

สังคมภาคเหนือในยุคทักษิณมิกซ์และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ¹

ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี²

วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 นับว่าได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อเศรษฐกิจการเมืองในสังคมไทย การเติบโตทางด้านเศรษฐกิจที่มีมาอย่างต่อเนื่องกว่าสี่ทศวรรษได้หยุดชะงักลง เช่นเดียวกับธุรกิจการส่งออก และเศรษฐกิจในแทบทุกภาคส่วน แต่ภาคการเกษตร กลับสามารถดำรงตนได้และได้รับผลกระทบจากวิกฤตดังกล่าวน้อยมาก (Ammar 1999) และกลับยังได้กลายเป็นแหล่งพักพิง หรือกระทิงทางเลือกให้กับแรงงานจำนวนมากที่พากันหลั่งไหลกลับสู่ชนบทเมื่อต้องเผชิญกับภาวะตกงาน

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคชนบทกลับเกิดขึ้นในรัฐบาลยุคต่อมาของนายกรัฐมนตริตักษิณ ชินวัตร ที่ได้ทุ่มเทเงินภาครัฐทั้งในและนอกงบประมาณแผ่นดินในการฟื้นฟูเศรษฐกิจ ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบทวิวิถี (dual track development strategy) ซึ่งดำเนินนโยบายคู่ขนานระหว่างการสนับสนุนการส่งออกและ การเปิดเสรีทางการค้า (FTA) ไปพร้อมๆกับการกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยการเพิ่มรายได้และการบริโภคของมวลชนรากหญ้า หรือที่เกษียร เตชะพีระเรียกว่า นโยบายเคนเซียนแบบรากหญ้า (Grassroots Keynesianism) นโยบายดังกล่าว ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดการขยายตัวอย่างสำคัญในเศรษฐกิจในระดับมหภาค แต่ยังก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการบริโภคของประชาชนในระดับรากหญ้า ภายใต้การส่งเสริมการใช้จ่ายในการบริโภค ผ่านมาตรฐานเงื่อนไขต่างๆ เช่น การพักหนี้ให้เกษตรกร Micro Finance กองทุนหมู่บ้าน สินเชื่อสำหรับพ่อค้าแม่ค้าหาบเร่ สินเชื่อ SME และ SML นโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) นโยบายแปลงทรัพย์สินให้เป็นทุน เป็นต้น

¹ บทความเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อพิจารณากรอบงานวิจัยสุขภาพที่ตอบสนองต่อพลวัตระบบสุขภาพภาคเหนือ พฤศจิกายน 2547

² อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเติบโตของเศรษฐกิจภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ภายใต้ยุทธศาสตร์ทวิวิถี หรือที่เรียกกันว่า ระบบอักษะอินมิกส์ (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์ 2547) ได้ก่อให้เกิดภาวะความขัดกัน (paradox) หลายประการด้วยกัน ในแง่หนึ่ง เกิดการขยายตัวอย่างไม่มีขีดจำกัดทางเศรษฐกิจทั้งในระดับมหภาค และในระดับรากหญ้า³ แต่ในขณะเดียวกัน ต้นทุนของความเฟื่องฟูทางเศรษฐกิจอันไร้ขีดจำกัดนี้ กลับได้แก่ภาวะหนี้สินที่พุ่งสูงขึ้นมากกว่ายุคใดๆที่ผ่านมา นับตั้งแต่ปี 2537 จนถึงปี 2545 หนี้สินต่อครัวเรือน เพิ่มขึ้น จาก 30,000 บาทต่อครัวเรือน ไปถึง 84,000 บาทต่อครัวเรือน โดยที่หนี้สินในกลุ่มครัวเรือนยากจนที่สุด เพิ่มขึ้น จาก 11,000 บาทต่อครัวเรือน ไปถึง 24,000 บาทต่อครัวเรือน และอัตราส่วนหนี้ต่อรายได้ เพิ่มขึ้น จาก 3.7 เท่าในปี 2537 เป็น 15 เท่าในปี 2547 (สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ อ้างในฟ้าเดียวกัน 2547) โดยส่วนใหญ่เป็นหนี้ที่เกิดจากการบริโภคมากกว่าหนี้จากการลงทุน ภาวะหนี้สินที่สูงมากเกินรายได้เช่นนี้ นับเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง เพราะไม่เพียงเป็นตัวบ่งชี้ถึงความอ่อนแอในความสามารถในการจัดการวิถีชีวิตของตนเองของประชาชน แต่ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญที่อาจนำไปสู่วิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับรากหญ้าได้ในอนาคต

นอกจากนี้แล้ว นโยบายการส่งเสริมการผลิต การส่งออก และการบริโภคในระดับรากหญ้า ยังเน้นที่การแข่งขัน ดังนั้น ในแง่หนึ่ง สังคมมีความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการผลิต และข้อมูลข่าวสารสมัยใหม่ มากยิ่งขึ้น มีการขยายตัวทางการค้าอย่างเสรีภายใต้ระบบเสรีนิยมทางเศรษฐกิจ ข้ามพรมแดนทางการเมือง แต่ขณะเดียวกัน ก็เกิดการกระจุกตัวของผู้มีอำนาจทางเศรษฐกิจเพียงไม่กี่กลุ่ม มีประชาชนเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น ที่ได้ประโยชน์จากการแข่งขันทางการค้า⁴ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเหล่านี้จึงได้ถ่วงช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างกลุ่มทุนและประชาชนผู้ยากจนมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็วดังกล่าว ย่อมมีผลโดยตรงต่อภาวะทางด้านสุขภาพของประชาชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาวิเคราะห์อย่างจริงจัง ทั้งนี้ งานศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นเพียงสาเหตุของปัญหาเฉพาะเรื่อง หรือมีเช่นนั้น ก็เน้นที่ตัวโรคต่างๆ โดยขาดการเชื่อมโยงถึงบริบททางสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีแนวโน้มในการมองปัญหาสุขภาพของประชาชนที่หยุดนิ่ง และขาดการเชื่อมโยงกับบริบททางสังคม บทบาทความขึ้นนี้ ต้องการประมวลให้เห็นถึงแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสังคมภาคเหนือในช่วง

³ ภาวะความเฟื่องฟูทางการเงินและการบริโภคอย่างกว้างขวาง ทำให้รัฐบาลคาดการณ์ว่าในปี 2548 GDP ของประเทศจะเติบโตถึง 8% หรือกระทั่ง 10 %

⁴ ตัวอย่างที่ชัดเจนคือกรณี OTOP ซึ่งจากผู้ผลิตรายย่อย 2 แสนกว่ากลุ่ม จะมีเพียงไม่กี่พันรายเท่านั้น ที่ประสบความสำเร็จเป็นตัวแทนในระดับ 5 ดาว หรือแม้แต่อุตสาหกรรมชุมชนเช่นการผลิตเหล้าพื้นบ้าน ในปัจจุบันอุตสาหกรรมโดยชุมชนเหล่านี้จำนวนมาก ได้กลายสภาพเป็นเพียงผู้ผลิตป้อนให้กับโรงงานขนาดใหญ่

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระบบสังคมเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมในยุคทักษิณมิกส์ และนโยบายที่มีต่อปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย ทั้งนี้ เพื่อชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มความเสี่ยงและพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในกลุ่มสังคมต่างๆ อันเป็นผลมาจากเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนวิเคราะห์ให้เห็นถึงอำนาจในการจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งในระดับปัจเจก และระดับสถาบันที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากเงื่อนไขดังกล่าว ทั้งนี้ โดยจำแนกความเปลี่ยนแปลงใน**สามบริบท**ด้วยกัน คือ การเติบโตอย่างรวดเร็วของเมืองศูนย์กลางและการขยายตัวของภาวะกึ่งเมืองกึ่งชนบท การเคลื่อนตัวของทุนการเงินและทุนอุตสาหกรรมเข้าสู่ชนบท และการเฟื่องฟูของการค้าขายแดนกับผลกระทบต่อชีวิตในพรมแดน โดยจะวิเคราะห์ให้เห็นถึงความเสี่ยงทางด้านสุขภาพใหม่ๆที่เกิดขึ้นในบริบทความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในภาคเหนือ ตลอดจนการปรับตัวต่อปัญหาของกลุ่มต่างๆ และในตอนท้าย บทความจะนำเสนอบทสะท้อนความคิดเห็น (reflection) อันได้จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพในภาคเหนือที่ผ่านมา พร้อมข้อเสนอแนะ

สังคมภาคเหนือและการเปลี่ยนแปลงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ

ภาวะถดถอยในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ และการถูกเลิกจ้างงาน ในช่วงปี 2540 ได้ก่อให้เกิดการชะงักงันทางเศรษฐกิจ ทั้งในด้านการผลิตและการค้า สำหรับในภาคชนบทในช่วง ก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจนั้น สภาพเศรษฐกิจเฟื่องฟูอย่างมากพร้อมๆกับการขยายตัวอย่างรวดเร็วของเมืองและภาคอุตสาหกรรม ซึ่งได้ดึงดูดแรงงานจากภาคเกษตรที่มีค่าจ้างต่ำ อันมีผลทำให้ค่าจ้างการเกษตรในชนบทเพิ่มสูงขึ้น ในภาคเหนือ การเก็งกำไรที่ดินได้ก่อให้เกิดการขายที่ดินเกษตรกรรมจำนวนมาก และการขยายตัวของการรับจ้างงานก่อสร้างและการจ้างงานด้านต่างๆ อย่างไรก็ตาม ในขณะที่แรงงานในเมืองได้รับผลกระทบโดยตรงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจากการเลิกจ้างงาน ชาวบ้านในภาคชนบทไม่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจและการลดค่าเงินบาทโดยตรง แต่ผลกระทบโดยตรงจะมาจากต้นทุนการผลิต และค่ารักษาโรคที่เพิ่มสูงขึ้น (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2543) ในขณะที่รายได้จากการปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อส่งออกดีขึ้นเล็กน้อย ตลอดจนมีการลดการใช้จ่ายและการบริโภคสินค้าที่ฟุ่มเฟือยลงและหันมาพึ่งตนเองในการผลิตอาหารมากขึ้น (อึ้งแล้ว)

อย่างไรก็ตาม ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอันมีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายและงบประมาณในภาครัฐเพื่อลดค่าใช้จ่าย ก็ได้มีส่วนทำให้ในภาคบริการด้านสุขภาพ ได้หันกลับมาทบทวนทิศทางการดูแลสุขภาพในประเทศไทย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเงินอันจำกัดด้วยเช่นกัน

โดยเริ่มพิจารณาถึงยุทธศาสตร์งานด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยต้นทุนที่ต่ำ ความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพในแง่หนึ่ง มีผลโดยตรงมาจากการตระหนักรู้ว่า ปัญหาสุขภาพที่ทวีความซับซ้อนขึ้น เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่สภาวะโรคใหม่ๆ ทั้งโรคที่เกิดจากสภาวะการทำงาน และโรคจากพฤติกรรมการใช้บริโภค เหล่านี้ไม่อาจแก้ปัญหาได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขภายใต้แนวคิดแบบเดิมๆอีกต่อไป (สาธารณสุขจังหวัดน่าน 2543) เป็นที่น่าสังเกตว่า ความพยายามปรับกระบวนการทัศน์และแนวทางการทำงานด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เริ่มเกิดขึ้นไม่เฉพาะในระดับนโยบายเท่านั้น แต่ได้มีการคิดริเริ่มจากในระดับท้องถิ่นเองด้วยเช่นกัน โดยในภาคเหนือเริ่มมีการพัฒนาการทำงานร่วมกับประชาคมหลายแห่ง เช่นในจังหวัดน่าน เป็นต้น

หากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในต้นทศวรรษ 2540 ได้มีส่วนช่วยในการให้สติแก่สังคมในทุกภาคส่วน ในการทบทวนตนเอง และพิจารณาแนวทางการพึ่งตนเองทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ นโยบายการฟื้นฟูเศรษฐกิจ ภายใต้นโยบายรัฐบาลทักษิณ กลับมุ่งเน้นทิศทางตรงกันข้าม แนวทาง Keynesianism ในภาคเหนือ ได้เปลี่ยนโฉมหน้าสังคมและเศรษฐกิจในภาคเหนืออย่างมีนัยยะสำคัญ ทั้งนี้การวางยุทธศาสตร์การพัฒนาภาคเหนือ ในสหัสวรรษใหม่ มุ่งเน้นให้ภาคเหนือ เป็นศูนย์กลางทางอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว และทางการค้าที่เชื่อมต่อกับประเทศในอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขงตอนบน ในด้านการเกษตร เน้นแนวทางการปรับโครงสร้างการผลิตจากเกษตรดั้งเดิมผู้เกษตรเพื่อส่งออกและเกษตรแปรรูป เพื่อการแข่งขันภายใต้กติกา WTO ในด้านอุตสาหกรรม เน้นการย้ายฐานการผลิตสินค้าขึ้นปฐมนำไปยังประเทศเพื่อนบ้าน พัฒนาระบบการผลิตร่วมกับเพื่อนบ้าน ตลอดจนขยายตลาดสินค้าส่งออก ด้านการค้าและการลงทุน เน้น การพัฒนาจังหวัดชายแดนและเมืองศูนย์กลางหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เขตเศรษฐกิจพิเศษ เชียงใหม่-เชียงราย-ลำพูนและแม่สอด-ตาก-สุโขทัย-พิษณุโลก ภายใต้โครงการต่างๆ เช่น โครงข่ายพลังงาน (power grid) การพัฒนาถนนเชื่อมโยงไทย-พม่า-สิบสองปันนาและลาว การพัฒนาการเดินเรือสินค้าลุ่มน้ำโขง การจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมเชียงราย การพัฒนาเมืองพิษณุโลกให้เป็นเมืองศูนย์กลางเชื่อมโยงการพัฒนาแนวตะวันออก-ตะวันตก (East-West Corridor) การพัฒนาโครงข่ายท่องเที่ยว ภายใต้โครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง (North-South Tourism Corridor) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2540) เป็นต้น

ยุทธศาสตร์การพัฒนาดังกล่าว นำมาสู่การทุ่มเทงบประมาณเพื่อขยายโครงสร้างพื้นฐานและการขยายอุตสาหกรรมด้านต่างๆ ในทุกระดับ เพื่อรองรับการเติบโตทางเศรษฐกิจทั้งในภาคเมือง ชนบท และเมืองชายแดน เพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการค้าทั้งในประเทศ และข้ามพรมแดน

⁵ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้นถึง 16 % ต่อปี โดยในปี 2543 ซึ่งยังคงอยู่ในช่วงเศรษฐกิจถดถอย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพยังคงสูงถึง 250,000 ล้านบาท (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน 2543)

ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ดำเนินควบคู่ไปกับนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจในระดับรากหญ้าของรัฐบาล ซึ่งไม่เพียงก่อให้เกิดภาวการณ์ขยายตัวของทั้งภาคการผลิตและการบริโภค ตลอดจนการจับจ่ายใช้สอยในภาคประชาชนที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ยังก่อให้เกิดการขยายตัวของอุตสาหกรรมในระดับท้องถิ่น ทั้งอุตสาหกรรมเกษตร หัตถอุตสาหกรรม ภายใต้การส่งเสริมอุตสาหกรรมหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และธุรกิจ SMEs ต่างๆ

การขยายตัวของอุตสาหกรรม ยังได้พัฒนาลักษณะการจ้างงานนอกโรงงาน หรือการจ้างงานที่มีลักษณะยืดหยุ่นมากขึ้น (flexible employment) อันเป็นปรากฏการณ์ของการเข้าสู่ระบบการผลิตแบบทุนนิยมในยุคหลัง (late capitalism) ที่กระบวนการผลิตสามารถกระจายออกจากกัน และไม่จำเป็นต้องใช้แรงงานที่มีความชำนาญการพิเศษมากนัก การกระจายการจ้างงานไปในชนบทและชานเมืองในรูปแบบของการรับงานไปทำที่บ้าน อุตสาหกรรมลูกช่วงหรือการรับเหมาช่วง การรับงานตามคำสั่งซื้อในหมู่บ้าน จึงขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อุตสาหกรรมตัดเย็บ แกะสลัก และสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ก่อให้เกิดการจ้างงานนอกระบบ ซึ่งยังประโยชน์แก่นายจ้าง เพราะเป็นการลดต้นทุนการผลิตและภาระสวัสดิการลูกจ้างลง แต่ขณะเดียวกัน กลับเพิ่มภาวะความเสี่ยงด้านความปลอดภัยและสุขภาพให้กับชาวบ้าน ซึ่งต้องกลายสภาพเป็นแรงงานนอกระบบที่ไร้สวัสดิการ ไร้อำนาจการต่อรอง และขาดอำนาจในการจัดการสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

หลังวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา ภาคเหนือ ได้ถูกจัดวางตำแหน่งแห่งที่ ให้เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจที่เชื่อมต่อกับภูมิภาคต่างๆทั่วโลก อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำมาสู่การพลิกโฉมหน้าทางสังคมและเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม แนวยุทธศาสตร์ดังกล่าว กลับไม่ได้ให้ความสำคัญนักกับผลกระทบและความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของสังคม กว่าทศวรรษของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อชุมชนในภาคเมือง ในชนบท บนที่สูง และในเขตชายแดน ที่แตกต่างกัน โดยอาจจำแนกได้ดังนี้

