

“ชุมชน” กับ “การปกครองชีวญาณ”:
กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของประเทศไทย
"Community" and "Governmentality": HIV/AIDS Self-Help
Groups in Northern Thailand

โดย ชีเกฮารุ ทานาเบ
มหาวิทยาลัยโอทานิ ประเทศญี่ปุ่น

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทนำ	1
บทที่ 1 ความเจ็บป่วย การสาธารณสุขและการปกครองชีวญาณ	10
การดูแลรักษาโรคในมิติด้านมานุษยวิทยา	
กรอบคิดของอำนาจการแพทย์	
ความเสี่ยงกับการดูแลรักษาโรค	
การปกครองชีวญาณ(governmentality)	
เสรีนิยมใหม่กับการสาธารณสุข	
สรุป	
บทที่ 2 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ความทุกข์และการปกครองตนเอง	40
การก่อเกิดของกลุ่มผู้ช่วยเหลือกันเอง	
ปฏิบัติการและการต่อรองในชุมชนปฏิบัติ	
ปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง: การเลือกและปรับใช้การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับตนเอง	
การปกครองตนเองและอัตลักษณ์ที่หลากหลาย	
สรุป	
บทที่ 3 กลุ่มการดูแลสุขภาพชุมชน: จากเครือข่ายสู่ชุมชน	64
การปกครองชีวญาณเกี่ยวกับการสาธารณสุขและการแพทย์	
พื้นที่ทางสังคมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ: จากเครือข่ายถึงชุมชน	
การก่อเกิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชน	
การเปลี่ยนแปลงของ habitus กับ การปกครองชีวญาณจากข้างล่าง	
สรุป	
บทที่ 4 ทักษะ “ชุมชน” กับ “การปกครองชีวญาณ”	81
ชุมชนประกอบด้วยปฏิบัติการ	
ทักษะจากทฤษฎีการปกครองชีวญาณ	
ชุมชนกับการเป็นสาธารณะ: กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
สรุป	
บรรณานุกรม	101

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของผลจากการเก็บข้อมูลในภาคสนาม ในจังหวัด เชียงใหม่ ตั้งแต่พ.ศ.2541-2545 โดยผู้เขียนได้รับทุนการสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศ ของกระทรวงศึกษาธิการ ประเทศญี่ปุ่น ในหัวข้อ “การเปลี่ยนแปลงชุมชนเชิงปฏิบัติในเขตเมือง พ.ศ.2541-2542” และได้ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ตั้งแต่พ.ศ.2546-2549 ผู้เขียนขอแสดงความขอบคุณต่อสถาบันเหล่านี้ ณ ที่นี้ นอกเหนือจากนี้ หนังสือเล่มนี้ยังเป็นผลผลิตส่วนหนึ่งของโครงการทฤษฎีสังคมกับการปฏิรูป ระบบสังคมและสุขภาพ ซึ่งดำเนินการตั้งแต่พ.ศ.2545-2547

บทที่ 2 ในหนังสือเล่มนี้ ปรับปรุงแก้ไขจากบทความ Suffering and self-government: HIV/AIDS self-help groups in Northern Thailand ซึ่งนำเสนอในการประชุมไทยศึกษา ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร เดือนกรกฎาคม ค.ศ.1999 สำหรับฉบับแก้ไขอื่น ๆ นั้นได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ Association for Asia Study ครั้งที่ 54 ณ นครวอชิงตัน ดี.ซี. คณะ มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และศูนย์การศึกษาเอเชีย มหาวิทยาลัยวอชิงตัน เป็นต้น ส่วน หนึ่งของบทความชิ้นนี้ได้นำมาพิมพ์ในหนังสือ Tanabe Shigeharu (ed.) Imagining Communities in Thailand: Ethnographic Approaches, Chiang Mai: Silkworm Books และบทที่ 4 ได้แก้ไขปรับปรุงจากบทความ ทศนะ “ชุมชน” กับ “การปกครองชีวญาณ”: อำนาจที่ ช่อนเร้นในสาธารณสุขไทย ซึ่งได้เสนอในการประชุมวิชาการประจำปีมานุษยวิทยาครั้งที่ 4 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) เดือนมีนาคม พ.ศ.2548 และได้ตีพิมพ์ในวารสาร รัฐศาสตร์สาร ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 พ.ศ.2549

ในการเขียนรายงานฉบับนี้ จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงได้หากปราศจากความช่วยเหลือ การ สนับสนุนจากบุคคลต่อไปนี้ อาจารย์ธีรยุทธ บุญมี คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ประสานงานโครงการ อาจารย์ธนศ วงศ์ยานนาวา คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และรศ.ดร.กนกศักดิ์ แก้วเทพ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ผู้วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งข้อเสนอนี้ได้ตีพิมพ์ร่วมกับบทความทศนะ “ชุมชน” กับ “การปกครองชีวญาณ”: อำนาจที่ช่อนเร้นในสาธารณสุขไทย ที่ได้กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ยังมีบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ ได้แก่คุณมาลี สิทธิเกรียงไกร นักศึกษาปริญญาเอก สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้กรุณาเรียบเรียงและจัดทำ ต้นฉบับ รวมทั้งบทสนทนาทางวิชาการที่ได้แลกเปลี่ยนตลอดการทำงานชิ้นนี้ นายแพทย์วิพุธ พูล เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสาธารณสุข ณ ขณะนั้น และนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสาธารณสุข ปัจจุบันนี้ และผู้จัดการงานวิจัยของสถาบันวิจัยสาธารณสุข 2

ท่านได้แก่ คุณเพ็ญศรี สวงนสิงห์และอาจารย์สมใจ ประมาณพล ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ
ประสานงานให้การผลิตหนังสือเล่มนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี

ในระยะดำเนินการวิจัยภาคสนามในโครงการนี้ ผู้วิจัยไม่เพียงแต่ได้รับความช่วยเหลือจาก
กลุ่มผู้ติดเชื้อเท่านั้น แต่ยังได้รับบทเรียนประสบการณ์อันมีค่ายิ่งจากพวกเขาด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
คุณสำราญ ทะกัน คุณประเสริฐ เดชะบุญ คุณพิมพ์ใจ อินต๊ะมูล และสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ ที่
ได้กรุณาเสียสละเวลาพูดคุย เล่าเรื่อง เกี่ยวกับตนเอง และเพื่อนสมาชิกที่เกี่ยวข้องให้ผู้วิจัยได้ทราบ
สถานการณ์ต่าง ๆ ของพวกเขา ผู้วิจัยหวังว่า ผลงานเล่มนี้คงจะมีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อหลายท่าน
และมีประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ต่อไป และยังมีอีกหลายท่านได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ
ในการวิจัยและการเขียนเกี่ยวกับโครงการนี้ ได้แก่ คุณวิโรจน์ กันทาสุข โครงการสุขภาพองค์กรร่วม
รศ.รังสรรค์ จันต๊ะ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ดร.ขวัญชีวัน บัวแดง สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คุณวิฑูร บัวแดง และคุณกนกกรัตน์ แซ่เต๋น และขอขอบคุณนักวิชาการต่อไปที่ได้กรุณาให้
ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยน เกี่ยวกับการศึกษาเรื่องนี้ ได้แก่ ดร.ปรีตดา เกลิมเผ่า ก่ออนันตกุล
ผู้อำนวยการศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์กรมหาชน) ดร.อภิญา เฟื่องฟูสกุล คณะสังคมวิทยา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รศ.ดร.ฉันทนา บรรพศิริโชติ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Prof.Stanley Tambiah Prof.Arthur Kleinman Prof.Byron Good Prof.Michael
Herzfeld Prof.Hue-Tam Ho Tai มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ดร.Andrew Turton มหาวิทยาลัย
ลอนดอน Prof.Charles F. Keyes Prof.Marjoree Muecke มหาวิทยาลัยวอชิงตัน และดร.Paul
Cohen มหาวิทยาลัยแมคควอร์รี่ ผู้เขียนขอขอบคุณบุคคลที่กล่าวถึงมาทั้งหมดนี้อีกครั้งหนึ่ง

ชិเกฮารุ ทานาเบ

ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยโอทานิ ประเทศญี่ปุ่น

บทนำ

หนังสือเล่มนี้ เป็นการศึกษาทางด้านมานุษยวิทยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกับความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิตและสุขภาพที่ดีของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังต้องการทำความเข้าใจกับการโต้ตอบของปัจเจกชนต่อกระแสโลกาภิวัตน์เพื่อต้องการให้ตนเองมีชีวิตที่ดีด้วย เพื่อทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์นี้ ผู้เขียนขอเริ่มต้นด้วยการกล่าวถึงสถานะด้านสังคม เศรษฐกิจที่ชาวไทยได้ประสบมาในระยะ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา

การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียอาคเนย์ตั้งแต่พ.ศ.2533 ได้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในทุกประเทศรวมถึงประเทศไทยด้วย กรณีประเทศไทย มีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วเพื่อไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและรุนแรงนี้ ด้านหนึ่งส่งผลให้สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศเติบโตไปอย่างมาก ในอีกด้านหนึ่ง มีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชากร ดังเห็นได้ว่า ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ความรู้และปฏิบัติการของการแพทย์พื้นบ้านหรือการรักษาดูแลสุขภาพตนเองแบบดั้งเดิมไปสู่การแพทย์สมัยใหม่ ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยโรงพยาบาล คลินิก อุตสาหกรรมยา(industrial medicine) มากขึ้น ยกตัวอย่างเช่นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของประชาชนแต่ละคน ได้เพิ่มขึ้นจาก12.1 US\$ ในปีพ.ศ.2523 เป็น 103.6 US\$ ในปีพ.ศ.2541 ซึ่งหมายถึงว่า การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านการรักษาต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ(GDP) นั้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.82 เป็นร้อยละ 6.21 (Wiput 2004)

ขณะที่ระบบสาธารณสุขไทยต้องเผชิญหน้ากับการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านการรักษานั้น ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนโรค รัฐบาลไทยได้ทำการปฏิรูปสาธารณสุขและการแพทย์ในระดับประเทศที่เรียกว่า“การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” ตั้งแต่พ.ศ.2543 ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาตินี้ แสดงให้เห็นถึง แนวโน้มในการแก้ไขนโยบายสาธารณสุขและการแพทย์ ที่เคยอยู่ภายใต้การนำของรัฐบาลอย่างเดียวยังไปสู่การสร้างข้อตกลงร่วมกันในระดับชาติ เพื่อกำหนดนโยบายสาธารณสุขและ การแพทย์ ให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 โดยการปฏิรูบนี้นั้นมีเป้าหมายชัดเจนในการจัดหาบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง และให้บริการการรักษาดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมต่อประชาชนทั้งหมด (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2545)

กรอบคิดทางมานุษยวิทยา

การศึกษาในเล่มนี้ ไม่มีจุดประสงค์ที่จะพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แต่มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตกับสุขภาพที่อยู่ภายใต้รัฐประชาชาติ และต้องเผชิญหน้ากับการปฏิรูปสาธารณสุขและการแพทย์ ในการศึกษานี้ผู้เขียนจะ

กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขและการแพทย์ที่เกิดขึ้นในทศวรรษนี้ เป้าหมายของการวิเคราะห์ก็คือ วิฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่ปรากฏขึ้นตั้งแต่พ.ศ.2534 ที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือ

หากกล่าวอย่างกว้างขวาง หนังสือเล่มนี้จะวิเคราะห์ให้เห็นว่าประชาชนจะสร้างชีวิตและสุขภาพตนเองอย่างไร ภายใต้บริบทที่รัฐประชาธิปไตย ได้ปกครองชีวิตของประชาชนในกระบวนการพัฒนาสู่ความทันสมัย เพื่อจะทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ ผู้เขียนคิดว่า แนวคิดทางมานุษยวิทยาแบบเดิม เช่น กฎเกณฑ์(rule) บรรทัดฐาน(norm) โครงสร้าง(structure) ระบบ(system)นั้น ไม่สามารถอธิบายปัญหาเหล่านี้ได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจะหลีกเลี่ยงจากแนวคิดเหล่านี้ โดยมีการตั้งคำถามว่า สิ่งที่รวบรวมหรือก่อตั้งขึ้นมาเป็นชุมชนนั้นเกิดขึ้นมาได้อย่างไร โดยผ่านปฏิบัติการของปัจเจกชนที่โต้ตอบกันระหว่างตนเองกับผู้อื่น ดังนั้นในหนังสือเล่มนี้ จะพิจารณาปฏิบัติการที่ชุมชนถูกสร้างขึ้นภายใต้กระบวนการการสร้างชีวิตและสุขภาพของตนเอง หรือการดูแลรักษาความเจ็บป่วยและความทุกข์

ชุมชน ซึ่งเคยเป็นพื้นที่เป้าหมายการวิเคราะห์ทางมานุษยวิทยาและสังคมศาสตร์ทั่วไปนั้น มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ ดังนี้ สาเหตุหนึ่ง นั้นมาจากนักมานุษยวิทยา มักให้ความสำคัญแนวคิดนามธรรม เช่น โครงสร้างทางสังคม หรือระบบทุนนิยมมากกว่าปฏิบัติการที่อยู่ในชุมชน ซึ่งผู้เขียนคิดว่า ไม่สามารถอธิบายความคิด การเป็นภาพตัวแทน(representation)และปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของประชาชนได้ดีนัก อีกทั้ง แนวคิดโครงสร้างและระบบในมานุษยวิทยาและสังคมศาสตร์นั้น เป็นแบบจำลองที่เกินขอบเขตที่มนุษย์สามารถกำหนด ชี้อัดได้ถึงปฏิบัติการ(practice)ที่ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน ได้ภายในพื้นที่ที่ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตนเองกับตนเอง ตนเองกับผู้อื่น ด้วยเหตุนี้ นักมานุษยวิทยาจึงหันมาทบทวนกับแนวคิดชุมชนอีกครั้งหนึ่ง

ไม่ว่าชุมชนจะเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่มาแต่โบราณ(primordial) หรือชุมชนที่เกิดขึ้นภายใต้ยุคทันสมัยก็ตามแต่ นักมานุษยวิทยาก็ยังคงให้ความสำคัญกับการศึกษาชุมชนเรื่อยมา แต่โดยส่วนใหญ่มักจะศึกษาความสัมพันธ์ของคนที่อยู่ในขอบเขตทางสังคมหรือความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างดั้งเดิม ที่มีทัศนะว่าปฏิบัติการของสมาชิกในชุมชนมีแบบแผนปฏิบัติตามขนบประเพณีดั้งเดิม ทัศนะเช่นนี้มีความแตกต่างจากปัจเจกชนตามแนวคิดความทันสมัยซึ่งเป็นผลผลิตในสังคมตะวันตก ดังนั้น หากนักมานุษยวิทยา ยังคงมีแนวคิดจำลองในลักษณะนี้ ย่อมเป็นการลดทอนชีวิตของประชาชนในชุมชนนั้น ให้เป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับปัจเจกชนที่มีเสรีภาพและอิสระภาพอีกด้วย

ตั้งแต่ตอนปลายทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา “มานุษยวิทยาสำนักโพสต์โมเดิร์น” ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้วิพากษ์วิจารณ์แนวคิดชุมชนแบบดั้งเดิมว่าเป็นสิ่งไร้สาระ การวิพากษ์แบบนี้เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ที่ประชาชนหลายกลุ่มเคลื่อนย้ายออกจากขอบเขตทางสังคมแบบเดิมมากขึ้นในกระแสโลกาภิวัตน์ สำนักโพสต์โมเดิร์นนั้น พยายามจะค้นหาผู้กระทำที่มีศักยภาพและ

สร้างสรรค์ซึ่งมีทั้งการผสม(hybridization) การเลียนแบบ (mimesis) หรือการยืม(borrowing) โดยพิจารณาว่าเหล่านี้เป็นกระบวนการการหล่อหลอมทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้เขียนคิดว่า การพิจารณาเช่นนี้ เป็นสิ่งที่ผิดพลาดอย่างยิ่ง เป็นเพราะไม่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่อยู่ภายในกระบวนการดังกล่าว (Gupta and Ferguson 1997; Ferguson and Gupta 2002) แต่สิ่งที่มานุษยวิทยาสำนึกโพสต์โมเดิร์น ในประเทศสหรัฐอเมริกาให้ความสนใจคือ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้เขียนกับผู้ถูกเขียน โดยความหมายนี้จึงเป็นการลดทอนมานุษยวิทยาให้มีความหมายเพียงงานชาติพันธุ์วรรณา

ปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับพื้นที่เหล่านี้ ทำให้นักวิชาการได้กลับมาทบทวนเกี่ยวกับพื้นที่ที่ประชาชนกระทำปฏิบัติการประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดชุมชน ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดโครงสร้างทางสังคม ในทางทฤษฎี โครงสร้างทางสังคมเป็นแบบจำลองทางนามธรรมที่นักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยาต่าง ๆ ลดทอนชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของประชาชนที่เป็นรูปธรรม ตรงข้ามกันนี้ ชุมชนนั้น หมายความว่าถึงพื้นที่ที่ชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของประชาชนที่เป็นรูปธรรมถูกสร้างขึ้นโดยปฏิบัติการของพวกเขาเอง หมายความว่า ชุมชนนั้นไม่ว่าจะเป็นหมู่บ้านในชนบท ย่านในเขตเมือง โรงงาน สหกรณ์ โรงเรียน โรงพยาบาล ถูก เป็นพื้นที่ที่หล่อหลอมขึ้นมาจากปฏิสัมพันธ์ทางอำนาจในหลายระดับและเป็นปฏิบัติการทางสังคมของประชาชน

เพราะฉะนั้น หากโครงสร้างทางสังคมหรือระบบทุนนิยมเป็นแบบจำลองนามธรรม ชุมชนนั้นเป็นพื้นที่ที่มีการกดขี่ การขบไล่ ของอำนาจหรือเป็นพื้นที่ที่มีปฏิสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ เช่น ความขัดแย้ง การต่อต้าน หรือการต่อรอง ด้วยเหตุนี้ เป้าหมายของการศึกษาจึงควรเป็น การศึกษาความสัมพันธ์ ปฏิบัติการต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนมากกว่า การค้นหาแบบจำลอง รูปแบบ ทั้งนี้เพราะชุมชนนั้นมีความหลากหลาย และปฏิบัติการของแต่ละชุมชนล้วนมีลักษณะพิเศษและประวัติศาสตร์ของตนเอง อีกทั้งปัจเจกชนที่อยู่ในชุมชนนั้นต่างมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน ไม่มีความเป็นเนื้อเดียวกัน

การระบาดของโรคเอดส์และวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขและการแพทย์

การระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ปลายทศวรรษ1980 ถึงตอนต้นทศวรรษ1990 ได้ก่อให้เกิดวิกฤตด้านสุขภาพที่รุนแรงในสังคมไทย การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์และการป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น ไม่เพียงทำให้ความเจ็บป่วยและความทุกข์เกิดขึ้นในระดับบุคคล แต่ทำให้เกิดความรุนแรงและบาดแผลในประสบการณ์มนุษย์โดยมีความเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจทางสังคมต่าง ๆ ด้วย ซึ่งควรเรียกว่า ความทุกข์เชิงสังคม (social suffering) นั่นคือ ความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อเป็นผลจากแรงบังคับทางสังคมที่เข้ามามีผลต่อประสบการณ์ (Kleinman, Das and Lock 1997: ix; Farmer and Kleinman 1989) เจื่อนไขที่ทำให้ความทุกข์เชิงสังคมเกี่ยวข้องกับปัญหา

เอดส์ในภาคเหนือประเทศไทยนั้นสืบเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพ สวัสดิการ กฎหมาย ศีลธรรม และชุมชน ทั้งหมดนี้รวมไปถึงการปฏิบัติ การบริหารและงานวิชาการที่แยกย่อยลงไป ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับประสบการณ์การกีดกันอย่างรุนแรงจากครอบครัว ชุมชน และสถาบันทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น การที่ครอบครัวไม่รับประทานอาหารเช้าร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ หรือกีดตาคาที่แยกผู้ติดเชื้อไว้ต่างหาก การกีดกันการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและคลินิก และการกีดกันการทำงานหรือการได้ออกจากงาน¹ ตั้งแต่พ.ศ.2534 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ณรงค์ป้องกันโรคเอดส์อย่างจริงจัง แต่นโยบายเกี่ยวกับการรักษา สวัสดิการ กฎหมาย และการรับรองทางสังคมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยนั้นยังไม่ได้ปรับปรุงให้ตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เป้าหมายของนโยบายสาธารณสุขและการแพทย์ต่อโรคเอดส์นั้น เน้นการป้องกันไม่ให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีไปสู่ประชากร ดังนั้นความทุกข์เชิงสังคมที่เกิดขึ้นจากวิกฤตการณ์โรคเอดส์นั้น จึงเป็นสิ่งที่อยู่กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้ถูกจำแนกให้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งทำให้เกิดการแบ่งแยกอย่างกว้างขวางในสังคมไทย(Beyer 1998) อย่างไรก็ตาม ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เอาชนะการกีดกัน แบ่งแยกได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่ว่าสังคมทั้งหมดจะให้การยอมรับพวกเขา

ภายใต้สถานการณ์โลกาภิวัตน์ นโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ของรัฐบาลนั้น ได้ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วย มาตรฐานการรักษาโรคเอดส์ในการแพทย์สมัยใหม่นั้น มีพื้นฐานอยู่กับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี องค์การแพทย์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่ยอมรับว่า ยาเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็น ขณะเดียวกัน การผูกขาดของการผลิตและการกระจายยาต้านไวรัสเอชไอวียังอยู่ที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นศูนย์กลางและเป็นแหล่งทุนการวิจัยด้านเภสัชวิทยา และอุตสาหกรรมการผลิตยาระหว่างประเทศ ถึงแม้ว่าในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมาจะมีการอนุญาตให้ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศสามารถผลิตยาต้านไวรัสได้ แต่ราคายาเหล่านั้นก็ยังสูงอยู่ดี ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ (Schoeps 2001; Nguyen 2005) ยิ่งกว่านั้น ยาต้านไวรัสเอช

¹ ความทุกข์เชิงสังคมที่เกิดจากวิกฤตการณ์โรคเอดส์นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มชาติพันธุ์นั้น อาจถือได้ว่า งานของPaul Farmer เป็นการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์การเมือง ที่เกี่ยวข้องกับกีดกันชนชาติไฮติที่ถูกตีตราว่าเป็นเอดส์ เป็นงานบุกเบิกที่สำคัญด้านเอดส์กับความทุกข์เชิงสังคม (Farmer 1992) และงานชิ้นอื่น ๆ ที่สำคัญได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิกฤตการณ์โรคเอดส์กับร่างกายทางสังคม (Scheper-Hughes 1994) และการศึกษาที่นักมานุษยวิทยาศึกษาปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ร่วมกับนักวิชาการอื่น ๆ (ดูในFrankenberg 1995) การศึกษาในช่วงแรกทางมานุษยวิทยาที่เกี่ยวข้องกับวิกฤตโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น (ดู Brummelhuis and Herdt 1995) และในระยะต่อมา มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการระบาดของโรคเอดส์กับพฤติกรรมทางเพศนอกคู่สมรสและนอกสถานบริการ (ดู Lyttleton 2003) สำหรับการศึกษาด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือ (ดู รังสรรค์ 2544)

ไอวี่ที่กำลังพัฒนาอยู่นั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับการทดลอง เพราะฉะนั้น ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาประเภทนี้ส่วนใหญ่จึงได้รับความทุกข์จากผลข้างเคียงการใช้ยา ซึ่งอยู่ในระดับการทดลองนั้นอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม นโยบายการป้องกันโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยที่ได้เน้นการป้องกัน การคิดเชื้อตั้งแต่พ.ศ.2534 นั้น ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักจากนโยบายการป้องกันโรคติดต่อที่ผ่านมา แต่ระบบสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศไทยนั้น ได้เปลี่ยนแปลงอย่างมากตั้งแต่วิกฤตการณ์ด้านเศรษฐกิจ

อำนาจในสาธารณสุขและการแพทย์

การทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนผ่านของระบบสาธารณสุขและการแพทย์ที่กำลังดำเนินอยู่นี้ ควรดำเนินไปควบคู่กับ การทำความเข้าใจกับปฏิบัติการทางการดูแลสุขภาพของประชาชน เราจำเป็นต้องยอมรับว่า ปฏิบัติการการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดำเนินอย่างกระตือรือร้นนั้น เป็นผลจากวาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ ขณะเดียวกัน เราต้องทำความเข้าใจกับต้องเข้าใจมันในขอบเขตทางสังคมและรัฐอีกด้วย ดังในบทที่ 1 ของหนังสือเล่มนี้จะกล่าวถึงแนวคิดการทำให้เป็นประเด็นการแพทย์(medicalization) ที่เป็นประเด็นวิพากษ์ระบบการแพทย์สมัยใหม่ของอิวาน อิลิช(Ivan Illich) ทฤษฎีอำนาจการแพทย์สมัยใหม่ของมิเชล ฟูโกต์(Michel Foucault) และบทบาทของการแพทย์ดั้งเดิม เช่น การแพทย์แผนญี่ปุ่น การแพทย์แผนไทย และบทบาทของการแพทย์พื้นบ้าน ที่ต่อสู้หรือเสริมกับการแพทย์สมัยใหม่อีกด้วย

ประเด็นที่น่าสนใจในความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขและการแพทย์กับปฏิบัติการการดูแลสุขภาพของประชาชนภายในยุคทันสมัย คือ “อำนาจ” หรือ “การใช้อำนาจ” ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ผู้เขียนคิดว่า ต้องทำความเข้าใจกับประเด็นนี้ เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจเรื่องการใช้อำนาจ กับความรับผิดชอบของการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ก่ออันตรายต่อผู้ป่วย และปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ลักษณะนี้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาการสาธารณสุขและการแพทย์ในระยะต่อไป ต่อไปนี้จะยกตัวอย่างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างประชาชนกับการแพทย์ในปัญหาการปนเปื้อนมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

โรคมินิมาตะในประเทศญี่ปุ่นนั้นได้ก่อผลกระทบต่อชาวประมงที่อาศัยอยู่รอบ ๆ ชายทะเลซึ่งบริโภคลาที่มีสารปรอท(methyl mercury)ปนเปื้อนที่ปล่อยมาจากโรงงานผลิตปุ๋ยของบริษัทนิปปอน ชิโซะ(Nippon Chisso) ในเมืองมินามาตะ จังหวัดคุมาโมโตะ ตั้งแต่การพบผู้ป่วยที่สันนิษฐานว่า ได้รับสารปรอทที่ปนเปื้อนออกมาในพ.ศ.2499 มาจนถึงปัจจุบันนี้ ปัญหาดังกล่าวยังถูกพิจารณาในศาลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการระบุสาเหตุของความเจ็บป่วยของชาวประมง และเกี่ยวกับคำชดเชยต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ผู้เสียหาย และกลุ่มนิปปอน ชิโซะ

และรัฐบาล ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องในครึ่งศตวรรษ แต่สาเหตุสารปรอทกับการเกิดโรคมินามาตะ นั้น รัฐบาลญี่ปุ่นกับนิปปอน ชิโอะ ไม่ยอมรับเนื่องจากแพทย์ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้เสียหายบางส่วนยังไม่สามารถได้รับค่าชดเชยจนถึงปัจจุบันนี้ แต่สิ่งหนึ่งที่ปรากฏขึ้นภายใต้การฟ้องร้องนี้คือ เราเห็นความเชื่อมโยงของอำนาจระหว่างรัฐกับบริษัทนิปปอน ชิโอะที่ร่วมกันปิดบังความจริงตลอดมา(Uji 1992; Ishimure 1972)

นักระบาดวิทยาและแพทย์หลายท่านที่ได้เป็นคณะกรรมการได้ร่วมกันพิจารณาและลงความเห็น ว่า บริษัทนิปปอน ชิโอะ เป็นสาเหตุการปนเปื้อนสารปรอท ซึ่งทำให้ประชาชนต้องล้มป่วย แต่การสำรวจและการพิจารณาทางการของรัฐบาล ซึ่งมีแพทย์และนักระบาดวิทยาช่วยอยู่ด้วย นั้น ไม่ได้ยอมรับเรื่องนี้ตลอดมา ปรากฏการณ์นี้ ทำให้เราเห็นว่า การแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นอำนาจที่กดขี่ประเภทหนึ่ง เมื่อพวกเขาถูกเชื่อมโยงเข้ากับผลประโยชน์ของรัฐบาลกับบริษัท

นอกเหนือจากนี้ยังมีกรณีที่กำลังกล่าวถึงการใช้อำนาจของการแพทย์สมัยใหม่ในลักษณะนี้มากมาย แต่ขอยกตัวอย่างที่สำคัญก็คือ ผู้ป่วยโรคเลือด(hemophilia)ที่ติดเชื้อเอดส์จากการรับเลือด ในทศวรรษ1980 ในประเทศญี่ปุ่น มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในผู้ป่วยโรคเลือดที่ได้รับพลาสมาที่มีได้ผ่านการฆ่าเชื้อ กรณีนี้ แพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุข ประเทศญี่ปุ่น ได้ประกาศว่าพลาสมาที่ให้แกผู้ป่วยโรคเลือดนั้นมีความปลอดภัย ซึ่งแพทย์เหล่านี้มีผลประโยชน์เชื่อมโยงกับบริษัทที่ผลิตพลาสมา ด้วยเหตุนี้ จึงช่วยกันปิดบังสาเหตุของการเกิดโรคเอดส์ในผู้ป่วยโรคเลือดเป็นระยะหลายปี เหตุการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบราชการ โดยเฉพาะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ และแพทย์ รวมถึงบริษัท ได้ร่วมกันใช้อำนาจกดขี่ผู้ป่วย ด้วยการใช้เหตุผลและความสัมพันธ์ทาง “วิทยาศาสตร์” เพื่อพิสูจน์ความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วย

อำนาจของการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้ถูกสร้างขึ้นมานบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และอยู่บนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นอำนาจที่ผู้ป่วยต้องยอมทำตามที่แพทย์สั่ง อำนาจดังกล่าวนี้ยังไม่มี ความรุนแรงและไม่มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก แต่เมื่ออำนาจกับการใช้อำนาจของแพทย์ในระบบการแพทย์สมัยใหม่นั้น ถูกนำมาใช้ร่วมกับระบบราชการ บริษัทผลิตยา หรืออุตสาหกรรมการผลิตอื่น ๆ ดังกรณีตัวอย่างข้างต้นนั้น ทำให้อำนาจการแพทย์ในยุคทันสมัยนั้นมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเช่นในกรณีประเทศญี่ปุ่นและประเทศต่าง ๆ ที่กำลังพัฒนาอย่างรวดเร็วอย่างประเทศไทย ประเทศอินเดีย ประเทศจีนอีกด้วย

อำนาจการแพทย์ในยุคทันสมัยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างกับอำนาจที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ดังที่ฟูโกต์ได้กล่าวไว้ในหนังสือ Discipline and Punish (Foucault 1977) อำนาจในยุคสมัยใหม่นั้นไม่ได้กระทำต่อ subject โดยตรงเท่านั้น แต่ยังมีอำนาจอีกประเภทหนึ่งคือ อำนาจการบังคับตนเอง (regulating power) ที่จะสร้าง subject ที่ติดตามข้อบังคับให้ตนเองปฏิบัติตามอย่างสยบยอม อย่างที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 ในหนังสือเล่มนี้ แนวคิดอำนาจการบังคับตนเองที่เป็น

แนวคิดของฟูโกต์ช่วงหลังนั้น ได้พัฒนาขึ้นเป็นแนวคิด “การปกครองชีวญาณ (governmentality)” ซึ่งได้มีบทบาทมากมายในการวิเคราะห์การใช้อำนาจของรัฐประชาชาติในยุคทันสมัย

ลักษณะพิเศษของการปกครองประเภทนี้ ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาทางสังคมวิทยา การแพทย์ (ดู Petersen and Bunton 1997, Lupton 1995) เราจะเห็น การปกครองชีวญาณได้ ในวาทกรรมและปฏิบัติการสาธารณสุขและการแพทย์ของรัฐประชาชาติหลายประเทศ ตั้งแต่ตอนปลายศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา แนวคิดที่สำคัญนั้น คือ “ความเสี่ยง (risk)” ซึ่งแตกต่างกับ “อันตราย (danger)” โดยความเสี่ยงได้มีบทบาทที่จะคาดเดาอันตรายอันเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทฤษฎีความเสี่ยงได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยมีพื้นฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่กำกับ และเข้าไปปกครองชีวิตของประชาชนทั้งที่เป็นกลุ่มและเป็นปัจเจกชนในเวลาเดียวกัน

การพัฒนาการปกครองชีวญาณในสาธารณสุขและการแพทย์ในหลายประเทศนั้น ได้ปรากฏชัดเจนตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะภายใต้รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร แต่การปกครองชีวญาณ ได้ถูกพัฒนาเบื้องต้นในวิกฤตการณ์เศรษฐกิจตอนปลายศตวรรษ 20 แล้ว ในระยะนี้เป็นช่วงเดียวกับที่ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ก้าวมาสู่อีกระดับหนึ่ง คือ ไม่ได้จำกัดเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น ในบทที่ 2 หนังสือเล่มนี้ผู้เขียนจะพิจารณานโยบายการป้องกัน ควบคุมโรคเอดส์ของรัฐบาลในช่วงตอนต้นของการปกครองชีวญาณ และจะสังเกตวิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบใหม่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีความแตกต่างจากระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลัก โดยผู้ติดเชื้อมีการสร้างชุมชนประเภทใหม่ “กลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเอง (self-help group)” ในบทที่ 2 และบทที่ 3 ด้วย ผู้เขียนจะแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเองอย่างหลากหลายโดยพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับตนเอง และตนเองกับผู้อื่นภายในชุมชน ภายใต้การควบคุมของ “อำนาจการบังคับตนเอง”

ชุมชนประเภทใหม่กับผู้กระทำ

นักประวัติศาสตร์ชาวอังกฤษ Eric Hobsbawm (ได้ให้ทัศนะสะท้อนกลับเกี่ยวกับชุมชนในประวัติศาสตร์ไว้ในหนังสือ The Age of Extremes ดังนี้ “ในระยะหลายสิบปีที่ผ่านมา ชุมชนที่มีความหมายทางสังคมวิทยานั้นยากที่จะพบในชีวิตจริงๆ และมากกว่านั้น คำว่า “ชุมชน” นั้นได้ถูกนำมาใช้เรียกสังคมทุกประเภทโดยไม่ได้จำแนกและชุมชนถูกนำมาใช้โดยปราศจากความหมาย” (Hobsbawm 1994: 428) แน่นอนว่าคำว่าชุมชนที่ปราศจากความหมายนั้น เราต้องคำนึงถึงว่ามันเป็นประดิษฐกรรมในยุคทันสมัย ดังจะเห็นว่า ในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ได้นำคำว่า ชุมชน มาใช้ เช่น “การพัฒนาชุมชน” “จิตสำนึกชุมชน” “การมีส่วนร่วมของชุมชน” “การเสริมแรงชุมชน” เป็นต้น แนวคิดเหล่านี้ถือได้ว่ากำเนิดขึ้นจากการพัฒนาขบวนการทางสังคม

ประเภทใหม่ ตั้งแต่ยุคทศวรรษ 1970 ปรัชญาการณเช่นนี้ “ชุมชน” ได้เป็นเครื่องมือทางการปกครองชนิดหนึ่ง เพื่อใช้ในการดำเนินการจัดการทางสังคม และการปกครองชีวญาณ

หากลักษณะที่ว่างเปล่า และลักษณะที่ประดิษฐ์ขึ้น(fiction) ของ “ชุมชน” ได้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนจากผลของการพัฒนาการปกครองชีวญาณแล้ว ความเป็นชุมชนหรือความเป็นสังคมนั้นจะสร้างขึ้นได้อย่างไร เพื่อจะตอบคำถามเหล่านี้ บทที่ 2 บทที่ 3 และบทที่ 4 ในหนังสือจะแสดงให้เห็นถึงกิจกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นชุมชนประเภทใหม่ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 ในภาคเหนือ ชุมชนที่เรียกว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อ นั้นแตกต่างจากชุมชนดั้งเดิมในหลายประเด็นและยิ่งกว่านั้น แตกต่างจากเครื่องมือการจัดการทางสังคมอย่างชัดเจนอีกด้วย เพื่อจะพิจารณากิจกรรมการสร้างชุมชนประเภทนี้และกิจกรรมของประชาชน เราจำเป็นต้องนำแนวคิด “ผู้กระทำ (agency)” ผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่กล่าวไว้ในหนังสือนี้ เกิดขึ้นได้โดยมีการดำรงอยู่ของผู้กระทำ ซึ่งมีปฏิบัติการหลากหลายออกไปสู่สังคมอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้แหล่งข้อมูลและความรู้หลากหลายด้วย

ดังนั้น ผู้กระทำที่มีกิจกรรมและสื่อถึงผู้อื่นในชุมชนประเภทใหม่นั้นคือใคร ผู้กระทำ²ในที่นี้คือ ความสามารถหรือศักยภาพ(potentia)ในการสื่อถึงผู้อื่น เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสังคม หรือจะเรียกว่า เป็น “การเสริมแรง(empowerment)”ก็ได้ แนวคิดผู้กระทำนั้นไม่เหมือนกับแนวคิด “subject” ซึ่งมีจิตสำนึกเป็นศูนย์กลาง ขณะเดียวกันก็แตกต่างกับ “ผู้แสดง (actor)” ซึ่งแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยถูกสร้างภายในวัฒนธรรมผู้กระทำนั้น ไม่ได้เป็นเพียงผู้ที่ถูกสร้างขึ้นทางวัฒนธรรมหรือวาทกรรม แต่ยังเป็นผู้ที่ขัดแย้ง ต่อต้านต่อรองและร่วมมือรวมไปถึงการสร้างสรรด้วย ดังที่เชอร์รี่ ออร์ทเนอร์(Sherry B. Ortner) ได้กล่าวว่า ผู้กระทำเป็นทรัพยากรของอำนาจหรือวัฒนธรรม แต่ขณะเดียวกันเป็นผลกระทบของอำนาจหรือวัฒนธรรมด้วย(Ortner 1996, 1999: 147)

ผู้กระทำเหล่านี้ไม่ถูกสร้างขึ้นเป็น “subject” ที่เป็นจิตสำนึกก่อนหนึ่งที่มีอัตลักษณ์เฉพาะทางวัฒนธรรมหรืออำนาจทางวาทกรรม แต่ผู้กระทำนั้นเป็นทรัพยากรของอำนาจ แต่ขณะเดียวกันผู้กระทำได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยได้ตอบต่ออำนาจที่กระทบอย่างหลากหลาย ดังจะเห็นว่า subject ต้องประสบกับความล้มเหลวอย่างรวดเร็วภายใต้สถานการณ์โลกาภิวัตน์ใน กระบวนการที่ถูกขับไล่จากพื้นที่ดั้งเดิม(deterritorialization) เช่นการถูกบังคับให้เคลื่อนย้าย ภัยพิบัติ สงคราม หรือการระบาดของโรคอย่างรุนแรงที่เป็นตัวอย่างในหนังสือเล่มนี้ มากกว่านั้น การปกครองชีวญาณที่พัฒนาขึ้นมาในปลายศตวรรษที่ 20 นั้น ได้ผลิตsubject ที่ไม่ต่อต้าน โดยเทคโนโลยีใหม่ที่มีประสิทธิภาพภายใต้ความเชื่อมโยงและเครือข่ายประเภทใหม่ระหว่างอำนาจต่าง ๆ ในโลกาภิวัตน์

² แนวคิดผู้กระทำนั้นโดยทั่วไปนั้นขยายรวมไปถึงเทคโนโลยีด้านข้อมูล ความสามารถในการอ่าน เขียน (literacy) หรือสิ่งแวดล้อม นั้น แต่แนวคิดผู้กระทำที่กล่าวถึงที่นี่จะเน้นเฉพาะผู้กระทำที่เป็นมนุษย์

อีกประเด็นหนึ่งที่หนังสือเล่มนี้ให้ความสำคัญ ดังได้กล่าวไว้ในบทที่ 4 คือการพัฒนาของการปกครองชีวญาณ ได้ให้กำเนิดเงื่อนไขแบบใหม่ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การสร้างผู้กระทำประเภทใหม่ ประเด็นทางมานุษยวิทยาที่ทำการศึกษาในสถานการณ์แบบนี้ก็คือ ผู้กระทำประเภทใหม่ที่เกิดขึ้นจาก subject ที่แตกสลายที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างสรรค์ชีวิตและสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสมกับยุคทันสมัย ผู้เขียนได้เสนอให้เห็นว่า ผู้กระทำภายในชุมชนประเภทใหม่หรือชุมชนชีวภาพ(bio community)(Rose and Novas 2005)นั้นมีความกระตือรือร้น หรือเอาใจใส่ในชีวิตและสุขภาพอย่างไร ผู้เขียนเชื่อว่า ประชาชนมีความสามารถแสวงหาและรักษาชีวิตที่มีชีวิตชีวาของตนเอง จากความใกล้ชิดของมนุษย์ ซึ่งในยุคทันสมัยนั้นได้จำกัดหรือกักความใกล้ชิดไว้ภายในความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ หรือความรักและความผูกพันในครอบครัวเท่านั้น เราจำเป็นต้องสร้างความใกล้ชิดในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมและการเมืองหรือพื้นที่สาธารณะอย่างไร้ขอบเขต จากการพบปะการเผชิญหน้า หรือการสร้างสรรค์ความรักในรูปแบบใหม่ ๆ(encounter and love) ซึ่งมีความหมายอย่างยิ่งทางการเมือง(Hardt and Negri 2004: 357-358)

บทที่ 1

แนวคิดความเจ็บป่วย การสาธารณสุขและการปกครองชีวญาณ

การดูแลรักษาโรคในมิติด้านมานุษยวิทยา

ความเจ็บป่วยกับโรค

ภายในสังคมใดหรือวัฒนธรรมใด มักมีคำศัพท์ที่แสดงถึงสภาพความเจ็บป่วยของร่างกายและจิตใจ ที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมและสังคมของตนเอง เราเรียกการนิยามภายใต้วิธีคิดนี้ว่า ความเจ็บป่วย(illness) ขณะเดียวกัน มีการให้ความหมายของสภาพผิดปกติของร่างกายและจิตใจตามสภาพที่แพทย์วินิจฉัย ที่ไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และสังคม ที่เรียกว่า โรค(disease)

ความเข้าใจเรื่องความผิดปกติของร่างกายและจิตใจที่แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังที่กล่าวมานั้น ภายใต้ระบบความรู้ของการแพทย์ชีวภาพ ทำให้แพทย์เข้าไปจับจอง(gaze)ควบคุมผู้ป่วยภายใต้นั้น เราเห็นว่าจะมีปัญหาเรื่องการควบคุมร่างกายและจิตใจภายใต้ระบบการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วย “ผู้เชี่ยวชาญ” คือ แพทย์ หากเป็นเช่นนี้แล้ว การวิเคราะห์ทางมานุษยวิทยาการแพทย์จึงหลีกเลี่ยงไม่พ้นจากความสัมพันธ์แบบคู่ตรงข้ามคือ ความเจ็บป่วยกับโรค แพทย์พินัยกับแพทย์ตะวันตก ผู้ป่วยกับคนปกติ และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมกับสาเหตุเฉพาะโรค แต่ในสถานการณ์ที่มนุษย์เผชิญกับความเจ็บป่วยนั้น ความคิดคู่ตรงข้ามแบบนี้ สามารถแบ่งแยกอย่างชัดเจนได้หรือไม่

ในระยะแรก ๆ เมื่อนักมานุษยวิทยาศึกษาความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาโรคโดยเฉพาะในสังคมดั้งเดิมมักจะแสวงหาความหมายของความเจ็บป่วยภายในวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ แต่นักมานุษยวิทยาส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ถกเถียงการให้นิยามและความหมายของ “โรค” ในมุมมองการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งดำรงอยู่ในวัฒนธรรมนั้น ๆ ว่ามีความหมายต่อปัจเจกชน ครอบครัว หรือสังคมโดยรวมอย่างไร และความหมายนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์อย่างไร ขณะเดียวกัน การศึกษาลักษณะนี้ ทำให้ความเจ็บป่วยของประชาชนเชื่อมโยงกับความรู้ภายในวัฒนธรรมนั้นเท่านั้น มิได้ให้ความสำคัญต่อความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการแพทย์ชีวภาพ โดยสรุปว่า สำหรับมานุษยวิทยา ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือ ความเจ็บป่วยที่เป็นความหมายเฉพาะในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งเท่านั้น

ต่อมา นอกจากคำถามเกี่ยวกับความหมายของความเจ็บป่วยแล้ว นักมานุษยวิทยายังได้ตั้งคำถามว่า การแพทย์ชีวภาพคืออะไร และความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์ชีวภาพกับความเจ็บป่วยที่เป็นความหมายของประชาชนภายในวัฒนธรรมหนึ่งนั้นเป็นอย่างไร ดังนั้น มีประเด็นสำคัญในการศึกษาทางมานุษยวิทยาคือ ระบบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการของแพทย์ชีวภาพ (ความคิดเกี่ยวกับร่างกายและโรคทางการแพทย์ชีวภาพ) สถาบัน(สถาบันการแพทย์ โรงพยาบาล

และแพทย์) ปฏิบัติการทางการแพทย์(ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย) นักมานุษยวิทยาชี้ให้เห็นว่า ความคิดคู่ตรงข้ามเรื่องจิตใจกับร่างกายที่พัฒนาขึ้นมามีตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 ของนักปรัชญาเดอเน่ เดการ์ต(Rene Descartes) เป็นรากฐานที่สำคัญของการแพทย์ชีวภาพ เพราะฉะนั้นแนวคิดการแพทย์ชีวภาพนั้น เป็นความรู้ที่พัฒนาขึ้นมาภายในระบบวัฒนธรรมแบบตะวันตก เช่นเดียวกับแนวคิดความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้านซึ่งพัฒนาภายใต้ระบบสังคมวัฒนธรรมของตนเอง ดังนั้น ทั้งแนวคิดความเจ็บป่วยตามคติพื้นบ้าน และแนวคิดเกี่ยวกับโรคของการแพทย์ชีวภาพต่างก็มีวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงภายในบริบททางวัฒนธรรมของแพทย์และผู้ป่วย และข้อจำกัดทางสังคม ซึ่งพอสรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยนั้น ได้ถูกตีความและสร้างขึ้นตามเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม

แนวคิด “สุขภาพ”

ภายในสังคมและวัฒนธรรมแห่งใดแห่งหนึ่งจะมีคำศัพท์ที่แสดงออกที่มีชีวิตชีวา และสภาพที่มีความพอใจและสภาพที่มีความต่อเนื่องของชีวิตที่ทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ขึ้น ตัวอย่างเช่น“genki”ในภาษาญี่ปุ่น และ“สบาย”ในภาษาไทย คำศัพท์เหล่านี้เป็นการแสดงออกถึงสภาพจิตใจร่างกายที่มีความสุขสบายและมีชีวิตชีวาของปัจเจกชนที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน ตรงข้ามกับ“สบาย”คือ“ความเจ็บป่วย”ที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นภาวะที่ปัจเจกบุคคลสูญเสียความมีชีวิตชีวาและกังวลกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่าง“yamai”ในภาษาญี่ปุ่น และ“ไม่สบาย”ในภาษาไทย เป็นต้น แนวคิด“genki หรือ yamai” “สบายหรือไม่สบาย”เหล่านี้ เป็นการแสดงออกของสภาพที่ดำรงอยู่ของชีวิต แต่“สุขภาพดี” “สุขภาพไม่ดี” “โรค”ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการรักษาโรคและสาธารณสุขนั้นถูกสร้างขึ้นมาจากพื้นฐานที่แตกต่างกับแนวคิดพื้นบ้าน

ตามออร์จัน กังกิ้นเฮม(Georges Canguilhem) กล่าวถึง แนวคิด“สุขภาพ” ว่าไม่ใช่หมายถึงการมีสุขภาพที่ดี(positive)แต่มีความหมายรวมไปถึงการมีสุขภาพที่ไม่ดี(negative)แต่องค์กรด้านสุขภาพมักมีการกำหนดมาตรฐานที่แยกแยะระหว่างสุขภาพดีและสุขภาพไม่ดี เพื่อสามารถทำให้ปัจเจกบุคคลบรรลุการมีสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น เมื่อคนใดคนหนึ่งมีสุขภาพที่ดี เขามักไม่ได้คำนึงว่า มีภาวะสุขภาพไม่ดีแอบแฝงอยู่ การแยกแยะการมีสุขภาพที่ดีและสุขภาพที่ไม่ดีในยุคสมัยนี้ ปรากฏอย่างชัดเจนมากขึ้น ในนโยบายทางสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างเฉพาะกับการแพทย์ชีวภาพ ดังนั้น หากพิจารณา แนวคิดสุขภาพตาม Canguilhem แล้ว แนวคิดสุขภาพที่ถูกกำหนดไว้ไม่ใช่ตามมาตรฐาน(normality) ซึ่งจำแนกความปกติ(normal) และผิดปกติ(abnormal) ยิ่งกว่านั้น ยังเป็นการควบคุมให้ประพฤติดีปฏิบัติไปตามบรรทัดฐาน(normativity)ของการแพทย์ สุขภาพภายใต้บรรทัดฐานอย่างนี้ จึงเป็นมากกว่าสภาพที่ปัจเจกบุคคล/บุคคลปรับตัวให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม และนำไปสู่การตอบโต้กับบรรทัดฐานที่ถูกกำหนดขึ้น ก็คือ เป็นความสามารถที่ปัจเจกบุคคล/บุคคลจะต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานที่

ควบคุมชีวิตใหม่ ซึ่งเกิดขึ้นจากการพัฒนาของการแพทย์ชีวภาพ(Canguilhem 1989: 200; Osborne 1997)

ตามพัฒนาการของการแพทย์ชีวภาพ พบว่าวิธีการรักษาโรคหลายประเภทได้ถูกพัฒนาขึ้นและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น แต่ขณะเดียวกัน เมื่อมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น ย่อมมีผลให้การแพทย์นำเทคโนโลยีเหล่านั้นมาใช้รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น กล่าวได้ว่า สุขภาพของประชาชน ถูกกำหนดไว้ตามบรรทัดฐานที่เกิดขึ้นจากการแพทย์ชีวภาพและนโยบายการรักษาสุขภาพ และสาธารณสุขที่ใช้การแพทย์ชีวภาพนั้น อย่างไรก็ตาม ความหมายของสุขภาพนั้น ไม่สามารถกำหนดมาตรฐานได้อย่างง่าย ๆ(indeterminacy) แต่มีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ เพราะฉะนั้นภายในประวัติศาสตร์ของการแพทย์ตะวันตกและนโยบายสาธารณสุขในยุคสมัยนี้ จึงมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความสนใจและความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีของประชาชน แต่ในอีกด้านหนึ่ง การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานใหม่ที่ถูกกำหนดขึ้น ดังนั้น ชีวิตของเราภายใต้บรรทัดฐานใหม่ จึงไม่สามารถหลุดพ้นจากบรรทัดฐานของการแพทย์ชีวภาพแม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ว่าวงการแพทย์ชีวภาพนั้นปฏิเสธ และปิดบังแนวคิดสุขภาพ ซึ่งมีความไม่หยุดนิ่ง และปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ ทำให้แนวคิดคู่ตรงข้าม ระหว่างความปกติและไม่ปกตินั้นมีความสำคัญมากขึ้น ตามวาทกรรมของการแพทย์ชีวภาพ สุขภาพกับโรคนั้น เป็นแนวคิดที่ตรงข้ามกัน และภาวะสุขภาพที่ดี หมายถึงว่า ภาวะที่ไม่มีโรคและอาการผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจ เพราะฉะนั้นวิธีการในการแพทย์ชีวภาพนั้น เน้นการรักษาโรค ฆ่าเชื้อโรค และบำบัดโรค การวินิจฉัยโรค (การตรวจ) การป้องกัน ก็คือ การแพทย์เชิงป้องกัน(preventive medicine)กลายเป็นศูนย์กลางของการแพทย์ชีวภาพ ภายใต้แนวคิดสุขภาพเช่นนี้ เมื่อประชาชนต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง และการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจตามอายุนั้น การแพทย์เชิงป้องกันสามารถแก้ไขและเยียวยาได้หรือไม่ เมื่อสถานการณ์เป็นเช่นนี้แล้ว แน่นอนว่า ความสนใจต่อสุขภาพย่อมมีมากขึ้น แต่ยิ่งกว่านั้น ความเป็นห่วง และความกลัวเกี่ยวกับโรคนั้นก็มีมากขึ้นเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ภายในวาทกรรมการแพทย์ชีวภาพ สุขภาพมีลักษณะไม่หยุดนิ่งและปรับเปลี่ยน จนกระทั่งกลายเป็นหน้าที่ที่ประชาชนต้องปฏิบัติตามอย่างปราศจากข้อสงสัย

นอกจากนี้ วาทกรรมการแพทย์ชีวภาพยังทำให้ประชาชนเชื่อว่า โรคเป็นสัญลักษณ์ที่ไม่ดี และจำเป็นต้องขับไล่ภาวะและการปฏิบัติที่ส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพ เช่นการสูบบุหรี่ เป็นต้น แนวคิดที่ว่า การมีสุขภาพดีคือการเป็นโรคนั้น เป็นความคิดคู่ตรงข้ามที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก เนื่องจากทำให้เราเชื่อว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยหรือปฏิบัติการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับสุขภาพนั้น กลายเป็นสิ่งที่อันตราย และทำให้พิจารณาผู้ป่วยเป็นสิ่งสกปรก ไม่ควรเข้าใกล้ หรืออยู่ในฐานะที่ไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งรวมไปถึงสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ และการปฏิบัติทางการดูแลสุขภาพโรคที่มีแพทย์เป็นศูนย์กลางนั้น ทำให้แพทย์มีอำนาจในการวินิจฉัยความผิดปกติทางร่างกายของประชาชน และครอบงำชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น การครอบงำของ“ผู้เชี่ยวชาญ”ของการแพทย์ชีวภาพอย่างนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล คลินิก และการตรวจโรค หรือการรักษา ป้องกันโรค แต่เข้าไปอย่างลึกซึ้งในชีวิตประจำวัน

ภายในสังคมวัฒนธรรมอันใดอันหนึ่ง เราสามารถแสวงหาการรักษาความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูร่างกายให้มีชีวิตชีวาได้ แต่ทว่าในสังคมทันสมัยนั้น การมีสุขภาพที่ดีนั้นถูกจำกัดให้อยู่ภายใต้ควบคุมดูแลของการแพทย์ชีวภาพเท่านั้น ซึ่งในกรณีเช่นนี้ แม้ว่าประชาชนจะสามารถหลุดพ้นจากความเจ็บป่วยมาสู่การมีสุขภาพที่ดี แต่ก็ยังคงอยู่ภายใต้การครอบงำของแพทย์ชีวภาพ การครอบงำพื้นที่ชีวิตของการแพทย์ชีวภาพหรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าการก่อตัวของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์นั้น เราเรียกว่าการทำให้เป็นประเด็นการแพทย์หรือ“medicalization”

