คู่มือทางสังคมและมานุษยวิทยาในงานบริการสุขภาพ

Manual on Health Social Sciences and Medical Anthropology

โครงการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างคู่มือทางสังคมและมานุษยวิทยา
ในงานบริการสุขภาพ
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สนับสนุนโดย
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2547

คู่มือนี้ยังต้องมีการปรับปรุง กรุณาอย่าเผยแพร่และอ้างอิง

บทคัดย่อ

เอกสารนี้พยายามนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมศาสตร์สุขภาพและมานุษยวิทยาการแพทย์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีเป้าประสงค์ที่จะเป็นคู่มือเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ทำงานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขและงานพัฒนาสุขภาพเพื่อที่จะให้เข้าใจถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของสุขภาพความเจ็บป่วยและการแพทย์ นอกเหนือจากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับการใช้ประโยชน์ในการทำงานดังกล่าวแล้ว เอกสารนี้ได้นำเสนอรูปธรรมตัวอย่างที่จะทำให้การเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของสุขภาพนั้นเป็นไปได้โดยง่าย เอกสารนี้ประกอบด้วย 16 บทด้วยกัน ในบทแรกจะอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมสังคมและสุขภาพเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับในบทต่อ ๆ มา ในบทที่ 2 อธิบายถึงแนวคิดสุขภาพและกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ซึ่งเป็นรากฐานของวิธีคิดที่สังคมใช้ทำความเข้าใจสุขภาพในมิติต่าง ๆ ในบทนี้ยังได้นำเสนอถึงรากฐานทางปรัชญาของการแพทย์ทางชีวภาพและอธิบายถึงความจำเป็นในการที่จะเข้าใจสุขภาพอย่างบูรณาการระหว่างมิติทางชีวภาพ ทางจิตใจและทางสังคม หรือ bio-psycho-social model ไว้ด้วย ในบทที่ 3 เป็นการกล่าวถึงอวัยวะร่างกายและสรีรวิทยาของมนุษย์จากมุมมองและความเข้าใจทางประวัติศาสตร์และทางวัฒนธรรม ความรับรู้ในเรื่องของร่างกาย ทัศนะที่มนุษย์มีต่ออวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนความเข้าใจของท้องถิ่นต่อเรื่องกายวิภาคล้วนแต่มีผลสำคัญต่อวิธีทางที่มนุษยใช้จัดการต่อความเจ็บป่วย ในบทที่ 4 เป็นการสำรวจความรู้กับแนวคิดในเรื่องอาหารโภชนาการและสุขภาพโดยมีการทำความเข้าใจถึงแนวคิดสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการเปลี่ยนแปลงไปของบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ในบทที่ 5 กล่าวถึงเรื่องของครอบครัวและแบบแผนการเลี้ยงดูลูกซึ่งมีผลต่อสุขภาพ ในบทนี้ได้กล่าวถึงโครงสร้างและระบบเครือญาติในชุมชน การแต่งงาน การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรซึ่งเป็นผลลัพธ์ของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นและส่งผลสำคัญต่อสุขภาพด้วย บทที่ 6 นำเสนอมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยรวมทั้งบทบาทและหน้าที่ของสถาบันทางการแพทย์ในการแก้ปัญหาสุขภาพ บทที่ 7 นำเสนอเรื่องความหมายทางวัฒนธรรมและวิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการใช้ยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาในชุมชนและบริบทของท้องถิ่นที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาของชาวบ้าน ในบทที่ 8 อธิบายถึงมิติทางสังคมวัฒนธรรมของระบบบริการทางการแพทย์และการตรวจรักษาโรคซึ่งอาจจะถือว่าเป็นการเผชิญหน้ากันของวัฒนธรรมชุมชนกับวัฒนธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ บทที่ 9 นำเสนอแนวคิดเรื่องการแพทย์แบบพหุลักษณ์และเรื่องเกี่ยวกับการรักษาแบบพื้นบ้านเพื่อความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนรักษาโรคแบบที่หลากหลายที่อยู่ในท้องถิ่น บทที่ 10 ได้นำเสนอถึงแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนและการพัฒนาสุขภาพซึ่งในบทนี้ได้มีการ

กล่าวถึงแนวคิดเรื่องทุนทางสังคมและสุขภาพเอาไว้ด้วย บทที่ 11 สำรวจบทบาทของสื่อรวมทั้งการสื่อสารต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพและในการดูแลรักษาโรค บทที่ 12 นำเสนอเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพกับเพศสภาวะ บทที่ 13 นำเสนอเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ดีของผู้พิการ บทที่ 14 สำรวจแนวความคิดที่เกี่ยวกับความตายและการตายโดยในบทนี้ได้มีการสำรวจถึงเรื่องของพิธีกรรมและแบบแผนการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายในวัฒนธรรมต่าง ๆ และบทบาทของสถาบันทางการแพทย์ในกระบวนการสิ้นสุดชีวิตของมนุษย์ไว้ด้วย บทที่ 15 สำรวจแนวความคิดเกี่ยวกับมิติทางสังคมของเทคโนโลยีทางการแพทย์รวมทั้งแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยี บทสุดท้ายในบทที่ 16 นั้นเป็นการนำเสนอแนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทางการแพทย์รวมทั้งได้กล่าวถึงเรื่องโลกาภิวัฒน์และความไม่เท่าเทียมกันทางการแพทย์ด้วย

เอกสารชุดนี้ยังอยู่ในระยะของการพัฒนาขั้นต้นและยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างมากก่อนที่จะสามารถนำไปใช้หรือเผยแพร่ต่อไปในอนาคต

Summary
Manual on Health Social Sciences and Medical Anthropology

The manuscript is an attempt to introduce useful theories and concepts from health social science and medical anthropology to health professionals. It aims as an introductory manual for health professionals working in the fields of health care and health development to better understand social and cultural dimensions of health, illness and medicine. In addition to relevant concepts and theories, the manuscript also provides concrete illustrative cases for easy understanding. The manuscript consists of sixteen chapters. The first chapter explains the relationship between culture, society and health as an introduction to the chapters that follow. The second chapter examines health concepts and medical paradigms. It also provides understanding of the philosophical root of bio-medicine and explains why a move toward bio-psycho-social model of health is needed. Chapter 3 explores human body from historical and cultural perspectives. Perceptions of body images and local understanding of anatomy strongly influence the ways people react to illness. Chapter 4 explores food, nutrition and health by tracing various concepts of food and the changing contexts of food consumption and nutrition. Chapter 5 explores family and child rearing practices. Kinship structure, marriage, pregnancy and child birth were discussed and explained in relation to its impacts on health. Chapter 6 introduces social and cultural dimensions of becoming ill and the social roles and functions of medical establishment in solving social problems. Chapter 7 examines cultural meanings and practices concerning the use of pharmaceutical products and medicines. Special emphasis is given to community drug use and its socio-cultural contexts. Chapter 8 explains socio-cultural aspects of health care and medical consultations. Chapter 9 introduces the concept of medical pluralism and indigenous healings. Chapter 10 examines community participation and health development. Also include in this chapter is the concept of social capital and health. Chapter 11 examines the role of media and communication in health development and medical care. Chapter 12 examines gender and health. Chapter 13 discusses health and social wellness of the disabled. Chapter 14 explores the ideas and concepts regarding death and dying. It also examines ritual and cultural practices concerning death and the roles of medical establishment in dying process. Chapter 15 examines social aspects of medical technology and the idea of technological assessment. The last chapter explores the political economy of health and medicine as well as the globalization and health inequity. The manuscript is in its initial stage of development and needs much further refinement before it could be made available.

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 วัฒนธรรมสุขภาพ การแพทย์ กับแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา 1

บทที่ 2 วิธีคิดด้านสุขภาพ 6

2.1. แนวคิดกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ 6

2.2. ลักษณะวิธีคิดของกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ 10

บทที่ 3 ร่างกาย เรือนร่าง ผัสสะ และประสบการณ์ในมิติด้านสุขภาพ 14

3.1.ว่าด้วยประวัติศาสตร์ของร่างกาย 14

3.2.วาทกรรมเกี่ยวกับร่างกายในปัจจุบัน 18

บทที่ 4 อาหารโภชนาการและสุขภาพ 22

4.1. การเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคที่มีผลต่อสุขภาพ 22

4.2. การกินในมิติทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพ 28

บทที่ 5 ครอบครัวและการเลี้ยงดูเด็ก 34

5.1.ครอบครัว ระบบเครือญาติ และการแต่งงาน 34

5.2 .การตั้งครรภ์และการคลอด: มิติของข้อห้าม และสุขภาพของผู้หญิง 39

บทที่ 6 โรค การเจ็บป่วย และสุขภาพ ในมิติสังคม วัฒนธรรม 44

6.1. แนวคิดทางสังคมเกี่ยวกับการเกิดโรคและการเจ็บป่วย 44

6.2.ระบบวัฒนธรรม สุขภาพ และการเจ็บป่วย 48

6.3.อำนาจ ความรู้ และวาทกรรมทางการแพทย์ 55

6.4.การทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์ (โรคยานุวัตน์) 58

บทที่ 7 ยากับสุขภาพ 61

7.1. ยาในมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรม 61

7.2. ผลิตภัณฑ์ยาสมัยใหม่ในชนบท 68

บทที่ 8 มิติทางสังคมวัฒนธรรมในระบบบริการสาธารณสุข 72

8.1. ระบบวิธีคิดและระบบงานในระบบสุขภาพ/การแพทย์ไทย 72

8.2. ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) 77

8.3. ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ในระบบสาธารณสุข 80

8.4. ธรรมาภิบาลทางการแพทย์ 83

หน้า

บทที่ 9 พหุลักษณ์และความหลากหลายทางวัฒนธรรม 89
9.1. ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน 89
9.2 .หมอไทย ยาไทย 92
บทที่ 10 ชุมชนกับการมีส่วนร่วมในมิติสุขภาพ 96
10.1. ความเป็นชุมชน 96
10.2.ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับรัฐ 99
10.3. แนวคิดการพัฒนาชุมชน 102
10.4 .ทุนทางสังคมกับการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน 105
บทที่ 11 สื่อกับการทำงานด้านสุขภาพ 109
11.1. สื่อ สุขภาพ และการบริโภค 109
11.2. แนวทางส่งเสริมสุขภาพของสื่อกระแสหลัก 112
11.3. สื่อทางเลือกกับการสร้างสุขภาวะ 115
11.4. เครือข่ายการเรียนรู้ 118
บทที่ 12 สุขภาวะในมิติเพศสภาพ 121
12.1. ความเป็นแม่ (Motherhood) 121
12.2. การแพทย์ในระบบชายเป็นใหญ่ 125
บทที่ 13 สุขภาวะของคนพิการ 134
13.1 รูปแบบตายตัว และภาพตัวแทนทางสังคมของคนพิการในสังคม 134
13.2. การนิยาม/การให้ความหมาย/การจำแนกเกี่ยวกับ “ความพิการ” และ “คนพิการ” 137
บทที่ 14 ความแก่และความตาย: ความหมายของปฏิบัติการทางสังคม 142
14.1 ความตายในมิติเชิงวัฒนธรรม 142
14.2 พิธีกรรมเกี่ยวกับความตาย 145
14.3 ประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงทางความคิดเกี่ยวกับความตาย 149
14.4 การนิยามความจริงว่าด้วยชีวิตและความตายในระบบการแพทย์ 152
บทที่ 15 เทคโนโลยีทางการแพทย์/อาหาร 156
15.1 มิติวัฒนธรรมของเทคโนโลยีทางการแพทย์ 156
15.2 การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ 160

หน้า

บทที่ 16 เศรษฐศาสตร์การเมืองและสุขภาพ 167

16.1 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการแพทย์ 167

16.2 โลกาภิวัตน์กับสุขภาพกระแสหลัก 170

16.3 โลกาภิวัตน์ภาคประชาชน 173

16.4 โลกาภิวัตน์กับปัญหาสุขภาพของผู้ไร้อำนาจ 176

บทที่ 1
วัฒนธรรมสุขภาพ การแพทย์ กับแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา

ปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและการแพทย์นั้น เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่นักสังคมศาสตร์พยายามศึกษาทำความเข้าใจมาตลอดประวัติศาสตร์การศึกษาค้นคว้าของมนุษย์ แนวคิดและทฤษฎีทางสังคมและมานุษยวิทยาทางการแพทย์ถูกสร้างขึ้นเพื่อช่วยในการวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น องค์ความรู้ที่สะสมสืบทอดกันมาในช่วงเกือบครึ่งศตวรรษที่สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาสมัยใหม่ก่อตัวขึ้นเป็นทั้งผลลัพธ์ของประวัติศาสตร์และเหตุปัจจัยในการขับเคลื่อนประวัติศาสตร์

สุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์มิใช่เป็นเพียงแค่ปรากฏการณ์ที่อาศัยแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยามาอธิบายหรือทำความเข้าใจเท่านั้น หากแต่ปรากฏการณ์ทางสุขภาพและการดิ้นรนต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บยังเป็น “วัตถุดิบ” ไม่เฉพาะสำหรับนักมานุษยวิทยาในการสร้างแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรม แต่ยังเป็นรูปธรรมที่ใช้ในการคิดเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในเชิงนามธรรมเกี่ยวกับชีวิตและสังคมมนุษย์สำหรับนักทฤษฎีสังคมอื่น ๆ นักปรัชญา รวมทั้งศาสดาที่ยิ่งใหญ่ทั้งหลายอีกด้วย นับตั้งแต่กว่า 2,000 ปีก่อนที่ปรากฏการณ์ของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ได้ดลบันดาลให้เจ้าชายสิทธัตถะทรงออกแสวงหาหนทางแห่งการดับทุกข์จนทรงค้นพบพระอริยมรรค จนถึงปัจจุบันที่การเกิด (ที่ได้จากการผสมเทียมและโคลนนิ่ง) การแก่ (ที่กลายเป็นศัตรูหมายเลขต้น ๆ ของการแพทย์) การเจ็บป่วย (ที่เทพเจ้าองค์ใหม่คือ เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่สัญญาว่าจะกวาดล้างให้หมดสิ้น) หรือการตาย (ที่หมดความศักดิ์สิทธิ์เพราะต้องต่อสู้ยืดลมหายใจให้ถึงที่สุด) สุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์ เป็นทั้งคำถามที่นับวันยิ่งซับซ้อนมากขึ้น และเป็นทั้งรูปธรรมที่อาจถอดรหัสหาความเข้าใจของมนุษยชาติในยุคสมัยแห่งความซับซ้อนของระบบโลกและความสับสนต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้คน

ประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยาจึงอุดมไปด้วยเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการเยียวยารักษาโรค สุขภาวะของบุคคลและสังคมนั้นเป็นหัวข้อเก่าแก่ของมานุษยวิทยาคู่เคียงกับเรื่องรางการศึกษาเรื่องโครงสร้างสังคม เครือญาติ การแลกเปลี่ยน และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในยุคแรกนั้นเริ่มต้นขึ้นในราวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 เมื่อนักจักรวรรดินิยม พ่อค้าวาณิช และมิชชันนารีได้เดินทางออกไปพบเห็นสังคมที่มีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากสังคมของตน นักเดินทางเหล่านี้ได้ทำการบันทึกสาธยายวิถีความเป็นอยู่ที่ได้พบเห็น เมื่อบันทึกและจดหมายเหล่านั้นถูกส่งกลับและได้รับการศึกษาวิเคราะห์โดยนักคิดในยุโรปและสหรัฐอเมริกาจึงเกิดการสร้างแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ขึ้นประวัติศาสตร์ของแนวคิดทฤษฎีเหล่านี้จึงสะท้อนกระบวนทัศน์ของแต่ละยุคสมัยอย่างชัดเจน

ขอบเขตของสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการแพทย์นั้นครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง นับตั้งแต่แนวความคิดเกี่ยวกับร่างกายที่แตกต่างกันในวัฒนธรรมความคิดต่าง ๆ จนถึงเรื่องระบบโลกและโลกาภิวัตน์กับสุขภาพและการแพทย์ ซึ่งนับวันยิ่งมีผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ นอกจากความกว้างขวางครอบคลุมของเรื่องที่ศึกษาแล้ว ยังมีความหลากหลายในเชิงประเด็นที่สนใจค้นคว้ากัน ตั้งแต่ระบบพื้นบ้าน วัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่น จนถึงการศึกษาวัฒนธรรมของระบบราชการสาธารณสุข การผลิตบุคลากรการแพทย์สมัยใหม่หรือแม้แต่การวิจัยและศึกษาในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ก็สามารถวิเคราะห์ให้เห็นถึงมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่ประกอบสร้างเป็นระบบความรู้ของวิชาชีพการแพทย์ได้ จะว่าไปแล้ว สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยานั้นถือเอาว่าปรากฏการณ์ทุกอย่างในสังคมย่อมมีองค์ประกอบหรือมิติทางสังคมวัฒนธรรมร่วมด้วยเสมอ จึงไม่แปลกที่การศึกษาเพื่อนำเสนอถึงมิติต่าง ๆ เหล่านี้จะสามารถกระทำได้ในทุก ๆ เรื่อง

เพื่อที่จะให้การศึกษาทำความเข้าใจกับแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาง่ายต่อการเข้าใจ หนังสือแจกแจงเนื้อหาออกเป็นบทย่อย ๆ ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ ๆ เกือบทั้งหมด และโดยที่หนังสือเล่มนี้มีเป้าหมายอยู่ที่การนำเสนอเนื้อหาในลักษณะแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้เริ่มสนใจ จึงเป็นการนำเสนอแบบกว้าง ๆ และครอบคลุม แต่ไม่ได้ลงลึกหรือให้รายละเอียดในแต่ละหัวข้อ ซึ่งผู้สนใจสามารถศึกษาได้เพิ่มเติมจากรายชื่อหนังสือหรือเอกสารที่แนะนำไว้ท้ายบท และเพื่อเป็นการเสนอให้เห็นถึงแนวทางอย่างกว้าง ๆ ของแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยชี้ให้เห็นแนวทางหลัก ๆ ในลักษณะของการเป็นคู่ความคิดที่ดำรงอยู่ในแวดวงวิชาการสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาการแพทย์

ในการทำความเข้าใจกับแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์อาจเริ่มจากการพิจารณาการแบ่งแนวคิดหรือทฤษฎีทางสังคมมาอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการแพทย์และสุขภาพออกเป็น 2 ลักษณะ ตามที่นักสังคมวิทยาจำแนกสังคมวิทยาออกเป็น Sociology in Medicine และ Sociology of Medicine แนวความคิดแบบ Sociology in Medicine เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์เพื่อช่วยให้กระบวนการทางการแพทย์นั้นเป็นไปอย่างมีความเข้าใจทางสังคมมาช่วยเสริม เช่น การใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารทางสังคมมาช่วยให้แพทย์สื่อสารกับคนไข้ได้ดียิ่งขึ้น แนวทางนี้จึงเป็นการใช้ทฤษฎีทางสังคมภายใต้กรอบทางการแพทย์ ส่วน Sociology of Medicine นั้นเป็นการใช้แนวคิดทฤษฎีทางสังคมเพื่อวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการแพทย์ โดยถือว่าปรากฏการณ์ทางการแพทย์ก็เป็นเช่นเดียวกับปรากฏการณ์ทางสังคมทั้งหลายที่เป็นไปตามกฎเกณฑ์ทางสังคมศาสตร์ แนวทางนี้จึงเป็นการเน้นที่การวิเคราะห์สถาบันทางการแพทย์ ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ประกอบกันขึ้นและขับเคลื่อนระบบการแพทย์ เช่น การวิเคราะห์ให้เห็นถึงระบบทุนนิยมที่รุก

เข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์และทำให้สุขภาพกลายเป็นสินค้า เป็นต้น แนวทางนี้จึงมีลักษณะเน้นที่การวิเคราะห์เชิงมหภาค ในขณะที่แนวทางแรกจะเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ในเชิงจุลภาคมากกว่า อย่างไรก็ตาม แนวทางทั้งสองสามารถเสริมซึ่งกันและกัน หรืออาจกล่าวได้ว่า การเข้าใจทั้งระดับมหภาคและจุลภาคจะช่วยให้การวิเคราะห์มีความสมบูรณ์มากกว่านั้น

ในทำนองเดียวกันการแบ่งการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการแพทย์ออกเป็น Sociology in Medicine กับ Sociology of Medicine ในทางมานุษยวิทยามีการกล่าวถึงการวิเคราะห์สองด้านของปรากฏการณ์การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย โดยแบ่งออกเป็นด้านหนึ่งคือ Social Production of Disease กับอีกด้านหนึ่งคือ Cultural Construct of Illness ในด้าน Social Production of Disease นั้นเป็นการศึกษาสาเหตุทางสังคมที่ทำให้โรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้น โดยแนวทางการวิเคราะห์นี้ถือว่าการเกิดขึ้นและการกระจายตัวของโรคนั้นมิได้เป็นไปโดยความบังเอิญ แต่เป็นไปโดยมีเหตุปัจจัยในเชิงโครงสร้างหรือกระบวนการทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญ โรคภัยไข้เจ็บจำนวนมากเกิดขึ้นจากสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม หรือการเมือง โรคต่าง ๆ จึงกระจายตัวตามโครงสร้างชนชั้นทางสังคม และโรคหลายชนิดแม้จะมีวิธีการป้องกันหรือสามารถรักษาให้หายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ แต่ก็ยังจะพบเห็นได้ในหมู่คนจน ผู้หญิง กลุ่มชาติพันธุ์ หรือคนชายขอบต่าง ๆ เพราะโครงสร้างและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคเกิดขึ้นและกระจายตัวอย่างมีแบบแผน

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับ Cultural Construction of Illness นั้นเน้นไปที่กระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่มนุษย์ในแต่ละสังคมเผชิญอยู่นั้นแตกต่างกัน แม้จะเป็นความเจ็บป่วยชนิดเดียวกันหรือเป็นโรคเดียวกัน แต่หากเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่างเวลาต่างสถานที่หรือวัฒนธรรมที่ต่างกันแล้ว ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็ไม่เหมือนกัน ประสบการณ์ความเจ็บป่วยจึงขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ลักษณะทางกายภาพบางอย่างถือว่าเป็น “ความเจ็บป่วย” หรือ “โรค” ในบางสังคม แต่อาจถือเป็นเรื่องปกติในสังคมอื่น ๆ ก็ได้ โรคหรือความเจ็บป่วยบางอย่างถูกให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่น่ารังเกียจเดียดฉันท์ เป็น “บาปโรค” หรือเป็นความผิดของผู้ป่วยที่ไปติดโรคนั้นมา ความหมายทางสังคมและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรคหรือความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ประสบเคราะห์จากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ถูกมอง ถูกตัดสิน หรือถูกให้คุณค่าต่างกัน การวิเคราะห์กระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมที่นิยามหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยจึงสำคัญต่อการเข้าใจโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ

ทั้งสองแนวทางคือ Social production of disease กับ Cultural Construct of illness ต่างก็มีจุดแข็งและจุดอ่อนต่างกัน การสามารถผสมผสานการวิเคราะห์ทั้งสองด้านของปรากฏการณ์จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นได้สมบูรณ์ขึ้น

นอกจากแนวความคิดสองคู่ที่ว่ามาแล้ว ยังมีคู่ความคิดอีกชุดหนึ่งซึ่งสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางสังคมและวัฒนธรรมคือ แนวคิดแบบ system-center กับ actor-center (system-center

approch vs. actor centered approch) ในแนวทางแบบ system-center นั้นให้ความสนใจกับระบบในความหมายของโครงสร้างความสัมพันธ์ ซึ่งอาจจะเป็นระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ระบบวัฒนธรรม ระบบวิธีคิด หรือระบบภาษา แนวทางนี้อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมในฐานะการแสดงออกหรือการปรากฏตัวของโครงสร้าง โดยถือว่าภารกิจของการวิเคราะห์คือการแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างที่บงการอยู่เบื้องหลังหรือเบื้องลึกของปรากฏการณ์ ซึ่งโครงสร้างที่ว่านี้อาจเป็นไปได้ในหลายลักษณะและสกุลความคิดต่าง ๆ ก็นำเสนอโครงสร้างต่าง ๆ แตกต่างกัน เช่น แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์การเมืองจะให้ความสนใจกับโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หรือชนชั้นทางการเมือง ในขณะที่นักคิดสายสัญญวิทยา ก็จะมุ่งแสดงโครงสร้างของระบบสัญลักษณ์ หรือนักภาษาศาสตร์ก็จะให้ความสนใจกับระบบโครงสร้างของภาษา (ที่เรียกกันว่า Lange) หรือนักจิตวิเคราะห์ก็จะมุ่งหาโครงสร้างของจิตที่อยู่ลึกลงไปในจิตใต้สำนึก เป็นต้น

ในขณะที่ แนวคิดแบบ actor-center จะให้ความสำคัญกับตัวผู้กระทำการ โดยถือว่าระบบใด ๆ ก็ตามจะมีความหมายขึ้นได้ก็จากจุดยืนจุดใดจุดหนึ่งของการกระทำการเสมอ ในขณะเดียวกันระบบใด ๆ ก็ไม่สามารถบงการตัวผู้กระทำการได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด การให้น้ำหนักมากเกินไปกับระบบไม่เพียงแต่เป็นการลดคุณค่าของปัจเจกหรือกลุ่มทางสังคมซึ่งย่อมต้องมีความรู้สึกนึกคิดของตนเอง แต่การวิเคราะห์ที่ให้ค่ากับโครงสร้างหรือระบบนั้นเป็นส่วนหนึ่งที่ยังความชอบธรรมให้กับอำนาจที่ระบบมีต่อปัจเจกหรือกลุ่มในฐานะผู้กระทำการ

ด้านปรากฏการณ์ทางการแพทย์ เราจะเห็นได้ว่า แนวทางการวิเคราะห์ทั้งสองแนวทางนี้นำไปสู่มุมมองการแก้ปัญหาที่ต่างกันเช่น การซื้อยากินเองของประชาชน อาจเกิดขึ้นมากและมีผลเสียต่อสุขภาพ เพราะระบบยาที่หละหลวมและการควบคุมการค้ายาอันตรายเป็นไปอย่างไร้ประสิทธิภาพ (ซึ่งเป็นมุมมองเชิงระบบ) หรือเกิดจากการที่ชาวบ้านต้องการอำนาจที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคด้วยตนเอง หรือเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า อย่างไรก็ตาม ทัศนะทั้งสองแบบก็ไม่จำเป็นต้องขัดแย้งกันโดยสิ้นเชิง ดังเช่นในกรณีการใช้ยาของชาวบ้าน การเข้าใจความจำเป็นในชีวิตของชาวบ้านจะช่วยในการปรับระบบยาให้ดีขึ้น ในขณะเดียวกันก็อาจทำให้ชาวบ้านมีสิทธิที่จะซื้อหายากินเองได้อย่างปลอดภัย การผสมผสานการวิเคราะห์ระบบกับการวิเคราะห์จากจุดยืนของผู้ปฏิบัติการจึงเป็นทักษะสำคัญที่จำเป็นต้องฝึกฝน

นอกจากคู่ความคิดเหล่านี้แล้ว ยังมีคู่ความคิดคู่อื่น ๆ หรือชุดอื่น ๆ ที่อาจศึกษาเรียนรู้ต่อไปได้ คู่ความคิดเหล่านี้เป็นเสมือนขั้วเข็มทิศที่มีไว้เพื่อดูตำแหน่งแห่งที่หรือทิศทาง จึงไม่ใช่สิ่งที่ควรติดยึดหรือหมกหมุ่นไปในทิศใดทิศหนึ่ง หรือคู่ตรงข้ามคู่ใดคู่หนึ่งซึ่งจะกลายเป็นการติดกับดักคู่ตรงข้ามที่ตายตัว การรับรู้และเข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพและปรากฏการณ์ทางการแพทย์นั้นเป็นทั้งศาสตร์แห่งการวิเคราะห์และศิลปะแห่งความเข้าใจ การติดยึดอย่างตายตัวทำลายทั้งการเป็นศาสตร์และศิลป์ของสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา

และเป็นภารกิจของทุกคนที่สนใจแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา ที่จะต้องเรียนรู้และฝึกฝนศาสตร์และศิลป์ที่จะช่วยสร้างสรรค์ระบบสุขภาพของสังคมให้มีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางวัฒนธรรมและเป็นระบบสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

บทที่ 2
วิธีคิดด้านสุขภาพ

2.1 แนวคิดกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของโลกแห่งวิทยาการอันซับซ้อนในรูปลักษณ์ที่แปลกแยกจากธรรมชาติมากขึ้นทุกทีนั้น ในอีกด้านหนึ่งขบวนการใหม่ที่เน้นการเข้าหาธรรมชาติมากขึ้นและผสานพลังอันล้ำลึกจากธรรมชาติมาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและสังคมได้กลายเป็นกระแสที่เข้ามาท้าทายต่อสถาบันผู้เชี่ยวชาญที่ควบคุมวิทยาการอันซับซ้อน สถาบันอันทรงพลังแห่งแรกที่ถูกสั่นคลอนคือสถาบันการแพทย์เมื่อทศวรรษ 1970 ด้วยคำถามที่ว่าการแพทย์สมัยใหม่นั้นทำให้ผู้คนมีสุขภาพดีจริงหรือไม่ การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบมากกว่าการเป็นโรคด้วยทัศนะแบบกลไกและแยกส่วนในการรักษา ผู้คนเริ่มแสวงหาการมีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กับธรรมชาติหรือที่เรียกว่าแบบองค์รวม (holistic) อันเป็นผลมาจากข้อจำกัดในระดับกระบวนทัศน์หรือวิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ (modern science paradigm) ดังกล่าว

คำว่า paradigm (กระบวนทัศน์) เป็นคำที่โทมัส คูน (Thomas S. Kuhn, 1922-1996) ริเริ่มใช้หยิบยืมมาจากภาษาละติน หนังสือของเขา The Structure of Scientific Revolutions (1970) กล่าวถึงกระบวนทัศน์ว่าเป็นตัวแบบวิธีคิดในชุมชนหนึ่ง ชุมชนที่เขากล่าวถึงคือชุมชนวิทยาศาสตร์ (normal science) คูนมิได้ให้คำนิยามกระบวนทัศน์ที่ชัดเจน เขาเองยังใช้ในความหมายที่ต่างกันถึง 29 ความหมาย ฟริตจ๊อฟ คาปรา (Fritjof Capra) นักฟิสิกส์นิวเคลียร์ชาวออสเตรีย ผู้ที่ทำให้แนวคิดกระบวนทัศน์ได้รับการเผยแพร่มากที่สุดคนหนึ่ง ล่าสุดในปี ค.ศ.1985 เขากล่าว ณ สถาบันเอ็ลม์วูด ที่เขาก่อตั้งขึ้น ได้ให้ความหมายกระบวนทัศน์ที่ไปพ้นจากวิทยาศาสตร์ และนิยามในเชิงสังคมว่าเป็น "กลุ่มความคิด คุณค่า การรับรู้ และการปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันโดยชุมชนหนึ่ง ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดทัศนะต่อความเป็นจริงแบบหนึ่ง และวิธีการจัดระบบระเบียบต่าง ๆ ภายในชุมชนนั้น จะตั้งอยู่บนทัศนะดังกล่าว" เขามีผลงานพิมพ์เป็นหนังสือหลายเล่มได้รับการยอมรับจากทั่วโลกนับตั้งแต่เล่มแรก The Tao of Physics อีกเล่มหนึ่งที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดคือ The Turning Point (1982) หรือจุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เป็นหนังสือที่มีการตีพิมพ์แปลเป็นไทย (พระประชาและคณะ 2529) เขย่าสังคมไทยให้หันมาใคร่ครวญรากฐานวิธีคิดหรือรากฐานทางปรัชญาของความรู้ต่าง ๆ ที่กำกับวิถีชีวิตก็ว่าได้ (โกมาตร 2543) ทัศนะสำคัญของเขาสะท้อนให้เห็นว่าอารยธรรมตะวันตกหรือสังคมสมัยใหม่ที่เป็นกระแสหลักของโลกในปัจจุบันที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤตทุกด้านนั้นมีพื้นฐานมาจากทัศนะแม่บทหรือการรับรู้โลกแบบกลไกและแยกส่วนที่มีมากว่า 3 ศตวรรษโดยมีอิทธิพลแนวคิดของนักคิดเดส์กาตส์และนิวตัน

วีระ (2545) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า มีการนำกระบวนทัศน์ไปใช้ในลักษณะแตกต่างกันมาก จึงน่าพิจารณาขอบเขตและคำนึงถึงข้อจำกัด มิฉะนั้นก็จะถูกนำไปใช้กับทุกเรื่องทุกกาลเวลา เช่นเดียวกับที่คูนได้เสนอในทำนองเดียวกับกระบวนทัศน์ (paradigm) ในภาษาละตินที่หมายถึงการมีแบบแผนของตัวเองที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น เมื่อไปพบโจทย์ข้อใหม่ ๆ อาจมีความแตกต่างออกไป เมื่อแก้โจทย์ไปทำไป ๆ ซ้ำ ๆ ตามแบบ (pattern) เดิม ๆ สั่งสมเป็นองค์ความรู้ขึ้นมา บนรากฐานของกระบวนทัศน์อย่างเดียวกัน จนกระทั่งวันหนึ่งเริ่มเจอปัญหาที่ไปทำแบบนั้นแล้วพบว่ากระบวนทัศน์นั้นใช้ตอบไม่ได้ตีบตัน ถึงตรงนั้นจึงเริ่มมีการนำเสนอกระบวนทัศน์ใหม่ขึ้นมาโดยอัตโนมัติ เพราะสามารถแก้ปัญหาสำเร็จมากขึ้น ๆ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการผลัดเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่เรียกว่า *การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift)* ซึ่งในการปรับกระบวนทัศน์นั้นเกิดจากการยอมรับของชุมชนวิชาการนั้น ที่ผ่านกระบวนการบ่มเพาะ กระบวนการค่านิยม กระบวนการต่าง ๆ เช่น การอบรมการเรียนการสอนจนยอมรับกระบวนทัศน์ วิธีการทำงานร่วมกัน และการเป็นองค์ประกอบของชุมชนวิชาการนั้น ๆ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งด้วย

กระบวนทัศน์จะเติบโตต่อไปอย่างไรขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ (articulation) โดยการกำหนดปัญหา ตั้งโจทย์ แล้วพยายามแก้ กระบวนทัศน์นั้นจึงจะเติบโตต่อไป ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ากระบวนทัศน์นั้น "ถูก" หรือ "ผิด" ในตัวของมันหรือสมบูรณ์แบบในตัวของมันเอง นอกจากนี้แต่ละกระบวนทัศน์มีรากฐานและแบบในตัวของมันเอง แบบของกระบวนทัศน์หนึ่งมาใช้กับอีกกระบวนทัศน์หนึ่งไม่ได้ (incommensurable) หรือตอบแทนกันไม่ได้เช่น ตัวอย่างคำถามว่า “รักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกนั้นได้กี่รายหรือกี่เปอร์เซนต์” ซึ่งการแพทย์ทางเลือกไม่ใช้วิธีการที่สามารถสรุปนับเป็นจำนวนรายหรือกระบวนการเริ่มและจบลงเมื่อไร เพราะฉะนั้นในเรื่องกระบวนทัศน์ทางการแพทย์หรือสุขภาพจะเติบโตในสังคมได้นั้น จุดสำคัญอยู่ที่ว่าสามารถเข้าไปถึงปัญหาได้อย่างไร วีระได้สรุปการใช้ "กระบวนทัศน์" ว่าน่าจะหมายถึงตัวแบบหรือตัวทฤษฎีหลัก ๆ ที่กำหนดทิศทางของวงวิชาการหรือการเติบโตของวงวิชาการหรือการแสวงหาความรู้ในแนวใดแนวหนึ่ง และควรที่จะจำกัดอยู่ตรงนั้น

ยังมีข้อพิจารณาที่น่าสนใจในการทำความเข้าใจ “กระบวนทัศน์” อีกแง่หนึ่งในเชิงปรัชญาของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (ดูรายละเอียดจาก โกมาตร 2545) ที่ทำให้เห็นทัศนะแม่บทของวิธีคิดกระบวนทัศน์ได้ชัดขึ้นโดยผ่าน*ฐานวิธีคิด 3 ด้าน* คือ *หนึ่ง ภ*ววิทยา (ontology) ซึ่งเป็นตัวความรู้ว่าอะไรคือความจริง กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่มองว่า ความเป็นจริงในโลกนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 อย่างเท่านั้นคือ สสารและพลังงาน ฉะนั้น การอธิบายปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ร่างกาย สุขภาพ ก็จะมองผ่านการทอนสิ่งต่าง ๆ เหลือเพียงสสารและพลังงาน ร่างกายประกอบด้วยสสารคืออวัยวะ การอธิบายโรคผ่านอวัยวะ อธิบายสุขภาพดูว่าอวัยวะทำงานตามปกติหรือไม่ โดยไม่ดูว่ามีความเป็นอยู่อย่างไร มีจิตวิญญาณหรือไม่ เพราะมิติทางสังคมกับมิติทางจิตวิญญาณนั้นไม่มีจริงในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่เนื่องจากความเป็นจริงถูกนิยามบนพื้นฐานของการมีสสารและ

พลังงานเท่านั้น ฉะนั้นกระบวนทัศน์จึงเป็นเรื่องของความจริงสุดท้าย (alternate reality) ว่า จักรวาลประกอบขึ้นมาจากอะไรบ้าง ถ้าวิธีคิดใดไม่ได้ไปท้าทายในความเป็นจริงชุดนี้ก็ถือว่าเป็นวิธีคิดที่อยู่ภายใต้กรอบกระบวนทัศน์เดิมอยู่ ซึ่งความหมายในแง่นี้ โทมัส คูนเรียกว่าเป็นวิทยาศาสตร์ปกติ (normal science) อันเป็นวิทยาศาสตร์ที่ใช้กันอยู่ทุกวันนี้ในขอบเขตนี้

แต่กระบวนทัศน์ทางเลือกหรือกระบวนทัศน์ใหม่ ๆ จะมีการนิยามสิ่งต่าง ๆ ต่างออกไปจากที่อธิบายด้วยกระบวนการทางชีววิทยาที่ทอนเป็นกระบวนการทางชีวเคมี (bio-chemistry) โดยมองความเป็นจริงในโลกว่ายังมีมิติจิตวิญญาณที่มีความหมายของการมีชีวิตอยู่หรือที่เรียกว่าอัตวิสัย ตัวอย่างเช่นเรื่องเอดส์ ปัญหามิใช่สิ้นสุดที่ร่างกายแต่เป็นเรื่องที่ทำลายสัมพันธภาพของผู้คนในสังคมที่รายล้อมที่เป็นคนร่วมงาน เครือญาติ ในแง่ความหมายชีวิตของผู้คนที่ให้กับสิ่งต่าง ๆ อัตวิสัยของบุคคลนั้นรวมอยู่ด้วย ความเป็นจริงชุดนี้เป็นเรื่องที่นอกเหนือไปจากกรอบกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์กระแสหลัก ความเป็นจริงฐานคติที่ *สอง* จักรวาลวิทยา (Cosmology) เป็นการจัดความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ เชื่อมโยงกันกฎเกณฑ์แบบไหน ถ้าเปรียบเทียบกับจักรวาลวิทยาแบบพุทธ จักรวาลวิทยาแบบนิวตันนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างมวลสารที่มีเรื่องแรงดึงดูดและแรงผลัก แต่จักรวาลแบบคติพื้นบ้านไทยจะมีชีวิต ความศักดิ์สิทธิ์ ความดี - ความชั่ว นรก - สวรรค์ ประกอบกัน การอธิบายจะอยู่ภายใต้กรอบความสัมพันธ์ของสิ่งเหล่านั้น มนุษย์มีทั้งกรรมดีและกรรมชั่ว มีภพนี้ภพหน้าภพต่อ ๆ ไป ในระบบสุขภาพก็เช่นกัน จะถูกนิยามบนพื้นฐานของความสัมพันธ์แบบไหนก็ขึ้นอยู่กับกระบวนทัศน์ที่ใช้ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ฐานคติที่ *สาม* ญาณวิทยา (Epistemology) เป็นการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงว่าที่เชื่อนั้นมันมีอยู่ กระบวนการตรวจสอบความจริงในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์จะเน้นความเป็นภววิสัย ที่วัดได้ ซึ่งก็ถูกท้าทายว่าความเป็นจริงทุกอย่างล้วนไม่มีตัวตนทั้งสิ้น เกิดจากการปรุงแต่งของจิตมนุษย์ ในทางพุทธศาสนาที่ว่านิพพานมีจริง ถ้าวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จะเข้ามาตรวจสอบก็จะนิยามตามความเป็นจริงว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมองหรือไม่ ในขณะที่การพิสูจน์ตรวจสอบความจริงของภวนิพพานของพุทธถือว่า เป็นปัจจัตตัง รับรู้ได้ด้วยตนเองเท่านั้น กระบวนการอย่างนี้เป็นญาณวิทยาแบบตะวันออกซึ่งต่างจากวิทยาศาสตร์ตะวันตกอย่างสิ้นเชิง

ทั้ง 3 ฐานคิดนี้จึงเป็นตัวบอกว่าความเป็นจริงคืออะไร สิ่งต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไร พิสูจน์ความจริงอย่างไร อาจจะถือว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของกระบวนทัศน์ ซึ่งกำหนดมนุษย์ให้คิดและปฏิบัติตามกรอบวิธีคิด กระบวนทัศน์จึงเป็นแม่บทหรือเป็นรากฐานของวิธีคิดทั้งหมด ไม่ใช่เรื่องการเปลี่ยนเรื่องเล็ก ๆ เช่น การปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นการนิยามความหมายความจริงของชีวิต ชีวิตคืออะไร มีความหมายกว้างไปกว่าการนิยามชีวิตผ่านสัญญาณชีพ (vital science) เพราะมีเรื่องของสุนทรียภาพ จิตวิญญาณ ฉะนั้นการปรับกระบวนทัศน์สุขภาพของสังคมไทยจึงมี

ความหมายที่กว้างไกลและลึก ที่ต้องขบคิดและขับเคลื่อนกันใช้เวลากันหลายสิบปีจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลง

ในสังคมไทยเรามักพบว่ามีการบ่มเพาะให้เชื่อกระบวนทัศน์เดียว เช่น สุขภาพและความเจ็บป่วย จนกระทั่งกลายเป็นเรื่องของแพทย์ภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เท่านั้น การแพทย์ทางเลือกอื่นจึงมีโอกาสน้อยมากและไร้อำนาจในสังคม ในวิถีชีวิตประจำวันล้วนตกอยู่ใต้กระบวนทัศน์กระแสหลักจนแทบไม่รู้ตัวว่ากำลังปฏิเสธกระบวนทัศน์อื่น ๆ ไปด้วย

กระบวนทัศน์มิได้แยกขาดจากชุมชน การเมือง สังคม เกิดการกระทำตอบโจทย์ซ้ำ ๆ และพัฒนาตัวเอง เช่นเดียวกับศาลต้องพิจารณาแก้คดีต่าง ๆ การแพทย์สมัยใหม่เช่นเดียวกัน ต้องตอบโจทย์ ผลิตยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อโรคได้แล้ว ต้องเผชิญกับโรคติดต่อชนิดใหม่ เช่นเอดส์ ไข้หวัดนก เป็นต้น แก้ไขปัญหาใหม่ ๆ โดยอาศัยฐานความรู้เดิม จึงทำให้กระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่มีตำแหน่งแห่งที่ในสังคมไทยมากขึ้น ๆ แต่ในขณะเดียวกันเมื่อกระบวนทัศน์เหล่านี้ต้องเผชิญโจทย์ใหม่ขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะพบข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องลดทอนความสมบูรณ์ลงไปเมื่อไรก็ได้

อาจกล่าวได้ว่ากระบวนทัศน์สุขภาพในขณะนี้มี 2 กระแสที่กล่าวถึงอยู่เสมอคือ กระบวนทัศน์แบบชีวภาพและกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ทั้งสองกระบวนทัศน์ต่างมีผลต่อวิธีคิดและการจัดการสุขภาพ ชีวิตที่แตกต่างกัน มาในระยะหลังนี้ความพยายามของผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขที่จะนำการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีความเป็นองค์รวมมากขึ้นเข้ามาในระบบสุขภาพ แต่ก็ยังเป็นรองเมื่อเทียบกับการแพทย์กระแสหลักที่ครอบครองพื้นที่สังคมโดยส่วนใหญ่มานมนาน

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545). ข้อสังเกตต่อกระบวนทัศน์ที่ควรพิจารณา. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และพจน์ กริชไกรวรรณ (บรรณาธิการ), *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และพจน์ กริชไกรวรรณ (บรรณาธิการ).(2545). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ.* นนทบุรี : แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2543. จุดเปลี่ยนแห่งสุขภาพไทย: ทบทวนกระบวนทัศน์ใหม่ มองอนาคตไทยอนาคตโลก" ใน *ปาจารยสาร* .3 (26). มีค.-มิย. 2543

วีระ สมบูรณ์ (2545). กระบวนทัศน์ใหม่กับสังคมไทย. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และพจน์ กริชไกรวรรณ (บรรณาธิการ), *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข..

พระประชา คาปร้า, ฟริตจ๊อฟ และคณะ (2529). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ (เล่ม 1, 2, 3)* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี (2533). *แลขอบฟ้าเขียว.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

Capra, F. (1975). *The Tao of Physics.* Berkeley: Shambhala.

Kuhn. T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

2.2 ลักษณะวิธีคิดของกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่

กระบวนทัศน์สมัยใหม่หรือวิธีคิดที่โทมัส คูน (Thomas S. Kuhn 1922-1996) เรียกว่า วิทยาศาสตร์ปกติ (normal science) เป็นกระบวนทัศน์เดิมที่มีรากฐานจากสังคมตะวันตก ปัจจุบันยังคงเป็นกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์กระแสหลักที่มีจุดแข็งและเป็นพลังขับเคลื่อนอารยธรรมของมนุษย์ ถือว่าความจริงมีชุดเดียวและมีวิธีการเดียวในการเข้าถึงความจริงสูงสุด มนุษย์อยู่เหนือธรรมชาติ เอาชนะความเจ็บป่วยและโรคได้เพราะความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระบวนทัศน์ที่ครอบงำเช่นนี้สะท้อนวิธีคิดแบบกลไก ลดส่วน และแยกส่วน

กระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยมีพัฒนาการที่ค่อย ๆ เติบโต พร้อมกับส่งเสริมและสนับสนุนจากเจ้าขุนมูลนายให้มีการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ สถาบันการแพทย์ จนกระทั่งเจ้าฟ้าหลายพระองค์ทรงศึกษาและให้การสนับสนุนการแพทยสมัยใหม่ กระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนในสังคมได้เป็นอย่างดี มีข้อดีหลายประการที่วิธีคิดแบบดั้งเดิมไม่สามารถอธิบายได้ แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีข้อจำกัดเผยออกมามากขึ้น พร้อมกับถูกตรวจสอบด้วยวิธีคิดใหม่ ๆ ที่นำเสนอแง่มุมในมิติของความเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตมีจิตวิญญาณ ในการทำความเข้าใจกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ให้รู้เท่าทันนั้นจึงควรศึกษารากเหง้าทางประวัติศาสตร์และพัฒนาการทางปรัชญาของกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่

นับแต่ศตวรรษที่ 15 เป็นต้นมา กระบวนทัศน์สมัยใหม่เริ่มเติบโตพัฒนาขึ้นมาจากยุคฟื้นฟูวิทยาการหรือเรเนซอง (Renaissance) มีบุคคลสำคัญ เช่น ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon 1561 - 1626) เจ้าของวาทะ "ความรู้คือพลัง" (Knowledge is power.) เรเน เดส์กาตส์ (Rene Descartes 1596 - 1650) ผู้ที่มีวาทะอันเลื่องลือว่า "ฉันคิด ฉันจึงดำรงอยู่" (I think, therefore I am.) รวมไปถึงกาลิเลโอ นิวตัน และไอน์สไตน์

การแยกขาดจากประเพณีความเชื่อ เช่น การแพทย์แบบเวทมนตร์คาถา (shamanism) หรือการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ ที่ถือว่าจิตใจมีอิทธิพลต่อร่างกายเป็นจุดกำเนิดของการแพทย์สมัยใหม่

เริ่มต้นขึ้นเมื่อ เรเน เดส์กาตส์เสนอในศตวรรษที่ 17 ว่าร่างกายและจิตใจเป็นอิสระจากกัน การศึกษาความจริงทั้ง 2 ส่วนแยกจากกันอาศัยวิธีการที่ต่างกัน เขาเห็นว่าร่างกายไม่ต่างจากเครื่องจักรแม้จะมีความซับซ้อนเพียงไรก็สามารถทำความเข้าใจโดยการศึกษาแยกเป็นส่วน ๆ เขาได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งปรัชญาสมัยใหม่และวางรากฐานวิธีคิดให้กับการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์ชีวภาพ (biomedicine) ปรัชญาของเขาคือการตั้งข้อสงสัยทุกเรื่อง เพื่อตรวจสอบความคิดอย่างมีหลักการ เขาอธิบายว่าชีวิตในตอนตื่นเป็นความจริงและชีวิตในความฝันไม่เป็นความจริง ในขณะที่ฝันจะไม่มีความต่อเนื่อง นั่นคือหลักคิดเชิงตรรก (Cognitive) คือตรึกตรองครุ่นคิดเชิงเหตุผลตรวจสอบลึกลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงจุดหนึ่งพบว่าสิ่งหนึ่งที่ไม่พึงสงสัยต่อไปอีกสิ่งนั้นคือ ความคิด ดังคำพูดที่ประกาศของเขาที่ออกมาว่า "ฉันคิด ฉันจึงดำรงอยู่" รากเหง้าของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงเน้นการคิดเชิงตรรกเหตุผล เชื่อมั่นในการคิดและเหตุผลของมนุษย์นั่นเอง

ไอแซค นิวตัน (Isaac Newton, 1642 - 1727) เป็นผู้นำเอาระบบคิดมาพัฒนาต่อจากเดส์กาตส์ ขณะที่เดส์กาตส์มีผลงานเขียนเกี่ยวกับปรากฏการณ์เสียงอันก้องกังวาล (Resonance) เมื่อดีดเส้นลวดเส้นหนึ่งแล้ว อีกเส้นหนึ่งที่ขึงตึงยาวเท่า ๆ กันก็จะสั่นด้วยเพราะคุณสมบัติของคลื่นที่พ้องกัน นิวตันก็สนใจเรื่องแสง เสนองานเขียนออกมาเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการหักเหของแสง ผลงานเหล่านี้ก่อให้เกิดการวางรากฐานของวิธีคิด กระบวนการพิสูจน์และตรวจสอบความจริง เน้นการอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ อันถือว่าเป็นจุดแข็งที่ทำให้มีการค้นพบหลักเกณฑ์ของวิทยาศาสตร์หลาย ๆ แขนงที่แต่เดิมไม่รู้มาก่อน ขณะเดียวกันก่อนหน้านี้ผลงานของกาลิเลโอ (Galileo,1564 - 1642) ที่ได้ทดลอง ณ หอเอนปิซ่า เรื่องการตกลงของวัตถุหนักและเบาที่ปล่อยลงสู่พื้นดินในเวลาเดียวกันตกถึงพร้อมกัน ผลการแสดงครั้งนั้นทำให้วิทยาศาสตร์จำกัดอยู่แต่มิติเชิงปริมาณ จนถึงยุคปัจจุบัน การเรียนรู้วิทยาศาสตร์ที่เน้นกระบวนการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงโดยการวัดที่เป็นภาวะวิสัย ไม่ใช่การเอาความรู้สึกมาวัดกัน ความจริงสูงสุดของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่แบบเดส์กาตส์และนิวตันถือว่าสรรพสิ่งในโลกประกอบด้วยสสารและพลังงาน มองลดทอนสรรพสิ่งเหลือเพียงปรากฏการณ์ทางกายภาพมีคุณสมบัติแยกเป็นส่วนย่อยโดยมีวิธีคิดที่เป็นแบบลดส่วน (reductionism)

วิธีคิดวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ทำความเข้าใจทางปรากฏการณ์ธรรมชาติผ่านคุณสมบัติทางฟิสิกส์ของสสาร วิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ทำความเข้าใจผ่านชีววิทยาของร่างกายมนุษย์ อธิบายความเจ็บป่วยด้วยกลไกทางชีววิทยาหรือกายภาพจึงเรียกการแพทย์นี้ว่าการแพทย์แบบชีวภาพ มุ่งตรวจหาความผิดปกติทางชีววิทยาหรืออวัยวะ ขณะที่มีข้อโต้แย้งว่ามนุษย์มีมากกว่ามิติเรื่องของอวัยวะ วิธีคิดวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงมีลักษณะสำคัญที่แสดงให้เห็นการแยกกายและจิตออกจากกัน การลดส่วนทอนให้เหลือเป็นคุณสมบัติส่วนย่อย และมุ่งรักษาส่วนย่อยนั้น โดยไม่มองส่วนใหญ่ จุดนี้เองได้กลายเป็นข้อจำกัดสำคัญของการแพทย์กระแสหลักที่ทำให้การขับเคลื่อนของการแพทย์อื่น ๆ เข้ามาเป็นทางเลือก ส่วนที่ว่าการแพทย์ใดจะได้รับการยอมรับก็ต่อเมื่อการแพทย์นั้นมีวิธีคิดที่ทำให้มนุษย์

สามารถพึ่งตนเองและสามารถแก้ปัญหาข้อจำกัดของการแพทย์ชีวภาพได้ จึงกล่าวได้ว่าไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แบบใดก็ตาม สิ่งที่สำคัญเป็นเบื้องต้นจำเป็นที่จะต้องเข้าใจรากฐานคิดก่อน เพราะเมื่อมีวิธีคิดที่ชัดเจนสิ่งที่ตามมาคือเครื่องมือและวิธีการตามปรัชญาวิธีคิดนั้นเอง การนำเครื่องมือของการแพทย์แบบหนึ่งมาใช้กับการแพทย์อีกแบบหนึ่งได้หรือไม่ จะเชื่อมโยงอย่างไร ตัวอย่างเช่น การใช้หูฟัง (stethoscope) ที่การแพทย์อายุรเวทนำมาใช้วัดความดันโลหิต แสดงผลของอาการเป็นวิธีคิดแบบอวัยวะ เมื่อวินิจฉัยว่าความดันสูง จะเชื่อมโยงการแพทย์แผนไทยอย่างไร ก็อาจจะต้องเชื่อมทฤษฎีเชื่อมโยงปรัชญาได้ว่าจะสามารถสอดรับพอดีหรือไม่ สามารถหาคำตอบจากการวิจัยและสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ขึ้น

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก.ใน *รวมบทความวิชาการ การแพทย์พื้นบ้านไทย* นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

วิชัย โชควิวัฒน (2547). *นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

พระประชา คาปร้า, ฟริตจ๊อฟ และคณะ (2529). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ (เล่ม 1, 2, 3)* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี (2533). *แลขอบฟ้าเขียว.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

Capra, F. (1975). *The Tao of Physics.* Berkeley: Shambhala.

Capra, F. (1982). *The Turning Point.* New York: Simon & Schuster.

Eliade, M. (1964). *Voluntary Simplicity.* New York: Morrow.

Foss, L. & Rothenberg, K . (1988). *The Second Medical Revolution*. Boston: Shambhala.

Garber, D. (1978). Science and Certainty in Descartes in Hooker, Michael (ed.), *Descartes.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Heisenberg, W. (1962). *Physics and Philosophy.* New York: Harper & Row.

Inglis, B. (1983). *The Disease of Civillization.* Paladin: London.

Kuhn, T. S. (1975). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Powles, J. (1979). On the Limitations of Modern Medicine. In Sobel. David (ed.), *Ways of*

Health. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Russell, B. (1961) *History of Western Philosophy.* London: Allen & Unwin.

Thomas, L. (1975) *The Lives of a cell.* New York: Bantam.

Thomas, H. (1981). *An Unfinished History of the World.* London: Pan Books.

Towers, B. (1972). "Man in Evolution: The Teihardian Synthesis." *Teechnology and Society. September.*

Toynbee, A. (1972). *A study of History.* New York: Oxford University Press.

บทที่ 3
ร่างกาย เรือนร่าง ผัสสะ และประสบการณ์ในมิติด้านสุขภาพ

3.1. ว่าด้วยประวัติศาสตร์ของร่างกาย

หากพิจารณาในช่วงไม่เกิน 10 ปีที่ผ่านมา เราจะพบว่ามีผู้หญิงไทยจำนวนไม่น้อยที่ต้องประสบกับปัญหาหนักอกเรื่องหนึ่งว่าด้วยร่างกายของพวกเธอ นั่นก็คือ ทำอย่างไรหรือมีหนทางไหนที่จะช่วยลดหุ่นของพวกเธอให้ทั้งผอมเพรียวบางและฟิตกระชับไปพร้อมๆกัน รวมถึงปลอดไขมันในทุกส่วนสัดของร่างกาย เนื่องจากเรือนร่างที่ครั้งหนึ่ง (เมื่อ10-20 ปีก่อนหน้านี้) เคยได้รับการยอมรับจากผู้คนทั้งชายและหญิงโดยทั่วไปว่างดงามสมส่วน กลับได้รับการประเมินใหม่จากทั้งเจ้าตัวและคนในสังคมว่ายังดูอวบดูท้วมเกินไป หรือยังผอมไม่พอ ไม่เพียงเท่านั้น พวกเธอยังควรจะมีผิวพรรณที่มีโทนสีขาวอมชมพูที่แสดงถึงความสะอาด เปล่งปลั่งสดใส ไม่หมองคล้ำ รวมทั้งผิวพรรณดังกล่าวยังต้องปราศจากริ้วรอยเหี่ยวย่นและร่องลึก อันจะสื่อแสดงถึงอายุขัยที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้พวกเธอคงสภาพประดุจสาวสองพันปีไปชั่วนิรันดร์

ในกรณีดังกล่าว มันเกิดอะไรขึ้นกับการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของสตรีในยุคปัจจุบันในช่วงเวลาไม่ถึง 10 ปีที่ผ่านมา? อย่างหนึ่งที่เราสามารถรู้สึกได้ก็คือ การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของสตรีในยุคนี้แตกต่างจากอดีตเมื่อ 15-20 ปีก่อนเป็นอย่างมาก ซึ่งน่าจะเชื่อมโยงกลับไปได้ว่ามาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ถูกสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการกำหนดและประเมินคุณลักษณะทางอุดมคติของร่างกายในยุคนี้ก็คงมีความแตกต่างกับในยุคก่อนอย่างชัดเจน และหากพิจารณาให้ลึกซึ้งเราก็จะพบว่า ในแต่ละช่วงเวลาจากอดีตจวบจนปัจจุบัน คุณลักษณะต่างๆ ทางอุดมคติของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นความสูง ส่วนสัด เครื่องหน้า สีผิว หรือแม้แต่ท่วงท่าการเคลื่อนไหว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆอยู่เสมอ นั่นก็หมายความว่าไม่มีเกณฑ์มาตรฐานใดๆ สามารถใช้ในการกำหนดและประเมินคุณลักษณะทางอุดมคติของร่างกายได้อย่างเป็นนิรันดร์ ทำให้สิ่งที่เรียกว่าร่างกายในอุดมคติ (ideal body) ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง ผิดแผกแตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย หรืออาจกล่าวได้อีกอย่างก็คือ ร่างกายก็มีความเป็นประวัติศาสตร์กับเขาเช่นกัน

นักคิดคนสำคัญที่นำเสนอเรื่องราวว่าด้วยประวัติศาสตร์ของร่างกายก็คือ ไบรอัน เทอร์เนอร์ (Bryan Turner) สิ่งที่ Turner (1996) นำเสนอก็คือการพยายามลำดับว่าร่างกายในอุดมคติของผู้คนในสังคมตะวันตกมีลักษณะเช่นไรและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง นับตั้งแต่ยุคกรีกโบราณเป็นต้นมาจนถึงยุคสมัยใหม่ และที่สำคัญก็คือคุณลักษณะของร่างกายในอุดมคติ รวมถึงการจัดการกับร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้บรรลุซึ่งร่างกายในอุดมคติดังกล่าวนั้น มีผลสืบเนื่องมาจากเหตุปัจจัยใด หรือการสมาทานแนวคิดแบบไหน ภายใต้บริบทแวดล้อมลักษณะใด นอกจากนั้นการจัดการเปลี่ยนแปลง ปรับแต่งร่างกายด้วยวิธีการใดๆ เพื่อให้บรรลุซึ่งร่างกายในอุดมคติดังกล่าวนั้น ได้ส่งผล

กระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ รวมถึงอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลผู้นั้น คนรอบข้าง และผู้คนในสังคมโดยรวมอย่างไรบ้างและในระดับใด ตัวอย่างเช่น ในยุควิคตอเรียที่บริบททางสังคมให้ความสำคัญกับความเคร่งศาสนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความยับยั้งชั่งใจ การละหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึก ความอยาก ความต้องการ ได้ส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อชีวิตของสตรีในยุคนั้น (โดยเฉพาะสตรีชั้นสูง) ทำให้พวกเธอจำต้องสวมใส่เสื้อผ้าเครื่องแต่งกายที่ปกปิดมิดชิดจนถึงขั้นอึดอัด ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ต้องเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกในทุกด้าน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเพศ) ส่งผลให้อาการผิดปกติค่อยๆสะสม พอกพูน และพัฒนาขึ้นจนกลายเป็นโรค Hysteria ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจอย่างมากต่อกลุ่มสตรีชนชั้นสูงในวงกว้าง หรือแม้กระทั่งต้องพยายามข่มใจไม่ให้รับประทานตามความอยาก ความหิว และอาจรุนแรงถึงขั้นยอมอดอาหารเพื่อชำระล้างจิตใจให้บริสุทธิ์ ส่งผลให้ได้รับอาหารในปริมาณที่น้อยมากจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และอาจรุนแรงถึงขั้นทั้งร่างกายและจิตใจเกิดภาวะปฏิเสธอาหาร จนกลายเป็นต้นแบบของโรค Anorexia Nervosa เช่นที่พวกเราได้รับทราบกันอยู่ในปัจจุบัน

นักคิดอีกท่านที่ศึกษาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การจัดการกับร่างกายก็คือ นอร์เบิร์ต เอเลียส (Norbert Elias) โดย Elias (อ้างใน Shilling 1993 และในปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล 2541) ทำการศึกษาถึงกระบวนการการสร้างร่างอารยะ (civilized bodies) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกินเวลาตั้งแต่ช่วงเปลี่ยนผ่านจากปลายยุคกลางเข้าสู่คริสต์ศตวรรษที่ 17 และ 18 ที่ความป่าเถื่อนและการใช้กำลังรุนแรงของเหล่านักรบค่อยๆลดลง ขณะเดียวกันสังคมแบบราชสำนักก็ค่อยๆพัฒนาขึ้นและเคลื่อนเข้าแทนที่ ดังนั้นเพื่อสร้างความประทับใจ และการยอมรับนับถือจากบรรดาผู้คนที่สมาคมด้วย ร่างกายและวัตรปฏิบัติทางกายทุกกระเบียดนิ้วของบรรดาขุนนางทั้งหลาย (ไม่ว่าจะเป็นการแต่งกาย การแสดงสีหน้าท่าทางและน้ำเสียง อิริยาบทการยืนเดิน รวมถึงมารยาทบนโต๊ะอาหาร) จะค่อยๆได้รับการขัดเกลาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ให้มีความประณีต หมดจดงดงาม เปี่ยมด้วยจรรยามารยาท เพื่อให้สอดคล้องต้องตามกฎระเบียบอันเข้มงวดและเคร่งครัดของจารีตแห่งราชสำนักที่ได้รับการบัญญัติไว้ในยุคนั้น และจากกระบวนการการสร้างร่างอารยะดังกล่าว ก็ยังส่งผลอย่างต่อเนื่องและยาวนานแฝงฝังอยู่ในมารยาทในการเข้าสังคมในหมู่ชนชั้นสูงจนถึงยุคปัจจุบัน และจากแนวคิดว่าด้วยกระบวนการการสร้างร่างอารยะของ Elias ได้จุดประกายให้สตีเฟน เมนเนล (Stephen Mennel) (1991) นำไปใช้อธิบายในลักษณะที่เจาะลึกลงในรายละเอียด เกี่ยวกับกระบวนการสร้างความเป็นอารยะและร่างอารยะ ผ่านการควบคุมความอยากอาหารของผู้คนในสังคมตะวันตกตั้งแต่ยุคกลางจนถึงยุคสมัยใหม่ในงานเขียนเรื่อง On the Civilizing Appetite ซึ่งรวบรวมอยู่ในหนังสือเรื่อง The Body: Social Process and Cultural Theory และที่สำคัญก็คือ Mennel ไม่ลืมที่จะเน้นย้ำให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดังกล่าวที่มีต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ความรู้สึกของผู้คนในสังคมทั้งในแต่ละชนชั้นและในภาพรวม

แมเรียน เธแซนเดอร์ (Marianne Thesander) (1997) เป็นผู้หนึ่งที่พยายามสะท้อนภาพของประวัติศาสตร์แห่งเรือนร่างในอุดมคติของสตรีตะวันตกในยุคถัดมา คือตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 17 จวบจนปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน (จากภาพประกอบภาพวาดและภาพถ่าย) โดยนำเสนอว่าในแต่ละช่วงเวลานั้น ภาพแห่งเรือนร่างในอุดมคติของสตรีตะวันตกมีลักษณะที่แตกต่าง แยกขาดจากกันโดยสิ้นเชิง ซึ่งนั่นก็เป็นเพราะภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ต่างกัน ความคิด ความเชื่อและวัตรปฏิบัติของผู้คนในแต่ละยุคสมัยย่อมแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวคิดและการรับรู้ต่อเรือนร่างในอุดมคติ รวมถึงการจัดการปรับเปลี่ยนร่างกายของตนเพื่อให้สอดคล้องกับเรือนร่างในอุดมคติของผู้คนในแต่ละช่วงเวลาย่อมมีความเฉพาะตัวในแต่ละยุค

ในส่วนของการศึกษาประวัติศาสตร์ของร่างกายในประเทศไทยนั้น ที่นำเสนอให้เห็นภาพอย่างชัดเจนก็คือ วิทยาพนธ์ของสุพัตรา กอบกิจสุขสกุล (2531) เรื่องการประกวดนางสาวไทย (พ.ศ. 2477-2530) โดยจะแสดงภาพให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการประกวดนางสาวไทยในแต่ละยุคนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยผลักดันในด้านใดบ้าง ภายใต้บริบทแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมแบบไหน และที่สำคัญก็คือ เกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการใช้ในการตัดสินการประกวด ก็ยังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย สะท้อนให้เห็นถึงการเลือกให้คุณค่ากับคุณลักษณะทางกายที่เรียกว่าความงามตามอุดมคติของสตรีที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา

เนื่องจากการอธิบายดังกล่าวข้างต้นเป็นความพยายามที่จะฉายภาพร่างกายในอุดมคติ โดยไล่เรียงไปตามลำดับช่วงเวลา พร้อมกันนั้นก็พยายามขมวดเน้นให้เห็นว่าสิ่งที่เรียกกันว่าร่างกายในอุดมคติในแต่ละยุคนั้นมีลักษณะเด่นเฉพาะตัวอย่างไร และแตกต่างจากยุคอื่นอย่างไรบ้าง ทำให้การนำเสนอในลักษณะดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะมองภาพในลักษณะเหมารวมว่า หากพิจารณาเจาะลึกลงไปในแต่ละยุคสมัย มาตรฐานของร่างกายในอุดมคติจะมีเพียงหนึ่งเดียว และผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมก็ให้การยอมรับมาตรฐานดังกล่าวเป็นแบบอย่าง และพยายามหาหนทางจัดการกับร่างกายของตนเพื่อให้มีลักษณะที่สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับร่างกายในอุดมคติของยุคนั้น ซึ่งนั่นเท่ากับมองข้ามความเป็นจริงที่ว่าผู้คนในสังคมล้วนมีความแตกต่างหลากหลาย (ไม่ว่าจะเป็นด้วยเพศ วัย รวมถึงสถานภาพด้านต่างๆทางสังคม) และสังคมก็ยอมรับในความหลากหลายนั้น จึงได้กำหนดมาตรฐานที่มีความหลากหลาย ไม่ใช่มาตรฐานสากลเพียงหนึ่งเดียว เช่นแม้จะเป็นเพศหญิงเหมือนกัน แต่มาตรฐานแห่งเรือนร่างในอุดมคติของสาวน้อยแรกรุ่น แม่บ้าน สาวใหญ่วัยกลางคน หรือมารดาแรกคลอดก็ย่อมแตกต่างกัน ไม่เพียงเท่านั้น ยังทำให้มองข้ามความเป็นจริงที่ว่ายังมีคนอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ยอมรับหรืออาจถึงขั้นท้าทาย หรือต่อต้านเกณฑ์มาตรฐานนั้นๆ แล้วย้อนถามถึงที่มา ความชอบธรรม รวมถึงเบื้องหลังการตั้งเกณฑ์มาตรฐานเหล่านั้น (เช่นเพราะเหตุใดเรือนร่างในอุดมคติของสตรีชาวตะวันตกจึงต้องมีสัดส่วนของเอวที่เล็กกว่าช่วงอกและสะโพกอย่างมาก) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยผลักดันสำคัญ

ประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความพยายามในการรื้อเกณฑ์มาตรฐานเดิมและเปลี่ยนเกณฑ์มาตรฐานใหม่มาแทนที่ในยุคต่อมา

ดังนั้นจึงได้เกิดแนวคิดอีกแบบหนึ่ง ที่ศึกษาประวัติศาสตร์ของร่างกายในเชิงการตั้งคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า สิ่งที่เรียกกันว่าร่างกายในอุดมคติ หรือร่างกายรวมถึงการแสดงออกทางกายที่สื่อแสดงให้เห็นถึงความเป็นปกติในแต่ยุคแต่ละสมัยนั้นมีที่มาจากไหน เพราะเหตุใดและด้วยกลยุทธ์อันแยบคายในรูปแบบใดบ้างที่ส่งผลให้แนวคิด ความเชื่อ หรือหลักการบางอย่างถึงทรงอิทธิพล มีพลังในการโน้มน้าวให้คล้อยตาม มีอำนาจในการสร้างการยอมรับนับถือจากผู้คนเป็นอย่างมาก จนสามารถสถาปนามาตรฐานแห่งร่างกายในอุดมคติของตนขึ้นเป็นมาตรฐานหลักของสังคม ขณะเดียวกันก็ยังมีศักยภาพในการสร้างและโหมกระพือความคลางแคลงสงสัยของผู้คน ที่มีต่อแนวคิดที่ว่าด้วยร่างกายหรือการแสดงออกทางกายในรูปแบบอื่นที่แตกต่างจากตน จนถึงขั้นที่สามารถเบียดขับแนวคิดอื่นๆที่มีความแตกต่าง หลากหลายของร่างกายให้ตกขอบไป กลายเป็นสิ่งที่ผิดปกติ หรือเบี่ยงเบนจากมาตรฐานจนผู้คนในสังคมยอมรับไม่ได้ และนักคิดคนสำคัญที่เป็นต้นแบบความคิดดังกล่าวก็คือ มิเชลล์ ฟูโกต์ (Mitchell Foucault) (เริ่มอ่านงานของ Foucault ได้จาก Dreyfus H and Rabinow P. (1982) *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*)

การให้ความสนใจกับประวัติศาสตร์ของร่างกายทำให้เราตระหนักได้ว่า สิ่งที่เราเรียกและให้การยอมรับกันว่าเป็นรูปร่างมาตรฐานในอุดมคติ และพร้อมยอมทำทุกวิถีทางไม่ว่าจะต้องเหนื่อยยากหรือต้องทุ่มเททั้งเวลาและเงินทองมากแค่ไหนก็ตามนั้น แท้จริงแล้วเป็นเพียงสิ่งที่ถูกสร้างขึ้น จากเหตุปัจจัยผลักดันบางประการ ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะยุค และเมื่อเวลาล่วงเลยไปเกณฑ์มาตรฐานแห่งร่างกายในอุดมคติก็เปลี่ยนแปลงไป จนในบางครั้งแทบไม่หลงเหลือร่องรอยเดิมไว้ด้วยซ้ำ เช่นเดียวกับค่ามาตรฐานจำนวนไม่น้อยในทางการแพทย์ การสาธารณสุข และระบาดวิทยา ที่ถูกทำให้น่าเชื่อถือและสร้างการยอมรับอย่างสนิทใจจากผู้คนในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา ด้วยการอ้างหลักการและเหตุผลของวิทยาศาสตร์ หลักสถิติ และเทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อให้ไปมีผลในการควบคุมจัดการกับร่างกายกับผู้คนในสังคมทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง ได้ส่งผลกระทบอย่างมหาศาลต่อวิธีการดูแลสุขภาพ สภาพอารมณ์และจิตใจ ไปจนถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมจวบจนปัจจุบัน เช่น การอ้างค่าสถิติในการฉายภาพให้เห็นถึงความสามารถในการผลิตอาหารเพิ่มเทียบกับอัตราการเพิ่มของประชากรที่ต้องการบริโภคอาหารในอนาคต เพื่อสร้างความวิตกกังวลต่ออัตราการเพิ่มของประชากรให้เกิดขึ้นกับผู้คนจำนวนมากในช่วง 30-40 ปีที่ผ่านมา และผลักดันให้โครงการวางแผนครอบครัวได้รับความสำเร็จอย่างชัดเจน ครอบคลุม และต่อเนื่องจนถึงทุกวันนี้

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งที่ยกมาประกอบเพื่อนำเสนอให้เห็นว่า แม้แต่ในทางการแพทย์และสาธารณสุขร่างกายในอุดมคติก็มีความเป็นประวัติศาสตร์เช่นกัน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับพวก

ท่านนักวิจัยเชิงคุณภาพรุ่นใหม่ทั้งหลาย ที่อยู่ในชัยภูมิที่เอื้ออำนวยกว่า มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลในชุมชนของตนได้ดีกว่า หรือบางรายอาจมีข้อมูลอยู่ในมือหรือกำลังนั่งทับข้อมูลอยู่ จะได้ทดลองเรียนรู้การทำวิจัยเชิงคุณภาพในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ของร่างกายในเชิงการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อก้าวไปเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพสายการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเต็มตัวในอนาคต

หนังสือแนะนำ

ปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล (บรรณาธิการ). (2541) *เผยร่าง พรางกาย: ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลปะ และมานุษยวิทยา.* กรุงเทพ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

สุพัตรา กอบกิจสุขสกุล. (2531) *การประกวดนางสาวไทย (พ.ศ. 2477-2530).* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Dreyfus H and Rabinow P. (1982) *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics.* Chicago: The University of Chicago Press.

Featherstone M, Hepworth M. and Turner B.S (eds). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage.

Lupton D. (1994) *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.

Shilling C. (1993) *The Body and Social Theory*. London: Sage.

Thesander M. (1994) *The Feminine Ideal*. London: Reaktion Books.

Turner B.S. (1996) *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London: Sage.