การรวมศูนย์ของเมือง และการขยายตัวของภาวะกึ่งเมืองกึ่งชนบท

การขยายตัวของเมืองในภาคเหนืออยู่ในอัตราประมาณ 3-4% ต่อปี โดยจะขยายตัวสูงเฉพาะในเมืองศูนย์กลางความเจริญและเมืองชายแดน อันได้แก่ เชียงใหม่ พิชญ์โลก เชียงราย ดาก และแม่สอด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2540) การเติบโตอย่างปราศจากการควบคุมของเมืองศูนย์กลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เชียงใหม่ เป็นประเด็นที่น่าวิตกและกังวลในหมู่นักวิชาการ และประชาสังคมมาเป็นเวลากว่าทศวรรษ (โปรดดู ดวงจันทร์ อาภาวัชรุตม์ เจริญเมือง 2536; 2543 นพดล มูลสิน 2537, ดนัย กล่าวแล้ว และดวงจันทร์ อาภาวัชรุตม์) ดวงจันทร์ อาภาวัชรุตม์ เจริญเมือง (2536) ได้วิเคราะห์สาเหตุของการเจริญเติบโตอย่างไร้การควบคุมของเมืองเชียงใหม่ว่า เกิดจากสาเหตุสำคัญอย่างน้อย 4 ประการด้วยกัน คือ ประการแรก นโยบาย

การพัฒนาแบบรวมศูนย์ โดยที่เชียงใหม่ได้ถูกพัฒนาให้กลายเป็นเมืองหลักในภูมิภาค (Regional Primate City) ที่รวมศูนย์ทุกอย่างไว้ที่เมือง โดยปราศจากการวางแผนล่วงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคมนาคมขนส่ง เป็นการเจริญเติบโตแบบก้าวกระโดด โดยปราศจากระบบสาธารณูปโภค รองรับ ก่อให้เกิดการกระจุกตัว และรวมศูนย์การเติบโต ในขณะที่เมืองเติบโตไปอย่างรวดเร็ว มีการหลั่งไหลของคนเข้ามาทำงานและอาศัยอยู่ในเมืองเชียงใหม่ แต่เชียงใหม่กลับปราศจากระบบขนส่งมวลชน ทำให้จำนวนยานยนต์ส่วนตัวเพิ่มขึ้นอย่างมากมาย กลายเป็นสาเหตุหลักของปัญหาจราจร อุบัติเหตุ และมลพิษทางอากาศ ที่ทวีความรุนแรงและกลายเป็นปัญหาสำคัญอันเนื่องมาจากบริบทของภูมินิเวศของเมืองในหุบเขาที่มีการถ่ายเทของอากาศจำกัด

ประการที่สอง การวางผังเมืองที่มุ่งแต่จะรองรับการขยายตัวทางการค้าและการท่องเที่ยว มากกว่าการคำนึงถึงคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดการขยายตัวของเมืองอย่างไร้ทิศทาง และการใช้ที่ดินที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจสังหาริมทรัพย์ ที่ได้รุกเข้าไปในเขตชนบทและเกษตรกรรม การผุดขึ้นของอาคารสูงรुकล้ำเขตที่พักอาศัย โบราณสถาน และสถานที่ทางศาสนา สร้างปัญหาทางสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ตลอดจนสุขภาพจิตของผู้คนที่อาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าว

ประการที่สาม การเน้นความสำคัญแต่เพียงเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว ทำให้เมือง มีฐานะเพียงการสนับสนุนการขยายตัวทางการค้าและอุตสาหกรรม การขยายตัวดังกล่าวเป็นไปในขนาดที่ใหญ่ขึ้น เมื่อภาคเหนือถูกจัดวางให้เป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อการค้าในระดับภูมิภาค ทั้งนี้ โดยไม่มีการพิจารณาถึงขีดจำกัด (limit) ของความสามารถในการรองรับการเติบโต และผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จะมีต่อชุมชนในเมือง

ประการที่สี่ การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจและวางแผนในยุทธศาสตร์การเติบโตดังกล่าว ยังผลให้ขาดความตระหนักในปัญหาอันจะเกิดขึ้น

ทิศทางการพัฒนาดังกล่าว ได้ทำให้เมืองหลักเช่นเชียงใหม่ กลายเป็นศูนย์กลางในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการจ้างงาน การค้า การเงินการธนาคาร และการท่องเที่ยว การรวมศูนย์ดังกล่าว ดำเนินไปบนพื้นฐานของแผนการควบคุมที่อ่อนแอ ก่อให้เกิดการใช้ที่ดินผิดประเภท เช่น การสร้างอาคารสูงในที่ๆ ไม่เหมาะสม การรुकล้ำพื้นที่เกษตรกรรม และรบกวนหรือทำลายสถานที่ทางประวัติศาสตร์หรือศาสนา จากงานศึกษาของลำดวน ศรีศักดิ์และคณะ (2546) พบว่า ในสองทศวรรษที่ผ่านมา เมืองเชียงใหม่ขยายตัวออกไปทุกทิศทางยกเว้นทิศตะวันตก ซึ่งผลจากการขยายตัวของบ้านจัดสรรจำนวนมากในเขตชานเมือง ทำให้การเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองของประชาชนมีระยะทางที่ไกลขึ้น ควบคู่กับอัตราการใช้นยานพาหนะที่เพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด⁶

⁶ การเพิ่มขึ้นของจำนวนยานพาหนะอยู่ที่ 15% ต่อปี ซึ่งแม้ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ จำนวนยานพาหนะก็ไม่ได้ลดลง เพียงแต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเท่านั้น (ลำดวนและคณะ, อ้างแล้ว) โดยมากกว่า 80% ของประชาชนในใช้

งานศึกษาของดวงจันทร์ (2536) ยังได้ชี้ให้เห็นถึง ภาวะความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจและสังคม ระหว่างเมืองและชนบท อันเป็นผลมาจากการเน้นสร้างเมืองหลักให้เจริญเติบโต โดยละเลยชุมชนชนบท ก่อให้เกิดการหลั่งไหลเข้ามาของคนยากจน ทั้งคนจนในชนบทและกลุ่มชาติพันธุ์บนที่สูง เข้ามาประกอบอาชีพหาบเร่แผงลอย และเป็นลูกจ้างในภาคบริการต่างๆ ในเชียงใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมาก⁷

ผลกระทบหนึ่งของการรวมศูนย์ของเมืองและการรุกร้าของเมืองเข้าไปในชนบท คือการเกิดขึ้นของภาวะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความล้มเหลวในภาคเกษตร ได้ทำให้ที่ดินเกษตรกรรมจำนวนมากกลายสภาพเป็นบ้านจัดสรร รีสอร์ท สวนผลไม้ของนายทุนภายนอก ในขณะที่หมู่บ้านในเขตอำเภอที่อยู่ภายในรัศมี 15-20 กิโลเมตรใกล้เมืองเชียงใหม่ ได้เปลี่ยนสภาพจากสังคมเกษตรกรรม กลายเป็นเพียงแหล่งที่พัก (dormitory) ของแรงงานที่เข้ามาทำงานในเชียงใหม่แบบไปเช้า เย็นกลับ ซึ่งทวีจำนวนสูงขึ้นจากนโยบายการขยายถนนในแนวรัศมีเข้าออกเมือง และการก่อสร้างถนนวงแหวนผ่านที่เกษตรกรรม ซึ่งเมื่อปราศจากระบบขนส่งมวลชนแล้ว ทำให้ปริมาณการใช้รถส่วนตัวในการเดินทางเข้าออกเชียงใหม่ เป็นไปอย่างเข้มข้นและแออัด

การเติบโตอย่างขาดการวางแผนของเมืองยังได้สร้างผลกระทบต่อแม่น้ำปิง อันเป็นแม่น้ำสายหลักในภาคเหนือ โดยการศึกษาของ สมพร จันทรและคณะ (2546) พบว่า แม่น้ำปิงมีขนาดแคบลงและตื้นเขิน เน่าเสีย เกิดการพังทลายของหน้าดินบริเวณริมตลิ่งจากการบุกรุกที่เพื่อประกอบกิจการธุรกิจและการเกษตร การดูดทราย การคาดซีเมนต์ตลิ่ง ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านสุขภาพสังคม เช่น การลดลงของการจัดกิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณี และด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากภาวะเน่าเสียของแม่น้ำ

การพัฒนาเมืองหลักในทิศทางที่รวมศูนย์ และเน้นแต่เพียงการลงทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจระดับมหภาคในภูมิภาค โดยละเลยการวางแผนและจัดการทางสังคมที่เหมาะสม ได้ทำให้เมืองหลักเช่นเชียงใหม่ กลายเป็นเมืองท่องเที่ยวที่ประสบกับวิกฤตทางด้าน

รถส่วนตัวในการเดินทาง ซึ่งจากการสำรวจของลำดวนและคณะ ในปี 2545 สัดส่วนของผู้ใช้รถขนส่งสาธารณะได้ลดลงจากเดิม

