

รายงานการวิจัยเรื่อง
สุขภาพทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการ

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์

พันธุ์หญิง อุบลพรรณ ชีระศิลป์

เสนอต่อ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

พฤษภาคม 2554

รายงานการวิจัยเรื่อง
สุขภาพทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการ

งานวิจัย (Research report)

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์

พันธุ์หญิง อุบลพรรณ ธีระศิลป์

เลขหมู่ WP565 พ532ค 2554
เลขทะเบียน hs 2018
วันที่ 19 มี.ค. 2556

เสนอต่อ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

พฤศจิกายน 2554

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

แม้เรื่องเพศ และสุขภาวะทางเพศ จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่คนอีกกลุ่มในสังคม ที่ถูกเรียกว่าคนพิการกลับถูกแบ่งแยก คิดราให้เข้าใจไปว่าเป็นคนที่ ไม่มีความสามารถในเรื่องเพศ ไม่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศที่ปกติ หรือถ้ามีก็เป็นความเบี่ยงเบนทางเพศ ไม่มีความสามารถเป็นพ่อหรือแม่อันเนื่องมาจากความพิการ ไม่มีความรัก , ไม่มีคนชอบ คนรัก ไปจนถึงว่า เป็นผู้ที่ไม่มีเพศ (sexless) หรือเข้าใจไปอีกว่าบุคคลพิการไม่มีการตกไข่ , ไม่มีประจำเดือน, ตั้งครรภ์หรือให้กำเนิดบุตรไม่ได้ , ไม่สามารถถึงจุดสุดยอด, ไม่มีการแข็งตัว, หลั่งน้ำอสุจิและตั้งครรรภ์ไม่ได้ (Anderson and Kitchin, 2000) เป็นต้น มายาคติ(myth)ของสังคมต่อคนพิการเช่นนี้ ส่งผลอย่างสำคัญต่อสุขภาวะทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการ อันเป็นผลมาจากการแบ่งแยกตีตราของคนในสังคม และการรับรู้ต่อตัวตนในด้านลบของคนพิการ การมีทัศนคติผู้พิการไม่มีเพศ ไม่มีความสามารถในเรื่องเพศ ส่งผลต่อการจัดบริการด้านสุขภาพทางเพศ และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างถูกต้องแก่คนพิการ การถูกบังคับให้ทำหมันเพราะเกรงว่าเลี้ยงดูลูกไม่ได้ และจะถ่ายทอดความพิการไปสู่ลูกหลาน รวมไปถึงการมีแนวโน้มที่จะถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมากกว่าคนปกติ โดยข้อมูลงานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าผู้หญิงพิการมีแนวโน้มของการถูกกระทำความรุนแรงถึง 1.5 ไปจนถึง 10-เท่าของผู้หญิงทั่วไป ผู้หญิงพิการที่เป็นชนกลุ่มน้อยเป็นเด็ก ย่อมมีแนวโน้มการถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าหญิงพิการทั่วไป ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจึงถูกซ่อนทับกันหลายชั้น เพราะความเป็นผู้หญิงแล้วก็เพราะความพิการนั่นเองที่ได้เพิ่มความเสี่ยงของการถูกทำร้ายและรวมทั้งมีข้อจำกัดที่จะยุติหรือหนีให้พ้นจากความรุนแรงนั้นๆ มากกว่าผู้หญิงทั่วไป (เพ็ญจันทร์, 2549)

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์คือสิทธิมนุษยชน คนพิการเป็นมนุษย์ เป็นสมาชิกของสังคม ควรมีสิทธิในการมีคุณภาพชีวิต มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายใจ และสังคมทั้งในด้านการปราศจากโรค ความทุพพลภาพ และในเรื่องที่เกี่ยวกับระบบการเจริญพันธุ์และการทำหน้าที่ของระบบเจริญพันธุ์ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ คือสิทธิพื้นฐานของบุคคลและคู่สมรสในการตัดสินใจอย่างอิสระ รวมถึงสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองโดยไม่ต้องถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ถูกบีบบังคับ ไม่ได้รับความรุนแรง กระบวนการที่สังคมสร้างภาพลักษณ์แบบเหมารวม (stereotyping) และมีมายาคติต่อคนพิการว่า ไร้ความสามารถ ไร้บทบาท ส่งผลให้คนพิการมองภาพตนเองเชิงลบ สังคมตีตราและ เลือก

ปฏิบัติ รวมทั้งจำกัดทางเลือกให้กับคนพิการ ทั้งหมดเป็นเงื่อนไขให้พิการ ทั้งผู้หญิงพิการ และผู้ชายที่พิการ ไร้เพศสภาพ มีเพียงภาพลักษณ์ และตัวตนของความเป็นผู้พิการเท่านั้น มีแนวโน้มที่จะเผชิญปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ ยิ่งไปกว่านั้นในระบบบริการทางการแพทย์และบริการสังคม สงเคราะห์ ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ดังกล่าว งานการศึกษาวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่า ด้วยทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการดังกล่าว ก็แบ่งแยก เลือกปฏิบัติ มีอคติต่อผู้พิการ เช่น ระบบบริการด้านงานวางแผนครอบครัว ไม่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของผู้พิการที่จะมารับบริการทั้งข้อมูล การให้คำปรึกษา หรือ บริการ เพราะไม่ได้คาดหวังว่าผู้พิการต้องการบริการ (Anderson and Kitchin, 2000) การศึกษาวิจัยที่สะท้อนสุขภาพทางเพศและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการในสังคม มีอยู่น้อยมาก ที่มีอยู่ที่สะท้อนให้เห็นว่า คนพิการมีความต้องการความรัก ความสุขทางเพศเหมือนคนทั่วไป งานวิจัยเรื่อง ความรัก และเจตคติต่อเพศศึกษา ของคนพิการ และคนทั่วไป (ทวี, 2544) ใช้การสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 คน พบว่าทั้งคนพิการและคนทั่วไป มีความต้องการในความรักประเภทต่างๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ทั้งสองกลุ่มมีความปรารถนาในความรักต้องการความใกล้ชิด อบอวน แบ่งปัน และต้องการรักษาสัมพันธ์ให้ยืนยาว รวมทั้งความรักที่มีลักษณะใกล้ชิด สัมผัส มีเพศสัมพันธ์ โดยงานชิ้นนี้พบว่า คนพิการเห็นว่า การแสดงความรู้สึกละแวกและพฤติกรรมทางเพศ ควรจะมีการสื่อสาร พูดคุย อย่างเปิดเผย และความไร้สมรรถภาพทางเพศ มิได้เป็นข้อจำกัด การมีปัญหาวินัยในชีวิตสมรสเสมอไป การศึกษาผู้พิการจากการบาดเจ็บทางไขสันหลังในกรุงเทพและปริมณฑลจากกลุ่มตัวอย่าง 50 คน ของ (เพชรน้ำหนึ่ง, 2545) พบว่า ผู้พิการจากการบาดเจ็บทางไขสันหลัง ร้อยละ 64 เห็นว่า เพศสัมพันธ์นั้นเป็นการสื่อสารทางกายที่ลึกซึ้งมากที่สุด และเห็นว่าผู้พิการจากการบาดเจ็บทางไขสันหลังนั้นสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้

เป็นความจริงอีกว่า แม้ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับ สิทธิทางเพศ สิทธิคนพิการ จะก้าวหน้าไปมากแต่ประเด็นสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์คนพิการ รวมทั้งสิทธิในการมีสุขภาพทางเพศ ของคนพิการก็ยังคงเป็นสิ่งที่อยู่ในมุมมืด เป็นประเด็นที่ยังมีการกล่าวถึงน้อยมาก ผู้เขียนเชื่อว่า ความรู้ จากงานวิจัยเป็นสิ่งจำเป็นในการเปิดมุมมองให้เข้าใจปรากฏการณ์ของปัญหา งานวิจัยนี้ จึงมุ่งหวังที่จะศึกษา มุมมองเกี่ยวกับเรื่องเพศ สุขภาพทางเพศและพฤติกรรมทางเพศ คู่ความสัมพันธ์ทางเพศ การศึกษาวิจัยมุ่งโดยใช้แนวคิดทางสังคมศาสตร์เกี่ยวกับความพิการและเพศวิถี โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อชี้ให้เห็นแนวคิดและประสบการณ์ รวมทั้งเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องทางสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพทางเพศของผู้หญิงพิการ

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มคนพิการ

2. ศึกษาสภาวะทางเพศ และประสบการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในประเด็น ประสบการณ์เรื่องเพศภาวะ เพศวิถี อนามัยเจริญพันธุ์ การได้รับข้อมูลความรู้ เรื่องเพศ และการเข้าถึงระบบบริการ และการได้รับความรุนแรง การละเมิดสิทธิ ทางเพศต่างๆ การจัดการปัญหาของคณพิการ
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ พิการ

3. คำถามการวิจัย

1. ปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการหญิงและชาย และผู้พิการด้านตา หู และร่างกายเป็นอย่างไร ทั้งด้านเพศสภาพ เพศวิถี อนามัยเจริญพันธุ์ การได้รับข้อมูลความรู้เรื่องเพศ และการเข้าถึงระบบ บริการ
2. ประสบการณ์การถูกล่วงเกินทางเพศทุกรูปแบบ การได้รับความรุนแรง และการละเมิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์มีหรือไม่ เป็นอย่างไร
3. เจือไนทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทางเพศและสิทธิ ทางเพศของคณพิการคืออะไร วาทกรรมในด้านเพศภาวะและวาทกรรม ด้านความพิการส่งผลเพียงใดต่อสภาวะทางเพศของคณพิการ
4. ประสบการณ์การจัดการปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ พิการเป็นอย่างไร
5. ข้อเสนอการส่งเสริมปกป้อง สิทธิทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์แก่คณ พิการมีอะไรบ้าง

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพทางเพศ และการรณรงค์เรื่องสิทธิ อนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการ
2. ได้ความเข้าใจโลกทางเพศของผู้พิการจากมุมมองของคณพิการ และสถานการณ์ใน ปัจจุบัน
3. เพื่อได้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสภาวะทางเพศและปกป้องสิทธิอนามัย เจริญพันธุ์ของผู้พิการ

5. ผลลัพธ์ของโครงการวิจัย

1. รายงานการวิจัยที่แสดงถึงข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และสิทธิการเจริญพันธุ์ของคณพิการ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและ การดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและปกป้องสิทธิ
อนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการ

6. นิยามศัพท์

สุขภาพทางเพศหมายถึงการมีสุขภาพด้านเพศที่ดีทั้งกายใจและสังคม ซึ่งไม่ใช่แค่การปราศจาก
โรคเท่านั้น แต่ต้องมีความคิดเชิงบวกต่อสัมพันธ์ทางเพศ การมีประสบการณ์ทาง
เพศที่ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ ปราศจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติและความ
รุนแรง

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง คือสิทธิของบุคคลที่ถูกระบุไว้ในกฎหมาย เป็นสิทธิของทุกคนที่
ต้องได้รับโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่มีการบังคับ และไม่มี ความรุนแรง รวมทั้งได้รับบริการ
ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน

ผู้พิการ หมายถึง ผู้พิการตั้งแต่กำเนิดและพิการภายหลัง

ผู้พิการทางร่างกาย หมายถึง ผู้ที่ลำบากในการเดิน เคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ที่สูญเสีย
ความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขน หรือขาขาด
ลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต เป็นต้น

ผู้พิการทางตา หมายถึงผู้ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ทั้งสองข้าง หรือ ดาบอด

ผู้พิการทางหู หมายถึงผู้ที่มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง หรือ หูหนวก

บทที่ 2

ทบทวนองค์ความรู้และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้เป็นการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา

2.1 ความพิการกับการประกอบสร้างทางสังคมวัฒนธรรม

ร่างกายเป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างจากสังคมและวัฒนธรรม ร่างกายของคนเรานั้น ไม่ได้เป็นเพียงสิ่งที่มีอยู่จริงทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นความจริงทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ร่างกายเป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างจากสังคมและวัฒนธรรม โดยจะมีการให้ความหมายผ่านวาทกรรม ภาพลักษณ์และปฏิภริยาที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม สังคมปัจจุบันที่ให้ความสำคัญการให้ความหมายความพิการ เกี่ยวพันกับมิติทางสังคม วัฒนธรรมที่กำหนด อธิบายหรือแบ่งแยกระหว่างความเป็นปกติ (normal) และความผิดปกติ (ab-normal) ระหว่างร่างกายที่สามารถ (able body) หรือ ร่างกายที่ไม่สามารถ (disable body)

ในยุคสมัยปัจจุบันให้ความหมายความบกพร่องทางสรีระหรือร่างกายว่าเป็นความพิการ แต่ในอีกยุคสมัยหนึ่งอาจให้ความหมายตรงกันข้าม เช่น ในชุมชนชนบทของประเทศเกาหลีย้อนไปเมื่อ 1000 ปีก่อน ผู้ชายที่ตาบอดจะถูกเรียกว่า “Pongsa” หมายถึงกลุ่มผู้วิเศษ ทำหน้าที่ในการทำนายโชคชะตา ผู้กำหนดตำแหน่งแห่งที่ในการก่อสร้างบ้านเรือน หรือหลุมศพ รวมทั้งผู้ที่สวดอ้อนวอนเพื่อขอฝน พวกเขาได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถมองเห็นในลักษณะพิเศษ คือมองเห็นจากจิตใจภายใน ในชนเผ่าทิฟ (Tiv) ประเทศไนจีเรียก็เช่นเดียวกัน คนตาบอดถูกเชื่อว่าเป็นผู้ที่มองเห็นได้ในลักษณะพิเศษกว่าคนอื่น และได้รับการยอมรับนับถือ ในประเทศอินเดีย คนตาบอด มีความสามารถในการร้องเพลง จนเป็นที่ยอมรับและมีชื่อเรียก เฉพาะว่า Surdasi (Helman, 2001) ชาว Punan Bah ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เล็กๆ ใน Central Borneo ประเทศมาเลเซีย เชื่อว่า การที่ถูกเกิดมาพิการแต่กำเนิด พ่อแม่ต้องรับผิดชอบดูแลอย่างดีเนื่องจากตามความเชื่อพ่อเป็นผู้สร้างเด็ก ส่วนแม่เป็นผู้กำหนดโชคชะตาของลูก จึงต้องรับผิดชอบต่อการเกิดของลูก เฉพาะกรณีเด็กตาบอด จะโทษแม่แต่เพียงผู้เดียว เพราะมีความเชื่อว่า แม่ไปมีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะกับพ่อหรือผู้ชายอื่นในขณะที่กำลังตั้งครรภ์ เหมือนถูกมีดแทง จึงส่งผลให้ลูกตาบอด (Nicolaisen, 1995)

ความพิการ จึงเป็นการประกอบสร้างทางสังคม (Socially constructed) และเป็นการให้ความหมายทางสังคม (social meanings) หรืออีกนัยหนึ่ง คือถูกสร้างให้ความหมายขึ้นมาโดยสังคม ทั้งนี้ความหมายถูกกำหนดขึ้นโดยไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของเหตุผล อย่างตรงไปตรงมา แต่เป็นการกำหนดผ่านอัตวิสัยของคน (subjective) ของคนในสังคมนั้นๆ ผ่านระบบอำนาจความรู้ แบบแผน

ทางสังคม และคุณค่าทางสังคม ความพิการจึงมีการตีความ การให้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น หรือกลุ่มคนที่ใช้ หรือห้วงเวลาที่แตกต่าง

หากย้อนกลับไปสืบสาวประวัติศาสตร์เกี่ยวกับความพิการ จะพบที่มาและความซับซ้อนของกระบวนการสร้างความหมายที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงประวัติศาสตร์ ในยุคกรีกโบราณ การให้ความหมายความพิการ เชื่อว่าการที่ตาบอดหรือหูหนวก เป็นเพราะบาปกรรม อาจเป็นบาปกรรมของปัจเจกหรือบาปกรรมของบรรพบุรุษ คนหูหนวกหรือตาบอดจึงถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีศีลธรรม และถูกเนรเทศขับออกจากสังคม แต่ถ้าเป็นกรณีหูหนวกตาบอดจากการไปศึกสงคราม การให้ความหมายความพิการจะแตกต่างออกไป มีการให้คุณค่ากับบุคคลผู้นั้นจะได้รับความเคารพ และได้รับการดูแลพิเศษ ตลอดจนมีเบี้ยบำนาญหรือเงินสงเคราะห์มอบให้ ส่วนคนพิการทางจิตชาวกรีกจะมองว่ามีอำนาจเหนือธรรมชาติ ผู้คนนับถือและมีส่วนร่วมในชุมชนเช่นเดียวกับคนปกติ

ในยุคกลาง ซึ่งเป็นยุคแห่งการครอบงำของศาสนา การให้ความหมายความพิการ ยังคงอยู่บนบรรทัดฐานความเชื่อทางศาสนาที่ปรากฏอยู่ตามคำสอนของศาสนาต่างๆ เช่น ศาสนายูดายมองว่าความพิการเกิดจากบาปและถือว่าไม่บริสุทธิ์ มีมลทิน และเป็นสิ่งสกปรกทางศาสนา คนพิการจึงไม่มีสิทธิเข้าร่วมประกอบพิธีทางศาสนา หรือความเชื่อของชาวยิวในยุคนี้ก็เชื่อว่า คนพิการเป็นคนบาปที่กระทำผิดต่อพระเจ้าเป็นเจ้า หรือถูกพระเจ้าลงโทษ เป็นต้น ในมุมมองของศาสนาคริสต์ คนพิการกลายเป็นปีศาจร้าย มีบาป และเป็นบุคคลอันตราย ต้องประหารหรือเผาทั้งเป็น โดยเฉพาะในบุคคลที่มีรูปร่างหน้าตาพิการผิดปกติ การปล่อยให้มีชีวิตอยู่ตามลำพังจะเกิดอันตรายกับผู้อื่น เพราะเชื่อว่าเป็นปีศาจ ต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากบาทหลวง ส่วนคนพิการที่บกพร่องทางสติปัญญาหรือปัญญาอ่อน เชื่อว่าเป็นเรื่องของจิตวิญญาณ และเป็นผู้วิเศษเหมือนพระเจ้า สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนในสังคมได้ (Depoy & Gilson, 2004) ส่วนคนพิการทางจิตหรือคนบ้าในยุคนี้เปรียบเหมือนปีศาจ น่ากลัวและมีอันตราย การจัดการกับคนบ้าในยุคนี้ไม่ได้เริ่มจากวงการแพทย์ แต่มีประเพณีด้วยการจับใส่ลงเรือเพื่อเนรเทศไปยังประเทศต่างๆ ที่เรียกว่า Ship of Fools (Foucault, 1977)

ในยุคแสงสว่างทางปัญญา ซึ่งเป็นยุคที่มนุษย์มีความเชื่อมั่นในปัญญาของตนเอง การใช้วิธีคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลซึ่งเป็นฐานคิดของวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ความเชื่อดังกล่าวได้ส่งผลให้การปฏิบัติของสังคมต่อคนพิการเปลี่ยนรูปแบบจากการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาไปสู่ แนวคิดตามหลักทางการแพทย์ เน้นความเป็นเหตุผล และมีแนวคิดว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมแปลกๆ พุดและคิดต่างจากบุคคลทั่วไป น่ากลัวและถูกลดทอนคุณค่า ต้องได้รับการดูแลอย่างเข้มงวดในสถาบันความพิการทางจิตหรือความบ้า ได้ถูกสถาปนาให้เป็นเรื่องของ “ความไร้เหตุผล” จึงไม่มีพื้นที่ในโลกของเหตุผล ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงกลางศตวรรษที่ 17-18 เป็นยุคที่ใช้เหตุผล ประกอบกับยุคนี้มีปัจจัยวิกฤตเศรษฐกิจเกิดขึ้น จึงนำเอากลไกการจำกัดบริเวณ (confinement) มาใช้ ช่วงนั้นจึงมีการขังรวม อาชญากร คนจน ขอดาน คนว่างงาน คนป่วย ผู้สูงอายุ และคนบ้า แม้ยุคนี้การพิจารณา

ตัดสินพฤติกรรมต่างๆจะมีการใช้เหตุผลเป็นสำคัญ แต่สำหรับการให้ความหมายความพิการนั้น ความเชื่อทางศาสนายังคงส่งอิทธิพลและปรับเปลี่ยนคุณค่าและความถูกต้องในสังคม (legitimate) กล่าวคือ หากคนในสังคมนิยามว่า บุคคลนั้นมีคุณค่าแม้ว่าจะมีพฤติกรรมแปลกๆ หรือประหลาดแล้ว ว่าไม่มียันตราย จะได้รับการดูแลช่วยเหลือในชุมชน แต่ถ้าเป็นคนที่ถูกตีตราว่าไม่ดีก็จะไม่ได้รับความช่วยเหลือและจำเป็นต้องคุมขังไว้เพื่อไม่ให้คนอื่นได้รับอันตราย

ในยุควิกตอเรีย (Victoria era) อำนาจรัฐมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตส่วนตัว และสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการแต่งกาย เพศสภาพ ธรรมเนียมการปฏิบัติในสังคมต่างๆ คนพิการที่มีรูปร่างหรือหน้าตาผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นพิการตั้งแต่แรกเกิดหรือเป็นภายหลัง จัดเป็นกลุ่มที่ผิดปกติ และต่ำต้อย ถ้าเป็นตั้งแต่แรกเกิดจะถูกมองว่าน่าเกลียดและต้องเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ในสถาบัน แต่ถ้าพิการภายหลัง เช่น พิกิจจากศึกสงคราม สังคมจะให้ความเคารพและมองว่ามีความสามารถที่จะทำงานได้ คนพิการกลุ่มนี้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ถ้าเป็นคนบ้าหรือบุคคลที่มีพฤติกรรมแปลกๆ พุดและคิดต่างจากบุคคลทั่วไป จัดว่าผิดปกติและต่ำต้อย ไม่มีใครเคารพ ต้องได้รับการรักษาในสถาบัน (Depoy & Gilson, 2004)

ในยุคสมัยใหม่ การนิยามเป็นเรื่องสำคัญในกระบวนการการจัดประเภท (classification) กล่าวคือ การให้ความหมายหรือการวินิจฉัยว่าบุคคลใด ควรถูกจัดอยู่ในประเภทใดของสังคม ในยุคนี้ มีการสร้างคำว่า “Disability” ขึ้นมา เพื่ออธิบายและให้ความหมายแก่คนพิการที่เป็นสากล อันนำไปสู่การรับรู้และเข้าใจที่ตรงกันของสังคม เนื่องจากในอดีตไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับคนพิการที่เป็นสากล การกล่าวถึงคนพิการในอดีตจึงเป็นการกล่าวถึงตามลักษณะที่ปรากฏ เช่น คนตาบอด คนหูหนวก คนขาด้วน หรือคนแขนด้วน เป็นต้น (Depoy & Gilson, 2004) การสร้างคำอธิบายที่เป็นสากลดังกล่าว ส่งผลให้การปฏิบัติต่อคนพิการ ที่มีความแตกต่างไปตามความเชื่อของศาสนา กลายเป็นความเชื่อและความหมายเพียงหนึ่งเดียว คือ “คนไร้ความสามารถ” (Disability) หรือคนที่มีความบกพร่อง (impairment) เจตจำนงที่อยู่ภายใต้คำอธิบายเกี่ยวกับคนพิการที่เป็นสากลนี้ได้ นำไปสู่การสร้างกฎเกณฑ์กติกา เพื่อแบ่งคนออกเป็น “คนปกติกับคนไม่ปกติ” และมีการวางกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติต่อคนที่ได้รับการจัดประเภทแตกต่างกันออกไป คนที่ถูกนิยามว่าเป็นผู้ไม่ปกติ ดังเช่นคนพิการ ถูกจำกัดโอกาส ถูกกีดกัน ถูกดูถูก และถูกตีตราว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ จนทำให้คนพิการกลายเป็นผู้ที่มีพื้นที่จำกัดในสังคม ความคิดในยุคสมัยใหม่เน้นเรื่องความเป็นมาตรฐานสากล ทำให้คนพิการถูกมองว่าเป็นกลุ่มที่แตกต่างจากคนกลุ่มอื่นและมีอัตลักษณ์ที่ด้อยกว่า

ในยุคสมัยใหม่ ความพิการว่า เป็นการประกอบสร้างทางสังคม ที่ถูกนิยามผ่านกลไกความจริงและความรู้ภายใต้วาทกรรมทางวิทยาศาสตร์ โดยมีปฏิบัติการทางการแพทย์และกฎหมาย (Medico-legal practices) ที่เข้ามาควบคุมและทำให้กลายเป็นเรื่องธรรมชาติ (Tremain, 2006) มีการผลิตซ้ำกับวาทกรรมคู่ตรงข้ามระหว่าง “ความปกติ” กับ “ความพิการ” จนกลายเป็นเรื่องชอบธรรม