การขยายตัวของอำนาจการแพทย์

การทำให้เป็นประเด็นการแพทย์ หรือmedicalization โดยทั่วไป หมายความว่า การขยายพื้นที่ของการแพทย์จนทำให้เรื่องที่ไม่ใช่ปัญหาความผิดปกติของร่างกาย หรือปฏิบัติการตามประเพณีเป็นปัญหาด้านการแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น การตั้งครรภ์ การคลอดลูก หรือความผิดปกติทางร่างกายของหญิงหลังภาวะหมดการมีประจำเดือน ปัญหาผู้สูงอายุ อีกทั้งทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในร่างกายกลายเป็นประเด็นด้านการแพทย์ หากกล่าวถึงกรณีประเทศแถบยุโรป ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา อาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล และความผิดปกติทางจิตต่าง ๆ นั้น กลายเป็นปัญหาของจิตแพทย์ ปัญหาการดื่มสุรา การติดยาเสพติด ก็กลายเป็นปัญหาที่การแพทย์ต้องเข้ามาแก้ไข โดยมีการนิยามปัญหาการดื่มสุราว่าเป็นโรคพิษสุรา(alcoholism)

การทำให้เป็นประเด็นการแพทย์นั้น เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขอะไรบ้าง ในกรณีสังคมดั้งเดิมต่างมีการแพทย์ท้องถิ่นหรือการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งทำให้ผู้เชี่ยวชาญเช่น หมอพื้นบ้าน หมอพิธีกรรม หรือคนทรง มักจะมีอำนาจและบทบาทต่อสังคม กิจกรรมของหมอเหล่านี้ได้เชื่อมโยงอย่างเหนียวแน่นกับชีวิตประจำวันของชุมชน ซึ่งตรงข้ามกับการแพทย์ชีวภาพที่ได้ผลิตความรู้ด้านวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสามารถปฏิบัติการทางการแพทย์โดยเป็นอิสระจากความรู้ของชุมชน ยิ่งกว่านั้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ยังได้ครอบงำความรู้ อำนาจและผลประโยชน์โดยการทำให้ปัญหาในชีวิตประจำวันของประชาชนและชุมชนกลายเป็นประเด็นการแพทย์

มีข้อสังเกตว่า การทำให้เป็นประเด็นการแพทย์นั้น ไม่จำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมา

โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอยู่คนละมิติกับชีวิตประจำวันของประชาชนเพียงประการเดียว ยิ่งกว่านั้น มีการแพร่หลายอยู่ในพื้นที่ทางสังคมอย่างกว้างขวาง กล่าวคือ การทำให้เป็นประเด็นการแพทย์นั้น ไม่ใช่เป็นความรู้และปฏิบัติการของผู้เชี่ยวชาญอย่างเดียว แต่สังคมทั้งหมดได้เข้ามาทำให้ปัญหาต่าง ๆ เป็นปัญหาการแพทย์ด้วย ความคิดเห็นว่า ประชาชนเข้าไปพึ่งพาอาศัยการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญ และขยายออกไปในพื้นที่ทางสังคมด้วยนั้น มาจากทัศนะของอิวาน อิลิช (Ivan Illich), อีลียา เฟรดสัน (Eliot Friedson) และเออวิน โซล่า (Irvin Zola) โดยอิลิชได้แสดงทัศนะวิพากษ์การแพทย์ชีวภาพว่า ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพประชาชนใน 3 ระดับคือ หนึ่งทำให้เกิดโรคหมอทำ (clinical iatrogenic disease) ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาและเทคโนโลยี สอง การขยายตัวการแพทย์ชีวภาพ เข้าไปสู่ปัญหาสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิด (invention) โรคใหม่ ๆ และจำนวนผู้ป่วยก็เพิ่มมากขึ้น เรียกว่า social iatrogenic disease สาม ในที่สุด จะมี cultural iatrogenic disease เป็นการทำให้สิ่งที่เป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ เป็นสิ่งที่น่ากลัวและต้องใช้การแพทย์ชีวภาพเข้าไปควบคุมหรือหาวิธีการเพื่อชนะ ในประเด็นนี้ อิลิช ยืนยันว่าในที่สุด iatrogenic ทั้งสามระดับจะร่วมมือและขยายมากขึ้น และอยู่ในโครงสร้างสังคมปัจจุบัน ทำให้ประชาชนพึ่งพาอาศัยการแพทย์ชีวภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Illich 1975)

ทั้งอิลิช, เฟรดสัน, และโซล่า ได้วิพากษ์วาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพ ที่แผ่ขยายออกไปเช่นนี้ย่อมทำให้ประชาชนเกือบทั้งหมดอยู่ภายใต้อำนาจการวินิจฉัยของผู้เชี่ยวชาญ และทำให้พวกเขาอยู่ในภาวะที่ไร้อำนาจ การวิพากษ์เช่นนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย ผู้หญิงและผู้ไร้อำนาจต่าง ๆ อยู่ภายใต้อำนาจของผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น ในกลุ่มสตรีนิยม (feminism) ยังวิพากษ์การแพทย์ชีวภาพว่า ทำให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นปัญหาการแพทย์ ซึ่งอยู่ภายใต้ระบบการแพทย์ที่มีลักษณะชายเป็นใหญ่ ทำให้เกิดผลกระทบต่อนพื้นที่ปฏิบัติการการดูแลสุขภาพของผู้หญิง นอกจากนี้ ยังมีการเสนอว่า ผู้ป่วยควรจะเป็น “ผู้บริโภคร” ที่มีเสรีภาพ มีทางเลือกและมีอำนาจเพื่อไปสู่การต่อต้านการครอบงำอำนาจของการแพทย์ ซึ่งมีความเป็นไปได้น้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยมีลักษณะของการยอมรับอำนาจการแพทย์อย่างไม่มีทางเลือกและไร้อำนาจ

กรอบคิดของอำนาจการแพทย์

อำนาจการแพทย์ในทัศนะของฟูโกต์

การวิพากษ์อำนาจการแพทย์ที่เข้าไปครอบงำปัญหาต่าง ๆ จนทำให้เป็นประเด็นการแพทย์ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ได้กลายเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาอธิบายด้วยกรอบแนวคิดทฤษฎีใหม่ โดยเฉพาะตั้งแต่ทศวรรษ 1990 จนถึงปัจจุบันนี้ คำถามหลักในทฤษฎีนั้น คือ อำนาจที่อยู่ใน การทำให้เป็นประเด็นการแพทย์เป็นอย่างไร และผู้ป่วย กับประชาชนเป็นเพียงผู้ไร้อำนาจภายใต้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในบริบทการรักษาหรือไม่ คำถามเหล่านี้ มาจากพื้นฐาน

ความคิดของมิเชล ฟูโกต์ ซึ่งได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับลักษณะของ“อำนาจ”ที่ปรากฏในการแพทย์ชีวภาพ มิเชล ฟูโกต์(Michel Foucault)ได้ชี้ให้เห็นว่า อำนาจไม่ใช่สิ่งที่คนใดคนหนึ่งถือครองและกระทำต่อประชาชนหรือมีหน้าที่ที่จะกดขี่ประชาชนเพียงประการเดียว แต่อำนาจยังมีบทบาทผลิตความรู้และปฏิบัติการในเชิงบวก โดยเฉพาะในสมัยปัจจุบัน อำนาจจะมีหน้าที่ผลักดันความพึงพอใจของประชาชน สร้างสรรค์ความรู้ ในที่สุดมันได้ผลิตวาทกรรมที่ประกอบด้วยความรู้กับปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำความเข้าใจกับแนวความคิดอำนาจแบบนี้ อย่างละเอียด ฟูโกต์ เสนอความคิดเห็นว่า ร่างกายของมนุษย์ในสมัยปัจจุบัน ถูกสร้างขึ้นโดยอำนาจ ในพื้นฐานแนวคิดอำนาจของเขานั้นมาจากความคิดว่า ไม่มีร่างกายของมนุษย์ที่เป็นสาระัตถะ(essential) ซึ่งอยู่นอกวาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์ ร่างกายของมนุษย์ถูกจับจ้องจากการแพทย์(clinical gaze)อย่างต่อเนื่อง และถูกสร้างขึ้นโดยวาทกรรมและปฏิบัติการ (Foucault 1973)

ตามความคิดของฟูโกต์เหล่านี้ อำนาจที่ปรากฏในโรงพยาบาล คลินิก เป็นอำนาจที่เข้าไปจัดระเบียบให้ร่างกายมนุษย์ปฏิบัติตามความรู้ของการแพทย์อย่างปราศจากข้อสงสัย หรือที่เรียกว่าdisciplinary power อำนาจประเภทนี้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และทำให้ผู้ป่วยเข้าใจกลไกการทำงานของร่างกาย ตลอดจนการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี เพื่อนำไปสู่การควบคุมและจัดการร่างกายให้เป็นไปตามความรู้ของการแพทย์ชีวภาพ ร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนนั้นจะเป็นสิ่งที่มองดูได้อย่างชัดเจน โดยผ่านการสังเกต การตรวจ การวัด และการเปรียบเทียบ ให้เป็นไปตามมาตรฐานและบรรทัดฐานที่ถูกกำหนดไว้ และยังทำให้ผู้ป่วยมีวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับความรู้ของการแพทย์ โดยปราศจากการบังคับและการใช้ความรุนแรง ภายในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเหล่านี้ แพทย์คนใดคนหนึ่งจะไม่ใช่ผู้ครอบงำ มีแต่เครือข่ายความสัมพันธ์ทางอำนาจเท่านั้นที่ปฏิบัติการอยู่

หากใช้แนวคิดของฟูโกต์อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับอำนาจเหล่านี้ และ จากข้อวิจารณ์ของนักสังคมวิทยาที่มีต่ออำนาจและการครอบงำของการแพทย์ที่เกี่ยวกับผลประโยชน์และความรู้ของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาโดยเชื่อมโยงกับรัฐโดยตรง นั้น ทั้งสองข้อนี้อาจมีความขัดแย้งกัน เนื่องจาก ตามข้อถกเถียงของสำนักฟูโกต์ การจับจ้องไม่ได้ทำไปเพื่อการแสวงหาผลประโยชน์ แต่เป็นไปเพื่อการควบคุมกำกับมากกว่า การจับจ้องถูกกำกับด้วยเหตุผลนิยมต่าง ๆ และการจับจ้องนั้นยังผ่านสถาบันต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายในพื้นที่ชีวิตประจำวันของประชาชน รวมถึงสถานที่ทำงาน โรงเรียน และครอบครัว ซึ่งไม่ได้หมายถึงเพียงพื้นที่โรงพยาบาลและคลินิกเท่านั้น และปฏิเสธไม่ได้ว่ารัฐยังมีบทบาทอย่างสำคัญในการสร้าง และควบคุมกำกับสถาบันทางการแพทย์ เช่น การอนุมัติใบประกอบโรคศิลป์ให้แก่แพทย์ แต่มีข้อสังเกตว่า ยังมีสถาบันและองค์กรอีกจำนวนมากที่มีบทบาทมากเช่นเดียวกัน เราต้องเข้าใจ

ว่าการทำให้เป็นประเด็นการแพทย์ในทางสังคมนั้นก็คือวาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์
ชีวภาพ ที่ได้เข้าไปจับจองและควบคุมร่างกายของปัจเจกชน

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระดับย่อย

ในหนังสือที่ฟูโกต์เขียน และจากการถกเถียงในแวดวงนักวิชาการที่ได้รับแนวคิดเรื่อง
อำนาจการแพทย์ของฟูโกต์ ชี้ให้เห็นว่า อำนาจของการแพทย์ได้แทรกซึมผ่านความสัมพันธ์
ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และผลิต“ร่างกายที่เชื่อฟัง(docile body)” แต่มีคำถามว่า มีร่างกายที่
เชื่อฟังจริง ๆ หรือไม่ในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ในจุดนี้เราต้อง
ทำความเข้าใจกับความคิดเห็นของฟูโกต์อย่างละเอียดละออ ฟูโกต์เองชี้ให้เห็นถึงกระบวนการที่
การแพทย์สร้างร่างกายที่เชื่อฟังและในขณะเดียวกัน เขาได้ย้ำว่าถ้ามีความสัมพันธ์เชิงอำนาจแล้ว
จำเป็นต้องมีการต่อต้านเกิดขึ้นอีกด้วย

บทสัมภาษณ์ของฟูโกต์ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เขาได้กล่าวถึง แนวคิดที่เรียกว่า
“ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ”อย่างชัดเจนมากขึ้น สิ่งที่ปรากฏในผลงานเหล่านี้ก็คือ แนวคิด
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้น มีความแตกต่างจากระบบหรือรูปแบบการครอบงำอย่างที่พบในการ
ปกครอง หรือกฎหมายที่ถือครองโดยผู้หนึ่งผู้ใด แต่เป็นความสัมพันธ์ที่เคลื่อนย้าย แพร่หลาย
ภายในความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ทั้งหมดและขยายออกไปสู่พื้นที่ทางสังคมอย่างกว้างขวาง
เพราะฉะนั้น อำนาจจึงมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น อำนาจที่ปรากฏในการสื่อสารทางภาษา ความ
รักระหว่างคนไปจนกระทั่งถึงอำนาจความสัมพันธ์ในสถาบันทางเศรษฐกิจและการเมืองอีกด้วย
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้นจะแพร่หลายอย่างทั่วถึงในหลายระดับ เช่น ระหว่างคู่รัก ระหว่างพ่อ
แม่กับลูก ตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน บริษัท ชุมชน ท้องถิ่น จนถึง ระดับรัฐ และระหว่างรัฐและชน
ชาติอีกด้วย ถ้าหากการครอบงำจะดำรงอยู่อย่างหนาแน่นและสมบูรณ์ โดยมีการใช้อำนาจเต็มที่
อย่างไร้ข้อจำกัดก็ไม่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มีแต่การครอบงำอย่างเดียวเท่านั้น

“ภายในความสัมพันธ์เชิงอำนาจจำเป็นต้องมีความเป็นไปได้ของการต่อต้าน เพราะว่า
หากไม่มีความเป็นไปได้ของการต่อต้าน(การต่อต้านความรุนแรง การหนี การหลอกลวง
ยุทธศาสตร์ที่สามารถย้อนสถานการณ์กลับได้) คนจะ ไม่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจเลย
หากที่กล่าวแล้วนั้น เป็นรูปแบบทั่วไป ผมปฏิเสธจะตอบคำถามที่ผมถูกถามบางที่ว่า“แต่
ถ้าหากอำนาจจะมีทั่วไปแล้ว คนจะไม่มีเสรีภาพ”ผมตอบว่า หากมีความสัมพันธ์เชิง
อำนาจในพื้นที่ทางสังคมทุกแห่งหน เพราะว่าจะมีเสรีภาพทุกที่” (Foucault 1998:
292)

แนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจของฟูโกต์ที่กล่าวมาแล้วนั้นปรากฏอย่างละเอียด
ภายในผลงานที่ออกมาในวาระสุดท้ายของชีวิตคือ The Use of Pleasure: The History of
Sexuality, Vol.2 (1985) และ The Care of the Self: The History of Sexuality, Vol.3

(1986) จุดที่สำคัญในผลงานเหล่านี้ก็คือการเคลื่อนย้ายจากปัญหาเรื่องการใช้อำนาจที่ผลิตในวาทกรรมและสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ไปสู่ปัญหาเรื่องการประดิษฐ์ปัจเจกชน คือ การที่ตนเองจะถูกประดิษฐ์อย่างไร และเทคโนโลยีที่ควบคุมตัวเองเป็นอย่างไร เมื่อฟูโกต์ได้พิจารณาประเด็นนี้อีกครั้งหนึ่ง เขาได้กลับไปพิจารณาประวัติศาสตร์วัฒนธรรมของกรีก และลาตินอย่างลึกซึ้ง เพื่อชี้ให้เห็นรูปแบบปฏิบัติการที่มีความสำคัญในชีวิตของเราปัจจุบัน รูปแบบปฏิบัติการนี้เรียกว่า “เทคโนโลยีของชีวิต(technology of life)” ซึ่งเป็นความพยายามที่จะตั้งกฎเกณฑ์การปฏิบัติของตนเอง ยิ่งกว่านั้นเป็นวิถีที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเข้าไปสู่การดำรงอยู่แบบใหม่ เทคโนโลยีแบบนี้เป็นวิธีปฏิบัติการเพื่อจะให้มีคุณค่าอย่างใดอย่างหนึ่งต่อชีวิตตนเอง ฟูโกต์ได้กล่าวไว้ดังนี้

“ที่ที่มีความสำคัญก็คือรูปแบบความสัมพันธ์กับตัวเอง วิธีและเทคนิคที่จะหล่อหลอมความสัมพันธ์เหล่านั้น การฝึกฝนที่ทำให้ตัวเองเป็นวัตถุ(object) ที่จะระลึกรู้และมีปฏิบัติการที่ทำให้เขาสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงอยู่”(Foucault 1985: 30) ดังกล่าวมาแล้วนั้น ชี้ให้เห็นว่า ทศนะของฟูโกต์ได้เปลี่ยนแปลงจากการก่อร่างของอำนาจในระดับวาทกรรมและสถาบันทางการแพทย์ไปสู่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระดับย่อยที่เกี่ยวข้องกับsubject นั้น แสดงให้เห็นว่าร่างกายของมนุษย์ไม่ควรจะถูกลดทอนตามวาทกรรมอย่างเดียว เพราะฉะนั้นเทคโนโลยีของชีวิตของฟูโกต์ จึงเป็นเทคโนโลยีที่ทำให้ตัวเองเปลี่ยนแปลงตามกฎเกณฑ์ของตนเอง ชี้ให้เห็นว่า มีความเป็นไปได้ที่subjectจะต่อต้านต่ออำนาจการแพทย์นั้น ดำเนินไปบนการแสวงหาการเปลี่ยนแปลงของsubject ในทำนองเดียวกันต้องสังเกตการโต้ตอบของผู้ป่วยและประชาชนที่ถูกจับจ้องจากการแพทย์ ซึ่งงานของฟูโกต์ที่ผ่านมาไม่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง แต่การศึกษาด้านมานุษยวิทยาการแพทย์และสังคมวิทยาการแพทย์ที่ผ่านมาได้กล่าวถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยไม่ได้ใช้กรอบวิธีคิดและทฤษฎีอำนาจดังที่ฟูโกต์กล่าวไว้

อาเธอร์ ไคลน์แมน(Arthur Kleinman) (1988) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ได้นำเสนอว่ามี explanatory model ที่เกี่ยวข้องกับโรคและวิธีการรักษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ไคลน์แมนชี้ให้เห็นว่า ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย จะมีการตีความและทางเลือกที่เกี่ยวข้องกับโรคและวิธีการรักษา ไคลน์แมนเรียกว่า explanatory model ซึ่งปรากฏชัดในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีการปะทะ ต่อด้าน ต่อรอง และปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับสาเหตุโรคและวิธีการรักษา โดยเฉพาะกรณีโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้น ความเจ็บป่วยของพวกเขายังมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย เพราะฉะนั้น จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะสร้างคำอธิบายเกี่ยวกับโรคจากประวัติชีวิตของเขาเอง ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างจากคำอธิบายของแพทย์

explanatory model ของไคลน์แมนนั้นมีความสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งให้ความสนใจกับประวัติชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทางสังคมวิทยา

การแพทย์ ซึ่งพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยสังเกตอารมณ์และความต้องการของผู้ป่วย ในการศึกษาที่เมืองซินีส์ โดยเดโบราห์ ลัพตัน(Deborah Lupton) (1997)พบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์มีความแตกต่างกันตามอายุ ชาติพันธุ์ และเพศสภาพ และพบว่าการต่อรองระหว่างกันภายในความสัมพันธ์นั้นมากกว่านั้น คือประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ถูกหล่อหลอมอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ลัพตัน ยืนยันว่า ภายในความสัมพันธ์ที่หลากหลายเช่นนี้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้บริโภค (ลูกค้า) ดังนั้น ผู้ป่วยมักจะแสดงตนเองอย่างอิสระและมีการโต้ตอบ ซึ่งมีผลให้บทบาทของผู้ป่วยเหล่านี้แตกต่างจากบทบาทผู้ป่วยที่ไม่มีการโต้ตอบเช่นในอดีต แต่ขณะเดียวกัน ลัพตัน ตั้งเกตุว่าการแสดงออก หรือข้อเรียกร้องของผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบตายตัว แต่มีความหลากหลายตามการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และความต้องการของผู้ป่วย ลัพตันพยายามจะอธิบายตัวตน(self) ที่กระจัดกระจายของผู้ป่วยที่เป็นลูกค้า ตามแนวคิด post-modern อย่างไรก็ตาม เราต้องพิจารณาว่าในการค้นหาตัวตนของผู้ป่วยนั้น มีความหมายถึงการต่อต้านอย่างใดอย่างหนึ่งต่อระบบการแพทย์ด้วย

ความหลากหลายในการดูแลสุขภาพของประชาชน

อีลิช ได้วิพากษ์การผูกขาดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญในการแพทย์ชีวภาพว่า ทำให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปอยู่ในตำแหน่งที่ถูกบังคับ ถูกครอบงำในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมกรณีของฟูโกต์ แม้ว่าในช่วงแรกของชีวิตฟูโกต์นั้น แนวคิดอำนาจแตกต่างจากความคิดเห็นของอีลิชที่วิจารณ์สถาบันของความรู้กับปฏิบัติการทางการแพทย์ชีวภาพ โดยงานของฟูโกต์ได้เน้นกระบวนการที่วาทกรรมของการแพทย์ชีวภาพได้สร้างร่างกายที่เชื่อมซึมของมนุษย์ตลอดมา แต่ทัศนะของฟูโกต์ช่วงหลัง ชี้ให้เห็นถึง ความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยและประชาชนจะต่อต้านกับวาทกรรมนั้น โดยสร้างรูปแบบปฏิบัติการของตนเองที่เป็นเทคโนโลยีของชีวิตภายในเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

นอกจากการครอบงำของวาทกรรมและสถาบันทางการแพทย์ชีวภาพที่แพร่หลายอยู่นั้น ยังมีรูปแบบปฏิบัติการอันหลากหลายซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาและดูแลสุขภาพเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดจนถึงปัจจุบันนี้ แต่คำถามคือว่า วิธีการปฏิบัติอันหลากหลายนั้นดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องภายในการแพทย์ชีวภาพได้อย่างไร ต่อไปนี้เราจะพิจารณาระบบความรู้และปฏิบัติการที่หลากหลาย ซึ่งต่อต้านกับระบบการแพทย์ชีวภาพ โดยทำความเข้าใจกับวิธีการดูแลรักษาความ

เจ็บป่วยของประชาชนอย่างหลากหลายมิติ และควรจะได้เห็นความแตกต่างจากทฤษฎีการทำให้เป็นประเด็นการแพทย์ และทฤษฎีที่ทำให้ร่างกายเชื่อมซึมอีกด้วย¹

ระบบความรู้และปฏิบัติการเหล่านี้เรียกว่า สิ่งที่อยู่นอกระบบการแพทย์ชีวภาพหรือการแพทย์พื้นบ้าน ยกตัวอย่างเช่น การแพทย์ท้องถิ่น(folk medicine) และการแพทย์ชาติพันธุ์(ethnomedicine) ซึ่งเป็นระบบวิธีการดูแลรักษาความเจ็บป่วยภายในวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่มานุษยวิทยาเคยศึกษามา นอกจากนี้มีระบบการแพทย์ที่ถูกสร้างขึ้นเป็นระบบและมีความชอบธรรมภายในสังคม ซึ่งมักจะถูกสร้างขึ้นและดำรงอยู่ในสังคมอารยธรรมหรือ great tradition ของจีน อินเดีย และอิสลาม เช่นการแพทย์จีนที่เกิดขึ้นในสมัยโบราณและแพร่หลายในประเทศใกล้เคียง การแพทย์จีนที่เรียก kanpo² ในภาษาญี่ปุ่น หรืออายุรเวทของประเทศอินเดีย ซึ่งได้แพร่หลายในท้องถิ่นเอเชียอาคเนย์ แต่ที่นี้ เราต้องสังเกตว่า การจำแนกระหว่างการแพทย์ชีวภาพกับการแพทย์ที่ดำรงอยู่นอกระบบการแพทย์ชีวภาพ ใกล้เคียงกับวิธีการจำแนกยุคทันสมัยกับยุคดั้งเดิมออกเป็นชัดตรงข้าม การจำแนกเช่นนี้จะทำให้เราพิจารณาความหลากหลายและความสัมพันธ์อย่างซับซ้อนของแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาดูแลนั้นง่ายขึ้นไป

นักมานุษยวิทยาการแพทย์ญี่ปุ่น มิซุโฮะ อิเคดะ(Mitsuho Ikeda) ได้กล่าวถึง “การแพทย์พื้นบ้าน” และ “traditional medicine” และพิจารณาว่าทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างไรในสังคมปัจจุบันของประเทศญี่ปุ่น อิเคดะ ชี้ให้เห็นว่า นอกจากปฏิบัติการของผู้เชี่ยวชาญคือแพทย์สมัยใหม่แล้ว ประเทศญี่ปุ่นยังมีtraditional medicine และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นวิธีหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาดูแลความเจ็บป่วยในสังคมญี่ปุ่น ส่วน traditional medicine คือ kanpo ที่มาจากการแพทย์จีน ได้ยอมรับอย่างเป็นทางการในกระบวนการทำให้ทันสมัยของประเทศญี่ปุ่นว่าเป็นระบบการแพทย์ที่มีความชอบธรรม นอกจากนี้ มีtraditional

¹ ช่วงต้นทศวรรษ1980 Collège de France ฟูกุโด้ได้บรรยายเรื่องการฟื้นฟูแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นความรู้ที่ถูกกดขี่ภายใต้การแพทย์ชีวภาพในยุคสมัยนี้ ฟูกุโด้ได้กล่าวถึง ความรู้ทางประวัติศาสตร์ต่าง ๆ ที่ถูกจัดอยู่ภายใต้ความรู้วิทยาศาสตร์ ซึ่งเขาเรียกว่า “subjugated knowledge” หรือ “popular knowledge” ซึ่งเป็นความรู้ที่ไร้ประสิทธิภาพหรือให้อยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เช่น ความรู้ของผู้ป่วยโรคจิต ความรู้ของผู้ป่วยหรือความรู้ของพยาบาล ซึ่งถูกให้อยู่ชายขอบ และอยู่ภายใต้การครอบงำของการแพทย์ชีวภาพ เขาสังเกตความรู้ที่ถูกฟื้นฟูในช่วงนี้ และยืนยันว่าวิธีgenealogy ซึ่งเชื่อมโยงความรู้เหล่านี้กับความทรงจำและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีพื้นฐานความรู้ทางประวัติศาสตร์เพื่อการต่อสู้ และมีความเป็นไปได้ที่ใช้ความรู้เหล่านี้ อย่างมีกลวิธี(Foucault 1980: 82-83)

² ระบบการแพทย์ญี่ปุ่นที่ดัดแปลงมาจากการแพทย์จีน ตั้งแต่ศตวรรษที่8 และได้รับการพัฒนาขึ้นให้เป็นระบบการแพทย์อย่างเป็นทางการตอนปลายสมัยEdo(ศตวรรษที่ 18) โดยมีการแข่งขันกับระบบการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งได้เรียกว่า ranpo(ระบบการแพทย์ฮอลแลนด์)

medicine หลายประเภท ซึ่งเรียกกันว่า “กิจกรรมใกล้เคียงกับการแพทย์” เช่น ฝังเข็ม kyu³ กายบำบัดทางยูโด anma⁴ นวดและกดจุด นอกเหนือจากนี้มีการแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นวิธีรักษาดูแลความเจ็บป่วยโดยใช้เวทย์มนต์คาถาทางศาสนา วิธีรักษาสุขภาพและอาหารเพื่อสุขภาพ และยาสมุนไพรต่าง ๆ ซึ่งได้แพร่หลายโดยผ่านสื่อ ตั้งแต่ทศวรรษ1970 เป็นต้นมา(Ikeda 1995)

จุดที่น่าสังเกต คือภายในสังคมต่าง ๆ ในยุคทันสมัย มีการดำเนินการพัฒนาtraditional medicine นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ชูซุมุ ชิมาโซโนะ(Susumu Shimazono) ได้พิจารณาการพัฒนาแพทย์พื้นบ้านในสังคมญี่ปุ่นในยุคทันสมัยและเรียกว่า“ภูมิปัญญาการเยียวยา”(iyashi no chi) ชิมาโซโนะ กล่าวว่าความรู้และปฏิบัติการทางภูมิปัญญาไม่ใช่เป็นการต่อต้านเฉพาะวิทยาศาสตร์และการแพทย์ชีวภาพ แต่ยิ่งกว่านั้น เขาได้แสดงให้เห็นว่าภูมิปัญญาการเยียวยาสามารถอยู่ร่วมกับวิทยาศาสตร์และการแพทย์ชีวภาพได้ เพื่อไปสู่วิธีการรักษาความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาให้เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น วิธีการรักษาMorita ซึ่งเป็นวิธีการรักษาของจิตแพทย์ที่มีเอกลักษณ์ โดยใช้การทำสมาธิตามหลักพุทธศาสนา โดยมาซาตะเคะโมริตะ(Masatake Morita) ได้พัฒนาวิธีการรักษานี้ตั้งแต่ทศวรรษ1910 และเม็คโครไบโอติก ซึ่งเป็นวิธีการการดูแลสุขภาพด้วยอาหารตามทฤษฎีหยินหยาง และอยู่บนรากฐานการส่งเสริมอาหารพื้นเมือง และไม่บริโภคอาหารประเภทนม เนื้อสัตว์ ยกเว้นปลาตัวเล็ก ซึ่งจอร์จ โอซาวา (Yukikazu Ohsawa) ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นระบบตั้งแต่ทศวรรษ1930 โดยพัฒนาจากวิธีการของซาเกน อิชิซูกะ(Sagen Ishizuka) ทั้งสองวิธีการนี้ เราสังเกตได้ว่า มีการสร้างระบบความรู้และแสดงถึงโลกทัศน์ที่มีเอกลักษณ์หรืออุดมคติทางศาสนาอย่างชัดเจน(Shimazono 2003)

การแพทย์พื้นบ้านเหล่านี้ไม่มีพื้นที่อยู่ในระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์โดยทั่วไป แต่การแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นวิธีการดูแลรักษาผสมผสานกับความเชื่อต่าง ๆ นั้นไม่ได้เสื่อมความนิยมตลอดมาจนถึงปัจจุบัน ที่จริงแล้วโดยทั่วไปการแพทย์ที่เริ่มต้นจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศาสนาหรือเวทย์มนต์ไม่ได้สูญหายไปจากวิถีคิดของประชาชนเลย แม้ว่าในยุคทันสมัยที่มีการพัฒนาของการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ อย่างที่กล่าวมาแล้ววิธีการดูแลรักษาความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพที่ต่อต้านกับการแพทย์ชีวภาพนั้น ในกรณีสังคมญี่ปุ่น ในยุคทันสมัยปรากฏว่า การพัฒนาของวาทกรรมการแพทย์ชีวภาพและสถาบันทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ได้ทำให้ประชาชนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น

³ kyu เป็นวิธีการรักษาความเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง โดยการใช้สมุนไพรชนิดหนึ่งวางลงบนส่วนของผิวหนังที่สัมพันธ์กับระบบประสาท หลังจากนั้นนำรูปที่ติดไฟแล้วมาวางบนสมุนไพรเพื่อให้เกิดความร้อนและค่อย ๆ เผาไหม้สมุนไพรนั้นให้หมด

⁴ anma เป็นวิธีการนวดดั้งเดิมประเภทหนึ่งของญี่ปุ่นที่มีมานานแล้ว เป็นการนวดตามเส้นประสาท

ขณะเดียวกันประชาชนก็ยังคงพึ่งพาการดูแลสุขภาพโรคและสุขภาพด้วยวิธีการทางศาสนาและเวทย์มนต์คาถาไม่น้อยลงไปกว่าเดิม

นอกจากสังคมญี่ปุ่น หากพิจารณาสังคมไทย เราสังเกตได้ว่าการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและแพทย์ตะวันตกนั้น อย่างซับซ้อนมากในยุคทันสมัย ช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ประเทศไทยได้สร้างระบบการแพทย์สุขภาพและสถาบันที่เกี่ยวข้องทั่วถึงไปยังชนบท โดยนโยบายของรัฐบาล แต่เราสังเกตได้ว่าในกรุงเทพมหานคร และสังคมในเมืองต่าง ๆ ยังมีปฏิบัติการของการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์ดั้งเดิมในสังคมไทยที่มีพื้นฐานจากการแพทย์อายุรเวท ขณะเดียวกันภายในสังคมชนบทมีความรู้และปฏิบัติการเกี่ยวกับแพทย์พื้นบ้านตลอดมาจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าจะถูกรอบงำด้วยการแพทย์สุขภาพแต่การแพทย์พื้นบ้านก็ไม่ได้เสื่อมความนิยมไปจากสังคมชนบท ตัวอย่างเช่น โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้ศึกษาสภาพการใช้การแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นอีสาน และชี้ให้เห็นว่ามีความแตกต่างจากการใช้การแพทย์สุขภาพ มีการแพทย์พื้นบ้านที่หลากหลายก่อตั้งขึ้นในชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น โดยเชื่อมโยงกับระบบความเชื่อตลอดมา(โกมาตร 2535) ในการศึกษาเกี่ยวกับหมอเมืองที่เป็นหมอพื้นบ้านในภาคเหนือของประเทศไทย อานันท์ กาญจนพันธ์และฉลาดชาย รมิดานนท์ ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมและบทบาทของหมอเมืองได้รับความนิยมจากประชาชนมากขึ้น เนื่องจากข้อสงสัยหรือผลกระทบที่ได้รับจากการแพทย์สุขภาพโดยเฉพาะตั้งแต่ทศวรรษ1990เป็นต้นมา(อานันท์และฉลาดชาย 2533)

ในกระแสการทำให้ทันสมัย ความรู้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ดั้งเดิมได้สูญหายไปทีละน้อย ๆ จากความรู้และวิธีการรักษาความเจ็บป่วยและสุขภาพ แต่ตรงกันข้ามนี้ มันมีความหมายใหม่ที่สามารถตอบสนองต่อความทุกข์และความขัดแย้งของประชาชนในสังคมทันสมัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่เราพบเห็นว่า การแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และวิธีดูแลสุขภาพต่าง ๆ ได้ตอบสนองต่อโรคที่การแพทย์สุขภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น มะเร็ง โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคที่การแพทย์สุขภาพยังไม่สามารถค้นพบวิธีการรักษาได้เช่น โรคเอดส์ ในทำนองนี้ เรากล่าวได้ว่า แพทย์พื้นบ้านและแพทย์ดั้งเดิมได้เข้ามาเสริมข้ออ่อนของการแพทย์สุขภาพ โดยการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือคนที่มีความทุกข์ ซึ่งอยู่นอกพื้นที่ของการแพทย์สุขภาพ

ความเสี่ยงกับการดูแลสุขภาพโรค

สังคมแห่งความเสี่ยงกับการดูแลสุขภาพโรค

ดังที่ผู้เขียนได้กล่าวมาแล้วว่า ความคิดเกี่ยวกับโรคและสุขภาพในสังคมดั้งเดิมได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากโดยการแพร่หลายของการรักษาโรคแบบทันสมัย ซึ่งมีพื้นฐานจากการแพทย์สุขภาพ การรักษาโรคด้วยการแพทย์สมัยใหม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่อแนวคิด

เรื่องร่างกายและสภาพความผิดปกติของจิตใจและร่างกายของประชาชนอย่างถึงรากถึงโคน โดยทำให้ทุกคนอยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคมแบบใหม่ คือความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทั้งทฤษฎีการทำให้เป็นประเด็นการแพทย์ที่ได้วิพากษ์สถาบันการแพทย์ของอิลิช และทฤษฎีอำนาจของฟูโกต์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างร่างกายที่เรื่องซึมนั้น ได้เสนอกรอบแนวคิดการวิพากษ์การแพทย์สมัยใหม่ ขณะเดียวกันทั้งสองคนนี้ได้วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานที่ที่เราจะพบเห็นความสัมพันธ์ประเภทนี้ได้อย่างชัดเจน และในพื้นที่นี้ผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องอยู่ในฐานะถูกควบคุมกำกับอย่างเต็มที่จากแพทย์มากกว่านั้น ภายในสังคมต่าง ๆ รวมทั้งประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทย เรากล่าวได้ว่า ภายใต้การแพร่หลายของการแพทย์สมัยใหม่ ประชาชนสามารถต่อต้านกับอำนาจการแพทย์สมัยใหม่ได้ ขณะเดียวกันก็รับระบบการแพทย์อื่นเข้ามาร่วมหรือเสริมกับการแพทย์สมัยใหม่ ระบบการแพทย์อื่นนั้น ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนดั้งเดิม และการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์และการพัฒนาของการแพทย์สมัยใหม่ ดังที่กล่าวมาแล้ว มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาต่าง ๆ ในวิถีชีวิตของปัจเจกชนโดยตรง ดังนั้น การพิจารณาความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ควรพิจารณาจากกรอบและกฎเกณฑ์ของสังคมและรัฐซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของปัจเจกชนด้วย ดังนั้น ควรจะตั้งคำถามว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกชนกับรัฐซึ่งถูกสร้างขึ้นในสังคมทันสมัยนั้น ทำให้เรามีประสบการณ์เฉพาะภายในสังคมนั้นอย่างไร ในบทนี้ ช่วงแรกจะพิจารณาแนวคิดความเสี่ยง(risk)ในสังคมทันสมัยในความหมายของแอนโทนี กิดเด็นส์ (Anthony Giddens) และกล่าวถึง การการตอบโต้ต่อความไม่มั่นใจ และความกังวล(anxiety)ของประชาชนที่เกิดขึ้นมาในยุคทันสมัย ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดเกี่ยวกับอันตราย(dangerousness)และปัจจัยอันตรายภายในสังคมดั้งเดิม ดังนั้น ช่วงที่สอง ผู้เขียนจะพิจารณาการเปลี่ยนแปลงจากความอันตรายถึงความเสี่ยงโดยอาศัยความคิดเห็นของโรเบิร์ต คาสเทล (Robert Castel) หลังจากนั้น ผู้เขียนจะชี้ให้เห็นว่า ลักษณะพิเศษของการสาธารณสุข(public health) ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐที่สร้างขึ้นมานั้นมีพื้นฐานอยู่บนแนวคิดความเสี่ยงในสังคมทันสมัย

แนวคิด การสะท้อนกลับในยุคทันสมัย(reflexive modernity)ของ กิดเด็นส์

กิดเด็นส์ นักสังคมวิทยาชาวอังกฤษ กล่าวว่า ภายในสังคมทันสมัยที่แตกต่างจากสังคมดั้งเดิม ประชาชนจะมีความคิดเห็นที่เคลื่อนไหวตลอดเวลาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันและตัวเอง ซึ่งตาม กิดเด็นส์ พอสทรูปประเด็นได้ 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่หนึ่ง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเวลาและพื้นที่ ซึ่งเป็นผลกระทบจากโลกาภิวัตน์ ภายในสังคมดั้งเดิม ความสัมพันธ์ทางสังคมและเหตุการณ์ของประชาชนมักจะผูกพันกับเวลาและสถานที่ที่เฉพาะ แต่ภายในสังคมทันสมัย กิจกรรมและข้อมูลของประชาชนนั้น ถูกถอดถอนจากสถานที่และบริบท

เฉพาะ แล้วมีการสร้างความสัมพันธ์ชุดใหม่อย่างกว้างขวางระหว่างประชาชนด้วยกันเองที่ไม่เคยพบเห็นกันมาก่อนและอยู่ห่างไกล

ประเด็นที่สอง แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการแยกขาดจากกันที่เรียกว่า disembedding mechanism ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาและพื้นที่อันมีผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมและประสบการณ์ของประชาชนหลุดออกจากสถานที่เฉพาะและขยายไปสู่ที่อื่น ๆ ตามกระบวนการโลกาภิวัตน์ กลไกแบบนี้จะพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสัญลักษณ์รูปแบบใหม่คือ เงินตรา และเทคโนโลยีด้านข้อมูลข่าวสาร(information technology) นอกจากนี้ กลไกแบบนี้ทำให้การพัฒนาของ “ระบบผู้เชี่ยวชาญ(expert system)” นั้นเป็นระบบนามธรรม ตัวอย่างเช่น การแพทย์สมัยใหม่ จิตวิเคราะห์ จิตเวชศาสตร์ ประกันภัย และการเงิน ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและห่างไกลจากระบบรูปธรรมในสังคมดั้งเดิม

ประเด็นที่สาม เกี่ยวข้องกับความรู้และสถาบันต่าง ๆ ซึ่งสนับสนุนระบบนามธรรมที่ได้กล่าวมาในประเด็นที่สอง ความเป็นอยู่ของประชาชนต้องอาศัยระบบนามธรรมจนกลายเป็นสิ่งที่ปกติ ความรู้เหล่านี้ถูกสร้างขึ้นและใช้อย่างต่อเนื่องโดยผู้เชี่ยวชาญ ถึงแม้ว่าในการดำเนินชีวิตประจำวันจะพบความไม่แน่นอนอยู่เสมอ นั่นก็ยังคงพึ่งพิงระบบนามธรรมและความรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุนระบบนั้น

การตั้งคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระหว่างสังคมกับปัจเจกชนภายในสังคมทันสมัยยังเป็นประเด็นใหม่สำหรับการศึกษามนุษยวิทยาอีกด้วย สำหรับ กิดเด็นส์ ความสัมพันธ์ประเภทนี้ จะพิจารณาได้โดยใช้แนวคิด “การสะท้อนกลับ(reflexivity)” ภายในความทันสมัยประชาชนดำรงชีวิตโดยไม่ได้ปฏิบัติตามขนบประเพณีอย่างเดียว แต่ต้องให้ตัวเองอยู่ในการสะท้อนกลับอย่างใดอย่างหนึ่ง กิดเด็นส์ แยกการสะท้อนกลับของความทันสมัยออกจากความสามารถและความคิดสะท้อนกลับโดยทั่วไป ทั้งนี้ เนื่องจากการประกอบกันของความรู้ทันสมัยแตกต่างจากสังคมดั้งเดิมโดยที่ความรู้ในสังคมทันสมัยมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไม่มั่นคงอยู่เสมอ เพราะฉะนั้น การสะท้อนกลับที่ กิดเด็นส์ กล่าวถึงนั้นหมายความว่า ประชาชนต้องมีความคิดและปฏิบัติการที่จะตอบโต้กับการแก้ไขและการเปลี่ยนแปลงซึ่งมาจากความรู้ของระบบผู้เชี่ยวชาญที่มีลักษณะไม่มั่นคงตลอด และประชาชนต้องเปลี่ยนแปลงความคิดและการปฏิบัติของตนเอง เพื่อที่จะตอบสนองต่อตัวเอง ข้อมูลและความรู้ใหม่(Giddens 1991: 20)

กิดเด็นส์ กล่าวว่า ประชาชนในสังคมทันสมัยดำรงชีวิตตาม “ชีวประวัติ(biography)” โดยที่ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามความคิดความเชื่อที่อยู่ในสังคมดั้งเดิม แต่ประชาชนจะสร้างชีวประวัติของตนเองเพื่อจะมีการต่อเนื่องของตนเอง “ตัวเองจะทำอะไร จะปฏิบัติอย่างไร จะเป็นคนประเภทไหน” ทุกคนมีคำถามเช่นนี้ตลอด และมีวิถีชีวิตต่อเนื่องโดยการสร้างชีวประวัติ เพื่อที่จะตอบโต้กับคำถามเหล่านี้ หมายความว่า กิดเด็นส์ ประชาชนจะสามารถดำรงชีวิตให้อยู่ได้ด้วยตนเองโดยมีชีวประวัติของตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นจากการสะท้อนกลับจากกระแสข้อมูลเกี่ยวกับ

ชีวิตทางสังคมและจิตใจ เป็นเรื่องใหญ่ในชีวิตประจำวันและให้มีรากฐานของอัตลักษณ์ของตนเอง เพราะฉะนั้นการมีชีวิตประวัติของตนเองนั้น กล่าวได้ว่าเป็นโครงการการสะท้อนกลับที่คำนึงถึงชีวิตในอนาคต และสิ่งสำคัญที่สุดในการสะท้อนกลับ ก็คือผู้เชี่ยวชาญและระบบของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน

ชีวิตประชาชนที่ดำรงอยู่ในการสะท้อนกลับเช่นนี้ก็จะเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับความอันตรายประเภทใหม่ ภายในสังคมดั้งเดิม การนับถือพระเจ้าและความเชื่อเกี่ยวกับกรรมได้ครอบงำประชาชน แต่ภายในสังคมทันสมัย อันตรายและปัจจัยอันตรายนั้น เกิดขึ้นจากมนุษย์เอง และเชื่อว่ามนุษย์จะสามารถควบคุมได้ ภายในสถานการณ์เช่นนี้ แนวคิดความเสี่ยง จึงเกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่ความมั่นคงและความปลอดภัย(Giddens 1991: 27)

แนวคิดความเสี่ยงของกิดเด็นส์ ในสังคมทันสมัย มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเสี่ยงนั้น ก็คือ ความสามารถในการเข้าไปจัดระเบียบทางสังคมและทำให้สถานการณ์ต่าง ๆ มีความหยุดนิ่ง ในกรณีนี้ จะทำให้ปัจจัยเสี่ยงมีความคงที่ จนในที่สุดสามารถคำนวณความเสี่ยงได้ และนำไปสู่การพยากรณ์และควบคุมเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในทัศนะของ กิดเด็นส์ การคำนวณความเสี่ยงได้เข้าไปช่วยให้นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรัฐสวัสดิการ(welfare state)เกิดขึ้นได้ เนื่องจากความหวาดกลัวและวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการว่างงานนั้น สามารถพยากรณ์ได้โดยการคำนวณความเสี่ยง ซึ่งรัฐสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายสวัสดิการต่าง ๆ ได้อีกด้วย (Giddens 1991: 27-28)

ในสถานการณ์ปัจจุบันนี้ การคำนวณความเสี่ยงให้มีความแม่นยำนั้น มีความยากลำบากมากขึ้น สาเหตุใหญ่นั้นมาจากปัจจัยความเสี่ยงที่มีหลากหลายมากขึ้น ดังนั้น การคำนวณความเสี่ยงต้องใช้ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงมากขึ้น จึงคำนวณได้ยากขึ้น ด้วยเหตุนี้การคำนวณความเสี่ยงจึงสามารถทำได้เพียงการพยากรณ์ความเป็นไปได้เท่านั้น ภายในสังคมทันสมัยของเรา กล่าวได้ว่ามีความไม่มั่นคงมากขึ้น จนเราไม่สามารถคำนวณความเสี่ยงแบบรัฐสวัสดิการซึ่งเคยทำมาก่อนได้ ภายในความทันสมัย แนวคิดเรื่องกรรมซึ่งอยู่ในสังคมดั้งเดิม กำลังจะหายไปและความเสี่ยงที่มีพื้นฐานบนความน่าจะเป็นไปได้ จะมีความสำคัญมากขึ้น

“สังคมความเสี่ยง(risk society)” ตามแนวคิดความทันสมัยที่สะท้อนกลับของ กิดเด็นส์ นั้น เน้นการพัฒนาการสะท้อนกลับและการทำให้เป็นปัจเจกชน(individualization) ภายใต้โลกทัศน์ของสังคมยุโรปแนวใหม่เข้าสู่อนาคตและการสะท้อนกลับของความคิดของประชาชนนั้น เป็นการตอบสนองที่สำคัญต่อความไม่มั่นคง และความกังวลที่เกิดขึ้นจากความทันสมัยในระยะปลาย(late modernity) ระบบผู้เชี่ยวชาญทำให้การสะท้อนกลับเป็นสถาบันต่าง ๆ การวางแผนชีวิตและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ของประชาชนนั้น ส่วนใหญ่พึ่งพาอาศัยความไว้วางใจ(trust)ต่อระบบนั่นเอง ซึ่งกิดเด็นส์ คิดเช่นนี้ แต่อุริก เบค (Ulrich Beck) นัก

สังคมวิทยาชาวเยอรมันค่อนข้างไม่เชื่อและวิพากษ์การแพร่หลายของระบบผู้เชี่ยวชาญมากกว่าความไว้วางใจต่อระบบผู้เชี่ยวชาญตามแนวคิดของ กิดเด็นส์ (Beck 1992)

จากความอันตรายสู่ความเสี่ยง

แนวคิดเรื่องการสะท้อนกลับของ กิดเด็นส์และ เบคเคิน มีสมมติฐานแบบตะวันตก ที่ว่าความเสี่ยงมาจากเหตุผลนิยมและการคำนวณ ดังที่เรากล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งมีผลต่อทัศนะของปัจเจกชน นอกจากนี้ กิดเด็นส์ ยังชี้ให้เห็นว่า เมื่อปัจจัยความเสี่ยงหลากหลายขึ้น จนนโยบายรัฐสวัสดิการไม่สามารถคำนวณความเสี่ยงได้ หากเป็นเช่นนี้ ย่อมหมายถึงว่า แนวคิดความเสี่ยงนั้นเกิดขึ้นโดยมีความสัมพันธ์อย่างแน่นกับระบบการปกครองของรัฐทั่วไป ไม่ใช่เฉพาะกรณีของประเทศที่มีนโยบายรัฐสวัสดิการเท่านั้น เพราะฉะนั้นต่อไปนี้จะพิจารณาความหมายของแนวคิดความเสี่ยงในยุคทันสมัยโดยเชื่อมโยงกับนโยบายต่าง ๆ

คาสเทล นักประวัติศาสตร์สังคมฝ่ายสำนักฟูกูโก ประเทศฝรั่งเศส ได้พิมพ์ผลงานที่น่าสนใจมากเกี่ยวกับประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เป็นผลจากนโยบายทางสังคมเพื่อป้องกันความเสี่ยง (Castel 1981, 1991) คาสเทล ได้พิจารณาเปรียบเทียบจิตเวชในสหรัฐอเมริกาและฝรั่งเศส และนโยบายทางสังคมที่สร้างขึ้นมาจากนั้น เขากล่าวถึงกระบวนการสร้างแนวคิดความเสี่ยงที่เป็น “ยุทธศาสตร์การป้องกัน(preventive strategy)” ดังมีประเด็นสำคัญของข้อถกเถียงของคาสเทลดังต่อไปนี้

“ยุทธศาสตร์ประเภทใหม่ ได้ละลายแนวคิดsubject หรือ ความเป็นปัจเจกชนที่เป็นตัวตนหายไป คงเหลือแต่ “ปัจจัยของความเสี่ยง” และผสานปัจจัยเหล่านั้นเข้ามาแทนที่ subjectหรือความเป็นปัจเจกชน... ส่วนประกอบสำคัญของการแทรกแซงในยุทธศาสตร์หรือนโยบายรัฐจึงไม่ได้อยู่ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าโดยตรงระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ถูกดูแล และระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้รับบริการ ยุทธศาสตร์การแทรกแซงนั้นยังได้เลื่อนไหลไปตามประชากรกลุ่มเสี่ยง(flow of population) โดยพิจารณาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สุดที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงของประชากรกลุ่มนั้น ๆ... ทุกวันนี้พวกผู้เชี่ยวชาญได้พบว่า ตัวเองมีหน้าที่เพียงแต่การติดตามหาปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น แต่ตรงข้ามกันนี้ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการเพื่อสร้างนโยบายนั้นสามารถพัฒนาอำนาจในการควบคุมความเสี่ยงที่เป็นอิสระเต็มที่”(Castel 1991: 281)

คาสเทล พยายามแสดงให้เห็นว่า การสลายของ subject และมีปัจจัยเสี่ยงเข้ามาแทนที่ดังได้กล่าวมาแล้วนั้น โดยพิจารณากรณีจิตแพทย์ จิตแพทย์ในยุคสมัยศตวรรษที่ 19 ความอันตราย(dangerousness) อย่างเช่นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจะเป็นอันตรายหรือปฏิบัติอย่างรุนแรงที่คาดการณ์ไม่ได้ต่อผู้อื่น ความอันตรายประเภทนี้เป็นศักยภาพที่อยู่ในปัจเจกชนที่เป็นลักษณะ

เฉพาะตัว ซึ่งอาจจะรุนแรงมากขึ้นหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และเมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ป่วยคนนั้น จะถูกไล่ออกจากสังคมหรือให้อยู่ในสถานที่เฉพาะ

แนวคิดความเสี่ยง มีความแตกต่างจากแนวคิดความอันตรายในศตวรรษที่ 19 โดยแนวคิดความเสี่ยงนั้น ความอันตรายไม่ได้เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่เป้าหมายของแนวคิดความเสี่ยงนั้น เน้นประชากรที่มีความเป็นไปได้ที่อันตรายจะเกิดขึ้น โดยการจัดเป็นระบบระเบียบจากการคำนวณทางสถิติ เพราะฉะนั้น ความเสี่ยงไม่ใช่การพยากรณ์เกี่ยวกับความอันตรายที่สังเกตได้ในตัวปัจเจกชนหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่เป็นรูปธรรม ความเสี่ยงนั้นจะได้อมาจากการรวมกันของปัจจัยที่เป็นนามธรรม ซึ่งคิดว่าทำให้เกิดอันตรายขึ้น(Castel 1991: 287) ความเสี่ยงนั้นไม่ได้นำมาใช้กับปัจเจกชนเฉพาะ แต่ใช้กับกลุ่มหรือประชากรซึ่งอยู่ในเครือข่ายของการรวมกันของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การมีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี ไม่ใช่หมายถึง คนใดคนหนึ่งจะมีศักยภาพที่จะติดเชื้อเอชไอวี แต่หมายถึงศักยภาพที่จะติดเชื้ออยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งแบ่งปันปัจจัยหลากหลายเช่น การมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันหรือต่างเพศกันหลายคน หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น

เพราะฉะนั้น กิจกรรมการแทรกแซงที่ได้จากการคำนวณความเสี่ยงจะติดตามกำกับกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ อย่างมีระบบเพื่อจะตรวจพบล่วงหน้า(predetection) ดังนั้น ไม่ต้องชี้ให้เห็นถึง ความอันตรายของคนใดคนหนึ่ง แต่มีความสำคัญอยู่กับการติดตามกำกับ และบันทึกพฤติกรรม และข้อมูลของปัจเจกชนโดยอ้างอิงกับปัจจัยเสี่ยง ในการติดตามควบคุมประเภทใหม่นี้ ผู้ที่ถือว่ามีความเสี่ยงนั้นไม่ใช่เพราะเขามีอาการที่แสดงถึงอันตรายอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ถูกตัดสินโดยพิจารณาว่าจะมีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่กับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ประกอบในตารางความเสี่ยง(risk profile) หมายความว่า เป้าหมายของกิจกรรมการแทรกแซงนั้นไม่ใช่เป็นปัจเจกชน แต่ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง เพราะฉะนั้นคาสเทลกล่าวถึงกิจกรรมการแทรกแซงโดยใช้แนวคิดความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