3.2. วาทกรรมเกี่ยวกับร่างกายในปัจจุบัน

การเมืองเรื่องร่างกายของมนุษย์จากมุมมองต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นรัฐ ศาสนา และขนบประเพณีของท้องถิ่น มีอิทธิพลโดยตรงกับประสบการณ์ด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ มายาวนาน เนื่องจากร่างกายเป็นที่ตั้งของตัวตนและการนำเสนออัตลักษณ์ในลักษณะที่หลากหลายของผู้คน ในทางสังคมศาสตร์การศึกษาร่างกายมีมายาวนานหลายทศวรรษ นับเนื่องจากงานยุคหลังโครงสร้างนิยมของนักคิดนามมิเชล ฟูโกต์ ในทศวรรษ 1970 และงานวิชาการสายสตรีนิยม (feministism) ประเด็นเรื่องร่างกายของผู้หญิงได้กลายเป็นที่มาของการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างเพศ ต่างชนชั้น และต่างสถานภาพทางสังคมได้อย่างแหลมคม เนื่องจากผู้หญิงในยุคสมัยใหม่ (modernism) ถูกทำให้แปลกแยกจากร่างกายของตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้หญิงไม่มีอำนาจแม้แต่การกำหนดว่า ร่างกายของ

เธอจะถูกใช้เมื่อไร ที่ไหน อย่างไรและโดยใคร (วารุณี 2545: 131) ยิ่งในมุมมองทางศาสนา กายกับจิตเป็นสิ่งแยกขาดออกจากกัน ความสุขทางกายโดยเฉพาะกามารมณ์ถูกมองเสมือนเป็นบาปหรือด้านมืดของมนุษย์ เมื่อได้กลายมาเป็นอุปสรรคประการสำคัญต่อการบรรลุธรรมและการเติบโตทางจิตวิญญาน (ดูรายละเอียดจาก ปิยฤดี และไชยันต์ 2541: 70-71)

มุมมองต่อร่างกายในยุคปัจจุบันได้มีความเปลี่ยนแปลงไป เมื่อกระแสคิดหลังยุคสมัยใหม่ (postmodernism) และกระแสการแพทย์เชิงพาณิชย์ได้ทำให้ร่างกายมีความหมายที่หลากหลายมากกว่าเรื่องการบรรลุธรรม กามารมณ์ หรือการให้กำเนิดบุตร เรือนร่างได้กลายเป็นที่ตั้งของความงามตามแนวคิดสวยด้วยแพทย์ ซึ่งมัลลิกา (2546) ได้อธิบายเรื่องราวของความงามที่ถูกจัดการด้วยอำนาจทางการแพทย์ภายใต้ทฤษฎีการสร้างทางสังคม เพบว่า ความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เบียดขับจารีตความงามแบบธรรมชาติออกไป และสร้างความงามแบบตะวันตกขึ้นมาแทน โดยเฉพาะในยุคที่วิชาชีพแพทย์ได้รับการยกย่องจากอำนาจแห่งความรู้และเป็นเจ้าของวาทกรรมในการกำหนดกฎเกณฑ์เรื่องความงาม เพื่อจัดการกับร่างกายผู้หญิงด้วยศัลยกรรมอย่างชอบธรรม ซึ่งอธิบายได้ว่าร่างกายผู้หญิงถูกควบคุมจากบรรทัดฐานความงามทางสังคมที่เข้มงวด คงที่ มีระเบียบวินัย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ ฟูโกต์ (Foucault 1980: 57) เคยกล่าวไว้ว่า ร่างกายจะถูกควบคุมด้วยการสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดความต้องการ ภายใต้การจัดการด้วยสถาบันทางการเมือง ร่างกายสามารถยืดหยุ่น มีอิสระ มีฐานะเป็นศูนย์กลางในการสร้างความเป็นตัวตน ต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแล บำรุงรักษา เพื่อให้มีรูปร่างหน้าตาสวยงามได้สัดส่วน

Helman (2001). กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงอย่างมีสาระสำคัญในการลดทอนแยกส่วนของการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งมักมาควบคู่กับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการวินิจฉัยโรค (ดูรายละเอียดใน Helman 2001: chapter 5) โดยเน้นไปให้ความสำคัญกับส่วนเล็ก ๆ ในร่างกายเฉพาะจุด หรืออณูเล็ก ๆ ภายในร่างกาย มีการพัฒนาเครื่องเอ็กซ์เรย์ อุลตราซาวน์ และเอ็มอาร์โอสแกน ซึ่งทำให้การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะภายในร่างกายเป็นไปอย่างง่ายดายมากยิ่งขึ้น การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรซึ่งเป็นสิ่งที่เคยเกิดขึ้นในร่างกายของผู้หญิงเท่านั้น แต่ในปัจจุบันมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดภายนอกร่างกายหรือแม้กระทั่งเกิดภายในร่างกายของผู้หญิงคนอื่น

ในศตวรรษที่ 21 ได้มีร่างกายแบบใหม่ ๆ เกิดขึ้น หรือมีแนวทางใหม่ในการสร้างกรอบคิดเกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์ อาทิ ร่างกายที่ประดิษฐ์ขึ้น (The composite body) การผ่าตัดชิ้นส่วนทดแทนส่วนที่เสียหายไป (spare-part surgery) อาจเป็นชิ้นส่วนประดิษฐ์หรือชิ้นส่วนจากร่างกายของผู้อื่น ร่างกายประดิษฐ์ (Artifical body parts) นั้นทำจากเหล็ก พลาสติก ไนลอน หรือยางพารา เพื่อนำมาประกอบเป็นสะโพก (hips) หัวเข่า (knees) เส้นโลหิตแดง (arteries) คอหอย (larynx) แขน (limbs) ฟัน (teeth) ลิ้นหัวใจ (heart valves) กระจกตา (corneas) และหลอดอาหาร (oesophagus) การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะโดยเฉพาะหัวใจ ตับ กระจกตา กระดูกอ่อน ผม ตับ คนจำนวนมากโดยเฉพาะ

ผู้สูงอายุมีร่างกายส่วนหนึ่งปลอมปนด้วยการประดิษฐ์หรือมาจากร่างกายของคนอื่น (ดูรายละเอียดใน Helman 1992: 19-28) ซึ่งส่วนประกอบเหล่านี้ อาจกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมโดยลึกซึ้งต่อภาพลักษณ์ร่วมสมัยของร่างกายและเกิดความรู้สึกว่าไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง

หุ่นยนต์ (cyborg) เป็นประดิษฐกรรมร่วมสมัยซึ่งได้หลอมรวมความเป็นมนุษย์ (human being) กับเครื่องยนต์กลไกเข้าไว้ด้วยกัน เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่สามารถทำให้คนมีชีวิตอยู่ต่อไป หรือมีโครงสร้างของร่างกายที่ผูกติดกับเครื่องกลไก ไม่ว่าชิ้นเล็กหรือชิ้นใหญ่เกือบตลอดเวลา อาทิ เครื่องช่วยหายใจปอดเหล็ก (iron lungs) เครื่องกกทารก (incubator) หัวใจเทียม (artifical hearts) วัสดุสื่อกระแสไฟฟ้าขนาดเล็กช่วยในการฟัง (transsistor hearing aids) เครื่องช่วยหัวใจ (pacemakers)

เรื่องราวของการบริจาคอวัยวะ ซึ่งมีผลสืบเนื่องจากในประเทศตะวันตกหลายประเทศผู้ป่วยอาการสลบไม่รู้สึกตัว (comatose) ถูกประกาศในทางกฎหมายให้เป็นผู้ตายไปแล้วอวัยวะภายในร่างกายสามารถบริจาคให้คนอื่นได้ แม้ว่าหัวใจยังคงเต้นอยู่และยังหายใจได้ด้วยเครื่องมือช่วยชีวิต (ดูรายละเอียดจาก Walton 1983) หรือแม้กระทั่งในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเดิมไม่มีความเชื่อเรื่องสมองตายว่าเป็นการสิ้นสุดของชีวิต เพราะความตายของปัจเจกบุคคลจะจบสิ้นลงเมื่อผ่านวาระพิธีการงานศพที่ครอบครัวและชุมชนจัดให้ ก็มีความเปลี่ยนแปลงในปี ค.ศ.1997 เมื่อมีกฎหมายเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (the Organ Transplant Law) ซึ่งเป็นครั้งแรกที่มีการตระหนักว่าภาวะสมองตายเป็นการสิ้นสุดของชีวิต (ดูรายละเอียดใน Nudeshima J.1991: 1063-4)

วาทกรรมและวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางการแพทย์ ได้ทำงานบนร่างกายคนไข้โดยใช้เทคโนโลยีทันสมัยเป็นเครื่องมือหนุนเสริม เพื่อฟื้นฟูพวกเขาให้กลับเข้าสู่บรรทัดฐานทางสังคมที่มีระเบียบวินัยกำกับอยู่ ในมิติของความมีระเบียบวินัยที่ว่านี้ ร่างกายถูกทำให้เชื่อง คนไข้จึงสมัครใจเข้าไปสู่ปฏิบัติการทางการแพทย์ในทุกมิติและแง่มุมของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเทคโนโลยีพยุงชีวิต เทคโนโลยีของการทดแทนชิ้นส่วนอวัยวะที่เสียหายไป หรือแม้กระทั่งศัลยกรรมความงาม เนื่องจากวาทกรรมความงามและเทคโนโลยีสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ใหม่ของบุคคลและอัตลักษณ์ทางสังคม จนดูเสมือนเป็นสิ่งจำเป็นอันยากจะต่อต้านขัดขืน แม้จะเป็นความเสี่ยงเมื่อพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่งก็ตาม

หนังสือแนะนำ

ปิยฤดี และไชยันต์ ไชยพร. (2541). เซ็กส์: กิจกรรมที่คุณชอบทำ แต่ไม่ชอบพูด และชื่ออื่น ๆ. ใน ปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล (บรรณาธิการ), *เผยร่าง-พรางกาย. ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลป และมานุษยวิทยา.* กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

มัลลิกา มัติโก. (2546).การทำศัลยกรรมใบหน้าของผู้หญิงไทย: ความงามกับการจัดการทางการแพทย์. บทความกำลังเตรียมตีพิมพ์โดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2545). *สตรีนิยม: ขบวนการและแนวคิดทางสังคมแห่งทศวรรษที่ 20.* กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977.* In Colin Gordon (ed.). New York: Harvester Wheatsheaf.

Helman, C.G.(1992). *The Body of Frankenstein 's Monster.* W.W.Norton.

Helman, C. G. (2001). *Culture, Health and Illness.* (Fourth edition). London: Oxford University Press.

Nudeshima J. (1991). Obstacles to brain dealth and organ transplatation in Japan. *Lancet,* 338, pp.1063-4.

บทที่ 4
อาหารโภชนาการและสุขภาพ

4.1 การเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคที่มีผลต่อสุขภาพ

การศึกษาทำความเข้าใจถึงความสำคัญของกระบวนการโลกาภิวัฒน์กับการเปลี่ยนแปลงด้านอาหารและโภชนาการนับว่าเป็นประเด็นใหญ่ที่มีการสนใจศึกษากันมากประเด็นหนึ่ง โดยมากจะเน้นการแสดงให้เห็นถึงผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีผลกับอาหารการกินและสุขภาพตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงระดับโลก ซึ่งตกอยู่ภายใต้กระแสของการเปลี่ยนผ่านไปสู่ความเป็นเมือง ความเป็นอุตสาหกรรม และความเป็นตะวันตก การเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ประชากรมีรายได้สูงขึ้นและมีชีวิตความเป็นอยู่แบบเมืองมากขึ้นทำให้หลายสังคมทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนากำลังอยู่ในช่วง “การเปลี่ยนผ่านทางโภชนาการ” (Nutrition Transition) ที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญกล่าวคือมีการบริโภคอาหารต่อไปนี้มากขึ้น ได้แก่ ธัญพืชขัดขาว (ข้าวขัดขาว) เนื้อสัตว์และไขมัน น้ำตาลทรายขาว อาหารปรุงสำเร็จ รวมทั้งมีพฤติกรรมการกินข้าวนอกบ้านเพิ่มขึ้น (Helman 200: 46) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมการบริโภคที่เกิดขึ้นได้ก่อให้เกิดโรค “ใหม่” ที่กลายมาเป็นโรคธรรมดาในสังคมตะวันตกในขณะที่ในสังคมนอกประเทศตะวันตกที่มีรูปแบบวิถีชีวิตเป็นแบบตะวันตกมากขึ้น ซึ่งในอดีตโรคเหล่านี้ไม่ค่อยพบบ่อยและ
หายากได้กลายมาเป็นโรคที่คุกคามสุขภาพของประชากรมากที่สุดในศตวรรษที่ผ่านมา โรคดังกล่าวได้แก่ (Appendicitis) (diverticular disease) (benign colonic tumours) (cancer of large bowel) (ulcerative colitis) (varicose veins) (deep vein thrombosis) (pulmonary embolism) (haemorrhoids) (coronary heart disease) (gallstone) (hiatus hernia) โรคอ้วน (obesity) และโรคเบาหวาน (diabetes) (Helman 2001: 47)

หลังสงครามโลกครั้งที่สองระบบสุขภาพของคนไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากเดิมที่โรคระบาดหรือโรคติดเชื้อเคยครองอันดับต้น ๆ ของปัญหาสุขภาพกลับลดลงมาก สาเหตุนอกจากการให้ความสำคัญกับการจัดการด้านสาธารณสุข (public health) และการสุขาภิบาล (hygien) อย่างมากในศตวรรษก่อนหน้านั้นแล้ว การค้นพบวิทยาการและตัวยาใหม่ทางการแพทย์ อาทิ การค้นพบวัคซีนใหม่ ๆ ที่ใช้ป้องกันโรคอย่างได้ผล การค้นพบยาปฏิชีวนะ อย่างเพ็นนิซิลิน อันเป็นผลจากการค้นคว้าระหว่างสงคราม หลังสงครามโครงการปราบปรามโรคติดต่อร้ายแรงที่คร่าชีวิตประชากรโลกอยู่ในขณะนั้น อาทิ โครงการปราบมาเลเรีย วัณโรค โรคเรื้อน ซึ่งดำเนินการโดยองค์การระหว่างประเทศไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลก (WHO - ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2491) และองค์กรความช่วยเหลือจากประเทศ

สหรัฐอเมริกา อาทิ USIAD ICA MSA (Mutual Security Agency) ทำให้การปราบปรามโรคระบาดที่เคยเป็นปัญหาสำคัญทั่วทุกมุมโลก ได้ประสบผลสำเร็จอย่างเห็นได้ชัด จนกระทั่งทศวรรษ 2510 ปัญหาของโรคติดเชื้อเหล่านี้ก็ไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศอีกต่อไป (พระบำราศนราดูร (บก.) 2510) ในขณะที่โรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคหรือโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ได้กลายมาเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แทน

หากพิจารณาภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทยในปัจจุบันพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง (สุวิทย์ (บก.) 2545: 181) โดยโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนไทย ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง และเบาหวาน ดังเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าว โรคหัวใจมีอัตราเพิ่มขึ้นต่อประชากร 100,000 คน จาก 56 .5 ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 285.4 ใน ปี พ.ศ. 2543 โรคมะเร็งมีอัตราเพิ่มขึ้นต่อประชากร 100,000 คน จาก 34.7 ใน ปี พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 71.1 ในปี พ.ศ. 2543 โรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นต่อประชากร 100,000 คน จาก 33.3 ในปี พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 91.0 ใน พ.ศ.2537 และเป็น 250.3 ในปี พ.ศ. 2543 นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายใน ปี พ.ศ. 2539 พบว่า จากผู้ป่วยเบาหวาน 2 ล้านคนมีเพียงครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าตัวเองเป็นเบาหวาน (สุวิทย์ (บก.) 2545: 205-6)

นอกจากนั้นจากการจัดลำดับความสำคัญของโรคภัยไข้เจ็บในภาพรวมของประชากรซึ่งเป็นการวัดจากดัชนีทั้งจากมุมมองทางการแพทย์และทางสังคมและเศรษฐกิจพบว่า โรคที่เป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพของคนไทยสูงที่สุดในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาในอันดับ 1 เท่ากัน อันดับรองลงมา คือ เบาหวาน การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และการติดเชื้อทางเดินอาหารเป็นปัญหาอันดับที่ 3 ร่วมกัน และที่น่าสนใจก็คือลำดับความสำคัญของปัญหาโรคภัยไข้เจ็บในประชากรเพศหญิงปรากฏว่า เบาหวานอยู่ในอันดับที่ 2 (จันทร์เพ็ญ 2543: 505-7)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันกับความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของไทยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างขนานใหญ่หลังสงครามโลกครั้งที่สอง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ประเทศไทยรับเอาการวางแผนจากธนาคารโลกและผู้เชี่ยวชาญจากสหรัฐอเมริกาในต้นทศวรรษ 2500 จนเกิดเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรกในปี พ.ศ. 2504 จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในสมัยของ “การพัฒนา” ที่เปลี่ยนจากเศรษฐกิจเกษตรกรรมแบบยังชีพ ไปเป็นเกษตรอุตสาหกรรมและการผลิตในภาคอุตสาหกรรมที่เพิ่มขึ้นมาก ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อสังคมไทยอย่างใหญ่หลวง ตลอดการประกาศใช้นโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาจนจบแผน 7 (พ.ศ. 2534-

2538) ได้ส่งผลให้สังคมไทยได้กลายไปสู่ความเป็นเมืองและการผลิตแบบอุตสาหกรรมมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และวิถีชีวิตของผู้คนก็มีรูปแบบการใช้ชีวิตที่เลียนแบบวิถีชีวิตแบบตะวันตกมากขึ้นด้วยเช่นกัน

วิธีคิดในทางการแพทย์ที่จัดแบ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนั้นได้จัดให้ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมทั้งหลายเป็น “ปัจจัยปลายทางหรือปัจจัยไกล (distal factors)” และถูกทำให้ยอมรับกันว่าอยู่นอกเหนือการควบคุมของหน่วยงานทางสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดการป้องกันรักษา “ปัจจัยเสี่ยงต้น (proximal factors)” คือ สิ่งที่มีผลโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคนั้น เช่น การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจมีสาเหตุมาจากภาวะอ้วนที่เกิดจากการบริโภคที่ล้นเกิน สัมพันธ์กับปัจจัยปลายทางคือการผลิตแบบอุตสาหกรรมและการส่งเสริมการบริโภคเพื่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน (วิชัย 2546: 5-7)

แต่จากการศึกษาเรื่องอาหารการกิน หรือการบริโภคในสังคมต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น นักสังคมศาสตร์ นักมานุษยวิทยาและนักประวัติศาสตร์ต่างก็ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องวัฒนธรรมของมนุษย์และได้เปลี่ยนแปลงมาโดยตลอดในประวัติศาสตร์ของสังคมมนุษย์ การบริโภคหาใช่เป็นการเติมเอาสารอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างเดียวดังในมุมมองของนักโภชนาการและนักวิชาการทางด้านการการแพทย์ไม่ และพบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจด้วย

งานที่น่าสนใจชิ้นหนึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศคือในสังคมอังกฤษของ Alan Warde เรื่อง “Consumption, Food and Taste” เป็นการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการบริโภคอาหารในสังคมอังกฤษ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมทั้งในด้านเศรษฐกิจการเมือง และการขยายตัวของวัฒนธรรมวัตถุนิยมทำให้รูปแบบการกินและรสนิยมของคนเปลี่ยนไปและโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของมุมมองที่ผู้คนมีต่อสุขภาพได้ส่งผลถึงวัฒนธรรมการบริโภคอย่างมาก เพราะมีการจัดอาหารที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพทำให้รูปแบบการผลิตและบริโภคอาหารและเครื่องดื่มเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยการยกเอาตัวอย่างเครื่องดื่มโค้กที่มีน้ำตาลผสมอยู่มากจนดูเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ผลิตจึงผลิตไดเอทโค้กที่ไม่มีน้ำตาลขึ้น ซึ่งขายดีกว่าโค้กรสดั้งเดิมเสียอีก (Warde 1997)

หรืองานทางด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ศึกษาถึงประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในสาขาวิชาดังกล่าวเกี่ยวกับอาหารและสุขภาพก็คือ งานศึกษาของ Deborah Lupton เรื่อง *Food, the Body and the Self (1996)* งานชิ้นนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงการศึกษาเรื่องอาหารผ่านทฤษฎีแนวคิดที่สำคัญทางมานุษยวิทยาร่วมสมัย ประเด็นอาหารและการเลี้ยงดูเด็กในวัฒนธรรมต่าง ๆ เรื่องอาหารและวิธีคิดเกี่ยวกับรสชาติและวิธีคิดด้านโภชนาการในวัฒนธรรมต่าง ๆ รวมทั้งประเด็นอาหารธรรมชาติ อาหารสำเร็จรูปกระแสการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นกระแสของสังคมในปัจจุบัน

ในบริบทสังคมไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนี้ที่สำคัญ ได้แก่การศึกษาชาติชาย มุกสง (2547) ได้แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงของความหวานอันเป็นผลจากเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อแบบแผนการบริโภคน้ำตาลในช่วงเวลาต่าง ๆ ในสังคมไทย โดยพยายามจะอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบวิถีชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคมไทยในภาพรวมตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา เฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจกับรูปแแบบการกินและวิธีคิดเกี่ยวกับของกินที่มีรสหวาน

จากสถิติต่าง ๆ ก็ชี้ให้เห็นว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มปริมาณมากขึ้นอย่างต่อเนื่องดังเห็นได้ชัดนอกจากนี้ยังแสดงให้ถึงความสัมพันธ์กันของปัญหาสุขภาพที่สังคมไทยเผชิญอยู่กับอันตรายของน้ำตาลที่เกิดจากการบริโภคที่มากขึ้นจนเป็นปัจจัยต้นที่ก่อปัญหา ไม่ว่าจะเป็น เบาหวาน ความอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ก็ยังถูกถูกระบุว่าเกี่ยวพันกันกับปริมาณการบริโภคน้ำตาลที่มากขึ้น และจากการสำรวจของประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะพบว่า เยาวชนแม่บ้านและคนงานในโรงงานมีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยขาดความคำนึงถึงประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก (ประภาเพ็ญ และคณะ 2539, อ้างจาก สุวิทย์ (บก.) 2545: 135-6)

งานชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์อาหารในสังคมไทยโดยตรง ซึ่งได้นำเอาอาหารจีนเป็นกรณีศึกษา ที่ชี้ให้เห็นถึงพลวัตทางเศรษฐกิจการเมืองและการแพทย์ที่มีผลต่อการบริโภคก็คืองานของธเนศ วงศ์ยานนาวา เรื่อง “ความเป็นอนิจจังของอาหารจีนชั้นสูงในกรุงเทพฯ: การเดินทางสู่เส้นทางของอาหาร ‘ประชาธิปไตย’ ” ซึ่งในงานชิ้นนี้นอกจากจะเป็นการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนและความนิยมในการบริโภคอาหารจีนในเมืองไทยแต่ละยุคแต่ละสมัยว่า “การบริโภคอาหารก็ต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ” (ธเนศ 2546: 139) ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออกแล้ว

อีกประการหนึ่งที่สำคัญไม่แพ้กันก็คือการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสำนึกของการมีสุขภาพดี ที่ยืนอยู่บนฐานของความรู้ทางโภชนาการสมัยใหม่ที่แพร่หลายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง โดยในสังคมไทยธเนศตั้งข้อสังเกตว่าแม้จะมีการรณรงค์เรื่องสุขภาพโดยชักจูงให้ประชาชนกินอาหารตามหลักโภชนาการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2477 ที่รัฐได้ประกาศที่จะสร้างรัฐไทยให้เป็นรัฐเวชกรรม (ดูรายละเอียดใน ทวีศักดิ์ 2545) แต่ก็ไม่ได้ผลมากนัก กลับมาส่งผลในสามสิบปีต่อมาในยุครัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร เนื่องจากได้เกิดคนรุ่นใหม่ที่มีการศึกษาตามแบบอเมริกันได้เริ่มให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งทำให้สุขภาพกลายเป็นสิ่งที่ความสำคัญมากกว่ากลิ่นหอมและความงามของอาหาร (ธเนศ 2546: 139) โดยได้ยกตัวอย่างของการเปลี่ยนจากการใช้น้ำมันหมูมาเป็นน้ำมันพืชในการอธิบายประเด็นนี้

นอกจากนั้น ธเนศยังเสนอว่าการรักษาสุขภาพยังเป็นการสร้างอัตลักษณ์แบบใหม่ให้กับชนชั้นต่าง ๆ ในสังคม สุขภาพเป็นกลไกในการป้องกันการเลียนแบบการกินของชนชั้นสูง ผ่านการเขียนตำราการครัวการเรือนที่พยายามชี้ว่า ชนชั้นสูงกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์สู้คนชั้นต่ำไม่ได้ "สุขภาพจึงเป็นเครื่องมือในการต่อสู้ทางชนชั้นที่จะดึงชนชั้นสูงและชนชั้นอื่น ๆ ให้เสมอกัน ด้วยเทคนิคการใช้ความตายเป็นแรงผลักดัน ซึ่งเป็นเทคนิคในการต่อสู้และรณรงค์สำคัญของสภาวะสมัยใหม่ (modernity)" (ธเนศ 2546: 139)

การศึกษาในประเด็นการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและเศรษฐกิจของอาหารส่วนใหญ่จะใช้แนวคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์มหภาคที่เน้นศึกษาการเปลี่ยนแปลงระบบอุตสาหกรรมอาหารระดับโลก โดยส่วนใหญ่จะใช้แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (political economy) ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดมาร์กซิสม์ในการวิพากษ์ความไม่เท่าเทียมและการขูดรีดของประเทศอุตสาหกรรมก้าวหน้าที่มีต่อประเทศกำลังพัฒนา โดยอาศัยการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบรรษัทอุตสาหกรรมอาหารและการผลิตทางด้านการเกษตรขนาดใหญ่ที่ทุนอุตสาหกรรมในประเทศอุตสาหรรมก้าวหน้าอย่างสหรัฐอเมริกาและยุโรปมีอิทธิพลเหนือรัฐชาติในประเทศกำลังพัฒนา อาทิดูในการศึกษาการเรื่องวัวถั่วเหลือง และเม็ดผักกาดของ วันทนา ศิวะ (ศิวะ 2545)

และยังมีแนวการศึกษาสำนักคิดเศรษฐศาสตร์แบบเสรีนิยมใหม่ (neo-liberalism) ที่ศึกษาในระดับมหภาคซึ่งเรียกว่าแนวคิดเศรษฐศาสตร์สถาบัน ซึ่งรังสรรค์ ธนะพรพันธุ์ นำมาใช้มองการบริโภคอาหารที่ผลิตในอุตสาหกรรมอาหารระดับโลกว่าเป็นการเปลี่ยนจากทุนอุตสหากรรมมาเป็นทุนการเงินจนมาถึงปัจจุบันที่อยู่ในระบบเศรษฐกิจแบบ "ทุนวัฒนธรรม" ซึ่งการผลิตและการบริโภคได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นการบริโภคแบบอรรถประโยชน์พร้อมกับการบริโภคทางวัฒนธรรมไปพร้อมกัน (ดูรายละเอียดใน รังสรรค์ 2546)

นอกจากนี้การศึกษาในระดับจุลภาคหรือส่วนย่อยจะมีแนวคิดการศึกษาประวัติศาสตร์สังคมในชีวิตประวันของโบรแดล (Brodaell 1984) ซึ่งใช้มโนทัศน์ "วัตถุนิยมอารยะ" (Materialism civilization) และมโนทัศน์วัตถุนิยมวัฒนธรรม (cultural materialism) (ดูรายละเอียดใน Harris1979; William 1976; ฆัสรา 2539)

การศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่มีผลกระทบต่อการบริโภคและปัญหาสุขภาพหรือโรคภัยไข้เจ็บที่ผ่านมานั้นในสังคมไทยมีการศึกษาเรื่องนี้กันน้อยมาก ไม่ว่าจะเป็นประเด็นกว้าง ๆ หรือประเด็นที่เป็นกรณีการศึกษาการบริโภคอาหารชนิดเดียวที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงการบริโภคที่ส่งผลต่อสุขภาพ ถึงแม้จะมีการศึกษาปริมาณมากพอควรในด้านพฤติกรรมการบริโภคแต่ด้วยข้อจำกัดทางวิธีการศึกษาและการเข้าสู่ปัญหาทำให้การศึกษาที่ขาดแนวคิดและวิธีวิทยาของสังคมศาสตร์มาช่วยศึกษาทำความเข้าใจ ทำให้ความรู้ในเรื่องนี้ยังไม่สามารถสร้าง

คำอธิบายชัดเจนหรอเป็นที่ยอมรับกันมากนัก จึงน่าจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องการการศึกษาอย่างละเอียดลึกซึ้งต่อไป

หนังสือแนะนำ

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ชาติชาย มุกสง. 2547. ลิ้นกับฟัน (เฟือง): การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การรับรสและความทรงจำเกี่ยวกับ “ความหวาน” จากน้ำตาลพื้นบ้านสู่อุตสาหกรรม. บทความนำเสนอในการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยาครั้งที่ 3 เรื่อง “ ทบทวนภูมิปัญญา ท้าทายความรู้” ระหว่างวันที่ 24-26 มีนาคม พ.ศ. 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

ธเนศ วงศ์ยานนาวา. (2546). ความเป็นอนิจจังของอาหารจีนชั้นสูงในกรุงเทพฯ: การเดินทางสู่เส้นทางของอาหาร ‘ประชาธิปไตย’ . *ศิลปวัฒนธรรม*, 24 (4) กุมภาพันธ์ 2546.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). *การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม*. รายงานวิจัยส่วนหนึ่งของโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมและพฤติกรรม พ.ศ. 2544-2547, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

วันทนา ศิวะ. (2545). *ปล้นผลิตผล*. (แปลจาก The Hijacking of the Global Food Supply โดย ไพโรจน์ ภูมิประดิษฐ์). กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2539). การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พระบำราศนราดูร (บรรณาธิการ). (2510). การควบคุมและป้องกันโรค. ใน *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 25 ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: มิตรนราการพิมพ์.

วิชัย เอกพลาการ. (2546). สุขภาพบนฐานความรู้: กรณีการสร้างภูมิคุ้มกันให้หัวใจและหลอดเลือดคนไทย”,(เอกสารประกอบเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “รวมพลคนสร้างสุขภาพ”. ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี วันที่ 10-12 พฤศจิกายน 2546), กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2545). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

Falk, P. (1994). *The Consuming Body*. London: Sage.

Lupton, D. (1996) *Food, the Body and the Self*. London: Sage.

Mintz, S. W. (1986). *Sweetness and Power: A Place of Sugar in Modern History*. New York: Penguin Book.

Warde, A. (1997). *Consumption, Food and Taste*. London: Sage.

4.2. การกินในมิติทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพ

มนุษย์ในทุกสังคมต่างก็ต้องกินเพื่อดำรงชีวิตอยู่ แต่ก็ไม่ใช่ว่าทุกสังคมจะกินหรือให้ความหมายต่อสิ่งที่กินหรือไม่กินเหมือนกัน ซ้ำยังแตกต่างกันอย่างมากมายมหาศาลเสียด้วย ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งที่กินในสภาพแวดล้อมก็ได้ก่อให้เกิดวัฒนธรรมของมนุษย์ในทุกสังคมทั่วโลก ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมการกินในสังคม กลุ่มชาติพันธุ์ และผู้นับถือศาสนาต่าง ๆ นั้นถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการจะใช้ในการทำความเข้าใจระบบสุขภาพ หรือวางแผนงานด้านสุขภาพในชุมชนต่าง ๆ ซึ่งมีวัฒนธรรมการกินและการปฏิบัติเกี่ยวกับการกินที่แตกต่างกัน

ถ้าดูจากประวัติศาสตร์การกินของมนุษย์ในแต่ละสังคมทั่วโลกแล้วจะพบว่า มนุษย์ได้มีวัฒนธรรมการกินเกิดขึ้นในสังคมควบคู่กับการสร้างอารยธรรมด้านอื่นมาโดยตลอด การสร้างกฎเกณฑ์ในการพิจารณาของกินไม่ว่า จะเป็นของกินที่กินแล้วสุขภาพดีมีอายุวัฒนะ/กินแล้วทำลายสุขภาพ อาหารที่กินเป็นของร้อน/เย็น ของที่กินได้กับกินไม่ได้ อาหารที่ต้องห้าม อาหารศักดิ์สิทธิ์กับอาหารที่สามานย์ การใช้อาหารและมารยาทเกี่ยวกับการกินในการแบ่งชนชั้น เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการแบ่งอาหารในวัฒนธรรมของมนุษย์นั้นไม่ได้พิจารณาเอาตัวมนุษย์ผู้กินเป็นหลักหรือพูดง่าย ๆ เราไม่ได้กินเพื่อร่างกายของเรา แต่การกินเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างมนุษย์ด้วยกัน และระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติด้วย กล่าวคืออาหารที่จะกินไม่กินและกินกับใครที่ไหนอย่างไรนั้นคือการจัดความสัมพันธ์ทางสังคมของการกิน (social food) ซึ่งในทุกสังคมอาหารคือวิถีทางแห่งการสร้างและการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกด้วยกัน ระหว่างสมาชิกของสังคม ในกลุ่มที่นับถือศาสนาหรือชาติพันธุ์เดียวกัน ระหว่างคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติและแม้กระทั่งการกินในมิติของพิธีกรรมของสังคม (Helman 2000: 37)

การกินของมนุษย์สมัยใหม่ที่กินตามหลักโภชนาการซึ่งเกิดขึ้นราวกลางศตวรรษที่ 19 ที่ผ่านมาเท่านั้น เกิดจากแรงกระตุ้นของปัญหาอาหารและสุขภาพ การขาดอาหารของคนจนและผู้ใช้แรงงาน การต้องการธาตุอาหารที่มีประโยชน์ของนักโทษและทหาร การเก็บและการขนส่งอาหารหลังเกิดการปฏิวัติอุตสาหกรรม (Lupton 1996: 70) ในช่วงเดียวกันนี้นักวิทยาศาสตร์ได้แบ่งอาหารออกเป็นธาตุอาหารต่าง ๆ คือ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และน้ำ และได้แยกแยะว่าแต่ละธาตุได้ทำหน้าอะไรต่อร่างกาย ตัวอย่างเช่น คาร์โบไฮเดรตและไขมันให้พลังงานแก่ร่างกาย และโปรตีนทำหน้าที่ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ (Levenstein 1988 อ้างใน Lupton 1996:70) นอกจากนั้นนักโภชนาการได้ประเมินปริมาณของพลังงานที่ได้รับจากอาหารแต่ละชนิดในการใช้เพื่อประกอบกิจกรรมให้มีความ

เหมาะสมโดยการสร้างตัวแบบในอุดมคติของคนแต่ละกลุ่มขึ้นโดยอาศัย เพศ อายุ และอาชีพ และต้นศตวรรษที่ 19 ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาองค์ความรู้ด้านโภชนาการแบบใหม่ (new nutrition) ซึ่งเสนอแนะอาหารที่กินโดยอาศัยพื้นฐานขององค์ประกอบทางเคมีมากกว่าจะพิจารณาจากรสชาติและรูปร่างหน้าตาของอาหาร (Lupton 1996: 70-71)

ด้วยกระบวนการของการกินตามหลักโภชนาการและการขยายตัวของการผลิตสินค้าบริโภคที่มีมากขึ้นและมีเหลือเฟือในระบบตลาดแบบทุนนิยม การกินที่เคยมีความซับซ้อนหลากหลายด้วยรหัสทางวัฒนธรรมกลับถูกมองเป็นเพียงแค่วิธีการที่จะบรรลุไปสู่การมีสุขภาพดีของปัจเจกบุคคลเท่านั้น ได้ทำให้นักมานุษยวิทยาบางคนสรุปว่าลิ้นที่เคยเป็นของส่วนรวมได้ถูกทำให้เป็นลิ้นของปัจเจกบุคคลที่สามารถเลือกกินได้ตามเจตจำนงของแต่ละคน ซึ่งนี่ก็เป็นเงื่อนงำหนึ่งในการศึกษาทำความเข้าใจพฤติกรรมการบริโภคของผู้คนในยุคสมัยปัจจุบัน หมายความว่าการกินที่เคยเป็นแบบแผนร่วมกันของสังคมได้กลายเป็นการกินที่แต่ละคนให้ความหมายได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องสนใจใครอื่น (ดูรายละเอียดในFalk 1994) ด้วยเหตุดังนี้ ในสังคมสมัยใหม่เกิดการเปลี่ยนแปลงโอกาสในการกินอาหารร่วมกันในพิธีกรรมได้ลดลงไป ทั้งในพิธีกรรมทางศาสนาหรืองานของชุมชน แต่ก็เกิดความนิยมในการกินร่วมกันในพิธีกรรมที่เป็นส่วนบุคคลมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มเช่นนี้ในหลายสังคม

ขอให้ดูจากตัวอย่างการกินอาหารในงานเทศกาลประเพณีของไทยทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็น การกินข้าวจี่ การกินขนมเดือนสิบ หรือการกินกระยาสารทก็ตามจะพบว่าเป็นการกินที่ผู้คนได้มาร่วมสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในชุมชนผ่านประเพณีการกินนั้น ไม่ว่าจะเป็นการแลกขนมกันกินหรือการต้องเอาขนมไปให้ญาติผู้ใหญ่ก็ตาม แต่พอการกินตามประเพณีต่างดเลือนหายไปในความหมายที่แท้จริง เหลือเพียงแต่รูปแบบของประเพณีการกินก็ไม่ได้ทำหน้าที่สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมอีกต่อไป การซื้ออาหารหรือขนมจากโรงงานหรือร้านที่มีชื่อเสียงไปฝากใคร ๆ ก็ไม่ใช่เป็นเรื่องแปลกอีกต่อไป เพราะทั้งผู้ให้และผู้รับต่างก็ไม่ได้กินในรหัสหมายของวัฒนธรรมแบบเดิมอีกต่อไปแล้ว (ดูรายละเอียดในชาติชาย 2547) สรุปแล้วการกินและลิ้นที่รับรสต่างก็มีประวัติศาสตร์และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เปลี่ยนไปเช่นกัน

อาหารและพัฒนาการทางวัฒนธรรมของสังคมมนุษย์ได้ถูกศึกษาโดยนักมานุษยวิทยาเชิงโครงสร้างชาวฝรั่งเศสชื่อ เลวี สเตร๊าส์ (Levi-Strauss) ได้เสนอการมองปรากฏการณ์ทางสังคมผ่านอาหารโดยใช้ความคิดแบบคู่ตรงข้าม (binary opposition) เรื่องอาหารดิบ (raw)/ปรุงสุก(cooked) กับธรรมชาติ (natural)/วัฒนธรรม (culture) โดยอธิบายว่าอาหารที่ดิบ (raw) และยังไม่ผ่านการปรุงนั้นมีสภาพของความเป็นธรรมชาติและถ้าปล่อยให้อยู่ในธรรมชาติก็จะเน่าเสียไปในขณะที่อาหารที่ปรุงแล้ว (cooked) จากฝีมือของมนุษย์จะถูกจัดหมวดหมู่ให้กลายเป็นวัฒนธรรม ฉะนั้นการปรุงอาหารจึงมีมิติของการแปรรูปจากอาหารดิบไปสู่อาหารสุก ซึ่งหมายความว่าอาหารได้ถูกแปรรูปจากธรรมชาติสู่วัฒนธรรม (Levi-Strauss 1969, ดุษฎี 2545 : 17-20)

ในบริบททางประวัติศาสตร์สังคมและวัฒนธรรมตะวันตกการกินและมารยาทการกินเป็นการแสดงออกถึงความมีอารยธรรม และเป็นการแบ่งชนชั้นของคนในสังคมไปพร้อมกันด้วย(Mannell 1985) และอาหารสามารถใช้แบ่งแยกความแตกต่างของวัฒนธรรมแต่ละชนชาติได้ด้วยกล่าวคือชาถูกเสนอให้เป็นเครื่องดื่มของชาวอังกฤษ นมเป็นเครื่องดื่มของชาวฮอลแลนด์ และไวน์เป็นเครื่องดื่มประจำชาติของฝรั่งเศส ในขณะที่การดื่มนมเป็นไปในทิศทางที่ตรงกันข้ามอย่างสิ้นเชิง และในหมู่ชาวฝรั่งเศส “ไวน์ยังเป็นตัวสร้างบรรยากาศอันเป็นเสมือนฉากประกอบ ‘พิธีกรรม’ ทั้งหลายในชีวิตประจำวันของชาวฝรั่งเศส” (วรรณพิมล 2544: 65)รวมทั้งการดื่มไวน์ขาวพื้นบ้านของปัญญาชนได้ช่วยปลดปล่อยนักเขียนจากมายาคติทั้งหลายของความเป็นปัญญาชนและทำให้พวกเขาเสมอกันกับกรรมกรรวมทั้งรู้สึกเป็นชายชาตรี (วรรณพิมล 2544: 64)

ในทางสังคมศาสตร์การกินนั้นเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม การที่มนุษย์จะกินหรือไม่กินอะไรนั้นต้องพิจารณาจากทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมนั้นด้วย ในแนวคิดที่เสนอว่าการสร้างวัฒนธรรมการกินขึ้นอยู่กับของที่จะมีกิน ได้ให้เหตุผลว่าการกินของมนุษย์จะต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าทางวัตุของการกินและไม่กินสิ่งนั้นสิ่งนี้

มาร์วิน แฮริส (Marvin Harris) (1980, 1985) นักมานุษยวิทยาแนววัตถุนิยมวัฒนธรรมได้เสนอถึงการไม่กินวัวของชาวฮินดูและการไม่กินหมูของชาวยิวและมุสลิมว่าเป็นผลมาจากการพิจารณาถึงความคุ้มค่าของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ แล้วจึงกำหนดเป็นข้อห้ามทางศาสนาขึ้นมาเป็นเครื่องมือควบคุมการใช้ทรัพยากรของสังคม กล่าวคือถ้าพิจารณาในแง่วัตถุธรรมวัวจะให้ประโยชน์ต่อชาวฮินดูมากกว่าการฆ่ากินเนื้อครั้งเดียว เพราะวัวจะมีประโยชน์ทั้งเป็นแหล่งอาหารคือให้นมอันเป็นแหล่งอาหารสำคัญสำหรับคนจนเกือบทั้งปี มูลวัวก็เหมาะสำหรับเป็นเชื้อเพลิงประกอบอาหารแบบอินเดียที่ต้องการไฟอ่อนร้อนนาน และยังสามารถนำมาผสมดินทำบ้านได้ พอตายก็สามารถเอาเขาและหนังมาขายเป็นสินค้าออกสำคัญของอินเดียได้อีก

ส่วนหมูแม้จะเป็นสัตว์ที่มีเนื้ออร่อยและเป็นที่นิยมกินกันทั่วโลก แต่หมูก็ไม่ให้นมซ้ำยังแย่งอาหารคนกินด้วย ต่างจากแพะแกะที่นอกจากกินหญ้าใบไม้อันไม่ใช่อาหารของคนแล้วยังให้นมอีกด้วย นอกจากนั้นการเลี้ยงหมูในสภาพแวดล้อมของตะวันออกกลางที่ขาดแคลนน้ำและความชุ่มชื้นที่หมูชอบ การเลี้ยงหมูจึงเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างสิ้นเปลืองและไม่คุ้มกับทรัพยากรที่ต้องสูญเสียไป แม้จะเลี้ยงยากและสิ้นเปลืองมากแต่การเลี้ยงหมูก็ให้กำไรดีเพราะเป็นของหายากราคาแพงเนื่องจากชนชั้นสูงนิยมกินเนื้อหมู เพื่อขจัดความขัดแย้งทางสังคมที่เกิดขึ้น ทางองค์กรศาสนาจึงต้องบัญญัติข้อห้ามไม่ให้ศาสนิกกินหมูขึ้น

และในสาขานิเวศวัฒนธรรม (cultural ecology) การกินจะถูกพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ต้องปรับตัวโดยใช้วัฒนธรรมเป็นเครื่องมือในการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดและอยู่ดี การกินอะไรหรือไม่กินอะไรจึงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของระบบนิเวศนั่นเอง (ดู ยศ 2540)

ในแต่ละวัฒนธรรมมักจะมีอาหารต้องห้ามสำหรับบุคลทั่วไป สำหรับผู้มีสถานะพิเศษ หรือช่วงเวลาต่าง ๆ อยู่เสมอ การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นนี้จะช่วยให้เราสามารถทำความเข้าใจกับระบบอาหารของชุมชนที่เป็นผลมาจากอิทธิพลของวัฒนธรรมและศาสนาหรือความเชื่อต่างได้ชัดเจนขึ้น และจะช่วยให้เราเข้าใจวิธีคิดและวิธีปฏิบัติของชุมชนด้านอาหารมากขึ้น รวมทั้งยังมีประโยชน์ในการทำงานด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งของคนในชุมชนนั้นด้วย อาทิ ภาวะการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูเด็ก ความเจ็บป่วย หรือประเพณีทางศาสนาในแต่ละช่วง เป็นต้น

อาหารต้องห้ามในสังคมไทยถูกเรียกต่าง ๆ กันเช่นภาคเหนือเรียกว่าขึด (คมเนตร (บก.) 2539) ภาคอีสานเรียกขะลำ ภาคกลางอาหารแสลง และภาคใต้ของแหลง เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะมีข้อห้ามสำรับคนทั่วไป และข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยหรือคนมีครรภ์หรือลูกอ่อน หรือมีบ้างที่มีสถานะพิเศษทางสังคม เช่น การเป็นคนทรง ถือคาถาอาคม เป็นต้น

งานศึกษาเรื่องการกินในสังคมไทยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการศึกษา ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมการบริโภค หรือบริโภคนิสัยที่มีผลต่อสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ซึ่งใช้มโนทัศน์แนวพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ที่ได้รับอิทธิพลจากวงวิชาการอเมริกันในทศวรรษ 1960 ซึ่งเป็นการพิจารณาพฤติกรรมการกินในฐานะการแสดงออกทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาก็คือการมีสุขภาพดีของปัจเจกชน (ดูรายละเอียดใน สถาบันวิจัยประชากร 2527, เบญจา 2529 และปารณัฐ 2541) การกินในมิติอื่นยังไม่มีการศึกษากันมากนัก เช่น ประเด็นการกินและการจัดความสัมพันธ์ทางสังคมในสังคมไทยยังมีไม่มากนัก และเท่าที่มีส่วนใหญ่จะศึกษาการกินในพิธีกรรมเป็นหลัก

ตัวอย่างเช่นงานศึกษาพิธีกรรมกินเจในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงาของยุทธนา วรุณปิติกุล ซึ่งศึกษาชุมชนชาวจีนอพยพที่มีวิถีทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวพันกับกิจการเหมืองแร่ ได้แสดงให้เห็นว่าพิธีกรรมการกินเจที่มีการจัดพระและเทพเจ้าต่าง ๆ ในพิธีโดยมีลำดับสถานะสูงต่ำชัดเจนเป็นความหมายที่ตอกย้ำการแบ่งสถานะทางสังคมที่เข้มงวดของสังคมจีน เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมแรงงานของสมาคมลับ ช่วยผ่อนคลายความขัดแย้งระหว่างสมาคมลับที่ทำหน้าที่ควบคุมแรงงานกับกุลี ให้ความชอบธรรมกับสถานะที่สูงกว่าของหัวหน้าสมาคมลับหรือนายเหมือง ในขณะที่ความเป็นมาของประเพณีที่เกี่ยวพันกับการฟื้นฟูราชวงศ์ และการสืบทอดประเพณีกินเจช่วยตอกย้ำความผูกพันกับแผ่นดินเกิด อันเป็นความหมายที่ตอบสนองต่อการจัดความสัมพันธ์กันในสังคมชาวจีน (ยุทธนา 2541: 102)

และยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในความหมายของการกินเจในพิธีกรรมตามการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจสังคมอีกด้วย กล่าวคือในยุคการเมืองแบบชาตินิยมพิธีกรรมกินเจถูกใช้ในความหมายของการต่อรองที่ชาวจีนมีต่ออำนาจของรัฐไทย ในขณะที่เมื่อเศรษฐกิจของตะกั่วป่าหมดยุคของเหมืองแร่ดีบุก เปลี่ยนเข้าสู่เศรษฐกิจจากการส่งเสริมการท่องเที่ยว การกินเจก็เปลี่ยนความหมายไปรองรับการท่องเที่ยวที่กำหนดโดยรัฐโดยทำหน้าที่ดึงดูดนักท่องเที่ยว และเมื่อเศรษฐกิจได้เข้าไปตกอยู่ภายใต้ความผันผวนของเศรษฐกิจโลก ก็ทำให้ผู้ประกอบธุรกิจการค้าต่างอาศัยการกินเจเป็นเครื่องเสริมความมั่นใจในอนาคตและความมั่นคงทางการค้า (ยุทธนา 2541: 103) ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการกินถูกใช้ในความหมายชของการกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคมและมีพลวัตไปตามการเปลี่ยนแปลงของบริบทของประวัติศาสตร์

ในงานศึกษาของ ยุทธนา (2541: 141) ได้เสนอว่าเป้าหหมายของผู้เข้าร่วมพิธีกินเจนั้นจะอยู่ที่เป้าหมายเฉพาะหน้าซึ่งในที่นี้คือ ความสำเร็จทางการค้าและหายจากความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นสำคัญ โดยไม่ได้ให้ความสำคัยกับเป้าหมายระดับอุดมคติของชีวิตที่เป็นสุขในทางโลก และระดับสูงสุดคือคือการหลุดพ้นจากกิเลสทั้งปวง แต่ในทางปฏิบัติพิธีกรรมกินเจในชุมชนที่ศึกษาไม่ได้ให้ความสำคัญกับเป้าหมายทางจริยธรรมมากนัก

หนังสือแนะนำ

คมเนตร เชษฐพัฒนวณิช. (บรรณาธิการ). (2539) *ขึด: ข้อห้ามในล้านนา*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชาติชาย มุกสง. 2547. ลิ้นกับฟัน (เฟือง): การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การรับรสและความทรงจำเกี่ยวกับ “ความหวาน” จากน้ำตาลพื้นบ้านสู่อุตสาหกรรม, บทความนำเสนอในการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยาครั้งที่ 3 เรื่อง “ ทบทวนภูมิปัญญา ท้าทายความรู้” ระหว่างวันที่ 24-26 มีนาคม พ.ศ. 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

ดุษฎี ยิ้มน้อย. (2545). อิทธิพลของนักคิดสำนักโครงสร้างนิยมสายฝรั่งเศสที่มีต่อมานุษยวิทยาไทย. วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา,

ปารณัฐ สุขสุทธิ์. (2541). พฤติกรรมการบริโภคที่เกี่ยวข้องกับโรคขาดสารไอโอดีน: ศึกษาที่ชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณพิมล อังคศิริสรรพ. (2544). *มายาคติ (Mythologies)*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

ยุทธนา วรุณปิติกุล. (2541). พิธีกรรมกินเจในสังคมชาวจีนภาคใต้ : กรณีชาวจีนใน อ. ตะกั่วป่า จ. พังงา. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต (มานุษยวิทยา). คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2527). พฤติกรรมการการกินของคนไทย, รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: บริษัท ประยูรวงศ์ จำกัด.

Harris, M. (1980) *Cultural Meterialism: The Struggle for a Science of Culture*. New York: Random House.

Harris, M. (1985) *The sacred Cow and the Abominable Pig: Riddles of Food and Culture.* New York: Simon & Schuster, Inc..

Levenstien, H. (1988) *Revolution at the Table: The Transformation of the American Diet*. New York: Oxford University Press.

Levi-Strauss, C. (1970) *The Raw and the Cooked.* London: Jonathon Cape.

Lupton, D. (1996) *Food, the Body and the Self*. London: Sage.

Mannel, S. (1985) *All Manner of Food: Eating and Taste in England and France from the Middle Age to the Present.* Oxford: Basil Blackwell.

Pasi Falk. (1994) *The Consuming Body*. London: Sage.

บทที่ 5
ครอบครัวและการเลี้ยงดูเด็ก

5.1 ครอบครัว ระบบเครือญาติ และการแต่งงาน

การทำความเข้าใจสังคมและวัฒนธรรมใด ๆ ก็ตาม การศึกษาเรื่องครอบครัวและระบบความสัมพันธ์ทางเครือญาติ นับว่ามีความสำคัญเพราะถือว่าเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานที่สุดและมีความเกี่ยวข้องกันไปตลอดชีวิต การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของเครือญาติจะทำให้เราสามารถเข้าใจชุดของความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์นั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยครอบครัวและระบบเครือญาติเป็นสถาบันหลักที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องและอยู่ในกระบวนการอย่างต่อเนื่อง การคำนึงถึงประเด็นนี้จะช่วยให้กระบวนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นมากกว่าการตัดขาดคนในครอบครัวออกไป

ในงานศึกษาของ *ยศ สันตสมบัติ* เรื่อง *มนุษยวิทยากับวัฒนธรรม* ที่ได้ประมวลองค์ความรู้จากงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นเรื่องครอบครัว ระบบเครือญาติ และการแต่งงาน ในหลากหลายวัฒนธรรมมารวมกันไว้ ได้กล่าวถึงไว้ว่าในอดีตความเข้าใจเรื่องครอบครัว ระบบเครือญาติ และการแต่งงาน เป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำความเข้าใจในประเด็นเรื่อง *เพศสัมพันธ์* เพราะจากคำนี้ก็กลายเป็นกฎเกณฑ์ทางสังคมต่าง ๆ ตามมา เนื่องจากเป็นรูปแบบของการควบคุมพฤติกรรมทางเซ็กส์ (sexual behavior) หรือเพศสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในสังคม นอกจากนั้นยังกล่าวถึงไว้ว่าทัศนคติและข้อห้ามเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามกาลเวลา อย่างสังคมตะวันตกในอดีต เช่น สังคมอังกฤษในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีบทลงโทษอย่างเฉียบขาดต่อความประพฤติผิดทางเพศ ผู้หญิงถูกควบคุมอยู่ในเหย้าในเรือน ต้องรักนวลสงวนตัวและรักษาพรหมจรรย์ สังคมอังกฤษในยุคนั้นให้ความสำคัญกับครอบครัวเหนือสิ่งอื่นใด การแต่งงานจะต้องผ่านขั้นตอนทางศาสนาเท่านั้นจึงจะถือว่าเป็นสิ่งถูกต้องและได้รับการยอมรับจากสังคม (ดูรายละเอียดจาก ยศ 253, บทที่ 5)

ในแต่ละสังคมวัฒนธรรมอาจมีรูปแบบของครอบครัวและกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการแต่งงานแตกต่างกันออกไป กฎเกณฑ์ที่คล้ายกันในแทบทุกสังคมคือข้อห้ามเรื่องรักร่วมสายเลือด (incest taboo) นอกเหนือจากเรื่องนี้ในแต่ละสังคมจะมีความหลากหลายในการกำหนดว่า สมาชิกสังคมจะแต่งงานกับใคร แต่งงานอย่างไร หรือมีคู่สมรสได้กี่คน นอกจากนั้นแล้วก็ยังมีระดับความเข้มงวดในการควบคุมเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกันออกไปอีกด้วย

ส่วนการให้ความหมายของคำว่า “แต่งงาน” นั้น ยศ (2537) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการประกาศให้สังคมรับรู้และเห็นชอบในการใช้ชีวิตร่วมกันระหว่างสามีภรรยา ซึ่งเป็นความหมายที่ตรงและใกล้เคียงกับงานศึกษาของงามพิศ สัตย์สงวน แต่การแต่งงานในความหมายของ งามพิศไม่ได้หมายถึงเฉพาะระหว่างหนึ่งหญิงหนึ่งชายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการแต่งงานของชายหนึ่งกับหญิงหลายคน (Polygamy) หรือหญิงหนึ่งกับชายหลายคน (Polyandry) ด้วย

เมื่อความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เกิดขึ้นนอกจากจะมีความหมายทางด้านความสัมพันธ์ทางเพศสถานะของฝ่ายหญิงและฝ่ายชายที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังหมายรวมถึงความสัมพันธ์ด้านอื่น ๆ ตามไปด้วยไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ กฎหมายและการเมืองระหว่างสามีภรรยา และครอบคลุมไปถึงความสัมพันธ์ด้านอื่น ๆ ทั้งหมดที่เคยมีอยู่และในอนาคต หากความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยามีปัญหาระหว่างกัน ก็ย่อมเชื่อมโยงมากับความสัมพันธ์ระหว่างกันในครอบครัว ที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจะต้องให้ความสำคัญและทำความเข้าใจอย่างรอบด้าน

ในประเด็นแบบแผนของการจัดที่อยู่อาศัยภายหลังการแต่งงานนั้น มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและสถานภาพของฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิงซึ่งเป็นฝ่ายที่ย้ายเข้า ซึ่งเกณฑ์การเลือกที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการนับถือเครือญาติ เป็นสำคัญ โดยนักมานุษยวิทยาพบว่ากฎเกณฑ์ว่าด้วยที่อยู่อาศัยภายหลังการแต่งงานมี 5 แบบ (ดูรายละเอียดจาก ยศ 2537, บทที่ 5) ซึ่งที่พบโดยส่วนใหญ่มีด้วยกัน 2 แบบ คือ

1) **การจัดที่อยู่อาศัยแบบ “ปิตุพงศ์”** ภายหลังการแต่งงาน ฝ่ายหญิงต้องย้ายออกจากบ้านของตนไปอยู่กับครอบครัวของฝ่ายชาย เช่น สังคมจีน ผู้หญิงเป็นฝ่ายย้ายเข้าไปอยู่ในบ้านของฝ่ายชายและต้องตกอยู่ภายใต้อำนาจการดูแลของครอบครัวฝ่ายชาย ซึ่งอาจปราศจากที่พึ่งและหลักประกันฝ่ายหญิงเป็นเพียงคนแปลกหน้าหรือเป็นคนนอก จนกว่าจะตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรชายแก่ครอบครัวของสามีเท่านั้น หรือในสังคมของชนเผ่าชาวทิฟ (Tif) ในแอฟริกา ผู้เป็นพ่อหรือปู่เห็นหัวหน้าครอบครัวและมีอำนาจเด็ดขาด ฝ่ายหญิงย้ายเข้ามาอยู่ในบ้านฝ่ายชายและกลายมาเป็นผู้รับใช้สามี รวมทั้งลุง อา พี่น้องและเครือญาติฝ่ายชายทั้งหมด

งานศึกษาที่น่าสนใจในไทย สถาบันวิจัยชาวเขาจังหวัดเชียงใหม่ ได้กล่าวถึงระบบเครือญาติของชาวเขาในภาคเหนือไว้ว่าในการสืบเชื้อสายทางฝ่ายบิดา สตรีชาวเขาในเผ่าดังกล่าวเมื่อแต่งงานแล้วจะต้องมาอยู่กับครอบครัวของฝ่ายชาย และบุตรที่เกิดมาโดยเฉพาะบุตรชายจะสืบสกุลทางฝ่ายบิดาและเป็นผู้สืบทอดหน้าที่ทางพิธีกรรมของครัวเรือนต่อจากบิดา ดังเช่น ระบบเครือญาติของชาวม้งที่มีการสืบเชื้อสายทางฝ่ายบิดาแบบตระกูล “แซ่” (กรมประชาสงเคราะห์ 2538: 94)

นอกจากนั้นในงานศึกษาของ *ประสิทธิ์ ลีปรีชา* เรื่อง *อัตลักษณ์ทางเครือญาติของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งท่ามกลางความทันสมัย* (2546) ได้พูดถึงความสำคัญของระบบตระกูลแซ่ไว้ว่า

ระบบตระกูลแซ่ของชาวม้งนั้นถือว่ามีความเข้มแข็งค่อนข้างมาก นอกจากจะเป็นเครื่องแสดงความสัมพันธ์ในครอบครัวแล้ว ยังถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งพื้นที่ทางกายภาพในชุมชนอีกด้วย การแบ่งพื้นที่ในลักษณะนี้ทำให้กลไกการแก้ปัญหาในชุมชนมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสมาชิกในแต่ละตระกูลมักให้ความนับถือกับผู้นำคุ้ม ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นคนเดียวกันกับผู้นำตระกูล เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นในตระกูลผู้ใหญ่ก็มักจะทำหน้าที่เป็นผู้ไกล่เกลี่ยสมาชิกในตระกูลและมักจะจบด้วยการยอมความกันได้ทุกครั้ง ซึ่งระบบตระกูลแซ่ดังกล่าวชาวม้งยังคงยึดถือและสืบทอดกันเรื่อย มารุ่นแล้วรุ่นเล่า ทั้งในรูปแบบของนิยายปรัมปรา กฎเกณฑ์การใช้คำศัพท์เรียกเครือญาติ การสถาปนาความสัมพันธ์ทางเครือญาติในพิธีแต่งงาน การประกอบพิธีกรรมบูชาวิญญาณบรรพบุรุษ การช่วยเหลือและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การแสดงพลังความสามัคคี และการควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนของสมาชิกในกลุ่ม เป็นต้น (ประสิทธิ์ 2546: 214-215)

ซึ่งความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะดังกล่าวอาจจะมีผลกระทบต่อฝ่ายหญิงที่เข้ามาอยู่ ซึ่งเราควรจะใส่ใจในรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับบริการจากสถานพยาบาลที่เรารับผิดชอบอยู่ ว่าประเด็นหนึ่งที่ทำให้เขาเกิดความเจ็บป่วยอาจจะเกิดมาจากความกดดันจากลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวก็ได้

2) **การจัดที่อยู่อาศัยแบบ "มาตุพงศ์"** ภายหลังการแต่งงาน ฝ่ายชายต้องย้ายออกจากบ้านของตนไปอยู่กับครอบครัวของฝ่ายหญิง

ในประเด็นนี้มีตัวอย่างงานศึกษาในประเทศไทย เช่น งานศึกษาของ *ยศ สันตสมบัติ* เรื่อง *แม่หญิงสิขายตัว ชุมชนและการค้าประเวณีในสังคมไทย* กล่าวถึงไว้ว่าสังคมของชาวเหนือหรือที่เรียกกันว่าชาวล้านนานั้น โดยทั่วไปจะนับถือเครือญาติของทั้งฝ่ายพ่อและฝ่ายแม่ แต่ในสังคมเดิม ประเพณีการแต่งงานจะเป็นการแต่งงานแบบ *"มาตาลัย"* (Matrilineal) ซึ่งหลังจากแต่งงานแล้วฝ่ายชายจะไปอยู่ที่บ้านฝ่ายหญิง ดังนั้นการที่มีลูกสาวแต่งเอาลูกเขยเข้าบ้านมาอยู่รวมกันจะมีลักษณะของครัวเรือนแบบ *"มาตุพงศ์"* อันเป็นลักษณะเด่นของโครงสร้างสังคมชาวล้านนามาหลายร้อยปี และอาศัยทรัพยากรทั้งที่ดินและเครื่องมือการทำมาหากินของฝ่ายหญิง รวมทั้งต้องให้ความเคารพต่อญาติผู้ใหญ่ของฝ่ายหญิง และต้องยอมรับเอา *"เก๊าผี"* ของฝ่ายหญิงอีกด้วย ในด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจเครือญาติของฝ่ายหญิงจะคอยควบคุมและคุ้มครองการเป็นสามีภรรยาต่อกัน แต่หญิงชาวล้านนาในอดีตมีบทบาทในการผลิตและการค้าขายกายในชุมชนเป็นอย่างมาก ในขณะที่ผู้ชายกลับไปมีบทบาทในการค้าขายระหว่างชุมชนแทน (ยศ 2535: 2506-2510)

นอกจากนั้นการจัดที่อยู่อาศัยอีก 3 แบบ ที่พบคือ

1) การจัดที่อยู่อาศัยแบบอยู่กับครอบครัวฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง คู่สมรสสามารถเลือกเองว่าจะอยู่อาศัยกับญาติฝ่ายใด ซึ่งจะขึ้นกับข้อตกลงร่วมกันของเครือญาติทั้งสองฝ่าย แต่อาจจะไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว

2) การจัดที่อยู่แบบอยู่กับน้าหรือลุง ภายหลังการแต่งงาน ฝ่ายหญิงและชาย จะย้ายไปอยู่กับน้าหรือลุง (น้องชายหรือพี่ชายของแม่) ของเจ้าบ่าว

3) การจัดหาที่อยู่ใหม่ หลังการแต่งงาน ฝ่ายหญิงและฝ่ายชายย้ายออกจากครอบครัวเดิมและไปปลูกสร้างบ้านเรือนในที่ใหม่ ตามความพอใจของคู่บ่าวสาว ลักษณะดังกล่าวมักพบในสังคมอุตสาหกรรมและชุมชนเมืองขนาดใหญ่

การสืบเชื้อสาย (Rules of Descent)

ความสำคัญของการทำความเข้าใจเรื่องการสืบเชื้อสายในระบบครอบครัวและเครือญาติ ทำให้เราได้เข้าใจเกี่ยวกับระบบการแบ่งปันทรัพย์สิน หรือการสืบทอดมรดก รวมทั้งสถานะของคนที่ได้รับการยอมรับและเป็นผู้มีอำนาจในการจัดการทรัพย์สินหรือมรดกนั้น ๆ ของระบบครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นที่มาของปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างคนในครอบครัว

ในงานศึกษาของงามพิศ สัตย์สงวน ได้กล่าวถึงการสืบเชื้อสาย หรือ การนับญาติ (Descent) ว่า มีรูปแบบการสืบเชื้อสายอยู่ 2 ประเภทใหญ่ (ดูรายละเอียดจาก งามพิศ 2545: 21-22) คือ

1. **การสืบเชื้อสายทั้ง 2 ฝ่าย** (Bilateral Descent) หมายถึง การสืบสกุลทั้งจากฝ่ายพ่อและฝ่ายแม่ และการเป็นสมาชิกของเครือญาติทั้งฝ่ายพ่อและฝ่ายแม่ด้วย ส่วนใหญ่ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีระบบนี้ สำหรับคนไทยโดยทั่วไปจะเป็นระบบนี้เช่นเดียวกัน ยกเว้นกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่มเท่านั้น

2. **การสืบเชื้อสายฝ่ายเดียว** (Unilineal Descent) หมายถึงการ เป็นสมาชิกในกลุ่มเครือญาติหรือฝ่ายพ่อแม่แต่ฝ่ายเดียวเท่านั้น ระบบนี้ยังแบ่งเป็นระบบย่อย มีหลายอย่างดังนี้

1) การเป็นสมาชิกของเครือญาติฝ่ายพ่อแต่ฝ่ายเดียวเท่านั้น (Patrilineal Descent)

2) การเป็นสมาชิกของเครือญาติฝ่ายแม่แต่ฝ่ายเดียว (Matrilineal Descent)

3) ระบบสืบสกุลจากฝ่ายพ่อ หรือฝ่ายแม่ หรือจากทั้ง 2 ฝ่ายก็ได้ (Non-Unilineal Descent)

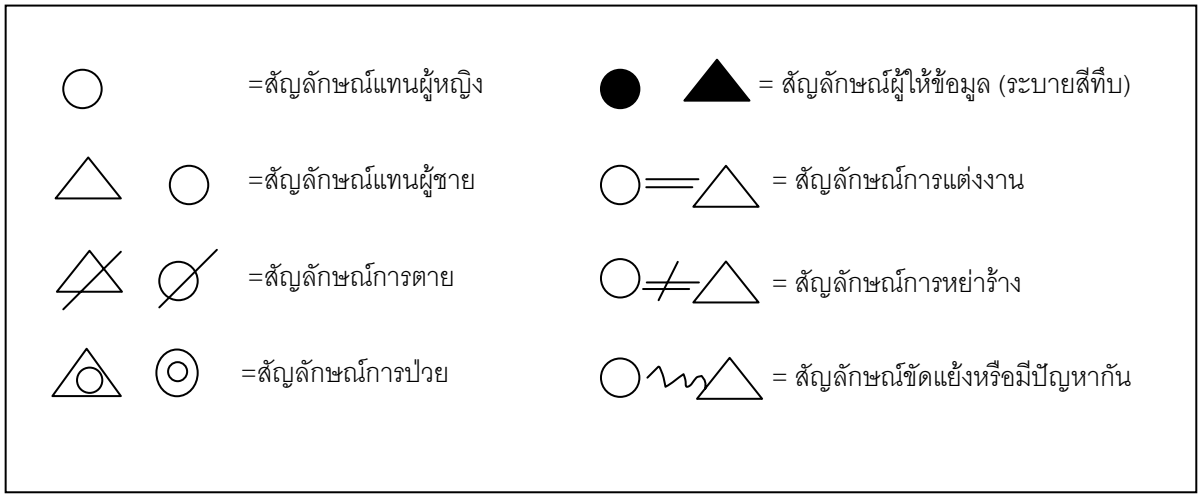
4) ระบบที่ให้เลือกได้ทั้งสองฝ่าย (Double Descent) คือ อาจเลือกเป็นสมาชิกในเครือญาติฝ่ายแม่ เพื่อเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาและนับถือผู้ใหญ่ฝ่ายแม่ แต่ถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิการเป็นเจ้าของที่ดินก็จะเลือกเป็นสมาชิกในเครือญาติฝ่ายพ่อ

ส่วนงานศึกษาของ *วารุณี ภูริสินสิทธิ์* เกี่ยวกับประเด็นเรื่องครอบครัว ใน *แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม* (2543) ในเรื่องการสืบสายโลหิตและการสืบทอดมรดก วารุณีได้อธิบายว่ามี 3 ลักษณะ คือ (1) สืบทอดผ่านทางสายบิดา (2) สืบทอดผ่านทางสายมารดา และ (3) การสืบทอดทั้งทางญาติฝ่ายบิดาและฝ่ายมารดา หรือสืบสายตระกูลจากสายใดก็ได้ (วารุณี 2543: 71-72)

สัญลักษณ์ที่ใช้ศึกษาระบบเครือญาติ

ในการศึกษาระบบเครือญาติ มีการใช้เครื่องหมายสัญลักษณ์มาเป็นเครื่องมือเข้ามาช่วยในการศึกษาระบบเครือญาติได้อย่างง่าย ๆ นับว่ามีความสำคัญที่จะช่วยให้เราสามารถรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้สะดวกรวดเร็วขึ้น

สัญลักษณ์พื้นฐานที่ควรรู้สำหรับการศึกษาระบบเครือญาติของคนในชุมชน มีงานศึกษาในไทยได้แก่งานศึกษาของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ(ดูรายละเอียดจาก โกมาตร 2545: 39-44) ซึ่งมีสัญลักษณ์พื้นฐานทางด้านมานุษยวิทยาดังนี้



หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). *วิถีชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

งามพิศ สัตย์สงวน. (2545). *สถาบันครอบครัวของกลุ่มชาติพันธ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาครอบครัวไทยโซ่ง*. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประสิทธิ์ ลีปรีชา. (2546). อัตลักษณ์ทางเครือญาติของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งท่ามกลางความทันสมัย. ใน ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, (บรรณาธิการ). *อัตลักษณ์ ชาติพันธุ์ และความเป็นชายขอบ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์กรมหาชน).

ยศ สันตสมบัติ. (2530). *จากวานรถึงเทวดา: มาร์กซิสม์และมานุษยามาร์กซิสต์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยศ สันตสมบัติ. (2535). *แม่หญิงสิขายตัว: ชุมชนและการค้าประเวณีในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

ยศ สันตสมบัติ. (2537).*มนุษย์กับวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2543). ครอบครัว. ใน ขวัญใจ ไทยทอง และคณะ, *แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม* .เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Robin Fox. (1967). *Kinchip & Marriage: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge Press.

5.2 การตั้งครรภ์และการคลอด: มิติของข้อห้าม (taboo) และสุขภาพของผู้หญิง

ประเด็นเรื่องข้อห้ามต่าง ๆ (taboo) ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือการคลอด ล้วนมีความเกี่ยวกับอย่างแยกไม่ออกระหว่างประเพณีความเชื่อและมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้คนซึ่งล้วนเป็นรากฐานของวิธีคิดและการปฏิบัติตัวของผู้คนมาอย่างยาวนาน กฎ กติกา ข้อห้ามต่าง ๆ ในสังคมมิติหนึ่งมิติใดในสังคมล้วนแล้วแต่มีความแยบคายในการควบคุมให้กติกาเหล่านั้นดำเนินไปอย่างกลมกลืนกับวิถีชีวิต ซึ่งไม่จำเป็นด้วยหลักของความมีเหตุผลตามวิทยาศาสตร์เสมอไป และก็มีความพยายามในการทำความเข้าใจเรื่อง taboo ด้วยการหาคำอธิบายในมุมมองมิติอื่น ๆ มากขึ้น

งานศึกษาเกี่ยวกับข้อห้าม (taboo) มีที่มาจากงานศึกษาของชาวต่างประเทศที่เข้าไปศึกษาเกี่ยวกับชนเผ่าหนึ่งในแถบแอฟริกา เดิมคำว่า taboo เป็นคำศัพท์พื้นเมืองของชนเผ่าแห่งนี้ ภายหลังเมื่อนักมานุษยวิทยานำมาใช้ คำว่า taboo จึงกลายเป็นคำเรียกทับศัพท์ซึ่งมีความหมายถึงข้อห้ามต่าง ๆ มาจนปัจจุบัน

งานศึกษาของ Roger Jeffery and Patricia M.Jeffery. (1993). *Traditional Birth Attendants in Rural North India*: The Socail Organization of Childbearing. เป็นงานศึกษาเกี่ยวกับประเพณีการคลอดในประเทศอินเดีย ซึ่งได้นำเสนอ แนวคิดที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็นด้วยกันคือ ความน่าอาย (Shame) ความสกปรก (Childbirth Pollution) และความไม่ปลอดภัย (Vulnerability and Danger) (Jeffery and Jeffery 1993)

งานศึกษาเกี่ยวกับข้อห้าม (taboo) ในประเทศไทยมีอยู่มากมายหลายชิ้นด้วยกัน ซึ่งอาจจะแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (1) งานศึกษาที่มีสถานะเป็นเพียงการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับข้อห้ามต่าง ๆ ของหญิงก่อนและหลังคลอดในภูมิภาคต่าง ๆ ซึ่งจะเน้นอธิบายขั้นตอน พิธีกรรมต่าง ๆ ทั้ง

ก่อนและหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นมิติการอธิบายเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยเป็นด้านหลัก และประเภทที่ (2) งานในระดับขั้นวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับข้อห้าม งานประเภทนี้ยังพบว่ามีการศึกษาไว้น้อย ซึ่งผู้สนใจอาจจะศึกษาได้จากวิทยานิพนธ์และงานวิจัยบางชิ้นเท่านั้น ซึ่งจะกล่าวถึงในลำดับถัดไป

งานในประเภทแรกเป็นงานที่รวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับการเกิดและประเพณีเกี่ยวกับการเกิด ซึ่งงานแต่ละชิ้นจะมีรายละเอียดครอบคลุมตั้งแต่ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิด ประเพณีการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังคลอด ซึ่งข้อห้ามต่าง ๆ และวิธีปฏิบัติต่าง ๆ จะรวมอยู่ด้วยกัน

หลักฐานการค้นคว้าที่เก่าแก่ที่สุดที่กล่าวถึงประเพณีการเกิด คือ ตำราพรหมชาติ และ คัมภีร์ประถมจินดา ซึ่งบอกวิธีการฝังรก กำหนดทิศทาง และสถานที่ที่จะฝังรกตามวัน เดือน ปี ที่เด็กเกิด โดยอาจจะศึกษาได้จากตำราพรหมชาติ ฉบับชาวบ้านและนรลักษณ์พยากรณ์ ฉบับที่พิษณุเพทางค์รวบรวมสอบชำระและเรียบเรียง (2531)

งานเขียนในระยะต่อมาที่สำคัญคืองานเขียนของศาสตราจารย์พระยาอนุมานราชธน (เสฐียรโกเศศ) เรื่อง ประเพณีเกี่ยวกับการเกิด (2498) ซึ่งให้ความรู้เกี่ยวกับประเพณีการเกิดอย่างละเอียดและอาจจะกล่าวได้ว่าสมบูรณ์ มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และเปรียบเทียบกับประเพณีการเกิดของชาติอื่น ๆ และยังมีผลงานของพระราชวรานุกูล (อ่วม) ซึ่งเขียนเกี่ยวกับประเพณีการเลี้ยงลูก ซึ่งมีการคัดลอกตีพิมพ์ในหนังสือหลายเล่ม เช่น ในหนังสือประเพณีเกี่ยวกับชีวิต (2511) และลัทธิธรรมเนียมต่าง ๆ เล่ม 1 (2515)

งานศึกษาของมานพ ถาวรวัฒน์สกุล (2534) เรื่อง “คัมภีร์ประถมจินดา”: บทนำเสนอเบื้องต้นสำหรับศึกษาประเพณีการเกิดไทย ในหนังสือข้อมูลและบรรณนิทัศน์เกี่ยวกับการเกิด จัดพิมพ์โดยมหาวิทยาลัยศิลปากร ผู้เขียนได้สรุปใจความสำคัญของคัมภีร์ประถมจินดา ซึ่งมีด้วยกันทั้งหมด 12 เล่ม สมุดไทย โดยเฉพาะเล่มที่ 1 มีเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับประเพณีการเกิดของไทยไว้อย่างชัดเจน ในเล่มอื่น ๆ เป็นเนื้อหาอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารก วิธีการรักษา ตำรับยาที่ใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ

นอกจากนั้นอาจจะศึกษาคัมภีร์ประถมจินดาได้ในหนังสือแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ จัดพิมพ์โดยกระทรวงศึกษาธิการ (2542) โดยเขียนว่า “คัมภีร์ปฐมจินดาร์” ในเล่มเดียวกันนี้ยังมีคัมภีร์โบราณที่ว่าด้วยโรคของมารดาเป็นการเฉพาะคือ “คัมภีร์มหาโชตรัต” กล่าวถึงลักษณะของโรคสตรี เช่น ปัญหาเกี่ยวกับประจำเดือน ที่ถือว่าเป็นปัญหาพื้นฐานที่เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ของสตรี และในตอนท้ายจะเป็นตำรายาสำหรับใช้สำหรับรักษาอาการของโรคนั้น ๆ

งานศึกษาในระยะต่อ ๆ มามีงานศึกษาของ *เบญจา ยอดดำเนิน* เรื่อง *ความเชื่อและบริโภคนิสัยของประชาชนทางภาคเหนือของประเทศไทย* ได้กล่าวถึงประเพณีเรื่องความเชื่อและการบริโภคของชาวเหนือว่า ภายหลังคลอดบุตรเปรียบเสมือนระยะเจ็บป่วย ซึ่งคนในหมู่บ้านถือกันว่าหญิงคลอดลูกใหม่ ๆ ในตัวโล่งเหมือนข้างในของบวบ แม่จึงต้องมีการระมัดระวังเรื่องอาหารการกินมาก เพราะถ้าไม่ระวังแล้วจะเกิดการ “ผิด” ขึ้นได้ ซึ่งหมายถึงเป็นพิษหรือแสลง ภาษาเหนือเรียกโรค ซึ่งเกิดจากการกินผิดนี้ว่า “โรคลมผิดเดือน” จะมีอาการ เช่น อาการปวดหัว หน้าตาเนื้อตัวซีดเหลือง ผอม ไอ บางคนขาดสติสัมปชัญญะนึกอยากทำอะไรก็ทำ บางคนกลายเป็นบ้า และถ้ารักษาไม่ทันอาจถึงตายได้ ฉะนั้นคนคลอดบุตรใหม่ ๆ จึงต้องงดอาหารหลายชนิดตามความเชื่อถือหรือประเพณีนิยม การงดอาหารหลังคลอดเช่นนี้ เรียกว่า “กินกำ” (ระยะกินกำอาจนานถึง 3 เดือน) ผู้หญิงที่อยู่ในระยะกำเดือนนี้เรียกว่า “*แม่กำเดือน*” (เบญจา 2521: 23-24)

งานของ *สุวัฒนา เลี่ยมประวัติ* เรื่อง *ประเพณีการเกิดของชาวล้านนา* (2534) กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาครรภ์ที่น่าสนใจ เช่น ห้ามหญิงมีครรภ์ไปเยี่ยมศพ เผาศพ หรือเยี่ยมเยียนคนไข้หนักเพราะจะทำให้ขวัญเสียและสะเทือนใจ ห้ามไปดูหญิงอื่นคลอดก็ไม่ได้เพราะจะทำให้คลอดยาก เด็กในครรภ์จะอายต่อกัน เหตุผลที่ห้ามน่าจะเป็นเพราะกลัวเสียกำลังใจที่เห็นความเจ็บป่วยขณะคลอด หรือแม้แต่เวลาที่พระสงฆ์ทำสังฆกรรม หรือสวดญัตติ ห้ามเข้าไปในเขตปริมณฑลเพราะจะทำให้คลอดลูกยาก สาเหตุข้อนี้คนโบราณทางล้านนาจึงห้ามตายตัวไปเลยว่ามิให้ผู้หญิงขึ้นอุโบสถที่พระสงฆ์ใช้เป็นที่ทำสังฆกรรมอย่างเด็ดขาด เพราะเป็นการ *“ขืดขวง”* รวมทั้งยังกล่าวถึงห้ามทานอาหารบางประเภทด้วย (สุวัฒนา 2534: 65-66)

งานศึกษาของสถาบันวิจัยวิจัยชาวเขาจังหวัดเชียงใหม่ (2528) ได้รวบรวมเกี่ยวกับการเกิดและประเพณีที่เกี่ยวข้องของชาติพันธุ์ต่าง ๆ ไว้อย่างหลากหลาย เช่น ชาวปกาเกอญอ ชาวอิวเมี่ยน (เย้า) และชาวม้ง (กระทรวงมหาดไทย กรมประชาสงเคราะห์ สถาบันวิจัยชาวเขาเชียงใหม่ 2538) และงานศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ลัวะ ศึกษาไว้โดย ชลธิชา สัตยาวัฒนา (ชลธิรา 2530: 82-83)

งานศึกษาเกี่ยวกับข้อห้ามต่าง ๆ ทางภาคอีสาน คำที่หมายถึงข้อห้ามทางภาคอีสานใช้คำว่า *“ขะลำ”* มีงานของ จุไรรัตน์ (2534: 77) ที่กล่าวถึงตั้งแต่ ความเชื่อและความฝันเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ขะลำสำหรับหญิงมีครรภ์ บทบาทและความสำคัญของหมอตำแยต่อพิธีคลอด และยังกล่าวถึงพิธีกรรมหลังการเกิด เป็นต้น

งานศึกษาในประเภทที่สอง เป็นงานขั้นวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ช่วยให้เราเข้าใจพลวัตของการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการดูหญิงตั้งครรภ์ และคลอดบุตรตั้งแต่อดีตที่ส่งผลต่อปัจจุบัน คือ วิทยานิพนธ์ของ *เยาวลักษณ์ ขยันการ* เรื่อง *ความรู้แบบตำรับหลวงเรื่องครรภ์รักษาในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น* (2539) ซึ่งงานชิ้นนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการดูแลหญิงระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดบุตร และศึกษาถึงความรู้ทางการแพทย์ในสังคมไทยที่ใช้เป็นแบบแผนในการดูแลหญิงที่

ตั้งครรภ์และคลอดบุตร จนการเข้ามาของความรู้ทางการแพทย์จากภายนอกนำโดยแพทย์มิชชันนารี ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติเรื่องการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในประเทศไทย

นอกจากนั้นมุมมองหนึ่งของการอธิบายเรื่อง ข้อห้าม (taboo) มีมุมมองที่พยายามอธิบายประสิทธิภาพของการรักษาโรคในวัฒนธรรมอื่น ๆ ด้วยการให้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ยังมีการใช้ในปัจจุบัน และมีการใช้เพื่อแสดงว่าวัฒนธรรมพื้นบ้านอาจไม่ใช่เรื่องงมงายแต่มีคุณค่าที่ควรรักษาไว้ เช่น การอธิบายการอยู่ไฟหลังคลอดของชาวชนบทอีสาน (โกมาตร 2535:14)

คำอธิบายในแง่มุมอื่น ๆ ที่มีการกล่าวถึงคือ มีการมองความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้หญิงในมิติที่เกี่ยวข้องกับข้อห้าม คือยิ่งมีมีข้อห้ามมากขึ้นเท่าไร ผู้หญิงจะมีสถานะพิเศษทางสังคมมากขึ้น

หนังสือแนะนำ

กระทรวงมหาดไทย กรมประชาสงเคราะห์ สถาบันวิจัยชาวเขาเชียงใหม่. (2538). *การศึกษาเชิงสังคมและวัฒนธรรมถึงผลกระทบของโครงการพัฒนาทางสังคมที่มีผลต่อสตรีและเด็กชาวเขา*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยชาวเขา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). *คืนสุขภาพแก่ประชาชน*. ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย. กรุงเทพฯ: กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข หน้า 2, 14.