⁷ จากการศึกษาการหลั่งไหลเข้าทำงานในเมืองของกลุ่มชาติพันธุ์บนที่สูงในภาคเหนือของ ขวัญชีวัน บัวแดง และคณะ (2546) ได้ประเมินว่ามีกลุ่มชาติพันธุ์เข้ามาทำงานในเชียงใหม่ไม่น้อยกว่า 2 หมื่นคน โดยแยกประกอบอาชีพด้านต่างๆ เช่น กลุ่มอาข่านิยมทำธุรกิจผลิตสินค้าหรือหาสินค้ามาขายในย่านไนท์บาซาร์ กลุ่มเมี่ยนนิยมทำธุรกิจขายน้ำเต้าหู้ในตลาดต่างๆ กับเป็นช่างทำเครื่องประดับเงินและทอง กลุ่มม้งนิยมทำโรงงานผลิตเครื่องสำอางค์ของที่ระลึกแก่นักท่องเที่ยว ตลอดจนขายผลผลิตทางการเกษตรตามตลาดสด กลุ่มลีซูทำการค้าขายของที่ระลึกให้นักท่องเที่ยวและทำงานด้านบริการ ส่วนกลุ่มกะเหรี่ยงกับกลุ่มลาหู่ก็นิยมรับจ้างทั่วไปตามปั้มน้ำมันตามบ้านและสถานที่ทั่วไป

สุขภาพที่รุนแรงมากที่สุดเมืองหนึ่งในประเทศ ในขณะที่ประชาชนมีอำนาจและทางเลือกในการจัดการสุขภาพของตนเองไม่มากนัก

ข้อพิจารณาด้านสุขภาพ

ปัญหาหมอกพิษได้กลายเป็นปัญหาที่ทวีความวิกฤตขึ้นเรื่อยๆ ในสังคมเมืองเชียงใหม่ หมอกพิษจากอากาศ ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยจากโรคระบบทางเดินหายใจ เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิด ในระหว่างปี 2537-2542 เพิ่มขึ้นจาก 33,000 คนต่อ 1 แสนประชากร เป็น 42,700 คนต่อ 1 แสนประชากร (ลำดับ และคณะ 2546) ทั้งนี้ อัตราผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจของเชียงใหม่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ คือ โดยเฉลี่ย 40-60 คนต่อประชากร 1 แสนคนต่อปี (ไมตรี สุทธิจิตต์ 2543) โดยอัตราผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและมะเร็งอื่นๆ จะอยู่ในอำเภอเมือง สันทราย และสารภี มากที่สุด โดยทั้งสามอำเภออยู่ในเขตเมืองและใกล้เมืองทั้งสิ้น ทั้งนี้ เป็นผลโดยตรงจากการรวมศูนย์ของเมือง การบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น และสภาพการจราจรแออัด⁸ ควบคู่ไปกับบริบททางภูมินิเวศหุบเขาแบบแอ่งกระทะของเมืองเชียงใหม่เอง

การขยายตัวของอาคารสูงในเมืองเชียงใหม่อย่างขาดการวางแผนและการจัดการที่เหมาะสม ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่รอบอาคารและประชาชนทั่วไป จากการศึกษาของพงศ์เทพ วิวรรณเดช และคณะ (2545) พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพกายเกิดจากสาเหตุทางอ้อมจากอาคารสูงเช่น ปรากฏการณ์โดมความร้อนในเขตเมืองซึ่งก่อให้เกิดสารมลพิษทางอากาศหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ ภาวะความเครียดยังก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ซึ่งจากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ที่อยู่รอบอาคารและประชาชนทั่วไปมีปัญหาสุขภาพต่างๆ สูงกว่าผู้ที่อยู่ในอาคาร และกลุ่มที่มีอายุมากและอาศัยอยู่ในเมืองเชียงใหม่มานานมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพมากกว่า

ปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การขาดระบบขนส่งมวลชนที่เหมาะสม ทำให้อุบัติเหตุจากรถส่วนตัวในเขตเชียงใหม่มีอัตราที่สูง กล่าวคือ ในปี 2545 อัตราการตายของชาวเชียงใหม่จากอุบัติเหตุรถยนต์สูงถึง 28 คน/ประชากร 1 แสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งอยู่ที่ 20 คน/ประชากร 1 แสนคน (ลำดับและคณะ, อ้างแล้ว)

⁸ จากการสำรวจแหล่งมลพิษในเขตเชียงใหม่ โดยโครงการศึกษาพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามลภาวะทางอากาศของประชาชนในเมืองเชียงใหม่ สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในเดือนสิงหาคม 2547 พบว่า ที่มาของมลพิษทางอากาศที่สำคัญ 5 แหล่ง ประกอบด้วย การเผา รื้อบ้าน (ปิ้งย่าง) อุตสาหกรรมอุตสาหกรรม การจราจร และการก่อสร้าง โดยการเผาหญ้าและขยะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด ในขณะที่การจราจรแออัดเป็นสาเหตุที่สำคัญรองลงมาเป็นอันดับ 4 อย่างไรก็ตาม มลพิษทางอากาศจากการจราจร อาจมีความเสี่ยงสูงกว่าสาเหตุประเภทอื่นๆ เพราะควันจากรถยนต์มีสารก่อมะเร็งและโลหะหนัก นอกเหนือไปจากฝุ่นละอองและก๊าซต่างๆ ที่เกิดจากการเผาในที่โล่ง

นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในกลุ่มคนพื้นราบ แต่ยังรวมไปถึงกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆที่หลั่งไหลเข้ามาเป็นแรงงานราคาถูกในเมือง ในภาคต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคบริการ ชาวเขาที่มีสัญชาติไทยและมีบัตรประชาชนนั้น ยังพอจะสามารถพึ่งพาบริการของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ แต่ชาวเขาจำนวนมาก ทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศมานานแล้ว แต่ไม่มีบัตรประชาชน และที่เป็นแรงงานอพยพจากพม่า ไม่สามารถพึ่งพาแหล่งสวัสดิการทางสุขภาพใดๆได้

การเคลื่อนตัวของอุตสาหกรรมเข้าสู่ชนบท และการขยายตัวของเกษตรอุตสาหกรรม

ภาคชนบทในภาคเหนือ ได้ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบทุนนิยมมานานไม่น้อยกว่ากึ่งศตวรรษ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงได้ทวีความเข้มข้นมากยิ่งขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่เน้นการแข่งขันกับตลาดภายนอก ในด้านการเกษตร ภายใต้แนวทางการปรับโครงสร้างการผลิตสินค้าเกษตร จากเกษตรดั้งเดิมสู่เกษตรเพื่อการส่งออกและเกษตรแปรรูป เพื่อแข่งขันในกติกา WTO ตลอดจนการสนับสนุนการขยายตัวของภาคธุรกิจเกษตรอุตสาหกรรม การส่งเสริมการปลูกพืชที่มีมูลค่าสูงและใช้พื้นที่น้อย เช่น ไม้ผลและพืชผักเพื่อการส่งออก ได้ก่อให้เกิด ปัญหาในภาคการเกษตรมาโดยตลอด จาก ปัญหาพืชผลราคาผันผวน ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น พื้นที่เพาะปลูกมีจำกัดในการขยาย การเผชิญการแข่งขันอย่างรุนแรงและการกีดกันทางการค้าจากต่างประเทศ การปลูกพืชเชิงเดี่ยวซึ่งมีการใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืชอย่างเข้มข้น มีผลทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงและสร้างปัญหาต่อสุขภาพของชาวบ้าน ภาวะภัยจากธรรมชาติ เหล่านี้ได้กลายเป็นเงื่อนไขที่ผลักดันในภาคการเกษตรอยู่ในภาวะที่ยากลำบากทั้งในแง่เศรษฐกิจและการดำรงชีพ

แนวโน้มของปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในภาคการเกษตรมีลักษณะที่รุนแรงขึ้นส่วนหนึ่ง มีสาเหตุมาจากการขยายตัวของระบบเกษตรแบบพันธะสัญญา และเกษตรอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ซึ่งไม่เพียงแปรสภาพเกษตรกรให้กลายเป็นเพียงแรงงานในการผลิต ที่ขาดอำนาจตัดสินใจ แต่ยังทำให้สุขภาพของเกษตรกรเสื่อมโทรมลงจากการสัมผัสกับสารเคมีทางการเกษตรที่พิษ ในกรณีของระบบเกษตรแบบพันธะสัญญา ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากการสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจในกระบวนการผลิต และระบบการผลิตที่เข้มข้น ทั้งนี้ บริษัทจะกำหนดและควบคุมกระบวนการปลูกทุกขั้นตอน ทั้งระยะเวลาการปลูก การผสมเกสร การทำลายพันธุ์แปลกปลอม การสร้างมาตรฐานความบริสุทธิ์ของเมล็ดพันธุ์และการตั้งราคาในการรับซื้อ มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวนมากและบ่อยครั้ง ซึ่งพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ในระบบดังกล่าวมีสุขภาพที่เสื่อมโทรมลงอย่างรวดเร็ว และบางรายเสียชีวิตในขณะที่ทำการผลิต นอกจากนี้ วิกฤตของสุขภาพยังขยายไปยังชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงสวนเกษตรขนาดใหญ่ที่มีการใช้ยาปราบศัตรูพืชอย่างเข้มข้น เช่นกรณีปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนในเขตสวนส้ม อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จะได้มีการริเริ่มการทำเกษตรกรรมแบบลดการใช้สารเคมีทางการเกษตรทั้งในพื้นที่ราบและพื้นที่สูง ภายใต้การส่งเสริมของ