“ที่นี้ไม่มีความสัมพันธ์subjectโดยตรงแล้ว เพราะ “subject” นั้นไม่ได้ดำรงอยู่แล้ว ประเด็นที่สำคัญของนโยบายการป้องกันแบบใหม่ได้กล่าวมานั้น คือไม่ใช่เป็นปัจเจกชน แต่ปัจจัยก็คือความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทางสถิติของปัจจัยประกอบที่หลากหลาย นโยบายป้องกันนั้นหรือสร้างsubjectที่เป็นรูปธรรมแล้วก็สร้างปัจจัยแวดล้อมขึ้นมาใหม่ที่คาดหวังว่า ทำให้ความเสี่ยงเกิดขึ้น เป้าหมายที่สำคัญนั้นจึงไม่ใช่การตอบโต้กับสถานการณ์อันตรายที่เป็นรูปธรรม แต่จะพยากรณ์รูปแบบต่าง ๆ ที่จะปะทุขึ้น” (Castel 1991: 288)

ความคิดเห็นต่อความเสี่ยงนั้น เน้นการพยากรณ์เท่านั้น ภายในนโยบายป้องกันซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดความอันตรายก่อนสมัยใหม่นั้น โดยทั่วไปใช้วิธีการจัดระเบียบวินัย (disciplinary) เพื่อบังคับให้ประชาชนอยู่ในกฎเกณฑ์โดยใช้วิธีปิดกั้นหรือให้อยู่ในสถานที่เฉพาะของปัจเจกชนและกลุ่ม ซึ่งตรงกันข้ามยุทธศาสตร์ป้องกันที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงนั้น

นโยบายป้องกันในยุคทันสมัยไม่เน้นปฏิบัติการที่กระทำต่อปัจเจกชนเฉพาะที่มีปัจจัยเสี่ยง แต่เน้นสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของปัจเจกชน ภายในวิธีการจัดระเบียบวินัยประเภทเก่าจะมีสมมติฐานว่า มีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างผู้ติดตามกำกับกับผู้ถูกกำกับ หรือ มีเป้าหมายที่จะเข้าไปจัดระเบียบวินัยโดยพิจารณาโรค และความผิดปกติ การเบี่ยงเบน ซึ่งเป็นอาการของปัจเจกชนแต่ละคน ตัวอย่างเช่น สถาบันการควบคุมพลเมืองในยุคก่อนสมัยใหม่ เช่น ค่ายทหาร โรงงาน ลูก โรงเรียนประจำ หรือโรงพยาบาลจิตเวช ได้มีระบบสอดส่องหรือการควบคุมจัดการ แต่วิธีควบคุมประเภทใหม่เป็นเทคโนโลยีเพื่อพยากรณ์และป้องกัน และทำให้ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างผู้ควบคุมกับผู้ถูกควบคุม ดังที่ฟูโกต์กล่าวไว้ในกรณีการจัดระเบียบวินัยแบบPanopticism (Castel 1991: 288)

ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันที่ใช้แนวคิดความเสี่ยง จุดที่สำคัญในนโยบายแทรกแซงโดยใช้วิธีติดตามควบคุมนั้น เน้นการจำแนกแยกแยะเป็นกลุ่มของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงและต้องการการจัดการที่มาจากการคำนวณความเสี่ยง ตามลำดับ การจัดการประเภทนี้เป็นการจัดให้กลุ่มต่าง ๆ อยู่ในข่าย ซึ่งข่ายนี้ตั้งเป้าหมายไปที่ปัจเจกชนที่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมในอนาคตได้(future behavior)โดยใช้เกณฑ์การประเมินและพยากรณ์ ที่มีพื้นฐานและมาตรฐานอย่างเหตุผลนิยม (Lupton 1999: 94-95) การคาดการณ์พฤติกรรมในอนาคตก็คือไม่ใช่เป็นอัตลักษณ์ของปัจเจกชนที่แสดงออกอย่างชัดเจน แต่เป็นพฤติกรรมที่เราคาดหวังว่าจะกระทำ ซึ่งได้มาโดยประเมินจากการรวบรวมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน (แก้)เพราะฉะนั้น ที่นี้ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง อย่างเช่น ระหว่างหมอกับผู้ป่วย ผู้ดูแลกับผู้ถูกดูแล หรือผู้ควบคุมกับผู้ถูกควบคุม การจัดการความเสี่ยงแบบนี้จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ก็จะหลุดพ้นจากความขัดแย้งและการต่อรองระหว่างสองฝ่าย ที่นี้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวินิจฉัยที่แพทย์หรือพยาบาลกระทำนั้น จะให้อยู่ในการจัดการความเสี่ยง เพราะฉะนั้น ผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาลจะมีบทบาทตรงเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้ ถูกตัดออกจากกิจกรรมของผู้เชี่ยวชาญ และถูกจัดการภายใต้ระบบจัดการ(Castel 1991: 293)

การติดตามควบคุมที่มีพื้นฐานแนวคิดความเสี่ยงนั้น ได้เข้ามาแทนระบบติดตามควบคุมประเภทเก่า และความสัมพันธ์ที่พึ่งพาอาศัยความรู้ของผู้เชี่ยวชาญนั้นจะถูกสลายไป ยุทธศาสตร์การป้องกันที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดความเสี่ยงได้แสดงให้เห็นชัดว่า subject กำลังจะสูญหายไป ภายใต้ระบบการจัดการประเภทใหม่ของรัฐ

การเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับ“อันตรายสู่ความเสี่ยง”ได้มีผลต่อนโยบายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะหลังทศวรรษ1970นั้น ความคิดและการปฏิบัติของประชาชนเกี่ยวกับด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขที่เป็นโครงการของรัฐที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและ

สภาพความเป็นอยู่ของประชาชน กิจกรรมที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่เริ่มต้นจากศตวรรษที่19นั้น ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสิ่งสกปรก และการป้องกันโรคระบาด โครงการด้านสาธารณสุขนั้นเป็นการควบคุมประชากรให้เป็นผู้ที่สามารถผลิตแรงงานที่ดีโดยแก้ไขสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายในเมืองเป็นหลัก แต่ด้วยการพัฒนาของการแพทย์สมัยใหม่ในศตวรรษที่20 แนวคิดเรื่องสาธารณสุขและนโยบายที่เกี่ยวข้องนั้นเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยมีพื้นฐานความคิดทางวิทยาศาสตร์และความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ดังนั้น เราจะพิจารณาการพัฒนาในด้านสุขภาพ ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงไปโดยมีแนวคิดความเสี่ยงต่อไป

ทั้งสาธารณสุขและการแพทย์สมัยใหม่นั้น เป็นผลผลิตในยุคทันสมัยและได้พัฒนาขึ้นมา โดยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และสถาบันที่เกี่ยวข้อง การสาธารณสุขก็คือกิจกรรมทางสังคมที่มีลักษณะความร่วมมือในการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาและแก้ไขสุขภาพของประชาชนทั้งหมดในรัฐประชาชาติ เพราะฉะนั้นการสาธารณสุขนั้น ไม่ใช่มีเป้าหมายที่เป็นปัจเจกชนแต่เป็นระบบทางสังคมเพื่อจะควบคุมสุขภาพของประชากรในเขตประเทศให้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ระเบียบก็คือ กิจกรรมของรัฐ(Last 1983) ดังนั้น การสาธารณสุขนั้นจึงมีความหมายมากกว่ากิจการการรักษาด้านการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ทั้งการสาธารณสุขกับการแพทย์ถูกพัฒนาขึ้นมาอยู่ในเครือข่ายทางการเมือง ดังนั้น กิจกรรมทางการแพทย์ที่เราต้องสังเกตนั้น ก็คือ กิจกรรมของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนี้ เช่น แพทย์ นักระบาดวิทยา และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ นั้น เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขเท่านั้น กล่าวอีกอย่างหนึ่ง กิจกรรมของการสาธารณสุขนั้น จะดำเนินงานได้ด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เช่น สถิติ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ สังคมวิทยา รัฐศาสตร์ และศึกษาศาสตร์ เป็นต้น โดยร่วมมือกับสถาบันการรักษา เช่น โรงพยาบาล สถานอนามัย อีกด้วย

โครงการของรัฐหรืออีกนัยหนึ่ง นโยบายแทรกแซงสุขภาพของประชากรโดยรัฐนั้น โดยมีประชากรหรือประชาชนเป็นเป้าหมายตั้งแต่ปลายศตวรรษที่20 แล้วขยายพื้นที่ของสุขภาพจากกิจกรรมที่เกี่ยวกับการแพทย์ชีวภาพ เช่น การป้องกันโรคระบาดและการแก้ไขสภาพสุขอนามัยออกไปจนถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต แนวคิดยุทธศาสตร์ของการสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญต่อสภาพแวดล้อมที่มีความหมายกว้างขวางก็คือ เน้นการควบคุม ไม่ใช่เฉพาะสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางจิตใจ เพื่อจะรักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชากร การควบคุมและการจัดระเบียบวินัยตามการสาธารณสุขนั้น ได้เข้าไปสู่การควบคุมการใช้พลังงาน การทำลายสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพเสื่อมเสีย เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการเสพสิ่งเสพติด เป็นต้น เช่นนี้แล้ว ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นไป ปัญหาด้านสุขภาพนั้นถือว่าไม่ใช่เป็นเรื่องของปัจเจกชนเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของสังคม ซึ่งถูกกำหนดไว้โดยแนวคิดสิ่งแวดล้อมที่ขยายออกไปจึงได้มีขบวนการที่เรียกกันว่า “การสาธารณสุขประเภทใหม่(new public health)” (Petersen and Lupton 1996: 4-5)

ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ประกอบด้วย การเข้าถึงและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่กว้างใหญ่ของปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากยุทธศาสตร์เก่าที่มีการป้องกันโรคระบาดเป็นหลัก เช่น การกักกันเชื้อโรค การตรวจสุขอนามัย สาธารณสุขประเภทใหม่นั้น ได้ขยายพื้นที่ด้านสุขภาพออกสู่พื้นที่ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ตัวอย่าง จากพื้นที่ด้านการแพทย์ เช่น ระบาดวิทยา ชีวสถิติ และภูมิคุ้มกัน จนถึงพื้นที่ทางสังคม เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และการร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทำให้มียุทธศาสตร์ร่วมกัน อลัน ปีเตอร์เซน กับเดโบราห์ ลัพตัน(Allan Petersen and Deborah Lupton) กล่าวว่า ภายในขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ให้ความสำคัญกับความร่วมมือกันระหว่างสถาบันต่าง ๆ กันของรัฐ องค์กร ภาคเอกชน อาสาสมัคร องค์กรพัฒนาเอกชน(NGO) ขบวนการใหม่ประเภทนี้จะไม่อยู่เฉพาะในขอบเขตโครงการของรัฐ แต่รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมมือกับภาคเอกชน(Petersen and Lupton 1996: 5) ดังนั้นขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่นั้น จะมีศักยภาพที่จะสร้างเครือข่ายอย่างกว้างขวางที่มีความรู้และอำนาจโดยประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ระบบราชการ และประชาชนทั่วไป

คำถามจึงมีอยู่ว่ายุทธศาสตร์ของขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่นั้นมีประโยชน์ต่อการควบคุม ป้องกันโรคระบาดที่แพร่หลายอยู่ในขณะนี้หรือไม่ ขบวนการนี้มีผลต่อการต่อต้านโรคเอดส์ ซึ่งแพร่ระบาดตั้งแต่กลางทศวรรษ1980 SARS ในปี 2002 และไข้หวัดนกในปี2003 แต่วิธีป้องกันในการต่อสู้กับโรคระบาดเหล่านี้พัฒนามาจากยุทธศาสตร์สาธารณสุขแบบดั้งเดิม ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และระบบราชการเป็นศูนย์กลางมากกว่าการใช้ประโยชน์ระบบความร่วมมือโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในสถานการณ์ของโรคระบาดเช่นนี้ ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการต่อต้านการระบาดของโรค ก็ตกอยู่ภายใต้อำนาจขององค์การอนามัยโลก(WHO) แต่ปรากฏว่ามีความขัดแย้งระหว่างนโยบายด้านสาธารณสุขและการแพทย์ของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่ยังไม่สามารถหาวิธีการรักษาได้ เช่น เอดส์ ไข้หวัดนก เป็นต้น ทำให้แน่ชัดว่ามีข้อจำกัดของการแพทย์สมัยใหม่และจุดอ่อนของยุทธศาสตร์สาธารณสุขประเภทใหม่

ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่นั้นใช้ประโยชน์จากการแพทย์สมัยใหม่ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ระบาดวิทยา และความรู้ทางสังคมศาสตร์ที่ถือว่าเป็น “ความจริง” และยืนยันว่าต้องรวมพลังสังคมโดยกว้างขวางเพื่อจะไปสู่เป้าหมาย แต่เราเห็นชัดว่า ที่นั่น มีอำนาจพิเศษของผู้เชี่ยวชาญและการครอบงำของระบบราชการ เราต้องสังเกตว่า ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญและการครอบงำของระบบราชการนั้น มีพื้นฐานของมนุษยนิยม(ถ้ากล่าวให้ชัดเจน ก็คือ มนุษยนิยมยุคหลัง(late humanism)) ซึ่งมีความเชื่อว่า วิทยาศาสตร์และ “ความก้าวหน้า” ของสังคมนั้นจะทำให้มนุษย์ไปถึงเป้าหมายของความสุข ขบวนการแบบนี้ไม่ได้คิดว่า การแสวงหาสุขภาพจะได้ผลภายในความสัมพันธ์เชิงอำนาจแต่คิดว่าสุขภาพจะได้มาจากความรู้ของผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะช่วยให้

มนุษย์มีเสรีภาพและมีความสุขอย่างเท่าเทียมกัน(Petersen and Lupton 1996: 8) เน้นอนว่า ขบวนการสาธารณสุขได้มีความพยายามแก้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยให้มีความร่วมมือระหว่าง ปัจเจกชนกับชุมชน แต่แนวคิดหลักนั้น ยังใช้การประเมินแบบเหตุผลนิยมที่วัดค่าใช้จ่ายและ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจึงไม่ได้คำนึงถึงเงื่อนไขทางสังคมต่าง ๆ ที่จะทำให้มีความหลากหลาย ของประชาชนที่เข้าร่วม

การสาธารณสุขประเภทใหม่ เริ่มตั้งแต่ทศวรรษ1980 เป็นต้นไป ในยุโรป แคนาดา และ ออสเตรเลีย และขยายไปสู่ประเทศกำลังพัฒนาต่าง ๆ นั้น ด้วยนโยบายแทรกแซงของรัฐ เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพของประชากร โดยมีความต่อเนื่องจากการสาธารณสุขแบบเก่า ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ ศตวรรษที่19 และสาธารณสุขประเภทใหม่ ได้แสดงให้เห็นว่าการรักษาและส่งเสริมสุขภาพนั้น ไม่ใช่เป็นเรื่องของปัจเจกชน แต่เป็นวิธีตอบสนองทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่มนุษย์ได้กระทำมา ดังนั้น ระบบความร่วมมือของประชาชนโดยเฉพาะแนวคิดการมีส่วนร่วม โดยความสมัครใจของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขนั้น จะมีบทบาทอย่างไร เพื่อนำไปสู่ข้อ ถกเถียงในประเด็นดังกล่าวนี้ เราต้องวิเคราะห์ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ปฏิบัติการอยู่ในการ สาธารณสุขในโครงการของรัฐ

การปกครองชีวญาณ(governmentality)

แนวคิดการปกครองชีวญาณของ Michel Foucault

การพิจารณาการพัฒนาด้านสาธารณสุขในยุโรปในยุคทันสมัย ต้องวิเคราะห์วิธีการใช้อำนาจของรัฐ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่แนวคิดที่ให้ความสำคัญกับชอบของอำนาจอย่างเดียวแต่เป็นระบบ เทคโนโลยีหรือศิลปะอย่างซับซ้อนที่ประกอบด้วยสถาบันต่างๆ ขั้นตอนและความรู้ เป็นต้น ใน ตอนปลายทศวรรษ1970 เพื่อจะอธิบายการใช้อำนาจของรัฐ ฟูโกต์ได้รื้อฟื้นแนวคิด“การเป็น รัฐบาล(gouvernement, government)” และนิยามศัพท์ใหม่คือ “การปกครองชีวญาณ (gouvernementalité, governmentality)” อีกด้วย

เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ฟูโกต์ได้ตั้งข้อสังเกตต่อความหมายสองระดับของ คำศัพท์“กระทำ”(conduire, to conduct)นอกจากความหมายโดยทั่วไปแล้ว ยังหมายถึง “การ นำผู้อื่น” โดยผ่านกลไกการบังคับอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้อื่นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามในระดับหนึ่ง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในที่นี้ จึงหมายถึง “การนำของปฏิบัติการ(a conduct of conducts)” ซึ่งเป็นการจัดการให้ผู้อื่นกระทำการอย่างมีเสรีภาพภายในขอบเขตที่กำหนดไว้ “การเป็นรัฐบาล” จึงเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ทำให้การกระทำของผู้อื่นอยู่ในขอบเขต และรวมไป ถึงการนำทางตนเองและผู้อื่น โดยการกระทำในรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ยังมีผลกระทบต่อ ตนเองหรือผู้อื่นด้วย เพราะฉะนั้นการเป็นรัฐบาลนั้นมีความหมายอย่างกว้างขวางตั้งแต่ ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองต่อตนเอง ไปจนถึงความสัมพันธ์ทางสังคมเกี่ยวกับการจัดการ และ

นำทางภายในสถาบันทางสังคมและชุมชนต่าง ๆ จนกระทั่งถึงระดับการใช้อำนาจทางการเมืองอีกด้วย(Gordon 1991: 2-3)

ในตอนต้นยุคทันสมัย ในยุโรปตั้งแต่ศตวรรษที่16 อำนาจหมายถึง การเป็นรัฐบาลอย่างกว้างขวาง มากกว่าความขัดแย้งหรือการเป็นศัตรูกัน สำหรับฟูโกต์กล่าวถึง แนวคิดการเป็นรัฐบาลดังต่อไปนี้

“ “การเป็นรัฐบาล” ไม่ได้หมายถึง เพียงโครงสร้างทางการเมืองหรือการจัดการของรัฐเพียงประการเดียว แต่รวมไปถึงการนำทิศทาง การปฏิบัติแก่ปัจเจกชนและกลุ่มต่าง ๆ มากกว่า ก็คือการเป็นรัฐบาล เกี่ยวข้องกับลูก จิตวิญญาณ ชุมชน ครอบครัว ผู้ป่วย[การเป็นรัฐบาล เป็นการปกครองที่เข้ามาควบคุมความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว ชุมชน และในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย] คำศัพท์นี้ไม่ใช่รวมความสัมพันธ์อุปถัมภ์ทางการเมืองและเศรษฐกิจที่กำหนดไว้ตามความชอบธรรม แต่รวมความหมายถึงรูปแบบปฏิบัติที่มาจากความคิดและการคำนวณในระดับหนึ่ง เพื่อให้ปฏิบัติการณ์ของประชาชนมีความเป็นไปได้และมีทิศทางอีกด้วย ในทำนองนี้การเป็นรัฐบาลก็คือการสร้างโครงสร้างของขอบเขตที่ให้ผู้อื่นสามารถปฏิบัติได้”(Foucault 2000b: 341)

ฟูโกต์ใช้แนวคิดการปกครองชีวญาณ โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดการเป็นรัฐบาลที่ได้กล่าวมาข้างต้น การปกครองชีวญาณนั้น เป็นคำศัพท์ใหม่ที่ฟูโกต์คิดขึ้นมาเองรวมคำ 2 คำ “การเป็นรัฐบาล”(gouverner, govern) และ “สภาวะจิตใจ”(mentalité, mentality) สภาวะจิตใจไม่ได้หมายถึงรูปแบบความคิดหรือภาพตัวแทนเฉพาะของปัจเจกชนแต่หมายถึงรูปแบบเกี่ยวกับความคิด ความรู้ ความนับถือร่วมกันของประชาชน แต่สิ่งที่ฟูโกต์พยายามจะชี้ให้เห็นว่า ในแนวคิดการปกครองชีวญาณนั้นส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับวิธีและรูปแบบในการใช้อำนาจที่มีลักษณะพิเศษซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาในประเทศต่าง ๆ ในยุโรป ตั้งแต่ศตวรรษที่18 ซึ่งประกอบด้วยสถาบัน ขั้นตอน การวิเคราะห์ การพิจารณา และยุทธวิธีด้วย โดยตั้งเป้าหมายที่ประชากร (populatia)มากกว่าปัจเจกชน ส่วนใหญ่ความรู้ที่สนับสนุนการปกครองชีวญาณนั้นได้มาจากเศรษฐศาสตร์การเมือง(อำนาจของผู้ปกครอง การปกครองประชากรอย่างไรเพื่อให้มีความสุขต่อประชากรที่เราปกครองอยู่) นอกจากนี้ยังต้องมีกลไกความมั่นคง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอีกด้วย (Foucault 2000a: 219-220)

ในข้อถกเถียงประเด็นการปกครองชีวญาณของรัฐบาลในยุโรปในยุคทันสมัย ฟูโกต์ได้เริ่มต้นด้วย ความคิดเห็นของนิโคล มาคชีเวลลี(Niccollo Machiavelli)ในหนังสือ The Prince สำหรับมาคชีเวลลีนั้น“การเป็นรัฐบาล”หมายถึง การปกครองดินแดนและประชาชนที่อยู่ในดินแดนนั้น แต่กลีโยม เดอ ลา เพรีเออร์(Guillaume de La Perriere)ในศตวรรษที่16 ซึ่งอยู่ในช่วงเดียวกับMachiavelli แสดงทัศนะว่า การปฏิบัติการณ์ปกครองชีวญาณนั้นไม่ใช่เกี่ยวกับดินแดน แต่เกี่ยวกับความซับซ้อนประเภทหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ สิ่งของ และเหตุการณ์ การ

ปฏิบัติการปกครองชีวภูมุนั้น รวมไปถึงความรับผิดชอบต่อประชาชนที่มีความเกี่ยวข้องกับ ทรัพยากร ทรัพยากร อาหาร ดินฟ้าอากาศ ขนบธรรมเนียมประเพณีและรูปแบบความคิดภายใน ดินแดนนั้น นอกจากเหล่านี้แล้ว การปกครองชีวภูมุนั้น ต้องเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง ประชาชน สิ่งของและเหตุการณ์ เช่นในกรณีความอดอยาก โรคระบาด การตาย อุบัติเหตุ ความ ทุกข์ ที่ประชาชนเผชิญหน้าอยู่ เมื่อกล่าวถึงการเป็นรัฐบาลของครอบครัว ไม่ได้หมายถึง การ จัดการที่ดินและทรัพยากรของครอบครัว แต่การเป็นรัฐบาลในที่นี้หมายถึง การจัดการอย่าง กว้างขวางเกี่ยวกับการคลอดบุตร การตาย เหตุการณ์ต่าง ๆ และการรักษาความสัมพันธ์กับ ครอบครัวอื่น ๆ เพราะฉะนั้นในกิจกรรมของการเป็นรัฐบาลนั้น ไม่ได้เกี่ยวกับความรับผิดชอบ ต่อดินแดนหรือทรัพยากร แต่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ สิ่งของและเหตุการณ์โดยรวม ภายใต้การปกครอง(Foucault 2000a: 208-209)

สำหรับฟูโกต์ที่ได้รื้อฟื้นแนวคิดการปกครองชีวภูมุนั้น ในความคิดของฟูโกต์ รัฐบาลในยุค ทันทสมัยนั้นไม่ได้หมายถึง ตัวตนที่อำนาจกระจุก และมีบทบาทหน้าที่เช่นการพัฒนาการผลิต และ การผลิตซ้ำความสัมพันธ์ทางการผลิต แต่รัฐเป็นความเป็นจริง(reality)ที่มีความซับซ้อนและมี ความเป็นนามธรรมที่แฝงด้วยมายาคติ(myth) รัฐจะมีความสำคัญได้เมื่อรัฐใช้ทฤษฎีของการเป็น รัฐบาลโดยมีรากฐานจากสถาบัน ความรู้ การวิเคราะห์ และการคำนวณ เพื่อจะจัดการประชาชน สิ่งของและเหตุการณ์โดยรวม สำหรับยุทธวิธีการเป็นรัฐบาล ฟูโกต์ได้กล่าวดังต่อไปนี้

“หากรัฐเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันนี้ รัฐได้อาศัยการปกครองชีวภูมุนั้นซึ่งอยู่ภายในรัฐ และขณะเดียวกันอยู่ภายนอกรัฐด้วย เนื่องจากยุทธวิธีการเป็นรัฐบาลสามารถถูกนิยาม และนิยามใหม่อย่างต่อเนื่อง ภายใต้สิ่งที่รัฐควรจะสามารถควบคุมได้และสิ่งที่ไม่ควรจะ สามารถจะควบคุมได้ หรือสิ่งที่เป็นการและสิ่งที่เป็นส่วนตัว อย่างนี้แล้วเราสามารถ เข้าใจรัฐได้ในความต่อเนื่องและข้อจำกัดของยุทธวิธีทั่วไป ของการปกครองชีว ภูมุนั้น”(Foucault 2000a: 221)

การปกครองชีวภูมุนั้นเป็นเหตุผลนิยม(Rationalism)เกี่ยวกับการเป็นรัฐบาลนั้น กล่าว ได้ว่าเป็นการจัดการและการจัดระเบียบวินัยทางสังคมโดยใช้ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีอย่างซับซ้อน ดังที่เห็นในประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบันนี้ ประเด็นความสนใจที่สำคัญที่สุดของการปกครองชีว ภูมุนั้นก็คือการแทรกแซงประชากรโดยรวม ยกตัวอย่างเช่น สถิติประชากร สถิติการแต่งงาน สถิติ การคลอดบุตร อายุขัยเฉลี่ย อัตราการตาย เป็นต้น ซึ่งประกอบเป็นข้อมูลสำคัญมากเพื่อกำหนด นโยบายต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข อันเป็นหัวใจสำคัญการปกครองชีวภูมุนั้น ของรัฐของแต่ละประเทศ แต่ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พื้นที่ที่รัฐเข้าปกครองนั้นจะมีความเป็นไปได้ที่ จะเปลี่ยนและสร้างนิยามใหม่ในแง่ยุทธวิธี ดังแสดงให้เห็นว่า ประเทศต่าง ๆ ในยุคทันสมัยได้ พยายามรับผิดชอบในการเป็นรัฐบาลต่อประชากรโดยรวม แต่ตอนปลายยุคทันสมัย โดยเฉพาะ ตั้งแต่ทศวรรษ1970 เป็นต้นมา วิธีการแทรกแซงของรัฐนั้นได้เปลี่ยนแปลงอย่างยิ่งใหญ่ ดังที่

กล่าวมาแล้ว การพัฒนาของขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่นั้น เป็นตัวอย่างหนึ่งของการแทรกแซงของรัฐถึงประชากร โดยรวมนั้นได้กระทำอย่างต่อเนื่อง และเป้าหมายของการเป็นรัฐบาลนั้นกำลังจะเข้าไปสู่พื้นที่ของปัจเจกชนอย่างลึกซึ้ง

Enterprising self

ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดความเสี่ยงได้พัฒนาขึ้นมาในยุโรป แคนาดา ออสเตรเลีย ตั้งแต่ปลายทศวรรษ1970 นั้น ได้พยายามสร้าง “ประชากรที่มีสุขภาพที่ดี” ให้เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายทั้งประชากรและกลุ่มต่าง ๆ อยู่ในรัฐประชาชาติ แนวคิดเรื่องสุขภาพที่ร่วมกันแบบนี้เห็นได้ชัดในคำประกาศขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ.2520 ดังต่อไปนี้

“ประชาชนทุกคนในทุกประเทศ ควรจะรักษาสุขภาพในระดับที่สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในวิถีทางสังคมของพวกเขา” (WHO 1995)

อย่างที่กล่าวมาแล้ว ความเสี่ยงจะมีหน้าที่เป็นแนวทางสำหรับประชากรทั้งหมดหรือกลุ่มเฉพาะ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาจากการคำนวณแบบเหตุผลนิยม ความรู้และข้อมูลในการป้องกันโรคระบาด การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมาจากการจัดการความเสี่ยงนั้น เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาและควบคุมโดยแยกแยะสิ่งที่ผิดปกติจากสิ่งปกติ ซึ่งเป็นระเบียบวินัยทางสังคม เพราะฉะนั้น การปกครองชีวญาณในที่นี้จึงถูกนำไปควบคุมให้ประชากรและกลุ่มต่าง ๆ อยู่ในกระบวนการทำให้เป็น“ปกติ”(normalization) แน่แน่นอนว่าการปกครอง ก็จะเข้าไปจัดระเบียบวินัย เพื่อที่จะให้ประชากรและกลุ่มต่าง ๆ ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขที่อำนาจรัฐเข้าแทรกแซงต่อประชากรตั้งแต่ตอนต้นยุคทันสมัย ไม่เฉพาะในยุโรปรวมไปถึงหลายประเทศในเอเชียอีกด้วย แต่แนวคิดสุขภาพของประชากรที่นโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่ดำเนินอยู่นั้น ได้เปลี่ยนจากการเข้าไปจัดระเบียบวินัยแก่กลุ่มต่าง ๆ ไปจนถึงการแทรกแซงต่อปัจเจกชนทุกคนของประเทศอย่างมากยิ่งขึ้น เมื่อกล่าวถึง “ประชาชนทุกคนในทุกประเทศ” จะมีเป้าหมายถึงปัจเจกชน มากกว่าประชากรหรือกลุ่ม ซึ่งปัจเจกชนในที่นี้ หมายความว่า เป็นตนเองที่มีลักษณะคล้าย “นักธุรกิจ(entrepreneur)” ที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกันนี้มีความกระตือรือร้นในการรักษาสุขภาพด้วยมากกว่าตนเองที่เป็น “โครงการ(project)” ที่พึ่งพาอาศัยความรู้ของผู้เชี่ยวชาญอย่าง ที่ กิดเด็นส์ ได้กล่าวไว้ สิ่งที่น่าที่นี้ คือพลเมืองประเภทใหม่ เป็นผู้ที่ดำเนินชีวิตของตนเองอย่างกระตือรือร้นเช่นนักธุรกิจ และคำนึงถึงเป้าหมายสูงสุดของการใช้ประโยชน์จากร่างกายและจิตใจ(Gordon 1991: 44) การปกครองชีวญาณนั้น เป็นกิจกรรมที่ทำให้ปัจเจกชนเป็นผู้กระตือรือร้น(active subject) มากกว่า ผู้ที่นิ่งเฉย(passive subject) การปกครองในที่นี้ไม่ใช่การกระทำต่อปัจเจกชนจากภายนอก แต่คาดหวังว่า ปัจเจกชนจะปกครองตัวเองโดยความสมัครใจ ยกตัวอย่างเช่น การปกครองของการแพทย์ในระดับล่างสุด ได้แก่อานานิยาม จะ

ดำเนินการป้องกันโรคระบาดหรือส่งเสริมสุขภาพต่อประชาชนโดยรวมในเขตรับผิดชอบ แต่ความคาดหวังของการปกครองแบบนี้ คาดหวังว่าปัจเจกชนจะสามารถควบคุมตนเองโดยการมารับการตรวจสุขภาพด้วยตนเองมากกว่า เพราะฉะนั้นปัจเจกชนจึงใช้อำนาจปกครองต่อตนเองแทนรัฐ ซึ่งนั่นก็คือประสิทธิภาพของการปกครองชีวญาณที่กระทำต่อปัจเจกชนโดยทางอ้อมอย่างนี้แล้ว ปัจเจกชนแสวงหาความเป็นปกติ อย่างมีประสิทธิภาพและคำนึงถึงผลประโยชน์ของตนเองภายในขอบเขตของการปกครองชีวญาณ

ในขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ที่แพร่หลายในหลายประเทศ รัฐพยายามจะปกครองโดยเข้าไปจัดระเบียบประชากรโดยมีพื้นฐานแนวคิดความเสี่ยง แต่ขณะเดียวกันขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่กลายเป็นการปกครองที่แทรกซึมเข้าไปในร่างกายและจิตใจของปัจเจกชนในระดับจุลภาคอย่างลึกซึ้ง

ในช่วงปลายทศวรรษ1970 ฟูโกต์ ชี้ให้เห็นว่า รัฐในสมัยตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 ถึงตอนกลางศตวรรษที่ 18 รัฐได้มีวิธีการใช้อำนาจต่อชีวิตของประชาชนในสองวิธี วิธีที่หนึ่ง คือ ดังที่ฟูโกต์ได้กล่าวไว้ในหนังสือ Discipline and Punish (1977) ได้มีระบบการจัดการที่คำนึงถึงประสิทธิภาพและความประหยัด เพื่อจะสร้างร่างกายที่เชื่อมซึม ที่มีลักษณะคล้ายเครื่องจักรกล วิธีและขั้นตอนที่ให้อำนาจควบคุมร่างกายโดยเข้าไปจัดระเบียบวินัยได้ง่ายขึ้น ซึ่งเขาเรียกว่า “การปกครองทางกายภาพ(anatomo-politics)” หรือ การเข้าไปควบคุมจัดระเบียบวินัย(regulatory controls) อีกวิธีหนึ่งของการใช้อำนาจเป็นการแทรกแซงต่อประชากรโดยรวม โดยเน้นขบวนการชีววิทยาของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ การเกิด การตาย สุขภาพ อายุขัยเฉลี่ย เป็นต้น ฟูโกต์ได้เรียกวิธีแทรกแซงที่กระทำต่อประชากรนั้นว่า “การเมืองชีวภาพ(bio-politics)” ที่นี้เราจะเห็นได้ว่า ได้มีการพัฒนาทั้งสองวิธี ที่เป็นการใช้อำนาจกระทำต่อชีวิตของมนุษย์ ก็คือ การจัดระเบียบวินัยของร่างกายและการจัดการประชากรโดยรวม(Foucault 1979: 139)

สองวิธีที่แทรกแซงร่างกายและประชากร โดยรัฐในตอนต้นสมัยใหม่ของยุโรปนั้น คือ เทคโนโลยีของการปกครองชีวญาณ และยังได้สืบทอดมาอยู่ปัจจุบันในการปกครองด้านสาธารณสุขและนโยบายของประเทศต่าง ๆ แต่เราต้องสังเกตว่าการพัฒนาการแพทย์ตั้งแต่ตอนต้นศตวรรษที่ 20 นั้น ได้เข้าไปจัดระเบียบร่างกายของมนุษย์ในบริบทของการรักษา คือ การตอบสนองที่ คาสเทล เรียกว่า “ความอันตราย” เป็นส่วนใหญ่ แต่สถานการณ์ได้เปลี่ยนไปในตอนปลายศตวรรษที่20 โดยค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการเงิน การคลังของการสาธารณสุข จนเกิดวิกฤตการณ์ของประเทศในยุโรปที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการ ในกรณีประเทศต่าง ๆ รวมญี่ปุ่นและไทยก็ได้รับแรงกดดันด้านเศรษฐกิจจนต้องแก้ไขระบบการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อให้ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุขลดลง สถานการณ์เช่นนี้จึงทำให้ประเทศต่าง ๆ เริ่มสนใจนโยบายสาธารณสุขประเภทใหม่ที่เน้นการควบคุมจัดการประชากร

โดยรวมที่มีการแพทย์เชิงป้องกันเป็นศูนย์กลาง ในประเทศต่าง ๆ แถบเอเชีย โดยเฉพาะประเทศไทยที่ต้องเผชิญวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในทศวรรษ1990 รัฐบาลจึงงบประมาณจำนวนมากให้แก่กระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการแพทย์เชิงป้องกัน นอกจากประเทศไทยแล้วหลายประเทศได้ติดตามนโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่ที่ต้องการอนามัยโลกให้การส่งเสริม ทั้งนี้หมายความว่า การควบคุมจัดการประชากรโดยรวมที่ฟูโกต์เรียกว่า การปกครองชีวญาณ นั้นได้รื้อฟื้นขึ้นมาโดยมีนโยบายป้องกันโรคระบาดที่มีพื้นฐานการจัดระเบียบวินัยมาจากแนวคิดความเสี่ยงขยายมากขึ้น

นโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่ที่สำคัญกับการจัดระเบียบของปัจเจกชนนั้นยังไม่ได้สูญหายไป อย่างที่คาสเทล ชี้ให้เห็นว่าการแพทย์เชิงป้องกันนั้นได้ส่งเสริมการแทรกแซงปัจเจกชนในหลากหลายมิติโดยแนวคิดความเสี่ยง จึงอาจกล่าวได้ว่า “การจัดระเบียบวินัย” ของร่างกายปัจเจกชนที่ฟูโกต์ได้กล่าวมานั้น ทำให้วิธีอื่นเกิดขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความเสี่ยงวิธีนั้นคือ “ตัวตนที่มีความวิริยะอุตสาหะในการดูแลตนเอง(enterprising self)” ซึ่งถูกสร้างขึ้นโดยมีแนวคิดการปกครองชีวญาณที่แทรกแซงอยู่ไกล ๆ(intervention at a distance) แทนการแทรกแซงโดยตรงของอำนาจศูนย์กลาง การแพทย์เชิงป้องกันที่รัฐจัดหาให้เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การทำนายโรค และการป้องกันโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น นั้นเกี่ยวพันโดยตรงกับการติดตามควบคุมตนเอง ในชีวิตประจำวันของประชาชนนั่นเอง หมายความว่า การจัดการควบคุมสุขภาพของตนเองนั้น เป็นการสร้างตนเองที่มีขึ้นเชิงธุรกิจ โดยให้ปัจเจกชนรับผิดชอบการจัดการระเบียบวินัยตนเอง เรากล่าวได้ว่าที่นี่ การจัดระเบียบวินัยของฟูโกต์นั้น ได้เปลี่ยนแปลงการจัดการ การควบคุมตนเองโดยยกความรับผิดชอบมาสู่ตนเอง

เสรีนิยมใหม่กับการสาธารณสุข

การปกครองชีวญาณแบบเสรีนิยมใหม่

ความคิดเห็นว่า ปัจเจกชนต้องรับผิดชอบตนเองในการจัดการสุขภาพตนเองนั้น ได้แพร่หลายมาเมื่อไม่นานมานี้ โดยเริ่มจากการโจมตีสวัสดิการนิยม(welfarism)ในทศวรรษ1970 ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา นั้น ได้โจมตีสิ่งที่เป็นหัวใจของรัฐสวัสดิการให้แตกสลายไปอย่างถึงรากถึงโคน ดังประกาศที่มีชื่อเสียงของมาร์กาเร็ต แททเชอร์ว่า “สังคมไม่ดำรงอยู่ สิ่งที่มีนั่นคือผู้ชาย ผู้หญิงและครอบครัวเท่านั้น” เป็นการแสดงออกอย่างชัดเจนที่โจมตีสวัสดิการนิยมจากฝ่ายขวาใหม่(New Right)

รัฐสวัสดิการที่เกิดขึ้นในประวัติศาสตร์โลกช่วงกลางและหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 นั้น ถือว่าเป็นการครอบงำของระบบราชการจากข้างบนลงสู่ล่างที่ให้แก่ประชาชนอย่างเสมอภาค ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจตามแนวเสรีนิยม ก็คือการโจมตีของฝ่ายขวาใหม่

ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา เริ่มต้นในทศวรรษ1970 เสรีนิยมใหม่ยืนยันว่า ระบบการปกครอง และเศรษฐกิจควรได้รับการแก้ไขโดยทำให้อยู่นอกระบบราชการ(privatization) ให้มีความเป็นอิสระจากกฎระเบียบ(deregulation)และให้มีความยืดหยุ่นในการปกครอง การผลิต การจัดการ ทั่วไป นโยบายที่ฝ่ายขวายืนยันนั้น ไม่ใช่เป็นเพียงการแตกสลายของโครงสร้างที่ครอบงำแบบ ราชการ แต่มีเป้าหมายที่จะสร้างอัตลักษณ์แบบปัจเจกชนนิยมที่มีศูนย์กลางอยู่ที่การบริโภค โดย สลายอัตลักษณ์ร่วมของกลุ่มหรือชนชั้น ภายใต้การโจมตีต่อสวัสดิการนิยมนั้น บริการด้าน สาธารณสุขและการดูแลสุขภาพได้รับความกดดันที่จะต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นธุรกิจโดยการ ทำให้อยู่นอกระบบราชการ และมีการจัดการโดยเหตุผลนิยม ขณะเดียวกัน การโจมตีสวัสดิการ นิยมนั้น ได้กดดันให้ชีวิตและปฏิบัติการประจำวันทุกด้านเป็นสิ่งที่ต้องรับผิดชอบโดยปัจเจกชน (Petersen and Lupton 1996: 11)

วาทกรรมที่ทำให้สวัสดิการนิยมแตกสลายนั้นเรียกว่า “เสรีนิยมใหม่(neo-liberalism)” คำประกาศจุดใหญ่นั้นสรุปได้ว่า การดำรงอยู่ของปัจเจกชนและผลประโยชน์ของพวกเขาสำคัญ กว่าสังคม ปัจเจกชนแบบนี้เปรียบเสมือนอนุภาคเล็ก ๆ ที่ปราศจากเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเรียกว่า เป็นผู้กระทำ(agency)ที่มีลักษณะเหตุผลนิยมอย่างเต็มที่ เสรีนิยมใหม่นั้น มีความสงสัยอำนาจ ทางการเมืองทุกประเภท รวมทั้งประสิทธิภาพในการปกครอง และยืนยันว่ากิจกรรมทางเศรษฐกิจ ไม่ควรจะเป็นการวางแผน แต่ควรจะสามารถกระจายในตลาด ความสงสัยเรื่องอำนาจทางการเมือง และเห็นความสำคัญของตลาดตามแนวทางเสรีนิยมใหม่นั้น ไม่จำเป็นต้องจำกัดปัจเจกชน ตรงกัน ข้ามนี้ แนวเสรีนิยมใหม่สนับสนุนแนวปัจเจกชนนิยมโดยมีเหตุผลนิยมกำกับ กล่าวได้ว่า ปัจเจก นิยมตามแนวทางนี้คือ ความเป็นพลเมือง เป้าหมายใหญ่ที่สุดของเสรีนิยมใหม่ ก็คือจะสร้าง ผู้กระทำที่เป็นพลเมือง ซึ่งใช้ “เสรีภาพที่มีการจัดระเบียบ(regulated freedom)” ปัจเจกชนต้อง มีอิสระในตัวเอง แต่ความเป็นอิสระนั้นไม่ใช่การต่อต้านกับอำนาจทางการเมือง แต่ทำให้ กลายเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจนั่นเอง เพราะฉะนั้นภายในเสรีนิยมใหม่อำนาจทางการเมืองจะ ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเฉพาะเมื่อปัจเจกชนเข้าร่วมในการเป็นรัฐบาลอย่างกระตือรือร้น(Rose and Miller 1992: 174) ความคิดเห็นและปฏิบัติการที่เน้นการจัดการและความรับผิดชอบ ตนเองในการดูแลสุขภาพนั้น ดังกล่าวแล้วข้างต้นนั้น ก็คือรูปธรรมภายใต้แนวคิดอำนาจ ของเสรีนิยมใหม่นั้นเอง ซึ่งเป็นแบบฉบับใหม่ของ “อำนาจที่มีการจัดระเบียบวินัย”(regulating power) ดังที่ฟูโกต์ได้กล่าวไว้ ก็คือ เทคโนโลยีเกี่ยวกับ “การปกครอง ณ แดนไกล”(governing at a distance)(Rose and Miller 1992: 173)

หากเสรีนิยมใหม่ ทำให้ปัจเจกชนใช้เสรีภาพอย่างเป็นอิสระและอยู่ในระเบียบวินัย หน้าที่ของรัฐควรจะเป็นอย่างไร N.Rose and P. Miller ได้กล่าวว่า จุดประสงค์ที่ใหญ่ที่สุดของ เสรีนิยมใหม่นั้น เป็นการทำให้รัฐ“เป็นอิสระ(autonomization)” ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยการสร้าง ตลาดอย่างต่อเนื่อง(Rose and Miller 1992: 199) แน่นอนว่า รัฐต้องมีหน้าที่ที่จะป้องกันรักษา ผลประโยชน์ของประชาชนในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และจะสร้างกรอบทางกฎหมายที่

เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ แต่สิ่งที่สำคัญมากกว่านั้น รัฐต้องปลดปล่อยตนเองจากการเกี่ยวข้อง ควบคุม และรับผิดชอบโดยตรงด้านการเงิน เศรษฐกิจและกิจกรรมด้านสาธารณสุข ดังนั้น นิยามใหม่เรื่องรัฐในวาทกรรมเสรีนิยมใหม่นั้น ก็คือ ทำให้ปัจเจกชนที่เป็นพลเมืองเข้าไปจัดระเบียบวินัยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำให้รัฐเล็กลงและเป็นอิสระจากกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่จะสร้างกรอบกิจกรรมและปฏิบัติการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข และการดูแลรักษาสุขภาพตามกฎหมายของการเป็นรัฐบาล ซึ่งมีพื้นฐานการมองเห็นรัฐและปัจเจกชนประเภทใหม่ ตั้งแต่ปลายทศวรรษ1970 เป็นต้นมา ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ได้ขยายออกไปโดยองค์การอนามัยโลกไม่เฉพาะประเทศต่าง ๆ ใน ยุโรป แคนาดา ออสเตรเลีย และประเทศสังคมนิยมเก่า แต่รวมถึงประเทศในเอเชีย แอฟริกา อเมริกาได้อีกด้วย เราเห็นว่า บริบทของการแพร่หลายขบวนการแบบนี้ได้มีสาเหตุนอกจากวาทกรรมของเสรีนิยมใหม่ สาเหตุนี้เกี่ยวข้องกับ “ขบวนการทางสังคมใหม่”(new social movement) ซึ่งแตกต่างอย่างชัดเจนจากขบวนการคอมมิวนิสต์และขบวนการสังคมนิยมประชาธิปไตยที่พัฒนามาก่อนหน้านี้ และได้แพร่หลายจากยุโรป หลังจากวิกฤตการณ์ของยุโรป ตะวันออกและโซเวียตในตอนปลายทศวรรษ1980 ขบวนการทางสังคมใหม่นั้น เป็นขบวนการของพลเมืองเป็นหลัก เช่นขบวนการที่เกี่ยวกับสันติภาพต่อต้านสภาพแวดล้อมเป็นพิษ ขบวนการนิเวศวิทยา ขบวนการของกลุ่มสตรีนิยม และกลุ่มรักร่วมเพศ เป็นต้น ขบวนการเหล่านี้เน้นการฟื้นฟูสิทธิและประชาธิปไตยของพลเมือง การต่อต้านกับอุตสาหกรรมที่ก่อมลภาวะ และการครอบงำของระบบราชการด้วย

ความต้องการเสรีภาพของพลเมืองและประชาธิปไตย ซึ่งเกิดขึ้นจากระดับรากหญ้าอยู่ในขบวนการทางสังคมใหม่นั้น สอดคล้องกับวาทกรรมของเสรีนิยมใหม่ที่เน้นเหตุผลนิยมของ“การเป็นรัฐบาล” นโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่ของรัฐที่มีเสรีภาพนิยมใหม่เป็นหลักนั้น สอดคล้องกับขบวนการทางสังคมใหม่ในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะในเป้าหมายที่จะสร้างปัจเจกชนที่มีเสรีภาพและอิสระภาพ รวมไปถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง ในการดูแลรักษาสุขภาพ ยกตัวอย่าง ขบวนการทางสังคมใหม่นั้น ยืนยันว่าต้องการความเสมอภาค และเข้าถึงสิทธิ การร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน การเสริมอำนาจของเอกชนหรือพลเมือง การมีส่วนร่วมของพลเมือง การจัดการของชุมชน การช่วยเหลือตนเอง แนวคิดและคำศัพท์ที่แสดงออกในขบวนการเหล่านี้ได้ถูกให้อยู่ในนโยบายต่าง ๆ ของการสาธารณสุขประเภทใหม่ของรัฐอย่างชัดเจน การแสดงออกในรูปธรรมเหล่านี้จะเห็นได้ชัดในประกาศ และรายงานขององค์การอนามัยโลก ในช่วงทศวรรษ1980 ถึง 2000 และนโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่ของแต่ละประเทศที่เราพบ บ่อย ๆ การสาธารณสุขประเภทใหม่ที่เป็นพื้นที่ที่รัฐแบบเสรีนิยมใหม่จะพัฒนาการปกครองชีวิตนั้น ได้สนับสนุนอย่างกว้างขวางจากประชาชน และสอดคล้องกับขบวนการทางสังคม

ใหม่ ที่เกิดขึ้นจากข้างล่าง ในขณะที่เดียวกัน ปรากฏการณ์ที่รัฐร่วมมือกับขบวนการทางสังคมใหม่นั้นก็ดำรงอยู่ในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งในเอเชียด้วย ยกตัวอย่างเช่น เราเห็นความร่วมมือแบบนี้ อย่างชัดเจนในกรณีของนโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ที่แสดงออกในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ... ซึ่งมีการผสมผสานระหว่างแนวคิดการจัดการสุขภาพแนวเสรีนิยมใหม่ของรัฐและความต้องการสิทธิเกี่ยวกับสุขภาพจากประชาชน

สรุป

เมื่อเร็ว ๆ นี้ ประเทศต่าง ๆ ในเอเชียรวมประเทศไทยด้วย การปฏิรูประบบสุขภาพได้ดำเนินไปโดยได้รับแรงกดดันจากองค์การอนามัยโลกและอิทธิพลของสถาบันระหว่างประเทศต่าง ๆ ซึ่งทำให้แนวคิด “โรค” “การดูแลรักษาสุขภาพ” และแนวคิด “สุขภาพ” เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ในบทนี้ผู้เขียน ได้พิจารณาประเด็นนี้จากแง่มุมทางมานุษยวิทยา โดยไม่ได้เน้นเพียงแต่นโยบายและสถาบันของรัฐที่เกี่ยวข้อง แต่เน้นวิธี ความคิดและปฏิบัติการ ของประชาชนเมื่อต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและวิกฤตการณ์ของชีวิตที่ประสบมาในประสบการณ์ยุคทันสมัย

การแพทย์สมัยใหม่ ได้ทำให้เปลี่ยนแนวคิดร่างกายและวิธีตอบสนองต่อความผิดปกติของร่างกายและจิตใจอย่างแรงกล้า และภายใต้การแพทย์สมัยใหม่ประชาชนได้ถูกรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเป็นรูปแบบเฉพาะคือ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทฤษฎีการทำให้เป็นประเด็นการแพทย์ ซึ่งวิพากษ์สถาบันการแพทย์โดยอิลิช และทฤษฎีของฟูโกต์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจการแพทย์ ซึ่งสร้างร่างกายที่เชื่องชื่อนั้น ได้นำไปสู่การวิพากษ์การแพทย์สมัยใหม่ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่ใต้อำนาจของการแพทย์สมัยใหม่เพียงประการเดียว แต่มีระบบความรู้และวิธีที่จะต่อต้านหรือเสริมการแพทย์สมัยใหม่ เช่นประชาชนหรือผู้ป่วยมีการใช้การแพทย์ท้องถิ่น การแพทย์ดั้งเดิม หรือการแพทย์ทางเลือกอย่างหลากหลายเข้าไว้ด้วยกัน

การพัฒนาและอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่นั้น ได้เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของปัจเจกชนแต่ละคน ซึ่งอยู่ในกฎเกณฑ์หรือระเบียบวินัยของสังคมในยุคทันสมัย แนวคิดความเสี่ยงของกิดเค้นส์ ได้แสดงอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความคิด ทำทางที่จะตอบสนองต่อความไม่แน่นอน และความวิตกกังวลในยุคทันสมัย แต่แนวคิดความเสี่ยงของ กิดเค้นส์ นั้นมีสมมติฐานว่าปัจเจกชนที่เป็นผู้กระทำที่ใช้หลักเหตุผลนิยม ดำรงชีวิตโดยอาศัยเพียงความรู้และระบบของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผลผลิตที่มาจากเหตุผลนิยมในยุคทันสมัย

เมื่อพิจารณาลักษณะพิเศษของแนวคิดการรักษาสุขภาพในสังคมทันสมัย เราต้องสังเกตกระบวนการเปลี่ยนแปลงจาก “ความอันตราย” ไป “ความเสี่ยง” ที่คาสเทล ได้กล่าวไว้ แนวคิดความเสี่ยงของ คาสเทล นั้น แตกต่างจากกิดเค้นส์ ซึ่งให้เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข

ที่อยู่บนฐานคิดแบบวิทยาศาสตร์ในยุคทันสมัย การสาธารณสุขที่มีพื้นฐานแนวคิดความเสี่ยงและใช้เป็นยุทธศาสตร์การป้องกันเกี่ยวกับการจัดการ ควบคุมกลุ่มเสี่ยง(risk group) เพื่อติดตามควบคุมและแทรกแซงต่อประชาชนโดยรวม ภายในยุทธศาสตร์ที่ใช้แนวคิดความเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และปัจเจกชนกลายเป็นเป้าหมายที่ถูกควบคุมและถูกจัดระเบียบวินัยในระบบการจัดการข้อมูล และความรู้ที่มักจะแสดงเป็นตารางความเสี่ยง

ยุทธศาสตร์ด้านการสาธารณสุขได้กลายเป็นระบบติดตามควบคุมทั้งกลุ่มและปัจเจกชน โดยการคำนวณความเสี่ยง ทำให้ระบบควบคุมแบบเก่าที่ฟูโกต์เคยกล่าวถึงในหนังสือ Discipline and Punish แต่เมื่อพิจารณาความคิดเห็นของฟูโกต์ในช่วงหลังของชีวิต เขาเสนอแนวคิด “การปกครองชีวญาณ” เราเข้าใจได้ว่า ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ที่ได้แพร่หลายในหลายประเทศในปัจจุบันนี้ ใช้ยุทธศาสตร์ทั้งสองประการคือวิธีการจัดระเบียบวินัยปัจเจกชน ซึ่งเป็นวิธีการแบบเก่า และการจัดการประชากรโดยรวมภายในรัฐประชาชาติด้วยกัน

ทั้งสองวิธี ซึ่งเป็นหลักการการปกครองชีวญาณนั้น ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศต่าง ๆ ตั้งแต่ตอนต้นของยุคทันสมัย เทคโนโลยีของการปกครองชีวญาณที่มีเป้าหมายที่ประชากรโดยรวมนั้น ได้สืบทอดมาถึงใน“การเป็นรัฐบาล”ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขประเภทใหม่ แต่ขณะเดียวกัน วิธีการทำให้ปัจเจกชนอยู่ในระเบียบวินัย ได้พัฒนาอยู่ในรูปแบบใหม่โดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ในนโยบายต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขประเภทใหม่อย่างที่เราได้กล่าวถึง ภายใต้การปกครองชีวญาณ ปัจเจกชนทุกคนถูกสร้างขึ้นให้เป็นผู้กระทำที่เป็นพลเมืองสามารถใช้เสรีภาพอยู่ในขอบเขตของระเบียบวินัยตามแนวคิดเสรีนิยมใหม่ ซึ่งทำให้ปัจเจกชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองโดยมีความรับผิดชอบตนเองและไม่ขัดแย้งกับอำนาจทางการเมืองระดับบน แต่ตนเองก็ยังมีส่วนร่วมของการใช้อำนาจในการปกครองสุขภาพตนเอง

