

กระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ
และภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ
: มุมมองจากทฤษฎีสังคม

**Paradigms of Health
and Local Wisdom Concerning Health care**

โดย ฉลาดชาย รมิตานนท์

เสนอ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3 พฤศจิกายน 2547

บทนำ

สุขภาพความเจ็บป่วยและการเฝ้าระวังรักษาความป่วยไข้ได้ตลอดจนการสร้างสุขภาพที่ดี หรือ “สุขภาวะ” เป็นทั้งประเด็นปัญหาและวาระสำคัญของปัจเจกชน สังคมรัฐบาลและตลาดทุกยุคทุกสมัยมาโดยตลอด พัฒนาการของการจัดการเรื่องเหล่านี้ในสังคมไทยมีความเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา ไม่ตกอยู่ในภาวะอยู่นิ่งแต่ทิศทางของการพัฒนาโดยภาพรวมแล้วเป็นไปในลักษณะของการพยายามรักษาโรค ทั้งโรคที่ถือว่าเป็นโรคทั่วไป โรคระบาด โรคเฉพาะทาง โรคเก่าและโรคใหม่ ๆ ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน สิ่งที่เราเรียกว่า ประสิทธิภาพ (คือความสามารถในการรักษาให้หายจากโรคนั้น ๆ) กับประสิทธิภาพ (คือความสามารถในเชิงการจัดการ การรักษา การขจัดให้โรคนั้นหายได้ในเวลาที่รวดเร็วและในหมู่ “คนป่วย” จำนวนมาก เป็นต้น) มักจะถูกนำมาใช้เป็นเหตุผลสนับสนุนการแพทย์สมัยใหม่ (modern medicine) ว่าเป็นการแพทย์ที่ดีที่สุดและเป็นการแพทย์ชนิดเดียวที่ผู้คน สังคมและประเทศชาติควรจะเลือกใช้ ทั้งนี้นอกจากจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพดังกล่าวแล้ว การแพทย์สมัยใหม่นี้ยังอ้างว่ามีลักษณะเป็น “วิทยาศาสตร์” ที่สุดอีกด้วย

คุณูปการของการแพทย์สมัยใหม่ (ซึ่งมีผู้เรียกชื่อต่างออกไป เช่น การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ตะวันตก การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ การแพทย์แบบชีวะและชื่ออื่น ๆ) ต่อมนุษยชาติและพัฒนาการของสังคมต่าง ๆ และโลกโดยรวมนั้นไม่มีใครที่จะปฏิเสธได้ โรคระบาดร้ายแรงบางโรคลดลง หายไปหรือเกือบจะหายไป หรือสามารถถูกควบคุมได้ในบางระดับมีให้เห็นหลายตัวอย่าง อัตราการตายของทารก และแม่อันเกิดจากการคลอดหรือการติดเชื้ออันเนื่องจากการคลอดลดลง อายุเฉลี่ยของผู้คนในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วยยืนยาวขึ้น รัฐบาลของประเทศรวมทั้งรัฐบาลไทยด้วยนับตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ห้าเป็นต้นมา ได้ปรับเปลี่ยนและจัดสร้างจัดหาบริการสาธารณสุขบนฐานขององค์ความรู้ การจัดการ การบริหารและการให้บริการของการแพทย์สมัยใหม่มาโดยตลอด โดยที่ผู้คนส่วนใหญ่มักเป็นพ้องต้องกันว่าที่รัฐทำเช่นนี้ เป็น “ความทันสมัย” เป็น “ความเจริญก้าวหน้า” เป็น “การพัฒนา” เป็น “สิ่งดี ๆ ที่ไม่ควรถูกตั้งคำถาม” เรามักมองการแพทย์สมัยใหม่ว่าสามารถรักษาความป่วยไข้ได้ชะงัด ลดความทุกข์ทรมานหรือแม้กระทั่งกำจัดทุกภาวะเหล่านั้นได้อย่างสมบูรณ์ หรือเกือบจะสมบูรณ์จึงมีผลทำให้เราทั้งในระดับปัจเจกชน และเราทั้งในระดับสังคมและหรือประเทศชาติเกิดความคิดว่า ในเรื่องของสุขภาพนั้น สิ่งที่เราต้องการคือ มีโรงพยาบาลมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน มีสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เช่นในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ๆ มีโรงพยาบาลอยู่มากมาย ส่วนจังหวัดเล็กลงไปอย่างน้อยต้องมี โรงพยาบาลประจำจังหวัด ประจำอำเภอ หรือ ในอนาคตอาจมีนโยบาย “หนึ่งตำบล หนึ่งโรงพยาบาล” หรือแม้กระทั่ง “หนึ่งหมู่บ้าน หนึ่งสถานีนามัย” ก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งวิธีคิดแบบนี้ก็ย่อมจะต้องควบคู่กับการต้องมีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรและอุปกรณ์ เครื่องใช้เกี่ยวกับ

การรักษาโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันกับจะต้องมีการศึกษาวิจัยในแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ que เพิ่มขึ้นและเฉพาะทางมากขึ้นตามไปด้วย อิทธิพลของการแพทย์สมัยใหม่ในด้านบวกที่มีต่อชีวิตผู้คนทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกนั้นจำเป็นต้องย้ำเตือนอีกครั้งหนึ่งว่ามีมากมายมหาศาล

อย่างไรก็ตามในช่วงประมาณอย่างน้อยยี่สิบปีเศษ ๆ เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันเกิดการเคลื่อนไหวในเรื่องสุขภาพมากมายหลายกระแส เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารปลอดสารพิษ การกินเจ การกินมังสวิรัต การไม่กินเนื้อสัตว์บางชนิด การแสวงหาการแพทย์ทางเลือก และอื่น ๆ อีกมาก ทั้งในประเทศตะวันตกที่เจริญก้าวหน้าทันสมัยหรือจะเรียกว่าเป็นประเทศพัฒนาแล้วก็ได้ และในประเทศนอกตะวันตกรวมทั้งประเทศไทยด้วยปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้เกิดขึ้นจริงมิให้เห็นได้สัมผัสได้ทั้งในแง่อุดมการณ์ ความคิด องค์กร และปฏิบัติการในลักษณะที่เป็น**ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม**คู่ขนานกันไปกับเรื่องสิ่งแวดล้อม การพัฒนาอย่างยั่งยืน การคัดค้านสงครามและความรุนแรง สันติภาพ สิทธิมนุษยชน สิทธิและความเสมอภาคระหว่างเพศภาวะ เชื้อชาติและชาติพันธุ์ เป็นต้น เพราะฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจว่ามีเหตุผลอะไรอยู่เบื้องหลังขบวนการเคลื่อนไหวต่างๆ เหล่านั้น

อนึ่งการทำความเข้าใจดังกล่าวจะต้องยอมรับว่าเมื่อเรื่องสุขภาพกลายเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแล้ว ก็น่าจะต้องยอมรับต่อไปด้วยว่า ขบวนการเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพนอกจากจะมีความสำคัญแล้ว ยังมีสาเหตุรากเหง้าลึก ๆ มาจากอะไร แม้เราอาจมีจุดยืนว่าการแพทย์และการสาธารณสุขแบบสมัยใหม่เป็นระบบการรักษายาบาลที่ดีที่สุดรัฐและสถาบันตลอดจนบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ก็ “ทำดีที่สุด” อยู่แล้วก็ตาม แต่การที่เกิดขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพใหม่ ๆ ก็ยังทยอยเกิดขึ้นมาเรื่อย ๆ ทั้งในระดับสากล ระดับประเทศและท้องถิ่น ต่าง ๆ รวมทั้งในประเทศไทยด้วย จึงอาจทำให้ต้องยอมรับต่อไปอีกด้วยว่าเรื่องสุขภาพอนามัย ก็เช่นเดียวกับความสัมพันธ์หรือโครงสร้างอื่น ๆ ในสังคม เช่น เศรษฐกิจ การเมือง สังคม-วัฒนธรรม การศึกษา ฯลฯ กล่าวคือไม่มีวันที่จะเกิดผลลัพธ์หรือสภาวะที่อาจเรียกได้ว่า “ลงตัว” โดยรวมและเป็นแบบแผนหนึ่งเดียวใช้ได้กับทุกสถานที่ทุกเวลา

ดังนั้น ประเด็นที่ตามมาซึ่งจะต้องค้นหาต่อไปคือ การมองหาเหตุแห่งการเกิดของขบวนการเคลื่อนไหวเหล่านั้น ว่าควรจะมองหาในระดับโครงสร้าง หรือในระดับพฤติกรรมของแต่ละกลุ่มแต่ละคน ปัจจุบันแนวโน้มทางสังคมวิทยาเห็นว่าน่าจะต้องดูหลายระดับเพราะพฤติกรรมสุขภาพก็ดี ขบวนการสุขภาพก็มีความหลากหลาย ซับซ้อนและเคลื่อนไหว โดยเฉพาะลักษณะหลังคือความเคลื่อนไหวนั้นเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผู้เขียนเห็นว่าเรื่องสุขภาพอนามัยเป็นกระบวนการ (process) ที่ไม่จบสิ้น เป็นกระบวนการของการต่อสู้ ต่อรองหรือ “ประชัน” (contest) กันระหว่างผู้คนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีทั้งความแตกต่างและหลากหลายทางความใฝ่ฝัน ความคิด และผลประโยชน์ ด้วยการสร้าง**ความรู้**และความจริงชุดต่าง ๆ ซึ่งแต่ละชุดล้วนมีพลังอำนาจในการอธิบายที่

สามารถทำให้เกิดความน่าเชื่อถือและปฏิบัติการที่แตกต่างหลากหลายกันไปของผู้คนในขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพทั้งหลายเหล่านั้น นี่คือนสิ่งที่จะต้องค้นหา

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาเรื่องของความรู้ในปัจจุบันมีแนวโน้มไปทางการมองว่า ความรู้กับอำนาจเป็นเรื่องที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ ความรู้กับอำนาจอาจถือได้ว่าเป็นเรื่องเดียวกันด้วยซ้ำไป เรื่องการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพในสังคมไทยตลอดจนขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพนั้น ควรจะพิจารณาในแนวอำนาจ/ความรู้ เช่นตามแนวทางที่พัฒนามาจากฟูโก (Foucault) ซึ่งใช้คำเรียกอำนาจสมัยใหม่นี้ว่า “regime of power/knowledge” หรือระบอบอำนาจ/ความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาจากอันประกอบด้วย กระบวนการ (procedures) ปฏิบัติการ (practices) วัตถุแห่งการสืบค้น (object of inquiry) ที่ตั้งเชิงสถาบันต่าง ๆ (institutional sites) ของการสร้างและการใช้อำนาจ/ความรู้ และที่สำคัญที่สุดคือ รูปแบบของข้อจำกัดต่าง ๆ ทางสังคมและการเมือง (social and political constraints) ที่แตกต่างอย่างมากมาจากระบอบอำนาจต่าง ๆ ที่มีมาแต่ก่อน

ประเด็นที่กล่าวข้างบนนี้จึงมีความสำคัญต่อการถกเถียงเรื่องการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ทั้งนี้เพราะโดยนัยของคำว่ากระบวนทัศน์นั้น หมายถึงทัศนะแม่บท ซึ่งก็คือส่วนหนึ่งของความรู้นั่นเอง แต่เมื่อใช้คำว่าปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ปัญหาอย่างหนึ่งที่ตามมาอย่างไม้อาจหลีกเลี่ยงได้คือ เราจะไม่เห็นว่าเป็นเบื้องหลังกระบวนทัศน์นั้น ๆ มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบใดแฝงอยู่ และการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จะเกิดขึ้นได้อย่างไร ถ้าไม่มีการนำเอาความสัมพันธ์เชิงอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ถ้าหากเราวิเคราะห์การเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพในฐานะที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่หลากหลายและแตกต่างในแนวของการต่อสู้ประกวดประชัน หรือการประชันทางอำนาจ/ความรู้ และการต่อต้านแล้ว ปัญหาหลายประการน่าจะคลี่คลายไปเช่นเราจะเข้าใจได้ว่าการโต้เถียงกันในประเด็นว่าอะไรดีอะไรไม่ดี อะไรถูกอะไรผิด อะไรมีเหตุผลเป็นวิทยาศาสตร์ อะไรมีมโนและอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลของการคิดแบบทวิลักษณ์ เป็นเรื่องที่เราเข้าใจได้ เพราะการอ้างเหล่านั้นต่างล้วนเป็นสิ่งสร้างทางสังคมเป็นวาทกรรมและในความเป็นจริง (หมายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง) แล้ว ขบวนการสุขภาพต่าง ๆ (นอกจากการแพทย์สมัยใหม่) ก็ไม่ได้ยืนยันหรือยึดหลักการแบบแบ่งเป็นสองขั้วอย่างตายตัวเช่นนั้น สภาวะที่ยุ่ง ๆ กลาง ๆ ก็ดี การเคลื่อนไหวไปมาระหว่างสองขั้วซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นปกติก็ดี เหล่านี้อาจทำให้การแบ่งทุกขภาวะ-สุขภาวะ มีปัญหาที่ตัวมันเอง กล่าวคือในชีวิตของผู้คนไม่ว่าจะมองในภาพรวม หรือมองชีวิตในเชิงประสบการณ์ประจำวันก็ตาม ย่อมมีทั้งทุกข์และสุขปนกันไป

ที่ดูเหมือนจะสำคัญยิ่งไปกว่านั้นคือ การเกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวของการปรับเปลี่ยน กระบวนทัศน์ซึ่งความหมายของมันที่มีการนิยามกันไว้สั้น ๆ ว่า หมายถึง **ทัศนะแม่บท** นั้น มีนัย ว่าเป็นทัศนะหรือความคิดที่อ้างอิงที่ถือเป็นกฎ (norm) ในหมู่นักวิชาการ โดยเฉพาะนักวิทยาศาสตร์ที่พูดภาษา (ทางวิชาการ) เดียวกันและเข้าใจกันได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การเห็นพ้องต้องกันในการปรับเปลี่ยนทัศนะแม่บทหนึ่งไปสู่อีกทัศนะแม่บทหนึ่งเมื่อตรรกะ เหตุผล และข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ ประกอบการหักล้างทางกระบวนทัศน์กลายเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ฉะนั้นหากพิจารณาการต่อสู้กันในเรื่องกระบวนทัศน์ที่เกิดขึ้นในขณะนี้แล้ว อาจกล่าวได้ว่า ยังไม่เกิดการลงรอยหรือเห็นพ้องต้องกันในหมู่นักวิชาการ ซึ่งมีความเห็นที่แตกต่างกันและหลากหลาย ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญของการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จึงอาจสรุปได้ในขั้นต้นว่า

หนึ่ง กระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพที่ถกเถียงกันมาจากคนละฐานคิดคนละ “ภาษา” กล่าวคือฝ่ายที่ยืนยันว่าไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ เพราะกระบวนทัศน์ปัจจุบันซึ่งอยู่เบื้องหลังการแพทย์สมัยใหม่และปฏิบัติการทั้งหลายนั้น คือ ความเป็นวิทยาศาสตร์ มีเหตุผลเชื่อถือได้ ส่วนอีกกระบวนทัศน์หนึ่ง ได้แย้งว่าปัญหาอยู่ที่การยึดติดอยู่กับ “วิทยาศาสตร์” อย่างตายตัว โดยไม่ตั้งคำถาม ทักท้วงเอาว่าวิทยาศาสตร์นั้นเป็นกลาง ปราศจากอคติ ปราศจากอารมณ์ความรู้สึก ใช้ได้ทั่วไปแบบครอบจักรวาล ไม่ขึ้นกับกาลเทศะและบริบททางสังคม-วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง เป็นต้น แต่แท้ที่จริงแล้ว “วิทยาศาสตร์” หาได้เป็นเช่นนั้นไม่ และนี่คือปัญหาพื้นฐานสำคัญในตัวของมันเอง

สอง เรื่องของสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องที่ถูกทำให้เชื่อว่าเป็นเรื่องเฉพาะของ “แพทย์” เท่านั้น นักวิชาการในสายอื่น ๆ เช่น สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ไม่มี “ความรู้” ที่เหมาะสม ถูกต้องเพียงพอที่จะเข้ามาถกเถียงในเชิงกระบวนทัศน์หรือทัศนะแม่บทด้านสุขภาพ (ซึ่งจะต้องวางอยู่บนฐานของวิทยาศาสตร์โดยเฉพาะสายชีว-เคมี) เท่านั้น แต่ฝ่ายที่ต้องการเห็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ซึ่งบางส่วนเป็นแพทย์ ได้แย้งว่าเรื่องสุขภาพและหรือสุขภาพจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตซึ่งมีลักษณะเป็น “องค์รวม” ดังนั้น การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพจึงจำเป็นต้องเริ่มด้วยการมองสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งมีนัยทั้ง **หนึ่ง** ให้มีความสำคัญกับ “คน” โดยทำให้กระแสของการ “รักษาโรค” อยู่ในบริบทของการดูแลรักษา “คน” ที่มีทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณหรือสติ **สอง** “คน” ดำรงชีวิตอยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองและสภาพแวดล้อม ดังนั้น จะต้องให้ความสำคัญกับประเด็นทาง “โครงสร้าง” เหล่านี้ และ **สาม** “สุขภาพ” เป็นเป้าหมาย เป็นความสุขทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ หรือ “สติ” ด้วยเหตุนี้การที่จะบรรลุถึง “สุขภาพะ” จะต้องทำความเข้าใจทุกเรื่องในลักษณะสหวิทยาการ

สาม การมองเรื่องสุขภาพในฐานะที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมนี้เป็นมุมมองที่มีประโยชน์ ไม่เพียงเพราะว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ขาดไม่ได้ของประชาสังคม ที่ยึดถือความโปร่งใส ความมีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็โดยการมีประชาธิปไตยแบบประชาชนมีส่วนร่วมเท่านั้น แต่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่ ซึ่งเป็นผลพวงของสังคมสมัยใหม่นั้น เป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ของ **การเปลี่ยนแปลงทางสังคม** (social change) ที่ย่อมจะต้องมีฝ่ายที่ไม่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงกับฝ่ายที่นำเสนอหรือสนับสนุนให้เกิดความแตกต่างและความขัดแย้งได้มีพื้นที่ในการแสดงออก และประชัน (contest) ระหว่างความต่างต่างนั้น ๆ อย่างเปิดเผยและมีสติ (reflexive) ซึ่งน่าจะถือได้ว่าการเปิดพื้นที่ให้มีเสรีภาพเช่นนี้ เป็นทั้งเงื่อนไข เครื่องมือและเป้าหมายของสิ่งที่มีการนิยามว่า “สุขภาพะ” กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ การเกิดขึ้นหรือดำรงอยู่ของความแตกต่างหลากหลายรวมทั้งความขัดแย้งก็ดี การเปิดพื้นที่ให้มีการประชันกันทางความรู้ที่แตกต่างและหลากหลายในด้านสุขภาพของผู้คนที่มีความแตกต่างหลากหลายและซับซ้อนของสังคมประเพณี สังคมสมัยใหม่และหลังสมัยใหม่ก็ดี เป็นทั้งเครื่องมือและเป้าหมายในตัวของมันเองของสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพะ” ดังนั้น มิติมุมมองตามข้อสามนี้ จึงน่าจะช่วยให้ประเด็นในข้อสองเกิดการขยับเขยื้อนไม่ตกอยู่ในภาวะทางตัน กล่าวคือทำให้เรื่องสุขภาพ/สุขภาพะเป็นเวทีเปิดสำหรับทุก ๆ ฝ่ายไม่จำกัดเฉพาะในหมู่นักวิชาการ ในสายแพทย์ วิทยาศาสตร์ และสาธารณสุขเท่านั้น หากเปิดต่อนักวิชาการและ “คนธรรมดา” ทั่วไปด้วย

สี่ ในขณะที่นักวิชาการยังคงถกเถียงกันว่า ควรจะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ถ้าควรเปลี่ยนจะเปลี่ยนไปสู่ทิศทางหรือลักษณะใดนั้น ปรากฎการณ์จริงในสังคมไทยคือ เกิดมีขบวนการเคลื่อนไหวทางด้านสุขภาพในลักษณะที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่ (new social movements) แล้ว หลากหลายขบวนการ บ้างก็มีลักษณะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ชูประเด็น หรือมิติมุมมองด้านสุขภาพโดยตรงที่บ้างก็ถูกมองว่า “ตื้น” เช่นเรื่องความสวยความงาม บ้างเน้นการป้องกัน บำบัดรักษาโรคร้ายทางกาย บ้างก็อ้างว่า “ลึกซึ้ง” ถึงระดับจิตวิญญาณ เพื่อนำไปสู่การหลุดพ้น บ้างก็ชูประเด็นทางสังคม-วัฒนธรรม บ้างก็ชูประเด็นด้านความแตกต่างและความไม่เท่าเทียมบนฐานชนชั้น ชาติพันธุ์ และเพศภาวะ บ้างก็บูรณาการหลายประเด็นรวมกันไป การเกิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่ เรื่องสุขภาพนี้ทำให้เกิดคำถามหลายคำถามขึ้นมา แต่ในที่นี้ผู้เขียนขอเสนอคำถามหลัก ๆ เพียงสี่คำถามคือ

1. บริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ดำรงอยู่ในขณะนี้เป็นอย่างไรมีส่วนทำให้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพหรือไม่ พุดอีกอย่างหนึ่งคือ เกิด “ทุกขภาวะ” จนทำให้เกิดความพยายามอย่างเป็นขบวนการและกระบวนกรต่อสู้ดิ้นรน เพื่อให้หลุดพ้นจากทุกขภาวะนั้นหรือไม่

2. สาเหตุที่เล็ก ๆ หรือ ถ้าใช้ภาษาวิชาการคือ “สาเหตุทางโครงสร้าง” ของการก่อให้เกิดทุกขภาวะคืออะไร
3. สภาวะที่หลุดพ้นจากทุกข์ หรือเป็น “สุขภาวะ” ที่นำเสนอออกมาจากขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่ ด้านสุขภาพมีแก่นแกนอะไรบ้าง
4. วิธีการที่จะนำพาให้ผู้คนหลุดพ้นจากทุกขภาวะ และเข้าสู่สุขภาวะมีสาระสำคัญอะไรบ้าง

อนึ่ง การที่จะสามารถตอบคำถามทั้งสี่ข้อดังกล่าวได้ ในที่นี้เห็นว่าวิธีการหนึ่งน่าจะใช้การวิเคราะห์สิ่งที่เรียกว่า “วาทกรรม” ด้านสุขภาพที่ขบวนการต่าง ๆ ผลิตขึ้นมา ทั้งนี้ผู้เขียนจะไม่เคร่งครัดกับ “นิยาม” ของคำว่า “วาทกรรม” ไม่ยึดติดกับข้อโต้แย้งว่า ความหมายที่ถูกต้องดั้งเดิมของวาทกรรมคืออะไร คำว่าวาทกรรมที่ใช้กันอยู่อย่างกว้างขวางในปัจจุบันนั้น ผิดแผกเบี่ยงเบนไปจาก “ของจริง” อย่างไรเป็นต้น ในงานวิเคราะห์ชิ้นนี้ ผู้เขียนเห็นว่า คำว่า “วาทกรรม” จะคิดขึ้นมาโดยใคร ในความหมายอะไรเป็นประเด็นหนึ่ง เช่นเดียวกันกับข้อโต้แย้งว่า ถ้าเจ้าของความคิดเรื่องวาทกรรม “พื้นขึ้นมา” คงจะยอมรับความหมายของวาทกรรมที่ใช้อยู่ในขณะนี้ไม่ได้ นั่นเป็นประเด็นที่สำคัญก็จริง แต่ผู้เขียนเห็นว่าเมื่อคำว่าวาทกรรมถูกประดิษฐ์หรือถูกสร้างขึ้นมาแล้ว คำ ๆ นี้กลายเป็นเครื่องมือที่ใครจะนำไปใช้ก็ย่อมได้ ดังนั้น การที่มีผู้นำไปใช้กันอย่างกว้างขวางและหลากหลาย จนนักวิชาการหลายคนเกิดความเบื่อหน่ายก็เป็นสิทธิ์ของคนเหล่านั้น แต่ในขณะเดียวกัน การที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางและหลากหลาย หรือแม้กระทั่งเบี่ยงเบนผิดไปจากความหมายดั้งเดิมก็กลับเป็นข้อตอกย้ำว่า “วาทกรรม” เองเป็นสิ่งสร้างทางสังคม และการสร้างดังกล่าวยังไม่หยุดนิ่ง จะมีก็แต่เกิดการเลิกใช้เครื่องมือชิ้นนั้น เมื่อมีการคิดเครื่องมือใหม่ที่นำเสนอใจกว่าขึ้นมา

ห้า ประเด็นสำคัญประการหนึ่งคือ การเกิดขึ้นของขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพ น่าจะเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพนั้น เกิดขึ้นแล้วอย่างน้อยก็ในบางระดับ อย่างน้อยก็จากกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่แต่เพียงแนวเดียวสู่กระบวนทัศน์ที่แตกต่างและหลากหลายมากขึ้น ทั้งนี้ มิได้หมายความว่า ความแตกต่างและหลากหลายนั้น เป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคมหรือความรู้ชุดใหม่ แต่อาจเป็นความรู้ชุดเก่าที่นำมาผลิตซ้ำ หรือผลิตใหม่ก็ได้ กับทั้งยังอาจปฏิเสธ หรือไม่ปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่ก็ได้เช่นกัน

หก การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ว่าจะถือว่ายังไม่เกิด หรือกำลังเกิด อยู่ก็ดี น่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนจากการยึดติดอยู่กับกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ แต่เพียงด้านเดียวไปสู่กระบวนทัศน์ “ทางเลือก” ที่หลากหลายและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพก็เป็นหนึ่งในทางเลือกที่หลากหลายนั้น โดยที่ต้องตระหนักว่า สิ่งที่เราเรียกกันว่า “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” เองก็มีความหลากหลาย ความซับซ้อนและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว อนึ่ง ตรรกะที่อยู่เบื้องหลังข้อ

สรุปเบื้องต้นนี้คือ หากเรายอมรับว่าสังคมไทยในขณะนี้ เป็นสังคมพหุลักษณะ เราก็จะต้องอนุมานว่า กระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพต้องเป็นพหุลักษณะด้วยเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้น หากเรายอมรับว่าสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาด้วยแล้ว ความรู้เช่นวิทยาศาสตร์เอง ก็เปลี่ยนแปลงไป เพราะฉะนั้น ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลาย เช่น ภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพก็ย่อมเปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวไปด้วยเช่นกัน

เจ็ด มโนทัศน์เรื่องการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในสังคมกับอำนาจ/ความรู้ในฐานะเป็นสิ่งที่ประกอบสร้างทางสังคม จะสามารถถูกนำมาใช้ร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจขบวนการและกระบวน การผลักดันเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพสู่สุขภาพะได้หรือไม่เพียงไร และอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงว่า “สุขภาพ” มีนัยของการป้องกันการบำบัดรักษา “โรค” ภัยไข้เจ็บเป็น จุดหลัก แต่ “สุขภาพะ” มีนัยของการมุ่งสร้าง “สังคม” ที่มี “สติ” ซึ่งเป็นมิติทางด้าน “จริยธรรม” ด้วย แล้วปัญหาของการ “ไม่มีวันพูดกันรู้เรื่อง” ในภาษาพูดที่ใช้กันทั่วไปที่ตรงกับภาษาวิชาการว่าด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ว่า “incommensurable” คือการขาดหรือปราศจากคุณสมบัติหรือวิธี คิด ร่วมกันที่สามารถนำมาวัดหรือจัดการปัญหาร่วมกันได้ เมื่อประกอบเข้ากับข้อเสนอว่าสังคมไทย ปัจจุบันมีลักษณะพหุลักษณะที่บ่งบอกความแตกต่างและหลากหลาย ทำให้เห็นว่าผู้คนแต่ละคน แต่ละกลุ่มแต่ละประเภท แต่ละวิถีชีวิตและอื่น ๆ ล้วนมีเป้าหมายด้านสุขภาพไม่เหมือนกัน บ้างก็พอใจ จะต่อสู้ไขว่คว้าในระดับ “สุขภาพ” บ้างก็ต้องการก้าวไกลไปถึง “สุขภาพะ” นี่คือการประเด็นปัญหาใหญ่ ที่อยู่ภายในมโนทัศน์ เรื่อง “การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์” มาโดยตลอด

แปด ภูมิปัญญาพื้นบ้านในฐานะที่เป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคมจะดำรงอยู่อย่างไรถ้า หากไม่ประดิษฐ์ฐานอยู่กับ “ชุมชน” แต่ชุมชนคืออะไร ดำรงอยู่อย่างไร ภายใต้ความสัมพันธ์เชิง อำนาจ/ความรู้ที่ถูกผลิตสร้างมาจากภายนอกชุมชน ฉะนั้นภูมิปัญญาพื้นบ้านในเรื่องอะไร ระดับ ไหนจะถูกผลิตสร้างต่อไปอย่างไร ควบคู่ไปกับชุมชนแบบใด “ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม” หรือ “ชุมชน ปฏิบัติการ” ยังเป็นปัญหาที่ต้องการการค้นคว้าอีกมาก

งานเขียนชิ้นนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะตอบคำถามโดยตรงและอย่างสำเร็จรูป แต่ต้องการ นำเสนอทฤษฎีทางสังคมศาสตร์กับประสบการณ์ของนักวิชาการสายสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา การแพทย์ในการศึกษาเรื่องทำนองนี้ในสังคมและวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่อาจนำมาช่วยในการตั้งคำถาม การสร้างกรอบคิด การเลือกใช้วิธีวิทยาในการค้นคว้าวิจัย เพื่อหาคำตอบที่หลากหลายต่อไป

กระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ
: มุมมองจากทฤษฎีสังคม

โดย ฉลาดชาย รมิตานนท์

3 พฤศจิกายน 2547

สารบัญ

บทคัดย่อ		
บทนำ		
บทที่หนึ่ง	การตั้งโจทย์	1
บทที่สอง	การปฏิรูปสังคมไทยกับการปฏิรูปสุขภาพ	11
บทที่สาม	การปฏิรูป การเปลี่ยนแปลงสังคมกับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์	18
บทที่สี่	ความเป็นสมัยใหม่กับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพ	25
บทที่ห้า	สังคมวิทยากับสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บและการดูแลรักษา	33
บทที่หก	สุขภาพในฐานะวาทกรรมของคนธรรมดา	41
บทที่เจ็ด	สตรีนิยมกับการวิพากษ์การแพทย์สมัยใหม่	57
บทที่แปด	มานุษยวิทยาการแพทย์กับการปรับกระบวนทัศน์สุขภาพ	72
บทที่เก้า	ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพกับกระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพะ	98
บทที่สิบ	อำนาจ/ความรู้อยู่กับชุมชน : การเคลื่อนย้ายจากสุขภาพสู่สุขภาพะ	115
บทที่สิบเอ็ด	สรุปเชิงตั้งคำถาม	123

บทคัดย่อ

หนังสือเล่มนี้เป็นการรวบรวมและเรียบเรียงแนวความคิดทางทฤษฎีสังคมศาสตร์ที่อาจสามารถนำมาใช้เพื่อศึกษาทำความเข้าใจมิติทางด้านสุขภาพอนามัยของสังคมไทย โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับการชี้ประเด็นเบื้องต้นบางประการที่อาจนำมาใช้ศึกษาเรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ จริงอยู่เรื่องสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องสำคัญของชีวิตทางสังคมของมนุษย์ แต่การศึกษาด้านสุขภาพโดยใช้มิติมุมมองของฝ่ายสังคมศาสตร์ยังไม่ได้ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับมิติมุมมองของฝ่ายวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของฝ่ายแพทยสมัยใหม่ที่มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นการมองสุขภาพในฐานะของการรักษาโรคภัยไข้เจ็บแบบ “แยกส่วน” มองมนุษย์เป็นปัจจัยทางชีว-เคมี ไม่มีการมองแบบ “องค์รวม” ที่ประกอบด้วยกาย ใจ และ จิตวิญญาณ ยิ่งไปกว่านั้น การรักษายาบาลตามแบบการแพทย์สมัยใหม่ แม้จะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็เติบโตควบคู่กันไปกับระบบทุนนิยมบริโภคนิยมที่มุ่งเน้นการแสวงหากำไรของผู้ประกอบการทุกระดับทุกประเภทไม่ว่าแม้แต่แพทย์ มีผลทำให้การแพทย์สมัยใหม่มีภาพของการค้ากำไรมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงถูกกล่าวหาว่า “ไร้จริยธรรม” ลงเป็นลำดับ เมื่อเกิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกระแสต่าง ๆ ขึ้นมา การเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งอยู่ด้วย โดยเฉพาะในทิศทางของการแสวงหาทางเลือกด้านสุขภาพที่หลากหลาย สายของ “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” กับ “ชุมชนนิยม” ที่มักจะถูกกล่าวขวัญถึงอย่างคาดหวังว่าน่าจะมีศักยภาพที่จะเตือนสติการแพทย์สมัยใหม่ให้ลดความเป็นกลไกลดการค้ากำไร ลดการผูกขาดอำนาจ/ความรู้ ไว้แต่ฝ่ายเดียวลงบ้าง การเคลื่อนไหวทางสังคมเรื่องสุขภาพและเรื่องอื่น ๆ จึงถูกมองว่าน่าจะเป็นการ “ต่อต้าน” หรือ “สู้กลับ” ของผู้คนซึ่งถูกกระทำโดยด้านที่ไม่ดีของ “ความเป็นสมัยใหม่” ฉะนั้นเรื่องสุขภาพอนามัยจึงเป็นเรื่องของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เชื่อมโยงกับการสร้างความรู้และความจริง นั่นเอง

บทที่หนึ่ง การตั้งโจทย์

งานเขียนชิ้นนี้ เขียนขึ้นจากโจทย์ที่ถูกกำหนดให้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภายใต้ชื่อเรื่องว่า “กระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ”

เมื่อผู้เขียนรับงานมา ก็นำมาตีความเอาเองว่า โจทย์นี้น่าจะมีหลายระดับและตั้งอยู่บนหลายปณิธานเชิงสมมุติฐาน ได้แก่

ระดับที่หนึ่ง เป็นระดับการสร้างความรู้ โดยที่งานชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดำเนินงานวิชาการเพื่อผลิตชุดความรู้สำหรับการปฏิรูปสังคมไทยและการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเริ่มในปี พ.ศ.2546 หน่วยงานที่เป็น “เจ้าภาพ” ของงานชุดนี้คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) อย่างไรก็ตาม กระบวนการผลิตความรู้ในระดับนี้ คงจะมีการมอบหมายให้ทำการผลิตความรู้หลายชุด แต่งานชิ้นนี้อยู่ในชุดที่ผู้เขียนเข้าใจว่าคงถูกตั้งชื่อว่า “มองสังคม มองสุขภาพคนไทย พ.ศ.2547-2550” โดยมีอาจารย์ธีรยุทธ บุญมี รับผิดชอบที่เป็นบรรณาธิการชุดหนังสือ ซึ่งหน้าที่หนึ่งของบรรณาธิการคือ แจกงานและตั้งโจทย์หลัก

โจทย์และงานที่ถูกตั้งขึ้นและแจกออกไปในการสร้างชุดความรู้นี้ ได้แก่ **ชุมชนในสังคมโลก, ทฤษฎีการเมืองชุมชนในสังคมไทย : ชุมชนกับปัญหาการปฏิบัติทางอำนาจและสิทธิ, กระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ, Community and Self : Governing Ourselves for Well-being (ชุมชนกับตัวตน : การปกครองตนเองเพื่อสุขภาวะ), ความชอบธรรม, ประชาสังคมและปริมณฑลสาธารณะในสังคมไทย การสำรวจปริมณฑลสาธารณะในสังคมไทย : พัฒนาการและการดำรงอยู่ สภาวะของปริมณฑลสาธารณะในกรุงเทพมหานคร การดำรงอยู่และผลกระทบของกระแสความคิดประชาสังคม : ศึกษากรณีอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาครสิทธิด้านสุขภาพ : จากเสรีนิยมสู่ชุมชนนิยม และ องค์รวม เป็นต้น**

ตามความเข้าใจของผู้เขียนโจทย์ต่าง ๆ ที่ถูกตั้งขึ้นนี้ แม้จะแตกต่างทางด้านของประเด็นหรือเรื่อง แต่ทั้งหมดเป็นโจทย์และการเขียนงานในเชิงการสร้างความรู้ที่มีลักษณะ เป็นการเขียนเกี่ยวกับความคิดที่ค่อนข้างเป็นนามธรรมที่อาจเรียกหลวม ๆ ว่ามโนทัศน์ กระบวนทัศน์ หรือวาทกรรมว่าด้วยชุมชน กับการปฏิบัติการทางอำนาจ/ความรู้ (ภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ) : กับการปกครองตนเองเพื่อบรรลุสุขภาวะก็คงได้

ระดับที่สอง เป็นระดับของการนำความคิดหรือมโนทัศน์ หรืออาจเรียกว่า “วาทกรรม” ที่เกิดจากความคิดเหล่านั้นไปใช้ตรวจสอบและสร้างชุดของคำอธิบายในเรื่องต่าง ๆ เช่น เรื่อง “ประชา

สังคม” และ “ปริณิเทศสาธารณะ” ชุมชนในมิติด้านตัวตน อำนาจ สิทธิ และภูมิปัญญาพื้นบ้าน ไปค้นหารูปธรรมและผลกระทบของมโนทัศน์หรือวาทกรรมเหล่านี้ในพื้นที่กรุงเทพฯ และอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร แต่ทั้งนี้ โดยมี**โจทย์ใหญ่**ทำนองว่าสังคมไทยปัจจุบันกำลังเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือไม่

ระดับที่สาม เป็นการหวังผลเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสามารถเห็นได้จากวัตถุประสงค์ของ “โครงการ” นี้ ที่มีการกำหนดไว้แล้วว่าเป็นการ “ผลิตความรู้” แต่ไม่ใช่ความรู้เฉย ๆ หรือลอย ๆ หากจะต้องเป็นความรู้ที่สามารถนำไปใช้เพื่อ “การปฏิรูปสังคมไทย” และ “การปฏิรูประบบสุขภาพ” อีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ยังจะเห็นได้จากการจัดสัมมนาทางวิชาการเพื่อให้นักวิชาการที่มีความรู้ทำการวิพากษ์ร่างงานผลิตความรู้ชุดนี้เป็นระยะ ๆ โดยการกำหนดวัตถุประสงค์กำกับไว้อีกชั้นหนึ่งว่า 1. เพื่อสร้างการเคลื่อนไหว ถกคิทธฤษฎีสังคมในชุมชนนักวิชาการไทย 2. สร้างแนวทางการปรับใช้ทฤษฎีสังคมสำหรับนักปฏิบัติการทางสังคม ประชาคมสุขภาพ 3. สร้างดุลยภาพที่ดีขึ้นของการรับรู้ทางสังคมอีกด้วย

ดังนั้น การตั้งโจทย์การแจงานและสิ่งที่ สวรส. และบรรณาธิการของการผลิตความรู้ชุดนี้ต้องการ จึงไม่ใช่การผลิตหนังสือ “ที่อ่านง่าย ๆ สำหรับคนทั่วไป” ที่เป็นนโยบายของบรรณาธิการที่ดำริไว้ในตอนเริ่มต้นโครงการอีกต่อไปเสียแล้ว เพราะความซับซ้อนของโจทย์มีมากกว่าการเขียนให้อ่านง่าย ๆ

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนขอตั้งข้อสังเกตเป็นการเกริ่นนำเชิง “ออกตัว” ไว้ว่าโครงการนี้และโครงการในทำนองนี้มีปณิธานเชิงสมมุติฐานหลายอย่าง รวมทั้งแนวทางคำตอบบางแนวกำกับอยู่ข้างหลังจะเรียกว่ากำบังก็ว่าได้ ตัวอย่างเช่น

หนึ่ง ปณิธานเชิงสมมุติฐานหลักเบื้องหลังของ “โครงการ” (project) การผลิตชุดความรู้นี้ถือว่า อำนาจ/ความรู้เป็นสิ่งที่ควบคู่กันไป การปฏิรูปสังคมไทย/ระบบสุขภาพจำเป็นต้องผลิตอำนาจ/ความรู้ชุดใหม่ที่ท้าทายความรู้ชุดเดิมออกมา โดยที่อำนาจ/ความรู้ชุดใหม่นี้มีที่มาจากขบวนการเคลื่อนไหว และปฏิบัติการต่าง ๆ ด้านสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้น หรือดำรงอยู่แล้ว

สอง การปฏิรูประบบสุขภาพหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในความหมายกว้างคือ สุขภาพถูกมองในฐานะที่เป็นระบบหรือมีลักษณะเป็น “องค์รวม” สุขภาพไม่ได้หมายความว่าแค่เพียงการรักษาโรคเท่านั้นอีกต่อไป สุขภาพถูกนิยามในความหมายสุขภาพะ (well-being) ที่อย่างน้อยจะต้องมีสุขภาพะทางกาย สุขภาพะทางใจ และสุขภาพะทางจิตวิญญาณ เป็นต้น สมมุติฐานข้อนี้ทำให้โจทย์เรื่องสุขภาพมีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น

สาม การปฏิรูปสังคมไทยกับการปฏิรูประบบสุขภาพ (ไทย) เป็นเรื่องเดียวกันแยกออกจากกัน ไม่ได้เพราะสังคมกับสุขภาพ/สุขภาพจะเกี่ยวข้องกัน แต่ดูเหมือนจะมีนัยกระโดดไปทางต้องทำการปฏิรูปสังคมเสียก่อนการปฏิรูปสุขภาพจึงจะเกิดขึ้นได้ หรือไม่อย่างน้อยก็ต้องทำควบคู่กันไป

สี่ การเปลี่ยนแปลงสังคมก็ดี การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพก็ดีถูกโจทย์กำหนดมาแล้วว่าจำเป็นต้องเป็น “การปฏิรูป” (reform) ไม่ใช่ “การปฏิวัติ” ซึ่งผู้เขียนตีความว่าการเปลี่ยนแปลงที่ว่านี้จะต้องดำเนินไปภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ/ความรู้ที่เป็นผลผลิตของสังคมสมัยใหม่ ซึ่งประกอบด้วยระบอบการเมืองแบบเสรีนิยมประชาธิปไตยบนฐานของปัจเจกชนนิยม ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ซึ่งอ้างว่าวางอยู่บนความมีเหตุมีผลแบบวิทยาศาสตร์ และทุนนิยมอุตสาหกรรม – บริโภคนิยม ภายในกระแสโลกาภิวัตน์ ปฏิธานเชิงสมมุติฐานข้อนี้ทำให้เกิดโจทย์ใหญ่และโจทย์ย่อยๆ ตามมาอีกมากมาย

ตัวอย่างเช่น การจะเห็นว่าอะไรเป็นหรือไม่เป็นปัญหาสุขภาพอนามัยตลอดจนการป้องกัน การดูแลรักษาหรือไม่ อย่างไร แคไหน หรือไม่ต้องป้องกัน ไม่ต้องดูแลรักษา และ ฯลฯ เหล่านี้ ไม่เพียงแต่จะต้องดูในลักษณะ “องค์รวม” เท่านั้น แต่จะต้องเจาะลึกลงไปสู่อำนาจ/ความรู้ ในสังคมสมัยใหม่ที่มีฐานมาจากทั้งวิทยาศาสตร์ ประชาธิปไตยเสรีนิยมและทุนนิยม-บริโภคนิยม ที่ทำงานร่วมกันส่งเสริมค้ำจุนกันไปมา ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนไปเลยว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ/ความรู้ที่เป็นผลมาจาก “ไตรลักษณ์” หรือเป็นผลรวมของเสรีนิยม วิทยาศาสตร์ และทุนนิยมนี้มีผลทำให้เกิดทุกขภาวะ-สุขภาพอะไรหรือไม่เป็นต้น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการกระจายอำนาจให้กับชุมชนซึ่งดูเหมือนจะถูกกำหนดให้เป็นคำตอบปัญหาหลายอย่างรวมทั้งการปฏิรูปสุขภาพด้วยนั้น คำถามเกี่ยวกับการกระจายอำนาจว่าเป็นการกระจายความรู้ด้วย หรือไม่ หรือเป็นการกระจายอำนาจในเชิงการบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ (เช่น ทุน) ส่วนความรู้นั้นไม่ได้กระจายด้วย ยิ่งไปกว่านั้นความรู้นั้นเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับ**ความรู้ท้องถิ่น**ที่มีมากมายหลายระบบ ตลอดจนผลกระทบอะไรต่อผู้คนในชุมชน ซึ่งแตกต่างกันบนฐานของชนชั้นชาติพันธุ์ เพศ/เพศสภาวะทางร่างกายและจิตใจ (ความพิการ หรือเจ็บป่วย) เป็นอย่างไรอีกด้วยเป็นต้น

ห้า ปฏิธานเชิงสมมุติฐานข้อนี้มีว่าการปฏิรูปสังคมไทยก็ดี ระบบสุขภาพก็ดีจะต้องใช้**ความรู้**เป็นเครื่องมือสำคัญ ปฏิธานเชิงสมมุติฐานนี้เข้ากับวิธีคิดของยุคหลังสมัยใหม่สายหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญระหว่าง “อำนาจ/ความรู้” โดยที่มองว่าความรู้เป็นสิ่งที่ถูกผลิตขึ้นมาและในการผลิตความรู้นี้ต้องมีอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องดังที่กล่าวไว้ในข้อหนึ่ง ประเด็นคำถามที่สำคัญประเด็นหนึ่งที่ตามมาคือ ในสภาวะความเป็นจริงในสังคมไทยขณะนี้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นอย่างไรโดยเฉพาะการกระจายอำนาจเกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหน (ดังกล่าไปแล้วในข้อที่ 4) ในลักษณะใดและสัมพันธ์กับกระบวนการผลิต

สร้างความรู้ด้านสุขภาวะในแนวที่เกิดความหลากหลาย ความแตกต่างหรือไม่ **ความรู้พื้นบ้านด้านสุขภาพ**ยังดำรงอยู่หรือไม่ ถ้าอยู่ในลักษณะใด จนกระทั่งถึงจุดที่ “จิตสำนึกใหม่ทางสุขภาพ” เกิดขึ้นหรือไม่ “**ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพที่แตกต่างและหลากหลายเกิดขึ้นหรือไม่**” รวมทั้ง**ชุมชนสุขภาพ**เกิดขึ้นหรือไม่ ถ้าเกิด เกิดอย่างไร แบบไหน ทั้งใน**ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม** ซึ่งถูกคาดหวังว่าจะเป็นคำตอบของการกระจายอำนาจมีกระบวนการผลิตสร้างความรู้ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ/สุขภาวะอย่างไรสัมพันธ์กับ “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ด้านสุขภาพหรือไม่ และใน “**ชุมชนสุขภาพ**” แบบใหม่ ถ้าหากเกิดขึ้นบ้างแล้วในสังคมไทย ชุมชนสุขภาพที่ว่านี้ เป็น “ชุมชน” ในความหมายเดียวกันกับผู้คนส่วนใหญ่เข้าใจ หรือเกี่ยวข้องอะไรกับ “ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม” ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันหรือไม่ เป็นต้น

หาก ปณิธานเชิงสมมุติฐานข้อนี้มีว่า **ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมยังคงมีกระบวนการผลิตความรู้**ด้านต่าง ๆ อยู่ และ**ความรู้เหล่านั้นยังมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตโดยรวมของชุมชนเหล่านั้น**อยู่ ปณิธานเชิงสมมุติฐานข้อนี้ทำให้เกิดคำถามตามมาซึ่งเป็นโจทย์เฉพาะของงานชิ้นนี้คือ การผลิตความรู้และปฏิบัติการการรักษาโรคภัยไข้เจ็บในระบบที่เมื่อไม่นานมานี้ นักวิชาการยังเรียกว่า “**การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน**” แต่ปัจจุบันถูกยกฐานะขึ้นให้เป็น “**ภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ**” นั้นดำรงอยู่หรือไม่ เพียงไรและอย่างไร และโดยใครเป็นต้นกล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือ การสร้างและผลิตซ้ำความรู้นั้น ๆ ดำรงอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบไหน และที่สำคัญไม่น้อยไปกว่านั้นคือภูมิปัญญาพื้นบ้านนั้นย่อมต้องหลากหลายและแตกต่างกันดำรงอยู่ได้อย่างไร ภายใต้ “**การแพทย์แผนไทย**” หรือ “**ภูมิปัญญาหลวง**” ที่มักจะต้องการจัดระบบระเบียบให้เกิดมาตรฐานเดียวกัน (standardization) ในบางระดับนี้ก็เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจอีกประเภทหนึ่ง คือความสัมพันธ์ระหว่าง “**ความเป็นพื้นบ้าน**” กับ “**ความเป็นรัฐ**” ยิ่งไปกว่านั้น การรักษาพยาบาลพื้นบ้านที่แตกต่างและหลากหลายนี้ ดำรงอยู่อย่างไรภายใน “**กระแสสุขภาพ**” ที่คาดว่าจะเกิดการ “**ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์**” ไปบ้างแล้ว และที่สำคัญที่สุดดูเหมือนจะอยู่ที่**บริบท**ของสิ่งที่เรียกว่า “**หมู่บ้าน**” อันเป็นที่ตั้ง (พื้นที่/เทศะ) ของ “**ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม**” และ “**ความรู้ดั้งเดิม**” นั้นในเวลานี้เปลี่ยนไปแล้วหรือไม่อย่างไร ฉะนั้น ภายใต้บริบทใหม่ที่ว่านี้ “**การรักษาพยาบาลพื้นบ้าน**” ถูกผลิตซ้ำและผลิตใหม่อย่างไร

เจ็ด ปณิธานเชิงสมมุติฐานที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังโครงการนี้อีกประการหนึ่งคือ ความเชื่อว่าสังคมไทยเป็นพหุสังคมมาโดยตลอดและจะยังเป็นพหุสังคมที่หลากหลายมากขึ้นไปเรื่อย ๆ และไม่ว่าจะเรียกการเปลี่ยนแปลงสังคมว่าการปฏิวัติ การปฏิรูป การปรับเปลี่ยน “การปรับปรุง” หรืออะไรก็ตามที่ล้วนเป็นกระบวนการที่มีมาแต่อดีตกำลังเกิดในปัจจุบันและจะยังคงดำเนินต่อไปในอนาคต บางครั้งนักวิชาการใช้ภาษาว่า “**พลวัติ**” บ้าง “**เคลื่อนไหว**” บ้าง “**เลื่อนไหล**” บ้าง เพื่อบ่งบอกความเปลี่ยนแปลง

แปลงนั้น อธิบายได้ว่านี่อาจสรุปได้สั้นว่าเป็นความ “หลากหลาย ชับซ้อนแตกต่างและเคลื่อนไหว” ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั่นเอง สมมุติฐานนี้ทำให้โจทย์ต่างๆ ที่ถูกตั้งตามมาเป็นโจทย์ที่หาคำตอบในแบบ “พันธ” ได้ยากขึ้นหรือเป็นไปได้ไปเลยทีเดียว อย่างไรก็ตามเมื่อนำมาใช้กับโจทย์เรื่องสุขภาพ/สุขภาวะในสังคมไทยก็ทำให้เกิดความเชื่อในเรื่อง **กระบวนทัศน์พหุนิยม** (paradigm of pluralism) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพหุนิยมทางการแพทย์ หรือบางคนใช้คำว่า พหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) และพหุนิยมทางสุขภาพในความหมาย “สุขภาพทางเลือก” “การรักษาพยาบาลทางเลือก” หรือ “การแพทย์ทางเลือก” ฯลฯ ที่โดยตัวของมันนอกจากแสดงความหลากหลายแล้วยังไปถึงมโนทัศน์เรื่อง “กระแสหลัก-กระแสทางเลือก” (หรือกระแสรอง) มีมากมายหลายเส้นทาง นอกจากนี้ก็ยังโยงไปสู่มโนทัศน์ในเรื่อง “สิทธิ” ที่จะเลือกเชื่อและปฏิบัติตามแนวทางที่แต่ละคนเชื่อถืออีกด้วยเป็นต้น อธิบายได้มโนทัศน์เรื่อง “ทางเลือก” นี้เอง **การแพทย์หรือการรักษาพยาบาลที่บ้านถูกมองว่าเป็นหนึ่งในทางเลือกที่หลากหลาย** กระนั้นก็ตามเรื่องทั้งหมดก็ยังไม่จบ เกิดคำถามต่อเนื่องตามมาในเรื่องของทางเลือกอีกมากมายคำถามเช่น ที่ว่าทางเลือกนั้นเอาเข้าจริงๆ หรือในทางปฏิบัติแล้วท่ามกลางทางเลือกที่หลากหลายภายใต้ความคิดเรื่อง “พหุนิยมทางสุขภาพ” นั้น **สิทธิในการเลือกมีจริงหรือไม่** ถ้ามีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับอะไร และสิทธิในการเลือกนี้เป็นของใคร ให้โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร เพื่ออะไร และเพราะอะไร ซึ่งอาจเรียกว่าเป็น “การเลือกอย่างมีข้อมูล” (informed choice) ที่เป็นดัชนีหนึ่งที่บอกว่าผู้เลือกนั้น ๆ เป็น “ผู้กระทำ” หรือไม่ และนี่เองคือความสัมพันธ์เชิงอำนาจ/ความรู้อย่างไม่อาจปฏิเสธได้ ซึ่งย่อมทำให้เกิดคำถามต่อไปได้อีกหลายคำถามเป็นต้น

แปด สมมุติฐานอีกประการหนึ่ง คือเรื่องของสุขภาวะเป็นเรื่องของสิทธิ แต่สิทธิในที่นี้ไม่ใช่สิทธิที่มีผู้มอบให้ (เช่นรัฐให้) หากเป็นสิทธิที่เกิดจากการมีอำนาจของคน หรือองค์กร เช่น ชุมชนผู้มีสิทธิดังกล่าวเอง กล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือสิทธิเกิดจากการใช้อำนาจนั่นเอง สิทธิในที่นี้วางอยู่บนฐานของปัจเจกชน กลุ่มและหรือชุมชนบนความหลากหลายและแตกต่างของการจัดประเภททางสังคม เช่น ชนชั้น เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ วัฒนธรรมความเชื่อ เพศ/เพศสภาพ (sex/gender) อายุและสภาพร่างกาย (เช่น คนป่วย คนพิการ) แต่ในขณะเดียวกัน สมมุติฐานนี้กลับมีลักษณะครอบจักรวาล คือถือว่าสุขภาวะเป็นสิทธิสากลโดยการนำสุขภาวะไปผูกโยงกับ “สิทธิมนุษยชน” ซึ่งเป็นมโนทัศน์ที่มีความถูกต้องทางการเมือง (politically correct) ก็จริง แต่ค่อนข้างยุ่งยากในการตีความและนำไปปฏิบัติการท่ามกลางความแตกต่างและหลากหลายที่ก็ต้องถือว่าจะต้องดำรงอยู่ด้วยเช่นกัน การปฏิรูประบบสุขภาพ/สุขภาวะ จะจัดการกับปัญหาความขัดแย้งหรือภาวะตึงเครียดระหว่างความแตกต่างหลากหลายของสิทธิกับลักษณะเหมารวม หรือ “ครอบจักรวาล” นี้อย่างไร จะเลือกเพียงอันใดอันหนึ่งก็ไม่ได้

เพราะมโนทัศน์และชุดของวาทกรรมที่ถูกประกอบสร้างขึ้นมาจากมโนทัศน์ทั้งสอง (สิทธิมนุษยชนของปัจเจกกับจารีตของท้องถิ่น) ล้วนมีพลังต่อการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูป โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพ แต่ทุกเรื่อง ไม่เฉพาะประเทศไทย แต่ในระดับสากลด้วย ตัวอย่างเช่น การบีบบังคับให้ตรวจเชื้อ HIV/Aids ในนามความหวังดีของรัฐ การกำหนดให้มีการ “วางแผนครอบครัว” เป็นต้น

เก้า ปณิธานเชิงสมมุติฐานข้อนี้ วางอยู่บนความเชื่อว่า “การปฏิรูปสังคมไทย” จะดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและราบรื่นภายหลังจากมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่เชื่อกันอย่างกว้างขวางว่าจะเป็นแม่บทให้การปฏิรูปสังคมไทยไปในแนวทาง “คืนอำนาจ” ให้กับประชาชนในทุก ๆ ด้าน เพื่อที่ประชาชนจะได้จัดการกับชีวิตของตนเองได้ในทุกมิติ รวมทั้งมิติสุขภาพด้วย แนวคิดนี้ส่วนใหญ่รู้จักกันในนามการกระจายอำนาจให้กับชุมชน ซึ่งมีรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดปรากฏอยู่ในบางมาตราที่ยกมาเป็นตัวอย่างในที่นี้

มาตรา 46 บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิอิสรภาพหรือพื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะหรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ (เน้นโดยผู้เขียน)

มาตรา 78 รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น (เน้นโดยผู้เขียน)

(1) การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทางการเมือง

มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ (เน้นโดยผู้เขียน)

มาตรา 79 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดการมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพ อนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน (เน้นโดยผู้เขียน)

(2) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแกนหนึ่ง หรือกระบวนทัศน์หนึ่ง ในการจัดการชีวิต

นอกจากมาตรา 46 แล้ว ก็ยังมีมาตรา 81 ที่พูดถึง “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” ไว้อีกด้วย

มาตรา 81 รัฐต้องจัดการศึกษาอบรมและสนับสนุนให้เอกชนจัดการศึกษาอบรมให้เกิด **ความรู้ คุณธรรม** จัดให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ ปรับปรุงการศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สร้างเสริมความรู้และปลูกฝังจิตสำนึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเมือง การปกครองในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข สนับสนุนการค้นคว้าวิจัย ในศิลปวิทยาการต่าง ๆ **เร่งรัดพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี** เพื่อการพัฒนาประเทศ พัฒนา วิชาชีพครู และส่งเสริม **ภูมิปัญญาท้องถิ่น** ศิลปและวัฒนธรรมของชาติ (เน้นโดยผู้เขียน)

จากรัฐธรรมนูญฯ บางมาตราที่ยกขึ้นมาข้างบนนี้ จะเห็นได้ว่าเมื่อนำโจทย์ใหญ่ที่ถูกตั้งขึ้นใน ทำนองมองไปข้างหน้าว่า “**มองสังคม มองสุขภาพคนไทย พ.ศ.2547-2550**” เข้ามาตัดกันแล้วคง ปฏิเสธไม่ได้ว่าความคาดหวังที่มีต่องานเขียนชิ้นนี้คือ **ต้องการตรวจสอบความเป็นไปได้ของการ ปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีชุมชนเป็นหนึ่งในผู้กระทำ (actor) บนฐานของกระบวนการทัศน์ภูมิ ปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ** นั่นเอง

อย่างไรก็ตามโจทย์และความคาดหวังดังกล่าว ไม่ใช่เป็นเรื่องง่ายที่จะตอบสนอง ทั้งนี้ เพราะมี เงื่อนไขหลายอย่าง (นอกเหนือจาก ความซับซ้อน ความหลากหลาย และการเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพ โดยทั่วไปและระบบพื้นบ้าน) ที่ขัดขวางไม่ให้ตอบคำถามแบบ “ฟันธง” โดยลดทอนความซับซ้อน ของปัญหาไปด้วย เงื่อนไขที่ว่าน่าจะเป็นดังนี้

หนึ่ง รัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2540 เติมไปด้วยกระบวนการทัศน์ที่แตกต่างหลากหลายและขัดแย้งกันเอง ประกอบกับต้องเป็นการเขียนในลักษณะกว้าง ๆ ในบางเรื่องจึงจำเป็นต้องขึ้นอยู่กับการตีความของแต่ละฝ่าย ซึ่งแต่ละฝ่ายก็จะตีความตาม “กระบวนการทัศน์” ที่ตนยึดถือ นอกเหนือจากเรื่องผลประโยชน์ที่ผูกติดอยู่กับแต่ละฝ่ายอันจะมีผลต่อการตีความที่แตกต่างและขัดแย้งตามไปด้วย

ตัวอย่างของความขัดแย้งระหว่างกระบวนการทัศน์ โดยเฉพาะเมื่อมองจากจุดยืนของระบบสุขภาพพื้นบ้านบนฐานของภูมิปัญญาพื้นบ้านอีกทีหนึ่ง ได้แก่

การกระจายอำนาจ ตามที่ปรากฏในมาตรา 46 และ 78 เป็นต้น ทั้งสองมาตรานี้ พูดถึงการกระจายอำนาจชัดเจน แต่เมื่อดูมาตรา 82 ซึ่งอยู่ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ โดยเฉพาะในเรื่องการสาธารณสุขจะพบข้อความว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” ซึ่งอาจตีความได้ว่าเรื่องการสาธารณสุขและบริการในด้านนี้เป็นหน้าที่ที่รัฐต้องเป็นผู้ทำ แน่นนอนย่อมมีการโต้แย้งได้ว่าต้องดูมาตราอื่น ๆ ประกอบที่พูดถึงเรื่องการกระจายอำนาจก็ดี เรื่อง การมีส่วนร่วมทางการเมืองก็ดี เพื่อที่จะตีความว่ารัฐจะต้องจัดการและบริการด้านสาธารณสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและ “เจตนารมณ์ของประชาชนใน

จังหวัดนั้น” (ม.78) และข้อความว่า “ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำกับการจะมีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน” (ม.79) เหล่านี้ก็ดี ล้วนชี้ให้เห็นความขัดแย้งทางกระบวนการทัศนอย่างไม่อาจปฏิเสธได้

ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับภูมิปัญญาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ เป็นความแตกต่างทางกระบวนการทัศนอีกด้านหนึ่งที่ปรากฏชัดในรัฐธรรมนูญฉบับปีพ.ศ.2540 พุดให้ชัดเจนไปว่าเป็นความแตกต่างทางกระบวนการทัศนที่มีฐานที่กว้างมากครอบคลุมหลายมิติของชีวิตทางสังคม แต่ในที่นี้จะยกขึ้นมาเป็นตัวอย่างเพียงในด้านสุขภาพและเพียงรัฐธรรมนูญมาตราเดียว คือ มาตรา 81 ซึ่งมีข้อความบางตอนท้าย ๆ มาตรา ว่า

“...เร่งรัดพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศ...และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะและวัฒนธรรมของชาติ” ข้อความนี้มีความแตกต่างเชิงกระบวนการทัศนอยู่กล่าวคือ

(1.) **ภูมิปัญญาท้องถิ่น** ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้านเกี่ยวสุขภาพ” ได้อาศัยร่มเงาอยู่นั้น โดยทั่วไปแล้วมักจะถือว่าเป็นภูมิปัญญาที่ไม่ใช่ และไม่เป็นวิทยาศาสตร์เชื่อถือไม่ได้ พิสูจน์ไม่ได้ ข้อสรุปนี้มีอยู่ทั่วไปทั้งในสายของรัฐที่ยึดการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นมาตรฐาน มีทั้งในสายขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เน้นเรื่องสุขภาพหลายขบวนการที่มีพลังอยู่ในขณะนี้ เพราะฉะนั้นการที่การปฏิรูปการเมืองนำเอากระบวนการทัศนที่ขัดแย้งกันมาใส่ไว้ในมาตราเดียวกันของรัฐธรรมนูญโดยอาจมีเจตนาจะเชิดชูให้ภูมิปัญญาพื้นบ้านได้มีพื้นที่อยู่ในนโยบายการศึกษาและการวิจัยของประเทศอันเป็นเจตนาดี นั้น แต่ในทางปฏิบัติจะเกิดผลอย่างไรผู้เขียนก็ไม่แน่ใจ อาจเกิดผลในด้านการพยายามทำให้ภูมิปัญญาพื้นบ้านกลายเป็นวิทยาศาสตร์ แต่นั่นก็มีความหมายเท่ากับว่าภูมิปัญญาพื้นบ้านไม่อาจยืนอยู่ได้ด้วยตัวเองในฐานะที่เป็นกระบวนการทัศนหนึ่งที่แตกต่างออกไป แต่ต้องอาศัยวิทยาศาสตร์มาค้ำจุน ผลที่เกิดตามมาอย่างไม่อาจปฏิเสธได้คือ ในที่สุดแล้ว วิทยาศาสตร์คืออำนาจและคำตอบสูงสุดและสุดท้าย ซึ่งจะทำให้เกิดผลอีกอย่างตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อีกเช่นกันคือ ชาวบ้านผู้เป็นผู้สร้าง ผู้ผลิตซ้ำ และผลิตใหม่ ซึ่งภูมิปัญญาชาวบ้านก็จะไร้อำนาจ เมื่อเทียบกับ “ผู้รู้” ทั้งหลายในสายวิชาการ โดยเฉพาะวิชาการด้านวิทยาศาสตร์หรืออ้างว่าเป็นวิทยาศาสตร์

(2.) **ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะและวัฒนธรรม** ในรัฐธรรมนูญมาตรานี้ถูกจัดที่ทางเอาไว้ด้วยกัน จึงทำให้อดคิดไม่ได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นจะถูกจัดการในฐานะที่เป็น “วัฒนธรรม” ซึ่งด้านหนึ่งก็ดูดี แต่อีกด้านหนึ่งก็อดกังวลไม่ได้ว่าทั้งในประเทศไทยและในระดับนานาชาติ เศรษฐกิจยังคงเป็น “วาระ” (agenda) ที่สำคัญสูงสุดของแต่ละประเทศ แต่ละกลุ่มเศรษฐกิจการค้า พุดอีกอย่างหนึ่งคือ กระบวนการทัศนและวาทกรรมทางเศรษฐกิจครอบงำสนามหรือพื้นที่ส่วนใหญ่เอาไว้ได้ ทั้ง ๆ ที่วิกฤต

ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโลกและกระทบต่อสุขภาพ/สภาวะของผู้คนนั้น ไม่อาจแก้ได้โดยอาศัยกระบวนการทางเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว เพราะแก้ปัญหาไม่ได้ เช่นกรณีความขัดแย้งระหว่างโลกคริสต์กับโลกอิสลาม สงครามระหว่างอิสราเอลกับปาเลสไตน์ สงครามในอิรัก และความขัดแย้งในภาคใต้ของประเทศไทย การแก้ปัญหาสุขภาพด้วยนโยบาย “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” (หมายถึง การจัดการกับ “โรค” ตามวิธีคิดและปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ โดยใช้เทคนิคทางการแพทย์และการบริหารการเงินเป็นหลัก) เป็นต้น หากเป็นเช่นนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในฐานะที่เป็นวัฒนธรรม ก็อาจไม่มีที่ทางมากนักในทางปฏิบัติในเส้นทางไปสู่สภาวะ นอกจากกลายเป็นสินค้าทางวัฒนธรรมตามนโยบาย OTOP หรือ “หนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์” ในรูปของสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เช่น สมุนไพร ยาสมุนไพร ยาฉีดไคย ซึ่งอนาคตในเชิงพาณิชย์ที่เป็นจริงเป็นจัง และยั่งยืนยังเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันอยู่หรือไม่ ก็เป็นสินค้าบริการใน “อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว” เช่น นวดแผนโบราณ นวดฝ่าเท้า และสถานบริการประเภท “สปา” (Spa) ต่าง ๆ เท่านั้นเอง ส่วนการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น ในรูปของ “หมอเมือง” ในภาคเหนือ “หมอลำผีฟ้า” ในภาคอีสาน “หมอญ” ของภาคใต้ และบรรดา “การแพทย์ชนเผ่า” ต่าง ๆ ก็จะมีที่ทางอยู่ในฐานะของวาทกรรมทางเลือกที่อ่อนแอกว่าเท่านั้น

(3.) **ความรู้คู่คุณธรรม** ประเด็นนี้น่าสนใจที่มีการใส่เข้าไปในรัฐธรรมนูญ ที่ว่าน่าสนใจโดยเฉพาะเมื่อเรามามองเรื่องการเปลี่ยนหรือการเคลื่อนย้ายทางกระบวนการทัศนสุขภาพ ที่ด้านหนึ่งมีข้อถกเถียงว่า การแพทย์สมัยใหม่ เมื่อเวลาผ่านไปนานเข้า ๆ จะด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม แต่มักจะไม่ค่อยมี “คุณธรรม” เหลืออยู่สักเท่าไร กำไรกลายเป็นแรงผลักดันการพัฒนาของการแพทย์แบบนี้ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็มีการสร้างวาทกรรมว่า ความรู้และปฏิบัติการของแพทย์พื้นบ้านนั้น ยังยึดถือคุณธรรมอยู่ เรื่องนี้จะเป็น “ปรากฏการณ์จริง” หรือ “ข้อเท็จจริงทางสังคม” มากน้อยเพียงไร หรือเป็นเพียงวาทกรรมชุดหนึ่งก็ไม่ทราบได้ แต่มันก็กลายเป็นโจทย์ที่เกิดขึ้นมาใหม่ให้ถกเถียงได้เหมือนกัน เช่นว่า การแพทย์พื้นบ้าน ถ้าไม่อยู่ในบริบทของชุมชนดั้งเดิมแล้ว คุณธรรมที่ว่ามีอยู่นั้นจะหายไปหรือไม่ ดังนั้นคุณธรรมที่ว่ามัน จึงไม่ใช่คุณธรรมที่อยู่กับ “ความเป็นวิชาชีพ” และ “จรรยาบรรณ” เท่านั้น แต่ต้องเป็นคุณธรรมที่ควบคู่ไปกับความสัมพันธ์แบบชุมชนดั้งเดิมด้วยหรือไม่ หรือชุมชนที่ว่ามันนี้อาจได้แก่ “ชุมชนใหม่” ของกลุ่มคนผู้แสวงหาสุขภาพทางกายใจและจิตวิญญาณอย่างแท้จริงเท่านั้น

อนึ่ง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในระบบการเมืองไทยในยุคปฏิรูปอาจทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพผ่านทางระบบการเมืองทางรัฐสภาต้องตระหนักว่า ปัญหาจะงักงันหรือถึง “ทางตัน” ย่อมเกิดขึ้นได้ ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดคือ การสะดุดของร่าง พ.ร.บ.ป้าชุมชนที่ผ่านสภาผู้แทนราษฎร แต่ไม่ผ่านวุฒิสภา ซึ่งสภาผู้แทนฯ ควรจะต้องยืนยันกลับเข้าไปใหม่ แต่

ภายใต้บริบทของการเมืองในขณะนี้ (เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2547) มีใครมั่นใจบ้างว่า ร่าง พ.ร.บ.ป่าชุมชนที่ว่าจะลงเอยแบบไหน

สอง ข้อความตอนท้ายของข้อหนึ่งเปิดทางให้กับเงื่อนไขข้อที่สองคือ การปฏิรูประบบสุขภาพในความหมายไม่เพียงแค่การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพเท่านั้น แต่น่าจะรวมถึงปฏิบัติการต่าง ๆ ในหลายเรื่องด้วย ทั้งนี้เพราะการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามกระแสของการปฏิรูปการเมืองที่มีรัฐธรรมนูญเป็นรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ.2540 เป็นโจทย์ที่ถูกตั้งขึ้นมาในภาวะที่ยังไม่เกิด “รัฐบาลทักษิณ” (pre-“Taksin”) แต่เมื่อเกิดรัฐบาลทักษิณขึ้นมาแล้ว (และมีที่ท่าว่าจะอยู่ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นสมัยที่สองที่สามหรือมากกว่านั้น หรือการเมืองเชิงสถาบันของไทยจะพัฒนาไปในรูปใดไม่ใช่เรื่องที่จะคาดการณ์ได้ง่าย อย่างที่เคยคิดกันแล้ว) การปฏิรูประบบสุขภาพจะมีอนาคตอย่างไรภายใต้การเมืองยุครัฐบาลทักษิณที่มีหลายคนประเมินว่าย้อนกลับไปสู่การรวมศูนย์อำนาจแบบเบ็ดเสร็จมากขึ้นเป็นลำดับ หรือการเมืองยุค “หลังทักษิณ” เป็นอย่างไร ซึ่งอาจพูดอีกอย่างหนึ่งว่า การปฏิรูปสังคมไทยเองยังไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์เอาไว้ เมื่อเป็นเช่นนี้การปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นสุขภาวะ ที่ประกอบด้วยความสุขทางกาย ทางใจและจิตวิญญาณจะเป็นไปได้ได้อย่างไร และในความไม่แน่นอนนั้นการแพทย์พื้นบ้านจะมีที่ยืนอยู่ตรงไหน

อนึ่ง ผู้เขียนคงไม่สามารถยกเอาปณิธานเชิงสมมุติฐานทุกข้อที่พูดมาขยายความทุกข้อในงานเขียนชิ้นนี้ ทั้งนี้ เพราะข้อจำกัดทางความคิด ความรู้ และเวลาของผู้เขียนเอง จะยกมากลึงเพียงบางปณิธานเชิงสมมุติฐานเท่านั้น ส่วนที่เหลือและคำถามที่ตามมาจากปณิธานเชิงสมมุติฐานเหล่านั้น ผู้เขียนคิดว่าน่าจะเป็นประเด็นที่ผู้ที่เห็นความสำคัญอาจช่วยกันคิดและค้นคว้าต่อไป

บทที่สอง

การปฏิรูปสังคมไทยกับการปฏิรูปสุขภาพ

หัวข้อนี้มีคำที่ผู้เขียนเองแม้จะใช้บ่อยๆ แต่ก็ไม่ค่อยเข้าใจความหมายที่ลึกๆ ของมันนัก คำที่ว่าเป็นคือ **การปฏิรูป สังคมไทย และสุขภาพ** ดังนั้นก่อนที่จะเขียนอะไรต่อไปจึงจำเป็นสำหรับผู้เขียนเองที่จะต้องทำความเข้าใจกับมันให้มากกว่าที่เคยมี สักหน่อยหนึ่งก็ยังดี

หนึ่งในการพยายามทำความเข้าใจคำเหล่านี้ซึ่งนักวิชาการบางคนก็เรียกมันว่าเป็นมโนทัศน์ (concepts) นั้นอาจเกิดการแตกแขนงออกไปสู่มโนทัศน์อื่นๆ ก็ย่อมได้ ถือว่าไม่น่าจะผิดกติกาอะไร

มโนทัศน์ว่าด้วยการปฏิรูป

ทุกวันนี้ นักวิชาการส่วนใหญ่และคนชั้นกลางจำนวนไม่น้อยในสังคมไทยคุ้นเคยกับคำว่า **“ปฏิรูป”** ค่อนข้างมากทั้งจากการได้ยิน ได้อ่านและทั้งจากการใช้ด้วยตนเอง ดูราวกับว่าความหมายของคำนี้เป็นที่เข้าใจกับลึกซึ้งดีทั่วไปแล้ว อย่างไรก็ตามเหมือนกับที่อาจกล่าวไว้ในตอนต้น ตัวผู้เขียนเองเมื่อตั้งใจทบทวนตัวเองในเรื่องกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพก็ได้ตั้งไว้ภายใต้มโนทัศน์หรืออาจใช้คำว่าภายในบริบทของการปฏิรูปสังคมไทยที่เข้าใจกันว่าการกำลังเกิดอยู่ในขณะนี้ แต่เมื่อคิดดูอีกทีก็พบว่าผู้เขียนเองก็ไม่ชัดเจนกับสิ่งที่เรียกว่า **“ปฏิรูป”** ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทบทวนความหมายเพื่อความเข้าใจของตนเอง สำหรับท่านที่เข้าใจแล้วไม่ต้องอ่านก็ได้

“ปฏิรูป” เป็นภาษาบาลีตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 บอกว่าเป็นคำกริยา มีความหมายว่า **ปรับปรุงให้สมควร** เช่น ปฏิรูปบ้านเมือง เมื่อเป็นเช่นนี้แสดงว่าไม่มีคำไทยสั้นๆ กระชับ หรือเป็น **“คำโดด”** ที่จะใช้เมื่อชนชั้นผู้นำไทยสัมผัสกับมโนทัศน์นี้ที่ใช้ในภาษาอังกฤษว่า **reform** ซึ่งก็มีรากเหง้ามาจากภาษาฝรั่งเศสโบราณ เช่นเดียวกับภาษาละตินและเข้ามาในภาษาอังกฤษเมื่อคริสต์ศตวรรษที่ 14 ในการใช้ตอนแรกๆ ดูเหมือนจะมีความหมายแฝงอยู่สองประการที่แยกออกจากกันยาก ความหมายแรกคือ **การซ่อมแซมให้คืนกลับสู่รูปแบบเดิม** ความหมายที่สองคือ **ทำให้กลายเป็นรูปแบบใหม่** อย่างไรก็ตามในหลายๆ บริบทของการใช้คำว่า **“ปฏิรูป”** มักใช้กับการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้ **ดีกว่าเดิม** แต่ทว่าก็ยังผูกติดอยู่กับการซ่อมแซมให้คืนสู่ **สภาพในตอนแรกๆ ที่ยังไม่เลวลง** อยู่แน่นอนเองตลอดช่วงเวลาของคริสต์ศตวรรษที่ 15-16-17 การใช้คำนี้ก็ยังมีนัยดังกล่าว ล่วงมาถึงคริสต์ศตวรรษที่ 18 มีผู้ให้ความหมายคำนี้ว่าคือ ...การสถาปนาขึ้นมาใหม่ หรือการ **รื้อฟื้นหลักการหรือวินัยที่มีอยู่แต่ก่อน** รวมทั้งการ **แก้ไขการละเมิด (abuses)** ต่างๆ ที่ดำรงอยู่ ประมาณช่วงท้ายๆ ของศตวรรษที่สิบแปดคำว่าปฏิรูปในฐานะที่เป็นคำนาม ก็ถูกนำมาใช้ในแนวที่เป็นนามธรรมหรือเป็น

