สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ราคา 150 บาท

ISBN 978-974-09-4915-2

*สิทธิมนุษยชน*และสุขภาพล้วนมีเป้าหมายในการปกป้องคุ้มครองและเปิดทางให้มนุษย์มีความสุขสมบูรณ์มากขึ้น แต่ในวิถีทางที่ต่างกันย่อมต้องถากถางทางเพื่อให้โลกทางความคิดและโลกแห่งการปฏิบัติสองฟากฝั่งมาบรรจบพบเจอกัน การแสวงหาทิศทางข้างหน้าในการผสมผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเข้าด้วยกันจึงไม่ใช่เพียงแค่มองอย่าง “อุดมคติเพ้อฝัน” เท่านั้น แต่จะต้อง “ย้อนกลับ” ไปมองเงื่อนไขหรือเส้นทางประวัติศาสตร์ที่สิทธิมนุษยชนและสุขภาพที่ต่างได้เติบโตมาอย่างยาวนานด้วย

สิทธิมนุษยชน สิทธิสุขภาพ

สุรสม กฤษณะจูฑะ
ธวัช มณีผ่อง
สันติพงษ์ ช้างเผือก
อุ่นใจ เจียมบูรณะกุล
รัชนี นิลจันทร์

สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน

จินตนาการสุขภาพใหม่
ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

สิทธิสุขภาพ
สิทธิมนุษยชน

สวสส. - SHI

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สวรส-HSRI

สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน

ผู้เขียน
สุรสม กฤษณะจูฑะ ธวัช มณีผ่อง สันติพงษ์ ช้างเผือก
อุ่นใจ เจียมบูรณะกุล รัชนี นิลจันทร์

บรรณาธิการ
สุรสม กฤษณะจูฑะ

กองบรรณาธิการ
นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ วรัญญา เพ็ชรคง

ฝ่ายแผนงาน
นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ ประชาธิป กะทา วีรวรรณ เสถียรกาล คณิศร เต็งรัง

ฝ่ายอำนวยการ
วรวรรณ ศรีเจริญ ภาวิณี สวัสดิมานนท์ หนิง ใจบุญ

ฝ่ายประสานงานการผลิต
วรัญญา เพ็ชรคง สิริลักษณ์ เที่ยงธรรม

จัดพิมพ์โดย
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
อาคารคลังพัสดุชั้น 3 ซอยสาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-5901352, 02-5901498 โทรสาร 02-5901498
E-mail Address: suksala@gmail.com Website: www.shi.or.th

สนับสนุนโดย
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน.--นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.
200 หน้า.
1. สุขภาพ. 2. สิทธิมนุษยชน. I. สุรสม กฤษณะจูฑะ, บรรณาธิการ.
II. ชื่อเรื่อง.
613
ISBN 978-974-09-4915-2

พิมพ์ครั้งแรก : ตุลาคม 2550 จำนวนพิมพ์: 3,000 เล่ม
ได้รับการสนับสนุนในการจัดทำต้นฉบับและจัดพิมพ์ครั้งที่ 1
จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
พิมพ์ครั้งที่ 2 : มิถุนายน 2551 จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม
แบบปก : บริษัท มีดี กราฟฟิค จำกัด
ออกแบบ, พิมพ์ที่ : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด (d_one_books@yahoo.com)
ราคา 150 บาท

คำนำ

การผสมผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพในสังคมไทย ดูเหมือนว่าจะไม่ได้กลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน การทุ่มเถียงระหว่างแพทย์ในฐานะผู้รักษากับคนไข้และคนรอบข้างในประเด็น “สิทธิผู้ป่วย” เป็นตัวอย่างของความไม่ลงรอยนี้ ฝ่ายหนึ่งเรียกร้องความเป็นมนุษย์ของแพทย์ ที่ไม่สามารถรักษาหายได้ทุกโรค เนื่องด้วยข้อจำกัดที่ไม่อาจเสกสร้างมนุษย์ให้อมตะชั่วนิรันดร์ และในฐานะมนุษย์ผู้สามารถผิดพลาดพลั้งเผลอได้ แพทย์ต้องการความสบายใจในการรักษาพยาบาล มิใช่ติดกับดักอยู่ในกรอบของความหวาดระแวงที่จะถูกฟ้องร้อง กับอีกฟากฝ่ายหนึ่งที่เรียกร้องสิทธิในการรับผิดชอบต่อชีวิตที่สูญเสียไปโดยเหตุอันไม่สมควร ในฐานะผู้ได้รับการรักษา พึงมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองจากความผิดพลาดของแพทย์ การโต้เถียงวิวาทะเป็นรายกรณีเกิดขึ้นเป็นระยะๆ และยังมองไม่เห็นแสงสว่างปลายทางที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือหาทางออกที่ยุติธรรมซึ่งเป็นคำตอบแก่สังคม

หนังสือเล่มนี้คงไม่สามารถทำหน้าที่เป็นคนกลางไกล่เกลี่ยให้แพทย์กับคนไข้เลิกทะเลาะกัน หากแต่เป็นความพยายามหนึ่งในการที่จะเข้าใจโลกของแนวคิดสิทธิมนุษยชนกับโลกของสุขภาพ และมองหาแนว

ทางในการเชื่อมและผสมผสานสองความคิดดังกล่าว ทั้งนี้ จะพบว่าทั้งสิทธิมนุษยชนและสุขภาพล้วนมีเป้าหมายในการปกป้องคุ้มครองและเปิดทางให้มนุษย์มีความสุขสมบูรณ์มากขึ้น แต่ในวิถีทางที่ต่างกัน ย่อมต้องถากถางทางเพื่อให้โลกทางความคิดและโลกแห่งการปฏิบัติสองฟากฝ่ายมาบรรจบพบเจอกัน

การวิจัยเพื่อทบทวนและท้าทายองค์ความรู้ว่าด้วยสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพในครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการที่เรียกว่าการ “ย้อนพินิจ” ซึ่งหมายถึงการสำรวจตรวจสอบไปยัง “ฐานคิด” ที่สร้างความหมายให้กับทั้งสิทธิมนุษยชนและสุขภาพ ทั้งในระดับปรัชญา วาทกรรม และภาคปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในสังคม โดยจะพบว่า ความหมายของทั้งสิทธิมนุษยชนและสุขภาพมีหลากหลายมิติ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน จะพบว่าฐานคิดว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและสุขภาพมีทั้งด้านซึ่งไม่ลงรอยและด้านซึ่งสามารถปรับคลื่นเข้าหากันได้ อย่างไรก็ตาม การย้อนพินิจในที่นี้มิได้หมายความเพียงแค่การขุดค้นหาความหมายที่แท้จริงของสิทธิมนุษยชนหรือสุขภาพ แต่การย้อนพินิจมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะจุดประกายให้ได้ครุ่นคิดว่าในหนทางข้างหน้าซึ่งทั้งสิทธิมนุษยชนและสุขภาพในฐานะเป้าหมายสำคัญของมนุษยชาติ จะสามารถเรียนรู้กันและกันได้มากขึ้น ฉะนั้นแล้วการย้อนพินิจจึงไม่ได้เป็นเพียงการสืบค้นความเป็นมาเป็นไปในอดีต แต่มุ่งหมายเพื่อตรวจสอบ “กระบวนการสร้างความหมายทางสังคม” (Social Construction of Meaning) ให้แก่สิ่งหนึ่งสิ่งใด กล่าวอีกนัยหนึ่ง การย้อนพินิจหมายถึงการศึกษาประวัติศาสตร์ของความหมายทางสังคม ซึ่งความหมายต่างๆ ล้วนถูกสร้างขึ้นเพื่อรับใช้บริบททางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองในห้วงเวลา/พื้นที่หนึ่งๆ เราจึงควรจะตรวจสอบความหมายที่ถูกสร้างขึ้นมานี้อย่างรอบคอบระมัดระวัง ขณะเดียวกัน การย้อนพินิจมิใช่การจับผิดว่ามีการแปลความหมายได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงใด แต่หมายถึงการเปิดกว้างรับฟังความหมายที่หลากหลาย เป็นการรับฟังความอย่างรอบด้าน

แล้วครุ่นคิดตรึกตรอง ก่อนจะพิจารณาถึงหนทางแห่งอนาคตที่คนในสังคมกำลังจะก้าวเดินไป

กล่าวโดยสรุป การทำให้สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพมาบรรจบกันไม่ใช่เรื่องง่ายเสียทีเดียวนัก หรือการสักแต่พูดขึ้นลอยๆ จากการครุ่นคิดในอากาศ แต่จะต้องมาจากการสำรวจตรวจสอบกลับไปยังความเป็นไปในอดีต เพื่อชี้ให้เห็นว่าในช่วงบริบทของสังคมแบบไหนที่เอื้ออาทรต่อการงอกเงยของฐานคิดสิทธิมนุษยชนและ/หรือสุขภาพ ในขณะที่ห้วงบริบทใดที่สังคมเก็บกดปิดกั้นแนวคิดสิทธิมนุษยชนและ/หรือสุขภาพไม่ให้สามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น การแสวงหาทิศทางข้างหน้าในการผสมผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเข้าด้วยกัน จึงไม่ใช่เพียงแค่มองอย่าง “อุดมคติเพ้อฝัน” เท่านั้น แต่จะต้อง “ย้อนกลับ” ไปมองเงื่อนไขหรือเส้นทางประวัติศาสตร์ที่สิทธิมนุษยชนและสุขภาพที่ต่างได้เติบโตมาอย่างยาวนานด้วย อย่างไรก็ตาม หนังสือเล่มนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นเล็กๆ ในการที่จะเข้าใจฐานคิดของสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเท่านั้น การเข้าใจโลกทางความคิดอันกว้างใหญ่ไพศาลเป็นภารกิจอันเกินกว่าจะทำความเข้าใจอย่างรอบด้านในที่นี้ หากแต่หวังว่า งานบุกเบิกชิ้นนี้จะเป็นการกรุยทางสู่การถกเถียงอย่างเข้มข้นถึงมิติการเชื่อมโยงระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพต่อไป

สุดท้าย ต้องขอขอบพระคุณ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้ให้โอกาสแก่คณะวิจัยได้ทำงานอย่างเต็มที่ แม้ในขณะนั้น คณะวิจัยจะเป็นเพียงนักศึกษาซึ่งไม่ได้เป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” แต่อย่างใด ขอขอบพระคุณพี่นกนงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ ที่คอยให้กำลังใจและคอยติดตามกระตุ้นให้งานวิจัยและหนังสือลุล่วงแล้วเสร็จ ผู้ที่มีความสำคัญอีกท่านหนึ่งคือ อาจารย์ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ ได้ให้คำชี้แนะวิพากษ์วิจารณ์ที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายคนที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยและหนังสือเล่มนี้ในหลากหลายมิติ ไม่ว่าคุณวิศิษฐ์และณัฐฬส วังวิญญู อ.เดชรัตน์ สุขกำเนิด

คุณศราวุฒิ ปทุมราช คุณศิโรฒม์ คล้ามไพบูลย์ คุณธารา บัวคำศรี คุณสายรุ้ง ทองปอน ฯลฯ และในขณะที่ทำงานวิจัยชิ้นนี้ คณะผู้วิจัยเองก็ต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่หลากหลาย ทำให้ผู้มีวิจัยมีโอกาสเรียนรู้ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อันเอื้อประโยชน์ต่องานวิจัยชิ้นนี้ทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่มากก็น้อย คือ อ.อภิญญา เฟื่องฟูสกุล อ.จามะรี เชียงทอง อ.วารุณี ภูริสินสิทธิ์ อ.ศศิธร ไชยประสิทธิ์ อ.อานันท์ กาญจนพันธุ์ อ.ฉลาดชาย รมิตานนท์ อ.ยศ สันตสมบัติ อ.ไพโรจน์ คงทวีศักดิ์ อ.ชิเกฮารุ ทานาเบ้ อ.อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ อ.สุริชัย หวันแก้ว อ.ไชยันต์ รัชกูล ฯลฯ คุณเปรมปรีดา ปราโมช ณ อยุธยา บอกเล่าข้อมูลส่วนตัวที่ช่วยจุดประกายให้เขียนกรณีศึกษาสุขภาพของกะเทย คุณวินัย บุญลือ ปกาเกอะญอแห่งสวนเจ็ดรินช่วยแปลบทคัดย่อให้อย่างประณีต คุณสาวิตร ประเสริฐพันธุ์ ช่วยอ่านและเก็บความประเด็นสุขภาพกับคนพิการ คุณบุญเพิ่ม ปกาเกอะญอแห่งบ้านวัดจันทร์ ช่วยลงทำงานภาคสนามคลุกคลีกับคนไทใหญ่ คุณรัชดา ธราภาค แห่งหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลอันมีประโยชน์ยิ่ง และมีอีกหลายบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ซึ่งช่วยชี้แนะและร่วมวิพากษ์วิจารณ์งานชิ้นนี้ คณะผู้วิจัยคงต้องขออภัยมาไว้ ณ ที่นี้ด้วย แต่ผู้วิจัยระลึกถึงในพระคุณของท่านอยู่เสมอซึ่งคงจะไม่กล่าวถึงในที่นี้ แต่คณะผู้วิจัยซาบซึ้งในความช่วยเหลือทุกท่านอย่างมาก ไม่ว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานชิ้นนี้มากหรือน้อยเพียงใดก็ตาม ส่วนความผิดพลาดที่พบเห็น ณ ที่นี้ คณะผู้วิจัยขอน้อมรับความบกพร่องที่เกิดขึ้นทุกประการ

สุรสม กฤษณะจูฑะ
มิถุนายน 2550

สารบัญ

บทที่ 1 ย้อนพินิจแนวคิดสุขภาพ 1

- **แนวคิดสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย** 4
- **แนวคิดสุขภาพปัจเจกชน** 7

วิทยาศาสตร์การแพทย์: กระบวนการพรากร่างกายออกจากจิตใจ 8

สุขภาพในยุคก่อนสมัยใหม่กับยุคสมัยใหม่ 9

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยใต้เงาสุขภาพปัจเจกชน 12

สุขภาพปัจเจกชนกับกระบวนการทำให้มนุษย์กลายเป็นวัตถุ 13

ฐานคติสุขภาพปัจเจกชน 17

- **แนวคิดสุขภาพสาธารณะ** 18

สุขภาพกับปัจจัยภายนอก 19

สุขภาพสาธารณะ: การจัดระบบบริการสาธารณสุข 21

คำถามบางประการต่อสุขภาพสาธารณะ 24

สุขภาพกับการกีดกันทางสังคม 26

สุขภาพกับการควบคุมทางสังคม 28

- **แนวคิดสุขภาพสังคม** 31

รากฐานสุขภาพสังคม: แนวคิดสุขภาพธรรมชาติ 33

แนวคิดสุขภาพสังคมกับฟริตจ๊อฟ คาปร้า 35

วงแหวนสุขภาพ: มุมมองจากทฤษฎีความซับซ้อน 39

บทที่ 2 ย้อนพินิจแนวคิดสิทธิมนุษยชน 45

- **ประเภทและยุคสมัยของสิทธิมนุษยชน** 49
- **ย้อนรอยแนวคิดสิทธิมนุษยชน** 52
- **สิทธิมนุษยชน: การผสมผสานทางความคิด** 55
- **ฐานคติสิทธิมนุษยชน** 58

มนุษยภาพ 60

เสรีนิยม 62

ความเป็นสากล 64

ความเสมอภาค 66

ความเป็นเหตุผล 69

ประโยชน์นิยม 74

- **พัฒนาการทางความคิดสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย** 76
- **มายาคติแห่งสิทธิมนุษยชน** 81

มายาคติที่หนึ่ง: สิทธิคือการร้องขอ 83

มายาคติที่สอง: สิทธิคือความไม่รู้จักประมาณตน 85

มายาคติที่สาม: สิทธิไม่ใช่เรื่องอำนาจ 87

- **คิดใหม่สิทธิมนุษยชน: การท้าทายปัญหาและอุปสรรค** 90
- **สิทธิมนุษยชน: ความหมายและการปฏิบัติ** 93

บทที่ 3 สู่ “สิทธิสุขภาพ” 99

- **สิทธิสุขภาพท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก** 102

ย้อนรอยการผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ 102
สุขภาพกับสิทธิมนุษยชน 106
บทบาทแพทย์กับสิทธิมนุษยชน 109
กฎหมาย จริยธรรม สุขภาพ และสิทธิมนุษยชน 111
สิทธิสุขภาพในโลกแห่งความซับซ้อน 112
สุขภาพในสังคมอุตสาหกรรม: มองผ่านแนวคิดสังคมเสี่ยงภัย 116
สิทธิสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ 121

- **สิทธิสุขภาพกับสังคมไทย: จากข้อมูลเชิงประจักษ์ สู่ข้อถกเถียงเชิงกระบวนทัศน์** 127

สุขภาพปัจเจกชนกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย 128
สุขภาพสาธารณะกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย 133
สุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย 136
ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพคนพิการ 138
ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพกะเทย 145
ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพคนต่างด้าว 147
ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพและความรู้ 155

บทที่ 4 สิทธิสุขภาพกับพลังทางสังคม 169

บรรณานุกรม 183

สารบัญตาราง/แผนภาพ

ตารางที่ 1	แนวทางการศึกษาสังคมวิทยาสุขภาพและความป่วยไข้	6
ตารางที่ 2	ฐานคติการมองสุขภาพระหว่างยุคก่อนสมัยใหม่กับยุคสมัยใหม่	10
แผนภาพที่ 1	ฐานการวิเคราะห์วงแหวนสุขภาพ	40
แผนภาพที่ 2	จำแนกฐานคิดสิทธิมนุษยชน	59
แผนภาพที่ 3	วัฏจักรแห่งสิทธิ	95

บทที่ 1
ย้อนพินิจแนวคิดสุขภาพ

เมื่อมีใครสักคนถามขึ้นมาว่า “สุขภาพคืออะไร” บางคนอาจตอบสวนได้อย่างทันควัน แต่บางคนอาจนึกตรึกตรองอยู่นาน ท่าทีอันตรงกันข้ามดังกล่าวนี้อาจช่วยเสนอภาพสองด้านของความหมายสุขภาพ ที่ทั้งสามารถนิยามได้อย่างง่ายๆ แต่อีกด้านหนึ่งก็มีความหมายที่ซับซ้อนยุ่งยากยิ่ง

ที่ว่าง่าย เพราะหลายคนคงตอบได้จากสามัญสำนึก หรืออธิบายโดยไม่ต้องยั้งคิดราวกับว่าสุขภาพมีความหมายที่ทุกคนรับรู้ร่วมกันอยู่แล้ว การมองสุขภาพในแบบนี้ มักใช้มุมมอง/ความเชื่อของ “ตัวเราเอง” เป็นหลัก ที่ว่ายาก ก็เพราะความหมายของสุขภาพนั้นย่อมไม่ได้จำกัดอยู่ในการนิยามของตำราเรียนหรือในพจนานุกรม แต่มาจากมุมมองของแต่ละคน มีวิธีคิด องค์ความรู้ จินตนาการที่ทั้งคล้ายคลึงหรือแตกต่างออกไปจากเรา ทำให้ความหมายของสุขภาพมีความหลากหลาย อาจกล่าวได้อย่างสั้นๆ ว่า ความหมายสุขภาพเป็นกระบวนการผลิตสร้างของสังคม เช่นเดียวกับคำว่า “เพศ” เราแบ่งเพศเป็นชาย-หญิง ก็เพราะวัฒนธรรมการมองโลกแบบคู่ตรงข้ามหรือแบบขาวดำกำกับให้เราจัดจำแนกแบ่งแยกเพศของมนุษย์ไว้เพียงสองประเภท เมื่ออัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายปรากฏชัดเจนขึ้น โลกจึงดูเหมือนจะตื่นตระหนกกับการถูกท้าทายยิ่งนัก

ดังนั้น หากต้องการตอบคำถามว่าสุขภาพคืออะไร การสืบค้นในหลากหลายแขนงของความรู้ ทั้งปรัชญา ประวัติศาสตร์ ภาษาศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา ฯลฯ จะช่วยทำให้เกิดการพินิจพิเคราะห์ความหมายของสุขภาพได้รอบด้านยิ่งขึ้น เรามิอาจปล่อยให้ความรู้ชุดใดนิยามความหมายสุขภาพแต่เพียงลำพัง เพราะโลกของสุขภาพนั้นกว้างขวางซับซ้อน อีกทั้งก็ไม่ได้ตายตัวหยุดนิ่ง แต่เลื่อนไหลไปเช่นเดียวกับการเคลื่อนไหวของสังคม โดยปกติธรรมดา สุขภาพมักจะเดินตามกระแสโลก เช่น เมื่อยุคสมัยที่ศาสนจักรยังมีอิทธิพล สุขภาพก็จะมีมุมมองเชิงจิตวิญญาณสูง ขณะที่ยุคสมัยแห่งวิทยาการ สุขภาพกลายเป็นเรื่องของร่างกายมากขึ้น และเมื่อมาถึงยุคสมัยที่กระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์เริ่มถูกตั้งคำถาม สุขภาพก็มีความหมายเปลี่ยนไปอีก เช่นโน้มนำเข้าหาความหมายของสุขภาพองค์รวมมากขึ้น

โยงใยมาสู่คำถามที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ทำไมความหมายสุขภาพจึงเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย จะเห็นได้ว่า การนิยามความหมายสุขภาพนั้นผูกโยงกับฐานคติ/ความเชื่อของผู้นิยาม อีกทั้งขึ้นอยู่กับบริบทในระนาบมิติพื้นที่และเวลาซึ่งแตกต่างหลากหลาย ในห้วงเวลาที่ต่างกัน สุขภาพย่อมถูกนิยามต่างกัน เช่นยุคสุโขทัยกับยุคกรุงเทพฯย่อมมองสุขภาพไม่เหมือนกัน หรือในพื้นที่ที่ต่างกัน สุขภาพก็ถูกนิยามไปคนละทิศละทาง ชนเผ่าพื้นเมืองในแอฟริกาย่อมนิยามความหมายสุขภาพต่างจากคนที่ทำงานบนตึกระฟ้าในนิวยอร์ก เป็นต้น

ในบทนี้ จะเป็นการอภิปรายถึงการเมืองของความหมายสุขภาพ ซึ่งมีการถกเถียงกันในหลากหลายมิติ แต่ในที่นี้จะจัดจำแนกให้เห็นถึงการนิยามความหมายสุขภาพบนฐานคติของการพินิจพิจารณาผ่านมิติความสัมพันธ์ของมนุษย์ โดยได้จัดแบ่งหมวดหมู่ออกเป็นสามมิติด้วยกัน คือ *มิติแรก* เป็นการมองสุขภาพภายใต้การยึดถือปัจเจกชนเป็นศูนย์กลาง *มิติที่สอง* เป็นการมองสุขภาพที่มุ่งเน้นสุขภาพในระดับสาธารณะ และ*มิติ*

ที่สาม เป็นการเชื่อมโยงสุขภาพในระดับสังคม ฐานคติสามประเภทนี้นำไปสู่การนิยามความหมายสุขภาพที่แตกต่างออกไป อีกทั้งยังโยงใยไปถึงการปฏิบัติที่แตกต่างกันด้วย ทั้งในระดับโครงสร้างอำนาจในการจัดการสุขภาพ และในระดับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ เป็นต้น

แต่ก่อนที่จะไปถึงการถกเถียงในเรื่องดังกล่าว จะชี้ชวนให้เห็นถึงการศึกษาความหมายของสุขภาพในแนวทางหนึ่งคือ *"สังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย" (Sociology of Health and Illness)* ของนักสังคมวิทยาชาวอังกฤษที่ชื่อไบรอัน เทอร์เนอร์ ซึ่งในที่นี้ได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบคิดในการนำมาใช้วิเคราะห์กระบวนการสร้างความหมายของสุขภาพ

แนวคิดสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย

จุดเด่นของแนวคิดสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วยของไบรอัน เทอร์เนอร์ (Turner 1995) ได้พยายามจำแนกและเชื่อมโยงการศึกษาความหมายสุขภาพในระนาบต่างๆ ทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค (Micro and Macro Analysis) เขาเห็นว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดสังคมวิทยามาศึกษาการแพทย์และความเจ็บป่วย จะทำให้เราเข้าใจถึงความซับซ้อนของการนิยามความหมายสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ไบรอัน เทอร์เนอร์ได้อธิบายทฤษฎีทางสังคมวิทยาว่ามีพื้นฐานสำคัญ 4 ประการคือ

1. มีความสนใจที่จะทำความเข้าใจความหมายของการกระทำทางสังคม มองมนุษย์ในฐานะปัจเจกชนซึ่งเป็นผู้กระทำทางสังคมที่มีอารมณ์ ความรู้สึก

2. สังคมวิทยาสนใจความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างกับปัจเจกชน โดยมองความสัมพันธ์ของปัจจัยกำหนดเชิงโครงสร้างกับการกระทำของ

มนุษย์ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

3. สังคมวิทยาแบบคลาสสิกมีความสนใจในการจัดระเบียบทางสังคม จึงให้ความสำคัญกับบูรณาการทางสังคมเป็นพิเศษ จึงมีคำถามว่าเรามารวมตัวเป็นสังคมได้อย่างไร?

4. อีกด้านหนึ่ง สังคมวิทยายังให้ความสนใจกับการวิเคราะห์ความไร้ระเบียบของสังคม จึงตั้งคำถามกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งในสังคม รวมทั้งมองว่าปัจเจกชนนั้นต่อต้านระบบสังคมที่ไม่เป็นธรรมอย่างไร

ตามพื้นฐานการศึกษาด้านสังคมวิทยา เทอร์เนอร์ได้ประยุกต์มาเป็นกรอบในการศึกษาสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยให้ความสนใจว่า มีกระบวนการสร้างความหมายให้กับสุขภาพอย่างไร และมองว่า **ความหมายต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นในทางการแพทย์ล้วนเป็น "การสร้างความหมายทางสังคม"** (Social Construction) เช่น การนิยามความหมายของเชื้อโรค, ความเจ็บป่วย เป็นการสร้าง/นิยามความหมายที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ชุดความรู้ที่เป็นกลางและบริสุทธิ์ แต่ถูกสร้าง/นิยามภายใต้ความสัมพันธ์ทางอำนาจในสังคม ทำให้เชื้อโรค/ความเจ็บป่วยกลายมาเป็นความเบี่ยงเบนทางสังคม การประทับตราบาป การควบคุมทางสังคม และการแพทย์กลายมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจัดระเบียบทางสังคม

เทอร์เนอร์ได้พัฒนาแนวทางที่จะศึกษาทำความเข้าใจความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยเปรียบเทียบการศึกษาใน 3 ระดับด้วยกัน (ดูตารางที่ 1 หน้า 6) ใน*ระดับแรก* เป็นการวิเคราะห์ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของปัจเจกชน ความหมายของสุขภาพจึงมาจากการตีความสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนี่เอง ซึ่งการวิเคราะห์เช่นนี้ได้รับอิทธิพลจากการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) และแนวทางการศึกษาแบบปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ที่เน้นการศึกษาใน

ตารางที่ 1 แนวทางการศึกษาสังคมวิทยาสุขภาพและความป่วยไข้

ระดับ	หัวข้อในการศึกษา	มุมมอง
ปัจเจกชน	ประสบการณ์การเจ็บป่วย	ปรากฏการณ์วิทยา
สังคม	การจำแนกทางวัฒนธรรมว่าด้วยความเจ็บป่วย	สังคมวิทยาว่าด้วยบทบาท บรรทัดฐาน และความเบี่ยงเบน
ระบบสังคม	ระบบการดูแลสุขภาพและการเมืองเรื่องสุขภาพ	เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยความป่วยไข้

ระดับจุลภาคมากกว่าที่จะมองในระดับโครงสร้างมหภาค ใน*ระดับที่สอง* เป็นการวิเคราะห์ในระดับสังคม ได้ขยายมุมมองมาสู่การแสวงหาความหมายสุขภาพร่วมกันของคนในสังคม อันเป็นการศึกษาในมิติวัฒนธรรม โดยให้ความสนใจว่าสถาบันทางสังคมต่างๆ มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างไร กล่าวคือ จะมองบทบาทของความเจ็บป่วย (Sick role) ว่ามีหน้าที่อย่างไรในสังคม *ระดับที่สาม* มองใน*ระดับระบบทางสังคม* (Societal) เป็นการทำความเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับรัฐ ระบบเศรษฐกิจ และปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ตัวอย่างที่พอจะช่วยทำให้เข้าใจได้ง่าย เช่น โรคเอดส์ ในระดับปัจเจกชนก็จะมองเห็นว่าเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น จากความสัมพันธ์ทางเพศ จากการเสพยาเสพติด เป็นต้น ในระดับสังคม มุมมองในการมองโรคเอดส์ก็จะเปลี่ยนไปว่า คนในสังคมนิยามโรคเอดส์ว่าอย่างไร เช่น มองว่าเป็นโรคร้ายแรง ซึ่งนำไปสู่การนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ว่าเป็น ‘คนอื่น’ หรือกลุ่มคนที่พึงรังเกียจ เป็นต้น ในขณะที่ระดับระบบสังคม จะมุ่งเน้นวิเคราะห์เชื่อมโยงปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์อย่างไร และตั้งคำถามกับรัฐว่าจะรับผิดชอบต่อปัญหาโรคเอดส์อย่างไรบ้าง

จะเห็นได้ว่า แนวทางการศึกษาสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วยของเทอร์เนอร์ ชี้ให้เห็นว่าการจะเข้าถึงการนิยามความหมายสุขภาพ

ได้นั้นมีหลากหลายระดับและมีความซับซ้อนมาก อย่างน้อย เมื่อศึกษาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่ง ก็พึงให้ผู้วิจัย/ผู้ศึกษาตระหนักว่า สามารถเข้าถึงความรู้ได้เพียงเสี้ยวหนึ่งเท่านั้น มิใช่ความรู้ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เทอร์เนอร์เห็นว่า วิธีการศึกษาที่พยายามเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆ ในการนิยามความหมายสุขภาพให้ครอบคลุมหลากหลาย มิใช่จำกัดคับแคบตายตัวอยู่ที่ระดับใดระดับหนึ่ง ทำให้เวทีวิเคราะห์การนิยามความหมายสุขภาพผสมผสานจากหลากหลายมุมมอง จะช่วยเปิดขยายมุมมองสุขภาพให้กว้างไกลยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อำนาจในการสร้างความหมายสุขภาพได้แผ่ขยายไปสู่คนกลุ่มต่างๆ ของสังคมมากขึ้นเป็นเงาตามตัว เนื่องจากความหมายไม่ได้ผูกติดกับการนิยามอันใดอันหนึ่ง หรือมาจากผู้มีอำนาจในสังคมเท่านั้น แต่ความหมายของสุขภาพสามารถมาจากการนิยามของคนทุกกลุ่มในสังคม

แนวคิดสุขภาพปัจเจกชน

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดพื้นฐานสำคัญสำหรับการมองสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในความเชื่อโดยทั่วไปของปัจจุบัน มักจะพุ่งเป้าหมายไปสู่การกระทำ/ปฏิบัติการในระดับ “ปัจเจกชน” เป็นด้านหลัก โดยในที่นี้จะกล่าวถึงที่มาที่ไปของแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนโดยเริ่มต้นจากการทบทวนให้เห็นถึงการก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการสร้างความหมายให้กับสุขภาพ

แนวความคิดพื้นฐานของกรอบการมองสุขภาพแบบปัจเจกชนตั้งอยู่บนฐานคติสำคัญ 7 ประการด้วยกันคือ

1. มองกายกับจิตแยกออกจากกัน ทำให้สุขภาพแยกออกจากจิตวิญญาณหรือทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องทางโลกอย่างเต็มตัว

2. แยกปัจเจกชนออกจากโครงสร้างสังคม

3. ที่มาของปัญหา/แนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพ อยู่ที่ระดับปัจเจกชนไม่ใช่ระดับสังคม นำมาสู่การศึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behaviorism)

4. นำมาสู่การลดทอนการนิยามความหมายสุขภาพให้กลายเป็นความสัมพันธ์เชิงกลไกส่วนบุคคลระหว่างหมอกับคนไข้ และมองสุขภาพสัมพันธ์กับเชื้อโรค (ปัจจัยภายใน) มากกว่าจะสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยทางสังคม/จิตวิญญาณ/สิ่งแวดล้อม

5. เป้าหมายของสุขภาพอยู่ที่ “ร่างกาย” ของมนุษย์เป็นสำคัญ

6. กติกา/กฎเกณฑ์สำคัญอยู่ที่จริยธรรม/จรรยาบรรณส่วนบุคคล

7. เชื่อมั่นในศักยภาพของปัจเจกชนว่ามีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ ถ้าปัจเจกบุคคลนั้นๆ มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างเพียงพอและถูกต้อง

วิทยาศาสตร์การแพทย์: กระบวนการพรากร่างกายออกจากจิตใจ

ในการทบทวนประวัติศาสตร์วิธีคิดสุขภาพของไบรอัน เทอร์เนอร์ (Turner 2000) ชี้ให้เห็นว่า การปฏิรูปการแพทย์สู่กระบวนการเป็นวิทยาศาสตร์ในคริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นห้วงเวลาของพัฒนาการการเติบโตทุนนิยมที่เน้นการแข่งขัน และการเติบโตของลัทธิทุนนิยมแบบมีเหตุผล (Rational Capitalism) ได้ส่งอิทธิพลสู่การสร้างแนวความคิดเรื่องการแพทย์เชิงประจักษ์และเหตุผล (Empirical and Rational Medicine) ซึ่งมีกุญแจสำคัญคือ ปัจเจกชน เหตุผล และการทดลอง การทดลองคือการหาความจริงที่อิงแอบกับปรัชญาของเดส์คาร์ต ในทัศนะของเดส์คาร์ต เขาเห็นว่าปรัชญาควรปลอดจากความเชื่อทางศาสนาและไม่มีมิติที่ไร้เหตุผล เดส์คาร์ตจึงไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์และความรู้สึก และแยกกายออก

จากจิต

นอกจากนี้ มีการประยุกต์ใช้ฟิสิกส์แบบนิวตัน หรือนำความคิดแบบเลขคณิตมาใช้อธิบายร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นการลดทอนความซับซ้อนของร่างกายมาทำให้ง่ายเหมือนกฎแรงโน้มถ่วง กล่าวคือ แนวทางการแพทย์ได้ประยุกต์หลักการของนิวตัน กลายมาเป็นทฤษฎีที่เรียกว่า 'Principiia Medicinae Theoreticae Mathematicae' อันมีมุมมองต่อระบบร่างกายให้กลายเป็นสิ่งที่คิดคำนวณและสามารถวัดได้ เช่นมองเลือดในฐานะกลไกของระบบการไหลเวียนไปทั่วร่างกาย

เทอร์เนอร์ยังได้ยกตัวอย่างเรื่องแนวความคิดเรื่องความเจ็บป่วย (Illness) ในภาษาตะวันตก มีความหมายเปรียบเปรยเช่นเดียวกับคำ "dis-ease" ในภาษาอังกฤษ ease มาจากรากฐานภาษาฝรั่งเศสโบราณ-arise ซึ่งแปลว่า ความสุขสบาย (Comfort) ดังนั้น โรค (Disease) ในฐานะคำคู่ตรงข้าม จึงมีความหมายว่าไม่สุขสบายหรือปราศจากความสุขสบาย โรคภัยไข้เจ็บจึงมีกลิ่นอายของความแปลกแยกจากบรรทัดฐานและความปกติของสังคม ขณะที่สุขภาพดีและการมีจริยธรรมนั่นส่อถึงการดำรงอยู่อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม เทอร์เนอร์เห็นว่า ความคิดดังกล่าวก็เป็นการนิยามความหมายเพียงชุดหนึ่งเท่านั้น แต่ภายใต้โครงสร้างสังคมที่แตกต่างกันและความหลากหลายทางวัฒนธรรม สุขภาพและความเจ็บป่วยย่อมสามารถแปลเป็นอย่างอื่นได้อีกมากมาย

สุขภาพในยุคก่อนสมัยใหม่กับยุคสมัยใหม่

รอยแตกแยกของความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยในทัศนะของเทอร์เนอร์คือ การแบ่งแยกของยุคก่อนสมัยใหม่กับยุคสมัยใหม่ สังคมช่วงยุคก่อนสมัยใหม่มองสุขภาพและความเจ็บป่วยสัมพันธ์กับศาสนา จึงมีมิติของจิตวิญญาณมากกว่าที่จะมองความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของร่างกายฝ่ายเดียว แนวความคิดสุขภาพนั้นผูกติดอยู่กับข้อห้าม (Taboo)

ในฐานะบรรทัดฐานทางสังคมร่วมกัน การแหวกกรอบข้อห้ามเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย มิใช่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ผิดหลักสุขลักษณะ ความป่วยไข้จึงผูกโยงกับความเชื่อเรื่องผี สุขภาพจึงไม่สามารถแยกออกจากโลกศักดิ์สิทธิ์ ในขณะที่การเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะทันสมัย สุขภาพและความเจ็บป่วยได้เคลื่อนย้ายกระบวนทัศน์มาสู่ทางโลกมากขึ้น โรคภัยไข้เจ็บเกี่ยวข้องกับร่างกายมากขึ้น รวมทั้งได้นำมาสู่การสถาปนาแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญของวาทกรรมวิทยาศาสตร์

เทอร์เนอร์ยังได้จัดแบ่งสมมติฐานของการทำความเข้าใจเรื่องนิยามความหมายสุขภาพไว้ โดยแบ่งแยกให้เห็นถึงการมองสุขภาพและความเจ็บป่วยใน 2 มิติคือ โลกศักดิ์สิทธิ์กับโลกสามัญ (Sacred and Profane) หรือพยายามแยกฐานคติระหว่างการนิยามความหมายสุขภาพในยุคก่อนสมัยใหม่กับยุคสมัยใหม่ โดยมองว่าความหมายสุขภาพนั้นสามารถแบ่งแยกได้เป็นสุขภาพในระดับปัจเจกชนกับแบบกลุ่มชน (Individual and Collective) ซึ่งใน 4 มิตินี้ เทอร์เนอร์ได้แบ่งแยกลักษณะเด่นของการมองสุขภาพในแต่ละระดับตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ฐานคติการมองสุขภาพระหว่างยุคก่อนสมัยใหม่กับยุคสมัยใหม่

โลกศักดิ์สิทธิ์	โลกสามัญ	
เจ็บป่วยจากผิดคุณธรรม	การรักษาเชื้อโรค (Allopathic Medicine)	ปัจเจกชน
ป่วยไข้จากการละเมิดข้อห้าม	การแพทย์เพื่อสังคม	กลุ่มชน

ในโลกศักดิ์สิทธิ์ สาเหตุของโรคเกิดจากพฤติกรรมที่ผิดธรรมชาติจึงถูกสิ่งศักดิ์สิทธิ์ลงโทษ การเจ็บป่วยมาจากการประพฤติผิดศีลธรรม ในขณะที่ในทางโลก ระดับปัจเจกชน สาเหตุของโรคมาจากเชื้อโรคเป็นองค์

ประกอบหลัก ไม่ได้มองสาเหตุของโรคอย่างองค์รวม จึงเน้นไปที่การใช้ยากับการผ่าตัด ส่วนในระดับสังคม ก็จะมองว่าการติดเชื้อเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี เป็นต้น

ฟริตจอฟ คาปร้า (2539) ได้วิจารณ์แนวคิดสุขภาพที่มองปัจเจกชนเป็นศูนย์กลางว่าเป็นกระบวนทัศน์สุขภาพแบบเก่า คือการตกอยู่ภายใต้ความคิดแบบกลไก ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปรัชญาของเดส์คาร์ตและนิวตัน คาปร้าได้อธิบายแยกแยะความหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภายใต้วิธีคิดแบบกลไกไว้ดังนี้ คือ

1. ความหมายของชีวิต เปรียบเทียบชีวิตเสมือนเครื่องจักรซึ่งประกอบขึ้นด้วยส่วนต่างๆ ที่แยกขาดออกจากกัน พยายามลดทอนชีวิตให้กลายเป็นเพียงปฏิกิริยาทางเคมีและฟิสิกส์ ร่างกายและจิตใจทำงานเหมือนระบบนาฬิกาที่มีกลไกสลับซับซ้อน

2. ความหมายของโรคภัยไข้เจ็บ เปรียบเสมือนตัวขัดขวางการทำงานของกลไกทางชีววิทยาไม่ให้ดำเนินไปตามปกติ

3. ความหมายของแพทย์ คือผู้มีหน้าที่เข้าไปแทรกแซงแก้ไขกลไกเฉพาะส่วนที่ขัดข้องทั้งในทางฟิสิกส์และเคมี

การแยกแยะของเทอร์เนอร์ชี้ให้เห็นว่า สุขภาพในยุคสังคมสมัยใหม่ หัวใจอยู่ที่สุขภาพกาย สังคมไทยเองก็สมาทานแนวคิดของการมองสุขภาพที่เน้นร่างกายเช่นกัน ดังที่นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2543: 1–23) ได้ชี้ให้เห็นว่า แนวความคิดที่เน้นเรื่องสุขภาพกายเป็นหลัก นำมาสู่วิธีคิดหลักทางการแพทย์สมัยใหม่ของไทยที่มองแยกส่วนกาย จิต และสังคมออกจากกันอย่างเด็ดขาด การแพทย์แผนใหม่ในระยะ 200–300 ปีที่ผ่านมาเน้นมิติสุขภาพทางกายอย่างเดียว ทำให้ความหมายสุขภาพมีความหมายเพียงแค่การปราศจากพยาธิสภาพทางกายทั้งปวง

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยใต้เงาสุขภาพปัจเจกชน

ฐานคติสำคัญของการมองสุขภาพระดับปัจเจกชนสามารถย้อนมองไปยังทฤษฎีหน้าที่นิยม (Functionalism) ของทัลคอตต์ พาร์สัน ซึ่งเห็นว่า การจัดการกับการเจ็บไข้ได้ป่วยก็คือการศึกษาโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ทะลุปรุโปร่ง ถ้าเข้าใจร่างกายมนุษย์อย่างละเอียดแล้ว ก็จะช่วยทำให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ฐานคติเช่นนี้เชื่อว่าร่างกายในยามปกติและร่างกายในยามเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ฉะนั้นหากสามารถค้นพบตำแหน่งแห่งที่ซึ่งเจ็บป่วยแล้ว เช่น ถ้าตรวจรู้ว่าป่วยเป็นโรคไต ก็มุ่งจัดการปัญหาเฉพาะตรงจุดนั้น หากมองว่าไตพิกลพิการ ก็จะตัดไตทิ้งเสีย หากมีกำลังทรัพย์เพียงพอ ก็ให้ล้างไตฟอกไตหรือเปลี่ยนถ่ายไตเสียใหม่ ซึ่งการค้นพบสาเหตุแห่งโรคให้ถูกที่และทันเวลา เป็นที่มาของการรักษาพยาบาลแบบการแพทย์สมัยใหม่ (สุดสวาท 2527: 30)

บนฐานวิธีคิดเรื่องสุขภาพปัจเจกชนยังนำไปสู่การมองสุขภาพว่าเป็นเรื่องของคนไข้กับหมอ ดังที่ทัลคอตต์ พาร์สัน ได้สร้างทฤษฎีในการวิเคราะห์ “บทบาทของการเจ็บป่วย” (Sick Role) ซึ่งมองว่าแพทย์มีอำนาจเหนือผู้ป่วยในฐานะผู้มีหน้าที่ขจัดความเจ็บป่วยออกจากปัจเจกชน อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดของพาร์สันจะกล่าวว่าแพทย์ต้องฟังผู้ป่วย แต่การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดนั้น ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้ต่อเมื่อทำตามเกมของ “บทบาทผู้ป่วย” ที่สังคมวางไว้ให้กระทำตามเสียงเรียกของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมปรึกษาหารือของผู้ป่วยจะกระทำได้ ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าต้องดำรงคงอยู่บนฐานคติของอำนาจที่ไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เท่านั้น มิใช่มุ่งการสั่นคลอน/ทำลายล้างชุดความสัมพันธ์ดังกล่าวลงเสีย นอกจากนี้ พาร์สันยังเห็นว่า ถ้าแพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำแล้วละก็ ความเจ็บป่วยจะหายไปจากโลกนี้ได้ และยิ่งวิทยาศาสตร์ก้าวหน้ามากเท่าไหร่ อัตราที่การวินิจฉัยของแพทย์จะถูกต้องแม่นยำยิ่งมากขึ้นเป็นเงาเต็มตัว

(สุดสวาท 2527: 30)

แนวความคิดที่ยึดปัจเจกชนเป็นฐานในการวิเคราะห์ แม้จะมองแยกส่วนระหว่างปัจเจกชนกับโครงสร้างอย่างชัดเจน แต่ก็มองสุขภาพปัจเจกชนเป็นผลกระทบลูกโซ่ไปถึงสุขภาพในระดับสาธารณะได้เช่นกัน กล่าวคือ ตามความคิดของพาร์สัน เขาเห็นว่าหากปัจเจกชนป่วย เขาก็จะต้องละทิ้งหน้าที่ทางสังคมที่เคยทำอยู่ตามปกติไป ทำให้สูญเสียบุคลากรทางสังคมไป รวมทั้งหากปัจเจกชนเป็นโรคติดต่อ ก็อาจลุกลามไปทำลายสุขภาพสังคมวงกว้างได้ ดังนั้น แม้แต่มุมมองสุขภาพระดับปัจเจกชนก็ไม่ได้แบ่งสุขภาพของปัจเจกชนกับสังคมแยกออกจากกันโดยเด็ดขาด (สุดสวาท 2527: 30) อย่างไรก็ตาม สุขภาพทั้งสองระดับมีเป้าหมายที่ต่างกัน เป้าหมายของสุขภาพปัจเจกชนอยู่ที่ทำอย่างไรที่จะรื้อฟื้นสุขภาพของปัจเจกชนให้กลับคืนสภาพปกติโดยเร็ว ขณะที่สุขภาพในระดับสาธารณะมีเป้าหมายที่จะให้สาธารณชนกลับคืนสู่ภาวะสงบสุขได้อย่างไร เป้าหมายที่ต่างกันนี้ ได้นำมาสู่ปฏิบัติการที่ต่างกัน เช่น ถ้าเป้าหมายอยู่ที่ปัจเจกชน ก็จะมุ่งเน้นไปที่การขจัด/ควบคุมเชื้อโรคจากร่างกาย ด้วยการเยียวยารักษาหรือการป้องกันด้วยการฉีดวัคซีน เป็นต้น แต่ถ้าเป้าหมายอยู่ที่สาธารณะ วิธีการอาจจะมุ่งเน้นไปที่การควบคุมโรคมิให้แพร่กระจายไปสู่คนอื่น อาจกักตัว กักบริเวณ ขับไล่คนที่มีเชื้อโรคออกไปในนามของความสงบสุขสันติของสังคม เป็นต้น

สุขภาพปัจเจกชนกับกระบวนการทำให้มนุษย์กลายเป็นวัตถุ

ปัญหาหนึ่งของการผูกความหมายของสุขภาพกับการมองมนุษย์ในฐานะปัจเจกชน ก็คือพบว่าก่อให้เกิดการลดทอนความเป็นมนุษย์ให้กลายเป็นวัตถุ เช่นในงานของเกษียร เตชะพีระที่ได้ชี้ให้เห็นว่าสิทธิในการเข้าถึงและได้ใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขในสังคมไทย หาได้กระจายอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงไม่ เพราะ *วิถีอำนาจ* ได้เข้ามากำหนด กลั่นกรอง จัด

ลำดับผู้ที่จะเข้ารับบริการตามชนชั้นทางสังคม ซึ่งไม่เอื้อให้คนด้อยโอกาสมีความเป็นคนเท่าเทียมกับผู้ที่มีโอกาส เช่นข้าราชการหรือคนรวย เป็นต้น (เกษียร 2542 ก:31–59) ซึ่งไม่ต่างไปจากที่นิธิ เอียวศรีวงศ์เห็นว่า การแพทย์ที่ตั้งอยู่บนฐานคิดเรื่องปัจเจกชนและสุขภาพทางกาย โน้มนำให้การแพทย์แผนใหม่ถูกดึงไปสู่ลักษณะเชิงพาณิชย์ในรูปแบบของการซื้อขายบริการสูงมากขึ้น (นิธิ 2543: 1–23)

> การลดทอนความเป็นมนุษย์ให้กลายเป็นวัตถุ จะกระทำได้อย่างง่ายดายหากลดทอนความหมายของมนุษย์ให้กลายเป็นส่วนประกอบของอวัยวะต่างๆ ตัวอย่างที่น่าสนใจยิ่งคือ กรณีของ Hottentot Venus ซึ่งเป็นผู้หญิงแอฟริกาผิวดำที่ถูกพาตัวมายังอังกฤษในปี ค.ศ. 1819 ผู้หญิงคนนี้ถูกนำมาแสดงตามที่ต่างๆ ในกรุงลอนดอนและปารีสเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี เธอถูกปฏิบัติราวกับเป็นสัตว์ดุร้ายบนเวที ถูกสั่งให้มานี่หรือไปที่นั่นอยู่ในกรง มองดูเหมือนหมีที่ถูกล่ามโซ่มากกว่าที่จะเหมือนมนุษย์ แต่เพื่อความรู้ของมนุษยชาติ นักชาติพันธุ์วิทยาและธรรมชาติวิทยาตะวันตกได้สำรวจเรือนร่างของเธออย่างละเอียดถี่ถ้วน ทั้งวัดขนาด สังเกต วาด/หล่อแบบปูนปลาสเตอร์/ทำแม่พิมพ์ขี้ผึ้ง/ทำแบบจำลองอวัยวะของเธอด้วยความแปลกตาของเรือนร่างอันอ้วนเตี้ย ซึ่งแตกต่างไปจากมาตรฐานของคนยุโรป ร่างกายของเธอถูกมองว่าแตกต่าง เป็นร่างกายของคนป่า มิใช่ร่างกายที่ศิวิไลซ์ ฉะนั้นจึงเป็นร่างกายที่กลายเป็นโรค (pathologized) ไม่สมประกอบ ร่างกายของเธอจึงต้องอุทิศให้กับการศึกษากายวิภาค (Hall 1997: 264–269)

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของสังคมสมัยใหม่ ผู้ป่วยได้กลายเป็นวัตถุทางการแพทย์อย่างเต็มรูปแบบจริงหรือ? ผู้ป่วยยินยอมพร้อมใจให้แพทย์จัดการอะไรได้ตามอำเภอใจใช่หรือไม่? คำตอบคงไม่สามารถสรุปเช่นนั้นได้

ทั้งหมด จะเห็นได้ว่า **ถึงแม้การแพทย์สมัยใหม่จะสถาปนาอำนาจต่าง ๆ ให้แพทย์กลายเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีอำนาจเหนือผู้ป่วย แต่ปัจเจกชนยังรู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของร่างกายของตน** แพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่ให้ร่างกายของตนกลับสู่สภาวะปกติอีกครั้ง เราไม่ได้มอบร่างกายให้แก่วงการแพทย์จนกว่าจะสิ้นลมหายใจ ไม่มีใครยินยอมอุทิศร่างกายของตนเองให้แพทย์เมื่อเข้าไปรับการรักษาในช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่ แต่พร้อมที่จะสละร่างกายเมื่อมันไม่ได้เป็นของเราอีกต่อไป

นักจิตวิทยาอย่างอีริค ฟอร์ม ได้ให้นิยามความหมายลัทธิปัจเจกชนนิยม (Individualism) ไว้ว่า ในความหมายเชิงบวก หมายถึงกระบวนการปลดปล่อยจากพันธนาการของสังคม ในด้านลบ หมายถึง การเป็นเจ้าของตนเอง ที่จะใช้พลังของตนเองบรรลุความใฝ่ฝันของตนเองด้วยตนเอง ความเป็นปัจเจกชนในนัยนี้จึงเป็นกระบวนการที่คนเราสำนึกตัวเองในฐานะของการเป็นเจ้าของสิ่งต่างๆ เช่น เป็นเจ้าของร่างกายของตนเอง เป็นเจ้าของชื่อเสียงเรียงนามของตน เป็นเจ้าของสถานภาพทางสังคม ทรัพย์สมบัติต่างๆ ความเป็นปัจเจกชนจึงเป็นกระบวนการลดทอนความสัมพันธ์ของมนุษย์จากความสัมพันธ์อันศักดิ์สิทธิ์ มาสู่ความรู้สึกการเป็นเจ้าเข้าเจ้าของความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ เช่นเราจะกล่าวว่า คนนี้เป็นหมอของเรา คนนี้เป็นคนงานของเรา คนนี้เป็นอาจารย์ของเรา (Fromm 1990: 77)

อีริค ฟอร์มได้แยกหน่วยทางจิตวิทยาของมนุษย์ที่สำคัญแบ่งออกได้ 2 ประการคือ ความรู้สึกที่เน้น “**การมีอยู่**” (to have) และ “**การเป็นอยู่**” (to be) แต่โดยทั่วไป คนส่วนใหญ่จะจัดความสัมพันธ์ทางสังคมเช่นเดียวกับที่เราสัมพันธ์กับวัตถุ (Object) หรือในฐานะความเข้าใจโลกแบบ “การมีอยู่” เช่น เมื่อพูดถึงความสัมพันธ์กับสุขภาพ เรามักจะพูดว่านี่เป็นความเจ็บป่วยของเรา เป็นสุขภาพของเรา เป็นการรักษาพยาบาลของเรา มุมมองเช่นนี้เป็นกระบวนการทำให้สุขภาพและความเจ็บป่วยกลายเป็นทรัพย์สินที่เราสามารถครอบครองและจัดการด้วยตนเองได้ เมื่อเราป่วย เราไม่เพียง

รู้สึกถึงสุขภาพที่เสื่อมเสียลงของตนเอง แต่รู้สึกสูญเสียสิ่งที่ตัวเอง “มีอยู่” เป็นเหตุปัจจัยนำมาสู่ความไม่มั่นคงในชีวิต เพราะสุขภาพกลายเป็นทรัพย์สมบัติที่เราถือครอง เมื่อเราป่วย เราจึงรู้สึกเช่นเดียวกับเมื่อเราทำเงินหาย นั่นคือรู้สึกสูญเสียบางอย่างที่เราเคยมีอยู่ไป (Fromm 1990: 79, 111)

ในแง่นี้แล้วผู้ป่วยจึงยังหวงแหนร่างกายของตนเองอยู่ในฐานะผู้เป็นเจ้าของร่างกายของตนเองอันชอบธรรม มิได้ปล่อยให้แพทย์กระทำการใดๆ ก็ได้ ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่าตนเป็นวัตถุทางการแพทย์ แต่รู้สึกว่าตนเองยังมีตัวตนหลงเหลืออยู่ (หรืออาจกล่าวได้ว่ารู้สึกตนเป็น Subject) อย่างไรก็ตาม การตกอยู่ในมายาคติที่ถูกปลูกฝังให้เชื่อว่าแพทย์แผนใหม่จะช่วยให้หายป่วยได้ด้วยการกำจัดเชื้อโรคให้หมดไปจากร่างกาย เชื้อโรคเป็นสิ่งที่เราไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า หรือด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น กล้องจุลทัศน์ ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ และการค้นพบทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในระบบการแพทย์ที่อิงอาศัยการสร้างสัญญะเรื่องเชื้อโรค การจำแนกกายและจิตแยกออกจากกัน การหลงใหลได้ปลื้มกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ นำไปสู่การไม่ตั้งคำถามกับการแพทย์สมัยใหม่ และกลายมาเป็น “การพึ่งพิงแพทย์” อย่างไม่ลืมหูลืมตา (อีลิช 2523; ทวีทอง 2538: 6–17) ผู้ป่วยและญาติจึงพึงพอใจที่จะให้แพทย์ของเขา/เธอ จัดการกับทรัพย์สมบัติ (ซึ่งก็คือร่างกายของเขา/เธอ) ได้ เพราะเชื่อมั่นว่าจะทำให้ทรัพย์สมบัติที่ขาดหายไปหรือร่างกายที่ไม่ปกติกลับคืนสู่ความสมบูรณ์/ปกติอีกครั้งหนึ่ง

โรลองด์ บาร์ธ (Barthes, 1988: 202-213) ได้เขียนบทความเรื่อง Semiology and Medicine ช่วยจุดประกายแนวทางการอ่านวรรณกรรมทางด้านสุขภาพ/การแพทย์ให้มีมุมมองใหม่ๆ แนวความคิดที่สำคัญของบาร์ธคือ “มายาคติ” (myths) ซึ่งไม่ได้หมายถึงความหลงเชื่อผิดๆ ของคนในสังคมแต่อย่างใด แต่หมายถึง ความเชื่อทั่วไปของสังคม ซึ่งเป็นความเชื่อ

หลักในการนิยามความหมายของสิ่งต่างๆ และความหมายนั้นไม่ได้เป็นความหมายที่ตรงไปตรงมา (Denotation) แต่เป็นความหมายแฝง (Connotation) ซึ่งสอดใส่รหัสทางวัฒนธรรมเพื่อให้มีความหมายร่วมทางสังคมขึ้นมา (บาร์ธ 2544; ไชยรัตน์ 2545)

สัญวิทยาของบาร์ธทำให้เห็นว่า การแพทย์ได้ทำให้ความหมายของสุขภาพกลายเป็นรหัสหรือสัญญะ (sign) สุขภาพกลายเป็นสิ่งที่สามารถจับต้อง/วินิจฉัย/วิเคราะห์ได้ การแพทย์ต้องตั้งชื่อให้กับเชื้อโรคเพื่อให้เชื้อโรคในฐานะ “ศัตรูที่มองไม่เห็น” กลายเป็นสิ่งรูปธรรมหรือ “ศัตรูที่มองเห็น/ศัตรูที่มีตัวตน” ที่มนุษย์สามารถรับรู้/เข้าใจได้ง่าย ดังนั้น การแพทย์ที่ตั้งอยู่บนสมมติฐานเรื่องโรค/เชื้อโรค จึงเป็นสัญวิทยาประเภทหนึ่งนั่นเอง

ฐานคติสุขภาพปัจเจกชน

จากการทบทวนแนวคิดสุขภาพปัจเจกชน พบว่ามีหัวใจสำคัญอยู่ที่การมองแบบแยกส่วน ไม่ว่าการแยกส่วนระหว่างร่างกายกับจิตใจปัจเจกชน กับโครงสร้างทางสังคม โดยมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของปัจเจกชนเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ ความประพฤติปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เป็นต้นเหตุของการทำลายสุขภาพ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง การติดยาเสพติด การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น ดังนั้น หากจะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ปัจเจกชนจะต้องละเลิกพฤติกรรมนั้นๆ

เป้าหมายเชิงอุดมคติในแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนก็คือ แต่ละคนควรทำหน้าที่ให้ดีที่สุด เช่นแพทย์ต้องมีจริยธรรมหรือมีจรรยาบรรณ ขณะที่ผู้ป่วยก็ควรทำหน้าที่ของตน กล่าวคือ ควรที่จะเชื่อฟังแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น แนวความคิดสุขภาพปัจเจกชนนี้ ยังมีความสอดคล้องกับแนวความคิดเสรีนิยม ซึ่งเชื่อมั่นว่าปัจเจกชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้หากมีการพัฒนาศักยภาพของปัจเจกชนให้มีสมรรถภาพที่ดีพอ

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2542) ชี้ให้เห็นระบบสุขภาพมีแนวคิดพื้นฐาน 2 แนวคิดใหญ่ๆ คือ แนวคิดเสรีนิยมกับรัฐสวัสดิการ แนวคิดเสรีนิยมเชื่อว่า ประชาชนจะเป็นผู้เลือกบริการสุขภาพหากได้รับข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม และมีสิทธิทักท้วงหากไม่ได้รับการบริการที่น่าพึงพอใจ ดังนั้น หากมองในแง่ดี แนวคิดเสรีนิยมจึงเปิดพื้นที่ให้กับปัจเจกชนได้เติบโตที่จะลุกขึ้นมาปกป้องตนเอง จึงได้พัฒนาก่อตัวมาเป็นแนวความคิดเรื่องสิทธิ เช่น สิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้บริโภค ก็ตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่า ปัจเจกชนควรจะได้รับการคุ้มครองจากระบบของสังคมที่จะทำให้เขาพึงพอใจกับการบริการสุขภาพที่ตนเองพึงมีพึงได้ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

แนวคิดสุขภาพสาธารณะ

เมื่อมองดูเผินๆ แนวความคิดสุขภาพสาธารณะดูเหมือนจะตรงกันข้ามกับสุขภาพปัจเจกชน แต่ในความจริงแล้วทั้งคู่ไม่ได้มีความหมายตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง หากแต่เป็นสองด้านของเหรียญเดียวกัน เพราะสุขภาพสาธารณะเองยังมีฐานคติที่ให้ความสำคัญกับปัจเจกชนอยู่มาก แม้เป้าหมายของสุขภาพสาธารณะจะไม่ได้อยู่ที่ตัวปัจเจกชนอีกต่อไป แต่ได้เปลี่ยนมุมมองจากปัจเจกชนมาสู่การพิจารณาในระดับ “ประชากร” (Population) แทน กล่าวคือฐานคติของสุขภาพปัจเจกชนอยู่ที่พฤติกรรมของแต่ละคน แต่สุขภาพสาธารณะกลับให้ความสนใจปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อปัจเจกชน

แนวคิดสุขภาพสาธารณะเป็นการผสมผสานแนวคิดสองกระแสที่สำคัญ คือ ประการแรก สุขภาพสาธารณะหมายถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายนอกให้เอื้อต่อสุขภาพของปัจเจกชน ประการที่สอง สุขภาพสาธารณะหมายถึงการจัดระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งก็คือสุขภาพในระดับระบบสังคม (Societal) ของเทอร์เนอร์นั่นเอง

สุขภาพกับปัจจัยภายนอก

หากย้อนรอยถอยกลับไปมองประวัติศาสตร์สุขภาพสาธารณะนั้นเริ่มต้นเป็นรูปเป็นร่างนับตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 19 แม้ว่าจะเป็นยุคที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ประสบผลสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ แต่ในศตวรรษดังกล่าวก็เป็นยุคในการต่อสู้เชิงกระบวนทัศน์ ระหว่างแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนกับสุขภาพสาธารณะ การยื้อแย่งพื้นที่ทางความคิดในยุคนี้เกิดจากความสำเร็จของวิทยาศาสตร์ในการเยียวยาการติดเชื้อในเชิงเทคนิค เช่น การผลิตวัคซีน และอีกด้านหนึ่ง การก่อร่างสร้างตัวของสังคมเมืองและการเติบโตของสังคมศาสตร์ที่ต้องการนำวิชาความรู้มาพัฒนาการวางผังเมือง ทำให้มองเห็นความสำคัญของการทำเมืองให้น่าอยู่ สุขภาพสาธารณะได้นำมาสู่การควบคุมทางการเมืองด้วยการมุ่งไปสู่การควบคุมความเจ็บป่วยในเขตเมืองให้เป็นพื้นที่ที่มีสุขอนามัย เช่น ในเนเธอร์แลนด์ช่วงปี ค.ศ. 1840–1890 นักสุขอนามัยเชื่อว่าหัวใจสุขภาพของชาติอยู่ที่สุขภาพสาธารณะ ซึ่งหากกล่าวให้ชัดเจนก็คือ การทำให้เมืองมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่นั่นเอง

ในขณะที่ศตวรรษที่ 20 เป็นยุคสมัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคนของแนวคิดว่าด้วยสุขภาพ การสถาปนาอย่างมั่นคงของวิชาชีพการแพทย์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการนิยามความหมายให้กับสุขภาพและความเจ็บป่วย อำนาจของแพทย์และความรู้ทางสังคมได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการแพทย์ จุดนี้เองที่ทำให้แนวคิดสุขภาพของปัจเจกชนแผ่ขยายอิทธิพลกว้างไกลยิ่งขึ้น หลักหมายที่สำคัญได้แก่รายงานของอับราฮัม เฟลกซ์เนอร์ เรื่อง “Medical Education in the United States and Canada” ซึ่งเขียนขึ้นในปี ค.ศ. 1910 ระบุว่า หลักสูตรการแพทย์จะต้องเรียนรู้วิทยาศาสตร์ธรรมชาติอย่างเข้มข้นเสียก่อน ผลจากรายงานดังกล่าวทำให้ชนชั้นสูงเท่านั้นที่จะมีโอกาสเข้ามาเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัย ด้านหนึ่งจึงปิดโอกาสการเข้าสู่คณะแพทย์ของชนชั้นแรงงาน คนผิวดำ และ