องค์กรพัฒนาเอกชน รวมถึงโครงการหลวง แต่ปริมาณการนำเข้าสารเคมีจากต่างประเทศกลับยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดดตลอดมา⁹

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 และนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจชุมชนของรัฐบาลตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา ยังได้เปลี่ยนสภาพชุมชนชนบทในภาคเหนือให้กลายเป็นแหล่งอุตสาหกรรมทั้งขนาดกลาง และขนาดย่อม ภายใต้การส่งเสริมของโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ กองทุนหมู่บ้าน พระราชบัญญัติวิสาหกิจชุมชน การนำงานการผลิตชิ้นส่วนต่างๆของโรงงานอุตสาหกรรมไปยังหมู่บ้าน ชนบท ก่อให้เกิดการขยายตัวของแรงงานนอกระบบ และการรับงานไปทำที่บ้านเป็นจำนวนมาก โดยใน ไตรมาสที่ 1 ของปี พ.ศ.2547 มีจำนวนถึง 19,241,800 คน ซึ่งเกินกว่า 50 % ของแรงงานทั้งหมด (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2547) ในภาคเหนือ นั้น อุตสาหกรรมส่วนใหญ่ ได้แก่ แกะสลักไม้ จักสาน แอนดิก ตัดเย็บเสื้อผ้า ทอผ้า ดอกไม้ประดิษฐ์ ผลิตภัณฑ์จากไม้ และแปรรูปสินค้าเกษตร เช่น ลำไยอบแห้ง เป็นต้น โดยลักษณะของการจ้างงาน มีหลายลักษณะ เช่น การรับเหมาช่วง การรับงานตาม คำสั่งซื้อ การผลิตเองขายเอง และการเป็นเจ้าของกิจการเอง โดยในสองลักษณะแรก ชาวบ้านจะมีอำนาจ ในการต่อรองน้อยที่สุด ทั้งนี้ค่าจ้างต่อชิ้นจะต่ำมาก¹⁰ การจ้างงานในลักษณะนี้เป็นการลดต้นทุนการผลิต ของโรงงานในส่วนค่าจ้างแรงงานและสวัสดิการต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ และค่าอุปกรณ์เครื่องมือ ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ เพื่อให้มีรายได้พอเพียง ผู้ทำการผลิตจึงมักมุ่งที่จะผลิต ให้ได้ปริมาณที่มาก โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น การขยายตัวของ อุตสาหกรรมเข้าไปในครัวเรือนและชุมชน มีแนวโน้มที่จะสร้างปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ไม่น้อยไปกว่าในระบบโรงงาน ทั้งนี้ เนื่องเพราะเป็นการนำกระบวนการผลิตที่มีความเสี่ยงจากการใช้ สารเคมีเข้ามาอยู่ภายในบริเวณบ้านและชุมชน ซึ่ง มักไม่มีมาตรการป้องกันหรือจัดการต่อปัญหา สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เหมาะสม

สำหรับในเขตพื้นที่สูง ภายใต้นโยบายการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของรัฐซึ่งเน้นการจำกัด การใช้ที่ดินทำกิน ตลอดจนการห้ามชุมชนทำไร่หมุนเวียน ได้มีผลให้กลุ่มชาติพันธุ์บนที่สูงจำนวนมาก ต้องสูญเสียที่ดินทำกิน และเปลี่ยนจากระบบเกษตรแบบยังชีพที่พึ่งตนเอง ไปสู่เกษตรเชิงเดี่ยวเพื่อขาย Kundstadter (1997) ได้ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการสูญเสียอำนาจในการจัดการสิ่งแวดล้อมของ ชนบนที่สูง และปัญหาสุขภาพที่เสื่อมโทรมลง ทั้งนี้เพราะชุมชนถูกบังคับให้มีทางเลือกน้อยลงทางการ เกษตร และทำให้จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการผลิตที่เน้นความเข้มข้นของปริมาณการผลิตในพื้นที่อันจำกัด และใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อร่างกายในปริมาณที่เพิ่มสูงขึ้น ข้อที่น่าวิตกคือ ความเสี่ยงจากการสัมผัส

⁹ ในปี 2541 ประเทศไทยนำเข้าสารเคมีปราบศัตรูพืชในปริมาณ 32,552 ตัน ในมูลค่า 5,376.76 ล้านบาท และเพิ่ม เป็น 73,027 ตันในมูลค่า 10,035.82 ล้านบาทในปี 2546 (ทิพวรรณ ประภามณฑลและคณะ 2547) ในจำนวนนี้มี สารเคมีที่ถูกสั่งห้ามใช้รวมอยู่ด้วย เช่น methamidophos และ monocrotophos (อ้างแล้ว)

¹⁰ ค่าจ้างตัดเย็บเสื้อผ้าของกลุ่มตัดเย็บ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ซึ่งรับงานมาจากโรงงานใกล้เคียง อยู่ระหว่าง 20-50 บาทต่อ 1 ตัว

สารเคมีที่เป็นพิษไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในกลุ่มเกษตรกรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสมาชิกในครัวเรือนด้วย จากการศึกษาของ Wolfgang Stuetz (2000) และ Kunstadter et al (2001) ซึ่งศึกษาเกษตรกรชาวม้งในอำเภอแมริม พบว่า ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ฉีดพ่นสารเคมีหรือไม่ก็ตาม มีระดับสารเคมีกำจัดแมลงในเลือดในระดับที่มีความเสี่ยงสูงมากถึงร้อยละ 69 (อ้างใน ทิพวรรณและคณะ 2547)

ในด้านอุตสาหกรรม การขยายนิคมอุตสาหกรรมภายใต้การส่งเสริมของบีโอไอที่ผ่านมา ยังคงเป็นนโยบายหลัก ซึ่งมุ่งการกระจายอุตสาหกรรมออกสู่ภูมิภาค ซึ่งได้ดำเนินมาตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 3 โดยนโยบายดังกล่าวมีการคำนึงถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพน้อยมาก กรณีโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมจังหวัดลำพูนซึ่งเสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีในระหว่างปี 2536-2567 แม้ว่าจะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาสารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมในสาธารณะชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอุตสาหกรรมซึ่งมีลักษณะการผลิตที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีอันเป็นพิษต่อร่างกายสูง ดังเช่น อุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ อันเป็นอุตสาหกรรมหลักในนิคมอุตสาหกรรมลำพูน โดยทุนข้ามชาติจากไต้หวันและญี่ปุ่น¹¹ แต่ก็ไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายนัก จากการศึกษาของสุชาติ ตระกูลทิพย์ (2546) พบว่า คนงานยังคงประสบกับปัญหาและความเสี่ยงจากการสัมผัสกับสารเคมีที่เป็นพิษ และอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่เช่นเดิม จากการมีอุปกรณ์ในการป้องกันไม่เพียงพอ หรือไม่มีคุณภาพ การไม่ใส่ใจในปัญหาของโรงงาน และการขาดการมีส่วนร่วมของคนงานในกิจกรรมด้านสุขภาพความปลอดภัยในสถานประกอบการ ทั้งนี้ แนวโน้มในระยะหลัง เมื่อคนงานล้มป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ และคนในจังหวัดลำพูนเองเริ่มหาทางเลือกในงานอื่นๆ นายจ้างก็เริ่มหาแรงงานจากแหล่งอื่นนอกพื้นที่ เช่นจากภาคอีสานหรือจังหวัดอื่นๆในภาคเหนือ เป็นต้น (คูบทัมภานนท์ สุชาวัลย์ เติญไทย ในสารคดี ก.ค.2547)

ข้อพิจารณาด้านสุขภาพ

ความเชื่อที่ว่าภาคชนบทนั้น มีสภาพแวดล้อมที่ดีกว่าส่วนอื่นๆในสังคม เนื่องจากใกล้ชิดธรรมชาติมากกว่า และชุมชนมีวิถีชีวิตที่สงบสุข กำลังกลายเป็นความเชื่อที่ไม่เป็นจริงอีกต่อไป การรุกรานของทุนอุตสาหกรรมเข้าสู่ชนบท ได้เปลี่ยนแปลงภาคชนบทให้กลายเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางด้าน