ความคิดในลักษณะที่เป็นแนวโน้มทางการเมืองมากขึ้น โดยส่วนใหญ่แล้วใช้เชื่อมโยงกับระบบสภา และสิทธิการออกเสียงเลือกตั้ง ซึ่งในช่วงนี้เองรูปแบบใหม่ๆของระบบสภาและสิทธิการลงคะแนนเสียง ถูกนำเสนอออกมา แต่ทว่าก็ยังมียุทธศาสตร์หมายถึงการซ่อมแซม(restoration) สิทธิเสรีภาพ(liberty) เป็นหลัก อย่างไรก็ตามการปฏิรูปที่ดี นักปฏิรูปที่ดีก็ถูกมองจากบางฝ่ายว่าเป็นพวกชอบก่อความวุ่นวาย บางครั้งก็ถูกประหัตประหารว่าเป็นพวก “นักปฏิรูปที่ใช้ความรุนแรง” (violent reformist) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า คำๆนี้แวดล้อมด้วยความอื้อฉาว มีการนำคำนี้มา “เล่น” ในความหมายต่าง ๆ นา ๆ อีกมาก ภายใต้บริบทดังกล่าวนี้คำว่า “ปฏิรูปนิยม” (reformism) และ “นักปฏิรูป” (reformist) ก็ปรากฏตัวขึ้นมาในตะวันตก

ปฏิรูปนิยม (reformism) เคยเป็นคำใหม่ของคริสต์ศตวรรษที่ 20 ถูกสร้างขึ้นมาท่ามกลางความไม่ลงรอยภายในขบวนการสังคมนิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี ค.ศ.1870 และ 1910 ประเด็นสำคัญที่น่าสนใจคือ หนึ่ง สังคมแบบทุนนิยมจะถูกเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ หรือว่าที่จริงแล้วมันกำลังเปลี่ยนแปลงตัวมันเอง ในวิถีทางเฉพาะต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีลักษณะเป็นท้องถิ่น เป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเป็นขั้นเป็นส่วนมากกว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบ “องค์รวม” หรือโครงสร้างทั้งหมด ประเด็นนี้ยังมีข้อถกเถียงทางทฤษฎีตามมามากมาย สอง เป็นไปได้ไหมว่าการปฏิรูปแบบต่างๆ ที่ว่านั้นเป็นเพียงเรื่องเล็กๆธรรมดาๆ หรือไม่ก็เป็นเพียงภาพลวงตา ที่ไม่เพียงแต่ปกปิดไม่ให้เราเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการนำสังคมนิยมมาแทนที่ทุนนิยม(ซึ่งหมายความว่าจะต้องมีการปฏิวัติ) หรือแท้จริงแล้วการปฏิรูปคือการตั้งใจที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการนำสังคมนิยมมาแทนที่ทุนนิยมกันแน่ ดังนั้นนับแต่คริสต์ศตวรรษที่ยี่สิบเป็นต้นมาถึงปัจจุบัน คำว่าปฏิรูปน่าจะมีนัยที่กล่าวในย่อหน้านี้ (Williams, R.,1981, น.221-2) แต่ก็อีกนั่นแหละ ประเด็นที่สองนี้ก็ยังมีปัญหาในตัวของมันเอง กล่าวคือเป็นวิถีคิดในแนวโครงสร้างนิยมอยู่นั่นเอง ซึ่งนี่ไม่พ้นเรื่อง “องค์รวม” และ “ครอบจักรวาล” อยู่ดี ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงในกระแสนุสภาพ อาจต้องการทำความเข้าใจในระดับจุลภาค เช่นระดับปัจเจก กลุ่ม หรือชุมชนที่เล็กลงไปกว่าที่ “สังคมนิยม” จะอธิบายได้

การปฏิรูปในความหมายของการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นหรือบางครั้งอาจมีนัยของการกลับไปสู่สถานะเก่าที่บริสุทธิ์กว่าเดิม ดังเช่นปรากฏการณ์ที่รู้จักกันในประวัติศาสตร์ตะวันตกว่า การปฏิรูปศาสนาครั้งยิ่งใหญ่(the great Reformation) ของคริสต์ศตวรรษที่ 16 นั้น เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด การปฏิรูปประหลาดต่างๆเหล่านี้ น่าจะส่งผลกระทบในลักษณะสะสม ซึ่งในที่สุดแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในโลกตะวันตกที่ต่อมาเรียกขานกันว่า “ความเป็นสมัยใหม่”(modernization) ที่บางครั้งก็ระบุกันว่าเป็นเสาหลักเสาหนึ่งของความเป็นสมัยใหม่ คือ “การปฏิวัติอุตสาหกรรม”

(industrial revolution)นั่นเอง นอกจากนั้นก็ยังมีการสถาปนาความรู้วิทยาศาสตร์ ระบบการเมือง เสรีนิยมประชาธิปไตย และระบบทุนนิยมเป็นต้น

อนึ่งการที่โลกตะวันตกปรับเปลี่ยนจากสังคมตามแบบจารีต(traditional society) ไปสู่สังคมสมัยใหม่(modern society) นั้นเป็นทั้งเหตุและผลประการหนึ่งของการขยายอำนาจทางเศรษฐกิจ อำนาจทางทหาร การเมือง วัฒนธรรม ความเชื่อต่าง ๆ ของตะวันตกออกไปทั่วโลกภายใต้นโยบาย ขยายจักรวรรดิหรือลัทธิล่าอาณานิคมเพื่อผลประโยชน์ทางการค้าหรือเศรษฐกิจอย่างได้ผลและรวดเร็ว มากขึ้นกว่าในยุคก่อนที่มุ่งเน้นเฉพาะลัทธิพาณิชย์(mercantilism) หรือการค้าขายทางทะเลซึ่งมีมานานหลายศตวรรษก่อนหน้านี้แล้ว

กระบวนการขยายจักรวรรดิไล่ล่าอาณานิคมของโลกตะวันตกนี้เอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการปฏิรูปขึ้นมานอกโลกตะวันตก ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยตรงคือประเทศมหาอำนาจตะวันตกพากันเข้าไปยึดดินแดนต่าง ๆ เป็นเมืองขึ้น แล้วดำเนินการปฏิรูป ส่วนโดยอ้อมคือ อาณานิคมหรือดินแดนใหญ่ย่อยต่าง ๆ นอกโลกตะวันตกต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูปไปสู่ความเป็นสมัยใหม่ตามแบบอย่างโลกตะวันตกมากบ้างน้อยบ้าง ชัดขึ้นบ้าง โทนอ่อนผ่อนตามบ้าง แล้วแต่กรณีและกาลเทศะของพื้นที่นั้น ๆ การปรับเปลี่ยนหรือการปฏิรูปอาจเกิดขึ้นหลาย ๆ ด้าน หรือเพียงบางด้านขึ้นอยู่กับโครงสร้างอำนาจในอาณานิคม ดินแดนหรือท้องถิ่นเหล่านั้นจะตัดสินใจและให้ลำดับความสำคัญ การปฏิรูปทางด้านการแพทย์หรือการรักษาพยาบาลย่อมเป็นหนึ่งในวาระ (agenda) ของรัฐต่าง ๆ แต่การให้ลำดับความสำคัญก่อนหลังเมื่อเทียบกับวาระอื่น ๆ เช่น การปฏิรูประบบกองทัพ การสื่อสารคมนาคม (เช่น การตัดถนน การตั้งไปรษณีย์โทรเลข) การปฏิรูประบบกฎหมาย และระบบการบริหารปกครองบ้านเมือง การเงินการคลัง และการศึกษาอาจถูกจัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนไว้ก่อนการแพทย์และสาธารณสุขก็เป็นได้ ดังเช่นในกรณีของสยามหรือไทย ยกเว้นต่อเมื่อเกิดโรคระบาดรุนแรงรัฐก็จำเป็นต้องจัดการกับโรคนั้นอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมโนทัศน์เรื่อง “การปฏิรูป” มาพยายามทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะหากมุ่งประเด็นไปที่เรื่องสุขภาพ ปัญหาหนึ่งที่ผู้เขียนคิดว่าต้องเกิดขึ้นแน่นอนคือ ความกำกวมของนิยามและการตีความนิยามคำว่า “ปฏิรูป” ในสังคมไทย นั่นเอง

เป็นเรื่องที่ชัดเจนอยู่แล้วว่าคำว่า “ปฏิรูป” เป็นคำที่ถูกสร้างขึ้นมาใหม่ในภาษาไทย แต่คงไม่ได้หมายความว่าความคิดตลอดจนปฏิบัติการในความหมายเดียวกัน หรือใกล้เคียงกับปฏิรูป (ในความหมายที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน) จะไม่เคยมีอยู่ในสังคมไทย (คำนี้ก็มีปัญหาที่จะต้องถกกันต่อไปในเรื่อง “การปฏิรูปแพทย์แผนไทย”) การปรับปรุง แก้ไข หรือทำให้ดีขึ้นเหมือนเดิม เช่น การ “ซ่อม” การ “แปรง” โดยเฉพาะคำหลังน่าจะมีความหมายตั้งแต่ซ่อมแซมไปถึงการสร้างขึ้นมาใหม่ได้ด้วย และน่าจะเป็นคำเก่าที่

สะท้อนประสบการณ์ของการ “ปรับปรุงให้สมควร” ก็ดี “การซ่อมแซมให้คืนสู่สภาพในตอนแรก ๆ และยังไม่เลวลงก็ดี” หรือ “การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ดีกว่าเดิม” และอื่น ๆ อีกก็ดี เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความกำกวมและยากต่อการตีความทั้งสิ้น ซึ่งการกำหนดนิยามและการตีความนี้จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับ **ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ**มากมายหลายชุดที่ดำรงอยู่และเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อีกด้วย

ปัญหาเรื่องอะไรดี อะไรไม่ดี อะไรดีกว่า อะไรเป็นปัญหาในตัวของมันเองก็เป็นปัญหาที่เกิดจากความกำกวม แต่ในขณะเดียวกันก็ผลิตซ้ำและผลิตใหม่ ซึ่งความกำกวมอีกด้วย อนึ่ง ความกำกวมทางความคิดที่ซ่อนอยู่ในภาษาว่า อะไรดี อะไรไม่ดี อย่างไรก็ตามถึงจะเรียกว่าดี หรือไม่ดีนี้ อย่างน้อยน่าจะมีอยู่ 3 มิติ

หนึ่ง การเปรียบเทียบ กล่าวคือจะต้องมีวิธีคิดแบบจับคู่ในลักษณะขัดตรงกันข้าม (binary opposition) เช่น ระหว่างสุขภาพดีกับไม่ดี ปกติกับป่วยไข้ รักษาโรคแล้วหายกับไม่หาย และที่สูงขึ้นไปคือ เปรียบเทียบระหว่างระบบ (เช่น “พื้นบ้าน” กับ “หลวง” ไทยกับฝรั่ง เป็นต้น) แต่ทั้งนี้ มิได้หมายความว่าวิธีคิดและปฏิบัติการของวิธีคิดจะมีเพียงสองขั้วเท่านั้น สภาวะกึ่ง ๆ กลาง ๆ ค่อนข้างและกระเดียดไปทางนั้น ทางนี้ อีกหลายสภาวะย่อมมีอยู่ด้วยเช่นกัน

สอง อำนาจที่จะทำให้เกิดการเปรียบเทียบเกิดขึ้นได้หรือไม่ เมื่อใครควรจะเปรียบเทียบ จะเอาอะไรมาเปรียบกับอะไร จนถึงอำนาจที่จะตัดสินใจว่าอะไรดีกว่าอะไร เช่น ในกรณีของความป่วยไข้กับการรักษาใครที่จะเป็นผู้มีอำนาจบอกได้ว่า ดีขึ้นหรือยังไม่ดีขึ้น หายหรือยังไม่หาย อำนาจที่ว่าไม่ได้อยู่ที่ตัวผู้ป่วยเพียงผู้เดียวอย่างแน่นอนอาจอยู่ที่คู่สมรส พ่อ แม่ ญาติ พี่น้องเพื่อนฝูง แพทย์ชุมชน และรัฐ เป็นต้น เราจะมอบอำนาจนี้ให้กับใครบ้าง ล้วนแต่เป็นประเด็นที่ต้องถกเถียงกันต่อไปทั้งสิ้น

สาม อำนาจในการสถาปนาความรู้ใหม่ให้มีสถานภาพในระดับหนึ่งเรื่อยไป จนถึงทำให้กลายเป็นความรู้กระแสหลัก แต่ทั้งนี้ก็ได้ปลอดจากการถูกแข่งขันทำลายจากกระแสรองอยู่ดี

ทั้งสามประการนี้ น่าจะเป็นองค์ประกอบของการปฏิรูปโดยทั่วไปรวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพ/สุขภาพด้วย

หันกลับมาดูการปฏิรูปสังคมไทยที่กล่าวกันว่าเป็นกระแสหลักของการถกเถียงอยู่ในขณะนี้ โดยมีการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งอยู่ด้วยนั้น เราก็จะเห็นได้ว่าสภาวะของการเปรียบเทียบน่าจะเกิดขึ้นมานานย้อนหลังไปหลายร้อยปีแล้ว เพียงแต่ว่าการบันทึกเป็นหลักฐานอาจไม่มี ในเรื่องของแพทย์หรือการรักษาพยาบาลนี้ นักวิชาการส่วนใหญ่ก็เชื่อว่า คนไทยจะต้องมีระบบการรักษาความเจ็บไข้มาตั้งแต่มีกลุ่มคนที่เรียกว่า “คนไทย” เกิดขึ้นมานั้นเลยทีเดียวเช่นเดียวกับผู้คนชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในโลก เพียงแต่ว่าความรู้ในการรักษาพยาบาลเหล่านั้น โดยเฉพาะเมื่อถูกลดรูปให้เหลือเพียง

ด้านเดียวคือ เรื่องตำรายา หรือตำหรับยา ซึ่งปัจจุบันเรียกว่าเป็นด้านเภสัชกรรมนั้น เป็นความรู้พื้นบ้านด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้น คำว่าตำรายา ตำหรับยา จึงเป็นสิ่งที่ไม่ได้มีการเขียนหรือจารึกไว้ หากแต่เป็นเรื่องสั่งสอนและถ่ายทอดกันมาจากคนสู่คน อาจเป็นเพราะ “การหวงความรู้” หรือเหตุผลอื่นใดก็ตามที่ เช่น ในสังคม/ชุมชนที่ไม่มีตัวอักษรหรือภาษาเขียน เมื่อไม่ได้เขียนหรือจารึกเอาไว้จึงถูกตัดสินว่าไม่มี ยิ่งถ้าคิดว่าการรักษาพยาบาลยังมีอีกด้านหนึ่งที่สำคัญคือด้านความสัมพันธ์ ซึ่งแน่นอนว่าย่อมไม่มีการบันทึกเอาไว้ โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในระดับท้องถิ่นที่เป็นบริบทสำคัญของความรู้หรือภูมิปัญญาพื้นบ้านยิ่งขาดการบันทึกเอาไว้จึงกลายเป็นว่า “ไม่มี” ทั้ง ๆ ที่มี เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้จึงไม่น่าประหลาดใจที่การสืบค้นหา “สถานะองค์ความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย” ที่ผ่านมามีทั้งหมดมักเน้นเฉพาะเรื่องการแพทย์แผนโบราณ เริ่มตั้งแต่จากการมีหลักฐาน (ของรัฐ) สมัยสุโขทัย ได้มาสืบพระนารายณ์ จนถึงรัชกาลที่ 3-4 ที่มีชนชั้นนำเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามา (เลยเกิดการสรุปว่า) ความเปลี่ยนแปลงจึงเกิดขึ้นจากการเข้ามาของตะวันตก การพูดถึงประวัติศาสตร์จึงพูดถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเข้ามาของวัฒนธรรมตะวันตก การแพทย์ตะวันตกนี้ต่อมาก็ขยายไปทั่วประเทศ ซึ่งจะขยายด้วยวิธีใดก็ตาม แต่ประวัติศาสตร์ที่เขียนกันเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นไปในลักษณะนี้แทบทั้งสิ้น” (นิธิ เอียวศรีวงศ์, ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาดิชา ยมกุศล, บก.2537, น.18 - ข้อความในวงเล็บโดยผู้เขียน)

จึงไม่น่าประหลาดใจอีกเช่นกันว่า การศึกษาเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของการแพทย์ในประวัติศาสตร์ไทย ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปสังคมสยาม ซึ่งน่าจะกินช่วงเวลาตั้งแต่รัชกาลที่ 3-4 และ 5 เป็นต้นมาว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง ทั้ง ๆ ที่โดยข้อเท็จจริงแล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ที่การแพทย์ หรือการรักษาพยาบาล “แบบไทย” จะไม่มีการปรับเปลี่ยนเลย นับแต่สุโขทัยมาจนถึงรัชกาลที่ 3 ของรัตนโกสินทร์ที่กินเวลา 600 กว่าปี (นิธิ, ในโกมาตร, ชาดิชา, บก., เพิ่งอ้าง, น.237)

การปฏิรูปคือการเปลี่ยนแปลงของสังคม (social change)

อย่างไรก็ดี เมื่อมาถึงเรื่องของ “การเปลี่ยนแปลง” ประเด็นปัญหาเรื่องความกำกวมของภาษาที่เข้ามาอีกจนได้ ทั้งนี้ เพราะในทางวิชาการ เช่น สังคมวิทยา มานุษยวิทยา ปรัชญาการณ ที่เรียกว่าการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสังคม (social change) นั้น ถือว่าเป็นสาระสำคัญเรื่องหนึ่งที่ขาดไม่ได้ของการศึกษา แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ แต่เป็นเรื่องที่ซับซ้อนหลากหลายและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เช่น เปลี่ยนแปลงไปตามทฤษฎี หรือกระบวนทัศน์ที่ใช้วิเคราะห์หรืออธิบายสังคม การพยายามทำความเข้าใจและอธิบายความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ บางทีก็กล่าวกันว่า ทำให้สังคมวิทยาเป็นลูกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในความหมายว่าสังคม

วิทยาในฐานะที่เป็นวิชา ไม่ได้เกิดขึ้นมาอย่างบังเอิญ หากเกิดขึ้นเมื่อนักทฤษฎีทั้งหลายพยายามทำความเข้าใจ “ธรรมชาติ” ของ “ความสับสนวุ่นวาย” ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่เชื่อมโยงกับการปฏิวัติอุตสาหกรรม ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อคริสต์ศตวรรษที่ 18 และ 19 ในยุโรป นักสังคมวิทยาที่บางทีก็ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของวิชานี้คือ ออگุส คองต์ (Auguste Comte) ก็ดี และนักทฤษฎีคนสำคัญ ๆ สามคนในช่วงแรก ๆ ของการสถาปนาความคิดทางสังคมวิทยา (sociological thought) เช่นคาร์ล มาร์กซ, แมกซ์ เวเบอร์ และ อิมิล เดอร์คไฮม์ ก็ดีเราจะเข้าใจความคิดของคนเหล่านี้ได้เราต้องเข้าใจในบริบทของการเปลี่ยนแปลงสังคมยุโรปในช่วงเวลานั้น อนึ่ง การพยายามทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงไปของสังคมนี้เอง ทำให้เกิดการประกอบสร้างหรือการสถาปนาสิ่งที่เรียกว่า ทฤษฎีต่าง ๆ ทางสังคมขึ้นมา เช่น ทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม และเนื่องจากนัยของทฤษฎีเหล่านั้น บางสายโดยเฉพาะสายวิวัฒนาการมองการเปลี่ยนแปลงสังคมในมิติทางประวัติศาสตร์ ในแง่ของความก้าวหน้าบ้าง ทิศทางและขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาบ้าง จึงทำให้แนวการมองการเปลี่ยนแปลงสังคมแนวนี้อยู่ในวิถีคิดของนักทฤษฎีหลายคน เช่น Condorcet, Herbert Spencer, Henry Lewis Morgan, Edward B. Tylor และ Leonard T. Hobshouse เป็นต้น แม้ว่าการมองการเปลี่ยนแปลงในแนววิวัฒนาการจะมีปัญหาหลายอย่าง แต่ทัศนะแบบนี้ก็ไม่ยอมเลิกลาไป นักทฤษฎีใหญ่ ๆ ฝ่ายสังคมวิทยาอย่าง ทัลคอต พาร์สันส์ (Talcott Parsons, 1966) นักเศรษฐศาสตร์ วอลท์ รอสตาว (Walt Rostow, 1960) ผู้มีอิทธิพลมากในช่วงทศวรรษ 1960-70 ต้น ๆ จากทฤษฎีการเติบโตทางเศรษฐกิจสามขั้นตอน ส่วนนักมานุษยวิทยาก็มี เอ็ม.ดี.ซาฮลินส์ (M.D. Sahllins) และ อาร์. อี. เซอร์วิส (R.E. Service, 1960) คนเหล่านี้สร้างทฤษฎีอธิบายการเปลี่ยนแปลงสังคมที่พยายามอุดรอยรั่วของทฤษฎีเก่า แต่ก็ยังมีเค้าของทฤษฎีวิวัฒนาการอยู่

อนึ่งผู้เขียนจะทบทวนข้อถกเถียงในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางทฤษฎีสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่ว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างย่อในในตอนต่อไป โดยหวังว่าการทบทวนนี้จะช่วยให้มีเครื่องมือที่จะช่วยให้เข้าใจหรือตีความหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพ/สุขภาพะในสังคมไทยว่าเป็นอย่างไร รวมทั้ง “ภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย” ถูกลำมาผสมเข้าไปในกระแสการปฏิรูปนี้ได้หรือไม่หรือไม่เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อมาถึงขั้นตอนนี้ ผู้เขียนขอตั้งข้อสังเกตเชิงคำถามเอาไว้สามข้อ ซึ่งงานเขียนนี้อาจตอบคำถามเหล่านี้หรือไม่ ตอบมาก-น้อย เพียงใด ไม่ใช่จุดมุ่งหมายหลักของงานนี้ เพราะวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของงานนี้คือ กระตุ้นให้เกิดการถกเถียงต่อไป คำถามเหล่านี้มีว่า

1. การปฏิรูปที่ทบทวนนิยามมาข้างต้น เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่จะต้องมีลักษณะจากบนมาสู่ล่างหรือไม่ เพราะจะต้องทำผ่านกระบวนการรัฐสภาตามกติกาของเสรีนิยมประชาธิปไตยหนึ่งในสามขาหลัก หรือ “ไตรลักษณ์” ของความเป็นสมัยใหม่
2. กระแสการเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพที่หลากหลาย ที่กำลังเกิดขึ้นในหมู่ชนชั้นกลาง เช่น ขบวนการชีวิต ขบวนการถือศีลกินเจ สุขภาพเพื่อความสวยและอื่น ๆ เกิดขึ้นได้ และเกิดขึ้นแล้ว โดยไม่เชื่อมโยงโดยตรงกับ ข้อ (1) นั้น เกิดขึ้นได้อย่างไร และสามารถผลิตซ้ำและผลิตใหม่ได้อย่างไร การเกิดขึ้นของขบวนการเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพของสังคมหรือไม่ หรือเป็นเพียงปรากฏการณ์บางส่วนของการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์
3. การกระจายอำนาจในฐานะที่เป็นสาระสำคัญข้อหนึ่งของการปฏิรูปในข้อ (1) กับ “ความรู้พื้นบ้านด้านสุขภาพ” ที่ดำรงอยู่เรื่อยมาแม้จะยังไม่เกิด “การปฏิรูป” ในความหมายที่เป็นทางการ (เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงในปฏิบัติการด้านสุขภาพ/สุขภาพะ ที่เป็นผลของการมีกฎหมายรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ.2540 ซึ่งบางคนถือว่า เป็นรูปธรรมของการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ทั้งมวลของสังคมไทย ซึ่งการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งอยู่ด้วย เป็นต้น) เกี่ยวข้องสัมพันธ์หรือไม่อย่างไรกับคำถามข้อ (1) และ (2)

บทที่สาม

การปฏิรูป การเปลี่ยนแปลงสังคมกับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์

ก่อนจะพูดอะไรต่อไปขอทบทวนโจทย์สั้น ๆ เพื่อกันลืมว่าเรากำลังพยายาม ทำความเข้าใจว่าความรู้พื้นบ้านที่ดี ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพของสังคมไทยหรือไม่และอย่างไร โจทย์ที่ตั้งขึ้นนี้เองทำให้เราต้องทำความเข้าใจสิ่งที่เรียกว่าบริบทของโจทย์ ที่ผู้เขียน ตีความว่า การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทยถ้าหากมันกำลังเกิดขึ้นจริง จะต้องเข้าใจมันในกระแสปฏิรูป ซึ่งก็คือรูปแบบหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงสังคมนั่นเอง

อย่างไรก็ตามการปฏิรูปในความหมายของการเปลี่ยนแปลงสังคม (ไทย) นี้ถูกตั้งโจทย์กำหนดมาว่าต้องหมายถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ (paradigm) แต่การจะเข้าใจประเด็นตรงนี้ได้จะต้องเข้าใจความเป็นมาของวิธีคิดแบบนี้อย่างคร่าว ๆ เสียก่อน และเนื่องจากมโนทัศน์เรื่องการปฏิรูปที่ดี ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงสังคมแนวต่าง ๆ ก็ดี และคำว่ากระบวนทัศน์ก็ดี ต่างล้วนเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้เขียนทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยเหล่านี้ ล้วนเป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้นมาจากในวงวิชาการตะวันตก ดังนั้น ผู้เขียนจึงพบว่าโดยส่วนตัว จำเป็นต้องทบทวนทำความเข้าใจกับเครื่องมือเหล่านี้ ก่อนที่จะนำมาใช้ใ้กับการทำความเข้าใจการปฏิรูประบบสุขภาพกับภูมิปัญญาพื้นบ้าน ด้านการรักษาพยาบาลในสังคมไทย

อนึ่ง มีความสำคัญอีกเช่นกัน ที่จะต้องบอกว่าการรอบรู้เรื่องการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ อาจมีช่องโหว่หรือจุดอ่อน อาจล้าสมัยในการใช้อธิบายก็เป็นได้

การเปลี่ยนแปลงสังคม : จากทฤษฎีขนาดใหญ่สู่ความรู้และกระบวนทัศน์

ดังได้กล่าวไว้บ้างแล้วในตอนที่ผ่านมาว่าการพยายามทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสังคมที่เกิดขึ้นในคริสต์ศตวรรษที่สิบแปดสิบเก้าในยุโรปนั้นนำไปสู่การสร้างหรือสถาปนาทฤษฎีต่าง ๆ ทางสังคมขึ้นมา โดยเฉพาะในสายสังคมวิทยาที่กล่าวกันว่ามี **ออกุสต์ คองต์** (Auguste Comte) เป็นบิดา เขาเสนอกฎของ (การเปลี่ยนแปลง) สามขั้นตอน (law of three stages) ที่ว่ากันว่าเขาเอามาจาก แซงต์ ซีมอง (Saint-Simon, Comte Henri de, 1760-1825) อีกทีหนึ่ง แนวการมองแบบนี้ให้ความสนใจที่**พัฒนาการทางปัญญา** และพัฒนาการของสังคมควบคู่กันไป นอกจากนั้นก็ยังมียุทธศาสตร์การมองประวัติศาสตร์แบบกว้าง ๆ ใหญ่ ๆ ใน ความหมายของความก้าวหน้า ทิศทาง และขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนา ซึ่งนักคิดหลายคน รุ่นต่อ ๆ มาก็มีทัศนะ

ในแนวนนี้ ถัดกันไปในสายวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะในสาขาชีววิทยา (Biology) ซึ่งต่อมากลายเป็นเสาหลักที่สำคัญของการแพทย์สมัยใหม่ที่บางทีก็เรียกกันว่า Bio-medicine หรือชีว-แพทยศาสตร์ ก็จะได้เห็นได้ว่าอิทธิพลทางความคิดของ ชาร์ลส์ ดาร์วิน (Charles Darwin, 1809-1882) และ อัลเฟรด รัสเซล วอลเลซ (Alfred Russel Wallace, 1823-1913) มีอยู่มากมายเพียงใด

ประเด็นสำคัญที่ควรตั้งเป็นข้อสังเกตไว้คือการเกิดขึ้นของวิธีคิดหรือทฤษฎีวิวัฒนาการนี้คือการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ครั้งสำคัญในยุโรป และส่งผลกระทบต่อโลกเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

ในทัศนะของคองต์ (comte) เขามองเห็นว่าสังคมก้าวไปข้างหน้าผ่านสองขั้นตอนแรกก่อนคือ Theological และ Metaphysical stages ก่อนที่สุดท้ายแล้วจะบรรลุถึง the modern Positive age ซึ่งจะบรรลุถึงได้ด้วยสิ่งที่คองต์คิดขึ้นมาคือ ปฏิฐานนิยมหรือ “positivism” ที่ถือว่าความรู้ที่สูงที่สุดคือความรู้ที่ได้จากประสาทสัมผัสและวิชาสังคมวิทยา (Sociology) เป็นปัจจัยหรือผู้นำพาสังคมไปสู่ยุคนี้ ซึ่งเป็นยุคที่ความรู้ที่เชื่อถือได้ รัฐบาลใหม่ ที่มีเหตุผล และศาสนาแห่งมนุษยชาติ (Religion of Humanity) เป็นเครื่องนำพาสังคม คองต์ คาดหวังว่า สังคมจะถูกปกครองโดยนักอุตสาหกรรมและนายธนาคารผู้มีการศึกษาและชี้นำความคิดโดยนักสังคมวิทยา รายละเอียดของความคิดของคองต์ยังมีอีกมากจะไม่ขอพูดถึง สิ่งที่ต้องการในที่นี้เพียงแต่ต้องการยกเป็นตัวอย่างว่าในยุคสมัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมในยุโรปซึ่งหลายคนอาจรู้จักในนามการเกิดขึ้นของสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งบางครั้งก็มีผู้ใช้คำว่าเกิด การปฏิวัติอุตสาหกรรม (the Industrial Revolution) นั้น เราสามารถมองดูปรากฏการณ์นี้ได้ในแนวของการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือการปรับเปลี่ยนความรู้จากชุดหนึ่งซึ่งเป็นความรู้ชุดเก่าหรือดั้งเดิม ไปสู่ความรู้ชุดใหม่ ไม่ใช่การปรับเปลี่ยนการผลิตวัตถุดิบจากการทำงานด้วยมือตามบ้านเรือนหรือโรงงานขนาดเล็กไปสู่การผลิตด้วยเครื่องจักรในโรงงานขนาดใหญ่ตามที่ชื่อการปฏิวัติอุตสาหกรรม อาจทำให้คิดไปในทางนั้นและที่สำคัญไม่น้อยไปกว่านี้คือการคาดการณ์ของคองต์ผิดหลายประการ ที่น่าสนใจในที่นี้คือ ประเด็นที่ว่าสังคมจะดีเพราะมีผู้ปกครองเป็นนักอุตสาหกรรมและนักการธนาคารที่มีการศึกษา ที่ว่าคองต์ผิดก็เพราะในปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นในยุโรป สังคมที่ดีในลักษณะที่ คองต์คาดหวัง ไม่ได้เกิดขึ้น ปัญหานี้คือส่วนหนึ่งที่มาร์กซ พยายามแก้ในทฤษฎีของเขา

คาร์ล พอปเพอร์ (Karl Popper) นักปรัชญาวิทยาศาสตร์ผู้มีผลงานเด่น ๆ หลายเรื่องในหนังสือ The Poverty of Historicism เขาได้แย้งว่าการพัฒนาของสังคม (social development) หรือการเปลี่ยนแปลงสังคมนั้นเอาเข้าจริง ๆ แล้วไม่สามารถทำนายได้ว่าเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ หรือก้าวจากจุดนั้นไปสู่จุดนี้ได้เป็นฉาก ๆ ทั้งนี้เพราะว่าการเปลี่ยน

แปลงสังคมถูกกระ ทบโดย การเติบโตของความรู้ ซึ่งโดยตัวของมันเองเป็นสิ่งที่ทำนายไม่ได้ อยู่แล้ว ดังนั้น เราจึงคาดการณ์เรื่องการเปลี่ยนแปลงสังคมไม่ได้ตามไปด้วยเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้นการเปลี่ยนแปลงสังคมยังมีลักษณะเป็นกระบวนการทางประวัติศาสตร์ที่มีลักษณะเฉพาะจริงอยู่มันอาจเป็นไปได้ที่จะบรรยายกระบวนการเปลี่ยนแปลงสังคมนี้ได้หลายแนวทาง เช่นในแนว ทฤษฎีหรือกระบวนการทัศน์แบบวิวัฒนาการ ทฤษฎีโครงสร้างนิยม (Structuralism) ทฤษฎีหน้าที่นิยม (Functionalism) หรือทั้งโครงสร้าง หน้าที่นิยม (Structural – Functionalism) ผสมกันไป หรือ ทฤษฎีที่นักวิชาการรุ่นใหม่ ๆ อาจไม่เคยได้ยินชื่อเพราะตกยุคสมัยไปแล้วเช่น ทฤษฎีภูมิศาสตร์ เป็นตัวกำหนด (Geographical Determinism) ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Cultural Diffusionism) ทฤษฎีวัฒนธรรมกับบุคลิกภาพ (Culture and Personality) เป็นต้น ถึงแม้จะ บรรยายได้ในหลายแนวทางดังกล่าวก็อาจพอฟังได้แต่เราไม่อาจอธิบายการเปลี่ยนแปลง สังคมในความหมายของกฎเกณฑ์สากลใด ๆ ทั้งนี้เพราะกฎเกณฑ์สากลอาจสามารถอธิบาย การเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เหมือนกันปะ๊ะได้ แต่กฎเกณฑ์สากลไม่อาจนำมา ตรวจสอบหรืออธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะตัว ซึ่งจะต้องอธิบายในแนวประวัติ ศาสตร์นิยม (historicism) เท่านั้น ซึ่งในที่นี้จะสรุปสั้น ๆ ว่าใช้ในความหมายของวิธีการเข้าสู่การ ทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ที่เน้นความมีลักษณะเฉพาะ (uniqueness) ของแต่ละยุคสมัยทาง ประวัติศาสตร์ ทั้งนี้ด้วยข้อแนะนำว่า สถานการณ์หรือยุคสมัยทางประวัติศาสตร์ แต่ละยุคจะเป็น เรื่องที่เข้าใจได้ภายในเงื่อนไขของสถานการณ์หรือยุคสมัยนั้น ๆ เท่านั้น

ที่สำคัญอีกเช่นกันคือ โดยปกติแล้ววิถี (modes) ของการอธิบายจะต้องเหมาะสมกับการ ศึกษาสังคม (social studies) และศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์ (human science) ตัวอย่างเช่น การเข้าใจอย่างมีความหมายและการอธิบาย (meaning full understanding and explanation) และการ ทำความเข้าใจโดยการตีความ (hermenutics) เป็นต้น ทั้งนี้จะต้องไม่ใช่รูปแบบของการอธิบายที่ ในวงกว้างแล้วอ้างว่าเป็นระดับสูง ของวิทยาศาสตร์กายภาพ (physical sciences) ทั้งหมด เช่น วิธีอธิบายที่อ้างว่าเป็นหุ่นจำลองที่ครอบคลุมกฎเกณฑ์และการอธิบายแบบลดระดับสู่คำ ๆ เดียว (covering law model and deductive monological explanation) ดังที่ กฎทางเคมี ฟิสิกส์และ ชีวะ กำหนดไว้ เช่น กฎแห่งการวิวัฒนาการ กฎแห่งแรงโน้มถ่วงอย่างนี้เป็นต้น

อนึ่งประเด็นต่างๆ ที่ยกมากล่าวอย่างค่อนข้างรวบรัดข้างบนนี้ในทัศนะ ของผู้เขียนมีความสำคัญมากต่อการศึกษาพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ อนามัย เพราะอย่างน้อยเมื่อมาถึงจุดนี้เราอาจได้ข้อสรุปที่ไม่ซับซ้อนแต่มีประโยชน์ สักข้อ คือ

หนึ่ง การศึกษาการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพไม่อาจแยกออกจากการเปลี่ยนแปลงสังคม

สอง การศึกษาทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสังคมและระบบสุขภาพไม่อาจทำได้ด้วยการใช้ทฤษฎีขนาดใหญ่ที่มีลักษณะครอบจักรวาล แต่จะต้องให้ความสนใจเป็นกรณี ๆ ไป

สาม วิธีการที่จะนำมาใช้ในการทำความเข้าใจระบบสุขภาพไม่ใช่วิธีการทางวิทยาศาสตร์กายภาพแต่เป็นของศาสตร์ทางด้านสังคมและมนุษย์

สี่ การพยายามทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสังคมอาจมีหลายแนวคิดและแนวทาง แต่ในที่นี้ถือว่าการเปลี่ยนแปลงสังคมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ไม่ว่าจะใช้คำที่แตกต่างกันไปเช่น ทฤษฎีหรือกระบวนการทัศน์

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจในการมองการเปลี่ยนแปลงสังคมในช่วงปลายคริสต์ทศวรรษที่ 1950 ต่อกับ 1960 เศษ ๆ อันเป็นยุคที่สหรัฐอเมริกากลายเป็นมหาอำนาจและเป็นผู้นำการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสังคมในแนวการปฏิวัติสังคมนิยม ซึ่งมีสหภาพโซเวียตเป็นผู้นำและกำลังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสังคมหลายแห่งในโลกที่อยู่ในสภาพด้อยพัฒนา ซึ่งบางครั้งก็เรียกกันว่า “โลกที่สาม” (the Third World) สหรัฐอเมริกาและพันธมิตร ต้องดำเนินนโยบายต่อต้านการขยายตัวของสังคมนิยมดังกล่าว ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่สหรัฐฯ และพันธมิตรใช้คือสร้างสิ่งที่เรียกว่า “การพัฒนา” ขึ้นมาเป็นเครื่องมือและคำตอบและภายใต้นโยบายการพัฒนานี้เองงานของพาร์สัน (Parson) และ รอสตาว (Rostow) ถูกนำไปประยุกต์ใช้แบบสูตรสำเร็จทั่วไปในนโยบายการพัฒนาของประเทศโลกที่สามที่สหรัฐอเมริกาเข้าไปช่วยเหลือ และนี่เองคือสิ่งที่พอเพอร์เห็นว่าเป็นจุดอ่อนทางทฤษฎี โดยเฉพาะเขาชี้ให้เห็นว่าเป็นเรื่องที่ชัดเจนว่า การพัฒนาของประเทศใด ๆ ก็ตาม เช่นการพัฒนาของประเทศมหาอำนาจตะวันตกย่อมส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบทที่สังคมอื่น ๆ เช่นสังคมโลกที่สามจะสามารถพัฒนาขึ้นมาได้ ต้องเกิดขึ้นภายใต้บริบทใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นนี้ ดังนั้น จึงไม่มีสังคมใดที่จะเดินตามซ้ำรอยกระบวนการพัฒนาของประเทศอื่นใดทั้งสิ้น ประเด็นนี้เองมีความสำคัญมากและนักทฤษฎีที่นำไปขยายความต่อได้อย่างแหลมคม คือ **อังเดร กุนเดอร์ แฟรงค์** โดยเฉพาะในงานชื่อ The Development of Underdevelopment (1966) Capitalism and Underdevelopment in Latin America (1967) ซึ่งเขาได้แย้งว่า การพัฒนาของสังคมอุตสาหกรรมที่ก้าวหน้าทั้งหลายทำให้เกิดความด้อยพัฒนาในประเทศอื่น ๆ ดังนั้นแม้ประเทศโลกที่สามจะพยายามพัฒนาตามเส้นทางของประเทศที่พัฒนาก็ไม่อาจเป็นเหมือนประเทศพัฒนาแล้วได้ การพัฒนาที่พยายามทำไปเป็นได้เพียงการพัฒนาแบบฟุ้งเฟื่องเท่านั้น ทฤษฎีการพัฒนาของเขารู้จักกันในชื่อ Dependence Theory ซึ่งรู้จักกันแพร่หลายในเมืองไทยเมื่อสิบกว่าปีที่ผ่านมา

เมื่อนำข้อสรุปดังกล่าวมาพิจารณาในเรื่องการเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปสุขภาพในสังคมไทยตั้งแต่สมัย ร.4-ร.5 เป็นต้นมา เราก็อาจสรุปต่อไปได้อีกว่า การปฏิรูประบบสุขภาพในสังคมไทย ย่อมจะต้องเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของการเปลี่ยนสู่ความเป็นสมัยใหม่ในโลกตะวันตก ซึ่งอย่างน้อยจะต้องมีองค์ประกอบของแรงบีบให้เกิดการค้าเสรี (ทุนนิยม) การปรับเปลี่ยนให้หันไปสู่เส้นทางประชาธิปไตยที่ให้ความสำคัญต่อสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชน และการเปิดรับต่อความรู้แบบวิทยาศาสตร์ เป็นต้น การปรับเปลี่ยนแบบนี้ แม้จะเรียกว่าเป็นการปฏิรูป แต่เป้าหมายคือเปลี่ยนประเทศไปสู่ “ความทันสมัย” ซึ่งก็คือ “ทันโลกตะวันตก” ในช่วงเวลานั้น ๆ นั้นเอง อย่างไรก็ตาม การปฏิรูประบบสุขภาพในสังคมไทยนับแต่นั้นมาก็ไม่อาจถือว่าการเปลี่ยนแปลงที่ช้ารอยเดิม หรือลอกเลียนแบบตะวันตกได้เหมือนกับการถ่ายสำเนา เพราะการปฏิรูปสุขภาพในสังคมไทยเป็นไปในลักษณะ “ฟุ้งฟิง” จึงไม่มีวันที่จะเป็นเหมือนกับ “ต้นฉบับ” ได้

อนึ่ง แม้จะถูกวิพากษ์อย่างหนักเพียงไรก็ตาม นักสังคมวิทยาจำนวนไม่น้อยในตะวันตกโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา ก็ยังคงพยายามสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับสาเหตุทั่วไปของการเปลี่ยนแปลงภายในสังคมต่าง ๆ เรื่อยมาแต่ระยะหลังนี้ดูเหมือนจะลดความทะเยอทะยานลงไปบ้างไม่พยายามสร้างทฤษฎีครอบจักรวาลโดยอ้างกฎของการวิวัฒนาการอีกต่อไปในระลอกนี้ การเปลี่ยนแปลงสังคม ถูกนำไปเชื่อมโยงกับ

ก.) การพัฒนาเทคโนโลยี

ข.) ความขัดแย้งทางสังคม (ระหว่างเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ความเชื่อต่าง ๆ ชนชั้น อายุ และต่อมาก็เพิ่มเติม เพศ/เพศสภาพจะ เข้าไปเพราะขบวนการเคลื่อนไหวฝ่ายสตรีนิยมเข้มแข็งขึ้นมาเป็นลำดับ

ค.) ทุนบูรณาการ หรือบูรณาการแบบจอมปลอม (malintegration) ระหว่างส่วนต่าง ๆ ของโครงสร้างสังคมหรือวัฒนธรรมที่เริ่มเป็นที่ยอมรับว่าในสังคมหนึ่ง ๆ มีวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลายแต่ถูกความพยายามที่จะบูรณาการเข้ามาเป็นหนึ่งเดียวเช่น ภายในขอบเขตรัฐชาติ

ง.) ความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัว (adaptation) ภายในระบบสังคมต่าง ๆ เช่นการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบราชการถือว่าการปรับตัวเชิงรุกหรือตอบโต้ขององค์กรต่าง ๆ ต่อสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน เป็นต้น การปฏิรูประบบราชการไทยรวมทั้งการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยทุกยุคสมัยก็เข้าข่ายนี้

จ.) ผลกระทบของความคิด (ideas) ต่าง ๆ ตลอดจนระบบทั้งหลายที่มีต่อการกระทำต่าง ๆ ทางสังคม (social action) ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือ

สมมุติฐานของ แมกซ์ เวเบอร์เรื่องความเชื่อมโยงระหว่าง “จริยธรรมโปรเตสแตนต์กับจิตวิญญาณของทุนนิยม” (The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism) ผลงานคลาสสิกของเวเบอร์ที่เสนอว่าการเติบโตของทุนนิยมมีความสัมพันธ์กับจริยธรรมในการใช้ชีวิตและการทำงานหนักของผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ในยุโรปเหนือ

ฉ.) ความคิดของคาร์ล มาร์กซ์เรื่องความขัดแย้งทางชนชั้นที่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างพลังการผลิตและความสัมพันธ์ทางการผลิตในสังคมต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าวิธีการทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสังคมในแนวที่กล่าวมาข้างบนนี้มีความทะเยอทะยานน้อยกว่าทฤษฎีวิวัฒนาการในแง่ที่ไม่พยายามจะสร้างทฤษฎีสากล ทฤษฎีเดียวแล้วอธิบายได้หมดทุกกาลเทศะ ยกเว้นบ้าง เป็นบางส่วนในความคิดของมาร์กซ์คนเดียว วิธีคิดแบบอื่น ๆ ต้องการบอกเพียงว่าประเด็นหรือปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมมากกว่าที่จะทำนายเส้นทางการเดินของประวัติศาสตร์ของมนุษย์

อนึ่ง ผู้เขียนคิดว่าสมควรตั้งเป็นข้อสังเกตไว้ ณ จุดนี้ว่าการปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสังคม และการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพอนามัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงสังคมนั้นน่าจะอยู่ในเงื่อนไขบางอย่างอย่างมากบ้างน้อยบ้าง เช่น

หนึ่ง แม้จะพยายามสลัดวิธีคิด หรือกระบวนทัศน์แบบวิวัฒนาการออกไป แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทั้งหมด นัยสำคัญของกระบวนทัศน์วิวัฒนาการคือ การเปลี่ยนแปลงจากสภาวะเก่าที่เชื่อกันว่า ล้าหลังมลายก็ดี เป็นไปตามความเชื่อที่สืบทอดกันมา (จารีตประเพณี) ก็ดี ไม่ทันสมัย ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ก็ดี เหล่านี้ล้วนแต่สะท้อนให้เห็นถึงมรดกตกทอดทางความคิดของกระบวนทัศน์แบบวิวัฒนาการทั้งสิ้น เพียงแต่ว่า คราวนี้ถูกนำมาใช้อย่างชุ่มช้อนมากกว่า ในขณะที่เดียวกัน เมื่อหันกลับมาพิจารณา “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ด้านการรักษาพยาบาลน่าจะพบประเด็นปัญหาที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ คือ ภูมิปัญญาพื้นบ้านมักถูกมองว่า เป็นของเก่าที่ล้าหลัง ไม่มีเหตุไม่มีผลและงมงายหรือไม่ และภูมิปัญญาชาวบ้านจะมีพื้นที่หรือไม่มากนักอยู่เพียงไร ในสังคมไทยที่เชื่อกันว่า พัฒนาไปมากมายแล้วในเรื่องความรู้ โดยเฉพาะความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่บนฐานของวิทยาศาสตร์ ได้เข้ามาลงหลักปักฐานในสังคมไทยในฐานะกระบวนทัศน์หลักของรัฐมาอย่างน้อยตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 4-5 เป็นต้นมาแล้ว จนกระทั่งมีผู้ลงความเห็นว่ารัฐไทยเป็น “รัฐเวชกรรม” นับแต่นั้นมา

สอง หากความพยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำอธิบายการเปลี่ยนแปลงสังคม ในลักษณะครอบจักรวาล (universalism) ตามแนววิวัฒนาการมีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์มาสู่แนวโครงสร้างนิยม (structuralism) และภายในกรอบโครงสร้างนิยมนี้เองเกิดการบีบให้การมองการเปลี่ยนแปลงสังคมในลักษณะภาพรวมหรือ “ลัทธิองค์รวม”

(holism) กลายเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเท่านั้น ผลกระทบของการเปลี่ยนกระบวนทัศน์แบบนี้ จะมีอย่างไรต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัย จะมีผลทำให้การพัฒนาสุขภาพกลายเป็นเพียงการพัฒนาทางด้านการแพทย์เท่านั้นหรือไม่ ดังนั้น การพัฒนาทางการแพทย์จึงมีความหมายเฉพาะลงไปอีกกว่าหมายถึงการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น ใช่หรือไม่ ดังเช่นการค้นพบกลัองจุลทัศน์ทำให้มองเห็น “เชื้อโรค” (germs) ได้ และเมื่อเห็นเชื้อโรคได้ก็สามารถสร้างยาฆ่าเชื้อโรคได้ และยาปฏิชีวนะ หรือทำวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ยาควินินรักษา “ไข้ป่า” หรือ โรคมาเลเรีย ปลูกฝีป้องกัน “ฝีดาษ” หรือใช้ทรพิษ วัคซีนป้องกัน “โรคหาม้า” (หมาวัวในภาคเหนือ-อีสาน) หรือโรคพิษสุนัขบ้า เทคนิคการผ่าตัดต่าง ๆ การค้นพบยาปฏิชีวนะ รุนแล้วรุนเล่า เพราะรุนเก่าเกิดการดื้อยา การทำ “gift” หรือ “อุ้มบุญ” การทำ cloning การตัดต่อพันธุกรรม และอื่น ๆ มากมาย ล้วนแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี แต่ไม่ใช้การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (ซึ่งจะได้พูดถึงในตอนต่อ ๆ ไป)

สาม แนวทางการมองการเปลี่ยนแปลงสังคมแบบแสวงหาบูรณาการระหว่างโครงสร้างต่าง ๆ ในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภายใต้กรอบของรัฐชาติเชิงเดี่ยว จนทำให้เกิดสถานะทุบูรณาการ (malintegration) หรือบูรณาการแบบจอมปลอมนี้ขึ้นมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นในรูปของระบบสุขภาพอนามัย หรือสาธารณสุข ตลอดจนการรักษาพยาบาลแบบเดียว และบางครั้งอ้างว่าเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ดังเช่นที่เกิดกับสังคมไทยตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเริ่มแต่เกิดมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นต้นมา จนกระทั่งถึงยุคประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน คำถามคือ การพัฒนาระบบสุขภาพอนามัยในสังคมไทยทุกยุคทุกสมัย ที่ผ่านมาเป็นทุบูรณาการหรือไม่ และความพยายามของคนบางกลุ่มที่จะผลักดันให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพนำเสนออะไรที่จะไม่เข้าข่ายทุบูรณาการ และคำถามที่อาจหาคำตอบยากยิ่งขึ้นคือ “บูรณาการ” ก็ดี “ลัทธิองค์รวม” ก็ดี ยังจะเป็นมโนทัศน์ที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปหรือไม่ พร้อม ๆ กับที่มีการพูดถึง “ความแตกต่าง” “ความซับซ้อน” และ “การเลื่อนไหล” โดยเฉพาะการกระจายอำนาจให้ชุมชน และชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมทั้งหลาย รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของตนเอง การพูดถึงมากขึ้นและดังขึ้น ทุกขณะนี้ พูดอีกอย่างหนึ่งคือ มโนทัศน์เหล่านี้ สังกัดวาทกรรมคนละชุดหรือไม่ ถ้าใช่จะแก้ปัญหากันอย่างไร

บทที่สี่

ความเป็นสมัยใหม่กับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพ

ความเป็นสมัยใหม่ หรือบางครั้งก็เรียกว่าความทันสมัย (modernity) เป็นมโนทัศน์ที่มีการให้คำอธิบายไว้หลากหลาย ในทางสังคมศาสตร์ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจความทันสมัยว่าเป็นยุคที่เริ่มด้วยการปรากฏตัวขึ้นมาของทุนนิยม อุตสาหกรรมนิยม ระบบราชการที่มีเหตุผลมีกฎหมายรองรับ และรัฐที่ควบคุมอำนาจทางการเมืองและการสืบข่าวสอดแนม (Giddens 1990; King 1995; Therborn 1995, อ้างใน Connor และ Samuel บก. 2001 น.7) อย่างไรก็ตาม มิติทางวัฒนธรรมของความทันสมัยรวมเอาวาทกรรมต่าง ๆ ว่าด้วยความมีเหตุผล ลัทธิวิทยาศาสตร์นิยมและความก้าวหน้าผ่านทางการพัฒนาเศรษฐกิจ นอกจากนั้น นักสังคมศาสตร์ยังสนใจการวิเคราะห์พื้นฐาน (contours) หรือรูปลักษณะภายนอกต่าง ๆ ของความทันสมัยในฐานะที่เป็น “โครงสร้างของความรู้สึก” หรือวิถีทางของการทำความเข้าใจโลกอีกด้วย ในประเด็นนี้ลักษณะของยุคสมัยของความทันสมัยกับการผูกติดอยู่กับสถานที่ หรือพื้นที่หรือเทศะกับยุโรปเปิดทางให้กับสิ่งที่โฮมี บาบบา (Homi Bhabha) เรียกว่า “ambivalent temporality” ซึ่งเขาใช้ในความหมายว่าความรู้สึกนึกคิดว่าเป็น “สมัยใหม่” ในฐานะที่เป็นความรู้สึกที่ตรงกันข้ามกับสภาวะดั้งเดิม หรือสภาวะเก่า ๆ ไม่ทันสมัยที่เพิ่งจะผ่านไปหมด ๆ เป็นความรู้สึกที่เป็นสากล ในความหมายว่า ทุก ๆ คนสามารถเข้าถึงประสบการณ์นี้ได้ ในขณะเดียวกัน “การแสดงออกซึ่งสัญญาแห่งความเป็นสมัยใหม่” นี้ มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและทางประวัติศาสตร์ อนึ่ง แม้ความเป็นสมัยใหม่จะเริ่มต้นด้วยลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมพื้นที่และเวลาที่ผูกติดอยู่กับโลกตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุโรป แต่เมื่อกาลเวลาผ่านไปจนถึงปัจจุบันนี้ ประสบการณ์ของความเป็นสมัยใหม่ ซึ่งนิยามในความหมายของความรู้สึกก็ดี จิตสำนึกที่ดีของการเป็นส่วนหนึ่งของโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงและมีอนาคตที่เปิดกว้างดังที่กล่าวมาแล้วนั้นปรากฏอยู่ทุกหนทุกแห่ง นักมานุษยวิทยาบางคน จึงได้แย้งว่าความเป็นสมัยใหม่เป็นปรากฏการณ์ทั่วโลก เกิดมีการขยายตัวของลัทธิอาณานิคมของยุโรปออกไปตามส่วนต่าง ๆ ของโลก ลัทธิอาณานิคมนี้จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของการปรากฏตัวของความเป็นสมัยใหม่ (โปรดดู Wolf 1982; Friedman 1995, อ้างใน Connor และ Samuel บก.2001, น.7)

อย่างไรก็ดี ควรคำนึงว่าความเป็นสมัยใหม่ หรือความรู้สึกว่า “ทันสมัย” นั้นมีมากมายหลายด้าน ความเป็นสมัยใหม่จึงเป็นพหุพจน์กล่าวคือมีความหลากหลาย ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นสมัยใหม่จึงมีหลากหลายประสบการณ์ ในกรณีของสังคมไทยก็เป็นเช่นนั้น ประเด็นสำคัญในทางทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ในขั้นตอนนี้ น่าจะอยู่ที่การพยายามทำความเข้าใจการเปลี่ยนรูปหรือการเปลี่ยนแปลงทั้งหลาย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความ

เป็นสมัยใหม่ด้านต่าง ๆ ในสังคมไทย เช่น ด้านสุขภาพอนามัย กับเศรษฐกิจทุนนิยม-บริโภคนิยม และการเมืองโลก เป็นต้น ซึ่งน่าจะมีประโยชน์ไม่น้อยกว่าถ้าไม่มากกว่า การมานั่งถกเถียงว่าสังคมไทยได้ก้าวไปสู่ยุคหลังสมัยใหม่แล้วหรือยัง ที่กล่าวเช่นนั้นมิใช่ไม่เห็นด้วยกับการมองไปข้างหน้า เพียงแต่เสนอว่าการจะทำความเข้าใจ ความเป็นสมัยใหม่และหลังสมัยใหม่อย่างถึงรากเหง้าที่แผ่ขยายไปทั่วโลก รวมทั้งในสังคมไทยด้วยนั้น จำเป็นจะต้องตรวจสอบบริบทเฉพาะต่าง ๆ ของการปรับเปลี่ยนสู่ความเป็นสมัยใหม่อย่างระมัดระวังเสียก่อน ก่อนที่จะมองภาพที่เป็นไปได้ของอนาคต แนวความคิดเรื่องสภาวะหลังอาณานิคม (postcolonial states) ก็ดี ขบวนการชาตินิยม (nationalism) และขบวนการหลังชาตินิยม (postnational movements) ก็ดี และสภาวะเศรษฐกิจโลกที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของทุกประเทศก็ดี รวมทั้งการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพอนามัยในสังคมไทย เหล่านี้จะต้องทำความเข้าใจอย่างสัมพันธ์กับความเป็นสมัยใหม่ มากกว่าที่จะพยายามทำความเข้าใจในทัศน์และหรือประสบการณ์เหล่านั้น เช่น เรื่องสุขภาพด้วยตัวของมันเอง ผู้คนในสังคมไทยก็เหมือนกับผู้คนในที่อื่น ๆ ในโลก พวกเขาและเธอล้วนเป็นผู้กระทำที่กระตือรือร้น (active agents) ในกระบวนการสร้างความเป็นสมัยใหม่ในสังคมไทย และ “ความเป็นสมัยใหม่ของโลก” (global modernities) มาโดยตลอดก็ว่าได้ แต่แน่นอนในบางเรื่องบางเวลาและบางสถานที่ผู้คนเหล่านี้ก็อาจต่อต้านความเป็นสมัยใหม่ได้ด้วยเช่นกัน

การแพทย์กับความเป็นสมัยใหม่แบบโลกาภิวัตน์

การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นสมัยใหม่มีมากมายหลายด้านด้วยกัน เช่น ด้านการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา การสื่อสาร คมนาคม และหนึ่งในความเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นสมัยใหม่ที่มีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของผู้คนทั่วโลก คือ การขยายตัวของการแพทย์แบบสมัยใหม่หรือบางครั้งมีคนเรียกว่า การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์ตะวันตก หรือการแพทย์แบบ biomedicine ประสบการณ์จากประเทศต่าง ๆ ในโลกที่แม้จะมีเงื่อนไขแวดล้อมหรือบริบทต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป แต่การแพทย์แบบสมัยใหม่ หรือ biomedicine ดูจะมีความหมายตรงกันคือ**เป็นคำที่เกือบจะใช้แทนกันได้กับความเป็นสมัยใหม่** ความก้าวหน้า ความทันสมัยในปริบทของเรื่องการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เมื่อมองในระดับสากลแล้วจะเห็นว่า การแพทย์แบบ biomedicine ถูกนำเข้ามาสู่ประเทศต่าง ๆ ในหลายกรณีโดยรัฐของประเทศเหล่านั้นเอง โดยตั้งใจให้เป็นโครงการหนึ่งของความทันสมัยภายใต้วาทกรรมเรื่อง “ความเจริญ” บ้าง “ความก้าวหน้าทัดเทียมอารยะประเทศ” บ้าง และ “การพัฒนา” ซึ่งมีความหมายเป็นนัยว่าหมายถึง ความเจริญก้าวหน้าทางสังคม (social progress) และการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประชาชนในประเทศ ในขณะเดียวกันองค์กรต่าง ๆ เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) และองค์การยูนิเซฟ (United Nations International Childrens' Emergency Fund หรือ UNICEF) ต่างก็ได้ร่วม

มือกันแม้อิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายและการวางแผนด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ให้ออกมาในแนวทางเดียวกัน คือแนวทางแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์ตะวันตก แต่ทว่า วาระหรือช่วงเวลาต่าง ๆ ในการเข้าไปจัดการเรื่องสุขภาพอนามัยของประเทศต่าง ๆ ขององค์กรเหล่านั้นก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับวิสัยทัศน์ว่าด้วยความเป็นสมัยใหม่ ความก้าวหน้า การพัฒนาที่หลากหลายของแต่ละประเทศ ซึ่งในหลายกรณีมีองค์ประกอบต่าง ๆ ของความรู้สึกรู้สึกต่อต้านตะวันตกอยู่อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามสิ่งที่เรียกว่า **วิสัยทัศน์ของชาติต่อความเป็นสมัยใหม่ หรือการพัฒนาอาจเป็นคำที่รบกวนในทางอำนาจอยู่ในที่** เพราะในหลายกรณีวิสัยทัศน์นั้นอาจเป็นวิสัยทัศน์ของผู้นำหรือผู้ปกครอง หรือเป็นของรัฐบาลกลาง ซึ่งท้องถิ่นหรือชุมชนต่าง ๆ อาจไม่ได้มีส่วนร่วมในวิสัยทัศน์นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้คนในชนบทชนกลุ่มน้อย หรือกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในสังคมที่มีการรวบอำนาจเบ็ดเสร็จไว้ที่ศูนย์กลาง คนเหล่านั้นอาจมองว่าพวกเขาถูกกีดกันให้เป็นชายขอบ (Connor, ใน Connor and Samuel et.al-, เพิ่งอ้าง น.7-8) เข้าไม่ถึงบริการของรัฐในทุกๆ ด้าน แม้กระทั่งการเป็นพลเมืองอย่างเต็มตัวก็อาจเป็นไม่ได้ด้วยซ้ำไป ดังเช่นในกรณีของชนกลุ่มน้อย หรือชาวเขาในประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม จะต้องตระหนักว่า การนำเอาเทคโนโลยีต่าง ๆ ของการแพทย์แบบชีวะ (bio-medicine) หรือแพทย์ตะวันตกเข้ามาใช้อย่างล้น ๆ ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งย่อมทำไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงค่านิยมต่าง ๆ ทางวัฒนธรรมและรูปแบบเฉพาะ ของการจัดระบบสังคม (social organization) ที่ดำรงอยู่ ทั้งนี้ เพราะประโยชน์ต่าง ๆ กิติ การใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นในแนวทางใดก็ดี ย่อมถูกกำหนดโดยบริบททางการเมืองที่ทำให้เกิดการนำเข้าซึ่งเทคโนโลยีเหล่านั้นไม่มากนักน้อย ในกรณีของประเทศอินเดียมีผู้เสนอว่า มหาตมคานธี เป็นหนึ่งในคนกลุ่มแรก ๆ ที่วิพากษ์การแพทย์แบบตะวันตก ซึ่งคานธีเห็นว่าเป็นการแพทย์ที่ทำให้ความบกพร่อง หรือสิ่งที่ไม่ดีทั้งหลายของทุนนิยมดูดีขึ้น โดยที่แท้จริงแล้วกลับไม่ได้ตั้งคำถามหรือท้าทาย ลักษณะต่าง ๆ ที่ไร้ศีลธรรม จริยธรรม และชุดจิตที่คานธีเห็นว่า เป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในการปรากฏตัวของสิ่งที่เรียกว่า ความเป็นสมัยใหม่ หรือความเจริญก้าวหน้านั่นเอง (Nichter, ใน Connor และ Samuel, บก., เพิ่งอ้าง, น.85-108) อนึ่ง ในกรณีการต่อต้านการแพทย์แบบตะวันตกของคานธีนั้น กล่าวได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการต่อต้านการครอบงำของตะวันตก (ลัทธิอาณานิคมของอังกฤษ) ในทุก ๆ ระดับและทุกด้านก็ว่าได้ อย่างไรก็ตามการผนึกตัวอยู่อย่างแน่นแฟ้นของการเมืองในเรื่องการแพทย์สาธารณสุขและหรือสุขภาพ อนามัยไม่ได้มีอยู่เพียงเฉพาะในการเมือง “แบบ” ไคหรือ “ชนิด” ไคเพียงชนิดเดียวเท่านั้น (Connor, ใน Connor และ Samuel, บก., เพิ่งอ้าง, น.8) แต่ปรากฏอยู่ในการเมืองทุกแบบเลยทีเดียว

นักมานุษยวิทยาการแพทย์หลายคน ได้พยายามค้นหาความขัดแย้งและการถูกแทนที่ ระหว่างการแพทย์แบบดั้งเดิมและการเข้ามาของการแพทย์แบบตะวันตก ในแต่ละประเทศและใน

ระดับสากลที่ปรากฏผลต่อชุมชนท้องถิ่นทั้งหลาย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนเห็นจะได้แก่การศึกษาของซิดนีย์ ไวท์ (Sydney White) เรื่อง Medicines and Minorities in Socialist China : Medical Pluralism, the State, and Naxi Identities in the Lijiang Basin เขาชี้ให้เห็นภาพกว้าง ๆ ว่า ความรู้ว่าด้วยระบบของการบำบัดรักษาแบบดั้งเดิม (system of healing knowledge) ถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในวิถีทางใดบ้างในประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ในช่วงเวลาสามยุคสมัยทางประวัติศาสตร์ เริ่มตั้งแต่ในช่วงสาธารณรัฐ (Republican period 1927-1949) หรือยุคก่อนการปฏิวัติสังคมนิยม เรื่อยมาจนถึงยุครัฐบาลแบบเหมา (Maoist) และหลังเหมา (post-Mao government) โดยเขาสรุปให้เห็นสาระสำคัญว่า ในช่วงสาธารณรัฐ (ค.ศ.1927-1949) นั้น “การแพทย์ตะวันตก” ได้รับการส่งเสริมในฐานะที่เป็นเป้าหมายของรัฐที่เจริญก้าวหน้า ทั้ง ๆ ที่การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาของการแพทย์แบบนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มากก็ตาม ในช่วงหลังปฏิวัติเหมาเจ๋อตุง “แพทย์แผนจีน” ได้รับการอนุมัติอย่างเป็นทางการในแง่ของการจัดรูปแบบให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ไม่ซับซ้อนและทำให้เป็นวิทยาศาสตร์ และทำให้กลายเป็น “สัญลักษณ์สำคัญของอัตลักษณ์แห่งชาติในการบรรยายถึงความทันสมัย” ต่อมาในช่วง ปี ค.ศ.1960 เศษ ๆ อันเป็นช่วงที่เรียกกันว่ายุคปฏิวัติวัฒนธรรม (Cultural Revolution) แพทย์แผนจีนได้กลายเป็นองค์ประกอบหรือกุญแจสำคัญของสิ่งที่เรียกว่า “การแพทย์แบบบูรณาการ” (integrated medicine) ซึ่งรวมเอาการแพทย์ตะวันตก การแพทย์แผนจีนและการแพทย์ “พื้นบ้าน” ที่รัฐรับรองเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามพอมาถึงยุคหลังเหมา (Post-Mao) วิสัยทัศน์เรื่องความทันสมัยที่มีลักษณะพิเศษไม่เหมือนใครของสังคมนิยมแบบจีน แม้จะยังคงยืนหยัดอยู่ต่อไปก็ตาม แต่ก็ต้องดำรงอยู่อย่างคู่ขนานไปกับรัฐบาลจีนที่ต้องการเข้าสู่ระบบทุนนิยมโลก การแพทย์แผนจีนแม้จะยังคงเข้มแข็งอยู่แต่ก็ถูกทำให้กลายเป็นสินค้าและถูกเบียดขับสู่ชายขอบมากขึ้นเป็นลำดับ เมื่อเทียบกับการแพทย์แบบตะวันตก (Smith, 1993 และ Janes ใน Connors and Samuel, et.al., เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) อย่างไรก็ตามท่ามกลางกระแสทั่วไปที่เกิดขึ้นดังกล่าว ปรากฏว่าในหมู่ชาวนาซี (Naxi) ซึ่งตั้งถิ่นฐานอยู่ในแอ่งหลี่เจียง (Lijiang Basin) กลับมีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจเกิดขึ้น เนื่องจากประชากรจีนกลุ่มนี้ได้รับสถานภาพอย่างเป็นทางการว่าเป็นชนชาติกลุ่มน้อย (national minority) กลุ่มหนึ่งดังนั้นก็ทำให้พวกเขาสามารถสร้างคำอธิบายหรือคำบรรยายต่าง ๆ ว่าด้วยความเป็นสมัยใหม่ (narratives of modernity) ที่มีลักษณะแตกต่างออกไปจากรัฐบาลกลางผ่านทางปฏิบัติการด้านการเยียวยา (therapeutic practices) ต่าง ๆ ของพวกเขาเองร่วมไปกับปริณทลของชีวิตในด้านอื่น ๆ ได้ นำสังเกตว่าในยุคหลังเหมาในปัจจุบัน ชนชาติส่วนน้อยต่าง ๆ ถูกประติขัสร้างขึ้นมาใหม่ โดยรัฐบาลกลางและโดยตัวของพวกเขากเอง ผ่านทางวาทกรรมของรัฐที่เปิดโอกาสให้มีรัฐที่มีลักษณะพหุวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้นกว่าในยุคสมัยที่ผ่านมา ภายใต้บริบทดังกล่าวนี้เองชาวนาซีแห่งแอ่งหลี่เจียงจึงได้รับการเสริมอำนาจให้เข้มแข็งขึ้น ทำให้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม

จากชาวจีนและชนชาติอื่น ๆ แข็งแกร่งขึ้นในวิถีทางที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในยุคพวกเหมาอิสต์เป็นใหญ่ หมอดูที่ดี การใช้เวทย์มนต์คาถาที่เรียกว่า กู๋ (gu) และการปลูกและเก็บหาสมุนไพรท้องถิ่น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดรักษาภายในกระบวนการ “ฟื้นฟู” (revitalization) ทางวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม ทางเลือกหลักในการบำบัดรักษาความป่วยไข้ของ ชาวนาซีในหมู่บ้านต่าง ๆ และเมืองที่ชิดนีไวท์ (นักมานุษยวิทยา) เลือกศึกษาก็ยังคงเป็น “การแพทย์แบบบูรณาการ” หรือ “integrated medicine” ที่ผสมผสานระหว่างแพทย์แผนตะวันตก แพทย์แผนจีน และแพทย์พื้นบ้านอยู่ดี ซึ่งในกรณีนี้เป็นระบบที่มีอิทธิพลของวิถีปฏิบัติต่าง ๆ ของท้องถิ่นอยู่ค่อนข้างมาก (Connor และ Sumuel, et.al, เพิ่งอ้าง, น.8-9)

ในประเด็นการแพทย์ตะวันตกบนฐานวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นผลิตผลของยุคสมัยใหม่ในยุโรปเบียดขับแพทย์แผนจีนออกไปอยู่นอกระบบของรัฐจีน ในช่วงรัฐบาลแบบสาธารณรัฐนั้น ประทีป ชุมพล เขียนไว้ว่า

“ในประเทศจีน เมื่อ พ.ศ.2457 วังต้าเซีย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการในรัฐบาลก๊กมินตั๋ง เสนอให้ยกเลิกการแพทย์แผนจีน โดยให้โรงพยาบาลใช้วิธีเฉพาะการแพทย์แผนตะวันตกเท่านั้น และใน พ.ศ.2460 รัฐบาลก๊กมินตั๋งได้เสนอให้ยกเลิกการใช้แพทย์แผนจีนโดยเสนอเหตุผล 4 ประการคือ

1. ทฤษฎีแพทย์แผนจีน ล้วนเป็นทฤษฎีเพ้อฝัน
2. การจับชีพจร (การจับเมะ) เป็นการวินิจฉัยโรคที่หลอกลวง
3. การแพทย์แผนจีนไม่สามารถป้องกันโรคระบาดได้
4. พยาธิวิทยาของการแพทย์จีนไม่เป็นวิทยาศาสตร์

ดังนั้น การแพทย์แผนจีนจึงถูกต่อต้านจากรัฐบาลในทุก ๆ ทางและในที่สุด พ.ศ.2475 รัฐบาลมีคำสั่งห้ามสอนการแพทย์แผนจีนโดยเด็ดขาด แพทย์จีนที่เคยมีถึงจำนวน 500,000 คน เพียงชั่วระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี จำนวนแพทย์เหลือเพียง 6,000 คนเท่านั้น ในจำนวนที่ผ่านการสอบใบประกอบโรคศิลป์ได้ นอกนั้นเป็นหมอเถื่อน”

อนึ่ง จากที่กล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่าเมื่อให้นิยามหรือระบุว่าความเป็นสมัยใหม่ หรือความทันสมัยคืออะไร นักวิชาการส่วนใหญ่มักจะไม่ค่อยนำเรื่องของการแพทย์แผนตะวันตก และความรู้ตลอดจนปฏิบัติการต่าง ๆ ของการแพทย์ตะวันตกเข้ามาพิจารณาในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นสมัยใหม่กันสักเท่าไรนัก

ในกรณีของการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นสมัยใหม่ของสังคมไทย ที่รู้จักกันในนาม “การปฏิรูปสังคมสยาม” ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 4 แต่เริ่มเห็นเป็นกระบวนการชัดเจนในสมัยรัชกาลที่ 5 ส่วนเรื่องสุขภาพอนามัยในความหมายของการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ กับเรื่อง “สาธารณสุข” (public health) มีที่ทางในกระบวนการปฏิรูปมาแต่แรกเริ่มหรือไม่ ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่

บ้างก็เห็นว่าเริ่มปฏิรูปในสมัยรัชกาลที่ 5 (ดู วิชัย โชควิวัฒน์, ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาดิชา ยมกุสง, บก.2545, ทวีศักดิ์ เผือกสม (2545), เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (2528), ยุวดี ตบเนียนกร, 2521, เป็นต้น) แต่นักวิชาการบางคนก็มีความเห็นเพิ่มเติมว่า แท้ที่จริงแล้วการแพทย์แผนตะวันตกได้เข้ามาตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้ว เมื่อมีการติดต่อกับชาวตะวันตก เช่น โปรตุเกส เมื่อต้นคริสต์ศตวรรษที่ 16 แต่ “ความรู้ทางการแพทย์ตะวันตกเข้ามาสู่สังคมไทยอย่างเป็นระบบมากจริง ๆ ตั้งแต่ในสมัยพระนารายณ์ โดยได้มีการจัดตั้งสถานพยาบาลของมิชชันนารีชาวฝรั่งเศสขึ้นใน พ.ศ.2212 ทำหน้าที่รักษา โดยผู้ที่ไม่ได้เรียนแพทย์มาโดยตรง และต่อมาในปี พ.ศ.2219 จึงมีนายแพทย์ชาวบองโน (Chabonneau) ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสเข้ามาทำงานในสถานพยาบาล” (ทวีศักดิ์, 2545, น.13, เน้นโดยผู้เขียน) นอกจากนั้น “การเข้ามาของแพทย์แบบตะวันตกในสมัยคริสต์ศตวรรษที่ 17 ก็ได้ทำให้ความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทย ในสมัยพระนารายณ์บางอย่างได้นับอิทธิพลความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกมาจำนวนหนึ่ง ดังเช่น ตำราการแพทย์ที่เก่าแก่ของสังคมไทยอย่างตำราพระโอสถพระนารายณ์นั้น ก็มีลักษณะผสมผสานตั้งแต่องค์ประกอบทางเภสัชแบบตะวันตก (เช่น สารส้ม, ฝิ่น, ตะกั่ว เป็นต้น) จนถึงตำรายาของตะวันตก” (ทวีศักดิ์, 2545, น.15)

หนึ่ง ประเด็นคำถามที่ผู้เขียนขอยกขึ้นมาตรงนี้ เพื่อให้เกิดการถกเถียงต่อไปคือ

หนึ่ง การแพทย์แบบจารีตของไทย มีความหมายครอบคลุมกว้างขวางไปถึงชุดของความรู้ที่ถือว่าเป็น “พื้นบ้าน” หรือชุดความรู้ของ “กลุ่มชาติพันธุ์” ต่าง ๆ ซึ่งน่าเชื่อได้ว่าเป็นองค์ประกอบของความเป็น “ไทย” มาตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้วด้วยหรือไม่ คำถามนี้อาจยังหาคำตอบไม่ได้ในขณะนี้หรืออาจหาไม่ได้ตลอดไป เพราะสิ่งที่เรียกว่าความรู้พื้นบ้าน ความรู้กลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหลาย มักไม่มีการบันทึกเอาไว้ นอกจากนั้น หากพิจารณาในมิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับความรู้ “พื้นบ้าน” ก็ดี “กลุ่มชาติพันธุ์” หรือ “ชนเผ่า” ก็ดี ความรู้ในประเภทนี้น่าจะมีอำนาจในเชิงคำอธิบายและการรักษาโรคภัยไข้เจ็บน้อย กว่าเมื่อเทียบกับการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย และการแพทย์แบบจีน ซึ่งบางคนก็เชื่อว่าผสมผสานกับความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทย (ทวีศักดิ์, 2545 น.15) แต่บางคนก็ถือว่า “อายุรเวท” ไม่มีอิทธิพลใด ๆ กับแพทย์แผนไทย หากแต่ถูกใส่เข้าไปในหลักสูตรแพทย์ศาสตร์สมัยใหม่ เมื่อไม่กี่ปีมานี้เอง แถมยังเป็นการนำมาใช้เฉพาะชื่อเท่านั้น แต่สาระสำคัญไม่ได้นำมาใช้ (ประทีป, 2541น.235-6)

สอง การแพทย์แบบตะวันตกที่เข้ามาในสมัยพระนารายณ์กับการแพทย์ตะวันตกที่เข้ามาในสมัยต้นรัตนโกสินทร์นั้น เหมือนกันหรือต่างกันหรือไม่ น่าเชื่อว่าน่าจะต่างกันมากพอสมควรจนอาจกล่าวได้ว่า แทบจะเป็นคนละระบบได้หรือไม่ เพราะ “ความรู้” ของสิ่งที่เรียกว่าการแพทย์ตะวันตกก็เปลี่ยนไปอยู่ตลอดเวลา อย่างน้อยก็ตาม “พัฒนาการของวิทยาศาสตร์” ซึ่งไม่หยุดนิ่ง

หนึ่ง ในกระแสที่เรากำลังพูดถึงกันรวม ๆ ว่า การแพทย์ของตะวันตกนั้น ไม่ได้บอกเราว่าก่อนที่จะกลายมา