เบญจา ยอดดำเนิน. (2521). ความเชื่อและบริโภคนิสัยของประชาชนทางภาคเหนือของประเทศไทย. ใน สนิท สมัครการ (บรรณาธิการ), *สังคมและวัฒนธรรมภาคของภาคเหนือ ประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เยาวลักษณ์ ขยันการ. (2539). *ความรู้แบบตำรับหลวงเรื่องครรภ์รักษาในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขามนุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กุสุมา ไชยวินิตย์ และจารุวรรณ ธรรมวัตร.(2524). ประเพณีเฉพาะกลุ่มไทยดำ. ใน สิริวัฒน์ คำวันสา (บรรณาธิการ), *อีสานปริทัศน์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพ ฯ : กรุงสยามการพิมพ์.

คณะกรรมการฝ่ายเอกสารและวิชาการเรื่องการเกิด. (2534). *ข้อมูลและบรรณนิทัศน์เกี่ยวกับการเกิด*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ชัยศิลป์ คนคล่อง. *ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมของชาวปกาเกอญอบ้านแม่หมี่ ใน หมู่ที่ 6 ต.หัวเมือง อ.เมืองปาน จ.ลำปาง*. (2543). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปรีชา นุ่นสุข. (มปป.). ประเพณีเกี่ยวกับการเกิดของชาวปักษ์ใต้ ใน ฉัตรชัย ศุกระกาญจน์, (บรรณาธิการ). ชีวิตไทยปักษ์ใต้ ชุดที่ 4. นครศรีธรรมราช: ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้ วิทยาลัยครูนครศรีธรรมราช.

เสฐียรโกเศศ. (2539). *ประเพณีเนื่องในการเกิด (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ศยาม.

สุวัฒนา เลี่ยมประวัติ. (2534). ประเพณีการเกิดของชาวล้านนา. ในคณะอนุกรรมการฝ่ายเอกสารและวิชาการเรื่องการเกิด, (บรรณาธิการ). *ข้อมูลและบรรณนิทัศน์เกี่ยวกับการเกิด*. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อรสม สุทธิสาคร. (2537). "การคลอดพื้นบ้าน ธารชีวิตจากแม่สู่ลูก". *นิตยสารสารคดี* 141 (12) พฤศจิกายน.

มณี พยอมยงค์. (2529). *วัฒนธรรมล้านนาไทย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

ลักขณา ดาวรัตนหงษ์. (2539). *สารานุกรมกลุ่มชาติพันธุ์: ลีซอ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

Jeffery, Roger and Jeffery, Patricia M. (1993). Traditional Birth Attendants in Rural Nort India: The Socail Organization of Childbearing, in Shirley Lindenbaum & Margaret Lock. (ed.). *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. London: University of California Press.

บทที่ 6
โรค การเจ็บป่วย และสุขภาพ ในมิติสังคม วัฒนธรรม

6.1 แนวคิดทางสังคมเกี่ยวกับการเกิดโรคและการเจ็บป่วย

หลังสงครามโลกครั้งที่สอง การอธิบายสาเหตุการเกิดโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ด้วยแนวคิดทางสังคมศาสตร์ได้รับการยอมรับมากขึ้น ประเด็นร่วมสำคัญของแนวคิดดังกล่าวมี 2 ประการด้วยกัน *ประการแรก* สาเหตุแห่งความเจ็บป่วยไม่ได้มีสาเหตุเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีหลาย ๆ สาเหตุประกอบกัน หนึ่งในสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุทางสังคม *ประการที่สอง* ความเจ็บป่วยมีความหมายทางสังคม สังคมมีบทบาทจัดการกับความเจ็บป่วยของสมาชิกในสังคม และกระบวนการตัดสินใจรักษาพยาบาลเป็นกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม

ทอลคอต พาร์สัน (Talcott Parsons) (1951: 433-439) นักสังคมวิทยาผู้ให้กำเนิดแนวคิดเรื่องบทบาททางสังคมของผู้ป่วย หรือ Sick role พาร์สัน เป็นนักสังคมวิทยากลุ่มนักวิเคราะห์ทางโครงสร้างและการหน้าที่ (structural functionalist) แนวคิดนี้มีพื้นฐานว่า การเจ็บป่วยของบุคคล ไม่ใช่เรื่องเฉพาะทางร่างกายและจิตใจของปัจเจก แต่เกี่ยวข้องกับระบบสังคมโดยรวม สังคมมีบทบาทวินิจฉัยและตีตราความเจ็บป่วยให้แก่สมาชิกในสังคม อนุญาตให้บุคคลใดเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วย เมื่อความเจ็บป่วยได้รับการยอมรับจากสังคมแล้ว สังคมก็มีแบบแผนการปฏิบัติต่อคนที่เจ็บป่วยอีกทีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องตั้งใจให้ตนหายป่วยด้วยการแสวงหาการช่วยเหลือจากแพทย์ อีกทั้งให้สิทธิงดเว้นการปฏิบัติหน้าที่และบทบาทตามปกติในสังคม เช่น ไม่ต้องไปทำงาน ไม่ต้องไปโรงเรียน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นสภาพความเจ็บป่วยโดยเร็ว กลับคืนสู่ระบบสังคม สร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมได้ต่อไป แบบแผนพฤติกรรมที่สังคมกำหนดให้ผู้ป่วยเช่นนี้ พาร์สัน เรียกว่า *การสวมบทบาทผู้ป่วย (sick role)*

แนวคิดของพาร์สันได้รับการวิพากษ์วิจารณ์และขยายขอบเขตแนวความคิดออกไปอย่างกว้างขวาง ฟรีดสัน (ดูรายละเอียดใน Friedson 1961) วิจารณ์แนวคิดของพาร์สันว่า สังคมจะให้การยอมรับความเจ็บป่วยจนนำมาสู่การสวมบทบาทผู้ป่วยนั้น เกิดขึ้นเฉพาะกับการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน และเป็นโรคที่รักษาให้หายเห็นผลทันตาจากแพทย์เท่านั้น ส่วนโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเรื้อรัง แสดงอาการไม่ชัดเจน เช่น โรคลมชัก โรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการยอมรับความเป็นโรคของตนจากสังคมโดยสมบูรณ์ และยังคงสวมบทบาททางสังคมตามปกติควบคู่ไปกับบทบาทผู้ป่วย ขณะเดียวกันโรคเหล่านี้ไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์

เพียงแหล่งเดียว แต่มีปัจจัยแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เข้ามาเกี่ยวข้องในการรักษาเยียวยาด้วย เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง และใช้ระยะเวลารักษายาวนาน ฟรีดสัน เห็นว่า บทบาททางสังคมของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ถูกกำหนดไปตามสภาพแท้จริงของแต่ละสังคม และเป็นเรื่องของปฏิกิริยาที่สังคมต่าง ๆ มีต่อความเจ็บป่วยมากกว่าเป็นการกำหนดบทบาทผู้ป่วยจากค่านิยมการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์

งานศึกษาภาคสนามของ เจอราล์ด กอร์ดอน (Gerald Gordon) (1966: 98-99) มีส่วนช่วยขยายขอบเขตแนวความคิดของพาร์สันในเรื่องบทบาทผู้ป่วย กอร์ดอน พบว่า การสวมบทบาทผู้ป่วยเกิดขึ้นรวดเร็วหรือชักช้า และใช้ระยะเวลาในการสวมบทบาทผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามสภาพทางสังคมเศรษฐกิจของบุคคลที่เจ็บป่วยและครอบครัวของเขา กลุ่มที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจต่ำจะปฏิเสธไม่ยอมรับการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มที่มีสภาพทางสังคมเศรษฐกิจสูง เมื่อเจ็บป่วยการออกจากบทบาทผู้ป่วยก็จะเร็วกว่า และความรวดเร็วของการสวมบทบาทผู้ป่วยอาจผันแปรไปตามฤดูกาล เช่น ช่วงฤดูเพาะปลูกบุคคลอาจสวมบทบาทความเจ็บป่วยได้ยากกว่านอกฤดูเพาะปลูก หรือฤดูเก็บเกี่ยว

สำหรับนักระบาดวิทยาทางสังคม ซึ่งประยุกต์แนวคิดสังคมวิทยาอธิบายการกระจายของเกิดโรคและความเจ็บป่วย เชื่อว่าสาเหตุทางสังคม หรือเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมทางสังคมเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วย เช่น การกระจายของโรคบางโรคจะเกิดขึ้นมากกับชนชั้นบางชนชั้น เนื่องจากมีเงื่อนไขทางสังคมบางประการไปกำหนดแบบแผนพฤติกรรมให้ชนชั้นนั้นมีโอกาสเป็นโรคดังกล่าวมากกว่าชนชั้นอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน และกลุ่มคนด้อยโอกาสทางสังคม ซาคอน

เกร์แฮม (Saxon Graham) (1963: 72) ถือเป็นนักวิชาการท่านแรก ๆ ที่เสนอให้นำแนวคิดทางสังคมศาสตร์และแพทยศาสตร์มาร่วมกันอธิบายการกระจายของโรค โดยแนะนำให้ใช้ข้อมูลสิ่งแวดล้อมทางสังคมและข้อมูลทางชีววิทยาของผู้ป่วย แนวคิดของ เกร์แฮม มีพื้นฐานที่ว่า ความเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคมจะส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมจึงเปรียบเสมือนสื่อพาหะ (vehicles) ชักนำให้บุคคล (Host) สัมผัสกับแหล่งโรค (Agent) จนเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เกร์แฮม เน้นย้ำว่า ลักษณะเฉพาะที่เหมือนกันของสภาพทางสังคม (social circumstances) เช่น ชนชั้นเดียวกัน ลักษณะการทำงานอย่างเดียวกัน สถานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกันนำมาสู่ห่วงโซ่วงจรการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจงเหมือนกัน เกร์แฮม อ้างอิงถึงการศึกษาของ Percival Pott ที่ได้วิเคราะห์การเกิดโรคมะเร็งถุงอัณฑะ (scrotal cancer) ที่ประเทศอังกฤษช่วงต้นศตวรรษที่ 19 แล้วพบวงจรการเกิดโรคว่าเป็นกันเฉพาะในหมู่คนงานทำความสะอาดปล่องไฟ ซึ่งมีคุณภาพชีวิตต่ำ ฐานะยากจน และอาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม พอตต์สันนิษฐานว่า อาชีพน่าจะเป็นสื่อชักนำให้บุคคล (Host) สัมผัสกับแหล่งโรค (Agent) จึงแนะนำให้คนงานทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งหลังเสร็จจากงาน ผลปรากฏว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งถุงอัณฑะ

ในหมู่คนงานทำความสะอาดปล่องไฟลดลง ทั้งที่ขณะนั้นวงการแพทย์ยังไม่มีองค์ความรู้ว่าในเขม่าควันไฟมีสารก่อมะเร็งถุงอัณฑะ

แนวคิดทางสังคมวิทยาที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมทางสังคมและการเจ็บป่วยสามารถสืบต้นสายธารความคิดไปถึงงานชิ้นบุกเบิกของนักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส เอมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) ชื่อ *Suicide* ที่ตีพิมพ์ในปี 1897 ในงานชิ้นนี้ของ เดอร์ไคม์ ถือเป็นการริเริ่มการใช้วิธีการทางสถิติเพื่อค้นหาและอธิบายความแตกต่างอัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละกลุ่มสังคม เอมิล เดอร์ไคม์ มุ่งความสนใจอยู่ที่ตัวกำหนดปัญหาทางสังคมของมนุษย์ในเชิงโครงสร้างสังคม ดังนั้น จึงอธิบายการฆ่าตัวตายของปัจเจกบุคคลในประเด็นกลุ่มองค์กรทางสังคมและโครงสร้างทางสังคมต่าง ๆ มากกว่าลักษณะทางจิตวิทยาหรือแรงจูงใจของปัจเจกบุคคลเพราะสิ่งเหล่านี้มีความผันแปร เดอร์ไคม์อธิบายข้อค้นพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในกลุ่มสังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการยึดเหนี่ยวทางสังคมในกลุ่มที่อ่อนแอลง และสมาชิกของกลุ่มมิได้รับการคุ้มครองเพียงพอในวิกฤตการณ์ของชีวิต หรือมีสภาวะค่อนข้างปราศจากบรรทัดฐานทางสังคม (normlessness) เหมือน ๆ กัน เดอร์ไคม์ สรุปว่า ความยึดเหนี่ยวหรือการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทางสังคมเป็นตัวอธิบายอัตราเฉพาะที่ต่างกันของการฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายผันแปรกลับกันกับระดับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทางสังคม (ดูรายละเอียดใน Durkheim 1966)

นักระบาดวิทยาทางสังคมรุ่นใหม่ อิชิโร คาวาชิ (Ichiro Kawachi) ได้นำแนวคิดเดอร์ไคม์ มาประยุกต์ใช้อธิบายการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุเกิดจากสภาพเงื่อนไขทางสังคม งานหลายชิ้นได้ข้อสรุปที่ว่าอัตราการตายในแต่ละโรคมีความสัมพันธ์กับช่องว่างการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาค ค่านิยมทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และแรงเกาะเกี่ยวทางสังคม (social cohesion) โดยคาวาชิ เรียกรวมสภาพเงื่อนไขทางสังคมที่ใช้เป็นตัวแปรศึกษาว่า “ทุนทางสังคม” (Social capital) (ดูรายละเอียดใน Kawachi 1997; 1998a; 1998b)

นอกจากสังคมมีบทบาทในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยป่วยเป็นอะไร และควรไปรักษากับใคร ที่ไหน สังคมยังมีบทบาทเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย ผลการศึกษาตั้งแต่อดีตของนักสังคมวิทยายืนหยันคำกล่าวข้างต้น อาทิ ผลการศึกษาของ Gove (1973) และ Morgan (1980) (อ้างใน Locker 199: 24) ที่พบว่า คนโสด หย่าร้าง และคนหม้าย มีอัตราการตายที่สูงกว่าคนที่มีสถานภาพแต่งงาน เนื่องจากคนที่แต่งงานจะรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าคนที่ไม่ได้แต่งงาน ผลการศึกษาของ ลิซ่า เบิร์กแมน (Lisa F. Berkman) ได้ข้อค้นพบทำนองเดียวกันว่า คนที่อยู่ตัวคนเดียว แยกขาดจากสังคม และไม่มีเครือข่ายทางสังคมสนับสนุนมีโอกาสเกิดโรคและการเจ็บป่วยสูงกว่าคนที่ได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม (Berkman 2000: 140-141)

การอธิบายสาเหตุการเกิดโรคและความเจ็บป่วยด้วยแนวคิดทางสังคมศาสตร์ช่วยขยายขอบเขตการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและการเจ็บป่วยว่าไม่สามารถจำกัดการอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีโรค หรือทฤษฎีเชื้อโรคเท่านั้น หากสาเหตุทางสังคม เช่น ความแตกต่างทางชนชั้น การกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรม ความไม่สมานฉันท์ของคนในสังคม ล้วนเป็นปัจจัยผลักดันให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้เช่นกัน ที่สำคัญช่วยให้ตระหนักว่าความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมเป็นสาเหตุของความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ และความเจ็บป่วยของบุคคล นอกจากนั้น การเจ็บป่วยไม่ได้เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล แต่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคนหมู่มากในสังคม จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นเรื่องของสังคมโดยรวมที่ต้องร่วมมือกันในการเยียวยารักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของสังคม สังคมยังมีบทบาทเป็นแรงสนับสนุนสำคัญทั้งทางร่างกาย จิตใจ แก่ผู้ป่วย เพราะการเจ็บป่วยถูกวินิจฉัยตีความหมายตั้งแต่ในระดับครอบครัวและสังคม ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือไม่ หากเจ็บป่วยต้องไปรักษากับใคร และใครควรมีบทบาทให้การรักษาพยาบาล

หนังสือแนะนำ

Berkman, L. F., Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In Berkman, L. F., Kawachi, I. (eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Durkheim, E. (1966). *Suicide*. New York: The Free Press.

Friedson, E. (1961). *Patient's Views of Medical Practice*. New York: Russell Sag.

Gordon, G. (1966). *Role Theory and Illness A Sociological Perspective*. New Haven: College and University Press.

Graham, S. (1963). Social factors in relation to chronic illness. In Freeman, H., Levine, S., Reeder, L.G. (eds.), *Handbook of medical sociology*. New Jersey: Prentice Hall.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87: 1491-1498.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., and R. Glass. (1998). Social Capital and Self-Rate Health: A Contextual Analysis. *American Journal of Public Health*, 89: 1187-1193.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., and Wilkinson, R.G. (1999). Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social Science & Medicine*, 48 (1): 719-731.

Locker, D. (1991). Social causes of disease. In Scambler, G. (eds.), *Sociology as Applied to Medicine*. London: Bailloere Tindall

Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press.

6.2. ระบบวัฒนธรรม สุขภาพ และการเจ็บป่วย

สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติสลับซับซ้อนและเป็นพลวัต กล่าวได้ว่าสุขภาพโดยแท้จริงแล้วเป็นปรากฏการณ์ทางชีววัฒนธรรม (biocultural phenomenon) ซึ่งในแต่ละวัฒนธรรม (รวมทั้งวัฒนธรรมย่อย) ย่อมมีการให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือสุขภาวะที่แตกต่างกัน สุขภาพจึงผันแปรปรับเปลี่ยนไปตามระบบวัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่เป็นตัวกำกับวิธีคิดวิธีการมองโลกของผู้คน

วิลเลี่ยม ฮอลแลม ริเวอรส์ ได้ชื่อว่าเป็นบุคคลแรกที่พยายามจะแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดว่าการแพทย์พื้นบ้านกับลักษณะทางวัฒนธรรมและการจัดระเบียบทางสังคมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ริเวอรส์ ได้รับการศึกษาเล่าเรียนมาทางการแพทย์ และประกอบอาชีพเป็นแพทย์อยู่เป็นเวลานานก่อนจะหันมาให้ความสนใจศึกษาทางด้านชาติพันธุ์วรรณนา ผลงานของริเวอรส์ ได้ให้แนวคิดหลักแก่แวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ยุคบุกเบิกอยู่ 2 ประการ คือ *ประการแรก* การรักษาเยียวยาของคนในกลุ่มสังคมที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีต่ำเป็นไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคของชนกลุ่มนั้น *ประการที่สอง* ทั้งการเยียวยารักษาและความเชื่อในการรักษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมมนุษย์ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมส่วนอื่น ๆ ของสังคม ไม่ใช่จารีตประเพณีที่แปลกประหลาดแต่อย่างใด (Rivers 1924: 51)

มุมมองของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ยุคเริ่มต้นถูกวิจารณ์ว่า ดำรงอยู่ภายใต้กระแสความคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่กำลังเรืองอิทธิพล และกระบวนทัศน์แบบวิวัฒนาการ (Evolutionary Paradigm) โดยเฉพาะในงานอีกชิ้นหนึ่งของ ริเวอรส์ ในปี ค.ศ.1913 ซึ่งอธิบายถึงการรักษาโรคท้องผูกด้วยการนวดท้องของชาวเกาะโซโลมอนที่เขาพบเห็นว่า ชาวพื้นเมืองเชื่อว่าโรคท้องผูกที่ผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งเป็นนั้น เกิดจากการมีปลาหมึกยักษ์อยู่ในช่องท้อง หนวดปลาหมึกยักษ์จะยื่นสูงขึ้นไป เรื่อย ๆ และหากยื่นขึ้นไปถึงศีรษะ ผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตทันที การนวดเป็นการฆ่าปลาหมึกยักษ์ในช่องท้อง ซึ่งหลังจากหมอนวดทำการรักษาไปหลายวันก็ปรากฏว่าปลาหมึกยักษ์ในช่องท้องมีขนาดเล็กลง และคาดว่าจะหายหมดไปจากร่างกายของผู้ป่วยในไม่ช้า ริเวอรส์ ตั้งข้อสังเกตว่า กลวิธีการนวดของหมอพื้นบ้านชาวโซโลมอนนั้นเป็นการนวดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ คือ เป็นการนวดเช่นเดียวกันกับวิธีที่หมอสมัยใหม่ (ในยุคของ ริเวอรส์) ใช้ทำการรักษาผู้ป่วย แต่ผลของการรักษาที่ดีขึ้นชาวพื้นเมืองไม่ได้คิดว่า

เป็นผลจากการนวดที่กระทำกับสรีระผู้ป่วย แต่ชาวบ้านคิดว่าเป็นผลจากคาถาอาคม และพิธีกรรมต่าง ๆ ที่มีขึ้นประกอบกันในการรักษา (Rivers 1913 อ้างใน Good 1994: 30)

ในทัศนะของริเวอรส์ แม้ความเชื่อของชาวพื้นเมืองจะเป็นความเชื่อผิด ๆ แต่การรักษาก็อาจมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และที่สามารถกล่าวได้ว่าถูกต้องและมีประสิทธิภาพก็โดยอาศัยมาตรฐานการแพทย์ตะวันตกเป็นเครื่องตัดสิน

มุมมองที่อธิบายประสิทธิภาพของการรักษาโรคในวัฒนธรรมอื่น โดยใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ยังมีการใช้ในปัจจุบัน และมักใช้เพื่อแสดงว่าวัฒนธรรมสุขภาพพื้นบ้านอาจไม่ใช่เรื่องงมงาย แต่มีคุณค่าในตัวของมันเอง ตัวอย่างการอธิบายปรากฏการณ์ในวัฒนธรรมสุขภาพพื้นบ้านไทยที่เด่นชัดเป็นการอธิบายการอยู่ไฟหลังคลอดของชาวอีสาน

> *ในการอยู่ไฟ หญิงหลังคลอดจะต้องนอนผิงไฟตลอดเวลาบนกระดานไม้แผ่นเดียว อาบน้ำร้อนและดื่มเฉพาะน้ำร้อน งดอาหารแสลงบางประเภท และกินข้าวกับเกลือ การปฏิบัติตัวดังกล่าวช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น มีผลทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว และน้ำคาวปลาแห้งเร็ว ปากมดลูกจะปิดได้เร็วขึ้น จึงช่วยป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูกหลังคลอด และป้องกันอันตรายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ทั้งยังทำให้อาการบวมน้ำของมดลูก และเนื้อเยื่อยึดเกาะมดลูกลดลง คืนสู่สภาพปกติรวดเร็ว ลดโอกาสการเกิดภาวะมดลูกหย่อน (กระบังลมหย่อน)* (โกมาตร 2535: 14)

การอธิบายประสิทธิภาพการรักษาแบบพื้นบ้านด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ยังอาจเห็นได้จากการพยายามหาตัวยา หรือสารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในตำรายากลางบ้านต่าง ๆ ดังกรณีการศึกษาของ Brun and Schumacher (1987) ที่พยายามค้นหาวิธีการรักษา หรือตัวยาที่ได้ผลในระบบวัฒนธรรมสุขภาพพื้นบ้านในภาคเหนือของประเทศไทย แนวคิดที่เน้นการค้นหาสิ่งที่ได้ผลในเชิงการแพทย์นี้ Charles Leslie เรียกว่า Western Pragmatism (Leslie 1976)

ยุคต่อมา นักมานุษยวิทยาได้เสนอมุมมองใหม่เป็นการพยายามเข้าใจโครงสร้าง และการหน้าที่ของแบบแผนความคิด ความเชื่อ หรือการปฏิบัติที่เป็นอยู่ในบริบทสังคมของแต่ละวัฒนธรรมมากกว่าที่จะอธิบายด้วยเหตุผลแนวคิดทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ตะวันตก และแนวคิดวิวัฒนาการทางสังคมที่มีชาวยุโรปเป็นตัวแทนของวิวัฒนาการขั้นสูงของมนุษย์ Evans-Pritchard ใช้การศึกษาภาคสนามใน Azande แสดงให้เห็นอย่างเป็นระบบว่า ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของชาว Azande แม้จะมีความผิดพลาดในการคิดและไม่ได้มาตรฐานแบบวิทยาศาสตร์ แต่เมื่อพิจารณาในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นแล้ว จะเห็นถึงความกลมกลืนเป็นเหตุเป็นผลกันในระบบวิธีคิด และระบบสังคมที่ความเชื่อเหล่านั้นปรากฏอยู่ ชาว Azande ไม่ได้ไร้ปัญญาถึงขนาดไม่รู้ว่าปลวกเป็นต้นเหตุทำให้

กระท่อมพังลงมาทับคนที่นั่งอยู่ข้างล่าง แต่ในโลกทัศน์ของชาว Azande โลกทางกายภาพไม่ได้ดำรงอยู่ลอย ๆ แยกขาดจากโลกแห่งเหตุผลทางคุณธรรมและจริยธรรม ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่ทำไมกระท่อมพังลงมาทับคน แต่ปัญหาอยู่ตรงที่ทำไมถึงพังลงมาในเวลานั้น ขณะที่บุคคลผู้นั้น (และไม่ใช่บุคคลอื่น) กำลังนั่งอยู่ เหตุผลที่จะตอบคำถามดังกล่าวข้างต้นเป็นเหตุผลทางสังคม ซึ่งจะต้องหาคำตอบจากโลกทัศน์ของชาว Azande ที่มีความเชื่อเรื่องภูมิผีปีศาจ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติกำกับอยู่ (Evans-Pritchard 1937: 79)

แนวทางหลักประการหนึ่งในการศึกษาระบบวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาโรค คือการศึกษาโดยการถอดรหัสโครงสร้างระบบวิธีคิดที่เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการรักษาโรคของชาติพันธุ์ต่าง ๆ สกุลความคิดนี้เรียกว่า Ethnoscience ซึ่งถือว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดของวัฒนธรรมได้แก่ ระบบวิธีคิดที่มีอยู่ร่วมกันของคนร่วมวัฒนธรรม ซึ่งเปรียบเสมือนกฎเกณฑ์ที่ผู้คนใช้จัดระเบียบ และทำความเข้าใจจักรวาลที่ตนดำรงอยู่ (Landy 1977: 183) เป้าหมายหลักของแนวทางการศึกษานี้คือ การพัฒนาวิธีวิทยาที่ใช้ค้นหาโครงสร้างทางความคิด งานที่เป็นแม่แบบของแนวคิดดังกล่าว คือ การศึกษาชาว Subanun ในมินดาเนา โดย Charles O. Frake (1961) ซึ่งศึกษาถึงชื่อเรียกของโรค และโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับการจัดกลุ่มโรค (disease taxonomy and classification) งานศึกษาในลักษณะเดียวกันที่ทำในประเทศไทย คือ งานของ Brun and Schumacher (1987) ซึ่งศึกษาชื่อโรคและการจัดระบบความคิดเรื่องโรคในภาคเหนือของประเทศไทย แนวคิดนี้ถือว่าโครงสร้างทางความคิดซึ่งหล่อหลอมมาจากระบบวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่กำกับวิธีการในการจัดระบบสังคมและระบบสุขภาพ

Byron Good (1994: 48-52) ได้วิพากษ์แนวคิดที่ถือเอาศัพทานวิทยาเป็นตัวแทนในการวิเคราะห์วัฒนธรรมสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอย่างน้อยที่สุด 2 ประการ คือ

1. การถือว่าศัพท์หรือชื่อโรคเป็นตัวแทนของสภาวะความเจ็บป่วย อาจเป็นความเข้าใจที่ผิดพลาด คำพูดหรือภาษาไม่ได้มีบทบาทในการกล่าวถึงสิ่งที่มีอยู่เท่านั้น แต่เป็นส่วนหนึ่งของการสถาปนาความจริงของสิ่งที่พูดขึ้นมาด้วย การพิจารณาชื่อโรคและระบบการจัดกลุ่มโรคในลักษณะของผังความคิด (cognitive mapping) ละเลยบริบทที่ให้ความหมายต่อชื่อโรค และการสถาปนาความจริงของภาษามีลักษณะเฉพาะขึ้นต่อบริบททางสังคมอย่างยิ่ง

2. เส้นแบ่งระหว่างโรคหรือกลุ่มอาการมักมีลักษณะยืดหยุ่น และการ “ติดป้าย” ชื่อโรคให้กับอาการยังเป็นผลจากการต่อรองของหลายฝ่าย ยิ่งไปกว่านั้น โรคที่คล้ายกันอาจมีชื่อโรคได้หลายลักษณะ เพราะชื่อโรคอาจถูกเรียกจากอวัยวะที่เป็น อาการที่แสดงออก สาเหตุของการเกิดโรค แม้แต่ตั้งตามวิธีการรักษา ทำให้วิธีคิดในวัฒนธรรมสุขภาพหนึ่ง ๆ มักไม่มีความเป็นระบบระเบียบอย่างที่นักวิชาการต้องการให้เป็น

การมองวัฒนธรรมสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นในแง่เชิงระบบนั้นยังมีแนวทางที่สำคัญอีกแนวทางหนึ่ง คือการมองเชิงระบบสัญลักษณ์ Arthur Kleinman นักมานุษยวิทยาการแพทย์คนสำคัญเสนอว่า ระบบการแพทย์นั้นเป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง มีสัญลักษณ์ ความหมาย และตรรกะภายในของตัวเอง Kleinman และคณะ ได้เสนอแนวคิดเรื่อง Explanatory Model (EM) ซึ่งเป็นแนวทางในการค้นหามุมมองของคนใน (Emic หรือ native's point of view) (ดูรายละเอียดใน Kleinman 1980) แนวคิดนี้ถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพไม่ใช่เพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง "ความเป็นจริง" (Medical reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกัน และเป็นโลกแห่งความเป็นจริงคนละแบบ

มุมมองนี้จึงต่างจากมุมมองที่ถือว่าระบบคิดของวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ สามารถถอดเป็นแผนผังที่มีความสมนัยกับโลกแห่งความเป็นจริงที่ดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระจากความคิด เพราะแนวคิดของ Kleinman ซึ่งมักเรียกกันว่า meaning-centered approach (ดูรายละเอียดใน Good 1994: 52-56) ถือว่าโลกของความจริงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ หรือแยกออกจากกันได้จากโลกของภาษาและความหมาย ตรงกันข้ามโลกแห่งความเป็นจริงนั้นถูกอุปโลกน์ขึ้นโดยน้ำมือของภาษาและสัญลักษณ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งโลกแห่งความเป็นจริงมีอยู่ และรับรู้ได้โดยผ่านการแปล และตีความเชิงสัญลักษณ์เท่านั้น

Byron Good นักมานุษยวิทยาการแพทย์คนสำคัญอีกท่านหนึ่ง เสนอแนวทางการศึกษาโลกสุขภาพในระบบวัฒนธรรมด้วยการวิเคราะห์สนามความหมาย และโครงสร้างเครือข่ายของสัญลักษณ์ (Semantic network analysis) Good แสดงให้เห็นในบทความที่มีการอ้างอิงมากที่สุดบทความหนึ่งที่ชื่อ The Heart of What's the Matter, The Semantics of Illness in Iran (Good 1977) ว่าโลกสุขภาพของชาติอิหร่านถูกสร้างขึ้นโดยระบบสัญลักษณ์ที่ให้ความสำคัญกับสัญญะหลัก (core symbol) และมีการให้ความหมายของอวัยวะ อาการ ความรู้สึก รวมทั้งวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วย เราจะไม่สามารถเข้าใจอาการ heart distress (อาจคล้ายคลึงกับอาการของชาวบ้านชนบทอีสานที่เรียกว่า "หัวใจอ่อน") ของชาวอิหร่านได้ หากเราไม่เข้าใจความเชื่อมโยงของระบบสัญลักษณ์และการให้ความหมายเชิงวัฒนธรรมของชาวอิหร่านซึ่งมีรากฐานความคิดแบบ Galenic และIslamic medicine โดยที่ความหมายเหล่านี้สถาปนาความจริงของโลกสุขภาพขึ้นในบริบทสังคมอิหร่าน

นอกจากมุมมองเชิงสัญลักษณ์และเชิงโครงสร้างนิยมที่เน้นความเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันและมีความลงตัวในเชิงเหตุผลภายใน มุมมองเชิงนิเวศยังเป็นอีกทัศนะหนึ่งที่เน้นความเป็นระบบที่เหมาะเจาะลงตัวของวัฒนธรรมสุขภาพ McElroy & Townsend (1985) ได้ประมวลความคิดนี้ในหนังสือชื่อ Medical Anthropology in Ecological Perspectives มุมมองเชิงนิเวศถือว่าระบบวัฒนธรรมสุขภาพ หรือระบบการแพทย์เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวทางสังคมของมนุษย์เพื่อให้ได้ดุลยภาพกับระบบนิเวศที่สังคมนั้นดำรงอยู่

Foster and Anderson (1978) ได้เสนอแนวคิดว่าวัฒนธรรมเป็นเครื่องมือที่มนุษย์สร้างขึ้นและเป็นกลไกที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะปรับตัวให้อยู่รอดได้ในระบบนิเวศหนึ่ง ๆ มุมมองนี้จึงเน้นการปรับตัวและดุลยภาพของระบบนิเวศ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ชัดเจนด้วยภาพจากหนังสือของ McElroy & Townsend ที่แสดงให้เห็นว่าทั้งชีววิทยา (ขนาดรูปร่าง และลักษณะของร่างกาย) และวัฒนธรรม (การแต่งกาย การสร้างบ้านเรือน รวมทั้งเครื่องไม้เครื่องมือที่ใช้) ของมนุษย์ที่อาศัยในแอฟริกาและในอาร์กติก ล้วนแต่เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวในทางนิเวศวิทยาทั้งสิ้น McElroy & Townsend (1985: 75)

รูปภาพประกอบจากหนังสือ McElroy & Townsend

แนวคิดที่เห็นว่าวัฒนธรรมเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวจนได้สมดุลกับนิเวศวิทยาถูกนำมาใช้อธิบายความลงตัวของพฤติกรรมในวัฒนธรรมท้องถิ่นกับระบบนิเวศท้องถิ่นชนบทไทยในเรื่องอาหาร

> *อาหารพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการปกป้องคุ้มครองสุขภาพของมนุษย์มานาน เป็นศิลปะของการเลือกใช้สอยสรรพสิ่งรอบตัวให้เกื้อกูลต่อสุขภาพอย่างกลมกลืนกับชีวิตและธรรมชาติ ในชนบทอีสานช่วงระหว่างปลายฤดูฝนกับต้นฤดูหนาวเป็นช่วงที่ต้นแคออกดอก และเป็นช่วงเวลาที่เด็กมักเจ็บป่วยจากไข้หัวลม เนื่องจากอากาศเปลี่ยนแปลง แม่ในชนบทจะเก็บดอกแคมาปรุงเป็นอาหารให้เด็กรับประทาน เพราะรับรู้ว่าดอกแคมีสรรพคุณตัดไข้หัวลม ดอกแคจึงเป็นอาหารที่คุ้มครองสุขภาพของเด็ก ๆ* (โกมาตร 2535: 2)

แนวคิดนิเวศวิทยาถูกวิจารณ์ว่าเน้นความสมดุลลงตัวจนไม่อาจอธิบายความเปลี่ยนแปลงและสนใจเฉพาะเหตุปัจจัยภายในของระบบนิเวศหนึ่ง ๆ ในขณะที่ความเป็นจริงอาจมีเหตุปัจจัยจากภายนอก เช่น การอพยพย้ายถิ่นของประชากร การถ่ายทอดเทคโนโลยีใหม่ ๆ และการลอกเลียนแบบวัฒนธรรมที่มาจากแหล่งอื่น รวมทั้งมีการตั้งคำถามว่าการเน้นความสมดุลลงตัวว่าเป็นธรรมชาติของระบบนิเวศวัฒนธรรมจะทำให้ผู้นำและสถาบันทางการเมืองไม่ต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยล้มตายของผู้คนที่เกิดจากอำนาจ หรือความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจ สังคม เพราะระบบนิเวศจะปรับตัวไปเองโดยผู้ที่ไม่เหมาะสมจะอยู่รอดในระบบนิเวศนั้น ๆ จะถูกคัดออกโดยกลไกการคัดสรรตามธรรมชาติ

(natural selection) ใช่หรือไม่ ช่วงที่ผ่านมาจึงมีความพยายามที่จะเสนอแนวคิดใหม่ด้านนิเวศวัฒนธรรม (new cultural ecology) ที่นำเอาตัวแปรเหล่านี้เข้ามาร่วมพิจารณา (ดูรายละเอียดใน Picchi 2000) เพื่อเป็นแนวคิดที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระบบวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่นได้ดีขึ้น

สำหรับประเทศไทย นักวิชาการให้ความสนใจในเรื่องนิเวศวิทยาและความหลากหลายของวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น งานชิ้นสำคัญ ๆ ได้แก่ งานศึกษาของเอกวิทย์ (2540) ที่รวบรวมและวิเคราะห์ภูมิปัญญาท้องถิ่นท้องถิ่นทั้งสี่ภาค โดยชี้ให้เห็นถึงการปรับตัวทางวัฒนธรรมที่ทำให้วิถีชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบนิเวศในแต่ละภาค งานศึกษาของยศ (2542) ที่สำรวจและวิเคราะห์ความหลากหลายทางชีวภาพและมิติทางวัฒนธรรม โดยได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องไว้อย่างเป็นระบบ นอกจากนั้นยังมีงานของ ยศและวิฑูรย์ (2537) ฉลาดชาย (บรรณาธิการ) (2543) ปิ่นแก้ว (2539) กฤษฎา (2540)

แม้แวดวงมานุษยวิทยาตะวันตก จะมีการวิจารณ์ว่าแนวคิดนิเวศวัฒนธรรมเน้นการปรับตัวภายใน และเน้นความสมดุลลงตัวจนละเลยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากปัจจัยภายนอก แต่ในกรณีของประเทศไทย งานเหล่านี้เป็นตัวเร่งสำคัญที่ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวของการเมืองภาคประชาชนเกี่ยวกับการปกป้องความหลากหลายทางชีวภาพ สิทธิชุมชน และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ต้องการดูแลรักษาป่าชุมชนมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพความสนใจและการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสมุนไพร เช่น งานของ อดุลย์ (2544)

อาจกล่าวได้ว่า มุมมองที่เชื่อว่าระบบวัฒนธรรมมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีจุดเน้นสำคัญที่การพยายามทำความเข้าใจความหลากหลาย และความแตกต่างของวัฒนธรรมสุขภาพแต่ละท้องถิ่น โดยไม่ถือว่ามีกฎเกณฑ์หรือระบบแบบแผนใดแบบแผนหนึ่ง มีความถูกต้องสมบูรณ์แบบในการเข้าใจโลกสุขภาพของชาวบ้าน และสามารถใช้ตัดสินกฎเกณฑ์หรือระบบวัฒนธรรมสุขภาพอื่น การเข้าใจระบบวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันนี้ อย่างน้อยช่วยให้ความเข้าใจระหว่างฐานคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะแพทย์ผู้ทำการรักษาโรคกับผู้ป่วยเป็นไปได้มากขึ้น

หนังสือแนะนำ

กฤษฎา บุญชัย. (2540). *พลวัตชุมชนล้านนาในการจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ*. วิทยานิพนธ์สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). *คืนสุขภาพแก่ประชาชน*. ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย. กรุงเทพฯ: กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ฉลาดชาย รมิตานนท์ (บรรณาธิการ). (2543). *วัฒนธรรมการกินของคนเมือง: น้ำพริกและผักพื้น*

บ้านล้านนา. เชียงใหม่: ศูนย์ศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. (2539). *ภูมิปัญญานิเวศวิทยาชนพื้นเมือง ศึกษากรณีชุมชนกระเหรี่ยงในป่าทุ่งใหญ่นเรศวร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โลกดุลยภาพ.

ยศ สันตสมบัติ. (2542). *ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.

ยศ สันตสมบัติ และวิฑูรย์ ปัญญากุล. (2537). *ความหลากหลายทางชีวภาพ มิติทางสังคมและนิเวศ*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์ คบไฟ.

อดุลย์ วุฒิจูรีพันธ์. (2543). *การศึกษาความสัมพันธ์ของหมอสมุนไพรกับความหลากหลายทางชีวภาพด้านพืชสมุนไพรในจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเทคโนโลยีการวางแผนสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาชนบท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกวิทย์ ณ ถลาง. (2539). *ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Brun, V., and Schumacher, T. (1987). *Traditional Herbal Medicine in Northern Thailand*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.

Evans-Pritchard, E.E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.

Foster, G.M., and Anderson, B.G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.

Frake, Charles O. (1961). The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao. In *American Anthropologist*, 63: 113-132.

Good, B.J. (1977). The Heart of What's the Matter, The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, I: 25-28.

Good, B.J. (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kleinman, A.(1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry.* Berkeley, Calif.: University of California Press.

Landy, D., (Ed.). (1977). *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Publishing Co., Inc.

Leslie, C., (Ed.). (1976). *Asian medicine systems*. Berkeley: University of California Press.

McElroy, A., and Townsend, P. (1985). *Medical Anthropology in Ecological Perspective*.

Boulder,C.O.: Westview Press.

Picchi, D. (2000). *The Bakairi Indians of Brazil: Politics. Ecology, and Change*. I.L.: Waveland Press.

Rivers, W.H.R. (1924). *Medicine, Magic, and Religion*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.

6.3 อำนาจ ความรู้ และวาทกรรมทางการแพทย์

มุมมองทางมานุษยวิทยาที่กล่าวมาทั้งหมดในส่วนนี้ เน้นที่ความเป็นระบบของวัฒนธรรมสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นถึงความลงตัว ตรรกะ และดุลยภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่ประกอบกันขึ้นเป็นระบบวัฒนธรรมสุขภาพของมนุษย์ ยังมีมุมมองอีกสายความคิดหนึ่งที่ไม่ได้มองวัฒนธรรมในแง่ของความผสมกลมกลืน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือความคิดเห็นร่วมกันที่มีลักษณะเป็นฉันทานุมัติ แต่กลับมองด้วยสายตาเคลือบแคลงว่าในค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ หรือแบบแผนการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่ยอมรับกันอยู่ในสังคมนั้นจะมีองค์ประกอบของอำนาจและความสัมพันธ์เชิงอำนาจซ่อนเร้น กำกับอยู่หรือไม่ การแฝงเร้นของอำนาจจะทำให้อำนาจแทรกตัวเข้ามาอยู่ในวิถีชีวิตโดยที่ผู้คนในสังคมยอมรับอย่างไม่ตั้งคำถาม

มิเชล ฟูโก (Michel Foucault) หนึ่งในนักคิดคนสำคัญแห่งปลายศตวรรษที่ 20 ได้เสนอการวิเคราะห์อำนาจในแง่มุมใหม่ว่า การมองอำนาจที่ผ่านมาเป็นการมองอำนาจในแบบไหลลงที่มีศูนย์กลางเดียว ติดตรึง และยึดโยงอยู่กับอำนาจการเมืองเชิงสถาบันเท่านั้น เช่น พรรคการเมือง รัฐบาล และมองเห็นแต่อำนาจในรูปของกฎหมายเป็นสำคัญ ทำให้ละเลยมองไม่เห็นอำนาจแบบใหม่ที่มาในรูปของการจัดระเบียบ หรือวินัย การทำให้เป็นเรื่องปกติธรรมดา การทำให้เป็นความรู้ และความจริงที่คนในสังคมยึดถือเป็นจารีตกฎเกณฑ์ทางสังคม อำนาจในความหมายของฟูโกเป็นอำนาจในแนวนอนที่แผ่ซ่านทั่วทั้งองค์สังคม เป็นอำนาจในระดับจุลภาค เช่น อำนาจในโรงเรียน โรงงาน โรงพยาบาล และพื้นที่อื่น ๆ ในสังคม ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการใช้อำนาจในอดีตกับในปัจจุบันอยู่ที่ว่าเป้าหมายของอำนาจในปัจจุบัน คือ เรือนร่าง ร่างกายมนุษย์ มากกว่าการกดขี่บังคับอย่างในอดีต (ดูรายละเอียดใน Foucault 1980)

ฟูโก ชี้ให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับลักษณะของอำนาจที่ปรากฏในการแพทย์ชีวภาพว่า ร่างกายของมนุษย์ในสมัยปัจจุบันถูกสร้างขึ้นโดยอำนาจ ไม่มีร่างกายของมนุษย์ที่เป็นสารัตถะ (essential) ซึ่งอยู่นอกวาทกรรม (discourse) และปฏิบัติการของการแพทย์ ร่างกายของมนุษย์ถูกจับจ้อง สอดส่องจากการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และถูกสร้างขึ้นโดยวาทกรรมทางการแพทย์และปฏิบัติการนั่นเอง

ตามความคิดของฟูโก อำนาจที่ปรากฏในโรงพยาบาล คลินิก เป็นอำนาจที่เข้าไปจัดระเบียบให้ร่างกายมนุษย์ปฏิบัติตามความรู้ทางการแพทย์อย่างปราศจากข้อสงสัย อำนาจประเภทนี้มาในรูปของความรู้ ความเชี่ยวชาญที่เฉพาะเจาะจงทางการแพทย์ที่เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ตลอดจนสร้างการรับรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีหรือไม่ดี เพื่อนำไปสู่การควบคุมและจัดการร่างกายให้เป็นไปตามวาทกรรมทางการแพทย์ชีวภาพ ร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนนั้นจะเป็นสิ่งที่มองดูได้อย่างชัดเจน ผ่านการสังเกต การตรวจ การวัด และการเปรียบเทียบ ให้เป็นไปตามมาตรฐานและบรรทัดฐานที่ถูกกำหนดไว้อย่างสอดคล้องกับความรู้ของการแพทย์ ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับคนป่วย ไม่มีการบังคับหรือการใช้ความรุนแรง มีแต่เครือข่ายความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ปฏิบัติการอยู่เท่านั้น และความสัมพันธ์เชิงอำนาจดังกล่าวนี้จะดำรงอยู่เฉพาะภายใต้พื้นที่ของวาทกรรมทางการแพทย์ (ดูรายละเอียดใน Foucault 1977)

ในผลงานช่วงปลายทศวรรษ 1970 ฟูโก ชี้ให้เห็นว่ารัฐในสมัยตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 ถึงตอนกลางศตวรรษที่ 18 มีวิธีการใช้อำนาจต่อชีวิตของประชากรในสองวิธี ซึ่งทั้งสองวิธีการได้มีการพัฒนาเพื่อใช้เป็นอำนาจกระทำต่อชีวิตของมนุษย์จวบกระทั่งปัจจุบัน วิธีที่หนึ่ง ใช้ระบบการจัดการที่คำนึงถึงประสิทธิภาพและความประหยัด เพื่อจะสร้างร่างกายที่เชื่องซึม ที่มีลักษณะคล้ายเครื่องจักรกล วิธีการและขั้นตอนที่ให้อำนาจควบคุมร่างกายด้วยการเข้าไปจัดระเบียบวินัยเรียกว่า “การปกครองทางกายภาพ” (anatomo-politics) หรือการเข้าไปจัดระเบียบวินัย อีกวิธีหนึ่ง เป็นการเข้าไปแทรกแซงต่อประชากรโดยรวม โดยเน้นขบวนการชีววิทยาของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวพันกับการสืบพันธุ์ การเกิด การตาย สภาวะสุขภาพ อายุขัยเฉลี่ย เป็นต้น ฟูโก เรียกวิธีการนี้ว่า “การปกครองชีวญาณ” (bio-politics) (Foucault 1977, 1978)

อย่างไรก็ตาม ฟูโก ไม่ได้ให้ความหมายวาทกรรมไว้อย่างเด่นชัดในงานชิ้นใดเป็นการเฉพาะ แต่พอสรุปความหมายจากงานหลายชิ้นได้ว่า หมายถึง ระบบ และกระบวนการในการสร้าง ผลิต เอกลักษณ์ และความหมาย ให้กับสรรพสิ่งต่าง ๆ ในสังคมที่ห่อหุ้มเราอยู่ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความจริง อำนาจ หรือตัวตนของเราเอง นอกจากนี้ วาทกรรมยังทำหน้าที่ตรึงสิ่งที่สร้างขึ้นให้ดำรงอยู่ และเป็นสิ่งที่ยอมรับของสังคมในวงกว้าง และวาทกรรมก็ทำหน้าที่เก็บกด ปิดกั้น ขจัด หรือทำลายมิให้สิ่งที่แตกต่างไปจากเอกลักษณ์ และความหมายของสิ่งที่วาทกรรมนั้นสร้างขึ้นมาปรากฏตัวขึ้น หรือไม่ก็ทำให้เอกลักษณ์ และความหมายบางอย่างที่ดำรงอยู่แล้วในสังคมเลือนหายไปได้พร้อม ๆ กันด้วย (ดูรายละเอียดใน Foucault 1970b, 1972,1977)

สำหรับ ฟูโก วาทกรรมจึงเป็นมากกว่าเรื่องของภาษา คำพูด หรือการตีความ แต่เป็นเรื่องของอำนาจและความรุนแรงที่แสดงออกมาในรูปของภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรมในสังคม ฉะนั้น เรื่องของวาทกรรมกับเรื่องของอำนาจและความรุนแรงจึงแยกกันไม่ออก (ดูรายละเอียดใน Foucault 1970a)

สำหรับประเทศไทยนักประวัติศาสตร์ นักมานุษยวิทยา ได้นำแนวคิดของฟูโกศึกษาทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่แฝงเร้นอยู่ในสังคม ผ่านองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่รัฐใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม จัดการเรือนร่างพลเมืองเพื่อให้สยบยอมต่ออำนาจรัฐ งานวิจัยชิ้นเด่น ๆ เช่น ทวีศักดิ์ (2543, 2545, 2546) ที่ศึกษาความหมายที่คลุมเครือของนโยบายการแพทย์สมัยใหม่ เช่น นโยบายรัฐเวชกรรม (Medicalized State) ที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่รัฐสมบูรณาญาสิทธิราชสืบเนื่องมาถึงรัฐสมัยใหม่ และโครงการสาธารณาสุขมูลฐานในปัจจุบันว่า เป็นความเอื้อเฟื้อที่รัฐหยิบยื่นให้แก่พลเมืองที่มาพร้อมกับอำนาจรัฐสมัยใหม่ที่ไม่ได้ต้องการเพียงให้ความเอื้อเฟื้อเท่านั้น แต่เพื่อควบคุมและสยบร่างกายที่อันตรายของพลเมืองให้อยู่ภายใต้การควบคุมสอดส่องของรัฐเสียมากกว่าอย่างอื่น งานของก้องสกล (2545) และชาติชาย (2546) ที่ศึกษานโยบายรัฐชาตินิยมสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ว่าได้รวมเอาวิธีคิดและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สุขภาพ และร่างกายเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของจิตสำนึกคนไทยด้วย พร้อมกับการสถาปนาความรู้ทางการแพทย์ให้กลายเป็นวาทกรรมกระแสหลักของสังคมไทย ก่อนที่รัฐจะขยายบทบาทในการจัดการ ควบคุมพลเมืองโดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์เป็นแหล่งที่มาของอำนาจและความชอบธรรมในการปฏิบัติของรัฐอย่างขนานใหญ่ในเวลาต่อมา

หนังสือแนะนำ

ก้องสกล กวินนรีกุล. (2545). *การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา (มานุษยวิทยา) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชาติชาย มุกสง. (2546). *วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487)*. บทความในโครงการวิจัยเรื่อง ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมไทย. สนับสนุนโดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2543). วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการเปลี่ยนแปลงของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น *วารสารธรรมศาสตร์*. (ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2543). หน้า 73-93.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). รัฐเวชกรรม (Medicalized State): จากโรงพยาบาลสู่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน *รัฐศาสตร์สาร*. (ปีที่ 24 ฉบับที่ 1). หน้า 204-245.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2546). *การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม*. ส่วนหนึ่งของโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมและพฤติกรรม. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

Foucault, M. (1970a).The order of discourse. In Robert Young. (ed.). *Untying the Text: A Post-Structuralist Reader*. Boston: Routledgs and Kegan Paul.

Foucault, M. (1970b). *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*. New York: Vintage Books.

Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.

Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*. New York: Vintage Books.

Foucault, M.(1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Pantheon Books.

6.4 การทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์ (โรคยานุวัตน์)

วาทกรรม และปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งรวมไปถึงสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ และการปฏิบัติทางการดูแลรักษาโรคที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์เป็นศูนย์กลาง ไม่เพียงทำให้เกิดการครอบงำของ “ผู้เชี่ยวชาญ” ของการแพทย์ชีวภาพที่มีอำนาจในการวินิจฉัยภาวะการเกิดโรค หรือไม่เป็นโรคของประชาชน และเป็นเครื่องมือที่รัฐใช้ในการควบคุม สอดส่อง บงการชีวิตพลเมืองเพื่อให้ง่ายแก่การปกครอง แผ่ขยายอำนาจรัฐในทุกภาคส่วนสังคม แต่ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพ และสถาบันทางการแพทย์ยังได้สร้างค่านิยม ทัศนคติขึ้นในสังคมทำให้ลักษณะการดำรงอยู่ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ความรุนแรง และการกดขี่ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันกลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ (Medicalization) ที่คนในสังคมยอมรับโดยดุษฎี และปล่อยให้ผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะทางการแพทย์เป็นผู้แก้ไขเยียวยา โดยมองไม่เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หรือโครงสร้างแห่งความรุนแรงที่ดำรงอยู่

กระบวนการทำให้เป็นปัญหาการแพทย์ หรือ Medicalization โดยทั่วไป หมายความว่า การขยายพื้นที่ของการแพทย์จนทำให้เรื่องที่ไม่ใช่ปัญหาความผิดปกติของร่างกาย หรือปฏิบัติการตามประเพณีกลายเป็นปัญหาด้านการแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น การตั้งครรภ์ การคลอดลูก หรือความผิดปกติทางร่างกายของหญิงหลังคลอด ภาวะหมด//การมีประจำเดือน ปัญหาผู้สูงอายุ อีกทั้งทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในร่างกายกลายเป็นปัญหาการแพทย์ หากกล่าวถึงกรณีของยุโรป ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา อาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล และความผิดปกติทางจิตต่าง ๆ ได้ถูกทำให้กลายเป็นปัญหาของจิตแพทย์ ปัญหาการดื่มสุรา การติดยาเสพติด ก็กลายเป็นปัญหาที่การแพทย์ต้องเข้ามาแก้ไข โดยมีการนิยามปัญหาการดื่มสุราว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism)

มีนักวิชาการได้แสดงความคิดเห็นว่าในกรณีสังคมดั้งเดิมมีการแพทย์ท้องถิ่นหรือการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอพิธีกรรม คนทรง แต่หมอพื้นบ้านเหล่านี้มักจะมีบทบาท มีอำนาจต่อสังคมอีกด้วย กิจกรรมของหมอพื้นบ้านยังได้เชื่อมโยงอย่างเหนียวแน่นกับชีวิตประจำวันของชุมชน ซึ่งตรงข้ามกับการแพทย์ชีวภาพที่ได้ผลิตความรู้ด้านวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่อง และทำให้มีการพัฒนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่สามารถปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างเป็นอิสระจากความรู้ของชุมชน ยิ่งกว่านั้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ยังได้ยึดถือความรู้ อำนาจ และผลประโยชน์ โดยไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนและชุมชน

อีวาน อิลิช (Ivan Illich) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า กระบวนการทำให้เป็นปัญหาการแพทย์นั้น ไม่จำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอยู่คนละมิติกับชีวิตประจำวันของประชาชนเพียงประการเดียว แต่สังคมโดยรวมได้เข้ามาทำให้ปัญหาต่าง ๆ เป็นปัญหาการแพทย์ด้วย กล่าวคือ ประชาชนได้เข้าไปพึ่งพาอาศัยการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญ และช่วยทำให้กระบวนการเป็นปัญหาการแพทย์ขยายออกไปในพื้นที่สังคม

อิลิช ได้แสดงทัศนะวิพากษ์การแพทย์ชีวภาพว่า ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพประชาชนใน 3 ระดับ คือ *หนึ่ง* ทำให้เกิดโรคหมอทำ ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาและเทคโนโลยี *สอง* ทำให้เกิดโรคใหม่ ๆ และจำนวนผู้ป่วยก็เพิ่มมากขึ้น สาม ทำให้เกิดผลร้ายต่อศักยภาพของมนุษย์ที่จะตอบสนองต่อความทุกข์ ความเจ็บป่วย และการตายที่เป็นไปตามธรรมของมนุษย์ อิลิช ยืนยันว่า ในที่สุดผลเสียทั้งสามระดับจะร่วมมือและขยายมากขึ้น และอยู่ในโครงสร้างสังคมปัจจุบัน ทำให้ประชาชนต้องพึ่งพาอาศัยการแพทย์ชีวภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการทำให้เป็นปัญหาการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ภายใต้อำนาจการวินิจฉัยของผู้เชี่ยวชาญที่ทำให้พวกเขาอยู่ในภาวะที่ไร้อำนาจ (ดูรายละเอียดใน Illich 1975)

การวิพากษ์เช่นนี้ก่อเกิดความเข้าใจว่า พวกที่มีรายได้น้อย ผู้หญิง และผู้ไร้อำนาจต่าง ๆ อยู่ภายใต้อำนาจของผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น โดยเฉพาะการโจมตีการแพทย์ชีวภาพที่อยู่ภายใต้ระบบชายเป็นใหญ่ในกลุ่มสตรีนิยม (feminism) ที่ยืนยันว่าการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตรถูกทำให้กลายเป็นปัญหาการแพทย์ เป็นวัฒนธรรมครอบงำของผู้ชาย เช่น งานของ แมรี่ ดัลลี่ (Mary Daly) นักสตรีนิยมสายวัฒนธรรม (cultural feminism) ที่วิจารณ์สังคมอเมริกันในเรื่องนรีเวชวิทยาซึ่งเป็นความรู้ของชายเป็นใหญ่ที่เข้ามาแทนที่หมอตำแย ว่าเป็นการฆ่าเผ่าพันธุ์ผู้หญิง ผู้หญิงถูกทำให้เชื่อว่า “หมอรู้ดีที่สุด” หมอถือเป็น “Holy Ghost” ผู้หญิงจำนวนมากยินดีที่จะบอกเล่าเรื่องส่วนตัวแก่นรีแพทย์มากกว่าผู้หญิงด้วยกัน แต่ความจริงแล้วนรีเวชวิทยา และการรักษาที่เป็นอยู่เป็นการทำร้ายผู้หญิงมากกว่าเป็นการช่วย (Daly 1978)

งานของ อลิสัน แจ๊กเกอร์ (Alison Jagger) นักสตรีนิยมสายสังคมนิยม ที่ใช้แนวคิดเรื่องความแปลกแยก (alienation) ของมาร์กซิสต์ในการวิเคราะห์ แจ๊กเกอร์ อธิบายว่า การแพทย์สมัยใหม่

ของระบบชายเป็นใหญ่ทำให้ผู้หญิงแปลกแยกจาก “ผลผลิต” ที่เกิดจากแรงงานในการสืบพันธุ์ของเธอ เธอไม่สามารถเป็นผู้ตัดสินใจได้ว่าเธอควรจะมีลูกกี่คน นอกจากนี้ ยังแปลกแยกจากกระบวนการสืบพันธุ์ เนื่องจากในการคลอดแพทย์จะใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน บางครั้งใช้เทคนิควิธีที่ไม่จำเป็น เช่น การคลอดแบบผ่าท้องโดยที่ผู้หญิงไม่ต้องการ ในการเลี้ยงดูลูกก็เช่นเดียวกัน ผู้หญิงไม่ได้เลี้ยงลูกตามแนวทางของเธอ แต่เลี้ยงตามคำแนะนำของ “ผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งใช้ความรู้ตามแนววิทยาศาสตร์ที่ผู้ชายเป็นผู้ครอบครองอยู่ ผู้หญิงเป็นแม่เองก็ถูกตั้งมาตรฐานที่บอกว่าแม่ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร (ดูรายละเอียดใน Jagger 1983)

สำหรับมุมมองทางมานุษยวิทยา ทัศนะที่วิพากษ์วิจารณ์กระบวนการทำให้เป็นปัญหาการแพทย์ แสดงออกในงานทางมานุษยวิทยาในสาย Critical Anthropology ซึ่งวิเคราะห์วัฒนธรรมในแง่การเอารัดเอาเปรียบ ตัวอย่างของงานที่น่าสนใจทางมานุษยวิทยาการแพทย์ได้แก่งานของ Nancy Scheper-Hughes (1992) ซึ่งได้ศึกษาถึงความรุนแรง การกดขี่ และสภาวะทางสุขภาพในชุมชนแออัดประเทศบราซิล Scheper-Hughes กล่าวถึงปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนนี้ว่าเป็นผลลัพธ์ของความไม่เป็นธรรม และโครงสร้างที่เอารัดเอาเปรียบประชาชนของสังคมบราซิลเอง ที่ทำให้คนจำนวนมากต้องตกอยู่ในสภาวะที่อดอยาก ไม่มีอาหารกิน มีความเครียดสูง มีอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งอัตราการป่วยและตายของประชากรโดยทั่วไปอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ควรจะเป็น

Scheper-Hughes ชี้ให้เห็นว่าค่านิยมที่สังคมสร้างขึ้นทำให้ลักษณะความรุนแรง และการกดขี่กลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้น สถาบันทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการค้ำชูให้ทัศนคติดังกล่าวดำรงอยู่ได้ในสังคม เนื่องจากสถาบันการแพทย์ได้เข้าไปสร้างทัศนคติที่ทำให้เห็นความอดอยากยากแค้น หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของชาวสลัมในบราซิลกลายเป็นเรื่องปัญหาทางการแพทย์ไป ทั้ง ๆ ที่รากเหง้าของปัญหาอยู่ที่โครงสร้างอำนาจรัฐที่ไม่เป็นธรรม และการกดขี่ขูดรีดทางชนชั้นที่มีอยู่ในสังคม Scheper-Hughes ยกตัวอย่างให้เห็นว่า เมื่อชาวสลัมในบราซิลเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ซึ่งเกิดจากสภาวะการบีบคั้นทางสังคมอย่างรุนแรง และจากปัญหาความอดอยากยากแค้นที่ชาวสลัมต้องเผชิญ แต่สิ่งที่สถาบันทางการแพทย์หยิบยื่นให้นั้น กลับกลายเป็นยากล่อมประสาทที่คนทุกข์ยากเหล่านี้รับประทานลงไปในกระเพาะที่ว่างเปล่า การตีตราความอดอยากยากแค้น และการเอารัดเอาเปรียบว่าเป็นโรคจิตที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองของสถาบันทางการแพทย์ ทำให้สาเหตุของความอดอยากและการเอารัดเอาเปรียบที่แท้จริงถูกทำให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง และหักเหความสนใจจากโครงสร้างของความไม่เป็นธรรมในสังคมกลายเป็นเรื่องปัญหาทางด้านการแพทย์ ทั้ง ๆ ที่โดยรากเหง้าของปัญหาแล้วไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์

หนังสือแนะนำ

Daly, M. (1978). *Gyn/Ecology: The Metaethics of Radical Feminism*. Boston: Beacon Press.

Jagger, A. (1983). *Feminist Politics and Human Nature*. Helmel Hemstead: Harvester Press.

Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

บทที่ 7
ยากับสุขภาพ

7.1 ยาในมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรม

สิ่งที่ขาดหายไปในงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผ่าน ๆ มาในสังคมไทยก็คือ การจำกัดการมองยาว่าเป็นแค่เพียงสสารบรรเทารักษา (therapeutic substances) ที่ถูกใช้เพื่อรักษาโรค หรือใช้ในเรื่องที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพเท่านั้น จริง ๆ แล้วสิ่งที่งานศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบและนักสังคมศาสตร์ทั้งหลายต่างก็เห็นตรงกันว่าวัตถุธรรมที่มนุษย์เข้าไปสัมพันธ์ด้วยนั้นล้วนมีมิติทางวัฒนธรรมทั้งสิ้น กล่าวคือ ยาเป็นผลิตผลทางวัฒนธรรมที่สามารถก่อสำนึกใหม่ทางสุขภาพ แปรเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ในการรักษาโรคให้เป็นปัจเจกขึ้น และเป็นที่มาของปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่หลากหลายที่รอการตีความใหม่ทางวัฒนธรรม

ความแพร่หลายของพฤติกรรมการรักษาตนเอง เป็นกลไกที่พื้นฐานที่สุดในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกวัฒนธรรม ทั้งนี้เพราะเป็นส่วนประกอบสำคัญของสิ่งที่เรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน (popular health sector) (Kleinman 1980; Geest 1987, 1996) ในความเจ็บป่วยธรรมดา ๆ (self-limiting) ที่เป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในชีวิตของคน การรักษาตนเองเป็นทางเลือกที่สะดวก ประหยัด และเป็นไปได้ (pragmatic) มากกว่าการไปรักษากับแพทย์ การรักษาตนเองเป็นปรากฏการณ์ปกติของพหุลักษณ์ของสังคมและระบบการแพทย์ แนวคิดในการจำกัดบทบาทของประชาชนในการรักษาตนเอง นอกจากเป็นแนวคิดที่ผิดพลาดแล้วยังเป็นสิ่งที่ไม่เคยปรากฏเป็นจริง

มองในแง่วัฒนธรรม พฤติกรรมการรักษาตนเองด้วยยาแผนปัจจุบันของชาวบ้าน คือรูปธรรมของการเผชิญหน้ากันระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพเดิมกับวัฒนธรรมสุขภาพใหม่ ที่มีพลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้ง กว้างขวาง ผลที่เกิดขึ้นจากการเผชิญหน้าดังกล่าว นอกเหนือจากพฤติกรรมการบำบัดรักษาโรค ที่มีการใช้ยามากขึ้น ภายในยังมีการเปลี่ยนแปลงของระดับจิตสำนึก ความเชื่อ โลกทัศน์ และอุดมการณ์ทางด้านสุขภาพ และต่อด้านอื่น ๆ ของชีวิตอีกด้วย และการผลกระทบในระดับจิตสำนึกดังกล่าว คือคำอธิบายความแพร่หลายของการใช้ยาสมัยใหม่รักษาตนเอง

ในมุมมองแบบนักมานุษยวิทยา ยามิใช่เป็นเพียงแค่สารที่มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะหรือกลไกการทำงานในร่างกายของสิ่งมีชีวิตเท่านั้น แต่ยาคือผลิตผลและตัวสร้าง

วัฒนธรรม ยาสมัยใหม่เป็นผลพวงของวัฒนธรรม (การแพทย์) แบบวิทยาศาสตร์ที่ผสานรวมกับวิถีการผลิตและอุดมการณ์แบบการค้าและอุตสาหกรรม เป็นทั้งสื่อและสัญลักษณ์ของระบบคิดและระบบคุณค่าแบบตะวันตก ที่เน้นความก้าวหน้าทางวัตถุ เน้นการเอาชนะและควบคุมธรรมชาติ รวมทั้งการเป็นวัฒนธรรมสุขภาพที่มีภาพพจน์ของความเจริญก้าวหน้าและความทันสมัย แฝงไว้ด้วยอคติที่ถือว่ายาสมัยใหม่มีความเหนือกว่า (superiority)

ในสังคมปัจจุบัน สำนึกที่ว่าสุขภาพคือยาแผ่ซ่านไปทั่ว ในกระแสสำนึกเช่นนี้ สุขภาพก็คือสินค้าหรือโภคภัณฑ์ (commodity) ที่ซื้อหามาใช้ได้ตามใจ เมื่ออยากหายป่วยหรืออยากมีสุขภาพดี ก็ใช้เงินซื้อมา ยาและบริการทางการแพทย์ทั้งหลายก็คือรูปธรรมของสินค้าสุขภาพนั่นเอง นี่เป็นปรากฏการณ์ที่ในทางวิชาการเรียกว่าพานิชยานุวัตน์ทางด้านสุขภาพ (Health commodification) (Nichter 1996, Hardon 1990: 6)ในโลกยุคบริโภคนิยมเช่นปัจจุบัน สินค้า (commodity) มีบทบาทกับทุกเสี้ยวนาทีของชีวิตประจำวัน ผู้คนบริโภคและเกี่ยวข้องกับสินค้าที่เป็นวัตถุมากขึ้น ตลาดมีการผลิต คิดค้นสินค้าใหม่ ๆ ควบคู่ไปกับการกระตุ้นให้คนเกิดความรู้สึกหรือเชื่อว่าสินค้าเหล่านั้นเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิตอยู่ตลอดเวลา ชีวิตประจำวันของคนนับตั้งแต่ลืมตาตื่นจนถึงเข้านอน หรือแม้กำลังหลับล้วนมีสินค้าเข้ามาเกี่ยวข้อง การบริโภคกลายเป็นศาสนาใหม่ของคน คือต้องบริโภคจึงจะมีความสุข โลกทัศน์ทำนองนี้รวมถึงเรื่องสุขภาพ

สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่อธิบายความแพร่หลายของการบริโภคยาสำเร็จรูป คือความเป็นรูปธรรมของยา เมื่อเทียบกับการบำบัดอาการเจ็บป่วยด้วยวิธีอื่น ยาเป็นวิธีการที่มีความเป็นรูปธรรมมากที่สุด ยาทำให้การแพทย์เป็นสิ่งที่สัมผัสจับต้องได้ ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาที่ส่งผ่านจากมือหมอสู่ร่างกายผู้ป่วยเป็นสิ่งรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัส และด้วยความเชื่อว่าภายในตัวยาเองมีฤทธิ์ในการบำบัดโรคอยู่แล้ว ยากับทักษะและความสามารถของหมอจึงสามารถแยกจากกันได้ (Geest and Whyte 1988: 3-4) ดังนั้น ในหลายสถานการณ์ แค่ยาก็เพียงพอที่จะทดแทนกระบวนการรักษาทั้งหมด โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาหรือคำแนะนำใด ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์เพราะยาคือ การรักษาอยู่แล้ว

ด้วยฐานะของเครื่องมือรักษาโรคที่ทรงประสิทธิภาพ ยาจึงเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม (cultural symbol) ที่ทรงไว้ซึ่งฐานะและอำนาจในสังคม ด้วยการเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาจึงเป็นทั้ง*ผลิตผล* (product) และ*ตัวการผลิต* (producer) วัฒนธรรมสุขภาพ ยาจึงกลายเป็นพาหนะทางอุดมการณ์ (vehicles of ideology) ชนิดหนึ่งที่เอื้อความสะดวกให้กับการรักษาตนเอง และกำหนดความคิด พฤติกรรมและมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคน ยามีผลกระทบกับรูปแบบและวิธีการที่แพทย์และคนไข้จะจัดการกับปัญหาสุขภาพ ยาทำให้คนสร้าง หลีกเลี่ยง หรือแหวกกฎเกณฑ์หรือแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมได้ (Geest et al. 1996: 156-157)

ยาทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป เมื่อเทียบกับการรักษารูปแบบอื่น ที่ผู้ป่วยจะต้องขึ้นกับการตัดสินใจของผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นหมอ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือขึ้นกับข้อกำหนดทางพิธีกรรมต่าง ๆ ยาทำให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จัดการกับปัญหาด้วยตนเอง ในกรณีของนักมานุษยวิทยาเช่น ปรากฏการณ์ทำนองนี้ ถูกมองว่า ยาคือพลังแห่งการปลดปล่อย (liberating force) ที่ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากพันธนาการทางสังคม และกรอบพิธีการต่าง ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาแบบเดิม กล่าวอีกแบบหนึ่งก็คือ ยาสมัยใหม่ ส่งเสริมความเป็นปัจเจกชนนิยม (individualism) ในการจัดการกับความเจ็บป่วย

กล่าวโดยสรุป ในความเจ็บป่วยหลาย ๆ กรณี การใช้ยารักษาตนเอง จึงมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ที่จะเป็นกระบวนการรักษาโรค การที่ยาทำให้อาการป่วยไข้ และการรักษา มีความเป็นรูปธรรมและเป็นเสมือนสิ่งของที่จับต้องได้ ส่งเสริมอิสรภาพในการจัดการกับตนเอง จึงสอดรับอย่างกลมกลืนกับโลกทัศน์ของการบริโภคยาในฐานะโภคภัณฑ์แห่งสุขภาพ (health commodity) ซึ่งเป็นทั้งเหตุและผลของความแพร่หลายของการรักษาตนเองด้วยยาสมัยใหม่

ในยุคปัจจุบัน คนพึ่งยามากขึ้นไม่ต่างกับการพึ่งสินค้าวัตถุอื่น ๆ สังคมเดินไปถึงจุดที่ไม่รู้ตัวว่ากำลังมอง คำว่ายา กับคำว่าสุขภาพ กลายเป็นสิ่งเดียวกัน ความเชื่อที่ว่าโรคไม่มีทางหายได้ ถ้าไม่กินยา (no cure of disease is possible unless drugs are taken) แพร่กระจายกลายเป็นสามัญสำนึกของคน การแพทย์เชิงพาณิชย์และธุรกิจยา มีส่วนอย่างสำคัญกับการเกิดกระแสความคิดดังกล่าว ด้วยการทำให้สังคมเกิดมายาคติ (ทั้งที่จงใจและไม่จงใจ) ว่า ยา (และบริการหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์) สามารถไขคำตอบให้กับทุก ๆ ปัญหาของชีวิต โดยเฉพาะกับอาการเจ็บป่วยทั้งหลาย ซึ่งแท้ที่จริงแล้วความเจ็บป่วยต่าง ๆ อาจเป็นเพียงอาการของวิกฤตทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่ไม่อาจอาศัย “ยา” เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาได้ (Hardon 1991:8)

การที่ตลาดมียาให้เลือกมากมาย ย่อมมีผลกับแนวคิดและพฤติกรรมในการเผชิญกับความเจ็บป่วยของคนได้อย่างลึกซึ้ง สิ่งที่คนเรียนรู้จากการโฆษณาก็ดี จากประสบการณ์ตรงในการใช้ยาก็ดี อาจทำให้คนเปลี่ยนแปลงความคิดและวิธีการในการเผชิญปัญหา ยิ่งมีเภสัชภัณฑ์นานาชนิด ๆ ออกสู่ท้องตลาด ยิ่งโน้มนำให้คนเชื่อว่าความเจ็บป่วย ความผิดปกติหรือความบกพร่องต่าง ๆ ในร่างกายที่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น (Nichter and Vuckovic 1994: 1510) การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐานะ มักสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวิธีคิดในการประเมินสภาวะสุขภาพของคน เมื่อฐานะดีขึ้นคนอาจรู้สึกสนใจกับสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้ดูเหมือนมีการพบสิ่งผิดปกติง่ายขึ้น ยาที่มีให้เลือกนานาชนิดทำให้ความอดทนต่อปัญหาสุขภาพหรือความรู้สึกไม่สบายของคนลดน้อยลง (ทั้ง ๆ ที่ปัญหาเหล่านั้นเดิมเคยถือว่าเป็นสิ่งปกติธรรมดาหรือเคยทนได้) ในขณะเดียวกันก็จะไวกับการสังเกตเห็นหรือรับรู้ต่ออาการผิดปกติเล็ก ๆ น้อย ๆ มากขึ้น ซึ่งสิ่งที่จะเนื่องกันมาคือมีพฤติกรรมการรักษาง่ายและบ่อยขึ้น

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ยา และการบริการทางการแพทย์ สามารถส่งผลให้การรับรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ตลอดจนความหมายของคำว่าสุขภาพของคนเปลี่ยนไป อาจมีผลให้คนใช้เกณฑ์ในการประเมินสภาวะทางสุขภาพ หรือการตัดสินว่าอะไรปกติ อะไรไม่ปกติเปลี่ยนไป คนอาจจะตีความสิ่งปกติเป็นความไม่ปกติง่ายและไวขึ้น มั่นใจในตนเองน้อยลง และมีความวิตกกังวลกับการแปรเปลี่ยนของร่างกายเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของสังคม ทั้งเศรษฐกิจ การเมือง ชีวิตทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบต่อท่าทีของมนุษย์ในด้านสุขภาพในหลายๆด้าน ที่เห็นได้ชัดอย่างหนึ่งก็คือ คนทุกวันนี้มีระดับของความอดทน (threshold) ต่อความไม่สบายทางกายและใจ ลดน้อยลงกว่าสมัยก่อน คนมีการใช้ยาเพิ่มขึ้น บ่อยขึ้น เพื่อการบรรเทาหรือขจัดความรู้สึกไม่สบายที่เกิดจากความเครียด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้ชีวิตในท่ามกลางสภาวะสังคมที่เต็มไปด้วยการแก่งแย่งแข่งขัน เน้นการบริโภควัตถุ ครอบครัวตึงเครียด แตกร้าว และสภาพแวดล้อมที่กลายเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพมากขึ้น ฯลฯ โลกทัศน์ของคนยุคใหม่ที่มองชีวิตเป็นการแข่งขันกับเวลา ทำให้ความสามารถที่จะอดทน อดกลั้นและรอคอยผลของการกระทำของคนมีน้อยลง ผู้ป่วยจะตัดสินใจรับการรักษาเร็วขึ้น หรือเปลี่ยนแหล่งรักษา หรือยาตัวใหม่เร็วขึ้น นัยหนึ่งก็คือ ระยะเวลาที่ใช้เพื่อประเมินผลการรักษาของยาหรือหมอในแต่ละครั้งว่าได้ผลหรือไม่ จะสั้นลง เกิดมีค่านิยมว่ายาหรือการรักษาที่ดีจะต้องให้ผลรวดเร็วทันใจ และเด็ดขาด (Nichter 1997: 5)

ค่านิยมการบริโภคของสังคม ที่ให้คุณค่าความทันสมัย สะดวก สบาย ยังมีอิทธิพลต่อวิธีคิดในการเลือกใช้ยาและบริการทางการแพทย์อีกด้วย ในการใช้ยาหรือบริการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน ผู้บริโภคมักคำนึงถึงประสิทธิภาพ ที่แฝงอยู่กับคุณสมบัติด้านอื่น เช่นรูปแบบที่ทันสมัย ใช้ง่าย สะดวก บ่งบอกถึงความก้าวหน้า ความเป็นวิทยาศาสตร์ หรือความเป็นของนองไปพร้อม ๆ กัน

สรุปก็คือ นอกจากความเป็นรูปธรรมและเป็นสินค้าสุขภาพ ยายังมีผลกระทบต่อการเกิดโลกทัศน์ และระบบคุณค่าใหม่ทางสุขภาพ ที่มีลักษณะพึ่งพาและบริโภคเทคโนโลยีมากขึ้น วิถีชีวิตแบบใหม่ทำให้คนป่วยง่ายและบ่อยขึ้น อันเป็นปรากฏการณ์ที่มองได้ทั้งด้านอัตวิสัย (Subjectivity) และภาวะวิสัย (Objectivity) คนเชื่อมั่นตนเองน้อยลง แต่มั่นใจในเทคโนโลยีมากขึ้น

ทั้งหมดล้วนเป็นเหตุ ปัจจัยที่ส่งเสริมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ต่อความแพร่หลายของพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง

อย่างไรก็ดี ในสภาวะที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเช่นที่ผ่านมา การรักษาตนเองของประชาชน ที่เคยเป็นวัฒนธรรมระดับท้องถิ่น ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขในระดับมหภาคมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอุตสาหกรรมยาสมัยใหม่ ในปัจจุบันวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองของชาวบ้าน มีการพึ่งพาอุตสาหกรรมยามากขึ้น ยาสมัยใหม่ในฐานะเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ กลายเป็นศูนย์กลางของการรักษาตนเองของประชาชน และเป็นรูปแบบ

หลักของระบบการดูแลสุขภาพ (health care system) ของประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก ทั้งนี้ด้วยคุณสมบัติหลายๆประการที่มีอยู่ในความเป็นเครื่องมือในการรักษาโรคที่ทรงประสิทธิภาพ เช่น การทำให้โรค และกระบวนการทำให้โรคหาย เป็นสิ่งที่เป็นรูปธรรม (concreteness) ไม่ลึกลับหรือขึ้นกับอำนาจ ที่มองไม่เห็นอีกต่อไป คุณค่าทางสังคมอื่นๆที่แฝงมากับความเป็นยาสมัยใหม่ เช่น การเป็นวัตถุธรรมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีชั้นสูง ความทันสมัย หรือความเป็นตะวันตก ซึ่งล้วนแต่เป็นคุณค่าที่ชาวบ้านให้การยอมรับ เชื่อถือ

