

ทวินิยมในรูปแบบเชิงการแพทย์และรูปแบบเชิงสังคม¹

ปกรณัม สิงห์สุริยา และวิภาดา อังสุมาลิน²

บทความนี้พิจารณาฐานคติทางปรัชญาเบื้องหลังความเข้าใจเกี่ยวกับความทุพพลภาพ การค้นหาฐานคติดังกล่าวจะกระทำโดยพิจารณาจากรูปแบบกระแสหลักที่ใช้ทำความเข้าใจคนพิการในวงการวิชาการและการวางนโยบาย รูปแบบดังกล่าวแบ่งได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ รูปแบบเชิงการแพทย์และรูปแบบเชิงสังคม ในที่สุดแล้วการวิเคราะห์จะแสดงให้เห็นว่าฐานคติทางปรัชญาที่มีบทบาทสำคัญก็คือ “ทวินิยม” (Dualism) อันเป็นแนวคิดระดับภววิทยาว่าด้วยธรรมชาติมนุษย์อันประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ จิตและกาย และฐานคตินี้ก็มีนัยยะทางจริยศาสตร์ในเรื่องเกี่ยวกับการเคารพอัตตาณัติ (Autonomy)

อนึ่ง ก่อนที่จะเข้าสู่เนื้อหา ผู้เขียนใคร่ขอแจ้งว่าคำสำคัญต่างๆ ที่ใช้ในบทความนี้จะไม่สอดคล้องกับที่ใช้กันตามธรรมเนียมของนักวิชาการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย ตามธรรมเนียมดังกล่าว จะแปลคำว่า "Impairment" ด้วยคำว่า "ความบกพร่อง" และแปลคำว่า "Disability" ด้วยคำว่า "ความพิการ" ในทางกลับกัน ในบทความนี้จะแปลคำว่า "Impairment" ด้วยคำว่า "ความพิการ" และแปลคำว่า "Disability" ด้วยคำว่า "ความทุพพลภาพ" ทั้งนี้ ก็เพื่อความราบรื่นในการนำเสนอความคิดในบริบทวิชาการตะวันตก

ดังจะเห็นได้ชัดในกรณีของ "รูปแบบเชิงสังคม" (ดูเนื้อหาข้างล่าง) ซึ่งมีความคิดสำคัญที่อาศัยการแบ่งแยกระหว่างภาวะความพิการทางกายกับภาวะความรู้ความสามารถอันเนื่องมาจากความพิการดังกล่าว หรืออีกนัยหนึ่ง ระบบคิดนี้มองเห็นว่าผู้พิการไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาเดียวกัน การที่ผู้พิการไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างนั้นเป็นผลมาจากการจัดสภาพแวดล้อมของสังคม หรือแม้แต่ ICIDH (ดูเนื้อหาข้างล่าง) ก็มีแนวคิดที่แบ่งแยกระหว่างภาวะรู้ความสามารถกับความพิการ กล่าวคือ แม้ความรู้ความสามารถจะเป็นผลจากความพิการทางกาย แต่ผู้พิการบางคนก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ไร้ความสามารถ (เช่น ผู้ที่เสียโฉมก็ยังสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้)

จากคำอธิบายดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการใช้คำว่า "Disability" ในลักษณะที่สัมพันธ์กับโครงสร้างของคำที่เกิดจากการใช้อุปสรรค (Prefix) นั่นคือ "dis" กับ "ability" (รวมกันเป็น "ไร้-ความสามารถ" หรือ "ไม่-สามารถ") การเล่นคำดังกล่าวจะปรากฏให้เข้าใจได้ดีเมื่อใช้คำว่า "ทุพพลภาพ" ซึ่งมีอุปสรรค "ทุ" กับคำว่า "พลภาพ" สอดคล้องกับภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี สำหรับคำว่า "Impairment" นั้น แม้ศัพท์บัญญัติวิชาการของราช

บัณฑิตสถานจะให้แปลได้ทั้ง "ความบกพร่อง" และ "ความพิการ" (ดู www.royalin.go.th) แต่ในที่นี้ผู้เขียนเลือกคำหลังเพื่อนำมาใช้ในบริบทการแพทย์ตามเจตนาการใช้ในวงวิชาการตะวันตก (ดูเนื้อหาข้างล่าง)

1. มุมมองเกี่ยวกับความทุพพลภาพ

"ความทุพพลภาพ" จัดเป็นมโนทัศน์เชิงบรรทัดฐาน เนื่องจากการสะท้อนในมุมมองถึงความคิดเรื่องลักษณะที่ควรคาดหวังได้จากมนุษย์ไม่ว่าทางกายหรือทางจิตใจ รวมถึงความคิดเกี่ยวกับลักษณะที่ควรจะเป็นในการจัดรูปแบบทางสังคม เพื่อดูแลสมาชิกในสังคม คำว่า "ทุพพลภาพ" มีนัยยะว่าผู้ทุพพลภาพนั้นขาดความสามารถ ("พละ") บางประการที่แสดงลักษณะของมนุษย์ หรือลักษณะที่ช่วยให้มีชีวิตแบบที่มนุษย์ควรมี

ความสามารถทางกายและจิตใจดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่เป็นสาระของความเป็นมนุษย์ ไม่เพียงด้วยเหตุว่าสิ่งเหล่านี้ช่วยแยกแยะมนุษย์ออกจากสัตว์อื่น แต่ยังเป็นด้วยเหตุผลว่าสิ่งเหล่านี้ทำให้มิติด้านความสัมพันธ์ของชีวิตมนุษย์ในระดับระหว่างบุคคลและระดับประชาคมมีความเป็นไปได้ ในเมื่อความทุพพลภาพหมายถึงการขาดความสามารถหรือเงื่อนไขแห่งความเป็นไปได้ที่จะลู่อซึ่งชีวิตที่สมควร รวมถึงการมีส่วนร่วมในฐานสมาชิกคนหนึ่งในสังคม ความทุพพลภาพจึงเป็นเครื่องกีดขวางความงอกงามของชีวิต หรืออีกนัยหนึ่ง ความสามารถและเงื่อนไขแห่งความเป็นไปได้ต่างๆ ถือว่าเป็นสิ่งดีและเป็นประโยชน์ ในขณะที่ความทุพพลภาพเป็นภาวะอันไม่น่าพึงปรารถนา

อย่างไรก็ตาม แม้การไร้ซึ่งความสามารถจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกล่าวถึงความทุพพลภาพ แต่ประเด็นสำคัญคือการพิจารณาว่าอะไรคือความสามารถที่ขาดไป ซึ่งมี 2 มุมมองเกี่ยวกับความทุพพลภาพที่มีบทบาทสำคัญในวงการการศึกษาและวางนโยบายเกี่ยวกับผู้ทุพพลภาพ กล่าวคือ มุมมองเชิงปัจเจกบุคคลและเชิงสังคม

ในมุมมองเชิงปัจเจกบุคคล ความสามารถดังกล่าวคือสมรรถนะทางกายบางประการ ในมุมมองนี้ ความทุพพลภาพคือความพิการของปัจเจกบุคคล แต่ในมุมมองเชิงสังคม ความทุพพลภาพมิได้เป็นเรื่องเดียวกันกับความพิการเสียทีเดียว ความพิการมิใช่ภาวะอันไม่น่าพึงปรารถนาในตัวเอง แต่ความทุพพลภาพต่างหากที่เป็นภาวะอันไม่น่าพึงปรารถนาที่สืบเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมอันไม่เป็นธรรมทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพหรือการสร้างความหมายทางสังคม จะเห็นได้ว่าทั้งสองมุมมองนี้มีนัยยะเชิงบรรทัดฐานเกี่ยวกับสิ่งที่ดีหรือเลวสำหรับปัจเจกบุคคล และสิ่งที่ถูกหรือผิดสำหรับการจัดรูปแบบทางสังคม ซึ่งต่อไปนี้จะป็นรายละเอียดของทั้งสองมุมมองดังกล่าว

1.1 ความทุพพลภาพ : มุมมองเชิงปัจเจกบุคคล

ในวัฒนธรรมทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยก่อน ความทุพพลภาพมักปรากฏเป็นเครื่องแสดงถึงความบกพร่องทางจริยธรรมของบุคคล หรือพ่อแม่ญาติพี่น้องของเขา ยกตัวอย่างเช่น หากพบว่ามีเด็กเกิดมาทุพพลภาพ คนทั้งหลายก็จะมองว่าสิ่งนั้นมีเหตุเนื่องมาจากกรรมชั่วของพ่อแม่ หรือหากพบว่าบุคคลหนึ่งประสบเคราะห์กรรมจนกระทั่งทุพพลภาพ คนทั้งหลายก็จะมองว่าสิ่งนั้นมีเหตุจากเวรกรรมที่เขาเคยก่อ ทัศนะเช่นนี้เรียกได้ว่า "รูปแบบเชิงจริยธรรมของความทุพพลภาพ" (Moral model of disability) ตามมุมมองของทัศนะนี้ ความทุพพลภาพคือภาวะแห่งความเสียหายที่เกิดแก่บุคคลเพื่อตอบสนองต่อความผิดบาปที่เขากระทำ ดังนั้น จึงมักมีจุดสนใจอยู่ที่ความทุพพลภาพที่สังเกตเห็นได้

อย่างไรก็ตาม ในสมัยปัจจุบัน ความทุพพลภาพในรูปแบบต่างๆ สามารถอธิบายได้ด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้วยเหตุนี้จึงเกิดความเข้าใจใหม่ว่าความทุพพลภาพเป็นความบกพร่องทางกายหรือจิตใจของปัจเจกบุคคล ทัศนะที่มาแทนที่นี้เรียกว่า "รูปแบบเชิงการแพทย์ของความทุพพลภาพ" (Medical model of disability) ตามทัศนะเช่นนี้ สาเหตุของความทุพพลภาพก็