ขบวนการสาธารณสุขประเภทใหม่ที่มีพื้นฐานของเสรีนิยมใหม่นั้น ได้เกิดขึ้นตั้งแต่ทศวรรษ1980 มีลักษณะสอดคล้องและเข้าร่วมกับวาทกรรมและแนวคิดของขบวนการทางสังคมใหม่อย่างที่เกิดขึ้นได้ในประเทศต่าง ๆ และในประเทศไทยด้วย แต่เราต้องสังเกตว่ายุทธศาสตร์และนโยบายด้านสาธารณสุขประเภทใหม่เป็นวิธีใช้ “อำนาจการจัดระเบียบวินัย”ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพสุขภาพโดยให้ปัจเจกชนมีความรับผิดชอบในการจัดการตนเอง ทั้งนี้แสดงให้เห็นในการพัฒนาในสังคมยุคทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับการปกครองชีวญาณ เราสังเกตว่า ภายในยุทธศาสตร์และนโยบายของสาธารณสุขที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม ความเสมอภาค การเสริมสร้างอำนาจการจัดการชุมชนนั้น ทำให้เราไม่เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่ระหว่าง“การเป็นรัฐบาล”กับประชาชน ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ระหว่างผู้ปกครองกับผู้ถูกปกครอง ระหว่างชนชั้นต่าง ๆ ระหว่างพลเมืองกับชนกลุ่มน้อย เป็นต้น เพราะฉะนั้น เพื่อให้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจมีความชัดเจน เราควรพิจารณาชุมชนกับปัจเจกชน ในเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งจะกล่าวถึงในบทต่อไป

บทที่ 2

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์: ความทุกข์และการปกครองตนเอง

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตั้งแต่ทศวรรษที่1980 เป็นต้นมา ได้ทำให้การแพทย์เข้ามา สอดส่องและควบคุมพฤติกรรมของประชาชนมากขึ้น ลักษณะเช่นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะประเทศ ไทย ในประเทศตะวันตกก็เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน การแพทย์เชิงป้องกันได้รับการส่งเสริมมากขึ้นเพื่อ เป็นกลไกหนึ่งในการควบคุมประชากร(Lyttleton 1994; Lupton 1995, 1999) ซึ่งดำเนินการมา อย่างต่อเนื่องจนถึงทศวรรษที่ 1990 โดยFordham ได้มีทัศนะต่อการสอดส่องและควบคุม พฤติกรรมทางเพศที่ดำเนินไปอย่างกว้างขวางว่า เป็นการสร้างอคติทางสังคมซ้ำเติมแก่กลุ่มคน เหล่านี้ เช่น พวกผู้ชายที่เป็นกรรมกร หญิงบริการ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ที่มากกว่านั้นก็เป็นไป เพื่อการลดอัตราการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี ในอีกด้านหนึ่ง ปัญหาที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญจากการรับ บริการทางการแพทย์คือ ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความ ไม่สามารถซื้อบริการสุขภาพได้ และมักพบเสมอ ๆ ว่าผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับอุปสรรคและการกีดกัน จากการใช้บริการด้านสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อควรมี อิสรภาพในการเลือกใช้บริการดูแลและรักษาสุขภาพบนวิถีทางของตนเอง ดังเช่นการรวมตัวกันของผู้ ติดเชื้อในภาคเหนือ ประเทศไทยที่เกิดขึ้นช่วงต้นทศวรรษ1990 เพื่อต้องการแสวงหาหนทางที่จะ อยู่รอดรวมไปถึงการให้สังคมยอมรับพวกเขาด้วย

บทนี้จะพิจารณากิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นชุมชนรูปแบบใหม่ อัน ประกอบไปด้วยผู้ติดเชื้อที่ใช้ความรู้และปฏิบัติการจากการเป็นผู้ติดเชื้อ ไปสู่การแสวงหาทางอยู่รอด จากการกีดกันทางสังคม และการครอบงำของอำนาจและวาทกรรมทางการแพทย์ โดยในที่นี้กลุ่มผู้ ติดเชื้อ ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อที่กล้าเปิดเผยตนเอง และชักชวนให้ผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ เข้าร่วมกิจกรรม ด้วยกัน เช่น การให้คำปรึกษา การต่อรองกับสถาบันการแพทย์ และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ เป็นต้น กิจกรรมของกลุ่มเหล่านี้ อาจถูกจัดอยู่ภายใต้นิยามที่ ยีน เลฟ (Jean Lave) และเอ็ทเทียนน เว็นเงอ (Etienne Wenger) เรียกว่า “ชุมชนปฏิบัติ (the community of practice)” ซึ่งถกทอการเรียนรู้ และปฏิบัติการทางสังคมผ่านการมีส่วนร่วม

อัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อพัฒนาอย่างไร้อำกัผ่านการต่อรองกับผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็น แหล่งความรู้จากภายนอก ซึ่งแตกต่างจากอัตลักษณ์โดยทั่วไปของสมาชิกในชุมชนปฏิบัติอื่น ๆ ที่ พัฒนามาจากความรู้ที่มีอยู่ภายในชุมชนแล้ว เช่นการเป็นศิลปินพื้นบ้าน คนเข้าทรง หมอพื้นบ้าน ปฏิบัติการของอัตลักษณ์ในรูปแบบนี้ของผู้ติดเชื้อทำให้เกิดความหลากหลายของผู้ติดเชื้อในฐานะที่ เป็นผู้กระทำ อย่างไรก็ตาม การต่อรองที่เกิดขึ้น อัตลักษณ์ของผู้กระทำจึงมีความเป็นไปได้ที่จะ เกิดขึ้นภายใต้การช่วงชิงพื้นที่ระหว่างการสร้างอัตลักษณ์ของตนเองกับปฏิบัติการทางวาทกรรม ของสถาบันการแพทย์ที่อยู่ในรัฐประชาชาติ ในการช่วงชิงพื้นที่นี้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถ

พัฒนาทางเลือกในการดูแลและปกครองตนเองโดยการประเมินข้อมูลทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น จุดเน้นของบทความนี้อยู่ที่วิธีการหรือหนทางที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถขยายกิจกรรม ซึ่งเป็นพื้นที่สังคมรูปแบบใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ โดยพื้นที่ทางสังคมนี้อยู่ระหว่างผู้เผชิญความทุกข์ทรมาน การแพทย์ และชุมชนที่เป็นชุมชนดั้งเดิมของผู้ได้รับทุกข์ทรมานเหล่านั้น

การก่อเกิดของกลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเอง

เหตุการณ์หมีเอดส์ พ.ศ.2536-2537

ต้นทศวรรษที่ 1990 ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งจากอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอใกล้เคียงได้มารวมตัวกันเอง โดยได้แสดงความต้องการและวัตถุประสงค์ที่เหมือนกันคือ ความต้องการอยู่รอด ตั้งแต่การแพร่ระบาดของเอดส์ในปลายทศวรรษที่ 1980 นโยบายของรัฐบาลมุ่งไปที่การแพทย์เชิงป้องกันเพื่อลดอัตราการติดเชื้อมากกว่าการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถต่อสู้หรืออยู่ร่วมกับเชื้อไวรัส ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งทั้งหญิงและชายหลากหลายอาชีพ โดยส่วนใหญ่คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ได้มารวมกลุ่มกันเองโดยธรรมชาติ

ในปลายพ.ศ.2536 ผู้ติดเชื้อได้รวมตัวกัน ณ สำนักงานเล็ก ๆ แห่งหนึ่งตรงข้ามโรงพยาบาลนครพนม ถนนช้างเผือก จังหวัดเชียงใหม่ การรวมตัวกันครั้งนี้เพียงเพื่อการนัดยาสมุนไพรจาก “หมอสมุนไพร” ซึ่งหมอสมุนไพรผู้นี้ได้รับสูตรนำยาสมุนไพรจากแม่ของเขา หมอสมุนไพรคนนี้เป็นแรงงานรับจ้างที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย และเขามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ติดเชื้อที่รัฐบาลไม่ได้ให้การช่วยเหลือ¹ เขาจึงได้ใช้สำนักงานของเขาเป็นที่พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และข้อมูลด้านการดูแลรักษาของผู้ติดเชื้อ (มติชน 2527, กุมภาพันธ์ 27) ช่วงต้นพ.ศ.2537 หนังสือพิมพ์หลายฉบับต่างรายงานข่าวเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อที่ดื่มน้ำยาสมุนไพรว่า น้ำยาสมุนไพรสามารถเยียวยาผู้ติดเชื้อได้ จนถึงมีข่าวเล่าลือว่า น้ำยาสมุนไพรสามารถทำให้ผู้ติด

¹ หมอยาสมุนไพรได้ให้คำชี้แจงที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เลวร้ายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญ ซึ่งมีสาเหตุจากนโยบายที่ผิดพลาดของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการแพทย์เชิงป้องกันในกลางทศวรรษ 1990 เขาได้ให้สัมภาษณ์หลังจากวันที่ถูกจับกุม “เขากล่าวว่ารัฐบาลมุ่งไปที่การห้ามการป้องกัน และไม่สนใจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดูเหมือนว่างบประมาณส่วนใหญ่ทุ่มเทไปที่การป้องกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าสามารถหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคเอดส์ได้ เหตุจากการได้รับเชื้อเอชไอวีถูกปล่อยไว้เผชิญกับปัญหาโดยลำพัง เจ้าหน้าที่และบุคลากรของรัฐปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ราวประหนึ่งว่า พวกเขาคืออาชญากร สิ่งที่เขาเห็นว่ารัฐสามารถจัดหาให้แก่ผู้ติดเชื้อได้คือ สถานที่พักพิงสำหรับรอวันตาย ซึ่งเราควรจะให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เขาสามารถใช้ชีวิตที่มีอยู่ได้ต่อไป เขากล่าว” (Bangkok Post 1994, February 26)

เชื้อที่มีผลเลือดเป็นบวกเปลี่ยนไปสู่ผลเลือดที่เป็นลบ ข่าวก่เกี่ยวกับประสิทธิภาพของน้ำยาสมุนไพรได้แผ่ขยายไปอย่างกว้างขวาง จนทำให้หมอสุมไพรผู้นี้กลายเป็น“หมอเทวดา”หรือ“หมอวิเศษ”(เสรี 2539; Beyrer 1998) มีผู้ติดเชื่อจำนวนหลายพันคนทั้งจากภาคเหนือและภาคอื่น ๆ ต่างเดินทางมารับน้ำยาสมุนไพรด้วยราคาเพียง 5 บาทต่อวัน (Bangkok Post 1994, February 25) ในระยะต่อมา ผู้ติดเชื่อที่มารับน้ำยาสมุนไพรจำนวนหนึ่งได้รวมตัวเป็นกลุ่มและเป็นสมาชิกรับน้ำยาสมุนไพร ในราคา 100 บาทต่อเดือน ซึ่งราคานี้รวมไปถึงค่าผลิต ค่าเก็บตัวยาสมุนไพรจากในป่า ค่าต้มน้ำยาสมุนไพร ตลอดจนจนถึงการบรรจุใส่ถุงพลาสติก

หมอสุมไพรกับผู้ติดเชื่อเอชไอวีจำนวนหนึ่งได้ก่อตั้งสมาคมที่เรียกว่า“ชมรมเพื่อนอุปถัมภ์”และต่อมา เปลี่ยนเป็น“ชมรมอยู่กับธรรมชาติ”ชมรมนี้มีแกนนำประมาณ 20-30 คน และสมาชิกมากกว่า 1,500 คน อาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ติดเชื่อที่ก่อตั้งขึ้นในระยะแรก ๆ ที่เกิดขึ้นจากผู้ติดเชื่อมารวมตัวกันและให้ความช่วยเหลือกัน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มพลุ่สสัมพันธ์ ก่อตั้งและสนับสนุนโดยสภาอากาศไทย เป็นกลุ่มที่สนับสนุนการรวมตัวกันของผู้ติดเชื่อ พบทั้งในเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร แต่มีความแตกต่างจากชมรมอยู่กับธรรมชาติคือ ชมรมอยู่กับธรรมชาติ เป็นองค์กรที่ผู้ติดเชื่อจัดการและบริหารกันเอง

อย่างไรก็ตาม วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2537 หมอสุมไพรได้ถูกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่แจ้งตำรวจจับในข้อหาจำหน่ายยาสมุนไพรโดยไม่มียาประกอบโรคศิลปะ เหตุการณ์นี้ก่อให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้ติดเชื่อ เนื่องจากน้ำยาสมุนไพรได้ช่วยให้พวกเขามีสุขภาพดีขึ้น และทำไมหมอสุมไพรจึงถูกจับ ดังนั้น ผู้ติดเชื่อที่ได้รับน้ำยาสมุนไพรจำนวนหนึ่งจึงได้รวมตัวกันและต่อต้านการจับกุมหมอสุมไพร(Bangkok Post 1994, February 25; February 26) โดยได้ยื่นข้อร้องเรียนต่อนายกรัฐมนตรี (ขณะนั้นคือ นายชวน หลีกภัย) ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ และผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ เพื่อยื่นข้อเสนอให้อนุญาตให้มีการใช้น้ำยาสมุนไพรต่อไปเท่าที่จะมีการพัฒนาสำหรับฆ่าเชื้อเอชไอวีได้สำเร็จ (Bangkok Post 1994, February 28; มติชน 2537, กุมภาพันธ์ 27, มีนาคม 1, มีนาคม 2) หลังจากเหตุการณ์นี้ไม่นาน มีการประชุมร่วมกันระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนผู้ติดเชื่อ และองค์กรพัฒนาเอกชน และได้ข้อยุติว่ายังคงอนุญาตให้ผลิตและแจกยาสมุนไพรได้แต่ห้ามโฆษณาหรือจำหน่าย²

เหตุการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงความยากลำบากของผู้ติดเชื่อในการแสวงการรักษา และขณะเดียวกันยังต้องเผชิญกับการทำให้สังคมเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื่อ ภายใต้งานการนี้ จึงทำ

² การต้มน้ำยาสมุนไพรยังคงผลิตและแจกจ่ายโดยสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื่อ จนกระทั่งพ.ศ.2538 หลังจากสำนักงานเคลื่อนย้ายไปอยู่ที่บ้านของหัวหน้าชมรมคือ จำลอง เมืองมา อำเภอแม่ริม ห่างจากอำเภอเมืองไปทางทิศเหนือประมาณ 20 กิโลเมตร

ให้พวกเขารวมกลุ่มกันและประกอบกิจกรรมเพื่อผู้ติดเชื้อมากขึ้น แม้ว่าหมอสุนไพรจะถูกจับกุมในครั้งนั้น³

กำเนิดของกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ช่วงต้นศตวรรษที่1990 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อกำเนิดขึ้นอย่างมากมายในภาคเหนือของประเทศไทย กลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เกิดขึ้นท่ามกลางความทุกข์ทรมานตามการให้ความหมายของการแพทย์เท่านั้น แต่กลุ่มเหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้สิ่งที่เรียกว่า ความทุกข์เชิงสังคม(social suffering)ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทนำ กรณีการแจกจ่ายยาสมุนไพรของหมอเทวดา เป็นเหตุการณ์ชั่วขณะหนึ่งที่ช่วยเปิดพื้นที่ทางสังคมให้แก่ผู้ติดเชื้อที่ได้รับความทุกข์ทางสังคม(ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทนำ)จากการกีดกันแบ่งแยกทางสังคมจนทำให้พวกเขาสามารถอยู่รอดและกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะได้ การกระทำดังกล่าวยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ และบทบาทของวิชาชีพแพทย์ที่เติบโตอย่างต่อเนื่องในหลายทศวรรษที่ผ่านมา (ดู Kelleher 1994)พื้นที่สาธารณะของผู้ทุกข์ทรมานจากเอดส์ได้ปรากฏอย่างชัดเจนในรูปแบบของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เหตุการณ์การรับยาสมุนไพรเป็นต้นมา โดยที่พื้นที่นี้เป็นพื้นที่ที่ผู้ติดเชื้อสร้างขึ้นเพื่อต่อรองกับวาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่และกฎระเบียบต่าง ๆ

กลุ่มผู้ติดเชื้อที่กล่าวได้ว่าเกิดขึ้นก่อนเหตุการณ์การแจกจ่ายยาสมุนไพร คือ กลุ่มแม่หม้ายคอยสะเก็ด ซึ่งใช้วัดคอยสะเก็ดเป็นสถานที่รวมกลุ่ม ในพ.ศ.2532 แม่หม้ายที่สามีเสียชีวิตจากเอดส์จำนวนหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาสังคมรังเกียจและถูกไล่่ออกจากชุมชน นอกจากนี้ถูกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังถูกปฏิเสธการเข้าเรียนร่วมกับเด็กนักเรียนคนอื่น ๆ (เสรี 2539: Beyrer 1998: 122) การเปิดเผยตนเองของแม่หม้ายในพื้นที่สาธารณะเป็นการเคลื่อนไหวรูปแบบหนึ่งที่น่าพวกเขาไปสู่การแลกเปลี่ยน แบ่งปัน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และยังเป็นการเรียกร้องให้สังคมเข้าไปปัญหาที่พวกเขาเผชิญอยู่ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการรังเกียจ หรือปัญหาการรักษาพยาบาล

ต้นทศวรรษที่ 1990 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกับกลุ่มแม่หม้ายคอยสะเก็ด โดยกลุ่มเหล่านี้ต้องการมีสิทธิในพื้นที่ทางสังคมเพื่อแสวงหาทางอยู่รอด การมีสุขภาพที่ดีและการเป็นที่ยอมรับของสังคม สมาชิกของกลุ่มคือแรงงานรับจ้างรายวัน ผู้ที่ทำงานในเมือง หรือชุมชนใกล้เคียง เช่นเดียวกับศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ที่เติบโตมาจากชมรมอยู่กับธรรมชาติ และยังคงดำรงบทบาทในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มาจนถึงปัจจุบันนี้ ในพ.ศ.2537 ผู้ติดเชื้อได้รวมตัวกันก่อตั้งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมาก โดยการช่วยเหลือจากสมาชิกศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ และผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ในช่วงที่ต่อรองเรื่องยาสมุนไพร กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้กระจาย

³ พ.ศ.2541 หลังจากเกิดเหตุการณ์ได้ 4 ปี มีรายงานว่าสูตรยาสมุนไพร ได้นำถวายสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวโดยองค์การเภสัชกรรมซึ่งนำไปสู่การจดสิทธิบัตรยา และสามารถขายได้ในตลาดโลก(มติชน 2541, มกราคม 30)

อยู่รอบ ๆ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เช่น โครงการฟ้าสีขาว อ.ดอยสะเก็ด กลุ่มสุขภาพเพื่อชีวิต เป็นกลุ่มในคลินิกเอื้องผึ้ง อยู่ในบริเวณสันติธรรมซึ่งเป็นแหล่งการค้าขายทางการเกษตรแหล่งใหญ่ใน จังหวัดเชียงใหม่(ในขณะนั้น) ศูนย์สุขภาพชุมชน อ.แม่ริม และยังขยายไปยังจังหวัดใกล้เคียง เช่น พะเยา เชียงราย และลำพูน

กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ และโครงการไทย-ออสเตรเลีย ป้องกันเอดส์ (Northern AIDS Prevention and Care Program- NAPAC) เป็นโครงการที่ รัฐบาลออสเตรเลียให้งบประมาณดำเนินการทั้งหมด ตั้งแต่พ.ศ.2536-2540 โดยให้ทำงานร่วมกับ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และเมื่อ โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์สิ้นสุดลงในพ.ศ. 2540 กิจกรรมที่ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและการให้การดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการทำให้ชุมชน ยอมรับและอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนจาก AIDSNet (AIDS Network Development Project) ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่ายยุโรป และ แหล่งเงินทุนทั้งภายในและนอกประเทศ⁴

พัฒนาการขององค์กร: จากกลุ่ม/ชมรมไปสู่การดูแลโดยชุมชน

เดือนพฤษภาคม 2542 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวน 209 กลุ่มใน 6 จังหวัดภาคเหนือ การจัด องค์กรมีความหลากหลายอย่างมากแต่สามารถจัดได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ หนึ่ง มีกลุ่มที่เป็นแกนนำ ประมาณ 10 กลุ่ม เป็นกลุ่มที่กำหนดการทำงานของตนเอง และยังสามารถช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มเล็ก ๆ ได้อีกด้วย สอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยและ หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ สาม กลุ่มที่กำเนิดขึ้นในชุมชน ด้วยความสนับสนุนจากองค์กรพัฒนา เอกชน สี่ เป็นกลุ่มชนิดใหม่ที่เกิดขึ้นภายใต้ความร่วมมือขององค์กรที่หลากหลายในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ กลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพ กลุ่มหมอเมืองหรือหมอ พื้นบ้าน หรือ องค์กรส่วนท้องถิ่นเช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล หรืออบต. (สำนักงานควบคุม โรคติดต่อเขต 10, คณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน 2542, กพอ-เอดส์ 2542ข) กลุ่มประเภทที่สี่นี้ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมอย่างมากจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ.2539

⁴ มีกิจกรรมจำนวนมากที่ดำเนินการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ 1. การรณรงค์ป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การชี้ให้เห็นว่า การติดเชื้อเอดส์มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของพวกเขาอย่างไร การมีชีวิตร่วมกับครอบครัว และครอบครัวต้องเข้ามาดูแลพวกเขาอย่างไร รวมไปถึงการให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ภายในชุมชน 2. ความร่วมมือและประสานการทำงานกับบุคลากรด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รัฐ และองค์กร พัฒนาเอกชน หมอพื้นบ้าน และพระสงฆ์ เป็นต้น 3. การอบรมด้านอาชีพ เช่น หัตถกรรมพื้นบ้าน การทำพวงหรีด ดอกไม้จัน ในการอบรมของศูนย์สุขภาพชุมชน ยังอบรมอาชีพให้แก่สมาชิกของหมู่บ้านทั่วไปและผู้ติดเชื้อด้วย มีการฝึกอบรมการตัดเสื้อผ้า บัตรอวยพร และของชำร่วยต่าง ๆ

โครงการฟ้าสีขาว เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีการประสาน และทำงานร่วมกับกลุ่ม/องค์กร
ท้องถิ่น⁵ ในอีกด้านหนึ่ง การรวมตัวของผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มในลักษณะที่4 เป็นแรงผลักดันให้อบต.
ต้องมีรูปแบบการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ การดูแลสุขภาพโดยชุมชน เช่น โครงการฟ้าสีขาว และกลุ่มแม่
หม้ายคอยสะเก็ด เป็นการจัดการและดูแลสุขภาพกันเองภายในชุมชนในต้นทศวรรษที่ 1990 การ
กระทำเช่นนี้ เป็นการทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถหาหนทางกลับสู่ชุมชนได้มากกว่าการเข้าร่วมกลุ่มใน
เมือง ภายใต้การณรงค์และการเคลื่อนไหวทางใหม่นี้ ประสิทธิ์ ประธานโครงการฟ้าสีขาว ซึ่ง
เริ่มก่อตั้งในพ.ศ.2541 ได้เปิดการแสดงดนตรีในหมู่บ้านต่าง ๆ รอบอำเภอจอมทอง เพื่อเป็นการ
หนุนช่วยให้ชุมชนยอมรับและดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การนำดนตรีมาเพื่อการรณรงค์เช่นนี้จึง
เป็นการสื่อสารกับชาวบ้านให้ตระหนักถึงคุณค่าและเป็นความพยายามอย่างยิ่งในการสร้างการ
ยอมรับของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ในหนทางที่แตกต่างกัน ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ดำเนินกิจกรรมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานด้าน
การดูแลสุขภาพ ณ อำเภอแม่ริม ศูนย์ฯนี้ดำเนินการ โดยเหล่า เธอเป็นอีกคนหนึ่งที่ดีเชื้อจากสามี
เหล่าทำงานร่วมกับสถานีอนามัย และโรงพยาบาล นอกจากนี้เธอยังช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อสามารถรับ
บริการการรักษาจากสถานบริการของรัฐด้วย รวมไปถึงการจัดหาญาติให้แก่ผู้ติดเชื้อ ในระยะที่
เอดส์แพร่ระบาดใหม่ ๆ เธอไม่ได้มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านมากนัก แต่หลังจากพ.ศ.2540 เธอได้
ร่วมกับชุมชนออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยเอดส์เท่านั้นยังรวมไปถึงผู้สูงอายุด้วย
กิจกรรมต่าง ๆ ที่เธอทำไม่ได้มุ่งหวังเพียงการตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อและชุมชนด้าน
การบริการสุขภาพเท่านั้น แต่เธอต้องการให้ชุมชนยอมรับและเข้าใจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผล
ของโครงการที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ การที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับ
คนในชุมชนเช่นเดิม

ปฏิบัติการและการต่อรองใน “ชุมชนปฏิบัติ”

การศึกษากิจกรรมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถใช้แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์
การเมือง เชื่อมโยงถึงสถาบันการแพทย์และการปกครองที่อยู่ภายในรัฐชาติและข้ามรัฐชาติ
(สถาบันวิจัยสังคม 2541; ชยันต์ 2542; กพอ-เอดส์ 2542ข) กล่าวคือเป็นการวิเคราะห์กลุ่มผู้ติด
เชื้อเหล่านี้ในฐานะของการเป็นผู้ขยายพื้นที่ทางสังคมหรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ประชาสังคม โดย

⁵ มีจำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อขนาดเล็ก 16 กลุ่ม ที่เป็นเครือข่ายของโครงการฟ้าสีขาว จำแนกได้ดังนี้คือ ในอำเภอคอย
สะเก็ด 7 กลุ่ม อำเภอจอมทอง 1 กลุ่ม จังหวัดลำปาง 4 กลุ่ม จังหวัดเชียงราย 2 กลุ่ม อำเภอเวียงป่าเป้า จำนวน 2
กลุ่ม และอำเภอแม่สาย 1 กลุ่ม ซึ่งได้สร้างกลุ่มของตนเองและพยายามทำกิจกรรมที่สามารถหารายได้มาสู่กลุ่ม
เช่น การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร เมี่ยง หรือผัก นอกจากนี้มีการดำเนินกิจกรรมคล้ายสหกรณ์ และมีร้านค้าใน
สถานบริการเดิมน้ำมัน

ที่กิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อดำเนินไปภายใต้รัฐชาติ(เสรี 2539)⁶ อย่างไรก็ตามแนวคิดเหล่านี้ ช่วยชี้ให้เห็นถึงความทุกข์เชิงสังคมแต่ก็มีข้อจำกัดในการอธิบายเกี่ยวกับหนทางที่ผู้ติดเชื้อได้และใช้ความรู้เพื่อเผชิญหน้ากับความเสียเปรียบที่ตนเองและสังคมเผชิญอยู่อย่างไร ในแง่มุมที่ขัดแย้งกับการวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์การเมือง ผู้เขียนชี้ให้เห็นถึงกระบวนการซึ่งผู้ทุกข์ทรมาณหรือผู้ติดเชื้อได้มาซึ่งความรู้และปฏิบัติการเพื่อการอยู่รอดภายใต้ชุมชนแบบใหม่

พื้นที่สาธารณะของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ก่อรูปขึ้นมานั้น มีลักษณะดังที่เลฟและเวนเงอ(1991) เรียกว่า “ชุมชนปฏิบัติ” เป็นชุมชนที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม และยังเป็นพื้นที่ของการได้มาซึ่งความรู้และการเก็บรักษาความรู้ไว้⁷ คำว่า “ชุมชน” ในชุมชนปฏิบัติไม่ได้หมายถึงว่า ชุมชนที่มีรากเหง้าทางวัฒนธรรมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การเป็นเครือญาติ ชุมชนหมู่บ้านหรือกลุ่มทางวัฒนธรรมต่าง ๆ ซึ่งนักมานุษยวิทยามักลงไปศึกษา แต่ชุมชนที่กล่าวถึงนี้เป็นแหล่งรวมของสมาชิกที่มีความสนใจและทัศนคติที่แตกต่างกัน ซึ่งคนเหล่านี้สามารถนำความแตกต่างหลากหลายเหล่านั้นมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม เลฟและเวนเงอ เรียกว่า “การมีส่วนร่วมในหลายระดับ”(1991: 98) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ไม่จำเป็นต้องมีคำจำกัดความที่ชัดเจนและไม่ต้องคำนึงถึงขอบเขตทางสังคมได้ ดังที่นักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาเคยให้ความหมายไว้ ตามความหมายของ เลฟและเวนเงอ ชุมชนปฏิบัติ ก่อรูปขึ้นมาจาก “การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมแต่ละคนได้แบ่งปันความเข้าใจและใส่ใจในสิ่งที่พวกเขากำลังปฏิบัติอยู่และการปฏิบัติเหล่านั้นมีความหมายอย่างไรต่อชีวิตและชุมชนของพวกเขา”(1991: 98) ดังนั้น ชุมชนปฏิบัติถูกพิจารณาแยกจากแนวคิดที่นักมานุษยวิทยาใช้ศึกษาชุมชน หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอยู่ภายใต้แนวคิดวัฒนธรรมสังคม เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมภายในโลกสังคม ไม่ใช่เพียงการพิจารณาที่กลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในสถาบัน หรือตามกรอบแนวคิดที่นักมานุษยวิทยาสร้างขึ้นมานั้น แต่ควรจะขยายทัศนะ มุมมองการมีส่วนร่วมที่เปลี่ยนแปลงไปในกลุ่ม การเปลี่ยนผ่านอัตลักษณ์ และการประกอบขึ้นเป็นตัวตนที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น(Wenger 1998: 14-15)

⁶ ทัศนะโดยรวมที่มีต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยให้ดูในบทหน้าที่เขียนโดยประเวศ วะสี, หน้า 1-14 ในเสรี 2539

⁷ การทำความเข้าใจกับแนวคิด ชุมชนปฏิบัติในความหมายของเลฟและเวนเงอนั้น ควรทำความเข้าใจกับมิติทางประวัติศาสตร์ที่อยู่ในแนวคิด “สมาคม(association)” ซึ่งเป็นสังคมที่มีความสมานฉันท์ ความกลมเกลียวกัน โดยการให้สมาชิกแต่ละคนปลดปล่อยความสามารถของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การกำจัดการแบ่งแยก และการกีดกัน แนวคิดการกำเนิดทางประวัติศาสตร์ของสมาคมนี้มาจากชาร์ล ฟูริเออร์(Charles Fourier) และคาร์ล มาร์กซ(Karl Marx)

ได้รับร่วมกัน เรียนรู้จากเพื่อน

ชุมชนปฏิบัติเป็นชุมชนที่ก่อรูปมาจากผู้ติดเชื้อที่ได้รับการความทุกข์ทรมานจากข้อจำกัดของการแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพ กรณีศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ เป็นกรณีตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการซึ่งผู้ประสบกับความทุกข์จากโรคเอดส์ได้มารวมตัวกันและจัดการปัญหาด้วยตัวเอง พ.ศ.2536 สมาชิกของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่มักจะได้รับคำเตือนจากแพทย์เสมอ ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้หากพวกเขามาใช้ชีวิตร่วมกันในศูนย์ฯ แพทย์มักเตือนพวกเขาว่า “ไม่ควรจะมาอยู่ด้วยกันและจัดตั้งกลุ่ม”(เสรี 2539: 76) แต่พวกเขาไม่ได้ปฏิบัติตาม และเลือกที่จะรวมกลุ่มกันกับผู้มีชีวิตคนอื่น ๆ เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ความทุกข์และปัญหามากกว่าการใช้ชีวิตตามลำพังในครอบครัวและชุมชน ซึ่งไม่สามารถให้การรักษาและยอมรับพวกเขา การรวมกลุ่มกันของผู้ติดเชื้อเป็นไปเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความน่าจะเป็นของการรักษาประสิทธิภาพของการรักษา และการประยุกต์ใช้การดูแลสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงสะสมข้อมูลมากมายเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา เพื่อนำไปสู่การหาทางเลือกใหม่ ๆ นอกเหนือจากการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ ที่ทั้งราคาแพงและมีผลข้างเคียงค่อนข้างสูง การรวมกันในระยะแรก เริ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่ได้ตั้งใจ แต่ต่อมาพวกเขาได้พัฒนาความสัมพันธ์เรื่อย ๆ จนกระทั่งไปสู่สังคมภายนอก สำหรับศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ การเผชิญหน้ากับหมอสมุนไพรร นับได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ นำพวกเขาได้มีโอกาสแบ่งปันข้อมูลทั้งที่เป็นปัญหาของพวกเขาเองและความรู้สึกของผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวางขึ้น

หลังจากที่โครงสร้างการทำงานได้กำหนดขึ้นในพ.ศ.2538 ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากNAPAC ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ได้ริเริ่มกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความช่วยเหลือและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและแพทย์ กิจกรรมดังกล่าวได้แก่ 1. การตรวจร่างกายโดยแพทย์และพยาบาลจากหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำการดูแลสุขภาพ 3. ช่วยสมาชิกศูนย์ฯติดต่อและประสานงานกับโรงพยาบาลและหน่วยงานภาครัฐ อย่างไรก็ตามกิจกรรมดังกล่าวนี้ต้องการผู้ที่มีทักษะในการจัดการ⁸ ในขณะที่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร แรงงานรับจ้าง แม่บ้าน ค้าขาย ซึ่งไม่มีประสบการณ์การประสานงาน การจัดการโครงการมาก่อนเลย

มากกว่านั้นคือ แกนนำของศูนย์ฯ มักได้รับเชิญไปเล่าประสบการณ์และกิจกรรมของศูนย์ฯ ในเวทีสัมมนาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมไปถึงสถาบันการแพทย์ ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ยังเป็นสถานที่จัดงานทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการป้องกันเอดส์ ผู้ศึกษาดูงานไม่เพียงแต่มา

⁸ ในเร็ว ๆ นี้ ปัญหาได้ปรากฏชัดเจนขึ้น เมื่อรัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนได้ร่วมกันจัดทำโครงการร่วมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ไม่คุ้นเคยกับการเขียนโครงการ การวิเคราะห์และการประเมินโครงการ รวมไปถึงการบริหารจัดการโครงการ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีองค์กรภายนอกและรวมทั้งกลุ่มแกนนำต้องเข้ามาให้ความช่วยเหลือ

สังเกตการณ์กิจกรรมของศูนย์ฯ เท่านั้นยังได้ร่วมมือทำงานกับศูนย์ฯ ด้วย เช่นการช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้แสดงข้อคิดเห็น และร่วมแบ่งปันความรู้ และอารมณ์ความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาเอดส์ สมาชิกบางคนได้รับการฝึกอบรมจากแพทย์ องค์กรพัฒนาเอกชน และนักวิชาการ การให้ความรู้ และทักษะในการพูดต่อสาธารณะได้ทำให้พวกเขาสามารถสื่อสาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งผู้ที่มาเป็นสมาชิกใหม่และผู้ติดเชื้อในหมู่บ้านและที่อื่น ๆ ปฏิบัติการนี้ทำให้ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่เพิ่มความมั่นใจว่าสามารถหาหนทางแก้ไขปัญหาเอดส์ได้

ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ ในฐานะที่เป็นแหล่งชุมนุมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีการจัดองค์กรดังนี้ ประกอบด้วยกรรมการ 5 คน ประธานชมรมมาจากการเลือกตั้ง นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครอีกจำนวนหนึ่ง กรรมการมีหน้าที่ความรับผิดชอบคือเป็นผู้ประสานงานในกิจกรรมต่าง ๆ ด้านการเงิน และเป็นบรรณาธิการจดสาร นอกจากนี้แกนนำของกลุ่มและสมาชิกเก่าบางส่วนได้ช่วยเหลือกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมทั้งการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพด้วย ศูนย์ฯ แห่งนี้จึงกลายเป็นแหล่งข้อมูล แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้อย่างดี โดยที่พวกเขาไม่จำเป็นต้องเปิดเผยว่าตนเองติดเชื้อหรือไม่ ศูนย์ฯ จึงเป็นชุมชนของผู้ติดเชื้อที่พวกเขาสามารถเข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สมาชิกใหม่ จึงมีไข่เพียงผู้เข้ามารับข้อมูล ขณะเดียวกันพวกเขาได้แบ่งปันประสบการณ์ชีวิตร่วมกับสมาชิกเก่าด้วย การเรียนรู้ของสมาชิกใหม่ได้เพิ่มขึ้นทีละน้อย ๆ จากการมารับข้อมูล มาสู่การเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองมีความถนัดและพร้อม จนกระทั่งการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมต่าง ๆ ของศูนย์ฯ (ดู Lave and Wenger 1991: 110)

ความรู้และอำนาจหรือข้อมูลในชุมชนแห่งนี้ จึงมีสามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีศูนย์กลางอยู่ที่ใด ความรู้และข้อมูลได้ถูกแบ่งปันและกระจายในสมาชิกแต่ละคน ไม่มีสมาชิกคนใดถูกบังคับให้ปฏิบัติตาม ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่ วิธีการรักษา แหล่งทรัพยากรที่มีประโยชน์ การติดต่อสื่อสารระหว่างกัน เป็นข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการและเงื่อนไขของตนเอง สารสำคัญของความรู้และข้อมูลในชุมชนนี้ จึงอยู่ที่ความรู้ที่ได้มานั้น ไม่ได้มาจากการคิดค้นหรือข้อค้นพบของคนใดคนหนึ่ง หรือมาจากสถาบันทางการแพทย์ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือนักวิชาการ⁹ แต่เป็นความรู้ที่ผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกัน

ความรู้และปฏิบัติการต่าง ๆ ในชุมชนแห่งนี้ จึงเป็นผลจากสมาชิกแต่ละคนที่ประสบปัญหาเอดส์และพยายามหาหนทางอยู่รอด วิธีการรักษา และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้พวกเขาสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ กระบวนการเหล่านี้ด้านหนึ่งได้กลายเป็นการเสริมแรงหรือ

⁹ ขอยกขความเนื้อหาส่วนนี้ การเรียนรู้ของสมาชิกในกลุ่มผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อข้อมูลและความรู้นั้นมาจากผู้นำกลุ่ม สำหรับกรณีเช่นนี้ จะขอยกตัวอย่าง กรณีประเสริฐ เชนะบุญ ซึ่งเป็นแกนนำโครงการฟ้าสีขาวย แม้ว่าเขาจะเป็นผู้ริเริ่มการดูแลสุขภาพหลากหลายแนวทาง แต่สมาชิกมีการเลือกรับ ปรับใช้วิธีการให้เหมาะสมสอดคล้องกับตนเอง มากกว่าการปฏิบัติตามประสิทธิ์ในทุกกรณี

การสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อ ในขณะเดียวกัน ความรู้ที่ปฏิบัติการในชุมชนนี้ได้สะสมพอกพูนขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนได้เรียนรู้ประสบการณ์ การต่อรองและการดูแลสุขภาพของพวกเขาเอง กระบวนการเหล่านี้ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ได้รับความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งนำไปสู่การให้ความหมายใหม่เกี่ยวกับชีวิตของพวกเขา ความรู้เหล่านี้ได้ก่อรูปเป็นความเข้าใจร่วมกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และนำไปสู่การหาทางออกร่วมกัน เช่นเดียวกับกรณีAlcoholics Anonymous(AA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา(Lave and Wenger 1991: 111)ผู้มาใหม่ได้ให้ความหมายใหม่แก่ชีวิตโดยการให้ความรู้ใหม่และศิลปะการดำเนินชีวิตเพื่อนำไปสู่การสร้างความเข้าใจและการหาทางออกเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ที่เผชิญอยู่ในสังคม

จากการมีส่วนร่วมสู่การมีชีวิตใหม่

กระบวนการที่ผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้น ได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่มีผลกระทบต่อชีวิตและสถานภาพของพวกเขา ผู้ติดเชื้อจำนวนมากต้องเผชิญกับการกีดกัน การรังเกียจจากชุมชนท้องถิ่น สถานที่ทำงาน หรือแม้กระทั่งครอบครัวตนเอง มากกว่านั้นการรณรงค์ของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขที่กระทำอย่างต่อเนื่องในพ.ศ.2523-2533 ที่เน้นย้ำว่า เอดส์เป็นแล้วตาย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ได้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความสิ้นหวัง และสำหรับบางคนได้นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ท่ามกลางสภาพแวดล้อมเช่นนี้ เพียงแค่ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจจากครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ก็สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถประคับประคองชีวิตของพวกเขาให้อยู่รอดได้ในสังคม กลุ่มผู้ติดเชื้อได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าไปสร้างการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนโดยการให้คำปรึกษาและแนะนำให้ผู้ติดเชื้อมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวของตนเอง ซึ่งช่วยให้สมาชิกใหม่ได้ฟื้นฟูความเครียดความกดดันและอาการความเจ็บป่วย พร้อมกับการเพิ่มพูนความมั่นใจและการฟื้นฟูชีวิตใหม่ขึ้นมา การมีส่วนร่วมเช่นนี้ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อได้เปลี่ยนผ่านตัวตนไปสู่การเป็นสมาชิกใหม่ เช่นจากรายงานของจิตรพร การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การที่ผู้ติดเชื้อจำนวนมากได้มีชีวิตใหม่ ในที่นี้หมายถึงว่า เกิดใหม่ เนื่องจากเอดส์ได้ให้โอกาสพวกเขาค้นพบประสบการณ์อีกด้านหนึ่งที่พวกเขาไม่สามารถพบได้ในชีวิตเดิม(Bangkok Post 1996, June 30; Tanabe 1999)

ผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ซึ่งได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะเริ่มแรกตั้งแต่รับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อเอดส์ได้กล่าวถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่นำพวกเขาไปสู่การมีชีวิตใหม่หรือเกิดใหม่ ตัวอย่างเช่น หล้า แกนนำนุสนธ์สุขภาพชุมชน ได้กล่าวถึงบ่อย ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตใหม่ ว่า การได้รับเชื้อเอชไอวีได้นำเธอไปสู่ความจริงเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ที่แตกต่างหลากหลาย รวมไปถึงคุณค่าของชีวิตเธอ ซึ่งเธอไม่เคยคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้มาก่อนเลย(Bangkok Post 1996, June 30; Tanabe 1999; กพอ-เอดส์ 2542ก: 102-113; หล้า(นามแฝง) 2542) ก่อนที่เธอจะรับรู้ว่าจะมีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย เธอป่วยบ่อยและเครียดมากจนกระทั่งได้กรีดข้อมือเพื่อต้องการจะตายจาก

โลกนี้ แต่เมื่อเธอรับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวี เธอได้ลุกขึ้นและต่อสู้กับเชื้อเอชไอวีในร่างกายเธอ ด้วย
ปฏิบัติการอันหลากหลายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของเธอเอง และยังรวมไปถึงการเข้าไปช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ
คนอื่น ๆ ด้วย การได้พบประสบการณ์ที่แปลกใหม่เหล่านี้ได้ทำให้ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ลดลง
ลง และเธอได้กลับมามีความสุขที่ดีอีกครั้งหนึ่ง

อีกกรณีหนึ่งคือ ประสิทธิ์ แกนนนำโครงการฟ้าสีขาว เป็นผู้ติดเชื้อที่ได้กล่าวถึงกระบวนการ
การมีชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นภายใต้ความสลับซับซ้อนระหว่างแนวคิดความเป็นคริสเตียนและความเป็น
พุทธ เขายังมีพ่อที่เป็นหมอสอนศาสนาอีกด้วย ประสิทธิ์ทราบว่าตนเองติดเชื้อในพ.ศ.2536 และ
เป็นสมาชิกในระยะแรก ๆ ของชมรมอยู่กับธรรมชาติ เขาได้เริ่มโครงการฟ้าสีขาวขึ้น ที่อำเภอคอย
สะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ในพ.ศ.2537 เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวี เขาได้กลับมาตั้งคำถามที่สำคัญเกี่ยวกับ
ปรัชญาชีวิต เช่น อะไรคือความหมายของชีวิต ดวงวิญญาณของเราไปไหนภายหลังจากที่เราตาย
แล้ว และเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างไรก่อนที่จะถึงวันสุดท้ายของชีวิตเนื่องจากเรามีช่วงชีวิตที่สั้นกว่า
คนอื่น¹⁰ ต่อไปนี้เป็นส่วนหนึ่งจากวิดีโอการณรงค์ของเขา

“ครั้งหนึ่งเราเรียนรู้ว่าเรามีเชื้อเอชไอวี ชีวิตของเราเปลี่ยนแปลงไป เมื่อมองไปข้างหน้า อดีตและวิถี
การดำเนินชีวิตแบบเดิมได้หายไปแล้ว เราต้องเรียนรู้ที่จะเริ่มต้นการมีชีวิตใหม่ สิ่งหนึ่งที่เราต้อง
เรียนคือ เราจะต่อสู้อย่างไร

“ดังนั้น เรารู้ว่าโครงการฟ้าสีขาวได้กลายเป็นครอบครัวของเราที่เต็มไปด้วยความรักอันบริสุทธิ์
เรารู้สึกถึงความรักที่เราเป็นเจ้าของ และมันได้ให้ความรักและชีวิตอันบริสุทธิ์ เรารู้สึก

“มนุษย์บนโลกนี้ไม่เคยพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ แต่ความรู้สึกเช่นนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปในผู้ที่มิชีวิต
ร่วมกับเอดส์เช่นกัน ที่ได้รับคำสอนของพุทธศาสนาและคำสอนเกี่ยวกับความเป็นไปของธรรมชาติ
ทำให้เราพบว่าเราสามารถอยู่ร่วมกับธรรมชาติและมีความพึงพอใจในสิ่งที่เราเป็น

“ร่างกายของฉันอาจจะป่วย แต่หัวใจของฉันไม่เคยป่วย ฉันต้องตาย ฉันยอมรับได้ และฉันก็พร้อม
ที่จะไปสู่ความตาย แต่นั่นยังชดใช้กรรมไม่หมด ฉันจึงต้องกลับเข้าสู่สังคม มีชีวิตใหม่ พร้อมทั้ง
การฟื้นฟูสุขภาพและชีวิต ฉันรู้ว่ามันเป็นสิ่งมหัศจรรย์สำหรับการมีชีวิตใหม่ ชีวิตหลังจากชีวิต
หนึ่งได้ผ่านพ้นไปแล้ว

“เหตุผลหนึ่งที่สังคมไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์เพราะผู้ติดเชื้อยังไม่ยอมรับตนเอง หากผู้ติดเชื้อไม่
สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอดส์ เขาจะไปคาดหวังว่าตนเองจะอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างไร
แน่นอนผู้ติดเชื้อจำนวนมากได้พบความจริงว่า การเปิดเผยตนเองอาจจะนำพวกเขาไปสู่ความ

¹⁰ ประสิทธิ์ เป็นผู้ประพันธ์เพลงและเป็นผู้เล่นเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเอดส์ ในระยะต่อมา เขาได้พัฒนากิจกรรม
ด้านดนตรีให้เป็นกิจกรรมหนึ่งในการรณรงค์ให้สังคมยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในชนบท

เจ็บปวดมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ฉันต้องหวนกลับมาคิดว่า เราจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีความเข้มแข็งมากพอที่จะเผชิญหน้ากับสังคมได้อย่างไร สำหรับฉัน ฉันพยายามเปิดเผยตนเองแก่สังคมว่า ฉันเป็นเอดส์ และพิสูจน์ให้สังคมเห็นว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถที่จะช่วยเหลือและเป็นประโยชน์ต่อสังคม”(ประสิทธิ์(นามแฝง) 2541)

การพลิกฟื้นบทบาทของผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อมีเป้าหมายสำคัญที่ผู้ติดเชื้อเหล่านั้นให้สามารถตระหนักและรับรู้ถึงอัตลักษณ์ใหม่ของพวกเขาในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติการที่สามารถมีชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้ การมีชีวิตใหม่ การเกิดใหม่ ไม่ได้เป็นผลจากประสบการณ์เชิงสัจชาตญาณในระดับปัจเจกบุคคล หรือการรับการอบรมสั่งสอนทางด้านศาสนา แต่เป็นผลจากกระบวนการที่ผู้ติดเชื้อสัมพันธ์กับตัวตนของตนเองตลอดเวลา และมันได้นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่สร้างความเข้าใจกับครอบครัวและชุมชนท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ การมีชีวิตใหม่ การเกิดใหม่จึงเป็นจังหวะของการเปลี่ยนผ่านของผู้ติดเชื้อเอง ซึ่งหลาย ๆ กรณีการเกิดใหม่เป็นผลจากการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านที่เป็นปฏิบัติการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ

การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้าน

จากจุดเริ่มแรกของการก่อตั้งกลุ่ม การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหลักที่ได้เข้าไปช่วยประคับประคองจิตใจผู้ติดเชื้อและยังเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยผู้ติดเชื้ออีกด้วย ในกรณีศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ การให้คำปรึกษาเป็นกิจกรรมแรกที่ศูนย์ฯจัดให้สำหรับสมาชิกใหม่ไม่ว่าสมาชิกใหม่นั้นจะเปิดเผยตนเองว่าติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็ตาม ในบางกรณีอาจจะมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลหรือคลินิกมาให้คำแนะนำ โดยจะให้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงในระหว่างการเยี่ยมแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตาม เมื่อกิจกรรมการให้คำปรึกษาได้กลายเป็นกิจกรรมที่ชัดเจนของศูนย์ฯในปีพ.ศ.2539 สมาชิกส่วนใหญ่ของศูนย์ฯได้เข้ารับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอดส์จากผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งต่อมาพวกเขาพบว่าทฤษฎีและเทคนิคต่าง ๆ ที่ได้รับจากการอบรมไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อทุกคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ พวกเขาพบว่า การให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์มากที่สุดมักจะมาจากการทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤติด้านสุขภาพและปัญหาสังคม การพูดคุยแลกเปลี่ยน ควรทำให้เขาคิดค้น ค้นพบตัวตนใหม่ของตนเอง

การสนทนาที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษา จึงทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อได้เรียนรู้จากการกระทำไปด้วย โดยการให้คำปรึกษาเริ่มตั้งแต่ การทำอย่างไรให้บ้านและโรงพยาบาลเยี่ยมผู้ติดเชื้อรายใหม่ ปัจจุบันนี้ ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ได้จัดให้สมาชิกออกไปเยี่ยมบ้านครั้งละสองคน หรือเป็นคู่ และเรียกโครงการนี้ว่า“เพื่อนช่วยเพื่อน”(เสรี 2539: 91) ในการออกเยี่ยมบ้านทุกครั้ง มักจะมีของไปเยี่ยมร่วมด้วยเสมอ เช่นผลไม้ ผัก และเนื้อหมู เป็นต้น และบางครั้งให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อช่วยลดอาการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน การเยี่ยมที่สมาชิกเก่าไปเยี่ยมสมาชิกใหม่หรือผู้ติดเชื้อรายใหม่ ทำ

ให้สมาชิกใหม่รับเอารูปแบบ แบบแผนการปฏิบัติเพื่ออยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจากสมาชิกเก่า เช่น แบบแผนการกินอาหาร การใช้สมุนไพร การปรับเปลี่ยนชีวิตเพื่อสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน และประการสำคัญที่สุดคือการติดต่อกับแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ได้จัดทัศนศึกษาปีละสองครั้งเพื่อให้สมาชิกใหม่ได้รู้จักกับสมาชิกเก่า และการพบปะนี้ สมาชิกเก่าที่มีประสบการณ์ในการพลิกฟื้นสถานการณ์เพื่อให้ครอบครัว และชุมชนยอมรับจะมาบอกเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ให้แก่สมาชิกใหม่ได้เรียนรู้ การพบปะกันเช่นนี้จึงเป็นโอกาสที่ดีสำหรับการเรียนรู้ของสมาชิกใหม่

ตั้งแต่ พ.ศ.2538 โครงการฟ้าสีขาวยังได้มีกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล โดยทำงานร่วมกับโรงพยาบาลดอยสะเก็ด การให้คำปรึกษาเริ่มตั้งแต่ผู้ติดเชื้อทราบว่าผลเลือดเป็นบวก ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดีจากแพทย์โรงพยาบาลดอยสะเก็ดที่คอยแนะนำผู้ที่มารับฟังผลเลือด หากมีความกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับผลเลือดของตนเองก็สามารถมารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่โครงการฟ้าสีขาวก่อนรับฟังผลเลือดก็ได้ และหลังจากเมื่อทราบว่าตนเองเป็นเลือดบวกแล้ว โครงการฟ้าสีขาวยังได้ออกเยี่ยมเยียนที่บ้านด้วย ซึ่งนอกจากการให้คำปรึกษาแล้วสมาชิกโครงการฟ้าสีขาวบางคนที่ได้รับการอบรมการนวดไทย¹¹ ก็จะให้บริการการนวดแก่ผู้ติดเชื้อที่ไปเยี่ยมร่วมด้วย การนวดเป็นการช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม ผู้เยี่ยมเยียนจะพยายามละเว้นที่จะกล่าวถึงโรค การนวดในที่นี้คือ เครื่องมือที่นำไปสู่การสนทนา และการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างการให้คำปรึกษา และยังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สมาชิกฟ้าสีขาวสามารถกลับมาเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อได้อีกและเป็นโอกาสที่จะให้พวกเขาเผชิญกับสังคมด้วย¹² โครงการฟ้าสีขาวยังได้จัดอบรมการนวดให้แก่ชาวบ้านในหลายแห่ง และโรงพยาบาลดอยสะเก็ดได้ใช้ช่วงเวลานี้ให้บริการด้านสุขภาพ

การให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านโดยศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ โครงการฟ้าสีขาวและกลุ่มผู้ติดเชื้ออื่น ๆ มีนัยยะสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากเอดส์มีความสามารถเผชิญกับความทุกข์และแสวงหาทางออกร่วมกันโดยการสรุปบทเรียนทั้งจากของตนเองและของเพื่อนร่วมชะตากรรมเดียวกัน กิจกรรมต่าง ๆ ที่สมาชิกจัดให้สำหรับสมาชิกใหม่เป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยน และพูดคุยร่วมกันเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของพวกเขาระหว่างสมาชิกเก่าและสมาชิก

¹¹ เป็นการนวดตามหลักสากล ซึ่งได้รับการพัฒนาในองค์กรด้านการแพทย์แผนไทยหลายแห่งในกรุงเทพมหานคร แต่ในทางปฏิบัติ การปฏิบัติการณ์การนวดในแต่ละพื้นที่ที่มีความยืดหยุ่นมีการผสมผสานกับการนวดพื้นบ้าน เช่น ภูมิภาคเหนือ ประเทศไทย