การรักษาตนเองด้วยยาแผนปัจจุบัน จึงทำให้เกิดภาวะทวิลักษณ์ คือช่วยให้เกิดทั้งการพึ่งตนเองและการพึ่งคนอื่นในเวลาเดียวกัน (Geest and Whyte 1988: 340) การส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเอง เพราะการซื้อยากินเอง ทำให้การจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยเป็นเรื่องส่วนตัว (Individualistic) ผู้ป่วยมีอำนาจจัดการกับตนเอง เป็นอิสระจากอิทธิพลของหมอและครอบครัว หรือเครือญาติ สิ่งเหล่านี้ จะเห็นได้ชัดในกรณี ของผู้ป่วยที่เกิดจากโรคที่เป็นที่ติฉินนินทา หรือน่ารังเกียจ (เช่น โรคทางเพศสัมพันธ์) เป็นต้น ในอีกด้านหนึ่ง การพึ่งยาแผนปัจจุบันในการรักษาตนเองย่อมทำให้ประชาชน สูญเสียการพึ่งตนเอง และพึ่งพาต่ออุตสาหกรรมยา ไปพร้อมๆกัน ทั้งนี้เพราะ ชาวบ้านต้องพึ่งพากับสิ่งที่ตนเองผลิตไม่ได้ เนื่องจากมีการใช้เทคโนโลยีการผลิตที่ซับซ้อน ห่างไกลตัว

ยามิได้เป็นแค่สสารตามธรรมชาติที่มีคุณสมบัติเฉพาะทางด้านเคมีหรือฟิสิกส์ หากแต่ยาเป็นผลิตผล (artifact) ของวัฒนธรรมการแพทย์ตะวันตก ยาแต่ละเม็ดแต่ละขวดจะถูกสังคมกำหนดคุณค่า (social value) และความหมาย (social/cultural meaning) ให้ คุณค่าและความหมายดังกล่าวแตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปตามสังคม ตามยุคตามสมัย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหยิบยืม ถ่ายทอดหรือถูกนำไปใช้ในสังคมอื่น การทำหน้าที่ของยาในระบบการดูแลรักษาสุขภาพ จึงมิได้เป็นสิ่งที่แยกออกมาเป็นการทำงานโดยอิสระ แต่ยา (สมัยใหม่) จะทำงานภายใต้ระบบวัฒนธรรมของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (ที่กำหนดว่า โรคคืออะไร เกิดจากอะไร จะหายได้อย่างไร และยาทำหน้าที่อย่างไร)

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในเรื่องนี้ก็คือ การมีค่านิยมหรือความเชื่อว่า ยานอกหรือยาต่างประเทศดีกว่ายาในประเทศ หรือยาราคาแพงดีกว่ายาราคาถูก แม้ว่าโดยเนื้อแท้แล้วเป็นยาที่มีสารออกฤทธิ์ตัวเดียวกัน หรือการที่ชาวบ้านใช้ยาปฏิชีวนะแบบไม่ต่อเนื่อง เพราะชาวบ้านมีแต่ภาพของยาแก้อักเสบที่เป็นแนวคิดแบบพื้นบ้าน แต่ไม่มีกรอบทฤษฎีในเรื่องกลไกและกระบวนการของการติดเชื้อ เป็นต้น

ในอีกด้านหนึ่งนั้น ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนก็มิได้ดำรงอยู่ในสูญญากาศหรือโดยเอกเทศ หากแต่อยู่ภายใต้บริบททางประวัติศาสตร์ ทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเฉพาะหนึ่งๆ มีปัญหา วิถีปฏิบัติ และแบบแผนความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บเฉพาะตนที่เรียกว่าระบบการแพทย์ท้องถิ่นการใช้ยาสมัยใหม่ของชาวบ้าน จึงไม่ใช่เป็นกระบวนการทางกายภาพหรือทางชีววิทยา ที่เกิดขึ้นและจบอยู่ที่เพียงการได้ดื่ม กิน หรือฉีดเภสัชสารเข้าสู่ร่างกายเท่านั้น หากแต่เป็นปรากฏการณ์ของการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม ที่ชาวบ้านในฐานะตัวแทนจากวัฒนธรรม

หนึ่ง เผชิญหน้ากับอีกวัฒนธรรมหนึ่ง ในกระบวนการดังกล่าวเกิดการตีความหมายของยาใหม่ด้วยกรอบวัฒนธรรมดั้งเดิมของท้องถิ่นเอง

ผลการวิจัยในหลายประเทศ พบในเรื่องนี้สอดคล้องกัน นั้นคือ ชาวบ้านใช้กรอบวัฒนธรรมเดิมของตน ในการเลือกใช้ยา (จะใช้ยาอะไร จะใช้อย่างไร จะใช้มากน้อยแค่ไหน ฯลฯ) และการประเมินว่ายาที่ใช้ได้ผลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด งานของ Logan (1973) ถือเป็นงานชิ้นแรก ๆ ที่รายงานว่าชาวบ้านในประเทศกัวเตมาลา รักษาสุขภาพ และ เลือกใช้ยาสมัยใหม่ ด้วยแนวคิดแบบทฤษฎีร้อน-เย็น (hot-cold theory) อันเป็นแนวคิดการแพทย์พื้นบ้านที่พบในหลายภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะลาตินอเมริกา เอเชีย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือแม้การทั่งการแพทย์กรีกโบราณ ในแนวคิดของทฤษฎีร้อน-เย็น ดุลยภาพของร่างกายเป็นบ่อเกิดสำคัญของสุขภาพ ชาวบ้านจะหลีกเลี่ยงสภาวะที่เย็นหรือร้อนเกินไป (ทั้งในแง่ประเภทของอาหาร สภาพอากาศและอื่นๆ) เพื่อป้องกันมิให้ล้มป่วย ขณะที่การเลือกวิธีการรักษา (โดยเฉพาะเลือกใช้ยา) ก็จะหลักคิดเดียวกัน คือใช้ยาเย็น เพื่อรักษาอาการที่เกิดจากความร้อน และใช้ยาร้อน เพื่อรักษาอาการป่วยที่เกิดจากความเย็น งานของ Mitchell (1983 อ้างใน Hardon 1991: 7) ในจาไมก้า พบว่าชาวบ้านมีการเลือกใช้ยาด้วยหลักของทฤษฎีร้อน-เย็นเช่นเดียวกัน ในการรักษาอาการป่วยที่มีสาเหตุจากความเย็น ชาวจาไมก้า จะเลือกยาที่มีคุณสมบัติในการตัดความเย็น ซึ่งยาที่มีคุณสมบัติเช่นนี้ ก็เช่น ยาถ่าย ยาแก้ไอ และยาดม เป็นต้น นอกจากนี้ในงานศึกษาของ Nichter (1989) ในอินเดีย พบว่ายาฉีด และยาที่มีสีแดง เป็นยาที่มีฤทธิ์ร้อน (heating effect) ในสายตาของชาวบ้าน

รูปลักษณะภายนอกและคุณสมบัติบางอย่างของยา เช่น รูปแบบ (เม็ด น้ำ แคปซูล ยาฉีด) สี กลิ่น รส ฯลฯ เป็นอีกสิ่งหนึ่ง ที่ชาวบ้านใช้เป็นเกณฑ์ในการเลือกและอธิบายประสิทธิภาพของยา Bledsoe & Goubuad (1988: 253-273) รายงานผลการศึกษาชาว Mende ในประเทศ Sierre Leone โดยพบว่า ชาวบ้านเห็นว่ายาสมัยใหม่ เป็นยาแรงเกินไปสำหรับเด็ก ๆ ขณะที่ยาโบราณมีฤทธิ์ในการทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่ดุลยภาพ นอกจากนี้ในสายตาของชาวบ้าน ยาเม็ดเป็นยาอ่อน เมื่อเทียบกับยาฉีด ขณะที่ยาสีแดง เหมาะสำหรับการเป็นยาเพิ่มเลือดหรือการทำให้เลือดเสียกลับดีขึ้น และยาที่มีรสขมเป็นยาเย็น ช่วยลดอาการไม่สบายที่เกิดเนื่องจากร่างกายร้อนเกินไป

ประสิทธิภาพในการรักษาของยาเป็นอีกประเด็นหนึ่ง ที่การตีความทางวัฒนธรรม เป็นปรากฏการณ์ที่พบทั่วไป งานศึกษาของ Nichter (1989) ในอินเดีย และ Hardon (1989) ในฟิลิปปินส์พบปรากฏการณ์ในทำนองเดียวกัน คือชาวบ้านอธิบายผลของการรักษาด้วยแนวคิด*ความถูกกัน* (compatibility suitability) ระหว่างยากับร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ยาตัวเดียวกัน แต่ใช้กับคนหนึ่งหาย อีกคนหนึ่งไม่หาย ชาวฟิลิปปินส์อธิบายว่า การที่ใช้ยาได้ผล เพราะยา hiyang กับ

ผู้ป่วย ดังนั้น การเลือกยาจึงใช้หลักเดียวกันคือเป็นยาที่ hiyang ด้วย ในขณะที่ชาวอินเดียในรัฐ South Kanara อธิบายว่าการที่ตนเองใช้ยาแล้วไม่ได้ผลว่า เป็นเพราะตนเองมีร่างกายที่ไม่ abhiyasa กับยา แนวคิดในลักษณะเดียวกันนี้ ตรงกับคำพังเพยหรือความคิดเรื่อง ลางเนื้อชอบลางยา หรือถูกกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของคนไทยมาแต่เดิม การได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายของยาฉีดโดยเฉพาะกับการรักษาตนเอง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เกือบทั่วโลก (Staa , V.A. and Hardon , A.P.1996) พบว่าแนวคิดในเรื่องนี้มีส่วนอธิบายได้มาก ยาฉีดถูกมองว่าเป็นสุดยอดของเทคโนโลยีในการรักษาจากตะวันตก เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของกระแสการยอมรับอย่างเต็มใจในเทคโนโลยีการแพทย์ตะวันตก ชาวบ้านมักมีทัศนะว่า ยาฉีดมีประสิทธิภาพดีกว่า ให้ผลเร็วเพราะสามารถพุ่งตรงไปยังที่อยู่ของโรค การที่ยาถูกส่งผ่านทางเลือด ที่ทำให้ยาวิ่งไปยังจุดที่เกิดเหตุได้เร็วกว่าวิธีอื่น (เช่น ทางปาก) การศึกษาในอินเดียของ Burghart (1988) พบว่าหมออายุรเวทในท้องถิ่น ให้คำอธิบายว่ายาเพนนิซิลลิน ที่แท้เป็นยาดั้งเดิมของการแพทย์อายุรเวท เพนนิซิลลินถูกจัดเป็นยาร้อนและแห้ง จึงเหมาะสำหรับการรักษาโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายเสียดุลยภาพอยู่ในสภาวะที่เย็นเกินไป การใช้ทฤษฎีร้อน-เย็น เพื่ออธิบายการใช้ยาฉีด ยังพบโดย Nichter (1980) จากการศึกษาในอินเดีย ที่รายงานว่ายาฉีดในสายตาของชาวบ้านเป็นยาร้อน และแรง ยาที่เวลาฉีดแล้วให้ความรู้สึกปวดมากที่สุดคือยาที่แรงที่สุด (Staa , V.A. and Hardon , A.P.1996)

นอกจากนี้ การรับรู้หรือการตีความเกี่ยวกับยาสมัยใหม่ ในลักษณะที่ผิดแผกออกไป หรือแม้กระทั่งเหนือความคาดคิดของนักการแพทย์หรือผู้ผลิตยาในตะวันตก เป็นประเด็นที่มีการรายงานในงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้น รายงานเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะที่เป็นเม็ดบดโรยแผล การใช้ยาถ่ายเพื่อเป็นยาทำแท้ง ความเชื่อในเรื่องการใช้ยาหลาย ๆ ชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มความแรง ฯลฯ เป็นตัวอย่างที่พบคล้าย ๆ กันในหลายประเทศ

กล่าวโดยสรุปก็คือ ปัญหาเชิงพฤติกรรมของการใช้ยารักษาตนเอง ที่ในทางการแพทย์สมัยใหม่ถือว่าไม่เหมาะสมนั้น หากมองมาจากภายในชุมชน เป็นสิ่งที่อาจอธิบายได้อย่างมีเหตุมีผล หากพิจารณาจากหลักตรรกะของชุมชนเอง

หนังสือแนะนำ

Bledsoe C. H. and Goubaud M. F. (1988). The Reinterpretation and Distribution of Western Pharmaceuticals: An Example from the Mende of Sierra Leone. In Geest, van der S. and Whyte, S. R. (eds.) *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Amsterdam: Hetspinhuis.

Geest, van der S. (1987). Pharmaceuticals in the Third World: The Local Perspective. *Soc Sci & Med*. 25 (3); 273-276.

Geest, van der S. (1996). The Anthropology of Pharmaceutical: A Bibliographical Approach *Annual Review of Anthropology*. (25): 156-178.

Geest, van der S. and Whyte, S. (eds.).(1991). *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Amsterdam: Hetspinhuis Publishers, pp 253-76.

Hardon, AP.et.al. (1990). *The Provison and Use of Drugs in Developing Countries: A Review of Studies and Annotated Bibiography*. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.

Hardon, A. (1991). *Confronting Ill Health: Medicines, Self-care and the Poor in Manila.* Quezon City: Health Action International Network (HAIN), Philippines.

Klienman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Nichter, M. (1989). *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies.* Dordrecht: Kluwer Acadamic Publishers.

Staa, V. A., and Hardon, A.P. (1996). *Injection Practices in the Third World: A Comparative Review of Field Studies in Uganda and Indonesia*. Action Programme on Essential Drug, WHO.

7.2 ผลิตภัณฑ์ยาสมัยใหม่ในชนบท

ตลอดช่วงเวลา 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลเรื่องยา ได้หันมาสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนเพิ่มมากขึ้น งานวิจัยเหล่านี้ชี้ว่ายาจำนวนมาก และแหล่งกระจายยาในภาคเอกชนซึ่งเป็นจุดส่งผ่านยาไปสู่ผู้บริโภค ได้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญกับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของคนไทย การเกิดขึ้นของสหกรณ์ยา กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งโครงการร้านยาตัวอย่างที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ล้วนเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นรูปธรรมส่วนหนึ่งที่รัฐพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ในทุกพื้นที่แม้แต่กรุงเทพมหานคร

ในตอนต่อไปจะเป็นการประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับยาและแหล่งกระจายยาในชนบท ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาว่ามีสถานการณ์อย่างไร มีปัญหาสำคัญอะไรบ้าง มีกระบวนการในการแก้ปัญหาในลักษณะใดและประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้อาจมีบางส่วนที่เป็นการนำเสนอมุมมองใหม่ ๆ ในการมองปัญหาของการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน โดยเฉพาะมุมมองทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ยังมีการศึกษาไว้ค่อนข้างน้อย เพื่อช่วยให้เห็นปัญหาและแนวทางในการจัดการปัญหาได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

ผลิตภัณฑ์ยาจำนวนมากที่กระจายอยู่ในพื้นที่ชนบท ถูกมองว่าเป็นต้นเหตุที่สำคัญของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เพราะเป็นจุดเริ่มของอันตรายต่าง ๆ ที่ผู้บริโภคจะได้รับ เป้าหมายสูงสุดในการแก้ปัญหาของผู้รับผิดชอบเหล่านี้คือ การทำให้มีเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้นกระจายอยู่ในร้านค้าระดับหมู่บ้าน มีความพยายามที่จะให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ออกไปสำรวจร้านค้าเพื่อให้ข้อมูลกับแหล่งจำหน่ายและเฝ้าระวังไม่ให้มีการนำยาที่ไม่เหมาะสมมาจำหน่าย รวมทั้งมีการจัดทำโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านลงในพื้นที่หลายโครงการ (สมนึก และคณะ 2537; ฉลอง และคณะ 2536; ธงไชย และคณะ 2534; มัณฑนา 2525) นอกจากนี้ ยังมีโครงการกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ดูรายละเอียดใน สุทธิสิทธิ์ 2534) ซึ่งเป็นโครงการระดับชาติที่มีเป้าหมายหลักอย่างหนึ่งคือ การสนับสนุนยาสามัญประจำบ้านลงสู่ชุมชนหรือที่รู้จักกันดีในนามของ *ห้องยาชุมชน* (ดูรายละเอียดจาก วิทยา และคณะ 2530)

อย่างไรก็ตาม ภาพความเป็นจริงที่ปรากฏตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบันยังคงชี้ว่า มียาที่นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านอีกจำนวนมากกระจายอยู่ตามร้านค้าในหมู่บ้าน แม้แต่พื้นที่ในกรุงเทพมหานครที่มีร้านยาทุกประเภทมากกว่า 3,000 แห่ง ก็ยังคงมียาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านขายอยู่ในร้านชำทั่วไป ยาแผนปัจจุบันหลายชนิดที่ประชาชนในชนบทเลือกใช้ อาจมีความเปลี่ยนแปลงไปบ้างเมื่อเวลาผ่านไป ขึ้นอยู่กับผู้ผลิตยาและชนิดของยาใหม่ ๆ ที่ค้นพบและผลิตขึ้น ลักษณะของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัจจัยทางประชากร เช่น ระดับการศึกษา รายได้ของประชาชน รวมทั้งปัจจัยด้านกลยุทธในการโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ของผู้ผลิต สันทัดและไรลีย์ (2517: 24) พบว่า กลุ่มของยาที่ประชาชนในชุมชนที่ศึกษาซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้กรุงเทพฯ นิยมใช้ในขณะนั้นได้แก่ น้ำเกลือสำหรับฉีดเข้าเส้น วัคซีน ยาปฏิชีวนะ ยากล่อมอารมณ์ ยาระงับปวด ยาแก้ไข ยาบำรุง ยาคุมกำเนิด และยาถ่าย ยาส่วนใหญ่อยู่ในรูปยาฉีดและยาเม็ด อาจมีบ้างที่เป็นยาทา หรือใช้สูดดม

สำลี และคณะ (2519: 64-65) ได้ทำการเก็บข้อมูลการใช้ยาของประชาชน 236 หลังคาเรือนใน 8 หมู่บ้าน ที่อยู่ใน 6 ตำบล ของอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ.2519 พบยาในชุมชนทั้งสิ้น 1,910 รายการ เป็นยาแผนปัจจุบัน ทั้งหมด 286 ชื่อการค้า (เป็นยาจากสมุนไพรอีก 56 ชื่อ รวม 342 ชื่อ) โดยส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวดลดไข้ 45 ชื่อ (377 รายการ) ยาแก้ปวดท้อง 35 ชื่อ (151 รายการ) ยาแก้ไข้หวัด-ไข้หวัดใหญ่ 30 (163 รายการ) อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มยาที่

ได้รับความนิยมมากในพื้นที่คือ ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ปวดท้อง ยาแก้ไข้หวัด-ไข้หวัดใหญ่ และยาปฏิชีวนะ-ซัลฟา ตามลำดับ

สุพัตรา และคณะ (2533: 33-34) ได้ทำการศึกษาถึงแหล่งให้ข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 หมู่บ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์ถึงยาที่ประชาชนนิยมใช้ในแต่ละหมู่บ้าน และพบว่ายาที่นิยมใช้ได้แก่ยาในกลุ่มแก้ปวดลดไข้ ยารักษาโรคทางเดินอาหาร ยารักษาโรคทางเดินหายใจ (เช่น หวัด ไอ) กลุ่มยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อ ยาชุด และยาวิตามิน

ไม่แตกต่างจากผลการศึกษาของลือชัย และคณะ (2537: 185) ซึ่งได้สำรวจแหล่งกระจายยาในหมู่บ้าน 195 แห่ง ในพื้นที่ 8 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศ ในช่วงปี พ.ศ.2535-2536 โดยพบว่ากลุ่มของยาที่จำหน่ายมากในหมู่บ้าน ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ 95-100% กลุ่มยาแก้หวัดและไอ 84-98% กลุ่มยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อ 61-72 กลุ่มยาแก้อักเสบของกล้ามเนื้อ 33-64% และกลุ่มของยาชุดและสเตียรอยด์ 29-54% ของร้านที่สำรวจ โดยค่าที่มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของหมู่บ้านด้วย หมู่บ้านขนาดใหญ่มักพบยาต่าง ๆ มากกว่าหมู่บ้านขนาดเล็ก

จากข้อมูลการศึกษากลุ่มของยาที่ได้รับความนิยมของประชาชนในชนบทที่กล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ความต้องการยาในชนบทตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก นั่นคือ ยาในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้ กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร กลุ่มยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อ และกลุ่มยาที่ใช้ภายนอก ประชาชนส่วนใหญ่ใช้ยาเหล่านี้ดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นอยู่แล้ว

มีข้อสังเกตว่า ยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นยาที่มีความปลอดภัยมากกว่าทุกกลุ่มและเป็นยาที่จำเป็นและเหมาะสมควรจะมีอยู่ในชุมชนกลับมีจำหน่ายน้อยมาก การสำรวจใน 17 หมู่บ้านที่จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีเพียง 2 หมู่บ้าน ที่มายาสูตรเดียวกับยาสามัญประจำบ้านจำหน่าย ในแต่ละร้านจะมียาอยู่เพียงไม่กี่ชนิด ยาสามัญประจำบ้านที่ถูกต้องมักมีอยู่ในกองทุนยาหมู่บ้านที่โรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนยาให้

ยาแผนโบราณบรรจุเสร็จ เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีจำหน่ายอยู่มากในหมู่บ้าน ยาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นยาที่ได้รับความนิยมสูง มีสถานที่ผลิตเป็นโรงงานในกรุงเทพฯ หรือปริมณฑล แล้วส่งไปจำหน่ายทั่วประเทศ มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์วงกว้าง ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาการใช้ยาแผนโบราณสำเร็จรูป รวมทั้งประสิทธิภาพหรืออันตรายของการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มากนัก

จากข้อมูลปรากฏดังที่ยกมาข้างต้น มีข้อสังเกตว่าน่าจะมีการศึกษาการใช้และการกระจายยาในชนบทในมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมเพิ่มเติม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจมุมมองของชาวบ้าน ซึ่งเป็นไปได้ว่าเขาไม่รู้สึกถึงปัญหาการใช้ยาที่เหมาะสมหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในมุมมองของชาวบ้านต้องผ่านการพิจารณามาแล้วระดับหนึ่งตามเหตุและปัจจัยหนุนเนื่องที่แวดล้อมตัวเขาในขณะนั้น

หนังสือแนะนำ

ฉลอง อัครชิโนเรศ และคณะ. (2536). รายงานการวิจัย *การแก้ปัญหาการซื้อ-การขายยาที่ไม่เหมาะสมในหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลจำป่าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.

ธงไชย กาญจโนภาส และคณะ. (2534). รายงานการวิจัย *การสนับสนุนการใช้ยาสามัญประจำบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.

มัณฑนา ภาณุมาภรณ์. (2525). รายงานการวิจัย *สรุปโครงการฟื้นฟูการใช้ยาสามัญประจำบ้าน.* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2537). แหล่งกระจายยาและสถานการณ์ยาในชนบท.*วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2(3) กรกฎาคม-กันยายน , 182-191.

วิทยา กุลสมบูรณ์ และคณะ (2530). รายงานการวิจัย *ห้องยาชุมชน.* ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมนึก สุชัยธนาวนิช และคณะ. (2537). รายงานการวิจัยเรื่อง *การพัฒนารูปแบบการกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชนบท อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย (พ.ศ.2535-2536)* .สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไวลีย์. (2517). รายงานการวิจัย *พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทย: การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง.* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำลี ใจดี และคณะ. (2519). รายงานการวิจัย *การใช้ยาในชุมชน.* คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร์. (2534). *พฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้าน ตำบลขุนดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัตรา ชาติบัญชาชัย และคณะ. (2533). *แหล่งข้อมูลและกระบวนการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน.* สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บทที่ 8
มิติทางสังคมวัฒนธรรมในระบบบริการสาธารณสุข

8.1 ระบบวิธีคิดและระบบงานในระบบสุขภาพ/การแพทย์ไทย

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อโครงสร้างระบบบริการสุขภาพอย่างรุนแรง ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ได้กลายเป็นด่านหน้าในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่ที่ครอบคลุมเข้าถึงง่าย ต้นทุนต่ำ ตลอดจนกระบวนทัศน์สุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนไปสู่พลวัตใหม่ของความหลากหลายหรือที่เข้าใจกันในปัจจุบันว่าหมายถึง พหุลักษณ์ทางการแพทย์ การทบทวนถึงหลักการในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบวิธีคิดและระบบงานในระบบสุขภาพจะช่วยให้เราเข้าใจระบบงานสุขภาพใหม่ที่มีคุณภาพในด้านการครอบคลุมเข้าถึง ให้การบริการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สามารถเชื่อมโยงกับครอบครัว และชุมชนอย่างผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยใส่ใจต่อสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะสามารถทำให้ระบบสุขภาพใหม่เป็นที่ยอมรับและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการได้

หากเราทำความเข้าใจ อะไรคือระบบสุขภาพ ในเชิงระบบ ระบบสุขภาพหรือระบบทางการแพทย์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. **ระบบวิธีคิด** (Disease theory system) เป็นระบบทฤษฎีเกี่ยวกับโรคและสุขภาพ ซึ่งหมายถึงแนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ตัวระบบทฤษฎีโรคนี้ อาจมีความสลับซับซ้อนสลับซับซ้อนมาก ในขณะที่ประชาชนโดยทั่วไปจะอธิบายความเป็นไปของโรคภัยไข้เจ็บอย่างง่าย ๆ ระบบทฤษฎีโรคนี้เองที่เป็นความรู้ ความเข้าใจที่ใช้สำหรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นแนวคิดที่สำคัญที่กำหนดท่าทีและพฤติกรรมที่มนุษย์จะต้องตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนเป็นตัวกำหนดรูปแบบ และระบบการดูแลรักษาสุขภาพ

2. **ระบบงาน** (Health delivery system) เป็นระบบการดูแลรักษาและแก้ปัญหาสุขภาพหมายถึงระบบที่สังคมจัดขึ้น เพื่อให้การดูแลรักษาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยจะประกอบด้วยผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรม

การดูแลรักษาสุขภาพ รูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพตลอดจนยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้รับ ในส่วนของระบบการดูแลรักษาสุขภาพนี้มีแนวคิดที่สังคมใช้สำหรับการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น แนวคิดที่ว่าใครเป็นผู้ที่สามารถให้บริการการดูแลรักษาสุขภาพได้ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร เป็นต้น แนวคิดเหล่านี้จะสะท้อนออกจากแนวคิดในระบบทฤษฎีโรค และเป็นแนวคิดที่สะท้อนทัศนะอื่น ๆ ที่ประกอบการคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยด้วย

ทั้งสองระบบย่อยนี้จะสัมพันธ์เกี่ยวกันมาก กล่าวคือ ถ้าหากว่าใช้ระบบวิธีคิดแบบหนึ่ง ก็จะสัมพันธ์กับการสร้างระบบงานด้านสุขภาพแบบหนึ่งด้วย ระบบงานสุขภาพในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของกิจการด้านสุขภาพซึ่งระบบงานเช่นนี้เป็นผลลัพธ์ของระบบวิธีคิดหรือทฤษฎีที่มองว่า “สุขภาพ” คือการไม่มีโรคและต้องรักษาโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี จึงเป็นระบบ*ที่เน้นโรคเป็นสำคัญ ให้ความสำคัญเฉพาะมิติทางกาย ขาดมิติทางสังคม ทางวัฒนธรรมและมิติทางจิตวิญญาณ* ซึ่งเป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นราว 1 ศตวรรษมาแล้ว

สถานการณ์ระบบสุขภาพโลก ในการประชุมนานาชาติที่ภูเก็ต เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2546 มีผู้แทนและนักวิชาการจากประเทศต่าง ๆ กว่า 20 ประเทศ ได้ทบทวนถึงประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศต่าง ๆ ได้ข้อสรุปว่า *การเน้นที่ตัวโรคและระบบบริการทางการแพทย์เท่านั้นเป็นข้อจำกัดของการปฏิรูปภาคสุขภาพ*และได้มีข้อเสนอว่า *จำเป็นจะต้องมีการเคลื่อนจากกรอบของการปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์ ออกมาสู่ระบบสุขภาพโดยรวมมากขึ้น* (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2547ก) โดยรากฐานคือ การรื้อฐานความคิด เป็นการเคลื่อนฐานจาก bio -medical model of health ไปสู่ bio – psycho social model ที่มีการขยายกรอบหรือขยายนิยามของคำว่าสุขภาพออกไป เข้าใจมิติของความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรค และเพิ่มมิติของความเป็นมนุษย์เข้าสู่ระบบสุขภาพ มองสุขภาพเกี่ยวเนื่องไปถึงเรื่องของเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

ระบบการแพทย์สมัยใหม่มีรากฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์หรือแบบชีวกลไก จำกัดการอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยไว้ที่ความผิดปกติทางชีววิทยาเท่านั้น รากฐานความคิดดังกล่าวมีลักษณะสำคัญร่วมกันสามลักษณะคือ *(1) มองแบบแยกส่วน* แยกร่างกายออกจากจิตใจ *(2) มองแบบลดส่วน (3) มองแบบวิทยาศาสตร์กลไก* อธิบายเหตุและผลของโรคด้วยกฎเกณฑ์ทางชีวเคมีและฟิสิกส์ที่ตายตัว ไม่มีความสัมพันธ์ทางสังคมและไม่มีอารมณ์ความรู้สึกใด ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง (ดูรายละเอียดจาก โกมาตร 2544) ซึ่งวิธีคิดดังกล่าวถูกถือว่าเป็นบรรทัดฐานทางการแพทย์ของสังคม แต่วิธีคิดในการมองโลก มองชีวิตและสุขภาพนั้นในทุกสังคมจะมีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่าหนึ่งระบบเสมอ ซึ่งถือเป็นสัจจธรรมทางสังคมที่ยังไม่สามารถหาหลักฐานโต้แย้งมาหักล้างได้ (Kleinman 1980 อ้างในโกมาตร 2547ข) ฉะนั้นการปรับวิธีคิดหรือปรับกระบวนทัศน์สุขภาพนั้นเป็นความพยายามที่จะปฏิรูป

หรือแสวงหาทางออกจากข้อจำกัดการแพทย์สมัยใหม่ที่เริ่มปรากฏเด่นชัดว่ามีจุดอ่อนในการแก้ปัญหาระบบสุขภาพ

การที่วิธีคิดการแพทย์สมัยใหม่ (กระแสหลัก) มีข้อจำกัดในการจัดการปัญหาและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ทางการแพทย์นั้น อาจถือเป็นเรื่องธรรมดา วิทยาการสมัยใหม่ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ การสาธารณสุขได้สร้างคุณูปการมากมายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษยชาติจนได้รับการยอมรับและกลายเป็นกระแสหลัก สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมีการนำเสนอความคิดที่ “ทวนกระแสหลัก” (การมีพหุลักษณ์ทางการแพทย์ ความหลากหลายของระบบสุขภาพ) ก็คือวิทยาการสมัยใหม่ซึ่งครอบงำสังคมเป็นกระแสหลักอยู่นั้น ได้สถาปนาระบบวิธีคิดของมันขึ้นเป็นมาตรฐานและกลายเป็นความเคยชินของสังคมโดยทั่วไปอย่างไม่รู้ตัว ไม่เพียงเท่านั้น วิทยาการสมัยใหม่ยังสร้างระบบสถาบันที่ควบคุมและกำกับความถูกต้องชอบธรรมของแบบแผนการปฏิบัติในสังคมให้เป็นไปตามบรรทัดฐานของตนอีกด้วย (Foucault 1979 อ้างใน โกมาตร 2547ข)

ระบบวิธีคิดการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งเป็นเวชศาสตร์แบบชีวภาพ ได้วางโครงสร้างระบบงานและสถาบันทางการแพทย์ที่มีรากฐานตามจารีตความรู้สมัยใหม่ ทั้งนี้วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นจารีตความรู้ (Knowledge tradition) อย่างหนึ่งที่เพิ่งกำเนิดขึ้นในระยะไม่ถึง 2 ศตวรรษได้กลายเป็นกระแสหลัก (Kuhn 1975 อ้างใน โกมาตร 2547ข) และเป็นจารีตความรู้เดียวที่รัฐถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องให้การสนับสนุนด้วยการจัดหางบประมาณ สร้างระบบการศึกษา สร้างระบบการวิจัยตามแบบวิธีของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เท่านั้น ฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นระบบบริการทางการแพทย์ ระบบการศึกษาทางการแพทย์ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานต่าง ๆ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระบบการเงินการคลังทางการแพทย์ ระบบต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่วางอยู่บนฐานคิดจารีตความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ทั้งสิ้น (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2547ข)

อย่างไรก็ดี ไม่มีระบบการแพทย์ใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยและสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกมิติ คือทั้งสามารถเยียวยารักษาโรคต่าง ๆ ทุกชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำตอบต่อความคับข้องใจของมนุษย์ได้ทุกด้าน สร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีราคาถูก และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์นั้น ๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในขณะที่มนุษย์มีวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่แตกต่างหลากหลายและเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ

ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือระบบการแพทย์ภาคประชาชน ที่มีเนื้อหาหลากหลายและมีรูปแบบที่ผิดแผกแตกต่างกันนี้ จึงเป็นระบบที่มีความหลากหลายเพียงพอที่จะรองรับความแตกต่างของผู้คนและปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย ระบบ

การแพทย์สมัยใหม่อาจมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยบางประการได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ระบบการแพทย์ดั้งเดิมในสังคมนั้น อาจเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมจิตวิทยาบางอย่างได้ (ดูรายละเอียดใน โกมาตร และคณะ 2545)

พอล ฟายเออราเบนด์ (Paul Feyerabend) นักปรัชญาวิทยาศาสตร์คนสำคัญได้ท้าทายวิธีคิดที่ถือว่าวิทยาศาสตร์เป็นจารีตความรู้เดียวว่าญาณวิทยาและวิธีวิทยาอย่างอื่น ๆ ก็ล้วนแต่มีส่วนช่วยให้สังคมดีขึ้นได้ ในสังคมเสรีจึงควรเปิดโอกาสให้กับจารีตความรู้ที่หลากหลาย แต่ในทางปฏิบัติกลับเป็นเรื่องยากกว่าที่คิด เพราะโครงสร้างระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ครอบงำเป็นกระแสหลักของสังคมอยู่ไม่เพียงแต่เป็นโครงสร้างของความเคยชิน แต่ยังเป็นโครงสร้างที่สานและถักทอกันอย่างแน่นหนาระหว่างอำนาจรัฐ ระบบอุตสาหกรรม และระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม (Feyerabend 1979 อ้างใน โกมาตร 2547ข)

ความรู้จากการแพทย์แบบพหุลักษณ์ที่มีโอกาสเติบโตได้นั้น จะต้องตอบสนองต่อตรรกะและวิธีคิดของระบบทุนนิยมอุตสาหกรรม ความรู้ที่จะได้รับการยอมรับและมีโอกาสงอกงามได้จะต้องเป็นความรู้ที่สามารถจัดการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ เป็นความรู้ที่สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการแบบวิทยาศาสตร์ กล่าวได้อีกนัยหนึ่ง ระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่เป็นอยู่นั้นเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการผลิตซ้ำความรู้ในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์วัตถุนิยมมากกว่าที่จะเปิดโอกาสให้ความรู้ในกระบวนทัศน์ใหม่มีโอกาสเติบโตงอกงามขึ้น (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2547ข) ฉะนั้นเพื่อให้การเติบโตได้บนจุดแข็งของตนเองจึงจำเป็นต้องมีความรู้เท่าทันเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่เป็นข้อจำกัดในการสร้าง การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ของความรู้ที่มีรากฐานทางญาณวิทยาที่ต่างกัน (Unschuld 1992; ยงศักดิ์ 2547 อ้างใน โกมาตร 2547ข)

ในระบบการแพทย์ทุกระบบนอกเหนือจากการมีทฤษฎีหรือระบบวิธีคิดที่มีรากฐานทางปรัชญาที่แตกต่างกันแล้ว ทุกระบบการแพทย์ยังมีการสร้างระบบงานเฉพาะตามแบบฉบับของตนเอง ระบบงานทางการแพทย์เหล่านี้เกิดขึ้นจากความคิดและฐานคติเกี่ยวกับโรคและการเยียวยารักษาที่แตกต่างกัน แต่ละระบบการแพทย์จะมีกฎเกณฑ์และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาหรือเยียวยาความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การกำหนดว่าใครคือผู้มีอำนาจในการรักษาโรค ผู้ที่จะเป็น “แพทย์” ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร ใครคือผู้ป่วย (อย่างไรที่เรียกว่าป่วย) กิจกรรมการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยจะต้องเกิดขึ้นที่ไหน ในบริบทอย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษา อำนาจการรักษากับผู้ป่วยเป็นอย่างไร ซึ่งกฎเกณฑ์และโครงสร้างระบบความสัมพันธ์เหล่านี้ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละระบบการแพทย์

ระบบงานของการแพทย์สมัยใหม่ยึดเอาโรงพยาบาลที่เป็นผลผลิตของระบบวิธีคิดหรือทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์สมัยใหม่เป็นต้นแบบและยึดถือว่าความรู้ทางการแพทย์ต้องมีมาตรฐานเดียวกันที่แพทย์ทุกคนต้องปฏิบัติตาม ทำการรักษาด้วยกระบวนการแบบวิทยาศาสตร์ ภายใต้ความสัมพันธ์

ทางอำนาจที่แพทย์เป็นผู้รักษา ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความร่วมมือและมีการตอบแทนกันด้วยค่ารักษาผ่านระบบประกันหรือจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทน ระบบต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นนี้มีฐานคติแบบอุตสาหกรรมและได้กลายเป็นรูปแบบมาตรฐานของระบบบริการทางการแพทย์ไปแล้ว (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2547ข)

หัวใจการปฏิรูปสุขภาพจะต้องเริ่มจากการปรับกระบวนทัศน์หรือการเปลี่ยนรากฐานวิธีคิดจากการมองแบบแยกส่วน ลดส่วนและกลไก สู่การมองแบบองค์รวม หากระบบการแพทย์ยังคงยึดรากฐานวิธีคิดแบบเดิมที่มองหาความผิดปกติของระบบ อวัยวะหรือเนื้อเยื่อแบบแยกส่วน การรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาแต่เพียงร่างกาย ไม่ได้รักษาอย่างเข้าถึงจิตใจของคน แต่หากปรับวิธีคิดมามองหลายปัจจัยประกอบกันในการวินิจฉัยและการรักษาโรค ทำความเข้าใจระบบแพทย์ที่หลากหลาย มิติต่าง ๆ ของสุขภาพจะมีความสำคัญมากขึ้น การเพิ่มความละเอียดอ่อนในมิติความเป็นมนุษย์ อันจะทำให้เราเข้าใจและเข้าถึงผู้ป่วยได้และสามารถดูแลรักษาได้อย่างเป็นองค์รวม

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ.(2545). *วิถีชุมชน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2547ก). *3 ปีบนเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2547ข). ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและชุมนุมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท เพื่อชาวไทยและชาวโลก วันที่ 1 – 5 กันยายน 2547 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2547)ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน: มิติที่ขาดหายของการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ 3 เรื่องทบทวนภูมิปัญญาท้าทายความรู้ วันที่ 24-26 มีนาคม 2547. ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

Feyerabend, P. (1979). *Science in a Free Society*. London: Routledge.

Foucault, M. (1979). *Discipline & Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintages Book.

Kleinman, A., (1980).*Patients and Healers in the context of Culture.* Berkeley: University of California Press.

Kuhn, T. S. (1975). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago : The University of Chicago Press.(Sixth Edition).

Unschuld, P. (1992). Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century. In Leslie, Charles and Allan Young (Eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press. pp. 44-61.

8.2 ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

การปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงจะได้รับการดูแลจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน ระบบบริการปฐมภูมิหรือระบบบริการระดับต้น จึงได้กลายเป็นด่านหน้าในยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ที่ครอบคลุมเข้าถึงง่ายต้นทุนต่ำ และมีคุณภาพในด้านการครอบคลุมเข้าถึง ฉะนั้นนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคจะประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนหรือไม่นั้น ปัจจัยชี้ขาดจึงอยู่ที่การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) ที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย

การจัดบริการสุขภาพของระบบบริการสุขภาพไทย (Health Care System) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1)ระดับปฐมภูมิ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน จัดบริการให้ที่สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล 2) ระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นเป็นบริการที่จัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป และ 3) ระดับตติยภูมิ เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมาก จัดให้ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ต่าง ๆ ถึงแม้จะมีการแบ่งระดับการให้บริการอย่างชัดเจน แต่ยังคงพบปัญหาการให้บริการทั้งในด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ (สุนทราวดี และคณะ 2546)

ระบบบริการปฐมภูมิ ถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงประชาชนได้มากที่สุด เนื่องจากประชาชนจะต้องมาใช้บริการในระดับนี้ก่อนไปสู่บริการระดับอื่นที่สูงขึ้น แต่อดีตที่ผ่านมา ระบบบริการปฐมภูมิประสบปัญหาสำคัญ คือความไม่ไว้วางใจของผู้ใช้บริการ เนื่องจากค่านิยมของสังคมให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูงและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีอยู่เฉพาะในสถานบริการระดับตติยภูมิ ระบบบริการปฐมภูมิต้องแข่งขันและต้านทานกับความคิดความเชื่อดังกล่าว มีความพยายามในอดีตที่จะสร้างระบบการส่งต่อ โดยวางเงื่อนไขการใช้บริการของสวัสดิการแพทย์ เช่น บัตรสงเคราะห์ และบัตรสุขภาพให้ผู้ป่วยต้องไปรับการดูแลที่

สถานบริการขั้นต้นก่อน และจะสามารถใช้สิทธิตามสวัสดิการได้ในสถานบริการระดับปลายก็ต่อเมื่อมีใบส่งต่อจากระบบบริการระดับต้น แต่สภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไปสถานบริการปฐมภูมิเพียงเพื่อขอใบส่งต่อโดยไม่มีความตั้งใจไปรับบริการ ความพยายามดังกล่าวได้ผลอย่างจำกัด เพราะไม่สามารถสร้างความไว้วางใจ (Trust) ต่อระบบบริการปฐมภูมิให้เกิดขึ้นได้ (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2545)

การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิให้ปรากฏเป็นที่ยอมรับ ไม่ได้อยู่ที่การแข่งขันสร้างระบบการแพทย์เฉพาะทาง หรือลงทุนซื้อเทคโนโลยีระดับสูง แต่อยู่ที่การสร้างจุดแข็งที่เป็นเอกลักษณ์ของบริการปฐมภูมิ นั่นคือการสร้างระบบบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีความเข้าใจความละเอียดอ่อนของมิติทางสังคมวัฒนธรรมและใส่ใจในความเป็นมนุษย์ (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2545) และต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต อย่างผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วม (ดูรายละเอียดใน วิจิตร 2544, สุพัตรา 2542) อันเป็นปรัชญาแนวคิดของบริการปฐมภูมิ ฉะนั้นบุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อปรัชญาแนวคิดบริการปฐมภูมิให้ชัดเจนและถูกต้อง

การทำอย่างไรให้ระบบบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการเป็นองค์รวมและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้บริการได้นั้น อยู่ที่การปรับกระบวนทัศน์สุขภาพและการให้ความสำคัญกับการทำงานชุมชนด้วยทัศนะใหม่ที่มองสุขภาพอย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

นักปรัชญาวิทยาศาสตร์ชื่อ โทมัส คูน (Thomas Kuhn) อธิบายแนวคิดว่าด้วยกระบวนทัศน์ไว้ว่าวิทยาศาสตร์หรือความรู้ของมนุษย์เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนวิธีคิดในระดับรากฐาน โดยคูนเรียกวิธีคิดในระดับรากฐานนี้ว่ากระบวนทัศน์ หรือ Paradigm ซึ่งนิยามความหมายกระบวนทัศน์ว่าเป็นแม่บทที่มีอิทธิพลเหนือความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและการปฏิบัติของชุมชนนักวิทยาศาสตร์ ในแง่นี้กระบวนทัศน์กำหนดว่าอะไรคือความจริงที่ดำรงอยู่ที่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง สิ่งที่ดำรงอยู่นั้นเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างไร และมนุษย์จะแสวงหาและพิสูจน์ความจริงด้วยวิธีการอย่างไร (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2544)

หลังจากนั้น 30 ปี ฟริตจ๊อฟ คาปร้า ได้ขยายขอบเขตของแนวคิดเรื่องกระบวนทัศน์จากบริบททางวิทยาศาสตร์มาเป็นกระบวนทัศน์ทางสังคม โดยได้นิยามกระบวนทัศน์ว่าคือ แนวคิด ค่านิยม การรับรู้เข้าใจและแบบแผนการปฏิบัติที่ก่อตัวจากทัศนะเกี่ยวกับความจริงที่ยึดถือร่วมกันของสังคม และได้แสดงให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ศึกษาชีวิตบนพื้นฐานวิธีคิดแบบแยกส่วน ลดส่วน และกลไก มองความเจ็บป่วยไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม ไม่มีความหมายทาง

สังคมและไม่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมใด ๆ ทำให้มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพและความเป็นมนุษย์สูญหายไปจากชีวิต

หากเราทำความเข้าใจความเป็นองค์รวมของชีวิต มิติที่สะท้อนความเป็นองค์รวมของชีวิตได้แก่ มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่เกิดจากบูรณาการของชีวิต เมื่อใดก็ตามที่เรานำชีวิตมาแยกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำการศึกษา คุณสมบัติบางประการซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อกำเนิดขึ้นจากความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนในองค์รวมอันเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตก็จะสูญหายไป

การเข้าใจความหมายของชีวิตและสุขภาพต้องอาศัยกระบวนทัศน์ใหม่เป็นรากฐานของการสร้างความรู้ กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ถือว่าจิตวิญญาณ ความเป็นมนุษย์ สุนทรียภาพและสุขภาพเป็นสิ่งหนึ่งอันเดียวกัน รวมทั้งยังเน้นคุณค่าและศักยภาพแห่งความเป็นมนุษย์ที่สามารถเรียนรู้เติบโต และบรรลุถึงอิสรภาพแห่งตน ก้าวพ้นการยึดมั่นถือมั่นไปสู่ความอาทร ความรักในมนุษยชาติและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของมนุษย์และนิเวศวิทยา (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2544)

กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่สามารถสะท้อนสู่แนวคิดบริการปฐมภูมิได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการทำงานบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์หรือการเปลี่ยนรากฐานวิธีคิดจากการมองแบบแยกส่วน ลดส่วนและกลไก สู่การมองแบบองค์รวมและให้ความสำคัญกับการทำงานชุมชนด้วยทัศนะใหม่ที่มองสุขภาพอย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทุกมิติ มีความเข้าใจชุมชนและครอบครัว ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนโดยต้องสามารถผสมผสานความเข้าใจทางสังคมเข้ากับความรู้ด้านการแพทย์และการพยาบาล ซึ่งจะทำให้เวชศาสตร์กลายเป็นการเยียวยารักษาโรคที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งการเข้าใจชุมชนจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่จะช่วยวางรากฐานความเข้าใจชุมชนร่วมด้วย (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2545) ดังนั้น ปัจจัยชี้ขาดแห่งความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงอยู่ที่การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นสำคัญ

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2544). กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่: จิตวิญญาณ สุนทรียภาพและความเป็นมนุษย์. (เนื่องในโอกาสแสดงปาฐกถา เสม พริ้งพวงแก้ว ครั้งที่ 7 พ.ศ.2544 ณ อาคารป๋วยเสวนาคาร วัดปทุมคงคาราชวรวิหาร กรุงเทพฯ)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ.(2545). *วิถีชุมชน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2542). อะไรคือ เวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิ และบริการด่านแรก. ใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูป

ระบบบริการสาธารณสุข.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2544). รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย วันที่ 23 -25 กรกฎาคม พ.ศ.2544 ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ศักดิโสภาการพิมพ์.

สุนทราวดี เธียรพิเชฐและคณะ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ: กรณีศึกษาภาคตะวันออก. ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2544). *ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Kuhn, Thomas S. (1975). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago : The University of Chicago Press.(Sixth Edition).

Ministry of Public Health. (1988). *The Realization of Primary Health Care in Thailand.*

Nitayarumphong, Sanguan & Mill Anne. (1998). *Achieving Universal Coverage of Health Care.* Office of Health Care Reform.

8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ในระบบสาธารณสุข

ระบบสาธารณสุขมีความซับซ้อนทั้งในแง่ของประเด็นเนื้อหา ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวนหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีอยู่มากมายในระบบการทำงาน รวมถึงค่านิยม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการแพทย์ การสื่อสารท่ามกลางความหลากหลายของบุคลากรและการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่มีอัตราเสี่ยงต่อความเป็นความตายของชีวิตและความไม่แน่นอนสูง มีผลทำให้มีความตึงเครียดสูง และก่อเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการตามมา ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ จึงเป็นเรื่องที่ควรศึกษาทบทวน

ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ จัดอยู่ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่สังคมกำหนดให้ ซึ่งผู้ที่เข้ามามีความสัมพันธ์กันต่างคาดหวังบทบาทซึ่งกันและกัน หากดำเนินไปตามบทบาทของแต่ละฝ่ายและการคาดหวังบทบาทของกันและกันอย่างสอดคล้องความสัมพันธ์ก็ดำเนินไปโดยราบรื่นเกิดผลทางการรักษา ในทางปฏิบัติการคาดหวังบทบาทระหว่างหมอกับคนไข้อาจไม่สอดคล้องกันได้ เนื่องจากคนไข้คาดหวังที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่พูดคุยอย่าง

เต็มที่จากหมอ หมอคาดหวังที่จะนำความรู้ความชำนาญพิเศษเฉพาะทางและทักษะเพื่อให้เกิดผลดีแก่คนไข้ และได้รับค่าตอบแทนสำหรับบริการที่ตนเป็นผู้ให้ (Parsons 1951) อีกทั้งระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่วางอยู่บนฐานคิดจารีตความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ เป็นไปในรูปแบบการบัญชาหรือการใช้อำนาจ หมอมีอิทธิพลครอบงำ คนไข้มีหน้าที่ยอมรับอิทธิพลและปฏิบัติตามคำสั่ง

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมออื่น ๆ ที่ไม่ใช่หมอจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ อาทิ หมอไสยศาสตร์ หมอพระ หมอสมุนไพร ก็มักได้ข้อสรุปคล้ายคลึงกัน แม้ว่าทฤษฎีหรือความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะต่างกันตามสังคมและวัฒนธรรม แต่แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้มิได้แตกต่างกัน เหตุผลสำคัญคือ ไม่ว่าจะในวัฒนธรรมใด ๆ ระบบการแพทย์ใด ๆ ในสังคมใด ๆ หมอก็เป็นบุคคลที่พิเศษแตกต่างไปจากคนอื่น ๆ (ดูรายละเอียดใน ทวีทอง 2528) นอกจากนี้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ยังเกี่ยวข้องกับความแตกต่างในการทำความเข้าใจและการมองสาเหตุของโรคและการเจ็บป่วย รวมถึงการสื่อสารด้วย

Arthur kleinman นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์ได้เสนอว่าระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่งซึ่งมีสัญลักษณ์ ความหมายและตรรกะภายในของตนเอง และได้เสนอแนวคิดเรื่อง Explanatory Model (EM) ซึ่งเป็นแนวทางในการค้นหามุมมองของคนใน (Emic view หรือ native point of view) โดยแนวคิดนี้ถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพมิใช่เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บไข้ได้ป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง “ความเป็นจริง” (medical reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกันและเป็นโลกแห่งความเป็นจริงคนละแบบ ซึ่งโลกของความเป็นจริงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระหรือแยกออกจากกันได้จากโลกของภาษาและความหมาย โลกแห่งความเป็นจริงมีอยู่และรับรู้ได้โดยผ่านการแปลและตีความเชิงสัญลักษณ์เท่านั้น (ดูรายละเอียดจาก kleinman 1980)

หากพิจารณาเรื่องความเจ็บป่วย (illness) คนธรรมดาสามัญมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของมโนทัศน์ที่กว้างกว่านั้นคือ มีจุดกำเนิดมาจากความโชคร้าย ซึ่งอาจมีพื้นฐานมาจากความเชื่อเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายซึ่งทำงานผิดปกติ แม้ว่าวิธีคิดนี้จะไม่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ แต่วิธีคิดแบบนี้ก็ทำให้เขาเข้าใจได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับเขาและทำไมมันถึงได้เกิดขึ้น โดยทั่วไปแล้วทฤษฎีของคนทั่วไปมองการเกิดความเจ็บป่วย (illness)ในประเด็นต่าง ๆ เช่น เกิดจากภายในร่างกายของคนไข้ จากสาเหตุของโลกธรรมชาติ (natural world) เกิดจากโลกทางสังคม (social world) และจากสาเหตุเหนือธรรมชาติ (supernatural world) (ดูรายละเอียดจาก Helman 1985)

ในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ นำแนวคิด Explanatory Model (EM) มาใช้ควบคู่กับแนวคิดแยกแยะระหว่างโรค (disease) ซึ่งเป็นความผิดปกติของกระบวนการและกลไกทางร่างกายของผู้ป่วย(Explanatory Model ของแพทย์) และความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นความผิดปกติตาม

การรับรู้หรือประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง (Explanatory Model ของผู้ป่วย) นับเป็นแนวคิดสำคัญที่ทำให้ความรู้ทางมานุษยวิทยาสามารถช่วยให้ความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้รักษาโรคกับผู้ป่วยเป็นไปได้มากขึ้น (ดูรายละเอียดจาก โกมาตร 2548)

Helman ได้วิเคราะห์แนวคิด Explanatory Model นี้ว่า (1) เป็นการนำเสนอความเจ็บป่วย (illness) โดยคนไข้ ทั้งโดยที่แสดงออกมาทางภาษาพูดและท่าทีที่ไม่ใช้คำพูด (2) เป็นการแปลความของโรคและสัญญะต่าง ๆ ที่กระจัดกระจาย ทำให้ illness มีความแตกต่างจาก disease ในความหมายที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ และ(3)เป็นการกำหนดเงื่อนไขการรักษาที่ยอมรับกันได้ทั้งฝ่ายหมอและคนไข้ (ดูรายละเอียดใน Helman 1985)

ปัญหาต่าง ๆ ของความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ อาจอธิบายได้ดังนี้ (1)*การตีความหรือสื่อความหมายที่ผิดพลาดเกี่ยวกับตัวคนไข้* เมื่อคนไข้ต้องการแสดงความหมายของความทุกข์หรืออาการเจ็บป่วย ซึ่งปรากฏการณ์นี้จะเกิดขึ้นได้เสมอเมื่อหมอและคนไข้มาจากสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกัน (2) *ความไม่สอดคล้องต้องกันของ Explanatory Model* โดยเฉพาะการตีความความเจ็บป่วยในเรื่องการหาสาเหตุ การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา เพราะทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในโครงสร้างและความผิดปกติของร่างกายที่แตกต่างกัน (3) *โรคที่ปราศจากอาการเจ็บป่วย (Disease without illness)* เป็นปรากฏการณ์การแพทย์สมัยใหม่ ที่มีรากฐานวิธีคิดแบบชีวกลไกเน้นโรคเป็นสำคัญ ให้ความสำคัญเฉพาะมิติทางกาย ขาดมิติทางสังคม ทางวัฒนธรรม และมิติทางจิตวิญญาณ (4) *อาการเจ็บป่วยที่แสดงโดยปราศจากโรค (illness without disease)* คนไข้รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย ซึ่งอาการเจ็บป่วย (illness) นั้นมีบทบาทสำคัญที่กระทบต่อบางสิ่งในชีวิต แต่หมอตรวจร่างกายแล้วไม่มีอะไรผิดปกติ ไม่พบโรค (ดูรายละเอียดใน Helman 1985)

เห็นได้ว่า การทำความเข้าใจและการมองสาเหตุของโรคและอาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน อาจนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างหมอและคนไข้ได้ ฉะนั้นการปรับความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความสำเร็จในการรักษาโรค การแสวงหาวิธีและแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคที่เห็นสอดคล้องกัน การทำให้การอธิบาย หรือการตีความของคนไข้ได้รับการยอมรับ เพื่อนำไปสู่การเจรจาต่อรองได้ (Stimson and Webb 1975) ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ เพื่อปรับความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วยนั้น Cecil Helmen เสนอว่าสามารถกระทำได้โดย **(1) ทำความเข้าใจความเจ็บป่วย (illness)**เมื่อต้องการค้นหาว่าเป็นโรคอะไร (disease) หมอและบุคลากรทางการแพทย์ควรพยายามค้นหามุมมองของคนใน (emic view) ค้นในแง่ตัวของเขาและบริบทรอบ ๆ ตัวเขา รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมิติต่าง ๆ ของสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วย **(2) ปรับปรุงการสื่อสาร** บุคลากรสาธารณสุข ควรเรียนรู้และเข้าใจถึง “ภาษาที่ผู้ป่วยบ่งบอกถึงความทุกข์ยากหรือความเจ็บป่วย” โดยเฉพาะความหลากหลายทางวัฒนธรรมของท้องถิ่นแต่ละท้องถิ่นที่มีลักษณะเฉพาะไม่เหมือนกัน รวมทั้งการวินิจฉัยโรคของหมอควรบอกผู้ป่วยให้เข้าใจถึง

อาการที่เกิดขึ้น เพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าถึงการรักษาโรคที่เกิดขึ้นได้ (3) **ต้องรักษาทั้ง illness และ disease** การรักษาทางการแพทย์ไม่ควรรักษาเพียงความผิดปกติทางร่างกายหรือมุ่งหากลไกทางชีววิทยาที่ทำให้เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมทุก ๆ มิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นมิติทางสังคม มิติทางจิตวิญญาณ ตลอดจนการเพิ่มความละเอียดอ่อนในมิติความเป็นมนุษย์

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2545). คนมองคนบนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ บทสำรวจแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์. เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยาเรื่อง คนมองคน นานาชีวิตในกระแสความเปลี่ยนแปลง วันที่ 27 –29 มีนาคม 2545 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์กรมหาชน).

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์.(2528).แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์.*เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์*.(พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง).กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

Elsenberg L.(1977). Disease and illness : distinctions between professional and popular Ideas of sickness. *Cult.Med.Psychiatry*.1 pp. 9 – 23.

Foster G.M. and Anderson B.G.(1978). *Medical Anthropology.* New York : Wiley.

Kleinman A.(1980). *Patients and healers in the Context of Culture.* Berkeley : University of California Press.

Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe, IL : Free Press.

Stimson G.V. and Webb B.(1975). *Going to see the Doctor : The Consultation Process in General Practice*. London : Routledge and kegan Paul.

Zola I.K.(1966). Culture and symptoms: an analysis of patients presenting' complaints. Am.Social.Rev. 31, 615 – 630.

8.4 ธรรมาภิบาลทางการแพทย์

สังคมทุกสังคมที่ย่อมต้องการความสุข ความสงบ ความร่มเย็น เป็นสัจธรรมว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายสุดท้ายนั้นได้จำเป็นต้องมีธรรมะเป็นเครื่องมือ อันเป็นแนวทางดีที่ทุกสังคมเห็นได้เชิงประจักษ์ ดังนั้นสังคมการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยผู้คนที่อยู่รวมกันสังคมหนึ่งย่อมจำเป็นต้องเดินตามทำนองคลองธรรมดังกล่าว การศึกษาเรื่องความเป็นธรรมในสังคมการแพทย์จึงเป็นเรื่องที่พึงกระทำ เพราะสังคมมีความเปลี่ยนแปลง (dynamic) ตามสภาพการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามยุคสมัย

ความเป็นธรรมในยุคปัจจุบันอาจจะต้องเน้นหนัก หรือผ่อนเบาในประเด็นใดขึ้นอยู่กับสภาพสังคมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

ธรรมาภิบาล หรือธรรมรัฐ (Good Governance) ในอดีตหมายถึงการปกครองสังคมที่เป็นธรรมที่ปรากฏหลักฐานตั้งแต่สมัยพุทธกาล และสมัยขงจื้อ ซึ่งมีหลักฐานปรากฏดังนี้ สมัยพุทธกาล พระพุทธเจ้าทรงแสดงธรรมโปรดพระเจ้าสุทโธธนะพุทธบิดา ในการเสด็จเยี่ยมกรุงกบิลพัสดุ์เป็นครั้งแรก ด้วยหลักธรรมว่า "พึงประพฤติธรรมที่เป็นสุจริต ไม่พึงประพฤติธรรมที่ทุจริต ผู้ประพฤติธรรมย่อมอยู่เป็นสุข ทั้งในโลกนี้และโลกหน้า" (สุวรรณ 2544: 182)

จึงเป็นที่มาของวัฒนธรรมการปกครองประเทศหรือรัฐโดยธรรม ซึ่งพระมหากษัตริย์ที่ดีซึ่งเป็นผู้ปกครองควรมีการประพฤติธรรม จึงเป็นประเพณีสืบต่อกันมาของกษัตริย์ ต้องมีทศพิธราชธรรม หรือธรรมสิบประการสำหรับพระราชา ซึ่งแสดงถึงคุณสมบัติของนักปกครองตามหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา 10 ประการ คือ เสียสละ (ทาน) ประพฤติดี (ศีล) สภาพจิตสะอาด (ปริจจาค) ความซื่อตรง (อาชชวะ) สุภาพอ่อนโยน (มัททวะ) ไม่มัวเมา (ตบะ) ไม่โกรธ (อักโกธะ) ไม่เบียดเบียน (อวิหิงสา) อดทน (ขันติ) และไม่ทำความผิด (อวิโรธนะ) (สุวรรณ 2544: 191)

ขงจื้อซึ่งเป็นผู้นำทางความคิดของจีนได้ให้ทรรศนะโดยรวมว่า คุณธรรมแสดงถึงความเป็นสุภาพชน คุณธรรมทางสังคม กิจกรรมทางสังคมเป็นธรรมชาติไม่ใช่สิ่งประดิษฐ์ คุณธรรมหมายถึงความรัก ความเต็มอกเต็มใจที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเห็นอกเห็นใจ เพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน เกื้อกูลกันโดยธรรมชาติ อันความปรารถนาดีต่อคนอื่น ต้องแฝงความจริงใจ (sincerity) ไว้ด้วย ต้องรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ซึ่งวิธีพัฒนาคุณธรรมให้มีในตนนั้น คือการฝึกทำความดีอย่างสม่ำเสมอ วิธีฝึกคือ รู้จักรักคนอื่น การรักคนอื่นย่อมหมายถึงการอุทิศตนเองเพื่อประโยชน์ของคนอื่น และเป็นการกระทำต่อคนอื่นอย่างที่ตนปรารถนาจะได้รับจากคนอื่นเป็นการตอบแทน รวมทั้งมีความประพฤติในสิ่งที่ถูกที่ควร และมีมารยาทงดงาม ดังนั้นการจะได้คุณธรรมมาต้องผ่านการฝึกการทำดี ผ่านการฝึกฝนความรักในวิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งขงจื้อได้ให้กรอบแนวคิดว่า คนในสังคมจะต้องมีคุณธรรม ตั้งแต่กษัตริย์ เสนา พ่อค้า และประชาชน แต่จะมีความแตกต่างกันในเรื่องระดับคุณธรรม ยิ่งเป็นผู้มีอำนาจมากยิ่งต้องมีคุณธรรมกำกับมากเท่านั้น เพื่อจะเป็นการสร้างสันติสุขแก่สังคม (ปานทิพย์ 2546: 7-11)

เมื่อมองความเชื่อมโยงธรรมรัฐในอดีตและธรรมรัฐในปัจจุบันนั้น พระภาวนาวิริยคุณ (2546: 19) ได้กล่าวไว้ว่า "ยุทธศาสตร์ทางรัฐศาสตร์ในการปกครองประเทศยุคพระเจ้ามหาวิชิตราช ถือเป็นต้นแบบของการเปลี่ยนแปลงเจตคติ แนวคิดของการปกครองแบบธรรมรัฐ ที่ปัจจุบันเขียนเป็นทฤษฎีใหม่ของตะวันตกที่เรียกว่า Good Governance คือ การบริหารราชการแผ่นดินให้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบ ควบคุมได้ และให้ประชาชนมีส่วนร่วม"

รัฐไทยได้ให้ความหมายของธรรมาภิบาลหรือธรรมรัฐ (Good Governance) ว่าเป็นการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยมีหลักการสำคัญที่ถูกกำหนดไว้ ได้แก่ 1) หลักนิติธรรม 2) ความเสมอภาค 3) การมีส่วนร่วม 4) ความโปร่งใสตรวจสอบได้ 5) ความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และ 6) ความคุ้มค่า ซึ่งได้มีการกำหนดเป็นกฎหมาย พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 (กระทรวงมหาดไทย 2546) จำเป็นที่หน่วยงานรัฐและเอกชนต้องนำไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงสังคมทางการแพทย์ด้วย

เมื่อพิจารณาสังคมการแพทย์ จะเห็นว่าประกอบด้วย 2 ส่วน คือระดับบุคคล และภาพรวมองค์กร จำเป็นต้องมีการดำเนินการธรรมาภิบาลมีทั้ง 2 ส่วน กล่าวคือ

1) ระดับบุคคล ผู้ประกอบอาชีพแพทย์ และวิชาชีพด้านสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องกับความเกิด แก่ เจ็บ ตาย ที่มนุษย์ทุกผู้ทุกนามที่เกิดมาในโลกนี้ต้องเผชิญ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนโดยทั่วไป ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ผู้กำชะตาชีวิตของผู้คน จำเป็นต้องมีศีลธรรมพื้นฐาน คือ"เคารพคุณค่าของความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน" (ประเวศ 2547: 17) และต้องมีคุณธรรมในระดับสูงกว่าคนโดยทั่วไปคือจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งในปัจจุบันมีการควบคุมโดยสภาวิชาชีพ เช่นแพทยสภา สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา สภาการพยาบาล เป็นต้น

2) ระดับองค์กร ระบบสาธารณสุขกำหนดให้แพทย์ที่จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วยในประเทศไทยต้องมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปของไทย ซึ่งเป็นการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพ

เมื่อพิจารณามาตรการด้านคุณธรรมของวงการแพทย์จะเห็นว่ามีครบถ้วน สุวรรณา (2541) กล่าวว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน ในยุคที่สังคมเปลี่ยนแปลงสู่การให้คุณค่าของเงินเป็นใหญ่ จิตใจของผู้คนหวั่นไหวตามกระแสเงินตรา เงินบันดาลได้ทุกสิ่ง ไม่เว้นแต่จิตใจของผู้คนในวงการแพทย์ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้มีคุณธรรมในระดับสูงกว่าบุคคลโดยทั่วไป ดังได้มีข่าวปรากฏออกสู่สังคมในทางเสื่อมเสียจริยธรรมค่อนข้างมาก เช่น ในระดับบุคคล และระดับองค์กร กล่าวคือ

ระดับบุคคล แพทย์หลายคนได้ตกเป็นอาชญากรที่มีความเหี้ยมโหดผิดปกติ เช่น กรณีหมอฆาตกรรมศยามล นักศึกษาแพทย์เสริมสังหารนักศึกษาแพทย์หญิง และหมอวิสุทธิ์ฆ่าแพทย์หญิงภรรยาของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกรณีคลินิกทำแท้งเถื่อนที่ปรากฏข่าวมาโดยตลอด กรณีการดูดไขมันจนผู้รับบริการเด็กหญิงชาวเชียงใหม่จนถึงแก่ความตาย กรณีสวยด้วยแพทย์แล้วไม่สวยสมใจ จนมีเรื่องราวฟ้องร้องแพทย์กันมากมายในหน้าหนังสือพิมพ์ สำหรับด้านองค์กรก็ได้เชิงประจักษ์ ได้แก่ กรณีโรงพยาบาลขโมยไตผู้ป่วย กรณีฮั้วยาของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การนำของนักการเมือง กรณีล้มประมูลคอมพิวเตอร์ 900 ล้านของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

นอกจากนี้ในการบริหารจัดการของระบบสาธารณสุขเอง ได้เกิดการแบ่งขั้วแบ่งฝ่าย สะท้อนความไม่ลงรอยระหว่างหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สะท้อนความเป็นเอกภาพในองค์กร ทั้งนี้การที่แพทย์สภาเรียกร้องปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มาจากสายวิชาชีพแพทย์ กีดกันวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งรวมดำเนินงานพัฒนาการสาธารณสุขมาด้วยกันนั้นสะท้อนคุณธรรม และสะท้อนถึงการขาดหลักธรรมาภิบาลในหลักการมีส่วนร่วมอย่างเด่นชัด

การบริการทางการแพทย์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์มีอำนาจสูงในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาในระดับที่เหมาะสม หลายเรื่องราวร้องทุกข์ประชาชนร้องเรียนว่าได้รับการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม บางกรณีผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จึงดูเหมือนว่าระบบส่งต่อที่มุ่งอำนวยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เหมาะสมนั้นมีความเหมาะสมจริงหรือไม่ จำเป็นต้องมีการตรวจสอบและให้ประชาชนเข้ามาร่วมตรวจสอบด้วย

ในด้านความโปร่งใสและตรวจสอบได้ บางครั้งผู้ป่วยไม่มีอำนาจในการต่อรองกับแพทย์เลย ซึ่งนอร์แมน คูสซินส์ (2535: 39) ได้กล่าวถึงการรักษาของแพทย์ในมิติใหม่แห่งความเข้าใจชีวิตและสุขภาพว่า “ปัจจุบันแพทย์บางคนใช้ยาหลอกเป็นสิ่งทดแทนยาจริงในการช่วยให้ผู้ป่วยถอนยาเสพติด ในการรักษาโรคทางจิตใจ หรือโรคทั่วไป คำถามมีว่าเป็นการสมควรที่แพทย์จะดำเนินการตามวิธีการบำบัดรักษาเช่นนั้นต่อไปหรือไม่ สำหรับแพทย์นั้นเป็นเรื่องของจริยธรรมหรือไม่ ที่ไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงของการรักษาบำบัด” ในเรื่องการปกปิดความจริงนี้ประเทศด้อยพัฒนาการศึกษาของผู้คนยังน้อยสุ่มเสี่ยงต่อการถูกเอารัดเอาเปรียบยิ่งนัก

โดยเฉพาะประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา โครงการทดลองสำคัญ ๆ ที่ต้องการทดลองในมนุษย์ มุ่งใช้เป็นพื้นที่ทดลองการวิจัยทางการแพทย์สาธารณสุข ซึ่งวงการแพทย์กำหนดจริยธรรมในการศึกษาเรื่องนี้ไว้อย่างเข้มแข็งเพราะเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน บริการสาธารณสุขต้องตั้งอยู่บนหลักการของศักดิ์ศรีและความเท่าเทียมกันของมนุษย์ ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา หรือฐานะทางเศรษฐกิจ (ณรงค์ 2542: 446) แต่กระนั้นยังมีเหตุการณ์ปรากฏ อาทิ เรื่องการทดลองใช้ยาเอแซดทีระยะสั้นเพื่อกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก ซึ่งดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ กรณีศึกษาดังกล่าวได้รับการวิจารณ์อย่างรุนแรงว่าผิดหลักจริยธรรม ที่ยอมให้มีกลุ่มที่ได้รับยาหลอก แต่ในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐตัดสินว่าการศึกษาเหล่านี้ถูกจริยธรรม ด้วยเหตุผลว่า ประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายยาได้ จำเป็นต้องศึกษาหาสูตรยาที่ปลอดภัยและราคาถูกลงมาก และไม่มีโครงการระดับชาติใด ๆ ที่จ่ายยาเอแซดทีป้องกันการแพร่เชื่อเอดส์จากแม่สู่ลูก (วิชัย 2547: 28-38) สะท้อนการเลือกปฏิบัติ ความไม่เสมอภาคระหว่างประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา สะท้อนการขาดธรรมาภิบาลอย่างเด่นชัด

ในอนาคตอันไม่ไกลจากนี้ วิทยาการปลูกถ่ายอวัยวะจะก้าวไกล และช่วยผู้ป่วยได้มาก แต่มีข้อจำกัดว่าอวัยวะจากชีวิตหนึ่งเพื่อช่วยชีวิตหนึ่งนั้นจะมีความเป็นธรรมมากน้อยแค่ไหน ด้วยพุทธศาสนามีข้อห้ามในการค้าอยู่ 5 ประการ ได้แก่ 1) การค้าขายศาสตรา 2) การค้าขายสัตว์ 3) การค้าขายเนื้อสัตว์ 4) การค้าขายน้ำเมา 5) การค้าขายยาพิษ (สุวรรณา 2541: 59) ซึ่งหากเปรียบเทียบในสมัยนี้ การซื้อขายอวัยวะมนุษย์ ไต หัวใจ ปอด ตับ ดวงตา เลือด น้ำเหลือง น่าจะเข้าข่ายประเด็นข้อห้ามที่ 3 การค้าขายเนื้อสัตว์ อันจะก่อให้เกิดความวุ่นวายในสังคม ที่สามารถทำให้ผู้มีอำนาจเงินสามารถซื้อได้แม้แต่ชีวิต แต่ชีวิตของคนจนกลับไร้ค่าขาดศักดิ์ศรีความเป็นคน

เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะนี้มีความเกี่ยวพันกับการลงความเห็นของแพทย์ว่าผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งกฎหมายได้ให้อำนาจแก่วิชาชีพแพทย์ในการหยุดความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ก้านสมองตาย ถือว่าเป็นการตายตามกฎหมาย แม้บุคคลจะมีลมหายใจอยู่ ประเด็นนี้วงการแพทย์ได้กำหนดดุลอำนาจให้แพทย์ตรวจสอบกันเอง กล่าวคือให้แยกกันเด็ดขาดระหว่างแพทย์ที่จะลงความเห็นว่าตาย และแพทย์ผู้ปลูกถ่ายอวัยวะ แต่มีหลักประกันอะไรเล่าที่เชื่อมั่นได้ว่าจะไม่มีเหตุการณ์สมรู้ร่วมคิดกันเกิดขึ้น ทุกข์เหล่านี้ย่อมเกิดแก่ชาวบ้านผู้รับบริการอย่างแน่นอน

เรื่องหลายเรื่องจำเป็นต้องมีกฎหมายกำหนดตามหลักนิติธรรม (จรัญ 2543: 417) เพื่อความยุติธรรมของสังคม อาทิ การพยายามผลักดันให้มีกฎหมายบังคับให้แพทย์สั่งจ่ายยาทางใบสั่งอย่างเดียวเท่านั้น แล้วให้ผู้ป่วยซื้อยาได้จากร้านขายยาที่มีเภสัชกรดำเนินงาน เป็นการกำหนดกฎหมายให้มีการจ่ายยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ขจัดปัญหายาหลอก ยารวมได้ระดับหนึ่ง เป็นต้น

ทั้งนี้ในปัจจุบันประชาชนมีความรู้มากขึ้น ในสังคมที่พัฒนาแล้วมักจะมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์ที่ทำการรักษาผิดพลาด (Medical error) จำเป็นต้องมีการปฏิบัติในสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำอย่างเคร่งครัด เป็นวิถีปฏิบัติของแพทย์ เพราะผลของการประพฤติธรรมย่อมส่งผลดีแก่ผู้ปฏิบัติ

หากเกิดเหตุการณ์ฟ้องร้องแพทย์ขึ้นมาแพทย์ที่สุจริตย่อมได้รับความยุติธรรมดังประโยคที่ว่า “ มหาชนย่อมรักผู้มีศีล มีความเห็นถูกต้อง ตั้งอยู่ในธรรม ผู้พูดจริง และปฏิบัติหน้าที่ของตน” (สุวรรณ 2544: 118)

เหตุนี้แพทย์และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องทบทวนตนเองให้เหมาะสมกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และพัฒนาตนเองให้ดีพร้อม เพราะข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นสะท้อนธรรมาภิบาลในวงการแพทย์ที่ออกสู่สายตาสาธารณะ จำเป็นที่ต้องมีการแก้ไขพัฒนาให้วงการแพทย์มีศักดิ์ศรีเคียงคู่สังคมไทยอย่างยั่งยืนต่อไป

หนังสือแนะนำ

กระทรวงมหาดไทย.(2546) พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้าน

เมืองที่ดี พ.ศ. 2546.*รวมกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ*.กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย.

จรัญ โฆษณานันท์. (2543). *นิติปรัชญา*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

นอร์แมน คูสซินส์. (2535). *มิติใหม่แห่งความเข้าใจชีวิตและสุขภาพ : Anatomy of an Illness*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ปานทิพย์ ศุภนคร. (2546). *ปรัชญาจีน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ประเวศ วะสี. (2547). ทิศทางแพทย์แผนไทย กับความอยู่รอดในระบบแข่งขันแบบเสรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2 (2) ก.พ.-พ.ค.2547; 17.

พระภาวนาวิริยคุณ. (2546). *รัฐศาสตร์เชิงพุทธ : และบทวิเคราะห์ทักษิโณมิกส์*. ปทุมธานี: มูลนิธิธรรมกาย.

วิชัย โชควิวัฒน.(2547). บทบาทของผู้กำกับดูแลระดับชาติและนานาชาติในการคุ้มครองอาสาสมัครวิจัย: ความร่วมมือทางจริยธรรมในการกำกับดูแลการวิจัยในคน. ปาฐกถาโจเซฟ เจ.โฮท เรื่อง จริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในคน โดยอุปถัมภ์ของราชบัณฑิตสภาการแพทย์แห่งเบลเยี่ยม. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. 2 (2) ก.พ.-พ.ค.2547 ;28-38.