เนื่องจาก (ก) ความโชคร้าย เช่น อุบัติเหตุ (ข) ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ และ (ค) พันธุกรรม จะเห็นได้ว่าสาเหตุเหล่านี้เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลทั้งสิ้น ความทุพพลภาพจึงเป็น “โศกนาฏกรรม” ของปัจเจกบุคคล อันเนื่องมาจากสภาวะทางพยาธิสภาพของเขา ด้วยเหตุนี้ รูปแบบดังกล่าวจึงมีอีกชื่อหนึ่งว่า “รูปแบบแห่งโศกนาฏกรรมส่วนบุคคล” (Personal tragedy model)

ไม่น่าประหลาดใจว่าทำไมจึงมีทัศนะว่าความทุพพลภาพเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล รูปแบบพื้นฐานทางเวชปฏิบัติคือการวินิจฉัยอาการ กำหนดวิธีการรักษา ลงมือรักษาและดูแลให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติ แม้รูปแบบนี้จะเป็นเรื่องธรรมดา แต่ในอันที่จริงแฝงไว้ซึ่งฐานคติอันสำคัญ นั่นคือ การทำให้คนกลับเป็นปกติ (Normalization) หรือคืนสู่ความสมบูรณ์ (Wholeness) อันเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับผู้ทุพพลภาพหลายราย นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังเน้นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ ผู้ที่มาติดต่อกับแพทย์คือคนไข้ที่ควรรับคำแนะนำจากแพทย์ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญกว่า ในที่สุดผลที่เกิดแก่ผู้ทุพพลภาพคือการมุ่งความสนใจไปที่ (ก) “ความไม่สมบูรณ์” ของเขาเหล่านั้น อันเป็นสิ่งที่ขจัดไปไม่ได้ และ (ข) ความจำเป็นที่เขาเหล่านั้นควรจะได้รับ การตอบสนองเพื่อที่จะมีชีวิตแบบคนปกติมากที่สุดภายใต้เงื่อนไขของพยาธิสภาพที่มี แต่ทั้งสองประการนี้คือการยืนยันความไม่สมบูรณ์ ความไม่ปกติ หรือความไม่พอเพียงของผู้ทุพพลภาพนั่นเอง

อิทธิพลที่ชัดเจนประการหนึ่งของรูปแบบเชิงการแพทย์สามารถพบแฝงอยู่ในนิยามความทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลกที่เสนอไว้ใน “การกำหนดประเภทระดับนานาชาติเกี่ยวกับความพิการ ความทุพพลภาพ และความด้อยสถานะ” (The International Classification of Impairments, Disability and Handicaps หรือ ICIDH) ในปี ค.ศ.1980 ซึ่งบัญญัติไว้เป็นแนวทางบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก นิยามดังกล่าวแยกแยะระหว่าง ความพิการ (Impairment) ความทุพพลภาพ (Disability) และความด้อยสถานะ (Handicap)

ความพิการ หมายถึง ความขาดหายหรือความผิดปกติของ โครงสร้างหรือการทำงานในเชิงจิตวิทยา สรีรวิทยา หรือกายวิภาค ความทุพพลภาพ หมายถึง ข้อจำกัดหรือความขาดหายไปซึ่งความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมในลักษณะหรือในขอบเขตที่จัดได้ว่าปกติสำหรับมนุษย์ โดยข้อจำกัดหรือความขาดหายไปนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความพิการ ความด้อยสถานะ หมายถึง ความเสียเปรียบของบุคคลอันเนื่องมาจากความพิการหรือทุพพลภาพ อันจำกัดหรือขัดขวางการปฏิบัติบทบาทปกติของบุคคลนั้น จะสังเกตเห็นได้ว่าตามนิยามขององค์การอนามัยโลกในปี 1980 นี้ ข้อจำกัดในชีวิตของผู้ทุพพลภาพเป็นผลโดยตรงจากความพิการของเขาเอง สิ่งนี้เรียกว่าการทำให้ความทุพพลภาพเป็นเรื่องของธรรมชาติ (Naturalization)

ฐานคติที่สำคัญของรูปแบบเชิงการแพทย์คือทวิลักษณ์ของร่างกายที่ “สามารถ” หรือมี “พลภาพ” (able-bodied) และร่างกายที่ “ไม่สามารถ” หรือ ไม่มี “พลภาพ” (dis-abled bodied) ประเภททั้งสองนี้จะมาพร้อมกับลักษณะอื่นๆ กล่าวคือ “พลภาพ” จะมาพร้อมกับ “ปกติ” “ดี” “สะอาด” “เหมาะสม” “สามารถ” “พึ่งพาตนเองได้” ในขณะที่ “ทุพพลภาพ” มาพร้อมกับ “อปกติ” “เลว” “สกปรก” “ไม่เหมาะสม” “ไม่สามารถ” “พึ่งพาผู้อื่น”

ลักษณะเหล่านี้ช่วยให้เห็นได้ชัดเจนว่าทำไมผู้ที่ได้รับอิทธิพลจากรูปแบบเชิงการแพทย์จึงเห็นว่าเป็นความชอบธรรมที่จะ “ปฏิบัติต่อ” (do to) ผู้ทุพพลภาพ มากกว่าที่จะ “ปฏิบัติด้วยกัน” (do with) ตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดคือ ในต้นศตวรรษที่ 20 มีการนำผู้ทุพพลภาพไปควบคุมกักขังในสถานดูแล (Asylum) และป้องกันไม่ให้คนเหล่านี้เจริญพันธุ์

อีกทัศนะหนึ่งที่มีฐานอยู่บนมุมมองแบบปัจเจกบุคคล คือ “รูปแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างอรรถภาวะของความทุพพลภาพ” (Intersubjective model of disability) ทัศนะนี้ให้ความสำคัญแก่ปฏิสัมพันธ์ทางความคิด (Cognitive) และประสบการณ์ทางอารมณ์ (Affective) ระหว่างบุคคล กล่าวคือ ความทุพพลภาพเป็นผลมาจากประสบการณ์ส่วนบุคคล

ผสมผสานกับการมองตำแหน่งสถานะของตนในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ดังนั้น จึงกล่าวได้ตามทัศนะนี้ว่า บุคคลคนหนึ่งมีความทุพพลภาพ ก็ด้วยว่าเขารู้สึกเช่นนั้น และความรู้สึกดังกล่าวเป็นผลมาจากการมองความสัมพันธ์ของตนเอง ที่มีต่อผู้อื่นบนพื้นฐานของคุณลักษณะต่างๆ ที่ตนและผู้อื่นมี นัยยะก็คือการจะเห็นว่าตนทุพพลภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้มีความบกพร่องทางกายของแต่ละคน บางคนอาจจะ “ไม่ยอมแพ้” หรือ บางคนอาจจะ “ท้อแท้” ทั้งนี้เป็นเรื่องการปรับตัวของปัจเจกบุคคล

ทัศนะนี้อาจถือเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบเชิงการแพทย์ ซึ่งได้ขยายกลายเป็น “รูปแบบเชิงการฟื้นฟูของความทุพพลภาพ” (Rehabilitation model of disability) อันเนื่องมาจากการขยายขอบเขตของความหมายของการรักษาให้ครอบคลุมเรื่องการปรับปรุงสภาพทางสุขภาพและส่งเสริมการปรับตัวและพัฒนาศักยภาพที่ผู้ป่วยมี และแน่นอนว่าส่วนหนึ่งของการปรับตัวที่ผู้ทุพพลภาพควรมีคือ “การไม่คิดว่าตนเป็นคนพิการ” จะได้พยายามพึ่งพาตนเอง ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน รูปแบบเชิงการฟื้นฟูยังคงเป็นการยืนยันฐานคติเกี่ยวกับการทำให้เป็นเหมือนคนปกติเช่นเดิม และยังเป็นการคงไว้ซึ่งบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ทุพพลภาพ ซึ่งคงมีฐานะเป็นผู้รับคำแนะนำและบริการเช่นเดิม สิ่งนี้มีนัยยะถึงการเป็นผู้รับ การกำหนดวิถีชีวิตด้วย ดังเช่นที่ พอล แอบเบอร์ลี (Paul Abberley, 1987 : 14) นักวิชาการผู้ทุพพลภาพ อ้างถึง เอ. ซูเธอร์แลนด์ (A. Sutherland, 1981) ไว้ว่า

“การเลียนแบบร่างกาย "ปกติ" ที่แม้จะหยาบและไม่สะดวก ก็ยังถือว่าดีกว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมจะมีประสิทธิภาพ แต่ทำให้ [ผู้ทุพพลภาพ] ไม่ต้องแสวงเป็นอื่นนอกจากภาวะที่ตนมี” และ “มีการเน้นความสำคัญเป็นอย่างมากว่า เด็กที่เป็น โปลิโอ...ต้องเดินให้ได้...ในทำนองว่าการยืนขึ้นมาเป็นสิ่งที่ดีกว่าการนั่งอย่างมหาศาล เมื่อว่าการยืนนั้นต้องอาศัย โครงเหล็กที่หนักเป็นต้น ไม่ให้อิสระในการเคลื่อนไหว และทำให้เจ็บปวด รวมถึงต้องใช้เวลาเป็นชั่วโมงกว่าจะใส่หรือถอดออก อีกทั้งยังดูน่าเกลียด คนเชื่อกันว่านั่นคือสิ่งที่ [พวกเขา] ต้องการ และเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับ [พวกเขา]” หรือดังที่ ไมค์ เฟเธอร์สโตน (Mike Featherstone, 1999 : 6) อ้างคำบรรยายของวอลเบอร์กา ไฟรีแทค (Walburga Freitag, 1999) ไว้ว่า