¹¹ สุชาวัลย์ เติญไทย ตั้งข้อสังเกตว่าอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ แบบที่ทำอยู่ในนิคมอุตสาหกรรมลำพูน เป็นอุตสาหกรรมแบบเก่า ที่มีกากพิษ และปัญหาการสัมผัสสารเคมีอันเป็นพิษในกระบวนการผลิตค่อนข้างสูง อุตสาหกรรมประเภทนี้ เคยประสบปัญหามาแล้วในประเศโลกที่ 1 บริษัทข้ามชาติต่างๆจึงย้ายฐานการผลิต อุตสาหกรรมประเภทนี้ไปยังประเทศโลกที่ 3 (outsourcing) เช่น จาก Silicon Valley ไปยังเม็กซิโก หรือจากไต้หวัน เกาหลี มายังประเทศไทย เนื่องจากเป็นแหล่งแรงงานราคาถูก และมีกฎหมายคุ้มครองด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่อ่อนแอ เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเทศในเขตเอเชีย เช่น สิงคโปร์ หรือมาเลเซีย กลับไม่สนใจในอุตสาหกรรมประเภทนี้ เนื่องจากไม่อยากแบกรับปัญหาและความเสี่ยงจากกากอุตสาหกรรมที่เป็นพิษ ในขณะที่นโยบายการส่งเสริมการลงทุนในไทย กลับเน้นแต่เพียงการสนับสนุนการลงทุนทางเศรษฐกิจ โดยไม่คำนึงถึงปัญหาที่เกิดกับสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน (คูบทัมภานนท์ ในสารคดี กรกฎาคม 2547)

สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่สูงขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพอันเกิดจากปัญหาสารเคมีจากการเกษตรมีแนวโน้มที่สูงตลอดมา ในขณะที่กองระบาดวิทยาระบุว่าคนไทยได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการประกอบอาชีพ 3,000-5,000 คนต่อปี (อ้างใน ปีตพงษ์ 2547) วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ (2545) ได้ใช้งานศึกษาของ Jungbluth ซึ่งได้ประเมินว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากสารพิษในภาคเกษตรน่าจะสูงถึง 39,600 คนต่อปี โดยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่น้อยกว่า 13 ล้านบาทต่อปี ปัญหาสารพิษในภาคการเกษตร เป็นตัวเชื่อมต่อปัญหาสุขภาพระหว่างภาคชนบทและภาคเมืองเป็นอย่างดี ทั้งนี้ เพราะ สารพิษตกค้างในพืชผักยังส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเมือง

นอกจากนี้ ปัญหาโรคที่เกิดจากการทำงาน ก็ไม่ได้จำกัดตัวอยู่เพียงในขอบเขตของโรงงาน อีกต่อไป แต่ได้กระจายออกนอกโรงงาน และเคลื่อนตัวเข้าสู่ชนบท จากการเพิ่มขึ้นของอุตสาหกรรมชุมชนและการรับงานไปทำที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงต่อโรคบิสลินซิส (แพ้ฝุ่นฝ้าย) จากอุตสาหกรรมเย็บผ้า โรคที่เกิดจากก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และสารเคมีในสีย้อมผ้า โรคระบบทางเดินหายใจ จากฝุ่นพลอย ฝุ่นไม้ ผงเพชร จากอุตสาหกรรมเจียรไนและสิ่งประดิษฐ์จากไม้ ตลอดจนอุบัติเหตุจากการทำงาน (เบญญา จิรภัทรพิมล และคณะ 2544) ทั้งนี้ พบว่าชุมชนมีความตระหนักหรือพัฒนามาตรการป้องกันปัญหาดังกล่าวน้อยมาก ในขณะที่แรงงานผู้ทำงานอยู่ที่บ้าน ก็ถูกจัดให้เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสวัสดิการจากกฎหมายแรงงานที่มีอยู่

การพัฒนาพรมแดนอุตสาหกรรมและพรมแดนการค้า

การเติบโตของเมืองชายแดนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ระหว่างไทยและพม่า เป็นผลโดยตรงจากการปรับนโยบายในยุคนายกรัฐมนตรีนายทักษิณ ชินวัตร ในการเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า ซึ่งไม่เพียงทำให้ชายแดนหลายแห่ง เช่น อำเภอแม่สาย และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ได้เปลี่ยนบทบาทจากพรมแดนทางการเมือง กลายเป็นพื้นที่เชื่อมต่อทางการค้า ที่เฟื่องฟู แต่ยังได้ทำให้เมืองชายแดนกลายเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมแหล่งใหม่ของบรรษัทข้ามชาติที่ย้ายฐานการผลิตมาจากที่อื่น เนื่องจากมีแรงงานต่างชาติดูถูกจำนวนมาก นับแต่ทศวรรษที่ 2530 เป็นต้นมา ภาวะความผันผวนทางการเมือง การกดขี่ข่มเหงประชาชน และปัญหาความยากจนในประเทศพม่า ได้ก่อให้เกิดการลี้ภัยของผู้พลพหุลักษณ์กลุ่มชาติพันธุ์จากพม่าเข้าสู่ไทยเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน สถานภาพของแรงงานอพยพส่วนใหญ่เป็นผู้เข้าเมืองผิดกฎหมาย ซึ่งเสี่ยงต่อการถูกจับกุม ได้ทำให้ผู้อพยพเข้ามาเป็นแรงงานเหล่านี้ มีอำนาจต่อรองที่ต่ำมาก ได้รับค่าแรงที่ต่ำ และไม่ได้รับการคุ้มครองขั้นพื้นฐาน หรือสวัสดิการใดๆจากนายจ้าง ผู้อพยพเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วย จะไม่สามารถเลือกหาสถานพยาบาล หรือวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ อันเนื่องมาจากการที่มีสภาพชีวิตที่อยู่อย่างผิดกฎหมาย ไม่มีเงินออม และพูดภาษาไทยไม่ได้ หรือได้น้อยมาก (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ 2543) สาเหตุการตายที่สำคัญ

อันดับต้นๆของแรงงานเหล่านี้ ได้แก่ โรคมาเลเรีย ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ โรคระบบทางเดินหายใจ (โดยเฉพาะปอดบวม) วัณโรค และโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้โดยมีสาเหตุอื่นประกอบด้วยคือ อุบัติเหตุทั้งจากยานพาหนะและจากการทำงาน (อ้างแล้ว)

เมืองชายแดนในแต่ละพื้นที่ ได้ถูกจัดวางทิศทางการพัฒนาที่แตกต่างกัน ในขณะที่แม่สอดได้เติบโตขึ้นเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อุตสาหกรรมสิ่งทอ แม่สายและเชียงของกำลังพัฒนาไปสู่พื้นที่ของการค้าขายและแลกเปลี่ยนสินค้าทางการเกษตรและเครื่องใช้อุปโภคบริโภค การเปิดเสรีทางการค้า ตลอดจนนโยบายในการเชื่อมต่อพื้นที่ที่เสื่อมเศรษฐกิจระหว่างไทย-ลาว-พม่า-จีน ได้ทำให้การค้าข้ามพรมแดนโดยคนท้องถิ่นเดิมถูกแทนที่โดยทุนการค้าจากส่วนกลางและทุนข้ามชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สินค้าเกษตรและเครื่องใช้จากจีนซึ่งมีราคาถูกกว่า ในพื้นที่อำเภอแม่สอด ชายแดนได้กลายเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมที่รับเหมาช่วงกิจการมาจากบริษัทข้ามชาติในโลกตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสหรัฐอเมริกา โดยนายทุนที่เป็นเจ้าของส่วนใหญ่เป็นชาวไต้หวันและฮ่องกงซึ่งร่วมทุนกับนายทุนชาวไทย ได้มีการประมาณการว่าแรงงานราคาถูกจากพม่าที่ทำงานในโรงงานเหล่านี้มีมากถึง 100,000 คน (Employers Association 2003) แรงงานเหล่านี้ ได้ค่าแรงต่ำกว่าค่าแรงมาตรฐาน ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล และมีสภาพความเป็นอยู่ตลอดจนการทำงานที่ค่อนข้างเลวร้าย

กฤตยา และคณะ (2543) และ Chris Beyrer (2001) ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนในพม่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างภัยคุกคามด้านสุขภาพต่อประชาชนข้ามพรมแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงพม่า ซึ่งภาวะคุกคามดังกล่าว เกิดจากทั้งการข่มขืน ความรุนแรงทางเพศ การค้าหญิงข้ามพรมแดน และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งนี้พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในพื้นที่บริเวณชายแดนไทยติดกับพม่านั้น อยู่ในระดับที่สูงที่สุด (PATH 1992 อ้างในกฤตยาและคณะ 2543) ทั้งนี้เด็กหญิงและผู้หญิง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับผลในเรื่องความรุนแรงทางเพศค่อนข้างมาก ซึ่งมาจากทั้งภายในครอบครัวเองและจากการถูกข่มขืนในระหว่างเดินทางเข้ามาในประเทศไทย นอกจากนี้แล้ว ชายแดนที่มีการเฟื่องฟูทางการค้าและการลงทุน ยังมีภาวะการเงินสะพัด และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสถานบันเทิงและการขายบริการทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พรมแดนอำเภอแม่สาย ซึ่งได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ที่ควบคุมได้ยาก

