

รายงานผลการศึกษา

โครงการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพ
เรื่อง ความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพกับสังคมอาเซียน

โดย

ผศ.ดร. เทพินทร์ พิชานรักษ์ และคณะ

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ภายใต้แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ทุนสนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปี ๒๕๕๖

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทที่ ๑ โครงการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพ เรื่อง “ความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพกับสังคมอาเซียน”	๑
บทที่ ๒ ภูมิทัศน์ประวัติศาสตร์การแพทย์และการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซีย	๙
บทที่ ๓ การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่า: ข้อสังเกตจากการศึกษาพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของชาวพม่า	๓๒
บทที่ ๔ คนริมทางสาย RmA: กรณีศึกษาลาวตอนเหนือ	๕๒
บทที่ ๕ คลองโตนเล: การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอดและการดูแลหลังคลอดในประเทศกัมพูชา กรณีศึกษา จังหวัดสีหนุวิลล์ ประเทศกัมพูชา	๖๐
บทที่ ๖ การค้าสมุนไพรชายแดนไทย-ลาว กัมพูชา : ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่น-ชาตินิยมสู่ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก	๙๙
บทที่ ๗ วิถีสุขภาพของคนไตดำในเวียดนามบนกระแสความเปลี่ยนแปลง	๑๒๐
บทที่ ๘ “บ้าน/เรือน” กับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์	๑๓๔
บทที่ ๙ บทสรุปและข้อคิดเห็นต่อบทความในโครงการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพ เรื่อง ความรู้ท้องถิ่น และวัฒนธรรมสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงในอาเซียน “Local Knowledge and the Change of Health Situation in ASEAN”	๑๕๓
บรรณานุกรม	๑๖๔

คำนำ

โครงการนี้ที่ริเริ่มในตอนแรกมีวัตถุประสงค์ทำเป็นหนังสือแนะนำ ความรู้ท้องถิ่น และวัฒนธรรม
สุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน ที่เรียกว่า Introductory Book สำหรับให้ผู้ที่สนใจได้อ่านและ
ทำความเข้าใจ และมุ่งให้บุคลากรสุขภาพอ่าน เข้าใจได้ง่าย และให้เป็นจุดเริ่มต้นในการรวบรวมความรู้
ท้องถิ่นของนักวิชาการผู้มีประสบการณ์งานวิชาการของประเทศในอาเซียนมาก่อน เขียนผลการศึกษาให้
สังคมอ่าน ซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงกระตุ้นความสนใจ หรือ การศึกษาสร้างทฤษฎีต่อไป

แต่ละบทความได้นำเสนอให้เห็นแนวคิดที่มีศักยภาพในการนำไปคิดต่อได้ สิ่งที่บทความได้นำเสนอ
คือ ให้เห็นมิติสุขภาพและการแพทย์ในแง่มุมของวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ของประเทศนั้นๆ โดย
นักวิชาการของโครงการไปค้นคว้าเลือกสรรมาเขียนวิเคราะห์ให้อ่าน ทั้งนี้สิ่งที่บทความทั้ง ๗ เรื่องได้ทำ คือ
พยายามจะบอกว่า ความรู้ทั้งหมดนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขเชิงบริบท โดยเฉพาะสังคม การเมืองและประวัติศาสตร์
งานที่โครงการนี้ทำเป็นการพูดถึงความรู้พื้นบ้านไม่ใช่เป็นความรู้สากล ดังนั้นแล้วจึงขึ้นกับเงื่อนไขต่างๆ ที่
กล่าวมาอย่างสำคัญ นอกจากนั้นงานเขียนของนักวิชาการทั้ง ๗ ท่านที่เกิดขึ้นนี้ ยังเกี่ยวข้องกับฐานความรู้
และประสบการณ์ของนักวิชาการที่ค้นพบวิเคราะห์ได้ในขณะนี้ ด้วยเช่นกัน

จึงต้องขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ในการให้ความคิดเห็นทางวิชาการ ให้ข้อมูล รวมถึงการร่วม
ประชุมแลกเปลี่ยนแนวความคิดที่เกิดขึ้น จากการอ่านบทความของอีกหลายๆ ท่าน โดยเฉพาะขอขอบคุณ
นักวิชาการผู้ให้ความเห็นหลัก คือ รศ.ดร.ปรีดา เฉลิมเผ่า กอนันทกุล รศ.ดร.ไชยันต์ รัชชกุล และนาง
สาวนีย์ กุลสมบุรณ์ ขอขอบคุณ นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ขอขอบคุณ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) องค์กรสนับสนุน และขอบคุณนักวิชาการทุกท่านในโครงการที่ทุ่มเท ใส่
ใจ และทำงานอย่างตั้งใจให้ได้ผลงานที่มีคุณค่าและประโยชน์ต่อสังคม แม้มีทรัพยากรสนับสนุนไม่มากนัก
แต่ทุกท่านทำงานด้วยหัวใจและหน้าที่ของนักวิชาการที่ดี จึงหวังว่างานวิชาการฉบับนี้ จะได้มีการปรับปรุงอีก
เล็กน้อย เพื่อจัดพิมพ์เป็นหนังสือที่มีประโยชน์สู่สังคม ในไม่ช้า

เทพินทร์ พ็ชรานุรักษ์

บทที่ ๑
โครงการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพ
เรื่อง “ความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพกับสังคมอาเซียน”

หลักการเหตุผล

สถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ความร่วมมือกับประชาคมอาเซียน เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายที่จะเกิดขึ้น และไม่ได้มีแต่เฉพาะด้านเศรษฐกิจและการเมืองเท่านั้น แต่ยังมีความเป็นไปได้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลงไป หากดูจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ที่ระบุถึงเสาหลัก ๓ ด้าน สำหรับด้านประชาคมสังคม-วัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community: ASCC) ซึ่งมุ่งหมายให้เกิดสังคมที่อยู่ร่วมกันแบบเอื้ออาทรและมั่นคง ด้วยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคม มีการพัฒนาระดับความเป็นอยู่ของผู้ด้อยโอกาสและผู้อยู่อาศัยในถิ่นทุรกันดาร รวมทั้งการส่งเสริมความร่วมมือด้านสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสังคมที่เป็นสมาชิกประชาคมอาเซียนในทุกระดับ เป็นเรื่องสำคัญแต่ยังขาดความชัดเจนในด้านความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐาน

หากกล่าวถึง สถานภาพองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine) และวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จากสถานการณ์และตัวกำหนดด้านนโยบาย สังคมและกฎหมายที่แตกต่างกัน ได้ส่งผลต่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ของการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละประเทศ โดยมีเงื่อนไขจากการเผชิญกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) และท้องถิ่นภิวัตน์ (Localization) ที่ก่อให้เกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน องค์การอนามัยโลก (2008) พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียนนั้นมีประชาชนร้อยละ ๘๐ ที่ยังคงใช้การแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care) องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านนี้ต่อเนื่องมาตั้งแต่การประชุม World Health Assembly ในปี ๑๙๖๖ ที่เสนอให้เห็นถึงศักยภาพของผู้รักษาแบบพื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้าน (Practitioners and Folk healer) อันเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพของท้องถิ่น และจะนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น

สังคมต่างๆ ล้วนมีการสะสมความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นสืบทอดใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและพึ่งกันเองกันในท้องถิ่นมาอย่างยาวนาน มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกันไปตามความหลากหลายทางภูมินิเวศวัฒนธรรม ความร่วมมือกันในระดับภูมิภาคอาเซียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ความเข้าใจและการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพ และการแพทย์พื้นบ้านของประเทศสมาชิกจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ได้จัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อรวบรวมงานบทความวิชาการเบื้องต้น จากนักวิชาการผู้มีประสบการณ์ภาคสนามและทำงานศึกษาวิจัยด้านความรู้ท้องถิ่นในมิติสังคมและสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน และยังคงมีความสนใจทำงานค้นคว้าแนวความคิดและงานวิจัยด้านความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพ โครงการนี้มุ่งให้เป็นการวางรากฐานความรู้ความเข้าใจในกระแสอาเซียน และ

เพื่อให้มีหนังสืออ่านทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพของประเทศและกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในสังคมอาเซียน จึงได้ริเริ่มจัดทำโครงการนี้ให้เกิดการรวบรวมชุดความรู้เป็นไว้สำหรับบุคลากรและสถาบันที่ทำงานเกี่ยวข้อง เป็นแหล่งความรู้และใช้ในการศึกษาและอ้างอิงต่อไป

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อรวบรวมแนวความคิดต่าง ๆ ในงานวิจัยและงานวิชาการชิ้นสำคัญ ๆ เกี่ยวกับความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้านในกลุ่มประเทศอาเซียนไว้เป็นแหล่งอ้างอิงค้นคว้าในเบื้องต้น
- ๒) เพื่อสร้างกลุ่มนักวิชาการที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมิติต่างๆ ของความรู้ท้องถิ่นและภูมิปัญญาสุขภาพของกลุ่มวัฒนธรรมต่าง ๆ ในแต่ละประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน
- ๓) เพื่อนำเสนอมุมมองเชิงเปรียบเทียบให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่น อาทิ การแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร วิธีการดูแลสุขภาพ การปรับตัว รวมทั้งการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการฟื้นฟูความรู้ท้องถิ่นในประเทศสมาชิกอาเซียน เป็นต้น

แนวความคิดของโครงการ

เป็นการศึกษารวบรวมองค์ความรู้ของท้องถิ่นแต่ละประเทศ ที่เป็นภูมิปัญญาและวัฒนธรรมสุขภาพ หมายรวมถึงการแพทย์ดั้งเดิมที่มีความหลากหลายในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมในประเทศต่างๆ ในประชาคมอาเซียน โครงการดำเนินการด้วยความร่วมมือกับนักวิชาการด้านสังคมวิทยา มานุษยวิทยาและประวัติศาสตร์สุขภาพ ผู้มีประสบการณ์กับงานศึกษาภาคสนามและการทำงานวิจัยกับกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ มาต่อเนื่อง เคยทำการศึกษาและนำเสนอผลการศึกษา การวิเคราะห์ และเปรียบเทียบมิติต่างๆ ของความรู้ท้องถิ่น เช่น แนวคิดสุขภาพ (Indigenous health concepts) ในสังคมอาเซียน มิติทางสังคมวัฒนธรรมของสมุนไพร ทฤษฎีทางการแพทย์ (Folk theory of medicine) พิธีกรรมต่างๆ รวมทั้งมีข้อเสนอเชิงนโยบายและการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์ท้องถิ่นของประเทศนั้นๆ ในภูมิภาคอาเซียน หรือเดิมนั้นกล่าวกันถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีความรุ่มรวยทางวัฒนธรรมอย่างยิ่ง

วิธีการดำเนินงาน

- ๑) ศึกษาทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ท้องถิ่นด้านสุขภาพ ที่มีมิติด้านสังคมวัฒนธรรม รวบรวมเป็นรายการเอกสารบรรณานุกรมของงานวิจัยด้านนี้จากนักวิชาการแต่ละคน
- ๒) ประชุมหารือกรอบแนวคิดโครงการและการเขียนบทความวิชาการที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนแนวความคิดและประเด็นการเขียนงานวิชาการที่จะเกิดขึ้น จากประสบการณ์งานภาคสนาม งานวิจัยที่มีอยู่ และวิเคราะห์ประเด็นของงานวิชาการที่จะเกิดขึ้น เพื่อวางกรอบงานเขียนที่นักวิชาการแต่ละท่านจะค้นคว้าและพัฒนาเชิงประเด็นให้เหมาะสมกับสถานการณ์สังคมและทิศทางประชาคมอาเซียน ตามความเหมาะสมและแนวคิดที่จะมีร่วมกันได้

- ๓) นักวิชาการดำเนินการจัดทำบทความวิชาการ โดย literature review และ field study
- ๔) ประชุมแลกเปลี่ยนและให้ความเห็นบทความวิชาการของโครงการ
- ๕) ปรับแก้และรวบรวมจัดทำรายงานเป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์

ระยะเวลาดำเนินงาน

- ๑) ประชุมแลกเปลี่ยนแนวความคิดและประสบการณ์งานวิจัย เพื่อสรุปประเด็นงานเขียน
- ๒) จัดทำ concept note มาปรึกษาหารือกัน
- ๓) ประชุมแลกเปลี่ยนและให้ความเห็นต่องาน first draft
- ๔) นำเสนอบทความในเวทีการประชุมต่างๆ เพื่อรับฟังความคิดเห็น
- ๕) ส่ง Reviewer ให้ความเห็น
- ๖) ปรับแก้ และ จัดพิมพ์หนังสือ

งบประมาณ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หน่วยงานดำเนินการ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

หน่วยงานสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หัวหน้าโครงการ

ดร.เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะนักวิชาการ

- | | |
|--|---------------------|
| ๑) ดร.เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | พม่า |
| ๒) ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ เผือกสม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ | อินโดนีเซีย |
| ๓) ดร.เสถียร ฉันทะ : รพ.เวียงแก่น จังหวัดเชียงราย | สิบสองปันนา-ลาว |
| ๔) นางบุษบงก์ วิเศษพลชัย : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ | กัมพูชา |
| ๕) ดร.สุรสม กฤษณะจุฑะ : คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี | ลุ่มน้ำโขงและชายแดน |
| ๖) ผศ.ดร.อรัญญา ศิริผล : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | ลาว |
| ๗) อาจารย์ฉัตร มุกดาวิจิตร : นักวิชาการอิสระ | เวียดนาม |

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) เกิดความร่วมมือของเครือข่ายนักวิชาการด้านความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพ
- ๒) มีฐานงานวิชาการด้านความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพเบื้องต้น ที่ประกอบด้วย บทความ วิชาการและรายการเอกสารอ้างอิง
- ๓) ผู้สนใจสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้านในประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนได้ง่ายขึ้น

ผู้ประสานงานโครงการ

น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ โทร. ๐๘ ๑๘๐๒ ๘๗๖๑ , ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๘๐
e- mail : ps141156@gmail.com

สรุปผลกระบวนการดำเนินงานโครงการ

โครงการนี้ริเริ่มขึ้นเพื่อจัดทำหนังสือเล่มหนึ่ง ที่เรียกว่า Introductory Book เป็นหนังสือเล่มแรก ๆ ที่จะให้ความรู้ความเข้าใจอย่างที่ไม่สามารถหาอ่านได้จากเล่มอื่น เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ในมิติทางสังคมวัฒนธรรม รวมถึงประวัติศาสตร์ ของประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน โดยการศึกษาทบทวนความรู้จากงานเอกสารวิชาการที่มีอยู่แล้ว ประกอบกับการวิเคราะห์ของนักวิจัย ผู้มีพื้นฐานแนวคิดและประสบการณ์งานวิจัยในประเทศนั้นๆ มาก่อน จึงมาร่วมเขียนบทความกับโครงการนี้ โดยรวบรวมข้อมูลความรู้จัดทำเอกสารและรายนามบุคคลสำคัญๆ ของประเทศพม่า ลาว เวียดนาม เขมร อินโดนีเซีย และไทยไว้เป็นแหล่งสืบค้นและสร้างความร่วมมือการทำงาน ต่อไป

การดำเนินงานโครงการนี้ เป็นเวทีให้นักวิชาการรุ่นกลาง ผู้มีความรู้และประสบการณ์งานวิจัยในเรื่องระบบความรู้พื้นบ้านและการแพทย์ท้องถิ่น มาทบทวนสถานการณ์องค์ความรู้ในวาระที่ประเทศไทยและเพื่อนบ้านกำลังผลักดันเร่งรัดนโยบายและยุทธศาสตร์อาเซียน แม้ว่ากระแสการรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้น มุ่งขับเคลื่อนสร้างภาพลักษณ์ “One Vision One Identity One Community” โดยทิศทางนโยบายรัฐบาลในการรวมตัวกัน ยังคงเห็นจุดมุ่งหมายทางเศรษฐกิจและการเมืองมากกว่าด้านสังคมวัฒนธรรม จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่นักวิชาการจะมาร่วมมือกันทำให้มิติความสัมพันธ์ด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งครอบคลุมเรื่องสุขภาพกับการแพทย์ มีความชัดเจนและมีการเรียนรู้กันแพร่หลายมากขึ้น

การจัดกระบวนการดำเนินงานสนับสนุนการทำงานวิชาการของโครงการนี้ ได้รับความร่วมมือจากนักวิจัยในโครงการอย่างดีมาก ในการค้นคว้าและทำงานวิชาการอย่างประณีตด้วยความใส่ใจ โดยอิงอาศัยความร่วมมือเชิงเครือข่ายและสถาบันมาเกื้อหนุนให้เนื้อหาความรู้ของโครงการมีความคืบหน้าตามลำดับ ดังนี้

๑. กระบวนการทำงานวิชาการ

- ๑.๑ การทบทวนสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านและความรู้ท้องถิ่นของประเทศนั้น ๆ ของนักวิจัยแต่ละประเทศ แล้วนำมาประชุมแลกเปลี่ยนกันเพื่อทำความเข้าใจสถานภาพองค์ความรู้ที่มีอยู่ของแต่ละประเทศ และวางกรอบแนวทางการเขียนบทความร่วมกัน
- ๑.๒ การเขียน CONCEPT NOTE ของบทความแต่ละเรื่อง
- ๑.๓ การศึกษาและลงเก็บข้อมูลภาคสนามเพิ่มเติม ของแต่ละคน
- ๑.๔ การเขียนงานบทความร่างแรก (first draft) จำนวน ๓๐ – ๔๐ หน้า
- ๑.๕ ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิด ข้อมูลและประสบการณ์จากงานแต่ละประเทศ
- ๑.๖ ค้นคว้าและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามที่ได้รับข้อมูลจากการประชุมแลกเปลี่ยนแนวความคิด
- ๑.๗ นำเสนอผลการศึกษาของแต่ละบทความในเวทีวิชาการต่างๆ ตามวาระที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๘ ส่งให้นักวิชาการผู้มีประสบการณ์และพื้นฐานงานวิชาการที่เกี่ยวข้องอ่านและให้ความเห็น
- ๑.๙ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือ reviewers 3 คน อ่านและให้ความเห็นครั้งสุดท้าย
- ๑.๑๐ นักวิชาการปรึกษาหารือกัน และ ปรับแก้บทความ
- ๑.๑๑ จัดทำรายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ์ ส่ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

๑.๑๒ พัฒนาโครงการเพื่อจัดทำงบประมาณสนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือ ในลำดับต่อไป

๒. ตารางสรุปการประชุมและนำเสนอบทความของโครงการ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้

วัน-เวลา	เวทีแลกเปลี่ยน-นำเสนอ	หัวข้อเรื่อง
๒๕ เมษายน ๒๕๕๕	ประชุมระดมสมอง ครั้งที่ ๑ ที่ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	สถานภาพความรู้และประเด็นการศึกษา
๒๐ กันยายน ๒๕๕๕	นำเสนอทางวิชาการ ในการประชุมสัมมนาวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี ๒๕๕๕ เรื่อง สร้างภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทในวาระอาเซียน : การวิจัยและจัดการความรู้ วันที่ ๑๗-๒๑ ก.ย. ๒๕๕๕	ประสบการณ์การแพทย์ท้องถิ่นและภูมิปัญญาสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้าน โดยการเลือกบทความบางเรื่องไปนำเสนอแลกเปลี่ยนกับนักวิชาการท่านอื่น
๖ ธันวาคม ๒๕๕๕	ประชุมระดมสมองครั้งที่ ๒ ที่ห้องประชุมศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	แลกเปลี่ยนบทความ (ร่างแรก)
มีนาคม – พฤษภาคม ๒๕๕๖	นำเสนอในเวทีศุภเสวนา และจัดให้มีการวิจารณ์จากนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญและศึกษาสังคมของประเทศนั้นๆ ในอาเซียน ที่ห้องประชุม สวสส.	นักวิจัยแต่ละคนมานำเสนอบทความฉบับปรับปรุงแก้ไขจากร่างแรก เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิด/ทฤษฎี
๗ สิงหาคม ๒๕๕๖	นำเสนอเนื้อหาการศึกษาในภาพรวมของโครงการ และร่วมให้ความเห็นจากนักวิชาการผู้มีประสบการณ์สูง ในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี ๒๕๕๖	ความรู้ท้องถิ่นกับการเปลี่ยนแปลงโลกสุขภาพในอาเซียน

๓. ภาพรวมของเนื้อหาบทความ

โครงการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพ เรื่อง ความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมอาเซียน มีเป้าหมายเพื่อการรวบรวมความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานการศึกษาขั้นต่อไป โดยทางสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพเห็นความสำคัญถึงวาระการเปิดประชาคมอาเซียน และให้ความสนใจอาเซียนกับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม และเป็นโอกาสของการทำความรู้จักบุคคลผู้มีความรู้ของอาเซียน ซึ่งโดยทั่วไปมักอ้างอิงแต่นักวิชาการและงานวิชาการของตะวันตก โครงการนี้จึงต้องการรวบรวมความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพของประเทศต่างๆในอาเซียนในฐานะประเทศเพื่อนบ้าน โดยการทำงานของกลุ่มนักวิชาการสังคมและสุขภาพ ซึ่งเป็นนักวิจัยผู้มีประสบการณ์หรืองานภาคสนามอยู่ในประเทศนั้นๆ และยังมีความสนใจร่วมกัน และมีจุดมุ่งหมาย

ทำเป็นหนังสือ **Introductory Book** ไว้ให้เป็นจุดเริ่มต้นการทำงานสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพในมิติสังคมและวัฒนธรรม และความร่วมมือกันต่อไป

คณะนักวิจัยได้เตรียมการและวางโครงสร้างของหนังสือเล่มนี้ประกอบด้วย ๘ บทความด้วยกัน คือ บทนำ ให้ความรู้ภาพรวมของสถานภาพความรู้ของประเทศต่างๆ ในอาเซียน

บทความแรกเป็นงานของ ดร. ทวีศักดิ์ เผือกสม นักประวัติศาสตร์ ผู้สนใจเรื่องของอินโดนีเซีย และมีพื้นฐานความรู้ที่ดียอยู่แล้ว ดร.ทวีศักดิ์ ได้ review เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านของประเทศอินโดนีเซีย และเขียนออกมาอย่างละเอียดโดยใช้เอกสารด้านประวัติศาสตร์ที่เก่าแก่จำนวนมาก

บทความที่สอง โดยอาจารย์ฉัตร ชมะวรรณ มุกดาวิจิตร ผู้มีประสบการณ์งานศึกษาวิจัยที่เวียดนาม ศึกษาเรื่อง “ขวัญ” กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของกลุ่มชนชาวไตดำที่ประเทศเวียดนาม สนใจต่อวิกฤตสุขภาพของคนไตดำในเวียดนาม ตอนหลังขยายสู่เรื่องของการแพทย์ระบบอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันกับการดูแลสุขภาพสุขภาพของคนที่นี่

บทความที่สาม โดย นางบุษบก วิเศษพลชัย ศึกษาทำวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกและทำงานภาคสนามที่สีหนุวิลล์ เวลาเกือบ ๑ ปี เรื่องสุขภาพของผู้หญิงชาวกำพูชา จึงมีความสนใจศึกษาการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน กรณีการคลอดและการดูแลหลังคลอดของชาวกำพูชา ที่สีหนุวิลล์ พบหมอพื้นบ้านที่ยังมีบทบาทอยู่หลายประเภท และยังพบการใช้ประโยชน์ของชาวกำพูชา ตัวอย่าง เรื่องของ “ชาหมอบโบราณ” “ครูบารเมย” ซึ่งมีสถานการณ์คล้ายคลึงกับหมอตำแยเมืองไทยอยู่ด้วย

บทความที่สี่ โดย ดร. เสถียร ฉันทะ ศึกษาเรื่องของบ้านกับโลกทัศน์และ สุขภาพของคนในอุษาคเนย์ โดยเปรียบเทียบระหว่างบ้านที่เมืองเว้กับบ้านเรือนชาวไทยที่เมืองเชียงตุงในเชิงวิถีวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ในเชิงความหมายและสัญลักษณ์ทางประเพณีพิธีกรรม

บทความที่ห้า โดย ดร.สุรสม ฤกษ์จันทะ มองการค้าสมุนไพรรายแดนเรื่องของภูมิปัญญาพื้นบ้านในกระแสโลก โดยการศึกษาผ่านเส้นทางของมะขามป้อม ว่าการพัฒนาสมุนไพรรพื้นบ้านไปสู่การเป็นอุตสาหกรรม และเส้นทางค้าขาย ไม่ว่าจะเป็นยาแก้ไอหรืออะไรต่าง ๆ ที่ใช้ยาสมุนไพรมะขามป้อมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภูมิปัญญาอย่างไร หรือแสดงถึงการแพร่กระจายความรู้มากขึ้นหรือเป็นเรื่องของการค้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของตัวแปรไทยลาว และกำพูชา

บทความที่หก ดร.อรรณู ศิริผล ได้ศึกษาเรื่องของโลกาภิวัตน์กับประเทศจีนมามาก จึงทำการศึกษาภาวะสุขภาพของชีวิตผู้คนที่อยู่ริมถนน R3A เป็นชุมชนบนถนนของชาวฮัมบู ที่แสดงให้เห็นผลกระทบของนโยบายรัฐบาลแบบข้ามชาติ กับการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ ที่ทำให้ประชาชนกลายเป็นผู้ที่เป็นชุมชนชายขอบ ไร้ที่ทำกินของตนเอง สูญเสียอาชีพและวิถีวัฒนธรรมที่จะหล่อเลี้ยงความมีชีวิตตน

บทความที่เจ็ด เป็นเรื่องของการแพทย์พื้นบ้านพม่าในภาวะทันสมัย โดย ดร.เทพินทร์ พชรานุรักษ์ ซึ่งได้พบอิทธิพลของความทันสมัยกับแนวคิดความเป็นวิทยาศาสตร์ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์ท้องถิ่น โดยการ **manipulate** ของรัฐ

หนังสือเล่มนี้มุ่งทำงานศึกษาในกลุ่มประเทศในกลุ่มประชาคมอาเซียน และจะพยายามทำให้ครบต่อไป ตอนนี้ยังไม่ค่อยครบ ภาคพื้นที่เป็นมุสลิมทางฝั่งทะเลยังมีพื้นที่ที่จะกระตุ้นให้เกิดการทำงานทางวิชาการต่อไปได้ พุดในฐานะตัวแทนของคณะวิจัยโครงการที่ทำด้วยกันนี้ มองงานชิ้นนี้โดยผ่านประเด็น ๓ ประเด็น คือ เรามีจุดยืนในการมองเพื่อนบ้านอย่างไร งานที่พบว่ามีการร่วมของงานทุกบทความร่วมกัน คือ เราศึกษางานของแต่ละประเทศโดยพบความเชื่อมโยงกับบริบททางประวัติศาสตร์ สังคม การเมือง ที่โครงการนี้ศึกษาอย่างไร ถ้ามองงานศึกษาของนักวิชาการไทยที่ทำการศึกษารื่องของเพื่อนบ้าน จากเดิมถ้าอ่านงานความรู้และการแพทย์พื้นบ้าน จะพบว่าหนังสือที่อ่านมักมาจากฝรั่งหรือนักวิชาการฝั่งตะวันตก

ครั้งนี้เป็นงานชิ้นแรกที่เราเริ่ม โดยการที่นักวิชาการไทยไปศึกษาจากพื้นที่ของประเทศเพื่อนบ้านและเป็นการศึกษาจากคนที่คิดว่าเรามีวัฒนธรรมเกาะเกี่ยวร่วมกัน คำว่า “ร่วม” อาจจะไม่น่าจะรวมกันทั้งหมดแต่มีความเกาะเกี่ยวร่วมกันในบางแง่มุมของวัฒนธรรม สำหรับการเข้าไปศึกษาคนที่มีการวัฒนธรรมร่วมกัน พอทำงานลงภาคสนามและกลับมาเขียนและอ่านไปสักระยะหนึ่ง นักวิชาการทั้ง ๗ คนจะเกิดความรู้สึกร่วมกันว่า แต่ละคนบอกว่า “สิ่งที่ดูเหมือนคุ้นเคยกลับให้ความรู้สึกแปลกใหม่”

ในการประชุมแต่ละครั้ง คณะนักวิจัยได้เรียนรู้ถึงความแตกต่าง ทำให้มีความตื่นตัว และพบว่าในท่ามกลางความเหมือนเรามีความต่างกันอยู่ นักวิชาการจึงพยายามสะท้อนในหลายแง่มุม ด้วยเวลาจำกัดอย่างเราพบความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งปรากฏอยู่ในประเทศที่เราศึกษาทั้ง ๗ ประเทศ เช่น เราพุดถึงหมอดูคุณ (DUKUN) ในสังคมชาว ในงานของอาจารย์ทวีศักดิ์ พบ “ครูบารเมย” โดยคุณบุษบก ในเรื่องของเสีย ต้องใช้อำนาจเหนือธรรมชาติในการรักษาเช่นกัน งานของเทพินทร์พบเป็นเรื่องของ “คนทรง” ในสังคมพม่า สิ่งเหล่านี้จะเจออำนาจเหนือธรรมชาติอยู่ในเรื่องของการรักษา แม้แต่งานของคุณเสถียร ก็พูดถึงการจัดวางพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ในบ้าน ซึ่งลักษณะเหล่านี้เราพบความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ แต่ความเชื่อเหล่านั้นก็ไม่ใช่เป็นเรื่องที่เหมือนกันซะทีเดียว ก็มีความแตกต่าง ซึ่งแต่ละคนก็ไปเจอเรื่องราวที่น่าตื่นเต้นสนใจ หรือแปลกประหลาด คำว่า แปลก คือ แปลกแบบพิศวง ที่เราคิดว่าเป็นสิ่งเหมือนกัน น่าจะเป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์ถ้าเราไปดูงานของเรื่องนี้

สรุปว่า การดำเนินงานโครงการนี้ส่งผลให้เกิดความรู้และแรงบันดาลใจในการทำงานศึกษาเรื่องนี้ในแง่มุมอื่นเพิ่มเติม และขยายผลการศึกษาให้สถาบัน องค์กร เครือข่าย และผู้กำหนดนโยบายได้เห็นความสำคัญในการคิดและใช้ประโยชน์จากความรู้ด้านสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม จนมีการส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากรการทำงานกันอย่างชัดเจนมากขึ้น

บทที่ ๒

ภูมิทัศน์ประวัติศาสตร์การแพทย์และการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซีย

ทวีศักดิ์ เผือกสม

ก่อนอื่นคงต้องขอออกตัวก่อนว่า ผู้เขียนไม่เคยทำวิจัยหรืออ่านงานเขียนเรื่องการแพทย์ในหมู่เกาะอินโดนีเซียหรืออินโดนีเซีย (ทั้งการแพทย์แบบจารีตหรือแบบสมัยใหม่) อย่างเป็นเรื่องเป็นราวมาก่อน แม้จะเคยอ่านงานวิจัยเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรือในอินโดนีเซียอยู่บ้าง แต่เข้าใจเอาเองว่า การวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียค่อนข้างเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่ง จึงมีงานวิจัยในเรื่องนี้ปรากฏให้เห็นอยู่เป็นระยะ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากปรากฏการณ์ทางสังคมของอินโดนีเซียเอง คือ การแพทย์พื้นบ้าน/ระบบสุขภาพแบบจารีต และยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรค่อนข้างมีบทบาทในแบบวิถีชีวิตของผู้คน โดยส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความเจ็บไข้ได้ป่วยบางชนิดอันเป็นโรคประจำถิ่นจำเป็นต้องพึ่งพายาแผนโบราณ/สมุนไพรของอินโดนีเซีย และอีกบางส่วนอาจเป็นผลมาจากความหนาแน่นของประชากร ความยากจน และโอกาสในการเข้าถึงบริการของการแพทย์สมัยใหม่ในอินโดนีเซียเอง

อย่างไรก็ตาม นอกจากการสำรวจสถานภาพของการศึกษาด้านการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียแล้ว บทความชิ้นนี้ยังต้องการเริ่มด้วยการสำรวจสถานภาพและองค์ความรู้ของการวิจัยเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์ในอินโดนีเซียศึกษาในโลกภาษาอังกฤษโดยกว้างๆ ทั้งความสนใจต่อการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์บนหมู่เกาะอินโดนีเซียในสมัยอาณานิคมและความสนใจต่อเรื่องดังกล่าวในยุคหลังอาณานิคม หลังจากนั้นจึงจะพยายามสำรวจสถานภาพและองค์ความรู้ในการวิจัยด้านแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียศึกษาในโลกภาษาอังกฤษในปัจจุบัน รวมทั้งพยายามค้นหาประเด็นปัญหาหรือคำถามสำคัญในการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียศึกษาที่น่าสนใจและน่าจะสนับสนุนให้มีการวิจัยค้นคว้าต่อไป

การศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินโดนีเซียในสมัยอาณานิคม

บทความสำรวจสถานะของความรู้และการศึกษาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินโดนีเซียในสมัยที่ยังตกเป็นอาณานิคมของจักรวรรดิเนเธอร์แลนด์ของปีเตอร์ บูมการ์ด (Peter Boomgaard) เรื่อง “The Development of Colonial Health Care in Java: An Exploratory Introduction” ซึ่งตีพิมพ์อยู่ในวารสาร *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde* ของมหาวิทยาลัยเลเดนเมื่อ ค.ศ. ๑๙๙๓ ระบุว่า การวิจัยเอกสารเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ในหอดจดหมายเหตุทั้งในอินโดนีเซียและในเนเธอร์แลนด์ยังแทบไม่เคยเกิดขึ้นอย่างจริงจังแต่อย่างใด จึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ที่จะออกความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องปริมาณของงานศึกษาในเรื่องดังกล่าว ทั้งๆ ที่มีข้อมูลจำนวนมากหาให้ค้นหาสำรวจ งานที่ทำๆ กันอยู่นั้นโดยมากก็เป็นการพรรณนาเกี่ยวกับองค์กรที่ดูแลรับผิดชอบด้านการแพทย์ในสมัยอาณานิคม กิจกรรมและการณรงค์ต่างๆ ของหน่วยงานเหล่านี้ การฝึกหัดแพทย์ดัดดัดกับแพทย์พื้นเมือง และผลของการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์เขตร้อน ทั้งยังแทบไม่เคยมีใครสนใจต่อสิ่งที่เรียกกันว่าประวัติศาสตร์สังคมของสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลสุขภาพ ความเจ็บไข้ได้ป่วยในบริบทของอาณานิคม ซึ่งมันสะท้อนต่อระบบนิเวศวิทยาของโรคภัยไข้เจ็บ (disease environment) และพัฒนาการของการดูแลสุขภาพความเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ได้เป็นความจริงอันเป็นภาวะวิสัย (an objective reality) หรือพลวัตอันเป็นกลาง (a neutral force) แต่อย่างใด (Boomgaard, ๑๙๙๓: ๗๗)

ในการอภิปรายถึงพัฒนาการของการศึกษาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์และแบบแผนของปรากฏการณ์ของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บในหมู่เกาะอินโดนีเซียนั้น บูมการ์ดได้ตั้งข้อสังเกตที่น่าสนใจไว้อย่างหนึ่งว่า ทวีปยุโรปและทวีปเอเชียได้เคยติดต่อเชื่อมโยงเข้าหากันทั้งโดยการค้าทางทะเลและทางบกมานานกว่าการ

ขยายตัวของการเดินทางๆ ทะเลของยุโรปในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๖-๑๗ ทั้งยังมีหลักฐานอันมากพอที่จะทำให้เห็นถึง “การผสมข้ามสายพันธุ์ของเชื้อจุลินทรีย์” (microbial unification) ของดินแดนสองทวีปแห่งนี้ ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ ๑๔ เป็นต้นมา ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้คนในทวีปเอเชียสามารถรอดพ้นจากการระบาดของเชื้อโรคชนิดใหม่ๆ ที่แพร่เข้ามาผ่านเส้นทางคมนาคมที่มีการพัฒนารุดหน้ามหาศาลในช่วงหลังการปฏิวัติวิทยาศาสตร์ และทำให้มีผลแตกต่างไปจากดินแดนอื่นๆ ในโลกใหม่ที่อัตราการตายของผู้คนสูงอย่างน่าตระหนก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเผชิญกับเชื้อจุลินทรีย์ชนิดใหม่ๆ จากทวีปยุโรป นอกจากนี้ โรคระบาดครั้งสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในเอเชียส่วนมากยังเกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ที่แพร่อยู่ภายในเอเชียเองยิ่งกว่าเป็นเชื้อจุลินทรีย์ที่แพร่เข้ามาจากดินแดนอื่น (Boomgaard, ๑๙๙๓: ๗๘-๙๐)

แน่นอนว่า นอกจากการเดินทางมาสู่โลกใหม่จะทำให้ชาวตะวันตกเองก็ต้องเผชิญกับโรคภัยใหม่ๆ และนำเอาโรคภัยใหม่ๆ เข้าไปสู่โลกอื่นที่ตัวเองเดินทางไปเยือน การปะทะกับโลกอื่น/สังคมอื่น วัฒนธรรมอื่น/อารยธรรมอื่นในด้านหนึ่งทำให้ภาวะความเป็นชาวตะวันตก/ชาวยุโรปเองมีความแจ่มชัดขึ้นเพราะความแตกต่างทางวัฒนธรรม/อารยธรรม กระทั่งในที่สุดการสะสมความมั่งคั่งและความรู้จากโลกอื่นได้ทำให้ตะวันตกตกผลึกทางความคิด/ความรู้และนำไปสู่การทำความเข้าใจและการริเริ่มผลประโยชน์จากธรรมชาติ ซึ่งได้นำสู่การคิดค้นเทคโนโลยีใหม่มารับใช้มนุษย์ และเปิดโอกาสให้ตะวันตกเข้ายึดครองและขูดรีดผู้คน/ดินแดนในโลกอื่นเพื่อตอบสนองการขยายตัวภายในโลกตะวันตกเอง อันยังทำให้โลกตะวันตกแตกต่างห่างไกลยิ่งขึ้นจากผู้คนในโลกอื่น จนก่อรูปขึ้นเป็นชุดของความสัมพันธ์แบบจักรวรรดิกับดินแดนอาณานิคม นอกจากนั้น เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่การยึดครอง ตะวันตกก็ค่อยๆ ประกอบสร้างรูปการณ์จิตสำนึกและวาทกรรมในเรื่องความเหนือกว่าของอารยธรรมตะวันตก พร้อมๆ กับการเหยียดผู้คนในดินแดนอาณานิคมลงเป็นข้าทาส/คนในบังคับที่ล้าหลังป่าเถื่อนผู้รอคอยความปราณีและความเอื้อเฟื้อจากนายผิวขาวผู้นำเอาความเจริญและอารยธรรมมามอบและประสิทธิประสาทให้ ชาวอินโดนีเซียบางคนที่เกิดและเติบโตขึ้นในช่วงปลายอาณานิคมได้เขียนบันทึกถึงความทรงจำอันเจ็บปวดเมื่อถูกค้อนแคะเหยียดหยามว่าเป็นพวก “ชาวพื้นเมืองสกปรก” (dirty native) ในโรงเรียนสมัยก่อน (Taylor, ๒๐๑๑: ๔๑) ทั้งๆ ที่บรรดาชาวยุโรปซึ่งเดินทางเข้ามาตั้งแต่ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๖ จนถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ ล้วนทราบดีถึงนิสัยอันแปลกประหลาดของชาวพื้นเมืองบริเวณนี้ คือการชอบอาบน้ำ อันแตกต่างกับชาวยุโรปที่เดินทางเข้ามาซึ่งมักไม่ชอบอาบน้ำ จนแม้กระทั่งเมื่ออังกฤษเข้ายึดครองชวาและหมู่เกาะอินดีสอยู่ในช่วงหนึ่งเมื่อต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ ในระหว่างสงครามโปเลียนนั้น โทมัส ราฟเฟิลส์ ข้าหลวงใหญ่ที่อังกฤษเข้าไปปกครองหมู่เกาะอินดีส ก็ยังลงความเห็น ว่า ชาวพื้นเมืองค่อนข้างรักความสะอาด ยกเว้นกลุ่มที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวข้องแวะกับบรรดาชาวยุโรป (Raffles, [๑๘๑๗]: Vol. I, ๓๕๓-๔ และดูข้อมูลแบบเดียวกันนี้จากบันทึกการเดินทางของชาวยุโรปในช่วงก่อนหน้านั้นใน Reid, ๑๙๘๘: Vol. I, ๕๐) ก่อนหน้านั้นใน ค.ศ. ๑๗๕๐ เคยมีความพยายามออกกฎหมายให้ทหารดัดจริตในเมืองบาตาเวียต้องอาบน้ำทุก ๘-๑๐ วันเนื่องด้วยเหตุผลเรื่องสุขภาพ แต่กฎระเบียบดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทหารจืดจางใจของบรรดาทหารและก่อให้เกิดการต่อต้าน จนในอีกสองทศวรรษต่อมา คือ ใน ค.ศ. ๑๗๗๕ ก็ต้องมีการออกคำสั่งห้ามบังคับให้ทหารในเมืองบาตาเวียต้องอาบน้ำเป็นประจำทุกสัปดาห์แบบที่เคยกำหนดในช่วงหน้าก่อนหน้านั้น (Van Dijk, ๒๐๑๑: ๑๑)

เมื่อชาวยุโรปหันมานิยมอาบน้ำและความสะอาดเป็นเครื่องแสดงถึงสถานะทางสังคมและหลักหมายสำคัญของความมีอารยธรรม ในลักษณะเดียวกับโกสัวมกลายเป็นนวัตกรรมสำคัญในงานแสดงสินค้าในกรุงลอนดอนเมื่อ ค.ศ. ๑๘๕๐ เมื่อสบู่ซึ่งเคยเป็นสินค้าของฟุ่มเฟือยสำหรับชนชั้นสูงเริ่มกลายเป็นสินค้าอุตสาหกรรม สบู่จึงกลายเป็นเครื่องรางของขลังสำหรับความเป็นสมัยใหม่ หรือหากพูดด้วยภาษาของโฆษณา สบู่ยี่ห้อ Pears' Soap ในสมัยนั้นก็คือ “สบู่คืออารยธรรม” (soap is civilization) หรืออารยธรรมของคน

พื้นเมืองนั้นเริ่มต้นจากการหัดใช้สบู่ (ดังโฆษณาขายสบู่ที่ระบุว่า The birth of civilization: a message from the SEA) เพราะการใช้/บริโภคสบู่คือมาตรวัดของความมั่งคั่ง อารยธรรม สุขภาพและความบริสุทธิ์ของผู้คน (The consumption of soap is a measure of the wealth, civilization, health, and purity of the people.) เด็กนักเรียนชาวพื้นเมืองในโรเตเซียเมื่อช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐ จึงต้องหัดร้องเพลงตั้งแต่วันแรกที่เข้าเรียนในโรงเรียนของมิชชันนารี (St Faith Mission) ว่า “เราสกปรก เราสกปรก เราไม่รู้อะไรจะอาบน้ำชำระตัวเองอย่างไร เรายังไม่มีการศึกษา” (We are dirty, we are dirty. We do not know how to wash ourselves. We have not acquired education.) (Van Dijk, ๒๐๑๑: ๑๑-๒)

ผลก็คือ ความสะอาดถูกทำให้กลายเป็นสิ่งที่อกเงยขึ้นจากและสงวนไว้เฉพาะอารยธรรมตะวันตก ถึงแม้ชาวพื้นเมืองจะขยันอาบน้ำก็ไม่ได้ทำให้ชำระล้างความสกปรกออกไปจากตัวได้ ในสังคมดัตช์เองนั้นก็เริ่มกลายเป็นสิ่งที่ยึดถือกันโดยทั่วไปว่า การดูแลรักษาความสะอาดเป็นอะไรที่สะท้อนถึงความเป็นดัตช์มาก (cleanliness is typically Dutch) ดังจะเห็นได้จากคู่มือการดูแลครัวเรือนสำหรับแม่บ้านดัตช์ในคริสต์ศตวรรษ ๑๗ ซึ่งบรรยายอย่างละเอียดเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของบ้านเรือน ตั้งแต่การกวาดชำระล้างทางเข้าบ้าน กำหนดระยะเวลาในการทำมาความสะอาดบ้านเรือนในแต่ละส่วน เช่น ห้องรับแขก ห้องครัว และห้องใต้หลังคา เป็นต้น การซักเสื้อผ้าประจำวัน กฎเกณฑ์ต่างๆ ในเรื่องการดูแลความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ในห้องครัวและห้องน้ำ การดูแลห้องนอน การเก็บพับผ้าห่ม และการกวาดเช็ดดูบ้านเรือนให้สะอาดเรียบร้อย (Taylor, ๒๐๑๑: ๔๒)

ในสายตาของนักประวัติศาสตร์การแพทย์ที่สนใจต่อการแพทย์ในอาณานิคมอินดิสของจักรวรรดิดัตช์แล้ว ความสนใจต่อประเด็นเรื่องสถานภาพของสุxonามัยและการหาหนทางในการต่อสู้โรคระบาดทั้งในยุโรปและในอาณานิคมได้นำไปสู่การผลิตงานเขียนชิ้นชุดหนึ่ง ซึ่งกลายเป็นงานบุกเบิกสำคัญของการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในเวลาต่อมา คือผลงานศึกษาของนักเภสัชวิทยา H.F. Tillema เรื่อง Kromoblanda: Over 't Vraagstuk van Het Wonen' un Kromo's groote land [กรอมอบแลนด์: ว่าด้วยการอยู่ด้วยกันระหว่างชาวชวาที่ชาวดัตช์ในดินแดนอันยิ่งใหญ่] ตีพิมพ์ออกมาในช่วง ค.ศ. ๑๙๑๕-๑๙๒๓ รวมทั้งหมด ๖ เล่ม มีเนื้อหามากกว่า ๒๐๐๐ หน้า ไม่นับรูปภาพประกอบอีกนับร้อย (Van Dijk and Taylor, ๒๐๑๑: viii; แสงก์ มายเยอร์กูณาให้คำอธิบายว่า คำว่า “กรอมอบแลนด์” เป็นคำที่ Tillema ประดิษฐ์ขึ้น คำว่า “กรอมอ” น่าจะมาจากภาษาชวาที่หมายถึงชั้นสูง ส่วนคำว่า “เบอลันดา” หมายถึงฮอลแลนด์หรือฮอลันดาในภาษาชวา) อย่างไรก็ตาม คนที่น่าจะถือว่าผู้บุกเบิกในการสำรวจเกี่ยวกับสภาพสุxonามัยของอินดิสก็จะเป็นโรมัส ราฟเฟิลส์มากกว่า กล่าวคือ ในฐานะที่เป็นวิศวกรคนสำคัญในปฏิบัติการยึดเกาะชวาจากรัฐบาลอาณานิคมดัตช์เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ. ๑๘๑๑ โดยกองกำลังอังกฤษภายใต้บัญชาการของลอร์ดมินโต ข้าหลวงใหญ่แห่งเบงกอลของบริษัทอินเดียตะวันออกของอังกฤษ โรมัส สแตมฟอร์ด ราฟเฟิลส์จึงได้รับแต่งตั้งให้เป็นข้าหลวงปกครองเกาะชวาและเขตบริมณฑล นอกจากความพยายามในการปฏิรูปหมู่เกาะอินดิสแล้ว มรดกสำคัญอย่างหนึ่งที่ราฟเฟิลส์ทิ้งไว้แก่หมู่เกาะอินดิส คือหนังสือประวัติศาสตร์ชวา หรือ A History of Java หลังจากที่ได้เดินทางมาถึงชวาได้ไม่นานนัก ราฟเฟิลส์ก็ตัดสินใจเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะนำไปใช้เขียนประวัติศาสตร์และขนบธรรมเนียมของเกาะชวา รวมถึงงานเชิงชาติพันธุ์วรรณา สัตววิทยา และรายละเอียดต่างๆ ที่จะทำให้ภาพของเกาะชวามีความสมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Wurtzburg, [๑๙๕๔]: ๑๙๗-๘) โครงการนี้ได้นำราฟเฟิลส์ไปสู่การรื้อฟื้นสมาคมศิลปะและวิทยาศาสตร์แห่งบาตาเวีย (Batavian Society of Arts and Sciences) ซึ่งได้รับก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ค.ศ. ๑๗๗๘ และถือเป็นสมาคมการค้าของชาวยุโรปแห่งแรกที่ก่อตั้งขึ้นในโลกตะวันออกไกล (Wurtzburg, [๑๙๕๔]: ๒๕๐) โดยมุ่งจะดำเนินการค้นคว้าวิจัยในประเด็นที่จะมีประโยชน์ในทางกลีกรรม การค้า และความผาสุกของ

โลกอาณานิคม ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดคำถามที่เกี่ยวกับประวัติศาสตร์ธรรมชาติ เรื่องราวของยุคโบราณ ขนบธรรมเนียมและกิริยามารยาทของชาวพื้นเมือง (“A Discourse delivered at a Meeting of the Society of Arts and Sciences,” ๒๔ April ๑๘๑๓, reprinted in Raffles, [๑๘๓๐]: ๑๓๔-๑๔๗, see page ๑๓๖) ในงานรำลึกครบรอบปีของสมาคมฯ ราฟเฟิลซึ่งเพิ่งได้รับแต่งตั้งเป็นประธานสมาคมฯ ก็ได้แสดงปาฐกถาในการประชุมสมาคมฯ เมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ค.ศ.๑๘๑๓ ภายใต้แสงนำทางของแนวความคิดเรื่อง “ความก้าวหน้าของอารยธรรม” (the progress of civilization) ราฟเฟิลเสนอแนะว่า ความรู้ในเรื่องภาษาพื้นเมืองเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในการที่จะเข้าถึงความคิดความเข้าใจอันแนชัดถูกต้องเกี่ยวกับ “แบบวิถีในการคิดและการกระทำในหมู่ผู้คน” (modes of thinking and acting among the people) (Raffles, [๑๘๓๐]: ๑๔๓ and ๑๓๙) และเหนือสิ่งอื่นใด คือเพื่อที่จะกำหนดตำแหน่งแห่งที่หรือระดับชั้นของชาวพื้นเมือง “ในระนาบวัดของอารยธรรม” (in the scale of civilization) (“A Discourse delivered on the ๑๑th September, ๑๘๑๕, by the Honorable Thomas Stamford Raffles, President,” in Raffles, [๑๘๓๐]: ๑๔๗-๑๘๔, see page ๑๘๒) ดังนั้นเป้าหมายแห่งการค้นคว้าเหล่านี้ จึงจะนำไปสู่หนทางอันเหมาะสมในการกำกับการใช้พลังงานและทรัพยากรอันเหลือเฟือจากดินแดนส่วนนี้ของโลก และเพื่อให้บรรดาผู้คนเหล่านี้ “หลุดพ้นจากความเขลา ป่าเถื่อน และการทำลายตัวเอง” (ignorance, barbarism, and self-destruction) (Raffles, [๑๘๓๐]: ๑๔๔)

ในงานเขียนอันถือว่เป็นงานบุกเบิกการศึกษาประวัติศาสตร์ชาวอย่างจริงจัง คือ A History of Java ราฟเฟิลได้นำเสนอชาวในแง่มุมต่างๆ ตั้งแต่ประวัติศาสตร์ สังคม วัฒนธรรม วรรณคดี ลัทธิความเชื่อ พิธีกรรม เศรษฐกิจการค้า และข้อมูลเชิงสถิติต่างๆ เท่าที่จะสามารถรวบรวมมาได้จนกลายเป็นหนังสือขนาดมหึมาแยกพิมพ์ออกเป็น ๒ เล่ม ในหนังสือเล่ม ๒ ราฟเฟิลได้ตีพิมพ์ภาคผนวกสำคัญเรื่อง “Unhealthiness of Batavia” อันเป็นข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากรทั้งบริเวณภายในและรอบนอกกำแพงเมืองบาตาเวีย การแต่งงานของชาวยุโรปและลูกครึ่ง การเข้าพิธีรับศีลมหาสนิทเป็นคริสต์ศาสนิกชนของบุตรหลานชาวยุโรป ลูกครึ่งและคริสตชนต่างๆ อัตราการตายทั้งของชาวยุโรป ลูกครึ่งและทาสทั้งหลายภายในเขตเมืองบาตาเวีย ในระหว่าง ค.ศ. ๑๗๐๐-๑๘๑๓ ในตารางข้อมูลสถิติเรื่องจำนวนประชากรและการเสียชีวิตของผู้คนชี้ให้เห็นว่า ผู้คนในบาตาเวียมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตค่อนข้างสูง เช่น ค.ศ. ๑๗๐๐ มีประชากรในเขตเมืองทั้งสิ้นราว ๕๔,๕๕๐ คน แต่มีคนเสียชีวิตถึง ๑,๖๗๒ คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ไม่น่าจะรวมคนจีนและคนพื้นเมืองทั้งหมด เพราะมีตารางสถิติข้อมูลการตายที่ฝังในสุสานบาตาเวียในปีเดียวกันนั้นสูงถึง ๔๘,๔๕๐ คน (Raffles, [๑๘๑๗]: Vol.๒, Appendix A, ii และ iv) เฉพาะข้อมูลคนตายที่ฝังตามสุสานในบาตาเวียในแต่ละปีจะมีตัวเลขคนเสียชีวิตสูงมากถึงครึ่งแสนในแต่ละปี อันถือเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่มีอยู่ ราฟเฟิลอธิบายว่า นอกจากการระบาดของไข้หวัดในช่วง ค.ศ. ๑๗๓๓-๘ และ ๑๗๔๔-๕๕ ซึ่งทำให้คนตายไปจำนวนมากแล้ว (เฉพาะในช่วงแรกที่ใช้หวัดระบายนั้นราฟเฟิลระบุว่า มีลูกจ้างบริษัทอินเดียตะวันออกและชาวคริสต์ทั่วไปเสียชีวิตลงไม่ต่ำกว่าปีละ ๒,๐๐๐ คน (two thousand of the Company’s servants and free Christians annually died) (Raffles, [๑๘๑๗]: Vol.๒, Appendix A, vii) โดยมีรายงานถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้ชาวบาตาเวียต้องเสียชีวิตในแต่ละปีเมื่อ ค.ศ.๑๗๕๓ ว่าน่าจะมาจากความสกปรกของเมืองและแม่น้ำลำคลอง ซึ่งก่อให้เกิดอายพิศม์หรือ “miasmata” อันก่อให้เกิดโรค โดยระบุว่าผลกระทบของกลิ่นอายพิศม์ต่อระบบร่างกายมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่รู้จักกันดี เพราะก่อให้เกิดโรคบางชนิด คือไข้จับสั่น ท้องร่วง และขัดขวางการทำงานของอวัยวะภายใน ส่วนสาเหตุที่ทำให้เมืองบาตาเวียต้องรับเอาอากาศอันเป็นมลพิษเช่นนั้นเนื่องจากถูกสร้างขึ้นบนพื้นที่อันเป็นหนองน้ำ ล้อมรอบด้วยป่าพรุ สุมทุมพุ่มไม้อันขัดขวางไม่ให้อากาศไหลเวียนเทียนถ่ายเทได้โดยสะดวก (Raffles, [๑๘๑๗]: Vol.๒, Appendix A, viii) นอกจากนี้ในรายงานฉบับ

นี้ของโรเบิร์ตสัน (Robertson) อดีตศัลยแพทย์ใหญ่แห่งบาตาเวีย ยังระบุว่ารูปแบบวิถีปฏิบัติทางการแพทย์ของดัตช์ไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะต้านยัณโรคร้ายอันมาจากบรรยากาศ จึงจะทำให้นำไปสู่ความสูญเสียในจำนวนมากยิ่งขึ้น (the Dutch mode of medical practice... is inefficient to counteract the diseases of the climate, must tend of increase the number of fatal terminations.) หากพูดในแง่หนึ่งแล้ว ความรู้และปฏิบัติการของจักรวรรดิดัตช์ยังล้าหลังและด้อยประสิทธิภาพกว่าพัฒนาการทางความรู้ของจักรวรรดิอังกฤษ เนื่องจากโรเบิร์ตสันยังระบุอีกด้วยว่า มีบางคนที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้ดีพอ จึงหันไปรับเอาแนวปฏิบัติของอังกฤษซึ่งดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพยิ่งกว่า (Raffles, [๑๘๑๗]: Vol.๒, Appendix A, x)

อย่างไรก็ตาม สำหรับลิสเบต เฮสเสลิงก์ (Liesbeth Hesselink) นักประวัติศาสตร์ที่สนใจศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ของหมู่เกาะอินดิสในสมัยอาณานิคมแล้ว เฮสเสลิงก์เห็นว่า ผลงานที่ถือกันว่าเป็นมาตรฐานสำหรับการอ้างอิงในการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในอาณานิคมอินดิส คือผลงานของ D. Schoute ซึ่งเป็นศัลยแพทย์โดยอาชีพและหันมาสนใจศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์อย่างจริงจังในฐานะงานอดิเรก โดย D. Schoute ตีพิมพ์ผลงานสำคัญ ๒ ชิ้น คือเรื่อง *De geneeskunde in den dienst der Oost-Indische Compagnie in Nederlandsch-Indië* [การแพทย์ของบริษัทอินเดียตะวันออกในหมู่เกาะอินดิสของเนเธอร์แลนด์] ตีพิมพ์เมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๙ และเรื่อง *De geneeskunde in Nederlandsch-Indië gedurende de negentiende eeuw* [การแพทย์ในหมู่เกาะอินดิสของเนเธอร์แลนด์ตลอดช่วงคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙] ตีพิมพ์เมื่อ ค.ศ. ๑๙๓๖ (Hesselink, ๒๐๑๑: ๖)^๑ เฮสเสลิงก์ระบุว่า การศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในอาณานิคมอินดิสยังมีอยู่น้อยชิ้นมากในช่วงอาณานิคม กล่าวคือนอกจากผลงานที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ก็มีงานอีกเพียงไม่กี่ชิ้น กล่าวคือ

๑) วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยอัมสเตอร์ดัมของ P.W.L. Penris เรื่อง “Geneeskundige verzorging van arbeiders bij landbouwondernemingen op Java” “PhD thesis, University of Amsterdam, ๑๙๓๐)

๒) วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยอุเทรช์ของ H.A.C. Boelman, “Bijdrage tot de geschiedenis der geneeskruidcultuur in Nederlandsch Oost-Indië” (PhD thesis, University of Utrecht, ๑๙๓๖)

๓) วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยอุเทรช์ของ A.H. Borgers เรื่อง “Doctor Willem Bosch en zijn invloed op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indië” [ดร. วิลเลม บอสช์ และบทบาทด้านการแพทย์ในอินดิสตะวันออกของเนเธอร์แลนด์] (University of Utrecht, ๑๙๔๑)

๔) วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยเลเดนของอดีตแพทย์มิชชันนารี J.A. Verdoorn เรื่อง “Verloskundige hulp voor de inheemsche bevolking van Nederlandsch-Indië” [การให้ความช่วยเหลือด้านผดุงครรภ์สำหรับชาวพื้นเมืองในหมู่เกาะอินดิสของเนเธอร์แลนด์] (University of Leiden, ๑๙๔๑)

^๑ อย่างไรก็ดีตาม สตีฟ เฟอซัคคา (Steve Ferzacca) ให้ข้อมูลแตกต่างออกไปว่า งานชิ้นสำคัญที่ยังคงเป็น “a most significant volume on the history of colonial medicine in Indonesia” ของ D. Schoute คือ *Occidental Therapeutics in the Netherlands East Indies during Three Centuries of Netherlands Settlement (1600-1900)* ซึ่งตีพิมพ์โดย the Netherlands Indies Public Health Service เมื่อ ค.ศ. 1937 (Ferzacca, 2001: 48-9)

บางคนจึงตั้งข้อสังเกตว่า ความสนใจต่อประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินดีสของดัตช์นั้นได้เริ่มขึ้นอย่างจริงจังก็ล่วงมาถึงกลางทศวรรษ ๑๙๘๐ เมื่อการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในอินดีสได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับเงินอุดหนุนของสถาบันประวัติศาสตร์การแพทย์แห่งมหาวิทยาลัย Nijmegen (van Heteren, Eekelen and Poulissen, ๑๙๘๙: ๓) โดยการผลักดันของศาสตราจารย์เดอ มูลิน (D. de Moulin) ซึ่งมีผลงานเผยแพร่ออกมาทั้งที่เป็นงานวิจัยของตนเองและงานศึกษาค้นคว้าของนักศึกษาที่เดอ มูลินทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ตัวอย่างเช่น

H.W.M. Husken-Nillissen, D. de Moulin, *De dienst der volksgezondheid in Nederlandsch-Indie* [The Public Health Service in the Dutch Indies], *Ned Tijdschr Geneesk* ๑๓๐ (๑๙๘๖): ๒๓๕๖-๖๐.

A. de Knecht-van Eekelen, "Nutrition of European Children in ๑๙th Centuries Dutch East Indies," *Actes de XXXe congres international d'histoire de la medicine*, Dusseldorf ๑๙๘๖ (Leverkusen: Vicom KG, ๑๙๘๘), ๒๓๒-๒๓๘.

A. de Knecht-van Eekelen, "De invloed van 's-Rijkskweekschool voor militaire geneeskundigen op de geneeskunde in Nederlandsch Oost-Indie" [The Influence of the State Training School for Military Medical Officers on Medicine in the D.I.], in 's-Rijkskweekschool voor militaire geneeskundigen to Utrecht, ๑๘๒๒-๑๘๖๕ [The State Training School for Military Medical Officers in Utrecht], edited by D. de Moulin (Amsterdam: Rodopi, ๑๙๘๘), ๙๕-๑๐๙.

D. de Moulin, "Teaching of Medicine in the Dutch East Indies," *Clio Medica* ๒๑ (๑๙๘๗-๑๙๘๘): ๑๑๙-๑๒๔.

D. de Moulin, *A History of Surgery with Emphasis on the Netherlands* (Dordrecht, Boston and Lancaster: Martinus Nijhoff, ๑๙๘๘).

นอกจากนี้ เดอ มูลินยังคุมวิทยานิพนธ์สำคัญอีก ๒ เรื่อง คือวิทยานิพนธ์ของ G.M. Lauw, *De Dokter Djawaschool. De eerste medische opleiding vor inheemsen in Nederlandsch Oost-Indie, ๑๘๕๐-๑๘๗๕* [The First Medical Training-College for Indigenous Students in the D.I.] (Research paper no.๙/๑๐, ๑๙๗๙; Nijmegen: Catholic University, ๑๙๘๗) และวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของ H. den Hertog, "De militair-geneeskundige verzorging in Atjeh ๑๘๗๓-๑๙๐๔" (PhD thesis, University of Nijmegen, ๑๙๙๑)

ดังนั้นเมื่อศาสตราจารย์เดอ มูลินเกษียณอายุราชการ จึงได้มีการจัดสัมมนาและตีพิมพ์หนังสือเรื่อง *De novis inventis. Essays in the History of Medicine in Honour of Daniel de Moulin* (๑๙๘๔) และยังได้มีการรวบรวมบทความเกี่ยวกับประวัติศาสตร์อันมาจากการสัมมนาต่างๆ เพื่อเป็นเกียรติแก่ศาสตราจารย์เดอ มูลิน ภายใต้การบรรณาธิการของ A.M. Luyendijk-Elshout และคณะ ตีพิมพ์ออกมาในวาระครบรอบ ๗๐ ปีของศาสตราจารย์เดอ มูลิน ในชื่อว่า *Dutch Medicine in the Malay Archipelago ๑๘๑๖-๑๙๔๒* (ค.ศ. ๑๙๘๙) โดยมีบทความเกี่ยวกับพัฒนาการของการแพทย์ในอินดีสตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ จนถึง ๑๘๘๐ ของ A.M. Kerkhoff เรื่อง "The Organization of the Military and Civil Medical Service in the Nineteenth Century" และบทความของ J.A. de Moor เรื่อง "An Extra Ration of Gin for the Troops: The Army Doctor and Colonial Warfare in the Archipelago, ๑๘๓๐-๑๘๘๐" โดยเฉพาะการหน่วยบริการทางการแพทย์สำหรับทหาร และการเปลี่ยนจากหน่วยการแพทย์ทหารมาเป็นหน่วยบริการการแพทย์สำหรับพลเรือน บทความอีก ๒ ชิ้นต่อมาเป็นบทความว่าด้วยแพทยศาสตร์ศึกษาใน

อินดิส โดยขึ้นแรกเป็นบทของ D. de Moulin เรื่อง “Teaching of Medicine in the Dutch East Indies” ที่เคยตีพิมพ์ใน Clio Medica เกี่ยวกับประวัติศาสตร์ของการจัดตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์พื้นเมืองชาว (dokters djawa) ซึ่งเริ่มเปิดสอนตั้งแต่ ค.ศ. ๑๘๕๑ ภายใต้การริเริ่มของ W. Bosch ที่ดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการหน่วยการแพทย์ทหารอยู่ในขณะนั้น ทั้งนี้แม้ว่าจะไม่ได้ตั้งใจจะเป็นหลักสูตรปริญญาของมหาวิทยาลัย แต่ในที่สุดโครงการฝึกอบรมแพทย์พื้นเมืองชาวก็พัฒนามาจนกลายเป็นรากฐานสำคัญสำหรับคณะแพทยศาสตร์ที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นในบาตาเวียเมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๗ ส่วนบทความว่าด้วยแพทยศาสตร์ศึกษาอีกชิ้นหนึ่งของ G. van Heteren เรื่อง “The Course in Tropical Medicine at Amsterdam: ‘a case of monopolization’?” นั้นอภิปรายเกี่ยวกับการผลิตแพทย์ในเนเธอร์แลนด์เพื่อส่งไปประจำการในหมู่เกาะอินดิส โดยเฉพาะการขึ้นมามีอิทธิพลของแนวคิดเรื่องอนามัยเขตร้อน (tropical hygiene) บทความชิ้นต่อมาของ A. de Knecht-van Eekelen เรื่อง “The Interaction of Western and Tropical Medicine” เป็นการสำรวจพัฒนาการของการแพทย์เขตร้อน (tropical medicine) โดยมุ่งไปที่งานวิจัยสามชิ้นเกี่ยวกับการวิจัยทางการแพทย์และนโยบายสาธารณสุขในอินดิสในช่วงก่อนและหลังสงครามโลกครั้งที่ ๑ โดยเฉพาะแนวความคิดที่เคยได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในช่วงก่อนทศวรรษ ๑๘๘๐ ว่าโรคที่เกิดขึ้นในเขตร้อนนั้นมีความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับโรคที่เกิดขึ้นในยุโรป ก่อนที่ความคิดเช่นนี้จะถูกล้มล้างไปโดยการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ เป็นสาเหตุหรือสารถะอันแท้จริงของโรคที่เกิดขึ้นในเขตร้อนนั้นไม่ได้มีความแตกต่างไปจากสาเหตุหรือ สารถะของโรคในเขตหนาวแต่อย่างใด ทั้งยังอภิปรายถึงกระบวนการที่ความรู้เกี่ยวกับอาณานิคมถูกผลิตขึ้น ในเมืองหลวงของจักรวรรดิ

นอกจากนี้ยังมีบทความเกี่ยวกับประวัติและพัฒนาของบริการทางการแพทย์ของเอกชนในอินดิสใน งานของ G. Haneveld เรื่อง “From Slave Hospital to Reliable Health Care: Medical Work on the Plantations of Sumatra’s East Coast” ซึ่งพูดถึงระบบการดูแลสุขภาพที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มสมาคมผู้เป็น เจ้าของนิคมเกษตรกรรมในเขตเดอลี สุมาตราตะวันออก ได้กลายเป็นตัวอย่างกระตุ้นให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพของภาคเอกชนตามพื้นที่ต่างๆ ในอินดิส ส่วนบทความของ J.P. Verhave เรื่อง “Malaria: Epidemiology and Immunity in the Malay Archipelago” กล่าวถึงการวิจัยมาลาเรียในอินดิส บทความของ P. Boomgaard เรื่อง “Smallpox and Vaccination on Java, ๑๗๘๐-๑๘๖๐: Medical Data as a Source for Demographic History” เกี่ยวกับการระบาดของไข้ทรพิษกับการฉีดวัคซีนป้องกัน ทรพิษในชาวในช่วง ค.ศ. ๑๗๘๐-๑๘๖๐ บทความอีกชิ้นหนึ่งของ A.P. den Hartog เรื่อง “Towards Improving Public Nutrition: Nutritional Policy in Indonesia before Independence” นั้นกล่าวถึง พัฒนาการของโภชนศาสตร์ (Nutritional Science) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการวิจัยด้านวิตามินในอินดิส และนโยบายด้านอาหารในอินดิสช่วงทศวรรษ ๑๙๒๐-๑๙๓๐ ก่อนอินโดนีเซียจะได้รับเอกราช โดยมีบทความ ปิดท้ายเกี่ยวกับบทพิสูจน์เกี่ยวกับประวัติศาสตร์นิพนธ์ด้านการแพทย์ของ M. Worboys เรื่อง “Britism Colonial Medicine and Tropical Imperialism: A Comparative Perspective”

เอกสารอีกชุดหนึ่งที่น่าสนใจไม่น้อยเช่นกัน คือหนังสือรวมบทความเกี่ยวกับความตายและโรคร้ายไข้ เจ็บในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งบรรณาธิการโดย N.G. Owen เรื่อง Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical and Demographic History ตีพิมพ์เผยแพร่โดยสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดเมื่อ ค.ศ. ๑๙๘๗ งานที่ตีพิมพ์อยู่ในหนังสือเล่มนี้เข้าใจว่าคัดเลือกมาจากบทความที่ นำเสนอในการสัมมนาเรื่อง “Disease, Drugs and Death: Their History in Modern Southeast Asia” ณ มหาวิทยาลัยแห่งชาติออสเตรเลียเมื่อวันที่ ๖-๘ พฤษภาคม ค.ศ. ๑๙๘๓ บทความส่วนใหญ่มุ่งความสนใจ ในเรื่องการเกิดโรคระบาด การเผชิญหน้ารับมือกับโรคระบาด ความตายและสัดส่วนการเพิ่ม-ลดของจำนวน

ประชากรในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีบทความเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินโดนีเซียถึง ๖ เรื่อง (จากบทความทั้งสิ้น ๑๑ เรื่อง โดยไม่นับบทนำ) คือบทความเกี่ยวกับการเกิดโรคระบาด เช่น อหิวาต์ กาฬโรค ไข้มาลาเรีย ไข้หวัด เป็นต้น กับอัตราการตายและสัดส่วนประชากรบนเกาะชวาในช่วงระหว่าง ค.ศ. ๑๘๒๐-๑๙๔๐ ของ Peter Boomgaard เรื่อง “Morbidity and Mortality in Java, ๑๘๒๐-๑๘๘๐: Changing Patterns of Disease and Death” และบทความของ Peter Gardiner and Mayling Oey เรื่อง “Morbidity and Mortality in Java, ๑๘๘๐-๑๙๔๐: The Evidence of the Colonial Reports” บทความเรื่องความตายและโรคภัยไข้เจ็บในบาตาเวียเมื่อคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ ของ Susan Abeyasekere เรื่อง “Death and Disease in Nineteenth Century Batavia” บทความเรื่องกาฬโรคบนเกาะชวาของ Terence H. Hull เรื่อง “Plague in Java” บทความเรื่องการระบาดของไข้หวัดในหมู่เกาะอินโดนีเซีย/อินโดนีเซียเมื่อ ค.ศ. ๑๙๑๘ ของ Colin Brown เรื่อง “The Influenza Pandemic of ๑๙๑๘ in Indonesia” และบทความเกี่ยวกับวัฒนธรรมในการบำบัดรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยของ Barbara Lovric เรื่อง “Bali: Myth, Magic and Morbidity”

นอกจากหนังสือรวมบทความ ๒ เล่มดังกล่าวแล้วก็มีหนังสืออีก ๓ เล่มของสำนักพิมพ์ KITLV ซึ่งเป็นสถาบันทางด้านประวัติศาสตร์และชาติพันธุ์ศึกษาในร่มเงาของมหาวิทยาลัยเลเดน และยึดถือกันว่าเป็นแหล่งตีพิมพ์งานค้นคว้าเกี่ยวกับอินโดนีเซียที่สำคัญที่สุดแห่งหนึ่งในปัจจุบัน อันจะเป็นหลักหมายสำคัญที่จะแสดงให้เห็นถึงทิศทางการสนใจของการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินโดนีเซียก่อนที่อินโดนีเซียจะได้รับเอกราช คือ หนังสือรวมบทความที่ Peter Boomgaard, Rosalia Sciortino และ Ines Smyth เป็นบรรณาธิการ เรื่อง *Health Care in Java: Past and Present* (Leiden: KITLV Press, ๑๙๙๖), หนังสืออีกเล่มหนึ่งซึ่งแปลจากวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของลิสเบต เฮสเสลิงก์ (Liesbeth Hesselink) เรื่อง *Healers on the Colonial Market: Native Doctors and Midwives in the Dutch East Indies* (Leiden: KITLV Press, ๒๐๑๑) และหนังสือรวมบทความที่มี Kees Van Dijk กับ Jean Gelman Taylor เป็นบรรณาธิการ เรื่อง *Cleanliness and Culture: Indonesian Histories* (Leiden: KITLV Press, ๒๐๑๑)

สำหรับหนังสือเรื่อง *Health Care in Java: Past and Present* นั้นเป็นเอกสารที่ปรับปรุงแก้ไขมาจากการสัมมนาเชิงปฏิบัติการในชื่อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจัดขึ้นโดย KITLV (Royal Institute of Linguistics and Anthropolgy) ร่วมกับ European Social Science Java Network เมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. ๑๙๙๒ เนื่องจากผู้เขียนไม่สามารถหาหนังสือเล่มนี้มาพิจารณารายละเอียดได้ จึงขออนุญาตกล่าวถึงเนื้อหาโดยรวมจากการปริทัศน์หนังสือเล่มนี้ของ Robert van Niel ในวารสารเอเชียศึกษา เพื่อให้พอมองเห็นภาพรวมหนังสือเล่มนี้มีบทความอยู่ทั้งสิ้น ๑๐ เรื่อง โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑) กลุ่มแรกอยู่ภายใต้ชื่อว่า “Colonial Background” ประกอบด้วยบทความ ๓ ชิ้น คือบทความสำรวจความคิดที่แสดงออกอยู่ในงานเขียนทางการแพทย์เกี่ยวกับความแตกต่างทางสรีระผู้คนที่อาศัยอยู่ในเขตอบอุ่นกับเขตร้อนของโกเดลลิฟ ฟาน เฮเตอเรน (Godelieve M. van Heteren) เรื่อง “Which Differences Will Have to Go: The Variety of Physiological Differentiations in the Colonial Context of Java ๑๘๖๐-๑๙๐๐” บทความเกี่ยวกับชีวประวัติของไฮดริค ซึ่งเป็นตัวแทนของมุลนิธีร็อกกีเพลเลอร์ในโครงการชาวส่งสาธารณสุขศึกษาและอนามัยในชวาระหว่างช่วง ค.ศ. ๑๙๒๔-๓๙ ของฮัน เมสเตอร์ (Han Mesters) เรื่อง “J. L. Hydrick in the Netherlands Indies: An American View on Dutch Public Health Policy” และบทความเกี่ยวกับกิจการพยาบาลในอินโดนีเซียของโรซาลียา ชิออร์ติโน (Rosalia Sciortino) เรื่อง “The Multifariousness of Nursing in the Netherlands Indies” (มีความเป็นไปได้ว่า บทความชิ้นนี้คือส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกเมื่อ ค.ศ.๑๙๙๒ ณ Vrije Universiteit ของ R. Sciortino เรื่อง “Care-Takers of Cure: A Study of Health Centre Nurses in Rural Central Java”)

๒) กลุ่มสองชื่อ Traditional Conceptions มีบทความอยู่ ๒ ชิ้น คือ Ina E. Slamet-Velsink เรื่อง “Some Reflections on the Sense and Nonsense of Traditional Health Care” และบทความของโส ลิต้า สารโวโน (Solita Sarwono) เรื่อง “Personalistic Belief in Health: A Case in West Java”

และ ๓) กลุ่มสามคือ Present-day Health Care ซึ่งมีเนื้อหาครึ่งหนึ่งของหนังสือเล่มนี้กล่าวถึงระบบ การแพทย์ในปัจจุบัน คือ Nathalie Kollmann และ Corrie van Veggel เขียนบทความเกี่ยวกับศูนย์ระบบ สุขภาพแบบบูรณาการและการวางแผนครอบครัวในระดับหมู่บ้าน เรื่อง “Posyandu [Pos Pelayanan Terpadu]: Theory and Practice” บทความเกี่ยวกับการทำงานของศูนย์สุขภาพในระดับตำบลในชวากลาง ของโรซาลิยา ซิออร์ติโน (Rasalia Sciortino) เรื่อง “Rural Nurses and Doctors: The Discrepancy between Western Concepts and Javanese Practices” บทความเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ อินเนส สมิธ (Ines Smyth) เรื่อง “Maternal Mortality and Family Planning in Indonesia” และของจู เลียต คอนนิง (Juliette Koning) เรื่อง “Family Planning Acceptance in a Rural Central Javanese Village” นอกจากนี้ ก็มีบทความเรื่องยาสูบของรัตนา สาปาร์ติ (Ratna Saparti) เรื่อง “The Political Economy of Smoking: The Case of the Kretek Cigarette Industry in Indonesia” (Van Niel, ๑๙๙๗: ๑๑๕๓-๕)

ส่วนหนังสือสองเล่มหลัง ซึ่งเป็นหนังสือที่สำนักพิมพ์ KITLV เปิดให้สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรีใน รูปแบบ PDF นั้นน่าจะกล่าวได้ว่า ในบรรดางานศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินโดนีส์ในสมัยอาณานิคมเท่าที่ปรากฏอยู่โลกภาษาอังกฤษนั้น งานวิจัยของลิสเบต เฮสเสลิงก์เรื่อง Healers on the Colonial Market: Native Doctors and Midwives in the Dutch East Indies เป็นงานชิ้นสำคัญที่ครอบคลุมเนื้อหา และประเด็นสำคัญต่างๆ ในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ จนถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐ ไว้อย่างกว้างขวางมากที่สุด กล่าวคือ เฮสเสลิงก์เริ่มวาดให้เห็นตั้งแต่ภาพของปัญหาด้านระบบสุขภาพของผู้คนกลุ่มต่างๆ คือ ข้าราชการอาณานิคม พ่อค้าเอกชนชาวยุโรป พวกลูกครึ่ง คนจีน และชาวพื้นเมือง ซึ่งแต่ละกลุ่มมีปัญหาแตกต่างกันและมีระบบการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ข้าราชการอาณานิคมและพ่อค้าเอกชนมีระบบ การแพทย์ที่ให้บริการโดยแพทย์ดัตช์ คนจีนพึ่งพาการแพทย์แบบจีนโดยมีซินแสประจำกลุ่มคนจีน คนพื้นเมืองมีระบบการแพทย์พื้นบ้าน เช่น หมอยาและหมอดำแย ซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปตามกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนพวกลูกครึ่งนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่างๆ เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลโดยตรงจากรัฐบาลอาณานิคม ดังนั้นจึงต้องหันไปพึ่งพิงการแพทย์พื้นบ้านเสียเป็นส่วนมาก ส่วนการให้บริการทางการแพทย์ของรัฐบาลอาณานิคม ก่อนกลางคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ นั้นก็ไม่ได้สนใจจะดูแลสุขภาพของชาวพื้นเมืองในอาณานิคม ก่อนที่จะ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหันมาสนใจต่อระบบสุขภาพของชาวพื้นเมืองอย่างจริงจังเนื่องจากอิทธิพลของนโยบายจริยธรรม (Ethical Policy) ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ (Hesselink, ๒๐๑๑: ๒๙๘)^๒

^๒ กล่าวได้ว่า การผลักดันสำคัญของนโยบายจริยธรรมนั้นมาจาก C.Th. van Deventer อดีตนักกฎหมายประจำ เมืองเซอมารัง หลังจากเดินทางกลับเนเธอร์แลนด์แล้ว ฟาน เดอเวนเตอร์ได้เขียนบทความเรื่อง “Een eereschuld” (A Debt of Honor) หรือหนี้เกียรติยศ ลงตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ De Gids เมื่อ ค.ศ. ๑๘๙๙ โดยเรียกร้องให้นำเงินเพียงไม่กี่ล้าน กิลเดอร์ที่เมืองแม่ชูดรีดมาจากอาณานิคมให้มาช่วยเหลือแก่ชาวพื้นเมืองในอาณานิคมบ้าง เพราะเงินเหล่านี้คือหนี้สิน บางอย่างที่เกิดจากรรดัดขัดเคืองต่อหมู่เกาะอินโดนีส์ และเป็นหนี้ที่ไม่ได้เกิดจากพันธะทางกฎหมาย แต่เกิดจากกฎอันสูงส่งที่เดอเวนเตอร์เรียกว่ากฎแห่งเกียรติยศและความยุติธรรม นโยบายจริยธรรมได้รับการประกาศอย่างเป็นทางการโดยสมเด็จพระ ราชินีวิลเฮลมินาเมื่อ ค.ศ. ๑๙๐๑ กล่าวคือ ในฐานะมหาอำนาจซึ่งยึดถือหลักศีลธรรมแบบคริสต์ จักรวรรดิเนเธอร์แลนด์มี ภาระกิจสำคัญต่อผู้คนในดินแดนอาณานิคมอินโดนีส์ ที่จะต้องยกระดับผู้คนเหล่านี้ทั้งในทางปัญญาและทางวัตถุให้สูงขึ้นตาม มาตรฐานของตะวันตก โดยมุ่งเป้าไปที่นโยบาย ๓ อย่าง คือ การชลประทาน การคมนาคมและการศึกษา (Hesselink, ๒๐๑๑: ๒๗๒)

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเริ่มต้นนั้น ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องพึ่งพิงแพทย์จากยุโรปเพียงอย่างเดียว ความจำเป็นในการผลิตคนไปทำหน้าที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคระบาดต่างๆ ซึ่งขยายอัตราเพิ่มมากขึ้นหลังจากระบบคมนาคมทั่วโลกสามารถเชื่อมต่อกันได้สะดวกยิ่งขึ้น และการหาทางลดอัตราการตายของเด็กแรกเกิดและการสูญเสียแม่เด็กขณะคลอดบุตร ซึ่งถูกมองว่าจะช่วยทำให้อาณานิคมอินดิสมีจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นและจะทำให้มีแรงงานที่สามารถเพิ่มรายได้ให้แก่อาณานิคมมากยิ่งขึ้นในระยะยาว ในที่สุดจักรวรรดิเนเธอร์แลนด์ก็ตัดสินใจเปิดโรงเรียนหมอชาว (Dokter Djawa) และโรงเรียนผดุงครรภ์ขึ้นใน ค.ศ. ๑๘๕๐ เพื่อผลิตบุคลากรมาป้อนความต้องการของตลาด คือสังคมอาณานิคมอินดิสที่กำลังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะรุนแรงยิ่งขึ้นเมื่อรัฐบาลอาณานิคมออกกฎหมายการเกษตรกรรม ค.ศ. ๑๘๗๐ ที่นำไปสู่การยกเลิกระบบเพาะปลูก (cultivation system) และเปิดให้พ่อค้าเอกชนสามารถเข้ามาลงทุนในอุตสาหกรรมเกษตรได้อย่างเสรี (ดูรายละเอียดเรื่องระบบเพาะปลูกใน ทวีศักดิ์, ๒๕๕๕: ๙๔-๑๑๖) อันยังทำให้รัฐบาลอาณานิคมต้องแข่งขันแย่งชิงบุคลากรทางการแพทย์กับโรงงานหรือบริษัทอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่จำเป็นต้องมีแพทย์ประจำเพื่อดึงดูดเจ้าหน้าที่ยุโรปมาทำงานในสถานที่ห่างไกลและมีชื่อเสียงในเรื่องโรคภัยเขตร้อน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ความจำเป็นการเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการทำให้โรงเรียนหมอชาวได้รับการปรับปรุงยกฐานะขึ้นเป็นโรงเรียนแพทย์พื้นเมืองหรือ School tot Opleiding van Inlandsche Artsen - STOVIA (School for the Education of Native Doctors) ใน ค.ศ. ๑๘๗๕ (ส่วนโรงเรียนผดุงครรภ์ได้ถูกยกเลิกไปในปีเดียวกันนั้น) ก่อนจะได้รับการปรับปรุงอีกครั้งใน ค.ศ. ๑๙๑๕ ซึ่งนอกจากปรับเพิ่มปีที่จะต้องเรียนและการฝึกภาคปฏิบัติแล้ว ในช่วงเดียวกันนี้ยังมีการเปลี่ยนชื่อเป็น School tot Opleiding van Indische Artsen – STOVIA (School for the Education of Indies Doctors) ซึ่งทำให้ STOVIA มีฐานะมั่นคงและสามารถแทนที่แพทย์ยุโรปได้อย่างเท่าเทียมกัน

งานศึกษาของเฮสเสลิงก์ทำให้เห็นถึงพัฒนาการของการแพทย์ในอินดิสทั้งในเรื่องปัญหาในเรื่องสุขภาพ การดิ้นรนและการเปลี่ยนแปลงของโรงเรียนแพทย์และผดุงครรภ์ ชีวิตการทำงานและปัญหาต่างๆ ของแพทย์พื้นเมืองหลังจากจบการศึกษา ซึ่งกลายเป็น “คนกลาง” ที่เชื่อมระหว่างโลกของชาวพื้นเมืองกับวิทยาการความรู้สมัยใหม่จากตะวันตก จนทำให้บางครั้งถูกมองว่าเป็นเครื่องมือของระบบอาณานิคม อันเป็นทัศนคติที่ไม่ยุติธรรมต่อแพทย์พื้นเมืองเหล่านี้ เพราะแม้ว่าจะมีความรู้มากกว่าเจ้าหน้าที่อาณานิคมอื่นๆ แต่กลับได้รับรายได้ต่ำกว่าและมีเกียรติยศน้อยกว่า และต้องใช้เวลาเกือบครึ่งศตวรรษที่แพทย์พื้นเมืองเหล่านี้จึงจะได้รับการยอมรับทั้งจากคนพื้นเมืองด้วยกันเองและจากรัฐบาลอาณานิคมเอง (อันทำให้ยอมปรับฐานเงินเดือนให้ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐) นอกจากนั้น เฮสเสลิงก์ยังชี้ให้เห็นว่า การเป็นคนกลุ่มแรกๆ ที่เปิดรับความรู้และวิทยาการแบบตะวันตกทำให้แพทย์พื้นเมืองคือคนกลุ่มแรกๆ ที่เกิดความตื่นตัวและเกิดจิตสำนึกชาตินิยมขึ้น ดังจะเห็นได้จากการจัดตั้งองค์กรบูติโอโตโม (Boedi Oetomo) อันเป็นองค์กรชาตินิยมของชาวพื้นเมืองกลุ่มแรกในหมู่เกาะอินดิสเกิดขึ้นในหมู่นักเรียนแพทย์ STOVIA

ส่วนหนังสือรวมบทความเรื่อง Cleanliness and Culture: Indonesian Histories นั้น กล่าวได้ว่าเป็นการเปิดพรมแดนให้เห็นทิศทางใหม่ๆ ในการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในหมู่เกาะอินดิส โดยเฉพาะในกรณีนี้ คือการตั้งคำถามต่อแนวคิดเรื่องความสะอาดและอนามัยในตะวันตกและปฏิบัติการทางอำนาจของแนวคิดดังกล่าวต่อการปฏิรูปและจัดการระบบสุขภาพในอาณานิคมอินดิสในสมัยอาณานิคม บทความของ Kees van Dijk เรื่อง “Soap is the Onset of Civilization” และบทความของ Jean Gelman Taylor เรื่อง “Bathing and Hygiene Histories from the KITLV Images Archive” คล้ายให้เห็นถึงการก่อรูปของแนวคิดเรื่องความสะอาดและอนามัยในตะวันตก รวมทั้งการที่แนวคิดเรื่องความสะอาดและอนามัยถูกยึดผนวกเข้ากับแนวคิดเรื่องภารกิจเผยแผ่และสร้างอารยธรรมให้แก่คนพื้นเมืองของจักรวรรดิ อันทำให้แนวคิด

เรื่องความสะอาดและอนามัยแปรสภาพกลายเป็นเครื่องมือในการจัดการกับร่างกายและชีวิตของชาวพื้นเมืองในอาณานิคม นอกจากนี้ ยังมีบทความเกี่ยวกับการจัดระเบียบอนามัยบ้านเรือน และสุขภาพในสุลเวซีของ David Henley เรื่อง “Hygiene, Housing and Health in Colonial Sulawesi” บทความเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการควบคุมอนามัยกับการกวาดล้างพวกเกย์ในอินโดนีส์ช่วงทศวรรษ ๑๙๓๐ ของ Marieke Bloembergen เรื่อง “Being Clean is Being Strong Policing Cleanliness and Gay Vices in the Netherlands Indies in the ๑๙๓๐s” บทความเรื่องการสระและดูแลผมในชาวของ George Quinn เรื่อง “Washing Your Hair in Java” และบทความเรื่องวัฒนธรรมสปาในเอเชียของ Bart Barendregt เรื่อง “Tropical Spa Cultures, Eco-Chic, and the Complexities of New Asianism”

นอกจากงานศึกษาค้นคว้าดังกล่าวแล้ว การศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ในอินโดนีเซียอีกจำนวนหนึ่งที่สามารถค้นหาและเข้าถึงได้คือหนังสือซึ่งตีพิมพ์จากวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก ณ มหาวิทยาลัยเลเดน ๒ เรื่อง คือการสำรวจด้านสังคมและอนามัยในระหว่างการระบาดของโรค shigellosis ในเขตชนบทของชาวกลาง (เขตเปอมาลัง – Pemalang Regency ซึ่งตั้งอยู่ระหว่างเปอกาลองงันกับเตอกลัล) ของระเด่นกัมบิรา ประวิโร สุดิรโจ (Raden Gambiro Prawiro Sudirdjo) เมื่อ ค.ศ. ๑๙๖๘ และการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสาธารณสุขมูลฐานของอินโดนีเซียของโซลิตา กุสโยโน-सारโวโน (Solita Koesoebjono-sarwono) เมื่อ ค.ศ. ๑๙๙๓ ในวิทยานิพนธ์ของประวิโร สุดิรโจนั้น นอกจากจะเป็นการสำรวจในเรื่องระบบอนามัยและพฤติกรรมของประชากร การระบาดของเชื้อโรคที่เรียกว่า “bacillary dysentery” การตรวจสอบยืนยันเชื้อโรคชนิดดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วย การตรวจสอบเชื้อมัยระบบการเพาะเชื้อในห้องทดลอง ผลกระทบของการระบาดต่อระบบสุขภาพของผู้ป่วย พาหะที่แพร่เชื้อต่อไปหลังการระบาด และการบำบัดรักษาผู้ป่วยแล้ว เนื้อหาส่วนแรกของหนังสือเล่มนี้เป็นการสำรวจสภาพทั่วไปในเขตพื้นที่ศึกษาในด้านภูมิศาสตร์ ประชากร อาหาร ปัญหาสุขภาพ และการสำรวจงานเขียนเรื่องประวัติการระบาดของโรคท้องร่วง (bacillary dysentery) ผลการตรวจสอบด้วยห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ ประเภทของเชื้อที่ระบาด พาหะ ตลอดจนการป้องกันและการรักษาที่ผ่านมาในอินโดนีเซีย ส่วนการศึกษาเรื่องระบบสาธารณสุขมูลฐานของโซลิตา กุสโยโน-सारโวโนนั้น นอกจากจะให้ภาพรวมกว้างๆ เกี่ยวกับพัฒนาของระบบสาธารณสุขมูลฐานในอินโดนีเซียแล้ว ยังพยายามศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประสบการณ์ของสังคมบางกลุ่มชาติพันธุ์ในอินโดนีเซีย คือ สังคมฮินดูในบาหลี สังคมมินังกะเบาในสุมาตรา และสังคมซุนดาในชาวตะวันตก

เอกสารสำคัญอีกชิ้นหนึ่งที่พยายามจะแสดงให้เห็นถึงรอยต่อสำคัญระหว่างการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านในจารีตของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในอินโดนีเซีย คือเอกสารชื่อ Indonesian Medical Traditions: Bringing Together the Old and the New อันเป็นการรวมบทความจากการบรรยายพิเศษเมื่อ ค.ศ. ๑๙๘๑ ที่สมาคมอินโดนีเซียศึกษาออสเตรเลียแห่งวิกตอเรีย (Australian Indonesian Association of Victoria) และศูนย์เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษาของมหาวิทยาลัยโมนาช ร่วมกันจัดขึ้นในวาระวันฉลองเอกราชของประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งจัดขึ้นในทุกวันที่ ๑๗ สิงหาคมของทุกปี (Mitchell, ed., ๑๙๘๒) นอกจากบทความจำนวนหนึ่งในเอกสารชุดนี้จะพูดถึงการตื่นตัวของอินโดนีเซียในการนำเอาการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปสถาปนาในสังคมอินโดนีเซียในเงื่อนไขและข้อจำกัดของความยากจนและความด้อยพัฒนาอันเห็นได้ชัดในบทความเรื่อง “Western Medicine for the Indonesian Villager” ของเคน แมคลีน (Ken McLean) และการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในจารีตต่างๆ เช่น การแพทย์พื้นบ้านในเกาะซุมบาของเดวิด มิตเชล (David Mitchell) เรื่อง “Folk Medicine in Sumba: A Critical Evaluation”,

การแพทย์ในจารีตของบาทลีของมุนินจาया (A.A. Gde Muninjaya) เรื่อง “Balinese Traditional Healers in a Changing World”, พิธีกรรมการพ้อนรำเพื่อปัดเป่าโรคระบาดในบาทลีของตูดิ คุณวรณ (Tuti Gunawan) เรื่อง “Curing the Community: Ritual Responses to Epidemic Disease” แล้ว บทความของบูดีฮาร์ตโน (Boehartono) เรื่อง “Current State and Prospects of Traditional Healers in Indonesia” คือการประเมินศักยภาพเบื้องต้นของการที่จะใช้ประโยชน์จากระบบการแพทย์แบบจารีตในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของผู้คนในสังคมอินโดนีเซียในขณะที่แพทย์สมัยใหม่ยังมีอยู่จำกัดและกระจุกตัวอยู่เฉพาะในเขตเมือง งบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชากรยังมีน้อย และผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมอินโดนีเซียยังต้องพึ่งพิงระบบการแพทย์พื้นบ้านอยู่ค่อนข้างมาก โดยบูดีฮาร์ตโนได้ลองประมาณการณตัวเลขจำนวนแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียเอาไว้เมื่อต้นทศวรรษ ๑๙๘๐ ว่าน่าจะมีมากกว่าหนึ่งแสนคนกระจายอยู่กว่า ๖๐,๐๐๐ หมู่บ้าน/เมือง โดยเฉพาะในกรุงจาการ์ตาเมื่อ ค.ศ. ๑๙๗๙ นั้นก็มีการขึ้นทะเบียนแพทย์พื้นบ้าน/แผนโบราณ/แผนจีนเอามากถึง ๕๘๘ คน (Boedhihartono, ๑๙๘๒: ๒๑-๒๒)

การจะทำความเข้าใจต่อระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้คนในหมู่เกาะอินดีสหรืออินโดนีเซียในปัจจุบันโดยไม่ได้สนอกสนใจต่อสถานภาพของการแพทย์พื้นบ้านในจารีตของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในอินโดนีเซียจึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก ด้วยเหตุดังกล่าว เนื้อหาในส่วนหลังของบทความชิ้นนี้จึงเป็นการพยายามจะทำความเข้าใจต่อสถานภาพของการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แบบจารีตของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในอินโดนีเซีย อย่างไรก็ตาม คงต้องระบุไว้ด้วยว่า การสำรวจดังกล่าวยังคงเป็นเพียงการสำรวจเบื้องต้นอย่างผิวเผินและค่อนข้างตื้นเขิน โดยจำกัดขอบเขตอยู่แต่เฉพาะเอกสารภาษาอังกฤษเท่าที่ผู้เขียนจะสามารถเข้าถึงเอกสารได้เท่านั้น เนื่องจากผู้เขียนตระหนักดีว่ายังมีงานเขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอีกเป็นจำนวนมากในภาษาอินโดนีเซียและกระทั่งในภาษาอังกฤษที่ผู้เขียนยังไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ

การศึกษาการแพทย์พื้นบ้านในหมู่เกาะอินโดนีเซีย

แม้จะเริ่มอ่านหนังสือเกี่ยวกับอินโดนีเซียศึกษามาช่วงหนึ่งก่อนหน้านี้ฉันจึงเข้าใจว่าตนเองน่าจะคุ้นเคยหรือรู้จักสังคมและวัฒนธรรมอินโดนีเซียอยู่บ้างในฐานะที่เคยมีาร่วมกับสังคมพุทธ-ฮินดูของไทย แต่เมื่อเริ่มเดินทางไปทำความรู้จักกับอินโดนีเซีย ณ เมืองยอกยาการ์ตาในชวากลางเมื่อ ค.ศ. ๒๐๐๒ เป็นต้นมา แม้จะไม่ได้รู้สึกถึงขนาดตื่นตาตื่นใจต่อความแปลกหูแปลกตาของสังคมอื่นแบบที่นักวิชาการฝรั่งรู้สึกกัน แต่หลายครั้งผู้เขียนก็อดแปลกใจไม่ได้ต่อสภาพสังคมและวัฒนธรรมของอินโดนีเซียในชวากลาง เพราะแม้ภาพวิถีชีวิตการดำรงอยู่ของผู้คนและการดิ้นรนต่อสู้กับความอดอยากแร้นแค้นของผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมอินโดนีเซียจะไม่ได้แตกต่างกับชีวิตผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมไทยมากนัก แต่บ่อยครั้งกลับทำให้รู้สึกว่สังคมอินโดนีเซียกับสังคมไทยได้แยกทางกันเดินมามากขึ้น

อย่างไรก็ดี ประสบการณ์ความเจ็บไข้ได้ป่วยบางอย่างในชวากลางทำให้ผู้เขียนแปรสภาพตัวเองจากคนนอกผู้สังเกตการณ์กลายเป็นคนในผู้รู้สึกและมีประสบการณ์ร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพของการแพทย์พื้นบ้านแบบชวา คือการป่วยไข้ด้วยโรคที่เรียกกันว่า “เข้าลม” (masuk angin) ซึ่งเกิดจากสาเหตุแปลกๆ ที่มีตรสหายในชวาพยายามเตือนแล้วเตือนอีกทั้งในเรื่องห้ามอาบน้ำในเวลาค่ำ ห้ามดื่มน้ำเย็น ห้ามนอนเปิดพัดลม (แม้ว่าจะร้อนจนดับแลบ) ห้ามไม่ให้ท้องว่าง ฯลฯ ความไม่เชื่อว่าข้อห้ามทำนองนั้นจะทำให้ป่วยกันได้จึงทำให้ผู้เขียนล่องละเมิดอยู่เป็นนิจ จนกระทั่งวันหนึ่งผู้เขียนจึงเกิดความรู้สึกปวดหัวอย่างหนัก เหงื่อออกแตกซ่าน ตัวเย็นเฉียบ บางครั้งถึงกับหายใจไม่ออก ผสมกับการคลื่นเหียนวิงเวียนอย่างรุนแรง อันเป็นอาการป่วยที่ผู้เขียนไม่เคยเป็นมาก่อน หลังจากเกิดอาการแล้วก็ต้องหายาผงสมุนไพรประเภทขับลมมาดื่ม ดมยาหม่อง

และหาเหรียญเงินมาซูดหลัง (ตามแนวร่องกระดูก) เพื่อไล่ลมจนหลังแดงเถือกเป็นริ้วๆ (ดูการวิเคราะห์เรื่องโรคเข่าลมใน Ferzacca, ๒๐๐๑: ๑๑๘-๙) ผู้เขียนจำได้ว่า ครั้งหนึ่งเกิดอาการแบบเดียวกันนี้ในเมืองเสมารัง (ตั้งอยู่บริเวณชายฝั่งทะเลชาวเหนือและเคยเป็นเมืองท่าหลักแห่งหนึ่งในสมัยอาณานิคม) ขณะที่กำลังเดินทางไปตระเวนดูสุสานนักบุญในชายฝั่งทะเลชาวตั้งแต่เมืองกรือเซะ ตูบัน เซอพารา เดอมัก ไปจนถึงเมืองจิเรอบอนในชาวตะวันตก แต่อาการปวดศีรษะและคลื่นเหียนอย่างรุนแรงของโรคเข่าลมครั้งหลังนี้ทำเอาผู้เขียนถึงกับรู้สึกว่าจะสงสัยจะเอาชีวิตมาทิ้งอยู่ในชาวเสียแล้ว โชคดีที่เพื่อนรับนำยาขับลมมาผสมน้ำให้ดื่มแก้อาการได้ทัน จนปัจจุบันผู้เขียนก็ยังนึกไม่ออกว่ามีโรคชนิดใดในสังคมไทยที่ถูกให้คำอธิบายว่าเป็นโรคประจำท้องถิ่นทั้งในแง่สาเหตุและอาการเจ็บไข้ได้ป่วย และในแง่ของตัวยาสําหรับใช้ในการรักษา

แม้สังคมไทยในชนบทโดยทั่วไปจะยังคงใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านกันทั่วไป แต่คงยากที่จะเห็นภาพหญิงชราแบกตะกร้ายาสมุนไพรตระเวนขายไปตามชุมชนต่างๆ อันเป็นภาพที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในอินโดนีเซียหรือกระทั่งการโฆษณาขายยาพื้นบ้านแผนไทยอันปรุงขึ้นจากยาสมุนไพรในช่องโทรทัศน์ต่างๆ ของไทยก็ยังไม่มากเท่ากับการโฆษณาขายยาสมุนไพรต่างๆ โดยใช้นายแบบโฆษณาซึ่งมีชื่อเสียงโด่งดังเป็นที่รู้จักของผู้ชมอย่างคนเซตหน้าว้าย ซึ่งน่าจะทำให้เข้าถึงตลาดผู้บริโภคระดับล่างได้เป็นอย่างดี ปราบฏการณ์ในเรื่องการแปรรูปยาสมุนไพรพื้นบ้านให้กลายเป็นสินค้าไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้เขียนเริ่มเดินทางเข้าไปทำความเข้าใจกับอินโดนีเซียเท่านั้น แต่คงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาระยะหนึ่งแล้วดังที่บูตีฮาร์โตโนเคยตั้งข้อสังเกตไว้เมื่อต้นทศวรรษ ๑๙๘๐ ว่าจารีตของการบำบัดรักษาด้วยสมุนไพรได้ประสบความสำเร็จอย่างสูงในทางการตลาดโดยผู้ประกอบการจำนวนหนึ่ง ดังที่ปรากฏให้เห็นจากยอดขายอันถล่มทลายและการโฆษณาด้วยยาสมุนไพรบางยี่ห้อ เช่น อาอิร มันจูร (Air Mancur), โยนยา เมอเนียร์ (Nyonya Meneer), จามูจาโก (Jamu Cap Jago), จามูปุสากอ (Jamu Pusaka) และปุสากออัมบอน (Pusaka Ambon) (Boedhihartono, ๑๙๘๒: ๒๒; ดูวรรณกรรมคลาสสิกจากยุคจารีตของชาวซึ่งเนื้อหาส่วนหนึ่งบรรยายถึงยาสมุนไพรชาวใน Soewito Santoso, ๒๐๐๖; ดูงานเขียนเกี่ยวกับยาสมุนไพรและศิลปะแห่งการบำบัดรักษาของการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียใน Beers, ๒๐๐๑; และดูงานเขียนเกี่ยวกับประวัติศาสตร์กิจการผลิตยาสมุนไพรยี่ห้อโยนยา เมอเนียร์ใน Sumardono and Hanusz, ๒๐๐๗)

กล่าวได้ว่า ความสนใจต่อการแพทย์พื้นบ้าน วิธีการบำบัดรักษาและยาสมุนไพรของท้องถิ่นในหมู่เกาะอินดีสหรืออินโดนีเซียนั้นเคยได้รับความสนใจจากชาวยุโรปมาก่อนช้านาน โดยเฉพาะในหมู่ นักปราชญ์สมัครเล่นของบริษัทอินเดียตะวันออกของดัตช์หรือ VOC ที่ค้นคว้าและตีพิมพ์ผลงานเกี่ยวกับการแพทย์พื้นเมืองออกมา ตัวอย่างที่รู้จักกันดีคือ Bontius (Jacob Bondt, ๑๕๙๒-๑๖๓๑) ซึ่งตีพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับสมุนไพรในอินดีสเรื่อง De Medicina Indorum และ Rumphius (George Everhard Rumpf, ๑๖๒๘-๑๗๐๒) ซึ่งตีพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับสมุนไพรพื้นเมืองในเกาะอัมบอนเรื่อง Amboinsch Kruidboek (Herbarium Amboinense) นอกจากนี้ ในช่วงก่อนคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐ ลูกครึ่งยูราเซียนบางคนอย่างเช่นโยนยา ฟาน โบล์กแลนด์ (Njonja van Bolkland) และโยนยา ฟาน เก็นต์ (Njonja van Gent) ยังได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับสมุนไพรชาวและวิธีการรักษาแบบชาวด้วยภาษามลายู ออกเผยแพร่สำหรับผู้คนทั่วไป ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมากจนหนังสือได้รับการตีพิมพ์ใหม่น้อยกว่าสามครั้ง ก่อนจะถูกแย่งความนิยมไปโดยหนังสือแบบเดียวกันที่เขียนขึ้นในภาษาดัตช์โดยคุณนายกรอบเป็นเบอร์ก (Mrs. Kloppenburg) ซึ่งได้รับความสำเร็จอย่างล้นหลามจนนำไปสู่การตีพิมพ์ซ้ำหลายต่อหลายครั้ง ปีเตอร์ บูมการ์ตระบุว่า ในช่วงแรกๆ ของคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐ ชาวยุโรปและบรรดาลูกครึ่งยูราเซียนส่วนใหญ่ล้วนต้องพึ่งพาตำรายาเหล่านี้และแพทย์พื้นเมืองในการดูแลรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยยิ่งกว่าหันไปพึ่งพาแพทย์จากตะวันตก ซึ่งมีอยู่จำนวนน้อยมากในหมู่เกาะอินดีส และ