“จากมุมมองของหมอ ร่างกายที่รับผลจากยาธาติโคไมด์เป็นร่างกายที่ผิดปกติ จึงจำเป็นต้องทำให้เหมือนปกติเพื่อช่วยให้เด็กปรับตัวได้ แต่ในเมื่อการเป็นเหมือนปกตินี้ทำให้ต้องใส่ขาเทียมให้แก่ขาที่กุดสั้นซึ่งไม่สามารถรับน้ำหนักของอุปกรณ์ เด็กที่สามารถเคลื่อนไหวไปรอบบ้านได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญด้วยอวัยวะอันกุดสั้น จึงกลับต้องเสียความสามารถในการเคลื่อนที่ ดังนั้น กระบวนการทำให้เป็นปกตินี้จึงเป็นไปเพื่อประโยชน์ของแพทย์ ไม่ใช่ของเด็ก เพราะเด็กไม่มีปัญหาในการยอมรับร่างกายที่พวกเขามีความคุ้นเคยในการใช้ชีวิตมาตั้งแต่เกิดแล้ว”

1.2 ความทุพพลภาพ : มุมมองเชิงสังคม

นักคิดอีกฝ่ายเห็นว่ามุมมองเชิงปัจเจกบุคคลนั้น มีอคติแฝงอยู่และนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ทุพพลภาพแบบ "กีดกัน" ไม่ว่าจะในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างรัฐกับบุคคล เนื่องจากเป็นมุมมองที่ทำให้คนมุ่งความสนใจไปที่ปัจเจกบุคคลผู้ทุพพลภาพ โดยละเลยที่จะพิจารณาภาวะแวดล้อมทางสังคม แม้มีความพยายามให้ความช่วยเหลือ แต่ทรัพยากรทั้งหลายก็จะทุ่มเทไปเพื่อ “พัฒนา” ผู้ทุพพลภาพ มากกว่าที่จะปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคม ดังนั้น ผู้ทุพพลภาพจึงเป็นคนชายขอบและไม่มีส่วนร่วมในสังคม หรือไม่มีแม้แต่โอกาสจะกำหนดชะตาชีวิตตนเอง ด้วยเหตุนี้ จึงมีความพยายามที่จะหันมาพิจารณาสีงแวดล้อมทางสังคมเพื่อที่จะให้นิยามใหม่เกี่ยวกับความทุพพลภาพ ซึ่งในที่สุดได้ก่อให้เกิด “รูปแบบเชิงสังคมของความทุพพลภาพ” (Social model of disabilities)

รูปแบบเชิงสังคมมีจุดเริ่มจากเป้าประสงค์ที่จะเปิดเผยให้เห็นว่าความหมายของความทุพพลภาพที่ยอมรับกันทั่วไปในสังคม และวงการแพทย์และสาธารณสุข แม้จะดูเหมือนว่าเป็นความจริงเนื่องจากอ้างอิงถึงลักษณะทาง "ธรรมชาติ" บางอย่าง เช่น ลักษณะทางกายภาพ แต่จริงๆ แล้วเป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้นเพื่อกีดกันผู้ทุพพลภาพ ซึ่งมีลักษณะไม่ตรงกับความคิดทางสังคม ไม่ว่าจะในด้านรูปลักษณ์ พฤติกรรม หรือการสร้างประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

กระบวนการของรูปแบบเชิงสังคมมีฐานคติเบื้องต้นที่ว่าผู้ทุพพลภาพมี "ภาวะแห่งความสามารถ" ("พลภาพ") ที่ "เสีย" ("ทุ") ไป ก็ด้วยสังคมที่มีได้จัดรูปแบบโดยคำนึงถึงความจำเป็นของคนเหล่านี้ ทั้งนี้ จะต้องแยกแยะระหว่างความพิการ (Impairment) อันหมายถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์ทางกายภาพกับความทุพพลภาพ (Disability) อันหมายถึงข้อจำกัดด้านโอกาสในการมีส่วนร่วมในชีวิตปกติในชุมชนในฐานะที่เท่าเทียมกับผู้อื่น อันเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากอุปสรรคทางกายภาพและการกีดกันทางสังคม ข้อกีดขวางเหล่านี้คือความไม่เป็นธรรม จึงจัดได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการกีดกันทางสังคม

ไมค์ โอลิเวอร์ (Mike Oliver) ซึ่งเป็นผู้ทุพพลภาพ นับว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ก่อรูปทฤษฎีให้แก่รูปแบบเชิงสังคมนี้ โดยอาศัยวิธีการที่เน้นโครงสร้างและลักษณะเชิงวัตถุของสังคม โอลิเวอร์เห็นว่าพลังทางสังคมและเศรษฐกิจของทุนนิยมเป็นบ่อเกิดของมุมมองเชิงปัจเจกบุคคลและการกีดกันผู้ทุพพลภาพ กล่าวคือ ทุนนิยมก่อให้เกิดอุดมคติแห่งความปกติ (Ideology of normality) ทั้งนี้เพราะทุนนิยมมีความจำเป็นต้องอาศัยแรงงานในการขับเคลื่อน ซึ่งหมายความว่าต้องการบุคคลที่สามารถฝึกฝนและปฏิบัติงานเพื่อสร้างผลผลิตได้ ด้วยเหตุนี้ จึงเกิดแนวคิดเรื่องบุคคลที่มีกายและจิตใจที่ใช้ได้ (able-bodied / able-minded) โดยบุคคลเหล่านี้จะมีลักษณะทางกายที่สามารถใช้เครื่องจักรใหม่ๆ และมีความปรารถนาที่จะทำงานตามกรอบแบบแผนของโรงงาน ผู้ที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มคนเหล่านี้ คือ ไม่สามารถเข้าร่วมปฏิบัติงานเพื่อสร้างผลผลิตได้ จึงถูกเรียกว่าเป็น "ผู้ไม่+สามารถ" (ในความหมายของ "ผู้ทุ+พลภาพ" / "the dis-abled")

ในขณะเดียวกัน ประเด็นเรื่องสุขภาพเริ่มเข้ามาเกี่ยวข้องกับนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้มีประชากรมากและแข็งแรงพอที่จะทำงานในภาคอุตสาหกรรม ผนวกกับความก้าวหน้าทางความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มีการขยาย "ตลาดทางการแพทย์" อันหมายถึงการเสนอบริการเกี่ยวกับบุคลากรที่คอยดูแลสุขภาพและรักษาโรค กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์จึงมีอิทธิพลสูง โดยเฉพาะในการกำหนดว่าใครไม่ปกติและใครควรได้รับการรักษา และสำหรับเรื่องความทุพพลภาพแล้วก็ไม่ต่างไปจากโรคภัยอื่นๆ ที่ผู้มีทุกข์จะต้องเข้าสู่รูปแบบพื้นฐานของเวชปฏิบัติ ความทุพพลภาพจึงเป็นพยาธิสภาพของปัจเจกบุคคลผู้โชคร้ายและต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ และนี่ก็คือที่มาของการทำให้ความทุพพลภาพเป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization of disability) ซึ่งหมายความว่าผู้ทุพพลภาพเป็นผู้ป่วยที่ต้องคอยพึ่งพิงแพทย์อยู่เสมอ ทั้งนี้การมองดังกล่าวสัมพันธ์กับแนวคิดเรื่องบุคคลที่มีกายและจิตใจที่ใช้ได้นั่นเอง ด้วยเหตุนี้ความหมายของความทุพพลภาพจึงครอบคลุมถึงความไม่เป็นประโยชน์ทางเศรษฐกิจ (Unproductive) และต้องพึ่งพา (Dependent)

ความสำคัญของการวิเคราะห์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า "ความทุพพลภาพ" เป็นมโนทัศน์ที่พัฒนาขึ้นมาในบริบททางประวัติศาสตร์หาได้เป็นนิยามสากลซึ่งมีความเป็นปรนัยจากวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ไม่ และอันที่จริงวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ก็อยู่ในอิทธิพลแห่งประวัติศาสตร์เช่นกัน ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ดังกล่าวจึงมีบทบาทส่วนหนึ่งในการช่วยปลดปล่อยผู้ทุพพลภาพออกจากเรื่องทางการแพทย์

ประเด็นการปลดปล่อยนี้มาพร้อมด้วยข้อยืนยันที่ว่าความพิการไม่ใช่ความเจ็บป่วย ในความหมายที่ว่าผู้ทุพพลภาพดำเนินชีวิตไปได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์อีกแล้ว เนื่องจากความพิการเหล่านั้นรักษาไม่ได้ ความ

พยายามที่จะผลักดันให้การรักษาทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาแทรกแซงในชีวิตผู้ทุพพลภาพในหลายกรณีกลับเป็นการเพิ่มความทุกข์ หรือไม่ก็เป็นการยืนยัน “ความผิดปกติ” ของผู้ทุพพลภาพ รวมถึง “ความไม่เหมาะสม” ของวิถีชีวิตของพวกเขา