คนพิการจึงถูกกันให้อยู่ในพื้นที่ชายขอบของสังคม สังคมเองก็ละเลยศักยภาพและความสามารถของคนพิการ ด้วยการนำศักยภาพของคนพิการไปผูกติดไว้กับภาพของความบกพร่อง ทำให้คนพิการถูกลดทอนคุณค่าทางสังคมและศักดิ์ศรีความเป็นคน

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายความพิการในแต่ละยุคสมัย มีความเชื่อมโยงกับอำนาจและความชอบธรรมในสังคม โดยที่อำนาจนั้นซ่อนอยู่ในอุดมคติของคนในสังคม จนเป็นเรื่องการเมืองและวัฒนธรรมที่มากระทำต่อร่างกายของคนพิการ ทำให้คนพิการถูกให้ความหมายและคุณค่าเชิงลบ แม้ในยุคสมัยใหม่จะมีการใช้เหตุผลมากขึ้น แต่ภาพลักษณ์หรือการให้ความหมายที่มีต่อคนพิการในแง่ลบยังคงถ่ายทอดและดำรงอยู่ในสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันอย่างไม่มีเปลี่ยนแปลง เพียงแต่มีการใช้ความรู้วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ของมนุษย์ (the modern sciences of man) เข้ามาแทนที่ความรู้ในยุคคลาสสิกเท่านั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ สังคมสมัยใหม่ใช้วิธีการในการหล่อหลอมวิธีคิดและการตอบสนองของสังคมต่อคนพิการได้อย่างแนบเนียนและแยบยลกว่า ด้วยการสร้างความรู้เกี่ยวกับความพิการผ่านศาสตร์สาขาต่างๆ ภายใต้ความเชื่อพื้นฐานเดียวกันว่ามนุษย์มีหน้าที่ค้นหาความจริงเกี่ยวกับ ธรรมชาติ เพื่อทำให้สามารถควบคุมสรรพสิ่งให้เป็นไปตามเจตจำนงของผู้สร้างความรู้ (Foucault, 1972) ดังนั้น การให้ความหมายความพิการหรือชีวิตของคนพิการก็ยังคงถูกอุดมคติของคนส่วนใหญ่ในสังคมครอบงำ และดำรงอยู่อย่างเช่นเดิม

2.3 วาทกรรมความพิการ : แนวคิดและกระบวนการนิยามความพิการ (Defining disability)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) รายงานว่า ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้พิการเพิ่มจาก 0.4 ล้านคน หรือร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2529 เป็น 1.0 ล้านคน หรือร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มเป็น 1.8 ในปี 2544 และมาลดลงเป็น 1.7 ในปี 2545 การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดจากคำนิยามของผู้พิการ หรือ วิธีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ หรืออาจเป็นเพราะตัวอย่างที่เก็บได้ในการสำรวจแต่ละครั้งที่แตกต่างกันไป และเมื่อเปรียบเทียบการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่าง และบรรจุแบบสอบถามคนพิการไว้ในแบบสำมะโนประชากร กับการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ที่ทำการสำรวจสถานะทางสุขภาพของประชากรไทยอายุ 5 ปีขึ้นไปด้วยวิธีการตรวจร่างกายจากตัวอย่างเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังพบความแตกต่างอย่างชัดเจน คือร้อยละ 1.8 และร้อยละ 8.1 โดยที่เป็นไปได้ว่า ข้อมูลจากการตรวจร่างกายน่าจะมีการเชื่อถือมากกว่าการสัมภาษณ์ โอกาสผิดพลาดมีน้อยกว่าการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ เนตรนภา (2547) ได้ยืนยันโดยอ้างในการสำรวจของ Helander ซึ่งมีการตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลก และได้รับการอ้างอิงมากที่สุด ซึ่งคาดประมาณว่าในปี 2533 มีคนพิการที่มีระดับความพิการน้อยถึงรุนแรง สูงถึง ร้อยละ 10 ซึ่งใกล้เคียงกับร้อยละ 8.1 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ดังนั้นจึงอาจคาดประมาณได้ว่า จำนวนคนพิการในประเทศไทยในปี 2545 มีจำนวนประมาณ 1,098,000 คน และหากใช้ตัวเลขร้อยละ 8-10 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก เป็นฐานการคาดประมาณ จำนวนคนพิการอาจสูงถึง 6 ล้านคน นอกจากนั้นหากพิจารณาในรายละเอียดของสถานะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของคนพิการ ทั้งอาจคาดประมาณต่อไปได้ว่า จำนวนคนพิการน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และน่าจะมากกว่าอัตราการเพิ่มของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการที่มีสาเหตุเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ความสูงอายุ โรคเรื้อรังต่างๆ และอุบัติเหตุที่มีสัดส่วนสูงขึ้นทุกปี

ประเด็นเรื่องความพิการ ไม่เพียงเป็นเรื่องของขนาดและจำนวนที่สูงขึ้น แต่ภาพร่างทางสังคม และวัฒนธรรมของภาวะความพิการ (social and cultural representation) ที่เป็นภาพลักษณ์ของการไม่ปกติ ค้อย ความเป็นอื่น ถูก แบ่งแยกคน อย่างแตกต่าง ถูกจัดให้เป็นคน ชายขอบ (marginalized) โดยอำนาจของการถูกลีลา การจัดกลุ่ม

การนิยาม “ความพิการ” ตามองค์การอนามัยโลก จัดได้ว่าเป็นการนิยามที่มีเหตุผลและได้รับการยอมรับเป็นสากล การนิยามจะใช้การจัดกลุ่มโรคระหว่างประเทศเป็นพื้นฐานประกอบกับการพิจารณาตามบริบททางสังคม เป็นการนิยามและจำแนกความพิการและความบกพร่องสมรรถภาพ ตามการกำหนดประเภทระดับนานาชาติเกี่ยวกับความพิการ ความทุพพลภาพ และความค้อยสถานะ (The International Classification of Impairments, Disability and Handicaps หรือ ICIDH) ในปี ค.ศ. 1980 ซึ่งบัญญัติไว้เป็นแนวทางการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก นิยามดังกล่าวแยกแยะระหว่าง ความพิการ (impairment) ความทุพพลภาพ (disability) และความค้อยสถานะ (handicap) ดังนี้

ความพิการ (impairment) หมายถึง การสูญเสียการทำหน้าที่หรือการมีโครงสร้างที่ผิดปกติทางกายวิภาค สรีรวิทยา และจิตวิทยา เป็นการนิยามที่ใกล้เคียงกับ คำว่า “โรค” ของ Kleinman ซึ่งหมายถึง กระบวนการการทำหน้าที่ผิดปกติทางชีววิทยาและจิตวิทยา ดังนั้น การนิยาม “ความพิการ” จึงคำนึงถึงการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐานสำคัญ ซึ่ง เป็นนิยามที่หมายถึงความบกพร่องในระดับอวัยวะ

ความทุพพลภาพ (disability) มีรากศัพท์จาก dis และ ability คำว่า dis หมายถึง not / to undo / to take away เมื่อประกอบกับคำว่า ability แล้ว disability จึงมีความหมายตรงตัวว่าเป็นการทำให้ไร้ความสามารถ ดังนั้น ความทุพพลภาพ จึงหมายถึงข้อจำกัดหรือความบกพร่องของการทำงานของร่างกาย อันสืบเนื่องมาจากความพิการ เช่น การทำกิจกรรมต่างๆ การใช้ทักษะ และพฤติกรรมที่แสดงออก

ความค้อยสถานะ (Handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบของบุคคล อันเนื่องมาจากความพิการหรือทุพพลภาพ ที่เป็นข้อจำกัดหรือขัดขวาง ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำรงบทบาทได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางอายุ เพศ สังคม และวัฒนธรรม ของบุคคลผู้นั้น ความค้อย

สถานะจึงมีความหมายครอบคลุมถึงผลกระทบทางสังคม คุณค่าและความคาดหวังตามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ที่ส่งผลให้ชีวิตของบุคคลนั้นตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ

จะสังเกตเห็นได้ว่าตามนิยามขององค์การอนามัยโลกในปี ๑๙๘๐ นี้ เป็นการนิยามที่ตั้งอยู่บนฐานคติเชิงการแพทย์ในลักษณะทวิลักษณ์ กล่าวคือ เป็นการจำแนกร่างกายที่มีความสามารถหรือพลภาพ (able-bodied) และร่างกายที่ไม่สามารถหรือทุพพลภาพ (dis-abled bodied) จนทำให้ความทุพพลภาพเป็นเรื่องของธรรมชาติ (naturalization) (Johnstone, 2001) ดังตารางต่อไปนี้

พลภาพ	ทุพพลภาพ
• ปกติ • ดี • สะอาด • เหมาะสม • สามารถ • พึ่งพาตนเองได้	• อปกติ • เลว • สกปรก • ไม่เหมาะสม • ไม่สามารถ • พึ่งพาผู้อื่น

แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะมีการนิยาม ความทุพพลภาพ (disability) และความด้อยสถานะ (handicap) เพิ่มเติมจากการนิยามความพิการ (impairment) ได้ทำให้แนวคิดเรื่องความพิการ มีความหมายกว้างกว่าความหมายความพิการตามชีวการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามการจำแนกความพิการก็ยังคงใช้ ความหมายของความพิการ (Impairment) ที่อิงตามพื้นฐานทางการแพทย์เป็นสากล คำว่า “ความพิการ” จึงสื่อความหมายทั้งด้านสังคมศาสตร์ การเมือง และอุดมการณ์

Simi Linton (2006) กล่าวว่า “Ableism” ใน the Reader’s Digest Oxford Wordfinder ให้ความหมายคำนี้ว่า เป็นการเลือกปฏิบัติของกลุ่มคนที่มีความสามารถและมีร่างกายที่ปกติ คำนี้อาจไม่ค่อยคุ้นหูเหมือนกับคำว่า “racist” หรือ “sexist” เท่าไรนัก ทั้งนี้เพราะ คำนี้แฝงถึง ความด้อยกว่าของกลุ่มผู้พิการ ที่ถูกคนกลุ่มใหญ่ในสังคมเอาเปรียบหรือกดขี่อยู่จนกลายเป็นเรื่องธรรมชาติ บุคคลที่พิการมักจะได้รับการเรียกชื่อไปต่าง ๆ นานา เช่น พิการ ทุพพลภาพ (disability) ด้อยสถานะ (handicap) ง่อย หรือปัญญาอ่อน เป็นต้น แต่ละคำล้วนมีระดับของการควบคุมที่ส่งผลต่อชีวิตผู้พิการที่แตกต่างกัน การเรียกชื่อ จึงเป็นกระบวนการตีตรา (Labeling process) เป็นสิ่งที่สังคมประกอบสร้างขึ้น

“ความพิการ” ในทางการแพทย์ หมายถึง ข้อจำกัดหรือความบกพร่องของการทำงานของร่างกาย อันสืบเนื่องมาจากความพิการ เช่น การทำกิจกรรมต่างๆ การใช้ทักษะ และพฤติกรรมที่แสดงออก ส่วนในทางกฎหมาย ความพิการ หมายถึง บุคคลที่ไม่มีอำนาจทางกฎหมายหรือขาด

คุณสมบัติตามที่สังคมหรือกฎหมายกำหนด (disqualify) ใน Stedman's Medical Dictionary (1976) ได้ให้ความหมาย ความพิการ (Disability) ในทางการแพทย์ ว่า เป็นการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ของอวัยวะ และส่งผลให้บุคคลนั้นสูญเสียพลังอำนาจ แตกต่างจาก คำว่า Disablement ซึ่งหมายถึง การสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะ แต่บุคคลผู้นั้นยังมีพลังอำนาจในตัวตน

การนิยามความพิการทางการแพทย์ เป็นการวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (medicalization) ที่นิยามว่าผู้พิการเป็นบุคคลที่เบี่ยงเบนจากบรรทัดฐาน กล่าวคือ ผู้พิการเป็นบุคคล ที่มีความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยา มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เป็นภาระต่อผู้ดูแล และมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต **แนวทางการรักษาผู้พิการก็คือ การพยายามแก้ไข ข้อบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นการเน้นการแก้ไขในระดับปัจเจกบุคคล มากกว่าการแก้ไขใน ระดับสังคม** ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกระบวนการทางสังคมที่จำกัดชีวิตของผู้พิการ หรือประเด็นนโยบาย สำหรับผู้พิการ

เมื่อสังคมใช้การนิยามทางการแพทย์เป็นหลักในการปฏิบัติต่อผู้พิการ ก็เป็นการยากที่มีการ ตีความความพิการใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตีความในบริบทของการเมืองและการเปลี่ยนแปลง ทางสังคมที่กระทบต่อผู้พิการ หากจะถามว่า ใครบ้างที่ถูกนิยามว่าเป็นคนพิการหรือคุณสมบัติใดที่ จัดว่าเป็นคนพิการ คำตอบก็คือ คนที่มีสถานะเป็นชายขอบ ซึ่งถูกคนส่วนใหญ่ในสังคมนิยามหรือ จัดแบ่งประเภทออกเป็น 2 ชั้น ที่แยกระหว่าง “ความปกติ” กับ “ความพิการ” การลบเส้นแบ่ง ระหว่างการเป็นคนปกติหรือคนพิการคงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะ ตราบไคที่สังคมยังอิงอยู่กับการ นิยามผู้พิการตามมาตรฐานทางการแพทย์ ผู้พิการก็ยังคงถูกลดทอนคุณค่าและมีการเลือกปฏิบัติ

การวินิจฉัยทางการแพทย์มีอิทธิพลมาก และได้กลายเป็นเรื่องที่อยู่บนหลักการของเหตุผล ที่สามารถวินิจฉัยความปกติหรือผิดปกติของมนุษย์บนพื้นฐานความรู้ทางการแพทย์ Abberly (1996) มองว่าการนิยามและจำแนกความพิการตามองค์การอนามัยโลกเช่นนี้ เป็นการมองที่อยู่บน พื้นฐานทางการแพทย์ซึ่งให้คุณค่ากับร่างกายหรือสภาพความเป็นปกติ (normal) ของมนุษย์ ที่เอื้อ ประโยชน์ต่อกิจกรรมทางสังคมของคนที่มีร่างกายปกติ เขามองว่า **ภาวะบกพร่องไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่ ตามธรรมชาติ หากแต่เป็นการจัดประเภททางสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์และ สร้างให้เกิดการกดขี่** เมื่อแพทย์นิยามความพิการไว้ที่การด้อยประสิทธิภาพและการไร้ซึ่งศักยภาพ ของปัจเจก การนิยามเช่นนี้จึงเป็นสิ่งที่สังคมสร้างให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความพิการ (sense of disability) บนฐานคิดแบบวัตถุนิยมและเป็นโครงสร้างที่มากดขี่คนที่ไร้ความสามารถ พร้อมกับมี การใช้แนวคิดการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นมารองรับ เพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับการกดขี่ จน กลายเป็นอุดมการณ์ที่สังคมยอมรับกันจนเป็นเรื่องปกติ

การนิยามความพิการเพื่อประโยชน์ในการวัด การนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ เป็น ประเด็นปัญหาที่มีข้อถกเถียงกันอยู่เสมอและไม่มีข้อสรุป เพราะมีความซับซ้อนและจำแนกตาม เหตุผลการใช้ประโยชน์ ทั้งนี้มีคำนิยามที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยองค์การอนามัยโลก (WHO,

2000) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1983) ได้จำแนกประเภทความพิการออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบกพร่อง ระดับทุพพลภาพ และระดับเสียเปรียบหรือด้อยโอกาส ดังนี้

ระดับความผิดปกติหรือความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง ความสูญเสีย หรือความผิดปกติด้านจิต กาย หรือโครงสร้างหรือการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น อาการทางจิตประสาท การมองเห็น หรือพารามิเตอร์ของอวัยวะ เช่น การได้ยิน การพูด การเคลื่อนไหว ความจำผิดปกติ

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

ระดับความเสียเปรียบหรือด้อยโอกาส (Handicap) หมายถึง ภาวะด้อยโอกาส หรือความเสียเปรียบของบุคคลอันเนื่องมาจากภาวะความบกพร่อง หรือภาวะทุพพลภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดหรือขัดขวางการดำเนินชีวิต หรือแสดงบทบาทอันเป็นปกติ ซึ่งสอดคล้องตามวัย เพศ สังคม วัฒนธรรมได้ทำให้การดำเนินชีวิตยากลำบากกว่าคนทั่วไป หรืออีกนัยหนึ่ง ภาวะด้อยโอกาส เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนพิการ และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการทางสังคมที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของคนพิการ เน้นพิจารณาที่โอกาส การเข้าถึงและบริการของคนพิการมีอยู่ รวมทั้งปัญหาของความยากจน และการถูกกีดกันแบ่งแยกที่ส่งผลถึงความเสียเปรียบหรือด้อยโอกาสของประชากรกลุ่มนี้ เช่น ผู้พิการร่างกาย ที่ใช้ล้อเลื่อน ไม่สามารถใช้บริการสาธารณะได้เพราะ ไม่ได้มีพื้นที่ หรือทางสำหรับล้อเลื่อนไว้ ทั้งนี้ สามารถแก้ไขหรือลดระดับความเสียเปรียบลงได้ ถ้าสังคมให้โอกาสไม่ว่าจะเป็นทางกาย จิต และสังคม

การพิจารณาระดับของปัญหาความพิการดังกล่าว อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าระดับแรก คือ เน้นความบกพร่องหรือการทำหน้าที่ (function) ความสามารถระดับอวัยวะ ระดับที่สอง คือ เน้นความสามารถระดับบุคคลต่อการทำกิจกรรมที่จำเป็นเป็นปกติ และระดับที่สามเป็นความสามารถของบุคคลที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถของบุคคลต่อบทบาททางสังคม ทั้งสามระดับแสดงนัยยะบ่งชี้ภาวะความพิการแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม การให้ความหมายดังกล่าวเป็นการให้ความหมายทางสังคม แม้คนส่วนใหญ่ในสังคมเชื่อว่าตนรู้อะไรคือพิการ หรือไม่พิการ แต่ในทางปฏิบัติ ขอบเขตของความพิการมีได้กว้างมาก นอกจากนั้นเส้นแบ่งความผิดปกติทางร่างกาย เช่น ความบกพร่องทางร่างกายที่มองไม่เห็น จะถือเป็นผู้บกพร่องหรือ หย่อนสมรรถภาพ หรือ ด้อยโอกาสหรือไม่ เช่น กรณี คนที่ตัวเตี้ยมากๆ หรือคนที่มีแผลเป็นที่หน้า คนเหล่านี้อาจถูกจัดหรือตีความไปยังกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งตามความหมายข้างต้น เช่น คนที่มีแผลเป็นที่หน้าจากการถูกน้ำกรด อาจไม่ได้ถูกตีความว่าเป็นคนพิการ เพราะยังทำงานในชีวิตประจำวันได้ แต่พวกเขาอาจถูกแบ่งแยก รังเกียจตีตราจากสังคม

ในทางปฏิบัติแต่ละประเทศได้มีการให้คำนิยามความหมายของคนพิการ ในประเทศไทย การศึกษาวิจัยคนพิการในช่วงแรกๆมักจะให้ความสนใจเป็นสำคัญกับการวัด ความผิดปกติของ อวัยวะ 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 ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด จนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้ เช่น หูตึง หูหนวก เป็นใบ้ 2) ทางการมองเห็น หมายถึง ผู้ที่ตาบอดข้างเดียวหรือสองข้าง 3) ทางกาย หรือ การเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ ผู้ที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเชิงคนปกติได้ 4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางจิตใจหรือสมอง ในส่วนการเรียนรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น วิตกกังวล 5) ทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้ หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญา หรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ เช่น ปัญญาอ่อน 6) พิกัดเข้าซ้อน หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องมากกว่า 1 ประเภท

ต่อมาในปี 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจขึ้นอีกครั้ง โดยพิจารณาปรับปรุงนิยามใหม่โดยอิงนิยามที่ใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เพื่อให้ครอบคลุมความพิการได้มากขึ้น โดยมีทั้งความพิการในระดับอวัยวะ (impairment) และให้ความสำคัญกับความพิการในระดับบุคคล (disability) โดยจำแนกและอธิบายความพิการไว้ละเอียดโดยให้สัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ กล่าวคือพิการ หมายถึงผู้ที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้

1) พิกัดทางการมองเห็น หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือมีความลำบากในการมองเห็นตัวอักษรขนาดปกติ ถึงแม้ว่าจะใส่แว่นสายตา หรือคอนแทกเลนส์แล้วก็ยังไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น คนตาบอด คนสายตาเลือนลาง คนที่มีลานสายตาแคบกว่าปกติ บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น แว่นขยาย เพื่ออ่าน อักษรตัวพิมพ์ ที่ขยายใหญ่ (คนสายตาเลือนลาง) หรือต้องใช้อักษรเบรลล์แทนอักษรปกติ (คนตาบอด)

2) พิจารณาการได้ยินหรือสื่อความหมาย หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือมีความล่าช้าในการได้ยินเสียงที่พูดในลักษณะปกติ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากหูตึงหรือหูหนวก บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่นเครื่องช่วยฟัง (คนหูตึง) หรือต้องใช้ภาษามือในการสื่อสาร (คนหูหนวก)

3) พิจารณาการสื่อความหมาย หมายถึง ผู้ที่พูดไม่ชัดหรือมีความผิดปกติทางการพูดเป็นอย่างมาก จนทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น หรือการมีความผิดปกติทางสมองที่ทำให้ไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้อื่นได้

4) พิจารณาการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่ล่าช้าในการเดิน เคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน เช่นผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ ขา แขน มือ นิ้ว หรือ ผู้ที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขน หรือขาขาด ถีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต เป็นต้น

5) พิจารณาจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางจิตใจ ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

6) พิจารณาสติปัญญา และการเรียนรู้ หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ หรือมีความจำกัดในการเรียนรู้เรื่องต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป

งานการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความพิการ เช่น การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายเพื่อหาความพิการทั่วประเทศ โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ของสำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, 2540) ส่วนใหญ่เน้นการตรวจความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะของร่างกาย

จะเห็นว่าการวัดความพิการของกฎกระทรวง และงานวิจัยในช่วงหลังๆ ให้ความสำคัญกับการวัด ความผิดปกติของอวัยวะ และความสามารถระดับบุคคล ซึ่งวัดทั้งสองอย่างปนกันตามประเภทความพิการ เช่น พิจารณาการมองเห็น การได้ยินใช้การวัดความพิการในระดับอวัยวะ ส่วนพิจารณาการสื่อความหมาย จิต พฤติกรรม เป็นการวัดความสามารถระดับร่างกายต่อการทำกิจกรรมประจำวันที่เป็น สำหรับการวัดความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และพิจารณาสติปัญญา/ การเรียนรู้ เป็นการวัดผสมผสานระหว่างการวัดความพิการระดับอวัยวะและระดับร่างกาย ทั้งนี้ยังคงไม่พบการศึกษาเพื่อวัดความสามารถของคนพิการในการดำรงชีวิตในสังคม

การวัดความพิการในต่างประเทศ เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา นิยามความพิการก็ยังคงเน้นความจำกัดของบุคคลในการทำกิจกรรมปกติอันเนื่องมาจากความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจ ในพระราชบัญญัติคนพิการของชาวอเมริกัน (Americans with Disability Act, ADA)ปี 1990 ให้ นิยามผู้พิการหมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่จำกัดความสามารถอย่างหนึ่งอย่าง