อีกส่วนหนึ่งก็เนื่องจากผู้คนเหล่านี้อาศัยอยู่ในหมู่เกาะอินดีสหลายชั่วรุ่นแล้ว การแพทย์แบบยุโรป/ตะวันตก จึงเป็นสิ่งแปลกหน้าไม่น้อยกว่าตัวทวีปยุโรปเองด้วยซ้ำ (Boomgaard, ๑๙๘๗: ๘๒ และ ๘๕)

ในหนังสือคลาสสิกเล่มแรกๆ ในโลกภาษาอังกฤษที่ศึกษาเกี่ยวกับหมู่เกาะอินดีสเรื่อง *The History of Sumatra* ของวิลเลียม มาร์สเดน ซึ่งตีพิมพ์ออกมาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๗๘๓ นั้น นอกจากมาร์สเดนจะบรรยายถึงสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ สภาพภูมิศาสตร์ พืชพันธุ์ สัตว์นานาชนิด ชีวิตความเป็นอยู่ ผู้คน บ้านเรือน อาหารการกิน เครื่องไม้เครื่องมือ การเพาะปลูก สัตว์จับบาทวิบาท ปลา นก แมลง พืชผักอันเหมาะแก่การผลิตเพื่อการค้า (เช่น พริกไทย เป็นต้น) แร่ธาตุมีค่าจำพวกทองและดีบุก งามช้าง รังนก ศิลปะ วิทยาการ ดนตรี ดาราศาสตร์ ภาษา อักษร อานาการปกครอง อิทธิพลของต่างชาติ กฎหมายและขนบธรรมเนียม การแต่งงาน ประเพณีและการละเล่นต่างๆ (เช่น การชนไก่) การสูบฝิ่น การกินหมาก การตั้งชื่อ การชลธิ/การเข้าสู่หนัด งานศพ ศาสนา ตลอดจนการบรรยายเกี่ยวกับลักษณะผู้คน บ้านเมือง กฎหมาย และขนบธรรมเนียมของเมืองลำโพง เมืองโกรินจี อาณาจักรมินังกะเบอา อาณาจักรอินทราปุระ อาณาจักรซิกัก เมืองบัตตัส อาณาจักรอาเจห์ และ ประวัติศาสตร์อาเจห์ นอกจากนี้ที่ยกขึ้นมากล่าวแล้ว มาร์สเดนได้อุทิศเนื้อหาส่วนหนึ่งให้แก่เรื่องว่านยาและสมุนไพร (Medical Shrubs and Herbs) และศิลปะแห่งการแพทย์ (Arts of Medicine)

มาร์สเดนระบุว่า ว่านยาและสมุนไพรบางชนิดที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษานั้นแทบจะไม่ได้นำมาจากเพาะปลูกแต่อย่างใด แต่สามารถเด็ดเก็บมาได้ทั่วไปจากทุ่งนาป่าเขาในยามที่ต้องการ ส่วนศิลปะในทางการแพทย์ในหมู่ชาวสุมาตรานั้นก็เป็นที่ทักษะการดูแลรักษาอย่างง่าย ๆ คนแก่ๆ แทบทุกคนสามารถเป็นหมอรักษาให้ได้ โดยการบดยาสมุนไพรมาใช้ดื่มหรือพอกทาบริเวณที่จะรักษา หรือการใช้น้ำมันมาบีบนวดเพื่อรักษาอาการเจ็บไข้ภายใน (Marsden, {๑๗๘๓}: ๑๐๘ and ๑๘๘-๙) นอกจากนี้ มาร์สเดนยังได้บรรยายถึงลักษณะโรคเรื้อน (Leprosy) และวิธีการจัดการของผู้คนบนเกาะนิอัส (Nias), โรคไข้ทรพิษ (small pox) ซึ่งเคยพรากชีวิตผู้คนบนเกาะสุมาตราไปถึงราวหนึ่งในสามเมื่อช่วงทศวรรษ ๑๗๘๐ และวิธีป้องกันโดยกักไม่ให้คนในชุมชนออกนอกพื้นที่และการเผาหมู่บ้านทิ้งเพื่อไม่ให้โรคร้ายระบาดต่อไปได้, โรคหนองใน (venereal disease) ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในตลาดมลายู (common in the Malay bazars) รวมถึงการรักษาอาการเสียสติด้วยการจับคนบ้าให้อยู่ในกระท่อมแล้วจุดไฟเผา โดยเชื่อว่าจะทำให้เรียกสติกลับคืนมา (Marsden, [๑๗๘๓]: ๑๐๘ and ๑๙๐-๒)

ในหนังสือคลาสสิกอีกเล่มหนึ่งเกี่ยวกับสุมาตราเหนือ คือ *The Achehnese* ของสนุค ฮูร์กรอนเย (Snouck Hurgronje) ผู้เชี่ยวชาญด้านมุสลิมศึกษาของรัฐบาลอาณานิคมดัตช์ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการบริหารอาณานิคมในกิจการเกี่ยวกับชาวมุสลิมในหมู่เกาะอินดีสนั้น นอกจากจะพูดถึงประชากร รูปแบบของการปกครอง กระบวนการยุติธรรม กฎินอาเจห์ ประเพณีและฤดูกาล การเพาะปลูก การเดินเรือ การประมง กฎหมายว่าด้วยพื้นดินและพื้นน้ำ ชีวิตความเป็นอยู่และกฎหมายต่างๆ ในบทที่สามซึ่งว่าด้วยชีวิตความเป็นอยู่และกฎหมายต่างๆ นั้น สนุคยังให้ความสนใจต่อเรื่องการตั้งครรรค์ การผดุงครรรค์และการคลอดบุตร, ความเจ็บไข้ได้ป่วยและการดูแลรักษา และความตายกับการดูแลจัดการต่อผู้ตาย ในเรื่องการตั้งครรรค์นั้น สนุคระบุว่าชาวอาเจห์มีข้อห้ามต่างๆ สำหรับผู้หญิงที่กำลังมีครรรค์ เช่น ห้ามผู้หญิงท้องนั่งบนหัวกระได เพราะจะทำให้คลอดยาก หรือห้ามดูลิงเพราะเชื่อว่าลูกเกิดมาแล้วจะเหมือนลิง เป็นต้น (Hurgronje, ๑๙๐๖: ๓๗๒-๓) รวมถึงรายละเอียดในเรื่องการคลอด หมอตำแย การดูแลมารดากับเด็กหลังการคลอด ตลอดจนพิธีกรรมและโรคภัยต่างๆ เกี่ยวกับเด็กแรกเกิด ส่วนในหัวข้อที่ว่าด้วย “Sicknesses, their Origin and Cure” นั้น สนุคก็ต้องเพียงการแค่แสดงให้เห็นถึงภาพร่างเกี่ยวกับวิถีคิดของชาวอาเจห์ต่อความเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งมองว่าโรคบางชนิดเกิดจากการกระทำของวิญญาณชั่วร้าย หากแต่เนื้อหาส่วนใหญ่ในส่วนนี้กลับพูดถึงวิญญาณชั่วร้ายใน

แม่น้ำ หนองบึง ท้องทะเลและเส้นทางเปลี่ยว โรคภัยที่เกิดจากวิญญาณ ภูติผี การเข้าสิง เวทมนต์ ยาเสน่ห์ ยา
 สิ่ง เช่น โรคไข้ทรพิษเกิดจากการกระทำของวิญญาณร้ายเรียกว่า “โปนิ” (Po Ni) ซึ่งจะโปรยสิ่งของเล็กๆ
 เหมือนเมล็ดข้าวโพดลงบนร่างมนุษย์ ซึ่งทำให้เกิดแผลฝีดาษของไข้ทรพิษ ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงต้องทำ
 พิธีกรรมต่างๆ เพื่อให้วิญญาณร้ายพอใจ (Hurgronje, ๑๙๐๖: ๔๐๙-๔๑๖)

ด้วยเหตุดังกล่าว แม้ชาวยุโรปจะชื่นชมต่อความรู้ด้านสมุนไพรของพวกหมอพื้นบ้าน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจ
 เป็นเพราะเหตุผลในเรื่องการใช้สมุนไพรเหล่านี้ในการรักษา แต่ก็มักมองว่าความรู้ด้านกายวิภาคของแพทย์
 พื้นบ้านด้วยความเวทนา และคิดว่าการขาดวิธีการหาความรู้ในเชิงประจักษ์ทำให้ไม่อาจนำไปสู่การผลิตความรู้
 ที่จะประยุกต์ใช้ได้โดยทั่วไปกับกรณีอื่นๆ และทำให้เกิดลักษณะความเชื่อต่อพลังเหนือธรรมชาติแบบรวมหมู่
 (the production of a group of superstitious practices) (Hesselink, ๒๐๑๑: ๓๔) อย่างไรก็ตาม น่าจะ
 พอกกล่าวได้ว่า งานเขียนที่แนะนำให้โลกวิชาการสมัยใหม่ได้ทำความรู้จักกับหมอพื้นบ้านและการดูแลรักษา
 ความเจ็บไข้ได้ป่วยของสังคมจารีตในอินโดนีเซียเป็นครั้งแรก คืองานศึกษาอันมีชื่อเสียงของ Clifford Geertz
 เรื่อง The Religion of Java กล่าวคือ นอกจากการศึกษาเรื่องแนวคิดและกลุ่มศาสนาอิสลามในชาวแล้ว ใน
 บทที่แปดของหนังสือเล่มนี้ยังได้พูดถึงการเยียวยารักษาและเวทมนตร์คาถาอีกด้วย เกียตบอกล่าวผู้ที่มียา
 สำคัญในการดูแลความเจ็บไข้ได้ป่วยในสังคมชาว ไม่ว่าจะเป็นมุสลิมแบบเคร่ง (santri) หรือแบบผสมผสานกับ
 ลัทธิความเชื่อดั้งเดิม (abangan) คือ “ดูคุน” (dukun) ซึ่งเป็นทั้งหมอ ยา หมอผี และผู้นำพิธีในการประกอบ
 พิธีกรรมตามลัทธิความเชื่อแบบชาว (ดูความคิดอิสลามในอินโดนีเซียเพิ่มเติมใน ตรีศักดิ์, ๒๕๕๒: ๑๑๘-๑๑๙
 และ ๒๕๕๔: ๘๔-๑๑๓) โดยมี “ดูคุน” อยู่หลากหลายรูปแบบด้วยกัน คือ “dukun baji” หรือหมอดำแย, “dukun
 pidjet” หรือหมอปีบ/นวด, “dukun prewangan” หรือคนทรง, “dukun tjarak” หรือคนทำ
 หน้าที่ขลิบปลายอวัยวะเพศในพิธีสวดของชาวมุสลิม, “dukun wiwit” หรือหมอพิธีหรือผู้นำในพิธีกรรมเรื่อง
 การเพาะปลูก, “dukun temanten” หรือผู้นำพิธีในพิธีแต่งงานแบบชาว, “dukun petungan” หรือ
 โหราจารย์ผู้ชำนาญการด้านเลขผานาที/ฤกษ์ยามยามดี, “dukun sijir” หรือหมอผี, “dukun susuk” หรือ
 ผู้เชี่ยวชาญในการฝังเข็มลงบนผิวหนัง, “dukun djapa” หรือหมอเวทมนตร์, “dukun djampi” หรือหมอ
 ยาสมุนไพรและยาพื้นบ้านต่างๆ, “dukun siwer” หรือผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดเคราะห์/ปัดรังควาญขับไล่สิ่งชั่ว
 ร้ายหรือปัดเป่าไม่ให้เกิดหายนภัย, “dukun tiban” หรือคนทรงที่อำนาจในการบำบัดรักษาความป่วยไข้มา
 จากการเข้าทรงของวิญญาณ ฯลฯ ทั้งนี้ผู้ชายบางคนยังมีบทบาทเหล่านี้ได้หลายอย่าง ยกเว้นอย่างเดียวคือ
 หมอดำแย (หมอดำแยถือเป็นบทบาทของผู้หญิง โดยผู้หญิงเองนั้นนอกจากเป็นหมอดำแยแล้ว ก็อาจเป็นหมอ
 ปีบ/นวด หรือผู้นำพิธีในพิธีแต่งงานแบบชาว) และ “ดูคุน” คนไหนสามารถทำหน้าที่ได้หลายอย่างแทบ
 ทั้งหมด ก็อาจมีชื่อเรียกพิเศษว่า “dukun bijasa” หรืออาจเรียกว่า “dukun” เฉยๆ ซึ่งถือว่าเป็นคนที่มี
 ความสำคัญ/สามารถพิเศษกว่าคนอื่นๆ ในฐานะผู้ชำนาญทางด้านเวทมนตร์คาถาในสังคมจารีตชาว สามารถ
 ทำการได้หลายอย่าง ตั้งแต่ดูแลรักษาความเจ็บไข้ด้วยป่วยทางกายไปจนถึงความป่วยไข้ทางจิต เป็นโหรา
 ทำนายอนาคต ค้นหาของหาย ให้หลักประกันในเรื่องโชคกลาง ฯลฯ ซึ่งมาพร้อมกับการประกอบพิธีกรรม
 ใหญ่โต มีค่าใช้จ่ายเยอะ แม้ว่าการสืบทอดความเป็น “ดูคุน” เหล่านี้จะมาสายบรรพบุรุษ แต่ทักษะต่างๆ
 จะต้องมาจากการฝึกฝนเรียนรู้ด้วยตนเอง และเชื่อกันว่าการเป็น “ดูคุน” จะต้องใช้พลังพิเศษ ถ้าไม่เช่นนั้นก็
 อาจทำให้เกิดปัญหาต่อผู้รับความรู้ เช่นกลายเป็นบ้าไปได้ จึงเป็นเหตุให้ไม่ว่าทุกคนจะสามารถเป็นได้ บาง
 คนจึงต้องมีการเตรียมตัวเพื่อเตรียมความพร้อมทางจิตวิญญาณในการรับการถ่ายทอดความเป็น “ดูคุน” เช่น
 ถอดเสื้อผ้าเป็นระยะเวลาร้อยวันหรือมากกว่านั้น ส่วนความรู้ต่างๆ เหล่านี้บางครั้งก็ได้มาด้วยวิถีทางแบบเหนือ
 ธรรมชาติ จึงเป็นทักษะพิเศษทางไสยศาสตร์ สามารถทำนายอนาคต เสกมนตร์คาถาคู่กันร่างกาย ร่ายมนตร์

ทำให้เจ้าบ้านหลักจะได้เข้าไปขโมยของได้ หรือสามารถเหาะเหินเดินอากาศ หายตัว ไปจนถึงแปลงร่างเป็นเสื้อสิงห์กระทิงป่า ฯลฯ (Geertz, ๑๙๖๐: ๘๖-๘๗)

การยอมรับ/เกียรติยศของ “ดูgun” เหล่านี้ส่วนใหญ่จะมาจากอำนาจในการบำบัดรักษา (curative powers) การรักษามีอยู่ ๒ ขั้นตอน คือ ระยะแรกเป็นการตรวจวินิจฉัยโรคและการเลือกหาวิธีการรักษา โดยการวินิจฉัยนั้นอาจมาจากวิธีการ ๓ อย่างผสมผสานกันหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง คือ การคำนวณด้วยวิธีการทางโหราศาสตร์ (petungan), การรับรู้โดยฉันทาธิ และการวิเคราะห์อาการโรค ส่วนระยะหลังเป็นเรื่องการประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดรักษา (Geertz, ๑๙๖๐: ๘๑) ทั้งนี้การเลือกยา/สมุนไพรสำหรับโรคชนิดเดียวกันในแต่ละคนโดย “ดูgun” แต่ละคนอาจจะมีแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่นๆ อีกหลายอย่างของแต่ละคน นอกจากยาสมุนไพรและการนวดพื้นแล้ว “ดูgun” บางคนยังอาจกำกับการรักษาด้วยคาถาบางอย่าง ซึ่งเชื่อว่าทำให้ยาสมุนไพรมีพลังรักษาเพิ่มยิ่งขึ้น เกียตจึงเห็นว่า “ดูgun” จำนวนหนึ่งเห็นว่าอำนาจในการรักษาของตนเป็นเรื่องทางจิตวิทยาอยู่ด้วย เพราะถ้าหากเป็นเพียงอาการโรคทางกายภาพนั้นสามารถรักษาได้ด้วยการแพทย์แบบตะวันตก แต่ “ดูgun” บางคนเห็นว่าสิ่งที่ทำให้การรักษาของตนอยู่เหนือกว่าการแพทย์ตะวันตกในบางด้านคือการรักษาโรคที่ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดโดยการแพทย์ตะวันตก แต่ก็ก็เป็นเหตุให้คนบางคนยังป่วยอยู่ (Geertz, ๑๙๖๐: ๘๗) นอกจากการป่วยไข้และการบำบัดด้วยการใช้ยาสมุนไพรและคาถามากำกับสรรพคุณยาแล้ว เกียตยังเล่าให้ฟังถึงความเชื่อและปฏิบัติการในเรื่องการ “เล่นของ” หรือการใช้คาถาอาคมเสกของไปทำให้ป่วยไข้ต่างๆ นานาไปจนถึงการเอาชีวิตฝ่ายตรงข้าม และการใช้อาคมแก้ความป่วยไข้ดังกล่าว โดยยกกรณีผู้หญิงคนหนึ่งเจ็บป่วยและนายรังสีเอ็กซ์เรย์พบของจำพวกเศษแก้ว เหล็ก และเส้นผมอยู่ในช่องท้อง ซึ่งแพทย์สมัยใหม่จะต้องรักษาด้วยการนำออกจากท้องด้วย “เครื่องสูบลมกระเพาะ” (stomach pump) และมอบให้ตำรวจเก็บรักษาไว้ในฐานะหลักฐาน เนื่องจากเชื่อกันว่ามาจากการเล่นของ และแม้แต่แพทย์เองก็เริ่มสงสัยว่าการใช้คาถาอาคมเสกของทำร้ายกันอาจจะมีอยู่จริงก็เป็นได้ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องที่ไม่เคยเชื่อก่อน (Geertz, ๑๙๖๐: ๑๐๗)

งานเขียนของเกียตได้ก่อให้เกิดปฏิกิริยาจากนักวิชาการชาวจำนวนหนึ่งที่เขียนงานขึ้นตอบโต้และพยายามอธิบายความหมายของ “ดูgun” เช่น งานเรื่อง “Javanese Magic, Sorcer and Numerology” ของระเด่น กุนโจโรนิงรัต (Kuntjaraningrat) อดีตนักมานุษยวิทยาคนสำคัญแห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบียเมื่อ ค.ศ. ๑๙๗๙ หรืองานของสุปรลัน ปารสุดี (Suparlan Parsudi) เรื่อง “The Javanese Dukuns” เมื่อ ค.ศ. ๑๙๗๘ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้เขียนไม่อยู่ในสถานะที่จะเข้าถึงงานเหล่านั้นได้จึงไม่ทราบว่าจะตอบโต้หรืองานของทั้งสองจะก่อให้เกิดความกระจ่างขึ้นอย่างไรต่อความหมายของ “ดูgun” ที่เกียตนำเสนอ อย่างไรก็ตามเพื่อให้จำแนกกลุ่มประเภทของ “ดูgun” ต่างๆ ให้ชัดเจน บุติฮาร์โตโนได้ลองจำแนกประเภทของ “ดูgun” ออกเป็น ๑๑ กลุ่ม โดยใช้ประสบการณ์ทางการแพทย์ของตนที่เคยไปประจำอยู่ในโรงพยาบาลในหลายเขตพื้นที่/หลายเกาะ ทั้งในจาการ์ตา, อินดราเมายูในชวาตะวันตก, สีเตอเมนในบาห์ลี, ปาเลมบังและลัมปุง, เกาะปูลาเซอริบู และยอกยาการตา (Boedhihartono, ๑๙๘๒: ๒๓-๔) กล่าวคือ

- ๑) ดูgun บายี (dukun bayi) หรือหมอตำแย ซึ่งบางครั้งก็รับทำแท้งด้วย
- ๒) ดูกัน ปิเจ็ต (dukun pijet) หรือหมอบีบ/หมอนวด ซึ่งก็เหมือนหมอที่เชี่ยวชาญในการนวด/การจับเส้นในบ้าน
- ๓) ดูgun สังกาล ปุตุง (dukun sangkal putung) หรือหมอกระดูก ซึ่งรักษาอาการบาดเจ็บจำพวกกระดูกหัก/แตก ในจาการ์ตาบางครั้งก็เรียกว่า “ดูgun ปาตะห์ ตูลัง” (dukun patah tulang)
- ๔) ดูgun จามู (dukun jamu) หรือหมอยาสมุนไพร ซึ่งเชี่ยวชาญในเรื่องการใช้ยาสมุนไพรต่างๆ ในการบำบัดรักษา

๕) ดูกุน รามัล (dukun ramal) หรือหมอดู หรือโหราจารย์ซึ่งทำนายโดยใช้วิธีการคำนวณจากปฏิทินทางจันทรคติแบบชวา

๖) ดูกุน ปาวัง (dukun pawang) หรือหมอที่เชี่ยวชาญในการควบคุมสัตว์ เช่น หมอู หรือผู้มีอำนาจเหนือวัตถุทางธรรมชาติ เช่น ปาเขาหรือภูเขไฟ ดินฟ้าอากาศ

๗) ดูกุน สุนัต (dukun sunat) หรือผู้ทำหน้าที่ขลิบปลายอวัยวะเพศในพิธีสันทของอิสลาม

๘) ดูกุน สุลุก (dukun suwuk) และดูกุน สุมบัวร์ (dukun sembur) หรือหมอรักษาเด็กทารก ซึ่งดูแลรักษาทารกด้วยการเหยียบหรือเป่าน้ำมนตร์ให้

๙) ดูกุน จีวา (dukun jiwa) หรือหมอรักษาความป่วยไข้ทางจิต

๑๐) ดูกุน เปลเลต (dukun pellet), ดูกุน ซานเทล (dukun santel), ดูกุน ตูจี (dukun tuji), ดูกุน เคลนิก (dukun klenik), ดูกุน เตองุม (dukun tenung), ดูกุน ลีฮิร (dukun sibir) หรือบรรดาหมอที่ใช้เวทมนตร์คาถาในการรักษา เช่น หมอทำเสน่ห์

๑๑) ดูกุน สุลุก (dukun susuk) หรือหมอประเภทยาของขลังหรือลงอาคมให้แก่ผู้คน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซียอย่างจริงจังที่ผู้เขียนสามารถหาได้จากหนังสือมือสองในโลกอินเทอร์เน็ต คือหนังสือที่ตีพิมพ์จากวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกของรอย จอร์ดาน (Roy E. Jordaan) เรื่อง Folk Medicine in Madura (Indonesia) ณ มหาวิทยาลัยเลเดนเมื่อ ค.ศ. ๑๙๘๕ ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา ๒ ท่าน คือ Prof. Dr. P.E. de Josselin de Jong และ Prof. Dr. J.D. Speckmann ทั้งยั้งน่าจะเป็นวิทยานิพนธ์เล่มแรกๆ ที่พยายามจะทำความเข้าใจต่อระบบการแพทย์แบบจารีตหรือการแพทย์พื้นบ้านของอินโดนีเซียอย่างเป็นเรื่องเป็นราวภายหลังการเข้ายึดครองดินแดนหมู่เกาะเหล่านี้มายาวนานของเนเธอร์แลนด์

เพื่อทำความเข้าใจต่อหลักคิดสำคัญเกี่ยวกับการแพทย์ของชาวมาดูรา จอร์ดานได้วางกรอบการวิจัยของตนอยู่บนคำถามพื้นฐานบางอย่าง เช่น ชาวมาดูราแบ่งแยกระหว่างสุขภาพ (health) กับความเจ็บป่วย (illness) หรือโรคภัยไข้เจ็บ (disease) อย่างไร? อะไรคือหลักในการตรวจโรค (diagnosis) และการวินิจฉัยโรค (etiology)? หลักการเหล่านี้มีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมและความเจ็บป่วยของชาวมาดูรา? หมอหรือผู้ที่มิบทบาทในการบำบัดรักษาโรคในจารีตของการแพทย์พื้นบ้านเหล่านี้มีอยู่ที่ประเภท มีความชำนาญพิเศษ และมีวิธีการในการบำบัดรักษาอย่างไรบ้าง? โดยจอร์ดานหวังว่าคำถามเหล่านี้จะทำให้เข้าใจถึง “มุมมองในเชิงภาพรวม” (a holistic perspective) และทำให้สามารถใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านเหล่านี้ในฐานะใบเบิกทางสำหรับการศึกษาสังคมมาดูรา เนื่องจากมองว่าการศึกษาประสบการณ์ของผู้คนและการที่ผู้คนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บไข้ได้ป่วยและความตายจะทำให้เข้าใจต่อมโนทัศน์ของพวกเขาเกี่ยวกับความเป็นจริง (reality) ระบบคุณค่า และองค์กรทางสังคมต่างๆ ของพวกเขา เพราะสำหรับจอร์ดานแล้วมานุษยวิทยาทางการแพทย์ไม่ได้เป็นเพียงวิถีทางในการมอง/ทำความเข้าใจถึงสถานะของสุขภาพและความเจ็บป่วย แต่คือวิถีทางในการมองหรือทำความเข้าใจสังคม (Jordaan ๑๙๘๕: ๖)

เนื้อหาครึ่งหนึ่งของหนังสือเล่มนี้ (ซึ่งมีอยู่ทั้งหมดเกือบ ๔๐๐ หน้า) อุทิศให้กับการทำความเข้าใจชุมชนประมงชายฝั่งแห่งหนึ่งในมาดูรา กิจกรรมทางด้านศาสนา พิธีกรรมต่างๆ ของชุมชน ระบบความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับบ้านเรือน การกำหนดพื้นที่และเวลา การดูแลสุขภาพ คำสอนของคนเฒ่าคนแก่ โลกทางวิญญาณ และวัตถุของขลัง หลังจากนั้นจึงเป็นบทที่ ๖ ว่าด้วยผู้เชี่ยวชาญในทางแพทย์-เวทมนตร์ (magico-medical specialists) ซึ่งพูดถึงบทบาท สถานะ และความเชี่ยวชาญของ “กียาอี” (kiyai) อันเป็นคำเรียกผู้นำทางศาสนา และของ “ดูกุน” (dukun) ซึ่งใช้เรียกหมอทั้งหลายตั้งแต่รักษากระดูก รักษาโรคด้วยยาสมุนไพรหรือรักษาด้วยอำนาจเวทมนตร์ บทที่ ๗ ขอสั่งเกตเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งมีตั้งแต่ว่าด้วย

นิยามของความเจ็บป่วย ภาษาของโรคภัยไข้เจ็บ กลุ่มประเภทของยาสมุนไพรในมาดुरา (สมุนไพรสำหรับอาการป่วยใช้ธรรมดา, สมุนไพรสำหรับโรคผิวหนัง, สมุนไพรอันเกี่ยวกับเรื่องเพศและกามารมณ์ และสมุนไพรสำหรับผู้หญิงมีครรภ์) และการตรวจวินิจฉัยโรคของการแพทย์พื้นบ้านมาดुरา ส่วนในบทที่ ๘ อันเป็นบทสุดท้ายนั้นว่าด้วยประเภทของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคทางผิวหนัง ไข้ทรพิษ และการรักษาด้วยยาสมุนไพร มโนทัศน์ของชาวมาดुरาต่อสภาวะผิดปกติทางจิตและโรคประสาท ตลอดจนความเจ็บไข้ได้ป่วยในสังคม จอร์แดนระบุว่า หากจะจำแนกประเภทของผู้มีบทบาทในการบำบัดรักษาความป่วยไข้ได้ป่วยในสังคมมาดुरาแล้ว อาจแบ่งประเภทของ “หมอ” ต่างๆ ออกได้ถึง ๑๖ ประเภท กล่าวคือ (Jordaan, ๑๙๘๕: ๑๖๑-๑๙๔)

๑) กิยาอี (kiyai) หรือกิยาอี ซารัต (kiyai sarat) ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการทั้งในทางศาสนา ทางเวทมนตร์ และการบำบัดรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้คนในชุมชน (magico-religious specialist)

๒) ดูกุน ซารัต (dukun sarat) หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดุกุขยามแบบตามโหราศาสตร์ชาว ซึ่งเชื่อว่าสัมพันธ์กับสภาวะของผู้คน

๓) ดูกุน กากา (dukun kaca) หรือหมอตูในเรื่องเกี่ยวกับการลักขโมย

๔) ดูกุน ปราโอ (dukun prao) หรือหมอเรือ ซึ่งไม่เหมือนกับผู้เชี่ยวชาญในการหาปลา ทำนองเดียวกับคนที่ใช้วิชา “ดุหล่า” เรียก/ดูลาในสังคมประมงพื้นบ้านของชาวมลายูปาตานี แต่ในมาดुरานั้น หมายถึงผู้มีทักษะเชี่ยวชาญในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ชาวเรือโชคไม่ดีในการหาปลา โดยหมอเรือที่วันนี้จะต้องแวะไปเยี่ยมตามบ้านเรือผู้คนที่ซึ่งผู้ถูกเยี่ยมเองก็ไม่กล้าปฏิเสธเพราะกลัวว่าจะถูกเล่นงานด้วยคุณไสยต่างๆ

๕) ดูกุน โกมานดิน (dukun komandhin) หรือหมอซึ่งชำนาญในการรักษาผู้ถูกงูพิษหรือสัตว์มีพิษกัด/ต่อย

๖) ดูกุน โซโซ (dukun soso) หรือหมอฝังเข็ม ซึ่งเป็นคนละอย่างกับหมอฝังเข็มแบบจีน เพราะมุ่งเน้นในการใช้เวทมนตร์และการสร้างเสน่ห์ให้แก่ผู้ถูกฝัง โดยเฉพาะการใช้เข็มทอง

๗) ดูกุน เต็นนง (dukun tennong) หรือหมอซึ่งสามารถติดต่อกับภูติหรือวิญญาณ และได้รับความช่วยเหลือจากภูติหรือวิญญาณเหล่านี้ในการค้นหาสาเหตุและวิธีการรักษาความเจ็บป่วยของผู้คน

๘) ดูกุน เบอริต (dukun berit) หรือคนทรงเจ้าเข้าผี เพื่อค้นหาสาเหตุและวิธีการรักษาความเจ็บป่วยของผู้คน รวมถึงให้ความช่วยเหลือในการประกอบพิธีบำบัดต่างๆ

๙) ดูกุน ยิน (dukun jinn) หรือคนทรงที่ได้รับความช่วยเหลือจากภูติหรือวิญญาณในการค้นหาสาเหตุและวิธีการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของผู้คนในชุมชน

๑๐) ดูกุน ดุสา (dukun dhuwa) หรือพ่อมดหมอผี ซึ่งชำนาญในการใช้เวทมนตร์คุณไสย

๑๑) ดูกุน บุร-เซมบูร์ (dukun bur-sembhur) หรือหมอซึ่งรักษาด้วยการเป่ามนตร์ โดยบางครั้งใช้ยามุนไพรรักษาได้ตั้งแต่อาการตัวร้อน ปวดท้อง เจ็บตา ปวดฟัน ฯลฯ

๑๒) ดูกุน ซาบัน (dukun saban) หรือหมอรักษาโรคต่างๆ ของเด็ก เช่น ชุกชน ไม่กินข้าวกินปลา ตัวร้อน ร้องไห้งอแง ฯลฯ

๑๓) ดูกัน เรมบี (dukun rembi) หรือหมอตำแย

๑๔) ดูกุน เปลเลต (dukun pellet) หรือหมอนวด

๑๕) ดูกุน ปอตอง (dukun potong) หรือหมอกระดูก

๑๖) ดูกัน ยาโม (dukun jhamo) หรือพ่อค้าเร่ขายยาสมุนไพร

จอร์แดนลงความเห็นว่ “ดูกุน” ทุกประเภทล้วนต้องพึ่งพาความรู้ความสามารถในเรื่องพลังเหนือธรรมชาติ ซึ่งทำให้แตกต่างจากหมอสมัยใหม่ ทั้งสำหรับชาวบ้านในมาดูลาทั่วไปแล้วยังไม่เห็นถึงความแตกต่างระหว่างหมอที่ใช้เวทมนตร์ประกอบกับหมอยาที่รักษาด้วยยาสมุนไพรเพียงอย่างเดียว ในทัศนะของชาวบ้านแล้ว การแพทย์ เวทมนตร์และศาสนาล้วนเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ “กียาอี” ส่วนใหญ่ในชุมชนมาดูลาจึงไม่ได้เป็นเพียงผู้รู้ทางศาสนา แต่ยังได้รับการนับถือในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และไสยศาสตร์เวทมนตร์ (magico-medical specialist) อีกด้วย ซึ่งเกิดจากความรู้เกี่ยวกับโลกเหนือธรรมชาติของบรรดาตัว “กียาอี” เหล่านี้เอง ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาส่วนใหญ่ จนแม้กระทั่งหมอกระดูก จึงล้วนต่างก็ใช้เวทมนตร์คาถากันทั้งสิ้น ทั้งยังไม่ต้องพูดถึงว่าคนเหล่านี้ไม่ได้มีความแตกต่างกันในเรื่องภูมิหลังทางสังคม หนทางในการเข้าสู่การเป็นหมอ/ดูกุน วิธีการบำบัดรักษา หรือการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา (Jordaan ๑๙๘๕: ๑๖๒)

ดังนั้นการแยกกันระหว่าง “ดูกุน” ซึ่งได้รับประสบการณ์และพลังเหนือธรรมชาติ (elmo bathin) กับ “ดูกุน” ธรรมดาซึ่งความรู้ความสามารถในการรักษาขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะต่างๆ อันเข้าถึงได้โดยทั่วไป (elmo kasar) จึงตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า ยิ่งพลังอำนาจในการบำบัดรักษาของ “ดูกุน” ผู้นั้นขึ้นอยู่กับหรือได้มาจากประสบการณ์และพลังเหนือธรรมชาติมากเท่าไร อันจะยิ่งทำให้ “ดูกุน” ผู้นั้นมีพลังอำนาจในการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นหรือเหนือกว่า “ดูกุน” ทั่วไป จนอาจลดบันดาลให้น้ำธรรมดาทั่วไปมีสรรพคุณในทาง “ยาสมุนไพร” ขึ้นมาได้ด้วยการท่องมนต์กำกับเข้าไป แต่หากพลังในการรักษาของ “ดูกุน” ผู้นั้นขึ้นอยู่กับสรรพคุณของยาสมุนไพรเพียงอย่างเดียว ก็จะทำให้ผู้เป็นได้เพียง “หมอยาธรรมดา” (tokang - คำว่า โตกังกในภาษามาดูลาหรือตูกังในภาษาอินโดนีเซียหมายถึง craftman ผู้ชำนาญการในทางใดทางหนึ่งเป็นการเฉพาะ เช่น พ่อค้า คนตีผึ้ง คนหาของป่า ฯลฯ) คือสำหรับชาวมาดูลาแล้วก็มีสถานะไม่แตกต่างไปจากพ่อค้าเร่ แบกกระบุงหรือปั่นรถจักรยานขายยาสมุนไพร การจำแนกประเภทของ “ดูกุน” ในลักษณะเช่นนี้สัมพันธ์กับเรื่องสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยและโรคร้ายในมโนทัศน์ของชาวมาดูลา คือโรคร้ายไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุในเชิงกายภาพเท่านั้น แต่โรคร้ายหลายชนิดถูกมองว่าเกิดจากการกระทำของพลังเหนือธรรมชาติ (supernatural or occult forces and agents) เช่น ผีเข้า การถูกคุณไสย หรือการลงทัณฑ์ของพระผู้เป็นเจ้า ฯลฯ ซึ่งไม่ถูกจัดอยู่ในประเภทเดียวกับความเจ็บป่วย (sake ในภาษามาดูลาหรือ sakit ในภาษาอินโดนีเซีย) อันจะแก้ไขรักษาให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ก็โดยอาศัยพลังอำนาจของผู้เชี่ยวชาญในทางเวทมนตร์เท่านั้น (Jordaan, ๑๙๘๕: ๑๖๔-๕)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องการแพทย์พื้นบ้านที่ให้ภาพระบบสุขภาพและการบำบัดรักษาในสังคมอินโดนีเซียและทำให้เห็นประสบการณ์ของผู้คนได้อย่างลุ่มลึก คืองานของคาเมอรอน เฮย์ (M. Cameron Hay) เรื่อง Remembering to Live: Illness at the Intersection of Anxiety and Knowledge in Rural Indonesia ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมิชิแกน (The University of Michigan Press) เมื่อ ค.ศ. ๒๐๐๑ การศึกษาของเฮย์ทำให้เห็นภาพของระบบการดูแลสุขภาพของสังคมอินโดนีเซียร่วมสมัยที่ซับซ้อนและหลากหลายขึ้นในทุกมิติของชุมชน คือทั้งแบบการแพทย์แบบพื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ โดยศึกษาจากกรณีของชุมชนบนเกาะลอมบอก (Lombok) ในมณฑลนูซาเต็งการาตะวันออกของอินโดนีเซีย เฮย์ระบุว่า ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยในชุมชนของลอมบอกนั้นแบ่งออกได้ ๓ กลุ่ม คือ ๑) ดูกุน ๒) เบอลิอัน (Belian) หรือหมอตำแยที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษของชุมชน และ ๓) บิดาน (Bidan) ซึ่งในกรณีของลอมบอก/อินโดนีเซียหมายถึงเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ของรัฐที่ถูกส่งเข้ามาประจำอยู่ในชุมชนเป็นเวลา ๓ ปี ตามโครงการ “Pos Salinan di Desa” หรือ PoLinDes (Childbirth Clinic) ซึ่งนอกจากนำเอาความรู้ทางการแพทย์แบบสมัยใหม่หรือการแพทย์แบบชีวภาพ (biomedicine) เข้ามาในชุมชนแล้ว ยังถือเป็นกลไกของรัฐในโครงการวางแผนครอบครัว หรือ KB (Keluarga Berencana - Government-controlled Program

of family planning) ในชาวและพื้นที่อื่นๆ ของอินโดนีเซีย “บิดาน” หรือเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์จึงทำหน้าที่เหมือนตัวแทนของการแพทย์แบบสมัยใหม่และเสมือนเป็นคนกลางที่เชื่อมต่อระหว่างชาวบ้านกับระบบกลไกทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐในระดับที่สูงขึ้น การศึกษาของเฮย์จึงทำให้ภาพเชิงซ้อนของระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนที่มีทั้งระบบการแพทย์แบบจารีตของชุมชน ซึ่งแสดงผ่านตัวแทนอย่าง “ดูคุน” กับหมอตำแยหรือ “เบอลิอัน” และการแพทย์เชิงชีวภาพสมัยใหม่ที่รัฐพยายามจะแทรกเข้าไปในชุมชน ซึ่งนอกจากจะสะท้อนถึงระบบกลไกทางสุขภาพของรัฐแล้ว ยังเผยให้เห็นการดำรงอยู่ในระดับโลกของการแพทย์เชิงชีวภาพที่ตั้งอยู่บนความเป็นเหตุเป็นผลในทางวิทยาศาสตร์ อันเป็นกรอบอ้างอิงที่แท้จริงของพลังอำนาจในการดำรงอยู่ของนางผดุงครรภ์ในระดับชุมชน (Hay, ๒๐๐๑: ๘๒)

การมีระบบการแพทย์ที่ทับซ้อนกันอยู่ในชุมชนทำให้ความเข้าใจต่อร่างกายของคนในชุมชนลอมบอกรวมทั้งคนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพเจ็บไข้ได้ป่วยของชุมชน เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบความรู้ทางการแพทย์ทั้งสองแบบและสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามการแลกเปลี่ยนและประสบการณ์ที่มีต่อกัน ทั้งต่อผู้คนที่อยู่ภายในและภายนอกชุมชน (Hay, ๒๐๐๑: ๘๖) อย่างไรก็ตาม ความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งสองแบบก็ไม่ได้จัดวางอยู่อย่างเท่าเทียมกัน เนื่องจากการเข้าถึงความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในลอมบอกนั้นถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขในเรื่องความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่นอกเหนือจากระบบความรู้ดั้งเดิมของชุมชน และมีผู้เข้าถึงความรู้ดังกล่าวอยู่เพียงจำกัด ทั้งยังต้องขึ้นอยู่กับการศึกษาของแพทย์เหนือการศึกษาของบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ๆ ได้รับการฝึกฝนทางการแพทย์เชิงชีวภาพมาน้อยกว่า ซึ่งอยู่เหนือการศึกษาของชาวบ้านทั่วไปในชุมชนอีกทอดหนึ่ง จึงทำให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของชุมชนในลอมบอกถูกกำหนดให้อยู่ในระนาบช่วงชั้น ซึ่งมีความรู้ทางการแพทย์เชิงชีวภาพตั้งอยู่บนยอดสุดเนื่องจากได้รับอำนาจพิเศษทั้งจากกลไกรัฐและจากความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Hay, ๒๐๐๑: ๒๖๒)

นอกจากนี้ เฮย์พยายามชี้ให้เห็นว่าการที่ชาวลอมบอกยังเลือกหันไปหาะบบการแพทย์พื้นบ้านของชุมชนนั้นไม่ได้หมายความว่าไม่มีความเชื่อมั่นต่อระบบการแพทย์สมัยใหม่ แต่เนื่องจากความยากจนของชุมชนและค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ จึงทำให้ผู้คนจำนวนมากเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ และทำให้มีเพียงหยิบมือเดียวที่มีฐานะค่อนข้างมั่งคั่งจึงจะสามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ ทั้งๆ ที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพในลอมบอกตะวันตกมานานแล้ว โดยเริ่มมีคลินิกการแพทย์สมัยใหม่มาเปิดให้บริการตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๒๘ แพทย์คนแรกที่เข้ามาทำงานในคลินิกดังกล่าวเป็นคนชาว และเนื่องจากเป็นคนที่ย้ายมาเข้าอกเข้าใจต่อมโนทัศน์ของชาวบ้านในเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยและการดูแลสุขภาพ จึงได้รับการยกย่องว่าเป็นแพทย์ผู้มีความรู้และมีทักษะในการรักษา โดยความสำเร็จส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากการที่แพทย์ผู้นี้ยอมใช้การแพทย์เชิงชีวภาพผสมกับรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้าน เช่น การทอมนตร์คาถา (ทำนองเดียวกับการที่แพทย์สมัยใหม่ในบ้านเรายอมให้ชาวบ้านรำผีฟ้าแก้บนประกอบการรักษาความเจ็บป่วยของตน) ต่อมาในช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๘๐ การแพทย์สมัยใหม่ได้ขยายตัวอย่างมากในเกาะลอมบอกซึ่งมีประชากรอยู่ราว ๒.๒ ล้านคน คือมีแพทย์สมัยใหม่ ๑๙๗ คนและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อีก ๑,๘๔๘ คน, มีโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น ๖ แห่ง, มีศูนย์อนามัยระดับตำบลอีก ๔๙ แห่ง และมีคลินิกเล็กๆ อีก ๑๖๐ แห่ง ซึ่งแม้จะยังน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่นๆ ในละแวกใกล้เคียงกันในมณฑลนูซาเต็งการาตะวันตก แต่ก็เห็นได้ถึงการขยายตัวของระบบการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปในสังคมลอมบอกอย่างเห็นได้ชัด (Hay, ๒๐๐๑: ๒๖๔-๕)

กล่าวได้ว่า สิ่งที่เฮย์นำเสนอเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพในลอมบอกของอินโดนีเซีย ทำให้เห็นถึง “ระบบการดูแลสุขภาพของท้องถิ่น” ซึ่งนำเสนอระบบความเหลื่อมล้ำอันผลิตขึ้นโดยแพทย์และผู้ปวยดังที่อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Klienman) เสนอไว้ในหนังสือเรื่อง Patients and Healers in the Context of

Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry (University of California Press, ๑๙๘๐) ทั้งยังทำให้เห็นถึงการผสมปนกันระหว่างแนวคิดและการปฏิบัติ/การรักษาซึ่งไม่มีระบบการแพทย์แบบใดดำรงอยู่ได้ลอยๆ เพียงอย่างเดียว เพราะในความเป็นจริงแล้วพรมแดนระหว่างระบบการแพทย์ต่างๆ นั้น (ถ้าหากว่าพรมแดนที่ว่่านั้นดำรงอยู่จริง) มีธรรมชาติค่อนข้างสั่นไหวจนทำให้ลักษณะการผสมปนกันในแต่ละการแพทย์แต่ละแบบได้เน้นย้ำให้เห็นถึงการแพทย์อีกระบบหนึ่งอันเกิดขึ้นจากกระบวนการทางสังคม เนื่องจากปฏิบัติการและความรู้ทางการแพทย์ไม่ได้มีเป้าหมายถึงเพียงแค่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นไปเพื่อการผลิตตัวตนและอัตลักษณ์ของคนในสังคมอีกด้วย (Ferzacca, ๒๐๐๑: ๕)

ในงานวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บไข้ได้ป่วยแบบใหม่ๆ ที่ถูกมองว่าเข้ามาพร้อมกับการพัฒนาและการสร้างความทันสมัยในยุคระเบียบใหม่ (orde baru) ของนายพลสุฮาร์โต เรื่อง Healing the Modern in a Central Javanese City สตีฟ เฟอร์ซัคคา (Steve Ferzacca) ชี้ให้เห็นว่า การมองว่าความทันสมัย/ความเป็นสมัยใหม่ที่แพร่กระจายแตกตัวออกไปอย่างรวดเร็วกว้างขวางในฐานะแบบที่เรียหรือเชื่อโรคนั้นน่าจะมิพื้นฐานอยู่ทั่วไปในสังคมอินโดนีเซียดังเช่นที่แสดงออกอยู่ในนวนิยายอันมีชื่อเสียงเรื่อง Bumi Manusia ของปราโมทยา อนันตา ตูร์ นักเขียนชาตินิยมเอียงซ้ายของอินโดนีเซีย (Ferzacca, ๒๐๐๑: ๓) แต่หลังจากอินโดนีเซียเดินทางเข้าสู่กระบวนการสร้างความทันสมัยและการพัฒนาอย่างเต็มรูปแบบในยุคระเบียบใหม่แล้ว รูปแบบการใช้ชีวิต (gaya hidup) โดยเฉพาะแบบวิถีชีวิตสมัยใหม่แบบตะวันตกหรือแบบสมัยใหม่ มักถูกมองว่าเป็นโรคติดต่ออย่างหนึ่งในทางวัฒนธรรมสาเหตุพื้นฐานทั้งของความเจ็บป่วยทางร่างกายและความเจ็บป่วยทางสังคม (Ferzacca, ๒๐๐๑: ๔)

งานวิจัยของเฟอร์ซัคคา พยายามทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์และความหมายของสิ่งที่เรียกว่า “พหุนิยมทางการแพทย์” (medical pluralism) ในสังคมเมืองอินโดนีเซีย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ในอินโดนีเซียบางคนมองว่า ปรากฏการณ์ทางสังคมเรื่องแก๊งอันธพาล การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (diabetes) และโรคเครียด (hypertension) คือโรคร้ายอันเกิดจากการมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ผิดพลาด (diseases of wrong lifestyle) ซึ่งเป็นโรคติดต่อชนิดใหม่ (new communicable disease) ที่ไม่ได้แพร่กระจายตัวออกไปผ่านทางเชื้อจุลินทรีย์ แต่โรควัฒนธรรม รูปแบบการใช้ชีวิต-การกิน ฯลฯ โดยตัวแทนของสมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขอินโดนีเซีย (Association of Indonesian Public Health Experts - IAKMI) แจกแจงถึงสภาวะของ “โรคสมัยใหม่” (penyakit modern) อันหมายถึงโรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน โรคเบาหวาน และโรคเครียด ว่ากำลังกลายเป็นโรคร้ายที่มีปริมาณมากกว่าโรคที่เกิดจากการติดต่อทั่วไปอย่างไทฟอยด์ โรคระบาด โรคท้องร่วง รวมถึงโรคเอดส์ ฯลฯ โดยโรคเหล่านี้มีสาเหตุหลักมาจากวัฒนธรรมสมัยใหม่ (culture modern) เช่น การกินอาหารที่มีกากใยน้อยจำพวกฟาสต์ฟู้ดหรือมีไขมันเยอะ รวมถึงการเผชิญต่อมลพิษและสารกระตุ้นมะเร็งมากๆ และการอยู่ในสภาวะความเครียดสูง เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุหลักของโรคร้ายแบบใหม่ซึ่งสัมพันธ์กับการเสียสมดุลของระบบประสาท (psychosomatic system) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำลายต่อระบบการแพทย์ทั้งหมด และกำลังต้องการกระบวนการทัศนใหม่ทั้งในทางการแพทย์แบบป้องกันและการแพทย์แบบรักษา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คนในอินโดนีเซียให้มั่นคงและยืนหยัดได้ด้วยตนเอง (Ferzacca, ๒๐๐๑: ๔๓-๔)

ดังนั้นเพื่อเผชิญหน้ากับ “ภัยอันตรายอันยั่วชวน” (seductive danger) ดังกล่าวในขณะที่ระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นสิ่งที่ผู้คนไม่อาจเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงในสังคมเมืองอินโดนีเซีย จึงเกิดปรากฏการณ์ระบบการแพทย์แบบทางเลือกอื่นๆ ขึ้นในสังคมอินโดนีเซียในช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๙๐ เช่น การเสนอให้ยึดถือหลักการอดอาหารตามแบบชาวมุสลิมเป็นกลยุทธ์ในการตอบโต้ต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ของสังคมสมัยใหม่, ยาแก้โรคเบาหวานของห้างมิโตร ราฮาจู (Mitro Rahajoe) ซึ่งคิดผสมสูตรยาเมื่อ ค.ศ. ๑๙๑๖ โดยระเด่นมัสฮับดุลคาดีร์ (R.M. Abdulkadir) ซึ่งอ้างว่าเป็นแพทย์อยู่ในราชสำนักยอกยาการตา, ยาแก้โรคนิ่ว (batu ginjal) อันมีชื่อว่า “คาลคูซอล” (Calculusol) ผลิตจำหน่ายโดย “ศูนย์อุตสาหกรรมการผลิตยาสมุนไพรแผนโบราณ “ดร.สารจิต” (Pusat Produksi Perusahaan Jamu Tradisional “Dr.Sardjito”)^๓ ซึ่งโฆษณาว่าสามารถรักษานิ่วได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเอานิ่วออก แต่ใช้วิธีทานยาสลายนิ่วและขับออกทางปัสสาวะ ทั้งยังไม่ทำให้มีผลข้างเคียง (efek sampingan) อีกด้วย (Ferzacca, ๒๐๐๑: ๕๘-๖๐ และ ๑๖๐-๒)

นอกจากจะมีการนำเสนอยาสมุนไพรทางเลือกเพื่อใช้รับมือกับโรคความทันสมัยและการพัฒนาดังกล่าวแล้ว ยังเกิดการปรับตัวของระบบการแพทย์พื้นบ้านในส่วนของหมอ/ผู้ให้การรักษา ซึ่งพยายามนำเอาวิธีการบำบัดรักษาและยาสมุนไพรแบบพื้นบ้านมาใช้ โดยเฟอร์ซัคคาได้ยกกรณีศึกษามาให้ดู ๓ กรณี คือ ๑) บุศรี (Bu Sri) ซึ่งใช้วิธีการสะกดจิตกับยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วย ๒) บุดะวี (Bu Dewi) ใช้ยาสมุนไพรกับการนวดรักษาโรคต่างๆ อาทิ โรคเมะเร็งและเป็นหมัน และ ๓) ปะดาตัง (Pak Datang) ซึ่งรักษาโรคต่างๆ ด้วยการนวดและสมุนไพร เฟอร์ซัคคาพยายามอธิบายว่า ในกรอบคิดของชาวแล้ว การรักษาของปะดาตังนั้นไม่ใช่แค่เพียงการรักษาเรือนร่างทางสรีระเท่านั้น แต่ยังเป็นการรักษาเรือนร่างทางสังคมของชาวซึ่งเจ็บป่วยจากโรค/ความเจ็บป่วยของสังคมเมือง (urban malaise) อีกด้วย การนวดและการให้ยาของปะดาตังจึงเป็นการรื้อฟื้นคืนชีวิตความเป็นสังคมชาวให้แก่เรือนร่างกันอ่อนแอ/เป็นอัมพาตอันเป็นผลจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาของสังคมเมือง โรค/ความเจ็บป่วยของสังคมเมือง เช่น ความตึงเครียด ความหวงแหน ความอ่อนเพลีย เป็นต้น จึงได้รับการบำบัดโดยน้ำมันยาซึ่งได้รับถ่ายทอดมาจากบรรพชน ดังนั้นเมื่อร่างกายถูกนวดพ่นด้วยน้ำมันยา ความร้อนที่แผ่ซ่านไปตามผิวหนังและเส้นเอ็นบนเรือนร่างจึงไม่ได้เป็นเพียงความร้อนของน้ำมันนวด แต่คือความร้อนอันลึกลับของจารีตที่แทรกซึมลงไปบนเรือนร่างของความเป็นชาว ดังนั้นเมื่อกลิ่นไอรสของเมนธอลในน้ำมันนวดของแพทย์พื้นบ้านที่กระอวลอุ่นเข้ามาในโพรงจมูก ความร้อนจากน้ำมันแห่งจารีตก็แผ่ซ่านเข้าไปผ่านรูขุมขนช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ข้อต่อกระดูกและความตึงเครียดทั่วเรือนร่างให้เบาบางลง อันเป็นความเบาบางที่เปรียบเสมือนได้กับการหวนคืนกลับไปสู่สภาพสุขภาวะอันสมดุลกลมกลืนระหว่างตัวเองกับโลกภายนอกอันโกลาหลวุ่นวาย เรือนร่างอันถูกทำให้เสียสมดุลจากการไหลทะลักเข้ามาของการพัฒนาและความทันสมัยจึงถูกทำให้กลับคืนสู่สภาพดั้งเดิมของโลกแห่งจารีตของความเป็นชาวอีกครั้งหนึ่ง (Ferzacca, ๒๐๐๑: ๒๐๒-๓)

บทส่งท้าย

งานวิจัยของเฟอร์ซัคคาทำให้ผู้เขียนนึกถึงภาพยนตร์เรื่อง Eat Pray Love ซึ่งสร้างมาจากบันทึกความทรงจำของอลิซาเบธ กิลเบิร์ต (Elizabeth Gilbert) นักเขียนอเมริกัน และกำกับการแสดงโดยไรอันเมอร์ฟี (Ryan Murphy) แสดงนำโดยจูเลีย โรเบิร์ต (Julia Roberts) และจาเวีย บาร์เดม (Javier Bardem) (Columbia Pictures, ๒๐๑๐) ในภาพยนตร์เรื่องนี้ อลิซาเบธ กิลเบิร์ต สาวใหญ่ซึ่งชีวิตน่าจะประสบ

^๓ ศาสตราจารย์ ดร.สารจิต (M. Sardjito, ๑๘๘๙-๑๙๗๐) เกิดในชาตวันออกในสมัยที่อินโดนีเซียยังเป็นอาณานิคมดัตช์ ในช่วงสงครามปลดแอกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๕-๕๐ สารจิตได้เข้าศึกษาต่อในสถาบันปาสเตอร์แห่งบันดุง (Institut Pasteur, Bandung) หลังจากนั้นก็ได้ขึ้นดำรงตำแหน่งอธิการบดีมหาวิทยาลัยกัจจามาดา (Universitas Gadjah Mada) ตั้งแต่เริ่มต้นตั้งมหาวิทยาลัยเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๙ จนถึง ค.ศ. ๑๙๖๑ (มหาวิทยาลัยกัจจามาดาเป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกที่ได้รับ การสถาปนาขึ้นหลังอินโดนีเซียได้รับเอกราช) ปัจจุบันได้มีการก่อตั้งโรงพยาบาล ดร.สารจิต (Rumah Sakit Umum Pusat Dr Sardjito) ขึ้นเมื่อ ค.ศ. ๑๙๘๒ โดยตั้งอยู่ในเมืองยอกยาการตาและเป็นโรงพยาบาลสำหรับฝึกหัดนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยกัจจามาดา

ความสำเร็จและสมบูรณ์แบบ เกิดความรู้สึกสับสนกับชีวิต จึงตัดสินใจสลัดทิ้งทุกอย่าง และออกเดินทางท่องโลกเพื่อแสวงหาความหมายของชีวิต กิลเบิร์ตออกไปค้นพบความสุขอันบรรเจิดแห่งการกินในอิตาลี พลังแห่งการภาวนาในอินเดีย และสุดท้ายคือการค้นพบสันติและภาวะสมดุลแห่งชีวิตรักในบาห์ลี โดยส่วนหนึ่งในการค้นพบของกิลเบิร์ตในเกาะบาห์ลีคือสมุนไพรพื้นบ้านและการบำบัดรักษาความสับสนวุ่นวายในชีวิตอันเป็นโรค/ความเจ็บป่วยของสังคมเมืองด้วยวิธีการบำบัดของหมอชาวบาห์ลี อันเป็นการคลี่คลายปมสำคัญในชีวิตของสาวมาดมั่นจากโลกตะวันตกลงและทำให้ชีวิตของเธอกลับคืนสู่สภาวะสมดุลได้อีกครั้ง สิ่งหนึ่งที่พ้องกันอย่างน่าประหลาดระหว่างงานวิจัยของฟอร์ชัคคา กับภาพยนตร์เรื่องนี้ก็คือ ไม่เพียงแต่การพื้นบ้านในอินโดนีเซียจะเป็นทางเลือกในการดูแลความเจ็บป่วยอันเกิดจากการพัฒนาให้แก่เรือนร่างของชาวอินโดนีเซียเองเท่านั้น แต่ยังอาจจะช่วยเยียวยารักษาความสับสนวุ่นวายให้แก่ชาวตะวันตก ซึ่งชาวอินโดนีเซียจำนวนหนึ่งมองว่าเป็นรากเหง้าของโรคสมัยใหม่ที่ตัวเองกำลังเผชิญอยู่.

บทที่ ๓

การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่า: มาตรฐานการรักษาและโอกาสของคนจน

เทพินทร์ พัชรพณกุล^๑

การแพทย์พื้นบ้านพม่ามีรากอยู่บนฐานความเชื่อทางวัฒนธรรมและมีพัฒนาการยาวนาน งานศึกษาทางสังคมศาสตร์พบว่าแม้สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัยแต่การแพทย์พื้นบ้านก็ยังคงดำรงอยู่และเป็นที่พึ่งในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของประชาชน แนวคิดความทันสมัยและอิทธิพลของความคิดแบบวิทยาศาสตร์ได้ทำให้ทิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเป็นไปในแบบเดียวกับการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น “คุณภาพ มาตรฐานความปลอดภัย” ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและทำให้การแพทย์พื้นบ้านพม่าพัฒนาไปในทิศทางต่างจากรากฐานทางวัฒนธรรมเดิม ยิ่งไปกว่านั้น การแพทย์พื้นบ้านพม่าที่เคยทำหน้าที่ด้านสุขภาพได้ขยายบทบาทของตนเองเป็นเสมือนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาติ แต่ไม่ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะถูกกระทำให้ “คืออะไร” และ “ควรพัฒนาไปในทิศทางใด” การแพทย์พื้นบ้านก็ยังคงเป็นที่พึ่งหลักของคนจนเมื่อเจ็บป่วยและสะท้อนความสำคัญของเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

แนวการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าโน้มเอียงไปตามฐานคิดความเป็นวิทยาศาสตร์และการจัดระบบการแพทย์สมัยใหม่ตั้งแต่สมัยอาณานิคมและถูกเร่งรัดด้วยกระแสการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานทางการรักษาและยาพื้นบ้านร่วมกันในกลุ่มประเทศอาเซียนในปัจจุบัน มาตรฐานและความปลอดภัยทางการรักษาและยาพื้นบ้านเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน แต่หากผู้ใช้ไม่สามารถเข้าถึงยาและการรักษาที่มีมาตรฐานนั้น ก็ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนได้ บทความนี้ตั้งข้อสังเกตต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจในพม่าที่มีผลต่อการเข้าถึงการรักษาพื้นบ้าน การนำเสนอบทความจะเริ่มจากการนำเสนอประวัติศาสตร์การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าตั้งแต่ในช่วงตกเป็นอาณานิคมและหลังอาณานิคม และในส่วนที่สองจะนำเสนอความสำคัญของเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจต่อการใช้การแพทย์พื้นบ้านผ่านกรณีศึกษาพฤติกรรมการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในมณฑลมันตะเลย์

วัฒนธรรมและความหลากหลายของการรักษาพื้นบ้านพม่า^๒

การศึกษาทางประวัติศาสตร์แสดงถึงความหลากหลายในวิธีการรักษา และพัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้าน สิ่งที่สำคัญคือ ในขณะที่การรักษาพื้นบ้านเชื่อมโยงติดแน่นกับฐานความเชื่อทางวัฒนธรรม เงื่อนไขทางการเมืองได้ส่งผลต่อการกำหนดทิศทาง รูปแบบและวิธีการรักษาพื้นบ้านที่เป็นที่ยอมรับ (ของรัฐ/ราชการ)

^๑ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email address: pthapin@gmail.com ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ได้กรุณาอ่านให้ความเห็นในการปรับบทความนี้ และขอขอบคุณสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะ คุณปารณัฐ สุขสุทธิ ที่ช่วยประสานอำนวยความสะดวกในการดำเนินการมาโดยตลอด

^๒ ในบทความนี้ คำว่า การแพทย์พื้นบ้านจะหมายถึงการแพทย์ที่มีองค์ความรู้และวิธีการรักษาพื้นบ้านพม่าที่มีใช้แบบการแพทย์สมัยใหม่ และได้รับการรับรอง/สนับสนุนจากรัฐ แต่คำว่า การรักษาพื้นบ้าน หมายถึง วิธีการรักษาพื้นบ้านที่ชาวพม่าใช้ในการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งมีทั้งการรักษาที่เรียนรู้ ถ่ายทอดจากประสบการณ์ของบุคคล การรักษาพื้นบ้านจากทั้งในส่วนที่ได้รับการรับรองและส่วนที่ไม่จัดว่าเป็น “การแพทย์พื้นบ้าน” โดยรัฐ กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ คำว่า การแพทย์พื้นบ้าน คือการกล่าวถึงการรักษาพื้นบ้านที่ให้นิยามและกำหนดขอบเขตโดยรัฐ ในขณะที่ คำว่า การรักษาพื้นบ้าน คือการกล่าวถึงการรักษาความเจ็บป่วยที่กำหนดนิยามและเลือกใช้โดยประชาชน/ชาวพม่า

และที่สำคัญได้กำหนดให้ การรักษาพื้นบ้านแบบใดกลายเป็นการแพทย์พื้นบ้านของพม่า เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึงการรักษาพื้นบ้านในช่วงที่พม่ามีการปกครองโดยกษัตริย์ เมื่อพม่าตกอยู่ภายใต้การปกครองของรัฐบาลอังกฤษที่อินเดีย และเมื่อพม่าได้รับเอกราชและปกครองโดยระบอบสังคมนิยมและทหาร โดยที่พม่าได้ทำการเปลี่ยนการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย (แบบมีวินัยหรือควบคุม) เมื่อเดือน พ.ย. ๒๕๕๔ อันเป็นช่วงระยะเวลาไม่นานนัก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการแพทย์พื้นบ้านหลังการมีรัฐบาลแบบประชาธิปไตยยังมีข้อมูลจำกัดและบทความนี้จะนำเสนอสิ่งที่เกิดขึ้นกับการแพทย์พื้นบ้านพม่าบนฐานข้อมูลที่มีอยู่จากการพูดคุยกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้าน

พุทธศาสนา ไสยศาสตร์ กับการรักษาพื้นบ้านพม่า

พงศาวดารพม่าได้กล่าวถึง อาณาจักรแรกของพม่าคือเมืองตะโก้ง^๓ (Tagaung) ซึ่งตั้งอยู่ทางพม่าตอนเหนือ ในช่วง ๑๒๘ ปีก่อนคริสตกาล และการอพยพของชาวอิเบต-พยู (หนังสือบางเล่มใช้คำว่า ปยู) ซึ่งได้อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานตามลำน้ำอิรวดี การอพยพของชาวพยูคงจะใช้เวลานานพอควรจนกว่าจะสามารถสร้างเมืองที่มีความมั่นคงได้ ชาวพยูเป็นชนกลุ่มที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาและฮินดูจากอินเดียผ่านทางการค้าขายเนื่องจากในบริเวณนั้นเป็นเส้นทางการส่งสินค้าจากอินเดียไปจีน นอกจากเมืองตะโก้งแล้ว พงศาวดารพม่ายังกล่าวถึงเมืองสำคัญที่เกิดขึ้นอีกสองเมืองคือ ทะลินยี^๔ (Halingyi) และ ไปทโนเมียว^๕ (Peikthanomyo) ซึ่งมีการพบหลักฐานทางโบราณคดีที่แสดงว่าเมืองไปทโนเมียวมีอายุราว ๒๐๐๐ ปีมาแล้ว (Maung Htin Aung: ๑๙๖๗: ๘) ความเจริญรุ่งเรืองของชาวพยูปรากฏให้เห็นจากการมีศูนย์กลางอำนาจที่ตั้งอยู่ที่เมืองแปร (อังกฤษเรียกเมืองนี้ว่า Prome ในขณะที่พม่าเรียกเมืองนี้ว่า Pyay และชาวพยูจะเรียกเมืองนี้ว่า Sri Ksetra ซึ่งแปลว่า ดินแดนแห่งความโชคดี (The Fortunate Field) Maung Htin Aung: ๑๙๖๗: ๘ และ เพ็ชรี สุมิตร: ๒๕๕๑: ๘) การเป็นพื้นที่เส้นทางค้าขายและวัฒนธรรมอินเดียที่รุ่งเรืองทำให้ชาวพม่าได้รับอิทธิพลพุทธศาสนานิกายมหายานและฮินดูจากอินเดียรวมทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติที่มีอยู่ก่อนแต่ครั้งบุรพกาล อิทธิพลของพุทธศาสนาได้ขยายเข้าสู่พม่าและได้กลายเป็นความเชื่อหลักและมีอิทธิพลอย่างมากต่อพม่าในทุกๆด้านในระยะต่อมา กล่าวเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ยุคนี้มีหลักฐานพบการรักษาอาการจากการถูกพิษและการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาความเจ็บป่วย

ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ ผี (Nat หรือ นัท^๖ ในภาษาพม่า) เป็นความเชื่อที่ยังคงอยู่ในสังคมพม่าจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าในสมัยอาณาจักรพุกามต่อมา (ค.ศ. ๑๐๔๔) พระเจ้าอโนรุธ หรือ อโนรธา (Anawrahta) จะได้ส่งเสริมพุทธศาสนานิกายเถรวาทและพยายามแยกความเชื่อเกี่ยวกับภูติผี ไสยศาสตร์ออกจากพุทธศาสนา รวมทั้งการที่พระองค์ไม่พึงพอใจสงฆ์ในยุคนั้น (Ari Monks) ซึ่งมีพฤติกรรมโอ้อวด ต้มกินอย่างฟุ่มเฟือย (Maung Htin Aung:

^๓ งานของ Maung Htin Aung (๑๙๖๗: ๖) ได้ให้ความเห็นว่า แม้นักประวัติศาสตร์ยุโรปจะไม่ยอมรับในข้อมูลนี้ เนื่องจากไม่มีหลักฐานทางโบราณคดีที่แสดงถึงการมีอยู่ของอาณาจักรดังกล่าว แต่อาณาจักรตะโก้งนี้ก็ปรากฏอยู่ในนิทานพื้นบ้านที่กล่าวถึงเจ้าชายอินเดียที่ลี้ภัยการเมืองมาตั้งอาณาจักรดังกล่าว และเมื่อพิจารณาจากที่ตั้งของอาณาจักรนี้ซึ่งอยู่ในเส้นทางค้าทางระหว่างจีน-อินเดีย อาณาจักรนี้ก็น่าจะมีอยู่

^๔ เมืองทะลินยี นี้ ปรากฏในเอกสารประวัติศาสตร์จีน ที่ระบุในปี ค.ศ ๓ โดยจีนเรียกเมืองนี้ว่า หลินหยาง (Lin-Yang)

^๕ เมืองไปทโนเมียวนี้ ภาษาพม่าหมายถึง วิษณุ (Vishnu City)

^๖ ผู้สนใจความเชื่อเรื่อง นัท ๓๗ ตนของพม่า สามารถศึกษาได้จาก หนังสือชื่อ ความเชื่อเรื่องนัท (Nat) ในสังคมพม่า. โดย ญัฐวี ทศรัฐ, โครงการพม่าศึกษา สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๐. หรือหนังสือชื่อ The Thirty-seven Nats; A Phase of Spirit-worship Prevailing in Burma เขียนโดย Sir R.C.Temple (๑๙๐๖) หรือ หนังสือชื่อ Nat-Pwe: Burma's Supernatural Sub-culture เขียนโดย Yves Rodrigue (๑๙๙๒)

๑๙๖๗: ๓๒) แต่ชาวพม่าโดยเฉพาะในชนบทยังคงมีความเชื่อทางพุทธศาสนาบนฐานความเชื่อเดิมเกี่ยวกับเทพเจ้าอำนาจเหนือธรรมชาติ ในยุคนี้จึงปรากฏหลักฐานการรักษาความเจ็บป่วยด้วยการสักตามร่างกายโดยพระ เนื่องด้วยพระในยุคนี้เรียนรู้ภาษาบาลี สันสกฤต และการสักตามร่างกายที่กระทำผ่านพิธีกรรม อำนาจของพระพุทธรูป อิทธิฤทธิ์และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ เชื่อว่าจะสามารถป้องกันภัยอันตรายและเหตุร้ายรวมถึงความเจ็บป่วย และพบตำราเกี่ยวกับรายชื่อสมุนไพรและผลไม้เพื่อรักษาความเจ็บป่วย และพระยังคงมีบทบาทในการรักษาความเจ็บป่วย โดยพระได้ใช้โหราศาสตร์ และการเทศนา/สวดเพื่อรักษา ร่วมกับการรักษาโดยใช้สมุนไพรด้วย (U Win Ko: ๒๐๑๑: ๔-๕)

การผสมผสานความเชื่อทางพุทธศาสนา ไสยศาสตร์กับการรักษาพยาบาล ไม่ได้ปรากฏเฉพาะในพื้นที่ตอนกลางของพม่าเท่านั้น ในพื้นที่ของยะไข่ซึ่งเป็นเขตติดต่อระหว่างพม่ากับบังคลาเทศและอินเดียก็ปรากฏวิธีการรักษาพื้นบ้านที่หลากหลาย ทั้งการใช้โหราศาสตร์ อำนาจมนตรา และ ผีหรือนัท และเป็นอำนาจเหนือธรรมชาติบนพื้นฐานการผสมผสานความเชื่อระหว่างฮินดูและพุทธศาสนา เช่น Weikza หรือ bodaw ในภาษาพม่า เป็นการผสมผสานอำนาจพุทธรูปผ่านการทำสมาธิ กับ อำนาจเหนือธรรมชาติในการรักษา เช่นการรักษาด้วยมนตรา พลังลึกลับ เล่นแร่แปรธาตุ (alchemy) ตำแหน่งของ Weikza แม้จะยึดโยงอยู่กับพุทธศาสนาแต่วิธีการรักษาความเจ็บป่วยนั้นไม่ได้เป็นไปตามแนวพุทธศาสนาอย่างเคร่งครัด ฐานะของ Weikza นั้นมีลักษณะยึดหยุ่นและอาจดูเป็นเรื่องสับสน มีการกล่าวว่า Weikza นั้นมีสถานภาพที่ค่อนข้างสูงเพราะเป็นภาวะที่เข้าใกล้กับการนิพพาน ซึ่งหลุดพ้นจากวัฏสังขาร (อรหัต - ไม่เกิดอีกในชาติหน้า) ดังนั้น Weikza จึงอยู่ในฐานะที่สูงกว่ามนุษย์ธรรมดาแต่ต่ำกว่าพระพุทธเจ้า และแม้ว่า อำนาจของนัทจะมีอยู่เหนือมนุษย์ แต่อำนาจของ Weikza จะมีอยู่เหนืออำนาจของนัท Weikza จึงมีลักษณะคล้ายเป็นเทวะ(daywa or deva ในภาษาพม่า) (Coderey : ๒๐๐๙: ๑๘๙, ๑๙๔) อำนาจของ Weikza จะส่งผ่านไปทีบุคคลที่ถูกเลือกและบุคคลเหล่านี้ก็จะทำการอธิบายเหตุของความเจ็บป่วยและวิธีการรักษา บุคคลที่ถูกเลือกจาก Weikza นี้จะทำการรักษาโดยรวมเอาทั้งอำนาจของ Weikza กับวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น โหราศาสตร์ และการสักตามร่างกาย ด้วย Weikza ได้รับความเชื่อว่ามีอำนาจในการมองเห็นและได้ยินสิ่งต่างๆ ดังนั้นจึงสามารถพยากรณ์หรือมองเรื่องราวที่ผ่านมาได้แม่นยำกว่า นัท รวมทั้งสามารถรักษาความเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งนัทไม่สามารถรักษาได้ งานศึกษาของ Celine Coderey ได้กล่าวถึงการรวมกลุ่มของคนที่ถูกเลือกซึ่งมีการเรียนรู้เวทมนต์ วิธีการทางโหราศาสตร์ และการสัก ดังนั้น การใช้อำนาจของ Weikza ในการรักษาจึงเป็นทั้งการที่บุคคลนั้นได้รับการเลือกและเป็นทั้งมาจากการเรียนรู้ผ่านบุคคล ยิ่งไปกว่านั้น คนที่ใช้อำนาจของ Weikza เป็นได้ทั้งบุคคลธรรมดาและพระ กลุ่มคนที่ถูกเลือกจะรวมกันเพื่อถ่ายทอดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กลุ่มคนเหล่านี้มักจะรวมกันมีจำนวนไม่เกิน ๙ คน และสมาชิกสามารถเป็นได้ทั้งหญิงและชาย การเรียนรู้เกี่ยวกับ Weikza นี้ จะแบ่งเป็น ๑๒ ระดับ และกล่าวกันว่าเฉพาะสมาชิกผู้ชายเท่านั้นที่จะสามารถบรรลุไปถึงระดับที่ ๑๒ อันเป็นระดับสูงสุด พื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้คือการทำสมาธิ แต่อย่างไรก็ตาม คนที่สามารถเรียนผ่านไปได้ถึงระดับที่สาม ก็สามารถรักษาความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆได้ เช่น การถูกงูกัด ถูกพิษจากสัตว์ต่างๆ และความสามารถในการรักษาโรค พลังเวทมนต์ การสัก จะขึ้นอยู่กับระดับที่ได้จากการเรียนรู้ในกลุ่ม โดยคนที่ผ่านการเรียนรู้ไปในระดับที่สูงกว่าจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงและรุนแรงกว่าได้ (Coderey: ๒๐๐๙: ๑๙๙) Weikza จะรักษาความเจ็บป่วยโดยพิจารณาถึง กรรม คือเหตุพื้นฐานของความเจ็บป่วย และใช้อำนาจของพระพุทธรูปที่เหนือกว่าอำนาจผีในการปิดเป่าสิ่งชั่วร้ายและปกป้องมิให้สิ่งชั่วร้ายทำอันตรายแก่บุคคล

การรักษาพื้นบ้านแต่เดิมของพม่า จึงเป็นการรักษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อทางพุทธศาสนา และไสยศาสตร์ และมีวิธีการรักษาโรคอยู่หลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละที่ การนั่งสมาธิ โหราศาสตร์ การตรวจตำแหน่งจักรราศี ตำแหน่งดาว เวลาเกิดของบุคคล อำนาจสิ่งเหนือธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นอำนาจของเทพ หรือ ผี



รวมไปถึงการใช้การสัก เวทย์มนตร์ และสมุนไพร เป็นการรักษาพื้นบ้าน ที่ดูเหมือนไม่น่าจะเป็นไปหรือกระทำร่วมกันได้ เช่น การอาศัยพลังสมาธิ อำนาจของพระพุทธรูป ร่วมกับการสัก เป่ามนตรา ร่วมกับการตรวจดวงชะตา กรรมเก่า ที่สำคัญความเชื่อในพุทธศาสนา อำนาจเหนือธรรมชาติเป็นเงื่อนไขสำคัญในการรักษาความเจ็บป่วย และระดับความเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาได้มาจากระดับความสามารถในการเข้าถึงญาณสมาธิ หรือ ระดับสถานะของเทพหรือนัตที่เลือกบุคคลให้เป็นผู้ส่งผ่านอำนาจ

กษัตริย์พม่ากับการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านตามแนวการแพทย์อายุรเวท

งานศึกษาของ U Win Ko (๒๐๑๑) แสดงให้เห็นว่า การแพทย์พื้นบ้านพม่าได้รับการสนับสนุนจากกษัตริย์ และมีการพัฒนาไปตามแบบการแพทย์อายุรเวท ในงานเขียนของเขาเรื่อง A drop of rain in Asia: A brief introduction to traditional Burmese medicine พบว่าการแพทย์พื้นบ้านพม่าได้รับการสนับสนุนและพัฒนาจากกษัตริย์ตั้งแต่ราชวงศ์ตองอู (ค.ศ. ๑๔๘๖-๑๗๕๒) การรักษาหลักกล่าวถึงสมุนไพรเป็นหลัก จนกระทั่งยุคอังวะมีการค้นพบแท่นหินที่มีการจารึกเหตุแห่งโรคต่างๆบนแท่นหินทั้งสี่ด้าน ยุคนี้ได้มีพระที่มีชื่อเสียงและได้บันทึกความรู้ทางการแพทย์ไว้ในรูปของบทกวี ตำราการแพทย์พื้นบ้านพม่าที่สำคัญได้รับการเขียนเป็นหลักฐานโดยพระเจ้าอโนเพตลุนได้โปรดให้รวบรวมตำราทางการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น ๕ ตำราด้วยกัน คือ ตำราที่ว่าด้วยคำอธิบายรายละเอียดของธาตุ ตำราที่ว่าด้วยการรวมกันของธาตุต่างๆ ตำราว่าด้วยการเกิดของกายธาตุของสิ่งมีชีวิต ตำราชั้นสูงเกี่ยวกับรายละเอียดของธาตุต่างๆ และตำราเกี่ยวกับหลักสำคัญของธาตุทั้ง ๘

องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านพม่าได้มีการพัฒนาและรวบรวมเป็นตำราอย่างต่อเนื่องจากกษัตริย์ในยุคต่อมา เช่น ในราชวงศ์คองบอง(ค.ศ.๑๗๕๒-๑๘๘๕) อันมีกษัตริย์พม่าที่มีชื่อเสียง คือ พระเจ้าอลองพญา ได้มีพระสงฆ์ที่มีสมณนามว่า “ฉิ่น นายา” ได้รวบรวมตำราการแพทย์พื้นบ้านได้ถึง ๗ ตำราด้วยกัน ในยุคนี้มีหลักฐานว่า อุ เมียดตุน ซึ่งเป็นแพทย์พื้นบ้านได้เขียนตำราการรักษาโรคทางนรีเวช โรคเด็ก การรักษาอาการไข้ ริดสีดวงทวาร โรคฝีดาษ อีสุกอีใส อุจจาระร่วง การรักษาแผล รวมทั้งตำราการรักษาอาการผิดปกติทางจิต การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าในช่วงนี้สะท้อนอิทธิพลของอายุรเวทอย่างชัดเจน เนื่องด้วยอิทธิพลของอินเดียและการแพร่กระจายของการรักษาแบบอายุรเวทเข้ามาในพื้นที่พม่าพร้อมกับพุทธศาสนา มีหลักฐานกล่าวถึงกษัตริย์พม่า คือ พระเจ้าปดุง (หรือพระเจ้าโบดอพญา ของพม่า) ส่งพระสงฆ์และแพทย์พื้นบ้านพม่าไปเรียนรู้การแพทย์แบบอายุรเวทที่อินเดียในปี ค.ศ. ๑๗๘๕ แพทย์พื้นบ้านนี้เมื่อกลับมาได้นำความรู้ทางการแพทย์และตำราการรักษากลับมาด้วยถึง ๖ เล่มด้วยกัน ตำราเหล่านี้ต่อมาได้ถูกแปลเป็นภาษาพม่าโดยพระสงฆ์ชื่อ มองตาว (Maunghtaung Sayadaw) รวมทั้งสามารถรวบรวมชื่อสมุนไพรที่ใช้ทางการแพทย์ไว้ถึง ๗๐๐ ชนิด

กษัตริย์พม่าในช่วงราชวงศ์คองบองได้พัฒนาตำราการแพทย์พื้นบ้านเป็นจำนวนมาก ในช่วง ค.ศ.๑๘๕๗-๑๘๘๕ มีตำราการแพทย์พื้นบ้านพม่าที่แปลจากตำราการแพทย์อายุรเวทอยู่หลายเล่ม การแปลตำราการแพทย์เหล่านี้ส่วนมากทำโดยพระ ในช่วงนี้ วัดได้ทำหน้าที่เป็นสถาบันการศึกษาและโรงเรียนสอนแพทย์ โดยพบว่า มีโรงเรียนสอนการแพทย์พื้นบ้าน หรือ ที่พม่าเรียกว่า Pwe Kyaung ในวัด โดยบุคคลที่สนใจสามารถเข้าไปศึกษาการแพทย์แบบอายุรเวทได้ โดยใช้เวลาศึกษา ๕ ปี มีทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ (Rudland: ๒๐๐๓: ๑๙๐) นอกจากนั้นแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในสมณเพศก็ได้รวบรวมตำราการแพทย์พื้นบ้านไว้หลายท่านเช่น U Pho Hlaing ซึ่งได้รวบรวมตำราว่าด้วยการใช้ชีวิตในแต่ละช่วงฤดูกาลเพื่อการมีสุขภาพที่ดี U Po ซึ่งเป็นแพทย์พื้นบ้านที่มีความ

เชี่ยวชาญด้านอาหาร ได้รวบรวมตำราการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับธาตุในร่างกาย และ U Hmont ได้รวบรวมและพัฒนาตำราการวินิจฉัยเหตุแห่งโรคโดยใช้หลักทฤษฎีร้อน-เย็น U Hmont เป็นแพทย์พื้นบ้านในราชสำนักของพระเจ้ามินดง ในปี ค.ศ. ๑๘๖๖ เขาประสบความสำเร็จในการรักษาอาการถ่ายเป็นเลือดและโรครุมตอยด์ของพระเจ้ามินดงจนได้รับบรรดาศักดิ์ “Tikissaca Bithetcaraja” ซึ่งหมายถึง “แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษา” กล่าวได้ว่าตำราการวินิจฉัยโรคโดยยึดหลักทฤษฎีร้อน-เย็น นี้ได้กลายเป็นหลักวินิจฉัยโรคของการแพทย์พื้นบ้านพม่าจนถึงปัจจุบัน

ยุคสมัยของพระเจ้ามินดง กล่าวได้ว่าเป็นยุคที่ฐานะของแพทย์พื้นบ้านได้รับการยอมรับและมีการพระราชทานเงินเดือนแก่แพทย์หลวง นอกจากนั้นยังมีการคัดเลือกแพทย์พื้นบ้านจากทั่วประเทศเข้ามาประจำการเป็นแพทย์ในราชสำนักด้วย โดยแพทย์พื้นบ้านที่สามารถเข้ามาเป็นแพทย์หลวงได้จะต้องเป็นผู้ที่สืบทอดหรือมีบรรพบุรุษเป็นแพทย์พื้นบ้าน มีความรู้และทักษะในการรักษาโดยจะต้องผ่านการสอบจากคณะแพทย์หลวง แพทย์พื้นบ้านที่ผ่านการคัดเลือกเป็นแพทย์หลวงจะได้รับเงินเดือนๆละ ๕๓ จีต พร้อมเสื้อผ้าและกระเป๋ (ใส่อุปกรณ์รักษา สมุนไพร) ในยุคนี้อีกกล่าวว่าพระเจ้ามินดงได้แต่งตั้งแพทย์หลวงประจำพระองค์ถึง ๑๐ คน และแต่งตั้งแพทย์หลวงประจำองค์แม่และพระประยูรญาติ ๗ คนด้วยกัน

นอกจากการแพทย์พื้นบ้านพม่าในสมัยนี้จะโน้มเอียงไปทางการแพทย์อายุรเวทเป็นหลักและกษัตริย์พม่ามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์พม่าบนแนวคิดแบบการแพทย์อายุรเวทแล้ว ในยุคนี้เริ่มมีการแพร่กระจายของการแพทย์สมัยใหม่รวมทั้งการแพทย์จีนด้วย แต่ยังไม่ค่อยใช้กันอย่างแพร่หลายนัก โดยพบว่าเริ่มมีการใช้วัคซีนป้องกันฝีดาษในรัฐยะไข่ในสมัยพระเจ้าปดุงหรือราวปี ๑๗๙๘ และพบว่าในปี ค.ศ. ๑๘๖๙ แพทย์จีนได้เริ่มเข้ามาเผยแพร่การใช้การรักษาโรคด้วยยาที่ทำจากกระดูกสัตว์ เช่น กระดูกเสือ ช้าง และ แรด (U Win Ko: ๒๐๑๑: ๕-๗)

ดังนั้นการแพทย์พื้นบ้านพม่าในมุมมองของผู้ปกครองและได้รับการสนับสนุนโดยรัฐบาลแบบการแพทย์อายุรเวท ซึ่งแตกต่างจากการรักษาพื้นบ้านที่เกิดขึ้นในภาคประชาชนที่วิธีคิดเกี่ยวกับเหตุและการรักษาความเจ็บป่วยจะผสมผสานความเชื่อทางพุทธศาสนา ไสยศาสตร์ และสมุนไพร นอกจากนั้นพระสงฆ์ยังมีบทบาทในการแพทย์ในราชสำนักต่างกับการรักษาพื้นบ้านภาคประชาชน ชื่อน่าสังเกตคือ ในขณะที่พระมีบทบาทสำคัญในระยะแรกในการถ่ายทอดการแพทย์อายุรเวท แต่ไม่ปรากฏว่าแพทย์หลวงหรือแพทย์ที่มีชื่อเสียงในสมัยนั้นเป็นพระสงฆ์ หากแต่เป็นบุคคลที่สืบทอดวิชาการแพทย์จากบรรพบุรุษและยังมีการศึกษาเรียนรู้ผ่านตำราที่มีการรวบรวมเป็นภาษาพม่าไว้เป็นจำนวนมาก กระบวนการคัดเลือกดังกล่าวได้ช่วยส่งเสริมให้มีการเล่าเรียนสืบทอดแพทย์พื้นบ้านมากขึ้นและทำให้องค์ความรู้และการรักษาพื้นบ้านขยายและค่อยๆ ติงบทบาทการรักษาออกจากพระ^๗ ในขณะที่ในการรักษาพื้นบ้านภาคประชาชน พระยังคงเป็นผู้รักษาหลัก และในท้องถิ่นห่างไกล พระบางรูปใช้ทั้งอำนาจพระพุทธรูป ไสยศาสตร์ ร่วมกับสมุนไพรในการรักษาโรค

แม้ว่าในสมัยพระเจ้ามินดง การแพทย์พื้นบ้านได้พัฒนาองค์ความรู้และการรักษาอย่างเป็นระบบ แต่เอกสารทางประวัติศาสตร์พม่าได้กล่าวถึงพระราชอำนาจของกษัตริย์ที่ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงรัฐต่างๆ หรืออีกนัย

^๗ ในยุคการปกครองแบบกษัตริย์ พระสงฆ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากในสังคมพม่า เนื่องจากพระสงฆ์ได้ทำหน้าที่ทั้งด้านศาสนา การศึกษา และการแพทย์ เนื่องด้วยความสามารถในการอ่านเขียนบาลี สันสกฤตของพระ อำนาจของพระสงฆ์ในยุคนี้มีสูงมากเนื่องด้วยการเป็นตัวแทนทางพุทธศาสนา และจากการที่ฐานความชอบธรรมของกษัตริย์อยู่บนความเชื่อทางพุทธศาสนา กษัตริย์จึงต้องดำรงตำแหน่งและกระทำการอุปถัมภ์พระสงฆ์ เช่นการจัดสรรทรัพยากรให้วัดดูแล ซึ่งแต่เดิมอาจเป็นที่ดิน แต่เมื่อพม่าเริ่มเข้าสู่การค้าขายกับต่างประเทศ ทรัพยากรที่ดินหรือผลผลิตจากไร่นาถูกส่งเข้าท้องพระคลังเพื่อเป็นรายได้ของวังหลวง หลักฐานประวัติศาสตร์ได้พบว่า ในยุคดังกล่าวกษัตริย์ได้พระราชทานเงินแก่วัดเป็นประจำทุกปีแทน อย่างไรก็ตาม การต่อรองอำนาจและประสานผลประโยชน์ระหว่างกษัตริย์และวัดเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดความเข้มแข็งของรัฐในยุคนี้ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง รัฐและวัดได้เปลี่ยนไปเมื่อพม่าเข้าสู่ยุคอาณานิคม

หนึ่งในพื้นที่ที่ไกลไปจากเขตที่ราบลุ่มน้ำอิรวดีอันเป็นที่ที่พระราชวังตั้งอยู่มากนัก (Rudland: ๒๐๐๓: , Thant Myint U: ๒๐๐๔: ๒๕) แต่อย่างไรก็ดี การที่พระสงฆ์เป็นกลุ่มบุคคลที่รู้ภาษาบาลีสันสกฤตและสามารถเข้าใจตำราการแพทย์อายุเวทก็ทำให้พระในเขตชนบททำการรักษาตามแบบการแพทย์อายุเวท พระเหล่านี้กระจัดกระจายอยู่ในวัดในที่ต่างๆและทำการรักษาตามตำราที่แต่ละคนได้ศึกษาเอง พระสงฆ์เหล่านี้สามารถให้การรักษาและเป็นพี่เลี้ยงของชาวพม่าในช่วงที่พม่ากระทำสงครามกับอังกฤษ จนกระทั่งในช่วงสมัยแรกๆที่พม่าตกอยู่ในการปกครองของอังกฤษ แต่ต่อมาในช่วงที่อังกฤษเข้าปกครองพม่า บทบาทของพระได้ถูกจำกัดลงเหลือเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับศาสนากิจเท่านั้น พระสงฆ์หลายรูปเช่น อูวิสาละ และอูตามะได้กลายเป็นผู้นำชาวบ้านพม่าในการต่อสู้อำนาจของอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดกบฏสะยาซัน^๔ (Saya San) ซึ่งหลังจากได้ลาสิกขาแล้วเป็นหมอพื้นบ้านและได้ทำการรักษาชาวพม่าโดยใช้สมุนไพร และเวทย์มนตร์ผ่านการสักตามร่างกาย มีชาวบ้านให้ความศรัทธาเลื่อมใสเป็นจำนวนมาก และได้เป็นผู้นำชาวบ้านต่อต้านอำนาจการปกครองของอังกฤษ กบฏครั้งนี้มีชาวบ้านพม่าเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก และอังกฤษต้องใช้เวลานานถึง ๒ ปีในการควบคุมการต่อต้านนี้

ช่วงอาณานิคม (ค.ศ. ๑๘๒๔-๑๙๔๘): การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่และการกีดกันการแพทย์พื้นบ้านพม่า

ในขณะที่การรักษาในพม่าเริ่มมีการพัฒนาเป็นระบบโดยการแพทย์กระแสหลักหรือที่ได้รับการรับรองโดยชนชั้นปกครองก็คือ การแพทย์พื้นบ้านที่อิงแนวคิดของการแพทย์อายุเวท เมื่อพม่าตกเป็นอาณานิคมของอังกฤษ การแพทย์พื้นบ้านพม่าที่พัฒนามาแต่เดิมถูก “นิยาม” ว่าเป็นการแพทย์ที่ลวกเลว การแพทย์พื้นบ้านในสายตาของแพทย์อังกฤษในยุคนั้นคือการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ปลอดภัย ไม่ควิไลต์ และยังเป็นความรุนแรงรวมทั้งทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต แม้อังกฤษไม่ส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านพม่าแต่ด้วยข้อจำกัดด้านเงินและบุคลากรก็ได้ใช้แพทย์พื้นบ้านเป็นกำลังคนในการสนับสนุนการแพทย์สมัยใหม่ในการควบคุมโรคในพื้นที่ห่างไกล

บทบาทของอังกฤษที่ดำเนินการในช่วงนี้และมีผลต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่ามี ๒ ประการที่สำคัญคือ (๑) การนำแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่แบบวิทยาศาสตร์เข้ามาเป็นระบบการแพทย์หลักในสังคม ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าจนถึงปัจจุบัน และ(๒) การจำกัดบทบาทของพระในด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงการยกเลิกการสนับสนุนหรืออุปถัมภ์เงินรายปีแก่วัด

จากเดิมที่การแพทย์พื้นบ้านพม่าพัฒนาไปตามแนวการแพทย์อายุเวท ในสมัยการปกครองของอังกฤษ การแพทย์สมัยใหม่ได้ถูกนำเข้ามาเผยแพร่และทำให้การแพทย์พื้นบ้านพม่ามีสถานภาพตกต่ำ ในช่วงนี้การแพทย์สมัยใหม่มักถูกชาวบ้านเรียกว่า “ยาอังกฤษ” หรือ English Medicine หรือ In-ga-lay-zay ในภาษาพม่า แต่อย่างไรก็ดีอังกฤษไม่ได้มีเจตจำนงในการพัฒนาการแพทย์และการศึกษาทางการแพทย์ในพม่าไม่ว่าจะเป็นการแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์พื้นบ้าน งานของJonathan Saha (๒๐๑๒: ๔๒๘) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดทางงบประมาณที่ทำให้อังกฤษไม่พัฒนาการแพทย์และการเรียนการสอนแพทย์ในพม่าแต่ได้ตัดสินใจให้ชาวพม่าเข้าไปเรียนในโรงเรียนแพทย์ที่อังกฤษพัฒนาขึ้นที่อินเดีย นอกจากนั้นหากดูการพัฒนาที่อังกฤษกระทำในพื้นที่พม่าหลังเข้ายึดครองจะพบว่าอังกฤษได้พัฒนาการศึกษาด้านการแพทย์ช้ามากเมื่อเทียบกับพัฒนาการศึกษาในด้านอื่นๆทั่วไป แม้ว่าอังกฤษจะได้มีความพยายามในการเปิดโรงเรียนสอนแพทย์ โดยในปี ค.ศ. ๑๘๗๕ อังกฤษได้เปิดการสอนการแพทย์สมัยใหม่แก่ชาวพม่า โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาพม่าในพื้นที่ทั่วประเทศเข้าเรียนก็ตาม แต่จำนวนนักศึกษาพม่าที่เข้าเรียนก็

^๔ เราจะพบรูปปั้นของ Saya San ตั้งอยู่ในกรมการแพทย์พื้นบ้านพม่าในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการต่อสู้อำนาจของอังกฤษในการกีดกันการแพทย์พื้นบ้านในยุคนั้น

ลดลงไปเรื่อยๆ และการสอนนี้ก็หยุดไปในเวลารวดเร็วคือไม่ถึงปีแม้ว่าเดิมอังกฤษมุ่งหวังที่จะใช้โครงการการเรียนการสอนวิชาการแพทย์สมัยใหม่เพื่อเป็นโครงการนำร่องในการเปิดโรงเรียนแพทย์ที่พม่าก็ตาม Saha (๒๐๑๒: ๔๒๙-๔๓๑) ระบุว่า การที่นักศึกษาพม่าไม่สามารถเข้าใจและใช้ภาษาอังกฤษ ในขณะเดียวกันอาจารย์แพทย์ชาวอังกฤษก็ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าได้ทำให้นักศึกษาแพทย์หยุดเรียนและเลิกเรียนไปเป็นจำนวนมาก แม้ว่าอาจารย์แพทย์จะเปลี่ยนวิธีการสอนด้วยการสาธิตจากของจริง แต่การนำกระดูกหรือการผ่าตัดสัตว์ก็ทำให้นักศึกษาแพทย์พม่าหยุดเรียนไปตั้งแต่อาติศย์แรกของการเรียน เนื่องจากนักศึกษาพม่าไม่สะดวกที่จะหยิบจับกระดูกหรือใช้ร่างสัตว์จริงในการเรียน แต่อย่างไรก็ดีปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักศึกษาพม่าไม่สนใจในการเรียนแพทย์นั้นเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขาดโอกาสในการทำงานเมื่อเรียนจบแล้วและค่าจ้างคนทำงานในโรงพยาบาลมีราคาต่ำมาก^๙

แม้ว่าจะมีแพทย์อังกฤษที่ประจำการในพม่ายุคนั้นเช่น Dr.Crombie ได้เสนอให้รัฐบาลอังกฤษลงทุนด้านการศึกษาแพทย์และเพิ่มค่าจ้างแก่คนที่ทำงานในโรงพยาบาลแพทย์สมัยใหม่ในพม่า แต่ก็ได้รับการคัดค้านจากแพทย์ใหญ่ที่ประจำการในอินเดีย โดยเห็นว่านักศึกษาพม่าไม่สามารถเรียนวิชาการแพทย์สมัยใหม่ได้ และรัฐบาลอังกฤษก็ไม่มียงบประมาณเพียงพอที่จะสนับสนุนการเรียนการสอนแพทย์ในพม่า การยกเลิกการเรียนการสอนวิชาการแพทย์ทำให้แพทย์อังกฤษที่ประจำในพม่าขาดบุคลากรสายสนับสนุนในการให้บริการ ซึ่งรัฐบาลอังกฤษที่อินเดียได้แก้ไขปัญหานี้โดย (๑) ทำการอบรมความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ให้แก่แพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่แล้วในท้องที่ต่างๆ และ (๒) รับผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียที่จบการศึกษาจากโรงเรียนการสอนวิชาการแพทย์ที่อังกฤษได้สนับสนุนให้เปิดขึ้นในอินเดียเข้ามาทำงานร่วมกับแพทย์อังกฤษ^{๑๐}

แม้อังกฤษจะไม่สร้างโรงเรียนแพทย์ในพม่า แต่อังกฤษก็ให้ความสำคัญในการอบรมความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่แก่ชาวพม่าที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ โดยมีเป้าหมายที่จะใช้ชาวพม่าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์เหล่านี้กระจายความรู้และวิธีการรักษาสมัยใหม่แก่ชาวพม่าในท้องที่ต่างๆรวมทั้งทำให้การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาแทนที่การแพทย์พื้นบ้านเดิมของพม่า (Saha: ๒๐๑๒: ๔๓๔) ความไม่เชื่อมั่นในองค์ความรู้และวิธีการของการแพทย์พื้นบ้านทำให้อังกฤษไม่ยอมรับคำวินิจฉัยของแพทย์พื้นบ้านในการพิสูจน์คดี เช่น การทำร้ายร่างกาย โดยเห็นว่าแพทย์

^๙ แม้ว่าจะมีความพยายามของกลุ่มมิชชันนารี ครู และผู้นำในชุมชนพม่ายุคนั้นเสนอให้อังกฤษเพิ่มค่าจ้างแก่บุคคลที่ทำงานในโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ได้รับการสนองตอบจากรัฐบาลอังกฤษที่อินเดีย เนื่องจากรัฐบาลอังกฤษที่อินเดียเห็นว่า หากเพิ่มค่าจ้างให้แก่พนักงานผู้ช่วยชาวพม่าในโรงพยาบาลจะทำให้ชาวพม่าได้ค่าจ้างสูงกว่าพนักงานผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียที่ย้ายเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลพม่า ซึ่งจะทำให้ไม่มีพนักงานผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียเข้ามาทำงานในพม่าอีกต่อไป รวมทั้งหากจะให้ขึ้นค่าจ้างแก่พนักงานผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียให้มีอัตราค่าจ้างที่เท่ากับพนักงานผู้ช่วยแพทย์ชาวพม่าก็จะต้องใช้งบประมาณสูงมาก รัฐบาลอังกฤษที่อินเดียจึงปฏิเสธข้อเสนอดังกล่าว

^{๑๐} เอกสารทางประวัติศาสตร์ได้กล่าวถึงแพทย์ชาวอังกฤษที่มักอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลตามเมืองใหญ่ๆ คือ ย่างกุ้ง มณฑลเลย และมีแพทย์ที่ประจำควบคุมตามเรือนจำ แพทย์อังกฤษเหล่านี้มีจำนวนน้อยมาก และต้องพึ่งกลุ่มผู้ช่วยแพทย์ที่เป็นชาวอินเดีย การกระทบกระทั่งระหว่างพนักงานผู้ช่วยอินเดียกับชาวพม่าปรากฏให้เห็นและบางกรณีเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียถูกชาวพม่าร้องเรียนว่าได้กระทำการข่มขืนคนไข้สตรี แต่เนื่องจากแพทย์อังกฤษต้องพึ่งพาผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียเหล่านี้และรัฐบาลอังกฤษที่อินเดียไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสาธารณสุขในพม่า จึงมีลักษณะ “เอาหูไปนา เอาตาไปไร่” เสียแทบทุกครั้ง (Saha : ๒๐๑๒:๔๔๑)

พื้นบ้านพม่านอกจากไม่มีความรู้แล้วยังอาจปกปิดความผิดให้กับชาวพม่าที่เป็นผู้กระทำผิดด้วย^{๑๑}

ในช่วงปีค.ศ. ๑๘๘๖ ได้เกิดการระบาดใหญ่ของกาฬโรค และอหิวาตกโรคในพม่า การระบาดของโรคทำให้รัฐบาลอังกฤษที่อินเดียกังวลต่อการลดลงของมูลค่าผลผลิตเนื่องมาจากทั้งชาวพื้นเมืองพม่าไม่สามารถปลูกข้าวหรือเป็นแรงงานในการทำการค้าขายไม้ นอกจากนั้นการระบาดของโรคลยังส่งผลต่อความเจ็บป่วยของทหารและพ่อค้าอังกฤษที่เข้าอาศัยอยู่ในพม่า ด้วยเป้าหมายทางเศรษฐกิจเป็นหลัก รัฐบาลอังกฤษที่พม่าจึงเห็นชอบให้ทำการพัฒนาระบบสุขภาพและเน้นการควบคุมป้องกันโรค (Saha: ๒๐๑๒: ๔๓๓) แต่ด้วยอังกฤษต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพพม่า อังกฤษจึงไม่มีการฝึกหรืออบรมชาวพม่าในด้านดังกล่าว แต่ได้ใช้กลุ่มพนักงานผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียที่จบจากโรงเรียนการแพทย์ของตนที่อินเดียเข้ามาเป็นผู้ดำเนินการ การดำเนินการของอังกฤษที่เกี่ยวกับการแพทย์ในพม่าจึงไม่ได้มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาสถานสุขภาพของชาวพม่า และโดยแท้แล้วการดำเนินการพัฒนาการสาธารณสุขในพม่าเกิดขึ้นจากเงื่อนไขทางความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเมือง (Saha: ๒๐๑๒: ๔๓๓, Furnivall: ๑๙๔๘: ๓๘๕) ข้างภาพของกองทัพอังกฤษในยุคนั้นได้ทำการบันทึกไว้ว่า ทหารอังกฤษเสียชีวิตจากโรคระบาด เช่น บิด อหิวาตกโรค และตับอักเสบ และอาการไข้จากการเปลี่ยนแปลงของอากาศมากกว่าจากการสู้รบ (Graham: ๑๘๘๗: ๒๔ อ้างใน Edward: ๒๐๑๐: ๒๘) การระบาดของโรคอีสุกอีใสในช่วง ๑๘๙๘ และปี ๑๙๐๖ ซึ่งทำให้มีจำนวนคนตายสูงถึงหมื่นคน ทำให้อังกฤษต้องรีบทำการควบคุมเพื่อป้องกันทหารของตน โครงการการฉีดวัคซีนโรคอีสุกอีใสดำเนินการโดยในระยะแรกอังกฤษได้เลือกให้ผู้ช่วยแพทย์ชาวอินเดียเป็นผู้ดำเนินการเนื่องด้วยเห็นว่าได้ทำงานในโรงพยาบาลที่พม่า แต่ผลที่เกิดขึ้นคือสามารถทำการฉีดวัคซีนให้แก่เฉพาะกลุ่มคนจำนวนน้อยโดยเฉพาะชนชั้นสูงหรือพวกอินเดียที่อยู่ในเขตเมือง แพทย์อังกฤษที่พม่าจึงได้อาศัยผู้นำชุมชนพม่าซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ข้าราชการท้องถิ่นพม่าและมิชชันนารีในการเป็นสื่อกลางช่วยขยายแนวคิดและชักชวนให้ชาวพม่าในชนบทและผู้ที่อยู่ในชนชั้นล่างเข้ารับการฉีดวัคซีนให้มากขึ้น

ความพยายามของอังกฤษในการชักชวนให้ชาวพม่าพาบุตรหลานมาฉีดวัคซีนเป็นไปด้วยความยากลำบากและไม่ประสบความสำเร็จ Atsuko Naono (๒๐๐๖: ๓๑) ได้เสนอภาพทีมแพทย์อังกฤษที่แม้จะไปถึงบ้านแต่ก็ไม่สามารถฉีดวัคซีนได้ด้วยเหตุต่างๆ เช่น แม่ได้บอกแก่ทีมแพทย์ว่าให้รอพ่อเด็กก่อนญาติก่อน แต่พ่อนั้นไม่อยู่บ้าน ขอให้กลับมาใหม่อีกครั้ง หรือบางบ้านก็มีการบรรยายว่า ให้มาใหม่เพราะเด็กตอนนี้อยู่ที่ป่าละเมาะ หรือเมื่อกลับไปอีกครั้งก็ได้รับคำตอบว่า เด็กได้ไปอยู่กับญาติที่เมืองอื่น เป็นต้น ความล้มเหลวของโครงการฉีดวัคซีนของแพทย์อังกฤษได้ถูกระบุไว้ว่าเกิดจากแนวทางในการดำเนินการที่สั่งการและมักใช้การบีบบังคับให้ชาวบ้าน^{๑๒} และเกิดจากความไม่สามารถในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์กับชาวบ้านได้^{๑๓} ในขณะที่ Penny Edwards (๒๐๑๐: ๔๕) ให้ความเห็นว่า