รูปแบบเชิงสังคมนี้นำมาซึ่งผลดีหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปลดปล่อยผู้ทุพพลภาพจากความไม่เป็นธรรมที่พวกเขาได้รับไว้ในใจ แนวคิดนี้ช่วยให้เขาเหล่านั้นเห็นว่าความทุพพลภาพมิใช่ “ความผิดของพวกเขาเอง” แต่เป็นผลพวงจากการแบ่งแยกและกีดกันทางสังคม ฉะนั้นความรับผิดชอบจึงตกอยู่กับตัวสังคมเอง นอกจากนี้ รูปแบบนี้ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการได้ยิน “เสียง” (Voice) ของผู้ทุพพลภาพ จากที่แต่เดิมความคิดและการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ทุพพลภาพนั้นถูกกลบไว้ด้วยวาทกรรมของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แต่เมื่อความหมายของความทุพพลภาพเปลี่ยนไปกลายมาเป็นสิ่งที่เกิดจากการกีดกันทางสังคม ผู้ที่ระบุรูปแบบการกีดกันที่ดีที่สุดก็มีใครอื่นนอกจากคนพิการ จึงนับเป็นการหันมาฟังและให้ความสำคัญต่อ “เสียง” ของคนทุพพลภาพ

ดังนั้น อาจจะสามารถสรุปลักษณะสำคัญของรูปแบบเชิงสังคมได้ดังนี้ (ก) เป็นรูปแบบที่ตระหนักถึงปัจจัยทางโครงสร้างและทัศนคติของสังคมที่ก่อให้เกิดความหมายแห่งความทุพพลภาพที่ใช้กันอยู่ (ข) ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยทางการเมืองที่ส่งผลต่อการจัดโครงสร้างอันไม่เป็นธรรมต่อผู้ทุพพลภาพ (ค) ช่วยให้ “เสียง” หรือทัศนะของผู้ทุพพลภาพเป็นที่รับฟัง และ (ง) เป็นจุดเริ่มต้นในการมอบอำนาจการเปลี่ยนแปลงชีวิตให้กลับสู่มือผู้ทุพพลภาพ

อนึ่ง รูปแบบเชิงสังคมมีลักษณะสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งภายหลังมีข้อติงกันมากจากผู้ทุพพลภาพบางส่วนที่ยังคงต้องพึ่งพาแพทย์ ลักษณะนั้นก็คือนรูปแบบเชิงสังคมจะละเลยเรื่องความพิการทางกายอย่างสิ้นเชิง รวมถึงเรื่องความทุกข์ยากและความเจ็บปวดเรื้อรังอันเป็นผลจากความพิการบางประเภท และทุ่มเทความสนใจทั้งหมดไปยังผลทางสังคมของความพิการทางกาย เหตุผลสำคัญก็เนื่องมาจากผู้สนับสนุนรูปแบบเชิงสังคมกริ่งเกรงว่าหากยกเรื่องดังกล่าวมานั้น ย่อมเป็นการเปิดโอกาสให้ฝ่ายตรงข้ามยกมาเป็นข้อสนับสนุนว่ามีโศกนาฏกรรมอันเป็นผลโดยตรงจากความพิการจริงๆ และใช้เป็นเหตุผลเพื่อยืนยันรูปแบบเชิงการแพทย์ ซึ่งหมายถึงการกีดกันและลดทอนสถานะให้ผู้พิการต้องเป็นผู้พึ่งพิงต่อไป

รูปแบบเชิงสังคมนี้เรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า “ทัศนะเกี่ยวกับความทุพพลภาพในฐานะสิ่งที่กำเนิดจากสังคม” (Social creationist view of disability) และในช่วงการพัฒนาการได้มีอีกทัศนะหนึ่งเกิดขึ้นบนพื้นฐานมุมมองเชิงสังคมเหมือนกัน เรียกว่า “ทัศนะเกี่ยวกับความทุพพลภาพในฐานะสิ่งสร้างทางสังคม” (Social constructionist perspective to disability) แนวคิดนี้เห็นว่าความทุพพลภาพเป็น “ความเป็นจริง” ที่สังคมสร้างขึ้นโดยอาศัยความคิด ทัศนคติ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษา คำต่างๆ มิได้มีหน้าที่เพียงอ้างถึงความเป็นจริงเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทในการสร้างความเป็นจริงอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น คำว่า “ปัญญาอ่อน” ดูเหมือนจะบ่งชี้ถึงบุคคลที่อยู่ในสภาวะบางอย่าง แต่ในอีกทางหนึ่งก็สะท้อนทัศนคติบางอย่างเกี่ยวกับบุคคลผู้ถูกกล่าวถึงนั้นด้วย ซึ่งสิ่งนี้จะมีผลต่อการปฏิบัติต่อบุคคลนั้นต่อไป

กล่าวได้ว่า “รูปแบบเชิงสังคมของความทุพพลภาพ” อาจมีความหมายถึง “ทัศนะเกี่ยวกับความทุพพลภาพในฐานะสิ่งที่กำเนิดจากสังคม” หรือ “ทัศนะเกี่ยวกับความทุพพลภาพในฐานะสิ่งสร้างทางสังคม” ทัศนะแรกเป็นวิธีการที่เน้นโครงสร้างและลักษณะเชิงวัตถุ (Structural and materialistic approach) แบบที่โอลิเวอร์ใช้ ส่วนทัศนะหลังอยู่ในความเคลื่อนไหวแบบหลังสมัยใหม่ ทั้งนี้ในการพิจารณาต่อไป จะเน้นที่รูปแบบเชิงสังคมตามทัศนะแรก

ปัจจุบัน รูปแบบเชิงสังคมเป็นจุดยืนที่มีอิทธิพลสูงสุดใน “ทุพพลภาพศึกษา” (Disabilities studies) รวมถึงการเคลื่อนไหวต่างๆ เพื่อผู้ทุพพลภาพ รูปแบบเชิงสังคมนี้ถือกำเนิดเพื่อวิจารณ์และลบล้างอำนาจของ “รูปแบบเชิงการแพทย์ของความ

ทูลภาพ” ซึ่งมีอิทธิพลในวงการแพทย์และสาธารณสุข ความเป็นกระแสหลักของรูปแบบเชิงสังคมมีมากจนกระทั่งผู้ที่ไม่เห็นด้วยจะถูกตราหน้าว่าเป็นผู้กดขี่ คือ สนับสนุนความไม่เป็นธรรมในสังคมเลยทีเดียว

2. ฐานคติทางปรัชญาเบื้องหลังสองรูปแบบ

เนื้อหาข้างต้นแสดงถึงการขัดแย้งระหว่างรูปแบบเชิงการแพทย์และรูปแบบเชิงสังคมในบริบทการศึกษาและการจัดทำนโยบายเกี่ยวกับผู้ทูลภาพ อย่างไรก็ตาม การขัดแย้งดังกล่าวเป็นเพียงภาพลักษณ์ภายนอก เนื่องจากในอันที่จริงแล้ว รูปแบบเชิงสังคมก็อาศัยฐานคติเกี่ยวกับความพิการที่รูปแบบเชิงการแพทย์ใช้อยู่ กล่าวคือ ทั้งสองยอมรับว่าความพิการเป็นความไม่สมบูรณ์ของร่างกายซึ่งสามารถวินิจฉัยได้ทางการแพทย์ จุดต่างของทั้งสองเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความพิการและความทูลภาพเท่านั้น

รูปแบบเชิงการแพทย์เห็นว่าความทูลภาพและความพิการเป็นสิ่งเดียวกัน คือ ความทูลภาพเป็นความไร้ความสามารถอันเป็นผลโดยตรงจากความไม่สมบูรณ์ทางกาย แต่รูปแบบเชิงสังคมเห็นว่าความทูลภาพเป็นผลทางสังคมของความพิการ ผู้ที่พิการกลายเป็นผู้ทูลภาพเพราะสังคมไม่ได้ใจที่จะจัดสภาพแวดล้อมเพื่อตอบสนองความจำเป็นของคนเหล่านี้ ดังนั้น ทศนะตามรูปแบบเชิงสังคม ผู้พิการไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ทูลภาพ ทั้งสองรูปแบบนี้จึงเป็นความสุดโต่งสองด้านบนฐานคติเดียวกัน นั่นคือ รูปแบบเชิงการแพทย์มุ่งความสนใจไปยังสภาพทางร่างกายจนกระทั่งมองข้ามสภาพทางสังคม ในขณะที่รูปแบบเชิงสังคมมุ่งความสนใจไปยังสภาพทางสังคมและส่งเสริมให้มองข้ามสภาพทางร่างกาย

ฐานคติเกี่ยวกับความพิการนี้มีพื้นฐานอยู่บนฐานคติทางภววิทยาแบบคาร์ทีเซียน (Cartesian) นั่นคือ แนวความคิดเรื่องตัวตนมนุษย์ที่นิยามในบริบทสถานะของจิตกับกาย ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก เรอเน เดสการ์ต (Rene Descartes) และฐานคตินี้เองที่เป็นพื้นฐานให้กับมุมมองทางจริยศาสตร์ที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดเรื่องลักษณะการปฏิบัติที่ผู้ทูลภาพสมควรจะได้รับ ในส่วนต่อไปจึงจะเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับสถานะของจิตกับกาย

ทั้งนี้ แม้ฐานคติเกี่ยวกับความพิการจะมีปรากฏใช้ทั้งในรูปแบบเชิงการแพทย์และรูปแบบเชิงสังคม แต่เนื่องจากฐานคติดังกล่าวมีจุดเริ่มต้นจากรูปแบบเชิงการแพทย์ ดังนั้น ในการพิจารณาเกี่ยวกับสถานะของจิตกับกายต่อไปนี้ จึงจะเริ่มโดยกล่าวถึงรูปแบบเชิงการแพทย์

2.1 สถานะของร่างกายในบริบทการแพทย์

มาร์ติน อีแวนส์ (Martyn Evans, 2001 : 18) วิเคราะห์และบรรยาย “ร่างกาย” ในวาทกรรมทางการแพทย์ ซึ่งลักษณะที่สำคัญๆ ของ “ร่างกาย” ในวาทกรรมดังกล่าวได้คัดเลือกนำมาเสนอ ดังนี้

