

誰的障礙？誰的家人？文化脈絡下排灣族民衆對身心障礙態度與社會距離之探究

Kui Kasirisir 許俊才

壹、前言

原住民族身心障礙者（以下簡稱原民身障者）經常遭遇到所謂的雙重歧視——原住民族身分以及身心障礙身分，而這種歧視大多來自對於原住民族與身心障礙的認識與理解不足，讓原民身障者長期面對這種不公平的社會對待。2005年通過的《原住民族基本法》第26條指出要特別保障原住民兒童、老人、婦女以及身心障礙者的相關權益，而聯合國2007年9月13日通過的《聯合國原住民族權利宣言》（United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, UNDRIP）第21條第二款指出「國家應採取有效措施，適當時以特別措施，確保原住民族經濟及社會條件的持續改善。並應特別關注原住民老人、婦女、青年、兒童及身心障礙者權利以及特殊需求。」第22條第一款指出「本宣言之落實，應特別關注原住民老人、婦

女、青年、兒童及身心障礙者的權利以及特殊需求」。由以上直接涉及原住民族權利的法律及宣言皆提到要特別保障原民身障者的相關權益。

然而，若由身心障礙者權益的相關法律及公約來看，現行的《身心障礙者權益保障法》，內容完全沒有提到原住民族或族群議題，因此可以瞭解目前的法規內容對於具有原住民族身分的身心障礙者是一種「文化盲」，無法「看見」原民身障者可能在政策或服務措施上所遭遇到文化歧視、資源配置不均、地理空間限制等困難及挑戰；若以《身心障礙者權利公約》

（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）前言即提到「關注基於種族、膚色、性別、語言、宗教、政治或不同主張、民族、族裔、原住民或社會背景、財產、出生、年齡或其他身分而受到多重或加重形式歧視之身心障礙者所面臨之困境」，因此CRPD已意識到原民身

障者所遭遇到的雙重歧視的處境，意即在公約第4條一般義務與第5條平等與不歧視的內容上涵蓋了確保各國原住民族權利的意涵，然而在國內2014年8月20日所通過的《身心障礙者權利公約施行法》內容卻仍未見原住民族，似乎已違反CRPD的精神。

除了政策上的文化盲點，回歸部落日常生活的真實樣貌，原身障者的處境更深刻鑲嵌在親族網絡中。研究者自小在部落經常看見身障長輩與家族親人，他們大部分是在成年後因疾病或職業工作意外而造成的障礙。在與家人相處的過程中，照顧工作往往由家族自家人一肩扛起，而身障者自身也極力做好自我照顧。有時，在緊密的部落生活中，我們甚至會「看不到」、「感覺不到」他們的障礙，但這並不表示他們不需要被協助與支持。看見vuvu們（部落長輩）因受困於「有障礙的軀體」而變得不愛出門與部落互動，那種無助與無奈，更凸顯了家族間彼此的照顧、支持與包容何等關鍵。這不禁令人省思：在部落體系中，「障礙」究竟是如何被認識？而「家人」又在其中扮演什麼角色？

基於上述政策缺口與部落實況的觀察，本文以屏東縣為探究場域，試圖理解排灣族群對於身心障礙的族群文化觀點。更進一步，本研究將透過量化實證調查，探討排灣族民眾對不同「身障類別」（包

含生理、心智與精神功能缺損）的認知與態度，並分析在不同社會網絡關係（家族成員、同事／同學、部落民眾）下，部落社會對身心障礙者的接受程度差異。期盼透過初步探究，能為未來發展符合原住民族文化安全的身心障礙政策與支持體系提供實證基礎。

貳、文獻探討

一、原住民族權利與原住民族身心障礙者

臺灣原住民族在其他國家的發展歷程也很類似，例如我們皆歷經政治上的征服並且不受政府的重視、歧視與偏見、隔離政策、同化、文化保護及政治上及文化上的復甦，而聯合國為了積極保障原住民的權益，於2007年9月通過了《聯合國原住民族權利宣言》，甚至澳洲總理陸克文（Kevin Rudd）於隔年（2008）的2月13日正式向澳洲原住民在歷史上所遭受到的不公對待道歉。此外，蔡英文總統於第一任競選時即提出要向臺灣原住民族道歉的政見，而蔡英文總統也確實在2016年8月1日原住民日在總統府代表政府向臺灣原住民族道歉，並於同年（2016）在總統府設置「總統府原住民族歷史正義與轉型正義委員會」。這些都代表國內外開始正視過去國家對於原住民所進行不公平、不公義的行為，並開始思考所謂的「積極賦權行

動」、「補償正義」與「轉型正義」等。

在社會福利政策發展的脈絡，原住民很容易落入「滿足」漢人社會在人本主義下濟弱扶傾的犧牲品，而主流社會仍保持著「自我感覺良好」的狀況，自覺對原住民盡心盡力協助處理其問題，實則在族群發展的投入與自主能力的培育仍有待加強。然而這些政策的「主控權」仍在占有支配角色的優勢群體手上，因此相關的政策與策略是否能有效制定與推動仍必須看主流社會的「臉色」與「態度」，就如同先前所說的《身心障礙者權益保障法》以及《身心障礙者權利公約施行法》一樣，其法規內容及其精神在主流社會的規劃發展下，很可能並未能考慮到原住民族的文化特殊性、地理環境限制與有限的資源配置（潘佩君等人，2018；劉美淑等人，2018）。為了能夠打破此困境，Nikora等人（2004）特別強調毛利組織與文化主體性在身心障礙者服務的參與及自管，他們認為毛利身心障礙者服務模式必須認識理解以下幾個原則（頁73）：

