานวางแผนครอบครัว ไม่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของผู้พิการที่จะมารับบริการทั้งข้อมูล การให้คำปรึกษา หรือ บริการ เพราะไม่ได้คาดหวังว่าผู้พิการต้องการบริการ (Anderson, Kitchin, 2000) ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ทั้งความยากจน การขาดโอกาสทางสังคม ทางการศึกษา และอาชีพของคนพิการ ก็ล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ซ้อนทับทำให้คนพิการมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงอีก กล่าวให้ชัด การกดขี่ทางสังคมวัฒนธรรมและการขาดโอกาสทางสังคมทำให้ผู้หญิงพิการมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในหลายบริบท

2.6 บริบททางสังคมวัฒนธรรม : เงื่อนไขความรุนแรงต่อคนพิการ

การคาดประมาณจำนวนคนพิการยังคงมีความแตกต่างกันหากเปรียบเทียบจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในประเทศไทย ฐานข้อมูลระดับชาติที่มีการสำรวจติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี คือปี 2529, 2534, 2539 และ 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) พบว่าในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้พิการเพิ่มจาก 0.4 ล้านคน หรือร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2529 เป็น 1.0 ล้านคน หรือร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มเป็น 1.8 ในปี 2544 และมาลดลงเป็น 1.7 ในปี 2545 การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดจาก คำนิยามของผู้พิการ หรือ วิธีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ หรืออาจเป็นเพราะตัวอย่างที่เก็บได้ในการสำรวจแต่ละครั้งที่แตกต่างกันไป และเมื่อเปรียบเทียบการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่าง และบรรจุแบบสอบถามคนพิการไว้ในแบบสำมะโนประชากร กับการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ที่ทำการสำรวจสถานะทางสุขภาพของประชากรไทยอายุ 5 ปีขึ้นไปด้วยวิธีการตรวจร่างกายจากตัวอย่างเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ยิ่งพบความแตกต่างอย่างชัดเจน คือร้อยละ 1.8 และร้อยละ 8.1 โดยที่เป็นไปได้ว่า ข้อมูลจากการตรวจร่างกายน่าจะมี

เชื่อถือมากกว่าการสัมภาษณ์ โอกาสผิดพลาดมีน้อยกว่าการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ เนตรนภา (2547) ได้ยืนยันโดยอ้างในการสำรวจของ Helander ซึ่งมีการตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลก และได้รับการอ้างอิงมากที่สุด ซึ่งคาดประมาณว่าในปี 2533 มีคนพิการที่มีระดับความพิการน้อยถึงรุนแรง สูงถึง ร้อยละ 10 ซึ่งใกล้เคียงกับร้อยละ 8.1 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ดังนั้นจึงอาจคาดประมาณได้ว่า จำนวนคนพิการในประเทศไทยในปี 2545 มีจำนวนประมาณ 1,098,000 คน และหากใช้ตัวเลขร้อยละ 8-10 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก เป็นฐานการคาดประมาณ จำนวนคนพิการอาจสูงถึง 6 ล้านคน นอกจากนั้นหากพิจารณาในรายละเอียดของสถานะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของคนพิการ ทั้งอาจคาดประมาณต่อไปว่า จำนวนคนพิการน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และน่าจะมากกว่าอัตราการเพิ่มของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการที่มีสาเหตุเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ความสูงอายุ โรคเรื้อรังต่างๆ และอุบัติเหตุที่มีสัดส่วนสูงขึ้นทุกปี

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) พบว่าลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการในประเทศไทย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.8 และ 1.7 ตามลำดับอื่นๆ คนพิการอาศัยอยู่ในเขตชนบท มากกว่าในเมืองกว่าเท่าตัว โดย ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรที่พิการมากกว่าภาคอื่นๆ ประเภทความพิการที่พบพร่องทางร่างกายคิดเป็นร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งหมด ส่วนมากเป็นผู้พิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวสูงสุดพบ 42.2 % รองลงมาเป็นผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อสาร พบ 20.3 % พิการทางสติปัญญา และพิการทางการมองเห็น คิดเป็น 14.6 และ 10.8% ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) ทั้งนี้มีผู้พิการซ้ำซ้อนราว ร้อยละ 6.6 ทั้งนี้ผู้พิการทั้งชายและหญิงมีรูปแบบของลักษณะความพิการไม่แตกต่างกันมาก โดยผู้ชายจะมีสัดส่วนเป็นผู้พิการทางกาย และทางจิตใจ มากกว่าผู้พิการหญิงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สำหรับสาเหตุความพิการ พบว่าผู้พิการเกือบครึ่งมีสาเหตุพิการมาตั้งแต่กำเนิด รองลงมาเป็นความพิการจากอุบัติเหตุ และความพิการจากการเจ็บป่วย โดยเมื่อแยกเพศ พบว่าผู้พิการชายมีสาเหตุอันดับหนึ่งจากอุบัติเหตุ ในขณะที่ผู้พิการหญิง มีสาเหตุจากความพิการตั้งแต่เกิด เมื่อดูจากอายุเมื่อพิการพบว่า ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังนั้นจะพบมากที่สุดในวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี ตามด้วยกลุ่มสูงอายุ วัยรุ่น และเด็กก่อนวัยเรียน โดยที่ผู้หญิงจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด อย่างไรก็ตามมีข้อมูลยืนยันอีกเช่นกันว่า ในประเทศไทยภาวะความสูงอายุมิแนวโน้มของการมีภาวะความพิการเพิ่มสูงขึ้นด้วย โดยอัตราส่วนของผู้พิการที่พบในกลุ่มประชากรทั่วไปคือ ร้อยละ 1.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราส่วน ร้อยละ 4.7 ซึ่งคิดเป็น 3.3 เท่าของกลุ่มประชากรทั่วไป

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติขึ้นเดียวกัน ยังพบอีกว่าในทางสังคม และเศรษฐกิจ ผู้พิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจนมีการศึกษาต่ำหรือไม่มีเลย พบว่า ร้อยละ 45.5 ของผู้พิการจบเพียงชั้นประถม และอีกร้อยละ 35.5 ไม่ได้รับการศึกษาเลย และร้อยละ 71.5 เป็นผู้ไม่มีอาชีพ หรือไม่มีงานทำ โดยพบว่า ผู้พิการหญิงมีโอกาสทางเศรษฐกิจน้อยกว่าชาย คือมีสัดส่วนของผู้พิการหญิงที่ไม่ได้ทำงานมากกว่าผู้พิการชาย คือร้อยละ 74.8 และ ร้อยละ 56.9 ตามลำดับ ผู้พิการหญิงหากทำงานก็ได้ค่าตอบแทนน้อยกว่าผู้พิการชาย พิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัว มีเพียงร้อยละ 3 ที่อาศัยอยู่คนเดียว นอกจากนั้นยังพบว่าผู้พิการ ไม่มีบทบาทเชิงเศรษฐกิจในครัวเรือน โดยพบว่าส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 64.5 ไม่ได้ทำงาน ที่เหลือทำงาน โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้พิการที่ทำงาน ประกอบอาชีพการเกษตร สำหรับอาชีพนอกการเกษตรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพช่าง หรือผู้ปฏิบัติในขบวนการผลิตและกรรมการ จากข้อมูลสภาพสังคมเศรษฐกิจที่กล่าวมาแล้ว อาจแสดงให้เห็นว่าคน

พิการในสังคมไทย ยังเป็นกลุ่มที่มีฐานะยากจน และด้อยโอกาสในสังคม งานวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง วิถีชีวิตคนพิการในชุมชนเมือง : กรณีศึกษาคนพิการทางสายตาในเขตกรุงเทพมหานคร (โสภา และจีพร, 2545) ศึกษาเกี่ยวกับคนพิการทางสายตารายงาน 8 รายพบว่า ทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวยากจน ประกอบอาชีพทางการเกษตรและรับจ้างทั่วไป มีลูกหลายคน ทุกคนต้องทำงานหรือมีหน้าที่ต่างๆ จึงไม่มีเวลาที่จะดูแลสมาชิกที่พิการ นอกจากนั้นยังพบว่า ไม่ได้มีความพิการทางสายตาแต่กำเนิด แต่เนื่องจากการพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี อยู่ห่างไกลความเจริญ ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรต่างๆทางสังคม เด็กพิการทางสายตาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือเนื่องจากครอบครัวมีฐานะยากจน อยู่ในชนบทห่างไกลความเจริญ ไม่มีโรงเรียนสอนคนตาบอด และทางโรงเรียนที่สอนเด็กปกติไม่ยอมให้เด็กพิการทางสายตาเรียนร่วมกับเด็กปกติ บางคนก็รู้สึกอายที่จะต้องไปเรียนหนังสือ กลัวถูกเพื่อนล้อ เป็นต้น ทำให้พวกเขาไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ เป็นภาวะความทุกข์ทางสังคมที่เกิดจากคนรอบข้าง หรือคนในสังคมไม่ตระหนักในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ สุดท้ายคนพิการทางสายตาต้องปลอบใจตนเองว่าเป็นเรื่องของบุญกรรม งานวิจัยนี้ สะท้อนได้เป็นอย่างดีอีกว่า วิถีชีวิตของหญิงตาบอดในบริบทสังคมไทย ที่ส่วนหนึ่งมาจากครอบครัวชนบท และยากจน รวมทั้งมีทัศนคติ ความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับลูกที่ตาบอดที่ทำให้รู้สึกอับอาย และมีแนวโน้มที่จะเก็บคนพิการไว้ในบ้าน งานวิจัย เรื่อง ความลำบากในโลกมืด : กรณีศึกษาข้อเท็จจริงในแง่วิถีชีวิต ความทุกข์ รวมไปถึงสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม ของผู้พิการทางสายตาที่ประกอบอาชีพพวงพิก และขอทานบนพื้นที่หนึ่งในกรุงเทพมหานคร (จุฑามาศ และจอมขวัญ, 2545) พบว่า คนตาพิการที่ดำเนินชีวิตเป็นขอทานและพวงพิกในกรุงเทพมหานคร มีสถานภาพเป็นคนยากจนที่ตกขอบส่วนใหญ่มีฐานะที่ยากจน อยู่ในภาคการเกษตรกรรมในชนบท เมื่อต้องตาบอดโอกาสในการรักษาพยาบาลให้หายจึงเป็นไปได้ยาก เพราะความที่อยู่ห่างไกลความเจริญ และประการที่สำคัญ คือการขาดแคลนเงินทุนในการรักษาพยาบาล และจากการสอบถามความคิดเห็นผ่านเว็บบอร์ด คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มมองว่าคนขอทานเป็นคนเกียจคร้าน เอาเปรียบคนอื่น และทำบาปหลังคน นอกจากนั้นงานวิจัยชิ้นนี้ยังชี้ให้เห็นว่า ความทุกข์ในการดำเนินชีวิตที่สำคัญอีกประการคือการไม่ได้รับโอกาสและการยอมรับเท่าที่ควรในการประกอบอาชีพ กรณีศึกษารายหนึ่งจากงานวิจัย “เป็นผู้พิการตาบอด มีความรู้ด้านดนตรีมากพอ และได้รับการส่งเสริมจากอาจารย์ใหญ่ในโรงเรียนมัธยมใกล้บ้าน ให้เขาสอนดนตรีให้เด็กนักเรียน ทำงานได้ 5 ปีก็ถูกคนตาดีมาเบียดขับ อ้างความพิการเป็นอุปสรรคในการเรียนการสอน”

เนื่องจากเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเดี่ยวที่มีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น และมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ที่อาจนำไปสู่ปัญหาการดูแล เด็ก คนพิการในครอบครัว ทำให้คนเหล่านั้นถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในบริบทและความเปลี่ยนแปลงทางสังคม พบข้อมูลว่า ดัชนีสัมพันธภาพที่อบอุ่นของครอบครัวมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 77.5 ในปี 2540 เป็น 70.8 ในปี 2545 ทั้งนี้เพราะปัญหาการหย่าร้าง รายงานด้านเด็ก และเยาวชน และครอบครัว (2545) พบว่า มีเด็กพิการในประเทศไทยถึง 52,220 คน กลุ่มคนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ เด็ก พบปัญหาการถูกทอดทิ้ง การไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยพบว่า ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 115,508 คนในปี 2538 เป็น 342,543 คนในปี 2542 นอกจากนั้น ได้มีการประมาณกันว่าคนชราที่ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ต่ำ มีประมาณร้อยละ 4 ของคนชราทั้งหมด ซึ่งในปี 2523 คาดว่ามีคนชราอยู่จำนวน 2.4 ล้านคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงระยะ 10 ปี จะมีคนชราเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 3.5 ล้านคน แต่ความสามารถในการให้บริการสงเคราะห์คนชราชອງรัฐในปี 2523 คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.13

(สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547) นอกจากนั้น จากการสำรวจสวัสดิการสังคมของครัวเรือน ในชุมชนและเขตเทศบาล พบว่า เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กกำพร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 462,644 คนในปี 2538 เป็น 489,947 ในปี 2542 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ จากรายงานของคณะอนุกรรมด้านเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว (2545) พบว่า มีเด็กพิการในประเทศไทย ถึง 52,220 คน ในส่วนนี้ได้รับการและช่วยเหลือเพียง 10,577 คน ซึ่งเป็นเพียงจำนวนหนึ่งในห้า ซึ่งหมายความว่า จำนวนที่เหลือจะอยู่ในระบบการดูแลของครอบครัว หรืออยู่ตามยถากรรม ข้อมูลในภาพรวมของคนพิการ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประมาณกันว่าเมื่อเทียบกับคนพิการทั้งหมด รัฐสามารถให้บริการได้เพียงร้อยละ 0.06 เท่านั้น (http://www.nesdb.go.th/plan/data/plan5/data/M5_4.doc) ซึ่งสอดคล้องกับงานการศึกษาในเชิงคุณภาพ ของสุวิทย์ และคณะ (2540) ที่ย้ำเช่นกันว่า การดูแลคนพิการ และการดำรงชีวิตของคนพิการนั้นอยู่ในมือของ ครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก และเป็นการดำรงชีวิตตามอัตภาพ หากคนพิการอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีปัญหา ก็มีแนวโน้มของการถูกกระทำรุนแรง หรือ มีภาวะเครียดกดดัน เห็นได้จากการศึกษาเฉพาะกรณีกับเด็ก พิการทางการมองเห็น (เบญจพร และตติยา, 2545) พบว่าเด็กพิการทางการมองเห็น มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในเด็กปกติ ประมาณครึ่งหนึ่งมีความคิดอยากตาย และร้อยละ 5.6 ตอบว่า ฉัน ต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งแสดงว่าเด็กตาบอดมีความคิดอยากตายสูงกว่าเด็กทั่วไป ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของเด็กพิการมาจากปัญหาครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ติดยาและยาเสพติด ความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก และผู้ปกครอง และความกดดันในครอบครัวเป็นต้น

ในด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนพิการ เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมส่งผลต่อบทบาท ชีวิตความเป็นอยู่และโอกาสทางสังคมของผู้พิการ ในสังคมไทยและสังคมในประเทศแถบเอเชีย มีความเชื่อเรื่องกรรมซึ่ง เป็นการตีความจากความเชื่อทางพุทธศาสนาแนวทางหนึ่ง โดยอธิบายภาวะความทุกข์ ที่อธิบายด้วยสาเหตุทาง วิทยาศาสตร์ไม่ได้ ความพิการคือภาวะของ"กรรม"ที่มีมาก่อนหน้านี้ เป็นการถูกลงโทษ เป็นการชดใช้จากการ กระทำไม่ดีของบุคคลและครอบครัว ผู้พิการหรือครอบครัวที่มีคนพิการในบ้าน มีแนวโน้มที่จะรู้สึกผิด ละอาย ดังนั้นจึงอาจพบได้ว่าครอบครัวมักจะปกปิด หรือเก็บเด็กพิการไว้ที่บ้าน ยิ่งไปกว่านั้น พ่อแม่ที่มีลูกพิการก็มี แนวโน้มที่จะปกป้องจนเกินไป (overprotect) และ เก็บรักษา เด็กพิการไว้ที่บ้านเพื่อไม่ให้มีเกิดอันตรายจากสิ่ง ต่างๆ (Takamine, 2003) ทศนคติด้านลบดังกล่าว ส่งผลให้คนมองคนพิการอย่างลดคุณค่า คาดหวังต่อ ศักยภาพของคนพิการต่ำ ซึ่งทำให้มีเข้าถึงโอกาสทางสังคมทุกด้านต่ำตามไปอีกด้วย ที่สำคัญยังส่งผลกระทบต่อ ตัวผู้พิการ ต่อการมองตนเองของผู้พิการ ทำให้มีความเชื่อมั่นต่อตนเอง และพึ่งพาตนเองต่ำ เนื่องจากผลกระทบ ของสังคมต่อการให้ภาพลักษณ์ในทางลบต่อคนพิการที่ต่อเนื่องยาวนาน งานวิจัยของจุฑารัตน์ (2546) พบว่า ครอบครัวคนพิการมักคิดว่า ความพิการเป็นผลผลิตของบาปกรรมของตนเองหรือครอบครัวต้องยอมรับเอาความ ทุกข์เวทนา ทรมานต่างๆ เพื่อเป็นการการใช้กรรมของตนหรือของครอบครัว เป็นคนไร้ความสามารถช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ น่าสงสารต้องให้คนอื่นดูแลตลอดเวลา และด้วยความละอาย ไม่กล้าเปิดเผยลูกที่พิการตาบอด พ่อ แม่จึงเก็บซุกทำให้ผู้หญิงที่ตาบอดหลายคนถูกจำกัดไว้ภายในบ้านด้วยความทะนุถนอมจนไม่มีโอกาสที่จะ พัฒนาตนเอง ไม่ได้ทำอะไรด้วยตนเอง โลกของเธอจึงอยู่แต่ในบ้าน ขาดความมั่นใจ มองตนเองไม่มีคุณค่า และ รู้สึกเป็นปมด้อย ซึ่งก่อตัวเป็นบุคลิกภาพประจำตัวขึ้นมา

นอกจากนั้นคนพิการในสังคมไทยยังคงมีปัญหारेื่องการได้รับสิทธิและโอกาสในการประกอบอาชีพ การศึกษา หรือ โอกาสทางสังคมต่างๆ อันเนื่องมาจากการตีตราแบ่งแยกในสังคม เช่น การสนับสนุนส่งเสริม

ให้ได้รับการศึกษา แม้ว่าโรงเรียนจะเปิดรับเด็กพิการให้เรียนร่วม แต่เด็กพิการที่มาจากครอบครัวยากจน ก็ไม่มีโอกาสไปโรงเรียน เพราะไม่มีคนพาไป ไม่มีรถเข็น คนพิการบางคนอาจถูกปฏิเสธในการทำบัตรประชาชน เพราะเจ้าหน้าที่หรือสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติว่าไม่จำเป็น การถูกปฏิเสธในการขึ้นรถแท็กซี่ หรือการที่ผู้หญิงพิการถูกดูถูกเหยียดหยามหรือทำให้อับอายหากตั้งครรภ์ ระเบียบ (2542) ศึกษาเรื่อง สิทธิและโอกาสในการประกอบอาชีพของคนพิการ : ศึกษากรณีผู้พิการทางการมองเห็น พบว่าผู้พิการทางการมองเห็นยังต้องเผชิญกับสถานะการถูกรังเกียจ กีดกันในเรื่องการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ ถึงแม้ในปัจจุบันผู้พิการทางการมองเห็น จะสามารถรับบริการด้านต่างๆ มากมาย แต่ก็ยังมีผู้พิการทางการมองเห็นจำนวนมากที่ยังตกสำรวจและไม่ทราบสิทธิที่ตนมี รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการยังคงมีข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณ เป็นต้น ทำให้ผู้พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ไม่สามารถรับบริการอย่างทั่วถึง งานอีกชิ้นหนึ่งศึกษา หญิงตาบอด : วิถีชีวิต การสร้างพลังอำนาจและกระบวนการต่อสู้เพื่อพัฒนาโอกาสทางสังคม (จุฑารัตน์, 2546) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กับกรณีตัวอย่าง 6 ราย พบว่า ผู้หญิงพิการ มีทัศนคติว่าไม่มีใครจะมาชอบผู้หญิงตาบอด จึงไม่อยากมีชีวิตคู่ เพราะคิดว่าจะไม่มีชายใดจะมาจริงจัง

การเป็นคนพิการนอกจากจะมีข้อจำกัดในการรับบริการ การไม่ได้รับการเหลียวแลเท่าที่ควร ก็ยังอาจถูกกีดกันเอาเปรียบ งานวิจัย เชิงคุณภาพ ของ จอมขวัญและจุฑามาศ (2545) ได้อ้างข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้ "การขายลอตเตอรี่ของคนพิการตาบอด บางครั้งคนตาดีมากระชากเอาลอตเตอรี่ไป หรือเอาแบ่งคัมมาหลอก หรือเอาแบ่งครึ่งยูนเก่าบอกว่าเป็นแบ่งคัมห้าร้อย หรือมีอะนั่นก็จ่ายเงินสำหรับลอตเตอรี่ใบเดียว แต่หยิบไปหลายใบ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อถูกขโมยวิ่งราวไปทั้งแผง แล้วไปแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ก็จะถูกถามว่าคนที่เขาไปหน้าตาเป็นอย่างไร...ใส่เสื้อสีอะไร" งานอีกชิ้นของ จุฑามาศ (2546) พบข้อมูลที่คล้ายกันจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่คนพิการให้ข้อมูลว่า " สมมติว่าเรามีเรื่องอะไร ตำรวจไม่ค่อยรับเรื่องหรอก อ้างว่าเราไม่เห็น หรือบางครั้งเราถูกชิงลอตเตอรี่ พอแจ้งความตำรวจก็บอกว่าทำหน้าที่ไหนเองนะสิ หาว่าเราไม่ ถูกทำร้ายก็หาว่าไปชนเสา แล้วมาแจ้งความว่ามีคนทำร้าย"

ในด้านบริบททางสังคมและการจัดบริการ แม้ว่าพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มีผลบังคับใช้แล้ว แต่กฎเกณฑ์ของผู้พิการที่จะได้รับการฟื้นฟูยังไม่เอื้อต่อผู้พิการบางประเภท และมีผู้พิการหรือผู้ปกครองอีกจำนวนมากที่ได้มาจดทะเบียน เนื่องจากเชื่อว่าไม่ได้รับประโยชน์ หรือไม่รู้ นวพลน้อย บุญวงศ์ และนันท์ นิยมทรัพย์ (2543) พบว่าพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แม้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครอง ช่วยเหลือ สงเคราะห์คนพิการ แต่ส่วนใหญ่แล้วคนพิการไม่ต้องการเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เมื่อได้รับการฟื้นฟูปรับสภาพของร่างกายและรับการฝึกฝนอาชีพแล้ว จะสามารถทำงานหารายได้ตามแนวทางที่ตนถนัด คนพิการจำเป็นต้องออกจากบ้านมาใช้ชีวิตร่วมกับคนทั่วไป ที่มีสภาพปกติ แต่พบว่า การใช้ชีวิตนอกบ้านได้รับความยากลำบาก เนื่องจากสภาพแวดล้อมเกือบทั้งหมดถูกสร้างขึ้นโดยไม่ได้นึกถึงถึงลักษณะความบกพร่องทางร่างกาย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตเช่นคนทั่วไป ในด้านบริการทางการฟื้นฟูทางการแพทย์ ยังคงมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ไม่กระจายไปสู่ชนบท และชุมชนอย่างเพียงพอ แนวคิดการให้บริการมุ่งเน้นการแก้ปัญหาทางการแพทย์หรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามิได้มองตัวคนพิการและบริบททางสังคม เป็นเป้าหมายของการให้บริการ ทำให้แยกส่วนการแก้ปัญหาสุขภาพ และรวมทั้งแยกส่วนจากการฟื้นฟูทางการศึกษาและอาชีพด้วย ผู้พิการจึงมิได้รับการฟื้นฟูอย่างครบถ้วนครบวงจร และไม่สามารถเติมเต็มศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อการอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (productivities) อย่างสมศักดิ์ศรี ด้วย