ข้อพิจารณาด้านสุขภาพ

การมุ่งเน้นแต่การสร้างเศรษฐกิจเติบโตให้กับการค้าและอุตสาหกรรมในพื้นที่พรมแดนภายใต้นโยบายเปิดเสรีทางการค้า แต่ขณะเดียวกันก็เข้มงวดกวดขันและเลือกปฏิบัติต่อแรงงานอพยพ ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพข้ามพรมแดน ซึ่งมีได้จำกัดวงอยู่แต่ในหมู่

แรงงานอพยพเท่านั้น ทั้งนี้เป็นที่วิตกกังวลกันว่า โรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย อาจมีแนวโน้มที่จะกลับเข้ามาเป็นปัญหาอีกครั้งหนึ่ง เช่น โรคเท้าช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น กาฬโรค โปลิโอ เป็นต้น (กฤตยา และคณะ 2543) โดยมีแรงงานเหล่านี้เป็นพาหะนำโรค ภาวะความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก และการหลบหนีการจับกุมจากเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ ทำให้แรงงานเหล่านี้มีการย้ายงานและเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ยังผลให้การควบคุมโรคเป็นไปได้อย่างยากลำบาก ทั้งนี้ปัญหาการควบคุมโรคติดต่อยังได้ขยายตัวไปยังเด็ก ซึ่งต้องเคลื่อนย้ายตามบิดามารดาไปยังแหล่งงานใหม่ๆ อยู่เสมอ ทำให้การควบคุมโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น วัณโรค คอติบ ไอกรม บาดทะยัก ไข้สมองอักเสบ คางทูม และหัด เป็นสิ่งที่ทำได้ยากลำบากมากขึ้น (อ้างแล้ว)

บทสรุป

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในภาคเหนือในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้นโยบายเศรษฐกิจยุคทักษิณมิกส์ ได้ก่อให้เกิดการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและการค้า ในทุกระดับของสังคม ที่ขาดการควบคุมและการจัดการทางสังคมที่เหมาะสม ก่อให้เกิดความขัดแย้งและลักลั่นในหลายมิติภายในกระบวนการเติบโตดังกล่าว ในภาคเมืองพบว่า มีการกระจุกตัวและรวมศูนย์ทางเศรษฐกิจและการค้าของเมือง ขณะเดียวกันกลับขาดโครงสร้างการขนส่งมวลชนและการวางผังเมืองที่เหมาะสมรองรับ ขณะที่เมืองได้ขยายตัวรุกคืบเข้าสู่พื้นที่เกษตรกรรม ความเหลื่อมล้ำของเมืองและชนบทได้ดึงดูดให้แรงงานภาคเกษตรหลังไหลเข้าสู่เมือง ก่อให้เกิดภาวะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ชนบทได้กลายสถานะเป็นเพียงปัจจัยรองรับต้นทุนการขยายตัวของเมือง

ในภาคชนบท พบว่าการเคลื่อนตัวของทุนอุตสาหกรรมผลิตเข้าสู่ชนบท และการขยายตัวของระบบเกษตรอุตสาหกรรมและเกษตรแบบพันธะสัญญา ได้เพิ่มอำนาจให้กับทุนอุตสาหกรรม โดยเกษตรกรได้กลายสถานะเป็นเพียงแรงงาน ทั้งในโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน และในแปลงเกษตรของตนเอง ซึ่งไม่เพียงทำให้วิถีชีวิตและการทำงานของชาวชนบทต้องเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระบบการทำงานที่เข้มงวดและเข้มข้น แต่ยังได้สร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ที่เสี่ยงต่อการอันตรายจากการทำงานและการสัมผัสสารเคมีที่เป็นพิษเพิ่มมากขึ้นอย่างน่าวิตก การขยายตัวของอุตสาหกรรมครัวเรือนเพื่อขาย และการรับงานไปทำที่บ้าน แม้จะก่อให้เกิดการสร้างงานและสร้างรายได้ในครัวเรือนชนบท แต่ก็มีผลทำให้ชุมชนแปรสภาพเป็นโรงงานที่ขาดมาตรการป้องกันด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เหมาะสม ในขณะที่ชาวบ้านเองกลับมีอำนาจต่อรองในกระบวนการผลิต การกำหนดราคาของผลผลิต และตลาดของผลผลิตของตนน้อยมาก

ในพื้นที่สูง พบว่า การจำกัดพื้นที่ทำกินของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆและการบังคับให้ลดละเลิก ระบบการเกษตรแบบประเพณี ได้ผลักดันให้ชุมชนก้าวเข้าสู่ระบบเกษตรพาณิชย์เชิงเดี่ยวที่ใช้ สารเคมีเข้มข้นมากขึ้น ขณะเดียวกันภาวะการหลั่งไหลของกลุ่มชาติพันธุ์เข้าสู่เมืองเพื่อเป็นแรงงาน ราคาถูก และแสวงหารายได้และประกอบอาชีพจากการท่องเที่ยว ได้ก่อให้เกิดพลวัตและการ ปรับตัวใหม่ๆในชุมชนบนที่สูง ซึ่งมีงานศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวนี้ค่อนข้างน้อยมาก

ในเขตพื้นที่ชายแดน การเปลี่ยนแปลงทางเมืองของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น พม่า และการ เปิดเสรีทางการค้าเพื่อเชื่อมต่อเศรษฐกิจในเขตภูมิภาค ได้ทำให้เมืองชายแดนกลายสถานะเป็น ศูนย์กลางทางการค้าและอุตสาหกรรมแห่งใหม่ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกลับดำเนินไปอย่างลัก ลั่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายที่มีต่อแรงงานอพยพ ภาวะทวิชายขอบ (double marginalities) ของแรงงานอพยพ ซึ่งถูกกดขี่ทั้งจากรัฐบาลพม่าและกวดปราบจากรัฐบาลไทย ตลอดจนกดขี่ค่าแรง สวัสดิการจากนายทุนในฝั่งไทย ได้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ภาวะสุขภาพของแรงงานเหล่านี้อยู่ใน สภาพที่ย่ำแย่ และไม่สามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมได้

จากแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจในทิศทางดังกล่าวข้างต้น ยังได้สะท้อนให้ เห็นถึงภาวะที่อำนาจหรือความสามารถ ตลอดจนสถาบันในการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชน ในทั้งสามบริบท มีแนวโน้มที่อ่อนแอลง ทั้งนี้เนื่องจากอำนาจหรือความสามารถดังกล่าวได้ถูกคิด และขึ้นต่อการขยายตัวและการครอบงำของระบบเศรษฐกิจมากขึ้นเรื่อยๆ การขยายตัวของ ทางเลือกในการบริโภคสินค้าที่ปลอดภัย ตลอดจนการใส่ใจดูแลสุขภาพ ยังคงจำกัดอยู่ในระดับ ปังเจกชน และการบริโภคในระดับปัจเจก ในขณะที่พัฒนาการของกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพใน ระดับสถาบันหรือขบวนการยังไม่เติบโตนัก ดังนั้น การพิจารณาปัญหาสุขภาพและแนวทางการ ปฏิรูประบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในทิศทางที่สร้างเสริมอำนาจใน การจัดการและดูแลสุขภาพของประชาชน จึงเป็นโจทย์ที่สำคัญสำหรับยุทธศาสตร์งานด้านสุขภาพ ในภาคเหนือในปัจจุบัน

บทสะท้อนความเห็น (Reflection) และข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข และสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า มีแนวโน้ม ของงานวิจัยที่น่าสนใจ คือ มีงานที่พยายามเชื่อมโยงบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ กับปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น งานวิจัยนับตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2535 เป็นต้นมา ให้ ความสำคัญกับการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจากงานอาชีพ (occupational health) และการพัฒนา เศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก สวรส. ซึ่งรวมทั้ง

งานทางด้าน HIA ต่างๆ ซึ่งนับเป็นการเปิดมิติของงานวิจัยที่พยายามก้าวข้ามการวิเคราะห์แต่เพียงตัวโรค อย่างไรก็ตาม ความพยายามทางวิชาการดังกล่าว ยังคงมีข้อจำกัด ดังต่อไปนี้

1. ข้อจำกัดในเชิงกรอบคิด

งานศึกษาที่เพิ่มจำนวนที่ผ่านมา ยังคงไม่สามารถเข้าไปสร้างข้อถกเถียงทางสังคมได้อย่างมีพลังพอ ทั้งนี้ ประเด็นที่เป็นข้อถกเถียง (debate) ยังคงจำกัดวงอยู่ในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ กล่าวคือ ในประเด็นเกี่ยวกับแพทย์สมัยใหม่ และแพทย์ทางเลือก แต่ประเด็นเรื่องสุขภาพ ยังไม่สามารถก้าวไปเข้าถกเถียงกับทิศทาง/วิธีคิดในการพัฒนากระแสหลัก ได้อย่างเป็นระบบพอ เมื่อเปรียบเทียบกับประเด็นทางสิ่งแวดล้อมแล้ว จะเห็นได้ว่า ได้เข้าไปสนทนา และทำทาบกับอุดมการณ์การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นกระบวนการ จนสามารถพัฒนาวิธีคิดเชิงวิพากษ์ต่างๆ เช่น limit to growth การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) ตลอดจนข้อเสนอเชิงทางเลือก เช่น sustainable development ซึ่งแน่นอนได้กลายเป็นข้อถกเถียงต่อเนื่องที่ยังคงดำเนินมาจนปัจจุบัน การที่ประเด็นทางสุขภาพยังไม่สามารถเข้าไปถกเถียง (engage) โดยตรงกับอุดมการณ์การพัฒนา ทำให้กรอบคิดที่ผ่านมา ถูกจำกัดให้อยู่ในลักษณะของปัญหาเฉพาะหรือประเด็นเฉพาะ และขาดพลังการทำทาบปัญหาที่หนักแน่นพอ