（一）毛利家庭或家族成員有身心障礙成員是如何處進行家庭配置、生活與回應身心障礙議題。

（二）毛利家庭在居住、社會與動態的特質。

（三）毛利家庭與周遭環境系統之間彼此的互動情形。

（四）環境、態度與制度／系統的障

礙以及這些障礙的促進者。

（五）以毛利文化哲學為基礎的健康、態度、支持與服務提供。

（六）毛利身心障礙者的生活特質。

原住民族的問題及需求沒有辦法被滿足是因為主流社會的服務系統只著重於個人問題而非集體／群體的，特別是這些問題有些都來自於他們特有的族群文化（Holder & Cornassel, 2002；Gilroy等人，2013）。所以如果對抗目前不平等的社會就應該要從多元文化公民權的觀點來承認並尊重原住民族的地位，而非看他們或對待他們如同其他的非原住民族的個人一樣（Weaver, 1998）。有鑑於此，原住民族身心障礙者政策與服務措施的規劃與推動不能僅僅視原住民族身心障礙者為一般社會大眾，而是要視野深化到原住民族背後的文化特殊性及文化生活型態，並且透過不同層次的原住民族參與，以期符合原住民族身心障礙者及其家庭之需求與期待。

此外，本文所強調之「排灣族文化脈絡」，核心建立在「關係性」、「家屋（*umaq*）」與「長嗣（*vusam*）」制度之上。排灣族是高度重視*vusam*、家屋繼承與土地連結的族群，而家屋不僅是實體建築，更是定義親族權利義務與身分認同的基本單位。因此，在排灣族脈絡視角下，身心障礙者不被視為獨立的個體問題，而是鑲嵌在「家」的集體性之中（Kui

Kasirisir, 2024)。透過傳統社會中的互助機制，照顧身障成員被視為家屋整體的共同責任，而非單一照顧者的負荷（Hickey & Wilson, 2017）。此外，族人對致障原因的文化詮釋往往與傳統信仰中「靈」或「禁忌」的觀念交織，這種深層的宇宙觀影響了部落對心智與精神功能缺損者的認知層級，進而形塑了不同於主流社會的社會距離（童春發，2013）。

二、身心障礙者政策發展與原住民族身心障礙者研究

身心障礙者政策的發展，主要是自1980年通過《殘障福利法》後才有了較為明確的法令制度，後並經過數次的修法後（1997年修正公布《身心障礙者保護法》（簡稱身障法）；2007年修正公布《身心障礙者權益保障法》（以下簡稱身權法）），至今才有相對完整的身心障礙政策與服務。每次的修法其背後的原因都是期待讓身心障礙者的「障礙」能夠減少或舒緩，讓身心障礙者獲得跟一般社會大眾一樣的生活權利與品質，例如1980年的殘福法，其重點在於透過殘補式的福利措施協助身心障礙者能夠自力更生，1997年的身障法則是要促進並保障身障者能夠有公平的機會參與社會生活，而2007年的身權法則是受到2006年聯合國身心障礙者權利公約的影響，從人權的角度修正相關的政策與法令規範，而對於障礙的概念觀點

從醫療導向與個人模式，轉為權益導向與社會模式（王育瑜，2013；王國羽，2017）。

2007年修正身權法的同時，也引進了「國際健康功能與身心障礙分類系統」ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）做為國內身心障礙鑑定與需求評估制度的依據，而此系統在操作概念上是更傾向社會模式（簡慧娟等人，2019）。內政部則是根據新修定的身權法與新引進的ICF系統，於2009年公告「身心障礙者權益保障白皮書」，並針對身心障礙者在福利服務、醫療、教育、就業、無障礙環境、經濟安全以及綜合性議題等七大需求，規劃不同期程階段的目標，而此白皮書所採取的是一種普同主義精神與生命歷程觀點做為規劃依據，讓身心障礙者在不同的生命階段可以有機會獲得跟社會大眾一樣生活需求的滿足（內政部，2009）。然而，針對於現行的ICF系統，有諸多學者對於此系統所造成的身心障礙者的困擾與挑戰反而憂心忡忡。王育瑜與謝儒賢（2015）即指出國內的ICF系統並無法落實身心障礙者的需求評估，不僅看不到身心障礙者的主體性，而且資源是看得到吃不到，服務供給是破碎不連續，看到的反而是更多官僚與社會控制的現象（周月清等人，2015；周宇翔等人，2015；Gilroy et al., 2013），王國羽（2017）更點出國內引進ICF系統

中最屬於醫療部分的鑑定部分，且專業人員欠缺對於ICF系統發展的理論與政策脈絡的理解，讓整個身心障礙鑑定與需求評估更往醫療角度靠攏。此外，雖然國內推展「國際健康功能與身心障礙分類系統（ICF）」鑑定制度已久，但現行政策對於具有原住民族身分的身障者而言，仍存在顯著的「文化盲」現象，無法充分看見族人在服務措施上遭遇的文化歧視與地理空間限制（Kui Kasirisir & Luo, 2023）。目前的政策鑑定指標多偏向都會區的生活功能模型，未能反映部落在原鄉勞動、跨世代互助以及集體性社交上的特殊需求（Kui Kasirisir, 2024）。研究顯示，原民身障者面臨著原住民身分與障礙身分的「雙重歧視」，且這種處境往往鑲嵌在尚未完成的轉型正義與殖民歷史脈絡之中（Kui Kasirisir, 2022）。

雖然ICF有許多需要修正改進之處，但其基本的概念仍值得持續努力落實。例如ICF架構強調環境因素的重要性，而這個環境因素也就是要瞭解「阻礙」身心障礙者獲得公平參與社會生活的障礙因子，而這個概念與社會工作領域所應用的心理暨社會工作學派「人在情境」（Person in Environment, PIE）類似（周宇翔等人，2015），而此重要的環境概念也正是原住民族身心障礙者所面臨最大的難題，因為我們除了要面對一般身心障礙者所遭遇到的各種生活環境面向因素之外，還必須面