2.7 ความรุนแรงต่อคนพิการ บทบาทขององค์ความรู้

ความสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการได้เริ่มต้นตัวเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ และมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ว่า เด็ก และผู้พิการ เป็นหนึ่งในเหยื่อของการเกิดความรุนแรงที่สูงที่สุดในสังคม นอกจากนั้นยังพบอีกว่า ขนาดของความเสี่ยงของการได้รับความรุนแรงทางเพศของผู้พิการ เกิดขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 150 ของผู้ไม่พิการในเพศ และอายุเดียวกันโดยเปรียบเทียบ กล่าวอย่างเฉพาะเจาะจง คือ กว่าร้อยละ 90 ของผู้พิการทางด้านพัฒนาการมีประสบการณ์ความรุนแรงอย่างน้อยในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ร้อยละ 49 มีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงทางเพศกว่า 10 ครั้งขึ้นไป (Valenti-Hein & Schwartz, 1995)

ในปัจจุบันพบว่างานวิจัยที่มีอยู่เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงต่อคนพิการที่มีอยู่ ส่วนใหญ่ เน้นเรื่องความรุนแรงทางเพศต่อเด็กและผู้ใหญ่ที่พิการด้านพัฒนาการ (development disabilities) พบว่า กว่าร้อยละ 90 ของงานการศึกษาวิจัยชิ้นแรกๆเกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการ เน้นการศึกษาความรุนแรงทางเพศต่อผู้พิการที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่เพราะมีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ถูกระทำความรุนแรงจากผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว Sobsey and Doe (1991) ศึกษาผู้พิการจำนวน 162 คน ในประเทศอเมริกาได้พบว่า ผู้พิการที่เป็นผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศมีอายุเฉลี่ย 19.2 ปีโดยมีช่วงอายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 57 ปี ผู้ตกเป็นเหยื่อส่วนใหญ่คือผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 81.7 และผู้ชายเป็นผู้กระทำความรุนแรงเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 90.8 และกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้พิการ เช่นสมาชิกในครอบครัว บิดาเลี้ยง คู่รัก หรือคนรู้จัก อย่างไรก็ตามงานชิ้นนี้ก็พบอีกว่า มีถึง 28 % ที่ผู้กระทำความรุนแรงเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆและผู้ให้บริการทางการแพทย์ อีกชิ้นหนึ่ง (Fury, 1994) ศึกษาความรุนแรงทางเพศกับคนพิการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ จำนวน 149 ราย ได้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เหยื่อส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 72)และผู้กระทำส่วนใหญ่คือร้อยละ 88 เป็นผู้ชาย และเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ผู้กระทำเป็นคนอื่นที่คนพิการไม่รู้จัก ในขณะที่ ร้อยละ 71 เป็นคนในครอบครัวและเป็นคนที่คนพิการรู้จัก การศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่าผู้พิการด้านพัฒนาการ ถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมากเป็น 10.7 เท่าสูงกว่าผู้ที่ไม่พิการ งานอีกชิ้นศึกษาผู้พิการด้านพัฒนาการ 95 รายพบว่า ร้อยละ 83 ของผู้หญิงพิการและ ร้อยละ 32 ของผู้ชายมีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงทางเพศ และมีเพียงร้อยละ 3 ของผู้ได้รับความรุนแรงทางเพศดังกล่าวไปแจ้งความหรือบอกคนอื่น (Valenti-Hein & Schwartz, 1995)

งานการศึกษาเชิงคุณภาพอีกชิ้น (Carlson, 1998) ศึกษาในชุมชนกับผู้พิการด้านพัฒนาการ (developmental disability) จำนวน 11 ราย และกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากโครงการความรุนแรงในครอบครัวกับคนพิการอีกจำนวน 19 ราย ผู้พิการที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่าได้รับความรุนแรงมากกว่าหนึ่งรูปแบบ ทั้งความรุนแรงทางจิตใจ การถูกข่มขู่ด้วยมีดหรือปืน ส่วนใหญ่มีความเกรงกลัวต่อผู้กระทำ ทั้งจากความพยายามของผู้กระทำที่จะควบคุมการติดต่อกับบุคคลอื่น การทำลายทรัพย์สิน และการเรียกอย่างดูถูกเหยียดหยาม ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับความรุนแรงทางเพศด้วย พบปัจจัยกำหนดความรุนแรงหลายประการ อาทิ ความไม่รู้ว่ากำลังตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ไม่รู้ว่าจะบอกอย่างไรเมื่อได้รับความรุนแรง หรือการเชื่อว่าการถูกระทำเป็นส่วนหนึ่งของผลกรรมในชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังเชื่ออีกว่า สาเหตุความรุนแรงนั้นเกิดจาก การนับถือตัวเองต่ำ การพึ่งพิงคนอื่น และการขาดความรู้เกี่ยวกับข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือ นอกจากนั้นยังมีงานการศึกษาในประเทศอังกฤษที่ให้ผลคล้ายกัน (Brown et al, 1995) โดยได้ศึกษาผู้พิการในสถานสงเคราะห์ที่ได้รับความรุนแรงทางเพศ 85 ราย พบว่า ทั้งหญิงและชายตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง

เหมือนๆ กัน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้กระทำเกือบทั้งหมด (96%)เป็นผู้ชาย ซึ่งหมายความว่าผู้หญิงมีแนวโน้มเป็นผู้ถูกระทำมากกว่า และส่วนใหญ่(81%)เหยื่อจะรู้จักผู้กระทำ มีงานวิจัย 3 เรื่องเท่านั้นที่ศึกษาในชุมชนเกี่ยวกับประสบการณ์ความรุนแรงของผู้หญิงพิการด้านร่างกาย โดยศึกษารูปแบบความรุนแรงต่างๆในกลุ่มผู้หญิงพิการด้วย งานชิ้นแรกศึกษาโดยเครือข่ายผู้หญิงพิการของประเทศแคนาดา โดยการสำรวจกับผู้หญิงพิการจำนวน 245 รายพบว่า ร้อยละ 40 ได้รับความรุนแรง และ อีกร้อยละ 12 ถูกข่มขืน สามีและอดิตสามี เป็นผู้กระทำความรุนแรงที่พบมากที่สุด (37%) รองลงมาคือ คนแปลกหน้า (28%) บิดา (15%) ผู้ให้บริการ(10%) และคูรัก (7%) โดยที่ผู้ได้รับความรุนแรงน้อยกว่าครึ่งรายงานความรุนแรงดังกล่าว เนื่องจากความกลัวและการต้องพึ่งพิง ผู้กระทำความรุนแรง

ในประเทศอเมริกา ปี 1996 Nosek ได้สำรวจผู้หญิงพิการทางด้านร่างกายจำนวน 31 คน พบว่า 25% ของกลุ่มตัวอย่างประสบความรุนแรงในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยทั้งหมดรวมกันพบความรุนแรงทั้งหมด 55 ครั้ง โดยเป็นความรุนแรงทางเพศ 15 ครั้ง ทางร่างกาย 17 ครั้ง และ ทางจิตใจ 23 ครั้ง โดยพบปัจจัยสัมพันธ์กับความรุนแรงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรง เช่น การไม่สามารถหลบหนีออกจากสถานการณ์ความรุนแรงได้ เนื่องจากข้อจำกัดของความพิการและไม่สามารถเข้าถึงแหล่งหรือสถานที่ต่างๆภายนอกได้ การพึ่งพิงผู้กระทำความรุนแรงในเรื่องสำคัญๆของการดำเนินชีวิต และการที่สังคมมีภาพที่ยอมรับความรุนแรงในคนพิการ นอกจากนั้น ยังชี้ว่า ความรุนแรงทั้งทางจิตใจ ร่างกาย และทางเพศต่อคนพิการยังเกิดในบริบทของสถานบริการด้วย งานชิ้นหนึ่งโดย Young และคณะ (1997) ศึกษาความรุนแรงเปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงพิการและไม่พิการ จำนวน 439 และ 421 รายตามลำดับ พบว่า ผู้หญิงทั้งสองกลุ่มประสบความรุนแรงเหมือนกัน โดยพบว่า ร้อยละ 62 ของผู้หญิงพิการและไม่พิการ ได้รับความรุนแรงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต โดยที่ครึ่งหนึ่งเป็นความรุนแรงทางร่างกายหรือ ทางเพศ ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่คือสามี ทั้งนี้มีความแตกต่างระหว่างความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงพิการและไม่พิการ กล่าวคือ พบว่าผู้หญิงพิการมีแนวโน้มที่จะได้รับความรุนแรงจากผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งเผชิญปัญหาความรุนแรงยาวนานกว่าผู้หญิงที่ไม่พิการ

ในประเทศแคนาดา จากข้อมูลเครือข่ายผู้หญิงพิการ (Riddington, 1989) ศึกษาผู้หญิงพิการจำนวน 245 คน พบว่าผู้หญิงพิการร้อยละ 40 ถูกทำร้ายและกระทำทารุณกรรม 12% ถูกข่มขืน โดยพบว่าสามีหรืออดิตสามีของผู้พิการเป็นผู้ที่กระทำความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 53 ของผู้หญิงพิการที่พิการจากกำเนิดหรือตอนวัยเด็ก จะมีแนวโน้มการกระทำความรุนแรง ผู้หญิงที่พิการซ้ำซ้อนมีแนวโน้มของการถูกระทำความรุนแรงซ้ำซ้อนยิ่งขึ้นไปอีก ในงานการศึกษานี้ยังพบอีกว่า ร้อยละ 10 ของผู้หญิงพิการแสวงหาความช่วยเหลือ แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับความช่วยเหลือ ผู้หญิงพิการที่ถูกทำร้าย มีความยากลำบากในการแสวงหาความช่วยเหลือ เพราะไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ หรือบอกใครได้ นอกจากนั้น ในภาวะพิการ ซึ่งต้องพึ่งพิงผู้กระทำความรุนแรงด้านต่างๆ เช่นอาหาร การดูแล ที่พัก การสื่อสาร ทำให้ต้องตกอยู่ในภาวะจำยอมไร้ที่พึ่ง

สำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเด็กพิการกับความรุนแรง ก็พบว่ามีการศึกษาวิจัยอยู่จำนวนหนึ่ง ในประเทศอเมริกา พบว่าเด็กพิการตกเป็นเหยื่อของการกระทำความรุนแรง มากกว่าเด็กทั่วไป ถึง 1.7 เท่า หรืออีกนัยหนึ่ง พบว่าความรุนแรง พบความรุนแรงในเด็กพิการเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 10-70 อัตราความชุกของการเกิดความรุนแรงในเด็กพิการมีช่วงที่แตกต่างกันมากดังกล่าว สืบเนื่องจากความแตกต่างกลุ่มประชากรที่ศึกษานิยามของความพิการ และ นิยามของความรุนแรงที่ศึกษา สาเหตุของการเกิดความรุนแรงต่อเด็กพิการ มีหลายเหตุปัจจัย แนวคิดหนึ่งเน้นสาเหตุของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กพิการ และครอบครัว โดยพบว่า เด็กทารกที่

คลอดก่อนกำหนด มีน้ำหนักตัวน้อย (Frodi, 1981) ซึ่งมีส่วนทำให้ต้องนอนในโรงพยาบาลนานหรือต้องแยกตัวจากผู้ดูแลหรือครอบครัว และส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและเด็กพิการลดน้อยถอยลงตามมานอกจากนั้นเด็กเหล่านี้ยังต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ความต้องการด้านการเงินที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และไม่สามารถปรับตัวในการดูแลเด็กพิการ รวมไปถึงการแสดงออก การทำร้ายที่ไม่เหมาะสมได้

กล่าวเฉพาะความรุนแรงทางเพศต่อเด็กพิการ งานวิจัยได้ข้อสรุปตรงกันว่า ความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายทางเพศของเด็กพิการจะมีมากกว่าเด็กปกติเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Crosse, 1998; Chamberlain et al, 1984) โดยประเภทของความพิการอาจเพิ่มความเสี่ยงการถูกกระทำ ความรุนแรงอีก โดยพบว่า เด็กหูหนวกมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กปกติถึง 2-3 เท่า (Sullivan et al, 1987)