^{๑๑} กรณีนี้เกิดขึ้น ในปี ค.ศ. ๑๘๘๒ เมื่อศิัลยแพทย์อังกฤษได้ร้องเรียนผลการชันสูตรศพของแพทย์พื้นบ้านในกรณีการตายของภรรยาเสมียนคนหนึ่งอย่างกุ่ม โดยแพทย์พื้นบ้านระบุการตายว่าเกิดจากโรคหัวใจ แต่เรื่องจากศิัลยแพทย์อังกฤษกังวลถึงการแพร่ระบาดของอหิวาตกโรคประกอบกับมีข้อสงสัยในคำบอกเล่าของเสมียนเกี่ยวกับการตายของภรรยาตน ศิัลยแพทย์อังกฤษจึงได้ขอให้มีการตรวจชันสูตรศพใหม่อีกครั้ง ผลปรากฏว่าภรรยาเสียชีวิตจากการที่กระตุ้โครงหักและไปตีหมัด เสมียนคนดังกล่าวจึงถูกจับฐานฆ่าคนตายและถูกตัดสินจำคุกตลอดชีวิต เหตุการณ์นี้ทำให้แพทย์อังกฤษไม่เชื่อถือในการตรวจของแพทย์พื้นบ้าน (Saha: ๒๐๑๒: ๔๓๖)

^{๑๒} นโยบายของอังกฤษในการปกครองพม่าอยู่บนฐานของการบังคับและใช้อำนาจกำลังทางทหาร แต่ในพื้นที่ชายแดนอังกฤษจะให้สิทธิในการปกครองตนเอง งบประมาณของอังกฤษที่ใช้ในพม่าส่วนกลางจึงเน้นที่งบประมาณในด้านตำรวจและเรือนจำ ในขณะที่งบประมาณด้านสุขภาพ การศึกษา และการเกษตรมีน้อย (Rudland: ๒๐๐๓: ๓๔, ๑๙๓)

^{๑๓} อุปสรรคในการสื่อสารระหว่างแพทย์อังกฤษและคนใช้ชาวพม่าทำให้ในระยะหลัง ได้มีการออกระเบียบให้แพทย์อังกฤษต้องเรียนรู้ภาษาพม่าเพื่อสามารถใช้ในการสื่อสารได้

เนื่องจากพม่าไม่มีการเรียนการสอนทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานทำให้นักศึกษาพม่าไม่มีพื้นฐานความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ในการที่จะไปเรียนทางด้านการแพทย์หรือวิศวกรรมศาสตร์

การแพทย์พื้นบ้านในช่วงพม่าตกเป็นอาณานิคม

ในขณะที่อังกฤษกำหนดนโยบายการสาธารณสุขในพม่าที่การรักษาในโรงพยาบาล การพัฒนาสุขภาพ และการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การแพทย์พื้นบ้านพม่าถูกละเลยและในช่วงแรกของการปกครองการแพทย์อื่นๆ ที่มีใช้การแพทย์สมัยใหม่ก็จัดว่าเป็นการรักษาที่หลอกลวงทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามแม้อังกฤษจะมีแนวทางปกครองพม่าและอินเดียเป็นแบบเดียวกัน แต่เมื่อเทียบกับอินเดียแล้วอังกฤษกลับไม่สามารถกดทับการแพทย์อายุรเวทได้^{๑๔} แต่ในพม่า ไม่เพียงแต่การแพทย์พื้นบ้านเดิมจะถูกละเลยแล้ว อังกฤษยังพยายามแทรกความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปแทนที่ และกลับกลายเป็นการส่งผลต่อความไม่ไว้วางใจที่พม่ามีต่ออังกฤษ (Committee of Enquiry into the Indigenous System of Medicine, ๑๙๕๑: ๓๔ อ้างใน Rudland: ๒๐๐๓: ๑๙๒)

ในทางปฏิบัติแม้จะถูกละเลยจากอังกฤษผู้ปกครอง การแพทย์พื้นบ้านพม่าก็เป็นที่ยอมรับแพร่หลายในชนบท เนื่องด้วยการบริการสุขภาพของอังกฤษนั้นไม่ได้ไปไกลเกินกว่าที่ตั้งของโรงพยาบาลที่แพทย์อังกฤษประจำอยู่ซึ่งโรงพยาบาลที่ดีที่สุดก็ตั้งอยู่อย่างกึ่ง ส่วนในพื้นที่ห่างไกลชาวพม่าส่วนมากยังต้องพึ่งการรักษาจากแพทย์พื้นบ้านและด้วยความไม่ไว้วางใจอังกฤษ ชาวบ้านก็ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการการฉีดวัคซีนหรือการสุขภาพของรัฐ รวมทั้งชาวพม่าเองก็ไม่ศรัทธาในการรักษาสมัยใหม่ (Rudland: ๒๐๐๓: ๑๙๔)

อย่างไรก็ตามแม้ว่านโยบายสุขภาพของอังกฤษจะไม่สนใจการแพทย์พื้นบ้านพม่า แต่ในเอกสารทางประวัติศาสตร์ก็พบว่าแพทย์อังกฤษได้ระบุถึงประสิทธิภาพการรักษาของการแพทย์พื้นบ้านพม่า เช่น MacDonald ได้เปรียบเทียบความคล้ายคลึงของคำอธิบายพื้นบ้านของโรคความดันโลหิต ความผิดปกติเกี่ยวกับเลือดกับคำอธิบายของฮิปโปเครติส และเขายังพบว่า คำอธิบายของพม่าเกี่ยวกับการรักษาอาการไข้โดยการอาบน้ำเย็นก็เป็นในลักษณะเดียวกับคำอธิบายที่เกิดในยุโรปนั้น และในส่วนสมุนไพร ทั้ง MacDonald และ Cullimore ได้ยอมรับถึงประสิทธิภาพของการรักษาพื้นบ้านพม่าบางชนิด เช่นการใช้สารโลหะบางชนิดเพื่อลดอาการหอบ การใช้ฝิ่นเพื่อช่วยในการลดความเจ็บปวดระหว่างการสัก นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการนวดของพม่า ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาในช่วงแรกๆ ที่มีประสิทธิภาพและมีความเป็นวิทยาศาสตร์ (Edwards: ๒๐๑๐: ๓๑-๓๓) ผลของการที่อังกฤษไม่สามารถควบคุมโรคระบาดและบังคับให้ชาวพม่าเข้ารับการฉีดวัคซีน และแม้จะมีแพทย์อังกฤษบางคนยอมรับถึงประสิทธิภาพการรักษาพื้นบ้านพม่า แต่เนื่องด้วยการรักษาพื้นบ้านนั้นมีวิธีการหลากหลาย ความกังวลของการรักษาพื้นบ้านบางชนิดที่อาจเป็นอันตรายหรือเป็นการหลอกลวงแก่ชาวบ้านรวมทั้งการเกิดแนวคิดที่ใช้แพทย์พื้นบ้านเพื่อช่วยสนับสนุนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลเนื่องจากจำนวนแพทย์อังกฤษมีไม่พอและข้อจำกัดด้านงบประมาณ เงื่อนไขเหล่านี้ได้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในพม่าอย่างเป็นระบบอีกครั้ง Maitrii Aung-Thwin (๒๐๑๐) สะท้อนการเมืองในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าใน ๒ ประเด็นด้วยกันคือ การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านตามอย่าง “ความทันสมัย” แบบตะวันตก และการสร้างความหมายเชิงสัญลักษณ์ทางการเมือง

^{๑๔} Penny Edward (๒๐๑๐: ๔๓) ได้มีความเห็นว่า การที่มหาารชา มหาราณิของอินเดียมีกิจกรรมทำคัญคือการเป็นผู้อุปถัมภ์โรงพยาบาลต่างๆ แม้จะอยู่ในช่วงอาณานิคมทำให้การแพทย์อายุรเวทยังคงสามารถสืบต่อไปได้ ในขณะที่อังกฤษได้ล้มล้างเนรเทศกษัตริย์พม่าซึ่งทำให้ไม่เพียงแต่ซากองคูปถัมภ์ที่สำคัญทางศาสนาในพม่าแล้ว การแพทย์พื้นบ้านพม่าขาดการอุปถัมภ์และทำให้การพัฒนาขาดช่วงไป

ให้กับแพทย์พื้นบ้านและทำให้แพทย์พื้นบ้านพม่ามีความหมายนอกเหนือไปจากการดูแลสุขภาพสุขภาพ แต่มีบทบาทใหม่ในการสร้างกระแสชาตินิยมเพื่อต่อต้านอิทธิพลของอังกฤษ

การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านพม่าตามอย่าง “ความทันสมัย” แบบตะวันตก ได้เริ่มจากการก่อตั้งคณะกรรมการภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ เพื่อศึกษาธรรมชาติและสภาพของการแพทย์ดั้งเดิมของพม่าในปี ค.ศ. ๑๙๒๘ เพื่อพัฒนาระเบียบและอนุรักษ์การแพทย์พื้นบ้าน แนวคิดเบื้องหลังของการตั้งคณะกรรมการชุดนี้ก็คือ ความพยายามจัดหมอพื้นบ้านที่ไม่ได้มาตรฐานหรือบุคคลที่ไม่มีความรู้ในการรักษาพยาบาลรวมทั้งกลุ่มบุคคลที่อาจหลอกลวงชาวบ้านในชนบทห่างไกลในการซื้อขายหรือการรักษาด้วยวิธีการต่างๆที่อาจเป็นอันตราย สืบเนื่องจากในช่วงที่พม่ามีการสู้รบกับอังกฤษนั้น ประชาชนต้องพึ่งพาการรักษาจากหมอพื้นบ้านที่เดินทางไปตามหมู่บ้านต่างๆ ความพยายามในการพัฒนาระบบการแพทย์ในครั้งนี้เป็นความเห็นที่สอดคล้องร่วมกันของทั้งกลุ่มหมอพื้นบ้านพม่าที่ประสงค์จะอนุรักษ์ความรู้และวิถีปฏิบัติที่ถูกต้อง และกลุ่มเจ้าหน้าที่ปกครองรัฐและแพทย์ประจำมณฑล (ซึ่งเป็นคนของอังกฤษ) ที่มองเห็นว่า การแพทย์สมัยใหม่ยังไม่สามารถขยายไปให้บริการแก่ประชาชนในชนบทได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นหากสามารถพัฒนาคุณภาพการรักษาของแพทย์พื้นบ้านและทำให้มีมาตรฐานที่ดีขึ้นก็จะช่วยในการแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนห่างไกลได้

เอกสารของ Aung-Thwin (๒๐๑๐: ๑๕๓) ระบุว่า ก่อนการจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ได้มีการทำโครงการนำร่องในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านที่พื้นที่ย่างกุ้งและมณฑลทะเลย์ ผลของโครงการนำร่องดังกล่าวได้ระบุว่า แพทย์พื้นบ้านพม่าในชุมชนมีความสนใจและสามารถเรียนรู้วิธีการวินิจฉัยและการรักษาแบบการแพทย์ตะวันตกได้ ดังนั้น ผู้ปกครองที่ย่างกุ้งในขณะนั้นจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการที่ประกอบไปด้วยแพทย์สมัยใหม่และแพทย์พื้นบ้านเพื่อหาวิธีการปรับปรุงและยกระดับการแพทย์พื้นบ้านพม่า

คณะกรรมการชุดนี้ประกอบไปด้วย แพทย์สมัยใหม่ จำนวน ๔ คน และ แพทย์พื้นบ้านพม่าจำนวน ๖ คน มีหน้าที่ในการตรวจสอบและทำรายงานยาพื้นบ้านพม่า ศึกษาแนวทางในการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ศึกษาแนวทางและความเป็นไปได้ที่รัฐจะเข้ามาดำเนินการพัฒนาอบรมการแพทย์พื้นบ้าน ศึกษาหาประเด็นที่ควรทำวิจัยของการการแพทย์พื้นบ้าน ความเป็นไปได้ในการจัดโครงการฝึกอบรมแพทย์พื้นบ้าน และความคิดเห็นของชุมชนต่อการที่รัฐเข้ามาสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้าน คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้ทำการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่มณฑลทะเลย์และสรุปรายงานส่งให้กับสำนักงานที่ย่างกุ้งในเดือนมิถุนายน ค.ศ. ๑๙๓๑

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้เกิดขึ้นทันทีในช่วงนั้น เนื่องจากเมื่อได้เริ่มการเผยแพร่รายงานการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านก็ประจวบกับการเกิดกระแสการต่อต้านอังกฤษ แนวการดำเนินการพัฒนาการแพทย์ที่เสนอในรายงานดังกล่าวถูกต่อต้านว่าเป็นการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าตามแบบการแพทย์สมัยใหม่ตามแบบประเทศผู้ปกครองอาณานิคม ในช่วงนั้นได้มีการเผยแพร่เอกสารเกี่ยวกับการแพทย์ดั้งเดิม ยาและความเชื่อพื้นบ้านออกมามากมายเพื่อต่อต้านกระแสการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านตามแบบตะวันตก

จึงสามารถกล่าวได้ว่า การต่อต้านการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านเกิดขึ้นจาก แนวคิดชาตินิยมและกระแสการต่อต้านอังกฤษที่เกิดขึ้นในพม่ายุคนั้น ชื่อน่าสังเกตคือ กระแสชาตินิยมและการต่อต้านนั้น เป็นการต่อต้านวัฒนธรรมอินเดียที่มาพร้อมกับการปกครองภายใต้ความเป็นอาณานิคม เนื่องจากอังกฤษได้ผนวกรวมพม่าเข้ากับอินเดียและปกครองโดยผู้สำเร็จราชการอังกฤษที่อินเดีย การต่อต้านความทันสมัยตามแบบตะวันตกเกิดขึ้นเมื่อรายงานที่จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ได้สะท้อนกรอบคิดในการพัฒนาการผลิตแพทย์พื้นบ้าน โดยให้ผ่านการเรียนอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน พัฒนาเครือข่ายกับการแพทย์สมัยใหม่ รวมไปถึง

ถึงมีการพัฒนาแพทยสภาเพื่อควบคุมและกำหนดมาตรฐานการศึกษาและการปฏิบัติทางการรักษา นอกจากนั้น กลุ่มแพทย์สมัยใหม่ในขณะนั้นยังได้แสดงความจำนงสนับสนุนการก่อตั้งโรงเรียนสอนการแพทย์พื้นบ้านด้วย

ข้อนำสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ ในขณะที่ รัฐบาลพม่าในช่วงอาณานิคมกำหนดแนวทางการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นระบบและมีมาตรฐานแบบเดียวกับการแพทย์สมัยใหม่ แต่ก็มีแนวคิดในการอนุรักษ์การแพทย์พื้นบ้านพม่าในฐานะที่เป็นวัฒนธรรมด้วย แม้ว่าจะอาศัยวัฒนธรรมเพื่อประโยชน์ในการจัดการควบคุมก็ตาม รัฐบาลอังกฤษที่อินเดียในสมัยนั้นได้ใช้ความคล้ายคลึงของวัฒนธรรมพม่าและอินเดียเพื่อประโยชน์ในการบริหาร ในหลายๆกรณี และตามแนวคิดของรัฐบาลอังกฤษที่อินเดีย การแพทย์พื้นบ้านพม่ามีรากฐานมาจากอายุเวท จนขนาดกล่าวว่า การแพทย์พื้นบ้านพม่าคือ ระบบการแพทย์แบบอายุเวทที่อินเดีย นอกจากนั้น รายงานการศึกษา แนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าก็ระบุข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระบุว่า รากฐานความรู้การแพทย์พมานั้น มาจาก หมอชีวกะ ซึ่งเป็นแพทย์ประจำองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ซึ่งสะท้อนว่าการแพทย์ของพม่าและอินเดียมีรากมาจากพุทธศาสนาเหมือนกัน รวมทั้งมีการระบุว่า การแพทย์พื้นบ้านพมานั้นมีเนื้อหาที่คล้ายคลึงกัน มากกับตำราอายุเวท จากความคล้ายคลึงของระบบการแพทย์ทั้งสองทำให้คณะกรรมการชุดดังกล่าวเสนอแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าให้เป็นไปตามแนวทางการแพทย์อายุเวทของอินเดีย นอกจากนั้น รัฐบาลยังมีแนวคิดที่จะฟื้นคืนการแพทย์พื้นบ้านพม่าซึ่งมีความเสื่อมลงสมัยสงครามในลักษณะเดียวกับการอนุรักษ์วัฒนธรรมเลิกเช่นเดียวกับที่ทำการฟื้นฟูวัฒนธรรมการแพทย์อายุเวทที่อินเดีย (Aung-Thwin: ๒๐๑๐: ๑๕๘)

ผลของการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นแบบการแพทย์ตะวันตกทำให้การแพทย์พื้นบ้านพม่าได้ถูกแยกออกจากศาสนา โดยที่การแพทย์พื้นบ้านพม่าเดิมนั้นมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับคำอธิบายและวิธีการรักษาด้วยไสยศาสตร์ หมอเป่า การเดินรำบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งส่วนที่ไม่เป็น “วิทยาศาสตร์” เหล่านี้ได้ถูกตัดออกไปในการจัดการเรียนการสอนการแพทย์พื้นบ้าน และได้ถูกเรียกว่าเป็นการแพทย์ดั้งเดิม (indigenous medicine) อย่างไรก็ตาม ส่วนที่เป็นพลังอำนาจเหนือธรรมชาติไม่ได้ถูกแยกออกไปจนหมด หากแต่พลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนา เช่น ผู้ทรงศีล ปฏิบัติกรรมฐาน สมาธิ และเชื่อว่ามีพลังในร่างกายจากการปฏิบัติได้ใช้พลังนั้นในการวินิจฉัยและรักษาโรคได้ ข้อนำสังเกตคือ พลังอำนาจเหนือธรรมชาติที่ถูกกันออกไปคือส่วนที่เกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ หากแต่ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนา มนตราจากการบริกรรมคาถา สวดมนต์ นั้นยังคงอยู่เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์พื้นบ้านพม่าตราบจนปัจจุบัน

แม้อังกฤษจะพยายามพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่าและมีแนวคิดใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพประชาชนพม่าในท้องถิ่นที่ห่างไกล แต่การแพทย์พื้นบ้านไม่ได้ปรากฏให้เห็นหรือมีที่ทางในโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศ ในช่วงเวลาดังกล่าว อังกฤษได้แบ่งการบริหารด้านสาธารณสุขของประเทศออกเป็นด้านการรักษาและการป้องกันโรค โดยอยู่ภายใต้การดูแลของ Director of medical and health services^{๑๔} มีแพทย์สมัยใหม่ดูแลด้านการรักษาประจำในโรงพยาบาลในส่วนกลาง (ย่างกุ้ง) ส่วนในเขตภูมิภาค หากเป็นเมืองใหญ่ จะมีโรงพยาบาลซึ่งให้บริการโดยแพทย์สมัยใหม่เช่นกันและมักอยู่ในเขตเมืองเท่านั้น เช่น มีข้อมูลพบว่า ในช่วงอังกฤษปกครองมีโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในย่างกุ้ง และ มณฑลพะลีย์ การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคจะแบ่งงานออกเป็น ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายรักษา และฝ่ายสาธารณสุข โดยแพทย์สมัยใหม่จะรับผิดชอบในฝ่ายรักษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (health officer) จะดูแลการทำงานในฝ่ายสาธารณสุข เน้นการป้องกันโรค การ

^{๑๔} ในช่วงหลังอังกฤษได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้หญิงและเด็ก โดยให้อยู่ในความดูแลของ Directorate of women and child welfare ซึ่งหลังจากที่พม่าได้รับเอกราช งานด้านสุขภาพ คือ การรักษา การสาธารณสุขและป้องกันโรค และงานด้านการดูแลสุขภาพผู้หญิงและเด็กได้ถูกผนวกรวมเข้าด้วยกันภายใต้การดูแลของ Department of health ในปี ค.ศ. ๑๙๕๓

บริการสุขภาพในส่วนภูมิภาคนี้จะแบ่งออกเป็นระดับตามโครงสร้างการบริหารงานส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ มีโรงพยาบาลระดับอำเภอ (district hospital) ระดับเมือง (township hospital) ข้อน่าสังเกตคือ โรงพยาบาลในระดับตำบลนี้เดิมเป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนด้านเงินทุนจากท้องถิ่นทั้งหมด จนในปีค.ศ. ๑๙๕๓ รัฐบาลพม่าหลังจากได้เอกราชแล้ว ได้เข้ามาสนับสนุนและยกระดับโรงพยาบาลท้องถิ่นเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลของรัฐ และในปี ค.ศ. ๑๙๖๕ ได้จัดระบบการบริหารจัดการโดยให้มีแพทย์สมัยใหม่เข้ามาดูแลทั้งด้านการรักษาและการป้องกันโรค (Ministry of Health: ๒๐๑๒: ๖-๗)

การแพทย์พื้นบ้านในช่วงหลังอาณานิคมและในช่วงการปกครองโดยรัฐบาลทหาร (ค.ศ.๑๙๖๒-๒๐๑๐)

หลังการได้รับเอกราชจากอังกฤษ พม่ามีรัฐบาลตามระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยอยู่เป็นระยะเวลาสั้น (ค.ศ.๑๙๔๘-๑๙๖๒) แต่ก็ได้พยายามพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยพัฒนาการสาธารณสุขในเขตเมืองให้เหมาะสมและขยายบริการสุขภาพไปในพื้นที่ชนบทซึ่งถูกละเลยในช่วงอาณานิคม (Rudland: ๒๐๐๓: ๑๙๖) ในช่วงนี้ระบบสาธารณสุขของพม่าได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกทั้งในด้านการจัดองค์กรและการพัฒนาโครงการควบคุมโรคสำคัญ เช่น มาเลเรีย และ โรคเรื้อน ในปี ค.ศ.๑๙๕๓ มีการรวมหน่วยงานที่ทำงานด้านการสาธารณสุขแต่เดิมที่สำคัญ ๓ หน่วยงาน คือ หน่วยงานที่ให้การรักษาทางการแพทย์ (medical services) หน่วยงานที่ดูแลสวัสดิการแม่และเด็ก (Women and Child Welfare) และหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพเด็กและสวัสดิการเด็ก (Child Health Services, Social Welfare and Child Health) อยู่ในกรมการแพทย์ (Department of Health) และในส่วนภูมิภาคมีการพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุขระดับมณฑล (Division) เมือง (Township) (Ministry of Health: ๒๐๑๒: ๗) แม้ว่าจะมีการบริหารจัดการที่ไม่ดีนัก ระบบสาธารณสุขก็ได้ขยายไปในพื้นที่ห่างไกลและอัตราการตายของทารกและอัตราการตายโดยรวมก็ลดลงกว่าในช่วงเวลาก่อนหน้านี้ (Ko Ko: ๑๙๕๗: ๘ อ้างใน Rudland: ๒๐๐๓: ๑๙๗)

การเข้าสู่ช่วงการปกครองโดยรัฐบาลทหารดูเหมือนจะส่งผลดีต่อการพัฒนาการสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงแรก รัฐบาลสังคมนิยม (ค.ศ.๑๙๖๒-๑๙๘๘) ได้วางนโยบายพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสร้างความชอบธรรมในการเข้าปกครองประเทศ แต่อย่างไรก็ดี เนื่องด้วยการปกครองแบบรวมศูนย์ของรัฐบาลก็ทำให้การพัฒนาสาธารณสุขไม่ประสบความสำเร็จ (Rudland: ๒๐๐๓: ๒๐๖) รัฐบาลช่วงนี้ได้เริ่มพัฒนาธุรกิจเอกชนแต่ในท้ายที่สุดรัฐบาลก็ไม่สามารถควบคุมธุรกิจเอกชนเหล่านี้ได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนมีสัดส่วนสูงมากถึง ๔ ใน ๕ ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมดของประเทศ^{๑๖}

การเปลี่ยนผ่านการปกครองจากรัฐบาลสังคมนิยมมาสู่รัฐบาลทหารในปี ค.ศ.๑๙๘๘-๒๐๑๐ รัฐบาลพม่าได้วางนโยบายพัฒนาประเทศเข้าสู่ความทันสมัย ดังนั้นในขณะที่การพัฒนาสาธารณสุขในช่วงรัฐบาลสังคมนิยมถูกใช้เพื่อแสดงการดำเนินการพัฒนาประเทศเพื่อสร้างความชอบธรรมในการบริหารปกครอง การสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลทหารกลับถูกผนวกเข้ามาเป็นแนวคิดการพัฒนาความทันสมัย และสุขภาพไม่ใช่อุดมการณ์หลักของประเทศแต่กลายเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการพัฒนาชาติให้ทันสมัย พร้อมๆไปกับการไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสาธารณสุข รัฐบาลทหารได้ยกเลิกแนวทางการดำเนินโครงการสวัสดิการและหันมาใช้นโยบายเศรษฐกิจโดยใช้กลไกตลาด อุตสาหกรรมและธุรกิจเอกชนได้ขยายตัวมากขึ้น และสัดส่วนของงบประมาณของรัฐเพื่อการดูแล

^{๑๖} ในปี ค.ศ. ๑๙๘๕ จากค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมดของประเทศ ๓๔.๒% เป็นค่าใช้จ่ายที่มาจากภาครัฐ ผ่านกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ๑๑.๘% มาจากเงินช่วยเหลือผ่านองค์กรเอกชนและองค์กรระหว่างประเทศ และ ๕๔% เป็นค่าใช้จ่ายที่มาจากภาคประชาชน (Aung Kyaing and Naing Oo: ๑๙๘๘: ๔๔ อ้างใน Rudland: ๒๐๐๓: ๒๐๖)

สุขภาพประชาชนลดลงไปเรื่อยๆ จนเหลือเพียง ๐.๑% ในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ (EIU: ๒๐๐๒: ๒๒ อ้างใน Rudland: ๒๐๐๓: ๒๑๐) ความยากจนได้แผ่ไปทั่วและเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตชาวพม่าตกต่ำและกลายเป็นประเทศที่อยู่ในอันดับ ๑๓๐ ใน ๑๓๑ ของการจัดลำดับประเทศด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก รายงานขององค์กรเพื่อการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ปี ค.ศ. ๒๐๐๒ รายงานว่า ประชาชนพม่าราว ๕๒ % ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและ ๓๒% ไม่มีน้ำสะอาดเพื่อการบริโภคอุปโภค

การแพทย์พื้นบ้านพม่าในยุคการพัฒนาสู่ความเป็นประเทศทันสมัย: วิทยาศาสตร์ และ อัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาติ

ในช่วงของการเป็นอาณานิคมแม้การแพทย์พื้นบ้านจะไม่ได้ได้รับการพัฒนามากนักเมื่อเทียบกับการแพทย์สมัยใหม่ หากแนวคิดแบบวิทยาศาสตร์และระบบการจัดการของการแพทย์สมัยใหม่ได้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในระยะต่อมา หน่วยการแพทย์พื้นบ้าน หรือ Traditional Medicine Promotion Office ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๕๓ โดยรวมอยู่ในกรมการแพทย์ และมีการยกระดับเป็นกอง (Division) ในปี ค.ศ. ๑๙๗๒ โดยมีการตั้งสภาการแพทย์พื้นบ้านแห่งชาติ (State Traditional Medicine Council) เพื่อดูแลนโยบายและการดำเนินงานการแพทย์พื้นบ้าน งานการแพทย์พื้นบ้านคงจะพัฒนามาอย่างดี จนกระทั่งในเดือน สิงหาคม ค.ศ. ๑๙๘๙ ได้รับการยกฐานะเป็นกรมการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นอิสระจากกรมการแพทย์ และในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ งานการแพทย์พื้นบ้านได้ถูกระบุไว้เป็นกิจกรรมงานที่ชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Plan)

การจัดการการแพทย์พื้นบ้านพม่าในช่วงนี้ทั้งในแง่การจัดการศึกษา การจัดระบบบริการและองค์กรแพทย์พื้นบ้านเป็นแนวเดียวกับการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือ แพทย์พื้นบ้านที่ในอดีตได้รับการถ่ายทอดความรู้ผ่านบุคคลที่มีประสบการณ์ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลธรรมดาหรือพระ ในยุคนี้มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์พื้นบ้าน โดยรัฐบาลได้จัดตั้งสถาบันการศึกษาแพทย์พื้นบ้านขึ้นที่มณฑลพะโล่ ให้การสอนวิชาการแพทย์พื้นบ้านในระดับประกาศนียบัตร โดยใช้ระยะเวลา ๓ ปีในการศึกษาและจะต้องมีการฝึกภาคปฏิบัติหรือ เรียกว่า internship อีก ๑ ปี ผู้ที่ผ่านการศึกษาก็จะได้รับประกาศนียบัตรและสามารถเปิดการรักษแก่ประชาชนทั่วไปได้ มีผู้สนใจเข้ารับการศึกษานี้ประมาณปีละ ๑๐๐ คน และตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๖ จนถึงปัจจุบัน มีผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรเป็นจำนวน ๒,๑๘๗ คน

รัฐบาลพม่าได้จัดตั้งมหาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านที่เปิดสอนในหลักสูตรระดับปริญญาตรีในปีค.ศ. ๒๐๐๑ โดยเป็นหลักสูตร ๔ ปี และ ๑ ปี Internship มีผู้สนใจเรียนประมาณปีละ ๑๐๐ คน และจนถึงปี ค.ศ. ๒๐๑๐ มีผู้จบการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีแพทย์พื้นบ้านเป็นจำนวน ๗๘๑ คน หลักสูตรปริญญาตรีแพทย์พื้นบ้านนี้จะแบ่งเนื้อหาออกเป็น ๓ ส่วนหลักๆ คือ (๑) ความรู้ส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (๒) องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านพม่า โดยแบ่งออกเป็นความรู้เกี่ยวกับพืชเวชหรือ เหตุเกิดโรค เภสัชเวช หรือ ความรู้ด้านสมุนไพรและทฤษฎีการรักษาแบบอายุรเวช นักขัตเวช หรือ ความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งลัคนา ดวงชะตาของบุคคลเพื่อประกอบการปรับวิธีการรักษาให้เหมาะกับความต้องการของบุคคลและ ไลยเวช ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยด้วยอำนาจ พระพุทธ การปฏิบัติธรรม รวมทั้งอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติ และการใช้โลหะเพื่อรักษาโรค และ (๓) ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ โดยนักศึกษาจะได้เรียนรู้



กายวิภาคสรีรวิทยาและกลไกการทำงานของอวัยวะในร่างกายตามแบบการแพทย์สมัยใหม่^{๑๗} มหาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านนี้ได้จัดหลักสูตรปริญญาตรีต่อเนื่องแก่แพทย์พื้นบ้านเดิมที่จบประกาศนียบัตรจากสถาบันการแพทย์พื้นบ้านเดิม และในปี ค.ศ. ๒๐๑๒ ได้เปิดหลักสูตรระดับมหาบัณฑิตทางด้านแพทย์พื้นบ้านที่มหาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน โดยในปีแรกมีผู้สนใจเข้าศึกษาต่อในระดับมหาบัณฑิตเป็นจำนวน ๑๐ คน

นอกจากการเรียนการสอนแพทย์พื้นบ้านพม่ามีการจัดระบบไปในแนวเดียวกับการแพทย์สมัยใหม่และเน้นความเป็นวิทยาศาสตร์แล้ว การควบคุมคุณภาพการรักษาได้ถูกกำหนดและมีการจัดการแบบการแพทย์สมัยใหม่เช่นกัน แต่ในบรรยากาศของประเทศที่ปกครองด้วยระบบทหาร การจัดองค์กรแพทย์พื้นบ้านนั้นมิใช่มีเพียงเป้าหมายเพื่อให้แพทย์พื้นบ้านมีการควบคุมกันเองเฉกเช่นเดียวกับแพทย์สภาในประเทศประชาธิปไตยทั่วไปเท่านั้น การจัดตั้งสภาการแพทย์พื้นบ้านพม่ายังถูกใช้เสมือนเป็นเครื่องมือของรัฐในการแผ่อำนาจของรัฐควบคุมชุมชนด้วย Rudland (๒๐๐๓: ๓๐๖) ได้กล่าวถึงการจัดตั้งองค์กรชุมชน เช่น Myanmar Maternal and Child Welfare Association หรือ MMCWA และ Myanmar Red Cross Society หรือ MRCS ซึ่งโดยสมาชิกนั้นเป็นบุคคลทั่วไป แต่รัฐพม่าได้ให้องค์กรเหล่านี้ช่วยงานของรัฐบาล กำหนดกิจกรรมตามนโยบายของรัฐและใช้อำนาจเหล่านี้ควบคุมประชาชนในระดับรากหญ้า เนื่องด้วยองค์กรเหล่านี้จะมีการจัดตั้งกลุ่มอยู่ในทุกระดับตั้งแต่ระดับมณฑล ตำบล หมู่บ้าน และกลุ่มบ้าน องค์กรชุมชนเหล่านี้จึงถูกมองจากประชาชนว่าเป็นหน่วยงานของรัฐ

สภาการแพทย์พื้นบ้าน (Traditional Medicine Council หรือ TMC) ก็มีลักษณะไม่ต่างกัน โดยรัฐบาลได้กำหนดให้มีสมาชิกทั้งหมด ๑๑ คนในจำนวนนี้ สมาชิกจำนวน ๕ คนได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาล โดยประธานสภาการแพทย์พื้นบ้าน คืออธิบดีกรมการแพทย์พื้นบ้านโดยตำแหน่ง ในส่วนสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งที่เหลือจำนวน ๔ คน คือ อธิการบดีมหาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน รองอธิบดีกรมการแพทย์พื้นบ้าน ผู้อำนวยการฝ่ายยาพื้นบ้าน และผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร กรมการแพทย์พื้นบ้าน เป็นเลขานุการสภา และสมาชิกที่เหลืออีก ๖ คนเป็นแพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิกแพทย์พื้นบ้านทั่วประเทศ หน้าที่ของสภาแพทย์พื้นบ้านคือ การควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน ซึ่งรวมทั้งการพิจารณาอนุมัติใบประกอบวิชาชีพแพทย์พื้นบ้าน และควบคุมมาตรฐานการผลิต/จำหน่ายยาพื้นบ้าน

ในส่วนองค์กร/ชมรมแพทย์พื้นบ้าน (Traditional Medicine Practitioner Association หรือ TMPA) สมาชิกขององค์กรคือแพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั่วประเทศ องค์กรแพทย์พื้นบ้านจะมีสำนักงานกลางซึ่งดูแลโดยคณะกรรมการบริหารส่วนกลาง (Central Executive Committee) จำนวน ๑๔ คน ซึ่งได้มาจากประธานชมรมแพทย์พื้นบ้านของแต่ละมณฑลหรือรัฐ (Region/state) ประธานชมรมการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละมณฑล/รัฐได้มาจากการเสนอชื่อจากสมาชิกในชมรม^{๑๘} ซึ่งในแต่ละมณฑลจะมีชมรมแพทย์พื้นบ้านในระดับตำบลและกลุ่มหมู่บ้าน จากโครงสร้างการบริหาร การดำเนินนโยบายและการควบคุมการรักษา/ผลิตภัณฑ์ยาพื้นบ้านจะทำงานประสานกัน

^{๑๗} นโยบายของรัฐพยายามผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่เข้าด้วยกัน ในขณะที่ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์สมัยใหม่ได้ถูกบรรจุไว้ในหลักสูตรการแพทย์พื้นบ้าน ในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ก็มีการบรรจุว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๓ จะต้องเรียนหลักการและวิธีการรักษาแบบการแพทย์พื้นบ้านด้วย โดยระบุว่า นักศึกษาแพทย์จะต้องมีจำนวนชั่วโมงในการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นจำนวน ๓๖ ชั่วโมงและต้องผ่านการประเมินผล โดยนักศึกษาแพทย์ที่ผ่านการประเมินผลความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านจะได้รับประกาศนียบัตรและคู่มือการวินิจฉัยและการรักษาพื้นบ้านเพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาด้วยตนเองในรายละเอียดต่อไป

^{๑๘} ปัจจุบัน รัฐบาลกำลังดำเนินการปรับเปลี่ยนวิธีการได้มาซึ่งประธานชมรมแพทย์พื้นบ้านในแต่ละมณฑล/รัฐ แต่ขณะที่เขียนบทความนี้ ยังไม่มีระเบียบที่แน่ชัดออกมา

ระหว่าง ๓ องค์หลัก คือ กรมการแพทย์พื้นบ้าน สภาการแพทย์พื้นบ้าน และชมรมแพทย์พื้นบ้าน โดยรัฐสามารถส่งผ่านนโยบายและควบคุมการแพทย์พื้นบ้านไปจนถึงระดับมณฑลและกลุ่มหมู่บ้านผ่าน ๓ องค์หลักนี้

นโยบายสู่ความเป็นประเทศทันสมัยในรัฐบาลทหารพม่าได้ส่งผลต่อแนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การรักษาพื้นบ้านจะต้องกระทำโดยคนที่มีความรู้ และต้องผ่านการตรวจสอบ ควบคุมเพื่อให้มีมาตรฐานการรักษาอย่างถูกต้อง แม้การแพทย์พื้นบ้านจะแสดงตนเองในฐานะของความเป็นวัฒนธรรมเก่าแก่ที่สะสมมานานหลายร้อยปีของชาวพม่า และแสดงถึงความรุ่งเรืองของพม่ามาแต่ในอดีต แต่ไม่ใช่ว่าการรักษาพื้นบ้านทั้งหมดจะเป็นการแพทย์พื้นบ้านในความหมายของรัฐ เนื่องด้วยนโยบายของการพัฒนาให้เป็นประเทศทันสมัย การแพทย์พื้นบ้านที่ถ่ายทอดโดยสถาบันการศึกษาของรัฐเท่านั้นที่เรียกว่าเป็นการแพทย์พื้นบ้าน แพทย์พื้นบ้าน (Traditional Medicine Practitioner) ที่จบการศึกษาตามหลักสูตรการแพทย์พื้นบ้านจากวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านเท่านั้นที่สามารถให้การรักษา และการรักษาพื้นบ้านที่กระทำโดยบุคคลที่ผ่านการศึกษาและรับรองจากรัฐเท่านั้นที่เป็นการรักษาพื้นบ้านที่ถูกต้อง ปลอดภัย และมีมาตรฐาน เมื่อผู้ให้บริการการแพทย์พื้นบ้านถูกปรับให้เข้าระบบแบบการแพทย์สมัยใหม่ คำถามก็คือ ความเชื่อพื้นบ้านแต่เดิม รวมทั้งผู้รักษาพื้นบ้าน และแม้กระทั่งพระที่เคยเป็นผู้นำตำราการแพทย์อายุรเวทจากอินเดียมาแต่เดิมจะมีที่ทางอย่างไร เนื้อหาในส่วนต่อไปจะกล่าวถึงพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของชาวพม่าโดยเน้นที่ความเชื่อพื้นบ้านและวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน

การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของชาวพม่า: ข้อมูลจากงานวิจัยภาคสนามปี ค.ศ. ๒๐๑๑-๒๐๑๒^{๑๙}

งานวิจัยภาคสนามในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในเขตพิจิตากอง มณฑลมันตะเลย์ อันเป็นพื้นที่รอบนอกเมือง (peri-urban area) พบว่า ชาวพม่ามีการใช้ยาและวิธีการพื้นบ้านที่หลากหลายเพื่อรักษาความเจ็บป่วยและเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ ๑) โดยยาพื้นบ้านมีทั้งที่ซื้อจากร้านขายยา จากพระสงฆ์ และได้จากแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าบางครอบครัวมีการทำสมุนไพรจากพืชที่ปลูกในครัวเรือน นอกการใช้ยา หรือกินอาหารในลักษณะที่เป็นสมุนไพรแล้ว ยังพบว่า ชาวพม่ายังนิยมใช้การนวดเพื่อการรักษาโรคอัมพฤกษ์ ชาตามร่างกาย โดยมีการกล่าวกันถึงแพทย์พื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญในการนวด ยิ่งไปกว่านั้นชาวพม่าที่พบยังมีการทำบุญ การทำสมาธิ อยู่เป็นประจำ ชาวบ้านที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่นความดันโลหิตสูง นอกใช้การนวดแล้ว ยังมีการทำสมาธิเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้ ยังมีการพบว่าชาวพม่ายังนิยมไปหาช่างทรง หรือ นัทกะด่อ เพื่อถามหาเหตุแห่งความไม่สบายใจ หรือ เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวด้วย

ดอ เต อายุ ๔๔ ปี เธออาศัยอยู่กับสามีและลูกชาย ๒ คนและลูกสาวอีก ๑ คน สามีของเธอรับจ้างชาร์ตแบตเตอรี่^{๒๐} ลูกชายคนโตของเธอทำงานรับจ้างเชื่อมเหล็กในร้านแห่งหนึ่งในหมู่บ้าน ลูกชายคนรองทำงานรับจ้างทาสี ซึ่งจะออกจากบ้านพร้อมกับหัวหน้างานไปตามที่ต่างๆตามแต่จะได้รับการว่าจ้าง ลูกสาวคนเล็กยังเรียนอยู่ในมหาวิทยาลัย ดอ เต จบการศึกษาในระดับ เกรด ๙ (อาทิเทียบเคียงได้กับ ม ๓ ของไทย) ไม่ได้ทำงานตั้งแต่แต่งงาน ครอบครัว ดอ เต มีรายได้รวมกันวันละประมาณ ๗-๘,๐๐๐ จั๊ต (หรือประมาณ ๒๘๐-๓๐๐ บาท)

^{๑๙} ข้อมูลในส่วนนี้มาจากการวิจัยเรื่อง Transforming health lifestyles and seeking treatment among the villagers in Mandalay โดยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนสนับสนุนการวิจัย ปี พ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๕๕

^{๒๐} เนื่องจากในสมัยก่อน พม่ายังไม่มีไฟฟ้าใช้ในครัวเรือน ต้องใช้ไฟจากแบตเตอรี่ ธุรกิจรับชาร์ตแบตเตอรี่จึงมีรายได้ค่อนข้างดี แต่ปัจจุบันเมื่อไฟฟ้าได้ขยายเข้าไปในหมู่บ้าน แบตเตอรี่ไฟฟ้านี้ก็ต้องใช้อยู่บ้างเมื่อไฟดับ ซึ่งไฟฟ้าในพม่าดับเป็นประจำขึ้นลงหลายครั้ง แต่ธุรกิจรับชาร์ตไฟแบตเตอรี่นี้ก็ทำรายได้ไม่ด้นัก

ดอ เต เต บอกว่าเธอป่วยด้วยโรคเบาหวาน และยังเป็นโรคไต และมีอาการหัวใจเต้นอ่อน เธอไปหาแพทย์ที่บ้านที่คลินิกเอกชนในเขตอมราปุระ (ซึ่งเป็นพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่หมู่บ้าน ใช้เวลาเดินทางประมาณ ๓๐ นาทีโดยรถยนต์) เธอได้ไปรักษาที่คลินิกแพทย์ที่บ้านนี้เป็นเวลา ๑ ปี โดยไปรับยาทุกเดือน เธอเชื่อว่า จากภาวะการหมดประจำเดือนของเธอทำให้ร่างกายอ่อนแอและเป็นผลให้เธอมีสุขภาพไม่ดี เป็นโรคต่างๆและเหนื่อยง่าย อย่างไรก็ตาม หากเธอมีอาการท้องผูก ท้องอืด เธอจะไปซื้อยาที่คลินิกแพทย์ที่บ้านอีกแห่งหนึ่งในหมู่บ้าน ดอ เต เต ไม่ได้ไปหาหมอสมัยใหม่ที่คลินิก เนื่องจากเธอไม่มีเงินมากพอสำหรับค่าตรวจของแพทย์ในแต่ละครั้ง “หมอไม่คิดค่ายา ค่าตรวจ ก็แล้วแต่เราจะให้ ฉันทก็จะให้เขาครึ่งละ ๑,๕๐๐ จี๊ด” นอกจากการใช้จ่ายที่บ้านแล้ว ดอ เต เต จะตื่นแต่เช้าเพื่อใส่บาตรเป็นประจำทุกวัน นอกจากนั้น เธอยังให้ข้อมูลว่า เธอได้กินไข่เป็ดต้มวันละฟอง เป็นเวลา ๔๕ วัน เพื่อรักษาอาการเหนื่อย เจ็บหัวเข่า ซึ่งเธอได้ข้อมูลจากเพื่อน แต่อย่างไรก็ดี อาการเหนื่อยก็ยังมิอยู่ซึ่งเธอคิดว่าเนื่องมาจากร่างกายเธอไม่แข็งแรงจากการหมดประจำเดือน

ในขณะที่ ดอ เต เต รักษาโรคเบาหวานและอาการเหนื่อย หัวใจเต้นอ่อน ด้วยการไปหาแพทย์ที่บ้านที่คลินิกเนื่องจากความยากจน และเธอได้ใช้วิธีการอื่นๆตามแต่ที่จะได้ข้อมูลรวมทั้งการทำสมาธิและใส่บาตรทุกเช้า อุ จอ จอ อายุ ๕๕ ปี เป็นเจ้าของห้องเช่าจำนวน ๔ ห้องหน้าหมู่บ้านและติดถนนสายมันตะเล-ย่างกุ้ง อุ จอ จอ มีบุตรชายและบุตรสาวรวมกัน ๔ คน ครอบครัวของอุ จอ จอ เคยมีที่นาจำนวนมากแต่เนื่องจากการก่อสร้างนิคมอุตสาหกรรมในลแวงหมู่บ้านทำให้ที่นาของ อุ จอ จอ ถูกเวนคืนโดยรัฐ แต่อุ จอ จอ ก็ยังมีที่ดินเหลืออยู่อีกเป็นจำนวนหนึ่ง เขาได้แบ่งขายเป็นแปลงไปบางส่วนให้กับคนต่างถิ่นที่ต้องการย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่หมู่บ้าน เนื่องจากปัจจุบันเขตหมู่บ้านที่เคยเป็นเขตไร่นา นอกเมืองได้รับการพัฒนาและกลายเป็น “เขตเมืองใหม่”

อุ จอ จอ มีอาชีพเป็นนายหน้า ซื้อขายสินค้า “ผมขายทุกอย่างที่มีคนอยากซื้อ อยากขาย” ช่วงปี ๒๐๐๙-๒๐๑๐ เขาได้ค่านายหน้าจากการซื้อ-ขายมอเตอร์ไซด์เป็นจำนวนมาก

“กิจการดีมากเลย คนต้องการมอเตอร์ไซด์เยอะ แล้วรัฐบาลก็ยังไม่เปิดซื้อขายฟรีแบบตอนนี้ ปีนี้รัฐเปิดมีมอเตอร์ไซด์นำเข้ามาจากไทยเยอะเลย แล้วก็มีร้านขายมอเตอร์ไซด์เปิดกันหลายร้าน แต่ก่อนไม่มีร้าน ใครอยากได้ก็มาบอกๆกัน พอผมรู้ว่าใครจะขายก็ติดต่อให้ ช่วงนั้นราคามอเตอร์ไซด์ก็สูงปี ๒๐๐๙ ราคามอเตอร์ไซด์ใหม่ ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ จี๊ด (๔๐๐,๐๐๐ บาท) แต่ปี ๒๐๑๑ ราคาลงมาเหลือ ๘๖๐,๐๐๐ จี๊ด (หรือ ๓๔,๕๐๐ บาท) เพราะรถมอเตอร์ไซด์จากไทยก็เข้ามาโชว์ขายตามร้าน แต่ก่อนมีแต่มอเตอร์ไซด์จากจีน”

แม้ว่าอาชีพนายหน้าขายมอเตอร์ไซด์จะทำรายได้ไม่ดีเท่าก่อน แต่ อุ จอ จอ ได้ใช้ห้องเช่าของเขาเปิดเป็นร้านรับซ่อมและขายอะไหล่มอเตอร์ไซด์ซึ่งจากการสังเกต มีลูกค้าเข้ามาใช้บริการเยอะมาก อุ จอ จอ จ้างคนงานทั้งที่เป็นช่างซ่อมและลูกมือรวมกันถึง ๔ คน โดยลูกชายคนหนึ่งของ อุ จอ จอ ได้ไปเรียนช่างซ่อมเครื่องยนต์จากร้านซ่อมมอเตอร์ไซด์ในเมืองมันตะเล

อุ จอ จอ รับรู้ว่าตัวเองมีอาการความดันโลหิตสูงเมื่อราว ๖ เดือนก่อน เขามีอาการปวดหัวบริเวณท้ายทอยอย่างมาก แต่เดิมเขามีอาการปวดแบบนี้ เป็นๆหายๆอยู่กว่าปี เขาได้ไปเอายาที่บ้านจากพระที่วัดในเขตบิงโองิง (พื้นที่ติดกับมันตะเล โดยใช้เวลาเดินทางประมาณ ๑ ชั่วโมงโดยรถยนต์) โดยยาที่บ้านที่ได้จากพระนี้เป็นที่นิยมมากมีลักษณะเป็นผงสมุนไพรสีเหลืองเข้ม กล่าวกันว่าเป็นยาที่รักษาโรคได้ ๙๖ โรค^{๒๑} อุ จอ จอ ได้กินยาที่บ้านนี้วันละ ๒-๓ ครั้ง แต่หลังจากที่กินยาที่บ้านนี้ไปประมาณ ๖ เดือน ถึง ๑ ปี เขาเริ่มมีอาการปวดหัวคิ้ว ใจ

^{๒๑} การที่ยาพื้นบ้านนี้กล่าวว่ารักษาได้ ๙๖ โรค เนื่องจากในตำราการแพทย์พื้นบ้านพม่ามีการจำแนกการวินิจฉัยโรคต่างๆ และโรคทั้งหมดที่กล่าวในตำราการแพทย์พื้นบ้านมี ๙๖ โรค ความหมายของการตั้งชื่อยาพื้นบ้านดังกล่าวจึงมีนัยว่า สามารถรักษาได้ทุกโรค

สั้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และมีอาการปวดศีรษะรุนแรงกว่าเดิมและไม่หาย มีอาการปวดรุนแรงตลอดวัน เขามีอาการไข้ อยู่ ๓ วันจึงได้ตัดสินใจไปหาหมอที่เปิดคลินิกใกล้หมู่บ้าน หมอคนนี้เป็นหมอมหาบเรศ บอกว่า เขาเป็นความดันโลหิตสูง หมอฉีดยาให้ ๑ เข็ม และสั่งยาให้กิน ๓ วัน หลังจากนั้นเขาก็มีอาการปกติ อุ จอ จอ ได้เอาตัวอย่างยาที่หมอสั่งให้ไปซื้อที่ร้านขายยา และติดตัวไว้ หากมีอาการปวดหัวรุนแรงอีก เขาก็จะเอายามากิน

อย่างไรก็ตาม อุ จอ จอ ยังคงไปหาหมอพระ และรับยารักษาโรค ๙๖ โรคมากินเป็นประจำอยู่ เขาบอกว่า เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และในทำนองเดียวกับแพทย์พื้นบ้านที่ ดอ เต เต ไปหา หมอพระไม่ได้คิดค่ายาพื้นบ้านและค่าตรวจรักษา “แล้วแต่คนจะบริจาค ผมก็เอาเงินให้ไปทุกครั้ง” นอกจากนั้น อุ จอ จอ ยังทำสมาธิทุกเช้า

ในทำนองเดียวกัน อุ ตาน ตุน อายุ ๖๓ ปี ซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อ ๓ ปี ก่อน ก็ใช้การนวด และสมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาความเจ็บป่วย อุ ตาน ตุน เกษียณจากการทำงานเป็นนายสถานีรถไฟในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในมณฑลสะกาย อันเป็นมณฑลที่อยู่ติดกับมณฑลฉ่านซีซึ่งเป็นที่พักอาศัยในปัจจุบัน อุ ตาน ตุน มีลูกชาย ลูกสาวรวมกัน ๓ คน ทั้งหมดแต่งงานและมีครอบครัวของตนเอง เขาอาศัยอยู่ลำพังในบ้านเดิมซึ่งมีพี่น้องอยู่ในละแวกใกล้เคียง แม้อุ ตาน ตุน จะเคยเป็นข้าราชการมาก่อนแต่เนื่องจากระบบสวัสดิการสุขภาพของพม่ายังไม่ได้พัฒนาประกอบกับเงินเดือนที่เขาได้รับและบำนาญในแต่ละเดือนนั้นมีจำนวนน้อยมาก การเข้ารับการรักษาความดันโลหิตสูงจากแพทย์สมัยใหม่ที่คลินิกอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่เขาทำไม่ได้

“หากผมไปซื้อยาที่คลินิกแต่ละเดือน ผมต้องจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยครั้งละ ๓,๐๐๐ จั๊ต และยังมีค่ายาอีกเดือนหนึ่งก็เป็นหมื่นจั๊ต”

อุ ตาน ตุน เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกเมื่อก่อนเกษียณอายุราชการ และเขาได้เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์สมัยใหม่ เขากินยาที่ได้จากแพทย์ประมาณอาทิตย์หนึ่ง และอาการก็ได้หายไป ต่อมาอาการ ชา และอ่อนแรงตามแขน ขาด้านซ้าย และขยับบริมฝีปากพูดจาได้ลำบากเมื่อ ๓ ปีก่อน เขาได้รับการรักษาด้วยการนวดจากแพทย์พื้นบ้าน “แต่ละครั้ง ผมจ่ายค่านวดให้หมอพื้นบ้านครั้งละ ๓,๐๐๐ จั๊ต ผมจะไปตอนรู้สึกว่ายากแขนลำบาก” เนื่องจากอุ ตาน ตุน ไม่ได้มีเงินเก็บสะสมจากการทำงานมากนัก ลูกชายคนโตมีอาชีพขายขนมขบเคี้ยวต่างๆ โดยได้แบกโต๊ะเล็กๆ ที่วางขนมเหล่านี้ออกเดินเร่ขายทั่วไปในตลาด ลูกชายคนรองทำงานเป็นทหาร ประจำการที่รัฐคะฉิ่น รายได้เดือนละ ๑๐,๐๐๐ จั๊ต แต่ก็มีรายจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสิ่งของส่วนตัวอยู่ ลูกชายคนรองที่เป็นทหารนี้สามารถส่งเงินมาให้ อุ ตาน ตุน ได้เพียงเดือนละ ๑,๐๐๐ จั๊ตเท่านั้น ในขณะที่ลูกสาวคนสุดท้อง ยังคงเรียนหนังสือในมหาวิทยาลัย

อุ ตาน ตุน เชื่อว่า เนื่องจากการบริโภคเนื้อหมูทำให้เขาป่วยเป็นความดันโลหิตสูงประกอบกับความเครียด ในปัญหาครอบครัวของลูกชายคนโตซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทุกวันนี้ อุ ตาน ตุน จะนั่งสมาธิ สวดมนต์ทุกเช้า และนอนหลับเป็นประจำทุกวัน รวมทั้งได้ไปซื้อยาสมุนไพรเพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรงจาก หมอพื้นบ้านที่เปิดคลินิกในหมู่บ้าน นอกจากนั้นเขายังกินยาสมุนไพรที่ผลิตโดยหมอพื้นบ้านที่เปิดการรักษาในมณฑลสะกาย อุ ตาน ตุน จะไปหาหมอพื้นบ้านคนนั้นเพื่อเอายารักษาอาการชาเป็นประจำทุก ๒ เดือน หมอพื้นบ้านคนนี้มีฐานะเป็นน้องเขย ดังนั้นเขาจึงไม่ต้องเสียค่ายามากนัก



การรักษาพื้นบ้าน: ความเชื่อ และ ความยากจน

ข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งสามข้างต้นสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและความสำคัญของเงื่อนไขทางเศรษฐกิจต่อการเลือกการรักษาพื้นบ้าน งานวิจัยของ Thapin Phatcharanuruk and Hla Moe (๒๐๐๒) พบว่าชาวพม่าเลือกใช้ยาพื้นบ้านในการรักษาความเจ็บป่วยที่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของเลือด ความเจ็บป่วยเรื้อรัง



และอาการผิดปกติที่สะท้อน (เช่น อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง) หรืออาจส่งผลต่อความแข็งแรงของร่างกาย (เช่น อาการเบื่ออาหาร ไอ ท้องผูก) โดยมีความเชื่อว่า ยาพื้นบ้านจะช่วยปรับสมดุลของความร้อน-เย็น และธาตุต่างๆในร่างกายอันเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติ รวมทั้งการนิยมใช้การนวดโดยแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานและอาการชาตามร่างกาย ผู้ป่วยอัมพฤกษ์จะนิยมไปหาแพทย์พื้นบ้านที่มีชื่อเสียงทางการนวดในขณะที่ชาวพม่าที่ใช้แรงงานนิยมซื้อน้ำมันสมุนไพรเพื่อทำการนวดด้วยตนเอง

ยามเลิกงาน แต่ในความเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงเช่น อุจจาระร่วง อาการปวดศีรษะรุนแรงจากความดันโลหิตสูง ชาวพม่าจะซื้อยาสมัยใหม่จากร้านขายยาหรือจากคลินิกแพทย์ เป็นที่น่าสังเกตว่า ชาวพม่าที่ศึกษาจะใช้ยาสมัยใหม่เพื่อลดหรือทำให้หายจากอาการผิดปกติ แต่ใช้ยาพื้นบ้านเพื่อรักษามูลเหตุของการเกิดอาการผิดปกตินั้น (เช่นกรณีของ อู จอ จอ ที่ใช้ยาสมัยใหม่เฉพาะเมื่อมีอาการความดันโลหิต และใช้ยาพื้นบ้านเป็นประจำเพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรง)

ชาวพม่าที่ศึกษาบางคนต้องใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการผิดปกติแม้จะรับรู้ว่ายาสมัยใหม่จะส่งผลดีต่อการรักษาความเจ็บป่วยที่ตนเผชิญอยู่ได้ดีกว่าก็ตาม ดอ เต เต และ อู ตาน ตุน รับรู้ว่าการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่จะส่งผลดีต่อความเจ็บป่วยของตน แต่เนื่องจากไม่สามารถแบกรับภาระค่าตรวจวินิจฉัยและค่ายาจากการแพทย์สมัยใหม่ทำให้ทั้งสองคนต้องเลือกรักษากับแพทย์พื้นบ้าน แต่แม้จะไปรักษาที่คลินิกแพทย์พื้นบ้านก็ตาม ดอ เต เต และ อู ตาน ตุน ก็กล่าวถึงค่ารักษาของแพทย์พื้นบ้านที่เป็นไปแล้วแต่ “คนไข้จะให้” ในขณะที่รายได้ขั้นต่ำของชาวพม่าปัจจุบันส่วนใหญ่คือ ๓,๐๐๐ จั๊ตต่อวัน การบริจาดเงินเป็นค่ารักษาให้แพทย์พื้นบ้านต่อครั้งๆละ ๑,๕๐๐ จั๊ต ก็เป็นจำนวนเงินที่มากสำหรับคนจน



การแพทย์พื้นบ้านและการรักษาพื้นบ้านเป็นที่พึ่งหลักของคนจน ๙๑% ของประชากรพม่าใช้ยาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโดยนอกจากความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและเหตุแห่งความเจ็บป่วยแล้ว เงื่อนไขด้านรายจ่ายพื้นบ้านที่มีราคาต่ำกว่ายาสมัยใหม่เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ชาวพม่าตัดสินใจเลือกรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน (Department of Traditional Medicine: ๒๐๐๘:๑๗) นอกจากนั้นสมุนไพรและยาพื้นบ้านบางชนิดที่ผลิตโดยพระก็เป็นที่ยอมรับของชาวพม่าที่ศึกษา การเลือกใช้การรักษาพื้นบ้านของชาวพม่าจึงมีขอบเขตที่นอกเหนือไปจากการแพทย์พื้นบ้านและแพทย์พื้นบ้านที่ผ่านการอบรมและรับรองจากรัฐ

การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการเข้าถึงยาพื้นบ้านในพม่า

การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและการผลิตยาพื้นบ้านพม่าให้มีมาตรฐานตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ได้ส่งผลดีต่อผู้ใช้ในด้านความปลอดภัย แต่การพัฒนาเพื่อให้เข้ากับมาตรฐานดังกล่าวก็ต้องการการลงทุนสูง ประกอบกับแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจของพม่าแบบทุนนิยมที่เน้นตลาด ยิ่งทำให้มีต้นทุนในด้านอื่นๆเพิ่มมากขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ยาพื้นบ้านได้มีโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ นิตยสารต่างๆ การโฆษณา

พื้นบ้านทางโทรทัศน์เป็นสิ่งที่น่าสนใจและพบได้น้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ และสิ่งนี้แม้จะแสดงถึงค่านิยมและแพร่หลายของการใช้ยาพื้นบ้านในชาวพม่า แต่ก็ทำให้ยาพื้นบ้านที่จำหน่ายตามท้องตลาดมีราคาสูงขึ้นด้วย

ธุรกิจยาพื้นบ้านมีมูลค่าสูงมากแม้ในช่วงก่อนการเปิดประเทศ ข้อมูลจากกรมการแพทย์พื้นบ้านแสดงว่า มีแพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอยู่เป็นจำนวน ๖,๖๒๗ คนทั่วประเทศ มีจำนวนยาพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนอยู่มากกว่า ๑๐,๐๐๐ ตำรับ และมีผู้ประกอบการโรงงานผลิตยาพื้นบ้านที่ได้รับอนุญาตเป็นจำนวนถึง ๒,๐๐๐ แห่ง (Health in Myanmar ๒๐๑๑) งานศึกษาของ Tran et al (๒๐๑๓) ได้ให้ข้อมูลหมอพื้นบ้านคนหนึ่งในรัฐฉานซึ่งมีคลินิกในการ

ตรวจรักษาและขยายสาขาออกไปถึง ๗ คลินิกด้วยกันในเมืองใหญ่อื่นๆทั่วประเทศ คลินิกที่เปิดนี้ได้จำหน่ายยาพื้นบ้านที่ตนผลิตเอง รวมทั้งมีการทำการตลาดยาที่ผลิตนี้ส่งไปขายตามพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ หมอพื้นบ้านท่านนี้ส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่ที่คลินิกอย่างกึ่งและเมืองตองยี มีคนไข้มารับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโดยเฉลี่ยวันละ ๑๐๐-๓๐๐ คน ในขณะที่ มีคนที่เข้ามาเพื่อมาซื้อยาพื้นบ้านที่ผลิตจำนวนเฉลี่ย ๒๐๐ คนต่อวัน การประกอบธุรกิจยาพื้นบ้านของหมอท่านนี้ขยายไปทั่วไป มีจำนวนผู้ช่วยที่อยู่คลินิกอย่างกึ่งถึง ๕ คน และที่เมืองตองยี อีก ๗ คน โรงงานผลิตยาพื้นบ้านของหมอท่านนี้อยู่ที่เมืองตองยีและผลิตยาถึง ๒๔ ตำรับยา ภาพของอุตสาหกรรมการผลิตยาพื้นบ้านอีกลักษณะหนึ่งที่ปรากฏในงานของ Tran et al (๒๐๑๓) ก็คือ การตั้งโรงงานผลิตยาพื้นบ้านในเมือง Kyauk Me (ส่วนตะวันออกของรัฐฉานไปทางจีน) และทำการขายส่งให้กับร้านขายยาต่างๆทั่วประเทศ โรงงานนี้ได้ผลิตยาพื้นบ้านที่มี รูปเสือหัวดำ เป็นเครื่องหมายการค้า ยาจากโรงงานนี้ส่วนใหญ่เป็นยาชูกำลัง และได้รับความนิยมแพร่หลายอย่างมากทั่วประเทศ



แนวการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัยและการพัฒนาเศรษฐกิจเสรีของรัฐบาลพม่าในช่วงปีค.ศ. ๑๙๙๐ เป็นต้นมาทำให้เกิดการพัฒนาธุรกิจเอกชน แม้ว่าธุรกิจเอกชนเหล่านี้จะต้องดำเนินการธุรกิจแบบประนีประนอมกับรัฐเนื่องจากพม่าในช่วงนั้นปกครองโดยรัฐบาลทหาร แต่ธุรกิจเอกชนก็ได้ขยายตัวเป็นอย่างมาก แม้ไม่มีงานศึกษาเกี่ยวกับการขยายตัวของธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตยาพื้นบ้าน แต่ข้อมูลพบว่าอัตราการนำเข้าสินค้ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากในปีค.ศ. ๑๙๙๐ ที่มีมูลค่า ๙๔.๒๔ ล้านดอลลาร์ เป็น ๓๑๔.๘๒ ล้านดอลลาร์ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๔ และเพิ่มเป็น ๗๙๗.๖๗ ล้านดอลลาร์ในปี

ค.ศ. ๒๐๐๙ (Central Statistic Organization: ๒๐๑๐: ๒๑๔) ในทำนองเดียวกันราคายา Paracetamol อันเป็นยาสามัญใช้ทั่วไปของประชาชนได้มีราคาสูงขึ้นจากราคา ๑๒๕.๔๓ จั๊ตต่อยา ๑๐๐ เม็ด ในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ เป็น ๓๖๒.๓๘ จั๊ตในปี ค.ศ. ๒๐๐๔ และเพิ่มเป็น ๗๗๓.๘๔ จั๊ตในปีค.ศ. ๒๐๐๙ (Central Statistic Organization: ๒๐๑๐: ๒๓๒)



ในขณะที่ธุรกิจสุขภาพมีการขยายตัวอย่างมาก ในทางกลับกันรัฐบาลพม่ามีการลงทุนในด้านสุขภาพน้อยมาก สถานบริการสุขภาพของรัฐในชนบทมีน้อยและขาดทั้งบุคลากร เครื่องมือและเวชภัณฑ์ การขาดการส่งเสริมจากภาครัฐประกอบกับระบบราชการพม่าทำให้ประชาชนชาวพม่าเลือกใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพของรัฐเป็นแหล่งสุดท้าย ประชาชนโดยเฉพาะในชนบทต้องพึ่งพาการรักษาพื้นบ้านและร้านขายยา ในช่วง

ทศวรรษ ๑๙๙๐ อัตราการใช้บริการจากคลินิกหมอพื้นบ้านในชุมชนเพิ่มเป็นสี่เท่า (Rudland: ๒๐๐๓: ๒๗๓) ร้านขายยาเล็กๆในหมู่บ้านเป็นที่พึ่งแรกของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย และเมื่อการรักษาตนเองไม่ได้ผลชาวพม่าจะหันไปขอคำแนะนำจากคนแก่หรือหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชนซึ่งไม่ได้ผ่านการอบรมการแพทย์พื้นบ้าน

การพัฒนาประเทศตามแนวเศรษฐกิจเน้นกลไกตลาดทำให้ช่องว่างของรายได้ระหว่างคนรวยและคนจนในพม่ากว้างขึ้น มากกว่า ๗๐% ของประชากรพม่าเป็นคนจนที่อาศัยอยู่ในชนบทซึ่งขาดทุนสะสมทั้งทุนทรัพย์และความรู้ไม่สามารถเข้ามาแข่งขันในระบบเศรษฐกิจแบบตลาด แต่ต้องรับผลกระทบจากราคาสินค้าค่าครองชีพที่สูงขึ้น การพัฒนา “ความทันสมัย” และ “มาตรฐาน” ของการแพทย์พื้นบ้านแบบวิทยาศาสตร์ผนวกกับการพัฒนาธุรกิจการผลิตยาพื้นบ้านได้ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่ารักษาและยาพื้นบ้านและสถานบริการสุขภาพของรัฐเป็นที่พึ่งแหล่งสุดท้ายที่ชาวพม่าเลือก ในท่ามกลางความขาดแคลนทรัพยากรของชาวพม่าที่สะสมมาตั้งแต่ในช่วงรัฐบาลทหาร คนจนได้หันกลับไปพึ่งพาการรักษาพื้นบ้านแบบเดิมและการแพทย์พื้นบ้านที่สามารถจ่ายได้ โอกาสของคนจนในการเข้าการรักษาที่มี “มาตรฐาน” และยาพื้นบ้านที่มี “คุณภาพ” มีน้อยมาก ชาวพม่าเลือกใช้จ่ายพื้นบ้านและการรักษาพื้นบ้านตามความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปฏิบัติตนสอดคล้องกับความเชื่อทางโหราศาสตร์ พุทธศาสนาและไสยศาสตร์เป็นรากฐานสำคัญในการปฏิบัติตนของชาวพม่าทั้งในชีวิตประจำวันทั่วไปและในด้านสุขภาพ นอกจากนี้เงื่อนไขทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ การพัฒนามาตรฐานการรักษาและยาพื้นบ้านแม้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ หากมิติทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจก็มีความสำคัญที่ไม่อาจละเลยในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนพม่าโดยรวม

ตารางที่ ๑ ความเจ็บป่วยที่พบในสามเดือนที่ผ่านมาและการรักษาพยาบาล

อาการที่ประสบใน สามเดือนที่ผ่านมา	แหล่ง/วิธีการรักษาพยาบาล									
	รูด อาการ	ปรับ อาหาร/ พฤติกรรม	ร้านขายยา		คลินิก สมัยใหม่	รพ. ของ รัฐ สมัยใหม่	รพ. เอกชน	คลินิก พื้นบ้าน	สถานพยาบาล/ รพ.ชุมชน (แพทย์พื้นบ้าน)	รวม
			ยา พื้นบ้าน	ยา สมัยใหม่						
ปวดศีรษะ	๒		๒	๑๑	๒			๓		๑๙
ไข้			๑	๓	๔			๒		๑๐
ท้องอืด		๑	๓	๒	๑			๒		๙
ปวดท้อง			๑	๒	๑					๔
น้ำมูกไหล				๘				๑		๙
เหนื่อย เพลีย				๒			๑	๓		๖
เบื่ออาหาร		๒						๒		๔
ปวดข้อ			๑	๑				๒		๔
ท้องเสีย				๒		๑				๓
ใจสั่น			๑					๑		๒
เคืองตา แสบตา	๕			๑				๒		๘
คันที่ผิวหนัง			๑					๑		๒
ปวดท้องระหว่าง มีประจำเดือน		๑								๑
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ			๑	๑						๒
รวม	๗	๓	๑๑	๓๓	๘	๑	๑	๑๙		

บทที่ ๔

กรณีศึกษา R3A: กรณีศึกษาลาวตอนเหนือ

ดร.อรัญญา ศิริผล

บทคัดย่อ

ถนนสาย R3A เกิดขึ้นบนความหวังของกลุ่มคนอันหลากหลาย สำหรับจีนและประเทศลุ่มน้ำโขง ถนน R3A คือการเชื่อมต่อ (connectivity) การพัฒนาเศรษฐกิจภูมิภาคเติบโต แต่สำหรับรัฐบาลลาว ถนนสาย R3A เป็นมากกว่านั้น รัฐบาลลาวโดยการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาต่างประเทศได้ใช้ถนนเส้นนี้เป็นกลยุทธ์ในการชักพา กลุ่มชาติพันธุ์ของลาวตอนเหนือลงจากดอยให้มาพบกับ “ความเจริญ” ภายใต้ชื่อการพัฒนา เกือบ ๑๐ ปีของ ถนนเส้นนี้ ชาวขมุบ้านน้ำแพร่และชาติพันธุ์จำนวนมากได้เปลี่ยนตัวเองจากชาติพันธุ์พื้นที่สูงกลายเป็น “คนข้างถนนสาย R3A” แม้จะมีความเจริญจากสาธารณูปโภคและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มาพร้อมกับการพัฒนา มากขึ้น แต่พวกเขาก็พบกับการเปลี่ยนแปลงและความแปลกแยกอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

บทความนี้ได้ตรวจสอบประเด็นเรื่องการถูกบังคับเคลื่อนย้าย (Forced migration) กับประเด็น สุขภาพ (health) ชาติพันธุ์ โดยใช้พื้นที่บ้านน้ำแพร่ แขวงหลวงน้ำทา ลาวตอนเหนือ ซึ่งชาวขมุถูกอพยพจาก บ้านเกิดบนดอยในเขตนาแล หนึ่งในแขวงหลวงน้ำทา กับบ้านบ่อเต็น แขวงหลวงน้ำทา ลาวตอนเหนือ ที่ชาว ไทลื้อที่ถูกอพยพมาจากที่นาอันอุดมสมบูรณ์เพื่อเปลี่ยนบ้านเดิมของพวกเขาให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษของจีน ทั้งสองบ้านนี้ชี้ชวนให้น่าสนใจถึงประสบการณ์ความทุกข์ทางสังคม (social suffering) ในบริบทของการ พัฒนาลุ่มน้ำโขง

องค์ประกอบของบทความมี ๒ ส่วนหลัก คือ ส่วนแรก ทบทวนแนวคิดและงานศึกษาการเคลื่อนย้าย กับผลกระทบต่อสุขภาพ (Forced migration and health) ในมิติต่างๆ กับ ความทุกข์ทางสังคม (social suffering) ส่วนที่สอง ใช้ case study ทำความเข้าใจกับผลกระทบด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ถูกอพยพ มาอยู่ข้างถนนถนนสาย R3A มาเป็นเวลาเกือบ ๑๐ ปี

จากงานภาคสนามรอบแรก

บ้านน้ำแพร่ ตั้งอยู่ริมถนนสาย R3A มี ๙๓ ครัวเรือน ประชากรประมาณ ๖๐๐ กว่าคน

หมู่บ้านนี้มีคนขมุจากหมู่บ้านอื่นๆ ย้ายเข้ามาตั้งบ้านเรือนอยู่รวมกัน เช่น อ้ายนิ กำจัน เป็นคนขมุที่ ย้ายมาจากหมู่บ้านขมุในนาแล ใกล้หลวงน้ำทา โดยอ้ายนิบอกว่าแต่เดิมเป็นครูอยู่ที่บ้านนาแล แต่เนื่องจาก “ปัญหาการพัฒนา” และหมู่บ้านมีปัญหาภัยกันตายภายในหมู่บ้าน “เฮ็ดอะยังก็ยุ่งยาก” อ้ายนิจึงย้ายมาตั้ง บ้านเรือนอยู่ในบ้านน้ำแพร่ เมื่อปี ๑๙๙๒ (ประมาณ ๒๐ ปี) ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีคนขมุจากบ้านก้อมาตั้ง บ้านเรือนอยู่แล้ว ปัจจุบันอ้ายนิเป็นเลขาห้องการประจำหมู่บ้านบ้านน้ำแพร่

อ้ายนิ บอกว่า เนื่องจากตนเองย้ายมาอยู่ในหมู่บ้านที่หลังคนอื่น จึงทำให้ไม่มีที่นา เพราะที่นาใน บริเวณหมู่บ้านมีน้อยและถูกจับจองไปหมดแล้ว จึงประกอบอาชีพทำไร่ข้าวโพด ปลูกข้าวไร่ เลี้ยงสัตว์เป็นหลัก อีกทั้งในหมู่บ้านมีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนน้ำ จึงต้องใช้น้ำห้วยเป็นหลัก ในส่วนของปัญหาเรื่อง

สุขภาพภายในหมู่บ้านนั้น อ้ายนิ บอกว่า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่อง “ท้องขึ้น-อ้วก” (ท้องเสีย-อ้วก) เมื่อ เปรียบเทียบกับหมู่บ้านที่นาแล อ้ายนิ บอกว่า หมู่บ้านที่นาแลมีที่นา มีน้ำ แต่ลำบากเพราะมีปัญหาภัยกันตาย ในหมู่บ้าน

ส่วนน้องชันแก้ว สาวขมุในหมู่บ้านน้ำแพร่ บอกว่า คนขมุในบ้านน้ำแพร่ ส่วนใหญ่ย้ายมาจากบ้านก่อ ซึ่งอยู่ด้านล่างภูเขาที่หมู่บ้านตั้งอยู่ในปัจจุบัน น้องชันแก้ว บอกว่า ชาวบ้านย้ายหมู่บ้านมาตั้งไว้ริมถนนสาย R๓A เพราะเมื่อก่อนมีปัญหาเด็กตายกันบ่อย เพราะไข้ป่า (มาลาเรีย) (สอดคล้องกันที่แม่เผ่าในหมู่บ้านบอกว่า หมู่บ้านเดิมจะมีเด็กตายกันบ่อย เด็ก ๑๐ คนจะรอดประมาณ ๒-๓ คน) ชาวบ้านจึงย้ายมาอยู่ริมถนนซึ่งเป็นเส้นทาง R3A ในปัจจุบัน

น้องชันแก้ว บอกว่า พยาธิส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะเป็นเรื่อง “ท้องซี้ฮาก” ถ้าเป็นคนแก่ก็จะเป็นเรื่องโรคคนแก่ทั่วไป ถ้าเป็นเด็กก็จะเป็นในเรื่อง “ไข่ออกตุ่ม” ส่วนคนหนุ่มสาวก็จะเป็นในเรื่อง “ท้องซี้ฮาก” เป็นหลัก และหากไม่สบายมาก ชาวบ้านก็จะไปหาโรงหมอที่ห้วยทราย ซึ่งไปได้สะดวกเพราะหมู่บ้านอยู่ติดถนน มีรถผ่านตลอดเวลา นอกจากนี้ในหมู่บ้านยังมีหมอผีประจำหมู่บ้านอยู่ (แต่ไม่มีรายละเอียดว่าทำอะไรบ้าง หรือชาวบ้านใช้หมอผีในลักษณะไหน อย่างไร)

ทั้งนี้ คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะทำอะไร ปลุกข้าวโพดและเริ่มมีการปลูกยางพารา เพราะมีคนจีนเข้ามาส่งเสริมให้คนในหมู่บ้านปลูกยางพารา ซึ่งมีคนในหมู่บ้านเข้าร่วมไปแล้ว ๑๘ ราย โดยคนจีนที่เข้ามา บอกว่า “อยากได้เงินเท่าไรก็ได้” โดยทางคนจีนจะลงทุนให้หมด เรื่องกล้าพันธุ์ ปุ๋ย ยา โดยชาวบ้านจะใช้ที่ดินตนเอง และลงแรงปลูกและดูแลให้เท่านั้น แต่น้องชันแก้วบอกว่า ตนเองไม่อยากจะเข้าร่วมเพราะกลัวว่า “คนจีนจะยึดที่ดินไป” นอกจากนี้ คนหนุ่มสาวในหมู่บ้านบางส่วนได้ออกไปทำงานในเมืองไทยด้วย ส่วนใหญ่ไปทำงานที่จังหวัดลำปาง เพราะมีคนในหมู่บ้านไปทำงานอยู่แล้วหลายคน เลยชักชวนกันไป ซึ่งไปทำงานอะไร “ดีหรือไม่ดี” นั้นก็บอกไม่ได้

น้องชันแก้ว บอกว่า ถนนสาย R3A นั้นจะมีรถวิ่งทั้งวันทั้งคืน ทำให้นอนไม่ค่อยหลับ จะสะดุ้งตื่นบ่อยครั้ง แต่นานๆไปก็จะเริ่มชินไปเอง แต่ส่วนใหญ่ก็จะไปอยู่ไร่ที่สวนมากกว่า เพราะอยู่ที่บ้าน “มันบ่มวนเสียงมันดัง” นอกจากนี้มีเด็กในหมู่บ้านเคยโดนรถชนด้วยเช่นกัน

บ้านบ่อเต็น บ้านบ่อเต็นเป็นบ้านคนไทลื้อที่ย้ายมาจากหมู่บ้านบ่อเต็นเดิม ซึ่งปัจจุบันเป็นเขตพื้นที่สัมปทานของบริษัทจีนไปแล้ว หมู่บ้านนี้ย้ายมาอยู่บ้านบ่อเต็นใหม่ได้ประมาณ ๓ ปี มีประมาณ ๒๐๐ กว่าหลังคาเรือน แม่แสง บอกว่า ก่อนหน้านี้ที่ตั้งของหมู่บ้านเป็นบ่อเกลือ ชาวบ้านขายเกลือ ผู้หญิงก็จะตัดใบตองเอาไว้ห่อเกลือเพื่อขายให้กับทั้งฝั่งลาวและฝั่งจีน อีกทั้งคนไทลื้อยังมีญาติพี่น้องที่อยู่ฝั่งจีนอีกด้วย จึงมีการไปมาหาสู่กันตลอดเวลา นอกจากขายเกลือก็จะปลูกข้าวและถั่วเหลืองด้วย

แม่แสงกับแม่แสง บอกว่า หลังจากย้ายหมู่บ้านมาอยู่ที่ใหม่ ทำให้บ้านพี่น้องต้องอยู่กระจัดกระจายกันไป จากแต่เดิมเคยตั้งอยู่ใกล้ๆ กัน อีกทั้งการย้ายมาในพื้นที่ใหม่ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องที่ดินทำกินที่ไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เปลี่ยนมาทำไร่ข้าวโพดและปลูกยางพารา ในขณะที่ชาวบ้านบางส่วนก็ยังคงกลับไปทำนาในที่ดินเดิมที่ยังไม่ได้ถูกสัมปทาน รวมทั้งการหาพืชสมุนไพรต่างๆ ก็ยังคงกลับไปเอาในพื้นที่เดิม หมู่บ้านนี้ไม่มีคนไปทำงานที่เมืองไทย มีแต่ลูกสาวแม่แสงที่ไปแต่งงานกับคนไทยและอยู่ที่เชียงใหม่ ในขณะที่คนหนุ่มสาวบางส่วนก็ไปทำงานที่กาสิโนและที่อื่นๆ บ้าง

นอกจากนี้ แม่แสงบอกว่า คนในหมู่บ้าน “ย่านคนจีน” เพราะมีเรื่องการฆ่ากันในกาสิโน เพราะเล่นพนันแล้วไม่มีเงินจ่าย มีการจับขังคุก เรียกค่าไถ่ พอไม่ได้ก็ฆ่า คนในหมู่บ้านจึงกลัว เวลาจะไปหาสมุนไพร หรือจะไปในพื้นที่สัมปทาน ถ้าเป็นผู้หญิงจะต้องมีสามีไปด้วย กรณีคนในหมู่บ้านไปทำงานในกาสิโน ส่วนใหญ่ก็จะทำงานในช่วงตอนกลางวัน แต่ปัจจุบันไม่มีงานในกาสิโนก็ย้ายไปทำงานที่อื่นแทน

แม่แสงบอกว่า พอย้ายมาอยู่ที่ใหม่ อากาศไม่เหมือนที่เดิม เพราะเมื่อก่อนหมู่บ้านคนไทลื้อจะเป็น “ทุ่งเพียง” นาพื้นราบขนาดใหญ่ แต่ที่ใหม่มันมีพื้นที่ราบน้อย และเป็นพื้นที่ภูเขา ๒ ลูกทั้งด้านหน้าและด้านหลังและมีถนนตัดผ่าน รถวิ่งตลอดเวลา “ถ้าหน้าร้อนมันก็จะร้อนมาก มันร้อนกว่าตอนอยู่ที่หมู่บ้านเดิม”

และส่วนใหญ่ชาวบ้าน โดยเฉพาะเด็กน้อยจะเป็นโรค “ท้องซี้ฮาก” ในช่วงฤดูนี้ด้วย แต่ถ้าหน้าหนาวมันก็ยังคงหนาวไม่แตกต่างจากเดิมเท่าไร จะมีปัญหาในช่วงอากาศร้อน อีกทั้งพื้นที่ใหม่ปลูกพืชบางชนิดไม่ขึ้น มีปัญหาในเรื่องน้ำด้วย เพราะน้ำจากห้วยบ่อเต็นที่ผ่านกลางหมู่บ้าน เป็นน้ำที่ผ่านมาจากกาสิโน ซึ่งคนจีนทิ้งน้ำเสียและขยะลงในแม่น้ำ ทำให้เด็กน้อยที่ลงไปเล่นน้ำจึงเป็นโรคผิวหนังและผื่นคัน บางคนลงไปหาปลาที่โดนเศษแก้วบาดเท้า ทำให้ชาวบ้านจึงเลิกใช้แม่น้ำที่มาจากห้วยบ่อเต็นและไม่ให้เด็กน้อยลงไปเล่นน้ำด้วย แต่ชาวบ้านยังใช้น้ำดังกล่าวเพื่อรดน้ำแปลงผักที่ปลูกอยู่ริมแม่น้ำเท่านั้น กรณีเรื่องน้ำจากห้วยบ่อเต็นที่ใช้ไม่ได้นั้น ทางชาวบ้านเคยไปแจ้งกับทางท้องถิ่น แต่ก็ไม่ได้มีการช่วยเหลืออะไร แม่แลง บอกว่าทางรัฐ “เอากันมาอิด” (เอาชาวบ้านมาอยู่ในที่ลำบาก ไม่มีน้ำ ไม่มีที่ทำกิน) ทั้งนี้ ที่ตั้งของหมู่บ้านแต่เดิม ชาวบ้านจะใช้น้ำจากห้วยบ่อเต็นทั้งซักผ้า อาบน้ำ หาปลาและมีน้ำสาบ (น้ำบ่อ) เอาไว้กินดื่ม แต่หลังจากย้ายหมู่บ้านมาพื้นที่ใหม่และพบว่าน้ำไม่สะอาดจึงต้องเลิกใช้ไป เปลี่ยนมาใช้น้ำจากห้วยพระปุนและห้วยตาสิงซึ่งอยู่ห่างจากหมู่บ้านไปประมาณ ๑ กิโลเมตรแทน โดยมีการสร้างอ่างเก็บน้ำไว้ในบ้านด้วย

ทั้งนี้แม่แลง บอกว่า หากชาวบ้านไม่สบาย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะไปที่อนามัยหมู่บ้าน แต่เป็นของเอกชน ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพง บางครั้งชาวบ้านต้องจ่ายค่ายา ๑๐๐-๒๐๐ บาท แต่หากไม่สบายมากก็สามารถไปหาหมอได้ที่บ้านนาเตย ซึ่งเป็นหมู่บ้านใหญ่จึงมีอนามัยรัฐประจำหมู่บ้าน หรือไม่ก็ไปโรงหมอใหญ่ที่อยู่ในหลวงน้ำทาแทน

นอกจากนี้แม่แลงยังพูดถึง ความต้องการสร้างวัดในหมู่บ้าน ซึ่งปัจจุบันหมู่บ้านยังไม่ได้มีการสร้างวัด และย้ายพระพุทธรูปตนหลวงจากหมู่บ้านเดิมมาไว้หมู่บ้านใหม่ ชาวบ้านจึงนำแต่พระพุทธรูปองค์เล็กมาไว้ที่อารามวัดชั่วคราวไปก่อน ซึ่งมีพระจำพรรษาอยู่ ๑ รูป

งานศึกษาว่าด้วย “ถนนสาย R3A”

อาจกล่าวได้ว่า ถนนสาย R3A เกิดขึ้นจากความคิดในระดับนโยบาย ๒ ด้าน ด้านแรก เป็นผลผลิตของนโยบาย “จินตนาการใหม่” หรือ “กลไกเศรษฐกิจใหม่” (New Economic Mechanism) ของรัฐบาลลาว ภายหลังการเปลี่ยนการปกครองของประเทศ เพื่อหวังใช้กลไกตลาดในการพัฒนาเศรษฐกิจพัฒนาประเทศ ผ่านการปฏิรูประบบการผลิต การค้า การคลัง การเงิน รัฐวิสาหกิจและการกระจายอำนาจให้แก่แขวงต่างๆ พร้อมทั้งเปิดประเทศเพื่อสนับสนุนการลงทุนของต่างชาติ (สุรัชย์ ศิริไกร ๒๕๔๘) อีกด้าน คือ ความคาดหวังของการรวมกลุ่มภูมิภาคทางเศรษฐกิจในเครือข่ายประเทศลุ่มน้ำโขงตอนบนเชื่อมต่อกันระหว่างจีนตอนใต้ ไทย ลาว ตามโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ^๑ และการรวมกลุ่มภูมิภาคลุ่มน้ำโขง (GMS (Greater Mekong Sub-region Economic Cooperation) ในเวลาต่อมา การก่อสร้างเส้นทาง R๓E เกิดขึ้นภายหลังการประชุมในปี ๑๙๙๔ ระหว่างตัวแทนจากประเทศไทย ลาวและประเทศจีนที่มณฑลยูนนาน เพื่อพัฒนาเส้นทางสาย อ. เชียงของ-หลวงน้ำทา-ชายแดนจีนเป็นการเร่งด่วน”^๒ โดยมีธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย หรือ ADB ก็ได้อนุมัติเงินกู้ให้กับลาวเพื่อพัฒนา การให้ช่วยเหลือและการสนับสนุนทางการเงินจาก ADB ในโครงการก่อสร้าง

^๑ โครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ (Quadrangle Economic Cooperation) เป็นความร่วมมือทางเศรษฐกิจของสี่ประเทศลุ่มแม่น้ำโขงตอนบน ซึ่งประกอบด้วย ประเทศไทย พม่า ลาวและจีน (มณฑลยูนนาน) ที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวของภาคเอกชนของทั้ง ๔ ประเทศ เพื่อจะร่วมมือกันพัฒนาโครงการพื้นฐานทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเส้นทางคมนาคม ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ การพัฒนาการท่องเที่ยว การค้าและการลงทุนร่วมกัน

^๒ บันทึกการประชุมสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจที่มณฑลยูนนาน วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๓๖ ใน ศูนย์พัฒนาภาคเหนือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๓๗) รายงานความก้าวหน้า โครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ๖ ประเทศ (ลาว-กัมพูชา-เวียดนาม-จีน-พม่า-ไทย)

สาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานต่างๆ ในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง แม้เป้าหมายหลักเพื่อการพัฒนากระบวนคมนาคมขนส่ง การเชื่อมต่อระหว่างประเทศอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง สามารถลดความยากจนภายในประเทศ และช่วยให้ระบบเศรษฐกิจภายในประเทศเหล่านั้นเจริญเติบโต แต่การพัฒนาสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานดังกล่าวก็สอดคล้องกับผลประโยชน์ทางการค้าและการลงทุนของญี่ปุ่น ในฐานะผู้มีบทบาทสำคัญใน ADB ที่มีในกลุ่มประเทศเหล่านี้ด้วย (นรุตม์ เจริญศรี ๒๕๕๓)

“ถนน” กับเครื่องมือทางการเมืองของรัฐ

เส้นทาง R3A ในลาวเริ่มก่อสร้างเมื่อปี ๒๐๐๕ มีระยะทางทั้งหมด ๒๒๖ กิโลเมตร ภายใต้ความสนับสนุนทางการเงินจาก ADB เส้นทางคมนาคมเส้นนี้อยู่ในพื้นที่ที่มีภูเขาสูง การสัญจรไปมาค่อนข้างลำบาก และสามารถใช้เส้นทางนี้ได้ในช่วงฤดูแล้ง

แม้ว่า ในด้านหนึ่ง การพัฒนาคมนาคมขนส่ง ถนนและสาธารณูปโภคในลาว ทำให้เกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภูมิภาค ทำให้การเดินทางของผู้คน สินค้า ติดต่อกันได้อย่างสะดวกรวดเร็วขึ้นและนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตทางการค้าระหว่างกันได้มากขึ้น แต่อีกด้าน ถนน กลับกลายเป็นเครื่องมือของรัฐบาลลาวในการจัดการควบคุมปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับคนบนพื้นที่สูงในเขตภาคเหนือตอนบน

จะพบว่า ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ ๔ (๑๙๙๖-๒๐๐๐) รัฐบาลลาวได้กำหนดให้แขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทา (ซึ่งเป็นพื้นที่ของการพัฒนาเส้นทางคมนาคมขนส่ง R3E) เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษสำหรับการส่งเสริมการท่องเที่ยว การค้า การพัฒนา อุตสาหกรรมและพลังงาน (สุรัชย์ ๒๕๔๘: ๒๓๓) แต่ในเขตนี้ จัดอยู่ในเขตที่ค่อนข้างยากจน และมีกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลายอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงจำนวนมาก (Lyttleton and Sisouvanh ๒๐๑๑:๓) พร้อมๆ กับการกำหนดให้ภาคเหนือตอนบนเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ รัฐบาลลาวยังออกนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนบนที่สูงอีกหลายนโยบายบนฐานความคิดที่มองว่าคนเหล่านี้ “ล้าหลัง” และ “จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา” ด้วย ไม่ว่า นโยบายอพยพโยกย้าย (Resettlement) เพื่อลดการทำไร่หมุนเวียน และเพื่อยุติการปลูกฝิ่น เพราะมองว่า นอกจากแก้ปัญหาความยากจนของกลุ่มชาติพันธุ์ได้แล้ว ยังช่วยรักษาฝิ่นป่าและปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้นจากการปลูกฝิ่นด้วย (Lyttleton ๒๐๐๔)

นโยบายการอพยพโยกย้ายคนพื้นที่สูงลงมาอยู่พื้นราบ โดยเฉพาะให้มาตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ (Focal Zones) ที่มีถนนหนทาง ไฟฟ้า โรงเรียนและการบริการด้านสุขภาพอยู่แล้ว จะสามารถประหยัดงบประมาณได้มากกว่าการนำการพัฒนาไปยังพื้นที่ห่างไกล อีกทั้งยังทำให้กลุ่มคนเหล่านี้เข้าร่วมในระบบตลาด การค้าและการเป็นแรงงานได้ง่ายขึ้น

ในประเทศลาว นโยบายการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการก่อสร้างโครงข่ายคมนาคมขนส่งและสาธารณูปโภคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนบนพื้นที่สูงอย่างมาก เพราะการตัดถนนผ่านหมู่บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศลาว ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้นถึง ๙๐ หมู่บ้าน ประชากรประมาณ ๓๗,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้เกือบ ๙๐ เปอร์เซ็นต์เป็นกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ขมุที่มีหมู่บ้านในบริเวณดังกล่าวถึง ๓๖ หมู่บ้าน และเนื่องจากกลุ่มคนชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยเหล่านี้อยู่ในพื้นที่สูงและห่างไกลจากบริการด้านต่างๆ ของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นบริการทางการศึกษา สุขภาพอนามัย จึงทำให้การสร้างถนนในบริเวณเหล่านี้จะจึงจัดอยู่ในแผนการพัฒนาเพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้มีโอกาสนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทางเศรษฐกิจของรัฐมากขึ้น (Lyttleton ๒๐๐๙: ๑๑-๑๒) ในแง่นี้ ผลจากการก่อสร้างถนน ทำให้รัฐบาลลาวตามข้อเสนอของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียต้องกำหนดแผนการอพยพโยกย้าย (Resettlement plan) ชาวบ้านลงมาอาศัยอยู่ตามถนนเพื่อบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาเรื่องที่ดิน และมีการวางแผนการปฏิบัติงานทางสังคม (social

action plan- SAP) เพื่อส่งเสริมโครงการที่ให้ประโยชน์ต่อชุมชนที่อาศัยอยู่ตามถนนภายหลังการอพยพโยกย้าย

งานศึกษาของ Evrard and Goudineau (๒๐๐๔) ให้ความสนใจเกี่ยวกับการตัดถนน ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศลาวว่า ถนนเคยถูกมองว่าจะนำพาเศรษฐกิจความมั่งคั่งมาให้ผ่านการเคลื่อนย้ายของผู้คนและสินค้าในประเทศ แต่ปัจจุบันจะพบว่า ถนนกลับกลายเป็น “เครื่องมือ” (means) ของรัฐในการขยายอำนาจในการควบคุมประชากรที่อยู่ห่างไกลให้อยู่ในสายตาและการควบคุมมากขึ้น ดังเช่น การอพยพโยกย้ายกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงที่เกิดขึ้นบนถนนสาย ๑๗ B ระหว่างเมืองสิงห์-เมืองลอง-เชียงกอก (ถนนเส้นรองขยายจากเส้นหลัก R3A) คือ หนึ่งในกลวิธีของรัฐบาลลาวที่ใช้นโยบายการพัฒนาชนบท ไม่ว่าจะเป็น ถนนเส้นใหม่ โรงเรียน งานสาธารณสุข การปฏิรูปที่ดินและสิทธิการใช้ที่ดิน การทำการเกษตรอย่างเข้มข้น การอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากรป่าไม้ ที่ถูกออกแบบมาเพื่อดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการอพยพโยกย้ายประชากรบนพื้นที่สูง กลวิธีเหล่านี้ยังกลายเป็นเครื่องมือที่รัฐใช้ในการเร่งผนวกวัฒนธรรมความแตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงของลาวให้เข้าไปสู่ “วัฒนธรรมแห่งชาติลาว” (National Culture) อีกด้วย (Evrard and Goudineau ๒๐๐๔: ๓)

การพัฒนาเส้นทาง R3A และการย้ายหมู่บ้านของกลุ่มชาติพันธุ์มาไว้บนถนนเพื่อการพัฒนา ผลพวงจากนโยบายดังกล่าวก็ได้นำไปสู่ความหวังให้กับกลุ่มคนชายขอบบางกลุ่มเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในห้วงของการพัฒนาด้วยเช่นกัน เช่น อ้ายนิ กำจัน เป็นคนขมุที่ย้ายมาจากหมู่บ้านขมุในนาแล ใกล้หลวงน้ำทา โดยอ้ายนิบอกว่าแต่เดิมเป็นครูอยู่ที่บ้านนาแล แต่เนื่องจาก “บู้ (ไม่รู้) การพัฒนา” และหมู่บ้านมีปัญหาภัยกันตายภายในหมู่บ้าน “เฮ็ดอะยัง (ทำอะไร) ก็ยุ่งยาก” อ้ายนิจึงย้ายมาตั้งบ้านเรือนอยู่ในบ้านน้ำแพร่ ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีคนขมุจากบ้านก้อมาตั้งบ้านเรือนอยู่แล้ว เป็นต้น และแน่นอนว่า ผลจากการพัฒนาได้ส่งผลกระทบต่อทำให้กลุ่มคนเหล่านี้เข้าถึงการบริการของรัฐทั้งด้านการศึกษาและระบบสาธารณสุขได้มากกว่าเดิม เช่น กรณีของคนขมุในบ้านน้ำแพร่ ที่ตั้งอยู่ริมถนนสาย R3A ในปัจจุบัน ชาวบ้านส่วนใหญ่ย้ายมาจากหมู่บ้านก้อ ซึ่งตั้งอยู่ด้านล่างภูเขาที่หมู่บ้านตั้งอยู่ในปัจจุบัน นื่องชันแก้ว บอกว่า ชาวบ้านย้ายหมู่บ้านมาอยู่ริมถนน R3A เพราะก่อนหน้านี้ที่หมู่บ้านมีปัญหาเด็กตายกันบ่อย เพราะไข้ป่า (มาลาเรีย) สอดคล้องกันกับแม่เฒ่าในหมู่บ้านที่บอกว่า หมู่บ้านก้อเดิมจะมีเด็กตายกันบ่อย เด็ก ๑๐ คนจะรอดประมาณ ๒-๓ คน ชาวบ้านจึงย้ายมาตั้งหมู่บ้านอยู่ด้านบนภูเขา ซึ่งอยู่ริมถนน R3A ทำให้ปัจจุบันชาวบ้านเดินทางไปโรงพยาบาลที่บ่อแก้วได้สะดวกมากขึ้น

การพัฒนาถนนหนทาง ซึ่งส่งผลการเข้าถึงระบบสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาของรัฐที่สามารถคาดเดาได้ หากแต่การพัฒนานี้ก็ได้ทำให้ชาวบ้านเผชิญปัญหาในรูปแบบใหม่ของการพัฒนามากขึ้น เช่น นื่องชันแก้ว บอกว่า ถนนสาย R3A นั้นจะมีรถวิ่งทั้งวันทั้งคืน (โดยเฉพาะรถบรรทุกขนาดใหญ่ที่ขนส่งสินค้าจากจีนตอนใต้ผ่านมาทาง สปป.ลาว และรถบรรทุกถ่านหินจากเวียงจันทน์ของ สปป.ลาว เข้ามาทางอำเภอเชียงของ ประเทศไทย: ผู้เขียน) ทำให้เธอนอนไม่ค่อยหลับ จะสะดุ้งตื่นบ่อยครั้ง แต่นานๆไปก็จะเริ่มชินไปเอง แต่ส่วนใหญ่เธอก็จะไปอยู่ในไร่ในสวนมากกว่า เพราะอยู่ที่บ้าน “มันบ่มวน เสียงมันดัง” หากเราเดินทางในเส้นทางนี้ เราก็จะพบว่าบางส่วนของหมู่บ้านกลุ่มชาติพันธุ์นั้นตั้งอยู่ติดริมถนนสายนี้มาก ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าสภาวะทางเสียงที่ดังและไม่คุ้นเคยนั้นเกิดขึ้นเช่นเดียวกับหมู่บ้านกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ที่ตั้งอยู่ใกล้กับเส้นทางถนนสายนี้ด้วยเช่นกัน

การพัฒนาจึงนำมาซึ่งความเสี่ยง (risk) รูปแบบใหม่ๆ แก่กลุ่มคนที่ต้องได้รับผลจากการพัฒนา เช่นเดียวกับ กรณีของชาวบ้านในหมู่บ้านบ่อเต็น ที่ให้ข้อมูลว่า การย้ายมาอยู่ในพื้นที่ใหม่นั้น อากาศไม่เหมือนที่เดิม เพราะเมื่อก่อนหมู่บ้านคนไทลื้อจะเป็น “ทุ่งเพียง” นาพื้นราบขนาดใหญ่ แต่ที่ใหม่มันมีพื้นที่ราบน้อย

และเป็นพื้นที่ภูเขา ๒ ลูกขนานทั้งด้านหน้าและด้านหลังและมีถนน R3E ตัดผ่านตรงกลาง อีกทั้งมีรถบรรทุกวิ่งตลอดเวลา “ถ้าหน้าร้อนมันก็จะร้อนมาก มันร้อนกว่าตอนอยู่ที่หมู่บ้านเดิม” และส่วนใหญ่ชาวบ้านโดยเฉพาะเด็กน้อยจะเป็นโรค “ท้องซึกฮาก” หรือ โรคท้องร่วงในช่วงฤดูนี้ด้วย แต่ถ้าหน้าหนาวมันก็ยังคงหนาวไม่แตกต่างจากเดิมเท่าไร จะมีปัญหาในช่วงอากาศร้อน นอกจากนี้ พื้นที่ใหม่ปลูกพืชบางชนิดไม่ขึ้นและมีปัญหาในเรื่องน้ำด้วย แต่เดิมนั้นชาวบ้านจะคุ้นเคยกับการใช้น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ (ห้วยบ่อเต็น) และตั้งหมู่บ้านใกล้กับแหล่งน้ำ แหล่งน้ำธรรมชาติจะใช้ทั้งซักผ้า อาบน้ำ หาลาและมิน้ำสาบ (น้ำจากบ่อน้ำ) เอาไว้กินดื่ม แต่เมื่อมีการอพยพโยกย้ายหมู่บ้านตามนโยบายของรัฐบาลแล้ว ปรากฏว่า แหล่งน้ำธรรมชาติจากห้วยบ่อเต็นที่ผ่านกลางหมู่บ้านที่ตั้งขึ้นใหม่นั้น ได้รับน้ำที่ผ่านมาจากพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษหรือกาสิโนของกลุ่มทุนจีน ซึ่งคนจีนทิ้งน้ำเสียและขยะลงในแม่น้ำ ทำให้เด็กเล็กที่ลงไปเล่นน้ำจึงเป็นโรคผิวหนังและผื่นคัน บางคนลงไปหาปลาที่โดนเศษแก้วบาดเท้า ทำให้ชาวบ้านจึงเลิกใช้น้ำในแม่น้ำที่มาจากห้วยบ่อเต็นและห้ามไม่ให้เด็กน้อยลงไปเล่นน้ำดังกล่าว แต่ชาวบ้านยังใช้น้ำดังกล่าวเพื่อรดน้ำแปลงผักที่ปลูกอยู่ริมแม่น้ำเท่านั้น กรณีเรื่องน้ำจากห้วยบ่อเต็นที่ใช้ไม่ได้นั้น ทางชาวบ้านเคยไปแจ้งกับทางห้องการ แต่ก็ไม่ได้รับการช่วยเหลืออะไร แม้แล้ง บอกว่าทางรัฐ “เอากันมาอึด” (เอาชาวบ้านมาอยู่ในที่ลำบาก ไม่มีน้ำ ไม่มีที่ทำกิน) หลังจากย้ายหมู่บ้านมาพื้นที่ใหม่และพบว่าน้ำไม่สะอาด ชาวบ้านจึงต้องเลิกใช้ไป เปลี่ยนมาใช้จากห้วยพระปุนและห้วยตาสิงซึ่งอยู่ห่างจากหมู่บ้านไปประมาณ ๑ กิโลเมตรแทน โดยปรับตัวด้วยการสร้างอ่างเก็บน้ำไว้ในบ้านด้วย

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ซึ่งถูกอพยพโยกย้ายจากพื้นที่สูงให้ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบเขตเมืองสิงห์และเมืองลอง ซึ่งเป็นเส้นทางสาย ๑๗B ตามนโยบายของรัฐบาลลาว นโยบายดังกล่าวส่งผลทำให้กลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นแรงงานให้กับกลุ่มคนลาวที่อาศัยอยู่พื้นราบและกลุ่มคนจีนที่เข้ามาลงทุนในลาว นอกจากนี้กลุ่มคนเหล่านี้ยังเข้าสู่ระบบตลาดของเมืองมากขึ้น และในขณะเดียวกันการอพยพโยกย้ายก็ได้นำมาซึ่งผลกระทบจากการพัฒนาที่ไม่ได้วางแผนไว้ด้วยเช่นกัน เช่น อัตราการตายของกลุ่มคนชาติพันธุ์หลังการอพยพโยกย้ายที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการตายด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งมีการสันนิษฐานว่าเป็นเพราะการปรับเปลี่ยนสภาพทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศ การขาดภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดจากยุงและการเข้าถึงแหล่งน้ำที่สะอาดและบริการด้านการแพทย์จากรัฐ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการจัดสรรที่ดินทำกินและทรัพยากรธรรมชาติแห่งใหม่ที่ไม่เพียงพอ จนนำมาสู่ปัญหาความขัดแย้งระหว่างชาติพันธุ์ที่ถูกอพยพโยกย้ายมาอยู่ด้วยกัน อีกทั้งด้วยปัจจัยของการขาดแคลนที่ดินทำกิน และการเข้าสู่ระบบตลาด การค้าและการจ้างงานมากขึ้นก็ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานชายและหญิงของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งก็นำไปสู่ปัญหาของการเพิ่มโรคอื่นๆ ตามมา เช่น การแพร่กระจายของโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบุคคลในครอบครัว รวมถึงกลุ่มหญิงสาวชาติพันธุ์ที่เข้าสู่ธุรกิจการค้าทางเพศและร้านบาร์ใกล้เส้นทางที่ถูกพัฒนา เป็นต้น (อรัญญา ๒๕๕๔)