對一般社會大眾所忽視的殖民社會環境與文化脈絡環境（Gilroy et al., 2013），而這些也正是Baikie（2009）所強調的原住民族版本的「人在情境」，因為一般主流社會並不會意識到上述二個環境（殖民社會環境與文化脈絡環境）對於原住民族的影響，而且這些環境是很難被測量或覺察的，因為它就存在於日常生活中，既看不到也摸不到，這也就是為什麼《身心障礙者權利公約》前言會特別提到「關注基於種族、膚色、性別、語言、宗教、政治或不同主張、民族、族裔、原住民或社會背景、財產、出生、年齡或其他身分而受到多重或加重形式歧視之身心障礙者所面臨之困境」。

然而，由於缺少相關臺灣原住民族身心障礙者的研究，例如「雲林縣身心障礙者生活現況與福利需求調查分析」僅有一名原住民身分之身心障礙者，故在分析內容上無法得知雲林地區原住民族身心障礙者的生活現況需求（張國偉等人，2019），因此僅能就區域性的身心障礙者服務或原住民族身分的障礙議題進行大致的瞭解。例如潘佩君等人（2018）就指出位處偏鄉的身障者受限於地理限制造成交通往返與經濟效益不佳的情形，影響了偏鄉身障者使用服務的意願；黃筱晶等人（2016）則是在針對輔具申請使用上發現東部原住民族社會文化背景因素影響甚深，包括經濟落差、醫療資源不足以及文

化溝通障礙等等，甚至建議在輔具的設計上應具有文化性與在地性，以符合東部在地族群使用上的需求。此外，王淑惠（2014）在進行身障鑑定具有原住民族身分的學生時應考量原住民學生的文化特殊性，因為原住民族學生的學習成效會受到文化與家庭環境的不利因素所影響，因此在原住民族學生學習障礙與智能障礙鑑定、教學內容、學習評量等都應考量到族群文化因素的影響（吳啟誠、張俊紳，2015），如此才能夠減少因文化因素所造成的「偽陽性」（劉秋玲、阮孝齊，2019）。除了上述有關原住民族身心障礙者的服務與政策需要特別考量文化因素外，有關於身心障礙者權益的倡導與服務措施的宣導也必須一併考量原住民族的文化特性與地域限制（黃筱晶等人，2016；潘佩君等人，2018；簡慧娟等人，2019），以免造成服務落實與資訊傳達上的「文化落差」。

王育瑜（2013）曾針對中部地區的原住民族身心障礙者進行較大規模的調查研究，發現原住民族身心障礙者的主要照顧者是以配偶為優先，而照顧的關係與照顧的觀點則是會受到其生命歷程、自主生活能力與經濟條件等因素有關係，因此王育瑜特別強調原住民族身心障礙的政策不能僅關注在「照顧」，更重要的是如何能夠提供障礙者更充足的支持，讓他們可以自主生活在具有部落文化生活的環境裏。

此外，譚子文、胡永崇（2017）接受屏東縣政府的委託進行「屏東縣原住民鄉鎮心智障礙者及多重障礙類別中合併心智障礙者生活需求調查」，其中有關主要照顧者對心智障礙者社會福利需求項目大致可歸納為：（1）主要照顧者對福利不瞭解，需加強社會福利宣導；（2）提高補助金額，降低申請門檻，降低低收入戶申請資格，簡化申請程度，專人代辦申請事宜；（3）協助修繕房舍，降低修繕補助申請資格；（4）照顧者年老，無力照顧，心智障礙者需機構或社區安置；（5）提供職業訓練與就業輔導；（6）提供交通服務；（7）提供輔具維修服務；（8）提供社區化醫療；（9）心智障礙者行為管理、照顧諮詢與照顧者壓力舒解；（10）提供送餐服務；（11）提供家庭訪視關懷；（12）增加心智障礙者接受特殊教育服務的質與量及提供就學的交通服務配套措施。

至於國外的幾篇有關原住民族身心障礙者的研究，其重點皆強調政策與服務應考慮殖民歷史以及族群文化的重要性，例如Gilroy等人（2013）認為殖民化對澳洲的原住民族而言就是一種障礙的社會模式，甚至提醒ICF也是一種歐洲殖民的產物之一，殖民主義不僅剝奪了原住民族社會的傳統領域與文化，同時也影響了澳洲身心障礙研究與政策是沒有適當的考慮原住民族身心障礙者的需求。因此Bevan-

Brown (2013) 建議在相關的教育與身心障礙服務內容應納入符合毛利文化的價值與觀點的跨文化學習，不僅有助於毛利身心障礙者，同時也有助於其他不同族群的身心障礙者 (Wilgosh & Sobsey, 2003)；甚至Nikora等人 (2004) 曾建議應優先以毛利團體成為身心障礙服務的提供者，因為毛利服務提供者更會運用毛利文化的觀點來強化與促進毛利家族成員彼此的關係與互助，讓毛利身心障礙者可以生活在具有毛利文化社區支持網絡的社區裏，促進他的自主生活的能力。

此外，Gilroy等人 (2013) 對於在ICF系統架構與原住民族觀點理論 (Indigenous Standpoint Theory, IST) 基礎下，有心從事原住民族身心障礙者政策與服務研究的研究人員提出了一個具有參考性質的架構概念圖 (如圖1所示)，涉及六個準則：(1) Indigenous community inclusion：研究團隊成員應納入原住民族身心障礙者或原住民族研究員 / 政策制定者，並帶入他們的原住民族經驗，以確保對研究的權力與責任的分配是被公平的分享；(2) Colonisation is accepted