(ก) ร่างกายเป็นวัตถุแห่งการค้นคว้า กล่าวคือ ร่างกายคนไข้มีฐานะเป็น “พื้นที่” (Site) แห่งปัญหาที่จะต้องแก้ไข และจะถูกมองแบบวิเคราะห์แยกแยะในเชิงกายวิภาค สรีรวิทยาและชีวเคมีเพื่อค้นหากระบวนการทางชีวเวช (Biomedical) ที่ก่อให้เกิดความเจ็บไข้ การรายงานเกี่ยวกับความรู้สึกที่ตนมีของคนไข้ถือเป็นข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยประกอบการสำรวจพื้นที่เชิงกายภาพเท่านั้น

(ข) ลักษณะประการต่อไปก็คือ ร่างกายของคนไข้มีลักษณะเฉื่อย (Inert) และเปิดรับต่อการถูกกระทำ (Passive) ทั้งนี้ เนื่องจากร่างกายเป็นเพียงแหล่งของข้อมูลที่ค้นพบได้ด้วยเทคนิคและเครื่องมือการวินิจฉัยอันเป็นปรนัย นอกจากนี้ ด้วยเหตุที่ร่างกายมิได้เป็นเพียงเครื่องมือสำหรับใช้ฝึกฝนทักษะการรักษาและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เท่านั้น แต่ยังเป็นที่รองรับการรักษา เป็นพื้นที่แห่งปัญหาที่ถูกกระทำเพื่อให้กลับคืนดีเดิม

(ค) ยิ่งไปกว่านั้น ร่างกายอันเป็นเพียงองค์อินทรีย์ (Organism) ทางชีวภาพนี้ขาดเอกลักษณ์ของบุคคล เนื่องจากการแพทย์ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมุ่งมองหาสิ่งที่ เป็นสากลและพบหรือกระทำซ้ำได้ (Repeatable) ร่างกายคนไข้ จึงเป็น "ร่างกายของมนุษย์ทั่วไป" ซึ่งแพทย์มุ่งวินิจฉัยเพื่อจัดให้เข้ากับประเภทของโรค โดยในกระบวนการดังกล่าว แพทย์ จะต้องค้นหาความสอดคล้องกันระหว่างร่างกายจริงของคนไข้กับประเภทของโรค อันเป็นลักษณะ "อุดมคติ" (Idealized) ในทำนองเดียวกับการเทียบร่างกายจริงกับภาพกายวิภาคในตำรา

2.2 ทวินิยมแห่งจิตและกาย

วาทกรรมดังกล่าวสะท้อนฐานคติทางภววิทยาเกี่ยวกับตัวตนแบบทวินิยม (Dualism) ซึ่งได้อิทธิพลจากเดสการ์ต์ ตามฐานคตินี้ มนุษย์ประกอบด้วยจิตกับกาย ซึ่งทั้งสองมีลักษณะต่างกัน โดยสิ้นเชิงด้วยจิตเป็นออสสาร ซึ่งไม่ครองที่ ไม่ประกอบด้วยส่วนย่อย และเป็นอิสระ ในขณะที่กายเป็นสสาร ซึ่งครองที่ ประกอบด้วยส่วนย่อย และอยู่ภายใต้กฎธรรมชาติ ตัวตนของมนุษย์นั้นเป็นเอกลักษณ์กับจิต ฉะนั้น จิตจึงมีความสำคัญเหนือกาย ซึ่งเป็นเหมือนวัตถุอื่นๆ ในโลกที่ขึ้นอยู่กับกฎแห่งเหตุและผล (Causal law)

ทั้งนี้ ในสมัยปัจจุบันที่ดูเหมือนคนจะไม่เชื่อในสิ่งออสสาร ฐานคตินี้ก็ยังคงมีบทบาทอยู่ เนื่องจากการใช้คำว่า "จิต" ในความหมายของ "สมอง" นั้นเอง สมองกับกายจึงเป็นคนละส่วนกัน และสมองก็คือสิ่งที่ เป็นเอกลักษณ์กับตัวตน แต่กายไม่ใช่ สตีเฟน เอ็ดเวิร์ด (1998 : 48) ยกตัวอย่างในประเด็นนี้ได้เป็นอย่างดีว่า หากนำสมองของนางมากาเรต แชนเซอร์ มา สลับกับของนายโทนี แบลร์ เราก็จะได้นางแชนเซอร์ในร่างผู้ชาย และนายแบลร์ในร่างผู้หญิง ทั้งนี้ เวลากล่าวถึง "สมอง" นั้น มิจำเป็นต้องหมายความเจาะจงถึงก้อนสมอง แต่อาจหมายถึงกระบวนการบางอย่าง เช่น กระบวนการทางจิตวิทยาที่อาจ ทอนเป็นปฏิกริยาทางชีวเคมีได้ ดังเช่นในภาพยนตร์เรื่อง The Matrix ที่คอมพิวเตอร์สามารถทำให้มนุษย์ที่นอนอยู่เฉยๆ สามารถมีตัวตน ความคิด จิตใจและการดำเนินชีวิตในแบบต่างๆ โดยอาศัยการส่งสัญญาณกระตุ้นระบบประสาท

ร่างกายมนุษย์เป็นเหมือนเครื่องจักรที่อธิบายได้ด้วยกฎธรรมชาติ ประเภทของโรค รวมถึงวิธีการวินิจฉัยโรคที่ กล่าวถึงแล้วนั้น สะท้อนการปฏิบัติต่อร่างกายในฐานะเครื่องจักร กล่าวคือ ประเภทของโรคกล่าวถึงความผิดปกติของการทำงาน (Function) ของร่างกาย ในขณะที่วิธีการวินิจฉัยออกแบบมาให้มุ่งตรวจสอบการทำงานของร่างกายเช่นกัน แพทย์จึง ทำหน้าที่หาข้อเท็จจริงจากร่างกายที่มีแต่มีติของการทำงาน และการวินิจฉัยเพื่อหาข้อเท็จจริงนั้นก็มุ่งอ้างอิงถึงสถานะการ ทำงานของเครื่องจักรนี้เทียบกับกรอบสากลเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายมนุษย์ ร่างกายจึงเป็นวัตถุที่ถูกพิจารณาจาก มุมมองของบุคคลที่สามอยู่เสมอ ข้อนี้เห็นได้ชัดจากกรณีที่มีการตัดสินใจว่าใครมีความเจ็บป่วยจะมีน้ำหนักก็เฉพาะเมื่อแสดง หลักฐานที่ตรวจสอบได้โดยบุคคลที่สาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์หรือคณะแพทย์

ส่วนจิตนั้นเป็นสิ่งที่อาศัยอยู่ในกายที่เปรียบเสมือนเครื่องจักร แต่ในขณะที่เดียวกันก็เป็นอิสระจากกายรวมถึงกฎแห่ง เหตุและผล และมีฐานะเหมือนบุคคลที่สามที่คอยสังเกตการณ์สิ่งต่างๆ ในโลกภายนอก จิตมีสาระอยู่ที่สมรรถนะแห่งเหตุผล ด้วยเหตุที่ว่าตัวตนอันเป็นแก่นสารของมนุษย์นั้นคือจิต ซึ่งแตกต่างโดยสิ้นเชิงจากกาย ดังนั้น จึงมีคำบรรยายตัวตนใน ลักษณะนี้ว่าเป็น "เหตุผลที่ไร้กาย" (Disembodied reason) คือ สามารถทำงานได้โดยเป็นอิสระไปจากอารมณ์

และนี่ก็คือฐานแห่งการผูกโยงลักษณะที่ดีเข้ากับ "พลภาพ" และคุณสมบัติที่ไม่ดีเข้ากับ "ทุพลภาพ" กล่าวคือ ด้านแห่ง "พลภาพ" นั้นคือด้านของจิต ส่วนด้านแห่ง "ทุพลภาพ" คือด้านของกาย สิ่งนี้ไม่ต่างจากที่ปรากฏในบริบทของสตรีนิยมที่ชื่อว่า "ความเป็นชาย" นั้นอยู่ในด้านของจิต ซึ่งมาพร้อมกับวิทยาศาสตร์ เหตุผล ระบบระเบียบ ความปกติ ความควบคุมได้ และการ

พึ่งตนเองได้ ส่วน “ความเป็นหญิง” นั้นถูกจัดอยู่ในด้านของกาย ซึ่งมาพร้อมกับธรรมชาติ อารมณ์ ความอปกติ ความอ่อนหวาน การอยู่นอกเหนือความควบคุม และการต้องพึ่งพา

ทั้งนี้ ข้อค้นพบเกี่ยวกับฐานคติทางปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังทวิลักษณ์ของจิตกับกาย พร้อมทั้งลักษณะที่ผูกโยงมาพร้อมกันนั้น มิได้เป็นการขัดแย้งกับการวิเคราะห์ของ โอลิเวอร์ข้างต้นที่กล่าวว่าแนวคิดเรื่องบุคคลที่มีกายและจิตใจที่ใช้ได้ อันเป็นฐานของทวิลักษณ์แห่ง “พลภาพ” และ “ทุพลภาพ” ถือกำเนิดในระบบทุนนิยม ทั้งนี้ก็เพราะว่าทุนนิยมได้รับอิทธิพลจากฐานคติดังกล่าวเช่นกัน หากย้อนมาพิจารณาในบริบทสตรีนิยมอีกครั้ง มิใช่ผู้ทุพลภาพเท่านั้นที่จะได้รับผลกระทบจากทุนนิยม แต่สตรีก็ไม่ต่างออกไป ดังจะเห็นแล้วว่าทั้งสองนั้นมีลักษณะร่วมกันเนื่องจากต่างก็ถูกจัดอยู่ในฝั่ง “กาย” เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ถ้าชะตากรรมของผู้ทุพลภาพอันสืบเนื่องมาจากฐานคตินี้คือการถูกกักขังในสถานะดูแลหรือมีชีวิตขึ้นกับการสั่งคมสังเคราะห์แล้วอะไรคือชะตากรรมของสตรี คำตอบคือการทำงานในบ้าน (Domestic labour) อันเป็นเรื่องของการถูกกีดกันไปจากตลาดแรงงาน และถูกมองว่าเป็นผู้ไม่เป็นประโยชน์ทางเศรษฐกิจและต้องพึ่งพา (Dependent) ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิในการทำงานนี้ก็ขึ้นอยู่กับกลุ่มสตรีนิมรุ่นแรกๆ นั่นเอง