ใดหรือมากกว่า ในการทำกิจกรรมประจำวันของบุคคล นิยามนี้ เน้นให้มีความหมายที่กว้าง นอกจากการรวมถึงการไม่สามารถทำกิจกรรมปกติอย่างใดอย่างหนึ่งได้หรือมากกว่านั้น ยังหมายรวมถึงบุคคลที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมเช่นคนอื่น ยิ่งไปกว่านั้น ยังรวมเอาคนที่เกิดความพิการมาก่อนในอดีตและแม้มีสภาพที่ดีขึ้น แต่ยังคงถูกรับรู้จากคนอื่นว่ามีความผิดปกติของร่างกายและจิตใจในการทำกิจกรรมปกติ ในประเทศอังกฤษ การสำรวจสุขภาพระดับชาติ (Health Survey for England, HSE) ใช้นิยามความพิการ โดยครอบคลุมข้อจำกัดของการทำงานของส่วนต่างๆ เช่น การเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเดินและการขึ้นบันได และรวมถึงการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วย (ADLs) เช่นการขึ้นลงเตียง หรือเก้าอี้ การสวมเสื้อผ้า การกิน การทำความสะอาดร่างกายและการเข้าห้องน้ำ โดยแบ่งกลุ่มของความพิการออกเป็น 5 กลุ่ม คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การเห็น การได้ยินและการสื่อสาร โดยการศึกษาที่ไม่รวมเอาความผิดปกติทางจิตใจในการศึกษาด้วย สำหรับการสำรวจระดับชาติในประเทศแคนาดาโดย International Classification of Functioning (ICF) ใช้กรอบนิยามความพิการขององค์การอนามัยโลก ที่ว่า ความพิการคือความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง อวัยวะต่างๆ ของร่างกายและการปฏิบัติตามหน้าที่ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งจะคำนึงถึง บทบาทของปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้วย ผู้พิการจึงหมายถึง บุคคลที่ระบุว่ามี ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือระบุว่ามีปัญหาสุขภาพหรือสถานะทางร่างกายหรือจิตใจ ที่ลดทอนประเภทหรือจำนวนในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่พวกเขาสามารถทำได้ โดยนัยนี้ จึงให้ความสำคัญกับการตอบและการรับรู้ของผู้ตอบ

การสำรวจครัวเรือนระดับชาติในประเทศแอฟริกาใต้เกี่ยวกับคนพิการ(Central Statistical Service, 2001) ให้นิยามความพิการ ว่า คือภาวะความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ที่ขัดขวางให้บุคคลไม่สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติอย่างอิสระ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ หรือการศึกษาได้อย่างเต็มกำลัง โครงการนี้ความพิการออกเป็น 6 ประเภท คือ พิการทางการมองเห็น ความพิการด้านการได้ยิน ความพิการด้านการสื่อสาร ความพิการทางร่างกาย ความพิการด้านสติปัญญา และความพิการทางอารมณ์ ในขณะที่ประเทศทางแถบเอเชียแปซิฟิก เช่น ประเทศกัมพูชา (draft Cambodian Disability Law) ให้ความหมายคนพิการว่า เป็นผู้ที่มีสูญเสียอวัยวะของร่างกาย 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 หรือรบกวนการดำเนินกิจกรรมปกติได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น พิการทางกาย พิการทางจิตใจ และพิการทั้งทางกายและจิตใจ สำหรับประเทศจีน ให้นิยามผู้พิการ ว่าคือผู้ที่สูญเสียความสามารถทั้งหมดหรือบางส่วนในการดำเนินกิจกรรมปกติ อันเป็นผลมาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจและร่างกาย แบ่งความพิการออกเป็น 5 ประเภท คือ พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยินและพูด พิการทางร่างกาย พิการทางสติปัญญา และพิการ

ทางจิตใจ ในขณะที่ประเทศฟิลิปปินส์ พระราชบัญญัติแห่งชาติ ให้ความหมายคนพิการว่า คือผู้ที่ทนทุกข์จากความจำกัด ความไร้ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันแบบปกติ อันเป็นผลมาจากความผิดปกติทางร่างกายจิตใจ หรือความรู้สึก (sensory impairment) ในขณะเดียวกัน ใน the Economic Independence of Disabled Persons Act ของฟิลิปปินส์ ก็ให้ความหมายที่ว่า คนพิการคือ คนที่ไม่สามารถทำงานอย่างปกติ และมีการดำเนินชีวิตแบบปกติ อันเนื่องมาจากสูญเสียแขน ขา หรือส่วนของร่างกายอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บ หรือสูญเสียมาตั้งแต่กำเนิด

สำหรับองค์การสหประชาชาติ (1998) ได้ให้นิยามคนพิการ ว่าคือ ผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางประเภท หรือมีข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ ของที่บุคคลที่สามารถทำได้ อันเนื่องมาจาก ปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และ สุขภาพ ที่มีระยะเวลายาวนาน จากการทบทวนการให้นิยามความหมายความพิการในประเทศต่างๆ จะเห็นได้ว่างานวิจัยและกรอบการวัดความพิการมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และภายในประเทศเดียวกันก็ยังคงมีความแตกต่างในแต่ละโครงการวิจัยด้วย โดยอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ประเทศต่างๆส่วนใหญ่ยังคงให้ความหมายความพิการ โดย เน้นไปที่ความบกพร่องของอวัยวะและความสามารถของบุคคลต่อการทำกิจกรรมที่จำเป็น ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทางการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการทำงานและความสมบูรณ์ของอวัยวะ เป็นการมองปัญหาและจัดการปัญหาในระดับ อวัยวะและบุคคล และอาจเกิดความสับสนในการจัดกลุ่มความพิการที่มีอยู่ หรือไม่อาจครอบคลุมภาวะความพิการบางกลุ่มบางประเภท จึงอาจกล่าวได้ว่าขนาดคนพิการที่พบจากการศึกษาในประเทศต่างๆ ยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ในขณะที่ฐานข้อมูลที่มีอยู่ก็พบปัญหาความพิการทางร่างกายมากกว่าความพิการทาง

2.3 เพศและ เพศวิถีกับการประกอบสร้างทางสังคม

“เพศ” (sex) และ “เพศสภาพ” (gender) ว่ามีความหมายที่แตกต่างกัน มนุษย์เมื่อเกิดมามีสรีระที่บ่งความเป็นเพศหญิงและชายที่แตกต่างกัน เพศ (sex) เป็นสถานะที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายโดยมีร่างกาย (body) เป็นตัวกำหนด ในขณะที่เพศสภาพ (gender) เป็นภาวะที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายซึ่ง มนุษย์ (สังคม) เป็นตัวกำหนด เพราะความเป็นหญิงชายหรือเพศสภาพ(gender) ไม่ได้ถูกกำหนดโดยระบบเพศสรีระ (biological sex)เท่านั้น แต่ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคม และอื่นๆ ทำให้สังคมเกิดความคาดหวังต่อความเป็นหญิงและชายในแง่มุมต่างๆ และมีส่วนกำหนดความเชื่อ ทักษะคติ รวมทั้งประเพณีปฏิบัติต่างๆที่ถูกทำให้กลายเป็นบรรทัดฐาน (social norms) ในเรื่องของความเป็นหญิง เป็นชาย ดังนั้นความเป็นเพศสภาพเกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม และเป็นสื่อกลางทำให้เราเข้าใจลักษณะความเป็นหญิง (feminine) และลักษณะความเป็นชาย (masculine)

ในขณะที่เรื่องเพศวิถีก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรม เรื่องเพศไม่ใช่เรื่องของการสืบพันธุ์เท่านั้น หากแต่เรื่องเพศเป็นความเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม ในแต่ละสังคม ความเป็น

ชาย และความเป็นหญิงได้ถูกขัดเกลาในเรื่องเพศแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ความหมายของเพศหญิง และเพศชายแตกต่างกัน มีความคาดหวังในพฤติกรรมของเพศตรงข้ามต่างกัน รวมทั้งแสดง พฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกันด้วย เรื่องเพศจึงเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน เป็นวิถีทางเพศที่สังคม และวัฒนธรรมกำหนด เพศวิถี (sexuality) จึงมีความหมายที่มากกว่าเฉพาะพฤติกรรมทางเพศ แต่หมายรวมถึงความต้องการและความพึงพอใจในเรื่องเพศของบุคคล อัตลักษณ์ทางเพศ และความเป็นหญิง เป็นชาย ซึ่งทั้งหมดเป็นผลลัพธ์ของสังคม (social product) ที่ถูกประกอบสร้างภายใต้ สังคมวัฒนธรรมหนึ่งๆ ซึ่งมีหลากหลายมิติและเป็นพลวัตร พฤติกรรมทางเพศของบุคคลในแต่ละ สังคมจึงเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ตามลักษณะของแต่ละบุคคล ค่านิยม และสิ่งแวดล้อมทาง สังคม ตัวอย่างเช่น ความคาดหวังและแบบแผนพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ได้เปลี่ยนแปลงอย่าง รวดเร็วตามสังคมแห่งความทันสมัยและความเป็นเมือง นอกจากนั้นความหมายและความเข้าใจ เกี่ยวกับความบริสุทธิ์ในวัยรุ่นกลุ่มต่างๆ ก็อาจมีความแตกต่างด้วย Dixon_ Mueller, R. (1996) ได้ กล่าวถึงเพศวิถีว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการด้วยกันคือ

1. คู่สัมพันธ์ทางเพศ (sexual partner) หมายถึง ประเภท แบบแผนความสัมพันธ์ของคู่ สัมพันธ์ทางเพศ และลักษณะของคู่ความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งมีความความสัมพันธ์อย่างยั่งยืนรูปแบบการ มีเพศสัมพันธ์ และ ผลลัพธ์ของการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การป้องกันหรือไม่ป้องกัน การติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคเอดส์

2. กิจกรรมทางเพศ (sexual acts) หมายถึง การปฏิบัติทางเพศ ทั้งในเรื่องของความถี่ ทางเลือก หรือรูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลหรือแต่ละคู่

3. การให้ความหมายของเพศสัมพันธ์ (sexual meaning) หมายถึง กระบวนการคิด พฤติกรรมในเรื่องเพศ ซึ่งถูกตีความและให้ความหมายตามบริบทของวัฒนธรรมนั้นว่าสิ่งใด เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับผู้หญิงและผู้ชาย

4. แรงขับทางเพศและความพึงพอใจ (sexual drive and enjoyment) หมายถึง การรับรู้ของ หญิงและชายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ความสามารถทางเพศ อารมณ์ การกระตุ้นความรู้สึก ความสุขและการตอบสนองทางเพศ การรับรู้ในเรื่องแรงขับและความสุขความพึงพอใจใน เพศสัมพันธ์ของตนเองและของเพศตรงข้าม

องค์ประกอบทั้งหมดของเพศวิถีที่กล่าวมานี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจแบบ แผนพฤติกรรมทางเพศของผู้พิการ กล่าวคือ คู่ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการมี กิจกรรมทางเพศ การให้ความหมายต่อเพศสัมพันธ์และความพึงพอใจต่อเพศสัมพันธ์ดังกล่าว แตกต่างกันด้วย

เรื่องเพศยังเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมของสังคม เป็นเรื่อง ต้องห้ามในสังคม เพราะถูกจัดเป็นเรื่องส่วนตัว และเกี่ยวข้องกับระบบคุณค่า ศีลธรรม ของสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพล จากความเชื่อและคำสอนของศาสนา กฎหมายและนโยบายสาธารณะ วิถีปฏิบัติของคนในสังคม

รวมทั้งอำนาจของระบบการแพทย์ ซึ่งทั้งหมดต่างก็ร่วมมือหรือแข่งขันกันนิยามความหมายและกฎกติกาในเรื่องเพศ การมองว่าเรื่องเพศเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะทางชีวภาพของมนุษย์ แต่เพศวิถีได้ถูกให้ความหมาย ถูกประกอบสร้างโดยสังคมวัฒนธรรม ที่ไม่ใช่ว่ามนุษย์ทุกคนในสังคม จะสามารถแสดงออก รู้สึก ยอมรับ หรือให้คุณค่าต่อเรื่องเพศเหมือนกัน กล่าวให้ชัด ชาย และหญิงได้ถูกสร้าง ถูกจัดเกลา (socialize) ในเรื่องความเป็นเพศชายและความเป็นเพศหญิงแตกต่างกัน ก็ถูกคาดหวัง ตีกรอบในการแสดงออกซึ่งวิถีทางเพศ แตกต่างกัน ให้ผู้ชายเป็นฝ่ายรุก เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้หญิงต้องเป็นผู้รับเป็นตอบสนองในเรื่องเพศ เรื่องเพศเป็นเรื่องของผู้ใหญ่ควรผูกกับสถาบันครอบครัว การเจริญพันธุ์ ไม่ใช่เรื่องของเด็ก เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องต้องห้าม ไม่ยอมรับ เพราะค้านกับอุดมการณ์หลักของสังคม เป็นต้น

กล่าวให้ถึงที่สุด เรื่องเพศ ได้ถูกผูกโยงกับเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม อำนาจและนโยบายของรัฐ ให้เรื่องที่มีนัยว่าเป็นเรื่องส่วนตัวเป็นเรื่องที่ไม่ใช่เรื่องส่วนตัวอย่างที่เข้าใจ ทั้งนี้กลุ่มคนที่เป็นคนชายขอบ คนที่ถูกแบ่งแยก ให้มี "ความเป็นอื่น" (otherness) เช่นคนพิการ จึงมีแนวโน้มที่จะถูกกำหนด ควบคุม หรือได้รับผลพวงอันเกิดจากการให้ความหมาย ตีตรา แบ่งแยก ในเรื่องเพศ เพศวิถีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อุดมการณ์ทางวัฒนธรรมในเรื่องเพศ เป็นอำนาจของสังคมที่สร้างความชอบธรรมในการตัดสิน และปฏิบัติการแบ่งแยก กำหนดให้คนพิการแสดงออกอย่างไรหรือรับข้อมูลและบริการอะไรในเรื่องเพศ เช่นการบริการวางแผนครอบครัว เพศศึกษา หรือสุขภาพทางเพศ เพราะได้โน้มนำให้เห็นว่าระบบความสัมพันธ์ทางเพศที่เป็นปกติ เป็นธรรมชาติ แพร่หลายทั่วไป นั่นก็คือวิถีชีวิต วิถีปฏิบัติ ความคิด และร่างกายของคนปกติ หรือไม่พิการ เป็น "บรรทัดฐาน" (norms) ของสังคม และในทางกลับกันวิถีปฏิบัติของคนพิการเป็นสิ่งที่ผิดปกติ ไม่ยอมรับ และไม่พึงปรารถนา ยิ่งไปกว่าอุดมการณ์ทางวัฒนธรรมนี้ ก็ดำรงอยู่ ผลิตซ้ำด้วยการใช้ภาพร่างทางวัฒนธรรมผ่านวาทกรรมที่ฉายภาพคนพิการ แสดงความคิดต่อความพิการ ผ่านการกำหนด ตัดสิน และปฏิบัติอย่างไรต่อคนพิการซ้ำอีก

ภาพร่างทางวัฒนธรรมของคนพิการ ที่ว่า คนพิการ เป็นคนป่วยและไม่มีเพศ ดำรงอยู่ภายใต้มายาคติต่างๆของสังคมต่อคนพิการ คนพิการมักมีภาพอคติเหมารวม (stereotype) จากสังคมว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้สึกทางเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีเพศ เพราะเรื่องเพศมักผูกโยงกับความสามารถ ทางร่างกาย และความสวยงามทางร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการตอบสนองทางเพศที่สำคัญ และเมื่อเป็นคนพิการแล้ว จึงทำให้คิดไปได้ว่า เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ เป็นความไม่เหมาะสม (improper) นอกจากนั้นเรื่องเพศยังไปเกี่ยวพันกับอุดมการณ์การเจริญพันธุ์ เรื่องเพศซึ่งถูกนิยามและเกี่ยวโยงอย่างเฉพาะเจาะจงว่าเป็นเรื่องของการ 'ร่วมเพศ' ระหว่างอวัยวะเพศของชายและหญิง โดยให้ความสำคัญกับอวัยวะเพศชายและความพึงพอใจทางเพศของผู้ชายเป็นศูนย์กลาง ความสัมพันธ์ทางเพศในลักษณะนี้ได้รับการยอมรับว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและปกติ

อิทธิพลของกรอบเรื่องเพศนี้ทำให้ คนที่ไม่สามารถปฏิบัติการทางเพศโดยใช้อวัยวะทางเพศดังกล่าว ถูกจัดว่าเป็นพวกที่ไม่มีความสามารถ เช่นผู้พิการอัมพาตท่อนล่าง (paraplegia) ที่ไม่มีความรู้สึกทางเพศโดยผ่านอวัยวะสืบพันธุ์ หรือการไม่ยอมรับ การสนองความต้องการหรือการมีกิจกรรมทางเพศเช่น การสัมผัส และความรู้สึก อารมณ์อื่นๆแต่อย่างใด ความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่ได้เป็นเรื่องของอวัยวะชายหญิงและการเจริญพันธุ์ เป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ ถูกจัดว่าเป็นความเบี่ยงเบน ผิดศีลธรรมและ/หรือผิดธรรมชาติ การตีกรอบเรื่องเพศที่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องชอบธรรมในลักษณะนี้จำกัดรูปแบบความปรารถนาและพฤติกรรมทางเพศ และมีอำนาจต่อการทำความเข้าใจเรื่องเพศของคนในสังคมรวมทั้งการจัดการเชิงระบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศต่อคนพิการเป็นอย่างมาก

คนพิการแต่ละประเภทมีความต้องการ และปัญหาแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้พิการแต่กำเนิดและคนพิการภายหลังนั้นเผชิญปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือคนพิการแต่กำเนิดนั้นจะถูกสังคมกล่อมเกลามาตั้งแต่เล็กว่าตนเป็นคนพิการถูกทำให้เชื่อว่าไม่มีความต้องการทางเพศเช่นคนปกติและยังถูกปิดกั้นและขาดโอกาสเรียนรู้ทางเพศจากสังคม และยังขาดการกระตุ้นทางด้านสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม ประกอบกับพ่อแม่ของคนพิการยังขาดความเข้าใจและกลัวว่าจะนำไปสู่การกระทำทางเพศที่ไม่เหมาะสมจึงไม่มีการกระตุ้นพัฒนาการทางเพศ ทำให้คนพิการรู้สึกสับสน มีความรู้ทางเพศที่น้อยกว่า มีความคิดที่เกี่ยวกับเพศในทางลบ ส่วนคนพิการภายหลังนั้นเคยประสบหรือเคยได้รับความรู้ทางเพศมาก่อนแต่เขาต้องเผชิญกับการต่อต้าน การติตราจกสังคม ทำให้เขาเก็บกด สับสนและมีความวิตกกังวลและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เช่นผู้ป่วยที่มีปัญหาการบาดเจ็บที่เส้นประสาทที่กระดูกสันหลังอาจกังวลว่าตนจะยังมีsexualที่ปกติหรือไม่ และพบว่ามีการอัตราการหย่าร้างภายหลังเกิดความพิการจากการบาดเจ็บที่เส้นประสาทที่กระดูกสันหลัง SCI สูงมากถึงร้อยละ 85 และพบว่าภายหลังเกิดความพิการจะมีความต้องการทางเพศที่ลดลง ตามความพิการแต่ละประเภท แต่ก็มีรายงานว่าหญิงพิการ SCI ยังคงมีsexual response และความพิการไม่เป็นอุปสรรคต่อชีวิตสมรส และยังพบว่าทางศาสนาระบุห้ามไม่ให้คนพิการแต่งงานรวมทั้งกฎหมายมีการกำหนดไม่ให้คัดแยกคนพิการแต่ไม่มีบทลงโทษสำหรับผู้กระทำ

ที่สำคัญหากพิจารณา เพศภาวะ หรือความเป็นหญิง ความเป็นชาย กับความพิการ และเพศวิถี ก็จะสามารถสะท้อนว่าได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของคนเหล่านี้ ผู้หญิงพิการ มักได้รับการเลือกปฏิบัติในสภาพที่รุนแรงกว่าด้วยอคติที่ซ้อนทับสองชั้น (double taboo) คือ เพราะเป็นคนพิการและเพราะเป็นผู้หญิง จึงถูกเลือกปฏิบัติจากอคติจากสาเหตุสำคัญ คือ เพราะ“ความเป็นหญิง” และเพราะ“ความพิการ” ผู้หญิงเป็นวัตถุทางเพศ ต้องภาพลักษณ์สวย ต้องคา เพื่อกิจการจับจ้อง หรือเป็นเพศแม่ที่ต้องดูแลเลี้ยงดูลูก สังคมคาดหวังให้ผู้หญิงคู่กับความสวยความงาม เพื่อเป็นสิ่งที่ดึงดูดทางเพศ อัตลักษณ์ความเป็นหญิง ถูกกำหนดด้วยการ มีลูก การเป็นเมียที่ดูแลบ้าน และภาพลักษณ์ร่างกายที่สวยงาม (Tilley, 1996) สภาพทางร่างกายที่พิการสำหรับผู้หญิงพิการ จึงอาจเป็นปมด้อยกว่าผู้ชายพิการ นอกจากนั้นผู้หญิงในสังคมยังถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแล ปรนนิบัติ มีลูกและดูแลลูก ตามบทบาท

และหน้าที่ที่ได้รับในสังคม (Fine and Asch, 1988) ผู้หญิงพิการจึงอาจถูกทำให้กลายเป็นว่า ไม่สามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์ จนไปถึงการมองว่าเป็นคนไร้บทบาท (roleless) ไร้ความรู้สึกทางเพศ (asexual) ไม่ควรเป็นแม่ เพราะแสดงความไม่รับผิดชอบต่อสังคม (social irresponsibility) หรือถ้าเป็นแม่ ก็ไม่สามารถ เป็นแม่ที่สมบูรณ์แบบที่แท้จริงได้ “real mother” นอกจากนั้น คนพิการหญิงไม่ควรจะมีความสัมพันธ์ทางเพศ หรือบอบบางเกินไปสำหรับการมีกิจกรรมทางเพศ และรวมไปไกลถึงว่าถูกเอาเปรียบทางเพศได้เพราะไม่มีความรู้สึก คนพิการหญิงที่ตั้งครรภ์ อาจถูกตัดสิน (judge) ด้วยระบบคุณค่า ศีลธรรมของสังคม อันส่งผลต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ของเธอก็ถูกลดลงด้วย การการตั้งครรภ์ของหญิงพิการ อาจเป็นความผิด เพราะแสดงถึงความไม่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ด้วยเหตุที่สังคมมักมีภาพอคติเหมารวมว่าความพิการคือความไม่สมบูรณ์ เจ็บป่วย เป็นโรค และสิ่งเหล่านี้ก็จะถ่ายทอดไปที่ตัวลูกที่จะเกิดมาด้วย

เรื่องเพศเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นความปลอดกลัย เป็นเรื่องของสุขภาพที่มนุษย์ทุกคนพึงจะได้รับ ซึ่งจะส่งผลอย่างสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม แต่ คนพิการ ซึ่งยังคงมีฐานะอยู่ชายขอบของสังคม ถูกกดทับด้วยความไม่เท่าเทียมของสังคม และอคติของสังคมที่ถูกประกอบสร้างขึ้นให้เป็นคนที่ด้อย ไร้ความสามารถ เพศวิถีคนพิการเป็นเพศนอกกรอบของสังคม และถูก ตัดสินไปว่า ไม่เหมาะสม ไม่สมควร วิดถาร ผิดปกติ หรือเป็นความผิด ด้วยระบบคุณค่าเพศวิถีระหว่างหญิงชาย และอุดมการณ์ปิตาธิปไตยที่สัมพันธ์อย่างแนบแน่น

2.5 การประกอบสร้างวาทกรรม “คนพิการไร้เพศ”

คนพิการเป็นคนชายขอบของสังคม ถูกทำให้ไม่มีตัวตนในสังคม มองไม่เห็น ไม่มีตัวตน โดยเฉพาะในเรื่องเพศ ชายน้อยในบ้านทรายทองไม่เคยต้องการคนรักนอกเหนือไปจากการปกป้องเอาใจใส่ หากภาพยนตร์ได้น้อยเรื่องเต็มทีที่จะหาคนพิการอยู่ในนั้น และแทบเป็นศูนย์ที่จะหาละครหรือภาพยนตร์เรื่องใดที่พูดถึงเพศของคนพิการ รวากับคนพิการไม่มีเพศ

Miligan และ Neufeldt กล่าวถึงมายาคติต่อคนพิการว่า สังคมมักคิดว่าคนพิการขาดความสามารถทางเพศ ขาดความสามารถในการพัฒนาความสัมพันธ์ด้านเพศที่ยืนยาว (Miligan & Neufeldt) ในขณะที่ Anderson และ Kinchin ที่กล่าวว่าสังคมมีความเชื่อว่าคนพิการขาดแรงขับทางเพศ (biological sexual drive) สามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่ต้องมีกิจกรรมทางเพศ หญิงพิการไม่ควรมีลูกหรือไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงลูกได้ หากใครมีลูกก็就会被สังคมกดดัน เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพเหมือนเด็ก ไม่มีเพศ หญิงพิการจึงไม่สามารถปฏิบัติบทบาทความเป็นหญิงที่สังคมคาดหวังได้ (Anderson & Kinchin, 2000)

ชุดความคิดดังกล่าวจึงทำให้คนพิการไม่มีตัวตนทางเพศ ถูกมองว่า ไม่ต้องการความรักแบบหนุ่มสาวคู่รัก คนพิการไม่ต้องการสร้างความสัมพันธ์ทางเพศ ไม่สามารถและไม่อยากมีครอบครัว ไม่สามารถมีลูกได้ ขาดแรงขับทางเพศ ไปจนถึงความเข้าใจผิดว่าหญิงพิการไม่มีการ

ตกไข่, ไม่มีประจำเดือน, ไม่สามารถถึงจุดสุดยอด, ไม่มีการแข็งตัว, หลั่งน้ำอสุจิตั้งครบก และให้กำเนิดบุตรไม่ได้ (Anderson & Kinchin, 2000).