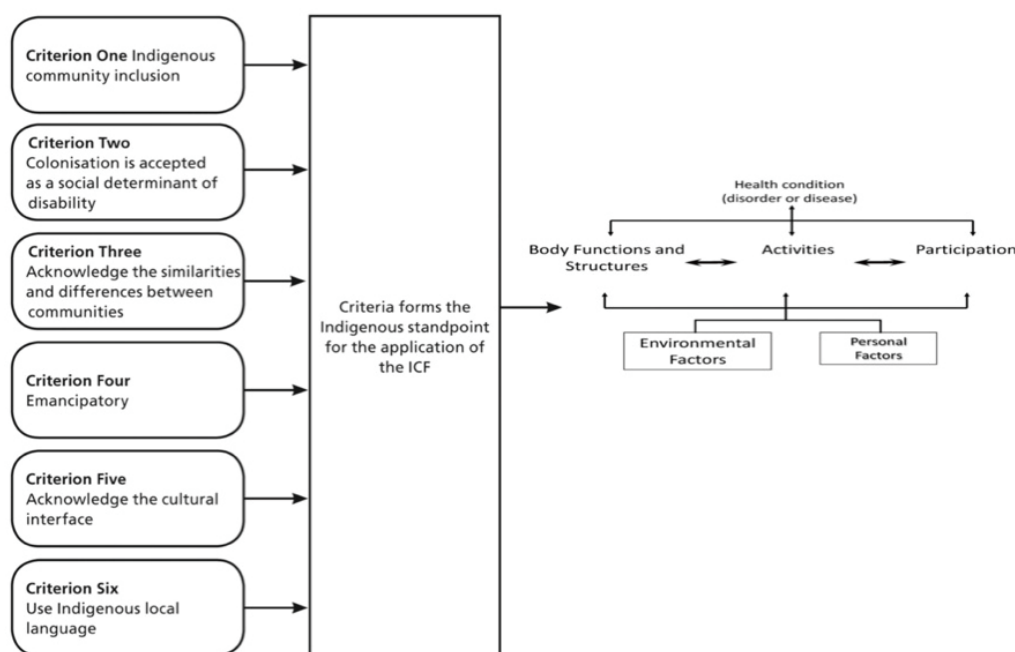


圖 1 原住民族身心障礙研究的概念架構圖

資料來源：Gilroy 等人 (2013, 頁 54)。

as a social determinant of disability：殖民化對原住民族而言就是一種障礙的社會模式，並且要覺察並瞭解對於原住民族身心障礙者而言受到殖民化不同層面的影響；（3）Acknowledge the similarities and differences between communities：必須意識到在同一個地理區域內每一個原住民族社區或原住民族社區與非原住民族社區之間，都曾歷經過類似或不同的限制經驗；（4）Emancipatory：研究成員也是在為原住民族權利奮鬥的人員；（5）Acknowledge the cultural interface：所有的研究團隊成員必須意識到他們正位處具有在地族群文化環境裏，這樣的環境正是孕育原住民族身心障礙者思想與觀點的地方；（6）Use Indigenous local language：盡可能使用原住民族在地的語言。

上述Gilroy所提的架構與臺灣當前推動的「文化安全」及「轉型正義」政策高度呼應。例如，準則二提到的「殖民化作為障礙的決定因素」，正對應臺灣原住民族因歷史結構造成勞動力分配不均與職業傷害高發的現況；準則六的「使用在地語言」，則對應目前長照與身障宣導中亟需克服的族語翻譯與觀念落差。這些準則為本研究提供了一個批判性視角，用以檢視排灣族部落內部對「障礙」的不同詮釋。

參、研究方法

本文的重點在於探討屏東排灣族民眾對於身心障礙者的態度與接受程度。本研究採量化之調查研究法，透過標準化的自編問卷針對研究變項進行描述性、解釋性及探索性的分析，藉此檢視不同障礙類別對部落民眾接受度的影響。因此，本研究以屏東縣為主要場域，研究分析對象鎖定為「成年且居住於屏東縣的排灣族民眾」（滿18歲以上）；在抽樣設計上，考量排灣族身心障礙者及其主要照顧者居住區域較為分散，故將屏東縣區分為四個地區（屏北區、屏中區、屏南區和原住民族地區）。本研究採取分區、多階段集叢抽樣設計，並結合在地組織協助進行問卷施測；因此樣本具有一定區域涵蓋性，但仍非完全機率抽樣，研究結果不宜直接推論至所有屏東縣排灣族民眾。最終在四區共完成505份有效樣本（問卷調查資料蒐集時間自2023年3月至5月）。

本研究量化資料蒐集採自擬問卷作為測量工具。為確保問卷之內容效度，問卷初稿委請了2位專家學者、2位服務提供者，以及2位原住民族身心障礙者及其主要照顧者協助進行審查，主要針對問卷題目的適合度、文化陳述合適性，以及是否能全面涵蓋排灣族身障者生活現況與需求等面向提供修正意見。在資料蒐集程序上，本研究招募並培訓了10位訪員進行

面對面訪問，並為確保調查品質，訪員訓練涵蓋了問卷題目解說、訪員手冊閱讀、訪問技巧講習與模擬演練等四個部分。問卷填答採不記名方式，並依據受訪民眾的實際狀況彈性調整：原則上由訪員說明研究目的與注意事項後，交予受訪者自行填答；填寫過程中若有問題可隨時提問。若受訪者在自行填答上有困難，則在徵詢意願後，改由訪員以「一問一答」的面訪方式協助完成。此外，為減少語言使用及轉譯上的落差，訪員團隊中包含熟稔在地族語的部落人士協助問卷調查，以確保問卷意涵能精準傳達。

肆、研究結果

一、研究參與者對於身心障礙者的認識與看法

表1呈現有關受訪者（排灣族民眾）對身心障礙者的認識：在對於「殘障」與「身心障礙」的名稱稱呼上是否有不同，有23.4%的受訪者（118位）認為這二種稱呼其實是一樣的，但也有高達76.6%（387位）的受訪者認為是有不一樣的，其中有48.8%（244人次）的受訪者感覺「身心障礙」的用法是比較友善／不歧視，同時有39.3%（196人次）的受訪者感覺「殘障」一詞是帶有偏見和歧視（比較不友善）；在身心障礙者跟其他部落民眾是否有不一樣的方面，有高