สุวรรณ เพชรนิล. (2547). *พุทธปรัชญาเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 8) . กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุวรรณา สถาอานนท์. (2541). *เงินกับศาสนา : เทพยุทธแห่งยุคสมัย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

สมชาย กษิติประดิษฐ์.(2542). *สิทธิมนุษยชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

บทที่ 9
พหุลักษณ์และความหลากหลายทางวัฒนธรรม

9.1 ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านที่ผ่านมา ยังให้ความสำคัญกับการศึกษาองค์ความรู้ซึ่งเป็นเรื่องเทคนิควิธีการมากกว่าการศึกษาวิธีคิด โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับญาณวิทยา ซึ่งเป็นมิติความสัมพันธ์ระหว่างผู้รู้กับความรู้ การไม่เข้าใจความแตกต่างทางญาณวิทยาระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนตะวันตก ทำให้การศึกษาพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นไปได้เพียงบางด้านบางส่วน โดยเฉพาะความรู้ส่วนที่สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์แบบลดส่วน จะได้รับการพัฒนาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการของการแพทย์แผนตะวันตก ในขณะที่ความรู้ส่วนที่ไม่สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ถูกละเลยทอดทิ้ง บริบททางสังคมที่ถูกครอบงำด้วยการศึกษาความจริงโดยใช้ญาณวิทยาแบบลดส่วนนี้ จึงมิใช่บริบทที่จะเอื้อให้การแพทย์พื้นบ้านสามารถดำรงอยู่และพัฒนาต่อไปได้ การทำความเข้าใจให้ชัดเจนถึงความแตกต่างทางญาณวิทยาที่มิอาจยอมความหรือลงรอยกันได้ (incommensurable) นี้ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องแสวงหาหรือทำความเข้าใจวิธีวิทยาที่สอดคล้องกับญาณวิทยาของการแพทย์พื้นบ้านที่ไปพ้นจากกรอบที่วิทยาศาสตร์แบบลดส่วนกำหนดไว้

ญาณวิทยา (epistemology) หรือ การตรวจสอบและพิสูจน์ความจริง พูดอย่างกว้าง ๆ ก็คือวิธีการในการรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือวิธีในการได้มาซึ่งความรู้ เป็นประเด็นที่นักมานุษยวิทยาแนววิพากษ์ใช้ในตรวจสอบฐานคติที่เป็นแก่นแกน (core assumption) ของการให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย Scheper-Hughes & Lock (1998) ชี้ให้เห็นว่า ทุกญาณวิทยาล้วนเป็นกรอบความคิดซึ่งมีอคติ (bias) ที่เฉพาะอยู่ด้วยเสมอ เพราะในขณะที่เรารู้บางสิ่งจากมุมมองหนึ่ง มุมมองนั้นได้ฉายให้เห็นลักษณะบางอย่าง ขณะเดียวกันก็ปิดบังลักษณะบางอย่างไว้ด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาของนักมานุษยวิทยาแนววิพากษ์ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในด้านการปะทะประสาน การต่อรองประนีประนอม การเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนใหม่ (ยศ สันตสมบัติ 2542) ส่วนในประเด็นญาณวิทยาของการแพทย์พื้นบ้าน ก็ยังมีผู้สนใจศึกษาไม่มากนักเช่นกัน

Unschuld (1988) ชี้ให้เห็นว่า อุดมการณ์ทางสังคมที่สนับสนุนระบบสังคมในยุคราชอาณาจักรได้สถาปนารากฐานทางญาณวิทยาของการแพทย์จีนขึ้น ซึ่งเขาเรียกบริบทที่สร้างความชอบธรรมให้กับการแพทย์นี้ว่า legitimizing context ความรู้ด้านการแพทย์จีนที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นผลพวงของการ

เปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในระบบวิธีคิดและโครงสร้างทางสังคมของจีนซึ่งไม่เปลี่ยนแปลงมากว่าสองพันปี แต่เมื่อมีการล้มครืนลงของโครงสร้างทางสังคมและระบบวิธีคิดแบบดั้งเดิม ผนวกกับความพยายามที่จะเสนอระบบวิธีคิดและโครงสร้างทางสังคมแบบใหม่ในช่วงศตวรรษที่ 19-20 ทำให้การแพทย์จีนสูญเสียความชอบธรรมจากสภาวะแวดล้อม เปรียบคล้ายกับการดึงรากออกจากต้นไม้ ซึ่งทำให้ต้นไม้ตาย แต่เนื้อไม้ยังคงอยู่ หากรู้จักอนุรักษ์ไว้ ก็ยังคงสามารถใช้ประโยชน์ได้อีกเป็นเวลายาวนาน

Unschuld นำเสนอวิธีคิดของชาวจีนที่มีต่อการแสวงหาความรู้แตกต่างจากชาวตะวันตก โดยเขาชี้ว่า พัฒนาการขององค์ความรู้ของจีนมีการขยายตัวในลักษณะที่เป็นการเพิ่มเติมสิ่งใหม่ ๆ ต่อจากความรู้ที่มีอยู่เดิม ในขณะที่ฝ่ายตะวันตกมีลักษณะที่เป็นการแทนที่ความรู้เก่าด้วยความรู้ใหม่ ๆ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับต่อความจริงที่มาจากทัศนะที่แตกต่างกันได้อย่างเปิดเผย ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า patterned knowledge เป็นความรู้ที่มีพื้นฐานอยู่บนความจริงซึ่งเปิดเผยตัวเองออกมาผ่านการใช้ประโยชน์จากมัน ความรู้หนึ่ง ๆ จะถือว่ามีความถูกต้องก็ต่อเมื่อมีการนำไปใช้แล้วได้ผลตามที่ต้องการ ความจริงที่แตกต่างกันจึงอาจมีอยู่ได้ หากนำไปใช้ประโยชน์แล้วพบว่าได้ผลสำเร็จเช่นเดียวกัน ความรู้ถูกมองในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จ ไม่ได้เป็นเพียงผลลัพธ์ชั่วคราวของการค้นหาความจริงสุดท้ายของมนุษย์ ความรู้ซึ่งอาจแตกต่างและร่วมกันได้นี้ อาจอยู่ด้วยกันได้ หากสามารถนำไปใช้งานที่แตกต่างกันและเกิดผลสำเร็จได้เช่นกัน

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (2547) เห็นว่า การแพทย์ดั้งเดิมของไทยมีโลกทัศน์แบบไตรภูมิ ผสมผสานกับความเชื่อเรื่องผี ทำให้การมองโลกของความจริงมิได้มีเพียงโลกที่เป็นวัตถุธรรมเท่านั้น แต่ยังมีโลกทางนามธรรม ซึ่งประกอบด้วยภพภูมิของเทวดาและพรหม ภพภูมิของมนุษย์ และอบายภูมิ รวมถึง ผี ซึ่งทำหน้าที่ปกปักษ์รักษาคุ้มครองให้มนุษย์ปฏิบัติต่อมนุษย์และธรรมชาติให้ถูกต้องตามทำนองคลองธรรม และขวัญ ซึ่งเป็นนามธรรมที่อยู่ประจำส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ ยังความสุขสบายให้กับบุคคลนั้น แต่ถ้าขวัญออกจากร่างกายไป เจ้าของขวัญก็อาจเจ็บไข้และถึงแก่ความตายได้

โลกทัศน์แบบไตรภูมิผสมผสานกับความเชื่อเรื่องผีนี้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับโลกทัศน์ของวิทยาศาสตร์แบบลดส่วนที่ปฏิเสธการมีอยู่ของโลกทางจิตวิญญาณ เพราะยังไม่สามารถนำเอานามธรรมเหล่านี้มาวัดได้อย่างเป็นภาวะวิสัย แม้โลกฝ่ายวัตถุเอง การแพทย์ดั้งเดิมของไทยยังมองสรรพสิ่งว่าล้วนประกอบไปด้วยธาตุทั้งสี่ ซึ่งประกอบด้วย ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ อันเป็นธรรมชาติของรูปที่เป็นปรมัตถธรรม หรือ สิ่งที่เป็นจริงโดยความหมายสูงสุดตามหลักอภิธรรม

ฐานการมองความจริงที่แตกต่างกันเช่นนี้ มาจากวิธีการแสวงหาความรู้ที่แตกต่างกัน โดยที่ฝ่ายพุทธศาสนาซึ่งมีอิทธิพลต่อพื้นฐานทางทฤษฎีของการแพทย์ดั้งเดิมของไทย ให้ความสำคัญกับความรู้ที่ได้

จากญาณทัศนะ หรือ การหยั่งรู้สภาวะธรรมตามที่เป็นจริง โดยการฝึกฝนทางจิตให้หลุดพ้นจากอาสวะหรือกิเลสที่หมักหมมอยู่ในสันดานซึ่งย้อมจิตเมื่อประสบอารมณ์ต่าง ๆ

ด้วยฐานการมองความจริงเช่นที่กล่าวมานี้ ความจริงของทฤษฎีการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทย (เช่นทฤษฎีธาตุดังที่กล่าวมา) จึงเป็นความจริงที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้โดยใช้เพียงการวัดที่ต้องอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้าของมนุษย์เท่านั้น เพราะย่อมไม่เพียงพอที่จะตรวจวัดพิสูจน์ความจริงที่อยู่เหนือการจับต้องด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าได้

ในหนังสืออายุรเวทศึกษาได้กล่าวถึงวิธีพิสูจน์ความจริงของการแพทย์แบบดั้งเดิมว่า ประกอบด้วย การสังเกตเชิงประจักษ์โดยใช้ประสาทสัมผัส หรือที่เรียกว่า “ปรัตยักษ์” การคาดการณ์จากเหตุผลที่อยู่รายรอบ หรือ “อนุมาน” การขยายไปสู่ความจริงใหม่จากความจริงเดิมที่มนุษย์รู้อยู่แล้วโดยการเทียบเคียง หรือ “อุปมาน” และ ความรู้ที่ปราชญ์หรือผู้รู้ได้รับรองว่าถูกต้องแท้จริงแล้ว หรือ “ศัพท” ซึ่งวิธีพิสูจน์ความจริงโดยใช้ความรู้แบบศัพทนี้ ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะยอมรับว่า ภูมิรู้ของมนุษย์แต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันตามภูมิจิตภูมิธรรม (ดูรายละเอียดใน ขุนนิทเทสสุขกิจ 2516 และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2536: 24-25) ผู้ที่มีภูมิจิตภูมิธรรมสูงกว่า ย่อมรู้และพิสูจน์ความจริงต่าง ๆ ได้ละเอียดลึกซึ้งและเป็นไปตามความจริงมากกว่าผู้ที่มีภูมิจิตภูมิธรรมต่ำกว่า ศัพทจึงเป็นวิธีพิสูจน์ความจริงที่ไม่พบอยู่ในญาณวิทยาของวิทยาศาสตร์แบบลดส่วน เพราะเป็นเรื่องที่รู้ได้เฉพาะตน และสามารถพิสูจน์ได้โดยการฝึกปฏิบัติให้ภูมิจิตภูมิธรรมสูงขึ้นเท่านั้น

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (2547) สรุปความเห็นว่า ด้วยกรอบการศึกษาแบบลดส่วนของการแพทย์ชีวเวชศาสตร์ การแพทย์พื้นบ้านถูกลดทอนให้เหลือเพียงสิ่งที่ต้องการศึกษา โดยเน้นการวัดประสิทธิผลของการบำบัด ซึ่งการศึกษาแบบนี้นอกจากจะมีข้อจำกัดในการวัดประสิทธิผลของการแพทย์พื้นบ้านแล้ว ยังทำให้มองข้ามคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้านในมิติอื่น ๆ เพราะเป็นมิติที่ยากแก่การวัด หรือไม่ก็ถูกพิจารณาในฐานะที่เป็นผลแบบยาหลอก มิติอื่น ๆ ของการแพทย์พื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ที่แท้จริงของหมอ ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับชุมชนและสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเชื่อความศรัทธา ความศักดิ์สิทธิ์ โดยสื่อผ่านทาง ยา น้ำมนต์ พิธีกรรม คาถา และกรรมวิธีอื่น ๆ จึงไม่สามารถปรากฏในวิธีการศึกษาแบบนี้ได้

ข้อโต้แย้งในประเด็นทางญาณวิทยาดังที่กล่าวมานี้ ยังมีข้อถกเถียงกันว่า ความแตกต่างทางญาณวิทยาดังกล่าวจะสามารถประนีประนอมกันได้มากน้อยเพียงใด มีความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านชุดใดบ้างที่สามารถใช้วิธีวิทยาจากญาณวิทยาแบบวิทยาศาสตร์มาใช้ในการศึกษาได้ มีความรู้ชุดใดที่จำเป็นต้องมีวิธีวิทยาที่มีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับญาณวิทยาของการแพทย์พื้นบ้าน และเราจะพัฒนาวิธีวิทยาเหล่านี้ขึ้นได้อย่างไร

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2536). แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ใน เสรี พงศ์พิศ (บรรณาธิการ) *ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพ: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊พ จำกัด.

นิทเทสสุขกิจ, ขุน. (2516). *อายุรเวทศึกษา*. กรุงเทพ: โรงพิมพ์พร้อมจักรการพิมพ์.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2547). ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน มิติที่ขาดหายของการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย. บทความนำเสนอในการประชุมประจำปีของศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ครั้งที่ 3, วันที่ 24-26 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ยศ สันตสมบัติ. (2542). *ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.

Scheper-Hughes, N. &Lock, M.M. (1998). In Brown, P.J. (ed.) *Understanding and Applying Medical Anthropology*. CA: Mayfield Publishing Company. pp. 207-225.

Unschuld, P. U. (1992). Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century. In C. Leslie, A. Young (Eds.), *From Paths to Asian Medical Knowledge*. CA: University of California Press.

9.2 หมอไทย ยาไทย

หมอไทย ยาไทย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทย การศึกษาเกี่ยวกับหมอไทย ยาไทย จึงสามารถสะท้อนให้เห็นระบบสุขภาพแบบดั้งเดิมของไทย ซึ่งมิใช่มีเพียงองค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร วิธีการบำบัดรักษาโรค พิธีกรรมและความคิดความเชื่อที่เกี่ยวข้องเท่านั้น แต่การศึกษาเกี่ยวกับหมอไทย ยาไทย ยังช่วยสะท้อนให้เห็นวิธีคิดของคนไทยที่มีต่อความเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งกำกับให้คนไทยในสมัยก่อนมีท่าทีและวิธีการจัดการกับชีวิต สุขภาพ และความเจ็บป่วยที่มีแบบแผนสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติที่อยู่รอบตัว

งานศึกษาเกี่ยวกับหมอไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งไปที่การศึกษาในเชิงประวัติศาสตร์ โดยศึกษาบทบาทของหมอไทยย้อนกลับถึงยุคสุโขทัยและอยุธยา มีการจำแนกแยกแยะหมอไทยออกเป็นหมอประเภทต่าง ๆ ตามสถานภาพและบทบาทที่มีอยู่ในสังคมดั้งเดิม ที่สำคัญคือ หมอหลวงหรือหมอในราชสำนัก กับหมอราษฎร์หรือหมอเชลยศักดิ์ มีจำนวนน้อยที่จะกล่าวถึงหมอพระ หมอกลางบ้าน หรือหมอพื้นบ้าน ซึ่งอยู่ห่างไกลจากศูนย์กลางอำนาจรัฐ ที่จะศึกษาถึงหมอไทยในภูมิภาคอื่น ๆ ที่มิใช่หมอในภาคกลาง เช่น หมอเมืองล้านนา หรือหมอในภาคใต้ ก็แทบจะหาได้ยากยิ่ง ที่จะมีอยู่บ้างก็คือ งานของ มาลี

สิทธิเกรียงไกร (2543) ที่กล่าวถึงระบบการแพทย์ในภาคเหนือ โดยชี้ให้เห็นว่าหมอเมืองมีสถานภาพที่ดี เพราะเป็นบุคคลที่ได้รับความยอมรับจากสังคม จากการที่กฎหมายตามจารีตประเพณีของล้านนาแต่เดิม ถือว่า หมอยา เป็น 1 ใน 10 ของไพร่เมืองชั้นดี ไพร่เมืองที่มีความรู้ความสามารถพิเศษ เป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งสมควรได้รับการยกย่อง และเป็นบุคคลที่ควรงดเว้นโทษไม่ควรฆ่า

งานศึกษาหมอไทยในศูนย์กลางอำนาจรัฐส่วนใหญ่วิเคราะห์ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงในช่วงที่หมอไทยถูกจำกัดและลดบทบาทลงในช่วงปลายสมัยรัชกาลที่ 5 และต้นรัชกาลที่ 6 ซึ่งเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเข้ามามีบทบาทของการแพทย์แผนตะวันตกที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและกฎหมายที่ส่งผลกระทบด้านลบต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทย (ดู สุด แสงวิเชียร, 2521, ยุวดี ตปนียากร, 2535, ประทีป ชุมพล, 2541) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับยาไทย หากไม่มุ่งไปที่การศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวยาหรือตำรับยา ก็เป็นการศึกษาในเชิงโครงสร้างของระบบยาแผนโบราณและกฎหมายที่จำกัดการพัฒนาของยาไทย ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมและตลาดยา มีการศึกษาน้อยมากที่สนใจการต่อสู้ การต่อรอง ของหมอไทยต่อแรงกดทับของโครงสร้างและกฎหมายที่บีบคั้นให้หมอไทย ยาไทยต้องถอยร่นจนเกือบหมดบทบาทในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่ส่วนใหญ่เป็นบันทึกที่ได้จากชาวต่างประเทศที่มีอคติหรือขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทย หรือไม่ก็เป็นหลักฐานที่ได้จากบันทึกของเจ้านายในราชสำนัก โดยที่ไม่มีบันทึกจากฝ่ายหมอไทยให้เห็นเอาเสียเลย

การศึกษาเกี่ยวกับหมอไทย ยาไทย ส่วนใหญ่ในยุคปัจจุบัน มุ่งไปที่การศึกษาภูมิปัญญาที่เป็นความรู้ ตำรับตำรา ประสบการณ์และวิธีการรักษาโรคของหมอไทย หรือหมอพื้นบ้าน อาทิ งานของ ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ ธารา อ่อนชมจันทร์ (2537) ศึกษาการรักษากระดูกหักของหมอเมืองในเชียงราย งานของเสาวภา พรสิริพงษ์ (2538) ศึกษาภูมิปัญญาของหมอเคน ลาวงศ์ งานของสุวิทย์ มาประสงค์ (2546) ที่ศึกษาภูมิปัญญาหมองูในภาคใต้ เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับหมอไทย ยาไทย ในเชิงที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุคก่อนการฟื้นฟูและช่วงแห่งการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยซึ่งกินระยะเวลาประมาณ 40-50 ปีที่ผ่านมานี้ ที่สำคัญคือ งานของอรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ (2523) งานของ ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (2547ก) ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงการรวมกลุ่มของหมอไทยในรูปแบบของสมาคมแพทย์แผนโบราณว่า เกิดจากความจำเป็นที่ต้องปรับตัวหลังจากที่การแพทย์ไทยไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากรัฐอีกต่อไป หมอไทยส่วนหนึ่งได้จัดประชุมพบปะอยู่อย่างสม่ำเสมอก่อนหน้านี้ จนในปี พ.ศ.2475 ซึ่งเป็นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองได้มีกฎหมายห้ามการชุมนุมของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ทำให้หมอไทยต้องก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นสถานที่พบปะแลกเปลี่ยนความรู้กันในหมู่สมาชิก โดยมีกิจกรรมหลัก

คือ การจัดให้มีการสอนวิชาการแพทย์แผนโบราณเพื่อสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งสมาคมนี้ได้เป็นแบบอย่างให้มีการก่อตั้งสมาคมต่าง ๆ ขึ้นมาอีกหลายสมาคม และทุกสมาคมต่างก็ได้รับความอนุเคราะห์จากวัดและพระสงฆ์ให้ใช้สถานที่ของวัดเป็นที่ตั้งของสมาคม สมาคมแพทย์แผนโบราณจึงเป็นสำนักของหมอไทยในรูปแบบใหม่ซึ่งพยายามทำงานอนุรักษ์ภูมิปัญญาโดยผสมผสานกับการจัดการผลประโยชน์ในรูปแบบธุรกิจครอบครัวเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในสถานการณ์ที่ปราศจากการอุปถัมภ์ของราชสำนักอีกต่อไป

ในยุคแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพ ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (2547ข) ได้ชี้ให้เห็นว่า เครือข่ายหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นการประสานร่วมมือกันระหว่างหมอพื้นบ้านในภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ ได้แสดงบทบาทครั้งสำคัญในการเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยถือเป็นสิทธิอันชอบธรรมตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ซึ่งนับเป็นประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของการต่อสู้ที่หมอพื้นบ้านซึ่งไร้สิทธิไร้เสียงมาเป็นเวลายาวนาน ได้เรียกร้องต่อรัฐและสังคมให้หันกลับมาสนใจสิทธิและบทบาทของชุมชน หมอพื้นบ้าน และภูมิปัญญาท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อถกเถียงกันถึงบทบาทของหมอไทยและหมอพื้นบ้านภายใต้บริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่ถูกครอบงำโดยระบบทุนนิยมและบริโภคนิยมว่า หมอไทยและหมอพื้นบ้านจะปรับบทบาทของตนเองอย่างไรให้สามารถอยู่รอดได้โดยสามารถธำรงรักษาระบบคุณค่าที่ดีงามของตนเองไว้ สามารถเอื้อเฟื้อช่วยเหลือผู้คนในชุมชนดังเช่นที่เคยเป็นมา โดยไม่จำเป็นกลายพันธุ์ไปเป็นแพทย์พาณิชย์ที่เป็นปัญหาของสังคมอยู่ในขณะนี้

หนังสือแนะนำ

ประทีป ชุมพล. (2541). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย การศึกษาจากเอกสารตำรายา*. กรุงเทพ: อาคีไทพ์.

มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2543). *การเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของระบบการแพทย์ในภาคเหนือ*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมืองเชียงใหม่.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ ธารา อ่อนชมจันทร์ (2537). *ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพกรณีศึกษา: การรักษากระดูกหักของหมอเมืองและการดูแลครรภ์ของชาวอาข่าจังหวัดเชียงราย*. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2547ก). เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2547ข). หมอไทย สถานภาพ บทบาท และพัฒนาการในสังคมไทย. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)

ยุวดี ตปนียากร. (2535). *วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตร์มหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุด แสงวิเชียร. (2521). จุดจบของการแพทย์แผนโบราณและการเริ่มต้นของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์,1*(2), 20-27.

อรทัย รวยอาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ. (2523). *บทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย*. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บทที่ 10
ชุมชนกับการมีส่วนร่วมในมิติสุขภาพ

10.1 ความเป็นชุมชน

คำว่า ชุมชน ในความหมายของวิธีคิดเชิงสังคมศาสตร์ นับเป็นหน่วยความสัมพันธ์ที่มีการกล่าวถึงและให้ความหมายกันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากชุมชนมีความสำคัญในแง่ของความเป็นพื้นที่ที่เราคุ้นเคย นักมานุษยวิทยาจึงให้ความสำคัญกับการศึกษาครอบครัวและชุมชนเป็นลำดับแรก เนื่องจากสาขาวิชานี้สนใจศึกษาหน่วยการวิเคราะห์ที่เล็กและความสัมพันธ์ของกลุ่มคนกลุ่มย่อย ๆ

เมื่อกล่าวถึงการศึกษาทางมานุษยวิทยา ในยุคเริ่มแรกได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในแง่ที่ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือของเหล่านักล่าอาณานิคมชาวตะวันตก รูปธรรมที่เกิดขึ้นคือ มิชชันนารีชนผิวขาวเดินทางเข้ามาเผยแพร่ศาสนา ณ ดินแดนอันไกลโพ้นอีกซีกโลกหนึ่ง ได้พบเห็นวิถีชีวิตวิถีความสัมพันธ์ที่แตกต่างจากสังคมวัฒนธรรมของตน โดยเฉพาะในท้องถิ่นเอเชียหรือชนกลุ่มน้อยนิยมอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน มีการจัดความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกโดยอาศัยจารีตประเพณีท้องถิ่นและกฎระเบียบต่าง ๆ มีผู้ปกครองซึ่งมักเลือกสรรกันโดยกฎเกณฑ์ของระบบอาวุโส การศึกษาระบบเครือญาติและความเป็นชุมชนในทางมานุษยวิทยา จึงมีวิธีวิทยาในการศึกษาที่เน้นความสัมพันธ์ของคนในกลุ่มเล็ก ๆ ซึ่งเรียกรวมคนที่อยู่ด้วยกันในขอบเขตพื้นที่เดียวกันว่า เป็นคนในชุมชนเดียวกัน คำว่าชุมชนจึงถูกเรียกขานเป็นหน่วยวิเคราะห์หนึ่งของการศึกษาทางมานุษยวิทยาว่าหมายถึงขอบเขตพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์เป็นตัวกำหนด

กล่าวเฉพาะในสังคมไทย การศึกษาชุมชนของเรามีนักคิดคนสำคัญที่จะเกริ่นถึงในที่นี้คือ ฉัตรทิพย์ นาถสุภา อานันท์ กาญจนพันธ์ และแคทเธอรีน โบวี ซึ่ง ฉัตรทิพย์ (2527) ให้ภาพของชุมชนหมู่บ้านไทยว่า มีลักษณะเป็นชุมชนบุพกาล มีการถือครองที่ดินร่วมกัน มีการผลิตเพื่อยังชีพ และมีการปกครองตนเองภายใต้ระบบสภาผู้เฒ่า แต่เมื่อเข้าสู่ยุคศักดินา รัฐจะอ้างสิทธิเหนือที่ดิน เพื่อความชอบธรรมในการเกณฑ์แรงงานและภาษี และใช้อุดมการณ์ศาสนา เพื่อความชอบธรรมในการปกครอง แต่ไม่ได้เปลี่ยนความผูกพันต่าง ๆ ภายในชุมชนที่เคยดำรงอยู่มาก่อน และยังไม่เกิดระบบกรรมสิทธิ์เอกชนขึ้นอย่างชัดเจน (ฉัตรทิพย์ 2527: 1-7)

ต่อมา ฉัตรทิพย์ใช้หลักฐานคำบอกเล่าของชาวบ้าน มาสร้างภาพของหมู่บ้านในระบบศักดินาย้อนหลังไปไกลกว่าช่วงอายุของผู้ให้สัมภาษณ์ จากการมองประวัติศาสตร์ระยะยาวและไม่เคร่งครัดเรื่องเวลา หมู่บ้านจึงคงดำรงฐานะเป็นหน่วยการผลิตแบบยังชีพ ภายใต้ความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติ ชุมชนมีความเกาะเกี่ยวอย่างแน่นแฟ้นภายใต้รูปแบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ฉัตรทิพย์ 2527: 19-34)

กล่าวได้ว่า แนวคิดของอาจารย์ฉัตรทิพย์ในเรื่องความแน่นแฟ้น กลมเกลียว เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของคนในชุมชนหมู่บ้านไทย ทั้งยังห่างไกลจากการครอบงำของอำนาจการเมืองเศรษฐกิจส่วนกลาง ได้รับการสถาปนาเป็นแนวคิดหลัก ทำให้หลายคนเชื่อว่าวัฒนธรรรมหมู่บ้านในอดีตเป็นวัฒนธรรมพึ่งตนเองโดยสมบูรณ์ มีความเป็นอนาธิปัตย์ อำนาจรัฐครอบงำโดยหลวม ๆ แต่ภาพลักษณ์ที่สวยงามราบรื่นเช่นที่ว่านี้ ได้ถูกท้าทายจากนักวิชาการหญิงตะวันตก แคทเธอรีน โบวี นักประวัติศาสตร์ซึ่งทำการศึกษาชุมชนหมู่บ้านภาคเหนือตอนบนของไทย เธอเห็นว่า “การผลิตเพื่อยังชีพ” เป็นเพียงมายาคติหรือความเข้าใจกันเอาเองอย่างผิดพลาด

ที่เป็นเช่นนี้เพราะเธอยืนยันว่า เครือข่ายการค้าของประเทศไทยนั้นคึกคักมากมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 19 การขนส่งสินค้าทำโดยเส้นทางเดินเท้า ทางเรือ แพ คาราวานวัวต่าง และเกวียน (ดูรายละเอียดใน ชูสิทธิ์ 2524) ต่อมาภายหลังมีการใช้จักรยาน และมอเตอร์ไซด์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการค้าผ้า ชาวบ้านจำนวนมากไม่ได้ทอผ้าใช้เอง แต่ต้องซื้อ (ขอหรือขโมยจากคนอื่น) กว่าจะได้เงินมาซื้อผ้า ชาวบ้านต้องทำงานสารพัดเป็นต้นว่า รับจ้างเขาทำงาน หรือไม่ก็ค้าขายของบางอย่าง เศรษฐกิจของภาคเหนือตอนบนเป็นเศรษฐกิจแบบพึ่งพาตลาด ไม่ใช่เศรษฐกิจแบบเลี้ยงตนเองได้อย่างที่หลายคนเข้าใจ การผลิตฝ้ายโดยวิธีง่าย ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันในหมู่บ้านจึงเกี่ยวเนื่องกับการค้าขายแลกเปลี่ยนกันทั้งทางตรงและทางอ้อม (แคทเธอรีน 2536: 170)

อานันท์ (2544) กล่าวถึงปัญหาวิธีคิดการมองชุมชนในขนบการศึกษาของไทยว่า ชุมชนคือ หน่วยของความสัมพันธ์ในระดับต่าง ๆ ทั้งหน่วยความสัมพันธ์ในการผลิตและการจัดความสัมพันธ์กันทั้งภายในและภายนอกชุมชน ดังนั้น ชุมชนจึงไม่ใช่มิติที่หยุดนิ่งตายตัว และปัญหาการศึกษาชุมชนทุกวันนี้ยังติดอยู่ในขั้วตรงข้ามระหว่าง *การมองชุมชนแบบอุดมคติกับการมองแบบอคติ* โดยเฉพาะการมองชุมชนแบบอุดมคตินั้น เน้นลักษณะเชิงอุดมคติของหมู่บ้านที่ดำรงอยู่อย่างยาวนาน บนพื้นฐานของเศรษฐกิจแบบยังชีพ ส่วนนี้ยังได้ขยายเพิ่มออกไปเน้นถึงลักษณะวัฒนธรรมชุมชน ที่ให้ความสำคัญกับน้ำใจและความเป็นชุมชน หรือที่เรารู้จักกันในนาม *คำตอบอยู่ที่หมู่บ้าน* ซึ่งคิทาฮารา (Kitahara 1996) ได้วิพากษ์แนวคิดนี้เช่นกันว่า เน้นความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน หรือความเป็นชุมชนเชิงอุดมคติมากเสียจนมองเรื่องของปัจเจกบุคคลในเชิงลบ เช่นเดียวกับยุกติ (2538) ได้วิพากษ์การนำเสนอภาพหมู่บ้านเป็นชุมชนสมานฉันท์เช่นนี้ว่าเป็นการทำให้ภาพหมู่บ้านกลายเป็นอุดมคติ ด้วยวิธีการสร้างภาพตัวแทน (Representationalism) นั่นคือยิ่งตั้งใจที่จะนำเสนอภาพหมู่บ้าน เพื่อวิวาทะกับการครอบงำจากภายนอกมากเท่าใด ภาพของหมู่บ้านก็จะยิ่งมีลักษณะของภาพตัวแทนมากยิ่งขึ้นเท่านั้น ซึ่งภาพลักษณ์เช่นนี้ ได้สะท้อนความจริงบางส่วน แต่ก็ไม่ใช่ภาพลวง

หนทางสลัดออกจากขั้วตรงข้ามเช่นที่ว่านี้ นั่นคือ การศึกษาวิจัยชุมชนในลักษณะของความสัมพันธ์โดยเน้นพลวัต ไม่ยึดติดกับภาพนิ่งตายตัว หรือการศึกษาวิจัยโดยเน้นบริบททางประวัติศาสตร์ เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเอง ชุมชนกับอำนาจรัฐและทุนจากภายนอก งานศึกษาเช่นที่ว่านี้สามารถดูตัวอย่างได้จาก อริยา (2542) ศึกษาความพยายามสร้างกองทุนผ้าป่าข้าวในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงอำนาจความเป็นตัวตนของชาวบ้าน และเป็นทางเลือกในการพัฒนาที่ชาวบ้านสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยผ่านการถกเถียงโต้แย้งกันเองช่วงชิงการให้ความหมายความเป็นชุมชนด้วยการผสมผสานแนวคิดหลากหลายที่มีอยู่ในชุมชน (อริยา 2542: บทนำ)

หนังสือแนะนำ

แคทเธอรีน เอ.โบวี. (2536). การค้าและผลิตภัณฑ์ผ้าในภาคเหนือของประเทศไทย จากมุมมองทางประวัติศาสตร์. ใน ทรงศักดิ์ ปรางค์วัฒนากุล (บรรณาธิการ). *ผ้าเอเชีย: มรดกร่วมทางวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2527). *เศรษฐกิจหมู่บ้านไทยในอดีต*. กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์.

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2529). แนวคิดการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง. ใน *บ้านกับเมือง*. นนทบุรี: สร้างสรรค์.

ชลธิรา สัตยาวัฒนา. (2546). *พลวัตสิทธิชุมชน: กระบวนทัศน์ทางมานุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ชูสิทธิ์ ชูชาติ. (2524). *พ่อค้าวัวต่าง: ผู้บุกเบิกการค้าขายในหมู่บ้านภาคเหนือของประเทศไทย (พ.ศ.2398-2503)*. กรุงเทพฯ: กรมการฝึกหัดครู กระทรวงศึกษาธิการ.

พัฒนา กิติอาษา. (2546). *ท้องถิ่นนิยม*. (พิมพ์ครั้งที่สอง). เชียงใหม่: กองทุนอินทร์-สมเพื่อการวิจัยทางมานุษยวิทยา.

ยุกติ มุกดาวิจิตร. (2538). *การก่อตัวของกระแสวัฒนธรรมชุมชนในสังคมไทย: พ.ศ.2520-2537*. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อริยา เศวตามร์. (2542). *ผ้าป่าข้าว: บทสะท้อนวิธีคิดของชุมชน*.กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2544). *วิธีคิดเชิงซ้อนในการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

Kitahara, Astushi. (1996). *The Thai Rural Community Reconsidered: Historical Community Formation and Contemporary Development Movement.* Bangkok: Political Economy Center. Faculty of Economics.Chulalongkorn University.

10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับรัฐ

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับรัฐ มีความเป็นมาที่ยาวนานหลายทศวรรษทั้งจากนักวิชาการไทยและนักวิชาการต่างประเทศโดยมีกรอบการวิเคราะห์ที่หลากหลายทั้งในแนวคิดประวัติศาสตร์ชุมชน แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน แนวคิดประวัติศาสตร์ชุมชน และการศึกษาชุมชนยุคหลังสมัยใหม่การศึกษาทางประวัติศาสตร์ชุมชนแสดงให้เห็นว่า ชุมชนกับรัฐในอดีตนั้นดำรงอยู่ห่างไกลกัน และชุมชนค่อนข้างเป็นอิสระจากอำนาจรัฐ แต่มีความเกี่ยวข้องกันในฐานะของการเก็บภาษีอากร การส่งเครื่องราชบรรณาการ ส่วนในด้านแรงงานชายไทยมีสถานะเป็นไพร่ที่ถูกเกณฑ์มาทำงานให้เจ้านาย (ดูรายละเอียดใน ฉัตรทิพย์ 2527)

ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชุมชน ในช่วงยุคก่อนและช่วงพัฒนาสู่ความทันสมัยเป็นความสัมพันธ์แบบ *สั่งการจากบนสู่ล่าง* แม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันมากนัก ซึ่งสภาพดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปเมื่อรัฐไทยนำเข้า *การพัฒนา* มาจากตะวันตก (ศุภชัย 2544: 29)

แอนดรูว์ เทอร์ตัน (2533) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชุมชนไทยว่านับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มใช้แนวทางพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ.2504 เป็นต้นมา ความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นเมื่อมีการถ่ายเททรัพยากรจากชนบทเข้าสู่เมือง ผู้ผลิตรายย่อยที่เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตเอง ไม่เพียงแต่จะถูกดึงเข้าสู่ความสัมพันธ์กับภาคเศรษฐกิจกระแสหลักมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ยังสูญเสียอำนาจในการเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต (อาทิ เงินทุน วัตถุดิบ เทคโนโลยี การเก็บสำรอง ฯลฯ) ขณะเดียวกันเกิดการแบ่งแยกแนวใหม่ขึ้นภายในชุมชน คือ การก่อตัวทางชนชั้น และสำนึกทางชนชั้น เจ้าของที่ดินขนาดเล็กหรือขนาดกลาง มีโอกาสในการสูญเสียที่ดินหรือเป็นผู้ผลิตในผืนดินขนาดเล็กลงเรื่อย ๆ

เมื่อมีการริเริ่มใช้นโยบาย “การพัฒนาชุมชน” ตอนต้นทศวรรษ 2500 นั้น ทางราชการได้ชักชวนให้มีการสร้างสมานฉันท์ในชุมชน และมีการส่งเสริมให้เกิด “ผู้นำชุมชน” (ซึ่งมักจะได้แก่คน 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าอาวาส) ทำให้เกิดการแตกตัวทางสังคมเศรษฐกิจทั้งภายในและระหว่างหมู่บ้าน และระหว่างหมู่บ้านกับเมือง ผู้นำชุมชนก็มีแนวโน้มกีดกันคนจน และนับรวมเอาสมาชิกจากระดับชั้นคล้าย ๆ

กัน จากหมู่บ้านอื่น และจากระดับชั้นพ่อค้า และข้าราชการที่อยู่นอกเหนือหมู่บ้านเข้ากลุ่มตน (ดูรายละเอียดใน เทอร์ตัน 2533)

ศุภชัย (2544) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชาวบ้านท้องถิ่นว่า กลไกรัฐผ่านระบบราชการมีลักษณะของการสั่งการ ขาดกลไกการตรวจสอบ หรือถ่วงดุลอำนาจจากกลุ่มพลังอื่น ๆ ของสังคม เช่น สหภาพแรงงาน องค์กรเกษตรกร หรือกลไกการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ในขณะเดียวกัน ได้เกิดความขัดแย้งและการต่อต้านจากชาวบ้านในชนบท โดยเฉพาะเมื่อรัฐประเมินปัญหาของชาวบ้านต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น ประชาชนไม่มีเทคโนโลยีในการผลิต หรือไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน ชาวบ้านปฏิเสธและแสดงการต่อต้านรัฐด้วยการแสวงหาอำนาจใหม่ โดยเฉพาะอุดมการณ์สังคมนิยมที่กำลังก่อตัวในชนบท (รังสรรค์ 2532: 134-135)

ผาสุก (Pasuk 1999) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชาวบ้านในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการพัฒนาไว้ 3 ประเด็นคือ *ประเด็นแรก* ในช่วงเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา ลำพังถ้าชาวบ้านกลุ่มเล็ก ๆ ไร้อำนาจ หาญกล้าลุกขึ้นมาปกป้องชุมชนของตนเอง พวกเขาไม่เคยประสบความสำเร็จ ดังนั้นการต่อต้านโครงการขนาดใหญ่ ต้องได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายประชาสังคม *ประเด็นที่สอง* รัฐไทยใช้ยุทธวิธีกำจัดม็อบด้วยวิธีการที่ทำให้ชาวบ้านอึดอัดคับข้องใจ เนื่องจากรัฐไม่เคยปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ไม่เคยจัดการประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็นที่เหมาะสม ทำให้ชาวบ้านผู้ต่อต้านอำนาจรัฐต้องตอบโต้ด้วยวิธีรุนแรง และ*ประเด็นที่สาม* แม้แต่การต่อต้านรัฐในโครงการเล็ก ๆ อารมณ์ของทั้งสองฝ่ายก็มีการปะทะกันอย่างรุนแรง โดยเฉพาะความตึงเครียดที่เกิดจากเศรษฐกิจตกต่ำ และความรวดเร็วในการสื่อสารมวลชนทำให้ภาพข่าวปรากฏตามสื่อต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย (Pasuk 1999: 2)

เมื่อได้พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชุมชน ในห้วงประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา เราจะพบว่าชุมชนเป็นฝ่ายเสียเปรียบและถูกตักตวงประโยชน์มาอย่างต่อเนื่อง แต่กระนั้นก็ตาม รัฐชาติก็ใช่จะเข้มแข็งมั่นคงในทุกกรณี โดยเฉพาะในยุคหลังสมัยใหม่ การต้านกระแสของรัฐชาติโดยท้องถิ่นนิยม หรือการแสดงอัตลักษณ์ของท้องถิ่น เพื่อทัดทานอำนาจของรัฐชาติ และการผนวกกลืนในทุกทิศทาง กลับเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจศึกษายิ่ง และเป็นหน่ออ่อนที่ดีของการเคลื่อนไหวภาคประชาชนที่น่าจับตามอง

หนังสือแนะนำ

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2527).*เศรษฐกิจหมู่บ้านไทยในอดีต.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สร้างสรรค์.

ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2528). โครงสร้างทางการเมืองของชุมชนกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท: ความจริงกับอำนาจ, ใน อุทัย เลาหวิเชียร และประทาน คงฤทธิ ศึกษาการ (บรรณาธิการ)

เทอร์ตัน แอนดรูว์. (2533). บรรดาอำนาจท้องถิ่นกับการแยกตัวทางสังคมในชนบท.ใน อนัญญา ภุชงคกุล (บรรณาธิการ).*รัฐกับหมู่บ้านในไทยศึกษา.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พัฒนา กิติอาษา. (2544).*ท้องถิ่นนิยม.* (พิมพ์ครั้งที่สอง).กรุงเทพฯ: กองทุนอินทร์-สมเพื่อการวิจัยทางมานุษยวิทยา.

รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. (2532). *กระบวนการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจในประเทศไทย: บทวิเคราะห์เชิงประวัติศาสตร์ เศรษฐกิจ การเมือง พ.ศ.2475-2530.* กรุงเทพฯ: สมาคมสังคมศาสตร์.

ศุภชัย เจริญวงศ์. (2544). *ถอดรหัสการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ร่วมด้วยช่วยกัน.

สุรสม กฤษณะจูฑะ. (2547). *การเมืองวัฒนธรรมของความเป็นอื่นในพื้นที่สื่อ: การต่อสู้ทางวาทกรรมว่าด้วยพลังงาน.*วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Hirsch, P. (1990). *Development Dilemmas in Rural Thailand.* Singapore: Oxford University Press.

Hewison, K. J. (1981). The Financial Bourgeoisie in Thailand. *Journal of Contemporary Asia.* 11(4).

Pasuk Phongpaichit. (1999). Civilising The State: State, Civil Society and Politics in Thailand. (The Wertheim Lecture 1999). Centre for Asian Studies Amsterdam. (Unpublished).

Scott, J. C.(1985). *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistence.* New Haven: Yale University Press.

Todaro, M. P. (1977). *Economic Development In the Third World.* New York: Longman.

10.3 แนวคิดการพัฒนาชุมชน

การพัฒนาถูกทำให้กลายเป็นสิ่งจำเป็นในฐานะของการทำประเทศให้ก้าวเข้าสู่ความทันสมัย การศึกษาแนวคิดการพัฒนาชุมชนจึงมีความสำคัญเนื่องจากชุมชนในยุคโลกาภิวัตน์ไม่อาจหลบเลี่ยงจากการปะทะของกระแสทุนและกระแสการครอบงำให้ทุกอย่างมีมาตรฐานเดียวกับศูนย์กลางได้ ในแง่มุมของ

วิชาการการศึกษาชุมชนในยุคทันสมัย นักวิจัยในฐานะคนนอกได้เข้าไปสังเกตการณ์ความเป็นไปต่าง ๆ ของชุมชน และนำข้อมูลมาเขียนวิเคราะห์ตีความได้อย่างไม่มีเงื่อนไขข้อจำกัดใด ๆ มากนัก เช่นงานเลื่องชื่อของ คลิฟฟอร์ด เกียร์ซ ที่ไปศึกษาพิธีกรรมการชนไก่ของผู้ชายชาวบาหลีและตีความเรื่องไก่กับอัตลักษณ์ของผู้ชายชาวบาหลี (ดูรายละเอียดจากพัฒนา 2544) แต่ในแง่มุมของโลกวิชาการหลังยุคทันสมัย สิทธิและเสียงของเจ้าของชุมชนท้องถิ่นเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น สิทธิและเสียงที่จะเลือกแนวทางการพัฒนาและเป็นผู้ริเริ่มการพัฒนาในมุมมองของคนในจึงมีความชอบธรรม ท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างคนในชุมชน ชุมชนกับองค์กรภายนอก ชุมชนกับรัฐ และชุมชนกับกระแสเศรษฐกิจโลกาภิวัตน์ การศึกษาการพัฒนาชุมชนในโลกยุคหลังสมัยใหม่จึงเป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์อันหลากหลาย เพื่อช่วงชิงการนิยามความหมายในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น และการปรับตัวอย่างรู้เท่าทันกระแสความเปลี่ยนแปลงจากภายนอก

ยุกติ (2538) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาว่า โดยนัยของการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นไทยก้าวสู่ความทันสมัย ในยุคเริ่มแรกของแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504) รัฐไทยมองคนในชุมชนด้วยแนวคิดที่สรุปความได้ชัดเจนว่า *โง่ จน เจ็บ* โง่มีนัยถึงการขาดการศึกษา จนคือ ต้องพึ่งพิงระบบการเกษตรกรรมที่ไม่ทันสมัย และเจ็บน่าจะหมายถึงระบบสุขภาพอนามัยของประเทศมีความล้าหลัง ทำให้อัตราการรอดชีวิตจากโรคภัยต่าง ๆ มีน้อย การพัฒนาจึงมุ่งเน้นประเด็นทางเศรษฐกิจเป็นหลัก เพื่อให้ชาวบ้านในชุมชนชนบทมีทรัพย์สินเงินทองและรอดพ้นจากภาวะโง่ จน เจ็บ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในยุคสมัยนั้นได้ ประกอบกับกระแสการปฏิวัติเขียวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ โดยการเกษตรกรรมยุคใหม่ที่อาศัยเทคโนโลยีในการเพิ่มผลผลิตที่ไหลบ่ามาจากซีกโลกตะวันตก รัฐจึงได้ส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกพืชและเลี้ยงสัตว์ในเชิงพาณิชย์ เพื่อมุ่งส่งออกนำรายได้เข้าประเทศ ในขณะเดียวกันหนี้สินของเกษตรกรกลับเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไม่อาจหยุดยั้งได้ ความร่ำรวยมั่งคั่งกระจุกอยู่กับชาวนาที่มีที่ดินมาก เกษตรกรผู้ไม่มีที่ดินทำกินกลายเป็นแรงงานรับจ้างในภาคเกษตร และรับจ้างทั่วไปโดยเฉพาะในยุคอสังหาริมทรัพย์เฟื่องฟูในช่วงต้นทศวรรษ 2530

ท่ามกลางความทะยานอยากเพื่อก้าวเข้าไปสู่ความเป็นเสือตัวที่ห้าในช่วงเวลาที่กล่าวมาแล้วนั้น บุคลากรจากองค์กรพัฒนาเอกชนส่วนหนึ่งได้วิพากษ์วิจารณ์การพัฒนาที่มุ่งแต่ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ และได้นำเสนอแนวคิดเรื่อง “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” และ “วัฒนธรรมชุมชน” (ดูรายละเอียดใน เสรี 2535) โดยแนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าระบบวิธีคิดของชาวบ้านที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น เน้นวิถีชีวิตที่เรียบง่ายกลมกลืนกับธรรมชาติ และมีระบบสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แนวคิดนี้ยังคงเป็นกระแสรองตลอดมา เพราะได้รับการกล่าวขวัญถึงแต่เฉพาะในหมู่คนในงานพัฒนาและผู้นำชาวบ้านเท่านั้น

กล่าวได้ว่า แนวคิดนี้ได้รับความสนใจอย่างแท้จริง ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ.2540 โดยหลังจากการล่มสลายของเศรษฐกิจฟองสบู่แล้ว พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวก็ได้มีกระแสพระราชดำรัสในวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ.2540 มีเนื้อหาเรียกร้องให้สังคมไทยหันกลับมาหา *เศรษฐกิจพอเพียง* เน้นการผลิตให้พอเพียงกับตัวเอง ส่วนที่ผลิตได้มากกว่าความต้องการจึงขาย (กระทรวงมหาดไทย 2541: 3.11) กระทรวงมหาดไทยในฐานะผู้รับสนองพระบรมราชโองการได้เสนอ *ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง* มีกลยุทธ์ 5 ประการคือ ยึดครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ยึดการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ ยึดการรวมกลุ่มเป็นเครือข่าย ยึดการส่งเสริมการตลาดชุมชน และยึดการจัดเวทีชาวบ้านเป็นหลักแบบ *คิดเอง ทำเอง* (โกมาตร และคณะ 2547ก: 9-10)

ศุภชัย (2544) กล่าวถึงแนวคิดว่าด้วยการพัฒนาว่าคือ กระบวนการมุ่งไปสู่ความเป็นทุนนิยมและการสร้างรัฐชาติ อันนำไปสู่การผลักดันนโยบายเปิดประเทศอย่างเสรี แต่ผลกระทบของแนวคิดการพัฒนาดังกล่าว ไม่ได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ หรือเฉพาะศูนย์กลางอำนาจหรือรัฐเท่านั้น การพัฒนาได้เลื่อนไหลลงไปสู่หมู่บ้าน และเมื่อการพัฒนาปะทะกับชุมชน ชุมชนเองต้องเป็นฝ่ายปรับทิศทางระบบสังคมของตนให้สอดคล้องกับโครงสร้างสังคมแบบใหม่ (ศุภชัย 2544: 62)

รูปธรรมของการพัฒนาซึ่งเป็นเรื่องราวการสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้ความรู้ทางการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญ โกมาตร และคณะ (2547ข) ได้ทำการศึกษาชุมชนม้งแห่งหนึ่งและการเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ โดยแสดงให้เห็นว่าการแพทย์สมัยใหม่ที่ถูกนำเข้ามาในชุมชนชาวม้งโดยมิชชันนารีนั้นได้ท้าทายโครงสร้างอำนาจและอัตลักษณ์เดิมของชุมชนชาติพันธุ์ม้งแห่งนี้ จากการแพทย์ตะวันตกได้กลายมาเป็นการแพทย์สัญชาติไทยที่กีดกันแบ่งแยกชาวม้งให้เป็นเสมือนคนอื่น ที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของความเป็นไทย (โกมาตร และคณะ 2547ข: 86-87)

ต่างจากแนวคิดการพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน ที่กลายมาเป็นที่รู้จักกันในนาม “แนวคิดพึ่งตนเอง” ซึ่งทำให้ชุมชนแห่งหนึ่งสามารถสร้างอัตลักษณ์ของความเป็นพื้นที่ตัวอย่าง สภาพของหมู่บ้านเปลี่ยนแปลงไปจากหน้ามือเป็นหลังมือ จากหมู่บ้านยากจน ผู้คนมีสภาพอดอยาก หลังฤดูทำนา ชาวบ้านมักพากันออกไปหารายได้นอกหมู่บ้านด้วยการรับจ้าง ได้เปลี่ยนมาเป็นการเกษตรแนวผสมผสาน เนื่องจากชาวบ้านเห็นว่า พืชเศรษฐกิจทำให้ชาวบ้านต้องทำงานหนัก แต่เป็นหนี้เป็นสินมากขึ้น ชีวิตครอบครัวมีแต่ความเครียด ชาวบ้านจึงได้รวมกลุ่มกันหาทางออก โดยอาศัยปัจจัยที่มีอยู่ในชุมชนให้มากขึ้น พึ่งพาปัจจัยภายนอกให้น้อยลง และได้ขยายการพัฒนาประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ จนเกิดโครงการย่อยตามมา (โกมาตรและคณะ 2547ข: 186)

จากการสำรวจแนวคิดการพัฒนาชุมชนข้างต้น นับเป็นสิ่งจำเป็นเบื้องแรกที่บุคลากรจากภายนอกต้องเข้าใจโครงสร้างของชุมชน การแบ่งกลุ่มทั้งในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพราะนี่เป็นส่วนหนึ่งในการเข้าใจ *มุมมองของคนใน* ด้วยเช่นเดียวกัน

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2547ก). *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง(ภาคเมือง).* นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2547ข.). *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง(ภาคชนบท).* นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

พัฒนา กิติอาษา. (2544). *ท้องถิ่นนิยม.* กรุงเทพฯ: กองทุนอินทร์-สมเพื่อการวิจัยทางมานุษยวิทยา.

ยุกติ มุกดาวิจิตร. (2538).*การก่อตัวของกระแสวัฒนธรรมชุมชนในสังคมไทย พ.ศ.2520-2537.* วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศุภชัย เจริญวงศ์. (2544). *ถอดรหัสการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ร่วมด้วยช่วยกัน.

สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. (บรรณาธิการ). (2531). *พึ่งตนเองในชนบท อีกบทหนึ่งของการทบทวนโลกทัศน์แห่งการพึ่งตนเอง.* ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bowie, K. A. (1992). Unraveling the Myth of the Sussistence Economy: Textile Production in Nineteenth-Century Northern Thailand. *The Journal of Asian Studies.* 51: 4.

Kitahara, A. (1996). *The Thai Rural Community Reconsidered: Historical Community Formation and Contemporary Development Movements. Bangkok: The Political Economy Centre Faculty of Economics Chulalongkorn University.*

10.4 ทุนทางสังคมกับการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

แนวคิดทุนทางสังคมมีความสำคัญในแวดวงวิชาการด้านสังคมศาสตร์ ในแง่ของการกลับไปหารากเหง้าหรือสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยปรากฏการณ์ทางสังคมที่เห็นเด่นชัดในโลกทุนนิยมโลกาภิวัตน์ความสัมพันธ์ของผู้คนขาดความไว้เนื้อเชื่อใจและขาดคุณค่าทางจริยธรรมให้ยึดถือร่วมกัน แนวโน้มการ

ต้านทานความรุนแรงของกระแสเศรษฐกิจการเมืองโลกาภิวัตน์ คือ การรื้อฟื้นแนวคิดท้องถิ่นนิยมหรือการสร้างอัตลักษณ์ร่วมของชุมชนมาใช้เป็นอาวุธในการต่อสู้ เพื่อให้รู้เท่าทันและไม่ตกเป็นเหยื่อของโลกไร้พรมแดน กระแสบริโภคนิยมและความเป็นปัจเจกนิยมอย่างสุดขั้ว

กล่าวในบริบทของสังคมไทย รัฐบาลไทยได้มีโครงการกองทุนพัฒนาสังคม (Social Investment Fund: SIF) ในปี พ.ศ.2541 โดยมีวัตถุประสงค์ส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถพึ่งพิงตนเองได้ เป็นสังคมที่เอื้ออาทร เข้มแข็ง มั่นคง มีประสิทธิภาพและคุณภาพ (ลักขณา 2547: 2) จากวันนั้นมาจนถึงวันนี้ แนวคิดทุนทางสังคมได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นรูปธรรมของการรวมกลุ่มเพื่อค้นหาสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น และเครือข่ายทางสังคมในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น

ปิแอร์ บูเดอร์ เป็นบุคคลแรกที่วิเคราะห์ทุนทางสังคมอย่างเป็นระบบตั้งแต่ทศวรรษ 1970s และ 1980s โดยแบ่งทุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือทุนทางเศรษฐกิจ (เงิน ทรัพย์สิน) ทุนทางวัฒนธรรม (สินค้าทางวัฒนธรรม ความรู้ทางศิลปะ) และทุนทางสังคม โดยมีนิยามร่วมอยู่ที่ความเป็นปรากฏการณ์ร่วม (Collective Phenomenon) ยืนอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของความรู้และการยอมรับ มีลักษณะเป็นทุนทางสัญลักษณ์หรืออำนาจที่ได้รับการสถาปนาให้ถูกต้องตามกฎหมาย เขาเห็นว่าทุนทางวัฒนธรรม ทุนทางสังคม และทุนทางสัญลักษณ์ จะถูกแปรเปลี่ยนเป็นทุนทางเศรษฐกิจทั้งหมด เช่น ค่าใช้จ่ายในการเรียน (ทุนทางเศรษฐกิจ) จะนำไปสู่การได้รับการยอมรับทางวิชาชีพ (เป็นทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสัญลักษณ์) และต่อมาจะถูกแปรเปลี่ยนเป็นทุนทางเศรษฐกิจโดยการมีงานทำตามความต้องการของตลาด (ดูรายละเอียดจาก Bourdieu 1989)

เจมส์ เอส โคลแมน (1988) เห็นว่าทุนทางสังคมมีองค์ประกอบสำคัญสองประการคือ *ความสัมพันธ์ทางสังคม* อันได้แก่ พันธะผูกพัน ความคาดหวัง และการไว้เนื้อเชื่อใจในโครงสร้างทางสังคม *นอกจากนั้นยังช่วยหนุนเสริมการปฏิบัติการของมวลสมาชิก* นั่นคือ ความสัมพันธ์ระหว่างกันของมนุษย์ถ้านำไปใช้ในการกระทำกิจกรรมที่ถูกต้องชอบธรรมย่อมช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

โรเบิร์ต พัทนัม ให้ความหมายของทุนทางสังคมว่าคือ ลักษณะเฉพาะองค์กรทางสังคม เช่น ความไว้วางใจ บรรทัดฐาน (norms) และเครือข่าย (Networks) ที่มีค่านิยมร่วมกัน (Collective value) สามารถแสดงออกในหลากหลายลักษณะ อาทิ แรงเกาะเกี่ยวของครอบครัว เครือข่ายความเป็นชุมชนที่ไม่เป็นทางการ ความเป็นเครือญาติ มิตรภาพ และบรรทัดฐานของการเกื้อกูลกัน ความไว้วางใจ และความไม่เห็นแก่ตัว หรืออาจกล่าวว่า เครือข่ายทางสังคม คือ หัวใจของทุนทางสังคม การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งสามารถทำให้เกิดบรรทัดฐานการควบคุมทางสังคมตามมา ส่งผลให้ไม่มีผู้กล้ากระทำความผิดต่อบรรทัดฐานทางสังคมนั้น (ดูรายละเอียดใน Putnam 1994, 2000)

ฟรานซิส ฟูกูยามา (Francis Fukuyama) ได้นำเสนอแนวคิดเรื่อง *รัศมีของความไว้วางใจ* (Radius of trust) นั่นคือเมื่อผู้คนติดต่อสัมพันธ์กันและมีบรรทัดฐานในการร่วมมือแบบเดียวกัน ทุนทางสังคมสามารถสร้างผลกระทบในเชิงบวก (Positive externalities) กับบุคคลภายนอกได้ รัศมีของความไว้วางใจก็จะขยายกว้างกว่าที่เป็นจริง ในสังคมสมัยใหม่รัศมีของความไว้วางใจอาจมีลักษณะที่รวมศูนย์ หรือซ้อนทับกันได้

ทุนทางสังคมช่วยสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาสังคม และเป็นเงื่อนไขจำเป็นในสังคมเสรีประชาธิปไตย ช่วยสร้างความสมดุลของอำนาจรัฐ และช่วยปกป้องปัจเจกจากอำนาจรัฐอีกด้วย การมีทุนทางสังคมในระดับต่ำนำไปสู่การไม่สามารถทำงานได้ของระบบการเมือง (ดูรายละเอียดจาก Fukuyama 1999)

ทุนทางสังคมในบริบทของสังคมไทย มีนักวิชาการได้ให้ความหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ การที่คนมารวมกัน เอาความดีมารวมกัน เอาความรู้มารวมกัน เรียกว่าเกิดทุนทางสังคม ซึ่งนำไปสู่พลังทางสังคมที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ทุกอย่าง (ดูรายละเอียดจาก ประเวศ 2542) ความรู้ความสัมพันธ์ ความรู้สึกที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมที่ต้องการความเสียสละ การทำงานร่วมกันเพื่อจัดการสมบัติสาธารณะ (Public good) การเป็นพวกพ้อง การศึกษาทุนทางสังคมควรศึกษาทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับประเทศ (ดูรายละเอียดใน อัมมาร์ 2544) ในขณะที่บัณฑร กล่าวว่า ทุนทางสังคมคือทุนทางวัฒนธรรม ที่สามารถเอื้อให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข เช่น ศีลธรรม จริยธรรม ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ สำนึกส่วนรวม และความเป็นชุมชน ซึ่งสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชน (ดูรายละเอียดใน Pornrawee 2002)

มีตัวอย่างมากมายซึ่งล้วนเกี่ยวข้องการกำเนิดของกองทุนทางสังคมดังที่กล่าวข้างต้น เช่น การเกิดของสถานีวิทยุชุมชน ประชาคมจังหวัดต่าง ๆ กรณีที่น่าสนใจคือ ประชาสังคมจังหวัดยโสธร ซึ่งสิ่งดี ๆ มีอยู่แล้ว นั่นคือ การรื้อฟื้นภูมิปัญญาสมุนไพรในการรักษาโรค การทำเกษตรผสมผสาน และโรงสีชุมชน จนถึงปี พ.ศ.2542 จึงได้รับการสนับสนุนจากกองทุน SIF การขยายแนวทางต่อสู้ ด้วยการชูประเด็นเกษตรอินทรีย์และเกิดวิทยุชุมชนในระดับจังหวัด การเคลื่อนไหวในการพัฒนาโดยไม่เป็นปรปักษ์กับหน่วยงานใด มุ่งแสวงหาความร่วมมือ ได้กระตุ้นให้ชาวบ้านหันกลับมาทบทวนบทบาทความเป็นพลเมือง ลดการพึ่งพารัฐ เน้นการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองระหว่างชาวบ้าน กล้าวิพากษ์วิจารณ์นโยบายรัฐที่ส่งผลกระทบต่อท้องถิ่นโดยใช้วิทยุชุมชนเป็นสื่อกลาง (ประชาธิป 2546: 16-17)

หนังสือแนะนำ

ประชาธิป กะทา. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องประชาสังคมกับวิถีการพึ่งตนเอง: บทเรียนเครือ

ข่ายเกษตรอินทรีย์ยโสธร. แผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) .

ประเวศ วะสี. (2542).คำนำ. ใน *ชุมชนเข้มแข็ง ทุนทางสังคมของไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม ธนาคารออมสิน.

ลักขณา เติมศิริกุลชัย. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องทุนทางสังคมและความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพ. แผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

อัมมาร์ สยามวาลา.(2544). ทุนทางสังคมกับความยากจน.เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการประจำปี พ.ศ.2544 เรื่อง ยุทธศาสตร์การขจัดปัญหาความยากจน ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน ชลบุรี.

Bourdieu P.(1989). Social space and symbolic power. In *Sociological Theory . 7* (1) Great Britain: Bocardo Press.

Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the creation of Human Capital. *American Journal of Sociology,* 94 (Supplement): 95-120.

Fukuyama F.(1999). Social Capital and Civil Society. Prepared for delivery at the IMF Conference on Second Generation Reform.(Online). Available: http//www.imf.org/external/pubs/ft/seminar/1999/reforms/fuguyama.html.(12/05/2003).

Pornrawee Seeluangsawat. (2002). *A Study of social capital from Thai perspectives.* Master's Thesis.Institute of Language and Culture for Rural Development. Mahidol University.

Putnum, D.R. (1994). *Making democracy work: Civic tradition in modern Italy.* (Fifth printing). Princeton University Press.

Putnum, D.R.(2000).*Bowling Alone: America 's Decling Social Capital.* Newyork: Touchstone.

บทที่ 11
สื่อกับการทำงานด้านสุขภาพ

11.1 สื่อ สุขภาพ และการบริโภค

แนวคิดเรื่องการสื่อสารกับบริโภคนิยม ได้กลายมาเป็นมโนทัศน์สำคัญในสังคมศาสตร์โลกยุคหลังสมัยใหม่ เนื่องจากการบริโภคได้เข้ายึดกุมจิตใจของผู้คนโดยผ่านสื่อมวลชนและการโฆษณา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลถูกตัดขาดออกจากกันอย่างสิ้นเชิง เหลือแต่ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งของล้วน ๆ กลายเป็นสังคมที่ *ความแตกร้าวแผ่กระจายไปทั่ว* คำอธิบายต่าง ๆ ทั้งทางปรัชญาสมัยใหม่และทฤษฎีสังคมก็ไม่สามารถจะประสานรอยร้าวนั้นได้เช่นกัน (ดูรายละเอียดจาก อธิคม 2537: 19)

การสื่อสารมวลชนเองก็ถูกมองเชิงการหน้าที่ในฐานะเครื่องมือในการครอบงำสังคม ทำหน้าที่ปลูกฝังสอดแทรกความคิดให้แทรกซึมอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของเนื้อหา ครองจิตใจผู้อ่าน ผู้ดู หรือผู้ฟังโดยไม่ใช้อำนาจบังคับอย่างรุนแรง แต่จะนำเสนอราวกับเรื่องราวนั้นไม่จำเป็นต้องตั้งคำถาม และเป็นเรื่องปกติ

สามัญ (ดูรายละเอียดจาก Cuff et al. 1990) นั่นคือ เนื้อหาภายในสื่อไม่ได้ถูกนำเสนออย่างเป็นกลาง แต่มักแฝงเร้นไว้ด้วยทัศนคติหรือค่านิยมส่วนตัว ผู้บริโภคข่าวสารจึงต้องอ่านอย่างมีวิจารณญาน ตัดสินด้วยปัญญา และแยกแยะอคติทางการเมืองที่แฝงอยู่ด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง (ชัยวัฒน์ 2528: 146-149)

กล่าวได้ว่า แนวทางการศึกษาสื่อมวลชนมีลำดับพัฒนาการทางแนวคิดที่สำคัญอยู่ 4 ลักษณะคือ *ประการแรก* แนวทางการศึกษาในเชิงอิทธิพลของสื่อมวลชนต่อสังคม *ประการที่สอง* แนวทางการศึกษาในเชิงหน้าที่ *ประการที่สาม* แนวทางการศึกษาผ่านการวิเคราะห์ตัวบท และ*ประการที่สี่* การศึกษาโดยการเชื่อมโยงการวิเคราะห์ตัวบทกับบริบททางสังคม

โดยแนวทางแรก มีพื้นฐานความเชื่อว่า สื่อมวลชนมีพลังอำนาจมหาศาลในการกำหนดทิศทางของสังคม ข่าวสารที่สื่อมวลชนผลิตขึ้นสามารถสร้าง *ภาพแทนความจริง* ได้ราวกับเป็นความจริงทางสังคม และสามารถทำให้ผู้รับสารเชื่อหรือคล้อยตาม (สุรสม 2547: 11) อย่างว่าง่าย ทฤษฎีในแนวทางนี้เรียกว่า *ทฤษฎีกระสุนปืน* (Magic Bullet Theory) ซึ่งมีความเชื่อว่าสื่อมีอำนาจในการทะลุทะลวงความคิดและจิตใจของผู้รับสารเหมือนกระสุนที่พุ่งเข้าสู่เป้า และมองผลผลิตของสื่อว่าเป็นการโฆษณาชวนเชื่อ (ดูรายละเอียดจาก กาญจนา 2542)

ต่อมาในช่วงหลัง ได้มีการถกเถียงกันว่า สื่อมวลชนควรมีหน้าที่อย่างไรต่อสังคม มองว่าสื่อมีหน้าที่ในการค้ำจุนทางสังคม จึงควรนำเสนอเนื้อหาก่อให้เกิดการบูรณาการ ก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าประสบการณ์สากลร่วมกัน เช่น ในกรณีการถ่ายทอดพิธีการแต่งงานของเจ้าหญิงไดอาน่ากับเจ้าฟ้าชายชาลส์ ว่าช่วยก่อให้เกิดประสบการณ์ที่เป็นสากลเกี่ยวกับความรักและความสำคัญของสถาบันครอบครัว หรือหน้าที่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือ การรื้อฟื้นสถาบันกษัตริย์ (Curran 1996: 128 อ้างใน สุรสม 2547)

ส่วนแนวทางในประการที่สาม ได้รับอิทธิพลจากหลุยส์ อัลธูแซร์ ซึ่งมองเห็นสื่อมวลชนเป็นกลไกด้านอุดมการณ์ ทำหน้าที่สอดแทรกความคิดให้แทรกซึมตามส่วนต่าง ๆ ของเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นการพาดหัวข่าว การบรรยายภาพ การให้สัมภาษณ์ในข่าว แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้เต็มที่ว่า ทำไมสื่อจึงมีอิทธิพลในการครอบงำสังคม ดังนั้น การศึกษาในแนวทางประการที่สี่ จึงเห็นว่าจำต้องมีการวิเคราะห์ตัวบท (textual analysis) เพื่อให้เห็นถึงมิติการเชื่อมโยงตัวบทกับบริบททางสังคมที่แวดล้อม หรือวัฒนธรรมศึกษา ซึ่ง สจ็อต ฮอลล์ เห็นว่า ควรให้ความสนใจสื่อในแง่ของกระบวนการทางวัฒนธรรม (cultural process) หรือวงจรทางวัฒนธรรม (cultural circuitry) ที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน (ดูรายละเอียดใน สุรสม 2547: 14-15) ซึ่งเรียกการศึกษาแนวนี้ว่า การเมืองวัฒนธรรม นั่นคือ วัฒนธรรมไม่สามารถลดทอนให้กลายเป็นกลไกรองรับความชอบธรรมในมิติอื่น ๆ ได้ โลกความจริงภายนอกกับโลกแห่งความหมายในมิติของพื้นที่สื่อ ไม่จำเป็นต้องแยกจากกันอย่างเด็ดขาด แต่กลับมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ดังนั้น

แนวทางวัฒนธรรมการเมืองจึงเลือกหยิบยืม คัดสรร ตีความ ผนวกบางด้านของกระแสความคิดอื่น ๆ พร้อมไปกับการปฏิเสธความคิดนั้น ๆ ในเวลาเดียวกัน

ตัวอย่างการศึกษาสื่อในแนวทางที่ว่านี้คือ การศึกษามโนทัศน์ *สัมพันธบท* ซึ่งมองเห็นว่าความหมายต่าง ๆ ซึ่งดำรงอยู่ในสังคม ถูกสร้างขึ้นจากการเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับตัวบทอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการผนวกรวมหรือเบียดขับ หรือต่อต้านคัดค้านความหมายเดิม ความหมายต่าง ๆ ไม่ได้มีความคงที่ เป็นอิสระจากความหมายอื่น แต่มีความสัมพันธ์อันซับซ้อนและไม่มีความแน่นอนตายตัว (Allen 2000: 5) อาทิ วาทกรรมพลังงานในยุคโลกาภิวัตน์ ได้สถาปนาอำนาจให้คนกลุ่มหนึ่ง ซึ่งก็คือ การไฟฟ้าฝ่ายผลิต (กฟผ.) ในการจัดการพลังงานไฟฟ้า ซึ่งหน่วยงานนี้ได้ทำงานประชาสัมพันธ์สร้างความชอบธรรมในการดำเนินการสร้างเขื่อนผลิตไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สร้างความเป็นอื่นให้กับผู้ไม่ยอมรับวาทกรรมชุดนี้ หรือชาวบ้านผู้คัดค้านการสร้างเขื่อนปากมูล ด้วยการลดทอนคุณค่าของธรรมชาติลงให้ต่ำต้อยกว่ามนุษย์ เพื่อเปิดทางให้มนุษย์เข้าไปจัดการ แทรกแซง ครอบครองธรรมชาติ โดยไม่ใยดีต่อความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตและการงานอาชีพที่มีคุณค่าในมุมมองของชาวบ้านผู้ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา (ดูรายละเอียดใน สุรสม 2547)

แม้ไม่อาจกล่าวว่า คู่สัมพันธ์ทางสังคมแบ่งเป็นสองฟากฝ่ายอย่างตายตัว แต่ในงานศึกษาของปราโมทย์ (2547) ได้ให้ภาพของการสื่อสารของชนชั้นกลางเพื่อสร้างพื้นที่ท่องเที่ยวผ่าน *วัฒนธรรมผ้าตีนจก* ได้ทำให้เสียงของชนชั้นกลางเบียดขับช่วงชิงพื้นที่เชิงการให้ความหมาย ความแตกต่างของมุมมองเหล่านี้ปรากฏชัดเจนเมื่อชาวบ้านคำนึงถึงผ้าในมิติเชิงเศรษฐกิจ จึงต้องทอผ้าลายประยุกต์และลายโบราณควบคู่กันไป ในขณะที่ชนชั้นกลางกลับให้ความหมายว่า การรักษาคุณค่าวัฒนธรรมซิ่นตีนจกจะต้องผลิตด้วยรูปแบบและลวดลายดั้งเดิมเท่านั้น

เมื่อการสื่อสารสัมพันธ์กับสุขภาวะในความหมายที่เปิดกว้าง นั่นคือ วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวบ้านในทุกแง่มุม การผลิตชุดความรู้ใด ๆ ก็ตาม จึงถือเป็นการสร้างวาทกรรมอำนาจ ซึ่งกลุ่มคนทุกฝ่ายในสังคมจำต้องช่วงชิงพื้นที่สื่อสารเพื่อให้ชุดความรู้ของตนได้รับการนิยามและกล่าวขานถึงโดยชอบธรรมว่า ชุดความรู้อื่น ๆ ที่ร่วมปะทะประชันความหมายในคราวเดียวกัน

หนังสือแนะนำ

กาญจนา แก้วเทพ. (2542). *สื่อมวลชน ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (2528). *การเมืองมนุษย์: รัฐศาสตร์ทวนกระแส*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า.

ปราโมทย์ ภักดีณรงค์. (2547). *การเมืองของสุนทรียภาพผ้าซิ่นตีนจกกับกระบวนการรื้อฟื้นวัฒนธรรมแม่แจ่ม.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

สุรสม กฤษณะจูฑะ. (2547). *การเมืองวัฒนธรรมของความเป็นอื่นในพื้นที่สื่อ: การต่อสู้ทางวาทกรรมว่าด้วยพลังงาน.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Allen, G. (2000). *Intertextuallity.* New York: Routledge.

Cuff, E.C.; Sharrock, W.W.; and Francis, D.W.(1990). *Perspective in Sociology.* London: Routledge.

Hall, S. (1997). *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices.*London: Sage.

11.2 แนวทางส่งเสริมสุขภาพของสื่อกระแสหลัก

อิทธิพลของการสื่อสารมวลชนที่มีต่อผู้บริโภคในปัจจุบันมีสีสันร้อนแรงและกระทบถึงชีวิตประจำวันของผู้คนอย่างไม่อาจมองข้ามความสำคัญได้ โดยเฉพาะกรณีการบริโภคข้อมูลข่าวสารจากสื่อกระแสหลัก ความนิยมที่ผู้คนทั้งหลายมีต่อสื่อกระแสหลักเป็นความสนใจข้ามชนชั้นและสถานภาพทางสังคม ในประเด็นเรื่องสุขภาพหรือสุขภาวะทางสังคม เราไม่อาจละเลยบทบาทของสื่อกระแสหลักในการสร้างความคิด ค่านิยม และทิศทางร่วมต่อการแก้ไขปัญหานั้น ๆ กรณีของประเทศไทย เอดส์และบุหรี่ ถือเป็นกรณีตัวอย่างที่มีภาพลักษณ์ที่ดีในแง่ที่การรณรงค์ผ่านสื่อกระแสหลักได้ผลอย่างเด่นชัดในการบรรเทาและลดความร้อนแรงของวิกฤตการณ์ปัญหา สร้างค่านิยมที่ดีในการอยู่ร่วมและเคารพสิทธิของผู้อื่น โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับการใช้สื่อในกรณีของการรณรงค์อื่น ๆ ในตอนต่อไปนี้ จะเป็นการทบทวนแนวคิดที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังการรณรงค์ด้านสุขภาพผ่านสื่อกระแสหลักว่า การมีภาพลักษณ์ที่ดีหรือไม่ดี ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนความคิดความเชื่อของคนในสังคมได้หรือไม่ การรณรงค์ในประเด็นสุขภาพนั้น ๆ แฝงมโนทัศน์สำคัญอันใดไว้บ้าง

ทิศทางของการรณรงค์สุขภาพในสังคมไทยนั้น เป็นที่ทราบกันแพร่หลายในเบื้องต้นว่า เราดำเนินตามรอยทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ปูทางไว้ นั่นคือมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ (The Health Belief Model) คือ การตระหนักถึงปัญหาสุขภาพต้องเริ่มจากสำนึกของปัจเจกบุคคลในการตั้งข้อสงสัยต่อภาวะสุขภาพ ความเป็นโรค และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งนอกเหนือจากการสื่อสารปากต่อปากในระหว่างบุคคลแล้ว สื่อมวลชนยังมีศักยภาพในการกระตุ้นความตระหนักรู้นี้ให้เกิดขึ้นได้ ทั้งในแง่ของการให้คำแนะนำและลดความกังขาต่อความรุนแรงของโรค ในกรณีของโรคเอดส์นั้น เราอธิบายเอดส์จากเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง (risk-taking behavior) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและคาดหมายว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปัจเจกบุคคลได้ (Freimuth 1992: 100) แต่ความเป็นจริงในแต่ละบริบทสังคมวัฒนธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มชายขอบต่าง ๆ หลายพฤติกรรมของเขาได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่มิอาจแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้โดยง่าย

วิพุธ และคณะ (2542) ได้กล่าวถึงปัญหาการสื่อสารและรณรงค์ปัญหาเอดส์ในประเทศไทยว่า ผลของการรณรงค์ที่เน้นกลุ่มเสี่ยงและความกลัวต่อโรคได้ทำให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะติดเชื้อเอดส์ในกรณีของฉอ้อน เสือสุ่ม ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์จากเลือดที่ได้รับจากการผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในปี พ.ศ.2530 ภาพของผู้ที่ถูกผลักดันขับไล่ออกจากครอบครัวและชุมชน ไม่สามารถหางานทำได้ สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนนับจากกรณีนี้เป็นต้นมา จนถึงปี พ.ศ.2534 มีหน่วยงานเอกชนหลายหน่วยเริ่มเข้ามารองรับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เหล่านี้ (วิพุธ 2542: 160-161)

รูปธรรมจากปัญหาเอดส์ที่สะท้อนมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการจัดการกับโรคของหน่วยงานสาธารณสุขไทย คือ การพยายามมุ่งหาต้นตอของเชื้อไวรัส พร้อมกับหาหนทางในการขจัดตัวเชื้อไปจากร่างกายผู้ป่วย ส่งผลต่อเนื้อหาการรณรงค์ในสื่อมวลชนกระแสหลักเป็นไปในทำนองที่ เอดส์มีความน่าเกลียดน่ากลัว มีอาการป่วยที่รุนแรง และทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตในเวลาไม่นาน กระแสสังคมจึงตอบรับและส่งผลไปถึงการรังเกียจและกลัวผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ไปด้วยในขณะเดียวกัน

แนวคิดการส่งเสริมให้เกิดความกลัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มาจากมโนทัศน์เรื่อง การสร้างอุปลักษณ์ (Metaphor) คือ การสร้างภาพเอดส์ให้คู่กับความตาย เช่นเดียวกับการรณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ และสุรา คนสูบบุหรี่หรือคนเสพย์สุราคือ คนที่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น โดยการพ่นควันหรือการขับรถขณะเมาแล้วทำให้คนที่ไม่เกี่ยวข้องต้องเสียชีวิต//พิการ ดังนั้นภาพที่เสนอทางสื่อกระแสหลักคือ การสัมภาษณ์สิงห์อมควันที่ป่วยจนเดินไม่ได้ หรือการสัมภาษณ์เหยื่อพิการจากกรณีเมาแล้วขับ เพื่อกระตุ้นสำนึกให้ผู้ชมมีความตระหนักถึงการรักษาสุขภาพเพื่อสุขภาวะของตนเองและผู้อื่นที่อยู่ร่วมสังคมเดียวกัน (ดูรายละเอียดเรื่องอุปลักษณ์ทางการแพทย์ใน ชัยวัฒน์ 2546: 194-228)

กล่าวได้ว่า กรณีการรณรงค์เรื่องเอดส์ อาจมีความน่าสนใจมากกว่ากรณีอื่นในแง่ที่ทิศทางการรณรงค์ที่มุ่งให้กลัวเอดส์ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากนักวิชาการและเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนกลุ่มหนึ่ง เสรี (2538) บังอร และเพ็ญจันทร์ (2537) ได้นำเสนอการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในอีกแนวทางหนึ่งด้วยการรวบรวมกรณีศึกษาและรูปแบบของวิกฤตปัญหาที่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวต้องเผชิญในช่วงเวลา 10 ปีภายหลังจากพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์รายแรกในประเทศไทย โดยกล่าวถึงรูปแบบการเผชิญหน้าวิกฤตชีวิตของผู้ติดเชื้อทั้งชายนักเที่ยว หญิงขายบริการ ชายรักร่วมเพศ เพื่อสะท้อนความจริงอีกด้านว่า เอดส์มิได้เป็นโรคที่เกิดเฉพาะกลุ่มเสี่ยง แต่ได้แทรกซึมไปทุกกลุ่มคน เอดส์จึงไม่ใช่ปัญหาของการผิดศีลธรรมจารีตประเพณีเพียงปัจจัยเดียว ยังมีผู้หญิงและเด็กผู้กลายเป็นเหยื่อบริสุทธิ์อีกจำนวนมาก และเอดส์ไม่ใช่ปัญหาของเชื้อโรคที่ต้องถูกกำจัด แต่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคมและการปรับตัวอยู่กับเชื้อเอชไอวีให้ได้ของคนจำนวนหนึ่งด้วย

กระนั้นก็ตาม ลำพังการรณรงค์ผ่านสื่อกระแสหลักในลักษณะการเหวี่ยงแหสู่สาธารณชนวงกว้างเพียงทางเดียว ย่อมไม่เพียงพอ ปาริชาติและคณะ (2546) ได้นำเสนอว่า ทิศทางการรณรงค์สุขภาพโดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนนั้นสามารถทำหน้าที่ได้ดีแค่ในระดับการสร้างความตระหนัก หรือปลูกฝังสำนึกให้กับกลุ่มบุคคลเป้าหมาย และเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างกระแสความตื่นตัวในวงกว้างเท่านั้น แต่ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมได้อย่างจริงจัง ดังนั้นจึงต้องเสริมด้วยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และเวทีกิจกรรมต่าง ๆ ควบคู่กันไปกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชน ซึ่งสื่อเหล่านี้เป็นเสมือนช่องทางที่จะทำหน้าที่สนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในเชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี (ปาริชาต และคณะ 2546: 139)

หนังสือแนะนำ

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (2546). *อาวุธมีชีวิต? แนวคิดเชิงวิพากษ์ว่าด้วยความรุนแรง*. กรุงเทพฯ: ฟ้าเดียวกัน.