¹² การนวดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลด้านจิตวิญญาณให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้เริ่มขึ้นใน พ.ศ.2540 ที่อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเริ่มต้นจากหญิงสาวที่ติดเชื้อคนหนึ่งได้จัดอบรมการนวดให้แก่ญาติพี่น้องและครอบครัวของผู้ติดเชื้อ โดยมีความมุ่งหวังว่า การนวดจะช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ใหม่เสมอ ซึ่งความทุกข์เหล่านี้เกี่ยวข้องกับทั้งสภาพทางกายภาพและสังคม ภายใต้เงื่อนไขเช่นนี้ เรื่องเล่า(narratives)ของสมาชิกเก่าที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาจึงมักมีรายละเอียด และเต็มไปด้วยเนื้อหาสาระที่ปัจเจกบุคคลแต่ละคน(ใช้เพื่อแก้ไขปัญหา)แยกแยะปัญหาและเผชิญกับมัน การให้คำปรึกษาและการเชื่อมบ้านจึงไม่ได้อยู่บนพื้นฐานความรู้แบบวาทกรรมการแพทย์กระแสหลัก แต่กลับถูกตอกย้ำด้วยความหลากหลายที่ปัจเจกบุคคลหรือผู้ได้รับความทุกข์ทรมานตอบสนอง ตอบโต้ต่อความทุกข์ของตนเอง ด้วยเหตุนี้ สมาชิกใหม่จึงได้รับข้อมูลและความรู้ที่แตกต่าง และไม่มีความรู้หรือข้อมูลจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งที่มีอำนาจในการทำให้สมาชิกใหม่เข้าใจปัญหาเอ็ดส์ได้ กระบวนการนี้อาจจะเปรียบได้กับ กลุ่มผู้ดเค้(Alcoholic Anonymous-AA) ซึ่ง เลฟและเวเนอ (1991: 79-84) ได้กล่าวเกี่ยวกับ กลุ่มAA ว่าสมาชิกต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ 12 ขั้นตอน ซึ่งกฎเกณฑ์นี้จะเข้ามากำกับเพื่อให้หยุดการดื่มเหล้า ในทางกลับกัน การให้คำปรึกษาและการเชื่อมบ้านในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ไม่ได้มีเจตนาที่จะสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างใดโครงสร้างหนึ่งเพื่อเป็นคำสอนให้ผู้มาใหม่ปฏิบัติตาม แต่เป็นเพียงการพยายามสร้างเงื่อนไข และ โอกาสของการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การยกระดับการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ขณะเดียวกัน พยายามนำเสนอทางเลือกใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสังคม ซึ่งผู้ติดตามเชื่อว่าใหม่ต้องเผชิญ

ปฏิบัติการการดูแลสุขภาพตนเอง: การเลือกและปรับใช้การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับตนเอง การฝึกสมาธิ

ในพ.ศ.2538 ประสิทธิ์แก่นนำโครงการฟ้าสีขาวได้หันมาสนใจฝึกสมาธิหมุนทั่วคอดยเก็งอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามแนวทางพระอาจารย์รัตน์ รัตนานูโนใช้เพื่อสำหรับรักษาความเจ็บป่วย และท่านได้เริ่มใช้สมาธิหมุนบำบัดความเจ็บป่วยให้แก่ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์(จิราลักษณ์ 2538, 2540) สมาธิหมุนมีความคล้ายคลึงกับการฝึกสมาธิทั่วไป ซึ่งช่วยทำให้จิตใจสงบและเข้มแข็ง แต่มีความแตกต่างกันคือ ผู้ฝึกปฏิบัติสมาธิหมุนจะมีการโยกหรือหมุนตัวขณะนั่งปฏิบัติด้วย ผู้ฝึกปฏิบัติไม่ได้นั่งสงบนิ่งเหมือนการปฏิบัติสมาธิ ตามคำอธิบายของพระอาจารย์รัตน์ การโยกหรือหมุนตัวเป็นการช่วยขับเอาสารพิษ สิ่งผิดปกติออกจากร่างกาย เป็นการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายวิธีหนึ่ง¹³ ประสิทธิ์ได้นำสมาธิหมุนไปเป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการฟ้าสีขาวและยังได้จัดการฝึกอบรมให้แก่สมาชิกของโครงการฯที่ป่าเมี่ยง อำเภอคอดยสะเก็ด ตั้งแต่พ.ศ.2538 และต่อมาในพ.ศ.2539 เขาได้หันมาสนใจการสะกดจิตจากโรงเรียนราชาโยคะ ต.ช่วงสิงห์ อ.เมือง

¹³ พระอาจารย์รัตน์ กล่าวถึงจุดที่ต้องขับเอาสารพิษออกจากร่างกายว่ามี 2 จุด คือ จุดที่อยู่รอบ ๆ สะดือ เป็นส่วนที่รวบรวมเอาสารพิษจากสิ่งแวดล้อม หากจุดที่สะดือถูกปิดกั้นด้วยสารพิษเหล่านี้ จะทำให้ผู้นั้นมีอาการง่วงซึมอ่อนแอ และไม่ค่อยอยากอาหาร การคลายจุดนี้ทำได้โดยการนับ 1, 2, 3,... ขณะปฏิบัติสมาธิซึ่งเป็นการโยกตัวไปหน้า-หลัง ด้วยผลของการปฏิบัตินี้จะทำให้เนื้อเยื่อที่ตายถูกขับออกมา หลังจากนั้นประมาณ 2-3 ชั่วโมงจะทำให้ผู้ฝึกปฏิบัติสมาธิรู้สึกหิวข้าว และอยากอาหาร (ประสิทธิ์(นามแฝง) 2541)

จังหวัดเชียงใหม่ และเขาใช้สิ่งเหล่านี้เพื่อการรักษา การแสวงหาการรักษาในรูปแบบใหม่ ๆ ของ
ประสิทธิ์เช่น สมาธิหมูน การสะกดจิต นั้น เขาต้องการใช้วิธีการเหล่านี้เพื่อควบคุมสถานะด้าน
จิตใจ และเขาเชื่อว่าจะช่วยเพิ่มพลังในการขับไล่สารพิษและสิ่งตกค้างที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย
ออกไป

สมาชิกของโครงการฟ้าสีขาว ได้ฝึกปฏิบัติสมาธิหมูนเช่นเดียวกัน และต่อมาได้ผสมผสาน
การสะกดจิตเข้าไปในการดูแลสุขภาพด้วย หนึ่งในสัปดาห์ภายหลังการอบรมสมาธิหมูนร่วมกับการ
ปฏิบัติดี้อีสต้า สมาชิกเกือบทั้งหมดต่างมีประสบการณ์การทำให้จิตใจเข้มแข็ง และมีอิสระ
ปราศจากความกลัว วิดกกังวลเกี่ยวกับความตาย ผลที่ได้นี้ได้นำไปสู่การลดความตึงเครียด ความไม่
เข้าใจของครอบครัวผู้ติดเชื้อ ในระหว่างการฝึกปฏิบัติสมาธิหมูน พระสงฆ์ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับ
ความตาย ว่าความตายที่ดีจะนำเราไปสู่สุคติ ไปเกิดในโลกหรือภพชาติที่ดี สภาพจิตที่ผ่านการ
ปฏิบัติสมาธิจะเป็นจิตที่เตรียมพร้อมอย่างดีที่สุดสำหรับการลาจากโลกหรือการไปสู่ความตาย ด้วยเหตุนี้
ประสิทธิ์และสมาชิกฟ้าสีขาวคนอื่น ๆ ที่ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย โดยมุ่งหวังว่าให้พวกเขา
ทั้งหลายตายโดยปราศจากความกลัว โรงพยาบาลหลายแห่งยินดีต้อนรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มี
ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติสมาธิหมูนเพราะพวกเขาสามารถประคับประคองจิตใจให้มั่นคงให้เป็น
ภูมิคุ้มกันต่อความกดดันต่าง ๆ ที่ได้รับเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากโรคเอดส์ และในที่สุดบาง
คนสามารถเผชิญกับความตายด้วยจิตใจที่มั่นคง

หล้าเป็นอีกกรณีหนึ่งที่ฝึกปฏิบัติสมาธิทั่วไปที่มีใช้สมาธิหมูน เธอให้เหตุผลว่าเพื่อนำไปสู่
การยอมรับธรรมชาติที่แท้จริงของมนุษย์ หลังจากการปฏิบัติสมาธิแล้ว เธอสามารถเผชิญหน้ากับ
ความตายเนื่องมาจากเอดส์โดยปราศจากความกลัว หล้าฝึกสมาธิทุกวันวันละ 30 นาที ณ สุสานเผาศพ(ป่าช้าหรือป่าเหวในภาคเหนือ)ในหมู่บ้านของเธอ เธอคิดว่าสุสานเผาศพเป็นสถานที่เหมาะสม
ที่สุดสำหรับการฝึกสมาธิ เพราะทำให้เธอสามารถเพ่งพิจารณาธรรมชาติของความตายและตระหนัก
ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ต้องสูญสลายไปในการเผาศพ เธอไม่ได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติด้าน
สมาธิจากพระสงฆ์ แต่เธอเรียนรู้ด้วยตัวเธอเองจากหนังสือ¹⁴ ก่อนที่เธอจะรับเชื้อเอชไอวีจากสามี
เธอได้รับการฝึกปฏิบัติเพื่อเข้าสู่นิพพาน แต่เมื่อตรวจพบเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายเธอ เป้าหมาย
ในการฝึกสมาธิได้เปลี่ยนไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี เข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและทำให้เธอ
สามารถมีชีวิตร่วมกับเชื้อไวรัสเอชไอวีได้อย่างสบายใจ

¹⁴ เธอได้ฝึกอบรมเกี่ยวกับวิปัสสนา จากวัดไร่เปิง แต่เธอรู้สึกว่ามันไม่เหมาะกับเธอ เนื่องจากทำให้เธอปวดบริเวณ
หน้าอก

หมอยาสมุนไพร

แม้ว่า ในช่วงพ.ศ.2536-2538 การใช้น้ำยาต้มสมุนไพรจะได้รับการนิยอย่างกว้างขวางในชมรมอยู่กับธรรมชาติ และศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ แต่การใช้สมุนไพรไม่ได้เป็นที่นิยมมากนักในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เช่น โครงการฟ้าสีขาวยกกลับให้ความสนใจการฝึกปฏิบัติสมาธิหมุนมากกว่าการใช้สมุนไพรที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากพระอาจารย์รัตน์ไม่อนุญาตให้ใช้การแพทย์พื้นบ้านรักษาร่วมด้วย และประสิทธิ์ (ในช่วงนั้นคือ พ.ศ.2538) ซึ่งเป็นแกนนำของกลุ่ม ได้รับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์โรงพยาบาลแมคคอร์มิค อย่างไรก็ตาม ในพ.ศ.2539 ประสิทธิ์ได้หันมาให้ความสนใจการใช้สมุนไพรรักษาอาการป่วยที่สัมพันธ์กับเอดส์ ซึ่งสมุนไพรเหล่านี้โครงการฟ้าสีขาวได้ปลูกไว้ในสวนของโครงการฯ นับจากนั้นเป็นต้นมา กลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมากรวมทั้งโครงการฟ้าสีขาวได้ใช้สมุนไพรกันอย่างกว้างขวางประกอบกับมีการส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้านหลายพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่(ดู สถาบันวิจัยสังคม 2537)

ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยหล้า เริ่มใช้สมุนไพรในช่วงเวลาเดียวกันนี้ เนื่องจากทั้งตัวเธอเองและสมาชิกคนอื่น ๆ เริ่มตระหนักถึงอาการแทรกซ้อน และผลข้างเคียงเช่น การดื้อยา จากการใช้ยาแผนปัจจุบัน เธอเชื่อว่า สมุนไพรสามารถลดสารเคมีหรือสารพิษที่สะสมในร่างกายและไม่ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบันที่เธอได้รับประสบการณ์มา อย่างไรก็ดี มิได้หมายความว่า เธอปฏิเสธยาแผนปัจจุบันทั้งหมด เธอยังคงยืนยันว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับยาฆ่าเชื้อรา และยารักษาวัณโรค แต่ยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพมากกว่าในการรักษาอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์ นอกจากนี้เธอยังตระหนักถึงความแตกต่างของปริมาณยาสมุนไพรที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แต่ละคนควรได้รับในแต่ละวัน เธอให้เหตุผลในการพิจารณาว่า ร่างกายคนเราประกอบด้วยธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ แต่ละคนจะมีธาตุเหล่านี้แตกต่างกัน และความเจ็บป่วยเป็นผลจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย ดังนั้นการรักษาคือการปรับสมดุลด้วยการกินยาสมุนไพร ซึ่งมีปริมาณแตกต่างกันในแต่ละคน เธอจึงไม่ได้แนะนำให้ทุกคนกินยาสมุนไพรเหมือนกันหมด และกินยาปริมาณเท่ากันทั้งหมด ซึ่งไม่เพียงแต่การกินยาสมุนไพรเท่านั้น การดูแลสุขภาพอื่น ๆ เช่น การกินอาหาร การฝึกสมาธิ ควรปฏิบัติตามสภาวะและเงื่อนไขด้านสุขภาพของแต่ละคน หล้าจึงมิได้แนะนำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์คนใดต้องปฏิบัติตามวิธีการดูแลสุขภาพของเธอ เธอมีหน้าที่เพียงให้คำแนะนำและข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเท่านั้น(หล้า 2542; กพอ-เอดส์ 2542ก)

สมุนไพรที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นิยมรับประทานคือ มะระจีนก(Monordica charantia Linn., สำหรับกระตุ้นให้อยากอาหาร) ฟ้าทะลายโจร(Andrographis paniculata [Burm.f.] Nees., สำหรับอาการมีไข้และไอ) เสลดพังพอนตัวเมีย (Clinacanthus nutans[Burm.f.] Lindau., สำหรับอาการเชื้อราในปาก) ใบหมากก้วย(ใบฝรั่ง ในภาษาไทยกลาง, Psidium guajava Linn., สำหรับรักษาอาการท้องร่วง) ใบทับทิม(Punica granatum Linn.) และกล้วยน้ำว้าดิบ (Musa ABB group [triploid] CV., สำหรับรักษาอาการอักเสบในช่องปาก) สมุนไพรเหล่านี้

เป็นที่นิยมอย่างมากในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับวิธีการใช้นั้น บางอย่างก็กินได้ทันที บางอย่างต้องนำมาต้มขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยและอาการของโรค ผู้ติดเชื้อจำนวนมากมักได้รับคำแนะนำให้นำสมุนไพรไปปรุงหรือต้มเองที่บ้าน เพื่อครอบครัวจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย ตามประเพณีนิยมการผลิตและการใช้สมุนไพรในภาคเหนือของประเทศไทย มักมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านประสิทธิภาพของยาที่มาจากครู หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ เช่นกรณีหล้า ซึ่งมักกล่าวถึงบ่อย ๆ เกี่ยวกับความเชื่อ ซึ่งมีความหมายถึงความเชื่อในยาและอำนาจของมัน เธอเชื่อว่า ไม่ว่าจะเป็ดยาแผนปัจจุบันหรือยาสมุนไพร มีอำนาจอยู่ในยาเหล่านั้นเสมอ หรือที่เธอกล่าวว่า “ศรัทธาในยา” หากปราศจากความเชื่อในอำนาจของยาแล้ว ยาตัวนั้นจะไม่มีผลต่อการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเชื่อและศรัทธาจึงเป็นความคิดที่เป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการรักษาของผู้ที่ได้รับความทุกข์จากเชื้อเอชไอวี

‘การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม(Holistic health care)’

กิจกรรมหลักของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ โครงการฟ้าสีขาวยและกลุ่มผู้ติดเชื้ออื่น ๆ ได้หันมาให้ความสนใจกับการดูแลสุขภาพในมิติ “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” หลังจากผ่านประสบการณ์การทดลอง เรียนรู้ ผิดถูกในการผสมผสานวิธีการดูแลสุขภาพต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เช่น การใช้ยาและรักษาตามแบบแผนแพทย์แผนปัจจุบัน การใช้ยาสมุนไพร การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติสมาธิและการใช้พิธีกรรมต่าง ๆ กลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤติของโรคและใช้วิธีการดังกล่าวจนสามารถทำให้ระดับCD4สูงขึ้น ในกรณีโครงการฟ้าสีขาว การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อยู่บนพื้นฐานประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคนกับที่แสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง และนำมาผสมผสานร่วมกันจนกระทั่งเป็นวิธีการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ ๆ การปฏิบัติของโครงการฟ้าสีขาว อาจกล่าวได้ว่าเป็นเทคโนโลยีของตัวตน(technology of the self)ที่ผู้ติดเชื้อใช้เพื่อเผชิญกับปัญหาเอดส์นั้นได้ปกคลุม ในด้านหนึ่งแล้ว การฝึกปฏิบัติจิตใจให้แข็งแกร่งทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถดิ้นรนต่อสู้กับโรค และการใช้สมุนไพรอย่างแพร่หลายร่วมกับการฝึกอบรมการปลูกสมุนไพรที่บ้านของสมาชิกแต่ละคน เท่า ๆ กับการใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน ในอีกด้านหนึ่ง ภายใต้กฎเกณฑ์ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โครงการฟ้าสีขาวยและกลุ่มผู้ติดเชื้ออื่น ๆ ซึ่งกำลังมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเปิดรับแหล่งความรู้ และปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ตนเองสามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ไม่ได้ปฏิเสธความรู้และปฏิบัติการของการแพทย์แผนปัจจุบันเลย¹⁵

¹⁵ ประเวศ วะสี และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เช่น มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน ภาคเหนือ ได้กล่าวอ้างถึงความจำเป็นของวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

“การแพทย์แบบองค์รวม” หรือ “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” เป็นคำเรียกทั่วไป ซึ่งมีความครอบคลุมไปถึงการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่น ผังเข็ม, กดจุด(Shiatsu ในญี่ปุ่น), ไคโรแพคทีสซ์Chiropractice, โด-อิน(Do-in ในญี่ปุ่น), โยคะ การฝึกสมาธิตามแนวพุทธ herbal homeopathy, ไซยศาสตร์(shamanism), การเข้าทรง, การใช้สมุนไพร และอื่น ๆ การแพทย์ทางเลือกขยายตัวในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และญี่ปุ่นตั้งแต่ทศวรรษที่1970 โดยมีจุดเริ่มต้นการก่อตัวของการแพทย์นอกระบบ และรวมไปถึงการแพทย์แผนปัจจุบันเองซึ่งวิพากษ์ระบบของตนเอง ที่ให้ความสำคัญกับกลไกการทำงานของร่างกายมากเกินไปจนกระทั่งไม่คำนึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย หรืออาจกล่าวอีกอย่างหนึ่ง เป็นการวิพากษ์วาทกรรมทางการแพทย์กระแสหลัก ซึ่งมีที่มาจากการแพทย์ชีวภาพที่อยู่บนฐานคิดแบบชีววิทยาล้วน ๆ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเติบโตมาพร้อมกับกระแสการบริโภคนิยม และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายเนื่องจากปฏิบัติการและวาทกรรมของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้การรวบรวมเอาทั้งจิตวิญญาณ การรักษาแบบการแพทย์ชีวภาพ และรวมไปถึงการพยายามนำเอาทรัพยากรที่เหมาะสมกับสถานะทางสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล

จุดเริ่มของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นปรากฏการณ์ใหม่สำหรับประเทศไทย วาทกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมก่อตัวขึ้นตั้งแต่ทศวรรษ1990 จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยที่เรียนรู้จากตำราและความรู้ของหมอพื้นบ้าน ในกระทรวงสาธารณสุข โดยแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย ได้เริ่มกล่าวถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม(เพ็ญภา 2537, 2542) ซึ่งในความหมายของเพ็ญภาและผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ แล้ว การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมไม่ได้หมายถึงเฉพาะการนำเอาวิธีการดูแลสุขภาพต่าง ๆ มาใช้ร่วมกัน แต่หมายถึงการผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวระหว่างวิธีการรักษากับแบบแผนการดำเนินชีวิต แนวคิดพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงหมายถึง ชีวิตถูกสร้างและดำรงอยู่ได้ด้วยชั้นห้า คือ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส นอกจากนี้ การรักษาสถานะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของมนุษย์ จำเป็นต้องให้อาหารแก่ธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม และไฟ การรักษาให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์และการเยียวยาตนเองต้องแสวงหาหนทางในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ

วาทกรรมดังกล่าวนี้ได้ผสมผสานในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ทนทุกข์ทรมานจากเอดส์ อย่างไรก็ตาม มันยังคงเป็นความรู้ที่ได้รับความสนใจจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้จำนวนน้อย มันยังเป็นเพียงความรู้ที่ได้รับการรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่ ซึ่งถูกกำจัดออกจากพื้นที่การดูแลสุขภาพของประชาชนมาเป็นระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยเหตุนี้ เมื่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ด้วยแนวคิดของพวกเขาเองจึงเป็นความน่าสนใจอย่างยิ่ง หากจะว่าไปแล้ว การนำแนวคิดและปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ในผู้ป่วย ผู้ที่ได้รับ ความทุกข์ทรมานจากเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในระดับนโยบายและระดับ

ปฏิบัตินั้น ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการค้นพบแนวทางทางเลือกการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ทุกข
ทรมานจากปัญหาเอดส์ด้วย

อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของครัวเรือนระหว่าง
บุคลากรด้านสาธารณสุขและกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับกระทรวงสาธารณสุข การ
ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังคงเน้นความรู้
เชิงสถาบันและเพื่อเป็นการถ่วงดุลกับนโยบายการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการแพร่
เชื้อเอดส์ กระแสความสนใจด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุขยังเป็น
กระแสที่เกิดขึ้นพร้อมกับการตื่นตัวและความพยายามรื้อฟื้นการแพทย์พื้นบ้านขององค์กรพัฒนา
เอกชนและสถาบันทางวิชาการในภาคเหนือของประเทศไทยด้วย ร่วมกับการเติบโตของธุรกิจ
อุตสาหกรรมยาสมุนไพรที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัจจุบันนี้ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
แบบองค์รวมถูกผลิตและกระจายโดยบริษัทธุรกิจเอกชนมากกว่าหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษายู่ใน
หมู่บ้าน

ภายใต้วาทกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องและมี
ความหมายที่กว้างขวางเช่นนี้ การนำสุขภาพของครัวรวมมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและ
ผู้ป่วยเอดส์นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรอบคอบและคำนึงถึงเงื่อนไขของแต่ละบุคคล
สำหรับพวกเขาแล้ว การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมิได้หมายถึงการยอมรับแนวคิดการดูแลสุขภาพ
แบบองค์รวมจากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นการยินยอมให้วาทกรรมของสถาบันการค้าหรือ
สถาบันการแพทย์ทางเลือกเข้ามาครอบงำความคิดของพวกเขา แต่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
ของผู้ได้รับความทุกข์ทรมานจากเอดส์ควรเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เลือกรับ ปรับ ใช้วิธีการดูแล
สุขภาพที่มาจากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคนที่ต้องเผชิญกับปัญหาเอดส์ ด้วยเหตุนี้ แม้ว่า คำ
ว่า “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” จะมีอยู่ในสังคมไทยอย่างมากมานั้น แต่สำหรับผู้ติดเชื้อและ
ผู้ป่วยเอดส์แล้ว การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นความรู้และปฏิบัติการที่สร้างขึ้นใหม่โดยพวก
เขาเอง

การปกครองตนเองและอัตลักษณ์ที่หลากหลาย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะตนเอง(the mastery of the self)

การบริโภคสินค้าไม่ใช่เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แพร่หลายในสังคมไทยขณะนี้เท่านั้น
แต่สิ่งที่ยึดโยงอย่างยิ่งในขณะนี้คือ การบริโภคการดูแลสุขภาพในชนชั้นกลาง สังเกตได้จาก
ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นการแพทย์ทางเลือก การบริการ
รักษา และสินค้าอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งหมดเป็นการตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคล ที่
ต้องการจะควบคุม และพึ่งพิงตนเอง ในสภาพแวดล้อมและสังคมในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
สิ่งที่ถูกถามหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพปรากฏในทุกหนทุกแห่งในทุก ๆ ช่วงชีวิต และใน

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ไม่เพียงแต่เราจะเสี่ยงต่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเท่านั้น แต่รวมไปถึงอากาศเสีย น้ำเสียและขยะมูลฝอย ความเสี่ยงด้านสุขภาพได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่บุคคลจะมีความสามารถ ด้านทานได้ด้วยตนเองหรือไม่ นั่น เช่น สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยมลภาวะเป็นพิษ ได้ทำให้ปัจเจกบุคคลต้องหันมาดูแลและควบคุมสุขภาพตนเองเพื่อที่จะเผชิญกับความเสี่ยงให้น้อยที่สุด เช่นเดียวกับที่ M.Greco ได้ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของกาย-จิตที่มีผลให้ปัจเจกบุคคลมีความ ระมัดระวังการดำเนินชีวิตหรือที่เรียกว่า “ความเชี่ยวชาญเฉพาะของตนเอง”(Greco 1993: 361)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะของตนเองได้แผ่ขยายไปอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนชั้น กลางในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีความเสี่ยง ซึ่งมีความเคลือบแคลงสงสัยการแพทย์แผนปัจจุบันที่มี อำนาจและครอบงำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้นในปัจเจกบุคคล¹⁶ กระบวนการ เคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่การควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองเช่นนี้ก็เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอ็ดส์ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ เป็นกระบวนการที่นำพวกเขาไปสู่ “การเกิดใหม่” ขณะที่คนทั่วไปในปัจจุบันนี้เลือกใช้บริการและ บริโภคสุขภาพมิใช่เนื่องจากความเจ็บป่วย แต่เนื่องจากพวกเขาตระหนักถึงความเสี่ยงที่เผชิญใน ชีวิตประจำวัน แต่สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์การบริโภคการบริการด้านสุขภาพมีความแตกต่าง จากคนทั่วไป คือ เพื่อที่จะเปลี่ยนผ่านตัวตนของตนเอง เนื่องจากพวกเขาต้องเผชิญกับการรังเกียจ การกีดกัน การแบ่งระหว่างความเป็นผู้ติดเชื้อกับความเป็นคนปกติ หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ การ เป็นคนอื่น สำเร็จ จากศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ได้กล่าวถึงความจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อ

ท่านต้องหันมาดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์นั้นเปรียบเหมือนกับแก้วหรือผ้าสีขาว ซึ่ง เก็บไว้ในที่ใสสะอาด วันหนึ่ง เมื่อผ้าเปื้อนดินอย่างทันทีทันใด ก็เหมือนร่างกายเราต้อง เผชิญกับปัญหาโดยที่เราไม่ได้คาดคิดมาก่อน(สำเร็จ(นามแฝง) 2541)

สำหรับผู้ทุกข์ทรมานจากการได้รับเชื้อเอชไอวี หรือจากการเป็นผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เป็นสมาชิก กลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเองนั้น พวกเขาไม่ได้หยุดปฏิบัติการเลือกรับ ปรับใช้ วิธีการดูแลสุขภาพ โดยการสร้างกฎเกณฑ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่นในกรณีนี้ สำเร็จได้เปลี่ยนตนเองมาสู่การเป็น ethical subject ดังที่ฟูโกต์กล่าวไว้ นอกจากนี้ การปกครองตนเองตามความหมายของสำนักฟูโกต์ เป็นการรับและพัฒนาปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองโดยผ่านการแบ่งปันประสบการณ์ และ ความร่วมมือในกลุ่มมากกว่าการคำนึงถึงหลักหรือกฎเกณฑ์ทางจริยธรรม(moral codes)ที่คอย

¹⁶ กระบวนการเคลื่อนไหวแบบใหม่ ๆ ที่ต่อต้านการครอบงำความรู้ของผู้เชี่ยวชาญนั้นมีรากฐานจาก ประสบการณ์และปฏิบัติการ(experiential knowledge and practices)ในโลก-ชีวิต(life-world)ท่ามกลางพลเมืองยุโรปซึ่งถูกก่อรูปขึ้นมาจนกลายเป็นกระบวนการต่อรองดังที่ Habermas กล่าวไว้ (1981, 1987)

กำกับกับการรักษาดูแล ดังที่เราได้เห็นมาแล้ว ปฏิบัติการการปกครองตนเอง ซึ่งเรียกว่า “การดูแล สุขภาพแบบองค์รวม” จึงไม่ได้มาจากวิธีการใดวิธีการหนึ่งตามที่รัฐหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แนะนำ แต่พวกเขาแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตามวิถีทางของตนเองโดยการปรับแต่งวิธีการดูแลที่ หลากหลายจนกระทั่งรวมกันเป็น “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” ดังที่ฟูโกต์ได้กล่าวถึงปฏิบัติการ ดังกล่าวว่า “การปฏิบัติในรูปแบบนี้ อันเป็นสิ่งที่คนใดคนหนึ่งค้นพบในวัฒนธรรมของเขานั้นมา จากรับคำแนะนำ การเสนอแนะ และแทรกซึมที่มาจากวัฒนธรรม สังคม และกลุ่มของพวกเขา” (Foucault 1997: 291)

การปกครองตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นการตรวจสอบที่ยังลึกทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องในวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน ดังเช่นที่สำเร็จกล่าวว่า

“เสาคิดว่าเสาคือนักวิจัยเพราะเสาวิจัยมาตลอด ยังมีที่สรุปวิเคราะห์ต่อตนเอง” (สำเร็จ 2541)

คำกล่าวข้างต้นนี้อาจกล่าวได้ว่ามีความหมายใกล้เคียงกับที่แอนโทนี กิดเด็นส์ (Anthony Giddens) (1991: 75-81, 1992: 30-32)¹⁷ กล่าวถึง โครงการที่มีลักษณะสะท้อนกลับ ที่ตัวตนที่มี อิสระและเหตุผลนิยมได้เข้ามาควบคุมกำกับร่างกายที่เป็นวัตถุ (object) อยู่ตลอด ที่เรียกว่า the modern ‘reflexive project’ อย่างไรก็ดีตาม แม้ว่า การควบคุมกำกับนี้จะกระทำไปโดยตรงและ ผสมผสานกลมกลืนทั้งร่างกายและจิตใจ เราก็จะพบว่ามีการต่อรอง การต่อต้านต่อวาทกรรมที่ ครอบงำ ตามหนทางนี้ทำให้เกิดตัวตนที่เรียกว่า an ethical subject ดังเช่นที่Foucault กล่าวไว้ “ณ ตรงนี้ เป็นการเน้นย้ำอยู่บนรูปแบบความสัมพันธ์กับตนเอง ที่อยู่บนวิธีการและเทคนิค ซึ่งพวก เขาสร้างสรรค์ขึ้นมา บนกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อตนเองเสมือนหนึ่งเป็นวัตถุ และบนปฏิบัติการซึ่ง สามารถทำให้เขาเปลี่ยนวิถีการดำรงอยู่ของตนเอง” (Foucault 1987: 30)

กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญจนถึงเสมอคือ การใส่ใจทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการพินิจ พิเคราะห์เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่ได้ปฏิบัติต่อเขาว่ามีผลต่อ อาการและร่างกายของเขาอย่างไร เมื่อไหร่ก็ตามที่เขาสังเกตว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและได้รับยา จากแพทย์ เขาพยายามเรียนรู้ว่า ยาเหล่านั้นคืออะไร และมีวิธีการรักษาอาการเหล่านั้นอย่างไร เมื่อไหร่จึงควรให้ยาประเภทนี้ และเขาเองยังบันทึกความเจ็บป่วย การรักษา และผลการรักษาที่ ได้รับจากแพทย์ด้วย ขณะเดียวกัน เขาพยายามศึกษาหาความรู้ด้านยาสมุนไพรเพื่อนำมารักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เหล่านี้เป็นการตรวจสอบตนเอง(การสะท้อนกลับ)ของสำเร็จที่กระทำต่อ

¹⁷ subjectในชุดทันทสมัยตามความหมายของกิดเด็นส์ อยู่บนพื้นฐานจิตวิทยาที่เน้นความเป็นตนเองของ subject(ego psychology) และการสะท้อนกลับ(reflexivity) โดยมีทัศนะต่อความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวตน วิทยาศาสตร์ และสังคม ไม่คำนึงถึงธรรมชาติของตัวตน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อำนาจสามารถครอบงำได้(ดู Lash and Urry 1994; Petersen 1997)

ตนเองทั้งร่างกายและจิตใจที่เขาได้บันทึกไว้ และยังเป็นการเปรียบเทียบผลการรักษา วิธีการรักษาที่เขาได้รับการแพทย์สมัยใหม่ด้วย

การบันทึกกระบวนการรักษาไม่ใช่เป็นการเขียนนิยาย แต่เราจะพบการเขียนหรือบันทึกเรื่องราวคล้ายคลึงกันนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมะเร็ง ความน่าสนใจของการเขียนบันทึกไม่ใช่เป็นเพียงการบันทึกความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการป้องกันความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เป็นไปเพื่อการประกอบสร้างตัวตนที่มีความสอดคล้องหรือใส่ใจกับร่างกายและจิตใจ(ดู Foucault 1987: 108) การเขียนบันทึกของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ได้เอื้อประโยชน์ไปสู่การสร้างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ได้เรียกร้องให้สมาชิกบันทึกการตรวจสอบตนเองในกระบวนการรักษาในรูปแบบของการบันทึกไดอารี่ ศูนย์ฯมีความตั้งใจที่จะนำบันทึกเหล่านี้มาปรับปรุง ตรวจสอบเพื่อจัดพิมพ์เป็นหนังสือไว้สำหรับให้สมาชิกใหม่ได้เรียนรู้ประสบการณ์และวิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกเก่า หนังสือนั้นจะรวมรูปแบบอันหลากหลายของการรักษา ปฏิบัติการดูแลสุขภาพ และอาหาร เพื่อเป็นการถ่ายทอดศิลปะการดำเนินชีวิต และกล่าวโดยสรุปได้ว่า ‘เป็นการเรียนรู้อดีตเพื่อไปสู่นาคต’ และ ‘กินอาหารให้เป็นยา’¹⁸

ตัวตนที่ต่อรอง (Negotiating Subject)

ชุมชนปฏิบัติในความหมายของเลฟและเวนเจอนั้น สมาชิกของชุมชนจะมีการพัฒนาอัตลักษณ์อย่างต่อเนื่องพร้อมกับการเรียนรู้ ดังได้กล่าวมาแล้วว่า อัตลักษณ์ในกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้น การมีสำนึกของอัตลักษณ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับสมาชิกแต่ละคน เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินชีวิต สมาชิกแต่ละคนต่างมีความสนใจ แรงจูงใจ และทัศนคติที่แตกต่างกัน และเมื่อมารวมกันเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่างช่วยกันระดมความรู้ ปฏิบัติการ ที่เป็นประโยชน์และนำไปสู่การอยู่รอดโดยตัวของพวกเขเอง และในทางกลับกันความรู้เหล่านี้ได้ช่วยให้สมาชิกอื่น ๆ ทั้งใหม่และเก่าได้เรียนรู้การมีชีวิตร่วมกับเอดส์ วิธีการนี้นั่นคือ ปึงเจกบุคคลแต่ละคนได้แลกเปลี่ยน และพัฒนาศักยภาพร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เหล่านี้เป็นการขยายประสิทธิภาพและคุณภาพของความรู้ร่วมกัน

กิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังเป็นการช่วยส่งเสริมสถานะทางด้านสังคมและการเมืองให้แก่พวกเขาด้วย และยังนำไปสู่การแบ่งปันกับกลุ่มอื่น ๆ กลุ่มผู้ติดเชื้อยังคงไม่หยุดยั้งในการหาความรู้และข้อมูลด้านการแพทย์และการดูแลสุขภาพวิธีการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ที่มาจากที่ไหนก็ตาม สมาชิกของกลุ่มกระตือรือร้นแสวงหาพันธมิตรกับบุคคลต่าง ๆ ภายนอกกลุ่มมากกว่าการยอมรับการดูแลและเอาใจใส่จากกลุ่มหรือชุมชนอย่างเดียว อัตลักษณ์ที่

¹⁸ เพื่อที่จะเข้าใจข้อความนี้ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้สนับสนุนให้สมาชิกปลูกผักปลอดสารไว้บริโภคและจำหน่าย

ดำรงในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จึงไม่ยึดติดเพียงอัตลักษณ์ที่สร้างขึ้นมาเองและความรู้สึกผูกพันในกลุ่มหรือชุมชน ซึ่งเลฟและเวนเงอได้นำมาอธิบายการฝึกหัดในสังคมสมัยใหม่ เช่น ในกลุ่มผู้ดื่มน้ำเมา(Alcoholics Anonymous) (1991: 111) สำหรับกลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเองด้านเอดส์ แนวคิดการแบ่งแยก“อัตลักษณ์”ผู้ติดเชื้อออกจากผู้อื่นด้วยการเป็นสมาชิกของกลุ่มนั้นไม่ใช่เป้าหมาย แต่อัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อมีการเปิดกว้างอย่างไร้ขอบเขต เช่น ไดแยง ฮอดเจส(Diane Hodges) ผู้ซึ่งศึกษาการฝึกหัดครูได้ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมใน “ชุมชนปฏิบัติ” เป็นการสนับสนุนและสร้างอัตลักษณ์ที่หลากหลาย(1998: 289)

ในกรณีของผู้ได้รับทุกข์ทรมานจากเอดส์ อัตลักษณ์ของพวกเขามีความหลากหลายและอยู่ในกระบวนการประกอบสร้างขึ้นใหม่ตลอดเวลา ซึ่งแตกต่างจากอัตลักษณ์ของผู้ที่อยู่ในชุมชนปฏิบัติ ที่มีการพัฒนาที่ละขั้นทีละขั้นจากเส้นขอบมาสู่ศูนย์กลางจนกลายเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ หรือที่เรียกว่า legitimate peripheral participation(Lave and Wenger 1991: 115) ในบริบทที่กว้างขวางออกไป อัตลักษณ์ที่หลากหลายนี้สามารถพิจารณาได้ภายใต้ทฤษฎีsubjectในยุคทันสมัย(modern subject)ของสำนักนิคเซ่ และฟูโกต์(Laclau and Mouffe 1985: 191; Butler 1993; Schrift 1995; Tanabe and Keyes 2002)¹⁹ สำหรับฟูโกต์ แนวคิดsubjectมี 2 รูปแบบคือsubjectที่มีอิสรภาพ และสร้างตัวตนขึ้นอย่างกระตือรือร้น ในอีกด้านหนึ่ง เป็นตัวตนที่ถูกสร้างขึ้นจากกฎเกณฑ์ การควบคุม การสำรวจ และอำนาจการบังคับใช้กฎเกณฑ์(regulatory power) ของรัฐและสถาบันต่าง ๆ subjectทั้งสองรูปแบบนี้มีความสอดคล้องกับการกำเนิดของรัฐในยุคทันสมัย ซึ่งมีอำนาจครอบงำทั้งประชากรและปัจเจกบุคคล(Foucault 1982: 213-216) สิ่งที่ฟูโกต์เรียกว่า การปกครองชีวญาณ(governmentality) เป็นจุดประสานซึ่งเทคโนโลยีของตนเองได้ค้นร่นต่อสู้อย่างกระตือรือร้น รวมไปถึงการต่อต้าน และต่อรองกับการครอบงำของเทคโนโลยีที่เข้าไปควบคุมปัจเจกบุคคล(Foucault 1991; Hall 1996: 13-14)

สรุป

ตามกรอบคิดของฟูโกต์ ได้ทำให้เราเข้าใจการปกครองชีวญาณที่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในฐานะที่เป็น Negotiating Subjectโดยที่subjectนี้อยู่ระหว่างเทคโนโลยีของสาธารณสุขและเทคโนโลยีของพวกเขาเอง หรือการปกครองตนเอง เทคโนโลยีทั้งสองคือเทคโนโลยีที่ครอบงำ และเทคโนโลยีที่ตัวตนก่อรูปขึ้นมานั้นไม่ได้มาจากหรือถูกนิยามจากรัฐหรือสถาบันการแพทย์ แต่พบได้อย่างกว้างขวางในกิจกรรมต่าง ๆ ในทุกระดับของสถาบันทางสังคมที่ใช้กฎเกณฑ์ต่าง ๆ เช่นครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น กลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเอง โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อ เป็นต้น(ดู Lupton 1995: 9) ผู้ติดเชื้อเอดส์มักจะต้องเผชิญทั้งเทคโนโลยีการปกครองทั้งที่ทำงานและเทคโนโลยีของพวกเขาเอง ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ในกลุ่มช่วยเหลือ

¹⁹ “subject”ไม่ใช่สิ่งของ มันเป็นรูปแบบและรูปแบบนี้ไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบเดิม(Foucault 1997: 290)

ตนเอง ด้วยเหตุนี้การปกครองตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์จึงมีความเป็นไปได้ เนื่องจากอัตลักษณ์ของ
พวกเขาดำเนินอย่างต่อเนื่องและมีศักยภาพประกอบสร้างขึ้นมาใหม่โดยผ่านปฏิบัติการดูแลสุขภาพ
ตามรูปแบบของตนเอง ซึ่งถูกผลิตขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเทคโนโลยีของสาธารณสุข

บทที่ 3

กลุ่มการดูแลสุขภาพชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย

นโยบายด้านสาธารณสุขและการแพทย์นั้นได้เป็นพื้นที่อีกรูปแบบหนึ่งในการปกครองชีวญาณของรัฐในสังคมสมัยใหม่ ดังจะเห็นได้จากผลของการสาธารณสุขและการแพทย์ที่กระทบต่อจิตและร่างกายของปัจเจกชนทั้งในระดับชุมชน และพื้นที่(area) ในบทนี้ผู้เขียนจะศึกษาภายใต้วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทย ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นได้กลายเป็นobject ของการปกครองชีวญาณภายในนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของรัฐ และตรงกันข้ามนี้ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้แสวงหาทางออกอย่างอิสระตามวิถีของตนเองเพื่อต่อต้านอำนาจการปกครองชีวญาณด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไร ในบทนี้เริ่มต้นจากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทางสาธารณสุขและการแพทย์ ซึ่งเน้นการส่งเสริมแนวคิดสุขภาพแบบใหม่ในการสาธารณสุขและการแพทย์ ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 21 ซึ่งให้เห็นว่าการพัฒนาของการปกครองชีวญาณประเภทใหม่ ต่อจากนั้นผู้เขียนจะกล่าวถึงกระบวนการก่อตั้งเครือข่าย ซึ่งเริ่มต้นจากผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือ ตั้งแต่ตอนต้นทศวรรษ 1990 และการรวมตัวกันพื้นที่ทางสังคมที่เรียกกันว่า กลุ่มผู้ช่วยตนเอง(self-help group) โดยยกตัวอย่างกรณีศูนย์สุขภาพชุมชน(Community Care Center) เพื่อจะกล่าวถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่หล่อหลอมภายในชุมชนหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อที่นำไปสู่การดูแลรักษาสุขภาพระหว่างกันของปัจเจกชนในชุมชนนั้น และในตอนท้าย ผู้เขียนจะวิเคราะห์ให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น พยายามแสวงหาการมีชีวิตที่ดีและมีสุขภาพที่ดีโดยการใช้แนวคิดการปกครองจากข้างล่าง ที่มีพื้นฐานมาจากการเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่ใกล้ชิดภายในชุมชนกับพื้นที่สาธารณะซึ่งประกอบด้วยเครือข่าย

การปกครองชีวญาณเกี่ยวกับการสาธารณสุขและการแพทย์

ในประเทศไทย การสาธารณสุขและการแพทย์ได้เป็น object ของการปกครองรัฐ ประชาชาติแบบรวมศูนย์อำนาจในตอนต้นศตวรรษที่ 20 ในช่วงนั้นรัฐบาลได้จัดตั้งหน่วยงานที่เรียกว่า สุขาภิบาล เพื่อควบคุมการดูแลอนามัยของประชากรในเขตเมือง(Tej 1977: 258-261) ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง กิจกรรมด้านสาธารณสุขเริ่มมีการก่อตั้งเป็นการปกครองที่มีการรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง ไปสู่ระดับตำบล และหมู่บ้านที่ถูกควบคุมด้วยสถานอนามัยระดับตำบลที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน เครือข่ายที่สถานอนามัยได้มีบทบาทมากที่สุดคือ การดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่เริ่มต้นในพ.ศ.2521 อยู่ภายใต้ต้องการอนามัยโลก เพื่อเผยแพร่การดูแลสุขภาพโรคในระดับปฐมภูมิของการแพทย์สมัยใหม่ให้แพร่หลายทั่วทั้งประเทศ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา การปกครองชีวญาณได้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยผ่านเครือข่ายของระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข(Cohen 1989, 2006)

ระบบราชการแบบรวมศูนย์ของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในพ.ศ.2540 ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ระบบการปกครองท้องถิ่นภายใต้กระทรวงมหาดไทยได้กระจายไปสู่ท้องถิ่น โดยมีจัดตั้งองค์การบริหารราชการส่วนตำบล (อบต.) การปฏิรูปการปกครองในรูปแบบนี้ทำให้ท้องถิ่นสามารถกำหนดนโยบายและดำเนินงานในระดับหนึ่ง ขณะเดียวกัน มีความหมายว่า แต่ละตำบลได้ถูกสร้างขึ้นมาใหม่เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐศูนย์กลางโดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง ตำบลที่เกิดขึ้นมาใหม่ในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 นั้น แตกต่างจากชุมชนที่เป็น object ของการปกครองก่อนหน้านี้ รัฐศูนย์กลางยังมีความคาดหวังว่าตำบลเหล่านี้จะสามารถรับผิดชอบการปกครองในระดับท้องถิ่นได้ อาจกล่าวได้ว่าการปกครองชีวญาณประเภทใหม่นั้นได้เริ่มต้นโดยชุมชนที่อยู่ในเขตการปกครองระดับตำบลนั้น ประกอบด้วยsubjectที่มีความสามารถในการปกครองตนเอง โดยการปกครองตนเองนี้ก็ได้หมายความว่า จะเป็นอิสระจากรัฐบาลกลาง เพียงแต่ตำบลสามารถรับผิดชอบตนเอง โดยไม่ต้องมีคำสั่งจากรัฐบาลกลางแต่ก็ต้องไม่มีความขัดแย้งกับรัฐบาลกลาง

การระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีในปลายทศวรรษ 1980 นั้น ทำให้การแพทย์เชิงป้องกันและระบาดวิทยาถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ดังที่ได้มีนโยบายการป้องกันจำนวนมากเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมทางเพศ(การค้าทางเพศ) และแนะนำวิธีการป้องกันอย่างเข้มงวดเช่น การรณรงค์อย่างเข้มงวดเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีความสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ การระบาดทางเชื้อเอชไอวีนั้น ทำให้การแพทย์เชิงป้องกันได้แพร่หลายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว แต่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยมีพื้นฐานจากความรู้ด้านระบาดวิทยาแบบเก่า ขณะเดียวกันนโยบายสาธารณสุขและการแพทย์ของรัฐบาลไทยในศตวรรษที่ 21 นั้นเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงมีการแสวงหาเหตุผลนิยมทางการเมืองประเภทใหม่(new political rationality)ที่จะควบคุมชีวิตประชากรทั้งหมดให้แข็งแรง เหตุผลนิยมทางการเมืองประเภทใหม่เกิดขึ้นจากความเชื่อมโยงระหว่างสาธารณสุข กับการปกครองชีวญาณ ซึ่งขนานกับนโยบายการแพทย์เชิงป้องกันเพื่อการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา

แนวคิดด้านนโยบายที่สำคัญซึ่งเชื่อมโยงระหว่างชีวิตกับการเมืองนั้น ก็คือความคิดเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion)” ซึ่ง WHO มีความพยายามให้แพร่หลายในประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะในประเทศก้าวหน้าตั้งแต่ปลายทศวรรษ1980 (WHO 1986) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพนั้น แท้จริงแล้วสะท้อนแบบแผนของโรคและความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป คือการย้ายจากโรคติดต่อไปสู่โรคไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของโรคและความเจ็บป่วยนั้นทำให้แนวคิดด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ก็คือ การทำให้สุขภาพเป็นobject ที่ประชากรได้สร้างขึ้นก่อนที่จะได้รับเชื้อโรคหรือความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้น จากแนวคิดด้านสุขภาพซึ่งได้มาจากการตรวจและรักษาในระยะแรก นโยบายประเภทนี้นั้น ได้รับการยอมรับในชนชั้น

กลางและแพร่หลายอย่างรวดเร็วมาก อีกด้านหนึ่งการเปลี่ยนแปลงแนวคิดด้านสุขภาพนั้น ถือว่า เป็นการท้าทายต่อศูนย์กลางของระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่เน้นการรักษาโรคเช่นโรงพยาบาล คลินิก เพราะฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายของการแพทย์สมัยใหม่กับระบบผู้เชี่ยวชาญ ได้ย้าย ไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ¹

โปรแกรมเชิงบวก เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตนเองเป็นการรณรงค์ต่อประชาชน ส่วนใหญ่ที่มีโอกาสที่จะป่วย โดยมีแนวคิดว่าการมีสุขภาพดีนั้นไม่ใช่แค่การไม่ป่วยเท่านั้น แต่การ มีสุขภาพดี รวมไปถึงการมีชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมด้านสังคม เศรษฐกิจ และธรรมชาติที่ดี นโยบาย และขบวนการสาธารณสุขและการแพทย์ประเภทนี้เป็นแนวคิดด้านสุขภาพที่สังคมร่วมกันสร้างขึ้น ควรจะแยกออกจากสาธารณสุขและการอนามัยที่เน้นการป้องกันเชื้อโรคและมักจะเรียกว่า ขบวนการสาธารณสุขแบบใหม่(new public health movement)²

ศตวรรษที่ 21 ประเทศไทย แนวคิดด้านสุขภาพประเภทใหม่เริ่มมีความสำคัญมากขึ้น และได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิรูปทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งแสดงออกอย่าง ชัดเจนในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ...โดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอยู่ ได้สำนักงานกฤษฎีกาได้เริ่มต้นร่างขึ้นใน พ.ศ.2543 (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2545) สาระ ที่สำคัญในพรบ.นี้คือ สุขภาพที่ดีนั้นมาจากการปฏิบัติที่ดีต่อสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสังคม นอกจากนี้ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่การพึ่งพิงต่อระบบการบริการ ได้แก่ โรงพยาบาล สถานอนามัย คลินิก เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึง การมีระบบการทำงานร่วมกับประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ ด้วย ยิ่งกว่านั้น พรบ.ยังย้ำว่า ไม่ควรพึ่งพาอาศัยรักษาโรคของการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แต่ควร จะพัฒนาทรัพยากรทางด้านสุขภาพแบบใหม่ ๆ โดยใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นต่าง ๆ รวมถึงการแพทย์พื้นบ้าน (Komatra 2005)

สิ่งที่เน้นในการปฏิรูปด้านสุขภาพนั้น ก็คือการมีส่วนร่วมในทุกระดับของภาคประชาชน และมีจุดที่น่าสนใจนั้น มีการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบของชุมชนตาม ความหมายเดิม อีกด้านหนึ่ง การปฏิรูปด้านสุขภาพ นั้นมีเป้าหมายที่ปัจเจกชน ที่สามารถดูแล สุขภาพตนเองและควบคุมความเสี่ยงด้วย เราจะเห็นว่า มีความขัดแย้งกันในแนวคิดที่อยู่ในการ

¹ รายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการแพทย์ที่มีศูนย์กลางการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น (ดู Chanet 2002; Cohen 2006)

² “ขบวนการสาธารณสุขแบบใหม่” มักจะกล่าวถึงช่วงการเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขของประเทศอังกฤษใน ทศวรรษ1980 ภายใต้นายกรัฐมนตรีมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ ขณะเดียวกันแนวคิดนี้ใช้กับแนวคิด “การส่งเสริม สุขภาพ” ซึ่งเป็นหัวข้อใหญ่ของคำประกาศที่Ottawa ขององค์การอนามัยโลกในปี 1986 ด้วย (WHO 1986) การวิจารณ์ขบวนการสาธารณสุขแบบใหม่ และโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสังคมวิทยา การแพทย์สำนักฟูโกต์นั้น (ดู Petersen and Lupton 1996) และการวิเคราะห์โปรแกรมการส่งเสริมด้าน สุขภาพในประเทศไทยช่วงนี้ ดูบทที่ 1 และ4 ในหนังสือเล่มนี้

ปฏิรูปด้านสุขภาพ กล่าวคือ การแสวงหาการมีสุขภาพที่ดีนั้นอยู่ที่ชุมชน ขณะเดียวกัน ก็อยู่ในระดับปัจเจกชนด้วย

ดังที่ผู้เขียนได้กล่าวมาแล้ว ตำบลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองท้องถิ่น เป็นรูปแบบของชุมชนที่ดำเนินงานโดยมีความรับผิดชอบตนเอง ในการดำเนินการตามโปรแกรมการปฏิรูปสุขภาพนั้นไม่ได้เกิดขึ้นกับชุมชนเฉพาะในตำบลเท่านั้น แต่มีการเชื่อมโยงไปถึงชุมชนอื่น ๆ ที่มีกิจกรรมหรือโปรแกรมเดียวกัน ชุมชนลักษณะนี้ เรียกว่า “ชุมชนจริยธรรม (moral community)” ซึ่งคาดหวังว่าจะหล่อหลอมsubject ที่มีการควบคุมตัวเอง(self regulation) ชุมชนประเภทนี้จึงไม่ใช่ชุมชนดั้งเดิม แต่เป็นพื้นที่ทางสังคมของการปกครองชีวญาณเพื่อนำไปสู่การจัดการสถานการณ์ใหม่ ๆ (Rose 1996, 1999: 191) ชุมชนนั้นไม่ใช่เป็นพื้นที่ที่มี habitus ร่วมกันที่เกิดขึ้นมาตามประวัติศาสตร์ แต่เป็นพื้นที่ที่ปัจเจกชนสามารถควบคุมตนเอง โดยปฏิบัติตามการปกครองชีวญาณ ก็คือเป้าหมายของการจัดการทางสังคม³

พื้นที่ทางสังคมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ: จากเครือข่ายถึงชุมชน