Miligan and Neufeldt (2001) ศึกษาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์หลายชิ้นที่ช่วยดำรงอยู่ของ วาทกรรม “คนพิการไร้เพศ” ทั้งจากรายงานการศึกษา และประสบการณ์ตรงของคนพิการ

“... once an individual is confined to a wheelchair, his sex life is over” (Miligan & Neufeldt, 2001)

“เมื่อคนๆหนึ่งต้องนั่งรถเข็น ชีวิตทางเพศของเขาก็จะจบลงทันที”

ประโยคข้างต้นคือข้อสรุปของ Wada และ Brodwin ในการศึกษาประสบการณ์ทางเพศของคนพิการ. ประสบการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ เอเลน สโตล์ นักกิจกรรมหญิงที่พิการอัมพาต ซึ่งเขียนถึงประสบการณ์ของตัวเองว่า “เมื่อฉันอยู่ในสังคม คนปฏิบัติต่อฉันเหมือนอะไรก็ไม่รู้ที่ไม่ใช่ผู้หญิง ทำเหมือนฉันเป็นเด็ก เป็นเชื้อโรค เป็นวัตถุที่น่าสงสารหรือไม่ก็ ‘เป็ผู้เข้มแข็ง’ (supergimp) ผู้คนเห็นรถเข็นของฉันก่อนจะเห็นฉันเสียอีก (Miligan & Neufeldt, 2001)

จากการตัดสินใจของสังคม ทำให้ชีวิตทางเพศของคนพิการไม่ได้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของปัจเจกที่ประสบความพิการ แต่ถูกตัดสินจากบุคคลภายนอก โดยเฉพาะจากอำนาจการตัดสินใจ ป้ายจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ดังเช่นประสบการณ์ของ Rouso คนพิการอัมพาตถูกวินิจฉัยว่า “เธอขาดความรู้ และความอยากรู้อยากเห็นเรื่องเพศในชีวิต” เพียงเพราะเธอไม่สนใจที่จะมีชีวิตคู่ มีเซ็กซ์ หรือไม่อยากแต่งงาน ในขณะที่ตัวเธอได้ยืนยันว่า เธอมีความปรารถนาทางเพศ เพียงแต่ความปรารถนานั้นเธออยากเก็บไว้อยู่กับตัวเธอเพียงคนเดียวในจินตนาการ

วาทกรรม “คนพิการไร้เพศ” ดำรงอยู่ในสังคมมานาน และเพิ่มมีการตั้งข้อสังเกตเมื่อไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัย พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับผู้ปวยบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ก่อนปี 1970 ไม่มีงานวิจัยที่พูดถึงคนพิการในมิติทางเพศมาก่อน แม้ในทศวรรษ 1990 ถ้าจะมีการพูดถึงมิติทางเพศของคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ก็เป็นเพียงการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เพื่ออ้างอิงงานทางคลินิกเท่านั้น ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนวิธีคิดของนักฟื้นฟูคนพิการด้านการเคลื่อนไหวว่า คนพิการไม่เคยมีครอบครัว ไม่สามารถมีครอบครัวได้ ไม่ได้แต่งงานอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นอย่าคิดเรื่องเพศเสียเลยน่าจะดีกว่า ชุดความคิดนี้เพิ่งจะได้รับการพูดถึงและตั้งคำถามเมื่อปลายทศวรรษที่ 1990

การศึกษาทัศนคติต่อคนพิการในช่วงทศวรรษ 1990 ก็พบว่า คนทั่วไปก็ยังมีการแบ่งแยกคนพิการ โดยยินดีที่จะเป็นเพื่อนร่วมงาน หรือเป็นเพื่อนได้มากกว่าจะยินดีเป็นคู่รัก หรือใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศของคนพิการยังได้รับการละเลยที่ทัศนคติ

ต่ำกว่าคนปกติ (Anderson and Antonak 1992, Gething 1992 และ Wright 1983 อ้างใน (Miligan & Neufeldt, 2001)

คนพิการมักหาคนใช้ชีวิตคู่ร่วมด้วยอย่างยากลำบาก Rintala และคณะ พบว่า คนพิการทางกายได้รับนัดเกี่ยวกับคู่นอนบ่อยครั้ง และได้รับนานๆครั้ง นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มถูกบังคับจากคนที่นัดเที่ยว คนพิการมีอุปสรรคทางสังคมและอุปสรรคส่วนบุคคลในการสร้างความสัมพันธ์อย่างมาก

แม้คนพิการที่สามารถสร้างความสัมพันธ์ชีวิตคู่ได้แล้ว แต่ก็คนพิการบางรายก็ยังรายงานว่ามีบางช่วงขณะที่ตนรู้สึกไม่เป็นที่น่าสนใจหรือน่าดึงดูดทางเพศ และบางครั้งก็ถูกมองจากคู่ของคนว่าตนไร้เพศ คนพิการ SCI ส่วนใหญ่ไม่ยอมมีชีวิตคู่ หรือแม้มีแล้วก็อยากหย่าร้าง อย่างไรก็ตามมีรายงานบางรายงานเสนอผลเชิงบวก แต่ก็พบเฉพาะในคนพิการที่มีคู่อารเป็นส่วนใหญ่

หลักฐานอีกประการหนึ่งคือการเปรียบเทียบการเข้าสู่ชีวิตทางเพศของหญิงพิการและหญิงร่างกายสมบูรณ์ Walter และคณะ ได้เปรียบเทียบเพศวิถีของหญิงพิการและหญิงปกติพบว่า หญิงพิการระบุว่าตนเองเริ่มมีชีวิตทางเพศเมื่ออายุ 13.16 ปี ในขณะที่หญิงร่างกายปกติเริ่มเมื่ออายุ 12.93 ปี นัดเดทครั้งแรกเมื่ออายุ 16.6 ปี ในขณะที่หญิงร่างกายสมบูรณ์เริ่มนัดเมื่ออายุ 14.91 ปี และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20.37 ปี ในขณะที่หญิงร่างกายปกติมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 17.75 ปี กล่าวได้ว่าหญิงพิการได้รับประสบการณ์ทางเพศช้ากว่าหญิงปกติถึงประมาณ 2 ปี (Walter, Nosek, & Langdon, 2001)

การมองไม่เห็นชีวิตทางเพศของคนพิการยังปรากฏอยู่ในกฎหมายและข้อบังคับ เช่น ในประเทศไอร์แลนด์ มีกฎหมายห้ามคนที่ยังต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือปกป้องตนเองจากการถูกระทำรุนแรงทางเพศไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ กฎดังกล่าวหมายรวมถึงคนพิการด้วย ทำให้คนพิการไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ทางเพศ วิธีคิดดังกล่าวยังปรากฏอยู่ในสถานบริการฟื้นฟูคนพิการทางพัฒนาการ ห้ามคนพิการจูบ หรือมีแฟน มิฉะนั้นนั้นจะถูกปฏิเสธการฟื้นฟูจากศูนย์บริการ (Kelly, Crowley, & Hamilton, 2009)

เพศวิถีของคนพิการดูจะไม่ได้อยู่ในห้วงมโนสำนึกของคนทั่วไปหรือแม้แต่ในทฤษฎีเรื่องเพศวิถี เช่นใน ทฤษฎีเพศที่ชอบธรรม และระบบคุณค่าเรื่องเพศของ Gayle Rubin ซึ่งระบุเพศวิถีที่ดี ปกติ เป็นธรรมชาติ และเพศวิถีที่ไม่ดี ผิดปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ ก็ยังไม่ได้คำนึงถึงเพศวิถีของคนพิการ แนวคิดดังกล่าวได้รับการตรวจสอบจากการระดมความคิดเห็นเรื่องข้อควรทำและข้อห้ามเรื่องเพศในสังคมไทยซึ่งจัดโดยองค์กร PATH UNAIDS และกรมควบคุมโรค ในปี 2550 (รัชชัย พาชัน & พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2551) ซึ่งพบว่าเพศวิถีชายขอบ เช่น LGBT ได้ถูกจัดไว้ในหมวด “ห้ามทำ” ในขณะที่เพศวิถีในคนพิการไม่ได้ปรากฏในหมวดใดเลย สะท้อนให้เห็นว่า เพศวิถีในคนพิการเป็น “เพศวิถีชายขอบของเพศวิถีชายขอบ”

แนวคิดที่มาของการประกอบสร้างเพศวิถีคนพิการ เพศวิถีชายขอบ

แนวคิดเรื่องความสามารถ ableism

ความพิการเป็นภาวะแห่งความไม่สามารถ (un-able) ซึ่งตรงข้ามกับภาวะแห่งความสามารถ (able) โดยเฉพาะความสามารถที่เกี่ยวกับเพศ เช่น ความสามารถในการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางเพศ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางเพศ ความสามารถในการตั้งครรภ์ ความสามารถในการดูแลครรภ์ ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ความสามารถในการดูแลครอบครัว เป็นต้น

การที่สังคมเข้าใจว่าคนพิการไม่สามารถ ไม่ได้หมายความว่าคนพิการ ไม่มีความสามารถ เสมอไป เช่น คนพิการ SCI ซึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ไม่ได้หมายความว่าคนพิการไม่ได้ทำกิจกรรมทางเพศ คนพิการบางคนอาจทำกิจกรรมทางเพศผ่านการจินตนาการ คนพิการทางสติปัญญาที่ดูเหมือนไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ทางเพศได้ อาจถูกทำให้ไม่มีโอกาสสร้างความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่า

ภาวะไม่สามารถของคนพิการจึงง่ายต่อการเข้าใจผิดว่าคนพิการไม่มีความสามารถ หรือไร้ความสามารถ และเมื่อความสามารถบางประการเป็นสัญญาณของการมี “เพศ” จึงทำให้คนพิการดูเหมือนเป็น “คนไร้เพศ” เช่น การที่คนพิการ SCI บางส่วนไม่สามารถถึงจุดสุดยอดทางเพศได้ (orgasm) คนอัมพาตทั้งตัวที่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำให้ความสุขทางเพศกับคู่ คนพิการจำนวนมากที่ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ยืนยาว ภาวะดังกล่าวดูเหมือนคนพิการไม่มีความสามารถทางเพศ จึงถูกปฏิบัติอย่างมองข้ามมิติเพศ คือไม่ต้องสนใจว่าคนพิการจะมีความพึงพอใจทางเพศหรือไม่ เพราะอย่างไรเสียคนพิการก็ไม่มีความรู้สึกทางเพศอยู่แล้ว ภาวะดังกล่าวคือกระบวนการที่ทำให้คนพิการกลายเป็น “คนไร้เพศ”

ภาวะดังกล่าวน่าจะเทียบเคียงได้กับความไม่สามารถมีลูก ที่อาจไม่สามารถมีลูกได้จริงหรือดูเหมือนไม่สามารถมีลูกได้ เช่น คนพิการทางสติปัญญาหญิง หญิงคาบอด ภาวะการมีลูกซึ่งเป็นสัญญาณของความเป็นผู้หญิง ได้ถูกลดทอนหรือทำให้หายไป เพศหญิงของคนพิการจึงหายไปด้วย คนพิการหญิงจึงกลายเป็น “คนพิการไร้เพศ” ในที่สุด

แนวคิดสายพันธุ์ด้อยตามทฤษฎีวิวัฒนาการ

ทฤษฎีวิวัฒนาการของ ชาร์ลส์ ดาร์วิน (Charles Darwin's Revolution Theory) เป็นรากฐานของสาขาวิชาพันธุศาสตร์ ที่ว่าด้วยการปรับตัวของเผ่าพันธุ์สิ่งมีชีวิต โดยผู้ที่แข็งแรงที่สุดเท่านั้นที่จะเป็นผู้ที่อยู่รอด และสืบเผ่าพันธุ์ต่อไป (survival of the fittest) (Wikipedia)

จากแนวคิดดังกล่าวทำให้สิ่งมีชีวิตถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สายพันธุ์ที่เข้มแข็งและควรแก่การสืบเผ่าพันธุ์ กับสายพันธุ์ที่อ่อนแอและไม่ควรแก่การสืบพันธุ์ กระบวนการคัดสรรสายพันธุ์จะเกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งจะแปรเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อมที่สิ่งมีชีวิตนั้นๆ อาศัยอยู่

สิ่งมีชีวิตสายพันธุ์เด่นและสายพันธุ์ด้อยมีความชัดเจนขึ้นเมื่อ เกรเกอร์ เมนเดล(1822 – 1884) ค้นพบลักษณะเด่น (dominant phenotype) และลักษณะด้อย (recessive phenotype) โดยลักษณะเด่นหรือลักษณะด้อยสามารถถ่ายทอดผ่านหน่วยทางพันธุกรรม (gene) จากพ่อแม่สู่ลูก และจากลูกสู่หลาน (Wikipedia, 2010a)

แน่นอนว่าความพิการถูกจัดอยู่ในประเภทลักษณะด้อย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดลักษณะความพิการจากคนพิการสู่ลูก โดยเฉพาะเมื่อมีงานวิจัยทางคลินิกที่ยืนยันความเป็นไปได้ที่ความพิการบางประเภทมีโอกาสถ่ายทอดจากพ่อแม่สู่ลูกได้สูง เช่น ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางจิต ความพิการทางพัฒนาการ

ถึงแม้ความเป็นไปได้ที่ลักษณะความพิการดังกล่าวจะไม่ได้เกิดขึ้นร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่เมื่อวัดความเป็นไปได้ออกมาในหน่วยเป็นเท่าตัว เช่น ลูกที่เกิดจากคนพิการสติปัญญามีโอกาสมีโอกาสพิการทางสติปัญญามากกว่าคนร่างกายสมบูรณ์ถึง 4 เท่า(ตัวเลขสมมติ) ก็เพียงพอที่จะสร้างความกังวลในการปฏิเสธให้คนพิการมีลูก

ในขณะที่ธรรมชาติเป็นผู้คัดสรรให้ยีนรากล่องต้องสูญพันธุ์เพราะกินใบไม้จากต้นไม้ที่สูงกว่าไม่ถึง สังคมกำลังทำหน้าที่คัดสรรให้คนพิการต้องสิ้นสุดพันธุ์เพราะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง ดังนั้นในที่นี้ คนพิการจึงกำลังถูก”คัดสรรทางสังคม”เพราะมียืนด้อยอันไม่พึงปรารถนา

หลักเกณฑ์ในการคัดสรรทางสังคมในเรื่องเพศประการหนึ่งจากระบบคุณค่าเรื่องเพศของ Geyle Rubin ที่ระบุว่าเพศวิถีที่ดีต้องเป็นไปเพื่อการให้กำเนิดลูก ดังนั้นคนพิการหลายประการที่ไม่สามารถมีลูก หรือน่าสงสัยว่าจะไม่สามารถมีลูก หรือไม่น่าจะเลี้ยงลูกได้ จึงต้องถูกคัดสรรทางสังคม ด้วยกระบวนการต่างๆ เช่น การบังคับทำหมัน การกีดกันไม่ให้สร้างความสัมพันธ์ทางเพศ การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม การยุติการตั้งครรภ์ ตลอดจนการขัดเกลากายทางสังคมให้ว่าทกรรม “คนพิการไร้เพศ” เข้าไปประทับฝังร่างอยู่ในร่างกายคนพิการ(embody) และคัดสรรตนเองให้กลายเป็นคนพิการรุ่นสุดท้ายในที่สุด

แนวคิดภาพตัวแทนคนพิการ

คำอธิบายอีกคำหนึ่งที่ทำให้คนพิการไร้เพศ ก็เพราะคนพิการมีภาพตัวแทนเป็นคนไร้เพศ ดังนี้

น่าสงสาร เหมือนคนป่วย เป็นอันตรายแก่ตัวเอง เหมือนเด็ก ต้องการปกป้อง ไม่มีมูลค่า สิ้นค้าเสียหาย เครื่องจักรชำรุด ไม่ก่อให้เกิดผล ด้อย วิกลจริต เป็นภาระ ขี้ริ้ว ขี้เหร่ต่อต้านสังคม เบี่ยงเบน อันตราย ทูพพลภาพ คนง่อน ชักกระตุก ปัญญาอ่อน น่าขยะแขยง น่าหวาดกลัว คนป่วย ไร้เพศ

ภาพตัวแทนดังกล่าวหากตัดภาพตัวแทน “ไร้เพศ” และ “คนป่วย” ออกไป ก็จะจัดประเภทได้ดังนี้

คนพิการคือสิ่งของ	คนพิการนำสงสาร	คนพิการน่ารังเกียจ	คนพิการเป็นคนไร้ค่า
ไม่มีมูลค่า สินค้าเสียหาย เครื่องจักรชำรุด	นำสงสาร เหมือนคนป่วย เป็นอันตรายแก่ตัวเอง เหมือนเด็ก ต้องการปกป้อง	วิกัลจริต เป็นภาระ ชีวิตรั่วเร่ ต่อต้านสังคม เบี่ยงเบน อันตราย ทุพพลภาพ คนง่อน ชักกระตุก ปัญญาอ่อน น่าขยะแขยง น่าหวาดกลัว	ไม่ก่อให้เกิดผล ค้อย เครื่องจักรที่ชำรุด

จากภาพตัวแทนดังกล่าว จะเห็นได้ว่าไม่มีภาพตัวแทนใดดึงดูดทางเพศ อยากอยู่ร่วมด้วย อยากอยู่ใกล้ชิด อยากสร้างความสัมพันธ์ และละเลยมิติเพศของคนพิการแทบทั้งสิ้น ภาพตัวแทนดังกล่าวส่งเสริมการดำรงอยู่ของชุดความคิด “คนพิการไร้เพศ” ด้วยกันแทบทั้งสิ้น

ภาพตัวแทนของคนพิการไม่ว่าจะเป็น “วัตถุสิ่งของ” “คนน่ารังเกียจ” “ความไร้ค่า” หรือ “ผู้นำสงสาร” เป็นภาพตัวแทนที่ลดทอนความเป็นมนุษย์ของคนพิการ ดังนั้นมิติเพศซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเป็นมนุษย์ ย่อมจะถูกลดทอนลงไปด้วย

ภาพตัวแทนคนพิการในโฆษณา ก็มักได้เห็นเด็กพิการขอบริจาคแวนเปิดกระป๋องเพื่อนำมาผลิตชาเขียว หรือโฆษณาชุด “Que Sera Sera” ของบริษัทไทยประกันชีวิต ล้วนเป็นชุดโฆษณาส่งเสริมสังคมที่กล่าวถึงคนพิการในแง่ลบ “ความเป็นเด็ก” “ผู้นำสงสารที่สังคมต้องช่วยเหลือ” และเป็นภาพตัวแทนหลักที่ไม่ได้มีความเป็นเพศเข้ามาอยู่ในห้วงสำนึก

แม้ในงานชิ้นเอกของเจมส์ คาเมรอน เรื่อง อวตาร (AVATAR) ภาพยนตร์ที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดและมีคนพิการอยู่ในเรื่อง เจค ซัลลี ทหารนาวิกโยธินขาพิการทั้งสองข้างในภาพยนตร์เรื่องอวตาร ก็พบว่าชีวิตคู่ที่สุขสมบูรณ์นั้น ควรเป็นชีวิตคู่กับชนเผ่าต่างดาวบนขาทั้งสองข้างที่สมบูรณ์มากกว่า ในขณะที่ร่างกายพิการถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง

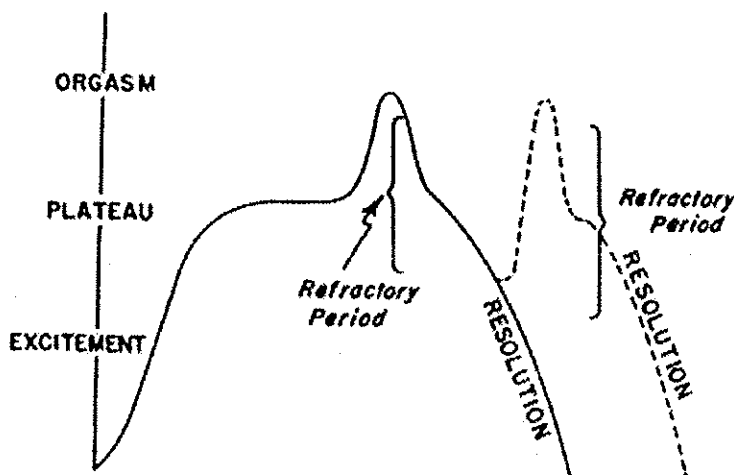
แนวคิดการทำให้เป็นปกติ (Normalization) ผ่านวาทกรรมทางการแพทย์

วาทกรรมคนพิการไร้เพศ เป็นวาทกรรมที่อยู่ในกลุ่ม เพศวิถีที่มีความเบี่ยงเบน หรือเป็นเพศวิถีที่ผิดปกติ (Abnormal sexuality) ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากมีการนิยามเพศวิถีที่ปกติ (normal

sexuality) ดังนั้นวาทกรรมคนพิการไร้เพศจึงเป็นผลพวงจากการบัญญัติความปกติของเพศ (sexuality normalization)

สถาบันหลักที่มีอำนาจในการนิยามความปกติคือสถาบันทางการแพทย์ ผ่านชุดคำอธิบายความผิดปกติทางเพศ Sexual Dysfunction หรือ Sexual Disorder ซึ่งบรรจุอยู่ในคู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ซึ่งปัจจุบันใช้คู่มือเวอร์ชัน DSM-IV-TR (2000) ของสมาคมจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association)

แนวคิดที่ถือเป็นรากฐานของชุดคำอธิบายความผิดปกติทางเพศ มาจากงานวิจัยพฤติกรรมทางเพศซึ่งอยู่ในพรมแดนความรู้ทางจิตวิทยาของ Masters and Johnson ซึ่งทำการวิจัยพฤติกรรมทางเพศในห้องทดลองจากชาย 312 คน และหญิง 382 คน ศึกษาวงจรการปฏิบัติการเพศสัมพันธ์แบบข้ามเพศ (heterosexual) ถึง 10,000 รอบ และได้สร้างแบบจำลองการตอบสนองทางเพศของมนุษย์ (Human Sexual Response Model) ซึ่งระบุแบบแผนการตอบสนองทางเพศของมนุษย์ออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (Malatesta & Adams, 2002)



แบบจำลอง Human Sexual Response Model จาก(Malatesta & Adams, 2002)

1. Excitement phase (initial arousal) ความอยากปรารถนา
2. Plateau phase (at full arousal, but not yet at orgasm) ความตื่นตัวทางเพศ
3. Orgasm การถึงจุดสุดยอดทางเพศ
4. Resolution phase (after orgasm) การคืนกลับสู่ภาวะปกติ

แบบแผนการตอบสนองทางเพศ 4 ขั้นเป็นพื้นฐานของการระบุอาการการตอบสนองทางเพศที่ผิดปกติ ตั้งแต่ความผิดปกติขั้นความต้องการ จนถึงขั้นคืนกลับสู่ปกติ ทั้งปัญหาไม่มี น้อย

เกินไป จนถึงมากเกินไป การไม่ถึงจุดสุดยอด ไม่หลัง เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ที่อันตราย มีเพศสัมพันธ์ในวิถีที่สังคมไม่ยอมรับ (Psychiatryonline)

ชุดคำอธิบายดังกล่าวถูกใช้เป็นรากฐานของการวินิจฉัยความผิดปกติทางเพศของ “มนุษย์” อันเป็นการนิยาม “ความผิดปกติทางเพศ” ด้วยอำนาจการอธิบายทางพฤติกรรมศาสตร์ และใช้ในสถาบันทางการแพทย์และจิตเวชทั่วโลก คู่มือ DSM-IV-TR และ ICD-10 ซึ่งไม่ได้แตกต่างกันนัก ในชุดวิธีคิด ได้จำแนกคนเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ผิดปกติทางเพศ และกลุ่มผิดปกติทางเพศ ใครก็ตามที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตาม “รายการ” ที่ระบุไว้ 4 ข้อ ย่อมเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ หรือเบี่ยงเบนทางเพศ แน่แน่นอนว่าคนพิการจำนวนมากถูกเบียดขับ และตกอยู่ในประเภทผิดปกติและกลายเป็นคนไร้เพศในที่สุด