เป็นแพทย์แบบตะวันตกที่มีฐานอยู่บนวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (modern science) นั้น ความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกเป็นแบบ “ก่อนสมัยใหม่” ซึ่งไม่ใช่ความรู้พื้นฐานของวิทยาศาสตร์แบบสมัยใหม่ แม้กระทั่งเมื่อ “หมอบรัดเลย์” หรือ แบรดลีย์ (ค.ศ.1804-1873) เข้ามาทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ.2378 ทั้ง ๆ ที่เรียนจบการแพทย์สมัยใหม่แล้ว เขาก็ยังวินิจฉัยโรคโดยอาศัยฐานความรู้บางอย่าง อันเป็นชุดความรู้ “ก่อนสมัยใหม่” ดังเช่นเขาอธิบายว่า “ไข้จับสั่นและไข้พิษมีไข้ปานนั้น เหตุที่บังเกิดนั้นสิ่งเดียวกัน” คือเกิดจาก “พิษมั่ว่านยา” ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “คอยโนมีอัสมา” (Coino-Miasma) ซึ่งเกิดจาก “ใบไม้แล้ว่านยาทั้งหลาย, มีใบอันหล่นลงแล้วแลเน่าล้าสมอยู่, เมื่อฝนตกลงมาแล้วแล แห้งไปหลายครั้งหลายหน ครั้นมาภายหลังฝนตกมาลง ๆ, พิษมั่ว่านแลยาทั้งปวงที่ล้าสมเน่าอยู่นั้น, ก็ทั้งขึ้นระคนเจือไปด้วยลม, เมื่อคนเข้าไปในป่าครั้นถูกต้องพิษมั่ว่านยาทั้งหลายนั้น, ก็ให้คนเป็นไข้มีอาการต่าง ๆ , ถ้าถูกอายพิษมั่ว่านน้อยก็ให้เป็นไข้สั่นน้อย, ถ้าถูกอายพิษมั่ว่านมากก็ให้จับสั่นมาก, “ (อ้างใน ทวีศักดิ์, 2545, น.23-24) “อายพิษมั่ว” ที่ว่านี้ นอกจากจะเกิดความเจ็บไข้แล้ว ยังมี “อิดิโอม่าอัสมา” (Idio-Miasma) หรือ “อายพิษมั่วอันบังเกิดขึ้นในภายในห้องกายแห่งตนเอง, มิได้บังเกิดแค่ภายนอก” ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิด “อายพิษมั่ว” ชนิดนี้ขึ้นอย่างหนึ่งคือ “คนถ่ายอุจจาระปะสวระ, แลเทซึ่งสิ่งของที่โสโครกลงที่ได้ถู, ใกล้ที่หนึ่งทีนอนแห่งตน ๆ , จึงให้บังเกิดอายพิษมั่วอิดิโอม่าอัสมา” อันเป็นสาเหตุของโรคประเภท “ไข้ให้ขึ้น, ไข้เฝ้า, เป็นไข้ในท้องบ้าง, เป็นบิดบ้าง, เป็นมะเร็งบ้าง, เป็นไข้หิวาตะโรคภัยลงรากบ้าง” (อ้างใน, ทวีศักดิ์, 2545, น.25) ในกรณีของ “อหิวาตกโรค” หรือ “โรคลงราก” “หมอบรัดเลย์” ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ของแพทย์ตะวันตกคนหนึ่งซึ่งรักษาคนไข้จำนวนมากที่เป็นโรคนี้นั้นในนครคอนสแตนติโนเปิล (เมืองอิสตันบูล ประเทศตุรกีปัจจุบัน) เขาเขียนบทความ “ตำราแก้ลงราก” นอกจากอธิบายลักษณะอาการต่าง ๆ ของโรคนี้นี้ ยาและส่วนประกอบของยา วิธีการใช้และอื่น ๆ แล้ว เขายังแนะนำให้หลีกเลี่ยงจากสาเหตุที่จะนำไปสู่การเกิดโรคนี้นี้คือ ให้เลิก “ของที่ไม่ควรกินแลน้ำเหล้า” เลิกการทำให้ “เหงื่อแห้งเร็วกว่าปรกติ” เลิก “กินน้ำเย็นมากเมื่อตัวร้อนและกระหายน้ำ” และหลีกเลี่ยง “การเหน็ดเหนื่อยนักแลความสละสลวยแลการตกใจกลัวมักเป็นเหตุให้เกิดลงราก” (อ้างใน ทวีศักดิ์, 2545, น.26) ยิ่งไปกว่านั้น ความรู้ทางการแพทย์ตะวันตกที่สะท้อนผ่านทางหมอบรัดเลย์ยังเห็นว่า “ที่คนถือว่าโรคลงรากติดกัน, ถือ เช่นนั้นไม่จริง, ควรจะทิ้งเสียทีเดียว” พวกมิชชันนารีที่เมืองคอนสแตนติโนเปิลนั้น เห็นพร้อมใจกัน, ว่า (โรคลงราก) ไม่ติดต่อกันเลย” (อ้างใน, ทวีศักดิ์, 2524, น.เดียวกัน) ในประเด็นนี้ ทวีศักดิ์ก็ได้ชี้ให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคลงราก ในขณะนั้น แตกต่างไปจากความรู้ทางการแพทย์หลังการค้นพบเชื้อโรคและการติดต่อของตัวเชื้อโรคเป็นอย่างมาก” (ทวีศักดิ์, 2545, น.เดียวกัน)

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ผู้เขียนต้องการชี้ให้เห็นคือ **ความคลุมเครือและความไม่คงเส้นคงวา (inconsistency) ในสิ่งที่เรียกรวม ๆ ว่า “การแพทย์แบบตะวันตก” ที่เข้ามามีอิทธิพล**

ต่อสังคมไทย ฉะนั้น เราจะวิเคราะห์อย่างเหมารวมไม่ได้ว่า ความรู้แบบแพทย์ตะวันตกเป็นเอกภาพมีแนวเดียว กระนั้นก็ตาม ก็ไม่ได้หมายความว่าแพทย์แบบตะวันตกไม่มีอำนาจ เพราะในความเห็นของผู้เขียนการมีอำนาจหรือไม่มีอำนาจของความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องการรักษาโรคภัยไข้เจ็บไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจในแนวของการสร้างการประกวดประชันกันระหว่างวาทกรรมแล้ว ยังน่าจะเชื่อมโยงกับประสิทธิภาพในการรักษาความป่วยไข้ในกาลเทศะนั้น ๆ ด้วย ดังจะเห็นได้ในกรณีการปลูกฝีกันไข้ทรพิษ และการจัดการให้บ้านเมืองมีความสะอาดด้วยการกำจัดขยะ สร้างส้วม ขุดคลองระบายน้ำไม่ให้ท่วมขังที่ผู้นำสยามในยุคนั้นรับเอามาจากวิธีการที่หมอบลัดเลย์นำเอาเข้ามาจากตะวันตกเป็นต้น เพราะฉะนั้น กระบวนการสร้างวาทกรรมกับการประกวดประชัน หรือการแข่งขัน (contest) กันระหว่างวาทกรรมสุขภาพอนามัย น่าจะมีความแตกต่างกับวาทกรรมด้านอื่น ๆ ในรายละเอียดด้วยเหตุว่า วาทกรรมด้านสุขภาพอนามัยมักผูกโยงอย่างใกล้ชิดกับการรักษาโรค โดยเฉพาะโรคระบาดรุนแรงทั้งหลาย ที่ต้องการการรักษาที่ชะงัดหายขาดในเวลาอันสั้นนั่นเอง หนึ่งในกรณีโรคระบาด เช่น อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ กับกรณี “โรคจิต” และ “เพศวิถี” (sexuality) ในการวิเคราะห์วาทกรรมวิทยาศาสตร์ และการแพทย์ตะวันตกของฟูโก (Foucault) อันเป็นผลงานชิ้นสำคัญนั้น น่าจะมีอะไรแตกต่างกันบ้าง เมื่อนำทัศนะแบบฟูโกมาใช้ในการวิเคราะห์นอกสังคมตะวันตก โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับเรื่องโรคระบาดที่รุนแรง

สาม การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift) หมายความว่าอย่างไร กินความกว้างขวางครอบคลุมขนาดไหน การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เป็นการเปลี่ยนแปลง “เปลี่ยนแล้วเปลี่ยนเลย” หรือ “เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา” “เปลี่ยนบางเรื่องไม่เปลี่ยนบางเรื่อง” เป็นต้น กระบวนการ (process) ของการปรับเปลี่ยนเป็นอย่างไร น่าจะต้องทำความเข้าใจประเด็นนี้ให้ชัดขึ้น นอกจากนั้น การปรับเปลี่ยนหรือเคลื่อนย้ายกระบวนทัศน์ กับการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐ เช่น นโยบายสาธารณสุข เป็นสิ่งเดียวกันหรือไม่ หรือสัมพันธ์กันอย่างไร

สี่ การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์กับการสร้างวาทกรรม การประกวดประชัน หรือการแข่งขันในเชิงวาทกรรม และการต่อต้าน (resistance) สามารถนำมาเชื่อมโยงกันได้ไหม ถ้าได้จะเชื่อมโยงอย่างไร อย่างน้อยก็เพื่อที่จะช่วยให้เข้าใจขบวนการเคลื่อนไหวสุขภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย อย่างเชื่อมโยงกับ “การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน” ซึ่งก็มีลักษณะเป็นพหุพจน์และเลื่อนไหลอยู่ตลอดเวลา

บทที่ ห้า

สังคมวิทยากับสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บและการดูแลรักษา

สังคมวิทยาโดยเฉพาะสังคมวิทยาการแพทย์ (medical sociology) สนใจเรื่องสุขภาพอนามัยมาเป็นเวลานานแล้ว ภายใต้มิติมุมมองแบบ “พาร์โซเนียน” (Parsonian) ที่ทำให้การศึกษาวิจัยโน้มเอียงไปทางการทำความเข้าใจบทบาทต่าง ๆ ของคนป่วย และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความป่วยไข้ จนกระทั่งถึงประมาณปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา กรอบวิธีคิดแบบพาร์สันก็เริ่มถูกประเมิณกันใหม่ โดยเฉพาะจาก Berkanovic (1972) Gallapher (1976), Gerson (1976) Gerhardt (1978) และ A lonzo (1984) นักวิชาการเหล่านี้วิพากษ์วิจารณ์กรอบวิธีคิดแบบนี้ (ซึ่งเป็นวิธีคิดแบบโครงสร้างนิยม-ผู้เขียน) ที่มองว่าความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็น “ความเบี่ยงเบน” (deviance) และบรรดาแพทย์ทั้งหลายเป็นตัวแทนของการควบคุมทางสังคมนั้นเป็นวิธีคิดที่มีจุดอ่อน พวกเขาชี้ให้เห็นว่าการที่หุ่นจำลอง (กรอบวิธีคิด) แบบนี้เกิดขึ้นมาจากการศึกษาโรคที่เฉียบพลันต่าง ๆ ทั้งหลาย (เช่น โรคระบาด-ผู้เขียน) นี้เอง ทำให้มันไม่สามารถใช้ได้กับการศึกษาทำความเข้าใจความเป็นจริงของทุกวันนี้ที่เต็มไปด้วยความป่วยไข้เรื้อรังทั้งหลายได้ พวกเขายังมีความเห็นเพิ่มเติมอีกว่ากรอบวิธีคิดแบบพาร์สันดังกล่าว ยังไม่มองหรือปฏิบัติกับคนป่วยในฐานะที่เป็นผู้กระทำ (actors) เป็นผู้ที่สร้าง หรือมีส่วนสร้างกรอบในการมองปัญหาต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพของตนเอง กับทั้งยังมีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังรักษาสภาวะความป่วยไข้ต่าง ๆ ไปด้วยในขณะที่พวกเขาเผชิญกับสภาวะดังกล่าว ยิ่งไปกว่านั้นกรอบวิธีคิดแบบพาร์สันนี้ยังมองข้ามประเด็นสำคัญ ๆ หลายเรื่อง อาทิ เช่น การป้องกันที่ดี ความหลากหลายของโครงสร้างการดูแลสุขภาพ (มีหลายชนิด-ผู้เขียน) ก็ดี และบทบาทของครอบครัวและเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องของคนไข้และ “ชุมชน” กับสุขภาพของคนป่วยเป็นต้น เท่านั้นยังไม่พอก็เป็นเรื่องที่ถูกถกเถียงกันมาตลอดว่า กรอบวิธีคิด หรือ หุ่นจำลองเรื่องสุขภาพในแนวของพาร์สันนี้มีลักษณะเอากการแพทย์แบบตะวันตกเป็นศูนย์กลาง (medicocentric) เนื่องจากกรอบคิดนี้กำหนดหรือวางบทบาทให้คนป่วยไข้เป็นฝ่ายมีภาระที่จะต้องแสวงหาการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรักษาแบบ ให้อาาที่ออกฤทธิ์ตรงกันข้ามหรือเข้าไม่ได้กับภาวะหรือโรคที่กำลังรักษา (allopathic medical treatment) พูดอีกอย่างหนึ่งคือคนป่วยคนไข้ถูกคาดหวัง หรือกำหนดให้ต้องเป็นฝ่ายกระเสือกกระสนเข้าหา ต้องยอมรับและยอมตามการรักษาพยาบาลที่ตนเองอาจไม่เข้าใจทำให้คนไข้กลายเป็นผู้ไร้อำนาจไปเลย (Pierret, J, ใน Radley, A., (ed). World Of illness. 1993, Routledge New York. น.9)

ในช่วงเวลาเดียวกันคือ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุโรปวงการสังคมศาสตร์เริ่มแสดงความสนใจกับ “คนธรรมดา” หรือ “ชาวบ้านธรรมดา” (ordinary people) ก็ดี “ทัศนความเห็นของคนไข้” (the patient's point of view) หรือ “ทัศนะมุมมองของคนธรรมดา” (the lay perspective) ก็ดีมากขึ้นเป็นลำดับ พร้อมกันนั้น เริ่มมีการให้ความสนใจอย่างใกล้ชิดต่อ “เนื้อหาสาระ” (contents) ว่า

ด้วยความเห็นความเข้าใจต่าง ๆ (notions) ของความป่วยไข้และสุขภาพ โดยเฉพาะความเชื่อต่าง ๆ (beliefs) เกี่ยวกับ “สาเหตุของโรค” ซึ่งในวิธีคิดแบบใหม่นี้ ถือว่าเป็นข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะเป็นชิ้นส่วน หรือเป็นหน่วยความจำมากมายที่เกิดจากการคิดและการเรียนรู้ (cognitive bits of information) ของผู้คนในสังคม จริงอยู่แม้ว่าความเชื่อต่าง ๆ ที่หลากหลายเหล่านี้ไม่ทำให้เกิดกรอบวิธีคิดหรือหุ่นจำลองด้านสุขภาพที่แน่นอนเป็นเนื้อเดียวกันอยู่แล้วเป็นระบบระเบียบน่าเชื่อถือเหมือนกับกรอบเก่า (เช่นแบบพาร์สัน) ก็ตาม แต่ทว่ามันได้เปิดทางให้กับการตั้งคำถามเพื่อมองหาคำรู้สึกในเรื่องความรับผิดชอบและจุดอ่อนของคนไข้ในฐานะที่เป็นปัจเจกแต่ละคน (Chrisman 1977 ; Helman 1978 ; Pill และ Stott 1982 ; Blaxter 1983 ; D’Houtaud และ Field 1984, อ้างใน Radley ed., 1993) ในยุโรปอีกเช่นกัน นักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งหันไปใช้วิธีการศึกษาเรื่องสุขภาพที่ดูจะกว้างกว่ากลุ่มที่เพิ่งจะกล่าวถึง เช่น เฮิร์ซลิค (Herzlich 1973) นักวิชาการกลุ่มนี้ตรวจสอบ “การสร้างภาพตัวแทนต่าง ๆ ทางสังคม” ของสุขภาพและความเจ็บไข้ (“social representations” of health and illness) นักวิชาการอีกจำนวนหนึ่งก็นำเสนอเรื่อง การจัดประเภท หรือ นิยามต่าง ๆ เรื่องสุขภาพและโรคภัยของคนธรรมดาสามัญบนพื้นฐานของบริบททางโครงสร้างเศรษฐกิจ-วัฒนธรรมของชนชั้นกลางฝรั่งเศส (Blaxter และ Paterson 1982 ; Williams 1981, 1983 และ 1990 ; Cornwell 1984 ; Crawford 1984 ; และ Calnan 1987, อ้างใน Redly ed., เพิ่งอ้าง น.10) งานวิจัยเหล่านี้ ส่วนใหญ่ทำกับกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ โดยปกติมักจะเป็นกลุ่มผู้หญิงบ้าง กลุ่มอายุบางวัย หรือไม่กี่ชนชั้นกรรมมาชีพ หนึ่ง มีนักวิชาการบางคน เช่น แบ็คเก็ตต์ (Backett 1990) ขยายการศึกษากลุ่มประชากรแบบนี้ให้กว้างขึ้นด้วยการศึกษาวิจัยในหมู่ชนชั้นกลางหญิงและชายในกรุงเอดินบะร์ก (Edinburgh) สก็อตแลนด์ เป็นต้น

เรื่องราวของสุขภาพค่อย ๆ ก้าวขึ้นอยู่แนวหน้าของการวิจัยเป็นลำดับ แม้จะเป็นไปอย่างช้า ๆ เมื่อเทียบกับเรื่องอื่น ๆ เช่น เรื่องเศรษฐกิจ เรื่องสิ่งแวดล้อมและ ฯลฯ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเรื่องสุขภาพถูกถือว่าเป็นคุณค่าสำคัญประการหนึ่งของอารยธรรมตะวันตกมาโดยตลอด พร้อมกันนั้นก็ก้าวมาสู่ยุคสมัยที่เกิด “จิตสำนึกใหม่ด้านสุขภาพ” (new health consciousness) (Crawford 1980, อ้างใน Radley, ed., เพิ่งอ้าง น.เดียวกัน) ภายใต้กระแสนี้ประเด็นใหม่ ๆ เช่น “พฤติกรรมสุขภาพ” (health behaviour) ก็ดี หรือ “การส่งเสริมสุขภาพ” (health promotion) ก็ดี เปิดโอกาสให้เรื่อง “วิถีชีวิต” หรือ “life style” เป็นเรื่องที่สามารนำมาพูดถึงได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในช่วงนี้ได้เกิดมีการวิจัยว่าด้วยดัชนีบ่งชี้ต่าง ๆ ว่าด้วยสุขภาพ ก็ดี และการวิจัยว่าด้วยพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกชนเกิดขึ้นมากมายในยุโรป แต่ความกำกวมก็ยังคงดำรงอยู่ ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวถึงเหล่านี้ยังคงถูกนิยามหรือถูกจัดอยู่ในคำเหล่านี้เช่น “พฤติกรรมเชิงป้องกัน” (preventive behaviours) บ้าง หรือไม่ก็ “พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” (behaviours for health) (Anderson et.al., 1988) ซึ่งคำเหล่านี้สอดคล้องกับสิ่งที่วงการแพทย์ถือว่าเป็นเพียงปัจจัยที่มีส่วนในแนวของการห่วงใยระยะไกล หรือเพียงแต่ทำให้การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุล่าช้าไปเท่านั้นเอง (Radley. บก., เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) กล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือวงการแพทย์ถือว่าประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพที่นักสังคม

ศาสตร์สนใจทำการวิจัยในช่วงนี้ไม่ใช่เรื่องของสุขภาพและการป่วยไข้โดยตรง แต่เป็นเพียงปัจจัยเสริมหรือ
ชะลอปัญหาเรื่องสุขภาพและความป่วยไข้เท่านั้นเอง

อย่างไรก็ตามในขณะที่กระแสของการทำวิจัยเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในสายสังคมศาสตร์
ดำเนินไปในทิศทางที่มุ่งศึกษา พฤติกรรมของปัจเจกชน แต่ก็มีคนอีกกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะในประเทศอังกฤษ
มุ่งประเด็นสนใจไปที่ปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อเรื่องสุขภาพอนามัยในระดับมหภาค ประเด็นที่น่าสนใจ
คือมีการพุ่งเป้าไปที่ความไม่เท่าเทียมกันทั้งหลายทั้งปวงระหว่างกลุ่มทางสังคม เช่น ระหว่าง เพศ/เพศ
สภาพ และระหว่างวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่เมื่อมีการตีพิมพ์ Black Report ออกมา (Townsend และ
Davidson 1982, Blaxter และ Peterson 1982 ; Cornwell 1984, Calnan และ Johnson 1985, และ
Calnan 1987) ในการสำรวจงานวิจัยแนวนี้นี้ แม็คคินไทร์ (Macintyre 1986 : 393) นิยมใช้คำว่า “social
patterning” ในความหมายถึงความแตกต่างทั้งหลายในเรื่องสุขภาพ เธอเสนอคำว่า “ความไม่เท่าเทียม” ไว้
ใช้กับความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชนชั้นทางสังคมเท่านั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยของเธอคือต้องการ
เชื่อมโยง (correlate) สุขภาพ ซึ่งวัดได้หลาย ๆ ทางเข้ากับตัวแปรต่าง ๆ ทางด้าน ชนชั้นทางอาชีพ
(occupational class) เพศสภาพ สถานภาพทางสมรส อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ และถิ่นที่อยู่อาศัย เป็นต้น
เช่นเดียวกับงานวิจัยชื่อ The Health and Life-Style Survey ของคนจำนวน 9,003 คน ที่ทำในช่วงปี
ค.ศ.1984 ถึง 1985 ในอังกฤษ เวลส์ และสกอตแลนด์ ซึ่งพุ่งประเด็นไปที่พฤติกรรม ทักษะคิดหรือทำที่ และ
ความไม่เสมอภาคต่าง ๆ นานา ในเรื่องสุขภาพ นิยามต่าง ๆ ของสุขภาพและการกระจายตัวของประเด็น
เหล่านั้นในหมู่ประชากร

การวิจัยแบบสำรวจกว้าง ๆ ดังกล่าวข้างบนนี้ให้กำหนดนิยาม “สุขภาพ” ที่น่าสนใจคือ

นิยามของสุขภาพที่ใช้ในการศึกษานี้โดยสาระสำคัญแล้วเป็นนิยามที่มีหลายมิติ
(multidimensional) และมิติเหล่านั้นเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นิยามนี้รวมเอาทั้งองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นวัตถุ
วิสัย (objective) และจิตวิสัย (subjective) และยังพยายามที่จะพิจารณาทั้งขอบเขตด้านบวกและด้านลบ
(Blaxter, 1990 ; 4 อ้างใน Radley (ed.) เฟิงอ้าง น.11)

อย่างไรก็ตามเมื่อสังคมวิทยาว่าด้วยสุขภาพพัฒนามาถึงจุดนี้ก็เกิดมีคำถามสามสี่ประการเกิดขึ้น
เช่น

1. การวิจัยเชิงคุณภาพกับการวิจัยเชิงปริมาณสามารถจะนำมาสอดคล้องประสานกันได้อย่างไร
2. เราสามารถนำเอาข้อมูลที่เก็บจากปัจเจกชนทั้งหลายมาใช้ในการแสวงหาคำอธิบายใน
ระดับมหภาคได้อย่างไร
3. วิธีการ/กระบวนการเก็บข้อมูลมีผลต่อการที่คนเรา โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลจะพูดเกี่ยวกับสุขภาพ
ได้อย่างไร
4. เราจะสามารถเชื่อมโยง หรือหาสัมพันธ์ภาพระหว่างพฤติกรรมส่วนตัวกับปัจจัยกำหนดทาง
สังคมได้อย่างไร ทั้งนี้เพราะนักสังคมศาสตร์จำนวนหนึ่งได้ออกมาตอกย้ำความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยง

วาทกรรมต่างๆ กับปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมและต้องเชื่อมโยงจุลภาคเข้ากับมหภาค คำถามหรือข้อสังเกตข้อนี้สำคัญเป็นพิเศษต่อการศึกษาในแนวของการรวบรวมข้อมูลข่าวสารเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่ดี ประวัติชีวิตที่ดี และกรณีศึกษาต่าง ๆ ที่ว่าด้วยการสร้างมโนทัศน์สุขภาพและความป่วยไข้ของคนธรรมดา (งานในแนวนี้นั้นกรณีของอังกฤษได้แก่งานของ Cornwell (1984) หรือ Williams (1990) (อ้างใน Radley (ed.) เพิ่งอ้าง น.เดียวกัน)

อนึ่ง วิธีการศึกษาวิจัยในแนวดังกล่าวนี้ เรียกว่าเป็นแนวการตีความ (interpretive approach) ซึ่งนักสังคมวิทยาบางคน เช่น Calnan (1987) เสนอเป็นข้อสังเกตไว้ว่า

ปัญหาหนึ่งของการใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบตีความแต่เพียงวิธีเดียวนั้น ไม่สามารถจัดการกับคำถามหรือไม่สนใจกับการตั้งคำถามว่า ความคิดถูกสร้างและกระจายอย่างไร ที่ไหน และทำไม ดังนั้น การศึกษาสุขภาพในแนวที่ละเอียดและลึกซึ้งนี้จึงจำเป็นต้องสามารถอธิบายให้ได้ว่า กฎเกณฑ์และความคิดความเชื่อที่แน่นอนต่าง ๆ นั้น บางอย่างเกิดขึ้นและดำรงอยู่ได้อย่างไรและทำไม ภายใต้เงื่อนไขแวดล้อมอะไร ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่การศึกษาเรื่องสุขภาพจะต้องรับเอากรอบการอ้างอิงที่สามารถแสดงให้เห็นว่าการสร้างความรับรู้ในเรื่องสุขภาพและความป่วยไข้ของปัจเจกชน หรือบุคคลถูกกำหนดรูปร่างโดยองค์ประกอบ หรือปัจจัยในเชิงโครงสร้างและเชิงวัฒนธรรมเข้ามาใช้ร่วมด้วย (Calnan 1987 : 8, อ้างใน Redley (ed.) 1993 เพิ่งอ้าง น.11)

สุขภาพในฐานะระบบของการตีความ

(Health as a System of Interpretation)

นักสังคมวิทยาจำนวนหนึ่งเชื่อว่าการที่สังคมวิทยามีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจต่อความป่วยไข้ (illness) มากกว่าสุขภาพ (health) นั้น เป็นเพราะวิธีคิดทางสังคมวิทยาน่าจะได้รับอิทธิพลมาจากลักษณะเด่นของทัศนะในทางการแพทย์แบบชีววิทยาที่มุ่งเน้นเรื่องโรคหรือความป่วยไข้มากกว่าสุขภาพอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม อย่างที่ Augé' (1984) นักมานุษยวิทยาชี้ให้เห็นว่า อาจเป็นเพราะความป่วยไข้มีลักษณะที่เต็มไปด้วยเหตุการณ์ หรือ (eventful) ในชีวิตของคนๆ หนึ่งเช่นเดียวกับที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถสัมผัสได้ในพัฒนาการของสังคม ดังนั้น ความเจ็บไข้จึงเป็นปรากฏการณ์ที่อาจชัดเจนมากกว่าสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป ในความหมายว่าความป่วยไข้เป็นตัวชี้ให้เห็น หรือเปิดเผยว่าร่างกายไม่ทำงานอย่างที่ควรเป็น ความป่วยไข้จึงทำหน้าที่เสมือนกับพื้นฐานให้เกิดการตีความนานาประการ ซึ่งเปิดโอกาสให้มีการนำเอาความสัมพันธ์ทางสังคมต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทและตรวจสอบได้ด้วย ดังนั้น Fainzany (1989) จึงกล่าวว่า

วาทกรรมว่าด้วยความป่วยไข้จึงทำงานเหมือนกับชิ้นส่วนหนึ่งของแผนตารางทั้งหมดในการตีความความสัมพันธ์ทางสังคมของปัจเจกชนคนหนึ่ง พร้อม ๆ กันหรือคู่ขนานกันไปกับความคิดต่าง ๆ ที่ว่าด้วยสุขภาพ(ความสัมพันธ์ทางสังคมและความคิดว่าด้วยสุขภาพ-ผู้เขียน) จึงเป็นเรื่องราวของวาทกรรมใน “intaglio” ลวดลายของภาพสลัก ที่ภายในนั้นสุขภาพคือการไม่ปรากฏตัวอยู่ หรือหายไป ของ

ความรู้สึกที่แสดงออกโดยคนอื่นต่อสุขภาพของคน ๆ หนึ่ง ดังนั้น การพูดหรือแม้กระทั่งเพียงแค่อธิบายเกี่ยวกับสุขภาพย่อมนำมาสู่การคิดถึงตัวเรา หรือคน ๆ หนึ่ง ๆ ว่าบริสุทธิ์ผุดผ่อง เป็นอิสระจากความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหลายทั้งปวง (Fainzany, 1989 : 438-9 อ้างใน Radley, เฟิ่งอ้าง น.11)

ข้อความข้างบนมีความหมายว่า การที่สังคมวิทยาให้ความสนใจศึกษาเรื่องของความเจ็บไข้ได้ป่วยมากกว่าการพุ่งประเด็นไปสู่สุขภาพนั้น อาจไม่ใช่เป็นเพียงเพราะเกิดจากอิทธิพลของวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ที่สนใจความป่วยไข้มากกว่าสุขภาพเท่านั้น หากอาจเป็นเพราะในสภาวะป่วยไข้ เช่น เมื่อชายคนหนึ่งไม่สามารถออกไปทำอะไรทำนาได้ หรือผู้หญิงคนหนึ่งรู้สึกไม่สบาย จนลุกขึ้นมาหุงหาอาหารในตอนเช้าได้ ความป่วยไข้ของทั้งสองกรณีเกิดเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบหลายอย่างตามมา เช่น เกิดการขาดแรงงานในการทำไร่ทำนาไปหนึ่งคน สมาชิกในครอบครัวของผู้หญิงคนนั้น เช่น สามีและลูก ๆ ไม่มีข้าวกินในวันนั้นและวันต่อ ๆ มา เกิดความขลุกขลักวุ่นวายกันไปทั่ว ดังนั้น การเจ็บไข้ของคนทั้งสองจึงเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม จึงกลายเป็นจุดสนใจที่จะต้องมีการตรวจสอบโดยผู้คนที่มีความสัมพันธ์กับคนทั้งสองในบางกรณีก็ขยายวงออกไปถึงผู้เชี่ยวชาญ เช่น หมอดู หมอพื้นบ้าน ไม่เหมือนกับในสภาวะสุขภาพดีเป็นปกติธรรมดา แต่ละคนลุกขึ้นมาทำโน่นทำนี่ได้เหมือนเคย **ความมีสุขภาพดีจึงไม่เป็นปรากฏการณ์ที่เต็มไปด้วยเหตุการณ์ (คือไม่เกิดความขลุกขลักวุ่นวายทั้งหลาย) ด้วยเหตุนี้สุขภาพดีจึงไม่ใช่เหตุที่ทำให้เกิดการตรวจสอบทบทวนอะไรในเชิงความสัมพันธ์ทางสังคม** ยิ่งถ้ามีการจัดทำพิธีกรรม การรักษาเยียวยาการป่วยไข้ตามมาด้วยแล้ว ความป่วยไ้นั้น ๆ ก็ยิ่งจะกลายเป็นสิ่งที่มีเหตุการณ์มากมายขึ้นไปอีกด้วย ยิ่งถ้าเกิดการตายขึ้นมาก็ยิ่งจะกลายเป็นเหตุการณ์ใหญ่ขึ้นไปอีก

ประเด็นนี้มีความสำคัญเป็นพิเศษเมื่อนำมาประกอบการพิจารณาการพยายามเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพให้เคลื่อนย้ายจากการมองโรคภัยไข้เจ็บเป็นศูนย์กลางมาสู่การยึดเอาสุขภาพหรือสภาวะเป็นศูนย์กลางว่าจะสามารถทำได้หรือไม่ ถ้าทำได้มากน้อยเพียงใด และอย่างไรเป็นต้น

อย่างไรก็ตามมีผู้ที่ไม่เห็นด้วย (ในกรณีนี้คือ Pierret, ใน Adley (ed) 1993 น.12) อย่างเต็มที่กับประเด็นที่กล่าวข้างบน นักสังคมวิทยาบางคนมองตรงกันข้ามออกไปเลย คือเห็นด้วยว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ แต่ไม่ได้มองว่าสุขภาพเป็นประเด็นพิเศษที่จะต้องมีการสร้างวาทกรรมจากผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น หากมองว่าสุขภาพก็เหมือนเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ กล่าวคือเป็นประเด็นหรือหัวข้อของวาทกรรมของคนธรรมดาสามัญที่สามารถนำมาวิเคราะห์ในฐานะที่เป็นระบบของการตีความได้ด้วย (Radley, เฟิ่งอ้าง, น.12)

การเกิดขึ้นของกระแส “สุขภาพนิยม”

นักสังคมวิทยาบางคนได้บรรยายเกี่ยวกับการเกิดขึ้นของ (กระแส) สุขภาพนิยมในฐานะที่เป็นค่านิยม หรือคุณค่า (value) โดยใช้คำ เช่น “จิตสำนึกใหม่ทางด้านสุขภาพและความแข็งแรง” (new health and fitness consciousness) บ้าง ลัทธิ “สุขภาพนิยม” (healthism) บ้าง หรือแม้กระทั่ง “หน้าที่ที่จะต้องมีความสุขภาพดี” (duty to be healthy) บ้าง (Zola 1977, Crawford 1977 และ 1980 ; Renoud 1981 ; และ

Herzlich และ Pieret 1987, อ้างใน Radley, เฟิงอ้าง น. เดียวกัน) จริงอยู่ แม้ว่า ลัทธิ “ร่างกายนิยม” (bodyism) นี้ วางจุดเน้นไว้ที่การพัฒนาตัวเอง (self-development) ความพึงพอใจ (pleasure) และลัทธิสุขานิยม (hedonism) ก็ตาม แต่กระแสสุขภาพในแนวนี้นี้ ก็มาพร้อมกับแนวทางที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วย ดังนั้น มันจึงปลูกฝังหรือบ่มเพาะให้ปัจเจกชนเกิดวินัยไปพร้อม ๆ กัน Crawford (1984) ได้แยกแยะให้เห็นแนวโน้มสองแนวอันได้แก่ การควบคุมจากสังคมบริโภคนิยม และการปลดปล่อยตนเองจากการควบคุมในกระแสสุขภาพบริโภคนิยมแบบอเมริกัน (American health consumerism) ซึ่งเขาเห็นว่าเป็นกระแสของการต่อต้านได้ด้วยดังนี้

การควบคุมและปลดปล่อยตัวเองในฐานะการต่อต้านนั้น ความจริงแล้วกระแสนี้ก็เหมือนกับทำหน้าที่ของมันในการให้ความชอบธรรมทางวัฒนธรรม (เรา) จะต้องมองราวกับเป็นด้านสองด้านของเหรียญเดียวกัน สังคมเดียวกันนั่นเองที่ทำให้เกิดสองสิ่งที่ตรงกันข้ามกันขึ้นมา ด้านหนึ่งสังคมทำให้เราเกิดความยุ่งยากที่จะพัฒนา การควบคุมเหนือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดรูปร่างของชีวิตประจำวันของเรา ในขณะที่เดียวกัน (สังคม) ก็บ่อนทำลายความสามารถของเราที่จะปลดปล่อยตัวเองอย่างมีสุขภาพดีให้หลุดพ้นจากการถูกควบคุมที่สังคมครอบงำและทำให้ (การครอบงำนั้น) กลายเป็นเรื่องที่เราไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึก (internalized) (Crawford 1984 : 97, อ้างใน Radley เฟิงอ้าง, น.เดียวกัน)

อนึ่ง มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าแนวโน้มสองแนวในกระแสสุขภาพนิยม (เช่น การครอบงำของสังคมบริโภคนิยม ผ่านทางอาหารประเภทจานด่วน มีไขมันสูงกับการวิ่ง เต้นแอโรบิก ออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เครื่องดื่ม เพื่อให้สุขภาพดี ฯลฯ) ในฐานะที่เป็นการต่อต้านการครอบงำด้านสุขภาพของสังคมอันได้แก่การควบคุมตนเอง และการปลดปล่อยตนเองเพื่อให้เกิดความสุขความพึงพอใจนั้น ไม่ใช่เป็นเพียง “ค่านิยม” เท่านั้น ในทัศนะของ Auge' เขาถือว่ามันเป็น “เหตุการณ์” หรือ “event” ที่ผู้คนสามารถใช้ในการตีความหรือแปลความหมายความสัมพันธ์ของผู้คนเหล่านั้นกับสังคมอีกด้วย (Radley, เฟิงอ้าง, น.เดียวกัน)

ดังนั้น สังคมวิทยาจะต้องแสดงให้เห็นว่า วาทกรรมของคนธรรมดาที่ดี วาทกรรมในแนวสามัญสำนึกที่ดีเหล่านี้ เป็นการประกอบสร้างทางสังคมที่เปิดโอกาสหรือทำให้ปัจเจกชนทั้งหลาย เข้าใจและแปลความหมาย หรือตีความสิ่งที่เรียกว่า ความจริงทางสังคมได้ Herzlich (1984) โดยใช้ความคิดนี้ซึ่งเป็นสิ่งที่นักสังคมวิทยาหลายคนเห็นด้วยในการวิเคราะห์สิ่งที่เรียกว่า “ภาพตัวแทนสังคม” (social representations) เธอเขียนไว้มีสาระว่า

ในการวิเคราะห์ นักวิจัยจะต้องพยายามที่จะเชื่อมโยงข้อเท็จจริงว่า ปรัชญาการศึกษา ซึ่งในที่นี้คือกระแสสุขภาพนิยม ไม่ใช่เป็นการสะท้อนความจริง หากเป็นภาพตัวแทนสังคม (social representation) และภาพตัวแทนสังคมนี้เอง (เป็นตัว) ประกอบสร้างความจริงนี้ด้วย ข้อเท็จจริงที่ว่าภาพตัวแทนนี้เข้าถึงเกินเลยไปกว่า (ระดับ) ปัจเจกชนแต่ละคนและถูกนำเสนอบางส่วนให้แก่แต่ละคนราวกับว่าภาพตัวแทนเหล่านั้นมาจากที่อื่น (ทั้ง ๆ ที่ภาพตัวแทนก็มาจากภาพตัวแทนที่ถูกสร้างขึ้นนั่นเอง) เป็นประเด็นหลักที่เธอต้องการชี้ให้เห็น (Herzlich, 1984 ; 77, อ้างใน Radley, เฟิงอ้าง น.เดียวกัน)

ดังนั้น นักสังคมวิทยาบางคน เช่น Calnan (1985) จึงเสนอว่า การนำเอาการศึกษาแบบการประกอบสร้างทางสังคมเข้ามาใช้ศึกษาเรื่องของสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วย โดยมุ่งประเด็นไปที่วิถีทางที่ผู้ที่เผชิญกับปัญหาทั้งหลายต้องพยายามหาความหมายกับร่างกายและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับร่างกายของพวกเขา ดังนั้น การเน้นย้ำจึงต้องอยู่ที่การตรวจสอบกระบวนการแปลความหมายภายในบริบทของความรู้และความเชื่อต่าง ๆ ของคนธรรมดาสามัญ ด้วยเหตุนี้แทนที่เราจะปฏิบัติต่อความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพในฐานะที่เป็นลักษณะแปลกประหลาดเฉพาะไม่มีเหตุผลเป็นเพียงแค่ “แพชั่น” หรือ “ความเปี่ยมเบน” วิธีการศึกษาแบบนี้กลับให้ความสนใจไปที่ตรรกะและความมีหลักการของมัน (Calnan 1985 : 90, อ้างใน Radley เฟิงอ้าง น.เดียวกัน)

ด้วยเหตุนี้ เรื่องสุขภาพและหรือสุขภาพนิยมทั้งหลาย จึงเป็นระบบที่ถูกสร้างขึ้น ระบบเหล่านี้ประกอบขึ้นด้วยองค์ประกอบ (elements) ต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกันไปมา และถูกจัดระบบด้วยหลักเกณฑ์ความมีเหตุผล หรือตรรกที่เป็นเอกภาพ และการมีอยู่ของระบบเหล่านี้ทำให้ปัจเจกชนทั้งหลายสามารถค้นพบความหมายว่าอะไรกำลังเกิดกับพวกเขาและเธอ และทำให้พวกเขาและเธอค้นพบทิศทางหรือตำแหน่งแห่งที่ของพวกเขาและเธอในสังคมนั้น

นักมานุษยวิทยาอีกคนหนึ่ง คือ Fitzpatrick (1984) พูดไว้ว่า นักมานุษยวิทยาบางคน เคร่งครัดมากกับคำว่า “ระบบ” เมื่อพวกเขาพูดถึงระบบความเชื่อทางด้านสุขภาพและความป่วยไข้ของชุมชน แท้จริงแล้ว สาระสำคัญคือพวกเขาได้แย้งว่า ความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับความป่วยไข้ที่ถูกยกขึ้นมาในชุมชนจะต้องได้รับการวิเคราะห์ในฐานะที่เป็นระบบ ทั้งนี้ โดยมีความหมายว่าความเชื่อเหล่านั้น ถูกร้อยรัดเข้าด้วยกันเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบทั้งหมด มากกว่าที่จะเป็นชุดของเรื่องแต่ละเรื่องที่ดำรงอยู่อย่างสะเปะสะปะที่ปัจเจกชนเหล่านั้น บังเอิญมีความเชื่อร่วมกัน (Fitzpatrick 1984 : 19, อ้างใน Radley, เฟิงอ้าง, น.13)

ประเด็นสำคัญต่อมาคือ ระบบความเชื่อทั้งหลายเป็นระบบการตีความหมาย หรือแปลความหมาย ระบบเหล่านี้เปรียบประหนึ่งดังที่รวมมหิมา หรือ ขุมใหญ่ของสัญญาณต่าง ๆ (reservoir of signs) ที่คนเราจะนำมาใช้ในการสร้างความจริงและตีความว่า คนแต่ละคนยืนอยู่อย่างไรร่างเชื่อมโยง หรือสัมพันธ์กับสังคม Herzlick เสนอว่า

การตีความหรือแปลความหมายร่วมกัน เกี่ยวกับความป่วยไข้ ถูกทำไปโดยการใช้คำต่าง ๆ (terms) ที่ถ้าจะพูดอย่างเคร่งครัดแล้ว เป็นการมองสังคมหรือระบบสังคมอย่างสงสัย ทั้งนี้เพราะ มันต้องใช้การตีความ ดังนั้นความป่วยไข้จึงส่งความหมายออกมา ความป่วยไข้กลายเป็นเรื่องสำคัญขึ้นมาเพราะตัวสัญญาณ (signifies) ซึ่งก็คือความสัมพันธ์ของปัจเจกชนกับระบบสังคมนั่นเอง (Herzlick 1984 a, ใน Radley, เฟิงอ้าง น.เดียวกัน)

สำหรับ Pierret (ผู้เขียนบทความ Constructing discourses about health and their social determinant ใน Radley, (ed) เฟิงอ้าง น.เดียวกัน) เธอบอกว่าความสนใจของเธอในเรื่องนี้กระตุ้นให้เธอทำวิจัยแบบสำรวจ (survey) อย่างเป็นอิสระจากความหมาย หรือนัยแฝงเร้นต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์หรือ

โรค แต่ความสนใจของเธออยู่ภายในวัตถุประสงค์ที่จะเข้าใจความหมายของสุขภาพในทัศนะของคน
ธรรมดาสามัญ ซึ่งในเวลาหนึ่งกลายเป็นคุณค่าหลัก เธอบอกว่ามุมมองของเธอต่างอย่างมากเลยทีเดียวกับ
มุมมองที่ใช้กันทั่วไปในการสำรวจทางสาธารณสุข (เช่น นิยามสุขภาพของ WHO ; Stacey 1976 และ
Anderson 1984) ซึ่งหันไปทางการนำประเด็นสุขภาพไปแปรเป็นการปฏิบัติการ เนื่องจากความสนใจของ
เธออยู่ที่การทำความเข้าใจสุขภาพในทัศนะมุมมองของคนธรรมดา ทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องใช้ทัศนะ
หรือมิติมุมมองที่กว้าง ดังนั้น การสัมภาษณ์จึงดูเหมือนจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด สำหรับการเปิดโอกาสให้
ผู้คนสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกต่าง ๆ อย่างเสรีในขณะทีพูดถึงเรื่องราวชีวิตและปฏิบัติการต่าง ๆ ของ
พวกเขาและเธอ เธอบอกว่าจริง ๆ แล้ว วัตถุประสงค์ของเธอต้องการเจาะลงไปลึกกว่าเนื้อหาของนิยามต่าง
ๆ ว่าด้วยสุขภาพของคนธรรมดา เธอต้องการลงลึกเกินไปกว่าความหลากหลายของเนื้อหาหรือนิยาม เธอ
ต้องการค้นหาระบบการตีความ หรือแปลความหมายสัญญาณต่าง ๆ ที่อยู่เบื้องหลังเนื้อหา หรือนิยามเหล่านั้น อนึ่ง เธอยังมีวัตถุประสงค์เพิ่มเติมอีกคือ ต้องการใช้ทั้งวิธีการวิจัยแบบคุณภาพ และ
ปริมาณเพื่อที่จะสามารถเชื่อมโยงการประกอบสร้างในเรื่องสุขภาพในวาทกรรมของชาวบ้าน หรือคน
ธรรมดาเหล่านั้นเข้ากับปัจจัยเชิง “โครงสร้าง” อีกด้วย (Pierret, ใน Radley, เฟิงอ้าง, น.13)

บทที่หก

สุขภาพในฐานะวาทกรรมของคนธรรมดา

ปิแอร์เรต์ (Pierret) ไม่เห็นด้วยกับความคิดว่า สุขภาพเป็นสิ่งที่คนธรรมดาทั่วไปพูดถึงไม่ได้ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม หรือในชุมชนหรือพูดอีกอย่างหนึ่งคือสุขภาพเป็นเรื่องของโครงสร้างสังคมใหญ่ สำหรับเธอกลับคิดตรงกันข้ามไปเลย เธอเห็นว่าสุขภาพก็เหมือนกับโรคภัยไข้เจ็บนั้นแหละเป็นหัวข้อของวาทกรรมของคนธรรมดา ๆ (a topic of lay discourses) ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ในฐานะที่เป็นระบบของการตีความได้ (Pierret, ใน Radley, ed., 1993, น.12) อนึ่ง ควรจะต้องทำความเข้าใจด้วยว่าเรื่องของการตีความ หรือinterpretation นี้เป็นสำนักทางสังคมวิทยาสำนักหนึ่งที่ลุกขึ้นมาท้าทาย สำนักโครงสร้างนิยม

สุขภาพในฐานะ “คุณค่า” หรือ “ค่านิยม” ในสังคม

นักสังคมวิทยาจำนวนหนึ่งมองการเกิดขึ้นของกระแสสุขภาพในฐานะที่เป็น “คุณค่า” หรือ “ค่านิยม” ซึ่งก็จะมีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น “จิตสำนึกใหม่ ว่าด้วยสุขภาพและความแข็งแรง” (new health and fitness consciousness) บ้าง “สุขภาพนิยม” (healthism) บ้างหรือ “หน้าที่ที่จะต้องมีความสุขดี” บ้าง (Zola 1977; Crawford 1977 และ 1980; Renaud 1981; และ Herzlich and Pierret 1987) นอกจากนั้น ก็มีคนเรียกกระแสสุขภาพแบบนี้ว่าเป็น “ร่างกายนิยม” (bodyism) พร้อมทั้งวิเคราะห์ต่อไปว่า แม้กระแสหรือลัทธินี้จะวางจุดเน้นไว้ที่การปรับปรุง หรือการพัฒนาร่างกาย (self-development) ความพึงพอใจ หรือสุขารมณ์ (pleasure) และ “สุขานิยม” หรือ “รตินิยม” (hedonism) ก็ตาม แต่มันก็มีเรื่องของความโน้มเอียง หรือแนวโน้มที่ทำให้ปัจเจกชนทั้งหลายเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของพวกเขาและเธอ พร้อมกันนั้นก็ปลูกฝังให้เกิดความรู้สึกของความมีระเบียบวินัยกับตัวเองอีกด้วย

กระแสสุขภาพในความหมายนี้ แท้ที่จริงอาจมีมานานแล้วก็ได้ โดยเฉพาะหากมองดูการเพาะกาย หรือการเล่นกล้ามของผู้ชาย และการรักษาสุขภาพเพื่อให้มีร่างกายสวยงามของผู้หญิงต่างก็มีลักษณะที่เป็นลัทธิ “ร่างกายนิยม” และ “สุขานิยม” หรือ “รตินิยม” (hedonism) ซึ่งหมายถึงทรรศนะที่ถือว่าสุขารมณ์ (pleasure) เป็นสิ่งที่ประเสริฐสุด หรือเป็นความดีสูงสุดของชีวิต ทรรศนะนี้สอนให้บุคคลมุ่งแสวงหาความสุขทางผัสสะ (senses) หรือความสุขสบาย หรือโลกีย์สุขในชีวิตนี้และในขณะนี้ **ไม่ใช่สอนให้หาความสุขทางใจ จิตวิญญาณในภพนี้หรือภพหน้า** ในสังคมไทยผู้ชายเล่นกล้าม หรือเพาะกายเพื่อความ สุขความพึงพอใจของตนเองและคนอื่นทั้งที่เป็นต่างเพศและเพศเดียวกัน แต่อาจให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องของการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง หรือสุขภาพประกอบด้วยก็ตามที่ กระแสนี้ก็เกิดมาในเมืองไทยกว่า 70 ปีแล้ว การที่ผู้หญิงดูแลร่างกายเพื่อความ สุข ความสวย และความพึงพอใจก็มีมานานแล้วเช่นกัน มีมาก่อนกระแสปัจจุบันที่รัฐ

บาลไทยออกมารณรงค์ให้ผู้คนออกกำลังกายก็ดี ดูแลรักษาสุขภาพก็ดี รวมทั้งการสร้างคำขวัญออกมาว่า “สุขภาพดีเป็นหน้าที่ของทุกคน” ก็ดี เหล่านี้ล้วนแต่เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการดำรงอยู่ของกระแสสุขภาพในแนวที่กล่าวข้างบนที่มีมากมายพอควร ถึงแม้ในอดีตอาจไม่ชัดเจนเท่ายุคปัจจุบัน

สุขภาพในฐานะการควบคุมและการต่อต้าน

อนึ่ง นักสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาบางคน เช่น Crawford (1984) นำเอา **ลัทธิบริโภคนิยม** (American health consumerism) มาวิเคราะห์ว่ามีแนวที่แตกต่างกันอยู่สองแนวในกระแสนี้คือ เขาเห็นว่าการรู้จัก**ควบคุมตนเอง** หรือความมีระเบียบวินัยต่อตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพกับการปลดปล่อย หรือ**ตามใจตนเอง**นั้นจะต้องทำความเข้าใจมั่นในฐานะที่เป็นการ**ต่อต้าน** เช่น เดียวกันกับการดูแลและการทำอะไรตามใจดังกล่าวนั้น เป็นเหมือนกับการ**ให้ความชอบธรรมทางวัฒนธรรม**กับการ**บริโภค** ฉะนั้น เราจึงจำเป็นต้องดูสองอย่างที่ขัดแย้งกันนี้ (การบริโภคและการพยายามมีวินัยในการบริโภค) ในฐานะที่เป็นสองด้านของเหรียญอันเดียวกัน ทั้งนี้ เพราะสังคมที่เราเป็นสมาชิกอยู่ **สังคมเดียวกันนี้**เองที่มีลักษณะขัดแย้ง กล่าวคือด้านหนึ่งสังคมทำให้เป็นเรื่องยากสำหรับเรา ที่จะมิบทบาทเข้าถึงการควบคุมเงื่อนไขปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของเรา แต่ในอีกด้านหนึ่งสังคมก็กลับไม่ใส่ใจกับความสามารถของเราที่จะก้าวไปถึงการปลดปล่อยตัวเอง เพื่อสุขภาพที่ดีเพื่อที่จะได้หลุดจากการควบคุมที่สังคมครอบงำมา มีหน้เข้าสังคมกลับทำให้การควบคุมเหล่านั้น กลายเป็นเรื่องธรรมดาที่เราไม่รู้สึกรู้สว่าเราถูกควบคุม โดยสังคมและลัทธิบริโภคนิยมด้านสุขภาพ (Crawford 1984, อ้างใน Radley, ed., เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน)

อนึ่ง ด้วยทัศนะมุมมองแบบนี้ เราอาจทำความเข้าใจได้ว่าสังคมก็ตี รัฐตลอดจนนโยบายและปฏิบัติการของรัฐและหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งระบบทุนนิยมบริโภคนิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริโภคนิยมด้านสุขภาพมีอิทธิพลสำคัญในการสร้างวาทกรรมด้านสุขภาพ พร้อมกันนั้นยังมีอำนาจที่จะแปรวาทกรรมเหล่านั้นให้เป็นแผนแห่งการปฏิบัติให้เราทำตามโดยที่เราเองก็ไมรู้เลยว่า การสร้างวาทกรรมความรู้และปฏิบัติการเหล่านั้นเป็นความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ครอบงำบนตัวของเรา เป็นปฏิบัติการของอำนาจที่ละมุนละม่อม ซึ่งนอกจากจะไม่น่าเกรงขามแล้ว กลับทำให้เรารู้สึกดี รู้สึกเป็นหนี้บุญคุณด้วยซ้ำไป อย่างไรก็ตามการครอบงำดังกล่าวก็มีผลด้านการสร้างให้เกิดการต่อต้านได้ด้วยเช่นกัน เช่น การต่อต้านการบริโภคที่เป็นกระแสใหญ่ (อาหารจานด่วน การบริโภคเนื้อสัตว์ ฯลฯ) แล้วหันไปหาการกินเจ กินมังสวิรัต การปฏิเสธการรักษาพยาบาลแบบแพทย์แผนปัจจุบัน (ตะวันตก) บางส่วนหรือทั้งหมดไปสู่การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ เช่น อายุรเวทแบบอินเดีย การฝังเข็มแบบจีน ชีวจิต การล้างพิษ และการแพทย์พื้นบ้านและการใช้สมุนไพร เป็นต้น

อย่างไรก็ตามสมควรตระหนักไว้ด้วยว่า กระแสการต่อต้านดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะในผู้คนบางกลุ่ม บางชุมชน (แบบใหม่) บางชนชั้น เพศ/เพศสภาพะ ภูมิหลังทางชาติพันธุ์ อายุ สภาวะทางร่างกาย เช่น

คนป่วย คนพิการ เป็นต้น ตัวอย่างที่เห็นได้คือ พ่อ-แม่ อาจต่อต้านอาหารจานด่วนหรือ “อาหารขยะ” แต่ลูก ๆ อาจชื่นชอบกับมันก็ได้

สุขภาพในฐานะที่เป็นเหตุการณ์ทางสังคม

ทัศนะมูมมองแบบนี้เชื่อมต่อมาจากทัศนะที่มองสุขภาพในแนวการครอบงำและการต่อต้านดังกล่าวข้างบน โดยเสนอต่อไปว่าสุขภาพเป็น “เหตุการณ์” ที่ผู้คนสามารถใช้เหตุการณ์นั้น ๆ เช่น การเจ็บป่วย/การไม่เจ็บป่วย ในการตีความความสัมพันธ์ของพวกเขาและเธอที่มีกับสังคม ดังนั้น สังคมวิทยา (รวมทั้ง นักวิชาการที่ต้องการผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนจากการรักษาโรคไปสู่สุขภาพะ-ผู้เขียน) จะต้องแสดงให้เห็นว่าวาทกรรมของคนธรรมดา ๆ หรือสิ่งที่เรียกกันว่า “สามัญสำนึก” ว่าด้วยเรื่องสุขภาพต่าง ๆ นั้น ถูกสร้างหรือถูกสถาปนาขึ้นมาได้อย่างไร โดยที่วาทกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลหรือปัจเจกชนทั้งหลายเข้าใจ และตีความสิ่งที่อาจเรียกได้ว่าเป็น “ข้อเท็จจริงทางสังคม” ได้ อนึ่ง นักสังคมวิทยาบางคน เช่น เฮิร์ซลิค (Herzlich 1984, อ้างใน Radley, ed., เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) เรียก “ข้อเท็จจริงทางสังคม” นี้ว่า “ภาพตัวแทนทางสังคม” (social representations) โดยที่เธอย้ำเตือนว่า เราจะต้องเชื่อมโยงข้อเท็จจริงว่า “ภาพตัวแทนทางสังคม” นั้น ไม่ใช่ภาพสะท้อนของความจริง หากเป็นผู้ที่สร้างความจริงนั้นขึ้นมาเข้ากับข้อเท็จจริงอีกอันหนึ่ง คือภาพตัวแทนนี้ไม่เพียงแต่เข้าถึงปัจเจกชน หรือบุคคลเท่านั้น แต่หากเกินเลยออกไปกว่านั้นอีก มันถูกนำเสนอบางส่วนให้กับเขาหรือเธอราวกับว่ามันมาจากที่อื่น หรือที่ไหนก็ไม่รู้ ทั้ง ๆ ที่แท้จริงแล้วก็มาจากการสร้างของคนเหล่านั้นนั่นเอง

ประเด็นที่น่าสนใจที่น่าจะมีการถกเถียงต่อไป มีสองประการคือ **หนึ่ง** สุขภาพก็ดี โรคภัยไข้เจ็บก็ดี มีลักษณะเป็น “เหตุการณ์” (event) หรือจะพูดให้ชัดเจนไปเลยว่าเป็น “เหตุการณ์ทางสังคม” (social event) ก็คงจะได้ การป่วยไข้ก็ดี หรือการไม่ป่วยไข้ก็ดี ต่างล้วนเป็นเหตุการณ์ด้วยกันทั้งคู่ เพียงแต่ว่าเมื่อคนเราเกิดป่วยไข้ขึ้นมา ความป่วยไ้้นั้น ดูเหมือนว่าจะก่อให้เกิดเหตุการณ์ทางสังคม-วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองบางอย่างที่สังเกตเห็นได้ สัมผัสได้เชิงรูปธรรมมากกว่าสภาวะของการไม่ป่วยไข้ **สอง** ยิ่งถ้านำสุขภาพ/ความป่วยไข้ไปประกอบกับการจัดประเภททางสังคมกับ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้เจ็บป่วยในทางเชื้อชาติ ชชาติพันธุ์ ชนชั้น เพศ/เพศสภาวะ อายุ และ ฯลฯ ด้วยแล้ว ความเป็น “เหตุการณ์” ของสุขภาพ-ความป่วยไข้ก็จะซับซ้อน และแปรผันไปในทุกมิติ เช่น กระบวนการของการดูแลรักษา เรื่องของพิธีกรรมต่าง ๆ ที่ตามมา ผลกระทบต่าง ๆ ทางสังคมที่เกิดจากการหายหรือไม่หายของอาการป่วยไข้ รวมทั้งความตายที่อาจตามมา เป็นต้น

อนึ่ง ไม่ว่าคนธรรมดาทั้งหลายจะมองหรือนิยามเรื่องสุขภาพออกมาในลักษณะที่เป็นคุณค่าหรือค่านิยมในสังคมก็ดี หรือเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องของการควบคุมและการต่อต้าน หรือเห็นสุขภาพเป็นเรื่องของเหตุการณ์ทางสังคมก็ดี เหล่านี้ล้วนแต่เป็นเครื่องยืนยันว่าสุขภาพมีความซับซ้อน มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทุกด้าน มีการเลื่อนไหล หรือปรับเปลี่ยนตามบริบททางสถาน ที่ เวลา และเงื่อนไขทางด้านสังคม-วัฒนธรรม เศรษฐกิจการเมืองเป็นต้นก็ตาม แต่ที่สำคัญคือสุขภาพเป็นเรื่องของการสร้างวาทกรรม

อย่างไรก็ตาม วาทกรรมเท่าที่คนส่วนใหญ่เข้าใจกันมักหมายถึงชุดของคำอธิบาย หรือภาษาที่ถูกผลิตขึ้นมาอธิบายเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในกรณีของเรื่องสุขภาพนี้ ผู้เชี่ยวชาญอาจมีได้มากมาย นับแต่รัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐ แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข เรื่อยไปถึงผู้ที่ผู้คนลงความเห็นว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น ดร.สาทิศ อินทรกำแหง พลตรีจำลอง ศรีเมือง อาจารย์ผู้สอนวิปัสสนา ผู้สอนโยคะทั้งหลาย บรรดาผู้เขียนหรือตอบคำถามสุขภาพในโทรทัศน์ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ต่าง ๆ จนถึงบรรดาหมอพื้นบ้านทั้งหลายทั้งปวงด้วย คนเหล่านี้ ผู้เขียนถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญไม่ใช่คนธรรมดาสามัญ ดังนั้น คนเหล่านี้จึงเป็นผู้ผลิตวาทกรรมสุขภาพด้วยกันทั้งสิ้น เพียงแต่ว่าวาทกรรมที่ถูกผลิตออกมา อาจวางอยู่หรือไม่วางอยู่บนฐานของวิทยาศาสตร์ หรือวางอยู่มากบ้างน้อยบ้างก็ได้

แต่อย่างทีกล่าวไว้ในตอนต้นของหัวข้อนี้คือ มีผู้โต้แย้งว่าอย่างน้อยก็ในเรื่องสุขภาพและความป่วยไข้ อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคนที่แต่ละคนจะต้องหาความหมายทางสังคมของสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วยของตนเอง ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่าเราสามารถมองหาวาทกรรมของคนธรรมดาสามัญว่าด้วยเรื่องสุขภาพและหรือสุขภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคมหรือกลุ่มเดียวกันได้

การให้ความหมายต่อ “สุขภาพ” ในทัศนะ “คนธรรมดา”

การจัดประเภทผู้คนที่ใช้ในหัวข้อนี้เป็น “คนธรรมดา” นั้น แท้จริงแล้วไม่ใช่ประเภทของคนเหมือนกัน และมีความเป็นเนื้อเดียวกันอย่างที่ว่านี้สื่อความหมายไว้ ตรงกันข้ามในบรรดา “คนธรรมดา” ย่อมมีความซับซ้อน หลากหลาย แตกต่างและเลื่อนไหลเช่นเดียวกับการจัดประเภทอื่น ๆ เช่น ชนชั้น เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ เพศ/เพศสภาพจะ อายุ คนพิการหรือผู้ “ไม่สมประกอบ” ดังนั้น เมื่อพูดถึงคนธรรมดา จึงจำเป็นต้องตั้งคำถามกำกับด้วยการจัดประเภทแบบอื่น ๆ เช่น คนธรรมดาที่ว่าเป็นสมาชิกชุมชนทางสังคมใด พื้นฐานการศึกษา ชาติพันธุ์ เพศ/เพศสภาพจะ อายุและอื่น ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามคำว่า “คนธรรมดา” ที่ใช้ในที่นี่ใช้ในความหมายของปีเอรเรต์ (Pierret) ซึ่งเธอใช้คำว่าวาทกรรมคนธรรมดา (lay discourses) ซึ่งหมายความว่าไม่ใช่เป็นแพทย์หรือบรรดาผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายที่อยู่ในระบบคิดแบบวิทยาศาสตร์นั่นเอง

อนึ่ง สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดมีความสนใจค้นหาวาทกรรมของคนธรรมดาว่าด้วยเรื่องสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นเพราะความเชื่อในกระแสหลังโครงสร้างนิยมว่าผู้คนในสังคมไม่ว่าจะเป็นสังคมประเพณี (traditional society) ก็ดี สังคมสมัยใหม่ (modern society) ก็ดี หรือสังคมที่มีลักษณะผสมผสานของทั้งสองแบบก็ดี ผู้คนเหล่านั้นเชื่อว่าจะถูกครอบงำโดยสังคมไปเสียทั้งหมด ในกรณีของเรื่องสุขภาพ-ความป่วยไข้ และการรักษาพยาบาลก็เช่นกัน ผู้คนบางกลุ่ม บางเวลา บางสถานที่ บางสถานการณ์ อาจคิดและทำอะไรในแนวที่ผิดแผกแหวกแนวออกไปจากกระแสหลัก หรือแม้กระทั่งเป็นการต่อต้านอำนาจ/ความรู้ของกระแสหลักไปเลยก็ได้ ด้วยการสร้างวาทกรรมว่าด้วยสุขภาพหลายชุดขึ้นมา เพียงแต่ว่าในปัจจุบันโดยเฉพาะในสังคมทันสมัยหรือสังคมที่ปรับเปลี่ยนสู่ความทันสมัย แม้จะเปลี่ยนมากบ้างน้อย

บ้างเพียงไรก็ตาม ความหลากหลายและแตกต่างในสังคมมักจะมีพื้นที่ที่จะปรากฏตัวมากขึ้น พุทธิอีกอย่างหนึ่งคือสังคมส่วนใหญ่ในโลกเป็นพหุสังคมเพิ่มมากขึ้นมากบ้างน้อยบ้าง ดังนั้น พหุนิยมทางสุขภาพอนามัยจึงปรากฏตัวชัดเจนขึ้น และด้วยเหตุนี้เอง เราจึงต้องให้ความสนใจต่อการวิเคราะห์ว่าททกรรมว่าด้วยสุขภาพของกลุ่มคนที่หลากหลายซึ่งไม่ใช่ “ผู้เชี่ยวชาญ” ที่วางฐานความคิดอยู่บนวิทยาศาสตร์และการแพทย์แบบตะวันตก

ยิ่งไปกว่านั้นกระแสของการพัฒนาในปัจจุบันไม่ว่าจะในเรื่องอะไร ต่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องให้โอกาส “ผู้ถูกพัฒนา” ซึ่งในกรณีเรื่องสุขภาพอนามัยต้องให้ “ผู้ที่ถูกดูแล” “ผู้ที่ถูกรักษา” หรือ “คนไข้” มีโอกาสพูดถึงประสบการณ์และความรู้สึกออกมาเพราะมันเป็นเรื่องของชีวิต จิตใจ และเนื้อตัวร่างกายของพวกเขาและเธอ ซึ่งตามระบบการเมืองแบบประชาธิปไตยที่มีปรัชญาเสรีนิยมอยู่เบื้องหลัง กำลังให้ความสำคัญต่อเรื่องสิทธิ เช่น สิทธิที่จะมีสุขภาพอนามัยดี สิทธิในเนื้อตัวร่างกายในฐานะเป็นสิทธิมนุษยชนมากขึ้นเป็นลำดับอีกด้วย

จากการศึกษาของ ปีแอร์เรต์ (Pierret) เธอพบว่าในการให้ความหมายต่อสิ่งที่เรียกว่าสุขภาพของคนธรรมดา ๆ อาจจัดว่ามีแกนหลัก ๆ (ที่เธอเรียกว่า registers) อยู่สี่แกนคือ

ก “สุขภาพ-โรคภัยไข้เจ็บ” (Health-illness) เมื่อถูกถามเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในวิถีทางที่ค่อนข้างเป็นส่วนตัว ผู้ที่ถูกถามจำนวนหนึ่ง มักจะเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับความเจ็บไข้ได้ป่วยและยา

ข. “สุขภาพ-เครื่องมือ” (Health-tool) ในวิถีทางที่ค่อนข้างเป็นนามธรรมและไม่ใช่ส่วนตัว ผู้ที่ตอบคำถาม คิดว่า สุขภาพมีคุณค่าในความหมายของค่านิยม และพร้อมกันนั้นก็ในรูปแบบหนึ่งของความมั่งคั่งร่ำรวยอีกด้วย

ค “สุขภาพ-ผลผลิต” (หรือผลที่ได้รับ) (Health-product) ในวิถีทางที่ไม่ใช่ส่วนตัวผู้ที่ตอบคำถามแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยสุขภาพ คนเหล่านี้ถือว่าสุขภาพเป็นเป้าหมายที่จะต้องไปให้ถึง แต่ในขณะเดียวกันก็เห็นว่าการบรรลุเป้าหมายเรื่องสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติ

ง “สถาบัน-สุขภาพ” (Health-institution) ในวิถีทางหรือความหมายที่ค่อนข้างไกลออกไปและไม่เป็นส่วนตัว คนเหล่านี้ระบุว่าสุขภาพเป็นเรื่องของนโยบายสาธารณะและสถาบันต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม เมื่อถูกถามด้วยคำถามอีกชุดหนึ่ง อันเป็นคำถามตามแนวเนื้อเรื่อง (themes) คำตอบว่าด้วยสุขภาพที่ออกมามีสาระสำคัญดังนี้คือ

1. สุขภาพต้องมีอะไรที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บไข้ได้ป่วยและการดูแลสุขภาพ
2. คนจำนวนไม่น้อยมักเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับการงานและอาชีพ
3. สุขภาพสัมพันธ์กับอาหาร การบริโภคและคุณภาพของอาหาร พร้อมกันนั้นก็เกี่ยวข้องกับชนิดของผลิตภัณฑ์และการจัดการอาหารมือต่าง ๆ

4. จำนวนครั้งหนึ่งของผู้ตอบคำถามพูดถึงสุขภาพในแนวการป้องกันไม่ให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ คนกลุ่มนี้พูดถึงกิจกรรมทางกายภาพต่าง ๆ พร้อม ๆ ไปด้วยพูดถึงการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
5. หนึ่งในสามของผู้ตอบคำถามเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับบ้านเรือนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมโดยตรง

อนึ่ง ปีเอรีเรต์ตั้งข้อสังเกตคล้าย ๆ กับการสรุปขอยอดว่า เมื่อขอให้ผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพก็มีความหมายเหมือนกับการขอให้คนเหล่านั้นได้พูดถึงกิจกรรมทั่วไปต่าง ๆ ของเขาและเธอนั่นเอง นอกจากนี้ ก็เหมือนกับขอให้พวกเขาและเธอพูดถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคมกับความสัมพันธ์ที่มีต่อคนเหล่านั้นอีกด้วย (Pierret, ใน Radley, ed., เพิ่งอ้าง, น.15) ดังนั้น สุขภาพในความหมายของคนธรรมดาสามัญทั่วไปจึงไม่ได้มีความหมายแคบ ๆ ที่วนเวียนอยู่กับสุขภาพอนามัยในความหมายของการแพทย์สมัยใหม่ หรือแพทย์แผนปัจจุบัน แต่สุขภาพมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือไม่อาจแยกออกจากกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้คน ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหลายที่พวกเขาและเธอมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ด้วยนั่นเอง

แกนหลักสี่ประการตลอดจนแนวเรื่องที่สัมพันธ์กับสุขภาพสี่หัวข้อ ที่กล่าวถึงข้างบนในทัศนะของปีเอรีเรต์เป็นเครื่องมือที่เธอคิดว่าเธอสามารถนำไปใช้ในการสร้างวาทกรรมสุขภาพที่มีเนื้อเดียวกัน ภายใน “ฉากทางสังคม” (social setting) ของวาทกรรมสุขภาพนั้น พร้อมทั้งช่วยให้วาทกรรมนั้นเข้าสู่ความหมายทางสังคมของมันได้อีกด้วย พูดอีกอย่างหนึ่งคือ การจัดระบบการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพและนำไปสู่วาทกรรมชุดต่าง ๆ ที่มีข้อความเกี่ยวเนื่องสอดคล้องกันดีนี้ ทำให้เกิดรหัสชุดหนึ่งที่ปัจเจกชนหรือบุคคล หรือสมาชิกของสังคม หรือผู้คนกลุ่มเดียวกันสามารถใช้รหัสเดียวกันนั้น ในการสื่อสารซึ่งกันและกันได้เหมือนกับทิมอสโควิช (Moscovici 1973) เฮิร์ซลิค (Herzlich 1984 b) และโจเดเลต์ (Jodelet, 1989) ได้ชี้ให้เห็นว่ามันเป็น “ภาพตัวแทนทางสังคม” (social representation) นั่นเอง ดังนั้น วาทกรรมที่ถูกสร้างขึ้นใหม่เหล่านี้ จึงทำให้เรามองเห็นระบบต่าง ๆ ที่ผู้คนในสังคมนั้น ๆ มีความสัมพันธ์ของพวกเขามีกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทที่ล้อมอยู่โดยรอบอีกด้วย มันจึงไม่ใช่ “วาทกรรมสุขภาพ” อย่างตรงไปตรงมาเท่านั้น

อนึ่ง ในการถอดรหัสเพื่อหาความหมายทางสังคมต่าง ๆ นั้น นักวิชาการบางคนเสนอว่ามีสิ่งที่เรียกว่า “จักรวาลทางจริยธรรม” (moral universe) หรือระบบคิดที่สามารถนำไปใช้ในการสร้างวาทกรรม ซึ่งบางคนกล่าวว่าเป็นจักรวาลเชิงศีลธรรม จริยธรรมของวาทกรรม (universe of moral discourse) ของสังคมหรือของกลุ่มนั้น ๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคมนั้น และจักรวาลทางศีลธรรมจริยธรรมที่ว่านี้ มีองค์ประกอบ (elements) ต่าง ๆ ที่วิ่งไปมาอยู่ระหว่างแนวเรื่อง (themes) ต่าง ๆ โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้ผู้ศึกษาที่ต้องการทำความเข้าใจจะต้องระบุออกมาโดยให้ความสำคัญร่วมกับประสบการณ์ส่วนตัว ผัสสะ (sense) หรือการรับรู้ในเรื่องเวลาของปัจเจกหรือของบุคคล ความรู้สึก หรือความรับผิดชอบต่อ

สุขภาพของปัจเจกชน หรือบุคคลคนนั้น ตลอดจนความเกี่ยวข้องของเขา หรือเธอกับลักษณะทวิลักษณ์ (ทางเศรษฐกิจอันได้แก่ การผลิตและการบริโภค องค์ประกอบหรือแกนหลักเหล่านี้ (เช่น สุขภาพ-โรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพ -เครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย สุขภาพ-ผลต่าง ๆ ที่ตามมา และสุขภาพ-สถาบัน) ซึ่งทั้งหมดนี้มีความตึงเครียดหรือขัดแย้งกันอยู่ จะต้องถูกนำมาจัดระบบในการพูดจาจนกลายเป็นวาทกรรม ซึ่งวาทกรรมนั้นก็จะเป็นคนเข้าสู่ความหมายของรหัสต่าง ๆ ในสังคมนั้น ๆ อีกทีหนึ่ง ฉะนั้น จึงกล่าวได้ว่า “จักรวาล” แห่งความคิดหรือระบบศีลธรรม จริยธรรมนี้เอง ทำให้ปัจเจกชนหรือบุคคลสามารถแปลความหมาย หรือตีความความสัมพันธ์ของเขาหรือเธอที่มีกับระบบสังคมนั้นได้ ด้วยเหตุนี้ หลังจากที่เราสามารถระบุออกมาให้เห็นซึ่งความขัดแย้ง หรือข้อขัดแย้งต่าง ๆ ในวาทกรรมคนธรรมดาแล้ว วิลเลียมส์เสนอให้ทำการวิเคราะห์ว่าความขัดแย้งต่าง ๆ เหล่านั้นถูกแก้ไขหรือถูกจัดการอย่างไรในทางปฏิบัติ และที่สำคัญไม่น้อยไปกว่านั้น คือ ต้องให้ความสนใจกับหนทางที่วาทกรรมเหล่านั้นถูกสร้างหรือถูกปั้นแต่งขึ้นมา ตั้งแต่ในเบื้องต้นอีกด้วย โดยจะต้องพิจารณาเงื่อนไขด้านสมมุติฐานต่าง ๆ (assumptions) ตลอดจนลัทธิ (doctrines) หรือความเชื่อและบรรดาวาทกรรมทั้งหลายที่ว่าด้วยเศรษฐกิจ สังคมและศาสนา รวมไปถึง (Williams 1990,o.12, อ้างใน Radley, (ed.), เพิ่งอ้าง, น.16) ทั้งนี้ เพราะวาทกรรมเหล่านี้มีผลต่อการสร้างวาทกรรมสุขภาพชุดต่าง ๆ ออกมาด้วยนั่นเอง

อนึ่ง แกนหลักหรือองค์ประกอบสี่ประการที่กล่าวถึงและจะกล่าวถึงต่อไปในรายละเอียดต่อไปนั้น ไม่ได้ ใช้เพื่อการวิเคราะห์ข้อสังเกตหรือนิยามต่าง ๆ ของสุขภาพของคนธรรมดา เพียงแต่ทำการวิจัยเรื่องนี้ที่ทำในหลาย ๆ ประเทศแสดงให้เห็นถึงแกนเหล่านี้ว่าจากเนื้อหาของการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้คนธรรมดาทั้งหลายมีสิ่งเหล่านี้ปรากฏอยู่อย่างค่อนข้างสม่ำเสมอ แต่ทว่ามีความขัดแย้งดำรงอยู่ด้วย (relatively stable but contradictory) ปีเออร์เรต์ตั้งใจที่จะดูว่าความตึงเครียด หรือ ลักษณะตรงกันข้ามต่าง ๆ ที่สังเกตเห็นได้หรือที่ถูกใช้อยู่ในวาทกรรมว่าด้วยสุขภาพชุดต่าง ๆ ถูกสลาย หรือถูกแก้ไขไปได้อย่างไร (Radley, (ed.), เพิ่งอ้าง, น.16) องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น แกนทั้งสี่ (registers) แนวเรื่อง (Themes) ต่าง ๆ ห้าประการ (ซึ่งอาจมีมากกว่านี้ได้) ประกอบกับการให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ส่วนตัว การรับรู้เรื่องเวลา และความรู้สึกรับผิดชอบของแต่ละคนในเรื่องสุขภาพ และความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการผลิตหรือการทำงานและการบริโภค ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยในการจัดระบบการพูดคุยนี้อีกกลายเป็นวาทกรรม ทั้งนี้ โดยเชื่อมโยงเข้ากับจักรวาลทางศีลธรรมจริยธรรม (หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นจักรวาลของวาทกรรมเชิงศีลธรรมจริยธรรม) และตรงนี้เอง ที่สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวรับเอาความหมายเข้ามาและเปิดหนทางให้เราเข้าใจวาทกรรมสุขภาพเหล่านั้นได้ภายในบริบทของโครงสร้างทางสังคม กล่าวคือไม่ใช่ระบุเพียงว่ามีวาทกรรมเกิดขึ้น หรือเห็นว่าวาทกรรมนั้น เกิดขึ้นลอย ๆ ไม่เกี่ยวข้องอะไรกับเงื่อนไขแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และสภาพแวดล้อม