“ชุมชน” ที่มีพื้นฐานภายในการปกครองชีวญาณที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 20 ในสังคมไทยนั้น ไม่ได้อยู่ในขอบเขตด้านสาธารณสุขและการแพทย์เท่านั้น แต่ยังได้ขยายออกไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ อีกด้วย โดยสิ่งที่ผู้เขียนจะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ “ชุมชน” ที่ถูกสร้างขึ้นใหม่และมีความแตกต่างจากชุมชนที่อยู่ภายในการปกครองชีวญาณของรัฐ โดยยกตัวอย่าง กลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รวมตัวกันอย่างแข็งขันตั้งแต่กลางทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา ผู้เขียนได้กล่าวมาแล้วว่า การเชื่อมโยงระหว่างชีวิตกับการเมืองได้ก่อตั้งขึ้นมาในนโยบายด้านสาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างของการปกครองชีวญาณ ในกรณีนี้จะอธิบายว่าการปกครองชีวญาณประเภทนี้จะสัมพันธ์กับเครือข่ายที่สร้างขึ้นมาโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างไร โดยผู้เขียนจะนำข้อมูลจากบทที่ 2 มาอธิบายร่วม ประเด็นสำคัญที่เน้นย้ำคือ แนวโน้มของเหตุผลนิยมของการปกครองชีวญาณประเภทใหม่นั้น มีจุดประสงค์ที่จะรักษาสุขภาพที่ดีของประชากรทั้งมวลและเก็บรักษาไว้ซึ่งแรงงานที่มีคุณภาพดี โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพในระดับการป้องกันเบื้องต้นคือการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย กรณีการแพทย์สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น นั้นยังใช้แนวคิดการป้องกันเชิงระบาดวิทยาเป็นหลัก โดยสรุปว่า การแพทย์ที่ปรากฏในการป้องกันโรคเอดส์นั้น มีแนวโน้มที่จะป้องกันสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่โดย“กักกัน”ชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

³ ในสถานการณ์การก่อตั้งชุมชนเพื่อจะดำเนินการจัดการทางสังคมนั้น เมื่อจะเชื่อมโยงกับขบวนการจากข้างล่างก็จะทำให้มีผลเสียต่ออาสาสมัครที่ถูกเกณฑ์เข้าสู่ขบวนการ ก็คือ ถึงแม้ว่าอาสาสมัครหรือองค์กรพัฒนาเอกชนนั้นทำให้การเมืองมีการต่อรองมากขึ้น แต่จะให้มิประโยชน์ต่อการปกครองชีวญาณจากข้างบนโดยมีหน้าที่ที่ไปให้พ้นจากการเมือง

นโยบายสาธารณสุขต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เริ่มต้นจากพ.ศ.2534 โดยมีศูนย์กลางที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ในสำนักนายกรัฐมนตรี โดยเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขด้วย การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์นั้นดำเนินงานขนาดใหญ่โดยผ่านสื่อมวลชน โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ที่ได้รับอิทธิพลและอยู่ใต้การดูแลของรัฐบาลและทหารนั้นได้รณรงค์ป้องกันเอดส์อย่างเต็มที่⁴ อีกทั้งเครือข่ายที่สร้างขึ้นมาทางการปกครองระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลได้มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เช่น การรณรงค์และส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศ “โครงการใช้ถุงยางอนามัยร้อยเปอร์เซ็นต์” และการสอนเพศศึกษาในระดับประถมและมัธยมศึกษา(UNDP 2004: 13-15) การแทรกแซงของรัฐได้ทำผ่านองค์กรและเครือข่ายของรัฐ และสื่อมวลชนในทศวรรษ 1990 กล่าวได้ว่า ไม่เหมือนกับการแทรกแซงโดยมีเป้าหมายที่ปัจเจกชนซึ่งกระทำก่อนการระบาดของโรคเอดส์ แต่ขณะนี้เป้าหมายนั้นอยู่ที่ชุมชนต่าง ๆ หลากหลายระดับเพื่อจะรณรงค์กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และมากกว่านั้นทำให้เชื่อมโยงกับองค์กรต่าง ๆ และประชาสังคม เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ซึ่งได้เกิดขึ้นมาใหม่ในขณะนั้น(UNDP 2004: 14-15)

การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ได้ขยายออกไปสู่ประชากรส่วนใหญ่ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามนี้ ยังทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถูกโดดเดี่ยวและแบ่งแยกมากขึ้น การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ต้องการบ่งชี้ว่าสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้นอยู่ที่สถานบริการทางเพศเป็นส่วนใหญ่ และเพื่อให้การควบคุมป้องกันมีประสิทธิภาพจึงทำให้ประชากรได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี ตามตรรกะของความรู้ด้านระบาดวิทยา แต่การแพร่หลายความรู้เรื่องโรคเอดส์ทางระบาดวิทยานั้น ไม่ได้ทำให้สังคมเข้าใจสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถูกแยกออกจากคนปกติ โดยความรู้แบบระบาดวิทยาได้เข้ามากำหนดว่า พวกเขาได้ประพฤติดังกล่าวเกณฑ์ทางสังคมเครือข่ายการรณรงค์ของรัฐที่เริ่มต้นในทศวรรษ 1990 นั้นมีการใช้อำนาจความรู้ที่มีประสิทธิภาพ และการใช้อำนาจแบบนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถูกโดดเดี่ยวจากสังคมและชุมชนที่ควรได้

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นได้สร้างเครือข่ายทางอำนาจที่มีความแตกต่างจากเครือข่ายด้านระบาดวิทยา กล่าวคือเครือข่ายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระยะแรกมีเป้าหมายที่จะช่วยเหลือกันโดยเริ่มต้นจากการพบปะกันเพื่อแก้ไขความทุกข์ และได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อจะเอาชนะสถานการณ์ที่ถูกแบ่งแยกและถูกสังคมรังเกียจ อีกทั้งเพื่อนำไปสู่การแสวงหาวิธีการรักษาสุขภาพให้อยู่รอด การมีสิทธิเช่นเดียวกับคนปกติ(recognition) เครือข่ายประเภทนี้ทำให้ความต้องการและเสียงเรียกร้อง

⁴ นโยบายการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ในแนวทางนี้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง กล่าวคือทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง จากจำนวน 143,000 คน ในปีพ.ศ. 2534 เหลือ 19,000 คนในปี พ.ศ.2543 (UNDP 2004: 1)

ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีพลังมากขึ้น ซึ่งสามารถส่งผ่านไปยังหน่วยงานราชการ โรงพยาบาล สถานีนามัย องค์การพัฒนาเอกชนดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 เราจะเห็นว่า เครือข่ายแบบนี้มีความแตกต่างจากเครือข่ายอำนาจที่มีพื้นฐานจากความรู้แบบระบอบวิชา เครือข่ายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้มีลักษณะร่วมที่เป็นสาธารณะในอีกรูปแบบหนึ่ง เพื่อจะส่งเสียงข้อเรียกร้องและความต้องการของพวกเขาต่อสังคม อาจกล่าวได้ว่า เหล่านี้เป็นพื้นที่สาธารณะที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้สร้างขึ้นมา อย่างที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ในจังหวัดเชียงใหม่ แกนนำผู้ติดเชื้อได้พยายามสร้างเครือข่ายลักษณะนี้ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1990 จนกระทั่งพัฒนาขึ้นเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบนอย่างเป็นทางการ โดยรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน โดยได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ องค์การพัฒนาเอกชน และหน่วยงานระหว่างประเทศต่าง ๆ ด้วย ในพ.ศ.2539

เครือข่ายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากความสัมพันธ์ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งกันและกันได้กลายเป็นพื้นที่สาธารณะตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1990 ขณะเดียวกัน เครือข่ายนี้ได้รวมกันภายในพื้นที่ใกล้ชิดเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อ(self-help group) กลุ่มเหล่านี้ได้ทำหน้าที่ในการเปิดรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพประจำวันและมีการเรียนรู้วิธีที่จะต่อรองและสร้างความเข้าใจที่ดีต่อสังคมอีกด้วย ก็คือมีหน้าที่ที่เป็นสถานที่เพื่อการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม แต่ละกลุ่มมีเป้าหมาย ความต้องการ ลักษณะองค์กร ลักษณะสมาชิก หรือความสัมพันธ์กับหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ เช่นองค์การพัฒนาเอกชน หรือ องค์กรประชาชน หรือนักวิชาการนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ตัวอย่างเช่น “กลุ่มแม่หม้ายคอยสะเก็ด” ซึ่งเป็นกลุ่มช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่สร้างขึ้นมาในระยะแรก เป็นชุมชนที่มีเป้าหมายด้านสวัสดิการให้แก่แม่หม้ายที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามี กรณีของ “ชมรมอยู่กับธรรมชาติ” ซึ่งต่อมาได้กลายเป็น “ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่” ได้เป็นตัวแทนผู้ติดเชื้อในภาคเหนือในระยะแรกนั้น เป็นชมรมที่แนะนำการเลือกรับประทานอาหารของผู้ติดเชื้อโดยสร้างความสัมพันธ์อย่างดีกับโรงพยาบาล สถานีนามัยและกลุ่มปัญญาชนด้วย กรณีของ “โครงการฟ้าสีขาว” เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาต่าง ๆ รวมไปถึงการใช้สมุนไพร สมุนไพร โดยเชื่อมโยงกับการปฏิบัติตามแบบแผนของการแพทย์สมัยใหม่ด้วย

อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อนั้นเป็นชุมชนที่มีลักษณะพิเศษในด้านองค์กรและความต้องการของแต่ละกลุ่ม ซึ่งเป็นพื้นที่ทางสังคมประกอบด้วยความสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อจะแสวงหาวิธีการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อกับผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน และอีกด้านหนึ่งเป็นการรวมวิถีปฏิบัติ และคุณค่าอื่น ๆ ซึ่งค่อยๆ ถูกสร้างขึ้นมา เครือข่ายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นได้เริ่มต้นจากการพบปะเพื่อแก้ไขปัญหา และทำให้มีลักษณะที่เป็นพื้นที่สาธารณะเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ไขรักษาโรคและต่อสู้กับการกีดกัน การรังเกียจ แต่ละกลุ่มนั้น มีหน้าที่ที่จะประกอบกัน เครือข่าย แต่ขณะเดียวกันเป็นชุมชนที่มีลักษณะพิเศษทางประวัติศาสตร์ กลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ นั้น

มีลักษณะร่วมชนิดหนึ่งที่เป็นวิธีที่จะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ดูแลซึ่งกันและกัน ตัวอย่างเช่น การให้คำปรึกษาสำหรับสมาชิกใหม่ การประชุมแลกเปลี่ยนวิธีการรักษาสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยหนักที่บ้าน หรือการเยี่ยมเยียนสมาชิกเก่าเพื่อปรึกษาทักษะการดูแลสุขภาพ การดำรงชีวิต เหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีความหมายและความสำคัญที่นำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีรูปแบบที่อยู่ใน “ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่” ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับกลุ่มของตนเอง

การก่อเกิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชน

ดังที่ได้กล่าวมาพบที่แล้ว กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รวมตัวกันในเขตเมืองโดยเฉพาะในกรณีอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไปนี้จะพิจารณากลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีเป้าหมายสร้างการดูแลสุขภาพในชุมชนชนบท ซึ่งได้ปรากฏขึ้นในระยะหลังจากที่กลุ่มผู้ติดเชื้อได้รวมตัวกันในเขตเมืองตั้งแต่ในช่วงกลางทศวรรษ 1990

แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชน ที่กล่าวถึงในต่อไปนี้นั้น เป็นบริการการรักษาโรคสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุภายในชุมชน ซึ่งแตกต่างจากการบริการการรักษาโรคในคลินิก สถานีอนามัย และโรงพยาบาล หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยชุมชนนั้น ได้เกิดขึ้นมาในเงื่อนไขว่าการรักษาโรคและดูแลผู้ป่วยยังขาดอยู่แม้ว่าจะมีบริการที่โรงพยาบาล คลินิก สถานีอนามัย

หล้า หญิงสาวจากชนบทแห่งหนึ่งในอำเภอแม่อรม ได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีและได้เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากสามีเสียชีวิตไปแล้ว และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มากขึ้นในบริเวณหมู่บ้านใกล้เคียงกับเธอ ทำให้เธอได้หันมาให้ความสนใจกับโครงการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ พ่อของหล้า (ซึ่งอายุ 62 ปีในขณะนั้น พ.ศ.2545) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่พ.ศ.2530 เป็นระยะเวลาร่วมสิบกว่าปี หล้าเริ่มงานโดยรับงานจากพ่อ โดยมีการเชื่อมโยงกับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นกิจกรรมของหล้านั้น อยู่ในเส้นทางที่สืบทอดแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม หล้าได้ขยายกิจกรรมของเธอเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านใกล้เคียงโดยมีการช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ตั้งแต่พ.ศ.2544 แล้วกิจกรรมการดูแลสุขภาพของเธอนั้นได้พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นที่รับรู้ในชุมชนต่าง ๆ ใกล้เคียงด้วย นอกจากนี้ตั้งแต่พ.ศ.2543 เธอได้ตั้งโรงงานขนาดเล็กผลิตตุ๊กตาหมี (teddy bear) เพื่อส่งไปจำหน่ายยังประเทศญี่ปุ่น โดยได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนแห่งหนึ่งในประเทศญี่ปุ่น เธอได้รวบรวมผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งเคยเข้าร่วมโครงการอบรมอาชีพของรัฐบาลร่วมกับแม่บ้านในหมู่บ้าน การอบรมนี้เป็นนโยบายหนึ่งที่ต้องการพัฒนาฝีมือแรงงาน และยังเป็นการเพิ่มรายได้

สำหรับผู้ติดเชื้อ⁵ ในพ.ศ.2546 มีสมาชิกจำนวน 14 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 8 คน เป็นคนทั่วไป 6 คน สมาชิกเหล่านี้ได้ค่าตอบแทนวันละ 100 บาท บางคนนั้นอาศัยอยู่ในโรงงาน และบางคนอาศัยอยู่ภายนอก กลุ่มที่มีผู้ติดเชื้อและคนปกติอาศัยและทำงานด้วยกันนั้นได้สร้างขึ้นมาภายในชุมชนหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ผู้ติดเชื้อนั้นมาจากหลายที่ เช่น อ.แม่แตง และอ.จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดอื่น ๆ เช่น พิจิตร น่าน แม่ฮ่องสอน พม่า สำหรับคนทั่วไปนั้น เป็นคนที่อยู่หมู่บ้านเดียวกับเหล่าและมาจากอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพิจิตร กิจกรรมภายในชุมชนนี้ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านยา และประสบการณ์ต่าง ๆ ผู้ติดเชื้อในชุมชนนี้จะได้รับโอกาสเข้าร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ติดเชื้อจากที่อื่น นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนด้านการดูแลสุขภาพ เช่น เมื่อกินอะไรเข้าไปแล้ว ทำให้เกิดผื่นคัน ปวดหัว ท้องเสีย หรือมีอาการผิดปกติอย่างไรเกิดขึ้นก็จะจดกินอาหารนั้นและบอกต่อกันไป เพื่อให้สมาชิกคนอื่นสังเกตอาการของตนเองและเลือกกินอาหารที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่ อาหารที่งดกินได้แก่ ของคอง เหล้า บุหรี่ ปลาไม่มีเกล็ด ในชุมชนแห่งนี้ยังสนับสนุนให้ใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ด้วย เช่น ฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด ขมิ้นชัน ลูกใต้ใบ มะขามป้อม รางจืด สำหรับการออกไปประสานงานกับหน่วยงานภายนอก รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนในเวทีระดับชาติและนานาชาตินั้น โดยส่วนใหญ่เหล่าจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว

ณ โรงงานของเหล่าได้เริ่มมีผู้ติดเชื้อจากภายนอกชุมชนมาเป็นแรงงานรับจ้าง โดยมีค่าตอบแทน นอกจากนี้ยังมีชาวบ้านทั้งจากภายนอกและภายในชุมชนเข้ามาทำงานในโรงงานแห่งนี้ด้วย ทั้งหมดนี้ได้กลายเป็นกลุ่มที่มีการรักษาสุขภาพตนเองโดยชุมชนขึ้น จะสังเกตได้ว่าชุมชนที่เหล่าทำงานด้วยนั้นมีสองลักษณะทับซ้อนกันคือชุมชนซึ่งเป็นที่ตั้งของบ้านเธอเอง และชุมชนซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากการรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมไปถึงชาวบ้านทั้งจากภายนอกและภายในชุมชน เพราะฉะนั้น ชุมชนผู้ติดเชื้อของเหล่านี้นี้ ได้มีพื้นที่กิจกรรมภายในชุมชนดั้งเดิมคือหมู่บ้านเธอ ซึ่งทำให้การรังเกียจผู้ติดเชื้อลดน้อยลงจนกระทั่งเป็นชุมชนที่ผู้ติดเชื้อและชาวบ้านสามารถทำงานและใช้ชีวิตร่วมกันได้ ความน่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ พื้นที่ชุมชนนี้มีทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพและการผลิตสินค้าอยู่ด้วยกัน ขณะเดียวกันก็มีกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับภายนอกอีกด้วย คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานีอนามัย โรงพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และวัด

⁵ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ตามแนวทางการปกครองชีวญาณ มันจะมีจุดมุ่งหมายที่จะกำจัดการเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความเลียง ถึงแม้ว่าโครงการรัฐบาลที่อบรมอาชีพนั้น เป็นนโยบายด้านสังคมสงเคราะห์และการสร้างความมั่นคงปลอดภัย(safety) เพื่อนำไปสู่การขับไล่หรือกำจัดความเสี่ยงภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการ เพื่อจะผลิตแรงงานที่ปรับปรุงฝีมือแรงงานตนเองอย่างเจตนา ซึ่งคือ “การซ่อมแซม”(repair)(Castel 1991: 295)

หล้ามีเป้าหมายที่จะให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีรายได้และส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพ โดยการให้สมุนไพรมูลเป็นหลัก เพื่อจะให้มีชีวิตที่มั่นคง ดังได้กล่าวมาแล้วว่า สถานที่ทำงานนั้น เป็นสถานที่ที่สมาชิกของชุมชนประมาณ 15 คนร่วมกันผลิตตุ๊กตาหมีตั้งแต่ เช้าจนเย็น กระบวนการผลิตนั้นจัดเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยมีการแบ่งงานกันทำเป็นส่วน ๆ เช่น การเขียนแบบ การตัดเย็บ การยัดไส้ตุ๊กตา เป็นต้น แต่ก็มิได้หมายความว่า แต่ละคนจะสนใจเฉพาะงานที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น ในสถานที่แห่งนี้ ยังมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน เช่น หากว่าผู้ใดทำงานช้า ก็จะมีคนเข้ามาช่วยแบ่งเบาการทำงาน และหากเมื่อใดใครไม่สบายก็สามารถพักผ่อนและมีผู้อื่นมาทำงานแทน ดังนั้นกระบวนการผลิตในโรงงานนั้น ไม่ใช่เป็นการแยกงานแบบโรงงานอุตสาหกรรม แต่จะแบ่งงานตามสภาพสุขภาพและจิตใจ สำหรับผู้ป่วยที่ทำงานแห่งนี้ เมื่อมีอาการท้องเดิน ปวดหัว หรืออาการต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับเอดส์นั้นลดลงก็จะสามารถทำงานได้เร็วขึ้นและมีความสุขกับการทำงานด้วย ทุกคนในโรงงานมีความใส่ใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพสุขภาพของคนอื่น โดยความสนใจต่ออาการการเปลี่ยนแปลงโรคและจิตใจนั้น ไม่ได้อาศัยบรรทัดฐานการแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่อาศัยการรับรู้และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทั้งในการพูดและกิริยาท่าทางที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือกันในการทำงาน ในที่สุดการทำงานกับการดูแลสุขภาพ จึงไม่ได้แยกออกจากกัน

ต่อไปนี้เป็นกรณีศึกษาภาพรวมของความสัมพันธ์ทางสังคมของสมาชิกทั้งที่เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อว่าบุคคลเหล่านี้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนของหล้าได้อย่างไรโดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนแห่งนี้ ดังต่อไปนี้

หญิงสาวชาวกะเหรี่ยงคนหนึ่ง ชื่อมะลิ อายุ 34 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอแม่สะเรียง ได้มาอยู่กับหล้าเมื่อ 6 ปีที่แล้ว เธอได้รับเชื้อจากสามี ปัจจุบันนี้สามีได้เสียชีวิตไปแล้ว เธอบอกว่า ไม่อยากกลับไปอยู่ที่บ้าน อ.แม่สะเรียง เนื่องจากกลัวว่าจะไม่มีคนดูแล เมื่อเจ็บป่วย มากกว่านั้นคือ เธอไม่ได้เล่าเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีให้แก่มารแม่ของเธอ เมื่อแรกเริ่มที่มาอยู่กับหล้า เธอช่วยหล้าเย็บบ้าน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและญาติ จนกระทั่ง กรมพัฒนาฝีมือแรงงานได้มาอบรม การตัดเย็บเสื้อผ้าให้ เธอจึงสมัครเข้ารับการอบรม ปัจจุบันนี้เธอมีรายได้จากการทำงานตัดเย็บตุ๊กตาหมี และจากกรมประชาสัมพันธ์ที่ให้เงินค่าเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ เดือนละ 500 บาท ซึ่งหล้าเป็นผู้ประสานงานให้เธอได้รับการช่วยเหลือดังกล่าว เธอได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพว่า เธอไม่เคยกินยาต้านไวรัส แม้ว่า CD4⁶ จะต่ำกว่า 100 ก็ตาม เธอกินแต่สมุนไพรมูลไทยคือ มะระจีนเท่านั้น

หญิงสาวชาวไทยใหญ่ ชื่อมาติ มาจากพม่าตั้งแต่อายุ 13 ปี เมื่อแต่งงานเธอได้ย้ายมาอยู่กับสามีที่อำเภอแม่ริม สามีเธอเป็นชาวสวน มีลูกด้วยกัน 2 คน ลูกคนโตไม่ติดเชื้อ ส่วนลูกคนเล็กมีเชื้อ

⁶ ค่า CD4 คือเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากมีค่า CD4 ที่ต่ำกว่า 200 เช่นกรณีของมะลินี้ มีโอกาสติดโรคฉวยโอกาสได้ง่าย และแพทย์มักจะเริ่มให้ยาต้านไวรัส

เอชไอวี มาได้บอกว่า ภายหลังจากคลอดลูกคนแรกแล้ว สามิเธอมักจะหาเรื่องและตำหนิเธอเป็นประจำ เช่น บอกว่า อาหารที่เธอทำไม่อร่อย และออกนอกบ้านไปเที่ยวกลางคืนเสมอ ๆ นอกจากนี้ ในระหว่างการตั้งครรภ์ลูกคนที่สอง เธอสังเกตเห็นว่า แม่และน้องสาวสามิปฏิบัติต่อเธอดีมาก ไม่กลั่นแกล้ง เธอจึงคิดว่าน่าจะมีคามผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งภายหลังเธอมาทราบว่ามีติดเชื้อ และได้นำเชื้อเอชไอวีมาแพร่กระจายสู่เธอ ต่อมาสามิเธอเสียชีวิต เธอจึงต้องย้ายครอบครัวออกมาสร้างกระท่อมเล็ก ๆ ต่างหาก เนื่องจากครอบครัวสามิรังเกียจ และไม่ต้องการเลี้ยงดูเธอและลูกอีกต่อไป มาติได้รู้จักกับหล้าโดยบังเอิญ เมื่อครั้งที่หล้าไปเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อใกล้ ๆ บ้านสามิเธอ และภายหลังเธอได้ย้ายมาอยู่กับหล้า ปัจจุบันแม้ว่า เธอจะมีรายได้จากการทำงานที่นี่ แต่ก็ไม่พอใช้เนื่องจากต้องเลี้ยงลูก 2 คน และเธอเองก็ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน เธอจึงไม่ได้รับสิทธิการรักษาแบบพลเมืองไทย ด้วยเหตุนี้เธอต้องนำรายได้ส่วนหนึ่งไปเป็นค่ายาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อดูแลสุขภาพเธอและลูก บางครั้งเมื่อเงินไม่พอใช้ เธอก็กู้ยืมเงินจากเพื่อน ๆ สำหรับความทุกข์ ความไม่สบายใจต่าง ๆ นั้น มาติมักจะเล่าให้หล้าฟัง แต่ไม่ค่อยเล่าเรื่องเหล่านี้ให้กับสมาชิกคนอื่นได้รับรู้

กุหลาบ หญิงสาวจากจังหวัดน่านอายุ 31 ปี ได้สามิเป็นชาวลำพูน เมื่อแต่งงานแล้วได้ย้ายมาอยู่เชียงใหม่ด้วยกัน เธอมีลูก 2 คน ลูกคนโตมีสุขภาพแข็งแรงดี และระหว่างการตั้งครรภ์ลูกคนที่สอง เธอได้ตรวจร่างกายและพบว่า ได้รับเชื้อเอชไอวี ทำให้เธอตัดสินใจเข้าร่วมโครงการป้องกันเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งทำให้ลูกที่คลอดออกมาไม่ได้รับเชื้อเอชไอวีด้วย ปัจจุบันลูกชายเธออายุได้ 2 ปีแล้ว และเธอยังคงกินยา AZT อยู่ สำหรับสาเหตุการติดเชื้อนั้นเธอได้วิเคราะห์ว่า น่าจะมาจากสามิ เนื่องจากลูกคนโต ซึ่งเกิดจากสามิคนแรกไม่มีเชื้อเอชไอวี ส่วนลูกคนที่สองได้รับเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้สามิคนปัจจุบันก็มีอาการป่วยด้วย จากอาการป่วยของสามิทำให้เธอได้รู้จักกับหล้า ใน พ.ศ.2543 เธอและสามิได้ย้ายมาอยู่กับหล้า แต่ภายหลัง ญาติพี่น้องของสามิเธอได้มารับสามิเธอกลับไปลำพูน แต่เธอไม่กลับไปด้วย เพราะพวกเขารังเกียจเธอ เธอยังคงอยู่กับหล้าและช่วยหล้าทำบัญชี ปัจจุบันนี้ระดับ CD4 ของเธอ คือ 192 และเธอได้กินยา AZT ด้วย

หญิงสาวอีกคนหนึ่ง อายุ 36 ปี ชื่อบุญพร้อม เป็นชาวบ้านในชุมชนดั้งเดิมของหล้า และไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี เธอมีประสบการณ์การรับเสื้อมาเย็บที่บ้าน มีรายได้ 300 บาท/วัน เธอเข้ารับการฝึกอบรมโครงการ teddy bear เป็นรุ่นสุดท้าย เธอได้กล่าวถึงสาเหตุที่ตัดสินใจเข้าร่วมทำงานในโครงการนี้ว่า ต้องการหาประสบการณ์ใหม่ ๆ อยากรู้เรื่องการออกแบบผลิตภัณฑ์ เธอไม่ได้แยกว่าเป็นโครงการของผู้ติดเชื้อหรือไม่ แต่เมื่อมาร่วมกิจกรรมแล้ว เธอได้คิดว่า ตัวเธอน่าจะนำทักษะการเย็บผ้าที่มีอยู่แล้วมาเป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อบ้าง ปัจจุบันเธอเลิกอาชีพการเย็บผ้าที่บ้าน และมาทำงานที่นี่ เธอเล่าว่า มีเพื่อนบ้านถามว่า เธอไม่กลัวติดเชื้อเอชไอวีหรือ จึงมาทำงานที่นี่ เธอบอกว่า โอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีจากที่นี่มีความเป็นไปได้ต่ำ มากกว่านั้นเธอได้บอกกับสามิเธอว่า หากเธอติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้มาจากที่นี่ แต่มาจากสามิเธอมากกว่า

จุดที่เราเห็นได้ชัดจาก 3 กรณีแรก ซึ่งได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีและสามีเสียชีวิต ครอบครัวล้มสลาย เป็นปรากฏการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อรายอื่น ๆ ที่ได้พบเห็นในภาคเหนือของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2533 และส่งผลกระทบต่อเนืองมาจนถึงปัจจุบันนี้ด้วย กรณีที่หนึ่ง เป็นหญิงสาวชาวกะเหรี่ยงเป็นชาติพันธุ์กลุ่มน้อยที่แต่งงานกับชายไทยภาคเหนือ ผู้หญิงในกรณีที่สองเป็นชาวไทยใหญ่ที่มาจากประเทศพม่า และกรณีที่สามนั้น เป็นผู้ที่มิถุนานอยู่ภาคเหนือ การประสบกับการรังเกียจและถูกขับไล่จากญาติพี่น้อง หรือหมู่บ้านที่พกอาศัย หลังจากการตายของสามีที่ป่วยด้วยเอดส์ ความรุนแรงและการแตกสลายของครอบครัว การถูกขับไล่ออกจากชุมชน เป็นประสบการณ์ที่เรียกว่าโรคจิตซึมเศร้า (post-traumatic stress disorder, PTSD) ซึ่งผู้ที่เผชิญกับปัญหานี้ ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นเป็นเวลานาน แต่เมื่อคนเหล่านี้ได้พบกับหล้าแล้วสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้โดยการทำให้ประสบการณ์ของพวกเขามีความต่อเนื่อง ไม่ขาดตอนเหมือนกับคนที่ PTSD อีกต่อไป

ดังนั้น พื้นที่ใกล้ชิดที่สร้างขึ้นในชุมชนนี้ ผู้ติดเชื้อสามารถสื่อสารและพูดคุยเกี่ยวกับประวัติชีวิต(life history) โดยการทำให้ความทรงจำที่ประกอบขึ้นด้วยความเจ็บป่วย เหตุการณ์รุนแรงที่มีผลต่อชีวิตมีความต่อเนื่องทางเวลา เพราะฉะนั้นเราอาจกล่าวได้ว่า ชุมชนประเภทนี้ถือว่าเป็นสถานที่ที่มีการรื้อฟื้นประวัติของตนเอง ก็คือพื้นที่ที่สมาชิกฟื้นฟูประวัติชีวิตที่เป็นความทรงจำเดิมขึ้นมาได้ พื้นที่ใกล้ชิดแบบนี้เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในชุมชนโดยผ่านการทำงานและการดูแลรักษาสุขภาพ(Tanabe and Keyes 2002)

กรณีที่สี่นั้นเป็นหญิงสาวที่ไม่ติดเชื้อ และอาศัยในหมู่บ้านเดียวกันกับหล้า ได้เข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาฝีมือการเย็บผ้า จากพื้นฐานประสบการณ์เดิมที่เธอมีอาชีพเย็บผ้าอยู่แล้ว จึงทำให้เธอสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการตัดเย็บตุ๊กตาหมักกับผู้ติดเชื้อในชุมชนได้ไม่ยากนัก เช่นเดียวกับหญิงสาวคนหนึ่งมาจากอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเจ้าของบริษัทโฆษณาแห่งหนึ่ง เธอไม่ใช่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รู้จักกับหล้าผ่านการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงงานนี้ด้วยการช่วยเหลือและให้กำลังใจ คอยจัดหาอาหารมาให้ ตั้งแต่ตอนปลายปีพ.ศ.2546 เธอได้บอกว่า เธอได้พบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ปราศจากการแข่งขันดังที่พบในบริษัทของเธอ ดังนั้น อาจจะกล่าวได้ว่าในชุมชนนี้ไม่ใช่มีแต่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์กับผู้ไม่ติดเชื้อเอดส์ ผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลเท่านั้น แต่มีการสร้างความสัมพันธ์แบบใหม่ที่มีความใกล้ชิดกัน และเป็นความสัมพันธ์ที่แตกต่างจากในครอบครัว ในชุมชนนี้ ผู้ติดเชื้อที่มีลักษณะเป็นผู้อื่นจึงค่อย ๆ หดไป สมาชิกในชุมชนนั้นได้กล่าวว่า ผู้ที่ดูแลผู้อื่นนั้น ไม่ใช่เป็นทาสของผู้ที่ได้รับการดูแล แต่เป็นผู้ที่ได้รับการดูแลสุขภาพ ความอบอุ่นจากการเป็นผู้ให้การดูแลด้วย

การมีส่วนร่วมของผู้ไม่ติดเชืื่อนั้น ชี้ให้เห็นว่า ชุมชนนี้ไม่ใช่เป็นพื้นที่ใกล้ชิดที่ผู้ติดเชื้อดูแลรักษาโรคร่วมกันเท่านั้น แต่เป็นพื้นที่ทางสังคมที่เปิดสู่ภายนอกโดยมีการสนทนา มีการติดต่อกับส่วนต่างๆ ที่ไม่ใช่เพียงผู้ติดเชื้อ จึงอาจกล่าวได้ว่า ชุมชนแบบนี้มีลักษณะเปิดเผย และมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นพื้นที่สาธารณะหรืออาจจะเชื่อมโยงกับพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม ตรงกันข้ามกับลักษณะเปิดเผย ชุมชนที่เป็นพื้นที่ใกล้ชิดนั้นมีลักษณะปิดอีกด้วย ถึงแม้ว่าสมาชิกภายในชุมชนนั้น ยอมรับว่ามีความแตกต่างและเป็นผู้อื่น แน่แน่นอนว่าจะมีความไม่เท่าเทียมระหว่างสมาชิกโดยเฉพาะรายได้ และสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการต่าง ๆ ในการรักษาโรค ซึ่งคงไม่สามารถแก้ไขได้ภายในชุมชน(Fraser 1997) ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้คิดเชื้อชาวไทยใหญ่ ที่มาจากพม่า นั้น มีความลำบากในการรักษาโรคเพราะไม่มีสิทธิที่ได้รับการรักษาเช่นเดียวกับพลเมืองไทย ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างเธอกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในชุมชน นอกจากนี้ สมาชิกบางคนมีความรู้สึก ว่า กองทุนยาที่มีไว้เพื่อเป็นสวัสดิการการรักษาแก่สมาชิกอย่างเท่าเทียม แต่สมาชิกคนอื่นไม่ได้มีโอกาสเข้ารับรู้การบริหารจัดการในกองทุนนี้ ยกเว้นเหล่า ซึ่งเป็นผู้นำเท่านั้น ไม่มีใครรู้ว่าเงินจำนวนนี้มีการใช้จ่ายอย่างไร ดังนั้นความไม่พอใจและความแตกต่างภายในที่ปรากฏนั้น ได้เกิดขึ้นจากลักษณะปิดของพื้นที่ใกล้ชิดอย่างเช่นชุมชนนี้ ซึ่งผู้นำและสมาชิกต้องแก้ไขต่อไปเพื่อให้มีความเท่าเทียมและมีลักษณะเปิดเผยที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพื้นที่สาธารณะ

คำถามที่เกี่ยวข้องต่อไปคือ ชุมชนที่ผู้คิดเชื่อก่อตั้งขึ้นมาจะเข้าร่วมในพื้นที่สาธารณะได้อย่างไร เกี่ยวกับคำถามนี้เราต้องพิจารณาว่ากิจกรรมของชุมชนนี้มีสถานที่ภายในชุมชนดั้งเดิมและมีกิจกรรมเชื่อมโยงกับกิจกรรมด้านดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายในชุมชนนั้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว กิจกรรมของเหล่านั้นเริ่มต้นจากการดูแลผู้คิดเชื้อและผู้สูงอายุด้วยภายในชุมชนดั้งเดิม และชุมชนที่เป็นกลุ่มผู้คิดเชื้อประกอบด้วยผู้คิดเชื้อ และผู้ป่วยที่มาจากข้างนอกถูกสร้างขึ้นมาภายหลัง ดังนั้นการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนหมู่บ้านดั้งเดิมในชนบทกับกลุ่มผู้คิดเชื้อซึ่งเป็นชุมชนประเภทใหม่นั้น อาจทำให้การรังเกียจผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ลดลงจนทำให้เกิดความช่วยเหลือต่าง ๆ แก่ผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ยิ่งกว่านี้ผู้คิดเชื้อได้มีโอกาสเข้าร่วมพิธีกรรมและกิจกรรมต่าง ๆ ในวัด ในชุมชนดั้งเดิม ขณะเดียวกันได้มีโอกาสติดต่อกับกิจกรรมของการแพทย์และสาธารณสุข และกิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชน โดยมีช่องทางของชุมชนหมู่บ้านดั้งเดิม

ผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมประจำวันแบบนี้ ไม่ได้หมายความว่าไม่มีพื้นที่สาธารณะอยู่ ณ ที่นั้น ชุมชนของผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นสร้างขึ้นมาเป็นพื้นที่ใกล้ชิดโดยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่การทำงาน การดูแลสุขภาพ และการกินอาหารด้วย ขณะเดียวกัน พื้นที่สาธารณะได้เกิดขึ้นจากการการต่อสู้ของผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพื่อแก้ไขสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการรักษาโรคและการรังเกียจนั้น ได้มีประสิทธิภาพโดยผ่านเครือข่ายของกลุ่มผู้คิดเชื้อต่าง ๆ และให้มีการกระทบต่อชุมชน โรงพยาบาล วัด องค์กรพัฒนาเอกชน หรือหน่วยงานราชการต่าง ๆ เพราะฉะนั้น อาจกล่าวได้ว่า การขยายกิจกรรมเหล่านี้เป็นหลักฐานของการเข้าร่วมในพื้นที่สาธารณะนั่นเอง และจุดที่ศูนย์กลางของกิจกรรมนั้นอยู่กับชุมชน(Arendt 1958)

การเปลี่ยนแปลงของ *habitus* กับการปกครองชีวิตจากข้างล่าง

ความหมายของกิจกรรมของกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 จนถึงปัจจุบันนี้ หล้าได้จัดตั้ง “โครงการสุขภาพชุมชน” มีความสำคัญอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของชุมชนที่เป็นพื้นที่ทางสังคมประเภทใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นมาโดยผู้คิดเชื่อ และชุมชนประเภทนี้มีตำแหน่งอยู่ที่โคกายได้การปกครองชีวิตแบบใหม่ ซึ่งผู้เขียนจะนำเสนอต่อไป

ประเด็นแรก คือ โครงการสุขภาพชุมชน ได้ก่อตั้งเป็นองค์กรที่ผลิตสินค้าดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ภายในชุมชนนี้แรงงานการผลิต การดูแลรักษาสุขภาพนั้นได้รวมอยู่ในสถานที่เดียวกัน อีกนัยหนึ่ง ผู้คิดเชื่อและผู้ไม่คิดเชื่อได้พัฒนา*habitus*ที่มีลักษณะพิเศษโดยเชื่อมโยงแรงงานกับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แม้ว่าภายในชุมชนนี้ มีความแตกต่างและความไม่เท่าเทียมกันระหว่างสมาชิกที่เกี่ยวกับเงื่อนไขการดำเนินชีวิตอยู่บ้าง แต่มีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาล่าช้าโดยใช้วิธีสวัสดิการเช่น กองทุนยา รวมไปถึงวิธีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันหลายประเภท เราไม่พบว่า “ชุมชน” ที่ถูกสร้างขึ้นโดยมีปัจเจกชนที่มีอิสระ ซึ่งเป็นเงื่อนไขของระบบสาธารณสุขแบบใหม่ ตรงกันข้ามนี้ภายในชุมชนนี้ เราจะพบวิธีการปฏิบัติและความหมายที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือดูแลรักษาซึ่งกันและกัน ซึ่งคือ *habitus* นั้นได้สร้างขึ้นมาจากภายในระยะเวลาอันสั้น⁷

การแสวงหาชีวิตที่ดีของสมาชิกในโครงการสุขภาพชุมชนนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพในชีวิตประจำวันมีความสำคัญมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการ ในที่นี้ “การดูแลรักษาสุขภาพในชีวิตประจำวัน” ก็คือการรวบรวมวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายมีแรงต่อสู้กับเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือเพื่อจะไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อน การดำรงชีวิตโดยการดูแลรักษาสุขภาพนั้นมีความแตกต่างจากการรักษาโรคเอดส์ในทางแพทย์สมัยใหม่ที่มักจะใช้ยาต้านไวรัสดังที่ผู้เขียนได้กล่าวมาแล้ว เช่นการดูแลด้านอาหาร การใช้สมุนไพร หรือการปฏิบัติตามข้อห้ามต่าง ๆ ด้วย เราต้องสังเกตว่า “การดูแลรักษาสุขภาพ” นั้นถือว่าเป็นการฟื้นฟูการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรค การดูแลสุขภาพตามวิธีดั้งเดิมของท้องถิ่นอย่างชัดเจน แต่ไม่ใช่เพียงแต่การ “ฟื้นฟู” ดังที่นักวิชาการเข้าใจ แต่ควรเข้าใจว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยเลือก *habitus* ที่เหมาะสม

habitus นั้นไม่ใช่มีลักษณะที่สร้างสรรค์ใหม่หรือเป็นมาตรฐานใหม่ หรือสิ่งที่รับจากเครือข่ายอย่างที่ว่าความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ตรงข้ามนี้ *habitus* ของผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์นั้น เป็นวิถีชีวิตซึ่งได้หล่อหลอมจากการทดลองผิดลองถูกตามประสบการณ์ของพวกเขาเองที่เผชิญกับการถูก

⁷ เราสังเกตว่ามีความแตกต่างจากแนวคิด “intersubjectivity” ของ Habermas ซึ่งเน้นโลกชีวิต(life-world) ที่ได้สร้างขึ้นโดยผ่านการปฏิบัติสื่อสาร(communicative action) ระหว่าง subject ที่ไม่เกี่ยวข้องกับชุมชน(Habermas 1990) Lash ได้นำแนวคิดของ Hegel มาวิพากษ์แนวคิดของฮาเบอร์มาว่า “ชุมชนมีพื้นฐานที่เป็นวิธีปฏิบัติดั้งเดิม(Sittens) คือcustoms ที่มีพื้นฐานอยู่กับhabits คือความเคยชินที่ได้ปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง (pre-judgements) ซึ่ง customs ที่ปฏิบัตินี้ไม่ใช่กฎเกณฑ์ข้อบังคับ(rules)” ในยุคทันสมัย (Lash 1994: 149)

รังเกียจและการอยู่ในความทุกข์ habitus ประเภทนี้ได้เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างใกล้ชิดภายในชุมชน การดูแลสุขภาพสภาพ การกินอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้สร้างขึ้นมาเป็น (โต้ตอบ) การสะท้อนกลับ(reflexivity) และแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์(Bourdieu 1977, ดูเพิ่มเติมในบทที่ 4)

สิ่งที่เราเห็นได้ชัดในชุมชนของเหล่า เป็นพื้นที่ทางสังคมซึ่งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ก่อขึ้นโดยการสะท้อนกลับ(โต้ตอบ)และมี habitus(เดิม) ที่ได้เปลี่ยนแปลงแล้ว(ดู Lash 1994: 162) ชุมชนนี้ได้สร้างองค์กรและกิจกรรมเพื่อรักษาดูแลสุขภาพ โดยมีพื้นฐานที่ชุมชน และไม่จำเป็นต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบันและผู้เชี่ยวชาญ ชุมชนนั้นไม่ใช่เป็นชุมชนสำหรับผู้ติดเชื้อกับผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น แต่มีลักษณะ “การดูแลสุขภาพสภาพโดยชุมชน” ที่จะไปด้วยกันกับชุมชนหมู่บ้านดั้งเดิม จนทำให้เกิด habitus ใหม่ที่แนบแน่นกับพื้นที่ทางสังคม

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว กลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้เล่าเรื่องเกี่ยวกับประวัติชีวิตของพวกเขา ปฏิสัมพันธ์เช่นนี้ได้ก่อให้เกิดความใกล้ชิดที่เป็นลักษณะพิเศษเฉพาะของแต่ละชุมชน ประวัติของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แต่ละคนก็เป็นลักษณะเฉพาะของชีวิตคน ๆ นั้นย่อมมีความแตกต่างจากผู้อื่น พื้นที่ในชุมชนแห่งนี้อนุญาตให้มีเสียงที่หลากหลายหรือเรียกได้ว่า เป็นพื้นที่ใกล้ชิดได้ ภายในพื้นที่สาธารณะประชาชนจะสนทนาปัญหาต่าง ๆ ด้วยกัน และพยายามแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาโรคหรือต่อสู้เพื่อจัดการความรังเกียจ กีดกันและแบ่งแยก ภายในชุมชนของกลุ่มผู้ติดเชื้อแต่ละกลุ่มนั้นเป็นพื้นที่ใกล้ชิด ซึ่งสมาชิกให้ความใส่ใจในอารมณ์ความรู้สึก ความตั้งใจ และความเข้าใจกับความทุกข์ของสมาชิก(ผู้อื่น)ด้วยกันเอง(Saito 2000: 94)

พื้นที่ใกล้ชิดที่หล่อหลอมภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เราได้พิจารณามานั้น จะเกิดขึ้น “ระหว่าง” ร่างกายกับร่างกาย ซึ่งแบ่งปันความเอื้ออาทร ความทุกข์ ความเศร้า ความเจ็บปวด ของผู้ติดเชื้อแต่ละคน ลักษณะของพื้นที่ใกล้ชิดแบบนี้เป็นอิสระจากปัจเจกชน เป็นผู้กระทำ(agency)ที่ไม่มีลักษณะปัจเจกชน เป็น subjectivity ที่มีอยู่ใน “ระหว่าง” ซึ่งตรงกับที่ บิน คิมูระ(Bin Kimura) ได้เรียกว่า “personal intersubjectivity”⁸ เราสามารถเห็นลักษณะชุมชนประเภทใหม่ที่เกิดขึ้นจาก intersubjectivity ที่แพร่หลายระหว่างปัจเจกชนที่มีลักษณะร่างกายแบบนั้นภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อได้ ประเด็นเด่นชัดคือ ไม่ใช่เป็นลักษณะอิสระของปัจเจกชนซึ่งควบคุมตนเองที่มีความรับผิดชอบ

⁸ Bin Kimura ซึ่งเป็นจิตแพทย์ ยืนยันว่าสิ่งมีชีวิตแต่ละตัวมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระ แต่ขณะเดียวกันมี “personal intersubjectivity” ซึ่งเป็นลักษณะร่วมของสิ่งมีชีวิต (Kimura 1997: 19) “personal intersubjectivity” เป็นลักษณะทางสังคมที่มนุษย์แต่ละคนต้องมี มากกว่านั้นคือ มันยังเป็นลักษณะที่ถูกสร้างขึ้นมาระหว่างร่างกายของแต่ละคนก็ได้ เพราะฉะนั้น แนวคิด “ลักษณะใกล้ชิด” ทางสังคมศาสตร์ที่ถกเถียงกันที่นี้นั้น ไม่ใช่เป็น “intersubjectivity” ที่เป็นนามธรรมดังที่ Habermas กล่าวไว้ (Habermas 1990) แต่เป็นสิ่งที่มีความพื้นฐาน “intersubjectivity” ที่สร้างขึ้นระหว่างร่างกาย

ของตนเอง ยิ่งกว่านั้นไม่ใช่หมายความว่าความใกล้ชิดแบบเดิมที่เราพบเห็นในญาติพี่น้อง หรือ ภายในครอบครัวเดียวกัน มันเป็นลักษณะชุมชนประเภทใหม่ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่พื้นที่ใกล้ชิด เปลี่ยนไปสู่พื้นที่สาธารณะได้

เราจะกล่าวถึงเครือข่ายอีกครั้งหนึ่ง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนโยบายต่าง ๆ ของการแพทย์เชิง ป้องกันที่ใช้เพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์นั้นได้ดำเนินงานโดยผ่านเครือข่ายของระบบราชการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่กลางทศวรรษ 1990 เป็นต้นไปได้มีนโยบายเพื่อช่วยเหลือผู้ ติดเชื้อและผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการปกครองชีวญาณของรัฐ การปกครองประเภทนี้ไม่ได้ “แบ่งแยก” ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์จากประชากรเช่นเดียวกับนโยบายป้องกันเอดส์ที่ได้ดำเนินการมา ก่อนหน้านั้น แต่ได้จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ภายใต้โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยของรัฐ สามารถควบคุมให้พวกเขารักษาและดูแลสุขภาพให้ดี กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยนั้น ไม่ได้อยู่ใน การเฝ้าระวังแบบเก่าที่อยู่ภายใต้ นโยบายของการแพทย์เชิงป้องกัน แต่อยู่กับการเฝ้าระวังแบบใหม่ ทำให้พวกนั้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยผ่านเครือข่ายระบบราชการประกอบด้วยหน่วยงาน สาธารณสุข โรงพยาบาลหลายระดับและสถานอนามัย เป็นต้น

กระบวนการก่อตั้งระบบสาธารณสุขแบบใหม่ ในช่วงวิกฤตการณ์โรคเอดส์ รัฐได้สร้างการ ปกครองชีวญาณเพื่อรวบรวมและควบคุมชีวิตของประชากร แต่การสร้างเครือข่ายการปกครองชีว ญาณแบบนี้ได้ทำให้เกิดเครือข่ายต่อต้านขึ้นในศูนย์กลางของสังคม ไม่ใช่ที่ชายขอบอย่าง (ไม่เคลิฮาร์ด และอันโตนิโอ เนกกริ(M.Hardt และA.Negri)ชี้ให้เห็นว่า เมื่อการปกครองชีวญาณเข้า ควบคุมชีวิตของประชาชน อย่างเต็มที่ จนการปกครองชีวญาณนั้นไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป เขากล่าวว่า“ในขณะนั้น อำนาจได้ปรากฏแก่สาธารณะในบริบทใหม่ที่ประกอบด้วยความ หลากหลายให้มากที่สุด และมีลักษณะพิเศษของแต่ละกลุ่มที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของสังคม ทั่วไปคือ สภาพแวดล้อมใหม่-สภาพแวดล้อมของเหตุการณ์” (Hardt and Negri 2000: 25)

การเกิดเครือข่ายต่อต้านของผู้ติดเชื้อมันจำเป็นต้องแยกแยะจากเครือข่ายการปกครองชีว ญาณอย่างชัดเจน ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะเครือข่าย ข้อมูลหรือความรู้ที่แลกเปลี่ยนหรือสะสมใหม่ ไว้แลกเปลี่ยนกับผู้ติดเชื้อที่อยู่ในเมืองนั้น ไม่เหมือนกับมันที่มีบรรทัดฐานและมีมาตรฐาน ที่อยู่ใน การแพทย์สมัยใหม่และระบบราชการอย่างเด็ดขาด ข้อมูลและความรู้ของผู้ติดเชื้อมัน นอกจากที่ เกี่ยวกับการรักษาโรคหรือวิธีการต่อสู้กับความรังเกียจ หรือการดูแลเพื่อรับรองความเจ็บปวดหรือ ความทุกข์ของแต่ละคน หมายความว่าที่เกี่ยวข้องกับ“intersubjectivity” ที่ช่วยเหลือ “ระหว่าง” พวกนั้น ความรู้ที่เป็นประสบการณ์ร่วมกัน แต่อาจจะเป็นสิ่งที่แต่ละคนพูดนั้น ไม่มีมาตรฐานและ ต้องมีลักษณะพิเศษ แล้วแพร่หลายภายในเครือข่ายที่ประกอบด้วยชุมชนต่าง ๆ การสร้างขึ้น habitusของแต่ละกลุ่มผู้ติดเชื้อมัน โดยทั่วไปพึ่งอาศัยความรู้และข้อมูลที่ผลิตขึ้นมาอย่างยั้ง

สำหรับผู้ที่มีความทุกข์และเจ็บปวดนั้น การดูแลชีวิตตนเองนั้นก็คือการดูแลชีวิตของผู้อื่น ด้วย ซึ่งการดูแลรักษาสุขภาพในลักษณะนี้ได้สร้างเครือข่ายขึ้น และชุมชนที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อหลาย

กลุ่มได้สร้างขึ้นมาเป็นจุดเชื่อมภายใต้เครือข่ายนั่นเอง habitus ที่มีลักษณะพิเศษของแต่ละชุมชนนั้น อาจจะเป็นแนวทางสำหรับการดูแลสุขภาพของสมาชิกทั่วไป แต่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะพบวิธีการปฏิบัติที่เป็นลักษณะพิเศษของตนเอง อย่างเห็นชัดในกรณีการใช้ยาสมุนไพร หรือการกินอาหาร การดูแลสุขภาพของตนเองนั้นมักจะไปด้วยกับการติดตามกฎเกณฑ์อย่างเข้มงวด ก็คือการแสวงหาการปกครองตนเองอย่างจริงจัง การปกครองตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างนี้ไม่เหมือนกับ การควบคุมสุขภาพโดยมีพื้นฐานความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่หรือการส่งเสริมสุขภาพโดยมีความรับผิดชอบตนเองที่ปฏิบัติภายใน“ชุมชน” ซึ่งเป็น object ของการจัดการทางสังคม การปกครองตนเองของผู้ติดเชื้อหรือผู้ปวยนั้น อาจจะทำให้เป็นการปกครองชีวิตจากข้างล่างซึ่งอยู่ตรงกันข้ามกับการปกครองชีวิตแบบเสรีนิยมใหม่ที่ระบบสาธารณสุข การแพทย์แบบใหม่นั้นกำลังพัฒนาขึ้นมา

หลังจากการสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อมาประมาณ 10 กว่าปีแล้ว ปัจจุบันนี้การปกครองชีวิตจากข้างล่างควรจะมีคามหมายสำคัญภายใต้สถานการณ์ที่การปฏิรูปสุขภาพดำเนินอยู่ในขณะนี้ และการปกครองชีวิตที่เน้นตลาดและมีลักษณะเสรีนิยมใหม่นั้นมีขนาดใหญ่ยิ่งขึ้น

สรุป

ในบทนี้ผู้เขียนกล่าวถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้ก่อตั้งอยู่ในเครือข่ายของความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันกลุ่มผู้ติดเชื้อนั้นได้เชื่อมโยงเครือข่ายทำให้เกิดพื้นที่ใกล้ชิด ซึ่งเป็นชุมชนเพื่อรักษาสุขภาพซึ่งกันและกันโดยเฉพาะกรณี “โครงการสุขภาพชุมชน” จะพบว่าผู้กระทำนั้นถูกสร้างขึ้นเป็น intersubjectivity “ระหว่างสมาชิก” เพื่อจะปฏิบัติการใช้แรงงานการผลิต การดูแลสุขภาพโดยมีความร่วมมือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แต่พื้นที่ทางสังคมการดูแลสุขภาพแบบนี้นั้นไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างโดดเดี่ยว มันต้องถูกรองรับด้วยความสัมพันธ์ที่มีความเป็นอิสระ โดยอยู่ในเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มผู้ติดเชื้อหลายกลุ่ม

ภายใต้การปกครองชีวิตที่มีลักษณะเสรีนิยมใหม่ ซึ่งได้แพร่หลายโดยรวดเร็วจากต้นศตวรรษที่ 21 ในประเทศไทย พื้นที่สาธารณะที่เครือข่ายของผู้ติดเชื้อสร้างขึ้นใหม่นั้น ทำให้เกิดการปกครองชีวิตจากข้างล่างชนิดหนึ่ง แต่ภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อแต่ละกลุ่มก็มีพื้นที่ใกล้ชิด ซึ่งทำให้ habitus ใหม่เกิดขึ้นเพื่อจะดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ไม่เหมือนกับพื้นที่ทางสังคมอย่างชุมชนดั้งเดิม และในกลุ่มผู้ติดเชื้อ จะพบว่า มีความพยายามและความตั้งใจที่จะสร้างชุมชนโดยมีการสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ชุมชนแบบนี้ที่มี habitus สำหรับการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันนั้น ควรจะเป็นค่ายหรือสำนักที่จะต่อต้านกับการปกครองชีวิตจากข้างบน ซึ่งทำให้ประชาชนทุกคนมีความรับผิดชอบและควบคุมตนเอง

ความรับผิดชอบและการควบคุมตนเองเกี่ยวข้องกับการจัดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นการปกครองชีวิตจากข้างบน ในทางตรงข้ามนี้ มีความเป็นไปได้ที่ชุมชนซึ่งมีพื้นฐานกิจกรรม โดยมีความ