Peter F. Bell (๑๙๙๖:๔๙) เสนอว่าการพัฒนาและรูปแบบการพัฒนาที่ดำเนินไปอย่างผิดรูปแบบ (Maldevelopment) ล้วนส่งผลกระทบด้านลบต่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจของความไม่เท่าเทียม ความไม่ราบรื่น และการกระจายทรัพยากรทางวัฒนธรรม ต่อกลุ่มคนที่ต้องรองรับวิถีการพัฒนาจากรัฐ โดยเฉพาะทรัพยากรธรรมชาติและกลุ่มผู้หญิงเป็นอย่างมาก ซึ่งในกรณีนี้ก็คือกลุ่มคนชาติพันธุ์ในพื้นที่ที่รองรับการพัฒนาที่เกิดขึ้นในลาวภาคเหนือปัจจุบัน การพัฒนาที่กำหนดโดยรัฐข้างต้น ส่งผลต่อการทำให้กลุ่มคนชาติพันธุ์ในพื้นที่ของการพัฒนา ซึ่งต้องขาดแคลนที่ดินทำกินและไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติที่เคยมีจากนโยบายการพัฒนาของรัฐได้อีกต่อไป อีกทั้งการต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เข้าสู่ระบบตลาด การค้าและการจ้างงานหรือการมีวิถีชีวิตในแนวทางเช่นเดียวกันรัฐกระแสหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้มากขึ้น

จากการเก็บข้อมูลร้านกินดื่มที่อยู่ใกล้เส้นทาง R3E ของ Chris Lyttleton and Sisouvanh Vorabouth (๒๐๑๑) ตั้งแต่บริเวณบ่อเต็น (“Golden Boten City” เขตเศรษฐกิจพิเศษ หรือกาสิโนของกลุ่มทุนจีน) เมืองน้ำทา ห้วยทราย จนถึงเมืองต้นผึ้ง (บริษัทดอกจิวคำ หรือ “Kings romans” เขตเศรษฐกิจพิเศษ หรือกาสิโนของกลุ่มทุนจีน) พบว่า ร้านกินดื่มใกล้กับเส้นทาง R๓E มีมากถึง ๖๔ ร้านและมีกลุ่มผู้หญิงบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขมุโดยประมาณ ๑๕๗ คน ซึ่งมีอายุระหว่าง ๑๕ ถึงประมาณ ๒๐ กว่าปี ในขณะที่สัดส่วนของกลุ่มผู้หญิงชาติพันธุ์อื่นน้อยกว่าอย่างเห็นได้ชัด ข้อมูลจากการตรวจพบของหน่วยควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี ๒๐๐๕ พบว่า ผู้หญิงบริการทางเพศในแขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทาเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคหนองในเทียม (Chlamydia) ๔๔% และโรคหนองใน (Gonorrhea) ๓๖% ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับที่สูง และเพื่อที่จะทำความเข้าใจสถานการณ์ที่มีผู้หญิงชาติพันธุ์ขมุเข้าสู่อาชีพบริการทางเพศเพิ่มขึ้นและกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจมองได้ว่าเกิดจากโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมที่ผู้หญิงเหล่านี้ต้องเผชิญทั้งในบริบทของชาติพันธุ์ นโยบายการพัฒนาของรัฐที่มีต่อกลุ่มชาติพันธุ์ จนนำมาสู่ความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมในบริบทของการบริการทางเพศระหว่างลูกค้าชายและกลุ่มผู้หญิงบริการ พวกเขาต้องเผชิญความเสี่ยงจากการติดโรคทางเพศสัมพันธ์จากการลูกค้าที่ไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัยในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการต่างๆ และในขณะเดียวกันโรคที่ส่งผ่านการมีเพศสัมพันธ์เหล่านี้ก็จะถูกส่งผ่านไปยังกลุ่มแม่บ้าน หรือผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยด้วย ทั้งนี้การมีผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าสู่ธุรกิจการบริการทางเพศเพิ่มขึ้นก็สะท้อนให้เห็นผลของการพัฒนาและความทันสมัยที่รัฐพยายามกำหนดให้กับกลุ่มคนเหล่านี้ ถึงแม้ว่ารัฐจะอ้างว่าการพัฒนานั้นไม่เกี่ยวข้องกับการเติบโตของธุรกิจการค้าทางเพศ แต่ทั้งสองสิ่งกลับเป็นส่วนที่ดำเนินคู่กันมาโดยตลอด (ผาสุก พงษ์ไพจิตร ๒๕๕๓: ๖๗)

งานของ อริยญา (๒๕๕๔) ชี้ให้เห็นว่า มีการค้นพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน ๖๑๔ คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มเป็น ๔๐ คน จากเดิมในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีเพียง ๖ คนเท่านั้น (อริยญา ๒๕๕๔ :๕๓) นอกจากกลุ่มคนเหล่านี้จะอยู่ในภาวะเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเป็นผู้ติดเชื้อมากขึ้นแล้ว พวกเขา/เธอยังต้องเผชิญหน้ากับการถูกตั้งข้อรังเกียจและถูกกีดกันจากชุมชนและสังคม หากมีการเปิดเผยตัว (บนภาวะจำยอม) ว่าเป็นผู้ติดเชื้อไปด้วย ในขณะที่ผู้ติดเชื้อซึ่งมีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ดีกว่าสามารถที่จะหาทางเลือกในการรักษาตัวเพื่อลดการเผชิญหน้ากับแรงกดดันทางสังคมได้มากกว่า

Cohen and Lyttleton (๒๐๐๔) พบว่า ไม่เพียงแต่การอพยพเคลื่อนย้ายที่ทำให้ผู้คนจากภายนอกและท้องถิ่นเกิดความเชื่อต่อเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ปัจจุบัน รูปแบบและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มที่เคลื่อนย้ายและไม่เคลื่อนย้ายได้ทำให้โอกาสในการขยายตัวของเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน ดังเช่น นโยบายการพัฒนาได้นำพากลุ่มคนบางกลุ่ม ซึ่งในกรณีศึกษา คือ คนขับรถบรรทุกชาวจีนและแรงงานจีนเดินทางเข้ามาอย่างต่อเนื่องผ่านถนนสายหลักเส้น R3A และต่อถนนสายรอง 17B ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับการเจริญเติบโตและการขยายการค้าระหว่างภูมิภาค การเดินทางเข้ามาของคนใหม่ ๆ ทั้งคนขับรถบรรทุกชาวจีนและแรงงานจีนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ขึ้นบนถนนเส้น 17B นี้ กล่าวคือ เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบใหม่ระหว่างคนขับรถและแรงงานชาวจีนที่ได้ใช้ถนนกับคนบนพื้นที่สูงที่ถูกอพยพลงจากดอยมาอยู่บนถนนและทำการตั้งถิ่นฐานใหม่ในบริเวณใกล้เคียง แม้ไม่สามารถกล่าวได้ว่า ถนนและการเคลื่อนย้ายของคนทั้งสองกลุ่มเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การค้าทางเพศขยายตัวขึ้น แต่อาจบอกได้ว่าความต้องการในเชิงวัตถุและการบริโภคตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ ๆ ที่มาพร้อมกับการพัฒนาได้นำพาเรื่องผลประโยชน์และผลกระทบด้านลบต่าง ๆ ให้เกิดขึ้น ซึ่งนับรวมไปถึงการแพร่กระจายเชื้อโรคด้วยจากปฏิสัมพันธ์ใหม่ ๆ ของคนเหล่านี้

จะพบว่า ความหลากหลายของประชากรในเขตเมืองสิงห์และเมืองลอง ทางภาคเหนือตอนบนของลาว ทำให้เกิดการติดต่ออย่างใกล้ชิดระหว่างผู้อพยพเคลื่อนย้ายสองกลุ่ม คือ คนขับรถบรรทุกและแรงงานชาวจีน กับกลุ่มชาติพันธุ์ที่ถูกผลักดันจากพื้นที่สูงตามนโยบายการสร้างถนน การพัฒนาชนบทและนโยบายลดความยากจน (ผ่านเรื่องการลดการทำไร่ย้ายที่และการอนุรักษ์ป่า) ของรัฐบาลลาว ในกรณีศึกษาของ Cohen and Lyttleton (๒๐๐๔) พบว่า หมู่บ้านคนลาวสูง ลาวเทิงที่ถูกอพยพลงมาจากภูเขาเข้ากับแรงงานท้องถิ่นที่ทำการเกษตรริมถนน หรือในสวนยางพารา หรือสวนปาล์มที่ลงทุนโดยนายทุนจีน และแรงงานจากภายนอกชาวจีนได้เข้ามาปฏิสัมพันธ์กัน ความต้องการแรงงานจากการทำเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมเกษตรดังกล่าวได้นำพาคนจากภายนอกเข้าสู่วงจรทางสังคมและวงจรทางกายภาพผ่านการขยายตัวของผับ บาร์ ไนท์คลับ และร้านกินดื่มที่ส่งเสริมให้เกิดการค้าบริการทางเพศเพิ่มมากขึ้นและสุดท้ายนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการขยายตัวของเชื้อเอชไอวีเอดส์ในภูมิภาคนี้

นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของบาร์ ไนท์คลับ ร้านกินดื่มบริเวณชุมชนหมู่บ้านตามถนนสาย ๑๗B ในปัจจุบันได้กลายเป็นแหล่งพบปะของผู้คนที่มีความแตกต่างหลากหลายได้ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กันทั้งในเรื่องทางเพศและเรื่องทางสังคมอื่น ๆ

นโยบายการพัฒนา เพื่อให้แขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทา (บนเส้นทางคมนาคมขนส่ง R3A) ให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษสำหรับการส่งเสริมการท่องเที่ยว การค้า การพัฒนา อุตสาหกรรมและพลังงานต่างๆ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจห้าปีฉบับที่สี่ของรัฐบาลลาว (อ้างแล้ว) ดูจะไม่ห่างไกลจากความเป็นจริง เพราะหลังจากที่รัฐบาลลาวเปิดประเทศและเปิดด่านสากลบริเวณภาคเหนือของลาว ทำให้มีสถิตินักท่องเที่ยวเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งการท่องเที่ยวยังเป็นรายได้หลักอันดับสองของประเทศ รองจากรายได้จากพลังงานและเหมืองแร่ (อรัญญา ๒๕๕๔: ๔๒) และเช่นเดียวกันกลุ่มคนชาติพันธุ์ในลาวต้องกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบตลาด การค้าและการจ้างงานในรูปแบบต่างๆ ที่เพิ่มสูงขึ้น พวกเขา/เธอต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เกิดจากนโยบายการพัฒนาของรัฐมากขึ้น อีกทั้ง การขยายตัวของธุรกิจบันเทิงและการท่องเที่ยวที่เพิ่มสูงขึ้นโดยมีกลุ่มผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าสู่ธุรกิจเหล่านี้มากขึ้น ก็ล้วนผลักดันให้กลุ่มคนเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการได้รับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเภทต่างๆ ที่พวกเขาต้องแบกรับไว้มากขึ้น และไม่ใช่แต่เฉพาะการรอรับโรคทางเพศสัมพันธ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาเท่านั้น พวกเขาจะต้องรอรับความกดดันทางสังคมที่จะเกิดตามมาด้วย ทั้งการถูกกีดกันจากทางสังคมในฐานะผู้ติดเชื้อ การถูกประทุษร้ายว่าเป็นผู้ละเมิดศีลธรรมทางเพศของสังคม การแยกตัวเองออกจากสังคมเพราะกลัวการถูกรังเกียจและดูแคลน ทั้งนี้ งานของ Farmer (๑๙๙๙) เสนอว่า หากจะทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อโดยไม่มองว่าเป็นเรื่องบังเอิญ หรือ อุบัติเหตุ แต่เสนอให้ทำความเข้าใจพวกเขา/เธอ ในฐานะเหยื่อของความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) ที่ต้องรองรับผลจากการพัฒนาของกลุ่มผู้มีอำนาจทางการเมืองและไม่มีอำนาจต่อรอง หรือกำหนดความเป็นไปของการดำรงชีวิตได้ อีกทั้ง ยังต้องกลายเป็นกลุ่มคนที่ต้องแบกรับสภาวะความกดดันทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ซึ่งได้ก่อให้เกิดสภาวะของการเจ็บป่วยและประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่สร้างความยากลำบากและความทุกข์ทนต่อการดำรงชีวิตตามมา เช่นเดียวกับที่ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (๒๕๔๘) เสนอว่า การทำความเข้าใจโรคใดๆ ในลักษณะของปัญหาสุขภาพและมองว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอในการทำความเข้าใจผู้คนที่อยู่ในอาการเจ็บป่วยนั้นๆ หากแต่ยังต้องทำความเข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม และการเอารัดเอาเปรียบที่เกิดขึ้นในสังคมและวัฒนธรรมเหล่านั้น ซึ่งได้สร้างและบ่มเพาะความเจ็บป่วยและตราประทับให้กับกลุ่มคนเหล่านั้นด้วย

บทที่ ๕

ชลองโตนเล: การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอด และการดูแลหลังคลอด ในประเทศกัมพูชา กรณีศึกษา จังหวัดสีหนุวิลล์ ประเทศกัมพูชา

บุษบก วิเศษพลชัย

ในแต่ละสังคมของมนุษย์ต่างก็มี ความแตกต่าง หลากหลาย ของผู้คนที่มาอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ทำให้ สุขภาพ และความเจ็บป่วยในแต่ละสังคม เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ สลับซับซ้อน และเป็นพลวัตร ส่งผล ให้ระบบการแพทย์ที่มนุษย์สร้างขึ้นในแต่ละสังคม ต่างก็ต้องมีมากกว่าหนึ่งระบบ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อ มิติต่างๆ ของสุขภาพ และความเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม (โกมาตร, ๒๕๔๘) นอกจากนี้ระบบการแพทย์ ทั้งหลาย ที่ดำรงอยู่ในแต่ละสังคม ต่างก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง ไปพร้อมๆ กับการเคลื่อนไหว ของแต่ละสังคม

ดังนั้นการทำความเข้าใจ ระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในแต่ละสังคมในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจ มิติต่างๆ ของสุขภาพ และความเจ็บป่วยในสังคมนั้นๆ ไปพร้อมๆ กับการทำความเข้าใจประวัติศาสตร์การ เปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์ของสังคมนั้นๆ ด้วย

เช่นเดียวกับการศึกษาการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอด และการดูแลหลังคลอดใน ประเทศกัมพูชา ในยุคปัจจุบัน ที่ผู้เขียนนำเสนอผ่านบทความชิ้นนี้ ซึ่งจำเป็นต้องทำความเข้าใจทั้ง มิติต่างๆ ของสุขภาพ และความเจ็บป่วย ในประเทศกัมพูชา และประวัติศาสตร์ของระบบการแพทย์ในประเทศกัมพูชา ไปพร้อมๆ กัน เพื่อ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลสุขภาพของประเทศนี้ ตั้งแต่สมัยอาณานิคมจนถึงปัจจุบัน และเพื่อแสดงให้เห็นวิถีของการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน ในการคลอดและการดูแล หลังคลอด ซึ่งเป็นหนึ่งในระบบการแพทย์ ในประเทศกัมพูชายุคปัจจุบัน

โดยผู้เขียนใช้ข้อมูลทั้งจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องใน ภาษาอังกฤษ, ภาษาไทย และภาษา กัมพูชา รวมทั้งข้อมูลจากภาคสนามที่ผู้เขียนใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนาน ๖ เดือน ในการเขียนบทความชิ้นนี้ บทความชิ้นนี้จะแบ่งออกเป็น ๓ ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่งจะนำเสนอ ข้อมูลทั่วไปของการแพทย์พื้นบ้านของ ประเทศกัมพูชาในยุคปัจจุบัน ในประเด็น ที่มา และความเชื่อของการแพทย์พื้นบ้านในวัฒนธรรมกัมพูชา และ ความเชื่อเรื่องการคลอดและการดูแลหลังคลอดในวัฒนธรรมกัมพูชา ส่วนที่สองจะนำเสนอการเปลี่ยนแปลง ของระบบการแพทย์ในประเทศกัมพูชา ผ่านการศึกษา ประวัติศาสตร์ของระบบการแพทย์ในประเทศกัมพูชา และส่วนที่สุดท้ายจะแสดงให้เห็นการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน ในการ ชลองโตนเล (Chhlong Tonle) หรือ การคลอด และการดูแลหลังคลอด ในประเทศกัมพูชาในปัจจุบัน โดยใช้กรณีศึกษาที่จังหวัดสีหนุวิลล์ (Sihanoukville) ประเทศกัมพูชา

ส่วนที่หนึ่ง ประเทศกัมพูชามีพื้นที่ ๑๘๑,๐๓๕ ตารางกิโลเมตร มีประชากรจำนวน ๑๔.๓ ล้านคน (ข้อมูลค.ศ. ๒๐๑๐) ประกอบด้วย คนเชื้อสายกัมพูชาที่เป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ, คนจีน, คนเวียดนาม, คนไทย, คนพม่า, คนจาม และชนกลุ่มน้อยที่อาศัยบนที่สูง (Slocomb, ๒๐๑๐) แม้ว่าในปัจจุบันระบบ การแพทย์หลักของประเทศคือ ระบบการแพทย์แผนตะวันตก แต่ก็ยังมีระบบการแพทย์อื่นๆ ดำรงอยู่ในระบบ การดูแลสุขภาพของประเทศ เช่น ระบบการแพทย์แผนจีน, ระบบการแพทย์แผนเวียดนาม และระบบ การแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชา (Cambodia Ministry of Health, ๒๐๐๘) โดยเฉพาะระบบการแพทย์พื้นบ้าน ของกัมพูชา ยังคงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย และได้รับการบรรจุไว้ในระบบสุขภาพแห่งชาติ เช่นเดียวกับ ระบบการแพทย์แผนตะวันตก (Longo, ๒๐๐๓)



แผนที่ประเทศกัมพูชา ภาพจาก www.maps.nationmaster.com

ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในวัฒนธรรมกัมพูชา เนื่องจาก ศาสนาพุทธ ศาสนาพราหมณ์^๑ และสิ่งเหนือธรรมชาติ มีอิทธิพลต่อ วัฒนธรรม ระบบความเชื่อ และวิถีชีวิตประจำวันของคนกัมพูชามายาวนานตั้งแต่อดีต (Mabbett and Chandler, ๑๙๙๕; Longo, ๒๐๐๓) ทั้งในพิธีสำคัญต่างๆ ในชีวิต เช่น พิธีเรียบก (Pitee Reab Kar) หรือ พิธีแต่งงาน, พิธีบุญสลับ (Pitee Bun Sarub) หรือ พิธีศพ ไปจนถึงระบบการแพทย์ (ญิล, ๒๕๔๘) ที่มีที่มาจากทั้งสามสิ่งอย่างแยกไม่ออก เห็นได้จากสาเหตุของความเจ็บป่วยในสังคมกัมพูชา ที่การแพทย์พื้นบ้านอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุหลักๆ ๔ อย่างคือ

๑. เกิดจากภายในตัวของคนป่วยเองที่มีเกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย เป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติ เช่น ความไม่สมดุลของความร้อน – เย็นในร่างกายของผู้หญิงหลังคลอด ที่ต้องสูญเสียเลือดไปจำนวนมากทำให้ร่างกายมีความเย็นมากกว่าความร้อน หญิงหลังคลอดจึงจำเป็นต้อง อังเพลิง (Ang Pleung) หรือ อยู่ไฟ เพื่อฟื้นคืนความสมดุลนี้

๒. เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยในวัฒนธรรมกัมพูชามีความเชื่อเรื่องผีต่างๆ มากมาย ทั้งผีฝ่ายดี หรือ เทวดา ที่คอยช่วยเหลือคน เช่น เมไปร (Ma Prye) หรือ เจ้าป่าที่คอยดูแลพิทักษ์ป่า, เนียะตา (Nek Tar) หรือ ผีบรรพบุรุษ, อาเรียะ (Are Rear) หรือ เทพผู้รักษาป่า ห้วย หนอง คลองบึง และ ผีฝ่ายร้าย หรือ ผีที่ชอบทำร้ายคน เช่น อาบ (Arb) หรือ ผีกระสือ, ขโมด (Khmoc) หรือ ผี, ไปรกะลาเพลิง

^๑ มีหลักฐานว่าการนับถือศาสนาพราหมณ์และศาสนาพุทธพบในประเทศกัมพูชาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ ๕ ในสมัยอาณาจักรฟูนันโปรดดูเพิ่มเติมใน David Chandler, A history of Cambodia (Boulder: Westview Press, ๑๙๙๖)

(Bray Kra La Pleung) หรือ ผีตายท้องกลม แต่ไม่ว่าจะเป็น ผีฝ่ายดี หรือ ผีฝ่ายร้าย หากคนไปกระทำการลบหลู่ดูหมิ่น เช่น ปัสสาวะรดศาลผี ผีเหล่านี้ก็มีอำนาจในการทำให้คนกระทำเจ็บป่วยได้ทั้งสิ้น

๓. เกิดจากการละเมิดข้อกำหนดพื้นฐานต่างๆในการดำรงชีวิต ในสังคมกัมพูชา คำว่า *โร เบียบ เรียบรอย* (Ro Beab Reab Roi) เป็นคำที่มีความหมายถึง วิถีทางที่ถูกต้องของชีวิตที่ได้ถูกกำหนดไว้ในสังคม ที่คนในสังคมต้องปฏิบัติตาม (Ledgerwood, ๒๐๐๒) อันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสุขสงบของสังคมกัมพูชาโดยรวม การกระทำที่ละเมิดต่อข้อกำหนดเหล่านี้ จึงจะนำมาซึ่งความเจ็บป่วยของผู้ที่กระทำ เช่น หากหนุ่มสาวลักลอบมีเพศสัมพันธ์กันก่อนการแต่งงาน หรือ เรียกว่าผิด *เม-บา* (Ma-Ba)^๒ ก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วย ที่อาจเป็นของผู้กระทำความผิด หรือ บุคคลอื่นในครอบครัวได้ และวิธีการรักษาความเจ็บป่วยนี้ก็ต้องทำพิธีขอขมาต่อ *เม-บา* เท่านั้น

๔. เกิดจากกรรมเก่าที่มีติดตัวมาตั้งแต่ชาติปางก่อน จึงเป็นเรื่องปกติที่การรักษาความเจ็บป่วยจะคู่ไปกับความเชื่อเรื่องโหราศาสตร์ที่ต้องมีการตรวจสอบดวงชะตาของผู้ป่วย และพิธีสะเดาะเคราะห์

สำหรับองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชานั้น ก็มีที่มาจากหลายส่วน คือ (๑) มีที่มาจากอินเดีย ผ่านศาสนาพุทธ และศาสนาพราหมณ์ เช่น ความเชื่อ, ประเพณี, ยาสมุนไพร (๒) มีที่จากการแพทย์แผนจีน จากการที่ประเทศกัมพูชามีการติดต่อค้าขายกับประเทศจีนมายาวนาน ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ ๕ (Chandler, ๑๙๙๖) เช่น ยาสมุนไพร, การฝังเข็ม และการใช้เหรียญชุดผิวหนัง (coin massage techniques) หรือ กัวซา^๓ (๓) มีที่มาจากศาสนาอิสลาม ผ่านการติดต่อทางทะเล ตั้งแต่ศตวรรษที่ ๕ รวมทั้งชนชาติจามที่เป็นชนกลุ่มน้อยของประเทศ เช่น ยาสมุนไพร, การฟื้นคืนพลัง (energy stimulation ingredients) (๔) มีที่มาจากวัฒนธรรมดั้งเดิมของกัมพูชาเอง เช่น ยาสมุนไพร, การรำรำ (traditional dances), การใช้ดนตรี, การกระตุ้นพลัง, การติดต่อกับสิ่งเหนือธรรมชาติ (Sovicheat, ๒๐๐๒)

และเนื่องจากความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในวัฒนธรรมกัมพูชา มีหลากหลายมติดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้เฒ่าเฒ่าในระบบการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา หรือ *ครู* (Kru)^๔ จำเป็นต้องมีความสามารถเฉพาะด้านในการรักษาหลากหลายแบบ เช่น

ครูขแมร์ (Kru Khmer) หรือ แพทย์พื้นบ้าน ที่มีความสามารถในการใช้ทั้ง คาถาอาคม, สมุนไพร และหัตถการอื่นๆ เช่น การใส่เปลือกไม้ ในการเยียวยาความเจ็บป่วย

ครูผสมหน้า (Kru Parsom Thanum) หรือ แพทย์พื้นบ้าน ที่มีความสามารถในการใช้ยาสมุนไพรในการเยียวยาความเจ็บป่วย

ครูบารเมย (Kru Baramey) หรือ แพทย์พื้นบ้าน ที่เทวดาเลือกใช้กายของ *ครู* เป็นทางผ่านมาเยียวยาความเจ็บป่วยให้มนุษย์

^๒ เม-บา เป็นภาษากัมพูชาแปลว่า แม่ และ พ่อ แต่ในที่นี้ความหมายไม่ใช่แม่และพ่อเท่านั้นแต่หมายถึงวิญญาณของญาติ ๗ ชั่วโคตรที่เสียชีวิตไปแล้ว แต่ยังคอยเฝ้าดูแลความประพฤติของลูกหลานอยู่ ถ้าลูกหลานไม่ทำตามขนบประเพณี หรือ เรียกว่า “ผิดเม-บา” เม-บาก็จะโกรธ ลงโทษทัณฑ์ให้สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย โปรดดูเพิ่มเติมใน งวณ ญิล, จิตวิญญาณมารดาธิปไตยในสังคมเขมร (บุรีรัมย์: โรงพิมพ์วินัย, ๒๕๔๘)

^๓ คำว่า “กัว” ในภาษาจีนหมายถึงการชูดหรือการกวาด ส่วนคำว่า “ซา” หมายถึงเม็ดทราย การกัวซา จึงหมายถึงการชูดเพื่อขับสารพิษออกมาทางผิวหนัง ในภาษากัมพูชา ใช้คำว่า *เกาขยอน* ทำโดยการใช้เหรียญชุดบริเวณที่ป่วย จนเห็นรอยจุดแดงปรากฏขึ้นมา แล้วเอายาหม่องทาซ้ำให้ร้อน หลังชูดแล้ว ต้องรออีก ๕-๗ วัน จึงจะสามารถชูดซ้ำได้อีก แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยหนักอาจจะชูดทุกวันได้ ถ้าการชูดทุกวันนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัวขึ้น และอีกวิธีคือการ “จวบ ขยอน” หรือใช้ถ้วยแก้วสุญญากาศดูดบริเวณที่ปวด สัมภาษณ์ “ครูทาน เอม” วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๕

^๔ ในภาษากัมพูชาจะใช้คำนำหน้าผู้ที่สามารถเยียวยาความเจ็บป่วยว่า “ครู” แม้แต่แพทย์แผนปัจจุบันก็ใช้คำว่า “ครูแพด”

ครูสเดาะห์พรม (Kru Sadaot Phom) หรือ แพทย์พื้นบ้าน ที่มีความสามารถในการใช้คาถาอาคมในการเยียวยาความเจ็บป่วย โดยที่ไม่ต้องใช้ยาสมุนไพร

ครูเตย (Kru Teai) หรือ แพทย์พื้นบ้าน ที่ใช้ความสามารถในทางโหราศาสตร์เพื่อเยียวยาความเจ็บป่วย โดยที่ไม่ต้องใช้ยาสมุนไพร

และ *ชาหมอบโบราณ (Chhmob Boran)* หรือ หมอตำแย ที่มีความสามารถในการทำคลอดแบบพื้นบ้าน

โดยชาวกัมพูชาที่มีความเชื่อว่าการที่จะ *ครู* ในระบบการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาได้นั้น จะต้องเป็น บุคคลพิเศษที่ได้รับเลือกจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อำนาจเหนือธรรมชาติ เท่านั้นจึงจะสามารถดำรงตน เป็นผู้เยียวยาได้

ความเชื่อเรื่องการคลอด และการดูแลหลังคลอดในสังคมกัมพูชา

การคลอดและการดูแลหลังคลอดในสังคมกัมพูชานั้นไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของ *ชาหมอบโบราณ* และ *ชาหมอบแพด (Chhmob Pet)* หรือ ผดุงครรภ์แผนปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับ สิ่งเหนือธรรมชาติ การป้องกันวิญญาณร้าย และการควบคุมสมดุร่อน - เย็นในร่างกาย ผ่านอาหารและวิถีปฏิบัติ (White, ๒๐๐๔; Lo ๒๐๐๗; Nikles, ๒๐๐๘; MacLellan, ๒๐๑๐; Dawson and Home, ๒๐๑๒) เพราะช่วงเวลาของการคลอดในสังคมกัมพูชาถือเป็นเวลาของการเสี่ยงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต เปรียบเสมือน *คลองโตนเล* หรือ การว่ายน้ำข้ามแม่น้ำ ที่มีอันตรายรอบด้าน การที่ผู้หญิงจะข้ามไปได้อย่างปลอดภัยจึงจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือของผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน ตั้งแต่ แม่, ยาย, แม่สามี ตลอดจนผู้หญิงสูงอายุคนอื่นๆในชุมชน ความเชื่อและภูมิปัญญา ในการดูแลการ *คลองโตนเล* จึงเป็นองค์ความรู้ที่สะสม และถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นมาเป็นเวลายาวนาน โดยมีความเชื่อหลัก ๆ ๓ ประการดังนี้

๑. ความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ ทำให้มีข้อห้ามขณะตั้งครรภ์มากมาย เช่น ห้ามฆ่าสัตว์, ห้ามกินของเผ็ด, ห้ามฟังเรื่องผี, ห้ามนอนกลางวัน, ห้ามอาบน้ำตอนกลางคืน, ห้ามถามทุกข์สุขคนที่คลอดลูกยาก นอกจากนี้ช่วงเวลาของการคลอด และหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่ต้องทำพิธีเพื่อทวงขอให้เทวดามาช่วยคุ้มครองรักษาแม่และลูก และทั้งป้องกันแม่และลูกจากผีร้ายที่จะมาทำอันตราย พิธีที่ต้องทำ เช่น *ปิตีทวมเลกจอมกาน (PiTee Tom Lak Chomkran)* หรือ ไหว้ผีบรรพบุรุษขอบคุณที่คุ้มครองให้การคลอดปลอดภัย โดยจะทำหลังเสร็จจากการ *อังเพลิง* หรือ อยู่ไฟ ของที่ใช้ในพิธีก็จะมีไก่ต้ม, ข้าวสุก ๔ ก้อน, ไข่, เหล้า, กล้วย และดอกไม้ธูปเทียน รวมทั้งต้องปล่อยเต่าเพื่อทำบุญด้วย (ญิล, ๒๕๔๘: ๔๖-๕๐)

ปิตีบุญประกาศชาหมอบ (PiTee Bun Pagard Chhmob) หรือ พิธีขอบคุณหมอตำแย ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องเสี่ยงอันตรายสัมผัสเลือดที่ไม่บริสุทธิ์จากการคลอด ในสังคมกัมพูชา *ชาหมอบ* ถือว่าเป็นผู้ที่มีสถานะภาพพิเศษ เพราะเชื่อว่าเป็นผู้ที่มีสิ่งศักดิ์คอยคุ้มครอง เพื่อต่อสู้กับผีร้าย *ไพร กะลา เพลิง* ที่จะมาทำร้ายแม่กับลูกระหว่างคลอด (Jacobson, ๒๐๐๘) เพราะฉะนั้นหลังคลอด ๓ วัน จึงต้องมีพิธีมอบดอกไม้, ธูปเทียน, ข้าวสาร และหมากพลูให้ *ชาหมอบโบราณ* ใน *ปิตีบุญประกาศชาหมอบ* (LeVine, ๒๐๑๐; Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐; ญิล, ๒๕๔๘)

ปิตีบองการขโมด (Pi Tee Bong karn Khmoc) หรือ พิธีป้องกันอันตรายจากผีร้ายมักชอบมาทำอันตรายหญิงหลังคลอด เช่น *อาบ* ที่ชอบมาหากินรก หรือ ของสกปรกที่เกิดจากการคลอด โดยเฉพาะน้ำเลือดหรือน้ำชะล้างจากการคลอด วิธีการคือ ต้องลงอาคมกันภูตผีปีศาจเปียดเบียนแม่กับเด็กก่อน ใช้หนามวางไว้รอบบ้าน และวางของมีคม เช่น กรรไกรไว้ใต้หมอนของทารกแรกเกิด

๒. ความเชื่อเรื่องการควบคุมสมดุร่อน - เย็น ในสังคมกัมพูชาความเชื่อเรื่องการควบคุมสมดุร่อน - เย็น ในร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้หญิงทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด โดยก่อนคลอดนั้นใน

ร่างกายของพวกเธอถูกจัดว่า กเดา (Kadoa) หรือ ร้อน ขณะที่หลังคลอดในร่างกายของพวกเธอถูกจัดว่า ตรอเจีย (Torjet) หรือ เย็น ทำให้ ชาวไซคาเซย (Sasai Khchey) หรือ กล้ามเนื้อ เส้นประสาทในร่างกายอ่อนแอ จำเป็นต้องให้ร่างกายได้รับความร้อนให้เพียงพอ เพราะความร้อน จะทำให้ ชาวไซ (Sasai) หรือ เส้นเอ็น เส้นประสาททั่วร่างกายเข้าที่ จึงต้องมีการควบคุมอาหาร และมีวิถีปฏิบัติต่างๆ เพื่อสร้างความร้อนให้ร่างกาย เช่น อังเพลิง, การใช้ก้อนหินเผาไฟให้ร้อนแล้วห่อผ้าวางบนท้อง, การดื่มเหล้าสมุนไพร, การอบสมุนไพร, การขัดผิว, การอาบน้ำร้อน, การใส่หมวก, การใส่ถุงเท้า, การไม่ใช้สบู่ ยาสระผม ขณะ อังเพลิง (Mony, ๒๐๐๔; White, ๒๐๐๔; Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐) โดยทั้งหมดจะทำให้ ชาวไซ สมบูรณ์ ในสามเดือนหลังคลอด

๓. ความเชื่อเรื่อง ตัว^๕ (Toas) หรือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการคลอดที่มีสาเหตุมาจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องตามข้อกำหนดต่างๆ โดย ตัว จะมีหลายอาการตั้งแต่ท้องเสีย, ปวดหัว, ปวดท้อง, ใจสั่น, ไม่มีแรง ไปจนถึงเสียชีวิต โดยจำแนกเป็นประเภทต่างๆได้ดังนี้

ตั่วยัวไน (Toas Cham Ney) เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เกิดจากการกินอาหารต้องห้ามที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม เย็น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผักประเภท พัก, แดงกวา, ผักบุ้ง, ผลไม้ประเภท ขนุน, ทูเรียน, สับปะรด, กล้วยหอม, และอาหารรสเปรี้ยว เช่น มะขาม อาการของ ตั่วยัวไน คือ เต้านมคัด, อาเจียน, เวียนหัว, ท้องเสีย นอกจากนี้ยังห้ามกินอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู เพราะเชื่อว่าจะทำให้ตกขาวมีกลิ่นเหม็น

ตั่วซาไซ (Toas Sasai) เกิดจากการทำงานหนักเร็วเกินไป มีอาการ จุกแน่น, ไม่มีแรง, กินไม่ได้, นอนไม่หลับ

ตั่วเคลิน (Toas Kean) เกิดจากการได้กลิ่นที่ทำให้เจ็บป่วย เช่น จากการใช้ สบู่ ยาสระผม มีอาการ รับประทานอาหารไม่ได้, นอนไม่หลับ, น้ำหนักลด, ปวดศีรษะอย่างรุนแรง

ตั่วอันเลิม (Toas Ansarm) เกิดจากการโดนฝน หรือ น้ำค้าง มีอาการ ชามือ, ชาเท้า, ตัวเย็น, นอนไม่ได้

ตั่วดำแนก (Toas Damnek) เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์เร็ว (ปกติต้องอย่างน้อย ๑ เดือนหลังคลอด) มีอาการปวดหลัง, ปวดกระดูก, เป็นไข้, ตัวร้อน, ซึม, ไม่พูด, ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, ผอม จนถึงขั้นเป็นบ้าได้

การรักษา ตัว แต่ละชนิด มีตั้งแต่การใช้ยาสมุนไพร, การทำพิธีขอขมาผีปู่ตา ไปจนถึง การดื่มน้ำผสมผงที่เผาแล้วของสามี และการดื่มน้ำแช่ขมิ้นเทศสามี

จะเห็นได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านของประเทศกัมพูชา ไม่ได้ให้ความสำคัญเฉพาะมิติทางกาย แต่ให้ความสำคัญเท่าๆ กัน หรือ มากกว่าในการดูแลมิติอื่นๆ ทั้ง ด้านจิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์แผนตะวันตก ที่เริ่มเข้ามามีบทบาทในประเทศกัมพูชาในยุคอาณานิคมจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผู้เขียนจะแสดงให้เห็นในส่วนที่สอง เพื่อแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันส่งผลมาจนถึงการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบัน

ส่วนที่สอง เปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์ในประเทศกัมพูชา

การเข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตก และการกิจสร้างความศิวิไลซ์ ก่อนการเข้ามาของชาติตะวันตก ระบบการแพทย์หลักของประเทศกัมพูชาคือระบบการแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชาเอง (Cheng, ๒๐๑๐) จนกระทั่งเริ่มมีการเข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตก ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ ๑๘ เมื่อมิชชันนารีฝรั่งเศสเริ่มเดินทางเข้าไปในประเทศกัมพูชา (Chandler, ๑๙๙๖) แต่การแพทย์แผนตะวันตกได้เริ่มต้นมี

^๕ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ “ครูทาน เอม” วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๕ “ครู เกาเชิน” วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ “ครู เพื่อ โสง” วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ขาหมอบสกล ในวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๕๕

บทบาท ในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศกัมพูชาอย่างจริงจัง เมื่อฝรั่งเศสได้ประกาศให้ประเทศกัมพูชาเป็นรัฐในอารักขาอย่างสมบูรณ์ในวันที่ ๑๑ สิงหาคม ค.ศ. ๑๘๖๓ ในรัชสมัยของสมเด็จพระนโรดมพรหมบริรักษ์^๖ และฝรั่งเศสได้ใช้ระบบการแพทย์แผนตะวันตก เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้อ้างว่า ตนได้นำความศิวิไลซ์มาสู่ประเทศกัมพูชา (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

ในระยะแรกของการเป็นอาณานิคม^๗ ฝรั่งเศสไม่ได้เข้ามาแทรกแซงกิจการภายในกัมพูชามากนักได้แต่ควบคุมด้านการทหาร การต่างประเทศ และการคลังเป็นหลัก (Chandler, ๑๙๙๖) การแพทย์แผนตะวันตก ที่เข้ามาในระยะนี้ก็ดำเนินการในลักษณะโรงพยาบาลเคลื่อนที่ของกองทัพ ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นคนฝรั่งเศส หรือ หากเป็นชาวกัมพูชาก็คือคนที่ทำงานในกองทัพ ซึ่งมีจำนวนน้อยมาก (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐) นอกจากนี้ก็มีคณะมิชชันนารีของศาสนาคริสต์ที่เริ่มต้นด้วย ซิสเตอร์ของคณะ La Providence de Portieux จำนวน ๖ คน ซึ่งเริ่มเข้ามาทำงานด้านสุขภาพ และเปิดสถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้าในกรุงพนมเปญ (Phnom Penh) เมืองหลวง ในปี ค.ศ. ๑๘๗๕ (Muller, ๒๐๐๖) ที่ประชาชนทั่วไปพอจะเข้าถึงได้บ้าง แต่ก็ยังเป็นเพียงคนในเมืองหลวงเท่านั้น ทำให้เข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตกในยุคเริ่มต้นนี้ไม่ได้มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประชาชนทั่วไปเท่าใดนัก

จนกระทั่งเกิดความต้องการการแพทย์แผนตะวันตกครั้งใหญ่ เมื่อเกิดสงครามต่อต้านฝรั่งเศสขึ้นในประเทศกัมพูชา ในปี ค.ศ. ๑๘๘๕ - ๑๘๘๖^๘ ที่ทำให้มีความต้องการแพทย์ในสนามรบจำนวนมาก ทำให้มีการตั้งโรงพยาบาลทหารในพนมเปญ เพื่อรองรับทหารที่บาดเจ็บจากการรบที่มีจำนวนถึง ๖๐๐ - ๑๒๐๐ นาย/วัน (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

หลังสงครามต่อต้านฝรั่งเศสสงบลงในปี ค.ศ. ๑๘๘๗ จึงได้มีการเปลี่ยนจากโรงพยาบาลนี้จากโรงพยาบาลทหาร เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาทหาร และประชาชนทั่วไปในชื่อ The Mixed Hospital และในปีนั้นเองที่ฝรั่งเศสจัดตั้งสหภาพอินโดจีน (Indochina)^๙ ขึ้น โดยให้ขึ้นกับกระทรวงอาณานิคม มีข้าหลวงใหญ่ประจำสหภาพอินโดจีนประจำที่ฮานอย ส่วนกัมพูชามีผู้ว่าการสูงสุดเป็นตัวแทนของฝรั่งเศส (Chandler, ๑๙๙๖) เมื่อก่อตั้งสหภาพอินโดจีนและการรวบอำนาจการปกครองทั้งหมดของประเทศกัมพูชาไว้ในมือได้แล้ว

^๖ ฝรั่งเศสปกครองประเทศกัมพูชาในฐานะอาณานิคมเป็นเวลายาวนานถึง ๙๐ ปี ก่อนที่ประเทศกัมพูชาจะได้รับเอกราชในวันที่ ๙ พฤศจิกายน ค.ศ. ๑๙๕๓ ในรัชสมัยสมเด็จพระนโรดมสีหนุ

^๗ ค.ศ. ๑๘๖๓-๑๘๘๔

^๘ สงครามครั้งนี้เกิดขึ้นจากที่ข้าหลวง ชาร์ลล์ ทอมสัน () ของฝรั่งเศสเสนอให้มีการปฏิรูปในกัมพูชาครั้งใหญ่ ทั้งด้านการเก็บภาษี การตำรวจและการยกเลิกระบบไพร่ทาส แต่สมเด็จพระนโรดมพรหมบริรักษ์ไม่ให้ความร่วมมือ พยายามร้องเรียนไปยังรัฐบาลฝรั่งเศส จน ทอมสัน ใช้กำลังบีบบังคับให้พระองค์ลงนามได้สำเร็จเมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ค.ศ. ๑๘๘๔ เปลี่ยนประเทศกัมพูชาจากรัฐในอารักขาของฝรั่งเศสเป็นรัฐในปกครองของฝรั่งเศสอย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดสงครามเพื่อต่อต้านฝรั่งเศสครั้งใหญ่ที่ยืดเยื้อมาเกือบสองปี โปรดดูเพิ่มเติมใน David Chandler ,A history of Cambodia (Boulder: Westview Press, ๑๙๙๖)

^๙ ปี ค.ศ. ๑๘๕๘ ฝรั่งเศสเริ่มรุกรานเวียดนาม ที่เมืองท่าดานังเป็นประเทศแรก และได้ครอบครองทั้งหมดของประเทศเวียดนามในปี ค.ศ. ๑๘๘๔ ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๘๘๗ ฝรั่งเศสได้ครอบครองดินแดนอินโดจีนทั้งหมดและจัดตั้ง สหภาพอินโดจีน อันประกอบด้วย โคชินไชนา(ดินแดนทางตอนใต้ของเวียดนาม) ในฐานะอาณานิคม, ตังเกี๋ย (ดินแดนทางตอนเหนือของเวียดนาม) อันนัม (ดินแดนทางตอนกลางของเวียดนาม) ในฐานะรัฐในอารักขา และในปี ค.ศ. ๑๘๙๓ ได้ผนวกลาวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสหภาพอินโดจีน แล้วตั้งให้เมืองไซ่ง่อนเป็นศูนย์กลางของการปกครองอาณานิคมและแต่งตั้งผู้สำเร็จราชการเพื่อปกครองสหภาพอินโดจีน จนกระทั่งปี ค.ศ. ๑๙๐๒ จึงทำการย้ายศูนย์กลางการปกครองมาที่เมืองฮานอย โปรดดูเพิ่มเติมใน พิเชฐ สายพันธ์ และ สุริยา คำหวาน, เขตแดนชายแดน เวียดนาม - จีน - กัมพูชา - ลาว (มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๕๔)

ฝรั่งเศสก็พยายามกอบโกยผลประโยชน์ในรูปภาษี และผลผลิตทางการเกษตรในประเทศกัมพูชาและอาณานิคมอื่นๆ ในสหภาพอินโดจีนให้มากที่สุด (Chandler, ๑๙๙๖) แต่การที่จะมีผลผลิตทางการเกษตรจำนวนมากออกมาให้กอบโกยได้นั้น ความแข็งแรงของคนในอาณานิคมอันแหล่งของแรงงานราคาถูก เป็นสิ่งที่ฝรั่งเศสให้ความสำคัญ ทำให้การพัฒนาระบบการแพทย์ในประเทศกัมพูชา ในนาม ภารกิจของการสร้างความศิวิไลซ์ จึงเริ่มมีมากขึ้น ในปี ค.ศ. ๑๘๘๗ ฝรั่งเศสได้เริ่มให้มีการตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชนบทของเมืองใหญ่ เช่น พนมเปญ, กำปงจาม (Kampong Cham) รวม ๔๐ แห่ง อย่างไรก็ตามหน่วยบริการปฐมภูมิแค่ ๔ แห่งเท่านั้นที่มีอุปกรณ์ครบพอที่จะให้บริการได้ (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐) ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๘๙๑ ก็เริ่มมีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์แผนตะวันตกที่เป็นคนพื้นเมือง โดยจัดให้มีให้คนกัมพูชา ๒ - ๓ คนมาฝึกงานที่ Mixed Hospital ๖ เดือนแล้วส่งกลับไปทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่บ้านเกิด

แต่สิ่งที่ฝรั่งเศสเห็นว่าเป็นอันตรายที่สุดต่อทั้งชาวตะวันตกที่มาทำงานในอาณานิคม และต่อแรงงานราคาถูกในอาณานิคมก็คือ โรคระบาดต่างๆ (plague) เช่น ฝีดาษ, มาเลเรีย, อหิวา ดังนั้น ในปี ค.ศ. ๑๘๙๐ สองปีหลังการก่อตั้งสถาบัน Pasteur ในกรุงปารีส โดย Louis Pasteur ก็ได้มีการก่อตั้งสถาบัน Pasteur ในไซ่ง่อน (Saigon) เพื่อผลิตวัคซีนฝีดาษ เพื่อใช้ใน สหภาพอินโดจีน และต่อมาในปี ค.ศ. ๑๘๙๕ ก็มีการตั้งสถาบันแห่งที่สองในนาตริง (Nha Trang) เพื่อผลิตวัคซีนสำหรับโรคระบาด มีการเปิดห้องทดลองเพื่อทำการวิจัยเชื้อโรคใน ฮานอย (Hanoi), ฮัว (Hue), เวียดนาม (Vientiane) และพนมเปญ มีการผลิตวัคซีนป้องกันโรคอหิวา, วัณโรค, พิษสุนัขบ้า และ ทดลองการป้องกันและรักษาโรคติดต่อต่าง และในปี ค.ศ. ๑๙๐๒ มีการตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งแรกขึ้นในฮานอย โดยในช่วงแรกมีแต่นักเรียนที่เป็นคนเวียดนาม ซึ่งเป็นประเทศที่ฝรั่งเศสให้ความสำคัญ และยอมรับในความสามารถของผู้คนมากที่สุดในสหภาพอินโดจีน ดังเห็นได้จากการให้ความสำคัญในการพัฒนา และการไว้วางใจให้คนเวียดนามได้รับตำแหน่งในการปกครองเหนือกว่าคนกัมพูชาที่ฝรั่งเศสเห็นว่าเกียจคร้าน และเชื่อในสิ่งมงาย (Chandler, ๑๙๙๖; Muller, ๒๐๐๖; Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐) การเลือกปฏิบัติของฝรั่งเศสนี้ยังรวมถึงการยอมรับการแพทย์แผนจีน และแผนเวียดนามว่ามีความเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่าการแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชาด้วย (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๐๕ มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในการบริหารจัดการสุขภาพของประเทศกัมพูชา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงให้รัฐบาลของอาณานิคม เป็นคนควบคุมออกนโยบายสุขภาพแทนแพทย์ของกองทัพโดย ชาลส์ คาร์ลเวล (Charles Clavel) ซึ่งเป็น ผู้อำนวยการทั่วไปฝ่ายสุขภาพคนแรกของรัฐบาลอาณานิคม (Director-General of Health in Indochina) ได้ประกาศนโยบายเรื่องสุขภาพว่า จะเป็นไป เพื่อพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์, เพื่อต่อสู้กับโรค และเพื่อพัฒนาความแข็งแรงทางกายภาพของคนในอาณานิคม (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐) ที่จะนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศโดยการพัฒนาจะทำใน ๓ ระดับคือ รักษา, ป้องกัน และฝึกหัดบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีนโยบายในการลดบทบาทการทำงานด้านสุขภาพของมิชชันนารีด้วย

จากนโยบายนี้เองทำให้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์ชาวฝรั่งเศสที่ไม่ใช่แพทย์ทหาร และมีโปรแกรมฝึกหัดบุคลากรแพทย์ที่เป็นคนพื้นเมืองด้วยหลักสูตร ๖ เดือน - ๒ ปี แล้วจ้างเข้าทำงานในสถานบริการของอาณานิคม สองปีหลังนโยบายการพัฒนาแพทย์แผนตะวันตกอยู่ในประเทศกัมพูชา ๘ คน เป็นแพทย์ทหาร ๓ คน และพลเรือน ๕ คนในจำนวนนี้มีแพทย์พื้นเมือง ที่เป็นชาวเวียดนามรวมอยู่ด้วย แต่ในสถานภาพที่ไม่เท่าเทียมกับแพทย์ชาวฝรั่งเศส เพราะแพทย์พื้นเมืองจะรักษาได้เฉพาะคนพื้นเมืองเท่านั้น และต้องอยู่ใต้การควบคุมของแพทย์ตะวันตก

ชาวกัมพูชาเองก็เริ่มยอมรับการแพทย์แผนตะวันตกมากขึ้น โดยเฉพาะในกรุงพนมเปญ ที่เริ่มมีประชาชนมารับบริการในโรงพยาบาลหลักอย่าง Mixed Hospital เพิ่มขึ้นเป็นเกือบ ๒ เปอร์เซ็นต์ของ

ประชากรทั้งหมดในกรุงพนมเปญ และกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลักที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. ๑๙๐๘ ในจำนวนคนไข้ทั้งหมด ๑,๐๓๗ คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นผู้ป่วยชาวยุโรป ๓๐๗ คน เป็นผู้ป่วยชาวเอเชีย ๗๓๐ คน ในจำนวนนี้เป็นชาวกัมพูชา ๓๘๘ คน และชาวเวียดนาม ๒๗๒ คน ต่อมาในเดือนพฤษภาคมปีเดียวกัน ก็มีการขยายบริการแพทย์แผนตะวันตก โดยเปิดคลินิกของเทศบาลแห่งแรกในพนมเปญ (municipal clinic) ชื่อ Dispensaire Sisowath ในพื้นที่ของชนกัมพูชา และกลายเป็นคลินิกที่ได้รับความนิยมอย่างสูงจากการที่มีการแจกยาฟรี โดยเฉพาะ ยาควินิน สำหรับรักษามาลาเรีย ในปี ค.ศ. ๑๙๐๙ ก็มีการเปิดคลินิกของเทศบาลแห่งสอง ในชื่อ Dispensaire Ang Duong ในพื้นที่ของชนจีน โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ทั้งหมดเป็นคนเวียดนาม รวมทั้งมีการเปิดโรงพยาบาลในเขตพระราชวังสำหรับคนชั้นสูง และราชวงศ์ โดยมีแพทย์เป็นชาวฝรั่งเศส และพยาบาลผู้หญิงชาวกัมพูชา ในปีนี้มีประชากรมารับบริการเพิ่มขึ้นเป็น ๒๐ เปอร์เซนต์ ของประชากรทั้งหมดในกรุงพนมเปญ (Muller, ๒๐๐๖; Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

กลไกสำคัญที่ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกเริ่มเป็นที่ยอมรับของประชาชนกัมพูชามากขึ้นก็คือ แรงสนับสนุนจากราชวงศ์กัมพูชา ตัวอย่างเช่น การส่งเจ้าชาย ๒ พระองค์ มาฝึกงานด้านการแพทย์เพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์ และผู้ช่วยแพทย์ที่เป็นคนกัมพูชา หรือ การที่วัคซันโรคฝีดาษเป็นที่ยอมรับของประชาชนอย่างแพร่หลาย หลังจากที่ถูกษัตริย์ยอมให้ฉีดวัคซันคนในราชวงศ์ ในปี ค.ศ. ๑๙๐๘ (Tully, ๒๐๐๒) แม้ว่า การแพทย์แผนตะวันตกจะเริ่มมีบทบาทมากขึ้น แต่การเพิ่มจำนวนแพทย์แผนตะวันตกในประเทศกัมพูชากลับเป็นไปอย่างล่าช้า เพราะจนถึงปี ค.ศ. ๑๙๑๓ จึงจะเริ่มมีคนกัมพูชาไปเรียนแพทย์ที่ฮานอย ๒ คน และเรียนจบ ในปี ค.ศ. ๑๙๑๖ เพียง ๑ คน ทำให้ ในปี ค.ศ. ๑๙๓๐ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในประเทศกัมพูชา จึงอยู่ที่ ๑ คน ต่อ ๑๖๐,๐๐๐ คน และ ในปี ค.ศ. ๑๙๓๗ ในจำนวนแพทย์ทั้งหมด ๔๒ คนมีแพทย์ที่เป็นชาวกัมพูชา เพียง ๓ คน (Tully, ๒๐๐๒) การขาดแคลนบุคลากร และขาดการกระจายทรัพยากรการแพทย์แผนตะวันตก ทำให้ตลอดช่วงระยะเวลาเกือบ ๕๐ ปีของการเป็นอาณานิคมระบบการแพทย์ที่ดูแลคนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะคนในชนบทยังคงเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชา เพราะผู้ที่สามารถเข้าถึงการแพทย์แผนตะวันตกทั้งหมดยังคงเป็น ชาวตะวันตกที่อาศัยอยู่ในอาณานิคม ชนชั้นสูงชาวกัมพูชา และคนที่อาศัยในเมืองใหญ่เท่านั้น

จนกระทั่งประเทศกัมพูชาได้รับเอกราชจากฝรั่งเศส ในวันที่ ๙ พฤศจิกายน ค.ศ. ๑๙๕๔ และเข้าสู่ยุคการปกครองโดยพรรคสังคมนิยม (Sangkum Reastr Niyum) ของสมเด็จพระนโรดมสีหนุ ซึ่งเป็นยุคทองของการพัฒนาแพทย์แผนตะวันตก เพราะมีทั้งการตั้งโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนผดุงครรภ์ ที่มีแพทย์ชาวฝรั่งเศสเป็นผู้ดำเนินการสอน มีการพัฒนาการศึกษาที่มีการจ่ายเงินเก็บร้อยละสิบของงบประมาณการพัฒนาประเทศ และมีการสร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้เพียง ๘ ปีหลังได้รับเอกราช มีบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้นถึง ๒๑๘ คน และมีคนกัมพูชา ๓๐ คน ได้ไปศึกษาด้านการแพทย์ที่ประเทศฝรั่งเศส จนถึงปี ค.ศ. ๑๙๖๕ ประเทศกัมพูชามีสถานอนามัย ๑๒๒ แห่ง มีโรงพยาบาล ๒๖ แห่ง โรงพยาบาล ๘ แห่งที่อยู่ในกรุงพนมเปญ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ทันสมัย เช่น โรงพยาบาลมิตรภาพ โซเวียต – กัมพูชา (Khmer - Soviet Friendship), โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลคาลเมตตี (Calmette) ที่สร้างโดยรัฐบาลฝรั่งเศส (Ross, ๑๙๙๐; Tully, ๒๐๐๒)

แต่การพัฒนาการแพทย์แผนตะวันตกก็เริ่มหยุดชะงักลงตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๕ เมื่อประเทศกัมพูชาเริ่มเข้าสู่ยุคของความวุ่นวายในประเทศ^{๑๐} จนกระทั่งกลายเป็นสิ่งที่ต้องห้ามที่จะต้องถูกลบล้างไปจากประเทศกัมพูชาโดยสิ้นเชิง ตั้งแต่ วันที่ ๑๗ เมษายน ค.ศ. ๑๙๗๕ ที่เขมรแดงสามารถยึดกรุงพนมเปญได้

การคลอดและการดูแลหลังคลอดในยุคเริ่มต้นการแพทย์แผนตะวันตก ก่อนการเข้ามาของฝรั่งเศส การคลอดและการดูแลหลังคลอดในสังคมกัมพูชาคือพื้นที่ของการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาเท่านั้น แม้แต่ในระยะเริ่มต้นของยุคอาณานิคม การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กก็ไม่ได้อยู่ในความสนใจของฝรั่งเศสมากนัก ผู้ที่มีบทบาทหลักในการนำการแพทย์แผนตะวันตกมาสู่การคลอดและการดูแลหลังคลอดคือองค์กรศาสนา แม้ว่าในปี ค.ศ. ๑๘๙๑ จะมีโครงการพัฒนาการคลอดแบบตะวันตกในประเทศกัมพูชา โดยสนับสนุนให้ส่งผู้หญิงชาว กัมพูชาไปฝึกการทำคลอดแบบการแพทย์แผนตะวันตก ในกรุงพนมเปญ ปีละ ๒ คนแล้วส่งกลับไปประจำจังหวัดบ้านเกิด แต่ก็ยังไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนทั่วไป ผู้ที่ใช้บริการการคลอดในแบบการแพทย์แผนตะวันตกกับแพทย์ทหารในระยะแรก จึงมีเพียงภรรยาของข้าราชการฝรั่งเศส ที่เริ่มติดตามสามีมาอยู่อาณานิคมมากขึ้นเท่านั้น จนกระทั่งในปี ค.ศ. ๑๙๐๓ ได้มีการส่งผดุงครรภ์สตรีชาวฝรั่งเศส มาประจำที่ Mixed Hospital เพื่อให้บริการภรรยาข้าราชการเหล่านี้

แต่ด้วยอัตราตายของทารกปริกำเนิด (stillbirth) ใน กัมพูชาและตอนใต้ของเวียดนาม (Cochinchina) ที่สูงถึง ๒๓ เปอร์เซ็นต์ ทำให้ในปี ค.ศ. ๑๙๐๕ มีการประกาศนโยบายสุขภาพที่เน้นการพัฒนาเพื่อลดการตายของแม่และเด็ก (mortality rate) ซึ่งฝรั่งเศสมองว่าปัญหานี้เกิดจาก “ความโง่เขลาและความเชื่อล้าหลังในการแพทย์ของคนพื้นเมืองกัมพูชา”

ในปี ค.ศ. ๑๙๐๗ มีการก่อตั้งคลินิกเอกชนเพื่อทำการคลอดในแบบตะวันตกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการสำหรับประชาชนทั่วไปในกรุงพนมเปญ โดยคณะ sister of La Providence กับองค์กรการกุศลที่ไม่เกี่ยวกับศาสนา Societe' de protection de la natalite' indege'ne au Cambodge คลินิกนี้ได้รับเงินสนับสนุนจากกษัตริย์กัมพูชา กับ รัฐบาลอาณานิคม บริหารงานโดยคณะกรรมการที่มีเจ้าหญิงกัมพูชา ๒ องค์ เป็นกรรมการ บุคลากรมีแพทย์ชาวฝรั่งเศส และผดุงครรภ์ที่ไม่มีปริญญาบัตร ๒ คน ในปี ค.ศ. ๑๙๐๘ มีผู้มารับบริการคลอด ๑๑๕ คน เป็นชาว กัมพูชา ๙๗ คน เป็นชาวเวียดนาม ๑๗ คน และชาวจีน ๑ คน (Muller, ๒๐๐๖) แต่ผู้รับบริการชาว กัมพูชาทั้งหมดก็มีแต่ชนชั้นสูงในสังคมกัมพูชาเท่านั้น การคลอดในโรงพยาบาลกับผดุงครรภ์ชาวตะวันตกนี้ จึงไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ กับชีวิตของชาวชนบทที่ยังคลอดกับ *ชาหมอบโบราณ* เช่นเดิม (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

แม้ว่ารัฐบาลฝรั่งเศสจะเริ่มให้ความสำคัญกับการที่จะพัฒนาความรู้หมอด้ายพื้นบ้าน แต่ก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเฉพาะหมอด้ายพื้นบ้านเวียดนามที่เรียกว่า *บามว* (Ba Ma) เท่านั้น เช่น ในปี ค.ศ. ๑๙๐๔ *บามว* หมอด้ายพื้นบ้านเวียดนามได้รับการอบรมเรื่องความสะอาด และการตัดสายสะดืออย่างปลอดภัย ได้รับแจก อุปกรณ์สำหรับตัดสายสะดือที่ปราศจากเชื้อ เพื่อดูแลคนในเขตเมืองทั้งในไซ่ง่อนและฮานอย มีการรณรงค์เพื่อป้องกันบาดทะยักโดยจะมีแพทย์แผนตะวันตกไปเยี่ยมบ้านหลัง *บามว* ทำคลอด ๒ อาทิตย์ ถ้ามารดาและทารกไม่มีการติดเชื่อบาดทะยัก *บามว* จะได้รับรางวัล ๑ piastre

^{๑๐} เสถียรภาพในการปกครองประเทศกัมพูชาของสมเด็จพระนโรดมสีหนุเริ่มสั่นคลอน และเกิดความวุ่นวายในประเทศจากหลายๆปัจจัยตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๖๕ จนกระทั่ง ปี ค.ศ. ๑๙๗๐ นายพล ลอนนอล (Lon Nol) ได้ทำการปฏิวัติ สมเด็จพระนโรดมสีหนุแล้วเปลี่ยนการปกครองมาเป็นรูปแบบประชาธิปไตยแบบมีประธานาธิบดีเป็นประมุข เป็นยุคที่ประเทศกัมพูชาต้องทั้งกลายเป็นพื้นที่ของการสู้รบในสงครามเวียดนามของสหรัฐอเมริกา และมีการสู้รบกับกองกำลังพรรคคอมมิวนิสต์ในประเทศด้วย โปรดดูเพิ่มเติมใน David Chandler, A history of Cambodia (Boulder: Westview Press, ๑๙๙๖)

แต่สำหรับ *ชาหมอบโบราณ* ของกัมพูชา ซึ่งต้องมีการประกอบพิธีกรรมประกอบการทำคลอดจำนวนมากนั้น ถูกฝรั่งเศสมองว่า เป็นผู้ที่ไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ งามาย ไร้สาระ จนไม่สามารถพัฒนาได้ (Muller, ๒๐๐๖)

ในปี ค.ศ.๑๙๑๑ แม้จะมีการรณรงค์ให้คนกัมพูชามาคลอดที่คลินิกของ sister of La Providence ใน กรุงพนมเปญ ทั้งการคลอดฟรี, การแจกเสื้อผ้าชุดใหม่ทั้งแม่และลูก และการให้เงิน ๑ piastre ช่วยเหลือผู้ที่มา คลอดแล้วก็ตาม แต่ในจำนวนผู้ที่มาคลอดทั้งหมด ๒๑๘ คน ก็เป็นคนกัมพูชาเพียง ๗๓ คน ขณะที่เป็นคน เวียดนามถึง ๑๔๕ คน ต่อมาในปี ค.ศ.๑๙๑๙ คลินิกเอกชนของ sister of La Providence ถูกควบรวมกับ Mixed Hospital กลายเป็นแผนกมารดาและทารก มีผดุงครรภ์จากฝรั่งเศสมาประจำ เปลี่ยนระบบที่เป็นการ ทำกุศลมาเก็บเงินค่าบริการ ทำให้ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นชาวตะวันตก และชนชั้นสูง ปีถัดมาก็เริ่มมีการ เปิดคลินิกเอกชนเพื่อทำคลอดโดยผดุงครรภ์ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนผดุงครรภ์ในฮานอย

แต่ด้วยปัญหาอัตราการตายของมารดาและทารกที่ยังสูงอยู่ทำให้มีความพยายามที่จะให้คนกัมพูชามา คลอดแบบสมัยใหม่มากขึ้น ในปี ค.ศ. ๑๙๒๒ จึงมีเจ้าหญิงกัมพูชาซึ่งเป็นหลานของกษัตริย์มาเป็น ผดุงครรภ์ กิติมาศักดิ์ เพื่อประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล รวมทั้งกลับมาให้บริการการคลอดฟรีในโรงพยาบาล และให้เงิน ค่าตอบแทนที่มาคลอดในโรงพยาบาลอีกครั้ง ในปี ค.ศ. ๑๙๒๔ ทั้งยังมีความพยายามที่จะเพิ่มจำนวนผดุง ครรภ์ชาวกัมพูชา จึงมีการเปิดโรงเรียนผดุงครรภ์ในกรุงพนมเปญ ในเดือนธันวาคมปีเดียวกันนั้น ด้วยหลักสูตร ๒ ปี ในปีแรกมีนักเรียน ๘ คน ๔ คนเป็นคนเวียดนาม อีก ๔ คนเป็นคนกัมพูชา อายุระหว่าง ๑๗ - ๒๓ ปี เมื่อนักเรียนเหล่านี้สอบผ่านปีหนึ่ง ก็จะเริ่มได้รับเงินเดือน ๕ piastre

อย่างไรก็ดีจำนวนคนกัมพูชาทั่วไป ที่มารับบริการการคลอดแบบตะวันตกก็ไม่เคยเพิ่มขึ้น ในปีค.ศ. ๑๙๒๖ -๑๙๓๐ มีคนมาคลอดในโรงพยาบาล ประมาณ ๕๐๐ - ๗๐๐ คน และมากกว่าครึ่งเป็นคนเวียดนาม จนกระทั่งนโยบายจูงใจคนมาคลอดด้วยเงินค่าตอบแทนถูกยกเลิกไป ในปี ค.ศ. ๑๙๓๗ (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

นอกจากนี้ฝรั่งเศสยังล้มเหลวในความพยายามเพิ่มผดุงครรภ์แผนตะวันตก จนต้องปิดโรงเรียนผดุง ครรภ์ในพนมเปญ ในปี ค.ศ. ๑๙๓๒ เนื่องจากไม่สามารถหานักเรียนชาวกัมพูชามาเรียนได้ เพราะผู้หญิง กัมพูชาในสมัยนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา อีกทั้งมีความเชื่อว่าการทำคลอดคือการสัมผัสเลือดที่มีมลทิน ทำให้ไม่มีผู้ปกครองส่งบุตรสาวมาเรียน

แม้การคลอดแผนตะวันตกจะไม่ได้รับการยอมรับจากคนกัมพูชาทั่วไป แต่สำหรับชาวเวียดนามและ ชนชั้นสูงในสังคมกัมพูชาแล้วกลับตรงกันข้าม เพราะกิจการคลินิกเอกชนที่ให้บริการการคลอดโดยผดุงครรภ์ ชาวฝรั่งเศส และชาวเวียดนามมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วจนต้องมีการออกกฎหมายควบคุมหลายฉบับจาก รัฐบาลอาณานิคม เช่น ในปี ค.ศ. ๑๙๔๐ มีคลินิกเอกชนให้บริการ ๘ แห่งใน กรุงพนมเปญ และยังมีในเมือง ใหญ่ๆ อย่างเมืองกำปอต (Kampot) และเมืองพระตะบอง (Battambang)

หลังได้รับเอกราช แม้อาจถือได้ว่าการแพทย์แผนตะวันตกประสบความสำเร็จในการพัฒนาระดับหนึ่ง ที่ทั้งทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และสามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้จำนวน มาก แต่สำหรับการคลอดแล้ว การคลอดโดย *ชาหมอบโบราณ* การ *ชลองโตนเล* และการดูแลหลังคลอดตาม วัฒนธรรมดั้งเดิมของกัมพูชายังคงมีรากฐานที่เหนียวแน่นอยู่ในสังคมของประชาชนทั่วไปเช่นเดิม ก่อนที่ระบบ การดูแลสุขภาพของประเทศกัมพูชา ทั้งการแพทย์แผนตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน และการ *ชลองโตนเล* จะ ถูกเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกฟ้า พลิกแผ่นดินอีกครั้งในยุคเขมรแดง

การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพในยุคเขมรแดง (Khmer Rouge) เมื่อเขมรแดง หรือ พรรคคอมมิวนิสต์กัมพูชา (Communist Party of Kampuchea) ^{๑๑} เข้ายึดกรุงพนมเปญได้ใน วันที่ ๑๗ เมษายน ปี ค.ศ. ๑๙๗๕ นั้น ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในประเทศกัมพูชาในหลายๆ ด้าน หนึ่งในนั้นก็คือระบบการดูแลสุขภาพ ที่ส่งผลทั้งกับการแพทย์แผนตะวันตก และการแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชาเอง

การสร้างระบบการดูแลสุขภาพในยุคเขมรแดงเป็นส่วนผสมของ ๓ ส่วนหลักๆ คือ นโยบายหลักในการสร้างประเทศกัมพูชา ให้เป็นประเทศที่บริสุทธิ์จากความแปดเปื้อนของชาติตะวันตก, อุดมการณ์การสร้างชาติให้ยิ่งใหญ่เหมือนในสมัยพระนร และแรงบันดาลใจจากหมอเท้าเปล่า ในยุค เหมา (Maoist) ของประเทศจีน (Ross, ๑๙๙๐; Chandler, ๑๙๙๖; Kiernan, ๑๙๙๖; Ledgerwood, ๒๐๐๒) ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปในยุคนี้จึงมีผู้รับผิดชอบหลักๆ ๔ กลุ่มคือ กลุ่ม *ครูแพด* (Kru Pet) หรือ กลุ่มแพทย์แผนตะวันตกที่ได้เข้าร่วมกับฝ่ายเขมรแดงตั้งแต่ต้น, กลุ่ม *ครูแพดเจิน* (Kru Pet Gern) หรือ แพทย์ชาวจีน ที่สาธารณรัฐประชาชนจีนส่งมาช่วยเขมรแดง, กลุ่ม *แพดปติวัต* (Pet Padevat) หรือ ทหารเขมรแดงที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร *แพดปติวัต* ของเขมรแดง เป็นระยะเวลา ๓ - ๗ วัน เพื่อส่งไปดำเนินงาน *มอนตรีแพด* (Montee Pet) หรือ โรงพยาบาลในคอมมูน ตามพื้นที่ต่างๆ (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐)

กลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่ม *ครูชแมร์* ที่มีความสามารถในการผลิตยาสมุนไพร แม้ว่าในยุคเขมรแดงผู้ที่เป็น *ครูชแมร์* บางส่วนจะถูกฆ่าเพราะถูกจัดว่าเป็นพวกมีความรู้ และบางส่วนจะพยายามปกปิดความเป็น *ครูชแมร์* ของตน แต่ก็มี *ครูชแมร์* อีกหลายคนที่ได้เข้าร่วมกับเขมรแดง ในการดำเนินระบบสุขภาพในขณะนั้นด้วย แต่การแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาที่ *ครูชแมร์* ใช้ในยุคเขมรแดง ก็ไม่ใช่ทั้งหมดของระบบความเชื่อในการรักษา เพราะสำหรับเขมรแดงแล้ว วัฒนธรรม, ประเพณี, ศาสนา และความเชื่อเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติ ล้วนเป็นเครื่องมือของชนชั้นสูงในการมอมเมาประชาชนทั้งสิ้น ความเชื่อในส่วนนี้ทั้งหมดจึงเป็นสิ่งต้องห้าม มีเพียงการใช้ยาสมุนไพรของการแพทย์พื้นบ้านเท่านั้นที่กลับมาในระบบการแพทย์ของเขมรแดง

สำหรับตัวอย่างภาพการทำงานของ *ครูชแมร์* ในยุคเขมรแดงนี้ผู้เขียนขอเสนอผ่านเรื่องราวของ *ครูเกา เซิน* (Kru Kro Sern) อดีต *ครูชแมร์* ที่ทำงานให้กับเขมรแดง ที่ *มอนตรีแพด* ใน คอมมูน เวียงริน (Veal Renh) จังหวัดสีหนุวิลล์ ซึ่งเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญแห่งหนึ่งในสมัยเขมรแดง เพราะเป็นจุดขนถ่ายสินค้าด้วยรถไฟต่อจากการขนส่งทางเรือ จากท่าเรือน้ำลึกในจังหวัดสีหนุวิลล์ อันเป็นท่าเรือน้ำลึกแห่งเดียวของประเทศกัมพูชาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ครู เกา เซิน

บ้านไม้ไผ่สูงหลังเล็กสีฟ้าซีดของ *ครู เกา เซิน* ตั้งอยู่เป็นหลังสุดท้ายบนเนินเขาเตี้ยๆ ที่เป็นหินปนทรายในหมู่บ้าน *กัมเปิลชา* (Kampencha) ห่างจากย่านใจกลางเมืองของจังหวัดสีหนุวิลล์ประมาณ ๕ กิโลเมตร *ครู เกา เซิน* ในวัย ๗๘ ปี ยังคงประกอบอาชีพ *ครูชแมร์* และ *ครูเตย* อยู่จนถึงปัจจุบัน ด้วยสุขภาพที่ยังแข็งแรง สามารถเดินเหินได้คล่องแคล่ว ขณะให้สัมภาษณ์ก็ยังสูบบุหรี่ใบจากที่ตนเอง แบบมวนต่อมวน *ครู เกา เซิน* เกิด ในปี ค.ศ. ๑๙๓๔ ที่จังหวัดกำปอต ในครอบครัวชาวกัมพูชาเชื้อสายจีน เริ่มเรียนรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา การใช้ยาสมุนไพร และการใช้เวทมนต์ โดยเฉพาะวิชาโหราศาสตร์จากพระภิกษุซึ่งมี

^{๑๑} เขมรแดงได้เปลี่ยนระบอบการปกครองของกัมพูชาให้เป็นระบอบสังคมนิยมลัทธิคอมมิวนิสต์ โดยมีคณะผู้ปกครองหลักคือ พรรคคอมมิวนิสต์กัมพูชา หรือพรรคกัมพูชาประชาธิปไตย ^[๔๖] และมีกลุ่มผู้ปกครองสูงสุดที่เรียกตนเองว่า "อังการ์เลอ" (Angkar Loeu) หรือ "องค์กรจัดตั้งระดับสูง" โปรดดูเพิ่มเติมใน David Chandler ,A history of Cambodia (Boulder: Westview Press, ๑๙๙๖)



อาคมแก่กล้าในจังหวัดกำปอต เมื่ออายุได้ ๑๔ ปี ขณะบวชเป็นเณร เพราะพระภิกษุท่านนั้นเกิด นิमित เห็นเทวดามาทบกว่า ให้ถ่ายทอดวิชาให้ *ครู เกา เซิน* หลังจากนั้น *ครู เกา เซิน* ได้รุดงค์ไปศึกษาวิชาการแพทย์แผนกัมพูชา กับอาจารย์ท่านอื่นๆทั่วประเทศ กัมพูชา เช่น ในจังหวัดเสียมเรียบ (Siem Reab) จังหวัดไพรเวียง (Prey Veng) รวมแล้วเกือบสิบท่าน จนมีความชำนาญในการใช้ยาสมุนไพร และความรู้ในวิชาโหราศาสตร์ คาอาคมแตกฉาน

ในปี ค.ศ. ๑๙๖๑ อายุ ๒๗ ปี เดินทางกลับบ้านเกิดหลังลาสิกขาบท และเริ่มเป็น *ครูขเมร์* และ *ครูเตย* รักษาคนในจังหวัดกำปอต จนมีชื่อเสียงโด่งดัง ต่อมาแต่งงานมีลูก ๒ คน ในปี ค.ศ. ๑๙๖๙ เมื่อสถานการณ์ในประเทศกัมพูชาเริ่มไม่สงบ จังหวัดกำปอต เป็นจุดหนึ่งที่มีการทิ้งระเบิดอย่างหนักของกองทัพสหรัฐอเมริกา จึงอพยพพร้อมครอบครัวไปอยู่ที่หมู่บ้านเกาะกันดาล (Kaoh Kandal) ในจังหวัดเกาะกง (Koh Kong) เมื่อเขมรแดงสามารถยึดอำนาจของประเทศได้ ในปี ค.ศ. ๑๙๗๕

“เพื่อนก็เรียกให้กลับมาช่วยทำงานที่เวียงริน”

ครู เกา เซิน เล่าถึงสาเหตุที่มาทำงานใน “มนตริแปด” ของเขมรแดง แต่ไม่ได้ให้รายละเอียดเรื่องเพื่อนที่เรียกมาว่าคือใคร ในสมัยเขมรแดงมีการปกครองแต่ละเขตโดยใช้ระบบนารวมที่อยู่กันเป็นคอมมูน ที่คอมมูนเวียงริน เป็นคอมมูนใหญ่ที่มีความสำคัญเพราะตั้งอยู่บนจุดที่เชื่อมต่อไปยังเกาะกงชายแดนไทยและพนมเปญเมืองหลวง และเป็นจุดที่ขนถ่ายของที่ส่งมาที่ท่าเรือน้ำลึกของจังหวัดสีหนุวิลล์ จึงมีทั้งประชาชนธรรมดา และทหารอยู่จำนวนมาก ที่ *มนตริแปด* เวียงริน นอกจาก *แพดปติวัต* ที่จบหลักสูตร ๓ วัน จากองค์การจำนวน ๑๐ คนแล้ว ก็มี *ครู เกา เซิน* และ *ครูขเมร์* ที่มีความรู้เรื่องสมุนไพรทำงานผลิตยาสมุนไพรอีก ๑๑ คน และ *ครูแพดเจิน* ๑ คนที่สาธารณรัฐประชาชนจีนส่งมาช่วย

การผลิตยาสมุนไพรจะเป็นไปตามคำสั่งของ *แพดปติวัต* ที่จะเป็นคนกำหนดยาที่ต้องการ เช่น ยารักษาโรคหิวตโรค ซึ่งเป็นยาที่ต้องการมากที่สุดในตอนนั้น, ยารักษาโรคมาเลเรีย, ยาแก้อาการไม่มีแรง โดยยาสมุนไพรที่ปกติวิธีการกินคือต้องต้มกับน้ำ หรือ แห่เหล้า ก็จะเปลี่ยนเป็นการทำให้เป็นผงแล้วปั้นเป็นเม็ดเล็กๆ เพื่อจ่ายให้ผู้ป่วย ในบางครั้งการรักษาก็อาจทำควบคู่ไปกับยาสมัยใหม่ เช่น ยาฉีดยา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสาธารณรัฐประชาชนจีน และที่ผลิตเองในประเทศ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ใช้เป็นหลักคือยาสมุนไพรที่กลุ่ม *ครูขเมร์* ผลิตขึ้น

มนตริแปด เวียงริน แห่งนี้จะมีคนป่วยรับบริการวันละ ๘๐-๑๐๐ ราย มีทั้งที่เป็นคนในพื้นที่และที่ส่งต่อมาจาก *มนตริแปด* ที่อื่นเพราะเป็น *มนตริแปด* ที่จัดว่ามีขนาดใหญ่ที่สุดในเขตนั้นรองจาก *มนตริแปด* ในตัวเมืองสีหนุวิลล์ จึงมีความต้องการที่จะใช้ยาสมุนไพรเป็นจำนวนมากต่อวัน มีการแบ่งงานกันทำโดยผู้ที่ออกไปในป่าเพื่อหาวัตถุดิบสมุนไพรมาทำยาจะเป็น *ครูขเมร์* ที่ยังหนุ่ม ส่วน *ครูขเมร์* ที่แก่แล้วก็จะนั่งปั้นยาอยู่ที่ *มนตริแปด* *ครู เกา เซิน* ที่ยังหนุ่มอยู่ในตอนนั้นก็เป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่ออกไปหาสมุนไพร

“ออกไปใกล้ๆ ก็ได้ยาแล้วตอนนั้นป่าเยอะ”

สำหรับคุณภาพการรักษา

“ที่ มนตรีแพตเวียงริน ไม่เคยมีคนป่วยตายเลย รักษาหายทุกคน” ครู เกา เซิน ยืนยันหนักแน่นเมื่อเล่ามาถึงตอนนี้ “เพราะมีทั้งยาสมุนไพร ยาสมัยใหม่อย่างยาฉีด แล้วก็มี ครูแพตเจิน ช่วยรักษาถ้าอาการหนักก็ส่งต่อมาที่ตัวเมือง”

เมื่อถูกถามถึงวิธีปฏิบัติอื่นๆที่ต้องทำร่วมกับการรักษาตามองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา เช่น การสวดภาวนาขณะทำการรักษา หรือการทำพิธีอื่นๆ ก็ได้รับคำตอบว่า

“ตอนนั้นทำพิธีอะไรให้คนป่วยไม่ได้ ใช้แต่ยาสมุนไพรอย่างเดียว แต่ตอนที่ทำยากี่แอบอธิษฐานถึงครูอาจารย์คนสอนในใจ เพราะกลัวยารักษาไม่หาย แล้วจะโดนลงโทษ”

ครู เกา เซิน ทำงานใน มนตรีแพตเวียงริน จนถึงสมัยที่ทหารเวียดนามบุกเข้าประเทศกัมพูชาจึงหนีพร้อมกับครอบครัวไปที่ค่ายผู้อพยพที่จังหวัดตราดในฝั่งไทย ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๘๙ จึงกลับมาที่สีหนุวิลล์อีกครั้งและประกอบอาชีพเป็น “ครูขเมอร์ และ ครูเตย” จนถึงปัจจุบัน

การคลอดและการดูแลหลังคลอดในยุคเขมรแดง ในสมัยเขมรแดงอัตราการแท้งลูก และการตายคลอดสูงมาก เพราะการทำงานหนัก ความอดอยาก และความรุนแรง ทำให้สำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในสมัยนั้นแล้ว การคลอด คือ ความทุกอย่างแสนสาหัส ด้วยการคลอดที่ไม่มีชาหมอบ ไม่มีพิธีกรรม และไม่มีครอบครัวที่คอยดูแล (LeVine, ๒๐๑๐) มีแต่ แพดปติวัต ผู้หญิง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยมีความรู้ หรือ มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน

“ผู้หญิงที่ต้องคลอดลูกในยุคเขมรแดงก็เหมือนตายไปแล้วครึ่งตัว” คือคำอธิบายของ ยาย คน วารี (Kon Varee) กับการคลอดลูกคนสุดท้ายในปี ค.ศ. ๑๙๗๗ ในยุคเขมรแดง

ยาย คน วารี ปัจจุบันอายุ ๖๙ ปี เกิดที่จังหวัดตากแก้ว ในปี ค.ศ. ๑๙๔๓ ในครอบครัวชาวนามีฐานะยากจน แต่งงานเมื่ออายุ ๑๘ ปี ในปี ค.ศ. ๑๙๖๑ สามีเป็นคนบ้านเดียวกัน ยาย คน วารี มีลูกคนแรกตอนอายุ ๑๙ ปี ที่ยายเล่าว่า

“ท้องลูกคนแรก ก็ทำตามประเพณีทุกอย่างคลอดกับ ชาหมอบโบราณ ในหมู่บ้าน แรกแรกมากมีอาคม ก่อนคลอดแกเอาสายสิญจ์มาทำเป็น เสมา รอบเตียง คลอดแล้ว ๓ วัน ก็มาไล่เลือดให้ ตอนที่ยายอยู่ไฟ ก็มียาสมุนไพรโบราณมาต้มกิน ออกจากอยู่ไฟก็ทำพิธีให้ชาหมอบ ไหว้ผีบรรพบุรุษ หลังคลอดก็เลยแข็งแรงทำงานได้”

หลังจากนั้น ยาย คน วารี ก็มีลูกอีก ๖ คน แต่ตายตอนคลอดเสีย ๒ คน ตอนที่เขมรแดงยึดอำนาจ ยายจึงมีลูกเหลืออยู่ ๕ คน ต่อมาลูกชายคนโตที่อายุ ๑๕ ปีถูกเกณฑ์ไปเป็นทหารและไม่ได้พบกันอีกเลย ลูกอีก ๒ คน ตายด้วยโรคท้องร่วง และไข้มาเลเรีย ในปี ค.ศ. ๑๙๗๗ ที่ตั้งท้องลูกคนสุดท้ายท้องครบถ้วนจึงมีเพียง ยาย คน วารี สามี และลูก ๒ คน

“ตอนนั้นคนที่ท้องก็ต้องทำงานทุกคน ข้าวก็ไม่กิน มีแต่น้ำข้าว คนที่ท้องก็เลยแท้งไปหลายคน แต่ท้องของยายอยู่จนถึงวันคลอด เพราะผัวยายเขาหาของกินเก่ง บางทีไปทำนาก็แอบจับกบ จับงูได้ก็แอบเอามาแบ่งกันกิน จริงๆ แล้วคนท้องห้าม กินงู กินกบ แต่ตอนนั้นมันไม่มีอะไรจะกิน ได้อะไรมาก็ต้องกิน”

“ยายเจ็บท้องรู้ว่าจะคลอดตอนกลางคืน ไม่มีชาหมอบ ไม่มีหมอ ผัวยายกับยายช่วยกันคลอดสองคน ผัวยายเอาหินคมๆมาตัดสายสะดือ ตอนฝังรกก็ฝังตามมีตามเกิดไม่ได้เคล้าเกลือ ไม่มีน้ำร้อน ไม่ได้อยู่ไฟ ไม่มีสมุนไพรกิน คลอดออกมาแล้ว ก็เอาเศษผ้า กรอผ้า ห่อ ตอนเช้าผัวยายก็ต้องไปทำงานในนา รวม ยายก็อยู่บ้านคนเดียว แล้วตกเลือดมาก ก็มี แพดปติวัต ผู้หญิงมาดูแลแล้วฉีดยาให้เข็มหนึ่ง แล้วเอายาสมุนไพรเม็ดๆ มาให้กิน แต่ผัวยายให้แอบเอาไปทิ้งเพราะเขาบอกว่ายาสมุนไพรเขมรแดงทำจากกระดูกคนตาย ยายตกเลือดอยู่ ๕ วัน นมก็ไม่ให้ลูกกิน นึกว่าตายทั้งแม่ทั้งลูกแล้ว”

แต่ ยาย คน วารี และลูกก็ไม่ตาย ปัจจุบัน ยาย คน วารี ก็อาศัยอยู่กับลูกคนเล็กคนหนึ่งที่หมู่บ้าน คางเลอ (Kang Leu) ในจังหวัดสีหนุวิลล์

การปกครองในยุคเขมรแดงสิ้นสุดลงในวันที่ ๗ มกราคม ค.ศ.๑๙๗๙ เมื่อกองทัพเวียดนามที่นำโดย เฮง สัมริน (Heng Samrin) และ ฮุน เซน (Hun Sen) อดีตเขมรแดงแปรรูปสามารถยึดกรุงพนมเปญและจัดตั้ง สาธารณรัฐประชาชนกัมพูชา (People's Republic of Kampuchea) ขึ้น ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศกัมพูชาจึงเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง

ระบบการดูแลสุขภาพในประเทศกัมพูชาหลังยุคเขมรแดงจนถึงยุคปัจจุบัน ประเทศกัมพูชาในยุคสาธารณรัฐประชาชนกัมพูชา ก็ยังคงเป็นช่วงของสงครามกลางเมืองอยู่ จากการต่อต้านของแนวร่วมเขมรสามฝ่าย (The Coalition Government of Democratic Kampuchea;^{๑๒}) การฟื้นฟูระบบการดูแลสุขภาพในช่วงนี้ จึงทำได้เพียงรวบรวมอดีตบุคลากรทางการแพทย์ก่อนยุคเขมรแดงที่รอดชีวิตมาทำงาน ร่วมกับความช่วยเหลือจากสหภาพโซเวียต (Ovesen and Trankell, ๒๐๑๐; Slocomp, ๒๐๑๐) จนกระทั่งกองกำลังเวียดนามถอนออกไปจากประเทศกัมพูชา ในปี ค.ศ. ๑๙๘๙ หลังการล่มสลายของสหภาพโซเวียต และมีความพยายามในการสร้างสันติภาพให้เกิดขึ้นในประเทศกัมพูชาโดยความช่วยเหลือของนานาชาติ จนเกิดการเลือกตั้งครั้งแรกของประเทศกัมพูชา ในปี ค.ศ. ๑๙๙๓ ที่จัดขึ้นโดยองค์การบริหารกัมพูชาเพื่อการเปลี่ยนผ่านของสหประชาชาติ (United Nations Transitional Authority in Cambodia)^{๑๓} จนมีรัฐบาลที่เกิดจากการเลือกตั้งครั้งแรกหลังสงครามอันยาวนาน รัฐบาลชุดนี้ได้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อฟื้นฟูระบบการดูแลสุขภาพของประเทศที่ยุคเขมรแดงทำลายลงด้วยความช่วยเหลือจำนวนมากจากต่างประเทศเรื่อยมาจนปัจจุบัน

แม้ว่าระบบการแพทย์แผนตะวันตก คือ นโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขกัมพูชา และมีความพยายามในการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีจำนวนมากพอที่จะตอบสนองต่อระบบการแพทย์ให้ได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์แผนตะวันตกของประเทศกัมพูชาในปี ค.ศ. ๒๐๑๐ ก็มีเพียง ๑๘,๐๔๕ คน ต่อจำนวนประชากร ๑๔.๓ ล้านคน ประกอบด้วยแพทย์จำนวน ๒,๓๐๐ คน แพทย์เฉพาะทาง ๙๑ คน พยาบาลชั้นต้น (Primary nurses) ๓,๒๕๘ คน พยาบาลชั้นหนึ่ง (Secondary nurses) ๕,๑๗๕ คน ผดุงครรภ์ชั้นต้น (Primary midwives) ๑,๘๒๗ คน ผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (Secondary midwives) ๑,๙๒๑ คน จึงแน่นอนว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศจะมีปัญหาการเข้าถึงระบบการแพทย์แผนตะวันตก (MOH, ๒๐๑๐) ทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชายังคงเป็นที่พึ่งพาหลักของประชาชนที่มีฐานะยากจนอันเป็นประชาชนส่วนใหญ่ทั้งประเทศอยู่

^{๑๒} แนวร่วมเขมรสามฝ่าย (The Coalition Government of Democratic Kampuchea; CGDK) เป็นการรวมตัวของกลุ่มการเมืองในกัมพูชาได้แก่เขมรแดง ภายใต้การนำของเขียว สัมพันและพล พต แนวร่วมปลดปล่อยแห่งชาติประชาชนเขมรของซอนซาน และพรรคพุนชินเปกของสมเด็จพระนโรดม สีหนุเพื่อจัดตั้งรัฐบาลผสมกัมพูชาประชาธิปไตย เพื่อต่อสู้กับรัฐบาลของฮุน เซนในปีค.ศ.๑๙๘๒โปรดดูเพิ่มเติมใน Frederick Brown, Cambodia in ๑๙๙๒: Peace at Peril, *Asian Survey* Vol. ๓๓ (๑๙๙๓): ๘๓-๙๐.

^{๑๓} UNTAC เริ่มเข้ามาในกัมพูชาหลังการประชุมข้อตกลงสันติภาพที่กรุงปารีสในเดือนตุลาคมปี ค.ศ. ๑๙๙๑ และเข้ามาจนเต็มอัตรากำลังในเดือนกันยายน ค.ศ. ๑๙๙๒ เจ้าหน้าที่ทั้งหมดก็ประกอบไปด้วย กำลังทหารเพื่อรักษาความสงบจำนวน ๑๕,๙๐๐ นาย ตำรวจ ๓,๖๐๐ นาย และเจ้าหน้าที่เพื่อเตรียมการเลือกตั้งจำนวน ๒,๕๐๐ คน ด้วยค่าใช้จ่ายประมาณ ๑.๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ โปรดดูเพิ่มเติมใน Frederick Brown, Cambodia in ๑๙๙๒: Peace at Peril, *Asian Survey* Vol. ๓๓ (๑๙๙๓): ๘๓-๙๐.