達40.2%（203位）的受訪者認為並沒有什麼不一樣，亦即受訪者將部落的身心障礙者視為一般的部落民眾，另外有40.5%（204位）的受訪者認為僅有一些些的不一樣，至於認為有很多不一樣的受訪者僅有19.2%（97位）；在詢問受訪者認為是什麼原因造成部落民眾變成身心障礙者方面，多數受訪者是認為主要是受到疾病的因素（32.9%，339人次），其次是工作意外（21.6%，223人次），再其次是交通意外（17.3%，178人次），之後則是對疾病／照顧的認知不多導致未能及早處理（9.1%，94人次）以及家人疏忽（6.2%，64人次），但仍有少數的受訪者認為這是一種神靈的愛或神靈的詛咒（皆為0.4%，4人次）；至於在學習身心障礙相關知識的來源方面，多數的受訪者（排灣族部落民眾）是從電視／網路學習而來的（14.2%，175人次），其次才是從醫療院所（13.2%，163人次）以及家系家人（13.2%，163人次），再其次則是學校（11.7%，144人次），值得注意的是有8.2%（101人次）的受訪者是從教會學習到身障的相關知識，而僅有2.6%（32人次）。受訪者自己對於身心障礙的瞭解程度方面，其平均分數僅有6.2（標準差2.5），但在對身心障礙者的友善程度其平均分數則高達8.2（標準差1.9）。

表2可以看出，受訪者「是否受到排灣族文化的影響」在身障認知、態度與接

表 1 研究受訪者對身心障礙者的認識

變項名稱	次數(百分比)	變項名稱	次數(百分比)
「殘障」與「身心障礙」是否有不一樣		您認為是什麼原因造成他／她變成身心障礙者（可複選）	
都一樣	118 (23.4%)	疾病	339 (32.9%)
有不一樣（續答）	387 (76.6%)	工作意外	223 (21.6%)
有什麼不一樣（可複選）		交通意外	178 (17.3%)
「殘障」的稱呼比較直接也比較習慣	23 (4.6%)	家人疏忽	64 (6.2%)
感覺「殘障」帶有偏見和歧視，比較不友善	196 (39.3%)	神靈的愛：由他／她來承擔過往或未來的「錯」，讓家人們都平安	4 (0.4%)
感覺「身心障礙」比較友善／不歧視	244 (48.9%)	神靈的詛咒：家人犯禁忌受神靈懲罰	4 (0.4%)
其他	36 (7.2%)	沒錢看醫生而導致終身生活障礙	29 (2.8%)
		對疾病／照顧的認知不多導致未能及早處理	94 (9.1%)
		其他	32 (3.1%)
身心障礙者跟其他部落民眾是否有不一樣		學習身心障礙相關知識的來源（可複選）	
沒有不一樣	203 (40.2%)	直系家人	163 (13.2%)
一些些不一樣	204 (40.5%)	家族	122 (9.9%)

變項名稱	次數(百分比)	變項名稱	次數(百分比)
很多不一樣	97 (19.2%)	部落民衆	110 (8.9%)
自認對身心障礙的瞭解程度(0~10)		身障的親友	118 (9.6%)
平均數	6.2	村長村幹事	32 (2.6%)
標準差	2.5	教會	101 (8.2%)
最小~最大	0~10	學校	144 (11.7%)
自認對身心障礙者的友善程度(0~10)		研習座談會	66 (5.4%)
平均數	8.2	電視 / 網路	175 (14.2%)
標準差	1.9	醫療院所	163 (13.2%)
最小~最大	0~10	其他	39 (3.2%)

資料來源：本研究整理。

受程度上的t檢定以「受訪者自認對身心障礙者的友善程度」、「受訪者對於身心障礙者的認知」以及「受訪者對於身心障礙者的態度」達到顯著上的差異。前者呈現受訪者「是否受到排灣族文化的影響」對於「受訪者自認對身心障礙者的友善程度」有顯著上的不同（ $t=-2.27$ ，

$p<.05$ ），也就是說受訪者認為自己的生活觀點與行為有受到排灣族文化的影響，其對於身心障礙者的友善程度明顯高於沒有受到排灣族文化的影響（有受到影響的平均分數8.34>沒有受到影響的平均分數7.71）；其次呈現受訪者「是否受到排灣族文化的影響」對於「受訪者對於身心障

表 2 「是否受到排灣族文化的影響」在身障認知、態度與接受程度的 t 檢定

檢定變項	有 無	個數	平均數	t值
對身心障礙的瞭解	沒有	90	5.79	-1.73
	有	414	6.29	
對身心障礙者的友善程度	沒有	90	7.71	-2.27*
	有	414	8.34	
身障認知分數	沒有	88	46.17	-3.41*
	有	411	48.54	
身障態度分數	沒有	90	72.87	-3.00*
	有	413	77.53	
生理功能缺損的接受程度	沒有	90	95.81	-1.71
	有	414	98.88	
心智功能缺損的接受程度	沒有	90	94.74	-1.27
	有	414	97.00	
精神功能缺損的接受程度	沒有	90	85.10	-1.96
	有	414	90.42	
接受程度總分	沒有	90	275.66	-1.84
	有	414	286.30	

資料來源：本研究整理。

礙者的認知」有顯著上的不同（ $t=-3.41$ ， $p<.05$ ），也就是說受訪者認為自己的生活觀點與行為有受到排灣族文化的影響，其對於身心障礙者的認知分數明顯高於沒有受到排灣族文化的影響（有受到影響的平均分數48.54>沒有受到影響的平均分數46.17）；最後呈現的是受訪者「是否受