แกนหลัก ๆ หรือ registers สี่ประการมีรายละเอียดสั้น ๆ ดังนี้

หนึ่ง สุขภาพ-ความป่วยไข้ : สุขภาพหมายถึงไม่เจ็บป่วย

แกนหรือ register นี้ให้ความรู้สึกของคนธรรมดาผู้ที่ถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนตัวในเรื่องความป่วยไข้ การพูดคุยในลักษณะนี้ถูกจัดระบบอยู่รอบ ๆ ความตึงเครียด (tension) ระหว่าง “ไม่ป่วยไม่ไข้” กับ “สบายดี” (being well) ลักษณะนี้ตรงกับที่เฮิร์ซลิค (Herzlich, 1973:56 and 60) เคยเรียกว่า “สุขภาพในสภาวะปกติ” ซึ่งมีความหมายง่าย ๆ ว่า “ไม่ป่วยไม่ไข้” นั่นเอง ส่วนสุขในความหมาย “สบายดี” นั้นคือ ดุลยภาพที่มีนัยหมายถึง “สบายดีด้านกายภาพและจิตภาพ” (physical and psychological well-being) ทั้งนี้ ในความหมายกว้าง ๆ กล่าวได้ว่าความตึงเครียดเกิดจากการนำเอา “ความจริงที่ไม่ใช่ส่วนตัว” (impersonal fact) คือสภาวะไม่ป่วยไม่ไข้มาขัดแย้งหรือจับคู่กับ “ความสมดุลส่วนตัว” (personal equilibrium) ที่คน ๆ หนึ่ง พยายามก้าวไปให้ถึง (Herzlich 1973:63, อ้างใน, Radley, เฟิงอ้าง, น.16) นั่นเอง

สิ่งที่น่าสังเกตอันเกิดจากการสัมภาษณ์พูดคุยในแกนนี้คือ ข้อโต้แย้งต่าง ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่ว่าจะพูดคุยหรือสัมภาษณ์เรื่องอะไร และข้อโต้แย้งเหล่านี้ มักจะมีลักษณะเป็นทวิลักษณ์ (binary) หรือการจับคู่ เช่น ในเรื่องสุขภาพมักมีการพูดถึงในเชิง “ถ้าได้ก็ได้อะไร ถ้าไม่ได้ก็ไม่ได้หมด” (all or nothing) นอกจากนี้ ก็ยังครอบคลุมไปถึงด้านตรงข้าม (oppositions) ต่าง ๆ ด้วย เช่น สุขภาพดี/สุขภาพไม่ดี (healthy/unhealthy) ปกติ/ป่วยไข้ (normal/pathological) กับ “จั้น ๆ กับเจ็บป่วยเกินไป” (moderate/excessive) ในทัศนะของผู้ถูกสัมภาษณ์เหล่านี้ ความป่วยไข้มักเป็นสภาวะของการเจ็บป่วยจนเกินปกติธรรมดาไป มันท้าเตือนให้ผู้คนที่คิดว่าตัวเองเจ็บป่วยและกำลังพยายามดำเนินการหรือผ่านประสบการณ์เพื่อเอาสุขภาพดีคืนมานั้น ได้ตระหนักว่าสภาวะปกติคืออะไร และการฟื้นฟูหรือปฏิสังขรณ์ร่างกายนี้เอง จำเป็นต้องเรียกหาความช่วยเหลือและความรู้ของมืออาชีพด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าความป่วยไข้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เป็นเหตุการณ์ที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ จึงทำให้คนเรากลายเป็นคนที่พึ่งตัวเองไม่ได้ไปเลย (Pierret, ใน Radley, เฟิงอ้าง, น.เดียวกัน-เน้นโดยผู้เขียน)

กล่าวโดยสรุป การประกอบสร้างสิ่งที่เรียกว่าสุขภาพ (ดี) นั้น เกิดขึ้นรอบ ๆ ความตึงเครียดหรือความขัดแย้งระหว่างการไม่ปรากฏตัวของความป่วยไข้ (the absent of illness) กับสภาวะสบายดีทั้งทางด้านกายและจิต (state of physical and mental well-being) และภายในจักรวาลทางศีลธรรม-จริยธรรมที่ความตึงเครียดนี้ได้รับการแก้ไขแล้ว “กฎเกณฑ์ของสิ่งต่าง ๆ ” (the order of things) กับ “เครื่องมือที่ดี” (the golden mean) หรือถ้าจะใช้ภาษาของพุทธศาสนาคือ “อโรคยาปรมาลาภา” ซึ่งแปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” ก็คงได้ (ผู้เขียน) จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสูงสุด ระบบนี้จะสอดคล้องกับสิ่งที่เรียกว่า “ชีวิตปกติ” ความเจ็บป่วยจึงเป็นช่วงเวลาที่ไม่จำเป็นว่าจะต้องมีนัยว่าหมายถึงหายนะ หรือความตาย (fatality) เสมอไปพร้อมกันนั้นก็ไม่มีนัยเป็นนิยัตินิยม (determinism) กล่าวคือความเจ็บป่วยไม่ใช่กฎของจักรวาลที่ตายตัว จนกระทั่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จักรวาลแห่งศีลธรรมจริยธรรม (อันเป็นความคิด/นามธรรม) ที่เฉพาะเจาะจงนี้เองเป็นพื้นที่ซึ่งการตีความหรือการแปลความหมาย

ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของปัจเจกชนกับคนอื่น ๆ และกับสังคมสามารถทำได้หรืออ้างถึงได้ (Pierret, ใน Radley, เฟิงอ้างม น.17)

สอง สุขภาพ-เครื่องมือ : เมื่อท่านมีสุขภาพดีเท่ากับท่านมีทุกสิ่งทุกอย่าง (Health-tool: When you got health you got everything)

แกนหลักหรือ registers ข้อนี้ได้มาจากการสัมภาษณ์คนธรรมดาสามัญทั้งหลาย ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อคนเหล่านั้นตอบคำถามในลักษณะที่ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว แต่มองสุขภาพในความหมายกว้าง ๆ ทั่ว ๆ ไป พวกเขาและเธอให้ความเห็นว่า “สุขภาพคือสิ่งที่สำคัญที่สุด” ทักษะหรือความเห็นแนวนี้อธิบายว่าสุขภาพเป็นทรัพย์สินหรือเป็นลาภอันประเสริฐที่สุด เมื่อมีสุขภาพดีแล้วทุกสิ่งทุกอย่างทุกเรื่องทุกราว ก็เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องงาน การสร้างวาทกรรมแบบนี้ถูกกำหนดรูปร่างโดยความตึงเครียด หรือการจับคู่ระหว่าง การมีทรัพย์สินหรือลาภในรูปแบบนี้ (กล่าวคือ มีสุขภาพดี – avoir la sante’ หรือ having health) กับใช้สุขภาพในฐานะเครื่องมือ (เพื่อที่จะสามารถทำงานได้) นั่นเอง

ในทัศนะของคนธรรมดาสามัญภายใต้แกนนี้ สุขภาพเป็นเหมือนกับต้นทุนที่ทุก ๆ คนมีอยู่ ปีเออร์เรต์ เสนอว่าถ้ามองจากลักษณะต่าง ๆ ทางชีววิทยาของปัจเจกชนแล้ว ดูเหมือนมันจะสอดคล้องกันกับสิ่งที่เฮิร์ซลิค (Herzlich, 1973:58) เรียกว่าทุนสำรองแห่งสุขภาพ (reserve of health) ซึ่งเชื่อมโยงกับ “พื้นฐานตามธรรมชาติ” (constitution) และ “แรงต้านทาน” (resistance) ของบุคคลนั้น ๆ สุขภาพเป็นสิ่งที่มีความค่า มันเป็นเสมือนเสาหลักของความคล่องตัวของชีวิตกับงาน สุขภาพแบบนี้ถูกมองว่าได้รับเป็นมรดกมาตั้งแต่เกิด และ “ของขวัญจากธรรมชาติ” นี้จะต้องได้รับการดูแลรักษา ด้วยเหตุว่ามันสามารถเสื่อมเสียไปได้ตามกาลเวลา ดังนั้น ปัจเจกชนทั้งหลายจะต้องพยายามที่จะดูแลมันไว้ไม่ให้เสื่อมโทรม หรืออย่างน้อยที่สุดก็ต้องพยายามชะลอการสึกหรอที่หนีไม่พ้นนี้ อย่าให้มันถึงวาระสุดท้ายเร็วเกินไปนัก โดยหนทางนี้เท่านั้น คนเราก็จะยังคงสามารถรับมือกับชีวิตประจำวันและยืนหยัดอยู่ต่อไปได้ ภายใต้อุปสรรคขวากหนามต่าง ๆ อันเป็นภาระที่หนักหน่วงของงาน แต่ในท้ายที่สุดแล้ว ยังไง ๆ ปัจเจกชนแต่ละคนก็ต้องตกอยู่ในภาวะที่ช่วยไม่ได้ เมื่อต้องเผชิญกับเวลาที่ไม่เคยหยุดนิ่ง (Pierret, ใน Radey, บก., เฟิงอ้าง, น.17) น่าสังเกตว่าการมองสุขภาพในลักษณะนี้ เริ่มมีวิวัฒนาการของการป้องกัน (prevention) ปรากฏอยู่ด้วยแล้ว

อนึ่ง เนื่องจากความเจ็บไข้ได้ป่วยในทัศนะนี้ ถือว่าเป็นสิ่งผิดปกติ แต่คนก็มักไม่ไปหาหมอจนกว่าจะรู้สึกว่าจะคืนสู่สภาวะปกติไม่ได้ถ้าหมอไม่ช่วย ความรู้สึกนี้มีลักษณะเชิงศีลธรรม หรือจริยธรรม (moralistic) ระหว่างความป่วยไข้กับงาน ซึ่งมีผู้ขยายความว่ามีเหตุผลที่เห็นได้ค่อนข้างชัดว่า ทำไมคนเราจึงคิดเอาเรื่องสุขภาพมาเชื่อมโยงกับงานก็เพราะถ้าสุขภาพไม่ดีมันทำให้คนเราไร้ความสามารถและกีดกันเราไม่ให้ทำงาน เมื่อเป็นเช่นนั้นมันจึงไม่เพียงแต่คุกคามพื้นฐานต่าง ๆ ในชีวิตของเราเท่านั้น แต่มันคุกคามชื่อเสียงทางจริยธรรม (moral reputation) ของเราอีกด้วย ในความหมายว่าจะเกิดการรับรู้กันในกลุ่มผู้คนที่ว่าคน ๆ

นั่นเป็นคนป่วยไม่อาจทำงานหรือช่วยเหลือคนอื่นหรือแม้กระทั่งตัวเองได้ จริงอยู่ข้อโต้แย้งทางจริยธรรมที่ผูกโยงทั้งสองสิ่งนี้เข้าด้วยกันอาจไม่ค่อยชัดเจน แต่อย่างน้อยที่สุดมันมักปรากฏขึ้นมาเสมอ เมื่อผู้คนพูดถึงสุขภาพและความป่วยไข้ในลักษณะที่ว่า “สุขภาพที่ดี” เป็นสภาวะที่มีค่าในทางจิตใจ ส่วนสภาวะป่วยไข้ นั้นไม่ใช่สิ่งที่พึงปรารถนาในทางความคิด (Cornwell, 1984:127, อ้างโดย Pierret, ใน Radley, บก., เฟิงอ้าง น.เดียวกัน) ประเด็นตรงนี้เป็น ส่วนหนึ่งของจักรวาลทางจริยธรรมที่กล่าวถึงในตอนต้นนั่นเอง

จากอีกมุมมอง ซึ่งมีที่มาต่างออกไป แต่มีสาระคล้าย ๆ กัน ในที่สุดในเรื่องของพื้นฐานทางจักรวาลจริยธรรมของการสร้างวาทกรรมว่าด้วยสุขภาพของคนธรรมดาที่จับคู่ระหว่างสุขภาพกับงาน คือ **ทัศนะจากทฤษฎีทรัพยากรมนุษย์** (theory of human capital) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยนักเศรษฐศาสตร์ เช่น กรอสแมน (Grossman, 1972) จากทัศนะดังกล่าวนี้ สุขภาพเปรียบเสมือน “สภาวะประโยชน์ที่ยั่งยืน” (durable good) ที่ทุกคนได้รับมาเมื่อแรกเกิด จริงอยู่แม้ว่ามันจะเสื่อมสภาพไปตามเวลา แต่มันก็สามารถทำให้กลับคืนมาใหม่ ด้วยการ “ลงทุน” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องผสมผสาน “ตัวประกอบทั้งหลายของการผลิต” เช่น การเฝ้าระวังรักษาทางการแพทย์ หรือต้องมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้ความป่วยไข้เข้ามาเยือน ทัศนะการมองสุขภาพแบบกรอสแมนนี้ คล้ายกับทัศนะของดอร์ดิเยอร์ (Dordier, 1984) ซึ่งเขาได้แสดงให้เห็นว่าจักรวาลทางจริยธรรมในเรื่องสุขภาพถูกสร้างขึ้นมาด้วยการที่คนเรานำเอาสุขภาพกับเงื่อนไขด้านการทำงานหรือ การทำมาหากินมาเชื่อมโยงกันได้อย่างไร (Pierret, ใน Radley, บก., เฟิงอ้าง, น.17-18)

กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ แกนหนึ่งของการสร้างวาทกรรมเรื่องสุขภาพมองว่า สุขภาพคือเครื่องมือที่จะใช้ในการทำงาน ในวาทกรรมแนวนี้ งานดูเหมือนจะเป็นแหล่งอ้างอิงสำคัญของผู้คนในสังคมสมัยใหม่กว่าได้ในการจัดระบบชีวิต ความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพในฐานะเป็นเครื่องมือเพื่อสามารถให้ทำงานได้นั้น ในทัศนะแบบ “หน้าที่นิยม” (functionalism) ถ้าสนใจที่มาของทัศนะนี้ โปรดดูสำนักคิดแบบเดอร์คไฮม์ (Durkheim, Emille ซึ่งกล่าวกันว่ามีกรอบคิดแบบองค์รวม/Holism และ Structural-Functionalism) เห็นว่าเป็นความเชื่อมโยงที่มีลักษณะเกือบจะเป็นแบบ “มีชีวิต” (organic) ซึ่งมองสุขภาพในฐานะที่เป็น “ความสามารถในการทำ” สิ่งต่าง ๆ ได้ เช่นเดียวกันกับเป็น “สิ่งที่จำเป็นต้องมีเพื่อที่จะทำ” อะไรต่าง ๆ ได้ การศึกษาวิจัยของนักวิชาการอังกฤษในหมู่ผู้หญิงชนชั้นผู้ใช้แรงงาน (working-class women) และในหมู่ผู้สูงอายุ ปรากฏแง่มุมสองด้านดังกล่าวอย่างชัดเจน กล่าวคือสุขภาพ หมายถึงความแข็งแรง หรือพลังกำลังที่จะต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บ และในขณะเดียวกันก็หมายถึง ความสามารถที่จะรับมือกับความจำเป็นต่าง ๆ ที่ชีวิตประจำวันเรียกร้อง (ตัวอย่างเช่น งานของ Blaxter and Peterson 1982; Pill and Stott 1982; Cornwell 1984; Calnan 1987; และ Williams 1983, อ้างใน Pierret, ใน Radley, บก., เฟิงอ้าง, น.18) อย่างไรก็ตามในงานชิ้นหลัง ๆ ของวิลเลียมส์ (Williams, 1990:50-1) “ความแข็งแรงที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่คนเรามีมาตามธรรมชาติของแต่ละคน” (constitutional strength) นี้เขาถือว่าเป็น “เรื่องทางจริยธรรม” (moral matter) มันคือ

“บางสิ่งบางอย่างที่อย่างน้อยที่สุดทุกคนจะต้องมีส่วนรับผิดชอบไม่มากก็น้อย” ในขณะที่ “ความสามารถทำงาน” เป็น “เรื่องกลไก” (mechanical matter) ที่คนเราอาจได้รับ “การยกเว้นไม่ต้องรับผิดชอบ หรือไม่ต้องถูกประนาม” อย่างไรก็ดี ในท้ายที่สุดแล้ว แง่มุมทั้งสองในการสร้างวาทกรรมสุขภาพนี้ ก็เข้ากันได้กับแนวทางการทำความเข้าใจเรื่องนี้ได้ว่าเป็นมุมมองที่เกื้อหนุนกัน แต่ในขณะเดียวกันก็ขัดแย้งกันด้วย (complementary but opposed) (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน)

ประเด็นปัญหาสำคัญต่อไปในการสร้างวาทกรรมคือ ทำอย่างไรจึงจะจัดการแก้ไข (resolve) ความขัดแย้งหรือความตึงเครียดระหว่างสองสิ่ง ซึ่งในกรณีนี้คือระหว่างความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ว่าด้วยสุขภาพในฐานะที่เป็นเครื่องมือซึ่งขาดไม่ได้สำหรับการทำงาน กับสุขภาพในฐานะที่เป็นต้นทุน (capital) ซึ่งคนเราแต่ละคนได้รับมา หรือมีมาแต่กำเนิด ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่นอกเหนือเจตนารมณ์ของเราหรือพูดอีกอย่างคือ เราไม่สามารถคุมได้ หรืออยากให้เป็นอย่างนั้นอย่างนี้ได้ตามใจปรารถนา แต่ทว่าสุขภาพความแข็งแรงที่ว่ามันถดถอยลงไปได้ตามกาลเวลา กระนั้นก็ตามความตึงเครียดนี้ถูกแก้ไขปิดเป่าไปได้ด้วยการนำเอา จริยธรรมของหน้าที่ (ethic of duty) และความอดทนเพื่อที่จะรับมือกับชะตากรรมต่างๆ นานา ที่แต่ละคนจะต้องเผชิญหน้ากับมันเข้ามาใกล้เคียง ในการวิจัยของวิลเลียมส์ในหมู่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองอะเบอร์ดีน (Aberdeen) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสกอตแลนด์ เขาสังเกตว่าจริยธรรมในการทำงานที่ว่านี้มีรากเหง้ามาในประวัติศาสตร์ เศรษฐกิจ และผูกติดกับประเพณีหรือแนวทางของคริสตศาสนานิกายโปรเตสแตนต์ (Protestant Tradition) (ผู้สนใจที่มาของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจริยธรรมของการทำงานกับสังคม โปรดดู Weber, Max, The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism, 1904/5, revised 1920) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมีนักวิชาการคนอื่น ๆ พบว่าจริยธรรมการทำงานแบบนี้พบได้ในที่อื่นๆ เช่นในหมู่ชาวฝรั่งเศสผู้นับถือ คริสตศาสนานิกายคาทอลิก ทำให้เกิดข้อสงสัยไม่ได้ว่า **จริยธรรมการทำงานแบบนี้จะมีอะไรสัมพันธ์กับกระบวนการเป็นอุตสาหกรรมและทุนนิยม ที่เกิดขึ้นเมื่อทศวรรษที่สิบเก้ามากกว่าที่จะมาจากลัทธิโปรเตสแตนต์ตามแนวคิดของเวเบอร์** คำถามที่สำคัญที่ตามมาประการหนึ่งคือ จริยธรรมนี้จะดำรงอยู่ได้หรือไม่เมื่อต้องเผชิญกับอัตราการว่างงานเชิงโครงสร้างที่ถาวรของสังคมอุตสาหกรรมทุนนิยมในทุกวันนี้ (Pierret, ใน Radley บก. อ้างแล้ว, น.เดียวกัน)

ประเด็นนี้ทำให้เกิดคำถามต่อไปอีกว่าในการค้นหาการสร้างวาทกรรมว่าด้วยสุขภาพในหมู่คนธรรมดาๆ ในสังคมไทยนั้นแกนในเรื่องสุขภาพกับการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานในมิติทางด้านจริยธรรมมีหรือไม่ สำคัญมากน้อยเพียงไร ถ้ามี มีมาก่อนที่สังคมไทยจะปรับเปลี่ยนสู่ความเป็นสมัยใหม่ หรือไม่อย่างไร และในปัจจุบันจริยธรรมว่าด้วยงานกับสุขภาพในสังคมไทย มีปรากฏอยู่ในวาทกรรมว่าด้วยสุขภาพในลักษณะอย่างไร ทั้งนี้ ต้องพิจารณาในบริบทที่สังคมไทยมีความแตกต่างหลากหลายและไม่หยุดนิ่ง หรืออย่างน้อยที่สุดก็ต้องเห็นว่าสังคมไทยมีลักษณะพหุนิยมด้านสุขภาพ อันเป็นมิติหนึ่งของสิ่งที่เรียกรวม ๆ ว่าพหุนิยมในความหมายว่าสังคมไทยมีคนหลากหลายทางชนชั้น หลากหลายภูมิหลังทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์

ศาสนา ความเชื่อ หลากหลายด้านอายุ ด้านเพศ/เพศสภาพจะ เป็นต้น ดังนั้น การสร้างวาทกรรมสุขภาพที่นำเอาสุขภาพมาพิจารณาในฐานะเครื่องมือของการเข้าสู่ความสามารถในการทำงานนั้น ย่อมไม่เหมือนกันในหมู่ผู้คนที่หลากหลาย และกำลังเปลี่ยนแปลงความคิดหรือจักรวาลทางศีลธรรมหรือระบบคิดอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอีกด้วย ตัวอย่างเช่น สุขภาพอนามัยในฐานะเครื่องมือเพื่อที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจมีอยู่ในระบบคิดของคนจน ผู้ใช้แรงงานในภาวะปัจจุบันมากกว่าในอดีต เพราะถ้าไม่มีงานหมายถึงการหมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่าง กลุ่มข้าราชการ อาจไม่ค่อยกังวลกับสุขภาพโดยจับคู่กับงาน เพราะสามารถลาป่วยได้นานกว่าลูกจ้างเอกชน แถมยังมีผลประโยชน์ทางบริการสังคมจากรัฐบางส่วนจึงไม่รู้สึกเดือดร้อนนักก็ได้ ดังนั้นความสนใจของข้าราชการในเรื่องสุขภาพอาจจับคู่กับสถาบัน-นโยบายของรัฐว่าด้วยสุขภาพมากกว่างานโดยตรงก็ได้ หรือในกรณีเด็ก และเยาวชนสุขภาพกับการทำงานไม่น่าจะถูกจับคู่กัน เพราะคนในวัยนี้ยังไม่ถึงวัยต้องทำงานแต่สุขภาพอาจถูกนำไปจับคู่กับความ “เท่” ความหล่อ ความสวยความงาม เป็นต้น

ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมาตลอดจนคำถามอีกมากมายที่ยังไม่ได้ตั้ง ในการศึกษาเรื่องวาทกรรมสุขภาพของกลุ่มคนที่แตกต่างหลากหลายในสังคมไทย จึงยังไม่มีคำตอบในงานชิ้นนี้ เพียงแต่ต้องการชี้ประเด็นว่า การศึกษาวิจัยเรื่องสุขภาพในสังคมไทยยังมีโจทย์ที่จะต้องตั้งและคำตอบที่จะต้องค้นหาอีกมากมาย

อนึ่ง หากมีผู้สนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่องสุขภาพในฐานะเครื่องมือที่จะนำไปสู่ความสามารถหรือความสำเร็จในการทำงานผู้เขียนอยากเสนอแนะว่าน่าจะศึกษาในแนวการสร้างวาทกรรม ทั้งจากคนธรรมดาและจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น พวกนักวิชาการ ข้าราชการและรัฐรวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO เป็นต้น ในกรณีวาทกรรมคนธรรมดาอาจต้องเริ่มศึกษากันใหม่เพราะโดยทั่วไปแล้วคนธรรมดา มักไม่สร้างวาทกรรมหรือถ้าสร้างก็ไม่มีความหมายเท่าไร ทั้งนี้เพราะการสร้างวาทกรรมที่ดี การสร้างความรู้ที่ดีต้องมีเรื่องของอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนวาทกรรมของผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายนั้นชัดเจนอยู่แล้วว่ามีอำนาจอยู่เบื้องหลังมากบ้างน้อยบ้าง กระนั้นก็ตาม ก็ไม่น่าจะเป็นเรื่องสุขภาพใดๆ โดยตัวของมันเอง แต่จะต้องเป็นสุขภาพในกรอบของความเจริญ ความศิวิไลซ์ ความก้าวหน้า ความทันสมัย หรือการพัฒนาที่มีจุดยืนว่ามนุษย์หรือคนเป็นต้นทุนทางสังคมที่จะต้องนำมาใช้ในกระบวนการผลิต ถ้าความป่วยไข้ทำให้คนทำงานไม่ได้หรือทำได้ไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการผลิต/การพัฒนา ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีการ “ลงทุน” ทางด้านสุขภาพเพื่อคนจะได้เป็นแรงงานเป็นทรัพยากรที่คุ้มค่าเพราะสามารถทำงานได้ เป็นต้น

ความจริงแล้วการมองในแนวนี้น่าจะไม่ใช่อะไรใหม่ นักเศรษฐศาสตร์กระแสหลักทั่วไปก็มองอย่างนั้น (รวมทั้ง Grossman ที่อ้างอิงไปบ้างแล้ว) มาร์กซิสต์ใหม่ (Neo Marxists) ทั้งหลายและโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสายนักสตรีนิยมก็คิดทำนองนี้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามในสายสตรีนิยมเสรีนิยมซึ่งดูเหมือนจะเป็นกระแส

ใหญ่ในหมู่สตรีนิยมด้วยกันเอง ก็มองว่า “ ผู้หญิงเป็นเสาหลักของครอบครัวที่เกี่ยวกับสภาพชีวิตที่เป็นสุข.....” “ผู้หญิงในสังคมยุคโลกาภิวัตน์มีหน้าที่หารายได้จุนเจือครอบครัวเช่นเดียวกับผู้ชาย ทั้งในบทบาทของการทำงานนอกบ้านหรือในบ้าน ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยซึ่งผู้หญิงเป็นผู้มีส่วนร่วมในฐานะผู้ทำงาน ก่อให้เกิดผลผลิตภาคเศรษฐกิจของประเทศมากที่สุด ซึ่งมากกว่าบรรดาผู้หญิงในทวีปเอเชีย...เมื่อผู้หญิงซึ่งมีจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรของชาติ และมีส่วนสำคัญในการทำงานก่อประโยชน์ต่อสังคมเช่นนี้ หากผู้หญิงมีสุขภาพไม่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชาติด้วย ดังนั้นการลงทุนของประชาชาติในโครงการใด ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้หญิง ย่อมได้ผลคุ้มค่าในทางการพัฒนาประชาชาติโดยรวมด้วยเช่นกัน” (จินตนา ยูนิพันธุ์ “ผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ” ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, และคณะ **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**, 2542, น.15,16 - เน้นโดยผู้เขียน) อนึ่ง การมองสุขภาพของผู้หญิงกับการทำงานในแนวนี้อาจถูกวิพากษ์วิจารณ์ได้ว่า เห็นผู้หญิงเป็นเพียงผู้ผลิตในระบบทุนนิยม การเรียกร้องให้สนใจสุขภาพผู้หญิง จึงเท่ากับเป็นการสนับสนุนและทำให้ทุนนิยมหรือสังคมสมัยใหม่แข็งแกร่ง แต่ไม่ตั้งคำถามกับระบบที่ขูดรีดและเอารัดเอาเปรียบผู้หญิงโดยตรง ดังนั้น การสร้างวาทกรรม การต่อสู้เรียกร้องในแนวนี้นี้จึงเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุและไม่ใช้การเปลี่ยนแปลงระบบทุนนิยมสุขภาพ อนึ่ง ควรตั้งเป็นข้อสังเกตว่า การวิพากษ์วาทกรรมแบบนี้ในทัศนะของผู้เขียนมิได้ทำให้วาทกรรมที่ถูกวิพากษ์ลดคุณค่าความน่าสนใจ เช่นเดียวกันกับที่ไม่ได้ทำให้ผู้วิพากษ์หรือ “รื้อ” วาทกรรมนั้น มีคุณค่ามากขึ้นหรือลดลง วาทกรรมแต่ละชุดต่างมีผู้สร้างและผู้ฟังคนละชุดที่ไม่เหมือนกัน วาทกรรมผู้หญิงสุขภาพกับการทำงานในแนวเสรีนิยมก็ยังคงถูกนำไปสู่ปฏิบัติการต่อไปแม้จะถูกรื้อถอนหรือถูกพยายามรื้อถอนก็ตาม

สาม สุขภาพ-เป็นผลผลิตของ : มันขึ้นอยู่กับ

แกนหนึ่งของการนิยามสุขภาพของคนธรรมดาสามัญที่ปีเออร์เวิร์ตเซนอธิบายในงานของเธอเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพในฐานะที่เป็นผลรับขององค์ประกอบหรือ ปัจจัยชุดหนึ่ง ซึ่งปัจเจกชนแต่ละคนมีโอกาสที่จะควบคุมได้มากพอควร สำหรับผู้ที่ตอบคำถามเมื่อถูกสัมภาษณ์มักตอบว่า สุขภาพเป็นเรื่องคุณค่าหรือ**ค่านิยมส่วนตัว** (personal value) เป็นเสมือนจุดอ้างอิงหรือจุดมุ่งหมายสูงสุดที่จะต้องก้าวให้ถึง ชีวิตทั้งชีวิตของคนเหล่านี้จะถูกจัดการเพื่อสุขภาพเป็นหลัก

การสร้างความคิดหรือวาทกรรมแบบนี้ ถ้าเราจะวิเคราะห์ก็จะเห็นได้ว่าตั้งอยู่บนความตึงเครียดระหว่างปัจจัย หรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ควบคุมได้กับที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ปริณทลหรือพื้นที่ส่วนตัวกับปริณทลสาธารณะ (Private and public spheres) เงื่อนไขแวดล้อมต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมแบบ “ฉัน-เป็นที่ตั้ง” หรือ “ลัทธิฉัน” (me-cult) กับการจัดการกับชีวิตอย่างค่อนข้าง “มีเหตุมีผล” (a relatively “sensible” management of one’s life) การบริโภคนิยมกับความเรียกร้องต้องการ

เร่งด่วนต่าง ๆ ที่มีต่อตำแหน่งแห่งที่ของคนเราในระบบการผลิต นอกจากนั้น ก็ยังมีครอบครัว กับสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลที่ถูกยกขึ้นมาให้เป็นกระแสสูงในสังคมปัจจุบันกับความเรียกร้องต้องการของรัฐและของสังคม (รวมทั้งชุมชนด้วย-ผู้เขียน) หรือหากจะสรุปสั้น ๆ การนิยามรวมทั้งว่าทฤษฎีสุขภาพบนแกนนี้ มีความตึงเครียดซึ่งด้านหนึ่งเกิดจากการแสวงหาความพึงพอใจกับอีกด้านหนึ่งเป็นการประเมินและพยายามควบคุมความเสี่ยงทั้งหลายทั้งปวง

อนึ่ง เนื่องจากการสร้างวาทกรรม หรือระบบคิดเกี่ยวกับสุขภาพจำเป็นต้องมีกระบวนการแก้ปัญหาคือความตึงเครียดระหว่างสิ่งที่เขาเรียกว่า “การระบาย” (ความอยากต่าง ๆ) หรือ “การปลดปล่อย” สิ่งที่เราอยากทำออกมา เช่น อยากกินอะไรตามใจปากก็ดี อยากสูบบุหรี่ก็ดี อยากดื่มเหล้า-เบียร์-ไวน์ก็ดี กับ “การควบคุมตนเอง” (self-control) ถูกแก้ไขหรือถูกละลายโดยผ่านทาง “จิตสำนึกใหม่เรื่องสุขภาพ” ซึ่งในทัศนะของครอว์ฟอร์ด (1984:94) เห็นว่าไม่ได้สังกัดอยู่ทั้งในฝ่ายควบคุมและในฝ่าย “ปลดปล่อย” หรือตามใจด้วยซ้ำไป ในจิตสำนึกใหม่เรื่องสุขภาพนี้ผู้คนมักอ้างความจำเป็นหรือความสำคัญของ “ดุลยภาพ” (balance) หรือ “ทางสายกลาง” (-ผู้เขียน) หรือความพยายามหลีกเลี่ยงอะไรที่เป็นเรื่อง “สุดโต่ง” ทั้งหลาย (extremes) ที่น่าสังเกตคือยอมเป็นที่แน่นอนว่าภายในแกนนี้ สัญญหรือสัญลักษณ์แต่ละอันที่ใช้ตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดตามมา จะพบว่าอำนาจของมันอยู่ที่การเป็นฝ่ายค้าน หรือฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย โดยที่ฝ่ายต่อต้าน และการคัดค้าน (Opposition) นี้ บางทีมันอาจจะจะเป็นพื้นฐานของชีวิตมนุษย์เลยก็ได้ (Pierret, ใน, เพิ่งอ้าง, น.18-19)

อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยของปีเอรีเรท์เอง เธอพบว่าในทัศนะของ “คนธรรมดา” ที่เธอสัมภาษณ์มา การจัดการกับความตึงเครียดที่ว่านี้ พวกเขาและเธออ้าง “จักรวาลทางศีลธรรม จริยธรรม” ที่ความสุขความพึงพอใจ (pleasure) มีอำนาจมากกว่าการควบคุมหรือวินัย ในกรณีนี้อาจตรงกับที่บูร์ดิเยอ (Bourdieu, 1979 : 409) เรียกว่าศีลธรรม จริยธรรม (morals) หรือระบบคิดที่อยู่ใน “หน้าที่ที่จะสนุก” (duty to have fun) ก็ได้ (Pierret, ใน เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน)

อนึ่ง เราจะเห็นได้ว่าแกนนี้ของวิธีคิดปรากฏอยู่อย่างชัดแจ้ง ไม่ชัดแจ้ง ในขบวนการเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพที่มีหลากหลายกระบวนการทัศน์และหรือหลากหลายวาทกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในระดับนานาชาติ ประเทศและในประเทศ หรือสังคมไทยที่ระบุว่าสุขภาพของแต่ละคนนั้น จะดีหรือไม่ดีนั้น ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับตัวคน ๆ นั้นเองว่า จะมีระเบียบวินัยกับตนเองมากน้อยแค่ไหน ถ้าเขาแต่กินเหล้า สูบบุหรี่ กินไม่เลือกและไม่ออกกำลังกายแล้วสุขภาพก็จะแย่ จะเห็นได้ว่าท้ายที่สุดแล้ว การมองสุขภาพในแกนนี้สรุปได้ว่า จะดีหรือไม่ดี “ขึ้นอยู่กับตัวเรา” นั่นเอง

ด้วยเหตุนี้ ขบวนการสุขภาพที่มีกระบวนการทัศน์แนวนี้นี้จึงมีแนวทางของการปฏิบัติการอยู่ที่การจัดการกับตนเอง โดยที่ไม่จำเป็นต้องไปยุ่งกับคนอื่น หรือต่อสู้เพื่อปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์หรือโครงสร้างสังคม ไม่ได้คิดไปถึงเรื่องการเปลี่ยนแปลงหรือสร้างสังคมใหม่ที่ดี ไม่คิดเปลี่ยนโลก แต่เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ถ้าทำได้สุขภาพก็จะดี ซึ่งหมายความว่าปัญหาหมด

ไป ณ จุดนั้น ถ้าหากมองในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจกระบวนทัศน์นี้ก็เชื่อว่าคุณสัมพันธ์ทางอำนาจคือการเอาชนะตนเองนั่นเอง

ขบวนการชีวิตและอื่น ๆ

สุขภาพ-สถาบัน : สุขภาพเป็นเรื่องของนโยบาย (Health-institution : health is a matter of policy)

แกนของกระบวนทัศน์ และหรือวาทกรรม สุขภาพในมิติมุมมองของคนธรรมดาสามัญที่งานวิจัยบางชิ้นในต่างประเทศระบุถึงคือ สุขภาพกับสถาบันหรือสุขภาพในฐานะสถาบันกล่าวคือเมื่อพูดถึงสุขภาพขึ้นมาเมื่อไรคนก็มักจะคิดถึงนโยบายของรัฐ แต่ควรตั้งข้อสังเกตว่าแกนนี้ของวาทกรรมเป็นสิ่งที่ค่อนข้างไกลตัว (distant) และค่อนข้างไม่ใช่ภารกิจส่วนตัว ดังนั้น สุขภาพในที่นี้จึงถูกมองจากทัศนะที่มีลักษณะร่วมกัน (collective) และเป็นทัศนะทางการเมือง กล่าวคือสุขภาพหมายถึงนโยบายสุขภาพ ซึ่งมีนัยหมายถึงโครงการหรือแผนงานต่าง ๆ (programmes) ทั้งในระดับชาติหรือในระดับท้องถิ่นที่มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันและการรักษาโรคต่าง ๆ สุขภาพในความหมายนี้ จึงมักไม่ค่อยมีความหมายถึงสิ่งที่มีค่าส่วนตัว หากแต่เป็นสมบัติร่วมกันที่สังคมจะต้องจัดการด้วยการพัฒนาเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ (facilities) เช่น โรงพยาบาล สถานบริการ และจะต้องดำเนินนโยบายให้เป็นการปฏิบัติเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันในสังคม เพราะฉะนั้น วาทกรรมหรือกระบวนทัศน์นี้ ซึ่งวางตำแหน่งแห่งที่ของสุขภาพไว้เหนือขอบเขตของการจัดการแบบส่วนตัว หรือเป็นเรื่องของคนแต่ละคนที่จะต้องจัดการเอาเอง แต่แนวโน้มอาจไปไกลถึงกับเรียกร้องให้มีการบังคับใช้วินัยกับพลเมืองทุกคน (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน) พร้อม ๆ กับที่เรียกร้องให้รัฐจัดทำนโยบายส่งเสริมดูแลสุขภาพสำหรับทุกคน (health for all) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคมเป็นต้น ตัวอย่างในสังคมไทยได้แก่ “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” การรณรงค์เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ “เมาไม่ขับ” คัดเข้มชนิดนิรภัย สวมหมวกกันน็อค ออกกำลังกายและ “อาหารปลอดภัย” เป็นต้น

ในประเด็นเรื่องความตึงเครียดภายในวาทกรรมที่ใช้อยู่ในกระบวนทัศน์สุขภาพ ซึ่งมีสุขภาพในความหมายนี้ปรากฏอยู่นั้น ความตึงเครียดดังกล่าวเกิดขึ้นระหว่างการแทรกแซงที่อาจมีคุณหรือมีความตั้งใจดีจากรัฐกับการใช้กำลังบังคับเพื่อให้เกิดสภาวะสุขภาพดี กับพลเมืองทุกคน เช่น อาจเกิดการสร้างสถานพยาบาล สถานบริการสุขภาพ ตลอดจนจัดหาเครื่องมือเครื่องมือต่าง ๆ ขึ้นมามากมายในนามของส่วนรวมพร้อมกันนั้นก็เกิดโครงการหรือการวางแผนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งจะมีผลทำให้จำเป็นต้องมีมาตรการที่บีบบังคับ หรือมีการลงโทษถ้าผู้คนไม่ทำตามขึ้นมา อย่างไรก็ตามความตึงเครียด หรือความขัดแย้งระหว่างคู่กัน มักจะใช้จักรวาลทางศีลธรรมจริยธรรม หรือระบบคิดเรื่องโลกของความเป็นพลเมือง เช่น หน้าที่ของพลเมืองที่ดี สิทธิของพลเมืองที่ดีกับ “สิทธิทางสังคม” ต่าง ๆ (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน) ในกรณีของสังคมไทยก็มีการถกเถียงกันถึงเรื่องความขัดแย้งดังกล่าวหลายกรณี ที่ดูจะเด่นชัดค่อนข้างมาก ก็เห็นจะได้แก่การบังคับตรวจเลือดในกรณีที่ถูกสงสัยว่าจะติดเชื้อ HIV/AIDS (โปรดดู ธวัช มณีผ่อง, “เอดส์และสิทธิมนุษยชน” ใน สุรสม กฤษณะจุฑะและคณะ., **สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ : บทสำรวจเบื้องต้นเพื่อทบท**

ทวนและทำลายองค์ความรู้, 2546) แต่ทั้งนี้ มิได้หมายความว่าความถี่ของความขัดแย้งหรือความตึงเครียดดังกล่าว จะนำไปสู่ความพอใจหรือความรู้สึกว่าเป็นธรรม หรือไม่เป็นธรรมเสมอไป ในทางปฏิบัติความขัดแย้งมักเกิดขึ้น แต่ในกระบวนการสร้างวาทกรรมดูเหมือนว่าความตึงเครียดจะถูกกลบฝังไป

อนึ่ง มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า แกนเรื่องสุขภาพกับสถาบัน (รัฐและนโยบาย) นี้ พบแต่ในกรณีของการวิจัยในฝรั่งเศสแต่ไม่พบในที่อื่น จึงมีการตั้งข้อสังเกตว่าจักรวาลทางศีลธรรมจริยธรรมหรือจักรวาลทางความคิดแบบนี้ อาจมีที่มาจากระบบสาธารณสุขแบบรวมศูนย์ หรืออาจเป็นผลของประวัติศาสตร์รัฐสวัสดิการ และนโยบายทางสังคมของฝรั่งเศสแต่เพียงประเทศเดียวก็ได้ (เพ็งอึ้ง, น.เดี่ยว)

ข้อสังเกตดังกล่าว คงไม่ถูกต้องนัก โดยเฉพาะในประเด็นว่า วิธีคิดเชื่อมโยงเรื่องสุขภาพเข้ากับรัฐและนโยบายรัฐ แบบนี้มีแต่เฉพาะฝรั่งเศสเท่านั้น ในกรณีของประเทศไทยก็น่าจะเป็นเช่นนั้นเหมือนกัน จริงอยู่แม้ในวาทกรรมหลาย ๆ ชุดจะพูดถึงการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ แต่วาทกรรมชุดต่าง ๆ ที่ผลิตออกมาโดยรัฐที่มีผู้เรียกว่า “รัฐเวชกรรม” นั้น น่าจะเชื่อได้ว่าผู้คนของรัฐไทย ซึ่งแต่เดิมมาพึ่งตนเอง ญาติพี่น้อง ชุมชน และหมอพื้นบ้านในยามเจ็บไข้ได้ป่วย ถูกทำให้ต้องหันมาพึ่งพารัฐมากขึ้นเป็นลำดับ นับแต่รัฐหรือผู้ปกครองเปิดรับการแพทย์แบบสมัยใหม่และนำการแพทย์แบบนี้มาสถาปนาและอุปถัมภ์ กระบวนการจัดการระบบสุขภาพแบบรวมศูนย์นี้อาจย้อนหลังกลับไปได้ถึงสมัยอยุธยาและมาชัดเจนมากขึ้นในสมัยต้นรัตนโกสินทร์เป็นต้นมา (โปรดดู ทวีศักดิ์, 2545.)

ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงขอเสนอเป็นโจทย์ที่ควรจะต้องมีการค้นคว้าวิจัยต่อไปว่าในการถกเถียงเชิงกระบวนการทัศน์เรื่องสุขภาพอนามัยในสังคมไทย ควรจะค้นหาว่า วาทกรรมสุขภาพที่ถูกผลิตออกมาโดย “คนธรรมดา” ซึ่งในตัวของมันเองมีอยู่หลากหลายกลุ่มคนบนฐานของชนชั้น ชาติพันธุ์ เพศ/เพศสภาวะ อายุ และสภาวะทางร่างกาย (พิการ ป่วย ป่วยเรื้อรัง) เหล่านี้ มีแกนหลัก ๆ อะไรอยู่บ้าง อาจมีสี่แกนหลักดังกล่าวข้างบน หรืออาจมีมากกว่านั้นก็น่าจะเป็นไปได้สูง ทั้งนี้เพื่อที่จะเป็นการเปิดพื้นที่ให้วาทกรรมเหล่านั้นได้มีพื้นที่ที่จะประกวดประชันหรือประชันกัน อันเป็นกระบวนการขับเคลื่อนของการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์หรือการเปลี่ยนแปลงสังคมที่แท้จริง

บทที่ เจ็ด

สตรีนิยมกับการวิพากษ์การแพทย์สมัยใหม่

สาขาวิชาและนักวิชาการที่วิพากษ์วิจารณ์การแพทย์สมัยใหม่ได้อย่างมีเนื้อหาสาระและอย่างเป็นขบวนการที่เข้มแข็งและต่อเนื่องมากที่สุดได้แก่ สตรีศึกษาและนักสตรีนิยมแนวต่าง ๆ ทั้งนี้เป็นเพราะอย่างน้อยมีสองเหตุผลหลัก ๆ คือสุขภาพเป็นประเด็นกลางของความห่วงใยของผู้หญิง และผู้หญิงเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ที่ทำหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพของคนอื่น ๆ ตั้งแต่ในระดับครอบครัวขึ้นมา รวมทั้งเป็นผู้บริโภค บริการดูแลสุขภาพทั้งทางการและไม่ทางการกลุ่มใหญ่ที่สุดก็ว่าได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามจุดก้าวกระโดดสำคัญจนทำให้เกิดผลกระทบที่ต่างไปจากการวิพากษ์การแพทย์สมัยใหม่และบริการสุขภาพของนักสตรีนิยม จนถึงระดับที่มีความสำคัญจนทำให้เกิดผลกระทบที่ต่างไป จากการวิพากษ์ของนักวิชาการสาขาอื่นอย่างชัดเจน คือการนำเอา มโนทัศน์สำคัญเรื่อง เพศภาวะ (Gender) มาใช้เป็นเครื่องมือ

ในหมู่นักสตรีนิยมในโลกตะวันตกพวกเธอได้เปิดหน้าประวัติศาสตร์ของผู้หญิงในฐานะผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาล (women healers) ขึ้นมาศึกษาทบทวนกันใหม่โดยสืบค้นหาบทบาทต่าง ๆ ที่ผู้หญิงทำในระบบการดูแลสุขภาพแบบเดิมก่อนที่ระบบใหม่ที่เกิดจากการแพทย์สมัยใหม่จะเข้ามาแทนที่ นอกจากนั้นก็ยังวิเคราะห์ผลกระทบต่าง ๆ ที่ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพมีต่อผู้หญิง กับทั้งยังชี้ให้เห็นวิธีต่าง ๆ ที่อำนาจทางการแพทย์ถูกใช้เพื่อควบคุมผู้หญิงและหนทางต่าง ๆ ที่แพทย์ยึดเอาการควบคุมเหนือการตั้งครุรักษ์และการคลอดลูกไปจากผู้หญิงพร้อม ๆ กันไปกับการทำให้กระบวนการตั้งครุรักษ์และการคลอดลูกซึ่งผู้หญิงเห็นว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติ ให้กลายเป็นกระบวนการทางการแพทย์ (medicalised process) ไปอย่างสิ้นเชิง (ในความหมายว่าการตั้งครุรักษ์และการคลอดเป็นกระบวนการที่ผู้หญิงไม่สามารถจัดการดูแลได้ด้วยตนเองอีกต่อไป แต่จะต้องอยู่ภายใต้การกำกับจัดการและดูแลของแพทย์หรือสถาบันการแพทย์สมัยใหม่) ส่วนที่ค่อนข้างจะเป็นกระแสล่าสุดคือ นักสตรีนิยมได้มุ่งประเด็นไปที่งาน การดูแลสุขภาพโดยผู้หญิงในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ หรือในองค์กรหรือสถาบันที่ไม่ถูกจัดว่าเป็นทางการเช่นการดูแลที่นอกเหนือระบบสาธารณสุขของรัฐและของระบบตลาด (เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ธุรกิจประกันสุขภาพเช่นกัน) ทั้งนี้ด้วยการชี้ให้เห็นว่าส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดของงานที่ผู้หญิงทำในปริมนทลของบ้าน (domestic sphere) ล้วนแล้วแต่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด นอกจากนั้นผู้หญิงยังมีบทบาทสำคัญมากในระบบ “lay referral system” คือระบบที่เกิดการตัดสินใจว่าสมาชิกในครอบครัวควรจะไปหาหมอ

หรือไม่ หรือว่าควรจะดำเนินการอื่น ๆ หรือไม่เพียงใด เมื่อมีความสงสัยหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ในกระบวนการของการศึกษาค้นคว้าที่ยกเอาบทบาทสำคัญต่าง ๆ ที่ผู้หญิงแสดงในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับค่าจ้างนี้เอง นักสตรีนิยมสามารถ “ขีดเส้นใต้” วิถีทางต่าง ๆ นานา ที่ความขัดแย้งระหว่างผู้จัดหาหรือผู้ดูแลสุขภาพอนามัยที่ไม่ได้รับเงิน เช่น ผู้หญิงทั่วไปที่เป็น “แม่บ้าน” เป็นต้น กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับค่าจ้างแรงงานตลอดจนขอบเขตที่ผู้ให้บริการในกลุ่มหลังนี้ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นต่าง ๆ ของผู้หญิงผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพโดยไม่ได้รับค่าจ้างกล่าวคือ ผู้หญิงเหล่านี้จะถูกมองข้ามหรืออยู่ในภาวะถูกมองไม่เห็นและทำให้ศูนย์กลางของความสนใจของกระบวนการดูแลสุขภาพตกอยู่เฉพาะที่คนป่วย จึงมีผลทำให้ความจำเป็นต่าง ๆ ของผู้หญิงที่ต้องตกที่นั่งของผู้ดูแล เช่นดูแลญาติที่น้องที่พิการหรือป่วยไข้หรือสูงอายุจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมงและตลอดอาทิตย์อย่างต่อเนื่อง บางกรณีชั่วเวลาปี **ความต้องการของผู้หญิงผู้ดูแลเหล่านี้ถูกลืมอย่างสิ้นเชิง** ประเด็นสำคัญตรงนี้คือ โดยทั่วไปแล้วผู้ทำหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขที่ไม่ได้รับค่าจ้าง (ยกเว้นแพทย์) ส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้หญิง แต่เนื่องจากว่าพวกเธอทำงานภายใต้กระบวนการทัศนทางการแพทย์สมัยใหม่ กระแสหลักซึ่งครอบงำอยู่ทำให้พวกเธอไม่อาจเชื่อมโยงกับผู้หญิงผู้ทำหน้าที่ดูแล(carers) ทั้งหลายซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง ดังนั้นพวกเธอจึงอนุমানหรือทึกทักเอาว่าผู้หญิงทั้งหมดพร้อมและเต็มใจและมีความสามารถที่จะดูแลจัดการการบริการที่ถูกเรียกร้องลงมาให้พวกเธอทำอยู่อย่างสม่ำเสมอและตลอดเวลาได้ เพราะฉะนั้นประเด็นนี้จึงมีความสำคัญเป็นพิเศษในทัศนะของนักสตรีนิยมโดยเฉพาะเมื่อเกิดนโยบายและแผนงานด้านบริการสุขภาพ โดยมอบภาระหน้าที่ดังกล่าวให้กับระบบการดูแลแบบ “ไม่เป็นทางการ” เช่นการอ้าง “การกระจายอำนาจ” หรือ “การคืนอำนาจด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้กับประชาชน” ผ่านทาง “ชุมชน” เป็นต้น นักสตรีนิยมชี้ให้เห็นว่านโยบายเช่นนี้มีลักษณะเป็น “คำหวาน” ที่ฟังดูดี แต่ในความเป็นจริงแล้วเป็นการผลักภาระเอาผู้เจ็บป่วยที่ควรจะต้องได้รับการดูแลในสถานสุขภาพที่เป็นทางการให้ไปอยู่ในความรับผิดชอบของ “ชุมชน” ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่ค่อยมีการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ไปให้ และในขณะเดียวกันเมื่อมองดูในส่วนของการแบ่งงานกันทำตามเพศและเพศภาวะ (sexual/gender division of labor) แล้วภาระหนักตกอยู่กับผู้หญิง (Askers and Abbott,1996, อ้างใน Abbott and Wallace, 1997, 162) (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, ในพิมพ์วิสัยบุญมงคลและคณะ, บ.ก., 2542, 195 – 218) นอกจากนั้นบทบาทหน้าที่หลากหลายซึ่งผู้หญิงต้องรับผิดชอบล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงทั้งด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ แต่กลับปรากฏว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับงานและโรคภัย กับสุขภาพกลับมุ่งไปทำงานหรืออาชีพด้านสุขภาพที่มีผู้ชายเป็นคนส่วนใหญ่ ความสนใจที่มีต่อภัยอันตรายด้านสุขภาพของงานต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยคนที่เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ นั้นมีน้อย และที่น้อยไปกว่าอะไรทั้งหมดคืออันตรายที่คุกคามสุขภาพของหญิงที่ทำหน้าที่เป็นแม่บ้านแม่เรือน จริงอยู่แม้จะมีการศึกษาวิจัยที่ค้นหา

ความแตกต่างทางชนชั้นทางสังคม (social classes) ระหว่างครอบครัวรวยหรือฐานะดีกับครอบครัวยากจนนั้นมียู่อให้เห็นเสมอ แต่ปรากฏว่า การค้นคว้าวิจัยที่มุ่งเปรียบเทียบความไม่เท่าเทียมกันหรือความแตกต่างด้านประสบการณ์สุขภาพระหว่างผู้หญิงผู้ชายกลับมีน้อย เช่นเดียวกันกับประเด็นเรื่อง การกระจายทรัพยากรภายในครัวเรือน ซึ่งมักจะสื่อความหมายว่า สมาชิกบางคนของครัวเรือนได้รับทรัพยากรไปค่อนข้างมาก แต่ในขณะเดียวกันบางคนก็ได้รับแค่น้อยนิดหรือขาดหายไปเลยก็มี งานศึกษาวิจัยในต่างประเทศบ่งชี้ว่าแท้จริงแล้วผู้หญิงยากจนที่มีลูกตกเป็นผู้แบกรับภาระหนักของการกระจายทรัพยากรในครัวเรือนแบบที่ไม่เป็นธรรมนี้ (Blackburn, 1991, Graham, 1993 ; Payne, 1991, อ้างใน Abbott and Wallace, 1997, 162) ผลที่เกิดขึ้นคือผลกระทบต่างๆ ในทางลบต่อสุขภาพและหรือสุขภาพะของผู้หญิงเหล่านั้น เช่นเดียวกันนี้ก็มีผู้ทำวิจัย พบว่าผู้หญิงที่มีลูกแต่ไม่มีสามีหรือสามีทิ้งไปแล้วต้องเลี้ยงลูกคนเดียว นั้น มีสุขภาพย่ำแย่กว่าผู้หญิงในครอบครัวที่มีทั้งสามี-ภรรยา มีหลักฐานเชื่อได้ว่าเมื่อทรัพยากรมีจำกัดหรือขาดแคลน ผู้หญิงมักจะใช้ชีวิตแบบที่ตนเองพยายามไม่ใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเหล่านั้น ทั้งนี้ก็เพื่อให้สามีและลูกๆ ได้กินและใช้อย่างเพียงพอ นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยบางชิ้นเสนอว่าผู้หญิงที่ต้องอยู่บ้านดูแลเด็กเล็กๆ นั้น มักจะมีโอกาสเกิดสภาวะความหดหู่ได้มากกว่าคนอื่นๆ (เพ็งอึ้ง, น.เดียวกัน)

กล่าวโดยสรุปกว้าง ๆ ได้ว่า วาทกรรมว่าด้วยสุขภาพมักจะทักท้วงเอาว่าผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแล (care for) สมาชิกทั้งหลายของครอบครัวเมื่อคนเหล่านั้นเกิดป่วยไข้ไม่สบายโดยที่อนุমানเอาด้วยว่างานการดูแลเหล่านั้นในบริบทของบ้านเรือนเป็นธรรมชาติของผู้หญิงหรือของสังคมมนุษย์ กับทั้งยังทักท้วงต่อไปอีกว่าบรรดาแม่ๆทั้งหลายจะต้องจัดลำดับความสำคัญของความเป็นของลูกๆ ไว้เหนืออื่นใดโดยเฉพาะเหนือความจำเป็นต่างๆ ของแม่ๆ พูดอีกอย่างหนึ่งคือเกิดการ “มัวนึ้ม” เอาว่าเป็น “ธรรมชาติ” ของ “แม่” และ “ผู้หญิง” ที่เมื่อถึงคราวจำเป็นแล้วสามารถเสียสละตนเองให้กับลูกๆ ได้ แต่น่าสังเกตว่ามักไม่มีการทักท้วงแบบเดียวกันนี้เ้ากับพ่อๆ และหรือผู้ชายโดยทั่วไป อย่างไรก็ตามเมื่อมาถึงเรื่องกำหนดนิยามว่าการให้การดูแลด้านสุขภาพที่เป็นทางการนั้นมักถือว่ารัฐหรือไม่ก็ธุรกิจเอกชนเป็นผู้จัดให้ ตามบทบาทหน้าที่ทางเศรษฐกิจการเมืองแต่การดูแลสุขภาพในบ้านเรือนหรือในครอบครัวที่ผู้หญิงเป็นผู้จัดหามาให้นั้น กลับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกมาได้จากบทบาทด้านการดูแลทั่วไปของผู้หญิงในครัวเรือน เป็นหน้าที่ “ตามจารีต / ประเพณี / วัฒนธรรมอันดีงาม” หรือไม่ก็ตาม “ธรรมชาติ” ของผู้หญิง

การรื้อสร้าง “การแพทย์สมัยใหม่” โดยฝ่ายสตรีนิยม

คงเป็นการยากที่จะปฏิเสธว่าในช่วงของคริสต์ศตวรรษที่สิบเก้าและยี่สิบ การแพทย์สมัยใหม่ (modern medicine) หรือบางทีก็เรียกว่า การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (scientific medicine) หรือการแพทย์ชีวะ (bio-medicine) หรือการแพทย์แบบตะวันตก (western medicine) เหล่านี้และชื่ออื่นๆ ที่ใช้ในความหมายเดียวกันได้กลายเป็นผู้ครอบงำการดูแลสุขภาพของผู้คนในโลกตะวันตก ในขณะที่โลกนอกตะวันตกเองก็ได้รับอิทธิพลครอบงำมากบ้างน้อยบ้างด้วยเช่นกัน ภายใต้สถานการณ์นี้ทั้งองค์ความรู้และแพทย์ของการแพทย์สมัยใหม่ต่างก็มีพลังอำนาจเพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ ในหลายๆ ประเทศบริการสาธารณสุขที่ถูกจัดมาให้โดยรัฐบาลบนฐานขององค์ความรู้ ปฏิบัติการและปฏิบัติการแบบวิทยาศาสตร์หรือแบบ “ทันสมัย” เป็นสิ่งที่เรามักจะเห็นพ้องต้องกันว่า การที่รัฐจัดทำให้เช่นนี้เป็น “สิ่งดี” ที่ไม่ควรถูกตั้งคำถาม เรามองการแพทย์สมัยใหม่ว่าเป็นสิ่งที่ดีงามมีประโยชน์ที่ช่วยทำให้สุขภาพของผู้คน ของสังคม และประเทศชาติดีขึ้น ช่วยให้ความป่วยไข้ ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานต่างๆ ถูกบำบัดขจัดไป พร้อมกันนั้นเราก็มักจะมองว่าสิ่งที่เราต้องการคือมีโรงพยาบาลมากขึ้น มีแพทย์มากขึ้น พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขมากขึ้น มีการวิจัยและงบประมาณมากขึ้นไปเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามหากย้อนกลับไปดูประวัติศาสตร์ไม่ว่าจะของสังคมตะวันตก สังคมอื่นๆ และสังคมไทย ก็จะได้เห็นว่า พัฒนาการของสุขภาพหรือสุขภาพของผู้คนในสังคมเกิดขึ้นจาก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม-วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏผลออกมาในรูปของการพัฒนามาตรฐานในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่างๆ และเกิดการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขโดยทั่วไปมากกว่าที่จะเกิดจากความก้าวหน้าด้านความรู้ทางการแพทย์ด้านใดด้านหนึ่ง ในกรณีการลดลงของอัตราการเสียชีวิตของแม่ในประเทศอังกฤษในช่วงทศวรรษที่ 1930 และ 1940 มีผู้เสนอว่าเกิดขึ้นจากการปรับปรุงในเรื่องการกินอาหารของหญิงมีครรภ์ไม่น้อยไปกว่าความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ (Lewis, J., (1980) อ้างใน Abbott and Wallace, เฟิงอ้าง, น. 163) เช่นเดียวกันกับในปัจจุบันที่การตายของผู้หญิงที่เกิดจากมะเร็งลดลงน่าจะมาจากการที่ผู้หญิงเลิกสูบบุหรี่ หรือถ้าจะพูดให้ถึงที่สุดคือ การกำจัดการกดดันบีบคั้นต่างๆ ที่ทำให้ผู้หญิงต้องหันไปสูบบุหรี่ให้ลดลงหรือหมดไป มีผลทำให้ผู้หญิงไม่ต้องพึ่งการสูบบุหรี่จึงทำให้ผู้หญิงไม่เป็นมะเร็งปอด นี่น่าจะเป็นสาเหตุหลักมากกว่าการพัฒนาความรู้ทางการแพทย์อย่างเดียว อย่างที่อาจเข้าใจกัน แต่ที่พูดมาทั้งหมดนี้ไม่ได้หมายความว่าเราจะปฏิเสธคุณูปการของการแพทย์สมัยใหม่ เพียงแต่จะบอกว่า

หนึ่ง มาตรการด้านการป้องกันมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาและเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าในระยะยาว (Abbott & Wallace, เฟิงอ้าง, น.เดียวกัน)

สอง การป้องกันในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าเพียงเฉพาะการรณรงค์ไม่ให้คนสูบบุหรี่เท่านั้น แต่หมายความว่าไปถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงอำนาจในสังคมเลยทีเดียว เช่น อำนาจระหว่างประเทศมหาอำนาจผู้ผลิตบุหรี่กับประเทศเล็กๆ หรือกำลังพัฒนา อำนาจรัฐกับผู้ผลิตบุหรี่ อำนาจระหว่างผู้ผลิตบุหรี่กับผู้บริโภค ตลอดจน ความเครียดต่างๆ ที่เกิดจากชีวิตในสังคมทุนนิยม-บริโภคนิยม แบบแข่งขันกับการสูบบุหรี่ เป็นอาทิ

ความจริงแล้วนักสตรีนิยมไม่ได้เพียงแต่วิพากษ์และหรือรื้อสร้าง (deconstruct) การแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น หากแต่ลงลึกไปถึงการรื้อสร้าง “วิทยาศาสตร์” เสียด้วยซ้ำไป ซึ่งประเด็นนี้น่าสนใจมากต่อฝ่ายที่ต้องการวิพากษ์ เปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพจนถึงฝ่ายที่ต้องการเห็นการปฏิรูปสุขภาพอย่างลึกถึงโครงสร้าง ดังเช่นการผลักดันสู่สุขภาพะ ทั้งนี้เพราะการแพทย์สมัยใหม่วางอยู่บนวิทยาศาสตร์อีกทีหนึ่ง การตั้งคำถามต่อวิทยาศาสตร์โดยตรงจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ประเด็นของการตั้งคำถามของนักสตรีนิยมมีหลายประเด็น แต่ในที่นี้จะขอยกมาเพียงบางประเด็นเพื่อเป็นตัวอย่างเท่านั้น

วิทยาศาสตร์ การแพทย์สมัยใหม่กับวัตถุวิสัย (objective) และปราศจากคุณค่า (value-free)

เนื่องจากการแพทย์สมัยใหม่อ้างความเป็นวิทยาศาสตร์และความเป็นวิทยาศาสตร์นี้อ้างต่อไปว่ามีลักษณะเป็น “วัตถุวิสัย” และ “ปราศจากคุณค่า” ในความหมายว่าไม่มีความรู้สึก ซึ่งเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ พิสูจน์ไม่ได้เข้ามาเจือปน เพราะฉะนั้นความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความรู้การแพทย์สมัยใหม่แบบวิทยาศาสตร์ (Western scientific medicine) จึงอ้างว่าเป็นความรู้ที่เกิดจากเหตุผลหรือประสบการณ์ที่สามารถอธิบายหรือทดสอบให้ผู้อื่นรับรู้ได้อย่างที่ตนรู้ ดังนั้น **แพทย์** จึงมองตัวเองว่าเป็น “นักวิทยาศาสตร์” ผู้ที่มีทักษะต่อคนไข้อย่างเป็น “วัตถุวิสัย” และแพทย์ไม่มีอารมณ์ความรู้สึกใดๆ ต่อคนไข้ ไม่มีอคติ-ฉันท์าคติ เช่นเดียวกันกับ “นักวิทยาศาสตร์” อื่น ๆ มีต่อ “วัตถุ” (ที่ศึกษา subject matter) ดังนั้นการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์จึงอ้างว่าก้าวหน้ามาเรื่อยๆ ผ่านทางวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (เช่นการทดลอง) ผลลัพธ์ที่ตามมาคือการได้มาซึ่งความจริงต่างๆ ที่แน่นอน เป็นวัตถุวิสัยและไม่มีใครสามารถท้าทายหรือตั้งคำถามเชิงสงสัยได้ ความจริงที่วุ่นๆ จึงเป็นความรู้ที่เป็น **อัตตาณัติ** (autonomous) หรือเป็นความรู้ที่มีภาวะอิสระ คือเป็นภาวะที่สามารถกำหนดตัวเอง หรือเป็นอิสระแก่ตน ดำเนินไปโดยตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาความรู้แบบอื่น และเป็นองค์ความรู้ที่ปราศจากคุณค่าหรือนิยมหรือความรู้สึก

อย่างไรก็ตามนักสังคมวิทยาเห็นว่า ทศนะในการมองวิทยาศาสตร์แบบนี้มีปัญหา อยู่หลายปัญหาที่นักสังคมวิทยาท้าทายวิทยาศาสตร์โดยทั่วไปและการแพทย์สมัยใหม่โดยเฉพาะ ด้วย ข้อโต้แย้งของนักสังคมวิทยามีว่า กิจกรรมทางวิทยาศาสตร์ทุกอย่างย่อมได้รับอิทธิพล จากสังคมที่กิจกรรมเหล่านั้นถูกดำเนินการขึ้นมาอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และนักวิทยาศาสตร์ก็มักจะมีบทบาทสำคัญในการอธิบายหรือแม้กระทั่งทำที่สุดให้ความถูกต้องชอบธรรมกับแง่มุมต่าง ๆ ของวิถีทางในการจัดระบบสังคมนั้น (Abbott and Wallace, เพิ่งอ้าง, น. เดียวกัน) พูดย่ออีกอย่างหนึ่งคือ วิทยาศาสตร์และนักวิทยาศาสตร์ไม่ได้เป็นอิสระหรือมีลักษณะเป็น วัตถุวิสัยปราศจากระบบคุณค่าอย่างอื่นที่ต่างกัน ตรงกันข้ามกิจกรรมทางวิทยาศาสตร์ทั้งหลายเกิดขึ้น มาภายใต้อิทธิพลของสังคม และนักวิทยาศาสตร์เองในหลาย ๆ กรณีทำหน้าที่ให้คำอธิบายหรือ ให้ความถูกต้องชอบธรรมของการดำรงอยู่ของการจัดระบบสังคมแบบใดแบบหนึ่งด้วยซ้ำไป ตัวอย่างเช่นการให้ความชอบธรรมกับสงคราม การใช้ความรุนแรงด้วยอาวุธที่มีอำนาจในการทำลายล้างมวลมนุษยชาติ เช่น อาวุธนิวเคลียร์ อาวุธเคมี และอาวุธชีวภาพ เป็นต้น อนึ่ง บ้างก็โดยรู้ตัว บ้างก็ไม่รู้ตัว บ้างก็ตั้งใจ บ้างไม่ตั้งใจ

ผู้ที่สนใจการวิพากษ์วิทยาศาสตร์ของนักสตรีนิยมโปรดดูงานของ Harding, Sandra เรื่อง Whose Science? Whose Knowledge? (1991)

ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการดำรงรักษาไว้ซึ่งการแบ่งงานระหว่างเพศสถานะที่ไม่เป็นธรรม

ประเด็นนี้นักสตรีนิยมเห็นว่าการแพทย์สมัยใหม่ทำตัวเป็นกลไกการควบคุมในระบบปิตาธิปไตย หรือชายเป็นใหญ่เหนือผู้หญิงรูปแบบหนึ่ง การแพทย์สมัยใหม่ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงทัศนะต่าง ๆ ที่มีลักษณะเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงเท่านั้น หากแต่อาจรับใช้ระบบสังคมแบบปิตาธิปไตยด้วยการผลิตซ้ำทัศนะต่าง ๆ อคติและการเลือกปฏิบัติเป็นต้นเหล่านั้นอย่างกระตือรือร้น เช่น สร้างภาพประจำเพศสถานะว่าเป็นอย่างนั้น อย่างนี้ (stereotyping) พร้อมกันนั้นก็ควบคุมผู้หญิงที่ไม่ยอมตกอยู่ในภาพประจำเพศสถานะนั้น ๆ ว่าเป็นพวกที่เบี่ยงเบน เช่นผู้หญิงที่จะต้องมีความเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเท่านั้น ใครเป็นคนรักเพศเดียวกันถือว่าผิดหรือ “เบี่ยงเบน” จากธรรมชาติ นอกจากนั้น ทศนะทางการแพทย์ในตะวันตกในคริสต์ศตวรรษที่สิบเก้า ที่เห็นว่าผู้หญิงนั้นอ่อนแอ จำเป็นที่จะต้องพักผ่อนอยู่ตลอดเวลา ก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการปิดกั้นผู้หญิงจากการศึกษาระดับสูง เป็นต้น

นักประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์สายสตรีนิยมย้อนศึกษาพัฒนาการของวิทยาศาสตร์ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่สิบหก-สิบเจ็ดว่ามีลักษณะ “เพศนิยม” (sexist) โดยได้ชี้ให้เห็น ประเด็นที่น่าสนใจคือ “การทำให้วิทยาศาสตร์เป็นเพศชาย” (‘masculinisation’ of science,) ดัง

ตัวอย่างเช่น วิธีการทดลองแบบเบโคเนียน (วิธีการของ Francis Bacon นักปรัชญาชาวอังกฤษ 1561-1626) ที่สนับสนุนให้นักวิทยาศาสตร์ใช้วิธีการแสวงหาความรู้เรื่องธรรมชาติ โดยตามแบบวิธีการพิจารณาไต่สวนผู้หญิงที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นแม่มด ซึ่งผู้หญิงเหล่านี้ นักสตรีนิยมเห็นว่าเป็นผู้หญิงที่มีอำนาจ/ความรู้ โดยเฉพาะการทำคลอดหรือเป็นหมอตำแย และรู้จักวิธีการดูแลรักษาคนป่วยไข้ สืบทอดกันมานานหลายชั่วอายุคน ความรู้ของแม่มดเหล่านี้ ทำให้พวกเธอมีอำนาจในชุมชน ดังนั้น พวกนักบวชทั้งหลายจึงต้องการกำจัดพวกเธอด้วยการพิพากษาว่าเป็นพวกต่อต้านพระเจ้า เกิดการเผาทั้งเป็นแม่มดไปเป็นจำนวนมาก (โปรดดู Gage, M. 1873) นักสตรีนิยมบางคนก็เห็นว่าพวกแม่มดเป็นเสมือนเทพเจ้าผู้หญิง (โปรดดู Christ and Plaskow, 1979) บางคนก็เห็นว่าภูมิปัญญาตามแบบประเพณี (traditional wisdom) ของแม่มดนี้อาจเชื่อมโยงกับมโนทัศน์เรื่อง "โลกที่สูญหายไปแล้ว" (the "Lost World") ได้ ดังนั้นเฮเลน ซิซุ (Helene Cixous) จึงได้เสนอว่าบรรดาแม่มดคือตัวแบบของผู้หญิง (model women) ผู้ซึ่งปฏิบัติกรอยู่บนขอบของภาษาและวัฒนธรรมร่วมกับ "ผู้หญิงบ้า" และ ผู้หญิงเป็น "ฮิสทีเรีย" ทั้งหลายนั่นเอง (โปรดดู Cixous, 1975) ในงานเขียนสองชิ้นสำคัญแปลเป็นอังกฤษชื่อ The Laugh of The Medusa (1980) และ The Newly Born Woman (1986)

นอกจากนี้ก็มี แมรี ดาลี (Mary Daly) นักสตรีนิยมแนวถึงรากเหง้า (radical feminist) ชาวอเมริกันโต้แย้งว่า การแพทย์สมัยใหม่นั้น เอาเข้าจริง ๆ แล้วออกอำนาจมาควบคุมเหนือผู้หญิง ที่เป็นเช่นนี้เพราะเป็นการตอบโต้การยืนหยัดขึ้นมาของสตรีนิมนั่นเอง เธอเขียนไว้ทำนองว่า

มีเหตุผลทุกประการที่ทำให้เห็นว่าการฆ่าและและการทำลายผู้หญิงโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัดเต้านมทั้งอย่างไม่จำเป็นก็ดี การผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งไปก็ดี การบำบัดโดยฮอร์โมนแล้วทำให้เกิดมะเร็งก็ดี การผ่าตัดสมองโดยอ้างว่าเพื่อบรรเทาอาการทางจิตก็ดี spirit-killing psychiatry ก็ดี และจิตบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ก็ดี เหล่านี้ล้วนสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดขึ้นมาของสตรีนิยมถึงรากเหง้าในศตวรรษที่ยี่สิบ (Daly, 1978, น.228, อ้างใน Abott and Wallace, อ้างแล้ว, น.164)

ประเด็นนี้น่าสนใจมากเมื่อนามามองเรื่องสุขภาพ/สุขภาพะ โดยมีมิติมุมมองเรื่องเพศ/เพศสภาพเข้ามา ถ้าไม่มีมิติมุมมองด้านนี้ เราอาจมองไม่เห็นปัญหาและการพยายามผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์สุขภาพเป็นสุขภาพะก็จะไม่ละเอียดและอ่อนไหวเพียงพอ กระนั้นก็ตามเมื่อยกประเด็นนี้ขึ้นมาก็จะทำให้เกิดปัญหาหรือคำถามตามมาอีกมากมายไม่เพียงแต่เฉพาะเรื่องความป่วยไข้เท่านั้น หากแต่เชื่อมโยงไปถึงความสวຍความงามกับการแพทย์สมัย

ใหม่ด้วย ตัวอย่างที่พอจะหาได้คือ หากหยิบนิตยสารชื่อ **สวยด้วยแพทย์** (Beauty Med. Magazine) ปีที่6 ฉบับที่ 61 ประจำเดือน กันยายน 2547 ขึ้นมาพลิกดู จะเห็นบทความเรื่อง “เลเซอร์ผิวหนัง....เพื่อความงาม” (น.4-5) “จมูกเรียวได้รูป...ด้วยการตัดปีกจมูก” (น.7) “ฟันขาวสะอาด...ด้วยการฟอกสีฟัน” (น.10) (ฟอกสีฟันด้วยเลเซอร์-ผู้เขียน) เป็นต้น ประเด็นคำถามหนึ่งที่ผู้เขียนคิดว่าน่าสนใจคือ **ความสวยความงามเกี่ยวพันอย่างไรกับอัตลักษณ์/ตัวตน และความสุขทางใจ และจิตวิญญาณ สำหรับผู้หญิง/ผู้ชายบางกลุ่มบางคน** คำถามนี้และทำนองนี้คงไม่อาจตอบได้ในหนังสือเล่มนี้ จึงต้องทิ้งไว้เพื่อค้นคว้าวิจัยในรายละเอียดกันต่อไป

อนึ่งหากสนใจประเด็นนี้โปรดดู อุ๋นใจ เจียมบุญระกุล. 2547 วาทกรรม “ความสวย” อัตลักษณ์กับวัฒนธรรมการบริโภค : กรณีศึกษานักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เชียงใหม่ ; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และภาวดี วิเชียรรัตน์ Dreams Project **ดริมส์โปรเจ็คต์ โครงการไข่ม้นดำ** หนังสือเล่มนี้น่าสนใจมากเพราะบนหน้าปกมีข้อความว่า

“เมื่อคุณอ่านหนังสือเล่มนี้จบลง
คุณจะไม่เพียงรู้สึกดีขึ้น
ในความรู้สึกและสายตาคนอื่น
แต่ภายนอกเท่านั้น
แต่คุณจะรู้สึกดีไปถึงข้างใน
ถึงจิตวิญญาณที่แท้จริงของคุณด้วย”

(เน้นโดยผู้เขียน)

จะสังเกตเห็นว่าในทัศนะของภาวดี ซึ่งก็น่าจะเป็นสิ่งที่มี คนเห็นด้วยพอสมควรคือ สิ่งที่เราเรียกว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้นใคร ๆ ก็สามารถเข้าถึงได้ โดยวิธีการจัดการกับ “ร่างกาย” ให้มีสุขภาพดีหรือแข็งแรงเสียก่อนด้วยการกินอาหาร “อย่างถูกต้อง” และออกกำลังกาย พร้อมกันนั้นก็ต้องทำจิตใจให้แจ่มใสไปด้วย ผลลัพธ์ที่ตามมาคือผู้ที่ปฏิบัติตามหนังสือเล่มนี้จะ “รู้สึกดีไปถึงข้างใน ถึงจิตวิญญาณที่แท้จริง” ด้วย พูดอีกอย่างหนึ่งคือ ความสวยได้รับการนำเสนอภาพตัวตนและตีความว่า ลึกกว่าเปลือกนอก หรือเพียงแคผิวกายอย่างที่บางทัศนะว่าไว้

การแพทย์สมัยใหม่ในฐานะกลไกหนึ่งของปิตาธิปไตยกับการกดทับ ประสบการณ์และความรู้ของผู้หญิง

ประเด็นนี้เห็นได้ชัดเจนมากในเรื่องการตั้งท้อง การคลอดลูก และการคุมกำเนิดโดยใช้เครื่องมือหรือยาสอดใส่เข้าไปในร่างกายของผู้หญิง (contraception) นอกจากนั้นก็ยังเป็นเรื่องประสบการณ์และความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพอนามัยของตัวเอง (ผู้หญิง) ก็ถูกการแพทย์สมัยใหม่ถือว่าไม่มีความหมายเป็นต้น