ผู้หญิง จนกระทั่งภายหลังปี ค.ศ. 1970 คนชายขอบเหล่านี้จึงได้มีโอกาสเข้าเรียนแพทย์

การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการแพทย์ตามแนวความคิดเฟลกซ์เนอร์ได้ผลักดันให้เกิดการสถาปนายุคทองของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในยุโรปและอเมริกาเหนือในช่วงปี ค.ศ. 1910–1950 การปฏิรูปสุขอนามัยและการพยาบาลนำมาสู่การสร้างโรงพยาบาลในยุคนี้เพื่อตอบสนองต่อลูกค้าชนชั้นกลาง การแพทย์กลายมาเป็นอุตสาหกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ (Health Care) ที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในยุคต่อมา การตกต่ำของรัฐสวัสดิการและการเสื่อมมนต์ขลังของข้อกำหนดของจรรยาบรรณธุรกิจการแพทย์ พบว่าธุรกิจประกันชีวิตได้เข้ามามีส่วนกำหนดในนโยบายด้านสุขภาพมากขึ้น (Turner 2000)

การปะทะกันระหว่างกรอบความคิดสุขภาพสาธารณะกับสุขภาพปัจเจกชน ทำให้เกิดการท้าทายมายาคติของสุขภาพปัจเจกชน นั่นคือ การตั้งคำถามกับความคิดที่ว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นสามารถเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ไบรอัน เทอร์เนอร์ได้อ้างงานวิจัยของแมคีโอว์ ที่ชี้ว่าการติดเชื้อโรคต่างๆ ในศตวรรษที่ 19 ไม่ได้ถูกกำจัดไปโดยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ แต่มาจากการปรับปรุงคุณภาพของสิ่งแวดล้อมและสังคมให้ดีขึ้นต่างหาก ความไม่เท่าเทียมและความยากจนกลายมาเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดอัตราการเจ็บป่วยและการตาย วิธีคิดเช่นนี้นำมาสู่การนำสุขภาพเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการเมือง เพราะการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดปฏิบัติการสุขภาพในระดับสังคม (นิธิ 2546: 25)

สุขภาพสาธารณะ: การจัดระบบบริการสาธารณสุข

ประวัติศาสตร์ของสุขภาพสาธารณะอยู่ที่การพยายามควบคุมโรคระบาด ซึ่งพัฒนามาจากการค้นพบเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคที่ได้คร่าชีวิตคนไปมากมาย วิธีคิดเช่นนี้ทำให้เป้าหมายของสุขภาพได้ย้ายฐานจากการมุ่งเน้นไปที่ปัจเจกชนมาสู่ระดับสังคมมากขึ้น (International Federation of Red Cross et. all 1999: 29–34) การย้ายฐานคติจาก “ปัจเจกชน” ไปสู่ “ประชากร” เท่ากับว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของคนหมู่มาก ไม่ใช่เรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอีกต่อไป แต่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกชนกับสังคม ซึ่งได้ขยายมุมมองให้กว้างออกไป นำมาสู่การตั้งคำถามว่า สุขภาพของคนในชุมชน/สังคมจะดีได้อย่างไร เช่น แนวความคิดเรื่อง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น

เมื่อสุขภาพสาธารณะมีเป้าหมายอยู่ที่การจัดการประชากร เครื่องมือสำคัญที่จะให้สุขภาพสาธารณะบรรลุเป้าหมายได้ คือ สถิติ การเก็บข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับประชากรมีความสำคัญยิ่ง เพื่อเป็นฐานในการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาของโรคที่เข้ามารุมทำร้ายสุขภาพของปัจเจกชนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ และนำมาเป็นเครื่องมือในการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เช่น การเก็บสถิติพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องอาจจะช่วยทำให้เข้าใจสาเหตุแห่งการเกิดโรคมะเร็งปอดได้มากขึ้น เป็นต้น (International Federation of Red Cross et. all 1999: 29-34)

สุขภาพสาธารณะจึงให้ความสำคัญกับกลไกทางสังคมว่าจะจัดการอย่างไรให้ระบบสุขภาพสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ดังนั้น หัวใจสำคัญของสุขภาพสาธารณะจึงอยู่ที่การพัฒนาและควบคุมเครื่องมือทางสังคมให้ระบบสุขภาพดำเนินไปตามครรลองที่ควรจะเป็นนั่นเอง ดังนั้นเราสามารถสรุปหัวใจสำคัญของสุขภาพสาธารณะ 3 ประการ (International Federation of Red Cross et. all 1999: 29–34) ด้วยกันคือ

1. การประเมิน (Assessment)

2. การพัฒนานโยบาย (Policy Development)

3. การประกันการบริการ (Assurance of Service)

การประเมิน หมายถึง การรวบรวม/วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนิยามและทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน

การพัฒนานโยบาย หมายถึง การวางเป้าหมาย การจัดลำดับความสำคัญ และพัฒนายุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาสุขภาพ

การประกันการบริการ หมายถึง การออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินผลโครงการต่างๆ เพื่อชี้ให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน

โดยภาพรวมแล้ว แนวความคิดสุขภาพสาธารณะ ด้านหนึ่งได้เน้นไปที่การมองหารูปแบบการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่สังคมโดยรวม ในภาคปฏิบัติจึงเน้นหนักออกมาในรูปของการออกแบบโครงสร้างการสาธารณสุข การปฏิรูประบบสาธารณสุข พัฒนากลไกสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อหน่วยในการวิเคราะห์สุขภาพอยู่ที่สังคมเช่นนี้แล้ว ทำให้เกิดข้อจำกัดบางประการ เพราะสังคมนั้นเป็นหน่วยที่มีขนาดใหญ่และมีความแตกต่างหลากหลายภายในสังคมเอง การตอบสนองต่อสังคมวงกว้างย่อมมิอาจทำได้โดยที่ปัจเจกชนหรือกลุ่มทางสังคมทุกคนทุกกลุ่มพึงพอใจ ดังนั้น สุขภาพสาธารณะจึงเกี่ยวพันกับ “นโยบาย” และนโยบายก็ไม่ใช่อะไรอื่นนอกจากชุดความหมาย/กระบวนทัศน์ที่ถูกคัดสรรมา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติอันจะตอบสนองประโยชน์สุขแก่สังคมโดยรวม นโยบายสาธารณะจึงอาจมีเพียงหนึ่งเดียวที่ถูกเลือกโดยสังคมหรือโดยรัฐ (ในฐานะผู้ถูกมอบอำนาจให้จัดการแทนสังคม) นโยบายจึงอาจตอบสนองได้เพียงคนหลายกลุ่มมิใช่คนทุกกลุ่ม บางครั้งจึงพบว่านโยบายสาธารณะได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งเพราะส่งผลกระทบทางลบต่อ

คนส่วนหนึ่งอย่างสาหัส สังคมไทยได้เผชิญหน้ากับปัญหานี้มาโดยตลอดในการดำเนินแนวทางยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไปสู่ความเป็นอุตสาหกรรมนิยม

ดังนั้น กระแสธารฐานคติของสุขภาพสาธารณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ไม่ได้มองจำกัดคับแคบแค่การเข้าถึงทรัพยากร/แหล่งของการรักษาพยาบาล แต่ต้องเกี่ยวข้องกับโอกาสทางสังคมด้วย เช่นต้องมีการศึกษาที่ดีขึ้น มีสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น (เช่น มีบ้านอยู่อาศัยที่สะอาด มีภาวะโภชนาการที่ดี สถานที่ทำงานมีความปลอดภัย) รวมทั้งมิติของการมีสุขภาพจิตที่ดี และการปราศจากความรุนแรงทางตรงต่างๆ ในมิตินี้ อาจกล่าวได้ว่า สุขภาพสาธารณะก็คือการเชื่อมโยงสุขภาพกับสันติภาพเข้าหากันนั่นเอง (ชัยวัฒน์ 2545)

> แนวความคิดของสภากาชาดสยาม มองโรคระบาดว่าเป็น “ศัตรูอันใหญ่ยิ่งของมนุษยชาติ” (กองสุขาภิบาลกาชาดสยาม 2465) เพราะได้ฆ่าทำลายชีวิตมนุษย์ไปมาก ปัญหาของสุขภาพสาธารณะในยุคนั้น จึงเป็นเรื่องของการต่อสู้กับโรคระบาด ทำอย่างไรพลเมืองสยามนับล้านจะยินยอมให้ปลูกฝี ทำอย่างไรจะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดี เช่น มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ บ้านเรือนสะอาดไม่ชักชวนหนูเข้าบ้าน สุขภาพจึงเป็นเรื่องของทุกคนที่จะต้องร่วมช่วยกันสร้างขึ้นมา มิใช่ตกอยู่ในมือแพทย์แต่อย่างเดียว เพราะแพทย์ไม่เพียงพอ

กล่าวถึงที่สุดแล้ว ในขณะที่ความหมายแรกของสุขภาพสาธารณะเน้นไปยังการปฏิรูปประสิทธิภาพการบริการสุขภาพ แต่ความหมายที่สองของสุขภาพสาธารณะกลับแผ่ขยายไปสู่การ “ปฏิรูปสังคม” ดังจะเห็นได้จากแนวความคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยระดับสาธารณะมีรากฐานมาจากสายธารความคิดในยุคศตวรรษที่ 19 เช่น ฟรีดริช เองเกลส์, เอดวิน

แชดวิค, รูดอลฟ์ เวอร์เชา มองว่าปัญหาความเจ็บป่วยเกิดจากการถูกกีดกันและความแปลกแยกของคนงานซึ่งอาศัยอยู่ในสลัมกลางเมืองใหญ่ต่างๆ ฐานวิเคราะห์เช่นนี้ทำให้ความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องทางโลกอันเกิดจากการขยายตัวของทุนนิยม ซึ่งอัตราการป่วยและการตายสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพอาหารและรายได้ คาร์ล มาร์กซ์ แม้จะเน้นการปฏิวัติสังคมโดยชนชั้นกรรมาชีพ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแบบแผนการควบคุมปัจจัยการผลิตหรือเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจในพลังการผลิตเสียใหม่ แต่ฐานคติสำคัญที่นำมาสู่การรองรับวิธีคิดในการปฏิวัติของมาร์กซ์ ส่วนหนึ่งก็มาจากความต้องการที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของกรรมกรที่อพยพเข้าสู่เมืองซึ่งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ย่ำแย่ เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และอันตราย (Turner 2000)

คำถามบางประการต่อสุขภาพสาธารณะ

แม้แนวความคิดสุขภาพสาธารณะจะมุ่งประโยชน์สุขของคนส่วนใหญ่ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในหลายประการ ประการสำคัญที่สุด เห็นจะเป็นการพยายามผูกติดแนวความคิดสุขภาพสาธารณะกับรัฐชาติ ในมุมมองเชิงประวัติศาสตร์ นิธิ เอียวศรีวงศ์มองว่าสุขภาพสาธารณะมาพร้อมกับการเกิดขึ้นของรัฐชาติ ในอดีตก่อนเกิดรัฐชาติ การแพทย์ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจรัฐโดยตรง แต่ภายใต้โครงการสร้างรัฐชาติ ความรู้ของการแพทย์แผนใหม่มีส่วนในการช่วยให้รัฐมีสิทธิและอำนาจในการเข้าไปแทรกแซงชีวิตคนมากขึ้น (นิธิ 2546: 25)

สุขภาพสาธารณะเปิดพื้นที่ให้รัฐเข้ามาจัดการสุขภาพของประชากร โดยอาศัยความคิดรัฐอธิปไตยที่มีเขตแดน สุขภาพกลายเป็นหน้าที่ที่รัฐจะต้องดูแล คุ้มครอง ป้องกัน เมื่อรัฐเข้ามายุ่งเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดการตั้งคำถามต่อแนวคิดสุขภาพสาธารณะในหลายแง่มุม ซึ่งพอจะประมวลไว้ได้ดังนี้ คือ

1. เมื่อรวบอำนาจสุขภาพไว้ในมือรัฐ กลับพบว่ามีข้อจำกัดเชิงงบประมาณหรือปริมาณแพทย์ไม่เพียงพอต่อคนทุกคน เมื่อเป็นเช่นนี้เป้าหมายของการแพทย์แผนใหม่ที่จะสร้างสังคมสุขภาวะย่อมมิอาจเป็นไปได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนจน กลุ่มคนชายขอบ ซึ่งอยู่ห่างไกลอำนาจรัฐ ย่อมไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณะได้ดีเท่าผู้มีโอกาส กลุ่มคนรวย คนในเขตเมือง เป็นต้น

2. รัฐมีแนวโน้มจะให้อำนาจกับแพทย์แผนใหม่มากกว่าเปิดโอกาสให้มีความหลากหลาย เมื่ออยู่ในกระแสของการพัฒนาสู่ความทันสมัย สุขภาพต้องเข้าสู่ความเป็นมาตรฐาน เข้าสู่การใช้สถิติเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย สุขภาพสาธารณะจึงส่งผลต่อการลดความหลากหลายทางการแพทย์ลง เพราะการแพทย์ต้องพิสูจน์ได้ เป็นการจัดการเชิงสถาบัน และมีความน่าเชื่อถือ

3. สุขภาพสาธารณะมักไม่สามารถแข่งขันคุณภาพกับสุขภาพในระบบตลาด แม้ว่าบางครั้งประสิทธิภาพมักเป็นเพียงภาพลวงตา เช่น การโฆษณาเกินจริง หรือการใช้ยาที่เกินความจำเป็น สุขภาพในระบบตลาดมองว่า หากผู้ใดยอมจ่ายในราคาแพง ย่อมได้รับบริการที่ดีกว่าคนที่ไม่มีเงินจ่าย

4. สุขภาพสาธารณะทำให้เกิดการควบคุมทางสังคม ซึ่งขัดกับหลักเสรีภาพส่วนบุคคล และบางครั้งสุขภาพสาธารณะก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ได้กีดกันกลุ่มบุคคลต่างๆ ออกไป เช่น คนจนในสังคม คนต่างด้าว

5. สมมติฐานของสุขภาพสาธารณะอยู่ที่ปัจจัยภายนอก ทำให้ไม่อาจอธิบายสาเหตุและปัญหาของโรคได้อย่างมีพลังเท่ากับความคิดที่ว่า “โรคเกิดจากเชื้อโรค” เพราะไม่สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ได้เหมือนห้องทดลองหรือการเข้ามาจัดการกับร่างกายมนุษย์โดยตรง และอาจพบกับอุปสรรคของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม ทำให้สุขภาพสาธารณะไม่สามารถยึดกุมเป้าหมายของตนเองได้ หากต้องคล้อยตามไปกับนโยบายสาธารณะอื่นๆ เช่น นโยบายการพัฒนา นโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจ

สุขภาพกับการกีดกันทางสังคม

ในกระบวนทัศน์สุขภาพระดับปัจเจกชน มองว่าเชื้อโรคเป็นตัวทำลายร่างกายมนุษย์ แต่ในระดับสุขภาพสาธารณะ เชื้อโรคสามารถมีความหมายไปถึงการกีดกันทางสังคม สุขภาพสาธารณะนำมาสู่การกีดกันคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งออกไปจากสังคม เพื่อรักษาสุขภาพส่วนรวม คนส่วนน้อยจำต้องเสียสละเพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะการควบคุมโรคที่มุ่งกำจัดเชื้อโรคด้วยวิธีการจัดการโรคติดต่อมิให้แพร่ระบาด มักโยงใยกับการกีดกันทางสังคมหรือการประณามหยามเหยียดด้านลบแก่คนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ ทั้งในระดับส่วนบุคคล ชุมชน หรือระดับชาติ เรารู้สึกหวาดกลัวต่อการอยู่ใกล้ชิดกับคนเป็นโรคร้าย ชาติรู้สึกไม่มั่นคงหากโรคร้ายได้เข้ามาทำลายบรรทัดฐานทางสังคม กระบวนการนี้เรียกว่า “การทำให้คนอื่นเป็นเชื้อโรค” (The Diseased Other) ซึ่งได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการนิยามว่าความปกติและความมั่นคงคืออะไร?

> ในศตวรรษที่ 19 การศึกษาเชื้อโรคด้วยความรู้แบบวิทยาศาสตร์นำมาสู่การสนับสนุนมายาคติด้านเชื้อชาติ เช่นกองทัพนาซีเข่นฆ่าชาวยิว มาจากฐานคติที่มองร่างกายของคนยิวว่าเป็นร่างกายที่ไม่สมบูรณ์หรือร่างกายที่แตกต่างไปจากคนเยอรมัน อันอาจเป็นอันตรายหรือแปดเปื้อนความบริสุทธิ์ของชนเผ่าอารยัน ซึ่งต่อมาได้ขยายการรังเกียจเดียดฉันท์ไปยังคนกลุ่มอัตลักษณ์ต่างๆ เช่น กลุ่มผู้หญิง โฮโมเซ็กซ์ชวล พวกคอมมิวนิสต์ เป็นต้น เพราะคนกลุ่มนี้ถูกเหมารวมว่าไม่ใช่คน แต่เปรียบประดุจภูตผีปิศาจร้าย (Sibley 1995: 24–26)

อำนาจของการควบคุมโรคติดต่อ มักจะมุ่งไปสู่การแสวงหากลุ่มชนที่จะโยนบาปให้ว่าเป็นที่มาของโรคติดต่อ เช่นโรคเอดส์ บางสมมติฐานมองว่าเกิดจากเชื้อโรคเกย์ บางสมมติฐานเห็นว่าเป็นเชื้อโรคคนผิวดำ

แอฟริกัน ประเทศรัสเซียในปี ค.ศ. 1994 ถึงกับตรวจเชื้อเอดส์จากคนเข้าเมืองทุกคน ด้วยเหตุผลที่ว่า “เพื่อปิดกั้นพรมแดนจากร่างกายคนต่างชาติที่สกปรก” หรือในอดีต โรคติดต่อเช่น อหิวาตกโรคหรือกามโรคเป็น “เชื้อโรคชนชั้นแรงงาน” ซึ่งคุกคามกระฎุมพีและรุกรานที่อยู่อาศัยของชนชั้นกระฎุมพี ความเชื่อเช่นนี้ได้สร้างเขตแดนระหว่างบุคคล (personal boundaries) ขึ้นมา ภายใต้การแบ่งแยกชนชั้นซึ่งดำรงอาศัยอยู่ในเขตเมืองเดียวกัน กระฎุมพีมองตนเองว่าเป็นพวกที่บริสุทธิ์ผุดผ่อง มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีอยู่แล้ว การเข้ามาของพวกคนจนนั้นเป็นการเข้ามาสร้าง “มลพิษ” ที่ทำให้พื้นที่อันขาวสะอาดของกระฎุมพีแปดเปื้อน นโยบายสุขภาพสาธารณะเริ่มมีความสำคัญขึ้นมาเพื่อทำความสะอาดคนจน (Sibley 1995: 56)

ในกรณีประวัติศาสตร์ไทยพบว่า ระยะห่างระหว่างราชสำนักกับประชาชนได้ทำให้เรื่องสุขภาพเป็นสิ่งที่เป็นคุณสมบัติของชนชั้นสูงกับผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น เช่น พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระราชนิพนธ์หนังสือชื่อ *กันป่วย* เพื่อให้เป็นคู่มือให้ทหารและเสือป่ารู้จักรักษาตัวและป้องกันโรค ในตอนหนึ่งกล่าวไว้ว่า “ควรจำไว้ว่าตัวเปนทหารหรือเสือป่าผู้มีน่าที่จะต้องออกกำลังกายรับราชการป้องกันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ จะปล่อยให้กำลังกายเสื่อมถอยไปเพราะโรคอันหาใส่ตัวเองนั้นควรหาไม่ ผู้ที่เขาไม่ได้เปนทหารหรือเสือป่าถึงเขาจะหาความสนุกเพลิดเพลินในทางกามจนตัวเขาเจ็บหรือตายก็ไม่ปลาด เพราะเขาเปนคนไม่มีราคาอะไร…” (พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว 2542: 4)

สุขภาพกับการควบคุมทางสังคม

สุขภาพไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือในการกีดกันทางสังคม แต่บางครั้งกลายเป็นเครื่องมือในการควบคุมทางสังคมด้วย โดยมองว่าผู้ที่มีความป่วยไข้ถูกทำให้มีความหมายว่าผู้ทำลายสุขภาพสาธารณะ (Conrad and Schneider 1980)

เมื่อพิจารณาผ่านมุมมองเชิงประวัติศาสตร์ พฤติกรรมเบี่ยงเบนในอดีตไม่ได้ถูกนิยามว่ามีความหมายเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในยุคที่ศาสนจักรเรืองอำนาจ ความเบี่ยงเบนของมนุษย์ถูกนิยามว่าเป็นบาป เมื่อถึงยุคตกต่ำของศักดินาและการถือกำเนิดของรัฐชาติ ความเบี่ยงเบนแปลว่าอาชญากรรม และเมื่อมาถึงยุคที่วิทยาศาสตร์เป็นศูนย์กลางนี่เองที่ความเบี่ยงเบนกลายเป็นความป่วยไข้ แพทย์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการควบคุมสังคมซึ่งเกิดจากการตกต่ำของสถาบันซึ่งเคยทำหน้าที่ในการควบคุมสังคมในอดีต เช่น ครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

การสำรวจทัศนคติของนักจิตวิทยาอเมริกันจำนวน 2,500 คน พบว่า ร้อยละ 69 ให้ความเห็นว่าโฮโมเซ็กซ์ชวลเป็นความป่วยไข้ที่มาจากการไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ (pathological adaptation) ไม่ได้มองว่าโฮโมเซ็กซ์ชวลเป็นประเภทหนึ่งของคนปกติ นับตั้งแต่ในยุคศตวรรษที่ 18 โฮโมเซ็กซ์ชวลถูกมองว่าไม่ใช่ความผิดปกติทางเพศซึ่งเป็นความผิดบาปตามหลักศาสนา แต่ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่นำมาสู่ความเสื่อมโทรมของสุขภาพ นับแต่นั้นมา การแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นเครื่องมือควบคุมทางสังคมที่เข้ามากำหนดพฤติกรรมทั่วไปของมนุษย์ เพื่อจำกัด เปลี่ยนแปลง บังคับ หรือทำลายพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆ เป้าหมายของการบำบัดคนเบี่ยงเบนคือ การนำพากลับสู่ภาวะอันปกติอีกครั้งหนึ่ง

การควบคุมสังคมด้วยกระบวนการแพทย์ส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบไปพร้อมๆ กัน ด้านบวก การควบคุมทางสังคมด้วยกระบวนการแพทย์ มักจะเชื่อมโยงกับแนวความคิดแบบมนุษยธรรม (Humanitarian) ทำให้การควบคุมความเบี่ยงเบนมักจะไม่นิยมใช้ความรุนแรงต่อมนุษย์ เช่น มองว่าพฤติกรรมติดเหล้าเป็นโรคชนิดหนึ่ง ไม่ใช่บาปหรือความอ่อนแอทางจริยธรรมของปัจเจกชน กระบวนการแพทย์เชื่อมั่นในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะฟื้นคืนกลับสู่ความปกติ

ความเจ็บป่วยเมื่อแยกออกจากศีลธรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกประทับตราบาปจนรู้สึกผิดหรือถูกสังคมประณามหยามเหยียดจนเกินเหตุ เช่นเดียวกับอาชญากรหรือผู้กระทำบาป กระบวนการแพทย์เป็นกระบวนการเชิงบวกในการเยียวยาผู้ป่วย ไม่ได้เป็นกระบวนการลงโทษทางสังคม ทำให้การแพทย์ยกระดับฐานะทางสังคมมากขึ้นในฐานะวิชาชีพที่สูงศักดิ์และมีเกียรติ การควบคุมทางสังคมโดยกระบวนการแพทย์มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพมากกว่าการควบคุมด้วยกฎหมาย เพราะการควบคุมด้านกระบวนการแพทย์ตอบสนองต่อความต้องการของปัจเจกชนมากกว่าที่มุ่งเป้าไปยังการจัดการพฤติกรรมเบี่ยงเบน

อย่างไรก็ตาม ในด้านลบ การควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนโดยการแพทย์ เมื่อแยกจากปัญหาจริยธรรม ทำให้ปัจเจกชนไม่รู้สึกสำนึกกับพฤติกรรมของตนเอง เชื่อว่ากระบวนการแพทย์เป็นกระบวนการที่เป็นกลาง ไม่มีเรื่องค่านิยมมาเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด เพราะการนิยามว่าสิ่งใดป่วย/ไม่ป่วย เป็นการจำแนกประเภทที่มาจากฐานคิดทัศนคติชุดใดชุดหนึ่ง เช่นการมองว่าพวกโฮโมเซ็กซ์ชวลเป็นผู้ป่วย ก็ตั้งอยู่บนสมมติฐานของการมองคนพวกนี้ว่าเป็นพวกผิดปกติทางสังคม

เมื่อความเจ็บป่วยกลายเป็นการควบคุมสังคม สุขภาพสาธารณะย่อมไม่ได้เป็นเรื่องของสาธารณชนอีกต่อไป เพราะพฤติกรรมเบี่ยงเบนในมุมมองทางการแพทย์มุ่งเน้นไปสู่การควบคุมในระดับปัจเจกบุคคลมากกว่าที่

จะควบคุมในระดับสังคม กล่าวคือลดทอนปัจจัยของปัญหาสุขภาพอันซับซ้อนให้มาอยู่ในระดับโรคที่เกี่ยวข้องกับกาย/จิตของปัจเจกชน และมองกระบวนการแก้ปัญหาผ่านการวินิจฉัยโรค รักษาโรคไปที่สาเหตุของความเจ็บป่วยจากเชื้อโรคที่เข้ามารุกรานชีวิตมนุษย์ มนุษย์ในฐานะปัจเจกชนกลายเป็น “เหยื่อ” ของปัญหา หรือกลายเป็นผู้ถูกกระทำต่อความรู้ทางการแพทย์ ดังนั้น เป้าหมายของการแพทย์จึงมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการป่วยของปัจเจกชน มากกว่าที่จะมุ่งเปลี่ยนแปลงสังคมในระดับกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่ง การควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนทำให้การแพทย์กลายเป็นเรื่อง “กระบวนการที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับการเมือง” (Depoliticalization) เพราะมัวแต่ไปมุ่งเน้นการแก้ไขพฤติกรรมส่วนตัวของมนุษย์ มากกว่าที่จะมุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคมต่างๆ

นอกจากนี้ งานวิจัยด้านสุขภาพบางชิ้นในช่วงหลังซึ่งได้รับอิทธิพลทางความคิดของกระแสหลังโครงสร้างนิยมและหลังสมัยใหม่ เริ่มตั้งคำถามกับแนวคิดเรื่องสุขภาพกับการควบคุม “ร่างกาย” ของปัจเจกชน ซึ่งได้รับอิทธิพลสำคัญจากนักคิดฝรั่งเศสอย่างมิเชล ฟูโก ได้อรรถาธิบายไว้ว่า ศาสตร์สมัยใหม่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Human Sciences) มีเป้าหมายหนึ่งคือการใช้อำนาจเพื่อควบคุมจัดการกับร่างกายมนุษย์ ซึ่งฟูโกเรียกว่า “ชีวการเมือง” หรือ (Bio-power) ซึ่งเป็นกลไกทางอำนาจที่ให้ความสนใจกระทำต่อร่างกายมนุษย์มากกว่าธรรมชาติหรือผลผลิตอันเกิดจากธรรมชาติ กลไกทางอำนาจนี้คือการจัดการกับร่างกายมนุษย์ให้พร้อมต่อภาคการผลิตและบริการ ซึ่งฟูโกเรียกว่าเป็น “ศิลปะแห่งการจัดร่างกายมนุษย์” (an art of the human body) เพื่อให้ได้ร่างกายที่ทั้งเชื่องเชื่อฟัง และมีประโยชน์ (สายพิณ 2543: 8–19) แนวทางการศึกษาที่ประยุกต์ความคิดนี้มาใช้กับการศึกษาด้านสุขภาพ เช่น งานของทวีศักดิ์ เผือกสม ที่เห็นว่าการก่อตัวและแผ่ขยายของระบบสาธารณสุขไทยคือการสร้างรัฐเวชกรรม โดยมีสุขศาลาและโรงพยาบาลเปรียบเสมือนวิหารอันศักดิ์สิทธิ์

ที่เป็นศูนย์กลางของอำนาจในการจัดการและควบคุมร่างกายของพลเมืองไทย ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดประชากรที่มีศักยภาพในการผลิต หรือมีร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งกลายเป็น “พลังการผลิต” ที่ตอบสนองต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของชาติ (ทวีศักดิ์ 2545)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดรัฐเวชกรรมอาจทำให้เรามองสุขภาพสาธารณะอย่างคับแคบเกินไป เพราะรัฐเวชกรรมไม่ได้มีแต่ด้านการควบคุมร่างกายของมนุษย์ และโรงพยาบาลเองก็ไม่ได้เป็นศูนย์กลางอำนาจของการจัดการสุขภาพ พลังด้านสาธารณสุขมีพลังด้านบวกและสร้างสรรค์ มีเจตนาที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือมีความตั้งใจที่จะสร้างเสริมสุขภาพของปัจเจกชนให้แข็งแรง เพื่อมีสภาพภาวะของความเป็น “ปกติ” อีกทั้งโลกของการนิยามความหมายสุขภาพนั้นกว้างไกลกว่าโรงพยาบาลอีกมาก การเน้นหนักไปที่โรงพยาบาล อาจจะทำให้เห็นเพียงแต่โลกเฉพาะของสุขภาพในสถานที่อันคับแคบ จนไม่สนใจโลกภายนอกที่อยู่นอกโรงพยาบาลเลย

แนวคิดสุขภาพสังคม

สุขภาพสังคมคืออะไร เราอาจเริ่มต้นจากการนิยามความหมายสุขภาพสังคมโดยการจำแนกว่าแตกต่างจากกระบวนทัศน์สุขภาพอื่นๆ อย่างไร นั่นคือกระบวนทัศน์สุขภาพสังคมสนใจสุขภาพในระดับที่เหนือขึ้นไปจากปัจเจกชน ซึ่งขีดวงปัญหาสุขภาพไว้จำกัดเฉพาะเป็นคนๆ ไป นอกจากนี้ สุขภาพสังคมยังแตกต่างไปจากสุขภาพสาธารณะ ซึ่งหลายคนอาจเข้าใจสับสนว่าเป็นแนวคิดเดียวกัน ความแตกต่างระหว่างสองกระบวนทัศน์นี้คือ สุขภาพสาธารณะเน้นหนักไปที่ปัจจัยภายนอกในการกำหนดวิถีความเป็นไปของสุขภาพ นำมาสู่การมุ่งหมายไปที่การบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และการปัดกวาดสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและนอก

บ้านให้สะอาดเรียบร้อย เพื่อที่จะไม่ได้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค อันจะเป็นสาเหตุแห่งการทำลายสุขภาพของมนุษย์ แต่กระบวนทัศน์สุขภาพสังคมมีหลักการพื้นฐานที่ต้องการไปพ้นความคิดที่แยกขั้วระหว่างสุขภาพปัจเจกชนกับสุขภาพสาธารณะออกจากกัน แต่พยายามผสมฐานคิดการทำความเข้าใจสุขภาพทั้งสองประการเข้าไว้ด้วยกัน

ฐานคติสุขภาพสังคมมีรากฐานมาจากการวิเคราะห์สภาพความเป็นไปที่เกิดขึ้นจริงในสังคม มิใช่มาจากการนิยามความหมายสุขภาพจากแง่มุมเชิงอุดมคติ สุขภาพสังคมแม้จะสนใจปัจจัยภายนอกในฐานะเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยอันก่อให้เกิดสุขภาพดีหรือเลว แต่ก็ไม่ได้สนใจปัจจัยเหล่านั้นแยกออกจากกัน แต่สัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมต่างๆ อย่างมิอาจแยกออกจากกัน สุขภาพสังคมจึงมีเป้าหมายที่แตกต่างไปจากสุขภาพสาธารณะ เน้นไปที่การแก้ไขเชิงโครงสร้างสังคมและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ในขณะเดียวกัน สุขภาพสังคมไม่ได้เป็นเพียง “สุขภาพองค์รวม” (Holistic Health) ที่มักมีผู้ตีความว่าเป็นสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณมากกว่าวัตถุหรือสังคม แต่สุขภาพสังคมให้ความสำคัญเท่าๆ กันทั้งจิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อมหรือวัตถุ สุขภาพสังคมจึงเน้นหนักไปที่การวิเคราะห์ทั้งความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ มนุษย์กับธรรมชาติ และมนุษย์กับสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมา เช่น เทคโนโลยีต่างๆ หรือแม้แต่ระบบระเบียบที่มนุษย์สร้างขึ้นมาเป็นกฎเกณฑ์ของสังคม เป็นต้น

กล่าวอีกนัยหนึ่ง แนวคิดสุขภาพสังคมเป็นการเชื่อมระหว่างสุขภาพในระดับวิถีชีวิตของปัจเจกชน แนวคิดสุขภาพสังคมไม่ได้มองไปที่พฤติกรรมของมนุษย์แต่ละคน แต่มองปัจเจกชนในฐานะหน่วยทางสังคมที่แวดล้อมไปด้วยครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคม อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับสุขภาพในระดับสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น สุขภาพสังคมยังได้เชื่อมโยงกับระบบสังคม ซึ่งมีโครง

สร้างในการนำพาชีวิตของคนในสังคมไปทางใดทางหนึ่ง เช่นการก่อเกิดของสังคมเมืองนำพาสุขภาพให้มีทิศทางแตกต่างออกไปจากสังคมชนบท สุขภาพในสังคมเมืองย่อมขึ้นกับการวางผังเมือง การจัดวางพื้นที่ส่วนไหนเป็นพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่อุตสาหกรรม สุขภาพผูกโยงกับการมีสวนสาธารณะ ที่วิ่งเล่น ระบบขนส่งมวลชน วัฒนธรรมทั่วไปของคนเมือง เช่น การทำงานและการพักผ่อน เป็นต้น

ในที่นี้ จะชี้ให้เห็นว่า รากฐานทางความคิดของสุขภาพสังคมมาจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในบริบทสังคมปัจจุบัน ซึ่งพบว่า มีฐานคิดสำคัญในการหนุนหลังแนวความคิดสุขภาพสังคม คือ แนวคิดสุขภาพธรรมชาติ และการมองโลกอย่างซับซ้อน

รากฐานสุขภาพสังคม: แนวคิดสุขภาพธรรมชาติ

สุขภาพสังคมมีฐานรากจากการวิพากษ์วิกฤตการณ์การพัฒนาไปสู่ความทันสมัย ซึ่งได้กัดกร่อนทำลายธรรมชาติอย่างหนักที่ผ่านมา สุขภาพสังคมจึงผูกโยงกับแนวคิดสุขภาพธรรมชาติอย่างแยกไม่ออก แนวคิดสุขภาพธรรมชาติได้รับการพัฒนาทางความคิดจากขบวนการสีเขียวหรือขบวนการเคลื่อนไหวทางนิเวศทั่วโลก ขบวนการสีเขียวในเยอรมันมองเห็นว่า กระบวนทัศน์เก่าในการจัดการสุขภาพไม่ได้เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพกับสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตโดยทั่วไป เช่น การงาน การพักผ่อน จึงได้เสนอแนวความคิดเรื่อง “การแพทย์เชิงนิเวศ” (Ecological Medicine) ขึ้นมา เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ขบวนการสีเขียวในเยอรมันมองว่า การทำลายสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมาจากสาเหตุเดียวกันคือระบบเศรษฐกิจซึ่งไม่เอื้อต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน การแพทย์เชิงนิเวศมุ่งเน้นการเยียวยารักษาที่เคารพสิทธิในการตัดสินใจและกำหนดชะตากรรมของบุคคล

นอกจากนี้ การแพทย์เชิงนิเวศปฏิเสธการแพทย์แบบกลไกซึ่งมองร่างกายอวัยวะอย่างแยกส่วน ผู้ป่วยต้องไม่ตกเป็นเบี้ยล่างของอุตสาหกรรมยาและไม่เป็นเหยื่อของเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง การแพทย์เชิงนิเวศยังปฏิเสธการบริโภคยาอย่างฟุ่มเฟือย การผ่าตัดเกินความจำเป็น การแพทย์เชิงนิเวศสนับสนุนสถานพยาบาลหรือคลินิกขนาดเล็กมากกว่าสนับสนุนการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อให้มีความใกล้ชิดและรับผิดชอบผู้คนมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ต้องไม่อยู่ในลักษณะพึ่งพา และต้องสนับสนุนการดูแลสุขภาพทางเลือกและการเยียวยารักษาทางเลือกต่างๆ การแพทย์เชิงนิเวศมุ่งเน้นที่จะควบคุมอย่างเข้มงวดต่อการใช้ยาฆ่าแมลง สารเคมี และยาที่มีผลข้างเคียง และไม่สนับสนุนการโฆษณายาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยา การแพทย์เชิงนิเวศเชื่อว่าสุขภาพจะไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ถ้าไม่ลดความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะความแปลกแยกกับเครื่องจักร (Capra and Spretnak 1984) เจอเรอมี ริฟกิน (Rifkin 1991) เห็นว่าแนวคิดการรักษาพยาบาลในมุมมองเชิงนิเวศจะให้ความสนใจในเรื่องการป้องกันมากกว่าการรักษา นั่นหมายถึงว่าการ “สร้าง” สุขภาพนั้นก็คือการปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีชีวิตที่ดี ซึ่งเขาเห็นว่า โรคสำคัญที่เกิดขึ้นในยุคทันสมัย เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ นั้นเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม นั่นคือเกิดจากความเครียดผสมผสานกับสารอาหารที่เราบริโภคซึ่งแวดล้อมเราอยู่

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพสู่สุขภาพสังคมจึงมิใช่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพในระดับโครงสร้างสังคมแต่อย่างเดียว อันหมายถึงการแก้ไขกฎหมาย การปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจของชนชั้นต่างๆ ในสังคม แต่ยังหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับวิธีคิดด้วย กล่าวคือ เราจะต้องสามารถวิเคราะห์สภาวะสังคมในปัจจุบันว่ามีปัญหาสำคัญอยู่ที่ใด ดังที่ในปัจจุบันการเผชิญหน้ากับหายนะด้านสิ่งแวดล้อมเป็นประเด็นสำคัญยิ่งที่ท้าทาย

ความอยู่รอดของมนุษยชาติ แนวคิดสุขภาพสังคมย่อมมิอาจละเลยความคิดแบบองค์รวม ซึ่งใส่ใจรากฐานของปัญหา การมุ่งปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหมอกับคนไข้ โรงพยาบาลกับลูกค้า ย่อมเป็นมิติหนึ่งของการทำให้สุขภาพเกิดความเท่าเทียม แต่นั่นมิใช่ทั้งหมดของสุขภาพสังคม เพราะนั่นได้ละทิ้งปัญหาแห่งยุคสมัย จนทำให้ปัญหาสุขภาพถูกแก้ไขที่ปลายเหตุเท่านั้น

แนวคิดสุขภาพสังคมกับฟริตจ๊อฟ คาปร้า

แนวความคิดหนึ่งที่ช่วยอธิบายฐานคติสุขภาพสังคมอย่างชัดเจน ก็คือ แนวความคิดของ ฟริตจ๊อฟ คาปร้า ซึ่งเขาเห็นว่า กระบวนทัศน์สุขภาพนั้นไม่สามารถแยกไปจากกระบวนทัศน์ชีวิต การจะนิยามว่าสุขภาพคืออะไร ก็ขึ้นอยู่กับว่าเรานิยามชีวิตว่ามีความหมายอย่างไร คาปร้าได้กล่าวไว้ว่า

> “สุขภาพและสภาพการบำบัดรักษาในแต่ละยุคสมัยก็มีความหมายแตกต่างกันด้วย ทัศนะเรื่องสุขภาพก็เช่นเดียวกับทัศนะเรื่องชีวิต ตรงที่ไม่สามารถนิยามให้แน่ชัดลงไปได้ และอันที่จริงแล้วคำทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด ความหมายของคำว่าสุขภาพย่อมขึ้นอยู่กับทัศนะของบุคคลที่มีต่อสิ่งมีชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม ในเมื่อทัศนะต่อสิ่งมีชีวิตนั้นจะเปลี่ยนไปตามแต่ละวัฒนธรรมและตามแต่ละยุคสมัย ฉะนั้นทัศนะเกี่ยวกับสุขภาพย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน ทัศนะต่อสุขภาพที่กว้างออกไปซึ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในยุคของเรานั้น ย่อมหมายถึงทัศนะที่ครอบคลุมถึงมิติต่างๆ ทั้งแง่ปัจเจกบุคคล สังคม

> และมิติทางด้านนิเวศวิทยาด้วย ทั้งนี้ จะต้องมีทัศนะต่อสิ่งมีชีวิตอย่างเป็นกระบวนระบบควบคู่ไปกับทัศนะต่อเรื่องสุขภาพอย่างเป็นกระบวนระบบด้วย" (คาปร้า 2539: 43)

สุขภาพสังคมไม่ได้เน้นการนิยามความหมายสุขภาพอย่างอุดมคติ คาปร้าได้วิจารณ์การนิยามความหมายสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่แม้จะพยายามมองสุขภาพอย่างเชื่อมโยงระหว่างกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม แต่เขาเห็นว่า การนิยามความหมายเช่นนี้เป็นเพียงการสร้างภาพสุขภาพให้มีความหมายหยุดนิ่ง และเป็นอุดมคติมากเกินไป แทนที่จะมองสุขภาพอย่างมีพลวัตหรือมองสุขภาพในฐานะกระบวนการที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป (คาปร้า 2539: 43) แต่การนิยามสุขภาพจะต้องมาจากการมองตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมองอย่างรอบด้าน

สิ่งที่คาปร้าพยายามชี้ให้เห็นก็คือการแพทย์ที่ทันสมัยขึ้นไม่ได้หมายความว่าสุขภาพมนุษย์จะดีขึ้น สุขภาพกับการแพทย์นั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในลักษณะคลุมเครือ เราไม่อาจกล่าวได้อย่างแน่ชัดว่าการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งยวดที่ทำให้สุขภาพของพลโลกดีขึ้น เพราะการแพทย์อาจจะช่วยขจัดโรคภัยไข้เจ็บออกไปจากโลกนี้ได้จำนวนหนึ่ง แต่นั่นเป็นการมองเพียงแค่ความหมายสุขภาพในแง่การปราศจากเชื้อโรค แต่การประเมินสุขภาพจำต้องประเมินทั้งสุขภาพส่วนบุคคล สุขภาพของชุมชน และพิจารณาครอบคลุมไปถึงสุขภาพจิตและพยาธิของสังคม เพราะแม้จะขจัดเชื้อโรคออกจากร่างกายไปแล้ว แต่ความเจ็บป่วยอาจจะยังคงอยู่ต่อไปได้ เช่น สุขภาพจิตใจที่แย่ยังคงดำรงอยู่ เป็นต้น (คาปร้า 2539: 60–61)

ในช่วงการก่อตัวของการปฏิวัติอุตสาหกรรม ซึ่งมีการอพยพโยกย้ายประชากรเข้าสู่การเป็นแรงงานในโรงงานอย่างขนานใหญ่ การก่อเกิดสังคมเมืองเป็นปฏิปักษ์อย่างสำคัญต่อสุขภาพของผู้คนในเมือง อุตสาหกรรมในประเทศอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพแวดล้อมที่ย่ำแย่กระเทือนต่อสุขภาพของเด็กอย่างมาก ส่งผลให้อัตราการตายของทารกและเด็กมีอัตราสูง ในช่วงครึ่งแรกของคริสต์ศตวรรษที่ 19 การเติบโตของประชากรมาจากการอพยพของชนบทและการอพยพจากไอร์แลนด์ส่วนหนึ่ง ในช่วงต้นของศตวรรษที่ 19 เช่นกัน มาตรฐานขั้นต่ำของความสูงของอาสาสมัครกองทัพอังกฤษคือ 5 ฟุต 2 นิ้ว ซึ่งน้อยกว่าร้อยปีที่แล้วถึง 4 นิ้ว สองในสามของอาสาสมัครกองทัพอังกฤษที่มาจากเขตเมืองในสงครามบัวเออร์มีสภาพร่างกายที่ไม่เหมาะแก่การเกณฑ์ทหาร ในสงครามโลกครั้งที่ 1 มีการขนานนามกองทัพพิเศษที่เรียกว่า “กองทัพคนเตี้ย” ซึ่งมีความสูงต่ำกว่ามาตรฐาน เรื่องราวเหล่านี้ช่วยตอกย้ำความคิดของคาปร้าที่ว่า ความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่ได้เอื้อให้สุขภาพของคนดีขึ้นเสมอไป

คาปร้าเห็นว่า ในยุคปัจจุบันนี้ ความหมายสุขภาพได้เปลี่ยนไปอย่างมาก เราจำเป็นต้องย้ายการมองว่าร่างกายเป็นศูนย์กลางของสุขภาพ แต่ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพได้เคลื่อนย้ายไปสู่พยาธิสภาพทางจิตใจและสังคม เห็นได้จากอัตราการป่วยทางจิตใจที่เติบโตสูงขึ้นอย่างพรวดพราด การฆ่าตัวตาย จำนวนอุบัติเหตุ อาชญากรรม ความรุนแรงทางการเมือง หรือโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตที่ทำลายสุขภาพมิใช่โรคที่มาจากการติดเชื้อหรือความสึกหรอของร่างกายตามธรรมชาติ เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือโรคหัวใจ เป็นต้น คาปร้าเรียกสังคมในปัจจุบันว่าเป็น “สังคมอมโรค” และเมื่อคนตกอยู่ในสังคมอมโรคก็ย่อมเสี่ยงที่จะเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย คาปร้าได้วิจารณ์มาตรวัดสุขภาพในปัจจุบัน ที่ใช้การ

ประเมินค่าผ่านเกณฑ์วัดเชิงเดี่ยว เช่น พิจารณาอัตราการตายหรืออายุขัยเฉลี่ยของประชากร แล้วอนุมานเอาว่าสุขภาพของมนุษย์ดีขึ้น แต่คาปร้าเห็นว่ามาตรวัดเช่นนี้ไม่เพียงพอที่จะใช้วัดสุขภาวะของสังคมได้อย่างถูกต้องชัดเจน การวัดความก้าวหน้าของสุขภาพต้องเปลี่ยนจากปริมาณไปสู่คุณภาพ (คาปร้า 2539: 61)

อย่างไรก็ตาม คาปร้าเองไม่ได้ปฏิเสธวิทยาศาสตร์อย่างสุดขั้ว แต่เห็นว่าเราจำเป็นต้องขยายความคิดทางการแพทย์ที่อิงวิทยาศาสตร์ให้กว้างขวางออกไปต่างหาก มิใช่ยึดติดกับวิทยาศาสตร์อย่างโดดเดี่ยวและตายตัว ในทัศนะของคาปร้า การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ ไม่เพียงแต่จำกัดเฉพาะการเปลี่ยนความคิดในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างถอนรากถอนโคน แต่ต้องจัดให้มีการศึกษาแก่สาธารณชนกันใหม่อย่างขนานใหญ่ เพราะประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการปลูกฝังให้ยึดมั่นกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากกว่าที่จะกล้าเผชิญหน้ากับพฤติกรรมของตนเอง วิธีคิดที่รอคอยการวินิจฉัยจากแพทย์ คาปร้าเห็นว่าเป็นเครื่องปิดบังปัญหาสังคม เช่น ปัญหาความเครียดมักถูกมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัว แต่ทำไมไม่เปลี่ยนแปลงโลกธุรกิจอันเต็มไปด้วยการแก่งแย่งแข่งขัน เรายอมรับโรคมะเร็ง แทนที่จะหันไปทำการตรวจสอบว่าอุตสาหกรรมเคมีได้สร้างสารพิษอย่างไรบ้าง แน่นอนว่าวิชาชีพแพทย์ไม่สามารถเข้าไปจัดการได้ในทุกเรื่อง แต่ถ้าจะก้าวไปพ้นระบบการดูแลรักษาสุขภาพทางการแพทย์ในปัจจุบัน หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่นๆ ทั้งทางสังคมและวัฒนธรรม (คาปร้า 2539: 108)

หันกลับมาดูที่ตัวแพทย์ พบว่าแพทย์มิใช่เป็นผู้ที่มีสุขภาพดีที่สุด แม้จะมีหน้าที่รับผิดชอบกับสุขภาพโดยตรง แต่กลับเป็นผู้รับทุกข์จากวิธีมองปัญหาสุขภาพแบบกลไก แพทย์แผนใหม่จะมีความเครียดอย่างมาก ผิดกับแพทย์แผนโบราณที่มีสุขภาพดีทั้งกายและจิตวิญญาณ พบว่าแพทย์มีอายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่าระดับอายุของประชากรเฉลี่ย 10–15 ปี รวมทั้งมีอัตรา

ป่วยของโรคทางร่างกายสูง เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง ใช้ยาผิด ฆ่าตัวตาย และเป็นโรคทางสังคมในอัตราสูงด้วย (คาปร้า 2539: 81)

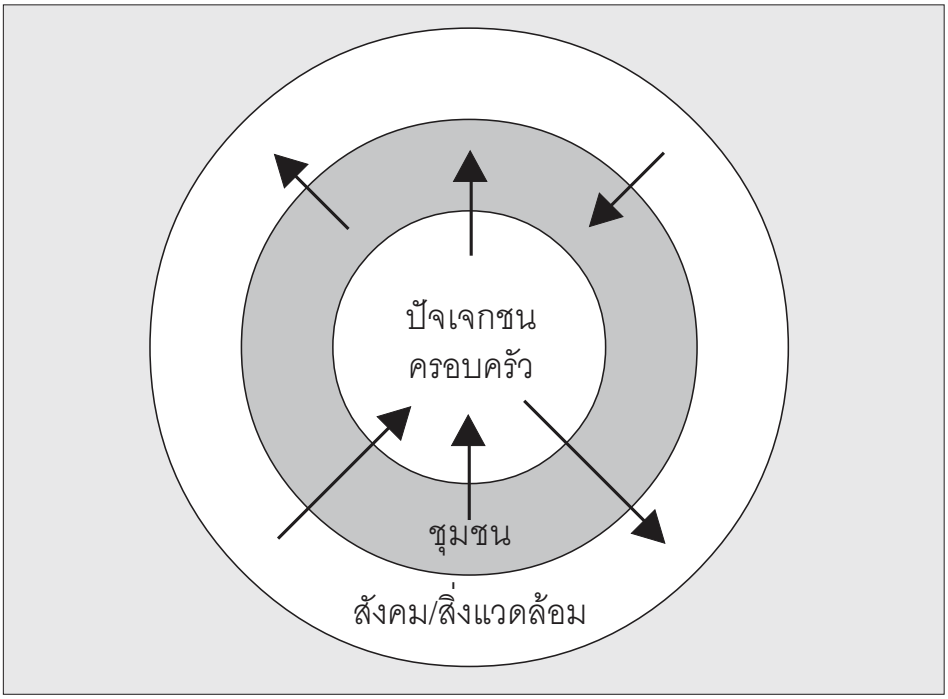
ข้อมูลและการวิเคราะห์ของคาปร้าทั้งหมดเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ยืนยันว่าแนวคิดเรื่องสุขภาพจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ มิใช่ซ้ำรอยเดิม คาปร้าเป็นนักคิดที่มองโลกในแง่ดีและมีความหวัง แต่เขาก็เห็นว่า สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันจำเป็นต้องถูกวิพากษ์อย่างถอนรากถอนโคน และจะต้องฟื้นฟูกอบกู้การแพทย์อย่างค่อยเป็นค่อยไปให้สอดรับกับกระบวนทัศน์ใหม่ คาปร้าเองก็ประกาศออกมาว่า “ข้าพเจ้าเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะมาจากทางด้านการแพทย์” แต่สำหรับคาปร้าแล้ว แพทย์มิได้สามารถปลดปล่อยมนุษย์ด้วยตัวแพทย์เอง หรือแพทย์ไม่ใช่พระเจ้า แต่ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นสุขภาพอย่างเต็มที่ และจะต้องเคารพความหลากหลายของมนุษย์ นี่จะเป็นคำตอบของการนำแนวคิดสุขภาพสังคมไปปฏิบัติได้อย่างจริงจัง

วงแหวนสุขภาพ: มุมมองจากทฤษฎีความซับซ้อน

ฐานคิดที่สองซึ่งมีความเกี่ยวพันกับแนวความคิดสุขภาพสังคม ก็คือ ทฤษฎีความซับซ้อน (Complex Theory) ซึ่งมีรากฐานวิธีคิดที่ปฏิเสธทฤษฎีการกำหนด (Determination) ของปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งหรือบางปัจจัย แต่เชื่อว่าการทำความเข้าใจปัญหาหรือกระบวนการต่างๆ บนโลกนี้ จะต้องได้มาด้วยการเชื่อมโยงสัมพันธ์เหตุและผลต่างๆ อย่างหลากหลาย การแสวงหาความรู้จึงมิอาจลดทอนด้วยการทดลองซึ่งพยายามควบคุมเหตุปัจจัยต่างๆ เพราะในโลกความจริง ปัจจัยที่ทำให้เกิดสิ่งต่างๆ มีมากมายและร้อยรัดเกี่ยวเนื่องกันอย่างมิอาจแยกออกจากกัน โลกของความเป็นจริงจึงเป็นโลกของความปั่นป่วนวุ่นวาย (Chaos) มิใช่โลกที่เป็นระเบียบเรียบร้อย (Order)

เดวิด ไบรีน (Byrne 1998) พยายามที่จะประยุกต์นำเอาทฤษฎีความซับซ้อนและทฤษฎีไร้ระเบียบมาศึกษาประเด็นด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย เขาเห็นว่าการทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพต้องสนใจเชื่อมโยงใน 3 ระดับในรูปของวงแหวน 3 ชั้นซ้อนกันอยู่คือ วงแหวนในสุด เป็นวงแหวนของผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพที่อยู่รอบตัวเราและมีผลโดยตรง วงแหวนตรงกลาง เป็นวงแหวนของอิทธิพลต่อสุขภาพในระดับพื้นที่หรือในระดับชุมชน วงแหวนชั้นนอกสุด เป็นวงแหวนอิทธิพลสุขภาพในระดับสังคมมหภาค ทั้งสามวงแหวนไม่ได้มีเส้นกั้นชัดเจน แต่มีช่องว่างที่เปิดกว้างทางปฏิสัมพันธ์อันเกี่ยวเนื่องส่งผลต่อกันอย่างแนบแน่น บางครั้งวงแหวนระดับนอกสุดได้ส่งผลต่อวงแหวนชั้นในที่สุดโดยตรง

แผนภาพที่ 1 ฐานการวิเคราะห์วงแหวนสุขภาพ



ไบรีนได้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์สุขภาพด้วยทฤษฎีความซับซ้อนผ่านการย้อนรอยกลับไปศึกษา “วัณโรค” ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เป็นต้นเหตุแห่งการคร่าชีวิตผู้คนในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 คาบเกี่ยวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 หากมองผ่านแนวคิดเวชอนามัย อาจบอกสาเหตุของวัณโรคว่ามาจากเชื้อ TB bacillus แต่ทฤษฎีความซับซ้อนปฏิเสธการมองเชิงเดี่ยวเช่นนี้ แน่นอนว่าเชื้อโรคเป็นต้นเหตุสำคัญ แต่คำอธิบายเช่นนี้ไม่เพียงพอ วัณโรคได้ลดความรุนแรงลงมิได้มาจากการรักษาในโรงพยาบาล แต่มาจากการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้มีมาตรฐานมากขึ้นและทำให้ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมลดน้อยลง ส่งผลให้ภูมิต้านทานวัณโรคในคนมีมากขึ้นด้วย การพิจารณาสาเหตุแห่งวัณโรคจึงต้องพิจารณาใน 3 วงแหวนที่เกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน เช่น ในบริบทของเมืองที่ตกอยู่ในห้วงสงครามอย่างเมืองจาโรว์ ประเทศอังกฤษ ในช่วงทศวรรษ 1930 วงแหวนผลกระทบสุขภาพจากวัณโรคชั้นในสุดคือความสัมพันธ์ระดับครัวเรือน เพื่อนบ้าน ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากโรคติดต่อ วงแหวนชั้นกลางคือ สภาพแวดล้อมของเมืองที่อยู่ใกล้ท่าเรือขนาดใหญ่ มีผู้คนมากมายจากหลากหลายแหล่งเดินทางมาพำนักอาศัย อีกทั้งอัตราการว่างงานของคนในเมืองนั้นสูงเกิน 70% วงแหวนชั้นนอกสุดคือนโยบายทางสังคมและเศรษฐกิจระดับชาติ

การวิเคราะห์ผ่านวงแหวนสุขภาพนี้จะช่วยให้ฐานการวิเคราะห์สุขภาพต้องมองใน 4 เครือข่ายคือ ต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกชน ครัวเรือน ชุมชน และรัฐชาติ จะเห็นได้ว่า อัตราการเป็นวัณโรคของชาวจาโรว์ในทศวรรษ 1930 สูงกว่าทศวรรษ 1920 ทั้งๆ ที่อัตราการป่วยของวัณโรคในประเทศอังกฤษได้ลดต่ำลงแล้ว การวิเคราะห์ในบริบทของจิตวิทยา ประวัติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์การเมือง อาจจะช่วยให้คำตอบได้มากกว่าการมองผ่านความรู้ทางการแพทย์อย่างเดียว และช่วยขยายมุมมองสุขภาพไปพ้นจากการยึดติดสุขภาพในระดับปัจเจกชนด้วย กล่าวคือ ในช่วงปี 1930 เป็นห้วงเวลาที่เศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกอันเป็นผลเกี่ยวเนื่องจาก

สงครามโลกครั้งที่ 1 สภาวะความรู้สึกมั่นคงในชีวิตถูกลดทอนลงไปอย่างมาก ท่ามกลางความหดหู่ห่อเหี่ยวท้อแท้ไร้เรี่ยวแรง การมองเห็นคนที่ตนรักล้มหายตายจากไปด้วยวัณโรค นับเป็นบาดแผลที่กรีดเข้าสู่ห้วงลึกของหัวใจได้มากกว่ายามปกติ ภายใต้ความรู้สึกกดดันเช่นนี้ ก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้อย่างลึกซึ้งตามมา นั่นคือทำให้ประชาชนตระหนักถึงและเกลียดชังความอยุติธรรมและความไม่เท่าเทียมอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน การขยายตัวของแนวคิดและปฏิบัติการของสังคมนิยมได้แพร่กระจายเข้าไปตามบ้านเรือนชุมชนต่างๆ นำมาสู่ชัยชนะของพรรคกรรมกรในปี ค.ศ 1945 ทำให้เกิดการปรับปรุงนโยบายสุขภาพสาธารณะในภายหลัง เหตุการณ์นี้ช่วยชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงในระดับวงแหวนรอบนอกสุดได้เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก คือการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองระดับชาติ นำมาสู่ผลของการปรับปรุงสุขภาพในระดับวงแหวนในสุดคือ ในระดับปัจเจกชนและครัวเรือน

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันวัณโรคได้กลับมาเยือนอีกครั้ง และคร่าชีวิตผู้คนไปมากกว่าห้วงเวลาใดในประวัติศาสตร์เสียอีก องค์การอนามัยโลก (Microsoft Encarta Encyclopedia 2003) ได้ชี้ว่ามีคนติดเชื้อวัณโรคประมาณ 8–10 ล้านคนต่อปี 3 ล้านคนได้ล้มหายตายจากไป วัณโรคเป็นสาเหตุแห่งการตายทั่วโลกมากกว่าเอดส์และมาลาเรียรวมกัน และเป็นสาเหตุการตายของผู้หญิงสูงที่สุดในโลก ผู้ป่วยวัณโรคกระจุกตัวอยู่ใน “จุดดำ” ของโลก เช่น ยุโรปตะวันออก มีผู้ป่วยวัณโรค 250,000 คนต่อปี เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 3 ล้านคนต่อปี แถบทะเลทรายซาฮาราในแอฟริกาอีกราว 2 ล้านคนต่อปี องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้ป่วยวัณโรคเกือบ 100 ล้านคน และจะทำให้คนตายราว 70 ล้านคนเลยทีเดียว

ขณะที่ในเมืองหลวงของโลกอย่างนิวยอร์ก พบการแพร่ระบาดของวัณโรคอีกครั้งหนึ่ง อันมีสาเหตุสำคัญสองประการคือ

ประการแรก สภาพของความเป็นอยู่หรือสิ่งแวดล้อมของนิวยอร์กได้ตกต่ำลง รวมทั้งสภาพบ้านเรือนก็ย่ำแย่ เนื่องจากการอพยพหลั่งไหลเข้ามาหางานทำ ทำให้เกิดการกระจุกตัวแออัดยัดเยียดของผู้อพยพ ขณะที่บริการสุขภาพสาธารณะในระบบโรงพยาบาลแก่คนเหล่านี้ก็ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง รวมทั้งภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจที่กระหน่ำซ้ำเติมรุมเร้าเข้ามา อีกทั้งราคาบ้านในนิวยอร์กก็แพงหูฉี่ ทำให้การขยับขยายการอยู่อาศัยที่แออัดยัดเยียดไม่สามารถคลี่คลายได้

ประการที่สอง สาเหตุของวัณโรคในนิวยอร์กมาจากการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกัน เปิดโอกาสให้เชื้อวัณโรคแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกาย ในสภาพที่เมืองก่อให้เกิดความแปลกแยกในชีวิตอย่างมาก นำพาความสุ่มเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ได้ง่าย ทั้งการติดยาเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ข้อสรุปของทฤษฎีความซับซ้อนเห็นว่า มีความจำเป็นต้องไปพ้นแนวความคิดเรื่องเวชศาสตร์ที่มุ่งขจัดโรคของปัจเจกชน นั่นคือทฤษฎีความซับซ้อนสนใจการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายสุขภาพ ซึ่งหมายถึงว่า จะต้องมีการจัดความสัมพันธ์โครงสร้างอำนาจของระบบสุขภาพ โดยเห็นว่า พลเมืองที่มีความขยันขันแข็งทางการเมือง จะช่วยยกระดับปัญหาสุขภาพให้กลายเป็นปัญหาพื้นฐานของสังคมที่จะต้องให้ความสำคัญ มากกว่าที่จะปล่อยให้นโยบายสาธารณสุขถูกจัดลำดับให้สำคัญน้อยกว่าเรื่องอื่นๆ เช่น การเติบโตทางเศรษฐกิจ การทหาร เป็นต้น

บทที่ ๒
ย้อนพินิจแนวคิดสิทธิมนุษยชน

ทุกวันนี้ สิทธิมนุษยชนกลายเป็นแนวความคิดที่ถูกหยิบอ้างและนำมาใช้ในหลายระดับ ทั้งปัจเจกชน ครอบครัว ชุมชน รัฐชาติ และระหว่างชาติ สิทธิมนุษยชนเป็นคำกล่าวอ้างยอดนิยมที่รู้จักกันทั่วไป ริชาร์ด รอตี้ นักคิดยุคหลังสมัยใหม่ถึงกับตั้งข้อสังเกตว่า ตลอดระยะเวลาสองร้อยปีที่ผ่านมา สิทธิมนุษยชนสามารถสถาปนากลายเป็น “ความเป็นจริงประการหนึ่งของโลก” (Fact of the World) (อ้างใน Mullerson 1997: 34) อย่างไรก็ตาม สิทธิมนุษยชนมีความซับซ้อนเช่นเดียวกับแนวคิดอื่นๆ มีองค์ความรู้ และถูกตีความนำมาสู่ปฏิบัติการในรูปลักษณ์ต่างๆ กันไป ทุกวันนี้ สิทธิมนุษยชนแพร่กระจายไปตามส่วนต่างๆ ทั่วโลกอย่างกว้างขวาง ฉะนั้น การค้นหาความหมายสิทธิมนุษยชนต้องคำนึงถึงความซับซ้อนของการสร้างความหมายนี้ เช่นเดียวกับการพิจารณาความหมายของสุขภาพที่ได้ย้อนพินิจและได้ชี้ประเด็นให้เห็นในบทแรก