到排灣族文化的影響」對於「受訪者對於身心障礙者的態度」有顯著上的不同（ $t=-3.00$ ， $p<.05$ ），也就是說受訪者認為自己的生活觀點與行為有受到排灣族文化的影響，其對於身心障礙者的態度分數明顯高於沒有受到排灣族文化的影響（有受到影響的平均分數77.53>沒有受到影響

表 3 不同部落關係在生理／身體功能缺損下接受程度的重複變異數分析摘要

層面	個數	平均數	標準差
(1)家族成員	505	33.22	4.23
(2)同事 / 同學	505	32.75	4.63
(3)部落民衆	505	32.37	4.96

變異來源	SS	df	MS	F值	事後比較
組間A	183.08	1.63	112.65	32.36**	(1)>(2)
組內					(1)>(3)
受試者間S	29391.45	504	58.32		(2)>(3)
殘差(A*S)	2851.59	819.11	3.48		
全體	32426.12	1324.74	174.45		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$ ；*** $p < .001$

資料來源：本研究整理。

的平均分數72.87)。

二、不同部落關係對於不同障礙類型的接受程度分析

從表3可以得知：此一相依樣本的球面檢定是達顯著違反，Mauchly's W係數為0.77（卡方值=131.87， $p < 0.05$ ），因此需要進行修正，故採用Greenhouse-Geisser數值。三個組的平均數達顯著水準，組間效果 $F(1.63, 819) = 32.36$ ， $p = .000 < 0.05$ ，表示受訪者確實會因為本

身與身心障礙者彼此之間不同的部落關係（家族成員、同事／同學、部落民眾）在生理／身體功能缺損下的接受程度是有差異的。經事後比較可以發現，生理／身體功能缺損的身心障礙者若是受訪者的家族成員之一，其接受程度明顯高於關係是同事／同學或一般部落民眾；此外，若生理／身體功能缺損的身心障礙者是受訪者的同事／同學關係，其接受程度亦明顯高於關係是屬於一般部落民眾。

從表4可以得知：此一相依樣本的

表 4 不同部落關係在心智功能缺損下接受程度的重複變異數分析摘要表

層面	個數	平均數	標準差
(1)家族成員	505	32.86	4.78
(2)同事 / 同學	505	32.11	5.33
(3)部落民衆	505	31.64	5.90

組間A	SS	df	MS	F值	事後比較
組內	379.92	1.60	237.13	42.18**	(1)>(2)
受試者間S					(1)>(3)
殘差(A*S)	38855.23	504	77.094		(2)>(3)
殘差	4539.42	807.48	5.62		
全體	43774.57	1313.08	319.844		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$ ；*** $p < .001$

資料來源：本研究整理。

球面檢定是達顯著違反，Mauchly's W係數為0.75（卡方值=143.59， $p < 0.05$ ），因此需要進行修正，故採用Greenhouse-Geisser數值。三個組的平均數達顯著水準，組間效果 $F(1.60, 807.48) = 42.18$ ， $p = .000 < 0.05$ ，表示受訪者確實會因為本身與身心障礙者彼此之間不同的部落關係（家族成員、同事／同學、部落民眾）在心智功能缺損下的接受程度是有差異的。經事後比較可以發現，心智功能缺損的身心障礙者若是受訪者的家族成員之一，其

接受程度明顯高於關係是同事／同學或一般部落民眾；此外，若心智功能缺損的身心障礙者是受訪者的同事／同學關係，其接受程度亦明顯高於關係是屬於一般部落民眾。

從表6可以得知：此一相依樣本的球面檢定是達顯著違反，Mauchly's W係數為0.60（卡方值=254.92， $p < 0.05$ ），因此需要進行修正，故採用Greenhouse-Geisser數值。三個組的平均數達顯著水準，組間效果 $F(1.43, 721.25) = 98.26$ ，

表 5 不同部落關係在精神功能缺損下接受程度的重複變異數分析摘要表

層面	個數	平均數	標準差
(1)家族成員	505	31.05	6.59
(2)同事 / 同學	505	29.61	7.46
(3)部落民衆	505	28.84	8.18

變異來源	SS	df	MS	F值	事後比較
組間A	1269.50	1.38	919.87	78.45**	(1)>(2)
組內					(1)>(3)
受試者間S	75531.42	504	149.86		(2)>(3)
殘差(A*S)	8155.83	695.57	11.73		
全體	84956.75	1200.95	1081.46		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$ ；*** $p < .001$

資料來源：本研究整理。

$p=.000<0.05$ ，表示受訪者確實會因為不同的身心障礙類型（生理功能缺損、心智功能缺損、精神功能缺損）在接受程度是有差異的。經事後比較可以發現，生理功能缺損的身心障礙者，其受訪者的接受程度明顯高於心智功能缺損或精神功能缺損的身心障礙者；此外，心智功能缺損的身心障礙者，其受訪者的接受程度亦明顯高於精神功能缺損的身心障礙者。

伍、結論與討論

本研究透過量化問卷調查，初探屏東縣排灣族民眾對於不同身心障礙類別的態度與接受程度。在過往主流社會福利政策與《身心障礙者權益保障法》長期處於「文化盲」的脈絡下，本研究的實證數據不僅具體描繪了排灣族部落內部的障礙認知圖像，更進一步回應了原住民族身心障礙者在親族網絡與社會距離交織下的真實處境。針對研究結果，本文提出以下三點

表 6 受訪者在不同障礙類型接受程度的重複變異數分析摘要表

層面	個數	平均數	標準差
(1)生理功能缺損	505	98.35	13.23
(2)心智功能缺損	505	96.61	15.21
(3)精神功能缺損	505	89.50	21.20