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแบบแผนการตอบสนองทางเพศของ Master and Johnson จะกลายเป็นชุดคำอธิบายหลัก แต่ก็ต้องถูกตั้งข้อสังเกตจาก Giulio ว่าเป็นแบบแผนและชุดคำอธิบายที่ใช้ไม่ได้กับคนพิการ อันเนื่องมาจาก

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาล้วนแต่เป็นคนที่มียาร่างกายสมบูรณ์ ไม่ได้เป็นตัวแทนของ “มนุษยชาติ” โดยแท้จริง นอกจากนี้ยังละเลยกลุ่ม LGBT แบบแผนดังกล่าวจึงยังทำหน้าที่แบ่งแยกความปกติและความผิดปกติโดยมีอุดมการณ์ทางเพศอยู่เบื้องหลัง
- 2) ความพึงพอใจทางเพศมีความแตกต่างหลากหลาย แปรผันตามบริบทและคู่เพศสัมพันธ์ของปัจเจก ความพึงพอใจทางเพศของคู่เพศสัมพันธ์อาจไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามแบบแผน แต่ละคนย่อมมีแบบฉบับการมีสุขภาวะทางเพศเป็นของตนเอง
- 3) แบบแผนความสัมพันธ์ดังกล่าวสร้างขึ้นโดยเชื่อว่า การถึงจุดสุดยอดเป็นภาวะที่ทุกคนต้องไปให้ถึง ซึ่งเป็นชุดความคิดที่มีผู้ชายเป็นศูนย์กลาง เพราะแม้แต่ผู้หญิงก็ไม่ได้ถึงจุดสุดยอดทางเพศเสมอไป คนพิการไม่จำเป็นต้องถึงจุดสุดยอดแต่ก็สามารถมีสุขภาวะทางเพศได้

ดังนั้นแบบแผนและชุดคำอธิบายเรื่องเพศ จึงควรมีการปรับปรุงถ้าจะใช้ในการบำบัดคนพิการ เพื่อไม่เป็นการกีดกัน แบ่งแยก ตีตราคนพิการว่าเป็นคน “เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ” ทั้งที่คนพิการสามารถเข้าถึงสุขภาวะทางเพศได้โดยไม่ต้องสนใจว่าจะ “เสื่อม” หรือ “ไม่เสื่อม” ก็ตาม

ปัญหาและผลกระทบ : สุขภาพทางเพศคนพิการ

การดำรงอยู่ของมายาคติ “คนพิการไร้เพศ” คงไม่ใช่เรื่องคอขาดบาดตายนักหากชุดความคิดดังกล่าวเป็นเพียงชุดความคิดเท่านั้น หากแต่ชุดความคิดดังกล่าวยังเข้ามามีส่วนกำหนดพฤติกรรม ทำทิกของคนในสังคมทั่วไปต่อคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต คนดูแล ญาติพี่น้อง ครู บุคลากรวิชาชีพ ชุมชน ตลอดจนกฎหมายและสถาบันทางสังคม เมื่อคนพิการถูกปฏิบัติราวกับเป็นคนไร้เพศ ทำให้คนพิการต้องเผชิญกับความทุกข์อันเกิดจากมายาคติดังกล่าวเช่น การไม่ได้รับ

ความพึงพอใจทางเพศอันเป็นสิทธิทางเพศขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงทางเพศ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือ HIV การไม่ได้รับเพศศึกษา ไม่ได้รับบริการสุขภาพทางเพศ สูญเสียและถูกลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์

คนพิการถูกลดทอนความพึงพอใจทางเพศ

โดยสภาพทั่วไป คนพิการทางกายที่ส่งผลต่อระบบอวัยวะเพศมักมีปัญหาการไม่ได้รับความพึงพอใจทางเพศโดยปริยาย เช่น คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว หรืออวัยวะเพศไม่มีความรู้สึก โอกาสที่คนพิการทางกายจะได้รับความพึงพอใจทางเพศแทบจะไม่มี ความเข้าอกเข้าใจของคู่หรือคนดูแลเกี่ยวกับความพึงพอใจทางเพศจำเป็นต้องได้รับความรู้และปฏิบัติต่อคนพิการในลักษณะเฉพาะ แต่เมื่อได้รับชุดความคิด “คนพิการไร้เพศ” จึงง่ายที่คนพิการทางเพศจะถูกเพิกเฉยทอดทิ้ง คนพิการทางกายแทบจะไม่ได้ได้รับความพึงพอใจทางเพศอีกเลย

ในขณะที่คนพิการในประเภทอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับระบบอวัยวะเพศ เช่น คนพิการสูญเสียการมองเห็น คนพิการทางสติปัญญา คนพิการสูญเสียอวัยวะ ซึ่งแม้จะมี “สมรรถภาพทางเพศ” กลับถูกตัดสินจากสังคมให้ไม่สามารถรับผิชอบเพศวิถีและความปรารถนาทางเพศของตนเอง เช่น คนพิการทางสติปัญญาในไอร์แลนด์ ซึ่งมีความต้องการเรื่องเพศ อย่างมีคู่ ปรารถนาที่จะได้รับการสัมผัสที่ลึกซึ้ง เช่น การกอด จูบ หรือสร้างความสัมพันธ์ทางเพศกับคนรัก แต่ก็ถูกสังคมตัดสิน ห้ามปราม ควบคุม แม้ว่าคนพิการสติปัญญาจะสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ก็ตาม (Kelly, et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ล้มเหลวในชีวิตคู่ กว่าร้อยละ 75 ต้องมีประสบการณ์การหย่าร้างอันเนื่องมาจากสภาพความพิการของตนเอง (Anderson & Kinchin, 2000)

การเข้าถึงเพศศึกษา

ชุดความคิด “คนพิการไร้เพศ” ยังทำให้คนพิการไร้เพศศึกษา เพราะเมื่อผู้ปกครองของเด็กพิการได้รับชุดความคิด คนพิการจะลำบากหากรู้จักเพศ จึงทำให้กระอักกระอ่วนใจที่จะสอนเรื่องเพศ โดยกลัวว่าถ้าลูกเรียนรู้เรื่องเพศแล้วจะผิดหวังในความรัก เจ็บช้ำน้ำใจ ขุ่นเคืองใจ จึงหลีกเลี่ยงการสอนหรือไม่สอน หรือสอนเฉพาะในทางป้องกันไม่ให้ลูกถูกเอาเปรียบทางเพศ มากกว่าสอนให้รู้จักแสวงหาความสุขจากเพศ หรือในบางประเทศที่มุ่งเน้นสวัสดิการคนพิการ ก็อาจสร้างชุมชนคนพิการในลักษณะระบบปิด แม้ว่าจะมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันความรุนแรงทางเพศต่อคนพิการ แต่ทำที่ดังกล่าวมีลักษณะโน้มเอียงไปในทางปกป้องคนพิการ (overprotection) มากกว่าจะเตรียมตัวให้คนพิการอยู่ในโลกที่เป็นจริงเรื่องเพศ (Kelly, et al., 2009)

นอกจากนี้หลักสูตรเพศศึกษาในพื้นที่การศึกษาส่วนใหญ่ ก็ไม่ได้ออกแบบหลักสูตรสำหรับคนพิการ อันเนื่องมาจากชุดความคิด “คนพิการไม่จำเป็นต้องรู้ เพราะไม่ได้เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์” หรือวิธีคิด “คนพิการไม่ใช่คนส่วนใหญ่” จึงไม่คุ้มค่าที่จะออกแบบหรือเตรียม

หลักสูตรคนพิการ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาหลายชิ้น ก็พบว่าคนพิการมีความต้องการมีความรู้ เพศศึกษาไม่ต่างจากคนร่างกายปกติ และยังคงต้องการชุดความรู้พิเศษที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง สำหรับคนพิการในประเภทต่างๆ ด้วย เช่น การเข้าสังคม ความรู้เกี่ยวกับการสำเร็จความใคร่ด้วย ตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงทางเพศเพื่อที่จะได้ป้องกันตนเองจากการถูกระทำรุนแรง ทางเพศ การดูแลครรภ์สำหรับแม่พิการ การเลี้ยงดูเด็กสำหรับแม่พิการ เป็นต้น

ความเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงและเอาเปรียบทางเพศ

คนพิการจึงเป็นผู้ได้รับผลกระทบ เป็นผู้ที่ไม่ได้รับโอกาส หรือสิทธิของสิ่งที่เรียกได้ว่าเป็น พื้นฐานของมนุษย์ และที่สำคัญเป็นเสี่ยงภัยที่ไม่มีใครได้ขึ้น และทำให้สิ่งเหล่านี้ดำรงอยู่ ผลิตซ้ำ หรือยอมจำนน งานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศต่อคนพิการในต่างประเทศพบว่า ความรุนแรง ทางเพศของผู้พิการ เกิดขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 150 ของผู้ไม่พิการในเพศ และอายุเดียวกัน โดย เปรียบเทียบ กล่าวอย่างเฉพาะเจาะจง คือ กว่าร้อยละ 90 ของผู้พิการทางด้านการพัฒนาการมีประสบการณ์ ความรุนแรงอย่างน้อยในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ร้อยละ 49 มีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงทาง เพศกว่า 10 ครั้งขึ้นไป (Valenti-Hein & Schwartz, 1995) Sobsey and Doe (1991) ศึกษาผู้พิการ จำนวน 162 คน ในประเทศอเมริกาได้พบว่า ผู้พิการที่เป็นผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศมีอายุ เฉลี่ย 19.2 ปีโดยมีช่วงอายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 57 ปี ผู้ตกเป็นเหยื่อส่วนใหญ่คือผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 81.7 และผู้ชายเป็นผู้กระทำความรุนแรงเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 90.8 และกว่าครึ่งเป็นผู้ที่ ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้พิการ เช่นสมาชิกในครอบครัว บิดาเลี้ยง คู่รัก หรือคนรู้จัก งานชิ้นนี้ก็พบ แม้แต่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่กระทำความรุนแรงต่อคนพิการ โดยพบว่า มีถึง 28 % ที่ผู้กระทำความรุนแรงเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆและผู้ให้บริการทางการแพทย์ คน พิการ 80-90% ถูกระทำรุนแรงทางเพศอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และถูกระทำรุนแรงเป็นสอง เท่าทั้งในคนพิการหญิง(Giulio, 2003) และคนพิการชาย(Shakespeare, 1999) ส่วนหนึ่งสืบ เนื่องจากคนพิการไม่ได้รับความรู้เพศศึกษา จึงทำให้คนพิการไม่มีความรู้เรื่องการกระทำรุนแรง ทางเพศ(Giulio, 2003) ไม่รู้ว่าอะไรคือความรุนแรง ควรปฏิบัติตัวอย่างไรไม่ให้เสี่ยงต่อการถูก กระทำรุนแรงหรือเอาเปรียบ งานอีกชิ้นศึกษาผู้พิการด้านการพัฒนาการ 95 รายพบว่า ร้อยละ 83 ของ ผู้หญิงพิการและ ร้อยละ 32 ของผู้ชายมีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงทางเพศ และมีเพียง ร้อยละ 3 ทั้งนี้ พบปัจจัยกำหนดความรุนแรงหลายประการอาทิ ความไม่รู้ว่ากำลังตกเป็นเหยื่อของความ รุนแรง ไม่รู้ว่าจะบอกอย่างไรเมื่อได้รับความรุนแรง หรือการเชื่อว่าการผู้ถูกระทำเป็นส่วนหนึ่ง ของผลกระทบในชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังเชื่ออีกว่า สาเหตุความรุนแรงนั้นเกิดจาก การนับถือตัวเอง ต่ำ การพึ่งพิงคนอื่น และการขาดความรู้เกี่ยวกับข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือ

นอกจากการต้องเผชิญกับความรุนแรงแล้ว คนพิการอาจต้องเผชิญปัญหาการละเมิดสิทธิ เรื่องการตัดสินใจในเนื้อตัวร่างกายในเรื่องเพศ เพราะมีครอบครัว ผู้ดูแล หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ตัดสินใจด้วยทัศนคติที่ว่า คนพิการไม่มีเพศ ไม่พร้อมที่จะมีเพศ จึงอาจมีปัญหาคาดการเข้าถึงบริการ การได้รับความรู้ด้านเพศศึกษาที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง ไม่มีอิสระในการตัดสินใจเรื่องเพศ อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศ เช่นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือเมื่อตั้งครรภ์แล้ว ก็ไม่มีแหล่ง ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับความพิการที่พวกเขาเผชิญอยู่ การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ เป็นต้น

คนพิการส่วนใหญ่ต้องพึ่งพิงคนอื่น คนพิการส่วนใหญ่เป็นคนจน พบว่ามากกว่าครึ่งที่มี รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จึงทำให้คนพิการยังมีอำนาจการต่อรองน้อย เมื่อถูกกระทำ รุนแรงทางเพศก็ไม่กล้าที่จะไปบอกใคร เพราะคิดว่าคงไม่มีใครเชื่อ ไม่กล้าไปแจ้งตำรวจเพราะ ไม่สามารถเดินทางได้โดยสะดวก หรือกลัวจะถูกกระทำรุนแรงซ้ำ คนพิการส่วนใหญ่ถูก โดดเดี่ยวจากเครือข่ายทางสังคมทำให้โอกาสในการช่วยเหลือคนพิการมีน้อย รวมถึงชุดความคิดว่า คนพิการมีความสามารถในการป้องกันตัวเองต่ำ จึงยังไม่ได้เตรียมการให้คนพิการป้องกันตัว เองจากการถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยง มายาคติ “คนพิการไร้เพศ” ทำให้สังคม ส่วนใหญ่เพิกเฉยต่อความรุนแรงทางเพศต่อคนพิการ และยังผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศต่อ คนพิการ

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV, STD, RTI

มายาคติ “คนพิการไร้เพศ” ทำให้คนพิการมักไม่ได้รับการบริการสุขภาพทางเพศเนื่องจาก มองข้ามเพศของคนพิการ จึงมองไม่เห็นด้านม มดลูก เมื่อมีการตรวจสุขภาพญาติและบุคลากร ทางการแพทย์จึงละเลยที่จะตรวจมะเร็งด้านม การตรวจมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เมื่อไม่ได้ คิดว่าคนพิการสามารถมีลูกหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศได้จึงไม่ได้ให้การวางแผนครอบครัวแก่คน พิการ หรือให้ในทางโน้นน่าวไม่ให้คนพิการมีลูก ไม่มีการตรวจหาเชื้อ HIV ไม่ได้มีการตรวจ ภายใน ซึ่งเป็นบริบทเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบสืบพันธุ์ทั้งสิ้น

นอกจากนี้ผลพวงของการไม่ได้รับเพศศึกษาทำให้ไม่รู้จักวิธีในการป้องกันตนเองจากโรค ในระบบสืบพันธุ์ เช่น ไม่รู้วิธีใช้ถุงยาง ไม่รู้ว่าการเปลี่ยนคู่นอนเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และโรค อื่นๆ

การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ

การมองไม่เห็นเพศของคนพิการนอกจากจะทำให้คนพิการถูกเพิกเฉยต่อการได้รับสุขภาพ ทางเพศแล้ว ยังทำให้คนพิการไม่ได้รับคุณภาพการบริการที่ดีอีกด้วย เช่น การตรวจภายในที่ก็มัก ไม่คำนึงถึงความความรู้สึกรู้สึกของคนพิการ เช่น คนพิการขาต้ออาจไม่สามารถตรวจภายในด้วยท่าทาง ปกติ คนพิการทางการสื่อสารที่ต้องใช้ล่าม เช่นคนพิการหูหนวกหรือเป็นใบ้ ทำให้ละเมิดความ

เป็นส่วนตัวคนพิการ (อุบลพรรณ ชีระศิลป์, 2553) เหล่านี้ทำให้คนพิการไม่อยากจะใช้บริการทางการแพทย์ พบว่าคนพิการมีความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพทางเพศเพียงไม่ถึงครึ่งหนึ่งเท่านั้น (Miligan & Neufeldt, 2001)

เมื่อคนพิการขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการมีลูกก็มักถูกโน้มน้าวหรือบังคับให้คุมกำเนิด เช่น คนพิการทางพัฒนาการถูกบังคับทำหมัน หรือยุติการตั้งครรภ์

ข้อมูลข่าวสารบางประการไม่ได้เตรียมการสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารสำหรับคนพิการทางสายตา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางเพศสำหรับคนพิการทางกาย ตลอดจนความรู้สำหรับคู่และคนดูแล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกสำหรับแม่พิการ เช่น ขาชนิดใดที่เป็นอันตรายต่อเด็กในครรภ์ เครือข่ายทางสังคมสำหรับการช่วยเหลือและสนับสนุนแม่พิการ อุปกรณ์ช่วยในการเลี้ยงลูก เป็นต้น (อุบลพรรณ ชีระศิลป์, 2553)

การถูกลดคุณค่าในตนเองและลดทอนความเป็นมนุษย์

สำหรับคนพิการชาย ความพิการได้ลดทอนความเป็นชายซึ่งเป็นแหล่งที่ทำให้ผู้ชายมีความภาคภูมิใจลงแทบหมดสิ้น จึงพบว่าคนพิการชายมีภาวะซึมเศร้าและกลายเป็นกลุ่มเปราะบางทางเพศอย่างมาก อันเนื่องมาจากการถูกทำหายความเป็นชาย (Shakespeare, 1999)

มายาคติความพิการทำให้คนพิการหญิงหลายคนไม่สามารถเป็นแม่ได้ตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง ทำให้คนพิการหญิงจำนวนหนึ่งสูญเสียอัตลักษณ์ความเป็นหญิงเช่นเดียวกัน การทำลายอัตลักษณ์ดังกล่าวไม่ได้จำกัดเพียงการห้ามปรามเท่านั้น ยังพบว่าคนพิการบางประเภทยังถูกบังคับทำหมันโดยไม่ยินยอม (Anderson & Kinchin, 2000) หรือแม้คนพิการสามารถมีลูกได้ก็จะถูกจับตาจากองค์กรคุ้มครองเด็กอยู่เสมอแม้ว่าคนพิการหญิงจะสามารถดูแลลูกได้เป็นอย่างดีก็ตาม (อุบลพรรณ ชีระศิลป์, 2553)

มายาคติดังกล่าวยังอาจประทับฝังร่าง (embody) ไปยังตัวคนพิการเองให้รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้เพศเช่นกัน อันจะพบว่าคนพิการบางส่วนป้องกันตัวเองจากการแต่งงาน มีลูก เรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หรือมีปฏิสัมพันธ์ทางเพศ คิดว่าคงไม่มีใครมาสนใจตนเองเพราะคนพิการไม่มีอะไรน่าดึงดูด (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์, 2553)

การกีดกันความเป็นแม่ของผู้หญิงพิการ

แม้ว่าจะมีอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการเกิดขึ้น แต่ยังคงพบว่าแม่ที่เป็นคนพิการน้อยคนนักที่จะเข้าถึงสิทธินี้ได้ ดังจะเห็นได้จาก ในระบบยุติธรรมยังคงมีการแยกลูกที่มีสภาพร่างกายปกติไม่พิการออกจากแม่ที่พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ทั้งพ่อและแม่ต่างก็พิการ หรือถ้าแม่พิการต้องการดูแลลูกด้วยตนเองก็ต้องอยู่ภายใต้การสอดส่องและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จากหน่วยงานภาครัฐถึงประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ในงานของ Deborah Kent (2002) เล่าถึงแม่ตาบอดรายหนึ่งว่า “วันหนึ่งเธอเจอคนแปลกหน้าพูดประณามถึงการที่เธอไม่สามารถเลี้ยงดูลูกให้ดีได้

หลังจากนั้นไม่กี่วันหน่วยงานปกป้องเด็ก (Children's Protective Service) ก็มาตรวจเยี่ยมเธอ นักสังคมสงเคราะห์ประเมินว่า เด็กสมบูรณ์ดี สะอาดสะอ้าน ทำทางมีความสุข และจะมาประเมินซ้ำอีก 5 ปี ทั้งๆที่แม่เด็กคนนี้ไม่เคยที่จะทอดทิ้งลูก หรือทำทารุณกรรมลูก แต่เป็นเพราะเธอตาบอด ทำให้เธอต้องถูกจับตามอง” (หน้า

นอกจากนี้หญิงพิการจะรับเด็กมาอุปการะ ยังเป็นเรื่องที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ (Kopala, 1989; White & White, 1993 อ้างใน Prilleltensky, 2003) ชีวิตของหญิงพิการจึงมักตามมาด้วยการหย่าร้าง (Mathews, 1992; Campion, 1995 อ้างใน Prilleltensky, 2003), หรือแม้แต่เรื่องโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยตนเองหลังคลอด ก็เป็นเรื่องที่สมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยยอมรับเท่าที่ควร เช่น ตัวอย่างในการศึกษาของ Mathews (1992) หญิงพิการ Cerebral Palsy ต้องสูญเสียลูกตนเองตั้งแต่หลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากขาดสมรรถนะและไม่สามารถเป็นผู้ปกครองเด็กได้ หรืออีกตัวอย่างหนึ่งแพทย์และพยาบาลพยายามเกลี้ยกล่อมให้หญิงพิการทางไขสันหลัง (Spinal cord injured patient) ยกลูกอายุ 8 เดือน ให้อยู่ในความอุปการะของผู้อื่น เป็นต้น หรือในตัวอย่างงานวิจัยของ (Carol Thomus, 1997) หญิงพิการ เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต เธอเคยถูกสามีถือสิทธิเอาลูกไปเลี้ยง เนื่องจากสภาพจิตของเธอแปรปรวน และเคยถูกแม่สามีทำร้ายจากการที่พยายามไปแย่งลูกคืน ต่อมาศาลพิพากษาให้สิทธิเธอเลี้ยงลูกได้ แต่ชีวิตของเธอก็ยังคงอยู่ด้วยความกลัวว่า จะต้องเสียลูกไปอีก เป็นความรู้สึกที่คอยหลอกหลอนตลอดเวลา อีกรายหนึ่ง เป็นหญิงพิการ เนื่องจากข้อสะโพกหลุด (Dislocated Hip) สิ่งที่เราควรกลัวคือ การถูกนิยามว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ (not capable) และกลัวว่า จะต้องสูญเสียลูกไป เป็นต้น บางรายแม้ว่าได้สิทธิจากศาลแล้ว แต่ก็ยังคงได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่ ทำให้หญิงพิการเกิดความรู้สึกว่าถูกตรวจตรา (surveillance) ตลอดเวลา

หญิงพิการกับการบริการทางการแพทย์ด้านสูติศาสตร์

ในระบบสุขภาพ คนพิการมักถูกคิดว่าเป็นบุคคลที่เบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานของสังคม การตั้งครรภ์ ให้กำเนิด และการเลี้ยงดู หญิงพิการจึงมีสภาพไม่ต่างอะไรกับคนที่อ่อนแอ และกลัวจะถูกตัดสินว่าไม่มีความพร้อมที่จะเป็นแม่ หญิงพิการมีชีวิตอยู่ได้อำนาจของเจ้าหน้าที่ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ หรือนักสังคมสงเคราะห์ อีกทั้งยังถูกประเมินจากชาวบ้านว่าเป็นบุคคลไร้สมรรถภาพ นอกจากนี้ ตนเองจะพิสูจน์ให้เห็น สังคมประเมินการเลี้ยงดูของหญิงพิการตลอดเวลา ดังนั้นจึงไม่ต้องสงสัยเลยว่า หญิงพิการจะมีความเครียดและวิตกกังวล มีการศึกษาจำนวนมากที่ระบุว่า หญิงพิการต้องการให้หน่วยงานบริการงานอนามัยเจริญพันธุ์มีการวางแผนการช่วยเหลือหญิงพิการ เพื่อให้เธอปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่การดูแลทารกในระยะตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลทารกหลังคลอด และการดูแลลูก ล้วนแต่เป็นทักษะที่หญิงพิการต้องการการฝึกฝน และได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อให้เธอเป็นแม่ที่มีสมรรถนะ (competent) สามารถดูแลตนเองและลูกได้

ในส่วนของคุณลากรทางการแพทย์เอง การดูแลคนพิการก็ล้วนแต่เป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ดังเช่นในงานวิจัยระบุว่า บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไรกับประเด็นเรื่องงานอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการ ตัวอย่างในงานของ (Carol Thomas, 1997) พบว่า จากประสบการณ์ของหญิงพิการ มักไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับความช่วยเหลือน้อยมากจากบุคลากรทางการแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ และไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งข้อมูลที่ควรรับรู้