ในบทนี้จะกล่าวถึงเนื้อหาหลักๆ คือ การสำรวจแนวคิดสิทธิมนุษยชนว่าถูกใช้ในความหมายอะไรบ้าง โดยอาศัยการจำแนกแยกแยะวิธีคิดของสิทธิมนุษยชนว่าตั้งอยู่บนฐานคติแบบใดบ้าง ขณะเดียวกัน เมื่อนำมาใช้ในสังคมไทย การรับรู้และความเข้าใจต่อสิทธิมนุษยชนของคนในสังคมไทย

มีในลักษณะใด ทั้งนี้ **เนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปข้างหน้านี้ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การโฆษณาประชาสัมพันธ์แนวคิดสิทธิมนุษยชนให้แพร่หลาย แต่มีความมุ่งหมายของการช่วยทำให้ความหมายสิทธิมนุษยชนเป็น "ความหมายที่เปิดกว้าง"** มากกว่าที่จะจำกัดคับแคบอยู่ในวงนักการทูต นักวิชาการ และนักเคลื่อนไหวทางสิทธิมนุษยชนเท่านั้น ซึ่งจะนำไปสู่การทบทวน ขบคิด และใคร่ครวญถึงสิทธิมนุษยชนในบริบทสังคมไทยอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

หลักพื้นฐานหกประการของสิทธิมนุษยชน

หลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนสามารถสรุปได้ 6 ประเด็นด้วยกันคือ

ประการแรก ประชาชนทุกคนมีสิทธิของตัวเองเพราะทุกคนล้วนเป็นมนุษย์

ประการที่สอง สิทธิมนุษยชนเป็นสากล หลักการสิทธิมนุษยชนใช้กับคนทุกคนทั่วโลกได้เหมือนๆ กัน ไม่ขึ้นอยู่กับว่าเขาเป็นใครหรืออาศัยอยู่ที่ไหน อย่างไรก็ตาม สิทธิมนุษยชนอาจมีรายละเอียดเฉพาะภูมิภาคหรือแต่ละประเทศ ดังนั้นการเคารพและปกป้องหลักการสิทธิมนุษยชนของแต่ละพื้นที่/ประเทศจึงมีระดับที่ต่างกัน เพราะมีพื้นฐานทางวัฒนธรรมหรือภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกันออกไปตามสภาพภูมิศาสตร์

ประการที่สาม ตามหลักการที่ว่า "มนุษย์ทุกคนล้วนมีเสรี เสมอภาค และมีศักดิ์ศรี ติดตัวมาแต่เกิด" สิทธิมนุษยชนจึงปฏิบัติกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องได้รับการปฏิบัติกับทุกคนเหมือนกัน (Treated the Same) ทุกประการ แต่สิทธิมนุษยชนปฏิบัติกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน (Treated Equally) และให้ "โอกาส" แก่ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน สิทธิมนุษยชนเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและยอมรับความแตกต่างของมนุษย์ ทั้งในด้านเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา การเมืองหรือความคิดเห็น ชาติ ทรัพย์สิน ชาติกำเนิด

หรือสถานภาพทางสังคม อย่างไรก็ตาม ด้วยสิทธิและศักดิ์ศรี บุคคลที่แตกต่างเหล่านั้นล้วนเหมือนกัน ฉะนั้นรัฐพึงเคารพและปกป้องสิทธิมนุษยชนแก่ทุกๆ คนอย่างเต็มความสามารถแม้ว่าจะมีความแตกต่าง แต่สิทธิมนุษยชนพึงตอบสนองแก่ความต้องการเฉพาะบุคคลซึ่งตกอยู่ในฐานะที่ไม่มีความมั่นคงหรือเป็นบุคคลที่อ่อนแอ เช่น ผู้หญิง เด็ก คนพิการ เชื้อชาติกลุ่มน้อย คนไร้รัฐ หรือนักโทษ เป็นต้น

ประการที่สี่ สิทธิมนุษยชนสนับสนุนสิทธิในระดับปัจเจกชนเป็นเบื้องแรก สิทธิมนุษยชนมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับปัจเจกชนโดยตรง มนุษย์ทุกคนต้องได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิของตนจากสังคมหรือรัฐบาล สิทธินั้นมิได้เป็นผลจากอภิสิทธิ์หรือการเลือกที่รักมักที่ชัง สังคมและรัฐบาลมีพันธกิจที่จะสนับสนุนความเป็นไปได้ของสิทธิมนุษยชนให้เป็นจริง

ประการที่ห้า สิทธิมนุษยชนห่อหุ้มด้วยหลักการพื้นฐานของมนุษยภาพ (Humanity) สิทธิบางประการ เช่น สิทธิในชีวิต (The Right to Life) เสรีภาพจากความเป็นทาส เสรีภาพที่จะไม่ถูกทรมาน เป็นสิ่งที่มิอาจละเมิดได้ไม่ว่ากรณีใดๆ อย่างไรก็ตาม กฎบัตรสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศก็ได้บัญญัติอนุญาตยกเว้นที่จะเข้าไปแทรกแซงสิทธิของปัจเจกชนได้ในกรณีที่จำเป็นหรือฉุกเฉินเท่านั้น เช่นในภาวะสงครามหรือการเกิดโรคระบาด รัฐสามารถย่อหย่อน (Derogation) ต่อหลักการสิทธิมนุษยชนเป็นกรณีเฉพาะได้

ประการที่หก การส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชนไม่สามารถผูกติดอยู่ภายใต้พรมแดนของรัฐชาติได้ ชาติทุกชาติต้องรับผิดชอบในการส่งเสริมและเคารพสิทธิมนุษยชน ปัจเจกชน ชาติ ชุมชน หรือรัฐต้องมีความรับผิดชอบที่จะสนับสนุนและให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนข้ามพรมแดนในทุกๆ ที่และทุกๆ เวลา

(International Federation of Red Cross et al.1999: 21–28)

ประเภทและยุคสมัยของสิทธิมนุษยชน

เพื่อทำความเข้าใจความหมายเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนให้มากขึ้น ในที่นี้จะลองมาพิจารณาการจัดจำแนกประเภทต่างๆ ของสิทธิมนุษยชน ว่ามีแนวทางอย่างไร และแต่ละประเภทมีลักษณะเด่นอันเฉพาะเจาะจงอย่างไร

การจำแนกประเภทของสิทธิมนุษยชนในแบบแรก สามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทใหญ่ๆ คือ 1. สิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง และ 2. สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Federation of Red Cross et al. 1999: 25) สิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ได้แก่ สิทธิในชีวิต อิสรภาพ ความปลอดภัยส่วนบุคคล เสรีภาพในการชุมนุม และสิทธิที่จะไม่ถูกทรมานหรือถูกกระทำอย่างโหดร้ายทารุณ ถูกกระทำเยี่ยงสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ ได้รับการปฏิบัติหรือถูกลงโทษอย่างต่ำทราม ถูกกักขังหน่วงเหนี่ยว จับกุมอย่างไร้เหตุผล

สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ได้แก่สิทธิในการที่จะมีมาตรฐานขั้นสูงสุดด้านสุขภาพ การทำงาน มีความปลอดภัยทางสังคม ได้รับอาหารที่พอเพียง สิทธิในการมีเครื่องนุ่งห่ม ที่พักพิงอาศัย สิทธิในการศึกษา และสิทธิที่จะได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์

สิทธิทั้งสองประการข้างต้น มีการบัญญัติเป็นกฎบัตรที่ชาติต่างๆ ซึ่งลงนามต้องให้การเคารพและปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลังได้มีการขยับขยายแนวความคิดเรื่องสิทธิในแนวทางที่สามขึ้นมา เรียกว่า “สิทธิในความสมานฉันท์” (Solidarity Rights) ซึ่งยังไม่ได้มีการยอมรับในฐานะบทบัญญัติที่สามารถบังคับได้ในระดับนานาชาติ แต่เป็นแนวคิดในการเกื้อหนุนจุนเจือกันและกัน มุ่งหวังผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียม และตอบสนองต่อการเยียวยาความทุกข์ยากของมนุษยชาติทั้งมวล สิทธิในการเกื้อหนุนจุนเจือกันและกันนี้ได้แก่ สิทธิ

ในการพัฒนา สิทธิในสันติภาพ สิทธิที่จะได้ประโยชน์จากมรดกร่วมของมนุษยชาติอย่างเท่าเทียมกัน และสิทธิที่จะปกป้องมนุษย์จากมลภาวะทางธรรมชาติแวดล้อม

การจัดจำแนกประเภทสิทธิมนุษยชนในอีกรูปแบบหนึ่งคือ การแบ่งตามมิติประวัติศาสตร์โดยจัดจำแนกเป็นยุคสมัยต่างๆ เพื่อชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการทางความคิดของสิทธิมนุษยชนซึ่งแปรผันไปตามกาลเวลา คาเรล วาสัค (Karel Vasak) อดีตผู้อำนวยการฝ่ายสิทธิมนุษยชนและสันติภาพของยูเนสโก ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของสิทธิมนุษยชนออกเป็น 3 ยุค (จรัญ 2545: 79) คือ

ยุคแรก เป็นยุคสิทธิมนุษยชนที่เน้นคุณค่าเรื่องอิสรภาพและเสรีภาพ หรือเน้นในเรื่องของสิทธิพลเมือง

ยุคที่สอง สิทธิมนุษยชนได้ขยายไปสู่คุณค่าอุดมคติเรื่อง "ความเสมอภาค" ซึ่งนำมาสู่สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

ยุคที่สาม เป็นยุคที่เน้นคุณค่าเรื่อง "ภราดรภาพ" หรือความสมานฉันท์ของเพื่อนมนุษย์ ทำให้เกิดสิทธิที่เรียกว่า สิทธิในความสมานฉันท์ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น "สิทธิของประชาชน" (Rights of People) ซึ่งเน้นสิทธิในการกำหนดอนาคตของตนเองทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม

ในทัศนะของชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (ชัยวัฒน์ 2543: 496–512) ได้จัดแบ่งประเภทของสิทธิมนุษยชนตามพัฒนาการทางความคิดสิทธิมนุษยชนไว้ 3 ยุคด้วยกันคือ

ยุคแรก เป็นยุคของการประกาศอิสรภาพของปัจเจกชนที่มีต่อรัฐ หรือเป็นยุคแห่งการตอกย้ำสิทธิพลเมืองที่จะปลอดภัยหรือไม่ถูกรัฐรังแก นักวิชาการบางคนเห็นว่า ยุคนี้เป็นส่วนผสมของการปฏิวัติฝรั่งเศสกับการกำเนิดขึ้นของสหรัฐอเมริกา ภาพปรากฏสำคัญของสิทธิมนุษยชนในยุคนี้คือ รัฐธรรมนูญอเมริกันที่ประกันสิทธิพลเมืองโดยเฉพาะสิทธิของปัจเจกชน

ให้เป็นอิสระจากอำนาจรัฐ

ยุคที่สอง เป็นการตั้งคำถามกับสิทธิทางการเมืองว่าไม่เพียงพอและไร้ความหมาย เพราะผู้คนยังอดอยากยากแค้น ไร้ความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจสังคม ดังนั้นในยุคนี้จึงเน้นสิทธิทางเศรษฐกิจ ซึ่งมุ่งสร้างหลักประกันให้คนท้องอิ่มเสียก่อนจึงจะสามารถไปเลือกตั้งหรือมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างมีความหมายได้ แนวความคิดนี้เฟื่องฟูในยุคคริสต์ทศวรรษที่ 60–80 เป็นยุคที่รัฐต้องเข้ามาประกันสิทธิทางเศรษฐกิจสังคม รัฐพึงมีหน้าที่ในการจัดการดูแลสวัสดิการของประชาชน ซึ่งแนวคิดนี้นำมาสู่การเพิ่มอำนาจรัฐให้มากขึ้น

ยุคที่สาม เป็นยุคปัจจุบันที่โลกกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาที่ท้าทายอย่างใหม่ และมิใช่ปัญหาซึ่งขัดแย้งในเชิงอุดมการณ์ แต่เป็นปัญหาและวิกฤตที่เกิดจากทิศทางการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและเงินตรา ความโลภ และศักยภาพทางเทคโนโลยีของมนุษย์ สิทธิมนุษยชนในยุคนี้จึงโน้มนำเข้าสู่สิทธิการพัฒนา ดังจะเห็นได้จากการก่อกำเนิดขึ้นของปฏิญญาว่าด้วยสิทธิในการพัฒนา ซึ่งได้รับการรับรองโดยสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2529 ด้านหนึ่งสิทธิมนุษยชนให้ความสำคัญกับการจำกัดอาวุธนิวเคลียร์ เพื่อสร้างหลักประกันด้านสันติภาพ อีกด้านหนึ่งให้ความสำคัญกับผลกระทบจากการพัฒนา ไม่ว่าปัญหาการใช้พลังงานนิวเคลียร์ ปัญหาการแย่งชิงทรัพยากรดิน น้ำ ป่า

การนำสิทธิมนุษยชนมาจัดประเภทและแบ่งยุค ได้ช่วยชี้ให้เห็นลักษณะเด่นของสิทธิมนุษยชนประการหนึ่ง คือ การทำให้สิทธิมนุษยชนมีความหมายว่า คือสิ่งที่มนุษย์ใช้ตอบโต้/ต่อรอง/ต่อต้านปัจจัยภายนอกที่เข้ามาแทรกแซงเสรีภาพของปัจเจกชน เพียงแต่คู่ตอบโต้นั้นได้เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทที่แตกต่างกันไป อาทิเช่น การจัดแบ่งยุคสิทธิมนุษยชนของชัยวัฒน์ สถาอานันท์ ในยุคแรก เป็นสิทธิที่จะต่อต้านโครงสร้างของอำนาจรัฐที่จะมากำหนดกดทับปัจเจกชน ในยุคสอง เป็นสิทธิที่จะต่อต้านการเอา

รัดเอาเปรียบทางเศรษฐกิจและความอดอยากหิวโหย และยุคสาม เป็นสิทธิที่จะต่อสู้กับการคุกคามสันติภาพ ซึ่งหมายถึงสิทธิในการต่อสู้เพื่อให้พ้นภัยจากการคุกคามชีวิตและความอยู่รอดของมนุษยชาติโดยรวม นั่นคือ การต่อต้านภัยร้ายจากอาวุธนิวเคลียร์หรือภัยจากสงคราม การต่อต้านกระบวนการทำลายทรัพยากรธรรมชาติอย่างล้างผลาญ และการต่อต้านการครอบงำทางวัฒนธรรมของชาติอภิมหาอำนาจ หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกออกจากการ “ปลดปล่อย” (Emancipation) ให้มนุษย์มีความอิสระในฐานะที่มนุษย์มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันเป็นคุณสมบัติพื้นฐาน (ชัยวัฒน์ 2543: 500)

ย้อนรอยแนวคิดสิทธิมนุษยชน

ประวัติศาสตร์การสถาปนาแนวความคิดสิทธิมนุษยชนบนโลกนี้คือการประกาศว่าสิทธิมนุษยชนคือพื้นฐานอันชอบธรรมขั้นสูงสุดสำหรับชุมชนมนุษย์ หรือคือหลักการสากลที่มนุษย์พึงเคารพ เพราะสิทธิในความเป็นมนุษย์ย่อมเป็นสิทธิทางธรรมขั้นสูงสุดในการดำรงอยู่ สิทธิเป็นจุดเชื่อมระหว่างบุคคลกับส่วนรวม เพื่อการพัฒนาชีวิต ทั้งส่วนบุคคลและส่วนรวม (เฉลิมเกียรติ 2530)

อาจกล่าวได้อย่างกว้างๆ ว่า การย้อนรอยแนวคิดสิทธิมนุษยชนมีสองแนวทาง คือ แนวทางหนึ่งเชื่อว่า สิทธิมนุษยชนถือกำเนิดขึ้นมาในช่วงศตวรรษที่ 17 มานี้เอง ซึ่งอยู่ในช่วงยุคที่เรียกว่า “ยุครู้แจ้ง” (Enlightenment) โดยมีหลักหมายสำคัญอยู่ที่หนังสือ *Second treatise of Government* ในปี ค.ศ. 1668 ของจอห์น ล็อค เพราะก่อนหน้านี้ สิทธิมนุษยชนในความหมายที่เข้าใจกันทุกวันนี้ยังไม่เกิดขึ้น ความคิดเรื่องสิทธิเป็นสิ่งที่ติดตัวมากับมนุษย์ทุกคนไม่แยกสีผิว ชนชั้น ชาติกำเนิด หรือ สิทธิตามธรรมชาติ ไม่ได้อยู่ในหัวสมองของคนกรีก คนโรมัน คนคริสต์ เพราะการกำหนดว่าใครมี/

ไม่มีสิทธิในยุคสมัยต่างๆ ข้างต้นนั้น คนกรีกในยุคคลาสสิกถือว่าคนที่ไม่ใช่กรีก เป็นคนเถื่อนไร้อารยะ ในยุคโรมัน สิทธิของคนขึ้นอยู่กับภูมิลำเนาที่คนผู้นั้นถือกำเนิด ความเป็นพลเมือง และความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้น นักทฤษฎีการเมืองสายคริสต์ศาสนาก็แยกสิทธิของคนคริสต์กับคนที่ไม่ใช่คนคริสต์ (ชัยวัฒน์ 2543: 498–499)

การเน้นสิทธิตามธรรมชาติของบุคคลนี้ ได้เปิดโอกาสให้มีการท้าทายอำนาจแก่บุคคลทั่วไป อย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน นั่นคือ ประชาชนมีสิทธิต่อต้านหรือล้มเลิกสถาบันการปกครอง รอยแตกแยกทางความคิดเกิดจากภาวะของการล่มสลายของรัฐศักดินา ด้วยแรงผลักดันของการปฏิวัติอุตสาหกรรม การก่อเกิดของชนชั้นกลางใหม่ เรียกร้องให้ตนเองมีสิทธิทางการเมือง โดยรัฐต้องมาเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของชนชั้นกลางใหม่ในฐานะสมาชิกของชุมชนการเมืองที่ยินยอมให้รัฐบาลปกครอง แนวความคิดเรื่องสิทธิจึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้ปัจเจกชนสามารถโลดเต้นได้ในเวทีการเมือง เฉลิมเกียรติ ผิวนวลได้จัดแบ่งหลักหมายสำคัญเชิงกระบวนทัศน์เรื่องสิทธิ พบว่า ในคริสต์ศตวรรษที่ 17–18 เป็นสิทธิที่จะต่อต้านรัฐ (รัฐราชาธิปไตยหรือรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์) ในคริสต์ศตวรรษที่ 19–20 เป็นสิทธิที่จะเรียกร้องจากรัฐ (เฉลิมเกียรติ 2530: 7) กล่าวคือ สิทธิมนุษยชนไม่ได้เปลี่ยนความหมายตัวมันเองเท่านั้น แต่ได้นำมาสู่การเปลี่ยนความหมายของ “รัฐ” จากรัฐที่มีอำนาจสมบูรณ์เด็ดขาด มาเป็นรัฐที่ต้องได้รับฉันทานุมัติจากผู้ถูกปกครอง และต้องกลับมาตอบสนองประชาชนซึ่งอยู่ใต้ร่มเงาของรัฐ อันเป็นฐานที่มาของแนวคิดรัฐสวัสดิการ (Welfare State) นั่นเอง

แนวความคิดสิทธิมนุษยชนอีกมุมมองหนึ่ง กลับมีความพยายามที่จะสืบค้นแนวคิดสิทธิมนุษยชนข้ามกาละและเทศะ ไม่ได้มองว่าสิทธิมนุษยชนมีต้นกำเนิดจากยุครู้แจ้ง โดยมีนักวิชาการหลายคนพยายามสืบย้อนหากลับไปดูร่องรอยวิธีคิดสิทธิในอดีต บางคนถึงกลับไปตามหาความหมายของสิทธิในสังคมบุพกาล เช่น เอ. พี. เอลคิน ได้ศึกษาสิทธิ

มนุษยชนในชุมชนดั้งเดิม อันเป็นสังคมชนเผ่าในแปซิฟิกตอนใต้และตะวันตกเฉียงใต้ รวมทั้งในออสเตรเลีย พบว่ามีสิทธิหลายประการที่อาจพอเปรียบเทียบได้กับแนวคิดสิทธิมนุษยชนในปัจจุบัน เช่น สิทธิในร่างกายและจิตใจเพื่อชีวิตที่ดี สิทธิที่จะนับถือและปฏิบัติศาสนาได้อย่างเสรี ตลอดจนสิทธิของชนกลุ่มน้อยในสังคม (เฉลิมเกียรติ 2530: 7) หรือใน *วิทยาศาสตร์ในสังคมเสรี* ของพอล ฟายเออราเบนด์ นักปรัชญาวิทยาศาสตร์ อ้างว่า "คนป่าเถื่อน" บางพวกมีเหตุผล ความรู้ กาลเทศะ และความใจกว้างของจารีต ความเชื่อมากกว่าชาวคริสต์ที่กระทำต่อความเชื่ออื่นๆ เขายกตัวอย่างชุมชนเอเชียไมเนอร์ที่มีคนต่างเผ่าต่างวัฒนธรรมอาศัยปะปนกันอย่างสงบสุข ทั้งชาวบาบิโลน ชาวอียิปต์ ชาวกรีก ชาวมิตันนี ชาวฮิตไตท์ ได้ร่วมกันก่อตั้ง "สากลนิยมครั้งแรกสุด" เมื่อ 1600–1200 ปีก่อนคริสต์ศักราช หรือในยุคจักรพรรดิเจงกิสข่านเองได้ให้สิทธิเสรีภาพในการนับถือศาสนา (ฟายเออราเบนด์ 2532: 31)

แนวทางการย้อนรอยสิทธิมนุษยชนทั้งสองประการ ดูเหมือนจะถกเถียงกันในความเงียบต่อไป เพราะยังไม่มีใครตัดสินว่าความคิดใดจะถูกต้องกว่าอีกความคิดหนึ่ง และประเด็นจุดกำเนิดสิทธิมนุษยชนอาจไม่เป็นที่สนใจถกเถียงในแวดวงวิชาการอีกต่อไป ในแง่มุมหนึ่ง การพยายามค้นหาร่องรอยของสิทธิในสังคมที่ถูกประทับตราว่าป่าเถื่อน ย่อมจะช่วยยกระดับให้กลายเป็นคนป่าที่มีอารยะ (Noble Savage) ซึ่งก็เป็นสิ่งเดียวกับหน้าที่ประการหนึ่งของนักมานุษยวิทยาทั้งหลายที่พยายามศึกษาคนอื่น (The Others) เพื่อทำให้มองเห็นว่าคนบ้านป่ามิได้มีวิธีคิดที่ต่ำต้อยไปกว่าคนตะวันตกหรือคนที่ได้รับการศึกษาเลย อีกด้านหนึ่ง การกลับไปเชิดชูบูชาโลกอดีต มิได้หมายความถึงการถอยหลังกลับไปหาโลกอุดมคติที่เคยเกิดขึ้นแล้ว เฉกเช่นเชื่อว่าโลกหมู่บ้านหรือโลกบุพกาลไร้ซึ่งความขัดแย้ง โลกอดีตไม่ได้สวยหรูไปเสียทุกอย่าง หรือเคารพสิทธิในความเป็นมนุษย์ทุกหนแห่งก็หาไม่ แต่บางด้านของสังคมในกาลเก่าเหล่านั้นอาจ

ช่วยชี้ความขลาดเขลาของมนุษย์ได้อย่างแหลมคมที่สุด การเปรียบเทียบโลกอดีตกับโลกปัจจุบัน ทำให้มองเห็นว่าโลกปัจจุบันไม่ได้ “ก้าวหน้า” “พัฒนา” หรือ “เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น” หรืออาจจะดำรง “ความเลวร้าย” ไม่ต่างจากอดีตเลยแม้แต่น้อย ทว่ากาลปัจจุบันกลับมิสามารถข้ามพ้นปัญหาของมนุษยชาติที่เคยประสบพบพานมาก่อน รังแต่จะพอกพูนเพิ่มทวีทับถมปัญหาให้หนักหน่วงรุนแรงมากยิ่งขึ้น กลายเป็นกับดักแห่งมนุษยชาติที่นับวันจะฝ่าข้ามพ้นลำบากขึ้นทุกที

อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การย้อนรอยถอยกลับไปสำรวจประวัติศาสตร์ของสิทธิมนุษยชน ช่วยตอกย้ำยืนยันว่าสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่มีรากเหง้าทางความคิด มโนทัศน์สิทธิมนุษยชนไม่ใช่ “มโนทัศน์ที่ไร้ประวัติศาสตร์” (Ahistorical Concept) สิทธิมนุษยชนมีที่มาที่ไปหรือพัฒนาการมาจากการต่อยอดฐานคติความเชื่อต่างๆ ซึ่งผ่านการขับเคี่ยวทางความคิดอย่างหนักมาในอดีต เช่น แนวคิดที่ปฏิเสธการค้าทาสมิใช่อยู่ดีๆ จะผุดขึ้นมาในวันเลิกทาส แต่กว่าสังคมคริสเตียนจะยอมรับการเลิกทาสก็ต้องใช้เวลาถึง 1,800 ปี ในการสรุปว่าการเป็นทาสมิใช่เป็นคุณสมบัติอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ (Mullerson 1997: 88–89)

สิทธิมนุษยชน: การผสมผสานทางความคิด

ลักษณะเด่นประการหนึ่งของแนวความคิดสิทธิมนุษยชนที่ผ่านมา ได้พยายามสถาปนาตนเองในฐานะจริยธรรมทางโลก (Secular Morality) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นส่วนผสมของความเป็นสากลของหลักธรรมแบบศาสนาซึ่งมุ่งตอบสนองจรรโลงมนุษยชาติทุกคนให้สามารถบรรลุอิสรภาพทางจิตวิญญาณ กับแนวความคิดพื้นฐานในการบำรุงการตอบสนองทางกายของมนุษย์ให้อยู่ดีกินดี สิทธิมนุษยชนมาจากส่วนผสมของปรัชญาวิธีคิดหรือกระแสธารความคิดหลายสาย ประกอบสร้างเป็นฐานคติที่ร้อย

เรียงเป็นรากฐานแห่งองค์ความรู้ ปรัชญา/วิธีคิดแห่งสิทธิมนุษยชนนี้ ได้ส่งผลในการเปลี่ยนแปลงต่อโลกทัศน์/ชีวทัศน์ทางสังคมอย่างยิ่ง ในประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา การก่อกำเนิดของอธิปไตยรัฐชาติหรือความเป็นประชาธิปไตย แนวคิด “สิทธิมนุษยชน” เปรียบเสมือนเสาเอกค้ำจุนทางความคิดให้เกิดการปฏิวัติเปลี่ยนแปลงโลก เช่น การปฏิวัติฝรั่งเศส การก่อรูปของสหรัฐอเมริกา หรือแม้แต่การลุกขึ้นมาชุมนุมประท้วงรัฐบาลเผด็จการในเหตุการณ์ 14 ตุลา แนวคิดสิทธิเสรีภาพถูกนำมาประยุกต์ใช้เป็นอาวุธทางความคิดชิ้นสำคัญในการต่อสู้ทางความหมาย (เกษียร 2542ข)

อย่างไรก็ตาม สิทธิมนุษยชนมีพัฒนาการทางความคิดที่ต่อเนื่องยาวนาน มีการสืบต่อและดัดแปลงความคิดต่างๆ มาสร้างปรัชญาเฉพาะของตน ขณะเดียวกันก็ถูกท้าทายจากหลายสำนักคิดซึ่งมีฐานคติที่แตกต่างออกไป การทำความเข้าใจกระบวนการคลี่คลายทางความคิดของสิทธิมนุษยชนในปัจจุบันจึงต้องสืบสาวย้อนกลับไปว่า สิทธิมนุษยชนมีความเป็นมาอย่างไร เพื่อจะโน้มนำมาสู่การทำความเข้าใจที่มาที่ไปของหลักการพื้นฐานและการปฏิบัติของสิทธิมนุษยชน ความหมายของสิทธิมนุษยชน มายาคติของสิทธิมนุษยชน และข้อจำกัดของสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะพิจารณารายละเอียดเป็นลำดับไป

การสืบย้อนร่องรอยความคิดสิทธิมนุษยชน ทำให้เห็นว่า การอธิบายสิทธิมนุษยชนในยุคเริ่มแรกนั้น มุ่งสนใจการนำเสนอความคิดเพื่อยับยั้งโศกนาฏกรรมจากความรุนแรงจากน้ำมือมนุษย์ด้วยกันเองที่ได้เกิดขึ้นบนโลก จุดวาบทางความคิดของสิทธิมนุษยชนอาจได้มาด้วยหยาดเลือดและคราบน้ำตาในภาวะสงครามโลก จนนานาประเทศต้องหันมาร่วมร่างกติกาเพื่อห้ามปรามการสังหารเข่นฆ่ามวลมนุษย์มิให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า

สิทธิมนุษยชนจึงมีรากฐานจากการมุ่งสู่การเป็นวิธีคิดเพื่อนำไปสู่การป้องปรามสงครามมิให้อุบัติอย่างซ้ำซาก แต่ก็ไม่ได้ต้องการบังคับ

กะเกณฑ์ให้ใคร ประเทศใด สังคมใด ให้กระทำตาม หากมุ่งหวังการเรียกร้องมโนสำนึกของผู้ร่วมลงสัตยาบัน หรือเรียกร้องให้ปัจเจกชนหรือส่วนรวมของสังคมหันมาตระหนักถึงความน่าสะพรึงกลัวของสงครามและหันมาร่วมมือสร้างสันติภาพให้บังเกิดขึ้น ดังนั้น สิทธิมนุษยชนจึงเน้นไปที่การสร้างกติกา/กฎเกณฑ์/จัดระเบียบให้แก่สังคมโลกภายหลังควันไฟอันคุกรุ่นของสงครามเลิกราไป ฐานคติของการสร้างกติกาตามหลักสิทธิมนุษยชนจึงเป็นการคัดสรร/ปรุงแต่ง/นำพาความคิดต่างๆ มาร้อยเรียงเคียงกันสร้างสรรค์เป็นหลักสากลที่จะคุ้มครองโลกและมนุษย์ทุกผู้นาม

เป็นที่น่าสังเกตว่า ความพยายามในการร่างปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มาจากการประชุมความคิดอันหลากหลายฝ่ายของความเชื่อ ซึ่งมีการแสดงความเห็นจากจุดยืนต่างกระแส มีบางพวกที่ถกเถียงจากฐานวิถีความเชื่อที่ฝังรากอยู่ในสังคม เช่น ตัวแทนจีนที่แสดงจุดยืนของความคิดแบบขงจื๊อ มีหลายฝ่ายที่แสดงความไม่เห็นด้วยและถึงกับงดออกเสียงรับรอง เช่น ประเทศฝ่ายคอมมิวนิสต์ หรือประเทศมุสลิม อย่างซาอุดิอาระเบีย แต่ถึงที่สุดแล้ว การประกาศรับรองปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนก็ผ่านไปด้วยดี เพราะบรรยากาศ “พิเศษ” ของช่วงจังหวะเวลาทางประวัติศาสตร์ที่ยังไม่จางหายกลิ่นอายสงครามและการสังหารเข่นฆ่า รวมทั้งการปลดแอกจากประเทศอาณานิคมยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และความขัดแย้งระหว่างประเทศในรูปลักษณ์ใหม่คือสงครามเย็นยังไม่แผ่ซ่านปกคลุมจนมิอาจประนีประนอมทางความคิดได้ (ชัยวัฒน์ 2543)

กระบวนการเลือกสรรผสมผสานวิธีคิดต่างๆ มาประกอบสร้างเป็นแนวคิดสิทธิมนุษยชนนับเป็นสิ่งที่มีจุดแข็ง/จุดอ่อนในตนเอง บางความคิดช่วยหนุนเสริมสอดรับกันเป็นอย่างดี บางความคิดเน้นหนักให้ความสำคัญคนละด้านคนละแง่มุม และบางความคิดอาจมีฐานคติที่ขัดแย้งกันเอง แต่อย่างไรก็ตาม การประชุมทางความคิดที่หลากหลายนั้น จำต้องมีการจัดลำดับความคิดให้เป็นระเบียบ ประนีประนอมหรือกลืนกลายทางความคิด

บางครั้งอาจเกิดอาการแตกหักกับความคิดอื่นๆ ที่ไม่เข้าพวก ในที่นี้จะแยกแยะรากฐานความคิดต่างๆ และนำเสนอการขบคิดและทบทวนเชิงปรัชญาที่หนุนเสริมและขัดขวางสิทธิมนุษยชน โดยเลือกที่จะอธิบายลักษณะเด่นบางประการของปรัชญาแต่ละประเภท เช่น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นภาพสะท้อนของการผสมผสานทางความคิดอย่างชัดเจน เพราะไม่ได้ตั้งใจที่จะสถาปนาฐานที่มั่นทางทฤษฎีหรือยึดมั่นรากฐานองค์ความรู้ใดความรู้หนึ่งอย่างเหนียวแน่น แต่มุ่งมั่นที่จะเป็นปฏิกิริยาตอบโต้กับผลพวงของความโหดเหี้ยมจากสงครามโลกครั้งที่สอง

อย่างไรก็ตาม มีผู้หยิบแนวคิดแห่งการผสมผสานนั้นมาประยุกต์ใช้อย่างหลากหลายเพื่อบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทั้งองค์กรโลกบาล องค์กรระหว่างประเทศ รัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งระหว่างประเทศ ระดับภูมิภาค และในประเทศ องค์กรศาสนา องค์กรชุมชน หรือแม้แต่ปัจเจกชนก็สามารถอ้างวาทกรรมสิทธิมนุษยชนมาใช้ต่อสู้ปกป้องชีวิตและชุมชนของตนเอง สิทธิมนุษยชนดูเหมือนว่าจะเป็นเรื่องที่ใครหยิบไปใช้เมื่อไหร่อย่างไรก็ได้แล้วแต่การตีความ/แล้วแต่โอกาส แต่ในความเป็นจริงหาเป็นเช่นนั้นไม่ การอ้างสิทธิมนุษยชนไม่ได้อ้างขึ้นมาลอยๆ โดยปราศจากที่มาที่ไป หรืออ้างอย่างฉาบฉวยผิวเผิน แต่มักจะมาจากการประมวลรวมเอากระบวนระบบคิดต่างๆ มาเป็นชุดอธิบายการกระทำของตนเอง/นิยามความสำคัญหรือปัญหาที่ตนกำลังเผชิญอยู่

ฐานคติสิทธิมนุษยชน

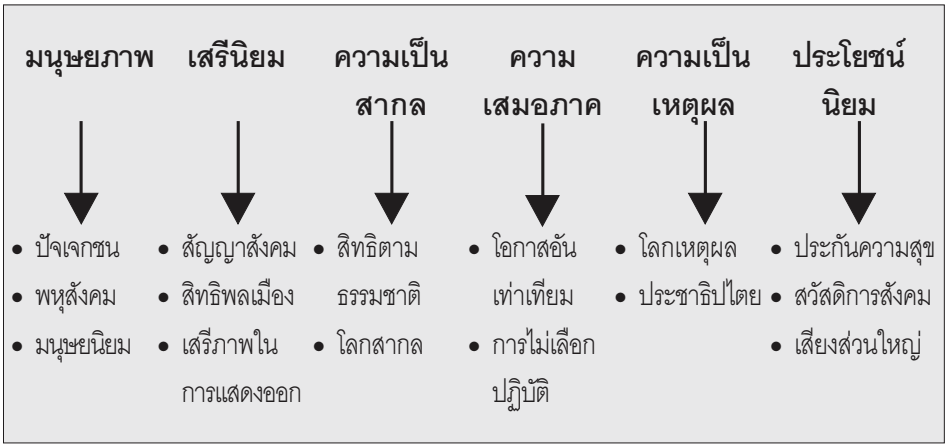
ในที่นี้จะขอสรุปและแยกแยะความคิดสำคัญที่มีอิทธิพลและสนับสนุนค้ำจุนสิทธิมนุษยชนให้มีความหมายร่วมกันบางอย่าง เพื่อชี้แนะชักนำให้เห็นความซับซ้อนของความหมายสิทธิมนุษยชน และช่วยทำให้

เห็นพัฒนาการทางปรัชญาสิทธิมนุษยชนซึ่งได้เปลี่ยนแปลงตนเอง ปะทะประสาน/ต่อล้อต่อเถียงกับปรัชญาสกุลความคิดอื่นๆ แน่นอนว่าสิทธิมนุษยชนมีผู้ให้ความหมายแตกต่างหลากหลายกันไป แต่ท่ามกลางความหลากหลายของความหมายนั้น มีจุดร่วมที่เห็นพ้องต้องกันอยู่บ้าง สิ่งที่พอจะทำได้ก็คือ ช่วยร่างภาพคร่าวๆ ของความคิดสิทธิมนุษยชนให้พอเห็นเป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจนขึ้น มิใช่การผูกขาดความหมายสิทธิมนุษยชนให้มีความหมายเพียงหนึ่งเดียว

จากการศึกษาโดยการอ่านตัวบทของสิทธิมนุษยชนต่างๆ สามารถจำแนกแยกแยะฐานความคิดของสิทธิมนุษยชนด้วยกัน 6 แนวคิด (โปรดดูแผนภาพที่ 1) คือ

1. มนุษยภาพ (humanity)
2. เสรีนิยม (liberal)
3. ความเป็นสากล (universality)
4. ความเสมอภาค (egalitarian)
5. ความเป็นเหตุผล (rationality)
6. ประโยชน์นิยม (utilitarian)

แผนภาพที่ 2 จำแนกฐานคิดสิทธิมนุษยชน



มนุษยภาพ

ภาพร่างของพื้นฐานความคิดของสิทธิมนุษยชนที่สำคัญประการแรก คือแนวคิดมนุษยภาพซึ่งมีฐานรากจากการพยายามแยกอาณาจักรออกจากศาสนจักร หรือการแยกเรื่องทางโลกออกจากศาสนา สมมติฐานสำคัญของแนวทางนี้จึงเป็นการยกระดับมนุษย์ให้มีความรับผิดชอบตนเอง ไม่ใช่ฝากความหวังไว้กับสิ่งเหนือธรรมชาติ มนุษยภาพมาจากฐานคติแบบมนุษยนิยม (Humanism) ซึ่งมองเห็นว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง มนุษย์ต้องยกระดับตัวเองผ่านการศึกษา เราจะพบร่องรอยวิธีคิดเช่นนี้ในภาษาละติน มีการประดิษฐ์สร้างคำว่า “Humanitas” หมายถึงความรู้ในเชิงศิลปะที่สัมพันธ์กับโลกของมนุษย์ มีความหมายต่างจาก “Divinitas” ซึ่งมีความหมายนัยเป็นเรื่องของเทววิทยา มนุษยนิยมทำให้มนุษย์กลายเป็นศูนย์กลางของโลก โดยเน้นโลกของความเป็นเหตุผลว่าเป็นฐานของการสร้างองค์ความรู้ ทำให้เกิดการสถาปนาศาสตร์ความรู้แขนงต่างๆ มากมาย

แนวความคิดมนุษยนิยมยังคงเข้าไปสอดรับกับการปฏิเสธความคิดเรื่องการลดทอนมนุษย์สู่ความเป็นทาสและการลงทัณฑ์อย่างไร้เหตุผล (เช่น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 4–5, กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ข้อ 7–11) แนวความคิดมนุษยนิยมเน้นความสำคัญของโลกปัจจุบัน โดยไม่เชื่อโลกของจิตวิญญาณหรือโลกหน้า ดังนั้นปัจเจกชนพึงที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สมบูรณ์ในชั่วชีวิตที่เกิดมา มนุษยนิยมจึงเน้นการมีศักดิ์ศรี และตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ของปัจเจกชน มนุษย์ต้องพัฒนาเป็นมนุษย์ที่มีเหตุผลที่จะวิพากษ์วิจารณ์ความเชื่อต่างๆ อันไร้สาระ และพัฒนาเหตุผลของตนเพื่อสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิตของตนเองได้ มนุษย์ต้องแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

แต่อย่างไรก็ตาม มนุษยนิยมไม่ได้ส่งเสริมให้ปัจเจกชนสุดขั้วต่างคนต่างอยู่ ปัจเจกชนจะต้องรับผิดชอบสังคมซึ่งอยู่ห้อมล้อมตัวเขาด้วย

มนุษยนิยมเห็นว่า ปัจเจกชนทุกคนจะมีชีวิตที่ดี หากสังคมมีความยุติธรรม มีความอดกลั้น และเป็นประชาธิปไตย เพราะมนุษยนิยมไม่เชื่อว่ามนุษย์จะตัดขาดจากสังคมได้ สังคมจะต้องเป็น “สังคมเปิด” หรือ “พหุสังคม” ที่เอื้อโอกาสให้ปัจเจกชนที่มีความแตกต่างหลากหลายดำรงอยู่ แต่คนทุกคนจะต้องช่วยกันสร้างสังคมซึ่งมีความดีงามร่วมกัน มีการจัดการศึกษา การบริการด้านสุขภาพ และมีความยุติธรรมร่วมกัน มนุษยนิยมจึงมีความหมายที่ไม่แบ่งแยกคนกลุ่มน้อย หรือเปิดโอกาสให้คนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอยู่เหนือคนกลุ่มอื่นๆ ได้ ฐานคตินี้เองนำมาสู่การคุ้มครองคนส่วนน้อย/คนด้อยโอกาสในสังคม (เช่น อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ, อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก, สิทธิคนพิการในข้อ 63–65 ในปฏิญญาเวียนนาและแผนปฏิบัติการ) และในยุคต่อๆ มา แนวคิดมนุษยนิยมได้เป็นพื้นฐานให้กับการก่อเกิดของการปกป้องสิทธิของปัจเจกชนในการเลือกที่จะคุมกำเนิด ทำแท้ง การเรียกร้องสิทธิของเกย์หรือเลสเบี้ยน เป็นต้น

แนวคิดสิทธิมนุษยชนจึงอิงแอบอยู่กับความคิด “มนุษยนิยม” ค่อนข้างชัดเจน ด้วยมีจุดหมายทำให้ความสัมพันธ์ของมนุษย์เป็นไปอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน มิให้มีสิ่งใดมากีดขวางกั้นให้มนุษย์สามารถบรรลุศักยภาพของตนเองได้ ฉะนั้นมนุษย์พึงโอบอ้อมอารีแก่ผู้อื่น อันเป็นแนวทางแห่งมนุษยธรรม (Humanitarian) แต่ถึงที่สุดแล้ว สิทธิมนุษยชนกับมนุษยธรรมย่อมไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เพราะมนุษยธรรมนั้นมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาอย่างปัจจุบันทันด่วน เช่น การช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม ขณะที่สิทธิมนุษยชนมุ่งการเปลี่ยนกฎหมายหรือเปลี่ยนการปฏิบัติของมนุษย์ ซึ่งนำมาสู่วิธีคิดในการแก้ปัญหาระยะยาว (Mullerson 1997: 2)

เสรีนิยม

แนวความคิดที่เคารพอิสรภาพของมนุษย์สะท้อนอยู่ในนักคิดสายเสรีนิยม นักคิดสายเสรีนิยมคนหนึ่งอย่างฌอง-ฌาคส์ รุสโซ เคยกล่าวไว้ว่า “มนุษย์ทุกคนเกิดมาเสรี แต่ทุกหนแห่งเขากลับถูกพันธนาการ” (Man is born free, but everywhere he is in chains) เป็นคำกล่าวที่สะท้อนภาพความล้มเหลวของสังคมที่ได้พรากเสรีภาพที่ติดตัวมาแต่กำเนิด รุสโซเห็นว่าควรที่จะปกป้องปัจเจกชนจากอำนาจของสถาบันสังคม ศัตรูของเสรีภาพก็คือรัฐและโบสถ์ ด้วยเหตุที่รุสโซไม่ใช่นักคิดซึ่งมองธรรมชาติของมนุษย์นั้นสามานย์ชั่วร้ายอมทุกข์เห็นแก่ตัว แต่มองว่ามนุษย์ถูกสาบให้มีเสรีภาพเช่นเดียวกับนักปรัชญาอัตถิภาวะนิยมอย่างฌอง-ปอล ซาร์ต ได้ประกาศไว้ในภายหลัง รุสโซเห็นว่าสังคมเป็นสิ่งที่ปัจเจกชนสร้างขึ้นมากับมือ ดังนั้นจึงเห็นว่าปัจเจกชนต้องสร้าง “สัญญาสังคม” (Social Contract) ซึ่งทุกคนร่วมกันร่างกติกาเพื่อบัญญัติว่าอะไรคือ “ความดีงามร่วม” (Common Good) ที่คนในสังคมจะเคารพเหมือนๆ กัน และเขาเชื่อว่ามันจะไม่เข้าไปแทรกแซงสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งก็คือการคืนกลับอำนาจในการตัดสินชะตาชีวิตกลับไปยังปัจเจกชนอีกครั้ง

การที่แนวคิดเสรีนิยมเห็นว่า สิทธิของปัจเจกชนเป็นสิ่งสำคัญเหนืออื่นใด สำคัญกว่ารัฐ ประเพณี หรือโครงสร้างสังคม จึงมีผู้ตีความว่าเสรีนิยมให้ความสำคัญกับโลกส่วนตัว (Private) มากกว่าอาณาบริเวณสาธารณะ (Public) (Slater 1998a: 138–150) ส่งผลให้สนใจความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับปัจเจกบุคคล และมองไม่ต่างจากแนวคิดมนุษยนิยมตรงที่เห็นพ้องต้องกันว่า เสรีภาพของปัจเจกชนเป็นคำตอบสุดท้ายในเชิงอุดมคติ อย่างไรก็ตามทั้งสองแนวคิดนี้ไม่ได้เห็นด้วยกับอนาธิปไตย (Anarchist) ที่เสนอภาพต่างคนต่างอยู่ แต่ทั้งสองแนวคิดกลับย้ำว่า ยังต้องมีแก่นแกนของความดีงามร้อยรัดคนเอาไว้ให้อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นกฎกติกานั้นต้องมาจากการมีส่วนร่วมของปัจเจกชนทุกคนทุกกลุ่ม เพื่อ

ป้องกันมิให้อำนาจของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเบียดเบียนบีฑาคนกลุ่มน้อยได้

อิทธิพลของแนวคิดเสรีนิยม นำมาสู่ข้อเสนอว่าให้ปัจเจกชนมีเสรีภาพ เพราะเชื่อมั่นในการมีเหตุผลของปัจเจกชนที่จะตัดสินว่าอะไรถูกผิดได้ด้วยตนเอง และเรียนรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด ดังนั้น แนวคิดเสรีนิยมจึงมีเป้าหมายของการจำกัดอำนาจรัฐมิให้รุกรานปัจเจกบุคคล ในการปฏิวัติฝรั่งเศส หลักการที่มีส่วนผลักดันให้เกิดการลุกฮือขึ้นเปลี่ยนแปลงประเทศไปสู่สาธารณรัฐก็คือ สิทธิมนุษยชน ดังนั้น คำประกาศว่าด้วยสิทธิของมนุษย์และพลเมือง ซึ่งออกโดยสมัชชาแห่งชาติฝรั่งเศสในปีค.ศ. 1789 จึงยึดถือหลักการ “สิทธิซึ่งไม่อาจล่วงละเมิดได้ของปัจเจกชน” นอกจากนี้สิทธิมนุษยชนยังมีอิทธิพลอย่างสำคัญยิ่งในรัฐธรรมนูญของนอร์เวย์ที่ร่างขึ้นในปี ค.ศ. 1814 อีกด้วย

เสรีนิยมตามแนวคิดของจอห์น ล็อค เห็นว่า รัฐจะมีความสำคัญต่อเมื่อทำหน้าที่ปกป้องความปลอดภัยและอิสรภาพของประชาชนเท่านั้น ฉะนั้นประชาชนมีสิทธิที่จะล้มล้างรัฐหากเห็นว่ารัฐนั้นกดขี่ประชาชน ความคิดของล็อคได้ส่งอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิด “สิทธิพลเมือง” (Civil Rights) ซึ่งไม่ได้มองคนในฐานะบุคคลที่เป็นคนคนอีกต่อไป แต่ยกระดับมาเป็น “ประชาชน” โดยรัฐจะต้องมีหน้าที่คุ้มครองสิทธิของประชาชน และอีกด้านหนึ่ง รัฐไม่มีความชอบธรรมที่จะไปแทรกแซงสิทธิของประชาชน ประเด็นสำคัญที่สิทธิพลเมืองให้การปกป้องคือเสรีภาพในการแสดงออก (Freedom of Expression) หรือเสรีภาพในการพูด (Freedom of Speech) เพราะการแสดงความคิดเห็นเป็นเสียงที่จะสื่อความต้องการของประชาชนสู่สังคมหรือรัฐบาลได้ อันเป็นพื้นฐานของการปกครองในรูปแบบประชาธิปไตย รวมถึงการคลี่คลายไปสู่การปกป้องเสรีภาพของสื่อมวลชนในฐานะผู้ที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นแทนประชาชน

ในอีกด้านหนึ่ง เสรีนิยมยังได้มีอิทธิพลต่อแนวความคิดในการปรับปรุงรัฐมิให้ทำลายปัจเจกชน คือคลี่คลายไปสู่การสร้างรัฐที่เอื้อต่อปัจเจกชน หรืออีกนัยหนึ่งคือรัฐที่ดี (Good Governance) เป็นการใช้อำนาจรัฐในด้านบวกที่จะปรับปรุงเศรษฐกิจ การเมืองที่จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของปัจเจกชนในที่สุด (Dye 1996) ความคิดเช่นนี้ถูกวิจารณ์ว่าให้ความสำคัญกับการเมืองในระบบมากกว่าที่จะสนใจอาณาบริเวณสาธารณะ (Public Sphere) ทำให้ไม่ให้ความสำคัญของประชาสังคม เพราะเชื่อมั่นในการต่อรองของปัจเจกชนกับรัฐ การตีความเช่นนี้เชื่อว่าสังคมไม่มีอยู่จริง โครงสร้างสังคมนั้นเป็นผลิตผลที่ไม่ได้ตั้งใจของการกระทำหรือรวมตัวเป็นสังคม คำกล่าวที่สะท้อนแนวความคิดนี้อย่างชัดเจนก็คือ อดีตนายกรัฐมนตรีของอังกฤษ มากาเร็ต แธตเชอร์ “ไม่มีสิ่งที่เรียกว่าสังคมดำรงอยู่ มีแต่ปัจเจกชนและครอบครัวต่างหาก” (Slater 1998a: 138–150) หรือในยุคต่อๆ มา มีการตีความแนวคิดเสรีนิยมไปในหลายๆ ทาง เช่น บางคนวิจารณ์ตรรกะของเสรีนิยมที่ยึดถือความเป็นปัจเจกภาพอย่างเหนียวแน่น เพราะเชื่อมั่นในเหตุผลของมนุษย์ในการคิดใคร่ครวญด้วยตนเองมากเกินไป ถ้าใครอ้างว่าการเสพยาบ้าเป็นคุณค่าจริยธรรมส่วนตัวของเขา และการกระทำดังกล่าวไม่ก่อความเดือดร้อนให้ผู้อื่น เสรีนิยมก็เห็นว่าเราควรเคารพการตัดสินใจของเขา ดังนั้น เสรีนิยมจึงมองมนุษย์ในแง่ดีเกินไป (Slater1998b: 315–328)

ความเป็นสากล

วิธีคิดที่สำคัญของสิทธิมนุษยชนก็คือ การมองโลกอย่างเป็นสากลด้วยความเชื่อว่ามนุษย์บนโลกมีความเหมือนมากกว่าความต่าง มีความต้องการพื้นฐานที่ไม่ได้แตกต่างอะไรกันเลย มนุษย์ต้องการความสุข ต้องการอาหาร ต้องการที่อยู่อาศัย เหมือนกันทั้งหมดทั้งสิ้น ความเป็นสากลนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อเรื่อง “ธรรมชาติความเป็นมนุษย์” ซึ่งไม่สามารถ

เปลี่ยนแปลงได้ หรือพรากจากมนุษย์ไปได้ ฉะนั้น สิทธิที่มนุษย์พึงมี จึงเป็น “สิทธิธรรมชาติ” (Natural Rights) หรือเป็นสิทธิที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งมิอาจถ่ายโอนให้แก่กันและกันได้ และรัฐมิอาจมาล่วงละเมิดได้ แนวความคิดสากลจึงนิยมที่จะประกาศ “หลักการขั้นพื้นฐาน” ที่หวังว่าจะใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา และหลักการนั้นถือเป็นคุณค่าเชิงจริยธรรมของมนุษย์ร่วมกัน ซึ่งปลอดจากการครอบงำของอำนาจต่างๆ

แนวความคิดความเป็นสากลเป็นฐานรากสำคัญประการหนึ่งของสิทธิมนุษยชน เช่นในปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชน ข้อสอง ระบุว่า บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิเสรีภาพ โดยไม่ขึ้นอยู่กับว่าเขาเป็นใคร มีความแตกต่างไปจากคนอื่นๆ หรือไม่ ไม่ว่า เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจ ชาติกำเนิด หรือสถานภาพทางสังคมใดๆ ที่ได้มาภายหลัง

ฉะนั้นอุดมการณ์สำคัญที่สะท้อนความเชื่อออกมาภายใต้ความคิดดังกล่าวก็คือ โลกที่ปลอดอุดมการณ์ หรือการหมดสิ้นของอุดมการณ์ (The End of Ideology) เพราะสิทธิมนุษยชนอยู่เหนืออุดมการณ์ต่างๆ พยายามจะข้ามพ้นฝั่งฝ่ายของอุดมการณ์ ไม่ว่าซ้ายหรือขวา สังคมนิยมหรือเสรีนิยม หรือข้ามพ้นกรอบทางศาสนา ไม่ว่าพุทธ คริสต์ อิสลาม สิทธิมนุษยชนจึงเป็น “หลักสากล” หรือมองโลกอย่างเป็นสากล จึงเน้นการก้าวเข้าสู่ความร่วมมือในระดับระหว่างชาติ โดยเชื่อว่า ถ้าข้ามพ้นมิติการมองความเป็นรัฐชาติอย่างยึดติดเหนียวแน่นตายตัว โดยแต่ละชาติหันมาเคารพหลักสิทธิมนุษยชน เชื่อว่าในที่สุดแล้ว การเคารพหลักสิทธิมนุษยชนจะนำพาสันติภาพมาสู่โลกได้ เช่น การร่วมมือกันปลดอาวุธนิวเคลียร์ไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากยังคิดอยู่ในกรอบรัฐชาติ แต่ต้องคิดถึง “โลกอันเป็นสากล” ซึ่งเป็นหนึ่งเดียว

ความเสมอภาค

ในงานของเจอรัลด์ เอฟ โกส์ (Gaus 2000: 127) ได้อรรถาธิบายว่า ความเท่าเทียมเป็นอุดมคติทางการเมืองชนิดหนึ่ง ซึ่งปฏิเสธการให้สิทธิพิเศษทางการเมืองหรือสิทธิทางเศรษฐกิจแก่คนหนึ่งหรือกลุ่มคนหนึ่งใด หรือตั้งอยู่บนฐานคิดของการเสมอภาคมากกว่าการเน้นเสรีภาพ ความเท่าเทียมจึงมีนัยของการไม่เลือกปฏิบัติ เพราะเชื่อว่าทุกคนเกิดมาเท่าเทียมกัน จึงมีสิทธิที่จะได้รับหรือควรค่าแก่ความเคารพเหมือนกัน

นักคิดที่เน้นความเสมอภาค (Egalitarian) อย่าง ฟรองซัวส์-โนแอล บาเบอฟ์ (Francois-Noel Babeuf) ชี้ประเด็นว่า ความเท่าเทียมวัดกันที่ความเหมือน (Sameness) ยิ่งเราเหมือนกันมากเท่าไหร่ ยิ่งเท่าเทียมมากเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม บางคนเห็นว่าเราไม่อาจจัดสรรความเท่าเทียมให้กับในทุกกรณีหรือทุกคนได้ เช่น เราอาจจะต้องให้รายได้แก่คนที่ขยันมากกว่าคนที่ขี้เกียจ หรือลงโทษแก่คนที่กระทำความผิดมากกว่าคนที่บริสุทธิ์

สิทธิมนุษยชนแม้จะเน้นความเสมอภาคเท่าเทียม แต่ในที่สุดก็ไม่ได้คิดตามแบบบาเบอฟ์ ซึ่งเน้นความเหมือน หรืออีกนัยหนึ่ง สิทธิมนุษยชนไม่ได้เน้นเรื่องทุกคนต้องมีสิทธิทุกประการเท่าเทียมกันในลักษณะครอบจักรวาล (Universal Rights) จุดนี้เองที่ทำให้สิทธิมนุษยชนต่างจากสังคมนิยม ตรงที่สังคมนิยมเน้นความเท่าเทียมในลักษณะ “ความเหมือน” ที่ต้องการให้ทุกคนมีสภาพเหมือนกันมากที่สุด หรือมีความแตกต่างทางชนชั้นน้อยที่สุด แต่สิทธิมนุษยชน ดูเหมือนว่าจะไม่ให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงชนชั้นมากนัก หากแต่เห็นว่ามนุษย์ควรมีความเท่าเทียมกันโดยที่ถือครองทรัพย์สินอยู่เหมือนเดิม แต่คนที่ถูกละเมิดสิทธิควรที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง ฐานคติของสิทธิมนุษยชนจึงมองคนในลักษณะที่แยกย่อยออกเป็นปัจเจกชนหรือกลุ่มคน เช่น ผู้หญิง ผู้อพยพ แรงงาน เป็นต้น มากกว่าที่จะมองในลักษณะรวมกลุ่มอย่างเช่น

มโนทัศน์ชนชั้น

ดังนั้น แม้สิทธิมนุษยชนจะเน้นความเป็นสากลของมนุษย์ก็ตามที แต่กลับพิจารณาสิทธิโดยเน้นว่ามีสิทธิพื้นฐานบางประการที่คนทุกคนต้องได้รับเท่าเทียมกัน นั่นคือสิทธิพื้นฐาน (Basic Rights as Specific Rights) เช่น สิทธิในการกินอาหารที่ดี มีน้ำสะอาดดื่ม หรือสิทธิในการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความเท่าเทียมของสิทธิมนุษยชนจึงไม่ได้เน้นความเหมือน แต่เน้นการได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมโดยไม่เลือกที่รักมักที่ชัง และสิทธิที่จะจัดหาให้กับทุกคนนั้น เป็นสิทธิที่มีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์เป็นด้านหลัก มิใช่สิทธิที่เกินกว่าความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สิทธิมนุษยชนจึงอาจไม่จำเป็นที่จะไปเกี่ยวข้องกับสิทธิในทรัพย์สิน (Property Rights) ซึ่งเป็นสิทธิในระดับปัจเจกชน ที่แต่ละคนจะแสวงหาได้ตามกำลังความสามารถ สิทธิมนุษยชนจึงไม่ได้เน้นไปที่การบังคับให้ทุกคนในสังคมมีเท่ากัน/เป็นเหมือนกัน แต่ให้ความสำคัญกับคนผู้ด้อยสิทธิทางสังคมมากกว่า เช่น คนซึ่งตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ นักโทษที่ถูกทารุณกรรมระหว่างการคุมขัง เป็นต้น ดังนั้น ความเท่าเทียมของสิทธิมนุษยชนจึงไม่ได้หมายถึงการให้อาหารประเภทเดียวกันแก่มนุษย์ทุกคน สิทธิมนุษยชนไม่ได้บอกว่าทุกคนต้องมีสิทธิกินแมคโดนัลด์เหมือนกัน แต่สิทธิในอาหารหมายถึงการประกันสิทธิขั้นพื้นฐานว่าคนยากจนหรือคนตกอับจะมีอาหารในการประทังชีวิตให้อยู่รอดเช่นเดียวกับคนมั่งมี

ในทัศนะของนักปรัชญาร่วมสมัยอย่าง เบอร์นาร์ด วิลเลียมส์ เขาเห็นว่าเราไม่ควรติดกับดักของการเถียงว่ามนุษย์เกิดมาก็ไม่เท่าเทียมกันแล้ว ความเท่าเทียมจะมีอยู่จริงหรือ เพราะประเด็นสำคัญไม่ได้อยู่ที่ความเท่ากันของมนุษย์ แต่อยู่ที่การตระหนักรู้ว่าเราทุกคนคือมนุษย์ต่างหาก เราเป็นมนุษย์โฮโมซาเปียนเหมือนกัน พูดได้เช่นเดียวกันแม้จะคนละภาษา อาศัยอยู่ในสังคมเหมือนกันแม้จะอยู่คนละพื้นที่ของโลก สามารถสืบพันธุ์กันแม้ว่าจะมีสีผิวหรือเชื้อชาติที่แตกต่างกันก็ตาม วิลเลียมส์เห็นว่า การ

เลือกปฏิบัติเกิดจากการให้เหตุผลอย่างผิดๆ นำมาซึ่งการดูถูกดูแคลนคนบางกลุ่มว่าเป็นพวกไร้การศึกษา โง่เขลา ไม่รับผิดชอบ เมื่อเรามีคำถามว่าทำไมเราจะต้องกระจายยารักษาโรคให้กับทุกคน หรือทำไมต้องให้ยาแก่พวกอาชญากรหรือคนต่างด้าวด้วย คำตอบก็คือ ถ้าเกิดมีคนเจ็บป่วย โดยสามัญสำนึกสิ่งที่เราคิดจะทำตามมาก็คือ เราควรให้ยาแก่ใครก็ตามไม่ว่าเขาจะเป็นใคร ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับยารักษาโรคเพื่อให้พ้นจากสภาวะความเจ็บไข้ได้ป่วย การให้ยาแก่คนเลวหรือคนไม่มีค่าทางเศรษฐกิจก็เพราะว่าเราทุกคนมีธรรมชาติของความเป็นมนุษย์เหมือนกัน คือมีภาวะแห่งความหวาดกลัว ปรารถนาความรัก มีความต้องการที่เหมือนๆ กัน แต่ทว่าในชั่วขณะเวลาเดียวกัน เราไม่จำเป็นต้องปฏิบัติสิ่งเดียวกันแก่คนทุกคนก็ได้ เช่น ไม่จำเป็นที่ทุกคนต้องการยารักษาโรคพร้อมกัน แต่คนที่เจ็บป่วยต่างหากที่ต้องการ ดังนั้น ในห้วงเวลาหนึ่ง บางคนอาจจำเป็นที่จะต้องได้รับการเยียวยารักษา บางคนอาจจำเป็นต้องการการศึกษา ความเท่าเทียมกันจึงเป็นการแสวงหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานให้แก่คนในเงื่อนไขเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม มิใช่กระทำอย่างพร่ำเพรื่อมิรู้เหนือใต้

กล่าวโดยสรุป สิทธิมนุษยชนเห็นว่า ความเสมอภาคแปลว่าการที่ทุกคนได้รับการเคารพ การดูแลห่วงใย และควรที่จะได้รับการปกป้องอย่างเท่าเทียมกัน เพราะเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี เกิดมาก็ตัวเปล่าเหมือนกัน คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับความเสมอภาคเท่าเทียมคือการไม่เลือกปฏิบัติ หมายถึงการที่ทุกคนสามารถใช้สิทธิของตนเองและมีความพึงพอใจที่ได้ใช้สิทธิเสรีภาพของตน หากผู้ที่ด้อยกว่าไม่ได้รับสิทธิอย่างไม่สมเหตุสมผล หรือไม่เคารพในความหลากหลายของมนุษย์ เราเรียกว่า “การเลือกปฏิบัติ” (Hendriks 1999: 113–125)

ความเสมอภาคที่สิทธิมนุษยชนมุ่งหวังเป็นสำคัญคือ การแสวงหาหลักประกันมิให้รัฐปฏิบัติต่อประชาชนแตกต่างกัน นั่นคือรัฐจะต้องส่งเสริมบริการสาธารณะให้ถึงมือทุกคนอย่างทั่วถึง เช่น ด้านสุขภาพ การศึกษา

สาธารณูปโภคต่างๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ดังที่กล่าวไปแล้วว่า สิทธิมนุษยชนไม่ได้เน้นความเหมือน ดังนั้น แนวคิดสิทธิมนุษยชนจึงสามารถที่จะกำหนดให้รัฐสามารถกระทำต่อบุคคลต่างๆ แตกต่างกันไป เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นอย่างเท่าเทียม จึงมีแนวคิดเรื่อง “การเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรม” ขึ้นมา (คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษยชน, มปป.)