เชื่อมโยงระหว่างผู้กระทำเพื่อดูแลรักษาซึ่งกันและกัน เราจะพบว่าชุมชนแบบนี้มีคุณค่าเทียบเท่ากับแนวคิดการต่อต้านของฟูโกต์ ซึ่งเน้นการดูแลรักษาตนเอง ทักษะเช่นนี้ ต้องการแสวงหารูปแบบใหม่หรือรูปแบบที่ไร้การกดขี่ บังคับเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตกับการเมืองภายในพื้นที่ทางสังคม

บทที่ 4 ทศนะ “ชุมชน” กับ การปกครองชีวญาณ

เนื่องจากสิ่งที่เรียกว่า“ชุมชน(communitiy)”อยู่ในสถานการณ์และเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ โดยเชื่อมโยงกับระบบสังคมขนาดใหญ่ เพราะฉะนั้นเราไม่สามารถศึกษาชุมชนโดยมีทัศนะว่า ชุมชนมีหลักการ ระบบและโครงสร้างโดยรวมของตนเอง ชุมชนเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับแนวคิดประชาสังคมในจินตนาการที่เรียกว่าOrientalism การศึกษาชุมชนในสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ในศตวรรษที่ 20 ในหลายกรณีนั้น ชุมชนได้ถูกรอกรอบภายใต้กระบวนการปกครองของรัฐ-ประชาชาติ หรืออำนาจอาณานิคมต่าง ๆ กล่าวคือ ภายใต้การปกครองประเภทนี้ การศึกษาชุมชน จะสามารถทำให้เราเข้าใจระบบโครงสร้างของสังคมได้ ด้วยเหตุนี้ ชุมชนจึงกำเนิดขึ้น และเป็นวัตถุของการศึกษาสำหรับนักมานุษยวิทยาใช้เพื่อการพรรณา การศึกษามานุษยวิทยาเหล่านี้ได้พยายามจะแสวงหาลักษณะพิเศษที่เป็นโครงสร้างเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรมภายในชุมชน แต่การศึกษาชุมชนในลักษณะนี้ เป็นเพียงการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ภายในชุมชนเท่านั้น ยังไม่ได้คำนึงถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้น

นอกจากการศึกษาชุมชนในรูปแบบของทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม(structural-functionalism)แล้ว หรือ การศึกษาชุมชน ซึ่งเชื่อว่า ชุมชนเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติที่กระทำอย่างต่อเนื่อง ดังในทฤษฎี transactionalism ของเฟรดริก บาร์ธ(Fredrik Barth)แล้ว นักมานุษยวิทยาจะมีวิธีการศึกษาชุมชนได้อย่างไร ในบทความชิ้นนี้ ผู้เขียนพยายามจะตอบสนองต่อปัญหาทฤษฎีทางมานุษยวิทยาสังคมเพื่อให้มีความชัดเจนว่า ชุมชนประกอบขึ้นด้วยอะไร มีความต่อเนื่องและความเปลี่ยนแปลงภายใต้ปฏิบัติการของผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างไร ต่อจากนั้น ผู้เขียนจะนำแนวคิด “ชุมชนปฏิบัติ”ของLave and Wenger(1991) ซึ่งกล่าวถึงชุมชนด้วยแนวคิดทางเสรีนิยมใหม่(neo-liberalism) ภายใต้แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับตัวตนที่ควบคุมตนเอง(self-regulation) โดยผู้เขียนตั้งข้อสังเกตกับแนวคิดนี้ โดยใช้ให้เห็นว่าชุมชนจะสร้างพื้นที่สาธารณะ(the public)ที่แปรเปลี่ยนเป็นพลังศักยภาพจากปฏิบัติการภายในชุมชนได้อย่างไร

ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงของชุมชนในกระแสโลกาภิวัตน์นั้น เป็นผลจากปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติและอำนาจของทุนนิยม ทำให้สถาบันและวาทกรรมของความทันสมัย ได้ก่อร่าง ครอบครอง ปกครองแทนอำนาจอาณานิคมหรือจักรวรรดินิยมในอดีต ดังนั้น ในช่วงท้ายของบทความนี้ ผู้เขียนจะเสนอมุมมองชาติพันธุ์วรรณาที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและผู้คิดเชื่อในภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อจะเข้าใจการก่อร่าง ครอบครอง และปกครองของอำนาจในรูปแบบใหม่ที่กระทำต่อชุมชน โดยใช้แนวคิด“การปกครองชีวญาณ(governmentality)”ของ Michel Foucault เพื่อทำความเข้าใจกับการต่อต้านการปกครองชีวญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ ทศนะการศึกษาปฏิบัติการและการปกครองชีวญาณในแนวโน้มจะทำให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของชุมชนในยุค

ทันสมัย(modernity)ในมานุษยวิทยาได้ และในขณะเดียวกันจะเป็นการนำเสนอแนวคิดใหม่ให้แก่
วิชามานุษยวิทยาการเมือง(political anthropology)อีกด้วย

ชุมชนประกอบด้วยปฏิบัติการ

“ชุมชนปฏิบัติ”

ชุมชนมักจะถือว่าเป็นแหล่งรวบรวมที่มีลักษณะพิเศษที่มีมาแต่ดั้งเดิม(primordial)ไม่ว่า
จะเป็นระบบเครือญาติ ระบบเศรษฐกิจ หรือด้านวัฒนธรรม เช่น ความเป็นชาติพันธุ์ หรือพิธีกรรม
มานุษยวิทยาในศตวรรษที่ 20 นั้นได้เริ่มต้นการศึกษาชุมชน จากการทำความเข้าใจพื้นฐาน
วัฒนธรรมและสังคมอย่างสัมพันธ์โดยพรรณาชุมชนแต่ละชุมชนว่ามีลักษณะพิเศษด้านสังคมและ
วัฒนธรรมที่มีมาแต่ดั้งเดิม แต่การศึกษาเช่นนี้ก็มีข้อจำกัดคือไม่สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะพิเศษ
เหล่านี้ ได้กระบบสถาบันต่าง ๆ ของชุมชนนั้นมีการสืบทอด เปลี่ยนแปลงมาอย่างไร

แนวคิด“ชุมชนปฏิบัติ”ที่ เลฟและเวนเงอ เสนอไว้ตอนปลายศตวรรษที่ 20 นั้น พยายามจะ
อธิบายด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้กระทำจะได้รับความรู้ และทักษะอย่างเป็นขั้นตอนที่แสดง
ถึงลักษณะที่เป็นอัตลักษณ์ของชุมชนด้วย ซึ่งเป็นการปฏิเสธลักษณะพิเศษที่มีมาแต่ดั้งเดิมของ
ชุมชน(Lave and Wenger 1991) ดังที่ เลฟกล่าวถึงกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้กระทำเป็นกิจกรรม
ทางสังคมซึ่งประกอบด้วย จิตใจ ร่างกาย กิจกรรมและสถานที่ที่องค์กรประกอบขึ้นมาทาง
วัฒนธรรม(Lave 1988: 1) สถานที่ที่เราสามารถสังเกตกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างชัดเจนที่สุดคือ
ชุมชน ซึ่งภายในนั้นปัจเจกชนจะปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่รอบ ๆ และ
ทรัพยากร(ในที่นี้มีความหมายถึง เครื่องมือ สัญลักษณ์ ภาษา สิ่งแวดล้อมรอบข้าง)โดยสร้างอัต
ลักษณ์ใหม่ต่อชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น แนวคิดชุมชนปฏิบัติจะช่วยให้เราสามารถสังเกตและ
วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของปัจเจกชนต่าง ๆ เช่น การมีส่วนร่วม การต่อรอง และความร่วมมือกันที่
กระทำอยู่ในสถานที่ที่เรียกว่า ชุมชน อย่างมีพลวัต นอกจากนี้แนวคิดชุมชนปฏิบัติ ยังช่วยให้เรา
วิเคราะห์กระบวนการได้มาซึ่งความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างอัตลักษณ์อย่างไร

ทฤษฎีชุมชนปฏิบัตินั้น เป็นการท้าทายอย่างยิ่งต่อทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนของ
การศึกษาด้านมานุษยวิทยาที่มีอยู่ แต่ทฤษฎีนี้มีปัญหาใหญ่บางประเด็นดังที่ผู้เขียนกล่าวไว้(ดู
Tanabe 2002b, Tanabe 2003)ปัญหาใหญ่ที่สุดนั้นก็คือ ความโน้มเอียงที่จะอธิบายว่า สมาชิกทุก
คนในชุมชนนั้นมีโอกาสในการเรียนรู้ที่จะเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไม่แตกต่างกัน เพราะฉะนั้นทำให้
เราเข้าใจว่าทุกคนสามารถสร้างอัตลักษณ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน¹ วิธีสร้างอัตลักษณ์ในทฤษฎีของ

¹ ในมานุษยวิทยา ความสัมพันธ์และความผูกพันในชุมชนนั้น มักจะกล่าวว่าเป็นอัตลักษณ์ที่มีความผูกพันกับ
สถานที่แห่งใดแห่งหนึ่ง(Gupta and Ferguson 1997) แต่ชุมชนต้องเปิดตัวต่อภายนอกอย่างสม่ำเสมอหรือ
จะมีการสื่อสารกับชุมชนอื่น ๆ หรือเป็นส่วนหนึ่งภายในเครือข่าย เพราะฉะนั้น เราไม่สามารถอธิบายว่าผู้กระทำ

เลฟและเวนเงอ โดยเฉพาะที่เวนเงอได้กล่าวไว้ในหนังสือที่ได้รับการตีพิมพ์ในระยะต่อมา (Wenger 1998) ได้ระบุว่า อัตลักษณ์ที่สร้างขึ้นในแนวคิดชุมชนปฏิบัติมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดตัวตนของปัจเจกชนนิยมโดยผ่านการร่วมมือและการต่อรองด้านการสื่อสารด้วยภาษาอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันกรอบคิดเรื่องชุมชนปฏิบัติของเลฟและเวนเงอนั้น ก็มีได้มีลักษณะของชุมชนนิยม(communitarian)ที่ต้องการจะฟื้นฟูความสัมพันธ์ของชุมชนที่ได้สูญเสียไปในองค์กรและสถาบันต่าง ๆ ให้กลับคืนมา แต่เขาต้องการชี้ให้เห็นว่า ภายในชุมชนปฏิบัติได้ก่อให้เกิดอัตลักษณ์ของตัวตนที่ควบคุมตนเอง ซึ่งมาจากมโนภาพการมีส่วนร่วมในชุมชนที่เหมาะสมกับระบบการผลิตและการเมืองแบบใหม่ได้เกิดขึ้นในตอนปลายศตวรรษที่ 20²

ดังนั้น ส่วนที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ เป็นการพิจารณาการสืบทอดประดิษฐกรรมทางสังคม (social constructivism) ซึ่งดำรงอยู่ตลอดในแนวคิดชุมชนปฏิบัติของเลฟและเวนเงอ แต่ขณะเดียวกัน ก็จะวิจารณ์แนวคิดลักษณะของชุมชนและตัวตนที่เป็นเสรีนิยมใหม่ของทั้งสองคนว่า ในเงื่อนไขเช่นนี้ เราจะสร้างแนวคิดชุมชนปฏิบัติขึ้นใหม่ได้อย่างไร และเราจะเสนอทฤษฎีใหม่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องตัวตนโดยผ่านชุมชนและตัวตนกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่อยู่ในชุมชนได้อย่างไร ข้อถกเถียงเหล่านี้ จะกล่าวถึงในบทต่อไป แต่ในส่วนนี้ จะกล่าวถึงแนวคิดชุมชนที่ผู้เขียนใช้ในบทความนี้ก่อน

สิ่งที่เป็ชุมชนที่สังคมศาสตร์รวมถึงมานุษยวิทยาด้วยศึกษาชุมชนที่ดำรงอยู่ในประวัติศาสตร์และสถานการณ์หนึ่ง ๆ นั้น ชุมชนไม่ใช่เป็นเพียงผลผลิตจากการตั้งองค์กรตามรูปแบบทางทฤษฎีแบบใดแบบหนึ่ง ไม่ว่าจะในรูปแบบของมานุษยวิทยาหรือรูปแบบตามคติชนของประชาชนก็ตาม แต่ชุมชนเป็นผลที่เกิดจากปฏิบัติการของปัจเจกชนตามประวัติศาสตร์อยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคม คือหมายความว่า สิ่งที่เป็นชุมชนนั้นไม่ควรจะสรุปจากรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เป็นผลผลิตทาง“สถานการณ์”ที่เผชิญหน้ากับเหตุการณ์อย่างบังเอิญในชีวิตประจำวัน กับญาติพี่น้อง เพื่อน คนใกล้ชิด และคนอื่น ๆ ก็คือไม่ควรคิดว่าชุมชนเกิดขึ้นจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งอย่างเดียว สิ่งที่เป็นชุมชนนั้น เป็นพื้นที่ทางสังคมที่ดำรงอยู่ท่ามกลางสถานการณ์และประวัติศาสตร์ และเป็นการสะสมความสัมพันธ์ทางสังคม ในความหมายเช่นนี้ ทุกชุมชนใน

นั้นจะมีอัตลักษณ์แบบเดียวกันภายในชุมชนนั้น เราต้องเข้าใจว่าชุมชนมีกลไกการจำแนก แยกแยะ ขับไล่ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ(Tanabe 1984; Laclau 1990; Tanabe 2002b)

² แนวคิดชุมชนปฏิบัติของเลฟและเวนเงอแตกต่างอย่างชัดเจนกับแนวคิดเรื่องชุมชนที่สอดคล้องกับระบบที่มีกฎระเบียบแบบ Fordism ซึ่งได้แพร่หลายโดยทั่วไปในศตวรรษที่ 20 โดยเฉพาะแนวคิดการจัดตั้งองค์กรที่มีลักษณะเป็นเครือข่าย มีความยืดหยุ่น และมีการกระจายอำนาจจากศูนย์กลาง ที่เวนเงอเขียนขึ้นนั่นก็คือ การควบคุมตนเองแบบ Post Fordism นั่นเอง(Wenger 1998; Wenger and Snyder 2000) แนวคิดชุมชนปฏิบัติของเวนเงอ ในระยะนี้ได้เข้าไปสู่การผลิตของตนเอง(self) ที่มีลักษณะยืดหยุ่นและ Post Fordism ซึ่งถือว่าเป็นวิธีที่จะสร้างตัวตน(subjectification)ที่มีเสรีภาพ (Fraser 2003)

ปัจจุบันนี้จึงถูกจัดอยู่ในความหมายของ“ชุมชนปฏิบัติ” นั่นเอง ไม่ว่า“ชุมชนขนาดเล็กของชาวนา (little community)” ของโรเบิร์ต เรดฟิลด์(R.Redfield) และ band ซึ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็กที่สำคัญ และเก็บของป่า หรือ“สมาคม(association)”ของชาร์ล ฟูรีเยร์(Charles Fourier) หรือ คาร์ล มาร์ก (Karl Marx) จนกระทั่งถึงชุมชนอินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าเหล่านี้ก็เป็น ชุมชนปฏิบัติ

ความแตกต่างระหว่างชุมชนต่าง ๆ ของชาวนาหรือ ความแตกต่างระหว่างband ของพวกที่หาของป่า และชุมชนอินเทอร์เน็ต ชุมชนเหล่านี้มีความเป็นสังคมที่มีลักษณะแตกต่างหลากหลาย แต่เมื่อเรากล่าวถึงลักษณะพิเศษของชุมชน โดยเฉพาะลักษณะพิเศษทางวัฒนธรรมนั้น เป็น ขนบประเพณีวิถีการกระทำ การประเพณี ถูกสร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานกรอบความสัมพันธ์ทางสังคม ที่เป็นบริบท เช่น “habitus” ของ ปีแอร์ บูร์ดูว์(Pierre Bourdieu) (1977b) ซึ่งเป็นที่กำเนิดของ ปฏิบัติการต่าง ๆ หรือ “locality”ของอาร์จุน อาปาธุไร(Arjun Appadurai) (1996) หรือ “โครงสร้างของความรู้สึก”(structures of feeling) ของเรย์มอนด์ วิลเลียมส์ (Raymond Williams) (1977) ที่สืบทอดแนวคิด hegemony ของอันโตนิโอ กรัมสกี(Antonio Gramsci) ทั้ง การรับรู้ ความเข้าใจและวิธีปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ เป็นธรรมชาติและประเพณีที่สืบทอดกัน เหล่านี้เป็น ลักษณะพิเศษของวัฒนธรรมของชุมชน แล้วสิ่งที่เวเนเจอร์เรียกว่า repertoire นั้นเป็นวิธีปฏิบัติ เฉพาะชุมชนใดชุมชนหนึ่งที่สืบทอดกันมาตามประวัติศาสตร์(Wenger 1998)

Habitus มีความคล้ายคลึงกับ“หน้าตา”ของแต่ละชุมชน โดยที่ปฏิบัติการของผู้กระทำมี ลักษณะพิเศษทางวัฒนธรรมนั้น จะถูกผลิตมาโดยไม่มีข้อจำกัดและปราศจากข้อสงสัย เช่น การ ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมของชุมชนนั้น ผู้กระทำต่างยอมรับ และยึดถือปฏิบัติอย่างไม่มีที่ตั้งคำถาม อย่างที่บูร์ดูว์กล่าวถึงสิ่งที่เรียกว่า habitus นั้น เป็น“สำนึกปฏิบัติ(le sens pratique)”ซึ่งเป็นช่องทางที่ผู้กระทำมีเสรีภาพ มีทางเลือกในการจัดการ แต่ขณะเดียวกัน ปฏิบัติการที่ถูกผลิตขึ้นก็ มีความผสมกลมกลืนภายในชุมชน(Bourdieu 1990: 54-56)

นอกจากชุมชนวัฒนธรรมนั้น มีลักษณะทางประวัติศาสตร์และสถานการณ์หนึ่ง ๆ แล้ว เรา ควรจะศึกษาปฏิบัติการสำนึกปฏิบัติและhabitus ของประชาชนนั้นภายใต้การเปลี่ยนแปลงด้วย³ หากพิจารณาแนวคิดชุมชนในสถานการณ์ปัจจุบันนี้อย่างใกล้ชิด เราจะเห็นว่า habitus ของ ประชาชนที่มีลักษณะเป็นประเพณีและอนุรักษนิยมนั้นจะเปลี่ยนแปลงได้โดยมีความคิดสะท้อน

³ หนังสือทางทฤษฎีของ บูร์ดูว์ ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่าง habitus ซึ่งเป็นพื้นที่ “doxa” หรือ สถานการณ์ที่ปราศจากปัญหา และพื้นที่วาทกรรมที่ซึ่งถกเถียงกันโดยมีความคิดเห็น เขาพูดถึง ความแตกต่างเหล่านี้(Bourdieu 1977b: 167-170) แต่ดังที่ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในการศึกษาต่าง ๆ เรื่องกรรมกรในประเทศแอลจีเรีย การวิเคราะห์ทางชาติพันธุ์วรรณาของ บูร์ดูว์ นั้นเน้นกระบวนการการกำเนิด ของ habitus แบบทุนนิยมภายในชนชั้นกรรมกรล่างสุด ในระบบอาณานิคมโดยเฉพาะเน้นการเปลี่ยนแปลง habitus ของชนชั้นเหล่านี้ โดยการศึกษาแนวคิดเวลา(concept of time)(Bourdieu 1977a)

กลับของผู้กระทำ ดังที่การเกิดขึ้นของนายทุนในบริบทระบบเศรษฐกิจก่อนทุนนิยมของยุโรป ตะวันตกเฉียงเหนือในศตวรรษที่ 16 หรือ การเปลี่ยนแปลงของชาวนาในชุมชนชนบทของประเทศ ไทยมาเป็นกรรมกรในเมืองตอนปลายศตวรรษที่ 20 นั้น การเปลี่ยนแปลงสำนักปฏิบัติทางชนชั้น ของประชาชนเหล่านี้ ไปสู่สำนักปฏิบัติแบบอื่นนั้นเต็มไปด้วยความยากลำบาก(Tanabe 2002a: 565-566)

ชุมชนกับสิ่งที่ป็นสาธารณะ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมทันสมัยที่เรียกกันว่า โลกาภิวัตน์ ได้มีผลกระทบ ต่อการเปลี่ยนแปลงของhabitus หรือลักษณะพิเศษด้านวัฒนธรรม ซึ่งมีความหมายว่า ความคิด ประเพณีและความแน่นอนของปฏิบัติการนั้นได้สูญหายไปและทำให้เกิดวิกฤตในประชาชนให้ เปลี่ยนแปลงตนเอง ขณะเดียวกันวิกฤตการณ์แบบนี้เป็น โอกาสและเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการถกเถียง และทำให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ที่จะแก้ไขปัญหาคือเพื่อความอยู่รอดของตนเอง เมื่อภัยธรรมชาติและ ความขัดแย้งเกิดขึ้น หรือการแพร่ระบาดของโรค หรือการแทรกแซงจากรัฐประชาชาติและตัวแทน ของรัฐ หรือการขยายของความสัมพันธ์ทางการผลิตและตลาดของทุนนิยม ซึ่งประชาชนไม่ สามารถโต้ตอบได้โดยความคิดและปฏิบัติการตามประเพณีของชุมชน ประชาชนจำเป็นต้อง สะท้อนกลับต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมีสติ เพื่อจะให้วิธีการปฏิบัติแนวใหม่ได้เกิดขึ้น

โครงสร้างทฤษฎีของเลฟและเวนเงอเน้นกระบวนการเรียนรู้ของความรู้และทักษะก็คือ กระบวนการการสร้างhabitus โดยมีรูปแบบการฝึกฝนแบบช่าง(apprenticeship)(Lave and Wenger 1991) แต่ถ้าหากเราจะทำให้แนวคิด“ชุมชนปฏิบัติ”เป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาที่มีพลัง ในการวิเคราะห์ เราจำเป็นต้องขยายพื้นที่วิเคราะห์ด้วยการสลายความไม่สงสัยและความไม่มีปัญหา ด้วยวิธีการวิเคราะห์นี้ ความคิดและสำนักปฏิบัติประเภทใหม่จึงเกิดขึ้นโดยการแทรกแซงด้วย ความคิดและวาทกรรมต่าง ๆ อีก ดังนั้น เพื่อชี้ให้เห็นขอบเขตของการสะท้อนกลับและการ เปลี่ยนแปลงลักษณะพิเศษของวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นภายใต้ความทันสมัยนั้น เราจำเป็นต้องพิจารณา “สิ่งที่ป็นสาธารณะ(the public)”ที่เป็นแนวคิดทางรัฐศาสตร์หรือปรัชญาการเมือง

สิ่งที่ป็นสาธารณะเป็นแนวคิดที่แพร่หลายโดยมีการสะท้อนกลับเพื่อจะใช้ประโยชน์จาก เหตุผลในยุคทันสมัยตามแนวคิดตะวันตก โดยสืบทอดจากประเพณีนิยมของกรีกเก่า สิ่งที่เป็น สาธารณะนั้น มักจะเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีความผูกพันของสมาชิกโดยมีการติดต่อกับภายนอก สิ่งที่เป็นสาธารณะนั้นมักจะถือว่า เป็นพื้นที่ทางสังคมที่เปิดเผยเพื่อจะแก้ไขปัญหาคือมีการถกเถียง อย่างมีเสรีภาพ โดยมีการใช้“ทรัพยากรทางวาทกรรม(discursive resources)”ของ “ประชา สังคม”(Habermas 1989, 1990)⁴

⁴ ภายในมานุษยวิทยาเชิงโครงสร้างนิยม ให้ความสำคัญระหว่างพื้นที่สาธารณะกับพื้นที่ภายใน ตัวอย่างเช่น บทความทางโครงสร้างนิยมของบูร์ดูร์ย ตอนต้น คือ “บ้านของKabyle หรือโลกที่พลิกกลับ”นั้น เป็นตัวอย่างที่

ตรงกันข้ามนี้ นักมานุษยวิทยาชาวญี่ปุ่นบางคน ยืนยันว่า แนวคิดคู่ตรงข้ามระหว่าง“ความเป็นสาธารณะ”กับ“ชุมชน”นั้นควรจะสลายไป เพราะว่าเป็นจินตนาการทางOrientalismของยุคทันสมัยของตะวันตก แต่เราควรจะสร้างแนวคิดชุมชนขึ้นเพื่อเป็นวัตถุในการศึกษาทางด้านมานุษยวิทยาในสถานการณ์ที่มีอยู่ในยุคทันสมัยมาโคโตะ โอโตะ(Makoto Oda) กล่าวว่าชุมชนเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ปิดและขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่เปิดสู่ภายนอกตามเงื่อนไขทางสถานการณ์หนึ่ง ๆ ชุมชนจึงมีความหมายรวมไปถึงครอบครัว หมู่บ้าน เมือง จนกระทั่งถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เครือข่าย หรือกลุ่มที่รวมตัวกันเฉพาะในสถานการณ์หนึ่ง ๆ(emergent coalition) ดังนั้นชุมชนคือผลผลิตของผู้กระทำที่เชื่อมโยงตนเองกับชุมชนอื่น ๆ หรือ เป็นผลผลิตที่ผู้กระทำตัดตนเองออกจากความสัมพันธ์ทางสังคม โดยการใช้นิยามจากปฏิบัติการประจำวัน(Oda 2004: 245) เราทราบแล้วว่าโอโตะและ มาโตจิ มาซูดะ(Matoji Matsuda) ไม่ได้เน้นแนวคิดความเป็นสาธารณะแต่สิ่งทั้งที่สองคนกล่าวถึง คือความเป็นสาธารณะนั้นชี้ให้เห็นถึงเงื่อนไขที่ปฏิบัติการของประชาชนนั้นสามารถขยายออก หดมา อย่างมีสำนึก⁵(Matsuda 2004)

ผู้เขียนเห็นว่า ความเป็นสาธารณะที่ปรากฏในทฤษฎีชุมชนที่ถูกกล่าวอ้างถึงนั้น แน่นนอนว่าอยู่ในความเคลื่อนไหวของสำนึกปฏิบัติที่จะเปลี่ยนไปสู่ความสัมพันธ์ทางสังคมแบบใหม่ หรือ ควบคุมความสัมพันธ์ทางสังคม แต่เราจำเป็นต้องวิเคราะห์กระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือการสะท้อนกลับที่จะเปลี่ยนhabitus ในยุคทันสมัย ซึ่งทำให้ความเป็นสาธารณะที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสามารถเกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้เขียนจะกล่าวเฉพาะประเด็นสำคัญระหว่างชุมชนกับความเป็นสาธารณะในทัศนะทางมานุษยวิทยาต่อไป

ครั้งที่“ชุมชน”เป็นจินตนาการคู่ตรงข้ามกับ“ประชาสังคม” “ความเป็นสาธารณะ”นั้น มักจะถือว่าเป็นสัมพันธ์แนวราบที่จะต่อต้านกับอำนาจรัฐที่ถูกสร้างขึ้นในแนวดิ่ง ภายในคู่ตรงข้ามระหว่าง“ประชาสังคม”กับ“รัฐ”แต่ผู้เขียนมีความเห็นว่า“ประชาสังคม”มีศักยภาพและสามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นสาธารณะขึ้น โดยมีเสรีภาพในการถกเถียง โดยใช้วาทกรรม แน่นนอนว่าเป็นอคติของยุคทันสมัยตะวันตก และยิ่งกว่านั้นเป็นอุปสรรคในการศึกษาทางมานุษยวิทยา(Hann 1996) กรณีศึกษาทางมานุษยวิทยาที่ศึกษาท้องถิ่นในเอเชียตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 นั้น ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนสามารถสร้างพื้นที่สาธารณะที่สามารถต่อรองได้โดยทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ(NGOs)ในหลากหลายมิติ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน(Yang 1994; Flower and Leonard 1996) ความเป็นสาธารณะเหล่านี้ที่ถูกสร้างขึ้นมา

ดีที่สุด ซึ่งกล่าวถึงความสัมพันธ์คู่ตรงข้ามทางพื้นที่และสัญลักษณ์ระหว่างเพศ(gender) คือพื้นที่สองอย่าง เช่น ข้างนอก เป็นพื้นที่ผู้ชาย ข้างในเป็นพื้นที่ผู้หญิง(Bourdieu 1990: 271-283)

⁵ โอโตะกล่าวถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งประกอบด้วยความเป็นสาธารณะที่ข้ามชุมชนในยุคสมัยก่อนนั้น ได้ถูกจำแนกเป็นชั้น ๆ โดยการแทรกแซงของแนวคิดความเป็นส่วนตัว(privacy)ของสมัยใหม่(Oda 2004: 245)

ภายในชุมชนหรือเชื่อมโยงกับองค์กรต่าง ๆ อยู่ภายนอกนั้นแตกต่างจากความเป็นสาธารณะที่
ทฤษฎีประชาสังคมที่สร้างขึ้นในยุคสงครามเย็น

นักวิชาการหลายฝ่ายทราบแล้วว่า แนวคิดความเป็นสาธารณะสายทฤษฎีประชาสังคม ซึ่งมี
ยูร์เกิน ฮาเบอร์มาส(Jürgen Habermas)เป็นศูนย์กลางนั้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาด้านชาติพันธุ์
วรรณาในหลายมิติ อุปสรรคสำคัญคือทฤษฎีของฮาเบอร์มาสยืนยันว่าหลักการของความเป็น
สาธารณะมาจาก“ปฏิบัติการด้านการสื่อสาร(communicative action)” ซึ่งมีพื้นฐานการถกเถียง
อย่างมีเสรีภาพผ่านภาษา แน่แน่นอนว่าทฤษฎีความเป็นสาธารณะของ ฮาเบอร์มาส มีจุดประสงค์ที่จะ
ขยายพื้นที่ของ“โลกชีวิต(life- world)”แต่ในการถกเถียงอย่างต่อเนื่องระหว่างsubjects(inter-
subjectivity)ที่ฮาเบอร์มาส ยืนยันนั้นเป็นการปิดโอกาสที่จะเข้าสู่สิ่งที่สาธารณะของชุมชน ซึ่ง
มีพื้นฐานอยู่ที่การแบ่งปัน ความหมาย กฎเกณฑ์ สำนักความรับผิดชอบ ในประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น
เมื่อประชาชนเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ก็สามารถใช้ปฏิบัติการตามประเพณีเพื่อแก้ไขปัญหาได้
โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยทรัพยากรวาทกรรมที่ฮาเบอร์มาส กล่าวไว้ หรือระบบผู้เชี่ยวชาญที่กีด
เด่นส์ กล่าวไว้(Giddens 1991) ตรงกันข้ามนี้ ประชาชนจะสะท้อนกลับhabitus ของเขาเอง โดย
การตรวจสอบความหมายของชีวิตที่แบ่งปันในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อจะสร้างระเบียบใหม่
ตัวกลางหรือทรัพยากรของพื้นที่สาธารณะเหล่านี้ และอาศัยความทรงจำทางชีวิตในอดีต พิธีกรรม
ต่าง ๆ กิจกรรมและความร่วมมือกัน สำนักและการตัดสินใจ อันเป็นความรู้ซึ่งได้จากการ
ตีความหมายใหม่(hermeneutics)เกี่ยวกับชีวิตในชุมชนของเขาเอง อย่างที่สกอต ลาช(Scott
Lash)ชี้ให้เห็น สิ่งที่ทำให้ความคิดและความจริงของชุมชนเป็นไปได้นั้นไม่ได้มาจากการถกเถียงโดย
ใช้วาทกรรมหรือแนวคิด แต่เป็นการตีความของความหมายซึ่งแบ่งปันกันภายในปฏิบัติการ
ประจำวันของชุมชนนั่นเอง(Lash 1994: 152) เพราะฉะนั้นภายในชุมชนดั้งเดิมต่าง ๆ ความเป็น
สาธารณะ ซึ่งเป็นhabitus ก็ทำงานอย่างมีนัยยะ(tacit) แต่ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างยิ่งใหญ่
ประชาชนในชุมชนแห่งใดแห่งหนึ่งจะสร้างความสัมพันธ์และไปสู่ระเบียบใหม่โดยใช้แนวทางการ
ตีความมากกว่าการใช้เหตุผลนิยม

เมื่อมีการเข้าสู่habitus โดยการตีความหรือการสะท้อนกลับเหล่านี้ หากว่าทรัพยากรวาท
กรรม หรือระบบผู้เชี่ยวชาญไม่เป็นตัวกลางหลักในพื้นที่สาธารณะ แล้วจะมีผลอย่างไร พื้นที่
ใกล้ชิดจะมีความหมายอย่างไรในสถานการณ์เช่นนี้ ซึ่งพื้นที่สาธารณะและพื้นที่ใกล้ชิดต่างเป็น
ความสัมพันธ์ที่โต้ตอบกันหรือdialogue ตามยูกิชิ ซาโทฮ(Jun-ichi Saitoh)กล่าวว่า พื้นที่
สาธารณะกับ“พื้นที่ใกล้ชิด(intimate space)”แยกออกได้ด้วยการวิเคราะห์ แต่ในสถานการณ์จริง
ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ พื้นที่สาธารณะควรจะถูกสร้างขึ้นใหม่ โดยมีความสนใจปัญหา
ร่วมกัน“ระหว่าง”ประชาชน แต่กรณีพื้นที่ใกล้ชิดนั้นสามารถรักษาไว้ได้ด้วยการดูแลและใส่ใจต่อ
ชีวิตของแต่ละคน ภายในความสัมพันธ์ “ระหว่างบุคคล(inter-personal)”ของคนอื่นซึ่งมี
ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล(Saitoh 2000: 92-93)

เราไม่สามารถลดทอนพื้นที่ใกล้ชิดเป็นเพียงพื้นที่ความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือญาติพี่น้องได้ แต่เราเห็นได้กรณีย่างดีในชุมชนหลากหลาย ซึ่งพื้นที่ใกล้ชิดถูกสร้างขึ้นมาเพื่อจะแก้ไขปัญหาความทุกข์ยากภายในประชาชนที่ถูกแบ่งแยก ถูกรังแก ข่มขู่ ไล่ออกจากชุมชนหรือสังคม ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มสนับสนุนหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ มะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น หรือกลุ่มผู้อพยพ ผู้เสียหายในคดีอาญา ผู้เสียหายจากภัยธรรมชาติ กลุ่มรักร่วมเพศ หรือชุมชนในอินเทอร์เน็ตต่าง ๆ หรือชุมชนที่สร้างขึ้นมาในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคมินามาตะ กลุ่มผู้ป่วยจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ (Ishimure 1972; Tanabe 2005) ภายในพื้นที่ใกล้ชิดเหล่านี้ ประชาชนพยายามจะตีความปัญหาที่เผชิญอยู่และให้ความหมายภายในชุมชนโดยผ่านการสนทนา และการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการดูแลชีวิตคนอื่นแต่ละคน และขณะเดียวกัน ก็มีความเป็นไปได้ที่พื้นที่สาธารณะจะเกิดขึ้นเพื่อนำเสนอปัญหาและแสวงหาวิธีการแก้ไขภายในพื้นที่นั้น ๆ⁶ กรณีกลุ่มช่วยเหลือตนเองมักถูกสร้างขึ้นมาให้พื้นที่ใกล้ชิดมาก่อน โดยสร้างความสัมพันธ์ที่ดูแลชีวิตแต่ละคน และยอมรับความคิดเห็นของแต่ละคน ในที่สุดจะได้ศักยภาพประเภทหนึ่ง ศักยภาพเหล่านี้ไม่เหมือนกับอำนาจหรือความรุนแรงที่มีลักษณะกดขี่ ซึ่งอาจจะใกล้เคียงกับ“พลังศักยภาพ(potentia)”ของพระเจ้าที่Spinoza ได้แยกออกจาก“อำนาจ(potestas)”ของพระเจ้า⁷ ชุมชนนั้นจะมีความเป็นไปได้ที่จะถูกสร้างขึ้นมาเป็นพื้นที่สาธารณะโดยสะสมพลังศักยภาพภายในพื้นที่ใกล้ชิดด้วย

ทักษะจากทฤษฎีการปกครองชีวญาณ

ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ

พลังศักยภาพของชุมชนก็คือพลังที่จะสร้างพื้นที่สาธารณะจากความใกล้ชิดนั้น เห็นได้ชัดขึ้นในบางช่วงของประวัติศาสตร์ในแต่ละชุมชนไม่ว่าจะเป็นชุมชนหมู่บ้านชาวนาดั้งเดิม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือชุมชนอินเทอร์เน็ตก็ตาม แต่พลังศักยภาพเหล่านี้จะเผชิญหน้าบ่อยครั้งกับอำนาจองค์กรขนาดใหญ่ เช่น อำนาจอาณานิคม รัฐประชาชาติ หรือองค์กรระหว่างประเทศ โดยถูก

⁶ อากิรา กุริฮาระ(Akira Kurihara) ได้เสนอแนวคิด “สิ่งที่สาธารณะต่างกัน” มีความหมายว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคนที่มีความแตกต่างทั้งความคิดเห็นและสถานะทางสังคม แต่มันก็ยอมรับซึ่งกันและกัน(Kurihara 2000: 13)

⁷ เกี่ยวกับการแยกออกมาเหล่านี้ ซึ่งปรากฏในทฤษฎีที่ 34 กับ 35 อยู่ในภาคที่1 ใน “เกี่ยวกับพระเจ้า” ในหนังสือ Ethica (ดู Deleuze 1981) สำหรับฮันน่า อาเรนต์ (Hannah Arendt) นั้น “อำนาจ(power)” หมายถึง “พลังศักยภาพ(power potential)” ซึ่งเกิดขึ้นเป็น “พื้นที่ปรากฏขึ้น(space of appearance)” ภายในประชาชนที่ทำงานและถกเถียงกัน ซึ่งทำให้พื้นที่สาธารณะดำรงอยู่ต่อเนื่อง อำนาจหรือพลังศักยภาพเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้เฉพาะเมื่อประชาชนมีกิจกรรมโดยมีความร่วมมือกัน แต่จะเสียหายไปในทันทีเมื่อประชาชนกระจัดกระจายไป(Arendt 1958)ประเด็นที่พลังศักยภาพของความเป็นสาธารณะนั้นถูกสร้างขึ้นมาอย่างต่อเนื่องหรือสูญเสียไปในแต่ละชุมชนนั้นควรพิจารณาในการศึกษาด้านมานุษยวิทยาด้วย

กคจี ได้บังคับบัญชาหรือต่อต้านกับอำนาจนั้นด้วย มานุษยวิทยาที่เน้นความทันสมัยพยายามพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับการเกิดขึ้นใหม่ขององค์กรใหม่ภายใต้โลกาภิวัตน์ (Appadurai 1996; Gupta and Ferguson 1997; Armit 2001, 2002) ประเด็นที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอในที่นี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดขึ้นใหม่ของชุมชนเหล่านี้ โดยวิเคราะห์ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับเทคโนโลยีของอำนาจ(technology of power)ในยุคทันสมัย ชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่างตัวตน ต่างเป็นผลกระทบที่มาจากการเปลี่ยนแปลงภายนอกนั้น ผู้เขียนจะนำแนวคิด “การปกครองชีวญาณ(governmentality)”ของมิเชล ฟูโกต์(Michel Foucault) (โปรดดูรายละเอียดแนวคิดนี้ในหัวข้อ แนวคิดการปกครองชีวญาณ ในบทที่ 1)มาอธิบาย หากการปกครองชีวญาณหมายถึงการนำทางการกระทำของบุคคลภายในขอบเขตที่ได้กำหนดไว้ เป้าหมายของการปกครองชีวญาณ ก็คือการจัดขอบเขตที่ประชาชนสามารถกระทำได้ โดยมีความตั้งใจและเสรีภาพตามที่กำหนดไว้ เพราะฉะนั้น ถ้าหากว่าปฏิบัติการเกิดขึ้นจาก habitus ของชุมชน การปกครองชีวญาณนั้น หมายถึงการจัดขอบเขตของ habitus ใหม่ สำหรับประชาชน โดยการไล่ habitus เก่าออก ภายใต้งานทำงานของอำนาจและความรู้(Boudieu 1977a)

หากเป็นเช่นนี้แล้ว การปกครองชีวญาณนั้น ไม่ใช่ประเด็นการใช้อำนาจอย่างเฉียว แต่เป็นเรื่องของการใช้อำนาจเทคโนโลยีเพื่อให้อำนาจมีประสิทธิภาพได้อย่างไร ภายใต้อิทธิพลนิยมนันไดอันหนึ่ง ภายในมานุษยวิทยาการเมืองทั่วไป แนวคิดการปกครองนั้นถือว่าการกระทำทางการเมืองซึ่งได้รับการสนับสนุนจากอำนาจโดยมีเหตุผลนิยม การเมืองเฉพาะวัฒนธรรมของเขา ยกตัวอย่างเช่น “galactic polity” ที่สแตนเลย์ แทมเบีย(Stanley Tambiah) ได้ศึกษา เขาได้วิเคราะห์เหตุผลนิยม การเมืองของอำนาจกษัตริย์และพุทธศาสนาดั้งเดิม โดยเชื่อมโยงกับพิธีกรรมและระบบสัญลักษณ์ต่าง ๆ (Tambiah 1976, 1985) แต่แนวทางการวิเคราะห์การปกครองเหล่านี้กล่าวถึงเบื้องหลังของความสัมพันธ์เชิงอำนาจของการปกครองอย่างซับซ้อน แต่ไม่ได้อธิบายว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เรียกว่าการปกครองนั้นได้สร้างขึ้นมาอย่างไร โดยสังเกตการเชื่อมโยงระหว่างอำนาจกับชีวิตทางสังคมและปฏิบัติการของปัจเจกชน เพื่อจะศึกษาเรื่องการปกครองในยุคทันสมัยในมานุษยวิทยาการเมืองจำเป็นต้องสังเกตกลไกของอำนาจ โดยไม่เพียงแต่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอำนาจการกคจีที่แทรกแซงชุมชนหรือปัจเจกชน แต่จำเป็นต้องเข้าใจอำนาจอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ แปลหรือถ่ายทอด(translate)ปัญหาทางสังคมต่าง ๆ มาเป็นการปกครองชีวญาณที่เกี่ยวข้อง และสร้างเครือข่ายที่ประกอบด้วยระบบราชการ องค์กร ชุมชน ปัจเจกชนด้วย

ดังที่นิโคลาส โรส(Nikolas Rose) กับปีเตอร์ มิลเลอร์(Peter Miller) กล่าวไว้ว่า เพื่อให้เครือข่ายสามารถทำหน้าที่ได้จำเป็นต้องจัดชุดเทคโนโลยีการปกครองชีวญาณที่ประกอบด้วยวิธีคิด เลข การจัดสถิติ การทำให้มีมาตรฐานเกี่ยวกับการประเมินและการตัดสินใจ และการทำให้เป็นเอกสาร เป็นต้น ภายใต้อำนาจของผู้เชี่ยวชาญ(Rose and Miller 1992: 183-184) ทฤษฎีเทคโนโลยีการ

ปกครองแบบนี้มีรากฐานมาจากความคิดของฟูโกต์ แต่สำคัญมากกว่านั้นก็คือทัศนะทางสังคมวิทยา ที่เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี(sociology of science and technology)ของบรูโน ลาตูร์ (Bruno Latour) ก็คือทัศนะที่ว่าอำนาจนั้นมาจากเครือข่าย ไม่ได้มาจากกลไกของอำนาจที่มาจากระบบราชการหรือ ผู้เชี่ยวชาญ(Latour 1987, 1986) โดยสรุปว่า เครือข่ายประกอบด้วยข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นมาตรฐาน (“จารึก(inscription)” เช่นสถิติ เอกสาร รูปภาพ ตาราง รายงาน เป็นต้น) และมีอำนาจเกิดขึ้น เพื่อให้แต่ละคนมีระบบคิดและปฏิบัติตามเครือนายนั้น โดยใช้การคำนวณ เพื่อให้เข้าถึงเครือข่ายและ ไม่จำเป็นต้องกลับเข้าไปสู่จุดศูนย์กลางใดจุดหนึ่ง เพื่อให้เกิดการคิด และคำนวณ หรือได้ตอบต่อปัญหาขึ้นมา แต่ข้อมูลเหล่านั้น สามารถคำนวณได้ทั่วไปภายในเครือข่าย โดยอ้างอิงค่ามาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและอิสระ(Rose and Miller 1992: 185-186)

ภายใต้เทคโนโลยีการปกครองแบบนี้แล้ว ชุมชนจะมีตำแหน่งอย่างไร โดยทั่วไปเรากล่าวได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญและความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ (ตัวอย่างคือ กลไกของแพทยศาสตร์ แพทย์และพยาบาล กับความรู้และวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์) จะนำปฏิบัติการของประชาชน โดยผ่านเครือข่ายเพื่อจะให้มีโครงสร้าง แต่สิ่งที่สำคัญนั้นก็คือประชาชนจะร่วมมือกระทำปฏิบัติการสอดคล้องกับทิศทางของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ไม่ว่าชุมชนตามธรรมชาติหรือ“ชุมชน”ตามความหมายของการปกครองที่ถูกสร้างขึ้นทางการเมืองในยุคทันสมัยนั้น จะเป็นเป้าหมายของเทคโนโลยีการปกครองชีวญาณ ชุมชนภายใต้การปกครองแบบนี้ จะทำให้ตัวตนมีความสอดคล้อง และมีการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม จนกลายเป็นเครือข่ายโดยมีตัวตนที่สามารถควบคุมตนเอง หากใช้คำศัพท์ของโรสและมิลเลอร์ชุมชนเป็นจุดสำคัญที่ทำให้มี “การปกครอง ณ แดนไกล(governing at a distance)”จนกระทั่งทำให้ขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละคนเกิดขึ้นโดยผ่านชุมชน⁸ (Rose and Miller 1992: 173)

ดังที่โรส ชี้ให้เห็นว่า “ชุมชน” ในยุคตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 นั้นได้กลายเป็นกุญแจสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการทางสังคมทั่วไป และขอบเขตการปกครองต่าง ๆ นั้นดำเนินงานได้ (Rose 1999: 171) ตัวอย่างเช่น “การพัฒนาชุมชน” “จิตสำนึกชุมชน” “การมีส่วนร่วมของชุมชน” “การเสริมอำนาจชุมชน” เป็นต้น ซึ่งมีกำเนิดจากกระบวนการทางสังคมแบบใหม่ตั้งแต่ทศวรรษ1970 เป็นต้นมา แต่เราต้องพิจารณา คำศัพท์เหล่านี้ในฐานะที่ทำหน้าที่การปกครองในรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจ การปฏิรูปการเมือง และสาธารณสุข เป็นต้น การสร้างตัวตนโดยการ

⁸ ภายในคำศัพท์ของลาตูร์“การกระทำจากแดนไกล(action at a distance)” หมายความว่า ภายในเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย และพลังที่แตกต่างกัน (ศูนย์กลางการคำนวณ) จะทำงานเข้าไปสู่ชายขอบโดยข้ามพื้นที่และพื้นที่ เพื่อจะขยาย รักษา และควบคุมเครือข่าย“การกระทำจากแดนไกล”ของลาตูร์นั้น เป็นไปได้เฉพาะเมื่อปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกันนั้นได้ร่วมมือกันอย่างดีจนจัดเครือข่าย(Latour 1987: 232) แต่ระดับการปกครองที่เรากล่าวถึงอยู่นั้น เสรีนิยมใหม่แสวงหาเหตุผลนิยม การเมือง ก็คือ“การปกครอง ณ แดนไกล” อย่างชัดเจน(Rose 1996: 43)

ปกครอง ณ แดนไกล โดยมีตัวกลางคือ “ชุมชน” นั้น ควรจะเรียกว่า เทคโนโลยีการปกครองชีวญาณที่มีลักษณะเสรีนิยมใหม่ (Rose 1996) แต่ละคนภายใน “ชุมชน” นั้น จะสามารถเป็นตัวตนที่สามารถต่อรอง มีความยืดหยุ่น และถูกคาดหวังว่า จะมีความรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตทางสังคม โดยมีการเสริมอำนาจอย่างต่อเนื่อง รูปแบบชุมชนที่เวงเงอวาคไว้ในหนังสือชุมชนปฏิบัตินั้น ก็คือเป็นชุมชนที่มีตัวตนโดยมีการควบคุมตนเองอย่างยืดหยุ่นเช่นนี้ (Wenger 1998) กลไกการควบคุมตนเอง จะทำงานได้ภายใต้เทคโนโลยีการปกครองชีวญาณเหล่านี้ ปัจเจกชนอยู่ใน “ชุมชน” นั้น ไม่ได้เป็นเป้าหมายของอำนาจ แต่กลายเป็นตัวตนที่เป็นส่วนหนึ่งของอำนาจ

สาธารณสุขกับการปกครองชีวญาณ

ในประเทศไทย ชุมชนต่าง ๆ ที่เป็นวัตถุในการศึกษามานุษยวิทยาในปัจจุบันนี้กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเข้าไปสู่ในขอบเขตของการปกครองชีวญาณประเภทใหม่ ชุมชนต่าง ๆ นั้นกล่าวได้ว่า ไม่ได้อยู่ในขอบเขตหรือโครงสร้างของระบบราชการซึ่งเป็นกลไกอำนาจของรัฐแต่มีกิจกรรมในเครือข่ายที่มีความยืดหยุ่นและความเปลี่ยนแปลงได้ องค์การทางสังคมในยุคทันสมัยและการควบคุมตนเองอยู่ใต้องค์กรนั้น ปัจจุบันนี้ขยายออกไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ของชีวิต โดยเฉพาะพื้นที่ด้านสาธารณสุขและการแพทย์นั้นเป็นพื้นที่ที่การปกครองชีวญาณแบบเสรีนิยมใหม่เผยแพร่มากที่สุดในประเทศต่าง ๆ (Petersen and Lupton 1996: 11) แต่การเผยแพร่ของเทคโนโลยีการปกครองประเภทนี้ไม่สม่ำเสมอในแต่ละประเทศ ในเอเชียมีความหลากหลายและความซับซ้อนขึ้นกับลักษณะพิเศษของความเป็นทันสมัย ลักษณะกลไกอำนาจเช่น ระบบราชการ หรือรูปแบบของชุมชนแต่ละประเทศ เพราะฉะนั้น ผู้เขียนจะยกตัวอย่างเกี่ยวกับการสาธารณสุขในตอนปลายศตวรรษที่ 20 ในประเทศไทย เพื่อจะพิจารณาเทคโนโลยีการปกครองนั้นว่าสามารถทำงานอย่างไรภายใต้กรอบคิด “ชุมชน”

แนวคิด “ชุมชน” ได้ถูกใช้และกำหนดอย่างชัดเจนในการดำเนินนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มต้นจากโครงการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตั้งแต่พ.ศ. 2521 ซึ่งกำหนดไว้ตามคำประกาศอัลมาออตตา (Alma Alta Declaration) ในการประชุมนานาชาติระหว่างองค์การอนามัยโลกกับองค์การยูนิเซฟร่วมกัน เป็นขบวนการระหว่างประเทศชาติที่มีเป้าหมายเพื่อจะขยายกิจกรรมด้านสาธารณสุขและแพทยศาสตร์ และยกระดับสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา โดยมีโครงการผสมผสานระหว่างการป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟู โครงการสาธารณสุขมูลฐานเหล่านี้มีเป้าหมายเริ่มแรกเพื่อจะเผยแพร่ “สุขภาพ” ซึ่งจะได้รับ การรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ในทุกส่วนของสังคม และยังให้ความสำคัญกับชุมชนเพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมและวางแผนในการดำเนินงาน รวมทั้งการประเมินงานอีกด้วย เช่นกรณีประเทศพัฒนาต่าง ๆ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยได้จัดให้ตำบลหรือหมู่บ้านที่มีอยู่ในระบบราชการให้กลายเป็นชุมชนเป้าหมาย และจัดตั้งองค์กรในชุมชนนั้น โดยนำ

เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสาธารณสุขระดับท้องถิ่นและอาสาสมัครจากท้องถิ่นให้เข้าไปในระบบหรือสถาบันราชการของกระทรวงสาธารณสุข ในที่สุดการมีส่วนร่วมใน “ชุมชน” นั้นมีข้อจำกัด ตรงกันข้ามกับเป้าหมายนั้นคือ ได้ผลิตความขัดแย้งหรือสร้างระยะห่างระหว่างชาวบ้านกับอาสาสมัครสาธารณสุข(cf. Cohen 2006)

ขณะเดียวกัน นโยบายทางสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นได้เปลี่ยนไปหลังจากโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ในสถานการณ์ที่รายจ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และได้กลายเป็นแรงกดดันต่อรัฐบาลมากยิ่งขึ้นตั้งแต่ทศวรรษ 1970 ดังนั้นนโยบายการแพทย์และสาธารณสุขนั้นจำเป็นต้องปฏิรูป โดยเฉพาะตั้งแต่วิกฤตด้านเศรษฐกิจในปีพ.ศ.2540 เป็นต้นมา นโยบายด้านสาธารณสุขก่อนหน้านี้ได้เน้นการป้องกันโรคติดต่อรวมถึงโรคเอดส์ ก็คือนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสูง(high risk groups)แต่เมื่อรายจ่ายด้านการแพทย์เพิ่มขึ้นโดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในเขตเมือง เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตมากขึ้นแล้ว นโยบายด้านสาธารณสุขนั้นเปลี่ยนไปเน้นยุทธศาสตร์ประชากร(population strategy)โดยมีเป้าหมายที่ประชากรที่มีโอกาสป่วย(potential patient) เช่น ผู้สูงอายุ คนที่ทำงานนั่งโต๊ะ

ยุทธศาสตร์ประชากรเพื่อการป้องกันโรคประเภนี้ ก็สอดคล้องกับนโยบายองค์กรอนามัยโลก(WHO 1986) โดยแปรมาสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของประชากร ใน 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง การแพร่หลายของการเดินออกกำลังกาย(aerobic dance)ที่เริ่มต้นมาตั้งแต่พ.ศ. 2546 และประการที่สอง ซึ่งมีความสำคัญมากนั้น คือการแนะนำวิธีการรักษาและดูแลสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการแพทย์กระแสหลัก เช่นการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน โดยเริ่มมีความแพร่หลายตั้งแต่ต้นทศวรรษ1990⁹

ประเภทที่หนึ่ง การเดินออกกำลังกาย ได้เป็นศูนย์กลางของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่พ.ศ.2546 ร่วมกับนโยบายการบริการด้านการแพทย์แบบรัฐสวัสดิการ¹⁰ กระบวนการการเดินออกกำลังกายที่มีลักษณะสั่งการจากศูนย์กลาง เช่น ตั้งแต่