การบริการทางการแพทย์ด้านสาธารณสุขให้กับคนพิการ จะต้องคำนึงถึงอุปสรรคทางสังคม ได้แก่ทัศนคติของสังคม องค์กรหรือหน่วยงานที่ดูแลคนพิการ และสภาพแวดล้อมที่หญิงพิการต้องเผชิญ เช่น เมื่อเธอคิดที่จะมีลูก ต้องเผชิญกับแรงกดดันอะไรบ้าง หรือเมื่อเธอตั้งครรภ์ ต้องเข้ารับบริการตรวจครรภ์ จะหาข้อมูลและติดต่อได้อย่างไร จนกระทั่งคลอดมีอุปสรรคอะไรบ้าง หน่วยงานทางสาธารณสุขได้มีแผนการปฏิบัติรองรับเรื่องนี้หรือไม่ อะไรคือสิ่งที่คนพิการเผชิญ

ตัวอย่างการไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งข้อมูลที่ควรรับรู้ หญิงพิการทางสติปัญญาคนหนึ่ง เป็น Cerebral Palsy มีปัญหาการทรงตัว และการเคลื่อนไหว เมื่อดังครรภ์ จะขึ้นลงเตียงลำบาก ต้องปีนขึ้นเก้าอี้ก่อนจะขึ้นเตียงได้ หลังคลอดเธอมีปัญหาไม่สามารถจะอุ้มลูกได้ แต่ตลอดระยะของการอยู่โรงพยาบาลหลังคลอด ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลลูกในลักษณะเฉพาะ เช่น จะอุ้มลูกอย่างไรให้ปลอดภัย เป็นต้น หรือตัวอย่าง หญิงพิการแขนซ้าย จากอุบัติเหตุรถยนต์ จากประสบการณ์การเลี้ยงดูลูกคนที่ 2 แตกต่างจากการเลี้ยงดูคนแรก ซึ่งตอนนั้นเธอยังไม่ได้รับอุบัติเหตุจนพิการ ปัญหาที่พบคือ ไม่ทราบว่าจะอาบน้ำแต่งตัวลูกอย่างไรกับการมีแขนข้างเดียว หรือ ไม่ทราบว่า จะอุ้มลูกออกจาก clip อย่างไรเพราะกลัวลูกตก หากเลี้ยงลูกกับพื้นคงสะดวกกว่านี้ แต่ทำได้ยากมากในโรงพยาบาล (Carol Thomas, 1997)

หญิงตั้งครรภ์ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสังเกตอาการผิดปกติ หรือการมาพบแพทย์ตามนัด แต่สำหรับคนพิการต้องการอะไรที่แตกต่างออกไป เช่น คนพิการที่มีโรคเรื้อรังต้องรับการรักษาด้วยยา ต้องการข้อมูลว่า ยาใดบ้างที่สามารถรับประทานได้หรือรับประทานไม่ได้ หรือ คนพิการทางการได้ยิน ต้องการอ่านริมฝีปากเจ้าหน้าที่ แต่บางครั้งเจ้าหน้าที่พูดเร็วเกินไป การเตือนให้พูดช้าๆ บ่อยครั้ง ก็ไม่อาจทำได้ หากมีการสื่อสารด้วยภาษามือจะยิ่งสะดวกมากยิ่งขึ้น หรืออาจเป็นเครื่องเตือน (Alarm) บอกเมื่อลูกร้อง หรือมีวิดีโอ สาริตการดูแลลูกซึ่งเป็นการสื่อสารด้วยภาพ สิ่งที่ยิงพิการทางหูต้องการก็คือ Technological aids ที่จะให้ช่วยในการเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น

ในเรื่องการสื่อสารกับคนพิการ การสื่อสารไม่จำเป็นต้องเป็นทางการเพียงอย่างเดียว การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ข้อเสนอแนะจากประสบการณ์ต่างๆ การพูดคุยให้กำลังใจ เป็นเรื่องที่มีความจำเป็นมากต่อคนพิการ หรือหากพยาบาลรู้จักเครือข่ายต่างๆ จะช่วยได้มากขึ้น เช่น เครือข่าย Local Lupus Support Group, องค์กรโรคหอบหืดแห่งชาติ (National Asthma Organization) สมาคม

โรคลมชักของสหราชอาณาจักร (The British Epilepsy Association) หรือเครือข่ายครอบครัวคนตาบอด เป็นต้น เครือข่ายเหล่านี้จะช่วยแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกเมื่อแม่ต้องอยู่ในสภาพที่พิการได้เป็นอย่างดี เช่น งานวิจัยของ (Kent, 2002) จากประสบการณ์ที่ตาบอด เธอสามารถเลี้ยงลูกได้จนลูกเข้าเรียนมหาวิทยาลัย ทั้งนี้เพราะได้รับคำแนะนำกำลังใจจาก เครือข่าย online ของคนตาบอด กลุ่มเพื่อนฝูง และสามี เป็นต้น

ในงานบริการทางการแพทย์ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีการช่วยเหลือคนพิการ แต่การช่วยเหลือมักเป็นไปในลักษณะ การทำแทน (take over) มากกว่าการเป็นพี่เลี้ยงคอยแนะนำช่วยเหลือ จนบางครั้งทำให้คนพิการรู้สึกสูญเสียความเป็นแม่ หรือสูญเสียการควบคุม (sense of loss of control) เช่น แทนที่จะสอนให้แม่พิการที่มีแขนข้างเดียวอาบน้ำลูก แรกกลับทำแทน เป็นต้น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากภาพของคนพิการที่ถูกประกอบสร้าง ให้เป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ (disablism) และต้องพึ่งพิงคนอื่นตลอดเวลา ยิ่งในบริบทของงานอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้หญิงได้ถูกประกอบสร้างให้เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญ และถ้าเป็นหญิงพิการ ภาวะพึ่งพาจะยิ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทั้งๆที่ในความเป็นจริง สิ่งที่หญิงพิการต้องการคือ ทำอย่างไรจึงจะดูแลลูกได้ถูกวิธีและปลอดภัยด้วยตัวเอง

การช่วยเหลือคนพิการ ควรที่จะคำนึงถึงสิทธิความเป็นส่วนตัวของคนพิการด้วย เช่น บางโรงพยาบาลจัดล่ามภาษามือไว้ช่วยในการสื่อสารในขณะที่อยู่ในห้องคลอด แต่การกระทำเช่นนี้ทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัว กรณีเช่นนี้ควรถามหญิงพิการก่อน ว่าต้องการเช่นไร มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่หญิงพิการมีสิทธิเลือกญาติหรือเพื่อนสนิท แทนบุคคลที่พยาบาลจัดให้ หรือบางเรื่องที่ค่อนข้างเป็นเรื่องส่วนมาก พยาบาลก็สามารถสื่อสารโดยพูดซ้ำๆ แทนการใช้ล่ามก็ได้ (Carol Thomas, 1997)

ประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดบุตร (postpartum blue) ในหญิงพิการก็เกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับหญิงที่ไม่พิการ และอาจจะมีมากกว่าหญิงทั่วไป เช่น ไม่รู้ว่าจะใช้อุปกรณ์อะไรช่วยได้บ้าง ไม่มีใครคอยช่วยเหลือ หรือเหนื่อยอ่อนทั้งจากสภาพร่างกายและการพักผ่อนไม่เพียงพอที่ต้องพยายามดูแลลูก เช่น ในงานของ Deborah (Kent, 2002) เล่าถึงชีวิตของตนเองซึ่งเป็นหญิงพิการตาบอด ช่วงหลังคลอดตื่นมาดูแลลูกยามค่ำคืน ทำให้อ่อนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ไม่สามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันและดูแลลูกให้สมบูรณ์ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว การเป็นคุณแม่มือใหม่ประกอบกับภาวะเครียดหลังคลอดทำให้เธอต้องเผชิญกับแรงกดดันกับสังคมรอบข้าง เมื่อลูกร้องไม่หยุด แม่สามีเริ่มไม่พอใจ สร้างความขุ่นเคืองให้สามีเป็นอันมาก ช่วงนี้ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น อะไรที่เกิดขึ้นกับลูก ทุกคนประณามว่าดูแลลูกไม่ได้เพราะแม่มองไม่เห็น เช่น เสื้อผ้าของลูกเปรอะเปื้อน ลูกแหวเซ เป็นต้น การดูแลภาวะหลังคลอดหญิงพิการ บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะต้องไวต่อความรู้สึกเหล่านี้ อย่าดูถูกว่าหญิงพิการไม่มีความสามารถเลี้ยงลูกได้ในลักษณะที่ต้องการ **พิสูจน์คุณค่าในบทบาทความเป็นแม่ของหญิงพิการจนมองไม่เห็นบริบทอื่น**

ของคนพิการ สิ่งเหล่านี้จะไม่สามารถช่วยหญิงพิการได้เลย กลับกลายเป็นการตอกย้ำความรู้สึกมากกว่า การเคารพสิทธิของหญิงพิการ ไม่ดูถูกความเป็นตัวตนของหญิงพิการ เช่น อาจถามถึงความต้องการของหญิงพิการ หรือมีอะไรที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ เป็นต้น จะสามารถช่วยดูแลหญิงพิการได้อย่างแท้จริง (Carol Thomus & Curtis, 1997)

จะเห็นได้ว่า การมีอคติและละเลยของบุคลากรทางการแพทย์ ได้สร้างอุปสรรคให้กับคนพิการมากมาย และอคตินี้ยังส่งผลหญิงพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ การเข้าถึงในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การเข้าไปใช้ในหน่วยบริการเท่านั้น แต่คำว่า “เข้าถึง” หน่วยบริการทางสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในหน่วยงานนั้น ต้องส่งเสริมการตัดสินใจ (Self-determining) ของคนพิการ คือต้องถามว่าคนพิการเหล่านั้นต้องการอะไร มากกว่าที่จะคิดแทนหรือตัดสินใจแทน ให้สิทธิความเป็นแม่ของคนพิการ รวมทั้งสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับคนพิการ ให้คนพิการเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถของตนที่จะเลี้ยงดูลูกได้ หรือเป็นแม่ที่ดีได้ อย่าให้หญิงพิการต้องตกอยู่ในวาทกรรมความเสี่ยงทางการแพทย์ จนกลัวกับการที่ไม่สามารถเป็นแม่ได้ (Inadequate mother) หรือปฏิเสธสิทธิความเป็นแม่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลบล้างความเชื่อที่ว่า คนพิการไม่ควรมีลูกหรือไม่สามารถเป็นแม่ได้ (motherhood) รวมทั้งการที่ไม่สามารถดูแลให้ลูกมีสุขภาวะที่ดีได้

อคติต่อ“ความเป็นแม่”ของหญิงพิการ

ความมีอิสระในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงพิการจึงถูกจำกัด ดังตัวอย่างจากการที่หญิงพิการถูกบังคับทำหมัน ทั้งด้วยวิธีการผูกท่อนำไข่และการผ่าตัดมดลูก (Ridington, 1989; Rogers, 1996) หรือในงานวิจัยของ Nosek et.al. (2001) อัตราการผ่าตัดมดลูกในหญิงพิการสูงถึงร้อยละ 22 เมื่อทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์มักไม่ค่อยกล่าวถึงการส่งเสริมเรื่อง เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการ ส่วนใหญ่มักจะมีแนวโน้มให้ผู้หญิงพิการกลุ่มนี้ไม่ควรมีลูกมากกว่า (Prilleltensky, 2003) จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะพบว่า ค่านิยมทางสังคมก็มักละเลยไม่พูดถึงบทบาทความเป็นหญิง (gender role) ของหญิงพิการ จึงทำให้คนทั่วไปไม่ค่อยเข้าใจเรื่องของความรัก การมีคู่ครอง และความเป็นแม่ของหญิงพิการ

มายาคติในเรื่องหญิงพิการ asexuality ยังเป็นเรื่องที่น่าสงสัย (skepticism) อาจเนื่องจากอุปนิสัยของคนพิการที่ไม่ดึงดูดเพศตรงข้าม หรือหากมีลูกก็มีความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดลูกพิการ หรือหญิงพิการไม่สามารถที่จะเป็นแม่ที่จะสมบูรณ์แบบได้ เนื่องจากสังคมมีอคติในแง่ความสามารถในการเลี้ยงลูกของคนพิการ การมีลูกพิการหรือเกิดมามีชีวิตที่พิการเป็นเรื่องที่น่าหวาดกลัวในสังคมของความสมบูรณ์แบบ จึงส่งผลให้มีการใช้การตรวจโครโมโซม เพื่อวิเคราะห์หาความผิดปกติในครรภ์มากขึ้น หากพบว่าทารกผิดปกติก็จะทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ดังเช่นในงานของ (Blumberg, 1994a,b). พบมีการทำแท้งเนื่องจากทารกในครรภ์พิการถึงร้อยละ 80

ในยุคของความสมบูรณ์แบบ หญิงพิการเปรียบเหมือนกับเครื่องจักรที่ชำรุด มากกว่าหญิงที่ไม่พิการ (Anderson & Kitchin, 2000) นี่เพราะหญิงพิการมีความเสี่ยงที่จะถ่ายทอดความพิการทางพันธุกรรมให้กับลูกที่จะกำเนิดมาแม้จะไม่ทุกรายก็ตาม นอกจากนี้ในรายที่พิการจากโรคเรื้อรัง ยาที่ใช้รักษาอาจมีผลต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น ยารักษาอาการทางจิต เป็นต้น

ชีวิตของหญิงพิการจึงตกอยู่บนวาทกรรมความเสี่ยงทางการแพทย์ (Medical risk discourse) ไม่ว่าจะเป็นการคิดจะมีลูก หรือจะยุติการตั้งครรภ์ หรือถูกจับทำหมัน ล้วนแต่เป็นเรื่องที่เป็นความเสี่ยง เช่น กรณีการคิดจะมีลูก หญิงพิการต้องมีความคิดสองจิตสองใจ (ambivalence) ว่าจะมีลูกดีหรือไม่ หากคิดมีลูก ลูกจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะพิการหรือไม่ ด้วยสาเหตุจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือจากผลข้างเคียงของยาที่รักษาแม่และส่งผลถึงลูก หรือถ้าปล่อยให้ตนเองตั้งครรภ์และไม่รับประทานยา สุขภาพของแม่ที่พิการจะมีความเสี่ยงมาก เช่น หญิงพิการรายหนึ่งป่วยเป็น SLE ช่วงที่เธอตั้งครรภ์ เธอยังคงได้รับยาอยู่ ซึ่งแพทย์บอกกับเธอว่า ผลของยาอาจทำให้ลูกเกิดมาพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า เธอจึงตัดสินใจไม่กินยา 1 ชนิดที่เป็นอันตรายต่อเด็ก การตัดสินใจครั้งนี้เป็นเรื่องที่สร้างความลำบากใจมาก เพราะเธอก็อาจจะตายด้วย SLE ขณะคลอดได้เช่นกัน หรือ ตัวอย่างอีกรายหนึ่งพิการด้วยโรคปวดหลังเรื้อรัง การตั้งครรภ์ทำให้อาการปวดหลังทรุดลงมาก แต่ถ้าเธอนัดยาแก้ปวดก็อาจทำให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ (Carol Thomas, 1997; Carol Thomas & Curtis, 1997)

การคิดจะมีลูกเป็นเรื่องที่เป็นความเสี่ยงของคนพิการ ที่คนพิการต้องก้าวผ่านให้ได้ เพราะตามความเชื่อของคนในสังคม (lay belief) ใครก็ตามที่ทำให้ลูกเกิดมาพิการ เป็นเรื่องที่แสดงถึงความไม่รับผิดชอบของบุคคลผู้นั้นและไม่ยุติธรรมสำหรับเด็ก ดังตัวอย่าง Sheila พิการทางตา (Retinitis pigmentosa) และหูหนวก 1 ข้าง เธอได้รับคำปรึกษาให้ทำหมัน เนื่องจากโรค Retinitis pigmentosa สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ แต่สำหรับความคิดของเธอ การถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ได้หมายความว่า ลูกที่เกิดมาต้องพิการทุกคน เธอจึงตัดสินใจที่จะมีลูก หรือตัวอย่าง Pat เธอพิการด้วย Cerebral palsy เมื่อคลอดลูกมา ป่วยเป็น Cystic Fibrosis ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับภาวะ Cerebral Palsy แต่หลายคนก็คิดว่าเกิดจากการที่แม่เป็น Cerebral Palsy (Carol Thomas, 1997)

นอกจากนี้ยังพบว่า การโน้มน้าวให้หญิงพิการทำแท้ง หรือหญิงพิการไม่มีความจำเป็นต้องเป็นแม่ ส่วนหนึ่งมาจากผู้เป็นพ่อแม่ของหญิงพิการ ซึ่งเชื่อว่าลูกสาวของตนไม่จำเป็นต้องมีความเป็นหญิงตามสังคมกำหนด การเป็นแม่ไม่ใช่ทางเลือกของชีวิต แม้นักพิการจะมีพื้นที่เรื่องเพศ แต่ก็ไม่ใช่พื้นที่ที่จะประสบความสำเร็จ ถึงแม้ว่าบางครั้งการตั้งครรภ์ไม่ได้มีความเสี่ยงหรือทารกที่เกิดมาก็ไม่ได้สร้างความลำบากในการเลี้ยงดูก็ตาม แต่ผู้คนในสังคมก็ไม่ต้องการที่จะเสี่ยงให้คนพิการมีลูก ดังเช่นคำพูดที่ว่า “ไม่ต้องเกิดมา จะดีเสียกว่าที่จะเกิดมาเป็นคนพิการ” (Prilleltensky, 2003, p 27) ความคิดที่มองว่า หญิงพิการไม่ควรมีลูก เป็นความคิดที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น เป็นความคิดของบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นๆในสังคม (Prilleltensky, 2003) ที่พยายามกดดันด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นเรื่องที่ไม่ยุติธรรมหากเด็กต้องเกิดมาพิการ และยังคงแสดงถึงความ

ไม่รับผิดชอบทั้งๆที่รู้ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร หญิงพิการจึงต้องเผชิญกับความทุกข์ใจที่มารุมเร้า กับวาทกรรมความเสี่ยง เช่น เกิดความวิตกกังวล รู้สึกผิด สิ้นหวัง ไม่สมหวังตามความฝัน รวมทั้งอัตลักษณ์ในตัวตนที่ถูกทำลายไป (Carol Thomus, 1997) วาทกรรมความเสี่ยงจึงเป็นเรื่องที่สร้างความลำบากใจให้กับหญิงพิการเป็นอันมาก เพราะต้องตกอยู่ในบริบทของความไม่แน่นอน (context of uncertainty) ประกอบกับมีแรงกดดันทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกในครอบครัวและสังคม ภายใต้วาทกรรมทางการแพทย์และวาทกรรมทางสังคม

วาทกรรมในข้างต้น ที่มีการกดดันให้หญิงพิการต้องทำแท้งหรือการบังคับให้หญิงพิการทำหมัน จำเป็นต้องพิจารณาในบริบทของ Eugenic ideology ที่ล้วนแต่มีแนวคิดการต่อต้านความพิการ (Antidisability) เป็นฐานสำคัญ (Prilleltensky, 2003) กล่าวคือ ในการปฏิบัติต่อคนพิการของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อวิเคราะห์จะพบว่า คำถามส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการ จะมุ่งไปที่การค้นหาคำตอบ 3 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการดูแลลูกของคนพิการ ความเสี่ยงที่ทำให้ลูกเกิดมาพิการ (birth defect) และสิทธิที่จะให้กำเนิดคนพิการอีกคนหนึ่ง สังคม (Right to produce another "defective" individual) คือ ทั้งๆที่รู้ว่าทารกที่จะเกิดมามีความเสี่ยงพิการ แล้วผู้เป็นแม่ยังคงต้องการมีสิทธิในความเป็นแม่เพื่อให้กำเนิดลูกพิการหรือ? เมื่อสังคมมองว่าความพิการได้สร้างภาระให้กับสังคม การไม่มีชีวิตดีกว่าเกิดมาใช้ชีวิตกับความพิการ ทำให้เรื่องการทำ Genetic counseling เพื่อลดความเสี่ยงที่ทารกจะพิการ การค้นหาความผิดปกติของทารกในครรภ์และการทำแท้งในกรณีที่พบความผิดปกติของทารกจึงกลายเป็นเรื่องที่ชอบธรรม (legitimization)

สำหรับหญิงพิการ วาทกรรมความเสี่ยงจึงเป็นเรื่องที่ต้องคัดสินใจระหว่างจะยอมรับความเสี่ยงที่ส่งผลต่อชีวิตหรือความตาย แต่ทางการแพทย์จะมองความเสี่ยงแต่ด้านชีววิทยาหรือ? อย่าลืมว่าความเสี่ยงนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานทางสังคมด้วย ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิต (Quality of life) และคุณค่าภายใน (intrinsic value) ของเด็กพิการหรือคนพิการ (Carol Thomus, 1997) ความรู้ทางการแพทย์เรื่องความพิการจึงไม่ใช่แค่ประเด็นทางชีววิทยา หากแต่เป็นประเด็นทางสังคม แม้ว่าวิทยาศาสตร์เป็นเรื่องที่ต้องวัดได้ (Scientific objectivity) แต่ความรู้ทางการแพทย์นั้นมีประเด็นอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น วัฒนธรรม การมีอคติต่อคนพิการ เป็นต้น การจะตัดสินว่า บุคคลใดควรค่าต่อการมีชีวิตหรือไม่ นั่นจึงเป็นเรื่องของนามธรรม ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับระดับของความบกพร่องของร่างกายเพียงอย่างเดียว การตัดสินนี้อยู่บนพื้นฐานของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Morris, 1991) แล้วอะไรคือสิทธิของคนพิการในการเจริญพันธุ์ คนพิการยังคงมีสิทธิในเรื่องนี้หรือไม่

ในเรื่องสิทธิของคนพิการ เมื่อทบทวนรูปแบบทางสังคม (Social model) จะพบว่า มีนักทฤษฎีมากมายร่วมกันออกมาเคลื่อนไหว (for example see: (Barnes, Mercer, & Shakespeare, 1999; Barnes, 1998; Barnes & Mercer, 1996; Oliver, 1990) เพื่อให้เห็นประเด็นสิทธิของคนพิการที่

ถูกคนในสังคมกดขี่และกีดกัน กลุ่มการเคลื่อนไหวต้องการแสดงให้เห็นสิทธิที่คนพิการพึงได้รับ และชี้ให้เห็นสาเหตุของการถูกกีดกันสิทธิไม่ใช่เกิดจากความบกพร่องของร่างกาย แต่เกิดจากเงื่อนไขทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นทัศนคติของคนในสังคม สภาพแวดล้อม หรือรูปแบบขององค์กร ที่กีดกันคนพิการออกจากสังคม ในมุมมองทางสังคมมองว่า คนปกติเป็นคนกำหนดทุกๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ตั้งแต่การเรียกชื่อ การสร้างอาคาร การว่าจ้างงาน ล้วนแต่จำกัดกิจกรรมของคนพิการทั้งสิ้น

หากใช้รูปแบบทางสังคม (Social model) วิเคราะห์สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการ ตั้งแต่การคิดที่จะมีลูก (conception) การตั้งครรภ์ การดูแลขณะตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลทารก หลังคลอด และการดูแลลูก จะพบว่า คนพิการต้องตกอยู่ในวาทกรรมทางการแพทย์ และบรรทัดฐานทางสังคมซึ่งประกอบสร้างให้คนพิการเป็นบุคคลที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การตัดสินใจที่จะมีลูกก็อยู่ในภาวะความเสี่ยง คนพิการจึงไม่สมควรที่จะมีลูก เพราะสร้างภาระให้กับสังคม อีกทั้งหากลูกเกิดมาพิการยังเป็นการลดทอนคุณค่าความเป็นคนของลูกอีกด้วย วาทกรรมเหล่านี้ได้สร้างอุปสรรคตั้งแต่การคิดที่จะเป็นแม่ของคนพิการ การมีลูกบนชีวิตที่พิการจึงไม่ใช่เส้นทางที่ราบเรียบสวยงาม แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า การมีลูกและการมีชีวิตอยู่กับความพิการมีความเป็นไปได้ (Alexander, Hwang, & Sipski, 2002; Anderson & Kitchin, 2000; Kent, 2002; Carol Thomas, 1997)