อย่างไรก็ตาม การเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมนั้นจะต้องกระทำภายใต้การอนุญาตของกฎหมายเป็นสำคัญ การเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมนั้นมีสองด้าน ด้านหนึ่งเป็นการเลือกปฏิบัติกับผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้ได้รับสิทธิพิเศษบางประการซึ่งคนอื่นอาจไม่ได้ เช่น สิทธิทางการศึกษาให้แก่เด็กทุกคน ผู้ใหญ่ไม่จำเป็นต้องมีสิทธิประการนี้ หรือสิทธิคนพิการที่จะได้รับบริการสาธารณะต่างๆ แตกต่างจากผู้อื่น เช่น ห้องน้ำ ขนส่งสาธารณะ เป็นต้น อีกด้านหนึ่ง การเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมเน้นการเลือกที่จะควบคุมเป็นกรณีพิเศษสำหรับผู้ที่มีอภิสิทธิ์ทางสังคมแล้วไปละเมิดสิทธิคนอื่นหรือละเมิดสิทธิของสังคมโดยรวม เช่น รัฐธรรมนูญปี 2540 ระบุไว้ในมาตรา 308 ว่า นักการเมือง หรือข้าราชการระดับสูง ที่ถูกกล่าวหาว่าร่ำรวยผิดปกติ กระทำความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือทุจริตตามกฎหมายอื่น ให้ไปขึ้นศาลฎีกาเพียงศาลเดียว และให้ถือว่าคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลฎีกาเป็นที่สุด (คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษยชน, มปป.)

ความเป็นเหตุผล

“มนุษย์คือสัตว์ที่มีเหตุผล” เป็นคำประกาศที่แยกมนุษย์ออกจากสัตว์โลก โดยเฉพาะในยุคแสงสว่าง การเติบโตของความคิดที่เน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลางนำมาสู่การปลดปล่อยมนุษย์จากแอกของประเพณี ศักดินา และศาสนจักร อย่างไรก็ตาม การบูชาเหตุผลของมนุษย์ของนักคิดในกระแสของยุครู้แจ้งก็ไม่ได้เห็นคล้อยตามกันไปหมด เดส์คาร์ตกับจอห์น ล็อค แม้จะมี

ส่วนของนักเหตุผลนิยมอยู่เหมือนกัน แต่เดส์คาร์ตกลับยกย่องว่าเหตุผลเป็นที่มาของความรู้ ขณะที่ จอห์น ล็อค เน้นว่าเหตุผลจะต้องมาจากการพิสูจน์จากประสาทสัมผัสทั้งห้าของมนุษย์ หรือเป็นพวกประจักษ์นิยม (Empiricism) จึงเน้นว่าความรู้จะต้องมาจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน การสังเกตอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ อย่างไรก็ตาม ล็อคก็ยังให้ความสำคัญกับสิ่งที่เรียกว่า “สามัญสำนึก” (Common Sense) นั่นคือ แม้จะเชื่อในระบบคิดของมนุษย์ว่ามีศักยภาพที่จะนำสู่การหลุดพ้น แต่ถึงที่สุดแล้วมนุษย์ต้องกลับมาเคารพความรู้สึก (ใฝ่ดี) ของตนเอง สามัญสำนึกในความเป็นมนุษย์จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าเหตุผล ถ้าปราศจากสามัญสำนึกเสียแล้ว กฎธรรมชาติก็มิสามารถบังคับใช้ได้ จอห์น ล็อค จึงเรียกร้องมโนธรรมสำนึกของมนุษย์ควบคู่ไปกับการใช้เหตุผลคิดใคร่ครวญ แนวความคิดสิทธิมนุษยชนก็ไม่ได้ต่างจากความคิดของจอห์น ล็อค เท่าใดนัก ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อแรกสุด ถึงกับให้ความสำคัญว่าคุณสมบัติที่มนุษย์ที่ถูกประสิทธิประสาทให้ติดตัวมาตั้งแต่เกิด คือ เหตุผล (Reason) และมโนธรรม (Conscience)

อย่างไรก็ตาม มีผู้วิจารณ์ว่า การยึดถือเหตุผลทำให้แนวความคิดสิทธิมนุษยชนตัดขาดออกจากอารมณ์ความรู้สึก การเชื่อมั่นให้เหตุผลของมนุษย์ และเชื่อว่าเหตุผลที่ดีงามของมนุษย์จะมีเพียงแค่หนึ่งเดียวเท่านั้น นำมาสู่ความคิดที่ว่า สิทธิเป็นเรื่องที่ไม่อาจสัมพัทธ์ได้ แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา (Waldron 1984: 3) หรือเป็นสากล ซึ่งมนุษย์ทุกคนสามารถครอบครองหรือมีร่วมกันได้

แนวความคิดที่วิจารณ์เหตุผลนิยมมุมหนึ่งมาจากแนวคิดอนุรักษนิยม มองว่าสังคมมีความซับซ้อนและแตกต่างสูง และการใช้เหตุผลของมนุษย์นั้นมีความจำกัด และเห็นว่าการปฏิวัติเปลี่ยนแปลงทางการเมืองต่างๆ รังแต่จะก่อให้เกิดความเสียหาย ดังนั้น การบริหารรัฐกิจต่างๆ ควรเป็นเรื่องของผู้มีความรู้ทางการเมืองการปกครองเท่านั้น และชี้ให้เห็นว่าการ

ปกครองก็เหมือนกับการแพทย์ ซึ่งต้องการความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิค เครื่องมือ และวิธีการต่างๆ ดังนั้น การปกครองเป็นศิลปะอย่างหนึ่งซึ่งต้องการคนที่มีความรู้ความสามารถหรือมีเครื่องไม้เครื่องมือพร้อมสรรพ ถ้าหากคนไม่ไว้วางใจที่จะมอบร่างกายให้กับหมอผู้ที่ไม่ได้ฝึกฝนจนเชี่ยวชาญในการเยียวยารักษา มัวแต่อ่านตำราแพทย์แล้วละก็ เราจะไว้วางใจที่จะมอบสังคมให้กับกลุ่มคนที่ไม่มีความรู้ความสามารถในทางการเมืองได้ล่ะหรือ มุมมองของอนุรักษนิยมจึงให้ความสำคัญกับผู้เชี่ยวชาญที่จะเข้ามาจัดการปัญหาอันซับซ้อนซึ่งมนุษย์ธรรมดาไม่สามารถจะกระทำได้ดีเท่า

ไมเคิล โอกส์ชอตต์ (Michael Oakeshott) นักปรัชญาการเมืองแนวอนุรักษนิยมได้จำแนกแจกแจงลักษณะของพวกเหตุผลนิยมไว้ 10 ข้อด้วยกันคือ

1. นักเหตุผลนิยมเชื่อว่า ความคิดมนุษย์ควรมีอิสระจากผู้มีอำนาจใดๆ และความคิดควรจะยึดในหลักของเหตุและผล (reason) เท่านั้น

2. นักเหตุผลนิยมเป็นศัตรูกับประเพณี อำนาจ ขนบธรรมเนียมและการมีอคติ

3. นักเหตุผลนิยมรู้สึกว่าพวกเขามีอิสระที่จะตั้งคำถามต่อความคิดเห็น ความเชื่อ หรือธรรมเนียมปฏิบัติใดๆ

4. นักเหตุผลนิยมไว้วางใจว่าอำนาจของเหตุและผลสามารถนำมาซึ่งความจริงและคุณค่าที่แท้จริงได้

5. นักเหตุผลนิยมเชื่อว่าอำนาจของเหตุและผลมีอยู่ในทุกๆ คน

6. นักเหตุผลนิยมเชื่อว่าคนอื่นๆ ที่คิดถกปัญหาต่างๆ ด้วยความบริสุทธิ์ใจและซื่อสัตย์ย่อมเป็นไปได้ยากเย็นยิ่งที่จะคิดแตกต่างไปจากพวกนักเหตุผลนิยม

7. นักเหตุผลนิยมไม่ค่อยใส่ใจประสบการณ์ พวกเขาตั้งมั่นอยู่กับเหตุและผลของพวกเขา

8. เมื่อนักเหตุผลนิยมเรียนรู้จากประสบการณ์ พวกเขาก็จะเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ นั้นให้กลายเป็นสูตรของเหตุผลซึ่งจะนำไปปฏิบัติได้กับทุกๆ อย่าง

9. นักเหตุผลนิยมไม่เชื่อในความลี้ลับของชีวิต

10. นักเหตุผลนิยมใช้ทฤษฎีเพื่อเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ดังนั้น พวกเขาจะสนใจในเค้าโครงใหญ่ๆ ของประสบการณ์ต่างๆ (กล่าวคือไม่ใส่ใจในรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ)

(Gaus 2000: 50–51)

โอกส์ชอตต์วิจารณ์ว่าแนวคิดเหตุผลนิยมมีอิทธิพลทางความคิดมากต่อชีวิตในยุคสมัยใหม่นับตั้งแต่ยุคกลางเป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม เขาไม่ได้บอกว่าแนวคิดเหตุผลไม่มีประโยชน์ แต่มองความจริงเพียงด้านเดียว เพราะเขาเชื่อว่าความรู้ไม่จำเป็นต้องเป็นความรู้ที่จะแก้ไขในเชิงเทคนิค ซึ่งเป็นความรู้ที่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และนำมาสู่การตั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ แต่มีความรู้อีกชนิดหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าเป็นความรู้ในเชิงปฏิบัติ (Practical Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ว่าจะทำสิ่งนั้นๆ ได้อย่างไร (How) ไม่ใช่รู้เพียงว่าจะทำอะไร (What) ดังนั้น การเรียนรู้ความรู้ในเชิงปฏิบัตินั้น ไม่สามารถเรียนรู้แบบท่องจำได้ แต่ต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้ชำนาญ เช่น งานของช่างไม้ เป็นต้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง โอกส์ชอตต์เห็นว่า ประสบการณ์บางครั้งนำมาสู่การเรียนรู้มากกว่ากระบวนการคิดไตร่ตรองอย่างเป็นเหตุผล ซึ่งไม่ได้เรียนรู้จากชีวิตจริง เข้าทำนองว่านั่งคิดย่อมไม่เท่ากับสองมือคลำ

การวิจารณ์หลักเหตุผลนิยมของนักอนุรักษนิยมนั้นน่ารับฟัง อย่างไรก็ตาม แนวความคิดสิทธิมนุษยชนเองไม่ได้เห็นด้วยกับแนวคิดอนุรักษนิยมที่เน้นการให้อำนาจกับผู้เชี่ยวชาญ แต่กลับมีความโน้มเอียงไปทางประชาธิปไตย หรือให้ความเคารพในเหตุผลของมนุษย์มากกว่า

ประสบการณ์มนุษย์ ด้านหนึ่ง เพราะสิทธิมนุษยชนเคารพในความเป็นปัจเจกภาพของมนุษย์

> ข้อ 29 (2) ของปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชนระบุว่า “ในการใช้สิทธิและเสรีภาพ บุคคลต้องอยู่ภายใต้เพียงเช่นที่จำกัดโดยกำหนดแห่งกฎหมายเฉพาะ เพื่อความมุ่งประสงค์ให้ได้มาซึ่งการยอมรับ และการเคารพโดยชอบในสิทธิ เสรีภาพของผู้อื่น และเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดอันยุติธรรมของศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชาติ และสวัสดิการโดยทั่วๆ ไปในสังคมประชาธิปไตย”

ในแง่นี้แล้ว ความเป็นประชาธิปไตยกลายมาเป็นระบบคุณค่าที่สอดคล้องต้องกันกับสิทธิมนุษยชน แม้จะพยายามอยู่เหนืออุดมการณ์ทั้งซ้ายและขวาเพื่อผสานมนุษยชาติทั้งโลกให้โน้มนำเข้าสู่สันติภาพ ความเป็นประชาธิปไตยซึ่งมีฐานคติสำคัญคือ สิทธิ เสรีภาพ หน้าที่พลเมือง ระบอบผู้แทน แต่วีระ สมบูรณ์ชี้ว่า หลักสำคัญอีกประการหนึ่งที่สำคัญของประชาธิปไตยคือ แนวคิดเรื่องเกียรติและศักดิ์ศรี ซึ่งทำให้ประชาธิปไตยสอดคล้องกับแนวคิดสิทธิมนุษยชนในด้านความเสมอภาคเท่าเทียมของมนุษย์ เช่นประเทศอเมริกามองว่าประธานาธิบดีมีความเท่าเทียมกับสามัญชน แม้แต่คำเรียกขานก็ไม่ให้ต่างไปจากบุคคลธรรมดา คือเรียกประธานาธิบดีว่า Mr. President เท่านั้น (วีระ 2541: 51–57) จะเห็นได้ว่า ฐานคติที่หนุนหลังความเสมอภาคเท่าเทียมนั้น ก็คือการเชื่อว่ามนุษย์นั้นเท่ากัน เพราะเชื่อว่าทุกคนล้วนมีเหตุผล ฉะนั้นเราพึงเคารพต่อเหตุผลของมนุษย์ทุกๆ คน นั่นคือ สามัญชนหรือประธานาธิบดีต่างก็มีเกียรติและศักดิ์ศรีเท่ากันนั่นเอง

ประโยชน์นิยม

ปรัชญาประโยชน์นิยมมีความคิดพื้นฐานบางประการที่แตกต่างไปจากความคิดเสรีนิยม โดยโต้แย้งว่า สิทธิตามธรรมชาติไม่มีอำนาจบังคับใช้ได้จริง ดังนั้นต้องตีความสิทธิตามธรรมชาติให้มีความหมายที่จับต้องได้หรือมีความหมายในเชิงประจักษ์ (empirical) นั่นคือไม่ได้ขึ้นอยู่กับการต่อรองระหว่างบุคคลกับบุคคล แต่ปัจเจกบุคคลต้องสามารถควบคุมสถาบันทางสังคมที่ตนเองสร้างขึ้นมาให้ได้ จอหน์ สจ๊วต มิลล์เสนอว่า ด้านหนึ่งปัจเจกชนต้องถูกปล่อยให้เป็นตัวของตัวเอง หรือเน้นย้ำสิทธิส่วนบุคคล กับอีกด้านหนึ่ง รัฐต้องทำหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของประชาชน จึงมาสู่การสร้างรัฐสวัสดิการ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน ในแง่นี้ประโยชน์นิยมได้ส่งไม้ต่อให้เสรีนิยมที่เน้นคุณค่าของสิทธิกับเสรีภาพด้านหนึ่งส่งเสริมเสรีภาพส่วนบุคคล อีกด้านหนึ่งเน้นประโยชน์สุขของคนส่วนใหญ่ (เฉลิมเกียรติ 2530: 7) สิทธิมนุษยชนได้รับอิทธิพลจากความคิดประโยชน์นิยมตรงที่เน้นการกระจายสิทธิขั้นพื้นฐานให้กับคนจำนวนมากซึ่งกำลังตกทุกข์ได้ยาก และพยายามจะ “ประกันความสุข” ให้แก่คนทุกคนในสังคม แนวคิดประโยชน์นิยมยังนำมาสู่การโน้มนำสิทธิมนุษยชนเข้าสู่การสถาปนาเป็นกฎหมาย เพื่อให้เกิดการบังคับใช้อย่างเป็นจริงเป็นจังมากกว่าที่จะใช้มโนธรรมเมตตาธรรม ซึ่งไม่มีหลักประกันอะไร สิทธิมนุษยชนจึงผสมผสานกับหลักนิติธรรม เพื่อกำหนดควบคุมมิให้ “คนส่วนน้อย” ละเมิด “สิทธิ” ของคนส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดประโยชน์นิยม

แต่ในอีกด้านหนึ่ง สิทธิมนุษยชนมีความคิดพื้นฐานที่ขัดแย้งกับความคิดประโยชน์นิยม ซึ่งเน้นการแสวงหาความสุขขั้นสูงสุดและความทุกข์ในระดับที่น้อยที่สุด เพราะประโยชน์นิยมเน้นเป้าหมายอยู่ที่ความพึงพอใจเฉลี่ยของทุกคน เช่น หากนักประโยชน์นิยมจะตัดสินใจว่าจะเลือกใช้นโยบาย X หรือนโยบาย Y ประโยชน์นิยมจะคำนวณดูว่า คุณ A B C D E

F จะได้รับความสุขหรือความทุกข์ในระดับใด เมื่อลองคำนวณดูความพึงพอใจหรือความทุกข์ที่แต่ละคนจะได้รับแล้ว หากนโยบาย X ให้ความสุขโดยเฉลี่ยสูงกว่านโยบาย Y ประโยชน์นิยมจะไม่ลังเลที่จะเลือกนโยบาย X ในทันที

แต่จากอีกตัวอย่างหนึ่งกลับช่วยชี้ให้เห็นว่าวิธีคิดประโยชน์นิยมที่อ้างอิงกับคนส่วนใหญ่ยังมีจุดอ่อน เช่น ถ้าหากมีเงินอยู่ 1 ล้านดอลลาร์ แล้วให้เลือกระหว่างการรักษาชีวิตของคนป่วยหนักได้ 5 คน กับการทำคนให้ขาวและสวยขึ้นได้ 1,000 คน ถ้ายึดว่า ต้องใช้เงินเพื่อตอบสนองคนจำนวนมากที่สุดเพื่อให้เกิดความพึงพอใจหรือความสุขมากที่สุด การชั่งตวงวัดย่อมเลือกคน 1,000 คนอย่างมิต้องสงสัย แต่สิทธิมนุษยชนไม่คิดเช่นนั้น สิทธิมนุษยชนไม่ได้ต้องการเฉลี่ยความเท่าเทียมให้เกิดขึ้นในสังคม เพราะหลักการของสิทธิมนุษยชนไม่ได้เน้นที่การต่อรอง หรือเน้นที่ประโยชน์สูงสุด หากเห็นว่าความเท่าเทียมอยู่ที่การยื่นมือเข้าช่วยเหลือคุ้มครองคนที่อ่อนแอกว่า จึงไม่ต้องมานั่งคิดคำนวณว่าการให้อาหารหรือยาแก่คนยากจนจะก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษแก่ประเทศชาติกันแน่

จะเห็นได้ว่า ฐานคติสิทธิมนุษยชนนั้นพัวพันกับความคิดอันหลากหลาย และมีการหยิบเลือกใช้บางแง่มุมของความคิดต่างๆ มาปรุงแต่งเป็นความคิดสิทธิมนุษยชน ขณะเดียวกันก็หักล้างความคิดบางด้านที่ไม่สอดคล้องต้องกันกับแนวทางที่สร้างขึ้นใหม่ ข้อดีคือเลือกหยิบความคิดด้านดีของแนวความคิดต่างๆ มาประกอบเป็นหลักสากล เช่นเดียวกับการประกาศสัจธรรมของศาสนา แต่อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนก็คือ เมื่อมุ่งเน้นการปฏิบัติ กลับพบความลักลั่นขัดแย้ง หรือกลายเป็นเครื่องมือในการกีดกันคนบางกลุ่มที่มิอาจบรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างเป็นอุดมคติได้

พัฒนาการทางความคิดสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย

นอกจากจะชี้ให้เห็นถึงการเมืองของการนิยามความหมายสิทธิมนุษยชนแล้ว ในบทนี้ยังได้ขยายขอบเขตมาถึงการรับรู้และวิธีคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย การจะเข้าใจความหมายสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย ดูเหมือนจะแยกไม่ออกจากวิธีคิดว่าด้วยเรื่อง “สิทธิเสรีภาพ” งานชิ้นสำคัญที่ช่วยชี้ให้เห็นวิธีคิดสิทธิของคนไทยคือ *สิทธิคนไทยในรัฐไทย* ของ ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ (2539: 181–233) ซึ่งใช้มิติประวัติศาสตร์ทำความเข้าใจว่าสิทธิในสังคมไทยมีการนิยามความหมายในรูปลักษณ์ใดบ้าง ธเนศอ้างอิงงานวิจัยศึกษาชุด “พัฒนาการสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย” ซึ่งได้สรุปภาพรวมของพัฒนาการวิธีคิดสิทธิมนุษยชนในมุมมองทางสังคมและกฎหมาย พบว่า โลกทัศน์ของคนไทย (ในอดีต) ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อพุทธศาสนา และการจัดองค์กรทางสังคมในแบบอุปถัมภ์ ทำให้ความเข้าใจรับรู้ในเรื่องสิทธิในสังคมไทยมีลักษณะไม่เรียกร้องเอาจากผู้อื่น หากแต่ได้มาจากการ “ผ่อนปรน” ทางด้านเศรษฐกิจและการเมืองของผู้ใหญ่กับผู้น้อย ในขณะที่การศึกษาสิทธิมนุษยชนในมิติเศรษฐกิจ พบว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงก้าวเข้าสู่ยุคทันสมัยส่งผลดีต่อคนส่วนน้อย ความเป็นอยู่ของคนส่วนใหญ่เลวลง ทำให้เกิดปัญหาสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานด้านเศรษฐกิจที่ไม่สามารถกระจายรายได้อย่างเท่าเทียม ในด้านสิทธิมนุษยชนกับกฎหมายพบว่า “สิทธิพลเมือง” ไม่มีความหมายเด่นชัดในความหมายของนักกฎหมายไทย นักกฎหมายมองว่าสิทธิพลเมืองเป็นกฎหมายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกฎหมายแพ่ง ทำให้สรุปได้ว่าแนวคิดเรื่อง “สิทธิมนุษยชน” ไม่มีอยู่ในกฎหมายไทย นำมาสู่ข้อสรุปว่าสิทธิมนุษยชนเป็นเพียงหลักการจากตะวันตกมิได้เกิดขึ้นจากค่านิยมในสังคมไทย ดังนั้นจึงไม่มีความศักดิ์สิทธิ์หรือมีศักดิ์ศรีในกฎหมายไทย แต่ถึงที่สุดแล้ว ในทัศนะของธเนศเห็นว่า งานวิจัยชิ้นนั้นยังไม่สามารถหาคำตอบที่ชัดเจนได้ว่า สิทธิ

มนุษยชนมีความหมายอย่างไรกันแน่ในสังคมไทย

เพื่อตามหาความหมายของสิทธิในสังคมไทย ธเนศจึงกลับไปศึกษาสิทธิในประวัติศาสตร์สังคม พบว่า ในสมัยสุโขทัย สิทธิมีความหมายว่า “อำนาจอันชอบธรรมและความสำเร็จ” หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง สิทธิในยุคนั้นมีความหมายใกล้เคียงกับ “อภิสิทธิ์” หรือ “อำนาจของผู้เป็นใหญ่” และความหมายนี้ได้แผ่คลุมวิธีคิดสังคมไทยมาอย่างยาวนาน จนกระทั่งพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน ฉบับปี พ.ศ. 2490 ก็ยังคงความหมายนี้ไว้ เมื่อย้อนค้นกลับไปในประวัติศาสตร์วิธีคิด สิ่งหนึ่งที่ต้องทำคือการกลับไปดูการนิยามตำแหน่งแห่งที่ของความสัมพันธ์ของมนุษย์ ในยุคสุโขทัย ยังไม่มีใครตระหนักนึกว่าตนเองเป็น “บุคคล” ซึ่งมีอำนาจอันชอบธรรมของตนเอง หรือยังไม่ตระหนักถึงเสรีภาพของตนเอง ยังไม่สำนึกความเป็นเจ้าของตัวเอง การจะประกอบตัวตนเป็นบุคคล (หรือปัจเจกชน) ขึ้นมานั้นย่อมต้องขึ้นต่อเจตจำนงของคนอื่นเป็นสำคัญ วิธีคิดนี้นำมาสู่การมองไม่เห็นประเด็นสิทธิเป็นเรื่องสลักสำคัญ เมื่อพิจารณาในเชิงอุดมการณ์และปรัชญากฎหมาย ธเนศอ้างงานศึกษาของจรัญ โฆษณานันท์ที่ชี้ว่า ผลประโยชน์ต่างๆ ที่พ่อขุนรามคำแหงมอบให้แก่ราษฎร ไม่ใช่เรื่องของสิทธิเสรีภาพ แต่เป็นเรื่องของธรรมราชา เป็นการให้ของผู้ปกครองแก่ผู้อยู่ใต้ปกครอง บุคคลหนึ่งใดจะมีสิทธิต่อสิ่งใดได้ ขึ้นอยู่กับ “ความเมตตา” หรือ “ความรักใคร่เอ็นดู” ของพ่อขุนที่มีต่ออาณาประชาราษฎร์ ดังนั้น สิทธิในการสั่นกระดิ่งร้องทุกข์ที่แขวนอยู่หน้าประตูวัง จึงเป็นสัญลักษณ์ของ “เมตตาธิปไตย” ซึ่งผู้ที่อยู่เหนือกว่าโอบอุ้มคุ้มครองดูแลผู้ที่อยู่ต่ำกว่า มากกว่าเป็นสัญลักษณ์ของ “ประชาธิปไตย” ที่ประชาชนเข้าไปมีหุ้นส่วนทางอำนาจอธิปไตยมากขึ้น

ความคิดต่อการมองบุคคลในลักษณะพึ่งพามากกว่าเป็นหน่วยอิสระ ยังสืบต่อมาสู่ยุคสมัยกรุงศรีอยุธยา กฎหมายตราสามดวงระบุว่า พ่อบ้านมีสิทธิเหนือลูกเมียและผู้น้อย และเรียกอำนาจที่อยู่เหนือกว่า

ว่า “อิศรภาพ” (หรือถ้าจะพูดอีกแบบก็คือ ความหมายของอิสรภาพในสมัยกรุงศรีอยุธยามีความหมายใกล้เคียงกับ “ข้าทาสบริวาร” มากกว่าที่จะเป็น “เสรีชน”) สิทธิจึงมีความหมายที่ตอกย้ำความเป็นอภิสิทธิ์ของผู้ใหญ่และผู้ชาย ความคิดนี้สะท้อนอยู่ในกฎหมายลักษณะทาส ผัวเมีย และมรดก ซึ่งได้จำแนกคนผู้ได้รับสิทธิคือ เจ้าไทย พระสงฆ์ ผู้รับทรัพย์ เจ้าของทาส เจ้าเงิน ผัวบิดามารดาและนายเงิน หญิง (ในสินเดิมและสินสมรส) ชาย ผู้ไถ่หรือผู้ซื้อ เป็นต้น ส่วนคนที่กฎหมายปฏิเสธสิทธิได้แก่ เมีย ลูก แม่ ซึ่งก็คือคนที่อยู่ใต้การปกครองของพ่อและผัว

เมื่อถามว่า ทำไมคนไทยในอดีตจึงไม่ลุกขึ้นมาเรียกร้องสิทธิ? ธเนศได้กล่าวถึงทัศนะของคึกฤทธิ์ ปราโมชที่เห็นว่ามาจากฐานความเชื่อเรื่องคนไทยทุกคนเท่าเทียมกัน ทว่าเป็นความเท่าเทียมในฐานะผู้อยู่ใต้ปกครองของกษัตริย์ สังคมไทยไม่ได้มีชนชั้นที่ชัดเจน แม้ว่าจะมีการจัดระบบศักดินา แต่ขุนนางก็ยังไม่สามารถต่อรองเชิงอำนาจกับกษัตริย์ได้ ยิ่งไพร่ราษฎรแล้วแทบจะไม่มีความจำเป็นที่จะเรียกร้องหาสิทธิเสรีภาพให้ยุ่งยาก เพราะกษัตริย์ได้คุ้มครองดูแลอย่างเรียบร้อย ดังนั้นไพร่กับนายจึงเท่ากัน เพราะตกอยู่ภายใต้อาณัติของกษัตริย์เหมือนกันนั่นเอง ต่อมาเมื่อสังคมไทยเริ่มปรับตัวให้เข้ากับความทันสมัยที่ไหลบ่ามาจากการติดต่อสัมพันธ์กับตะวันตกมากขึ้น สิทธิเริ่มเปลี่ยนถ่ายจากสิทธิที่จะอยู่ภายใต้การปกครองของกษัตริย์อย่างเท่าเทียมกัน มาสู่การมีสิทธิอยู่ภายใต้กฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งหลักหมายสำคัญอาจนับตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 เป็นต้นมา ซึ่งแนวคิดสิทธิเสรีภาพจะปรากฏอยู่ในบทบัญญัติรัฐธรรมนูญไทยทุกฉบับไม่ว่าสภาพการเมืองจะเป็นประชาธิปไตย หรือเผด็จการก็ตาม

ปัญหาที่น่าสนใจก็คือ มีคนตั้งคำถามมากมายกับรัฐธรรมนูญไทยว่าในเมื่อมีการร่างกติกาด้านสิทธิเอาไว้อย่างชัดเจน แต่ทำไมแนวความคิดสิทธิจึงไม่สามารถเติบโตได้ ในงานของธเนศเองเห็นว่า การที่อุดมการณ์สิทธิ

เสรีภาพไม่อาจพัฒนาได้อย่างเต็มที่ ก็เพราะว่า โครงสร้างเศรษฐกิจการเมืองของการเปลี่ยนแปลงและการเติบโตของทุนนิยมในสยาม ไม่นำไปสู่การสร้างปัจเจกชนที่เข้มแข็งและมีเหตุผล หากแต่ทุนนิยมสยามกลับมีลักษณะเด่นคือเป็นทุนพาณิชย์ หรือรัฐราชการทุนนิยม ซึ่งยังคงดำรงสายสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์เอาไว้ ขณะเดียวกัน ความเชื่อในพุทธศาสนาของคนไทยไม่ได้เป็นกลจักรสำคัญในการเอื้อให้อุดมการณ์สิทธิเสรีภาพแผ่ขยายได้อย่างง่ายดาย เพราะความเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม และจำกัดลดละเลิกความโลภ อันแปลความหมายได้ว่าคือการไม่ส่งเสริมสิทธิในทรัพย์สินและเสรีภาพทางกาย แต่ส่งเสริมสิทธิในการทำบุญทำทาน (ของคนรวย) และเสรีภาพทางจิตวิญญาณหรือการหลุดพ้นในโลกหน้า

อย่างไรก็ตาม บางคนกลับเห็นว่า สิทธิมนุษยชนมีรากเหง้าอยู่ในสังคมไทยมานานแล้ว เช่นบางคนมองเห็นว่า คำสอนเรื่องความเมตตาของพุทธศาสนาจัดว่าเป็นรากเหง้าของสิทธิมนุษยชน และเชื่อว่าสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยมีมาช้านานแล้ว ตั้งแต่สมัยสุโขทัย เช่น การแขวนกระดิ่งให้ประชาชนสั่นที่หน้าพระราชวัง เป็นต้น แม้แนวคิดข้างต้นจะค่อนข้างไปไกลสุดโต่ง แต่เราก็ไม่ควรที่จะด่วนสรุปเช่นกันว่าสิทธิมนุษยชนมาจากตะวันตก แนวคิดสิทธิเสรีภาพนั้นมีหน่ออ่อนอยู่ในคติความเชื่อของคนไทย หากแต่บริบททางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมไม่ได้เอื้ออำนวยให้มีการใช้สิทธิเสรีภาพได้อย่างเต็มที่ นิธิ เอียวศรีวงศ์เห็นว่า คนไทยมีความคิดสิทธิมนุษยชนอยู่แล้ว ก่อนที่โลกตะวันตกจะนำมาเผยแพร่ แต่สังคมไทยไม่ได้ประดิษฐ์คำขึ้นมาเรียกสิ่งที่ตนเองเชื่อว่าเป็นสิทธิมนุษยชน สังคมไทยดูเหมือนจะสนใจสิทธิมนุษยชนในด้านกลับกับวิธีคิดโลกตะวันตก กล่าวคือแทนที่จะสนใจว่าใครควรมีสิทธิอะไร แต่สังคมไทยกลับไปกำหนดว่าใครควรมีหน้าที่อะไร เช่นแทนที่จะกำหนดสิทธิเด็ก ก็หันไปกำหนดหน้าที่ของพ่อแม่ (นิธิ 2544: 6) นอกจากนี้ สิทธิมนุษยชนในสังคมไทยยังตีความสิทธิในแง่มุมที่อาจแตกต่างไปจากตะวันตก นั่นก็คือ เน้นหนัก

ไปที่สิทธิของชุมชนมากกว่าสิทธิของปัจเจกชน หรือมีโจทย์อยู่ว่าชุมชนจะเข้ามาดูแลจัดการคุ้มครองสิทธิของปัจเจกชนอย่างไร ไม่ใช่ถามว่าเราจะให้สิทธิของปัจเจกชนอะไร/อย่างไรจึงจะทำให้สังคมเกิดสันติสุข

อย่างไรก็ตาม เมื่อสังคมไทยเริ่มมีความพร้อมทางอุดมการณ์สิทธิเสรีภาพรวมทั้งความพร้อมทางโครงสร้างเศรษฐกิจสังคมการเมืองในระดับหนึ่ง แนวคิดสิทธิซึ่งเคยถูกเก็บกดปิดกั้นก็ได้ทะลุทะลวงกรอบประเพณีวัฒนธรรมของสังคมไทยซึ่งเคยเชื่อมั่นในระบบอุปถัมภ์ มาสู่แนวความคิดที่เน้นความเสมอภาคเท่าเทียมกัน อันเป็นการสร้างฐานที่มั่นให้กับสิทธิมนุษยชนได้งอกงามในเนื้อนาแผ่นดินไทยให้มั่นคงยิ่งขึ้น แนวคิดสิทธิมนุษยชนแบบไทยปรากฏอยู่ในกระแสความคิดของคนไทยในยุคต่างๆ เรื่อยมา เช่น แนวความคิดของเจ้านายสยามในช่วงเปลี่ยนผ่านการปกครอง ที่มองเห็นเสรีภาพกับ “สัมะภาพ” (ความเสมอภาค) ซึ่งให้นิยามสิทธิพลเมือง ก็คือ การได้รับการคุ้มครองจากรัฐ (หรือเป็นแนวคิดสิทธิมนุษยชนที่กำหนดหน้าที่ให้รัฐ แทนที่จะกำหนดสิทธิของข้าราชฎร) ซึ่งตั้งอยู่บนฐานคิดเรื่องธรรมชาติอันแตกต่างของมนุษย์ (ธเนศ 2539: 199–200) ในขณะที่จิตร ภูมิศักดิ์ได้เสนอแนวความคิดเรื่อง “สิทธิ์อยู่อย่างคน” ซึ่งเห็นว่าคนไทยไม่ได้มีวิธีคิดเรื่องการกตัญญูรู้คุณเพื่อแลกกับสิทธิในการอำนวยความสะดวกจากผู้อุปถัมภ์เท่านั้น แต่จิตรเห็นว่า คนไทยต้องการเป็นอิสระและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่การจะได้มาซึ่งคุณค่าแบบใหม่เหล่านั้นก็จะต้องสลัดโซ่ตรวนและพันธนาการทางการเมืองและเศรษฐกิจที่ผูกมัดพวกเขาออกไปเสียก่อน (ธเนศ 2539: 218) ขณะที่นักวิชาการหลายคนได้ศึกษาความคิดของนักคิดคนสำคัญของไทยอย่างปรีดี พนมยงค์ หรือป๋วย อึ๊งภากรณ์ นำมาสู่ข้อสรุปว่าทัศนะพื้นฐานของท่านเหล่านั้นสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน (เฉลิมเกียรติ 2530) ในการอบรมเนื้อหาด้านสิทธิมนุษยชน ถึงกับมีความพยายามที่จะนำข้อความในบทความอันเลื่องชื่อเรื่อง “คุณภาพชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์

มารดาถึงเชิงตะกอน” ของป๋วย อึ๊งภากรณ์มาเปรียบเทียบกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ว่าข้อความไหนในบทความนั้นตรงกับข้อไหนในปฏิญญาฯ

มายาคติแห่งสิทธิมนุษยชน

เมื่อพิจารณาสิทธิมนุษยชนในบริบทสังคมไทยพอสังเขปไปแล้ว สิ่งที่ค้นพบประการหนึ่งคือ สิทธิมนุษยชนในสังคมไทยไม่ได้มีความหมายเช่นเดียวกับสิทธิมนุษยชนในโลกตะวันตกเสียทีเดียวนัก แม้จะมีการพยายามเทียบเคียงความเหมือนอยู่บ้างก็ตาม อย่างไรก็ตาม วิธีคิดสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยเองมีพัฒนาการทางความคิดอันมีเอกลักษณ์เฉพาะตน และได้ผสมผสานความคิดสิทธิมนุษยชนสากลที่เข้ามาเป็นระลอก การส่งต่อถ่ายเททางความคิดเหล่านั้นเมื่อถึงมือผู้รับสารย่อมมีความขาดตกบกพร่อง หรือย่อมตีความไปต่างๆ นานาไม่เหมือนต้นฉบับ สิ่งเหล่านี้ทำให้ความคิดสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย (ซึ่งถ้าจะกล่าวให้ถูกต้องก็คือทุกสังคม) มีความหลากหลายและซับซ้อนอย่างยิ่ง

สิทธิมนุษยชนมีความพยายามจะสร้างตัวเองให้เป็น “จริยธรรมทางโลก” ด้วยการประนีประนอมปรัชญาความคิดต่างๆ เพื่อสร้างอุดมคติอันสูงส่งขึ้นมา จาก 6 ฐานคิดที่จำแนกแยกแยะออกมาข้างต้นนั้น จะพบว่าในบางครั้งเมื่อนำมาสู่การนิยามความหมายให้แก่สิทธิมนุษยชน กลับมีความลักลั่นขัดแย้งกันเอง หากจะกวาดรวมเอาทุกฐานคติมาอธิบายตัดสินว่าสิ่งนี้คือสิทธิมนุษยชนหรือมิใช่ ย่อมจะพบกับความยุ่งยากใจยิ่งนักหากพิจารณาอย่างเถรตรง ตัวอย่างเช่น ในมุมมองของมนุษยภาพเห็นว่าการเคารพสิทธิคนส่วนน้อย ซึ่งได้รับทุกข์ยากในสังคมมีความสำคัญยิ่ง ขณะที่ประโยชน์นิยมกลับพยายามมุ่งหวังตอบสนองและปกป้องสิทธิของคนส่วนใหญ่ แล้วเราจะยึดถือแนวคิดไหนดี? คำตอบง่ายๆ อาจจะอยู่ที่

การประนีประนอมทั้งสองฝ่ายด้วยการหาจุดสมดุลระหว่างสิทธิคนส่วนน้อยกับคนส่วนใหญ่ แต่ก็จะพบจุดอับตันในทางปฏิบัติ ซึ่งถ้าไม่ละเมิดสิทธิคนส่วนน้อย ก็ย่อมไม่สามารถเอื้อประโยชน์คนส่วนใหญ่ได้ และบางครั้งการอ้างเสียงส่วนใหญ่ก็เป็นเพียงการสมมติที่ปราศจากข้อเท็จจริงรองรับ เพราะหลายครั้งเสียงส่วนใหญ่เป็นเพียงการกล่าวอ้างขึ้นมาลอยๆ เท่านั้น การอ้างว่าการกีดกันคนต่างด้าวเพื่อปกป้องคนในชาติซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่อาจไม่ใช่ความคิดของคนไทยมากกว่าครึ่งค่อนประเทศ หากแต่มาจากเสียงส่วนใหญ่ในความหมายของ “ผู้ที่เสียงดังมากกว่า” เช่น เจ้าหน้าที่รัฐหรือผู้รับผิดชอบ สื่อมวลชน หรือมาจากการสรุปจากการสำรวจความคิดเห็นในรูปแบบโพลล์ผ่านสถาบันทางวิชาการที่ทรงคุณวุฒิทางสถิติ แล้วอนุมานเอาเองว่าเมื่อคนที่มีเสียงดังประสานเสียงเป็นหนึ่งเดียวแล้วละก็ นั่นเท่ากับสวรรค์ได้ประทานเสียงส่วนใหญ่มาให้

ฉะนั้น อาจกล่าวได้ว่า หากสำรวจไปยังโลกของการสร้างความหมายให้กับสิทธิมนุษยชน กลับพบความคลุมเครือมากกว่าความชัดแจ้ง กลับพบว่าต่างคนต่างตีความมากกว่าจะยึดมั่นไปในทางเดียวกัน ทั้งในระดับเดียวกันหรือในต่างระดับ เช่น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนชี้ให้เห็นถึงการตีความหมายสิทธิมนุษยชนที่ต่างกันในระดับระหว่างประเทศ หรือสิทธิมนุษยชนในความหมายระดับชาติกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมก็มีความแตกต่างกัน หรือบางครั้งแต่ละกลุ่มกลับมีจุดเน้นที่ต่างกันไป เช่น บางคนเห็นว่าองค์การสหประชาชาติให้ความสำคัญกับการส่งเสริม (Promotion) สิทธิมนุษยชน แต่องค์กรพัฒนาเอกชนเน้นไปที่การปกป้อง (Protection) สิทธิมนุษยชน สิ่งที่จำเป็นจะต้องถกเถียงก็คือกลุ่มคนหลากหลายระดับในสังคมให้นิยามความหมายสิทธิมนุษยชนอย่างไรกันบ้าง ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียกว่า “ชุดมายาคติ” ของสิทธิมนุษยชน ซึ่งคนในสังคมต่างพากันเชื่อว่าสิ่งนี้เรียกว่าสิทธิมนุษยชน สิ่งนี้ไม่ใช่สิทธิมนุษยชน

ในที่นี้จะฉายภาพมายาคติบางประการของสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย ซึ่งมักจะนิยามความหมายสิทธิมนุษยชนตามอำเภอใจ ตามสามัญสำนึกหรือจิตใต้สำนึกของผู้คน การศึกษามายาคติแม้จะยิ่งทำให้ความหมายสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่มิอาจควบคุมได้ แต่ก็น่าจะช่วยให้ความคลุมเครือของสิทธิมนุษยชนบรรเทาลดลงไปบ้าง หรืออย่างน้อย ก็จะทำให้เข้าใจสิทธิมนุษยชนอย่างไม่สับสนยุ่งเหยิงจนเกินไปนัก

มายาคติที่หนึ่ง: สิทธิคือการร้องขอ

หากเสรีภาพไม่ได้แปลว่าการตามใจ สิทธิก็ไม่ได้แปลว่าการร้องขอ แต่สิทธิคือการยอมรับของคนในสังคม ธเนศ อาภรณ์สุวรรณเห็นว่า แม้จะเริ่มต้นจากการอ้างความคิดของคนหรือกลุ่มคนหนึ่งใดว่าสิทธิมีความหมายอย่างไร แต่สิทธิจะมีความหมายเป็นจริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าคนอื่นๆ ทั่วไปยอมรับตระหนักและมองเห็นถึงความหมายของสิทธินั้นๆ เหมือนกับเราเพียงใด ดังนั้นหัวใจของสิทธิจึงอยู่ที่การยอมรับมิใช่การร้องขอ (ธเนศ 2544: 3–15)

ข้อโต้เถียงที่สำคัญก็คือ การถกเถียงว่าสิทธิเป็นเรื่องของการเลือก (Choice) หรือสิทธิเป็นเรื่องของผลประโยชน์ (Interest) ในมุมมองแรก สิทธิคือเสรีภาพที่ปัจเจกชนจะสามารถเลือกอนาคตของตนเองได้ ดังนั้นปัจเจกชนจะต้องมีเสรีภาพโดยปราศจากการแทรกแซง/กดขี่/ขูดรีด ที่มากระทำต่อมนุษย์ สิทธิในการเลือกจึงเน้น “สิทธิที่จะอิสระจาก” (Freedom From) หรือเป็นสิทธิในเชิงลบ ซึ่งหมายถึงแนวคิดสิทธิที่เน้นการป้องกันมิให้มนุษย์ถูกทำร้ายจากโครงสร้างหรือจากรัฐ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือเน้นสิทธิในทางการเมืองนั่นเอง ขณะที่สิทธิในเชิงผลประโยชน์ เป็นสิทธิในรูปแบบของสิทธิในเชิงบวก หรือสิทธิทางสังคมเศรษฐกิจมากขึ้น มุมมองเช่นนี้จะมองสิทธิที่ประชาชนควรจะได้ เช่น สวัสดิการสังคมต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Waldron 1984: 11)

กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เน้นสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมมากกว่าสิทธิทางการเมือง

อย่างไรก็ตาม การถกเถียงข้างต้นอาจช่วยทำให้เห็นว่า การแยกการเมือง และเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมออกจากกัน ทำให้พบข้อจำกัดประการสำคัญคือ การไม่สามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ หากทำได้เพียงแตะปัญหาอย่างผิวเผินที่ปลายเหตุ เช่น หากมองว่าสิทธิทางการเมืองมีความสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ข้อเสนอก็จะนำมาสู่การแก้ไขกฎหมายให้สามารถบังคับใช้ได้จริง หรือนำมาสู่การเพิ่มอำนาจรัฐในการเข้าไปก้าวก่ายกิจการต่างๆ ขณะที่หากเน้นไปที่สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ก็มักจะเน้นไปที่การตอบสนองความต้องการทางวัตถุให้แก่ปัจเจกชน หรือพยายามจัดความสัมพันธ์ทางสังคมให้ไม่มีการกดขี่ข่มเหงกัน เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่ของมนุษย์ที่จะต้องเคารพในสิทธิเด็ก สิทธิสตรี สิทธิคนพิการ ทว่าการจัดความสัมพันธ์ดังกล่าวมักกระทำในหน้ากระดาษ หรือมักไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่อยู่เหนือกว่า แต่มักมุ่งเน้นการรณรงค์ การบอกกล่าวปัญหาแก่สังคมวงกว้างเท่านั้น

แน่นอนว่าสิทธิมนุษยชนไม่ใช่พระเจ้าองค์ใหม่ ที่จะเข้าไปจัดการกับปัญหาทุกปัญหาได้ ทว่าหากมีการประสานแนวทางการเมืองกับแนวทางที่เน้นเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม นั่นคือการมองปัญหาอย่างรอบด้าน รวมทั้งพิจารณาหาทางออกทั้งในระยะสั้นระยะยาวไปพร้อมๆ กัน ย่อมจะพบทางออกที่ดีกว่าการมองอย่างแยกส่วน หรือการปล่อยให้อำนาจหนึ่งใดจัดการมนุษย์ตามลำพัง โดยไม่มีเสียงจากผู้ถูกกระทำเล็ดรอดออกมาเลย

ดังนั้น สิทธิมนุษยชนจึงไม่ใช่การร้องขอให้ผู้คนหยิบยื่นความเมตตากรุณา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือความเมตตาที่วางอยู่บนแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ นั่นเป็นเพียงการตอกย้ำความไม่เท่าเทียมของมนุษย์ให้ถ่างกว้างยิ่งขึ้น ถ้าสิทธิหมายถึงการยอมรับในความเป็นมนุษย์ มิติการมองมนุษย์ก็ต้องเปลี่ยนไปด้วย นั่นคือจะต้องเริ่มมองมนุษย์ว่ามี

ความเหมือนในฐานะเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข การยอมรับไม่ได้หมายความว่าเรายอมรับผู้อื่นในฐานะที่ “ต่ำ” กว่า แต่ยอมรับในเหตุและผล ยอมรับในความเป็นมนุษย์ และการยอมรับนั้นอยู่ภายใต้กรอบกติกาของสังคม มิใช่การยอมรับกันเองของคู่กรณีเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อแปลความหมายว่าสิทธิคือการยอมรับ ก็จะพบกับข้อท้าทายอีกประการหนึ่งคือ หากมีคนเห็นว่ากติกาที่ร่างขึ้นมาควบคุมสังคมมีความไม่เป็นธรรม เราจะมีสิทธิดื้อแพ่งต่อกฎหมายหรือไม่อย่างไร การละเมิดต่อกฎหมาย แต่หันมาเคารพในวิจารณญาณส่วนบุคคลหรือเคารพในกฎธรรมชาติ เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่มักมองว่าจะทำให้สังคมวุ่นวายปั่นป่วน ทำให้การดื้อแพ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ยากยิ่งของวิธีคิดสิทธิมนุษยชน ในการร่างปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน กลุ่มประเทศสังคมนิยมพยายามนำเสนอผลักดันให้มีการยอมรับความสำคัญของ “สิทธิในการขบถต่อต้านทรราชหรือรัฐบาลเผด็จการ” แต่ไม่สำเร็จ เพราะโลกตะวันตกที่ยึดถือหลักเสรีนิยมเห็นว่าสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิที่จะนำไปสู่การปลุกปั่น ไม่สงบ และการล้มล้างระบบการปกครอง (จรัญ 2545: 285) คำถามก็คือ เราจะยอมรับสิทธิในการดื้อแพ่งต่อกฎหมายหรือไม่อย่างไร ซึ่งนำมาสู่มายาคติข้อที่สองของสิทธิมนุษยชนที่มองเห็นว่าการรู้จักใช้สิทธิเสรีภาพของประชาชนนั้นเป็นการกระทำที่เกินเลยขอบเขตของกฎหมาย และมายาคติในข้อที่สามก็คือ มองว่าสิทธิมนุษยชนไม่ควรไปยุ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

มายาคติที่สอง: สิทธิคือความไม่รู้จักประมาณตน

มายาคติในเรื่องสิทธิที่มีรากฐานความเชื่อจากวัฒนธรรมพุทธประการหนึ่งคือ หลายคนตระหนักถึงสิทธิในเชิงความหมายที่เกี่ยวเนื่องกับ “การจองเวร” ผู้ที่บีบบังคับให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งยอมรับผิดกลับกลายเป็นผู้ตามล้างตามผลาญ เมื่อทำผิดต่อกันแล้วให้เลิกแล้วต่อกัน เป็นเรื่อง

ของการให้อภัย การชดใช้กรรมจะดำเนินไปตามกฎแห่งกรรมเอง กรณีตัวอย่างที่ยกกันมาบ่อยๆ คือ การที่เผด็จการทหารเข่นฆ่าประชาชนยังสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสุขสบายในสังคมไทย เพราะความเชื่อที่ฝังแน่นว่า เวรย่อมระงับด้วยการไม่จองเวรแผ่คลุมอยู่ในชั้นบรรยากาศทั่วไปของสังคม การเรียกร้องให้ดำเนินคดีและนำมาลงโทษ กลับไม่นับเป็นพันธกิจของสังคมไทยโดยรวมที่จะต้องดำเนินการขั้นเด็ดขาด หรือในกรณีความผิดทางการแพทย์ กลับพบว่าแพทย์หลายคนรู้สึกกังวลกับการถูกฟ้องร้องและเห็นว่าเป็นการบีบบังคับให้เกิดความเครียดและไม่อยากรักษาผู้ป่วย ผู้เรียกร้องปกป้องสิทธิจึงกลายมาเป็นผู้ที่มีความก้าวร้าว ไม่รู้จักประมาณตน หรือไม่รู้จักที่ต่ำที่สูง เพราะสังคมไทยเรียกร้องผู้ที่อ่อนน้อมถ่อมตน มีสัมมาคารวะต่อผู้ใหญ่

แนวความคิดสิทธิจึงมีผู้มองว่าไม่สอดคล้องกับสังคมไทย เพราะส่งเสริมให้คนกระด้างกระเดื่อง แม้ในทางนิตินัย กฎหมายไทยโดยเฉพาะรัฐธรรมนูญฉบับพ.ศ. 2540 จะมีบทบัญญัติอันทันสมัยในการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชน มีการจัดตั้งกลไกองค์กรอิสระขึ้นมาดูแล เช่น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ แต่ก็จะพบว่า อุปสรรคสำคัญคือ “วัฒนธรรมแห่งสิทธิ” ของคนไทยยังอ่อนแอเกินกว่าที่จะทำให้สิทธิมนุษยชนได้รับการยอมรับในสังคมไทย วัฒนธรรมแห่งสิทธิยังคงเป็นสิ่งแปลกแยกและแปลกปลอม ดังนั้น กระบวนการต่อสู้เรื่องสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยจึงต้องเป็นเรื่องของการเปลี่ยนวิธีคิดหรือเปลี่ยนกระบวนทัศน์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคมเสียใหม่ ถ้าจะให้สรุปอย่างสั้นๆ ก็คือ สิ่งที่นพ.ประเวศ วะสีได้กล่าวถึงการเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจจากแนวดิ่งมาสู่แนวราบมากขึ้น การส่งเสริมความสัมพันธ์แนวราบให้เข้มแข็งจะนำมาสู่จิตนาการใหม่ของสิทธิ อันเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะทำให้สิทธิค่อยๆ แทรกซึมเข้าสู่สังคมไทย

มายาคติที่สาม: สิทธิไม่ใช่เรื่องอำนาจ

ข้อถกเถียงที่สำคัญในเรื่องสิทธิอีกประการหนึ่งคือ คู่ตรงข้ามระหว่าง “สิทธิ” กับ “หน้าที่” กลุ่มหนึ่งมองว่าสิทธิกับหน้าที่ต้องแยกออกจากกันโดยเด็ดขาด และมักเรียกร้องอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นกลุ่มที่เรียกร้องสิทธิมักจะถูกวิจารณ์ว่าละเลย “หน้าที่” ทางสังคม หรือหมายถึงการไม่แยแสหน้าที่ของพลเมืองที่ต้องเชื่อฟังรัฐ ผู้เห็นว่าประชาชนควรมีหน้าที่พลเมืองที่ดีก็มองว่าสิทธิเป็นส่วนเกินที่ไม่พึงกระทำ ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งมองว่าสิทธิกับหน้าที่ต้องไปด้วยกัน กล่าวคือ เมื่อประชาชนลุกขึ้นมาทวงสิทธิเรียกร้องสิทธิมากยิ่งขึ้น ประชาชนยิ่งต้องตระหนักถึงหน้าที่พลเมืองมากยิ่งขึ้นเป็นเงาตามตัว เพราะการเรียกร้องสิทธิหมายถึงการสร้างตัวตนของประชาชนขึ้นมาในเวทีเศรษฐกิจการเมืองระดับมหภาค เมื่อปัจเจกชนรู้จักที่จะมีสิทธิเป็นของตนเองแล้วละก็ การรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองคิดทำ/พูด/จึงตกอยู่ในมือของปัจเจกชนด้วย มุมมองเช่นนี้จึงเรียกร้องให้ประชาชนรับผิดชอบผลของการกระทำของตนเอง

คำถามที่ตามมาก็คือ ในบางสถานการณ์ มนุษย์ไม่ได้มีความสามารถในการปกป้องสิทธิอย่างเต็มที่ เพราะเงื่อนไขไม่เอื้ออำนวย การมานั่งถกเถียงเรื่องสิทธิ/หน้าที่จึงไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ เพราะหน้าที่มักจะถูกแปรความหมายไปเป็นการตกอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ ในขณะที่สิทธิเรียกร้องให้ปลดปล่อยมนุษย์ออกจากรัฐ ภายใต้ภาวะเช่นนี้ทำให้การโต้เถียงหรือการตัดสินใจเชิงนโยบายเกิดภาวะชะงักงัน หรือเป็นภาวะ “อัมพาตเชิงนโยบาย” ซึ่งก็มิอาจสรุปเลือกทางเดินข้างใดข้างหนึ่งได้ อย่างไรก็ตาม ในบางภาวะ เราจะต้องปล่อยวางการโต้เถียงลงเสียบ้าง เช่น ในกรณีการเข้าไปช่วยเหลือเด็กขาดอาหารในโซมาเลีย เราไม่ได้สนใจว่าคนที่ไปช่วยเหลือจะเป็นใคร หรือไม่ต้องมาสนใจถามว่าเป็นสิทธิของเราที่จะไปช่วยเหลือเด็กขาดสารอาหารหรือเป็นหน้าที่ของเรากันแน่ แต่จุดสนใจพึงอยู่ที่เด็กๆ เหล่านั้นจะได้รับประโยชน์จากอาหารในฐานะหน้าที่

ของการจัดการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม (Waldron 1984:10) สิทธิและหน้าที่จึงไม่จำเป็นต้องเป็นคู่ตรงข้ามกัน หากแต่ทั้งสิทธิและหน้าที่ต่างเป็นกระบวนการในการเรียกร้องมโนธรรมสำนึกของสังคม ที่จะสนใจสร้างความเสมอภาคเท่าเทียม สร้างโลกที่อบอุ่นสำหรับทุกคน

สิ่งที่น่าสนใจคือ เมื่อกล่าวถึงสิทธิของประชาชน มักจะนำไปสู่การมองถึงการก้าวก่ายอำนาจรัฐ การรบกวนมิให้รัฐทำตามแนวทางที่ตนวางไว้ แต่ในปัจจุบัน ประชาชนเริ่มตื่นตัวที่จะใช้สิทธิและปกป้องพิทักษ์สิทธิของตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน/ประเทศของตนเองมากขึ้น ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงที่จะนำไปสู่การท้าทายอำนาจรัฐมากยิ่งขึ้น ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม มีบางแนวคิดเชื่อว่ารัฐกับประชาชนจะผสานผลประโยชน์ร่วมกันได้ แต่การต่อรองผลประโยชน์ไม่อาจกระทำได้ในสังคมซึ่งเอื้อให้รัฐเป็นผู้มีอิทธิพลอยู่เหนือประชาชน มีความได้เปรียบทางอำนาจ มีช่องทางที่จะอยู่เหนือประชาชน การต่อรองเพื่อผสานประโยชน์จะทำได้ต่อเมื่อการแข่งขันอยู่บนกติกาของเกมเดียวกัน ผู้แข่งขันมีความเท่าเทียมกัน มีการตัดสินที่ทรงความยุติธรรม เช่นเดียวกับเกมฟุตบอล ถึงแม้ว่าชั้นเชิงจะต่างกัน หากเมื่อเริ่มแข่งขันก็ต้องมี 11 คนเท่ากัน และมีกรรมการที่ไม่เอนเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง

ดังนั้น สิทธิมนุษยชนจะบังเกิดผลได้นั้น คำถามที่ต้องใส่ใจก็คือ เราจะจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชนอย่างไร รัฐที่ฟังเสียงประชาชนต้องมาจากการเติบโตของประชาสังคมหรือเครือข่ายความสัมพันธ์ของประชาชนที่สามารถตอบโต้ต่อรองผ่านกระบวนการเมืองภาคประชาชน ซึ่งมีแนวทางของประชาธิปไตยทางตรงมากกว่าประชาธิปไตยแบบตัวแทน ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะทั้งในการกำหนดนโยบาย/แนวทางการปฏิบัติ/ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศได้มากขึ้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสิทธิมนุษยชนย่อมนำมาสู่การเพิ่มอำนาจให้กับประชาชนหรือภาคประชาสังคมอย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ รัฐหรือ

สังคมที่ไม่เข้าใจก็จะมองว่าเป็นการสร้างความปั่นป่วนวุ่นวาย

กล่าวอีกนัยหนึ่ง กระบวนการต่อรองของประชาชนในด้านสิทธิเป็นกระบวนการสร้างกฎกติกาใหม่ เป็นกระบวนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกติกาที่มีอยู่ให้เป็นธรรมมากขึ้น อาจกล่าวได้ว่า การที่ประชาชนลุกขึ้นมาคัดค้านโครงการของรัฐ ย่อมมิใช่เป็นเพียงการเรียกร้องสิทธิของตนเองเท่านั้น แต่เป็นการทำ “หน้าที่” ของพลเมืองในยุคประชาธิปไตยที่ก้าวเข้าสู่การเมืองภาคประชาชน มุ่งหวังให้เกิดบรรทัดฐานใหม่ๆ ขึ้นในสังคม ดังนั้นหากกำหนดให้มีสิทธิขึ้นมาลอยๆ ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายบทบัญญัติอื่นใดก็ตาม หากไม่ได้ส่งเสริมให้มีผู้ใช้สิทธินั้นอย่างเต็มที่และเคารพหลักกติกาที่สร้างขึ้นมา สิทธิมนุษยชนก็เป็นเพียงของเล่นเด็กซึ่งเป็นที่นิยมไปทั่วเท่านั้นเอง

ประเด็นปัญหาจึงอยู่ที่สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกจากระบบคุณค่าอื่นได้เลย และบางครั้งจำต้องหลีกทางให้กับคุณค่าอื่นๆ เช่น นโยบายสิทธิมนุษยชนของสหรัฐอเมริกาถูกวิจารณ์ว่ามีสองมาตรฐาน ด้านหนึ่งได้เริ่มค้าขายกับเวียดนามหรือไนจีเรีย แต่ยังงดค้าขายกับคิวบา การกระทำเช่นนี้ได้รับการวิจารณ์ว่าไม่ได้กระทำไปตามหลักการอะไรเลย เป็นเพียงการกระทำเพื่อผลประโยชน์เท่านั้นเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การอ้างหลักสิทธิมนุษยชนในฐานะมาตรฐานทางจริยธรรมระหว่างประเทศเป็นเพียง “กับดักของการกระทำแบบปากว่าตาขยิบ” (hypocrisy trap) (Mullerson 1997: 35) นักเขียนอย่างซัลแมน รัชดี ก็เคยวิจารณ์ความคิดสิทธิมนุษยชนที่มองมนุษย์อย่างเป็นสากลไว้ว่า เป็นเพียงการนำหลักการดังกล่าวมาเลือกปฏิบัติต่อคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น เช่น ประธานาธิบดีคลินตันเลือกที่จะทำสงครามกับอิรักเพื่อลงโทษซัดดัม ฮุสเซน แต่กลับปิดตามองไม่เห็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของเผด็จการอย่างปิโนเชต์ เป็นต้น (Kahn 2001: 2)

คิดใหม่สิทธิมนุษยชน: การท้าทายปัญหาและอุปสรรค

มายาคติทั้งสามประการข้างต้น ช่วยชี้ให้เห็นถึงความหมายอันซับซ้อนของสิทธิมนุษยชนในสถานการณ์ปัจจุบันอย่างดียิ่ง ดังที่เสน่ห์ จามริก ได้กล่าวไว้ว่า “ในช่วงเวลาไม่ถึงสามทศวรรษ...เป็นช่วงเวลาที่ประเด็นปัญหาสิทธิมนุษยชนได้ขยายมิติและขอบข่ายสลับซับซ้อนขึ้นโดยลำดับ ทั้งในส่วนของฝ่ายกระทำและฝ่ายถูกกระทำ” (เสน่ห์ 2543: 54)

ความเป็นสากลของสิทธิมนุษยชนเป็นประเด็นที่ถูกถกเถียงท้าทายอย่างมากโดยความคิดสัมพัทธนิยมทางวัฒนธรรม (Cultural Relativism) ซึ่งมองว่าแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์/ชาติต่างๆ ล้วนมีความแตกต่างเป็นพื้นฐาน มีคติความเชื่อ วิธีคิด มีประเพณีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป อีกทั้งเห็นว่าสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมาเพื่ออำนวยความสะดวกและให้ประโยชน์ต่อการดำรงชีพร่วมกันในสังคม แนวความคิดนี้จึงมองว่า สิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องของ “วัฒนธรรม” มิใช่เรื่อง “ธรรมชาติ” อย่างที่พยายามกล่าวอ้าง แนวความคิดที่มองสิทธิมนุษยชนในทางวัฒนธรรม ปฏิเสธความต่อเนื่องทางปรัชญาของสิทธิมนุษยชน และเห็นว่าสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหลังยุคการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ยิวในสมัยนาซี (ไชยันต์ 2543: 518, 534)

อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของเสน่ห์ จามริก เห็นว่า เราไม่ควรติดกับดักมัวมานั่งถกเถียงทางปรัชญามากเกินไป (เสน่ห์ 2545: 2) สิทธิมนุษยชนเองแม้จะพยายามประกาศสิ่งที่เป็นสากล ก็จะพบว่าความเป็นสากลนั้นเป็นเพียงความดีงามร่วมซึ่งสังคมทั่วไปยอมรับ แม้จะมีความแตกต่างทางความเชื่อก็ตามที แนวความคิดอันเป็นสากลของสิทธิมนุษยชนก็ไม่ใช่ความเป็นสากลที่เป็นกฎตายตัวแข็งทื่อ แต่ความเป็นสากลของสิทธิมนุษยชนนั้นเปิดโอกาสให้มีการตีความและประยุกต์ภูมิปัญญาอันหลาก

หลาย แม้ว่าในความเป็นจริงแล้ว การบรรสานสอดคล้องทางความคิดระหว่างสองขั้วนั้นอาจจะไม่ได้เกิดขึ้นเสมอไป (Mullerson 1997: 80)