นักสตรีนิยมหลายคนเห็นว่าการแทรกแซงทางการแพทย์สมัยใหม่บางครั้งทำให้เกิดอันตรายมากกว่าช่วยให้ดีขึ้น ในบางกรณีเป็นการบรรเทามากกว่าที่จะรักษาในบางกรณีการแทรกแซงนั้นก็มีความจำเป็น ตัวอย่างเช่นในการคลอดลูกกระบวนการหลายอย่างถูกทำให้เป็นข้อปฏิบัติปกติทั่วไป (routinised) เช่น การผ่าปากช่องคลอดเพื่อสูติกรรม (episiotomy) นำส่งสัยะจะมีประโยชน์ต่อแม่และทารกจริงแท้แค่ไหน นอกจากนั้นก็มีเรื่องของการบำบัดด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทน (hormone replacement therapy หรือ HRT) สำหรับผู้หญิงที่หมดประจำเดือน ในวรรณกรรมทางการแพทย์การหมดประจำเดือน หรือการเข้าสู่ “วัยทอง” ของผู้หญิงถูกเปลี่ยนจากเหตุการณ์ตามธรรมชาติ ที่ไม่มีปัญหาให้กลายเป็นโรคขาดแคลนหรือไม่เพียงพอ (deficiency disease) ที่ควรรักษาและสามารถทำได้ด้วย HRT (Foster, 1995, อ้างใน Abbott และ Wallace, เพิ่งอ้าง, น.164) จริงอยู่มีหลักฐานทางคลินิกอยู่ค่อนข้างมากที่เชื่อได้ว่าการบำบัดโดยใช้ฮอร์โมนมีส่วนช่วยในการขจัดอาการทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับการหมดประจำเดือนแต่ในขณะเดียวกันก็มีหลักฐานน้อยกว่า HRT นั้นช่วยแก้ปัญหาทางด้านจิตวิทยา (Ussher, 1989, อ้างใน เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) ซึ่งเป็นปัญหาที่ยากจะปฏิเสธว่าไม่เกิดกับผู้หญิงที่อยู่ในช่วงชีวิตของการหมดประจำเดือน ส่วนปัญหาที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งน่าจะมีอีกไม่น้อย ทั้งซับซ้อนและหลากหลายไปตามเงื่อนไขชีวิตของแต่ละคนอีกแล้ว ปัญหาเหล่านี้ไม่น่าจะรักษาได้ด้วย HRT เช่นกัน

อนึ่งมีการอ้างกันด้วยว่า HRT สามารถลดความเสี่ยงหรือความเป็นไปได้ของการเกิดโรคหัวใจ การสันสติดันเนื่องจากเส้นโลหิตในสมองอุดตัน (strokes) และภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ในผู้หญิงสูงอายุ แต่การให้ความสนใจ กับความเป็นไปได้ของผลข้างเคียงต่างๆ ในระยะยาวกลับไม่ค่อยมีเช่น การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อทั้งมะเร็งเยื่อบุมดลูก และมะเร็งเต้านม (endometrial and breast cancer) และการให้ความสนใจมีน้อยไปใหญ่ ต่อผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดได้มากเช่น การคั่งคั่งของของเหลว น้ำหนักเพิ่ม ความนิ่มของหน้าอก (breast

tenderness) ตะคริวในช่องท้อง ความรู้สึกระคายเคือง (irritability) การคลื่นไส้และอาเจียนที่ล้วนเป็นผลมาจาก HRT ทั้งสิ้น (Kahn and Holt, 1989, น.98, อ้างใน , เพ็งอึ้ง, น.เดียวกัน) เพ็กกี ฟอสเตอร์ (1995) จึงสรุปว่า

เป็นเรื่องที่มีเหตุมีผลมากที่จะสนับสนุนการให้การบำบัดแบบ HRT ในฐานะที่เป็นการรักษาในกรณีที่มีอาการต่าง ๆ ทางกายภาพที่รุนแรงอันเกิดจากการหมดประจำเดือน แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องคัดค้านการใช้วิธีนี้ราวกับเป็นยาที่รักษาปัญหาต่าง นานาของผู้หญิงที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัย (aging) ที่รวมทั้งการสูญเสียรูปร่างหน้าตาด้วย

(อ้างใน, เพ็งอึ้ง, น.เดียวกัน)

เช่นเดียวกันกับการให้ยากล่อมประสาททั้งหลาย แก่บรรดาแม่บ้านที่มีปัญหาเกี่ยวกับความซึมเศร้าสลดหดหู่ (depression) ที่เป็นเพียงแค่ทำให้สภาวะที่ทนไม่ได้ให้กลายเป็นสภาวะที่ทนได้ชั่วคราวเท่านั้น ที่จริงแล้วการให้ยาดังกล่าวไม่ได้ช่วยขจัดเหตุปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังความหดหู่ นั้นเลย

ผู้หญิงกับความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

นี่ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งของความไม่เสมอภาคในเรื่องสุขภาพอนามัยที่นักสตรีนิยมยกขึ้นมาให้เห็นชัดเจนกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยเน้นที่เพศภาวะว่าเป็นฐานที่มาของความไม่เท่าเทียมกัน ประเด็นที่น่าสนใจก็มีหลากหลายเช่น การแทรกแซงทางการแพทย์บางอย่างถูกใช้เพื่อเพิ่มอำนาจและศักดิ์ศรีให้กับพวกผู้ชาย ในวงการแพทย์มากกว่าที่จะเป็นไปเพื่อทำให้สุขภาพของผู้หญิงดีขึ้น รวมทั้งบรรดาผลประโยชน์ต่างๆ ที่อ้างว่าผู้ที่ได้รับการรักษาจะได้ ซึ่งผลประโยชน์ที่ว่านี้มีคำถามกำกับมาด้วยมากมาย นักสตรีนิยมสายมาร์กซิสต์ ได้ชี้ให้เห็นความไม่เสมอภาคในวิถีทางต่างของบริการดูแลสุขภาพว่าระบบบริการสุขภาพนั้นแท้ที่จริงแล้วทำหน้าที่รับใช้ **ตอบสนองความจำเป็นต่างๆของสังคมทุนนิยม** ในขณะที่ **นักสตรีนิยมสายวัฒนธรรม** (cultural feminists) **แนววิพากษ์วัฒนธรรม** (cultural critique) ตั้งคำถามกับทัศนะที่มองการแพทย์สมัยใหม่ในฐานะที่เป็นวิทยาศาสตร์ ปราศจากคุณค่าหรืออารมณ์ความรู้สึก (value-free) และเป็นวัตถุวิสัย (objective) พร้อมกับตั้งคำถามต่อข้อสรุปที่กลายเป็นความเชื่อทั่วไปว่า แพทย์ทั้งหลายในฐานะมืออาชีพจึงเป็นผู้มีความรู้และห่างไกลกับการตอบสนองความจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพของลูกค้านั้นๆ ทั้งการแทรกแซงทางการแพทย์เป็นประโยชน์ต่อลูกค้าอย่างแน่นอนก็ดี รวมทั้ง

ทั้งความเชื่อว่าการลดลงอย่างมากมายของความป่วยไข้และการดีขึ้นโดยทั่วไปด้านสุขภาพเหล่านี้ที่เกิดขึ้นในประเทศอุตสาหกรรมทั้งหลายในช่วงร้อยปีที่ผ่านมาเกิดจากความก้าวหน้าทางความรู้ด้านการแพทย์ข้อสรุปเหล่านี้ ต้องถูกตั้งข้อสงสัย ฉะนั้น ประเด็นความหวังใยสงสัยของนักสตรีนิยมที่แสดงออกมา จึงไม่ได้อยู่แต่เพียงว่า ความจำเป็นต่างๆ ทางด้านสุขภาพของผู้หญิงถูกมองข้ามเท่านั้น และก็ไม่ใช่เพียงประเด็นว่า การแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะเพศนิยม (sexist) เท่านั้น แต่อยู่ที่ตัวการแพทย์สมัยใหม่เองนั้นแหละที่อาจมีคุณค่าน้อยกว่าที่ชอบอ้างกัน เพราะฉะนั้นสิ่งที่ต้องจับตาตรวจสอบและวิพากษ์จึงอยู่ที่ความสามารถทางเทคนิค (technical competence) ของแพทย์และการแพทย์สมัยใหม่อีกด้วย การวิพากษ์ของนักสตรีนิยมในส่วนนี้ยกตัวอย่างว่า ปัญหาใหญ่อันเนื่องมาจากความไม่รู้ของแพทย์สมัยใหม่ได้แก่ในเรื่อง การคุมกำเนิด การมีประจำเดือน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดการเกี่ยวกับการออกลูก การหมดประจำเดือน การอักเสบในอวัยวะเพศหญิง เป็นต้น ซึ่งเป็นอันตรายที่บรรดาผู้หญิงต้องเผชิญตลอดช่วงอายุ (โปรดดูเป็นตัวอย่างเช่น Foster, 1995, Doyal, 1995 เป็นต้น)

หนึ่งควรจะต้องตระหนักด้วยเช่นกันว่า “ผู้หญิง” นั้นมีความแตกต่างและหลากหลายซ้อนทับอยู่ในการจัดประเภทแบบนี้ ดังนั้นจึงต้องมองหาพฤติกรรมของผู้หญิงที่หลากหลายทั้งทางด้านภูมิหลังทางชาติพันธุ์ ศาสนาความเชื่อ ชนชั้น อายุ และสภาวะทางร่างกายเช่น ผู้หญิงป่วย (เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDs ผู้เป็นมะเร็งเต้านม ผู้เป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น) ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงที่เป็นคนเลี้ยงดูลูกแต่ผู้เดียว หรือเป็นทั้งแม่และพ่อในคน ๆ เดียว (single parent) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในงานเขียนชิ้นนี้ผู้เขียนไม่อาจพูดถึงเรื่องสุขภาพอนามัยกับผู้หญิงในทัศนะของนักสตรีนิยมสายต่างๆ ได้ครบถ้วนทุกเรื่องทุกประเด็น และทุกความเห็น ยังคงมีอีกหลายประเด็นที่จำเป็นจะต้องทิ้งเอาไว้เพื่อการถกเถียง การศึกษาวิจัยกันอีกต่อไป เพื่อที่จะสร้างความรู้ชุดใหม่ ๆ ขึ้นมาประชันชนแข่งกับความรู้เก่าของการแพทย์สมัยใหม่ที่ถูกวิพากษ์จากนักสตรีนิยมว่าไม่ใช่ความรู้ของผู้หญิง ประเด็นเหล่านั้นบางประเด็นซึ่งแต่ละประเด็นสามารถแยกย่อยออกไปได้อีกได้แก่

การแพทย์หรือการรักษาที่อาจเป็นอันตรายมากกว่าทำให้ดีขึ้น (iatrogenic medicine) กับผู้หญิง หรือการแพทย์ที่วาดด้วยภาวะความป่วยไข้ที่เกิดจากแพทย์

ตัวอย่างที่พูดไปบ้างแล้วคือ การบำบัดด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทน (HRT. หรือ hormone replacement therapy) นอกจากนั้นก็ยังมีการใช้ยาบางชนิดเพื่อรักษาอาการข้ออักเสบ (arthritis) ซึ่งคนไข้ที่ได้รับยาบางตัวที่ช่วยลดอาการปวดแต่ก็มีผลข้างเคียงทำให้สุขภาพโดยรวมแย่ลง ยาบางชนิดไม่ได้ใช้เพื่อรักษาการป่วยไข้แต่ป้องกันการตั้งครรภ์ในภาวะไม่พร้อม กลับมีผลภัยต่อสุขภาพ หรือการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “coil” มีผลทำให้เกิดประจำเดือนออกมามากมายกว่าที่เคยและทำให้เกิดการปวดหลังส่วนล่างในผู้หญิงบางคน ตัวอย่างที่น่าตกใจมาก ๆ คือยาคุมกำเนิด (contraceptive pill) ที่เคยเชื่อและให้กันมาโดยตลอดว่าได้ผลและปลอดภัย ในสหรัฐใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 1960 และต่อมาใช้กับผู้หญิงเกือบจะทั่วโลกก็ว่าได้ ก็ปรากฏว่ามีเหตุอันชวนสงสัยได้ว่าการใช้ยาคุมกำเนิดอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงกับการเป็นมะเร็งมดลูกและโรคหัวใจต่าง ๆ เป็นต้น

อนึ่งมีข้อมูลว่าบริษัทผลิตยาส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกาเลิกทำวิจัยเล็กพัฒนาและผลิตยาคุมกำเนิด ไม่ใช่เป็นเพราะว่าผลิตภัณฑ์เหล่านั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้หญิง แต่เป็นเพราะค่าใช้จ่ายในการทดลองยาเหล่านั้นสูงขึ้นอย่างมาก บวกกับค่าเบี้ยประกันที่บริษัทผู้ผลิตยาจะต้องจ่ายให้กับบริษัทประกันในกรณีที่อาจถูกผู้เสียหายฟ้องร้องว่ายาเหล่านั้นเป็นอันตราย เพิ่มสูงมากขึ้นต่างหาก

เพศสภาวะ อำนาจ และการแพทย์

หัวข้อนี้ ก็เป็นอีกหัวข้อหนึ่งที่มีความสำคัญในการวิเคราะห์การแพทย์สมัยใหม่ กับผู้หญิง โดยใช้นิทัศน์เรื่องเพศสภาวะและอำนาจ/ความรู้เข้ามาจับ ตัวอย่างที่มีการพูดถึงไปบ้างแล้วในงานของต่างประเทศได้แก่

ภาพลักษณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ของผู้หญิง (medical images of women)

ในความหมายว่าแพทย์ที่เป็นผู้ชาย “สร้าง” (construct) ภาพของผู้หญิงขึ้นมาและภาพลักษณ์ที่ว่านี่กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมบรรดาคนไข้ผู้หญิงทั้งหลาย เช่น ในคริสต์ศตวรรษที่สิบเก้าแพทย์ผู้ชายเสนอว่า โดยกายภาพแล้วผู้หญิงอ่อนแอป่วยไข้ (women were physically frail) พอมาถึงคริสต์ศตวรรษที่ยี่สิบพวกเขากลับเสนอว่า บรรดาผู้หญิงทั้งหลายนั้นอ่อนแอทางด้านจิตใจ/อารมณ์ และหงุดหงิด หรือไม่พอใจง่ายมากต่อบทบาทต่าง ๆ ในบ้านเรือนที่เธอควรจะต้องทำตามหน้าที่ของผู้หญิง การวิเคราะห์ตำราแพทย์โดยนักสตรีนิยมพบว่า ในตำราเหล่านั้นมีการพูดถึง “ความจริง” เกี่ยวกับผู้หญิงที่มีอะไรมากเกินกว่าที่จะมองว่าเป็นเพียงอคติบางประการ แต่เป็นการตอกย้ำความเหนือกว่าของสิ่งที่เรียกว่าความรู้ที่เป็นวัตถุวิสัย (objective knowledge) และประสบการณ์ทางคลินิกของแพทย์ว่าสูงกว่า ดีกว่า การรับรู้แบบอัตวิสัยอันเป็น

การรับรู้ หรือ การพิจารณาของตัวผู้รับรู้ ซึ่งในกรณีนี้คือ ผู้หญิงเอง (subjective perception) ทั้ง ๆ ที่สิ่งที่กำลังถกเถียง หรือตรวจสอบนั้นเป็นประสบการณ์ของผู้หญิงเองด้วยซ้ำไป ปัญหาหลายอย่างด้านสุขภาพที่ผู้หญิงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานได้รับความสนใจน้อยมากในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ยกเว้นแต่ว่าปัญหานั้น ๆ ไปเชื่อมโยงกับการตั้งครรภ์และการเกิดลูก ฉะนั้น ปัญหาสุขภาพธรรมดาที่เกิดขึ้นกับผู้หญิง เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบก็ดี อวัยวะเพศอักเสบก็ดี ไม่ค่อยได้รับความสนใจอย่างจริงจัง เช่น มีการวิจัยน้อยมากในเรื่อง incontinence (ภาวะการกลั้นไม่อยู่) และภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ในผู้หญิงเป็นต้น แม้กระทั่งเรื่องวงจรของการมีประจำเดือนก็ยังไม่ค่อยมีการวิจัยกันละเอียดเพียงพอ นรีแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคสตรี (Gynaecologists) และสูติแพทย์ (obstetricians/obstetrists) ซึ่งถือกันว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้หญิงนั้น ในวงการแพทย์กลับเป็นความชำนาญเฉพาะทางด้านมืออาชีพของแพทย์ผู้ชาย ผู้ซึ่งใช้อำนาจเหนือผู้หญิงโดยอยู่ในตำแหน่งแห่งที่ที่กำหนดนิยามว่าอะไรเป็น “ความเป็นผู้หญิงปกติ” (normal femininity) อะไรเป็น “เพศวิถีปกติ” (normal sexuality) อะไรไม่ปกติ นำสังเกตว่าไม่เพียงพอว่าแพทย์ผู้ชายเหล่านั้น ผ่านการอบรมเกี่ยวกับเพศวิถีของผู้หญิงน้อยมากเท่านั้น แต่การวิเคราะห์ตำราทางด้านนรีเวชขึ้นสำคัญ ๆ บ่งชี้ว่า สิ่งที่พวกแพทย์ผู้ชายได้รับการสั่งสอนมานั้น ตกยุคตกสมัยไปแล้ว และมายาคติเกี่ยวกับเพศวิถีของผู้หญิงหลายอย่างถูกนำมาพูดถึง ทั้ง ๆ ที่ได้มีผลการสำรวจวิจัยออกมาแล้วว่าเรื่องเหล่านั้นเป็นมายาคติไม่ใช่เรื่องจริง (Scully and Bart, 1978, อ้างใน, Abbott & Wallace, อ้างแล้ว, น.175) Lesley Doyal (1995) ซึ่งประเด็นต่อไปว่า เมื่อปัญหาด้านสุขภาพมีผลกระทบต่อทั้งผู้ชายและผู้หญิง ตัวอย่าง เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) ที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่เมื่อมีการทำวิจัยกลับพบว่าส่วนใหญ่เป็นการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ชายเท่านั้นเป็นต้น (เพ็งอ้าง, น., เดียวกัน)

นอกจากนั้น แพทย์มักจะมองว่าปัญหาต่าง ๆ ด้านสุขภาพอนามัยของผู้หญิงว่าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and mental) มากกว่าที่จะเป็นปัญหาด้านกายภาพ ยิ่งไปกว่านั้นสภาวะหดหู่ของผู้หญิงมักถูกตีความว่า เกิดเพราะความอ่อนแอภายในจิตใจ/อารมณ์ของผู้หญิง กล่าวคือพวกเธอไม่สามารถรับมือกับความเรียกร้องต้องการต่าง ๆ ของครอบครัวบ้าง การต้องถูกโดดเดี่ยวเพราะต้องทำงานบ้านบ้าง เหล่านี้เป็นต้น แต่งานวิจัยของนักสตรีนิยมออกมาค้านว่า ความหดหู่ของผู้หญิง โดยพื้นฐานแล้วเกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกมากกว่าที่จะเกิดจากอารมณ์ความรู้สึกภายใน บางคนก็ได้แย้งว่า การต้องอยู่บ้านคนเดียวและทำงานบ้านซ้ำ ๆ ซาก ๆ ชั่วเวลาปีต่างหาก ที่เป็นสาเหตุ ฉะนั้น ต้องแก้ปัญหาโดยให้ผู้หญิงมีโอกาสดำรงงานนอกบ้านเป็นอาชีพ (เพ็งอ้าง, น. เดียวกัน)

ผู้หญิง การแพทย์และการเจริญพันธุ์ (Women, medicine and reproduction)

นี่ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่ง ที่นักสตรีนิยมให้ความสนใจและตั้งคำถามที่ถือว่ามีผลกระทบต่อ การจะปรับเปลี่ยน หรือไม่ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนสุขภาพ

มีผู้สรุปว่า ในเรื่องนี้การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงสาม ด้าน หรือ สามพื้นที่ด้วยกันคือ

1. การคุมกำเนิด (contraception) – การป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา
2. การตั้งครรภ์และการคลอด (pregnancy and child birth)
3. เทคโนโลยีเจริญพันธุ์ต่าง ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อทำให้ผู้หญิงบางคนผู้ไม่สามารถตั้ง ครรภ์ได้เกิดตั้งครรภ์ได้

อนึ่ง นักสตรีนิยมแม้จะมีทัศนะเชิงวิพากษ์ต่อการแทรกแซงของการแพทย์สมัยใหม่ในพื้นที่ ทั้งสามนี้ แต่พวกเขาก็ยอมรับว่าเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องยอมรับว่า การแทรกแซงเหล่านี้ มีด้าน บวกอยู่หลายด้าน ความก้าวหน้าของการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้การตั้งครรภ์และการคลอดถูก ปลอดภัยขึ้นมากมายมหาศาลต่อแม่และทารก กระนั้นก็ตามพวกเขาก็สามารถตั้งคำถามที่สำคัญ ๆ ได้ เช่น การครอบงำผู้หญิงของการแพทย์สมัยใหม่ในสามพื้นที่ดังกล่าวข้างบนมีความหมายว่า ชีวิตของผู้หญิงถูกควบคุมไปเป็นอันมาก โดยแพทย์ผู้ชายและผู้หญิงต้องฟังพาคำแนะนำ และข้อ มูลข่าวสารต่าง ๆ จากแพทย์ ดังนั้น ประเด็นจึงไม่ได้อยู่ที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่ได้มีส่วนช่วยให้การ ตั้งครรภ์และการคลอดปลอดภัยขึ้น แต่ประเด็นอยู่ที่แพทย์ทั้งหลายได้เข้ามารับผิดชอบในการควบ คุมการจัดการผู้หญิงมีครรภ์อย่างสิ้นเชิง จนกระทั่งผู้หญิงเหล่านั้น ไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ อย่างมีข้อมูลรอบด้านเกี่ยวกับชีวิตของเธอเอง ทั้งนี้ เพราะระบบการแพทย์สมัยใหม่ (บวกกับการ บริหารจัดการบริการสุขภาพในระบบทุนนิยมที่ผู้ประกอบการต้องสร้างกำไร-ผู้เขียน) ทำให้เกิดการ บีบบังคับทางอ้อมให้ผู้หญิงที่จะคลอดลูกต้องไปพบแพทย์หลังตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ถูกบีบให้ คลอดลูกที่โรงพยาบาลถูกแนะนำให้ใช้บริการหลายอย่างที่อาจไม่จำเป็น เช่น การแนะนำให้เลี้ยง ทารกด้วยนมผงยี่ห้อหนึ่ง ผ้าอ้อมยี่ห้อนี้ และ ฯลฯ

อนึ่ง มีประเด็นสำคัญอีกมากมายที่ผู้เขียนไม่ได้นำมากล่าวไว้ในที่นี้ เป็นเรื่องที่คุณที่ สนใจจะต้องถกเถียงกันต่อไป

ผู้หญิง สุขภาพ กับ ความรุนแรงในครอบครัว

เรื่องนี้ นักสตรีนิยมในประเทศตะวันตกบางกลุ่มเห็นว่า เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและรุนแรงที่สุด การทุบตีภรรยาโดยสามีและหรือคู่ครอง อาจเป็นสาเหตุเดียวที่พบได้ทั่วไปของปัญหา

ด้านการบาดเจ็บของผู้หญิงก็ได้ อย่างไรก็ตาม การรักษาที่แพทย์ให้ก็ทำไปได้เพียงแค่การรักษา การบาดเจ็บต่าง ๆ แต่ไม่ได้ หรือไม่สามารถจัดการกับต้นเหตุต่าง ๆ ของการบาดเจ็บเหล่านั้น ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ฝ่ายชายละเมิดฝ่ายหญิง (abusive relationship) แนนอนแพทย์ทั้งหลายย่อมจะเห็นว่าเรื่องความรุนแรงภายในครอบครัวไม่ใช่พื้นที่ของการเข้าไปแทรกแซงด้วยการแพทย์ แต่เป็นเรื่องของตำรวจ เรื่องของกฎหมายหรือไม่ก็เป็นเรื่องที่ต้องใช้จิตวิเคราะห์และจิตบำบัด ทั้ง ๆ ที่นักสตรีนิยมส่วนใหญ่เห็นว่า ความรุนแรงต่อผู้หญิงนั้น เป็นผลพวงของการกดขี่ผู้หญิงไว้ภายใต้อำนาจมาเป็นเวลานาน การแก้ไขปัญหในระยะยาวอยู่ที่การเพิ่มอำนาจ (empowerment) ให้กับผู้หญิง ฉะนั้น พวกเธอจึงเกรงว่าบรรดาบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหลาย โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย อาจทำให้เรื่องความรุนแรงในครอบครัวกลายเป็นเรื่องทางการแพทย์ไปเสีย (medicalise domestic violence) เหมือนกับที่ทำให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นพื้นที่ทางการแพทย์เท่านั้น ดังได้กล่าวไปแล้ว หากเป็นเช่นนั้นก็อาจเกิดการโทษผู้หญิงผู้เป็นเหยื่อว่าเป็นเหตุของการกระทำความรุนแรง (เช่น เพราะผู้หญิงขี้อ้อน ผู้หญิงทำตัวน่ารำคาญ ฯลฯ สามมีจึงโมโหแล้วซุ่ม) ดังนั้น ก็จะเกิดการมองข้ามผู้ที่เป็นฝ่ายใช้ความรุนแรงและมองข้ามบริบทที่ความรุนแรงนั้นเกิดขึ้น (Abbott & Wallace, เพิ่งอ้าง, น., 181-182) หรือจิตแพทย์อาจวิเคราะห์ว่า ผู้ชายที่ข่มขืนเป็นคนที่ป่วย หรือมีอาการทางจิต ซึ่งก็อาจเป็นเหตุให้ได้รับการลดหย่อนผ่อนโทษ แต่ก็จะไม่ได้รับการบำบัด โดยเฉพาะในประเทศ หรือสังคมที่ยากจน เช่น สังคมไทย และในหมู่ชนชั้นที่ไม่อาจเข้าถึงการบำบัดทางจิตที่จะต้องเสียเวลานาน และค่าใช้จ่ายสูงการบำบัดจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก

ผู้ที่สนใจเรื่องผู้หญิงกับสุขภาพโปรดดู พิมพวัลย์ บุญมงคล และ คณะ (บก.) (2542) **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**: กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์เจนเตอร์เพรส. ที่ปรากฏในบรรณานุกรมท้ายเล่ม

บทที่แปด

มานุษยวิทยาการแพทย์กับการปรับกระบวนทัศน์สุขภาพ

หากเราถือตามนิยามของโทมัส คูห์น (Thomas Khun) ว่ากระบวนทัศน์หมายถึง กรอบความคิดในการมองโลกหรือทัศนะแม่บทชุดหนึ่งอันเป็นที่ตกลงปลงใจร่วมกันในหมู่นักคิดนักเขียนว่า ทัศนะแม่บทดังกล่าวนั้นควบคุมนิยามของสิ่งที่ถือว่าเป็นความรู้ เมื่อมีความรู้แล้วก็เชื่อว่าเราจะสามารถเข้าหาความจริงได้ แต่ “ความจริง” ในทัศนะของคุณเป็นสิ่งที่เกิดจากการตกลงปลงใจทางวัฒนธรรมและเป็นความจริงที่มีลักษณะเฉพาะภายในกระบวนทัศน์ที่ก่อให้เกิดความจริงนั้น ฉะนั้นกระบวนทัศน์จึงไม่ได้มีความหมายเพียงทัศนะเท่านั้น แต่รวมเอาความเชื่อ ค่านิยม แม้กระทั่งเทคนิควิธีการต่าง ๆ นานาที่เกิดขึ้นมาจากสิ่งที่เป็นความคิดความเชื่อเหล่านั้นเข้าไปด้วย ยิ่งไปกว่านั้นกระบวนทัศน์ยังจำเป็นต้องสังกัดกับชุมชนใดชุมชนหนึ่งด้วย **กระบวนทัศน์ทางวิชาการจึงสังกัดกับชุมชนวิชาการ** แต่เนื่องจากในโลกยุคสมัยใหม่ หรือยุคทันสมัยวิทยาศาสตร์ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากกลายเป็นที่ยอมรับว่าเป็นศาสตร์ที่มีอำนาจในการเข้าหาความจริงได้สูงกว่าศาสตร์อื่น ๆ ดังนั้นกระบวนทัศน์ที่ดี ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ดี จึงถูกถือว่าเป็นความรู้ที่เป็น “ความจริง” และนักวิทยาศาสตร์คือผู้ “ค้นพบ” ความจริง อย่างไรก็ตาม คุณกลับโต้แย้งว่า “ความจริง” เป็นสิ่งที่เกิดจากการตกลงปลงใจทางวัฒนธรรมดังกล่าวแล้ว ฉะนั้น หากจะถือว่าสิ่งใดเป็นความจริงแล้ว สิ่งนั้นก็**เป็นความจริงเฉพาะภายในชุมชนวิชาการที่มีกระบวนทัศน์ร่วมกันเท่านั้น** ด้วยเหตุนี้ ถ้าหากเกิดการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ (paradigm shift) จากกระบวนทัศน์หนึ่งไปสู่อีกกระบวนทัศน์หนึ่ง “ความจริง” ก็ย่อมเปลี่ยนไปด้วย (โปรดย้อนกลับไปดูบทที่ว่าด้วย กระบวนทัศน์และความรู้)

ไบรอน กู๊ด (Byron J. Good) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่มีผลงานสำคัญในยุคนี้ ตั้งเป็นโจทย์ใหญ่ไว้ว่า เราสามารถจะตั้งคำถามและแสวงหาจุดยืนในเชิงญาณวิทยาและจริยธรรมอย่างจริงจังโดยที่ไม่ลำเอียงเข้าข้าง หรือให้อภิสิทธิ์กับข้ออ้างต่าง ๆ ทางความรู้ หรือ “ความจริง” ของการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์แบบชีวะ (Biomedicine) และการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์แขนงต่าง ๆ ที่เรามีอยู่ เราจะได้หรือไม่ แต่ถ้าหากเราไปยอมรับข้ออ้างต่าง ๆ เหล่านั้นเสียแล้ว มันจะเกิดผลต่อเรื่องอะไรตามมา ต่อการที่เราจะเสนอภาพตัวแทนความเจ็บไข้และการดูแลรักษาในชนบททางวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่แตกต่างออกไปจากระบบของเรา ซึ่งเป็นแบบวิทยาศาสตร์ เช่น ระบบความรู้พื้นบ้านด้านสุขภาพและหรือการรักษาเยียวยาความป่วยไข้ เราจะรู้ได้หรือไม่และอย่างไรว่าการวิเคราะห์เรื่องความเจ็บไข้ของเราไปทำให้เกิดการผลิตซ้ำและให้ความชอบธรรมแก่ความรู้แบบสามัญสำนึกของเราในเรื่องการแพทย์ และโลกทางสังคมที่เราใช้ชีวิตอยู่ในปัจจุบัน พุดอีกอย่างหนึ่งคือ ถ้าเราปฏิเสธข้ออ้างต่าง ๆ ที่เป็นรากฐานของการแพทย์แบบชีวะ หรือการแพทย์สมัยใหม่

เสียแล้ว เราจะมีทางเลือกของวิธีคิดและวิธีเขียนแบบไหนเหลือให้เราใช้ในการวิเคราะห์ หรือพยายามทำความเข้าใจเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลรักษาที่ปรากฏอยู่ในหลาย ๆ สังคมหลาย ๆ วัฒนธรรมที่ไม่ใช่ของเรา

ไบรอน กู๊ด เสนอว่าเขาพยายามที่จะแสดงให้เห็นว่า ทักษะต่าง ๆ ของเราที่มีต่อภาษา ความหมาย และความรู้ถูกนำเสนออย่างเจลิยวฉลาดแนบเนียนในข้อเขียนต่าง ๆ เกือบทั้งหมดของเราในงานทางมานุษยวิทยา เพราะฉะนั้น เมื่อเราต้องเผชิญกับคำถามยาก ๆ ต่าง ๆ ทั้งหลายในปัจจุบัน มานุษยวิทยาการแพทย์ จึงเป็นพื้นที่สำคัญที่สุดที่กว่าได้ของการยกประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นต่าง ๆ ทางสุขภาพที่เผชิญหน้าเราอยู่ในขณะนี้ (Good, B., 1995) เช่น ปัญหาการพยายามเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทยอันเป็นโจทย์ใหญ่ของหนังสือเล่มนี้เป็นต้น

ในหนังสือชื่อ *Medicine, rationality, and experience : An Anthropological Perspective* ซึ่งเป็นหนังสือที่มาจากการรวมปาฐกถาชุด Lewis Henry Morgan Lectures นี้ ไบรอน กู๊ด ผู้ดำรงตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์สอนในคณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เห็นว่างานของมอร์แกน นักมานุษยวิทยา ชาวอเมริกันผู้ให้ความสนใจศึกษาชาวพื้นเมืองของอเมริกาคือชาวอิโรควอยส์ (Iroquois) ที่คนไทยทั่วไปเรียกรวม ๆ ว่าอินเดียนแดงนั้น ในความเป็นจริงประกอบขึ้นด้วยหลายเผ่าพันธุ์ และภายใต้การจัดกลุ่มเผ่าพันธุ์ว่า อิโรควอยส์นี้ ก็ยังมีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ ลงไปอีก เช่น คาโยกะ (Cayuga) โมฮอว์ค (Mohawk) โอไนดะ (Oneida) โอนานดากะ (Onandaga) และซีเนกะ (Seneca) คนพื้นเมืองเหล่านี้เป็นผู้คนดั้งเดิมผู้อาศัยอยู่ในรัฐนิวยอร์กในช่วงทศวรรษที่ 1840 คนพื้นเมืองเหล่านี้ถูกไล่ออกจากถิ่นที่อยู่อาศัย โดยบริษัท Ogden Land Company ซึ่งต้องการสูบเอาที่ดินของคนเหล่านั้น มอร์แกนซึ่งโดยอาชีพเดิมเป็นทนายความและสนใจผู้คนเหล่านี้ในแนวมานุษยวิทยาได้ทำการศึกษาและเขียนงานทางชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ว่าด้วยชาวอิโรควอยส์ เขาใช้ความรู้ที่ได้จากการศึกษานำมาต่อสู้เพื่อปกป้องสิทธิของคนเหล่านี้อย่างแข็งขัน ในที่สุด ชาวซีเนกะ มอบความเป็นสมาชิกชนเผ่าให้กับเขาเป็นการตอบแทนด้วย ผลงานและความทุ่มเทของมอร์แกนให้กับชาวอิโรควอยส์นี้ กู๊ดเห็นว่ามีคามหมายเป็นพิเศษต่อมานุษยวิทยาการแพทย์ ไม่ใช่เพียงเพราะปฏิบัติการนิยม (activism) ของมอร์แกนเท่านั้นที่สำคัญ เขาเสนอว่ามอร์แกนมีส่วนสำคัญมากในการทำให้เรื่องราวของเครือญาติ (kinship) เป็นปริมณฑลของการวิเคราะห์ (an analytic domain) นอกจากนั้น บรรดาปัญหาเชิงโนทัศน์ต่าง ๆ (conceptual problems) ที่เขาต้องเผชิญในขณะนั้นแทบจะไม่ต่างอะไรกับที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์ทุกวันนี้เผชิญอยู่ เช่น ในเรื่องความคิดว่าเรื่องของความป่วยความไข้เป็นเรื่อง “ธรรมชาติ” เช่นเดียวกับที่คนทั่วไปที่ไม่ใช่ นักมานุษยวิทยาอาจคิดว่าเรื่อง “เครือญาติ” เป็นเรื่องธรรมชาติเรื่องธรรมดาทั่วไป ไม่ว่าผู้คนที่ไหน ๆ ก็มีญาติและการนับญาติเหมือนกันกับที่เรา มี แต่มอร์แกนกลับ

พบด้วยความแปลกใจอย่างมากมายเลยว่า ชาวซีเนกมีธรรมเนียมการนับญาติและการสืบมรดก และตำแหน่งทางสังคมต่างไปจาก “เรา” (คนผิวขาว) อย่างหน้ามือเป็นหลังมือ กล่าวคือมีการนับญาติและสืบสมบัติผ่านทางผู้หญิงเท่านั้น ข้อเท็จจริงอันนี้ทำให้มอร์แกน เห็นว่าเป็นการทำให้เรื่องเครือญาติหลุดออกมาจากสนามของ “ธรรมชาติ” (denaturalize) และทำให้เรื่องเครือญาติเปิดรับกับเรื่องจิตสำนึก (Trantinann 1987, น.4, อ้างใน Good 1995 น.2) จากการค้นพบและตระหนักเช่นนี้เอง ทำให้มอร์แกนระบุให้เครือญาติเป็นปริณทณทางวัฒนธรรม (cultural domain) พุดให้ฟังเป็นภาษาไทยหน่อยก็หมายความว่า เรื่องการนับญาติการสืบมรดก และตำแหน่งต่าง ๆ ทางสังคม เช่น นามสกุล ทรัพย์สิน และ ฯลฯ เป็นด้านหนึ่งของสังคมมนุษย์ทั้งหลายจึงไม่ใช่เรื่องที่จะอธิบายด้วยธรรมชาติ หรือ “สามัญสำนึก” อะไรก็ได้ ฉะนั้น เรื่องเครือญาติจึงเป็นเรื่องที่มีใจความหรือเนื้อหาติดต่อกันดีและมีโครงสร้าง จึงเป็นปริณทณหรือพื้นที่ทางวัฒนธรรมที่เราสามารถศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ได้อย่างเป็นระบบ (Good 1995, น. เดียวกัน) **เพราะฉะนั้น เรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยและการบำบัด ดูแล รักษาจึงอยู่ในลักษณะเดียวกันกับเรื่อง “เครือญาติ” คือต้องทำความเข้าใจในฐานะที่เป็นสนาม หรือพื้นที่ทางวัฒนธรรม**

อนึ่ง ควรทำความเข้าใจเสียในตอนนี้อย่างยิ่งว่า กู๊ดส์ไม่ได้ปฏิเสธความสำเร็จและความมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคภัย ไข้เจ็บ และการช่วยทำให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้นของการแพทย์แบบชีวะ หรือการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่ เขากลับยอมรับด้วยซ้ำว่า วิทยาการด้านนี้ก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วจนคิดไม่ถึง แต่การแพทย์สมัยใหม่ เมื่อนำไปใช้กับผู้คน ในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากสังคมตะวันตก น่าจะก่อให้เกิดปัญหา โดยเฉพาะสำหรับบุคลากรของการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่จะเข้าใจโรคภัย ไข้เจ็บ ในฐานะที่เป็นพื้นที่ทางวัฒนธรรมได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเราพยายามศึกษาเปรียบเทียบเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วย และการรักษาพยาบาลระหว่างต่างวัฒนธรรมด้วยแล้ว เป็นเรื่องที่ยากมากที่บุคลากรที่ผ่านการสร้างความรู้แบบการแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่ ที่จะหลีกเลี่ยง ความเชื่อมั่นอย่างสูงว่า ระบบความรู้ของ “เรา” เป็นระบบที่สะท้อน ระเบียบของธรรมชาติ (natural order) เป็นระบบที่ก้าวหน้ามีเหตุมีผลทางวิทยาศาสตร์รองรับ เชื่อถือได้และเป็นระบบเดียวที่ถูกต้อง

ประเด็นที่ยกมากล่าวข้างบนนี้ เป็นหนึ่งในหลาย ๆ ประเด็นสำคัญที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์ยกขึ้นมาถกเถียงกัน ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าสำคัญมากในขั้นต้นของการถกเถียงในเรื่องการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพที่ในปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่ ที่มีวิทยาศาสตร์ ทุนนิยมอุตสาหกรรมและรัฐส่วนกลางเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ผลิต ผลักดันและแปรความรู้การแพทย์สมัยใหม่ให้เป็นปฏิบัติการผ่านทางนโยบายสาธารณะสุขภาพไม่ได้คำนึง หรือให้ความสนใจว่าเรื่องโรคภัยไข้เจ็บก็ดี สุขภาพอนามัยก็ดี หรือแม้กระทั่งขบวนการผลักดัน ขับเคลื่อนกระบวนทัศน์สุขภาพะเองก็อาจไม่ได้ตระหนักอย่างเต็มที่ว่า พื้นที่ด้านสุขภาพ/สุขภาพะเป็นพื้นที่ทางวัฒนธรรม เพราะฉะนั้น

ปัญหาเบื้องต้นของการปรับเปลี่ยน หรือเคลื่อนย้ายกระบวนการทัศนจึงอยู่ที่จะทำอย่างไร จึงจะทำให้ระบบอำนาจ/ความรู้แบบการแพทย์สมัยใหม่ที่ประกอบด้วยวิทยาศาสตร์ อำนาจรัฐและอำนาจตลาดยอมรับในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าในระหว่างสามส่วน หรือสามสถาบันนี้การแพทย์สมัยใหม่ วิทยาศาสตร์และสถาบันย่อยที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนแพทย์ น่าจะเป็นส่วนที่ยอมรับประเด็นนี้ได้ยากที่สุด

หนึ่ง แม้เมื่อเกิดการยอมรับว่า สุขภาพ/สุขภาพะเป็นพื้นที่ทางวัฒนธรรมแล้ว ก็เชื่อว่าปัญหาจะหมดไป ตรงกันข้ามปัญหาอาจยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้นก็ได้ ตัวอย่างเช่น เมื่อยอมรับว่าสุขภาพ/สุขภาพะเป็นพื้นที่ทางวัฒนธรรมแล้ว ก็จำเป็นจะต้องยอมรับต่อไปว่า สิ่งที่เราเรียกว่า “วัฒนธรรม” นั้น เป็นมโนทัศน์ที่มีประโยชน์ก็จริง แต่มีนิยามที่แตกต่างกันมากมายแทบจะเหลือคณานับ ดังนั้น เมื่อนำวัฒนธรรมเข้ามาทำความเข้าใจเรื่อง สุขภาพะ ก็จะเพิ่มความยุ่งยากที่มีอยู่แล้ว ภายในมานุษยวิทยาการแพทย์ในการทำความเข้าใจ “โรคภัยไข้เจ็บ” ให้มีความซับซ้อนหลากหลายและเลื่อนไหลยิ่งขึ้นไปอีก แต่ก็ต้องถือว่าเป็นเรื่องดีที่ควรจะทำ

มานุษยวิทยาการแพทย์ กับ ทฤษฎีสังคม และ ความป่วยไข้

ก่อนอื่นขอทำความเข้าใจอย่างสั้น ๆ ว่ามานุษยวิทยาการแพทย์ (Medical Anthropology) เป็นสาขาหนึ่งของมานุษยวิทยา ซึ่งก็เชื่อว่าจะมีเอกภาพเป็นหนึ่งเดียวอย่างที่บางคนอาจเข้าใจ มานุษยวิทยาในอเมริกามักถูกจัดว่าเป็นมานุษยวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Anthropology) ในขณะที่ในอังกฤษมักเข้าใจกันว่า เป็นมานุษยวิทยาสังคม (Social Anthropology) แต่ในยุโรปมานุษยวิทยามักหมายถึงมานุษยวิทยากายภาพ (Physical Anthropology) ที่สนใจศึกษาวิวัฒนาการของมนุษย์ในฐานะเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทสัตว์ชนิดหนึ่ง แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาและพื้นที่ก็ขอรวบรัดว่า วิชามานุษยวิทยาศึกษาทุกอย่างที่เกี่ยวกับมนุษย์ รวมทั้งเรื่องความป่วยไข้และการตอบสนองต่อการป่วยไข้ของมนุษย์ในสังคมต่าง ๆ ทั้งนี้ ต้องย้ำว่าสิ่งที่มานุษยวิทยาการแพทย์สนใจคือ “ความป่วยไข้และการเยียวยา” ส่วนสุขภาพถือว่าเป็นสิ่งสร้างของการแพทย์สมัยใหม่

การศึกษาเรื่องความป่วยไข้และการตอบสนองของผู้คนในสังคม-วัฒนธรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะในสังคมดั้งเดิม หรือสังคมประเพณี (traditional society) นั้น ดูเหมือนจะเป็นจุดแข็งของมานุษยวิทยา แต่เนื่องจากมานุษยวิทยาก็เป็นการสร้างความรู้ หรือเป็นวิชาที่เกิดขึ้นมากับยุคหลังสมัยใหม่ งานการศึกษาในลักษณะชาติพันธุ์วรรณาของมานุษยวิทยา (การแพทย์) จึงมีทั้งงานที่ถือว่าเป็นแบบของนักสมัยใหม่นิยม (modernist) กับนักหลังสมัยใหม่นิยม (post modernist) ในทัศนะของกู๊ด (Byron J. Good) เขาเห็นว่า ถ้าเราถือว่างานของอีแวนส์-พริทชาร์ด (Evans-Pritchard) เกี่ยวกับชาว Azande (ตีพิมพ์ ปี ค.ศ.1937) เป็นงานคลาสสิกของโมเดิร์นนิสต์ใน

เรื่อง Witchcraft กับ illness หรือพอมดแม่มด/การใช้คุณไสยกับความป่วยไข้แล้วละก็ เราก็ต้องถือว่างานของ Jeanne Favret-Saada ชื่อ Deadly Words. Witchcraft in the Bocage (1980) ที่พิมพ์ครั้งแรกเป็นภาษาฝรั่งเศสในปี ค.ศ.1977 เป็นงานชาติพันธุ์วรรณา ระดับคลาสสิกของพวกนักหลังทันสมัย (post modernist) (Good, อ้างแล้ว, น.13)

ทันสมัยนิยม (modernism) กับทฤษฎีสังคมแนวโครงสร้าง หน้าที่นิยมในมานุษยวิทยาการศึกษาความป่วยไข้

อีแวนส์-พริทชาร์ด (Evans-Pritchard, E, 1902-1973) เป็นหนึ่งในนักมานุษยวิทยาอังกฤษกลุ่มหนึ่ง ที่วางรากฐานการสร้างความรู้ในสายมานุษยวิทยาสังคมแนวทางใหม่ที่ถือกันว่าปฏิบัติได้ (practical) และในขณะเดียวกัน ก็มีลักษณะทางการเมือง (political) ด้วย สำนักความคิดนี้รู้จักกันในนาม British School of Structural Functionalism ที่มีอิทธิพลครอบคลุมมานุษยวิทยาอังกฤษหลายทศวรรษ นักมานุษยวิทยาคนอื่น ๆ ที่อาจจัดได้ว่าเกี่ยวข้องกับสำนักความคิดหรือทฤษฎีนี้ได้แก่ Charles Saligman, A.R. Radcliff-Brown, Bronislaw Malinowski, Meyer Fortes, Raymond Firth, Audrey Richards และ Edmund Leach เป็นต้น กล่าวกันว่าวิธีคิดของเขาได้รับอิทธิพลมาจาก Emille Durkheim, Charles Saligman, และ Malinowski นอกจากนั้นก็มีพื้นฐานใกล้เคียงกับ Fortes, Radcliff-Brown และ Claude Levi-Strauss นักมานุษยวิทยาลำดับทฤษฎีโครงสร้างนิยมฝรั่งเศส (French Structuralism)

งานของอีแวนส์-พริทชาร์ด เน้นความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบต่าง ๆ ของการจัดระบบสังคม (social organisation) เช่น ระบบเครือญาติกับพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อต่าง ๆ (beliefs) แต่การศึกษาของเขาเป็นไปในแนวทางที่ต่างไปจากงานของคนอื่น ๆ ที่มีลักษณะการสืบสาวความเชื่อมโยงทางเครือญาติในลึก

ขณะที่ค่อนข้างเป็นกลไก ประเด็นสำคัญที่ผู้เขียนเห็นว่าจะมีประโยชน์ต่อการศึกษา โรคภัยไข้เจ็บในภูมิปัญญาพื้นบ้านไทย คือ อีแวนส์-พริทชาร์ด ได้แย้งว่าความเชื่อต่าง ๆ ทางศาสนา (religious beliefs) ก่อรูปเป็นระบบที่สอดคล้องหรือได้ใจความสอดคล้องกันดี และมีเหตุผล (coherent and rational system) เมื่อพิจารณาจากภายในบริบทของความเชื่อเหล่านั้นเอง กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ เขาพยายามที่จะเข้าใจพฤติกรรมทางสังคมและแบบแผนต่าง ๆ ทางวัฒนธรรม (cultural patterns) บนเงื่อนไขหรือสภาพของมันเอง แทนที่จะตัดสินมันไปตามเครื่องชี้วัดของชาวยุโรป เช่น มีเหตุผลตามแบบตะวันตกหรือไม่ เขาได้เถียงว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เรียกว่า ความคิดของคนป่าล่าสัตว์ (primitive thought) กับ เวทย์มนต์คาถาของคนเหล่านั้น (primitive

magic) ที่จริงแล้ว เวทย์มนต์คาถาเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่แน่นอนบางอย่าง และมีไว้เพื่อทำหน้าที่แก้ปมความขัดแย้ง ด้วยวิธีคิดเช่นนี้เขาจึงอ้างว่า ช่วยให้เราเข้าใจได้ดียิ่งขึ้นว่า ด้วยเหตุใดหรือทำไมผู้คนในสังคมต่าง ๆ จึงสามารถเข้าใจ (made sense) และหาความมีเหตุมีผล (rationalised) ให้กับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ความโชคร้าย ความป่วยไข้ ได้ด้วยการนำเอาองค์ประกอบบางประการของระบบศาสนา และความเชื่อในเรื่องเวทย์มนต์คาถามาอธิบายได้ ตัวอย่าง เช่น ในการศึกษาชาว Azande เขาแสดงให้เห็นว่า Witchcraft หรือการใช้เวทย์มนต์กับการทำนายล่วงหน้าหรือการพยากรณ์ก่อรูปเป็นระบบทั้งหมดที่ระบบนี้อนุญาตให้ผู้คนที่ต่อสู้หรืออยู่ได้กับ “ความโชคร้าย” (misfortune) และสามารถหาเหตุผล (rationalise) ให้กับความเจ็บป่วยและความตายได้ ส่วนในระดับปัจเจกชนแต่ละคนนั้น การใช้เวทย์มนต์คาถาหรือ Witchcraft ทำให้เกิดรูปแบบหนึ่งของความสามารถในการอธิบาย ซึ่งจะถูกบูรณาการไปสู่ปฏิบัติการต่าง ๆ เชิงสถาบันที่จะทำให้เกิดชุมชนที่สืบทอดตัวเอง (self-sustaining community) ได้ และนี่คือวิธีคิดแบบโครงสร้าง-หน้าที่นิยมนั่นเอง

ฌาน ฟาฟเวเร ซาดา (Jeanne Favret-Saada) งานของเธอ ในชื่อเรื่อง Deadly Words. Witchcraft in the Bocage (1980) ในทัศนะของกูด ถือว่าเป็นงานระดับคลาสสิกของมานุษยวิทยาการแพทย์ ในทฤษฎีทางสังคมแนวหลังทันสมัยดังกล่าวแล้ว งานชาติพันธุ์วรรณาของเธอเป็นงานเขียนแบบมือหนึ่ง (first-person account) ที่พยายามตรวจสอบเรื่อง Witchcraft ในเขตชนบทของฝรั่งเศส เมื่อเธอออกสนามชาวบ้านนำเธอไปหา “หมอ” (healers) สองสามคนที่เคยถูกสัมภาษณ์โดยสื่อมวลชนมาแล้ว แต่พวกชาวบ้านเองกลับปฏิเสธที่จะพูดถึงเรื่องนี้ เมื่อถูกถามก็แสดงความแปลกใจเหมือนกับไม่เคยรู้เรื่องนี้ แถมยังบอกด้วยว่าพวกที่เชื่อเรื่องแบบนี้ก็มีแต่คนโง่เท่านั้น และเมื่อใดที่เธอกลับเข้าเมือง ผู้คนก็มักจะบ่นว่าให้เธอเล่าเรื่องแม่มดหมอผีให้ฟังในฐานะที่เป็นเรื่องน่าตื่นเต้นสะพิงกลัว แต่ก็ถือว่าเป็นเรื่องเล่าเกี่ยวกับความโง่เง่าและล้าหลังของคนในชนบทเท่านั้นเอง อย่างไรก็ตามหนังสือเล่มนี้เป็นการเล่าเรื่องราวในที่สุดแล้ว เธอก็พบหนทางของการเข้าไปสู่วาทกรรมเรื่องแม่มดหมอผี โดยการถูกมองว่าเป็นคนป่วย แวดล้อมด้วยอุบัติเหตุต่าง ๆ และพยายามหาความช่วยเหลือจาก “หมอ” ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถถอนการถูกทำด้วยเวทย์มนต์คาถาให้ได้ จากนั้นเธอจึงเริ่มสัมภาษณ์ชายคนหนึ่งและครอบครัวของเขา ผู้ชายคนนี้เธอพบเขาในโรงพยาบาลประสาทที่เขาถูกส่งเข้าไปรักษา พวกเขาเล่าให้เธอฟังถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของความป่วยไข้รวมทั้งบอกเธอด้วยว่า ใครเป็นคนที่พวกเขาสงสัยว่าเป็นคน “ทำ” คุณไสย์ เมื่อนั้นเองฟาฟเวเร-ซาดา เริ่มตระหนักว่าพวกเขามองเธอในฐานะ “หมอ” และคาดหวังว่าเธอจะทำการต่อสู้ในนามของพวกเขาแน่ ๆ ไม่เช่นนั้นแล้ว เหตุใดเธอจึงจะต้องมาถามไถ่เรื่องเหล่านี้อย่างเปิดเผยด้วยเล่า ทั้งนี้ เพราะมีแต่คนที่มีความน่าเชื่อถือเท่านั้นที่จะกล้าตั้งคำถามเหล่านั้น ฉะนั้น ด้วยเพียงแค่การถามไถ่เกี่ยวกับปัญหาของพวกเขา เธอจึงถูกมองจากพวกเขาเหล่านั้นว่าเธอกำลังก้าวเข้ามาสู่การ

ต่อสู้ของพวกเขาที่กำลังสู้อยู่กับศัตรูผู้ประสงค์จะทำร้ายพวกเขา อันเป็นการต่อสู้ที่ถึงเป็นถึงตายที่บัดนี้เธอได้กลายมาเป็นผู้ต่อสู้เพื่อพวกเขา การใช้คุณไสยที่เรียกว่า Witchcraft ที่เธอเข้ามาศึกษาจึงเป็นเสมือนสงครามของการต่อสู้ระหว่างเจตจำนงศึที่ทรงพลัง เป็นการต่อสู้กันถึงตาย เป็นการต่อสู้ผ่านทางตัวกลางที่เป็น**ภาษา**ซึ่งถูกพูดออกมา จะเห็นได้ว่าเราจะสามารถพูดถึง Witchcraft ได้ก็ต่อเมื่อเราอยู่ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งที่ต้องเกี่ยวข้องกับตัวเท่านั้น ถ้าไม่ใช่เป็นคนที่ถูกคุณไสย ก็ต้องเป็นคนที่ถูกสงสัยว่าใช้คุณไสย หรือไม่ก็ต้องเป็นคนที่เข้ามาแก้คุณไสย การเข้ามาเกี่ยวข้องกับด้วยการพูด เช่น การเข้ามาสอบถามสัมภาษณ์จึงเท่ากับเป็นการก้าวเข้าไปสู่การต่อสู้ (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน)

ตามเรื่องที่ ฟาฟเว-ชาดา เขียนบรรยายมา กู๊ดเห็นว่า ภาษาของความเชื่อที่ดี ตำแหน่งแห่งที่ของนักชาติพันธุ์วรรณา หรือนักมานุษยวิทยาก็ดี ตลอดจนบรรดาสมมุติฐาน (assumptions) ต่าง ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง**วัฒนธรรม**กับ**ความเป็นจริง** (reality) นั้น ต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับที่ปรากฏในงานเขียนหรือตัวบทของอีแวนส์-พริทชาร์ด กล่าวคือในงานของฟาฟเว-ชาดา **วิทยาศาสตร์** ไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการโต้เถียงอธิบายระหว่างความจริงเชิงประจักษ์กับความจริงที่ลึกลับเหมือนกับที่อีแวนส์-พริทชาร์ดใช้ แต่วิทยาศาสตร์เป็นแต่เพียงหนึ่งในสาม-สี่ “ทฤษฎีที่เป็นทางการของความโชคร้าย” ที่ได้รับการสนับสนุนอยู่เบื้องหลังโดยสถาบัน หรือหน่วยงานทางสังคมที่ทรงพลัง เช่น โรงเรียน คริสต์จักร และสมาคมแพทย์เท่านั้นเอง ภาษาจึงไม่ใช่เป็นข้อเสนอที่เป็นกลางเกี่ยวกับโลก ซึ่งภาษานี้โดยทั่วไปแล้วนักชาติพันธุ์วรรณา มักทึกทักเอาว่ามีความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์ไม่มากนักน้อย แต่ทว่าภาษาเป็นสื่อ (medium) ที่อำนาจที่ชั่วร้ายและคุกคามชีวิตที่กำลังต่อสู้กันทั้งหลายเข้ามาเกี่ยวข้องกับ โลกของความป่วยไข้และการใช้คุณไสยได้เปิดให้กับนักชาติพันธุ์วรรณาที่ต่อเมื่อเธอได้ก้าวเข้าสู่วาทกรรมนั้น อนึ่ง เนื้อความจำนวนมากของหนังสือของฟาฟเว-ชาดา ได้หันไปสู่เรื่องการสะท้อนแบบเหินแสมต่าง ๆ เกี่ยวกับ “**ความเชื่อ**” ตัวอย่างเช่น ชาวบ้าน หรือ ชาวนา อ้างว่าไม่เชื่อเรื่องการใช้คุณไสยทั้ง ๆ ที่พวกเขานั้นเองแหละที่เสาะหาความช่วยเหลือจากหมอ (unwitcher) ผู้ที่จะถอดถอนคุณไสยนั้น ในขณะเดียวกันก็สะท้อนภาพของทัศนคติเชิงยะเย่ถูกจากบรรดาเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ เกี่ยวกับชาวบ้านผู้เชื่อถืออะไรที่ “โง่เขลา” เหล่านั้น อย่างไรก็ตาม สำหรับนักชาติพันธุ์วรรณาอีกหลาย ๆ คน เช่นเดียวกับสื่อของฝรั่งเศส คำถามมีว่าพวกเขานั้นเชื่ออย่างนั้นจริง ๆ หรือ และถ้าพวกเขาเชื่ออย่างนั้นจริงแล้วละก็ พวกเขาสามารถยึดถือความเชื่อแบบนั้นไว้ได้อย่างไรในโลกทุกวันนี้ **แต่นั้นดูเหมือนจะไม่ใช้ประเด็นสำหรับชาวบ้านที่ถูกทำร้ายโดยบรรดาผู้ใช้คุณไสยทำร้ายผู้อื่น** (sorcerer) **และก็ไม่ใช้ประเด็นสำหรับฟาฟเว-ชาดา เองด้วย** คนเหล่านี้ตกอยู่ในสถานะการณ์ที่ชีวิตพวกเขา กำลังเป็นเดิมพัน ฉะนั้น ความเชื่อ หรือไม่เชื่อ ในเรื่องการใช้คุณไสยจึงไม่ใช่ประเด็นคำถาม การป้องกันตนเองอย่างไร การที่จะขจัดปัดเป่าการโจมตีที่ชั่วร้ายที่ทำให้เกิดความ

ป่วยไข้และสิ่งเลวร้ายต่าง ๆ ต่างหากที่เป็นเพียงประเด็นเดียวที่มีความสำคัญที่จะต้องตั้งคำถามและจัดการกับมัน (เพ็งอ้าง, น.14)

อนึ่ง เรื่องของ “ความเชื่อ” และพฤติกรรมด้านการรักษาเยียวยาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของการถกเถียงทางมานุษยวิทยาการแพทย์มาโดยตลอด รวมทั้งทัศนะที่แตกต่างและหลากหลายในหมู่นักมานุษยวิทยาที่มีต่อความหมายของ “ความเชื่อ” แต่ในที่นี้ผู้เขียนไม่ได้ตั้งใจที่จะทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับ “ความเชื่อ” และการเยียวยา รักษา เพียงแต่ต้องการตั้งประเด็นว่า

หนึ่ง เมื่อนักมานุษยวิทยาออกไปศึกษาเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยในสนาม กรอบคิดทาง ทฤษฎีสังคมที่ใช้รวมทั้งตำแหน่งแห่งที่ของตัวนักมานุษยวิทยาในฉากทางสังคมที่ความเจ็บไข้ได้ ป่วยเกิดขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่องานที่ผลิตออกมา ถึงแม้ว่างานนั้นจะมีลักษณะเป็นงานเชิง บรรยายแบบชาติพันธุ์วรรณา แต่งานนั้นก็มักจะมีกรอบวิธีคิดทางทฤษฎีแฝงอยู่ด้วย

สอง ความเจ็บไข้ได้ป่วย แม้จะเกิดกับมนุษย์ในทุกสังคมและทุกยุคสมัย แต่อะไรคือ ความเจ็บป่วย อะไรไม่ใช่ สาเหตุเกิดจากอะไร การจะเยียวยารักษาต้องทำอะไร โดยใคร และคำ ถามและคำตอบอื่น ๆ อีกมาก ล้วนเป็นสิ่งสร้างทางสังคมที่ภาษาของสังคมนั้นเป็นสื่อ หรือตัว กลางสำคัญในสนาม หรือพื้นที่ของการต่อสู้เพื่อเยียวยาความป่วยไข้ และ หรือ “ความโชคร้าย” เหล่านั้น

สาม ความป่วยไข้ หรือ สภาวะของความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นสภาวะที่สำคัญ เป็นช่วงเวลา วิฤติที่จะต้องต่อสู้และแก้ไข เป็นสภาวะที่เต็มไปด้วยเหตุการณ์ (eventful) ซึ่งต่างจากสภาวะ ปกติที่ทุกอย่างดำเนินไปเรื่อย ๆ อย่างที่เคยเป็นมา สภาวะแบบหลังนี้อาจตรงกับสภาวะที่น่าจะมี ความสำคัญ แต่เนื่องจากเป็นสภาวะที่ผู้คนไม่ตกอยู่ในอันตราย หรือเชื่อว่าไม่ถูกคุกคาม สภาวะ เช่นนี้จึงไม่มีเหตุการณ์อะไรให้ต้องระทึกใจและจัดการ ไม่เหมือนกับเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ด้วยเหตุ นี้ความเจ็บป่วยหรือ “illness” จึงเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญสำหรับผู้คนในสังคมที่นักมานุษยวิทยา การแพทย์เข้าไปศึกษา ส่วน “สภาวะ” นั้น น่าจะเป็นเรื่องราวของชีวิตที่ดำเนินไปตามธรรมดา ไม่น่าจะมีอะไรให้ศึกษามากนัก หรือไม่ก็ต้องศึกษาสภาวะผ่านทางเรื่องอื่น ๆ เช่น การผลิต พิธี กรรม และนันทนาการ เป็นต้น

อนึ่ง ประเด็นสำคัญที่ผู้เขียนอยากเชิญชวนให้ทบทวนกันคือ ในวงการมานุษย วิทยาการแพทย์มองเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยในแนวทางใดบ้าง

ในทัศนะของกู๊ด (Byron Good) เขาเห็นว่าในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ปัจจุบันนี้ มี การมองความเจ็บไข้ได้ป่วยในแบบภาพตัวแทนของความป่วยไข้ (illness representations) ซึ่งมิ การวิวาทะ หรือถกเถียงกันอยู่เป็นสี่แนวด้วยกัน ซึ่งผู้เขียนขอสรุปสั้น ๆ ดังนี้

หนึ่ง ภาพตัวแทนของความป่วยไข้ในฐานะความเชื่อพื้นบ้าน : การยืนหยัดอยู่ของประจักษ์นิยม

ทัศนะในการมองและสร้างภาพตัวแทนของความเจ็บไข้ได้ป่วยในหมู่นักมานุษยวิทยาการแพทย์แนวนี้ เป็นทัศนะที่แพร่หลายอยู่ในวงการวิจัยทางการแพทย์และการศึกษาในทวีปอเมริกาเหนือ ในช่วงประมาณปี ค.ศ.1950 เป็นต้นมา จนถึงขณะนี้ก็ยังมียุทธพลอยู่ งานในแนวนี้มีคุณูปการต่อการวิพากษ์แนวทางที่เรียกกันกว้าง ๆ ว่า “the medical model” หรือหุ่นจำลองแบบการแพทย์สมัยใหม่ที่มีอิทธิพลครอบงำการศึกษาในสายพฤติกรรมศาสตร์การแพทย์ (medical behavioral sciences) เช่น จิตวิทยาการแพทย์ (medical psychology) สังคมวิทยาพฤติกรรมความป่วยไข้ (the sociology of illness behavior) พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ในสาธารณสุขและโรคระบาดวิทยา เป็นต้น จริงอยู่ แม้ในงานในแนวนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นการเขียนที่วางอยู่บนความเชื่อ และหุ่นจำลองต่าง ๆ ด้านพฤติกรรมที่มีรากเหง้าที่แน่นหนาจากกระบวนทัศน์ของพวกปฏิฐานนิยม หรือกระบวนทัศน์แบบนักประจักษ์นิยมหรือประสบการณ์นิยม ซึ่งเป็นฐานร่วมกันกับการแพทย์แบบชีวะก็ตาม แต่งานในกลุ่มนี้ก็ยังวิพากษ์การแพทย์สมัยใหม่ด้วยในขณะเดียวกัน เช่น เห็นว่าการแพทย์แบบชีวะล้มเหลวที่จะให้ความสนใจกับตัวแปรทางด้านสังคมและจิตวิทยาต่าง ๆ แต่ท้ายที่สุดแล้ว ก็ยังถือว่าความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่เป็นสิ่งที่จะต้องทำตาม กล่าวคือ ผู้แสดงแต่ละคนหรือปัจเจก (individual actor) ตกอยู่ในแรงบีบคั้นต่าง ๆ ของสภาวะแวดล้อมที่ดี เป็นพื้นที่ (site) ของโรคก็ดี เป็นต้นตอหรือที่มาของพฤติกรรมที่มีเหตุมีผล หรือไม่มีเหตุไม่มีผลก็ดี ถือว่าปัจเจกเหล่านี้เป็นหน่วยที่มีความสำคัญพื้นฐานในการวิเคราะห์ และการบำบัดหรือบริการสุขภาพที่มาจากมุมมองความป่วยไข้ในฐานะที่เป็นความเชื่อพื้นบ้านนี้ ส่วนใหญ่แล้ว ก็มักหนีไม่พ้นจากการมุ่งไปที่การให้การศึกษากับปัจเจกชนเหล่านั้น ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบพื้นบ้านที่ไม่มีเหตุมีผล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และปฏิบัติตามกฎของหน่วยงานการแพทย์ และการต้องแสวงหาการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามทัศนะของการแพทย์สมัยใหม่อีกด้วย (เพ็งอ้าง, น.37)

อย่างไรก็ตาม กู๊ดเห็นว่าตลอดประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยาการแพทย์ สาขาวิชานี้เข้ามาเกี่ยวข้องไม่เพียงแค่การวิพากษ์การแพทย์แบบชีวะเท่านั้น แต่วิพากษ์พฤติกรรมศาสตร์การแพทย์แบบปฏิฐานนิยม (หรือทัศนะที่ว่าความรู้สูงสุดมาจากประสาทสัมผัสเท่านั้น) ด้วย ทั้งนี้ โดยมีข้อโต้แย้งสำคัญประการหนึ่งว่า การตอบโต้ต่าง ๆ ของชาวบ้านต่อความป่วยไข้ที่แตกต่างไปจากการตอบโต้ที่แพทย์สมัยใหม่อนุมานเอาว่ามีเหตุมีผลนั้น ไม่ใช่เป็นผลของการที่ชาวบ้านขาดข้อมูลข่าวสาร หรือเป็นเพราะชาวบ้าน “งมงาย” อย่างที่ชอบสรุปกัน หากแต่การตอบโต้หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ของชาวบ้านมีพื้นฐานอยู่บนวัฒนธรรม ดังนั้น ระบบความเชื่อและปฏิบัติกรต่าง ๆ เหล่านั้นไม่ว่าจะแตกต่างออกไปจากการแพทย์แบบชีวะ หรือการแพทย์สมัยใหม่เพียงใดก็ตาม แต่มันก็

มีโครงสร้างทางตรรก และตรรกทางวัฒนธรรม (cultural logic) ของมันเอง และสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ที่ ถูกมองว่า งามงายไม่มีเหตุมีผลนี้ จะทำหน้าที่เชิงการปรับตัวต่าง ๆ (adaptive functions) ที่มักถูก มองข้ามอยู่เสมอด้วย เพราะฉะนั้น ในทัศนะนี้วัฒนธรรมจึงถูกนำเสนอว่าเป็นสาระสำคัญของการ ตอบโต้ของมนุษย์ต่อความป่วยไข้ และลักษณะนี้เป็นสิ่งที่ส่วนใหญ่แล้ว ถูกเมินเฉยจากฝ่ายพหุติ กรรมศาสตร์การแพทย์แขนงต่าง ๆ การยึดหยัดในประเด็นนี้ ถือว่าเป็นที่มาของการวิพากษ์โดยทั่ว ไปจากสายมานุษยวิทยา (เพ็งอ้าง, น.38)

การมองความเจ็บไข้ได้ป่วยในสายของสังคมศาสตร์การแพทย์แนวนี้ บางครั้งก็มีผู้เรียกว่า “common-sense” approach บ้าง “empiricist” approach บ้าง ทั้งนี้ก็กล่าวกันว่า เมืองคัมภีร์ประกอบ สำคัญสามองค์ประกอบคือ หนึ่ง การวิเคราะห์ภาพตัวแทนต่าง ๆ ของความป่วยไข้ที่นักมานุษย วิทยาพยายามนำเสนอออกมาในฐานะที่เป็นความเชื่อต่าง ๆ ด้านสุขภาพ (health beliefs) สอง ทัศนะที่มองวัฒนธรรมในฐานะของการปรับตัว และ สาม การให้ความสำคัญเชิงวิเคราะห์พื้นฐาน กับปัจเจกในฐานะเป็นผู้มีเหตุมีผลและเป็นผู้ที่พยายามใช้คุณค่าให้สูงที่สุดหรือมากที่สุด (value-maximizing individual) กล่าวคือ ไม่มองว่าความเชื่อและปฏิบัติการต่าง ๆ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ของพวกเขาเป็นเรื่องงามงาย หากแต่เป็นความพยายามใช้ระบบคุณค่าทุกชนิดอย่างเต็มที่นั่นเอง

เหตุผลเบื้องหลังที่จัดงานศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์แนวนี้ให้อยู่ในขอบของพวก ประจักษ์นิยมนั้น ไบรอน กู๊ด ต้องการจะบอกว่าแม้นักมานุษยวิทยาในสายนี้จะวิพากษ์วิจารณ์ บรรดาพฤติกรรมศาสตร์การแพทย์ทั้งหลายในหลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่นำความ เชื่อและหรือวัฒนธรรมเข้ามาพิจารณาดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่กระแสของการสร้างทฤษฎีทาง มานุษยวิทยาก็ยังดำเนินไปในรูปของการผลิตซ้ำกรอบวิธีคิดด้านญาณวิทยาส่วนใหญ่ของทาง ฝ่ายชีววิทยาที่ประยุกต์ด้วยวิทยาศาสตร์สาขาต่าง ๆ เช่น ฟิสิกส์และเคมี (biosciences) ต่าง ๆ ต่อไปอย่างแข็งขัน นักมานุษยวิทยาการแพทย์สายนี้ที่เด่น ๆ และยังคงมีอิทธิพลอยู่และบางครั้งถูก เรียกว่าเป็น “rationalist tradition” ได้แก่ W.H.R. Rivers เป็นต้น ถึงแม้พวกเขาจะวิพากษ์วิจารณ์ พวกผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขอย่างเปิดเผย แต่พวกนักมานุษยวิทยาการแพทย์ประยุกต์เหล่านี้ ของยุค ค.ศ.1950 ก็ดึงเอาภาษาของเรื่องความเชื่อและพฤติกรรมมาใช้ จึงทำให้งานของพวกเขา ตกอยู่ในขอบนัยอย่างชัดเจน (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน) พุทธิอีกอย่างหนึ่งคือ พวกนี้วิเคราะห์ว่าการที่ชาว บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความป่วยไข้ในลักษณะนั้น ๆ เช่น การใช้ เวทย์มนต์คาถาในการรักษาเยียวยา ไม่ใช่เป็นเพราะพวกเขางมกย หรือไม่รู้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ ทาง การแพทย์ หรือไม่สนใจประสิทธิภาพของการแพทย์สมัยใหม่ แต่เป็นเพราะพวกเขามีระบบ ความเชื่อเช่นนั้น ฉะนั้น แม้จะมีการนำเอายาสมัยใหม่เข้าไปและสามารถทำให้อาการเจ็บป่วยนั้น หายไปอย่างรวดเร็ว พวกเขาก็จะยังเชื่อว่ายานั้นมี “พลังอำนาจเหนือธรรมชาติ” มากกว่ายาของ

พวกเขาเท่านั้นเอง ส่วนสาเหตุของความเจ็บป่วยก็ยังคงมาจากแหล่งเดิม เช่น เรื่องความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป แนวขนบของการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์ที่เกิดจากการสร้างภาพตัวแทนของความป่วยไข้ในฐานะความเชื่อพื้นบ้านนี้ มีอิทธิพลต่อการเกิดทัศนะแบบสามัญสำนึกเกี่ยวกับมานุษยวิทยาการแพทย์ว่า เป็นการศึกษาความเชื่อต่าง ๆ (beliefs) และปฏิบัติ การต่าง ๆ (practices) ที่เชื่อมโยงกับความป่วยไข้ของผู้คนจากหลากหลายวัฒนธรรม ทัศนะดังกล่าวนี้ ก็ยังไปปรากฏตัวอยู่ในหุ่นจำลองต่าง ๆ ที่ถูกนำมาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกหรือเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างนักมานุษยวิทยาการแพทย์ นักระบาดวิทยาและคนอื่น ๆ ในสถานการณ์ของการประยุกต์ใช้หุ่นจำลองสุขภาพแบบที่เมื่อพิจารณาโดยพื้นฐานแล้ว เป็นการแพทย์แบบชีวเวช (biomedicine) หรือการแพทย์สมัยใหม่อยู่นั่นเอง แต่ก็ยอมรับในบางระดับว่าวัฒนธรรมก็มีความสำคัญอยู่เหมือนกัน ต่อมาในวงการมานุษยวิทยาการแพทย์ก็มีการพูดถึงอย่างชัดเจนมากขึ้น โดยใช้คำประเภทสองทาง “biocultural” หรือ “ecological” เป็นต้น (เพ็งอ้ง, น.เดียวกัน) อย่างไรก็ตาม ในท้ายที่สุดแล้ว นักมานุษยวิทยาในขนบนี้ก็จะยืนยันว่า เมื่อมองไปจากจุดยืนของยุคสมัยใหม่ เราก็สามารถบอกได้ว่า ความคิดหรือภูมิปัญญาชาวบ้านทั้งหลายนั้นผิดประเด็นนี้เองที่นักมานุษยวิทยาที่ใช้วิธีคิดแบบหลังสมัยใหม่นิยมเห็นว่า เป็นจุดอ่อนทางทฤษฎีที่เป็นมรดกตกทอดมาจากทฤษฎีต่าง ๆ ของยุค “enlightenment” หรือยุคแสงสว่างทางปัญญาที่กินช่วงเวลาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่สิบเจ็ดของยุโรปจนถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่สิบเก้า

ปัญหาของวิธีคิดแบบเหตุผลนิยม/ประจักษ์นิยมในเรื่องของความป่วยไข้ก็คือ มักจะมองว่า ความป่วยไข้ (disease) เป็นเรื่องของธรรมชาติที่สามารถถูกนำมาสร้างภาพตัวแทนได้อย่างแม่นยำไม่มากนักน้อยในความคิดแบบพื้นบ้านและความคิดแบบวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ความป่วยไข้จึงเป็นราวกับวัตถุที่แยกออกเป็นอิสระจากจิตสำนึกของมนุษย์ เป็นเสมือนความจริงที่ดำรงอยู่ตามธรรมชาติ แต่กระนั้นก็ตามเราก็ยังสามารถยึดกุม หรือค้นพบความจริงนั้นได้ และจากการที่ความจริงนี้ดำรงอยู่ (exists) และยังคงมีอยู่ต่อไป (subsists) “ภายนอก” เรา มันจึงสามารถถูก “ขนย้าย” (transported) เข้าสู่จิตสำนึก ซึ่งก็คือถูกเปลี่ยนไปสู่อะไรบางอย่างที่อยู่ “ภายใน” ได้ โดยที่ไม่ต้องเพิ่มเติมอะไรใหม่ ๆ เข้าไปในกระบวนการของการนำเอาความจริงภายนอก (ความเจ็บป่วยซึ่งเป็นวัตถุธรรมชาตินี้) เข้าไปเป็นความจริงภายใน (ความเชื่อ) เช่นนั้นหรือ? (โปรดดูรายละเอียดใน เพ็งอ้ง, น.45) ตรงนี้คือปัญหาอีกปัญหาหนึ่งในทางญาณวิทยาเหมือนกัน

อนึ่ง ในการทำงานชิ้นนี้ ผู้เขียนไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะทบทวนวรรณกรรมทางมานุษยวิทยา ที่เกี่ยวกับการศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ เพียงแต่ต้องการชี้ประเด็นว่า การศึกษาเรื่องนี้ในต่างประเทศมีการทำกันมานานแล้ว และทำกันมาในหลายแนวทาง หรือหลายตัวแบบ/หุ่นจำลอง แต่การศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านในประเทศไทยยังมีน้อยมากและยังไม่สู้จะมีความหลากหลาย

หลายในมิติมุมมองเพียงพอทั้งในเชิงญาณวิทยา สังคมวิทยาแห่งความรู้และมานุษยวิทยาการแพทย์พอที่จะพูดอะไรได้มากมายและลึกซึ้งนัก