การฟื้นฟู การแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา ระบบการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาเองหลังยุคเขมรแดง ก็เช่นเดียวกับระบบการแพทย์แผนตะวันตกที่ค่อยๆ พ้นตัวขึ้นมาอย่างช้าๆ การแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาส่วนใหญ่เป็นการให้การรักษที่บ้าน หรือ ที่วัดในกรณีที่เป็น *อจารย* (Arjan) หรือ หมอพระ จำนวนของแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาไม่สามารถทราบจำนวนที่แน่นอน เพียงแต่ทราบได้ว่าในทุกหมู่บ้านมี แพทย์พื้นบ้านกัมพูชาอาศัยอยู่ และถ้าเป็นหมู่บ้านใหญ่ก็อาจมีหลายคน (Cambodia Ministry of Health, ๒๐๐๘) รัฐบาลกัมพูชาเองก็ตระหนักถึงความสำคัญ และความแพร่หลายของการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา เห็นได้จากความพยายามควบคุมคุณภาพโดยการออกกฎหมาย เพื่อควบคุมการเปิดคลินิกให้บริการการรักษาและการขายยาสมุนไพร ในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ (Procedures and Requirements for Opening, Closing or Changing the Location of Traditional Medicine Selling Establishment) มีการจัดทำระบบเฝ้าระวังการใช้ยา (surveillance system for medicines) รวมทั้งยาสมุนไพร ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ และมีการเปิดศูนย์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ และยาสมุนไพรของการแพทย์แผนกัมพูชา (The National Centre of Traditional Medicine) ในปี ค.ศ. ๒๐๐๙ โดยประสานงานกับองค์กรแพทย์แผนกัมพูชา (Cambodian Traditional Medicine Organization) จัดการอบรมระยะสั้นให้กับแพทย์แผนกัมพูชา เพื่อพัฒนาคุณภาพ และความรู้ด้านข้อกฎหมาย หลังการอบรมแพทย์แผนกัมพูชาเหล่านี้ก็จะได้รับใบอนุญาตเพื่อเปิดคลินิกอย่างถูกต้อง จนทำให้ในปัจจุบันมีคลินิกที่ให้บริการการแพทย์แผนกัมพูชาที่ได้รับใบอนุญาตเกิดขึ้นมากมายในกรุงพนมเปญ และมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทั้งในหนังสือพิมพ์และอินเทอร์เน็ต

ตัวอย่างการโฆษณาคลินิกของแพทย์แผนโบราณ” จวน สุปุตร ” ในหนังสือพิมพ์เกาะสันติภาพ



ประจำวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๐๑๒ ที่ให้รายละเอียดว่า แพทย์ท่านนี้ชำนาญในการรักษาโรกระบบสืบพันธุ์ เช่น กามโรค ฝิ่นม่วง ปัญหาของระบบปัสสาวะ ด้วยยาแผนโบราณ

นอกจากนี้ศูนย์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ และยาสมุนไพรของการแพทย์แผนกัมพูชาแห่งนี้ แห่ยังสนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปมีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาตนเอง ด้วยการผลิตคู่มือการใช้ยาสมุนไพร เช่น หนังสือที่ชื่อว่า ๖๐๐ สูตรของการใช้ยาพื้นบ้านรักษาโรค (๖๐๐ Formulas of Traditional Medicine

for Treatment), ยาในสวนของคุณ (Medicines in Your Garden) ในปี ค.ศ. ๒๐๑๑ ปัจจุบันมียาสมุนไพรที่ขึ้นทะเบียนสามารถถูกต้องตามกฎหมายในประเทศกัมพูชา ๗๓ ชนิด แต่มีเพียง ๒ ชนิดที่ผลิตในประเทศกัมพูชา อย่างไรก็ตามกัมพูชาสมุนไพรเหล่านี้ไม่ได้ถูกใส่ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines) (Cambodia Health Service Delivery Profile, ๒๐๑๒)

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขกัมพูชาจะยอมรับการมีอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา แต่สำหรับ การคลอดโดย *ชาหมอบโบราณ* นั้นต่างออกไป เนื่องจากปัญหาการตายคลอด (maternal mortality rate) ยังคงเป็นปัญหาหลักในประเทศกัมพูชา แม้อัตราการตายคลอดจะลดลงจาก ๕๘๐ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ในปี ค.ศ. ๑๙๙๙ ไปเป็น ๒๙๐ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ในปี ค.ศ. ๒๐๐๘ และ ๒๐๖ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ในปี ค.ศ. ๒๐๑๐

(UNFPA, ๒๐๑๑) แต่ก็ยังจัดว่าเป็นอัตราที่สูงที่สุดทวีปเอเชีย (Montesanti, ๒๐๑๑) โดยมีสาเหตุหลักๆ เช่น ปัญหาหระหว่างคลอด, การตกเลือดหลังคลอด (Ministry of Health Cambodia, ๒๐๑๑) การคลอดโดย *ชาหมอบโบราณ* จึงถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของปัญหานี้ เพราะมากกว่าครึ่งของผู้หญิงชนบทที่ยังคงคลอดลูกที่บ้าน มีเพียงผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเมือง ที่มีความรู้เท่านั้น ที่ส่วนใหญ่คลอดในโรงพยาบาล (World Health Organization, ๒๐๑๑) ทำให้มีโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องความสะอาด และการตัดสายสะดืออย่างปลอดภัย รวมทั้งได้รับการแจก อุปกรณ์สำหรับตัดสายสะดือที่ปราศจากเชื้อ ทั้งโดยองค์กรเอกชน และรัฐบาล อย่างไรก็ตามการคลอดโดย *ชาหมอบโบราณ* นั้น ก็ถือว่าไม่ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขของกัมพูชา (MOH, ๒๐๐๖)

แม้ว่าภาพตัวแทนของการคลอดในสังคมกัมพูชาจะถูกนำเสนอว่า ยังคงยึดมั่นในวิถีปฏิบัติแบบโบราณอย่างไม่เสื่อมคลาย แต่ผู้เขียนขอเสนอในบทความนี้ว่า ผู้คนในสังคมกัมพูชา ก็ไม่ต่างจากผู้คนในสังคมอื่น ที่ต้องเผชิญหน้ากับความเปลี่ยนแปลงของบริบททาง สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง ทำให้เกิดการต่อสู้ ดันรน ในการแสวงหาหนทางในการดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วย ของผู้คนในสังคม ที่จะทำให้ตนเองดำรงตัวตนอยู่ในสังคมต่อไปได้

ส่วนสุดท้าย การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการ *ชลองโตนเล* ในจังหวัดสีหนุวิลล์ ประเทศกัมพูชา

ในส่วนสุดท้ายของบทความนี้ ผู้เขียนจะเสนอปรากฏการณ์ การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอด และการดูแลหลังคลอด ในประเทศกัมพูชาในปัจจุบัน โดยใช้กรณีศึกษาในจังหวัดสีหนุวิลล์ ประเทศกัมพูชา ซึ่งเป็นข้อมูลจากการลงภาคสนามที่จังหวัดนี้เป็นเวลา ๖ เดือน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เช่น เข้าร่วมในพิธีการรักษารักษาของ *ครูบารเมย* และการสัมภาษณ์ผ่านล่ามชาวกัมพูชา เพราะถึงแม้ว่าผู้เขียนจะมีความสามารถในการพูดและฟังภาษากัมพูชาได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็เกรงว่าหากผู้เขียนสัมภาษณ์ตามลำพัง อาจมีการตีความที่คลาดเคลื่อนได้

จังหวัดสีหนุวิลล์ ประเทศกัมพูชา ตั้งอยู่ห่างจากกรุงพนมเปญ ๒๓๔ กิโลเมตร มีชื่อเดิมว่าเมืองกำปงโสม (Kompong Som) และเปลี่ยนชื่อเป็นสีหนุวิลล์ ในปี ค.ศ. ๑๙๖๔ เป็นเมืองที่มีชื่อเสียงในฐานะเมืองท่องเที่ยวชายทะเล ตั้งแต่สมัยหลังอาณานิคมจนถึงปัจจุบันโดยมีนักท่องเที่ยวต่างชาติมาเยือนมากเป็นอันดับสองรองจากจังหวัดเสียมเรียบ นอกจากนี้จังหวัดนี้ยังเป็นจุดขนส่งสินค้าทางทะเลที่สำคัญที่สุดของประเทศกัมพูชา ด้วยการเป็นที่ตั้งท่าเรือน้ำลึกแห่งเดียวของประเทศที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๖๓ และเป็นเขตอุตสาหกรรมที่มีโรงงานขนาดใหญ่หลายแห่ง เช่น โรงงานผลิตเบียร์ยี่ห้ออังคอร์ (Angkor) สิ่งเหล่านี้ทำให้จังหวัดสีหนุวิลล์เป็นเมืองที่มีความทันสมัยเป็นอันดับต้นๆของประเทศ บรรยากาศของย่านตัวเมืองจะเต็มไปด้วยอาคารสูงขนาดใหญ่ทั้งที่ก่อสร้างเสร็จแล้ว และกำลังก่อสร้าง และสามารถพบเห็นนักท่องเที่ยวต่างชาติอยู่ทั่วไปทั้งในย่านใจกลางเมือง และตามชายหาด

จังหวัดสีหนุวิลล์มีประชากรทั้งสิ้น ๑๘๐,๒๘๗ คน มีพื้นที่ ๑,๒๘๓ ตารางกิโลเมตร ประกอบไปด้วย ๓ *ภูมิต* (Phum) หรือ ชุมชน (Commune) และ ๒๒ *สังกัด* (Sangkat) หรือ เขต (Quarter) คือ *ภูมิตตาเพียบ* (Mittapheap) ซึ่งอยู่ในเขตเมือง มีประชากร ๗๙,๔๓๔ *ภูมิตสังเห* (Steung Hav) มีประชากร ๑๓,๔๔๖ คน และ *ภูมิตเปรียนับ* (Prey Nup) มีประชากร ๘๗,๔๐๗ คน (Planning Office of Sihanoukville, ๒๐๐๘) โดยพื้นที่ ที่ผู้เขียนใช้เก็บข้อมูลคือ พื้นที่ของ *ภูมิตตาเพียบ* ซึ่งเป็นย่านตัวเมือง เป็นที่ตั้งของสถานที่ราชการ, ธนาคาร, โรงแรมขนาดใหญ่, บาร์, ตลาด เป็นพื้นที่ของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว รวมทั้งเป็นพื้นที่ของสลัมขนาดใหญ่ ๓ แห่ง

การแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชาในจังหวัดสีหนุวิลล์ ในส่วนของระบบการแพทย์แผนตะวันตกนั้น ในทุก ภูมิภาค จะมีศูนย์สุขภาพชุมชนประจำ ภูมิภาค ละ ๑ แห่ง และโรงพยาบาลรัฐบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลหลัก (referral hospital) ตั้งอยู่ในย่านใจกลางเมือง ๑ แห่ง โดยประชาชนทั่วไปจะเรียกโรงพยาบาลแห่งนี้ว่า มอนตรี แพตกรง (Montre Pet Kong) หรือ มอนตรีแพตจอมกาเจก (Montre Pet Jomkar Jek) ซึ่งแปลว่า โรงพยาบาลสวนกล้วย เพราะในอดีตพื้นที่รอบๆ โรงพยาบาลคือสวนกล้วยขนาดใหญ่ นอกจากนี้ก็ยังมีร้านขายยาแผนปัจจุบัน ซึ่งใช้สัญลักษณ์เป็นเครื่องหมายกาชาดสีเขียว และคลินิกเอกชน ซึ่งใช้เครื่องหมายเป็นกาชาดสีน้ำเงิน ตั้งอยู่ใน ภูมิภาค ต่างๆ โดยจะมีมากที่สุดเ็นเขตเมือง คลินิกมีทั้งแบบที่ ไม่มีเตียงให้คนไข้พักค้างคืน และแบบที่มีเตียงให้คนไข้พักค้างคืน คลินิกที่มีชื่อเสียงก็เช่นคลินิกเซเต (CaTa) ในย่าน เซเต



ภาพคลินิกและร้านขายยาแผนปัจจุบัน ในจังหวัดสีหนุวิลล์

นอกจากนี้ ก็ยังมีระบบการแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชา ที่ยังคงดำรงอยู่ในจังหวัดสีหนุวิลล์ แม้ว่าการดำรงอยู่นี้ จะต้องดำรงอยู่บนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสังคม โดยผู้เขียนจะขอแสดงภาพของการดำรงอยู่ และเปลี่ยนแปลงไปนี้ ผ่านชีวิตของ ครู ๖ ท่าน ที่มีความสามารถในการเยียวยาความเจ็บป่วยด้วยการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา ในมิติที่แตกต่างกัน ชาหมอบแพด ๑ ท่าน และ ชาหมอบโบราณ ๑ ท่าน รวมทั้งประสบการณ์ในการ ชลองไตเล ของแม่อีก ๑๒ คน ที่มีชีวิตที่แตกต่างกัน เพื่อนำมาสร้างเป็นข้อสรุปเชื่อมโยงไปสู่ การดำรงอยู่ และการเปลี่ยนแปลงของการ ชลองไตเล ในปัจจุบัน



ครูท่านแรกที่ถูกเขียนขอนำเสนอคือ **ครูชแมร์ ทาน เยิม (Tan Yeim)** ผู้เป็นหมอแผนโบราณที่มีชื่อเสียงด้านการรักษาด้วยยาสมุนไพร และการ ตอชง (Tor Chhang) หรือ การต่อกระดูก

“ครู ทาน เยิม”และ ตะกรุดอาคม

ครู ทาน เยิม อาศัยอยู่ที่หมู่บ้านกำเป็นชา ในบ้านไม้ที่สร้างเป็นโรงเรือนสำหรับต่อเฟอร์นิเจอร์ไม้ขาย ใกล้กับหาดเอกราช ครู ทาน

เยิม เกิดในปี ค.ศ. ๑๙๔๓ แม้จะอายุถึง ๖๙ ปีแล้ว แต่ยังคงแข็งแรง กระฉับ กระเฉง บ้านเกิดของ ครู อยู่ที่จังหวัดกำปงจาม (Kampong Cham) ตาเป็น ครูขแมร์ ที่มีชื่อเสียง และมีอาคมแก่กล้ามาก

“ตา เก่งมารักษาได้ทุกโรค และมีวิชา อาคมมาก มีวิชากำบังกาย เรียกลม เรียกฝนได้ เดินบนน้ำได้ แต่ตาไม่สอนหลานที่เป็นลูกแม่ สอนแต่ลูกชายป้า ตอนนี้อยู่ยังเป็นครูขแมร์อยู่ที่กำปงจาม”

ครู ทาน เยิม จึงไม่ได้เรียนวิชากับตา แต่ออกจากบ้านเกิดที่กำปงจามาตั้งแต่อายุ ๑๗ ปี แล้วเดินทางไปเรียนวิชากับ ครูขแมร์ ที่มีชื่อเสียงหลายท่าน ทั้งในป่าทางตอนเหนืออย่างจังหวัดรัตนคีรี (Ratanakiri) ทางตะวันตกอย่างจังหวัดเสียมเรียบ ตลอดจนที่ชายแดนไทยด้านจังหวัดสุรินทร์ ครูขแมร์ ที่สอนก็มีทั้งที่เป็นคนกัมพูชา, คนจาม และคนจีน ทุกครั้งที่เรียนกับ ครูขแมร์ ท่านใดก็จะจดบันทึกวิชาไว้ทุกครั้ง



ตำรายา ของ ครู ทาน เยิม

ครู ทาน เยิม อธิบายว่าการเป็น ครูขแมร์ ไม่ใช่ทุกคนที่อยากเป็นจะเป็นได้ แต่ต้องมีการเลือกสรรจากเทวดาก่อนจึงจะเป็นได้ เวลาที่ไปขอเรียนกับ ครูขแมร์ ทุกท่าน จะมีการตรวจดวงชะตา และจุดธูปถามเทวดาก่อน ถ้าเทวดาไม่อนุญาตก็จะไม่รับเป็นลูกศิษย์ และถ้าเป็นลูกศิษย์ครูท่านใดแล้ว ก็ต้องตั้งหิ้งบูชาครูตลอดชีวิต จะรักษาใครก็ต้องจุดธูปบอกครู โดยครู ทาน เยิม มีธูปอยู่ดอกหนึ่งซึ่งเป็นธูปที่จุดแล้วไม่เคยไหม้ไฟ เป็นธูป

สำหรับอธิษฐานถึงครูทุกครั้งที่ทำการศึกษา

ครู ทาน เยิม เริ่มเป็น ครูขแมร์ ที่จังหวัดเสียมเรียบ เมื่ออายุ ๒๙ ปี ในปี ค.ศ. ๑๙๗๒

“ช่วงนั้นในเสียมเรียบก็มีหมอฝรั่ง มีโรงพยาบาลฝรั่ง แต่คนเขมรเราก็ยังเชื่อยาสมุนไพรของเรา หมอฝรั่งมีความรู้แต่เรื่องโรค แต่ไม่รู้จักเรื่องอาคม คาถา ถ้าผีเข้าก็ทำอะไรไม่ได้ หว่าคนไข้บ้า คนก็เลยไม่ค่อยเชื่อหมอฝรั่งชอบมาหา ครูขแมร์ มากกว่า”

ในสมัยเขมรแดง ครู ทาน เยิม ซึ่งอายุ ๓๒ ปี ถูกเกณฑ์ไปเป็นทหารร่วมกับเขมรแดง โดยปิดบังฐานะครูขแมร์ ของตนเองเอาไว้เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ปลอดภัย ส่วน ครูขแมร์ ที่เคยสอนวิชาให้ ครู ทาน เยิม ส่วนใหญ่ก็จะหนีเข้าป่ากันหมด แต่ ครู ทาน เยิม ก็ใช้ความเป็น ครูขแมร์ ในการดูแลตนเองและลูกเมีย

“ตอนเป็นทหารให้เขมรแดง ก็ได้แต่งงานกับคนที่องค์การจัดให้ เมียเป็นประชาชนใหม่ มาจากพนมเปญ เมียอายุ ๑๗ ปี แต่งได้ ๑ ปี เมียก็ท้องลูกคนแรก แต่ตอนนั้นถูกส่งไปที่จังหวัดเปรียวิเหียร์ (Preah Vihear) พอกลับมาเมียก็แท้งลูกคนแรกไปแล้ว พออีกปีเมียท้องลูกคนที่สอง คราวนี้ได้อยู่กับเมีย ตอนคลอดมีคนแก่มาร่วมช่วยทำคลอด แต่หลังคลอดไม่มีที่ให้เมียอยู่ไฟ ก็แอบไปหาสมุนไพรให้เมียกิน อย่าง กติบโดง (Kadipdong)^{๑๔} ก็ยังพอหาได้ แล้วก็แอบสวดลงอาคมป้องกันผี ที่จะมารบกวนลูกเมีย ไว้รอบกระท่อม คราวนี้ ก็เลยปลอดภัยทั้งแม่ทั้งลูก”

^{๑๔} ลูกมะพร้าวอ่อนที่ร่วงจากต้น

หลังยุคเขมรแดง ครู ทาน เยม ก๊อพยพครอบครัวไปอยู่ที่จังหวัดเปรเวียง (Prey Veng), จังหวัดสวาย เรียง (Sery Rieng) เพื่อหาทางประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว ละท้ายที่สุดก็ได้มาตั้งรกรากที่จังหวัดสีหนุวิลล์ ในปี ค.ศ.๑๙๘๙

“ตอนนั้นมีลูก ๙ คนแล้ว มาที่นี้ทางรถไฟ มาตอนแรกลำบากเพราะเราไม่ได้บอกใครว่าเป็น ครูขแมร์ มาจับจองที่ดินนี้ปลูกกระต๊อบอยู่แล้วก็รับจ้าง ต่อโต๊ะ ต่อเก้าอี้ ทำงานก่อสร้าง แต่พอมีคนป่วยเห็นแล้วอดช่วยไม่ได้ก็เลยช่วยรักษา คนเขาก็เลยรู้กันว่าเป็น ครูขแมร์ ก็เลยมีคนมารักษา แต่ก็ไม่ได้ทำเป็นอาชีพหลัก คนที่รู้เขาก็มาหา ตอนนั้รับจ้างต่อโต๊ะก็พอกินสบายใจกว่า”

ครู ทาน เยม ให้ความเห็นในความแตกต่างของการแพทย์แผนตะวันตก กับ การแพทย์พื้นบ้าน กัมพูชาว่า

“หมอฝรั่งก็ดูแลโรค แต่ครูขแมร์ถ้ามีคนป่วยมาหากก็ต้องดูตั้งแต่ วัน เดือน ปีเกิด ตรวจโชคชะตา ดู ท่าเดิน ดูรูปร่าง ต้องดูกรรมเก่า ปกติก่อนมีคนป่วยมารักษาจะรู้ล่วงหน้าเพราะครูจะบอกก่อน ว่าจะมีคนไข้ เป็นอะไรมาหา แล้วครูก็จะบอกก่อนว่าคนป่วยที่จะมาเป็นอะไร ต้องรักษาอย่างไร หมอฝรั่งไม่มีครู อีกอย่าง คนป่วย โรคเดียวกัน หมอฝรั่งให้ยาเหมือนกันหมด แต่ของ ครูขแมร์ ไม่ใช่ คนป่วยเป็นโรคเดียวกัน ไม่ใช่แค่ให้ ยาเหมือนกัน ต้องดูว่ามีกรรมเก่าอะไรไหม มีอะไรที่คนป่วยไปลบหลู่ผี หรือ บรรพบุรุษอะไรหรือเปล่า ต้องกิน ยาคุ้กับทำพิธีอย่างอื่นแก้ไปด้วย ไม่ใช่คนป่วยโรคเดียวกัน กินยาเหมือนกัน ก็จบ”

“การรักษาจะหายไม่หายขึ้นอยู่กับ ยาสมุนไพรที่ใช้รักษา กับดวงของคนป่วย แล้วก็ครูที่มาช่วยเวลา รักษา แต่ตอนนี้ป่าไม่ค่อยมียาสมุนไพรบางอย่างก็หายาก อย่างยารักษามะเร็งที่ต้องใช้ กระดุกช้าง แมงมุม ยักษ์ หาไม่ค่อยได้ แต่ที่มาจากต้นไม้ยังพอหาได้อยู่ เป็น ครูขแมร์ เวลาจะไปไหนต้องคอยมองว่ามีต้นอะไร ขึ้นอยู่บ้างแล้วคอยจำเอาไว้ เวลาต้องการใช้จะได้ निकออกกว่าจะไปเอาที่ไหน”

สำหรับการคลอดและการดูแลหลังคลอดตามแบบการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชานั้น

“ตอนท้อง ๑-๘ เดือนแรกยังไม่ต้องกินยาอะไรแค่ระวัง อย่า หกล้ม อย่าเขย่งหยิบของจากที่สูง อย่า กินของร้อนๆ อย่างเนื้องู ทุเรียน ของเผ็ด อย่างนั่งขวางประตู พอ ๙ เดือนค่อยเริ่มกินยาสมุนไพรที่ทำให้คลอด ง่าย แล้วเวลาท้องก็ห้ามทำบาป ”

“ตอนคลอดก็คลอดกับชาหมอบโบราณ ก่อนคลอดก็ต้องทำพิธีขอให้ผีปู่ ตา คุ้มครองให้คลอดง่ายๆ ชาหมอบที่มาทำคลอดเขามีวิชาป้องกันผีมาทำอันตรายตอนคลอดอยู่แล้ว ที่สำคัญ หลังคลอดต้องไล่เลือดที่ ตกค้างอยู่ออกให้หมด ถ้าไล่เลือดไม่หมด มดลูกจะมีปัญหาต้องมาตามครูขแมร์ไปช่วยผสมยาสมุนไพรให้กินไล่ เลือด”

“เวลาไล่เลือดก็ต้องรู้ว่ามดลูกคนเรามี สองแบบ คือ หมอ สบุน (Tamor Spun)^{๑๕} กับ มวนสบุน (Moen Spun)^{๑๖} ถ้าเป็น หมอ สบุน เวลาท้องมดลูกจะขึ้นไปอยู่ข้างบน แต่ถ้าเป็นมวนสบุน มดลูกจะลงมาอยู่ ข้างล่าง วิธีไล่เลือดก็จะไม่เหมือนกัน ถ้ามีเลือดค้างมากก็อันตรายมากอาจทำให้ตาย หรือ เป็นบ้าได้ แต่ถ้าไม่ มากทั้งไว้นานๆก็จะเป็น สบุนรวน (Spun Roen)^{๑๗} สิ่งสำคัญในร่างกายที่ต้องรักษาให้สมดุลก็คือธาตุทั้ง ๔ ดิน น้ำ ลมไฟ ที่ต้องรักษาทั้งยามปกติ และยามเจ็บป่วย ตอนท้องธาตุไฟจะมาร้อนอยู่แล้วเพราะมีดวง วิญญาณ ๒ ดวงในร่างกาย คือแม่กับลูก แต่หลังคลอด แม่จะเสียเลือดมาร่างกายก็เลยเย็น เพราะในเลือดมี สารถึง ๑๐ อย่างที่ช่วยร่างกายให้อบอุ่นพอเสียเลือดก็เลยต้องอยู่ไฟให้ร่างกายร้อน แล้วก็กินยาสมุนไพรเรียก

^{๑๕} มดลูกหิน

^{๑๖} มดลูกไก่

^{๑๗} มดลูกที่มีเสียงดังคล้ายน้ำเดือดตลอดเวลา

เลือดเรียกพลกลับมา แล้วพอเลิกอยู่ไฟก็ต้องไม่ลืมทำพิธีขอบคุณผีบรรพบุรุษ ขอขอบคุณชาวมอบที่ช่วยดูแล แม่ลูกจะได้ปลอดภัย แข็งแรงจากผีที่จะมาทำร้าย”

ปัจจุบัน ครู ทาน เยมียังคงมีคนไข้มารับการรักษา แม้ว่าจะลดจำนวนลงกว่าในอดีต ในส่วนที่เกี่ยวกับการคลอดและการดูแลหลังคลอดนั้น ก็ยังมีการมาเช่า ตะกรุดอาคม เพื่อนำไปคุ้มครองขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอด รวมทั้งยังมีผู้หญิงที่มีปัญหาขณะคลอดและหลังคลอดมารับการรักษาด้วยยาสมุนไพรบ้าง การเป็น ครูขแมร์ นั้น ครู ทาน เยมียธิบายว่า

“เป็น ครูขแมร์ เป็นแล้วให้รวย หาเงินทองใส่ตัวมากๆไม่ได้ เพราะเราไม่ได้เป็นเองแต่ทวดตาเบื่องบน กำหนดมา หวังให้เราช่วยคน สร้างบารมีให้ตัวเรา”

ครูทานที่สอง คือ ครู เกา เซิน ซึ่งเป็นทั้ง ครูขแมร์ และ ครูเตย ซึ่งผู้เขียนเคยกล่าวถึงไว้แล้วในส่วนของการแพทย์ยุคเขมรแดง ครู เกา เซิน ก็เช่นเดียวกับ ครู ทาน เยมียังมีคนป่วยมารับการรักษาอยู่บ้าง แม้จะไม่มากมายเหมือนสมัยก่อน แต่เนื่องจาก ครู เกา เซิน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโหราศาสตร์จึงใช้การรักษาด้วยการตรวจดวงชะตาผู้ป่วยเป็นหลัก ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร

โดยมีวิธีการรักษา คือ เมื่อมีคนป่วยมาหา ก็จะตรวจดวงชะตาคนที่มาหาอย่างละเอียดตั้งแต่คำนวณเวลาคนป่วยมาถึงบ้าน วันเดือนปีเกิด บ่อยครั้งที่เมื่อตรวจดวงชะตาแล้วก็จะพบว่า ความเจ็บป่วยเกิดเพราะกระทำผิดต่อผีบรรพบุรุษ การรักษาจึงต้องทำพิธีขอขมา ซึ่ง ครู เกา เซิน จะตรวจสอบดวงชะตาผู้ป่วย แล้วเป็นผู้จัดพิธีขอขมาที่ถูกต้องเหมาะสมให้ ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรจึงจะรักษาหายได้ ในส่วนของการคลอดและการดูแลหลังคลอดนั้นจะเป็นการตรวจดวงชะตาของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ แล้วทำพิธีขอให้บรรพบุรุษคุ้มครองให้การ คลอดโตนเล ดำเนินไปอย่างปลอดภัย

ในปี แรกๆที่ ครู เกา เซิน มาเป็น ครูขแมร์ ที่สีหนุวิลล์นั้น การหาสมุนไพรยังทำได้ง่ายเพราะมีป่าสาธารณะอยู่รอบๆตัวเมือง แต่ตอนนี้พื้นที่ป่าส่วนใหญ่ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของนายทุน มีการเอารื้อไปล้อม โดยรอบทำให้ไม่สามารถเข้าไปหาสมุนไพรได้ ต้องออกไปหาสมุนไพรไกลถึงป่ารอบน้ำตกกลาบชัย (Khaban Chai) ที่ห่างออกไปจากตัวเมืองสีหนุวิลล์เกือบ ๒๐ กิโลเมตร

“แต่ก่อนเวลาไปเก็บสมุนไพรจะเดินไปเอง แต่ทุกวันนี้อายุมากเดินไม่ไหวแล้วต้องนั่งมอเตอร์ไซค์ไปที่ กบาลชัยคาร์ลไปกลับ ๑๐๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๗๖ บาท) พอถึงที่ก็นัดเวลากลับ แล้วก็เดินเข้าไปในป่าเรื่อยๆ เจอต้นที่ทำยาได้ก็อธิฐานขอแล้วก็เก็บมา ถ้าป่าในเมืองไม่โดนล้อมรั้วก็ไม่ต้องออกมาไกลขนาดนี้ ที่นั่นก็มียาอยู่ เยอะ”

“การไปหาในป่าต้องระวังตัวไม่พูดมาก ต้องยกมือไหว้ขอจากเจ้าป่า เจ้าที่ เจ้าทางก่อน บอกว่า จะเอายาไปรักษาคน ถ้าบอกอย่างนี้ก็ไม่กัด เลือก็ไม่มาทำร้าย แล้วก็ต้องเอามาแค่เท่าที่จะใช้ ถ้าขอ ๕ ใบก็ต้องเอามาแค่ ๕ ใบ ถ้าเอามากินก็จะออกจากป่าไม่ได้ วิธีการเก็บสมุนไพรแต่ละอย่างก็ไม่เหมือนกัน อย่าง กันเตรย (Kun Taei) ^{๑๘} ต้องเอารากที่ขึ้นไปทางทิศตะวันออก หรือ เวลาเก็บใบสมุนไพรส่วนใหญ่ต้องกลั่นใจ เวลาเก็บ”

ปัจจุบัน ครู เกา เซิน เน้นการรักษาที่การตรวจสอบดวงชะตามากกว่าการใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากยาสมุนไพรหายากมากขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาหา มักมียาที่ได้จากการไปรับการรักษาที่แพทย์แผนตะวันตกมาแล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่มั่นใจในการรักษา จึงมาขอตรวจดวงชะตาเพื่อดำเนินพิธีกรรมแก้ไขสาเหตุของความเจ็บป่วย แบบแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาไปด้วย หรือ ในการคลอดที่แม้จะเป็นการคลอดแบบการแพทย์แผนตะวันตกในโรงพยาบาล แต่ญาติของหญิงที่คลอดก็มักจะมาตรวจดวงชะตาและให้ ครู เกา เซิน ประกอบพิธีร่วมด้วย

^{๑๘} รากต้นเจ้าชู้

ครู เกา เซิน อธิบายการเป็น ครูขแมร์ ของตนเองว่า

“ครูขแมร์ ต้องไม่โกหก ไม่พูดมาก ถ้าเขาไม่สบายเพราะกรรมเก่า เพราะเทวดาลงโทษ ก็ต้องบอกเขาตามความจริง ทำพิธีให้เขา แต่ถ้าเขาต้องกินยาที่ใช้ยารักษาเขา แต่ถ้าดวงเขารักษาไม่หายก็ต้องบอกเขาตามตรงว่าไม่หาย ครูขแมร์ เราละเอียดกว่าหมอฝรั่ง ตรงที่ต้องดูไปถึงอดีตชาติ ไม่ได้ดูแค่ชาตินี้ชาติเดียว”

ครูท่านที่สาม คือ **ครู ผสมหน้า เพื่อ โสง** (Per Shong) ซึ่งเป็นผู้หญิงที่มีความสามารถในการปรุยาสมุนไพรแผนโบราณ



ครู เพื่อ โสง กับ หน้าตัว ย่า ไน

ครู เพื่อ โสง อายุ ๗๗ ปี เป็นผู้หญิงสูงอายุ ผิวค่อนข้างขาว รูปร่างท้วมผมหงอก มีผมหงอกแซม ใส่ตุ้มหูทองอันใหญ่หนักข้างละ ๑ บาท พุดจาเสียงหนักแน่นกังวาน ระวังให้สัมผัสภาษณ์ก็สับสนหูที่มวนเองจากยาเส้นตลอดเวลา ครูแต่งการทะมัดทะแมงด้วย เสื้อยืด และ กางเกงขาสามส่วน

ครู เพื่อ โสง เกิด ปี ค.ศ. ๑๙๓๕ ในจังหวัดกำปอต ในครอบครัวชาวกัมพูชาเชื้อสายจีนฐานะดี พ่อ และ ตาของ ครู เพื่อ โสง เป็น ครูขแมร์ ที่มีชื่อเสียงใน ชุมชน ดอง ตอง (Dang Tong) ที่ครอบครัวครูอาศัยอยู่โดยการรักษาใช้ทั้งแพทย์แผนจีน และแพทย์พื้นบ้านกัมพูชา

เนื่องจากเป็นลูกคนโตในบรรดาพี่น้อง ๑๒ คน (จาก ภรรยา ๒ คนของพ่อ) ครู เพื่อ โสง จึงมีความรู้เรื่องตัวยาสมนไพรต่างๆ จากการที่ต้องช่วยพ่อเก็บยา, ตากยา และผสมยา พออายุได้ ๑๗ ปีก็แต่งงานกับครอบครัวชาวกัมพูชาเชื้อสายจีนที่มีอาชีพเป็น ครูขแมร์ เช่นกันจึงยังได้เรียนรู้จากการช่วยสามี ในสมัยนั้นแม้ว่าที่จังหวัดกำปอต จะมีโรงพยาบาลที่รักษาแบบการแพทย์แผนตะวันตกขนาดใหญ่อยู่ แต่คนในชนบทส่วนใหญ่ก็ยังรักษากับ ครูขแมร์ เพราะ

“ไม่ไวใจหมอฝรั่ง เอายาอะไรให้กินก็ไม่รู้ ไม่รู้ที่มาที่ไป”

“คนท้องถิ่นคลอดกับชาหมอบโบราณ แต่ถ้าอยากมีลูกก็มียาสมุนไพรมินให้ท้อง ต้องท้องก็กินยาสมุนไพรมารุง หลังคลอดก็อยู่ไฟ กินยาสมุนไพรมั้ม ถ้ามีปัญหาที่กิน หน้าตัว รักษา”

ปีที่เขมรแดงครองอำนาจนั้น ครู เพื่อ โสง อายุ ๔๑ ปีมีลูก ๙ คน ทั้งครอบครัวถูกส่งไปบุกเบิกที่ดินใหม่ในจังหวัดกำปงจาม ปีแรก ลูก ครู เพื่อ โสง ตายไป ๔ คน จากความอดอยาก และโรคมะเร็ง ต่อมา ในปี ค.ศ. ๑๙๗๖ ขณะที่ ครู เพื่อ โสง ท้องลูกคนสุดท้ายได้ ๕ เดือน สามีก็ถูกนำไปฆ่า และลูกอีก ๑ คนตายจากโรคท้องร่วง ครอบครัวจึงเหลือกันเพียง ๕ คน ครู เพื่อ โสง บอกว่า

“ตอนนั้นอยากตายก็ตายไม่ได้ ต้องอยู่เพื่อลูก ลูกในท้องยังงี้ ก็ไม่ยอมให้ตาย พยายามหาต้นไม้ที่เราเรียกว่าเป็นยามากิน เก็บเอาตอนออกไปทำงานเอามาแอบกิน ตอนคลอดนอนคลอดอยู่คนเดียว ตัดสายสะดือเอง ผังรกเอง คลอดแล้วก็ไม่ได้อยู่ไฟ แต่หาสมุนไพรมารุงในป่ามากินเอง”

ครู เพื่อ โสง สามารถประคับประคองครอบครัวจนรอดมาได้ทั้ง ๖ ชีวิต เมื่อเขมรแดงหมดอำนาจ ก็กลับไปบ้านเกิดที่จังหวัดกำปอต และเริ่มประกอบอาชีพเป็น ครูผสมหน้า เพราะ

“ครูเป็นผู้หญิง รักษาคนไม่เก่งเท่าผู้ชายที่มีอาคม แต่เรารู้เรื่องยาสมุนไพรเยอะ ทำยาเป็น ก็เลยออกไปเก็บยาสมุนไพรมาตากแล้วออกเดินขาย แล้วก็ทำนา ตอนหมดยุค พอล พต ใหม่ ๆ ยังไม่มีโรงพยาบาล มีหมอเยอะเหมือนเดิมนี่ คนยังต้องกินยาสมุนไพรอยู่ แต่ยังไม่มีเงิน ก็เอายาแลกข้าวบ้าง แลกกล้วยบ้าง พอได้ของกินมาเลี้ยงลูก”

“ยาสมุนไพรในช่วงนั้นที่ขายได้ ก็จะเป็นพวกยาแก้ไข้ป่า ยาแก้ สบุน เพราะผู้หญิงเยอะ แล้วทำงานหนักกันทั้งนั้น ยาพวกหน้าตัว ก็ขายได้ คนหลังคลอดเขาซื้อกิน พอรู้ว่ายาอะไรขายได้ก็ทำยาอย่างนั้นเยอะ”

ปีค.ศ. ๑๙๘๘ ครู เพ็ญ โสง ย้ายครอบครัวมาอยู่หมู่บ้าน กรอยแปดจอมกาเจก (Kroy Pet Jomkar Jek) หรือ หมู่บ้านสวนกล้วยหลังโรงพยาบาล ในจังหวัดสทูลพิสัยซึ่งอยู่มาจนถึงปัจจุบัน เพราะ

“ที่นี้เจริญกว่า กำปอต คนอยู่เยอะ ตอนแรกที่มาอยู่ก็มาเช่าที่ทำนาด้วย แล้วก็ทำยาสมุนไพรออกเดินขาย แรกๆ ต้องเดินไกลมากวันหนึ่งเกือบ ๑๐ กิโลเมตรแบกยาหนักเกือบ ๔๐ โล แต่ก็ทนเพื่อลูก ต่อมาก็เริ่มมีคนรู้จักรู้ว่ายาเราดีก็มาซื้อถึงบ้าน แต่ก็ยังเดินขายยาอยู่เพื่อง่ายมาเลิกเดิน ตอนอายุเกือบ ๗๐ เพราะเดินไม่ไหว ตอนนั้นก็เลยทำยาเอาไว้ขายเฉพาะที่บ้าน ตอนนั้นก็ทำเฉพาะยารักษาโรคกระเพาะ ยาร้อน พวก หน้าตัว เพราะครูชำนาญด้านนี้”

ครู เพ็ญ โสง อธิบายถึงวิธีการคลอดและการดูแลหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านแกมพูชาว่า

“ตอนท้องก็ห้ามกินของร้อน ของเผ็ดจัด ห้ามนอนมาก ลูกจะคลอดยาก ตอนคลอดก็คลอดกับขาหมอบโบราณ แล้วก็อยู่ไฟ เวลาว่างไฟก็วางไว้ ๓ จุดวางที่ใต้คอ ใต้หลัง แล้วก็ใต้ขา ต้องอยู่อย่างน้อย ๓ วัน หลังจากนั้นจะได้กลับคืน เพราะไฟช่วยเติมความร้อนให้ร่างกาย แล้วก็ต้องใส่หมวก ใส่ถุงเท้า ไม่โดนฝนโดนน้ำค้างของกิน ก็กินได้ทุกอย่าง ยกเว้น ของเปรี้ยว ข้าวเหนียว ครอบอกอยู่ไฟต้องทำ พิธีบุญประกาศ ขอบคุณชาหมอบที่มารับเลือดสกรกให้ ที่สำคัญชาหมอบต้องไล่เลือดออกให้หมด ถ้าทิ้งเลือดไว้ในตัวอาจเป็นบ้ำได้”

“ที่สำคัญคือการอยู่ไฟที่ต้องอยู่ทุกคน อยู่มากอยู่น้อยก็ต้องอยู่ เพื่อเรียกพลัง กลับมา สมัยนี้คนไม่อยู่ไฟ แต่ไปเชื่อเรื่องฉีดยาร้อนแทน ซึ่งไม่จริง เพราะมันไม่ร้อนจริง มันร้อนแค่ตอนฉีดยาเดียว แต่อยู่ไฟมันร้อนเข้าไปข้างในร้อนทั่วตัว แล้วก็ร้อนอยู่นานกว่า”

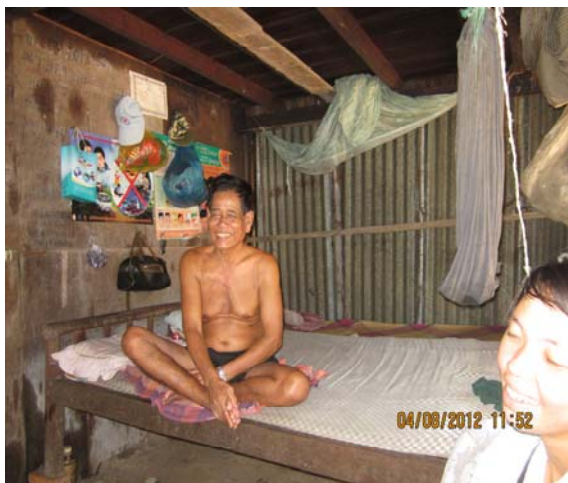
เมื่อถามถึงความแตกต่างระหว่าง ครูซเมร์ และ ครูสมทนา ก็ได้รับคำตอบว่า

“ครูซเมร์เขาจะมีอาคม เยอะกว่า แต่อย่างครูเป็นผู้หญิงไม่มีอาคมรู้แต่เรื่องตัวยา ถ้าเขาป่วยก็ผสมยารักษาได้ แต่ถ้าโดนของ หรือ ต้องทำพิธีแก้ก็จะทำไม่ได้เพราะไม่มีอาคม”

เมื่อถามถึงอนาคตการเป็น ครูสมทนา ในสมัยปัจจุบัน

“ตอนนี้ไม่ค่อยมีคนใช้ มากเหมือนแต่ก่อน เพราะโรงพยาบาลเยอะ หมอฝรั่งเยอะ แล้วคนก็เชื่อหมอฝรั่งเยอะ จะมีก็โรคที่หมอฝรั่งไม่ค่อยมียา อย่าง หน้าตัว ที่คนยังกินอยู่ แต่ถ้า ครู ตายแล้วก็คงเลิกเพราะไม่มีใครสืบทอด ลูกหลานก็ไม่สนใจเรียน เพราะออกไปหาสมุนไพรเดี๋ยวนี้ลำบากไม่มีที่หา ต้องเลิกทำยาไปหลายตัว แล้วก็ได้เงินน้อย ขายเอากำไรมากไม่ได้ แต่ก่อนยาถุงหนึ่งขาย ๕๐๐ เรียล ตอนนี้ผ่านไป ๑๐ ปี ต้องขายเพิ่มเป็น ๕๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๓๘ บาท)”

ครูท่านที่สืบทอดการใช้การรักษาด้วยคาถา คือ **ครู เสตะพรม เมียะ คน** (Meat Korn) ครู เมียะ คน อายุ ๖๘ ปี เกิด ในปี ค.ศ. ๑๙๔๔ ปัจจุบันสุขภาพไม่แข็งแรงนัก เนื่องจากป่วยเป็นโรค ตักโนมผอม (Tek Nom Praam) หรือ โรคเบาหวาน จึงให้สัมภาษณ์อยู่บนเตียงที่ใช้เป็นทั้งที่นอน, ราน้ำ และสถานที่ให้การรักษาคอนไซในฐานะ ครูเสตะพรม ในหมู่บ้านโอปี (Old Pee) ย่านสลัมขนาดใหญ่ใจกลางเมืองของจังหวัดสทูลพิสัย



ครู เมียะ คน

ครู เมียะ คน เกิดที่จังหวัดตาก (Takeo) ครอบครัวมีอาชีพทำนา มีฐานะยากจน ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่ปู่ กับ พ่อ เป็นคนมีวิชาอาคม สามารถเป่ามนต์รักษาโรคได้โดยไม่ต้องใช้ยา จึงได้เรียนจากปู่กับพ่อมาบ้าง แต่ตอนนั้นไม่ค่อยสนใจจึงเรียนมาได้น้อย ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ เมื่ออายุได้ ๒๖ ปี ก็เข้าร่วมกับกองกำลังเขมรแดง วันที่เขมรแดงยึดพนมเปญได้ก็ร่วมอยู่ในกองทัพที่เคลื่อนกองกำลังเข้าพนมเปญ แต่ไม่เคยฆ่าใครระหว่างที่เป็นทหารเขมรแดงไม่เคยให้ใครรู้ว่ามิวิชา แต่เวลาไปรบก็แอบใช้อาคมกำบังตัวให้แคล้วคลาด ในปี

ค.ศ. ๑๙๗๙ เมื่อกองทัพเวียดนามยึดพนมเปญได้ ก็ถูกทหารเวียดนามจับขังคุก ๑ ปี กับ ๖ เดือน พอได้รับการปล่อยตัวก็กลับไปที่บ้านเกิด แต่งงานกับภรรยาคนปัจจุบันซึ่งเป็นแม่มีลูกติด ๔ คน แล้วช่วยเมียทำนาที่ตาก ปีค.ศ. ๑๙๘๖ อายุ ๔๒ ปี ย้ายจากจังหวัดตากมาอยู่ที่จังหวัดสกลนคร โดยรถไฟเพราะ

“ที่นี่เจริญกว่าที่อื่นเพราะมีท่าเรือ ของอะไรจากเมืองฝรั่งก็ต้องผ่านที่นี่ มาตอนก็มาเช่าที่ตรงนี้อยู่ เพราะมีคนที่มาจากบ้านเดียวกันมาอยู่เยอะ ตอนแรกเมียทำขนมขายที่ตลาด ตัวครูขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง พอติลูกสาวได้ทำงานที่บาร์พอมีเงินก็เลยซื้อที่ปลูกบ้านตรงนี้ได้ ”

“มาเป็น ครูสวดะห์พรม ได้ก็เพราะบังเอิญ ตอนนั้นมีลูกเพื่อนบ้านปวดหัวเข่ามากตอนกลางคืน แล้วเขารู้ว่ามีวิชามาขอให้ช่วยก็เลยเป่ามนต์ที่เรียนมาจากปู่ช่วยเขา แล้วเด็กหาย ก็เลยมีคนมาให้รักษาเรื่อยๆ มาจากที่ไกลๆ ก็มี”

วิธีการรักษาของ ครู เมียะ คน ไม่มีการใช้ยาสมุนไพรรักษาแต่จะใช้คาถาเท่านั้น โดยการ

“จุดธูปบอกครูที่สอนมาก่อน แล้วครูจะบอกว่าให้ทำอะไร เวลาท่องคาถาก็ไม่ได้ท่องเองครูเป็นคนท่องให้ ท่องคาถาแล้วก็ ดับธูปเอาธูป เขียนยันต์ตรงที่ปวด ปวดข้อก็เขียนตรงข้อ ปวดเข่าก็เขียนตรงเข่า แล้วก็เป่ามนต์ไล่ ปกติต้องทำซ้ำ ๓ วัน จึงจะหาย เพราะต้องเป่าให้ โรคกระจายออกเป็นชั้น ๆ ยกเว้นพวกที่มีกรรมเก่าเยอะก็รักษาไม่หาย”

ครู เมียะ คน ชำนาญในการรักษาเด็กที่มีอาการปวดตามข้อ แต่ถ้าเห็นว่าชัดว่าเป็นกระดูกผิดรูปก็จะรีบให้ไปโรงพยาบาล

“ถ้ากระดูกหัก รักษาไม่ได้ ที่เรารักษา ก็คือการเป่าให้โรคมันกระจายออกไปจากตัวกับ ใช้อาคมสะกดไม่ให้โรคกลับเข้ามาอีก ตอนนี้อายุได้แต่เด็กจริงๆ สมัยก่อนรักษาได้เยอะ เพราะรู้คาถาเยอะ แต่ตั้งแต่โดนทหารเวียดนามจับติดคุกก็ลืมหมดจำอะไรไม่ค่อยได้ จำได้แค่ที่รักษาเด็กๆ”

ในส่วนของการคลอดนั้น บางครั้งก็มีหญิงตั้งครรภ์ ที่ปวดหลัง หรือ แพ้ท้องมากๆ มาให้รักษา แต่ ครู เมียะ คน เป่าอาคมด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะ

“คนท้องเขามีวิญญาณในตัว ๒ ดวง บางทีอาคมจะไปโดนเด็ก ต้องระวัง”

ปัจจุบันมีคนมารับการรักษาบ่อยลงมากบางครั้งอาทิตย์ละ ๑- ๒ คน หรือบางครั้งอาจไม่มีเลย แต่ครูก็ไม่ได้รู้สึกผิดปกติแต่อย่างไร เพราะเข้าใจดีว่า

“คนเขาไปหาหมอสมัยใหม่กันหมด มีแต่เด็กๆ ที่ปวดนิดๆ หน่อยๆ ถึงมาหา เพราะมาหาครูค่ารักษาปกติก็แค่กล้วยที่เขาเอามาหยากรู เงินก็ไม่เคยเกิน ๓๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๒๓ บาท) ครูเองก็อาศัยขายของเล็กๆน้อยๆ กับเงินที่ลูกส่งให้กินบ้างก็พออยู่ได้”

ครูอีก ๒ ท่าน คือ **ครูบารเมย เรา วัด ธา** (Lao Wat Tar) และ **ครูบารเมย เกิน เตีย** (Karn Tei) โดย **ครู เรา วัด ธา** มีสำนักอยู่ที่หมู่บ้าน โอเบย (Old Ber) ไม่ห่างจาก **ผาเลอ** นัก เป็นบ้านปูนชั้นเดียวมีรั้วรอบขอบชิด ด้านในกว้างขวาง แบ่งเป็น ๒ ส่วนคือส่วนที่เป็นสถานที่สำหรับประกอบพิธีและส่วนที่อยู่อาศัย ส่วนที่เป็นที่ประกอบพิธีเป็นห้องสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่มีประตูเปิดสะดวก มีผ้ามาลัยเหลืองห้อยโดยรอบ มีหิ้งขนาดใหญ่ที่จัดวางสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไว้ทางทิศตะวันออก



ด้านในสำนัก ครูบารเมย เรา วัด ธา

ครู เรา วัด ธา เป็นหญิงหม้าย อายุ ๕๘ ปี เป็นคนกัมพูชาเชื้อสายจีน รูปร่างท้วม ผิวขาว พูดจาด้วยเสียงเบาๆ นุ่มนวล เกิดที่จังหวัดกำแพง จาม ในสมัยเขมรแดงครอบครัวถูกเกณฑ์ไปทำนาที่จังหวัดตากแคว สามปีป่วยเป็นไข้และเสียชีวิต อายุ ๓๑ ปี ในปี ค.ศ. ๑๙๘๑ อพยพครอบครัว ซึ่งเหลือ ครู และ ลูก ๒ คน มาอาศัยอยู่กับญาติที่จังหวัดสกลนคร ช่วยขายปลาในตลาด ในปีนั้นเองได้ป่วยหนัก ขณะที่รู้สึกเหมือนจะตาย ได้

ยินเสียงเทวดา มาบอกว่าจะช่วยรักษาให้หายป่วย แต่ต้องให้ใช้ร่างเป็นทางผ่านเพื่อช่วยเหลือคน ตนก็รับปาก พอหายป่วยก็เลยตั้งศาลที่บ้านและเป็น **ครูบารเมย** มาตั้งแต่ตอนนั้น

ต่อมาปีค.ศ. ๑๙๘๘ ย้ายจากบ้านญาติมาปลูกบ้านหลังปัจจุบันและเปิดเป็นสำนัก แรกๆ ที่เป็น **ครูบารเมย** ยังขายปลาที่ตลาด แต่ตอนหลังต้องเลิกเพราะเวลาขายปลา แล้วต้องฆ่าปลาจะมีอาการปวดศีรษะมาก เพราะเทพที่มาอยู่ด้วยไม่ชอบให้ฆ่าสัตว์

ครูบารเมย จะใช้การรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้เทวดา เมื่อมีคนป่วยมาหากก็จะจุดธูปที่หิ้งบูชาบอกเทพ แล้วเทวดาก็จะเสด็จมาเข้าร่าง แต่ **ครูบารเมย** จะไม่สามารถบอกได้ว่าเทวดาองค์ไหนจะเสด็จมาช่วย เพราะเทวดาจะเป็นผู้เลือกเองว่า จะลงมาจากสวรรค์เพื่อมาช่วยใคร เมื่อเทวดามาเข้าร่าง เทวดาก็จะใช้ร่าง **ครูบารเมย** เป็นสื่อกลาง ในการรักษาคนป่วย โดยเทวดาจะบอกสาเหตุ และวิธีการรักษากับคนป่วย เช่น ถ้าความเจ็บป่วยเกิดจากกรรมเก่า ผู้ป่วยก็ต้องทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร แต่หากเกิดจากการที่ญาติพี่น้องทะเลาะกัน จนทำให้ผีป่วนโกรธ ญาติพี่น้องต้องรีบคืนดีกัน และร่วมกันทำพิธีขอขมาผีป่วน ซึ่งการประกอบพิธีกรรมแต่ละครั้งก็จะแตกต่างกัน **ครู เรา วัด ธา อธิบายว่า**

“แต่ละคนจะใช้ของทำพิธีไม่เหมือนกันแม้ว่าจะเป็นโรคเดียวกัน ป่วยด้วยอาการเหมือนกัน เพราะแต่ละคนมีกรรมเก่าไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับเทวดาที่ลงมาช่วยว่าจะบอกให้ทำพิธีอย่างไร คนที่เป็น **ครูบารเมย** ไม่ได้ทำอะไรเพียงแต่ให้เทวดายืมร่างเท่านั้น การปฏิบัติตัวเมื่อเป็น **ครูบารเมย** ต้องถือศีลห้า และต้องมีเมตตา ปัจจุบันมีคนมารักษาวันละ ๓-๕ คน บางคนช่วยได้บางคนช่วยไม่ได้แล้วแต่เทวดา ไม่เคยเรียกค่ารักษาให้ก็ได้ ไม่ให้ก็ได้”

สำหรับ **ครูบารเมย เกิน เตีย** นั้นเป็นผู้ชายรูปร่าง ผอม สูง เป็นคนกัมพูชาเชื้อสายเวียดนามอายุ ๖๕ ปี มีสำนักอยู่ใน **ผาเลอ** แต่วันนี้ได้ทราบข่าวว่าผู้เขียนจะมาสัมภาษณ์ **ครู เรา วัดธา** จึงมาดูแลและต้องการรู้ว่า จะสัมภาษณ์ไปทำอะไร ในตอนแรก **ครู เกิน เตีย** มีสีหน้าค่อนข้างบึ้งตึง ไม่ยอมพูดคุยกับผู้เขียน แต่เมื่อผู้เขียนรู้จักเพลงที่เปิดในสำนักว่า เป็นเพลงสวดเจ้าแม่กวนอิม และเล่าให้ฟังว่าที่บ้านก็มีเพลงนี้ และผู้เขียนนับถือเจ้าแม่กวนอิมเช่นกัน ทำให้ **ครู เกิน เตีย** เริ่มยอมพูดคุยด้วยและสุดท้ายก็ยอมให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ครู เกิน เตีย เกิดที่จังหวัดเกาะกง ในปี ค.ศ. ๑๙๔๗ ในครอบครัวชาวประมง สมัยเขมรแดงหนีไปอาศัยกับญาติที่จังหวัดตราดจนสามารถฟังภาษาไทยเข้าใจ และพูดภาษาไทยได้บ้าง เริ่มมีเทวดามาเข้าฝันว่าจะมาใช้ร่าง ให้เป็น ครูบารเมย เมื่ออายุ ๓๐ ปี ในปี ค.ศ. ๑๙๗๗ ขณะอยู่ที่จังหวัดตราด แต่ตนเองไม่ยอม เพราะตอนนั้นทำการค้า มีเรือขนส่งสินค้าหลายลำ มีเรือจับปลา และแต่งงานแล้ว กลัวคนจะหาว่าบ้า แต่พอปฏิเสธก็เจ็บป่วยมาตลอด

“ไปดูของ ไปดูสินค้า ก็ร้อนผ่าวในลูกตา มองอะไรไม่เห็น พอขับรถก็ปวดเมื่อยตามตัว แต่ก็ยังไม่ยอมรับ ชีวิตก็ยังแย่ การค้าการลงทุนก็มีปัญหาตลอด ทั้งโดนโกง เรือก็มีปัญหา”

ในปีค.ศ. ๑๙๘๕ ย้ายกลับมาอยู่ที่เกาะกง แต่ก็ยังมีปัญหาตลอด จนกระทั่งเกิดเรื่องโดนยิงจึงทำให้ยอมรับเป็นร่างทรง

“ก่อนวันโดนยิงมีเทวดามาเข้าฝันว่าวันนี้จะมีเคราะห์ถึงชีวิตไม่ให้ออกจากบ้านแต่ไม่เชื่อ พอออกจากบ้านไปก็โดนลอบยิง แต่กระสุนไม่เข้า” แล้วก็เปิดให้ผู้เขียนดูรอยกระสุนบริเวณแขนข้างขวา ซึ่งมองเห็นเป็นแผลเป็นขนาดใหญ่

“คราวนี้ก็เลยเชื่อและยอมรับเป็น ครูบารเมย เปิดสำนักวิชาครั้งแรกที่จังหวัดเกาะกง”

อีก ๕ ปีต่อมาที่ย้ายมาอยู่ที่จังหวัดสีหนุวิลล์ ปัจจุบันมีกิจการค้าเรือขนส่งสินค้าขนาดเล็กระหว่างประเทศเวียดนาม กับ ประเทศกัมพูชา แต่ได้ให้ลูกชายคนโตเป็นคนบริหารกิจการแทน

“ทุกวันที่อยู่ที่บ้านมีคนมาให้ช่วยรักษา ไม่มีคนมาหาที่ออกไปหาเพื่อนบ้านกินเผอ (Pho) แล้วกลับบ้านพักผ่อน ตั้งแต่รับเป็น ครูบารเมย สุขภาพก็แข็งแรงขึ้น แต่ต้องเลิกสูบบุหรี่ ไม่กินสัตว์ใหญ่ อย่างวัว ไม่กินเต่า ไม่กินหมา เพราะเป็นร่างทรงเจ้าแม่กวนอิมด้วย ถ้าเผื่อ กินเข้าไปจะปวดท้องมากเหมือนมีคนมาบิดไส้ ต้องจุกดูปขอขมาเจ้าแม่กวนอิม ตอนนี้งินเจปัส ๑ เดือนและทุกวันพระ “

ครู เกิน เตีย เล่าถึงวิธีการรักษาของ ครูบารเมย ว่าต่างจาก ครูขแมร์ ตรงที่ ครูบารเมย ไม่มีความรู้เรื่องการแพทย์ หรือ สมุนไพร แต่เป็นคนที่เหมาะเลือกที่จะมาใช้ร่างเพื่อช่วยคน

“คนที่เทวดาเลือกก็ขึ้นอยู่กับใจของเทวดาว่าจะเลือกใคร บางคนอยากเป็นให้มีเงินเป็นแสน เป็นล้าน ก็เป็นไม่ได้เพราะเทวดาไม่ได้เลือก ครูเองไม่อยากเป็นแต่ก็ต้องเป็นเพราะเทวดาเลือกมาแล้ว การที่เทวดาจะเข้าร่างหรือไม่เข้าร่างก็ตามแต่ใจเทวดา บางครั้งก็ลงมาประทับร่างทั้งองค์ แต่บางครั้งก็ไม่มา แค่อลใจให้ครูบารเมยรู้ว่าจะพูดว่าอย่างไร”

“ความเจ็บป่วยทุกอย่างรักษาได้ ตั้งแต่มะเร็ง แต่ที่สำคัญคือขึ้นอยู่กับดวงชะตา กรรมเก่าของคนป่วย กับ ความต้องการของเทวดา ที่จะมาบอก ถ้าคนป่วยเป็นคนเลวฆ่าคนตายแล้วป่วยเพราะกรรมตามมาลงโทษ แม้แต่เทวดาก็ช่วยไม่ได้ คนที่ป่วยทุกคนจึงมีสาเหตุการป่วยมาจากกรรมเก่าที่ติดตัวมาจากชาติที่แล้ว และสิ่งที่ทำในชาตินี้ แม้ไม่บอกให้ครูบารเมยรู้ แต่เทวดาก็จะรู้และจะบอก“

นอกจากนี้ ครู เกิน เตีย ยังบอกว่าถ้าคนป่วยรักษาและกินยาแผนปัจจุบันอยู่ก็จะบอกให้กินต่อไปไม่ต้องหยุดยา แต่ใช้การรักษาแบบสองอย่างร่วมกันได้ เพราะยาแผนปัจจุบันก็ช่วยรักษาภายนอก แต่การรักษาของ ครูบารเมย คือ แก้ไขภายใน

“ยังใคร่คนขแมร์เราก็ต้องรักษาแบบโบราณด้วย ไม่ว่าหมอฝรั่งจะเจริญแค่ไหน เพราะหมอฝรั่งรักษาแต่กายไม่รู้เรื่องกรรม ตอนนี้ก็มีคนป่วยมาขอให้ช่วยเสมอ ไม่เคยเรียกร้องเงินทอง เขาอยากให้แค่นั้นก็แค่นั้น เราเรียกร้องอะไรไม่ได้เพราะเราทำตามที่เทพบอกให้มาช่วยคน”

ขณะที่ผู้เขียนกำลังพูดคุยกับครูทั้ง ๒ ท่านอยู่นั้น ก็มีผู้หญิง ๒ คนเข้ามาขอพบ ครูบารเมย คนหนึ่งเป็นผู้หญิงวัยกลางคนอายุราว ๔๐ ปี อีกคนเป็นผู้หญิงวัยรุ่น ทั้งสองต้องการปรึกษาเรื่องการแต่งงานของหญิงสาววัยรุ่น ที่ต้องเลื่อนมาถึง ๒ ครั้ง เนื่องจากครั้งแรกญาติผู้ใหญ่ฝ่ายเจ้าสาวป่วย ส่วนครั้งที่ ๒ ครอบครัว

เจ้าบ่าวมีปัญหา *ครู เรว วัด ธา* ฟังปัญหาแล้วก็บอกว่าจะจัดอุปถัมภ์เทวดาก่อนว่าจะช่วยได้ไหม ผู้เขียนและล่ามชาวกำพูชาจึงขออนุญาตอยู่รวมในพิธีด้วย ทั้ง ๒ คน อนุญาต แต่ไม่อนุญาตให้ถ่ายรูป

ครู เรว วัด ธา เริ่ม พิธีโดยจุดธูปจำนวน ๙ ดอก เพื่อติดต่อกับเทวดาที่หิ้งบูชากลางห้อง แล้วนั่งพนมมือหลับตาอยู่ ครู่หนึ่งก็หยิบผ้าสไบสีแดง จากจำนวนผ้าสไบ ๕ ผืนซึ่งมีสีที่แตกต่างกันบนพานหน้าหิ้งบูชามาห่ม แล้วก็เรียกหญิงสาวเข้าไปนั่งใกล้ๆ พร้อมกับพิจารณาใบหน้าของหญิงสาว จากนั้นก็ให้หญิงสาวจุดธูปอธิฐานที่หิ้ง แล้ว *ครู เรว วัด ธา* ก็นั่งสมาธิอีกครั้ง แล้วจึงเทน้ำมันตโนชั้นซึ่งตั้งอยู่หน้าหิ้งบูชาใส่ลงให้หญิงสาว แล้วบอกว่าให้ใช้น้ำมันตโนชั้นนี้พรมให้รอบๆบ้าน ๓ วัน เพื่อกำจัดสิ่งอัปมงคล แล้วให้กลับมาหาอีกครั้ง แล้ว *ครู เรว วัด ธา* ก็จุดธูปที่หิ้งอีกครั้ง แล้วถอดผ้าสไบที่ห่มอยู่ออกพับ วางไว้บนพานเช่นเดิม หญิงทั้ง ๒ คนก็ลากลับไป โดยก่อนกลับได้วางเงินใส่พานถวายเทวดา ๕ ดอลลาร์สหรัฐ(ประมาณ ๑๕๕ บาท)

สำหรับในส่วนของผู้ที่มิชอบบทสำคัญในการ *ชลองโตนเล* คือ *ชาหมอบโบราณ* และ *ชาหมอบแพต* นั้น ผู้เขียนขอเสนอภาพส่วนนี้ผ่านชีวิตของ *ชาหมอบโบราณ คน สกล (Kon Sakon)* และ *ชาหมอบแพต มาธาวารี (Matavaree)* โดยขอเริ่มที่ชีวิตของ *ชาหมอบแพต มาธาวารี* ก่อน

ชาหมอบแพต มาธาวารี เป็นอดีตพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งจบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของประเทศกำพูชา ปัจจุบันอายุ ๘๔ ปี แม้จะเป็นหญิงสูงอายุที่ผมขาวโพลนทั้งศีรษะ แต่ก็ยังมีสุขภาพแข็งแรง เดินหลังตรง กระฉับกระเฉง ดวงตาเป็นประกายสดใส ตอนที่ผู้เขียนไปหาเธอที่ร้านขายน้ำมัน ขนาดหนึ่งคูหา ติดกับสี่แยกไฟแดง ในย่านการค้าของจังหวัดสีหนุวิลล์นั้นเธอกำลังออกไปคุยกับเพื่อนบ้านเรื่องการเป็นเจ้าภาพเลี้ยงพระอยู่



ชาหมอบแพต มาธาวารี

ชาหมอบแพต มาธาวารี เกิดในปีค.ศ. ๑๙๒๘ ในสมัยอาณาจักรฝรั่งเศส ที่จังหวัดตาแก้ว ในครอบครัวพ่อค้าที่มีฐานะดี มีพี่น้อง ๖ คน ทุกคนได้รับการศึกษาถึงชั้นอ่านออกเขียนได้ และมี ๒ คนที่ได้เรียนถึงระดับมัธยมศึกษา ตัวของ *ชาหมอบแพต มาธาวารี* เอง เรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนของมิชชันนารี และสามารถสอบเข้าโรงเรียนมัธยมลิเซศรีสุวตต์ได้ในปี ค.ศ. ๑๙๔๖ เมื่ออายุ ๑๘ ปี โดยเป็น ๑ ใน ๓๐ คนที่ได้เข้าเรียนจากคนสอบแข่งขันทั้งหมดเกือบ ๕๐๐ คน

เมื่อเรียนจบเกรด ๙ ในปี ค.ศ. ๑๙๕๑ ก็สามารถสอบเข้าเรียน ในโรงเรียนแพทย์ในกรุง

พนมเปญได้และเรียนจนจบหลักสูตรผดุงครรภ์ในเวลา ๓ ปี ในโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ยังมีหลักสูตร ๕ ปีสำหรับแพทย์ และ ๔ ปีสำหรับพยาบาลด้วย ทุกหลักสูตรเรียนโดยใช้ตำราภาษาฝรั่งเศสและเรียนกับแพทย์ชาวฝรั่งเศส ในโรงเรียนแพทย์มีนักเรียนเกือบ ๓๐๐ คน เป็นหญิงและชายจำนวนเท่าๆกัน หลังได้ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์เมื่ออายุ ๒๖ ปี จึงเริ่มทำงานที่โรงพยาบาล*เปียะเกตมาลา (Preah Ket Mealea)* โรงพยาบาลแห่ง

แรกในกรุงเทพมหานครที่เปิดตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๘๙๓^{๑๙} ต่อมา ชาหมอบแพต มาธาวารี ก็แต่งงานกับข้าราชการ ฐานะดีมีลูก ๔ คนและทำงานในพนมเปญ

“เพื่อนรุ่นเดียวกันได้ไปเรียนต่อแพทย์ที่ฮานอยหลายคน แต่ย้ายเป็นห่วงลูกก็เลยไม่ได้ไปเรียน”

ปีค.ศ. ๑๙๖๐ ชาหมอบแพต มาธาวารี ย้ายไปทำงานที่โรงพยาบาลมิตรภาพกัมพูชา-โซเวียต ซึ่งต้องทำงานร่วมกับแพทย์จากโซเวียต ทำให้สามารถพูดและอ่านภาษาโซเวียตได้ดีเท่าๆ กับภาษาฝรั่งเศส

“ชีวิตยายในช่วงนั้นจนถึงปี ค.ศ. ๑๙๖๘ สุขสบายมาก บ้านเมืองเจริญ มีคนเรียนหมอเรียนพยาบาลเยอะ มีโรงพยาบาลเปิดใหม่เยอะทั้ง ในเมือง บ้านนอก ตอนนั้นยายได้เงินเดือน ๙๐๐๐ เรียล ถือว่าเยอะ เพราะตอนนั้นทองบาทละ ๑๒๐๐ เรียล”

ในยุคนั้นแม้การแพทย์แผนตะวันตกจะเฟื่องฟู แต่การแพทย์พื้นบ้าน วัฒนธรรม ประเพณี แบบกัมพูชาก็ยังคงเหนียวแน่นอยู่ในสังคม

“อย่างตอนที่ท้อง ก็ยังกินอาหารตามที่ญาติผู้ใหญ่ฝ่ายสามีบอก ห้ามกินอาหารร้อน อย่างทุเรียนของเผ็ด แต่ตอนคลอด คลอดที่โรงพยาบาล กับแพทย์ชาวฝรั่งเศส หลังคลอดไม่ได้อยู่ไฟ แต่ไม่กินอาหารเย็นๆ อย่าง ผักบุ้ง กลัวยหอม กลางคืนก็ใส่หมวก ใส่ถุงเท้า พยายามระวังไม่โดนน้ำค้าง โดนฝน ”

“คนที่มาคลอดที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นคนในเมือง เป็นคนต่างชาติ ตอนนั้นมีคนต่างชาติอยู่ในพนมเปญมากทั้งคนฝรั่งเศส รัสเซีย คนเวียดนาม คนกัมพูชาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นข้าราชการตามบ้านนอก ก็ยังคลอดกับชาหมอบโบราณอยู่”

โดยส่วนตัวแม่ ชาหมอบแพต มาธาวารี จะทำตามความเชื่อของกัมพูชา แต่สำหรับการคลอดกับ ชาหมอบโบราณ นั้น

“ยายว่าอันตราย มีคนตายตอนคลอดเยอะเพราะสกปรก” และ

“ชาหมอบโบราณใจกล้าเกินไป”

ปีค.ศ. ๑๙๖๙ ชาหมอบแพต มาธาวารี ขอย้ายกลับไปทำงานที่บ้านเกิดที่จังหวัดตาแก้วเพราะเหตุการณ์บ้านเมืองเริ่มไม่สงบ สามีก็ลาออกจากราชการมาทำการค้าที่ตาแก้ว ตอนนั้นมีลูก ๖ คน ที่จังหวัดตาแก้วมีคนที่มีความรู้นิยมมาคลอดที่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งแต่ไม่มากนัก คนส่วนใหญ่คลอดที่บ้านกับ ชาหมอบโบราณ และยัง อังเพลิง ทุกคน

ปีที่เขมรแดงยึดอำนาจ ชาหมอบแพต มาธาวารี หนีไปอยู่ที่จังหวัดกันดาล (Kandal) เพราะครอบครัวที่จังหวัดตาแก้วถูกฆ่าตายทั้งหมดเหลือน้องชายคนเดียว ต่อมาสามีและลูก ๓ คน ก็ถูกฆ่าตายตนเองจึงพาลูกที่เหลืออีก ๓ คนหนีไปอยู่ที่จังหวัดกำปงสปี (Kampong speu) และใช้วิธีโกหกว่าเป็นแม่ค้าขายผักก็เลยไม่ถูกฆ่า แต่ก็ถูกจัดเป็นพวก”ประชาชนใหม่”ต้องทำงานหนักมากในนา รวมไม่เคยได้กินข้าว ทุกมื้อได้กินเพียงน้ำข้าว แต่ก็พยายามซ่อนข้าวทุกเม็ดที่หาเจอไปให้ลูก แต่ลูกคนเล็กก็มาเป็นไข้เลือดออกตายไปต่อหน้าในปี ค.ศ. ๑๙๗๘ เพราะไม่มียาแผนปัจจุบันรักษา ยาสมุนไพรที่แจกให้ก็ไม่เคยเห็นว่ารักษาใครหาย แพดปติวัต ก็เป็นคนไม่มีความรู้

“ตอนลูกไม่สบายเรารู้อยู่เต็มอกว่าต้องให้ยาอะไร แต่พูดไม่ได้ เห็นยาสมุนไพรที่เขาเอามาให้ลูกกินก็รู้ว่าลูกตายแน่ แต่ต้องทนเห็นลูกตาย เพราะยังเหลือลูกอีก ๒ คน ที่ต้องดูแลให้ใครรู้ไม่ได้เด็ดขาดว่าเป็นพยาบาลมาก่อน”

“เห็นคนคลอดลูก แล้วรกก้างก็ช่วยไม่ได้ ต้องเห็นคนท้องออกลูกตายต่อหน้าไปหลายคน แต่ตอนนั้นช่วยใครไม่ได้ ไร้ใจใครไม่ได้ ต้องเอาตัวเรา กับลูกเราก่อน”

^{๑๙} ปัจจุบันโรงพยาบาลนี้ยังคงเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลสำหรับเด็กที่มีชื่อเสียงในกรุงเทพมหานคร

“การคลออดสมัยนั้นให้ แพตต์บิวด์ ผู้หญิงมาดูแลแต่ไม่เห็นทำอะไร หลังคลออดมียาสมุนไพรเป็นเม็ดๆ ให้กิน แต่ก็ไม่เห็นช่วยอะไร ส่วนมากก็คลออดลูกตาย”

พอทหารเวียดนามบุกเข้ากัมพูชาในปีค.ศ. ๑๙๗๕ ก็เลยหนีไปหางานทำกับกองทัพเวียดนามโดยบอกความจริงว่าตนเองเป็นพยาบาล จึงได้งานทำในโรงพยาบาลในกำปงสพิว กับกองทัพเวียดนาม ตอนนั้นไม่มีเงินเดือน มีแต่อาหารและที่พักให้

“ตอนแรกๆเวียดนามเข้ามาก็ไม่มียาอะไร ต่อมาก็มียาจาก รัสเซีย จากฮังการีมา ยายทำทุกอย่าง คนคลออดลูกก็มีแต่ไม่มาก ส่วนมากเป็นคนป่วย เป็นอหิวา เป็นมาเลเรีย เป็นไข้เลือดออก คนคลออดลูกส่วนใหญ่คลออดที่บ้านกับชาหมอบโบราณ แต่คงไม่มีการอยู่ไฟเพราะตอนนั้นยังลำบาก แม่พลัดลูก ลูกพลัด พ่อยังอดอยากมาก ยายกินในโรงพยาบาล ก็ยังไม่ค่อยจะมีกิน ”

ปีค.ศ.๑๙๘๔ เวียดนามถอนกำลังออกจากกัมพูชา ชาหมอบแพต มาฮาวารี ก็ย้ายมาทำงานที่จังหวัดสึหนุวิลล์เพราะ

“เพื่อนบอกว่าโรงพยาบาลที่นี่เจริญกว่า และมีเงินจากต่างชาติมาช่วยเยอะก็เลยหนีไปอยู่ร่งไฟมาที่สึหนุวิลล์ แล้วชวนน้องชายที่หนีอยู่คนเดียวมาอยู่ด้วยตอนเริ่มทำงานในโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่อยู่ ๑๐ คน เป็นแพทย์ชาวอเมริกัน ๑ คน ยายอยู่แผนกคลออดมีเจ้าหน้าที่ ๓ คนผลัดกันขึ้นเวร ต่อมาเจ้าหน้าที่ ๑ คนลี้ภัยไปอเมริกา เลยเหลือเจ้าหน้าที่ ๒ คนผลัดกันอยู่เวร ไม่เคยมีวันหยุด ได้เงินเดือน ๗๐๐๐ เรียล ไม่พอใช้ แต่อาศัยอยู่ในบ้านพักโรงพยาบาล มีข้าวให้กินฟรี แรกๆ คนมาคลออดยังไม่มาก แต่หลังปี ค.ศ.๑๙๘๓ คนเริ่มมาอยู่ที่สึหนุวิลล์มากขึ้น คนมาคลออดมากขึ้น เวลละ ๕-๗ คน ทำคลออดคนเดียว และเริ่มมีคนจ้างไปทำคลออดที่บ้าน”

“ตอนนั้นก็ มี ชาหมอบโบราณ คนคลออดแบบโบราณก็มีเยอะ แต่คนเริ่มรู้จักมากขึ้นว่า คลออดแบบสมัยใหม่ปลอดภัยกว่า คนเริ่มรู้ว่ายาฉีดดีกว่ายาสมุนไพรโบราณ เพราะที่นี่มีฝรั่งเยอะ มีโรงพยาบาลที่แจกยาฟรีเยอะ คนก็เห็นว่าสะดวกกว่า แนนอนกว่า แล้วคนก็กลัวยาสมุนไพรสมัยเขมรแดงอยู่ ”

“ตอนนั้นย้ายออกจากบ้านในโรงพยาบาลมาอยู่บ้านหลังนี้ กับน้องชาย น้องสะใภ้แล้วก็หลานๆ เพราะจะได้มีคนช่วยดูแล เวลามีคนมาตามไปทำคลออดก็ไป เอาอุปกรณ์ของเราไปมีอย่างกรรไกร แอลกอฮอล์ ยาฉีดยา พวก ยาบำรุง ไปถึงถ้าดูลักษณะแล้วไม่ปลอดภัย อย่าง ขาบวม หน้าบวม ท้องขวางก็จะไม่ทำคลออด แต่จะส่งโรงพยาบาล”

“เราไม่เหมือนพวก ชาหมอบ โบราณพวกนั้นใจกล้าเกินไป ทำคลออดเองหมด ทำคนตายเยอะพอปี ค.ศ. ๑๙๘๖ คนมาตามไปทำคลออดที่บ้านยิ่งเยอะ เพราะตอนนั้นมี ชาหมอบแพต อย่างยายอยู่แค่ ๔-๕ คน แล้วคนเขายากคลออดสมัยมากขึ้น ปี ค.ศ. ๑๙๘๘ ก็เลยลาออกจากโรงพยาบาลตอนอายุ ๗๐ ปี ที่โรงพยาบาลเขาไม่ยอมให้ลาออก แต่ยายไม่ไหวแล้ว แล้วก็เริ่มมีพยาบาลมากขึ้นจากที่เรียนจบจากโรงเรียนที่เปิดใหม่สมัยเวียดนามออกจากประเทศ ยายก็เลยลาออกมารับทำคลออดที่บ้าน คนตามยายไปคลออดที่บ้านเยอะมาก เด็กๆ อายุตั้งแต่ ๑๔ ปีขึ้นไปที่อยู่แถวนี้ ยายเป็นคนทำคลออดทั้งนั้น คนเวียดนามก็มีเขมรก็มี ค่าคลออดก็คนละ ๘^{๒๐} (ประมาณ ๒๕๐ บาท) ยาร้อนก็เข็มละดอล”

“คนที่อยู่ไกลๆ ก็มาตามมีครั้งหนึ่งมารับตอน ๔ ทุ่มยายก็ไป วิสัยคนเป็นชาหมอบ คนตามก็โง่งก็ต้องไป ไปแล้วมันไปจีเอาสร้อยทองของยายกลางทาง ตีว่าไม่มายายเอาไปแต่ทอง”

^{๒๐} ดอล ในที่นี้คือ ดอลลาร์สหรัฐ เนื่องจากในประเทศกัมพูชานอกจากสกุลเงินเรียล ที่เป็นเงินสกุลหลักของประเทศแล้ว ยังใช้เงินสกุลดอลลาร์สหรัฐอเมริกาก็สามารถใช้จ่ายซื้อของได้ทั่วไปในทุกๆ ที่ไม่ต่างจากสกุลเงินเรียล

“แต่ก็ยังมีคนที่คลอดกับชาหมอบโบราณ แล้วก็คนที่ไม่มีเงินเพราะคลอดกับชาหมอบโบราณมันถูก อ้อ แต่เรื่องกินของ ก็ยังเชื่อโบราณอยู่ แต่ตอนหลังเรื่องอยู่ไฟเขาไม่ค่อยอยู่กันแล้ว มันลำบาก เขาใช้ฉีดยาให้ ร้อนแทน อย่างยายทุกครั้งก็ไปทำคลอดก็ต้องมียาไปฉีดยาให้”

“ยาที่ฉีดยาหลังคลอดทุกตัวเป็นยาร้อนหมด อย่างยาวิตามิน แคลเซียม บางอย่างมันไม่ได้ทำให้รู้สึกร้อน แต่มันทำให้มีแรงก็เป็นยาร้อน บางทีเขาคลอดกับชาหมอบโบราณแต่มาตามยายไปฉีดยาร้อนให้ ตอนอยู่ไฟ ถ้า มีเงินก็ฉีดยาหลายวัน ถ้าไม่มีเงินเข็มเดียวก็ยังดี”

ชาหมอบแพด มาธาวารี เลิกรับทำคลอดโดยเด็ดขาดในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เพราะสูงอายุจนทำไม่ไหว ปัจจุบัน ชาหมอบแพด มาธาวารี ใช้ชีวิตอย่างสงบสุขกับลูกชายสองคนที่เหลืออยู่

ท่านสุดท้าย คือ ชาหมอบโบราณ คน สกล ชาหมอบโบราณที่ยังคงเป็นผู้ทำการ ชลองโตเล ให้หญิง ตั้งครรภ์ในจังหวัดสทูลงจนถึงปัจจุบัน ชาหมอบโบราณ คน สกล อายุ ๕๙ ปี เกิดปี ค.ศ. ๑๙๕๓ เป็นคนสี หนูวิไลโดยกำเนิด รูปร่างผอม ผิวดำ ผมดำสั้น อาศัยในบ้านไม้หลังเล็ก ๆ ในหมู่บ้านชาวประมงติดกับหาด เกราะข บ้านนี้สร้างให้โดยองค์กรการกุศลจากฝรั่งเศสสำหรับผู้ไร้บ้าน ในบ้านกั้นเป็นสองส่วนด้วยไม้ไผ่อย่าง ง่ายๆ มุมด้านในสุดข้างซ้ายของบ้าน มีผ้าห่มเก่าๆ กับหมอนวางอยู่อย่างเรียบร้อย ส่วนห้องที่อยู่ด้านนอกใกล้ บันไดมีเตาถ่าน หม้ออะลูมิเนียมใบเล็กๆ บุงๆ และจานสังกะสี และช้อนวางอยู่ ๓-๔ คัน



ชาหมอบโบราณ สกล กับ บ้านที่ ได้รับบริจาค

ชาหมอบโบราณ คน สกล มีลูก ๔ คน ลูกชาย ๓ คนลูกสาว ๑ คน ในบ้านหลังเล็กๆนี้ ชาหมอบโบราณ คน สกล อาศัยอยู่ร่วมกับลูก ชายคนที่ ๒ ลูกสะใภ้ และหลานอีก ๗ คน โดย หลาน ๔ คน เป็นลูกของลูกชายคนที่ ๒ ส่วน หลานอีก ๓ คนเป็นลูกของลูกชายคนที่ ๑ ที่ ตายไปแล้ว และ ชาหมอบโบราณ คน สกล รับมาดูแลทั้งหมด ที่หน้าบ้านมีแคร่เล็กๆ ตั้งอยู่ บนแคร่มีเชือกไนลอนสีฟ้าสำหรับทำแหกองอยู่ งานรับจ้างถักแหสำหรับจับปลา ในราคา แห ๑

ปาก ๓๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๒๓บาท) ที่ต้องใช้เวลานาน ๑-๒ วัน นี่เป็นงานหลัก ที่ชาหมอบโบราณ คน สกล ใช้ในการหาเงินมาเลี้ยงดูหลานๆ นอกจาก เงินที่ได้จากการเป็น ชาหมอบโบราณ

ชาหมอบโบราณ คน สกล เริ่มเป็น ชาหมอบโบราณ เมื่ออายุได้ ๑๗ ปี ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ หลังแต่งงาน ได้ ๑ ปี

“วันนั้น กำลังครึ่งหลับ ครึ่งตื่น ก็มองเห็นเทวดา ออกมาจากต้นไม้มาบอกว่าให้เป็น ชาหมอบโบราณ พอสะดุ้งตื่นขึ้นมาก็ทำคลอดได้เลย ตัวยายเองมี แม่ กับ ยาย เป็นชาหมอบโบราณ แต่ก็ไม่เคยเรียนจากแม่ แค ่เคยช่วยเป็นบางครั้ง พอมีเทวดามาบอก ยายก็เลยต้องเป็น ชาหมอบโบราณ แล้วก่อนที่จะมีคนมาตามไปทำ คลอดทุกครั้ง เทวดาจะมาบอกยายก่อนว่าจะมีคนคลอดลูก ยายก็จะนั่งรอ แล้วก็จะมีคนมาตามทุกครั้งไป”

ในสมัยเขมรแดง ชาหมอบโบราณ คน สกล ก็ทำหน้าที่เป็น ชาหมอบโบราณ ตามคำสั่งเทวดาอยู่

“สมัย พอล พต ยายมีลูกแล้ว ๒ คน ทหารเขมรแดงให้ครอบครัวยายออกจากสีหนุวิลล์ ไปอยู่ที่ตา แกว ระหว่างที่เดินทางก็มีคนคลอดลูกตามทาง ก็ช่วยทำคลอดให้ พอเข้าไปอยู่ในคอมมูนที่ตำบารวม เวลา

คนคลอดลูก หัวหน้าก็จะให้ไปช่วยทำคลอด แต่ตอนนั้นไม่ได้บอกใคร มีเทวดามาอยู่ด้วยตอนทำคลอด หลังพอล พต ก็กลับมาอยู่ที่สีหนิวาส แล้วก็เป็นชาหมอบโบราณต่อ”

“ยายเคยไปอบรม และได้รับแจกเครื่องมือคลอด ตอนปีค.ศ. ๒๐๐๑ ที่องค์กรฝรั่งจัด แต่ไปได้วันเดียว เพราะไม่มีใครเลี้ยงหลาน เครื่องมือก็หายไปหมดแล้ว เวลาทำคลอดยายใช้แค่มัดโกน กับเชือก”

สำหรับการคลอดแบบกัมพูชานั้นชาหมอบโบราณ คน สกล เล่าว่า

“ตอนท้อง ก็ให้ทำตามข้อห้ามของคนโบราณอย่างไม่ให้กิน พริก กินเผ็ดมาก ไม่ให้กินงู กินเต่า ห้ามนอนกลางวัน เพราะลูกจะตัวใหญ่คลอดยาก สมัยก่อนคนจะมาตามไปดูท้องก่อนคลอด แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีใครตาม มาตามตอนเจ็บท้องจะคลอดเลย ถ้าคนมาตามไปดูท้องก่อนคลอดเทวดาก็จะมาบอกก่อนว่า คนนี้ได้กลับตัวหรือยัง ต้องหมั่นเด็กยังงี้ แต่ถ้าปกติหัวกลับแล้วก็ไม่ต้อง”

“พอถึงเวลาคลอดญาติก็จะมาตามก่อนมีคนมาตามตนเองก็จะรู้ล่วงหน้าแล้วเพราะเทวดาจะมาบอกก่อนไปก็จัดรูปเทียนบอกเทพขอให้ทำคลอดได้ แล้วก็ไปแต่ตัวของทุกอย่างทางบ้านที่จะคลอดจะเตรียมไว้ให้ ก็มีมัดตัดสายสะดือ น้ำร้อน ผ้าห่อเด็ก”

“พอไปถึงก็ต้องสวดมนต์บอกเทวดาก่อนแล้วจึงทำคลอดเพื่อป้องกันผี ปีศาจที่จะมาทำอันตราย แม้กับลูก แต่ที่บ้านของผู้หญิงที่คลอดก็ต้องทำพิธีบอกผีปู่ตาเหมือนกัน ตอนทำคลอดก็ทำคลอดได้เองเพราะเทวดาจะเป็นคนกำกับมือให้ทำคลอด พอคลอดแล้วก็ให้ญาตินำเด็กไปอาบน้ำ ตั้งแต่คลอดมาไม่เคยมีใครตาย ปลอดภัยทุกคนแม้แต่ในยุคเขมรแดง”

“พอ รก คลอดออกมาก็จะเกล้าเกลื่อใส่ห่อผ้า แล้วให้พ่อเด็กเอาไปฝังดินที่ไต้ต้นไม้ใหญ่เพื่อให้อยู่เย็นเป็นสุข แล้วก็ผู้หญิงไปอยู่ไฟ ยาที่กินระหว่างอยู่ไฟจะเป็นยาที่ ครูขแมร์ เป็นคนเตรียม ชาหมอบไม่มีความรู้ จน ๓ วัน ครบอยู่ไฟ ก็จะกลับไปไล่เลือดให้แม่อีกทีหนึ่ง ตอนนี้นี้จะมี พิธีประกาศชาหมอบ แม่เขาจะเอาดอกไม้ธูปเทียน ข้าวสาร กลัวยมาให้อาย เพื่อขอบคุณที่ยายรับเลือดสกปรกให้ แล้วยายก็จะเอาของที่เขาให้ไปไหว้วานเทวดาต่อ ถ้าแม่มีอาการผิดปกติหลังคลอดก็ต้องให้ครูขแมร์จัดยา ยายรู้แค่ กติบโดง เท่านั้น”

แต่หลังจากปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เป็นต้นมา ผู้หญิงที่มาตามไปทำคลอดที่บ้านก็ลดจำนวนลงมาก เพราะคนส่วนใหญ่ไปคลอดที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ปัจจุบันจึงเหลือเฉพาะผู้ที่ไม่มีเงินไปคลอดที่โรงพยาบาลเพราะ

“คลอดกับยาย เสียเงินแค่ ๑๐๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๗๖ บาท) แต่เขาต้องเตรียมมัดโกน กับแอลกอฮอล์ไว้ให้อาย อีกอย่างสมัยนี้ไม่มีใครทำพิธีประกาศชาหมอบให้อายแล้ว ยายก็เลยต้องซื้อดอกไม้ธูปเทียนเองไปขอบคุณเทวดาเอง เพราะถ้าไม่ทำ ยายก็จะไม่สบาย

“แต่ก่อนการเป็นชาหมอบในชุมชนถือเป็นเรื่องมีเกียรติ และมีคนนับถือ เพราะถือว่าเป็นผู้มีบุญคุณอย่างเคยไม่มีข้าวกินไปขอข้าวสารเขาก็ให้มา ๕ กิโล เดิวนั้นมีคนคลอดเขาก็มาตามไปทำเสร็จแล้วก็ให้เงิน แล้วก็รู้จักกัน บางครั้งยายไม่สบายไม่อยากไป แต่พอคนมาตามก็ต้องไปปฏิเสธไม่ได้เพราะเทวดาสั่ง แต่พอไปทำคลอดกลับมาก็จะหายป่วย”

“ตอนนี้อายเล็กก็เล็กไม่ได้ ต้องแล้วแต่เทวดาบอกว่าจะเล็กได้เมื่อไหร่ลูกสาว กับหลานสาวก็ไม่มีใครอยากเป็นเพราะลำบาก แล้วก็จนหาเงินได้น้อย เพราะเราทำงานตามที่เทวดาสั่งไปเรียกร้องเงินทองมากมายไม่ได้ ต้องแล้วแต่เขาจะให้”

“ตอนนี้คนไม่อยู่ไฟเพราะยุ่งยาก ใช้วิธีฉีดยาร้อนแทน ถ้ามีเงินก็ฉีดยาหลายเข็ม ถ้าไม่มีเงินก็ฉีดยาเข็มเดียว ครั้งสุดท้ายก็เพิ่งไปทำคลอดมาเมื่อ ๓ วันก่อน (๕ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๐๑๒) เทวดามาบอกก่อน แล้วก็มีคนมาตามตอนห้าทุ่มไปทำคลอดไกลถึงหมู่บ้านโคโนนิม ก็ไป ทำคลอดเสร็จตอนเที่ยงคืน ฝนก็ตก แต่ก็ไปเพราะเทวดาสั่ง”

ปัจจุบัน ในหนึ่งเดือนจะมีคนมาตาม *ชาหมอบโบราณ คน สกล* ไปทำคลอดให้ที่บ้านประมาณ ๒-๓ ราย โดยทั้งหมด คือผู้ที่มิฐานะยากจนไม่มีเงินไปคลอดที่โรงพยาบาล หรือ เป็นผู้ที่ไม่มียศบรรพชาประจำตัวประชาชน ที่มีทั้ง ผู้หญิงชาวกำพูชา และ ผู้หญิงชาวเวียดนามที่เข้ามาอาศัยในประเทศกำพูชาอย่างผิดกฎหมาย

นอกจากข้อมูลชีวิตของทั้ง ๘ ท่านแล้ว ผู้เขียนยังได้มีโอกาสสัมภาษณ์ผู้หญิงอายุ ๑๗ - ๕๐ ปี จำนวน ๑๒ คนที่อาศัยใน *ภูมิมิตตาเพียบ* จังหวัดสีหนุวิลล์ ถึงประสบการณ์การ *ชลองโตนเล* ของพวกเธอ ตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๙๒ - ๒๐๑๒ ซึ่งเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของจังหวัดนี้^{๒๑} ซึ่งผู้เขียนขอเสนอเป็น ตาราง แสดงประสบการณ์ของการคลอดและการดูแลหลังคลอดของพวกเธอ ผู้เขียนได้แบ่งช่วงเวลาเป็นช่วงละ ๒ ปี เพื่อความสะดวกในการแสดงข้อมูล

โดยมีข้อมูล ๒ ส่วนคือ ส่วนของผู้ให้ข้อมูลซึ่งจะมีรายละเอียดของสถานภาพสมรส, ฐานะ (ผู้เขียนใช้ การประเมินจากรายได้เฉลี่ยและบริบทของครอบครัว), อายุในปัจจุบัน โดยใช้ชื่อสมมุติเป็นอักษรกำพูชาเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล กับ ส่วนของประสบการณ์การ *ชลองโตนเล* ซึ่งจะมีรายละเอียดของ วิธีการคลอด, ลำดับที่ของบุตร, ผู้ทำคลอด, สถานที่คลอด และวิธีการดูแลหลังคลอดว่าเป็นการ *อ้งเพลิง* หรือ การฉีดยาร้อน

^{๒๑} ในปี ค.ศ. ๑๙๘๙ จังหวัดสีหนุวิลล์เริ่มมีชาวตะวันตกจำนวนมากเข้ามาพร้อมกับความช่วยเหลือจำนวนมากในการฟื้นฟูประเทศกำพูชาหลังกองทัพเวียดนามถอนกำลังออกไป มีการเปิดใช้ท่าเรือน้ำลึกอย่างเต็มรูปแบบเพื่อขนส่งความช่วยเหลือ ทำให้เกิดการพัฒนามืองในทุกๆด้าน ทั้งระบบการขนส่ง ระบบสาธารณสุข และระบบการแพทย์แผนตะวันตก โดยเปิดให้บริการโรงพยาบาลประจำจังหวัดอย่างเต็มรูปแบบด้วยทีมแพทย์จากชาติตะวันตก และมีคลินิกเอกชน ๓ แห่งเริ่มเปิดดำเนินการในปีนั้น จากนั้นการพัฒนาจังหวัดสีหนุวิลล์ก็ดำเนินต่อมาจนถึงปัจจุบัน

ค.ศ ผู้ให้ข้อมูล	๑๙๙๒ – ๑๙๙๔	๑๙๙๔-๑๙๙๖	๑๙๙๖-๑๙๙๘	๑๙๙๘-๒๐๐๐	๒๐๐๐-๒๐๐๒	๒๐๐๒-๒๐๐๔	๒๐๐๔-๒๐๐๖	๒๐๐๖-๒๐๐๘	๒๐๐๘-๒๐๑๐	๒๐๑๐-๒๐๑๒
คุณกอ อายุ ๕๐ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะปานกลาง	คลอดลูกคนที่ ๔ กับ ชาหมอบ โบราณ ที่บ้าน อัง เพลิง ๔ วัน		คลอดลูกคนที่ ๕ กับ ชาหมอบแพด ที่บ้าน อังเพลิง ๓ วัน ฉีดยาร้อน ๒ วัน	คลอดลูกคนที่ ๖ กับ ชาหมอบ แพด ที่คลินิก ฉีดยาร้อน ๗ วัน						
คุณคอ อายุ ๕๐ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา เชื้อสายจีน ฐานะดี				คลอดลูกคนที่ ๒ กับ ครูแพด ที่ โรงพยาบาล เอกชนใน พนมเปญฉีดยา ร้อน ๕ วัน						
คุณโก อายุ ๔๒ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะดี		คลอดลูกคนที่ ๑ กับ ครูแพด ที่โรงพยาบาล เอกชนฉีดยา ร้อน ๗ วัน		คลอดลูกคนที่ ๒ กับ ครูแพด ที่ โรงพยาบาล เอกชนใน พนมเปญฉีดยา ร้อน ๗ วัน	คลอดลูกคนที่ ๓ กับ ครูแพด ที่ โรงพยาบาล เอกชนใน พนมเปญฉีดยา ร้อน ๗ วัน					
คุณโค อายุ ๓๘ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะยากจน	คลอดลูกคนที่ ๑ กับ ชาหมอบ โบราณ ที่บ้านอัง เพลิง ๒ วัน		คลอดลูกคนที่ ๒ กับ ชาหมอบ โบราณ ที่บ้าน อัง เพลิง ๒ วัน	คลอดลูกคนที่ ๓ กับ ชาหมอบ โบราณ ที่บ้าน อังเพลิง ๒ วัน ฉีดยาร้อน ๑ วัน		คลอดลูกคนที่ ๔ กับ ชาหมอบ แพด ที่บ้านฉิด ยาร้อน๑ วัน		คลอดลูกคนที่ ๕ กับ ชา หมอบแพด ที่ บ้าน อังเพลิง ๑ วันฉีดยา ร้อน ๑ วัน		
คุณง อายุ ๓๕ ปี (หย่า) เป็นคน กัมพูชา ฐานะ ยากจน		คลอดลูกกับ ชาหมอบ โบราณ ที่บ้าน อังเพลิง ๒ วัน								

ค.ศ. ผู้ให้ข้อมูล	๑๙๙๒ - ๑๙๙๔	๑๙๙๔-๑๙๙๖	๑๙๙๖-๑๙๙๘	๑๙๙๘-๒๐๐๐	๒๐๐๐-๒๐๐๒	๒๐๐๒-๒๐๐๔	๒๐๐๔-๒๐๐๖	๒๐๐๖-๒๐๐๘	๒๐๐๘-๒๐๑๐	๒๐๑๐-๒๐๑๒
คุณจ้อ อายุ ๓๕ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา เชื้อสายจีน ฐานะปานกลาง			คลอดลูกคนที่ ๑ กับ <i>ชาหมอบแพด</i> ที่โรงพยาบาล รัฐบาล นีเดียร้อน ๓ วัน		คลอดลูกคนที่ ๒ กับ <i>ชาหมอบ แพด</i> ที่ โรงพยาบาล รัฐบาล นีเดีย ร้อน ๕ วัน			คลอดลูกคนที่ ๓ กับ <i>ครูแพด</i> ที่คลินิก นีเดีย ร้อน ๗ วัน		
คุณซอ อายุ ๓๔ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะดี			คลอดลูกคนที่ ๑ กับ <i>ครูแพด</i> ที่ โรงพยาบาล รัฐบาล นีเดียร้อน ๕ วัน	คลอดลูกคนที่ ๒ กับ <i>ครูแพด</i> ที่ โรงพยาบาล เอกชน นีเดีย ร้อน ๗ วัน		คลอดลูกคนที่ ๓ กับ <i>ครูแพด</i> ที่ โรงพยาบาล เอกชน นีเดีย ร้อน ๗ วัน				คลอดลูกคนที่ ๔ กับ <i>ครูแพด</i> ที่ โรงพยาบาลเอกชน นีเดียร้อน ๗ วัน
คุณโต อายุ ๒๙ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะยากจน					คลอดลูกคนที่ ๑ กับ <i>ชาหมอบ โบราณ</i> ที่บ้าน นีเดียร้อน ๑ วัน	คลอดลูกคนที่ ๒ กับ <i>ชาหมอบ โบราณ</i> ที่บ้าน นีเดียร้อน ๑ วัน	คลอดลูกคนที่ ๓ กับ <i>ชา หมอบแพด</i> ที่ บ้าน นีเดีย ร้อน ๒ วัน	คลอดลูกคนที่ ๔ กับ <i>ชา หมอบโบราณ</i> ที่บ้าน นีเดีย ร้อน ๑ วัน		
คุณโท อายุ ๒๕ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะยากจน							คลอดลูกคนที่ ๑ กับ <i>ชา หมอบแพด</i> ที่ โรงพยาบาล รัฐบาล อัง เพลิง ๑ วัน นีเดียร้อน ๑ วัน	คลอดลูกคนที่ ๒ กับ <i>ชา หมอบโบราณ</i> ที่บ้าน นีเดีย ร้อน ๑ วัน		
คุณณอ อายุ ๒๔ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะดี										คลอดลูกคนที่ ๑ กับ <i>ครูแพด</i> ที่ คลินิก อังเพลิง ๒ วัน นีเดียร้อน ๓ วัน

ค.ศ ผู้ให้ข้อมูล	๑๙๙๒ - ๑๙๙๔	๑๙๙๔-๑๙๙๖	๑๙๙๖-๑๙๙๘	๑๙๙๘-๒๐๐๐	๒๐๐๐-๒๐๐๒	๒๐๐๒-๒๐๐๔	๒๐๐๔-๒๐๐๖	๒๐๐๖-๒๐๐๘	๒๐๐๘-๒๐๑๐	๒๐๑๐-๒๐๑๒
คุณบอ อายุ ๒๐ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะยากจน										คลอดลูกคนที่ ๑ กับ ชาหมอบแพดที่ โรงพยาบาลรัฐบาล ฉีดยาร้อน ๒ วัน
คุณพอ อายุ ๑๗ ปี (คู่) เป็นคนกัมพูชา ฐานะยากจน										คลอดลูกคนที่ ๑ กับ ชาหมอบ โบราณที่บ้าน ฉีด ยาร้อน ๑ วัน

นอกจากนี้ จากข้อมูลของแม่ทั้ง ๑๒ ท่านพบว่าค่าบริการการ ชลองโตนเล ในปัจจุบันมีความแตกต่างกันดังนี้ การคลอดกับ ชาหมอบโบราณ ที่บ้าน จะเสียค่าใช้จ่ายครั้งละประมาณ ๑๐,๐๐๐ เรียล แต่หากเป็น ชาหมอบแพด มาทำคลอดให้ที่บ้านจะเสียค่าใช้จ่าย ครั้งละประมาณ ๒๐ ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ ๖๒๐ บาท) และหากต้องการให้มาฉีดยาร้อนให้ที่บ้านก็จะเสียค่าบริการเข็มละ ๕ ดอลลาร์สหรัฐ ขณะที่การ อังเพลิง จะมีค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๕,๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๓๘ บาท) เนื่องจากอุปกรณ์ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่มียอยู่แล้ว

หากเป็นการคลอดปกติที่โรงพยาบาลรัฐบาลกับ ชาหมอบแพด จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ ๙๐,๐๐๐ เรียล (ประมาณ ๖๘๒ บาท) นอนโรงพยาบาล ๑ วัน ฉีดยาร้อน ๑ วัน (วันละ ๑ เข็ม) แต่หากมีการฝากพิเศษ มีแพทย์ทำคลอดให้จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ ๗๐ ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ ๒,๑๗๐ บาท)นอนโรงพยาบาล ๒ วัน ฉีดยาร้อน ๒ วัน

หากเป็นการคลอดที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสีหnulล์จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ ๑๒๐ ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ ๓,๗๒๐ บาท) นอนโรงพยาบาล ๗ วัน ฉีดยาร้อน ๗ วัน แต่หากเป็นการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ ๖๐๐ ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ ๑๘,๖๐๐ บาท) นอนโรงพยาบาล ๗ วัน ฉีดยาร้อน ๗ วัน

ด้วยเหตุนี้ค่าใช้จ่ายที่ต่างกันจึงเป็นเหตุผลสำคัญข้อหนึ่งของการเลือกวิธีการ ชลองโตนเล ของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสาเหตุเรื่องความสะดวก และความทันสมัย เช่น คุณกอ ซึ่งมีอาชีพเป็นแม่ค้าขายขนมจีน ส่วนสามีขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองในย่าน ผาเลอ คุณกอ เคย ชลองโตนเล ทั้งกับ ชาหมอบโบราณ และ ชาหมอบแพด เธอเล่าถึงการ ชลองโตนเล ทั้ง ๓ ครั้งว่า

“ตอนคลอดลูกคนที่สี่ยังไม่มีเงิน แล้วก็มีชาหมอบโบราณเป็นญาติกันอยู่ใกล้ๆ ก็เลยคลอดที่บ้าน พอท้องที่ห้าบ้านเมืองเจริญมีชาหมอบแพดก็เลยตามมาคลอดที่บ้าน แต่พอท้องสุดท้ายพอจะมีเงินแล้วเคยฉีดยาร้อนรู้ว่ามันช่วยฟื้นตัวเร็ว ก็เลยไปคลอดคลินิก จะได้ฉีดยาร้อน ๗ วัน”

ส่วนในการดูแลตนเองก่อนคลอดและหลังคลอด ตามความเชื่อของการแพทย์พื้นบ้านนั้น คุณกอทำตามเรื่องอาหารอย่างเคร่งครัด และมีการใช้ยาสมุนไพรของ ครูชแมร์ เนื่องจากเชื่อว่าจะสามารถช่วยฟื้นฟูสุขภาพได้เร็วขึ้น

แม่อีกคนที่มีประสบการณ์การคลอดทั้งกับ ชาหมอบโบราณ และ ชาหมอบแพด ก็คือ คุณโค ซึ่งมีเงินร่ำรวยขนมปัง สามีมีอาชีพรับจ้างทั่วไป อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองในย่านสลัมโอปี คุณโค ก็เช่นเดียวกับ คุณกอ ที่ใช้เหตุผลเรื่องค่าใช้จ่ายและความสะดวกเป็นหลักในการเลือกวิธี ชลองโตนเล

“คลอดลูกสามคนแรกกับชาหมอบโบราณเพราะเสียเงินไม่มาก พอท้องคนที่สี่ ชาหมอบโบราณคนนี้แกตายไปแล้ว ก็เลยคลอดกับชาหมอบแพด แล้วให้ฉีดยาร้อนด้วยเลย เพราะสะดวกอยู่ไผ่ยุ่งยากกว่า แต่ก็ฉีดแค่เข็มเดียวเพราะมีเงินไม่เยอะ ใช้วิธีกินอาหารให้ร้อนข้างในแทน กับกินยาสมุนไพรโบราณช่วย”

เช่นเดียวกับ คุณโต และ คุณโท ซึ่งเคย ชลองโตนเล ทั้งกับ ชาหมอบโบราณ และ ชาหมอบแพด ทั้งคุณโต และ คุณโท อาศัยอยู่ในบ้านที่สร้างจากการเก็บเศษไม้มาสร้างขึ้นเอง ในสลัมย่านวัดเลอ (Wut Leu) สามีคุณโตมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ขณะที่ครอบครัวคุณโทมีอาชีพเก็บขยะขาย

คุณโต คลอดกับ ชาหมอบโบราณ ที่บ้าน ในสลัมวัดเลอทั้งสามครั้งเนื่องจาก

“ไม่มีเงินไปคลอดที่คลินิก ชาหมอบโบราณถูกกว่า คลอดแล้วค่อยตาม ชาหมอบแพดมาฉีดยาร้อนไม่ได้อังเพลิง เพราะไม่มีที่ทำ เคยคลอดกับชาหมอบแพดตอนท้องสามเพราะพอดีไปเยี่ยมญาติที่อื่น แล้วเจ็บท้องคลอด ญาติเลยตาม ชาหมอบแพด มาทำคลอดให้”

ขณะที่ คุณโท ที่เคย คลอดกับ ชาหมอบแพด ที่โรงพยาบาล และ ชาหมอบโบราณ ที่บ้าน อธิบายถึงความแตกต่างว่า

“ห้องเลยสามี่เป็นหวง อยากให้คลอดที่ดีๆ ก็เลยพาไปโรงพยาบาล แต่ห้องสองไม่มีเงิน เลยคลอดกับ
ชาหมอบโบราณ แต่ก็ตามชาหมอบแพดมาฉิตยาร้อน แต่จริงๆ แล้วชอบคลอดกับชาหมอบโบราณที่บ้าน
มากกว่า ที่โรงพยาบาลชาหมอบแพดดู ชาหมอบโบราณใจดีกว่า”

อย่างไรก็ดีทั้งสองคนก็มีการกินอาหารและสมุนไพรโบราณ ตามความเชื่อของการแพทย์พื้นบ้าน
กัมพูชา โดย คุณโท ซึ่งมีปัญหา ตัวย่ำ ในท้องที่สองได้รับการรักษาด้วย หน่าตัวย่ำ อยู่สามวัน คุณโทเล่าว่า

“เป็นตัวยำโน เพราะกินน้ำผึ้ง ถ่ายทั้งวัน ทั้งคืน สามี่จึงพาไปหาครูขแมร์ได้ ทนนำตัวยำโน มากิน
อาการจึงทุเลา”

ส่วนผู้ที่เคย *ชลองโดนเล* เฉพาะกับ *ชาหมอบโบราณ* ก็คือ *คุณโง่* ที่คลอดในปีค.ศ.๑๙๙๕ และ *คุณพอ* ที่เพิ่งคลอดลูกคนแรก ในวันที่ ๕ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๐๑๒ กับ *ชาหมอบโบราณ* คน *สกล*

คุณไฉ่ ปัจจุบันหย่ากับสามีชาวกัมพูชาแล้ว และทำงานในบาร์ในย่านวิกตอรีฮิลล์ เล่าถึงการคลอตใน
ในปีค.ศ.๑๙๙๕ ว่า

“ตอนนั้นยังอยู่กับครอบครัวอดีตสามีที่ย่านเซเต มีคลินิกอยู่ใกล้ๆ แล้ว แต่ไม่มีเงินไป ก็เลยตาม ชาหมอบโบราณมาทำคลอดที่บ้าน คลอดแล้วก็อยู่ไฟ ๒ วัน ทำตามอย่างโบราณทุกอย่าง ครบอยู่ไฟ ก็ ทำ พิธี บุญประกาศชาหมอบ ด้วย”

ขณะที่ คุณพอ ซึ่งเพิ่งย้ายมาจากจังหวัดเกาะกง ตามสามีที่มีอาชีพคนงานก่อสร้าง บอกว่า

“ไม่มีเงินไปคลอดที่โรงพยาบาล เพิ่งย้ายมาใหม่ๆ คนงานก่อสร้างด้วยกันบอกว่า มีชาหมอบโบราณ
อยู่ที่หาดเอกราช สามีกี่เลยไปตามมาทำคลอดให้ แล้วก็ไปตามชาหมอบแพดจากคลินิกมาฉีดยาร้อนให้ เพราะ
อยู่ที่นี้ไม่มีที่อึ้งเพลิง แล้วก็ไม่มีคนช่วยทำด้วย”

นอกจากนี้ คุณพอ ยังไม่ได้กินยาสมุนไพรโบราณ แต่ซื้อยาแก้แค้นเสบจากคลินิกมากินเองเพราะเชื่อว่า จะช่วยให้ สบุน เป็นปกติเร็วขึ้น

สำหรับแม่อีก ๒ คนที่เหลือที่คลอดกับการแพทย์แผนตะวันตกนั้น ต่างก็ให้เหตุผลเรื่องความสะดวก สะอาด ปลอดภัย และความทันสมัย เช่น *คุณคอ* กับ *คุณโก* ซึ่งเป็นเพื่อนสนิทกัน และรู้จักกับผู้เขียนเพราะทั้ง ๒ คนต้องการเรียนภาษาไทย เพื่อใช้ในการไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ ซึ่งทั้ง ๒ คนเดินทางไปเป็นประจำทุก ๒ เดือน โดย*คุณคอ* นั้นไปรักษาโรคเบาหวาน และ *คุณโก* ไปรักษาโรคไขข้ออักเสบ *คุณคอ* นั้นเป็นเจ้าของร้านขายเครื่องประดับขนาดใหญ่ใน ผาเลอ ส่วนสามีเป็นตำรวจ ส่วน *คุณโก* เป็นแม่บ้าน สามีมีอาชีพเป็นวิศวกรทำงานที่ท่าเรือน้ำลึกของจังหวัดสีหนุวิลล์ ทั้ง ๒ คน คลอดลูกในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และไม่เคย *อึ้งเฟลิ่ง* คุณคอ ให้ความเห็นกับการคลอดกับชาหมอบโบราณว่า

“เป็นเรื่องของคนจนที่ไม่มีเงินคลอตแบบทันสมัย คลอตกับชาหมอบโบราณไม่ปลอดภัย ไม่สะอาด”

ส่วน คุณโก บอกว่า

“สมัยแม่ ก็ต้องคลอดกับชาหมอบโบราณเพราะไม่มีโรงพยาบาลแบบสมัยนี้ แต่เดี๋ยวนี้มีแล้วจะไปคลอดแบบนั้นทำไม คลอดโรงพยาบาลสะดวก สบายกว่ามาก แต่ต้องเสียเงินมากหน่อย แต่ก็คุ้ม”

เมื่อถามถึงการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด คุณคอบอกว่า

“ทำตามแบบโบราณเหมือนกัน แต่ทำแบบจีน เพราะครอบครัวสามีก็เป็นคนกัมพูชาเชื้อสายจีนเหมือนกัน ก็เลยไม่เคยกิน หน่อดู๊ว กินแต่ ยำจีน ซุป จับซาไข่เป็ด”

ส่วน *คุณโก* ซึ่งเป็นคนกัมพูชา บอกว่า ตนเองก็ปฏิบัติตามการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาบ้าง เพราะแม่ของตนแนะนำ เช่น การเลือกกินอาหารที่ร้อน หลังคลอด แต่ไม่ได้กิน *ทนต์ั่ว* เพราะไม่เชื่อ เชื่อในยาแผนตะวันตกมากกว่า

การทำตามความเชื่อตามเชื้อชาติของ *คุณคอ* ที่เป็นคนกัมพูชาเชื้อสายจีนก็เช่นเดียวกับ *คุณจอ* ที่เป็นคนกัมพูชาเชื้อสายจีนเช่นกัน ครอบครัวของ *คุณจอ* มีร้านขายอาหารเล็กๆ อยู่ใกล้กับ หมู่บ้าน วิถีกรง (Vithai Khong) *คุณจอ* คลอดลูก ๒ คนแรกกับ *ชาหมอบแพด* ที่โรงพยาบาลรัฐบาล และคลอดลูกคนที่ ๓ กับ *ครูแพด* ที่คลินิก *คุณจอ* ไม่เชื่อในความปลอดภัยของการคลอดกับ *ชาหมอบโบราณ* และไม่เชื่อในเรื่องการ อังเพลิง แต่ปฏิบัติตัวตามความเชื่อในแบบครอบครัวชาวจีน เช่น

“หลังคลอดต้องอยู่ แต่ที่ชั้นบนบ้าน ๑ เดือน กินกระเพาะหมูตุ๋นกับพริกไทย กินยาจีน ไม่กินน้ำเย็น แต่ก็กินยาที่ *ครูแพด* ให้มาจากคลินิกไปด้วย”

ขณะที่ *คุณซอ* ซึ่งเป็นคนกัมพูชา ครอบครัวมีร้านค้าขนาดใหญ่ และมีกิจการห้องเช่า ที่ผู้เขียนเป็นหนึ่งในผู้เช่าของครอบครัวนี้ พูดถึงการคลอดของตนเองว่า

“ครั้งแรกคลอดที่โรงพยาบาล รัฐบาล กับ *ครูแพด* ที่เป็นญาติกัน ตอนหลังญาติย้ายไปทำงานที่อื่นก็เลยไปคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้ อังเพลิง แต่ฉีดยาร้อนแทน เพราะสะดวกกว่าอังเพลิง แต่ก็กินยาสมุนไพรโบราณ ร่วมกับยาของ *ครูแพด* แต่ไม่เคยกิน หนาวตัว แต่กินยาสมุนไพรที่ช่วยให้ผิวพรรณดีหลังคลอด”

สองคนสุดท้ายที่คลอดแบบการแพทย์แผนตะวันตกคือ *คุณณอ* และ *คุณบอ* *คุณณอ* อดีต ทำงานที่บาร์ในย่านวอเตอร์ลิลล์ ปัจจุบันเป็นแม่บ้านสามีเป็นชาวสวิสเซอร์แลนด์ ปัจจุบันสามียังอาศัยอยู่ต่างประเทศ จะมาอยู่ที่สีหนุวิลล์ กับ *คุณณอ* ปีละ ๔ เดือนในช่วงฤดูหนาว ตอนที่คลอดบุตร สามีก็อยู่ที่ต่างประเทศ แต่ *คุณณอ* มีแม่และน้องสาวที่ย้ายจากจังหวัดกำแพงมาเกิดมาอยู่กับ *คุณณอ* ที่สีหนุวิลล์เป็นคนดูแล *คุณณอ* คลอดลูกที่โรงพยาบาลเอกชนเพราะ

“สามีสั่งมาให้คลอดกับ *ครูแพด* ห้ามคลอดกับ *ชาหมอบโบราณ* แต่คลอดแล้วอังเพลิงได้ สามีไม่ว่า แม่ก็บอกว่าเราเคยทำอาชีพแบบนี้ สนุไม่ค่อยดีต้องอังเพลิง ก็เลย อังเพลิง ๒ วันฉีดยาร้อน ๓ วัน อังเพลิงนานๆ ไม่ไหว มันลำบาก แต่กินยาตามโบราณทุกอย่าง แม่มียาโบราณที่เอามาจาก *ครู* แม่ที่กำปงจามมาให้กิน *ครู* แม่คนนี้เก่งมาก ใครๆ ที่กำปงจามก็ไปหา ตอนนั้นก็เลยแข็งแรงดี สามีก็ชมว่าหลังคลอดแล้วยังสวยเหมือนเดิม”

ส่วนคนสุดท้ายคือ *คุณบอ* นั้น สองสามีภรรยาย้ายมาจากบ้านเกิดที่กำปอต มาเป็นลูกจ้างในร้านขายของของ *คุณซอ* ตอนที่คลอด *คุณซอ* เป็นรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ไปคลอดที่โรงพยาบาลรัฐบาล และออกเงินให้ฉีดยาร้อน ซึ่ง *คุณบอ* เองก็ไม่เชื่อในการคลอดกับ *ชาหมอบโบราณ*

“โชคดีที่เจ้านายใจดีออกเงินให้ไปคลอดที่โรงพยาบาล เพราะถ้าไม่มีเงินต้องคลอดกับ *ชาหมอบโบราณ* ก็กลัวอันตราย แล้วยังได้ฉีดยาร้อน ๒ วันก็เลยแข็งแรงเร็ว ไม่ได้กินยาโบราณเลย กินแต่ยาโรงพยาบาล อันที่จริงก็อยากกินยาโบราณด้วยแต่ไม่รู้จะไปหาที่ไหน เพราะไม่ใช่บ้านเรา”

จากข้อมูลของทั้งผู้เยียวยา และผู้รับการเยียวยาทั้งหมดข้างต้น ผู้เขียนขอสรุป ปรากฏการณ์ การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอด และการดูแลหลังคลอด ในจังหวัดสีหนุวิลล์ เป็น ๓ ประเด็นดังต่อไปนี้

๑. การแพทย์พื้นบ้านกับมิติในการเยียวยาที่ยังดำรงอยู่ หากความชอบธรรมในการรักษาโรคของการแพทย์แผนปัจจุบันคือ โบราณยาในการประกอบโรคศิลปะ ที่ได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจในทาง การแพทย์ในโลกมนุษย์ ความชอบธรรมในการเป็นผู้เยียวยาความเจ็บป่วยในระบบการแพทย์พื้นบ้านของ กัมพูชาก็น่าจะเป็น คำอนุญาตจากเทวดาในโลกแห่งสรวงสวรรค์ ที่มนุษย์ธรรมดาๆ อย่างผู้เขียน คงไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ความชอบธรรมแบบใดจะมีศักดิ์ศรีเหนือกว่าแบบใด



ใบอนุญาตของการแพทย์แผนตะวันตก



ใบอนุญาตของการแพทย์พื้นบ้าน

แต่สิ่งหนึ่งที่ชัดเจนเป็นอย่างยิ่ง ในความแตกต่างของ ความชอบธรรมทั้งสองแบบก็คือ คำอนุญาตในการเยียวยาจากเทวดานั้น ได้ประสิทธิประสาท ความสามารถที่เหนือกว่าให้กับ ผู้เยียวยาในระบบการแพทย์พื้นบ้านของกัมพูชา ให้การเยียวยาที่เกิดขึ้นมิได้เป็นไปเพื่อเยียวยาแค่อาการทางกายเพียงมิติเดียวดังเช่น การแพทย์แผนตะวันตก แต่มันได้มอบความสามารถพิเศษให้กับผู้เยียวยา ให้ดูแลรักษาผู้ป่วยไปจนถึง ต้นตอของความเจ็บป่วยในมิติอื่นๆ เช่น ชาติก่อน, เคราะห์กรรม และ ดูแลรักษาไปถึงการดำรงไว้ซึ่งกฎระเบียบเพื่อความ เป็น โร เบียบ เรียบ ร้อย ในสังคม อันเป็นมิติที่การแพทย์แผนตะวันตกไม่เคยเข้าใจ และไม่มี ความสามารถในการเข้าใจ และคงเป็นเพราะสิ่งนี้เองที่ทำให้การแพทย์พื้นบ้านในสังคมกัมพูชา ยังคงดำรงอยู่ ในพื้นที่ของ สุขภาพและความเจ็บป่วย ในสังคมกัมพูชาได้

๒. ขาหมอบโบราณ กับ สถานะที่เปลี่ยนไป หากพิจารณาจากสถานะของผู้เยียวยาในระบบ การแพทย์พื้นบ้านกัมพูชาทั้งหมดแล้ว ดูเหมือนว่าสถานะของ *ขาหมอบโบราณ* จะเป็นสถานะที่ถูกเบียดขับ จากการแพทย์แผนตะวันตกมากที่สุด อันจะเนื่องมาจากปริมาณพลในการ *ชลองโตนเล* เป็นพื้นที่ที่วงการแพทย์ แผนตะวันตก ให้ความสำคัญในฐานะตัวชี้วัด ความเข้มแข็งของระบบการแพทย์แผนตะวันตกในแต่ละประเทศ ทำให้เป็นพื้นที่ที่ถูกจับจ้อง และจัดการมากที่สุด (WHO ๒๐๐๘) หรือ อาจเนื่องมาจากความเชื่อในเรื่อง ปริมาณพลที่มีลทิน ที่มีมาแต่โบราณที่ทำให้ การจัดการ “ความสะอาด” แบบการแพทย์แผนตะวันตก สามารถแทรกเข้ามามีบทบาทในปริมาณพลนี้ได้อย่างลงตัว ในฐานะผู้ใช้ “ความสะอาด” แบบทันสมัย เพื่อ จัดการกับปริมาณพลที่มีลทินนี้

ทำให้ *ขาหมอบโบราณ* ที่เคยมีสถานะเป็นผู้มีบุญคุณในฐานะผู้มีอำนาจพิเศษในการจัดการปริมาณพล ที่มีลทิน แทนผู้คนในสังคมกัมพูชา กลายสถานะไปเป็นแค่ผู้ทำการ *ชลองโตนเล* ราคาถูกที่สุด ที่คนยากจน เท่านั้นที่ยังต้องพึ่งพาบริการ



บ้านของ คุณชอ ที่คลอดกับ ครูแพด



บ้าน คุณพอ ที่คลอดกับ ชาหมอบโบราณ

๓. ผัสสะของความร้อน จาก *อังเพลิง* สู่ *จะส หนา กเดา* (Cha Thanum Kadao) หรือ ฉิดยาร้อน แม้ว่า *หนาโบราณ* ของระบบการแพทย์พื้นบ้านกัมพูชายังคงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย และมีหลายตำรับที่ได้รับการยอมรับจาก การแพทย์แผนตะวันตก ด้วยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาจริง (United Nations Industrial Development Organization and the International Centre for Science and High Technology, ๒๐๐๓; Aun, Jonville and Sok-Siya, ๒๐๐๗; Walston and Ashwell, ๒๐๐๘; Savajol, Sam and Toun, ๒๐๑๑) แต่เมื่อความเจริญเข้ามาสู่เมือง พื้นที่ที่เคยเป็นสมบัตินิสาธารณะ กลายเป็นพื้นที่ที่มีนายทุนครอบครอง จนทำให้ การเสาะหาวัตถุดิบ ในการผลิต *หนาโบราณ* กลายเป็นสิ่งที่ยากลำบาก การดำรงอยู่ และการหายไปของ *หนาโบราณ* บางตำรับ จึงคงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต

นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ของการทดแทน “ความร้อน” ที่มีทั้ง กลิ่นของควันไฟ ความร้อนที่ซึมซาบเข้าทางผิวหนัง ที่ระอุ คุกรุ่นอยู่ตลอดวัน ของการ *อังเพลิง* มาเป็น “ความร้อน” ของการ *จะส หนา กเดา* (ที่อาจจะมีความปวดที่ผิวหนัง มากกว่าความรู้สึกร้อน) แทนนั้น สำหรับผิเขียนแล้ว ปรากฏการณ์นี้นอกจากจะสะท้อน ภาพของการสวมทับความทันสมัย ลงไปบนวิถีปฏิบัติดั้งเดิมโดยใช้คำว่า “ร้อน” เป็นเครื่องมือ ที่ทำให้ยาฉิดสมัยใหม่ซึ่งรับการการันตี จากผู้มีองค์ความรู้เหนือ ว่าสามารถก่อให้เกิดความ “ร้อน” ได้ไม่ต่างจากวิธีโบราณได้รับการยอมรับแล้ว อีกนัยยะหนึ่งก็สะท้อน การแสวงหาทางออกให้กับผู้หญิงหลังคลอดในสังคมกัมพูชา ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม ที่ทำให้ การ *อังเพลิง* แบบโบราณ ไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ในบริบทปัจจุบัน ฉะนั้น การฉิดยาร้อน จึงอาจเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่พอจะสร้างความมั่นใจให้กับพวกเธอได้ว่า ความไม่สมดุล ร้อน – เย็น ในร่างกายของพวกเธอหลังการ *ชลองโดนเล* จะกลับมาเป็นปกติอีกครั้ง

บทที่ 6

การค้าสมุนไพรชายแดนไทย ลาว กัมพูชา : ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่น-ชาตินิยมสู่ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก^๑

ดร. สุรสม กฤษณะจุฑะ

เกริ่นนำ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจเบื้องต้นว่าด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านข้ามพรมแดนในกระแสโลก กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย ลาว เขมร นี้ ผู้เขียนได้แบ่งเนื้อหาออกเป็นสองส่วนใหญ่มาก ด้วยกันคือ ส่วนหนึ่ง เป็นการอภิปรายในเรื่องแนวคิดและวิถีวิทยาในการศึกษาพลวัตความเปลี่ยนแปลงของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในบริบทใหม่ โดยผู้ศึกษาจะอภิปรายถึงการถกเถียงทางทฤษฎีและวิถีวิทยาของการศึกษาการแพทย์พื้นบ้านในมิติด้วยกันคือ ประการแรก การถกเถียงถึงความแตกต่างหลากหลายและความเป็นหนึ่งเดียว ประการที่สอง การถกเถียงในประเด็นภาวะข้ามท้องถิ่นและภาวะข้ามชาติ ประเด็นที่สาม ว่าด้วยแนวคิดพหุลักษณะการแพทย์กับพหุลักษณะการแพทย์เชิงวิพากษ์ และประการสุดท้าย การทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างกระแสโลกกับโลกาภิวัตน์ การอภิปรายทั้งสี่หัวข้อนี้ ผู้เขียนมุ่งหวังที่จะชี้ให้เห็นถึงว่าอะไรคือแนวคิดและวิถีวิทยาที่จะใช้ในการศึกษาความซับซ้อนของการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก

ในส่วนที่สอง เป็นการนำข้อมูลจากการสำรวจ สัมภาษณ์ สังเกตการณ์ สอบถามบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการค้าขายสมุนไพรข้ามแดนบริเวณพื้นที่ด่านชายแดนสองแห่ง คือ ด่านชายแดนช่องเม็ก ซึ่งเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างไทยกับลาว และด่านชายแดนช่องสะง่า^๒ ซึ่งเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างไทยกับเขมร โดยผู้ศึกษาได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้าน ผู้เขียนมุ่งทำความเข้าใจการทำสมุนไพรให้เป็นสินค้า ซึ่งจะศึกษาผ่านการค้าขายสมุนไพรมะขามป้อมซึ่งมีการนำเข้าจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งลาวและกัมพูชาเข้าสู่ไทย มิติที่สอง ผู้ศึกษามุ่งทำความเข้าใจปฏิบัติการและการสร้างวาทกรรมของการแพทย์พื้นบ้านในบริเวณพื้นที่ชายแดน โดยในบทความนี้ ผู้ศึกษาจะกล่าว

ภูมิทัศน์อาเซียนใหม่ในจินตนาการ : การทำให้เป็นหนึ่งเดียว?