นอกจากนี้ยังมีอีกแนวคิดที่ใช้มิติทางวัฒนธรรมมาอธิบายการกระทำ ความรุนแรงต่อเด็กพิการ (Kapitanoff, Lutzker & Bigelow, 2000) วัฒนธรรมในสังคม ส่งผลต่อความคิด ความเชื่อและรูปแบบการกระทำระหว่างพ่อแม่ ผู้ดูแล และเด็กพิการ ความหมายเชิงวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความหมายเชิงวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับคุณค่า หรือฐานะของเด็กในสังคม ความหมายทางวัฒนธรรมของความพิการของเด็ก ความหมายทางสังคมวัฒนธรรมของสุขภาพและความเจ็บป่วย ตัวอย่างเช่น มีปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการกระทำ ความรุนแรงต่อเด็ก เช่น ความพิการของลูกถูกมองว่าเป็นสาเหตุของการกระทำผิดของพ่อแม่ และการมีลูกพิการเป็นเรื่องที่น่าอับอาย หรือวัฒนธรรมที่มองว่าเด็กมีส่วนสำคัญของสร้างผลผลิตทางเศรษฐกิจ หรือเด็กเป็นส่วนสำคัญของการสะท้อนสถานะของครอบครัว การมีเด็กพิการในครอบครัวก็จะทำให้สถานะของครอบครัวลดต่ำลง ด้วยแนวคิดทางวัฒนธรรมต่อเด็กและความพิการดังกล่าว ทำให้สังคมลดคุณค่าของเด็กที่พิการและกระทำ ความรุนแรงต่อเด็กพิการได้โดยง่าย

ความรุนแรงยังส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กพิการซ้ำซ้อน ตามมาอีกด้วย เช่น การทารุณทางร่างกาย อาจเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดความพิการทางร่างกายอย่างถาวร เด็กพิการที่ถูกเหยียด หรือเขย่าอาจทำให้สมองการบาดเจ็บ หรือถูกทำร้าย หรือตายได้ แม้จะมีงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่ว่าด้วยเรื่องประสบการณ์ของผู้หญิงกับความรุนแรง แต่พบว่ามีการศึกษาจำนวนน้อยมากที่ศึกษา ประสบการณ์ของผู้หญิงและเด็กพิการต่อความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงต่อหญิงและเด็กพิการ และข้อจำกัดของการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้หญิงพิการ ไม่นับรวมถึงการให้คำนิยามเกี่ยวกับความรุนแรงซึ่งบางพฤติกรรมมิได้ถูกรับรู้ว่าเป็นความรุนแรงอาทิ การถอดแบตเตอรี่ออกจากรถเข็น หมายถึงการกักขังคนพิการเอาไว้ การอ้างให้มีการจับก่อนการช่วยเหลือต่างๆ ก็ถือว่าเป็นพฤติกรรมความรุนแรงทางเพศแบบหนึ่ง การขู่ไม่ให้ยา ก็ถือว่าเป็นการข่มขู่ชีวิตได้เช่นเดียวกัน

กล่าวได้ว่างานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในคนพิการในปัจจุบันมีอยู่อย่างจำกัด และมีอยู่นั้นก็เป็นการศึกษาเฉพาะคนพิการบางกลุ่ม เช่น คนพิการด้านพัฒนาการและร่างกาย หรือคนพิการที่อยู่ในศูนย์ช่วยเหลือองค์กร หรือโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มมักถูกเลือกขึ้นมาศึกษาอาจ เนื่องจากมีความสะดวกในการเก็บข้อมูล ดังนั้นฐานข้อมูลเช่นนี้ มีข้อจำกัด ทำให้ไม่รู้ขนาดปัญหาความรุนแรงในคนพิการ ที่ชัดเจน ขณะเดียวกันเมื่อดูข้อมูลจากหน่วยงานที่มีการบันทึกกรณีเกิดความรุนแรงต่อผู้หญิง เช่น ที่สถานีตำรวจ พบว่า ไม่มีการระบุโดยแยกแยะให้เห็นว่าเหยื่อเป็นคนพิการหรือไม่ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า อัตราความชุกของความรุนแรงต่อผู้หญิงพิการที่ปรากฏในสังคมจริง ๆ ยังไม่มีความชัดเจน ยิ่งกว่านั้น คำนิยามของความรุนแรงต่อคนพิการยังใช้กันอย่าง

หลากหลาย และอาจยังไม่ครอบคลุมรูปแบบความรุนแรงที่คนพิการเผชิญอยู่จริง การขาดความตระหนักในประเด็นปัญหาเหล่านี้ของนักวิจัย ทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้พิการหญิงในสังคม เลื่อนราง พร่ามัว (invisibility) หรือถึงที่สุดอยู่ในมุมมืดของสังคม

กล่าว เฉพาะประเทศไทย ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พศ.2539-2549) ยังไม่งานวิจัยชิ้นใดที่ศึกษาขนาดปัญหาและรูปแบบความรุนแรงต่อคนพิการแต่อย่างใด มีงานจำนวนไม่กี่ชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เช่น การกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุในสังคมไทย (นุชนาฏ, 2546) โดย นำเสนอถึงปรากฏการณ์การกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การกระทำทารุณกรรมด้านร่างกาย ด้านจิตใจหรืออารมณ์ ด้านวัตถุ การทอดทิ้งทางร่างกาย และการทอดทิ้งทางด้าน จิตใจ พร้อมทั้งหยิบยกประเด็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นตัวอย่างให้เห็นภาพการกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ยิ่งขึ้น. อีกเรื่อง ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุที่พิการที่ถูกทอดทิ้ง (วิไลรัตน์, 2542) นอกนั้นก็ปรากฏข้อมูลเป็นบางส่วนในข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษา วิถีชีวิต ความทุกข์ และการสร้างพลังอำนาจของผู้พิการตาบอดในสังคมไทย (จุฑาธรัตน์, 2546; จอมขวัญ และ จุฑามาศ, 2542) งานวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าว พบปัญหาการเอารัดเอาเปรียบและการทำร้ายผู้พิการในลักษณะต่างๆ เช่น การขายลอตเตอรี่ของคนพิการตาบอด บางครั้งคนตาดีมากระชาเงา ลอตเตอรี่ไป หรือเอาแบงค์มาหลอก หรือเอาแบงค์ร้อยรุ่นเก่าบอกว่าเป็นแบงค์ห้าร้อย หรือมีเงินนั้นก็จ่ายเงินสำหรับลอตเตอรี่ใบเดียว แต่หยิบไปหลายใบ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อถูกขโมยวิ่งราวไปทั้งแผง แล้วไปแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ก็จะถูกถามว่า "คนที่เอาไปหน้าตาเป็นอย่างไร....ใส่เสื้อสีอะไร" (จอมขวัญและจุฑามาศ, 2545) งานอีกชิ้นของ พบข้อมูลที่คล้ายกันจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่คนพิการให้ข้อมูลว่า " สมมุติว่าเรามีเรื่องอะไร ตำรวจไม่ค่อยรับเรื่องหรอก อ้างว่าเราไม่เห็น หรือบางครั้งเราถูกชิงลอตเตอรี่ พอแจ้งความตำรวจก็บอกว่าทำหล่นที่ไหนเองนะสิ หว่าเราไม่ ถูกทำร้ายก็หาว่าไปชนเสา แล้วมาแจ้งความว่ามีคนทำร้าย" (จุฑามาศ, 2546)

นอกจากนั้นยังมีให้เห็นอยู่บ้าง เป็นข่าวที่ปรากฏมักเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ เช่นที่ปรากฏเร็วๆ นี้ ได้แก่

"สาวพิการตาข้างเดียววัยเฉียด 50 กัดลิ้นหนุ่มรปภ.เห็นขาดกระเด็นขณะพยายามปลุกปล้ำแล้วจูบปากหนีจากบางเขนไปเข้าร.พ.ปทุมธานี แต่ตำรวจตามไปอายัดตัวมาดำเนินคดี อ้างนั่งกินเหล้าด้วยกันพอเมาแล้วเกิดอารมณ์ด้วยกันทั้งคู่ ช่วงประจบปากผู้เสียหายเกิดอารมณ์เลยกัดลิ้น อย่างไรก็ตาม สาวผู้เสียหายยืนยันถูกล่อลวงไปหวังข่มขืน สุดสลดนอกจากตาขวาบอดสนิทแล้ว ขาซ้ายยังพิการอีกด้วย" ข่าวสดหน้า 1 วันที่ 19/12/2548

งานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุที่พิการที่ถูกทอดทิ้ง (วิไลรัตน์, 2542) ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเรื่องนี้สังคมมองข้ามไป อาจเป็นเพราะโดยวัฒนธรรมประเพณีไทยในอดีต ผู้สูงอายุมักได้รับการดูแลยกย่องนับถือ มีส่วนน้อยที่ถูกทอดทิ้ง แต่ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุนั้น อาจมีปัญหามองถูกทารุณกรรมหรือใช้ความรุนแรงด้านจิตใจและสังคมแฝงอยู่ได้ การที่มีงานวิจัยด้านความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไม่มาก ไม่สามารถสรุปได้ว่าไม่มีปัญหา แต่เป็นการบ่งชี้ว่าปัญหาด้านนี้ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างจริงจัง ในขณะที่โครงสร้างครอบครัวได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พิการเรื้อรังช่วยตนเองไม่ได้ และต้องการพึ่งพานั้นยังขาดแคลนอยู่มาก

กล่าวโดยเพิ่มเติม งานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงที่มีอยู่ในสังคมไทย เกี่ยวกับ เด็กและผู้หญิง ทั้งหมด เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคนปกติ โดยมองปัจจัยและผลกระทบต่อผู้หญิงและเด็กที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงในลักษณะ

ความด้อยโอกาสกว่าในสังคม จากรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยด้านความรุนแรงในสังคมไทยในรอบ 20 ปี ของ นันทพันธ์ (2546) พบข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยจำนวน 37 ชิ้นยืนยันว่า การทารุณกรรมเด็กที่เกิดขึ้นบ่อยในสังคมไทย มีลักษณะครอบคลุมการทารุณกรรม 4 ประเภท คือ การทารุณทางร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านเพศ และการปล่อยปละละเลยไม่เลี้ยงดูอย่างเพียงพอ นอกจากนั้น สังคมไทยยังขาดความตระหนักต่อปัญหาการทารุณกรรมเด็ก ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเป็นปัญหา ถ้าเป็นการทำร้ายร่างกายและทำร้ายทางเพศ และยังไม่มองการทารุณกรรมทางจิตใจและการปล่อยปละละเลยไม่เลี้ยงดูไม่ออกว่าเป็นการกระทำทารุณกรรมอย่างหนึ่ง นอกจากนั้นงานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่ารากฐานปัญหาความรุนแรงในเด็กยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเต็มที่ เนื่องจากทัศนคติของคนไทยที่ยังไม่ได้คำนึงถึงสิทธิของเด็กเท่าที่ควร ในสังคมไทยยังมีความคิดว่าการทุบตีเด็กเป็นสิ่งที่กระทำได้ในครอบครัว เนื่องจากเด็กเป็นสมบัติของบิดามารดา ที่สำคัญงานวิจัยส่วนใหญ่ยังพบอีกว่า ปัจจัยและสาเหตุของการใช้ความรุนแรงในเด็ก เกิดจากปัญหาในครอบครัว เด็กเป็นเหยื่อของการระบายอารมณ์ในครอบครัว การอยู่ในครอบครัวที่ยากจน ขาดความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรม อารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว ตีดยาเสพติด และมีภูมิหลังของการถูกเลี้ยงดูแบบใช้ความรุนแรงมาก่อน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ความรุนแรงต่อเด็ก เป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่จริงในสังคมไทย และมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงให้ปัญหาดังกล่าวอยู่

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้หญิงมีให้เห็นอย่างต่อเนื่อง จากการรวบรวมและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในประเทศไทย ของนันทพันธ์ (2546) พบว่า การใช้ความรุนแรงเกิดได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย และสังคมมีส่วนร่วมน้อยมากในการป้องกันและยับยั้งความรุนแรง

ความรุนแรงต่อคนพิการในสังคมไทย แม้จะไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบมาก่อน ไม่ได้หมายความว่าไม่มีปัญหา แต่อาจมีแนวโน้มของปัญหาที่มากกว่า เพราะครอบครัวต้องอยู่ในภาวะกดดันในการดูแล ท่ามกลางความเครียดความกดดันจากสถานะเศรษฐกิจ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่งานวิจัยที่น่าจะมีการศึกษาองค์ความรู้เรื่องนี้อย่างจริงจัง

2.8 ทบทวนเครื่องมือตัวชี้วัดในการศึกษาวิจัยเรื่องความรุนแรงต่อคนพิการ

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการ มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือและการวัด ที่ต้องพิจารณาอยู่ 4 ประการ