**สอง ภาพตัวแทนความป่วยไข้ในฐานะหุ่นจำลองหรือตัวแบบทางความคิด :
ทัศนะจากมานุษยวิทยาการรับรู้**

ในช่วงประมาณคริสต์ทศวรรษที่ 1950 และ 1960 เกิดสำนักทางมานุษยวิทยาที่ได้รับอิทธิพลจากบรรดาศาสตร์ว่าด้วยการรับรู้ของฝ่ายจิตวิทยา (cognitive sciences in psychology) ทำให้เกิดป้ายชื่อสำนักต่าง ๆ เช่น “ethnoscience” “ethnosemantics” หรือ “the new ethnology” เป็นต้น วัตถุประสงค์ของสำนักต่าง ๆ เหล่านี้ ก็เพื่อตรวจสอบหรือศึกษาว่าภาษาและวัฒนธรรมกำหนดโครงสร้างการรับรู้และส่งผลต่อการจัดระบบสิ่งต่าง ๆ ที่ปรากฏในโลกธรรมชาติและโลกทางสังคมอย่างไร ซึ่งแนวนี้นี้ก็มีรากเหง้าเดิมมาจากมานุษยวิทยาสายโบแอส (Boasian anthropology) อยู่แล้ว และปรากฏในงานเอ็ดเวิร์ด ซาเปียร์ (Edward Sapir) เป็นจามิน วอร์ฟ (Benjamin Lee Whorf) และฮอลโลเวลล์ (Hallowell) เป็นต้น คนเหล่านี้ส่วนใหญ่รู้จักกันในฐานะที่เป็นนักมานุษยวิทยาภาษาศาสตร์และวิธีคิดแบบ Linguistic Relativism หรือภาษาศาสตร์สัมพันธ์นิยมในสมัยนั้นเราจะเห็นการใช้ภาษาเชิงวิเคราะห์ในการศึกษา “หุ่นจำลองพื้นบ้าน” (folk models) ต่าง ๆ ปรากฏอยู่ในการศึกษาของมานุษยวิทยาวัฒนธรรมแล้ว แต่ต่อมานักมานุษยวิทยาภาษาศาสตร์ เช่น วอร์ด กูดอินาฟ (Word Goodenough) ชาร์ลส์ เฟรค (Charles Frake) และวิลเลียม สเตอร์เตเวนท์ (William Sturtevant) ออกมาจัดวางให้วัฒนธรรมศึกษา (cultural studies) มีที่ยืนแบบเป็น “วิทยาศาสตร์” มากขึ้นในลักษณะที่โครงสร้างของภาษากับโครงสร้างของการรับรู้ร่วมกันทำหน้าที่เป็นฐานของการเข้าใจวัฒนธรรม และการเข้าใจโครงสร้างของภาษากับโครงสร้างของการรับรู้ร่วมกันนี้ ทำหน้าที่เป็นฐานของการเข้าใจวัฒนธรรมและเข้าใจโครงสร้างของโลกทางวัฒนธรรมในแบบที่สมาชิกของสังคมนั้น ๆ มองเห็นนั่นเอง โดยเฉพาะในกรณีของกูดอินาฟเขาต้องการให้มีการศึกษาวัฒนธรรมในฐานะที่เป็นความรู้ร่วม (culture as shared knowledge) และเป็นการศึกษาเพื่อสืบค้นว่า อะไรคือสิ่งที่ผู้คน “ต้องรู้เพื่อที่จะกระทำการใด ๆ หรือปฏิบัติตนออกมาในแบบที่พวกเขาทำ หรือทำในสิ่งที่พวกเขาทำ และตีความประสบการณ์ของพวกเขาในวิถีทางที่แตกต่าง” ไปจากผู้คนในสังคมอื่น ๆ (Quinn and Holland 1987:4, อ้างใน, เพิ่งอ้าง, น.48) ภายใต้อิทธิพลวิธีคิดของกูดอินาฟ ทำให้เกิดความสนใจที่จะระบุหรือค้นหาหุ่นจำลอง หรือตัวแบบทางวัฒนธรรมที่ทำให้สมาชิกของสังคมพูดและกระทำ ดังนั้น จึงเกิดความพยายามที่จะใช้วิธีการค้นคว้าต่าง ๆ เพื่อหาทางระบุหรือชี้ให้เห็นถึงการจัดระบบการรับรู้ของความสัมพันธ์ทางความคิด และนำการจัดระบบนี้ไปเชื่อมโยงกับวิถีทางที่มนุษย์คิดซึ่งเรารู้ที่อยู่ข้างแล้วอีกทีหนึ่ง แนวการศึกษาวัฒนธรรมในฐานะการรับรู้ หรือความรู้ร่วมกันของสังคมนี้มีอิทธิพลอยู่ในวงการศึกษาทางมานุษยวิทยายาวนานไม่น้อยกว่าสามสิบปีเลยทีเดียว (เพิ่งอ้าง, น., เดียวกัน)

แนวทางดังกล่าวนี้ (มานุษยวิทยาการรับรู้) เข้ามามีส่วนช่วยในการศึกษาด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยเฉพาะในเรื่องการจัดประเภทความเจ็บไข้ได้ป่วย (disease classification) ตามแบบพื้นบ้านพื้นเมือง ทฤษฎีชาติพันธุ์ต่าง ๆ ว่าด้วยความป่วยไข้และการเยียวยา (ethnotheries of illness and healing) และโครงสร้างของการบรรยายว่าด้วยความป่วยไข้ (the structure of illness narratives) เป็นต้น

เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องตั้งข้อสังเกตว่า สารสำคัญของมานุษยวิทยาการรับรู้ (cognitive anthropology) และสังคมวิทยาแนวนี้มีหลักคิดสำคัญประการหนึ่งคือเรื่อง **สัมพัทธนิยม** (relativism) อันเป็นทัศนะที่ถือว่าความจริงหรือคุณค่าไม่มีอยู่โดยตัวเอง แต่ต้องขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยอื่น เมื่อนำมาใช้กับวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลายก็จะช่วยให้เกิดความคิดว่า **ไม่มีวัฒนธรรมใดดีกว่าหรือถูกต้องกว่าอีกวัฒนธรรมหนึ่ง** แต่ทัศนะเช่นนี้ก็อาจมีตั้งแต่สัมพัทธนิยมแบบอ่อน ๆ ระดับสามัญสำนึกไปจนกระทั่งแบบแข็ง ตัวอย่างเช่น เมื่อพูดว่า “ศีลธรรมจริยธรรมมีลักษณะสัมพัทธ์” ซึ่งเป็นคำพูดที่มีลักษณะเป็น “**จริยธรรมสัมพัทธนิยม**” (moral relativism) ก็มีความหมายว่า **อะไรที่ถูกต้องดีงามเป็นเรื่องของท้องถิ่นนั้นหรือสังคม-วัฒนธรรมนั้น การจะตัดสินว่าดี-ไม่ดี ถูก-ไม่ถูก จึงต้องทำภายในชุมชนนั้น ๆ และเฉพาะในช่วงเวลาหรือโอกาสนั้น** ด้วยวิธีคิดแบบนี้จึงเท่ากับเป็นการบอกว่าการที่จะพยายามตัดสินว่า อะไรดี-ไม่ดี ระหว่างวัฒนธรรมความเชื่อที่ดี ศีลธรรมจริยธรรมที่แตกต่างกันก็ทำไม่ได้ ฉะนั้น เมื่อนำหลักคิดนี้มาใช้ในเรื่องความเชื่อกับการเจ็บป่วย เช่น ในเรื่องของคุณไสยในความเชื่อพื้นบ้านก็อาจบอกได้ว่า การใช้คุณไสยทำให้เกิดความป่วยไข้ หรือเกิดอันตราย อาจไม่มีมูลในทางวิทยาศาสตร์ แต่มันอาจมีมูลเพียงพอภายในสังคมที่เชื่อในเรื่องคุณไสย เช่น การความเชื่อในเรื่อง “ปอบเข้า” และการ “ไล่ปอบ” ในภาคอีสาน ความเชื่อเรื่องผีเกาะในภาคเหนือ ความเชื่อเรื่อง “ยาสั่ง” ในภาคใต้และความเชื่อเรื่องทำนองเดียวกันนี้ในสังคมชนเผ่า หรือกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในประเทศไทย พูดอีกอย่างหนึ่งคือ ในวิธีคิดแบบนี้จึงไม่มีการให้อภิสิทธิ์กับวิธีคิด หรือคำอธิบายที่มีเหตุผลมีผลทางวิทยาศาสตร์ว่าเป็นคำอธิบายที่ถูกต้องเพียงวิธีเดียวนั่นเอง

อนึ่ง หลักคิดหรือปรัชญาวัฒนธรรมสัมพัทธนิยม อาจเป็นที่ถูกใจของฝ่ายที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม แต่ย่อมไม่เป็นที่ถูกใจของฝ่ายเหตุผลนิยม วิทยาศาสตร์นิยมทั้งหลาย โดยเฉพาะในวงการการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ที่วางใจแต่เพียงวิทยาศาสตร์ และผูกติดอยู่กับโรค การรักษาและประสิทธิภาพที่พิสูจน์ได้ วัดได้ จับต้องได้เท่านั้น กับทั้งจะไม่เป็นที่ถูกใจของฝ่ายที่ต้องการคำตอบแบบพ้นธง ที่ต้องการระบุไปเลยว่า ถ้าสิ่งหนึ่งถูกอีกสิ่งหนึ่งก็ต้องผิด ซึ่งเป็นวิธีคิดแบบ either or อันเป็นวิธีคิดของยุคทันสมัย ซึ่งมีอยู่ในการแพทย์สมัยใหม่นั้นเอง วิธีคิดแบบนี้ น่าจะใช้ไม่ได้กับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพสู่สุขภาพะ

งานสนามทางมนุษยวิทยาการแพทย์ในยุคต้น ๆ ที่ใช้แนวคิดของฝ่ายมานุษยวิทยาว่าด้วยการรู้ (cognitive anthropology) ส่วนใหญ่จะออกมาในการมุ่งความสนใจไปที่การจัดประเภทความเจ็บไข้ได้ป่วยกันแทบทั้งสิ้น ตัวอย่างเช่น งานระดับคลาสสิกของเฟรค (Frake) ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1961 ในวารสาร American Anthropologist เรื่อง The Diagnosis of Disease Among the Subanen of Mindanao เป็นงานที่นำเสนอตัวแบบสำหรับการอธิบายและวิเคราะห์ชื่อโรคต่าง ๆ (disease taxonomy) ในด้านการจัดประเภทเชิงวินิจฉัยโรคและอาการต่าง ๆ ที่ถือว่าเป็นลักษณะแตกต่างต่าง ๆ ของโรค การศึกษาชิ้นนี้ สรุปผลออกมาโดยไม่มีการอ้างอิงกับการจัดประเภทของโรคตามแบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเฟรคบอกว่าเขามุ่งมองหาความเข้าใจโรคของชาวซุบันันที่เป็นมุมมองแบบ “คนใน” (emic) อย่างแท้จริงที่มีต่อประเภทของความผิดปกติทางผิวหนังและการวินิจฉัยว่า เป็นโรคอะไร เพื่อที่จะใช้เป็น “ขั้นตอนหลักทางการรับรู้” เพื่อการใส่ หรือตั้งชื่อให้กับภาวะที่หรืออาการที่จัดว่า “ป่วย” (being sick) จากงานชิ้นนี้ก็มีการศึกษาที่ยึดแนวทางนี้ตามมา และมีการนำเทคนิคการศึกษาอื่น ๆ มาใช้ เช่น ethnosemantic ซึ่งเป็นเทคนิคของมานุษยวิทยาภาษาศาสตร์ งานในแนวนี้นางที่ก็เรียกว่า ethnomedical research หรือการวิจัยการแพทย์ชาติพันธุ์ ซึ่งโดยมากมักจะมุ่งความสนใจไปที่การบรรยายโรคภัยไข้เจ็บของผู้คนต่างถิ่นนอกตะวันตก พร้อมทั้งนำเสนอการบรรยายต่าง ๆ ว่าด้วยความเชื่อ และปฏิบัติการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ หนึ่งใน การมุ่งแสวงหาความเข้าใจความป่วยไข้ในแนวเหมาวมนี้ ถือว่ามีความสำคัญสำหรับก้าวต่อไปคือการวิจัยตรวจสอบอย่างละเอียดในเรื่อง **ความรู้ด้านการแพทย์ในชีวิตประจำวัน** ซึ่งจะเป็น กระแสที่ให้ความสนใจกันในปัจจุบัน แต่เมื่อมองย้อนกลับไป การวิจัยในแนวที่พูดถึงข้างบนนี้ก็มี จุดอ่อนอยู่พอสมควร เช่น นิยามต่างเกี่ยวกับขอบเขตของสิ่งที่เรียกว่า ความรู้ด้านการแพทย์หรือ การรักษาพยาบาลยังค่อนข้างจะแคบอยู่มาก และกรอบในการวิเคราะห์ก็ออกจะแคบคือ มุ่ง ประเด็นเกือบทั้งหมดไปในเรื่องการจัดประเภท “โรค” หรือความป่วยไข้ออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ (taxonomy) แต่โดยรวมแล้ว ก็ถือว่ามีประโยชน์ (เพ็งอ้าง, น.,49)

การศึกษาวิจัยโรคภัยไข้เจ็บในภูมิปัญญาชาวบ้าน นอกอิทธิพลของการแพทย์สมัยใหม่ แนวนี้ รุ่นต่อมาซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการศึกษาโครงสร้างของความรู้พื้นบ้านด้านการรักษาพยาบาล เช่น งานของยัง (Young และกาโร (Garro) ซึ่งทำในหมู่บ้านชาวเม็กซิกัน งานชิ้นนี้มีการใช้ลักษณะสำคัญหลายประการที่รวมเอาสาเหตุ และความรุนแรงของความเจ็บป่วยเข้ามาใช้กับหุ่นจำลอง หรือตัวแบบที่ยึดถืออาการและตัวแบบด้านความเชื่อ นอกจากนั้น ก็ยังนำไปเชื่อมโยงกับการศึกษา กระบวนการตัดสินใจเรื่องการรักษาเยียวยา ซึ่งพบว่าประเด็นสำคัญอยู่สี่ประการ คือ เรื่อง **ความรุนแรง (seriousness) ชนิดของความเจ็บไข้ (type of illness) ศรัทธาที่มีต่อประสิทธิภาพของการรักษาแบบพื้นบ้าน** เมื่อเทียบกับการรักษาตามการแพทย์สมัยใหม่ในโรคบางโรค และ **ค่าใช้จ่ายของการรักษาเยียวยา** งานศึกษาชิ้นนี้ พบว่าทั้งสี่เรื่องนี้เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

การแยกแยะความแตกต่างระหว่างความป่วยไข้และการจัดประเภทในการเลือกการรักษาเยียวยาว่า มาจากแหล่งของระบบพื้นบ้านหรือของการแพทย์สมัยใหม่อีกด้วย จริงอยู่แม้การศึกษาวิจัยแนวนี้จะก้าวหน้าไปมากกว่าการศึกษารุ่นก่อน ๆ โดยมุ่งความสนใจลงไปที่การตรวจสอบความรู้ที่เป็นของเหตุการณ์เฉพาะต่าง ๆ มากกว่าที่จะสร้างภาพของความรู้ด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างทั้งความเชื่อต่าง ๆ ด้านการแพทย์พื้นบ้านกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของการเลือกการเยียวยาอีกด้วย แต่ก็ยังอาจสรุปได้ว่างานในแนวนี้นี้ยังคงมุ่งประเด็นไปที่ตัวแบบหรือหุ่นจำลองต่าง ๆ ที่เรียกว่า criterial models คือพยายามมองหาว่าอะไรคือสาระสำคัญของความเจ็บป่วยและกระบวนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล แนวทางนี้เคยถูกมองว่าไม่น่าจะเพียงพออีกต่อไป จึงมีการนำเสนอแนวคิดและวิธีการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ ในสายของมานุษยวิทยาการรับรู้ออกมาในช่วงทศวรรษที่ 1970 เศษ ๆ และ 1980

ทิศทางของการศึกษาความป่วยไข้ในมานุษยวิทยาการแพทย์ของช่วงนี้ เกิดการปรับเปลี่ยนเคลื่อนย้ายจากการใช้เทคนิควิธีทางภาษาศาสตร์เข้าไปศึกษาคำและการจัดประเภทความป่วยไข้ตามคำ หรือชื่อที่ผู้คนในสังคมนั้น ๆ ใช้ มาสู่การแสวงหาหนทางในการนำเสนอ “ทฤษฎีต่าง ๆ ทางชาติพันธุ์” (ethnotheories) ที่สามารถอธิบายการจัดระบบของโลกทางวัฒนธรรมที่แตกต่างและหลากหลาย พูดอีกอย่างหนึ่งคือ ย้ายจากการศึกษาการจัดประเภทต่าง ๆ ของคำที่กำหนดหรือแบ่งวัตถุต่าง ๆ ในโลกทางวัฒนธรรมไปสู่การมองหาทฤษฎีที่จะอธิบายโลกทางวัฒนธรรมนั้น ๆ ไปเลย ตัวอย่างเช่น ในการทบทวนวรรณกรรมของจีโอฟฟรี ไวท์ (Geoffrey White) เขาชี้ให้เห็นการเคลื่อนย้ายจาก taxonomic model หรือตัวแบบการศึกษาเรื่องการเรียกชื่อโรคมาสู่ propositional และ inferential models หรือหุ่นจำลองเชิงข้อเสนองานทฤษฎีและหุ่นจำลองแนวอนุมาน เพื่อศึกษาเรื่อง “ความรู้ทางวัฒนธรรมในเรื่อง ความผิดปกติทางจิต” “ (cultural knowledge of mental disorder) โดยชี้แนะว่า นักมานุษยวิทยาสายการรับรู้ (cognitivist) กับสายสัญลักษณ์ (symbolic anthropologists) ควรจะร่วมมือกันศึกษา” ทฤษฎีต่าง ๆ “ เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่แฝงเร้นอยู่ในวัฒนธรรม รวมทั้งทฤษฎีต่าง ๆ ด้านจิตวิทยาชาติพันธุ์ (ethnopsychological theories) ที่ว่าด้วยพฤติกรรมทางสังคมในระบบคิดแบบสามัญสำนึกเกี่ยวกับความป่วยไข้ มากกว่าที่จะจำกัดขอบเขตของการศึกษาอยู่แต่เพียงในเรื่องของการจัดประเภท (classification) ความป่วยไข้เท่านั้น อีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนกรอบในการมองอย่างชัดเจนคือ งานของ Dorothy Clement ซึ่งเป็นบทความในหนังสือเล่มเดียวกันกับของไวท์ (White) เธอใช้กรอบการวิเคราะห์ใหม่กับข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งมาจากวิธีการเก็บที่ใช้เทคนิคแบบ ethnosemantic techniques (เทคนิคของสายมานุษยวิทยาภาษาศาสตร์) แต่เธอเสนอกรอบใหม่คือ “ความรู้พื้นบ้าน” (folk knowledge) ในการวิเคราะห์โดยเธออธิบายว่า ความรู้พื้นบ้านถูกมองในฐานะที่เป็นด้านหนึ่งของเครื่องมือหรือ กลุ่มคน หรือชุมชน ส่วนการสร้างภาพตัวแทนแบบ

พื้นบ้าน (folk representations) นั้น คือวิธีการที่ความรู้พื้นบ้านได้รับการแสดงออกมา ดังนั้น ภาพตัวแทนของโรคแบบพื้นบ้านเหล่านั้น จึงเป็นผลผลิตของแบบแผนแห่งกระบวนการทางข้อมูลข่าวสารและการกระจายความรู้ที่กลายเป็นสถาบันไปแล้วกับกลุ่มคนนั้น ๆ ดังนั้น เธอจึงพยายามที่จะวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะของภาพตัวแทนทางวัฒนธรรม (cultural representations) ที่ถูกผลิตและผลิตซ้ำในพิธีกรรมต่าง ๆ กิจกรรมการเยียวยาทั้งหลาย (healing activities) และกระบวนการต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มากกว่าที่จะให้ความสนใจวิเคราะห์ในแนวทางการจัดประเภทความเจ็บไข้ได้ป่วยในวัฒนธรรมพื้นบ้านแต่ประการเดียว (เพ็งอึ้ง, น.50)

หากจะพูดให้ฟังเข้าใจง่ายก็อาจสรุปได้ว่า การศึกษาความรู้พื้นบ้านด้านสุขภาพ หรือการรักษาเยียวยาความเจ็บไข้ได้ป่วยต่าง ๆ จะต้องไม่จำกัดตัวอยู่ในแนวของการจัดประเภทความเจ็บป่วยเหล่านั้นเท่านั้น แต่หากจะต้องดูความเจ็บไข้และการจัดการกับความป่วยไข้ในฐานะที่เป็น “ความรู้” ที่เป็น “ภาพตัวแทนทางวัฒนธรรม” ที่ผู้คนในสังคมนั้น ๆ สร้างขึ้นมา ไม่ใช่ลดรูปและลดระดับเป็นเพียงการจัดประเภทความเจ็บไข้ หรือ คำเรียกชื่อ “โรค” ต่าง ๆ เท่านั้น

ประเด็นหนึ่งที่ผู้เขียนคิดว่าน่าสนใจคือ การศึกษาภาพตัวแทนต่าง ๆ ของความป่วยไข้ในแนวของการรับรู้นี้กล่าวกันว่า มีประโยชน์มากในแง่ของการวิพากษ์การศึกษาที่มีลักษณะของการหาลักษณะหรือคำอธิบายทั่วไปว่าด้วยความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การเขียนข้อสรุปทำนองว่าสุขภาพดีเป็นสิ่งที่มนุษยชาติทุกหนแห่งในโลก ทุกกาลเวลาแสวงหาอย่างขะมักกะเม้น หรือข้อสรุปเชิงสมมุติฐานที่ว่า “ความเชื่อทางวัฒนธรรม” เป็นสิ่งที่มีลักษณะสอดคล้องหรือมีลักษณะเป็นความตกลงร่วมกัน (consensual) วิธีคิดแบบนี้เสนอว่า ความรู้ด้านการแพทย์หรือการเยียวยาที่หลากหลายชุดหลายเจ้าของ ฉะนั้น ในการศึกษาความรู้เหล่านี้จะต้องคำนึงถึงทั้งความตกลงปลงใจ (consensus) และความแตกต่างกันไป (variation) ด้วย ส่วนวิธีการศึกษาก็ดีการนำเสนอให้นำเอาวิธีการของนักมานุษยวิทยาสายการรับรู้ (cognitive models) โดยเฉพาะ “การให้เหตุผลในชีวิตประจำวัน” (everyday reasoning) ไปประยุกต์ใช้ศึกษาปัญหาต่าง ๆ ของการศึกษาสุขภาพ (health education) (เพ็งอึ้ง, น.51)

อนึ่ง การศึกษา “ความเชื่อต่าง ๆ ว่าด้วยความป่วยไข้” ก็ดี หรือการศึกษา “ความรู้ทางวัฒนธรรม” (cultural knowledge) ในแนวของการทำความเข้าใจกระบวนการรับรู้หรือสร้างความรับรู้ แม้ในบางครั้งทั้งสองคำนี้ อาจใช้แทนกันได้ แต่น่าสังเกตว่า “ความรู้” (knowledge) จะถูกใช้มากขึ้น ๆ ในขณะที่ “ความเชื่อ” ได้รับการใช้น้อยลง อย่างไรก็ตามก็ดีคำว่า “ความรู้” ในที่นี้ส่วนใหญ่แล้ว มักจะถูกใช้ในความหมายว่า “สิ่งที่ปัจเจกจำเป็นต้องรู้” เพื่อที่จะได้เป็นสมาชิกที่มีความสามารถของสังคมเท่านั้นเอง ประเด็นต่าง ๆ ทางด้านญาณวิทยาที่อ้างว่าใช้ในการศึกษา “ความรู้” พื้นบ้าน ส่วนใหญ่แล้ว ยังถูกมองข้ามอยู่ นอกจากนั้น ยังเป็นการศึกษาที่มองว่า จิตใจของปัจเจก (individual mind) หรือ “สมอง” เป็นที่พื้นฐาน (primary locus) ของวัฒนธรรมและความหมาย

(meaning) ดังนั้น ภาพตัวแทนต่าง ๆ ของความป่วยไข้จึงถือว่าเป็นที่เข้าใจ โดยส่วนใหญ่แล้วในคำหรือความหมายทางจิต (mentalistic terms) ที่ถือว่าถูกทำให้เป็นนามธรรม (abstracted) หลุดออกมาจากความรู้ที่เป็นรูปธรรม หรือความรู้ที่มีตัวตน (embodied knowledge) หลุดออกมาจากผลกระทบและพลังต่าง ๆ ทางสังคมและประวัติศาสตร์ที่เป็นตัวกำหนดความหมายของความป่วยไข้ ฉะนั้น หุ่นจำลองความป่วยไข้ต่าง ๆ ในสังคมวัฒนธรรมจึงถูกศึกษาในเชิงความหมายแห่งคำและอย่างเป็นทางการ โดยให้ความสนใจน้อยมากกับแง่มุม หรือมิติต่าง ๆ ด้านปฏิบัติ (pragmatic) และด้านการแสดง (performative) ของชื่อโรคเหล่านั้น หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ ตัดขาดออกจากชนบต่าง ๆ ทางอารยธรรม (civilizational traditions) ซึ่งเป็นบริบททางสติปัญญาของการสร้างภาพตัวแทนต่าง ๆ ของความเจ็บไข้ได้ป่วยผ่านการเรียกชื่อโรคเหล่านั้น ด้วยเหตุนี้เอง จึงไม่น่าแปลกใจสักเท่าไรว่า การศึกษาด้านใดด้านหนึ่งของวัฒนธรรมโดยเฉพาะเจาะจง เช่น การศึกษาความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ จึงให้ความรู้เกี่ยวกับสังคมเหล่านั้นที่เป็นเจ้าของวัฒนธรรมที่เราศึกษาน้อยมาก นี่กระมังที่อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาโรคภัยไข้เจ็บในแนวมานุษยวิทยาการรับรู้ ไม่ได้นำไปสู่ความรู้ในลักษณะ “องค์รวม” และด้วยจุดอ่อนหลายประการของการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์ในแนวต่าง ๆ ที่กล่าวมา ทำให้เกิดแนวการศึกษาใหม่ที่น่าสนใจมากขึ้น

สาม ภาพตัวแทนความป่วยไข้ในฐานะที่เป็นความจริงที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรม : แนวทาง “ความหมายเป็นศูนย์กลาง” (Illness representations as culturally constituted realities : the “meaning-centered” tradition)

ประเด็นที่น่าสนใจของแนวทางที่เรียกว่า “meaning centered” tradition นี้ มีหลายประเด็น แต่ในที่นี้ขอยกมาพูดถึงเพียงบางประเด็น อาทิเช่น ในขณะที่แนวประจักษ์นิยม (empiricist tradition) มองเรื่องโรคภัยไข้เจ็บในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและอยู่ภายนอกวัฒนธรรม ส่วนนักมานุษยวิทยาในแนวการรับรู้ (cognitivists) มักไม่สนใจศึกษาความป่วยไข้ในด้านญาณวิทยา หรือไม่สนใจเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บในแง่ของศาสตร์แห่งความรู้ดังกล่าวแล้วนั้น แนวการศึกษาแบบ “ความหมายเป็นศูนย์กลาง” หรือการศึกษาในแนวการตีความทางมานุษยวิทยา (interpretive anthropology) ถือว่า **ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมและความป่วยไข้เป็นศูนย์กลางของการวิเคราะห์** นอกจากนั้น อาจกล่าวได้ว่าลึกลงไปกว่านั้น แนวการศึกษานี้เชื่อว่า **ความป่วยไข้ไม่ใช่ “entity” หรือ “สิ่ง” ที่มีอยู่เป็นอยู่ในตัวของมันเอง แต่เป็นหุ่นจำลองหรือตัวแบบของการอธิบาย (explanatory model) กล่าวคือโรคภัยไข้เจ็บสังกัดอยู่ในวัฒนธรรม หรือเป็นเรื่องของวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นเรื่องที่อยู่ในวัฒนธรรมจำเพาะด้านการรักษาเยียวยาหรือการแพทย์ (specialized culture of medicine) และวัฒนธรรมไม่ใช่เป็นเพียงเครื่องมือของการเป็นภาพตัวแทนโรค แต่เป็นสารัตถะของการประกอบขึ้นเป็นความจริงของมนุษย์ (Kleinman 1973, B. Good and M. Good 1981, อ้างใน, เพิ่งอ้าง, น.53) สิ่งนี้เรียกว่า**

“โรค” (disease) จึงเป็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับมนุษย์ที่ซับซ้อน (complex human phenomena) ที่ถูกนำมา “ใส่กรอบ” (framed) ในฐานะ “โรค” และโดยวิธีการเช่นนี้ “โรค” จึงกลายเป็นวัตถุของปฏิบัติการต่าง ๆ ทางด้านการแพทย์ แต่ “โรค” ไม่ใช่ “สิ่ง” ที่ดำรงอยู่โดยตัวของมันเอง หากมีรากเหง้าที่วางอยู่บนฐานทางภาวะวิทยา (ontological grounding) อยู่ในระบบของการสร้างความหมายและความเข้าใจความหมายทางวัฒนธรรมของผู้คน พูดอีกอย่างหนึ่งคือ ในการทำความเข้าใจเพื่อสร้างภาพตัวแทนของความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้คนในสังคมหนึ่ง ๆ นักมานุษยวิทยาในแนวทางนี้เชื่อว่า ความเป็นจริงทางสังคมวัฒนธรรมทั้งหลายทั้งปวง ล้วนแต่ถูกตีความมาก่อน (pre-interpreted) สิ่งที่เราคิดว่าเป็นความจริงนั้น แท้จริงแล้วมีแต่รูปแบบเท่านั้น “สิ่ง” หรือปรากฏการณ์ที่เราเห็น เช่น ความเจ็บป่วยจึงเป็นเพียงผลลัพธ์ หรือสิ่งที่ประกอบขึ้นด้วยความเชื่อ และการตีความของผู้กระทำทางสังคม (social actors) เหล่านั้น เพราะฉะนั้น จึงเป็นความผิดพลาดที่จะบอกว่าการจัดประเภทปรากฏการณ์ต่าง ๆ เช่น ความเจ็บไข้ได้ป่วยต่าง ๆ ที่เรารู้จักว่า เป็นเรื่องที่อยู่ใน “ธรรมชาติ” ฉะนั้น มันจึงเป็นเรื่องที่อยู่เหนือออกไปหรือลึกซึ้งกว่าวัฒนธรรม และจะต้องใช้วิทยาศาสตร์เท่านั้น เพื่อทำความเข้าใจ วิธีคิดแบบนี้ในทางมานุษยวิทยาถือว่าเป็น “category fallacy” หรือ “การจัดประเภทแบบเหตุผลวิบัติ” อันเป็นกระบวนการอ้างเหตุผลที่ไม่ถูกต้องแต่ดูเผิน ๆ แล้วเหมือนว่าถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม แนวทางการศึกษาแบบการตีความหรือการศึกษาแบบ “ความหมายเป็นศูนย์กลาง” นี้ ถือว่าเป็นแหล่งที่มาของการศึกษาเพื่อสร้างทฤษฎีและการค้นคว้าวิจัยในแนวประจักษ์ตามชนบของฝ่ายตีความ (interpretive tradition) มาเป็นระยะดังนี้

หนึ่ง แนวทางความหมายเป็นศูนย์กลางนี้ เมื่อนำมาใช้ในการศึกษามานุษยวิทยาการแพทย์ทำหน้าที่เป็นพื้นฐานให้การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างชีววิทยากับวัฒนธรรมและเป็นฐานให้การศึกษากำหนดรูปร่างทางวัฒนธรรมให้กับ **ปรากฏการณ์วิทยา** (phenomenology) และเส้นทางของความป่วยไข้ เมื่อมองจากด้านญาณวิทยาจะเห็นได้ว่าการอ้างว่าโรคภัยไข้เจ็บเป็นหุ่นจำลองเชิงอธิบายนั้น อาจไม่ใช่การตอบโต้กับวิธีคิดแบบ **คตินิยมลดทอนเชิงชีววิทยา** (biological reductionism) คือ มองว่าความเจ็บป่วยสามารถอธิบายได้ด้วยชีววิทยาเพียงอย่างเดียวอย่างสมน้ำสมเนื้อเท่าไรนัก แต่แนวทางนี้คือการมองแบบ นักประกอบสร้าง (constructivist) ที่เห็นว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม-วัฒนธรรม และเราจะรู้ได้ (knowable) ก็โดยผ่านทางกิจกรรมแห่งการตีความทั้งหลายเท่านั้นเอง แต่ทั้งนี้ วิธีคิดแนวนี้อาจไม่ได้รับเอา หรือปฏิเสธความสำคัญของชีววิทยา หรือปัจจัยทางกายอย่างสิ้นเชิง กระบวนทัศน์แบบการตีความนี้ยึดถือจุดยืนแบบ **นักอันตรกิริยานิยม** (interactionist) บวกกับจุดยืนของนักมิตินิยม (perspectivist) ซึ่งอาจสรุปได้ว่าเป็นทัศนะที่เห็นว่า ร่างกายจิตใจไม่ได้แยกออกจากกัน หากแต่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันได้ ฉะนั้น ปัจจัยทางชีววิทยากับปฏิบัติการทาง

สังคม (social practices) ก็ดี และความหมายก็ดี ทั้งหมดนี้มีปฏิสัมพันธ์กันในการจัดระบบความป่วยไข้กับวัตถุทางสังคมและประสบการณ์ที่เป็นชีวิตจริง ฉะนั้น กรอบในการตีความที่หลากหลาย มิติ ตลอดจนวาทกรรมต่าง ๆ จึงถูกนำมาจัดระบบบนเหตุการณ์ที่ถือว่าเป็นความป่วยไข้ และถ้าจะอ้างคำของ**มิกเคิล บัคฮติน** (Mikhail Bakhtin) นักทฤษฎีด้านปรัชญาก็อาจพูดได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ทางชีวิตวิทยาก็ดี ปฏิบัติการทางสังคมและความหมายก็ดี ต่างก็ให้ความเห็นที่แตกต่างกันอย่าง เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับโลก (“a concrete heterological opinion on the world”) ด้วยกันทั้งสิ้น ด้วยเหตุนี้ การตีความต่าง ๆ ว่าด้วยธรรมชาติของความป่วยไข้ชนิดหนึ่งมักจะมีประวัติศาสตร์ของวาทกรรมที่ทำหน้าที่กำหนดรูปร่างต่าง ๆ ของการตีความความเจ็บไข้ นั้น ๆ นอกจากนั้น ยังจะต้องมีการประชันหรือแข่งขันทำลายกันภายในเงื่อนไขของความสัมพันธ์เชิงอำนาจของท้องถิ่นหรือสถานที่ที่ความป่วยไข้ นั้นถูกสร้างขึ้นอีกด้วย

อนึ่ง มานุษยวิทยาการแพทย์ที่ให้ความสำคัญวัฒนธรรมในฐานะที่เป็นสัญลักษณ์ที่เชื่อมโยงความหมายระหว่างอัตวิสัยหรือประสบการณ์จริงกับร่างกายมนุษย์ในเรื่องของความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้น แสดงให้เห็นถึงการประกอบสร้างทางวัฒนธรรมที่หลากหลายและในบางกรณีก็มีลักษณะเด่นเฉพาะตัว โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ดูเหมือนจะถูกผลิตขึ้นมาโดยความหมายทางวัฒนธรรมร่วมกับการตอบโต้ทางสังคมต่อความป่วยไข้และความสัมพันธ์ทางสังคมต่าง ๆ ที่โรคภัยไข้เจ็บเหล่านั้น สถิตยหรือดำรงอยู่อย่างฝังแน่น (embedded) อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การมองความเจ็บไข้ได้ป่วยในแนวทางความหมายทางวัฒนธรรมเป็นศูนย์กลางนี้ ไม่ได้ศึกษาเรื่องราวของความเจ็บไข้ได้ป่วยในฐานะที่เป็นภาพตัวแทนในลักษณะที่เคยทำกันมา หากแต่ตรวจสอบว่า**ความหมายและปฏิบัติการของการตีความ** (interpretive practices) ต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์อย่างไรกับกระบวนการทางสังคม กระบวนการทางจิตวิทยา และกระบวนการทางสรีรวิทยา (physiological processes) ในการผลิตรูปแบบและแนววิถี (illness trajectories) ต่าง ๆ ที่ชัดเจนของความป่วยไข้

ลักษณะเด่นประการที่สองของการมองความเจ็บไข้ได้ป่วยในแนว “ความหมาย” เป็นศูนย์กลางคือมีส่วนช่วยให้มานุษยวิทยาการแพทย์ที่มีความสนใจกับการสร้างความหมายและการตีความได้เข้าไปศึกษาตรวจสอบ โครงสร้างทางสัญลักษณ์และกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความป่วยไข้ในวัฒนธรรมมวลชน (popular culture) และชนบหรือจารีตต่าง ๆ ในการเยียวยา ทั้งนี้ เป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญต่อวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์หรือมิติทางอารยธรรมในเชิงของขอบเขต (civilizational in scope) พร้อมกันนั้นก็ตระหนักตนเองทางทฤษฎี (self-consciously theoretical) ไปด้วย ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีของฝ่ายสัญลักษณ์ศาสตร์ (semiotics) อรรถปริวรรตศาสตร์หรือ hermeneutics (ในความหมายทางปรัชญาสังคม ซึ่งหมายถึงวิชาที่เกี่ยวกับการสืบค้นและตีความพฤติกรรมของมนุษย์และสถาบันต่าง ๆ ทางสังคมว่าเป็นไปโดยมีเจตนา รวมทั้งการให้ความ

สำคัญกับการตีความตัวบทต่าง ๆ โดยผู้อ่านข้ามยุคสมัยทางประวัติศาสตร์เป็นต้น) ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) การวิเคราะห์การบรรยาย (narrative analysis) หรือการวิเคราะห์อย่างวิพากษ์ศึกษา (critical interpretive studies) ก็ตาม (เพ็งอ้าง, น.54)

สี่ ภาพตัวแทนความป่วยไข้ในฐานะการทำให้กลับ : ทศนะจากมานุษยวิทยาการแพทย์แนว “วิพากษ์”

แนวทางการศึกษาความป่วยไข้ในมานุษยวิทยาการแพทย์แนว “วิพากษ์” นี้เป็นส่วนหนึ่งของกระแสที่ตระหนักว่าจะต้องมีทศนะที่วิพากษ์ต่อตัวเอง (self consciously “critical”) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเมื่อประมาณ ทศวรรษที่ 1980 ส่วนหนึ่งเกิดจากการสนทนาแลกเปลี่ยนกับแนวการตีความและอีกส่วนหนึ่งพยายามนำเสนอด้านที่ไม่ตรงกับฝ่ายแรก แนวทางนี้กล่าวโดยสรุปรวม ๆ ก็อาจถือว่าการสะท้อนให้เห็นพัฒนาการในสายมานุษยวิทยาที่สนใจที่จะบูรณาการเอาประวัติศาสตร์ และการวิเคราะห์ประวัติศาสตร์ลัทธิอาณานิคม เศรษฐศาสตร์การเมือง (political economy) และ “subaltern studies” หลาย ๆ รูปแบบเข้ามาสู่การวิเคราะห์และการเขียนงานด้านชาติพันธุ์วรรณให้มากขึ้นนั่นเอง (เพ็งอ้าง, น.56)

อนึ่ง “subaltern studies” ในที่นี้มีความหมายเบื้องต้นว่า หมายถึงการให้ความสำคัญต่อการศึกษาความเป็นประธาน (subjectivity) หรือความมีตัวตน “เสียง” หรือความเป็นผู้กระทำของกลุ่มทางสังคมที่ไม่ใช่กลุ่มผู้นำ แนวทางนี้มีรากเหง้าโยงกลับไปถึงกรัมสกี (Gramsci) และนักคิดในสกุลนี้ (Gramscian) ต่อมาได้รับการพัฒนาต่อโดย รานาจิต กูฮา (Ranajit Guha) กับกลุ่มนักคิดนักวิชาการที่ทำวารสารเอเชียใต้ชื่อ “Subaltern Studies โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะกู้ “เสียง” (voices) ของคนธรรมดาหรือชาวบ้านในประวัติศาสตร์นิพนธ์ของอินเดียกลับคืนมา ในระยะหลัง ๆ คำ ๆ นี้ก็ถูกนำมาใช้โดยนักทฤษฎีสายหลังอาณานิคม (post colonial theorists) เช่น บาบบา (Bhabha, Homi, K.) และสปิแวก (Spivak, Gayatri Chakravorty) แนวทางนี้น่าจะมีประโยชน์ต่อการศึกษามุมปัญญาชาวบ้าน มุมปัญญาชนเผ่า และผู้หญิงในสังคมทั่วไป สังคมชาวบ้านและสังคมชนเผ่ามากทีเดียว

ในที่นี้ผู้เขียนขอสรุปสาระสำคัญของการศึกษาแนววิพากษ์นี้ที่ผู้ได้สรุปไว้แล้วมาพอสังเขปสักสองสามประเด็น

หนึ่ง มานุษยวิทยาการแพทย์เริ่มพัฒนาการศึกษาชุดสำคัญที่พยายามดูว่าพลังทางการเมืองและเศรษฐกิจของทั้งในขอบเขต หรือระดับโลก (global) และในขอบเขตของสังคมถูกนำมาเสนอไว้ในเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสุขภาพในท้องถิ่น และในสถาบันทางการแพทย์ที่ศึกษาโดยนักชาติพันธุ์วรรณอย่างไรหรือไม่ การศึกษาเหล่านี้แท้จริงแล้ว คือความพยายามที่จะทำความเข้าใจ “ประเด็นสุขภาพภายใต้อิทธิพลของพลังทางการเมือง และเศรษฐกิจที่ใหญ่กว่า ซึ่งเข้ามากำหนดแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ กำหนดรูปร่างพฤติกรรมทางสังคม ทั้งยังผลิตสร้าง

ความหมายทางสังคม และสร้างเงื่อนไขให้กับประสบการณ์ร่วมของผู้คนด้วย” นั้นเอง (Singer, 1990 : 181, อ้างใน, เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) ความจริงแล้ว เป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่มีอยู่มานานแล้ว ในสังคมศาสตร์การแพทย์และ “social medicine” ที่ให้ความสำคัญกับการสำรวจตรวจสอบเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น การกระจายตัวของบริการสุขภาพต่าง ๆ บทบาทของอำนาจในความสัมพันธ์ต่าง ๆ ด้านการดูแลสุขภาพและการซื้อขายแลกเปลี่ยน ตลอดจนเรื่องสถาบันสังคมเศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา ฯลฯ และความไม่เท่าเทียมกันทั้งหลายที่มีอิทธิพลต่อการกระจายตัวของภาวะความเป็นโรค อัตราความเป็นโรค (morbidity) และอัตราการตาย (mortality) ซึ่งเป็นเรื่องที่โคลินแมน (Kleinman, Arthur) พูดถึงว่าเป็น “การผลิตทางสังคมเรื่องความเจ็บป่วย” (the social production of disease) ซึ่งตรงกันข้ามกับสิ่งที่เรียกว่า “การประกอบสร้างทางวัฒนธรรมของการเจ็บป่วย” (cultural construction of illness) และในความหมายเดียวกันกับสิ่งที่แมคคินเลย์ (Mc Kinlay) เรียกว่า “การสร้างความเจ็บป่วย” (manufacture of illness) นั้นเอง (เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) อนึ่ง ชื่อต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนสะท้อนวิธีคิดที่มองว่าโรคภัยไข้เจ็บไม่ได้มีแต่มีติทางชีววิทยา หรือธรรมชาติเท่านั้น แต่ที่อาจสำคัญมากกว่านั้นคือเป็นสิ่งที่ประกอบสร้างทางสังคม-วัฒนธรรมนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ในระยะหลัง ๆ นี้มานุษยวิทยาการแพทย์ก็เข้ามาใช้**ทฤษฎีพึ่งพิง** หรือ dependency theory และชนบทหรือแนวทางต่าง ๆ ของทางฝ่าย**เศรษฐศาสตร์การเมือง** ซึ่งมีรากเหง้ากลับไปสู่ลัทธิมาร์กซ์ เข้ามาใช้ในการสร้างกรอบทางทฤษฎีเพื่อก้าวไปสู่การทำวิจัยมากขึ้น นอกจากนั้น นักมานุษยวิทยาการแพทย์บางกลุ่มก็หันไปใช้ทุนจำลองด้าน**สาธารณสุขกับนิเวศน์วิทยา**และมิติมุมมองทางด้านการเมืองเศรษฐกิจเพื่อที่จะศึกษาสิ่งที่เรียกว่า**นิเวศน์วิทยาการเมืองของโรค** (political ecology of disease) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของ “การด้อยพัฒนาของโลกที่สาม” เป็นต้น ทุกวันนี้ดูเหมือนว่า กระแสนักมานุษยวิทยาแทบทุกคนมักจะมุ่งไปสู่การพยายามที่จะนำความเข้าใจพลังประวัติศาสตร์และสังคมขนาดใหญ่ (macrosocietal forces)ทั้งหลาย เช่น อิทธิพลของลัทธิอาณานิคมก็ดี ทุนข้ามชาติก็ดีเข้ามาสู่งานชาติพันธุ์ การวิเคราะห์เหตุการณ์ความป่วยไข้ และ “โลก” ของท้องถิ่นที่หลากหลายในเรื่องของการดูแลสุขภาพเป็นต้น ส่วนนักมานุษยวิทยาการแพทย์สายมาร์กซิสต์ก็มีความสนใจเป็นพิเศษกับการศึกษาเชิงวิพากษ์การแพทย์ในสังคมทุนนิยมและสังคมนิยมด้วย

สอง การศึกษาโรคภัยไข้เจ็บในแนว “วิพากษ์” อีกด้านหนึ่งคือ การพยายามนำเอาวิธีคิดแบบ **มาร์กซิสต์ใหม่** หรือ neo-Marxist มาใช้วิเคราะห์ภาพตัวแทนและความรู้ด้านการแพทย์ในสังคม-วัฒนธรรมต่าง ๆ วิธีคิดนี้มีตัวอย่างปรากฏให้เห็นในงานของโรเจอร์เอ็มคีสซิง (Roger M. Keesing, 1987) ซึ่งเป็นการวิพากษ์การศึกษาในแนวมานุษยวิทยาการตีความที่กล่าวถึงไปแล้ว ข้อความต่อไปนี้มีการอ้างอิงต่าง ๆ กันมามากทีเดียว เขาเขียนไว้ในทำนองว่า “วัฒนธรรมไม่ได้เป็นเพียง (การ) ประกอบข่ายโยงใย (webs) ของความสำคัญ (และ) ระบบต่าง ๆ ของความหมาย

ที่โน้มนำมนุษย์เข้าหากันและกันและเข้าหาโลกเท่านั้น วัฒนธรรมประกอบสร้างอุดมการณ์ (ที่ทำให้) ความเป็นจริงต่าง ๆ ทางการเมืองและเศรษฐกิจของมนุษย์ชัดเจนแตกต่างกันไป วัฒนธรรมเป็นข่ายโยงใยของความลึกลับซับซ้อนและความสำคัญ” (อ้างใน, เพิ่งอ้าง, น.57) ในทัศนะของกวีตฤณวิทย์ที่ว่าด้วยภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยต่าง ๆ ในฐานะที่เป็นความลึกลับ (mystification) โดยเฉพาะความลึกลับซับซ้อนของความสัมพันธ์ทางสังคมที่อยู่เบื้องหลังหรือรองรับความเจ็บไข้ได้ป่วย หรือจะพูดอีกอย่างหนึ่งว่า ในเรื่อง**ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ**นี้ มักจะโยงเข้าหาแหล่งความคิดสองแหล่งคือ **การวิเคราะห์ การครอบงำ** หรือ Hegemony ของ **อันโทนิโอ กรัมสกี** (Antonio Gramsci) และ **“วงศ์วิทยา” ของอำนาจ** (“genealogy” of power) ของ**มิเชล ฟูโก** (Michel Foucault) (เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน)

ผู้เขียนเห็นว่า แหล่งที่มาทางความคิดทั้งสองแหล่งที่กล่าวข้างบน เป็นเรื่องที่สำคัญมากในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเรื่องการแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์แผนไทย (ในความหมายที่ทางราชการให้การยอมรับในบางระดับ) กับการแพทย์ที่ถือว่าเป็น “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ในความเห็นของผู้เขียน เช่น การเยียวรักษาโดยใช้ทั้ง “ยา” และเวทย์มนต์คาถา และคุณไสย์ตลอดจนพิธีกรรมต่าง ๆ ความรู้ในลักษณะนี้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นความรู้ของ “subalterns” และหรือ “คนชายขอบ” ของอำนาจทั้งหลายนั่นเอง

ในประเด็นเรื่อง “hegemony” นี้ มีผู้บรรยายไว้ทำนองว่าเป็นการครอบงำที่

“แทรกซึมไปทั่วทั้งสังคม ของระบบทั้งหมดของค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ ศีลธรรมต่าง ๆ และอื่น ๆ ที่มีลักษณะสนับสนุนระบบที่มีอำนาจอยู่ ตลอดจนผลประโยชน์ต่าง ๆ ทางชนชั้นที่ครอบงำอยู่ในขณะนั้น ไม่โดยทางใดก็ตาม ถึงขนาดที่จิตสำนึกที่ดำรงอยู่ในขณะนั้นถูกซึมซับเข้าไปสู่ระบบคิดภายในโดยมวลชนในวงกว้างจนมันกลายเป็นส่วนหนึ่งของ “สามัญสำนึก”

อย่างไรก็ตาม เพื่อที่การครอบงำนี้จะสามารถยืนยันตัวมันเองอย่างได้ผล ในสังคมใดก็ตามนั้น มันจะต้องทำงานในลักษณะทวีลักษณะคือด้านหนึ่งเป็น “ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับชีวิต” สำหรับมวลชนทั้งหลายและอีกด้านหนึ่งเป็นราวกับเป็นรายการ หรือ “สูจิบัตรทางปัญญา” อีกด้วย (Greer, อ้างใน Martin, 1987 : 23, เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน)

จากฐานวิธีคิดส่วนหนึ่งที่มองเรื่องสุขภาพอนามัยและความเจ็บไข้ได้ป่วย ในฐานะที่เป็นจิตสำนึกครอบงำดังกล่าว ทำให้การมองแบบมานุษยวิทยาการแพทย์ แนววิพากษ์สามารถตั้งคำถามได้อย่างมีพลังเกี่ยวกับสถานการณ์ที่การสร้างภาพตัวแทนความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้นบังเกิดขึ้นแท้ที่จริงแล้ว ไม่ใช่เป็นภาพตัวแทน หากเป็น “การสร้างภาพตัวแทนที่ไม่ใช่ภาพตัวแทน” หรือ “misrepresentation” ของความเจ็บไข้ได้ป่วยต่าง ๆ ซึ่งทำหน้าที่รับใช้ผลประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้มีอำนาจทั้งหลายนั่นเอง ไม่ว่าจะเป็นอำนาจของเจ้าอาณานิคม ชนชั้นนำในสังคม อำนาจการจัด

การทางเศรษฐกิจ อำนาจวิชาชีพแพทย์ หรืออำนาจของผู้ชายที่ได้รับการเสริมอำนาจ (empowered men) ให้มีอำนาจเหนือผู้หญิงทั้งหลายก็ตาม การตรวจสอบอย่างวิเคราะห์วิพากษ์ ในเรื่องสุขภาพอนามัยของมนุษยวิทยาการแพทย์ แนววิพากษ์นี้จึงตรวจสอบทั้งสองด้านคือ ด้าน การทำให้เกิดความลึกลับซับซ้อนอย่างเป็นรูปเป็นร่างของรากเหง้าต่าง ๆ ทางสังคมของโรคต่าง ๆ โดยการใช้ศัพท์แสงที่เป็นเทคนิคมาก ๆ รวมทั้งอุปมาอุปมัย (metaphors) ที่แผ่ซ่านกระจายอยู่ทั่วไปในภาษาการแพทย์ด้วย ส่วนอีกด้านหนึ่งก็ทำให้เกิดความลึกลับต่อเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสังคมของการผลิตความรู้” หรือในภาษาอังกฤษใช้ข้อความว่า “social conditions of knowledge production” นั้นเอง (A Young 1982 : 277, อ้างใน, เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน) ด้วยเหตุนี้ เราจะเห็นได้ว่ารูปแบบหรือ forms ต่าง ๆ ของความทุกข์ทรมานที่เกิดมาจากปัจจัยทางสังคมเช่น ความสัมพันธ์ทางสังคมต่าง ๆ ที่เป็นผลของการใช้อำนาจ อาจถูกอธิบายในฐานะที่เป็นความป่วยไข้ ถูกรักษาทางการแพทย์ (medicalized) ในลักษณะที่ “ถูกประกอบสร้างขึ้นในฐานะที่เป็นวัตถุที่ไม่มีรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ โดยตัวของมันเอง” (“constructed as dehistoricized objects-in-themselves”) จากนั้นก็จะถูกนำมาจัดวางให้อยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของวิชาชีพแพทย์และรัฐ ตัวอย่างที่มีผู้ชี้ให้เห็นมาแล้ว ได้แก่ อาการต่าง ๆ ของความหิวโหย ไม่มีอะไรจะกินก็ดี หรือโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากความยากจนก็ดี ทั้งในหมู่คนจนในทวีปอเมริกาเหนือ หรือคนด้อยอยู่ทุกขยาใน ประเทศบราซิลมักจะถูก “medicalized” หรือถูก “รักษา” (treated) ในฐานะที่เป็นภาวะปัญหา หรือโรคของปัจเจก ไม่ว่าจะเป็น “ท้องเสีย” หรือ “ท้องร่วง” (diarrhea) ที่เกิดจากระบบ สาธารณูปโภคไม่มี หรือไม่ดีพอ เช่น ขาดน้ำดื่มที่สะอาด ขาดระบบกำจัดของเสีย ขาดส้วม “วัณโรค” โรค “ประสาท” (nerves) หรือ “ความเครียด” เหล่านี้แทนที่จะถูกมองว่าเป็นปัญหาหรือความ ห่วงใยร่วมกันทางสังคมและการเมืองกลับถูกมองว่าเป็นปัญหาของคนไข้แต่ละคนที่ไม่รู้จักรักษา ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองเป็นต้น ฉะนั้นในปรากฏการณ์นี้ เราจะเห็นกระบวนการเปลี่ยน ปัญหาทางการเมืองให้กลายเป็นปัญหาหรือความห่วงใยทางการแพทย์ ซึ่งกระบวนการนี้จะมี ลักษณะใกล้เคียงกับการทำให้จิตสำนึกที่วิพากษ์ของผู้คน “เป็นกลาง” (neutralizing) หรือ “เฉื่อยชา” ไปเลย ซึ่งนั่นก็เท่ากับเป็นการทำให้สอดคล้องกับผลประโยชน์ต่าง ๆ ของชนชั้นผู้มีอำนาจ ครอบงำนั่นเอง (Taussig 1980 ; Scheper-Huges and Lock 1987 ; Lock and Scheper Huges 1990) ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์การสร้างภาพตัวแทนความป่วยไข้ต่าง ๆ เมื่อมองออกไป จากทัศนระมุ่มมองนี้ แล้วจำเป็นจะต้องมีการถอดหน้ากากอย่างวิพากษ์ ซึ่งผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่ ครอบงำอยู่ และจะต้องมีการเปิดโปงกลไกต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนโดยวาทกรรมที่ได้รับอำนาจ หน้าที่ (authorized discourse) จากสถาบันที่มีอำนาจ เพื่อที่จะได้เกิดความกระจ่างชัดกันว่า โรค ภัยไข้เจ็บอะไรบ้างที่ถูกสร้างภาพตัวแทนต่าง ๆ ออกมา

อนึ่ง แม้การมองปัญหาสุขภาพอนามัยและการแพทย์ โดยใช้มุมมองจากมโนทัศน์เรื่อง การครอบงำทางอุดมการณ์หรือ hegemony จะมีประโยชน์มาก เพราะช่วยให้เราเห็นอิทธิพลของ การแพทย์ว่า กว้างขวางและลึกซึ้งขึ้นก็ตาม แต่มันอาจทำให้เราต้องจมมุดกับข้อสรุปเชิงการนำ เสนอภาพตัวแทนว่า ผู้คนทั้งหลายโดยเฉพาะคนไข้ แม้จะถูกครอบงำ ถูกกดขี่และมีความทุกข์ แต่ คนเหล่านั้นก็กลับยอมจำนนไม่ตอบโต้หรือตกอยู่ในฐานะ “passive” หรือเป็นผู้ถูกกระทำอย่าง หน้าขึ้นตาบานไปเรื่อย ๆ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความพยายามทางวิชาการในการนำเอามโนทัศน์ของฟูโก ที่เสนอว่า “มีอำนาจอยู่ที่ไหน ย่อมมีการต่อต้านอยู่ที่นั่น” (“where there is power, there is resistance”, Foucault 1978 : 95-96, อ้างใน, เพิ่งอ้าง, น.58) งานทางวิชาการที่สามารถนำเอา แนวทางนี้มาใช้ได้อย่างมีพลังคือ งานของเจมส์ สก็อต (James Scott) ที่วิเคราะห์ “รูปแบบของ การต่อต้านในชีวิตประจำวัน” ในหมู่ชาวนามาเลย์ (Scott, 1985) และงานในช่วงถัดมา ซึ่งเป็นการ ศึกษา “ศิลปะของการต่อต้าน” ที่ปรากฏอยู่ใน “hidden transcripts” หรือ “งานเขียนที่ถูกซ่อนเร้น” ของผู้ถูกกดขี่ (Scott, 1990) สำหรับนักมานุษยวิทยาการแพทย์แล้ว คำว่า “การต่อต้าน” มีส่วน ช่วยอย่างสำคัญในการนำเราไปสู่ความสนใจกับรูปแบบทางวัฒนธรรม และกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งต่อต้านการทำให้ชีวิตของเราถูกทำให้เป็นการแพทย์มากขึ้น ๆ (increasing medicalization of our lives) ซึ่งนั่นก็คือการบุกรุกเข้ามาครอบงำของรูปแบบทางวัฒนธรรม (encroachment of hegemonic cultural forms) นั่นเอง งานสำคัญ ๆ ในแนวนี้นี้ ได้แก่งาน ของเอมิลี มาร์ติน (Emily Martin 1987) เรื่อง The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction ซึ่งเป็นงานศึกษาการใช้อุปมาอุปไมย (metaphors) ที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ใน วิชาสูติศาสตร์ (obstetrics) และนรีเวชวิทยา (gynecology) หรือวิชาโรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์ กับทั้งยังศึกษาการใช้อุปมาอุปไมยในภาษากับความเข้าใจของผู้หญิงชนชั้นกลางและชนชั้นผู้ ใช้แรงงานในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับการมีประจำเดือน การให้กำเนิดทารกและการหมดประจำ เดือน (menopause) มาร์ตินได้แสดงให้เห็นว่าการใช้ภาษาเชิงอุปมาอุปไมยหรือเชิงเปรียบเทียบที่ พบในงานเขียนทางการแพทย์ได้นำเอาภาพลักษณ์ต่าง ๆ จากทุนนิยมแบบสินค้านิยม (commodity capitalism) เข้ามาใช้ในการสร้างภาพตัวแทนผู้หญิงกับการเจริญพันธุ์และสถานะ ภาพของเธอในฐานะที่เป็นผู้ผลิตซ้ำ (reproducers) (ราวกับเธอเหล่านั้นเป็นผู้ผลิตสินค้า หรือวัตถุ สิ่งของ-ผู้เขียน) จากนั้น มาร์ตินได้สำรวจตรวจสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้นว่าผู้หญิงในชนชั้นผู้ใช้แรง งานสามารถต่อต้านภาษาและการเปรียบเทียบในแนวดังกล่าว (เป็นผู้ผลิตซ้ำ) ได้ดีกว่าผู้หญิงชน ชั้นกลาง จากงานนำร่องขึ้นนี้ทำให้เกิดมีการศึกษาและงานเขียนของนักสตรีนิยมตามมาอีก หลายชิ้น โดยมุ่งไปที่การวิเคราะห์วาทกรรมทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับร่างกายของผู้ หญิง เช่น งานของ Jacobus, Keller, and Shuttleworth 1990 เป็นต้น (เพิ่งอ้าง, น.เดียวกัน)

อนึ่ง มโนทัศน์หรือฐานคติเรื่อง “การต่อต้าน” นี้ได้มีการนำไปใช้วิเคราะห์รูปแบบของประสบการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บอื่น ๆ ที่โดยปกติแล้วถูกวิเคราะห์ตามการแพทย์สมัยใหม่ว่าเป็นการ “ถูกเข้าสิง” “ฮิสทีเรีย” หรือ “somatization” หรือการเปลี่ยนทางจิตอันถือว่าเป็นผลมาจากปัจจัยทางกายเป็นต้น ที่น่าสนใจและน่านำมาประยุกต์ใช้อธิบายการถูก “ผีสิง” หรือแม้กระทั่งการทรงเจ้าเข้าผีต่าง ๆ ในเมืองไทยได้แก่งานขององ (Ong, Aihwa, 1987. *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline : Factory Women in Malaysia*. Albany : State University of New York Press. และ 1988. *The Production of Possession : Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia*, *American Ethnologist*, 15:28-42) งานนี้วิเคราะห์การถูกเข้าสิงได้อย่างน่าสนใจโดยเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์ของคนงานหญิงมาเลย์ในโรงงานทุนนิยมข้ามชาติกับการถูกเข้าสิงและปฏิกิริยาตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงในอัตลักษณ์ และสภาวะการทำงานที่เลวร้าย เหตุการณ์ที่ว่าคนงานหญิงหลายรายถูกเข้าสิงจึงไม่เพียงแต่เป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวหรือการต่อรองที่ซับซ้อนระหว่างความมีตัวตน (selfhood) ของผู้หญิงเหล่านั้นกับ “ความเป็นจริง” ทางสังคม (สภาวะการทำงานที่ถูกกดขี่และความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ) เท่านั้น แต่การถูกเข้าสิงยังเป็นการ “ต่อต้าน” ระบบการทำงานของโรงงานโดยการทำให้งานต้องสะดุดหยุดลงอีกด้วย (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน)

เนื่องจาก ข้อจำกัดเรื่องเวลาและเนื้อที่ผู้เขียนขอสรุปว่า การศึกษาเรื่องความเจ็บไข้ สุขภาพอนามัย การแพทย์และการเยียวยารักษาแบบพื้นบ้านพื้นเมืองในแนวของนักมานุษยวิทยาการแพทย์แบบวิพากษ์นี้ เป็นแนวทางที่น่าจะมีประโยชน์อย่างน้อย

หนึ่ง ช่วยให้เราตั้งคำถามต่อการแพทย์สมัยใหม่ก็ดี มานุษยวิทยาการแพทย์แนวอื่น ๆ ก็ดี โดยมีพื้นฐานของวิคิดที่ให้ความสำคัญเบื้องต้นต่อความสัมพันธ์ทางสังคมต่าง ๆ ที่ผลิตรูปแบบต่าง ๆ และการกระจายตัวของ “ความป่วยไข้” ในสังคม ไม่ใช่ให้ความสำคัญต่อ “โรค” และการรักษาโรคอย่างที่เป็นอยู่ พุดอีกอย่างหนึ่งคือ ต้องดูให้ลึกลงไปถึงระดับการประกอบสร้าง หรือการ “ผลิต” หรือการนิยามโรคที่มาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคมอีกทีหนึ่งนั่นเอง

สอง ช่วยสะกิดเตือนแพทย์ นักวิชาการ และนักปฏิบัติทั้งหลายที่มีความปรารถนาดีที่จะผลักดันให้เกิดปฏิบัติการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีมนุษยธรรมมากขึ้น โดยผ่านทางการสอนและกิจกรรมการวิจัยต่าง ๆ ภายในเงื่อนไขหรือกรอบทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ดำรงอยู่ว่า ความพยายามและความตั้งใจดีนี้ แม้จะดูดีมีความชอบธรรม แต่อาจมีลักษณะเป็นความไร้เดียงสาแบบเสรีนิยม (liberal naivete) ก็ได้ โดยเฉพาะเมื่อเราน่าจะตระหนักดีว่าอำนาจทางเศรษฐกิจการเมืองของการแพทย์สมัยใหม่และอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ในโลกมีขนาดใหญ่มหึมาเพียงไร รวมทั้งอำนาจอันทรงพลังของวงการแพทย์ที่จะผลิตซ้ำตัวเองในฐานะที่เป็นสถาบันทางวัฒนธรรมในลักษณะที่เป็นอุดมการณ์ครอบงำอีกด้วย

สาม ช่วยให้เห็นความสำคัญของความพยายามที่จะทำให้สังคมศาสตร์มนุษยศาสตร์มี
นัยสำคัญและเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาวะมากขึ้น

อนึ่ง ข้อสรุปเชิงเสนอแนะสุดท้ายสำหรับบทนี้คือ ความพยายามที่จะคืนอำนาจในการจัด
การชีวิตของผู้คนด้านสุขภาพ/สุขภาวะด้วยการ “รู้” วิทยาศาสตร์และการแพทย์สมัยใหม่ ทุนนิยม
และการผูกขาดของรัฐ โดยการสร้างพื้นที่ให้กับ “ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ” เป็นเรื่องที่ดี แต่
การเปิดพื้นที่เช่นนี้จำเป็นจะต้องมีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจภูมิปัญญาพื้นบ้านทุกด้าน และ
ด้านสุขภาพอนามัยให้ได้ความรู้ที่มากกว่าที่มีอยู่ในขณะนี้อีกมากทีเดียว มิเช่นนั้นแล้ว เราก็ไม่
สามารถจะสร้างอำนาจที่จะแข่งขันประกวดประชันหรือต่อรองกับอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่+
ทุนนิยมบริโภคนิยม+อำนาจรัฐที่ตอบสนองผลประโยชน์ หรือเป็นกลไกของทุนนิยมซึ่งขาด “คุณ
ธรรม” ได้

บทที่เก้า

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพกับกระบวนการทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ

ข้อความต่อไปนี้ เป็นความพยายามนำเสนอการดำรงอยู่และการสถาปนาใหม่ของความรู้ และปฏิบัติการที่เรียกรวม ๆ ว่า “ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำกว้าง ๆ ที่มีความหลากหลายแตกต่างกันและเคลื่อนไหวอยู่ภายในตัวของมันเอง การดำรงอยู่และการสถาปนาใหม่ ซึ่งภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพนี้ เกิดขึ้นทั้ง ๆ ที่มีการนำเอาความรู้และปฏิบัติการใหม่ ๆ ที่สำคัญ คือ การแพทย์แบบตะวันตกสมัยใหม่นับแต่เกิดการปฏิรูปสังคมสยามในสมัยรัชกาลที่ 5 เกิดกระบวนการการสร้างรัฐชาติสมัยใหม่ ทั้งที่เป็นกระแสการปรับตัวภายในโดยอำนาจรัฐสยามในขณะนั้นก็ดี และเกิดจากแรงบีบจากภายนอกผ่านทางลัทธิอาณานิคมก็ดี ทั้งสองปัจจัยนี้ ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นสมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจกล่าวได้ว่า ทำให้สังคมสยามหรือสังคมไทย เริ่มเคลื่อนย้ายจากสังคมแบบดั้งเดิม (traditional society) มาสู่ความเป็นสมัยใหม่ (modernity) ในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพด้วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงนี้ ใช่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยสิ่งเก่า ๆ และเกิดการรับสิ่งใหม่ ๆ อย่างสิ้นเชิงก็หาไม่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม และความรู้ตลอดจนปฏิบัติการต่าง ๆ ในชีวิตของผู้คนที่สะสมมาแต่อดีต ก็คงดำรงอยู่ได้จนถึงปัจจุบัน บ้างก็มีการปรับปรุง บ้างก็มีการดัดแปลง บ้างก็ถูกนำมาฟื้นฟูขึ้นมาใหม่ ในฐานะทางเลือกที่หลากหลายของสังคมสยาม หรือสังคมไทยที่แม้จะเป็นสังคมดั้งเดิมหรือสังคมตามประเพณีแต่ก็มีลักษณะพหุลักษณ์มาเนิ่นนานแล้ว แต่ถูกกดทับปิดบังเอาไว้ด้วย สิ่งที่เราเรียกว่า รัฐชาติที่รวมศูนย์

อนึ่ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างบนนี้นั้น เกิดขึ้นในหลายมิติของชีวิตทางสังคมของผู้คนในสยาม ดังนั้น เมื่อเราพูดถึงการปฏิรูปสังคมสยาม จึงมีความหมายของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเดิม ๆ หลายด้านไปสู่วิถีชีวิตทุกด้านเป็นแบบใหม่ ไม่เฉพาะด้านโรคภัยไข้เจ็บหรือสุขภาพเท่านั้น (แต่อย่างที่ได้กล่าวไว้แล้วการเปลี่ยนแปลงที่ว่าอาจเป็นการนำของเก่ามาผสมกับของใหม่ด้วยก็ได้เช่นกัน) อย่างไรก็ตาม เราเคยชินกับการอธิบายการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเช่นนี้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างสังคม ซึ่งเป็นศัพท์แสงของวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่เชื่อว่าสังคมเป็นระบบ ๆ หนึ่งคล้ายกับสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างต่าง ๆ และโครงสร้างต่าง ๆ เหล่านั้น ทำหน้าที่สอดประสานกันไปอย่างเป็นระบบระเบียบเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ต่อไปเรื่อย ๆ วิธีคิดแบบนี้มีชื่อเรียกว่า ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม (Structuralism-Functionalism) ซึ่งมีรากเหง้าที่มาจากวิธีคิดที่เรียกว่าทฤษฎีวิวัฒนาการของวงวิชาการตะวันตกอีกทีหนึ่ง

โครงสร้าง (ของสังคม) ต่าง ๆ ที่ว่านี้ ได้แก่โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจการเมือง-กฎหมาย ความเชื่อทางศาสนา โครงสร้างทางการศึกษา โครงสร้างทางครอบครัวเครือญาติ โครงสร้างทางนันทนาการ หรือ การพักผ่อนหย่อนใจ และโครงสร้างทางด้านสุขภาพอนามัย และโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้น เมื่อมีการปฏิรูปสังคมสยามจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและนำไปสู่สถานะใหม่ ๆ ต่าง ๆ มากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา เราจึงเห็นได้ว่าการปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยจากระบบดั้งเดิม ไปสู่ระบบใหม่ที่เป็นสมัยใหม่แบบตะวันตกมีจุดเปลี่ยนที่ชัดเจนมาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 พร้อม ๆ กับการปฏิรูประบบราชการ ระบบกองทัพ ระบบการศึกษา ระบบกฎหมาย ระบบการสื่อสารคมนาคม การเลิกทาสและอื่น ๆ อีกหลายอย่าง เพียงแต่ว่าส่วนใหญ่เราให้ความสนใจศึกษาและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กฎหมาย การทหารและการศึกษากันเสียเป็นส่วนใหญ่ สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ดังกล่าวถูกถือว่ามีค่าสำคัญ โดยเฉพาะจากสายตาของนักสังคมศาสตร์ นักมนุษยศาสตร์ เช่น นักประวัติศาสตร์ นักรัฐศาสตร์ และนักกฎหมาย เป็นต้น ส่วนด้านสุขภาพอนามัยถึงแม้จะมีความสำคัญไม่แพ้ด้านอื่น ๆ ต่อชีวิตประจำวันของผู้คนและต่อรัฐ แต่เนื่องจากเรื่องสุขภาพอนามัยในยุคนั้นเป็นต้นมา ถือว่าเป็นเรื่องราวทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นเรื่องของความจริงที่ลงตัวแล้วในระดับรากฐาน ไม่น่าจะมีปัญหาอะไรให้น่าถกเถียงในเชิงของเรามีเหตุผล และความน่าเชื่อถือ บุคลากรส่วนใหญ่ของสายสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์จึงมักไม่จำเป็นต้องตั้งคำถาม เช่น คำถามว่าการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตก มีประสิทธิภาพจริงหรือไม่ ในระดับไหนเหมาะหรือใช้ได้กับสังคมไทยหรือไม่ คำตอบมีอยู่ชัดเจนแล้วว่า มีประสิทธิภาพจริง และใช้ได้เป็นสากลเพราะเป็นความจริงทางวิทยาศาสตร์ที่มีเหตุผล พิสูจน์ได้และรักษาโรคภัยต่าง ๆ ให้หายได้ ไม่เหมือนกับในทางรัฐศาสตร์ก็ดี กฎหมายก็ดี การปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยแบบของตะวันตกมักถูกตั้งคำถามอยู่เสมอ โดยเฉพาะทั้งจากผู้รู้-ผู้มีอำนาจในวงการนั้น ๆ เอง ดังนั้น การแสวงหาคำอธิบายใหม่ ๆ ความรู้ใหม่ที่โต้แย้งกับความรู้ที่มีอยู่ จึงเกิดได้บ่อยครั้งกว่า ในบางโอกาส บางสถานที่ ก็อาจมีการถวิลหาสิ่งที่ผ่านไปในอดีตในการทำงานต้องการหันกลับไปสู่สถานะเก่า ๆ ระบบเก่า ๆ เสียด้วยซ้ำไป แต่ในทางสุขภาพอนามัยกระแสของความรู้การแพทย์สมัยใหม่สามารถกัดกัน ภูมิปัญญาพื้นบ้านออกได้อย่างค่อนข้างมีประสิทธิภาพทั้งในแง่ของการ “รู้ลึม” ระบบความรู้และระบบอำนาจที่ผูกติดกันอยู่ รวมทั้งด้านการผลิตซ้ำ-ผลิตใหม่ และการบังคับใช้อำนาจ/ความรู้พื้นบ้านพื้นเมืองนั้น ๆ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือ มีการตั้งศิริราชแพทยกร (โรงพยาบาลศิริราช) ที่มีการรักษาทั้งการแพทย์ไทยและการแพทย์สมัยใหม่ (ตะวันตก) ในปี พ.ศ.2430 ในสมัยรัชกาลที่ 5 ต่อมาหลังจากที่พระองค์สิ้นพระชนม์ได้ 5 ปี ก็มีการยกเลิกการสอนการแพทย์แผนไทยในโรงเรียนราชแพทยาลัย และเลิกจ่ายยาแผนไทยให้แก่คนไข้ในโรงพยาบาลศิริราช (ประทีป, ชุมพล, 2545, น.231-232) อนึ่ง ควรตั้งข้อสังเกตว่าความรู้ที่ถูกกันออกตรงนี้คือ “ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย” ซึ่งถ้าจะว่าไปแล้วเป็น “ภูมิ

ปัญญาหลง” และเป็นการกันออกในเชิงการผลิตซ้ำและผลิตใหม่ในสถาบันที่สอน หรือสร้างความรู้และให้บริการรักษาความป่วยไข้ในศูนย์กลางอำนาจ คือโรงเรียนแพทย์ในเมืองหลวง แต่แพทย์แผนไทยทั้งที่ได้อยู่ภายใต้การกีดกันให้เป็นภูมิปัญญาหลง ตัวอย่างเช่น รัชกาลที่ 5 โปรดเกล้าฯ ให้ชำระตำราแพทย์แผนไทยที่เรียกว่า เวชศาสตร์ฉบับหลวงในปี พ.ศ. 2413 เป็นต้น (เพ็งอ้ง, น.231) และแพทย์แผนไทยที่มีการใช้กันอยู่ทั่วไปรวมทั้งการแพทย์พื้นบ้านตามภาคและท้องถิ่นต่าง ๆ ของประเทศไทยนั้น ยังคงดำรงอยู่และไม่ได้หายไปไหน ตัวอย่างเช่น “หมอเมือง” ในล้านนา (โปรดคุณมาลี สิทธิเกรียงไกร, ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ชาติชาย มุกสง, บก.อ้งแล้ว, น.,189-220, และ พรพิไล เลิศวิชา, ในเพ็งอ้ง, น.222-227) “ลำผีฟ้า” ในภาคอีสานและหมองูในภาคใต้ เป็นต้น

สิ่งที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็น การพยายามรวบรวมประเด็นสำคัญ ๆ ของการประทะกันระหว่างความรู้หรือชุดของคำอธิบาย หรือใครจะเรียกว่าวาทกรรมในความหมายที่ไม่เคร่งครัดมากนักก็ได้ กล่าวคือเป็นชุดของคำอธิบายของผู้ที่ถูกมองว่าเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” สองแนวทาง สำคัญดังกล่าวได้แก่

วิทยาศาสตร์ – ไม่วิทยาศาสตร์

“ในภูมิปัญญาไทยนั้น ก็คิดว่ามีทั้งวิชาและอวิชาปนอยู่ แล้วคนที่เสียชีวิตจากกรณีการรักษาด้วยอวิชาคงจะมีมากกว่าคนที่รอดชีวิตมาได้ อีกเรื่องหนึ่ง คือคนมักเข้าใจผิดเสมอว่า คนโบราณอายุยืน แต่ที่จริงแล้วคนโบราณนี้อายุสั้น ตัวเล็ก ที่เราเข้าใจว่าคนโบราณอายุยืน เพราะเราเห็นคนแก่ ๆ อายุ 80-90 ปี จึงคิดว่าอายุยืน ที่จริงคนที่เหลือแกมีไม่กี่คน ที่ตายไปมีมากกว่า มองอย่างนี้ถึงจะเป็นการมองอย่างวิทยาศาสตร์โดยแท้จริง ถึงจะเข้าใจอะไรต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

การแพทย์แผนโบราณมีจุดอ่อนอยู่ที่มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน ตัวยาต่าง ๆ มาผสมกันด้วยความไม่รู้มากกว่าความรู้.....