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ เสนอว่า การศึกษาวิจัยเรื่องสิทธิมนุษยชนจะต้องไม่ผูกขาดอยู่เฉพาะนักนิติศาสตร์หรือนักรัฐศาสตร์ แต่ควรจะผูกโยงมุมมองอย่างสหสาขาวิชาการ ไม่ว่าจะเป็นการเมือง กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี อีกทั้งยังควรศึกษาโดยใส่ใจบริบททางความคิดและบริบทของปัญหาที่เผชิญอยู่ ด้วยทัศนะเชิงวิพากษ์ที่ตระหนักถึงปัญหาในระดับฐานคิด ซึ่งแต่ละฝ่ายที่อ้างถึงสิทธิมนุษยชนนำมาใช้ แต่สิ่งสำคัญก็คือจะต้องใคร่ครวญถึงรูปธรรมปัญหาสิทธิมนุษยชนที่กำลังเกิดขึ้นทั้งในสังคมไทยและสังคมโลก (ชัยวัฒน์ 2543: 503)

นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2544: 6) ได้เสนอแนะว่า สังคมไทยต้องไม่ลืมฐานรากวิธีคิดสิทธิชุมชนที่มีอยู่ในสังคมไทย โดยสิทธิชุมชนที่สำคัญคือสิทธิในการดูแลจัดการและพัฒนาทรัพยากรของชุมชน ยกตัวอย่างสังคมภาคเหนือ ความเชื่อเรื่องข้อห้ามการถมบ่อน้ำ (ภาษาเหนือเรียกว่า “ขืด”) ซึ่งในอดีตบ่อน้ำในภาคเหนือมักเป็นบ่อน้ำสาธารณะ การถมบ่อน้ำหรือทำความเสียหายแก่น้ำในบ่อจึงเท่ากับเป็นการละเมิดสมบัติกลางหรือละเมิดสิทธิชุมชน อย่างไรก็ตามนิธิเห็นว่า ในปัจจุบันการเน้นหนักไปที่สิทธิชุมชนอย่างเดียวไม่พอ สังคมไทยต้องให้ความสำคัญกับสิทธิของปัจเจกชนด้วย เพราะมีแนวโน้มว่าบุคคลบางกลุ่มอาจฉ้อฉลสิทธิชุมชนไปเป็นสิทธิส่วนตัวได้ง่าย เช่น การรุกรานพื้นที่สาธารณะต่างๆ และสิ่งที่พึงระวังก็คือ รัฐไทยไม่ใช่กลไกที่เป็นเครื่องมือประกันสิทธิมนุษยชน เพราะในอดีตรัฐไทยไม่ได้ละเมิดสิทธิมนุษยชน (หรือสิทธิพลเมือง) มากนัก รัฐมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการจำกัดมาก ต่อเมื่อมีการปฏิรูประบบราชการ รัฐไทยจึงเข้ามามีอำนาจเหนือข้าราษฎรเหมือนรัฐสมัยใหม่อื่นๆ ทำให้รัฐไทยกลายมาเป็นผู้ละเมิดสิทธิมนุษยชนของพลเมืองได้ง่ายและมาก ฉะนั้น

สังคมไทยต้องตระหนักว่า “ศัตรู” ที่น่ากลัวของสิทธิมนุษยชนก็คือรัฐนั่นเอง ซึ่งกลไกที่จะควบคุมมิให้รัฐละเมิดสิทธิของประชาชนก็คือ การสร้างกลไกกฎหมายและกลไกทางสังคมที่เข้มแข็ง

การพยายามแยกเน้นหนักสิทธิชุมชนมากเกินไปก็มีอันตราย โดยเฉพาะแนวคิดชุมชนนิยมสุดโต่ง (Excessive Communitarianism) อาจเปิดโอกาสให้เกิดเผด็จการเสียงข้างมาก และการกล่าวถึงการเคารพในสิทธิของปัจเจกชน ก็มิได้จำเป็นจะต้องหมายความว่า เราจะต้องปฏิเสธคุณค่าของครอบครัว ชุมชน สังคม แต่ฐานในการวิเคราะห์ควรจะอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชน กล่าวคือจะทำอย่างไรที่จะก่อให้เกิดความสมดุลของผลประโยชน์ระหว่างปัจเจกชนกับชุมชน (Mullerson 1997: 84–85) เช่นเดียวกับที่เสน่ห์ จามริกชี้ให้เห็นว่า สิทธิชุมชนไม่ใช่สูตรสำเร็จแต่อย่างใด แต่ถึงที่สุดแล้ว สิทธิชุมชนเองก็ต้องถูกนำมาปรับใช้ให้เข้ากับกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลกรอบด้าน และสิทธิชุมชนไม่จำเป็นต้องหมายถึงการที่ชุมชนหรือหมู่คณะจะมีความสำคัญอยู่เหนือปัจเจกชนทั้งหลาย ชุมชนแม้จะกอปรไปด้วยความรู้และภูมิปัญญาของตน แต่ก็ต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เท่าทันกาลเวลาและความเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับการธำรงรักษาบูรณภาพของตนให้ยั่งยืน ดังนั้น สิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนย่อมเป็นสิ่งสำคัญ แต่ควรเป็นสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนในรูปลักษณ์ของ “บุคคล-ใน-ชุมชน” มิใช่บุคคลโดดๆ ในสุญญากาศหรือเป็นตัวตนที่สมบูรณ์ในตัวมันเองและตัดขาดจากสายสัมพันธ์กับสิ่งอื่นใด (เสน่ห์ 2545: 8)

ในขณะที่จรัญ โฆษณานันท์พยายามชี้ว่าสิทธิของปัจเจกชนหาใช่เป็นเรื่องจริงเสมอไปไม่ จรัญได้อ้างงานของศาสตราจารย์แยช ไกห์ (Yash Ghai) นักวิชาการผู้ใส่ใจปัญหาการพัฒนาหรือสิทธิมนุษยชนในโลกที่สามได้แสดงความเห็นว่า คุณค่าความเป็นชุมชนไม่ได้ขัดแย้งกับหลักสิทธิมนุษยชน เพราะบทบัญญัติในเอกสารสำคัญของสิทธิมนุษยชนต่างๆ

ยอมรับว่าผลประโยชน์ของปัจเจกชนควรที่จะได้รับการถ่วงดุลโดยสาธารณะ และยังสนับสนุนสิทธิในระดับสังคมอีกมายมาย เช่น สิทธิเชิงสวัสดิการสังคม หรือสิทธิทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งชุมชนจะต้องได้รับการปกป้องคุ้มครอง (จรัญ 2545: 172–173)

สิทธิมนุษยชน: ความหมายและการปฏิบัติ

สิทธิมนุษยชนจะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในโลกปัจจุบันได้อย่างไร? เรอีน มูลเลอร์สันเห็นว่าปัจจัยที่กำหนดให้สิทธิมนุษยชนขับเคลื่อนอยู่ในทุกวันนี้มี 3 ระดับคือ 1. ระดับมุมมองเชิงมานุษยวิทยา (Anthropological) 2. ระดับความเป็นสังคม (Societal) และ 3. ระดับระหว่างประเทศ (International)

ในระดับสังคม มูลเลอร์สันมองว่ามีอิทธิพลอย่างสูงในการจัดการเนื้อหาของสิทธิและเสรีภาพของสมาชิกในสังคม ขณะที่ในระดับการเมืองระหว่างประเทศ สิทธิมนุษยชนเป็นหลักการพื้นฐานที่ได้รับการยอมรับ และมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่บางสิทธิ เช่น สิทธิในชีวิต หรือสิทธิที่จะมีอิสรภาพปราศจากการทรมาน หรือสิทธิที่จะอยู่กับครอบครัว เป็นสิทธิที่ควรพิจารณาในมุมมองของมานุษยวิทยา เพราะสิทธิเหล่านั้นเกี่ยวพันกับความต้องการทางกายภาพของมนุษย์โดยตรง แม้ว่าสิทธิเหล่านั้นจะเกิดขึ้นเมื่ออยู่ภายใต้สังคมหนึ่งๆ มูลเลอร์สันเปรียบเปรยว่าโรบินสัน ครูโซไม่จำเป็นต้องมีสิทธิหรือมีพันธกรณีต่อบุคคลอื่นๆ ตราบจนกระทั่งการปรากฏตัวของไฟร์เดย์ ซึ่งทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของคนสองคนหรือสิ่งที่เรียกว่าสังคมขึ้นมาแล้ว (Mullerson 1997: 92)

แม้แนวความคิดของมูลเลอร์สันดูจะมองมานุษยวิทยาในลักษณะของการศึกษาในระดับปัจเจกชนหรือเน้นไปที่ความต้องการของปัจเจกชน ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดในระดับหนึ่ง แต่อาจกล่าวในอีกมุมหนึ่งได้ว่า

มานุษยวิทยาทำให้ช่วยมองเห็นว่าการพิจารณาสิทธิมนุษยชนไม่ควรมองข้ามการศึกษาในระดับ “วิถีชีวิต” หรือปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของมนุษย์ มิใช่พิจารณาแต่ในเชิงข้อกฎหมาย โครงสร้างสังคม หรือการเมืองระหว่างประเทศ มานุษยวิทยาเป็นศาสตร์ที่จะทำให้สิทธิมนุษยชนติดดินมากขึ้น

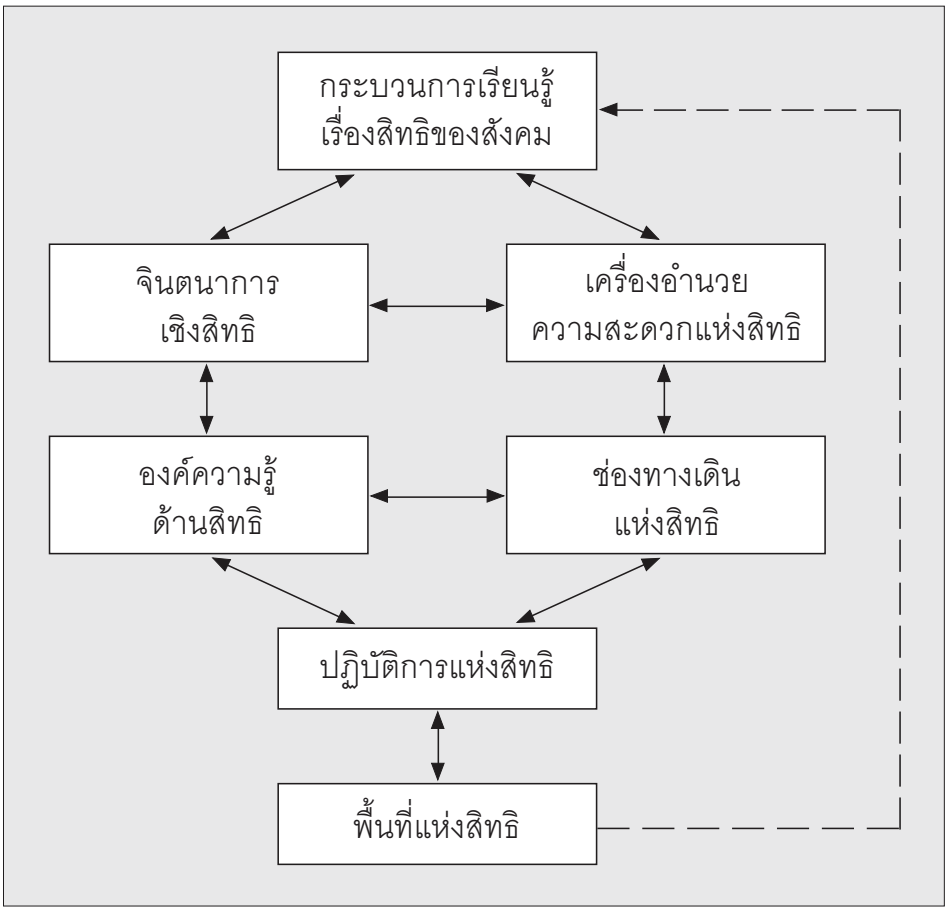
เมื่อศึกษาสิทธิมนุษยชนในแง่ความหมาย ดังที่กล่าวไปแล้วว่ามีผู้เข้ามาร่วมเกมในการนิยามความหมายหลากหลายระดับ ทำให้ความหมายสิทธิมนุษยชนมีความหมายเปิดกว้างพอสมควร อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่อ่อนแอหรือคนชายขอบมีโอกาสในการนิยามความหมายสิทธิมนุษยชนน้อยกว่าผู้ที่แข็งแรงหรืออยู่ใกล้ศูนย์กลางอำนาจรัฐ ดังนั้นหากจะให้สิทธิมนุษยชนกลายเป็นระบบคุณค่าหนึ่งที่จะช่วยจรรโลงโลกให้ดีขึ้น ย่อมมิอาจปล่อยให้การนิยามความหมายผูกขาดโดยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ถ้าสิทธิมนุษยชนหมายถึงการปลดปล่อย ก็ย่อมมิใช่การปลดปล่อยมนุษย์ให้มีอิสรภาพแต่อย่างเดียว หากแต่ต้องปลดปล่อยมนุษย์จากการครอบงำทางความหมาย มิใช่ปล่อยให้การนิยามตกอยู่ในมือผู้มีอำนาจเสียทั้งหมด ฉะนั้นหากจะให้สิทธิมนุษยชนมีความหมาย ก็มิอาจหลีกเลี่ยงได้ที่จะต้องพิจารณาว่าจะเอื้อโอกาสให้ผู้ด้อยสิทธิรู้จักสิทธิมากขึ้นอย่างไร หรือทำอย่างไรที่วิธีคิดสิทธิมนุษยชนจะแทรกซึมเข้าไปในวิถีชีวิตและวิธีคิดทั่วไปของบุคคล และกลายเป็นสิ่งที่ยอมรับในฐานะบรรทัดฐานหนึ่งทางสังคม

คำตอบหนึ่งของการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนให้เป็นจริง ย่อมอยู่ที่การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องสิทธิ เพราะการเรียนรู้ถือเป็นปฏิบัติการเชิงพื้นที่ประการหนึ่ง นั่นคือการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่พื้นที่อุดมคติ (utopia) ถ้ากล่าวอย่างถึงที่สุดแล้ว สิทธิมนุษยชนก็คือพื้นที่ทางอุดมคติพื้นที่หนึ่ง ซึ่งอยู่นอกพื้นที่ของทุนนิยม ตลาดเสรีบริโภคนิยม เพราะสิทธิมนุษยชนมุ่งเน้นการสร้างพื้นที่ของการอยู่ร่วมกัน

อย่างเกื้อกูลเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และคุ้มครองสิทธิอันพึงมีพึงได้ของมนุษย์ มิได้มองโลกในแง่ของการแก่งแย่งชิงดี หรือเป็นโลกที่ผู้แข็งแรงเท่านั้นจะอยู่รอด

เพื่อทำความเข้าใจประเด็นสิทธิมนุษยชนในเชิงปฏิบัติให้เข้าใจมากขึ้น เราควรจะทำความเข้าใจกระบวนการแปรความหมายของสิทธิมนุษยชนให้กลายมาเป็นสิ่งที่คนในสังคมยอมรับ ทั้งในแง่ของการยอมรับเชิงความคิดและยอมรับในการกระทำตามการอ้างอิงหลักคิดของสิทธิ ซึ่งในที่นี้ได้จำลองกระบวนการแปรความคิดสิทธิมนุษยชนสู่การปฏิบัติไว้เป็น “แผนภาพวัฏจักรแห่งสิทธิ” (โปรดดูแผนภาพที่ 3)

แผนภาพที่ 3 วัฏจักรแห่งสิทธิ



การกระทำต่างๆ ของมนุษย์โดยส่วนใหญ่ย่อมมิได้เป็นการกระทำที่สิ้นคิด หากมนุษย์มักกระทำอย่างมีเหตุผลหรือมีเป้าหมาย มนุษย์มิได้ลงมือกระทำอย่างฉับพลันทันที แม้การด้นหรือ improvise ทางด้านดนตรีก็มิได้เป็นการกระทำที่มั่วๆ แต่มาจากพื้นฐานการเข้าใจหลักดนตรีที่ดีเพียงพอที่จะพลิ้วไหวไปอย่างอิสระ การเข้าใจหลักดนตรีนั้นอาจมาได้จากการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ หรือเรียนรู้ด้วยตนเองแบบครูพักลักจำ สิ่งที่ไอน์สไตน์พยายามพูดว่า จินตนาการสำคัญกว่าความรู้ จึงมีความหมายอีกนัยหนึ่งว่า จินตนาการเป็นบ่อเกิดของการแสวงหาความรู้ จินตนาการทำให้มนุษย์สามารถคิดค้นได้ว่าตนเองควรจะยืนอยู่ตรงไหนของสังคม หรือควรจะสัมพันธ์ปฏิบัติกับผู้อื่นอย่างไร จินตนาการเป็นฐานที่มั่นให้กับการกระทำของมนุษย์ ถ้าเราจินตนาการได้ว่าเราเท่าเทียมกับผู้อื่น ก็จะนำมาสู่การเป็นองค์ประกอบของการรู้จักใช้สิทธิใช้เสียงของตนเอง แต่ถ้าเราจินตนาการว่าเราต่ำต้อยด้อยค่ากว่าผู้อื่น การกระทำที่จะพิทักษ์รักษาสิทธิย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ฉะนั้น หากจะก่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นสิทธิมนุษยชนในสังคม ก็จะต้องทำให้เกิด **จินตนาการเชิงสิทธิ**

อย่างไรก็ตาม จินตนาการเชิงสิทธิอย่างเดียวไม่เพียงพอ เพราะถ้าเราคิดฝันแต่เพียงผู้เดียว สิทธิย่อมไม่บังเกิดผล เหมือนกับการเพาะเมล็ดพันธุ์พืช ถ้าดินไม่ดี คนปลูกต้นไม้ไม่เอาใจใส่ ไม่รดน้ำหรือฝนไม่ตก โอกาสที่เมล็ดพันธุ์จะงอกเงยย่อมต่ำหรือได้ต้นที่เติบโตอย่างแคระแกร็น ฉะนั้น จะต้องมี **เครื่องอำนวยความสะดวกแห่งสิทธิ** ที่จะเป็นปุ๋ยที่เอื้ออำนวยให้การใช้สิทธิเติบโตขึ้นเรื่อยๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เครื่องอำนวยความสะดวกนี้ก็คือโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม ที่รายล้อมผู้คนซึ่งมีจินตนาการทั้งหลาย ถ้ามีสังคมซึ่งพร้อมจะเอื้อให้คนใช้สิทธิเสรีภาพ สิทธิเสรีภาพก็จะงอกเงยแพร่พันธุ์แผ่กิ่งก้านสาขาปกคลุมไปทั่วทั้งแผ่นดินได้

เมื่อแต่ละบุคคลสามารถจินตนาการได้แล้วว่าตนเองมีสิทธิอะไร/อย่างไร ในสังคมนั้นจะต้องมี **องค์ความรู้ด้านสิทธิ** เป็นองค์ประกอบด้วย เพราะความรู้จะช่วยให้ผู้คนสามารถเข้าใจเรียนรู้สิทธิมนุษยชนอย่างเป็นระบบ แม้ว่าการเรียนรู้ของบุคคลต่างๆ อาจจะไม่ได้เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นทางการ หรือเรียนรู้จากการปฏิบัติการก็ตาม แต่ถ้าสังคมขาดองค์ความรู้ด้านสิทธิ ก็เป็นการยากที่คนในสังคมจะเข้าใจการกระทำนั้นๆ การขาดความรู้เรื่องสิทธิ ก็จะทำให้การตีความสิทธิเฉไฉหรือกลายเป็นอื่นไปได้ ยิ่งสังคมไม่เข้าใจความหมายของสิทธิ สิทธิก็จะไม่บังเกิดผล เพราะคนไม่รู้ไม่เข้าใจสิ่งที่กระทำขึ้นมา เช่น สังคมบุพกาลที่ไม่มีความรู้เรื่องสิทธิย่อมไม่เข้าใจถึงการเดินขบวนประท้วง เพราะคนในสังคมนั้นไม่เคยมีจินตนาการว่าการเดินขบวนประท้วงคืออะไร และไม่มีความรู้ที่จะอธิบายการกระทำดังกล่าว ความรู้จึงเป็นวัฒนธรรมประเภทหนึ่ง นั่นคือ ความรู้เป็นชุดคำอธิบายให้กับธรรมเนียมปฏิบัติในสังคมว่ามีความชอบธรรมในการกระทำนั้นๆ อย่างไร และอิงอาศัยอยู่กับหลักคิดใดมาเป็นฐานสนับสนุน

นอกจากนี้ เราคิดเรารู้ว่าสิทธิมีหน้าตาอย่างไรนั้นก็ไม่เพียงพอ ถ้าเราไม่รู้ว่าเราจะใช้ความคิดความฝันนั้นไปกระทำให้เป็นจริงได้อย่างไร การใช้สิทธิมิสามารถกระทำได้อย่างสะเปะสะปะ หรือกระทำอย่างเข้ารกเข้าพง แต่สิทธิมี “ถนน” หรือ **ช่องทางเดินแห่งสิทธิ** คนเดินได้สะดวกบนทางเดินฉันใด สิทธิจะดำเนินไปได้อย่างราบรื่นก็ต้องมีทางเดินของตนฉันนั้น นั่นคือ สังคมต้องมีกลไกที่จะสนับสนุนส่งเสริมสิทธิในเชิงสถาบัน เช่น มีองค์กรอิสระด้านสิทธิ มีหน่วยงานรัฐที่พร้อมที่จะเคารพหลักการแห่งสิทธิ มีสิทธิประเภทต่างๆ ซึ่งเอื้ออำนวยให้การเดินทางของสิทธิเป็นไปอย่างรวดเร็วและราบรื่น เช่น สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารก็อาจเปรียบเหมือนน้ำมันที่ช่วยทำให้เครื่องยนต์เดินได้ เป็นต้น

กระบวนการเรียนรู้ด้านสิทธินี้ ย่อมมิอาจเรียนรู้อยู่ในห้องเรียนเท่านั้น แต่ต้องมีการนำไปปฏิบัติ และเมื่อปฏิบัติแล้ว สังคมก็จะได้เรียนรู้

ว่าการใช้สิทธิของคนในสังคมนั้น ขาดหรือเกิน พอดีหรือไม่พอดี สอดคล้องหรือไม่สอดคล้อง มีอุปสรรคหรือจุดบกพร่องอยู่ตรงไหน ฉะนั้น**การปฏิบัติของสิทธิในสังคม** คือเครื่องตอกย้ำว่า สิทธินั้นได้รับการยอมรับหรือไม่ หรือจะปรับกระบวนทัศน์/แนวคิดของการใช้สิทธินั้นๆ ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เป็นอยู่อย่างไร

เมื่อสิทธิแต่ละชนิดสามารถบรรลุสัมฤทธิผล คือสามารถทำให้สังคมยอมรับได้ ก็จะเกิด **พื้นที่แห่งสิทธิ** นั่นคือ ทำให้วิธีคิดเรื่องสิทธิมีที่ยืนอันมั่นคงในสังคม พื้นที่แห่งสิทธิคือพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้สิทธิสามารถดำเนินวิถีทางของมันไปตามครรลอง ซึ่งสังคมได้เอื้ออำนวยกลไกหรือสถาบันต่างๆ ในการบริหารจัดการสิทธิให้เดินไปข้างหน้า ขณะเดียวกันเมื่อสิทธิมีพื้นที่ทางสังคมของตนเองแล้ว ก็มิใช่ว่าสิทธิจะไม่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลง แต่ภายในพื้นที่แห่งสิทธินั้นก็จะมีการเชื่อมต่อกับระบบคุณค่าอื่นๆ เช่น ประชาธิปไตย การเมืองภาคประชาชน แนวคิดประชาสังคม ทำให้พื้นที่แห่งสิทธิเกี่ยวดองกับพื้นที่ทางความคิดอื่นๆ การซ้อนทับของพื้นที่ทางความคิดนั้น ก็จะช่วยทำให้การปะทะประสาน การแลกเปลี่ยน ถกเถียง อันนำมาสู่ระบบคุณค่าใหม่ๆ และเมื่อเกิดระบบคุณค่าใหม่ๆ ก็ต้องกลับมาถามในโจทย์เดิมต่อไป นั่นคือทำอย่างไรที่ความคิดทางสังคมใหม่ๆ ที่ใฝ่ฝันถึง จะกลายเป็นสิ่งที่ผู้คนในสังคมยอมรับ และโครงสร้างสังคมหรือสถาบันทางสังคมต่างๆ ปรับตัวเข้ามาประคองรองรับความคิดใหม่นี้ให้ดำเนินไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิผล

บทที่ 3
สู่ “สิทธิสุขภาพ”

หากเอ่ยถึงแนวโน้มกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลก กล่าวได้ว่า การผสมผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเข้าหากันเป็นทิศทางหนึ่งแห่งอนาคต องค์การอนามัยโลกเห็นว่า โลกในศตวรรษที่ 21 การโน้มนำสิทธิมนุษยชนเข้ามาสู่สนามแห่งสุขภาพ คือมิติใหม่ของจริยธรรมทางการแพทย์ (British Medical Association 2001: xxv) องค์กรทางการแพทย์หลายองค์กรได้เข้าร่วมกิจกรรมด้านสิทธิมนุษยชนอย่างแข็งขันและทำงานร่วมกับนักกฎหมายในหลายๆ ประเด็น เช่น ในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกและสมาคมการแพทย์ของสภายุโรปได้ร่วมกันจัดตั้ง “เครือข่ายต่อต้านการทรมาน” นี่เป็นแนวโน้มแสดงให้เห็นว่าสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเริ่มพูดภาษาเดียวกันมากขึ้น การผสมผสานแนวคิดสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพจะช่วยทำให้สามารถเข้าใจภาวะเสี่ยงอันตรายล่อแหลมต่างๆ ที่มนุษย์กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน และเป็นองค์ความรู้ที่ช่วยชี้ให้เห็นจุดอ่อนแห่งภารกิจในการสร้างสรรค์อุดมคติของมนุษยชาติที่ล้มลุกคลุกคลานมาโดยตลอด เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดซ้ำแล้วซ้ำเล่าที่เคยเกิดขึ้น (British Medical Association 2001: xxii) อย่างไรก็ตาม การผสมผสานสองแนวคิดนี้เข้าหากันใช่จะไม่มีอุปสรรคใดๆ เลย กำแพงหนาทึบคือการยึดมั่นถือ

มั่นในศาสตร์ใดศาสตร์หนึ่งจนเกินไป ที่ปิดกั้นการปะทะประสานของความรู้จากสองฟากฝ่าย

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการประมวลถึงขอบเขตและความหมายแนวคิด “สิทธิสุขภาพ” (Health-Rights) ในฐานะมโนทัศน์ (Concept) ซึ่งเป็นผลิตผลจากการย้อนพินิจแนวคิดว่าด้วยสุขภาพและสิทธิมนุษยชนในบทที่ 1 และ 2 กระนั้นก็ตาม มโนทัศน์สิทธิสุขภาพมิได้เป็นการผสมผสานโดยการนำคำว่าสุขภาพกับสิทธิมนุษยชนมาวางเคียงกัน หรือเลือกหยิบข้อดีของทั้งสองฝ่ายมาใช้ การถกเถียงในครั้งนี้ มิใช่ถกเถียงในแง่อุดมคติหรือโต้แย้งในเชิงปรัชญา แต่สิทธิสุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่มาจากการตรึกตรองใคร่ครวญ (Reflexive) ให้เห็นทั้งจุดแข็ง-จุดอ่อนของแต่ละแนวคิด แล้วนำมาอภิปรายถกเถียงให้เห็นว่า จะประยุกต์ใช้มโนทัศน์สิทธิสุขภาพที่สร้างขึ้นมานี้ในสังคมอย่างไร ในบทนี้จะแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ *ส่วนแรก* เป็นการถกเถียงให้เห็นถึงการผสมผสานแนวคิดสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งชี้ให้เห็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพที่เคลื่อนตามบริบททางสังคม การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมอุตสาหกรรมและยุคโลกาภิวัตน์ แนวคิดสิทธิสุขภาพจะต้องเท่าทันกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้ มิใช่แยกออกจากบริบทดังกล่าว ใน*ส่วนที่สอง* เป็นการอภิปรายถึงปัญหาสิทธิมนุษยชนและสุขภาพในบริบทสังคมไทย ซึ่งมีปัญหาที่ซับซ้อนหลายด้าน

ข้อโต้แย้งหลักของบทนี้ก็คือ โดยทั่วไป เมื่อมีความพยายามผสมผสานแนวคิดด้านสุขภาพกับสิทธิมนุษยชนเข้าด้วยกัน มักจะเชื่อมโยงสิทธิมนุษยชนกับแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนและสุขภาพสาธารณะมากกว่าการโยงใยกับสุขภาพสังคม การเชื่อมโยงเช่นนี้ทำให้กรอบคิดและภาคปฏิบัติทั้งด้านสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพมีข้อจำกัดในหลายมิติ อาทิ เป็นเพียงแค่การเรียกร้องให้รัฐมีอำนาจในการจัดการปัญหาทั้งมิติสิทธิมนุษยชนและสุขภาพ แทนที่จะมุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการ

จัดการปัญหาเหล่านี้ด้วยตนเอง ดังนั้น ข้อเสนอคือ หากจะมีการหยิบมโนทัศน์สิทธิสุขภาพมาใช้ น่าจะโน้มนำไปสู่การเชื่อมโยง “สิทธิมนุษยชน” กับ “แนวคิดสุขภาพสังคม”

สิทธิสุขภาพท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก

ย้อนรอยการผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ

หากย้อนกลับไปมองความพยายามเชื่อมต่อระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพนั้นมิได้เพิ่งเริ่มต้น แต่มีความเป็นมาอย่างยาวนาน อย่างน้อยเมื่อย้อนกลับไปยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง “คดีแห่งนูเรมเบิร์ก” (Nuremberg trial) เป็นหลักหมายสำคัญของการผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ (หรือถ้าจะกล่าวให้เห็นชัดเจนคือการเชื่อมประสานระหว่างการแพทย์กับสิทธิมนุษยชน) คดีนูเรมเบิร์ก เป็นหนึ่งในคดีอาชญากรสงครามเพื่อตัดสินลงโทษฝ่ายอักษะที่แพ้สงคราม โดยศาลที่ตั้งโดยประเทศฝ่ายสัมพันธมิตร ฝ่ายอักษะถูกกล่าวหาว่าในระหว่างการรบได้กระทำการฆาตกรรม ทรมาน และกระทำการอันโหดร้ายทารุณต่างๆ นานาแก่เหยื่อสงครามจำนวนมหาศาล มนุษย์จำนวนหลายล้านคนถูกฆ่าตายในค่ายกักกันของกองทัพนาซี ชาวยิว พวกยิปซี และหลายกลุ่มชาติพันธุ์ถูกนำไปทดลองในห้องแก๊สจนกระทั่งตายอย่างทรมาน บางพวกถูกใช้แรงงานเยี่ยงทาส ราวห้าล้านคนถูกโยกย้ายเข้าไปในเยอรมัน จำนวนมากตายไปเพราะได้รับการปฏิบัติเยี่ยงอมนุษย์

ฐานคติสำคัญในการสร้างความชอบธรรมให้กับการทดลองมนุษย์ก็คือแนวคิดประโยชน์นิยม ซึ่งอ้างว่าการทดลองมนุษย์ก็เพื่อผลประโยชน์ต่อมนุษยชาติโดยรวม และสิ่งที่สนับสนุนเบื้องหลังอีกประการหนึ่งคือ ความ

หิวกระหายอยากรู้ของวิทยาศาสตร์ การเอาชนะโรคเอดส์กลายเป็นธงนำของการสถาปนาความรู้แบบวิทยาศาสตร์ ถ้าเอาชนะได้ อย่างไรก็ตาม การทดลองในเอดส์ มักอ้างว่ากระทำไปเพื่อเป็นโอกาสในการเยียวยารักษาผู้ป่วย แต่กลับพบว่า ผู้ที่ได้ประโยชน์ในปัจจุบันเป็นบริษัทยาข้ามชาติ และการทดลองยานั้นในหลายกรณีก็เสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ถูกทดลองอย่างมากด้วยเช่นกัน เพราะการทดลองนั้นไม่ได้มีการตรวจสอบจับตาดูแลอย่างใกล้ชิด การปิดตายห้องทดลองจึงไม่ใช่แค่ควบคุมผลการทดลองแต่อย่างเดียว หากแต่ควบคุมการถูกตรวจสอบจากภายนอกด้วย ข้ออ้างที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การทดลองคือ “ความจำเป็นของชาติ” ในนามของชาติ มนุษย์จึงสามารถถูกทดลองได้ กรณีนี้พบในการทดลองในภาวะสงครามอ่าวเปอร์เซียในปี ค.ศ. 1990 กองทัพสหรัฐได้ทดลองยาและวัคซีนต่างๆ กับทหาร ด้วยข้ออ้างว่าเพื่อพิสูจน์ผลการรักษา มิใช่เพื่อการทดลอง ทั้งๆ ที่การทดลองนั้นยังไม่ได้คืบหน้าหรือได้รับการรับรองแต่อย่างใด หรือกองทัพอังกฤษเองก็ได้มีการทดลองยาสูตร “ค็อกเทล” แก่ทหารอังกฤษ 52,300 นาย
(British Medical Association 2001: 205–240)

ข้ออ้างสำคัญของการเข่นฆ่าและทำลายมนุษย์ในช่วงนั้นได้กระทำในนามของ “วิทยาศาสตร์การแพทย์” ซึ่งนำมนุษย์มาทดลองในด้านต่างๆ เช่น ที่ค่ายดาเชา (Dachau) ทางตอนใต้ของเยอรมัน กองทัพอากาศเยอรมันได้นำมนุษย์มาเป็นเครื่องมือทดลองความกดอากาศสูง เพื่อทดสอบว่ามนุษย์จะสามารถทนต่อความกดอากาศในที่สูงได้ขนาดไหน หลายคนต้องตาย หลายคนต้องทนทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บและการดูแลรักษาแบบทิ้งๆ ขว้างๆ นอกจากนี้ยังมีการทดลองภาวะเยือกแข็ง ซึ่งจับคนยัดเข้าถังน้ำแข็งเป็นเวลา 3 ชั่วโมง และบางครั้งก็ทดลองให้คนเปลือยกายอยู่ในที่โล่งท่ามกลางภาวะอากาศหนาวจัด อีกทั้งมีการทดลอง

ด้านการแพทย์ เช่น การทดลองเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย ผู้ที่อยู่ในค่ายหากติดเชื้อมาลาเรียจากยุงหรือจากการฉีดพิษมาลาเรียที่สกัดไว้ทดลอง จะถูกนำไปทดลองยาต่างๆ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพ มีผู้ถูกบังคับให้ทดลองประมาณ 1,000 คน ส่วนใหญ่เสียชีวิต ชาวโปลหลายหมื่นคนถูกทำให้ติดเชื้อวัณโรคชนิดร้ายแรง และถูกนำมาทดลองยาและการรักษาหลากหลายรูปแบบเพื่อคุ้มครองสุขภาพและสวัสดิภาพของคนเยอรมันในโปแลนด์ (Taylor 1999: 284–291, Serbring et al. 1999: 292–300)

ความตระหนักในภัยพิบัติจากสงครามส่งผลให้แนวคิดสิทธิมนุษยชนเติบโตแพร่หลาย แนวความคิดสิทธิด้านสุขภาพมีที่มาจากโศกนาฏกรรมจากสงครามโลกครั้งที่สองโดยตรง ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 ได้ระบุไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการสังคมที่จำเป็น และสิทธิในความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เป็นหม้าย วัยชรา หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในพฤติการณ์อันเกินจากที่ตนจะควบคุมได้”

อิทธิพลของคดีนูเรมเบิร์กและปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นแนวคิดพื้นฐานของการก่อเกิด “สิทธิด้านสุขภาพ” (Right to Health) ซึ่งได้สร้างแนวทางจำแนกประเภทสิทธิด้านสุขภาพอย่างกว้างๆ ไว้สองรูปแบบ ด้านหนึ่ง นำมาสู่การจำกัดบทบาททางการแพทย์มิให้ละเมิดต่อความเป็นมนุษย์ เช่น ควบคุมการทดลองในมนุษย์จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ถูกทดลองก่อน หรือการใส่ใจตรวจสอบในมุมมืด เช่น คุก ในฐานะสถานที่ซึ่งมีโอกาสในการละเมิดสิทธิมนุษยชนได้ง่ายกว่าพื้นที่อื่นๆ สิทธิมนุษยชนในมิตินี้ถือได้ว่าเป็น “สิทธิในเชิงลบ” ซึ่งมักจะยึดโยงกับความ

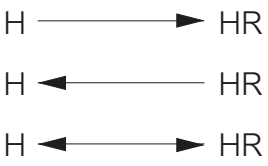
หมายสิทธิทางการเมืองเป็นประเด็นสำคัญ จึงเน้นการปกป้องคนส่วนน้อยที่ถูกละเมิดสิทธิสุขภาพ เช่น สิทธิผู้ป่วย สิทธิของนักโทษ สิทธิคนต่างด้าว เป็นต้น

อีกด้านหนึ่ง เป็นการพยายามตีความนิยามความหมายสิทธิสุขภาพมาสู่ “สิทธิในเชิงบวก” หรือมองว่าสิทธิสุขภาพคือ การส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนให้ดีขึ้น ตามนิยามความหมายขององค์การอนามัยโลก ที่มองว่าสุขภาพต้องนับรวมทั้งมิติจิตวิญญาณ ร่างกาย และสังคม หรือเน้นสิทธิทางเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าสิทธิทางการเมือง อย่างไรก็ตาม แนวความคิดสิทธิสุขภาพสามารถตีความได้หลายแนวทาง เช่น บางคนมองว่าสิทธิสุขภาพคือสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพในมาตรฐานขั้นต่ำสุด บางคนตีความว่าสิทธิสุขภาพคือการที่สุขภาพได้รับการปกป้องคุ้มครองให้เป็นไปตามเกณฑ์สุขภาพสาธารณะ เช่น การควบคุมโรคติดต่อ หรือการจัดการสุขลักษณะ การรักษาสภาพแวดล้อมมิให้เสื่อมเสีย เป็นต้น (British Medical Association 2001: 321)

การตีความสิทธิด้านสุขภาพนั้นจึงขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสังคม ด้วยว่าจะให้น้ำหนักไปในส่วนไหน เช่น ในประเทศฟิลิปปินส์ได้เน้นหนักไปที่สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Right to Health Service) เนื่องจากประเทศยากจน การกระจายบริการยังไม่ทั่วถึง แต่กระนั้น การเน้นหนักไปที่การให้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึงอาจไม่ได้นำพาไปสู่สิทธิสุขภาพ หรือบรรลุเป้าหมายของการสร้างสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นได้ เพราะบางคนเห็นว่า ในกรณีที่ประเทศมีงบประมาณหรือทรัพยากรจำกัด การทุ่มเงินไปกับการบริการสุขภาพอย่างเดียวไม่สามารถสร้างสุขภาพสำหรับทุกคน (Health for All) ได้ แต่ควรจะหันไปปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะจะมีประสิทธิภาพมากกว่า (British Medical Association 2001: 322)

สุขภาพกับสิทธิมนุษยชน

ก่อนที่จะกล่าวในรายละเอียดของแนวคิดว่าด้วย “สิทธิสุขภาพ” จะขอพูดถึงกรอบแนวความคิดที่เชื่อมสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะช่วยปูทางทำความเข้าใจเบื้องต้นของการผสานสองความคิดเข้าหากัน โจนาธาน มานน์ และคณะ (Mann et al. 1999: 7–20) ได้แบ่งแยกความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพไว้ใน 3 ระดับ ดังแบบจำลองง่ายๆ ดังนี้คือ



(หมายเหตุ: H คือ Health สุขภาพ, HR คือ Human Rights สิทธิมนุษยชน)

ความสัมพันธ์ระดับแรก เป็นแนวทางที่เน้นและสนใจในการนำหลักการสุขภาพสาธารณะและบรรทัดฐานของสิทธิมนุษยชนมาปรับปรุงนโยบายและโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ในความสัมพันธ์ระดับนี้ รัฐเป็นกลไกสำคัญต่อการทำงานของระบบสุขภาพสาธารณะ เช่น ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพของประชากร แต่มานน์ และคณะ เห็นว่า เราไม่ควรยึดติดกับสถิติหรือข้อมูลมากเกินไป เพราะเราไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในทุกแง่มุมของปัญหาสุขภาพ หรือบางครั้งการเก็บข้อมูลเป็นเพียงการสุ่มตัวอย่างที่เบียดขับคนบางกลุ่มออกไป เช่น การเลือกสัมภาษณ์แต่คนชั้นกลางนโยบายสาธารณะที่ได้จากผลสัมภาษณ์นั้นอาจไม่ส่งผลดีต่อคนชั้นล่าง

ความสัมพันธ์ระดับที่สอง การละเมิดสิทธิมนุษยชนมีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในสังคมที่สงบสุขและในห้วงเวลาที่สังคมเกิดความขัดแย้งและการ

ปราบปรามทางการเมืองอย่างรุนแรง ในความสัมพันธ์ระดับนี้ มานน์ และคณะ เห็นว่า การละเมิดสิทธิมนุษยชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การทรมาน การคุมขังอย่างไร้มนุษยธรรม ก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน แพทย์สามารถช่วยเหลือได้ด้วยการเขียนรายงานการทารุณกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของมานน์ และคณะ เห็นว่า การละเมิดสิทธิมนุษยชนไม่จำเป็นที่จะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือละเมิดอย่างเห็นเด่นชัด บางครั้งการละเมิดสิทธิมนุษยชนส่งผลไม่เฉพาะผลกระทบตรงหน้า แต่มีผลกระทบแอบแฝง และบางครั้งเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างยอกย้อน

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชนที่มีผลต่อสุขภาพ มีข้อที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบคือ ประการแรก การละเมิดสิทธิมนุษยชนทางตรงต่างๆ ไม่ว่าการทรมาน การคุมขัง การข่มขืน อาจส่งผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาวะด้วย ไม่เพียงแค่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดเฉพาะหน้า เช่น การทรมานจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ หรือสุขภาพทางกายซึ่งอาจเสื่อมทรุดในภายหลัง ประการที่สอง การละเมิดสิทธิมนุษยชนได้แผ่ขยายไปในสังคมที่ดูเหมือนว่าสงบสุข และดำเนินไปภายใต้ภาวะไร้สงคราม แต่เป็นการละเมิดสิทธิอย่างซับซ้อนและอาจมองไม่เห็นชัดเจน เช่น สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ ในกรณีของพิษภัยจากบุหรี่ หากรัฐไม่สนใจที่จะให้ข้อมูลผลร้ายของมัน ก็เท่ากับว่า สิทธิสุขภาพของประชาชนก็จะถูกละเมิดอย่างไม่รู้ตัว

ประเด็นปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ แม้เรื่องสิทธิมนุษยชนจะเป็นหลักการสากล แต่ในความเป็นจริงแล้ว เราต้องถามคำถามอย่างจริงใจว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่กล่าวถึงนั้นได้นับรวมศักดิ์ศรีของใคร บางครั้งเมื่อเราคำนึงถึงสุขภาพของคนส่วนใหญ่จนเกินไป ทำให้อาจละเลยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มชนพื้นเมือง ซึ่งต้องตกอยู่ในภาวะสุขภาพย่ำแย่โดยที่ไม่มีใครมองเห็น

ความสัมพันธ์ระดับสาม เป็นการผสานพลังระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเข้าด้วยกัน กล่าวคือ มีฐานคิดที่เชื่อว่า การสร้างและซ่อมสุขภาพมีผลอย่างยิ่งยวดและชัดแจ้งต่อการรณรงค์และป้องกันหลักสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของมนุษย์ ดังนั้น การผสมผสานสองแนวคิดเข้าด้วยกันจะนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างสังคม แต่อุปสรรคสำคัญในการผสมผสานพลังของสองฝ่ายเข้าด้วยกัน มานน์ และคณะ เห็นว่าอยู่ที่ฐานคิดบางอย่างที่ต้องปรับเปลี่ยนเสียใหม่ นั่นคือ

หนึ่ง หากคิดบนฐานเพียงแค่จำแนกประเภทเป็นคนรวยคนจนก็อาจจะช่วยให้ได้คำตอบซ้ำซากว่าผู้ที่มีฐานะดีกว่าจะมีสภาพสุขภาวะที่ดีกว่า แต่ในความเป็นจริงแล้วอาจจะต้องสนใจมองเป็นกลุ่มเฉพาะที่ชัดเจนขึ้น เช่น สนใจภาวะสุขภาพของผู้ที่แต่งงานกับคนที่อยู่เป็นโสดในรูปแบบต่างๆ เช่น เป็นหม้าย หย่าร้าง หรือไม่เคยแต่งงาน

สอง ปัญหาของการนิยามความยากจนที่สัมพันธ์กับสถานภาพทางสุขภาพ อาจต้องแยกแยะให้ชัดเจน เช่น ผู้ที่ยากจนโดยสมบูรณ์กับยากจนโดยสัมพัทธ์อาจมีความแตกต่างกัน (ในบทความของมานน์ไม่ได้กล่าวในรายละเอียดมากนัก แต่เข้าใจว่า เมื่อเรานิยามความยากจนให้มีความหมายในแบบไหน ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อการช่วยเหลือผู้ยากจนไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เพราะถ้าหากนิยามแคบเกินไป คนยากจนบางคนบางประเภทอาจถูกกีดกันออกไป หรือถ้านิยามกว้างเกินไป รัฐอาจต้องรับภาระหนักเกินไป เป็นต้น)

สาม กรอบการมองในเชิงเศรษฐกิจสังคม หรือการจำแนกแบบชนชั้น เป็นการท้าทายอย่างรุนแรงต่อคนทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งอาจไม่เคยสนใจหรือได้รับการฝึกฝนให้เข้าใจวิธีคิดแบบนี้มาก่อน แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์อาจรู้สึกเฉื่อยชาหรือไม่สนใจการท้าทายจากวิธีคิดเชิงชนชั้น หรืออาจมีทัศนคติด้านลบจนขัดขวางการสร้างนโยบายหรือโครงการสุขภาพสาธารณะต่างๆ ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อชนชั้นล่าง

อย่างไรก็ตาม มานน์ และคณะ เห็นว่าแนวความคิดสุขภาพกับสิทธิมนุษยชนล้วนมีเป้าหมายอย่างเดียวกัน นั่นคือ การบำบัดทุกข์บำรุงสุข หรือการปัดเป่าความทุกข์ยากของผู้คน ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่ผู้ทำงานด้านการแพทย์จะโน้มนำมาสู่สนามความรู้เรื่องสิทธิมากขึ้น การนำสิทธิมนุษยชนเข้ามาเสริม จะช่วยทำให้วิชาชีพด้านสุขภาพมีส่วนในการปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างหนักแน่นและเข้มแข็งมากขึ้นด้วย

> "ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพมีเหตุผลอย่างน้อยสี่ประการที่จะเรียนรู้เรื่องสิทธิมนุษยชน *ประการแรก* ในฐานะพลเมืองแห่งโลกสมัยใหม่ พวกเขาพึงตระหนักรู้ถึงกระบวนการสมัยใหม่ซึ่งมีพลวัต มีความซับซ้อน และท้าทายอย่างยิ่ง ถึงที่สุดแล้ว พวกเขาจะต้องตระหนักรู้ถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของพวกเขาเองและของผู้ป่วย *ประการที่สอง* นโยบาย โครงการ และปฏิบัติการด้านสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งการวิจัยเชิงคลินิกอาจจะละเมิดสิทธิมนุษยชนโดยไม่ได้ตั้งใจ *ประการที่สาม* การละเมิดสิทธิมนุษยชนมักจะมีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของปัจเจกชนและกลุ่มชนด้วย ประการสุดท้าย การส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในปัจจุบัน สามารถเข้าใจได้ว่าเป็นสารัตถะสำคัญของความพยายามในการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพสาธารณะ"
> The New Dictionary of Medical Ethics (British Medical Association 2001: 21)

บทบาทแพทย์กับสิทธิมนุษยชน

ในปัจจุบัน พบว่า แพทย์เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนมากขึ้น จะพบว่า ในหลายกรณี แพทย์มีบทบาทสำคัญช่วยทำให้การละเมิดสิทธิมนุษยชนลดน้อยลง ถ้าแพทย์มิได้โอนอ่อนผ่อนตามผู้มีอำนาจในสังคม แต่หันมาปกป้องผู้ถูกละเมิดสิทธิแทน เช่น แพทย์ในตุรกีที่แสดงบทบาทอย่างกล้าหาญในการคัดค้านการทรมานนักโทษ ทั้งๆ ที่

การปกครองในตุรกีมีท่าทีแบบเผด็จการอำนาจนิยมอยู่มาก แพทย์ตุรกีได้ทำหน้าที่นกหวีดบอกเตือนสังคมถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชน ในฐานะผู้ที่มีศักดิ์ศรีของจรรยาบรรณที่จะสำแดงข้อเท็จจริงให้สังคมได้ประจักษ์ เป็นผู้ร่วมรับรู้และร่วมแก้ไขปัญหา (British Medical Association 2001: xxiii)

เมื่อเชื่อมต่อสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ แพทย์อาจจะต้องเผชิญหน้ากับรัฐมากขึ้นอย่างมิอาจหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะรัฐที่คำนึงผลประโยชน์ของตนเป็นที่ตั้ง ในทัศนะของวิคเทอร์ ซีเดล เห็นว่า บทบาทของแพทย์เป็นเรื่องทางการเมืองอยู่แล้ว ไม่ว่าแพทย์จะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม หรือพยายามจะทำให้เรื่องการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่ใช่การเมืองก็ตาม ดังนั้น ถ้าหากเรามีสมมติฐานว่า ถึงอย่างไรแพทย์จะต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการเมืองแน่ๆ คำถามที่ตามมาก็คือ แพทย์จะเล่นบทบาททางการเมืองแบบไหน จะเล่นตามบทบาทหน้าที่เฉพาะตน หรือจะเล่นบทบาทในฐานะผู้ที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชน และพยายามผลักดันให้สังคมและการแพทย์บรรลุจุดประสงค์ร่วมกันได้ (British Medical Association 2001: 11)

เป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์ที่เข้าไปคัดค้านการละเมิดสิทธิมนุษยชนมักไม่สามารถที่จะทำงานสำเร็จได้อย่างโดดเดี่ยว แต่จักต้องได้รับการหนุนช่วยจากส่วนอื่นๆ ของสังคม เพราะถ้าแพทย์และผู้ถูกละเมิดสิทธิไม่ได้รับการคุ้มครองชีวิตและทรัพย์สินแล้วละก็ ย่อมเป็นไปได้ยากที่จะเรียกร้องให้แพทย์ออกมาปกป้องคนอื่น ในกรณีสังคมไทย เช่น แพทย์สามารถมีบทบาทในการพิสูจน์ความจริงของการปะทะระหว่างทหารตำรวจกับประชาชนในกรณี 6 ตุลาคม 2519 กับ เหตุการณ์พฤษภาคม 2535 หรือในกรณีความขัดแย้งในการแย่งชิงทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นเป็นดอกเห็ดทั่วประเทศและก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ แพทย์สามารถใช้ความรู้ของตนมาเอื้อประโยชน์ให้แก่การแก้ไขความขัดแย้งแบบสันติวิธีด้วยการค้นหาความจริง เผยแพร่ข้อเท็จจริง แต่ในหลายๆ กรณีกลับ

พบว่าแพทย์ถูกยับยั้งมิให้ใช้ความรู้ความสามารถของตน โดยเฉพาะแพทย์ที่โน้มนำเข้าหาสิทธิมนุษยชน เพราะการข้ามพรมแดนดังกล่าวนั้นหมายถึงการกระโดดร่วมวงเข้าสู่การขัดขวางวงจรอำนาจอันฉ้อฉล กลไกในการส่งเสริมให้แพทย์โน้มนำเข้าหาสิทธิมนุษยชนจึงไม่อาจทำเพียงแค่การส่งเสริมความรู้สิทธิมนุษยชนให้แก่นักศึกษาแพทย์ แต่ต้องยอมรับบทบาทของแพทย์ที่จะคลุกคลีทำงานกับสังคม มิใช่ทำงานแต่เพียงในห้องตรวจคนไข้ และเอื้ออำนวยให้แพทย์สามารถใช้ความรู้ของตนได้อย่างอิสระและเต็มที่

กฎหมาย จริยธรรม สุขภาพ และสิทธิมนุษยชน

คำถามที่ต้องถามเสมอเมื่อโน้มนำสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเข้าหากันคือ เราจะเอาอะไรมาเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายระหว่างสุขภาพที่ดีกับการส่งเสริมให้สิทธิมนุษยชนบังเกิดผล หลายคนอาจให้ความหวังกับกฎหมาย จึงมุ่งเน้นไปยังการสร้างกฎระเบียบที่ตายตัวที่สุด เพื่อให้สามารถลงโทษผู้กระทำผิด นี่เป็นแนวทางหนึ่งที่จะประกันขั้นต้นว่าสุขภาพของมนุษย์จะไม่ถูกทำลาย อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าอุปสรรคสำคัญของแพทย์ซึ่งไปทำงานด้านสิทธิมนุษยชนคือ การเผชิญหน้ากับการไม่ทำตามกฎหมายของผู้ปกครอง เช่น การทรมานนักโทษ การเข่นฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ แพทย์จะถูกจำกัดบทบาทไม่ให้เข้าทำหน้าที่ได้ตามปกติ

เมื่อพบภาวะแยกแย้งทางศีลธรรม ในสถานการณ์ที่เกิดความตึงเครียด เกิดความขัดแย้งอย่างหนัก มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างรุนแรงและกว้างขวาง กฎหมายหรือระเบียบทางสังคมต่างๆ ไม่สามารถดำเนินไปตามปกติ ตัวกฎหมายเองได้มีส่วนในการละเมิดสิทธิมนุษยชน ดังนั้นจริยธรรมทางการแพทย์จึงเข้ามามีบทบาทแทนที่ในฐานะ “โครงข่ายความปลอดภัยพิเศษ” (extra safety net) ในการปกป้องสุขภาพของผู้ถูก

ละเมิดสิทธิ การเรียกร้องให้แพทย์มารับผิดชอบภารกิจพิเศษต่างๆ โดยเฉพาะการป้องปรามมิให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนทางตรง เช่น การทำร้ายร่างกายหรือการเข่นฆ่าต่างๆ ก็คือการเรียกร้องให้แพทย์มีความเป็นมนุษย์มากขึ้น หรือเป็นกระบวนการปลุกมโนธรรมสำนึกของแพทย์ เพราะแพทย์ที่ไร้จริยธรรม/จรรยาบรรณ สามารถที่จะกลายเป็นแพทย์ที่ไม่มีความเป็นมนุษย์มากขึ้นทุกที (Dehumanized) (British Medical Association 2001: 1–2)

ดังนั้น แพทย์ซึ่งปฏิบัติตามกฎหมายอาจไม่สามารถปกป้องผู้ป่วยที่ถูกละเมิดสิทธิได้ เพราะการมองกฎหมายอย่างไม่ยืดหยุ่น ไม่ได้เอื้ออำนวยให้ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนได้รับการเยียวยา แต่จะต้องผสมผสานจริยธรรมทางการแพทย์ต่างๆ ในมุมมองที่กว้างออกไปและสัมพันธ์กับหลักจรรยาบรรณอื่นๆ ฉะนั้นจริยธรรมทางการแพทย์จึงควรจะได้รับการเหลียวแลและสั่งสอนในฐานะเครื่องมือในการเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น มิใช่แค่การรับรู้ท่องจำเป็นข้อๆเท่านั้น

เมื่อมีการผสมผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ แพทย์ควรจะเข้าใจทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขณะเดียวกันก็ต้องเข้าใจบริบททางสังคมไปพร้อมๆ กัน (British Medical Association 2001: 11) อย่างไรก็ตาม การเข้าใจวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นอย่างดี อาจนำไปสู่การยึดติดในเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้มีการละเลยความสำคัญการแพทย์แบบอื่นๆ จนกลายเป็นลัทธิบูชาการแพทย์สมัยใหม่ไป แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าการพิสูจน์ข้อเท็จจริงโดยวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถยืนยันหลักฐานการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพที่ดีเยี่ยมเช่นกัน

สิทธิสุขภาพในโลกแห่งความซับซ้อน

ในการเชื่อมโยงแนวคิดสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชน มักจะพบว่า เป็นการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนและสุขภาพสาธารณะ

กับสิทธิมนุษยชน การเชื่อมโยงทั้งสองมิติดังกล่าวมีข้อจำกัดบางประการ ด้านหนึ่ง การเน้นหนักไปที่การปกป้องปัจเจกชนหรือคนบางกลุ่มบาง จำพวกอย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้ปัญหาสิทธิมนุษยชนกลายเป็นปัญหา พิเศษซึ่งคนส่วนใหญ่อาจไม่ได้ตระหนัก ซึ่งจะนำไปสู่การมุ่งแก้ไขปัญหา เฉพาะหน้าเท่านั้น แต่อีกด้านหนึ่ง การพยายามเน้นการปกป้องสุขภาพ ด้วยการปกป้องหรือสร้างเสริมปัจจัยภายนอก ก็มักพบว่าเป็นเพียงการ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง ทำให้ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง เป็นจริง การข้ามพ้นมิติอันคับแคบเหล่านี้ก็คือ การเชื่อมประสานระหว่าง แนวคิดสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชน ซึ่งในที่นี้เรียกว่า “สิทธิสุขภาพ” นั่นเอง

เพื่อรื้อฟื้นความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดสุขภาพสังคม ขออธิบาย อย่างคร่าวๆ ในที่นี้อีกครั้งหนึ่ง แนวคิดสุขภาพสังคมมีฐานคติที่ตั้งอยู่ บนฐานคิดเรื่องการเคารพในธรรมชาติแวดล้อมและความเป็นธรรมทาง สังคม โดยมองปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างซับซ้อนมากกว่าที่จะมองถึง โรคภัยไข้เจ็บว่าเป็นเรื่องของเชื้อโรค หรือเป็นผลมาจากมลภาวะแวดล้อม ที่ไม่ดี กล่าวคือ การคำนึงถึงสุขภาพของสังคมโดยรวม จะต้องพิจารณาอย่าง รอบคอบรอบด้านที่สุด เช่น ปัจจัยทางการเมืองสามารถส่งผลกระทบต่อ สุขภาพและสิทธิมนุษยชนได้โดยตรง การเป็นประเทศเผด็จการ นำมาสู่การ ไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพประชาชน รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะละเมิดสิทธิมนุษยชน อย่างหนักไปพร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตาม แม้ปัจจัยที่ดูเหมือนจะอยู่ไกลหรือ มองไม่เห็น ไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพโดยตรง ก็สามารถส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพอย่างรุนแรงได้ เช่น ปัจจัยในการวางผังเมืองไม่มีผลกระทบต่อ สุขภาพอย่างทันทีทันใด แต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระเทือนอย่างรุนแรงต่อการ เกิดโรคติดต่อในอีก 100 ปีข้างหน้า เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ สุขภาพ สังคมไม่ได้มองเพียงปัญหาเฉพาะหน้า หรือมองสุขภาพเฉพาะในสิ่งที่มอง

เห็นด้วยประสาทสัมผัส หากมองอย่างวิเคราะห์และวิพากษ์ สิทธิสุขภาพจึงไม่ได้ให้น้ำหนักของความเป็นเหตุเป็นผลมากเกินไป แต่มองสุขภาพสัมพันธ์กับอารมณ์ความรู้สึก ขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อมต่างๆ ด้วย นอกจากนี้ การเชื่อมโยงแนวคิดสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชนไม่ได้เน้นไปที่การรอคอยแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงอำนาจรัฐแต่อย่างเดียว แต่จะต้องพยายามส่งเสริมให้ประชาชนเรียนรู้ ตื่นรู้ และตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองในการที่จะดูแลสุขภาพของตน ของชุมชน และของสังคมโดยรวม เป้าหมายของสิทธิสุขภาพ จึงไม่ใช่แค่การเปลี่ยนในระดับกระบวนทัศน์เฉพาะอย่าง ไม่ว่าระบบสาธารณสุข ระบบประกันสุขภาพ ระบบสวัสดิการสังคม แต่พยายามจะขยับเขยื้อน “ภูเขา” แห่งองค์รวมของกระบวนระบบชีวิตมนุษย์ ซึ่งต้องเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับจิตวิญญาณ ร่างกาย สังคม และธรรมชาติ ไปพร้อมกันทุกกระบวนระบบ การเปลี่ยนแปลงมิอาจแยกไปเปลี่ยนเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งเท่านั้น

ในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลอย่างอมาตยา เซน เห็นว่าการแบ่งสิทธิทางเศรษฐกิจกับสิทธิทางการเมืองแยกออกจากกันเป็นการมองอย่างแยกส่วน สำหรับเขาแล้ว ต้องมองอย่างคู่ขนาน ในท่ามกลางปัญหาสุขภาพที่ยังไม่ซับซ้อนมากนัก เช่น ในห้วงเวลาหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ประเด็นสิทธิอาจจำกัดวงอยู่ในการพยายามปกป้องชีวิตมนุษย์ อิสรภาพ และเสรีภาพของมนุษย์ ซึ่งตกอยู่ในกรอบวิธีคิดสิทธิทางการเมือง แต่ในยุคต่อมา ซึ่งปัญหาการเมืองระดับโลกได้คลี่คลายลงไปเปลาะหนึ่ง ได้มีการหันเหมาเน้นสิทธิทางด้านเศรษฐกิจมากขึ้น เช่น สิทธิด้านสุขภาพ หรือสิทธิในสวัสดิการสังคมต่างๆ อมาตยา เซนเห็นว่า เมื่อสังคมซับซ้อนมากขึ้น สิทธิทั้งสองรูปแบบได้โน้มนำเข้าหากัน เขาได้ยกตัวอย่างเรื่องการขาดแคลนอาหารจนกลายเป็นทุพภิกขภัย ไม่ได้เกิดจากปัจจัยภาวะยากจนของประเทศนั้นๆ แต่อย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับระบบการเมืองด้วย เขาอ้างว่าไม่เห็นประเทศประชาธิปไตยแต่ยากจนประเทศไหนที่เกิดภาวะขาดอาหารเลย

เช่น ประเทศอินเดีย บอตสวานา ซิมบับเว ประเทศซึ่งมีรูปแบบการปกครองแบบประชาธิปไตย และมีเสรีภาพของสื่อมวลชน มีการเลือกตั้งอย่างเสรี สิ่งเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการปกป้องสิทธิของประชาชนและสิทธิทางการเมือง ซึ่งแน่นอนว่าในที่สุดแล้วก็จะมาสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดสิทธิพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา (British Medical Association 2001: 32–33)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเช่นนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ว่าประชาธิปไตยจะส่งเสริมสิทธิสุขภาพได้ดีกว่าการปกครองในรูปแบบอื่นๆ หรือเกิดในประเทศที่ร่ำรวยมากกว่าประเทศที่ยากจน ประเทศคิวบา ซึ่งปกครองในระบอบสังคมนิยม กลับมีมาตรฐานของการบริการที่ดีมาก จากการที่รัฐบาลคิวบาได้รับรองที่จะให้มีบริการการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับทุกคน และมีอัตราส่วนหมอ 1 คน ต่อประชากรชาวคิวบา 260 คน รวมทั้งมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ อย่างทั่วถึง จากสถิติจะพบว่าคิวบามีมาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพดีกว่าประเทศเพื่อนบ้านรอบๆ ข้าง

	คิวบา	ละตินอเมริกา
ความยืนยาวของชีวิต	75.4 ปี	68 ปี
อัตราการตายของทารก	7.9/1,000 คน	38/1,000 คน
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ	12/1,000 คน	47/1,000 คน
อัตราการตายของมารดา	21/1,000 คน	178/1,000 คน
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	98%	73%

แต่ในอีกด้านหนึ่ง ปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในคิวบาคือการขาดแคลนยารักษาโรคและอุปกรณ์การแพทย์จากการตัดความสัมพันธ์ทางการค้าของสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม คิวบาได้ส่งเสริมการรักษาพื้นบ้านหลายชนิดเพื่อแทนที่การแพทย์สมัยใหม่ในหลายๆ พื้นที่ (Shaw et al.