ประการที่หนึ่ง คือการนิยามและการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความรุนแรง ความรุนแรงที่มักจะได้รับการศึกษาและวัดคือความรุนแรงทางร่างกาย และทางเพศ เพราะง่ายต่อการวัด และการวิเคราะห์ตีความ ขนาดของปัญหาจึงน่าจะมีแนวโน้มที่ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มากเพราะความรุนแรง กินความได้ตั้งแต่ความรุนแรงทางจิตใจ ความรุนแรงทางร่างกาย ความรุนแรง และการล่วงเกินทางเพศ รวมตลอดถึงการแย่งชิงเอาทรัพย์สิน การขู่ การปฏิเสธที่จะไม่ช่วยเหลือ และการละเมิดสิทธิต่างๆต่อคนพิการ

ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการศึกษา ที่มีการศึกษากันอยู่เป็นส่วนใหญ่ คือเด็ก และผู้พิการทั่วไปที่มีความพิการด้านพัฒนาการ (Sobsey, 1994) ที่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงยังมีอยู่จำนวนน้อย ที่อยู่เป็นการศึกษาผู้หญิงพิการทางร่างกายที่ไม่มีปัญหาเรื่องความพิการด้านการรับรู้ โดยการศึกษามักเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ยังไม่ได้มีการศึกษาคนพิการในภาพกว้างระดับชุมชน โดยรวมคนพิการในชุมชนทุกประเภท

ประการที่สาม เครื่องมือที่ใช้วัดเรื่องความรุนแรงต่อคนพิการ ได้แก่การวัดเกี่ยวกับความรุนแรงทางจิตใจ ซึ่งหมายถึงการถูกข่มขู่ การปฏิเสธที่รุนแรง การทอดทิ้ง หรือการใช้วาจาที่ทำร้าย ทำให้รู้สึกแย่ ความรุนแรงทางร่างกาย ที่มีการวัดคือ การกระทำความรุนแรงที่กระทำต่อร่างกายอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น การตี การเตะ การข้อม หรือ การไม่ให้อาหาร การแย่งชิงทรัพย์สิน สำหรับความรุนแรงทางเพศ คือการถูกบังคับ ข่มขู่ หรือ หลอกลวงเพื่อ การกระทำทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่งกับอีกฝ่าย โดยทั่วไปการศึกษาความรุนแรงระหว่างบุคคล มักใช้ Conflict Tactic Scales โดยอาจเพิ่มความรุนแรงที่อาจเกิดกับคนพิการเฉพาะเจาะจง ได้แก่ การแย่งทรัพย์สิน การไม่ช่วยเหลือในสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวันต่อคนพิการ มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งระบุรูปแบบความรุนแรงต่อคนพิการหญิงที่ถูกกระทำจากผู้ดูแล ถึง 31 รูปแบบโดยพัฒนาจากการศึกษาเชิงคุณภาพก่อนแล้วนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือการสำรวจภายหลัง

ประการที่สี่ วิธีการศึกษา งานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการส่วนใหญ่ยังคงเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับขนาดของปัญหา และใครเป็นผู้กระทำ การศึกษาเชิงคุณภาพถึงการให้ความหมาย บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง กระบวนการต่อสู้ การแสวงความช่วยเหลือ และข้อจำกัดต่างๆ ยังมีอยู่น้อยมาก และที่เป็นการศึกษาแบบหลายวิธีประกอบกันเพื่อให้เห็นภาพที่เชื่อมโยงกัน ยังไม่มี

กล่าวโดยสรุป ปัญหาในเชิงระเบียบวิธีการวิจัย การวัด และเครื่องมือ ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการสะท้อนข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรุนแรงต่อคนพิการ ทั้งในด้านบริบท และรูปแบบ ขนาดของปัญหา สำหรับประเทศไทยงานวิจัยเรื่องนี้ยังไม่มีเลย จึงควรจะสนับสนุนให้เกิดขึ้น โดยการศึกษาวิจัยในภาพกว้างกับคนพิการทั้งหญิงชาย และเพื่อให้เห็นปัญหาความรุนแรงที่แท้จริง จะเป็นการศึกษากับคนพิการที่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง โดยไม่ผ่านการให้ข้อมูลจากผู้ดูแล นอกจากนั้น ควรใช้เครื่องมือวัดความรุนแรงที่ผ่านที่สามารถวัดรูปแบบความรุนแรงอย่างเฉพาะเจาะจงตรงประเด็น แต่ควรปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย สำหรับระเบียบวิธีการวิจัยจำเป็นต้องเป็นการศึกษาวิจัยหลายวิธีทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อทำให้เข้าใจการตีความ การให้ความหมาย เหตุการณ์ เงื่อนไขของความรุนแรง และกระบวนการจัดการต่อปัญหาของคนพิการที่ได้รับความรุนแรง

3. ข้อเสนอโครงการวิจัย :

การศึกษาปัญหาความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน

3.1 ความสำคัญของปัญหา

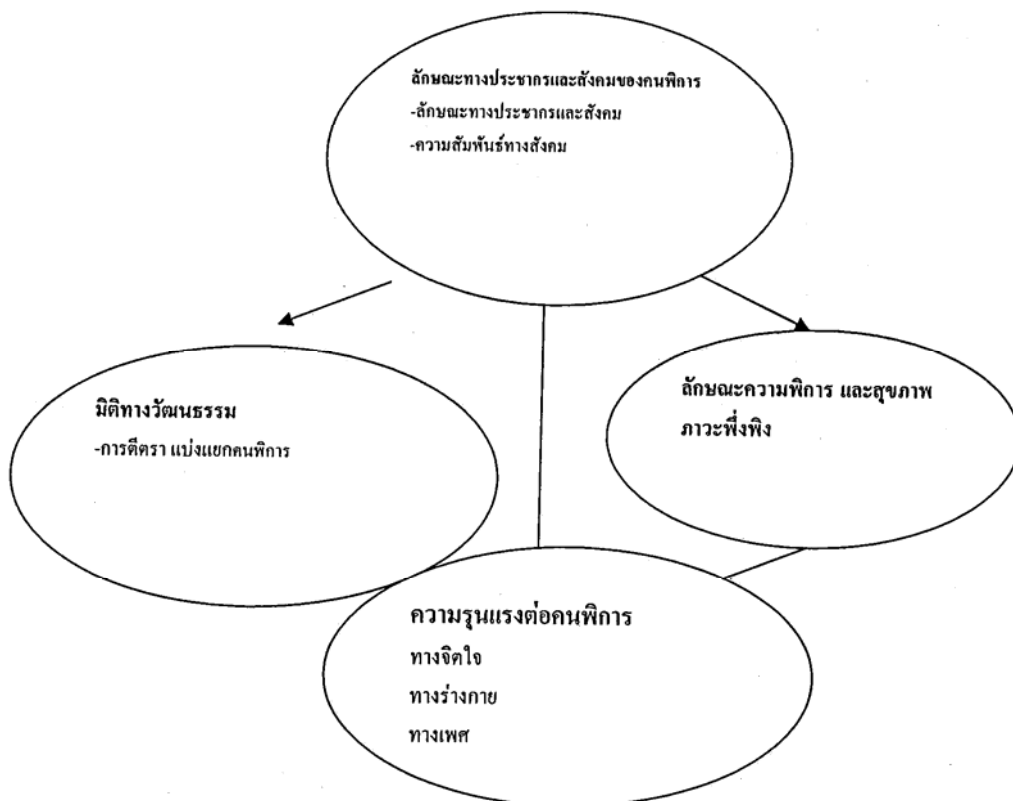
การทบทวนองค์ความรู้และแนวความคิดจากรายงานข้างต้น ซึ่งเป็นโครงการที่ทำให้พัฒนาแนวคิดบทเรียนประสบการณ์ที่ได้ทำมาแล้ว และ การทบทวนช่องว่างขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและความรุนแรง ทำให้เห็นว่า ความรุนแรงต่อคนพิการมีอยู่จริงในสังคม และรุนแรงยิ่งกว่าความรุนแรงที่เกิดกับคนปกติทั้งในด้านขนาดของปัญหา รูปแบบความรุนแรง และกระบวนการร้องทุกข์ หรือจัดการกับปัญหา ข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์จากการทบทวนองค์ความรู้ ในรายงานฉบับนี้ ชี้ชัดว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและการพัฒนาศักยภาพคนพิการในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัดมาก และไม่มีเลยที่เป็นการศึกษาในประเด็นเรื่องความรุนแรงต่อคนพิการ ในขณะที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องต่อการดูแล การพัฒนาเพื่อพัฒนาศักยภาพคนพิการ องค์ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ และชีวิตคนพิการในแง่มุมต่างๆมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้ทราบปัญหาและความต้องการ และสอดคล้องตามสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มคนพิการต่างๆ ความรุนแรงต่อคน

พิการเป็นปรากฏการณ์ที่มีอยู่จริงและมีความรุนแรงยิ่งกว่าคนทั่วไป แต่ในสังคมไทย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ สภาพ ปัญหา ขนาด รูปแบบ ปัจจัยกำหนดและความเสี่ยง รวมทั้งชีวิตของคนพิการที่เผชิญปัญหาความรุนแรง ดังกล่าว จึงสมควรและจำเป็นอย่างยิ่งที่สมควรจะมีการศึกษาวิจัย การศึกษาขนาดปัญหาความรุนแรงควรเป็น การศึกษาคนพิการในภาพรวมระดับชุมชน หมายถึงคนพิการที่อยู่ในหมู่บ้านชุมชน เพราะจะทำให้เห็นปัญหา อย่างแท้จริง โครงการวิจัยนี้ ที่จะได้เสนอต่อไปนี้ เสนอน่าจะเป็นโครงการในระยะต่อมา และจะถือเป็น โครงการแรกในสังคมไทย ที่จะเข้าถึงขนาดและปัญหาความรุนแรงในคนพิการ ช่วยให้สาธารณะ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ กำหนดนโยบาย เห็นปัญหา ชัดแจ้งขึ้น เพื่อนำไปสู่ระยะต่อไปคือการพัฒนารูปแบบ แนวทางการช่วยเหลือ หรือ ป้องกันการกระทำรุนแรงต่อคนพิการในอนาคตต่อไป

3.2 วัตถุประสงค์

1. ศึกษาขนาดปัญหาความรุนแรงที่เกิดกับคนพิการในชุมชน
2. ศึกษาปัจจัยและบริบทที่ส่งผลต่อการเกิดความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน
3. ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อได้รับความรุนแรงของผู้พิการ
4. ศึกษาวิธีการแก้ปัญหาและทางออกของผู้พิการเมื่อได้รับความรุนแรง
5. เพื่อเสนอแนะแนวทาง เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหความรุนแรงต่อผู้พิการ

3.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา



การศึกษานี้มุ่งเน้นในการศึกษาขนาดและรูปแบบความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน รวมทั้งศึกษาหาปัจจัยกำหนดความรุนแรง การศึกษาเชิงปริมาณเน้นเพื่อทราบสถานการณ์ของปัญหาความรุนแรงต่อคนพิการว่าเกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด ในรูปแบบใด มีแนวโน้มเกิดขึ้นกับใคร ใครคือผู้กระทำ และผลกระทบต่อความรุนแรงต่อตัวคนพิการ กรอบแนวคิดนี้ยังให้ความสนใจต่อการวิเคราะห์สาเหตุจากเงื่อนไขของผู้พิการเองที่อาจเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อความรุนแรง เช่นภาวะความพิการ และทุพพลภาพ เพศ อายุ การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ รวมตลอดถึงความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งครอบครัว คู่สมรส ผู้ดูแล เป็นต้น

การศึกษาเชิงคุณภาพ มุ่งเพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมของการถูกกระทำความรุนแรงเช่นการถูกตีตรา แยกแยะ การให้ความหมายต่อคนพิการของสังคมในมิติต่างๆ ทั้งด้านความสามารถ เพศ หรือสิทธิส่วนบุคคล รวมตลอดถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวและกับบุคคลอื่นที่อยู่ในภาวะปกติ