2.3 อัตตาณัติ

สถานะทางทวิลักษณ์ของจิตที่เป็นอิสระนี้มีแง่มุมทางจริยศาสตร์อยู่ด้วย ตัวอย่างแนวคิดทาง จริยศาสตร์ตามแนวทางของ “เหตุผลที่ไร้กาย” นี้ ปรากฏอยู่ในรูปของปัจเจกชนนิยม (Individualism) ที่เห็นว่าบุคคลมีอัตตาณัติ (Autonomy) คือ เป็นตัวของตัวเอง เป็นอิสระไปจากบริบททางกายภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงร่างกาย (และอารมณ์) ชุมชน และสังคม แนวคิดนี้มีให้เห็นได้ชัดในทฤษฎีของคานท์ (Kant) อันมีลักษณะ “ไร้กายอย่างสิ้นเชิง” (Radically disembodied) ผู้กระทำทางจริยธรรม (Moral agent) ของคานท์นั้นอยู่นอกวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ ชนชั้น ชาติพันธุ์ หรือเพศสภาพใดๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่ไตร่ตรองเกี่ยวกับสิ่งสากลในอันที่จะตัดสินเชิงจริยธรรมว่าการกระทำใดควรหรือไม่ นั่น บุคคลต้องใช้ “เหตุผลเชิงปฏิบัติ” (Practical reason) พิจารณาให้ถี่ถ้วนว่าการกระทำที่เกี่ยวข้องเป็นไปตามหลักการที่สามารถยกขึ้นเป็นกฎสากล (Universalizable) ได้หรือไม่ ด้วยเหตุนี้ ข้อพิจารณาจึงไม่เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขในบริบทสถานการณ์เฉพาะเลย

การกระทำที่ควรรู้ได้ด้วยหลักแห่งการยกขึ้นเป็นกฎสากลจัดเป็น “คำสั่งเด็ดขาด” (Categorical imperative) ที่ผู้กระทำจะต้องกระทำด้วยสำนึกว่าเป็นหน้าที่เท่านั้น หาได้ข้องเกี่ยวกับ “แรงโน้ม” (Inclination) ใดๆ ไม่ ไม่ว่าจะฝ่ายบวก เช่น ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ หรือฝ่ายลบ เช่น ความโลภ ความโกรธ เมื่อใดที่ผู้กระทำเอาชนะแรงโน้มและเลือกกระทำตามหน้าที่ที่เข้าถึงได้ด้วยเหตุผล เมื่อนั้นจึงกล่าวได้ว่าเขาได้กระทำตามศักดิ์ศรีของมนุษย์ในฐานะสิ่งที่มีเหตุผล ในสมัยปัจจุบัน มีการดัดแปลงแนวความคิดเรื่องอัตตาณัติของคานท์ โดยนำ “เหตุผล” แบบเสรีนิยมเข้ามาแทนที่ “เหตุผลเชิงปฏิบัติ” ของคานท์

เหตุผลแบบเสรีนิยมเป็นฐานคติดั้งเดิมที่ยังมีอิทธิพลอยู่ในเศรษฐศาสตร์กระแสหลักนั่นเอง กล่าวคือ เหตุผลนั้นเป็นเครื่องมือ (Instrumental) นั่นคือ สมรรถนะในการคาดคำนวณวิธีการต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนตน หากพิจารณาบนฐานคติเดิมที่ว่าตัวตนคือจิต และสาระของจิตคือเหตุผล รวมถึงลักษณะแห่งความเป็นอิสระจากบริบทไว้ เราจะสามารถบรรยายลักษณะของตัวตนแบบเสรีนิยมได้ว่ามีลักษณะเป็นสากล เป็นตัวของตัวเอง ไม่ขึ้นกับบริบท เป็นผู้เลือกเป้าหมายของตนเองและกระทำการเพื่อดำเนินสู่เป้าหมายนั้นและที่สำคัญเป็นผู้บริโภคประโยชน์สุข (Consumer of utility)

แนวคิดเรื่องอัตตาณัติเป็นพื้นฐานที่สำคัญของมาตรฐานทางจริยธรรมในปัจจุบัน กล่าวคือ การกระทำที่ถูกต้องคือ การกระทำที่เคารพอัตตาณัติของบุคคล อันหมายถึงการไม่แทรกแซงขัดขวาง รวมถึงการเข้าส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สมรรถนะทางเหตุผลเพื่อเลือกสิ่งต่างๆ ให้แก่ตนเองอย่างที่ต้องการจริงๆ ได้

มาตรฐานนี้มีอิทธิพลกว้างขวางในวงการต่างๆ โดยปรากฏอยู่ในรูป “สิทธิมนุษยชน” และ “สิทธิผู้บริโภค” และที่สำคัญมาตรฐานนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของจริยศาสตร์ชีวเวช (Biomedical ethics) ซึ่งในบริบทการแพทย์มีปรากฏอย่างชัดเจนในรูปของ “การยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว” (Informed consent) กล่าวคือ ก่อนทำการรักษาแพทย์ต้องขอความยินยอมจากคนไข้เพื่อให้แน่ใจว่าคนไข้ได้ตัดสินใจเลือกจริงๆ และความยินยอมนั้นต้องมีพื้นฐานจากข้อมูลที่ครบถ้วน เพื่อให้แน่ใจว่าการตัดสินใจนั้นตรงกับความต้องการจริงๆ ของคนไข้

2.4 อัตตาณัติกับผู้พิการ

เนื่องจากรูปแบบเชิงการแพทย์และรูปแบบเชิงสังคมต่างก็มีฐานคิดร่วมกันเกี่ยวกับตัวตนมนุษย์ ดังนั้น จึงไม่น่าประหลาดใจที่หลักแห่งการเคารพอัตตาณัติปรากฏอยู่ในแนวคิดเกี่ยวกับจริยธรรมการปฏิบัติต่อผู้พิการของทั้งสองรูปแบบ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจุดยืนที่ต่างกันของทั้งสองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความพิการและความพิการ จึงมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในลักษณะที่แตกต่างกัน

(ก) รูปแบบเชิงการแพทย์

การพิจารณาสถานะของผู้พิการจากมุมมองทางจริยธรรมในบริบทของรูปแบบเชิงการแพทย์ควรเริ่มจากแนวคิดเรื่อง “สถานะทางจริยธรรม” (Moral status) สถานะทางจริยธรรมนั้นคือคุณสมบัติที่หากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ว่าจะคน สัตว์ หรือสิ่งอื่นใด มีในครอบครองแล้ว จะทำให้ต้องไตร่ตรองด้านจริยธรรมเมื่อจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อสิ่งที่มีคุณสมบัตินั้น ยกตัวอย่างเช่น ตามแนวคิดจริยธรรมของตะวันตกกระแสหลัก สัตว์ไม่มีสถานะทางจริยธรรม ดังนั้น การฆ่าสัตว์จึงไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการกระทำที่ผิด แต่ตามแนวคิดของพระพุทธศาสนา สัตว์มีสถานะทางจริยธรรม จึงกล่าวกันว่าผู้ที่ฆ่าสัตว์นั้นทำบาป

สถานะทางจริยธรรมมีระดับต่างกัน เพื่อให้เข้าใจง่ายอาจอธิบายประเด็นนี้ตามกรอบของพุทธจริยธรรมที่เห็นว่าสัตว์ต่างๆ มีสถานะทางจริยธรรมต่างระดับกัน เช่น มนุษย์มีสถานะสูงกว่าวัว และวัวก็มีสถานะสูงกว่างู ซึ่งหมายความว่า การฆ่าคนบาปกว่าการฆ่าวัวและงู และการฆ่าวัวบาปกว่าการฆ่างู หรืออีกนัยหนึ่ง การปฏิบัติต่อมนุษย์ต้องอาศัยการไตร่ตรองที่มีรายละเอียดมากกว่าการปฏิบัติต่อวัวและงู และการปฏิบัติต่อวัวก็อาศัยการไตร่ตรองที่มีรายละเอียดมากกว่าการปฏิบัติต่องู

ในบริบททางการแพทย์ ผู้พิการมักมีแนวโน้มที่ไม่มีสถานะทางจริยธรรม แต่สถานะทางจริยธรรมที่พวกเขามีต่ำกว่าคนปกติ ดังจะเห็นได้จากการแนะนำให้สตรีมีครรภ์ทำแท้งเมื่อเห็นว่าทารกที่จะเกิดมานั้นจะมีความพิการ เช่น กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) แม้ว่าตัวอ่อนในครรภ์จะมีสุขภาพดีอยู่ก็ตาม ในทางตรงกันข้าม การทำแท้งทารกสุขภาพดีที่ไม่มีมีความพิการจะถือเป็นความผิดร้ายแรง เหตุผลสำคัญประการหนึ่งคือความเป็นมนุษย์นั้นมีสาระที่สมรรถนะทางเหตุผล ดังนั้น ผู้ที่ขาดสมรรถนะดังกล่าว เช่น คนปัญญาอ่อน จึงมีความเป็นมนุษย์ที่ไม่สมบูรณ์ ฉะนั้น เมื่อนำมาใคร่ครวญพร้อมกับปัจจัยด้านอายุและภาระที่มนุษย์ที่สมบูรณ์จะต้องแบกรับ จึงนำมาซึ่งความชอบธรรมในการยุติชีวิตได้