บังอร ศิริโรจน์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). *การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์.* นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปาริชาต สถาปิตานนท์ และคณะ. (2546). *การสื่อสารสุขภาพ: ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาฯ.

วรรณา จารุสมบูรณ์. (2541). นโยบายและบทบาทของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์.

องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2542). *วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสรี พงศ์พิศ. (2538). *บันทึกเพื่อนชีวิตใหม่.* เชียงใหม่: โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ.

Chayan Vadthanaphuti and Sasithorn Chaiprasit. (1998). The Cultural Construct of HIV/AIDS in Thailand. Chiangmai: Social Development for Knowledge in Prevention and Caring of AIDS Foundation.

Freimuth, V.S. (1992). Theoretical foundations of AIDS media campaign. In T.Edgar, M.A. Fitzpatrick, and V.S. Freimuth (Eds.) *AIDS: A communication perspective.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.,.

McQuail, D. and Windahl, S. (1993). *Communication models: For the study of mass communication* (2nd ed). London, UK: Sage.

Wallack. L., Dofman L., Jernigan D., and Themba M. (1993). *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention.* Sage Publication, Inc.

11.3 สื่อทางเลือกกับการสร้างสุขภาวะ

ปัญหาหนึ่งที่ถกเถียงกันอย่างแพร่หลายในแวดวงนักวิชาการและคนทำงานสื่อสารสาธารณะคือ สิทธิและโอกาสในการเข้าถึงสื่อของคนชายขอบหรือผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ท่ามกลางอิทธิพลมหาศาลของกลุ่มทุนธุรกิจทั้งในประเทศและกลุ่มทุนในระดับโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีอำนาจผูกขาดสำนึกทางเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม แต่ทว่าภาวะโลกไร้พรมแดนไม่อาจครอบงำชีวิตจิตใจของคนท้องถิ่นอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด กระแสท้องถิ่นนิยมทุกชุมชนทั่วมุมโลกได้ก่อรูปอัตลักษณ์ในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน เช่น อัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ หรืออัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อนำเสนอการนิยาม การสร้าง และการผลิตซ้ำความหมายเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ ชาติพันธุ์ และสังคมวัฒนธรรมของตนเอง สื่อมวลชนเป็นหนึ่งในกลุ่มปัญญาชนซึ่งได้นิยามอัตลักษณ์ของคนท้องถิ่นกลุ่มต่าง ๆ ให้มีความแตกต่างหลากหลายทั้งในแง่ลบและแง่บวก (ดูรายละเอียดใน พัฒนา 2544: 52-53) กระนั้นก็ตาม ช่องทางการสื่อสารของคนชาย

ขอบในซีกโลกต่าง ๆ ได้ปรากฏออกมาท้าทายการผูกขาดอำนาจการสื่อสารของรัฐและกลุ่มทุนอย่างมีสีสันน่าตื่นตาตื่นใจ

Herbst (1994) กล่าวถึงหนังสือพิมพ์ของชนผิวดำชายขอบของเมืองชิคาโก *The Defender* ซึ่งมีอิทธิพลสูงยิ่งในการส่งเสริมสิทธิพลเมือง โดยเฉพาะในประเด็นของการเหยียดผิว รวมถึงอคติที่สะท้อนภาพออกมาในสื่อของผิวขาว ด้วยการรายงานปัญหาความรุนแรงที่น่าสะพรึงกลัวและความยากจนอย่างแสนสาหัสในเขตตอนใต้ของชิคาโก นอกจากนั้น หนังสือพิมพ์ชายขอบฉบับนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการรายงานการเลือกตั้งนายกเทศมนตรีอย่างละเอียดถี่ถ้วน และยังมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับองค์กรศาสนาของชุมชน ทำให้องค์กรสื่อสิ่งพิมพ์และองค์กรศาสนาของชุมชนต่างมีบทบาทร่วมกันในการเปิดโปงความไม่เท่าเทียมที่คนผิวดำได้รับจากชุมชนคนผิวขาว

งานศึกษาชิ้นนี้ ทำให้เราได้เห็นว่า สื่อมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมให้เกิดอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม (cultural identity) และก่อให้เกิดความสัมพันธ์ในลักษณะข้ามพื้นที่ทางกายภาพ ทั้งยังเป็นการผลิตซ้ำลักษณะร่วมของประสบการณ์ชนผิวดำในอเมริกา และเป็นการร่วมเลือกสรรสถาปนาเทศมนตรีของชาวผิวดำ เนื่องจากเทศบาลเป็นมากกว่าสัญลักษณ์แห่งความผูกพันและความเป็นชุมชน (Herbst 1994: 88)

ในบริบทของสังคมไทย เรื่องราวของ *แก้ว* ซึ่ง มาลี (2546) ได้นำเสนอเป็นกรณีตัวอย่างการสร้างพื้นที่ทางสังคมขึ้นมาใหม่โดยผ่านชุมชนเสมือนจริงที่เราคุ้นเคยกันในนามของอินเตอร์เน็ต เธอคือ ผู้ติดเชื้อหญิงที่ตัดสินใจเปิดเผยตนเองในเว็บบอร์ดว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ต่ำต่อน มีรักเดียวใจเดียว ผลตอบรับกลับมาในชุมชนแห่งนี้ที่เธอเลือกแล้ว จึงมิได้มีความหมายเพียงแค่เป็นพื้นที่สำหรับเล่าเรื่องความทุกข์ทรมานจากการเป็นผู้ติดเชื้อ และการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น แต่แก้วยังสามารถนำเสนอ “อัตลักษณ์หรือตัวตนใหม่” (identity) ด้วย ซึ่งอัตลักษณ์ใหม่นี้ มิได้แยกขาดจากอัตลักษณ์เดิมเสียทีเดียว เพียงแต่พื้นที่นี้ยินยอมให้มีการเลือกใช้ หยิบยืมอัตลักษณ์ใดอัตลักษณ์หนึ่งมาใช้ ขณะเดียวกันก็ยอมรับอัตลักษณ์บางอย่างที่พื้นที่ปกติรังเกียจและไม่ยอมรับ โดยการใช้ตัวอักษรและการเขียนผ่านจอคอมพิวเตอร์เพื่อสื่อสารอัตลักษณ์ตนเอง แก้วยังได้ใช้พื้นที่นี้เชื่อมประสานให้ผู้คนเข้ามารวมกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนชั้นกลางในเมืองที่โหยหาชุมชนในอดีตที่เปี่ยมไปด้วยน้ำใจและมิตรไมตรีต่อกัน ให้เข้ามาเป็นครอบครัวเดียวกัน หรือใช้ชีวิตร่วมกันในชุมชนแห่งนี้ ทำให้พื้นฐานของความสัมพันธ์ในชุมชนนี้มีความแตกต่างจากชุมชนที่เป็นจริง (real community) ซึ่งสัมพันธ์กันด้วยระบบเครือญาติ การเป็นสมาชิกองค์กร เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น (มาลี: 121)

กาญจนา แก้วเทพ (2543) ได้กล่าวถึงรูปแบบการสื่อสารทางวิทยุที่น่าสนใจคือวิทยุชุมชน หรือวิทยุท้องถิ่น อันเป็นระบบการสื่อสารกระจายเสียงที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในท้องถิ่นและมุ่งที่จะ

ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย แต่มีขอบเขตที่กว้างกว่าหอกระจายข่าว เป้าหมายในการใช้นั้นเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น และมีลักษณะของการสื่อสารสองทาง นั่นคือ เป็นวิทยุของชุมชน เพื่อชุมชน และโดยชุมชนนั่นเอง โดยมีลักษณะที่หลากหลาย (Multiciplicity) เป็นการสื่อสารขนาดเล็ก (Smallness of Scale) สร้างและใช้อยู่ในท้องถิ่นเอง (Locality) ไม่มีลักษณะแข็งตัว ยืดหยุ่นได้ ไม่เป็นสถาบัน (Denstitutionlisation) มีการแลกเปลี่ยนบทบาทระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (interchange of sender-receiver roles) เน้นการสื่อสารแนวนอนในทุกระดับของสังคม (Horizontality of communication) มุ่งที่จะตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น และมีการสื่อสารสองแนวทาง เช่นเดียวกับตัวอย่างในต่างประเทศ สถานี KPFA ในเขตเบิร์กเลย์ แคลิฟอร์เนีย โดยใช้เครื่องส่งวิทยุที่มีรัศมีการส่งไม่กว้างนัก ครอบคลุมกลุ่มผู้ฟังในลักษณะคล้าย ๆ กัน การดำเนินงานไม่แสวงหากำไร และได้รับการสนับสนุนจากผู้ฟัง (กาญจนา 2543: 34,276)

อัครวิช (2546: 42-43) ได้อธิบายลักษณะสำคัญสามประการของวิทยุชุมชนไว้ว่า

ประการแรก วิทยุชุมชนต้องมีลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนอย่างชัดเจนตลอดกระบวนการผลิตสื่อ การสร้างสรรค์ข่าวสาร ความบันเทิง และการสืบสานวัฒนธรรม ตระหนักถึงความเป็นท้องถิ่น สามารถสร้างสรรค์รายการโดยอาศัยเสียงสะท้อนและสำเนียงจากท้องถิ่น โดยที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการจัดการสถานี การวางแผน และการกำหนดตารางแสดงเวลาออกอากาศ และเนื้อหาสาระของรายการต่าง ๆ ได้เอง

ประการที่สอง เป็นการดำเนินการที่ไม่มุ่งแสวงหากำไรในท่ามกลางกระแสแห่งสื่อกระจายเสียงในเชิงพาณิชย์ จุดยืนของสื่อวิทยุชุมชนจักต้องธำรงไว้ซึ่งอิสรภาพและความรับผิดชอบ อันเป็นหัวใจหลักในการบริการชุมชน มิใช่เพื่อเป็นเครื่องมือของผู้โฆษณาสินค้าและในฐานะที่สถานีเป็นของชุมชนจึงควรดำเนินกิจการโดยคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะของประชาชนเป็นหลัก

ประการที่สาม นโยบายและแผนงานด้านรายการวิทยุชุมชน ควรได้รับการวางแผนแบะกำหนดโดยชุมชน โดยคำนึงถึงสภาพสังคม และวัฒนธรรมนั้น ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

เช่นเดียวกับที่วิภา อุตมฉันท์ (2544) ที่กล่าวถึงความหมายของวิทยุชุมชนที่แท้จริงว่า สถานีวิทยุท้องถิ่นขนาดเล็ก ทำงานอย่างเป็นอิสระ ผู้ทำงานประจำคือ สมาชิกภายในชุมชนนั้นเอง บริหารจัดการกันเองอย่างง่าย ๆ บางแห่งอาจมีผู้บริหารคนเดียว ผลิตรายการโดยอาศัยความร่วมมือจากคนในท้องถิ่น มีเนื้อหาสาระที่ผูกพันใกล้ชิดกับคนท้องถิ่น ใช้เครื่องส่งกำลังผลิตต่ำผลิตรายการเพื่อออกอากาศสำหรับสมาชิกในชุมชนเป็นหลัก จึงเป็นช่องทางที่เปิดให้คนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมและมีปฏิกิริยาโต้ตอบกันได้ ไม่ใช่การสื่อสารทางเดียวจากบนลงล่าง (top-down communication) แต่เป็นสื่อที่มีความเป็นประชาธิปไตย

เปิดพื้นที่สาธารณะให้กับชุมชนอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ซึ่งเป็นลักษณะเด่นที่หาไม่ได้จากสื่อมวลชนกระแสหลัก (วิภา 2544: 277) จากกรณีตัวอย่างของวิทยุชุมชน สื่อทางเลือกที่เริ่มแพร่หลายในสังคมปัจจุบัน นับเป็นสิ่งแปลกใหม่สำหรับสังคมไทยที่มีการกำหนดให้ทุกภาคส่วนในชุมชนได้เป็นเจ้าของคลื่นความถี่ นักวิจัยจึงสามารถศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชนได้จากปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อทางเลือกนี้

หนังสือแนะนำ

กาญจนา แก้วเทพ.(2543). *สื่อเพื่อชุมชน: การประมวลองค์ความรู้.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการวิจัย.

มาลี สิทธิเกรียงไกร .(2546). ชุมชนออนไลน์กับการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ: กรณีผู้หญิงชื่อแก้ว .ใน จำเริญลักษณ์ ธนะวังน้อย. (บรรณาธิการ). *สื่อกับมานุษยวิทยา.* กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินทร.

วิเชียร คุตตวัส. (2546). การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ตามวิถีประชาธิปไตยด้วยสื่อวิทยุชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้า ครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่ 15-17 พฤศจิกายน 2546.

วิภา อุตมฉันท์. (2544). ปฏิรูปสื่อเพื่อสังคม: หลักคิดและบทเรียนจากนานาประเทศ. *(พิมพ์ครั้งที่* 1) . กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิขเรศ ศิรากานต์. (2544). *รูปแบบสถานีวิทยุกระจายเสียงภาคประชาชนที่พึงประสงค์สำหรับประเทศไทยภายหลังการปฏิรูปวิทยุกระจายเสียง ตามเจตนารมณ์มาตรา 40 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.* วิทยานิพนธ์วารสารศาสตรมหาบัณฑิต (สื่อสารมวลชน) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Dahlgren, P.(ed.). (1991). *Communication and Citizen.* London: Routledge.

Herbst, S. (1994). *Politics at the Margin.* Cambridge: University Press.

11.4 เครือข่ายการเรียนรู้

ความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพไทย ได้นำมาซึ่งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายทางสังคมกลุ่มต่าง ๆ ทั้งที่มีอยู่เดิมและเครือข่ายใหม่ ส่วนหนึ่งเนื่องจากความเชื่อมั่นอย่างเต็ม

เปี่ยมต่อการบริการทางการแพทย์กระแสหลักเริ่มสั่นคลอนลง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเริ่มถูกตั้งคำถามมากขึ้น ความผิดพลาดของการวินิจฉัยโรค การให้การรักษาในโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งพฤติการณ์ของแพทย์ในระดับปัจเจกบุคคลได้ก่อปัญหาให้เกิดในทางสาธารณะ จากบางครั้งคราวมาเป็นบ่อยครั้งมากยิ่งขึ้น แนวคิดและทิศทางปฏิบัติการของการแพทย์ทางเลือก ตลอดจนกระแสสร้างนำซ่อม สุขภาวะที่ดีในระดับองค์รวมทั้งกาย ใจ จิตวิญญาน ได้รับการหยิบยกมานำเสนอทางสื่อมวลชนมากยิ่งขึ้น พร้อม ๆ ไปกับกระแสตื่นตัวของการรวมตัวกันในรูปเครือข่ายทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพในความหมายเดิม และเครือข่ายสุขภาวะในระดับชุมชนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะของผู้รับผิดชอบหลักมีภาพลักษณ์ของการหนุนกระแสสร้างนำซ่อมอย่างต่อเนื่อง ด้วยการส่งเสริมให้คนไทยออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ การให้งบประมาณสนับสนุนชุมชนให้มีสถานที่ออกกำลังกายและอุปกรณ์การกีฬาเพื่อตอบสนองกระแสรักสุขภาพของคนทุกเพศและทุกวัย

ในทางทฤษฎีการที่จะสร้างความเข้าใจในเรื่องเครือข่ายการเรียนรู้นั้น อาจต้องย้อนไปดูแนวคิดเรื่องรัฐกับประชาสังคมเป็นเบื้องต้น เนื่องจากปรากฏการณ์ของแนวคิดเครือข่ายการเรียนรู้คือการมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง และการบริหารความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ ตลาด และประชาสังคมให้มีความสอดคล้องและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การสื่อสารระหว่างพลเมืองผู้ตื่นรู้ ผู้ริเริ่มกระทำสิ่งใหม่ ๆ เพื่อต้านทานกระแสของรัฐและบริโภคนิยมที่โหมกระหน่ำมาในหลากหลายรูปแบบ โกมาตร (2547) นิยามภาคประชาสังคมว่า เป็นพื้นที่ทางสังคมที่เป็นเอกเทศจากการถูกควบคุมบังคับโดยรัฐ และเป็นอิสระจากการแสวงหาประโยชน์ที่เป็นผลกำไรส่วนตัว เป็นพื้นที่สาธารณะที่ปัจเจกบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ รวมตัวกันเป็นองค์กรด้วยความสมัครใจ สามารถแสดงออกและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เพื่อสร้างสรรค์สังคมส่วนร่วมให้ดีขึ้น (โกมาตร 2547: 12)

เครือข่ายการเรียนรู้ที่มีภาพปรากฏของความสำเร็จที่มีความน่าสนใจมาก และมักเป็นตัวอย่างที่ดีที่ประชาคมสาธารณสุขนำมาอ้างอิงคือ เครือข่ายเอดส์ และเครือข่ายชีวจิต กรณีเอดส์กล่าวได้ว่าภาคประชาชนซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นเจ้าของปัญหามีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับชุมชน ซึ่งในแต่ละระดับมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของพวกเขา ไม่ว่าจะเป็นวิธีการดูแลตนเอง การเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยารักษาอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ การดูแลลูกทั้งติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ โดยอาศัยแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัวชุมชน แนวทางการแก้ไขปัญหาเด็กถูกรังเกียจและเข้าเรียนในชุมชนไม่ได้ การตัดสินใจเลือกที่จะเป็นอาสาสมัครทดลองวัคซีนหรือไม่ การปรับตัวในชุมชนโดยการสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับผู้คนในพื้นที่ภูมิศาสตร์เดียวกัน (ดูรายละเอียดจากชยันต์ 2537,ศศิธร 2542)

ส่วนกรณีชีวจิตนั้นอาจถือเป็นหนึ่งในเครือข่ายมะเร็ง แต่เป็นเครือข่ายที่มีลักษณะพิเศษอย่างยิ่งถ้ามองในประเด็นของการสื่อสาร เนื่องจากกระบวนการผลิตความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอย่างต่อเนื่องและหลากหลายรูปแบบ ทั้งในรูปของการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และทุกข์สุขในระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยมีดร.สาทิสและภรรยาเป็นแกนหลัก การผลิตความรู้ในรูปแบบหนังสือ หรือการปรากฏตัวของดร.สาทิสผ่านจอโทรทัศน์ กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเสมือนการถักทอปัจเจกให้เป็นส่วนหนึ่งของพลังที่ยิ่งใหญ่กว่าที่ลำพังตนเองจะมี นั่นคือพลังชุมชน ความเป็นชุมชนไม่ได้ถูกสร้างขึ้นเพราะเหล่าสมาชิกมารวมกันทำกิจกรรมเท่านั้น แต่หมายถึงการร่วมทุกข์ และหล่อเลี้ยงความมุ่งมั่นตั้งใจระหว่างกันให้ดำรงอยู่ได้ (โกมาตร 2542 อ้างจาก ประเวศ 2536)

ในประเด็นการสื่อสารสาธารณสุขระหว่างชาวบ้านในชุมชน Thavithong et al (1988) Morgan (1993) กลับพบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้น มีบทบาทหลักอยู่ที่การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการชั่งน้ำหนักเด็ก การจัดตั้งกองทุนโภชนาการ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การสร้างส้วมหรือภาชนะเก็บน้ำ อาสาสมัครและองค์กรชุมชนเหล่านี้แทบจะไม่มีบทบาทใด ๆ ในการตัดสินว่า อะไรคือปัญหาของชุมชน และจะดำเนินการอย่างไรต่อปัญหาเหล่านั้น ในทางตรงข้าม อาสาสมัครและองค์กรชุมชนต่าง ๆ เหล่านี้ มีบทบาทเพียงเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการกำหนดไว้แล้วจากการวางแผนที่มีลักษณะรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง แผนงานและกิจกรรมที่ถูกกำหนดล่วงหน้าไว้แล้วนั้น มีลักษณะเป็นมาตรฐานเดียว มีรูปแบบตายตัวที่ถอดมาจากคู่มืองานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้อยู่ทั่วโลก

จากการทบทวนประเด็นการสื่อสารผ่านเครือข่ายการเรียนรู้ในลักษณะต่าง ๆ พบว่า บนสายธารของการมีส่วนร่วมภาคประชาชน สัดส่วนการเข้ามาร่วมของรัฐ ถ้ามีมากเกินจำเป็นในลักษณะของการสั่งการ เช่นกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุขที่กล่าวมาข้างต้น การสื่อสารผ่านเครือข่ายก็ไม่อาจเรียกว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงได้ แตกต่างจากการริเริ่มทำสิ่งใหม่ ๆ จากบุคลากรนอกภาครัฐ ซึ่งดำเนินกิจกรรมการสื่อสารให้ความรู้และกำลังใจต่อกันอย่างต่อเนื่อง ผ่านการรวมกลุ่มที่ยาวนาน ทิศทางการมีส่วนร่วมที่แท้จริงจึงเกิดขึ้นได้

เมื่อตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าวนี้แล้ว บุคลากรสาธารณสุขและนักวิจัยจากภายนอกชุมชนควรจะระมัดระวังในแง่ของการนำเข้าโครงการหรือความหวังดีต่าง ๆ เข้าไป โดยชาวบ้านไม่มีกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันอย่างเพียงพอ เพราะความสำเร็จหรือล้มเหลวของเครือข่ายการเรียนรู้ใด ๆ คงไม่อาจสรุปหรือตัดสินกันโดยง่าย ด้วยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงปัจจัยเดียว

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2542). *ปรากฏการณ์ชีวจิตบอกอะไรแก่สังคมไทย.*(พิมพ์ครั้งที่สอง). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). *ขับเคลื่อนวาระสุขภาวะไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ.* นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ชยันต์ วรรธนะภูติ. (2537). รายงานการสัมมนา*วัฒนธรรมไทยรวมใจช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์* .เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม.

ประเวศ วะสี. (2536). *แนวคิดและยุทธศาสตร์สังคมสมานุภาพและวิชชา.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิภูมิปัญญา

ศศิธร ไชยประสิทธิ์. (บรรณาธิการ).(2542).*การเยี่ยมบ้าน: พลิกวิกฤตเอดส์สู่การสร้างสรรค์สังคมใหม่.* เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคมเพื่อความรู้และการบำบัดเอดส์.

Morgan L.(1993). *Community participation in health, The politics of primary care in Costa Rica.* Cambridge , UK, Cambridge University Press.

Thavitong Hongvivatana, et al. (1988). *Alternative to Primary Health Care Volunteers in Thailand.* Center for Health Policy Studies, Mahidol University.

บทที่ 12
สุขภาวะในมิติเพศสภาพ

12.1 ความเป็นแม่ (Motherhood)

แนวคิดเรื่องความเป็นแม่มีความสำคัญในการทำความเข้าใจเพศสภาวะ (gender) ทางวัฒนธรรม ซึ่งมีความจำเป็นในสังคมไทย ที่จะต้องเข้าใจวิธีคิดและการอธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างทางเพศที่มักถูกกำหนดจากลักษณะทางธรรมชาติ และไม่แยกแยะว่ามีส่วนในการกำหนดมาจากวัฒนธรรมด้วยเช่นกัน ทำ

ให้การกรอบการมองเรื่องเพศสภาพถูกจำกัดโดยภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศยังไม่ได้รับความสนใจหรือถูกต่อต้านในสังคมไทย

ความหมายของความเป็นแม่ปรากฏในลักษณะที่หลากหลายจนมีประเด็นคำถามที่ว่าความเป็นแม่นั้นเป็นมาโดยสัญชาตญานหรือเป็นธรรมชาติจริงหรือ ? การมองเช่นนี้คือการมองความเป็นแม่ที่ผูกติดกับชีวภาพหรืออวัยวะเจริญพันธุ์ของหญิง ซึ่งหมายถึงการให้กำเนิดตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ ผู้หญิงคือผู้อุ้มท้อง ในทางจิตวิทยามองความเป็นแม่ในเชิงพัฒนาการของวัย ช่วงชีวิตแต่ละช่วงจะมีการพัฒนาต่างกัน การตั้งครรภ์และการคลอดก็เป็นขั้นตอนหนึ่งของหญิงในการพัฒนาตัวตน บุคลิกภาพและมีหน้าที่เลี้ยงดูลูกในท้องให้ถือกำเนิดออกมา ซึ่งก็เป็นการมองมุ่งเน้นทางชีวภาพเ ช่นกัน

แนวคิดสตรีนิยมตะวันตกกลับมองว่าความเป็นแม่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นจนกลายเป็นสถาบันแห่งความเป็นแม่และเบื้องหลังสถาบันนี้ก็คืออำนาจแบบชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ที่แอบซ่อนอยู่ และสร้างมายาภาพให้แก่หญิงทั้งหลายจนหลงใหล ใฝ่ฝันว่าความเป็นแม่คือเป้าหมายของชีวิต ปัญหาคือกระบวนการทำให้ความเป็นแม่กลายเป็นสถาบัน (institutionalized)เป็นสิ่งที่สังคมวัฒนธรรมสร้างขึ้น (constructed) ไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่แล้วอย่างเป็นธรรมชาติ เช่น จูเลียต มิเชล ชี้ว่าระบบอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงได้นำมาสร้างความชอบธรรมให้ผู้หญิงอยู่กับบ้าน เพราะผู้หญิงต้องมีรอบเดือน ตั้งท้อง คลอดลูกและเลี้ยงดูลูก ไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ทำให้ไม่มีโอกาสในทางสังคม และต้องพึงพิงผู้ชายเพื่อความอยู่รอด

เอเดรียน ริช กล่าวว่า ความเป็นแม่ทำให้ผู้หญิงเชื่อว่าคือความเป็นผู้หญิงที่แท้จริง (femininity) ผู้หญิงถูกเลี้ยงดูมาให้เชื่อเช่นนั้น และก็ถูกถ่ายทอดสู่ผู้หญิงรุ่นแล้วรุ่นเล่า ริชปฏิเสธว่าผู้หญิงไม่ได้มีความรู้สึกของความเป็นแม่มาตั้งแต่เกิด แต่ถูกอบรมเลี้ยงดูให้คิดและรู้สึกอย่างนั้นต่างหาก โดยสังคมกำหนดให้ผู้หญิงต้องมีหน้าที่อุ้มท้อง คลอดลูก และเลี้ยงดูลูกโดยมีผลมาจากสังคมต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่ถือเป็นหน้าที่ของผู้หญิงแทบทั้งสิ้น นักสตรีนิยมสายมาร์กซิสต์ที่มองความเป็นแม่ว่าเป็นการกดขี่ด้านร่างกายจากการมีลูกและการมีลูกหมายถึงการผลิตซ้ำการกดขี่ของหญิงอย่างชัดเจน ไม่มีสิทธิเลือก เช่น หญิงที่แต่งงานแล้วไม่มีลูกถือว่าเป็นบาป หรือหญิงไม่สามารถมีลูกชายไว้สืบสกุลได้ถือว่าเป็นบาปอีกเช่นกัน ดังนั้นสตรีนิยมสายนี้จะปฏิเสธการมีลูก ความเป็นแม่ และคิดว่าการเป็นแม่เป็นเรื่องไม่น่าชื่นชมและไม่ใช่หน้าที่ของผู้หญิงที่ต้องทำตามสิ่งที่สังคมโดยรวมคาดหวังให้เป็น ผู้หญิงควรเลือกด้วยตัวเองและสมัครใจโดยไม่มีแรงบีบคั้นจากสังคมหรือคนรอบข้าง ความเป็นแม่ก็คือมายาคติของสังคมเท่านั้น

มายาคติความเป็นแม่นี้เองที่สร้างขึ้นเพื่อบิดเบือนประสบการณ์ของผู้หญิงและนำมาใช้เพื่อประโยชน์ของสังคมในเชิงอุดมการณ์มากกว่า เพื่อเป็นเกณฑ์ของคุณค่าที่สังคมความหวังจากความเป็นแม่ เช่น สัญลักษณ์ของ Virgin Mary ในศาสนาคริสต์ที่ถูกสร้างขึ้น แสดงให้เห็นความสมบูรณ์ของความเป็น

หญิงคือความบริสุทธิ์ นับว่าเป็นสัญลักษณ์ที่มีความขัดแย้งในทางธรรมชาติ คือความเป็นหญิงหมายถึงความเป็นแม่ มีลูกและอีกด้านหนึ่งคือความบริสุทธิ์ ซึ่งเป็นการมองความเป็นแม่แบบที่ไม่มีเพศ (asexual) ความต้องการทางเพศของผู้หญิงที่เป็นแม่คือสิ่งมิบังควร Roland Barth กล่าวว่าสัญญะดังกล่าวมีความสำคัญที่สามารถสร้างประวัติศาสตร์ อุดมการณ์ต่าง ๆ ให้เป็นรูปแบบของธรรมชาติ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างมายาคตินั่นเอง ภาพของความเป็นแม่ที่ดี และแม่ที่ไม่ดีเป็นอย่างไร (Good mother vs Bad mother) ความเป็นแม่จึงได้กลายเป็นภาพตัวแทนทั้งความเป็นธรรมชาติ และอัตลักษณ์ของความเป็นแม่ที่แช่แข็งความเป็นผู้หญิงมิติอื่น ๆ ซึ่งไม่เป็นธรรมชาติหรือก็คือการสร้างขึ้นทางสังคมนั่นเอง

ฟูโก (Foucault) นักคิดสำคัญชาวฝรั่งเศสได้ขยายความเข้าใจเรื่องอำนาจที่แยบยลทางสังคมในรูปแบบของวาทกรรม เขาชี้ว่าความเป็นแม่เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของวาทกรรมที่ถูกใช้พื่อควบคุมร่างกายของประชาชนในชาติ เพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถไปเป็นแรงงานให้กับระบบอุตสาหกรมที่กำลังเติบโตเข้าสู่ระบบทุนนิยมในยุคศตวรรษที่ 18 ของยุโรป โดยใช้ความรู้ด้านการแพทยเป็นหลักในการสร้างและใช้ความรู้เพื่อดูแลสอดส่องร่างกายของประชาชน ด้านดีก็คือปรับปรุงสุขภาพให้ดีแข็งแรงขึ้น อัตราตายของประชากรโดยรวมลดลง และอัตราตายของหญิงคลอดบุตรลดลง ด้านผลเสียก็คือร่างกายของผู้หญิงได้กลายเป็นเป้าหมายของการจัดการมากที่สุด โดยเฉพาะการตั้งครรภ์และการคลอดในยุคนี้ได้พัฒนาการเทคนิควิธีต่าง ๆ ในการตรวจตรา สอดส่อง เด็กในครรภ์เพื่อเป็นหลักประกันว่าเด็กที่คลอดออกมาจะสมบูรณ์ Eamily Martin ได้กล่าวว่าผู้หญิงได้กลายเป็นเพียงโรงงานผลิตเด็กที่จะไปเป็นแรงงานของระบบอุตสาหกรรมดังกล่าว เท่านั้น ดังนั้นการมีลูกของผู้หญิงคนหนึ่งได้กลายไปเป็นเรื่องของสังคมไปโดยปริยาย และงานของมัลลิกา มัติโก (2542) ได้แสดงถึงนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยที่ได้รับแนวคิดมาจากตะวันตกตลอด 20 ปี ที่ผ่านมาได้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากำหนดกลไกการตั้งครรภ์และความเป็นแม่ให้กับหญิงไทยโดยหญิงดังกล่าวไม่มีส่วนร่วมในนโยบายเลย หญิงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายทางประชากรที่กลายเป็นวัตถุ (object) ใช้ร่างกายผู้หญิงเพื่อลดอัตราการเพิ่มประชากรลดภาวะเจริญพันธุ์ และตรวจสอบประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิด

ในขณะที่มุมมองของผู้หญิงที่ไม่ใช่ตะวันตกหรือนอกกระแสหลักกลับมองว่าความเป็นแม่คือโอกาสสำคัญที่ผู้หญิงจะได้ดูแล จัดการตัวตน ซึ่งเป็นสิทธิพิเศษที่เพศชายไม่มี ประสบการณ์ความเป็นแม่นี้เองที่ทำให้ผู้หญิงได้เรียนรู้และได้สัมผัสกับพลังอำนาจของตนเอง สามารถให้คุณค่าและเคารพตนเองได้ และยังมีผลให้เข้าใจความหมายของชีวิตที่อาจถูกละเลยไปในยามปกติ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูกสาว ที่อาจมีความตึงเครียด ขัดแย้งกัน แต่เมื่อลูกสาวได้เรียนรู้ความเป็นแม่ด้วยตัวเองก็จะสร้างความเข้าใจ อารมณ์ ความรู้สึกของแม่ตนเองที่รักและปรารถนาดีกับลูก ซึ่งสตรีนิยมกลุ่มนี้มองว่าเป็นการเสริมพลังของความเป็นมนุษย์ (empowerment) สามารถมองความสัมพันธ์ระหว่างตัวเอง ครอบครัว ชุมชน

และสังคม ทั้งยังเข้าใจถึงความหมายของชีวิต สตรีนิยมกลุ่มนี้พยายามอธิบายความเป็นแม่ให้ก้าวพ้นจากการอธิบายแบบชีวภาพ (ธรรมชาติ) ให้เห็นมิติอันหลากหลายของความเป็นแม่มากขึ้น เช่น แม่โดยสายเลือด (blood mother) คือแม่ผู้ให้กำเนิดลูก แม่ที่ช่วยดูแล (other mother) คือแม่ที่ไม่ใช่ผู้ให้กำเนิดแต่ช่วยเหลือดูแลลูกคนอื่น แม่ของชุมชน (community othermother) คือแม่ที่เป็นเสมือนศูนย์กลางของชุมชน เป็นผู้คอยสร้างความเข้มแข็งและสนับสนุนชุมชนให้เข้มแข็งและสุดท้ายคือแม่ทางจิตวิญญาณ (spiritual mother) หรือสภาวะความเป็นแม่แห่งจักรวาลเป็นความรักที่มีความเมตตากรุณา ขยายจากความรักลูกของตนเองไปสู่สรรพสิ่งทั้งมวล ไม่ได้ถูกจำกัดไว้ในขอบเขตของเพศเชิงชีวภาพเท่านั้น แต่เป็นแม่ที่นำพาสังคมไปสู่ชีวิตอันประเสริฐและสันติสุข โดยสรุปสตรีนิยมนอกกระแสปฏิเสธแนวคิดความเป็นแม่แบบที่สตรีนอยมตะวันตก ที่มีมุมมองคับแคบและใช้ฐานคิดแบบหญิงผิวขาว ชนชั้นกลางมีการศึกษา ผลของการคิดแบบนี้ส่งผลให้เกิดมาตรฐานของการมองผู้หญิงที่เหมือนกันทั้งโลก โดยไม่สนใจสภาพแวดล้อมของหญิงอื่น ๆ เช่น ผิวสี ผิวดำ ที่อาจไม่ได้ต้องการหรือเรียกร้องแบบที่สตรีตะวันตกต้องการ

ในสังคมไทยได้มีการพัฒนาเข้าสู่ภาวะทันสมัย และได้นำแนวคิดการสร้างสถาบันครอบครัวให้เป็นสถาบันขึ้นมาโดยมีมายาคติเรื่องอุดมการณ์ครอบครัวเพื่อผลิตสมาชิกใหม่ให้สังคม ที่ดีมีคุณภาพเช่นกัน ครอบครัวที่ดีถูกมองว่าเป็นพื้นที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ผิวหน้าของครอบครัวคือพ่อและสามีมีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูครอบครัว พื้นที่ในบ้านคือพื้นที่ของแม่และภรรยาที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี อบรมเลี้ยงดูลูกให้พร้อมสู่ตลาดแรงงานในพื้นที่สาธารณะ อุดมการณ์ครอบครัวในสังคมไทยยังมีอุดมคติเรื่องความมั่นคงของครอบครัว ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วต้องใส่ใจดูแลงานบ้าน งานครัวและเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด ผู้หญิงที่ดีต้องเป็นทั้งเมียและแม่ แบกรับภาระในบ้านและการเลี้ยงลูก เป็นผู้เสียสละโดยคิดถึงตัวเองน้อยที่สุด มีการสร้างภาพตัวแทนและผลิตซ้ำความเป็นแม่ในรูปแบบต่างๆ เช่น พรธาดา สุวัธนวนิช (2547) ศึกษานวนิยายไทยตั้งแต่ พศ. 2510-2540 เพื่อดูความคงที่และความแปรเปลี่ยนของความเป็นแม่จากนวนิยาย 13 เรื่อง ได้เห็นถึงการผลิตซ้ำความเป็นแม่ใน 6 ลักษณะ ด้วยกันคือ หญิงอดทนและเสียสละ หญิงผู้ทนทุกข์ผู้สอนประสบการณ์ชีวิตทางอ้อม หญิงที่มีเลือดเนื้อ หญิงที่สู้กับระบบและหญิงที่ที่มีความสุขในหน้าที่แม่ นวนิยายเหล่านี้ล้วนแต่บอกว่าไม่ต้องสงสัยในความเป็นแม่ แม่อาจจะไม่เลี้ยงดูลูก แต่การให้ชีวิตแก่ลูกนั่นคือความเป็นแม่ สอดคล้องกับงานของเสนาะ เจริญพร (2546) ศึกษาภาพเสนอผู้หญิงในวรรณกรรมไทยช่วงทศวรรษ 2530 แม้ว่าวรรณกรรมมิสามารถสะท้อนภาพของสังคมอย่างตรงไปตรงมา แต่กระบวนการสร้างภาพเสนอ (representation) มีองค์ประกอบต่างๆ ที่ไหลเวียนในสังคมที่หล่อหลอมอยู่ในเรื่องเล่าเหล่านี้ การศึกษาพบว่าแม้มีแนวคิดหญิง”ก้าวหน้า” ทัดเทียมผู้ชายในพื้นที่ต่าง ๆ ทางสังคม

แต่ขณะเดียวกันก็ถูกคาดหวังให้เป็นเมียและแม่และลูกสาวที่ดีตามความเชื่อแบบปิตาธิปไตย ที่หยั่งลึกมาอย่างยาวนาน

ในส่วนของผู้หญิงนั้นการแพทย์ทำให้หญิงต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีการแพทย์ มาร์ติน (1987) ได้เปรียบเทียบการจัดการทางการแพทย์ว่าเหมือนการจัดการทางอุตสาหกรรมโดยมองร่างกายผู้หญิงเป็นหน่วยของการผลิต ควบคุมโดยใช้เทคนิคการแพทย์ที่คล้ายโรงงานอุตสาหกรรมโดยมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมตัดสินชี้ขาดอักทีหนึ่ง ในอดีตการตั้งครรภ์และการคลอดถือว่าเป็นกระบวนการทางธรรมชาติอย่างหนึ่ง แต่การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาเปลี่ยนวิธีคิดดังกล่าวและมองว่าการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นภาวะผิดปกติหรือเป็นโรคชนิดหนึ่งที่มีความเสี่ยง ต้องใช้การแพทย์สมัยใหม่ เข้ามาจัดการ กระบวนการคลอดที่เดิมอยู่ในบริบทของครอบครัวการคลอดที่บ้านจึงเปลี่ยนมาคลอดในโรงพยาบาลโดยการแพทย์ได้ทำให้การคลอดบุตรเป็นเรื่องความทุกข์ทรมาน ความรู้ทางการแพทย์มีฐานความคิดมาจากชีวการแพทย์ (Biomedicine) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน (medical expert) การคลอดเป็น abnormal คาดเดาไม่ได้ มีความเสี่ยงต้องใช้เทคโนโลยีช่วยจัดการเทคโนโลยีในแนวสตรีนิยมมองว่าเป็นอำนาจของผู้ชายที่ใช้ในการควบคุมผู้หญิง เพราะในปัจจุบันผู้ชายเป็นผู้ควบคุมการสืบพันธ์ (reproduction) ของผู้หญิงที่ผลิตโดยผู้ชาย และผู้ชายเป็นผู้ควบคุมเทคโนโลยีทั้งหมดอยู่ด้วย การใช้เทคโนโลยีจึงเป็นการเพิ่มอำนาจควบคุมให้กับผู้ชาย เทคโนโลยีเป็นมิติหนึ่งในโครงสร้างอำนาจของสังคม และถูกพัฒนาตามความต้องการของผู้ชายชนชั้นกลาง

ความหมายของความเป็นแม่ที่แปรเปลี่ยนไปตามเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างยิ่งยวดและบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง จนในปัจจุบันแนวคิดทางสังคมต่าง ๆ เช่น POSTMODERNISM, POSTCOLONIALISM หรือ สตรีนิยมนอกกระแสหลัก ได้พยายามอธิบายให้เห็นถึงความเป็นแม่ที่มีหลายมิติและหลากหลายขึ้น เช่น แม่ที่เลี้ยงดูลูกคนเดียว (SINGLE MOM) แม่แบบหญิงรักหญิง

หนังสือแนะนำ

พรธาดา สุวัธนวนิช . (2547). ความเป็นแม่ในนวนิยายช่วงสามทศวรรษ (2510-2540): ความคงที่และความแปรเปลี่ยน เอกสารอัดสำเนาประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ: เวทีวิจัยมนุษยศาสตร์ไทย.

มัลลิกา มัติโก. (2542). การคุมกำเนิดกับความเป็นแม่: ใครกำหนด ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ) *.รื้อสร้างองค์ความรู้ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: เคล็ดไทย.

วิลาสินี พิพิธกุล. (21 สิงหาคม 2547).ความเป็นแม่จากมุมมองสตรีนิยม.โพสต์ทูเดย์. ไม่ระบุหน้า.

เสนาะ เจริญพร. (2546). *ภาพเสนอผู้หญิงในวรรณกรรมไทยช่วงทศวรรษ 2530: วิเคราะห์ความโยงใยกับประเด็นทางสังคม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Martin, E. (1987). *The Woman in the Body* . Boston: Beacon Press.

Rich, A. (1977) .*Of Woman Born*. London: Virago.

Woodward, K. (1997). *Identity and Difference* . London: Sage Publications.

12.2 การแพทย์ในระบบชายเป็นใหญ่

อำนาจการแพทย์ตะวันตกได้พยายามสถาปนาระบอบความจริงชุดใหม่ในสังคมไทย (the regime of truth) ขึ้น (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2546) ให้สามารถชี้นำกำกับพฤติกรรมของผู้คน สร้างกลไกและกระบวนการทางสังคมต่าง ๆ บังคับให้คนปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนดขึ้น โดยฟูโกเรียกว่ากระบวนการทำให้เป็นปกติ (normalization) อิทธิพลการแพทย์ตะวันตกมีผลกำหนดกรอบประสบการณ์ของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้หญิงได้กลายเป็นเป้าหมายในการควบคุม จัดการ สอดส่อง อย่างเข้มข้น ผ่านระบบอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง (reproductive system) ไม่ว่าจะเป็น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูบุตร การหมดประจำเดือน ความเจ็บป่วย อำนาจดังกล่าวพยายามจัดการร่างกายของผู้หญิงในสังคมไทยอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด (totalizing power) อย่างไร

การแพทย์สมัยใหม่วางอยู่บนฐานวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่เพิ่งก่อตัวในศตวรรษที่ 17-18 โดยมีอิทธิพลจากเดส์การ์ตส์และนิวตันที่กลายมาเป็นแม่แบบของการแสวงหาความรู้วิทยาศาสตร์แผนใหม่ มีคุณสมบัติสำคัญ เช่น วิธีการค้นคว้าอย่างเป็นระบบระเบียบ มีการเฝ้าสังเกตปรากฏการณ์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการควบคุมการทดลอง มีการใช้หลักตรรกะที่เป็นเหตุเป็นผลนำไปสู่ข้อสรุป เป็นต้น Susan Bordo ได้อธิบายว่าวิธีคิดแบบเดส์การ์ตส์เป็นยุคที่สังคมยุโรปกำลังเปลี่ยนวิธีคิดจากยุคกลางมาสู่ยุคสมัยใหม่ อันถือว่าเป็นยุค enlightenment มนุษย์มีการพัฒนาปัญญาและความสามารถอย่างก้าวกระโดด พ้นจากความเชื่อที่งมงาย และมีศูนย์กลางอยู่ที่ศาสนจักร เปรียบเสมือนมนุษย์เกิดใหม่ (rebirth) ความรู้ที่สามารถรู้ได้ตนเองแยกผู้รู้ออกจากสิ่งที่รู้ได้ เป็นสภาวะที่บริสุทธิ์ปราศจากอคติ หรืออารมณ์ความรู้สึก (spiritual) นั่นก็คือก้าวพ้นร่างกายของผู้รับรู้ (corporeal) เป็นการแยกวัตถุ (object) ออกจากการรับรู้ (subject) และไม่มีความเกี่ยวข้อง อิทธิพลของชุดความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่เริ่มสถาปนาความรู้ขึ้นในปลายศตวรรษที่ 18 นี้มีผลต่อการกำหนดกรอบประสบการณ์การ

คลอดของผู้หญิง การตัดสินใจเลือกวิธีคลอด สถานที่ฝากครรภ์และคลอดจากเดิมที่มักคลอดที่บ้านมาเป็นโรงพยาบาล สร้างความรู้สึกว่าผู้หญิงมีอำนาจในการเลือกด้วยตนเองได้อย่างไร

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่มีมุมมองและทฤษฎีที่ค้นพบด้วยผู้ชายเป็นส่วนใหญ่และมีประวัติศาสตร์ที่แบ่งแยกกีดกันผู้หญิงมาอย่างยาวนาน โดยมีทัศนะว่าผู้หญิงไม่มีความเข้มแข็ง อดทนและไม่สามารถเข้าใจได้ตามวิธีการของวิทยาศาสตร์ เนื่องจากยุคนี้มีภาพอุดมคติของผู้หญิงว่าควรมีสรีระสะโพกผาย ลำคอเล็กระหง ซี่โครงแคบ และกะโหลกเล็ก ทำให้มีสติปัญญาสู้ผู้ชายไม่ได้ ดังเห็นได้จากทัศนะของ Aristotle ที่กล่าวไว้ว่า *"หญิงและชายนั้นต่างกันโดยธรรมชาติและผู้หญิงไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะเรียนรู้ในขั้นสูงได้เพื่อก้าวขึ้นมาเป็น "พลเมือง" ได้ "* และ Galen ที่กล่าวว่าผู้หญิงมีระบบสืบพันธุ์ที่ไม่เหมาะกับวิธีการวิทยาศาสตร์ *"ผู้หญิงที่เรียนมาก เป็นผู้หญิงที่ใช้สมองและความคิดมาก ซึ่งกระทบกระเทือนถึงมดลูก และทำให้เกิดปัญหาในการมีบุตร"*

Thomas Laqueur ได้วิพากษ์วาทกรรมการแพทย์ที่มองระบบสืบพันธุ์ของชายหญิงแตกต่างกันและสร้างความเป็นตัวแทนขึ้น (representation) โดยมีการเมืองอยู่เบื้องหลังและแนวคิดนี้ว่าเพิ่งเกิดขึ้นในปลายศตวรรษที่ 18 ซึ่งในสมัยก่อนยุคศตวรรษที่ 18 นั้นไม่มีการแบ่งเพศตามชีววิทยาหรือกายวิภาคเช่นนี้ เพียงแต่มองด้านความเหมือนกันมากกว่าความแตกต่าง นั่นคือชายหญิงเป็นมนุษย์เหมือนกันเพียงแต่อวัยวะเพศของผู้หญิงอยู่ข้างใน ต่างจากผู้ชายอยู่ข้างนอก แต่พอมาถึงปลายศตวรรษที่ 18 ความคิดเรื่องความต่างทางเพศที่ว่าหญิงเป็นผู้ที่ขาดไม่มี (lack and loss) เป็นการเปรียบเทียบกับเพศชายที่ถูกใช้เป็นมาตรฐาน ความต่างนี้ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ (incommensurability) และผู้หญิงต่ำต้อยกว่าผู้ชายซึ่ง Laqueur มองว่าความต่างนี้ไม่เพียงเกิดมาจากการปฏิวัติวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียวแต่หากว่าเพศที่ต่างมาตั้งแต่เริ่มต้น (beginning of time) หรือเกิดมาแล้วนั่นคือ "เพศหญิงให้กำเนิดบุตร แต่เพศชายทำไม่ได้นั่นก็ชัดเจนอยู่แล้ว " (the one gives birth, the other does not, to state the obvious)

ในตำราแพทย์ร่วมสมัย William Bendelow (1998) บอกว่าเพศชายกลายเป็นมาตรฐานในการวัดตรวจสอบ ประเมินเพศหญิง กายวิภาคอธิบายว่า เล็กกว่า อ่อนแอกว่า บางกว่า พัฒนาน้อยกว่าไม่ว่าจะเป็นด้านกายภาพที่แข็งแรง มีความสามารถมากกว่า และถูกนำเสนอเป็นภาพตัวแทนด้วยเช่น การเดิน พูด กริยาท่าทางให้เป็นผู้หญิง

ร่างกายที่เป็นคู่ตรงข้ามนี้เองที่เป็นประเด็นสำคัญที่ถูกให้ความสำคัญในวาทกรรมการเมืองและสังคมของศตวรรษที่ 18-19 นี้เอง ระบบอนามัยเจริญพันธุ์สตรีได้ถูกมองว่าเป็นคุณสมบัติสำคัญทางชีวภาพของผู้หญิงเป็นตัวกำหนดเพศสภาพ และวิถีทางเพศ (gender and sexuality) ได้ถูกสร้างความหมายว่าหญิงเป็นผู้ที่ไม่มีความต้องการทางเพศและในทางตรงข้ามหญิงที่มีความต้องการทางเพศก็คือคนผิดปกติ (abnormal) ดังเช่น ในสมัยวิคตอเรีย ประเทศอังกฤษหญิงที่ดีถูกทำให้ต้องปฏิเสธความรู้สึก

ทางเพศของตนเอง โดยเฉพาะหญิงชนชั้นกลางในยุคนี้ต้องดูแลรักษาระบบเจริญพันธุ์ของตนเองให้มีความปกติโดยมีแพทย์ที่คอยตรวจสอบและดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังเห็นได้จากวรรณกรรมในประเทศอังกฤษในสมัยนั้นที่นักเขียนเปรียบเทียบผู้หญิงเหมือนดอกไม้ในเรือนเพาะชำ (hothouse) ที่ตรงได้รับการดูแลคุ้มครองอย่างดีจากผู้ชายผู้เป็นเจ้าของเรือนเพาะชำ

ในประเด็นการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับประวัติศาสตร์ของมนุษย์ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและจากคติความเชื่อต่าง ๆ ความรู้ในการดูแลครรภ์และการคลอดมักสืบทอดในกลุ่มผู้หญิงที่มีประสบการณ์การคลอดมาแล้วจนสามารถช่วยเหลือผู้หญิงอื่นได้ถูกรู้จักกันในชื่อ "หมอตำแย" แต่เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ก่อเกิดและพัฒนาขึ้น การคลอดบุตรเองได้กลายเป็นสาขาย่อยของการแพทย์เรียกว่า "สูติกรรม" (obstetric) ซึ่งได้กำเนิดขึ้นในยุโรปประมาณ 200-300 ปีที่ผ่านมา ต่อมาได้แพร่หลายเข้าไปในประเทศสหรัฐอเมริกา และไปยังส่วนต่าง ๆ ของโลก ประเทศไทยได้รับความรู้นี้ครั้งแรกจากหมอบรัดเลย์ในปี 2385 ในสมัยรัชกาลที่ 4 โดยหมอบรัดเลย์เป็นมิชชั่นนารีเพรสไบทีเรียน ชาวอเมริกันได้เขียนตำราการดูแลครรภ์สมัยใหม่ขึ้นมีชื่อว่า "คัมภีร์ครรภ์รักษา" นับเป็นตำราสูติศาสตร์แผนปัจจุบันฉบับแรกของไทย แต่ยังไม่ได้รับความนิยมมากนักจนมาในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งได้รับแนวคิดการสร้างประเทศให้ทันสมัย

การแพทย์สมัยใหม่ได้สถาปนาความรู้ของตนเองในระยะแรกโดยการสร้างความไม่น่าเชื่อถือต่อการคลอดโดยหมอตำแย ดังเห็นได้ในตำราสูติศาสตร์ที่มักนำเสนอภาพ "หญิงแก่ ฐานะยากจนและไม่สะอาด" ดังที่ Adrein Rich กล่าวไว้ว่า "filthy peasant crone" ต่างจากสูติแพทย์ที่มีความรู้และเทคโนโลยีในเสื้อกาวน์ขาวสะอาดและหูฟังห้อยที่คอ การแต่งกายและลักษณะที่ตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง สร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้พบเห็น และในสมัยนั้นสูติแพทย์มักเป็นผู้ชายเพราะมีโอกาสได้รับการศึกษามากกว่าผู้หญิง นอกจากนี้ภาพหญิงที่คลอดบุตรด้วยวิธีการดั้งเดิม ถูกนำเสนอในตำราการแพทย์และสาธารณสุขเป็นภาพหญิงชาวบ้าน ผมกระเซิง นุ่งผ้าถุง ใส่และไม่ใส่เสื้อบ้าง อยู่ไฟ เป็นภาพที่ไม่น่าดู ไม่สะอาด และอันตราย รวมทั้งมีพิธีต่าง ๆ ที่ทางการแพทย์สมัยใหม่คิดว่าเป็นความเชื่องมงาย ไร้สาระ ต่างจากโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์การแพทย์พร้อมช่วยชีวิตและไม่ต้องทุกข์ทรมาน

จากรายละเอียดใน "คัมภีร์ครรภ์รักษา" (อ้างใน เยาวลักษณ์ 2539) ระบุว่าหมอบรัดเลย์ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงการคลอดและการอยู่ไฟหลังคลอดโดยพยายามให้มาใช้วิธีแบบตะวันตกแทน แต่การเปลี่ยนแปลงสิ่งที่คนไทยได้ใช้กันมา ยาวนานจนกลายเป็นประเพณีนั้น เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากมาก เขารู้ดีว่าถ้าจะเปลี่ยนแปลงควรเริ่มจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลในวงการแพทย์ไทยเสียก่อน เมื่อได้รับการยอมรับแล้วการขยายความนิยมออกไปยังประชาชนไทยก็สะดวกขึ้น มีรายละเอียดตั้งแต่การปฏิสนธิไปจนถึงการพยาบาลหลังคลอด และเพื่อความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นได้ลงรูปภาพประกอบทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสูตินารี ตั้งแต่

การปฏิสนธิลักษณะการเจริญเติบโตของเด็กในครรภ์ทุกระยะจนกระทั่งคลอด รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในสูตินารีด้วยรูปภาพ มีถึง 50 ภาพ จากหนังสือ 167 หน้า จากการที่หมอบรัดเลย์เป็นหมอสอนศาสนาด้วย เขาจึงพยายามแทรกความเชื่อในทางคริสตศาสนาไปด้วย โดยพยายามโยงศาสนาเข้ากับการคลอด และการรักษา (ดูรายละเอียดใน เยาวลักษณ์ 2539)

แต่ความพยายามของหมอบรัดเลย์ต้องล้มเหลวเพราะนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันแล้ว หมอหลวงยากที่จะยอมรับความเชื่อทางศาสนาเพราะความรู้ที่สะสมมาแต่โบราณนั้นได้ปลูกฝังจนเป็นประเพณี เพื่อมาเพิ่มความเชื่อศาสนาเข้าไปอีกทำให้ไม่ได้รับความสนใจ จนกระทั่ง 10 ปี ผ่านไป หมอบรัดเลย์ได้มีโอกาสถวายการรักษาเจ้าจอมมารดาแพ พระสนมในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งเป็นการมีพระประสูติพระราชธิดาพระองค์แรก พระองค์ทรงเป็นห่วงเป็นใยพระนางมาก เนื่องจากรกไม่ออกและเสียชีวิตลง แต่บุตรปลอดภัยดี หมอบรัดเลย์มีวิธีการได้เรียบเรียงไว้ในคัมภีร์ครรภ์รักษาไว้ว่า

เมื่อรกยังติดอยู่บนพื้นอุทรบ้าง, ขาดออกจากพื้นอุทรบ้าง, แลเกิดโลหิตมากเช่นว่านั้น, ก็ทำให้หมอตำแย้เอามือกำขยำเข้าแต่เบาๆที่ท้องมารดาที่ตรงอุทรอยู่นั้น, จนอุทรบีบรัดเข้า, ให้รกที่ยังติดอยู่บ้างเล็กน้อย, ให้ขาดออกหมด,ให้รกออกจากอุทรสิ้น, ครั้นรกออกหมอแล้ว, อุทรก็บีบรัดเข้า จนรกออกหมดสิ้น ก็กำขยำอีก 3 หน 4 หน ถ้าโลหิตออกมากไม่หายก็ให้หมอเอาน้ำมันหมูดิบทามือขวาค่อย ๆ สอดเข้าไปทางอุทร, จับรกเข้าคลำดูให้รู้ว่าติดตรงไหนแล้วเอานิ้วแกะขุดรกเบา ๆ จนกว่าอุทรจะบีบรัดเข้า

หมอบรัดเลย์กล่าวว่าการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดการติดเชื้อในมดลูก และเกิดการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งได้กลายเป็นสาเหตุการตายของมารดา และเป็นความล้าหลังอย่างยิ่ง ทำไปตามมีตามเกิด ควรเร่งรัดให้มีการปรับปรุงวิธีการคลอดให้ทันสมัยกว่านี้

กระนั้นก็ตามพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพอพระทัยมากได้มีพระราชหัตถเลขาไปขอบใจหมดบรัดเลย์ และมอบเงินตอบแทนอีกด้วย แม้การรักษาของหมอบรัดเลย์ไม่สามารถช่วยชีวิตคนไข้ได้ แต่การอนุญาตให้หมอบรัดเลย์เข้าทำการรักษาเจ้านายผู้หญิง แสดงว่าราชสำนักเริ่มยอมรับการรักษาและการคลอดแบบตะวันตกบ้าง แต่ผู้หญิงชนชั้นสูงในวังก็ยังนิยมปฏิบัติตามธรรมเนียมที่เคยทำมาตั้งแต่อดีต เช่น การอยู่ไฟ จนกระทั่งสมเด็จพระนางเจ้าโสมนัสวัฒนางค์ พระบรมราชินีในรัชกาลที่ 4 ทรงมีพระพลานามัยไม่สมบูรณ์ ยิ่งทรงพระครรภ์ จึงทรุดโทรมมากยิ่งขึ้น หลังจากประสูติพระราชโอรสแล้ว พระอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ไทยช่วยกันรักษาแต่ไม่เป็นผล รัชกาลที่ 4 จึงให้หมอบรัดเลย์เข้าถวายการรักษาโดยหมอบรัดเลย์ขอให้เลิกการผทมเพลิง (อยู่ไฟ) และถวายพระโอสถเพราะพระอาการไข้ ในที่สุดพระอาการไข้หายแต่มีพระอาการอื่นแทรกซ้อน ทำให้เกิดความวิตกในหมู่พระญาติ จึงตกลงให้หมอไทยกลับมารักษาแทน โดยความจริงสมเด็จพระนางเจ้าโสมพัสฯ มิได้มีความเชื่อถือในการรักษาของหมอบ

รัดเลย์ เพราะเห็นว่าเป็นชาวต่างประเทศไม่เชื่อว่าพระโอสถเพียง 2 – 3 หยด ใส่ช้อนถวายนั้นจะรักษาโรคของพระนางได้ จึงโปรดฯ รักษากับหมอไทยมากกว่า แต่ด้วยเหตุหมอไม่สามารถรักษาให้หายได้ หมอบรัดเลย์ได้ถูกนำตัวมารักษาอีก แต่ไม่สามารถช่วยชีวิตพระนางได้

การอยู่ไฟนี้เองที่หมอบรัดเลย์พยายามให้ยกเลิกและมองว่าเป็นวิธีที่ทารุณต่อหญิงหลังคลอดมาก ทำให้พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพยายามให้มีการเปลี่ยนแปลงการอยู่ไฟตั้งแต่ครึ่งเดือนถึงเดือนหลังคลอด แต่ฝ่ายในไม่เห็นด้วย จึงปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงประเพณีการคลอดนั้น ความล้มเหลวของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวนี้เอง ทำให้หมอบรัดเลย์ สรุปว่า ประเพณีการคลอดของไทยมีอำนาจยิ่งกว่าพระมหากษัตริย์ เพราะตลอดเวลาที่หมอบรัดเลย์พยายามวางรากฐานสูตินารีแบบใหม่ ล้มเหลวมาตลอดจนใน พ.ศ.2432 อันเป็นเวลาที่หมอบรัดเลย์เสียชีวิตแล้วถึง 16 ปี จึงประสบผลเมื่อสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีในรัชกาลที่ 5 ทรงเลิกผทมเพลิงแบบไทยมาใช้วิธีการพยาบาลแบบตะวันตกในคราวประสูติสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าอัษฎางเดชาวุธ หลังจากนั้นวิธีสูตินารีแบบใหม่ก็ได้รับการส่งเสริมทั้งในด้านการศึกษาวิชาผดุงครรภ์และการให้บริการ

ในปี พ.ศ. 2404-2453 เป็นยุคที่มีการสร้างสถานพยาบาลตามแนวคิดของมิชชั่นนารีเพรสไบทีเรียนกระจายไป 11 จังหวัดตามหัวเมืองคือ เพชรบุรี ราชบุรี พิษณุโลก เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ นครศรีธรรมราชและตรัง จนได้พัฒนามาเป็นโรงพยาบาลในเวลาต่อมา สถานพยาบาลในกรุงเทพฯ คือ บูรพาพยาบาล โรงพยาบาลเทพศิรินทร์ โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลคนเสียจริต และตั้งร้านขายยาเรียกว่าโอสถศาลาขึ้น เพื่อขายยาไทยและยาฝรั่ง สำหรับประชาชนที่อยู่ห่างโรงพยาบาลหรืออยู่ตามหัวเมืองไกลออกไปจะได้มีสถานที่ซื้อยาดีเมื่อเจ็บป่วย พร้อมกันนั้นก็ได้ตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทยขึ้นคือ โรงเรียนแพทยากร ซึ่งต่อมาเป็นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในปัจจุบัน ในระยะแรกผลิตแพทย์ประกาศนียบัตรหลักสูตร 3 ปี ต่อมาขยายเป็น 4 ปี และ 6 ปี ในที่สุด ในพ.ศ. 2465 ได้ปรับปรุงหลักสูตรเป็นขั้นปริญญา มีแพทย์สำเร็จปริญญารุ่นแรกปีพ.ศ. 2471 จำนวน 18 คน โรงเรียนแพทย์มีการสอนทั้งแผนไทยและตะวันตกปรากฏว่าทั้งนักเรียนและประชาชนเริ่มเลื่อมใสในการแพทย์ตะวันตกมากขึ้นเรื่อย ๆ จนยกเลิกการสอนแพทย์แผนไทยใน พ.ศ. 2446 ในที่สุด นับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของสังคมไทยที่มีองค์กรการแพทย์แผนตะวันตก การรักษาและการคลอดจึงเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลมากขึ้น ๆ จนแพทย์แผนไทยค่อย ๆ ลดความสำคัญลงในที่สุด (ดูรายละเอียดใน โกมาตรและชาติชาย 2545)

สถาบันการแพทย์ยังได้สร้างวิชาชีพสูติแพทย์ที่ถือว่าถูกต้องตามกฎหมาย บุคคลที่ได้รับการฝึกฝนและการเรียนรู้ตามหลักสูตรการแพทย์ที่รัฐบาลวางไว้ให้เท่านั้นถือว่ามีอำนาจความทางกฎหมายในการทำคลอด และการสร้างโรงพยาบาลเพื่อรักษาพยาบาลโดยเริ่มในเมืองหลวงก่อนค่อยแพร่ขยายไปสู่ต่างจังหวัด และทั่วประเทศในที่สุด

ในระยะแรกยังไม่มีการสอนสูติกรรมแผนปัจจุบันจนปีพ.ศ.2439 นายแพทย์แฮน อะดัมสัน (Han Adamsens) ได้นำสูติกรรมแผนปัจจุบันมาบริการและสอนที่โรงเรียนแพทย์แห่งนี้สำเร็จ ภายหลังจากการสอนในโรงเรียนแพทย์แล้วความรู้เกี่ยวกับสูติกรรมแผนปัจจุบันก็กระจายและแพร่หลายขึ้น ถูกนำไปใช้แก่ประชาชนทั้งในเมืองและหัวเมืองและเข้มข้นขึ้นใน พ.ศ. 2485 โดยมีการสถาปนากรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทยและมีกรมการแพทย์รับผิดชอบให้มีโรงพยาบาลบริการทั่วราชอาณาจักร และสูติกรรมแผนปัจจุบันได้ถูกนำไปบริการให้กับประชาชนทั่วประเทศในระดับจังหวัดทุกจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา

โดยสาระของการเปลี่ยนแปลงการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรแบบตะวันตกมีลักษณะแปรผันไปตามช่วงเวลาและความพร้อมของเทคโนโลยี เดิมความรู้การคลอดแบบไทย ๆ อยู่ในคัมภีร์ประถมจินดาเริ่มถูกแทนที่ด้วยเครื่องมือและวิธีการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น การทำนายเพศทารกใช้เครื่องอุลตราซาวน์แทนการสังเกตดูจากฝ่าเท้าของหญิงตั้งครรภ์ การรู้ว่าตั้งครรภ์โดยการตรวจปัสสาวะแทนการตีความจากความฝัน หรือเมื่อเกิดปัญหาการคลอดบุตรยากแพทย์แก้ไขโดยใช้ยาและการผ่าตัดแทนการใช้ยาพื้นบ้าน เช่น โคนกล้วยตีบเน่า ใบน้ำเต้าและขมิ้นอ้อยบดรวมกันแล้วนำไปพอกท้อง เป็นต้น แต่ก็ยังมีความรู้จารีตบางอย่างคงอยู่ เช่น การอยู่ไฟหลังคลอดโดยนิยมกลับไปทำที่บ้านปรับระดับความร้อนของไฟและระยะเวลาน้อยลง บางคนใช้"ชุดอยู่ไฟ" ซึ่งมีลักษณะคล้ายเข็มขัดแต่มีกระเป๋าเล็ก ๆ ใส่ถ่านร้อน ๆ แล้วเอาผ้ามาพันผูกไว้กับเอวแทนการอยู่ไฟการเปลี่ยนแปลงในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่การแพทย์ด้านสูติศาสตร์ในปัจจุบัน (ดูรายละเอียดในเยาวลักษณ์ 2539)

พ.ศ. 2457 สมเด็จชัยนาทนเรนทรได้เชิญมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ประเทศสหรัฐอเมริกาให้เข้ามาช่วยวางรากฐานหลักสูตรแพทยศาสตร์แบบตะวันตกเต็มรูปแบบโดยส่งอาจารย์แพทย์มาสอนนักศึกษาในประเทศไทย และได้โน้มน้าวให้พระไปเรียนแพทยศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาและกลับมาทำงานและพัฒนาการแพทย์ จน พ.ศ. 2466 ได้ปรับหลักสูตรให้เข้าสู่มาตรฐานสากลโดยเริ่มรับนักศึกษาความรู้ ม.8 โดยเรียนในโรงเรียนเตรียมแพทย์ศาสตร์ 2 ปี และหลักสูตรแพทย์ศาสตร์ 4 ปี ใน 6 แผนก คือ กายวิภาควิทยา สรีระวิทยา พยาธิวิทยา อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์และสูตินรีเวช หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2488) จนถึง 2511 การผลิตแพทย์ก็ได้ขยายออกเป็นสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่าง ๆ แยกออกมาจัดตั้งเป็นแผนก แผนกสูติกรรมได้จัดห้องปฏิบัติการ ย่อย ๆ ขึ้นเอง เช่น พยาธิวิทยา แยกห้องผ่าตัดจากแผนกศัลยกรรมทั่วไป เกิดสถาบันการแพทย์อย่างเข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ และได้รับการอุปถัมภ์จากสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล และสถาปนาเป็นมหาวิทยาลัยมหิดลในที่สุด

สอดคล้องกับยุคสมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จอมพล ป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรีได้นำนโยบายสร้างความทันสมัยให้กับประเทศไทยเริ่มเข้มข้นขึ้นจากที่เริ่มก่อรูปมาตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเช่นการเปลี่ยนชื่อประเทศจาก “สยาม” มาเป็น “ไทย” การเปลี่ยนวันขึ้นปีใหม่มาเป็นตามแบบสากลนิยม แม้กระทั่งกิจวัตรของประชาชนและการกินอยู่ของประชาชน โดยการกำหนดกิจวัตรประจำวันดังกล่าวยืนอยู่บนพื้นฐานของความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นบ่อเกิดของอำนาจชี้นำกำกับพฤติกรรมของคนโดยการตัดสินจากพฤติกรรมใดถูกหรือผิด และการผูกขาดในการกำหนดว่าควรกินอาหารอย่างไร ควรพักผ่อนอย่างไร ควรทำให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคโดยวิธีใด ควรต้องออกกำลังกายหรือไม่ ล้วนเป็นความรู้ที่ได้จากการสร้าง “วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่” ทั้งสิ้น รัฐอาศัยอำนาจการแพทย์เข้าไปควบคุม กำกับ จัดการร่างกายของประชาชน (ดูรายละเอียดใน ชาติชาย 2546) นโยบายเหล่านี้ได้สถาปนาระบบแห่งความจริง (the regime of truth) ขึ้นและเมื่อถูกสถาปนาจนมั่นคงแล้วอำนาจจะแทรกซึมอยู่ในทุกอณูของสังคม (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2546) มีความสามารถชี้นำ กำกับพฤติกรรมของผู้คน สร้างกลไกและกระบวนการทางสังคมต่าง ๆ บังคับให้คนปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนดขึ้นโดยฟูโกเรียกว่ากระบวนการทำให้เป็นปกติ (normalization)

วิชาชีพแพทย์ที่ลงหลักปักฐานในสังคมพร้อมๆกับการสร้างโรงพยาบาลทั่วประเทศ ทำให้การคลอดด้วยหมอตำแยค่อย ๆ เสื่อมความนิยมลง ในปี พ.ศ. 2503 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มการอบรมหมอตำแยทั่วประเทศ โดยมีแนวคิดที่ว่าหมอตำแยไม่มีความรู้แบบตะวันตกทำให้ยังมีอัตราตายของมารดาและอัตราตายของเด็กทารกสูง การให้ความรู้การแพทย์สมัยใหม่แก่หมอตำแยจะช่วยลดอัตราตายลงได้ หมอตำแยเป็นเป้าหมายสำคัญที่วิชาชีพแพทย์ต้องการเปลี่ยนความคิดและปฏิบัติการ ได้มีการอบรมทุกตำบล ๆ ละ 3 คน และติดตามประเมินความรู้ที่อบรมไปนั้นได้นำไปใช้หรือไม่ เป็นกลวิธีการดึงหมอตำแยให้กลายเป็นตัวแทนสาธารณสุขแบบใหม่

วิธีคิดของชายในทางการแพทย์เห็นได้จากรูปแบบและความรู้การคลอดสมัยใหม่ที่เชื่อว่าว่าผู้หญิงสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าผู้ชายและพร้อมจะทำอะไรก็ได้เพื่อให้ผ่านสภาวะเจ็บปวดไปอย่างรวดเร็ว เสียงร้องของผู้หญิงที่กำลังคลอดบุตรถูกตีความว่าเป็นเสียงทุกข์ทรมานต้องการความช่วยเหลือของผู้อ่อนแอ ทัศนคติดังกล่าวแตกต่างไปจากหมอตำแยที่เชื่อมั่นว่าผู้หญิงทุกคนสามารถอดทนกับการคลอดได้อันเนื่องมาจากหมอตำแยเองเคยมีประสบการณ์มาก่อน Rich เห็นว่าทัศนะคติที่กลัวความเจ็บปวดจากการคลอดอย่างมากมายเกินจริง นั้นเพิ่งเกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ โดยมีสาเหตุมาจากการสร้างทางสังคมให้มีทัศนคติที่ผิดต่อการคลอด และเนื่องจากจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการคลอด ทำให้ประสบการณ์นี้กลายเป็นเรื่องน่าหวาดกลัว ผลกระทบจากความไม่รู้ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถนำความเจ็บปวดมาเป็นการเป็นผู้กระทำและไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในขณะนั้น

ในปี ค.ศ.1940 มีการค้นพบว่าการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดนั้นมีทางออกได้มากมาย เช่น การเตรียมตัว การหายใจอย่างถูกจังหวะ การทำสมาธิ การฝึกหัดควบคุมกล้ามเนื้อ การเข้าใจกระบวนการทั้งหมดที่กำลังจะเกิดขึ้นโดยตลอด ซึ่งเป็นฐานความรู้ของหมอตำแยโบราณเคยใช้ ความเจ็บปวดจากการคลอดนั้นมีอยู่อย่างแน่นอนหากว่าผู้หญิงไม่มีความเข้าใจต่อความเจ็บปวดนี้แล้ว ความเจ็บปวดนั้นก็อาจจะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมผู้หญิงได้ ความเจ็บปวดในการคลอดเป็นเรื่องจริงไม่อาจปฏิเสธได้แต่หญิงควรไม่ยอมรับวิธีสร้างความเจ็บปวดนี้มากจนเกินจริงและมากจนสามารถทำให้ผู้หญิงยอมรับผู้ที่มีอำนาจช่วยให้เธอหายเจ็บปวดชั่วคราวจากการคลอดบุตรด้วยวิธีการยาชา ยาสลบ หรืออื่น ๆ

หนังสือแนะนำ

กมล สังขวาสี. (2520). *การผ่าท้องทำคลอดในสูติศาสตร์หัตถการ* .กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2546). เจ็บไข้ได้ป่วย ใน*เอกสารการสอนชุดแนวคิดไทยหน่วยที่ 12-15* . นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาติชาย มุกสง.(บรรณาธิการ). (2545). *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ยุวดี ตปนียากร. (2522).*วิวัฒนาการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว.* วิทยานิพนธ์ประวัติศาสตร์มหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวลักษณ์ ขยันการ (2539) *ความรู้แบบตำรับหลวงเรื่องครรภ์รักษาในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชาติชาย มุกสง.(2546). วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487).บทความในโครงการวิจัยเรื่อง ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมไทย. สนับสนุนโดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์กรมหาชน).

Gastaldo, D. (1997) Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of biopower. *Foucault, Health and Medicine*. (Edited by Alan Peterson and Robin Benton.) London, New York: Routledge.