อีกอย่างหนึ่ง การแพทย์ไทยไม่ทนทานต่อการพิสูจน์ ในขณะที่การแพทย์แผนตะวันตกเน้นการพิสูจน์ได้ เน้นการวิจัยเปรียบเทียบเพื่อพิสูจน์.....” (วิชัย โชควิวัฒน์, ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, บก. 2545, น.44-45, เน้นโดยผู้เขียน)

ข้อความที่ยกมากล่าวข้างบน เป็นตัวแทนของกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพของการแพทย์สมัยใหม่ที่สังกัดอยู่ในวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ จึงเน้นความมีเหตุมีผล ความน่าเชื่อถือได้ พิสูจน์ได้ โดยผ่านกระบวนการวิจัยเป็นต้น อย่างไรก็ตาม วิธีคิดแบบนี้ก็ถูกท้าทาย (contested) โดยความรู้หลายชุดและหลายกลุ่มคน แม้กระทั่งกลุ่มคนที่ผ่านกระบวนการสร้าง ผลิตและผลิตซ้ำความรู้

แบบวิทยาศาสตร์ เช่น ในวงการแพทย์แบบชีวะด้วยตัวเอง ซึ่งบางครั้งการทำทายนี้อาจจะลึกลงไปถึงรากฐานทางปรัชญาของ**กระบวนทัศน์** (paradigm) ของความรู้ที่จะต้องประกอบขึ้นด้วยองค์ประกอบเชิงฐานคติสามส่วนคือ **ภววิทยา** (ontology) อันเป็นการหาความรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งเป็นจริง มีอยู่จริงในฐานะที่เป็นสากล ในกรณีของวิทยาศาสตร์ในช่วงต้น ๆ ที่เป็นรากฐานของการแพทย์สมัยใหม่ ถือว่าสิ่งที่มีอยู่จริงมีเฉพาะแต่สสารและพลังงานเท่านั้น แต่วิทยาศาสตร์ในปัจจุบันก้าวหลุดออกมาจากความจริงเพียงสองด้านตรงกันข้ามแบบนี้แล้ว เช่น ควอนตัมฟิสิกส์ “..... และยิ่งก้าวพ้นไปจากวิธีคิดของวิทยาศาสตร์แบบนิวตันกับเดส์คาร์ทส์ที่มองโลกเป็น 3 มิติ ไปสู่การมองมิติอื่น ๆ โดยเฉพาะมิติของเวลา” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ กับคณะ, 2545, น.48) โดยนัยของการทำทายนี้อาจจะบอกว่าวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นแม่บทของการแพทย์สมัยใหม่เปลี่ยนไปแล้ว แต่การแพทย์สมัยใหม่กลับยังคงเดิม องค์ประกอบที่สองคือ **ญาณวิทยา** (epistemology) ในความหมายว่า เป็นปรัชญาสาขาหนึ่งที่ว่าด้วยบ่อเกิด ลักษณะ หน้าที่ ประสิทธิภาพวิธี และความสมเหตุสมผลของความรู้ พูดอีกอย่างหนึ่งคือ เมื่อภววิทยากำหนดออกมาแล้ว หรือเป็นที่ตกลงปลงใจกันในหมู่ผู้สร้างความรู้ว่า อะไรคือความจริงแล้ว สิ่งที่จะต้องทำตามมาคือ จะต้องพิสูจน์ หรือตรวจสอบให้เห็นความจริงนั้นได้อย่างไร ตัวอย่างเช่น มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย” เกิดการร่วงโรย” เป็นเพราะ “ การแพทย์ไทยไม่ทนทานต่อการพิสูจน์ในขณะที่การแพทย์แผนตะวันตก เน้นการพิสูจน์โดยเน้นการวิจัยเปรียบเทียบเพื่อพิสูจน์ เช่น การพิสูจน์ว่าสเตปโชมัยซิน รักษาวัณโรคได้หรือไม่ ก็ทดลองแบ่งคนไข้เป็น 2 กลุ่มที่ให้การรักษา คือกลุ่มที่ได้รับยาและไม่รับยา แล้ววัดผลจากอัตราการตาย แล้วส่งฟิล์มเอกซเรย์ไปให้หมอคนที่ไม่รู้การทดลองตรวจสอบผล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแพทย์ตะวันตกสามารถพิสูจน์ได้จริงในทางวิทยาศาสตร์ แต่การแพทย์แผนโบราณอาศัยความเชื่อมากกว่าการพิสูจน์ได้ “ (วิชัย โชควิวัฒน์, ใน, เฟิงอ้าง, น.45) ซึ่งในประเด็นนี้ ฝ่ายที่ทำทายความรู้แบบวิทยาศาสตร์ บนพื้นฐานว่าวิทยาศาสตร์แบบเก่านั้นไม่กว้างและลึกซึ้งพอเพราะ “ รากฐานทางญาณวิทยาของวิทยาศาสตร์ สมัยนั้นถือเอาการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงโดยอาศัยการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงโดยอาศัยการตรวจวัดด้วยประสาทสัมผัสของมนุษย์อย่างเป็นภววิสัยเป็นสำคัญ ซึ่งหมายความว่าสรรพสิ่งที่ดำรงอยู่นั้น จะถือว่ามิใช่จริงนั้นจะต้องตรวจวัดได้ไม่โดยตรงก็โดยอ้อม....ญาณวิทยาแบบวิทยาศาสตร์จึงเน้นการตรวจวัด และจำกัดความรู้ที่ประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือเรียกตามคติแบบพุทธว่าอายตนะ 5 เท่านั้น ส่วนอายตนะที่ 6 คือจิตและธรรมารมณ์นั้นไม่มีอยู่ เพราะทำการตรวจวัดให้แม่นยำด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ไม่ได้.... ด้วยเหตุที่ญาณวิทยาของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เน้นการตรวจวัดได้ การดำรงอยู่ของมนุษย์และจักรวาลในโลกของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงไม่มีสิ่งที่เรียกว่า มิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพหรือความเป็นมนุษย์ (เฟิงอ้าง, น.50) องค์ประกอบที่สามคือ **จักรวาลวิทยา**

(cosmology) เป็นวิชาว่าด้วยจักรวาล โดยอธิบายว่า สรรพสิ่งที่มีอยู่และดำรงอยู่นั้นสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างไร ซึ่งวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่เป็นรากฐานของการแพทย์สมัยใหม่ถือว่า “ความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งนั้นเป็นไปตามกฎเกณฑ์ทางกายภาพของฟิสิกส์และเคมี ปรัชญาการณต่าง ๆ ที่เราสังเกตได้นั้นจึงถูกอธิบายด้วยคุณสมบัติทางฟิสิกส์และเคมีของสสารและพลังงาน....จักรวาลวิทยาของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงอธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติผ่านคุณสมบัติทางกายภาพของสสารและพลังงาน และแตกต่างไปอย่างสิ้นเชิงจากจักรวาลวิทยาแบบพื้นบ้านของไทย” (เพ็งอ้าง, น.50-52, เน้นโดยผู้เขียน)

อนึ่ง น่าตั้งเป็นข้อสังเกตตรงนี้ว่าการต่อสู้ การท้าทายหรือการประชันขันแข่งระหว่างคำอธิบายหรือวาทกรรมสองชุดนี้ มีเป้าหมายร่วมกันที่ “การแพทย์พื้นบ้าน” แต่วาทกรรมชุดหนึ่งมีวัตถุประสงค์และเนื้อหาในการ “รื้อล้ม” การแพทย์พื้นบ้านด้วยข้อหาว่า “ไม่เป็นวิทยาศาสตร์” “พิสูจน์ไม่ได้” “ทดสอบไม่ได้” เป็นต้น แต่อีกชุดหนึ่งมีวัตถุประสงค์ในการ “รื้อสร้าง” วิทยาศาสตร์และการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือ “รื้อ” วิทยาศาสตร์แบบเก่า (วิทยาศาสตร์ในยุคต้นสมัยใหม่) และ “สร้าง” วิทยาศาสตร์และการแพทย์ยุคปัจจุบันหรืออาจเรียกว่าเป็นวิทยาศาสตร์และการแพทย์ยุคหลังสมัยใหม่ก็น่าจะได้ ที่มีความยืดหยุ่นสามารถรองรับมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (หรือสติ) ซึ่งถือว่าเป็นเนื้อหาสาระสำคัญของ “ความเป็นมนุษย์” ในสังคมยุคปัจจุบัน และในกระบวนการ “รื้อสร้าง” ดังกล่าวนี้นี้ ภูมิปัญญาพื้นบ้านโดยเฉพาะในกรณีเรื่องสุขภาพ/สุขภาวะในระดับรากฐานปรัชญาแล้ว ถูกมองว่าเป็นทางออกหรือทางเลือกทางหนึ่งที่มีความเป็นไปได้ ดังจะเห็นชัดเจนในข้อความต่อไปนี้

“ส่วนระบบการแพทย์พื้นบ้านนั้นมีรากฐานปรัชญาความคิดที่แตกต่างไปจากการแพทย์สมัยใหม่อย่างสิ้นเชิง ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านนั้นให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อมิติทางจิตวิญญาณของชีวิตและถือว่าสุขภาพและการเยียวยารักษาโรคนั้นแยกไม่ออกจากการมีชีวิตที่ดีงามในทางจิตวิญญาณ....” (เพ็งอ้าง, น.65)

อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญที่ผู้เขียนขอเสนอให้พิจารณากันต่อไปมีว่า การถกเถียงกันในประเด็นว่าอะไรเป็นวิทยาศาสตร์ อะไรไม่เป็นวิทยาศาสตร์ หรือแม้กระทั่งว่าวิทยาศาสตร์เข้าไม่ถึงความเป็นมนุษย์และสุขภาวะก็ดี หรือวิทยาศาสตร์ยุคใหม่เปลี่ยนไปแล้ว และเปิดรับต่อมิติด้านจิตวิญญาณก็ดี เหล่านี้อาจไม่มีความสำคัญสักเท่าไร ทั้งนี้เพราะ

หนึ่ง การที่คนเราจะเลือกใช้การรักษาพยาบาลหรือเลือกใช้นิยามสุขภาพแบบไหน ความเป็นวิทยาศาสตร์หรือไม่เป็นวิทยาศาสตร์ รวมทั้ง “ความน่าเชื่อถือได้” ไม่ใช่องค์ประกอบเดียวของการตัดสินใจ ประสบการณ์กับความรู้ที่ผูกโยงกับอำนาจหน้าที่ปรากฏอยู่ทั้งในระดับปัจเจกชน กลุ่มคน ชุมชน และสังคมในแต่ละช่วงเวลานั้น น่าจะมีความสำคัญอยู่มากทีเดียว ซึ่งประเด็นนี้จะนำไปสู่ข้อสองคือ

สอง ในระดับปัจเจกชน คนแต่ละคนย่อมมีประสบการณ์ที่นำไปสู่ความเชื่อมั่นที่ต่างกัน แต่เมื่อต้องตัดสินใจเลือกใช้นิยามสุขภาพ/สุขภาพะใด หรือการรักษาพยาบาลแบบไหน สิ่งที่ถูกกล่าวกันว่า “ความมีเหตุผล” อาจได้รับเลือกหรือไม่เลือกใช้ก็ได้ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ ในกรณีของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้า ฯ ที่นักวิชาการเชื่อกันว่า พระองค์ทรงเกี่ยวหมอแผนไทย และโปรดหมอฝรั่งในบางระดับนั้น เมื่อพระองค์ประจวบกับในช่วงปลายรัชกาล พระองค์ได้โปรดให้กรมหลวงวงศาธิราชสนิทเป็นหัวหน้าผู้ดูแลรักษา และมีบรรดาหมอหลวงเป็นผู้ดูแลรักษาพระอาการอย่างใกล้ชิด แต่กระบวนการรักษาก็ไม่ได้ยึดกับแนวใดเพียงแนวหนึ่ง หากแต่ยอมรับ “หมอที่ดีไม่ว่าจะเป็นใครหรือหมอแผนใด.....” เป็นต้น (ประทีป ชุมพล, อ้างแล้ว. น.165) อีกตัวอย่างหนึ่งคือในกรณีของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้า ฯ (รัชกาลที่ 5) มีพระราชดำรัสว่า

“ขอเตือนว่าหมอฝรั่งนั้นดีจริง แต่ควรให้ยาไทยสุญหาหาไม่ หมอไทยควรจะไม่ให้มีต่อไปภายหน้าหา ควรมีไว้บ้าง ถ้าว่า**ส่วนตัว**ของฉันเองสมัครกินยาไทยแล้วยังวางใจหาอุ่นใจในหมอไทยมาก ถ้าหมอไทยจะรักษาแบบฝรั่งหมดดูจะ**เยือกเย็นเหมือนเห็นอื่น ไม่เห็นพระสงฆ์เลยเหมือนกัน....**” (พระราชดำรัส พ.ศ. 2433, อ้างใน, เฟื่องอ้าง, น.188, เน้นโดยผู้เขียน)

พระราชดำรัสดังกล่าวข้างบนสะท้อนให้เห็นอีกด้วยว่า

สาม การรักษาพยาบาลก็ดี สุขภาพะก็ดีเป็นพื้นที่ซับซ้อนทางวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจและการเมือง ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับศรัทธาความเชื่อ ความมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลตามแนววิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่อาจเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สามารถอธิบายได้ดังที่รัชกาลที่ 5 ทรงใช้ข้อความว่า รู้สึก “เยือกเย็นเหมือนเห็นอื่น ไม่เห็นพระสงฆ์เลยเหมือนกัน”

สาระสำคัญประการถัดไปของการถกเถียงที่มีลักษณะขัดตรงกันข้าม คือประเด็นเรื่ององค์รวมกับแยกส่วน

องค์รวมกับแยกส่วน

ประเด็นนี้ เป็นสาระสำคัญอีกประการหนึ่งของการถกเถียงเพื่อนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาในเชิงการทำให้ตกอยู่ในกรอบคิดที่มีลักษณะชั่วคราวกันข้ามเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของการถกเถียงในเชิงญาณวิทยา หรือวิชาที่ว่าด้วยความรู้กันเลยทีเดียว วิธีคิดแบบ “องค์รวม” นั้น มีรากเหง้าที่มาอย่างไร ถูกใช้ในความหมายอะไรในกาลเทศะหนึ่ง และเมื่อนำมาใช้กับเรื่องสุขภาพ/สุขภาพจะมีความหมายว่าอะไรและข้อสำคัญคือ **ในภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ หรือการรักษาพยาบาลนั้น มีวิธีคิดแบบองค์รวมหรือไม่ ถ้ามีเป็นอย่างไร** อนึ่ง ในงานเขียนนี้ จะไม่เข้าไปถกเถียงรายละเอียดเพื่อแสวงหารากเหง้าของสิ่งที่เรียกว่า “องค์รวม” เพียงแต่จะบอกว่า องค์รวมเป็นมโนทัศน์ที่เป็นสิ่งสร้างทางสังคมที่มีปัญหาในตัวของมันเอง ในโลกตะวันตกเองก็มีการใช้มโนทัศน์นี้ในหลากหลายความหมาย

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนอยากขอรวบรัดว่า ในวงวิชาการสายสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาสังคม (Social Anthropology) นั้น มีการใช้มโนทัศน์องค์รวมในสองแนวทาง ๆ คือ

หนึ่ง องค์รวมนิยม หรือ ลัทธิองค์รวม (holism) ในความหมายว่า หมายถึงทฤษฎีทางสังคมวิทยา หรือ มานุษยวิทยาสังคมใด ๆ ก็ได้ที่เน้นย้ำที่ความสำคัญสุดยอดของโครงสร้างสังคม ระบบสังคมและคำอื่น ๆ ในความหมายที่ใกล้เคียงหรือเชื่อมโยงกันกับมโนทัศน์เรื่องโครงสร้างและระบบสังคม โดยยืนยันว่าสิ่งเหล่านั้นมีส่วนกำหนดผลลัพธ์ในทางสังคมต่าง ๆ ที่ปรากฏออกมา (social outcomes) เช่น พฤติกรรมทางการเมือง การบริโภค และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งการนำเอาอิทธิพลของโครงสร้าง หรือ ระบบไปอธิบายในแนวทางของสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาสังคมด้วย แต่ในที่นี้ก็ต้องชี้ได้ด้วยเช่นกันว่าวิธีคิดแบบองค์รวมนี้ถูกท้าทายภายในวงการสังคมวิทยาด้วย เช่น ในวิธีคิดของแมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) ก็ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคาร์ล พ็อพเพอร์ (Karl Popper) ยกเอาวิธีคิดแบบ Methodological Individualism ขึ้นมาค้าน นอกจากนั้น ก็ยังมีวิธีคิดที่เกี่ยวข้องกันไป เช่น situational analysis and situational logic และ Methodological Individualism ซึ่งอาจสรุปแบบรวบรัดว่า วิธีคิดเหล่านี้เสนอว่า สถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพจะต้องได้รับการวิเคราะห์ในแง่มุม หรือในด้าน (terms) แง่บันดาลใจต่าง ๆ ของผู้กระทำทางสังคม (social actors) ร่วมกับนัยต่าง ๆ ในทางตรรกะ (logical implications) ของสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ โดยที่ไม่ต้องหันไปพึ่งเพื่อหาคำอธิบายทั้งจาก “จิตวิทยานิยม” (psychologism) และ “สังคมวิทยานิยม” (sociologism) **ประเด็นข้อเสนอนี้นำสนใจที่จะนำไปเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลายที่กำลังเกิดขึ้นมาในสังคมไทยขณะนี้ โดยเฉพาะในชุมชนชั้นกลางในเมืองซึ่งน่าจะมีลักษณะ “ปัจเจกชนนิยม” และมีความเป็นผู้กระทำเพิ่มมากขึ้น**

สอง องค์รวมนิยม (holism) ในความหมายที่เป็นกลาง ๆ กว่าความหมายที่หนึ่ง หมายถึง แนวโน้มหรือความโน้มเอียงในทางสังคมวิทยา/มานุษยวิทยาสังคมที่มีลักษณะแตกต่างเชิงเปรียบเทียบกับสังคมศาสตร์ที่มีลักษณะเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอื่น ๆ เช่น รัฐศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ แนวโน้มที่ว่านี้คือ การพยายามรักษาการมองปรากฏการณ์ทางสังคมต่าง ๆ อย่างสัมพันธ์กัน และมีความสำคัญร่วมกันเอาไว้

เมื่อหันกลับมาดูขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันเรื่องสุขภาพในสังคมไทย ก็พบว่ามีการใช้มโนทัศน์องค์รวมในทั้งสองความหมาย กล่าวคือเป็นทั้งการมองสุขภาพในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างสังคมทั้งหมด ไม่อาจแยกสุขภาพออกมาเป็นประเด็นหรือโครงสร้างอิสระได้ ดังจะเห็นได้ว่าในเมื่อฝ่ายนี้วิพากษ์หรือพยายามรื้อสร้างการแพทย์สมัยใหม่ก็มักจะใช้วาทกรรมเรื่องกระบวนการทัศน์กระแสหลักที่ครอบงำสังคมไทยว่าเป็นแบบแยกส่วนทั้ง ๆ ที่ การอธิบายแบบวิทยาศาสตร์เองก็ยังเต็มไปด้วยจุดอ่อนและขาดความสมบูรณ์ ดังเช่น “ ยังไม่อาจอธิบายถึงความเป็นมาของการเกิดขึ้นของโรคเอดส์ แต่ก็ไม่ยอมรับในวิธีการอธิบายอื่น เช่น การมองในเชิงองค์รวม ” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, อ้างแล้ว, น.87, เน้นโดยผู้เขียน)

ประเด็นที่ขอยกมาเป็นข้อสังเกตเพิ่มเติม ณ จุดนี้คือ มโนทัศน์เรื่ององค์รวมนั้น เป็นมโนทัศน์ของฝ่ายสังคมศาสตร์ ไม่ใช่มโนทัศน์ร่วมกันของวงวิชาการทั้งหมด แม้กระทั่งในฝ่ายสังคมศาสตร์เองก็กล่าวได้ว่ามโนทัศน์นี้เป็นของเฉพาะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาสังคมเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นในสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาเองก็มีหลากหลายแนวทาง บางแนวทางก็ใช้องค์รวมบางแนวทางก็ไม่เห็นด้วย โดยเฉพาะในปัจจุบันซึ่งกล่าวหรือเชื่อกันว่าวิถีคิดแบบองค์รวมนั้น เป็นมโนทัศน์หรือภาษาที่สังกัดอยู่ในแนวโครงสร้างนิยมอันเป็นผลผลิตของยุคสมัยใหม่ (modern period) และมีจุดอ่อนอยู่หลายด้าน เช่น ติดอยู่กับวิถีคิดแบบคู่ตรงกันข้าม เชื่อว่าโครงสร้างสังคมสามารถมีอิทธิพลครอบงำผู้คนได้อย่างสมบูรณ์ จึงมองผู้คนว่าเป็นผู้ถูกกระทำ มองข้ามความแตกต่างหลากหลาย มองข้ามความเคลื่อนไหว เลื่อนไหลหรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพราะยึดมั่นอยู่กับสิ่งที่เรียกว่า “ดุลยภาพของสังคม” พร้อมกันนั้นก็อ้างว่าสามารถนำเสนอหรือค้นพบคำอธิบายแบบครอบจักรวาลได้ เป็นต้น อนึ่ง กระแสวิถีคิดทางสังคมศาสตร์ในยุคนี้ (หลังทันสมัย) มองว่าโลกในยุคปลาย ๆ ของคริสต์ศตวรรษที่ยี่สิบได้พบเห็นหรือก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลงสู่อีกสภาวะหนึ่งที่ไม่ใช่สภาวะทันสมัยอีกต่อไปแล้วแต่เป็นสังคมหลังทันสมัย (post modern society) ฉะนั้น ทฤษฎีใหม่ ๆ ต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นเพื่อที่จะช่วยให้เราเข้าใจได้ว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น สภาวะหลังทันสมัยนี้ถูกมองว่าเกิดขึ้นมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลายที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดคริสต์ศตวรรษที่ยี่สิบ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว เกิดการเคลื่อนย้ายของความเป็นห่วงหรือกังวลทางด้านการเมืองหลายเรื่อง แต่การต่อสู้ถกเถียงว่าระบอบการเมืองใดดีได้ไม่ดีในเชิงอุดมการณ์นั้นสิ้นสุดลง ประชาธิปไตยเสรีนิยมกลายเป็นกระแสหลัก

แทบจะกระแสนี้ก็ได้ ประเด็นทางการเมืองย้ายไปถกเถียงเรื่องสิทธิ ความเสมอภาคเท่าเทียมกันและสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้บริโภค สิทธิสตรี เป็นต้น เกิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่ ในประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อม สิทธิสตรี สิทธิชนเผ่าดั้งเดิม สุขภาพและอื่น ๆ บนฐานของความแตกต่างหลากหลายและเคลื่อนไหว วิธีคิดแบบหลังสมัยใหม่นิยม (postmodernism) ปฏิเสธความคิดต่าง ๆ ของยุคแสงสว่างทางปัญญา (Enlightenment) ที่ว่าด้วยความก้าวหน้า (progress) **ปฏิเสธความจริงทางวิทยาศาสตร์** (scientific truth) ว่าเป็นความจริงที่ถูกต้องชุดเดียว และปฏิเสธความเป็นไปได้ของการมีทฤษฎีต่าง ๆ ที่มีลักษณะ**องค์รวมครอบจักรวาล** (universal totalising theories) เช่น ทฤษฎีที่ถูกจัดว่าเป็นโครงสร้างนิยมทั้งหลาย โดยโต้แย้งว่าไม่มีสิ่งที่เรียกว่า “grand narratives” ไม่มีสิ่งที่เรียกว่าความก้าวหน้า และไม่มีประวัติศาสตร์สำนวนเดียว (no single history) มีแต่ประวัติศาสตร์ที่เป็นพหุพจน์ คือหลากหลายสำนวน ในเรื่องของความรู้ก็เช่นกันไม่ได้มีอยู่เพียงชุดเดียว แต่มีหลากหลายชุดและแตกต่างกัน ในโลกยุคหลังทันสมัยที่มีลักษณะพหุนิยม นั้น เสียงและความเห็นที่แตกต่าง แต่มีอำนาจในการอธิบายอย่างเท่าเทียมกัน จึงสามารถเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้วิธีคิดแบบหลังสมัยใหม่นิยมจึงตั้งคำถามต่อ**รากฐานนิยม** (foundationalism) และ**สมบูรณนิยม** (ทัศนะที่ถือว่าสิ่งที่มีอยู่เอง เป็นอยู่เองมีอยู่เป็นอยู่ด้วยตนเอง เช่น ในทางจริยศาสตร์ถือว่าความดีมีลักษณะเช่นนั้น ไม่ขึ้นกับเหตุปัจจัยอื่นใด ไม่ขึ้นกับความเห็นหรือการกำหนดนิยามของผู้ใด หรือกลุ่มคนใดเป็นต้น) ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นของยุคทันสมัย ดังนั้น วิธีคิดต่าง ๆ ของยุคหลังทันสมัยจึงท้าทายทั้ง**ปฏิฐานนิยม** (positivism) อันเป็นทัศนะที่ถือว่า ความรู้ที่สูงที่สุดคือความรู้ที่ได้มาจากประสาทสัมผัส เช่น **วิทยาศาสตร์** กับทั้งยังท้าทาย วิธีคิดต่าง ๆ ในแนว**มนุษยนิยม** (humanistic approach) ที่มีต่อสังคมศาสตร์ อันเป็นทัศนะที่ถือว่ามนุษย์เป็นสิ่งหนึ่งในธรรมชาติ มีศักดิ์ศรี มีค่า และมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง **โดยอาศัยเหตุผลและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ไม่ต้องอาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติแต่อย่างใดอีกด้วย** และที่ดูเหมือนจะสำคัญต่อขบวนการเคลื่อนไหวผลักดันเรื่องสุขภาพ/สุขภาวะ เห็นจะได้แก่วิธีคิดแบบหลังทันสมัย ปฏิเสธการประกาศใด ๆ ว่าจะมีความแตกต่างระหว่างวิทยาศาสตร์ธรรมชาติกับสังคมศาสตร์ โดยระบุว่าป็นมนุษยนิยมจะไม่ได้ท้าทายความรู้แบบวิทยาศาสตร์ก็ตาม แต่วิธีคิดหลังสมัยใหม่นิยมทั้งหลายเชื่อว่า **ความรู้ทางสังคมศาสตร์นั้นดีเท่า ๆ กับความรู้ทางวิทยาศาสตร์** เพียงแต่แตกต่างจากวิทยาศาสตร์เท่านั้นเอง (Abbott & Wallace, อ้างแล้ว, น.24)

ข้อสังเกตที่ได้จากข้อความข้างบนนี้คือ มโนทัศน์เรื่ององค์รวม เป็นปัญหาทั้งในตัวของมันเอง กล่าวคือในแวดวงของผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีอำนาจในการสร้างความรู้ สร้างวาทกรรมไม่ตกลงปลงใจร่วมกันในการใช้มโนทัศน์นี้ ที่เป็นเช่นนั้นเพราะองค์รวมเป็นมโนทัศน์ของนักสังคมวิทยา นักมานุษยวิทยา ไม่ใช่มโนทัศน์ของฝ่ายวิทยาศาสตร์ แม้เมื่อนักวิทยาศาสตร์หรือแพทย์สมัยใหม่บางคน เช่น นายแพทย์ประเวศ วะสี และนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคนอื่น ๆ นำมาใช้

อย่างกว้างขวาง มโนทัศน์นี้ก็ไม่มีพลังในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของแพทย์ที่สังกัดอยู่ในสายวิทยาศาสตร์เต็มตัว เพราะฉะนั้นในแวดวงหลังนี้ การมองอย่างแยกส่วนจึงไม่ใช่ปัญหาเท่านั้น หากแต่เป็นวิธีการมองที่ถูกถือว่าต้องในนามของการพัฒนาความชำนาญเฉพาะด้านและการ “ลงลึก” ของความรู้แบบวิทยาศาสตร์ด้วยซ้ำไป

นอกจากนั้นเมื่อฝ่ายที่ต้องการผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ หันความสนใจมาสู่ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ก็เกิดความลังเลไม่แน่ใจว่าวิธีคิดแบบองค์รวมมีอยู่หรือไม่ในภูมิปัญญาพื้นบ้าน ดังจะเห็นได้ถึงความลังเลและมีคงเส้นคงวาที่ปรากฏในข้อความต่อไปนี้

“มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำกระบวนการทัศน์แบบองค์รวมของการแพทย์พื้นบ้านว่ามีการใช้ในลักษณะใด อาทิ ในการวินิจฉัยโรคนั้นหมอพื้นบ้าน หมอแผนไทยมีการนำกระบวนการทัศน์แบบองค์รวมใช้จริงหรือไม่ หรือกระบวนการทัศน์เหล่านี้เป็นเพียงหลักการที่ปรากฏในตำราเท่านั้น หรือนำมาใช้เพียงบางส่วนบางคนเท่านั้น” (ในโกมาตรและคณะ, อ้างแล้ว, น. 179)

กระนั้นก็ตามความพยายามในการที่จะใช้มโนทัศน์องค์รวมก็ดูเหมือนจะเป็นสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้ในชุมชนวิชาการที่ต้องการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพ ดังจะเห็นได้จากข้อสังเกตเชิงสรุปว่า

“แนวคิดของการแพทย์แผนไทย ยังขาดการเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมไทย ขณะที่การแพทย์พื้นบ้านยังเป็นองค์รวม ยังเกี่ยวข้อง กับวิถีชีวิตมากกว่า” (เพ็งอึ้ง, น.182)

น่าสังเกตว่าข้อความที่คัดมาข้างบนนั้นนอกจากจะเชื่อว่าการแพทย์พื้นบ้าน (ไม่ใช่การแพทย์แผนไทย) ยังมีลักษณะเป็นองค์รวมอยู่แล้ว ยังชี้เบาะแสว่าความเป็นองค์รวมในที่นี้ยังหมายถึง “ยังเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตมากกว่า” ซึ่งหากพิจารณาดูให้ดีแล้ว ก็อาจเห็นว่าข้อความนี้เองก็มีปัญหา อย่างน้อยก็สองข้อคือ หนึ่ง วิถีชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางมาก หลายครั้งเราเคยได้ยินนักวิชาการบางคนบางกลุ่มเอาวิถีชีวิตไปใช้ในความหมายเดียวกัน หรือแทนกันได้กับคำว่า “วัฒนธรรม” ซึ่งในตัวของมันเองก็มีความยุ่งยากและหลากหลายของมันเอง บางครั้งเราอาจเห็นว่า

บางคนใช้คำว่า “วิถีชีวิต” ในความหมายของ “life style” ในภาษาอังกฤษ ซึ่งก็ไม่ใช่ความหมายเดียวกันกับวัฒนธรรม สอง ไม่ว่าจะใช้คำว่า “วิถีชีวิต” ในความหมายใด ๆ ก็ตาม “วิถีชีวิต” ย่อมหลากหลายและเคลื่อนไหวไม่อยู่นิ่ง ฉะนั้น “องค์รวม” จึงต้องหลากหลายและไม่หยุดนิ่งตามไปด้วย

นอกจากนั้นความเป็นองค์รวมที่ใช้กันในชุมชนทางวิชาการฝ่ายนี้ก็มีความแตกต่างไปจากองค์รวมในความหมายทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาสังคมที่กล่าวไปแล้วในตอนต้น กล่าวคือ บางครั้งองค์รวมถูกใช้ในความหมาย “**องค์รวมของชีวิต**” (เพ็งอ้าง, น. 53) เพื่อใช้วิพากษ์กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์กระแสหลักว่า “...ปฏิเสธความเป็นองค์รวมของชีวิต” (เพ็งอ้าง, น. 66-67) ในความหมายว่าการแพทย์สมัยใหม่รักษาโรคไม่ใช่รักษาคน แต่ถ้ามองคนก็มองคนแบบแยกส่วน ไม่มองเป็นองค์รวม (ของชีวิต) ซึ่งมีความหมายว่า ความเป็นองค์รวมของชีวิตมนุษย์จะต้องประกอบไปด้วยมิติทางจิตวิญญาณและสุนทรียภาพ (ความเป็นมนุษย์แบบองค์รวม) นี่ไม่ใช่สิ่งที่จะต้องตรวจวัดได้อย่างเป็นภววิสัยตามที่แบบวิทยาศาสตร์กระแสหลัก (ที่มีลักษณะเป็น normal science ตามทัศนะของคุณ) ยึดถืออยู่เท่านั้น (เพ็งอ้าง, น. เดียวกัน) หากจะเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการณ์ในความหมายว่ากระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์ใหม่เกิดขึ้นมาและกระบวนทัศน์ใหม่นี้สามารถเข้าถึงมิติทางจิตใจ และจิตวิญญาณและสุนทรียภาพซึ่งไม่อาจซึ่งตรวจวัดหรือนำมาพิสูจน์โดยการทดลองตามแบบวิทยาศาสตร์แบบเก่าที่เป็น normal science ได้ เมื่อนั้นกระบวนทัศน์ใหม่ก็จะเข้ามาเป็นกระแสหลักแทนไปอีกช่วงเวลาหนึ่ง เพราะฉะนั้น เรื่องของจิตวิญญาณก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของความรู้และความจริงด้านสุขภาพ

ปัญหาเรื่ององค์รวมกับภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพนี้ในทัศนะของผู้เขียน เห็นว่าน่าจะเป็นปัญหาใหญ่และสำคัญมาก จึงน่าจะมีประเด็นที่จะต้องค้นคว้า ถกเถียงและทำความเข้าใจกันภายในชุมชนนักวิชาการที่ต้องการเห็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพไปสู่สุขภาพะ ในที่นี้จะขอยกประเด็นพื้นฐานมาเป็นตัวอย่างบางประเด็น เช่น

ภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นระบบสุขภาพหรือไม่ ผู้เขียนเชื่อว่าในขณะนี้ ชุมชนวิชาการในสายนี้เชื่อว่าภูมิปัญญาพื้นบ้านในลักษณะที่เป็นระบบสุขภาพนั้น มีหรือต้องมีอยู่จริง แต่นักมานุษยวิทยาการแพทย์บางคนไม่เห็นด้วย พร้อมกับเสนอว่า การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านเป็น **การเยียวยา** หรือ “healing” เป็นคนละมโนทัศน์กับ “**สุขภาพ**” หรือ “health” ซึ่งเป็นสิ่งสร้างของการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์ชีวะ

การบำบัดรักษาแบบพื้นบ้านพื้นเมือง (indigenous healing) ซึ่งครอบคลุมชื่อในทางมานุษยวิทยาหลายชื่อ เช่น traditional medicine บ้าง shamanism บ้าง รวมทั้งการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีองค์ประกอบของทั้งสองอย่างคือมีการใช้ “ยา” ซึ่งส่วนใหญ่ปรุง

ขึ้นมาจากสมุนไพรร่วมไปกับ**พิธีกรรม**และบางครั้งก็มีเรื่องของ**เวทย์มนต์คาถา**เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยมากบ้างน้อยบ้างนั้น แม้จะมักไม่ค่อยพูดถึงหรืออาจไม่ใช้มนต์ “สุขภาพ” โดยตรง แต่การบำบัดรักษามักไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่ในการรักษา “โรค” เท่านั้น การบำบัดรักษาในความหมายของ “healing” ในการรักษาพยาบาลในแนวนี้ กินความกว้างขวางกว่าการรักษาพยาบาลตามแบบการแพทย์ตะวันตก หรือ การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ กล่าวคือหมายถึงปฏิบัติการของการบำบัดรักษาทั้งหลายทั้งปวงที่เกิดมาจาก หรือฝังแน่นอยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งมีรูปธรรมที่เกิดมาจากความสัมพันธ์ทางสังคมต่าง ๆ ด้วย รวมทั้งมีรูปแบบนา ๆ ประการของประสบการณ์ที่เป็นตัวเป็นตนทั้งหลาย (embodied experiences) ดังนั้น การบำบัดรักษาแบบ “healing” นี้ จึงมีลักษณะได้แย้งกับคำว่า “สุขภาพ” (health) ซึ่งโดยทั่วไป หรือส่วนใหญ่แล้ว มักจะใช้ในความหมายของสภาวะที่ถูกนิยามตามแบบการแพทย์ หรือการรักษาแบบแพทย์สมัยใหม่ ที่เป็นผลผลิตของวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะในสายของชีววิทยาของยุคสมัยใหม่ ดังนั้น สิ่งที่เราเรียกว่า “สุขภาพ” จึงมักถูกนิยามและถูกใช้เฉพาะในทางการแพทย์ชีวเวช (biomedically defined) เท่านั้นนั่นเอง

อนึ่ง เป็นเรื่องสำคัญที่เราจะต้องตั้งเป็นข้อสังเกตใหญ่ไว้ ณ ที่นี้ว่า คำทั้งสองคือการบำบัดรักษาแบบแพทย์พื้นบ้าน (healing) กับสุขภาพเป็นคำที่สังกัดอยู่ในกระบวนทัศน์ (paradigm) และกรอบเชิงวาทกรรม (discursive framework) ที่ต่างกันเป็นคนละกรอบ ความแตกต่างนี้มีความสำคัญอย่างมากต่อการทำความเข้าใจกระบวนทัศน์ใหม่กับการสร้างวาทกรรมชุดใหม่ว่าด้วยสุขภาพอย่างขาดไม่ได้เลยทีเดียว

อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญาพื้นบ้านในฐานะที่เป็นการเยียวยาที่กินความหมายมากกว่าการรักษาโรค ซึ่งในการรักษาดังกล่าวมีการคำนึงถึงเหตุปัจจัยหลาย ๆ อย่างก็ดี รวมทั้งกระบวนการวินิจฉัยความเจ็บป่วย ความ “โชคร้าย” (misfortunes) ทั้งหลายและการเยียวยาเกิดขึ้นภายในบริบทของความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคมดังกล่าวแล้ว เราก็อาจตีความได้ว่า การเยียวยาแบบพื้นบ้านนั้นมีลักษณะเป็นองค์รวม

แม้จะสามารถสรุปได้แบบนี้ ก็ไม่ได้หมายความว่าปัญหาเรื่ององค์รวมกับการแพทย์ หรือการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านจะหมดไป ชุมชนวิชาการในสายนี้มีความเห็นว่า “แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะสามารถดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมได้ แต่ก็ยังไม่อาจหาวิธีการปฏิบัติที่สามารถตอบสนองต่อสังคมวงกว้างหรือนำภูมิปัญญาสุขภาพไทยมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมได้ ทั้งยังไม่สามารถนำมิติที่ขาดหายไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น มิติทางจิตวิญญาณเข้ามาเชื่อมโยงด้วยได้”

(โกมาตร และ คณะ, อ้างแล้ว, น.182, เน้น โดยผู้เขียน)

ข้อความที่เน้นตัวหนาไว้ข้างบน สามารถนำมาวิเคราะห์ต่อได้โดยแบ่งเป็นสองตอน ตอนแรกเกี่ยวกับการนำเอาการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ประโยชน์กับสังคมไทยในวงกว้างและตอนที่สอง ซึ่ง

ว่าด้วยสิ่งที่ขาดหายไปจากการแพทย์สมัยใหม่ (แผนปัจจุบัน) คือเรื่องมิติทางจิตวิญญาณ ซึ่งดูเหมือนว่าชุมชนวิชาการฝ่ายนี้คาดหวังว่า ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (ซึ่งเมื่อถึงจุดนี้ อาจไม่ใช่ภูมิปัญญาว่าด้วย “สุขภาพ” หากเป็นการเยียวยา) น่าจะมีส่วนช่วย “เติมเต็ม” สิ่งที่ขาดหายไปให้กับการแพทย์สมัยใหม่ หรือ ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนจากสุขภาพสู่สุขภาวะได้ แต่ก็น่าสังเกตว่าความคาดหวังนี้ ดูเหมือนจะมีความไม่มั่นใจเจือปนอยู่ด้วยไม่น้อยเลยทีเดียว

จิตวิญญาณกับสุขภาพ : อำนาจ / ความรู้และภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ขบวนการปฏิรูปสุขภาพในสังคมไทยซึ่งส่วนใหญ่ประกอบด้วยนักปราชญ์ นักคิด ผู้รู้ และผู้เชี่ยวชาญ เริ่มผลักดันการปฏิรูปสุขภาพโดยการนำเสนอออกมา (ประมาณต้นปี พ.ศ. 2543) ว่า “ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มี **สุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ** โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ” (อ้างใน คำพล จินดาวัฒนะ, 2546, น.202) ซึ่งกล่าวกันว่าสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ว่า “**สุขภาพ** คือสุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุล” (อ้างใน เพิ่งอ้าง, น. เดียวกัน) อนึ่งนิยามทั้งสองชุดข้างบนน่าจะมีที่มาจากนิยามขององค์การอนามัยโลกหรือ WHO ดังจะเห็นได้จากข้อความต่อไปนี้

“ถ้าเอาคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกที่บอกว่า สุขภาพคือภาวะอันเป็นพลวัตของความสุขที่สมบูรณ์พร้อมทั้งกาย **ใจ สังคม และ จิตวิญญาณ** สุขภาวะทางกายอาจหมายถึง การปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ สุขภาวะทางใจ หมายถึง การมีความสุขสบายใจ มีความร่าเริงแจ่มใส ไม่เครียดหรือทุกข์ร้อนใจ ส่วน สุขภาวะทางสังคมหมายถึง การปลอดพ้นจากความบีบคั้นทางสังคม เช่นความไม่เป็นธรรมทางสังคม การกดขี่ ชูตริต การถูกเหยียดหยามหรือความรุนแรงอื่นๆ ส่วนสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ยากที่จะให้คำจำกัดความ เพราะการมีความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณนั้นสัมพันธ์กับการให้คุณค่าและความหมายของชีวิต คือ สัมพันธ์กับคำถามที่ว่า เป้าหมายสูงสุดของการมีชีวิตคืออะไร...” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, อ้างแล้ว, น. 61)

ก่อนหน้านั้นคือปี พ.ศ. 2543 นายแพทย์ประเวศ วะสี เขียนไว้ในหนังสือ **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์** นอกจากจะระบุว่าสุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณโดยได้อธิบายเรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่า

“สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) หมายถึงสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนคลาอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม...” (อ๋างโน, อำพล จินดาวัฒน์, อ๋างแล้ว, น. 203)

ในทัศนะของผู้เขียนซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับพุทธศาสนาลึกซึ้งอะไรแม้โดยทางการจะถือพุทธ เมื่ออ่านข้อความดังกล่าวข้างบนแล้ว แม้จะรู้ว่าคำว่าจิตวิญญาณในที่นี้มาจากภาษาอังกฤษว่า spiritual แต่ข้อความทั้งหมดเต็มไปด้วยกลิ่นอายของพุทธศาสนา ประกอบกับเคยอ่านข้อเขียนและเคยฟังนายแพทย์ประเวศ วะสีอยู่บ้าง ก็เกิดความรู้สึกรวบรัดว่าท่านบวชเป็นพระไปแล้วเพียงแต่ไม่ได้ครองจีวรเท่านั้น ถึงแม้จะมีข้อความว่า “การเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้าเป็นต้น” ปรากฏอยู่ก็ไม่เกิดความรู้สึกว่ามีอะไรไม่ชอบมาพากลประเภท “หมกเม็ด” อยู่ในข้อเขียนดังกล่าว ยิ่งไปกว่านั้นยังเข้าใจด้วยว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณดังกล่าวนี้ไม่เพียงแต่แสดงถึงทัศนะที่ใจกว้างหรือเป็นเสรีนิยมแล้ว ยังเป็นการยอมรับความแตกต่างและหลากหลายในเชิงจิตวิญญาณหรือศาสนา ความเชื่อ อันเป็นกุญแจสำคัญของความสุขของมนุษย์ทั้งหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นับแต่ปีค.ศ. 2000 เป็นต้นไป ในสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมพหุลักษณะ แม้ประชากรส่วนใหญ่จะถือพุทธแต่จำนวนหลายล้านเป็นศาสนิกของอิสลามและคริสต์ และอีกหลายล้านนับถือผีต่างๆ เช่น ผีบรรพบุรุษ การเปิดโอกาสให้นิยามของคำว่าสุขภาวะทางจิตวิญญาณสามารถรองรับความแตกต่างหลากหลายและความเชื่อใหม่ ๆ น่าจะเป็นเรื่องที่มีประโยชน์

อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ก็ไม่เป็นเช่นนั้น มีผู้คัดค้านหลายรายโดยเฉพาะเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาแห่งประเทศไทยได้จัดพิมพ์หนังสือ **คำว่าจิตวิญญาณในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีผลกระทบต่อพระพุทธศาสนาในประเทศไทยอย่างไร?** มีข้อความที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์ คัดมาดังนี้

“.....จึงมีคำถามว่า การที่ สปรส.นำคำว่าจิตวิญญาณบรรจุลงในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ มีเจตนาแอบแฝงที่จะนำเอาพระผู้เป็นเจ้าในศาสนาอื่นเข้ามาบรรจุในกฎหมายไทยหรือไม่

ปวงพุทธบริษัทจึงได้เสนอให้ สปรส. โปรดเห็นแก่ประชาชนส่วนใหญ่
ถึงร้อยละ 95 ที่นับถือพระพุทธศาสนา โดยตัดคำว่าจิตวิญญาณออกจาก
ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่มีความประสงค์จะหาคำแทนคำนี้
พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุต. โต) ได้เสนอให้ใช้คำว่า “ปัญญา” แทน....”
(อึ้งใน, เฟิงอึ้ง, น.214)

ต่อมาที่ประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ/ผู้รู้...”ในแวดวงวิชาการและศาสนา
ต่าง ๆ...ได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่าสุขภาพมิติที่ 4 ควรใช้คำว่า “สุขภาพทางปัญญา” (wisdom health)
เพราะเข้าได้กับทุกศาสนาและดูว่าจะสื่อความหมายได้ตรงมากที่สุด....” (เฟิงอึ้ง, น.214-215)

อนึ่ง ล่าสุตผู้เขียนได้รับการบอกเล่าว่า “จิตวิญญาณ” ได้เดินทางไกลไปสู่ชื่อใหม่ว่า “สติ”
แล้ว จริงเท็จแค่ไหนหรือจะหยุดลงที่คำใดขณะนี้ยังไม่ทราบ

พียงเรื่องนี้เพียงบางส่วนเล็ก ๆ ขึ้นมาสู่การพิจารณาไม่ใช่เพราะว่าต้องการชุดข้อมูลอะไร
ประเด็นใหญ่ ๆ ที่ต้องการยกเป็นข้อสังเกตคือ

หนึ่ง มโนทัศน์เรื่อง “จิตวิญญาณ” แม้จะฟังดูว่าเป็นสากล แต่จริง ๆ แล้วไม่น่าจะใช้บาง
ฝ่ายเห็นว่าเป็นมโนทัศน์ที่ผูกติดอยู่กับ “ศาสนาอื่น” ไม่ใช่แม้กระทั่งเป็นของ “เรา” ซึ่งหมายถึง
พุทธศาสนาจึงในที่สุดต้องตัดออกจากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

สอง “จิตวิญญาณ” ก็คือ “สุขภาพทางปัญญา” และ “สติ” ก็ดี มีอยู่ในภูมิปัญญาพื้นบ้าน
โดยเฉพาะด้านการเยียวยารักษา (indigenous healing) หรือไม่ คำตอบในขณะนี้จากผู้เขียนคิด
ว่าไม่มี เพราะภูมิปัญญาพื้นบ้านทั้งหลายเท่าที่สืบค้นมา ส่วนใหญ่ไม่มีภาษาที่สื่อไปในทิศทางนี้
ในวัฒนธรรมของบางกลุ่มชาติพันธุ์อาจมีการประกอบพิธีกรรมที่เชื่อว่าจะทำให้เกิดผลด้านการเดิน
ทางของจิตโดยใช้เสียงดนตรีบ้าง (โดยเฉพาะกลอง) การทรมานร่างกาย เช่น อดอาหารอดน้ำบ้าง
การเสพยาพิษที่ทำให้มีเมามึนบ้าง แต่สิ่งเหล่านี้ไม่น่าจะใช้เรื่องของจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
หากสิ่งที่เรียกว่า สุขทางจิตวิญญาณ หมายถึง “..เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้น
จากความมีตัวตน (self transcending)มีความปีติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำ
ลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์” (ประเวศ วะสี, อึ้งใน, เฟิงอึ้ง, น.203, เน้นโดยผู้เขียน) หรือถ้า
หากตีความว่า “ใช่” ก็อาจนำไปสู่ปัญหาในการจัดลำดับสูง-ต่ำ แท้ไม่แท้ และอื่น ๆ ของจิต
วิญญาณได้ด้วย

ยิ่งถ้าไปดูการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านของไทย เช่น ในภาคเหนือก็เห็นความเชื่อ
เรื่องผีและเวทย์มนต์คาถาเป็นสาระสำคัญบางส่วน และไม่ได้พูดถึง ความหลุดพ้นจากตัวตน หรือ
เข้าสู่สภาวะของความเป็น “ทิพย์” จึงยากที่จะสรุปว่า การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านมีมิติด้านจิต
วิญญาณ เว้นเสียแต่เราจะตีความเอาว่า พุทธศาสนาเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้าน แต่ก็อีกนั่นแหละ
เราก็อาจต้องค้นคว้าและถกเถียงกันต่อไปอีกว่าพุทธศาสนาแบบชาวบ้านที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิต

ประจำวันนั้นมีเป้าหมายที่มุ่งสู่การหลุดพ้นจากตัวตน (self transcending) หรือไม่ ยิ่งไปกว่านั้น การถกเถียงเรื่องควรจะใส่ “จิตวิญญาณ” เข้าไปในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพหรือไม่ เพราะมโนทัศน์นี้ไม่ใช่พุทธ แต่เป็น “พระเจ้า” ของศาสนาอื่น ก็ยังทำให้น่าเชื่อว่ามโนทัศน์ “จิตวิญญาณ” ไม่มีอยู่ในภูมิปัญญาพื้นบ้านดั้งเดิม

อย่างไรก็ตาม หากเราตีความว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณ (สติ) เกี่ยวข้องกับการเสียสละ การมีความเมตตา กรุณาไม่เห็นแก่ตัว (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน) แล้วการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน น่าจะมีสิ่งเหล่านี้อยู่มากบ้างน้อยบ้างตามกาลเทศะ จะเหมารวมว่า มีอยู่ทั่วไปและไม่เคลื่อนไหว คงไม่ได้

สาม การถกเถียงเรื่องจิตวิญญาณ ปัญญา สติ และ ฯลฯ จนมีผลทำให้ต้องถอนคำว่า จิตวิญญาณออกจากร่าง พ.ร.บ. สุขภาพสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า **กระบวนการปรับเปลี่ยน กระบวนทัศน์นั้นแท้ที่จริงแล้วเป็นการประชันกันระหว่างอำนาจ/ความรู้หลายชุด เป็นกระบวนการประชันหรือท้าทายกันในระดับชุมชนผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญ ไม่ใช่พื้นที่ของชาวบ้านแม้ว่าชาวบ้านนั้นจะถูกเรียกว่า เป็น “ปราชญ์ชาวบ้าน” ก็ตาม**

ข้อสังเกตสุดท้ายของบทนี้คือ ในทัศนะของผู้เขียน ความยุ่งยากสุดยอดของการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ คือ จะต้องมีการเคลื่อนไหว (movement) เพื่อผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยน แต่ทว่าภายในขบวนการนั้นมีหลายกระบวนทัศน์ที่ขัดแย้งกันเอง ในขณะที่บางกลุ่มเห็นว่าปัญหาใหญ่ประการหนึ่งของการแพทย์สมัยใหม่คือการยึดติดอยู่กับสิ่งที่ต้องพิสูจน์ได้ตามวิธีการและกฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์อย่างเคร่งครัดแต่ประการเดียว จึงทำให้การแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะเป็นกลไกแยกส่วน ไม่สนใจมิติทางใจและจิตวิญญาณ จัดการได้เฉพาะกาย แต่ก็ทำไม่ได้ทั้งหมดอยู่ดี ในขณะที่บางคน บางกลุ่มเห็นด้วยเช่นกันว่า การแพทย์สมัยใหม่มีข้อจำกัดจริง ฉะนั้นจึงหันไปปฏิบัติการและผลักดันให้เกิด “การแพทย์ทางเลือก” ซึ่งก็อ้างว่าเป็น “องค์รวม” ด้วยเช่นกัน แต่ในกระแสหลังนี้ก็นิยาม “องค์รวม” ในอีกลักษณะหนึ่ง คือ การแพทย์องค์รวมและสุขภาพทางเลือกโดยยวงเล็บภาษาอังกฤษว่า Complementary and Alternative Medicine จึงน่าสังเกตว่าคำว่า “องค์รวม” คำเดียวกันอาจใช้คนละความหมาย ฝ่ายหนึ่ง “องค์รวม” คือ “holism” และอีกฝ่ายหนึ่ง “องค์รวม” คือ “Complementary” พร้อมกันนั้นก็ยืนยันว่า “การแพทย์ทางเลือก” หรือ “ภูมิปัญญาดั้งเดิม” ทั้งหลายหากจะนำมาใช้จะต้องผ่านการพิสูจน์ว่าเป็นหรือโดย “วิทยาศาสตร์” เท่านั้น อะไรที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์จะต้องคัดออกไปและถือว่า “เถื่อน” ซึ่งประเด็นเรื่องเถื่อนหรือไม่เถื่อนนี้จะต้องมีองค์กรหรือสถาบันออกมารองรับและจัดระบบ เช่น องค์กรของผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญ หรือ รัฐ..... ดังจะเห็นได้จากข้อความต่อไปนี้

“นี่คือวิวัฒนาการระลอกใหม่ การรับเอาวิธีการของคนรุ่นก่อนมาเลือกรับปรับใช้เป็น “การแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม” ซึ่งไม่ใช่เป็นการหลบหนีหลบตากลับไปสู่ยุคดึกดำบรรพ์ แต่เป็นการแพทย์แผนธรรมชาติที่ได้ผ่านการวิจัยทางวิทยาศาสตร์..... เรื่องไหนได้รับการพิสูจน์แล้วและประยุกต์ใช้ได้ก็รับเอามา เรื่องไหนยังไม่เข้าใจก็ค้นคว้าต่อไป เรื่องไหนพิสูจน์แล้วว่าใช้ไม่ได้ ก็ละทิ้งเสีย.....” (น.พ. บรรจบ ชุณหะสวัสดิกุล, ใน มติชนสุดสัปดาห์ ปีที่ 25 ฉบับที่ 1270 ฉบับประจำวันที่ 17-23 ธันวาคม พ.ศ. 2547, น.92-93)

และนี่กระมังคือประเด็นเรื่อง “incommensurability” หรือความไม่สามารถที่จะพูดกันรู้เรื่อง ของผู้รู้ในขบวนการเดียวกันแต่ต่างกระบวนทัศน์ ฉะนั้นการปรับเปลี่ยนหรือย้ายกระบวนทัศน์ของสังคมจึงไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้งนัก

บทที่สิบ

อำนาจ/ความรู้อยู่กับชุมชน : การเคลื่อนย้ายจากสภาพสู่ “สุขภาวะ”

ความจริงแล้วประเด็นที่เป็นชื่อของบทความนี้เป็นประเด็นใหญ่และสำคัญมาก เพราะดังได้กล่าวมาบ้างแล้วว่า อำนาจ/ความรู้จะต้องถูกประกอบสร้าง (constructed) ขึ้นมา และเนื่องจากเรากำลังพูดถึง “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ดังนั้น ภูมิปัญญาหรือความรู้ประเภทนี้จะต้องถูกประกอบสร้างขึ้นมาจาก “ชาวบ้าน” ไม่ใช่สร้างโดยนักวิชาการหรือสถาบันทางวิชาการที่สังกัดอำนาจรัฐ หรืออำนาจของระบบทุนนิยมและวิทยาศาสตร์ แต่ “ชาวบ้าน” ในที่นี้ก็ไม่ใช่ว่าชาวบ้านในฐานะปัจเจกชนแต่ละคน หรือแม้กระทั่ง “ปราชญ์ชาวบ้าน” แต่ละคนด้วยซ้ำไป หากแต่จะต้องเป็นภูมิปัญญาหรือความรู้ที่ “ผูกติด” หรือ “สติด” อยู่กับชุมชน

อย่างไรก็ตาม คำว่า “ผูกติด” ในที่นี้มีความหมายว่า เรื่องของสภาพอนามัยก็ดี หรือสุขภาวะก็ดี เป็นวัฒนธรรม เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้คนที่ประกอบกันขึ้นเป็นชุมชน ฉะนั้น ผู้คนที่จะเข้าใจและสามารถเข้าถึง “สุขภาวะ” ของชุมชนนั้นได้ จึงต้อง “สังกัด” อยู่ในชุมชนนั้น ๆ แต่คำว่า “สังกัด” ก็ไม่ได้มีความหมายว่า “อยู่ใน” ชุมชนทางกายภาพเท่านั้น หากต้อง “อยู่ใน” หรือ “เชื่อใน” ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของชุมชนนั้นด้วยอย่างน้อยก็ในบางระดับ ด้วยเหตุนี้ “สุขภาวะ” ของ ชุมชนจึงน่าจะเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดนิยามโดยชุมชนนั่นเอง และมีความเป็นไปได้ด้วยว่าสุขภาวะของแต่ละชุมชนย่อมแตกต่างไปจากอีกชุมชนหนึ่ง นอกจากนั้น ยังต้อง “ผูกติด” อยู่กับเงื่อนไขทางด้านเวลาและความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในที่แตกต่างหลากหลายและซับซ้อนเมื่อมองจากมิติด้านชาติพันธุ์ สถานะภาพทางเศรษฐกิจ เพศ/เพศสภาพ อายุ และสภาพร่างกายและความ “เจ็บป่วย” หรือความพิการพิการตามนิยามของแต่ละชุมชนอีกด้วย

จริงอยู่ แม้ว่าเรื่อง “อำนาจ/ความรู้” และ “ชุมชน” จะเป็นเรื่องสำคัญมาก แต่เนื่องด้วยผู้เขียนมีข้อจำกัดทั้งด้านเวลาและพื้นที่ของการเขียนบวกกับข้อจำกัดว่าด้วยความรู้เกี่ยวกับชุมชน จึงไม่อาจลงรายละเอียดที่ลึกได้เพียงพอแต่จะพูดถึงชุมชนกับอำนาจ/ความรู้ในเชิงกรอบมโนทัศน์บางกรอบ ที่น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจจะศึกษาในรายละเอียดในเรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อไป

ประเด็นใหญ่ของบทนี้ แบ่งออกได้เป็นสองส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นการพูดถึงหน่วยทางสังคมที่เรียกว่า “ชุมชน” ส่วนที่สองเป็นเรื่องกระบวนการผลิตสร้างอำนาจ/ความรู้ของชุมชน โดยที่ทั้งสองส่วนนี้เป็นความพยายามเสนอกรอบในการวิเคราะห์ชุมชนและการสร้างอำนาจ/ความรู้ของชุมชนท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง

ชุมชน ทุกวันนี้วงวิชาการด้านสังคมศาสตร์-มนุษยศาสตร์ เห็นว่าสิ่งที่เรียกว่าชุมชนมีอยู่อย่างน้อยสองประเภทคือ ชุมชนในความหมายที่รู้จักกันทั่วไป คือเป็นชุมชนที่มีพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ มีสมาชิกที่แน่นอนชัดเจน มีโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ยังวางอยู่บนระบบเครือญาติ ศาสนา ความเชื่อ

และชนบประเพณีที่ยังมีลักษณะ “ดั้งเดิม” อยู่พอควร แต่ด้านการผลิตหรือเศรษฐกิจการเมือง การปกครอง และการศึกษาอาจเปลี่ยนแปลงสู่ความทันสมัย และอิทธิพลของตลาดและรัฐชาติสมัยใหม่มากขึ้น ชุมชนประเภทนี้คือ “ชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม” ที่ปรากฏในกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 46 นั่นเอง ส่วนชุมชนอีกประเภทหนึ่งนั้น เรียกกันในภาษาวិชาการว่า **ชุมชนปฏิบัติการ** (community of practice) ซึ่งเป็นชุมชนที่ไม่ผูกติดอยู่กับพื้นที่ทางภูมิศาสตร์สมาชิกของชุมชนไม่จำเป็นต้องเห็นหน้าหรือรู้จักมักคุ้นหรือมีความสัมพันธ์ตามแบบเดิม ๆ หากแต่มีปฏิบัติการบางอย่างร่วมกัน อันเป็นผลมาจากการมีวิถีคิดที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน ตัวอย่างที่มักจะยกกันได้แก่ “ชุมชน จส.100” เป็นต้น ส่วนในเรื่องของสุขภาพ/สุขภาวะ ก็เห็นจะได้แก่ ชุมชนชาวอโศก ชุมชนชีวจิต และภาคีการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

อนึ่ง ในข้อเขียนต่อไปนี้จะมุ่งประเด็นไปที่ “ชุมชน” แบบแรก เหตุผลเป็นเพราะชุมชนแบบนี้ยังคงถูกคาดหวังว่าเป็นชุมชนที่ “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ถูกผลิตสร้างและยังผลิตซ้ำอยู่ในบางระดับ กับทั้งเป็นชุมชนที่ขบวนการปฏิรูปการเมืองไทย และปฏิรูปสุขภาพสู่สุขภาวะตั้งความหวังไว้ว่าจะเป็นหน่วยทางสังคมที่สามารถประชันขันแข่งกับ “ความทันสมัย” (modernity) และสภาวะหลังทันสมัย (postmodernity)

ชุมชน : ความหมายและปัญหา

ชุมชนเป็นมโนทัศน์หนึ่งทางสังคมศาสตร์ที่ใช้กันมานานมากแล้วบนสมมุติฐานว่า มนุษย์เราในฐานะที่เป็นปัจเจกชน เป็นตัวตนทางสังคมและทางวัฒนธรรมจะต้องสังกัดอยู่ภายใต้ หรือภายในชุมชน กล่าวกันมาและเชื่อกันว่าความเป็นชุมชนประกอบเป็นตัวตน โดยสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และจากปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวนี้อัตลักษณ์ต่าง ๆ ของปัจเจกชนก็ดี ความรู้สึกต่าง ๆ หรือผัสสะทั้งหลายของความเป็นตัวตนล้วนได้รับมาจากสิ่งแวดล้อมของปฏิสัมพันธ์ที่ว่านี้ และภายในชุมชนนี้อีกนั่นแหละที่เชื่อกันว่าทั้งอัตลักษณ์และตัวตนต่าง ๆ ของปัจเจกชนยังคงดำรงอยู่ต่อไป

อย่างไรก็ตาม ปัญหาอยู่ตรงที่ว่าเรื่องราวอาจไม่ได้เป็นไปอย่างที่เคียดคิดและเคยเชื่อกัน เนื่องจากข้อความที่สรุปไว้ข้างบนเป็นวิถีคิดแบบโครงสร้างนิยมที่เชื่อว่า ชุมชนเป็นระบบ ๆ หนึ่งที่สามารถดำรงความเป็นระบบต่อไปได้เรื่อย ๆ บนความสอดคล้องกลมกลืน ไม่ว่าจะมองในเชิงโครงสร้างและหรือหน้าที่ของสถาบันต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เครือญาติ ศาสนาความเชื่อ การผลิต หรือเศรษฐกิจ และการเมืองเป็นต้นก็ตาม หรือจะมองในเชิงสถานะภาพบทบาทและการแบ่งงานกันทำก็ดี เพราะสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้เป็นมโนทัศน์ที่มักนำไปสู่หรือต้องนำไปเชื่อมโยงกับการจัดประเภทต่าง ๆ ในเชิงการเมืองอะไรร่วมกัน (collective categories) ทั้งหลาย เช่น ผลประโยชน์ด้านต่าง ๆ ของส่วนรวม ศีลธรรมจริยธรรมร่วมกันและ**ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอนามัย** หรือ “สุขภาวะ” ซึ่งบ่งบอกกันยว่าต้องมีอะไรร่วมกันเป็นต้น แต่ในปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นมันไม่จำเป็นจะต้องเป็นอย่างนั้น ทั้งนี้ เพราะอย่างน้อยเมื่อ

มองดูในด้านเครือข่ายทางสังคมของปัจเจกชนที่เกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอาจตัดขวาง หรือไม่สอดคล้องกับการจัดประเภทในเชิงการมีอะไร่วมกันทั้งหลายก็เป็นได้ เช่น ผลประโยชน์ของปัจเจกชน คือ การเปลี่ยนพื้นที่ป่าให้เป็นไร่-นา หรือตัดไม้ขายหรือเผาถ่านขาย อาจขัดกับความพยายามในการรักษาระบบนิเวศน์ท้องถิ่นขนาดเล็กในรูปที่นักวิชาการเรียกว่า “ป่าชุมชน” ก็ได้ หรือแม้กระทั่ง ความเป็นสมาชิกของชุมชนก็มีลักษณะของการจัดประเภทร่วมดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่ในชุมชนนั้นมีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ที่มีความแตกต่างทางเพศ/เพศสภาวะ แม้แต่ผู้หญิงซึ่งเป็นสมาชิกของชุมชนก็ยังประกอบด้วยปัจเจกชนที่มีประสบการณ์ที่แตกต่างหลากหลาย แม้กระทั่งจะใช้คำว่า “ผู้หญิงด้วยกัน” ก็ไม่สะท้อนปรากฏการณ์จริงที่เต็มไปด้วยความแตกต่างหลากหลายในหมู่ “ผู้หญิงด้วยกัน” ได้

เพราะฉะนั้น ปัญหาประการหนึ่งของ “ชุมชน” คือมโนทัศน์หรือความเชื่อทั้งในสายวิชาการและคนทั่ว ๆ ไปที่เชื่อว่า “ชุมชน” เป็นที่รวมของ “การมีอะไร่วมกัน” และการมีอะไร่วมกันนี้ มักจะถูกมองว่าต้องเป็นเรื่องที่ดี แต่ในชีวิตทางสังคมที่เป็นจริง สิ่งที่เราเรียกว่า “ชุมชน” นี้ อาจไม่ใช่สิ่งที่ดำรงอยู่ได้ (viable) ตลอดไป หรือ “ชุมชน” อาจกลายเป็นคุกที่กักขัง (imprisoning) ปัจเจกหรือคนบางกลุ่มที่ดีน้อยกว่าในความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่ เช่น คนจนในชุมชน ผู้หญิง วัยรุ่น เด็ก และคนป่วยคนพิการ เป็นต้น ดังนั้น ในปรากฏการณ์จริงของชุมชนชีวิตและอัตลักษณ์ของสมาชิกแต่ละคน อาจต่างไปจากสถานะที่เป็นอุดมการณ์ของชุมชนก็เป็นได้ พูดอีกอย่างหนึ่งคือ อัตลักษณ์ของชุมชน อาจเป็นได้ทั้งแรงบันดาลใจสำหรับปัจเจกบางคน แต่เป็นอุปสรรคขวางกั้นแรงบันดาลใจของอีกคนหนึ่งที่ต้องการที่จะสร้างอัตลักษณ์ที่ต่างออกไปจากคนอื่น ๆ ก็ได้เช่นกัน

อนึ่ง หากยอมรับว่าชุมชนในปัจจุบันมีความเป็นชุมชนในอุดมคติน้อยลง มีความเป็นเนื้อเดียวกัน สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวน้อยกว่าที่เคยเชื่อกัน แต่มีความเป็นขึ้นเป็นส่วน (fragmentation) มากขึ้น หรือแม้กระทั่งหากยอมรับว่า ชุมชนเป็นสิ่งที่ถูกจินตนาการขึ้นมาหรือที่ใช้คำในภาษาอังกฤษว่า “imagined community ตามที่มีผู้เสนอ (Anderson, 1983) ก็ยังจะทำให้ความเข้าใจที่มีต่อชุมชนในความหมายเดิม ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความจริงต่าง ๆ ของชีวิตชุมชน และการแบ่งปันกัน (sharing) หรือ “ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่” ที่เคยคิดว่าชีวิตร่วมกันของชุมชนสร้างให้เกิดขึ้นนั้นกลายเป็นความเข้าใจที่ผิดพลาด ดังนั้น สถานะของการ “มีอะไร่วมกัน” (collectivity) จึงไม่อาจมีได้ เพราะการมองในเชิงจินตนาการกับการมองในเชิงโครงสร้างสังคม (คือการมองชุมชนในแบบเดิม) ย่อมมีระยะห่างในทางญาณวิทยาอยู่อย่างแน่นอน ฉะนั้น เมื่อชุมชนเป็นจินตนาการเสียแล้วเช่นนี้ สิ่งที่เราเรียกว่า “การมีอะไร่วมกัน” ของชุมชนก็ไม่อาจเป็นอะไรอื่นไปได้ นอกจากจินตนาการด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตามหากบางคนคิดว่าการมองชุมชนว่าเป็นจินตนาการเป็นมุมมองที่เลื่อนลอยเกินไป ทำให้คำว่า “ชุมชน” ไร้น้ำหนักจึงพยายามมองหาสิ่งร่วมกันของชุมชน โดยเฉพาะด้านที่เป็นเรื่องดี ๆ หรือแสดงถึง “ศักยภาพ” ของชุมชนผู้เขียนก็ไม่ถือว่าเสียหายอะไร ดังนั้นการแสวงหา หรือค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับชุมชน เพื่อค้นหา “พลัง” ร่วมกันของชุมชนเช่น การจัดการทรัพยากร ดิน น้ำ ป่า การจัดการ

บริหารการเงิน เช่นกองทุนหมู่บ้าน หรือระบบเครดิตต่าง ๆ การจัดการปัญหายาเสพติด และอื่น ๆ จึงเป็นเรื่องที่ดี ด้วยว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างอำนาจ ความรู้ให้กับชุมชน อยู่ดีนั้นเอง แต่ทั้งนี้ก็ต้องคำนึงด้วยเช่นกันว่า “ชุมชน” อาจไม่ได้เป็นเนื้อเดียวกันหากแต่มีความแตกต่างขัดแย้งซ่อนอยู่ภายใน เพียงแต่เราไม่ได้มองหาหรือไม่ปรารถนาที่จะพูดถึงก็ได้

ยิ่งไปกว่านั้นชุมชนยังต้องเผชิญกับอำนาจในการสร้างความรู้ ความจริงที่มาจากภายนอกบนฐานของ “ความทันสมัย” ที่มีลักษณะ**สามประสาน**ระหว่างวิทยาศาสตร์ กับรัฐชาติที่มุ่งสร้างประชาธิปไตย ที่มีลักษณะขัดแย้งระหว่างการรวมศูนย์ อำนาจ (เพื่อ “ปกครอง” หรือบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยความมั่นคง การพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษา การสาธารณสุข และอื่น ๆ) กับการเลือกให้เสรีภาพแก่ปัจเจกในบางระดับ และพลังของทุนนิยม โลกาภิวัตน์ อีกด้วย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีส่วนหนุนช่วยให้ชุมชนเกิดความแตกต่างหลากหลายจากภายในชุมชนเองและเกิดความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อนึ่งความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับหน่วยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและการบริหารที่ใหญ่กว่าชุมชน (เช่นรัฐ และองค์การระดับโลก) ดังกล่าวนี้อาจเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และอำนาจที่ว่่านนี้มีลักษณะเป็นอำนาจสมัยใหม่ เป็นอำนาจที่มาจากการอ้างว่าเป็นผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้กำหนดนิยม “ความจริง” อย่างมีเหตุมีผลตามแบบวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ที่อ้างว่าเป็นปฏิฐานนิยม เหตุผลนิยม ประสพการณ์นิยม ที่สำคัญไม่น้อยไปกว่านั้นคือการอ้างความชอบธรรม โดยเฉพาะความชอบธรรมทางการเมือง และที่ขาดไม่ได้คืออ้าง “ความหวังดี” หรือ “เมตตาธรรม” และ “ความเป็นกลาง” ซึ่งทั้งหมดนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่อำพรางการครอบงำของอำนาจ/ความรู้แบบทันสมัยของยุคทันสมัยก็เป็นได้

ฉะนั้น หากขบวนการปฏิรูปสุขภาพสู่สุขภาวะ เห็นว่าการเพิ่มอำนาจ (empowerment) ให้กับชุมชนด้วยการรื้อฟื้น ค้นหาหรือแม้กระทั่งประกอบสร้างหรือ**จินตนาการ** “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ขึ้นมา เป็นภารกิจที่จะต้องทำแล้ว ผู้เขียนเห็นว่าควรวิเคราะห์ **อำนาจ/ความรู้**ตามแนวของฟูโกเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะมีความประโยชน์ เพราะอำนาจสมัยใหม่มีความซับซ้อนและ**แนบเนียน** มากกว่ากรอบการมองในอำนาจแบบเดิม ๆ เช่นมองอำนาจรัฐแบบเผด็จการใช้กำลังและขู่เข็ญคุกคาม หรืออำนาจทุนนิยมที่ชูดรีดเอารัดเอาเปรียบหรืออำนาจการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นเรื่องของปัจจัยทางชีว-เคมี คำกำไรและไร้มนุษยธรรม (คนไข้และสังคมมักมองแพทย์ในฐานะผู้มีคุณธรรม เมตตาธรรมสูงเสมอแม้จะคิดค่ารักษาค่อนข้างแพงก็ตาม) เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานชิ้นนี้ไม่มีวัตถุประสงค์จะนำเสนอแนวคิดของฟูโกอย่างละเอียด เพียงแต่ต้องการเชิญชวนให้ผู้สนใจช่วยกันศึกษาและนำแนวทางนี้มาทำความเข้าใจ “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ที่กินความกว้างใหญ่ไพศาลมาก รวมทั้งเรื่องสุขภาพ/สุขภาวะด้วย ทั้งนี้บนพื้นฐานว่าเรื่อง “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” เป็นเรื่อง ของความสัมพันธ์เชิง “อำนาจ/ความรู้” ระหว่างความรู้แบบ “พื้นบ้าน – พื้นเมือง” กับความรู้ที่อ้างว่าเป็น “สากล” เป็นความทันสมัยและมีเหตุมีผลทางวิทยาศาสตร์และอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วในย่อหน้าก่อน

วงศ์วิทยาของอำนาจที่ทันสมัย (The Genealogy of Modern Power)

วิธีคิดและวิธีการศึกษาเพื่อสะท้อนหรือเพื่อทำความเข้าใจถึง “ธรรมชาติ” และพัฒนาการของอำนาจสมัยใหม่ของฟูโกต์นี้เขาได้รับอิทธิพลมาจาก นิทเช (Nietzsche, Friedrich 1844-1900) นักคิดชาวเยอรมัน วิธีการนี้ฟูโกต์เรียกว่า “genealogy” หรือ “วงศ์วิทยา” แต่เป็นคนละความหมายกับ “genealogy” ในทางมนุษยวิทยาซึ่งหมายถึงการศึกษาสืบค้นความสัมพันธ์ทางเครือญาติของกลุ่มคนในความหมายของ “โคตรวงศ์วิทยา”

วงศ์วิทยาของอำนาจที่ทันสมัย (The genealogy of modern power) ของฟูโกต์นี้มุ่งความสนใจไปที่คำถามว่าด้วยธรรมชาติและกำเนิดขึ้นของรูปแบบที่มีลักษณะแตกต่างของอำนาจจากอำนาจในยุคเก่า ๆ ในข้อเสนอ (thesis) ของเขาชื่อว่า อย่างน้อยที่สุดอำนาจต้องประกอบด้วย พัฒนาการ (development) และปฏิบัติการ (operation) ของอำนาจที่ใหม่อย่างถึงรากเหง้าของระบอบอำนาจ/ความรู้ (new regime of power/knowledge) และระบอบอำนาจนี้ประกอบขึ้นด้วย วิธีพิจารณาต่าง ๆ (procedures) ปฏิบัติการ (practices) วัตถุแห่งการสืบค้น (objects of inquiry ที่ตั้งเชิงสถาบัน (institutional sites) และเหนือกว่าอื่นใดคือ รูปแบบต่าง ๆ ของข้อจำกัดทางสังคมและการเมืองที่ต่างอย่างมากมายจากข้อจำกัดในระบอบต่าง ๆ ที่มีมาก่อน (Fraser, N.1989, น.22) อำนาจที่ทันสมัย (modern power) หรืออำนาจในสังคมปัจจุบันไม่เหมือนกับอำนาจต่าง ๆ ในยุคก่อนกล่าวคือเป็นอำนาจท้องถิ่น ต่อเนื่อง มีผลผลิต (productive) เป็นฝอย ๆ (capillary) และยังหมดไปได้ (exhaustive) ที่เป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นผลมาจากเงื่อนไขหรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่อำนาจนี้ก่อตัวขึ้นมา ฟูโกต์อ้างว่าระบบอำนาจความรู้ทันสมัยนี้ไม่ใช่อำนาจที่บังคับลงมาจากข้างบนสู่ข้างล่าง แต่เกิดมาจากการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไปในท้องถิ่นถูกพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นขั้นส่วนโดยสิ่งที่เขาเรียกว่า “disciplinary institutions “ หรือ “สถาบันจัดระเบียบวินัย” เช่น คุก โรงเรียนประจำ โรงพยาบาลหรือสถานกักกันคนบ้า เป็นต้น ซึ่งสถาบันเหล่านี้พัฒนาขึ้นมาในยุโรป เมื่อช่วงปลายของคริสต์ทศวรรษที่สิบแปด โดยใช้สิ่งที่ฟูโกต์เรียกว่า “microtechniques” หรือ “เทคนิคเล็ก ๆ น้อย ๆ ต่าง ๆ ซึ่งได้รับการพัฒนาให้สมบูรณ์แบบโดยแพทย์ที่ไม่มีชื่อเสียง ผู้คุมและครูตามสถาบันท้องถิ่นไม่เด่นดัง และห่างไกลจากศูนย์กลางอันยิ่งใหญ่ของอำนาจโบราณ (ancien regime) เพียงแต่มาแต่เทคนิคและปฏิบัติการเหล่านี้ถูกนำไปใช้และบูรณาการเข้ากับสิ่งที่ฟูโกต์เรียกว่า “global or macrostrategies of domination” หรือ “มหายุทธวิธีของการครอบงำระดับโลก” นั่นเอง สถาบันควบคุมระเบียบวินัยตามท้องถิ่นที่ห่างไกลเป็นเพียงเหล่านี้ ในทัศนะของฟูโกต์ เป็นสถาบันแรกที่ต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องการจัดระบบ การจัดการ การสอดแนม หรือเฝ้าระวัง (surveillance) และควบคุมผู้คนจำนวนมาก กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือสถาบันเหล่านี้เป็นพวกแรกที่ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ที่ต่อมากลายเป็นปัญหาในเชิงองค์ประกอบของรัฐบาลสมัยใหม่ ฉะนั้นลูกไม้และเทคนิคต่าง ๆ ที่สถาบันเหล่านี้คิดค้นขึ้นมาจึงเป็นของอำนาจทันสมัยอย่างแน่นอนในความเห็นของฟูโกต์ (เพ็งอ้าง , น.เดียวกัน)

ฟูโกพูดถึงเทคนิคเล็ก ๆ และปฏิบัติการของอำนาจหลายอย่างแต่ที่ทำให้เขาเป็นที่รู้จักกันดีในแวดวงการศึกษาอำนาจคือ “le regard” หรือ “the gaze” หรือ การจับจ้อง