2002: 96) ในมิติเช่นนี้ ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดสุขภาพ กล่าวคือ การแบ่งแยกค่ายทางอุดมการณ์ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการกีดกันมิให้ประชาชนที่อยู่นอกกรอบประชาธิปไตยได้รับยาและบริการทางสุขภาพเท่าเทียมกับโลกเสรีประชาธิปไตย สิ่งนี้ใช่หรือไม่ว่าก็คือการละเมิดสิทธิมนุษยชนในรูปแบบหนึ่งนั่นเอง

สุขภาพในสังคมอุตสาหกรรม: มองผ่านแนวคิดสังคมเสี่ยงภัย

การเผชิญหน้าของสังคมอุตสาหกรรมกับสุขภาพมนุษย์ ดูเหมือนจะเป็นคำถามที่สำคัญมากยิ่งขึ้นทุกที เพราะผลพวงของอุตสาหกรรมนิยมได้ทำลายสุขภาพของมนุษย์มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน นับตั้งแต่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรม ในปฏิญญาเวียนนา ซึ่งได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน ค.ศ. 1993 ข้อ 11 ระบุว่า “เพื่อบรรลุซึ่งความต้องการด้านการพัฒนาและสิ่งแวดล้อมของคนรุ่นปัจจุบันและอนาคต ที่ประชุมระดับโลกว่าด้วยสิทธิมนุษยชนตระหนักว่า การทิ้งสารพิษ วัตถุอันตราย และของเสีย อย่างไม่ชอบด้วยกฎหมาย มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการคุกคามที่รุนแรงต่อสิทธิมนุษยชนในการที่จะดำรงชีวิตอยู่และสุขภาพของทุกคน”

ข้อความดังกล่าวข้างต้นช่วยชี้ให้เห็นถึงพิษภัยของอุตสาหกรรมที่ไม่ควบคุมความปลอดภัยของโรงงานอย่างเข้มงวด แต่ปัญหาของสารพิษและสารอันตรายต่างๆ มีความซับซ้อนมาก ทั้งในแง่การวิเคราะห์หาต้นเหตุและกระบวนการจัดการปัญหา การปกป้องสุขภาพของมนุษย์จากพิษภัยต่างๆ เหล่านั้น หากจะให้ได้ผลในเชิงปฏิบัติ จักต้องขยายความหลักการในปฏิญญาเวียนนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาพิษภัยของอุตสาหกรรมซึ่งสั่งสมมาอย่างยาวนานยืดเยื้อเรื้อรัง แนวคิดหนึ่งที่ช่วยอธิบายความซับซ้อนนี้ได้ก็คือ แนวคิดของอูริค เบค ซึ่งเรียกสังคมยุคทันสมัยว่าเป็น “สังคมเสี่ยง” (Risk Society) (Beck 1992) เขาเห็นว่าการพัฒนาเทคโนโลยี

ทางการผลิตต่างๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเข้ามาส่งเสริมความมั่งคั่งให้กับมนุษยชาติ หรือถ้าพูดอีกด้านหนึ่งก็คือการมุ่งแก้ปัญหาความยากจนของมนุษย์ การปฏิวัติอุตสาหกรรมได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงแนวทางของสังคมไปสู่หนทางของการไปพ้นความขาดแคลน นั่นคือมุ่งตอบสนองความต้องการด้านบริโภคของมนุษย์ผ่านการผลิตแบบขนานใหญ่ ภายใต้สังคมที่เปลี่ยนมาสู่อุตสาหกรรมซึ่งจะต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านมลภาวะหรือสารพิษต่างๆ เบคเห็นว่าต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ จากการมุ่งต่อสู้เชิงชนชั้น ที่มีฐานคติของความไม่เป็นธรรมทางสังคม มาสู่ “กระบวนทัศน์ของสังคมเสี่ยง” (Paradigm of Risk Society) เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ได้เข้ามาทำหน้าที่แจกจ่ายอาหารให้แก่มนุษย์ผู้หิวโหย ก่อให้เกิดระบบสวัสดิการสังคม แต่แนวทางการสร้างความมั่งคั่งให้กับมนุษย์นั้น ยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงซึ่งมองไม่เห็น นั่นคือ มลพิษต่างๆ ในความจริงแล้วปัญหามลภาวะเป็นสิ่งที่เรารับรู้มาโดยตลอด ไม่ใช่เรื่องใหม่ หากที่ผ่านมากลับไม่ให้ความสำคัญหรือละเลยปัญหานี้ โดยมุ่งหน้าสู่การเอาชนะความยากจนเป็นเป้าหมายหลัก ในขณะที่สังคมเสี่ยงภัยเป็นสังคมที่ต้องเผชิญหน้ากับความเสี่ยงที่อุตสาหกรรมก่อขึ้นมา ซึ่งสั่งสมและระเบิดออกมาในยุคที่อุตสาหกรรมได้เติบโตก้าวหน้าไปอย่างมาก และทุกวันนี้ได้แผ่ขยายเป็นความเสี่ยงภัยในระดับโลก ไม่ใช่ความเสี่ยงภัยที่ปัจเจกชนเผชิญหน้าอย่างโดดเดี่ยว ดังเช่นที่โคลัมบัสต้องเผชิญหน้ากับแสวงหาโลกใหม่ ต้องเสี่ยงภยันตรายอย่างหาญกล้าเพื่อพิชิตโลกที่มองไม่เห็นและไม่เคยรู้จักมาก่อน

เบคพยายามชี้ให้เห็นว่า ปัญหาของสังคมเสี่ยงภัยเป็นปัญหาสำคัญโดยตัวมันเอง แน่นอนว่าการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ได้นำไปสู่การล่มสลายของธรรมชาติและวิถีชีวิตแบบประเพณีซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในชุมชนหรือสายใยของครอบครัว แต่ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากอุตสาหกรรมได้ทำลายมนุษย์อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในปัญหาด้านสุขภาพที่มนุษย์

ต้องตกเป็นเหยื่อของความทันสมัย อันเป็นผลข้างเคียงที่ไม่ได้ตั้งใจ (Unintended Consequence) ในทัศนะของเบคเห็นว่า สังคมอุตสาหกรรมเองก็พยายามที่จะ “ควบคุม” “จัดการ” แต่ก็พบว่าไม่เท่าทันกับความเสี่ยงที่รุนแรงยิ่งขึ้นทุกที ทั้งนี้ความเสื่อมสมรรถภาพในการควบคุมจัดการความเสี่ยง ก็เพราะการตกอยู่ในวังวนของกระบวนทัศน์เก่า ซึ่งเน้นปัญหาความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ

เบคได้ยกตัวอย่างปัญหาการใช้สารเคมีทางการเกษตร ความเสี่ยงกระทบต่อโลกที่สามในฐานะผู้ผลิตอาหารของโลก ในประเทศศรีลังกา ชาวไร่ชาฉีดดีดีทีด้วยมือเปล่า ชาวทรินิแดดในเกาะแอนทิเลส 120 คนได้รับรายงานว่าตายเพราะยาฆ่าแมลง ซึ่งเกษตรกรคนหนึ่งที่นั่นกล่าวว่า “ถ้ายังไม่รู้สึกป่วยหลังจากพ่นยาฆ่าแมลง นั่นก็แปลว่ายังฉีดมันไม่พอ” การใช้สารเคมีอย่างเข้มข้นเหล่านี้นำมาสู่การเพิ่มผลผลิตอย่างสำคัญ เช่น ประเทศอุตสาหกรรมในยุโรปสามารถเพิ่มผลผลิตอาหารได้ 30% บางประเทศในเอเชียและละตินอเมริกาเพิ่มการผลิตอาหารได้ถึง 40%

ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง อุตสาหกรรมเสี่ยงภัยต่างๆ ได้กระจายเข้าสู่ประเทศยากจน กรณีตัวอย่างคลาสสิกก็คือ เมืองที่ได้รับการขนานนามว่าเป็นเมืองที่เต็มไปด้วยสารเคมีที่สกปรกที่สุดของโลกอย่างเมืองวิลล่าพารีซี ในบราซิล ซึ่งทุกๆ ปีชาวสลัม 15,000 คน จะต้องเปลี่ยนหลังคาสังกะสีเพราะฝนกรด และบางคนมีผื่นคันตามผิวหนังจนได้รับสมญานามว่าเป็นพวก “ผิวจระเข้” เมืองแห่งนี้เป็นที่ตั้งของบริษัทน้ำมันและบริษัทสารเคมียักษ์ใหญ่ของโลก ตามคำเชื้อเชิญให้มาลงทุนของรัฐบาลทหาร ปัญหาสุขภาพของประชาชนที่นั่น เจ้าหน้าที่รัฐบอกว่าเกิดจากความยากจน และสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็มาจากภาวะขาดสารอาหาร การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และป่วยมาตั้งแต่ก่อนอพยพมาที่วิลล่า พารีซีแล้ว ขณะที่เจ้าหน้าที่ของบริษัทยูเนียน คาไบด์ ซึ่งไปลงทุนทำโรงงานที่นั่นก็แสดงความคิดเห็นด้วยว่า “ถ้าชาวบ้านแย่ลง เขาจะโทษพวกเรา เป็นเรื่องที่ไร้

เหตุผลอย่างสิ้นเชิง" หายนะครั้งใหญ่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 1984 น้ำมันได้รั่วไหลท่วมส่วนหนึ่งของเมือง ภายในสองนาทีพายุไฟโหมกระหน่ำ คนถูกเผาตายมากกว่า 500 คน ศพเด็กๆ ไม่มีใครพบเห็น เพราะร่างได้ระเหยหายไปกับความร้อน

จากกรณีตัวอย่างข้างต้น ช่วยสะท้อนให้เห็นปัญหาสำคัญคือ กระบวนการตรวจสอบความจริงของพิษภัยสารเคมีนั้น มิอาจตรวจสอบได้ง่ายดายนัก แต่ในหลายกรณีพบว่า ความเดือดร้อนทุกข์ยากของประชาชนจากสารเคมี สารพิษ มลพิษต่างๆ เมื่อการตัดสินใจตกอยู่ในมือผู้เชี่ยวชาญ ไม่ว่านักวิทยาศาสตร์หรือแพทย์ แต่เมื่อพบกับข้อมูลหลักฐานที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดแจ้ง ดูเหมือนว่าจะเป็นการยากลำบากที่จะสรุปสาเหตุแห่งการทำลายสุขภาพของประชาชนว่ามาจากโรงงานนี้โรงงานนั้น เบคเห็นว่าภายใต้โครงสร้างเศรษฐกิจการเมืองในปัจจุบัน (ซึ่งก็คือสังคมเสรีประชาธิปไตย) กฎหมายและวิทยาศาสตร์นั้นเข้ากันเป็นปี่เป็นขลุ่ย แต่ก็ไม่สามารถตอบคำถามกับปัญหามลพิษได้ ความเจ็บไข้ได้ป่วยเองก็ยากที่จะจำแนกแยกแยะสาเหตุว่าเกิดจากอะไรกันแน่ ภายใต้ภาวะอันคลุมเครือของสาเหตุ ผู้เชี่ยวชาญเองก็ยังคงยึดถือวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์เป็นสรณะ นั่นคือทำตามกฎหมายและหลักวิชาการ ซึ่งก็ยึดถือ "ศิลปะชั้นสูงแห่งการพิสูจน์หาสาเหตุ" (high art of proving causality) ซึ่งมักจะคัดง้างกับการประท้วงของประชาชน และมักจะมองข้ามการมองสาเหตุอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวม

ตัวอย่างทั้งหมดนี้ ช่วยชี้ให้เห็นว่าความเป็นเหตุผลได้กลายเป็นความไร้เหตุผลได้อย่างไร การยึดในจริยธรรมวิทยาศาสตร์อย่างไม่ลืมหูลืมตา การมอบความชอบธรรมให้กับผู้เชี่ยวชาญเช่นผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม นำมาสู่การสร้างอำนาจให้กับ "การควบคุม" "การรับรองอย่างเป็นทางการ" หรือได้สถาปนาสิ่งที่เรียกว่า "อำนาจนิยมของระบบราชการและวิทยาศาสตร์" (Scientific and Bureaucratic Authoritarianism) ความ

เสี่ยงที่เกิดจากความก้าวหน้าของสังคมอุตสาหกรรม กำลังนำมาสู่การตั้งคำถามกับจริยธรรมของแพทย์ซึ่งยึดติดในวิชาชีพของตน จนเป็นเหตุให้ปัญหาเชิงโครงสร้างของความเสี่ยงจากสังคมอุตสาหกรรมถูกตัดตอนให้อยู่ภายใต้องค์ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญโดยปราศจากการร่วมยอมรับและตัดสินใจจากสาธารณะ ซึ่งหมายถึงการกีดกันการจับตาปัญหาและการปรึกษาหารือแนวทางการแก้ปัญหาจากภายนอก

ความเสี่ยงจากสังคมอุตสาหกรรม เป็นเรื่องของวิสัยทัศน์ทางสังคมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง เพราะปัญหามลพิษเป็นปัญหาที่ท้าทายโลก *อนาคต* ไม่ใช่ปัญหาที่ท้าทายโลก *ปัจจุบัน* ผู้ที่จะเผชิญความเสี่ยงคือคนรุ่นต่อไป หรือคนรุ่นลูกรุ่นหลาน มลพิษสารพิษเป็นสิ่งตกค้างทางประวัติศาสตร์ หมักหมมสั่งสมรอวันเวลาระเบิด นำมาสู่การตั้งคำถามกับการปีนกระไดสู่ความก้าวหน้าว่าอาจพลัดตกลงมาได้หากไม่ระแวดระวัง ยิ่งสูงยิ่งเจ็บตัวมากขึ้น วาทกรรมของความก้าวหน้ามักจะมีข้ออ้างที่ดำรงแนวทางเอาไว้ เช่น หากไม่มีอุตสาหกรรม ก็จะเกิดการว่างงาน นั่นคือการยึดมั่นในผลประโยชน์เชิงเศรษฐกิจ จนมองไม่เห็นความจริงของภยันตรายที่น่าจะอุบัติขึ้นในอนาคต ฉะนั้น คำถามจึงอยู่ที่ทำอย่างไรเราจึงจะเตรียมรับมือกับสิ่งที่อัลวิน ทอฟเลอร์เรียกว่า “Future Shock” เบคเห็นว่า ถึงเวลาแล้วที่ภาคการเมืองจะต้องหันมาให้ความสนใจผลข้างเคียงของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นด้วย มิฉะนั้นมันก็จะกลับมาทำลายอุดมคติทางการเมือง (แบบประชาธิปไตย) เพราะมิอาจปกป้องประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีได้

แนวทางที่เบคเสนอแนะในการจัดการกับความเสี่ยงคือ การทำให้ประชาธิปไตยเข้มแข็งหรือเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ประชาธิปไตยส่งเสริมให้มีการลงทุนอย่างเสรี นั่นเป็นส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่ประชาธิปไตยต้องเปิดให้มีการถกเถียงในพื้นที่สาธารณะก่อนที่จะมีการตัดสินใจใดๆ ฉะนั้นสุขภาพดีไม่อาจบังเกิดขึ้นได้ หากยังรวบอำนาจไว้ที่ศูนย์กลาง ฝากอำนาจการตัดสินใจไว้กับรัฐสภา หรือการยกความรู้ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญผูกขาด

ในทางกลับกัน หากจะปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนให้เป็นจริง เบคเรียกร้องสังคมที่มี “การปรึกษาหารือกันโดยตรงและการร่วมกันควบคุมมากขึ้น” (Direct Consultation and Shared Control) ซึ่งบทบาทของสถาบันทางสังคมต่างๆ จะต้องเปลี่ยนแปลงไป เช่น ศาลหรือสื่อมวลชนต้องแข็งแรงและอิสระมากขึ้น ขณะที่ในวงการที่รับผิดชอบความเสี่ยงโดยตรงก็จะต้องมีกระบวนการวิจารณ์ตนเอง เช่น แพทย์จะต้องคัดค้านแพทย์ด้วยกันเอง เบคเห็นด้วยกับแนวความคิดของนักปรัชญาอย่างคาร์ล ปอปเปอร์ที่ว่า การวิจารณ์ก่อให้เกิดความก้าวหน้า การวิจารณ์ตนเองไม่ได้นำมาสู่ความขัดแย้งไม่ลงรอย แต่เป็นหนทางเดียวที่จะป้องกันความผิดพลาดของมนุษย์ที่จะก่อความเสียหายให้กับโลกซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า ฉะนั้นการสร้างสถาบันทางสังคมที่เอื้อให้เกิดการวิจารณ์ตนเองเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ความเสี่ยงไม่ใช่สิ่งที่อุบัติขึ้นชั่วนิรันดร์ ถ้าหากมนุษย์เปลี่ยนวิธีคิดได้ทันท่วงที

จากแนวคิดสังคมเสี่ยงภัย หากต้องการจะปกป้องสิทธิสุขภาพย่อมมิอาจหยิบใช้กลไกใดกลไกหนึ่งเป็นการเฉพาะ หากต้องการบรรลุถึงความหมายอุดมคติของสุขภาพที่ว่า สุขภาพไม่ใช่แค่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่หมายถึงการอยู่ดีกินดี การพึ่งพาระบบสาธารณสุขที่ยึดมั่นในระบบความรู้ซึ่งเน้นการป้องกันให้มีร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคนั้น ไม่พอเพียง เพราะเป็นแนวคิดที่เน้นปัจเจกชน แต่การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสร้างสุขภาพจะต้องสร้างภูมิคุ้มกันในทุกระดับ ภูมิคุ้มกันต้องอยู่ในระดับปัจเจกชน ครัวเรือน ชุมชน สังคม และระบบโลกทั้งมวล

สิทธิสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์

การท้าทายสิทธิสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ นับเป็นประเด็นที่น่าจะจับตามองอย่างยิ่งในภาวะที่โลกกำลังเคลื่อนย้ายไปสู่การจัดระเบียบโลกทางเศรษฐกิจ การเมือง โลกของยุคบรรษัทข้ามชาติ โลกของการ

ทดลองด้านชีววิทยา การตัดต่อพันธุกรรม โลกของเทคโนโลยีด้านการสื่อสารและคอมพิวเตอร์ ภาวะดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพในมิติใหม่ๆ ซึ่งอาจจะไม่เคยมีความสำคัญหรือไม่ใช่ประเด็นที่ถกเถียงกันในมุมมองสิทธิเสรีภาพ ในภาวะโลกที่เปลี่ยนบริบทโฉมหน้าใหม่เช่นนี้ สิทธิสุขภาพเริ่มได้รับการท้าทายที่ก้าวล่วงสู่คำถามใหม่ๆ อันไปพ้นกรอบกระบวนทัศน์หรือวิธีคิดเก่าๆ เช่น การตั้งคำถามต่อการบริการสุขภาพของรัฐอาจไม่ใช่เรื่องสำคัญเท่ากับสุขภาพภายใต้เงาของการจัดระเบียบทางการเงินของโลก เป็นต้น

ในที่นี้จะยกตัวอย่างการถกเถียงประเด็นสิทธิสุขภาพในเชิงกระบวนทัศน์ ซึ่งมีการพูดถึงอย่างกว้างขวางในสังคมสากล/สังคมโลก นั่นคือ “แนวคิดมนุษยธรรม” ซึ่งพยายามนำเสนอว่ามนุษย์ควรเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน แต่เมื่อเผชิญกับภาวะโลกาภิวัตน์ แนวคิดมนุษยธรรมซึ่งยึดติดกับรูปแบบทางความคิดในอดีต อาจไม่สามารถตอบสนองกับสถานการณ์ปัจจุบันได้ แต่เรามิอาจทอดทิ้งมนุษยธรรมได้เพราะมันเป็นเรื่องล้าสมัย แต่เราจะต้องนำแนวคิดมนุษยธรรมมาทบทวนและท้าทาย เพื่อให้นำกลับมาใช้อย่างมีพลังอีกครั้งหนึ่ง

แนวคิดมนุษยธรรมเป็นฐานคติสำคัญชุดหนึ่งในพื้นฐานความคิดของสิทธิมนุษยชน (Destexhe 1999: 75–82) และได้นำหลักการนี้มาใช้ในกิจการด้านสุขภาพระหว่างชาติมาอย่างยาวนานในนามของมนุษยธรรมนิยม (Humanitarianism) ซึ่งพยายามช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์โดยข้ามพ้นอุดมการณ์ทางการเมืองหรือพรมแดนของความเป็นชาติ ในประวัติศาสตร์ของขบวนการมนุษยธรรมนิยม พบว่า “แนวความคิดมนุษยภาพในยุคสมัยใหม่” (Modern Concept of Humanity) พัฒนาการมาจากแนวความคิดยุครู้แจ้งในศตวรรษที่ 18 ซึ่งมองมนุษย์ว่าควรจะมีสิทธิเท่าเทียมกัน จึงส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ไปยังพื้นที่อื่นนอกโลกตะวันตก อย่างไรก็ตาม มีผู้วิจารณ์ว่ามนุษยธรรมนิยมในยุคเริ่มแรก แม้จะมองมนุษย์อย่างเท่า

เทียมกัน แต่ก็ยังติดอยู่ในความภูมิใจของสีผิวหรือเชื้อชาติแห่งโลกตะวันตก แล้วใช้มนุษยธรรมและความศิวิไลซ์บังหน้าเพื่อล่าอาณานิคม

เมื่อก้าวเข้าสู่คริสต์ศตวรรษที่ 19 เหตุการณ์ของทุพภิกขภัยในไอร์แลนด์ในช่วงปี ค.ศ. 1845–1850 เกิดขึ้นพร้อมกับแนวความคิดเสรีนิยมทางเศรษฐกิจ ซึ่งกลายเป็นอุดมการณ์หลักที่ครอบความคิดในช่วงเวลานั้น แนวความคิดเสรีนิยมนำมาสู่แนวความเชื่อที่ว่า อาหารไม่ควรจะกระจายไปสู่ผู้หิวโหย เพราะการกระทำดังกล่าวขัดขวางบทบาทของตลาดเสรี ภัยพิบัติจะถูกขจัดปัดเป่าแก้ไขได้ด้วยหลักอุปสงค์อุปทานตามกลไกตลาด แนวความคิดนี้ส่งผลให้ชาวไอริชตายไปเพราะขาดอาหารมากกว่า 1 ล้านคน และอีกหลายล้านคนอพยพไปอเมริกา

ในช่วงปลายของคริสต์ศตวรรษที่ 19 การสู้รบในสงครามที่เมืองโซลเฟอริโนที่อิตาลี ระหว่างกองทัพฝรั่งเศสของนโปเลียนที่ 3 กับออสเตรีย บุรุษนามฌอง อองรี ดูนังต์ ชาวสวิตเซอร์แลนด์ ได้รวบรวมสมัครพรรคพวกและจัดประชุมที่เจนีวา จัดตั้งองค์การกาชาดสากล เพื่อเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากสงคราม นับเป็นองค์กรมนุษยธรรมสากลแรกที่เข้าไปยื่นมือช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากสงคราม อย่างไรก็ตาม ในภายหลังเมื่อเกิดสงครามโลกครั้งที่สอง มีการเข่นฆ่าชาวยิวในเยอรมัน กาชาดสากลไม่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวแทรกแซงการทำลายล้างพลเรือนเลย กาชาดสากลและองค์กรมนุษยธรรมอื่นๆ ในห้วงเวลานั้นดูเหมือนจะเงียบเสียงและสงบเสงี่ยมเจียมตัวยิ่งนัก จุดอ่อนของกาชาดสากลทำให้การเคลื่อนขบวนขององค์กรมนุษยธรรมในเวลาต่อมาก่อเกิดรูปแบบใหม่ ในกรณีสงครามไบอาฟรา (Biafra War) ในไนจีเรีย กาชาดสากลไม่สามารถเข้าไปให้ความช่วยเหลือได้ ขณะที่องค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ในปี ค.ศ. 1971 อย่างแพทย์ไร้พรมแดน กลับได้รับอนุญาต ซึ่งมีผู้วิเคราะห์ว่าที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากกาชาดพยายามอ้างกฎมนุษยธรรม แต่สำหรับแพทย์ไร้พรมแดนอาศัยอำนาจของข่าวสารด้วยการนำเสนอภาพอันน่าสงสารของเหยื่อซึ่งอดอยากหิวโหยสู่สาธารณะ

อาศัยภาพของเด็กในเมืองไบอาฟราเป็นอาวุธที่จะปลุกกระแสการเคลื่อนไหวทางมนุษยธรรมในระดับนานาชาติ

ความคิดมนุษยธรรมได้เปลี่ยนไปตามบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนไปตามยุคสมัย เช่น กรณีปัญหาผู้อพยพ ในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 1980 มีผู้อพยพในยุคนี้มากกว่าร้อยละ 90 มาจากกลุ่มประเทศในสังกัดของโซเวียตอันเป็นผลพวงของสงครามเย็น องค์การสหประชาชาติได้เข้ามาช่วยเหลืออย่างเต็มที่ และได้สร้างภาพของผู้อพยพในเชิงบวก ในฐานะ “ผู้ออกเสียงด้วยเท้าของพวกเขา” (Vote With Their Feet) แต่เมื่อสถานการณ์โลกเปลี่ยนไป ภาพของผู้อพยพกลายเป็นภาพลบมากกว่าภาพบวก ทำให้ปฏิบัติการแห่งมนุษยธรรมเปลี่ยนรูปแบบไป เพราะเมื่อสหภาพโซเวียตล่มสลาย ก็ไม่จำเป็นที่มนุษยธรรมจะต้องทำไปเพื่อปลดปล่อยมนุษย์จากการกดขี่ (โดยประเทศคอมมิวนิสต์)

มนุษยธรรมในยุคหลังสงครามเย็นได้เสื่อมมนต์ขลังลง เพราะมนุษยธรรมกลายมาเป็นเครื่องมือทางการเมืองอย่างเห็นเด่นชัด การช่วยเหลือทางมนุษยธรรมกลายเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการทำสงครามต่างๆ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เป็นการสร้างความชอบธรรมให้กับการรบพุ่ง มนุษยธรรมถูกลดทอนให้มีความหมายเพียงแค่การแจกจ่ายอาหารแก่ผู้ที่ทุกข์ยาก ผู้หิวโหยเหล่านั้นไม่มีสิทธิเลือกเลยว่า ปรารถนาจะรอรับความเมตตาหลังถูกกระทำอย่างไร้ความปราณีจากสงคราม หรือต้องการอาวุธที่จะมาสู้กับศัตรู หรืออยู่อย่างสงบ ภาวะไร้ทางเลือกเช่นนี้นำมาสู่การตั้งคำถามอย่างแหลมคมว่า หากเราเพียงแค่ยื่นอาหารเข้าทางหน้าต่าง แต่กลับไม่ขับไล่ฆาตกรออกจากบ้าน จะเรียกการกระทำนี้ว่ามนุษยธรรมได้ล่ะหรือ? เช่นในกรณีของโครงการแด่น้องผู้หิวโหย ซึ่งฉายภาพเด็กขาดอาหารในเอธิโอเปียให้โด่งดังทั่วโลก พบว่า มนุษยธรรมกลายเป็นเหยื่อล่อทางการเมืองในการผลักดันให้คนเอธิโอเปียอพยพจากภาคเหนือสู่ภาคใต้ เพื่อมิให้ชาวนาในเอธิโอเปียลุกขึ้นมาต่อต้านอำนาจรัฐ ภาวะแยกแย้งทาง

ศีลธรรมเช่นนี้ เป็นสิ่งที่มนุษยธรรมจะต้องเผชิญหน้าต่อไปอีกในยุคโลกาภิวัตน์ และกลายเป็นเครื่องมือทางการเมืองในการสร้างความชอบธรรมให้กับการทำสงครามและความรุนแรง

นอกจากนี้ สุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ยังคงต้องเผชิญหน้ากับอีกหลากหลายปัญหา เช่น สุขภาพกับหนี้สินระหว่างประเทศ (British Medical Association 2001: 336–337) พบว่า การทำงานขององค์กรการเงินระดับโลกอย่างธนาคารโลกหรือไอเอ็มเอฟส่งผลอย่างมากต่อปัญหาสุขภาพ เพราะได้สร้างหนี้สินมหาศาลให้กับประเทศกำลังพัฒนาในโลกที่สาม แม้จะพยายามให้มีเงินช่วยเหลือแบบให้เปล่าด้วยก็ตาม ดังเช่นในปี ค.ศ. 1998 พบว่า ในจำนวนเงินทุก 1 ปอนด์ที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับความช่วยเหลือ ประเทศเหล่านี้จะต้องใช้หนี้คืนถึง 3 ปอนด์ การกู้หนี้ยืมสินอาจเป็นไปเพื่อพัฒนาประเทศให้ทันสมัย แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งซึ่งภาวการณ์เติบโตทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก เกิดวิกฤตการณ์น้ำมัน ดอกเบี้ยแพง และเจ้าหนี้พักการให้กู้เพื่อการลงทุนต่างๆ ได้ส่งผลสะเทือนต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาอย่างมาก จากสถิติหลายประการได้ฟ้องข้อเท็จจริงนี้ เช่น ในปี ค.ศ. 1997 ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาจำนวน 766 ล้านคนไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพไม่ว่าในรูปแบบใดๆ ก็ตาม, 1,213 ล้านคนไม่มีน้ำดื่มที่สะอาด, เด็ก 158 ล้านคนอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ ในปี ค.ศ. 1998 ประชากร 40% ของประเทศแทนซาเนีย ตายก่อนที่จะมีอายุ 35 ปี และเงินกู้เพียงหนึ่งในหกเท่านั้นที่นำมาใช้ในด้านสุขภาพ ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือ เงินที่นำมาพัฒนาประเทศได้สูญหายตกหล่นไประหว่างทางเป็นจำนวนมากโดยการคอร์รัปชั่นและการบริหารงานที่ขาดประสิทธิภาพ

ปัญหาที่ท้าทายสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ปัญหาหนึ่ง คือ การค้าอวัยวะ (British Medical Association 2001: 193–204) มีการสร้างตลาดขาย อวัยวะที่ถูกขโมยมาจากประเทศโลกที่สามมาขายให้กับคนรวยในประเทศโลกที่หนึ่ง มีการลักพาตัวและทำร้ายเด็กเร่ร่อนในกลุ่มประเทศอเมริกากลางเพื่อนำอวัยวะไปขาย หรือมีรายงานว่ามีนายหน้าและเจ้าหนี้บางคนให้ลูกหนี้ใช้หนี้ของตนด้วยการขายไต หรือพยายามผลักดันแนวความคิดที่จะให้นักโทษบริจาคอวัยวะ เพื่อแสดงความจริงใจที่จะกลับเป็นคนดีของสังคม แต่กระนั้น บางครั้งพบว่าเป็นการบีบบังคับ (กลายๆ) ให้นักโทษบริจาคอวัยวะ เช่นในไต้หวัน ได้มีการเปลี่ยนวิธีการประหารชีวิตจากการใช้ปืนยิงที่หัวใจ ให้นักโทษสามารถเลือกที่จะให้ยิงเข้าเป้าที่ศีรษะเพื่อที่จะสามารถบริจาคอวัยวะภายในเรือนร่างของตนได้ หรือแม้แต่ในอเมริกา มีรายงานข่าวว่ามีการลักลอบนำเนื้อเยื่อจากนักโทษประหารมาใช้ในการทดลองทางวิทยาศาสตร์ โดยที่ไม่ได้รับการยินยอมจากนักโทษครอบครัว หรือตัวแทนตามกฎหมาย นอกจากนี้ยังมีรายงานข่าวว่าบริษัทในตุรกีได้วางแผนที่จะขายทัวร์แก่ลูกค้าชาวอังกฤษที่ไตวาย ให้ขึ้นเครื่องบินไปเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่โรงพยาบาลท้องถิ่นในอินเดียหรือรัสเซีย นอกจากนี้แนวความคิดเรื่องการบริจาคเลือด มีการประยุกต์ใช้ความคิดทางการค้ามาชักจูง โดยจ่ายผลตอบแทนให้กับผู้บริจาค ซึ่งหลายคนเห็นว่าจะเป็นการล้มล้างแนวคิดมนุษยธรรม เพราะต่อไปผู้บริจาคก็จะเป็นผู้ที่เรียกร้องผลประโยชน์แทนผู้ที่มีจิตใจเป็นกุศล เป็นต้น แนวคิดมนุษยธรรมท่ามกลางปัญหาการค้าอวัยวะได้มีข้อเรียกร้องและการดำเนินการหลายอย่าง เช่น พยายามปรับปรุงกฎหมายและจรรยาบรรณแพทย์ในประเทศที่มีปัญหานี้สูง เช่น ประเทศไต้หวัน เรียกร้องให้มีการบริจาคอวัยวะอย่างโปร่งใสและมีการเปิดเผยข้อมูล, ต้องได้รับการอนุญาตจากเจ้าของอวัยวะหรือครอบครัว, ขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายจะต้องมีมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ดี, ในส่วนค่าตอบแทนควรจะเป็นค่าตอบแทนที่สมน้ำสมเนื้อมิใช่เป็นค่าตอบแทนที่ชักจูงให้กระทำโดยปราศจากการไตร่ตรอง

ทั้งหมดเหล่านี้ชี้ชวนให้เห็นประเด็นสำคัญสองประการคือ ในบริบทของสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ทั้งสุขภาพและสิทธิมนุษยชนจะต้องเผชิญหน้ากับปัญหาใหม่ๆ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน หรือมีพัฒนาการของปัญหาที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ นำมาสู่ประเด็นสำคัญประการที่สองคือ ฐานคติของความคิดสิทธิมนุษยชนนั้นมาจากการผสมผสานปรัชญาพื้นฐานอันหลากหลาย และเมื่อมาถึงทางแพร่ง ก็จะพบว่าฐานคติความคิดหนึ่งนั้นอาจขัดแย้งกับฐานคติอีกความคิดหนึ่ง เช่น ความคิดประโยชน์นิยมกับความคิดมนุษยธรรม เป็นต้น หรือบางครั้ง ในฐานคติชุดหนึ่งเองก็อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงความหมายไปได้ทั้งในแง่ดีและแง่ลบ เช่น ความคิดมนุษยธรรม ซึ่งมีทั้งที่หยิบไปใช้ด้วยความบริสุทธิ์ใจ แต่บางครั้งอาจหยิบยกไปเพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับการใช้ความรุนแรงกับคนบางกลุ่ม เป็นต้น

สิทธิสุขภาพกับสังคมไทย: จากข้อมูลเชิงประจักษ์สู่ข้อถกเถียงเชิงกระบวนทัศน์

หลังจากที่ฉายภาพให้เห็นถึงการเชื่อมโยงแนวคิดสุขภาพกับสิทธิมนุษยชนในระดับสากลแล้ว ต่อไปจะอภิปรายให้เห็นถึงการผสมผสานทั้งสองแนวคิดในบริบทสังคมไทย เมื่อย้อนพินิจกลับไปมองการเชื่อมโยงสุขภาพกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย พบว่ามักจะให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนและสุขภาพสาธารณะกับสิทธิมนุษยชนมากกว่าการโยงใยแนวคิดสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชน เห็นได้จากการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิสุขภาพในสังคมไทยมีสองกระแสสำคัญ คือ กระแสแรกเป็นการเรียกร้องสิทธิในระดับปัจเจกชน เช่น สิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาพจำลองของการเชื่อมโยงแนวคิดสุขภาพปัจเจกชนกับสิทธิมนุษยชน กระแสที่สองเป็นการเคลื่อนไหวเชื่อมโยงสุขภาพกับโครงสร้างสังคม เช่น

การเรียกร้องให้ปรับปรุงการบริการสุขภาพของรัฐ แนวคิดนี้ก็คือ การเชื่อมโยงสุขภาพสาธารณะกับสิทธิมนุษยชนนั่นเอง ซึ่งจะวิเคราะห์ไล่เรียงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของมิติหรือกระบวนทัศน์สุขภาพทั้งสามกับสิทธิมนุษยชน และในส่วนสุดท้ายของบทนี้ จะยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพื่อนำมาถกเถียงถึงมโนทัศน์สิทธิสุขภาพจากการสังเคราะห์ผ่านปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในสังคมไทย

สุขภาพปัจเจกชนกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย

แนวทางในการทำความเข้าใจประเด็นสิทธิด้านสุขภาพในระดับปัจเจกชน สามารถจำแนกให้เห็นว่า มี 2 แนวทางสำคัญคือ ประการแรกเป็นมุมมองสิทธิสุขภาพของคนปกติธรรมดา กับประการที่สอง คือมุมมองสิทธิผู้ป่วย

ในประเด็น “สิทธิของคนปกติด้านสุขภาพ” นพ.ชูชัย *ศุภวงศ์* (2538: 15–114) พยายามชี้ให้เห็นว่าแนวคิดสุขภาพของการบริการด้านสุขภาพไทยนั้นติดอยู่กับการรักษาผู้ที่เจ็บป่วย ทำให้เมื่อพูดถึงคนปกติธรรมดา จึงดูเหมือนว่าไม่จำเป็นต้องมีสิทธิอะไร หรือไม่จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครอง แต่ในขณะที่รัฐให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ก็พบว่ารัฐจะต้องระดมทรัพยากรอย่างหนักเพื่อให้บริการอย่างทั่วถึง ซึ่งจะต้องใช้เงินมากขึ้นเรื่อยๆ มากกว่าพิจารณาหาทางให้ประชากรได้มีโอกาสมีสุขภาพดีอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

นพ. ชูชัย ศุภวงศ์เห็นว่าสิทธิสุขภาพที่คนไทยควรมี 10 ประการ ได้แก่

- สิทธิในการเกิดมาเป็นคนปกติ ไม่พิการ หรือเป็นพาหะนำโรค
- สิทธิในการได้กินนมแม่
- สิทธิในการได้รับอาหารอย่างดีและเพียงพอ
- สิทธิในการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐที่ครบถ้วน มีคุณภาพ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

- สิทธิในการได้อยู่อาศัยในครอบครัวที่เป็นสุข
- สิทธิในการได้เรียนรู้และพัฒนาสติปัญญา
- สิทธิในการได้ทำงานในสถานที่ทำงานที่ดี มีความปลอดภัย
- สิทธิในการได้อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และสงบสุข
- สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม
- สิทธิในการไม่ตายอย่างโง่ๆ

สิทธิทั้ง 10 ประการนี้ นับเป็นกรอบสำคัญยิ่งที่ชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญของการคุ้มครองสิทธิสุขภาพของคนปกติธรรมดา แต่จะเห็นได้ว่าสิทธิทั้ง 10 ประการนี้ยังเน้นสิทธิเชิงบวก หรือเน้นการส่งเสริมสิทธิการสร้างสุขภาพ ซึ่งจะต้องหันไปส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีบทสรุปให้รัฐต้องให้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ในขณะที่สิทธิในเชิงลบนั้นกลับไม่ได้รับการเอ่ยถึงเลย (หรือซ่อนเอาไว้) ทั้งๆ ที่มีความสำคัญไม่แพ้กัน กล่าวอีกนัยหนึ่ง สิทธิทั้งสิบข้อมองไม่เห็น “โครงสร้างอันไม่ชอบธรรม” ที่ดำรงอยู่ในสังคมไทย

เมื่อข้ามฝั่งมายัง “ประเด็นสิทธิผู้ป่วย” อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับหลักการพื้นฐานของจริยธรรมทางการแพทย์ที่จะต้องมีองค์ประกอบสำคัญคือ ข้อแรก ต้องปกป้องชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย ข้อสอง ต้องเคารพในความเป็นอิสระของคนไข้ ซึ่งเป็นปัจเจกชนที่จะมีความสามารถในการเลือกโดยมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของพวกเขาและเธอ (British Medical Association 2001: 7) เมื่อมองกลับมายังสังคมไทยในเวลานี้ ดูเหมือนแนวคิดเช่นนี้จะเป็นที่ยอมรับกันพอสมควร แม้จะมีผู้โต้แย้งค่อนข้างมากเช่นกัน

การประกันความรับผิดชอบต่อความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลนั้นมีสองมุมมองด้วยกัน มุมมองแรก เห็นว่าผู้ป่วยพึงได้รับการคุ้ม

ครองและสามารถเรียกร้องค่าเสียหายจากผลของการกระทำอันไม่ระแวดระวังนั้น แสวง บุญเฉลิมวิภาส ชี้ให้เห็นว่า สิทธิผู้ป่วยประกอบด้วย สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา สิทธิส่วนบุคคลในอันจะไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งแพทย์จะต้องรักษาไว้เป็นความลับ (แสวง 2538: 115–138) แต่อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ กลับเห็นว่าการเรียกร้องสิทธิผู้ป่วยทำให้แพทย์อยู่ในภาวะที่ต้องทำงานอย่างตึงเครียดมากขึ้น เพราะเกรงจะถูกฟ้องร้องเอาความผิด

พ.ญ.ชัญวลี ศรีสุโขได้เขียนบทความสะท้อนความในใจและความสงสัยในทิศทางอนาคตของการแพทย์ภายใต้กรอบความคิดสิทธิที่จะฟ้องร้องแพทย์ (ชัญวลี 2545: 6) พ.ญ.ชัญวลีได้ยกตัวอย่างว่าแพทย์ผู้ผ่าตัดทำกระเพาะปัสสาวะของพ.ญ.ชัญวลีฉีก จนต้องได้รับทุกขเวทนาคาสายปัสสาวะขนาดใหญ่นานหนึ่งเดือน... “แต่ไม่ได้ฟ้องร้องหรือพูดจาให้แพทย์ผู้ผ่าตัดเสียใจไปมากกว่าเดิม นอกจากเข้าใจข้อจำกัดของการผ่าตัดแล้ว ก็ยังเชื่อมั่นในเรื่องกรรมเวรด้วย” เธอเห็นว่าหากเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยฟ้องร้องค่าเสียหายจากแพทย์ได้ตามมาตรา 45 ของพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเกิด “การแพทย์เพื่อป้องกันตนเอง” (Defensive Medicine) คือแพทย์จะต้องตรวจอย่างรอบคอบเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการโดนฟ้องร้อง แพทย์จะเกิดความรู้สึกว่าคนไข้ไม่ใช่ญาติของตนอีกต่อไป ก่อให้เกิดความเครียด ไร้ความสุข แพทย์หนีไปจากระบบราชการเพราะทนความกดดันไม่ไหว และการเรียกร้องเงินจะมีบุคคลที่สามเข้ามาหาผลประโยชน์จากช่องโหว่ของกฎหมาย เป็นต้น

คำเตือนดังกล่าว เป็นสิ่งที่น่ารับฟังว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต แต่ความคิดข้างต้นก็ยังคงตั้งอยู่บน “ความสุขของแพทย์” มากกว่า “ความทุกข์ของผู้ป่วย” หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เน้นความคิดเรื่อง “หน้าที่ของแพทย์” มากกว่า “สิทธิของผู้ป่วย” ความผิดพลาดของแพทย์ส่วนหนึ่งอาจ

เกิดจากความสะเพร่าของแพทย์ และส่วนหนึ่งแพทย์ไม่ได้มีความตั้งใจที่จะบกพร่อง เป็นความบกพร่องโดยสุจริต แต่ไม่ว่าจะเน้นไปที่หน้าที่ของแพทย์หรือสิทธิผู้ป่วยก็ตาม สังคมจะต้องแยกแยะให้ออกว่าความผิดพลาดใดที่แพทย์ควรจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (ส่วนจะรับผิดชอบอย่างไรเป็นอีกเรื่องหนึ่ง) และแบบใดที่แพทย์ควรจะได้รับการปกป้อง สังคมไทยยังไม่ได้พัฒนามาตรฐานที่ว่านี้อย่างทันท่วงที

อย่างไรก็ตาม แนวคิดสิทธิผู้ป่วยไม่ได้เป็นแนวคิดที่ต้องการเพียงเรียกร้อง “เงิน” จากแพทย์ดังที่บทความข้างต้นตีความ แต่สังคมไทยจะต้องก้าวเข้าสู่การพูดคุยตกลงกันอย่างมีหลักการ มีเหตุผล ใช้ปัญญา องค์กรที่ควบคุมจรรยาบรรณแพทย์ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์จำเป็นต้องแสดงบทบาทให้เด่นชัดมากขึ้น และทบทวนแนวทางการดำเนินงานที่รับฟัง “ความทุกข์” ของประชาชนมากขึ้น ด้านองค์กรผู้บริโภคสามารถช่วยเป็นปากเสียงแทนประชาชนซึ่งมีเสียงอันแผ่วเบาเมื่อเปรียบเทียบกับสถาบันทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น ในกรณีของแม่สองคนที่เห็นว่าลูกของตนได้รับการรักษาที่ผิดพลาดจึงรวมตัวกันจัดตั้ง “เครือข่ายของผู้เสียหายจากการบริการสุขภาพ” (Network of Health Service Complainants) เพื่อรับรู้ความทุกข์ของผู้ที่ได้รับการบริการการแพทย์ที่ผิดพลาด และช่วยกันหาทางออกร่วมกับผู้ที่ทุกข์ยากคนอื่นๆ ต่อไป มิให้ความทุกข์นั้นตกหนักแก่ปัจเจกชนซึ่งไร้ทางออกอย่างโดดเดี่ยว (Alongkorn 2003: outlook 1–2)

ในประเด็นสิทธิผู้ป่วยนี้ นพ.สันต์ หัตถีรัตน์ มองอีกมุมหนึ่งว่า แพทย์แผนปัจจุบันไม่เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย (ชี้แจงและปรึกษาหารือ) กับผู้ป่วยและญาติเท่าที่ควร คนไข้กับญาติมีความคาดหวังกับการแพทย์และแพทย์แผนปัจจุบันมากเกินไป จึงเกิดความผิดหวังรุนแรงเมื่อไม่ได้ดังที่ใจหวัง หรือปัญหาสำคัญก็คือ การสื่อสารที่ผิดพลาด และความเข้าใจผิดของประชาชนที่มีต่อแพทย์ เพราะการแพทย์สมัยใหม่มักจะโฆษณา

เกินจริง ทำให้แพทย์กลายเป็นผู้วิเศษ (สันต์ 2545: 6) ปัญหาสิทธิผู้ป่วยจึงเป็นความขัดแย้งโดยตรงระหว่างผู้ที่ทำให้หายป่วยกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ในแต่ละสังคมจำเป็นต้องถกเถียงและทำความเข้าใจร่วมกันว่าจะกำหนดกฎเกณฑ์อย่างไรให้เกิดการยอมรับทุกฝ่าย แต่ในมุมมองเชิงสิทธิ ย่อมจะให้น้ำหนักกับผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่าว่าควรที่จะได้รับการปกป้อง

ดังนั้น ปัญหาการฟ้องร้องแพทย์มิอาจมองอย่างคับแคบว่าเป็นเรื่องผู้ป่วยกับแพทย์เท่านั้น มิใช่ว่าเราจะควบคุมให้แพทย์ทำตามหน้าที่อย่างเซื่องๆ แล้ว ปัญหาจะหมดไป หรือการส่งเสริมให้ประชาชนตื่นตัวที่จะปกป้องสิทธิของตนเองมากขึ้นแล้วปัญหาจะหมดไป ปัญหาสิทธิผู้ป่วยจึงไม่ใช่เรื่อง “ทุกข์ของผู้ป่วย” แต่เพียงลำพัง ในความเป็นจริงนั้นเป็น “ทุกข์ของสังคม” ความผิดพลาดของแพทย์ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากระบบการบริการทางการแพทย์ที่ล้มเหลว นพ.วิศาล เยาวพงศ์ศิริได้เขียนบทความแสดงให้เห็นว่า ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจนถึงแก่ชีวิต ดังนี้

ตายจากการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น ปีละ 12,000 คน
ตายจากการใช้ยาผิดพลาดขณะอยู่ในโรงพยาบาล ปีละ 7,000 คน
ตายจากความผิดพลาดอื่นๆ ปีละ 20,000 คน
ตายจากการติดเชื้อที่รับมาจากโรงพยาบาล ปีละ 80,000 คน
ตายจากผลข้างเคียงของยาที่แพทย์สั่ง ปีละ 160,000 คน

ดังนั้นจะพบว่ามีผู้ป่วยตายจากผลของปฏิบัติการทางการแพทย์ประมาณปีละประมาณ 225,000 คน ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูงเป็นอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งเท่านั้น นพ.วิศาลได้วิเคราะห์ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนี้มาจาก หนึ่ง การที่สหรัฐฯ มีพื้นฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ที่อ่อนแอ เพราะมีแพทย์ทั่วไปน้อย แต่มีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมาก สอง มาจากการพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไป สาม พบว่า รัฐใดที่มีการกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรมมีส่วนสำคัญที่ทำให้สุขภาพ

แย่ลง เพราะพบว่า รัฐที่มีการกระจายรายได้ดี มักจะมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิดีตามไปด้วย (วิศาล 2544: 6)

ตัวอย่างเหล่านี้คงพอจะมองเห็นเป็นอุทาหรณ์ให้กับสังคมไทยเป็นอย่างดี แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า สังคมไทยไม่เคยรวบรวมข้อมูล/ทำการวิจัยศึกษาในประเด็นความผิดพลาดของแพทย์ในกระบวนการรักษา ทำให้สังคมไทยขาดแคลน "องค์ความรู้" ที่จะพัฒนาแนวความคิดสิทธิผู้ป่วยให้พัฒนาก้าวหน้ายิ่งขึ้น แต่ทุกข์ของผู้ป่วยหลายรายที่ปรากฏเป็นข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ น่าจะพอชักนำให้สังคมไทยรับรู้สัญญาณเตือนภัยว่า "สิทธิผู้ป่วย" เป็นความคิดสำคัญที่ควรจะพัฒนาให้เป็นระบบต่อไป

สุขภาพสาธารณะกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย

ในอีกมิติหนึ่งของการเชื่อมประสานสิทธิมนุษยชนกับแนวคิดสุขภาพสาธารณะก็คือ การมองบทบาทของรัฐกับสาธารณสุข ซึ่งพบว่าแนวคิดสิทธิสุขภาพในสังคมไทยที่ผ่านมานั้นให้ความสำคัญกับ "หน้าที่ของรัฐ" มากกว่า "สิทธิของประชาชน" การผสมผสานแนวคิดสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพในสังคมไทยจึงยังจำกัดอยู่ภายใต้การศึกษาเพื่อดูว่ารัฐควรจะมีบทบาท "กว้างขวาง" ในด้านชีวิตและสุขภาพยิ่งขึ้น กรอบการมองที่เอารัฐเป็นศูนย์กลางนี้สะท้อนผ่านหนังสือเล่มสำคัญอย่าง *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับการสาธารณสุขในสังคมไทย* (ชูชัยและคณะ 2538) โดยในงานเขียนของพนัส สิมะเสถียร เรื่อง "สิทธิของคนไทยเกี่ยวกับการสาธารณสุข" (2538: 1–14) พยายามโน้มนำความหมายสิทธิสุขภาพในความหมายสิทธิเชิงบวก หรือการส่งเสริมด้านสุขภาพสาธารณะให้กับประชาชนจะมีคุณภาพได้อย่างไร ชุดคำถามที่ตามมาในมุมมองนี้จึงอยู่ที่จะหาแพทย์มาบริการแก่ประชาชนเพียงพอได้อย่างไร คนยากจนจะได้รับบริการด้านสุขภาพที่น่าพึงพอใจอย่างไร เอกชนจะมาช่วยรัฐในการบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างไร และประชาชนจะมาช่วยรัฐในการทำให้สุขภาพสาธารณะดีขึ้น

อย่างไร

การมองรัฐเป็นศูนย์กลางของสุขภาพเช่นนี้มีข้อวิจารณ์ที่สำคัญ คือ แม้จะพบว่ารัฐมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชากรให้ดีขึ้น แต่อีกด้านหนึ่งกลับกลายเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้มีการแผ่ขยายอำนาจรัฐมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการขยายอำนาจรัฐมากเกินไปอาจเป็นต้นเหตุสำคัญของการละเมิดสิทธิมนุษยชนมากกว่าที่จะคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รัฐควรมีอำนาจแค่ไหนหรือรัฐควรจะเข้ามายุ่งเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรในระดับใดหรือมากน้อยเพียงไร เรื่องอะไรบ้าง เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องถกเถียงพูดคุยกัน

การอ้างสิทธิในการจัดการสุขภาพโดยรัฐ มาพร้อมกับความคิดรัฐสวัสดิการ ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่าถ้าไม่มีรัฐ ประชาชนก็จะไม่มีทางอยู่สุขสบาย รัฐต้องเป็นผู้จัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ไว้คอยเอื้ออำนวย ไม่ว่า ถนน ไฟฟ้า และบริการด้านสุขภาพ แต่วิธีคิดที่มอบอำนาจให้รัฐจัดการทุกอย่างกับชีวิต กลับทำให้ประชาชนมีอำนาจต่อรองกับรัฐน้อยลง และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะน้อยลง การที่รัฐรวบอำนาจไว้มาก จึงมิได้เป็นหลักประกันว่าจะทำให้สุขภาพของประชากรดีขึ้น เพราะข้อจำกัดที่รัฐอาจมีทรัพยากรไม่พอเพียง อีกทั้งกระแสของทุนนิยมมีเสียงเรียกที่มีอำนาจในการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์ให้ออกจากรัฐยังดำรงอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน ทุกวันนี้ จะพบว่ามีการประกาศรับสมัครแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทางหน้าหนังสือพิมพ์บางฉบับอย่างเป็นล่ำเป็นสันจากโรงพยาบาล/คลินิกเอกชน ซึ่งบางหน้าเกือบจะยึดพื้นที่เกินครึ่งหน้ากระดาษเสียด้วยซ้ำ

นอกจากนี้ยังพบอีกว่ารัฐสามารถใช้ระบบสาธารณสุขเป็นเครื่องมือค้ำจุนอำนาจรัฐ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องบวก มีพลังสร้างสรรค์ จึงหยิบยืมการสาธารณสุขมาสร้างความชอบธรรมให้อำนาจรัฐ ยิ่งรัฐบริการสุขภาพดีมากเท่าไหร่ รัฐย่อมสามารถดำรงรักษาอำนาจของตนไว้ได้มาก

เท่านั้น ประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่รัฐควรจะใช้อำนาจไปทำอะไร อย่างไร และกับใคร หรือเรื่องอะไรบ้างที่รัฐควรจะปล่อยให้ประชาชนสามารถจัดการได้อย่างเสรี ซึ่งอยู่นอกการกำกับดูแลของรัฐ เช่น วิทยุชุมชน การสอนหนังสือที่บ้าน การรักษาพยาบาลพื้นบ้าน รัฐควรควบคุมแค่ไหนหรือปล่อยให้มีเสรีภาพเพียงไร แน่นอนว่า หน้าที่ของรัฐคือ “การบริการ” เราไม่ต้องมานั่งถามว่าการประกันสุขภาพให้กับประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นหรือไม่ แต่โจทย์นี้มุ่งไปที่ปัญหาเชิงเทคนิคว่าจะหาเงินจากไหนมาสนับสนุน จะทำอย่างไรให้มีคุณภาพการบริการที่เป็นมาตรฐานและดีที่สุด ทำอย่างไรให้หาเงินมาจ่ายโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้ แต่หน้าที่ของรัฐในสังคมซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่ความเป็น “พหุสังคม” รัฐพึงมีหน้าที่ส่งเสริมทางเลือกต่างๆ ซึ่งเอื้ออำนวยให้ประชาชนดูแลตนเอง หรือเป็น “รัฐส่งเสริม” หรือ “รัฐที่รับฟัง” เช่น จะส่งเสริมการแพทย์ในรูปแบบอื่นๆ ให้แพร่หลายและมีมาตรฐานทัดเทียมกับการแพทย์แผนใหม่ได้อย่างไร จะส่งเสริมอาหารปลอดสารพิษอย่างไร จะส่งเสริมพลังงานที่สะอาดอย่างไร รัฐจะฟังข้อเสนอหรือปัญหาของประชาชนด้านสุขภาพมากขึ้นหรือไม่ สิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมิอาจแยกออก

ฉะนั้น เมื่อพิจารณาเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับรัฐ คำถามก็คือ รัฐจำเป็นต้องมีอำนาจด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร รัฐควรมีหน้าที่ด้านสุขภาพอะไรบ้าง และควรทำอย่างไร มีอะไรที่รัฐยังไม่ได้ทำ และควรทำอย่างเร่งด่วนหรือเป็นยุทธศาสตร์ระยะยาว ในการที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในทัศนะของนิธิ เอียวศรีวงศ์ (2546: 25) มองว่า การพัฒนาสุขภาพในยุคปัจจุบัน รัฐต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้สนับสนุนวิถีทางการแพทย์แผนใหม่ เปลี่ยนมาเป็นการปกป้องสิทธิของผู้รับการรักษาพยาบาลมิให้ได้รับอันตราย ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกรูปแบบใดก็ตาม การทำเช่นนี้ มาตรฐานของสุขภาพจะตามมาจากการควบคุมดูแลโดยรัฐ ซึ่งเปิดกว้างต่อความหลากหลายทางการแพทย์ แทนที่จะเก็บกดปิดกั้นการ

แพทย์แบบอื่นๆ ในปัจจุบันจะพบว่า การแพทย์สมัยใหม่อาจไม่ได้ถูกตรวจสอบอย่างดีพอ เพราะไม่มีการเปรียบเทียบในเชิงองค์ความรู้หรือรูปธรรมแห่งการปฏิบัติ การส่งเสริมแต่การแพทย์สมัยใหม่อย่างเดียวจึงอาจทำให้เกิดการหลงใหลในอำนาจของวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยไม่ได้พิจารณาจากข้อเท็จจริง ในทัศนะของนิธิ รัฐจะต้องมีบทบาทในการรักษามาตรฐานการแพทย์แผนใหม่อย่างที่ทำอยู่ให้ดีขึ้นเป็นจริงเป็นจังมากขึ้น แต่อีกด้านหนึ่งรัฐพึงต้องส่งเสริมให้ลดการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ทุกชนิดลง ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพของคนละแวกถิ่น ลดความเป็นพาณิชย์ของการดูแลสุขภาพลง นี่เป็นเป้าหมายอุดมคติที่รัฐพึงวางไว้เป็นทิศทางในการดำเนินยุทธศาสตร์หรือนโยบาย ซึ่งจะต้องปรับกระบวนทัศน์/วิธีคิด/การปฏิบัติ/บทบาทของรัฐให้ไปพ้นทั้งการผูกขาดอำนาจรัฐด้านสุขภาพและการปลดปล่อยสุขภาพไปไว้ในมือตลาดเสรี

สุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย

การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชน สิ่งที่ควรตระหนักถึงก็คือ สุขภาพไม่ใช่ทั้งเรื่องของคนใดคนหนึ่งหรือจำกัดเฉพาะรัฐเท่านั้น แต่เมื่อมีการผสมผสานแนวคิดสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือความซับซ้อนของเหตุปัจจัยต่างๆ ที่มีมากยิ่งขึ้น เช่น ในมิติของการละเมิดสิทธิมนุษยชน เรามักให้ความสำคัญกับกรณีการละเมิดที่ตรงไปตรงมา หรือเปี่ยมไปด้วยความรุนแรงซึ่งหน้า เช่น การทรมานร่างกาย การปฏิเสธความรับผิดชอบต่อการรักษาที่ผิดพลาดของแพทย์ เป็นต้น แต่ในมุมมองของสุขภาพสังคมเห็นว่าการละเมิดสิทธิที่แผ่ขยายไปยังส่วนต่างๆ ของสังคม กล่าวคือ สุขภาพได้กลายเป็นข้ออ้างเครื่องมือทางการเมืองในการจำกัดสิทธิของคนกลุ่มหนึ่ง โดยที่แพทย์เป็นเพียงกระบวนการรองรับให้กับการกีดกันทางสังคมมีความชอบธรรม ไม่ว่า

จะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม จะโดยความปรารถนาดีหรือความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ก็ตาม

ภายใต้เงื่อนไขของสังคมไทยในปัจจุบัน จะพบว่า การละเมิดสิทธิสุขภาพสามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปในสังคม แต่อาจไม่เป็นที่สังเกตหรือยังไม่กลายเป็นประเด็นสาธารณะที่ก่อให้เกิดการถกเถียงอย่างกว้างขวาง หรือยังไม่ได้ถูกพิจารณาว่าเป็นประเด็นสิทธิสุขภาพ เช่น เรื่องอาหาร ถูกมองว่าเป็นประเด็นสิทธิผู้บริโภคที่ควรได้รับการคุ้มครองไม่ให้ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ผลิต อาหารในปัจจุบันถูกทำให้กลายสภาพเป็นเพียงสินค้า อาหารได้เปลี่ยนความหมายจากสิ่งที่หาได้ตามธรรมชาติกลายมาเป็นสิ่งปรุงแต่งประดิษฐ์ขึ้น หรือเป็นอุตสาหกรรมอาหารขนาดใหญ่ ด้วยกระบวนการใส่สารเคมี เพิ่มสีสัน หรือเป็นอาหารตัดต่อพันธุกรรม ผ่านกระบวนการโฆษณา กล่าวคือ อาหารที่เรากินไม่ได้เป็นอาหารที่มีไว้สำหรับกินอิ่มอีกต่อไป แต่เราบริโภคความหมายที่เกินจริงของมัน อุตสาหกรรมอาหารมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ จึงพบว่าไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบสุขภาพของผู้บริโภคจนกว่าจะได้รับการฟ้องร้องต่อศาลหรือขายไม่ออก กระบวนการเปลี่ยนอาหารให้กลายเป็นสินค้าไม่ได้กระทบสุขภาพอย่างตรงไปตรงมา แต่มักดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป การละเมิดสิทธิด้านการบริโภคอาหารจึงมีความซับซ้อนมากกว่าการเอาโซ่ตรวนจองจำใคร สิทธิสุขภาพด้านอาหารเป็นเรื่องที่ต้องขบคิดและแสวงหากฎกติกาใหม่ในการสร้างสิทธิดังกล่าวให้เป็นที่ยอมรับ และกลายเป็นประเด็นสาธารณะที่มีการเรียกร้องต่อสู้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ในบทนี้ ได้พยายามเสนอกรอบการวิเคราะห์ผ่านกรณีตัวอย่างต่างๆ ที่ช่วยชี้ให้เห็นและอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพสังคมกับสิทธิมนุษยชนในบริบทสังคมไทย โดยได้หยิบยกกรณีตัวอย่างบางกรณีมาอภิปราย

ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพคนพิการ

ความพิการเป็นสิ่งที่ติดตัวคนไปในระยะยาวหรือตลอดชีวิต เราไม่ได้พิการเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ความพิการดำรงอยู่ในชีวิตปกติธรรมดาทั่วไป สังคมไทยตอบรับคนพิการอย่างไร และเมื่อนำความคิดสิทธิสุขภาพมาทำการวิเคราะห์วิจารณ์ สังคมไทยได้ปกป้องหรือคุ้มครองสิทธิคนพิการอย่างไร และควรจะเป็นเช่นไร

ประเด็นสิทธิของคนพิการ (Disabled Person) เพิ่งได้รับความสนใจอย่างจริงจังจากกลุ่มเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชนสากลในช่วงปลายคริสตศตวรรษที่ 20 เพราะเริ่มเห็นว่าคนพิการคือคนด้อยโอกาสที่รัฐควรโอบอุ้มดูแล สังคมควรเอาใจใส่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง สิทธิคนพิการเน้นไปที่หลักประกันสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนพิการควรได้รับ เพื่อสร้างความเท่าเทียมและทำให้คนพิการไม่รู้สึกแปลกแยกจากสังคมคนธรรมดา ต้องได้รับบริการการศึกษาที่ดี จัดบริการสาธารณะต่างๆ เป็นกรณีพิเศษ เช่น ห้องน้ำ รถโดยสาร ทางเท้า เป็นต้น เพื่อเอื้อให้คนพิการสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสิทธิทางด้านบวก ที่เน้นการให้สวัสดิการแก่คนพิการ เพื่อให้มีมาตรฐานชีวิตที่ดีเทียบเท่ากับคนอื่นๆ ในสังคม

> มาตราที่ 55 ของรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 ระบุว่า “ผู้พิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ”

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ท้าทายแนวคิดสิทธิสุขภาพในประเด็นคนพิการคือ “การเลือกปฏิบัติ” เพื่อทำความเข้าใจในประเด็นนี้ จะต้องหันกลับมาทบทวนความคิดเรื่อง “ความเท่าเทียม” ให้ชัดเจน ดังที่กล่าวไปแล้วว่า ความเท่าเทียมไม่ได้แปลว่าจะต้องให้ทุกคนเหมือนกัน แต่หมายถึงการเปิดโอกาสให้คนสามารถใช้สิทธิของตนได้เท่ากับคนอื่นๆ เพื่อที่จะ

สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนให้มีความสมบูรณ์พร้อมในเงื่อนไขของแต่ละคน เช่น ความเท่าเทียมของคนพิการย่อมไม่ได้หมายถึงการสร้างอวัยวะเทียมให้เขาดูเหมือนคนธรรมดา แต่หมายถึงความเท่าเทียมที่จะใช้ชีวิตปกติธรรมดา คนพิการจะต้องมีสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนทุกคนพึงมีพึงได้

ปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อความเท่าเทียมกับคนพิการ มักจะเกิดจากสภาพร่างกายและความอ่อนแอของอวัยวะที่พิการ ถูกนำมาเป็นข้ออ้างที่จะทำให้คนพิการตกอยู่ในภาวะของผู้ที่แตกต่างจากคนปกติและด้อยความสามารถ ไม่อาจกระทำการบางอย่างได้ดีเท่ากับคนธรรมดา การเลือกปฏิบัติต่อคนพิการเกิดจากการนิยามว่า “ผิดปกติ” เป็นประการสำคัญ แต่การเลือกปฏิบัติต่อคนพิการนั้น อาจมีทั้งมาจากความตั้งใจและบางครั้งมาจากความไม่ตั้งใจ บางครั้งการเลือกปฏิบัตินั้นเป็นไปอย่างตรงไปตรงมา บางครั้งอ้อมค้อม แต่โดยสรุปหัวใจสำคัญของการเลือกปฏิบัติอยู่ที่การไม่เคารพในความหลากหลายของมนุษย์ ทำให้เกิดการไม่ยอมรับ/กีดกันคนพิการออกจากสังคม

ในทัศนะของอาอาร์ท เฮนดริกส์ (Hendriks 1999: 113–125) ปัญหาสำคัญของสิทธิสุขภาพของคนพิการประการหนึ่งอยู่ที่การอ้างว่าเมื่อคนพิการมีสิทธิในด้านบวกเท่ากับคนธรรมดาแล้ว นั่นหมายถึงว่าคนพิการไม่จำเป็นต้องมีสิทธิอะไรเพิ่มเติมอีก เพราะความพิการได้รับการบำบัดปัดเป่าฟื้นฟูด้วยการเยียวยารักษาทางการแพทย์ให้มีสภาพใกล้เคียงกับคนปกติ หรือบางสังคมได้สนับสนุนค่าชดเชยความพิการให้กับคนพิการเพราะเขาไม่สามารถทำรายได้ด้วยตนเอง แนวคิดเช่นนี้อาอาร์ทเห็นว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่ง เพราะไม่ได้ทำให้คนพิการมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ทัดเทียมกับคนอื่นๆ แนวคิดสิทธิในด้านบวกอาจทำให้คนพิการต้อง “พึ่งพา” จากเมตตาธรรมหรือสาธารณกุศลต่างๆ คอยสนับสนุนจุนเจือ แต่คนพิการดูเหมือนจะไม่สามารถที่จะเข้าไปทำงานเช่นเดียวกับคนปกติได้ โดยใน

ช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา องค์กรสิทธิมนุษยชนสากลได้เริ่มที่จะรณรงค์เรียกร้องสิทธิในการทำงานของคนพิการได้เท่าเทียมกับคนปกติ

ประเด็นสิทธิสุขภาพกับคนพิการจึงไม่สามารถมองอย่างจำกัดเฉพาะเรื่องการเอื้ออำนวยให้คนพิการมีสิทธิทางวัตถุอย่างเทียบเท่ากับคนปกติธรรมดา แต่จะต้องมองออกไปกว้างถึงปัญหาสุขภาพกายของคนพิการที่กลายมาเป็นปัจจัยในการเบียดขับกดทับคนพิการไม่ให้มีศักดิ์ศรีความเสมอภาคเท่าเทียมกับคนธรรมดา ซึ่งจะพบเห็นว่า ในโลกตะวันตกได้มีการเคลื่อนไหวในประเด็นสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน และนำมาสู่การปรับปรุงกฎหมายซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อผู้ที่อ่อนแอกว่าหรือมีความเสียเปรียบเป็นการเฉพาะ เช่น ระบบตุลาการของออสเตรเลีย ได้มีการออกกฎหมายหลายฉบับที่ปกป้องและส่งเสริมสิทธิของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรืออ่อนแอ เช่น กฎหมายว่าด้วยการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ (1975) กฎหมายว่าด้วยการเลือกปฏิบัติทางเพศ (1984) กฎหมายว่าด้วยการเลือกปฏิบัติแก่คนพิการ (1992) ซึ่งเปิดโอกาสให้รัฐบาลสร้างมาตรฐานพิเศษสำหรับกลุ่มผู้เสียเปรียบ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมที่แท้จริง

ย้อนกลับมาดูในสังคมไทย มีกรณีตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิทธิสุขภาพกับคนพิการ ที่จะนำมาชี้ให้เห็นสถานการณ์สิทธิสุขภาพในปัจจุบันคือ กรณีของผู้สมัครสอบคัดเลือกเพื่อบรรจุเป็นข้าราชการตุลาการในตำแหน่งผู้ช่วยผู้พิพากษา รุ่นที่ 43 ประจำปี พ.ศ. 2542 มีผู้สมัคร 2 คน ซึ่งเป็นโปลิโอ คนหนึ่งมีอาชีพเป็นทนายความในจังหวัดกำแพงเพชร แต่เป็น “ผู้ที่มีรูปกายพิการ เดินขากะเผลก กล้ามเนื้อแขนขาลีบจนถึงปลายมือทั้งสองข้าง กล้ามเนื้อขาลีบจนถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง กระดูกสันหลังคด ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กที่กระดูกสันหลังไว้เพื่อให้ไหล่ทั้งสองข้างเท่ากัน” ได้ร้องเรียนไปยังผู้ตรวจการแผ่นดินรัฐสภาว่า ตนได้รับการเลือกปฏิบัติ เพราะถูกตัดสิทธิ์ไม่ให้ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเพื่อสมัครเข้ารับราชการในตำแหน่งดังกล่าว ซึ่งการตัดสินดังกล่าวเป็น “การเลือกปฏิบัติ

โดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องสภาพกาย”

บทบัญญัติมาตรา 30 ของรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540

“บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม...”