บทที่ 13
สุขภาวะของคนพิการ

13.1 รูปแบบตายตัว และภาพตัวแทนทางสังคมของคนพิการในสังคม

ภาพตัวแทนทางสังคมของกลุ่มคนต่าง ๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ด้วยการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างภาษากับความเป็นจริง (reality) นักคิดคนสำคัญที่อธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้คือ เฟอร์ดินานด์ โซซูร์ (Ferdinand de Saussure) ว่ามนุษย์กำหนดหรือให้ชื่อสิ่งต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อที่จะเอาไปใช้อ้างอิงหรือกล่าวถึงในครั้งต่อ ๆ ไป ภาษาทำให้มนุษย์สามารถจัดระบบ (organize) สร้าง (construct) และเป็นเครื่องมือ (instrument) ให้มนุษย์เข้าสู่ความเป็นจริงได้

จากแนวคิดดังกล่าว สจ๊วต ฮอลล์ (Stuart Hall) นักวิชาการแห่งศูนย์วัฒนธรรมศึกษาเบอร์มิงแฮมก็ได้ขยายความต่อไปว่า ในความจริงแล้ว ไม่มีความเป็นจริงของสิ่งใด จนกว่าภาษาจะสร้างความเป็นจริงนั้นขึ้นมา กระบวนการให้ความหมายของภาษาเกิดขึ้นผ่านวิธีการต่าง ๆ อันได้แก่ การใช้หลักของความสัมพันธ์ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในลักษณะคู่ตรงข้ามที่ดำรงอยู่ด้วยกัน เช่น มีคนดี-คนชั่ว คนปกติ-คนพิการ เป็นต้น การสร้างหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ขึ้นมาแล้วจัดลำดับความสำคัญ (hierarchy of categories) ของหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เหล่านั้น และการใช้หลักเรื่องความคล้ายคลึง-ความแตกต่าง (similarity and difference) เป็นต้น และความหมายของคำเหล่านั้นก็เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาด้วยปฏิบัติการทางสังคมแบบต่าง ๆ (กาญจนา แก้วเทพ 2541: 33-36) วิธีการใช้ภาษาจึงเป็นตัวกำหนดวิธีการมองโลกหรือเป็นกรอบกำหนดการรับรู้การมองโลกของคน ซึ่งมีแผนที่ทางความคิดของคนในแต่ละสังคมคล้ายคลึงกันหรือกระทั่งเป็นแบบเดียวกัน (Hall 1997: 17-19)

Representation หรือภาพตัวแทน จึงเกิดจากกระบวนการผลิตความหมาย และการที่ความหมายนั้นแลกเปลี่ยนหมุนเวียนอยู่ในสังคม อันหมายรวมถึงการใช้ภาษา สัญญะ และภาพที่แทนสิ่งต่าง ๆ อาจกล่าวอย่างสั้น ๆ ได้ว่า กระบวนการนี้เป็นการผลิตความหมายของความคิดความรับรู้ภายในจิตใจ โดยใช้ภาษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการอธิบาย หรือกำหนดสร้างเป็นภาพร่างอยู่ในจินตนาการว่า ภาพเหล่านั้นหมายถึงอะไร โดยนัยนี้ คำหรือภาษาจึงเป็นตัวแทนของความคิดของคนในสังคม

ริชาร์ด ดายเออร์ (Richard Dyer) กล่าวถึงแนวคิดเรื่อง “แบบฉบับตายตัว” (stereotype) โดยแยกความแตกต่างระหว่างคำว่า ประเภท (type) และคำว่าแบบฉบับตายตัว (stereotype) ออกจากกัน คือ คำว่า ประเภท (type) เป็นวิธีการที่จำเป็นสำหรับใช้แยกแยะสิ่งต่าง ๆ เพื่อการจัดหมวดหมู่ไม่ว่าจะเป็นคนหรือสิ่งของก็ตาม แต่คำว่า แบบฉบับตายตัว (stereotype) นั้น นอกจากหมายถึงการแยกประเภทแล้ว ยังทำหน้าที่ลดทอนคุณสมบัติอันหลากหลายของคนหรือสิ่งของนั้นให้เหลือเพียงบางคุณสมบัติ เช่น คนยิวขี้

เหนียว คนเยอรมันเผด็จการ คนพิการพึ่งตัวเองไม่ได้ เป็นต้น และนำเสนอคุณสมบัติดังกล่าวให้กลายเป็น “ภาพตัวแทน” (representation) ของคนกลุ่มนั้นทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ภาพแบบฉบับตายตัวมักจะใช้กับคนหรือกลุ่มคนที่เราไม่ค่อยรู้จัก ไม่ค่อยคุ้นเคยนัก และสื่อมวลชนมีบทบาทในการนำเสนอภาพที่เป็นแบบฉบับตายตัว และภาพตัวแทนของคนกลุ่มต่าง ๆ อย่างสำคัญ

ความคิดข้างต้นนี้ สอดคล้องกับสิ่งที่กาญจนา แก้วเทพมองว่า กลุ่มคนที่จะสร้าง “ภาพตัวแทน” นั้นจะทำให้คนกลุ่มอื่น ๆ (other) แตกต่างไปจากพวกเรา (self) และไม่เพียงแต่แตกต่างเท่านั้น หากยังด้อยกว่าพวกเราอีกด้วย นั่นหมายความว่าพวกเราต้องมีอำนาจในกระบวนการสร้างความหมายทางสังคมที่เหนือกว่า ภาพแบบฉบับตายตัวที่ปรากฏอยู่ตามกลไกต่าง ๆ ของสังคมนั้น ไม่เพียงแต่เป็นความจริงที่อยู่ในโลกของสื่อเท่านั้น หากแต่ยังมีโลกที่เป็นจริงในสังคมรองรับอยู่ด้วย (กาญจนา แก้วเทพ 2544: 531-532)

ภาพของคนพิการเริ่มแรกเป็นคำอธิบายถึงอำนาจเหนือธรรมชาติ และจุดกำเนิดทางสังคมของความพิการ ดังตัวอย่างในงานที่ศึกษานิทานพื้นบ้านยุโรปของ ซูซาน เอ็บเบอร์ลี่ (Susan S. Eberly) ที่เสนอว่า เป็นคำอธิบายเชิงวัฒนธรรมที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับที่มาของความพิการทางร่างกาย เช่น คนแคระ เด็กสมองพิการ ปัญญาอ่อน ฯลฯ ทำให้เกิดเรื่องเล่าเชิงจินตนาการ เช่นว่าเด็กเหล่านี้เป็นเทวดาหรือนางฟ้าโดดเดี่ยว หรือเป็นลูกของนางฟ้าที่มีความสัมพันธ์กับมนุษย์ ทำให้มีความผิดปกติมาแต่กำเนิดและแตกต่างจากมนุษย์ทั่วไป ธรรมชาติที่พิเศษของเด็กเหล่านี้ เช่น การเดินไม่ได้ พูดไม่ได้ เว้นแต่ในเวลาที่ไม่มีใครเห็น เป็นความพยายามในทางวรรณกรรมที่จะอธิบายปรากฏการณ์ทางกายภาพที่ลึกลับนั่นเอง (Mitchell and Snyder 2001: 202)

แต่ในยุคสมัยใหม่ภายใต้แนวคิดเรื่องคู่ตรงข้าม (binary opposition) ภาพตัวแทนของคนพิการเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่คนละขั้วคนละทางกับโลกของคนปกติ เป็นโลกสองใบที่ต่างฝ่ายต่างก็ไม่สามารถสัมผัสประสบการณ์ของกันและกันได้ คนพิการถูกนำเสนอและตอกย้ำทางสังคมในลักษณะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ เนื่องจากไม่สามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบการผลิตได้ คนพิการจึงคล้ายกับคนที่ตายทั้งเป็น ภาพของคนพิการถูกผลิตสร้างขึ้นโดยสังคม และมักจะปรากฏอยู่ตามริมขอบต้องอยู่ในพื้นที่เฉพาะของตัวเองเท่านั้น เช่น ภาพของคนพิการกับอาชีพขอทาน คนตาบอดกับการขายล็อตเตอรี่ คนพิการในชนบทห่างไกลที่รอความช่วยเหลือในรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ดังเช่นที่ เฮนรี่-จ๊าค สไตเกอร์ (Henri-Jacques Stiker) ผู้เขียน A History of Disability ตั้งคำถามว่า ความพิการเคยแสดงถึงสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ภาพลักษณ์ในเชิงลบหรือไม่ เคยหมายถึงอะไรอย่างอื่นที่นอกเหนือจากร่างกายที่ผิดปกติหรือไม่ วรรณกรรมและศิลปะสร้างภาพที่บิดเบือนไปหรือไม่ และศิลปินสามารถสร้างภาพคนพิการที่สะท้อนมุมมองของผู้ชมข้ามประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมได้อย่างไร สอดคล้องกับงานของ มาร์ธา โฮล์มส์

(Martha S. Holmes) ที่เสนอว่าวัฒนธรรมวิคตอเรียผลิตคำนิยามความพิการที่แพร่หลาย ซึ่งนักเขียนและผู้แต่งเรื่องเล่าต่าง ๆ มักจะนำเสนออยู่ 2 ลักษณะด้วยกันคือ คนพิการที่เป็นเด็กไร้เดียงสาซึ่งลำบากยากเข็ญกับคนพิการที่เป็นขอทานซึ่งเป็นภาระของสังคม (Mitchell and Snyder 2001: 213)

เฮอร์เบิร์ต บลาว (Herbert Blau) เสนอว่า ภาพตัวแทนของคนพิการในวรรณกรรมและงานศิลปะนั้นจะต้องมีคุณลักษณะที่โน้มน้าวให้เห็น “ความเป็นมนุษย์ที่ทุกข์ทรมาน น่าสงสาร” มาทุกยุคทุกสมัยและในทุกวัฒนธรรม (Mitchell and Snyder 2001: 195-196) ไม่ว่าจะเป็นเทพเจ้าพิการของกรีก ตัวละครเอกในนิยายของเชคสเปียร์หรือเฮมมิงเวย์ หรือตัวละครร้ายในนวนิยายของไทยหลายเรื่อง และมักจะถูกผลิตซ้ำแล้วซ้ำเล่าจนกลายเป็นภาพประทับอยู่ในความคิดคำนึงของคนในสังคมว่าคนพิการมักจะมีชีวิตและจุดจบที่น่าสงสารเช่นนี้เอง

พอล ลองมอร์ (Paul Longmore) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดในการพรรณนาเชิงวรรณกรรมและทัศนคติทางสังคมที่ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของคนพิการ โดยมองว่ามีแบบฉบับตายตัว 3 ลักษณะที่สื่ออิเล็คโทรนิกส์ต่าง ๆ มักจะผลิตภาพตัวแทนของคนพิการซ้ำ ๆ นั่นคือ ความพิการเป็นการลงโทษคนไม่ดี คนพิการมีเคราะห์กรรมติดตัวมา มีโชคชะตาที่ขมขื่น และคนพิการไม่ชอบโลกของคนปกติและจะเปลี่ยนแปลงเสียหากเป็นไปได้ (Mitchell and Snyder 2001: 197)

เด็บโบร่าห์ เค้นท์ (Deborah Kent) ได้ศึกษาภาพของหญิงพิการในเรื่องแต่งและละคร เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตของหญิงพิการที่ถูกสร้างขึ้น และทัศนคติทางสังคมที่มีต่อหญิงพิการ การมีพื้นที่อยู่ในเรื่องแต่งหรือวรรณกรรมของผู้หญิงพิการนั้นสามารถถือเป็นดัชนีชี้วัดได้ว่า ในความเป็นจริงแล้วสังคมมองและมีความรับรู้ถึงการดำรงอยู่ของหญิงพิการอย่างไร (Mitchell and Snyder 2001: 199)

อย่างไรก็ตาม นอกจากการนำเสนอภาพคนพิการที่มีลักษณะเป็นการเตือนถึงสิ่งเลวร้ายที่สามารถเกิดขึ้นได้แล้ว ภาพลักษณ์ของคนพิการก็ได้มีลักษณะที่แตกต่างหลากหลายมากขึ้น ด้วยทัศนคติที่มองว่าคนพิการเองก็ไม่แตกต่างจากคนทั่วไป เช่นที่ปรากฏในหนังสือเทพนิยายสำหรับเด็ก ซึ่งนำเสนอตัวละครเอกเป็นคนพิการที่มีคุณสมบัติพิเศษที่สามารถเข้าถึงโลกแห่งจินตนาการได้ หรือที่ปรากฏในเรื่องแต่งร่วมสมัย ซึ่งนำเสนอชีวิตของตัวละครเอกที่เป็นคนพิการที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขไม่แตกต่างจากคนทั่วไป

หนังสือแนะนำ

กาญจนา แก้วเทพ. (2541). *การศึกษาสื่อมวลชนด้วยทฤษฎีวิพากษ์ (Critical Theory): แนวคิดและตัวอย่างงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

กาญจนา แก้วเทพ. (2544). *ศาสตร์แห่งสื่อและวัฒนธรรมศึกษา*. กรุงเทพฯ: เอดิสันเพรสโปรดักส์.

Hall, S. (1997). The Work of Representation. In Stuart Hall (Ed.). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. (pp.13-74). London: Sage in association with the Open University.

Mitchell, T. D. and Snyder, L. S. (2001). Representation and Its Discontents. In Albrecht, Gary L., Seeman, Katherine D. and Bury, M. (Eds.). *Handbook of Disability Studies*. (pp.195-218). California: Sage Publications.

13.2. การนิยาม/การให้ความหมาย/การจำแนกเกี่ยวกับ “ความพิการ” และ “คนพิการ”

ความพิการเป็นทั้งแนวคิดและวาทกรรมที่ปรากฏขึ้นอย่างกว้างขวางนับแต่ศตวรรษที่ 18 เป็นต้นมา การนิยามหรือให้ความหมายเกี่ยวกับ “ความพิการ” และ “คนพิการ” มีความเป็นพลวัตและมีนัยเชิงสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของความพิการและคนพิการ บาร์ตัน (Barton 1996: 3-6) เสนอว่าเป็นพันธะหน้าที่ของนักสังคมวิทยาที่จะสะท้อนภาพความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางสังคมเพื่อแสดงให้เห็นความแตกต่าง กระบวนการเป็นชายขอบ การกดขี่และความปรวนแปรทางสังคมหรือเรียกว่า แนวทางแห่งการปลดปล่อย (an emanicipatory approach) เพื่อช่วยในการนำเสนอ ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อผู้พิการที่ดำรงอยู่ รวมถึงนำไปสู่การต่อสู้ในเชิงการเมืองด้วย

ความพิการในอดีตไม่ได้ถูกทำให้เป็นแนวคิด (conceptualized) และไม่ใช่สถานะที่ถูกแยกออกอย่างชัดเจนหรือตายตัวทางสังคม แต่เป็นสภาวะพิเศษที่กลับไปกลับมาและมีอำนาจ ดักลาส (Douglas 1966:94-98) เคยพูดถึงความบ้าในบริบทของอำนาจและความเป็นอันตรายว่า ในโลกทางพิธีกรรมโดยเฉพาะในสังคมชนเผ่ามักมีความเชื่อว่า สิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมทางจิตใจหรือการควบคุมทางสังคม การหลุดไปจากเหตุผลชั่วขณะและความบ้าคลั่ง มักเป็นแหล่งที่มาของอำนาจและความจริงบางอย่างที่คนทั่วไปซึ่งมีสติสัมปชัญญะดีไม่สามารถเข้าถึงได้ ตัวอย่างเช่น ชาวเกาะอันดามันที่แร้ดคลิฟ บราวด์ (Brown 1993) ศึกษา มีความเชื่อว่า ถ้าอยู่ ๆ ชาวเกาะคนหนึ่งละทิ้งถิ่นฐานและพันธะหน้าที่ของตนเองออกร่อนเร่พเนจรไปในป่าคล้ายกับคนบ้า เมื่อเขากลับเข้ามายังเผ่าในภายหลังก็จะมีพลังอำนาจลี้ลับในการรักษาโรคภัยต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกับชนเผ่า Ehanzu ในประเทศแทนซาเนียในงานศึกษาของเวบ

สเตอร์ (Webster 1908) เชื่อว่าการที่ฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาลเป็นเพราะอำนาจเวทย์มนต์ของหมอผี วิธีแก้ไขก็คือ ชนเผ่าจะนำคนที่โง่ ไม่รู้ประสาไปปล่อยให้เร่ร่อนในป่าเพื่อทำลายเวทย์มนต์ เมื่อคนผู้นั้นกลับมาก็จะมีอำนาจลึกลับที่คนทั่วไปไม่สามารถเข้าถึง ดักลาสสรุปว่า การนำมาซึ่งอำนาจในพิธีกรรมเหล่านี้เกิดใน 2 ลักษณะคือ สภาวะที่บุคคลอยู่ในตำแหน่งชายขอบ (marginal state) ซึ่งเขาได้ละทิ้งหรือหลุดไปจากแบบแผนทางสังคม ไร้สถานที่หรือเป็นสถานภาพที่นิยามไม่ได้ กำกวม กับสภาวะที่บุคคลอยู่ในช่วงเวลาชายขอบ (marginal period) ซึ่งแยกออกจากการตายและการเกิดใหม่ในทางพิธีกรรม บุคคลนั้นจะต้องออกไปพเนจรร่อนเร่ ไม่มีที่อยู่ในสังคม มีคุณลักษณะคล้ายอาชญากร ขโมย มีสถานะแบบต่อต้านสังคม (anti-socially) ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างภาวะอันตรายและการเป็นแหล่งที่มาของอำนาจในเวลาเดียวกัน

ในทางแตกต่างกัน ดักลาสตั้งข้อสังเกตว่า ในโลกแบบฆราวาสบุคคลซึ่งไร้ที่อยู่ในระบบทางสังคมจะดำรงอยู่แบบชายขอบที่ผู้คนจะระมัดระวังและป้องกันตนเองจากบุคคลนั้น แม้ว่าพวกเขาจะมีช่วงเวลาในการเปลี่ยนผ่านคล้ายกับโลกของพิธีกรรมก็ตาม เช่น นักโทษที่พ้นโทษออกมาแล้วมีช่วงเวลาหนึ่งที่อยู่ “ข้างใน” หรือเรือนจำ และกลับออกมาใช้ชีวิตถาวร “ข้างนอก” คือระบบสังคมปกติ แต่สังคมส่วนใหญ่กลับไม่รับคนเหล่านี้เข้าสู่ภาวะปกติ หากแต่มองด้วยทัศนคติเชิงลบ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเวชที่สังคมเพื่อนบ้านเคยยอมรับให้อยู่ร่วมในชุมชนทั่วไป แต่เมื่อมีการนำไปรักษาในโรงพยาบาลทำให้พวกเขามีสถานภาพแบบ marginal state เป็นการย้ายออกจากสังคมปกติชั่วคราว และได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็น “โรค” ทำให้สังคมมองพวกเขาเปลี่ยนไปในทางลบและความอดทนยอมรับที่เคยมีต่อผู้ป่วยก็หายไปด้วย

แม้ในสังคมตะวันตกสมัยฟิวดัล เช่นในเกาะบริเทนของอังกฤษ คนที่มีภาวะบกพร่อง (impairment) ก็ยังไม่ได้ถูกกันออกไปจากสังคมหากแต่อยู่ร่วมปะปนกับคนทั่วไป กระทั่งการเปลี่ยนไปสู่สังคมอุตสาหกรรมในศตวรรษที่ 19 การให้คุณค่าแก่ร่างกายที่สามารถ (abed-bodied) กลายเป็นบรรทัดฐานที่สังคมยอมรับ ทำให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่อง (impairment) กลายเป็นคนโชคร้ายเนื่องจากไม่สามารถเข้าไปมีส่วนในการตักตวงผลประโยชน์ทางวัตถุและสังคม เพราะสังคมสมัยใหม่มองว่าคนเหล่านี้ไร้ประโยชน์ ไม่สามารถสนับสนุนภาคเศรษฐกิจได้ แม้ว่าในปี ค.ศ.1976 องค์กร UPIAS (Union of the Physically Impairment Against Segregation) จะพยายามแยกความแตกต่างระหว่าง “ภาวะบกพร่อง” กับ “การไร้ความสามารถ” (disability) ออกจากกันให้ชัดเจน แต่มุมมองทางการแพทย์ในขนบเดิมที่ให้ความสำคัญกับความ “ปกติ” ยังคงเป็นแนวคิดกระแสหลักทางสังคม ทำให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทั้งหมดไม่ว่าประเภทใดถูกเหมารวมว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถ (Barnes ใน Barton 1996 : 43-60)

ในปี ค.ศ.1981 ICIDH (The International Classification of Impairment, Disability and Handicap) ซึ่งอยู่ภายใต้ WHO ได้จำแนกขั้นของความพิการออกเป็น 4 ลำดับคือ การถูกรบกวนจากภาวะเจ็บป่วย (complaint) ไปสู่สภาพที่อ่อนแอบกพร่องลงของบุคคล (impairment) เช่น การไม่สามารถ

ใช้ขาได้ ทำให้เกิดภาวะไร้ความสามารถ (disabled) ตามมา คือไม่สามารถเดินได้และก่อให้เกิดอุปสรรคในการทำงานหรือการกระทำสิ่งต่าง ๆ (handicaps) รูปแบบการนิยามและจำแนกความพิการเช่นนี้ แอปเบอรี (Abberly ใน Barton 1996 : 61-63) วิจารณ์ว่าเป็นการมองที่อยู่บนฐานทางการแพทย์ซึ่งให้คุณค่ากับร่างกายหรือสภาพอันเป็น “ปกติ” (normal) ของมนุษย์ที่เอื้อประโยชน์ต่อกิจกรรมทางสังคมของคนที่อยู่ในภาวะปราศจากอุปสรรค (non-impairment) และเป็นคำนิยามที่ถูกใช้ไปอย่างกว้างขวาง เขาเห็นว่า “ภาวะบกพร่อง” (impairment) ไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่โดยธรรมชาติ หากแต่เป็นการจัดประเภททางสังคม (category) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์และสร้างให้เกิดการกดขี่ โดยเฉพาะสายการแพทย์ที่กำหนดที่ตั้งความพิการไว้ที่การด้อยประสิทธิภาพและการไร้ซึ่งศักยภาพของปัจเจกบุคคล “ภาวะบกพร่อง” จึงเป็นทฤษฎี (theory) ที่สังคมสร้างให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความพิการ (sense of disability) ขึ้นมา บนฐานคิดแบบวัตถุนิยมและเป็นโครงสร้างที่มากดขี่คนที่ไร้ความสามารถเอาไว้ แล้วใช้แนวคิดเรื่องการฟื้นฟูรักษา (cure) ขึ้นมารองรับ เพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับการกดขี่เหล่านั้นจนกลายเป็นอุดมการณ์ที่สังคมยอมรับกันโดยปริยาย

การอธิบายความพิการในทางการแพทย์และจิตวิทยา เป็นความรู้กระแสหลักที่มีอยู่ก่อนความรู้ทางสังคมวิทยาจะเกิดขึ้น Oliver (Oliver 1990 อ้างใน Barton 1996 : 8-9) เสนอว่า การนิยามความพิการที่ผ่านมาเป็นการอธิบายบนข้อสันนิษฐานแบบตายตัวเรียกว่า “disabilist assumption” และเป็นการปฏิบัติแบบแบ่งแยก (discriminatory practice) คนพิการจึงตกอยู่ในสถานะฝ่ายรับจากการมองโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และทำให้กลายเป็นคำอธิบายแบบทั่วๆ ไปที่สังคมรับรู้กัน (common-sense of disability) ซึ่งมองในเรื่องของสรีระวิทยาหรือชีววิทยาในทางการแพทย์ การมองปัจเจกบุคคลในแง่ของการสูญเสียความสามารถหรือไม่มีความสามารถอันนำไปสู่การสนับสนุนการพัฒนาในรูปแบบการพึ่งพิงของคนพิการ คนพิการจึงไม่โอกาสที่จะค้นหาอัตลักษณ์ (identity) หรือมีประวัติศาสตร์เป็นของตนเอง กลายเป็นกลุ่มที่ไร้อำนาจและขึ้นต่อสังคม Barton (1996 : 9-13) จึงเสนอให้อธิบายความพิการโดยใช้แนวคิดการเมืองว่าด้วยความแตกต่าง (political of difference) ซึ่งจะพบว่า สถานะที่คนพิการถูกกดขี่ครอบงำไม่แตกต่างไปจากการกดขี่ทางเชื้อชาติ (race) และประวัติศาสตร์ของสังคมที่ผ่านมาก็ไม่เปิดพื้นที่ให้แก่ความแตกต่าง การกดขี่ถูกสร้างและทำให้ชอบธรรมจนเป็นบรรทัดฐานไปโดยปริยาย (the taken-for-granted norms) ขณะที่นโยบายการพัฒนาเกี่ยวกับคนพิการที่ผ่านมาเป็นเพียงโวหาร (rhetoric) ของการปกป้องผู้อ่อนแอที่ถูกควบคุมโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้อื่นเท่านั้น คุณค่าและที่ยืนทางสังคมของคนพิการมาจากตำแหน่งทางความสัมพันธ์ที่สังคมมอบให้และเป็นสถานภาพที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของการสร้างภาพลักษณ์ทางวัฒนธรรม (cultural images) ดังนั้น การปลดปล่อยแก่ความหมายอันแตกต่างจึงเป็นเป้าหมายที่จะนำไปสู่ความยุติธรรมทางสังคมแก่คนพิการ

ซูซาน ปีเตอร์ (Susan Peter 1996: 216-220) อธิบายความพิการในแง่มุมว่า การสร้างและผลิตความหมายเกี่ยวกับความพิการที่ผ่านมาเป็นการกระทำผ่านสัญลักษณ์และพิธีกรรมทางสังคม เช่น นวนิยายและละครต่างๆ ในสมัยวิคตอเรียนมักจะวาดภาพคนพิการในลักษณะของผู้มีมลทิน เต็มไปด้วยความหดหู่เศร้าหมอง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไร้ประโยชน์ น่าสงสารและเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา แม้แต่ผู้หญิงพิการก็ถูกมองว่า ไม่มีความรู้สึกทางเพศ (asexual) ขมขื่นและน่ารังเกียจ การตกเป็นเหยื่อของการรับรู้ผิด ๆ ทางสังคมและอคติเหล่านั้นทำให้พวกเขาประสบกับภาวะ “การตายทางสังคม” (social death) นี่เป็นสัญลักษณ์เชิงวัฒนธรรม (cultural symbols) ที่ถูกเชิดชูโดยการแพทย์ที่อุปมาความพิการเสมือนโรคร้ายหรือศัตรูที่ต้องต่อสู้ กำจัด แม้แต่กลุ่มผู้หญิงก็ยังเรียกร้องให้พวกเธอสามารถทำแท้งได้เพื่อหลีกเลี่ยงจากการมีลูกพิการ วิธีการเช่นนี้เป็นเสมือนการแสดงทางพิธีกรรม (ritual performance) ของการกำจัดความพิการที่ไม่ถูกจำกัดขอบเขตทางการแพทย์ ขณะที่งานศึกษาทางสังคมวิทยาจำนวนมากก็ให้ความสำคัญกับการอธิบายความพิการจากแง่มุมของร่างกาย (body) มากกว่าการมองที่จิตใจ (mind) และมักตกอยู่ภายใต้การสร้างทางสังคม ทำให้งานเหล่านั้นกลายเป็นทฤษฎีของการแปะป้าย (Labelling Theory) ซูซานเสนอว่า สังคมควรเปลี่ยนจากการพิจารณาคนพิการในลักษณะกลุ่ม (group) มาเป็นการมองในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีอัตลักษณ์ส่วนตน (personal identity) ที่ซับซ้อน รวมทั้งการอธิบายความพิการที่ข้ามพ้นมิติของร่างกายจะช่วยให้คนพิการที่เราศึกษามีฐานะเป็นองค์ประธานที่ตื่นตัว (active subjects)

ขณะที่ อัลทแมน (Altman อ้างใน Albrecht 2001 : 97-122) พยายามจัดประเภทการนิยามความหมายความพิการและวิเคราะห์นัยและอำนาจที่แฝงอยู่ภายในคำนิยามเหล่านั้น เขาสรุปว่า การนิยามความพิการที่มีอยู่ในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ *กลุ่มแรก* เป็นการนิยามในเชิงกฎหมายและการจัดการ เช่น การนิยามที่มาจากสายนักนโยบายและแผนและหน่วยงานด้านสุขภาพ เช่น WHO และ World Bank โดยเฉพาะ ICIDH ซึ่งมีบทบาททำให้ความพิการกลายเป็นแนวคิด (conceptualization) และนิยามความพิการบนพื้นฐานของความเจ็บป่วยและข้อจำกัดทางร่างกาย *กลุ่มที่สอง* เป็นการนิยามโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ มองความพิการบนพื้นฐานของโรควิทยา (Pathology or disease) โดยแบ่งเป็นภาวะการไร้ความสามารถโดยถาวร (permanent disability) เป็นการประเมินและคาดการณ์ถึงภาวะปัจจุบันและอนาคตในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลที่ลดลงเรื่อย ๆ หรือสูญเสียไป ซึ่งโยงไปสู่เรื่องการจ้างงาน กับภาวะความบกพร่องโดยถาวร (permanent impairment) เป็นการประเมินทางการแพทย์ล้วน ๆ ว่าบุคคลมีความบกพร่องทางร่างกายในเชิงหน้าที่หรือความสามารถในกิจกรรมต่าง ๆ ส่วน *กลุ่มที่สาม* เป็นงานวิจัยทางวิชาการ ให้ความสำคัญกับการมองปรากฏการณ์ของความพิการในมิติที่หลากหลาย เช่น เพศสภาพ เชื้อชาติ ฯลฯ ไม่เน้นการหาคำนิยามที่ตายตัว แต่มุ่งหาความหมายในแบบ

อนุกรม (continuum) กลุ่มนี้สนใจการรับรู้ทางความคิดจากความพิการและมิติความสัมพันธ์ทางสังคมที่นำไปสู่การแปะป้ายเป็นความพิการ โดยมองว่า ความพิการไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่เดิมในปัจเจกบุคคล แต่เป็นการสร้างทางสังคม (social construct) ที่ทำให้คำนิยามของความพิการกลายเป็นแนวคิด (concept) ซึ่งมีลักษณะเป็นการสร้างกรอบหรือขอบเขตการนิยาม รูปแบบและทฤษฎี ขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่เป็นฐานรากของการสื่อสารหรือสัญลักษณ์ของปรากฏการณ์ทางสังคม

การอธิบายความพิการในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากการสร้างคำนิยามที่ตายตัวมาสู่การค้นหาความหมายเชิงสัญลักษณ์และเปิดพื้นที่ให้แก่ความหมายอันหลากหลายที่มาจากตัวผู้พิการเอง ขณะเดียวกันก็เป็นการต่อสู้เชิงอำนาจที่ก่อให้เกิดประเด็นย่อยน่าสนใจตามมา เช่น เพศสภาพกับความพิการ อัตลักษณ์ การเมืองว่าด้วยความแตกต่าง เป็นต้น

หนังสือแนะนำ

Albrecht, Gary L., Seelman, Katherine D., and Bury, M., (eds.). (2001). *Handbook of disability studies*. California: Sage Publications.

Barnes, C., Mercer, G. and Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: a Sociological introduction*. Cambridge,U.K: Polity Press.

Barton, L., edited. (1996). *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*. London: Longman Limited.

Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: an analysis of concepts of pollution and Taboo.* Routledge and Kegal Paul.

Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Basingstoke : Macmilla.

บทที่ 14
ความแก่และความตาย: ความหมายของปฏิบัติการทางสังคม

14.1 ความตายในมิติเชิงวัฒนธรรม

ทัศนคติของสังคมในปัจจุบันที่มองความตายว่าเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต เมื่อร่างกายหยุดการทำงานก็เข้าใจว่าชีวิตนั้นจบสิ้นและไม่มีอะไรจากนั้นอีกต่อไป คนโดยส่วนใหญ่จึงมองความตายว่าเป็นเรื่องของความสูญเสียความพลัดพราก และความเจ็บปวดทรมาน ดังนั้นความตายจึงกลายเป็นเรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกหนีให้ไกลที่สุด หรือต้องยืดระยะเวลาวาระสุดท้ายของชีวิตให้ยาวนานที่สุด จากทัศนคติดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอีกหลายอย่าง เช่น การนิยมที่นำคนป่วยหรือคนที่ใกล้สิ้นใจไปรักษาที่โรงพยาบาลและฝากชีวิตไว้ในมือแพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีเข้ามาควบคุม จัดการต่อสู้กับความตาย และทำทุกวิธีตามกระบวนการทางการแพทย์ที่จะยืดลมหายใจคนไข้ให้นานที่สุด

กระบวนการกู้ชีวิตทั้งหมดมักดำเนินไปตามแบบแผนพื้นฐานเดียวกันภายใต้วิธีคิดแบบการแพทย์แบบชีวกลไก ซึ่งมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วย โดยใช้ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาจัดการกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อยับยั้งความตาย นอกจากจะลดทอนความตายเหลือเพียงมิติทางกายภาพแล้ว ยังมีความพยายามที่จะลดทอนความตายให้กลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนอีกด้วย

ดังที่ นูแลนด์ ได้กล่าวถึงชีวิตการแพทย์กว่า 35 ปีของเขาว่า เขาไม่เคยได้รับอนุญาติให้ระบุในมรณบัตรว่า ผู้ป่วยวัย 80-100 ปีของเขาตายเพราะ *"ชราภาพ"* ได้เลย หากจะต้องระบุว่า ตายด้วยโรคหรือความผิดปรกติที่อวัยวะส่วนใด หากเขาเขียนว่าตายเพราะชราภาพมรณบัตรนั้นจะถูกตีกลับมาด้วยเหตุผลว่าเขากำลังทำผิดกฎหมาย และนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า *"ทุกหนแห่งในโลกนี้ การตายเพราะชราภาพเป็นสิ่งผิดกฎหมาย"* การมองว่าความตายหมายถึงความผิดปกติของอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไม่ยอมรับว่ามีความตายที่เกิดจากชราภาพหรือเพราะถึงอายุขัยแล้วนั้น เท่ากับบอกว่าความตายไม่ใช่ปรากฏการณ์ธรรมชาติ ความตายอย่างเป็นธรรมชาตินั้นไม่มี มีแต่ความตายเพราะเป็นโรค กล่าวอีกนัยหนึ่งความตายนั้นถือว่าเป็นโรค (disease) อย่างหนึ่ง (ดูรายละเอียดจาก นูแลนด์ 1994)

อาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติดังกล่าวมีรากฐานมาจากวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ซึ่งนิยามสิ่งต่าง ๆ แต่ในเชิงวัตถุที่ชั่งตวงวัดหรือจับต้องได้ และทำให้ความตายหมายถึงความย่อยยับดับสลายของชีวิตและเป็นจุดสุดท้ายของชีวิตที่ไม่มีอะไรหลังจากนั้น ตรงนี้เองเป็นจุดที่ทำความตายเป็นสิ่งน่ากลัวยิ่งขึ้น เพราะใน

สัญชาติญาณส่วนลึกที่สุดของคนเรานั้นต้องการความเป็นอมตะ ปรารถนาความสืบเนื่องของตัวตน และทนไม่ได้ที่ตัวตนจะดับสูญจึงต้องการให้ตัวตนคงอยู่ยั่งยืนสืบเนื่องต่อไป เมื่อวิทยาศาสตร์บอกว่าความตายเป็นจุดสุดท้ายของชีวิตมนุษย์จึงดิ้นรนที่จะหนีความตายไปให้พ้น หรือยิ่งกว่านั้นคือพยายามหาทางทำให้ตัวเองเป็นอมตะ (พระไพศาล 2547: 15)

วิธีคิดดังกล่าวได้ลดทอนความตายให้เหลือเพียงมิติทางกายภาพเท่านั้น ซึ่งแท้ที่จริงแล้วความตายยังมีความหมายในมิติอื่น ๆ ที่มีความสำคัญกับชีวิต เช่นในมิติเชิงวัฒนธรรมได้ให้ความหมายการตายแตกต่างกัน ขงจื้อ-ความตายตอกย้ำคุณธรรม เต๋า-การกลับสู่ธรรมชาติ ความเป็นสามัญ คริสต์-การคืนกลับไปหาพระเจ้า อิสลาม-การคืนกลับไปหาพระเจ้า ผีพราหมณ์-การไปสู่ภพหน้า พรหมโลก พุทธ-อนิจจัง กรรม การเวียนว่าย เป็นต้น

แต่ในสังคมปัจจุบันความตายได้สูญเสียคุณค่าเชิงสัญลักษณ์ไปจนหมดสิ้นแล้ว อารยธรรมตะวันตกได้พัฒนาก่อรูปขึ้นมาด้วยการกีดกันคนบางกลุ่ม บางประเภทออกไปจากสังคม เช่น คนบ้า คนป่า คนพิการ คนป่วย คนชรา เป็นต้น ในทำนองเดียวกันสังคมก็ปฏิเสธคนตายด้วยการตัดขาดคนตายออกจากวัฏจักรของสัญลักษณ์ในสังคม คนตายถูกแยกถูกกันออกจากโลกของคนเป็น ๆ ทั้งในทางกายภาพ เช่น สุสานจะต้องอยู่นอกเมือง และในแง่จิตใจ เช่น ยกเลิกประเพณีการไว้ทุกข์ สถาบันทางสังคมและศาสนาสมัยใหม่ดูจะพยายามเป็นอย่างยิ่งที่จะแบ่งแยกคนตายออกจากสังคม เพื่อที่จะได้ทำตัวเป็นสื่อการระหว่างทั้งสองฝ่าย เพราะการทำให้เอกภาพระหว่างคนตายกับคนเป็นในสังคมหมดสิ้นไป การทำให้สายใจระหว่างคนเป็นกับตายถูกตัดขาดจากกัน การทำให้ความตายและคนตายเป็นเรื่องเฉพาะสำหรับผู้ชำนาญการเป็นเรื่องต้องห้าม ล้วนแต่เป็นแก่นสาระสำคัญของการควบคุมทางสังคมทั้งสิ้น (ดูรายละเอียดใน Baudrillard 1981)

ในทางตรงกันข้าม มนุษย์ในสังคมบุพกาลสามารถรักษาความหมายและคุณค่าเชิงสัญลักษณ์ของความตายเอาไว้ พวกเขาจะทำทุกสิ่งทุกอย่างให้ความตายเป็นเรื่องของชุมชนส่วนรวม สังคมบุพกาลจะมีพิธีกรรมในการรับรองเด็กชายว่าเขาได้กลายเป็นหนุ่มฉกรรจ์แล้ว บรรพบุรุษจะกลืนเด็กชายเหล่านี้ด้วยกระบวนการทางสัญลักษณ์และพิธีกรรม เพื่อให้พวกเขาเกิดขึ้นใหม่อีกครั้งหนึ่งในฐานะหนุ่มฉกรรจ์ เป็นการแลกเปลี่ยนทางสัญลักษณ์ระหว่างเด็กชายกับผู้ใหญ่ และบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วของพวกเขา เป็นการหมุนเวียนและการอุทิศคุณค่าด้วยสัญลักษณ์ระหว่างคนตายกับคนเป็น ความตายและคนตายจึงไม่ได้เป็นเรื่องไร้สาระไร้แก่นสารเช่นที่เป็นอยู่ในสังคมปัจจุบัน

ดังนั้นเรื่องความตาย จึงอาจไม่ได้มีความหมายเพียงแค่การสิ้นชีวิตในทางกายภาพแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงความจริง ความหมาย และคุณค่าของชีวิต รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีต่อกันทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคมนั้น ผ่านทางสัญลักษณ์หรือพิธีกรรม

ที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งพิธีกรรมและสัญลักษณ์เหล่านี้จะทำหน้าที่เชื่อมโยงและรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ระหว่างคนเป็นและคนตายให้ดำรงไว้อย่างมีเอกภาพ ต่างกับสังคมสมัยใหม่ที่ต้องสร้างคุณค่าหรือค่านิยมใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อตอบสนองความเป็นตัวตนของมนุษย์ เห็นความตายเป็นเรื่องน่ากลัวและแปลกแยกจากชีวิต และสุดท้ายอาจตายอย่างโดดเดี่ยวท่ามกลางคนแปลกหน้าในโรงพยาบาล

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). (2545). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

เชอร์วิน บี นูแลนด์. (2546). *เราตายอย่างไร: สำรวจความตายอันหลากหลายของมนุษย์ ไตร่ตรองมองบทสุดท้ายของชีวิต*. (แปลโดยวเนช). กรุงเทพฯ:มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พระไพศาล วิสาโล. (2547). *ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ*. *เสขิยธรรม* 59(14) มกราคม-มีนาคม.

ลักษมี ชาญเวชช์ บรรณาธิการ. (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์. (2545). ความชรา ภาพร่างและการใช้ชีวิตในเมือง. ในปริตตา เฉลิมเผ่า กออนันตกูล. *ชีวิตชายขอบ: ตัวตนกับความหมาย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิริธร (องค์การมหาชน).

Aries, P. (1974). *Western attitudes toward death.* The Johns Hopkins University Press.

Baudrillard, J. (1981). *For a Critique of the Political Economy of the Sign*. Telos Press.

Cohen, L. (1992). No Aging in india: “The Reconstruction of Death in North American and Japan. in Arthur Kleinman, Vena Das & Margaret Lock, eds. *Social Suffering.* Berkeley: University of California Press.

Elias, N. (1985). *The Loneliness of The Dying.* Basil Blackwell Ltd.

Kubler, R. (1997). On death and dying. New York: Scribner Classic.

Levine, Stephen. (1982). *Who dies?.* Anchor Press / Doubleday Garden City, New York.

Malpas, J. and Solomon, R.C. (1998). *Death and Philosophy*. London: Routledge.

Philipe ,D.Z. (1970). *Death and Immortality.* London and Basomgstoke: Macmilian and Co.Ltd.

Seremetakis, N. (1991). The Screaming. In *The Last Words: Women, Death, and Divination in Inner Mani.* Chicago: The University of Chicago Press.

Singer, P.(1994). *Rethink Life & Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. Oxford University Press.

Varela, F.J. (ed.).(1997). *Sleeping, Dreaming, and Dying: An Exploration of Consciousness with The Dalai Lama.* Massachusetts: Wisdom Publication.Boston.

14.2 พิธีกรรมเกี่ยวกับความตาย

การตายและความตาย (death) เป็นสิ่งสากลที่เกิดขึ้นกับทุกบุคคลในทุกสังคม แต่กลับมีการศึกษาและทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้น้อยมาก ทั้งนี้เพราะการตาย (dying) เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลซึ่งเมื่อประสบแล้วก็ไม่มีใครสามารถถ่ายทอดบอกต่อผู้อื่นได้อีก ในช่วงต้นศตวรรษที่ยี่สิบ งานศึกษาทางมานุษยวิทยาได้ให้ความสนใจกับบทบาทของความตายภายในกลุ่มสังคมต่าง ๆ และวิธีที่คนในสังคมเหล่านั้น (ที่ไม่ใช่สังคมอุตสาหกรรม) ตอบสนองกับความตาย จุดเน้นหลักของความสนใจนี้จึงอยู่ที่พิธีศพและการไว้ทุกข์ที่เกิดขึ้นภายหลังการตาย เช่น งานของ เฟรเซอร์ (1913) แรดคลิฟ-บราวน์ (1933) งานศึกษาเหล่านี้ให้ข้อมูลและมุมมองทางทฤษฎีโดยเน้นที่การทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากความตาย อาทิ การจัดการกับร่างผู้ตาย การที่คนมาร่วมงานมากมาย ระยะเวลาที่ไว้ทุกข์ การทำลายทรัพย์สิน การทำร้ายตนเองเพื่อแสดงความเศร้าโศก ฯลฯ

ต่อมา นักมานุษยวิทยาได้พัฒนากรอบทฤษฎีเชิงโครงสร้าง-หน้าที่เพื่อทำความเข้าใจประเพณีพิธีกรรมที่แตกต่างหลากหลายนั้น และวิเคราะห์ว่าการตายเป็นช่วงระยะแห่งการเปลี่ยนผ่านระหว่างชีวิตกับความตาย ในสภาพหัวเลี้ยวหัวต่อนี้จะรวมถึงปัจเจกบุคคลที่เสียชีวิตแล้ว และปัจเจกกลุ่มเฉพาะที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ถูกคุกคามจากอาการป่วย อายุมาก หรือ บาดเจ็บ ฯลฯ ซึ่งในสังคมแต่ละแห่งจะมีการเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อคนที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านเหล่านี้ เรียกว่าเป็น “ความตายทางสังคม” เช่น แบ่งแยกผู้ที่มีชีวิตออกจากคนที่กำลังจะตาย ให้ค่อย ๆ หลุดพ้นไป เปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ตายและให้ค่อย ๆ รับรู้ตนเองว่าบทบาททางสังคมของตนนั้นมิได้เป็นบทบาทของคนที่มีชีวิตอีกต่อไป ทั้งนี้เพราะเมื่อเกิดการตายของสมาชิกในกลุ่มสังคมขึ้น ย่อมส่งผลกระทบให้เกิดความระส่ำระสายของความสัมพันธ์ของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ด้วย พิธีศพซึ่งมีรายละเอียดข้อปฏิบัติที่แตกต่างกันในหลากหลายวัฒนธรรม จึงมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ปัญหาความกลัวและโศกเศร้า และความสัมพันธ์ที่ถูกกระทบ โดย

มีองค์ประกอบสากล 3 ลักษณะด้วยกัน ได้แก่ การแบ่งแยกผู้ตายออกไปจากสังคม (separation) พิธีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพ (transition) เช่น ทิ้งศพให้เน่า เผา ฯลฯ และการรวมผู้ตายเข้าสู่โลกใหม่หรือบทบาทใหม่ที่ต่างไปจากโลกของคนเป็น (incorporation) จากนั้น จึงเริ่มมีงานศึกษาจำนวนมากที่สนใจเกี่ยวกับการตีความสัญลักษณ์ที่ปรากฏในพิธีศพด้วย

ในสังคมที่ไม่ใช่สังคมอุตสาหกรรมนั้น การให้นิยามของการตายนั้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและแตกต่างออกไป งานของ Hertz (1960 [1907]) เน้นถึงความแตกต่างของระบบความคิดเกี่ยวกับความหมายของการตายในกลุ่มที่ต่างวัฒนธรรมกัน ตัวอย่างเช่น ในยุโรปปัจจุบันจะเสนอภาพว่า ความตายนั้นคือจุดสิ้นสุดของชีวิต ในขณะที่ระบบคิดของสังคมดั้งเดิมหลายแห่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้นถือว่าความตายเป็นเพียงสภาวะหนึ่งในกระบวนการที่ยาวนานกว่านั้น ซึ่งเริ่มขึ้นก่อนสิ่งที่เรียกว่า “ความตาย” และยังดำรงอยู่ต่อไปอีกนานหลังจากนั้น ตัวอย่างเช่น ชาวเมริน่า (Merina) ในมาดากัสการ์ เชื่อกันว่าบุคคลนั้นเปลี่ยนไปตามลำดับจากเริ่มแรกที่เปียกและอ่อนนุ่ม เป็นทารกที่กระดูกยังอ่อนดัดได้ ไปเป็นผู้ใหญ่ซึ่งมีการผสมกันระหว่างส่วนที่แห้งแข็งคือกระดูก กับส่วนที่อ่อนนุ่มคือเนื้อหนังมังสา เมื่อตายไปศพก็ยังพัฒนาส่วนที่แข็งแห้งมากขึ้น แต่ก็ยังคงส่วนที่เปียกอยู่ ซึ่งจะค่อย ๆ เน่าสลายไปจนหมด จึงถือว่าจบกระบวนการ ดังนั้นสำหรับชาวเมริน่าแล้ว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตลอดชีวิตและภายหลังการตายนั้น นับเป็นส่วนต่าง ๆ ของกระบวนการหนึ่งเท่านั้น

เมื่อมีทัศนคติต่อความตายเช่นนี้ ย่อมสะท้อนออกมาในวิธีจัดพิธีศพ โดยมีการฝังร่างผู้ตายทันทีในหลุมชั่วคราว เพื่อให้ส่วนที่อ่อนนุ่มและเปียกนั้นไหลออกจากร่าง หลังจากนั้น 2 ปี ส่วนที่แห้งแข็งของร่างกายก็จะถูกนำไปฝังในหลุมศพของตระกูล การจัดพิธีศพ 2 ครั้งจึงนำมาซึ่งความเสร็จสมบูรณ์ของกระบวนการแห่งชีวิต ยิ่งไปกว่านั้น การจัดวางส่วนที่แห้งแข็งลงในหลุมศพของชุมชนยังเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลง จากการสิ้นสุดความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ตาย และผู้ตายได้หลอมรวมเข้ากับตระกูลเครือญาติในอนุสรณ์สถานซึ่งจะคงอยู่ไปชั่วนิรันดร (Block 1971)

ความพยายามที่จะรักษาชิ้นส่วนร่างของผู้ตายให้คงทนไปนาน ๆ โดยการเก็บรักษาไว้ในสุสานหินนั้น พบได้ทั่วไปตั้งแต่ประเทศจีนไปจนถึงในยุโรป ซึ่งจากตัวอย่างเหล่านี้หลุมฝังศพมิใช่เป็นของปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ทว่าเป็นสถานที่ซึ่งร่างของทั้งครอบครัวและสายตระกูลถูกนำกลับมารวมกัน แสดงถึงสัญลักษณ์ของความเป็นเอกภาพของครอบครัว อีกทั้งสุสานหินนั้นมีลักษณะถาวรเป็นการเชื่อมโยงระหว่างผู้ที่ยังมีชีวิตและผืนดินที่ร่างผู้ตายถูกฝังอยู่ หลุมศพจึงมีบทบาทสำคัญที่ส่อถึงความเป็นชาตินิยมด้วย บรรดาผู้ที่อพยพย้ายถิ่นมักจะให้ความสำคัญเป็นอย่างมากกับการฝากฝังให้ส่งศพของพวกเขากลับไปฝังยังภูมิลำเนาเดิม ตัวอย่างเช่น ชาวคอร์ซิคัน (Corsican) ซึ่งอพยพมาสหรัฐนั้น จะใช้เงินจำนวนมากในการสร้างสุสานของตระกูลที่มีขนาดใหญ่ เป็นต้น

มีแนวปฏิบัติอีกลักษณะหนึ่งซึ่งตรงกันข้ามกับความพยายามที่จะเก็บรักษาศพ คือ การเผาศพ ทว่าการเผาศพนั้นมีเหตุผลที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรม ในศาสนาพุทธและฮินดู ถือว่าการเผาศพเป็นสภาวะสุดท้ายของการทำให้ร่างและกิเลสตัณหาได้กลับไปรวมเป็นเอกภาพกับความศรัทธา ในพิธีศพของฮินดู ผู้ไว้ทุกข์หลักจะทุบกะโหลกของศพให้แตกเพื่อปลดปล่อยดวงวิญญาณจากการติดกับเนื้อหนังมังสา ที่เมืองพาราณสีอันศักดิ์สิทธิ์ ณ ประเทศอินเดีย ร่างนับพันของผู้ตายจะถูกนำไปเผาที่ริมฝั่งแม่น้ำ Ganges ซึ่งเมื่อเถ้าถ่านกระจายไป นับเป็นความหวังที่จะปลดปล่อยผู้ตายให้หลุดพ้นจากวัฏจักรแห่งการเวียนว่ายตายเกิด

อย่างไรก็ตาม การเผาศพอาจเป็นความจงใจที่จะทำในสิ่งตรงข้ามก็ได้ ในมหากาพย์อีเลียตของโฮเมอร์ ยุคกรีกโบราณนั้น ความตายในอุดมคติคือการถูกสังหารในขณะที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว ดังนั้นศพของวีรบุรุษผู้ตายในสงครามจึงถูกเผา เพื่อว่าความทรงจำถึงร่างอันสมบูรณ์ของพวกเขาจะได้ไม่ถูกเจือปนด้วยภาพแห่งความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลง (Vernant 1982)

ในส่วนอื่น ๆ ของโลก การปฏิบัติต่อร่างผู้ตายสะท้อนถึงความกังวลในเรื่องอื่น ๆ เช่น ในเมลานิเซีย การเผาศพถูกมองว่าเป็นผลแห่งการแลกเปลี่ยน ห่วงโซ่แห่งของขวัญที่ต้องแลกเปลี่ยนกันในการแต่งงาน ดังนั้น ในหมู่พวกกีมี (Gimi) แห่งนิวกีเนีย ถือว่าบุคคล (person) นั้นคือผลพวงของการหลอมรวมกระดูกซึ่งได้มาจากสายตระกูลที่ถือกำเนิดมากับเนื้อหนังมังสาซึ่งเชื่อกันว่าได้มาจากหญิงที่แต่งงานด้วยซึ่งเป็นสายตระกูล (clan) อื่น ดังนั้นการตายจึงเป็นการทำลายความเป็นบุคคล ความคิดเช่นนี้ปรากฏชัดเจนในวิถีปฏิบัติที่ผู้หญิงของเผ่าต้องทำหน้าที่กินเนื้อของผู้ตายเพื่อปลดปล่อยกระดูกของสมาชิกของสายตระกูลสามีและทำให้ดวงวิญญาณกลับไปยังป่าดั้งเดิมได้

ยิ่งไปกว่านั้น ได้มีการพยายามศึกษาบริบททางสังคมเมื่อมีการตายเกิดขึ้น และทำความเข้าใจกับบทบาทของพิธีกรรมที่ช่วยเยียวยาหรือบรรเทาอารมณ์เศร้าโศก กังวล ความระส่ำระสายของความสัมพันธ์ของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้แบบแผนปฏิบัติในพิธีจะแตกต่างกันไปขึ้นกับ เพศ วัย สถานะทางสังคมของผู้ตาย และผลกระทบของการตายที่มีต่อกลุ่มสังคม เช่นในหลายกลุ่มสังคม การตายของเด็กทารก แม้จะสร้างความโศกเศร้าให้แก่พ่อแม่ แต่จะไม่มีการทำพิธีใด ๆ เพราะถือว่ายังไม่ได้เข้าเป็นสมาชิกของสังคม ในขณะที่การตายของคนสูงอายุ ซึ่งมีลูกหลานมากมายจะมีการจัดอย่างใหญ่โต มีทั้งการเฉลิมฉลองและการไว้ทุกข์ ซึ่งอาจแสดงออกด้วยการร้องไห้ โกนศีรษะ หรือใส่เสื้อผ้าเฉพาะเพื่อแสดงช่วงเวลาการไว้ทุกข์ ในพิธีศพนั้นมิได้แสดงแต่อารมณ์โศกเศร้าเท่านั้น เพราะเมื่อมีการตายย่อมมีการเกิดใหม่ขึ้นแทนที่ผู้ตายด้วย ในกรณีของผู้ที่มีสถานภาพสูง มีทรัพย์สมบัติที่จะส่งต่อให้ผู้อื่นจำนวนมาก เช่น กษัตริย์ หรือ ผู้นำ

ระยะเวลาในการจัดพิธีจะยาวนานกว่าและมีช่วงเวลาการไว้ทุกข์ที่นานกว่าเพื่อทิ้งช่วงให้เกิดการจัดดุลยภาพในกลุ่มคนที่จะสืบต่อทรัพย์สมบัติและอำนาจนั้น ในพิธีศพมักเป็นการแสดงถึงจุดสิ้นสุดของชีวิตและเน้นความต่อเนื่องสืบต่อไป

นอกจากนี้ พิธีกรรมยังสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับโลกหน้าและชีวิตหลังความตาย ความเชื่อเรื่อง "ขวัญ" หรือ "ดวงวิญญาณ" ที่ยังคงอยู่ต่อไป ในพิธีกรรมจึงมีแนะหรือนำทางให้ดวงวิญญาณสามารถไปยังจุดหมายได้ เพื่อมิให้เกาะติดหรือกลับมารบกวนคนที่มีชีวิตอยู่ในรูปแบบของผี หรือ ก่อให้เกิดสิ่งไม่ดีแก่สังคมได้ แนวคิดในการจัดแบ่งประเภทของการตายว่า อะไรคือ การ "ตายดี" หรือ "ตายร้าย" ก็มีความแตกต่างกันด้วย ในบางสังคมถือว่า การฆ่าตัวตายนั้นเป็นบาปสูงสุด แต่ในบางสังคม เช่น ญี่ปุ่น ก็ถือว่าการฆ่าตัวตาย (ฮาราคีรี) นั้นเป็นสิ่งที่น่ายกย่อง การประกอบพิธีกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสาเหตุการตายและตำแหน่งทางสังคมของผู้ตาย จึงมีความสำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ด้วย งานวิจัยต่างๆ ได้บ่งชี้ว่า ถึงแม้ว่าความเชื่อเรื่องผีจะเป็นสากลปรากฏอยู่ทุกสังคม แต่ผีนั้นจะสามารถทำร้ายหรือช่วยเหลือคนที่ยังมีชีวิตอยู่ได้อย่างไรนั้น ขึ้นกับสังคมและความเชื่อเฉพาะทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป

หนังสือแนะนำ

ปรานี วงษ์เทศ. (2534). *พิธีกรรมเกี่ยวกับการตายในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Bloch, M. and Parry, J. (eds.). (1999). *Death and the regeneration of life*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.

Frazer, J.G. (1913). *The Belief in Immortality and the Worship of the Dead.* London: V.I. Dawsons of Pall Mall.

Gennep, A. V. (1961).*The rites of passage.* (translated by Monika B. Vizedom and Gabrielle L. caffe.). Chicago: University of Chicago Press.

Hertz, R. (1960). A Contribution to the Study of the Collective Representation of Death. In *Death and the Right Hand*. (Translated by R. Needham and C. Needham.) New York: Free Press.

Metcalf, Peter and Huntington, R. (1999). *Celebrations of death: the anthropology of mortuary ritual.* Cambridge, U.K: Cambridge University Press.

Radcliffe-Brown, A.R. (1933). *The Andaman Islanders*. Cambridge: Cambridge University Press.

River, William H.R. (1926). The Primitive Conception of Death. In *Psychology and Ethnology*. London: Kegan Paul. .

Rosenblatt, Paul C., R. Patricia Walsh, and Douglas A.Jackson. (1976). *Grief and Mourning in Cross-Cultural Perspective*. New Haven: HRAF Press.

14.3 ประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงทางความคิดเกี่ยวกับความตาย

ความตาย แม้จะเป็นสิ่งสามัญที่ต้องเกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกรูปนาม แต่ในโลกสมัยใหม่ความตายได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงมาอย่างมาก ทั้งในด้านความรับรู้ รูปแบบ ฯลฯ เนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมผ่านช่วงเวลาต่าง ๆ เรื่อยมา ปัจจุบันเรื่องของความตายได้เป็นปัญหาใหญ่อันหนึ่งของสังคม กล่าวเฉพาะในด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข ปัญหาการจัดการกับความตายที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุข เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง ความพยายามในการฉุดรั้งชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา บางครั้งได้สร้างความขัดแย้งให้เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับญาติมิตรของผู้ป่วย หรือกระทั่งกับตัวผู้ป่วยเอง มาตรการในการรักษาที่หลายครั้งเป็นเหมือนการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา การเจาะ การสวน ใส่วัตถุต่าง ๆ เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย เชื่อมโยงร่างกายของผู้ป่วยกับเครื่องกลไกเหล่านี้ที่คิดว่าจะฉุดรั้งชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ ฯลฯ ซึ่งความพยายามดังกล่าวย่อมส่งผลต่อผู้ป่วย ทำให้เขาเหล่านั้นยากที่จะจากไปอย่างสงบ หรือทำให้เขาไม่อาจเผชิญหน้ากับความเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นกับชีวิตของเขา เป็นความเปลี่ยนแปลงอันเป็นสามัญลักษณะของชีวิต เมื่อมีชีวิตย่อมต้องมีความตาย

ทำไมเราจึงต่อต้านกับความตายในระดับที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ด้านหนึ่งเป็นมาตรฐานของการรักษา แต่อีกด้านหนึ่งเกิดขึ้นจากมุมมองหรือโลกทรรศน์ที่เราคนในยุคปัจจุบันได้มองความตายว่าเป็นเสมือนจุดสิ้นสุดของชีวิต ครั้งหนึ่งในอดีตมนุษย์เราไม่ได้มองความตายเป็นความสิ้นสุดของชีวิต ชีวิตของมนุษย์สามารถที่จะมีต่อไปอีกได้หลังจากความตาย ทรรศนะดังกล่าวมีอยู่ในระบบความเชื่อที่กระจายอยู่ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นในหมู่ชนเผ่าต่าง ๆ หรือ ในอารยธรรมที่ยิ่งใหญ่เช่น อารยธรรมของอียิปต์ จีน อินเดีย ทรรศนะดังกล่าวยังเป็นโลกทรรศน์ของศาสนาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเล็กหรือใหญ่ในโลกด้วยเช่นกัน

การศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเรื่องทัศนะที่เกี่ยวข้องกับความตายในโลกตะวันตก งานที่สำคัญชิ้นหนึ่ง คือ งานของ Aries (1975) ที่ได้ทำการศึกษาความตายในสังคมตะวันตกจากยุคกลางมาจนถึงสมัยปัจจุบันได้ แสดงให้เห็นความรับรู้และการปฏิบัติต่อความตายที่ได้เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุค

สมัย โดยได้แบ่งออกเป็น 4 ช่วงเวลา คือ Tamed Death, One's own Death, Thy Death และ Forbidden Death

Aries ได้ศึกษาย้อนไปศึกษาในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 8 ลงมา ในช่วงแรกมนุษย์ได้ยอมรับความตายอย่างไม่ได้ฟูมฟาย หรือทำให้เป็นเรื่องที่พิเศษมากมายแต่อย่างใด การตายของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นใครในสมัยดังกล่าว ไม่ได้แตกต่างไปจากคนอื่น การตายคือสิ่งสามัญที่พึงเกิดขึ้นกับมนุษยชาติทั้งปวง ดังนั้นการเผชิญหน้ากับความตายเป็นเรื่องของการน้อมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และอยู่ภายใต้ความเชื่อในโลกทัศน์ทางคริสต์ศาสนา การตายเป็นหนทางที่จะนำมนุษย์กลับไปสู่พระเจ้า ในสมัยดังกล่าวการตายมักเกิดขึ้น ณ ที่อยู่ของผู้ที่กำลังจะตาย มากกว่าที่จะมาตายในสถานที่รักษาพยาบาลดังที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คนที่กำลังจะตายจะกระทำตามธรรมเนียมทางศาสนาของตน ในการปฏิบัติเพื่อพบกับความตายโดยอาการอันสงบ บางที่อาจมีการแนะนำให้โดยนักบวชเพื่อให้ผู้ที่กำลังจะตายไม่ลืมขั้นตอน นอกจากนั้นผู้ป่วยหรือคนที่กำลังจะตายที่นอนอยู่บนเตียง ยังเป็นเสมือนการทำพิธีแสดงให้เห็นภาวะแห่งธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ บรรดาญาติ มิตร เพื่อนพ้อง ทั้งที่ใกล้ชิด หรืออยู่ร่วมกันในชุมชนนั้น จะมารวมกันอยู่ในห้องของผู้ที่กำลังจะตาย ไม่เว้นแม้แต่เด็ก ๆ ทุกคนสามารถเข้าออกห้องนั้นได้อย่างเสรี คนทั้งหลายมาเพื่อเป็นประจักษ์พยานของการตายที่เกิดขึ้น เพื่อรำลึกว่าการตายเป็นสิ่งที่จะเกิดกับมนุษย์ทุกคน ดังนั้นการตายของบุคคลในเวลาดังกล่าวไม่ใช่เรื่องส่วนตัว แต่เป็นกระบวนการทางสังคม เป็นโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคมนั้น ๆ แต่เดิมการฝังศพหรือสุสานมักจะอยู่นอกเมือง แต่ต่อมาได้มีการฝังศพไว้ในบริเวณศาสนาสถาน เช่น ในบริเวณโบสถ์ เป็นต้น และพื้นที่ดังกล่าวมักจะกลายเป็นพื้นที่สาธารณะในการทำกิจกรรมต่าง ทั้งการจัดงานรื่นเริงบันเทิง จนการจัดขายของเป็นตลาด

เมื่อมาถึงในคริสต์ศตวรษที่ 12 แนวคิดในลักษณะของปัจเจกชนนิยมเพิ่มมากขึ้น มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า พิธีการในการตายที่มีมาก่อนหน้าในลักษณะเป็นการเรียนรู้ของสังคม ได้เปลี่ยนศูนย์กลางของความสนใจมาเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ที่กำลังจะตาย ในภาพเขียนร่วมสมัยนั้น ได้มีการแสดงภาพของคนที่กำลังจะตายได้ทบทวนกับสิ่งที่ตนได้กระทำมาในชีวิต โดยจะภาพของความดีความชั่วที่ทำมาจะปรากฏให้คนผู้นั้นได้รำลึก

ความเปลี่ยนแปลงต่อมาได้เกิดขึ้นในคริสต์ศตวรรษที่ 18 เมื่อการให้ความหมายของการตายไม่ได้เป็นสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองของผู้ที่กำลังจะตายหรือต่อสังคมอีกต่อไป และการยอมรับความตายไม่ได้เป็นเรื่องของการน้อมใจรับอย่างสงบ ตามวิถีทางแห่งธรรมชาติ หากเต็มไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกอย่างท่วมท้น การเน้นความหมายของความตายกลับมาเน้นอยู่ที่ความตายของคนอื่น ๆ ความรู้สึกสูญเสียที่เกิดจากการตายและการแสดงออกถึงความรู้สึกเศร้าโศกจากการตายจากไปของบุคคลอันเป็นที่รักอย่างสุดขั้วปรากฏให้เห็นในประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 18 – 19 อาการดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการยอมรับการตาย

จากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นสิ่งที่รับได้ยากขึ้นมากกว่าเดิม ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเห็นชัดในทวีปอเมริกาเหนือ อังกฤษ และ ทางตอนเหนือของทวีปยุโรป โดยเฉพาะรูปแบบการจัดหลุมศพที่เน้นให้เหมือนกับว่าคนตายเหล่านั้น ยังคงจะดำรงอยู่หลังความตาย ณ ที่ตรงนั้น รอการไปเยี่ยมเยียนจากญาติมิตร ปรากฏการณ์นี้เน้นให้เห็นว่าความลำบากใจที่จะยอมรับการจากไปของผู้ที่เป็นที่รักเช่นที่กล่าวมาข้างต้น

ความรับรู้ต่อความตายในสังคมตะวันตกพัฒนาเข้ามาสู่ยุคปัจจุบันที่ความตายเป็นเรื่องต้องห้าม โดยเฉพาะในสังคมอมริกาและอังกฤษ ความตายเป็นเรื่องที่ไม่พึงกล่าวถึงเฉกเช่นเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศเคยเป็นเรื่องต้องห้ามมาก่อน การทำให้ความตายเป็นเรื่องต้องห้ามที่จะพูดถึงหรือจัดการกับความตายตามธรรมเนียมเดิมในสังคมอุตสาหกรรมอย่างในอเมริกาหรืออังกฤษ และในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมในยุโรปบางประเทศ การจัดการกับความตายในสังคมเหล่านั้น กลายเป็นเรื่องที่อยู่นอกขอบเขตของการจัดการความตายในครอบครัวหรือหมู่ญาติมิตร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดการพิธีศพ ในอเมริกาการเปลี่ยนแปลงในด้านนี้หลุดออกไปจากธรรมเนียมและความเชื่อดั้งเดิมอย่างสุดขั้ว การจัดการศพที่แพร่หลายในอมริกาคือการเผาศพ แทนที่จะเป็นการฝังศพอย่างที่เคยเป็นมานับร้อยปี และคนที่จะมาทำพิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับงานศพกลายมาเป็นมืออาชีพจัดการทำเป็นธุรกิจไม่ใช่ญาติมิตร แม้แต่การจัดการกับความโศกเศร้าก็เป็นหน้าที่ของมืออาชีพที่จัดการในด้านนั้น ไม่ใช่เรื่องของสังคมอีกต่อไป การตายที่เคยตายกันในบ้านกลับกลายเป็นการตายที่โรงพยาบาล เนื่องจากการมองว่าชีวิตเป็นที่มาแห่งความสุข การตายจึงทำให้ความสุขแห่งชีวิตหายไป ความตายไม่ได้ถูกยอมรับว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและเป็นสามัญลักษณะอีกต่อไป การปรุงแต่งทุกอย่างในพิธีกรรมเกี่ยวกับความตาย เช่น การแต่งศพ การจัดพิธีศพหรือหลุมศพให้งดงาม เป็นต้น เพื่อทำให้ความจริงของความตายถูกลดทอนลง ยังมิพักต้องพูดถึงการตัดสินความตายแพทย์ที่คอยกำหนดว่าความตายมาถึงเมื่อใด ตายเมื่อสมองตายหรือเมื่อหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น

พัฒนาการของความรับรู้เกี่ยวกับความตายในโลกตะวันตก แสดงให้เราเห็นว่าความหมายของความตายไม่ได้คงที่และต่อเนื่องเป็นอย่างที่เรารับรู้กันในปัจจุบัน หากมีพัฒนาการเปลี่ยนมาตามยุคสมัย และวิธีคิดต่อความตายของสังคมไทยในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาดูจะเห็นว่าได้รับอิทธิพลของสังคมตะวันตกมาไม่น้อย ส่วนหนึ่งเป็นพราะสังคมไทยรับเอาแนวคิดและวิธีวิทยาของตะวันตกเข้ามาเป็นหนทางในการแสวงหาความรู้มาไม่น้อยกว่า 100 ปีที่ผ่านมา ผนวกกับแนวทางในการเปลี่ยนแปลงสังคมและวัฒนธรรมที่อิงกับโลกตะวันตกตลอดมา ทำให้เกิดปัญหาในการจะจัดการกับความตายที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม หรือนำไปสู่สิ่งที่เรียกว่า“การตายที่ดี”

ปัจจุบันปัญหาในการกำหนดความตาย การจัดการกับความตาย และช่วยเหลือผู้ที่เข้าใกล้ต่อความตาย เป็นต้น ได้เป็นปัญหาที่สำคัญและสังคมไทยในปัจจุบันค่อนข้างตื่นตัวต่อปัญหา การทำความเข้าใจในรากฐานความเปลี่ยนแปลงของความรับรู้หรือท่าทีต่อความตาย นับเป็นฐานความรู้ที่จะนำไปต่อยอดให้เกิดดอกผล เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของเรา เพื่อความตายที่ดีจะบังเกิดได้กับทุกคนในสังคม

หนังสือแนะนำ

Aries, P. (1975). *Western Attitudes toward Death: From the Middle Ages to the Present.* (Translated by Patricia M. Ranum, Baltimore) Johns Hopkins University Press.

Elias, N. (1985).*The Loneliness of the Dying*. Oxford: Basil Blackwell.

Hinton,J. (1972). *Dying*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.

14.4.การนิยามความจริงว่าด้วยชีวิตและความตายในระบบการแพทย์

ความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และเวชศาสตร์พันธุวิศวกรรม ในเรื่องการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะและการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อในร่างกายของมนุษย์ได้ทำให้การนิยามความจริงเกี่ยวกับชีวิตและความตายกลายเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาได้หลากหลายมิติด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นมุมมองในเรื่องอำนาจของระบบการแพทย์ชีวภาพ มุมมองด้านศาสนา และมุมมองด้านกฎหมาย ซึ่งแต่ละมุมมองได้ให้เหตุผลและคำอธิบายซึ่งสะท้อนกระบวนทัศน์ในการนิยามความจริงที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

ในทางการแพทย์เคยนิยามความตายว่า หมายถึงภาวะสิ้นสุดของสัญญาณชีพ ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น การหยุดหายใจ แต่เมื่อมีเรื่องของการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ การนิยามว่า การตายเกิดขึ้นเมื่อร่างกายหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นกลับกลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้ทางการแพทย์ไม่สามารถนำอวัยวะของผู้ตายไปใช้ประโยชน์ได้ เกณฑ์ในการวินิจฉัยเรื่องความตายจึงเปลี่ยนมาใช้ว่า หมายถึง ภาวะสมองตาย (brain dead) ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นสภาวะที่เรียกว่าสมองตาย หมายถึงตำแหน่งก้านสมองที่เป็นศูนย์กลางควบคุมการหายใจหยุดทำงาน ซึ่งจะมีผลให้ร่างกายหยุดการหายใจและร่างกายทั้งหมดก็จะตายในที่สุด

การตายที่หมายถึง ภาวะสมองตาย สามารถทำให้ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าสมองตายและประสงค์บริจาคอวัยวะให้กับผู้อื่นจะได้รับการหล่อเลี้ยงเพื่อให้อวัยวะที่ต้องการบริจาคยังคงมีชีวิตอยู่ชั่วขณะ ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องช่วยหายใจก็ดี หรือการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจก็ดี เพราะหากไม่ทำเช่นนั้นอวัยวะที่บริจาคก็จะไม่สามารถเป็นประโยชน์ต่อการเปลี่ยนถ่ายให้กับผู้อื่นได้

การนิยามความตายในทางการแพทย์ดังกล่าวแม้ว่าจะมีเจตนาเพื่อนำอวัยวะไปช่วยเหลือผู้อื่นให้มีชีวิตรอด ทว่าในทางปฏิบัติกลับทำได้ไม่ง่ายนัก โดยเฉพาะการอธิบายให้ญาติของผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ เพราะเกณฑ์ในการวินิจฉัยเรื่องความตายในทางการแพทย์เป็นเรื่องของร่างกายทางชีวภาพ หรือเป็นเรื่องของความตายทางร่างกายล้วน ๆ ในขณะที่ญาติและสังคมให้ความหมายและนิยามการตายแตกต่างออกไป และยังเป็นประเด็นที่ท้าทายทางศีลธรรมอย่างมากว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการเจตนาฆ่าผู้ป่วยหรือไม่ เพราะสมองตายแต่ร่างกายยังมีชีวิต แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เองก็ยังไม่สบายใจนักกับเกณฑ์การวินิจฉัยเรื่องสมองตาย เพราะมีหลายกรณีที่พบว่าคนไข้สามารถกลับมาให้หายใจได้เองหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าสมองตาย และมีชีวิตต่อไปอีกระยะหนึ่ง (ดูรายละเอียดใน Lock 2000)

กรณีตัวอย่างข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า การตีกรอบเพื่อวินิจฉัยความตายในทางการแพทย์ แม้ว่าจะช่วยทำให้ความตายที่เกิดขึ้นเป็นการตายที่ถูกกฎหมายและการปลูกถ่ายอวัยวะสามารถกระทำได้โดยไม่ขัดกับหลักศีลธรรม ทว่าความจริงเกี่ยวกับความตายในทางการแพทย์เป็นความจริงที่ถูกสร้างขึ้นโดยมายาคติของกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ที่มองชีวิตเป็นเรื่องชีววิทยาทางกายภาพเท่านั้น ซึ่งในทางวิทยาศาสตร์ก็ยังไม่สามารถอธิบายได้ถึงปรากฏการณ์บางกรณี เช่น ประสบการณ์ตายแล้วฟื้นของผู้ป่วยบางรายที่สัญญาณชีพขาดหายไปชั่วขณะ

การกำหนดช่วงเวลาหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าสมองตายจึงเป็นประเด็นที่มีการปรับแก้อยู่เป็นระยะ ในด้านหนึ่งการยืดเวลาออกไปช่วยทำให้ญาติและผู้เกี่ยวข้องสบายใจว่าผู้ป่วยตายแน่นอนคือไม่มีทางฟื้นแล้วจึงทำการผ่าตัดเอาอวัยวะ แต่ในอีกด้านหนึ่งการกำหนดช่วงเวลาหลังการวินิจฉัยว่าสมองตายนานเกินไปก็ทำให้มีปัญหากับการนำอวัยวะไปใช้ สำหรับประเทศไทย ตามประกาศของแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2532 และวันที่ 31 มีนาคม 2539 กำหนดให้การวินิจฉัยสมองตายจะต้องกระทำโดยองค์คณะแพทย์ไม่น้อยกว่า 3 คน โดยคนหนึ่งเป็นแพทย์เจ้าของผู้ป่วย ควรร่วมกับแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยศาสตร์ และต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้กระทำการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งบุคคลผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตาย ถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตายและมีผลทางกฎหมาย โดยมีเกณฑ์ตรวจสอบเพื่อยืนยันในการพิจารณาโดยแพทยสภา ได้แก่ ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เอง ไม่มีปฏิกิริยาของแกนสมองเพื่อสามารถหายใจได้เอง สภาวะเหล่านี้จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ซึ่งต่อมาในประกาศฉบับเพิ่มเติม ปี 2539 ได้แก้ไขประเด็นเรื่องไม่สามารถหายใจได้

เองให้ยกเลิกและปรับใหม่เป็นไม่สามารถหายใจได้เอง ซึ่งทดสอบได้โดยการหยุดเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที และคอยดูว่ามีการหายใจหรือไม่ และสภาวะเหล่านี้ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงจึงถือว่าสมองตาย (ลดเวลาจากเดิม 12 ชั่วโมง เป็น 6 ชั่วโมง)*

ในทางศาสนาไม่ว่าจะเป็นพุทธแบบเถรวาท วัชรยาน หรือแม้แต่มุสลิม ความตายไม่ได้ถูกนิยามเพียงแค่การสิ้นสุดทางร่างกายเท่านั้น ความตายเป็นสภาวะของการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่ง หรือที่เรียกว่าสภาวะบาร์โดตามความเชื่อของวัชรยาน อิสลามเองก็เชื่อว่าแม้ว่าวิญญาณของคนผู้ตายจะออกจากร่างเพื่อรอการสอบสวนจากพระเจ้าก่อนที่จะไปอยู่กับพระองค์ ทว่าร่างกายของผู้ตายก็ยังรับรู้ได้ถึงความเจ็บปวด ดังนั้น การปฏิบัติกับศพของผู้ตายต้องกระทำด้วยความอ่อนโยนและทะนุถนอมอย่างยิ่ง

ตามหลักพุทธจริยศาสตร์แห่งทิเบต ร่างของผู้ตายไม่ควรถูกรบกวน ควรรักษาไว้ในบรรยากาศที่สงบเงียบ ไร้ซึ่งสิ่งรบกวน เพราะ ณ เวลานั้น เป็นช่วงที่พลังงานละเอียดเริ่มถอนคืนและจำเป็นต้องใช้เวลาให้กระบวนการนี้สมบูรณ์ ในสิ่งที่ธาตุหยาบสลายไป ตอนนี้ไม่มีการเคลื่อนไหวของไฟฟ้าในสมอง หัวใจหยุดเต้น ไม่มีการหมุนเวียนใด ๆ อีกต่อไป ไม่หายใจ และระหว่างลมหายใจภายนอกขาดห้วงนี้ยังเหลือการหายใจภายใน (inner respiration) ซึ่งระยะเวลาระหว่างนี้ประมาณ 20 นาที หรือเท่ากับการกินอาหารมื้อหนึ่ง แต่ไม่แน่นอนบางรายอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก็ได้ ซึ่งหลังจากนี้บุคคลจะถือว่าตามตามนิยามทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่ตามคำสอนของวัชรยานถือว่ายังไม่ตายจริง เป็นการตายเพียงครึ่งเดียวเพราะยังเหลือขั้นตอนการสลายภายในอีก 4 ขั้นตอน ฉะนั้นการทำอะไรกับร่างของผู้ตายในช่วงนี้แทบจะถือได้ว่าเป็นการทำร้ายหรือฆาตกรรมผู้ตาย เพราะเขายังไม่ได้ตายจริงตามคำสอนของพระพุทธเจ้า

การนิยามเรื่องของชีวิตและความตายของการแพทย์แบบชีวภาพจึงเป็นการนิยามที่ลดทอนความเป็นมนุษย์ให้เป็นเพียงวัตถุดิบหรือชิ้นส่วนที่สามารถนำไปจัดการอย่างไรก็ได้ โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และความก้าวหน้าด้านพันธุวิศวกรรมศาสตร์เป็นเครื่องมือในการสร้างความชอบธรรมให้กับกระบวนทัศน์ของตน จนลืมไปว่าทุกคนต้องตายด้วยกันทั้งนั้น วิทยาการด้านการแพทย์อาจทำให้มนุษย์อหังการ์คิดว่าจะสามารถเอาชนะความแก่ เอาชนะความเตี้ย เอาชนะยีนด้อยทางพันธุกรรมได้ แต่กล่าวถึงที่สุดแล้วมนุษย์เอาชนะความตายได้จริงหรือ?

---

* ต่อมามีผู้เสนอให้ลดระยะเวลาในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงลงมาอีก แต่ยังไม่มีการประกาศใช้

หนังสือแนะนำ

Helman, C.G. (2001). *Culture, Health and Illness.*(Fourth edition).Oxford: Butterworth Heinemann.

Lock, M. (2000). On dying teice: cultural, technology and the determination of death. *New medical technologies intersections of inquiry*. (Edited by Margaret Lock, Allan Young and Alberto) Cambrosio. 233-242.

พระไพศาล วิสาโล. ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ. *จดหมายข่าวเสขิยธรรม*. 59(14) (มกราคม-มีนาคม 2547).

วัชรดารา อมิตาพร. ความตาย กระบวนการตาย และการเกิดใหม่. *เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง การตายกับความตาย: มุมมองจากศาสนาและวิทยาศาสตร์*. 12-13 พฤศจิกายน 2547.