อย่างไรก็ดี ประสบการณ์ความเป็นแม่ของหญิงพิการ เป็นประสบการณ์ที่มักถูกกดขี่และถูกลดทอนคุณค่า (oppression and devaluation) ซึ่งเชื่อว่ามีรากฐานมาจากแนวคิดชายเป็นใหญ่ และแนวคิดเรื่องความสามารถ (ableism) แนวคิดทั้งสองนี้เป็นแนวคิดที่แบ่ง 2 ขั้วชัดเจน เช่น ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (dependence) กับการเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (independence) หรือเป็นผู้ดูแลกับผู้ถูกดูแล เป็นต้น การที่สังคมมีแนวคิดที่แคบเช่นนี้ได้สร้างอุปสรรคกับคนพิการ หากคนพิการไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นย่อมเป็นไปได้ยากที่คนพิการจะเป็นพ่อแม่ที่ดีหรือสามารถดูแลลูกได้ (Prilleltensky, 2003)

ทางเลือกและการขัดขึ้น

คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งแม้ในทางการแพทย์และหลักการทางสรีระวิทยาจะบอกว่าคนไข้มิมีทางถึงจุดสุดยอดทางเพศ แต่จากการศึกษาก็พบว่าการรายงานคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังสามารถถึงจุดสุดยอดด้วยวิธีการจินตนาการเรื่องเพศ (Giulio, 2003) ซึ่งพิสูจน์ว่าคู่มือเพศปกติที่ใช้กับ “คนปกติ” มีความบกพร่องและต้องการการทบทวน คนพิการสามารถได้รับความพึงพอใจทางเพศด้วยวิธีการสัมผัสที่ลึกซึ้งที่ไม่จำเป็นต้องเป็นอวัยวะเพศ เพราะแม้แต่การพูด หรือการจินตนาการ ก็ช่วยให้คนพิการบรรลุสุขภาวะทางเพศได้

สำหรับแม่ตาบอดซึ่งสังคมส่วนใหญ่ได้ตัดสินว่าเป็นคนที่ไม่ควรมีลูก เพราะจะเป็นอันตรายต่อลูก อาจทำให้เด็กที่เกิดมาได้รับอันตรายอันเนื่องมาจากความพิการของแม่ Kent ได้บันทึกประสบการณ์ของตัวเองผู้เป็นคนพิการตาบอด ได้พิสูจน์ให้สังคมได้เห็นความเป็นไปได้ที่คนพิการตาบอดจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และลูกเจนเติบโตใหญ่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคมได้ไม่แพ้แม่ที่มีร่างกายสมบูรณ์ การเลี้ยงลูกได้รับการสนับสนุนข้อมูลความรู้จากเครือข่ายคนพิการตาบอดทั่วโลก แม้ความพิการจะทำให้เธอถูกจับตามองจากองค์กรคุ้มครองเด็กด้วยเพราะเธอเป็น “คนพิการ” ที่ไม่น่าไว้วางใจ แต่เธอก็ผ่านมาได้ จนปัจจุบันลูกสาวของเธอมียุ 26 ปี (Kent, 2002)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มุ่งตอบคำถามเชิงลึกเนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่า การทำความเข้าใจเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน อ่อนไหว และมีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม การวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วยให้ผู้ศึกษาได้เข้าใจความรู้สึกนึกคิด ความหมายค่านิยมและความเชื่อของผู้พิการในเรื่องเพศ และประสบการณ์ในเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การเก็บข้อมูลกรณีศึกษาจึง มุ่งเน้นประสบการณ์เชิงลึกของบุคคลในเรื่องเพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ ทิศนะต่อตัวตน ความหมาย และการจัดการปัญหา ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ สามารถตอบคำถามเรื่องรูปแบบและปัญหาสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ที่ผู้พิการเผชิญ รวมทั้งการเข้าถึงระบบบริการด้วย

9.1 การเลือกตัวอย่าง การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องการสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ชีวิตของหญิงพิการในเรื่องเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposeful sampling) โดยจะเลือกให้ตัวอย่างหลากหลาย ตามบริบททางสังคม เพศ อายุ และภาวะความพิการ และทำการศึกษาโดยใช้ การสัมภาษณ์แบบลึก เน้นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงการให้ความหมาย ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ จะพิจารณาโดยยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก โดยเก็บข้อมูลกับผู้พิการ จำนวน 24 คน เป็นผู้พิการทางกาย ชายและหญิง จำนวน 4 คน ผู้พิการทางหูชายและหญิงจำนวน 4 คน ผู้พิการทางตาชายและหญิงจำนวน 4 ราย ที่สามารถสะท้อนข้อมูลตามวัตถุประสงค์ได้ในระดับลึก (informative- rich cases) (ชาย ,2548)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การพิจารณาปัจจัยทางสังคมและประชากร เป็นเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อให้กรณีมีความหลากหลายในการพิจารณาปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกสามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

1. เพศ กำหนดทั้งเพศและหญิง กลุ่มละ 12 คน
2. อายุระหว่าง 15-45 ปี (วัยเจริญพันธุ์)
3. ระดับการศึกษา ให้ความหลากหลาย
4. อาชีพ ให้ความหลากหลายเพื่อสะท้อนสถานะ เช่น รับจ้าง พนักงาน
5. สถานะภาพสมรส โสด และ มีครอบครัว
6. ปัญหาความพิการ ทางกาย หรือ ทางหู หรือ ทางตา

9.2 วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วงก่อนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จะทำสนทนากลุ่มกับผู้พิการ จำนวน 2 กลุ่ม เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้พิการ ประสบการณ์และแนวคิดตัวตนอัตลักษณ์และการให้ความหมาย เพศวิถี และปัญหานามัยเจริญพันธ์ ข้อมูลนี้จะช่วยปูพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาเนื้อหาแบบสอบถามให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย อีกช่วงของการศึกษาเชิงคุณภาพจะดำเนินการเมื่อเสร็จสิ้นการสำรวจแล้ว โดยจะเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อนำมาขยายข้อมูล การตีความการศึกษาเชิงปริมาณจากตัวอย่างที่ทำการสำรวจ โดยจะเลือกให้ตัวอย่างหลากหลาย ตามบริบททางสังคม เพศ อายุ และภาวะความพิการ และทำการศึกษาโดยใช้ การสัมภาษณ์แบบลึก เน้นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงการให้ความหมาย ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถีและอนามัยเจริญพันธ์

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ นักวิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตนเอง สำหรับผู้พิการทางหูจะใช้ล่ามมือเป็นผู้ช่วยในการสื่อสารและเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้คือ แนวคำถาม ที่ประกอบด้วยการศึกษา ประสบการณ์และแนวคิดตัวตนอัตลักษณ์และการให้ความหมายความพิการ เพศภาวะ เพศวิถี และปัญหานามัยเจริญพันธ์

การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจเป็นการเก็บข้อมูล แบบตัดขวางเพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ของตัวอย่างที่เป็นคนพิการ ทั้งหญิงและชาย ในโรงเรียนอาชีวศึกษาได้ ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ ปากเกร็ด กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบในแต่ละหน่วยงานจำนวนองค์กรละ 100 คน สวมคนตาบอด และสวมคนหูหนวก อีกแห่งละ 40-50 ราย รวม 300 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป เพื่อให้สามารถสะท้อนประสบการณ์อนามัยเจริญพันธ์ได้ วิธีการเก็บข้อมูลจะเป็นการให้กรอกแบบสอบถามเอง กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้เองนักวิจัยโครงการจะเป็นผู้สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว เฉพาะกรณีผู้พิการทางสายตาจะเป็นการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลักคือการใช้แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง (structure questionnaire) ทั้งนี้จะมีคำถามหลักที่เกี่ยวข้องกับ ลักษณะทางประชากรและสังคม ลักษณะความพิการ สุขภาพและอนามัยเจริญพันธ์ของผู้หญิงพิการ ความรู้ทัศนคติด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ ประสบการณ์การเข้าถึงบริการต่างๆด้านอนามัยเจริญพันธ์ ประสบการณ์การได้รับความรุนแรงและการถูกละเมิดสิทธิ การจัดการปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือ โดยจะมีการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามก่อนการเก็บข้อมูลจริง

9.2 จริยธรรมนักวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการให้คณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยพิจารณาและให้การอนุมัติในการดำเนินโครงการ ก่อนการสัมภาษณ์ จะสอบถามความสมัครใจก่อน ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ โดยมิได้ระบุชื่อผู้ตอบแต่อย่างใด

9.3 การวิเคราะห์ผล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ SPSS เป็นเครื่องมือในการประมวลผล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และอ้างอิงประกอบกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยเน้นศึกษาถึงความหมายของความพิการ ประสบการณ์ด้านเพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ และบริบทของชุมชนต่อคนพิการผ่านมุมมองของคนพิการเองเพื่อนำมาประกอบและเกิดความเข้าใจต่อความหมายของประสบการณ์เกี่ยวกับเพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามและวิเคราะห์หลังภาคสนาม โดยการบันทึกและเรียบเรียงข้อมูลตามประเด็นคำถามการวิจัย เพื่อนำมาพิจารณาความครบถ้วน ความสอดคล้องของข้อมูล ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่แน่ใจจะมีการสอบถามเพิ่มเติมกับตัวอย่างในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ปี 2549 มาตรา 23 กล่าวถึงการเคารพในการสร้างครอบครัวและสถาบันครอบครัวของคนพิการ โดยระบุว่า ให้รัฐจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ตั้งแต่เรื่องการสมรส การมีครอบครัว ความเป็นพ่อแม่ โดยเป็นเรื่องของสิทธิของคนพิการสามารถทำได้อย่างอิสระ นั้นหมายถึง คนพิการสามารถเลือกคู่ได้โดยอิสระ มีสิทธิในการวางแผนครอบครัว และสามารถดูแลลูกได้ เด็กจะไม่ถูกแยกจากครอบครัวโดยขัดต่อความประสงค์ของพ่อหรือแม่ เว้นแต่ว่าการแยกนั้นเพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็ก (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ 23 ธ.ค. 2552 เข้าถึงได้จาก <http://www.tddf.or.th/tddf/lawa/artlist.php> วันที่ 07/03/2553) แต่จากการวิจัยเนื้อหาดังกล่าวเป็นเพียงเรื่องราวที่บันทึกในกระดาษเท่านั้น คนพิการหลายคนยังคงถูกกีดกันจากสังคม โดยเฉพาะเรื่องการมีครอบครัวและมีลูก

สังคมไทยเต็มไปด้วยมายาคติเรื่องเพศสำหรับคนพิการ ดังกล่าวในบทที่.....ตั้งแต่ คนพิการไม่มีแรงขับทางเพศ ไม่มีอารมณ์ทางเพศ หรือมีอารมณ์ก็มากเกินไปเหมือนสัตว์ร้าย คนพิการไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ลำพังตัวเองยังดูแลไม่ได้ แล้วยังจะมีลูกอีก ทำให้สายตาของคนทั่วไปที่มองดูคนพิการ เต็มไปด้วยคำถามถึงความสามารถของการดูแลลูก และภาระที่คนพิการฝากไว้กับสังคม

ในส่วนแรกของบทนี้ จะเป็นการกล่าวถึง สิทธิของคนพิการที่จะมีลูกหรือสิทธิที่จะเป็นแม่คน เพื่อค้นหาว่า อะไรคือเหตุผลสำคัญที่ทำให้อุดมคติของคนในสังคมไทยจึงไม่ต้องการให้หญิงพิการมีลูก วาทกรรมอะไรที่สร้างและหล่อหลอมให้คนในสังคมคิดเช่นนั้น เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าอุดมการณ์นี้เป็นสิ่งที่คนปกติในสังคมกำหนดขึ้น แท้จริงแล้วคนพิการต้องการสิทธิที่จะมีลูกหรือเป็นแม่คน

ในส่วนที่สอง จะเป็นเรื่องสิทธิในความเป็นแม่ของคนพิการ ที่เน้นให้เห็นว่า ในมุมมองของคนพิการต้องการที่จะมีลูกเพราะเป็นสิทธิในความเป็นคน แต่ในความเป็นแม่พิการต้องเจอกับอุปสรรค ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การดูแลขณะตั้งครรภ์ และการดูแลลูก อุปสรรคที่เกิดขึ้นนี้ส่วนหนึ่งมาจากสังคมที่ขาดความเข้าใจ

ส่วนที่ 1 สิทธิของคนพิการที่จะมีลูก

ทัศนคติเรื่องการมีลูกในคนพิการสอดคล้องกับวาทกรรมกระแสหลักในหลายๆสังคม ภาพตัวแทนเรื่องเพศของคนพิการ ยังคงเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม ยิ่งคนพิการมีลูกดูจะเป็นเรื่องเลวร้ายกว่าการมีเพศสัมพันธ์เสียอีก ภาพตัวแทนในแง่ลบได้ส่งผลทำให้คนพิการแต่กำเนิด ไม่ปรารถนาที่จะตั้งครรภ์หรือมีลูก

ข้อมูลจากการวิจัยพบว่า วาทกรรมเรื่องการตั้งครรภ์กลายเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับคนพิการ วาทกรรมนี้ได้ถูกผลิตขึ้น และไปจำกัดการเข้าถึงการดูแลหญิงพิการขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการห้ามไม่ให้คนพิการมีลูก ดังจะเห็นได้จาก

1. วาทกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในสถาบัน “ผู้ชายเป็นเรื่องที่น่ากลัว”
2. วาทกรรมสังคมและวัฒนธรรม “ภาระของสังคม”

วาทกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในสถาบัน (Reproductive health Discourse in institution)

เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในสถาบันที่ดูแลคนพิการ มีความแตกต่างจากสังคมภายนอก ในสถานที่ที่มีคนอยู่จำนวนมาก จำเป็นต้องมีกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้เกิดความเรียบร้อย จากการเก็บข้อมูลในแบบสอบถาม พบว่า ทักษะคติของหญิงตาบอดแต่กำเนิดและภายหลังในเรื่องสุขภาพทางเพศมีความแตกต่างกัน หญิงตาบอดแต่กำเนิดในสถาบันแห่งหนึ่ง ตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า

“ห้ามมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน”

“การมีเพศสัมพันธ์ทำได้เฉพาะเมื่อเป็นคู่รักและแต่งงานกันเท่านั้น”

“ชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีผู้ชาย” “ต้องรอให้พร้อมถึงจะมีลูกได้ มีงานทำ เพราะการเป็นคนตาบอดยังดูแลตัวเองไม่ได้”

คำตอบที่ได้รับเหมือนอนุกรมการณ์ที่ถูกปลูกฝัง น้ำเสียงที่ตอบดูมีแบบแผน ไม่ต้องใช้เวลาคิด คำพูดดังกล่าวต่างพรั่งพรูออกมาคล้ายกัน ในขณะที่ โอปอ (นามสมมติ) หญิงตาบอดภายหลังวัย 28 ปี กลับให้คำตอบตรงกันข้าม เธอมองว่า “การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของความรัก ไม่น่ากลัวเหมือนที่น้องๆคิด” โอปอถูกสามีสาธยายกรณที่บริเวณหน้า เธอจึงตาบอดทั้งสองข้าง จมูกไม่มีตั้งแต่สามารถหายใจได้ หน้าตาเสียโฉม แต่ตอนนี้เธอมีแฟนใหม่ เป็นหนุ่มตาบอดเหมือนกัน ซึ่งเธอไม่คิดว่า การที่ตาบอดจะเป็นอุปสรรคต่อการมีแฟน เธอพูดย้ำถึงทัศนคติที่แตกต่างว่า

“รู้เลยว่าคนตาบอดที่นี้อยู่ในโลกแคบๆ เขาไม่รู้จักโลกภายนอก”

สิ่งที่หญิงตาบอดที่นี้ส่วนใหญ่เรียนรู้ก็คือ การป้องกันตนเองไม่ให้ตั้งครรภ์ ด้วยการรักษาวนสวนตัว ไม่ยุ่งกับผู้ชาย แต่ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ เขาไม่กล้าพูดถึงการคุมกำเนิด ไม่พูดถึงเรื่องเพศ บอกอย่างเดียวกันคือ ไม่รู้จัก ทำให้ไม่ทราบว่า คนพิการกลุ่มนี้เข้าถึงความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศหรือไม่ และที่สำคัญคือ หากเด็กหญิงตาบอดเหล่านี้ต้องออกไปสู่สังคมภายนอก ผู้ชายมีหลายแบบ เขาจะปกป้องตนเองได้อย่างไร ถ้าไม่มีการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ทั้งที่เด็กกลุ่มนี้ก้าวสู่วัยเจริญพันธุ์แล้ว

ในสถานสงเคราะห์หญิงแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยพบ การทำหมันในหญิงพิการทางสติปัญญาโดยบังเอิญ กรณีการ (นามสมมติ) สาววัย 30 ปี หน้าตาปะแป้งขาว หมักจุก พูดไปหัวเราะไป เมื่อถามถึงอายุ เธอจะยกนิ้วมือให้ 5 นิ้ว แล้วหัวเราะ เธอไม่รู้อายุของตัวเอง จำเรื่องราวของตนเองไม่ได้ รู้

แต่เพียงว่าเกิดมาชีวิตต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์ เมื่อถามถึงเรื่องผู้ชายว่าเคยเจอหรือไม่ เธอยกมือทำหน้าตาตกใจว่า

“ไม่ใช่หนูไม่เคย หนูไม่พูดด้วย ไม่ใช่หนู” หน้าตาของเธอตื่นกลัวกับคำถามนี้ ทั้งๆที่นักวิจัยยังไม่ได้ถามอะไรเพิ่มเติม

“กลัวท้อง ท้องมันใหญ่เฉียวเดินไม่ได้”

สภาพร่างกายของกรรมการ พิจารณาเห็น ข้อนั้นไม่สมส่วน ข้อเท้าเล็กกว่าปกติ ตาเหล่ทั้ง 2 ข้าง ฟันหักเหยิน เดินกะเผลกไปมา ทำให้เราเข้าใจได้ว่า ทำไมเธอจึงกังวลเรื่องท้องมาก แม้กรรมการจะไม่สามารถทำอะไรให้เราฟังได้ แต่เธอสามารถบอกเราได้ว่า

“ไม่ได้ฉีดยา แต่ทำหมัน ขอทำเอง” “เฉียวลูกเธอเดินไม่ได้ ท้องใหญ่เดินไม่ได้” “ทำหมันจะได้ไม่ท้อง”

นักวิจัยทราบมาก่อนว่า ในสถานสงเคราะห์จะไม่มีการทำหมันแบบบังคับ แต่สำหรับเด็กหญิงพิการทางสติปัญญา จะใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการใส่ยาฉีดแทน ทำให้เด็กหลายคนไม่มีประจำเดือน ซึ่งทำให้ไม่ต้องกังวลเรื่องการดูแลรักษาความสะอาด เด็กผู้หญิงที่รักความสวยงาม ใส่สร้อยข้อมือและสร้อยคอเกือบทุกคน มีความเป็นผู้หญิง บางคนก็พอรู้เรื่อง ก็เริ่มมีแฟน เป็นเด็กหนุ่มซึ่งพบกันในการแข่งขันกีฬาคนพิการ และติดต่อกันผ่านทางโทรศัพท์ แต่สำหรับคนที่ไม่ค่อยรู้เรื่องมากนัก นักวิจัยพบว่า เด็กกลุ่มนี้มองผู้ชายเป็นความน่ากลัว และได้รับการสอนว่า

“ห้ามคุยกับคนงานก่อสร้าง เฉียวเขาจะหลอกเรา”

“ถ้าเจอคนงานให้วิ่งไปรวมกับกลุ่มผู้หญิงไว้”

“กลัวท้อง เคยดูหนังเวลาคลอดลูกคงเจ็บ ปวด น่ากลัว”

หนู (นามสมมติ) เด็กหญิงวัย 14 ปี รูปร่างท้วม สูงใหญ่ ผุทผมเป็นแกละเล็กๆ 2 ข้าง ปะแป้งขาว เธอพยายามเล่าเรื่องราวต่างๆให้ฟัง หนูเคยมีประจำเดือนเพียงครั้งเดียว เคยปวดท้องจน “แม่” ต้องให้ยาแก้ปวดรับประทาน (“แม่”เป็นสรรพนามที่เด็กๆใช้เรียกเจ้าหน้าที่ดูแล) หลังจากนั้นหนูได้รับการฉีดยาคุม เธอจึงไม่มีประจำเดือน เธอบอกต่อว่า

“เด็กๆทุกคนที่นี่ ฉีดยาทุกคนคะ มีคนมาฉีดยาให้ จะได้ไม่ท้อง”

วาทกรรมเรื่องเพศในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในเด็กพิการทางสมอง โดยผูกติดกับความน่ากลัวของเพศชาย

“หนูไม่ชอบผู้ชาย หนูไม่ยอมมีแฟน” เป็นคำพูดของหนูและค่าย เด็กสาวในสถานสงเคราะห์แห่งนี้

การมองผู้ชายเป็นสิ่งที่น่ากลัว แม้จะดูเป็นเรื่องที่แปลก แต่กลายเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเข้ามามีผลกับการใส่ยาฉีดคุมกำเนิด แทนที่การทำหมันแบบบังคับ ในประเด็นนี้กลุ่มผู้ปกครองเด็กพิการทางสมองก็ไม่เห็นด้วยกับการทำหมันในคนพิการ อาจารย์ ภ. ซึ่งมีลูกเป็น Down syndrome ให้ความเห็นว่า “เราไม่ควรไปทำหมันเขาเพราะเราจะไปจำกัดสิทธิการมี

ครอบครัวของเขา แม้เขาจะเป็นเด็ก Down Syndrome เขาก็มีโอกาสจะมีแฟน มีครอบครัว อาจารย์เชื่อว่าแม้จะมีเปอร์เซ็นต์ที่เด็ก Down syndrome จะถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ก็มีเปอร์เซ็นต์ที่เด็กจะปกติด้วยเช่นกัน การทำหมันไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาความรุนแรงในเด็ก”

ในกรณีของคุณสุดา (นามสมมติ) เธอมีลูกเป็น Down syndrome ต้องเลี้ยงลูกตัวคนเดียว ด้วยการขายข้าวโพดปิ้ง รายได้พอเลี้ยงปากท้องเท่านั้น เธอยังพูดถึงประเด็นนี้ว่า “การทำหมันไม่ใช่การแก้ปัญหา คิดฉันไม่ยอมให้ลูกถูกกระทำ ยอมทำแท้งดีกว่าที่จะให้ใครมาทำร้ายลูกเรา” เธอเล่าให้ฟังด้วยน้ำตาคลอเบ้า เพราะในประสบการณ์ของเธอนั้น ลูกของเธอก็ถูกคนในบ้านกระทำรุนแรงทางเพศ และได้รับผลกระทบทางจิตใจที่รุนแรง ไม่พูดไม่เคลื่อนไหว อยู่ 3 วัน จนเธอพาลูกไปตรวจที่โรงพยาบาล ถึงทราบความจริงจากผลการตรวจร่างกาย ณ วันนี้ เธอยังคงต้องการรักษาสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของลูก “อนาคตของน้องบ๊ิก อาจมีครอบครัวได้ ใครจะรู้”

จะเห็นได้ว่า ในความคิดของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กพิการทางสติปัญญา มองว่า การทำหมันไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาการกระทำรุนแรงในเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในกลุ่มพิการทางสติปัญญา เพราะปัญหาการกระทำรุนแรงไม่ได้อยู่ที่ปัจจัยในเด็ก แต่อยู่ที่ผู้กระทำเป็นสำคัญ สังคมควรแก้ปัญหาให้ตรงจุด และการทำหมันยังไปจำกัดสิทธิความเป็นแม่ของคนพิการ

การทำหมันแบบบังคับในคนพิการเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นมานาน ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 ถึง ต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งมีการเคลื่อนไหวที่เรียกว่า “Eugenics movement” การทำหมันในลักษณะนี้จะทำในกลุ่มคนพิการทางสติปัญญา อาชญากร และกลุ่มเบี่ยงเบนทางเพศ (sexually promiscuous person) การทำหมันจึงกลายเป็นความชอบธรรม ด้วยเหตุผลที่ว่า คนพิการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่ยากจน มีศึกษาน้อย และบกพร่องทางสังคม ทำให้มีโอกาสถูกล่วงละเมิดสูง และไม่สามารถปกป้องตนเองได้หากถูกกระทำทางเพศ การทำหมันจึงกลายเป็นเรื่องการป้องกันการกระทำรุนแรงในเด็กพิการ (Prevent sexual violence) และที่สำคัญยังช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV/AIDS และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ต่อมาเกิดกระแสต่อต้านแนวคิดนี้ โดยมองว่า การทำหมันแบบบังคับเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม เช่น ในประเทศแคนาดา เป็นต้น ทำให้มีการเปลี่ยนวิธีทำหมันเป็นการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดแทน ทำให้เราเห็นการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในสถานสงเคราะห์ต่างๆ ของเมืองไทย