3.4 วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการศึกษาเชิงปริมาณจะเป็นการศึกษาเชิงสำรวจกับผู้พิการในชุมชน การศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกใช้การสนทนากลุ่มและ การสัมภาษณ์แบบลึกกับผู้พิการ โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลักคือการใช้แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง (structure questionnaire) ทั้งนี้จะมีคำถามหลักที่เกี่ยวข้องกับ ลักษณะทางประชากรและสังคม ข้อมูลผู้ดูแลและครอบครัว ลักษณะความพิการ ประสบการณ์การได้รับความรุนแรงในด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ ผลลัพธ์ของความรุนแรง (เช่นการบาดเจ็บ การต้องไปหาแพทย์ เป็นต้น) การจัดการปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือ ส่วนการการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบลึกซึ่งจะเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายถึงเรื่องราวเหตุการณ์ของความรุนแรงต่อผู้พิการ แนวคิดคำอธิบายต่อสาเหตุของความรุนแรง และการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหาดังกล่าวของผู้พิการ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจะแบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วงก่อนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จะทำสนทนากลุ่มกับผู้พิการ จำนวน 2 กลุ่ม เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้พิการ รูปแบบความรุนแรง และเงื่อนไขกำหนดความรุนแรงต่อผู้พิการ ข้อมูลนี้จะช่วยปูพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาเนื้อหาแบบสอบถามให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย อีกช่วงของการศึกษาเชิงคุณภาพจะดำเนินการเมื่อเสร็จสิ้นการสำรวจแล้ว โดยจะเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จากตัวอย่างที่ทำการสำรวจ ที่เป็นผู้ถูกกระทำความรุนแรง โดยจะเลือกให้ตัวอย่างหลากหลาย ตามบริบททางสังคม เพศ อายุ และภาวะความพิการ และทำการศึกษาโดยใช้ การสัมภาษณ์แบบลึก และการ

การศึกษาเชิงสำรวจมีรายละเอียดดังนี้

3.5 กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่

เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยนิยามความพิการและทุพพลภาพจะเป็นการรับรู้ของชาวบ้าน และจากข้อมูลการจดทะเบียนความพิการของพื้นที่นั้น จากนั้นจะเข้าไปสอบถามเป็นรายบุคคล โดยเกณฑ์การวัดระดับความพิการและทุพพลภาพ จะมีสองประเภทคือ

1. การมีภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ

2. ผู้ที่มีความพิการในลักษณะต่างๆ ทั้งพิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย พิการทางกายและความเคลื่อนไหว และพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นเฉพาะผู้พิการอายุ 13 ปีขึ้นไป เพราะมีเหตุผลว่าจะสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตัวเอง สำหรับผู้พิการที่เป็นใบ้ ถ้าอ่านออก จะให้กรอกข้อมูลเอง กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถตอบคำถามเองได้ เช่นผู้พิการทางด้านจิต จะไม่นับรวมเข้าเป็นตัวอย่างการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาคือ 400 ราย สุ่มสำรวจ จาก 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัดๆละ 100 คน จากชุมชนในเขตเทศบาล และ นอกเขตเทศบาล อย่างละ 50 ราย ขั้นตอนแรกการเลือกจังหวัดเลือกแบบเจาะจง ในจังหวัดที่มีอัตราของผู้พิการสูงที่สุดในแต่ละภาค ขั้นตอนที่สองสุ่มอย่างง่ายไปยังพื้นที่ชุมชนในเขตและนอกเขตเทศบาล เพื่อให้ได้จำนวนผู้พิการตามกำหนดคือ เขตเทศบาลจังหวัดละ 50 คนและ นอกเขตเทศบาล จังหวัดละ 50 คน รวม 4 จังหวัดจาก 4 ภาค จำนวน 400 คน

สำหรับตัวอย่างเชิงคุณภาพ จะเลือกแบบเจาะจง จากตัวอย่างเชิงสำรวจที่ได้มา โดยจะพิจารณาเลือกกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจมีประสบการณ์การเกิดความรู้แรง เพื่อให้เข้าใจเงื่อนไขปัจจัยกำหนดความรู้แรงได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น จำนวนการศึกษาจะขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ จำนวนจังหวัดละ 4 คน รวม 16 ราย

3.6 เครื่องมือ

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม ที่มีโครงสร้างในประเด็นสำคัญๆดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปทางประชากรและสังคม
- ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความพิการ
- ประสบการณ์การได้รับความรุนแรงในครอบครัว และ จากบุคคลอื่น
- ผลกระทบของการได้รับความรุนแรงและวิธีการในการจัดการปัญหา
- ทศนคติต่อความพิการและความภาคภูมิใจต่อตนเอง

การพัฒนาเครื่องมือ แบบสอบถาม โดยเครื่องมือวัดตัวแปรตาม คือความรู้แรงพัฒนามาจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปัญหาความรู้แรง ที่เรียกว่า Conflict Tactics Scales (CTS; Strause, 1979) เป็นเครื่องมือหลักในการวัดระดับ และรูปแบบความรู้แรงทั้งทางจิตใจ ความรุนแรงทางร่างกายและความรุนแรงทางเพศ รวมทั้งความรู้แรงที่เกี่ยวข้องกับภาวะความพิการ การตรวจสอบเครื่องมือ เน้นความพิการด้านเนื้อ โดยแบ่งการตรวจสอบออกเป็น 3 วิธีการ คือ 1) การทำสนทนากลุ่ม กับตัวอย่างคนพิการ เพื่อปรับปรุงรายละเอียดให้เหมาะสม แม่นยำต่อการศึกษากับกลุ่มผู้พิการโดยทำการศึกษาที่ อำเภอสี่คิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ราย เพื่อเห็นประเด็นที่เกี่ยวข้องและรูปแบบที่เกี่ยวกับความรู้แรงต่อคนพิการ และชีวิตคนพิการไทย จากนั้นได้นำแบบสอบถามมา 2) ทดสอบสัมภาษณ์รายบุคคลกับตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาอาชีพคนพิการ จ. นนทบุรี อีก 6 ราย และนำ แบบสอบถามดังกล่าวที่ได้ปรับปรุงแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จากคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ตรวจสอบอีกครั้งด้วย

โดยประเด็นที่ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมคือ

1. ความชัดเจนในข้อคำถาม

2. เพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบความรุนแรงที่คนพิการได้รับ ได้แก่ การถูกปฏิเสธได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็น หรือการที่มีคนขู่ข่มขืน หรือกระแทกสิ่งของเพื่อทำให้กลัว

3. เพิ่มเติมรูปแบบผลกระทบของความรุนแรงที่ได้รับ เช่น ความกลัวที่จะออกไปข้างนอกโดยลำพัง การทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรและสังคม ลักษณะปัญหาความพิการ และทัศนคติต่อความพิการซึ่ง การคัดเลือกตัวแปรดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมตามที่ได้กล่าวข้างมาข้างต้น สำหรับผลกระทบต่อการถูกกระทำ ความรุนแรง ได้ปรับปรุงบางส่วนจากโครงการสำรวจสุขภาพและประสบการณ์ชีวิตผู้พิการในประเทศไทย (กฤตยา และคณะ 2546) ส่วนการวัดเรื่องความภาคภูมิใจต่อตนเองดัดแปลงมาจาก Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965)

2. แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์แบบลึก มุ่งเน้นการทำความเข้าใจถึงที่มาและปัจจัยกำหนดความรุนแรงรวมทั้งประสบการณ์ชีวิตของคนพิการ โดยจะเป็นแนวคำถามแบบเจาะลึกเพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้พิการต่อปัญหาความรุนแรง การให้ความหมายต่อความรุนแรง การจัดการปัญหา บริบทครอบครัวและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ รวมทั้งแนวคิดต่อการมองเนื้อตัวร่างกายของตน

3.7 จริยธรรมนักวิจัย

ก่อนการสัมภาษณ์ จะสอบถามความสมัครใจก่อน ถ้าไม่สมัครใจก็จะเข้าไปศึกษาในครัวเรือนอื่นถัดไป ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ โดยมีได้ระบุชื่อผู้ตอบแต่อย่างใด และหากพบเห็นเหตุการณ์ความรุนแรงที่ผู้พิการต้องการความช่วยเหลือ ก็จะให้คำแนะนำหรือพาไปยังองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ

3.8 การวิเคราะห์ผล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ SPSS เป็นเครื่องมือในการประมวลผล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และอ้างอิงประกอบกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยเน้นศึกษาถึงความหมายของ ความพิการ ประสบการณ์และเหตุการณ์การเกิดความรุนแรง และบริบทของชุมชนต่อคนพิการผ่านมุมมองของคนพิการเองเพื่อนำมาประกอบและเกิดความเข้าใจต่อความหมายของเหตุการณ์ความรุนแรงในข้อมูลเชิงปริมาณ

4. เอกสารอ้างอิง

1. Anderson, P. and Kitchin, R. (2000) Disability, space and sexuality: access to family planning services Social Science & Medicine 51 (2000) 1163-1173
2. Brown et al,(1995).The sexual abuse of adults with learning disabilities: Report of a second two-year incidence survey. Mental Handicap Research,8,3-24
3. Carlson,B.E.(1998)Domestic violence in adults with mentla retardation:Reports from victims and key informants: Mental Health Aspects of Development Disabilities,1,102-112.

4. Chamberlain, A et al (1984) Issues of fertility control for mental retarded female adolescents. *Pediatrics*, 73,445-450.
5. Crosse, M. (1998) *Proud child ,safer child*. London: The Women's Press Ltd.
6. Davis.(1997).The bell curve,the novel,and the intervention of the disabled body in the nineteenth century.In L.Davis(Ed.),*The disability studies reader*(pp.9-28).New Brunswick,NJ:Transaction Books.
7. Frodi , A.M. .(1981) Contributions of Infant characteristics to child abuse. *American Journal of Mental Deficiencies*, 85, 341-349
8. Furey, E.M. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. *Mental Retardation*, 32, 173-180.
9. Gelles, 1999 *Family violence in family violence 2 nd edition : Prevention and Treatment* . Robert L. Hampton (ed.) Sage, p 1-30
10. Gill, C.J. (1996). Becoming visible: Personal health experiences of women with disabilities. In D.M. Krotoski, M.A. Nosek, & M.A. Turk (Eds.), *Women with physical disabilities: Achieving and maintaining health and well-being* (pp. 5-16). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
11. Helman, C.G. (2001) *Culture, Health and Illness* (4th edition) (London: Arnold)
12. Japan International Cooperation Agency. Country profile on Disability Kingdom of Thailand, March 2002
13. Jittapankul S. et al Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and ediemiology transition. *Age and Aging* ,2003 : 32: 401-405
14. Kapitanoff, S H., Lutzker Kathryn J. R. and Bigelow, M. Cultural issuess in the relation between child disabilities and child abuse. *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 5, No. 3, pp. 227–244, 2000
15. Nosek ,M.A.(1996).Sexual abuse of women with physical disabilities.In D.M.Krotoski,M.A.Nosek,&M.A.Turk(Eds),*Women with physical disabilities:Achieving and maintaing health and well-being*(pp.153-173).Baltimore:Paul H.Brookes.
16. Oliver, M. (1996). *Defining impairment and disability: Issues at stake*. Leeds, UK: The Disability Press, 29-54. Retrieved May 7, 2005, from <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/exploring%20divide%20ch3.pdf>
17. Riddington .(1989).Beating the "odds": Violence and women with disabilities(Position Paper2.)Vancouver,Canada:DisAbled Women's Network