บทที่ 15
เทคโนโลยีทางการแพทย์/อาหาร

15.1 มิติวัฒนธรรมของเทคโนโลยีทางการแพทย์

ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์และเทคโนโลยีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโลกพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงมนุษย์ด้วย พัฒนาการที่มาจากวิธีคิด เครื่องมือ และเทคนิควมถึงในระบบทางการแพทย์ด้วยนั้นได้ขยายอายตนะและความสามารถของมนุษย์ สิ่งนี้เองที่ทำให้ทัศนะของมนุษย์ต่อธรรมชาติและสุขภาพเปลี่ยนไป ผนวกกับทัศนะบางด้านของมนุษย์เกี่ยวกับจักรวาล การหาเหตุผล จินตนาการของมนุษย์ ล้วนเป็นส่วนขยายของมนุษย์เท่านั้นหาได้สะท้อนความเป็นจริงของชีวิตอย่างครบถ้วนไม่ นอกจากเทคโนโลยีมีอำนาจในการเปลี่ยนแปลงแล้วยังมีพลังในการสะกดให้หลงดังต้องมนต์อีกด้วย

กล่าวกันว่า ทัศนคติของเราต่างหากที่ไม่มองเทคโนโลยีอย่างที่ควรจะเป็น ในแง่ที่เป็นเพียงมรรควิธีที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เทคโนโลยีใดจะงอกงามนั้นขึ้นอยู่กับการที่เราไปให้ความสำคัญ วิธีคิดของการผลิตเทคโนโลยีทางการแพทย์มิได้ปลอดจากมิติวัฒนธรรม เพราะวัฒนธรรมได้เข้ามากำกับกระบวนการคิดเรื่องเทคโนโลยีผ่านอุปลักษณ์ที่มนุษย์ใช้อธิบายผ่านปรากฏการณ์

ยุคหนึ่งในหน้าประวัติศาสตร์ที่ถือว่าเป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์มากเมื่อราวต้นศตวรรษที่ 20 หลังการค้นพบของโรเบิร์ต ค็อกว่าบักเตรีเป็นสาเหตุของวัณโรค การค้นพบยารักษาโรคติดเชื้อ กาลครั้งนั้นสร้างความเชื่อมั่นให้กับมนุษย์ที่จะพิชิตโรค ผู้คนถึงกับเปรียบเปรยไม่ต่างอะไรกับการสงครามดังเรียกชื่อยารักษาโรคว่า "กระสุนวิเศษ" (magic bullet) ฮิตเลอร์อุปมาการยุทธ์ของตนว่าเป็นการทำลาย "บักเตรี" และ "พาหะนำโรค" (Thomas 1981: 682) อันเป็นภารกิจไม่ต่างจากงานของปาสเตอร์และค็อกประจวบกับรอยต่อของการแพทย์ชีวภาพที่กำเนิดมาก่อนหน้านี้เมื่อศตวรรษที่ 17 ที่เรอเน เดส์กาตส์เสนอว่าร่างกายและจิตใจแยกเป็นอิสระจากกัน เราจะเข้าใจร่างกายได้โดยศึกษาแยกเป็นส่วน ๆ และไม่มีจิตใจมาเกี่ยวข้อง (Foss & Rothenberg 1988: 24) ทัศนะดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแพทย์ชีวภาพ

จากการที่มีชัยชนะเหนือการแพทย์แบบดั้งเดิมที่เชื่อว่าโรคภัยที่แพร่อยู่ ณ ขณะนั้นเกิดจากภูติผีปีศาจหรือไร้สมดุลของธาตุภายในร่างกาย เมื่อการแพทย์สมัยใหม่อธิบายว่าโรคเกิดจากจุลชีพและการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ทฤษฎีสาเหตุเฉพาะโรคเป็นพลังผลักดันให้การแพทย์แผนใหม่ก้าวหน้า พร้อม ๆ กับการประดิษฐ์เครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการตรวจโรค รักษา สิ่งที่ตามมาคือการใช้เทคโนโลยีในลักษณะที่มุ่งจัดการหรือทำลายโรค เช่น ยา ผ่าตัด ฉายรังสี มุ่งฆ่า ทำลาย เป็นกระบวนการบำบัดโรคที่แฝงความรุนแรงอุปมาเอาเชื้อโรคเป็นศัตรูสงคราม (battle metaphore) (ดูรายละเอียดใน Susan 1978)

ระบบการแพทย์ปัจจุบันก็ยังคงสะท้อนอิทธิพลแนวคิดดังกล่าวอย่างเหนียวแน่น การบำบัดโรคเฉพาะจุดนั้นเพื่อให้ได้ผลที่มีประสิทธิภาพแต่ขณะเดียวกันส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยรวม ทำให้ได้รับความเจ็บปวด รู้สึกถูกทอดทิ้งโดดเดี่ยว กลายเป็น "โรคหมอทำ" (iatrogenic) ดังที่อีวาน อิลลิชกล่าวไว้

แนวคิดเชิงกลไกและทัศนะแบบแยกส่วน (reductionism) ทำให้แพทย์มุ่งสาเหตุโรค ดูเฉพาะส่วน เช่น การผ่าตัด ฉายรังสีกับส่วนที่มีปัญหา จนไปถึงเคมีบำบัดและการใช้วิธีทางพันธุกรรมศาสตร์เพื่อส่งผลถึงยีนส์ถึงโมเลกุล กระบวนการดังกล่าวเทคโนโลยีถูกผลิตขึ้นเพื่อตรวจหาความผิดปกติทางกายภาพจุดมุ่งหมายเพื่อให้แพทย์มีความสะดวก และยังออกแบบที่ทำให้มีระยะห่างจากผู้ป่วยของแพทย์เพื่อป้องกันอคติในการตรวจ รวมทั้งหูฟังที่ใช้ แพทย์แทบไม่ต้องพูดคุยกับคนไข้เลยดังแนวโน้มเทคโนโลยีการแพทย์ในปัจจุบันที่ก้าวหน้าไปมาก ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยแทบจะไม่มี (ดูรายละเอียดใน พระไพศาล 2535)

ปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับคนไข้เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ แพทย์เป็นผู้ตัดสินว่าคนไข้เป็นโรคอะไร เพราะมีความรู้และเป็นผู้เชี่ยวชาญ แพทย์จึงเป็นผู้มีอำนาจมาก ต้นศตวรรษที่ 20 เคยเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ ในสังคม มาถึงยุคนี้สภาพเศรษฐกิจ การเมือง สังคมมิใช่ตัวกำหนดสถานะสุขภาพอีกต่อไป การแพทย์ต่างหากเป็นตัวกำหนด ทัศนคติดังกล่าวผลักดันให้การแพทย์ชีวภาพขยายเติบโตรวดเร็วเชิงปริมาณของโรงเรียนแพทย์ แพทย์ และมีอำนาจมากขึ้น เสริมด้วยเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ และสร้างกลไกปกป้องจำกัดเฉพาะให้เป็นการแพทย์แผนใหม่ด้วยกฎหมายห้ามมีใบอนุญาต การแพทย์พื้นบ้านต่าง ๆ จึงค่อย ๆ ถูกเบียดขับออกจากสังคม ประชาชนต้องพึ่งระบบการแพทย์แผนใหม่อย่างเดียว

ทัศนะต่อสุขภาพได้มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย อาทิ ทัศนคติที่มองสิ่งที่เปลี่ยนไปเป็นโรคไปหมด แม้ว่าจะเป็นเรื่องของธรรมชาติ ตัวอย่างของการหมดประจำเดือน ต้องมีการบำบัดรักษา การทำคลอดถูกทำราวกับว่าเป็นโรคภัยไข้เจ็บ ต้องไปคลอดที่โรงพยาบาล ทำให้ความเป็นแม่ถูกลดความสำคัญลงเมื่อมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาจัดการแทนการคลอดเองตามธรรมชาติ (ดูรายละเอียดใน Martin 1992) แม้กระทั่งความตายก็ถูกยื้อยุดด้วยเทคโนโลยี

บทบาทของการแพทย์ชีวภาพมีอำนาจมากขึ้นเมื่อมีความพยายามที่จะเข้าถึงการนิยามความจริงที่เกี่ยวกับชีวิต การมีร่างกายที่สมบูรณ์ จวบจนขยายมาถึงการนิยามว่าชีวิตเกิดขึ้นเมื่อไร สิ้นสุดเมื่อไร ด้วยการผลักดันการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และเวชศาสตร์พันธุวิศวกรรม เช่น การนิยามว่าชีวิตเริ่มเมื่อใด จะมีผลต่อการนำตัวอ่อนของมนุษย์ไปใช้เป็นเนื้อเยื่อหรือการวิจัยโดยไม่ถือว่าเป็นการทำลายชีวิต หรือนิยามว่าความตายเกิดขึ้นเมื่อใด จะมีผลต่อการผ่าตัดเอาชิ้นส่วนอวัยวะจากร่างกายไปใช้ปลูกถ่ายอวัยวะ (Lock 2000: 233) เป็นความพยายามของสถาบันทางการแพทย์และสถาบันวิจัยและ

ความสำคัญที่เป็นผลประโยชน์ของบริษัทยักษ์ใหญ่และระบบทุนนิยมที่มีเบื้องหลังต้องการให้ความตายเร็วขึ้น โดย "ตายตามกฎหมาย" ถ้าความตายในความหมายเดิมจะต้องรอนานเกินไป และไม่ทันการณ์ที่จะเอาอวัยวะไปใช้ (โกมาตร และมาลี 2547)

การแพทย์ชีวภาพได้สร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้มีการปฏิบัติตนอย่างไร ค่านิยมอย่างไร กลายเป็นกรอบสังคมที่รวมไปถึงคุณธรรมจริยธรรมด้วย (Friedson 1970: 252) เมื่อการตีกรอบใช้การเบี่ยงเบนจากความถูกต้องทางการแพทย์แก่ผู้ "เป็นคนอื่น" ด้วยการใช้เทคโนโลยีการแพทย์และพันธุวิศวกรรมเข้าไปจัดการ ผนวกกับมายาการแห่งอัตลักษณ์ (ดูรายละเอียดจาก ชัยวัฒน์ 2546) การกำหนดขึ้นของมนุษย์ตั้งแต่ข้อเท็จจริงทางชีววิทยา แปรประเภทกลุ่ม "เรา" กลุ่ม "อื่น" ทางวัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจหรือกระทั่งรูปร่างให้เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่เหมือนหรือเป็นของเทียม เพื่อให้ความสำคัญกับตนเอง อันเป็นที่มาของความรุนแรงดังการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ เช่น นาซีที่กระทำต่อคนสีผิว การกระทำกับคนต่างชาติพันธุ์หรือชนกลุ่มน้อยก็ตาม

"ยีนลิขิต" (genetic determinism) เป็นนิยามของชีวิตใหม่ที่ก้าวไปไกลกว่าเดิมที่ว่าชีวิตคืออะไร การแสวงหาเพื่อมุ่งยืดอายุยืนยาวของชีวิตในนิยามใหม่มีรากฐานคิดในแนวใกล้เคียง neo-darwinism ที่ว่าพวกที่ปรับตัวได้ดีกว่าเป็นพวกที่อยู่รอด พันธุกรรมที่ด้อยกว่าจะสูญพันธุ์ไปในที่สุด คนผิวดำเป็นพันธุกรรมที่ด้อยกว่าเมื่อเทียบกับคนผิวขาว จึงต้องถูกกำจัดออกไป แนวคิดนี้ยังได้รับการถ่ายทอดมาสู่แนวโน้มปัจจุบันในเรื่องภาพลักษณ์ผิวพรรณรูปร่างเข้ามาด้วย (ดูรายละเอียดใน โกมาตร และมาลี 2547) ในระบอบทุนนิยม อวัยวะ ชิ้นส่วน เซลล์ และสารพันธุกรรมจึงมีสถานะวัตถุดิบ และหามาจากแหล่งที่หาง่าย ราคาถูกในประเทศโลกที่สามและหมู่คนจน ดั่งการล่าอาณานิคมในยุคก่อน

แม้ว่ามิติวัฒนธรรมของเทคโนโลยีการแพทย์ในกระแสโลกาภิวัฒน์กระแสหลักของโลกและสังคมไทยจะอยู่ภายใต้การแพทย์วิทยาศาสตร์ชีวภาพ การแพทย์แนวที่มีอยู่เดิมและการแพทย์ทางเลือกก็ยังแฝงตัว ท้าทาย และดำรงอยู่ได้ ไม่ว่าจะเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นธรรมชาติ มีวิธีคิดที่เคารพธรรมชาติดังเช่นการแพทย์แบบดั้งเดิม การแพทย์ตะวันออก เช่น จีน มีท่าทีที่อ่อนน้อมอ่อนโยน อยู่บนหลักแห่งดุลยภาพ ร่างกายก็จะมีภูมิต้านทานโรคได้ ทั้งที่การแพทย์วิทยาศาสตร์ชีวภาพสามารถบำบัดรักษาโรคได้อย่างมีเน้นประสิทธิภาพประสิทธิผล ภายใต้ความเชื่อว่าโลกแห่งเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถเข้าไปจัดการกับธรรมชาติและชีวิตและสุขภาพได้ทั้งระบบ เช่น กระบวนการบำบัดรักษาด้วยศาสตร์ทางพันธุกรรม การผลิตอาหารที่มีการปรับเปลี่ยนระบบนิเวศได้ ดัง GMO (ดูรายละเอียดจาก Ashis 1988) แต่อะไรคือคำตอบความจริงที่ว่าชีวิตคืออะไรได้ ในขณะที่ความซับซ้อนของการพัฒนาเทคโนโลยี กลับทวีความรุนแรง และแตกแยกในสังคม ก่อทุกขภาวะทางสุขภาพ ส่วนในด้านตรงข้าม ภาคสังคมภาคประชาชนที่มีเป็นส่วนของความหลากหลายทางวัฒนธรรม และสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่ง แม้มี

จำนวนน้อย ได้ลุกขึ้นมาต่อรองต่อสู้ เพื่อที่จะเลือกระบบการแพทย์ที่สามารถมีพื้นที่ยืนของตน เช่น การต่อต้านการแพทย์สมัยใหม่ของของชาวไทยมุสลิมเพื่อแสดงความเป็นตัวตน หรือการแพทย์พื้นบ้านที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องผี พราหมณ์และพุทธก็ตามที่แสดงตัวตนของกลุ่มชาติพันธุ์ในท้องถิ่น (ดูรายละเอียดใน โกมาตรและมาลี 2547)

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และมาลี สิทธิเกรียงไกร .(2547). เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ พันธุกรรม: ความรู้และอำนาจทางการแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่น. ใน *ชาติพันธุ์กับการแพทย์*, กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ .(2546). *อาวุธมีชีวิต? แนวคิดเชิงวิพากษ์ว่าด้วยความรุนแรง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ฟ้าเดียวกัน.

พระไพศาล วิสาโล .(2535). สุขภาพ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข .(บรรณาธิการ), *สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ* นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์ .(2540). รายงานวิจัยเรื่อง *วิทยาศาสตร์ในสังคมและวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.(ไม่ตีพิมพ์).

Ashis Nandy. (ed.).(1988). *Science, Hegemony, and Violence: A Requiem for Modernity* . The United Nations University.

Foss, L. & Rothenberg, K .(1988).*The Second Medical Revolution*. Shambhala: Boston.

Friedson, E (1970). *Profession of Medicine* .New York: Harper & Row. 252.

Haraway,D. J. (*1997).Modest_Withness@Second_Millennium.FemaleMan_Meets_OncoMouse*. London: Routledge

Huge, T. (1981). *An Unfinished History of the World.* Pan Books: London.

Lock, M. (2000). On dying twice: culture, technology and the determination of death., Margaret Lock Allan Young Alberto Cambrosio (eds.). *new medical technologies intersections of inquiry*. ,pp..233-242

Martin, E. (1992). *The Woman in the Body. A Cultural of Reproduction.* Beacon press: Boston.

Sontag, Susan. (1978). *Illness as Metaphor* .New York: Vintage Books.

15.2 การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ

เทคโนโลยีล้วนเกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ศาสนาและวัฒนธรรม เป็นเครื่องมือที่แสดงออกถึงความจำเป็น ความต้องการ ความหวัง และแรงบันดาลใจที่มีในบางด้านหรือบางเรื่อง ที่เป็นส่วนขยายของมนุษย์ เช่นเดียวกับมนุษย์เอง ไม่ใช่เป็นเพียงแค่วัตถุ แต่มีอัตวิสัยที่แฝงอยู่ การมองว่าเทคโนโลยีเป็นสิ่งกลาง ๆ แสดงให้เห็นว่าความสำคัญของเทคโนโลยีอยู่ที่จะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร การมองเช่นนี้เท่ากับมองข้ามแก่นแกนของเทคโนโลยีที่ภายในนั้นได้บรรจุความมุ่งหมายบางอย่างไว้ด้วย เช่น เมื่อเรานำเครื่องซักผ้าที่ชาวเมืองนิยมใช้ไปให้กับชนเผ่าพื้นเมือง ย่อมกลายเป็นเศษเหล็กที่ไร้ค่า เพราะว่าสิ่งที่ผนวกเข้าไปในเครื่องซักผ้าคือจุดมุ่งหมายของผู้ผลิตและคุณค่าทางวัฒนธรรมของสังคมที่ผลิตเสมือนว่ามีคุณค่ามาก มันจึงมิได้เป็นกลางสำหรับชนเผ่าบุชแมนเลย (ดูรายละเอียดใน Shalis 1974)

ในทำนองเดียวกันในงานวิจัยทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์มักอ้างความเป็นมาตรฐาน โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ถ้าเป็นวิธีอื่น ๆ จะต้องไม่ใช่คำตอบของสังคม ทั้ง ๆ ที่ หลายเรื่องก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อวิถีชีวิตผู้คนจำนวนมาก เช่น การสร้างเขื่อน การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านที่เป็นกระบวนการการเรียนรู้เรื่องพันธุ์ปลามายืนยันผลกระทบของการสร้างเขื่อนจึงใช้ไม่ได้เด็ดขาด (ดูรายละเอียดในวีระ 2546)

จิตวิญญาณและจิตสำนึกจึงถูกตัดออกจากการพิจารณาทางวิทยาศาสตร์ การแยกขาดจากศีลธรรมอยู่หลักเหตุผลที่ว่า นักวิทยาศาสตร์ควรปวารณาตนให้แก่ความเป็นกลางทางวิทยาศาสตร์และแสวงหาความรู้แต่เพียงอย่างเดียว ไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ต่อสิ่งที่ค้นพบ นักฟิสิกส์นำความรู้มาสู่การออกแบบระบบอาวุธนิวเคลียร์ นักเคมีคิดค้นผลิตผลงานในขณะเดียวกันก็ปล่อยมลพิษ นักชีววิทยาดัดแปลงโครงสร้างทางพันธุกรรมและค้นพบชีวภาพใหม่ ๆ ก่อเกิดผลลัพธ์อื่นใดสุดจะคาดเดาได้ การอ้างความเป็นกลางของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจึงเป็นการสร้างทัศนะยึดติดเทคโนโลยี ก้าวพ้นจากความรับผิดชอบในทางจริยธรรมเท่ากับยอมรับว่าเทคโนโลยีเป็นสิ่งที่มิอาจฝืนได้ ค้นคว้าอะไรก็ได้ ถึงแม้จะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็ถือว่ามิอาจหลีกเลี่ยงได้ ที่สุดแล้วมรรควิธีก็ไปสู่เป้าหมายของตนเอง

นักปรัชญาในศตวรรษที่ 17 โทมัส ฮอบบ์ (ค.ศ.1588-1676) ผู้เชื่อมโยงฐานคติทางวิทยาศาสตร์ที่ว่าชีวิตเป็นอุบัติเหตุและจิตสำนึกเป็นมายาภาพ แสวงหาผลประโยชน์ภายใต้ลัทธิสุขนิยมเชิงวัตถุ (materialistic hedonism) ภายหลังได้พัฒนาเป็นวัฒนธรรมทันสมัยนิยม อันเป็นแนวคิดเศรษฐศาสตร์กระแสหลักและทุนนิยมร่วมสมัยในปัจจุบัน พร้อม ๆ กับการปลดเปลื้องตนเองให้ปลอดพ้นจากความรับผิดชอบทางศีลธรรมได้ มิติใหม่ในโลกทุนนิยมคือการที่บรรษัทสมัยใหม่ผนวกอำนาจเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ากับอำนาจทุนมหาศาล นักวิทยาศาสตร์ที่จำกัดความรับผิดชอบ นำความรู้ไปใช้เป็นเครื่องมือโดยปลอด

คุณค่าร่วมกับนักบริหารที่จำกัดสำนึกความรับผิดชอบอยู่แค่การเพิ่มผลิต ทำให้ระบบที่อำนาจและความรู้ความชำนาญแยกขาดจากความรับผิดชอบทางสังคม คุณค่าของเทคโนโลยีจึงอยู่เหนือคุณค่าของ ความเป็นมนุษย์ กิจกรรมชุมชนกลายเป็นพลังเศรษฐกิจแบบวัตถุนิยมเชิงเหตุผลโดยสำนึกของสังคมไปพร้อมกับสยายปีกของลัทธิพาณิชยนิยม(Mercantilism)(ค.ศ.1600-1700) โดยรัฐสนับสนุนให้เข้มแข็งขึ้น

อิทธิพลของบรรษัทใหญ่ในปัจจุบันแผ่ขยายอำนาจด้วยวิธีการทำข้อตกลงใหม่ ๆ รวมกลุ่มในระดับโลกเพื่อหลีกเลี่ยงการแข่งขันกันในเวทีเศรษฐกิจโลกทำให้ฮั้วราคากันได้ จนเกิดคดีดังเมื่อปี ค.ศ.1998 ที่สหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับอุตสาหกรรม อาทิ ยา วิตามิน ฯลฯ ดูจะสวนทางกับแนวคิดทฤษฎีว่าด้วยเศรษฐกิจแบบตลาดของอดัม สมิธ (ค.ศ.1723-1790) เขาเสนออุดมคติแนวประชาธิปไตยในการจัดสรรทรัพยากรการผลิตของสังคมให้มีความเท่าเทียมและเหมาะสมและเปิดเผยข้อมูลอย่างเสรี(เดวิด 2545) ตัวอย่างอุตสาหกรรมที่ปฏิเสธสิทธิผู้บริโภคเกี่ยวกับฉลากที่ชัดเจนของสินค้าในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.1997 ผู้สนับสนุนอยู่เบื้องหลังคือ สมาคมผู้แปรรูปอาหารแห่งชาติ องค์การอุตสาหกรรมเทคโนโลยีชีวภาพ ทำการเปลี่ยนแปลงลดระดับมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ลง พร้อมออกตรารับรอง “USDA Organic” เพื่อให้ใช้พันธุวิศวกรรม รังสีได้ และกลับใช้กฎหมายคุ้มครองด้วยข้อหาหมิ่นประมาทผู้บริโภคที่ประท้วง มีการรับรองค่ามาตรฐานและป้องกันความลับทางการค้า การผูกขาดยิ่งสมบูรณ์ขึ้นเพราะครอบคลุมทั้งเทคโนโลยีและข้อมูลด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา รัฐบาลได้ทำข้อตกลงทางการค้าเสรีอเมริกาเหนือ (NAFTA) และข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า (GATT) จึงเป็นจุดกำเนิดองค์กรการค้าระดับโลก เป้าหมายของบรรษัทอยู่ที่การสร้างระบบสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาระหว่างประเทศอันมีผลใช้บังคับกับทุกประเทศ (Helena 1998)

เทคโนโลยีที่ได้รับการยอมรับมักมาจากการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์ว่าคุ้มหรือไม่เท่านั้น ผลกระทบอื่น ๆ มิได้มีอยู่ในวาระวิจัยหรือการลงทุนตั้งแต่ต้นเลย แม้ว่างานเหล่านั้นจะเกี่ยวข้องกับชีวิตชุมชนเพียงใดก็ตาม เช่น ความพยายามที่จะนิยามชีวิตและความตายให้มีกฎหมายรับรองเพื่อที่เอาอวัยวะไปปลูกถ่ายต่อได้แม้จะเป็นการท้าทายจริยธรรมของมนุษย์ก็ตาม รวมทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม การแพทย์วิทยาศาสตร์ชีวภาพขาดมุมมองทางด้านวัฒนธรรม ขณะที่สุขภาพโดยแท้จริงแล้วเป็นปรากฏการณ์ทางชีววัฒนธรรม (biocultural phenomenon) ในแต่ละวัฒนธรรมย่อยย่อมมีนิยามสุขภาพ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติของตนหรือมีสุขภาวะที่แตกต่างกัน (ดูรายละเอียดในโกมาตร 2545) มาร์กาเร็ต ล็อค (Margaret Lock) เสนอแนวคิดเรื่อง local biologies (Lock 1993: xxi) ว่าชีววิทยามิได้ตายตัวเหมือนเครื่องยนต์กลไก และแปรเปลี่ยนไปตามลักษณะของท้องถิ่นและบริบททางสังคม นอกจากนี้อาเธอร์ ไคลแมน (Arthur Kleinman) ก็ยังได้เสนอให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดในสถานการณ์ชีวิตของผู้คนให้มากขึ้นด้วย (Kleinman et al //eds. 1997)

ในขณะที่สังคมเผชิญวิกฤตสุขภาพ ผู้คนพยายามแสวงหาทางเลือกสุขภาพใหม่ บางส่วนก็กลับไปหาการแพทย์แบบดั้งเดิม เทคนิคการดูแลสุขภาพใหม่ พร้อมกับการสร้างสื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และวัฒนธรรมทางเลือกเพื่อสกัดกั้นการแทรกแซงของวัฒนธรรมการแพทย์กระแสหลักที่ครอบงำด้วยโครงสร้างอำนาจที่เป็นอยู่ของวาทกรรมกระแสหลัก ตัวอย่างเช่น ชุมชนชีวจิต (ดูรายละเอียดใน โกมาตร 2542) ในส่วนของการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพมีการขับเคลื่อนเรียกร้องให้มีการประเมินมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น มิติวัฒนธรรม สังคมและการเมือง ปาสคาล ลีฮอกซ์ และ สจ๊วต บรูม (Pascale Lehoux และ Stuart Blume) เสนอในบทความของเขา(Lehoux and Blume 2000: 1084-1120) ว่าเทคโนโลยีสุขภาพในปัจจุบันมีนัยยะทางสังคมการเมืองแฝงอยู่ ตัวอย่างกรณีศึกษาเรื่องอุปกรณ์ช่วยการรับฟังของคนหูหนวกหรือหูเทียม (cochlear) และเรื่องสื่อวงจรปิด (home telemonitoring) ติดตั้งในบ้านพักคนชราที่ได้การวิพากษ์ว่าขาดความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์

แม้ว่าการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ (Health Technology Assessment) หรือ HTA ได้รับความสนใจในหลายประเทศเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย แต่ก็ยังถูกการเมืองแทรกแซงอยู่ ทำให้มีข้อจำกัด อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้บริโภคก็ได้เรียกร้องให้มีการทบทวนและเสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแล HTA พร้อมกับการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีการประเมินค่าทางสังคมรวมอยู่ด้วย

งานวิจัยเชิงนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีสุขภาพเริ่มมากว่า 3 ทศวรรษแล้วโดยกลุ่มของประเทศอุตสาหกรรม แต่เป็นประเด็นที่เน้นเรื่องความเสี่ยง ความคุ้มทุน ความปลอดภัยของเทคโนโลยีสุขภาพ แทบไม่ได้กล่าวถึงประเด็นจริยธรรม สังคมและการเมือง (Blume 1992, Faulkner 1997 และ Stone 1997) เมื่อปี ค.ศ.1968 บริษัท EMI ผู้ผลิตเครื่อง CT (Computed Tomography Scanner) ประเทศพัฒนาแล้วพากันตื่นเต้นมากกับความเป็นเทคโนโลยีชั้นสูงที่มีราคาแพงมากถึง 300,000 เหรียญ และได้กลายเป็นที่มาของการประเมินค่าทางเศรษฐกิจ จนกระทั่งพัฒนามาสู่การประเมินด้านสุขภาพเกิดขึ้นในหลายประเทศ อาทิ ออสเตรเลีย แคนาดา เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส เดนมาร์ก เบลเยี่ยม และเยอรมัน จนกระทั่งในปี ค.ศ.1975 ประเด็นผลกระทบทางสังคมก็เข้ามามีบทบาทโดยการริเริ่มของวุฒิสมาชิกสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นถึงปัญหาความเป็นธรรมของสังคม ประชาชนจะเข้าถึงเทคโนโลยีได้นั้นต้องพิจารณาอย่างไร ผู้ผลิตควรจะรับผิดชอบด้วยหรือไม่ รวมทั้งปัญหาทางจริยธรรมด้วย

ประเด็นต่อมาเป็นเรื่องมิติทางสังคมว่ามีโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างไร ปฏิสัมพันธ์ที่ปรากฏมักพบว่าเกิดความเหลื่อมล้ำของผู้มีอำนาจและผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อประชาชนผู้บริโภค โดยกระบวนการสร้างความรู้นั้นผู้มีอำนาจมักจะเป็นผู้ลุกขึ้นมาตัดสินยุติข้อถกเถียง ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับประชาชนทั่วไปเพราะขาดการกระจายอำนาจในการเข้าไปมีส่วนร่วม และการเข้าไปสนับสนุนของรัฐในการพิทักษ์สิทธิให้กับภาคธุรกิจทำให้การผูกขาดสมบูรณ์ขึ้นเช่น ธุรกิจยา เรื่อง

ทรัพย์สินทางปัญญา โดยเบื้องหลังของการผูกขาดและมีฐานอำนาจที่เข้มแข็งมาจากอิทธิพลของการเมือง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันเทคโนโลยีสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคด้วย

ในการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพยังมีข้อถกเถียงกันอย่างกว้างขวางและหลากหลายมุมมอง เช่น ที่เกี่ยวกับสังคมนั้นดูว่าอะไรเป็นประเด็นสาธารณะที่เกี่ยวกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการออกแบบเครื่องมือ เทคนิคสัมพันธ์กับชุมชนอย่างไร หรือประเด็นที่เกี่ยวกับจริยธรรมเช่น เทคโนโลยีการแพทย์กับการทำแท้ง การตรวจสอบยีนเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการมีบุตร การคัดเลือกเพศ เหล่านี้ว่าเหมาะสมหรือไม่

หรือแม้แต่ตัวกลไกการควบคุมทางสังคมเช่นกฎหมาย กลับกลายเป็นกลไกสร้างปัญหา เช่น ข้อบังคับทางกฎหมายต่อเด็กทุกคนต้องให้มีการสร้างภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสุขภาพที่สามารถตรวจและแสดงผลได้รวดเร็ว ทำให้แพทย์ได้ข้อมูลในการวินิจฉัยโรคแต่กลับส่งผลกระทบต่อกลุ่มสังคมต่าง ๆ เช่น เมื่อสังคมรู้ว่าผู้นั้นเป็นเอดส์ ก็จะเกิดการกีดกันเขาหรือเธอผู้นั้นในการอยู่ร่วมกับสังคม

ในแง่มุมของสังคมกับการใช้เทคโนโลยีพบว่ามีช่องว่างระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญมีความรู้มากกว่าจึงเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ภายใต้ค่านิยมและคำนึงถึงแต่ประโยชน์ที่จะได้รับ รวมไปถึงการนิยาม ค่านิยมที่มีเรื่องธุรกิจและการเมืองเข้ามามีอิทธิพล โดยที่ทุนทางวัฒนธรรมอันเป็นต้นทุนประเภทหนึ่งไม่ได้นับมารวมอยู่ในการประเมินด้วย (Bourdieu 1984) รวมทั้งบทบาทของกลุ่มทางสังคมที่ช่วยโต้แย้ง เช่น สื่อ นักสังคมศาสตร์การแพทย์ นักรัฐศาสตร์ รวมทั้งผู้ป่วยว่าควรมีส่วนร่วมได้อย่างไร

ตัวอย่างกรณีศึกษาการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเช่น หูเทียม (Cochlear) ที่คนหูหนวกปฏิเสธ เพราะเป็นเทคโนโลยีที่มีรากฐานคิดว่า ภาษามือด้อยกว่าภาษาพูด ขณะที่วัฒนธรรมของคนหูหนวกนั้นรายล้อมด้วยภาษามืออันเป็นต้นทุนทางวัฒนธรรมอยู่แล้ว ทำไมจะต้องใช้ภาษาใหม่ที่ลดคุณค่าลงไป และในแง่สังคมและการเมืองก็มีข้อโต้แย้งว่าเทคโนโลยีต่างหากที่เป็นตัวปัญหา ไม่ใช่บริบททางสังคมที่ใช้เทคโนโลยี งานวิจัยที่ทำเรื่องหูเทียมก็มาจากรากฐานคิดว่าคนหูหนวกเป็นโรคของความผิดปกติ (ใช้ชีวิตไม่ได้อย่างคนปกติ) พร้อมกับการวิจารณ์เรื่องที่เอาเด็กมาเป็นหนูทดลองในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีหูเทียมว่าขาดจริยธรรม เช่นกรณีที่คณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ของสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้โฆษณาขายหูเทียมชื่อ Nucleus 22 ที่ใช้กับเด็กเมื่อปี ค.ศ.1990 ได้ผ่านการทดลองกับเด็กมาแล้ว 22 คน แต่ก็ยังมีอีกหลายประเทศที่ผลิตหูเทียม บางประเทศเช่น ออสเตรเลีย บริษัทผู้ผลิตจูงใจด้วยสิ่งตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกันเริ่มมีพ่อแม่ผู้ปกครองไม่เห็นด้วยที่จะยกเลิกภาษามือ เพราะเด็กหูหนวกยังสามารถอยู่ร่วมกับเด็กปกติได้ แต่ก็ยังรวมตัวกันยากเพราะต่างคนต่างอยู่

นอกจากนี้อุปกรณ์เทคโนโลยีสุขภาพมักมีการลงทุนที่สูงมาก การทุ่มเงินลงไปอาจจะมีผลต่อเรื่องอื่นตามมา ตัวอย่างกระบวนการที่สนองตอบต่อคนหูหนวกได้จำนวนมาก เช่น ให้คนมาสื่อหรือมีตัววิ่งใน

ทีวีได้ การที่คนหูหนวกไปเรียนกับคนหูดีย่อมจะช่วยลดต้นทุนของรัฐได้ จึงต้องมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ปัญหาที่สังคมเผชิญมากอีกเรื่องหนึ่งคือ ข้อมูลที่เกินจริงหรือแฝงเร้น พ่อแม่รับรู้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้บอกเช่น รัฐหรือบริษัทผู้ผลิต และสื่อทำการโฆษณาเพื่อการค้าเท่านั้นหรือไม่

ดังนั้น การเติบโตของหูเทียมจึงสัมพันธ์กับอำนาจระหว่างการเมืองกับสถานะทางสังคมของผู้ที่เกี่ยวข้องว่าจะแสดงท่าทีอย่างไร ถ้าเป็นพวกผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ พวกนี้จะมีทัศนะต่อคนหูหนวกว่าเป็นคนผิดปกติ ส่วนอีกพวกหนึ่งเป็นพวกที่สนใจความเป็นชุมชนและนักวิชาการที่สนใจคนหูหนวก พวกนี้จะสนับสนุนให้คนหูหนวกลุกขึ้นมาเรียกร้องสิทธิ ขออิสรภาพแก่คนหูหนวกให้มีภาษามือเป็นภาษาของตนเอง มีตัวอย่างที่เป็นกรณีการเคลื่อนไหวที่เข้มข้นเกี่ยวข้องกับคนหูหนวก เช่น ที่ฮอลแลนด์ เมื่อปี ค.ศ.1997 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้ตกลงกับชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับคนหูหนวก พ่อแม่ออกมาประกาศมาตรการว่า เสนอไม่ให้คนที่ใส่หูเทียมเบิกค่ารักษาได้ ทำให้แพทย์ออกมาเคลื่อนไหวประท้วง และทำการล็อบบี้ จนในปี ค.ศ.1999 สถานการณ์พลิกกลับให้มีการเปลี่ยนแปลงสามารถเบิกค่ารักษาได้ จึงเป็นเพียงคำสวยหรูของรัฐที่สวนทางกับการปฏิบัติอย่างแท้จริง แนวโน้มจึงกลับกลายเป็นว่าหนุนเสริมการใช้หูเทียมมากขึ้น มิอาจต้านทานกระแสบริโภคนิยมและบริบทของการใช้เทคโนโลยีที่มาแรงได้ อีกอย่างหนึ่งเป็นเรื่องของการขาดข้อมูลข่าวสารเพราะการผูกขาดที่มีมาแต่ต้นเฉพาะแต่ในหมู่ผู้เชี่ยวชาญ ต่อเมื่อเกิดปัญหาเสียหายแล้วจึงจะหยิบยกขึ้นมาถกเถียง พวกที่คัดค้านจึงอยู่ในสถานะที่เสียเปรียบ ถูกโจมตีให้เป็นจุดอ่อนว่าไม่มีความรู้ เช่น การที่พ่อแม่กังวลกับการฉีดวัคซีน ก็ถูกมองไปว่าพ่อแม่ไม่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ คำพูดที่กล่าวว่าผู้เชี่ยวชาญอยู่เหนือการเมืองนั้นแท้จริงแล้วมิใช่ เทคโนโลยีต่างหากที่มีอำนาจอยู่ในตัว เพราะถือว่าพิสูจน์ได้ สามารถทดลอง วัดคำนวณตัวเลข อ้างความเป็นกลางมาหนุนเสริมให้ความน่าเชื่อถือสูงขึ้น

กรณีศึกษาเรื่องสื่อวงจรปิด (home telemonitoring) ที่ติดตั้งในบ้านพักคนชรานั้นประเด็นที่ได้รับการวิพากษ์ว่าขาดความเป็นมนุษย์ พวกที่สนับสนุนให้ติดตั้งวงจรปิดในบ้านบอกว่ามีข้อดี สามารถสื่อสารทางไกล จากการทดลองกับคนไข้จำนวน 38 รายที่ Kansas พบว่าเหมือนกับการคุยตัวต่อตัว แต่ในความเป็นจริง เทคโนโลยีไม่ได้ง่ายเหมือนอย่างที่คิดเพราะกระบวนการรับส่งข้อมูลมีความซับซ้อน และยังมีเรื่องของความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้นได้ เพราะความระแวง

ส่วนฝ่ายที่มองเห็นข้อเสียคือ ปัญหาความไม่ปลอดภัยในเรื่องที่อยากจะปกปิดเป็นความลับ ทำให้รู้สึกว่าเป็นการเข้าไปรุกล้ำความเป็นส่วนตัว และการเห็นพยาบาลทางจอทีวีเสมือนเครื่องจักรที่ปรากฏอยู่หน้าจอทีวี ทั้งที่คนชราต้องการเอาใจใส่ดูแลจากคนไม่ใช่เครื่องจักร เปรียบได้กับแทนที่ตัวเทคโนโลยีจะมาคอยดูแลกลับมาคอยควบคุม ไม่ใช่การติดต่อ 2 ทาง การที่คนชราคอยถูกจับตามอง ทำให้ไม่มีโอกาสที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง เดิมทีเริ่มแรกในการทดลองกับคนชราพบว่าชอบระบบวงจรปิด (home

telemonitoring) เพราะได้รับข้อมูลข่าวสาร แต่พอใช้ ๆ ไปเป็นประจำวัน เริ่มไม่ชอบแล้วเพราะมองไม่เห็นคน พร้อมกับตกอยู่ในสภาพบีบรัดด้วยเวลา นอกจากนี้ยังห่วงเรื่องของการลักลอบเอาข้อมูลไปแอบขายเหมือนขายความลับ และจะหาคนที่จะออกมารับผิดชอบไม่ได้

งานศึกษาดังกล่าวทิ้งท้ายข้อเสนอเรื่องการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพว่าจะต้องนำความรู้เชิงสหวิทยาการและการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ โดยปรับโครงสร้างที่ผู้ประเมินและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มาแลกเปลี่ยนกัน นอกจากนี้ ต้องมีการป้องกันการผูกขาด รัฐควรดำเนินการเรื่องการกำหนดระดับค่ามาตรฐานต่าง ๆ เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง เช่น CT, MRI ที่เหมาะสมโดยมีทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยแก้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมด้วย

ในการประเมินเชิงนโยบายสาธารณะทางด้านสุขภาพจึงมิใช่คำนึงถึงแต่ต้นทุนผลประโยชน์และประสิทธิภาพเท่านั้น ต้องนำปัจจัยอื่น ๆ มาพิจารณาเช่น เทคโนโลยีให้มีความหลากหลายหลายมิติ ปัจเจกบุคคล บริบทสังคม และการเมืองด้วย

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2541). *ปรากฏการณ์ชีวจิตบอกอะไรแก่สังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545). คนมองคนบนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ" บทสำรวจแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์. เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยา เรื่อง คนมองคน นานาชีวิตในกระแสการเปลี่ยนแปลง วันที่ 27-29 มีนาคม 2545 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์กรมหาชน).

เดวิด ซี.คอร์เท็น (2545). *โลกยุคหลังบรรษัท ชีวิตหลังทุนนิยม*. (แปลโดย เจษณี สุขจิรัตติกาล). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา.

วีระ สมบูรณ์ (2546).วิทยาศาสตร์กับเสรีภาพของมนุษย์. *ปาจารยสาร*. 4 (29) กรกฎาคม-ตุลาคม.

Bourdieu, P. (1984). *Homo academicus*. Paris: Editions de Minuit.

Blume, S.S.(1992). *Insight and Industry: On the Dynamics of Technological Change in Medicane.* Cambridge: MIT Press.

Faulkner, A.(1997). "Strange Bedfellows" in the Laboratory of the NHS? An Analysis of the New Science of Health Technology Assessment in the United Kingdom. In Elston, M.A.(ed.), *The Sociology of Medical Science and Technology*. Oxford: Bleackwell.

Kleinman ,A., Das, V., and Lock.,M.(eds). (1997). *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

Helena., P.(1998). Moral Bankruptcy: Adoption of the EU Life Parents Directive. *The Ecologist* 28 (4): 203-206.

Lock, M. (1993). *Encounter with Aging, Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

Lehoux, P.and Blume, S.(2000).Technology Assessment and the Sociopolitics of Health Technologies. *Journal of Health Politics, Policy and Law.*25(.6) December pp1084-1117.

Shallis, M. (1974). *The Silicon Idol.* London: Oxford University Press.

Stone, D. (1997). *The Policy Paradox.* New York: W.W.Norton.

บทที่ 16
เศรษฐศาสตร์การเมืองและสุขภาพ

16.1 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการแพทย์

การแพทย์นับว่าเป็นมิติหนึ่งที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างไม่อาจแยกออกจากกันได้ เนื่องจากอำนาจของบุคลากรทางการแพทย์คือ อำนาจที่ได้มาจากความรู้ชนิดพิเศษ ซึ่งฟูโกต์ (Foucault) นักคิดสำนักหลังโครงสร้างนิยมคนสำคัญได้กล่าวถึงการสถาปนาความรู้และความหมายผ่านรูปแบบวาทกรรมว่า หมายถึงขั้นตอนการปฏิบัติที่กระทำต่อเนื่องกันมา จนกลายเป็นแบบแผนทางสถาบัน (Hall 1997: 51) การผลิตสร้างความรู้ในทัศนะของฟูโกต์จึงเกี่ยวข้องกับการสร้างภาพลักษณ์ในเชิงสถาบันด้วยเช่นเดียวกัน

เช่นเดียวกับที่ โกมาตร (2546 อ้างจาก Foucault 1980) กล่าวว่า ในทัศนะของฟูโกต์แล้ว ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญนั้นมีพลังอำนาจในตัวเอง เพราะนั่นหมายถึงการสถาปนาระบอบแห่งความสัตย์จริง (regime of truth) ขึ้น เมื่อระบอบแห่งความสัตย์จริงถูกสถาปนาจนมั่นคงแล้ว อำนาจนั้นจะแทรกซึมอยู่ในทุกอณูของสังคม ฟูโกต์จึงให้ความสนใจต่อวาทกรรมและการขยายตัวของอำนาจโดยผ่านระบบผู้เชี่ยวชาญ อาทิ อำนาจทางการแพทย์ซึ่งชี้นำกำกับพฤติกรรมของผู้คน โดยเป็นตัวตัดสินว่าการกระทำใดถูกหรือผิด กลไกและกระบวนการทางสังคมต่าง ๆ จะบังคับให้ผู้คนมีพฤติกรรมไปตามบรรทัดฐานที่ความรู้ของสถาบันทางการแพทย์กำหนด

กระนั้นก็ตาม มานุษยวิทยาทางการแพทย์สาขาหนึ่งได้มีมุมมองในลักษณะของความเคลือบแคลงสงสัยและวิพากษ์วิจารณ์อำนาจนั้นคือ มานุษยวิทยาสายวิพากษ์ (Critical anthropology) ซึ่งวิเคราะห์วัฒนธรรมในแง่ของการเอารัดเอาเปรียบ ตัวอย่างงานที่น่าสนใจคือ งานศึกษาชุมชนบราซิลของ Nancy Scheper-Hughes (1992) ชื่อ *Death Without Weeping* ได้ศึกษาถึงความรุนแรงในการกดขี่ และภาวะทางสุขภาพในชุมชนแออัด ซึ่งปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนเป็นผลจากความไม่เป็นธรรมและโครงสร้างที่เอารัดเอาเปรียบประชาชน คนจำนวนมากจึงต้องตกอยู่ในสภาพอดอยาก ไม่มีอาหารกิน มีความเครียดสูง และมีอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งอัตราการป่วยและตายของประชากรโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูงกว่าที่ควรจะเป็น

สถาบันการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการค้ำชูให้ทัศนคติที่ยอมรับการถูกเอารัดเอาเปรียบหรือโครงสร้างของความรุนแรงดำรงอยู่ได้ เนื่องจากสถาบันทางการแพทย์ได้เข้าไปสร้างทัศนคติที่ทำให้เห็นความอดอยากยากแค้นหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของชาวบราซิลกลายเป็นเรื่องปัญหาสุขภาพ คือ

เมื่อชาวบราซิลเหล่านี้เจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต ซึ่งเกิดจากสภาวะการบีบคั้นทางสังคมอย่างรุนแรงและความอดอยากยากแค้นที่ชาวสลัมในบราซิลต้องเผชิญอยู่นั้น สิ่งที่สถาบันทางการแพทย์หยิบยื่นให้นั้นกลับกลายเป็นยากล่อมประสาทที่คนทุกข์ยากเหล่านี้รับประทานลงไปในกระเพาะที่ว่างเปล่า นั่นคือสถาบันทางการแพทย์ได้ตีตราความอดอยากยากแค้นและการเอารัดเอาเปรียบว่าเป็นโรคจิตที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ลักษณะเช่นนี้ทำให้สาเหตุแห่งความอดอยากและเอารัดเอาเปรียบที่แท้จริง ถูกทำให้บิดเบือนจากความเป็นจริง ประชาชนที่ถูกเอารัดเอาเปรียบได้หักเหความสนใจจากโครงสร้างของความไม่เป็นธรรมไปเป็นเรื่องของบริการทางการแพทย์

นอกจากนั้นยังมีงานเขียนชิ้นสำคัญ ๆ ที่ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์เป็นสถาบันที่ใกล้ชิดและแยกไม่ออกจากระบบทุนนิยมโลก คือ งานคลาสิกของ Vicente Navarro (1976) นาวาโรชี้ให้เห็นถึงความพยายามที่จะขยายหรือส่งเสริมการแพทย์ตะวันตกในโลกที่สามว่า เกิดจากการผลักดันของบริษัทยาและธุรกิจที่เกี่ยวกับการแพทย์เป็นสำคัญ ดังเช่นกรณีการส่งมิชชันนารีจำนวนมากเข้าไปในประเทศต่าง ๆ ในช่วงของการแผ่ขยายอำนาจจักรวรรดินิยม คนเหล่านี้เป็นแพทย์หรือเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานวิพากษ์ลัทธิจักรวรรดินิยมที่กล่าวมานี้ที่น่าสนใจได้แก่ Comaroff (1985) และ Taussig (1987) มนัสวีร์ (2505) นายหนหวย (2508) จินดา (2522) ประสิทธิ์ (2533,2539) และมาลี (2543)

ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพนั้นได้กลายเป็นการเผชิญหน้ากันของอำนาจหรือสถาบันทางการแพทย์ซึ่งเป็นตัวแทนของการควบคุมทางสังคม กับมุมมองสุขภาพในทัศนะของกลุ่มชาติพันธุ์ แนวทางนี้เน้นการศึกษาความคิด ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ การเยียวยารักษาโรค ตลอดจนแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ (ดูรายละเอียดจาก Zola 1966, Zborowski 1952) หรืองานในลักษณะที่ให้ความสำคัญกับการเผชิญหน้าของระบบวัฒนธรรมที่แตกต่างกันกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม อาทิ หลุยส์ โกลอมบ์ (Louis Golomb 1985) ศึกษาชุมชนภาคใต้ของประเทศไทยซึ่งมีความขัดแย้งทางชาติพันธุ์ดำรงอยู่ ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของการต่อรองและการต่อสู้ทางการเมือง การเลือกใช้ระบบการแพทย์ใดในการเยียวยารักษาโรค ไม่เพียงแต่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพแต่ยังเป็นการแสดงจุดยืนทางการเมืองด้วย เมื่อการต่อต้านขัดขืนการยึดครองอำนาจของรัฐไทยมีการแสดงออกในหลายรูปแบบ และการแพทย์กับสุขภาพก็เป็นปริมณฑลหนึ่งของการท้าทายอำนาจและเป็นการแสดงออกซึ่งการไม่ยอมจำนนต่ออำนาจรัฐรูปแบบหนึ่ง (Golomb 1985: 32)

การแพทย์จึงมีส่วนสร้างวาทกรรม “ความเป็นอื่น” ให้กับชนกลุ่มน้อยหรือคนต่างด้าวที่อพยพเข้ามารับจ้างหรือหางานทำในประเทศ และได้สถาปนาภาพลักษณ์ของคนต่างชาติพันธุ์ว่าเป็นพวกที่นำโรคต่าง ๆ มาแพร่ (ดูรายละเอียดจาก สุริยา และพัฒนา 2542) เช่นเดียวกับประวัติศาสตร์ตะวันตก เวชปฏิบัติ

และเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อแบ่งแยกและเหยียดสีผิว พวกนาซีใช้เทคนิคทางการแพทย์ในการแยกแยะเผ่าพันธุ์อารยันออกจากพวกที่มีเลือดปนเปื้อน และกลายเป็นที่มาของการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ของชาวยิปซีและชาวยิว

กล่าวได้ว่า แนวคิดและกรอบการมองความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจ เป็นการตอกย้ำท้าทายความสัมพันธ์ในบริบทที่นักมานุษยวิทยานำเสนอ ความสนใจในประเด็นนี้จึงเท่ากับเป็นการเตือนให้เราสนใจต่อมุมมองของผู้ถูกเอารัดเอาเปรียบ ควบคู่ไปกับความเป็นโรค หรืออาการที่ปรากฏให้เห็นจากร่างกายภายนอกของเขาด้วย

หนังสือแนะนำ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2546). *อำนาจและคอรัปชั่น: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์.

จินดา สิงหเนตร. (2522). *พ่อเลี้ยงคอร์ตแห่งเชียงใหม่.* กรุงเทพฯ: เรืองศิลป์ (แปลโดย สมบูรณ์ สุวรรณอัตถ์ จาก Dr. Court of Chiang Mai, 1950)

ประสิทธิ์ พงศ์อุดม. (2533). *การถ่ายทอดวิทยาการตะวันตกในสังคมไทย: ศึกษาบทบาทของมิชชันนารีโปแตสแตนท์ระหว่าง พ.ศ.2371-2411.* วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประสิทธิ์ พงศ์อุดม.(2539). มิชชันนารีโปรแตสแตนท์กับการแพทย์ในเชียงใหม่. *แมคกิลวารีปริทัศน์.* (1) เชียงใหม่: โครงการตำราศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ.

นายหนหวย (นามแฝง) . (2508). *หมอบลัดเลย์กับกรุงสยาม.* กรุงเทพฯ: รัชดารมภ์การพิมพ์.

มนัสวีร์ อุณหนันท์. (2505). *ประวัติการแพทย์มิชชันนารีในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยเกษม .

มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2543). รายงานการวิจัยเรื่อง *การเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของระบบการแพทย์ในภาคเหนือ.* เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม.

สุริยา สมุทคุปต์ และพัฒนา กิติอาษา. (2542). *มานุษยวิทยากับโลกาภิวัตน์: รวมบทความ.* นครราชสีมา: สำนักวิชาการเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

Comaroff, J. (1985). *Body of Power, Spirit of Resistance: The Culture and History of South African People .* Chicago and London: The University of Chicago Press.

Golomb, L. (1985). *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand.* Urbana and Chicago: University of Illinois Press.

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

Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil.* Berkeley: University of California Press.

Taussig, M. (1986). *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man, A Study in Terror And Healing.* Chicago and London: University of Chicago Press.

Zborowski, M. (1952). Cultural Components in Response to Pain, in J. *Social Issue.* 8(4): 16-30.

Zola, Irving K. (1963). Culture and Symptoms: An Analysis of Patient' s Presenting Complaints. *American Sociological Review.* 3: 615-630.

16.2 โลกาภิวัตน์กับสุขภาพกระแสหลัก

การศึกษาเรื่องโลกาภิวัตน์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ จำต้องมีการเจาะจงรายละเอียดทั้งผลกระทบทางด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากการมองกระแสโลกาภิวัตน์ว่าเกี่ยวข้องกับความเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ ผู้คนมีทางเลือกในการตั้งถิ่นฐานหรือการเลือกประกอบอาชีพได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น โดยอำนาจของระบบเศรษฐกิจทุนนิยมอยู่เหนือกว่าขอบเขตรัฐชาตินั้น อาจจะเป็นการมองความเคลื่อนไหวของโลกไร้พรมแดนเป็นไปในทิศทางเดียวมากเกินไป เพราะความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการเมืองในระดับข้ามพรมแดนรัฐชาติ ย่อมต้องมีทิศทางหลากหลายสลับซับซ้อนต่อมิติชีวิตผู้คนในทุกระดับชั้น โดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงในระดับครอบครัวชุมชนฐานราก ซึ่งเป็นเป้าหลอมเริ่มแรกของชีวิต

ในทางสังคมศาสตร์ การจัดระเบียบความเป็นอยู่ทางสังคมและเศรษฐกิจของมนุษย์ได้มีนักคิดคลาสิคบางคนกล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ ซึ่งจะกล่าวในที่นี้เพื่อปูความเข้าใจเบื้องต้นก่อนจะกล่าวเจาะจงไปถึงเรื่องโลกาภิวัตน์ Parson(1964, 1966) กล่าวถึงความเป็นไปของสังคมว่ามีการวิวัฒนาการทางตรงหรือถ้ามีพลวัตก็มีทิศทางที่กำหนดได้อยู่ก่อนแล้ว มนุษย์สามารถดำรงอยู่ร่วมกันได้โดยตรรกะของการปรับตัว หรือ *ศักยภาพของระบบการดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ให้ได้* (Parson 1964: 340 อ้างใน Waters 1995) ความทันสมัย จึงถูกมองในฐานะของความแตกต่างจากสิ่งที่เป็นอยู่ หรือเป็นกระบวนการในการปรับตัวเพื่อยกระดับการดำรงอยู่ให้สูงขึ้น

แนวคิดเช่นนี้ของพาร์สัน ได้นำไปสู่การวิเคราะห์กระบวนการก่อเกิดโลกาภิวัตน์ว่า ถ้าสังคมขับเคลื่อนไปในแนวทางวิวัฒนาการแบบสามัญธรรมดา ก็จะผสมผสานไปในทางที่เป็นกลไกสร้างความสอดคล้องกลมเกลียว ซึ่งเลวี (Levy) ลูกศิษย์คนสำคัญของพาร์สันกล่าวว่า ความเป็นทันสมัยหรือวิวัฒนาการของสังคม สามารถพิจารณาได้จากรูปแบบการใช้อำนาจที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น (Levy 1966 อ้างใน Waters 1995)

มาร์กและเลนิน กลับเห็นแตกต่างไปจากพาร์สันในแง่ของความเป็นเอกภาพของสังคมโลก เนื่องจากโลกที่แลดูเสมือนเป็นเอกภาพเช่นนี้ไม่ใช่การได้มาโดยบังเอิญ (by choice) แต่เพราะถูกครอบงำโดยทางเดียวจากการผลิตสินค้าในวิถีการผลิตแบบทุนนิยม (capitalist mode of production) ระบบทุนนิยมได้ใช้อำนาจผ่านผู้ควบคุมการผลิตในระดับนานาชาติ ซึ่งกิดเดนส์ (Giddens) กล่าวว่ารัฐชาติได้กลายเป็นหน่วยการเมืองที่เป็นสากล ดังนั้นโลกจึงเป็นเครือข่ายของสังคมรัฐชาติซึ่งได้ถูกเสนอภาพตัวแทนในความสัมพันธ์แบบนานาชาติ การสถาปนาอำนาจของรัฐชาติจึงมีความสัมพันธ์กับระบบความสัมพันธ์ระหว่างชาติต่าง ๆ นั่นคือ เป็นไปไม่ได้ที่แต่ละชาติจะไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

กิดเดนส์ ยังได้อธิบายความเป็นสากลของรัฐชาติใน 3 มิติ (Giddens 1985: 255-257) คือ *มิติแรก* ชุมชนเชิงจินตนาการ (Imagined communities) เมื่อรัฐชาติยุโรปในศตวรรษที่ 19 โดยเฉพาะอังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมนี และอิตาลี ประสบความสำเร็จในการร่วมกันทำอุตสาหกรรมการทหาร ก่อสงครามรุกรานชนเผ่าดั้งเดิมและเข้าทำการยึดครองประเทศเหล่านั้นไว้เป็นอาณานิคม *มิติที่สอง* บุคลิกภาพที่เป็นทางการอุดมไปด้วยเหตุด้วยผลของชาวตะวันตก ทำให้พวกเขามีความชอบธรรมในการเข้าไปรุกรานแย่งชิงทรัพยากรผ่านการพัฒนาและการจัดองค์กรเครือข่ายในระดับนานาชาติ (Waters 1995: 47)

ในแง่มุมของโลกาภิวัตน์กับสุขภาวะทางสังคม Cornia, Glovanni Andea (2001) ได้เขียนบทความวิเคราะห์ถึงหลักการและผลในเชิงปฏิบัติของเศรษฐกิจแบบโลกาภิวัตน์ว่า โดยหลักการทั่วไปแล้ว ถ้าระบบเศรษฐกิจภายในประเทศมีการจัดการที่ดี เมื่อโลกาภิวัตน์เข้ามาปะทะประชาชนภายในประเทศย่อมสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างกว้างขวาง ประกอบกับการมีเครือข่ายสายใยที่ดีทางสังคมทำให้ความปลอดภัยในการทำงานมีสูงมากขึ้น ภายใต้เงื่อนไขที่ดีเช่นนี้ ความเป็นโลกาภิวัตน์จะช่วยลดทอนพฤติกรรมการฉกฉวยประโยชน์ของฝ่ายนายจ้าง เพิ่มโอกาสในการจ้างงานและปรับปรุงสวัสดิการทำให้การแสวงหารายได้ของฝ่ายลูกจ้างเป็นไปโดยง่ายดายมากยิ่งขึ้น สินค้าอุปโภคบริโภคตลอดจนการลงทุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าสุขภาพหรือความรู้จะมีราคาถูกลง

มองผ่านแนวคิดมาสู่วิถีปฏิบัติ ส่วนผสมที่เหมาะเจาะลงตัวระหว่างปัจจัยภายในและภายนอกประเทศเช่นที่ว่าข้างต้นย่อมมิใช่สิ่งที่เกิดขึ้นง่าย ๆ เสมอเหมือนกันทุกแห่งทั่วโลก จากประสบการณ์ของ

ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ เรากลับพบอุปสรรคขัดขวางต่อการพัฒนาบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากความไม่พร้อมของโลกาภิวัตน์ที่มาก่อนกำหนด

จากการศึกษาของ Behrman et al.(2000) กล่าวถึงอิทธิพลของโลกาภิวัตน์ว่าทำให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องของค่าจ้างแรงงานในประเทศละตินอเมริกา 18 ประเทศ ในช่วงปี ค.ศ.1980-1988 ความเหลื่อมล้ำเช่นที่ว่านี้มีนัยสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในทุก ๆ ด้าน สาเหตุเนื่องมาจากนโยบายเปิดเสรีทางการเงินและการปฏิรูประบบเสรีนิยมในระยะแรก ระบบเศรษฐกิจภายในประเทศมีความอ่อนแอ ค่าจ้างแรงงาน และความปลอดภัยในการทำงานมีน้อยมาก

สุขภาวะทางด้านสังคม โดยเฉพาะประเทศที่เคยประสบวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างหนักหน่วงเช่น แม็กซิโกและไทย เมื่อผ่านวิกฤตมาสู่การคลี่คลาย สถานะทางสุขภาพยังคงฟื้นตัวได้ช้า ปัญหาเศรษฐกิจที่สั่งสมมาหลายปี มีผลให้เด็กต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ไปทำงานที่ไม่มีความปลอดภัยหรือเป็นโสเภณี ชนชั้นกลางที่ตกงานหรือไม่มีความมั่นคงในชีวิตการทำงานมีความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากปัญหาด้านจิตใจ การดื่มแอลกอฮอล์ ก่อความรุนแรงภายในครอบครัว และอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ดังนั้นภาวะของการบริการสุขภาพในประเทศเช่นที่ว่านี้ย่อมต้องเสื่อมถอยประสิทธิภาพ ท่ามกลางกระแสตื่นตัวระดับโลกในเรื่องของการคิดค้นวัคซีนป้องกันโรคร้ายชนิดต่าง ๆ

กล่าวได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขและนักสังคมศาสตร์สุขภาพ มีแนวโน้มจะได้เห็นโรคร้ายเรื้อรังชนิดใหม่ที่เข้ามาพร้อมกระแสโลกาภิวัตน์อย่างเข้มข้นและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น กระนั้น การเท่าทันกระแสและการหามาตรการเตือนภัยต่อโรคและอาการเจ็บป่วยที่ผ่านการวางแผนที่ดี ย่อมทำให้การก้าวผ่านโลกาภิวัตน์อย่างเท่าทันและมีการสูญเสียลดน้อยลง

หนังสือแนะนำ

Beck, U. (1992). *Risk Society.* London: Sage.

Burton, J. (1972). *World Society,* Cambridge: Cambridge University Press.

Cornia, G. A. (2001). Globalization and health: results and options, *Bulletin of the World Health Organization.* 79(9) pp.834-841.

Fidler, D. P. (2001). The globalization of public health: the first 100 years of International health diplomacy, *Bulletin of the World Health Organization.* 79(9) pp.842-849.

Giddens, A. (1981). *A Contemporary Critique of History Materialism.* London: Macmillan.

Giddens, A. (1985). *The Nation-State and Violence.* Cambridge: Polity.

Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity.*

Waters, M. (1995). *Globalization.* London and New York: Routledge.

16.3 โลกาภิวัตน์ภาคประชาชน

ขบวนการโต้กลับกระแสโลกาภิวัตน์ได้ก่อตัวขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในนามของประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ภาคประชาชนที่เห็นความสำคัญของการบริโภคชีวิตทางเลือก ต่างเล็งเห็นว่าการต้านกระแสโลกาภิวัตน์ต้องอาศัยความเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ความเป็นพันธมิตรทางอุดมการณ์ ทิศทางอย่างเป็นรูปธรรมอาจเรียกขานแนวทางนี้ว่า *กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในรูปแบบใหม่* เช่น การก่อตัวของกลุ่มสิทธิสตรี สิทธิชนกลุ่มน้อย การบริโภคสีเขียว การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมโดยชุมชนคนรากหญ้า มโนทัศน์กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่นี้มีความน่าสนใจโดยเนื้อหาที่ไม่ใช่การต่อต้านอำนาจรัฐอย่างตรงไปตรงมาแต่เพียงสถานเดียว หรือเป็นวิธีการเดียวที่ถือเป็นสูตรสำเร็จ เนื่องจากเป็นที่รับรู้ทั่วมุมโลกแล้วว่า ขอบเขตของรัฐชาติได้ลดความสำคัญลง โดยเงื้อมเงาของทุนนิยมได้กล้ำกรายเข้ามาทุกหัวระแหง ในทางกลับกันการต่อสู้กับอำนาจครอบงำของโลกาภิวัตน์ต้องอาศัยพลังประชาชนที่ตระหนักถึงชีวิตทางเลือกทั้งในระดับท้องถิ่นและรัฐชาติ

ภายใต้มโนทัศน์ของโลกยุคหลังสมัยใหม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ขบวนการเคลื่อนไหวในลักษณะผลประโยชน์ร่วม หรือการเคลื่อนไหวทางชนชั้นในแนวทางมาร์กซิสต์ว่า ยังวนเวียนอยู่กับอุดมการณ์สังคมนิยม การต่อสู้แย่งชิงอำนาจรัฐ หรือการจัดองค์กรเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพ แต่เมื่อโลกเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการบีบแน่นของเวลาและพื้นที่ และทำให้โลกเชื่อมต่อกันได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงยิ่งขึ้น ในขณะเดียวกันโลกก็แตกแยกเป็นเสี่ยง ๆ มีการผสมผสานกันอย่างสลับซับซ้อนระหว่างโลก (global) กับท้องถิ่น (local) ที่มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นจนทำให้ขอบเขตของโลกและท้องถิ่นไม่ชัดเจน และบางครั้งมีการข้ามพรมแดนซึ่งกันและกัน มิติโลกาภิวัตน์เช่นนี้ทำให้การวิเคราะห์ต้องมองเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับโลกจนถึงระดับท้องถิ่น (อภิญญา 2543, Barker 2000: 111-120)

เช่นเดียวกับที่ Calhoun (1994) กล่าวถึงการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ว่า ไม่ได้มีเป้าหมายหลักเพื่อเอาชนะการครอบงำและสถาปนาตนเองขึ้นไปมีอำนาจรัฐ แต่เป็นการต่อสู้เพื่อช่วงชิงความหมายและเป็นการต่อสู้เรียกร้องเพื่อให้อัตลักษณ์ที่แตกต่างมีพื้นที่ทางสังคมมากขึ้น (Calhoun 1994: 22) นั่นคือ

การกล่าวพ้นความเป็นซ้ายเป็นขวา อนุรักษ์นิยมกับเสรีนิยม ทุนนิยมกับสังคมนิยม แต่แสวงหาคุณค่าที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งกว่านั้น เป็นความพยายามผสมผสานระหว่างการยืนยันอัตลักษณ์ของปัจเจกชนกับสาธารณะ

นักคิดไทยที่กล่าวถึงปัญหาของโลกาภิวัตน์กับการต่อสู้ภาคประชาชนในโลกที่สามได้อย่างเป็นรูปธรรมคนหนึ่งคือ ผาสุก (2543) กล่าวว่า ปัญหาของประเทศโลกที่สามมีความแตกต่างจากโลกตะวันตก กล่าวคือ ต้องเผชิญหน้ากับการครอบงำทั้งจากรัฐและกระแสโลกาภิวัตน์ไปพร้อม ๆ กัน จึงไม่ได้มีลักษณะการเคลื่อนไหวเช่นเดียวกับรัฐในโลกตะวันตก เพราะในประเทศโลกที่สาม ประเด็นการเคลื่อนไหวเป็นเรื่องของเศรษฐกิจของคนระดับล่าง ผู้เข้าร่วมการเคลื่อนไหวจึงเป็นกลุ่มคนชายขอบของสังคม มีฐานอยู่ที่ชุมชน อาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวเพื่อหาทางเลือกในการพัฒนา (ผาสุก 2543: 72-79)

วันทนา (2544) กล่าววิพากษ์การเปิดการค้าเสรีของอินเดียที่กำลังเปลี่ยนสังคมที่คนส่วนใหญ่ถือมังสวิรัติ ให้กลายเป็นผู้บริโภคเนื้อ เนื่องจากสัตว์มิใช่แหล่งโปรตีนเพียงแหล่งเดียว และการบริโภคเนื้อสัตว์ก็ไม่ใช่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังเช่นที่ชาวอินเดียส่วนใหญ่บริโภคมังสวิรัติ เนื่องจากมีถั่วนานาชนิดซึ่งให้โปรตีนคุณภาพดี และทำให้ดินอุดมไปด้วยไนโตรเจนโดยไม่ต้องซื้อปุ๋ย ระบบเกษตรกรรมพื้นเมืองส่วนใหญ่มักปลูกพืชหลายชนิด ซึ่งรวมทั้งพืชตระกูลถั่วด้วย ทั้งยังระบุว่า โรคมะเร็ง อัมพาต และหัวใจ ล้วนเกี่ยวข้องกับการบริโภคเนื้อวัวและผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ ระบบการผลิตเนื้อที่ทันสมัยใหญ่โต ยิ่งทำให้เนื้อมีอันตรายมากยิ่งขึ้น เนื้อสมัยใหม่มีไขมันมากกว่าเนื้อที่เลี้ยงแบบดั้งเดิมถึง 7 เท่า ทั้งยังมีพิษตกค้างจากยาและสารปฏิชีวนะ (วันทนา 2544: 65-66)

กิตติกร (2543) กล่าวถึงการต้านโต้กลับกระแสบริโภคนิยมด้วยกระบวนการประชาชนของชุมชนศีรษะอโศก ซึ่งมีการจัดการระบบเศรษฐกิจแบ่งออกได้ 2 ระดับ คือ ระดับแรกเป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มุ่งตอบสนองความต้องการภายในของชุมชนเป็นหลัก ขณะที่ระดับที่สองเป็นการทำธุรกิจชุมชนซึ่งสามารถสร้างรายได้ให้กับชุมชนเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนและขยายเครือข่ายการทำงานออกไป นอกจากนี้ชุมชนก็ยังมีส่วนที่ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบของการบริจาคและรูปแบบอื่น ๆ ด้วย ชุมชนศีรษะอโศกจึงสามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง อันเนื่องมาจากเงื่อนไข 3 ประการคือ *ประการแรก* การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่เข้มแข็ง *ประการที่สอง* การมีปัจจัยในการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ และ*ประการที่สาม* การมีอิสระในการทำงานและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

เช่นเดียวกับที่ พัฒนา (2546) กล่าววิพากษ์ถึงการต้านทานกระแสโลกาภิวัตน์ว่า มโนทัศน์ท้องถิ่นนิยมหรือการสร้างความเข็มแข็งเป็นอิสระให้แก่ชุมชนรากหญ้า คือ การเท่าทันความเป็นไปของโลกาภิวัตน์ที่ดีที่สุด เนื่องจากเนื้อแท้ของโลกาภิวัตน์คือ การครอบงำและการมีอิทธิพลเหนือความเป็นท้องถิ่น และพรากคนท้องถิ่นออกจากถิ่นฐานเดิมให้กลายมาเป็นแรงงานรับจ้างในระบบทุนนิยมข้ามชาติ แม้ด้านหนึ่ง

จะเป็นการครอบงำ แต่ด้านหนึ่งก่อให้เกิดวัฒนธรรมมวลชนในระดับโลก การค้นหา ต่อสู้ และการใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อค้นหาและปกป้องอัตลักษณ์ในระดับท้องถิ่น โลกาภิวัตน์จึงเป็นกระแสที่ทำให้ประชากรโลกที่ต่างชาติพันธุ์ ภาษา ศาสนาและวัฒนธรรม ได้มีโอกาสติดต่อ เชื่อมโยงถึงกันและกันมากขึ้น (สุริยา และพัฒนา 2542: 5-6)

หนังสือแนะนำ

กิตติกร สุนทรานุรักษ์. (2543). *การพัฒนาชุมชนพึ่งตนเอง: กรณีศึกษาชุมชนศีรษะอโศก.* วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร. (2543). ทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใช้กับสังคมไทยได้หรือไม่. *ลุกขึ้นสู้.* กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง.

พัฒนา กิติอาษา. (2546). *ท้องถิ่นนิยม. (พิมพ์ครั้งที่ 2).*กรุงเทพฯ: กองทุนอินทร์-สมเพื่อการวิจัยทางมานุษยวิทยา.

วันทนา ศิวะ. (2544). *ปล้นผลิตผล! .* (ไพโรจน์ ภูมิประดิษฐ์ แปล). กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา.

สุริยา สมุทคุปติ์ และพัฒนา กิติอาษา. (2542). *มานุษยวิทยากับโลกาภิวัตน์: รวมบทความ.* นครราชสีมา: ห้องไทยศึกษานิทัศน์ สำนักวิชาเทคโนโลยีทางสังคม มหาวิทยาลัยสุรนารี.

อภิญญา เฟื่องฟูสกุล. (2543). *รายงานการวิจัยเรื่อง อัตลักษณ์ (Identity): การทบทวนทฤษฎีและกรอบคิด* . รายงานสำนักคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาสังคมวิทยา.

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

Calhoun, C. (1994). *Social Theory and the Politics of Identity.* Oxford and Cambridge: Blackwell.

Kanokrat Lertchoosakul. (2002). Conceptualising the Roles and Limitations of NGOs in The Anti-Pak Mun Dam Movement. Paper presented at the 8th International Conference on Thai Studies.

Mayer, M. (1995). Social-Movement Research in the United States: A European Perspective. In Lyman, Stanford M. (ed.) *Social Movement: Critiques, Concepts, Case-study.* Handwills: Macmillian.

16.4. โลกาภิวัตน์กับปัญหาสุขภาพของผู้ไร้อำนาจ

ภาวะความเป็นคนพลัดถิ่นหรือผู้ด้อยอำนาจทางสังคมในลักษณะต่าง ๆ ได้กลายเป็นปรากฏการณ์ร่วมสมัยที่มีความน่าสนใจยิ่ง เนื่องจากกระแสโลกาภิวัตน์ได้ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายผู้คนจำนวนมาก ความเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วิถีชีวิตแบบใหม่ การศึกษาโลกาภิวัตน์ในแง่มุมวัฒนธรรมจึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ในโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่ลื่นไหลข้ามพรมแดนแห่งรัฐชาติ

เมื่อกล่าวถึงความด้อยอำนาจทางสังคมที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับกระแสโลกาภิวัตน์ คงต้องท้าวความไปถึงการพัฒนาสังคม ที่เกิดจากอิทธิพลของกระแสเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ได้ทำให้คนกลุ่มหนึ่งมีโอกาสร่ำรวยมากขึ้น แต่คนส่วนใหญ่ต้องสูญเสียที่ดินทำกิน เนื่องจากการตัดสินใจขายที่ดินเพื่อการเกษตรกรรมไปในยุคเศรษฐกิจรุ่งเรือง เมื่อสูญเสียที่ดินไปจึงต้องกลายเป็นแรงงานรับจ้าง เกิดปัญหาการพลัดถิ่นที่อยู่อาศัย และความแตกสลายของครอบครัวชุมชน เมื่อประกอบกับความไม่เท่าทันกระแสโลกาภิวัตน์ของรัฐชาติในประเทศด้อยพัฒนา ผลประโยชน์ในสังคมยิ่งตกอยู่ในมือคนกลุ่มเล็ก แต่กลับทำให้คนจำนวนมากถูกเบียดขับให้ยากจนลงไปทุกที

กล่าวเฉพาะเจาะจงลงไปในเรื่องสุขภาพ ปัญหาการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ปัญหาประชากรล้นเกิน โรคเอดส์ ยาเสพติด มลภาวะเป็นพิษ ไม่ใช่ปัญหาที่อยู่ในเขตรั้วของรัฐชาติอีกต่อไป การศึกษาวิจัยในประเด็นที่กล่าวมานี้ล้วนแล้วแต่ใช้กรอบวิธีคิดองค์รวมเพื่ออธิบายปฏิสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนระหว่างวัฒนธรรม ระบบเศรษฐกิจ องค์กรทางการเมือง และระบบนิเวศวิทยาที่เกิดขึ้นภายในท้องถิ่นว่าสัมพันธ์กับสังคมโลกอย่างไร อาทิ การศึกษาปัญหาโรคเอดส์ แม้ว่าในแต่ละท้องถิ่นจะมีความเข้าใจในปัญหาเอดส์แตกต่างกัน มีการให้ความหมายต่อโรคภัยไข้เจ็บที่แตกต่างกันตามความแตกต่างของวัฒนธรรม แต่มีประเด็นร่วมในแง่ของความเจ็บปวดทุกข์ทนในระดับปัจเจกบุคคลด้วยอาการหลากหลายชนิด (ดู Miller, D.Green J. et al.1985) อาทิ เบื่ออาหาร อาการเชื่องซึม น้ำหนักลด เครียดและหดหู่ ในประเทศญี่ปุ่น ผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์หลายคนมีอาการทางประสาทอย่างเห็นได้ชัด (Helman 2001: 238) มากกว่าอาการที่ระบุว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับโลกาภิวัตน์ยิ่งทวีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการศึกษาความเครียดของผู้ย้ายถิ่น เพราะการย้ายถิ่นไม่ได้มีความหมายเฉพาะการย้ายพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ในการตั้งหลักแหล่ง แต่ยังหมายถึงการย้ายข้ามจากวัฒนธรรมหนึ่งไปสู่อีกวัฒนธรรมหนึ่ง Eitinger L.(1960)

กล่าวว่า ผู้อพยพย้ายถิ่นใหม่จะต้องจัดการกับปัญหาการแยกตัวเองจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ความสิ้นหวัง และความรู้สึกไม่ปลอดภัย

Helman (1994) ได้ขยายรายละเอียดในประเด็นเหล่านี้ว่า ผู้ที่ไม่สมัครใจออกจากถิ่นฐานเดิม อาทิเช่น ผู้อพยพด้วยสาเหตุทางการเมือง ผู้ถูกเนรเทศ ย่อมเกิดอาการเจ็บป่วยได้ทั้งทางกายภาพและจิตใจ อาทิ อาการของโรคความดันโลหิต (hypertension) ที่เกิดกับคนผิวดำในชิคาโก ชาวไอริชในสหรัฐอเมริกา อาการป่วยทางจิตของชาวเอเชียและชาวแอฟริกันที่อพยพเข้ามาอยู่ในเมืองแมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษ โดยเฉพาะในหมู่ผู้อพยพอายุ 35-44 ปี โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบเป็นปกติในหมู่ผู้อพยพหญิงชาวเอเชีย เนื่องจากต้องพรากจากภาษาและสังคมที่ตนคุ้นเคย (Helman 1994: 309-311)

Eitinger (1960 อ้างใน Helman 2000: 210) กล่าวถึงปัญหาของผู้อพยพว่า ต้องเผชิญหน้ากับความยากลำบากในการฝึกฝนภาษาใหม่ วัฒนธรรมใหม่ ซึ่งอาจจะขัดแย้งกับความเชื่อทางศาสนาของตนเอง ในขณะที่ Eisenbruch (1988) ได้ผลิตคำที่อธิบายความหมายของ*การสูญเสียทางวัฒนธรรม (cultural bereavement)* เพื่อใช้อธิบายกลุ่มคนที่เจ็บปวดจากสูญเสียดินแดนและวัฒนธรรมที่คุ้นเคย ผู้ไม่สมัครใจในการอพยพ สอดคล้องกับงานของ Robert Desjarlais et al.(1995) ที่กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนคนหนึ่งสามารถปรับตัวได้ดีหรือไม่ในสภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการผนวกประสานให้ความหมายทางวัฒนธรรม ผลิตซ้ำหรือแสดงออกเกี่ยวกับวัฒนธรรมของตนเองได้หรือไม่ *กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงอย่างมากสองกลุ่มคือ ผู้ที่เดินทางไปอาศัยหรือไปทำงานในถิ่นอื่นแต่ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกกดขี่ขูดรีดใช้ประโยชน์ และอีกกลุ่มหนึ่งคือ ผู้ที่อพยพด้วยสาเหตุแห่งความอดอยาก การใช้ความรุนแรง และความรุนแรงทางการเมือง* (Desjarlais, Robert et al. 1995: 137)

กรณีศึกษาการพลัดพราก (dislocation) จากดินแดนที่คุ้นเคยคือ โครงการเขื่อนอัสวาน (The Aswan High Dam Project) มีการอพยพผู้คน 120,000 คนในประเทศอียิปต์และซูดาน โครงการคาลาบาก์ฮ (Kalabagh project) ในปากีสถานมีการถอนรากถอนโคนผู้คนจำนวน 124,000 คน โครงการอีทาปาริกาในบราซิล (Itaparica project) บังคับให้คน 45,000 คนออกจากถิ่นฐาน และเขื่อนขนาดใหญ่ 3 โครงการในประเทศจีน ได้อพยพคนจำนวน 10 ล้านคน นับตั้งแต่ทศวรรษ 1950s หรือในกรณีของ*ฮาวา* ผู้อพยพจากประเทศมาลี อาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศสมาเป็นเวลา 16 ปี เธอไม่มีความสุขในชีวิตแต่งงานและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก เพราะสามีทุบตีเธอ ออกไปเที่ยวนอกบ้านกับผู้หญิงอื่น ทำร้ายเธอเมื่อเธอพยายามป้องกันไม่ให้เขามีภรรยาน้อย ซึ่งถ้าทั้งสองสามีภรรยายังอาศัยอยู่ในประเทศมาลี สมาชิกในครอบครัวเดิมของเธอสามารถเข้ามาช่วยเหลือได้ แต่ที่นี่ไม่มีใครเธอจึงเสมือนอยู่โดดเดี่ยวและมีความเครียด (ดูรายละเอียดจาก Desjarlais et al.1995: 138-139)

ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต หรือปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงเรื้อรังในหมู่ผู้พลัดพรากจากถิ่นที่อยู่อาศัยเดิม บางรายถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) ดังนั้น การถูกพรากจากถิ่นที่อยู่อาศัยโดยไม่สมัครใจ จึงไม่ใช่ประเด็นผลกระทบของความเป็นโลกาภิวัตน์ที่เราจะละเลยความสำคัญได้ เพราะมีความหมายเรื่องสิทธิมนุษยชนแฝงเร้นอยู่อย่างลึกซึ้ง ในกระบวนการเบียดขับชาวบ้านผู้มีวิถีชีวิตปกติธรรมดาให้กลายเป็นผู้ไร้อำนาจจากกระแสการพัฒนาที่เน้นเศรษฐกิจข้ามชาติได้

หนังสือแนะนำ

Desjarlais, Robert et al. (1995). *World Mental Health.* New York and Oxford: Oxford University Press.

Eisenbruch, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. *Int.Migration Rev.22.*282-300.

Eitinger, L. (1960). The symptomatology of mental illness among refugee in Norway. *J.Mental Sci., 106,* 947-969.

Helman G, C .(1994).*Culture, Health and Illness. (Third edition).* Butter Heinemann: Oxford University Press.

Helman G, C. (2001). *Culture, Health and Illness. (Fourth edition) .* Butter Heinemann: Oxford University Press.

Lovell, A.M. (1992). Mental and behavioral issue and the immigration of West African woman residing in France. Working paper , International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Lumsden, D.P. (1993). Dams, Dis-placement, and mindful distress. Working paper, International Mental and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

McElroy, A. and Townsend, P.K. (1989). *Medical Anthropology in Ecological Perspective.(Third edition) .* Westview.

Miller , D., Green. et al. (1985). 'A pseudo-AIDS' symdrom following from fear of AIDS. *Br. J.Psychiatry,* 146, 550-551.

Pollock, K. (1988). On the nature of social stress: production of a modern mythology. *Soc. Sci.Med.,* 26, 969-979.

Yong, A. (1980). The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Soc.Sci.Med.,* 14 B, 133-46.