นอกจากนี้ ผู้พิการยังมีสถานะความเป็นมนุษย์ที่ต่ำกว่าด้วย ดังกล่าวแล้วว่าความเป็นมนุษย์นั้นแนบเนื่องกับอัตตาณัติหรือความเป็นตัวของตัวเอง แต่เนื่องจากผู้พิการต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิต ดังนั้น คุณลักษณะแห่ง

ความเป็นตัวของตัวเองจึงค่อยไป ในบริบทการแพทย์นั้นจะอาศัยหลักปิตานิยม (Paternalism) เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติต่อผู้ทุพพลภาพ หลักการดังกล่าวมีสาระว่าเราสามารถเข้าแทรกแซงในชีวิตของผู้อื่นได้อย่างชอบธรรม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้เสรีภาพหรือการเลือกเป้าหมาย ทั้งนี้ก็ด้วยมีจุดหมายที่จะให้ผู้ถูกแทรกแซงนั้นได้รับผลประโยชน์ และในบางกรณีการแทรกแซงก็ไม่จำเป็นต้องพิจารณาความสมัครใจของผู้ถูกแทรกแซง

นัยยะที่แฝงอยู่เบื้องหลังหลักการนี้ก็คือผู้แทรกแซงมีเหตุผล ความรู้ ทักษะ หรือทรัพยากรที่ดีกว่า และรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ดีสำหรับผู้ถูกแทรกแซง และประเด็นนี้สอดคล้องพอดีกับ “ความเป็นมืออาชีพ” ของแพทย์ ซึ่งคงหลีกเลี่ยงไม่พ้นการดำเนินการตามวาระแห่งการทำให้เป็นปกติดังกล่าว ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการยืนยันความค้ำประกันของผู้ทุพพลภาพเท่านั้น แต่ยังเปิดช่องทางแห่งการมีอำนาจเหนือชีวิตผู้ทุพพลภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยการนำยาหรือเทคโนโลยีต่างๆ เข้าไปเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ทุพพลภาพ

(ข) รูปแบบเชิงสังคม

รูปแบบเชิงสังคมมุ่งมอบอำนาจการเปลี่ยนแปลงชีวิตกลับสู่มือผู้ทุพพลภาพ การเคลื่อนไหวเชิงนโยบายมีจุดหมายเพื่อให้รัฐและสังคมปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อให้ผู้ทุพพลภาพสามารถเป็นของตัวเอง มีทางเลือก และมีโอกาสในชีวิตมากขึ้น จะเห็นได้ว่าความเคลื่อนไหวนี้อยู่บนพื้นฐานหลักการเคารพอัตตาณัตินั่นเอง

ในวงการผู้ทุพพลภาพ มีการเคลื่อนไหว 2 รูปแบบ ที่สะท้อนหลักการเคารพอัตตาณัติที่ชัดเจนของรูปแบบเชิงสังคม รูปแบบแรกคือรูปแบบการยืนยัน (Affirmative model) มีเป้าประสงค์สำคัญในการนำเสนอและยืนยันประสบการณ์หรือแม้กระทั่งวัฒนธรรม ในด้านบวกของผู้ทุพพลภาพ เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ทุพพลภาพมิใช่ผู้ที่อยู่กับโศกนาฏกรรมที่ต้องต่างไปจากคนปกติและต้องพึ่งพิงผู้อื่น หากแต่มีรูปแบบประสบการณ์และวิถีชีวิตของตนเอง มีอัตลักษณ์ของตนเองและกลุ่มตนเองที่สามารถภูมิใจได้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้เป็นเรื่องของการสื่อความหมายมากกว่าที่จะมีพลังขับเคลื่อนทางการเมือง จึงต้องอาศัยความเคลื่อนไหวอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่า “รูปแบบบนฐานแห่งสิทธิ” (Right-based model) รูปแบบบนฐานแห่งสิทธินี้ยึดถืออุดมคติแห่งความเสมอภาคทางโอกาสและการกำหนดชะตาชีวิตตนเอง (Self-determination) โดยอาศัยกระแสความเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิผู้บริโศก อันเป็นกระบวนการที่ทำให้ภาครัฐและเอกชนหันมาใส่ใจความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น นอกจากนี้ ยังอาศัยกระแสความตื่นตัวเรื่องสิทธิมนุษยชนดังที่ปรากฏใน “คำประกาศสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” (Universal Declaration of Human Rights) หรือ “คำประกาศสากลแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิแห่งผู้ทุพพลภาพ” (United Nations Declaration on the Rights of Disabled Persons) เป็นต้น

ในปี 1990 การเคลื่อนไหวนี้ในสหรัฐอเมริกาประสบความสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ที่สุด เมื่อสามารถผลักดันให้เกิด “พระราชบัญญัติว่าด้วยชาวอเมริกันผู้ทุพพลภาพ” (Americans With Disabilities Act) ซึ่งรับประกันสิทธิต่างๆ ให้แก่ผู้ทุพพลภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ การจ้างงาน บริการและกิจกรรมโดยภาครัฐและการปกครองท้องถิ่น ผลิตภัณฑ์และบริการในภาคเอกชน และการสื่อสารโทรคมนาคม และการพึ่งตนเองได้ก็เป็นหนึ่งในคุณค่าแกน (Core value) ที่สำคัญของพระราชบัญญัตินี้

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยการอาศัยวาทกรรมแห่งสิทธินี้ ยังมีข้อน่าเป็นห่วงอยู่ ฮันส์ เอส เรนเดอร์ (Hans S. Reinders, 1999 : 2 cited in Parmenter, 2001 : 190) ซึ่งเป็นนักปรัชญาคณสำคัญในประเด็นเรื่องผู้ทุพพลภาพเห็นว่า "สิทธิ" ไม่ใช่พื้นฐานที่จำเป็นหรือเพียงพอสำหรับการมีความรับผิดชอบเชิงจริยธรรมต่อผู้ทุพพลภาพ เนื่องจากการอ้างสิทธิของผู้ทุพพลภาพจะมีผลในเชิงปฏิบัติก็ต่อเมื่ออาศัยพันธะทางจริยธรรมต่อหลักการอื่นที่ไม่ใช่สิทธิ นั่นคือ หลักการแห่งความเอื้ออาทร ทั้งนี้เพราะแม้ผู้ทุพพลภาพจะได้สิทธิทุกอย่างแล้ว แต่ก็มีเป็น

จำนวนมากที่ยังต้องการความช่วยเหลือใกล้ชิดจากผู้อื่น แต่ความช่วยเหลือนี้มีอาจเรียกร้องมาด้วยการอ้างสิทธิ เนื่องจากเป็นสิทธิของผู้อื่นเช่นกันที่จะเลือกว่าจะให้ความช่วยเหลือหรือไม่ เรนเดอร์กล่าวว่า "เราอาจบังคับให้คนปฏิบัติตามกฎ [ที่ออกแบบบนพื้นฐานแห่งสิทธิ] ได้ แต่เรามีอาจบังคับให้คนเอื้ออาทรได้" ด้วยเหตุนี้ เรนเดอร์จึงเห็นว่าในที่สุดแล้วผู้ทุพพลภาพอาจต้องพึ่งพากลุ่มบุคคลที่มีแรงจูงใจพิเศษ เช่น ผู้นับถือศาสนาต่างๆ

นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวเพื่อความเป็นตัวของตัวเองยังเสี่ยงต่อการยืนยันรูปแบบเชิงการแพทย์ คริสโตเฟอร์ ดอนอฟ (Christopher Donoghue, 2003 : 203) ซึ่งจุดอ่อนของพระราชบัญญัติว่าด้วยชาวอเมริกันผู้ทุพพลภาพที่แสดงว่าผู้เคลื่อนไหวบนพื้นฐานของรูปแบบเชิงสังคมยังไม่ประสบความสำเร็จเต็มที่ คือยังมีนิยามความทุพพลภาพที่อ้างถึงความปกติอันเป็นอิทธิพลที่ชัดเจนของรูปแบบเชิงการแพทย์ที่ยังทรงอิทธิพลในสังคมทั่วไปนอกเหนือจากการทบทวนการศึกษา นิยามนี้คงน่าจะว่าความทุพพลภาพเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล ไม่ใช่ความรับผิดชอบในการจัดสภาพแวดล้อมของสังคม

อย่างไรก็ตาม แม้นิยามดังกล่าวไม่มีอยู่เราก็ยังอาจกล่าวได้ว่าในที่สุด การเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิผู้ทุพพลภาพก็เป็นการกลับไปเน้นย้ำความพิการ ซึ่งตรวจพบได้ด้วยการแพทย์เช่นเดิม การเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิผู้ทุพพลภาพนั้น อาศัย "วิธีการแบบชนกลุ่มน้อย" (Minority group approach) ทั้งนี้ ก็เพื่อสร้างอัตลักษณ์แห่งความเป็นผู้ทุพพลภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อเอกภาพในการเคลื่อนไหวทางการเมือง แต่วิธีการดังกล่าวมีเงื่อนไขว่าจะต้องมีองค์ประกอบบางประการที่ช่วยแบ่งแยกกลุ่มที่เคลื่อนไหวกับกลุ่มอื่นๆ ในสังคม ซึ่งองค์ประกอบนั้นก็หนีไม่พ้นที่จะเป็นเรื่องความพิการทางกายนั่นเอง