2. การเชื่อมโยงวัฒนธรรม สุขภาพ และอำนาจ

งานวิจัยจำนวนหนึ่งได้หันมาเน้นการสร้างเสริมวัฒนธรรมสุขภาพในระดับท้องถิ่น ที่อยู่นอกกรอบกฎหมายของรัฐ เช่น การรื้อฟื้นระบบแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น การสร้างพลังท้องถิ่นในการดูแลและรักษาสุขภาพ แต่ข้อจำกัดของแนวทางวัฒนธรรมสุขภาพ กลับอยู่ที่วิธีการมองวัฒนธรรมเอง ซึ่งมีแนวโน้มในการตีพื้นที่ ดิดกลุ่มท้องถิ่น ทั้งนี้ทั้งนั้น ผู้เขียนเองเห็นด้วยในความสำคัญของแนวคิดดังกล่าว ซึ่งมีพลังอย่างมากในการขับเคลื่อนมิติทางสุขภาพในสังคมท้องถิ่น แต่ข้อวิจารณ์ของผู้เขียน อยู่ที่แนวโน้มในการมองวัฒนธรรมที่มีลักษณะตายตัว และโรแมนติก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมมติฐานในเรื่องวัฒนธรรมสุขภาพที่ผูกมัดกับ “ราก” ของความเป็นท้องถิ่น ซึ่งการยึดติดดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถเข้าใจ วัฒนธรรมสุขภาพใน กลุ่มคนที่ไร้ราก และเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ที่นับวันแต่จะทวีจำนวนมากขึ้น จากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เบียดขับผู้คนให้ออกจากท้องถิ่นของตนอยู่ตลอดเวลา วัฒนธรรมสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงโดยตรงกับมิติด้านอำนาจในการจัดการและดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการวิเคราะห์และพิจารณาน้อยมาก แนวโน้มการวิจัยวัฒนธรรมสุขภาพ จึงมีลักษณะท้องถิ่นนิยม หรือภูมิปัญญานิยม ซึ่งใช้อธิบายไม่ได้กับกลุ่มคนชายขอบจำนวนมากที่ถูกผลักให้ละทิ้งถิ่นฐานเพื่อหารายได้เพื่อความอยู่รอด เช่น กลุ่มชาติ

พันธุ์ในเมือง คนเก็บขยะ เด็กเร่ร่อน แรงงานอพยพ ที่ขาดไร้ซึ่งอำนาจ ไม่มีราก หรือท้องถิ่นให้ยึดเกาะ การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสุขภาพ จึงไม่ใช่เรื่องพฤติกรรมในระดับปัจเจกเท่านั้น แต่ยังเป็นผลโดยตรงจากการถูกกระทำทำให้ไร้อำนาจในการจัดการกับวิถีชีวิตของตนเองของกลุ่มคนต่างๆในสังคม

3. การเชื่อมโยงมิติอำนาจระดับต่างๆเข้ากับการวิเคราะห์สุขภาพ

ความอ่อนแอของอำนาจในการจัดการดูแลสุขภาพ มีความเชื่อมโยงกับปัญหาอำนาจในมิติอื่นๆด้วยเช่นกัน การวิเคราะห์ปัญหาเชิงโครงสร้างของสุขภาพในแง่นี้ยังไม่ค่อยมีการวิจัยกันนัก งานของ Peter Kundstadter เป็นตัวอย่างหนึ่งของความพยายามดังกล่าว ในการเชื่อมโยงอำนาจในการจัดการทรัพยากรของกลุ่มชาติพันธุ์บนภูเขาที่ถูกกดทอนลงจากนโยบายการอนุรักษ์ ที่ส่งผลให้ชุมชนถูกผลักเข้าสู่ระบบการเกษตรเชิงเดี่ยว และการใช้สารเคมี ที่ไม่เหลือทางเลือกด้านสุขภาพมากนักให้กับชุมชน การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ทางอำนาจในหลายมิติดังกล่าว น่าจะช่วยให้เปิดมุมมองการเข้าใจสถานการณ์สุขภาพที่ความลุ่มลึกและซับซ้อนมากขึ้น เช่น ความอ่อนแอในการจัดการผลิต ภาวะหนี้ การพึ่งพาตลาด ความไม่สามารถในการควบคุมการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไร้ทิศทาง ฯลฯ มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการจัดการสุขภาพของกลุ่มคนที่แตกต่างหลากหลายในสังคมอย่างไรบ้าง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2543) เรื่องเพศ อณามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรง: ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ขวัญชีวัน บัวแดง และคณะ (2546) วิถีชีวิตชาติพันธุ์ในเมือง เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมืองเชียงใหม่

โครงการศึกษาพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหมอกควันทางอากาศของประชาชนในเมืองเชียงใหม่ (2547) แหล่งมลภาวะทางอากาศเมืองเชียงใหม่: ผลการสำรวจครั้งที่ 4 สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา)

ดนัย กล่าวแล้ว และดวงจันทร์ อาภาวิชรุตม์, บก. (2546) อาคารสูง:ผลกระทบต่อสุขภาพและอนาคตเมืองเชียงใหม่ เชียงใหม่: หจก.เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์

ดวงจันทร์ อาภาวัชรุตม์ (2536) การเติบโตของเมืองและสภาวะแวดล้อมของเมืองเชียงใหม่: รายงาน
วิจัยเมืองในภาคเหนือ: ศึกษากรณีเมืองเชียงใหม่ เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง

ดวงจันทร์ อาภาวัชรุตม์ (2546) เชียงใหม่ก้าวสู่ศตวรรษที่ 21 เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง

ทิพวรรณ ประภามณฑล และคณะ (2547) รายงานวิจัย การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในกลุ่ม
เกษตรกรจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน (เอกสาร
อัดสำเนา)

ทิมสุขภาพ สาธารณสุขจังหวัดน่าน (2543) รายงานการวิจัยรูปแบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพแนว
ใหม่

เบญญา จิรภัทรพิมล และคณะ (2544) รายงานการวิจัย สภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ:
กรณีศึกษาการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ประสิทธิ์ ลีปรีชา และคณะ (2546) เมียน: หลากหลายชีวิตจากขุนเขาสู่เมือง เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่ง
เมือง

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2547) การเจ็บป่วยของคนไทยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ (2545) การส่งเสริมการเกษตรกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ และคณะ (2545) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากอาคารสูงในเมือง
เชียงใหม่ นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ลำดวน ศรีศักดิ์ และคณะ (2546) รายงานการศึกษาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีศึกษา
การพัฒนาเมืองและการขนส่งเมืองเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา)

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2543) ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อชนบทไทย

สมพร จันทระ และคณะ (2546) สภาพปัญหาของแม่น้ำปิงกับภาวะสุขภาพของชุมชน นสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2540) ยุทธศาสตร์การพัฒนา
ภาคเหนือ (เอกสารอัดสำเนา)

สุชาติ ตระกูลหุทิพย์ (2546) รายงานวิจัยกรณีศึกษากลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรม: คนงานที่มี
ปัญหาด้านสุขภาพความปลอดภัยในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย

Ammar Siamwala (1999) *Quarterly Journal of International Agriculture* 38(4), 1999--
Special issue.

Beyer, Chris (2001) "Shan women and girls and the sex industry in Southeast Asia;
political causes and human rights implications," *Social Science & Medicine*
3(2001)543-550.

Jungluth, Frauke (2000) *Crop Protection Policy in Thailand: Economic and Political
Factors Influencing Pesticide Use.*

PATH (Program for Appropriate Technology for Health) (1992) *Border Area Drug
Abuse and AIDs Project Assessment: Myanmar/Thai Border.* Bangkok

Kunstadter, Peter (1997) "Interactions of Health and Environment," a paper presented
at the IGU Commission on Population and the Environment, Chiang Mai,
January.

Kunstadter, Peter, et al (2001) "Pesticide exposure among Hmong farmers in
Thailand," *International Journal of Occupational Environment and Health*,
Oct.-Dec. 7(4), 313-25.

Stuetz, W. (2000) *Toxicological Assessment of Pesticide Residues among Hmong
Farmers Living in Northern Thailand, Ph.D. thesis, Hohenheim University,
Stuttgart.*