ในงานสัปดาห์หนังสือและการเรียนรู้จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งที่ 4 ที่ศูนย์ทาวเวอร์ ซึ่งจัดขึ้นในช่วงกลางเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมามีสโลแกนประจำงานว่า “อ่านเพื่อรู้ เปิดประตูสู่อาเซียน” นอกจากจะมีการออกบูธขายหนังสือจากสำนักพิมพ์ต่างๆดังเช่นครั้งก่อนๆ แต่สิ่งที่ดูแปลกเป็นพิเศษในปีนี้ซึ่งแตกต่างไปจากปีก่อนหน้านี้ก็คือ การแสดงบนเวทีตลอดจนการเสวนาอภิปรายมีการพูดถึงอาเซียนแทบจะทุกวัน แม้แต่เมื่อเดินเยี่ยมชมร้านรวงที่ถูกจัดวางเป็นลือคสี่เหลี่ยม จะพบว่าสำนักพิมพ์จำนวนไม่น้อยทีเดียวนำ

^๑ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในหัวข้อ “ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านข้ามพรมแดนในกระแสโลก: กรณีศึกษาพื้นที่ชายแดนไทย ลาว และเขมร”

^๒ ในการศึกษาการค้าขายสมุนไพรข้ามแดน สืบเนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ซึ่งไม่สอดคล้องกับฤดูกาลขายมะขามป้อม ผู้วิจัยได้สำรวจการค้าขายสมุนไพรบริเวณชายแดนช่องสะง่าในช่วงเวลาเดือนสิงหาคม ซึ่งมะขามป้อมยังไม่ออกผลและเข้ามาจำหน่ายบริเวณนั้น แต่ในช่วงเดือนกันยายน ผู้ศึกษาได้ไปศึกษาการค้าขายมะขามป้อมที่ด่านช่องเม็ก ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสสัมภาษณ์พูดคุยและ “ซื้อ” มะขามป้อมติดไม้ติดมือกลับบ้าน จึงทำให้ข้อมูลค่อนข้างแน่นหนาเกี่ยวกับการค้าขายมะขามป้อมบริเวณชายแดนช่องเม็กมากกว่าช่องสะง่า ซึ่งผู้เขียนไปก่อนที่จะมีมะขามป้อมขาย

หนังสือเกี่ยวกับอาเซียนมาวางโชว์กว่าหนังสือเล่มอื่นๆ อย่างค่อนข้างโดดเด่นเพื่อดึงดูดให้ผู้บริโภคมองเห็นได้ง่าย และตัดสินใจเป็นสมาชิกของอาเซียนด้วยการซื้อหนังสือเกี่ยวกับอาเซียนติดไม้ติดมือไปสักเล่ม

เพื่อให้งานสัปดาห์หนังสือต่างไปจากการจัดแสดงขายสินค้าทั่วไป อาทิเช่น งานขายสินค้าอาเซียนงานขายสินค้า OTOP หรืองานกาชาด งานครั้งนี้จึงได้มีการจัดเวทีเสวนาอภิปรายทางวิชาการขึ้น เพื่อให้การจัดงานสัปดาห์หนังสือกลายเป็น “พื้นที่ความรู้” อันอาจจะกลบเกลื่อน “พื้นที่ทางการค้า” ลงได้บ้าง เนื่องจากหนังสือเป็นสินค้าที่เป็นสัญลักษณ์ของความรู้ เวทีอภิปรายทางวิชาการจึงเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ แม้จะไม่ได้มีนัยสำคัญเท่ากับเวทีพนักเขียนหรือเวทีเพื่อความบันเทิงเรีงมย์อื่นๆ

ผู้เขียนเป็นผู้หนึ่งที่ได้ถูกรับเชิญไปอภิปรายบนเวทีในหัวข้อ “อุบลราชธานีในแผนที่ประเทศอาเซียน” ในช่วงบ่ายวันที่ 13 สิงหาคม 2555 ซึ่งเป็นวันทำงาน ผู้คนที่มาเดินช้อปปิ้งในห้างก็มีไม่มากนัก คนที่มาฟังจึงโหล่งหล่องบางตา เก้าอี้ที่จัดเตรียมมาเรียงเป็นแถวแนวส่วนใหญ่ไร้คนนั่ง อย่างไรก็ตามก็มีผู้มานั่งฟังประมาณ 15-20 คน ผู้ฟังมีสองกลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มหนึ่งเป็นแม่บ้าน บางคนก็ค้าขาย บางคนก็ทำนา อีกกลุ่มหนึ่งเป็นเด็กนักเรียนระดับประถมหรือมัธยมต้น ซึ่งโรงเรียนอาจจะจัดให้มาเที่ยวงานสัปดาห์หนังสือ ดูเหมือนว่าพวกเขาจะมานั่งฟังด้วยเพราะไม่ทราบว่าจะไปไหนหรือมานั่งพักผ่อนมากกว่าที่จะมาตั้งใจฟังผู้อภิปรายพูด

ในการอภิปรายครั้งนั้น วิทยากรท่านหนึ่งได้อธิบายว่า การเปิดประตูอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 จะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์เชิงพื้นที่ครั้งใหญ่ อาเซียนจะกลายเป็น “ประเทศอาเซียน” ในขณะที่ประเทศไทยจะกลายเป็น “จังหวัดไทย” จังหวัดอุบลราชธานีจะกลายเป็น “อำเภออุบลราชธานี” การเขยิบลำดับขั้นพื้นที่นี้คือเครื่องหมายแสดงให้เห็นทิศทางการรวมกลุ่มประเทศอาเซียน ซึ่งกำลังจะก้าวเดินไปสู่ความเป็นเอกภาพ ความเป็นหนึ่งเดียว และความสมานฉันท์ ตามที่ผู้นำประเทศต่างๆ ได้สร้างให้อาเซียนกลายเป็นพื้นที่ในจินตนาการแบบใหม่ ซึ่งมีลักษณะข้ามชาติและสร้างพรมแดนแบบใหม่ขึ้นมา

เป็นที่น่าสังเกตว่า แนวความคิดเรื่องอาเซียนเป็นหนึ่งเดียวที่กำลังได้รับความนิยมอยู่ในขณะนั้นนั้นว่าไปแล้วก็มีกรอบการอธิบายไม่ต่างไปจากแนวคิด “โลกาภิวัตน์” ซึ่งมองว่าเป็นกระบวนการก่อเกิดสำนึกความเป็นหนึ่งเดียวของโลก (Roland Robertson, 1992) หรือวาทจินตนาการภูมิทัศน์ของสังคมแบบใหม่คือ “หมู่บ้านโลก” (global village) (McLuhan, 1962) ซึ่งมีแรงผลักดันจากเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย

ความเป็นอาเซียนซึ่งเน้นความเป็นหนึ่งเดียว ก็คือการจินตนาการถึง “หมู่บ้านอาเซียน” ภายใต้แนวคิด “หนึ่งวิสัยทัศน์ หนึ่งเอกลักษณ์ หนึ่งประชาคม” แนวคิดเช่นนี้ไม่ค่อยให้พื้นที่กับความแตกต่างหลากหลาย ในเวลาเดียวกัน ก็ไม่ได้รับฟังเสียงคนที่อยู่ข้างล่าง อาเซียนจึงเป็นภาพมายาคติที่ถูกสร้างขึ้นจาก “ข้างบน” ซึ่งเน้นความเป็นหนึ่งเดียว เช่นเดียวกับโลกาภิวัตน์ซึ่งเน้นความเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งให้ความสำคัญกับพลังผลักดันจากการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างเบื้องบน มากกว่าที่จะสนใจการต่อรองในระดับย่อยหรือท้องถิ่น

การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่ความเป็นหนึ่งเดียวของอาเซียน จึงน่าสนใจว่า ได้จัดที่ทางให้กับภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านหรือไม่อย่างไร ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอาเซียนที่เป็นหนึ่งเดียวจะเกิดขึ้นแทนที่ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาเขมร ภูมิปัญญาลาวหรือไม่ หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการเปิดเสรีอาเซียน จึงไม่ต้องกล่าวถึง เขียนถึง แต่อย่างไรใด แตกต่างไปจากการสนับสนุนให้เตรียมความพร้อมด้วยการเรียนภาษาอังกฤษ ซึ่งกลายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งยวดในการก้าวสู่ประตูของการเปิดเสรีอาเซียน

พื้นที่ชายแดน : ภาวะข้ามชาติ vs. ภาวะข้ามท้องถิ่น

ความพยายามที่จะผนวกรวมอาเซียนเป็นหนึ่งเดียว ยังบ่งบอกถึง “การสลายเส้นเขตแดน” (deterritorialization) นั่นคือ เมื่อสิ่งต่างๆ ที่มากกว่าหนึ่งซึ่งดำรงอยู่คนละตำแหน่งแห่งที่มารวมกันเป็นหนึ่งเดียว ก็ย่อมหมายถึงเส้นเขตแดนที่กีดกันระหว่างกันจะย่อยสลายลงไปในที่สุด จนสามารถซ้อนทับกันแนบสนิท อย่างไรก็ตาม การสลายเส้นเขตแดนของความเป็นรัฐชาตินั้น ไม่ง่ายดายเหมือนกับเอายางลบลบเส้นพรมแดนที่ขีดเขียนบนแผนที่ออกไป

อย่างไรก็ตาม บทความนี้ไม่ได้ต้องการที่จะถูกจัดประเภทเป็นงาน “ชายแดนศึกษา” แต่เหตุที่เลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชายแดนกับภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ก็เนื่องจากชายแดนเป็นจุดบรรจบของอำนาจหลากหลายชนิดหลากหลายระดับหลากหลายรูปแบบ ชายแดนเป็นพื้นที่ซึ่งโลกาภิวัตน์ตัดข้ามกับกระแสท้องถิ่นนิยม มีทั้งการผนวกรวมและการเบียดขับ ชายแดนเป็นพื้นที่ของการเชื่อมต่อแต่ในเวลาเดียวกันก็เป็นพื้นที่ซึ่งถูกตัดขาดออกจากพื้นที่อื่นๆ เป็นทั้งพื้นที่ของการควบคุมอย่างเข้มข้นและพื้นที่ซึ่งถูกปล่อยให้เป็นอิสระอันเนื่องระยะทางห่างไกลจากศูนย์กลาง เป็นพื้นที่ซึ่งมีกฎเกณฑ์และพื้นที่ซึ่งไร้กฎเกณฑ์ในเวลาเดียวกัน^๓

Henk van Houtum^๔ เสนอว่าเราควรจะต้องทำความเข้าใจชายแดนในสามมิติด้วยกันคือ มิติแรก **ชายแดนในฐานะคำกริยา** (A border is a verb) ชายแดนไม่ได้หมายถึงพื้นที่ทางกายภาพเท่านั้น กล่าวคือชายแดนไม่ได้หมายถึงการลากเส้นเพื่อแบ่งพื้นที่หนึ่งออกจากพื้นที่หนึ่ง หากแต่การจะนิยามว่าสิ่งใดคือชายแดน มาจากการตีความ ชายแดนถูกสร้างขึ้นที่ไหนก็ได้เนื่องจากเป็นพื้นที่ทางสัญลักษณ์ ชายแดนสามารถเป็นประตูข้ามไปอีกฝั่งหนึ่งหรือจะเป็นกำแพงกีดกันนั้นไม่ได้ขึ้นกับว่ารั้วของชายแดนมันคงเพียงใด หากแต่อยู่ที่ว่า ผู้คนให้ความหมายชายแดนอย่างไร ชายแดนจึงไม่ได้เป็น “วัตถุ” ที่แข็งทื่อตายตัว ชายแดนจึงเป็นคำกริยาซึ่งหมายความว่า ชายแดนนั้นเป็นสิ่งที่กำลังเขียนขึ้นมา (bordering) มากกว่าที่จะเป็นเส้นเขตแดนที่ถูกขีดไว้เรียบร้อยแล้ว

มิติที่สอง **ชายแดนในฐานะความจริงที่ถูกสร้างขึ้น** (A border is a fabricated truth) เส้นเขตแดนถูกสร้างมาจากความเชื่อก็เพื่อปกป้องผลประโยชน์ภายในเขตแดนหนึ่งๆ ในขณะที่พื้นที่นอกชายแดนถูกมองว่าเป็นเขตของต่างชาติ คู่แข่ง ศัตรู คนอื่น และเป็นพื้นที่ซึ่งเต็มไปด้วยความสับสนอลหม่าน แผนที่ถูกสร้างขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ที่จะให้รัฐสามารถบริหารจัดการพื้นที่ในเขตแดนของตนได้ ตลอดจนสามารถควบคุมประชากรของตนได้ กล่าวคือ ยังมีการเขียนเส้นเขตแดนชัดเจนมากเท่าใดหรือมีอำนาจครอบงำมากพื้นที่มากเท่าใด ผู้คนก็จะถูกลบเลือนมากเท่านั้น

มิติที่สุดท้าย คือ **ชายแดนในฐานะหน้ากาก** (the border is a mask) ความรู้สึกถึงความรักชาติถูกกระตุ้นจากสัญลักษณ์และสัญญาณที่ถูกสร้างขึ้นมา อาทิเช่น การแข่งขันฟุตบอลเป็นการสร้างเส้นแบ่งระหว่างชาติต่างๆ สนามฟุตบอลก็คือโรงละครซึ่งตัวแทนชาติต่างๆ แสดงอยู่บนพื้นสนามหญ้าสีเขียว ฟุตบอลทำให้ปัจเจกบุคคลเกิดความรู้สึกของการดำรงอยู่ในชาติเดียวกัน เกิดความสมานฉันท์และเกิดความเป็นชุมชนเดียวกัน ชายแดนจึงช่วยกระตุ้นอารมณ์ให้คนรักดีกับชาติของตนในระยะยาว การที่คนอยากจะปกป้อง

^๓ ความเป็นชายแดนจึงมีเส้นที่ตรงที่มีชุดความสัมพันธ์ที่หลากหลายปรากฏอยู่ ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นโลกที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

^๔ Henk van Houtum., 2011, *The mask of the border*, in: D. Wastl-Walter (ed.), *Companion to Border Studies*, Ashgate, pp 49-62.

ชายแดนไม่ให้ถูกรุกล้ำหรือรุกราน เป็นความปรารถนาที่จะสร้างชุมชนแห่งอนาคตซึ่งมีเอกภาพและความใฝ่ฝันที่จะเกิดชาติในอุดมคติที่ไม่อาจจบสิ้น

โดยสรุป Henk van Houtum มองเห็นว่า กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ชายแดนควรมีลักษณะที่เปิดกว้างและยืดหยุ่น และมองเห็นว่าชายแดนเป็นพื้นที่ซึ่งรัฐและทุนพยายามเข้าไปควบคุมและแสดงอำนาจเหนือพื้นที่ ชายแดนไม่ได้เป็นพื้นที่ซึ่งอิสระจากศูนย์กลางแต่อย่างใด กระนั้นก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การจำแนกชายแดนในสามสถานะนั้นยังไม่สามารถมองเห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อนบนพื้นที่ชายแดนได้ เนื่องจากความเป็นชายแดนไม่ได้เป็นเรื่องของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐที่ศูนย์กลางกับประชาชนที่ชายขอบของตนเอง หรือเป็นพื้นที่ของความสัมพันธ์ระหว่างรัฐหนึ่งกับอีกรัฐหนึ่งเท่านั้น แต่ผู้คนที่อยู่ชายแดนก็เป็นมนุษย์ที่มีความกระตือรือร้น (active) และพวกเขาก็ไม่ได้ถูกโอบล้อมให้อยู่ภายใต้ความเป็นรัฐชาติเท่านั้น หากแต่พวกเขาอาจมีปฏิสัมพันธ์ในฐานะคนชายแดนหรือคนข้ามแดนภายใต้ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ซึ่งไม่ได้อยู่ในกรอบจินตนาการของความเป็นรัฐชาติเท่านั้น

ดังนั้น แม้ Henk van Houtum จะมองเห็นชายแดนในลักษณะเปิดกว้างและเลื่อนไหล แต่เขาก็ยังให้น้ำหนักกับการวิเคราะห์อำนาจภายนอกและอำนาจจากเบื้องบนที่เข้ามากระทำพื้นที่ชายแดน โดยที่ละเอียดที่จะมองเห็นการตอบโต้ต่อรองของคนชายแดนหรือคนข้ามแดน เราไม่อาจปฏิเสธได้ว่า ชายแดนมีลักษณะเฉพาะ และในเวลาเดียวกันผู้คนที่สร้างความสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ตกอยู่ภายใต้วาทกรรมพรมแดนของประเทศเสมอไป ปฏิสัมพันธ์ ณ บริเวณชายแดนยังมีลักษณะที่เรียกว่าภาวะข้ามท้องถิ่น (translocality) ด้วย (Brickwell and Datta,) กล่าวในแง่นี้ ชายแดนเป็นพื้นที่ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวพันกับอำนาจรัฐเพียงอำนาจเดียวเสมอไป วิธีวิทยาที่ยึดติดกับกรอบความเป็นชาตินิยม (methodological nationalism) วิธีวิทยาเช่นนี้ผูกติดกับความเป็นรัฐชาติที่แข็งทื่อตายตัวเกินไป ในขณะที่การยึดติดในความเป็นท้องถิ่นนิยม (localism) หรือชุมชนนิยม (communitarianism) ก็ปฏิเสธความสัมพันธ์กับภายนอก และมองเห็นชุมชนมีขอบเขตที่แข็งทื่อตายตัวเกินไป ภาวะข้ามท้องถิ่นเป็นแนวคิดที่พยายามรื้อเส้นแบ่งอันแจ่มแจ้งระหว่างความเป็นชาติและความเป็นท้องถิ่น และลากและสร้างเส้นแบ่งที่บางเบา ยืดหยุ่น มีช่องว่าง ซึ่งเอื้อให้มองเห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อนมากกว่าที่จะลากเส้นยาวที่ทึบหนาพาดผ่านเพื่อแบ่งแยกพื้นที่สองฝั่งออกจากกัน

แนวคิดภาวะข้ามท้องถิ่นเสนอว่า เราควรที่จะทำความเข้าใจบริบทของโลกซึ่งมีการปะทะกันระหว่างสองกระแส ทั้งกระแสโลกนิยมและกระแสท้องถิ่นนิยม และไม่ควรที่จะติดกับดักของคู่ตรงข้ามระหว่างสองสิ่งดังกล่าว อีกทั้งไม่สามารถสรุปรวบยอดได้อย่างง่ายๆว่า โลกาภิวัตน์ครอบงำและกำหนดชีวิตความเป็นไปในท้องถิ่น หรือท้องถิ่นสามารถกำหนดตนเองได้โดยไม่ต้องข้องแวะโลกาภิวัตน์ แนวคิดการข้ามท้องถิ่นจะช่วยให้เราตั้งคำถามการวิจัยโดยที่ไม่ยึดติดกับความจริงด้านหนึ่งใดมากเกินไป แต่มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสองชั่วที่มีปฏิสัมพันธ์กัน กล่าวคือ แนวคิดภาวะข้ามท้องถิ่นจะช่วยให้มองเห็นและเข้าใจการเชื่อมต่อระหว่างโลกาภิวัตน์กับท้องถิ่นว่าเป็นไปในลักษณะใด กล่าวคือ การทำความเข้าใจสังคมในบริบทเปลี่ยนผ่านสู่โลกที่ไร้พรมแดนมากขึ้นนั้น คำถามไม่ได้อยู่ที่โลกาภิวัตน์เข้ามาครอบงำความเป็นท้องถิ่นอย่างไร แต่คำถามอยู่ที่โลกาภิวัตน์ได้ถูกผลิตซ้ำในท้องถิ่นอย่างไร คนในท้องถิ่นตีความโลกาภิวัตน์อย่างไร (Norman Long)

มนทัศน์ภาวะข้ามท้องถิ่นนี้ ช่วยทำให้เรามองเห็นโลกในมุมใหม่น้อยสองมุมด้วยกัน คือ ด้านแรก การมองเห็นชีวิตที่เคลื่อนไหวข้ามไขว่ไปมาโดยไม่ถูกกักขังหรือติดตรึงอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ในกรอบของประวัติศาสตร์ในระดับท้องถิ่น ความสัมพันธ์ และประสบการณ์ของกลุ่มคนที่เห็นหน้าค่าตากัน แต่ท้องถิ่นต่างๆล้วนเชื่อมต่อกับประวัติศาสตร์และกระบวนการที่กว้างกว่า ดังนั้น การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมจึงมุ่งที่จะให้ความสนใจวิเคราะห์พื้นที่ของการเชื่อมต่อระหว่างท้องถิ่นต่างๆ ภาวะข้ามท้องถิ่นจึงไม่ได้

เป็นคู่ตรงข้ามกับภาวะข้ามชาติ แต่ภาวะข้ามท้องถิ่นชี้ว่าประวัติศาสตร์ท้องถิ่นนั้นมีความสัมพันธ์แบบหลากหลายและลูกผสม (multiple and hybrid histories) การจัดองค์กรทางสังคมและการเมืองที่ซับซ้อน ดังนั้น สิ่งที่เราควรให้ความสนใจไม่เพียงแต่คนที่อพยพข้ามแดนไปมาเท่านั้น หากแต่ควรจะใส่ใจกับผู้ที่ดำรงอยู่ในท้องถิ่นว่าพวกเขามีปฏิสัมพันธ์กับคนข้ามแดนอย่างไร และมองเห็นการเชื่อมต่อของพื้นที่หลากหลายระดับทั้งระดับชาติ ภูมิภาค เมือง เพื่อนบ้าน ตึกรามบ้านช่อง ฯลฯ (Brickwell and Datta,)

ในด้านที่สอง มโนทัศน์ข้ามท้องถิ่นทำให้เรามองเห็นการสร้างกฎเกณฑ์ (regulation) ในระดับท้องถิ่นซ้อนทับกับกฎหมายหรือกติการะหว่างประเทศ กฎเกณฑ์ในระดับท้องถิ่นมีการสร้างสรรค์ขึ้นมาจากปฏิสัมพันธ์ของผู้คนภายใต้บริบทเวลาและพื้นที่หนึ่งๆ กล่าวคือ โครงสร้างอำนาจในการกำกับควบคุมพื้นที่หรือชายแดนนั้น ไม่ได้ครอบงำมาจากอำนาจส่วนกลางหรือส่งตรงมาจากรัฐชาติแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะพบว่ากฎเกณฑ์ต่างๆถูกสร้างสรรค์จากผู้คนหลากหลายระดับที่เข้ามาปฏิสัมพันธ์กันในพื้นที่ชายแดน Andrew Walker () ได้ชี้ให้เห็นว่า คนข้ามแดนจากจีนที่รอนแรมบนเรือขนส่งสินค้า ได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ และปะทะประสานกับคนหลากหลายกลุ่มตลอดจนความเป็นรัฐชาติต่างๆ มากมาย แต่ Andrew Walker เห็นว่า รัฐไม่ได้ผูกขาดอำนาจในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการติดต่อสัมพันธ์กัน หากแต่กฎเกณฑ์ของการปฏิสัมพันธ์นั้นสร้างขึ้นจากเครือข่ายความสัมพันธ์อันกระจัดกระจายและซับซ้อนในระดับท้องถิ่น ตลอดจนความสัมพันธ์กับรัฐและสิ่งที่ไม่ใช่รัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนธรรมดาสามัญ ล้วนมีความกระตือรือร้นที่จะเป็นผู้กระทำการบริเวณพื้นที่ชายแดนทั้งสิ้น

บทความนี้มุ่งหวังที่จะสำรวจปฏิบัติการของสิ่งที่เรียกว่า “ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน” ในบริเวณพื้นที่ชายแดน ซึ่งผู้เขียนไม่ได้มุ่งหวังที่จะเป็นงานในกรอบของ “ชายแดนศึกษา” (border studies) แต่ผู้ศึกษาเห็นว่า พื้นที่ชายแดนเป็นพื้นที่ซึ่งเปิดกว้าง มีการติดต่อสัมพันธ์ข้ามไขว้ไปมาอย่างซับซ้อน มีการไหลเวียนของสินค้าหลากหลายประเภท เมื่อเชื่อมโยงพื้นที่ชายแดนกับการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่น อาจกล่าวได้ว่า ชายแดนเป็นทั้งประตูที่เปิดกว้างทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถไหลเวียนอย่างต่อเนื่อง หรืออาจเป็นกำแพงปิดกั้นมิให้ภูมิปัญญาเกิดการถ่ายทอดหรือถ่ายทอดให้กันและกัน ชายแดนจึงเป็นพื้นที่ซึ่งทำให้เรามองเห็นภูมิปัญญาพื้นบ้านในลักษณะที่เคลื่อนไหวมากกว่าหยุดนิ่ง

ผู้ศึกษาได้เลือกทำความเข้าใจการเปิดกว้างและปิดกั้นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านบริเวณด่านชายแดนช่องสะง่าและด่านช่องเม็ก เพื่อทำความเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในหลากหลายมิติ กล่าวคือ ผู้เขียนได้ไปสำรวจการค้าขายสมุนไพรข้ามแดน เพื่ออภิปรายถึงกระบวนการทำภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านให้กลายเป็นสินค้า ตลอดจนวิเคราะห์การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและการปรับตัวของชาวบ้านและชุมชนในบริเวณชายแดน เพื่อตั้งคำถามกับสถานภาพของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งอยู่แวดล้อมในบริบทความสัมพันธ์แบบข้ามท้องถิ่น ข้ามชาติ อยู่ภายใต้บริบทของความเข้มงวดและผ่อนปรนของรัฐชาติ การรุกรานของทุนนิยม การเชื่อมต่อของท้องถิ่นและกระแสโลก

จากพหุลักษณะการแพทย์สู่พหุลักษณะการแพทย์เชิงวิพากษ์

จากข้อถกเถียงระหว่างความเป็นหนึ่งเดียวกับความหลากหลาย จากการชี้ชวนให้เห็นความลักลั่นขัดแย้งระหว่างวิธีวิทยาแบบชาตินิยมและท้องถิ่นนิยมนั้น ได้ช่วยให้เรามองเห็นว่า การจำแนกภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านบนเส้นแบ่งหรือพรมแดนที่แข็งทื่อตายตัวเกินไป อาจนำมาซึ่งการละเลยความซับซ้อนของการทำความเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งอยู่ภายใต้บริบทความสัมพันธ์เชิงอำนาจหลากหลายระดับ

Warren และ Rajasekaran (1993)^๕ ให้นิยามภูมิปัญญาพื้นบ้าน (indigenous knowledge) ไว้ว่า หมายถึง ความรู้ท้องถิ่นซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวในสังคมหรือวัฒนธรรมหนึ่งๆ ความรู้พื้นบ้านคือองค์ความรู้ที่เป็นระบบซึ่งคนท้องถิ่นสะสมประสบการณ์การทดลองอย่างไม่เป็นทางการและเกิดจากความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมอย่างลึกซึ้งในวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา

การนิยามความหมายภูมิปัญญาพื้นบ้านข้างต้น ทำให้เรามองเห็นว่า ภูมิปัญญาเป็นทรัพย์สินทางปัญญาของชาติใดชาติหนึ่งหรือของชาติพันธุ์หนึ่งใดโดยเฉพาะ แต่แท้จริงแล้ว ภูมิปัญญาพื้นบ้านนั้นไม่ได้ผูกติดกับความเป็นชาติพันธุ์ ความเป็นชาติ ความเป็นท้องถิ่น อย่างหนึ่งอย่างใด หากแต่ภูมิปัญญาคือการสร้างบทสนทนาของความสัมพันธ์อันหลากหลายของกลุ่มคนต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ภูมิปัญญามีการไหลเวียน ส่งต่อ ถ่ายทอด และในเวลาเดียวกันภูมิปัญญา ก็อาจเป็นสิ่งที่ถูกเก็บงำ ปิดกั้น ซ่อนเร้น ภูมิปัญญาจึงเป็นไปได้ทั้งสมบัติสาธารณะและทรัพย์สินส่วนบุคคลในเวลาเดียวกัน การทำความเข้าใจบริบทของบ่อเกิดภูมิปัญญาจากแหล่งต่างๆ ควรจะให้ความสนใจกับการไหลเวียนของความรู้ว่าสะดวก ราบรื่น หรือติดขัด ขาดตอนอย่างไร มากกว่าที่จะมองว่า ภูมิปัญญานั้นเป็นของใคร เป็นสมบัติประจำตระกูลของชาติพันธุ์หรือประเทศชาติใด

หากย้อนกลับอ่านงานชาติพันธุ์นิพนธ์ นับตั้งแต่ Edmund Leach (1954) ตลอดงานของ George Condominas (1990) และงานของชยันต์ วรรธนะภูติ (2554) ได้เสนอให้เห็นภาพปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าอัตลักษณ์ความเป็นชาติพันธุ์มาจากการต่อรองภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ Leach มองเห็นว่า ไทใหญ่และคะฉิ่นในตอนเหนือของพม่ามีเส้นพรมแดนความเป็นชาติพันธุ์ที่พร่าเลือน คนคะฉิ่นที่ไปอาศัยอยู่ในที่ราบและหันมานับถือศาสนาพุทธถือว่าเป็นคนฉาน หากแต่คนไทใหญ่ที่ไปแต่งงานกับคนฉานแล้วอาศัยอยู่บนดอยและนับถือผีก็ถูกมองว่าเป็นคนคะฉิ่น ในกรณีของ Condominas ในเวียดนาม คนที่ไม่ได้เป็นไทแต่อ้างว่าตนเองเป็นชาติพันธุ์ไท ก็เพื่อเลื่อนสถานะทางสังคม ส่วนชยันต์เห็นว่า ความเป็นคนเมืองไม่ได้แน่นอนตายตัว หากเกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนของผู้คนในภาคเหนือของไทย

อย่างไรก็ตาม แนวนับพหุวัฒนธรรมหากไม่มีการเชื่อมโยงกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของวัฒนธรรมต่างๆ ก็อาจจะทำให้เรามองเห็นพหุวัฒนธรรมแบบโรแมนติค กล่าวคือ แม้แนวคิดพหุวัฒนธรรมจะช่วยเปิดพื้นที่ให้ภูมิปัญญาที่ถูกกดทับ (เช่นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย) ได้งอกเงยแบ่งบาน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างหลากหลายซึ่งมองผ่านแว่นแนวคิดวัฒนธรรมสัมพันธ์ (cultural relativism) มีจุดที่ต้องตั้งคำถาม คือ วิธีคิดเช่นนี้มองเห็นความเป็นหนึ่งเดียวของความแตกต่างหลากหลายหรือไม่ กล่าวคือเป็นแนวคิดพหุลักษณะที่เน้นความเป็นเอกลักษณ์ มองเห็นว่าแต่ละพื้นที่มีความเป็นหนึ่งเดียวภายในตนเอง เช่นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามแนวคิดพหุวัฒนธรรมโรแมนติค มีแนวโน้มที่จะมองเห็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีเอกลักษณ์เพียงหนึ่งเดียว หรือแม้จะมีความแตกต่างหลากหลาย เช่น ภูมิปัญญาการแพทย์ภาคเหนือ อีสาน กลาง ใต้ แต่ทั้งหมดนี้ล้วนอยู่ในร่มของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่เป็นหนึ่งเดียว

ตรงกันข้าม ความเป็นพหุลักษณะที่เป็นพหุพจน์ (pluralities) ไม่ใช่พหุลักษณะที่เป็นเอกพจน์ (plurality) แทนที่เราจะแสวงหาความเป็นหนึ่งเดียวในความแตกต่าง เราควรจะมองเห็นความแตกต่างหลากหลายของความเป็นหนึ่งเดียว กล่าวคือ สิ่งต่างๆในบริบทพื้นที่และเวลาหนึ่งๆนั้นล้วนดำรงอยู่อย่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และมีการอ้างอิงกันและกัน อาทิเช่น ในภูมิปัญญาที่เรียกว่าภูมิปัญญาไทย ไม่มีสิ่งที่เรียกว่าภูมิปัญญาไทยที่บริสุทธิ์ผุดผ่อง หากแต่เป็นภูมิปัญญาที่อ้างอิงกับวัฒนธรรมที่หลากหลายชุด ไม่ว่า

^๕ Warren, D. M., and B. Rajasekaran. 1993. "Putting Local Knowledge to Good Use." *International Agricultural Development*. 13 (4): 8-10.

วัฒนธรรมพื้นถิ่น วัฒนธรรมเพื่อนบ้าน วัฒนธรรมของประเทศโพ้นทะเล วัฒนธรรมจากอินเดียและจีน ฯลฯ ดังนั้น ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจึงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาจากความสัมพันธ์กับภูมิปัญญาอื่นๆ ไม่ใช่เป็นภูมิปัญญาที่มีเอกลักษณ์ที่แตกต่างจากภูมิปัญญาเขมร ลาว ญวน จีน อินเดีย ม้ง มุสลิม หรือตะวันตก หากแต่ภูมิปัญญาการแพทย์ไทยมีการเชื่อมโยงกับความรู้อื่นๆ มาประกอบสร้างเป็นสิ่งที่เราสถาปนาว่าเป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย แม้จะมีความเป็นหนึ่งเดียว แต่ความเป็นหนึ่งเดียวนั้นก็มีความเป็นไทยและความไม่ใช่ไทยปะปนอยู่หลากหลายชุด ความเป็นไทยจึงมีความเป็นพหุพจน์มาปะติดปะต่อโยงใยกันและกัน ซึ่งมีทั้งการเชื่อมต่อที่แนบสนิทกัน และการเชื่อมต่อที่มีอาจผสมผสานเป็นเนื้อเดียวกันได้เลย

จากข้อถกเถียงว่าด้วยความเป็นเอกพจน์และความเป็นพหุพจน์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่ามิประโยชน์ที่จะนำมาทำความเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในบริบทที่สังคมต่างๆ เปิดกว้างรับรู้กันและกันอย่างเสรีมากขึ้น แล้วเราจะนำข้อถกเถียงข้างต้นมาทำความเข้าใจสถานภาพภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกอย่างไร?

แนวคิดพหุลักษณะการแพทย์ให้ความสนใจกับความหลากหลายของการเยียวยารักษาของวัฒนธรรมต่างๆ ในยุคแรกของการก่อตัวแนวคิดพหุลักษณะการแพทย์ Fredrick Dunn ได้จำแนกภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านออกเป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ 1) ระบบการแพทย์ท้องถิ่น (local medical systems) ซึ่งหมายถึงการแพทย์แบบพื้นถิ่นในสังคมชนเผ่าหรือชุมชนชาวนา 2) ระบบการแพทย์ภูมิภาค (regional medical systems) หมายถึงระบบการแพทย์ที่แพร่กระจายในระดับภูมิภาค เช่น อาณัติของอินเดียหรือการแพทย์แผนจีน และ 3) ระบบการแพทย์สากล (the cosmopolitan medical systems) ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ในระดับโลกอันหมายถึงการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ การแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์แบบตะวันตก ซึ่ง Dunn เห็นว่า ในสังคมที่มีความซับซ้อน สามารถมีการแพทย์ทั้งสามระบบดำรงอยู่ด้วยกันได้ (อ้างใน Hans A. Barber. 2003, 42)

การจำแนกประเภทการแพทย์ของ Fredrick Dunn สามระดับนี้ ช่วยชี้ให้เห็นความหลากหลายของภูมิปัญญาการแพทย์ที่หล่อหลอมซ้อนทับกันภายในสังคม มุมมองเช่นนี้ย่อมเปิดพื้นที่ให้การแพทย์พื้นบ้านดำรงอยู่ภายใต้วิถีวิทยาซึ่งเน้นความเป็นเอกภาพและความกลมกลืน กล่าวอีกนัยหนึ่ง พหุลักษณะทางการแพทย์ได้ช่วยเปิดพื้นที่ให้กับภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมีที่หยักยื่นในสังคมซึ่งกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์สถาปนาโดดเด่นอยู่เหนือความรู้อื่นๆ มานุษยวิทยาการแพทย์ซึ่งให้ความสำคัญกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้ชี้ให้เห็นว่า ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการรักษาพยาบาล ซึ่งมีตรรกะและคำอธิบายชุดหนึ่ง หรือมีสัญลักษณ์แบบหนึ่ง พหุลักษณะทางการแพทย์ได้ยืนยันว่า การนำเกณฑ์มาตรฐานของการแพทย์สมัยใหม่มาตัดสินการแพทย์แบบอื่นๆ ไม่ว่าจะการแพทย์แบบใดก็ตาม อาจจะนำมาซึ่งการครอบงำ การสร้างคู่มือซ้ำ การบั่นทอนและบ่อนเซาะ (ทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว) ให้ความรู้อื่นๆ กลายเป็นความรู้ชายขอบ

อย่างไรก็ตาม แนวคิดพหุลักษณะการแพทย์ก็ได้รับการโต้แย้งจากแนวคิดพหุลักษณะการแพทย์เชิงวิพากษ์ กล่าวคือ แนวคิดมานุษยวิทยาเชิงวิพากษ์มองเห็นว่าการจะทำความเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านได้นั้น ต้องไม่แยกภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านออกจากบริบททางเศรษฐกิจสังคมการเมืองโดยเด็ดขาด เราไม่สามารถทำความเข้าใจภูมิปัญญาพื้นบ้านในฐานะความรู้ที่ล่องลอยออกจากโครงสร้างสังคมดังที่ Charles Leslie เสนอว่า “ระบบการแพทย์เป็นเรื่องของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งตรงการข้ามกับระบบ

สุขภาพ ขอบเขตของระบบการแพทย์ไม่ได้อยู่ที่ประชากรทางชีววิทยา เผ่าพันธุ์ หรือเครือข่ายทางนิเวศวิทยา แต่เป็นการจัดองค์กรทางการเมืองและการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม^๖

จากคำพูดข้างต้น หมายความว่า หากเราจะเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านโดยอาศัยมุมมองของ นักมานุษยวิทยาที่ Hans A. Baer เรียกว่า “นักมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์” (critical medical anthropologists)^๗ ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมองเห็นชุดความสัมพันธ์เชิงอำนาจอันซับซ้อนที่ร่ายล้อมรอบภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอยู่ในมุมมองของ Hans A. Baer เขาเสนอว่า มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์มุ่งทำความเข้าใจประเด็นทางสุขภาพในบริบทของการห่อหุ้มด้วยแรงผลักดันของเศรษฐกิจและการเมือง การตั้งเอาเศรษฐกิจศาสตร์การเมืองเข้ามาพัวพันกับการแพทย์ จะช่วยชี้ให้เห็นว่า การแพทย์สมัยใหม่ไม่ได้เถลิงอำนาจอันเนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาเท่านั้น หากแต่มาจากแรงผลักดันของการเติบโตของเศรษฐกิจทุนนิยมโลกด้วย นอกจากนี้ มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ยังมองเห็นว่าแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์แบบเหลื่อมล้ำในสังคม ซึ่งเกิดขึ้นจากความแตกต่างทางชนชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา และเพศสภาพ ด้วยเหตุนี้ การแพทย์พื้นบ้านไม่ได้ต่อต้านความรู้การแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แต่มันยังเป็นเครื่องมือของกลุ่มคนรากหญ้าในการต่อต้านอำนาจที่ครอบงำของชนชั้นปกครองอีกโสดหนึ่งด้วย

ด้วยมุมมองที่ไม่ได้แยกการแพทย์ออกจากสังคม แต่การแพทย์นั้น “แฝงฝัง” อยู่ในสังคม มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์จึงให้ความสนใจการวิเคราะห์อย่างเชื่อมโยงระหว่างมหภาคกับจุลภาค และมองเห็นว่า การแพทย์ไม่ได้เป็นเรื่องของสุขภาพเท่านั้น แต่การแพทย์เป็นเรื่องของการเมือง และเป็นการเมืองที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของมนุษย์ เกี่ยวข้องกับการครอบครองอำนาจและการต่อต้านอำนาจ อย่างไรก็ตาม มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ก็ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานคติที่เชื่อว่า ความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์สถาปนาครอบความยิ่งใหญ่และแผ่กิ่งก้านสาขาออกไปได้ทุกอณูของโลก จนทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านล้มตายเป็นลายหายไป หากแต่มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ได้ชี้ให้เห็นว่า ปฏิสัมพันธ์ของความรู้พื้นบ้านกับความรู้แบบวิทยาศาสตร์นั้นมีทั้งแข่งขัน การผนวกรวม การร่วมมือ กับความรู้และระบบการแพทย์ที่หลากหลาย

มานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์จึงได้ช่วยลดช่องว่างระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายใต้โครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ซึ่งทำให้ระยะห่างของการแพทย์กับสังคมได้รับการปะทะประสานกันมากขึ้น กระนั้นก็ตาม ความตื่นตัวของกระแสการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์องค์รวม ทั้งหมดนี้ช่วยทำให้มองเห็นกระบวนการโต้กลับของการแพทย์ทางเลือกจากการกดทับและเบียดขับให้กลายเป็นความรู้ชายขอบ การเติบโตของเศรษฐกิจทุนนิยม การสลายเส้นเขตแดนของความเป็นรัฐชาติต่างๆ การเชื่อมโยงระหว่างการแพทย์แผนตะวันออกกับตะวันตกซึ่งมีลักษณะไร้พรมแดนมากขึ้น การแพทย์ทางเลือกได้ปรากฏตัวอย่างสง่างามเผยกว่าแต่ก่อน

ในหัวข้อต่อไป ผู้เขียนจะทบทวนงานศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาที่ได้เชื่อมโยงการแพทย์พื้นบ้านกับกระแสโลก ในบริบทที่การแพทย์พื้นบ้านได้เข้าไปแทรกซึมชีวิตประจำวันในโลกตะวันตก จนทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจากตะวันออกได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตะวันตกซึ่งเป็นฐานที่มั่นของความรู้

^๖ Steve Ferzacca. “Governing bodies in New Order Indonesia” in Mark Nichter; Margaret Lock (eds.) *Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. London and New York : Routledge. P.35-57.

^๗ Merrill Singer and Hans Baer *Critical Medical Anthropology*. Amityville, New York: Baywood Publishing Co., 1995.

การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ลงหลักปักฐานอยู่ และขมวดให้เห็นว่า วิธีวิทยาและแนวคิดในการศึกษาการแพทย์
 พื้นบ้านในกระแสนั้นสมควรมีรูปลักษณะใด

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสดังกล่าว

มิเชล ฟูกูเกต์ได้ให้ความสนใจกับความรู้อย่างเรียกว่า “ศาสตร์ว่าด้วยความเป็นมนุษย์” (human science) ก็เพื่อเผยให้เห็นว่า ความรู้ได้เข้ามากำกับควบคุมมนุษย์อย่างไร การสถาปนาของความรู้แบบสมัยใหม่ได้สร้าง
 มาตรฐาน การจำแนกว่าสิ่งใดปกติสิ่งใดผิดปกติ และเบียดขับความรู้ชุดอื่นๆออกไป อย่างไรก็ตาม การโต้
 กลับของภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อความรู้วิทยาศาสตร์ในหลายมิติ อาทิเช่น การท้าทายในเรื่องประสิทธิภาพของ
 การแพทย์พื้นบ้านว่ามีความทัดเทียมหรือดีกว่าการแพทย์สมัยใหม่ ได้ชี้ให้เห็นว่า ภายใต้การสร้างศาสตร์ว่า
 ด้วยความเป็นมนุษย์ไม่สามารถเบียดขับความรู้ชุดอื่นๆออกไปหมดสิ้น หากแต่ความรู้เล็กๆหรือความรู้ที่ถูก
 เบียดขับให้กลายเป็นชายขอบเหล่านั้นกับงอกงามแบ่งบานในทุกหย่อมย่าน

นับตั้งแต่ปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 ที่ผ่านมา การเติบโตของอายุรเวชหรือการแพทย์จากอินเดีย
 ตลอดจนการแพทย์แผนจีนได้กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะสังคมตะวันตก เป็นบทพิสูจน์อย่างดีว่า การแพทย์
 สมัยใหม่ไม่ได้สถาปนาครองความเป็นเจ้า (hegemony) เพียงลำพังอีกต่อไป แต่การแพทย์ซึ่งเคยถูกเก็บกดปิด
 กั้นอย่างการแพทย์พื้นบ้านกลับเผยตัวเองอย่างสง่างามในโลกที่การแพทย์แผนใหม่แผ่คลุมไปทั่วโลก กระนั้นก็
 ตาม การเผยตัวของการแพทย์แผนโบราณในโลกสมัยใหม่นั้นมีความซับซ้อนกว่าที่จะมองแบบคู่ตรงข้าม
 ระหว่างการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์ทางเลือก

Mei Zhan^๔ ซึ่งศึกษากระบวนการสร้างการแพทย์แผนจีนให้กลายเป็นสถาบันหรือระบบความรู้ใน
 กระแสดังกล่าว ได้ชี้ให้เห็นว่า “กระแสดังกล่าว” (worldly) นั้นแตกต่างจาก “โลกาภิวัตน์” (globalization) Mei
 Zhan เห็นว่า เราควรทำความเข้าใจกระบวนการที่สร้างความแตกต่างของการแพทย์แผนจีนภายใต้
 ประวัติศาสตร์สังคมซึ่งมีชุดความสัมพันธ์และการพัวพันอันซับซ้อนและไม่แน่นอน การก้าวเข้าสู่กระแสดังกล่าวของ
 การแพทย์แผนจีนนั้น ไม่ได้เป็นกระบวนการที่ภูมิปัญญาท้องถิ่นขยายตัวไปทั่วทุกมุมโลกด้วยการข้ามพรมแดน
 เขตแดนทางภูมิศาสตร์ ตลอดจนไม่ได้หมายถึงกระบวนการข้ามพรมแดนทางวัฒนธรรม หากแต่ภูมิปัญญา
 ท้องถิ่นกำลังหันเหปรับเปลี่ยนทิศทางโดยมีอาจคาดเดาได้ ทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนจีนมีทั้งการปรับปรุง
 โฉมใหม่ของความรู้ชุดเดิม มีการสร้างภูมิปัญญาการแพทย์แผนจีนในแบบใหม่ขึ้นมาในเวลาเดียวกัน ตลอดจน
 การแพทย์แผนจีนยังปะทะสังสรรค์กับความรู้แบบวิทยาศาสตร์อีกด้วย (p.7)

ในมุมมองของ Mei Zhan การทำความเข้าใจการแพทย์แผนจีนในกระแสดังกล่าวนั้น ไม่สามารถ
 พิจารณาว่าการแพทย์แผนจีนเป็นเหยื่อของการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือถูกกระแสดังกล่าวทำให้เป็น
 สินค้าและระบบตลาดเข้ามาทำลายการแพทย์แผนจีน หากการแพทย์แผนจีนได้สร้างพื้นที่ใหม่ ปรับเปลี่ยน
 ตนเอง ทั้งผนวกรวมกับการแพทย์สมัยใหม่แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็สร้างอัตลักษณ์ที่แตกต่างไปจากการแพทย์
 สมัยใหม่ กล่าวคือ การแพทย์แผนจีนนำเสนอตัวตนที่มีความกรุณา ความนุ่มนวล และความมีศีลธรรม
 มากกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน ภายใต้ระบบตลาด การแพทย์แผนจีนสามารถจัดวางตำแหน่งแห่งที่ให้ความ
 ทัดเทียมเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน ความทัดเทียมที่เกิดขึ้นนี้ไม่ใช่เพียงแค่มูลค่าทางการตลาดเริ่มสูงขึ้น
 ทัดเทียมกับการแพทย์ตะวันตกเท่านั้น หากแต่ประสิทธิภาพและแนวคิดของผลิตภัณฑ์ต่างๆของการแพทย์แผน
 จีนก็สามารถแข่งขันในด้านการตลาด เธอเห็นว่า ระบบตลาดได้ทำการ “จัดวางตำแหน่งใหม่”

^๔ Mei Zhan. 2009. *Other-Worldly: Making Chinese Medicine through Transnational Frames*.
 Durham, NC: Duke University Press.

(repositioning) และการแพทย์แผนจีนก็มีการ “ปรับภาพลักษณ์ใหม่” (rebranding) เพื่อต่อรองและแข่งขันกับการแพทย์แผนใหม่

ดังนั้น การสรุปรวบยอดอย่างง่าย ๆ ว่า ทิศทางของการแพทย์พื้นบ้านซึ่งเติบโตอยู่ในเวลานี้ เป็นการแพร่กระจายไปทั่วโลกอันเนื่องมาจากกระบวนการย่นย่อเวลาและสถานที่จากกระแสโลกาภิวัตน์นั้นทำให้การแพทย์พื้นบ้านสามารถข้ามพรมแดนอันจำกัด การแพทย์ตะวันออกจึงแพร่กระจายเข้าสู่สังคมตะวันตกด้วยแรงผลักดันของกระแสขับเคลื่อนพื้นที่และเวลา คำอธิบายเช่นนี้เป็นการมองซึ่งไม่ได้ช่วยให้เราเข้าใจภูมิปัญญาพื้นบ้านในกระแสโลกได้ลึกซึ้ง แต่จะพบว่า ภายใต้พลวัตความเปลี่ยนแปลงของกระแสโลก การแพทย์พื้นบ้านมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน Mei Zhan ย้ำว่า การแพทย์แผนจีนจะไปในทิศทางใดนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เนื่องจากการแพทย์แผนจีนในกระแสโลกมีชุดความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน เงื่อนไขและปัจจัยที่จะทำให้การแพทย์แผนจีนไปในทิศทางใดนั้นมีหลากหลาย เกินกว่าที่จะมีปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดเพียงหนึ่งเดียว

ย้อนกลับไปพิจารณาประวัติศาสตร์ของการแพทย์แผนจีน เธอพบว่า ในช่วงทศวรรษที่ 1960 จนถึงช่วงต้นทศวรรษที่ 1970 การฝังเข็มได้แพร่กระจายไปยังประเทศในอาฟริกาในฐานะการแพทย์ในฐานะเวชศาสตร์ป้องกัน (preventing medicine) สำหรับคนยากจน การแบ่งแยกโลกออกเป็นคอมมิวนิสต์และทุนนิยมได้ผลักดันให้จีนไปเชื่อมต่อกับประเทศโลกที่สาม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกสำนึกว่า อาฟริกากับจีนเป็นพี่น้องกัน ภายใต้วาทกรรมของชนชั้นกรรมาชีพ การฝังเข็มได้เข้าสู่อาฟริกาในนามของการแพทย์ที่ราคาต่ำและเป็นเทคโนโลยีระดับต่ำ การแพทย์แผนจีนถูกยึดโยงกับการเมืองระหว่างประเทศอย่างแยกไม่ออก การช่วยเหลือของจีนที่มีต่ออาฟริกา นั้นยังเกี่ยวข้องกับการไหลของประชากรในอาฟริกาให้กับจีนเพื่อเข้ามาเป็นสมาชิกของสหประชาชาติอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ประเทศจีนยังสนับสนุนให้คนผิวดำในอาฟริกาเข้ามาเรียนวิชาฝังเข็มที่ประเทศจีน แต่กลับพบว่าพวกคนผิวดำเหล่านั้นก็แปลกแยกจากคนจีน ถูกดูถูกเหยียดหยาม และถูกมองว่าเป็นคนอื่น วาทกรรมอันบรรเจิดในระดับนานาชาติที่จะทำให้กรรมกรทั้งโลกจงสามัคคีกัน เมื่อมองในระดับปฏิบัติการในชีวิตประจำวัน คนอาฟริกันที่มาเรียนการฝังเข็มที่เมืองจีนก็อาจถูกหยามหยันอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางสีผิว ไม่ต่างจากคนผิวดำกระทำกับคนผิวดำ

เมื่อหมดยุคสงครามเย็น การฝังเข็มได้กลายเป็นเวชศาสตร์ป้องกันสำหรับคนชั้นกลางในรัฐคาลิฟอร์เนีย แทนที่จะเป็นการแพทย์ของคนยากจนอีกต่อไป การแพทย์แผนจีนได้บุกเข้าสู่ดินแดนที่การแพทย์สมัยใหม่วางรากฐานอย่างมั่นคง ด้วยเหตุที่ว่า การแพทย์แผนจีนมีสัญญาของการแพทย์ที่มีความเป็นองค์รวม มีความเป็นมนุษย์มากกว่าการแพทย์สมัยใหม่ มีประสิทธิภาพทัดเทียมกับการแพทย์สมัยใหม่ อีกทั้งก็มีตัวอย่างที่การแพทย์แผนจีนสามารถรักษาโรคที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถรักษาได้ ทำให้การแพทย์แผนจีนได้รับความนิยมในอเมริกา การแพทย์แผนจีนได้เข้าไปโรมรันกับกฎหมาย การศึกษา และการแสวงหาพื้นที่ของตนในดินแดนแห่งเสรีภาพ

ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 21 มีหมอฝังเข็มที่ได้รับใบอนุญาตในแคลิฟอร์เนียมากกว่า 6,000 คน เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากตะวันตก การแพทย์แผนจีนได้สร้างอัตลักษณ์ของตนเองขึ้นมาใหม่ให้สอดคล้องกับกลุ่มลูกค้าที่เป็นคนชั้นกลางผิวดำ ด้วยการอธิบายการแพทย์แผนจีนแบบเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น ในเวลาเดียวกันก็เข้าไปต่อรองกับสังคมอเมริกันเพื่อสร้างการยอมรับและสร้างพื้นที่ของตนในระบบสุขภาพของอเมริกา บริษัทประกันชีวิตขนาดใหญ่ยินยอมให้การไปฝังเข็มเป็นส่วนหนึ่งของการคุ้มครองดูแล ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง การแพทย์แผนจีนก็พยายามธำรงรักษาอัตลักษณ์ของความเป็นการแพทย์แผนจีนบางอย่างเอาไว้เพื่อสร้างความแตกต่างจากการแพทย์ตะวันตก

การก้าวเข้ามาของการแพทย์แผนจีนสู่สังคมตะวันตกยังมาจากกระบวนการสร้างวาทกรรมความมหัศจรรย์ของการเฝ้ายารักษา ซึ่งต่อมาได้รับการเล่าขานว่าการแพทย์แผนจีนสามารถรักษามะเร็งและโรค

ไต่ได้ ความมหัศจรรย์อันน่าเชื่อถือของการแพทย์แผนจีนได้ดึงดูดให้คนชั้นกลางผิวขาวที่มีเงินยืมดีเข้าสู่การเยียวรักษาทิที่ไม่คุ้นเคยมาก่อนในชีวิต นอกจากนี้ การเติบโตของการแพทย์แผนจีนในอเมริกาเกี่ยวข้องกับแนวคิดความเจ็บป่วยในมิติใหม่ กล่าวคือ ความเจ็บป่วยที่ไม่ได้ดำรงอยู่ในสถานะคู่ตรงข้ามระหว่างเจ็บป่วยกับการมีสุขภาพดี การแพทย์แผนจีนในบริบทกระแสโลกได้อิงกับแนวคิดที่มองเห็นภาวะสุขภาพประเภทหนึ่งซึ่งเรียกว่า sub-health หรือ yajiangkang ซึ่งเป็นภาวะที่สุขภาพของคนมีความคลุมเครือ เป็นสีเทา ก้ำกึ่งระหว่างป่วยไข้กับสุขภาพดี เช่น มีอาการอ่อนเพลีย สูญเสียพลัง ปวดหัว นอนไม่หลับ หัวใจเต้นแรง อาการเหล่านี้ไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคร้าย แต่ก็เชื่อว่าภาวะเช่นนี้จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีเช่นกัน ซึ่งมนุษย์เงินเดือนที่อาศัยอยู่ในเมืองกำลังตกอยู่ในสภาวะสุขภาพดีเข้าฝัออกเช่นนี้ อาการอ่อนเพลียเพลียแรงของมนุษย์เงินเดือนกับชาวนานั่นมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ อาการอ่อนเพลียของมนุษย์เงินเดือนเป็นความเหนื่อยอ่อนทั้งจิตใจและร่างกาย ซึ่งเป็นผลพวงจากความเครียด ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ และการใช้สมองมากเกินไป การแพทย์แผนจีนได้เข้าร่วมวงในการเสนอทางออกในการเยียวรักษาอาการเหล่านี้ ซึ่งเป็นผลให้การแพทย์แผนจีนเข้าถึงผู้คนซึ่งตกอยู่ในภาวะก้ำกึ่งยืนอยู่บนเส้นแบ่งที่คลุมเครือของการมีสุขภาพดีและความเจ็บป่วย การแพทย์แผนจีนในยุคสงครามเย็นเคยเป็นเวชศาสตร์ป้องกันให้กับประชากรในโลกที่สาม แต่ในปัจจุบัน การแพทย์แผนจีนได้รับความนิยมและเป็นการแพทย์สมัยนิยมซึ่งได้กลายมาเป็นเวชศาสตร์ป้องกันสำหรับประชากรในประเทศโลกที่หนึ่งไปแล้ว

ไม่ต่างจากการแพทย์แผนจีน การแพทย์อินเดียหรืออายุรเวทในกระแสโลกได้มีการผลิตซ้ำและสร้างใหม่ Jean M. Langford^๙ เสนอว่า อายุรเวทที่ถูกสร้างขึ้นใหม่นี้ไม่เพียงแต่จะเป็นความรู้ที่คู่ขนานกับความรู้การแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น หากแต่การแพทย์อินเดียมีการสร้างจุดยืนที่ตรงกันข้ามกับการแพทย์สมัยใหม่ด้วย อายุรเวทคู่ขนานกับการแพทย์สมัยใหม่ก็ด้วยการหยิบยืมภาษาของการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ เช่น เชื้อโรค ในขณะที่เดียวกันก็สร้างความแตกต่างจากตะวันตก อายุรเวทของอินเดียได้มีการสร้างภาพลักษณ์ว่าเป็นการแพทย์ที่มีลักษณะตะวันออกนิยมใหม่ (neo-orientalism) ยึดโยงกับสุขภาพทางจิตวิญญาณต่อต้านวัตถุนิยม และเป็นการแพทย์ที่ไม่ใช้ความรุนแรง

ในอีกด้านหนึ่ง อายุรเวทก็ไม่ได้เป็นเพียงแค่ “ระบบการแพทย์” หากก็ได้รับการส่งเสริมให้เป็น “วัฒนธรรม” ของอินเดียด้วย กล่าวคือนับตั้งแต่อินเดียกลายเป็นเอกราช อายุรเวทกลายมาเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นชาติ ปัญหาก็คือ อายุรเวทในกระแสโลกเดินทางมาถึงทางแยกไม่ต่างจากการแพทย์แผนจีน ซึ่งต้องเผชิญหน้ากับความย้อนแย้งของแรงปรารถนา ด้านหนึ่ง คือ อายุรเวทคือแรงปรารถนาแห่งการมีอำนาจนำของอินเดียที่จะทัดเทียมหรือเหนือกว่ายุโรป แต่ในเวลาเดียวกัน อายุรเวทก็เป็นการต่อต้านอำนาจนำที่จะปฏิเสธรูป ด้านหนึ่งต้องการพัฒนาการแพทย์อินเดียให้เป็นวิชาชีพกับแรงปรารถนาที่จะดำรงอยู่ในฐานะการแพทย์พื้นบ้าน

อายุรเวทเมื่อเข้าสู่สังคมบริโภคนิยม พบว่ามีการปรับเปลี่ยนวิธีการแพทย์อย่างมาก กล่าวคือ เมื่อการแพทย์แผนอินเดียถูกกลดทอนลงสู่การบริโภคของผู้บริโภคชนชั้นกลางผิวขาวชาวตะวันตก แพทย์อายุรเวทท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า อายุรเวทซึ่งเป็นศาสตร์แห่งตะวันออกซึ่งเน้นความเป็นองค์รวมของชีวิต แต่เมื่อเข้าสู่สังคมตะวันตก อายุรเวทได้เข้าไปกระตุ้นให้ความเป็นปัจเจกภาวะให้เพิ่มสูงขึ้น แทนที่จะนำมาสู่การละทิ้งอัตตาตัวตนให้มากขึ้น กล่าวคือ ชาวตะวันตกที่หลงเสน่ห์ของวิถีอายุรเวท หนทางแห่งการมีสุขภาพดีก็คือหนทางเดียวกับหนทางแห่งการสู่การมีปัจเจกภาพ อายุรเวทคือหนทางที่ทำให้ค้นพบตัวตนที่แท้จริง ในแง่นี้

^๙ Jean M. Langford. 2002. *Fluent Bodies: Ayurvedic Remedies for Postcolonial Imbalance*. Duke University Press Durham and London.

แล้ว อันตรายของการบริโภคอายุรเวทของชาวตะวันตกอย่างกว้างขวางก็คือ การตีความว่าอายุรเวทคือสินค้าชนิดใหม่ที่มีมุ่งหมายเพื่อตอบสนองต่อ “ผู้หิวโหยทางวัฒนธรรม” พวกเขาเสพยาอายุรเวทโดยที่อาจไม่ได้เข้าถึงแก่นแกนของการแพทย์อินเดียเลยก็ได้

กล่าวโดยสรุป ทั้งการแพทย์แผนจีนและอายุรเวทได้เข้าไปปฏิสังสรรค์กับผู้คนในสังคมตะวันตก ทำให้เกิดแรงตึงเครียดระหว่างวิถีเดิมกับวิถีใหม่ การทำภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นสินค้าเพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริโภค ได้ทำให้การแพทย์พื้นบ้านปรับตัวให้มีความทันสมัยมากขึ้น ท่ามกลางกระแสโลก การแพทย์พื้นบ้านจะไปในทิศทางใด จะต้องรอกับการแพทย์แผนใหม่อย่างไร เป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดเดาได้โดยง่าย การเติบโตของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านก้าวเดินไปในหลากหลายทิศทาง ในกรณีของภูมิปัญญาการแพทย์ในอาเซียนหรือภูมิปัญญาของประเทศต่างๆในอาเซียนก็จำเป็นต้องพิจารณาบริบทเฉพาะซึ่งแตกต่างไปจากการแพทย์แผนจีนและอายุรเวทของอินเดีย

อย่างไรก็ตาม จากมุมมองของ Mei Zhan และ Jean M. Langford ที่มีต่อการแพทย์แผนจีนและอายุรเวทนั้น ผู้เขียนเห็นว่าทั้งสองคนค่อนข้างให้ความสำคัญกับการมองการแพทย์พื้นบ้านเหล่านั้นในเชิงสถาบันและในเชิงระบบ มากกว่าที่จะมองภูมิปัญญาการแพทย์นั้นดำรงอยู่ในหลากหลายระดับ กล่าวคือ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านได้อยู่ในมือของบรรษัทข้ามชาติขนาดใหญ่ และในเวลาเดียวกัน มันก็อยู่ในมือของคนยากจนในชนบทด้วย ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกไม่ได้เป็นพื้นที่ของผู้เชี่ยวชาญและผู้บริโภคที่มีฐานะเท่านั้น แต่การแพทย์พื้นบ้านยังกระจุกกระจายอยู่ในวิถีชีวิตของคนธรรมดาสามัญ คนเล็กคนน้อย ซึ่งการบริโภคภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของคนยากจนและคนชายขอบก็มีท่าทีแตกต่างออกไปจากการบริโภคการแพทย์แผนตะวันออกของคนตะวันตก

บทความนี้ให้ความสนใจปฏิบัติการของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่ดำรงอยู่ ณ ชายแดนไทย ลาว กัมพูชา ซึ่งเป็นพื้นที่ซึ่งมีความซับซ้อนซึ่งมีกลุ่มคนที่หลากหลายเข้ามารวมนวในการสร้างพื้นที่ของแต่ละกลุ่มคน เช่น หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วย กลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ข้าราชการท้องถิ่น ผู้บริโภคจากเมือง ฯลฯ กล่าวคือการดำรงอยู่ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้อยู่ในมือของ “หมอพื้นบ้าน” เท่านั้น หรืออาจไม่ได้เป็นเนื้อเดียวกับสถาบันการแพทย์ที่มองเห็นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาประจำชาติ หากคนธรรมดาสามัญก็เข้ามาสู่การเป็นผู้กระทำภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกอีกด้วย

สมุนไพรม้ามแดน : การเปิดประตูสู่การแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก

สมุนไพรม้ามแดนไม่ได้เป็นสินค้าที่พบเห็นขายอยู่บริเวณด่านชายแดนต่างๆ ตลอดช่องทางข้ามพรมแดนไทย ลาว กัมพูชา สมุนไพรม้ามแดนได้ไหลเวียนจากประเทศหนึ่งไปสู่อีกประเทศหนึ่ง โดยประเทศไทยได้มีการนำเข้าสมุนไพรม้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นจำนวนไม่น้อย หากมองจากมุมมองนี้แล้ว การภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจึงไม่ได้แยกออกจากความสัมพันธ์กับวัตถุ พื้นที่ และภูมิปัญญาของประเทศเพื่อนบ้าน กล่าวอีกอย่างหนึ่งก็คือ สมุนไพรม้ามแดนที่ค้าขายข้ามแดนนั้นช่วยโยงไปสู่การทำความเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย ลาว กัมพูชา หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในอาเซียนนั้นไม่ได้แยกออกจากการเป็นส่วนหนึ่งของกระแสโลก นั่นคือเป็นภูมิปัญญาในบริบทที่เปิดกว้างของการไหลเวียนทางวัฒนธรรม การติดต่อของผู้คน การหลากลั่นของสินค้า การแลกเปลี่ยนความคิด การแพร่กระจายความเชื่อ ตลอดจนการสร้างความรู้สึกร่วมของการปฏิสังสรรค์กัน ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจึงไม่ได้เป็นเพียงองค์ความรู้ที่สามารถจับให้มันคั่นให้ตายได้ว่าจะต้องมีรูปแบบใดแบบหนึ่งอย่างแจ่มแจ้ง หากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมีความลื่นไหล กระจุกกระจาย ไม่ได้เป็นเนื้อเดียวกัน และมีความคลุมเครือ ภูมิปัญญาเป็นสิ่งที่ผู้คนแปรปรวนมาเป็นปฏิบัติการทางสังคมซึ่งมีเจตจำนง

ยุทธวิธีที่หลากหลายในชีวิตประจำวัน เราอาจกล่าวได้ว่า การมองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งไม่ได้มีลักษณะหยุดนิ่งตายตัวนี้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก

การทำความเข้าใจการแพทย์พื้นบ้านที่ล้นหลาม กระจัดกระจาย ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน สำหรับผู้เขียนเห็นว่า เป็นการพิจารณาภูมิปัญญาพื้นซึ่งไม่ได้จำกัดการมองเห็นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเป็นเพียง “องค์ความรู้” แต่การแพทย์พื้นบ้านยังเป็น “ปฏิบัติการ” ซึ่งเปิดโอกาสผู้คนนำมาใช้ในชีวิตประจำวันด้วยลีลาและท่วงท่าทำนองที่หลากหลาย บริบทที่เรียกว่า “กระแสโลก” จึงไม่ได้มีนัยสื่อถึงพื้นที่ในทางภูมิศาสตร์ที่แบ่งแยกว่าสิ่งใดเป็นท้องถิ่น ภาค ชาติ หรือโลก หากคำว่ากระแสโลกหมายถึงพื้นที่ซึ่งมีชุดความสัมพันธ์ที่หลากหลาย ทั้งท้องถิ่นกับท้องถิ่น ท้องถิ่นกับชาติ ท้องถิ่นกับโลก ชาติกับโลก ปัจเจกบุคคลกับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับสถาบันการแพทย์ ปัจเจกบุคคลกับชุดความรู้ ปัจเจกบุคคลกับท้องถิ่น ชาติ หรือโลก ฯลฯ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลายซับซ้อนต่างๆ หลากหลายระดับเหล่านี้ได้ส่งผลให้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเติบโตไปได้หลากหลายทิศทาง ความกระจัดกระจายของการแพทย์พื้นบ้านในกระแสนั้นทำให้เรามีโอกาสเดาได้ว่าจะไปในทิศทางใดกันแน่

กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งเราเรียกว่าเป็นภูมิปัญญาไทยหรือเรียกว่าภูมิปัญญาลาว เขมร ก็ตามแต่ ภูมิปัญญาที่เราเรียกว่าเป็นไทย ลาว หรือเขมนั้นไม่จำเป็นที่จะมีทิศทางเดียวเสมอไป ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของไทย ลาว เขมรที่เป็นการแพทย์เชิงสถาบันก็อาจมีทิศทางไปในทางหนึ่ง แต่การแพทย์พื้นบ้านในระดับท้องถิ่นต่างๆ ก็อาจจะก้าวไปอีกทิศทางหนึ่งก็ได้ หรือหากมองการแพทย์พื้นบ้านจากมุมมองของการพัฒนาสมุนไพรของโรงพยาบาลเจ้าฟ้าอภัยภูเบศร์ กับการค้าขายสมุนไพรอยู่บริเวณชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา การเปรียบเทียบปฏิบัติการของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจากทั้งสองสนามก็จะทำให้เรามีมุมมองต่อภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแตกต่างกันไป ดังนั้น ไม่ว่าจะมองจากมุมมองไหน ก็ล้วนที่จะไม่สามารถสรุปรวบยอดว่า มองจากมุมเหล่านั้นแล้วจะกลายเป็นความจริงสูงสุดเสมอไป หากแต่เราควรจะมองเห็นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านหลากหลายชุดล้วนสะท้อนย้อนกลับ (reflexivity) กันและกัน ผู้วิจัยจะช่วยให้เห็นว่าที่คลี่ให้เห็นภาพโครงข่ายความสัมพันธ์อันซับซ้อนยุ่งเหยิงที่อยู่ล้อมรอบภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

ในที่นี้ ผู้เขียนจะฉายภาพตัวอย่างการทำความเข้าใจภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกผ่าน การทำความเข้าใจการค้าขายสมุนไพรบริเวณด่านชายแดนช่องเม็ก ซึ่งเป็นด่านชายแดนไทย-ลาว และด่านชายแดนช่องสะง่า ซึ่งเป็นด่านชายแดนไทย-กัมพูชา โดยจะเริ่มต้นจากการสำรวจทำความเข้าใจการค้าขายสมุนไพรข้ามแดนยอดนิยมชนิดหนึ่งคือ มะขามป้อม

มะขามป้อม : พืชพันธุ์แห่งอาเซียนและการทำสมุนไพรให้เป็นสินค้า

มะขามป้อม^{๑๐} เป็นพืชที่ขึ้นทั่วไปในเขตร้อน ทั้งในทวีปอาฟริกา อเมริกา เอเชีย รวมทั้งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กล่าวคือ มะขามป้อมพบเห็นได้ในบริเวณประเทศจีน ไทย พม่า ลาว กัมพูชา มาเลเซีย มะขามป้อมปรากฏอยู่ในตราสัญลักษณ์ของประเทศมาเลเซีย เนื่องจากเป็นต้นไม้ประจำรัฐมะละกา จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า malacca tree มะขามป้อมยังมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น ในเวียดนามเรียกมะขามป้อมว่า me rùng หรือแม่ สิ่ง ในภาษาเขมรเรียกว่า กันโตต สันยาสา ภาษากะเหรี่ยง แม่ฮ่องสอน เป็นต้น นอกจากนี้ มะขามป้อมยังเป็นพืชประจำจังหวัดสระแก้วอีกด้วย ในมุมมองของผู้เขียน หากประชาคมอาเซียนจะอ้างว่า มะขามป้อมเป็นพืชพันธุ์ประจำอาเซียน หรือเป็นสัญลักษณ์ของภูมิภาคการแพทย์อาเซียน ก็น่าจะมีความเหมาะสมด้วยประการทั้งปวง นั่นคือ มะขามป้อมสามารถบ่งบอกถึงการสานเครือข่ายโยงใยไปทั่วดินแดนอาเซียน เป็นพืชที่ขึ้นอยู่ในทุกอาณาเขตประเทศต่างๆ

เมื่อสืบสาวราวเรื่องของมะขามป้อม เราจะพบว่ามะขามป้อมได้รับการบันทึกไว้ว่าเป็นพืชสมุนไพรที่คนอินเดียใช้มาเป็นพันๆ ปี ในฐานะเป็นยาอายุวัฒนะ บำรุงสายตา บำรุงสมอง ต้นมะขามป้อมในอินเดียเรียกว่า Amla หรือ Amalaka แปลว่า พยาบาลหรือแม่ ดังนั้น มะขามป้อมจึงเปรียบประดุจแม่พระธรณีผู้หล่อเลี้ยงชีวิตมนุษย์ ศาสนาฮินดูมีความเชื่อว่ามะขามป้อมเป็นต้นไม้ต้นแรกของโลก เป็นต้นไม้ที่มีความศักดิ์สิทธิ์ และควรค่ากว่าการเคารพเป็นอย่างมาก ผลมะขามป้อมที่มีสรรพคุณอายุวัฒนะควรได้มาจากการป็นเก็บด้วยมือเท่านั้น มะขามป้อมเป็นหนึ่งในต้นไม้ในพุทธประวัติที่มีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล ซึ่งถูกกล่าวถึงในพระไตรปิฎกเล่มที่ 33 พระสุตตันตปิฎก เล่ม 25 ขุททกนิกาย มะขามป้อมเป็นสมุนไพรที่มีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล เป็นผลไม้ที่จัดเป็นโอสถในตัวของพระภิกษุสามารถเก็บไว้ฉันได้แม้ในยามวิกาล จนมะขามป้อมได้รับการขนานนามว่าเป็น “ทิพย์โอสถ” ในอินเดียมะขามป้อมเป็นสมุนไพรในตำราอายุรเวทโบราณ นิยมทำแช่พูนและน้ำมันสกัดจากผลช่วยบำรุงเส้นผมให้แข็งแรงและรักษาอาการผมหงอกก่อนวัย

ในทางสรรพคุณ มะขามป้อมเป็นสมุนไพรที่สามารถรักษาโรคได้หลากหลาย ผลมะขามป้อมกินได้ มีรสเปรี้ยว ฝาด และขม ทั้งกินสด ดอง หรือแช่อิ่ม เป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ไอ ขับเสมหะ ทำให้ชุ่มคอ น้ำคั้นจากผล แก้อาการเสียว ขับปัสสาวะ ผลมะขามป้อมมีวิตามินซีสูง และมีแทนนินในกลุ่ม ellagitannins ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ที่ให้ผลดีเยี่ยม

ไม่ต่างไปจากสมุนไพรและพันธุ์พืชต่างๆ มะขามป้อมเป็นเป้าหมายของ “การไล่ล่าภูมิปัญญาพื้นบ้าน” เพื่อนำมาขึ้นทะเบียนสิทธิบัตร ภายหลังจากพันธู์ชาวบาสมาติของอินเดียที่มีชื่อเสียงถูกบริษัทในสหรัฐอเมริกานำไปจดสิทธิบัตร มะขามป้อมเป็นพืชที่ดึงดูดบริษัทต่างชาติให้เข้ามาจดสิทธิบัตรไม่แพ้พืชพันธุ์ที่ขึ้นชื่ออื่นๆบนโลกนี้^{๑๑} ด้วยความมหัศจรรย์ของสรรพคุณมะขามป้อม ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น “กษัตริย์องค์ใหม่ของวิตามินซี”^{๑๒} จึงมีแรงดึงดูดใจที่จะนำมาเป็นส่วนประกอบของเครื่องสำอาง นำมาเป็นส่วนผสมของยา

^{๑๐} เรื่องเล่าว่าด้วยมะขามป้อมนั้น สามารถสืบค้นได้อย่างไม่ยากเย็นนักจากการสืบค้นทาง internet ผู้เขียนจึงสรุปข้อมูลจาก website เหล่านั้น ซึ่งในบางครั้งจะพบว่า ข้อมูลใน website หนึ่งก็ปรากฏในอีก website หนึ่ง จนทำให้ผู้สืบค้นไม่อาจทราบได้ว่า ผู้ใดเป็นผู้ผลิตความรู้ที่เป็นต้นกำเนิด (original) ข้อมูลต่างๆใน website มีลักษณะอ้างอิงกันและกัน (intertextuality) ผู้เขียนก็เป็นผู้อ้างอิงความรู้จากแหล่งข้อมูลเหล่านั้น และนำมาบอกเล่าต่อในที่นี้ แหล่งข้อมูลมะขามป้อมที่ได้อ้างอิงในที่นี้ อาทิ เช่น : http://ghostwiki.blogspot.com/2012/02/blog-post_04.html, <http://www.facebook.com/StoryOfPlants>, <http://th.wikipedia.org/wiki/มะขามป้อม>, <http://www.doctor.or.th/article/detail/1901>

^{๑๑} <http://www.business-standard.com/india/news/five-amla-related-patents-granted-in-us/171285/>
&&&&&&&

^{๑๒} <http://www.now-university.com/Library/DietarySupplementSupport/Antioxidants/M089709.htm>

รักษาโรคสารพัดชนิด มะขามป้อมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่บนฐานของวิทยาศาสตร์ (science-based health products)

ด้วยคุณสมบัติของมะขามป้อมที่สามารถเป็น “ยา” รักษาอาการต่างๆ และมีการบรรยายสรรพคุณที่เลิศล้ำหนุนเสริมอีกแรงหนึ่ง ทำให้มะขามป้อมกลายเป็นพืชสมุนไพรที่มีการค้าขายข้ามแดน กล่าวอีกนัยหนึ่ง มะขามป้อมก็คือตัวแทนของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่ยังดำรงอยู่ในรูปลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ (ผู้ผลิต/ผู้บริโภค) กับวัตถุ (สมุนไพรในฐานะสินค้า) ซึ่งต่างไปจากปฏิบัติการของหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วย ต่างไปจากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในเชิงสถาบันที่สนับสนุนส่งเสริมให้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านดำเนินรอยตามวาทกรรมภูมิปัญญาแบบท้องถิ่นนิยมและชาตินิยม สมุนไพรข้ามแดนช่วยให้เรามองเห็นโลกอีกใบหนึ่งของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งสั่นไหว ในความหมายของการที่ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านถูกแฝงฝังอยู่ในลูกมะขามป้อม

มะขามป้อม ขายแดน และพลวัตเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของกลุ่มน้ำโขง

เมื่อมองมายังการค้าขายมะขามป้อมข้ามพรมแดนไทย-ลาว-กัมพูชา เราจะพบว่า มะขามป้อมเป็นพืชที่มีการนำเข้ามายังประเทศไทยจำนวนไม่น้อย หากแต่ยังไม่มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานที่แน่ชัดว่า ประเทศไทยมีการนำเข้ามะขามป้อมจากประเทศเพื่อนบ้านในปริมาณเท่าใด อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การค้าขายมะขามป้อมข้ามแดนยังมีความเกี่ยวเนื่องกับเงื่อนไขความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อย่างแยกไม่ออก การนำเข้ามะขามป้อมของไทยนั้นมิใช่เงื่อนไขปัจจัยหลายประการ ซึ่งในที่นี้สามารถสรุปได้เป็นสามมิติด้วยกัน คือ

มิติแรก การนำเข้ามะขามป้อมจากประเทศเพื่อนบ้านนั้นมาจากการเติบโตของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในเชิงปฏิบัติการ กล่าวคือ การยอมรับและความเชื่อใจของผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อต่อยาสมุนไพรมีมากขึ้น จึงไม่น่าแปลกใจว่า มะขามป้อมซึ่งมีการวางขายอยู่ในช่วงฤดูออกผลราวเดือนกันยายนถึงตุลาคมของทุกปี จะยืดหัวหาดวางขายอยู่บริเวณด่านชายแดนทั้งสองแห่ง มะขามป้อมถูกนำมาขายทั้งผู้บริโภคสมุนไพรรายย่อยและผู้ผลิตยาสมุนไพรรายใหญ่นำมะขามป้อมมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ จนทำให้ลูกมะขามป้อมถูกกักอัดแน่นอยู่บนรถบรรทุก และถูกนำมาวางขายบริเวณตลาดชายแดนอย่างคึกคัก

มิติที่สอง หากย้อนกลับมาวิเคราะห์การจัดการทรัพยากรในประเทศไทย จะพบว่า การบุกรุกพื้นที่ป่าและพื้นที่สาธารณะมีความเชื่อมโยงในการขั้บแน่นให้การค้าขายสมุนไพรข้ามแดนมีความโดดเด่นยิ่งขึ้น กล่าวคือ มะขามป้อมเป็นพืชซึ่งขึ้นอยู่ตามป่า การลดลงของพื้นที่ป่าย่อมมีปฏิสัมพันธ์กับการลดลงของมะขามป้อม จากแต่ก่อนที่พบเห็นโดยทั่วไป แต่ทุกวันนี้ มะขามป้อมเริ่มหายากมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะถูกตัดฟันโค่นลง ในขณะที่การบริโภคมะขามป้อมมีมาก การแสวงหาวัตถุดิบจึงข้ามพรมแดนจากดินแดนซึ่งขาดแคลนทรัพยากรไปสู่ดินแดนที่ยังมีความอุดมสมบูรณ์

มิติที่สาม มะขามป้อมนำเข้าเป็นผลพวงจากการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมเสมอภาคกัน (uneven development) กล่าวคือ การนำเข้ามะขามป้อมจำนวนมหาศาลในแต่ละปี ปฏิเสธไม่ได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการไหลเวียนสินค้าจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งเข้าสู่กระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยที่ล่าช้ากว่าประเทศไทย การหลงเหลืออยู่ของมะขามป้อมในบริเวณที่ถูกเรียกว่าประเทศลาวและกัมพูชาขึ้นไม่ได้เป็นปัจจัยดึงดูดให้ผู้บริโภคและผู้ผลิตสินค้าสมุนไพรจากประเทศไทยซื้อมะขามป้อมจากประเทศเหล่านี้เพียงปัจจัยเดียว แต่ปัจจัยอีกประการหนึ่งคือ มะขามป้อมเหล่านั้นมีราคาถูก จึงกลายเป็นสินค้าแบบตลาด (mass products) ซึ่งมีองค์ประกอบคือ การเป็นสินค้าที่มีจำนวนมากและราคาถูก ซึ่งสามารถแพร่กระจายสินค้าจำนวนครั้งละมากๆ สู่มือผู้บริโภคที่กระจัดกระจายอยู่ทั่วไปได้

ปัจจัยทั้งสามประการข้างต้น เป็นเงื่อนไขความเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของอาณานิคมที่เรียกว่าอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง นโยบายการเปลี่ยนสนาเป็นสนาการค้าที่ ประกาศไว้ในสมัยพล.อ.ชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรีในช่วงพุทธศตวรรษที่ 2530 ไม่ได้นำมาซึ่ง กิจกรรมการค้าขายที่คึกคักมากขึ้นระหว่างพ่อค้าแม่ค้าซึ่งอยู่คนละประเทศเท่านั้น แต่การสลายเส้นเขตแดน ซึ่งขีดคั่นด้วยลัทธิอุดมการณ์ทางการเมืองในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ได้ทำให้ประเทศต่างๆ ในลุ่มน้ำโขงเริ่มก้าว เข้าสู่วงไพบูลย์ของเศรษฐกิจเสรีนิยมอย่างเต็มตัว และนำมาซึ่งการสร้างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผู้คนจำนวนมาก เข้าสู่กระบวนการการทำสมุนไพรมะขามป้อมให้เป็นสินค้า ผู้เขียนเห็นว่า ผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยนี้เป็น “ผู้กระทำการ” ผู้ผลิตและผู้บริโภคสมุนไพรมะขามป้อมล้วนแสดงตัวตนไม่ทางใดหนึ่ง ไม่มากนักน้อย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ เห็นแย้งกับการสรุปรวบยอดอย่างง่ายว่า การทำสมุนไพรมะขามป้อมให้เป็นสินค้าทำให้ผู้บริโภคตกเป็นเหยื่อของทุน นิยม หรือการทำสมุนไพรมะขามป้อมให้เป็นสินค้าเป็นการทำลายหรือลดทอนคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน อัน ที่จริงแล้ว เราควรจะกล่าวว่า การทำสมุนไพรมะขามป้อมให้เป็นสินค้าได้เปลี่ยนโฉมหน้าภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านให้ เป็นไปในทิศทางแบบหนึ่ง

กระนั้นก็ตาม การพิจารณาถึงอำนาจและการต่อรองของคนต่อโครงสร้างสังคม เราก็ไม่อาจมองได้ อย่างง่ายๆ เช่นเดียวกันว่า ผู้คนในโลกทุนนิยมไม่ได้อยู่ภายใต้โครงข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจใดๆ แล้ว ทุน นิยมได้ปลดปล่อยให้มนุษย์มีเสรีภาพในการบริโภคอย่างเต็มที่แล้ว ในโลกกลมๆ ทุกสิ่งทุกอย่างล้วนมีทั้งแง่บวก และลบเสมอ หากทุนนิยมได้สร้างโอกาสให้ผู้คนเข้าถึงสินค้าได้อย่างง่ายดาย สะดวก รวดเร็ว อยากกินยาแก้ไอ มะขามป้อมก็สามารถซื้อหาตามร้านขายยาหรือห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ได้ไม่ยาก แต่ในเวลาเดียวกัน บริโภคนิยมก็เผยให้เห็นว่า เมื่อสมุนไพรมะขามป้อมกลายเป็นสินค้า อำนาจของผู้บริโภคมักเกี่ยวข้องกับกำลังซื้อของผู้คน ด้วยเช่นกัน

ตลาดขายแดน แม่ค้าหาบเร่ และการกลายเป็นสินค้าของสมุนไพรมะขามป้อม

ผู้เขียนจะลงฉายให้เห็นภาพผู้กระทำการกลุ่มหนึ่ง^{๑๓} ในกระบวนการทำสมุนไพรมะขามป้อมให้เป็น สินค้า ซึ่งแต่ละกลุ่มคนมีบทบาทแตกต่างกันไป เพื่อนำมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพด้านบวกและด้านลบของ กระบวนการทำสมุนไพรมะขามป้อมให้เป็นสินค้าผ่านปฏิบัติการของผู้คน

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เขียนกับแม่ค้าสมุนไพรมะขามป้อมเหล่านั้น เกิดขึ้นภายใต้ความคาดหวังต่อกันที่แตกต่างกัน ผู้เขียนถูกมองจากแม่ค้าในฐานะที่ผู้เขียนเป็นนักท่องเที่ยวชาวไทย แม่ค้าสมุนไพรมะขามป้อมคาดหมายว่าจะเป็นลูกค้าที่ น่าจะขายลูกมะขามป้อมติดไม้ติดมือไปได้ แต่ผู้เขียนในฐานะนักวิจัยก็มองเห็นว่าคนกลุ่มนี้เป็นเป้าหมายที่จะ เผยข้อมูลบางด้านที่ผู้เขียนไม่เคยรับรู้รับทราบมาก่อนเกี่ยวกับการค้าสมุนไพรมะขามป้อม เช่น พวกเขาเป็นใคร มาจากไหน ทำไมจึงมาขายมะขามป้อม มะขามป้อมที่ขายมาจากไหน ใครหรือคนกลุ่มไหนที่มาซื้อ มะขามป้อม ซื้อไปทำไม ฯลฯ ผู้เขียนเห็นว่า แม่ค้าหาบเร่เหล่านี้จะเป็นประตูบานแรกที่จะช่วยให้สามารถ ปะติดปะต่อทำความเข้าใจเครือข่ายการค้าสมุนไพรมะขามป้อมได้ จากความคาดหวังที่ต่างกันนี้ ผู้เขียนได้ พุดคุยสนทนาวางอย่างไม่เป็นทางการกับแม่ค้าเหล่านั้น ซึ่งผู้เล่าก็เต็มใจเล่าให้ฟัง เป็นข้อมูลจากปากคำบอกเล่าถึง ตัวของพวกเขาเอง สมุนไพรมะขามป้อมที่พวกเขาขาย และกล่าวถึงโลกทัศน์และความปรารถนาของพวกเขาที่พวกเขา คาดหวังจากการเป็นแม่ค้าสมุนไพรมะขามป้อม

^{๑๓} ผู้คนที่เกี่ยวข้องกับการค้าขายสมุนไพรมะขามป้อมนั้นมีหลากหลายกลุ่ม แต่เนื่องจากบทความฉบับนี้เป็นเพียงการ ส่องแว่นเบื้องต้น จึงไม่สามารถที่จะฉายให้เห็นภาพครบทุกกลุ่มคนได้ทั้งหมด ในบทความนี้ ผู้เขียนจะเขียนถึงแม่ค้าขาย สมุนไพรมะขามป้อมทางบริเวณด่านชายแดนช่องเม็กเท่านั้น

ผู้เขียนได้มีโอกาสนั่งยองๆสนทนอย่างเป็นกันเองกับแม่ค้าขายลูกมะขามป้อมกลุ่มหนึ่ง ซึ่งนำมะขามป้อมและลูกสมอวางเป็นกองพูนอยู่บนกระจาด แม่ค้าเหล่านี้ได้นำสินค้าสมุนไพรมาวางจำหน่ายเรียงรายในลักษณะสินค้าหาบเร่ ในด้านช่องเม็กฝั่งลาว พบว่า สินค้าที่นำมาวางขายตามริมทางเดินนั้น นอกจากสมุนไพรตามฤดูกาลแล้ว ยังมีหน่อไม้ น้ำผึ้ง พืชผักพื้นเมืองต่างๆ เช่น รากบัว ฝักบัว มันเทศทั้งเผาและดิบ ถั่วต้มและถั่วดิบ เห็ด เป็นต้น สินค้าที่นำมาขายจึงเป็นสินค้าประจำถิ่น ขณะที่ภายในตลาดที่ถูกจัดวางเป็นแถวแนวนั้น ผู้ที่จะเข้าไปซื้อสินค้าในตลาดก็ต้องเดินลงบันไดปูนซีเมนต์ลงไป เนื่องจากบริเวณตลาดอยู่ต่ำกว่าถนน สินค้าที่นำมาขายนั้นส่วนใหญ่เป็นสินค้าจากเมืองจีน ทั้ง ผ้าห่ม ผ้าพันคอ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุปกรณ์ไฟฟ้า โทรศัพท์มือถือ กระเป๋าสะพาย กระเป๋าเดินทาง แผ่นซีดี ของเล่นเด็ก วางจำหน่ายอยู่ อย่างไรก็ตาม ในตลาดช่องเม็ก ยังมีสินค้าพื้นเมืองขายปะปนอยู่บ้าง เช่น ผ้าฝ้าย ผ้าไหม ผ้าตัดชุด ผ้าขาวม้า แต่สินค้าเหล่านั้นก็ผลิตมาจากท้องถิ่นอื่น ไม่ได้เป็นสินค้าประจำถิ่นแต่อย่างใด

นอกจากนี้ในตลาดช่องเม็กยังพบว่า มีร้านค้าสมุนไพรอยู่สองร้าน ซึ่งตั้งไม่ห่างกันมากนัก ร้านทั้งสองแห่งนี้ มีผู้หญิงชาวม้งเป็นเจ้าของร้าน สินค้าที่วางขายในแผงจะเป็นสมุนไพรข้ามถิ่น คือไม่ได้เป็นสมุนไพรที่นำมาจากบริเวณลาวตอนใต้ หากเป็นสมุนไพรที่มาจากท้องถิ่นแถบลาวตอนเหนือ สมุนไพรที่ร้านค้าในตลาดนำมาขาย อาทิเช่น ยาชุดสมุนไพรแก้เบาหวาน ปวดเมื่อย น้ำมันเลียงผา น้ำมันเสือโคร่ง ยาแก้ปวดฟัน หินแก้คัน เป็นต้น ร้านขายสมุนไพรทั้งสองร้านนี้ยังขายพระพุทธรูปขนาดเล็ก เครื่องราง ของขลัง เขี้ยวเสือ ร้านค้าทั้งสองแห่งนี้มีผู้คนมาสอบถามสินค้าเรื่อยๆ ผู้เขียนได้มีโอกาสสอบถามว่า สมุนไพรเหล่านี้มาจากไหน ก็ได้คำตอบว่า สมุนไพรเหล่านี้มีต้นตอมาจากผู้เฒ่าผู้แก่ที่เป็นหมอยาสมุนไพรชาวม้ง ได้เดินเก็บมาจากแถบบริเวณภูเขาในบริเวณแขวงหลวงพระบางทางลาวตอนเหนือ แล้วนำมาขายต่อให้กับพ่อค้าคนกลาง แม่ค้าก็จะโทรศัพท์สั่งจากพ่อค้าคนกลางซึ่งอยู่ที่เมืองปากเซอีกทีหนึ่ง ผู้ที่มาซื้อสมุนไพรจากร้านสมุนไพรมีทั้งคนลาวและคนไทย

พื้นที่ริมทางเดินและตลาดช่องเม็กที่จัดวางเป็นลือๆ จะพบว่า สินค้าที่ถูกนำมาขายนั้นได้ถูกจัดวางตำแหน่งแห่งที่และจัดเรียงลำดับความแตกต่างอย่างชัดเจน สินค้าขายริมทางก็คือ สินค้าซึ่งเป็นพืชพันธุ์ท้องถิ่นที่ยังไม่ได้แปรรูปและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ในลักษณะของที่ระลึก แต่ในตลาดภายในที่ต้องเดินเข้าไปนั้นเป็นพื้นที่ซึ่งขายสินค้านำเข้าจากจีนหรือเป็นสินค้าที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ของท้องถิ่นเหล่านั้น ตลาดด้านชายแดนช่องเม็กจึงเป็นตลาดที่มีส่วนผสมของความเป็นท้องถิ่นและความเป็นกระแสโลก ชายแดนเป็นแหล่งกระจายสินค้าทางไกล จากจีนและลาวตอนเหนือ และเป็นแหล่งปล่อยสินค้าที่มาจากอาณาบริเวณลาวตอนใต้

สมุนไพรมะขามป้อมได้ถูกนำมาจัดวางอยู่ริมถนนในฐานะสินค้าประจำถิ่นชนิดหนึ่ง แม่ค้ามะขามป้อมไม่ได้ติดราคาสินค้าที่นำมาขาย ไม่ต่างไปจากสินค้าในตลาดที่อยู่ด้านใน ดังนั้น ตลาดชายแดนจึงมีลักษณะของตลาดที่ต่อรองราคากันได้ อย่างไรก็ตาม ราคาของมะขามป้อมบริเวณด้านชายแดนช่องเม็กพบว่า ไม่ได้มีการ “บอกผ่าน” และค่อนข้างมีมาตรฐานในราคาเดียวกัน กล่าวคือ มะขามป้อมสดที่กองบนกระจาดจะมีราคากิโลกรัมละ 20 บาท ส่วนมะขามป้อมที่ใส่ถุงพลาสติกซึ่งเป็นมะขามป้อมคัดเกรดมีลักษณะสวยในนั้นมีราคาถุงละ 10 บาท หากซื้อในปริมาณมาก ก็สามารถต่อรองราคากันได้ ในขณะที่สินค้าในตลาดภายใน กลับพบว่า ราคาไม่ได้มีมาตรฐานเดียวกัน และมีการบอกราคาที่ชักชวนให้มีการต่อรองจากผู้ซื้อ เช่น ผ้าห่มผืนหนึ่งของร้านขายผ้าของสาวลาวอาจสามารถต่อรองราคาได้ราวๆ 100-200 บาท ไขควงอนเนกประสงค์ของแม่ค้าชาวจีนก็สามารถลดราคาได้มากกว่าร้อยละ 50 เป็นต้น

ดังนั้น กฎเกณฑ์ของการค้าขายสินค้าบริเวณด้านชายแดน จึงมีการสร้างระเบียบขึ้นมาจากสินค้าที่นำมาวางขาย จากข้อตกลงซึ่งผู้ซื้ออาจไม่ได้รับรู้มาก่อนล่วงหน้า แต่ก็คาดเดาได้ว่า สินค้าที่จะมาซื้อนั้นต่อราคาได้มากนักน้อยเพียงใด การขายสินค้าข้ามพรมแดนจึงเป็น “เกม” ที่ผู้ขายและผู้ซื้อร่วมกันสร้างและยอมรับ

ด้วยกัน รัฐไม่ได้เป็นผู้สร้างกติกาการค้าขาย หากแต่การซื้อขายสินค้าบริเวณด้านชายแดนล้วนเป็นภารกิจที่ผู้เล่นคือผู้ขายและผู้ซื้อต้องปฏิสัมพันธ์กัน ต่อรองกัน และเชือดเฉือนราคากัน แต่ในสินค้าบางชนิด เช่น มะขามป้อม กลับไม่สามารถต่อรองราคาได้มากนัก อันเนื่องมาจากว่า มีการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมาระหว่างแม่ค้าที่นำมาขายว่าจะกำหนดราคาเท่าใด แต่ราคามะขามป้อมนั้นก็ไม่ได้มาจากแม่ค้าเป็นผู้กำหนด หากแต่มาจากการคิดคำนวณตามหลักกลไกตลาด ทั้งอุปสงค์และอุปทาน ซึ่งเป็นมือที่มองไม่เห็น

แม่ค้ามะขามป้อมชายแดน ครีวเรือนขานา และความเป็นชายขอบ

ข้อที่ชวนสังเกตประการหนึ่งก็คือ กลุ่มผู้ที่ขายสมุนไพรทั้งประเภทสมุนไพรประจำถิ่นและสมุนไพรข้ามถิ่นนั้น ล้วนเป็นผู้หญิงวัยกลางคนทั้งหมด จากการสังเกตของผู้เขียน ผู้ที่ขายสมุนไพรน่าจะมียุ่ประมาณ 30-40 ปี ทำไมจึงเป็นคนกลุ่มนี้ที่มาขายสมุนไพร

การเปิดประตูสู่การค้าของผู้หญิงชาวลาวขายมะขามป้อมนั้น มีเงื่อนไขมาจากการที่ครัวเรือนขานาจะดำรงอยู่ได้ในระบบเศรษฐกิจระบบตลาด ผู้หญิงจะต้องมีบทบาททางเศรษฐกิจในการแสวงหารายได้เพื่อค้าจุนครอครัวร่วมกับผู้ขาย การขายมะขามป้อมและลูกสมอนั้นมาจากเงื่อนไขที่ผู้หญิงชาวลาวใช้เป็นโอกาสในการแสวงหารายได้เสริมจากการว่างเว้นที่ไม่ได้ทำนา ในขณะที่ผู้ขายจะทำหน้าที่เป็นแรงงานหลักของครอบครัว และอาจเข้าไปเก็บหาของป่าเพื่อสร้างรายได้เสริม การมานั่งขายสมุนไพรบริเวณด้านชายแดนเป็นการแบ่งงานกันทำระหว่างผู้ขายกับผู้หญิงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำรงชีพของครัวเรือนขานาในกระแสโลก