นอกจากนี้ มีข้อสังเกตอันสำคัญว่าถึงแม้รูปแบบเชิงสังคมจะต่อต้านรูปแบบเชิงการแพทย์ แต่การที่รูปแบบทั้งสองมีฐานคิดเกี่ยวกับความพิการตรงกัน ก็จะหมายความว่ารูปแบบเชิงสังคมจะยินยอมให้อำนาจทั้งหมดอยู่ในมือแพทย์ในกรณีที่เป็นเรื่องร่างกายและไม่มีนัยยะต่อการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อความเป็นตัวของตัวเองของผู้ทุพพลภาพ

สรุป

เนื้อหาข้างต้นเป็นการพิจารณารูปแบบที่ทรงอิทธิพลในการศึกษาและออกนโยบายเกี่ยวกับความทุพพลภาพ ได้แก่ รูปแบบเชิงการแพทย์ อันเป็นรูปแบบที่มีอิทธิพลมาก่อน และรูปแบบเชิงสังคม ซึ่งถือกำเนิดมาเพื่อท้าทายรูปแบบแรก ถึงแม้รูปแบบเชิงสังคมจะประสบความสำเร็จในการชิงพื้นที่ในทุพพลภาพศึกษา แต่รูปแบบเชิงการแพทย์ก็ยังเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความ ทุพพลภาพของสังคมโดยทั่วไปอยู่

แม้ว่ารูปแบบเชิงการแพทย์และรูปแบบเชิงสังคมจะมีลักษณะตรงข้ามกัน เนื่องจากรูปแบบแรกเห็นว่าความทุพพลภาพเป็นสิ่งเดียวกับความพิการทางกาย ในขณะที่รูปแบบหลังเห็นว่าความทุพพลภาพเป็นผลทางสังคมจากความพิการทางกาย แต่โดยพื้นฐานทางทฤษฎีแล้ว ทั้งสองรูปแบบมีฐานคิดเดียวกันเกี่ยวกับตัวตนของมนุษย์ นั่นคือ มนุษย์ประกอบด้วยจิตและกาย แต่ตัวตนของมนุษย์เป็นเอกลักษณ์กับจิต ซึ่งอยู่ในกายอันเปรียบเสมือนกับเครื่องจักร การแยกจิตกับกายและการให้ความสำคัญกับจิตเหนือกายนี้ เป็นพื้นฐานสำคัญของการคิดแบบทวิลักษณ์ ที่แบ่งแยกสิ่งต่างๆ เป็นสองด้าน เช่น ดี/เลว ชาย/หญิง วัฒนธรรม/ชนชาติ พลภาพ/ทุพพลภาพ อันเป็นที่มาแห่งการกตัญญูด้านหนึ่งด้วยอีกด้านหนึ่ง เช่น ชายกตัญญู ผู้มีพลภาพกตัญญูผู้ทุพพลภาพ

นัยยะทางจริยศาสตร์ของทฤษฎีดังกล่าวคือหลักการเคารพอัตตาณัติ ซึ่งเน้นความสำคัญของสมรรถนะในการเลือกอันเป็นลักษณะของจิต เมื่อหลักการนี้นำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบเชิงการแพทย์ จะปรากฏผลว่าผู้ทุพพลภาพถูกจัดอยู่ในหมู่มนุษย์ที่มีสถานะไร้อัตตาณัติ เนื่องจากขาดสมรรถนะของจิตอันหมายถึงเหตุผล หรือมีอัตตาณัติในระดับต่ำเนื่องจากความพึ่งพิง

จึงจำเป็นที่ผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องปฏิบัติต่อคนเหล่านี้ด้วยหลักปิตานิยม ในขณะที่การประยุกต์ใช้หลักดังกล่าวในรูปแบบเชิงสังคมส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิผู้ทุพพลภาพ อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวนั้นไม่เพียงแต่ไม่เพียงพอ แต่ยังอาจนำสู่ผลที่ตรงกันข้าม นั่นคือ การยืนยันรูปแบบเชิงการแพทย์อันเป็นสิ่งที่รูปแบบเชิงสังคมมุ่งปฏิเสธ

ปัญหา ณ จุดนี้คือรูปแบบเกี่ยวกับความทุพพลภาพที่สำคัญทั้ง 2 รูปแบบ คุณจะยังมีปัญหา รูปแบบเชิงการแพทย์เป็นการส่งเสริมอคติต่อผู้ทุพพลภาพของสังคม ทำให้ผู้ทุพพลภาพรู้สึกว่าตนเป็นฝ่ายผิด และจำกัดการแก้ปัญหาให้เป็นเรื่องของปัจเจกชน ในขณะที่รูปแบบเชิงสังคมมีฐานคติทางภววิทยาและจริยศาสตร์ที่เป็นปัญหา กล่าวคือ รูปแบบเชิงสังคมมุ่งวิพากษ์อคติของสังคมที่ผูกโยงความทุพพลภาพไว้กับลักษณะที่ไม่ดีต่างๆ แต่กลับยืนยันภววิทยาที่แบ่งแยกจิตกับกายอันเป็นฐานของการผูกโยงนั้น และรูปแบบเชิงสังคมยังอิงหลักการเคารพอัตตาณัติ แต่หลักการดังกล่าวจะไม่เพียงพอกับผู้ทุพพลภาพ และรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ใช้ยังเสี่ยงที่จะไปสนับสนุนรูปแบบเชิงการแพทย์อีก

เอกสารอ้างอิง

- Abberley, Paul. (1987) "The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability," **Disability, Handicap & Society**. 2 (1) : 5-19.
- Bickenbach, Jerome E. (2001) "Disability Studies and Bioethics : A Comment on Kuczewski," **American Journal of Bioethics**. 1 (3) : 49-50.
- Dewsbury, Guy et al. (2004) "The Anti-social Model of Disability," **Disability & Society**. 19 (2) : 145-158.
- Donoghue, Christopher. (2003) "Challenging the Authority of the Medical Definition of Disability : An Analysis of the Resistance to the Social Constructionist Paradigm," **Disability & Society**. 18 (2) : 199-208.
- Edwards, Steven D. (1997) "The Moral Status of Intellectually Disabled Individuals," **The Journal of Medicine and Philosophy**. 22 : 29-42.
- _____. (1998) "The Body as Object versus the Body as Subject : The Case of Disability," **Medicine, Health Care and Philosophy**. 1 : 47-56.
- Evans, Martyn. (2001) "The 'Medical Body' As Philosophy's Arena," **Theoretical Medicine**. 22 :17-32.
- Featherstone, Mike. (1999) "Body Modification : An Introduction," **Body & Society**. 5 (2-3) : 1-13.
- Freitag, Walburga. (1999) **Thalidomide Children's Bodies**. Paper presented at the Body & Society Seminar, Cambridge University.
- Freund, Peter. (2001) "Bodies, Disability and Spaces : The Social Model and Disabling Spatial Organisations," **Disability & Society**. 16 (5) : 689-706.
- Harrison, Tracie Culp. (2002) "Has the Americans with Disabilities Act Made a Difference? A Policy Analysis of Quality of Life in the Post-Americans with Disabilities Act Era," **Policy, Politics, & Nursing Practice**. 3 (4) : 333-347.
- Hughes, Bill. (2000) "Medicine and the Aesthetic Invalidation of Disabled People," **Disability & Society**. 15 (4) : 555-568.
- Imrie, Rob. (2004) "Demystifying Disability : A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health," **Sociology of Health and Illness**. 26 : 287-305.

- Johnstone, David. (2001) **An Introduction to Disabilities Studies**. London : David Fulton Publishers.
- Kearney, Penelope M. and Pryor, Julie. (2004) "The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and Nursing," **Journal of Advanced Nursing**. 46 (2) : 162-170.
- Parmenter, T. R. (2001) "The contribution of science in facilitating the inclusion of people with intellectual disability into the community," **Journal of Intellectual Disability Research**. 45 (Part 3) : 183-193.
- Paterson, Kavin and Hughes, Bill. (2000) "Disabled Body," In **The Body, Culture, and Society**. Buckingham : Open University Press.
- Reinders, Hans S. (1999) **The limits of rights discourse**. Paper presented to Roundtable of the Special Interest Research Group (SIRG) on Ethics, International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. Doom, The Netherlands, April 16–18.
- Rose, Hilary. (1994) **Love, Power and Knowledge**. Bloomington, Indiana : Indiana University Press.
- Sherry, Mark. (2002) "Book Reviews : Disability/Postmodernity : Embodying Disability Theory," **Disability & Society**. 17 (7) : 851-859.
- Sutherland, A. (1981) **Disabled We Stand**. London : Souvenir Press.
- Terzi, Lorella. (2004) "The Social Model of Disability : A Philosophical Critique," **The Journal of Applied Philosophy**. 21 (2) : 141-157.
- Tregaskis, Claire. (2002) "Social Model Theory : The Story So Far," **Disability & Society**. 17 (4) : 457-470.
- Vehmas, Simo. (2004) "Dimensions of Disabilities," **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**. 13 : 34-40.
- Weithman, Paul J. (2002) "The Prospects for the Disabled in Liberal Society," **Journal of Medicine and Philosophy**. 27 (1) : 115-124.
- Wilton, Tamsin. (2000) "Out/Performing Our Selves : Sex, Gender and Cartesian Dualism," **Sexualities**. 3 (2) : 237-254.
- World Health Organization. (1993) **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**. Geneva : World Health Organization.