18. Rosenberg , M. (1962) Rosenberg self-esteem scale. In K. Corcoran & J. Fischer (eds.) Measures for Clinical Practices. New York. The free press.
19. Sobsey and Doe .(1991).Patterns of sexual abuse and assault . Disability and Sexuality,9,243-259
20. Sobsey, D. (1994). Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
21. Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactic scale. Journal of Marriage and the Family, 41, 75-88.
22. Sullivan, P. et al (1987) Sexual abuse of deaf youth. American Annals of the Deaf, 256-262
23. Sundram, C.J., & Stavis, P.F. (1994). Sexuality and mental retardation: Unmet challenges. Mental Retardation, 32, 255-264.
24. Takamine, Y. Disability Issues in East Asia: Review and way forward, World Bank, July 2003
25. United Nations. (1983) World programme of action concerning disabled persons. New York: Author.
26. Valenti-Hein & Schwartz.(1995). Valenti-Hein, D. & Schwartz, L. (1995). The sexual abuse interview for those with developmental disabilities. James Stanfield Company. Santa Barbara: California.
27. Waxman, B.F. (1991). Hatred- the unacknowledged dimension in violence against disabled people. Journal of Sexuality and Disability, 9 (3), 185-199.
28. Young M., Nosek, M., Howland, C., Chanpong, G., & Rintala, D. (1997) The prevalence of abuse of women with physical disabilities. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78, suppl 5: S 34-S-38
29. เนตรนภา วงศ์มทอง .(2547). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพ ,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
30. เบญจพร ปัญญา และตติยา ทุมเสน .(2545). ภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็น: วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 47 (มกราคม –มีนาคม 2545)
31. เพ็ญจันทร์ ประดับมุข .(2543) .ความรุนแรงภัยเงียบที่ท้าทายระบบวิจัยสุขภาพ เอกสารนำเสนอในการประชุมระดับกรม เรื่อง ระบบการวิจัยสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ ข้อเสนอในการจัดกลไกและโครงสร้างของประเทศ, 2-3 ตค. 43 , โรงแรมรามารักษ์เดน กรุงเทพฯ
32. ไสยา อ่อนโสภาและจิรพร แฉ้วกิ่ง (2545) วิธีชีวิตคนพิการในเขตเมือง : กรณีคนพิการทางสายตาในเขตกรุงเทพ เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องสถานการณ์คนพิการ และคนด้อยโอกาสในเขตกรุงเทพและปริมณฑล วันที่ 20 เมษายน 2545

33. จอมขวัญ ขวัญเย็น และจุฑามาศ ชาญเจริญลาภ (2545) ความลำบากในโลกมืด : กรณีศึกษาขอทาน และวงดนตรีตาดอด เอกสารงานวิจัยโครงการพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมและคนจน คนด้อยโอกาสในสังคมไทย สนับสนุนโดย สกว. อัดสำเนา
34. จากรายงานของคณะอนุกรรมการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว (2545)
35. จุฑารัตน์ อภิวัฒน์ธนกุล (2546) หญิงตาดอด : วิถีชีวิต การสร้างพลังอำนาจและกระบวนการต่อสู้เพื่อพัฒนาโอกาสทางสังคม วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สตรีศึกษา) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
36. ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์.(2545). "เรื่องราว" ของความรุนแรงในสังคมไทย:
ผ่านศพ พ่อฆ่าลูก และอื่น ๆ อีกมาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
37. นวลน้อย บุญวงศ์ และนันท์นัย นิยมทรัพย์.(2543). แนวทางการออกแบบสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อคนพิการ จาก website : <http://www.chula.ac.th/research/activity/journal/rj43-608.html>
38. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ . (2546) .การพัฒนาและสังเคราะห์ระบบฐานข้อมูลด้านความรุนแรงในประเทศไทย ,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
39. นุชนาฏ ยูธเนาะ (2546) การทารุณกรรมผู้สูงอายุในสังคมไทย วารสาร มจร. วิชาการ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปีที่ 7, ฉ. 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2546), หน้า 42-50
40. วิไลรัตน์ จิตตโคตร. (2542). ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพิการไร้ความสามารถถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรม ต.หนองไฮ อ.เมือง จ.อุดรธานี. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
41. สำนักงานสถิติแห่งชาติ . (2542) , สถานภาพของผู้พิการไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
42. สำนักงานสถิติแห่งชาติ .(2546). รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พศ. 2545 , กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
43. สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจ ความพิการและภาวะทุพพลภาพ พศ. 2545
44. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ .(2540). ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
45. อภิญา เวชชัยและ กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดช (2546) รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่องการพัฒนา ระบบสวัสดิการสำหรับคนจน และคนด้อยโอกาส กลุ่มคนจนผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเสี่ยง ที่ประสบปัญหาทางสังคม ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร่างเครื่องมือ
แบบสำรวจความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน
แบบสัมภาษณ์ผู้พิการรายบุคคล

แบบแสดงความยินยอมให้สัมภาษณ์

สวัสดีค่ะ ดิฉัน จากคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง การสำรวจความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบประสบการณ์ชีวิตของผู้พิการในด้านต่างๆ

ดิฉันขอยืนยันว่า คำตอบทั้งหมดที่คุณให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะไม่มีมีการบันทึกชื่อและที่อยู่ของคุณ จึงไม่มีผลกระทบต่อคุณแต่อย่างใด คุณมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะไม่ตอบคำถามที่คุณไม่ต้องการให้คำตอบ หรือจะการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำถามบางคำถาม คุณอาจรู้สึกลำบากใจในการตอบ แต่ผู้ให้คำตอบส่วนใหญ่พบว่า เป็นประโยชน์อย่างมากที่มีโอกาสได้บอกกล่าวเรื่องต่างๆ เหล่านี้

การให้ความร่วมมือของคุณครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของคุณเอง อย่างไรก็ตาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับความร่วมมือจากคุณ คำตอบจากทัศนคติและประสบการณ์ของคุณ จะเป็นประโยชน์ต่อการคนพิการคนอื่นๆต่อไป

คุณมีข้อสงสัยที่จะซักถามหรือไม่ ดิฉันยินดีตอบคำถามเพื่อให้เกิดความชัดเจนสำหรับคุณ

- () ยินดีให้สัมภาษณ์
() ไม่ยินดีให้สัมภาษณ์

รหัส แบบสอบถาม

รหัส พื้นที่

แบบสอบถาม
โครงการสำรวจความรุนแรงต่อคนพิการในชุมชน

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ จะถามกับผู้พิการในครัวเรือนที่สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้โดยมีอายุ 13 ปีขึ้นไป

ตอนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ	1. ชาย 2. หญิง	☐
2. คุณอายุเท่าใด (นับจนถึงปัจจุบัน)	ปี เดือน	☐
3. ศาสนา	1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ	☐
4. การศึกษาชั้นสูงสุด	1. ไม่เคยเรียน 2. ประถมศึกษา ชั้นปี..... 3. ชั้นมัธยม ชั้นปี..... 4. สูงกว่ามัธยมศึกษา ระบุ.....	☐
5. คุณอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้หรือไม่	1. ได้ 2. ไม่ได้	☐
6. ขณะนี้คุณอยู่กับใคร	1. บิดา/มารดา 2.สามี/ภรรยา/คู่รัก 3. ผู้ปกครอง ระบุ ความสัมพันธ์ 4. อยู่กับเพื่อน 5. อื่นๆ	☐
7. ผู้ดูแลคุณเป็นหลักคือใคร	1. บิดา/มารดา 2. สามี/ภรรยา/คู่รัก 3. พี่น้อง/ญาติ 4. ผู้ปกครอง ระบุ ความสัมพันธ์ 5. ไม่มี	☐
8. อาชีพของคุณในปัจจุบัน	1. ไม่ได้ทำงาน 2. ทำงาน ระบุ.....	☐
9. รายได้ของคุณต่อเดือน	1. มีรายได้ต่อเดือน บาท 2. ไม่มี	☐ (ดูรหัส)
10. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	รายได้ต่อเดือน บาท ไม่ทราบ	☐
11. สถานภาพสมรส	1. โสด	☐

	2. คู่ มีลูก คน 3. หม้าย หย่า แยก	
12. คุณมีลักษณะความพิการต่อไปนี้หรือไม่	1. พิการทางการได้ยิน หรือสื่อสาร ระบุ..... 2. พิการทางการมองเห็น ระบุ..... 3. พิการทางการเคลื่อนไหว ระบุ..... 4. พิการทางจิตใจและพฤติกรรม ระบุ..... 5. พิการทางสติปัญญาและการเรียน ระบุ..... 6. พิการซ้ำซ้อน ระบุ.....	☐
13. คุณใช้อุปกรณ์ช่วยความพิการหรือไม่ ระบุ	1. ใช่ ระบุ..... 0 ไม่ใช่	☐
14. คุณต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นในการ ดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด	1. มากที่สุด 2. มาก 3. น้อย 4. น้อยมาก 5. ไม่ต้องการความช่วยเหลือ	☐
15. เริ่มความพิการเมื่ออายุ	1. ตั้งแต่เกิด ระบุอายุ..... ปี	☐ ☐
16. สาเหตุความพิการของคุณเกิดจากอะไร	1. กรรมพันธุ์ 2. เกิดปัญหาระหว่างคลอด 3. อุบัติเหตุ 4. โรค 5. อื่นๆ ระบุ	☐
17. สามี หรือคู่สมรสของคุณมีลักษณะต่อไปนี้ หรือไม่	1. พิการทางการได้ยิน หรือสื่อสาร ระบุ..... 2. พิการทางการมองเห็น ระบุ..... 3. พิการทางการเคลื่อนไหว ระบุ..... 4. พิการทางจิตใจและพฤติกรรม ระบุ..... 5. พิการทางสติปัญญาและการเรียน ระบุ.....	☐
18. คุณดื่มเหล้า เบียร์หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยครั้งเพียงใด	1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน 2. 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. 1-3 ครั้งต่อเดือน 4. นานๆ ครั้ง 5. ไม่เคย	☐
19. คู่ของคุณดื่มเหล้า เบียร์หรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์บ่อยครั้งเพียงใด	1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน 2. 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. 1-3 ครั้งต่อเดือน	☐

	4. นานๆ ครั้ง 5. ไม่เคย	
20. คุณคิดว่าสุขภาพของคุณอยู่ในเกณฑ์ใดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนๆ ของคุณ	1. ดีมาก 2. ดี 3. ปานกลาง 4. ไม่ดี	☐
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณมีปัญหาสุขภาพที่รบกวนคุณต่อไปหรือไม่		
21. เบื่ออาหาร	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
22. นอนไม่หลับ	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
23. กังวล เครียด	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
24. มือสั่น	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
25. ร้องไห้มากกว่าปกติ	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
26. รู้สึกเหนื่อยตลอด	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
27. ไม่มีความสุข	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
28. รู้สึกไร้ค่า	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
29. ไม่อยากมีชีวิตอยู่	1. ใช่ 2. ไม่ใช่	☐
30. เมื่อคุณต้องการความช่วยเหลือหรือมีปัญหา คุณสามารถพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวได้หรือไม่	ได้ ไม่ได้	☐

ตอนที่ 3 ประสพการณ์ความรุนแรง

คำถามต่อไปนี้เป็นสิ่งที่จะเกิดกับคนพิการหลายๆคน ขอให้ช่วยบอกหน่อยว่าคุณเคยมีประสบการณ์ต่อไปนี้หรือไม่

30. คุณเคยมีประสบการณ์ต่อไปนี้หรือไม่	1. เคย	31. ในช่วง 12 เดือน	32. ใครเป็นผู้กระทำ	33. สถานที่ที่ถูกกระทำ	34. ก่อนช่วง 12 เดือน	35. ใครเป็นผู้กระทำ	36. สถานที่ที่ถูกกระทำ
	2. ไม่เคย	เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด	1. สามี/ภรรยาแฟน คู่รัก	1. บ้าน	เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด	1. สามี/ภรรยาแฟน คู่รัก	1. บ้าน
		1 1 ครั้ง	2. พ่อเลี้ยง/แม่เลี้ยง	2. โรงเรียน		2. พ่อเลี้ยง/แม่เลี้ยง	2. โรงเรียน
		2. 2-5 ครั้ง	3. สมาชิกในครอบครัว	3. ที่ทำงาน		3. สมาชิกในครอบครัว	3. ที่ทำงาน
		3. มากกว่า 5 ครั้ง	4. ผู้ดูแล	4. ในหมู่บ้าน		4. ผู้ดูแล	4. ในหมู่บ้าน
			5. เพื่อนบ้าน	5. บนถนน		5. เพื่อนบ้าน	5. บนถนน
				6. โรงพยาบาล			6. โรงพยาบาล
				7. อื่นๆ			7. อื่นๆ