วาทกรรมสังคมและวัฒนธรรม “ภาระของสังคม”

สืบเนื่องจากประเด็นแรก แล้วทำไมเราจึงต้องควบคุมอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มคนพิการ ด้วย ทำไมต้องใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในเด็กพิการทางสติปัญญา คำตอบที่ได้จากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและคนส่วนใหญ่ในสังคม คือ “เป็นภาระของสังคม”

“เด็กพวกนี้ยังดูแลตนเองไม่ได้ มีลูกออกมา ใครจะดูแล ก็ต้องส่งสถานสงเคราะห์”

คำว่า “ภาระของสังคม” เริ่มมาจาก ในยุคที่สังคมเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมแบบทุนนิยม คุณค่าของคนขึ้นอยู่กับผลผลิต เป็นการอุปมาร่างกายเปรียบเหมือนเครื่องจักร ร่างกาย

จึงต้องสมบูรณ์แบบ ไม่ป่วยไข้หรือพิการ คนพิการจึงถูกมองว่าเป็นเครื่องจักรที่ชำรุด หมดสภาพ ไม่สามารถสร้างผลผลิตได้ ไร้ค่าและเป็นบุคคลชั้นสอง ซึ่งเป็นภาระของสังคม ประกอบกับการที่ สังคมไทยมีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ว่า ความพิการเป็นเวรกรรม เป็นบาปกรรมแต่ชาติปางก่อน ทำให้คนพิการมีภาพลักษณ์ที่สลดหดหู่ น่าสงสาร ทุกข์ทรมาน และต้องการการสงเคราะห์ ทำให้ผู้ บริจาคในสังคมตัดสินใจว่า คนพิการไม่มีค่า ชีวิตมีแต่ความขมขื่น แม้จะเป็นความปรารถนาดีแต่ก็ เป็นการตอกย้ำถึง การเป็นคนไร้คุณค่าของคนพิการ

ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นช่วงเวลาที่ลัทธิทหารกำลังนิยมแพร่หลาย การมี สุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง จึงเป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่ช่วยในการพัฒนาและมีความ มั่นคง ทำให้เด็กอนาถา คนพิการ ทูพลภาพ ไร้ที่พึ่ง และคนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถูก มองเป็นภาระของสังคม ในปี 2483 จึงมีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้น เพื่อเป็นสวัสดิการ สำหรับประชากรกลุ่มนี้ ต่อมาในปี 2384 มีการตรากฎหมายว่าด้วยการควบคุมขอทาน ในมาตรา 7 ระบุว่า “เมื่อปรากฏจากการสอบสวนว่า ผู้ใดทำการขอทานและผู้นั้นเป็นคนชราภาพ หรือวิกลจริต หรือเป็นคนมีโรคไม่สามารถประกอบอาชีพแต่อย่างใด หรือไม่สามารถมีทางเลี้ยงชีพอื่น ทั้งไม่มี ญาติมิตรอุปการะเลี้ยงดูก็ให้พนักงานส่งตัวไปยังสถานสงเคราะห์” ด้วยวาทกรรมดังกล่าวทำให้คน พิการ เด็กกำพร้าและคนชรา เริ่มถูกแบ่งแยกออกจากสังคม และถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม ที่ ต้องนำภาษีของคนส่วนใหญ่มาจุนเจือช่วยเหลือ

การที่คนพิการไม่สามารถสร้างผลผลิตเหมือนคนปกติได้ จึงเป็นภาระที่สังคมต้องช่วยกัน ดูแล ภาพลักษณ์ของคนพิการในมุมมองนี้จึงเป็นคนไร้ค่า ต่ำด้อย มีความหมายในเชิงลบ ทำให้คุณค่า ของคนส่วนใหญ่ในสังคม ไม่ต้องการมีร่างกายบกพร่องหรือพิการ การมีลูกที่พิการจึงไม่ใช่สิ่งที่ พึงปรารถนา แม้แต่คนพิการเองก็ไม่ต้องการให้ลูกเกิดมาพิการเหมือนตน ทั้งๆที่ความพิการของเขา เหล่านั้นไม่ได้มีสาเหตุทางพันธุกรรม เช่น

ไก่ (นามสมมติ) เธอพิการเป็นอัมพาตท่อนล่าง ขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ จากอุบัติเหตุ รถยนต์ เมื่ออายุได้ 20 ปี เป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง เมื่อเธอมีลูกกับสามีคนที่ 2 เธอเล่าว่า

“แม่สามีกลัวว่าลูกจะออกมาพิการ บอกกับลูกชายตัวเองให้เลิกกับไก่”

หรือในกลุ่มคนตาบอดที่อยู่ในวัยรุ่น หลายคนตาบอดเพราะการที่ต้องคลอดก่อนกำหนด ต้องอยู่ในตู้อบ แต่จะมีสักกี่คนที่รู้ว่า ความเข้มข้นของออกซิเจนในเครื่องช่วยหายใจทำให้เด็ก เหล่านี้ต้องตาบอด และที่สำคัญเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ทางการแพทย์ แต่คนกลุ่มนี้คิดว่า ตนเองตา บอดแต่กำเนิด เมื่อถามน้องนิค (นามสมมติ) ว่าอนาคตอยากจะมีลูกหรือไม่

“ไม่หรอกค่ะ กลัวลูกเกิดมาตาบอดเหมือนหนู”

ในกลุ่มคนหูหนวก กานดา (นามสมมติ) หูหนวกแต่กำเนิด มีพี่น้อง 4 คน พี่น้องที่เป็นหญิง รวมเธอด้วย 3 คน หูหนวกแต่กำเนิด ยกเว้นน้องชายเป็นคนหูดี เธอเล่าว่า

“พ่อเป็นคนหัวโบราณมาก เคยให้สัมภาษณ์ในนิตยสารคู่สร้างคู่สมว่า อยากให้ลูกสาวทั้ง 3 คนทำหมัน เพราะกลัวว่าจะมีลูกออกมาหุนหันอีก”

กรณีนี้อาจเป็นเพราะสาเหตุของการหุนหันเป็นมาแต่กำเนิด แต่ในรายอื่นๆ เช่น ดวงตา หุนหันจากอุบัติเหตุตกบันได ระหว่างที่เธอตั้งครรภ์ เธอยังกังวลว่า ลูกจะเกิดมาหุนหัน ทั้งๆที่สาเหตุของการหุนหันไม่ได้เกิดจากพันธุกรรม แต่เมื่อคลอดออกมา ปรากฏว่าลูกปกติไม่ได้หุนหันอย่างที่กำลัง

ความกังวลในกลุ่มคนเหล่านี้ สะท้อนให้อุดมการณ์ทางความคิดที่ปลูกฝังอยู่ในกลุ่มคนพิการและคนทั่วไป ว่า คนพิการไม่พึงปรารถนาที่จะมีลูก เพราะหากลูกเกิดมาอาจพิการและต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ในเชิงลบที่สังคมมอบให้

ส่วนที่ 2 สิทธิในความเป็นแม่ของคนพิการ

ในมุมมองของคนพิการอีกหลายคน ที่มีอาชีพ มีศักยภาพ ไม่ได้สร้างภาระให้กับคนอื่น กลับมองต่างออกไป คนกลุ่มนี้ต้องการสิทธิที่จะมีครอบครัว มีลูก ความเป็นแม่ที่สามารถดูแลลูกด้วยตนเอง

ไก่ (นามสมมติ) พิการเป็นอัมพาตท่อนล่าง จากอุบัติเหตุรถยนต์ แม่แม่สามีกลัวว่าลูกของเธอจะเกิดมาพิการ แต่เธอไม่คิดเช่นนั้น เธอต้องการที่จะมีลูกเหมือนคนอื่นๆ แต่ในระหว่างตั้งครรภ์ เธอต้องเผชิญกับสาขาค่าและคำพูดที่มองเธอด้วยความเย้ยหยันและดูถูก เช่น

“เป็นอย่างนี้แล้วจะท้องอีก จะเลี้ยงลูกได้หรือ”

“ไม่เจียมตัว”

คำพูดส่วนใหญ่ไม่ใช่คนอื่นไกล เป็นคำพูดที่มาจากปากญาติของเธอเอง แต่เธอก็ไม่หวั่นไหวกับสิ่งเหล่านี้ การมีลูกในคนที่เป็นอัมพาตท่อนล่างเป็นเรื่องยากสำหรับคนในสังคมจะยอมรับได้ แต่ไก่อดทนและเตรียมพร้อมด้วยการปรึกษาแพทย์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับสูติแพทย์นัดตรวจครรภ์เป็นระยะ และ 1 เดือน ก่อนคลอดมานอนโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อฝึกเตรียมคลอด เช่น ฝึกการดื่มน้ำ ฝึกเขม่วท้อง สอนเรื่องน้ำเดินและอาการปวดท้องก่อนคลอด ในที่สุด ไก่ก็คลอดลูกสาวออกมา คลอดปกติ เด็กสมบูรณ์แข็งแรงไม่พิการ

เธอเลี้ยงลูกด้วยตนเองบนรถเข็นบ้าง คลานไปมาบ้าง อาบน้ำลูกเอง เตรวดูน้ำร้อน น้ำเย็นให้ลูกกินนมแม่ ซักผ้าอ้อม ทำกับข้าว ดูแลด้วยตนเองมาโดยตลอด จนลูกอายุได้ 5 ขวบ ส่วนสามีเลิกกันตั้งแต่ลูกยังเล็ก เธอก็ไม่ทอดอ่ย ช่วงที่ต้องทำงาน ก็จ้างคนข้างบ้านช่วยดูแลให้ เธอเล่าว่า “สาเหตุที่ต้องเลิกกับสามี เพราะเขามีผู้หญิงใหม่แล้ว และที่สำคัญแม่เขาไม่ต้องการให้มีภรรยาพิการ ยังจะมาเอาลูกไปอีก แต่ไก่ไม่ยอม” เธอคิดว่า “การมีลูกทำให้ชีวิตสมบูรณ์สมบูรณ์” “อยากมีครอบครัวเพราะอนาคตจะได้มีคนดูแล” เธอยังมองว่า สังคมยังคงไม่ยอมรับหากคนพิการจะมีครอบครัว ทั้งๆที่ คนพิการสามารถมีลูกได้ และเลี้ยงลูกได้เหมือนกับคนที่ไม่พิการ

ในสังคมของคนหูหนวก คนภายนอกอาจมองว่า คนหูหนวกน่าจะมีปัญหาการมีลูกและความเป็นแม่น้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มคนพิการด้วยกัน แต่จากการวิจัยพบว่า แต่ละกลุ่มก็มีปัญหาแตกต่างกันไป

ดวงตา (นามสมมติ) เล่าให้ฟังว่า “คนหูหนวกมักถูกบังคับให้ทำแท้ง ถูกล่อลวงขายบริการทางเพศ และถูกบังคับทำหมัน เพราะคนหูหนวกไม่กล้าบอกใคร ไม่มีใครเชื่อถือ ยิ่งถ้าเป็นคดีความแล้ว มักจะหลีกเลี่ยง บางครั้งเจ้าหน้าที่กลับคิดว่า แกล้งทำเป็นหูหนวกก็มี” ปัญหาของคนหูหนวกอยู่ที่การสื่อสาร การใช้ภาษามือยากที่คนอื่นจะเข้าใจ

ปัญหาเรื่องท้องมักเกิดขึ้นเสมอในกลุ่มคนหูหนวก เพราะไม่มีใครแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด เมื่อท้อง จึงมักได้รับคำแนะนำให้ไปทำแท้ง ในประสบการณ์ของดวงตา ช่วงที่เป็นวัยรุ่น เธอคบกับผู้ชายคนหนึ่ง ได้ 4 ปี ปรากฏว่า ประจำเดือนขาดไป 2 เดือน ซึ่งขณะนั้นอายุเพียง 18 ปี แม่ของเธอบังคับให้ไปทำแท้ง แต่เธอบอกว่า “...คิดว่าการทำแท้งเป็นบาป เพื่อนๆหลายคนมักจะเจอแบบนี้ถูกบังคับทำหมันบ้าง ทำแท้งบ้าง แต่...คิดว่า เราเลี้ยงลูกได้ ทำไมละ ก็พ่อแม่ยังมาขอเงินเราใช้เลย แล้วทำไมเราจะเลี้ยงดูลูกตนเองไม่ได้”

ท้องแรกของดวงตา ไม่ค่อยราบรื่นเท่าใดนัก แม้เธอจะไปฝากท้องในโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่ง แต่ไม่ค่อยได้รับคำแนะนำเท่าที่ควร เมื่อถึงเวลาคลอดลูก เธอไม่รู้เลยว่า อาการก่อนคลอดเป็นอย่างไร ไม่ว่าอาการเจ็บเดือนหรือเจ็บจริง เช้าวันนั้นรู้สึกเหมือนปวดท้องจะเข้าห้องน้ำ แต่ก็ปวดหลังมากและมีมูกเลือด คุณยายมาเห็นจึงบอกว่า เจ็บท้องจะคลอดลูก จึงพากันไปรพ. ปวดท้องคลอดนาน แพทย์ประมาณว่าจะคลอด 1600 แต่คลอดเวลา 1400 ช่วงที่อยู่ห้องคลอดไม่มีใครเป็นเพื่อน ไม่รู้สึกอะไรมาก เพราะต้องการที่จะคลอดลูกออกมา แต่หลังคลอด ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำถึงวิธีการเลี้ยงลูก การให้นม การอาบน้ำเด็ก แพทย์ได้นำลูกไปช่วยดูแลเป็นเวลา 7 วัน เมื่อกลับมาบ้าน คนที่ดูแลและให้คำแนะนำคือยาย

ดวงตามีลูกทั้งหมด 3 คน ท้องที่ 2 และ 3 ไม่มีปัญหาการดูแลสุขภาพช่วงท้องและหลังคลอดเพราะมีประสบการณ์แล้ว ลูกทั้ง 3 เป็นเด็กปกติ หูไม่หนวก ทั้งๆที่พ่อแม่เป็นคนหูหนวกทั้งคู่ เธอและสามีรับชมมาชาย เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ใช้ภาษามือและท่าทางในการสื่อสารกับลูก ลูกๆก็เข้าใจ ไม่มีปัญหา ในบางครั้งการติดต่อกับดวงตา เธอให้ลูกคุยกับนักวิจัยทางโทรศัพท์แทน ฟังจากน้ำเสียงแล้ว ลูกๆค่อนข้างภูมิใจที่ได้ช่วยแม่ในการสื่อสาร ไม่มีน้ำเสียงของความน้อยเนื้อต่ำใจ แม้ครอบครัวนี้จะมีรายได้ไม่มากนัก ต้องหาเช้ากินค่ำ แต่ดูจะเป็นครอบครัวที่อบอุ่น ทุกครั้งที่เราพบกับดวงตา เราจะเห็นสามีเธอมาด้วยทุกครั้งด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มและใจเย็น

ส่วนชีวิตของธนา (นามสมมติ) สาวหูหนวก หน้าตาสะสวย หุ่นดี เธอมาพร้อมกับสามีซึ่งหูหนวก เล่าให้ฟังว่า เริ่มมาใช้ชีวิตอยู่กับสามีตั้งแต่อายุ 17 ปี เพราะหนีออกมาจากบ้านเนื่องจากทนการถูกทารุณไม่ได้ ชีวิตเธอต้องมาอยู่บ้านญาติและถูกทารุณใช้งานตั้งแต่เด็ก สภาพความเป็นอยู่ไม่ต่างจากสาวรับใช้ ยกเว้นแต่ไม่มีรายได้ เมื่อโตขึ้นจึงตัดสินใจมาอยู่กรุงเทพ และมีโอกาสเจอกับ

สามี เธอรู้จักการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ต่อมาเมื่ออายุ 19 ปี เริ่มท้อง มีอาการแพ้ท้องมาก จึงต้องการที่จะทำแท้ง เพราะคิดว่ายังไม่พร้อม กลัวการคลอดลูก กลัวการผ่าตัดคลอด ไม่รู้ว่าจะดูแลลูกอย่างไร แต่สามีไม่เห็นด้วย

การฝากครรภ์ในช่วงท้องแรกของรจนา ไม่ค่อยได้กินยาบำรุง ความรู้สึกเหมือนถูกหมอบังคับ ไม่เข้าใจ เพราะกินแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประกอบกับไม่ค่อยมีคนให้ข้อมูล มีเอกสารให้อ่าน แต่อ่านแล้วไม่เข้าใจ ทำให้ในท้องแรก น้ำหนักตัวค่อนข้างน้อย ส่วนท้องที่ 2 ไม่มีปัญหา เพราะเพื่อนหุหนวกแนะนำให้ติดต่อล่ำที่สมาคมคนหุหนวกฯ เมื่อไปฝากครรภ์จะมีล่ำไปด้วย ดูแลตลอดจนคลอด

รจนาเลี้ยงลูกคนที่ 2 เอง ส่วนลูกคนแรก ย่ำเป็นคนเลี้ยงให้ เนื่องจากเธอและสามีต้องทำงานกลางคืน เพื่อสร้างฐานะ แต่เมื่อเธอมีลูกคนที่ 2 ครอบครัวยังมีรายได้นิดๆ มีฐานะดี เธอจึงมีเวลาดูแลลูกด้วยตนเอง ตั้งแต่หลังคลอดจนปัจจุบันลูกอายุได้ 3 ขวบ ลูกของรจนาทั้ง 2 คน เป็นเด็กปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน เธอสื่อสารด้วยท่าทาง ยามที่ลูกเจ็บป่วย แม้ไม่ได้ยินเสียงร้องแต่เธอก็ใช้การสัมผัสและอ่านสีหน้าของลูกเป็นสำคัญ ลูกเข้าใจพ่อแม่ผ่านทางสายตาและท่าทาง สำหรับรจนาแล้ว การมีลูกคือสิ่งสำคัญในชีวิตที่ช่วยเติมเต็มความสมบูรณ์ของครอบครัว

จะเห็นได้ว่า คนพิการ ไม่ว่าจะเป็นคนหุหนวก หรืออัมพาตท่อนล่าง ก็สามารถมีลูกได้ คนพิการเหล่านี้สามารถที่จะมีครอบครัว มีสิทธิที่จะเลือกคู่ชีวิต มีลูก และเลี้ยงลูกด้วยตนเองได้ แต่คนปกติต่างหากที่มักยึดความคิดของตนเองเป็นสำคัญมองว่า ความบกพร่องของร่างกายเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูก รวมทั้งมักคาดการณ์ล่วงหน้าว่า หากคนพิการมีลูกจะเป็นการสร้างภาระให้กับสังคม

ข้อเสนอแนะ

ควรเน้นการส่งเสริมเรื่อง เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของคนพิการมากกว่า ที่จะเหมารวมว่าคนพิการไม่ควรมีลูก แม้จะเป็นกลุ่มพิการทางสติปัญญา ก็ควรพิจารณาเป็นรายบุคคลตามระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

ควรมีการให้ความรู้ทางสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ให้กับคนพิการที่อยู่ในสถาบัน โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตาบอด แม้ว่าหญิงพิการเหล่านั้นจะมีโอกาสเจอกับผู้ชายน้อย แต่ไม่ได้หมายความว่า ชีวิตนี้จะไม่มีโอกาสออกมาในสังคมภายนอก เจอเพศตรงข้าม ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดจึงไม่ใช่เรื่องไกลตัวสำหรับเด็กหญิงตาบอด

ในกลุ่มของคนหุหนวก มีโอกาสใช้ชีวิตอยู่ในสังคมข้างนอกค่อนข้างมาก มีการพบปะกับเพศตรงข้ามค่อนข้างเสรี พบว่า คนพิการกลุ่มนี้มีความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศค่อนข้างดีตั้งแต่อยู่ใน

โรงเรียน แต่ประเด็นคือ ควรกำชับให้รู้จักการคุมกำเนิด เมื่อต้องใช้ชีวิตกับแฟน เพื่อลดปัญหาการทำแท้งในกลุ่มคนหูหนวก

ปัญหาการมีลูกของคนหูหนวกทั้ง 2 รายคือ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ และการดูแลลูกหลังคลอด เนื่องจากไม่มีใครที่จะช่วยในการสื่อสารให้เข้าใจ ซึ่งในจุดนี้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขอาจคิดว่ามีเอกสารให้อ่าน ซึ่งคนหูหนวกสามารถอ่านได้ แต่ในบางครั้งคนหูหนวกอาจอ่านไม่เข้าใจ และไม่สามารถถามใครได้ ในส่วนของผู้ให้บริการทางสาธารณสุขจำเป็นต้องตระหนักถึงปัญหานี้ จัดทำสื่อวีดิทัศน์เพิ่มเติม โดยมีการใช้ภาษามือเช่นเดียวกับการรายงานข่าวทางโทรทัศน์ ภาครัฐควรต้องสนับสนุนเงินให้กับสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดหาทีมให้เพียงพอต่อการให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ 23 ธ.ค. 2552 เข้าถึงได้จาก
<http://www.tddf.or.th/tddf/lawa/artlist.php> วันที่ 07/03/2553

Alexander, C., J., Hwang, K., & Sipski, M., L. (2002). Mothers With Spinal Cord Injuries: Impact on Marital, Family, and Children's Adjustment. *Arch Phys Med Rehabil*, 83(January), 24-30.

Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Disability, Space and Sexuality: Access to Family Planning Services. *Social Science & Medicine*, 51, 1163-1173.

Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability : a sociological introduction*. Malden, Mass: Polity Press.

Barns, C. (Ed.). (1998). *The social model of disability: A sociological phenomenon ignored by sociologists?* London: Redwood Books, Trowbridge, Wilts.

Barns, C., & Mercer, G. (1996). *Exploring the Divide: Illness and Disability*. Leeds: The Disability Press.

Kent, D. (2002). Beyond Expectations: Being Blind and Becoming a Mother *sexuality and Disability*, 20(1), 81-88.

Morris, J. (1991). *pride against Prejudice*. London: Women's Press.

Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. London: Macmillan Education.

Orenstein, P. (2001). *Flux: Women on Sex, work, love, kids and life in a half-changed world*. New York: Knopf.

Prilleltensky, O. (2003). A Ramp to Motherhood: Experiences of Mothers with Physical Disability *sexuality and Disability*, 21Spring(1), 21-47.

Thomus, C. (1997). The baby and the bath water: disabled women and motherhood in social context. *Sociology of health&Illness*, 19(5), 622-643.

Thomus, C., & Curtis, P. (1997). Having a baby: some disabled women's reproductive experiences *Midwifery*, 13, 202-209.

Anderson, P., & Kinchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: access to family planning servieces. *Social Science & Medicine*, 51, 1163-1173.

- Giulio, G. D. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12,1, 53-68.
- Kelly, G., Crowley, H., & Hamilton, C. (2009). Rights, sexuality and relationships in Ireland: 'it'd be nice to be kind of trusted'. *British Journal of Learning Disabilities*, 37, 308-315.
- Kent, D. (2002). Beyond Expectations: Being Blind and Becoming a Mother. *Sexuality and Disability*, 20 No.1.
- Malatesta, V. J., & Adams, H. E. (2002). Sexual Dysfunctions. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology, Third Edition* (3 ed.): Springer US.
- Miligan, M. S., & Neufeldt, A. H. (2001). The Myth of Asexuality: A Survey of Social and Empirical Evidence. *Sexuality and Disability*, 19 No. 2.
- Psychiatryonline. Sexual and Gender Identity Disorders. from <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=9855>
- Shakespeare, T. (1999). The Sexual Politics of Disabled Masculinity. *Sexuality and Disability*, 17 No. 1, 53-66.
- Walter, L. J., Nosek, M. A., & Langdon, K. (2001). Understanding of Sexuality and Reproductive Health Among Women With and Without Physical Disability. *Sexuality and Disability*, 19 No. 3.
- Wikipedia. (2010a). Gregor Mendel. from http://en.wikipedia.org/wiki/Gregor_mendel
- Wikipedia. (2010b). Survival of the fittest. from http://en.wikipedia.org/wiki/Survival_of_the_fittest
- รวิชัย พานิช, & พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2551). รายงานการประชุมประจำปี เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย ครั้งที่ 1 วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียมปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย: โรงพิมพ์เจริญดีการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์. (2553). โครงการวิจัยเรื่องสุขภาพทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการ *Sexual Health and Reproductive Right of People Living with Disabilities*.
- อุบลพรรณ ชีระศิลป์. (2553). ความเป็นแม่ในหญิงพิการ.

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เลข ห้างแก้ว



00010379