กระบวนการสอบคัดเลือกเพื่อบรรจุเป็นข้าราชการตุลาการในตำแหน่งผู้ช่วยผู้พิพากษา จะต้องมีการตรวจร่างกายและจิตใจโดยคณะกรรมการแพทย์และไม่น้อยกว่าสามคนเป็นผู้วินิจฉัย และส่งให้คณะกรรมการตุลาการ (ก.ต.) พิจารณาเห็นชอบ ซึ่งในบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม พ.ศ. 2543 มาตรา 26 (10) ระบุไว้ว่า ผู้สมัครสอบคัดเลือก...ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม...ในวงเล็บ 10 ระบุว่า “ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือมีกายหรือจิตใจไม่เหมาะสมที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ หรือเป็นโรคที่ระบุไว้ในระเบียบของ ก.ต...” ผู้ตรวจการรัฐสภาได้ร้องเรียนต่อศาลรัฐธรรมนูญว่าบทบัญญัติดังกล่าวขัดต่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ในมาตรา 30

ปัญหาจึงอยู่ที่คำว่าสภาพทางกายหรือสุขภาพมีความหมายว่าอย่างไร เพราะไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนตายตัว ดังนั้น กายของผู้ป่วยโปลิโอมีความไม่เหมาะสมกับตำแหน่งผู้ช่วยผู้พิพากษาอย่างไรจึงต้องมีการตีความ มิใช่การปฏิบัติตามลายลักษณ์อักษร สำนักงานศาลยุติธรรมได้ทำหนังสือชี้แจงศาลรัฐธรรมนูญ เมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2544 โดยนิยามความหมายสุขภาพไว้ว่า “ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ” และเห็นว่าข้าราชการที่มีกายและจิตใจที่เหมาะสม มีความหมายสองประการสำคัญคือ

ประการแรก ภาพลักษณ์หรือบุคลิกภาพของข้าราชการตุลาการต้องเป็นที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชน โดยเฉพาะคู่ความ ดังนั้น จึงเห็นว่าภาพลักษณ์ของข้าราชการตุลาการจะต้องขึ้นอยู่กับ “ค่านิยม” “ทัศนคติ” หรือ “บริบททางสังคมว่าประชาชนมีความคาดหวังในสภาพกายภายนอก” อันเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์หรือบุคลิกภาพข้าราชการตุลาการว่าควรเป็นอย่างไร

ประการที่สอง สภาพร่างกายของข้าราชการตุลาการต้องมีสภาพร่างกายที่พร้อมจะปฏิบัติงาน ซึ่งต้องอยู่ภายใต้ภาวะกดดันทั้งจากความซับซ้อนของข้อกฎหมาย และปริมาณคดีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสถิติของการพิจารณาพิพากษาอรรถคดีของผู้พิพากษาในศาลชั้นต้นโดยเฉลี่ยสูงถึงคนละประมาณ 550 คดีต่อปี

นอกจากนี้ยังเห็นว่า การปฏิบัติหน้าที่ในการพิจารณาพิพากษาอรรถคดีเป็นการปฏิบัติหน้าที่ต่างพระเนตรพระกรรณของกษัตริย์ ดังนั้นจึงควรที่จะคัดเลือกบุคคลที่มีบุคลิกภาพอันเป็นที่ยอมรับเพื่อการปฏิบัติหน้าที่อันสำคัญด้วยความเชื่อถือศรัทธาของประชาชน ทั้งนี้เพื่อรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของอำนาจตุลาการของประเทศด้วย

ในที่นี้จะไม่ถกเถียงว่าใครถูกใครผิด แต่จะชี้ให้เห็นประเด็นฐานคติด้านสุขภาพที่เข้ามามีส่วนในการกำหนดท่าทีต่อผู้เป็นโรคโปลิโอทั้ง

สองคน ซึ่งถูกประเมินว่ามีร่างกายที่ไม่เหมาะสมต่อตำแหน่งหน้าที่การงานของข้าราชการตุลาการ ซึ่งมีสามประเด็นหลักที่ชวนให้ขบคิด คือ

ประเด็นแรก การนิยามสุขภาพในเชิงกฎหมาย ได้มีการนิยามว่าสุขภาพคือการปราศจากโรค จึงเท่ากับมองว่าความหมายของสุขภาพในเชิงกฎหมายได้เน้นไปที่สุขภาพกายเป็นด้านหลัก การมองความหมายสุขภาพอย่างคับแคบเช่นนี้ทำให้ตีความในประเด็นต่อๆ ไปอย่างคับแคบตามไปด้วย

ประเด็นที่สอง สุขภาพถูกทำให้กลายเป็นเรื่องของบุคลิกภาพหรือภาพลักษณ์ ซึ่งทั้งสองประเด็นไม่น่าจะเป็นเรื่องเดียวกัน หากยึดตามความหมายของสุขภาพตามกฎหมายที่เน้นสุขภาพเป็นเรื่องของสภาพร่างกาย (ตามกฎหมายระบุ) สุขภาพย่อมไม่ใช่เรื่องของรูปลักษณ์ภายนอกของร่างกายแต่อย่างใด แต่ในการโต้แย้งทางกฎหมาย กลับนำประเด็นบุคลิกภาพและภาพลักษณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ประเด็นสำคัญในข้อนี้ก็คือ การนำภาพลักษณ์มาเป็นข้อโต้แย้ง ใช่หรือไม่ว่าเป็นความพยายามในการชักจูงให้เห็นถึงความสำคัญของการปกป้องศักดิ์ศรีของสถาบันตุลาการว่ามีความสำคัญเหนือกว่าการปกป้องความเป็นมนุษย์ของผู้ที่เป็นโปลิโอ

ประเด็นที่สาม การกล่าวอ้างว่า ผู้ป่วยโปลิโอไม่สามารถทำงานหนักได้เท่ากับคนปกติ น่าจะมีการตรวจสอบอย่างเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่านี้หรือไม่ มิใช่เพียงแค่ตัดสินโดยการอนุมานจากรูปลักษณ์ภายนอกเท่านั้น ผู้เขียนเข้าใจว่า ในกระบวนการตัดสินว่าใครมีร่างกายแข็งแรงไม่ได้มีการทดสอบสมรรถภาพทางกายภาพของผู้ป่วยโปลิโอแต่อย่างใด หากแต่พิจารณาตามตัวบทกฎหมายหรือมองดูแต่รูปลักษณ์ภายนอก กระบวนการเช่นนี้ไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์อย่างยิ่ง เพราะไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่มีการทดลอง คำถามก็คือ ระหว่างผู้ที่มีร่างกายไม่แข็งแรงอันมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ กินเหล้า เล่นการพนัน เป็นผู้เคร่งเครียดจากการทำงาน หรือเป็นผู้พิการทางจิตใจ เช่น เห็นแก่ตัว มองเห็น

อามิสสินจ้างมากกว่าความยุติธรรม กับผู้ป่วยโปลิโอซึ่งอาจจะมีร่างกายไม่สมบูรณ์พร้อม แต่มีการพักผ่อนและระแวดระวังรักษาสุขภาพของตนเป็นอย่างดี ใครจะทำหน้าที่ในการตัดสินคดีความได้ดีกว่ากัน?

ทั้งสามประเด็นนี้อาจจะเป็นคำถามนำสำหรับการพินิจสิทธิสุขภาพในสังคมไทย ซึ่งจะเป็นผู้เลือกการให้น้ำหนักแก่ “สิทธิ” หรือ “หน้าที่” ฝ่ายหนึ่งโน้มนำเข้าสู่การปกป้องสิทธิคนส่วนน้อย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดวิธีปฏิบัติอย่างขนานใหญ่ อีกฝ่ายหนึ่ง ถ้าเน้นไปที่หน้าที่หรือการรักษาโครงสร้างเดิมของอำนาจเอาไว้ ก็จะต้องถูกท้าทายด้วยความคิดสิทธิต่อไป ประเด็นปัญหาสิทธิของคนพิการ จึงต้องหันกลับมาดูว่าสังคมไทย “ยอมรับ” คนพิการในฐานะอะไร เราคาดหวังให้คนพิการรอรับส่วนบุญจากสังคมหรือไม่ หรือเราคาดหวังว่าคนพิการจะสามารถมีความทัดเทียมเสมอภาคเท่ากับบุคคลธรรมดา และหากสังคมไทยตระหนักรู้ว่าสิทธิของคนพิการมีความสำคัญ กฎหมายต่างๆ ควรได้รับการปรับปรุงอย่างไร เช่น ผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภาได้เสนอให้แก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่มีเนื้อหาสาระที่อาจจำกัดสิทธิคนพิการในการประกอบอาชีพในส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีกฎหมายที่จะต้องปรับปรุง 40 ฉบับ และการประกอบอาชีพอิสระอีก 10 ฉบับ ดังที่ประเทศออสเตรเลียได้มีลักษณะกฎหมายพิเศษที่มุ่งเน้นพิทักษ์สิทธิของคนพิการในฐานะผู้ด้อยโอกาสในสังคม ถ้าสังคมไทยหันมาสนใจสิทธิของคนพิการมากขึ้น และถ้าการปฏิบัติอย่างเสมอภาคกับคนพิการดำเนินต่อไปจนกลายเป็นฐานคติสำคัญของสังคมไทย ก็แสดงว่า แนวความคิดเรื่องสิทธิคนพิการเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไปในสังคมไทย หรือสิทธิกลายเป็นสิ่งที่ “สมเหตุสมผล” การเลือกปฏิบัติก็จะไม่สามารถกระทำได้ง่ายๆ แต่จะต้องถูกตั้งคำถามว่าทำไมจึงยังล้าหลังไม่ใส่ใจประเด็นสิทธิเสรีภาพของประชาชน

อย่างไรก็ตาม ข้อถกเถียงในประเด็นการตัดสิทธิผู้ป่วยโปลิโอในการเข้าสอบคัดเลือกเป็นข้าราชการตุลาการ ดูเหมือนว่าจะไม่ค่อยได้รับความสำคัญในสังคมไทยเท่าไรนัก เพราะไม่ได้มีการถกเถียงอย่างกว้างขวางและเข้มข้นในปริมณฑลสาธารณะต่างๆ เป็นเพียงประเด็นย่อยซึ่งเคลื่อนไหวอยู่ในสังคมไทย ทว่าก็ได้ช่วยฉายภาพปัญหาสิทธิสุขภาพในระดับวิถีชีวิตที่ซับซ้อนได้เป็นอย่างดี และน่าจะเป็นบทเรียนที่สำคัญของสังคมไทยที่ควรจะเรียนรู้เป็นอย่างยิ่ง

ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพกะเทย

แนวความคิดสิทธิสุขภาพในระดับวิถีชีวิต ยังมีประเด็นที่ควรขบคิดในหลากหลายประการ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับปัญหามิติเพศสภาวะ (Gender) ซึ่งเริ่มหันมาสนใจมองกลุ่มคนซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นเพศที่สาม เช่น เกย์ กะเทย เลสเบี้ยน ฯลฯ ในที่นี้จะยกตัวอย่างรูปธรรมหนึ่งของปัญหาอัตลักษณ์ (Identities) กับปัญหาสิทธิสุขภาพ การรังเกียจบุคคลเพศที่สามเหล่านี้ มักจะนำไปสู่การกีดกันกลุ่มบุคคลซึ่งไม่ถูกจัดพวกเข้าสู่ขั้วตรงข้ามทางเพศที่มีแต่หญิงและชายเท่านั้น เพศที่สามเหล่านี้เมื่อถูกมองว่าเป็นสิ่งผิดปกติของสังคม ก็จะถูกจัดการหรือตัดสินให้กลายเป็นคนบกพร่อง เช่นเดียวกับโสเภณี เมื่อถูกรังเกียจว่าเป็นหญิงต่ำช้าแล้ว พวกเธอจึงไม่จำเป็นต้องมีสิทธิด้านสุขภาพก็ได้ สุขภาพดีจะเป็นเรื่องเฉพาะคนปกติเท่านั้น

ตัวอย่างสำคัญที่อาจจะช่วยท้าทายความคิดประเด็นสิทธิสุขภาพได้ดีคือการเกณฑ์ทหารกับกะเทย การเกณฑ์ทหารได้จัดแบ่งประเภทของคนไว้ 4 ประเภท คือ ประเภทหนึ่ง ร่างกายสมบูรณ์ พร้อมที่จะเป็นทหาร ประเภทที่สอง ขนาดของร่างกายไม่เหมาะสม เช่น เตี้ย อ้วน ผอม เกินไป ประเภทที่สาม เป็นโรคที่รักษาหายได้ แต่ปีนี้ยังไม่พร้อม เช่น แขนหัก ประเภทที่ 4 คือ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือพิการทั้งทางกายและทางจิต

กะเทยจะไม่ถูกคัดเลือกเป็นทหาร โดยมีการวินิจฉัยว่าเป็น “โรคจิต” ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนกะเทยให้เป็นชายได้ ทำให้ “โรคจิต” ติดตัวกะเทยอยู่ในใบ ส.ด. 43 ตลอดชีวิต

การวินิจฉัยว่า กะเทยเป็นโรคจิตหรือไม่ ไม่สามารถกระทำได้โดยอำนาจทหารแต่อย่างเดียว เพราะทหารไม่ได้มีความเชี่ยวชาญหรือถูกกำหนดหน้าที่ทางด้านนี้ จึงต้องอาศัยแพทย์มารองรับหรือเข้ามาหนุนเสริมการตรวจร่างกาย กระบวนการตรวจร่างกายจะแยกคนซึ่งผิดปกติออกจากคนปกติ เช่น พระหรือกะเทย ห้องที่ทำการวินิจฉัยใช้ผ้าขาวขึงกั้นเป็นห้อง ในการตรวจร่างกาย แพทย์จะมีตำราเล่มหนาถือไว้ชื่อ Principle of Surgery แพทย์จะออกคำสั่งให้ถอดเสื้อขอดูนมกะเทย เพื่อพิสูจน์ว่ามีการแปลงเพศหรือยัง

แต่ในความเป็นจริง แพทย์จะไม่ใช่ผู้ตัดสินขั้นสุดท้าย อำนาจจะอยู่ที่ประธานในพิธี ซึ่งเป็นทหารที่มียศตั้งแต่พันโทจะเป็นผู้ลงนามอนุมัติ นอกจากนี้แพทย์ยังไม่มีอำนาจในการควบคุมพื้นที่ของตัวเองอย่างเต็มที่ ทั้งๆ ที่การตรวจร่างกายควรเป็นสิทธิ์ขาดของผู้เชี่ยวชาญ บางครั้งเจ้าหน้าที่ทหารชั้นผู้น้อยก็เข้ามาในห้องตรวจเพื่อขอร่วม “จับจ้อง” กะเทย หรือในบางครั้ง คนภายนอกก็อาจจะปีนมาแอบดูได้เช่นกัน

การระบุว่ากะเทยเป็น “คนโรคจิต” ในการเกณฑ์ทหาร ทำให้กะเทยไม่สามารถไปสมัครงานที่ไหนได้ จึงเท่ากับลิดรอนเสรีภาพในการประกอบอาชีพและละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กะเทยคนหนึ่งให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์มติชนกรณีจัดประเภทกะเทยให้เป็นคนโรคจิตว่า “ไม่ชอบคำนี้ เราเป็นนักศึกษา มีความรู้ ที่สำคัญเราสอบเอนทรานซ์ติด ไม่ได้เป็นโรคจิตแต่อย่างใด อีกไม่กี่ปีจะจบมีงานดีๆ ทำ ถ้าไปสมัครงานเห็นว่าเราเป็นโรคจิต ไม่รู้ว่าจะมีผลหรือเปล่า สงสารสาวประเภทสองที่ต้องมาเจอแบบนี้ อยากขอร้องว่า น่าจะใช้คำว่า ไม่พร้อมทางด้านจิตใจจะดีกว่า จะได้ไม่เป็นปัญหาในการสร้างอนาคต” (มติชน 2545: 26)

ประเด็นปัญหาการทำกะเทยให้เป็นคนโรคจิตในการเกณฑ์ทหารช่วยชี้ให้เห็นความซับซ้อนของปัญหาสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพสามารถกระทำได้นอกพื้นที่โรงพยาบาลและเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนี่เอง การจำแนกประเภทคนออกเป็นคนปกติกับคนผิดปกติกลายมาเป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่ทว่าหากพิจารณาสิทธิมนุษยชนและสุขภาพอย่างหยาบๆ เราก็อาจไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาของกะเทยที่ถูกตัดสินว่าเป็นโรคจิตว่าเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิสุขภาพแต่อย่างใด ตัวอย่างนี้น่าจะช่วยเปิดมุมมองใหม่ๆ ในการทำความเข้าใจทั้งความหมายของสิทธิมนุษยชน ซึ่งมิใช่เรื่องราวอันไกลตัว ไม่ได้เป็นเรื่องของการละเมิดสิทธิอย่างตรงไปตรงมา ทั้งความหมายของสุขภาพที่ด้านหนึ่งเคยมองว่าสุขภาพดีเป็นเรื่องของการทำให้คนกลับคืนสู่ความปกติธรรมดา แต่ความหมายเช่นนี้กลับก่อให้เกิดการกีดกันคนกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดให้ได้รับความทุกข์ยาก สุขภาพในความหมายเช่นนี้ได้กลายเป็นอำนาจในการจัดการกับสิ่งที่สังคมมองว่าเป็นคนผิดปกติ มากกว่าที่จะมุ่งรักษาปกป้องสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านั้น

ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพคนต่างด้าว

กลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่กลายเป็นศัตรูของสุขภาพที่ดีโดยรวมของสังคมไทย คือ คนต่างด้าวเนื่องจากคนต่างด้าวเหล่านั้นล้วนถูกมองว่าเป็น “พาหะนำโรค” มาสู่คนไทย ภายใต้วิธีคิดเหล่านี้นำไปสู่การรังเกียจเดียดฉันท์คนต่างด้าว กล่าวคือมองคนต่างด้าวในฐานะพลเมืองชั้นต่ำที่มาอาศัยอยู่ในผืนแผ่นดินไทย

ในหนังสือ *A Seventh Man* ซึ่งเขียนโดยจอห์น เบอร์เกอร์ และถ่ายภาพโดยฌอง มอห์ร (ชัยวัฒน์ 2538: 194–205) ได้ชี้ว่า แท้จริงแล้ว “คนต่างด้าว” คือผู้ที่ค้ำจุนระบบเศรษฐกิจยุโรปที่เติบโตอย่างรวดเร็วในยุคทันสมัย การขูดรีด “คนอื่น” กลายเป็นหัวใจของระบบทุนนิยม มิใช่

จริยธรรมของความขยันขันแข็งทำมาหากินของคนในชาติ (ซึ่งต่างจากแนวคิด Protestant Ethic ของแมกซ์ เวเบอร์ที่เน้นว่าทุนนิยมมาจากการก่อตัวของค่านิยมใหม่ของระบบคุณค่าเชิงจริยธรรมของคนในกรอบรัฐชาติ) หนังสือเล่มนี้เสนอข้อมูลว่า ยุโรปช่วงก่อนเกิดวิกฤตการณ์เศรษฐกิจโลกในช่วงกลางคริสต์ทศวรรษที่ 70 พบว่าในอังกฤษและเยอรมัน ในจำนวนผู้ใช้แรงงานทุกๆ 7 คน จะมีแรงงานพลัดถิ่น 1 คน หรือราว 14% ขณะที่ในประเทศอุตสาหกรรมอย่างฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เบลเยียม จะมีคนงานพลัดถิ่นอยู่ในประเทศถึง 25% ของผู้ใช้แรงงานทั้งหมด

เมื่อนิยามว่าใครคือคนต่างด้าวหรือคนพลัดถิ่น ซึ่งมาขายแรงงานของตนในประเทศอื่น ย่อมทำให้ผู้นั้นตกอยู่ในสภาพที่ต่ำกว่าพลเมืองของชาติ ถูกดูถูกเหยียดหยาม ถูกกระทำในลักษณะที่ต่างออกไปจากคนในชาติ ความเป็นคนนอกชาติหรือความเป็นคนอื่น ทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติอย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ เวทีทางการแพทย์ก็ไม่ได้มีไว้เพื่อส่งเสริมหรือปกป้องคนต่างด้าว แต่การแพทย์กลับมุ่งหมายที่จะ “ควบคุม” คนต่างด้าวเหล่านั้นมิให้มีสุขภาพที่ทำลายคนในชาติ หรือมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอเพื่อให้สามารถทำงานหนัก เช่น ชาวเติร์กที่มารอรับการตรวจ “สุขภาพ” จากแพทย์ ต้องถูกถอดเสื้อผ้าและเปลือยกายต่อคนแปลกหน้า โดยได้เปรียบเทียบไว้ว่า การตรวจสุขภาพจากแพทย์ให้แก่คนที่มุ่งหมายจะไปทำงานประเทศอื่นไม่ต่างไปจากการตรวจฝูงสัตว์ที่ผู้ซื้อจะมาตรวจสภาพก่อนที่จะนำไปใช้งาน

คำถามที่ท้าทายแนวคิดสิทธิมนุษยชนก็คือ ข้อแรก เราจะปล่อยให้คนต่างด้าวมีสิทธิเสรีภาพความเสมอภาคเท่าเทียมในอาณาเขตของรัฐชาติได้ล่ะหรือ ในเมื่อพวกเขามิใช่พวกเรา ข้อที่สอง เราควรที่จะปล่อยให้พวกเขาเผชิญยถากรรมด้วยตนเองหรือเราจะปกป้องคุ้มครองพวกเขา ข้อที่สาม เราควรจะสนใจสุขภาพของคนต่างด้าวก็ต่อเมื่อพวกเขาเป็นพิษภัยกับคนในชาติ เมื่อใดที่คนต่างด้าวนำพาโรคร้ายแรงเข้ามาในชาติ เมื่อ

นั้นรัฐพึงเข้าไปแทรกแซงจัดการป้องกันโรคติดต่อมิให้มาถึงพลเมืองของชาติใช่หรือไม่

ในกรณีคนต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ในสังคมไทย จะพบว่าต้องเผชิญกับชะตากรรมในฐานะพลเมืองชั้นต่ำ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการคลี่คลายให้คนต่างด้าวสามารถจดทะเบียนอย่างถูกกฎหมาย และได้รับสิทธิบางประการเช่นสิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นต้น แต่ก็จะพบว่า บนพื้นฐานวิธีคิดของการมองว่าคนต่างด้าวไม่ใช่คนไทย ส่งผลให้คนต่างด้าวถูกมองว่าเป็นปัญหาของสังคมไทยที่เข้ามาคุกคามความมั่นคงของชาติและสุขภาพของคนไทย

ในมิติปัญหาด้านสุขภาพ จะพบว่า มิติการมองสุขภาพคนต่างด้าวยังคงยึดติดในความหมายสุขภาพแบบคับแคบ กล่าวคือ มุ่งเน้นแต่การรักษาโรคมากกว่าที่จะเยียวยาคน ทำให้นโยบายของรัฐไทยต่อสุขภาพของคนต่างด้าวได้มุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เพียงแค่การซ่อมสุขภาพของคนต่างด้าวก็ยังไม่ได้ทำอย่างเต็มที่หรือเพียงพอ มีรายงานฉบับหนึ่งกล่าวว่า รัฐบาลไทยต้องใช้งบประมาณสนับสนุนปีละ 50 ล้านบาทในกลุ่มโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข 36 แห่งตลอดตะเข็บชายแดน แต่จะพบว่าทุกโรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์การรักษา เวชภัณฑ์ ค่ารักษา และเตียงพยาบาล ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลตามแนวชายแดนจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายแก่คนไทยไร้สัญชาติและคนต่างด้าวภายใต้ระบบประกันสุขภาพเฉพาะคนไทย การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยและยากจนยิ่งทำให้โรงพยาบาลประสบกับภาวะยากลำบาก เพราะไม่สามารถเบิกเงินงบประมาณจากรัฐ ในขณะเดียวกันก็ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากคนไทยไร้สัญชาติหรือคนต่างด้าว

เรื่องเล่าสุขภาพของคนต่างด้าวเป็นการตอกย้ำถึงศักดิ์ศรีอันต่ำต้อยในความเป็นมนุษย์ของพวกเขา ดังเรื่องเล่าที่มาจากคนไทใหญ่ซึ่ง

อพยพมาจากพม่าเพื่อเข้ามาเป็นแรงงานรับจ้างในพื้นที่เกษตรกรรมเข้มข้นในตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นแหล่งทำไร่กะหล่ำปลีและแหล่งปลูกสตอเบอรี่ คนไทใหญ่เหล่านี้จะต้องเผชิญหน้ากับปัญหาค่าแรงต่ำ การถูกเอารัดเอาเปรียบ กดขี่แรงงาน การทำงานหนัก การรุกรานของเจ้าหน้าที่รัฐตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่คนไทใหญ่ที่มาทำงานในไร่บ้านบ่อแก้วจะมีรูปร่างผอมโทรม ดวงตาเศร้าหมอง เบ้าตาลึก ผิวพรรณแห้งเหี่ยวย่น บางคนมีบาดแผลเป็นตุ่มหนองตามเนื้อตัว เพราะแม้ยามเจ็บป่วยก็ต้องไปทำงาน มิฉะนั้นก็จะไม่มีงานทำ ดังที่นายยี่ได้สะท้อนให้ฟังว่า ถึงจะเป็นไข้รู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย ก็ต้องกินยาแก้ปวดเพื่อให้พรุ่งนี้สามารถตื่นขึ้นมาทำงานได้ ใครล้มป่วย พอถึงเวลานายจ้างเรียกไปทำงานก็ต้องไป แม้ว่าจะทำงานไม่ไหวก็ตาม ถ้าไม่ทำก็จะถูกกล่าวหาว่าเป็นคนขี้เกียจ

นอกจากนี้ คนไทใหญ่เหล่านี้จะต้องเสี่ยงต่อพิษภัยของสารเคมี ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีการป้องกันที่ดีพอ ส่งผลต่อสุขภาพของคนไทใหญ่โดยตรง เช่น ก่อให้เกิดอาการแพ้ แต่ทว่าการรักษาพยาบาลกลับเป็นไปตามมีตามเกิด ถ้าไปหาหมอ ก็จะได้รับยาแก้แพ้มากินทุกครั้ง หรือถ้าเป็นหนักก็จะได้ยาล้างแผล ยาแก้คันมาทา บางคนหลังพ่นยาจะกินเหล้าขาวกับหอมขาว ด้วยความเชื่อว่าจะแก้แพ้ได้ บางคนซื้อยามากินหรือทาเอง บางคนก็จะใช้วิธีการอดอาหารบางประเภทจำพวกของเน่าของดองต่างๆ เนื่องจากอาหารเหล่านั้นอาจทำให้อาการกำเริบยากต่อการเยียวยารักษา

อีกมิติหนึ่งที่คนไทใหญ่เหล่านั้นจะต้องเผชิญก็คือ ความเจ็บป่วยซึ่งเมื่อมีอาการหนักต้องเข้าไปรักษาพยาบาล ถ้าไม่มีบัตรแรงงานต่างด้าวไปแสดงจะถูกเลือกปฏิบัติ อาทิ ถูกมองด้วยสายตาเหยียดหยาม ถูกซักประวัติอย่างละเอียด หรือไม่ยอมจ่ายยาให้ ปัญหาสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับว่า “คุณเป็นใคร” ถ้าเป็นแรงงานต่างด้าวซึ่งรัฐรับรอง ก็จะได้รับการปฏิบัติแบบหนึ่ง ถ้าเป็นแรงงานต่างด้าวที่รัฐไม่รับรู้ก็จะปฏิบัติอีกแบบหนึ่ง หาก

มองในความเป็นจริงแล้ว ปัญหาการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวไม่สามารถทำได้ครบถ้วน เนื่องจากนายจ้างมักจะไม่ต้องการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการทำบัตร

อ้ายสม ผู้ใช้ชีวิตเป็นแรงงานรับจ้างในพื้นที่บ่อแก้วมากว่า 9 ปี เล่าให้ฟังว่า วันหนึ่งเกิดอาการปวดท้อง จากนั้นไข้เริ่มขึ้น เมียกับญาติพี่น้องไปหาทั้งยาสมุนไพร ยาแก้โรคกระเพาะ และยาลดไข้จากร้านค้าในหมู่บ้านมาให้กิน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงไปขอให้ผู้เฒ่าชาวไทใหญ่และผู้นำในการประกอบพิธีกรรมของชาวปกาเกอะญอมาช่วยทำพิธีเลี้ยงขวัญมัดมือให้ แต่อาการก็ไม่ดีขึ้นจึงไปซื้อยาจากสถานีอนามัยมากิน วันรุ่งขึ้นอาการกลับทรุดลงอีก จึงต้องกลับไปสถานีอนามัยอีกครั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าให้กินยาที่จัดให้ครบชุดก่อนอาการจะดีขึ้นเอง จากนั้นก็ตรวจวัดไข้ และให้กลับที่พักได้ โดยกำชับว่าถ้ายาหมดให้มาซื้อใหม่

“ผมกลับไปนอนที่บ้าน พอบ่ายรู้สึกเจ็บท้อง ไข้ขึ้นจนทนไม่ไหว ให้เมียไปเช่ารถคนในบ้านบ่อแก้ว และขอยืมเงินจากนายจ้าง 1,500 บาท รีบไปโรงพยาบาลสะเมิง ช่วงนั้นผมคิดว่า ผมไม่รอดแล้ว ถึงโรงพยาบาลหมอถามผมว่าเป็นอะไรมา ผมว่าไม่สบาย ปวดท้องมาก หมอวัดไข้และตรวจอาการผมเสร็จก็บอกว่าผมต้องนอนโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่อีกคนมาบอกกับเมียผมว่าขอดูบัตรคนไข้ เมียผมก็บอกไม่มี เขาให้เมียผมไปทำบัตรใหม่ ส่วนผมก็นอนอยู่บนเตียง สักพักก็มีคนมาเติมน้ำเกลือให้

“ตอนนั้นผมกับเมียไม่รู้จะทำอย่างไร จริงๆ อยากบอกหมอว่าเป็นคนไทใหญ่ แต่ก็ไม่กล้า ผมกับเมียเคยถูกตำรวจจับ ต้องเสียเงินให้ตำรวจหลายครั้ง ในที่สุด หมอหญิง (นางพยาบาล) มาถามว่าเป็นชาวเขาเผ่าอะไร อยู่ที่ไหน ผมบอกว่าอยู่บ่อแก้ว ไม่กล้าตอบว่าเป็นไทใหญ่ เขาให้เมียผมเอาบัตรประชาชนจากผมแล้วตามเขาไปทำบัตร ผมกับเมียนิ่งไป ผมตัดสินใจบอกว่ามาจากแม่ฮ่องสอน เขาถามว่าเป็นไทใหญ่ใช่ไหม ผมก็รับ หมอที่อยู่ใกล้ๆ ทำสีหน้าไม่ดี บ่นว่า “พวกผมพูดไม่รู้เรื่อง” เขาถาม

กับเมียผมว่า “จะทำอย่างไรไม่มีบัตรน่ะ” เขาสองคนคุยกัน และบอกว่าจะไปถามหัวหน้าก่อน

“ผมนอนอยู่ที่นั่นได้ 2 ชั่วโมง หมอเติมน้ำเกลือให้ แต่ผมปวดท้องมากขึ้น ผมคร่างออกมา เมียผมอยู่ข้างเตียงก็ไม่รู้จะทำอย่างไร เมียเห็นผมปวดมากเมียก็ร้องไห้ คนไข้คนอื่นในห้องก็มองมาทางผมสองคน มีผู้หญิงคนหนึ่งบอกให้เมียผมไปตามหมอ เมียผมไม่กล้ากลัวเขาจะจับไปไม่ได้ดูแลผม ผมนอนรอหมออยู่นานคิดว่าคงต้องตายแน่แล้ว ผู้หญิงคนป่วยคนหนึ่งลุกขึ้นไปตามหมอให้มาดูอาการผม สักพักหมอก็มาฉีดยารุ่งขึ้นหมอใหญ่มาตรวจ แล้วถามผมว่า ผมมารักษาตัวที่นี่ต้องซื้อยาที่หมอจัดไว้ให้ มีเงินจ่ายหรือเปล่า ผมพยักหน้า”

ทุกวันอ้ายสมเห็นหมอพูดคุยกับคนไข้บางคนดีมาก คอยถามอาการ คอยพยุงขึ้น-ลงเตียง แต่สำหรับเขามีเพียงสายตาที่มองมาอย่างเย็นชา บางวันไม่มีแม้แต่หมอและเจ้าหน้าที่เฉียดกายเข้ามาถามไถ่ ยามอาการปวดกำเริบก็อาศัยเมียช่วยบีบนวดให้ แต่สำหรับเขา หมอบางคนเวลามาตรวจคนไข้ก็จะไล่เมียและลูกอายุ 2 ปีของอ้ายสมออกไปนอกห้องผู้ป่วย กระทั่งยามบ่ายของวันที่ 5 อ้ายสมมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง หมอที่มาตรวจและฉีดยาให้เมื่อตอนอาการกำเริบขึ้นในช่วงเช้า มาแจ้งว่าทางโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือรักษา เพราะอ้ายสมเป็นโรคกระเพาะเรื้อรัง ต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์โดยด่วน

อ้ายสม ลำดับเรื่องต่อว่า เมื่อเขามาถึงโรงพยาบาลนครพิงค์ หมอที่นั่นจะเข้ามาตรวจ ฉีดยา และให้เขาไปเอกซเรย์ ส่วนการดูแลหลังจากนั้นก็ไม่ได้ต่างจากโรงพยาบาลสะเมิงเท่าไรนัก เพียงแต่ที่นี่หมอไม่ค่อยมีเวลามาสนใจใคร และไม่มีใครมาถามว่าเป็นคนไทใหญ่หรือไม่ เพราะทางโรงพยาบาลสะเมิงทำเรื่องส่งตัวมาแล้ว ล่วงเข้าวันที่ 3 มีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งเข้ามาคุยเรื่องค่าใช้จ่ายของอ้ายสมที่มารักษาตัว 3 วัน รวมทั้งหมด 2,470 บาท

"เขาถามผมว่า มีเงินจ่ายไหม ผมมองหน้าเมียตอบเขาไปว่า มีเหลืออยู่ 600 กว่าบาท เขาก็เอาไป 500 บาท และบอกผมว่า ทางโรงพยาบาลต้องส่งตัวผมกลับไปอยู่โรงพยาบาลสะเมิง ตอนนั้นผมคิดว่า ยังไงผมก็จะไม่กลับไปนอนสะเมิงอีก ผมไม่อยากเห็นหน้าหมอพวกนั้นอีก และผมก็ไม่มีเงิน ติดหนี้เขามากแล้ว ผมออกมาขึ้นรถโดยสารกลับไปที่พักที่บ่อแก้ว อยู่ได้เพียงคืนเดียวอาการผมก็ไม่ดี ผมจำเป็นต้องกลับไปโรงพยาบาลสะเมิงอีก หมอคนหนึ่งเขาถามผมว่า อาการยังไม่ดีแล้วกลับบ้านทำไม ผมต้องนอนอยู่ที่สะเมิงอีก 5 วัน หมอหลายคนเดินผ่านมาเห็นผมนอนอยู่ที่เตียงก็หัวเราะ บางคนก็รำคาญที่เมียกับลูกผมอยู่ที่นั่น พออาการปวดดีขึ้น หมอจัดยาแล้วบอกให้ผมกลับบ้าน ผมต้องเสียค่ารักษาอีก 1,600 บาท ต้องให้เมียกลับขึ้นไปยืมเงินจากเพื่อนฝูงและพ่อเลี้ยงที่บ่อแก้วมาจ่ายให้ ตอนที่ผมรักษาตัวอยู่ที่นั่น ผมไม่อยากอยู่ในโลกนี้ อยากตาย ผมไม่เข้าใจว่าทำไมหมอต้องทำกับผมอย่างนั้น ถ้าผมเป็นคนไทย เป็นคนมีเงินมาก ผมว่า หมอพวกนั้นคงไม่ทำกับผมอย่างนี้แน่"

ในเวทีสิทธิมนุษยชนระดับโลก มีความพยายามนำเสนอให้เกิดการคุ้มครองสิทธิของแรงงานอพยพอย่างชัดเจนขึ้น ซึ่งถือว่ากลุ่มผู้อพยพเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความไม่มั่นคง ในที่ประชุมสิทธิมนุษยชนระดับโลกเห็นว่า รัฐมีพันธกรณีในการให้การสนับสนุนทางการศึกษา สุขภาพ และสังคม และควรสนับสนุนให้เกิดเงื่อนไขของความสามัคคีระหว่างคนในชาติกับผู้อพยพ นับเป็นความก้าวหน้าของแนวคิดสิทธิมนุษยชนอย่างยิ่ง แต่คำถามก็คือ ในทางปฏิบัติแล้ว เป็นไปได้หรือไม่ที่รัฐจะคุ้มครองคนต่างด้าวอย่างจริงๆ จังๆ การติดกับดักอยู่ในกรงขังความเป็นชาติ จะทำให้สิทธิคนต่างด้าวได้รับความคุ้มครองจริงหรือ? เพราะปรัชญาสำคัญของชาติคือพิทักษ์ผลประโยชน์ของชาติ มิใช่พิทักษ์ปกป้องทุกคนบนโลกนี้ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ยากที่จะเรียกร้องให้รัฐชาติหนึ่งๆ มุ่งคุ้มครองคนต่างด้าว เพียงแค่

ไม่รังเกียจเดียดฉันท์คนต่างด้าวก็ยังมิอาจทำได้สำเร็จ

คำถามก็คือ หากมองปัญหาสุขภาพของคนต่างด้าว เราสมควรจะเอาความคิดทางเศรษฐกิจการเมืองในประเทศมาเป็นตัวตั้ง หรือจะต้องใช้วิธีคิดใหม่ที่ไปพ้นจากการขีดเส้นพรมแดนของแผนที่ เป็นไปได้หรือไม่ว่า จะมีการย้ายกระบวนทัศน์ที่เอาชาติเป็นศูนย์กลาง มาสู่การมีมนุษยธรรมต่อคนอื่น เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมองคนต่างด้าวมิใช่เป็นเพียงแรงงาน แต่มองเขาในฐานะสัตว์สังคมที่ต้องการครอบครัว ชุมชน เพื่อนบ้านที่อบอุ่น การคุ้มครองสิทธิให้กับคนต่างด้าว จึงเป็นคำถามที่ท้าทายยิ่ง เพราะโดยภาพรวม คนต่างด้าวต้องเผชิญกับ “ความไม่มั่นคง” มากกว่าคนด้อยโอกาสกลุ่มอื่นๆ ถ้าเชื่อมั่นว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาเท่าเทียมกัน ไม่ควรจะถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ควรจะได้รับการกีดกัน ไม่ควรจะตกเป็นทาส สิ่งเหล่านี้หากสามารถกระทำได้กับกลุ่มผู้อพยพ ก็จะน่าชี้วัดได้ว่าอุดมคติของสิทธิมนุษยชนนั้นจะมีความเป็นไปได้หรือไม่

หากพิจารณาจากมุมมองสุขภาพสังคม ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวย่อมมิสามารถแก้ไขได้ภายใต้วิธีคิดการมองคนต่างด้าวเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่คนไทย และกรอบการมองสุขภาพในมิติของการป้องกันมากกว่าการเสริมสร้าง ปัญหาสุขภาพแรงงานต่างด้าวไม่สามารถให้ความสำคัญแต่กับการบริการสาธารณสุขเท่านั้น หากจะต้องสนใจการบริการ “สาธารณทุกข์” ด้วย กล่าวคือ ความทุกข์เหล่านั้นอาจเรียกได้ว่าเป็น “ความทุกข์ทางสังคม” (social suffering) ซึ่งมองว่าความทุกข์เป็นสิ่งที่สังคมผลิตขึ้น (suffering is socially produced) วีณา ดาส นักคิดสตรีชาวอินเดียเห็นว่า ความทุกข์ไม่สามารถมองอย่างง่ายๆ ว่าเป็นเรื่องของชีวิตของคนใดคนหนึ่ง แต่ควรจะมองว่าความทุกข์เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นอย่างแข็งขันและถูกผลิตภายใต้กลไกการบริหารอย่างเป็นเหตุเป็นผลของสถาบันต่างๆ ของรัฐ (อ้างใน Herzfeld 2001: 227)

ในมิติของการมองผ่าน “ความทุกข์ทางสังคม” ปัญหาสุขภาพของคนต่างด้าวย่อมไม่ใช่ปัญหาของคนต่างด้าวในฐานะปัจเจกชนเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของสถาบันทางสังคมของรัฐไทยที่ไม่ได้ใส่ใจสุขภาพของคนต่างด้าวอย่างจริงจัง ในแง่นี้ รัฐควรที่จะเข้ามาดำเนินกิจกรรมทางการสาธารณสุขกับคนต่างด้าวโดยตรง มากกว่าที่จะปล่อยปละละเลย ต่างจากกรณีการประเมินผลสุขภาพของกะเทย ที่รัฐควรจะใช้ความระมัดระวังและเปิดกว้าง ในกรณีสุขภาพคนต่างด้าว อาจกระทำได้โดยการจัดตั้ง “สถาบันสุขภาพคนต่างด้าว” ขึ้นในประเทศไทย ซึ่งมีหน้าที่เข้ามารับผิดชอบโดยตรง ซึ่งจะเข้ามาเกี่ยวพันกับปัญหานี้ทั้งการแก้ปัญหาแบบปัจจุบันทันด่วนและการวางแผนในระยะยาว เช่น การส่งเสริมให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการบริการคนต่างด้าวซึ่งมักมีชีวิตที่เสี่ยงภัย การให้ความรู้ในการปกป้องสุขภาพ เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่รัฐไทยไม่เคยคิดและจินตนาการถึง แต่ถ้ามองสุขภาพอย่างองค์รวมแล้ว การปกป้องสุขภาพของคนต่างด้าวแท้ที่จริงแล้วก็คือการคุ้มครองสุขภาพของคนไทยในเวลาเดียวกันนั่นเอง

ข้อถกเถียงกรณีสิทธิสุขภาพและความรู้

ในมิติของการเชื่อมโยงสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ มีสองกระแสสำคัญ กระแสแรก เป็นการโยงใยผ่านแนวคิดมนุษยธรรม ที่มุ่งเน้นสิทธิในเชิงสงเคราะห์หรือช่วยเหลืออย่างปัจจุบันทันด่วน ในขณะที่กระแสที่สองเป็นความพยายามแสวงหาช่องทางให้ผู้ที่ด้อยโอกาสให้สามารถต่อรองหรือมีปากมีเสียงในสังคมได้ ซึ่งเท่ากับว่ามีจุดมุ่งหมายในการจัดความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างคนกลุ่มต่างๆ เสียใหม่ แต่ในท่ามกลางสองกระแสของแนวคิดสิทธิสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับนั้น ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่ไม่ควรละเลยก็คือ “ความรู้” ที่จะมาสนับสนุนให้แนวคิดสิทธิสุขภาพได้รับการยอมรับในสังคม กล่าวคือ ความรู้ได้กลายมาเป็นปัจจัย

ในการนิยามว่าอะไรคือสุขภาพที่ดี อะไรคือสุขภาพที่ไม่ดี การนิยามนี้ทำให้ความรู้มิได้เป็นสิ่งที่เป็นกลาง หากความรู้เป็นเรื่องของ “การเมือง” ที่ถูกนำไปใช้เพื่อรองรับความชอบธรรมให้กับการกดขี่กีดกันคนในสังคม ดังนั้น ในมิติสุขภาพที่ต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลง ประเด็นความรู้ควรหยิบยกมาพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นแยกกันไม่ออกระหว่าง “สิทธิ” กับ “ความรู้”

ในมิติสิทธิสุขภาพ ความรู้ย่อมถือเป็นสิทธิอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น “สิทธิในความรู้” คำว่าสิทธิในความรู้นั้นมีความหมายในสามระดับด้วยกัน *ประการแรก* คือ “สิทธิที่จะรู้” *ประการที่สอง* คือ “สิทธิในการปลดปล่อยความรู้” และ*ประการสุดท้าย* “สิทธิในการมีความรู้”

ในระดับแรก “สิทธิที่จะรู้” หมายถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อเท็จจริง หรือสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิในความรู้ในระดับนี้มีความหมายว่า มีความรู้ชุดหนึ่งซึ่งถูกปกปิดอำพรางไว้ไม่ให้คนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมได้รับรู้ การปกปิดความรู้ก็คือการเมืองของการไม่เปิดเผยข้อเท็จจริง ซึ่งจะพบว่าในหลายกรณี ข้อเท็จจริงที่ถูกปกปิดเหล่านั้นได้ส่งผลอันตรายต่อสุขภาพของผู้คน โดยเฉพาะการแพทย์ที่ผูกโยงกับการโฆษณามักจะละเลยข้อเสียที่อาจตามมา หรือถ้ากล่าวถึง ก็กล่าวไว้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ในกรณีสุขภาพของผู้หญิง ปัจจุบันพบว่าความสวยงามได้ถูกนำมาผูกโยงกับสุขภาพจนแทบแยกออกจากกันไม่ได้ โฆษณา “สวยด้วยแพทย์” ที่ถูกผลิตขึ้นมาเพื่อโฆษณาโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้สร้างความหมายขึ้นมาว่า การศัลยกรรมความงามนั้นเป็นสิ่งที่ปลอดภัย หากมีหมอผู้ชำนาญเป็นผู้ดูแลและจัดการให้ นอกจากนี้ในรายการโทรทัศน์รายการหนึ่งยังมีการชี้ชวนว่าการศัลยกรรมความงามของโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งมีความปลอดภัยสูงมาก ไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้นจะมีด้านเดียว คือทำให้คุณสวยและดูดีขึ้น แต่ไม่มีผลกระทบด้านลบที่

ว่าการใช้วัสดุในการศัลยกรรมจะก่อให้เกิดมะเร็ง หรือไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อร่างกายเลย เนื่องจากความชำนาญของหมอจากโรงพยาบาลแห่งนี้

ในอดีต ผู้ที่ทำศัลยกรรมส่วนมากเป็นผู้หญิงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี แต่ปัจจุบันผู้หญิงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีและไม่มีความพร้อมทางการเงินกลับมีความต้องการที่จะทำศัลยกรรมมากขึ้นเรื่อยๆ ด้านหนึ่งเป็นความต้องการที่จะมีความสวยงามทางร่างกาย เพราะเมื่อทุนทางร่างกายดีแล้ว ชีวิตทางสังคมด้านอื่นๆ ก็ตามมาด้วย แต่อีกด้านหนึ่ง เด็กวัยรุ่นผู้หญิงและผู้หญิงที่ทำศัลยกรรมเหล่านี้ตัดสินใจที่จะทำศัลยกรรมเนื่องมาจากได้รับการรับรองจากแพทย์และสถาบันทางการแพทย์ต่างๆ ว่าการทำศัลยกรรม ตัด เติม เสริม แต่ง ส่วนต่างๆ ของร่างกายมีความปลอดภัยมากขึ้นทุกวัน แต่ทว่ายังไม่มีคำรับรองที่มาจากงานวิจัยใดๆ ที่ให้การรับรองว่า สิ่งที่นำมาใส่ร่างกายอย่างถาวรนั้นไม่มีผลกระทบทางด้านลบจริงๆ คำอธิบายของแพทย์และบริษัทผู้ผลิตส่วนใหญ่เป็นผลจากการศึกษาภายในบริษัทหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นๆ ในขณะที่งานวิจัยที่ชี้ผลกระทบในแง่ลบกลับมีน้อยมาก หรือไม่เป็นที่แพร่หลาย ผู้ที่ทำศัลยกรรมจึงไม่ต่างอะไรกับการเป็นสัตว์ทดลองในห้องทดลอง เพื่อตอบสนองการทดสอบวิทยาการใหม่ๆ ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นทุกวัน ส่วนผลที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไรนั้นยังไม่มีการรับรอง

นอกจากการศัลยกรรมแล้ว การบริโภคของผู้หญิงเพื่อสุขภาพและความสวยดูเหมือนจะเป็นปฏิบัติการทางสังคมโดยทั่วไป ไม่ว่าการบริโภคเครื่องสำอาง การใช้ยาเพื่อลดความอ้วน หรือการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพ ผู้หญิงถูกทำให้เชื่อว่าการมีสุขภาพดีและการดูแลสุขภาพที่ดีพร้อมต้องรับประทานอาหารเสริม ทั้งอาหารเสริมเพื่อให้รักษาไว้ซึ่งความสาว ความสวย และสดใสอยู่เสมอ กรณีที่ผู้บริโภคซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ช่วยลดความอ้วนหรือใช้คำว่า “ช่วยเผาผลาญอาหาร” “ช่วยให้อิ่มเร็ว” โดยที่ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การกินอาหาร การออกกำลังกาย

นั้น เป็นสิ่งที่ได้รับความนิยม ร้านขายยาทั่วไปจะพบกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเหล่านี้ขายอย่างถูกต้อง ทั้งๆ ที่ในแง่ของประโยชน์ที่เกิดขึ้นอาจไม่คุ้มราคาที่สูง นอกจากนั้นยังอาจส่งผลกระทบในแง่ของการสะสมสิ่งตกค้างในร่างกายหากรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลานาน กลยุทธ์ในการโฆษณาสินค้า มักจะบอกข้อมูลด้านที่ดีเท่านั้น แต่มักไม่ได้บอกถึงพิษภัย หรืออาจกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่าผู้บริโภคอาจตกเป็นเครื่องมือในการทดลองยาในระยะยาว

สุขภาพของผู้หญิงดูเหมือนจะตกเป็นเหยื่อของบริโภคนิยม นั่นคือ สุขภาพและความงามถูกนำมาผูกโยงกันภายใต้การรับรองของการแพทย์ ทว่าในมุมมองของสิทธิที่จะรู้ ผู้หญิงในฐานะผู้บริโภคพึงที่จะรับทราบข้อมูลอย่างรอบด้าน มากกว่าที่จะมีสิทธิในการรับรู้แต่เพียงข้อมูลจากการโฆษณาเท่านั้น

ในระดับที่สอง “สิทธิในการปลดปล่อยความรู้” จะเห็นได้ว่าการพิจารณาปัญหาสุขภาพในประเด็นหนึ่งๆ อาจจะมีข้อถกเถียงจากหลายแง่มุม และมีความรู้หลายชุดในการอธิบาย ซึ่งมักจะพบว่า ความรู้ชุดหนึ่งชุดใดมักจะมีอำนาจในการนิยามเหนือคำอธิบายชุดอื่นๆ ในขณะที่ความรู้ชุดอื่นๆ กลับละเลยปิดกั้น ดังนั้น ในการแข่งขันของความรู้ชุดต่างๆ สิ่งที่จำเป็นก็คือ การปลดปล่อยให้ความรู้หลายๆ ชุดสามารถถูกนำเสนอและโต้แย้งกับความรู้ที่มีอำนาจได้ อาทิเช่น กรณีปัญหาโรงไฟฟ้าถ่านหินแม่เมาะ ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชาวบ้านในละแวกโรงไฟฟ้าอย่างมาก แต่เมื่อมีการเรียกร้องให้จ่ายค่าชดเชยการสูญเสียสุขภาพ กลับพบว่าในด้านหนึ่ง มีการอ้างอิงการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าความป่วยไข้ของชาวบ้านแม่เมาะไม่เกี่ยวข้องกับการผลิตมลพิษของโรงไฟฟ้า แนวทางการวินิจฉัยเช่นนี้ มาจากฐานคิดมองเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกชน จึงมุ่งเน้นแต่สำรวจตรวจตราสุขภาพร่างกายเป็นด้านหลัก โดยละเลยความ

สำคัญกับปัจจัยความเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศ แต่อีกด้านหนึ่ง พบว่า มีการวิจัยทางการแพทย์เช่นเดียวกันว่า ชาวบ้านแม่เมาะหลายรายเป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญมาจากมลพิษที่เกิดขึ้นจากถ่านหินที่นำมาใช้ผลิตกระแสไฟฟ้า ในแนวทางการวินิจฉัยเช่นนี้ จะมองสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างแยกไม่ออก ทั้งสองแนวคิดนี้ได้ก่อให้เกิดประเด็นถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง

การปะทะระหว่างความรู้สองชุด พบว่า ความรู้ชุดแรกมีจุดมุ่งหมายเพื่อพยายามแยกปัญหาสุขภาพของชาวบ้านแม่เมาะออกจากผลกระทบที่เกิดจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ ในขณะที่ความรู้อีกชุดหนึ่ง กลับพยายามโยงให้เห็นว่า ชาวบ้านแม่เมาะเจ็บป่วยจากปัจจัยภายนอก ปัญหาก็คือ การถกเถียงในสองกระแสนี้ไม่สามารถตกลงกันได้ว่าใครถูกใครผิด อันด้วยเหตุทั้งการยึดถือความรู้กันคนละกระบวนทัศน์ รวมทั้งยังมีปัจจัยของการเข้ามาแทรกแซงของปัจจัยทางการเมืองต่างๆ ทำให้ชาวบ้านแม่เมาะต้องเจ็บป่วยล้มตายโดยที่ปราศจากการรับผิดชอบจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จนชาวบ้านแม่เมาะต้องออกมาพยายามร้องเรียนความเป็นธรรมผ่านช่องทางต่างๆ ไม่ว่าการฟ้องศาล การชุมนุมประท้วง เป็นต้น เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบต่อวิถีชีวิตทั้งด้านสุขภาพ ด้านที่ดินทำกินที่ผลผลิตไม่งอกงาม ในมิติปัญหาของสุขภาพชาวบ้านแม่เมาะจึงมีความเกี่ยวพันกับ “ความรู้” อย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ นอกจากนี้ในกรณีปัญหาแม่เมาะไม่ได้เกี่ยวพันกับความรู้เรื่องสุขภาพแต่อย่างเดียว หากเกี่ยวพันกับความรู้ในเรื่องพลังงาน กล่าวคือ หากต้องการให้ชาวบ้านแม่เมาะมีสุขภาพดี ก็เลี่ยงไม่ได้ที่จะผลักดันให้เกิดทั้งการส่งเสริมพลังงานทางเลือกที่สะอาด และการปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาที่ไม่เน้นการบริโภคพลังงานอย่างไร้ขีดจำกัด

กล่าวโดยสรุป ปัญหาสุขภาพของกรณีปัญหาโรงไฟฟ้าแม่เมาะเราจะพบเห็นว่า ความรู้เป็นการเมืองชนิดหนึ่ง ที่ความรู้ชุดหนึ่งใดมีอำนาจ

เหนือความรู้ชุดอื่นๆ ความรู้กลายมาเป็นข้ออ้างทางสังคมว่าใครควรที่จะถูกปกป้องหรือใครที่จะถูกปล่อยปละละเลย ตราบใดที่ปล่อยให้ความรู้ชุดใดเป็นใหญ่เหนือความรู้ชุดอื่นๆ ตราบนั้นยิ่งจะทำให้สุขภาพของสังคมค่อยๆ พังทลายลงไป เนื่องจากสังคมไม่ได้เรียนรู้จากความรู้ที่เปิดกว้างในมิติของแนวคิดสิทธิสุขภาพ เราจะต้องคำนึงถึงสิทธิในการปลดปล่อยความรู้ที่ถูกเก็บกดปิดกั้น หากเรายังยึดถือความรู้ชุดเดิมบนฐานคติแบบเดิม การเผชิญหน้ากับปัญหาแบบใหม่ก็อาจจะไม่สามารถกระทำได้ ดังกรณีปัญหาสุขภาพของชาวบ้านแม่เมาะจะพบว่า หากมองผ่านแว่นของสุขภาพแบบปัจเจกชนก็ย่อมสามารถที่จะละเลยการปกป้องพิทักษ์สุขภาพของชาวบ้านแม่เมาะได้ เนื่องจากมีฐานคติที่คับแคบ ถ้าหากมองผ่านแว่นสุขภาพสาธารณะ การเรียกร้องให้รัฐมารับผิดชอบสุขภาพของชาวบ้านแม่เมาะก็ไม่อาจกระทำได้ เนื่องจากกระบวนการตัดสินใจในระดับสาธารณะก็ยังยึดติดกับสุขภาพแบบปัจเจกชนอยู่นั่นเอง ดังนั้น หากจะมุ่งเน้นให้ชาวบ้านแม่เมาะมีสิทธิสุขภาพ ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์มาสู่แนวคิดสุขภาพสังคม ซึ่งบูรณาการทั้งสุขภาพแบบปัจเจกชนและสุขภาพสาธารณะเข้าด้วยกัน และมองปัญหาสุขภาพอย่างเชื่อมโยงทั้งสาเหตุของปัจจัยภายนอกกับปัจจัยภายใน อันทำให้มองปัญหาสุขภาพของชาวบ้านแม่เมาะอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น

ในระดับสุดท้าย “สิทธิในการมีความรู้” ประเด็นเรื่องความรู้ไม่ได้หมายความเพียงแค่เป็นแต่เพียงการพิสูจน์ข้อเท็จจริงทางสังคมเท่านั้น แต่หมายถึงการเปิดพื้นที่ให้ความรู้แบบอื่นๆ ได้มีปฏิบัติการหรือสามารถสืบต่อความรู้ชุดนั้นต่อไป ถ้าความรู้ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมของคนกลุ่มหนึ่ง อันอาจเป็นความรู้ที่คนกลุ่มนั้นๆ มีความเชื่อถืออยู่ แน่นอนว่าความรู้บางประเภท เช่น ความรู้ท้องถิ่นอาจมีข้อบกพร่อง แต่เรากลับปิดกั้นโอกาสมิให้ความรู้ท้องถิ่นพัฒนาไปข้างหน้า ด้วยเหตุผล

ว่าเป็นความเชื่อที่งมงาย และอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้เนื่องจากไม่ได้มีหลักการรักษาพยาบาลตามความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่เราจะพบว่าที่ผ่านมาวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็มีจุดบกพร่องไม่ต่างไปจากความรู้ท้องถิ่น อีกทั้งในหลายกรณีต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการแพทย์สมัยใหม่แพงกว่าทั้งๆ ที่ผลในการรักษาไม่ต่างไปจากการใช้ความรู้ท้องถิ่น แต่เรากลับปล่อยให้ความรู้ของวิทยาศาสตร์การแพทย์สถาปนากลายเป็นความรู้หลักเพียงชุดเดียว