⁹ “แพทย์แผนไทย” เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศไทย กับ “แพทย์พื้นบ้าน” เป็นระบบการแพทย์ท้องถิ่นนั้นมีความแตกต่างกัน แพทย์แผนไทยนั้น เคยมีประวัติศาสตร์ยาวนานที่เป็นระบบ และสถาบันที่มีศูนย์กลางอยู่ที่กรุงเทพฯ โดยมีการตั้งองค์กรเป็นระบบแพทยศาสตร์ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 20 “แพทย์พื้นบ้าน” โดยมีหมอพื้นบ้านร่วมกันกับ “แพทย์แผนไทย” โดยมีแนวคิดพื้นฐานเดียวกัน เช่น แนวคิดเรื่องธาตุสี่ และวิธีการวินิจฉัยที่เน้นความสมดุลของธาตุทั้งสี่ มีการใช้สมุนไพร การนวด เป็นต้น แต่แพทย์พื้นบ้านโดยทั่วไปนั้นหมายถึง วิธีการรักษาและการดูแลสุขภาพต่าง ๆ ที่หลากหลาย แต่ละท้องถิ่นและหมอแต่ละคน ซึ่งมีความสามารถและความรู้ที่มีลักษณะเฉพาะของเขาเอง ซึ่งแตกต่างมาจากแพทย์แผนไทยที่มีระบบ หมายความว่า ถ้ามองจากแพทย์แผนไทยที่เป็นศูนย์กลาง แพทย์พื้นบ้านมีความคล้ายคลึงกับแพทย์แผนไทย และเป็นเพียงสิ่งที่ยังหลงเหลือ(residue)อยู่กับแพทย์แผนไทย

¹⁰ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเริ่มพ.ศ.2544 มีลักษณะประชานิยมอย่างมาก แต่ปัจจุบันนี้เริ่มมีปัญหาการเงิน

หน่วยงานราชการ ทหาร ตำรวจ พลเรือน ไปจนถึงระดับหมู่บ้าน บริษัท ให้แต่งตั้ง “ชุมชน” ที่ดำเนินการออกกำลังกายโดยการเดินอย่างประจำ โดยรัฐบาลให้การช่วยเหลือด้านงบประมาณ กระบวนการส่งเสริมสุขภาพเช่นนี้ ย่อมมีปัจจัยที่ดึงดูดเพื่อจะควบคุมตนเองโดยเชื่อมโยงระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับสุนทรียภาพ กล่าวคือการออกกำลังกายนอกจากทำให้สุขภาพดีแล้วยังเป็นการทำให้น้ำหนักลด มีรูปร่างสวยงาม¹¹ หากพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่งนั้น กระบวนการเดินออกกำลังกายมีความใกล้เคียงกับโครงการสาธารณสุขมูลฐานโดยมีลักษณะการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนเข้าร่วมโดยผ่านกรอบของระบบราชการ หมายความว่า เป็นการปกครองที่เลือกหรือเกณฑ์คนเข้าร่วมกิจกรรมโดยที่บุคคลเหล่านั้นไม่รู้ตัว เพราะฉะนั้นผู้เขียนเห็นว่า การปกครองลักษณะนี้แตกต่างอย่างมากจากเทคโนโลยีการปกครอง ณ แดนไกลที่เรียกกันว่า “ขบวนการเคลื่อนไหวสาธารณสุขแบบใหม่(new public health movement)” ซึ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยิ่ง(Petersen and Lupton 1996)

หากว่ากระบวนการสาธารณสุขที่ใช้ขอบเขตชุมชน ตั้งแต่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน จนกระทั่งถึงกระบวนการการเดินออกกำลังกายนั้นเป็นวิธีการปกครองแบบเกณฑ์ แต่การนำแพทย์แผนไทย และแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นวิธีการดูแลและรักษาสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่งมาเผยแพร่ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1990 เป็นยุทธศาสตร์การปกครองที่มีความซับซ้อนของอำนาจ การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญอย่างยิ่งแก่การใช้สมุนไพร การนวด และอาหาร ขณะที่การแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นได้รับการฟื้นฟูอย่างชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์ในการรักษาดูแลสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด การแพร่หลายของการแพทย์เหล่านี้รวดเร็วมากขึ้น ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจพ.ศ.2540 เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาและดูแลสุขภาพ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนด้วย และทำให้ประชาชนทั่วไปสนใจการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้นอีกด้วย

นอกจากนี้ ตั้งแต่ปลายทศวรรษ1990 เป็นต้นมา ชนชั้นกลางในเมืองได้มีความต้องการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตั้งแต่วิธีการรักษาถึงการบริโภคอาหารเสริม ความรู้และปฏิบัติการเกี่ยวกับการรักษาโรคด้วยอาหารนั้นแพร่หลาย เช่น วิธีการดูแลสุขภาพแบบชีวิตที่แพร่หลายในชนชั้นกลางใน

¹¹ สถิติเมื่อต้นปีพ.ศ.2546 มีกลุ่มเดินออกกำลังกาย 17,009 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 20 กว่าคน มีการเดินมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ และต้องเดินครั้งละ 30 นาที(Bangkok Post, February 6, 2003) กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมและพัฒนาวิธีการเดินออกกำลังกายอีกด้วย เช่น เปลี่ยนคนตรีจากป๊อปปูล่าคนตรีไทย เพื่อให้เหมาะสมกับการเดินออกกำลังกายในสังคมไทย และเพิ่มเติมทำวิทยุติดคนในนวดไทยแผนโบราณให้อยู่ในการเดินออกกำลังกาย การเดินออกกำลังกายแพร่หลายอย่างกว้างขวางทั้งในบริษัท สำนักงาน โรงงาน หมู่บ้านในชนบท มีผู้หญิงเข้าร่วมการเดินออกกำลังกายมากกว่าผู้ชาย สันนิษฐานได้ว่า การลดน้ำหนักและทำให้รูปร่างสวยงามนั้นมีผลผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในพ.ศ.2546สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการตบหน้าให้อยู่ในรายการของการเดินด้วย(Bangkok Post, February 13, 2003)

เมื่อนั้น มีความใกล้เคียงกับวิธีการดูแลสุขภาพแบบแมโครไบโอติกส์ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นวิธีการดูแลสุขภาพโดยใช้อาหารพื้นเมืองและใช้หลักการหยินหยางด้วย นอกเหนือจากนี้ ดังที่เห็นได้ชัดในกรณีการนวดไทย สปาเป็นต้น ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 วิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านและแบบไทยได้เป็นเดิมนิเทศและกลายเป็นอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว นอกจากการส่งเสริมการเดินทางออกกำลังกาย กระทรวงสาธารณสุขแล้วยังส่งเสริมการผลิตอาหารส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค เพื่อเปิดและพัฒนาตลาดสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

อีกแนวทางหนึ่ง ภายใต้บรรยากาศฟื้นฟูแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน กิจกรรมของหมอพื้นบ้าน(หมอเมือง) ในชุมชนชนบทภาคเหนือโดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่มีกิจกรรมมากขึ้นด้วย ในพ.ศ.2535 ได้มีประชุมของหมอเมืองจาก 8 จังหวัดภาคเหนือประมาณ 10 กว่าคนที่จังหวัดเชียงใหม่ ในปีเดียวกันนั้นได้มีการประชุมหลายครั้งเพื่อจะแลกเปลี่ยนความรู้ การวินิจฉัยโรค แต่ในขณะเดียวกันได้มีการเดินป่า เพื่อสำรวจเปรียบเทียบเกี่ยวกับเชื้อยาสมุนไพรที่เรียกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น การประชุมของหมอเมืองเหล่านี้ ยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันระหว่างหมอเมือง ในปีต่อมานั้น หมอเมืองได้ร่วมมือกับโรงพยาบาล สถานีอนามัย ปัญญาชนและองค์กรภาคประชาชน เพื่อแสวงหาวิธีการรักษา ดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังร่วมกันลดการรังเกียจ แบ่งแยก กีดกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยในสถานที่ต่าง ๆ ในภาคเหนือ¹²

โดยสรุปว่า การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทยได้เกิดกระแสสองด้าน กระแสแรกคือ การฟื้นฟูแพทย์เหล่านี้ทำให้เกิดวิธีดูแลสุขภาพและมีการแพร่หลายของอาหารเสริมสุขภาพขึ้นในตลาด ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของชนชั้นกลางได้ดียิ่ง อีกกระแสหนึ่งคือ การฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นนั้น ทำให้เกิดกระบวนการการเคลื่อนไหวของหมอเมืองที่ข้ามขอบเขตของชุมชนในชนบท ได้มีกิจกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสาธารณสุขมูลฐาน ถ้าหากว่า ประเทศไทยได้พัฒนาการปกครองชีวญาณด้านสาธารณสุขแบบใหม่ไม่ใช่ว่าเพียงกรณีการเดินทางออกกำลังกาย ซึ่งมีพื้นฐานทางวิศวกรรมสังคม(social engineering)แบบบนสู่ล่าง แต่วางไปถึงการกำเนิดของตลาดสุขภาพขนาดใหญ่ โดยมีผู้บริโภคคือชนชั้นกลางในเมือง เพื่อจะดำเนินการควบคุมสุขภาพของตนเองอย่างมีสำนึก เราจะเห็นว่าวิศวกรรมการปกครองแบบระบบราชการประเภทเก่ากับการปกครองแบบชีวญาณ ณ แดนไกล ที่ให้กำเนิดตลาดใหม่ได้อยู่ด้วยกัน มากกว่านั้นคือ การพัฒนาเทคโนโลยีการปกครองเหล่านี้ ทำให้การต่อสู้กับเทคโนโลยีนั้นได้เกิดขึ้นอีกครั้ง

¹² มกราคม พ.ศ.2537 สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดสัมมนา “ศักยภาพและข้อจำกัดของหมอพื้นบ้านกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์” โดยมีหมอเมือง แพทย์แผนปัจจุบัน นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ (สถาบันวิจัยสังคม 2537) ผู้เขียนเห็นว่า การสัมมนานั้นได้ทำให้หมอเมืองมีบทบาททางสังคมมากขึ้นและยังมีผลให้กิจกรรมของพวกเขาได้ขยายออกไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ โดยมีประสานงานระหว่างโรงพยาบาล สถานีอนามัยและองค์กรพัฒนาเอกชนด้วย

โดยมีพื้นฐานอยู่ที่ชุมชนชนบทต่าง ๆ ที่ข้ามพ้นขอบเขตทางภูมิศาสตร์และเชื่อมโยงระหว่าง
เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

ชุมชนกับการเป็นสาธารณะ: กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตลาดสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ในประเทศไทยการกำเนิดของตลาดสุขภาพนั้น การอธิบายว่ากำเนิดของตลาดสุขภาพ ไม่ได้มาจากการแทรกแซงของรัฐแต่เกิดจากอำนาจของตลาดโดยตัวมันเอง ซึ่งการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตลาดกับอำนาจรัฐจากรูปแบบเศรษฐกิจอย่างนี้ เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อปัญหาทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐ ทุน ชุมชน และปัจเจกชน บริษัทหรือผู้ผลิตรายย่อย องค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งนี้ผู้ผลิตเหล่านี้ที่เข้าร่วมในตลาดสุขภาพนั้น จะสร้างจินตนาการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบเครือข่ายโดยผ่านกลไกการตลาด มีผลให้ปัจเจกชนยอมรับความเสี่ยงทางสังคมเกี่ยวกับโรค ภัยธรรมชาติ หรือ ภาวะการว่างงาน ให้เป็นความรับผิดชอบของตนเอง การดำเนินการเช่นนี้ไม่ใช่เกิดจากตลาดที่อยู่นอกเขตรัฐที่มีเสรีภาพและทางเลือกหรือความพึงพอใจ แต่จริง ๆ แล้วเป็นผลกระทบของเทคโนโลยีการปกครองชีวญาณที่ซับซ้อนของรัฐที่ลดทอนสุขภาพและความสุขให้มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ จนกระทั่งทำให้เกิดการดูแลและการควบคุมตนเองโดยใช้หลักการนี้ อย่างที่ฟูโกต์ได้วิเคราะห์การปกครองชีวญาณนั้น ไม่ได้อยู่กับ“อำนาจของเศรษฐกิจ(ตลาด)” แต่จำเป็นต้องเน้น “เศรษฐกิจของอำนาจ”¹³ (Foucault 2000b: 328; Lemke 2003: 178)

ทัศนะ “เศรษฐกิจของอำนาจ”อย่างนี้ จะมีความชัดเจนมากขึ้น ไม่เพียงแต่มีอำนาจที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่ตัวตนที่เป็นอิสระและควบคุมตนเองถูกสร้างขึ้นเท่านั้น แต่รวมไปถึง อำนาจที่ตัวตนสร้างขึ้นมาเพื่อต่อต้านกับอำนาจภายนอกอีกด้วย ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาดตนเองเป็นประเด็นสำคัญของฟูโกต์ในระยะหลัง(late Foucault) และมีความสำคัญมากขึ้นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจ ชุมชน และตนเอง ในยุคทันสมัยจากทัศนะการปกครองชีวญาณอีกด้วย อย่างที่กล่าวมาแล้ว หากมีวิธีการสร้างตัวตนที่เป็นอิสระและยืดหยุ่นเพื่อควบคุมตนเองเกี่ยวกับการดูแลรักษาดตนเองของประชาชนโดยผ่านเครือข่ายตลาดสุขภาพแล้ว เราจำเป็นต้องพิจารณาวิธีการดูแลและปกครองตนเอง ดังที่กล่าวมาแล้ว ถ้าหากวิเคราะห์อย่างฟูโกต์ แนวคิดการปกครอง

¹³ เทคโนโลยีการปกครองชีวญาณแบบเสรีนิยมใหม่นั้น ไม่ใช่เป็นการลดทอนสิ่งที่เป็นสังคมไปถึงตลาดอย่างที่หลายฝ่ายวิจารณ์แต่เราต้องเข้าใจว่าเป็นกำเนิดของอนุกรมของความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ความยืดหยุ่น การเสริมอำนาจ และการควบคุมตนเอง การศึกษาเปรียบเทียบของเสรีนิยมใหม่ 2 สำนักคือ สำนักOrdo-liberals ในเยอรมนีตะวันตกช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง และสำนักชิคาโก แห่งสหรัฐอเมริกา ของฟูโกต์ ที่เริ่มต้นจากตอนปลายทศวรรษ 1970 นั้น ได้พยายามชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การศึกษาของฟูโกต์ตอนหลังเกี่ยวกับประเด็นที่สำคัญเช่นนี้ดู(Lemke 2001)

ชีวภูมายนั้นควรจะรวมความสัมพันธ์ที่ตนเองปกครองตนเองด้วย เพราะฉะนั้นแต่ละตัวตนจะสามารถปกครองและสร้างตนเองอย่างกระตือรือร้น โดยการต่อสู้ ต่อต้านหรือ ต่อรองกับอำนาจที่มาครอบงำ(Dean 1996)อย่างอื่น โดนินีโอ เนกรี(Antonio Negri) กล่าวถึงตัวตนไม่ใช่เป็นเพียงเถาเถา หรือเป็นเพียงจินตนาการอยู่ใต้ระบบการกดขี่ในยุคทุนสมัย แต่ต้องคำนึงว่ามีความเป็นไปได้ที่จะสามารถสร้างจุดต่อต้านโดยการปกครองตนเองได้¹⁴

กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของประเทศไทยนั้น เป็นตัวอย่างที่ดีที่ได้สร้างการดูแลรักษาตนเองอย่างกระตือรือร้น โดยการเผชิญหน้ากับการปกครองชีวภูมิตที่ประกอบด้วยเครือข่ายของตลาดสุขภาพ กลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี กับผู้ป่วยโรคเอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทย มีกิจกรรมมากขึ้นตั้งแต่พ.ศ.2536 กลุ่มเหล่านี้ได้แสวงหาวิธีการดูแลรักษาโรคและวิธีการกินอาหารที่มีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์การถูกรังเกียจจากชุมชนที่อาศัยอยู่ โรงพยาบาล และผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์ หรือแม้แต่ในครอบครัวของตนเอง วิธีการรักษาดูแลเหล่านี้ก็มีความหลากหลายมากมาย มีตั้งแต่การรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ การใช้ยาต้านเอชไอวี รวมถึงการใช้แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่น การปฏิบัติสมาธิในพุทธศาสนา โยคะ สะกดจิต และการกินอาหาร ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการตรวจและรักษาโรคจากแพทย์สมัยใหม่ที่โรงพยาบาล แต่วิธีการดูแลสุขภาพและการต่อสู้ของโรคเอดส์แต่ละคนก็มีลักษณะพิเศษ หมายความว่า พวกเขาพยายามที่จะได้วิธีดูแลรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยการลองผิดลองถูกด้วย

กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับความทุกข์ และความเจ็บป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคและความสัมพันธ์ทางสังคมของเขาเองอย่างสม่ำเสมอ แต่สิ่งที่เราต้องสังเกตนั่นคือมีการสร้างสรรค์ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่จะดูแลรักษาชีวิตของกันและกันในกลุ่ม หมายความว่ากระบวนการเรียนรู้ภายในกลุ่มเกี่ยวกับวิธีการรักษาตนเองนั้นดำเนินได้โดยความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งประกอบด้วยการดูแลซึ่งกันและกัน

สิ่งที่สังเกตอีกประการหนึ่งคือ วิธีการดูแลรักษาโรคเหล่านี้มีความใกล้ชิดกับความเป็นสินค้า แต่จุดสำคัญนั้น วิธีการเหล่านี้ได้ผ่านการลองผิดลองถูกโดยการสะท้อนกลับและพิจารณาภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็น“ชุมชนปฏิบัติ”วิธีการดูแลรักษาโรคเหล่านี้ไม่ใช่เป็นวิธีการที่ทุกคนสามารถนำไปใช้ได้ แต่แต่ละคนจะเลือกรับและใช้แตกต่างกันตามปัญหาความเจ็บป่วยของแต่ละคน และความสะดวก และรูปแบบในการดำเนินชีวิตของแต่ละคน แน่นอนว่าวิธีการดูแลรักษาโรคและการรักษาสุขภาพและการกินอาหารที่ได้เลือกมาเหล่านี้จะถูกประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม

¹⁴ เนกรี กล่าวว่า “มีความสามารถในการผลิตยิ่งใหญ่ซึ่งยังหลงเหลือในตัวตน ภายใต้วิกฤตการณ์หนึ่งนั้น ตัวตนจะกลับมาค้นหาตัวตนเองจนพบหลักการทางชีวิตของตนเอง” (Negri 1997) เนกรีนึงถึงประเด็นที่ฟูโกต์ในระยะหลังได้กล่าวถึง โดยเน้นประเด็นการประเมินความกระตือรือร้นต่อพลังศักยภาพของตนเอง แทนการสร้างของตัวตนที่มีลักษณะขอมจำนน

ของแต่ละคน(appropriate) แต่วิธีเหล่านี้ไม่ใช่เป็นสิ่งที่คนใดคนหนึ่งคิดออกเองอย่างที่ฟูโกต์ชี้ให้เห็นว่าวิธีการดูแลรักษาตนเองนั้นจะพบได้ภายในชุมชนที่แต่ละคนดำรงชีวิตอยู่(Foucault 1998: 291) หมายความว่า วิธีการดูแลรักษาโรคและการกินอาหารของผู้ติดเชื้อจะเกิดขึ้นโดยการสะท้อนกลับถึง habitus ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของแต่ละชุมชน ยกตัวอย่าง ยาสมุนไพร ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ในระยะหลายสิบปีนั้น ได้รับการรื้อฟื้นขึ้นในสวนครัวของผู้ติดเชื้อ หรือผักต่าง ๆ ที่ทุกคนได้ละเลยสิ่งที่ดีไป ก็กลับนำมาใช้ใหม่และมีประโยชน์เหมือนเดิม หมายความว่ามีการฟื้นฟูทรัพยากรทางhabitus ที่เคยอยู่ในชุมชน

พื้นที่สาธารณะของกลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือเป็นชุมชนที่พัฒนาวิธีการปกครองตนเองโดยใช้ความสัมพันธ์ในการดูแลรักษาภายในสมาชิก และเผชิญหน้ากับความตาย การแบ่งแยกจากสังคมอย่างรุนแรง เราจะพิจารณาชุมชนเหล่านี้ว่าจะสะสมพลังศักยภาพเพื่อจะสร้างพื้นที่สาธารณะโดยมีความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อกับเครือข่ายของอำนาจต่าง ๆ ในส่วนต่อไปนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่พ.ศ.2536 นั้นส่วนใหญ่ประกอบด้วยชาวนาที่มาจากชนบท พ่อค้าแม่ค้าในตลาด แม่ค้าหาบเร่แผงลอย หรือกรรมกรรับจ้าง โดยเริ่มต้นจากกลุ่มที่ไม่มีรูปแบบ ระยะแรกนั้นคนเหล่านี้ยังไม่ค่อยมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่พวกเขาเผชิญอยู่ก็จะรวมตัวกันหลายแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษา ดูแลตนเอง ในพ.ศ.2537 กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้รวมตัวกันอย่างธรรมชาติโดยมีผู้นำที่เป็นผู้ติดเชื้อด้วยกันเองก่อตั้งองค์กรหลายองค์กร โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อรายใหม่ การแก้ไขการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการต่อสู้ ต่อต้านกับการแบ่งแยก กีดกันของสังคม

อีกแห่งหนึ่ง กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ ได้เป็นสถานที่ที่ทำให้พวกเขาได้เล่าถึงประวัติของตนเอง (life story) โดยมีการให้คำปรึกษา และการประชุมภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อ สำหรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ที่มีอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์ รวมไปถึงผู้ที่ถูกไล่ออกจากงานเนื่องจากได้รับเชื้อเอชไอวี หน้าที่ที่สำคัญของกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ คือการรับฟังความทุกข์ยากเกี่ยวกับโรค ความล้มเหลวภายในความสัมพันธ์ในครอบครัว และประสบการณ์การถูกไล่ออกและการกีดกันทางสังคมอื่น ๆ เราจะเห็นว่า ความทรงจำของพวกเขามักจะกระจัดกระจายออกไปเป็นชิ้น ๆ โดยไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่กันได้ แต่ภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้จะได้รับการฟื้นฟูประวัติศาสตร์ของตนเองกลับมาและแสดงออกมาเป็นความทรงจำเฉพาะของตนเองได้¹⁵

¹⁵ ภายในผู้ติดเชื้อเหล่านี้จะมีการเปิดเผยประสบการณ์ในอดีตซึ่งกันและกัน จนทำให้เป็นความทรงจำทางสังคมเกิดขึ้นภายในกลุ่ม ความทรงจำจะแสดงออกและถ่ายทอดสู่ผู้อื่นได้โดยการเชื่อมโยงเหตุการณ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่นี่ออกมา กระบวนการเหล่านี้(ดูTanabe and Keyes 2002: 4-6)

เพราะฉะนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ กล่าวได้ว่าเป็นพื้นที่ที่ต้องมีผู้อื่นที่คอยรับฟังเรื่องราวของผู้ติดเชื้อ ก็คือ เป็น“พื้นที่ใกล้ชิด” ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้อื่นนั้นสร้างขึ้นภายในพื้นที่ใกล้ชิด แต่กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีพื้นที่ใกล้ชิดที่ทำให้มีการสนทนากันเกิดขึ้น แต่ยังเป็นที่ที่รักษาไว้และขยายความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ความเปิดเผย และความเข้าใจ การเห็นใจ ความทุกข์ยากลำบากของชีวิต และการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่ไม่เคยพบกันมาก่อน หรืออีกนัยหนึ่ง คือผู้ติดเชื้อแต่ละคนก็ยังคงมี “หน้าตา” ของตนเอง ซึ่งยังคงเป็น “ผู้อื่น” ซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และพลังศักยภาพที่จะถ่ายทอดสู่ภายนอกอย่างต่อเนื่องโดยผ่านการสนทนาจะสามารถเกิดขึ้นได้¹⁶ อาจกล่าวได้ว่า พื้นที่สาธารณะที่อาเรนท์ กล่าวว่า “พื้นที่ที่ปรากฏ(space of appearance)”(Arendt 1958; Saitoh 2000: 38-39) ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ความสัมพันธ์และการดูแลซึ่งกันและกันภายในพื้นที่ใกล้ชิด เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้พื้นที่สาธารณะเกิดขึ้นมา

ถ้ากลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นชุมชนแล้ว เราต้องพิจารณาพื้นที่สาธารณะที่สร้างขึ้นมามีด้วย และจะมีความสัมพันธ์กับชุมชนที่มีอยู่แล้วอย่างไร กลุ่มผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่หลายกลุ่มได้สร้างความสัมพันธ์หลากหลายกับชุมชนที่มีอยู่ ซึ่งความสัมพันธ์การดูแลรักษาประเภทนี้ไม่เคยปรากฏมาก่อนในชุมชนชาวนานั้นได้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ ดังตัวอย่าง กลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มหนึ่งอยู่ในชนบทใกล้เมืองเชียงใหม่ นั้น สร้างขึ้นมาในปี.ศ.2537 เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วไป แต่ตั้งแต่พ.ศ.2545 กิจกรรมของกลุ่มนี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดยมีผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากชุมชนบทที่อื่น และจากในเมืองเข้าร่วมกิจกรรมด้วย กลุ่มนี้ได้ความช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนประเทศญี่ปุ่นและผลิตตุ๊กตาหมีเพื่อส่งออกไปจำหน่ายในประเทศญี่ปุ่น โดยสถานที่ผลิตเป็นโรงงานขนาดเล็กภายในหมู่บ้าน ได้พัฒนาไปเป็นชุมชนที่ผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อทำงานร่วมกันและอยู่ร่วมกัน กิจกรรมกลุ่มนั้นขยายออกจากกิจกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันในกลุ่ม ไปเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภายในหมู่บ้านที่กลุ่มนั้นตั้งอยู่

จิตสำนึกที่แยกแยะผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ปรากฏในชุมชนชนบทมานานแล้ว แต่ชาวบ้านได้ยอมรับกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อมันทำให้จิตสำนึกแบบนั้นลดลง ขณะเดียวกันฝ่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อมันได้สร้างความสัมพันธ์ใหม่คือความสามัคคีและความช่วยเหลือจากชุมชนชนบท ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ที่ซ้อนกันระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อกับชุมชนเดิมที่มีอยู่แล้ว ทำให้เปลี่ยนแปลงรูปแบบปฏิบัติการก็คือ habitus ของทั้งสองฝ่าย ซึ่งนำไปสู่การกำเนิดของพื้นที่สาธารณะ ดังนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ ได้สร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะและชุมชนอย่างต่อเนื่อง หรือจะเรียกได้ว่า เป็น “ชุมชนสะท้อนกลับ(reflexive community)” อย่างที่ลาชกล่าวไว้ (Lash 1994: 161)

¹⁶ ในกรณีผู้ติดเชื้อที่เป็นชนชั้นกลางในกรุงเทพมหานคร ดังกรณีการเล่าเรื่องของแก้วใน

www.kaewdiary.comเป็นตัวอย่างที่สร้างพื้นที่ใกล้ชิดที่มีรูปแบบเครือข่ายในอินเทอร์เน็ต(คู มาลี 2546)

เส้นทางอีกทางหนึ่งที่กลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ จะทำให้พื้นที่สาธารณะเกิดขึ้นนั้นคือ การสร้างเครือข่าย ดังได้กล่าวมาแล้ว เทคโนโลยีการปกครองชีวญาณของอำนาจในปัจจุบันนี้จะประกอบด้วยความรู้ ข้อมูล และเครือข่ายของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ประโยชน์เหล่านั้น ในอีกแนวทางหนึ่ง ในพ.ศ.2539 กลุ่มผู้ติดเชื้อต่าง ๆ ในภาคเหนือก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน โดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การพัฒนาเอกชน รวมไปถึงองค์กรระหว่างประเทศต่าง ๆ มีกลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมากกว่า 200 กลุ่มเข้าเป็นสมาชิกเครือข่าย เป้าหมายในการสร้างเครือข่ายทางการแบบนี้ ก็คือการส่งเสริม สนับสนุน การดูแลรักษาโรคของผู้ติดเชื้อในแต่ละท้องถิ่น และสนับสนุนการยอมรับทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยร่วมมือกับหน่วยงานราชการต่าง ๆ แต่การจัดตั้งเครือข่ายในลักษณะนี้ เป็น“การกักกัน(quarantine)”กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อควบคุมตนเองโดยมีความรับผิดชอบตนเอง แต่ขณะเดียวกันเครือข่ายนั้นได้มีหน้าที่ที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาดูแลสุขภาพและกลายเป็นพื้นที่ที่จะยืนยันแก้ไขเงื่อนไขต่าง ๆ การรักษาโรคและการต่อต้านกับการแบ่งแยก การกีดกันผู้ติดเชื้อของหน่วยงานราชการ โรงพยาบาล และองค์กรต่าง ๆ

ดังนั้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เป็นพื้นที่ที่เทคโนโลยีการปกครองชีวญาณทำงานอยู่ แต่ขณะเดียวกันเป็นพื้นที่สาธารณะที่ผู้ติดเชื้อใช้เพื่อต่อต้าน ต่อรอง หมายความว่า “เครือข่ายของการปกครองชีวญาณ” ดำรงอยู่กับ “เครือข่ายต่อต้าน” ในทำนองนี้ชุมชนที่เรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นจะสามารถรักษาพลังศักยภาพของความเป็นสาธารณะ โดยผ่านเครือข่ายได้ และขณะเดียวกัน ความเป็นไปได้ที่จะเปลี่ยนแปลงชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุป

“ชุมชน”ที่เคยเป็นแนวคิดศูนย์กลางของมานุษยวิทยาสัมัยใหม่มาอย่างยาวนานกำลังจะสูญเสียความเป็นจริง(reality)กับพลังการวิเคราะห์อย่างรวดเร็ว อยู่ใต้การเปลี่ยนแปลงของโลกภายใต้โลกาภิวัตน์ของทุนนิยมและอยู่ในภาวะที่ทฤษฎีมานุษยวิทยาไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของชุมชน ในอีกด้านหนึ่งแนวคิดชุมชนที่เป็นแนวคิดวิเคราะห์นั้น ปัจจุบันนี้อยู่ในวาทกรรมการปกครองหรือการเมืองของรัฐประชาชาติ หรือองค์กรระหว่างประเทศในปัจจุบัน และกลายเป็นแนวคิดที่สำคัญในการถกเถียงปรากฏการณ์ของการเมืองอัตลักษณ์ หรือการเมืองทางวัฒนธรรมด้วย

ภายในสถานการณ์เช่น แนวคิดชุมชนจะมีอำนาจทางการเมืองมากที่สุดนั้น ก็คือในวาทกรรมทางการเมืองและเศรษฐกิจของเสรีนิยมใหม่ ซึ่งก้าวหน้าตั้งแต่ตอนปลายศตวรรษที่ 20 แนวคิดชุมชนนั้น ไม่ใช่เพียงแค่มีหน้าที่ที่เป็นพื้นที่ในขอบเขตของการปกครองแต่ยังกว่านั้นได้เป็นวัตถุที่มีเหตุผลนิยมสำหรับความรู้และปฏิบัติการของผู้เชี่ยวชาญหลายด้านแทรกเข้ามา แนวคิดชุมชนที่เป็นแนวคิดการปกครองชีวญาณอย่างนี้ จะเป็นการปฏิเสธความแตกต่างที่ดำรงอยู่ในชุมชน

โดยมีสมมติฐานว่า ประชาชนที่เป็นส่วนประกอบของชุมชนนั้นมีคุณค่า เป้าหมายและท่าที เกี่ยวกับชีวิตเช่นเดียวกัน

เพื่อต่อสู้กับการแพร่หลายของแนวคิดชุมชนประเภทนี้ มานุษยวิทยาจำเป็นต้องสร้างแนวคิดชุมชนขึ้นใหม่ เพื่อจะสร้างทฤษฎีใหม่ภายในวิชามานุษยวิทยาและขณะเดียวกันเพื่อจะหล่อหลอมมานุษยวิทยาให้เป็นทฤษฎีวิพากษ์(critical theory)ในบทความชิ้นนี้ เพื่อจะเข้าสู่เป้าหมายเหล่านี้ ผู้เขียนได้พิจารณาอย่างวิพากษ์แนวคิด “ชุมชนปฏิบัติ” ที่ประกอบด้วยปฏิบัติการของประชาชน และตอบคำถามที่เป็นสาธารณะที่ถูกสร้างขึ้นโดยการสนทนากับกิจกรรมของประชาชนในชุมชน สิ่งที่เป็นสาธารณะที่ผู้เขียนนำมาถกเถียงนั้นไม่เป็นสิ่งที่หล่อหลอมขึ้นมาโดยผ่านการถกเถียงโดยใช้วาทกรรมอย่างที ฮาเบอร์มาส ยืนยัน แต่สิ่งที่เป็นสาธารณะนั้นเป็นความรู้และปฏิบัติการ การตีความและการสะท้อนกลับ โดยการกลับ habitus ของชุมชน เป็นการถามหาความหมายของชีวิตที่แบ่งปันกันในสถานการณ์ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงและเพื่อจะสร้างระเบียบใหม่ดังที่เป็นชุมชนในพื้นที่สาธารณะนั้นมีลักษณะขึ้นกับสถานการณ์และอยู่กับประวัติศาสตร์ เพราะฉะนั้นดังที่ได้พิจารณา กรณีกลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พื้นที่สาธารณะของชุมชนนั้น ไม่ได้หยุดนิ่งแต่มีการสร้างชุมชนใหม่ขึ้น โดยเปลี่ยนแปลง habitus ของตนเอง

เทคโนโลยีทางการปกครองชีวญาณอย่างถอนรากถอนโคนที่สุดในยุคทันสมัยนั้น จะสร้างตัวตนที่เป็นส่วนหนึ่งของอำนาจโดยผ่านชุมชนก็คือ สร้างตัวตนที่ควบคุมตนเองอย่างยืดหยุ่น และทำให้ตนเองมีอำนาจ ตรงกันข้ามนี้ ชุมชนที่ประกอบขึ้นตามประวัติศาสตร์และสถานการณ์นั้น มีความเป็นไปได้ที่จะสร้างตัวตนใหม่ที่ปกครองตนเองโดยต่อต้านกับการปกครองเหล่านั้น “การดูแลตนเอง(care of the self)” ซึ่งเป็นการปกครองตนเองนั้น ไม่ใช่เป็นการเข้าสู่การควบคุมตนเองโดยเป็นผลจากอำนาจภายนอก แต่เป็นมิติที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองและสร้างตัวเองใหม่ ที่มีความยอมรับ ความรื่นรมย์ ความปรารถนาในชีวิตของตนเอง วิธีการและปฏิบัติการปกครองตนเองอย่างหลากหลายที่เราพบในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ไม่ได้ผูกติดกับคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ได้หล่อหลอมขึ้นมาโดยกลับhabitus และตีความ สะท้อนกลับถึง habitus ของชุมชน

ดังที่ได้ยกตัวอย่างกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือ ประเทศไทย สิ่งที่เป็นสาธารณะในชุมชนนั้นจะเกิดขึ้นได้ใน 2 มิติคือ มิติแรกคือ การเข้าสู่การปกครองตนเองของตัวตน และอีกมิติหนึ่งคือ ตัวตนจะสร้างเครือข่ายโดยเชื่อมโยงกับสถาบัน องค์กร ความรู้ต่าง ๆ ภายนอก โดยผู้เขียนหวังว่า เนื้อหาที่กล่าวมาแล้วนั้นจะทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการปกครองตนเองกับการสร้างเครือข่ายได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการเปิดพื้นที่การศึกษาด้านมานุษยวิทยาใหม่ ๆ อีกด้วย

บรรณานุกรม

หนังสือภาษาไทย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2535 แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย, กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเกษตรกรรมแผนไทย.

คณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน 2542 รายงานสรุปเวทีเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน วันที่ 8-10 กันยายน 2541, เชียงใหม่.

คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์(กพอ.ภาคเหนือ) 2542ก สรุปบทเรียนประสบการณ์การดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อโดยผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย, เชียงใหม่: คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ภาคเหนือ ประเทศไทย.

——— 2542ข รายงานสรุปประสบการณ์การทำงานเรื่องกระบวนการก่อเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อและปฏิสัมพันธ์กับชุมชน, เชียงใหม่: คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ภาคเหนือ ประเทศไทย.

จอร์จ โอซาวา 2541 แมคโครไบโอติก: วิถีแห่งสุขภาพและความผาสุก, แปลโดย อุดร ฐาปโนสถ, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศาลา.

จิราลักษณ์ จงสถิตย์มั่น 2538 รายงานการวิจัยการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรม: ศึกษาเฉพาะกรณีวัดคอยแก้ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

——— (บรรณาธิการ) 2540 สมานิทมน: สมานิทเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, ลำปาง: ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคเหนือ กระทรวงศึกษาธิการ.

ชยันต์ วรรณะภูติ 2542 ‘เผยร่างสร้างตัวตน: การเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์’, บทความเสนอการประชุมวิชาการประจำปีคณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประสิทธิ์(นามแฝง) 2541 ด้วยความหวังและความช่วยเหลือ (วิดีโอเทป), เชียงใหม่: Living Films.

——— 2542 สัมภาษณ์ ณ โครงการฟ้าสีขาว.

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2542 ‘การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพเชิงองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์’, ใน ทางเลือกหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.

——— (บรรณาธิการ) การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม, กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

มาลี สิทธิเกรียงไกร 2546 ‘ชุมชนออนไลน์กับการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ: กรณีผู้หญิงชื่อแก้ว’ ใน จำเริญลักษณ์ ณะวังน้อย (บรรณาธิการ) สื่อกับมานุษยวิทยา, กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน).

รังสรรค์ จันตะ 2544 ภูมิปัญญาพื้นบ้าน: มิติทางวัฒนธรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือประเทศไทย, เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

สถาบันวิจัยสังคม (บรรณาธิการ) 2537ก เอดส์: การป้องกัน การดูแลผู้ป่วยและวัฒนธรรมไทย, เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม.

----- 2537ข ศักยภาพและข้อจำกัดของหมอพื้นบ้านกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์, เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม.

สถาบันส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ และองค์กรพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการ
 สาธารณสุข (PATH) 2541 การดำเนินงานด้านเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณสุขในประเทศไทย
 ประเทศไทยประจำปีงบประมาณ 2539 กรณีศึกษาภาคเหนือ, เชียงใหม่.

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 2540 ประสบการณ์การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคเหนือตอนบน
 ประเทศไทย, เชียงใหม่: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2545 *ธรรมนูญสุขภาพคนไทย* (ฉบับปรับปรุง), กรุงเทพฯ : สำนักงาน
 ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สำเร้ง(นามแฝง) 2541 สัมภาษณ์ ณ ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่.

เสรี พงศ์พิศ 2538 *บันทึกเพื่อนชีวิต*, เชียงใหม่: โครงการความร่วมมือไทย-ออสเตรเลียเพื่อการป้องกัน
 และดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์.

——— 2539 23ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ, กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กระทรวง
 สาธารณสุข.

อานันท์ กาญจนพันธุ์และฉลาดชาย รมิตานนท์ 2533 ‘พิธีกรรมและความเชื่อในการรักษาพยาบาล
 พื้นบ้านภาคเหนือ’, ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และจรีชา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ),
พฤติกรรมสุขภาพ: รวบรวมบทความจากการประชุมพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: ข่ายงานวิจัย
 พฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

หล้า(นามแฝง) 2542 สัมภาษณ์ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน.

หนังสือภาษาอื่น ๆ

Amit, V. 2001 ‘Reconceptualizing community’ in V. Amit (ed.) *Realizing Community: Concepts, Social Relationships and Sentiments*, London: Routledge.

——— 2002 ‘An anthropology without community?’ in V. Amit and N. Rapport *The Trouble with Community*, London: Pluto Press.

Appadurai, A. 1996 *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Arendt, H. 1958 *The Human Condition*, Chicago: University of Chicago Press.

Beck, U. 1992 *Risk Society: Towards a New Modernity*, Cambridge: Polity Press.

Beyrer, C. 1998 *War in the Blood: Sex, Politics and AIDS in Southeast Asia*, London: Zed Books.

Bourdieu, P. 1977 *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge: Cambridge University Press.

——— 1979 (1977) *Algeria 1960*, Cambridge: Cambridge University Press.

——— 1990 (1980) *The Logic of Practice*, Cambridge: Polity Press.

Brummelhuis, H. and G. Herdt 1995 ‘Introduction: anthropology in the contexts of AIDS’ in Han ten Brummelhuis and Gilbert Herdt (eds.) *Culture and Sexual Risk: Anthropological Perspectives on AIDS*, Amsterdam: Overseas Publishers Association.

Canguilhem, G. 1989 (1966) *The Normal and the Pathological*, Dordrecht: Reidel.

Castel, R. 1981 *La Gestion des risques*, Paris: Minit.

——— 1991 ‘From dangerousness to risk’, in G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Chanet Wallop Khumthong 2002 ‘The politics and socio-economic transformation of

the Thai health care system', ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง(บก.). *พรมแดนความรู้/ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- Cohen, P. 1989 'The politics of primary health care in Thailand, with special reference to non-government organizations', in P. Cohen and J. Purcal (eds.) *The Political Economy of Primary Health Care in South East Asia*, Canberra: Australian Development Studies Network.
- 2006 (forthcoming) 'Public health in Thailand: changing medical paradigms and disease patters in political and economic context', in M.J. Lewis and K. MacPerson (eds.) *Public Health in Asia and the Pacific: A Comparative Perspective*, London: Routledge/Curzon.
- Dean, M. 1996 'Foucault, government and the enfolding of authority', in A. Barry, T. Osborne and N. Rose (eds.) *Foucault and Political Reason*, London: Routledge.
- Deleuze, J. 1981 *Spinoza: Philosophie pratique*, Paris: Minuit.
- Farmer, P. 1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. and A. Kleinman 1989 'AIDS as human suffering', *Daedalus* 118(2): 135–160.
- Ferguson, J. and A. Gupta 2002 'Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality', *American Ethnologist* 29(4): 981–1002.
- Flower, J. and P. Leonard 1996 'Community values and state cooperation: civil society in the Sichuan countryside', in C. Hann and E. Dunn (eds.) *Civil Society: Challenging Western Models*, London: Routledge.
- Fordham, G. 2001 'Moral panic and the construction of national order: HIV/AIDS risk groups and moral boundaries in the creation of modern Thailand', *Critique of Anthropology* 21(3): 259–316.
- Foucault M. 1973 (1963/1972) *The Birth of Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, London: Tavistock.
- 1977 (1975) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Harmondsworth: Penguin.
- 1979 (1978) *The History of Sexuality, Vol.1: An Introduction*, Harmondsworth: Penguin.
- 1980 'Two Lectures', in C. Gordon (ed.) *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972–1977*, London: The Harvester Press.
- 1982 'Why study power: the questions of the subject', in H.L. Dreyfus and P. Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, Chicago: University of Chicago Press.
- 1985 (1984) *The Use of Pleasure: The History of Sexuality, Vol.2*, Harmondsworth: Penguin.
- 1986 (1984) *The Care of the Self: The History of Sexuality, Vol.3*, Harmondsworth: Penguin.
- 1998 (1984) 'The ethics of the concern of the self as a practice of freedom', in P. Rabinow (ed.) *Ethics: Subjectivity and Truth*, New York: The New Press.
- 2000a (1978) 'Governmentality', in J.D. Faubion (ed.) *Power: Essential Works of Foucault 1954–1984, vol.3*, New York: The New Press.
- 2000b (1982) 'The subject and power', in J.D. Faubion (ed.) *Power, Essential Works of Foucault 1954–1984, vol.3*, New York: The New Press.
- Frankenberg, R. 1995 'Learning from AIDS: the future of anthropology' in A. Ahmed and C. Shore (eds.) *The Future of Anthropology: Its Relevance to thee*

- Contemporary World*, London: Athlone.
- Fraser, N. 1997 *Justice Interruptus: Critical Reflections on the 'Postsocialist' Condition*, New York: Routledge.
- 2003 'From discipline to flexibilization? reading Foucault in the shadow of globalization', *Constellations* 10 (2): 160–171.
- Giddens, A. 1991 *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge: Polity Press.
- 1992 *The Transformation of Intimacy*, Cambridge: Polity Press.
- Gordon, C. 1991 'Governmental rationality: an introduction' in G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago: University of Chicago Press.
- Greco, M. 1993 'Psychosomatic subjects and the "duty to be well": personal agency within medical rationality', *Economy and Society* 22(3): 357–372.
- Gupta, A. and J. Ferguson 1997 'Beyond 'culture': space, identity, and the politics of difference', in A. Gupta and J. Ferguson (eds.) *Culture, Power, Place: Explorations in Critical Anthropology*, Durham, NC: Duke University Press.
- Habermas, J. 1981 'New social movements', *Telos* 57: 194–205.
- 1989 (1962) *The Structural Transformation of the Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*, Massachusetts: MIT Press.
- 1990 *Strukturwandel der Öffentlichkeit: Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hall, S. 1996 'Introduction: who needs 'identity'?', in S. Hall and P. du Gay (eds.), *Questions of Cultural Identity*, London: Sage.
- Hann, C. 1996 'Introduction: political society and civil anthropology', in C. Hann and E. Dunn (eds.) *Civil Society: Challenging Western Models*, London: Routledge.
- Hardt, M. and A. Negri 2000 *Empire*, Cambridge, MS: Harvard University Press.
- 2004 *Multitude: War and Democracy in the Age of Empire*, Penguin.
- Hobsbawm, E. 1994 *The Age of Extremes: The Short Twentieth Century, 1914–1991*, London: Michael Joseph.
- Hodges, D.C. 1998 'Participation: a dis-identification with/in a community of practice', *Mind, Culture and Activity* 5(4): 272–290.
- Ikeda, M. 1995 'Hi-seiyo iryo (Non-Western medicine)', in Koichiro Kuroda (ed.) *Gendai iryo no shakaigaku* (Sociology of modern medicine), Kyoto: Sekaishiso Sha.
- Illich, I. 1975 *Medical Nemesis*, London: Calder and Boyars.
- Ishimure, Michiko 1972 (1968) *Kugai jodo* (Suffering Sea, Holy Land), Tokyo: Kodansha.
- Kelleher, D. 1994 'Self-help groups and their relationship to medicine', in J. Gabe, D. Kelleher and G. Williams (eds.) *Challenging Medicine*, London: Routledge.
- Kimura, Bin 1997 *Karada, kokoro, seimei* (Body, mind, and life), Nagoya: Kawai Bunka Kyoiku Kenkyusho.
- Kleinman, A. 1988 *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York: Basic Books.
- Kleinman, A., V. Das and M. Lock 1997 'Introduction', in A. Kleinman, V. Das and M. Lock (eds.) *Social Suffering*, Berkeley: University of California Press.
- Komatra Chuengsatiansup 1999 'Alternative health, alternative sphere of autonomy: *cheewajit* and the emergence of a critical public in Thailand', Paper presented at the 7th International Conference on Thai Studies, Amsterdam.
- 2005 *Deliberative Action: Civil Society and Health Systems Reform in Thailand*, Nonthaburi: Society and Health Institute, Ministry of Public Health.

- Kurihara, A. 2000 'The politics of representation: rescuing the undetermined beings', *Shiso* 907: 5–17.
- Laclau, E. 1990 *New Reflections on the revolution of Our Time*, London: Verso.
- Laclau, E. and C. Mouffe 1985 *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*, London: Verso.
- Lash, S. 1994 'Reflexivity and its Doubles: Structure, Aesthetics, Community', in U. Beck, A. Giddens and S. Lash *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Cambridge: Polity Press.
- Lash, S and J. Urry 1994 *Economies of Signs and Space*, London: Sage.
- Last, J. 1983 *The Dictionary of Epidemiology*, New York: Oxford University Press..
- Latour, B. 1986 'Visualization and cognition: thinking with eyes and hands', *Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture Past and Present* 6: 1–40.
- 1987 *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Milton Keynes: Open University Press.
- Lave, J. 1988 *Cognition in Practice: Mind, Mathematics and Culture in Everyday Life*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J. and E. Wenger 1991 *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lemke, T. 2001 "'The birth of bio-politics": Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality', *Economy and Society* 30(2): 190–207.
- 2003 'Comment on Nancy Fraser: reading Foucault in the shadow of globalization', *Constellations* 10(2): 172–179.
- Lyttleton, C. 1994 'Knowledge and meaning: the AIDS education campaign in rural northeast Thailand', *Social Science and Medicine* 38(1): 135–146.
- 2000 *Endangered Relations: Negotiating Sex and AIDS in Thailand*, Bangkok: White Lotus.
- Lupton, D. 1995 *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, London: Sage.
- 1997 'Foucault and the medicalization critique', in A. Petersen and R. Burton (eds.) *Foucault: Health and Medicine*, London: Routledge.
- 1999 *Risk*, London: Routledge.
- Mtsuda, M. 2004 'Henisuru kyodotai–sohatsuteki rentairon wo koete (Re-imagining the community: beyond the emergent coalition model)', *Japanese Journal of Cultural Anthropology* 69(2): 247–270.
- Negri, A. 1997 *Le pouvoir constituant: Essai sur les alternatives de la modernité*, Paris: PUF.
- Nettleton, S. 1997 'Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise', in A. Peterson and R. Burton (eds.) *Foucault, Health and Medicine*, London: Routledge.
- Nguyen, Vinh-Kim 2005 'Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship', in A. Ong and S.J. Collier (eds.) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford: Blackwell.
- Oda, M. 2004 'kyodotai toiu gainen no datsu-kochiku (De/re-construction of the concept of community: an introduction)', *Japanese Journal of Cultural Anthropology* 69(2): 236–248.
- Ortner, S. 1995 'Resistance and the problem of ethnographic refusal', *Comparative Studies in Society and History* 37(1): 173–193.

- 1999 'Thick resistance: death and the cultural construction of agency in Himalayan Mountaineering', in Sherry Ortner (ed.) *The Fate of 'Culture': Geertz and Beyond*, Berkeley: University of California Press.
- Osborne, T. 1997 'Of health and statecraft', in A. Petersen and R. Burton (eds.) *Foucault: Health and Medicine*, London: Routledge.
- Petersen, A. 1997 'Risk, governance and the new public health', in A. Petersen and R. Burton (eds.), *Foucault, Health and Medicine*, London: Routledge.
- Petersen, A. and D. Lupton 1996 *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*, London: Sage.
- Rose, N. 1992 'Governing the enterprising self', in P. Heelas and P. Morris (eds.) *The Values of the Enterprise Culture: The Moral Debate*, London: Routledge.
- 1996 'The Death of the Social? Re-figuring the Territory of Government', *Economy and Society* 25(3): 327–356.
- 1999 *Powers of Freedom*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. and P. Miller 1992 'Political power beyond the state: problematics of government', *British Journal of Sociology* 43(2): 173–205.
- Rose, N. and C. Novas 2005 'Biological citizenship' in A. Ong and S.J. Collier (eds.) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford: Blackwell.
- Saitoh, J. 2000 *Kokyosei* (Public-ness), Tokyo: Iwanami Shoten.
- Scheper-Hughes, N. 1994 'AIDS and the social body', *Social Science and Medicine* 39(7): 991–1003.
- Schoepf, B. 2001 'International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis', *Annual Review of Anthropology* 30: 335–361.
- Schrift, S. 1995 'Reconfiguring the subject as a process of self', *New Formations* 25: 28–39.
- Shimazone, Susumu 2003 *Iyashi no chi no keifu* (Genealogy of the knowledge of healing), Tokyo: Yamakawa Shuppan.
- Tambiah, S. 1976 *World Conqueror and World Renouncer: A Study of Buddhism and Polity in Thailand against a Historical Background*, Cambridge: Cambridge University Press.
- 1985 'The Galactic Polity in South East Asia', in S. Tambiah *Culture, Thought, and Social Action: An Anthropological Perspective*, Cambridge, MS: Harvard University Press.
- Tanabe, S. 1984 'Ideological practice in peasant rebellions: Siam at the turn of the twentieth century', in A. Turton and S. Tanabe (eds.) *History and Peasant Consciousness in South East Asia* (Senri Ethnological Studies, Vol.13), Osaka: National Museum of Ethnology.
- 1999 'Suffering and negotiation: spirit-mediumship and HIV/AIDS self-help groups in Northern Thailand', *Tai Culture* 4(1): 93–115.
- 2002a 'Saikiteki jinruigaku niokeru jissen no gainen—Bourdieu no habitus to sono kanatae (The concept of practice in reflexive anthropology: on Bourdieu's habitus and beyond)', *Bulletin of the National Museum of Ethnology* 26(4): 533–573.
- 2002b 'Nichijoteki jissen no ethnographies (Ethnographies of everyday practices)', in S. Tanabe and M. Matuda (eds.) *Nichijoteki jissen no ethnographies—katari, communities, identities* (Ethnographies of everyday practices: narratives, communities, and identities), Kyoto: Sekaishiso Sha.
- 2003 *Ikikata no jinruigaku—jissen towa nanika* (Anthropology of the way of life: what is practice?), Tokyo: Kodansha Shinsho.

- Tanabe, S. and C.F. Keyes 2002 'Introduction', in S. Tanabe and C.F. Keyes (eds.) *Cultural Crisis and Social Memory: Modernity and Identity in Thailand and Laos*, London: Routledge.
- Tej Bunnag 1977 *The Provincial Administration of Siam, 1892–1915: The Ministry of the Interior under Prince Damrong Rajanuphab*, Kuala Lumpur: Oxford University Press.
- Ui, J. 1992 'Minamata disease', in J. Ui (ed.) *Industrial Pollution in Japan*, Tokyo: United Nations University Press.
- UNDP (United Nations Development Programme) 2004 *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*, Bangkok: UNDP.
- Wenger, E. 1998 *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenger, E. and W.M. Snyder 2000 'Communities of practice: the organisational frontier', *Harvard Business Review* January–February: 139–145
- WHO (World Health Organization) 1986 *Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa: WHO.
- 1995 *Targets for Health for All*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Williams, R. 1977 *Marxism and Literature*, Oxford: Oxford University Press.
- Wiput Phoolcharoen 2004 *Alliance and Research Coordination Network for Evidence Based Health System Reform in Thailand*, Bangkok: Health System Research Institute.
- Yang, M. 1994 *Gifts, Favors and Banquets: The Art of Social Relationships in China*, Ithaca, NY: Cornell University Press.

หนังสือพิมพ์

- มติชน กุมภาพันธ์ 27, 2537 'ทัพเอดส์แห่พบชวน'.
- มีนาคม 1, 2537 'มือเอดส์ชูคูดเลือดควงเข็มไล่ฉีดแพร่เชื้อ'.
- มีนาคม 2, 2537 'ชาวเอดส์เชียงใหม่เห็นหนังสือ, ผู้ว่าร้องหาหมอสมุนไพร'.
- มกราคม 30, 2541 'ทุลเกล้า กระหม่อมในหลวงสูตรสมุนไพรเอดส์จัดสิทธิบัตรทั่วโลก เกษชวลิตผลิตขาย'.
- Bangkok Post* February 25, 1994 'AIDS victims stage rally in North'.
- February 26, 1994 'AIDS 'quack doctor' hits back at the government'.
- February 28, 1994 'Chuan pays surprise visit to AIDS babies'.
- October 18, 1994 'Standing up to AIDS'.
- June 30, 1996 'A small victory in a deadly war'.
- February 6, 2003 'Traditional Dance Spices Up Aerobics'.
- February 13, 2003 'Instructors Have Two Days to Get Firm Grip on Breast Exercise'.