มะขามป้อมจึงเป็นพืชพันธุ์ที่ช่วยโอบอุ้มหรือช่วยเป็นหลักป้องกันไม่ให้ครัวเรือนขานาต้องขาดแคลนเงินตราในการดำรงชีพ อย่างไรก็ตาม ความอยู่รอดในระบบทุนนิยมของครัวเรือนขานานั้นอาจแตกต่างกันไปจากภาวะที่ James C. Scott เห็นว่า เป็นภาวะที่ชาวนากำลังปรี่มน้ำ ซึ่งชาวนาจะต้องเอาตัวรอดปลอดภัยไว้ก่อน แต่ความอยู่รอดของชาวนาในกระแสโลกนั้นหมายถึง การพยายามสร้างแหล่งรายได้ในฐานะเงื่อนไขใหม่ๆของเศรษฐกิจครัวเรือน เพื่อให้ครัวเรือนของตนก้าวตามทันระบบตลาด เส้นแบ่งระหว่างความอยู่รอด (survival) กับความก้าวหน้า (progress) จึงมีความบางเบาและพร่าเลือนยิ่ง

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสงสัยคือผู้หญิงลาวขายสมุนไพรนั้นเป็นผู้หญิงที่สามารถปลดปล่อยตนเองออกจากวัฏจักรความยากจนหรือไม่ ผู้เขียนเห็นว่า เราอาจต้องพิจารณาประเด็นนี้อย่างละเอียดรอบคอบ แม้เราจะกล่าวได้ว่าการสร้างความหลากหลายทางอาชีพของครัวเรือนขานาจะทำให้พวกเขาเป็นชาวนาผู้ยืดหยุ่น แต่กระนั้นก็ตาม การสร้างความยืดหยุ่นก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าครัวเรือนขานาเหล่านั้นจะหลุดพ้นจากภาวะความเป็นชายขอบ กล่าวคือ การค้าขายเล็กๆน้อยๆนั้นไม่ได้ยกระดับให้ครัวเรือนขานากลายมาเป็นผู้ประกอบการรายย่อยหรือเขยิบจากชาวนาจนมาเป็นชาวนารวยได้ เราจะพบว่า การขายมะขามป้อม แม่ค้าอาจได้กำไรเพียงเล็กน้อย เนื่องจากพวกเขาก็ต้องไปรับมะขามป้อมมาจากพ่อค้าคนกลางอีกทีหนึ่ง และพวกเขาก็ต้องอยู่ภายใต้กลไกตลาด ผู้หญิงลาวขายมะขามป้อมบริเวณด้านชายแดนช่องเม็กจึงอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของระบบทุนนิยมที่มีการวางหลักเกณฑ์บางอย่างไว้แล้ว แม้ผู้เขียนจะเห็นว่า กฎเกณฑ์การค้าขายชายแดนจะสร้างขึ้นจากผู้กระทำการหลากหลายกลุ่มคนที่มาปฏิสัมพันธ์กัน ดังที่ Andrew Walker ว่าไว้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า กลไกตลาดในฐานะมือที่มองไม่เห็นจะไม่ได้ยื่นเข้ามามีอิทธิพลเหนือชีวิตทางการค้าบริเวณชายแดนแต่อย่างใด ความเป็นชายขอบภายใต้กลไกตลาดที่มองไม่เห็นนี้จึงมีความซับซ้อน ซึ่งด้านหนึ่ง แม่ค้าเป็นผู้ที่เข้ามากระทำการอันเนื่องมาจากกระแสโลกได้เปิดประตูให้ชายแดนซึ่งเคยปิดสนิทแง้มออกมาเพื่อให้คนเล็กคนน้อยสามารถสร้างรายได้เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้ในระบบทุนนิยม แต่การก้าวพ้นภาวะความเป็นชายขอบ เช่น เป็นผู้กำหนดราคาสินค้าด้วยตนเอง ยกย่องตนเองให้เป็นผู้ประกอบการที่มีทุนและสามารถ

แสวงหากำไรอย่างเป็นกอบเป็นกำ ยังเป็นสิ่งที่ผู้เขียนยังมองไม่เห็นในขณะนี้ว่าความปรารถนาและความคาดหวังเหล่านี้จะปรากฏขึ้นในเร็ววัน

เครือข่ายการค้าและผู้บริโภคสมุนไพรข้ามแดน

ในมิติของการบริโภคมะขามป้อม จะพบว่า กลุ่มลูกค้าหลักจะเป็นกลุ่มลูกค้าชาวไทย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็นสามกลุ่มหลักๆด้วยกัน คือ ลูกค้ารายใหญ่ พ่อค้าคนกลาง กับลูกค้ารายย่อย ลูกค้ารายใหญ่คือกลุ่มผู้แปรรูปสมุนไพร จากคำบอกเล่าของแม่ค้าขายมะขามป้อมทั้งจากด้านชายแดนช่องเม็กและด้านชายแดนช่องสะง่า มีการยืนยันว่ามีเถาแก่ชาวไทยมาขนเอามะขามป้อมนำไปทำยาสมุนไพร ซึ่งมีการกล่าวถึงหมอเส็ง ป่าเซ็ง และสันติโอศก กลุ่มผู้ผลิตเหล่านี้ต้องการมะขามป้อมเพื่อเป็นวัตถุดิบสำหรับผลิตยาสมุนไพร แม่ค้าคนหนึ่งเล่าให้ฟังว่า มีออเดอร์จากพ่อค้าชาวไทยกวาดซื้อมะขามป้อมเป็นรถบรรทุกจำนวนสามตันก่อนหน้าวันที่ผู้เขียนจะได้ไปพูดคุยกับพวกเธอ^{๑๔} แม่ค้าคนข้างๆที่ขายมะขามป้อมเหมือนกันก็พูดสวนขึ้นมาว่า “จริงๆนะ” ในขณะการค้าขายมะขามป้อมบริเวณด้านชายแดนช่องสะง่า มีพ่อค้าคนกลางรับซื้อมาจากชาวบ้านเขมร แล้วก็มี การนำเข้ามายังประเทศไทย โดยผู้ที่รับซื้อเป็นคนบุรีรัมย์ มีโกดังไว้เก็บมะขามป้อมและสินค้าต่างๆเป็นของตนเอง และมีคำบอกเล่าว่าสมุนไพรเหล่านั้นนำไปขายป่าเซ็ง

ผู้เขียนได้พูดคุยกับผู้บริโภคมะขามป้อมในฐานะสมุนไพร พบว่า มะขามป้อมที่ขายอยู่ตามตลาดต่างๆในจังหวัดอุบลราชธานีนั้นมาจากฝั่งลาว กล่าวคือ พ่อค้ารายย่อยที่นำมาขายรับซื้อต่อมาจากพ่อค้าคนกลางซึ่งเข้าไปซื้อมะขามป้อมจากฝั่งลาวและมาแพร่กระจายฝั่งไทย ดังนั้น มะขามป้อมนำเข้าได้ถูกนำมาวางตลาดในระดับท้องถิ่นด้วย ซึ่งพ่อค้าคนกลางเป็นผู้นำมาสินค้ามาแพร่กระจายตามตลาดต่างๆ

ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นผู้บริโภคมะขามป้อมข้ามแดนเป็นกลุ่มผู้บริโภครายย่อย ซึ่งนำมะขามป้อมมาบริโภค คนกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่นำมะขามป้อมมาแปรรูปเป็นน้ำหมักชีวภาพไว้บริโภคเอง ป้าอ้วนอายุ 67 ปี อยู่หมู่บ้านแห่งหนึ่งบริเวณชายแดนช่องสะง่า ป้าอ้วนจะไปซื้อมะขามป้อมบริเวณชายแดนทุกปี ป้าอ้วนเป็นคนหนึ่งที่หมักน้ำสมุนไพรตามคำชักชวนของหมอนามัยซึ่งอบรมให้กับอสม.ประจำหมู่บ้าน โดยบอกสูตรให้อสม.ไปทำ ป้าอ้วนซึ่งเคยเป็นอสม.ก็นำมาทำต่อ ขณะที่คนอื่นๆเมื่อผ่านการอบรมแล้วก็ไม่ได้ทำอะไร ต่อมาป้าอ้วนได้มีโอกาสได้ดูรายการโทรทัศน์ของป่าเซ็ง เธอเห็นว่าสิ่งที่ป่าเซ็งบอกเป็นเรื่องที่ดี ป่าเซ็งบอกว่าให้ไปทำเอง ใครเชื่อก็ทำ ใครไม่เชื่อก็ไม่ต้องทำ ป้าอ้วนได้ติดตามรายการของป่าเซ็งเป็นประจำ ออกกำลังกายตามสูตรป่าเซ็ง โดยเฉพาะการออกกำลังกายบนที่นอน เนื่องจากทำงานง่าย สนุก ป้าอ้วนยังหมักน้ำหมักหลากหลายชนิดใส่ถังพลาสติกวางอยู่ในห้อง ทั้งน้ำหมักลูกยอ สมอ มะขามป้อม บอระเพ็ด ตามสูตรป่าเซ็ง คือ ผลไม้ 6 กิโลกรัม น้ำ 10 ลิตร น้ำตาลทรายแดง 2 กิโลกรัม หมักไว้ 4 เดือนก็กินได้

กรณีตัวอย่างของป้าอ้วน จะพบว่า ป้าอ้วนได้ใช้ยาสมุนไพรในบริบทที่หมอนามัยและโทรทัศน์ดาวเทียมได้สร้างความรู้ชุดหนึ่งขึ้นมา และเธอก็ได้นำไปทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง เรียนรู้และทำความเข้าใจด้วยเอง ป้าอ้วนเล่าว่า น้ำหมักสมุนไพรบางชนิดบางยี่ห้อกินแล้วไม่ได้ดีขึ้นตามสรรพคุณที่อวดอ้าง มีชาวบ้านหลายคนถูกหลอกให้ซื้อหมดเงินไปหลายพันบาท แต่น้ำหมักของป้าอ้วนทำไว้นั้น ถ้ามีคนมาขอป้าอ้วนก็แบ่งให้เอาไปกิน มีหมอยาสมุนไพรคนหนึ่งก็มาขอน้ำหมักป้าอ้วนไปกิน ป้าอ้วนก็ยินดีให้ อย่างไรก็ตาม ป้าอ้วนแม้จะไม่ได้เป็นหมอยาสมุนไพร แต่ป้าอ้วนก็เคยมีประสบการณ์ใช้สมุนไพร เนื่องจากป้าอ้วนมีลูก 11 คน การที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดน จะพบว่า การไปหาหมอนั้นยากลำบากยิ่ง การรักษาพยาบาลด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็น

^{๑๔} ผู้เขียนได้สนทนากับแม่ค้าสมุนไพรข้ามแดนชาวลาวเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2555 ดังนั้น จากคำบอกเล่าของเธอ พ่อค้าชาวไทยจึงเข้ามาซื้อมะขามป้อมเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2555

ป้าอ้วนเล่าว่า ไม่เคยพาลูกไปหาหมอ แต่จะรักษาด้วยตนเอง เช่น ถ้าลูกท้องเสียก็จะนำรากผักตี้วมาให้กิน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จะพบว่า เมื่อสถานื่อนามัยเข้ามา ป้าอ้วนก็มาเป็นอสม. ทำให้สามารถเข้าถึงยาสมัยใหม่ได้ ป้าอ้วนก็ไม่ได้ใช้สมุนไพรเหมือนเมื่อก่อน ต่อมาเมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากหมออนามัยและทีวีดาวเทียม ป้าอ้วนก็กลับมาใช้สมุนไพรในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งป้าอ้วนเล่าว่า ป้าอ้วนมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่เจ็บไม่ไข้แต่อย่างใด

หากมองเห็นป้าอ้วนเป็นผู้บริโภคที่มีลักษณะกระทำการ เราอาจกล่าวได้ว่า ป้าอ้วนไม่ได้ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาขายสมุนไพร ซึ่งมีการโฆษณาในวิทยุชุมชนและทีวีดาวเทียมต่างมากมาย แต่ป้าอ้วนสามารถคัดกรองและเลือกที่จะบริโภคน้ำหมักชีวภาพตามคำเชิญชวนของหมออนามัย ป้าอ้วนได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง จนกระทั่งมีความชำนาญและเข้าใจในการทำน้ำหมักสมุนไพรให้เป็นยา และสามารถสรุปประมวลผลว่า น้ำหมักชีวภาพนั้นมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าเป็นโทษ ป้าอ้วนบอกแก่ผู้เขียนว่า หากบริโภคน้ำหมักมากเกินไปก็อาจจะเป็นผลต่อไตได้ ดังนั้นจึงควรที่จะบริโภคในปริมาณที่เหมาะสม หากติดตามเส้นทางชีวิตของป้าอ้วน ผู้บริโภคน้ำหมักสมุนไพรอย่างป้าอ้วนซึ่งเว้นวรรคการใช้สมุนไพรตอนที่เป็นอสม. ได้สร้างความรู้ใหม่ของตนในการทำน้ำหมักสมุนไพรขึ้นมาด้วยการรับรู้จากการบอกกล่าวของสื่อบุคคลและสื่อสาธารณะ จนสามารถเรียนรู้และเข้าใจเคล็ดลับของน้ำหมักสมุนไพรเป็นอย่างดี ขณะที่หมอยาพื้นบ้านซึ่งต่อมากลายมาเป็นเจ้าของสวนยางกลับต้องมารับน้ำหมักสมุนไพรจากป้าอ้วน อันเนื่องมาจากการไม่มีเวลาในการทำน้ำหมัก หรืออาจจะไม่มีเวลา แต่การขอป้าอ้วนกินนั้นสะดวกกว่า

กรณีของป้าอ้วนกับน้ำหมักสมุนไพรได้ชี้ให้เห็นว่า ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลกนั้น ผู้บริโภคสามารถกลายมาเป็นผู้ผลิตได้ เนื่องจากภูมิปัญญาไม่ได้ถูกผูกขาดจากผู้เชี่ยวชาญและมีข้อจำกัดจากมิติเพศสภาพอีกต่อไป

บทส่งท้าย : สมุนไพรข้ามแดนในกระแสโลก

การเติบโตของการใช้สมุนไพรเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในฐานะภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในบริบทกระแสโลกนั้น นำมาสู่ตั้งคำถามที่สั่นคลอนรากฐานหลายประการด้วยกัน ได้แก่ อะไรล่ะคือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้านคือสิ่งที่สืบทอดต่อกันมากระนั้นหรือ การแพทย์พื้นบ้านคือสิ่งที่เป็สมบัติประจำชาติได้กระนั้นหรือ คำถามต่อมาคือ เศรษฐกิจระบบตลาดได้ทำให้ผู้บริโภคสินค้ากลายเป็นเหยื่อเสมอไปหรือ กรณีป้าอ้วนชี้ให้เห็นว่า ผู้บริโภคอย่างป้าอ้วนเป็น “ผู้กระทำการ” มากยิ่งกว่าหมอพื้นบ้าน ภายใต้บริบทภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก คำถามอีกประการหนึ่งก็คือ การทำสมุนไพรให้เป็นสินค้าสามารถแผ่ขยายออกไปในวงกว้างมาจากเงื่อนไขปัจจัยหลากหลายประการ อันส่งผลให้การคาดเดาทิศทางว่าภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจะไปในทิศทางใดนั้นจะต้องคำนึงถึงความซับซ้อนของเงื่อนไขปัจจัยต่างๆหลากหลายด้าน และพิจารณาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งไม่ได้เป็นเพียงแค่องค์ความรู้ระดับไว้ในตู้โชว์เท่านั้น แต่เป็นภูมิปัญญาการแพทย์ที่เป็นปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของผู้คน ซึ่งมีลักษณะ สั้นไหล ไม่ตายตัว และไม่แน่นอน

ผู้เขียนเห็นว่า การเปิดเสรีอาเซียนนั้นน่าจะเป็นโอกาสมากกว่าวิกฤตของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในภูมิภาคนี้ กล่าวคือ แม้การเปิดเสรีอาเซียนจะตกอยู่ภายใต้วาทกรรมของเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่ ซึ่งมุ่งเน้นสายเส้นเขตแดนของความเป็นรัฐชาติต่างๆ และให้ตลาดเข้ามายุ่นโดดเด่นแทนที่ การให้เสรีภาพในการบริโภคและการผลิตนั้นสามารถส่งผลได้ทั้งแง่บวกและแง่ลบ สิ่งที่ควรจะต้องตั้งคำถามก็คือ หากแนวคิดพหุลักษณะการแพทย์ได้เปิดพื้นที่ให้กับชุดความรู้ท้องถิ่น (บางชุด) สามารถออกเงยจนก่อตั้งเป็นสถาบันการแพทย์ที่ทำหายาการแพทย์แบบตะวันตกได้แล้ว ความรู้ท้องถิ่นชุดอื่นๆก็อาจจะได้รับการเปิดพื้นที่ให้ดำรงอยู่มากขึ้น

ตามไปด้วย จากกรณีศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในอาณาบริเวณที่เรียกว่าชายแดน ทำให้พบว่า ท่ามกลางการแปรเปลี่ยนสมุนไพรมีให้เป็นสินค้าขึ้น อย่างน้อยก็มีตัวอย่างของชาวบ้านที่มีศักยภาพในการยกระดับตนเองเป็นผู้บริโภคที่เป็นผู้กระทำการ และกลายมาเป็นผู้ผลิตสร้างภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านขึ้นมา ท่ามกลางการบริโภคอีกด้วย

ดังนั้น อาเซียนไม่ควรเป็นพื้นที่ของความรู้เพียงหนึ่งความรู้นั้น หากแต่ควรจะเป็นพื้นที่ของการผสมผสานความรู้ชุดต่างๆ สิ่งที่ถูกหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะข้ามพ้นก็คือ การยึดติดกับการสร้างกรอบแนวคิดบนพื้นฐานของท้องถิ่นนิยมและชาตินิยมที่คับแคบมากเกินไป ตายตัวมากเกินไป เพราะอาจเป็นการเก้บกดปิดกั้นที่ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มคนและพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย หากภูมิปัญญาใดจะออกมา ผู้เขียนเห็นว่า ควรจะเปิดโอกาสให้มีการสะท้อนย้อนคิดกับสถานภาพการศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกว่า เราจะนำมาประยุกต์ใช้ทำความเข้าใจความซับซ้อนของภูมิภาคอาเซียนได้อย่างไร การเปิดเสรีอาเซียนจึงไม่ได้หมายความว่า เป็นการเปิดด่านชายแดนเพื่อการค้าแต่อย่างเดียว หากแต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของอาณาบริเวณต่างๆ สามารถเรียนรู้กันและกันได้มากขึ้น และเป็นการเปิดเสรีทางภูมิปัญญาที่จะเอื้อต่อการปรับตัวของผู้คนที่กำลังจะก้าวเดินต่อไปอีกข้างหน้าต่อไป

บทที่ ๗

วิถีสุขภาพของคนโตดำในเวียดนามบนกระแสความเปลี่ยนแปลง

ฉัตรรา ขมะวรรณ มุกดาวิจิตร

งานเขียนชิ้นนี้เป็นบทสำรวจปรากฏการณ์เบื้องต้น ที่ผู้เขียนได้ “บังเอิญ” ไปประสบพบเห็นหรือได้ยินได้ฟังมา เมื่อครั้งอาศัยอยู่ในเวียดนามในระหว่างปี ๒๐๐๒-๒๐๐๕ ในฐานะผู้ช่วยนักวิจัย และที่เพิ่งมีโอกาสไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๐๑๒ ที่ผ่านมา สถานะของมันคือข้อสังเกตต่อชีวิตของมิตรสหายชาวไทดำที่รู้จักกันมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง คำตอบและคำถามในงานชิ้นนี้มีไขอะไรมาไปกว่าบทสะท้อนความสนใจของผู้เขียน ที่เมื่อเวลาผ่านไป ได้คิดได้ตรงกับประสบการณ์เดิม ผสมผสานกับคำถามใหม่ๆ ที่ผอญูเก็บตกได้ระหว่างทาง

งานชิ้นนี้เริ่มต้นจากความต้องการที่จะตอบข้อสงสัยกว้างๆ ว่า คนโตดำทำอะไรเมื่อเจ็บป่วย ในกระบวนการหาคำตอบและทำความเข้าใจ ผู้เขียนพบว่า ข้อสงสัยกว้างๆ นั้นแคบเกินไป เพราะเอาเข้าจริงแล้วมีเงื่อนไขปัจจัยเชิงโครงสร้างหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงได้พยายามรวบรวมเข้ามาเพื่อให้เห็นภาพการณ์อันไม่หยุดนิ่งของวิถีสุขภาพในเวียดนาม งานชิ้นนี้ประกอบด้วย ๓ ส่วน *ส่วนแรก* ว่าด้วยเรื่องที่มาและการเลือก *ส่วนที่สอง* คือสิ่งที่ผู้เขียนได้เรียนรู้ว่าด้วยวิถีสุขภาพ บทบาทของรัฐ และประชาชน ที่มีต่อการธำรงหรือเปลี่ยนแปลงในวิถีสุขภาพของคนโตดำในปัจจุบัน และส่วนสรุปว่าด้วยข้อสังเกตต่อสิ่งที่ผู้เขียนได้เรียนรู้

ที่มา และการเลือก

ผู้เขียนมีโอกาสอยู่ในเวียดนามระหว่างปี ๒๐๐๒-๒๐๐๕ ในช่วงเวลานั้นผู้เขียนทำหน้าที่ผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการใช้หนังสือไตของคนโตดำในเวียดนาม พื้นที่ของการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่คือ จังหวัดเซินลา เนื่องจากจังหวัดเซินลา ไม่อนุญาตให้นักวิจัยต่างชาติเข้าไปทำวิจัยที่นั่นอย่างเป็นทางการ การเก็บข้อมูลจึงมีข้อจำกัดเรื่องเวลา คือมีเวลาอยู่ในเซินลาเพื่อเก็บข้อมูลแต่ละครั้งไม่เกินคราวละ ๗ วัน ในช่วงเวลาดังกล่าวผู้เขียนบังเอิญได้มีประสบการณ์เล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ที่ชวนให้น่ามาคิดเกี่ยวกับความหลากหลายของวิถีปฏิบัติในเรื่องการรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยหลายกรณี เช่น ในระหว่างการเดินทาง ผู้เขียนเคยได้รับการนวด กดจุด และใช้ครอบแก้วแบบจีนบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากคนที่เพิ่งพบกันเป็นครั้งแรก และจากครูผู้สอนภาษาไตดำให้กับผู้เขียน ผู้เขียนเคยได้รับยาจีนเป็นของที่ระลึกจากผู้สูงอายุท่านหนึ่ง ที่พบกันเพียงครั้งเดียวและผู้เขียนบังเอิญมีโอกาสได้เข้าไปนั่งคุยในบ้าน ผู้เขียนมีโอกาสดื่มเหล้าที่ต้องด้วยสัตว์และพืชหลายชนิดซึ่งว่ากันว่ามึนสรรพคุณทางยา มีโอกาสได้เห็นการฝังเข็มซึ่งเชื่อว่าจะรักษาคนตาบอดได้ มีโอกาสได้เห็นการเรียกขวัญ มีโอกาสเห็นช่วงสั้นๆ ของอุตสาหกรรมในครัวเรือนของยาแผนไตในครอบครัวหนึ่ง ในขณะเดียวกัน ก็มักจะได้ยาแผนตะวันตกเป็นของที่ระลึกติดตัวยามเดินทางกลับฮานอย จากเพื่อนชาวไตดำที่เปิดร้านขายยาแผนปัจจุบัน

เรื่องราวที่ทำให้ผู้เขียนรู้สึกสนใจเรื่องการใช้ยาพื้นบ้านคือเรื่องที่พี่ถัง (Thang) ชาวกิ่งญี่ (ชาวเวียดนามเชื้อสายเวียด) ที่มีอาชีพหลักคือรับราชการ และอาชีพเสริมคือการขับรถให้หนักท่องเที่ยว เล่าให้ฟังว่าสมัยสงครามอเมริกันพี่ถังอายุยังไม่ถึงยี่สิบ เข้าร่วมในสงครามเช่นประชาชนทั่วไป ผู้เขียนถามว่าอยู่ในป่าถ้าเจ็บป่วยขึ้นมา คนมาจากเมืองอย่างพี่ถังดูแลตัวเองอย่างไรกัน พี่ถังตอบว่ามีหนังสือเกี่ยวกับใบไม้ พืชในป่า ที่จัดทำโดยกรมทหารและกรมแพทย์แผนตะวันออกให้ทหารทุกคนได้ศึกษา เนื้อหาในหนังสือเล่มเล็กๆ ประกอบด้วยภาพต้นไม้และคำอธิบายถึงคุณประโยชน์และโทษ สรรพคุณทางยา พี่ถังได้รู้จักและเอาตัวรอดได้

จากหนังสือเล่มนี้ แคมองว่าในสถานการณ์ที่ประเทศขาดแคลนยา ไม่มีเครื่องมือตรวจ ความรู้พื้นบ้านและยาใบไม้เป็นสิ่งที่ตอบสนองสถานการณ์ในขณะนั้นได้อย่างดี

ผู้เขียนเห็นว่าสถานการณ์ในยามสงครามที่เพิ่งผ่านไป สะท้อนถึงความเอาใจจริงเอาใจในการค้นคว้า เก็บรวบรวมความรู้ดั้งเดิม และนำมาใช้ประโยชน์ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรของรัฐ นอกจากนั้นก็สะท้อนให้เห็นถึงความรุ่มรวยในความรู้พื้นบ้านและพืชพรรณ เช่นที่เพิ่งเล่าว่าในเวียดนามนั้น หมู่บ้านไหนก็มีหมอพื้นบ้าน สุดท้ายผู้เขียนตั้งข้อสังเกตว่าการแพทย์แผนตะวันออกมีบทบาทในเวียดนาม เพราะมันได้พิสูจน์ตัวเองด้วยการรับใช้ผู้คนในห้วงเวลาที่ขัดสนและทุกข์ยากที่สุด นั่นคือช่วงเวลาสงคราม

สิ่งต่างๆ เหล่านี้กลายเป็นข้อสังเกตว่าผู้คนในเวียดนามล้วนให้ความสนใจ และรุ่มรวยในความรู้ ทั้งในระดับการป้องกันและการรักษา ทำให้เกิดความสนใจในวิถีเรื่องสุขภาพของชาวไต้ดำว่าเป็นอย่างไร ในฐานะกลุ่มชาติพันธุ์ที่ได้รับความสนใจจากนักวิจัยหลายท่านในสังคมไทย

ยุคติ มุกตาวิจิตร ได้สำรวจและจัดแบ่งงานศึกษาเกี่ยวกับชาวไต้ดำไว้และพบว่าความสนใจที่จะศึกษาคนไต้ดำในแวดวงวิชาการนั้นสัมพันธ์กับบริบททางการเมืองในแต่ละช่วงเวลา และขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเวียดนามกับชาวไต้ดำด้วย กล่าวเฉพาะวงวิชาการไทย ผู้เขียนเห็นว่าสิ่งที่น่าสนใจคือความสนใจของนักวิชาการไทยในยุคการค้นหาลักษณะ และรากเหง้าความเป็นไทย และนัยทางการเมืองวัฒนธรรมของการศึกษาแนวนี้ ที่มักจะมองจากมุมของการเชื่อมโยงเขาเข้ากับเรา ไปมองว่าเขาเป็นรากของเรา ไปหาสิ่งที่มีร่วมกันหรือที่เราเคยมี ไปตอบคำถามเกี่ยวกับลักษณะความเป็นชนพื้นถิ่นของเราโดยการศึกษาคนอื่น แรงกระเพื่อมทางสังคมอันสืบเนื่องมาจากการศึกษาแนวนี้คือ ทำให้เกิดการเดินทาง เกิดการไปทำความรู้จักคนไต้ดำที่เวียดนาม โดยคนไต้ดำที่ประเทศไทย ในฐานะที่เป็นแหล่งอ้างอิงทางวัฒนธรรม ที่ยังมีวิถีชีวิตแบบที่ไม่กลายเป็นคนอื่น (ในกรณีนี้คือสยาม) แต่ในทางกลับกัน เมื่อผู้เขียนไปรู้จักคนที่เวียดนาม กลับพบว่าคนไต้ดำที่เวียดนามก็เห็นว่าตัวเองเปลี่ยนแปลงไปมาก จากอิทธิพลความเป็นเวียดนาม และต้องการมาศึกษาคนไต้ดำที่เมืองไทย ในฐานะของคนที่นี่เกือบของเก่า เกือบค่าเก่าๆ เอาไว้ เป็นพวกที่แซ่แข็งวัฒนธรรมไว้ตั้งแต่สมัยถูกกวาดต้อนมาที่สยาม ต่างฝ่ายจึงต่างอยากรู้จักกันบนพื้นฐานของจินตนาการ โดยไม่ได้รู้จักกันบนพื้นฐานของความเป็นจริง

กล่าวเฉพาะเรื่องสุขภาพ จากประสบการณ์ของผู้เขียน ผู้เขียนเห็นว่าโดยภาพรวม คนไต้ดำก็เช่นเดียวกับชาวไทยสยาม ที่ใช้ทุกสิ่งทุกอย่างในการรักษาร่างกายและจิตใจยามเจ็บป่วย ทั้งสิ่งที่มีมาแต่ในอดีต เช่น พิธีกรรม ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร และสิ่งที่อยู่ในโลกร่วมสมัยอย่างยาแผนตะวันตก โรงพยาบาล การแพทย์ทางเลือก สิ่งที่คุณเขียนเห็นว่าน่าสนใจคือ ความรู้ แบบแผนการปฏิบัติแบบดั้งเดิม และ ความรู้บริการทางการแพทย์สมัยใหม่ อยู่ร่วมกันได้อย่างไร ที่ทางของปฏิบัติการของความรู้ดั้งเดิมด้านสุขภาพอยู่ตรงไหนในสังคมและชีวิตผู้คน มีเงื่อนไขหรือปัจจัยอะไรที่ทำให้สิ่งเหล่านี้ได้รับความสำคัญหรือลดความสำคัญลงในแต่ละยุคสมัย

ผู้เขียนเห็นว่า โดยผ่านการมองประเด็นเรื่องสุขภาพ อย่างสัมพันธ์กับความเป็นชาติพันธุ์ และความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง จะเป็นการนำเสนออีกภาพหนึ่ง ที่อย่างน้อยก็อาจจะมีส่วนในการช่วยสร้างดุลยภาพของความรู้ ที่ไม่กักขังความเข้าใจในคนกลุ่มนี้ให้อยู่เพียงความเป็นสังคมพื้นบ้านซึ่งได้รับบริบทของกาลเวลา และน่าจะ ให้ผู้สนใจ/ผู้อ่าน ได้เข้าใจเพื่อนบ้านอาเซียนในระนาบเดียวกันกับเรามากขึ้น

กลุ่มคนที่ผู้เขียนเลือกสอบถามในงานเขียนชิ้นนี้ เป็นข้าราชการ ข้าราชการเกษียณ สมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์ บุคลากรทางการแพทย์ ทุกคนไม่ใช่คนธรรมดาในความหมายที่นักวิจัยมักใช้คำว่า “ชาวบ้าน” หากมีภูมิหลังชีวิตที่เกี่ยวข้องกับชนชั้นนำในอดีต บางคนก็เกี่ยวข้องกับการปฏิวัติ บางคนจบปริญญาเอก และอยู่ในช่วงชีวิตวัยกลางคนถึงวัยชรา ผู้เขียนเห็นว่าคนกลุ่มนี้เป็น จุดหมุน หรือจุดศูนย์กลาง

ของความเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้าง คือเป็นผู้ที่เชื่อมโยงตัวเองในฐานะไตดำเข้ากับชาวกิ่งญ เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายทางวัฒนธรรม เป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายในขณะที่เดียวกันก็เป็นผู้ปฏิบัติการทางวัฒนธรรม เป็นคนซึ่ง “ในอยู่ระหว่าง” ธรรมเนียมปฏิบัติในยุคก่อนปฏิวัติและหลังปฏิวัติ มุมมองของคนเหล่านี้จึงน่าจะช่วยเหลือกันให้เห็นพลวัตของสังคมได้เป็นอย่างดี

สิ่งที่ได้เรียนรู้

เมื่อเริ่มต้นการคิดเรื่องนี้ ผู้เขียนสนใจเรื่อง “ขวัญ” เป็นเรื่องหลัก ด้วยเหตุที่เป็นความสนใจส่วนตัว และด้วยบริบทในสังคมไทย ที่กลุ่มชาติพันธุ์เช่นชาวกะเหรี่ยงหรือชาวเล ต้องต่อสู้ทุกวิถีทาง เพื่อให้สามารถดำรงอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของตนอยู่ได้ ผู้เขียนถามผู้คนด้วยคำถามเกี่ยวกับขวัญ ว่าทุกวันนี้เวลาเจ็บป่วยยังเสน ยังพ่อน รักษากันอยู่หรือไม่ ทุกคนตอบทันทีและตรงกันว่ายังมี ยังเสนอยู่ ไม่เคยเลิก จากนั้นก็เล่าให้ฟังเรื่องอื่นๆ ที่เขาคิดว่าน่าสนใจ เช่น เรื่องระบบประกันสุขภาพ เรื่องธุรกิจยาแผนตะวันออก เรื่องยาไต ฯลฯ สุดท้าย ผู้เขียนจึงตัดสินใจนำสิ่งที่ผู้คนให้ความสนใจ อยากจะบอกเล่ามานำเสนอเป็นเรื่องหลักแทนเรื่องขวัญที่ตั้งใจไว้แต่แรก

อาหารไม่เป็นยา

ตลอดช่วงเวลาปี ๒๐๐๒-๒๐๐๕ ผู้เขียนอยู่ที่ฮานอยเป็นหลัก และขึ้นไปเซินลาเมื่อมีโอกาส การอยู่ในฮานอย ทำให้ผู้เขียนได้มีโอกาสสัมผัสกับชาวกิ่งญ ในระดับของชีวิตประจำวัน พื้นที่ที่ผู้เขียนมักจะบังเอิญได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพมากที่สุด คือพื้นที่ในชีวิตประจำวัน อย่าง ในสวนสาธารณะ ในตลาดสด บนทางเท้า ฯลฯ

ชาวกิ่งญในฮานอย ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพในระดับชีวิตประจำเป็นอย่างมาก ผู้คนสนใจเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ในส่วนของอาหารการกิน ก็ให้ความสำคัญทั้งเรื่องการกินเพื่อป้องกันและการกินเพื่อรักษาโรค อาหารในทัศนะของชาวกิ่งญแยกออกได้ตามคุณสมบัติร้อนหรือเย็นของมัน ชาวกิ่งญมีสมมติฐานว่าความเจ็บไข้เกี่ยวข้องกับอากาศ ดังนั้น การกินอาหารจึงสัมพันธ์กับฤดูกาลเพื่อสร้างความสมดุล เป็นการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย เช่น ผัก rau ngot มักกินในหน้าร้อน เพราะมีสรรพคุณเป็นยาเย็น ส่วนขิงมีสรรพคุณเป็นยาร้อน มักกินเพื่อบรรเทาอาการหวัดหรือเจ็บคอ ไข่ต้ม ไข่เจียวที่เสิร์ฟกับผักสีเขียวขมรสออกขม ช่วยแก้ไข้ เรื่องการขาดธาตุเหล็ก เลือดจาง เลือดเปิดดิบ มักกินหน้าหนาว น้ำมะนาวดื่มแก้อาการเมา แก้วมังกร กล้วย กินหน้าร้อนเพราะเป็นของเย็น ไก่ตุ๋นมักกินหน้าหนาว นอกจากนี้ชาวฮานอยยังสนใจติดตามความรู้เกี่ยวกับโภชนาการใหม่ๆ เพื่อนำมาปรับใช้กับโรคปัจจุบัน เช่น ขณะนี้ให้ความสนใจมากกับผลไม้สีส้ม ชื่อว่า บ๊อบ ซึ่งนิยมนำมาผ่านการทดลองแล้วว่ามีส่วนแอนติออกซิแดนท์สูง สามารถป้องกันมะเร็งได้ เป็นต้น

“ยา” จึงเป็นสิ่งที่อยู่รอบตัวชาวกิ่งญ การกินอาหารมีความหมายทางโภชนาการและมีนัยทางสุขภาพ กำกับเสมอ

อย่างไรก็ตาม เมื่อขึ้นไปถึงเซินลาผู้เขียนพบว่าคนไตดำแทบจะไม่พูดว่าอากาศเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ตรงกันข้ามผู้เขียนมักจะได้ยินคนพูดว่าเซินลาเป็นเมืองที่ “อยู่ง่าย อยู่ดี” หมายถึงอากาศเย็นสบาย ไม่ร้อนจัด ความชื้นสูง และหนาวปนชื้นในหน้าหนาวเช่นที่ฮานอย ส่วนเรื่องอาหารนั้น จากประสบการณ์การกินอาหารร่วมกับคนไตดำ ผู้เขียนไม่เคยเลยที่จะได้ยินเพื่อนชาวไตดำหมกมุ่นกับสรรพคุณทางยาของอาหาร เช่นชาวกิ่งญ คนส่วนใหญ่ที่ผู้เขียนรู้จักมักจะพูดถึงอาหารในมิติของวัฒนธรรมมากกว่ามิติของสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า มีธรรมเนียมปฏิบัติในการดื่มอย่างไร จอกเหล้าสองจอกที่อยู่ข้างหน้าประธานของวงข้าวมื้อนั้น มักถูกพูดถึงในแง่ของความยากลำบากในการได้มา ความสามารถในการจับจูง ตีฝั่ง ดองลิง มากกว่าจะพูด

ถึงสรรพคุณทางยาของมัน ผักผลไม้ในสำหรับ ส่วนใหญ่เป็นผักที่เก็บมาจากริมท้องนา ข้างบ่อน้ำ หรือในสวนอาหารปลอดสารพิษในสายตาของผู้เขียน สำหรับคนที่นี่เป็นของที่มีความหมายในมิติทางเศรษฐกิจมากกว่า เนื่องจากเป็นของที่ไม่ต้องซื้อต้องหา ส่วนเนื้อสัตว์นั้น อาหารในมือปกติมักไม่ค่อยพบ จะได้กินเนื้อสัตว์อย่างมากมายกันก็ในช่วงเทศกาลขึ้นปีใหม่ที่ผู้คนต้องฆ่าไก่เลี้ยงญาติพี่น้อง การกินเนื้อสัตว์ไม่ได้อยู่ในชีวิตประจำวันเพราะเป็นสิ่งที่ใช้เงิน แม้แต่ของพื้นๆ แต่มีประโยชน์อย่างเต้าหู้ ซึ่งมีขายมากมายและราคาไม่แพง ก็เป็นของพิเศษสำหรับหลายครัวเรือน

เมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว จะเห็นชัดว่าวิถีการกินเพื่อสุขภาพของชาวฮานอยกับชาวไต้ดำในเซินลา มีความแตกต่างกันมาก ในขณะที่คนฮานอยซื้ออาหารแทบทุกอย่าง และมีความคิดเรื่องสารอาหาร สรรพคุณทางยาของอาหาร คนไต้ดำในเซินลา แม้จะเป็นข้าราชการ ก็ยังไม่มีความสามารถทางเศรษฐกิจเช่นชาวฮานอย ยังต้องปลูกผักผลไม้ไว้เก็บกิน

khong bo cai gi het ไม่ทิ้งอะไร เอาหมดทุกทาง

สิ่งที่จุดประเด็นความสนใจของผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของคนไต้ดำที่เซินลา นอกเหนือจากการรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างคนกิงญ์และคนไต้ดำแล้วคือ เมื่อผู้เขียนถามถึงโรคภัยไข้เจ็บจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าคนที่นี้มีปัญหาเรื่องอะไรมากที่สุด ผู้เขียนได้รับคำตอบว่าความดันสูง โรคตับ โรคหัวใจ นอกจากนี้ก็มีโรคมะเร็ง ข้อเสื่อม ปวดตามร่างกาย นิ้วในถุงน้ำดี เป็นต้น เหล่านี้เป็นคำตอบที่ทำให้ผู้เขียนรู้สึกผิดคาด เนื่องจากเห็น (ไปตามอคติของตนเอง) ว่าด้วยวิถีการกินการอยู่ที่แตกต่างจาก “คนเมือง” ไม่น่าจะทำให้คนที่นั่นเจ็บป่วยด้วยโรค “ร่วมสมัย” เช่นนั้นได้ และดังนั้นจึงทักท้วงว่าเมื่อโรคที่เป็น เป็นโรคร่วมสมัย การรักษาจึงน่าจะใช้วิธีของแผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่เมื่อได้สอบถาม ก็พบว่าผู้คนจัดการกับโรคภัยไข้เจ็บด้วยวิธีต่างๆ กัน ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจและภูมิหลังของแต่ละคน

พีท้าววันใส (Cam Van Sai) เป็นลูกชายของผู้ปกครองเขตปกครองตนเองภาคตะวันตกเฉียงเหนือในอดีต แต่ด้วยเหตุผลทางการเมืองในเวียดนาม ชีวิตพีท้าวและอันที่จริงก็รวมทั้งลูกชายอีกสองคนกลับไม่ได้รู้เรื่องเหมือนพ่อ พีท้าวทำงานเป็นลูกจ้างบริษัทก่อสร้าง วันหนึ่งเกิดอุบัติเหตุตกจากนั่งร้านขาหัก พีท้าวรักษาตัวที่โรงพยาบาลเซินลาด้วย โรงพยาบาลที่ฮานอยด้วย ตามแต่คนรู้จักจะพาไป วันที่ผู้เขียนได้พบพีท้าว พีท้าวยังคงเดินกะเผลก เขาเล่าให้ฟังว่านอกเหนือจากกินยาฝรั่ง แล้ว ในช่วงที่เจ็บมากๆ พีท้าวที่บ้านก็เสนอขยี้ให้ เมื่อเอาเฝือกออกแล้วก็มากินไข้ยาไต้ที่พีท้าวเป็นคนปรุงให้ทั้งที่เป็นยาจีน และยาพอก ในความคิดของพีท้าว คิดว่าตัวเองคงจะกลับมาเดินได้ตามปกติ และคงจะรักษาด้วยยาไต้ไปเรื่อยๆ เนื่องจากเห็นว่ายาฝรั่งไม่น่าจะรักษาให้กลับมาดีเหมือนเดิมได้

ยายกำถิด (Cam Thi Tuan) มีพื้นฐานครอบครัวในระดับหลานเจ้าเมือง แต่เจ้าตัวก็เข้าร่วมกับขบวนการเวียดนาม (Viet Minh) ตั้งแต่อายุ ๑๔ ปี ยายทวดเล่าว่าได้เห็นสภาพสังคมในสองกาลสมัย คือ สมัยก่อนการปฏิวัติและหลังสมัยปฏิวัติ เธอว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว สังคมยุคหลังปฏิวัติให้ความสำคัญกับประชาชนมากกว่า (dan chu หรือประชาธิปไตย เป็นหลักการที่พรรคคอมมิวนิสต์เวียดนามในยุค ๑๙๕๔ ถือว่าจะส่งเสริมให้เกิดสังคมใหม่ ที่แตกต่างจากสังคมยุคศักดินา) ในยุคเจ้านายนั้น สามัญชนจะใส่รองเท้าไม่ได้ เพราะจะเก็นหน้าเจ้านาย “หนาวแคไหนก็ต้องย่างตีนเปล่า” และไม่สามารถปกเปียวได้ บางครั้งหากปกเปียว ผืนใหม่ที่ซื้อหามาด้วยเงินตนเอง ก็อาจจะถูกพวกนางฉวยเอาไปจากหัวก็มี แต่ปัจจุบันนี้ไม่มีอย่างนั้นอีกแล้ว ไม่มีการแยกแยะชนชั้น ใครอยากใส่อะไรก็ใส่ นอกจากนี้ ในสมัยก่อนสามัญชน (ในภาษาไต้ดำ ใช้คำว่า “ไพร่”) ไม่มีที่ดินทำนา มีแต่พวกท้าวทวนเท่านั้นที่มีที่ดิน แต่ทุกวันนี้รัฐบาลเลี้ยงคน ให้ที่ดินทำกินอย่างทั่วถึง ดังนั้น “ถึงเราอยู่เมืองแกวกี่สบาย”

ความไม่เท่าเทียมทางสังคมเป็นประสบการณ์ฝังใจที่ทำให้ยายทวดตัดสินใจทำงานกับขบวนการกู้ชาติเวียดนาม และทำงานอย่างเข้มข้นในระบอบนี้มา ๓๕ ปี จนกระทั่งเกษียณ การที่เธออยู่กับโลกสมัยใหม่ ทำให้เธอมีมุมมองต่อยาและการรักษาแบบใดต่างออกไป โรคประจำตัวของยายทวดคือความดันสูง โรคนี้ในถุงน้ำดีและเจ็บเข่า ยายทวดไม่รักษาด้วยการนวด การกินยาสมุนไพรเช่นคนอื่นๆ แต่เลือกไปโรงพยาบาล ซึ่งเธอมองว่าเป็นการให้บริการของรัฐต่อประชาชนอย่างเสมอภาค เธอชอบยาเม็ดแบบฝรั่งมากกว่า เพราะสะดวก ไม่เสียเวลา ไม่สิ้นเปลือง และมีประสิทธิภาพ ยายทวดมองว่ายาได้นั้นมีหลายอย่างที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ บางครั้งแพทย์ที่โรงพยาบาลแนะนำให้กิน แต่พอกินไปแล้วก็มีอาการแพ้หรือปวดท้องก็มี ยาแผนตะวันออกเพียงชนิดเดียวที่ยายทวดกินอย่างสม่ำเสมอคือเหล้าดองดีหมี่ ซึ่งเธอเชื่อว่าเป็นยาที่ช่วยบรรเทาอาการของโรคตับของเธอได้

ก่าทินเม (Cam Thi Nem) แพทย์แผนตะวันตก ประจำโรงพยาบาลจังหวัดเซินลา เป็นลูกสาวคนโตของอาจารย์กำจอง (Cam Trong) นักวิชาการชื่อก้อง ในการศึกษาเกี่ยวกับชาวไตในเวียดนาม ก่าทินเมก็เป็นสมาชิกตระกูลล่อคำ ซึ่งในอดีตเป็นตระกูลเจ้าเมือง เธอเล่าให้ฟังว่าคนเจ็บมักจะรักษาด้วยทุกวิถีทางที่เขาเชื่อ คนเจ็บที่มารักษาที่โรงพยาบาลหลายคนมีญาติพี่น้องมาต้มยาไต ยาพื้นบ้านในโรงพยาบาล บางคนมีหมอหรือมดมาประกอบพิธีตามความเชื่อของตนที่โรงพยาบาล ซึ่งแพทย์ก็ปล่อยให้ผู้ป่วยทำได้ เนื่องจากเห็นว่าสิ่งที่เป็นความเชื่อเหล่านี้เป็น “ยารักษาใจ” ผู้คนที่เจ็บป่วยก็เหมือนกันทุกคนคือทำทุกอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้หาย แม้แต่ตัวพื้เนมซึ่งเป็นแพทย์แผนตะวันตกเอง เมื่อแม่สามีของเธอป่วย และเมื่อพ่อของเธอป่วยอยู่ที่ฮานอย เธอก็เป็นคนจัดแจงหาหมอมาเสี่ยงทาย และทำพิธีเสนแก่ให้พ่อของเธออยู่ที่เซินลา เมื่อผู้เขียนถามว่า พี่กร้าเรียนมาทางวิทยาศาสตร์ และพื้เนมเป็นข้าราชการที่เป็นสมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์ด้วย แล้วมาทำพิธีที่พรรคถือว่าเป็นเรื่องมงาย พี่รู้สึกละอายใจที่ทำอะไรเหล่านี้ พื้เนมตอบว่าเป็นการทำให้กับพ่อ เป็นสิ่งที่สมควรทำ และแม้ว่าเราจะเป็นสมาชิกพรรคฯ แต่เราเป็นคนไต ความเป็นไตนี้บรรพบุรุษให้ติดตัวมากับเรา ยังไงก็ต้องทำ

กล่าวได้ว่าเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย คนก็ทำทุกวิถีทางแล้วแต่ศักยภาพ ความเชื่อ และภูมิหลังของตน มีทั้งการรักษาด้วยแผนตะวันตก แผนตะวันออก กินยาไต และเสน มีทั้งสมัยใหม่และพื้นบ้าน ในแบบที่ก่าทินเฮือง (Cam Thi Houng) แพทย์แผนตะวันออกแห่งโรงพยาบาลประจำจังหวัดเซินลาบอกผู้เขียนว่า “คนไตไม่เคยทิ้งอะไรสักอย่าง เราเอาหมดทุกทาง”

ยาไตบนเหตุผลของคนจน

ในขณะที่คนจำนวนหนึ่งมีศักยภาพที่จะรักษาด้วยการแพทย์แผนตะวันตก แผนตะวันออก และเหยียวยาจิตวิญญาณด้วยการเสนขวัญ คนอีกจำนวนหนึ่งก็ไม่มีศักยภาพเช่นนั้น

ยายก่าวันทิง (Cam Van Thinh) เป็นผู้หญิงในตระกูลเจ้า แต่พี่ชายของยายทิ้งกลับเข้าร่วมขบวนการกู้ชาติเวียดนามและสาบสูญไปในปฏิบัติการที่ประเทศไทย ชื่อของพี่ชายยายทิ้งได้รับการจารึกไว้ในฐานะวีรบุรุษ หากยายทิ้งซึ่งไม่นิยมพรรคคอมมิวนิสต์ก็ไม่เคยยอมรับในเอกสารนั้น ความที่ยายทิ้งมีชีวิตอยู่ในความรุ่งเรืองของโลกใบเก่าก่อนการปฏิวัติ ทำให้ยายไม่ศรัทธาในระบบ (regime) ใหม่ และออกจะชิงชังคนกึ่งญายายปฏิเสธการไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล แม้ว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และตับก็ตาม ยายเลือกที่จะใช้ยาใบไม้พอกบริเวณที่ปวด และกินเหล้าดองสมุนไพรซึ่งยายว่าช่วยบรรเทาการปวดแหวและปวดข้อได้ดีกว่า ยายทิ้งบอกกับผู้เขียนว่าการไปโรงพยาบาลเสียเงินเสียทองมากมาย “เขา” เก็บเงินคนแพงมาก” ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงแล้ว ยายมีสิทธิที่จะรับการรักษาโดยเสียค่าใช้จ่ายเพียง ๕% ของค่ารักษาตามนโยบายประกันสุขภาพ ซึ่งรัฐจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ ๙๕% ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นเด็กอายุน้อยกว่า ๖ ปี เป็นข้าราชการเกษียณ เป็นบุคคลซึ่งทำคุณประโยชน์ต่อการปฏิวัติ หรือเป็นคนจน

ผู้เขียนไม่แน่ใจว่าด้วยเหตุผลอะไรที่ทำให้ยายไม่ยอมไปโรงพยาบาล อาจจะด้วยความไม่ชอบ หรือ อาจจะไม่รู้สิทธิของตัวเอง หรือเพราะจนมาก ไม่มีรายได้ขนาด ๕% ของค่ารักษาพยาบาลก็ยังไม่สามารถออกได้

ผู้หญิงอีกคนหนึ่ง ที่ผู้เขียนบังเอิญได้พูดคุยเมื่อประมาณปี ๒๐๐๔ ผู้เขียนไม่รู้จักชื่อของเธอ เหตุที่ได้พูดคุยก็เนื่องจากได้ร่วมทางไปกับเพื่อนชาวญี่ปุ่น ซึ่งระหว่างทางได้แวะเมืองที่เขาเคยทำวิจัย บ้านหลังที่แวะเข้าไปนี้เป็นบ้านชานนา คนในครัวเรือนทำนา กัน มีบ้างบางครั้งก็ผู้ชายออกไปรับจ้างในตัวเมือง ซึ่งมีขนาดเท่าตลาดเล็กๆ ไม่ไกลจากหมู่บ้านเท่าใดนัก วันที่ผู้เขียนไปนั้น ผู้หญิงคนนี้เพิ่งคลอดลูก เธอเล่าว่าเธอคลอดลูกที่เรือน มีหมอตำแยมา ทุกคนที่นี่ไม่มีใครไปคลอดลูกที่โรงพยาบาล เจ็บไข้ได้ป่วยก็หายาไปไม่กินเอง ไม่มีใครไปโรงพยาบาล เมื่อผู้เขียนถามว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลอำเภอก็ออยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้าน เธอตอบว่า”เราเป็นคนไต คนไตคลอดลูกที่บ้าน คลอดเอง แล้วก็อยู่ไฟ มันเป็นวิถีของเรา”

ในขณะนั้นผู้เขียนเชื่อสนิทใจว่าวิถีไตเช่นว่านั้นมีจริงๆ แต่อย่างไรก็ตาม เวลาผ่านไป ๘ ปี ครั้งหลังสุดที่เพื่อนชาวญี่ปุ่นกลับไปหมู่บ้านนี้ ก็พบความเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง แม้ว่าเรือนที่อยู่จะยังไม่เปลี่ยนเป็นเรือนแบบคนกึ่งญ แต่บ้านหลังนี้มี”เฟอร์นิเจอร์”มากขึ้น ที่วีสีมาแทนที่ทีวีขาวดำ มีตู้เย็น มีเตาแก๊ส มีมอเตอร์ไซค์ ผู้ชายไปรับจ้างในเมืองมากขึ้น และผู้หญิงในบ้าน ไม่มีใครคลอดลูกที่บ้านแล้ว ทุกคนไปคลอดลูกที่โรงพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบกัน เรือนยายทิ้ง แม้ว่าอยู่ในตัวจังหวัด แต่ในเรือนกลับไม่มีเฟอร์นิเจอร์อะไร ไม่มีชุดรับแขก ไม่มีตู้เย็น ไม่มีทีวี ไม่มีกระถางน้ำชาที่จะต้อนรับแขก เหล่านี้บ่งชี้ค่อนข้างชัดว่าครอบครัวยายทิ้งมีรายได้น้อยมาก และอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ยายไม่ไปโรงพยาบาล ในขณะที่อีกกรณีหนึ่งเห็นชัดว่าเมื่อคนมีรายได้มากขึ้น ก็มีศักยภาพที่จะเข้าถึงการรักษามากขึ้น ในที่สุด”ความเป็นไต/วิถีไต”ที่สร้างขึ้นมาจากสถานการณ์การคลอดก็อาจจะไม่มีใครจดจำได้อีกต่อไป

Dong Tay Y ket hop ประสานตะวันออกตะวันตก

ประสบการณ์จากเมืองไทย ซึ่งแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย แพทย์แผนโบราณ แพทย์พื้นบ้าน ต้องต่อสู้เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากระบบสาธารณสุข และด้วยประสบการณ์การต่อสู้เรื่องการยอมรับในอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย ทำให้ผู้เขียนไปสอบถามคนด้วยความคาดหวังว่าจะได้ยินเรื่องราวทำนองเดียวกัน แต่สิ่งที่ได้ฟังกลับมีใช้สิ่งที่คาดหวัง ผู้คนที่นั่นโดยส่วนใหญ่มีโอกาสดำเนินการรักษาทิ้งแผนตะวันออก และตะวันออก และสามารถดื่มสมุนไพรต้ม หรือทำพิธีเสน ไปพร้อมๆ กับการรักษาในโรงพยาบาลได้ด้วย

ในส่วนของผู้ให้การรักษา แพทย์ที่นั่นเข้าใจและยอมรับการอยู่ร่วมกันของการแพทย์สองแผน และวิถีความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ แพทย์อนุญาตให้ญาติคนป่วยมาต้มยาไต่กันที่โรงพยาบาล และบางครั้งยอมให้คนป่วยที่คอยยั้งช้าขึ้นแล้ว กลับบ้านสักสองวันเพื่อไปทำพิธีตามความเชื่อ ก่อนที่จะกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลก็มี

ผู้เขียนถามก่าถินเมว่า การแพทย์แผนตะวันออกหรือตะวันออกได้รับความนิยม/ได้รับการยอมรับมากกว่ากัน แพทย์หญิงท่านนี้ทำท่างุนงงเล็กน้อย ก่อนจะตอบว่า”เท่าๆ กัน คนส่วนใหญ่รักษาทั้งแผนตะวันออกและแผนตะวันออก” และเป็นแนวปฏิบัติว่าโรคที่ต้องการความเร็ว ต้องช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วนก็จะใช้แผนตะวันออก แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง ก็จะใช้สองอย่างรักษาไปด้วยกัน การแพทย์แผนตะวันออกใช้เวลารวดเร็วในการรักษา แต่แผนตะวันออกใช้เวลานานกว่าจะค่อยๆ หาย เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง หัวใจวาย ฯลฯ โรคหนักๆ แบบนี้จะต้องช่วยชีวิตด้วยแผนตะวันออกเท่านั้นในเบื้องต้น ส่วนการรักษามะเร็งนั้น ก็ใช้ทั้งสองแผนประกอบกัน แพทย์แผนตะวันออกก็มีหน้าที่สามประการ

ประการแรก คือ เสริมสร้างกำลัง ช่วยให้ผู้ป่วยต้านทานผลข้างเคียงจากการแพทย์แผนตะวันตกได้ดีขึ้น

ประการที่สอง เป็นแนวทางรักษาหลักในโรคซึ่งทราบกันว่าแผนตะวันตกรักษาไม่ได้ผล เช่น อาการปากเปื่อย โรคสะเก็ดเงินหรือต่างขาว เป็นต้น

ประการที่สาม คือ เป็นทางเลือกของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาด้วยแผนตะวันตกมาระยะเวลาหนึ่งแล้วไม่หาย ก็สามารถเปลี่ยนมารักษาแผนตะวันออกได้

ก่าถิเอื่อง ลูกสาวของก่าถิหวด เป็นลูกพี่ลูกน้องกับก่าถิเนม และเป็นสมาชิกตระกูลล่อคำเช่นกัน ก่าถิเอื่องเป็นแพทย์แผนตะวันออกที่โรงพยาบาลเชินลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด เล่าให้ฟังว่าการแพทย์แผนตะวันออกฝังรากอยู่ในเวียดนามนับตั้งแต่คนจีนเข้ามาปกครองเวียดนามเมื่อพันปีก่อน แผนตะวันตกนั้นเป็นมรดกจากการเป็นประเทศอาณานิคมของฝรั่งเศส ทั้งสองแนวได้รับความสำคัญจากรัฐบาลอย่างเท่าเทียมกัน แนวทางเช่นนี้ถูกกำหนดและสืบทอดมาตั้งแต่สมัยเวียดนามประกาศเอกราช (dai phong dat nouc) เมื่อปี ๑๙๕๔ โฮจิมิงค์ ซึ่งก่อนหน้านี้เดินทางรอนแรมในหลายประเทศ ทั้งจีน รัสเซีย ฝรั่งเศส รวมทั้งได้อาศัยอยู่ในถิ่นของกลุ่มชาติพันธุ์“ไต”ทางตอนเหนือของเวียดนามด้วย ได้เรียนรู้ข้อดีและข้อจำกัดของการแพทย์แต่ละทาง เมื่อประกาศเอกราชแล้ว มีการก่อตั้งโรงพยาบาลในหลายๆ พื้นที่จึงกำหนดแนวทางไว้ว่าให้ใช้การแพทย์ทั้งสองแบบประกอบกัน ไม่ทิ้งอันใดอันหนึ่ง

นับแต่ปี ๑๙๕๔ เป็นต้นมา โรงพยาบาลในเวียดนาม จึงมีแผนกแพทย์และยาแผนตะวันออกอยู่คู่กับแผนตะวันตกในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง โรงพยาบาลระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ส่วนในระดับตำบลนั้น จะต้องมียาอย่างน้อยหนึ่งคนในสถานพยาบาลที่มีความรู้เรื่องแผนตะวันออกไปประจำการอยู่ ในทางปฏิบัติ เอื่องเล่าให้ฟังว่ามีการพูดคุยและตกลงระหว่างหมอกับผู้ป่วย แต่แพทย์จะเป็นผู้ลงความเห็นว่าจะต้องใช้การรักษาในลักษณะใด บางโรคต้องใช้แผนปัจจุบันเท่านั้น บางโรคอาจต้องใช้การฝังเข็มร่วมด้วย หรือบางโรคควรรักษาด้วยแผนตะวันออกอย่างเดียวก็มี ดังนั้นก็จะเห็นว่าในโรงพยาบาลฝ่ายแผนปัจจุบันและแผนตะวันออกจะมีคนจำนวนพอๆกันไปรับการรักษา เนื่องจากรัฐได้ให้อำนาจ (cho phep) ว่าสองอย่างนี้มีความสำคัญเท่ากัน ไม่ห้าม (khong cam) ผู้ป่วย หากผู้ป่วยกินยาแผนตะวันตกอยู่ ก็สามารถรักษาแผนตะวันออกควบคู่กันไปได้ ผู้เขียนเห็นว่าตัวอย่างเหล่านี้สะท้อนถึงความเปิดกว้าง และประนีประนอมต่อความแตกต่างของแนวทางการรักษาได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ดี การพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่ และการให้ความสำคัญกับการแพทย์ตะวันออกจริงๆ แล้ว ไม่ได้เป็นการแพทย์เพื่อช่วยเหลือประชาชนเท่านั้น หากจุดเริ่มของมันกลับมีเป้าหมายทางการเมืองเป็นที่ตั้ง

หลังจากชนะฝรั่งเศสที่เดียนเบียนฟูในปี ๑๙๕๔ แล้ว พรรคคอมมิวนิสต์เวียดนามก็ได้ดำเนินงานทางการเมืองและวัฒนธรรมสืบเนื่องจากที่ได้ริเริ่มมาตั้งแต่ทศวรรษ ๑๙๔๐ เป้าหมายคือการสลายอำนาจเก่าจากระบบศักดินาและเจ้าอาณานิคม และสร้างประชาชนให้เหมาะสมกับสังคมแบบใหม่ การปฏิวัติจะเกิดขึ้นใน ๓ ปริณพท *อย่างแรก* คือการปฏิวัติในวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี *อย่างที่สอง* คือปฏิวัติความสัมพันธ์ทางการผลิต และ*อย่างที่สาม* คือการปฏิวัติทางวัฒนธรรมและอุดมการณ์

“วัฒนธรรมใหม่” (van hoa moi) ที่พรรคฯ พยายามสร้างให้เกิดคือ ความขยันหมั่นเพียร อุตสาหะ มัธยัสถ์ ไม่ทุจริต ไม่ติดสินบน ความเป็นธรรม แทนที่การคิดถึงแต่ตนเองและพวกพ้องของตัวเอง การชิงดีชิงเด่น คิดถึงหน้าตาทางสังคม การคดโกง ฯลฯ ซึ่งเป็นค่านิยมในยุคศักดินา ในเชิงระบบ พรรคฯ มองว่าผู้ปกครองในยุคศักดินา ดำรงอยู่ในอำนาจได้ นอกจากด้วยการทุจริตแรงงาน และการควบคุมที่ดิน แล้ว ในเชิงจิตใจก็สร้างความรู้สึกไม่มั่นคงให้กับประชาชน ด้วยสร้างเรื่องราวเกี่ยวกับอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติ ทำให้ผู้คนประหลาดอยู่กับรางวัลและการลงโทษของผีชนิดต่างๆ เพื่อต่อสู้และกำจัดความเชื่อและการกระทำซึ่งพรรคฯนิยามว่า “งมงาย ล้าหลัง” พรรคฯจึงให้ความสำคัญกับการศึกษาและการแพทย์ หลักการสำคัญที่

ยึดถือร่วมกันคือ ประชาชน (dan toc) ประชาธิปไตย (dan chu –หากแปลตรงตัวจะหมายถึงประชาชนเป็นใหญ่/ประชาชนสำคัญ) และวิทยาศาสตร์ (khoa hoc)

ช่วงเวลานับแต่ทศวรรษ ๕๐-๗๐ จึงเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงหลายๆ อย่าง เช่น เกิดการปฏิรูปที่ดิน เกิดระบบนารวมและสหกรณ์ เกิดการสลายอำนาจเจ้าที่ดิน เกิดการยกเลิกพิธีกรรมบางอย่างที่พรรคฯเห็นว่ามืองค์ประกอบที่เป็นศักดินา ล้าหลัง แล่งมลาย นอกจากที่ถูกยกเลิกเด็ดขาดแล้ว บางอย่างก็ถูกปรับให้สอดคล้องกับค่านิยมแบบใหม่

นอกเหนือจากการห้ามสิ่งมลายล้าหลังแล้ว ในอีกทางหนึ่งพรรคฯพยายามจะพิสูจน์ให้ประชาชนเห็นด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ว่าสิ่งต่างๆ เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ตามหลักเหตุผล ประจักษ์ได้ เช่น โรคภัยไข้เจ็บเกิดจากเชื้อโรค ไม่ใช่เกิดจากเทพหรือภูติผี รวมทั้งสามารถรักษาได้ด้วยยา ทั้งยาแผนตะวันตกและยาแผนตะวันออก การประกอบพิธีทางศาสนา การเซ่นสรวงบูชาสิ่งเหนือธรรมชาติ การเสี่ยงทาย ไม่ทำให้โรคหายได้ ดังนั้นหลังปี ๑๙๕๔ พรรคฯจึงสร้างโรงพยาบาลขึ้นหลายแห่ง และมีแนวทางให้รักษาแผนตะวันออกควบคู่ไปกับแผนตะวันตก และเอาจริงเอาจังในการพัฒนาทางด้านนี้ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของอุดมการณ์ทางสังคม

ในปัจจุบัน Dong Tay Y ket hop กำลังเป็นแนวทางของธุรกิจการแพทย์ที่แพร่หลายในเวียดนามขณะนี้โรงพยาบาลเอกชนบางโรงพยาบาล (Dong Tay Medic) ได้ใช้เรื่องการประสานการแพทย์ตะวันตกตะวันออกเป็นจุดขาย <http://www.dongtaymedic.com/> ส่วนหนังสือพิมพ์ Lao Dong ซึ่งเป็นหนังสือพิมพ์ยักษ์ใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ก็เขียนบทความเกี่ยวกับเรื่องนี้ ถึงขนาดกล่าวว่า ตะวันออกประสานตะวันตกคือหนทางไปสู่อนาคตของอาเซียน <http://laodong.com.vn/Y-te/Chua-benh-ket-hop-dong-tay-y-Xu-huong-cua-tuong-lai/๕๒๙๔๖.bld> กระแสนี้เป็นกระแสที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่าจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไรต่อไปกับเศรษฐกิจยาพื้นบ้านในพื้นที่ต่างๆ หรือจะส่งผลอย่างไรหรือไม่กับการศึกษาวิจัยตำรับยาจากท้องถิ่น กลุ่มชนต่างๆในเวียดนาม

tuoc dan dan: บททางแพร่งของภูมิปัญญาและการค้า

เมื่อผู้เขียนกลับไปจีนลาเดือนพ.ย.๒๐๑๒ ซึ่งห่างจากครั้งสุดท้ายที่กลับไปถึง ๕ ปี ผู้เขียนสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงสองอย่างในหมู่บ้าน อย่างแรกคือเรือนแบบไต้คำหายไป กลายเป็นบ้านปูนชั้นเดียวแบบชาวกิ่งญเข้ามาแทนที่ แนวต้นไม้ที่ทำหน้าที่เป็นรั้วหายไป กลายเป็นรั้วทึบ กันพื้นที่ชัดเจน มองไม่เห็นบ้านเรือนที่เรียงรายตามถนนในหมู่บ้านอีกต่อไปเพราะรั้วบังหมด อย่างที่สองคือการปรากฏตัวของสมุนไพรไต้ในพื้นที่ยี่ต่างๆ เช่นในตลาด ในโรงแรม และในหมู่บ้าน สิ่งนี้ผู้เขียนไม่เคยเห็นเมื่อหลายปีก่อน จึงเกิดความสงสัยว่าสมุนไพรอยู่ในมิติใดของผู้คน กล่าวคือในยุคของการกลายเป็นเมือง (Dothihoa เป็นคำที่ชาวไทใช้พูดถึงสภาพหมู่บ้านในปัจจุบัน) คนหันกลับมาใช้สมุนไพรไต้กันมากขึ้นใช้หรือไม่ หรือจะเป็นว่าในยุคสมัยใหม่นี้เรื่องสุขภาพได้เชื่อมโยงกับอัตลักษณ์ชาติพันธุ์ หรือว่ายาเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมสุขภาพซึ่งเป็นกระแสนิยมทำนองเดียวกับในประเทศไทย ฯลฯ

ผู้เขียนคุยเรื่องข้อสังเกตนี้กับกำถิเนม เธอจะไม่ค่อยเชื่อใจยาแผนตะวันออกสักเท่าไร เธอก็มักจะเรียกมันว่า “พวกกอไม้พวกนั้น” ในทัศนะของเธอกอไม้เหล่านี้แสดงถึงวิวัฒนาการขั้นต้นของมนุษย์ ดังที่เธอว่า “ยาไต้มันก็คือพวกกอไม้มันแหละ มันมีมาตั้งแต่มีผู้คนแล้ว มีผู้คนก็ต้องไปสวาทหาของกินก็เหมือนสัตว์อื่นๆ แล้วก็เรียนจากตัวลิงว่าอะไรกินได้ อะไรกินแล้วหายเจ็บขา หายปวดท้อง” “ยาไต้เรายังไม่พัฒนา เราเอามาทั้งกิ่ง ทั้งราก ทั้งกอ มันไม่เหมือนแผนตะวันออกแนวอื่น ที่เขาพัฒนาจนผลิตยาเม็ดได้” “ถ้าเป็นโรคหนักกินยากอไม้ไป ก็บอกไม่ได้หรอกว่าหายไหม เพราะมันไม่มีเครื่องมือจะเช็ค อาจจะรู้สึกดีขึ้น แต่” หาย”หรือไม่ ไม่รู้”

กำวันชู (Cam Van Du) ผู้พิพากษาประจำจังหวัดเซินลาและเป็นสามีพี่เนม เสริมว่า ข้อจำกัดของยาไตคือหมอแต่ละคนก็จะรู้การรักษาแค่โรคเดียว เช่น รู้จักการทำยาพอกแข็งขาหัก รู้จักยารักษาโรคตับ ไม่รู้อย่างรอบด้านและไม่มีเครื่องมือแบบหมอตะวันตก ยิ่งกว่านั้น “ตอนนี้คนที่รู้จริงๆ ก็ตายไปจะหมดแล้ว ลูกหลานก็ไม่ทำมาหากินด้วยการเก็บยาแล้ว แล้วป่าภูก็ไม่มีแล้ว ฟันป่าทำอะไรทำกันหมด ยาที่ดีมันต้องขึ้นตามธรรมชาติ เอาของที่ปลูกมา มันไม่ดีเท่าของตามธรรมชาติ”

ในทัศนะของสองสามีภรรยา เห็นว่าชาวบ้านมีแนวโน้มที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น การเก็บกอกไม้มาต้มกินกันเองน่าจะลดลง นอกเหนือจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือนโยบายเรื่องการประกันสุขภาพ ของรัฐ ที่ให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มชาติพันธุ์ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ง่าย ๕% ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่กลุ่มชาติพันธุ์นี้ ทำให้หลายครอบครัวที่พ่อเป็นคนกิงญ์และแม่เป็นคนไตดำเลือกที่จะระบุสัญชาติให้ลูกว่าเป็นคนไตดำ อย่างไรก็ตาม นโยบายดังกล่าวก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปอีก จากที่แต่เดิมชาวบ้านไม่ต้องออกอะไรเลย รัฐจ่ายให้หมด มาเป็นรัฐให้ประชาชนออก ๕% ในปัจจุบัน และข้อกำหนดนี้มีอายุถึงปี ๒๐๑๔ ชาวบ้านจึงคาดเดากันว่าต่อไปรัฐคงสนับสนุนน้อยลงเรื่อยๆ และชาวบ้านจะต้องออกเงินมากขึ้นเรื่อยๆ

อย่างไรก็ดี หมอพื้นบ้านนั้น มีทัศนะต่างจากแพทย์แผนตะวันตกอย่างหน้ามือเป็นหลังมือ ผู้เขียนได้ไปเยี่ยม **กำธิสอย** (Cam Thi Soi) อดีตข้าราชการสังกัดกระทรวงศึกษา ซึ่งขณะนี้เกษียณอายุราชการแล้ว และได้พบว่าในช่วงเวลา ๕ ปีที่ผู้เขียนไม่ได้กลับไปเซินลานั้น พี่สอยได้กลายเป็น “หมอพื้นบ้าน” (thay lang) ไปแล้ว

เช่นเดียวกับทุกครั้งที่ได้ไปเซินลา ผู้เขียนมักแวะไปเยี่ยมยามพี่สอยและครอบครัว เนื่องจากรู้จักกันมาหลายปี ผู้เขียนสะท้อนให้เธอฟังว่ามาคราวนี้ได้เห็นความเปลี่ยนแปลงอะไรในเซินลาบ้าง โดยเฉพาะเรื่องยาไตที่เห็นว่าแพร่หลายมากขึ้น โดยไม่ได้คาดมาก่อน พี่สอยจึงได้บอกว่าตัวเองก็เป็นคนหนึ่งที่ใช้ “ความรู้” ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากแม่ มารักษาคน

เธอเล่าว่าไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะมาทำยา หรือจะมาเป็นหมอพื้นบ้าน ก่อนหน้านั้นเมื่อไม่สบายเธอก็รักษาตามแพทย์แผนตะวันตกตามแบบข้าราชการทั่วไป แต่รักษาด้วยแผนตะวันตกบางครั้งก็ได้ผลข้างเคียงตามมา บางครั้งก็ไม่หาย เธอจึงเริ่มหันมากินยาไต แล้วเมื่อกินยาไตหาย เธอจึงรักษาด้วยแผนไตมาตลอด หลังจากรักษาตัวเองเธอก็เริ่มรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ของคนในครอบครัว ด้วยความรู้ที่เธออ่านเพิ่มเติมและที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากแม่ของเธอ ทำเช่นนั้นจนพอจะแน่ใจมากขึ้นจึงได้เริ่ม “รักษา” คนอื่นด้วยตำรับยาต่างๆ โดยคนที่มารักษานั้นมีทั้งที่มาหาเธอที่บ้านและมีทั้งที่โทรศัพท์มาปรึกษา

การวินิจฉัยของเธอมาจากการสังเกตและสอบถาม พิจารณาประกอบกับข้อมูลที่เธออ่านจากสื่อต่างๆ (หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต) เช่น อาการของการขาดวิตามินซีเป็นอย่างไร ตับมีปัญหาเป็นอย่างไร แล้วเธอจะพิจารณาเป็นรายๆ ไปว่าอาการเจ็บป่วยนั้นจะแก้อย่างไร บางรายก็รักษาได้ด้วยสมุนไพรที่เธอปลูกเองในสวน บางรายก็ต้องจ้างคนไปเก็บจากป่า แต่บางรายเธอก็บอกตำรับยาและวิธีปรุงให้ผู้ป่วยไปจัดการเอง หลังจากให้ยาหรือบอกตำรับยาไปแล้ว พี่สอยจะคอยติดตามอาการด้วยการโทรศัพท์ไปถามไถ่ และบันทึกผลการรักษาหากยาที่ให้ไปรักษาไม่ได้ เธอจะทดลองเปลี่ยนสูตรยาใหม่ไปเรื่อยๆ สำหรับเธอแล้ว “กอกไม้” ไม่ได้เป็นเพียงกอกไม้ กอกไม้มีสรรพคุณทางยากว้างขวาง “กอกอะไรก็เป็นยาทั้งนั้น รักษาโรคหนึ่งไม่ได้ก็ต้องรักษาอีกโรคได้” นอกจากกอกไม้จะมีสรรพคุณทางยาแล้ว เธอได้รับการปลูกฝังมาว่ากอกไม้ยังมีความพิเศษเฉพาะของมัน กอกไม้กอกเดียวกันคนบางคนนำมาใช้รักษาได้ คนบางคนกลับใช้ไม่ได้ สมัยก่อนนี้หมอยาจึงต้องนำฝ้าย เงิน ข้าว ไปคุกเข่าและไหว้กอกไม้ ๓ หน เพื่อขอให้การรักษาเป็นผลสำเร็จ และเมื่อรักษาแล้วก็จะต้องเอาไก่และข้าวมา

การระขอบคุนกอไม้่อีกครั้ง อย่งไรก็ตาม เมื่อผู้เขียนถามว่าพีสอยต้องไหวกอไม้ก่อนหรือไม่ แล้วในระหว่างที่ปร่งยา มีคาถากำกับหรือไม่ เธอตอบว่า “ไม่ ส่วนนั้นมันเป็นความ”งมยาล ล้าหลัง” ไม่”เป็นวิทยาศาสตร์”ของเราทำแต่ส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์”

ผู้เขียนขอคุสมุดบันทึกของเธอก็พบการบันทึกอย่างละเอียดของคนใช้แต่ละคน รวมถึงมีการบันทึกรายละเอียดของตำรับยาและมีโน้ตเฉพาะกรณีต่างๆ ไว้ด้วย ในสมุดบันทึกของเธอนั้นมีตำรับยาถึง ๖๐ ตำรับ

ผู้เขียนเห็นว่าบันทึกการทำงานของพีสอยนี้เป็นตัวอย่างของ”ความเป็นวิทยาศาสตร์”ในระดับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติการความรู้พื้นบ้าน ซึ่งน่าจะมาช่วยเสริมความเข้าใจในเรื่องความเป็นวิทยาศาสตร์ที่คนทั่วไปเข้าใจกันได้ หลายต่อหลายครั้งผู้เขียนได้ยินชาวไตพูดถึงยาได้ว่าไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ เพราะไม่ได้อยู่ในรูปยาเม็ด ไม่มีกระบวนการตรวจสอบควบคุมคุณภาพ ไม่ผ่านการทดลอง ไม่มีเทคโนโลยีมารองรับ ไม่มีการวิจัยในห้องแล็บ จึงไม่สามารถที่จะบอกได้แน่ๆ ว่าอะไรมีสรรพคุณอย่างไร อะไรทำให้อาการหายไป คำอธิบายเรื่องการเป็นวิทยาศาสตร์ในลักษณะนี้แพร่หลายมากในเวียดนาม เมื่อผู้คนที่ต้องการวิจารณ์อะไรบางอย่าง เหตุผลแรกๆ ที่จะได้ยินคือมันไม่เป็นวิทยาศาสตร์ (khong khoa hoc) ผู้เขียนเข้าใจว่าวาทกรรมเรื่องความเป็นวิทยาศาสตร์นี้เป็นมรดกทางความคิดที่ตกทอดมาตั้งแต่ยุคปฏิวัติ ซึ่งแคมเปญทางสังคมที่สำคัญของพรรคคือการกำจัดสิ่งที่เป็นเรื่อง “งมยาล ล้าหลัง” ที่ตกทอดมาจากระบบศักดินา และเติมเต็มความไม่รู้ของคนด้วยอุตสาหกรรมและวิทยาศาสตร์

แต่การณ้กลับกลายเป็นว่าวิทยาศาสตร์ที่ประชาชนเข้าใจและมักอ้างถึง คือวิทยาศาสตร์แบบพึ่งพาเครื่องมือและเทคโนโลยี มากกว่ากระบวนการคิดและการค้นหาความจริงอย่างเป็นเหตุเป็นผล ด้วยเหตุนี้ยาไตจึงมีสถานภาพไม่ทัดเทียมกับยาจีน แม้ว่าอยู่ภายใต้กลุ่มยาเดียวกันคือยาแผนตะวันออก เพราะในความรู้ของคนทั่วไป ยา “ไปไม้”ขาดซึ่งองค์ประกอบทางวิทยาศาสตร์ดังกล่าว ในเรื่องนี้แม้แต่พีสอยเองก็ไม่ได้คิดมาก่อน

อย่างไรก็ดี ใช่ว่ากรรมแพทย์แผนตะวันออกจะไม่เห็นค่าของยาพื้นบ้าน เอื่องเล่าให้ฟังว่ายาพื้นบ้านอันที่จริงก็คือยาที่ได้รับถ่ายทอดมาจากครอบครัว ตำรับยาต่างๆ ได้ถูกทดลองใช้ในครอบครัวในระยะเวลาหนึ่งแล้ว ถ้าหมอพื้นบ้านคนใดเขียนตำรับยาออกมาและพิสูจน์ได้ว่ายาตำรับนี้รักษาโรคได้จริง ทางสาธารณสุขจังหวัดก็จะออกใบรับรองตำรับยานั้น ซึ่งทำให้สามารถขายยานั้นในฐานะยาตำรับครอบครัว (tuoc gia truyen) ได้อย่างถูกกฎหมาย

นอกจากประเด็นเรื่องความเป็นวิทยาศาสตร์แล้ว ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือเรื่องอุดมการณ์ว่าความรู้ที่ผู้ใช้ได้รับสืบทอดมาจากบรรพบุรุษนี้มีไว้เพื่อขาย หรือมีไว้เพื่อปันให้คนอื่น เป็นเรื่องทำมาหากิน หรือเป็นเรื่องสืบทอดวัฒนธรรม

ตลอดสองชั่วโมงที่เราคุยกัน พีสอยมักพูดเรื่องการแบ่งปันความรู้ เธอเปรียบเทียบตัวเองกับเอื่อง (ซึ่งเป็นญาติทางฝั่งสะใภ้ของเธอ) ว่า เอื่อง”ทำธุรกิจ” “ทำมาหากิน”จากความรู้ที่เรียนมาจากบรรพบุรุษ ส่วนตัวพีสอยนั้นไม่ได้มีใบประกอบกิจการ ไม่ถือว่าทำธุรกิจ ถือว่าสิ่งที่ทำเป็นการปันความรู้ให้คนอื่นนำไปใช้ เพราะเธอไม่ได้”ขาย”อะไร ยาของเธอเป็นยาสามัญ (tuoc gian gian) หรือยาที่ไม่ต้องจ่ายเงินใช้ทอง ไม่มีเงินไปโรงพยาบาลก็หายได้ด้วยยานี้ หลายครั้งเธอบอกตำรับยาให้ผู้ป่วยไปหารักษาตัวเอง และเก็บเงินค่ารักษาเมื่อผู้ป่วยหายหรือสบายขึ้น ไม่เหมือนกับเอื่องซึ่งเก็บค่ารักษาเป็นรายครั้ง และในอัตราที่ค่อนข้างสูง

โดยภูมิหลัง พีสอยเป็นลูกสาวของกำวันซุง (Cam Van Sung) ลูกชายคนโตของกำบุนอวย (Cam Bun Oai)เจ้าเมืองผู้มีอำนาจมากที่สุดคนหนึ่ง และเป็นเจ้าเมืองคนสุดท้ายก่อนยุคเวียดนามขึ้นสู่อำนาจ ในยุคของเวียดมิง กำวันซุงเป็นผู้ปกครองเขตปกครองตนเองไตแม้ว หรือเขตปกครองตนเองภาคตะวันตกเฉียงเหนือ พีสอยมักพูดถึงพ่อของเธอด้วยความชื่นชม ผู้เขียนเข้าใจว่าเกียรติยศของวงศ์ตระกูล ถูกนำมาเป็นสิ่งที่ค้าประกันว่าเธอไม่ละโมภ และเธอ”ช่วยเหลือ”คนจริงๆ นอกจากนั้น ประเด็นที่เธอมักจะย้ำอยู่เสมอคือการได้

รวบรวมวัฒนธรรมของคนไต เธอมองว่าความรู้เรื่องยาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและความเป็นคนไต การที่เธอเสาะแสวงหา ทดลองตำรับยาไปเรื่อยๆ ทำให้เธอได้เรียนรู้หลายอย่างที่เคยรู้มาจากคำบอกเล่าของคนแก่ และได้เก็บรวบรวมส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมตนเองไว้ ผู้เขียนเห็นว่าประเด็นนี้เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจในการคุยกับพี่สอย เพราะแสดงถึงการกระทำที่มีความหมายเชิงวัฒนธรรมมากพอๆกับเรื่องสุขภาพ

เมื่อมาตุสมุดบันทึกอีกครั้งก็พบว่าตัวหนังสือที่พี่สอยและกำวันฮัก (Cam Van Hac) ผู้เป็นสามีใช้ มีทั้งตัวอักษรรูปแบบของชาวเวียดนาม และตัวหนังสือไตดำ ซึ่งเรื่องนี้พี่สอยอธิบายว่าคำบางคำต้องใช้ภาษาไตดำเขียนเท่านั้น จึงจะถ่ายทอดความหมายได้อย่างลึกซึ้ง พี่สอยเสริมว่า ส่วนใหญ่จะแนะนำให้ผู้ป่วยเสนขวัญและกินยาควบคู่กันไป เป็นการรักษาทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาดั้งเดิมของคนไต

ต่อประเด็นนี้ ยายหวด ซึ่งเป็นแม่ของเฮือง ให้ความเห็นจากฐานความคิดเรื่องอรรถประโยชน์และความเท่าเทียมกันว่า ของเดิมบางครั้งก็ไม่เหมาะกับยุคสมัย เช่นเปรียบเทียบกับเรือยนต์ที่ผู้เขียนถามถึง ว่าทุกวันนี้ป่าหมดแล้ว ไม่มีไม้ใหญ่จะเอามาทำเสาเรือ อายุการใช้งานของเรือที่ดีมากๆ เต็มที่ก็ ๕๐ ปี มันไม่ทนทาน รักษาที่ยาก และเงินที่ใช้ในการปลุกเรือยนต์หนึ่งเรือน สามารถเอามาปลุกบ้านแบบแถวได้สองหลัง เธอว่าขณะนี้ประเทศก็ไม่ได้ขาดแคลนอะไรแล้ว หาเงินมาได้ก็ปลุกเรือยนต์ได้ เธอมองว่ายุคนี้เป็นยุคของความเท่าเทียมกันของโอกาสทางเศรษฐกิจ เป็นยุคที่ผู้คนมีความเสมอภาค (กว่ายุคศักดินา) “ผู้คนเท่ากัน อั่งมิตีได้ มีฝ้ายใส่ฝ้าย มีเปียวกเปียก” หมายถึงลงทุนลงแรงไปก็จะได้ผลตอบแทนกลับมา ทุกวันนี้คนตามบ้านนอกที่ทำไร่ข้าวโพด เขามีรถใช้กันแล้ว ไม่ได้ลำบากเหมือนแต่ก่อน “ยายก็ได้เห็นว่าคนไตเรารู้จักค้าขายกับเขาเหมือนกัน” ส่วนเรื่องการรักษาวัฒนธรรมนั้น หลิงซราอายุแปดสิบ ผู้มีชีวิตอยู่ในยุคศักดินาและยุคสังคมนิยมกลับตอบว่า “ยุคไหนก็ยุคนั้น ตอนนี้อะไรเรารู้จักอั่งมิตีได้ จะใช้ชีวิตตามฮึดคงแบบยุคก่อนทำไม่ได้แล้ว ไม่มีใครขับส่งซู้ซอนสาว ขุนลูนางอ้วได้แล้ว ยุคสมัยมันเปลี่ยนไปแล้ว”

Spiritual aspect of health and sickness

งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับเรื่องขวัญ มักมองขวัญและพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องในแง่ภูมิของพิธีกรรม ซึ่งเชื่อมโยงจิตวิญญาณของผู้คนและโครงสร้างสังคม การศึกษาเรื่องขวัญจึงมักเน้นการวิเคราะห์พิธีกรรม ในมิติด้านชาติพันธุ์นั้น ขวัญและพิธีกรรมเกี่ยวกับขวัญถูกมองว่าเป็นสิ่งสำคัญในการธำรงอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่แล้วขวัญมักจะไม่ได้ถูกพูดถึงจากตัวของมันเอง แต่ถูกพูดถึงผ่านพิธีกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่สื่อสารโดยตรงกับผีขวัญ

“ความป่วยขวัญ” เป็นหนังสือที่ เวืองจุม (Voung Trung) กวีชาวไตดำ เรียบเรียงบทสวดของผู้ประกอบพิธี (หรือมด) ตีพิมพ์ในทศวรรษ ๘๐ ผู้เขียนมีโอกาสได้เรียนหนังสือเล่มนี้กับอาจารย์กำจองในปี ๒๐๐๔ ทำให้พอจะเข้าใจว่า ขวัญไม่ได้เป็นวิญญาณแบบที่คนไทยเราเข้าใจ ที่เป็นวิญญาณในความหมายที่คนไทยเข้าใจนั้น คนไตดำเรียกว่า “แนน” แนนไม่มีรูป ส่วนขวัญมีรูป มนุษย์มีขวัญ ๘๐ ขวัญ ประจำการอยู่ตามอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ขวัญหลวงคือขวัญที่สำคัญที่สุดอยู่ที่กระหม่อม นอกเหนือจากมนุษย์ บ้านเมืองและสภาพแวดล้อมต่างๆก็มีขวัญเช่นกัน แต่ใช้คำว่า “เสื่อ” แทนคำว่าขวัญ เช่น เสื่อบ้านเสื่อเมือง เสื่อป่าเสื่อเขาเสื่อน้ำเสื่อภู เป็นต้น

ขวัญเป็นสิ่งที่อยู่ประจำตัวคน แต่ก็อยู่กึ่งกลางระหว่างตัวคนกับเมืองผี ธรรมชาติของขวัญมักชอบเที่ยวเล่น ในชีวิตประจำวัน เมื่อผู้คนออกจากบ้านไปทำไร่นา ขวัญก็ติดตามไปกับตัวคน แต่มักจะแวะเที่ยวตามกอไม้ ต้นไม้ หนองน้ำ บางครั้งไปติดใจต้นไม้ที่เป็นที่สถิตยของผีป่า เช่นกอไผ่หนาด ก็อาจจะถูกผีป่าทำร้าย ทำให้เจ้าของเจ็บไข้ได้ป่วยก็มี หรือหากผีขวัญเที่ยวเพลิน อยากไปอยู่กับผีอื่นมากกว่า ก็อาจจะทำให้เจ้าของถึงกับเสียชีวิตได้ ความเป็นและความตายของมนุษย์จึงใกล้เคียงกันตามคำที่พูดว่า “ผีกับคนใกล้กันเหมือนใบเจี๋ย” หมายถึงสภาวะของคนกับผี ความเป็นและความตาย มีระยะห่างบางๆ เท่าความบางของกระดาษ

และสิ่งที่ทำให้คนกลายเป็นผี ก็คือขวัญนั่นเอง การ”เรียกขวัญ”จึงเป็นพิธีสำคัญในการเรียกให้ผีขวัญที่เกี่ยว
เล่นตกค้างอยู่ตามที่ต่างๆ กลับมาอยู่กับตัวเจ้าของ ไม่ให้ไปตกค้างตามที่ต่างๆและไม่ให้ไปอยู่กับผีอื่นๆ

ความปาวขวัญ คือ หนังสือที่วาดด้วยภูมิทัศน์ของโลกมนุษย์และเมืองฟ้า เนื้อเรื่องที่ปรากฏอยู่ในความ
ปาวขวัญ แท้จริงแล้วคือบทสวดที่มดร้ายให้กับขวัญของเจ้าตัว และให้คนอื่นๆ ฟังในขณะที่ประกอบพิธี เนื้อ
เรื่องทั้งหมดคือการพาขวัญไปเที่ยวทั้งเมืองมนุษย์และเมืองสวรรค์ ที่น่าสนใจสำหรับคนนอกวัฒนธรรมอย่าง
ผู้เขียนคือได้รู้ว่าสถานที่ใดบ้างอยู่ในภูมิทัศน์ทางวัฒนธรรมของชาวไตดำ ส่วนในเมืองฟ้านั้น ความปาวขวัญทำ
ให้เห็นว่ากายภาพของเมืองฟ้า ว่าจะไปเมืองฟ้า ไปอย่างไร ไปแล้วเจออะไรบ้าง เมืองฟ้ามีชนชั้นหรือไม่ เทพ
เจ้าหรือแดนอันที่จริงแล้วไม่ได้มีแดนหลวงเพียงองค์เดียว แต่มีหลายองค์ทำหน้าที่แตกต่างกันไป(แดนหลวง
แดนบุญ แดนจิ้ง แดนบัก แดนแม่เข้า ฯลฯ) เมืองฟ้ามีกี่เมือง อะไรบ้าง (เช่น เมืองแดน เมืองเจ้า เมืองไพร
เมืองผีเด็ก เมืองผีแม่หม้าย ฯลฯ) ในอดีต มดที่ทำพิธีจะร้ายสิ่งเหล่านี้ เพื่อนำขวัญไปเที่ยวเมืองฟ้า ให้ขวัญได้
สบายใจและพากลับลงมา หรือหากมีงานศพ เชื่อกันว่าผีขวัญของญาติพี่น้องจะต้องตามไปส่งผีขวัญของผู้ตาย
ที่เมืองฟ้า มดก็จะร้ายพาขวัญของทุกคนไป ป้องกันไม่ให้ขวัญคนเป็นไปเที่ยวเล่นเมืองผี และนำทางกลับมา
เฉพาะขวัญของผู้ยังมีชีวิตอยู่ เป็นอันเสร็จพิธีส่งผู้ตายที่สมบูรณ์แบบ

ในความเข้าใจของผู้เขียน ขวัญในโลกทัศน์ของชาวไตดำนั้นไม่ได้มีลักษณะเชิงนามธรรม ตรงกันข้าม
มันถูก objectify จนแทบจะเห็นภาพว่าผีขวัญก็เหมือนมนุษย์ มีกิน มีเที่ยว มีพอใจ มีชอบ มีโกรธ มีหลงทาง
ความพยายาม objectify ขวัญนี้เห็นได้จากการใช้สื่อของคนมาเป็นตัวแทน เมื่อประกอบพิธีกรรม คือใน
ขณะที่เจ้าของเองก็นั่งอยู่ในพิธี แต่มดหรือหมอไม่ทำพิธีกับเจ้าตัวโดยตรง แต่จะทำพิธีกับสื่อที่ถือเป็นตัวแทน
ของผีขวัญ ซึ่งวางอยู่ด้านหน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และขวัญ ในทัศนะของผู้เขียน จึงเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด จำต้องได้
ผ่านการดื่มเหล้าเพื่อผีขวัญ ผ่านสิ่งจำต้องได้อย่างเสีย และผ่านการสื่อสารแบบที่เห็นขวัญมีอะไรที่คล้ายมนุษย์
ไม่ห่างเหินและเคารพยำเกรงแบบมนุษย์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ขวัญเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในมิติของสุขภาพ ทั้งในแง่การป้องกัน และการรักษา เยียวยาความเจ็บ
ไข้ได้ป่วยของคนไตดำ คนไตดำมองว่าหากผีขวัญได้รับการดูแลอย่างดี ก็จะไม่ทำให้คนเจ็บป่วย และหากเมื่อ
ป่วยแล้ว การทำให้ผีขวัญพอใจ กลับมาอยู่กับเนื้อกับตัว ก็จะทำให้ร่างกายหายเจ็บป่วยได้

ยายกำถิโจว (Cam Thi Chau) แม่ของกำถิเนม และเป็นน้องสาวแท้ๆ ของกำถิทวด เล่าว่าใน
ทศวรรษ ๗๐ เธอรับราชการทางด้านสาธารณสุขกับจังหวัดเซินลา พี่สาวเธอซึ่งขณะนั้นเป็นสมาชิกพรรคฯไป
แล้ว ได้ชวนให้เธอเข้าร่วมกับพรรคฯ ซึ่งเธอเองก็เห็นประโยชน์ อย่างไรก็ตามเธอไม่สามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิก
พรรคได้ เนื่องจากเมื่อเธอได้ “ปลดเกล้า” (มวยผมกลางกระหม่อมของหญิงที่แต่งงานแล้ว) ลง เพื่อไม่ให้แปลก
แยกกับผู้หญิงจากชาติพันธุ์อื่น เธอพบว่าทั้งตัวเธอและลูกๆ พากันเจ็บไข้ได้ป่วย จนต้องให้มดมาทำพิธี และมด
ได้บอกว่าเหตุของความเจ็บป่วย เกิดจากการที่เธอลบหลู่ผีขวัญด้วยการปลดเกล้า ในที่สุดเธอเลือกที่จะไม่เข้า
พรรคฯด้วยเหตุผลว่า ถ้าไม่มีเกล้า เธอก็คงไม่สามารถป้องกันลูกๆ จากความเจ็บป่วยได้ ยายโจวเล่าว่าตั้งแต่
นั้นมาก็ไม่เคยคิดจะเอาเกล้าลงอีกเลย แม้เมื่อมาอยู่กลางเมืองฮานอยท่ามกลางชาวกิ่งญ่เป็นสิบปี เธอก็ยังคง
ตั้งเกล้าเช่นเดิม

ยายโจวเล่าให้ฟังว่าตอนที่อาจารย์กำจงสามีเธอป่วยหนักด้วยอาการเส้นเลือดในสมองแตก ลูกสาว
เธอคือพี่เนม ได้เอาสื่อของอาจารย์กำจงไปให้มดคนหนึ่งพยากรณ์ให้ว่าเกิดจากอะไร ต้องแก้ไขอย่างไร มดได้
บอกว่าผีขวัญของอาจารย์กำจงถูกแดนหลวงจับผูกไว้แล้ว สาเหตุคือกำวันซุงซึ่งเป็นบิดาบุญธรรมของอาจารย์
กำจง เมื่อตายแล้ว เกิดไปก่อเรื่องก่อกวนกับเมียของแดน ทำให้แดนโกรธมาก เมื่อกำวันซุงหมดเวลาที่เมืองฟ้า
แล้ว แดนยังไม่คลายความโกรธ จึงเลือกเอาลูกบุญธรรมไปปรับโทษ เป็นตัวตายตัวแทนของกำวันซุงต่อไป เมื่อรู้

เหตุเช่นนี้แล้ว ทางครอบครัวจึงได้จัดพิธีเสนแก่ เพื่อแก้ไขสถานการณ์มดจึงต้องต่อรองกับแตน พี่เนมเล่าว่าใช้เงินจำนวนมากกับพิธีนี้ เพราะต้องซื้อของ อาหารต่างๆ มาเสนอให้แตนพอใจ บางครั้งแตนต้องการกินเนื้อควายก็ต้องเอาเนื้อควายมาประกอบพิธี เป็นต้น ผลของการเสนครั้งนี้ มดได้บอกกับครอบครัวว่าล้มเหลว แแตนไม่รับข้อต่อรอง และแตนได้กำหนดไว้แล้วว่าอายุของอาจารย์กำจองมีเท่านี้ ซึ่งก็เป็นไปตามที่มดได้กล่าวไว้ อาจารย์กำจองเสียชีวิตหลังจากนั้นไม่นาน

ผู้เขียนเห็นว่าครอบครัวอาจารย์กำจองเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ ของคนในตระกูลซึ่งเป็นชนชั้นปกครองที่ผูกพันกับวิถีดั้งเดิมที่ละเอียดอ่อนมาเรื่อยๆ อย่างเรื่องขวัญ ในชีวิตประจำวันนั้น แทบทุกคนยกเว้นยายโจวซึ่งยังคงตั้งเกล้า ใช้ชีวิตแบบคนสมัยใหม่ พี่เนมใส่กางเกงแบบคนกิงญ์ อาจารย์กำจองชอบแต่งตัวเหมือนอาจารย์ชาวกิงญ์ที่มีรสนิยมค่อนข้างตะวันตก ทั้งหมดไม่กินยาใด รักษาตัวด้วยแผนตะวันตกทั้งหมดตลอดมา หากในห้วงของความเป็นความตายกลับหวนกลับไปหาความลึกซึ้งของวัฒนธรรม ซึ่งว่ากันว่าแม้แต่คนในวัฒนธรรมนั้นที่เข้าใจความผูกพันทางใจนี้ ทั้งๆ ที่อื่นที่จริงแล้ว การทำเช่นนี้สำหรับสมาชิกพรรคฯ เช่นพี่เนม เป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำเป็นอย่างยิ่ง หากเธอก็ยืนยันว่าเป็นสิ่งที่ต้องทำ เพราะความเป็นไต้เป็นสิ่งที่บรรพบุรุษให้ติดตัวมา

ดังที่กล่าวมาบ้างแล้ว ในยุคปฏิวัติ สิ่งใดที่ถูกนิยามว่าแสดงถึงความเป็นศักดินา งามาย ลำหลัง จะถูกห้ามไม่ให้ปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบบางอย่าง ในการนี้ พรรคฯ มีกรอบในการจำแนกแยกแยะอย่างละเอียด กล่าวคือ ในธรรมเนียมปฏิบัติใดก็ตาม ส่วนที่เป็นวิถีปฏิบัติพื้นบ้าน (phong tục) ขั้นตอนต่างๆ ยังคงอนุญาตให้ดำเนินไปได้ องค์ประกอบส่วนที่ล้าสมัย ไม่สมสมัยจะต้องถูกปรับปรุง ส่วนองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเหนือธรรมชาติหรือโลกอื่น หรือเกี่ยวข้องกับการติดต่อกับวิญญาณ จะต้องถูกตัดออกไป ยกตัวอย่างเช่น งานศพ ซึ่งเคยมีขั้นตอนมากมาย กินเวลาหลายวัน สิ้นเปลืองเงินทองในการจัดเตรียม ก็ถูกจำแนกแยกแยะและจัดการใหม่ โดยพรรคฯ กำหนดแนวทางไว้ว่าจะต้องเรียบง่าย จะต้องไม่มีองค์ประกอบที่แสดงถึงความเป็นสังคมศักดินา ลดการจัดเลี้ยงเนื่องจากเป็นแนวทางที่ดำเนินอยู่สมัยก่อนการปฏิวัติ ซึ่งเป็นสิ่งสิ้นเปลือง ทำให้คนหมดเปลืองเพราะต้องการได้หน้าตาทางสังคม ตัดส่วนที่เป็นการสักการะบูชาดวงวิญญาณของผู้ตายออกไป เพราะเป็นส่วนที่มงามาย นอกจากนี้ พรรคฯ กำหนดว่าพิธีศพควรมีหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้มาร่วมงานด้วย ในการแสดงความรำลึกถึงผู้ตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่มาแทนที่การสักการะดวงวิญญาณ จึงให้มีการกล่าวถึงคุณูปการของผู้ตายที่มีต่อการปฏิวัติ และเพื่อทำให้เป็นแบบอย่าง ในงานศพจึงมักจะมีข้าราชการ เจ้าหน้าที่รัฐมาเกี่ยวข้องในหลายๆ เรื่อง เช่น เรื่องการหามโลงศพ การกล่าวคำแสดงความระลึกถึงผู้ตาย (ซึ่งเคยเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว) พรรคฯ หวังว่าจะลดบทบาทของครอบครัวลงและทำให้งานศพเป็นงานของรัฐ ที่แสดงอุดมการณ์แบบที่รัฐต้องการ

อย่างไรก็ตาม ใช่ว่าผู้คนจะสามารถละเลิกธรรมเนียมปฏิบัติ แม้ว่าจะมีการห้ามก็ตาม ดังที่พี่เนมและพี่ชุกกล่าวว่าแม้จะห้ามคนก็ยังคงทำ ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจของคนๆ นั้นด้วย ว่าสามารถทำได้ไหม แต่ผู้เขียนเข้าใจว่าไม่เพียงศักยภาพทางเศรษฐกิจจะเป็นสิ่งตัดสิน แต่สถานะทางสังคมในวัฒนธรรมไทยยุคก่อนการปฏิวัติก็เป็นปัจจัยสำคัญในการฝ่าฝืน หรือต่อรองกับการห้ามนั้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น ยายทวด ซึ่งเป็นสมาชิกพรรคฯ ซึ่งตามปกติสมาชิกพรรคจะต้องถ่ายทอดอุดมการณ์พรรค และทำตัวให้เป็นแบบอย่างเพื่อถ่ายทอดวิถีสังคมนิยมให้แก่คนอื่น ในงานศพของกำวันจุง (Cam Van Trung) พ่อของยายทวด ซึ่งเป็นแพทย์แผนตะวันตกคนแรกของคนไต้ และเคยเป็นถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งเขตปกครองตนเองตะวันตกเฉียงเหนือ เธอเล่าว่าเป็นเรื่องที่ลำบากใจมาก เพราะในตัวเธอครั้งหนึ่งก็เป็นพรรคฯ และการปฏิวัติ แต่อีกครั้งหนึ่งคือการเป็นชนชั้นนำที่มีบทบาททางวัฒนธรรมกำกับ มีความคาดหวังของคนไต้ด้วยกันว่าเธอจะไม่ล้มความเป็นไต้ ในขณะเดียวกันก็ถูกจับตามองว่าจะทำผิดต่ออุดมการณ์ของพรรคฯ หรือไม่ ในที่สุดเธอจึงตัดสินใจว่าในส่วนของการประกอบพิธีแบบไต้ นั้น เธอทำเพียงแค่การทำจอเจ้าฟ้า ซึ่งโดยปกติเป็นสิ่งสำคัญในพิธีศพ ทำหน้าที่เสมือนเป็นสะพานนำผู้ตายและผีขวัญไปสู่เมืองฟ้า แต่จอเจ้าฟ้าของกำวันจุงไม่สามารถมีที่ทางในยุคสังคมนิยมได้ เธอ

จึงต้องฝังข้าวของทั้งหมดลงดินไปพร้อมกัน ไม่สามารถทำพิธีและปล่อยให้กอเจ้าฟ้าเป็นประจักษ์พยานของวัฒนธรรมสมัยศักดินาได้

ส่วนในยุคปัจจุบัน พี่เนมเองก็เช่นกัน แม้ว่าเธอจะเป็นข้าราชการและเป็นสมาชิกพรรคฯ แต่เมื่อถึงคราวแม่สามีเธอเสียชีวิต เธอก็ทำทุกอย่างตามธรรมเนียมโต ตั้งแต่การเสนเพื่อรักษาโรค การจัดงานศพอย่างสมฐานะผู้ตาย ซึ่งในอดีตเคยเป็นหญิงชนชั้นสูง ในกรณีของพี่เนม เห็นชัดว่าเธอมีหน้าที่ที่จะต้องสืบทอดวิถีปฏิบัติต่างๆ ทั้งในฐานะลูกสะใภ้ และในฐานะลูกหลานเจ้าเมืองในอดีต

นับแต่ทศวรรษ ๑๙๘๐ เป็นต้นมา พรรคฯได้ทบทวนแนวทางการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม และได้ปรับตัวตามโลกมากขึ้น ลดการกดบังคับเชิงอุดมการณ์ลง และปรับทำที่ต่อธรรมเนียมปฏิบัติเสียใหม่ บางอย่างที่เคยถูกนิยามว่างมงามย ลำหลัง ก็กลับถูกศึกษาอย่างเป็น”วิทยาศาสตร์” ภายใต้แนวคิดเรื่องชาติพันธุ์และในปัจจุบันคือกรอบคิดเรื่องมรดกทางวัฒนธรรม การพิมพ์ความปาวขวัญโดยสำนักพิมพ์ของรัฐเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการปรับตัว ที่อนุญาตให้สามารถนำบทสวดในพิธีกรรมซึ่งเป็นตัวแทนของยุคศักดินา และมงามย เป็นพิธีซึ่งต้องถูกตัดออกไปในอดีตออกมาพิมพ์เผยแพร่ได้ ยิ่งไปกว่านั้น ยังได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องผีและพิธีกรรมอย่างเป็นระบบและครอบคลุม โดยนักวิจัยจากสถาบันวิจัยทางสังคมต่างๆ มีการบันทึกข้อมูลเป็นภาพเคลื่อนไหว และนำมาจัดแสดงในพิพิธภัณฑ์เพื่อ “ให้การศึกษา” กับประชาชนด้วย

ข้อสังเกตจากประสบการณ์ของผู้เขียน

หากจะตอบคำถามว่า คนไต่ดำในเวียดนามดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรในยามเจ็บป่วย ก็จะสามารถตอบได้ว่าดูแลผ่านสองกรอบใหญ่ *กรอบแรก*คือกรอบของพลเมืองที่รักษาพยาบาลตามที่รัฐจัดหาและสนับสนุน *กรอบที่สอง*คือกรอบของความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งมีองค์ความรู้ของตนเอง อย่างเรื่องยาและพิธีกรรม แนวทางทั้งสองแนวทางนี้ไม่ได้หยุดนิ่ง ตายตัว หากมีความเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของสังคมแต่ละช่วง และน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงให้ได้เห็นต่อไปอีกในอนาคต

สิ่งที่ผู้เขียนเห็นว่าน่าทิ้งสำหรับการทำความเข้าใจเวียดนาม ผ่านเรื่องสุขภาพของชาวไต่ดำคือเรื่องบทบาทของรัฐ ที่ส่งเสริมการรวบรวม การวิจัย และการใช้การแพทย์พื้นบ้าน แม้ว่าแรงจูงใจของรัฐจะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลา กล่าวคือในยุคเริ่มต้น พรรคฯ ทำสิ่งเหล่านี้เพื่อดึงมวลชนออกมาจากการพึ่งพาอำนาจในระบบศักดินา ในปัจจุบันอาจจะทำเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมสุขภาพก็ตาม ก็ยังต้องถือว่าในทางหนึ่งยาพื้นบ้าน และความรู้พื้นบ้านเป็นสิ่งที่ได้รับการส่งเสริมโดยรัฐ ซึ่งแตกต่างจากหลายๆประเทศ

และในอีกฟากหนึ่ง ประชาชนเองก็มีความหมายไม่แพ้รัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนในชนชั้นซึ่งมีหน้าที่แบก ลาก เอาพันธกิจของตระกูลหรือกลุ่มชาติพันธุ์ติดตัวไปด้วย และพยายามต่อรองกับข้อกำหนดโดยรัฐ ความน่าสนใจของประชาชนกลุ่มนี้ยังอยู่ที่ความเป็นคนสองโลก ซึ่งในโลกปัจจุบัน คนเหล่านี้ยังอยู่ในโครงสร้างส่วนบนๆ ของอำนาจในท้องถิ่น ผู้เขียนคิดว่าจุดนี้เป็นจุดที่สำคัญในการสืบทอดวัฒนธรรม ในแง่ที่คนเหล่านี้เป็น agent ที่รับและถ่ายทอดความเปลี่ยนแปลงของโลกใหม่ ขณะเดียวกันก็ยังคงพยายามรักษาสิ่งสำคัญทางวัฒนธรรมของโลกใบเก่าไว้ อย่างไรก็ดี เงื่อนไขหรือปัจจัยที่ทำให้ชนชั้นนำกลุ่มนี้เป็น agent ที่สำคัญในทางวัฒนธรรม ก็เนื่องจากโครงสร้างการปกครองท้องถิ่นในเวียดนาม ที่กำหนดให้มีสัดส่วนที่สมดุลระหว่างชาวกิงญ์และกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในท้องถิ่นนั้น ปราศจากโครงสร้างที่ผู้ปกครองซึ่งเป็นคน “ที่นั่น” ซึ่งมีความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมรองรับ ทำให้มีโอกาสนในการต่อรองและผ่อนปรนแล้ว สถานการณ์ในเวียดนามก็อาจจะไม่ต่างจากสามจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย

ท้ายที่สุด ในระดับบุคคล การอยู่หรือไปขององค์ประกอบต่างๆ ทางด้านสุขภาพของชาวไต่ดำ อาจจะอยู่ที่ความปรารถนาดีต่อผู้ป่วยของพี่สอย ความรักในความรู้สมัยใหม่ที่มีรากฐานมาจากความรู้ในบ้านของเฮือง อาจจะมีความกลัวในความไม่มั่นคงของชีวิต หรืออาจจะป็นทัศนะ ยังมีดีได้ แบบยายทวดก็ได้ ที่จะทำให้สิ่งต่างๆเหล่านี้สืบเนื่องผลสานกันต่อไปได้ในอนาคต

บทที่ ๘

“บ้าน/เรือน” กับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์

เสถียร ฉันทะ

บทนำ

บ้าน/เรือน^๑ คือปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีพของมนุษย์ซึ่งมิใช่มีความหมายในแง่ของที่อยู่อาศัยตามลักษณะทางกายภาพเท่านั้น แต่หากมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกับวิถีคิด โลกทัศน์ความเชื่อที่สัมพันธ์กับธรรมชาติแวดล้อม และสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยเฉพาะบ้าน/เรือนในโลกทัศน์ของชาวอุษาคเนย์ รูปทรง (forms) ของบ้าน/เรือนจึงถูกผลิตหรือสร้างขึ้นหลากหลายรูปแบบ และมีคำอธิบายที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ การศึกษาเกี่ยวกับบ้าน/เรือนในลักษณะรูปทรงหรือแบบแปลนจึงมักปรากฏในงานทางด้านสถาปัตยกรรมของนักสถาปนิกเป็นส่วนใหญ่และแนวคิดเหล่านี้ได้รับการสืบทอดมาสู่ความคิดเรื่องบ้านแบบสมัยใหม่ของคนในเมืองที่มีแนวคิดว่าเป็นเพียงที่พักอาศัยและสนใจให้คุณค่าในแง่ความสวยงามและความสะดวกสบายเท่านั้น อย่างไรก็ตามประสบการณ์ผู้เขียนพบว่าโลกทัศน์เรื่องบ้าน/เรือนของคนในชนบทที่ผู้เขียนใช้ชีวิตและเติบโตมานั้นยังมีการแฝงฝัง (embedded) ความคิด ความเชื่อและแบบแผนวิถีชีวิต (way of life pattern) ที่สัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติแวดล้อมผ่านรูปทรงสถาปัตยกรรมที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อความอยู่ดีมีสุขของผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน/เรือนในระบบนิเวศที่ตนเองดำรงอยู่ ในงานชิ้นนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ถึงโลกทัศน์เรื่องบ้าน/เรือนของผู้คนในชนบทเป็นหลัก ซึ่งมุมมองหรือวิถีคิด (ideology) เรื่องบ้าน/เรือนของผู้คนนั้นจะมีความแตกต่างกันระหว่างคนที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันอย่างสังคมชนบทกับสังคมเมืองสมัยใหม่ ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบสถาปัตยกรรม รูปแบบทางสังคม และการใช้ประโยชน์จากธรรมชาติแวดล้อม โดยในสังคมชนบทหรือสังคมชนเผ่า ระบบจักรวาลวิทยาหรือโลกทัศน์ (cosmology) ที่มีต่อบ้าน/เรือน อาคารสถานที่ ธรรมชาติแวดล้อมจะดำรงอยู่ร่วมกับการออกแบบรูปทรงและการแบ่งพื้นที่ใช้สอยทางสถาปัตยกรรมที่อยู่อาศัยจึงมีความเชื่อมโยงกับอำนาจศักดิ์สิทธิ์และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ และระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ขณะที่สังคมเมืองสมัยใหม่แบบแผนชีวิตจะแตกต่างออกไป ความเชื่อ โลกทัศน์ ตำนานต่างๆจะไม่ค่อยปรากฏให้เห็นในสิ่งก่อสร้างหรืออาคารสมัยใหม่ วิถีชีวิตดังกล่าวจะสะท้อนค่านิยม เช่น การหลับนอน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การอาบน้ำ ซึ่งเป็นค่านิยมที่มีผลต่อรูปแบบการออกแบบตกแต่งรูปทรงสถาปัตยกรรมที่อยู่อาศัยของผู้คนในสังคมเมือง^๒

อย่างไรก็ตามผู้เขียนตระหนักถึงข้อมูลพื้นที่และกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์ เนื่องจากมีเวลาเก็บข้อมูลภาคสนามในช่วงระยะเวลาที่จำกัด งานชิ้นนี้จึงเป็นการวิเคราะห์เอกสารวิชาการต่างๆ เป็นหลักที่นำมาผนวกพร้อมกับข้อมูลจากภาคสนามอันน้อยนิด อย่างไรก็ตามผู้เขียนเห็นว่าการทบทวนเพื่อให้ทราบถึงแนวคิดหรือมโน

^๑ บ้าน/เรือน มีการให้ความหมายที่ต่างกันออกไป ซึ่งศรีศักดิ์ วัลลิโภคม ได้อธิบายความหมายของบ้านว่าหมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชน (Village) ส่วนเรือน (Household) หรือครัวเรือนว่าเป็นโครงสร้างทางกายภาพที่เล็กที่สุดที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมของกลุ่มคน (ดูเพิ่มเติมในศรีศักดิ์ วัลลิโภคม.๒๕๕๒. เรือนไทย บ้านไทย.กรุงเทพฯ: เมืองโบราณ) อย่างไรก็ตามบทความชิ้นนี้สำหรับผู้เขียนใช้คำว่า “บ้าน/เรือน” (House/Home/Dwelling) ในความหมายเดียวกันที่หมายถึงที่อยู่อาศัย โดยปริณัยของคำว่าบ้าน/เรือนนั้นกินขอบเขตไปถึงตัวเรือน/บ้าน และพื้นที่โดยรอบของบ้าน/เรือนซึ่งเป็นภูมิทัศน์วัฒนธรรม (Cultural landscape) ที่มีอิทธิพลต่อวิถีคิด โลกทัศน์ของมนุษย์ที่อาศัยอยู่ ดังนั้นบ้านหรือเรือนในที่นี้จึงเป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน

^๒ Rapoport, Amos.๑๙๖๙. **House Form and Culture**. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, NJ ๐๗๖๓๒ USA.