變異來源	SS	df	MS	F值	事後比較
組間A	22203.50	1.43	15515.61	98.26**	(1)>(2)
組內					(1)>(3)
受試者間S	317443.81	504	629.85		(2)>(3)
殘差(A*S)	113890.50	721.25	157.91		
全體	453537.81	1226.68	16303.37		

註：* $p < .05$ ；** $p < .01$ ；*** $p < .001$

資料來源：本研究整理。

綜合討論與政策建議：

（一）文化認同作為友善態度的資本，打破主流社會的文化盲點：研究結果顯示，受訪者自評「受到排灣族文化影響」的程度越高，其對身心障礙者的認知分數、友善程度及整體態度分數皆顯著較高。這項發現有力地反轉了過往主流社會常將原鄉部落視為「資源匱乏」或「知識落後」的弱勢視角，並呼應了Nikora等人（2004）對毛利身障者研究的論點：原住民族的文化哲學與傳統價值，本身即是建

構健康態度與支持網絡的重要基礎。排灣族傳統文化中強調的互助、包容與親族連結，實為促進部落內部身障平權的社會資本。因此，未來的政策介入不應僅是將西方或都會區的服務模式單向「移植」至原鄉，而應以在地文化為基礎，發展具有文化主體性的充權途徑。

（二）「誰的家人？」：社會距離與親族照顧網絡的雙面刃：在探討接受程度的重複測量變異數分析中，本研究明確證實了社會距離的顯著影響：排灣族

民眾對身心障礙者的接受度，依序為「家族成員」顯著高於「同事／同學」與「一般部落民眾」。此一結果深刻回答了「誰的家人？」之提問，反映出排灣族社會高度鑲嵌於家族（家屋）體系的連帶關係。當障礙者屬於家族內部成員時，基於血緣與親族的照顧責任，部落民眾展現出極高的包容與接受度，這也是前言中所述「自家人一肩扛起照顧工作」的實證縮影。然而，我們亦須警惕此現象背後的隱憂。當接受度與支持網絡過度集中於「家族」內部，意味著一旦跨出親族邊界，身障者在部落公共空間或職場中，仍可能面臨一定程度的社會微小排除。這提醒了社會工作實務界，在評估原民身障者的「人在情境」（PIE）時，必須將親族網絡的支持力道與潛在的照顧負荷一併考量，協助部落建立跨家族的社區型支持系統。如先前所述，在「家（*umaq*）」的倫理觀下，家族成員被視為不可分割的生命共同體；此外，障礙往往在緊密的親族互動中被「去障礙化」的實證發現，顯示親族網絡是原民身障者最重要的支持基礎（Bevan-Brown, 2013；Hickey & Wilson, 2017）。但必須要留意若政策過度預設家族自然會承擔照顧責任，反而可能遮蔽家庭照顧者的壓力與正式支持服務的不足。

（三）「誰的障礙？」：障礙階層化與文化安全政策的迫切性：本研究的另一核心發現是「障礙階層化」（註1）的現

象。數據顯示，部落民眾對「生理功能缺損」的接受度最高，其次為「心智功能缺損」，而對「精神功能缺損」的接受度則顯著最低。這回答了「誰的障礙？」之提問，指出不同障礙類別在部落文化脈絡中面臨著截然不同的社會處境。生理障礙多半源於疾病、高比例的勞動職災或交通事故，在部落日常生活中具有較高的可視性與共感經驗；相對而言，精神功能缺損可能因行為的不可測性，或是傳統觀念中對精神疾病的詮釋框架，導致部落民眾的接受度較低。此一發現凸顯了建立文化安全（Cultural Safety）政策的迫切性。現行國內的ICF需求評估機制過於向醫療角度靠攏，未能察覺原鄉民眾對不同障礙類別的深層文化心理機制。至於精神功能缺損接受度較低的發現，則需回歸排灣族傳統文化與當代宗教觀點進行解讀。在排灣族傳統宇宙觀中，異常的精神狀態或行為有時被解讀為違反禁忌或神靈詛咒的結果。儘管當代排灣族部落多已轉信基督教，但深層的文化恐懼或對「非正常狀態」的污名化認知，仍可能透過社會距離的疏離展現出來。這也與過去針對屏東原鄉心智與多重障礙者的調查結果相符，顯示不同障礙類別在部落中面臨的挑戰差異（譚子文、胡永崇，2017）。因此，未來的長照與身障服務應結合在地語言與文化敘事，以建立符合文化安全的社區支持體系（Baikie, 2009；Nikora等人，2004）。

基於上述實證發現，本文提出以下建議：首先，政府在推動《身心障礙者權利公約》（CRPD）與相關宣導時，應將「文化平權」納入核心，破除現有政策的文化盲，採用部落在地語言與文化敘事（如轉化精神障礙的污名），以縮短資訊傳達的文化落差。其次，長期照顧與身心障礙服務體系應培力具備原住民文化敏感度的專業人才，將服務的焦點從「個人問題」擴大至「家族集體與環境評估」，肯認殖民歷史與結構不平等對原民身障者造成的影響。本研究作為探討屏東排灣族民眾身障態度的初步量化實證，雖受限於問卷調查的框架，未能窮盡個別家庭的深厚生命故事，但已初步勾勒出部落內部的社

會距離與障礙階層樣貌。期盼未來能有更多結合原住民族觀點理論的研究投入，讓這群隱身於山林與政策邊緣的部落身障者及其家人，能真正獲得符合文化安全的支持與看見。

（本文作者為國立東華大學民族發展與社會工作學系教授）

關鍵詞：排灣族、身心障礙、態度、社會距離、文化安全

※本文為國科會補助專題研究計畫『聽見他們的聲音與故事：探討屏東縣排灣族身心障礙者及其家庭之研究』（MOST 110-2420-H-020-014 -SS2）研究部分成果。