> การกีดกันความรู้ท้องถิ่นมาจากความเชื่อมั่นในการแพทย์สมัยใหม่ว่าดีกว่าการแพทย์แบบดั้งเดิม ในพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว คู่มือทหารและเสือป่าว่าด้วยกันป่วย ตอนหนึ่งของข้อปฏิบัติของทหารและเสือป่ามิให้ไปข้องแวะกับช่องทางที่จะเจ็บป่วยด้วยกามโรคกล่าวว่า “ไม่ควรหายาเบ็ตเตล็ดกลางบ้านใช้รักษากามะโรค เพราะอาจที่จะให้โทษได้ โดยอย่างน้อยทำให้โรคหายช้าไปกว่าที่ควรจะหายได้ ในเวลานี้แพทย์ทหารและแพทย์พลเรือนที่มีวิชามีมาก เข้าใจดีในวิธีการรักษากามะโรค ด้วยยาอย่างดีที่สุด ที่จะหาได้ในสมัยนี้ ควรไว้ใจให้เขารักษาดีกว่าที่จะรักษาตัวเอง หรือไว้ใจเชื่อถือผู้ที่ไม่ใช่หมอ” (พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว 2542: 7)

สุวิทย์ มาประสงค์ (2546) ได้ศึกษาประสบการณ์การเผชิญหน้ากับวิกฤตสุขภาพของคนท้องถิ่นภาคใต้ ที่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะของท้องถิ่นในการเผชิญหน้ากับโรคระบาด เป็นความรู้ที่มากไปกว่าการเยียวยารักษา ขณะเดียวกันก็เป็นความรู้ที่มิได้เป็นหน่วยก้อนวางอยู่แล้วหยิบใช้ได้โดยทันทีแบบสำเร็จรูป หากแต่มีการเรียนรู้ที่ใช้ประโยชน์ ปรับปรุง และปรับตัวไปพร้อมๆ กับวิกฤตการณ์อย่างชาญฉลาด สุวิทย์มองว่าความรู้สำหรับ “สุขภาพที่ดี” มิได้เป็นเพียงความรู้ที่ใช้ในการป้องกันและรักษา หาก

แต่ต้องผนวกเอาระบบความเชื่อ ความสัมพันธ์ จารีต และศีลธรรมท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย เขาได้ยกตัวอย่างกรณี “โรคยมบน” ซึ่งมีชื่อเรียกที่ต่างออกไปอีกคือโรคไข้น้ำ ไข้ตอง หรือโรคไข้ทรพิษ กับ “โรคไข้ห่า” หรือโรคอหิวาต์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลที่มีประสบการณ์ร่วมในช่วง 100 ปี สุวิทย์พบว่า บทบาทของหมอพื้นบ้านมีสูงมากในท่ามกลางภาวะวิกฤต การหารากไม้หรือสมุนไพรมาต้มกินเพื่อการยับยั้งอาการป่วย ดำเนินไปพร้อมกับพิธีกรรมน้อยใหญ่ การใช้คาถาเวทย์มนต์ เช่น การนำเอาพดมะพร้าวสดมาต้มกับใบกล้วยเขียวที่แห้งคาต้นมาเสกคาถาแล้วเป่าให้กิน อย่างไรก็ตาม แม้ในการปัดเป่าโรคติดต่อร้ายแรงนั้น พบว่าจะยังคงต้องอาศัยการฉีดวัคซีนหรือยาจากระบบการแพทย์จากสุขศาลาเข้าร่วมด้วย แต่ก็จะพบว่ามิติของความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชนนั้นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเผชิญวิกฤตร่วมกันของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการจัดสรรและแบ่งหน้าที่ของคนในชุมชนในการดูแลคนป่วย เช่น เด็กหนุ่มที่มีแรงต้านทานต่อการติดเชื้ออาจจะรับอาสาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไข้ หาบหามเคลื่อนที่ หรือฝังศพ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งก็มีการอพยพหลบหนีออกจากพื้นที่ที่มีการระบาด และยังสามารถพบเห็นภาพพ่อแม่ยอมเลือกที่จะอยู่ดูแลลูกที่เจ็บป่วย แล้วให้ลูกคนอื่นๆ หลบออกไปนอกพื้นที่ของการระบาด เป็นต้น

ในระยะเวลาซึ่งวิทยาศาสตร์การแพทย์เติบโตรุดหน้าอย่างมาก ก็จะพบว่าความรู้ท้องถิ่นในการดูแลรักษาสุขภาพจะค่อยๆ หมดความชอบธรรมลง ในแง่นี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า การละเมิดสิทธินั้นไม่ได้กระทำต่อมนุษย์โดยตรง หากแต่ในบางกรณีกลับพุ่งเป้าไปยังการจัดการและเบียดขับที่ตัวความรู้แทน ดังจะเห็นได้จากการเบียดขับความรู้ท้องถิ่นผ่านการออกกฎหมาย หรือผ่านปฏิบัติการของรัฐ เช่น การออกกฎหมายพระราชบัญญัติใบประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2466 เป็นกระบวนการทางอำนาจที่ชัดเจนในการกีดกันความรู้ท้องถิ่นให้ออกจากระบบของความรู้ที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ พระราชบัญญัติดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิด

ขึ้นกับประชาชนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาของแพทย์ผู้ที่ไม่มีความรู้ไม่ได้ฝึกหัด ความรู้ในระบบการแพทย์แบบอื่นนอกเหนือจากการแพทย์ตะวันตกถูกกันออกไปนอกพื้นที่ที่รัฐควรจะสนับสนุนส่งเสริม ขณะเดียวกันก็กลายมาเป็นความรู้ที่ต้องมีการควบคุมเป็นพิเศษ แพทย์แผนไทย (ความรู้ราชสำนัก) และหมอพื้นบ้าน (ความรู้ท้องถิ่น) ตกอยู่ในฐานะจำเลย กลัวการถูกจับกุม บางคนเลิกประกอบอาชีพเป็นหมอยา บางคนเผาตำราทิ้ง (ประทีป 2545: 224)

อย่างไรก็ตาม ในอีกมิติหนึ่ง การกีดกันสิทธิในความรู้ยังสามารถพบเห็นได้ในระดับชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถพบเห็นได้ทั่วไป แต่การกีดกันหรือละเมิดสิทธิในความรู้นี้อาจไม่เป็นที่สังเกตของคนในสังคม กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ เช่น การขอเอกสารรับรองจากแพทย์ เป็นกระบวนการที่ผลักดันให้แพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้คนอย่างแยกไม่ออก เช่น การลาป่วย การรับรองสิทธิในการเข้าทำงาน การรับทุนการศึกษา การบวชพระ ฯลฯ ในกรณีการลาหยุดเนื่องจากเจ็บป่วยของข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ผู้ลาหยุดต้องนำเอกสารรับรองจากแพทย์ไปเสนอต่อหน่วยงานหรือสถาบันเพื่อรองรับความชอบธรรมในการลาหยุด หรือการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิพึงจะได้ ซึ่งหากผู้เจ็บป่วยเลือกที่จะรักษาด้วยวิธีการรักษาพยาบาลแบบอื่นที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบัน ก็จะต้องสูญเสียสิทธิประโยชน์และไม่มีความชอบธรรมในการลาหยุดได้ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกรับการรักษาจากแพทย์เป็นหลัก ดังนั้นหากพิจารณาในแง่มุมสิทธิสุขภาพ ใบรับรองแพทย์มีนัยสำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเลือกวิธีการบำบัดรักษาอาการป่วยด้วยความรู้อื่นที่นอกเหนือไปจากวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพราะความรู้ที่เป็นทางเลือกเหล่านั้นไม่สามารถที่จะมีใบรับรองแพทย์ที่จะนำมาเป็นหลักฐานสร้างความเชื่อมั่นให้กับหน่วยงานหรือสถาบันได้ ประการที่สองเป็นการละเมิดสิทธิในเชิงอัตวินิจฉัย ที่จะประเมินภาวะความพร้อมของ

ร่างกายในการทำงานด้วยตนเอง ในแง่นี้ความรู้ท้องถิ่นไม่ได้ถูกละเมิดสิทธิโดยตรง แต่กลับถูกกีดกันโดยระบบสังคมซึ่งไม่เอื้อให้ความรู้ท้องถิ่นมีตำแหน่งแห่งที่ของตนได้

อีกกรณีหนึ่งที่ควรหยิบยกมาพิจารณาคือ ชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี พบว่า มีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการคลอดของคนมุสลิม จากการอาศัยความรู้ผดุงครรภ์โบราณในท้องถิ่นไปสู่การใช้บริการการคลอดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลแทน การใช้บริการผดุงครรภ์โบราณถูกกล่าวหาว่าไม่ปลอดภัย เพราะมีอัตราการตายของทารกสูง จึงพยายามหามาตรการมาบังคับเพื่อให้หญิงมุสลิมมาคลอดลูกที่โรงพยาบาล มีการณรงค์เพื่อโน้มน้าวให้มาใช้บริการของรัฐ เพราะปลอดภัยและสะอาดกว่า แต่กลับพบว่าชาวมุสลิมยังคงมีความนิยมและใช้บริการผดุงครรภ์โบราณอยู่นั่นเอง ด้วยเหตุผลว่าชุมชนมุสลิมมีความมั่นใจในความรู้ของผดุงครรภ์โบราณ มีความพึงพอใจที่จะคลอดภายใต้ร่มชายคาบ้าน แวดล้อมไปด้วยญาติพี่น้องและสามีคอยให้กำลังใจ และการคลอดที่บ้านสามารถประกอบพิธีกรรมการเกิดตามหลักศาสนาความเชื่อ ในกรณีนี้ การแก้ไขปัญหาของเจ้าหน้าที่รัฐ คือ หากผู้ใดไม่มาคลอดที่สถานีอนามัย จะไม่ออกเอกสารสูติบัตรและรับรองสัญชาติให้กับเด็ก

ตัวอย่างนี้บ่งชี้ว่าอำนาจรัฐถูกนำมาเป็นเครื่องมือในการกดทับความรู้ท้องถิ่น ประสบการณ์ของบรรพบุรุษที่สั่งสมมาหลายชั่วอายุคนถูกตัดสินว่าเป็นความรู้ที่เสี่ยงและอันตรายต่อสุขภาพ ในกรณีนี้พบว่ามาตรวัดสุขภาพเชิงเดี่ยวที่เน้นสถิติการรอดชีวิตของทารกซึ่งเป็นเกณฑ์สำคัญของหลักการวัดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ กลับกลายมาเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่ซ้อนทับระหว่างการละเมิดสิทธิพลเมืองและสิทธิของความรู้ท้องถิ่น ท่ามกลางทางแพร่งเช่นนี้ การเคารพในหลักการสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมของท้องถิ่นต่างๆ อาจส่งผลต่อการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างรุนแรงก็เป็นได้

ในกรณีของการคลอดของคนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี ทางออกของปัญหาจำเป็นต้องผสมผสานทั้งความรู้แบบวิทยาศาสตร์และความรู้ท้องถิ่น หากการแพทย์สมัยใหม่ลดทิฐิ และหันมาใส่ใจการแพทย์ในมิติชุมชนมากขึ้น อาจพบทางเลือกของทางออกได้อย่างหลากหลาย เช่น การอบรมความรู้ให้กับผดุงครรภ์โบราณ การส่งแพทย์จากโรงพยาบาลท้องถิ่นไปร่วมทำคลอดที่บ้าน หรือทำโรงพยาบาลให้มีบรรยากาศเหมือนการคลอดที่บ้านมากขึ้น โดยอนุญาตให้มีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา หรือเปิดโอกาสให้ญาติพี่น้องสามารถเข้าไปในห้องคลอดเป็นบางคนได้ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การผสมผสานระหว่างความรู้ท้องถิ่นกับความรู้แบบวิทยาศาสตร์อาจจะพบกับอุปสรรคที่ไม่สามารถข้ามฝ่าได้ เนื่องจากเป็นการยอมรับแต่เพียงรูปแบบเท่านั้น กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ ในภาคเหนือ หมอเมือง หรือหมอซึ่งใช้ความรู้พื้นบ้านในการรักษาพยาบาล ได้มีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายหมอเมือง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทั้งนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรพัฒนาเอกชน จะพบว่า ทิศทางของการสนับสนุนและส่งเสริมหมอพื้นเมืองมุ่งเน้นการปริวรรตความรู้ในส่วนของตัวยาและชื่อสมุนไพร การปรับปรุงยาพื้นบ้านให้อยู่ในกรอบของผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเลือก โดยเลือกเอาเฉพาะส่วนของความรู้ด้านสมุนไพรบางตัว ฯลฯ การยอมรับความรู้ของหมอเมืองจึงมุ่งเน้นไปที่ความรู้เรื่องยาเท่านั้น แต่จะพบว่า วิธีคิดพื้นฐานของความรู้หมอเมืองในเรื่องของสุขภาพองค์รวมกลับถูกปฏิเสธจากการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งการหาเหตุที่มาของโรคที่สัมพันธ์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ การรักษาโดยใช้เวทมนตร์คาถา หรือแม้กระทั่งข้อปฏิบัติอื่นที่ไม่มีความเป็นสากล เช่น การจัดยาหรือเลือกวิธีการรักษาแต่ละบุคคลซึ่งคำนึงถึงชะตาราศีประจำบุคคลโดยอาศัยวันเดือนปีเกิดที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนของดวงดาว จังหวะดวงชะตาของผู้ป่วย หรือการเก็บสมุนไพรที่ต้องดูเวลาและสรรพคุณทางยาที่มีอยู่

ในตัวสมุนไพร ซึ่งสมุนไพรหนึ่งชนิดหากเก็บในเวลาต่างกัน สรรพคุณทางยาก็ต่างกัน ทั้งระดับความเข้มข้นและความสามารถในการรักษาชนิดของโรคที่แตกต่างกัน ความรู้เหล่านี้ถูกละทิ้งไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งคาถาหรือความรู้ที่อิงอยู่กับสิ่งเหนือธรรมชาติ ถูกตัดออกไป

ในกรณีของกลุ่มหมอพื้นบ้านที่มารวมตัวกันภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลระดับชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นความพยายามที่จะให้หมอเมืองมีพื้นที่ในการรักษาในโรงพยาบาล แต่จะพบว่าหมอเมืองบางส่วนรู้สึกอึดอัด เพราะแต่ละวันจะทำหน้าที่ตากแห้งสมุนไพร บดยา และบรรจุแคปซูล พร้อมกับรับเงินค่าตอบแทนรายวัน ไม่ต่างอะไรกับลูกจ้างของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม หากชาวบ้านที่ต้องการรักษากับหมอเมือง จะไม่สามารถกระทำได้ในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยจะต้องนัดแนะไปที่บ้านของหมอเมือง เพราะจะสามารถให้การรักษาด้วยวิธีการพื้นบ้านที่ผนวกรวมความเชื่อและพิธีกรรมอย่างเต็มที่

นอกจากนี้ พบว่า หมอพื้นบ้านบางกลุ่มปรับตัวพยายามให้ความรู้พื้นบ้านมีความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น ทั้งในรูปของความรู้ในการรักษาที่ต้องพยายามอธิบายอย่างเป็นเหตุเป็นผลแบบวิทยาศาสตร์ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาให้อยู่ในรูปของสินค้าพร้อมใช้ เช่น มีการเปิดคลินิกรักษาที่มีการตรวจร่างกายเบื้องต้นด้วยเครื่องฟังเสียงหัวใจ เครื่องวัดความดัน ฯลฯ เหล่านี้หากมองว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวในสังคมทันสมัยก็อาจจะไม่ผิดนัก หากแต่คำถามที่ตามมา คือ การปรับตัวดังกล่าวที่พยายามนำเอาความรู้ท้องถิ่นไปอ้างอิงกับความรู้แบบวิทยาศาสตร์ ถือว่าเป็นการลดทอนคุณค่าของความรู้ท้องถิ่นหรือไม่ เป็นปัญหาที่จะต้องขบคิดกันต่อไป

อย่างไรก็ตาม ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของคนไทยซึ่งให้ความเคารพต่อความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ แต่ดูแคลนความรู้ท้องถิ่น ความจริงของประโยคข้างต้นนี้ กำลังถูกท้าทายจากจุด

เปลี่ยนของโลก ซึ่งหันมาให้ความสนใจกับวิถีการแพทย์ทางเลือกแบบต่างๆ มากขึ้น ดังที่ในปัจจุบัน เราก็จะพบว่า ความรู้ท้องถิ่นซึ่งเคยถูกลืมเลือนไปนั้น ได้กลับมามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันของมนุษย์มากขึ้น การแพทย์ทางเลือกต่างๆ นั้นไม่ได้สูญหายไปจากประเทศที่พัฒนาแล้วแต่อย่างใด และมีแนวโน้มจะได้รับความนิยมเพิ่มสูงขึ้นในยุโรปและอเมริกา ดังการสำรวจตามตารางของการใช้บริการแพทย์ทางเลือกในตะวันตกของทศวรรษที่ 1990 พบว่าบางประเทศมีสัดส่วนอัตราการบำบัดรักษาแพทย์ทางเลือกเป็นจำนวนไม่น้อย (Shaw et al. 2002: 13)

ประเทศ	จำนวนคนที่ใช้แพทย์ทางเลือก (%)
ฝรั่งเศส	49
เยอรมัน	46
สหรัฐอเมริกา	34
เบลเยียม	31
สหราชอาณาจักร	26
สวีเดน	25
เดนมาร์ก	23
เนเธอร์แลนด์	20

เมื่อมีทางเลือกมากขึ้น สุขภาพของคนก็จะดีขึ้นตาม เพราะการไม่ผูกขาดอำนาจ ไม่ว่าอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม หรืออำนาจด้านสุขภาพ ย่อมหมายถึง การให้ทุกคนสามารถกำหนดชะตากรรมของตนเองได้ในระดับหนึ่ง ความหลากหลายนั้นมิได้มีความหมายเพียงแค่การมีสินค้าให้เลือกหลายยี่ห้อ แต่ความหลากหลายยังหมายถึงการเปิดโอกาสให้การวินิจฉัยว่าสิ่งใดถูกต้องดีงามกลับคืนสู่ประชาชนคนธรรมดาได้มากขึ้น การคืนอำนาจให้ประชาชนด้านสุขภาพไม่ได้มีความหมายเพียง

แค่การเสริมสร้างสุขภาพของปัจเจกชนให้ดีขึ้น หรือไม่ได้หมายความถึงการริบเอาอำนาจรัฐมาไว้ที่ประชาชน แต่หมายถึงหนทางการใช้อำนาจอย่างสร้างสรรค์ที่จะทำให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข ธรรมชาติฟื้นฟูสู่ความสมบูรณ์ สังคมสงบร่มเย็น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเป้าหมายที่จะต้องดำเนินไปด้วยกัน การบรรลุเพียงเป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่งเพียงลำพัง เช่น สุขภาพดีแต่ธรรมชาติแย่ ถึงที่สุดแล้วไม่ได้เป็นการบรรลุเป้าหมายที่แท้จริง การจะบรรลุเป้าหมายใหญ่ที่ดีงาม แม้จะเป็นหนทางที่ยาวไกลและยากลำบาก แต่ถ้าไม่เริ่มต้นในวันนี้ วันพรุ่งนี้ก็จะไม่มีทางเกิดขึ้นได้เลย

บทที่ 4
สิทธิสุขภาพกับพลังทางสังคม

บทปิดท้ายนี้ จะไม่เน้นหนักไปสู่การตอบคำถามที่ว่า ทำอย่างไรที่จะส่งเสริมให้มโนทัศน์สิทธิสุขภาพประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้การตั้งคำถามดังกล่าวจะทำให้ตกหลุมอยู่ในกรอบของความคิดแบบ “สัมฤทธิผล” มากเกินไป กรอบความคิดแบบสัมฤทธิผลมักจำกัดอยู่ที่ข้อเสนอเชิงรูปธรรมอันนำพาไปสู่การวางแนวนโยบายหรือเขียนกฎหมาย ทว่าละเลยมุมมองการเปลี่ยนแปลงในระดับวิธีคิดหรือการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนทัศน์

เมื่อพูดถึงสิทธิสุขภาพ สังคมโดยรวมจะต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้นร่วมกันว่า การปกป้องคนที่อ่อนแอเป็นภารกิจของสังคม มิใช่ “ภาระ” ที่จะต้องแบกเอาไว้ แต่เป็นกระบวนการสร้างความเป็นธรรมทางสังคม ดังนั้นจึงต้องพึงระวังว่า การหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาสต่างๆ ย่อมมิใช่การสงเคราะห์ เฉกเช่นเดียวกับการยื่นเงินให้ขอทาน แต่ภารกิจที่สำคัญคือการยกระดับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ด้อยโอกาสมีความเสมอภาคกับบุคคลอื่นๆ การมุ่งมั่นไปยังการรับฟังและเรียนรู้จากคนด้อยโอกาส ย่อมจะนำพาไปสู่การเปลี่ยนระบบสุขภาพต่างๆ ของสังคมอย่างถอนรากถอนโคน การปกป้องผู้ที่ด้อยโอกาสเป็นวิถีทางที่สำคัญวิถีทางหนึ่งของการทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น มิใช่เพื่อสุขภาพของผู้อ่อนแอ

เท่านั้น แต่เพื่อสุขภาพของผู้ที่แข็งแรงด้วย

การกีดกันคนด้อยโอกาส นอกจากจะทำให้ผู้ที่อ่อนแอต้องล้มหายตายจากไปอย่างไร้ค่าแล้ว ผู้ซึ่งมีโอกาสเหลือเฟือมากกว่า อาจจะถูกละเมิดสิทธิสุขภาพ โดยที่ตนเองไม่รู้ตัว/มองไม่เห็น แม้จะเป็นคนชนชั้นสูงหรือคนชั้นกลาง สามารถกลายเป็นผู้ด้อยอำนาจในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง เนื่องจากสถาบันทางสังคมได้เข้ามามีพลังเหนือชีวิตมนุษย์มากยิ่งขึ้น เช่น การก้าวเข้ามาของบรรษัทข้ามชาติซึ่งก่อให้เกิดการวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์มากมาย เป็นการลงทุนเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ แต่ทว่าก็ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อชะตากรรมโดยรวมของมนุษย์ เช่น การปนเปื้อนสารพิษสารเคมีในอาหาร การทดลองโคลนนิ่ง การตัดแต่งพันธุกรรมในพืชและสัตว์เพื่อเป็นอาหารจีเอ็มโอ การจีโนมมนุษย์เพื่อค้นหารหัสลับของดีเอ็นเอ ซึ่งจะส่งผลสะเทือนอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อนและกระทบต่อมนุษย์ทุกชนชั้น แต่จากตัวอย่างต่างๆ ที่ผ่านมา กล่าวได้ว่าชนชั้นล่างมักจะกลายเป็นกันชนเบื้องหน้าสุดสำหรับการเผชิญหน้าความเสี่ยงต่างๆ ก่อนผู้อื่นเสมอ ไม่ว่าการวิจัยที่มักจะจ้างคนจนให้กลายเป็นหนูทดลอง หรือการนำอวัยวะของมนุษย์จากผู้ไร้ทางเลือกในชีวิตมาเป็นสินค้าให้กับคนมีเงินหรือผู้ที่มีทางเลือกมากกว่า

อีกด้านหนึ่ง ในมุมมองสุขภาพที่ผูกสัมพันธ์กับสุขภาพสังคม การแก้ปัญหาสุขภาพมิใช่การมองอย่างแยกส่วน แต่ต้องตั้งอยู่บนฐานคติขององค์รวมแห่งสุขภาพ ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยเชิงจิตวิญญาณ กายภาพ ธรรมชาติแวดล้อม และระบบสังคม การแยกส่วนปัจจัยสุขภาพต่างๆ เช่น การส่งเสริมแต่สุขภาพกายเป็นหลัก แม้จะนำไปสู่การปรับปรุงสุขภาพของคนบางกลุ่มหรือกลุ่มใหญ่ได้ก็ตาม แต่ก็เป็นไปได้ว่าในเวลาเดียวกันนี้เองกลับไปละเมิดสิทธิของคนส่วนน้อย เพราะการสร้างสุขภาพกลายเป็นกระบวนทัศน์ที่มุ่งแต่คนที่มีความพร้อมทางกาย สำหรับคนที่มีความทุกข์ทางสังคม เช่น ชาวบ้านที่ได้รับความเดือดร้อนด้านสุขภาพจาก

ปัญหาโครงการพัฒนาของรัฐต่างๆ ย่อมไม่มีจิตใจที่จะมาออกกำลังกาย หรือเต้นแอโรบิก หากเพียงแต่เอาตัวเองให้รอดจากการรุมเร้าของโรคร้ายในแต่ละวันก็นับว่ายากเย็นยิ่ง ฉะนั้น สิทธิสุขภาพจึงต้องมองอย่างองค์รวม มองเห็นสุขภาพของคนทุกคนมีความสำคัญเท่ากัน ไม่ว่าคนนั้นจะเป็นเอดส์หรือยากจนเพียงไร มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานทางสังคมเพียงไร เป็นนักโทษหรือเป็นคนพิการ ก็ย่อมจะมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่อย่างปกติเช่นเดียวกัน วิธีคิดการมองสุขภาพอย่างเชื่อมโยงสัมพันธ์ พบว่ามีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพได้มากกว่าการมองอย่างแยกส่วน เพราะเป็นฐานคติสุขภาพที่มองพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วน คำนึงถึงมนุษย์ทุกผู้ทุกนามมิได้แยกมนุษย์อย่างแตกต่าง รวมทั้งพยายามมองผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวไปพร้อมๆ กันอีกด้วย

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์สู่สิทธิสุขภาพจึงต้องเปลี่ยนแปลงในระดับสมมติฐานและรากฐานวิธีคิด ซึ่งจะต้องมองปัจจัยแห่งสุขภาพอย่างหลากหลาย/ซับซ้อน/เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ก็จะช่วยเปิดพื้นที่ทางด้านความคิดของสุขภาพให้กว้างยิ่งขึ้น ซึ่งย่อมจะส่งผลให้สิทธิสุขภาพได้รับอานิสงส์ที่จะงอกงามเติบโตได้อย่างดีในโอกาสต่อๆ มาอย่างเป็นไปเอง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงตามคำกล่าวของท่านพุทธทาสภิกขุที่กล่าวว่า ตถตา “มันเป็นเช่นนั้นเอง” หรืออิทัปปัจจยตา “เมื่อมีสิ่งนี้ๆ เป็นปัจจัย สิ่งนี้ๆ จึงเกิดขึ้น” ซึ่งมิได้หมายความถึงการปล่อยให้เหตุปัจจัยดำเนินไปตามยถากรรม แต่หมายถึงการทำความเข้าใจเหตุปัจจัยอันเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน มิได้มองอย่างแยกส่วนเป็นเศษเสี้ยว และเมื่อเข้าใจเหตุปัจจัยต่างๆ อย่างลึกซึ้งแล้ว การคลี่คลายปัญหาของสังคมก็จะไปตามครรลองของมันเอง

คำถามสุดท้ายที่จะถกเถียงกันในที่นี้ก็คือ เราจะเปลี่ยนแปลงสู่สังคมที่ใส่ใจสิทธิสุขภาพได้อย่างไร? หากอ้างอิงข้อเสนอของ ฟริตจ๊อฟ คาปร้า แม้เขาจะพูดว่า ความหวังอยู่ที่การแพทย์ แต่สิ่งที่เขาเน้นหนักไม่แพ้กันคือ การให้การศึกษากับประชาชน ดังนั้นการเปลี่ยนผ่านสู่กระบวนทัศน์

สิทธิสุขภาพ จะต้องพูดถึงประเด็นสำคัญสองประการควบคู่กัน คือ การแพทย์จะมีส่วนสนับสนุนหนุนช่วยได้อย่างไร ในฐานะผู้มีหน้าที่โดยตรงในการปกป้องและสนับสนุนให้มนุษย์สามารถบรรลุศักยภาพของตนเองด้วยการมีสุขภาวะที่ดีงาม และประชาชนจะมีบทบาทอย่างไรในการสร้างสรรค์กระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพ

การแพทย์จะทำให้กระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพมีความหมายได้อย่างไร? พบว่า สังคมไทยขาดองค์ความรู้ที่จะทำความเข้าใจผลกระทบของโลกสมัยใหม่ที่มีต่อสุขภาพอย่างมาก เช่น กรณีผู้ป่วยจากการทำงานในโรงงานหรือในนิคมอุตสาหกรรม ผู้รับผิดชอบมักกล่าวว่าไม่มีหลักฐานที่จะพิสูจน์ยืนยันได้ถึงเหตุปัจจัยแห่งสุขภาพของคนงานซึ่งเสื่อมทรามลงอย่างมาก ดังนั้น แพทย์น่าจะเข้าไปทำหน้าที่นี้อย่างแข็งขันและดำเนินการในรูปแบบสถาบันที่ได้รับการรองรับจากอำนาจรัฐอย่างเต็มที่ แพทย์พึงเป็นผู้ทำรายงานข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อยืนยันความจริงให้สังคมรับทราบว่าเกิดปัญหาสุขภาพอะไรขึ้นในสังคมและควรจะแก้ไขอย่างไร และถ้ากระบวนทัศน์สุขภาพให้ความสำคัญกับสุขภาพสังคม บทบาทแพทย์ในกระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพก็จะต้องให้ความสนใจสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติแวดล้อม การจัดระบบสังคมที่ไม่เป็นธรรม สิ่งนี้น่าจะเป็นภารกิจสำคัญที่ท้าทายสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ที่จะทำหน้าที่ผู้นำทางจริยธรรมแบบใหม่

ในขณะที่ประชาชนก็ต้องทำความเข้าใจว่าตนเองจะเกี่ยวข้องกับสิทธิสุขภาพอย่างไร ซึ่งใน**ระดับการเรียนรู้** ประชาชนต้องทำความเข้าใจว่าตนเองมีสิทธิในด้านใดบ้าง อย่างไร และจะรักษาสิทธิสุขภาพอย่างไร มิใช่ฝากความหวังด้านสุขภาพไว้กับแพทย์แต่อย่างเดียว ใน**ระดับตื่นรู้** ประชาชนจะต้องขยายมุมมองของตนเองมิให้จำกัดอยู่ที่สุขภาพของปัจเจกชนแต่อย่างเดียว หากต้องร่วมรับผิดชอบสุขภาพของคนอื่นๆ ที่อยู่รอบข้าง เพราะการรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอย่างเดียวอาจมิได้เป็นหลัก

ประกันว่าตนจะมีสุขภาพดี เพราะมนุษย์ต้องสัมพันธ์กับคนอื่น ต้องอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ จึงมิอาจหลีกเลี่ยงที่จะทำให้สังคมมีสุขภาพดี ถ้าอยากให้ปัจเจกชนมีสุขภาพดี ใน**ระดับตระหนักรู้** ประชาชนจะต้องไม่จำยอมให้สถาบันทางสังคมต่างๆ ครอบงำทางความคิด หรือชักนำให้สุขภาพของตนถูกทำลายทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว ประชาชนจะต้องตระหนักรู้ว่าปัจจัยอะไรที่มาทำลายสุขภาพของตน สำนึกที่จะรักษาสุขภาพของประชาชนจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างสังคม และในระดับวิธีคิด

การเปลี่ยนผ่านสู่กระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพ ย่อมจะต้องมีการเปลี่ยนถ่ายวิธีคิดใหม่ มิใช่ยึดติดอยู่ในวิธีคิดแบบดั้งเดิม ชุดวิธีคิดที่จะเปลี่ยนแปลงจะต้องดำเนินไปทั้งในระนาบของเวลาและสถานที่ (Time and Space) โดยสามารถสรุปอย่างง่ายๆว่า จะต้องเปลี่ยนวิธีคิดจากกระบวนทัศน์สุขภาพที่มุ่งเน้น **“ที่นี่และเดี๋ยวนี้”** (Here and Now) ซึ่งมุ่งผลในปัจจุบันขณะและมุ่งเน้นรักษาสุขภาพของผู้คนในชาติ โดยที่ไม่สนใจไยดีสุขภาพของคนนอกรัฐนอกชาติ อีกทั้งหวังแต่ให้เกิดสุขภาพที่ดีในปัจจุบันขณะ ในแง่ของการมีร่างกายแข็งแรง พร้อมที่จะทำงาน แต่กลับละเลยปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต เช่น ปัญหาสุขภาพที่ตามมาจากการทำงานในสภาพแวดล้อมที่เลวร้าย เป็นต้น

กระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพจะพุ่งประเด็นไปยังด้านตรงข้าม คือมุ่งไปยัง **“ที่อื่นและเดี๋ยวนั้น”** (There and Then) อันหมายถึง การให้ความสนใจไปยังอาณาบริเวณซึ่งมีอัตราเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าพื้นที่เป้าหมายทั่วไป แม้จะเป็น “คนอื่น” ของสังคมก็ตาม ก็ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และควรจะดูแลคุ้มครองมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะต้องเผชิญหน้ากับภาวะถูกบ่อนทำลายด้านสุขภาพหนักหนาสาหัสกว่า หากเราพิจารณาว่า สุขภาพเป็นเรื่องเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เราย่อมจะไม่สามารถนิ่งเฉยต่อความทุกข์ยากของคนรอบข้างได้ เพราะในที่สุดปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับ “คนอื่น” ไม่วันใดวันหนึ่งอาจจะกลับมาเข้าสู่ตัวเราได้ เพราะเชื้อโรคหรือ

โรคติดต่อไม่เคยมีพรมแดน ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะอาศัยอยู่ในร่างของคนพม่าหรือไทใหญ่หรือคนไทย เพราะฉะนั้น การรักษาสุขภาพแต่คนไทย ก็มิใช่จะหมายความว่าสามารถรักษาสุขภาพของคนไทยได้จริง

นอกจากนี้ กรอบการมองแบบกระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพจะช่วยเน้นไปสู่ผลระยะยาวมากกว่าผลระยะสั้น นั่นคือเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และปรับปรุงทั้งกระบวนระบบของสังคม เป้าหมายในด้านเวลาจึงมิอาจจำกัดตายตัวว่าจะต้องรักษาสุขภาพให้ได้ในปัจจุบันทันด่วนแต่อย่างเดียว (โดยความหมายนี้ มิใช่ว่าเราจะไม่สนใจรักษาชีวิตที่จะตายอยู่ตรงหน้า นั่นเป็นหน้าที่ในภาวะฉุกเฉิน กล่าวคือ เป้าหมายในการรักษาสุขภาพจะจับยัดคนเข้าห้องฉุกเฉินหรือห้องไอซียูตลอดเวลาก็หาไม่ เป้าหมายระยะยาวอยู่ที่ลดอัตราการเข้าห้องที่ชวนสยดสยองเหล่านั้นต่างหาก) แต่หมายถึงการทบทวนกาลเก่าแต่ก่อนมาของการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และทบทวนบทเรียนในอดีตเหล่านั้นเพื่อชี้ทางแก่อนาคตต่อไป

การจะก่อให้เกิดสิทธิจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับจินตนาการ ความรู้สึก เหตุผล ความรู้ ไปพร้อมๆ กัน การเปลี่ยนผ่านสู่กระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพ สังคมไทยจะต้องมีจินตนาการใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับกระบวนทัศน์ใหม่ ในระดับชีวิตประจำวันพบว่ามนุษย์จะต้องเริ่มมองมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ตัวอย่างที่ดีเห็นจะมาจากบทความของยศ สันตสมบัติ (2545) ซึ่งเล่าประสบการณ์ส่วนตัวในการลงทำงานภาคสนามเพื่อหาตัวแบบในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์กับคนติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ณ ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิธีทำงานของนักมานุษยวิทยาคือต้องเข้าไปคลุกคลีตีสนิทกับ “ผู้ให้ข้อมูล” เพื่อเข้าใจความซับซ้อนของปัญหา จนกระทั่งวันหนึ่ง ยศได้พบกับ “แดง” ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นคนติดยาเสพติดที่เป็นโรคเอดส์ ยศได้เล่าเหตุการณ์ว่า

"...ผมเดินเข้าไปในชุมชนเพียงลำพัง และพบแดงยืนอยู่หน้าแผงขายน้ำแห่งหนึ่งริมทางเดิน เมื่อเห็นผมเดินเข้าไปหา แดงก็ส่งถุงใส่น้ำอัดลมที่เขาเพิ่งดูดไปได้เล็กน้อยให้ผมดื่มเป็นการต้อนรับ ไมตรีจิตที่แดงมอบให้ทำให้ผมรู้สึกตกใจประหนึ่งว่ามีใครกำลังหยิบยื่นความตายมาให้ ทั้งๆ ที่เคยได้ยินมาว่าโรคเอดส์ไม่ติดต่อผ่านทางน้ำลาย "คุณจูบคนมีเชื้อเอดส์ คุณก็ไม่ติด" ผมเคยได้ยินหมอบางคนพูดอย่างนั้น

"...ผมบอกตนเองเสมอมาว่า นักมานุษยวิทยาที่ดีต้องทำตัวเข้ากับชาวบ้านให้ได้ แต่ผมก็ไม่กล้ากินน้ำของแดง แล้วก็ปล่อยให้มันหล่นลงไปในคูน้ำข้างทางเดิน โดยพยายามให้ดูเหมือนเป็นความพลั้งเผลอให้มากที่สุด ผมเอ่ยปากขอโทษแดงในความซุ่มซ่ามของผม และเดินไปซื้อน้ำใหม่อีกถุงหนึ่ง ดูดไปเล็กน้อยแล้วยื่นให้แดงพร้อมกับบอกว่า "เอ้า แบ่งกัน" จนบัดนี้ผมก็ยังไม่รู้ว่าสิ่งที่ผมทำไปนั้นถูกต้องและมีเหตุผลเพียงใด"

อย่างไรก็ตาม แม้ต้องเผชิญกับภาวะความหวาดหวั่นกลัวตายจากความไม่รู้ของตนเอง ยศได้ทำงานวิจัยจนเสร็จสิ้น โดยหลังจากเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้กับกลุ่มผู้ติดยาที่ใช้เข็มร่วมกันซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงจนเข้าใจมากขึ้น พบว่าพวกเขาลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยการไม่ยอมให้ผู้อื่นใช้เข็มร่วมกับตน และเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาคือให้คนติดยารู้จักใช้เข็มที่สะอาด เช่น รู้จักฆ่าเชื้อจะช่วยทำให้อัตราเสี่ยงการเป็นโรคเอดส์ลดลง แต่ข้อเสนอเหล่านี้ถูกปฏิเสธเพราะหน่วยงานราชการซึ่งดูแลการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในชุมชนแออัดไม่เห็นด้วยกับการจ้างผู้ติดยาเข้ามาเป็น

ผู้เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ให้แก่ผู้ติดยาด้วยกันเอง เพราะผิดระเบียบราชการ และเห็นว่าเป็นการสนับสนุนให้คนกลุ่มนี้ติดยามากขึ้น ยศ สะท้อนว่า

> “ผมเริ่มเข้าใจว่าแพทย์หลายคนทำงานร่วมกับคนติดยามานานนับสิบปี แต่ไม่เคยเข้าใจวัฒนธรรมของคนติดยาเลยแม้แต่น้อย แพทย์เหล่านี้ใช้แต่อำนาจและออกคำสั่ง แต่ไม่เคยรับฟัง แพทย์จึงไม่เข้าใจว่าวัฒนธรรมของคนติดยาก่อร่างสร้างตัวมาจากความพยายามในการจัดการกับความสิ้นหวังของชีวิตที่เติบโตมาท่ามกลางความด้อยโอกาสและอำนาจต่อรอง”

การทำงานวิจัยสนามของนักมานุษยวิทยา จึงมีความหมายที่ว่า “ทำให้นักมานุษยวิทยาสั่งสมความเข้าใจและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจในเพื่อนมนุษย์ อีกทั้งบ่มเพาะสันดานอ่อนไหวต่อความอยุติธรรมในสังคม และความเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์”

ตัวอย่างของนักมานุษยวิทยาอย่างยศอาจจะพอช่วยให้ตัวอย่างรูปธรรมในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพของตนเอง จากที่ครั้งหนึ่งเคยรู้สึกรังเกียจเดียดฉันท์ผู้ด้อยอำนาจ มาสู่การไม่กีดกันผู้ที่อยู่ชายขอบอย่างผู้ติดยาให้กลายเป็นวัตถุทางการศึกษา การเข้าใจในวัฒนธรรมเฉพาะของกลุ่มผู้ติดยาอาจจะช่วยคลี่คลายจิตใจของมนุษย์ให้เคารพผู้อื่นและเรียนรู้ที่จะค้อมต่ำลงดั่งต้นไม้ใหญ่ที่ให้ร่มเงา มิใช่ต้นไม้ที่สูงชะลูดที่มิได้แยแสต้นหญ้าเบื้องล่าง สำหรับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในระดับโครงสร้างสังคมจะมาจากการมีจินตนาการระดับสถาบันที่จะปกป้องคุ้มครองสิทธิสุขภาพของประชาชน เช่น “สถาบันคุ้มครองสุขภาพความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ” ซึ่งมีการเรียกร้องให้เกิดขึ้นมานานหลายปีแล้ว

นอกจากนี้ ควรจะมีการจัดตั้ง “สถาบันสุขภาพคนต่างด้าว” อันเป็นกลไกในการเอื้ออำนวยให้สิทธิสุขภาพเกิดขึ้น ที่ผ่านมา การจัดการคนต่างด้าวอยู่ในมือของฝ่ายการเมืองที่เน้นความมั่นคง และต่อมาขยายมาสู่เวทีแรงงาน ในขณะที่ด้านการสาธารณสุขเองไม่ได้ให้ความสนใจในประเด็นนี้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งสถาบันอาจเป็นเพียงกลไกขนาดใหญ่ ในความเป็นจริง ประเด็นสุขภาพของคนชายขอบสามารถกระทำในหลายรูปลักษณ์ เช่น อาจตั้งกองทุนฉุกเฉิน เพื่อใช้จ่ายในการลงมือปฏิบัติการเฉพาะประเด็นเฉพาะพื้นที่ ซึ่งใช้เงินน้อยกว่าและผ่านขั้นตอนยุ่งยากน้อยกว่า หรือการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการบริการคนต่างด้าวซึ่งไม่อาจเข้าถึงการบริการ อีกทั้งยังมีชีวิตเสี่ยงภัยต่อการมีปัญหาสุขภาพอย่างมาก สิ่งเหล่านี้เป็นจินตนาการของสถาบันทางสังคมที่สามารถกระทำได้ภายใต้เงื่อนไขของมนุษยธรรมนำหน้าการเมือง

ในอีกมิติหนึ่ง การผสานสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเข้าหากันจำต้องบ่มเพาะองค์ความรู้ซึ่งสามารถตอบสนองต่อการสร้างความคิดสิทธิสุขภาพให้เป็นมรรคผล ในหลายๆ กรณีมักจะอ้างว่าการไม่สามารถขยับประเด็นทางสุขภาพให้เคลื่อนไหวในสังคมได้มากนัก เพราะการขาดองค์ความรู้ในสังคมไทยเอง ที่ไม่เท่าทันและไม่เข้าใจปัญหาสิทธิสุขภาพอย่างเป็นระบบ แม้จะมีงานวิจัยหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสิทธิสุขภาพ แต่กลับพบว่าอ่อนด้อยพลังเพราะมักจะเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ชี้นัยสำคัญทางสังคม การวิจัยมักเป็นเพียงการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ และอาศัยองค์ความรู้ในธรรมเนียมปฏิบัติแบบวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์เข้าไปกำหนดกรอบ ทำให้ผู้วิจัยมักไร้ความรู้สึกต่อความทุกข์ที่ตนเองไปวิจัย การทำตัวออกห่างเช่นนี้ดูเหมือนว่าจะทำให้ข้อมูลต่างๆ เป็นกลาง และสามารถนำมาตัดสินใจในเชิงนโยบายได้ดี แต่ในที่สุดก็จะพบว่านัยทางสถิติไม่สามารถบ่งชี้ปัจจัยที่รอบด้านของสุขภาพได้ เพราะยึดติดอยู่ในกระบวนทัศน์สุขภาพแบบปัจเจกชน

การนำพาสังคมสู่กระบวนทัศน์สิทธิสุขภาพจำเป็นต้องมีช่องทางเดินที่ดี ซึ่งสนับสนุนให้เกิดสิทธิสุขภาพได้อย่างสะดวกราบรื่น หรือต้องมีกลไกในการรองรับด้วยมิใช่แค่การระบุอุดมคติแห่งสิทธิมนุษยชนอย่างลอยๆ เช่น ใน “กรณีมลพิษ/สารพิษข้างบ้าน” พบว่า มีหลายกรณีที่เกิดปัญหาขึ้น แต่ช่องทางเดินของสิทธิกลับเป็นทางตัน เพราะขาดกลไกที่จะจัดการปัญหาดังกล่าว สมบุญ สีคำดอกแค (2546) ประธานสภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย ได้ยกตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจว่า ที่จังหวัดนนทบุรี มีโกดังเก็บสมุนไพรซึ่งเช่าจากวัด อยู่ใกล้กับที่อยู่อาศัยของชาวบ้าน ได้ส่งกลิ่นละอองรบกวน จนมีคนเจ็บป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจ คนหนึ่งป่วยเป็นโรคปอด เป็นพังผืด พิการ และตายไป บางคนต้องหนีออกจากบ้านของตนไปอาศัยอยู่ในคอนโดมิเนียมแทน มีการร้องเรียนไปยังอำเภอ ผู้ว่าราชการจังหวัด เทศบาล ได้มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อสืบข้อเท็จจริง และให้ย้ายโกดังออกจากพื้นที่ภายใน 1 อาทิตย์ แต่ปัจจุบันโกดังนั้นยังอยู่ วัดก็บอกว่าช่วยจัดการอะไรไม่ได้ เพราะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รัฐ ไม่ใช่กิจของสงฆ์ หรือในกรณีที่มีการร้องเรียนว่า ในซอยสุขุมวิท 26 มีโกดังที่เก็บสารวัตถุอันตรายห่างจากโรงเรียนแห่งหนึ่งเพียง 90 เมตร ทั้งที่ พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 ระบุว่า โกดังเก็บสารวัตถุอันตราย วัตถุมีพิษ และวัตถุไวไฟทุกชนิด ให้มีระยะห่างจากโรงเรียนไม่ต่ำกว่า 100 เมตร อีกทั้งซอยดังกล่าวเป็นซอยตัน แคบ เป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของชุมชน และยังมีห้างสรรพสินค้าตั้งอยู่ เกรงว่าจะเกิดอันตรายขึ้นได้ในอนาคต (มติชน 25 เม.ย. 2545)

ทั้งสองกรณีพบว่า ช่องทางเดินที่ชาวบ้านจะเรียกร้องสิทธินั้นแคบและตันยิ่งกว่าซอยที่พวกเขาอาศัยอยู่ เพราะแม้ชาวบ้านจะมีสำนึกที่จะรักสุขภาพรักชุมชนของตนเอง แม้ชาวบ้านจะรู้กฎหมาย แต่กลับพบว่าไม่มีกลไกอะไรที่จะมาจัดการ ทั้งอำนาจรัฐเองดูจะอ่อนด้อยพลังไปกับการควบคุมมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนรวม อีกทั้งวัดซึ่งเป็นผู้ถือ

กรรมสิทธิ์ทรัพย์สินส่วนบุคคล กลับไม่ดำเนินการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ของตน ตัวอย่างเช่นนี้เป็นภาพสะท้อนของปัญหาที่อาจจะรอวันเวลาของโศกนาฏกรรมขนาดย่อยตามพื้นที่ต่างๆ ซึ่งไม่มีใครสนใจและไม่มีกลไกใดจะมารองรับความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งสร้างมลพิษ/สารพิษเลย

ข้ามมาพิจารณาประเด็นสิทธิผู้ป่วย ในการเสวนาเรื่อง “สิทธิผู้ป่วยผลกับผู้เกี่ยวข้อง” ซึ่งจัดโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) สารี อ๋องสมหวัง ได้ชี้ให้เห็นว่า แม้สังคมไทยจะมีการประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ที่ประกาศรับรองโดยองค์กรวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา มีข้อจำกัดสิทธิผู้ป่วยเพราะมีปัญหาในเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะในข้อ 6 ที่เขียนว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้” แต่ในทางปฏิบัติแล้วยังไม่มีกลไกอะไรมายอมรับให้เกิดสิทธินี้ สารีเสนอว่าต้องมีกฎหมายขึ้นมาบังคับอย่างเด็ดขาด (มติชน 17 ก.พ. 2546, น.18) กฎหมายจึงเป็นช่องทางเดินที่ดีช่องทางหนึ่งสำหรับแนวคิดสิทธิสุขภาพให้งอกงามเติบโต

แต่ในอีกมุมหนึ่ง กฎหมายอาจไม่ใช่ช่องทางเดินเดียวที่จะนำพาสิทธิให้งอกเงยได้ หลายคนเห็นว่า การเปลี่ยนชุดความสัมพันธ์ทางสังคมให้กลายเป็นสังคมซึ่งเอื้ออาทรกัน แก้ปัญหาด้วยการปรึกษาหารือกัน ย่อมจะสร้างสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นได้ คำถามคือ หากปล่อยให้สุขภาพตกอยู่ในมือของอำนาจรัฐแต่อย่างเดียว โดยที่ประชาชนไม่มีความตื่นตัวที่จะร่วมรับผิดชอบสุขภาพและชุมชน/สังคมโดยรวม ดูเหมือนว่าปัจเจกชนก็มิอาจกลายเป็น “ผู้กระทำ” ได้ แต่กลับตกเป็นผู้ที่เฉื่อยชาทางสุขภาพแทน แน่นอนว่าเราสามารถเปิดโอกาสให้ชุมชนสามารถมีอิสระในการดูแลสุขภาพ หรือส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพภายใต้มิติองค์ความรู้ต่างๆ เช่น ชุมชนชีวจิต หรือสร้างชุมชนสุขภาพอย่างใหม่ขึ้นมา เช่น สมาคมคนรักก้น

ในญี่ปุ่น ผู้ป่วยริดสีดวงทวารซึ่งต้องอาศัยเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 12 วัน ได้ตั้ง “สมาคมคนรักก้น” ขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้มาใหม่ ช่วยทำงานแทนพยาบาล และพูดคุยแลกเปลี่ยนสารทุกข์สุขดิบร่วมกัน และหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ยังมีการจัดงานสังสรรค์เพื่อสอบถามเรื่องสุขภาพและยังเกิดช่องทางในการติดต่อทางธุรกิจอีกด้วย เอนกเหล่าธรรมทัศน์เห็นว่า ถ้าเป็นในสังคมไทย เมื่อพูดถึงคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว เรามักจะคิดแต่การหาแพทย์เพิ่มหรือพยาบาลเพิ่ม แต่ญี่ปุ่นกลับมีความพยายามในการเปลี่ยนบทบาทอันเฉื่อยชาของผู้ป่วยให้กลายเป็นผู้ป่วยที่มีความกระตือรือร้นสูง และสร้างชุมชนผู้ป่วยขึ้นมาดูแลสุขภาพร่วมกัน (เอนก 2545: 34–39)

อย่างไรก็ตาม สุขภาพมิใช่จำกัดคับแคบอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลเท่านั้น แต่อยู่ในทุกหนแห่งและดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับการเมืองอย่างมิอาจแยกออกจากกันได้เลย คำถามสำคัญจึงต้องอยู่ที่ทำอย่างไรที่จะให้คนธรรมดาสามัญมีพื้นที่ในการต่อรองในฐานะ “อำนาจในการถ่วงดุล” แนวคิดสิทธิชุมชนจึงเป็นพื้นฐานสำคัญประการหนึ่งของสิทธิสุขภาพ ซึ่งไม่ต้องการให้ประชาชนดำรงอยู่ในฐานะปัจเจกชนเฉื่อยชา แต่สิทธิสุขภาพปรารถนาประชาชนซึ่งมีการรวมตัวเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการสร้างปัจเจกชนที่มีศักยภาพ

ในกรณีที่มีความขัดแย้งด้านสุขภาพ จำเป็นที่สังคมไทยจะต้องเริ่มต้นจากการรับฟังผู้ที่มีความทุกข์ก่อน และแสวงหาองค์ความรู้ หรือสถาบันทางสังคมต่างๆ ที่จะยื่นมือเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้ความเป็นจริงกระจ่างและเป็นที่รับรู้ เรียนรู้ และตระหนักรู้ในสังคม อันเป็นวิถีทางหนึ่งในการปกป้องคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิสุขภาพอย่างแข็งขัน การคลี่คลายความขัดแย้งเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น มิใช่แค่เป้าหมายเพื่อสุขภาพในตัวมันเอง แต่เป็นวิถีทางเดียวกับการสร้างสังคมที่เป็นธรรม ในด้านกลับ

กัน การสร้างสังคมที่เป็นธรรม ก็มิอาจแยกออกจากการสร้างสุขภาพที่ดีได้เช่นเดียวกัน และยิ่งขยายสุขภาพให้เปิดกว้างไปสู่การเคารพในธรรมชาติแวดล้อม และส่งเสริมให้จิตวิญญาณของมนุษย์งอกเงยไปพร้อมๆ กัน นี่คือก้าวเดินอันสำคัญยิ่งที่จะไปสู่สังคมที่เคารพในสิทธิมนุษยชน และกลายเป็นสังคมที่ตั้งอยู่บนฐานคติของความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันและกันในที่สุด

บรรณานุกรม

กองสุขาภิบาลกาชาดสยาม. (2465). *ศัตรูอย่างใหญ่ยิ่งของมนุษย์.* ไม่ระบุผู้พิมพ์.

เกษียร เตชะพีระ. (2542ก). "แบบวิถีอำนาจไทย: ข้อคิดว่าด้วยความสัมพันธ์ทางอำนาจที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขในสังคมไทย". ใน นิพนธ์ พัวพงศกร (บรรณาธิการ). *จากวิกฤตเศรษฐกิจสู่ประชาสังคม.* กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เกษียร เตชะพีระ. (2542ข). *ชาวศิวิไลซ์.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). *แนวคิดไทยเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย.* กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมไทย กระทรวงสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษยชน. (มปป.). *ความเสมอภาคและการเลือกปฏิบัติ.* (เอกสารอัดสำเนา).

คาปร้า, ฟริตจ๊อฟ; พระประชา ปสนฺธมฺโม และคณะ (แปล). (2539). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 2.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

จรัญ โฆษณานันท์. (2545). *สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดน: ปรัชญา กฎหมาย และความเป็นจริงทางสังคม.* กรุงเทพฯ: นิติธรรม.

เฉลิมเกียรติ ผิวนวล. (2530). *ปรัชญาสิทธิมนุษยชนและพันธะกรณีในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: กลุ่มประสานงานศาสนาเพื่อสังคม.

ชัญวลี ศรีสุโข. (2545). "มาตรา 45 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพมีผลกระทบต่อสังคมไทยเช่นไร". *มติชน*, 6 พ.ย.: น.6.

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (2538). *การเมืองมนุษย์...รัฐศาสตร์ทวนกระแส.* กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (2543). "สิทธิมนุษยชน 'สากล' กับปัญหาความจริงแท้". ใน จรัญ โฆษณานันท์ (บรรณาธิการ). *วิถีสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: โครงการจัดงานฉลอง 100 ปี รัฐบุรุษอาวุโส นายปรีดี พนมยงค์, น.496–512.

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (2545). *อุปลักษณ์สุขภาพ สันติภาพเชิงวิพากษ์.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. (2538). *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับการสาธารณสุขในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ไชยันต์ ไชยพร. (2543). "หลักการสิทธิมนุษยชนในฐานะวัฒนธรรม: Richard Rorty กับสิทธิมนุษยชนในแนวโพสโมเดิร์นในโลกตะวันตก: ความก้าวหน้าของจริยธรรมในพัฒนาการของ 'Enlight- enment' ". ใน จรัญ โฆษณานันท์ (บรรณาธิการ). *วิถีสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: โครงการจัดงานฉลอง 100 ปี รัฐบุรุษอาวุโส นายปรีดี พนมยงค์, น.514–562.

ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2545). *สัญวิทยา, โครงสร้างนิยม, หลังโครงสร้างนิยม กับการศึกษารัฐศาสตร์.* กรุงเทพฯ: วิภาษา.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2538). “ฐานคติของแพทย์และสถาบันการแพทย์”. *สังคมศาสตร์การแพทย์,* ปีที่ 8 ฉบับที่ 1: น.6–17.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). *การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม.* รายงานการวิจัยในโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมและพฤติกรรม. (เอกสารอัดสำเนา).

ธวัช มณีผ่อง. (2545). *กระบวนการสร้างความรู้ชายขอบในวิกฤตการณ์สุขภาพ: กรณีศึกษาสำนักทรงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ. (2539). “สิทธิคนไทยในรัฐไทย”. ใน ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (บรรณาธิการ). *จินตนาการสู่ปี 2000: นวกรรมเชิงกระบวนทัศน์ด้านไทยศึกษา?.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ. (2544). “วิวัฒนาการของมโนทัศน์สิทธิมนุษยชนในประวัติภูมิปัญญาไทย”. *วารสารศิลปศาสตร์,* ปีที่ 1 ฉบับที่ 2: น.3–15.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2543). “กระบวนทัศน์การพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย”. ใน *ศศิธร ไชยประสิทธิ์* (บรรณาธิการ). *กระบวนทัศน์ในการศึกษาและการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย.* เชียงใหม่: ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, น.1–23.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2544). “สิทธิมนุษยชนไทย”. *มติชน,* 24 ธ.ค.: น.6.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2546). “มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของซาร์ส”. *มติชนสุดสัปดาห์,* ปีที่ 23 ฉบับที่ 1182: น.25.

บาร์ธ, โรลองต์; วรรณพิมล อังคศิริสรรพ (แปล). (2544). *มายาคติ: สรรนิพนธ์จาก Mythologies.* กรุงเทพฯ: คบไฟ.

ประทีป ชุมพล. (2545). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย: ตำรายาไทยภูมิปัญญาแห่งชีวิตที่ถูกกันให้อยู่นอกกรอบ.* กรุงเทพฯ: มติชน.

พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว. (2542). *คู่มือทหารและเสือป่าว่าด้วยกันป่วย.* นนทบุรี: โครงการเลือกสรรหนังสือ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 4).

ฟายเออราเบนด์, พอล; วีระ สมบูรณ์ (แปล). (2532). *วิทยาศาสตร์ในสังคมเสรี.* กรุงเทพฯ: คบไฟ, น.31.

ยศ สันตสมบัติ. (2545). "มานุษยวิทยาไทยกับงานวิจัยภาคสนาม". ใน ปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล (บรรณาธิการ). *คนใน: ประสบการณ์ ภาคสนามของนักมานุษยวิทยาไทย,* กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, น.77–112.

วิศาล เยาวพงศ์ศิริ. (2544). "หมอเก่ง... ค่ารักษาแพง... แต่ผู้ป่วยตายมาก". *มติชน,* 3 ม.ค.: น.6.

วีระ สมบูรณ์. (2541). *ความไม่รู้ไร้พรมแดน.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2542). "แนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย". ใน นิพนธ์ พัวพงศกร (บรรณาธิการ). *จากวิกฤตเศรษฐกิจสู่ประชาสังคม.* กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมบุญ สีคำดอกแค (บรรณาธิการ). (2546). *ชีวิตและลมหายใจที่หายไป.* กรุงเทพฯ: สภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย.

สันต์ หัตถีรัตน์. (2545). "หมอ หวั่น/ระแวง คนไข้". *มติชน,* 23 ต.ค.: น.6.

สายพิณ ศุพุทธมงคล. (2543). *คุกกับคน: อำนาจและการต่อต้านขัดขืน.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุดสวาท ดิศโรจน์. (2527). "สังคมวิทยาการแพทย์: ความผันแปรของ

บทบาทการเจ็บป่วยและบทบาทแพทย์". *วารสารสังคมวิทยามานุษยวิทยา,* ปีที่ 2 ฉบับที่ 2.

สุวิทย์ มาประสงค์. (2546). *ภูมิปัญญาหมอง.* รายงานการวิจัยในโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมและพฤติกรรม.

เสน่ห์ จามริก. (2543). *สิทธิมนุษยชน เส้นทางสู่สันติประชาธรรม.* กรุงเทพฯ: คบไฟ

เสน่ห์ จามริก, วีระ สมบูรณ์ (แปล). (2545). *บทบาทของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.* (เอกสารอัดสำเนา).

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2538). "สิทธิของผู้ป่วย". ใน *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับการสาธารณสุขในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, น.115–138.

อรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ (บรรณาธิการ). (2523). *บทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย.* กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอนก เหล่าธรรมทัศน์. (2545). *ประชาธิปไตยท้องถิ่น: สาระสำคัญของการเมืองและการปกครองส่วนท้องถิ่น.* กรุงเทพฯ: มิติใหม่.

อีลิช, อีวาน; สันต์ หัตถีรัตน์ (แปล). (2523). *แพทย์เทพเจ้ากาลี.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

Albrecht, Gary L. et al. (eds.) *2000 Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.

Alongkorn Parivudhiphongs. (2003). "When Doctors make mistakes". *Bangkok Post,* 11 March: pp.outlook 1–2.

Barker, Chris. (2000). *Cultural Studies: Theory and Practice.* London: Sage.

Barthes, Roland. (1988). *The Semiotic Challenge.* New York: Hill and Wang.

Beck, Urich; Ritter, Mark (tr.) (1992). *Risk Society: Toward a New Modernity.* London: Sage.

British Medical Association. (2001). *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a changing Agenda.* London: Zed Books.

Byrne, David. (1998). *Complexity theory and the social sciences: an introduction.* London: Routledge.

Capra, Fritjof and Spretnak, Charlene. (1984). *Green Politics.* New York: E.P. Dutton.

Conrad, Peter and Joseph W. Schneider. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness.* St. Louis: C.V. Mosby.

Destexhe, Alain. (1999). "From Solferino to Sarajevo". in *Health and Human Rights.* New York: Routledge, pp. 75–82.

Dilly, Roy. (1999). *The Problem of Context.* New York: Bergham.

Dye, Thomas R. (1996). *Power and Society: An Introduction to Social Sciences.* Belmont: Wadsworth.

Farmer, Paul. (2002). "On Suffering and Structural Violence: A View from Below". in Vincent, Joan (ed.). *The Anthropology of Politics.* Massachusetts: Blackwell.

Fromm, Eric. (1990). *To Have or To Be.* London: Abacus.

Gaus, Gerald F. (2000). *Political Concepts and Political Theories.* Boulder, CO: Westview Press.

Hall, Stuart (ed.). (1997). *Representation: Cultural Representations and signifying Practices.* London: Sage.

Hendriks, Aart. (1999). "Disabled Persons and Their Right to Equal

Treatment: Allowing Differentiation While Endung Discrimination". in *Health and Human Rights.* New York: Routledge, pp.113–125.

Herzfeld, Michael. (2001). *Anthropology: Theoretical Practice in Culture and Society.* Massachusetts: Blackwell.

International Federation of Red Cross et al. (1999). "Public Health: An Introduction". in *Health and Human Rights.* New York: Routledge, pp.29–34.

Kahn, Joel S. (2001). *Modernity and Exclusion.* London: Sage.

Mann, Jonathan et al. (eds.). (1999). *Health and Human Rights.* New York: Routledge.

Mullerson, Rein. (1997). *Human Rights Diplomacy*. London: Routeledge.

Rifkin, Jeremy. (1991). *Biosphere Politics: A Cultural Odyssey from the Middle Ages to the New Age.* New York: Harper Collins.

Serbring, Judges Harold et al. (1999). "The Nuremberg Doctors' Trail: The Judgment". in *Health and Human Rights.* New York: Routledge, pp.292–300.

Shaw, Mary et al. (2002). *Health, Place and Society.* London: Prentice Hall.

Sibley, David. (1995). *Geographies of exclusion: Society and Difference in the West.* London: Routledge.

Slater, Don. (1998a). "Public/Private". in Jenks, Chris (ed.). *Core Sociological Dichotomies.* London: Sage, pp.138–150.

Slater, Don. (1998b). "Needs/Wants". in Jenks, Chris (ed.). *Core Sociological Dichotomies.* London: Sage, pp.315–328.

Taylor, Telford. (1999). “The Nuremberg Doctors’ Trail: Opening Statement of the Prosecution”. in *Health and Human Rights.* New York: Routledge, pp.284–291.

Turner, Bryan S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge.* London: Sage.

Turner, Bryan S. (2000). “The history of the changing concepts of health and illness: outline of a general model of illness categories”. in G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick and S.C. Scrimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine.* London: Sage, pp. 9–23.

Waldron, Jeremy. (1984). *Theories of Rights.* Oxford: Oxford University.