การจับจ้อง

ในทัศนะของฟูโก “การจับจ้อง” เป็นเทคนิคของอำนาจ / ความรู้ที่ทำให้ผู้บริหารสามารถจัดการกับประชากรในสถาบันหรือหน่วยงานของพวกเขาได้ โดยการสร้างและใช้ **สภาวะที่ถูกมองเห็นได้** (visibility) แบบใหม่ขึ้นมา พวกผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจสามารถจัดระบบระเบียบประชากรเหล่านี้เพื่อให้พวกเขาสามารถถูกมองเห็น ถูกรู้ (known) ถูกเฝ้าระวัง (surveilled) และนั่นก็คือถูกควบคุม **สภาวะที่ถูกมองเห็นได้** แบบใหม่นี้มีสองชนิดคือ สภาวะถูกมองเห็นหรือถูกจับจ้องแบบสรุปรวมยอด (synoptic) และแบบทำให้เป็นปัจเจก (individualizing)

สภาวะถูกมองเห็นหรือถูกจับจ้องแบบสรุปรวมยอดหรือแบบรวม ๆ (synoptic visibility) นี้มักจะตั้งอยู่บนพื้นที่ที่มาจากนวัตกรรมทางสถาปัตยกรรมและการจัดการซึ่ง ทำให้ผู้จับจ้องหรือผู้มีอำนาจสามารถมองเห็นและเกิดความเข้าใจ ภาพรวมและความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของประชากรที่ถูกจัดระบบ ดังจะเห็นได้ชัดจากการออกแบบคุกตามแบบ (Panopticon ของเบ็นแธม (Bentham, J.) คือเป็นคุกวงแหวนที่มีไฟส่องสว่างมาจากด้านหลังห้องซึ่งห้องซึ่งเหล่านี้อยู่รอบ ๆ หอคอยสำหรับสังเกตการณ์ที่ตั้งอยู่ตรงกลาง นอกจากนั้นก็มีโรงพยาบาลที่ออกแบบมาให้แยกคนไข้ออกเป็นส่วน ๆ ตามโรค และการจัดการพื้นที่ห้องเรียนเพื่อสะท้อนระดับสูงต่ำและความสามารถของนักเรียนเป็นต้น

ภาวะการถูกมองเห็นได้ในฐานะปัจเจก (individualizing visibility) นี้เป็นภาวะที่ทำให้สมาชิกของสังคม หรือผู้คนแต่ละคนถูก “จับจ้อง” ได้อย่าง “ล่อนจ้อน-หมดจด” ในทุกรายละเอียด ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรม ลักษณะนิสัย และประวัติหรือเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต ฟูโกอ้างว่าภาวะที่ถูกมองเห็นได้ถูกจับจ้องได้แบบนี้ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “กรณี” (case) เช่น กรณีของคนไข้แต่ละราย หรือกรณีศึกษาขึ้นมาเป็นครั้งแรก และในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิด วัตถุแห่งการสืบค้นตรวจสอบชนิดใหม่ (new object of inquiry) และเป้าหมายใหม่ของอำนาจ (new target of power) ขึ้นมาอีกด้วย (เพ็งอ้าง, น.23)

การจับจ้องทั้งสองแบบ (synoptic และ individualizing) นี้ เคยเป็นปฏิบัติการจุลภาค (micropractices) ที่เชื่อมโยงกระบวนการใหม่ ๆ ต่าง ๆ ของการผลิตความรู้มา ๆ ชนิดเข้ากับอำนาจ ชนิดใหม่ทั้งหลาย กล่าวคือ การจับจ้องทั้งสองชนิดนี้ ทำหน้าที่รวมการสังเกตการประชากรและปัจเจกแต่ละคน ซึ่งก็คือก่อให้เกิด “ศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์” ศาสตร์ใหม่ (a new science of man) ขึ้นมาพร้อมกับการ “เฝ้าระวัง” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความรู้ตนเอง จุดเชื่อมต่อระหว่างความรู้กับการ “จับจ้อง” หรือ “เฝ้าระวัง” ซึ่งก็คือ การควบคุมดังกล่าวก่อเกิดขึ้นได้เพราะลักษณะของการจับจ้องโดยตัวของมันเอง เป็นไปแบบไม่สมมาตร (asymmetrical) กล่าวคือเป็นการจ้องมองทิศทางเดียว (unidirectional) ทำให้ผู้คุมก็ดี นักวิทยาศาสตร์ (และแพทย์-ผู้เขียน) ก็ดี สามารถมองเห็นนักโทษหรือ

ผู้ต้องขังและคนไข้ได้ฝ่ายเดียว และเนื่องจากการถูกมองเห็นได้ฝ่ายเดียวดังกล่าวนี้นี้ ทำให้ฝ่ายที่ถูกจับต้องไม่อาจรู้ได้ว่า ถูกจับต้องเมื่อไร หรือถูกจับต้องอยู่หรือไม่ จึงทำให้พวกเขาปรับเอาภาวะที่ถูกจับต้องนี้เข้าสู่ภายใน (internalize) ผลที่ตามมาคือพวกเขาจะเฝ้าระวังหรือควบคุมตัวเอง (เพ็งอ้าง, น.เดียวกัน) โดยที่ผู้คุม แพทย์ ผู้มีอำนาจและรัฐตลอดจนกลไกต่าง ๆ ของอำนาจไม่จำเป็นต้องปรากฏตัวอยู่ ณ ที่นั้น อนึ่ง อำนาจและการควบคุมของความทันสมัยหรือของสังคมยุคทันสมัยจึงเป็นอำนาจที่แนบเนียนดูไม่ออกง่าย ๆ ว่าเป็นอำนาจครอบงำที่น่าสะพรึงกลัว มีลักษณะคุกคามขู่เข็ญดังเช่นอำนาจของเผด็จการยุคเก่า ๆ ตรงกันข้าม กลับเป็นอำนาจที่ถูกใช้โดยอำนาจเชื่อว่าเป็นอำนาจที่ถูกต้องตั้งถาม น่าเชื่อถือมีคุณธรรมเพราะเป็นอำนาจที่มาจาก “ความรู้” เป็นผู้สร้าง “ความจริง” หรือเป็นผู้ “กำหนดนิยาม” สิ่งต่าง ๆ นั้นเอง

นี่ก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของความน่าสนใจและน่าจะเป็นไปได้ของการนำเอาทฤษฎี กรอบคิด และหรือมโนทัศน์บางประการของสังคมศาสตร์มาใช้ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจการดำรงอยู่ของมนุษย์ท่ามกลาง “ทุกขภาวะ” ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย และโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่วิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ก็ดี รัฐที่มองว่าพลเมืองของตนนั้น “โง่ จน เจ็บ” ฉะนั้นชาไม่รู้จักดูแลสุขภาพ ไม่รู้จักออกกำลังกาย รัฐจึงต้องออกมาเชิญชวนให้เดิน “แอโรบิก” ก็ดี และตลาดที่ย้าเตือนผู้คนอยู่ตลอดเวลาว่า พวกเขาและเธอต้องบริโภคยา บริโภควิตามิน อาหารเสริมนานาชนิด เท่านั้น ยังไม่พอยังบอกเสมอว่า “อ้วนเกินไป” “ผอมเกินไป” “แก่เกินไป” เนื้อตัว ร่างกายสัดส่วนยังขาดความสวย ความหล่อ และอื่น ๆ อีกมาก ฉะนั้น คุณสามารถเติมให้เต็มในสิ่งที่ขาด (lack) ได้ ด้วยการใช้เครื่องสำอาง เครื่องประดับ เสื้อผ้า และผ้าตัด เมื่อคุณซื้อบริการเหล่านั้นแล้วคุณก็จะ “มีความสุข”

ประเด็นคำถามที่ต้องการทิ้งท้ายไว้ในบทนี้คือ ในสังคมไทยนั้น ชุมชนถูกจับต้องและถูกควบคุมโดยความรู้จากภายนอกในทุก ๆ ด้าน โดยผ่านทาง การปกครอง การบริหารจัดการชีวิตและการเรียนรู้จากภายนอก “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” ถูกระบุว่าล้าหลังไม่เป็นวิทยาศาสตร์ มงาย ไร้ความสามารถไปเสียทุกเรื่อง รวมทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย และการเยียวยาความป่วยไข้ต่าง ๆ ดังเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว เมื่อเป็นเช่นนี้ ขบวนการปฏิรูปสุขภาพจะอย่างไรดีกับชุมชน จะทำในลักษณะไหน ในเมื่อผู้รู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ส่วนใหญ่ ยังยึดการแพทย์แบบชีวะ-เคมีในฐานะคำตอบแต่ประการเดียว

แม้กระทั่งแพทย์สมัยใหม่ที่ใจกว้าง พอที่ทั้งรับและปฏิบัติตามแนวทางการแพทย์ทางเลือก ซึ่งบางคนอ้างว่าเป็น “การแพทย์แบบองค์รวม” ยังยอมรับภูมิปัญญาพื้นบ้านได้เฉพาะในส่วนที่ “เป็นวิทยาศาสตร์” และถูกกฎหมายเท่านั้น

จากข้อสังเกตของฟูโกเกี่ยวกับลักษณะของรัฐ (Foucault, M. 1979. On governmentality. Ideology and Consciousness) ก็ดี การจัดวางการแพทย์สมัยใหม่ไว้ในตำแหน่งสูงสุดก็ดีนั้น ปฏิบัติการต่าง ๆ ของชาวบ้าน/ชาวพื้นเมือง (ยกเว้นหมอด้าย) จะไม่ได้รับการยอมรับและความชอบธรรม

จากรัฐ ฉะนั้น จึงมีผู้สรุปว่าความชอบธรรมจึงอยู่ที่ผู้คนในท้องถิ่นเอง (Hunter, C. ใน Counor and Samuel, ed., อ้างแล้ว, น.165) แต่ข้อสรุปแบบนี้ก็มีปัญหา ดังเช่นในกรณีภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการเยียวยาของชุมชน/ชาวบ้านในประเทศไทย รัฐไทยก็เลือกรับเฉพาะบางอย่างเท่านั้น อาทิเช่น การใช้สมุนไพร การเข้าเฝือก และการนวด เป็นต้น

อนึ่ง ผู้ที่สนใจต้องการค้นคว้าเพิ่มเติมทางด้านกรอบทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ใหม่ ๆ ว่าด้วยชุมชนก็ดี การรักษายาบาลของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในภาคเหนือของประเทศไทยก็ดี โปรดดูหนังสือของ ยศ สันตสมบัติ ที่ปรากฏในบรรณานุกรมท้ายเล่ม

บทที่สิบเอ็ด สรุปเชิงตั้งคำถาม

บทสรุปในที่นี้ก็มีลักษณะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของบทสรุปทั่วไป อันเป็นปัญหาทางวิธีวิทยาของการเขียนงานทางสังคมศาสตร์ กล่าวคือในการสรุปมักหนีไม่พ้นการลดความหลากหลายให้ไม่หลากหลาย การทำให้ความแตกต่างลดน้อยลงไป ทำให้ความซับซ้อนหมดความซับซ้อน ทำให้พลวัตหรือความเคลื่อนไหวกลายเป็นหยุดนิ่ง ทำให้บริบทด้านกาลเทศะเลือนรางไป และทำให้มีความโน้มเอียงที่จะทำให้สิ่งที่สรุปออกมามีลักษณะครอบจักรวาลมากบ้างน้อยบ้าง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อยังจำเป็นต้องเขียนในกรอบหรือขอบของการเขียนอยู่ จึงต้องถือว่าการสรุปนี้ไม่ใช่ตัวแทนที่เป็นสาระสำคัญของงานนี้ นอกจากนั้น การสรุปตามขอบเดิมของการเขียนงาน มักจะนำเสนอคำตอบ แต่งานชิ้นนี้นำเสนอคำถาม และวิธีคิดเพื่อหาคำตอบบางวิธีมากกว่าคำตอบ ซึ่งคำถามที่ว่านี้ อาจไม่ใช่คำถามใหม่ ส่วนคำตอบใหญ่ดูเหมือนจะมีอยู่แล้วจากข้อความที่คัดมาต่อไปนี้

“กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ
เป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งในประวัติศาสตร์
แต่ยังอาจไม่เป็นที่ตระหนักรู้อย่างกว้างขวางนัก
.....”

(ประเวศ วะสี, อ่างโน, เฟิงอั่ง, ปกหลัง)

“.....ระบบสุขภาพที่เราพูดกัน
ที่ชวนกันปฏิรูป จึงหมายถึงระบบและการ
จัดการทั้งมวลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
เป็นระบบที่ซ้อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิตและ
สังคม.

(เฟิงอั่ง, น.13, เน้นโดยผู้เขียน)

“การปฏิรูประบบสุขภาพมีความจำเป็น ถ้า
ปราศจากการปฏิรูป ระบบเก่า ๆ จะตกเป็นเบี้ยล่าง
ถูกระบบจากสถานการณ์ใหม่และปัญหาใหม่.....”

(เฟิงอั่ง, น.36)

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

จึงเป็นนวัตกรรมทางสังคม
อันทรงพลัง
ที่ทำให้ทุกฝ่ายมาร่วมกัน
อย่างเป็นอิสระ
และสร้างสรรค์อย่างเต็มที่”
(เพ็งอ้าง, น.143)

“เรื่องการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเป็น
เรื่องที่ยิ่งใหญ่ของมนุษยชาติ
เป็นงานที่ต้องการความรัก ความสามัคคี
ของคนทั้งหมด **เราจึงไม่มีเวลาที่จะทะเลาะกัน**”
(เพ็งอ้าง, น.202, เน้นโดยผู้เขียน)

ในประเด็นเรื่องพลังของภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น ผู้เขียนมีความรู้สึกส่วนตัวว่า ได้รับการประเมิน
ศักยภาพไว้สูงมาก ดังจะเห็นได้จากอุปมาอุปไมยในงานเขียนที่เพ็งอ้างที่ใช้ชื่อบท หรือ ตอนหนึ่งของ
งานว่า **“ภูมิปัญญาท้องถิ่น : ไฉจากหมอน้ำเดือด**” (เพ็งอ้าง, น.189, เน้นโดยผู้เขียน)

ประกอบกับข้อความที่คัดมาไว้ต่อไปนี้

“ถ้าทุกฝ่ายเข้ามาร่วมทำงานวิชาการ
ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมผลักดัน
ทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพอย่างเอาจริงเอาจัง
และเป็นกัลยาณมิตร ไม่แบ่งเขาแบ่งเรา
เรื่องนี้น่าจะเคลื่อนไปอย่างมีพลัง
เหมือนการรวมแสงเล็กแสงน้อย
เข้าเป็นแสงเลเซอร์
ที่มีอำนาจสูง”
(เพ็งอ้าง, น.189, เน้นโดยผู้เขียน)

“.....ปรากฏการณ์ของการทำลายกระบวนทัศน์กระแสหลักนี้ กำลังสะท้อนให้เห็นว่า มนุษยชาติกำลังแสวงหาความหมายใหม่ในเรื่องชีวิตและสุขภาพที่ไม่เพียงแต่ทำลายทัศนคติเดิม หากแต่ยังทำลายไปถึง**ความถูกต้องเป็นธรรมของรากฐานของวิถีคิดแบบทุนนิยมและบริโคนิยมอีกด้วย** รวมทั้งทำลายอำนาจแห่งความรู้ของวิชาชีพที่นับวันจะแยกชีวิตออกเป็นส่วน ๆ และเป็น**ความรู้ที่แยกตัวออกจากชุมชน** และ**สังคม**มากยิ่งขึ้นทุกขณะ”

(คำนำ ผู้จัดพิมพ์, ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, บก., อ้างแล้ว, น.4-5
เน้นโดยผู้เขียน)

ข้อความที่คัดมาไว้ข้างบนนี้ เปรียบเสมือนกรอบกติกาของงานเขียนชิ้นนี้ คือไม่ควร “ทะเลาะ” กับโครงการปฏิรูประบบสุขภาพในสังคมไทย แต่โดย “จิต” (habitus) หรือต้นทุนทางวัฒนธรรมของผู้เขียนเอง ก็ไม่มีลักษณะที่จะทะเลาะกับโครงการนี้อยู่แล้ว ตรงกันข้ามกลับเป็นพันธมิตรด้วยซ้ำไป ฉะนั้น ผู้เขียนจึงไม่เป็นกลางตามวิถีคิดแบบวัตถุนิยม

อย่างไรก็ตาม เมื่อรับงานนี้มาทำจึงจำเป็นต้องช่วย “พัฒนา” ด้วยการตั้งคำถาม ซึ่งก็ไม่ใช่คำถามที่ผู้เขียนเองคิดขึ้นมา แต่เป็นความกังวลของขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเองเป็นผู้สะท้อนออกมาบางส่วน (โปรดดู “ระดมสมอง เรื่อง ภูมิปัญญาท้องถิ่น กับกระบวนทัศน์สุขภาพไทย” ใน, เพิ่งอ้าง, น.178-183)

ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องเขียนบทสรุปในเชิงตั้งข้อสังเกตและคำถามเพิ่มเติมดังนี้

หนึ่ง ภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพเป็นระบบสุขภาพหรือไม่

“สุขภาพก็คือ ผลรวมของสังคมที่เกิดจากปัจจัยและผลกระทบจากระบบย่อยต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีอยู่ในสังคม ระบบสุขภาพที่เราพูดกันที่ชวนกันปฏิรูป จึงหมายถึงระบบและการจัดการทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิตและสังคม”

(อ้างใน, อัมพล จินดาวัฒน์, อ้างแล้ว, น.13)

ในประเด็นปัญหานี้ มีความเห็นที่ขัดแย้งกันอยู่สองชุด

ชุดที่หนึ่ง เห็นว่ามีสิ่งที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพ” อยู่ในภูมิปัญญาพื้นบ้านและระบบที่ว่านี้ “เมื่อมองอย่างเป็นระบบ” ก็จะเห็นว่าเป็นระบบที่เป็น “องค์รวม” ในทั้งสองความหมายคือ เป็นองค์รวมตามกรอบวิธีคิดแบบโครงสร้างนิยม และองค์รวมในการมองชีวิตมนุษย์ (โปรดย้อนกลับไปดูเรื่ององค์รวม)

ชุดที่สอง เห็นว่าการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านที่เรียกว่า การเยียวยา หรือ “healing” นั้น ไม่ได้มีลักษณะเป็น “ระบบสุขภาพ” เนื่องจาก “สุขภาพ” เป็นการประกอบสร้างหรือเป็นสิ่งสร้างของความรู้แบบวิทยาศาสตร์และการแพทย์สมัยใหม่

อย่างไรก็ตาม ถ้าต้องการหลีกเลี่ยงวิธีคิดแบบชั่วคราวกันข้าม แบบขาวกับดำ ใช่-ไม่ใช่ ก็อาจต้องยืนยันว่า ภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นระบบอีกระบบหนึ่ง ซึ่งก็เชื่อว่าจะมีหาคำตอบเสียทีเดียวไม่ ความเป็นไปได้มีอยู่อย่างน้อยสองทางคือ หนึ่ง ค้นหาว่าระบบนั้น นอกกรอบ “ระบบ” (system) ตามแบบโครงสร้างนิยม ผู้เขียนเห็นว่า แนวทางนี้ยังมีการผลิตความรู้ออกมาน้อยมาก (โปรดดูบทที่ 8) สอง จัดภูมิปัญญาพื้นบ้านให้เป็นระบบตามระบบของโครงสร้างนิยม แนวทางหลังนี้เป็นแนวทางที่นิยมทำกันอยู่ เช่น การจัดระบบการแพทย์แผนไทย และการพยายามจัดระบบการแพทย์ชนเผ่า เพื่อทำเป็นหลักสูตรการสอนในสถาบันการศึกษา ซึ่งนอกจากจะมีปัญหามากมายแล้ว อาจนำไปสู่การเปลี่ยนรูปและการควบคุมความรู้เหล่านั้น เพราะท้ายที่สุดแล้ว ภูมิปัญญาพื้นบ้าน จะต้องถูกจัดประเภท ถูกตรวจสอบ ถูกคัดสรร และควบคุมตามกรอบของวิทยาศาสตร์ รัฐชาติสมัยใหม่และระบบราชการ ตลอดจนกฎหมายและกลไกของตลาดในระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมบริโภคนิยมมากบ้างน้อยบ้าง

ผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว คือภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการเยียวยาส่วนใหญ่ จะถูกตัดตอนเอามาแต่เพียงด้านที่เป็น “hard ware” เช่น เทคโนโลยี ดังเช่น การนวดแบบต่าง ๆ การอบสมุนไพร ยาที่ปรุงโดยแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ตัวสมุนไพรแต่ละชนิด อุปกรณ์เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย ตำรายานานาชนิด เป็นต้น ส่วน “soft ware” หรือด้านที่เป็น “จิตวิญญาณ” มักจะหายไป ถ้าจะยังคงมีอยู่ก็จะมีในรูปของหนังสือตำราตำราเพื่อผู้ซื้อจะได้นำไปศึกษาด้วยตนเอง กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ ภูมิปัญญาพื้นบ้านมักจะถูกทำให้เป็นสินค้า ซึ่งนำไปสู่ข้อสรุปเชิงคำถามข้อที่สอง

สอง ภูมิปัญญาหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้าน (indigenous healing) จะสามารถถูกนำเข้ามาประกอบส่วนเข้าไปใหม่ (reconstituted) ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของรัฐ ชุมชน ครอบครัวและปัจเจกได้อย่างไร ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงสู่ความทันสมัยและหลังทันสมัย (ถ้ามีหรือมีบางส่วน) ซึ่งเป็นกระบวนการทุนนิยมข้ามชาติที่มีพลังรุนแรงผ่านทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้คนทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพเท่านั้น นอกจากนั้น ยังมีพลังอำนาจรัฐและระบบราชการที่มีลักษณะถูกครอบงำโดยทุนนิยมอุตสาหกรรมบริโภคนิยมมากขึ้นเป็นลำดับอีกด้วย

สาม ปฏิบัติการ (praxis) ของการเยียวยาแบบพื้นบ้านกำลังถูกเปลี่ยนรูปโดยการเมืองเรื่องสุขภาพภายในรัฐชาติสมัยใหม่ทั้งหลายได้อย่างไร โดยเฉพาะในกรณีของการเยียวยาแบบ

พื้นบ้าน กำลังเปลี่ยนรูปร่างอย่างไรภายใต้กระบวนการทำให้ทั้งตัวผู้เยียวยา (healers) หรือ “หมอพื้นบ้าน” ทั้งหลายก็ดี และการบำบัด (therapies) ทั้งหลาย (ด้านหนึ่งเป็น “หมอเถื่อน” และ “ของเถื่อน” แต่ในอีกด้านหนึ่งก็กลายเป็นสินค้าไปด้วยในขณะเดียวกัน

สี่ อะไรคือความสำคัญของการเยียวยาแบบพื้นบ้านต่อการสร้างวาทกรรมใหม่ ต่าง ๆ ของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและลัทธิชาตินิยมใหม่ ซึ่งต้องตอบสนองต่อความหลากหลาย ความแตกต่างและการเลื่อนไหลของอัตลักษณ์ เช่น อัตลักษณ์ไทย อย่างไรก็ตามวิกฤตหลายอย่างเช่น วิกฤตเศรษฐกิจ ความขัดแย้งทางวัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำรงไว้ซึ่งลัทธิชาตินิยมแบบเก่า (ความเป็นหนึ่งเดียว และ “เหมือนเดิม”) อยู่ ขบวนการปฏิรูปสุขภาพจะมีท่าทีอย่างไรต่อสภาวะสองแฉกนี้ในประเด็นภูมิปัญญาพื้นบ้านที่จะต้องดำรงความหลากหลายเอาไว้

ห้า บรรดาคนไข้และหรือลูกค้าที่หลากหลายและแตกต่างในหน่วยรวม ๆ ที่เรียกว่าสังคมไทย เข้ามาผูกพันหรือเกี่ยวข้องกับความหลากหลาย แตกต่างและเคลื่อนไหวของปฏิบัติการด้านการเยียวยาหรือบำบัดและหรือระบบสุขภาพอนามัยที่เป็นพหุลักษณะได้อย่างไร ในเมื่อความหลากหลายหรือพหุลักษณะของปฏิบัติการเยียวยาหรือการบำบัดก็ดี ความป่วยไข้และสุขภาพอนามัยก็ดีเหล่านี้ ถูกกำหนดรูปร่างขึ้นมาโดยความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ครอบคลุมกว้างขวางไปกว่าเรื่องการเยียวยาหรือการบำบัดเหล่านั้น

หก ผู้คนทั้งหลายในสังคมไทยมีประสบการณ์กับความทันสมัยได้อย่างไร ทั้ง ๆ ที่ความทันสมัยนั้นได้สร้าง “สิ่งเลวร้าย” ทั้งหลายออกมา เช่น มลภาวะทางระบบนิเวศ ความเครียด ความป่วยไข้และอื่น ๆ อีกมาก ผู้คนเหล่านี้ดำรงอยู่ได้อย่างไรหรือมีประสบการณ์อย่างไรผ่านทางผัสสะหรือประสาทสัมผัสต่าง ๆ อย่างมีตัวตน (embodied senses) ของร่างกายที่เจ็บป่วย หรือทนทุกข์ทรมาน (suffering body)

เจ็ด “สุขภาพะ” คืออะไร ใครเป็นผู้กำหนดนิยาม นิยามมีหลายชุดหรือไม่ การจะบรรลุถึง “สุขภาพะ” ที่แตกต่างและหลากหลายทำได้อย่างไร “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” จะมีส่วนช่วยได้มากน้อยเพียงไร และช่วยใครให้ก้าวไปถึง “สุขภาพะ” นั้น ๆ

นิยามของ “สุขภาพะ” เท่าที่ใช้อยู่ในขบวนการผลักดันเพื่อให้เกิดการปฏิรูปหรือเคลื่อนย้ายจากกระบวนการทัศน์สุขภาพสู่สุขภาพะมีความหมายถึงความสุขทางกาย ทางใจ และจิตวิญญาณนั้น เป็นนิยามที่ถูกกำหนดจากบนสู่ล่าง แม้ทำในนามของ “ความรู้” และ “ความตั้งใจดี” แต่อาจไม่ใช่นิยามสุดท้ายที่ตกลงปลงใจโดยทุกฝ่าย โดยเฉพาะเมื่อต้องลงรายละเอียดตามบริบทหรือเงื่อนไขด้านกาลเทศะ ดังนั้น โจทย์สำคัญของขบวนการปฏิรูปสุขภาพคือ จะรับมือกับความแตกต่างและหลากหลายของสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพะ” ได้อย่างไร

“สุขภาวะ” แท้ที่จริงแล้วคือ ความพยายามของขบวนการสุขภาพ (health movements) ที่ต้องการผลักดันให้ “มนุษย์” (คำนี้ใหญ่มาก) หลุดพ้นจาก “ทุกข์ภาวะ” นานาประการไม่ว่าจะจำแนกออกไปว่าเป็น ทุกข์ทางกาย ใจและจิตวิญญาณหรือไม่ก็ตาม แต่คำถามหนึ่งที่หนีไม่พ้นคือ “ทุกข์ภาวะ” นั้น เกิดจากอะไร ประเด็นนี้ดูเหมือนจะเป็นประเด็นเก่าที่ถกเถียงกันมาหลายร้อยหลายพันปีแล้ว ทั้งในทางศาสนา ปรัชญา สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ส่วนในสายวิทยาศาสตร์ผู้เขียนเข้าใจว่ามักไม่ถกเถียงในเรื่องนี้ เพราะเห็นว่าเป็น “จิตวิสัย” (subjective) พิสูจน์ไม่ได้ หาข้อยุติไม่ได้

อย่างไรก็ตามในงานชิ้นนี้ ผู้เขียนขอสรุปว่า ทุกข์ภาวะในที่นี้เป็นทุกข์ภาวะใหม่ที่เกิดจาก “ความทันสมัย” (modernity) แต่ไม่ได้หมายความว่า “ความทันสมัย” ทำให้เกิดแต่ความทุกข์ที่จริงแล้ว ความทันสมัยทำให้เกิดความสุข ความเจริญ ความก้าวหน้ามากมายด้วย แต่ประเด็นอยู่ที่ว่าขบวนการปฏิรูปสุขภาพต้องการผลักดันให้เกิดการจัดการกับ “ทุกข์ภาวะ” ให้ลดลงหรือหมดไปด้วยนั่นเอง อนึ่ง ทุกข์ภาวะที่ว่านี้ผู้เขียนเทียบเคียงกับ “สิ่งเลวร้ายต่าง ๆ” (bads) ที่นักคิดสายสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะสังคมวิทยา เช่น Ulrich Beck, Anthony Giddens, S. Lash, และ Bruno Latour เป็นต้น โดยเฉพาะ Beck เสนอว่า “สิ่งเลวร้ายต่าง ๆ” ถูกผลิตและถูกกระจายออกมาโดย “ความทันสมัย” และทำให้เกิดสังคมแห่งความเสี่ยง (risk society) ขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย เศรษฐกิจการเมืองแห่งความมั่นคงของทุน-การคลัง และธุรกิจของการประกันขนาดมหึมา และภาวะสงคราม อนึ่ง วิธีคิดแบบสังคมแห่งความเสี่ยงนี้ มองสังคมไปในแนวของความซับซ้อน (complexity) และความไร้เสถียรภาพ (instability) ซึ่งเป็นการมองที่ผิดไปจากแนวโครงสร้างนิยมและแนวของทฤษฎีระบบ (system theory) อย่างไรก็ตาม วิธีคิดแนวนี้ไม่ได้ปฏิเสธ “ความทันสมัย” คือไม่ปฏิเสธวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี แต่ก็วิพากษ์สิ่งนี้อย่างจริงจัง เช่น พุ่งความสนใจไปที่เครือข่ายทั้งหมดของเทคโนโลยีแห่งความเสี่ยงที่โยงใยแผ่ซ่านไปทั่วโลก (worldwide web of technology) เราจะทำเป็นไม่ได้ยิน ไม่เห็น ไม่รู้ ในลักษณะ “ปิดทวาร” ทั้งหมดก็ไม่ได้ ดังนั้น จึงเป็นไปได้ที่สังคมหรือประเทศใด จะปิดกันตัวเองอีกต่อไปแล้ว ในขณะที่เดียวกันวิธีคิดแนวนี้ (โดยเฉพาะ Beck) เห็นว่าระบบสังคมไม่ว่าจะเป็นสังคมที่ดีหรือสังคมที่มีแต่ความเสี่ยง ไม่ใช่เรื่องของข้อเท็จจริง หรือชะตากรรมที่เราต้องยอมรับ หากเป็นความสำเร็จของการกระทำ หรือเราทำให้เกิดขึ้นต่างหาก ฉะนั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับการเป็น “agency” หรือเป็น**ผู้กระทำ** ซึ่งไม่ได้มีความหมายแต่เพียงว่าเป็นมนุษย์ปุถุชนทั่วไป กลุ่มทางสังคมหรือสถาบันต่าง ๆ ทางสังคมเท่านั้น แต่หมายความว่าไปถึงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี หรือแม้กระทั่ง “ความเสี่ยง” ต่าง ๆ ก็เป็น “agency” ได้ด้วยเช่นกัน แต่เนื่องด้วยเรื่อง agency ก็คือ actor ก็คือ subjectivity หรือความเป็นประธานของผู้คนที่สามารถกำหนดชีวิตของตนเองได้โดยไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของโครงสร้างสังคม หรือเป็นผู้ถูกกระทำอย่างสมยอม เหล่านี้เป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน ผู้เขียนจึงไม่สามารถนำมาพูดถึงได้มากกว่านี้ในที่นี้ เพียงแต่ต้องการบอกว่าการมองหรือวิเคราะห์ที่หลุดออกจากกรอบโครงสร้างนิยม Marxism หรือแม้กระทั่งจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) อาจช่วยให้มอง

เห็นศักยภาพของ “คนธรรมดา” รวมทั้ง “ชาวบ้าน” และ “คนชายขอบ” ทั้งหลายที่จะลุกขึ้นมาจัดการชีวิตของตนเองได้นั่นเอง

อนึ่ง เป้าหมายปลายทางของการถกเถียงเรื่องนี้ในทัศนะของ Beck, Giddens, และ Lash คือเสนอว่าสังคมทันสมัยหรือความทันสมัย (modernity) นั้น มีทั้งด้านดีและด้านเสีย ด้านดีมีค่านี้นำความสนใจมาโดยตลอด และเราก็ไม่อาจปฏิเสธได้ แต่ด้านเสียของมันต่างหากที่ทำให้เกิดสังคมแห่งความเสี่ยงขึ้นมา ดังนั้น สิ่งที่พวกเขานำเสนอขึ้นมาคือ Reflexive Modernization (1994) เป็นหนังสือที่ทั้งสามคนเขียนร่วมกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่า Beck คิดว่ามี “ความทันสมัยอีกชนิดหนึ่ง” (another modernity) (ในหนังสือ Risk Society 1992) ต่อมาพวกเขาใช้คำว่า “reflexive modernity” กล่าวโดยสรุปดูเหมือนว่า Beck สนใจที่จะค้นหารากฐานทางจริยธรรมใหม่ของการดำรงอยู่ของมนุษย์เราในโลกทุกวันนี้ พุดอีกอย่างหนึ่งคือ เราจะอยู่กันอย่างไรในสังคมอุตสาหกรรมทุนนิยมที่ศักยภาพด้านการทำลายล้างของมันได้รื้อถอน (deconstructed) พื้นฐานทางสถาบันการเมือง (ประชาธิปไตย สิทธิเสรีภาพ และ ฯลฯ) ที่การจัดระบบสังคมของมนุษย์อาศัยวางอยู่ลงไปแล้ว แต่มนุษยชาติจะต้องอยู่ต่อไป ดังนั้น เราจึงต้องสร้างสังคมทันสมัยที่ “reflexive” ขึ้นมา แต่เนื่องจาก “reflexivity” นี้มีลักษณะเชิงจริยธรรมจึงมีผู้แปลว่า “สังคมเจริญสติ” แต่คำแปลนี้ก็ค่อนข้างจะเสี่ยงกับการถูกมองว่าผูกติดอยู่กับพุทธปรัชญาเกินไปก็ได้ ซึ่งอาจทำให้ความหมายที่ Beck ต้องการสื่อผิดไป

สาเหตุที่ผู้เขียนยกเรื่องนี้ขึ้นมาพูดก็เพียงต้องการให้ขบวนการปฏิรูปสุขภาพ หรือผู้ที่สนใจถกเถียงและค้นคว้า พร้อมทั้งนำเสนอเกี่ยวกับ “สุขภาวะ” ให้มากขึ้นกว่าที่เป็นมโนทัศน์หรือกระบวนการทัศน์อยู่ในขณะนี้ โดยมีประเด็นคำถามคือ

หนึ่ง “สุขภาวะ” จะเกิดขึ้นลอย ๆ ได้หรือไม่ หรือจะต้องเกิดภายในสังคมที่ดี แต่สังคมดีเป็นอย่างไร มโนทัศน์เรื่อง “reflexive society” จะช่วยอะไรได้บ้าง

สอง “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” จะมีที่ทางหรือไม่และอย่างไรในการสร้างสุขภาวะตามข้อหนึ่ง

อนึ่ง นอกจากวิธีคิดแนวต่าง ๆ ที่พูดถึงในย่อหน้าต้น ๆ แล้ว บทต่าง ๆ ที่ผ่านมาแล้ว ยังมีวิธีคิดที่น่าสนใจที่ผู้เขียนอยากแนะนำเพียงคร่าว ๆ เพื่อตอบคำถามทั้งเจ็ดข้อที่ตั้งไว้

วิธีคิดเพิ่มเติม

เพื่อที่จะตอบคำถามทั้งห้าและคำถามอื่น ๆ อีกมากที่แทรกอยู่ตามที่ต่าง ๆ ของข้อเขียนชุดนี้ หากพิจารณาจากเครื่องมือในการทำความเข้าใจหรือสร้างความรู้ซึ่งหมายถึงทฤษฎีทางสังคม ผู้เขียนเสนอว่าคงต้องพิจารณาเครื่องมือสองชุดหรือสองกลุ่ม

กลุ่มที่หนึ่ง คือกลุ่มที่ถูกจัดว่าเป็นทฤษฎีโครงสร้างนิยม (Structuralism) แต่โครงสร้างนิยมเองก็ยังถูกแบ่งภายในว่ามีสองแนวทาง

แนวทางหนึ่งคือแนวทาง**โครงสร้างนิยมที่เน้นความกลมกลืน** เน้นดุลยภาพ โครงสร้างนิยมแนวนี้อาจเรียกว่าเป็น**โครงสร้างนิยมแนวปฏิรูป**ก็ว่าได้ นักทฤษฎีที่อยู่ในสายนี้ที่รู้จักกันดีก็เห็นจะได้แก่ แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) อีมิลล์ เดอร์คไฮม์ (Emille Durkheim) และทัลคอต พาร์สัน (Talcott Parson) เป็นต้น นักทฤษฎีเหล่านี้มักจะถูกกล่าวถึงในฐานะเป็นนักทฤษฎีในสายสังคมวิทยา

อนึ่ง ในทางมานุษยวิทยานักทฤษฎีที่อาจถูกจัดว่าอยู่ในทฤษฎีแบบโครงสร้างนิยมได้แก่กลุ่มที่เรียกว่า British School of Structural Functionalism ได้แก่ Charles Saligman, A.R. Radcliff-Brown, Bronislaw Malinowski, Meyer Fortes, Raymond Firth, Audrey Richards และ Edmund Leach เป็นต้น (โปรดดูบทที่ 8)

ส่วนในสายสตรีนิยมที่น่าจะจัดเข้าอยู่ในกลุ่มนี้ได้โดยดูจากรากเหง้าทางความคิดเชิงทฤษฎีว่ามาจากยุค enlightenment และเกิดภายใต้อิทธิพลของ modernity เป็นต้น ก็คงได้แก่นักสตรีนิยมใน**สายเสรีนิยม** (Liberal Feminism) ตั้งแต่ยุคต้น ๆ เช่น Mary Wollstonecraft, Frances Wrights, Sarah Grimke, Elizaeth Cady Stanton, Susan B. Anthony, Sojourner Truth, Harriet Taylor, Carolyn Merchant, นักสตรีนิยมเหล่านี้คิดและต่อสู้ เคลื่อนไหวเป็นขบวนการทางสังคมโดยยึดถือในทัศนเรื่องสิทธิและความเสมอภาค

นอกจากนั้นก็ยังมีย่านักสตรีนิยมแนว**วัฒนธรรม** เช่น Charlott Perkins Gilman, Margaret Fuller, Matilda Joslyn Gage, (คนนี้วิเคราะห์การฆ่าแม่ในยุโรปโดยฝ่ายนักบวช เธอเห็นว่า พวกแม่หมดทั้งหลายเป็นผู้รู้จึงมีอำนาจ ดังนั้นจึงถูกจำกัดโดยพวกนักบวชผู้ซึ่งเป็นบรรพบุรุษของวิทยาศาสตร์ตะวันตกที่เป็นปิตาธิปไตย) เป็นต้น นักสตรีนิยมสายนี้เน้นวัฒนธรรมแบบผู้หญิงและวิสัยทัศน์แบบผู้หญิง (matriarchal vision) นอกเหนือจากประเด็นอื่น ๆ ที่ก็สำคัญเช่นกัน

อีกแนวทางหนึ่งคือ แนวทาง**โครงสร้างนิยมที่เน้นความขัดแย้ง**แนวทางนี้มุ่งสู่การปฏิบัติเพื่อล้มโครงสร้างเก่าที่ “ล้าหลัง” เพื่อที่สถาปนาโครงสร้างใหม่ที่ “ก้าวหน้า” แนวคิดนี้มีนักทฤษฎีที่มีชื่อเสียง เช่น คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) และนักคิดอีกหลายคนในสำนักมาร์กซิสต์ มาร์กซิสต์ใหม่ (Neo-Marxist) สำนักหรือนักคิดในสายทฤษฎีพึ่งพา (Dependency Theory) สำนักทฤษฎีวิพากษ์ (Critical Theory) และนักสตรีนิยมในสายมาร์กซิสต์ (Marxist Feminism) สตรีนิยมสังคมนิยม (Socialist Feminism) และบางส่วนในสายสตรีนิยมถึงรากเหง้า (Radical Feminism) เป็นต้น

อนึ่ง การนำเอาทฤษฎีสังคมทางสายสังคมวิทยาโดยเฉพาะแนวโครงสร้างนิยมที่เน้นความกลมกลืนมาใช้ในการศึกษาสุขภาพและหรือความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้นได้กล่าวไปบ้างแล้วในบทที่ 5 แต่ผู้เขียนคิดว่ายังไม่ได้ลงลึกพอ สมควรที่จะต้องมีการค้นคว้าต่อไป ส่วนการวิเคราะห์โดยใช้โครงสร้างนิยมแนวความขัดแย้งยังไม่ได้นำเสนอในที่นี้ ถ้ามีผู้สนใจทำก็อาจศึกษาจากประสบการณ์ของกลุ่ม

ประเทศสังคมนิยม โดยเฉพาะในกรณีของประเทศจีนซึ่งน่าสนใจมากเพราะมีการบูรณาการเอาการรักษาพยาบาลหรือการแพทย์หลายแนวเข้าด้วยกัน (โปรดดู Sydney D. White, “Medicines and Modernities in Socialist China : Medical Pluralism, the State, and Naxi Identities in the Lijiang Basin”, ใน Conner and Samuel, ed., อ้างแล้ว, น.171-196 เป็นต้น) ที่น่าสนใจไม่น้อยไปกว่านั้นคือ การนำวิธีคิดหรือทฤษฎีสังคมนิยมโครงสร้างนิยมแนวความขัดแย้งที่ปรากฏอยู่ในสตรีนิยมสายมาร์กซิสต์ สายสังคมนิยมและสายถึงรากเหง้า (Radical Feminism) ที่เอนามโนทัศน์เรื่องสังคมปีตาธิปไตย ชนชั้น เพศสภาวะกับการครอบงำผู้หญิงด้านสุขภาพผ่านทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ ยิ่งไปกว่านั้นสตรีนิยมสายถึงรากเหง้ายังให้ความสำคัญต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศสภาวะในบริบทของเรื่องเพศวิถี (sexuality) และอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งสังคมศาสตร์สายอื่น ๆ ไม่เคยให้ความสนใจอีกด้วย จริงอยู่แม้ในงานชิ้นนี้จะยกเรื่องเหล่านี้มาพูดถึงในบทที่ 7 แต่ก็ถือว่ายังผิวเผินอยู่มาก น่าจะมีการค้นคว้าและเขียนกันต่อไปอีก

กลุ่มที่สอง คือกลุ่มที่อาจเรียกได้ว่าเป็นพวก**หลังโครงสร้างนิยม** (Post structuralists) และ**หลังสมัยใหม่นิยม** (Postmodernists)ทั้งหลาย

ความจริงแล้ว กลุ่มสกุลความคิดที่เรียกรวม ๆ ว่า “หลังสมัยใหม่นิยม/หลังโครงสร้างนิยม” (Postmodernism/Poststructuralism) นี้ก็ใช่ว่าอยู่ ๆ ก็เกิดขึ้นมาอย่างเป็นอิสระหรือนำเสนอแนวคิดหรือทฤษฎีทางความคิดใหม่เอี่ยมถอดด้ามออกมาเลยก็หาไม่ “ แต่มีร่องรอยหรือได้อาศัยฐานความคิดจากสำนักคิดอื่น ๆ ด้วย ที่สำคัญได้แก่สำนักโครงสร้างนิยมและสัญวิทยา เพียงแต่นำมาใช้ในลักษณะที่แตกต่างและวิพากษ์ท้าทายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นมโนทัศน์เรื่องสัญภาวะ, ความสัมพันธ์ระหว่างรูปสัญญะกับความหมายสัญญะ, รวมตลอดถึงการอ่านและการวิเคราะห์ตัวบท ฉะนั้น การที่เราจะสามารถทำความเข้าใจงานวิชาการที่ใช้วิธีการหาความรู้แบบหลังสมัยใหม่นิยม/หลังโครงสร้างนิยมได้ ส่วนหนึ่งเรามีความจำเป็นจะต้องเข้าใจฐานความคิดเหล่านี้ด้วย ” (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2545, น.11)

นักคิดนักทฤษฎีสังคมนิยมที่ถือว่าอยู่ในกลุ่มนี้ กล่าวกันว่าที่สำคัญ ๆ มีอยู่ห้าคน คือ โรแลนด์ บาร์ตส์ (Roland Borthes) โคลด เลวี-สโตรส (Claude Levi-Strauss) มิเชล ฟูโก (Michel Foucault) ฌาร์ค แดร์ริดา (Jacques Derrida) และ ฌาร์ค ลากอง (Jacques Lacan) ทั้งหมดนี้ “ถูกแขวนป้ายว่าเป็นนักคิดที่เข้าใจยาก และเขียนงานที่ยากแก่การเข้าใจ” (เพ็งอ้าง, น.12) ด้วยกันทั้งสิ้น

อนึ่ง สำนักคิดทางสังคมแบบหลังสมัยใหม่นิยม (Postmodern) กับหลังโครงสร้างนิยม (Poststructural) นอกจากจะไม่ได้มีรากเหง้ามาจากสังคมศาสตร์-มนุษยศาสตร์ฝ่ายเดียวแล้ว ผลกระทบหรืออิทธิพลของสำนักความคิดเหล่านี้ ยังแผ่ซ่านเข้าไปทุกสาขาวิชาและทุกวงการเลยก็ว่าได้ แม้กระทั่งวิทยาศาสตร์และแพทยศาสตร์ก็หนีไม่พ้นเช่นกัน

หลังสมัยใหม่นิยม (Postmodernism)

หลังสมัยใหม่นิยม ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่สำคัญในวงการศิลปะสถาปัตยกรรม ปรัชญาและเศรษฐกิจเลยทีเดียว เหตุที่บรรดานักคิดนักวิพากษ์ในวงการต่าง ๆ ดังกล่าว หันมาให้ความสนใจวิธีคิดแบบหลังสมัยใหม่นิยมเป็นเพราะว่า ทฤษฎีต่าง ๆ ของกลุ่มสำนักความคิดนี้ อธิบายความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในทางวัฒนธรรมของคริสต์ศตวรรษที่ยี่สิบช่วงปลายได้อย่างแหลมคม หลังสมัยใหม่นิยมเกิดขึ้นในยุโรป และได้รับความสนใจในสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรกในทศวรรษที่ 1950 ในงานของนักวิจารณ์วรรณกรรม ผู้ซึ่งตั้งข้อสงสัยกับเส้นแบ่งกั้นพรมแดนระหว่างศิลปะชั้นสูง วัฒนธรรมมวลชน (popular culture) ศิลปะแนวแหวกแนว “avant-garde” และสัจนิยม ส่วนในวงการ สถาปัตยกรรมหรือมโนทัศน์ “hyperreality” หรือ “ความจริงที่ยิ่งกว่าจริง” กลายเป็นคำที่ใช้กันทั่วไป นอกจากนี้ นักคิดสำคัญห้าคน ที่เอ่ยชื่อไว้ข้างบนแล้ว ยังมี ฌองส์ ฟรอนซัว ลีโอตาร์ด (Jean-Francoise Lyotard) และเฟรดดริก เจมส์สัน (Fredric Jameson) และบรรดานักคิดในกระแสความไม่ศรัทธาต่อปรัชญาและทฤษฎีเดียว หรือ คำอธิบายชุดเดียวที่อ้างว่าอธิบายวัฒนธรรม สังคม หรือทุกสิ่งทุกอย่างได้อย่างเป็นสากล เช่น ลัทธิมาร์กซ์ การปลีกตัวออกจากการแบ่งยุคสมัยต่าง ๆ ของนักทันสมัยนิยม แล้วเข้าสู่ความหลากหลายเป็นส่วน ๆ ของประวัติศาสตร์ และการเขียนที่หลากหลาย เป็นต้น

กลุ่มสำนักคิดที่น่าสนใจและควรนำมาพิจารณากันอย่างจริงจังมากขึ้นในเรื่องสุขภาวะ คือ กลุ่มนักสตรีนิยมที่รับเอาความคิดแบบหลังสมัยใหม่นิยมไปใช้

สตรีนิยมหลังสมัยใหม่นิยม (Postmodern Feminism)

นักสตรีนิยมคนแรก ๆ ที่ใช้วิธีคิดแนวนี้คือ โรซาลินด์ เคราส์ (Rosalind Krauss) เธอวิพากษ์วิธีต่าง ๆ ที่ศิลปะเชิดชูชื่นชมปัจเจกชนนิยมแบบบุรุษนิยม (masculine individualism) (Krauss, 1981) หากมีคนสนใจเอาวิธีคิดแบบนี้มาใช้วิเคราะห์การแพทย์สมัยใหม่ และภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ/การเยียวยาบ้างก็น่าสนใจไม่น้อย เช่น วิเคราะห์วิถีทางต่าง ๆ ที่การแพทย์สมัยใหม่ หรือแม้กระทั่งบริการสาธารณสุขที่อ้างว่า ให้บริการด้านสุขภาพกับสาธารณสุขชนนั้น แท้จริงแล้วเป็นการเน้นที่ปัจเจกหรือไม่ แถมยังมีลักษณะเป็นปิตาธิปไตย หรือ ชายเป็นใหญ่ในลักษณะของการครอบงำหรือ “ใช้อำนาจเหนือ” ปัจเจกชน ซึ่งเป็นผู้รับบริการอีกด้วยหรือไม่ เป็นต้น โดยที่แนวทางนี้ก็อาจสามารถทำให้เรามองเห็นลักษณะ “บุรุษนิยม” ในภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ พร้อมกันนั้น ก็อาจสะท้อนให้เห็นลักษณะ “ปัจเจกชนนิยม” ในนโยบายและปฏิบัติการของรัฐสมัยใหม่ในเรื่องสุขภาพ อนามัยไปด้วยในขณะเดียวกัน และถ้าหากสองลักษณะนี้ ดำรงอยู่ควบคู่กันไป น่าสนใจว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจด้านสุขภาพอนามัย ระหว่าง “ชุมชน” กับ “ปัจเจก” ก็ดี ระหว่างเพศภาวะ เช่น หญิง ชาย และเพศภาวะอื่น ๆ ดำเนินไปอย่างไร เป็นต้น

นอกจากนั้น ยังมีดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) ผู้ซึ่งหลายคนเห็นว่าเป็นหนึ่งใน “post modernist feminists” ดังเดิม ในงานเขียนชิ้นหนึ่งที่มีอิทธิพลของเธอคือ Simians, Cyborgs, and

Women : The Reinvention of Nature (1991) เธอใช้คำว่า cyborg เพื่อชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ และอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนดัดแปลง (modify) สิ่งมีชีวิต หรือขยายขีดจำกัดตามปกติของมันออกไป ตัวอย่างเช่น เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ใหม่ ๆ ทั้งหมด ซึ่งมักจะเข้ามาจัดการกับร่างกายของผู้หญิงก็ดี การปลูกถ่ายอวัยวะระหว่าง หรือ ข้ามชนิด (species) สิ่งมีชีวิตก็ดี การฝังเครื่องอิเล็กทรอนิกส์เข้าไปในร่างกายก็ดี การติดตั้งเครื่องกระตุ้นหัวใจก็ดี การใส่อวัยวะเทียมต่าง ๆ ก็ดี การทำศัลยกรรมพลาสติกเพื่อเสริมความงาม การผ่าตัดแปลงเพศและอื่น ๆ ก็ดีนั้น จะมีผลอย่างไรต่อตัวตนของผู้คนในยุคหลังสมัยใหม่ (postmodern self) ด้านหนึ่ง ฮาราเวย์ก็เป็นกังวลกับอันตรายของการถูกรวบง้ออย่างมีข้อมูลหรือ “informatics of domination” จากสถาบันที่ซับซ้อนของอุตสาหกรรม – การทหาร แต่อีกด้านหนึ่งเธอก็เสนอให้ผู้หญิงลองสำรวจความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาตัวตนหรือองค์ประกอบแบบผสมข้ามพันธุ์หรือ “hybrid subjectivities” ที่หลากหลายขึ้นมาเพื่อสร้างความผูกพัน และเครือข่ายที่สามารถก้าวข้ามพรมแดนด้านเชื้อชาติ ชนชั้น และวัฒนธรรมระหว่างผู้หญิงพันธุ์ใหม่ขึ้นมา ข้อเสนอของเธอบางครั้งมีผู้เรียกว่า “Cyberfeminism” (Andemahr, S. and Wolkowitz, C. 1997, น. 42-43, 171)

ประเด็นนี้น่าสนใจมากต่อการทำความเข้าใจ “สุขภาพะ” ของสังคมปัจจุบันที่มีความแตกต่างหลากหลายและเปลี่ยนแปลงไปอย่างคิดไม่ถึงอันเป็นผลมาจากวิทยาศาสตร์-เทคโนโลยี ประชาธิปไตยเสรีนิยมและเศรษฐกิจแบบทุนนิยมข้ามชาติของโลกยุคทันสมัยเป็นต้นมา ขอยกตัวอย่างเรื่องอุตสาหกรรมความงามการแพทย์ ยา และอาหารเสริมที่มีต่อผู้หญิง ทำให้นักสตรีนิยมหลายคนกังวลต่อการที่ผู้หญิงถูกควบคุมผ่านทางเนื้อตัวร่างกาย และการควบคุมนี้เป็นในทิศทางที่จะทำให้เกิด “normalized femininity” ซึ่งในความหมายของฟูโกเขาต้องการย้ำให้เห็นถึง “The malleability of the body” หรือความสามารถหรือความเป็นไปได้ที่ร่างกายจะถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะเปิดโอกาสให้จารีตต่างๆ ของสังคมสามารถหรืออาจถูกจารีตลงบนพื้นผิวของร่างกายของผู้คนมีผลทำให้เกิด “docile bodies” หรือร่างกายที่เชื่อ หรืออยู่ในกรอบ แต่ถ้าหากจารีตและความเหมือนของสังคมสามารถถูกบันทึกบนพื้นที่ของร่างกายได้ ก็ย่อมเป็นไปได้เช่นกันว่าการต่อสู้ การล้มล้าง (subversions) และการสร้าง “ความไม่เหมือน” ต่าง ๆ ก็สามารถใช้พื้นที่บนร่างกายได้เช่นกัน ดังนั้น นักสตรีนิยมจำนวนหนึ่งจึงมองการดัดแปลงร่างกายของผู้หญิงว่าเป็นความกล้าหาญในการทำทลายเส้นแบ่งกันระหว่างความเป็นชายกับสตรีนิยม ตัวอย่างเช่นการเล่นกล้ำหรือเพาะกายของผู้หญิง และการตกแต่ง ดัดแปลงร่างกายเพื่อแสดงออกซึ่งพลังของความไม่เหมือนในหมู่ผู้หญิงอีกหลายแบบที่มีชื่อเรียกว่า “bodily performance” (โปรดดู Butler, J., 1992,1993) นักสตรีนิยมที่น่าเอามโนทัศน์ “normalization” ที่ให้ความสนใจต่อร่างกายของผู้หญิงได้อย่างน่าสนใจอีกคนหนึ่งคือ ลูซ อิริกาเรย์ (Luce Irigaray) งานของเธอมีสวนกระตุ้นให้เกิด “Coporeal feminism” ซึ่งมองหาตัวแบบหรือหุ่นจำลองทางร่างกายแบบอื่น ๆ ที่ไม่ได้วางอยู่บนฐานของบูรณภาพ (integrity) อิสระภาพ

(independence) และการแบ่งแยก (separation) ซึ่งมักใช้วัดกันว่าร่างกายของผู้หญิงต้องการเป็นอย่างนั้น ส่วนร่างกายที่ถูกนำเสนอให้เป็นทางเลือกกับให้ผู้หญิงจะเน้นที่ความเลื่อนไหล (fluidity) การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การแลกเปลี่ยนข้ามเส้นกันพร้อมแดนทั้งหลายทั้งปวง และความสามารถที่จะไม่คงตัวของรูปแบบ (mutability of form) เป็นต้น (เพ็งอ้าง, น. 152-153) สำหรับผู้ที่ต้องการดูรายละเอียดโปรดดู Braidotti, Rossi, 1994, Diprose, Ross 1994; Gatens, Moira 1905; Grosz. Elizabeth 1994 เป็นต้น)

ทฤษฎีหลังอาณานิคม (Post-colonial theory)

ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์แนวนี้ อาจถือได้ว่าเป็นตัวแทนของกระแสใหญ่ในสายทฤษฎีวัฒนธรรมและทฤษฎีสังคมวิทยาของยุคทศวรรษที่ 1990 ก็ว่าได้ โดยอาศัยนัยต่าง ๆ ที่ถึงรากถึงโคนมากขึ้นของการวิเคราะห์ว่าทฤษฎีลัทธิอาณานิคมของฝ่ายหลังโครงสร้างนิยม ในขณะที่รูปลักษณะของทฤษฎีนี้แหล่คมทับกับการถกเถียงเรื่องหลังทันสมัยนิยม (postmodernism) ของสำนักหลังโครงสร้างนิยม แต่กรอบวิธีคิดแบบหลังลัทธิอาณานิคมนี้จะเน้นเป็นพิเศษต่อเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างวัฒนธรรมของโลกตะวันตกกับวัฒนธรรมของโลกที่สาม ลินดา ฮัทเชียน (Linda Hutcheon 1994) ได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างสำคัญระหว่างสองแนวทางนี้ ทั้งในแง่ของวัตถุประสงค์และวาระ (agendas) ต่าง ๆ โดยเธอแนะนำว่าในขณะที่ทั้งหลังทันสมัยนิยมและหลังโครงสร้างนิยมต่างก็ท้าทายหรือตั้งคำถามกับความคิดเรื่อง “ประธานมนุษย์ที่เป็นเอกภาพ” (unified humanist subject) ด้วยกันทั้งคู่นั้น ทางฝ่ายหลังอาณานิคมนิยมกลับนำเสนอการวิพากษ์อย่างวิเคราะห์เจาะจงไปที่ “ประธานแบบจักรวรรดินิยม” หรือ imperialist subject (เพ็งอ้าง, น.167) พูดอีกอย่างหนึ่งคือ ถ้าเราศึกษาเรื่องของ “ผู้คน” นักสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาสำนักโครงสร้างนิยมและสำนักอื่น ๆ เช่น มาร์กซิสต์ อาจมองมนุษย์และเรื่องราวของมนุษย์ว่าเหมือนหรือคล้ายกันไปหมด จนสามารถอธิบายโดยการสร้างทฤษฎีแบบครอบจักรวาลได้ แต่ทฤษฎีของฝ่ายหลังโครงสร้างนิยมและหลังสมัยใหม่นิยมไม่เห็นด้วย แต่ที่จริงแล้วมนุษย์ในฐานะที่เป็นประธาน หรือผู้กระทำนั้นมีตัวตนที่แตกต่างหลากหลายนั่นเอง

งานเขียนที่ถือว่าเป็นหลักของกรอบทฤษฎีแนวนี้ ได้แก่งานของฟรานซ์ เฟนอน (Franz Fanon) เรื่อง The Wretched of the Earth (1969) ฌาร์ค แดริดา (Jacques Derrida) เรื่อง 'White mythology' (1974) และงานของ เอ็ดเวิร์ด ซาอิด (Edward Said) เรื่อง Orientalism เป็นต้น

อย่างไรก็ตามนักทฤษฎีเหล่านี้ แม้จะมีหลายอย่างที่ต่างกันแต่ก็มีสาระสำคัญบางอย่างร่วมกัน แซลลี แม็ควิลเลียมอธิบายว่า นักคิดเหล่านี้พยายาม หนึ่ง แกะรื้อโครงสร้างที่สลับซับซ้อนซึ่งถูกนำมาใส่เข้าไปโดยการปกครองของพวกนักล่าอาณานิคม สอง เปิดเผยให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์อันสลับซับซ้อนระหว่างผู้เป็นเจ้าของอาณานิคมกับผู้ถูกปกครอง สาม ถกเถียงกันว่าในขณะนี้เมื่อเจ้าอาณานิคมไม่มีอำนาจควบคุมทางการเมืองอย่างเห็นได้ชัดอีกต่อไปแล้วนั้น หรือ ผู้คน ทั้งหลายประกอบขึ้น

(constituted) เป็นประธาน (ผู้คนที่มีความอำนาจ) ได้อย่างไร (McWilliams, S. อ้างใน, เฟื่องอ้าง, น. เดียวกัน)

ที่น่าสนใจอีกคนหนึ่งคือ กายาตรี จักรวอร์ตี สปิแวก (Gayatri Chakravorty Spivak) เธอเป็นทั้งนักสตรีนิยม และนักวิพากษ์หลังอาณานิคมนิยม ประเด็นหนึ่ง ที่เธอเสนอคือ เธอเห็นว่าสถานะหลังอาณานิคมนิยมเป็นตัวแทนใหม่ของลัทธิอาณานิคม ซึ่งไม่ผูกติดอยู่กับพื้นที่ กับอีกประเด็นหนึ่งได้เขียนถึงบ้างเล็กน้อยในบทก่อน ๆ คือ เรื่อง “subalternity” ทั้งสองเรื่องนี้น่าจะนำมาประยุกต์ใช้และขยายความสภาวะความเป็นชายขอบของภูมิปัญญาพื้นบ้าน และบรรดาหมอพ้นบ้านทั้งหลายภายใต้ลัทธิอาณานิคมแบบใหม่ แม้ว่าประเทศไทยจะไม่เคยเป็นอาณานิคมของประเทศใดก็ตามกฎหมายก็ตามที่ แต่อิทธิพลของตะวันตก เช่น ในเรื่องของวิทยาศาสตร์-เทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่ก็ครอบงำสังคมไทยอย่างไม่อาจปฏิเสธได้

ข้อความส่งท้าย

งานเขียนชิ้นนี้ขอร่วมยืนยันว่าการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเรื่องจำเป็น แต่มีความเห็นต่างไปบ้างเล็กน้อยว่า การปฏิรูปฯ ได้เกิดขึ้นแล้วไม่ว่าจะมีการดำเนินการปฏิรูปฯ อย่างเป็นทางการหรือไม่ เห็นได้จากการเกิดขบวนการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลายขึ้นมาแล้วในขณะนี้ ซึ่งนั่นก็หมายความว่า ขบวนการที่หลากหลายเหล่านั้นเป็นรูปธรรมของการเป็น “ผู้กระทำ” ของผู้คนซึ่งไม่ยอมให้ชีวิตถูกกำหนดอย่างสิ้นเชิงโดย “โครงสร้าง” ของ “ความทันสมัย” ที่มีวิทยาศาสตร์-การแพทย์สมัยใหม่ รัฐสมัยใหม่ และทุนนิยมอย่างที่เราเข้าใจกัน แต่ทั้งนี้ก็ไม่ให้หมายความว่าผู้คนเหล่านั้นจะปฏิเสธ “ความทันสมัย” อย่างสิ้นเชิงด้วยเช่นกัน สิ่งที่น่าจะสะท้อนให้เห็นคือผู้คนในสังคมไทยต้องการทางเลือกและคำตอบที่หลากหลายและอาจแตกต่างกันไปเพื่อที่จะได้เลือกใช้คำตอบเหล่านั้นในการตัดสินใจอย่างมีความรู้ข้อมูล การเลือกคำตอบจึงไม่ใช่ลักษณะถูก-ผิด หรือขาว-ดำเพียงอันใดอันหนึ่ง หากแต่เป็นคำตอบในลักษณะ ก. และ ข. และ ค..... ตามเงื่อนไขและกาลเทศะที่แตกต่างกันของแต่ละคน

การแพทย์สมัยใหม่ก็เช่นเดียวกับภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการเยียวยา คือต่างก็เป็นความรู้ที่ถูกประกอบสร้างขึ้นทางสังคมตามบริบททางประวัติศาสตร์ (เวลาและสถานที่) ตลอดจนสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ) ในขณะนั้น ฉะนั้นความรู้ทั้งสองชุดนี้จึงมีมิติทางอำนาจที่แตกต่างกัน ในขณะที่การแพทย์สมัยใหม่ถูกสถาปนาขึ้นมาในประเทศไทย พร้อมกับรัฐสมัยใหม่และทุนนิยมข้ามชาติ จึงมีอำนาจสูง ส่วนภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการเยียวยาถูกสถาปนาขึ้นมาโดย “ชาวบ้าน” ภายในบริบทของ “ชุมชน” แต่อิทธิพลของการแพทย์สมัยใหม่ รัฐสมัยใหม่และทุนนิยมข้ามชาติก็ไม่อาจครอบงำ “ชาวบ้าน” และ “ชุมชน” ได้เสียทั้งหมด “วิถีชาวบ้าน” และ “ชุมชน” ยังคงถูกผลิตซ้ำและผลิตใหม่มาเรื่อย ๆ มากบ้างน้อยบ้าง ชัดบ้าง ลางเลือนบ้าง แต่ก็ถือว่ายังไม่หมดไปแสดงให้เห็นว่า “การถูกครอบงำ” กับ “การต่อต้าน” สามารถดำรงอยู่ควบคู่กันไปได้ ทั้งนี้สองสิ่งนี้ก็มีความแตกต่างหลากหลาย กล่าวคือ การครอบงำก็มีหลายรูปแบบ การต่อต้านก็มีหลายรูปแบบเช่นกัน นอกจากนั้นยังควรต้องเน้นย้ำกันด้วยว่า การครอบงำของอำนาจนั้นไม่จำเป็นต้องมีภาพของการ “กดขี่” หรือ “ขูดรีด” เสมอไป ตรงกันข้ามอำนาจอาจมีภาพที่เป็นบวกเช่น อำนาจและการครอบงำของการแพทย์สมัยใหม่ เป็นต้น ที่สำคัญไม่น้อยคืออำนาจเกิดจากการใช้หรือการปฏิบัติ อำนาจไม่ได้มีเอาไว้เพื่อเก็บเอาไว้เฉย ๆ อำนาจจึงมีปฏิบัติการและปฏิบัติการของอำนาจเกิดผ่านการสร้างวาทกรรมที่ถูกผลิตออกมาโดยผู้ที่อ้างว่าเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ”ทั้งหลาย ซึ่งในบริบทของสังคมไทยปัจจุบันเราจะพบว่า “ผู้เชี่ยวชาญ” และ “วาทกรรม” อยู่มากมายเต็มไปหมดโดยเฉพาะวาทกรรมว่าด้วยสุขภาพด้านหนึ่งแสดงว่าสังคมไทยมีความแตกต่างและหลากหลายมากกว่าที่เคยเชื่อกัน แต่อีกด้านหนึ่งแม้จะดูเหมือนว่าอำนาจ/ความรู้เกิดการกระจายกระจาย แต่เราก็ยังพบว่าในปรากฏการณ์จริงเมื่อมองจากเรื่องสุขภาพ เราก็จะ

ยังเห็นการพยายามผูกขาดอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่โดยอาศัยอิงกับหลักวิทยาศาสตร์และกฎหมายอยู่อย่างเหนียวแน่น มีผลทำให้กระแสทางเลือกทั้งหลายต้องพยายามได้อยู่บนเส้นลวดของความเป็นวิทยาศาสตร์และถูกกฎหมาย ข้อนี้จะเห็นได้จากกรณี “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ด้านการเยียวยารักษาต้องอยู่ในกติกาดังกล่าว การใช้ยาสมุนไพร การบีบนิ้วกดทำได้ แต่การเสกเป่าเวทย์มนต์ คาถา สะเดาะเคราะห์อาจถูกข้อหาว่ามั่วไม่เป็นวิทยาศาสตร์ทั้ง ๆ ที่อาจมีส่วนช่วยให้หายทุกข์ หายโรค หายภัยอย่างน้อยก็ในทางใจได้ ส่วนเรื่องจิตวิญญาณนั้นเข้าใจว่ายังคงมีปัญหามิทางถ้อยคำ แม้ในทางปฏิบัติได้มีการเดินเส้นทางนี้แล้วก็ตาม

อำนาจของวาทกรรมสุขภาพชุดต่าง ๆ ทำให้เกิดการ “จับจ้อง” หรือ “เฝ้ามอง” “เฝ้าระวัง” ทางด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะด้านร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมและหรือการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารเสริม วิตามิน การจัดการกับเนื้อตัวร่างกาย รูปลักษณ์ทุกรูปแบบ ตั้งแต่การใช้เครื่องสำอาง การแต่งกายตามหรือไม่ตามแฟชั่น ไปจนถึงการทำศัลยกรรมเพื่อความงาม ความหล่อ และ “โหงวเฮ้ง” เป็นทางเลือกที่เป็นปกติธรรมดามากขึ้น แสดงให้เห็นว่าภายใต้กระแสสุขภาพมีเรื่องของ “อัตลักษณ์” เข้ามาซ้อนอยู่อย่างแนบเนียน แสดงให้เห็นถึงอะไร? ร่างกายของแต่ละคนก็เป็น “โปรเจ็ค” ได้โดยไม่จำเป็นต้องยุ่งเกี่ยวกับโปรเจ็คใหญ่ เช่น การปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูปสังคมไทยสู่สุขภาวะหรือประชาสังคม

การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่มีปัญหาในตัวของมันเอง ด้านหนึ่งเราเห็นปฏิบัติการด้านสุขภาพอนามัยเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวแล้ว แสดงว่าความรู้ ความคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป หรือจะพูดว่ากระบวนทัศน์ในความหมายที่คณะแม่บทที่ยึดเอาการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์แบบซึ่งไม่สามารถดำรงความเป็นแม่บทได้อย่างเคร่งครัด ฉะนั้นการจะปรับเปลี่ยนหรือไม่ปรับเปลี่ยนอย่างเป็นทางการอาจไม่สำคัญมากอย่างที่คิดและที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่งคือ พลังที่จะมีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ อาจเป็นพลังของตลาดที่ออกมาแสวงหาความรู้ชุดต่าง ๆ เพื่อนำเสนอทางเลือกที่หลากหลายให้กับผู้บริโภคมากมายหลายกลุ่มก็เป็นได้ แต่กระนั้นก็ตามตลาดกับ “สังคมที่มีสติ” ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ตลาดไม่สามารถนำไปสู่การมีจริยธรรมได้ ฉะนั้น อาจต้องกล่าวว่าสังคมแห่งสุขภาวะคือ สังคมที่เคารพสิทธิและเสรีภาพของผู้คนบนฐานของความแตกต่างหลากหลาย กระมัง? ...แต่นี้ก็เท่ากับว่าเราต้องยอมรับคุณค่าเหล่านี้ที่เป็นของความทันสมัยในฐานะที่เป็นกติกาสากลด้วยใช่ไหม? ... และนี่ก็เป็นคำถามที่ตามมา

สุดท้ายแล้วก็อาจต้องอาศัยวิธีคิดของคาร์ล พอปเพอร์ (โปรดย้อนไปดูบทที่สาม) เพื่อที่จะบอกว่าการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์สุขภาพอนามัยในสังคมไทยนั้นเขาเข้าจริง ๆ แล้วแม้ว่าจะมีจริง แต่ไม่สามารถทำนายได้ว่าเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ หรือก้าวจากจุดนั้นไปสู่จุดนี้ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เพราะว่าการเปลี่ยนแปลงสังคมถูกกระทบโดยการเติบโตของความรู้ ซึ่งโดยตัวของมันเองเป็นเรื่องที่ทำนายไม่

ได้อยู่แล้ว เพราะฉะนั้นสุขภาพจะจึงเป็นกระบวนการของการประชันขันแข่งแห่งการสร้างความรู้ที่หลากหลาย

บรรณานุกรม (ภาษาไทย)

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2546. 3 ปี บนเส้นทางปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : ออฟเซ็ทครีเอชั่น.
- _____. 2545. คนมองคนบนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ : บทสำรวจแนวความคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์. (เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยา). กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และพจน์ กริชไกรวรรณ, บก. 2545. **มิติสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง, บก. 2545. **พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- _____. 2535. **แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย**. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย. กองแผนงานสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2545. **สัณยวิทยา, โครงสร้างนิยม, หลัโครงสร้างนิยมกับการศึกษารัฐศาสตร์**. กรุงเทพฯ : วิชาษา.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. 2545. รายงานวิจัยเรื่อง **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : การแพทย์สมัยใหม่และระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทย**. มปป. : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- บรรจบ ชุณหสวัสติกุล. 2547. “หมอเถื่อนด้านการแพทย์ทางเลือก ปัญหาใหม่ที่สังคมต้องช่วยกันรับผิดชอบ” **มติชนสุดสัปดาห์**. 25, 1270. (ธันวาคม) : 92-93.
- ประทีป ชุมพล. 2545. **ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย**. กรุงเทพฯ : มติชน.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล นิภรณ์ สัณหจรียา และคันสนีย์ เรืองสอน., บก. 2542. **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : เจนเดอร์เพรส.
- ภัทริยา ณ นคร. 2544. **ลุคกิง กู๊ด = Looking Good**. กรุงเทพฯ : ฟิวเจอร์พับลิชชิง.
- ภาวดี วิเชียรรัตน์. 2544. **ดรีมส์ โปรเจกต์ = Dreams Project**. กรุงเทพฯ : ดอกหญ้า.
- ยศ สันตสมบัติ และคณะ. 2547. **นิเวศวิทยาชาติพันธุ์ ทรัพยากรชีวภาพ และสิทธิมนุษยชน**. เชียงใหม่ : วิทอินดีไชน์.
- _____. 2546. **พลวัตและความยืดหยุ่นของสังคมชาวนา : เศรษฐกิจชุมชนภาคเหนือและการปรับกระบวนการทัศน์ว่าด้วยชุมชนในประเทศโลกที่สาม**. เชียงใหม่ : วิทอินดีไชน์.

ศศิธร ไชยประสิทธิ์, บก. 2543. กระบวนทัศน์ในการศึกษาและพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย.

เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์.

สุรสม กฤษณะจุฑะ และคณะ. 2546. สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ : บทสำรวจเบื้องต้นเพื่อ
ทบทวนและท้าทายองค์ความรู้.

อุ๋นใจ เจียมบุรณะกุล. 2547. วาทกรรม “ความสวย” อัตลักษณ์กับวัฒนธรรมการบริโภค :
กรณีศึกษานักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต

สาขาพัฒนาสังคมเชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อำพล จินดาวัฒน์. 2546. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูป
ระบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

บรรณานุกรม (ภาษาอังกฤษ)

- Abbott, P. and Wallace, C. 1997. **An Introduction to Sociology : Feminist Perspectives.**
London and New York : Routledge.
- Amit, V. and Rapport, N. 2002. **The Trouble With Community : Anthropological
Reflections on Movement, Identity and Collectivity.** London : Pluto.
- Andermahr, S., Lovell, T., Wolkowitz, C. 1977. **A concise Glossary of Feminist Theory.**
London : Arnold.
- Anderson, B. 1983. **Imagined Communities.** London : Verso.
- Beck, U. 1992. **Risk Society.** London : Sage.
- _____. 1997. **The Reinvention of Politics : Rethinking Modernity in the Global Social
Order.** Cambridge : Polity.
- Bryson, V. 1999. **Feminist Debates: Issues of Theory and Political Practice.** London :
Macmillan.
- Connor, L. H. and Samuel, G., eds. 2001. **Healing Powers and Modernity : Traditional
Medicine, Shamanism and Science in Asian Societies.** Westport, Connecticut : Bergin
& Garvey.
- Counihan, C. M. 1999. **The Anthropology of Food and Body : Gender, Meaning and Power.**
New York : Routledge.
- Cunningham, A. and Andrews, B. 1997. **Western Medicine As Contested Knowledge.**
Manchester and New York : Manchester University.
- Donovan, J. 1992. **Feminist Theory: The Intellectual Traditions of American Feminism.**
New York : A Frederick Ungar Book.
- Foucault, M. 1970. **The Order of Things.** London : Tavistock.
- _____. 1977. **Discipline and Punish : the Birth of the Prison.** London : Penguin Books.
- _____. 1990. **The History of Sexuality : An Introduction.** New York : Vintage Books.
- Fraser, N. 1989. **Unruly Practices : Power, Discourse and Gender in Contemporary Social
Theory.** Minneapolis : University of Minnesota.
- Frazer, E. and Lacey, N. 1993. **The Politics of Community: A Feminist Critique of the
Liberal-Communitarian Debate.** Toronto : University of Toronto.

- Gamble, S., ed. 1999. **Critical Dictionary of Feminism and Post Feminism**. New York : Routledge.
- Good, B. 1994. **Medicine, Rationality and Experience : An Anthropological Perspectives**. Cambridge : Cambridge University.
- Gupta, A. and Ferguson, J., eds. 1999. **Culture, Power, Place: Explorations in Critical Anthropology**. Durham and London : Duke University.
- Hann, C. and Dunn, E., eds. 1996. **Civil Society : Challenging Western Models**. London: Routledge.
- Harding, Sandra, G. 1991. **Whose Science? Whose Knowledge? : Thinking From Women's Lies**. Ithaca, New York : Cornell University.
- Humm, M. 1995. **The Dictionary of Feminist Theory**. New York : Prentice Hall.
- Jackson, P. A. and Cook, N. M. 1999. **Genders & Sexualities in Modern Thailand**. Bangkok : Silkworm Books.
- Jolly, M. and Ram, K. 2001. **Borders of Being : Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and Pacific**. Ann Arbor : The University of Michigan.
- Kymlicka, W., 1991. **Liberalism, Community and Culture**. Oxford : Clarendon.
- Lindenbaum, S. and Lock, M., eds. 1993. **Knowledge, Power and Practice : The Anthropology of Medicine and Everyday Life**. Berkley : University of California.
- McClain, C. S., ed. 1995. **Women as Healers : Cross Cultural Perspectives**. New Brunswick, New Jersey : Rutgers University.
- Nicholson, L. J., ed. 1990. **Feminism/Postmodernism**. New York and London : Routledge.
- O'Donnell, M., 1997. **Introduction to Sociology**. Surrey : Thomas Nelson and Sons.
- Radley, A., ed. 1993. **World of Illness**. New York : Routledge.
- Ramazanoglu, C. and Holland, J. 2002. **Feminist Methodology : Challenges and Choices**. London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage.
- Ratcliff, K. S., ed. 1989. **Healing Technology : Feminist Perspectives**. Ann Arbor : The University of Michigan.
- Sen, Amartya. 1999. **Development as Freedom**. New Delhi : Oxford University.
- Weeks, J. and Holland, J. 1996 **Sexual Culture Communities, Values and Intimacy**. London : MacMillan.