註 釋

註1 本文所稱「障礙階層化」，並非指障礙者本身具有高低之分，而是指部落民眾對不同障礙類型呈現不同程度的理解、接受與社會距離。

參考文獻

- Kui Kasirisir許俊才（2013）。〈原鄉部落照顧分工的變化與因應：排灣族生活經驗〉。載於黃源協（主編），《部落、家庭與照顧：原住民族生活經驗》（頁207-244）。雙葉。
- 內政部（2009）。《身心障礙者權益保障白皮書》。
- 王育瑜（2013）。《部落原住民身心障礙者照顧需求與未來長期照顧服務推展方向之探究》（計畫編號NSC 100-2420-H-260-004-）。行政院國家科學委員會。

- 王育瑜、謝儒賢（2015）。〈需求評估的假象，社會控制的事實：身心障礙鑑定評估新制的批判〉。《社區發展季刊》，150，123-133。
- 王國羽（2017）。〈《The Disabled State》：失能的治理與失控的政策——檢閱台灣身心障礙政策〉。《臺灣社會學會通訊》，87，5-10。
- 王淑惠（2014）。〈淺談國中小原住民學習障礙與智能障礙特殊生鑑定-以花蓮縣為例〉。《雲嘉特教》，19，20-28。
- 吳啟誠、張俊紳（2015）。〈批判種族理論：以台灣原住民族特殊學童出現率為例〉。《特教論壇》，18，57-65。
- 周月清、張恆豪、李慶真、詹穆彥（2015）。〈聯合國國際衛生組織ICF緣起與精神：文獻檢視〉。《社區發展季刊》，150，17-39。
- 周宇翔、李淑貞、謝東儒、張聿淳（2015）。〈ICF架構下的身心障礙者需求評估制度現況與挑戰〉。《社區發展季刊》，150，40-57。
- 張國偉、周珈羽、簡士傑（2019）。〈雲林縣身心障礙者生活現況與福利需求調查分析〉。《社區發展季刊》，168，87-104。
- 童春發（2013）。〈探討排灣族習慣法中有關正義的概念與實踐〉。《台灣原住民族研究季刊》，6（4），1-38。
- 黃筱晶、怡懋·蘇米、王雅青（2016）。〈以文化照顧概念初探原住民輔具運用之現況〉。《台灣原住民研究論叢》，19，153-178。
- 劉秋玲、阮孝齊（2019）。《臺灣國民教育階段原住民族身心障礙學生盛行率分析研究》（計畫編號NAER-107-12-H-2-04-00-1-04）。國家教育研究院。
- 劉美淑、田禮芳、郭洛伶、張珮英、黃傳益（2018）。〈屏東縣身心障礙者社區式日間服務布建計畫的發展與未來展望〉。《社區發展季刊》，168，45-54。
- 潘佩君、陳芬苓、葉雅惠（2018）。〈屏東縣身心障礙者自立生活支持計畫之實施模式與困境〉。《社區發展季刊》，164，85-91。
- 簡慧娟、尤詒君、吳宜姍（2019）。〈身心障礙福利服務10年回顧及前瞻〉。《社區發展季刊》，168，5-19。
- 譚子文、胡永崇（2017）。《105年屏東縣原住民鄉鎮心智障礙者及多重障礙類別中合併心智障礙者生活需求調查》。屏東縣政府社會處。
- Baikie, G. (2009). Indigenous-centred social work: Theorizing a social work way-of-being. In R. Sinclair, M. A. Hart, & G. Bruyere (Eds.), *Wicihitowin : Aboriginal social work in Canada* (pp. 42-64). Fernwood.
- Bevan-Brown, J. (2013). Including people with disabilities: An indigenous perspective. *International Journal of Inclusive Education*, 17(6), 571-583. <https://doi.org/10.1080/13603116.2012.694483>

- Gilroy, J., Donnelly, M., Colmar, S., & Parmenter, T. (2013). Conceptual framework for policy and research development with Indigenous people with disabilities. *Australian Aboriginal Studies*, 2, 42-58.
- Hickey, H., & Wilson, D. (2017). Whānau hauā: Reframing disability from an Indigenous perspective. *MAI Journal*, 6(1), 82-94. <https://doi.org/10.20507/MAIJournal.2017.6.1.7>
- Holder, C. L., & Cornthassel, J. J. (2002). Indigenous peoples and multicultural citizenship: Bridging collective and individual rights. *Human Rights Quarterly*, 24(1), 126-150. <https://www.jstor.org/stable/pdf/20069591.pdf>
- Kui Kasirisir & Hai Luo (2023). Indigenous older adults in Taiwan: The aging population and related policy. In J. P. Lewis, & T. I. Heinonen (Eds.), *Social aspects of aging in Indigenous communities* (pp.151-175). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197677216.003.0007>
- Kui Kasirisir (2022). Indigenous social work and transitional justice in Taiwan. In S. E. Simon, J. Hsieh, & P. Kang (Eds.), *Indigenous reconciliation in contemporary Taiwan: From stigma to hope* (pp. 145-164). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003183136>
- Kui Kasirisir (2024). Indigenous peoples with disabilities in Taiwan: The experiences of Paiwan people. In J. Ward (Eds.), *Indigenous disability studies* (pp. 214-221). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781032656519>
- Nikora, L. W., Karapu, R., Hickey, H., & Awekotuku, N. T. (2004). *Disabled Maori and disability support options*. University of Waikato & Ministry of Health.
- Weaver, H. N. (1998). Indigenous people in a multicultural society: Unique issues for human services. *Social Work*, 43(3), 203-211. <https://doi.org/10.1093/sw/43.3.203>
- Wilgosh, L., & Sobsey, D. (2003). Cultural constructions of families of children with disabilities. In J. Gifford & G. Zezulka-Mailloux (Eds.), *Culture & the state: Disability studies and indigenous studies* (pp. 191-206). CRC.