			เพื่อน 6.คนที่ทำงาน 7.คนแปลก หน้า 8. เจ้าหน้าที่ 9. อื่นๆ		3. มากกว่า 5 ครั้ง	เพื่อน 6.คนที่ทำงาน 7.คนแปลก หน้า 8. เจ้าหน้าที่ 9. อื่นๆ	
1. ถูกดูถูก ดูต่ำว่า							
2. ถูกเหยียดหยามต่อ หน้าเพื่อนหรือครอบครัว							
3. ถูกกระทำหรือพูดสิ่ง ใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้คุณอับ อาย							
4. พุดชมชู้เพื่อทำให้คุณ กลัว							
5. ขว้างปา กระแทก สิ่งของเพื่อทำให้คุณกลัว							
6. ขว้างปาด้วยสิ่งของที่ อาจทำให้คุณบาดเจ็บ							
7. ถูก ตบ ตี หรือ ผลัก หรือกระแทก							
8. ถูกเตะ ต่อย ช้อน							
9. ถูกบีบคอ รัดคอ							
10. ฟู่ว่าจะให้อาวุธ หรือ ลงมือใช้อาวุธเช่น ปืน หรือมีด							
11. ถูกทำร้ายโดยอาวุธ							
12. ถูกใช้กำลังกด ทุบ ถูกเนื้อต้องตัวหรือ ลวนลามทางเพศ							
13. คุณยอมถูกกด ทุบ ให้ถูกเนื้อต้องตัวคุณ เพราะกลัวผลจะตามมา							
14. ถูกใช้กำลังบังคับให้มี เพศสัมพันธ์							
15. คุณยอมมี							

เพศสัมพันธ์ทั้งๆที่ไม่ต้องการเพราะกลัวผลจะตามมา							
16. เคยถูกขัดขวางหรือกลั่นแกล้งไม่ให้ใช้เครื่องช่วยความพิการ							
17. เคยถูกปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือคุณในสิ่งที่เป็นในชีวิตประจำวัน เช่นการเดินทาง การใช้ชีวิตประจำวันในบ้าน							
18. คุณเคยถูกบังคับ ถูกให้กระทำการบางอย่างที่ทำให้คุณรู้สึกแย่ ไม่ชอบหรือไม่							
19. คุณเคยถูกขโมย แหย่หรือทำลายทรัพย์สินของคุณ							

ตอนที่ 4 ข้อมูลผลกระทบและการปรับตัว

37. ในขณะที่เกิดความรุนแรงมีใครเห็นหรือไม่ ในขณะที่เกิดความรุนแรงมีคนพยายามช่วยหรือไม่	0. ไม่มีใครเห็น 1. มี ระบุ..... 1. ไม่มี 2. มีระบุ ทำอะไร.....	☐ ☐ ☐ ☐
38. เมื่อเกิดความรุนแรงคุณเคยต่อสู้กลับหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร	1. ไม่เคย เพราะอะไร..... 2. หยุด หรือบรเทา 3. ยิ่งทำร้ายหนักขึ้น	☐
39. คุณคิดว่าการกระทำ ความรุนแรงมีผลกระทบต่อคุณด้านใดบ้าง	1. เครียด อึดอัด 2. อับอาย 3. ห้อแท้ หดหู่ 4. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ 5. คิดที่จะทำร้ายตนเอง/ทำร้ายตนเอง 6. คิดจะฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย 7. ตั้งครรภ์	☐
40. คุณบอกใครหรือไม่	1. ไม่เคย	☐ ☐

ถ้าเคยบอก บอกใคร	2. บอกเพื่อน 3. บอกพ่อแม่ 4. บอกพี่น้อง 5. บอกญาติ 6. บอกเพื่อน 7. บอกผู้ดูแล หรือ หัวหน้างาน หรือ ครู 8. บอกตำรวจ 9. บอกสาธารณสุข 10. อื่นๆ	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
41. ถ้าไม่เคยบอก เพราะอะไร	1. กลัวไม่มีคนเชื่อ 2. กลัวผลกระทบ เช่นกลัวผู้กระทำ ประจาน 3. ไม่คิดว่าใครจะช่วยให้ 4. ไม่รู้จะบอกใคร 5. ไม่รู้จะเดินทางไปอย่างไร 6. อื่นๆ	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
43. คุณเคยไปหาความช่วยเหลือจากคนเหล่านี้หรือไม่เมื่อได้รับความรุนแรงด้านใดด้านหนึ่ง	1. เพื่อน 2. พ่อแม่ 3. พี่น้อง 4. ญาติ 5. ผู้ดูแล ผู้บังคับบัญชา 6. เพื่อนบ้าน 7. ตำรวจ 8. แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
44. คุณกลัวที่จะออกไปข้างนอกโดยลำพังหรือไม่เพราะอะไร	1. กลัว ไม่กลัว 2. กลัวถูกเอาเปรียบ 3. กลัวถูกทำร้าย 4. กลัวถูกทำให้อับอาย 5. อื่นๆ.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
45. คุณเคยได้รับบาดเจ็บจากการกระทำความรุนแรงหรือไม่กี่ครั้งในช่วงชีวิตของคุณ	ไม่เคย 1. เป็นแผลขีดข่วน จำนวน ครั้ง 2. เลือดออก จำนวน ครั้ง 3. กระดูกหัก จำนวน ครั้ง 4. ต้องไปหาหมอเนื่องมาจากการบาดเจ็บ จำนวน ครั้ง	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อความพิการ

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ทราบ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
46. ความพิการเกิดจากผลของกรรม					
47. บุคคลพิการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง					
48. บุคคลพิการเป็นผู้ที่มีค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม					
49. บุคคลพิการคือผู้ที่โชคร้าย					
50. บุคคลพิการควรอยู่ในบ้านเพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้					
51. บุคคลพิการเป็นภาระของผู้อื่น					

ตอนที่ 4 การรับรู้ต่อคุณค่าของตนเอง

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ทราบ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
52. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่มีค่าคนหนึ่ง อย่างน้อยก็เท่ากับคนอื่น					
53. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณสมบัติที่ดีจำนวนหนึ่ง					
54. โดยรวมแล้ว ฉันมักจะคิดว่าฉันเป็นผู้แพ้					
55. ฉันมีความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆเหมือนกับคนส่วนใหญ่					
56. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีสิ่งใดที่จะภาคภูมิใจ					
57. ฉันมีทัศนคติที่ดีกับตนเอง					
58. โดยรวมแล้วฉันพอใจในตัวเอง					
59. ฉันอยากที่จะนับถือตนเองมากขึ้นกว่านี้					
60. ฉันรู้สึกเป็นคนไร้ประโยชน์					
61. บางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันไม่ดีเลย					

ตอนที่ 5 การทำกิจวัตรประจำวัน

การ เคลื่อนไหว	62. คุณสามารถเดินได้ไกลที่สุดด้วยตัวคุณ เองโดยไม่ต้องมีคนช่วยเพียงใด	1. ไม่ได้ 2. เดินได้เพียง 2-3 ก้าวเท่านั้น 3. เดินได้มากกว่า 2-3 ก้าว แต่ไม่เกิน 200 เมตร 4. เดินได้มากกว่า 200 เมตร	☐
	63. คุณสามารถเดินขึ้นลงบันได 12 ขั้นโดย ไม่ต้องหยุดได้หรือไม่	1. ไม่ได้เลย 2. ได้ถ้ามีที่ยึด หรือหยุด 3. ได้	☐

	64. เมื่อคุณยืนคุณสามารถก้มลงหยิบ รองเท้าบนพื้นได้หรือไม่	1. ไม่ได้ 2. ได้	☐
การช่วย ตนเองใน กิจวัตร ประจำวัน	65. คุณสามารถลุกขึ้นจากที่นอนด้วยตัว คุณเองหรือไม่	1. ได้ ถ้ามีคนช่วย 2. ได้ แต่มีความลำบาก 3. ได้ และไม่ลำบาก	☐
	66. คุณสามารถลุกขึ้นจากเก้าอี้ด้วยตัวคุณ เองหรือไม่	1. ได้ ถ้ามีคนช่วย 2. ได้ แต่มีความลำบาก 3. ได้ และไม่ลำบาก	☐
	67. คุณสามารถถอดและใส่เสื้อผ้าด้วยตัว คุณเองหรือไม่	1. ได้ ถ้ามีคนช่วย 2. ได้ แต่ยากลำบาก 3. ได้ และไม่ลำบาก	☐
	68. คุณสามารถล้างมือ ล้างหน้าด้วยตัว คุณเองหรือไม่	1. ได้ ถ้ามีคนช่วย 2. ได้ แต่ยากลำบาก 3. ได้ และไม่ลำบาก	☐
	69. คุณสามารถกินอาหารและดื่กอาหาร ด้วยตัวคุณเองหรือไม่	1. ได้ ถ้ามีคนช่วย 2. ได้ แต่ยากลำบาก 3. ได้ และไม่ลำบาก	☐
	70. คุณสามารถเข้าห้องน้ำ ขับถ่าย และ การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายด้วยตัว คุณเองหรือไม่	1. ได้ ถ้ามีคนช่วย 2. ได้ แต่ลำบาก 3. ได้ และไม่ลำบาก	☐
การเห็น	71. คุณสามารถเห็นและจำเพื่อนของคุณที่ ยืนอยู่ห่างราว 4 เมตร (ตรงข้ามฟากถนน) หรือไม่ ถ้าไม่ได้ คุณสามารถเห็น และจำเพื่อนที่ยืนอยู่ห่าง กัน 1 เมตร (1 ช่วงแขน)	1. ไม่สามารถจำเพื่อนได้ถ้ายืนห่าง 1 เมตร 2. จำเพื่อนได้ที่ระยะห่าง 1 เมตรแต่ไม่ถึง 4 เมตร 3. จำเพื่อนได้ที่ระยะห่าง 4 เมตรขึ้นไป	☐
การได้ยิน	72. คุณได้ยินเสียงรายการทีวีในระดับเสียง ที่คนอื่นได้ยินหรือไม่ ถ้าไม่ได้ คุณได้ยิน เสียงหากเพิ่มระดับเสียงให้ดังขึ้นหรือไม่	1. ไม่สามารถฟังรายการทีวีแม้จะปรับเสียงให้ดัง แล้ว 2. ฟังรายการทีวีได้ถ้าปรับเสียงดัง 3. ฟังรายการทีวีได้ในระดับเสียงปกติ	☐
การพูดและ	73. คุณพูดได้โดยไม่ยากลำบากใช่หรือไม่	1. ใช่	☐

การสื่อสาร	74. คุณมีปัญหาในการสื่อสารกับคนอื่น ต่อไปนี้หรือไม่	2. ไม่ใช่ 1. มีปัญหาการสื่อสารกับญาติสนิท 2. มีปัญหาการสื่อสารกับคนอื่น 3. ไม่มีปัญหาการสื่อสาร	☐
------------	--	--	--------------------------

แนวทางการสัมภาษณ์แบบลึก

1. คุณเป็นคนที่ไม่ได้ เล่าชีวิตวัยเด็ก สาเหตุความพิการ การดูแลของครอบครัว ปฏิกริยา และ
ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตต่อความพิการ
2. คุณเข้าโรงเรียนที่ใดอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่
3. เล่าความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่คุณในด้านต่างๆ เขาทำอะไรต่อคุณบ้างในชีวิต
ประจำวัน
4. กรณีที่แต่งงานหรือมีคู่รักเล่าความสัมพันธ์ของคุณกับคู่คุณ อยู่กินกันมานานเพียงใด การดูแลบ้าน
และดูแลคุณทำอะไรอย่างไบบ้าง คุณมีส่วนในการทำอะไรในบ้านบ้าง
5. เล่าความสัมพันธ์ของคุณกับคนในชุมชน พวกเขาและให้ความช่วยเหลือคุณหรือไม่อย่างไร
6. คุณมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของคุณได้หรือไม่ มีปัญหาบ้างหรือไม่ จัดการปัญหาอย่างไร
7. กรณีที่ทำงาน คุณทำงานที่ใด อย่างไร เล่าประสบการณ์ และการทำงาน และปัญหาต่างๆ
8. คุณมีเพื่อนสนิทหรือไม่ คุณกับเรื่องอะไร
9. การใช้ชีวิตต่อโลกภายนอกในสังคมคุณมีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ เช่นการใช้รถโดยสาร แท็กซี่ การ
ติดต่อราชการ เล่าประสบการณ์
10. เล่าเหตุการณ์ของการความรุนแรง เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ที่ไหน คิดว่ามีเหตุผลจากอะไร
11. คุณรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น
12. คุณแสวงหาความช่วยเหลือหลังจากถูกกระทำความรุนแรงหรือไม่ อย่างไร เช่นบอกใครหรือไม่ ผลเป็น
อย่างไร
13. คุณสามารถป้องกันตนเองจากการถูกกระทำความรุนแรงหรือไม่
14. คุณคิดว่าถ้าคุณไม่พิการ เขาจะทำกับคุณหรือไม่ เพราะอะไร