ทัศนทางสุขภาพท้องถิ่นของคนในอุษาคเนย์เป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วนอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของกระแสโลกาภิวัตน์ที่ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงมิติต่างๆ ทั้งเชิงสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะการที่ภูมิภาคแห่งนี้กำลังจะถูกหลอมรวมให้เป็นหนึ่งเดียวภายใต้ “ประชาคมอาเซียน” (ASEAN Community) ในอนาคตอันใกล้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่นและการเปลี่ยนแปลงรูปทรงทางสถาปัตยกรรม วัสดุก่อสร้างและวิถีคิดโลกทัศน์ที่มีต่อบ้าน/เรือนของผู้คน ดังนั้นบทความชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิดหรือโลกทัศน์ของมนุษย์กับบ้าน/เรือนในมิติทางสุขภาพ โดยแบ่งเนื้อหาการนำเสนอ ดังนี้ ประการแรกบทวนย้อนรอย “บ้าน” กับการศึกษาทางมานุษยวิทยา ประการที่สองเป็นกรณีศึกษาบ้าน/เรือนกับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์ในพื้นที่ ๒ แห่งคือ เมืองเว้ ประเทศเวียดนาม และเมืองเชียงใหม่ รัฐฉาน ประเทศพม่า

ย้อนรอย “บ้าน” กับการศึกษาทางมานุษยวิทยา

ทศวรรษ ๑๘๘๐ การพูดถึงเรื่องบ้านในทางมานุษยวิทยาได้ปรากฏขึ้นจากงานของ Lewis H. Morgan (๑๙๖๕)^๓ ซึ่งเป็นการศึกษาที่อธิบายความสัมพันธ์รูปแบบของบ้าน (built forms) กับรูปแบบทางสังคม (social forms) ผ่านโครงสร้างครอบครัว การจัดระเบียบทางสังคมในสังคม American aborigines ซึ่งนับว่าเป็นก้าวแรกของการศึกษายุคเริ่มต้น ต่อมาการศึกษาเรื่องบ้านในทางมานุษยวิทยาที่ผ่านมามักศึกษาถึงรูปแบบสิ่งก่อสร้างในสังคมดั้งเดิม (primitive) หรือสถาปัตยกรรมพื้นถิ่น (vernacular architecture) ซึ่งเป็นการมองผ่านแนวคิดเชิงโครงสร้างนิยม (Structuralism) (Waterson, ๑๙๙๑)^๔ โดยอธิบายลักษณะของอุดมคติ (ideology) ของมนุษย์ที่มีต่อบ้าน (house) ผ่านระบบสัญลักษณ์ ความเชื่อเกี่ยวกับจักรวาลวิทยาที่ซ่อนเร้นอยู่ในรูปแบบสถาปัตยกรรม คุณูปการของงานดังกล่าวทำให้เราเข้าใจถึงระบบคิดและความสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์ที่มีต่อบ้านและแสดงออกมาในรูปแบบของการประดิษฐ์และตกแต่งรูปทรงของบ้านออกมาในลักษณะต่างๆ อย่างไรก็ตามองค์ความรู้เรื่องบ้านยังขาดการทำความเข้าใจในมิติอื่นๆ โดยเฉพาะวิถีคิดของมนุษย์ที่มีต่อบ้านในแง่ของสุขภาพที่ปรากฏอยู่น้อยในแวดวงวิชาการ ซึ่งในบทความชิ้นนี้ผู้เขียนให้ความสำคัญกับกรอบคิดวิเคราะห์ของ Amos Rapoport (๑๙๖๙) ที่มองรูปทรงของบ้านกับมิติทางวัฒนธรรม (house form and culture) โดยเขาเห็นว่าการศึกษารูปแบบหรือสิ่งก่อสร้างต่างๆ ของมนุษย์มิใช่ศึกษาเฉพาะบ้านในแง่ของวัตถุทางวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ต้องทำความเข้าใจกับบริบททางสังคมหรือแบบแผนชีวิตมนุษย์และวัฒนธรรมที่บ้านดำรงอยู่ด้วย เช่นเดียวกับที่ Roxana Waterson (๑๙๙๓)^๕ ศึกษาภาคสนามเรื่องบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในหมู่เกาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้เห็นสอดคล้องกันว่าบ้านเป็นพื้นที่ (space) ที่มนุษย์ใช้ประโยชน์ทั้งโครงสร้าง (structures) และหน้าที่ (functions) ที่มีนัยสำคัญทางสังคมทั้งในแง่ของการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ความเป็นเครือญาติ และพื้นที่แห่งจิตวิญญาณ

^๓ Morgan, Lewis H. ๑๙๖๕. **Houses and House-life of the American aborigines**. Chicago: University of Chicago Press. (Orig. pub. In Contributions to North American Ethnology, Vol. ๔. Washington: Government Printing Office, ๑๘๘๑)

^๔ Waterson, Roxana. ๑๙๙๑. **The Living House: An Anthropology of Architecture in South East Asia**. Singapore: Oxford University Press.

^๕ Waterson, Roxana. ๑๙๙๓. House and the Built Environment in Island South-East Asia: Tracing some shared themes in the uses of space. In **Inside Austronesian House: Perspective on Domestic Designs for Living**. (Fox, J. James. (ed.). ๒๐๐๖). ANU E Press. The Australian National University Canberra ACT ๐๒๐๐, Australia.

บ้านเป็นพื้นที่ (Space) ที่มีนัยความหมายทางสังคม ซึ่ง Henri Lefebvre (๑๙๙๑)^๖ ได้แบ่งพื้นที่ออกเป็น ๓ ระดับ คือ Physical space หมายถึงพื้นที่ทางกายภาพที่เรามองเห็นลักษณะรูปร่างต่างๆ Mental space หมายถึงการรับรู้พื้นที่ในจิตใจที่รับรู้ถึงความผูกพัน ความสะดวกสบาย เป็นต้น และ Social space & Social practice หมายถึงพื้นที่ที่ประกอบสร้างขึ้นด้วยกิจกรรม ปฏิบัติการ การใช้สัญลักษณ์ การสร้างสังคมอุดมคติ (utopia) รวมทั้งการทำให้เป็นปริศนา (sphere) เป็นต้น Henri Lefebvre ต้องการที่จะวิเคราะห์และนำเสนอถึงกลไกความสัมพันธ์ในพื้นที่ทางสังคม ผ่าน “ภาพตัวแทนและในเชิงภาพตัวแทน” (Representation and Representational) “พื้นที่และพื้นที่ทางกายภาพ” (Space and Place) โดยเขามองว่าผลผลิตของพื้นที่ (the production of space) นั้นเกิดจากคนที่อาศัยอยู่ในนั้นเข้ามาจัดการกับ “พื้นที่ (space)” และให้ความหมายกับมัน กำหนดขอบเขตและก่อเกิดเป็น “พื้นที่ทางกายภาพ (place)”

อย่างไรก็ตามพื้นที่ไม่ใช่เพียงแค่ถูกผลิตสร้างจากการใช้ภาพตัวแทนเท่านั้น แต่ภาพตัวแทนก็ยังสามารถผลิตสร้างพื้นที่ได้เช่นกัน โดยผลผลิตนั้นมีความแตกต่างกันผ่านกระบวนการประกอบสร้างความหมายของพื้นที่ในความทรงจำของผู้คน “พื้นที่ในเชิงภาพตัวแทน” (Representational space) เกิดขึ้นจากความรู้สึก ประสบการณ์ ความทรงจำ การมีตัวตนและการมีชีวิตของปัจเจกชนที่มีพลวัต เลื่อนไหลเปลี่ยนแปลงได้ที่เราเรียกว่าเป็น “พื้นที่ (space)” ในแง่นี้หากเราจะมองบ้านในความหมายตามแนวคิดของ Henri Lefebvre จึงมีนัยหรือความหมายทั้งในเชิงพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางกายภาพ ตัวอย่างบทวิเคราะห์ทางสถาปัตยกรรมที่นำเอาแนวคิดของ Henri Lefebvre มาใช้ในสังคมไทยมีงานของ ญัฐวุฒิ (๒๕๕๔)^๗ ที่วิเคราะห์ถึงก่อสร้างอาคารรัฐสภาและอาคารศาลฎีกาในแง่ความหมายทางการเมืองซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปริศนาของปฏิบัติการเชิงพื้นที่ (Spatial practices) เดียวกันไปสู่พื้นที่เชิงปฏิบัติ (Representational space) และภาพตัวแทนของพื้นที่ (Representations of space) ที่แตกต่างกันโดยแต่ละอุดมการณ์จะมีพื้นที่เป็นของตนเองและมีบทบาทสำคัญในฐานะกลไกการผลิตซ้ำความหมายและอุดมการณ์ผ่านการทำงานของโลกกายภาพที่ออกมาในรูปของงานเชิงสถาปัตยกรรม ในแง่นี้บ้านจึงมิใช่พื้นที่ทางกายภาพเท่านั้นแต่หากเป็นพื้นที่ที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกันและมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งอำนาจเหนือธรรมชาติที่ฉายภาพให้เห็นและแสดงออกมาในรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะต่างๆ ทั้งการประดิษฐ์ ประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อ ความสัมพันธ์โครงสร้างทางสังคม วิธีคิด และโลกทัศน์ เป็นต้น

ตัวอย่างงานศึกษาโลกทัศน์เกี่ยวกับบ้าน/เรือนในสังคมไทยและอุษาคเนย์อาทิ ประเพณีความเชื่อการปลูกเรือนในล้านนาและเรือนกาแล^๘ ซึ่งทำให้เราได้เรียนรู้ถึงวิธีคิดโลกทัศน์ของมนุษย์ต่อการปลูกสร้างเรือนที่อยู่อาศัยของกลุ่มคนวัฒนธรรมไทในภาคเหนือของไทย เช่นเดียวกันในภาคอีสานของไทยคติความเชื่อที่อยู่เบื้องหลังของการปลูกเรือน^๙ เช่น “โสก” หรือ “โสก” ได้มีบทบาทต่อการจัดการเรือนของคนอีสาน ทำนองเดียวกันคติความเชื่อและระบบสังคมกับการปลูกสร้างเรือนพื้นบ้านและชุมชนผู้ไทในอีสาน^{๑๐} และเรือนพื้นถิ่น

^๖ Lefebvre, Henri.(๑๙๙๑). *The Production of Space* (D. Nicholson-Smith, Trans.).Oxford: Blackwell.

^๗ ญัฐวุฒิ อัสวโกวิทวงศ์.(๒๕๕๔). ภาพตัวแทน ความหมาย และความเป็นการเมือง: บทวิเคราะห์เชิง Lefebvrian สู่สถาปัตยกรรม. ศูนย์วิจัยบูรณาการภาพพื้นที่และสังคม มหาวิทยาลัยศรีปทุม
[http://www.ap.tu.ac.th/jars/download/jars/v๘/๐๕%๒๐Representation,%๒๐Meanings%๒๐and%๒๐the%๒๐the%๒๐Political_Nattawut.pdf](http://www.ap.tu.ac.th/jars/download/jars/v๘/๐๕%๒๐Representation,%๒๐Meanings%๒๐and%๒๐the%๒๐Political_Nattawut.pdf)

^๘ ลมูล จันทรหอม.๒๕๔๗.ประเพณีความเชื่อการปลูกเรือนในล้านนาและเรือนกาแล.เชียงใหม่: ชุตสถาปัตยกรรมล้านนาสำนักพิมพ์มิ่งขวัญ.

^๙ อุษา กลิ่นหอม, รัชณี จันทรเกษ และยงยุทธ ตรีนุชกร.๒๕๕๑.ชุดภูมิปัญญาวิถีไทอีสาน: โสกอีสาน (โสกอีสาน). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

^{๑๐} นพดล ตั้งสกุล และจันทนีย์ วงศ์คำ.๒๕๔๘. คติความเชื่อและระบบสังคมกับการปลูกสร้างเรือนพื้นบ้านและชุมชนผู้ไท. ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยพหุวัฒนธรรมลุ่มน้ำโขง มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผู้ไทในประเทศไทย^{๑๑} โลกทัศน์ของชาวผู้ไทที่มีต่อการปลูกสร้างเรือนนั้นมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ที่ตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมและอำนาจเหนือธรรมชาติที่คอยเป็นตัวกำกับพฤติกรรมของมนุษย์ให้อยู่ในกรอบแห่งการสร้างคุณงามความดีที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้คนที่อาศัยอยู่ในเรือนและสภาพแวดล้อมที่ดำรงอยู่ งานเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงโลกทัศน์ของผู้คนในภูมิภาคนี้ที่มีนัยความหมายต่อบ้าน/เรือนที่ตนเองอาศัยอยู่

อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการศึกษารูปแบบบ้านในมุมมองทางมานุษยวิทยาทั้งของ Rapoport (๑๙๖๙) และ Waterson (๑๙๙๑, ๑๙๙๓) และงานของนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับคติความเชื่อการปลูกสร้างเรือนในสังคมไทยนั้นมีความพยายามที่จะอธิบายประเด็นต่างๆ ที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับบทพนธ์ (๒๕๓๙)^{๑๒} สรุปไว้ ๔ ประเด็นคือ ๑) รูปทรงทางสถาปัตยกรรม (built forms) ซึ่งเป็นการอธิบายลักษณะรูปร่าง รูปทรงของสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาก่อสร้าง ๒) รูปแบบทางสังคม (social forms) ซึ่งหมายถึงการจัดระเบียบ การจัดโครงสร้าง ความสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์ที่อาศัยอยู่ในอาคารนั้นๆ เช่น รูปแบบของครอบครัว การแบ่งพื้นที่ระหว่างชายหญิง ระหว่างคนชรา กับเด็ก เป็นต้น ๓) สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ (nature environment) ซึ่งเป็นการอธิบายลักษณะทางภูมิประเทศ ลักษณะพืชพรรณและสิ่งมีชีวิตต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกับมนุษย์ และ ๔) ระบบความคิด (ideology) ซึ่งอธิบายวิธีคิด คติความเชื่อ ค่านิยม หรือโลกทัศน์ของมนุษย์ที่มีต่อที่พักอาศัย บทความชิ้นนี้จึงต้องการนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับมโนทัศน์ทางสุขภาพของผู้คนที่อยู่เบื้องหลังของสถาปัตยกรรมที่เรียกว่า “บ้าน” บนกรอบคิดบูรณาการงานของ Rapoport (๑๙๖๙), Waterson (๑๙๙๑) และ Lefebvre (๑๙๙๑) โดยเป็นการนำเสนอแนวคิดเรื่องบ้าน/เรือนกับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์จากกรณีศึกษาในพื้นที่ทางภาคเหนือของประเทศไทย (ไทเขินที่เชียงใหม่) และประเทศเวียดนามตอนกลาง (คนเวียดนามที่เมืองเว้) บนแนวคิดเรื่อง “บ้าน/เรือนกับสุขภาพ” ในเชิงมานุษยวิทยาสุขภาพ

“บ้าน/เรือน” กับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์

๑. บ้าน/เรือนของคนเวียดนามกับโลกทัศน์ทางสุขภาพในเมืองเว้ เวียดนามตอนกลาง

การลงพื้นที่เพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ๔-๕ วันในนามของนักท่องเที่ยวในเมืองเว้ ดานัง และฮอยอันของผู้เขียนในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๕ ที่ผ่านมามีได้ทำให้ผู้เขียนพบความน่าสนใจของวิถีชีวิตคนเวียดนามโดยเฉพาะภาพที่พบเห็นสุสานหรือป่าช้าที่ฝังศพของคนเวียดนามตั้งอยู่กลางทุ่งนาตระการตาและรูปทรงที่อยู่อาศัยรวมทั้งสภาพแวดล้อมของบ้านเรือนในชนบทตอนกลางของเวียดนาม ผู้เขียนเห็นว่าลักษณะวิถีชีวิต ความคิด ความเชื่อและความสัมพันธ์ของที่อยู่อาศัยของชาวเวียดนามมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์กับบ้านและสภาพแวดล้อม จึงเป็นประเด็นที่เชิญชวนให้คิดว่าชาวเวียดนามในเมืองเว้มีวิธีคิดและโลกทัศน์ทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องบ้านอย่างไร

เว้ เป็นเมืองที่อยู่ตอนกลางของประเทศเวียดนามด้านตะวันออกติดอยู่ริมทะเล ด้านตะวันตกติดกับภูเขา Truong Son ที่เชื่อมกับประเทศไทย ทิศเหนือติดกับเมือง Quang Tri และทิศใต้ติดกับเมือง Da

^{๑๑} ทรงยศ วีระทวีมาศ, นพดล ตั้งสกุล และวีระ อาโนลัก.๒๕๕๒.เรือนพื้นถิ่นผู้ไทในประเทศไทย.ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยพหุลักษณะสังคมกลุ่มน้ำโขง มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

^{๑๒} นพพนธ์ ตัววิเศษ.๒๕๓๙.บ้านเรือนและที่อยู่อาศัยในประวัติศาสตร์สังคมของชาวนาไทยภาคกลาง กรณีศึกษาบ้านหมูลาว ต.ปลายกลัด อ.บางซ้าย จ.พระนครศรีอยุธยา.วิทยานิพนธ์สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Nang มีพื้นที่ประมาณ ๕,๐๐๙ ตารางเมตร เว้มีภูมิอากาศร้อนชื้น มีปริมาณฝนตกกว่า ๓,๐๐๐ มิลลิเมตรต่อปี มีแม่น้ำ Huong ที่แปลว่าแม่น้ำหอมเป็นแม่น้ำสายหลัก เว้ได้รับการยกเป็นเมืองมรดกโลกเมื่อปี ๑๙๙๓ การเกริ่นถึงสภาพแวดล้อมดังกล่าวของเว้เนื่องจากเป็นตัวแปรหรือเงื่อนไขหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อวิถีคิดต่อรูปทรงของบ้านที่มีปัจจัยของสภาพแวดล้อมเป็นตัวช่วยกำหนด^{๑๓} รูปทรงของบ้านเรือนตลอดจนวัสดุที่นำมาใช้สร้างบ้านจึงแปรผันตามสภาพแวดล้อมและภูมิอากาศที่ดำรงอยู่ บ้านเรือนที่พบเห็นส่วนใหญ่จึงมีลักษณะชั้นเดียวเป็นส่วนมากเนื่องจากเว้ดนามตั้งอยู่ในเขตที่มีลมมรสุม บ้านเรือนยุคเก่าๆที่ยังหลงเหลือและมีสภาพดีที่มีเจ้าของบ้านอาศัยอยู่ส่วนใหญ่จะสร้างขึ้นจากไม้เป็นเรือนยาวต่อกันซึ่งเป็นลักษณะรูปทรงแบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตามรูปทรงของบ้านคนเว้ดนามนั้นโดยเฉพาะในสังคมเมืองได้รับอิทธิพลจากการเข้ามาของฝรั่งเศสที่เข้ามาปกครองเว้ดนามช่วง ค.ศ.๑๘๕๘-๑๙๕๔ บ้านตึกยก “Tu GIAC” จึงเป็นสถาปัตยกรรมผสมผสานระหว่างฝรั่งเศสกับเว้ดนามหลังคามุงด้วยกระเบื้องดินเผา (Lict) หลังคาทรงจุก (Hip-Roof) งานศึกษาการอนุรักษ์ทางสถาปัตยกรรมบ้านตึกยกของ Tran Tuan Anh (๒๐๐๘)^{๑๔} กล่าวว่ารูปทรงอันเป็นลักษณะเด่นของบ้านจะเป็นอาคารสองชั้นสูงเด่นกว่าสภาพแวดล้อมที่เป็นบ้านชั้นเดียวตั้งอยู่บนผนังรับน้ำหนักที่มีอยู่สามด้านโดยใช้คานไม้รับน้ำหนักผนังชั้นสองด้านที่ติดถนนเพื่อเปิดเป็นทางเข้าออก พื้นไม้แบบ Kien Kien แต่สำหรับบทความชิ้นนี้ผู้เขียนมุ่งไปที่รูปทรงแบบบ้านของคนเว้ดนามในชนบททั้งในอดีตและปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป



รูปทรงของบ้านเรือนที่สร้างด้วยไม้ในเมืองเว้ที่หลงเหลือในปัจจุบัน

จะเห็นว่ารูปทรงบ้าน (built forms) ของคนเมืองเว้เป็นแบบชั้นเดียว ติดกับพื้นดิน หวังมินอธิบายให้ผู้เขียนฟังถึงลักษณะโครงสร้างบ้านของคนเว้ดนามว่า เดิมนั้นจะมีการสร้างเสาหลักไว้หน้าบ้าน ๔ ต้น ซึ่งมีความหมายของเสาคือวัฏจักรการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ของมนุษย์ซึ่งเป็นสะท้อนโลกทัศน์ทางสุขภาพและวิถีคิดของคนเว้ที่เว้ดนามที่มีต่อวิถีชีวิต หวังมินเด็กหนุ่มยังอธิบายต่อว่าบางแง่มุมชาวเว้ดนามยังมีการอธิบายว่าเสา ๔ ต้น นั้นหมายถึง ๔

ฤดูกาลในเว้ดนามคือ ร้อน หนาว ฝน และใบไม้ผลิ นั้นหมายความว่า การสร้างบ้านนั้นมีความเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อม เสาหน้าบ้านจึงเป็นเสมือนสิ่งค้ำจุนและการสร้างความมั่นคงต่อชีวิตของผู้ที่อยู่อาศัยในบ้าน อย่างไรก็ตามปัจจุบันบ้านเรือนไม้แบบดั้งเดิมในเมืองเว้เริ่มลดน้อยลง เนื่องจากวัสดุที่เป็นไม้จะนำมาสร้างบ้านหายากและราคาแพง ประกอบทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปของคนเว้ดนามรุ่นใหม่ที่ไม่ให้ความสนใจบ้านที่ก่อสร้างจากปูนซีเมนต์มากกว่าเนื่องจากวัสดุหาง่ายและราคาไม่แพงเหมือนไม้ ประกอบกับมีความแข็งแรงทนทาน ทาสีสวยงาม อย่างไรก็ตามการจัดวางตำแหน่งโครงสร้างหลักภายในของบ้านยังแบ่งเป็น ๓ ส่วนหรือห้อง โดยมีห้องนอน ห้องโถงสำหรับเป็นที่ตั้งแท่นบูชาผีบรรพบุรุษและบุคคลที่เคารพ และห้องครัวสำหรับประกอบอาหาร ทานอาหารของสมาชิกในครัวเรือน และบางครัวเรือนยังมีหิ้งผีหรือแท่นบูชาไว้ในห้องครัวด้วย

^{๑๓} Rapoport (๑๙๖๙: ๘๓-๑๐๓)

^{๑๔} Tran Tuan Anh. ๒๐๐๘. A TU GIAC Housing Conservation Prototype of Bao Vinh Village, Hue City, Vietnam. Master of Architecture in Architecture, The Graduate School Chiangmai University.

การจัดวางตำแหน่งโครงสร้างภายในบ้านนอกจากแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างของบ้าน (structure of house) และหน้าที่ (functions) เพื่อประโยชน์ใช้สอยแล้ว ขณะเดียวกันก็สะท้อนความสัมพันธ์ทางสังคม รูปแบบทางสังคม (social forms) ที่หมายถึงการจัดระเบียบ การจัดโครงสร้าง ความสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์ที่อาศัยอยู่ในอาคารนั้นๆ คนเวียดนามให้ความสำคัญกับบุตรชายมากกว่าลูกสาว โดยเฉพาะบุตรชายคนโต จะเป็นผู้ที่สืบทอดมรดกจากพ่อแม่ การจัดความสัมพันธ์ดังกล่าวยังแสดงให้เห็นถึงบทบาทความเป็นเพศสภาพ (gender) ของคนเวียดนามในพื้นที่ที่เรียกว่าบ้าน พื้นที่เป็นห้องโถงมีแท่นไหว้เคารพบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และผีบรรพบุรุษจะเป็นพื้นที่ที่ผู้ชายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้มากกว่า ขณะที่ห้องครัว การประกอบอาหารจะเป็นพื้นที่ของผู้หญิง

นอกจากนี้การวางผังเรือนกับความเชื่อ/วิธีคิดที่สัมพันธ์กับระบบนิเวศและสุขภาพนั้นในเมืองเว้ งานศึกษาของ Ngoc Tung Nguyen (๒๐๐๗)^{๑๕} ทำให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมของบ้านเรือนโดยเขาได้ทำการสำรวจสภาพบ้านล้อมสวนพื้นถิ่นในเมืองเว้กว่า ๙๑ หลังพบว่าการวางผังของบ้านเรือนและสภาพแวดล้อมของรอบๆตัวบ้านมี ๙ ประเภทหรือลักษณะ โดยองค์ประกอบและการจัดองค์ประกอบของบ้านล้อมสวนพื้นถิ่นมีการวางตำแหน่งแห่งที่ของวัสดุตกแต่ง เช่น ปูนปั้นเสื่อขาว เต่าเขียว ตามความเชื่อที่ทำให้คนในบ้านอยู่ดีมีสุข อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและมีการตกแต่งด้วยสิ่งประดิษฐ์เหล่านี้น้อยลง



รูปทรงบ้านแบบดั้งเดิมที่สร้างด้วยไม้ในชนบทเมืองเว้

^{๑๕} Ngoc Tung Nguyen. ๒๐๐๗. Transformation of Hue Traditional Garden Houses in Hue Citadel Area, Vietnam. Master of Architecture in Architecture, Graduate School Chingmai University.



รูปทรงของบ้านเรือนในยุคปัจจุบันที่วัสดุก่อสร้างได้เปลี่ยนเป็นปูนซีเมนต์หลังคามุงกระเบื้องลอน



ห้องโถงกลางบ้านที่เป็นทั้งห้องรับแขกและห้องเซ่นไหว้บรรพบุรุษรวมทั้งรูปบูชาบุคคล
ภาพจาก <http://thai.sewsense.com/index.php?topic=๓๖๙๓.๐>

นอกจากนี้โลกทัศน์ทางสุขภาพกับวิถีคิดที่มีต่อบ้านของคนเวียดนามนั้นได้รับอิทธิพลมาจากศาสนาและความเชื่อโดยชาวเวียดนามมีความเชื่อเรื่องสวรรค์^{๑๖} และความเชื่อเทพเจ้าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และยังมีการบูชาเทพเจ้า (Ông Thờ) เป็นเทพเจ้าแห่งพื้นดินที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการนับถือแม่ธรณีของคนไทย บางส่วนที่จะคอยดูแลปกป้องภูตผีร้ายมิให้มาทำอันตรายแก่คนในครัวเรือน ขณะที่ในระดับชุมชนที่มีขอบเขตกว้างไกลกว่าตัวบ้านก็จะมี ความเชื่อเรื่องเทพยดาคุ้มครอง อย่างไรก็ตามเวียดนามนั้นได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมจากจีนแผ่นดินใหญ่เนื่องอยู่ภายใต้การปกครองของจีนมายาวนานก่อนที่จะมีการปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครองทำให้เกิดผสมผสานความเชื่อทางวัฒนธรรมของลัทธิขงจื้อ เต๋า และพุทธศาสนานิกายมหายาน อย่างไรก็ตามความเชื่อหลักของคนเวียดนามคือวิญญาณแห่งบรรพบุรุษที่แฝงฝังในจิตวิญญาณที่เกือบทุกครัวเรือนต้องมีแท่นบูชาไว้ในบ้าน ความเชื่อดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสุขภาพคือความเป็นกับความตายของมนุษย์ โดยชาวเวียดนามมีความเชื่อว่าชีวิตคนเราประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ โดยจิตใจจะแยกเป็นสองส่วนคือ Hồn (วิญญาณ) กับ vía (ขวัญ) ทั้ง Hồn และ vía นั้นมีการอธิบายถึงความสัมพันธ์กับร่างกายเมื่อมีการเจ็บป่วย และเมื่อสิ้นลมหายใจขวัญจะออกจากร่างกายลอยหายไปกับดิน ส่วนวิญญาณนั้นยังอยู่และจะ

^{๑๖} อ้างในเอกสารสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนร่วมกับสถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ www.boi.go.th/thai/clmv/Bac_up/๒๐๑๐_vietnam/๒๐๑๐_vietnam_pdf/pdf_vietnam_๑_๕.pdf

กลับไปยังอีกโลกหนึ่งด้วยเรือที่ถูกสร้างจำลองติดไปกับศพรวมทั้งข้าวของเครื่องใช้ที่ใช้ในงานพิธีศพ จากความเชื่อนี้เองทำให้เชื่อว่าคนที่ตายแล้วไม่ได้ไปไหนแต่หากไปอยู่อีกโลกหนึ่งที่ยังรับรู้ได้อันเป็นที่มาของการเคารพคนที่ตายแล้วและกลายเป็นพื้นฐานของความเชื่อและการบูชาเคารพบรรพบุรุษ ดังนั้นหลุมฝังศพกับแท่นบูชาบรรพบุรุษจึงเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นสิ่งประดิษฐ์เชื่อมโยงวิถีชีวิตของคนเป็นกับวิญญาณหรืออำนาจศักดิ์สิทธิ์ของโลกหลังความตาย ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีได้มีเฉพาะที่เวียตนามงานของ Roxana Waterson (๑๙๙๕)^{๑๗} ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับหลุมศพและความเป็นเครือญาติของชาว Sadan Toraja ทางตอนใต้จังหวัด Sulawesi ในอินโดนีเซีย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระบบความเป็นเครือญาตินั้นถูกกำหนดหรือปฏิบัติการ (practice) ผ่านกระบวนการของสิ่งปลูกสร้างที่เรียกว่าบ้านกับสุสานฝังศพของสมาชิกในครอบครัว แม้กระทั่งชีวิตที่ใกล้จะหมดลมหายใจ หัวมึนแล้วว่าคนเวียตนามโดยเฉพาะคนเผ่าคนแก่มักอยากจะกลับไปนอนตายที่บ้านตนเองได้สร้างไว้ คนเวียตนามมักจะผูกพันกับบ้านของตนเองที่ได้ปลูกสร้างมาด้วยน้ำพักน้ำแรงโดยเขายกตัวอย่างว่าสมมติเขาได้ปลูกสร้างบ้านหลังใหม่ขึ้นมาหลังหนึ่งของครอบครัวเขาหลังจากแต่งงาน บ้านหลังเดิมของพ่อแม่ยกให้พี่ชายคนโตอาศัยอยู่และเขาได้พาพ่อแม่มาอาศัยอยู่ด้วยแต่เมื่อในยามชราเจ็บป่วยใกล้สิ้นลมพ่อแม่เขาก็จะขอร้องให้เขาพากลับไปตายยังบ้านเดิมที่พ่อแม่ได้ปลูกสร้างไว้ซึ่งคนเวียตนามในชนบทส่วนใหญ่จะเป็นแบบนี้ การสร้างบ้านหลังแรกจึงเป็นเสมือนแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจของเจ้าของบ้าน



สุสานหลุมฝังศพของสมาชิกที่เสียชีวิตในชุมชนของคนที่นี่เมืองเว้



ศาลสำหรับวิญญาณที่ตั้งไว้หน้าบ้านทุกหลังคาเรือน

^{๑๗} Roxana Waterson. ๑๙๙๕. Houses, Graves and the limits of kinship groupings among the Sadan Toraja. In: Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde ๑๕๑ (๑๙๙๕), no: ๒, Leiden, ๑๙๔-๒๑๗.

บ้านในโลกทัศน์ของคนเวียดนามที่เมืองเว้ทุกหลังคาเรือนจะต้องมีแท่นบูชาบรรพบุรุษไว้ในบ้าน นั้นหมายความว่าบ้านเป็นที่อยู่อาศัยของอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่พวกเขาเคารพบูชาด้วย ดังนั้นเมื่อมีการเสียชีวิตของสมาชิกในบ้าน การประกอบพิธีกรรมที่สำคัญอันหนึ่งคือการนำวิญญาณผู้ตายกลับบ้าน ในสมัยก่อนศพคนตายจะถูกฝังทั่วไปในแต่ละพื้นที่ของครัวเรือนที่เป็นเจ้าของ แต่ปัจจุบันรัฐได้เข้าควบคุมและจัดให้มีสุสานสำหรับฝังศพของชุมชน หวังมินเด็กหนุ่มเล่าว่าคนเวียดนามนั้นมิได้มีความเชื่อเหมือนคนไทยที่หากจะสร้างบ้านในทำเลใดแล้วขุดเจอหลุมศพก็决不สร้างบ้านแต่สำหรับคนเวียดนามแล้วเขาสามารถจะสร้างบ้านในพื้นที่ที่เคยเป็นหลุมศพได้โดยจะมีการทำพิธีเพื่ออัญเชิญวิญญาณจากหลุมศพให้มาอาศัยอยู่ในศาลที่สร้างขึ้นหน้าบ้าน (คล้ายศาลพระภูมิของไทยดังรูป) ซึ่งวิญญาณที่มาจากศาล (Am) ดังกล่าวจะถูกเซ่นไหว้และคอยมาดูแลความอยู่ดีมีสุขให้กับคนที่อาศัยอยู่ในบ้าน สำหรับการนำวิญญาณผู้ตายกลับบ้านของคนเวียดนามนั้นหลังจากที่ทำพิธีฝังศพเรียบร้อยแล้วลูกหลาน ญาติพี่น้องจะพากันถือรูปถ่ายผู้ตาย กระถางธูป และป้ายวิญญาณเดินกลับทางเดิมที่นำศพไปสุสานเพื่อให้วิญญาณจำทางกลับบ้านได้เมื่อนำมาถึงบ้านก็จะนำเอาป้ายวิญญาณ รูปถ่ายและกระถางธูปไปวางไว้บนแท่นบูชา (Bàn thờ tang) ในห้องโถงกลางบ้านและมีการประกอบพิธี หม่อ เกอ มา (Mở Cửa Ma) เป็นพิธีบอกกล่าววิญญาณให้รับรู้ถึงการตายและเป็นการบอกกล่าวบรรพบุรุษให้ทราบด้วย

การสร้างบ้านของคนเวียดนามนั้น หวังมิน และคิม ชิ เหยียน เล่าถึงคนเวียดนามเกี่ยวกับระบบความคิด (ideology) คติความเชื่อ หรือโลกทัศน์ของมนุษย์ที่มีต่อที่พักอาศัยในปัจจุบันว่าการสร้างบ้าน (Nhà) ของคนเวียดนามนั้นอยู่บนฐานความเชื่อที่สัมพันธ์กับธรรมชาติและอำนาจเหนือธรรมชาติโดยที่เจ้าของบ้านต้องดูทิศทาง ทำเลของการปลูกสร้างบ้านที่สัมพันธ์กับชะตาชีวิตจากวันเดือนปีเกิดของเจ้าของบ้าน ซึ่งในชนบทเวียดนามยังถือปฏิบัติกันอยู่ อย่างไรก็ตามปัจจุบันการเลือกทำเลการปลูกสร้างบ้านในเขตเมืองอาจมิสามารถทำอย่างเช่นในชนบทได้และการปลูกสร้างบ้านเรือนปัจจุบันก็ต้องเอาแบบแปลนไปขออนุญาตผ่านหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องก่อน เมื่อกำหนดทำเลที่ปลูกสร้างเสร็จก็จะเริ่มลงมือสร้างฐานรากของตัวบ้านและปล่อยทิ้งไว้ระยะหนึ่งเพื่อให้เกิดความแข็งแรงเนื่องจากเวียดนามมีพายุเข้าบ่อย คนเวียดนามบอกว่าการวางฐานรากให้แข็งแรงจึงเป็นหัวใจสำคัญของตัวบ้าน หลังจากทิ้งไว้ระยะหนึ่งแล้วก็จะเริ่มลงมือก่อสร้างต่อโดยก่อนก่อสร้างต่อจะทำพิธีเซ่นไหว้ผีบรรพบุรุษ ไหว้ฟ้าดิน มีหม่อพิธีกรรม (Tha'y) เป็นผู้ประกอบพิธีกรรมมีเครื่องเซ่นไหว้อาหารคาวหวาน ไก่ต้ม ข้าวเหนียวตั้งโต๊ะไว้หน้าบ้าน จากนั้นก็จะเริ่มลงมือก่ออิฐผนังบ้าน โดยชาวเวียดนามจะก่ออิฐผนังบ้านหนา ๒๐-๓๐ เซนติเมตร ผนังทำเป็นสองชั้นให้มีช่องว่างระหว่างผนังเพื่อเป็นการควบคุมอุณหภูมิและอากาศภายในตัวบ้านกับภายนอก ซึ่งเวียดนามจะมี ๔ ฤดู คือ ร้อน หนาว ฝน และใบไม้ผลิ ผนังสองชั้นของบ้านจะช่วยสร้างความอบอุ่นให้ภายในตัวบ้านในยามหน้าหนาวและอากาศเย็นสบายในยามหน้าร้อน ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ความเข้าใจสภาพธรรมชาติและ การปรับตัวผ่านการก่อสร้างทางสถาปัตยกรรมและเป็นการสร้างสุขภาวะของผู้อยู่อาศัยในบ้านให้อยู่สบายตามฤดูกาลที่ผันผ่านไป ประกอบกับชาวเวียดนามส่วนใหญ่จะมีรายได้ประมาณ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาทต่อเดือน ปัจจัยทางการเงินและเศรษฐกิจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญการสร้างบ้านจึงเป็นสิ่งที่ลำบากกว่าจะเก็บเงินปลูกบ้านหลังหนึ่งต้องใช้เวลาก่อนเก็บเงินเกือบสิบปีต่อการสร้างบ้านราคา ๓-๔ แสนบาท บ้านจึงเป็นสิ่งที่คนหนุ่มสาวคิดถึงโดยเฉพาะชายหนุ่มที่ต้องสร้างครอบครัวของตนเอง เด็กหนุ่มเวียดนามคนหนึ่งเล่าว่าบ้านเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของชายหนุ่มเวียดนามที่คิดจะออกรับงาน เขาต้องดิ้นรนทำงานเก็บเงินเพื่อปลูกสร้างบ้านให้ได้ก่อนที่จะคิดแต่งงาน เรื่องอื่นเช่นรถยนต์ ยานพาหนะเป็นเรื่องรองลงมา บ้านจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นวิถีคิดของคนเวียดนามว่าเป็นสิ่งปลูก

สร้างที่สำคัญสำหรับการเริ่มต้นชีวิตใหม่^{๑๘} หลังจากนั้นบ้านจะเสร็จสมบูรณ์และเข้าอยู่อาศัยได้จะต้องมีการประกอบพิธีกรรมเข้าอยู่อาศัยบ้านใหม่ ซึ่งหลังจากสร้างบ้านเสร็จก็จะมีพิธีทำบุญไหว้ฟ้าดิน และบรรพบุรุษ ก่อนจะเข้าอยู่อาศัยซึ่งสะท้อนถึงโลกทัศน์ของคนเมืองเว้ต่ออำนาจเหนือธรรมชาติเพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนอยู่ดีมีสุขผ่านความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ



สภาพบ้านเรือนในเมืองที่เป็นร้านค้าและที่อยู่อาศัย

๒. บ้าน/เรือน กับโลกทัศน์ทางสุขภาพไทเขินเมืองเชียงตุง รัฐฉาน ประเทศพม่า

เชียงตุงเป็นจังหวัดหนึ่งตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของรัฐฉาน ประเทศพม่า เมืองเชียงตุงมีภูมิศาสตร์เป็นแอ่งกระทะ มีแม่น้ำสำคัญสองสายเล็กๆที่หล่อเลี้ยงผู้คนในเชียงตุงคือ น้ำเงินที่ไหลมาจากหนองตุง และน้ำหลาบที่ไหลมารวมกับน้ำเงินไหลผ่านหลายหมู่บ้านเป็นสายธารสำหรับการเพาะปลูกที่แต่ละชุมชนได้ผันน้ำตามระบบเหมืองฝายเข้าสู่ไร่นาของตนเอง ขณะที่ประวัติศาสตร์เมืองเชียงตุงมีความสัมพันธ์กับเส้นทางภาคเหนือของไทยมาตั้งแต่อดีตกาลและมีตำนานเล่าขานถึงการกำเนิดเมืองเชียงตุง^{๑๙} ที่สะท้อนถึงโลกทัศน์ของชาวไทเขินที่สัมพันธ์กับความเชื่อความศรัทธาทางพระพุทธศาสนา

การเดินทางไปเชียงตุงของผู้เขินครั้งนี้เป็นรอบที่สามด้วยความรู้สึที่ชื่นชมทัศนียภาพบ้านเรือนของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆในเชียงตุงไม่ว่าจะเป็นไตลื้อ ไตหลอย อาข่า และไทเขิน ผู้เขินสนใจบ้านเรือนของไทเขิน^{๒๐} สำหรับรูปทรงบ้าน/เรือนไทเขินเมืองเชียงตุงมีลักษณะหลังคาอยู่ ๓ ลักษณะ^{๒๑} คือ ทรงจั่วปั้นหยา ทรงปั้นหยา และทรงจั่วซึ่งการสร้างทรงไหนขึ้นอยู่กับลักษณะอาคารที่ใช้ประโยชน์และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดรูปทรงลักษณะหลังคาคือแคตและลม ชาวไทเขินมีวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมความเชื่อที่คล้ายคลึงกับกลุ่มคนวัฒนธรรมไตในภาคเหนือของประเทศไทย หมู่บ้านที่ผู้เขินได้เข้าไปสัมผัสและพูดคุยซักถามคือบ้านยางเกียง อยู่ถัดขึ้นไปทางเหนือของเมืองเชียงตุงมีเส้นทางถนนหลักไปเมืองลาตต์ผ่าน บ้านยางเกียงเป็นชุมชนไทเขินที่ยังคงมีรูปทรงและแบบแปลนของเรือนเป็นแบบดั้งเดิม ชาวไทเขินเรียกบ้านว่า “เฮิน” หรือเรือนใน

^{๑๘} สัมภาษณ์ หวังมิน เด็กหนุ่ม และ คิม ชิ เหมียนเด็กสาวชาวเวียดนามซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕

^{๑๙} ดูเพิ่มเติมใน อรศิริ ปาณินท์ และคณะ. ๒๕๔๘. โครงการ: ภูมิปัญญา พัฒนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างกันของเรือนพื้นถิ่นไทเขินเชียงใหม่-เชียงตุง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

^{๒๐} ไตเขินเป็นกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งในกลุ่มชนวัฒนธรรมไต ที่มีถิ่นฐานหรือศูนย์กลางอยู่ในเมืองเชียงตุง และมีการกระจายถิ่นฐานที่อยู่อาศัยหลายพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่และเชียงรายของประเทศไทย

^{๒๑} อรศิริ ปาณินท์ และคณะ. ๒๕๔๘. (หน้า ๒๕๙-๒๖๒)

ภาษาไทย ส่วนคำว่าบ้านนั้นจะเรียกในความหมายของหมู่บ้าน อุ่นหนานแสง อายุ ๕๑ ปี ปู่จารย์^{๒๒} ประจำหมู่บ้านยางเกียง ได้เล่าถึงโลกทัศน์ที่มีต่อเรือนและวิถีชีวิตของชาวไตจีนว่าความคิดความเชื่อของชาวไตจีนนั้นตั้งอยู่บนฐานคิดของความศรัทธาที่มีต่อพุทธศาสนาและอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติ โดยในระดับบ้านหรือหมู่บ้านนั้น ชาวไตจีนจะมีวัดเป็นศูนย์กลางทางจิตใจที่สัมพันธ์กับวัฏจักรประเพณี พิธีกรรม และวิถีชีวิตจะหมุนเวียนไปตามปฏิทินของแต่ละรอบปี ในวัดแต่ละแห่งเราจะเห็นสามเณรอายุน้อยเต็มไปหมดเนื่องจากชาวไตจีนนิยมให้ลูกชายได้บวชเรียนเพื่อจะได้เรียนหนังสือภาษาไตจีนและหาความรู้ผ่านทางธรรมะและขณะเดียวกันก็มีความเชื่อว่าหากได้ลูกชายบวชเรียนก็จะทำให้พ่อแม่ได้อานิสงค์ผลบุญไปสู่สวรรค์หลังความตาย นอกจากนี้ทุกหมู่บ้านจะมีพื้นที่ที่เรียกว่า “ไจบ้าน” หรือ “เตอะลาบ้าน” หรือเทวดาบ้านเป็นพื้นที่ทางสังคมของชุมชนที่จะมีการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อในช่วงเทศกาลวันปีใหม่ ด้วยการเซ่นไหว้อาหารคาวหวานที่ทุกหลังคาเรือนต้องนำมาทำพิธีร่วมกันซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเคารพต่ออำนาจเหนือธรรมชาติที่คอยปกป้องดูแลรักษาความอยู่ดีมีสุขของผู้คนในชุมชน



ไจบ้านหรือเทวดาบ้านของชุมชนไตจีนบ้านยางเกียง



ภูมิทัศน์วัฒนธรรมบ้านไตจีน เมืองเชียงตุง

^{๒๒} ปู่จารย์หรือพ่ออาจารย์ เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณหรือผู้นำการประกอบพิธีกรรมต่างๆในทางพุทธศาสนาของหมู่บ้าน ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่เคยผ่านการบวชเรียนทางพุทธศาสนาหรืออุปสมบทเป็นพระมาก่อนเมื่อลาสิกขาออกมาจะเรียกว่า อุ่นหนาน ซึ่งผู้เขียนสัมภาษณ์อุ่นหนานแสง อายุ ๕๑ ปี แห่งบ้านยางเกียงเป็นหลัก และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์อุ่นหนานมหาตลา อายุ ๗๓ ปี ซึ่งเป็นปู่จารย์และประธานปู่จารย์ประจำเมืองเชียงตุงแห่งบ้านกลางนาปูหลอย ซึ่งเป็นบ้านไตจีนอีกแห่งหนึ่งที่อยู่ในเขตกลางเมืองเชียงตุงที่ตัวเรือนเริ่มเปลี่ยนรูปทรงไป

ขณะที่ในระดับเรือนจะเป็นพื้นที่ทางสังคมของสมาชิกในครัวเรือนที่จะมีปฏิสัมพันธ์กันตามการจัดลำดับอาวุโส โดยบรรพบุรุษที่เสียชีวิตไปจะกลายมาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวไทเขินยึดถือเคารพเป็นผู้ที่จะคอยมาช่วยเหลือดูแลความเป็นอยู่ของคนในครอบครัวคล้ายกับการนับถือผีปู่ย่าทางภาคเหนือของไทย แต่ชาวไทเขินมิได้มีการสร้างหิ้งผีหรือศาลเหมือนทางภาคเหนือของไทย ชาวไทเขินอธิบายว่าผีปู่ย่าตายายที่ตายไปเป็น “เตอะลาเฮิน” หรือเทวดาประจำเรือน เมื่อถึงวันปีใหม่^{๒๓} ก็จะไปทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปยังผีบรรพบุรุษปู่ย่าตายายด้วยข้าวปลาอาหารและการกรวดน้ำผ่านการทำบุญที่วัด ชาวไทเขินอธิบายว่าการทำพิธีงานบุญดังกล่าวจะทำให้ลูกหลาน “อยู่ดีกินหวาน” ซึ่งหมายถึงการอยู่ดีมีสุขของสมาชิกทุกคนในครอบครัวไม่เจ็บไม่ป่วยร่างกายแข็งแรง ชีวิตเจริญรุ่งเรือง

“อยู่ดีกินหวาน” ยังสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดและการจัดการที่มีต่อตัวเรือนหรือบ้านของชาวไทเขิน โดยการที่จะปลูกสร้างเรือนขึ้นมาหนึ่งหลังนั้นชาวไทเขินจะมีการเตรียมที่เริ่มต้นด้วยการหาฤกษ์ยามวันดีเป็นวันเริ่มปลูกสร้างเรือนที่เรียกว่า “ปกเฮิน” ซึ่งฤกษ์ยามวันดีจะมีการดูตามตำราปฏิทินฤกษ์ยามของไทเขินที่สืบทอดกันมา ก่อนที่จะมีการลงมือสร้างเรือนเจ้าของจะนิมนต์พระสงฆ์มาทำพิธีสวดถอนเพื่อให้ที่ดินบริเวณที่จะสร้างเรือนเป็นผืนดินที่มีปราศจากสิ่งอัปมงคลและเมื่อปลูกสร้างเรือนขึ้นมาเจ้าของและสมาชิกในครัวเรือนจะอยู่อาศัยอย่างปกติสุขสุขภาพร่างกายแข็งแรง ชาวไทเขินให้ความสำคัญกับทำเลที่ตั้งตัวเรือนจะเลือกตำแหน่งที่เป็นศูนย์กลางของพื้นที่ที่จะปลูกสร้างและตัวเรือนนิยมวางตามทิศแนวเหนือ-ใต้ เพื่อให้ตัวเรือนสามารถรับแสงแดดในเวลากลางวันซึ่งสอดคล้องกับภูมิอากาศและระบบนิเวศของเมืองเชียงตุงที่มีอากาศเย็นโดยเฉพาะช่วงฤดูหนาวจะช่วยทำให้ภายในตัวเรือนได้รับความอบอุ่น นอกจากนี้การวางตัวเรือนตามทิศทางดังกล่าวเป็นการวางตามแนวความเชื่อทางพุทธศาสนาของกลุ่มคนวัฒนธรรมไตที่ไม่วางตัวเรือนกับแนวเดียวกับการสร้างวัด การวางแกนผังของวัดจะอยู่ในแนวตะวันตก-ตะวันออก กลุ่มเรือนพักอาศัยทุกแห่งจึงมักจะปลูกสร้างที่เฉียงประจันหน้ากับทางเข้าด้านหน้าของวัดซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่เป็นมงคล^{๒๔}

การสร้างเรือนของชาวไทเขินตั้งอยู่บนโลกทัศน์ “อยู่ดีกินหวาน” ที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและอำนาจเหนือธรรมชาติ โครงสร้างของตัวเรือนในแต่ละส่วนจึงมีพิธีกรรมและการจัดแบ่งตำแหน่งของความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันออกไปโดยเริ่มต้นการปลูกเรือนหลังจากที่กำหนดตำแหน่งของหลุมเสาตามผังเรือนแล้วก็จะมีการขอแรงงานของญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านมาช่วยกันในการลงเสาและขึ้นเสาหน่อของตัวเรือน ซึ่งขั้นตอนนี้จะมีพิธีกรรมปกเฮิน (ขึ้นเสาเรือน) ตามฤกษ์ยามวันดีส่วนใหญ่จะไม่ทำในวันอาทิตย์ โดยปู่จารย์เป็นผู้ประกอบพิธีขึ้นท้าวทั้ง ๔ เป็นการขอขมาบอกกล่าวขออนุญาตสร้างเรือนบนพื้นที่แก่ท้าวจุโลกบาลทั้ง ๔ รวมถึงพระอินทร์และพระแม่ธรณี มีเครื่องประกอบด้วยหน่อกล้วย หน่ออ้อย ต้นกุ๊ก เทียน เครื่องเซ่น ยันต์ผ้าขาว ผ้าแดงเพื่อผูกเส้าพญา เสานาง และเมื่อขึ้นโครงสร้างเรียบร้อยแล้วก็จะทำการก่อสร้างส่วนที่เหลือต่อโดยเจ้าของเรือนและญาติพี่น้อง ปัจจุบันส่วนที่เหลือจะเป็นหน้าที่ของสลา (ช่าง) ที่ว่าจ้างมาจะดำเนินการก่อสร้างต่อจนเรือนแล้วเสร็จ วัสดุการก่อสร้างส่วนใหญ่โครงสร้างหลักจะเป็นไม้ หลังคามุงด้วยกระเบื้องดินขอ บางหลังอาจมีต่อเติมได้ถุนด้วยการก่ออิฐดินเผา

^{๒๓} วันปีใหม่ของชาติพันธุ์กลุ่มวัฒนธรรมไต ไม่ว่าจะเป็นไทเขิน ไทลื้อ ไทจีน ในภูมิภาคนี้จะมีวันขึ้นปีใหม่ตรงกันในช่วงเดือนเมษายนซึ่งตรงกับเทศกาลสงกรานต์ของไทย

^{๒๔} อรศิริ ปาณินท์ และคณะ. ๒๕๔๘. (หน้า ๑๔๖)



การขึ้นโครงสร้างตัวเรือนของชาวไทเขิน

สำหรับชาวไทเขินการวางเสาเรือนจะมีเสาที่สำคัญสองเสาที่ถือว่าเป็นเสามงคลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเจ้าของเรือนและผู้อยู่อาศัยคือ “เสาเตวะลา” หรือเสาเทวดา บางครั้งก็เรียกว่าเสาพญา และอีกเสาหนึ่งคือ “เสานาง” เสาพญาจะเป็นเสมือนเสาพ่อเรือนอันเป็นที่สถิตของผีบรรพบุรุษของฝ่ายพ่อ เสานางเป็นเสมือนเสาแม่เรือนอันเป็นที่สถิตของวิญญาณบรรพบุรุษของฝ่ายแม่ ซึ่งสะท้อนโลกทัศน์ของชาวไทเขินที่เสาเรือนเป็นสัญลักษณ์สื่ออายุถึงอำนาจศักดิ์สิทธิ์ที่เชื่อมโยงระหว่างโลกทางวิญญาณหรือชีวิตหลังความตายกับชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ โลกทัศน์ดังกล่าวสะท้อนถึงสายสัมพันธ์แบบสังคมเครือญาติ และยังส่งผลต่อการกำหนดพื้นที่ภายในตัวเรือนกับพื้นที่การใช้ประโยชน์และพื้นที่ทางสังคมของสมาชิกในครัวเรือนอีกด้วยโดยเสาเทวดาจะตั้งอยู่ตรงกลางทางทิศตะวันออกมีการผูกด้วยผ้าขาวเป็นสัญลักษณ์ และเสานางจะผูกด้วยผ้าสีแดง ติดกับเสาพญาจะมีการสร้างหิ้งพระที่เรียกว่า “แข่งพะลา” อยู่ตรงกลางเพื่อเคารพบูชาตามความเชื่อทางพุทธศาสนา พื้นที่ในช่วงเสาดังกล่าวจึงเป็นพื้นที่พิเศษมีการจัดวางเสื่อ หมอน หีบใส่เสื้อผ้าบรรพบุรุษเป็นสัญลักษณ์อาณาบริเวณของผีบรรพบุรุษหรือที่ไทเขินเรียกว่าเตวะลาเฮิน และพื้นที่ดังกล่าวส่วนหนึ่งในห้องระหว่างเสาเจาะเป็นช่องสี่เหลี่ยมขนาดเล็กอยู่ต่ำกว่าแข่งพะลาที่เป็นที่ตั้งของพระพุทธรูปเพื่อเป็นช่องทางเฉพาะของวิญญาณ พื้นที่ตรงนี้จะเปรียบเสมือนเป็นศูนย์กลางจักรวาลวิทยาของเรือนในโลกทัศน์ของชาวไทเขินที่เชื่อมโยงกับส่วนต่างๆ ภายในตัวเรือนพื้นที่บริเวณนี้จึงเป็นพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ที่สมาชิกในครัวเรือนให้ความเคารพและมิให้รบกวน พื้นที่ดังกล่าวยังมีความสำคัญในแง่ของการวางหีบศพเมื่อสมาชิกในครัวเรือนเสียชีวิตลง หีบศพจะถูกวางไว้ตรงกึ่งกลางระหว่างแนวข้อของเสาเทวดากับเสานางและหันศีรษะไปทางแข่งพะลาซึ่งมีนัยยะที่สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสายตระกูลและโลกวิญญาณหลังความตายกับความเชื่อทางพุทธศาสนา นอกจากนี้บริเวณข้อที่เป็นตัวยึดปลายเสาเทวดาและเสานางที่ถูกผูกด้วยผ้ายันต์สีแดงเป็นเครื่องหมายยังเป็นเสมือนสัญลักษณ์ของการอยู่ดีกินหวานโดยทุกๆ ปีในวันขึ้นปีใหม่และเป็นวันสงกรานต์หรือเรียกว่าวันสงกรานต์เช่นเดียวกับกลุ่มคนไตยวน ไตลื้อ ทางภาคเหนือของไทย ซึ่งชาวไทเขินจะนำเอาพืชสามชนิดคือจะนำเอาต้นอ้อที่เป็นตัวแทนของความแข็งแรง หมากปู้ที่เป็นตัวแทนของความคงทนยาวนานและใบอ้อยอันเป็นสัญลักษณ์ของความหวานมาผูกติดกับ “ใบดั่ง” ที่ยึดอยู่กลางข้อระหว่างเสาเทวดากับเสานางมาสับเปลี่ยนทุกปีอันนำมาซึ่งพิธีกรรมการสืบทอดเวียนทุกๆ ปี^{๒๕} เพื่อให้คนที่อยู่อาศัยในเรือนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง อยู่ดีกินหวาน

^{๒๕} อรศิริ ปาณินท์ และคณะ. ๒๕๔๘. (หน้า ๒๕๓-๒๕๕)



เสาพญาด้านซ้ายของภาพ เสานางด้านขวาของภาพและเพ่งพะลาจะอยู่ตรงกลาง

ความสัมพันธ์ทางเครือญาติและโลกวิญญานยังแสดงออกผ่านการสร้างบันได ชาวไทเขินได้แบ่งหัวบันไดด้านซ้ายคือแม่บันได ด้านขวาคือพ่อบันไดอันเป็นความเชื่อตามสายผีบรรพบุรุษทางพ่อและทางแม่ ประเด็นเดียวกันนี้ผู้เขียนเห็นว่าโลกทัศน์ดังกล่าวนอกจากเป็นการเชื่อมโยงความเป็นเครือญาติผ่านทางผีบรรพบุรุษแล้วยังเป็นการแบ่งบทบาทความเป็นชายหญิงในสังคมชาวไทเขินด้วย กล่าวคือทำให้ความสัมพันธ์กับบทบาททางเพศที่ยึดถือผู้ชายเป็นใหญ่หรือลักษณะทางสังคมแบบปิตาธิปไตย และผู้หญิงเป็นผู้ตามทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครัวเรือน บทบาททางเพศนี้ยังแสดงออกผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น งานบ้าน การทำอาหาร เลี้ยงลูก การทำไร่ นา การติดต่อค้าขาย การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมหมู่บ้าน เป็นต้น การยึดถือความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงถูกสะท้อนออกมาผ่านการสร้างบ้านเรือนดังเช่นโครงสร้างของเสาเรือนที่มีเสาพญา เสานาง และแม่บันได โดยเมื่อมีการสร้างเรือนและบันไดเสร็จก่อนจะทำบุญขึ้นเรือนใหม่ จะมีพิธีกรรมเลี้ยงผีบันไดโดยให้ช่างหรือสล่าที่สร้างเรือนเป็นผู้ทำพิธีการยกขันตั้งหรือปลดขันตั้ง ที่ใส่เบียร์ ๑๐๘ ตัว ข้าวสาร ๑ ปัน (๖ กระป๋องนมข้นหวาน) ผ้าแดงผ้าขาว ตุง ๔ อัน เทียน ๒ คู่ ข้าวเปลือก ๑ กระบุง และไก่ต้ม ๑ ตัว เมื่อถึงเวลาเจ้าของเรือนก็จะเดินนำหน้าขึ้นเรือนมีการวางเงินตามขั้นบันไดเพื่อเป็นนัยยะการซื้อบันไดมาใช้จากผีบันได อันเปรียบเสมือนการเชื่อมโยงโลกวิญญานและโลกมนุษย์เข้าด้วยกันโดยทั่วไปขั้นบันไดเรือนของไทเขินจะมี ๙ ขั้น ตามความเชื่อว่าเป็นเลขมงคลสูงสุดที่จะทำให้เจ้าของเรือนอยู่ดีกินหวานมีความเจริญรุ่งเรืองในด้านต่างๆ ของชีวิต



รูปทรงเรือนไทเขินบ้านยางเกียง เมืองเชียงตุง

นอกจากนี้การจัดแบ่งตำแหน่งแห่งที่ภายในตัวเรือนกับการใช้ประโยชน์และโลกทัศน์ทางสุขภาพของการอยู่อาศัยมีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยดังนี้

“ฮ้องนอนหรือฮ้องขวม” หรือห้องนอนจะเป็นสัดส่วนของเรือนที่วางอยู่ด้านขวาของเสาเทวดาและเชิงพะลาโดยห้องแรกจะเป็นห้องของพ่อแม่หรือคนเฒ่าคนแก่ที่ยังมีชีวิตอยู่ ถัดไปจะเป็นห้องนอนของลูกชายหรือลูกสาวคนแรกจากนั้นจึงจะเป็นห้องนอนของลูกคนถัดไปตามลำดับ การจัดวางตำแหน่งดังกล่าวนอกจากจะเป็นการจัดเรียงลำดับชั้นทางสังคมในครัวเรือนแล้วยังเป็นการจัดวางตำแหน่งที่เชื่อมโยงกับพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์หรือศูนย์กลางทางจักรวาลวิทยาของเรือนด้วยซึ่งสะท้อนให้เห็นโลกทัศน์ทางสังคมและบทบาทของสมาชิกในระดับครัวเรือน ส่วนการกำหนดทิศทางการนอนชาวไทเขินจะหันหัวนอนไปตามทิศตะวันออกหรือไปตามทิศที่ตั้งของเชิงพะลาและเสาเทวดาตั้งอยู่ซึ่งเป็นทิศสิริมงคลของชีวิต

“เต็น” หรือในเฮินเป็นพื้นที่โล่งตรงกลางของตัวเรือนเป็นส่วนศูนย์กลางที่จะเชื่อมโยงไปยังส่วนต่างๆของตัวเรือนไม่ว่าเป็นห้องนอน ห้องครัว และชาน เต็นเป็นส่วนที่ตั้งของเสาเทวดาและเชิงพะลาที่อยู่ทางทิศตะวันออก จึงเป็นพื้นที่เฉพาะของสมาชิกครัวเรือนที่ใช้ประโยชน์ในการพักผ่อนพูดคุยในยามว่างหรือการพักผ่อนดูทีวีก่อนนอน และการใช้ประโยชน์ในเวลาที่มียานสำคัญของสมาชิกในครัวเรือน เช่น งานบวช งานศพ เป็นต้น นอกเต็นหรือนอกเฮินออกมาจะเป็นพื้นที่ระหว่างทางขึ้นจากบันไดขึ้นมาก่อนจะเข้าสู่ภายในตัวเรือนที่มีประตูเรือนกันไว้ บนประตูเรือนจะมีแผ่นไม้ที่ตีเป็นฝาปิดไว้หรือเรือนบางหลังใช้ไม้ไผ่สาน เรียกว่า “ติ่ม” อยู่เหนือประตูทางเข้าตัวเรือนเป็นพื้นที่ที่ใช้สำหรับเก็บข้าวของเครื่องใช้และเป็นส่วนที่ช่วยป้องกันขโมยขึ้นเรือน นอกเต็นจะเป็นพื้นที่โล่งใช้เป็นที่พักผ่อนและรับแขก



ติ่มคล้ายเพดานจะอยู่เหนือประตูเข้าสู่เรือนเชื่อมระหว่างเต็นกับนอกเต็น บนประตูจะมีตะหวัดและหญ้าคาพันจากการทำพิธีเลี้ยงใจบ้านและสืบทอดมาแต่อดีต



นอกเต็นจะเป็นพื้นที่สำหรับพักผ่อนและรับแขก

“จานเฮิน” หรือ ขานเรือนจะมีสองส่วนคือทางด้านหน้าเรือนเป็นพื้นที่ใช้สอยที่เชื่อมต่อมาจากนอกเต็นของเรือน จะมีฮ้านน้ำหรือที่ตั้งของน้ำดื่มในหม้อดินไว้ และขานเรือนด้านหลังที่เชื่อมต่อจากห้องครัวหรือฮ้องไฟ พื้นที่ดังกล่าวจะใช้สำหรับตากเสื้อผ้า ที่ตั้งของน้ำกินน้ำใช้ การชะล้าง และเป็นที่พักพิงผักผลไม้ผลทางการเกษตรที่ใช้เป็นอาหาร เป็นต้น และโดยเฉพาะในหน้าหนาวจะเป็นพื้นที่สำหรับนั่งผิงแดดเพื่อรับไออุ่นจากแสงแดดยามเช้าเนื่องจากสภาพภูมิอากาศจะเย็นและหนาวของเมืองเชียงตุง



ฮ้องไฟหรือห้องครัวสำหรับประกอบอาหาร

“ฮ้องไฟ” หรือ ห้องครัวไฟเป็นส่วนสำคัญของเรือนที่ใช้ประโยชน์ในการประกอบอาหาร ส่วนใหญ่ตำแหน่งจะอยู่ตรงข้ามกับทิศที่ตั้งเชิงพะลา ครัวเรือนเป็นอีกส่วนหนึ่งของเรือนที่ชาวไตจีนให้ความสำคัญ แม่เตาไฟหรือที่ตั้งเตาไฟเป็นสถานที่สำคัญที่เปรียบเสมือนแหล่งประกอบอาหารหล่อเลี้ยงชีวิตคนในครัวเรือน ดังนั้นเวลาที่ทำบุญขึ้นเรือนใหม่เจ้าของเรือนจะต้องหาคนหนุ่มสาวที่ซื่อแก้วหรือแสงที่ยังไม่แต่งงานมาเป็นผู้ที่ตั้งแม่เตาไฟ ด้วยความเชื่อว่าจะทำแม่เตาไฟมีความสว่างไสวเช่นเดียวกับชื่อของคนที่มาตั้งแม่เตาไฟครั้งแรก ซึ่งจะทำให้เป็นสิริมงคล เจริญรุ่งเรืองและเกิดความมั่นคงกับเจ้าของเรือนผู้อยู่อาศัย ห้องครัวไฟยังเป็นสถานที่ให้ความอบอุ่นที่สำคัญในยามหน้าหนาว พื้นที่นี้จะกลายมาเป็นที่จุดเตาไฟเพื่อผิงคลายหนาวยามค่ำคืนของสมาชิกในเรือน

“ตะลางเฮิน” หรือใต้ถุนเรือนเป็นพื้นที่สำหรับเก็บอุปกรณ์ทางการเกษตร เช่น รถไถนา จอบ เสียม บางหลังคาก็จะเป็นพื้นที่สำหรับผูกวัว ควาย ยามค่ำคืน นอกจากนี้จะใช้เก็บฟืนซึ่งเป็นวัสดุเชื้อเพลิง สำหรับหุงต้มอาหารของครัวเรือน บางครัวเรือนกันพื้นที่บางส่วนเป็นเล้า เป็ด ไก่ เป็นต้น



ตะลางเฮินเป็นพื้นที่ใช้สอยเพื่อการเก็บสิ่งของต่างๆ และเลี้ยงสัตว์

“เยข้าว” หรือยุ้งฉางข้าว สำหรับชาวไทเขินยุ้งฉางข้าวจะมีสองลักษณะคือการสร้างเป็นเรือน ขึ้นมาหนึ่งหลังที่อาจจะเชื่อมต่อกับตัวเรือนหลักที่พักอาศัยหรือบางครัวเรือนอาจจะสร้างแยกเป็นหนึ่งหลัง ออกไปต่างหาก ลักษณะที่สองคือบางครัวเรือนอาจจะใช้ไม้ไผ่สานเป็นขดวงทรงกระบอกขึ้นมาเพื่อเป็นที่เก็บ ข้าวเปลือกไว้ใกล้กับตัวเรือนหลัก เยข้าวเป็นสถานที่สำคัญเนื่องจากเปรียบเสมือนอุ้งข้าวที่ใช้หล่อเลี้ยงชีวิต ตลอดปีชาวไทเขินยังให้ความสำคัญต่อข้าวเช่นเดียวกับกลุ่มคนวัฒนธรรมไทอื่นๆ



เยข้าวหรือยุ้งฉางข้าวที่สร้างแยกเป็นหลังเฉพาะ

หลังจากปลูกสร้างเรือนเสร็จสมบูรณ์จะมีการทำบุญขึ้นบ้านใหม่โดยดูฤกษ์ยามวันดีเมื่อได้วันที่จะทำบุญก็จะนิมนต์พระสงฆ์มาทำพิธีกรรมสวดถอนหรือสังคหะเพื่อขจัดปัดเป่าสิ่งชั่วร้ายออกจากบ้านเรือน จากนั้นก็จะทำพิธีกรรมขึ้นบ้านใหม่พระสงฆ์สวดพุทธมนต์เพื่อเป็นสิริมงคลให้เจ้าของเรือนและผู้ที่อยู่อาศัยให้อยู่ดีกินหวาน จากนั้นแม่บ้านก็จะเอาข้าวของที่เตรียมไว้สำหรับประกอบพิธีขึ้นบ้านใหม่ อาทิ หาบเป็ดหรือ

กระบุงใหม่ที่บรรจุข้าวของเครื่องใช้ในครัวเรือน ส่วนพ่อบ้านก็จะสละพวงเงินทองและมิดดาบรอที่บันไดล่าง เมื่อได้ฤกษ์ยามดีที่กำหนดไว้ก็จะพากันหาบข้าวขนของขึ้นเรือน แล้วนำเอาดอกไม้ธูปเทียนไปวางไว้บนหิ้งพระ จากนั้นทำพิธีสืบทอดและสมาชิกในครัวเรือนเพื่อให้อยู่ดีมีสุข โดยการสืบทอดขึ้นเฮิน (เรือน) ใหม่ นั้น จะมีพระสงฆ์จำนวน ๕ รูป มาเป็นผู้สวดทางพิธีกรรม มีการเตรียมเครื่องประกอบได้แก่ไม้ค้ำสลิ ๑ คู่ ไม้ง่าม สืบทอด ๓ คู่ ข้าวเปลือก ๑ กระบุง ข้าวสาร ๑ พัน กล้วย หมากร อ้อย เปี้ย ซ่อตุงเล็ก เครื่องใช้ครัวเรือนใหม่ เช่น หม้อ ไห เสื่อ เป็นต้น การสืบทอดนอกจากเป็นพิธีกรรมที่สะท้อนโลกทัศน์ของชาวไทเขินต่อวิถีชีวิตและสภาพที่เรียกว่า “อยู่ดีกินหวาน” ในระดับครัวเรือนแล้ว พิธีกรรมและโลกทัศน์นี้ยังครอบคลุมถึงการอยู่ร่วมกันในสังคมระดับชุมชนทางชาติพันธุ์ไทเขิน ซึ่งในแต่ละปีช่วงเดือนเมษายนอันเป็นเดือนตามปฏิทินการขึ้นปีใหม่ของชาวไทเขินจะมีการร่วมกันทำบุญและพิธีกรรมสืบทอดหมู่บ้าน และเลี้ยงเซ่นไหว้เจ้าบ้านหรือเทวดา บ้าน พ่อหนานแสงและพ่อหนานอุ่นมหาศาลเล่าต่อว่า การสืบทอดหมู่บ้านจะต้องนิมนต์พระสงฆ์จากวัดอื่นมา ทำพิธีให้เพราะพระสงฆ์ที่จำวัดของหมู่บ้านก็ต้องเข้าร่วมรับพิธีสืบทอดด้วย การสืบทอดหมู่บ้านทุกหลังคาเรือนจะมาร่วมด้วยช่วยกันในการเตรียมข้าวของเครื่องใช้ในพิธีและแต่ละหลังคาเรือนจะเตรียมตาแหลวเจ็ดชั้น (เหลียวไม้ไผ่) และหย้าคาพันเป็นเกลียวยาว ของตนเองมาด้วย เมื่อทำพิธีสืบทอดหมู่บ้านเสร็จก็จะนำเอาตาแหลวเจ็ดชั้นและหย้าคาพันนั้นมาผูกติดไว้ตรงเหนือประตูเรือนเพื่อเป็นการป้องกันภูติผีอำนาจชั่วร้ายมิให้เข้ามาทำร้ายสมาชิกในครัวเรือนและเป็นการทำให้คนที่อาศัยอยู่ในเรือนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บไม่ป่วย ตลอดปี

เรือนในโลกทัศน์ของชาวไทเขินยังมีความสำคัญต่อวิญญาณในโลกหลังความตาย เมื่อมีสมาชิกในครัวเรือนเสียชีวิตลง การสร้าง “เฮินตาน” หรือเรือนจำลองเพื่อทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้กับผู้ตายโดยมีความเชื่อว่าเมื่อคนเราตายไปวิญญาณก็จะไปสู่ปรโลกที่มีสภาพไม่ต่างไปจากการใช้ชีวิตในโลกของมนุษย์ ญาติพี่น้องต้องสร้างเรือนตานไปให้ยังผู้ตายเพื่อให้เป็นที่อยู่อาศัยของวิญญาณ หากมิเช่นนั้นจะทำให้วิญญาณของผู้ตายกลายเป็นวิญญาณเร่ร่อนไม่มีที่อยู่อาศัย ความเชื่อและพิธีกรรมดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มคนไตลื้อ ไทยวนทางภาคเหนือของไทยที่ถือปฏิบัติมาจนถึงปัจจุบัน พิธีกรรมตานเฮินตานไปยังผู้ตายจะทำในระหว่างพิธีงานศพ ภายในเฮินตานจะมีข้าวของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับเหมือนที่ยังมีชีวิตอยู่ การประกอบพิธีจะมีปูจรรย์เป็นผู้นำกล่าวคำอาราธนาต่อพระสงฆ์ จากนั้นพระสงฆ์จะทำพิธีสวดเพื่อสื่อบุญไปยังวิญญาณของผู้ตายให้รับรู้และมารับเอาซึ่งเฮินตานและข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ หลังจากพิธีงานศพเฮินตานก็จะถูกเคลื่อนย้ายไปไว้ยังวัดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในด้านอื่นของวัดต่อไป



เฮินตานสำหรับผู้ตายของชาวไทยวนในภาคเหนือของไทย

บทส่งท้าย

จากประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน“ขอกลับไปตายที่บ้าน”เป็นสิ่งที่ผู้เขียนได้ยินบ่อยๆ จากปากของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขอร้องให้ลูกหลาน ญาติพี่น้องพาตนเองออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปนอนตายที่บ้านซึ่งเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ในแง่ที่บ้าน/เรือนได้สะท้อนให้เห็นถึงความผูกพันมิติทางจิตวิญญาณของผู้อยู่อาศัยกับบ้าน/เรือนซึ่งเป็นพื้นที่ที่มนุษย์เลือกเป็นสถานที่สิ้นสุดของลมหายใจเฮือกสุดท้าย เราจะเห็นว่าบ้าน/เรือนจึงมิใช่แค่สิ่งปลูกสร้างทางสถาปัตยกรรมเท่านั้นแต่หากบ้าน/เรือนคือพื้นที่ทางสังคม (social space) ที่หล่อหลอมมนุษย์ตั้งแต่เกิดผ่านกระบวนการกลมเกลียวทางสังคม (socialization) การเลี้ยงดูจนเติบโตจนกระทั่งตายจากไป ในห้วงเวลาช่วงชีวิตคนๆหนึ่งในบ้าน/เรือนหลังหนึ่งจึงมีมิติของความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลายรูปแบบแม้กระทั่งความสัมพันธ์ของมนุษย์หลังความตาย หากเราจะมองสุขภาพผ่านปรากฏการณ์ทางสถาปัตยกรรมที่เรียกว่า “บ้าน/เรือน” ของผู้คนในอุษาคเนย์อย่างกรณีคนเวียดนามที่เมืองเว้ และชาวไตจีน ที่เมืองเชียงตุง รัฐฉาน ประเทศพม่า ย่อมเป็นบทพิสูจน์หนึ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสถาปัตยกรรมที่เรียกว่า “บ้าน/เรือน” ที่มนุษย์เราใช้ในวัฏจักรของชีวิต เกิด แก่ เจ็บ ตาย และแม้กระทั่งโลกหลังความตาย ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนถึงโลกทัศน์ทางสุขภาพของผู้คนในอุษาคเนย์ การเรียนรู้ในวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญก่อนที่จะรู้เหล่านี้จะถูกย่อยสลายหายไปกับกาลเวลาแห่งความเปลี่ยนแปลงและกระบวนการพัฒนาที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบันและอนาคต

บทที่ ๙

บทสรุปและข้อคิดเห็นต่อบทความในโครงการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพ เรื่อง ความรู้ท้องถิ่น และวัฒนธรรมสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงในอาเซียน “Local Knowledge and the Change of Health Situation in ASEAN”

บทสรุปภาพรวมของเนื้อหา

บทความทั้ง ๗ เรื่อง มีจุดยืนการมองเหมือนกัน คือ มองเขาในฐานะประเทศเพื่อนบ้าน แตกต่างจากงานชิ้นที่เคยมีมาก่อน ที่มักจะศึกษาและมีมุมมองให้ไทยเป็นศูนย์กลาง เราศึกษาแบบเพื่อนบ้านศึกษาเพื่อนบ้าน สิ่งที่ปรากฏของทั้ง ๗ บทความ คือ เมื่อพูดถึงระบบสุขภาพก็สนใจว่าระบบส่งผลต่อคนตัวเล็กตัวน้อยในสังคมอย่างไร ดังนั้น งานทั้งหมดจะมองหรือโฟกัสไปที่คนตัวเล็กตัวน้อย ที่เป็นชาวบ้านธรรมดาไม่มีอำนาจอะไรหรือกลุ่มชาติพันธุ์เล็กๆ ที่อยู่ในพื้นที่นั้น ๆ เช่น ชาวไทดำในเว้ ชาวไทเขินที่เชียงตุง เราก็จะศึกษาคนตัวเล็กตัวน้อยเหล่านั้น และพบว่าการศึกษาที่มีบริบทของแต่ละเรื่องเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากและขาดไม่ได้ของงานทั้ง ๗ ชิ้น

ภาพรวมของโครงการจากการศึกษาและนำเสนอแลกเปลี่ยน เผยแสดงให้เห็นเงื่อนไขที่จำเป็นและขาดไปไม่ได้ คือ บริบทมีความสำคัญยิ่งต่อสิ่งที่เราศึกษา ทั้ง ๗ บทความ อย่างไรบ้าง ได้พบว่า หากมองเชิงประวัติศาสตร์ก็เห็นพัฒนาทางการแพทย์กับอิทธิพลของสถานะที่ตกอยู่ภายใต้อาณานิคมอย่างยิ่ง ได้เห็นเงื่อนไขทางการเมืองกับการพัฒนาความเป็นชาติที่เกิดขึ้นของประเทศนั้นๆ เรื่องช่วงเวลา จากมองบริบทในมุมมองประวัติศาสตร์ การตกเป็นอาณานิคมของแต่ละประเทศที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างชาติของแต่ละชาติ และมีความสัมพันธ์กับการสร้างอัตลักษณ์และภูมิปัญญาพื้นบ้าน กลับพบว่า ลักษณะเด่นของภูมิปัญญาพื้นบ้านถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้ด้วย บางครั้งเป็นการได้รับผลกระทบ และอาจถูกทำให้เป็นเหยื่อก็ได้ ในบางประเทศบางช่วงเวลากลับถูกใช้เป็นเครื่องมือ ถูกใช้ในแง่ของประจักษ์พยานของความเป็นชาติ ในประวัติศาสตร์ของการถูกกดขี่ข่มเหงในช่วงที่ตกเป็นอาณานิคม จึงส่งผลต่อพัฒนาการของภูมิปัญญาพื้นบ้านในหลายประเทศ ที่เหมือนและแตกต่าง

อีกแง่หนึ่งพบว่า การเป็นอาณานิคมได้นำไปสู่การพัฒนากระบวนการแพทย์ ในลักษณะการขยายตัวของการแพทย์สมัยใหม่ เพราะอิทธิพลตะวันตกได้นำการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปสู่สังคมทั่วโลก แต่อีกด้านหนึ่งพบว่าการเป็นอาณานิคมนำไปสู่การพยายามต่อสู้ของกลุ่มหมอพื้นบ้าน ที่ทำให้เกิดการดำรงอยู่ในสังคมได้ต่อมาอย่างไร คนอ่านจะเห็นได้จากงานทั้ง ๗ ชิ้นนี้ ในบางลักษณะหลังจากการตกอยู่ในอาณานิคม แล้วหลุดออกมาจากช่วงนั้น จะเห็นสังคมหลายๆ สังคมที่พยายามจะสร้างความเป็นชาติที่เข้มข้นผ่านกระบวนการควบคุม และการพัฒนาหลายๆ อย่างซึ่งจะไปเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพื้นบ้าน

จากงานของอาจารย์อรุณญา ศิริผล ศึกษาถึงการสร้างถนนเข้าไป เห็นวิธีการของรัฐในการควบคุมชาวขมุอย่างไร โดยการย้ายชาวขมุจากเทือกเขาข้างบนมาสู่พื้นที่ราบที่อยู่ริมถนน ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของชาวขมุริมถนน R3A อย่างไร หรืองานของอาจารย์เทพินทร์ พัทธนาธิกุลที่เข้าไปศึกษาการแพทย์พื้นบ้านในพม่า การตั้งชมรมหมอพื้นบ้านของชาวพม่านั้น ในแง่อาณานิคมกลายเป็นจุดต่อต้านอำนาจของอังกฤษ แต่พอเราหลุดมาจากอาณานิคมแล้วชมรมหมอพื้นบ้านเหล่านั้นก็กลับกลายเป็นเครื่องมือของรัฐบาลในการควบคุมคนระดับรากหญ้า

จะเห็นว่า กลุ่มภูมิปัญญาหรือตัวหมอพื้นบ้านถูกใช้ประโยชน์ในแง่มุมต่างๆ กัน ในช่วงเวลาต่างกัน ในบริบทที่ต่างกัน บางครั้งภูมิปัญญาพื้นบ้านกลายเป็นประจักษ์พยานในการสร้างอัตลักษณ์ของชาติ เห็นได้จากงานของหลายๆ คน เช่น งานของอาจารย์ทวีศักดิ์ เผือกสม ที่อินโดนีเซีย การต่อสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นเป็น

อย่างไร หรือที่สีหนุวิลล์ เขมร พยายามบอกว่าสิ่งเหล่านี้เป็นอัตลักษณ์ของชาติ แต่เมื่อชาติเปลี่ยนไปหลังจาก อาณานิคมจบไปแล้ว ชาติต้องพัฒนาตามความหมายของผู้ในแต่ละประเทศ โดยผู้นำแต่ละประเทศที่ โครงการนี้ศึกษานั้น เน้นการพัฒนาความทันสมัยผ่านเหตุผลทางวิทยาศาสตร์

ข้อค้นพบดังกล่าวในแง่ภูมิที่รัฐบอกว่า เราต่อต้านอาณานิคม เมื่อเป็นรัฐอาณานิคมแบบหนึ่ง แต่เมื่อ เป็นรัฐอิสระ กลับบอกว่าประเทศมีความทันสมัยเทียบเคียงกับฝรั่งเหมือนกัน การเทียบเคียงก็มองที่ความ ทันสมัยและความเป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้กระทบต่อภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือความรู้ท้องถิ่น รัฐจะเข้ามา สนับสนุนภูมิปัญญาพื้นบ้านกับความทันสมัยอย่างไร ยกตัวอย่าง สมัยอาณานิคมของอินโดนีเซียและพม่า เจ้าอาณานิคมนำความทันสมัยเรื่องความสะดวกเข้าไปใช้ คือความสะดวกเป็นความสะดวกไม่ใช่ความสะดวก ด้ขัหรือ อังกฤษจึงเอาสบู่เข้าไปในประเทศเหล่านั้น สร้างวาทกรรมเรื่องความสะดวกเข้าไปกดทับ แต่งานของ ดร. ทวีศักดิ์ กลับได้พบว่า ชาวอินโดนีเซียอาบน้ำบ่อยกว่าฝรั่งเสียอีก จากที่ชาวด้ขัเองก็ไม่ค่อยอาบน้ำ แต่ใช้ วาทกรรมเรื่องความสะดวกให้กลายเป็นว่า ชาวอินโดนีเซียสกปรก ทั้งที่ชาวด้ขัที่ไม่ค่อยอาบน้ำแต่สะอาด กว่าชาวอินโดนีเซียที่อาบน้ำบ่อยกว่า

เช่นเดียวกันที่ชาวพม่า พูดถึงความสกปรกของชาวพม่า เป็นโฆษณาชวนเชื่อในพม่า ที่บอกว่า สามี ออกไปนอกบ้านรู้สึกตัวเองเข้ากับเพื่อนฝูงไม่ได้เพื่อนฝูงก็ว่า ภรรยาที่รู้สึกทำหน้าที่ไม่ดีพอจะอย่างไรให้ สามีมีความสุขเข้าไปอยู่ในสังคมได้จึงไปปรึกษาเพื่อน เพื่อนบอกว่าถ้าคุณใช้สบู่ชั้นโลห์แล้วภรรยาจะสวยมาก ทุกอย่างใสสะอาด ทุกบ้านก็มีสบู่ชั้นโลห์ สามีจะมีความสุขและรักภรรยา วาทกรรมความสะดวกกับสบู่ ชั้นโลห์ ในแง่หนึ่งของนักเศรษฐศาสตร์อาจจะบอกเป็นเรื่องของการขายสินค้าในช่วงที่เป็นอาณานิคม แต่ ดร.เทพินทร มองเห็นว่า เป็นการพูดถึงมิติเรื่องของสุขภาพผ่านการสร้างวาทกรรมช่วงหนึ่งนั่นเอง พอเป็น ความสะดวกชั้นโลห์แบบนี้จะเห็นว่า มีความพยายามกีดกันความรู้บางส่วนไม่ให้ความเท่าเทียมกันออกไป เมื่อ วิทยาศาสตร์เป็นการแสดงถึงความศิวิไลซ์ หรือความทันสมัย ฉะนั้น อะไรที่เป็นไสยศาสตร์จึงต้องถูกเอา ออกไปหมด

ในหลายๆ ประเทศที่ตกเป็นอาณานิคมที่ตกเป็นอาณานิคมที่เราศึกษาบทวนกันในโครงการนี้ พบว่า มีความพยายามกีดกันมิติที่อธิบายไม่ได้เพราะเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ออกไป เรื่องของหมอสมุนไพรที่ประกอบ พิธีกรรมในการบูชา หลังปฏิวัติเขมรแดง บอกว่า พิธีกรรมไม่เอา เอาแต่สิ่งที่อธิบายได้ หรือในเวียดนาม จาก งานของ อาจารย์ฉัสนรา พูดถึงการปฏิวัติวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีมีผลต่อความคิดและการจัดการสุขภาพของ เวียดนามอย่างไร หรือคนไทดำ ผลของการพยายามขจัดตัวไสยศาสตร์ออกไปในความรู้หมอพื้นบ้านของพม่า ทำให้มีกลุ่ม ๒ กลุ่ม แยกออกจากกันอย่างชัดเจน กลุ่มที่เป็นการแพทย์หรือหมอพื้นบ้านที่รับการรับรองจากรัฐ กับหมอพื้นบ้านแบบเป็นมุลนิธิ ที่ยังใช้ไสยศาสตร์อยู่ แยกวิธีการรักษาสมุนไพรหรือวิธีการที่ใช้ไสยศาสตร์จาก ตัวสปิริต (spirit) แต่ไสยศาสตร์เมจิกที่เกิดขึ้นจากพุทธศาสนากลับไม่แยก นี่คือความต่างของการแพทย์ พื้นบ้านพม่า เพราะยังใช้อำนาจที่มาจากตัวสมาธิในการรักษาได้ (ยอมรับ) แต่แพทย์ที่ใช้ภูตผีรับไม่ได้

หากมองสถานการณ์ปัจจุบันคือกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกมีผลต่อการแพทย์พื้นบ้านหรือภูมิ ปัญญาท้องถิ่นอย่างไรแล้ว เมื่อได้อ่านงานทั้ง ๗ ชิ้นจบแล้ว ก็มีการตั้งคำถามอีก อย่างเช่น งานของ ดร. สุธสม ที่เป็นจุดเริ่มอธิบายว่า เมื่อโลกเปลี่ยนเป็นประชาคม AEC มากขึ้น ทุนนิยมเข้ามาครอบงำส่วนที่เป็นโลกของ สุขภาพมากขึ้น มะขามป้อมจะดำรงอยู่ได้อย่างไรบ้างกับการรุกรานของทุนนิยมข้ามพรมแดน จากงานของ อาจารย์สุธสม ที่บอกว่า มะขามป้อมกำลังสูญหายจากประเทศไทยแล้ว ไปอยู่ที่เขมรและลาว ต่อไปไทยต้อง ซื้อมะขามป้อมจากเขมรและลาว หรือซื้อยาแก้ไอที่นำมาขายในไทยด้วย การรุกรานของทุนนิยมเหล่านี้ไม่ใช่ รุกรานเฉพาะพื้นที่พรมแดน แต่ได้ข้ามพรมแดนไปเรื่องสุขภาพ ด้วย

ประเด็นเช่นนี้ถูกเสนออีก ในงานของ ดร.เสถียร บอกว่า ปัจจุบันสภาพบ้านไทยขึ้นในเมืองเปลี่ยนแปลงรูปทรงจากบ้านเดิมที่เคยเป็นความเชื่อตามวัฒนธรรมแบบเดิมกลายเป็นบ้านตึกมากขึ้น แต่ก็ยังมีพื้นที่บางส่วนที่ยังรักษาพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ไว้กับควบคู่กับการดำรงอยู่ร่วมกับบ้านตึกเหล่านั้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สัมพันธ์กับภูมิปัญญาพื้นบ้านและโลกสุขภาพของคนไทยขึ้นไปอย่างไร

จากเรื่องเส้นทางมะขามป้อมพื้นบ้านกลายเป็นสินค้าเช่นนั้นแล้ว มามองดู”ทานาคา”ของพม่า จะเห็นว่า ทานาคาถูกกระแสนทุนเข้าไปผลิตตัวทานาคาออกมา มีการประทับ ISO พบว่ามี ๒ ยี่ห้อใหญ่ หรือ “Dukun” (ดูกุน) ของชาว ที่อาจารย์ทวีศักดิ์ เผือกสม เสนอจะได้รับผลกระทบอย่างไร ถ้ามีการพัฒนาแบบทุนนิยมเข้าไปมากขึ้น หมอพื้นบ้านชาวที่มีหลากหลายมากจะปรับเปลี่ยนตัวเองไปแบบไหน หมอพื้นบ้านเขมร หรือ “ชาหมอบโบริณ” จากงานคุณบุษบก จะเป็นอย่างไรต่อไป หากอำนาจของความรู้วิทยาศาสตร์ส่งผลอย่างมากแล้ว จะเปลี่ยนวิธีการดูแลแม่และเด็กไปอย่างไรบ้าง หรือความเชื่อเรื่องขวัญชาวไทดำ ที่อาจารย์ขัมตรา สนใจจะเป็นอย่างไร และชาวขมุผู้อยู่ริมถนน RmA จะจัดการชีวิตตนเองในภาวะสมัยใหม่อย่างไร เป็นคำถามท้าทายที่จะศึกษาต่อหรืออาจจะคิดต่อจากการอ่านงานของในโครงการชุดนี้ด้วย

สรุปข้อคิดเห็นในภาพรวมจากนักวิชาการภายนอก (Reviewer)

๑. บทความของโครงการนำเสนอประเด็นหลักๆ ๒ ประเด็น คือ

๑.๑ ประเด็นเกี่ยวกับเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นในบริบทของอาเซียน ศึกษาแนวความคิดในประเด็นที่ศึกษาแต่ละเรื่อง เกี่ยวกับความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพ และการแพทย์พื้นบ้านในประเทศอาเซียน เปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างของวัฒนธรรมสุขภาพแบบท้องถิ่น อาทิ สมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ

๑.๒ ประเด็นเรื่องการรุกของทุน ความเหนือกว่าของทุนในธุรกิจการจัดการกับระบบสุขภาพ รวมทั้งการปรับตัวและการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการฟื้นฟูความรู้ท้องถิ่นในประเทศอาเซียนในบริบทนี้

๒. บทความในโครงการนี้แสดงความเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นใหญ่ๆอีกหลายประเด็นที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องมองอีกหลายมิติให้ครอบคลุม เช่น เรื่อง Standards Harmonization หรือ การสร้างมาตรฐานเดียวกันให้กับยาสมุนไพรในกลุ่มประเทศอาเซียน หรือ Medical Hub ในไทย หรือการที่ประเทศไทยกำลังกลายเป็น Centralized ในระดับภูมิภาค

๓. ควรระมัดระวังการอธิบายความรู้ท้องถิ่น ความรู้พื้นบ้าน ด้วยการรื้อสร้าง (Deconstruct) เสียหมด เพราะจะทำให้เส้นของความรู้ท้องถิ่น ความรู้พื้นบ้าน ที่หาไม่ได้จากวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ยังมีความหมายที่เป็นความหวังแก่ผู้คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความหวังอื่น ๆ ถูกทำลาย

๔. บทความแต่ละเรื่องควรจะหาจุดร่วมในการอธิบายประเด็นร่วมกันด้วย อาจหนึ่งหรือสองประเด็นเพื่อหาความเชื่อมโยง เพื่อให้เห็นว่าภายในรัฐชาติมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และมีความเชื่อมต่อกัน เช่น คนไตหรือไท ที่มีทั้งในไทย หรือในลาว ว่ามี วัฒนธรรมสุขภาพระบบเดียวกันหรือไม่ การเลือกโดยอาศัยรัฐชาติเป็นยูนิตอาจจะสร้างปัญหาแบบหนึ่งตรงที่ไม่เห็นความหลากหลายภายในของกลุ่มชาติพันธุ์กับการแพทย์พื้นบ้าน

๕. งานวิจัยแสดงให้เห็นเฉพาะผลลัพธ์ (out put) จิงชาดมิติอื่นๆของกระบวนการที่ละเอียดอ่อนที่ซ่อนอยู่ภายใน เช่น ระบบเหล่านี้มีหลักคิดอย่างไร อาศัยอะไร ซึ่งอาจจะเหมือนหรือไม่เหมือนการแพทย์สมัยใหม่ เช่น ประสบการณ์ประชาชนที่ทำให้ยอมรับและยังคงใช้ประโยชน์ ผัสสะในการสร้างสมประสบการณ์ของการเป็นหมอพื้นบ้าน

๖. งานวิจัยได้แสดงให้เห็นประเด็นเรื่องการฟื้นฟูไว้เพียงเล็กน้อย จึงยังขาดข้อเสนอเชิงนโยบายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

๗. ยังขาดประเด็นที่สำคัญของการแพทย์พื้นบ้านคือ ประเด็นเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน กับการสร้างข้อถกเถียงว่า ความรู้พื้นบ้านที่สามารถนำมาทำการค้าได้มี แบบไหนบ้าง แบบไหนส่งผลกระทบอย่างไร จะทำให้ระบบคุณค่าที่มีอยู่ในความรู้ท้องถิ่นนั้นยังดำรงอยู่ได้ด้วยอย่างไร

๘. งานวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพของความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพในระบบสุขภาพทางการ แบบเฉพาะกรณี (Specific Context) ซึ่งสามารถนำไปสู่ความเชื่อมโยงกับสถานการณ์การพัฒนาภาพรวม และการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพอย่างชัดเจนที่ยังต้องศึกษาต่อไป

รายละเอียดข้อวิจารณ์ โดย รศ.ดร.ปรีดา เฉลิมเผ่า กอนันทกุล

ข้อวิจารณ์ต่อเนื้อหาบทความ

โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์หลัก ๆ ๒ เรื่อง คือ ๑) รวบรวมแนวความคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้ท้องถิ่น วัฒนธรรมสุขภาพ และการแพทย์พื้นบ้านในประเทศอาเซียน ๒) เปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างของวัฒนธรรมสุขภาพแบบท้องถิ่น อาทิเช่น สมุนไพร การแพทย์พื้นบ้านรวมทั้งการปรับตัวและการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการฟื้นฟูความรู้ท้องถิ่นในประเทศอาเซียน นี่เป็น ๒ โจทย์ จากที่ได้อ่าน ๓ บทความ มีกระบวนการวิจัยอย่างไร ได้ตอบโจทย์อะไรบ้าง เรื่องที่อ่านมี ๓ บทความคือ เรื่องแรกเรื่องโตดำของอาจารย์สุรสา จากจังหวัดเขินลา ในตอนเหนือของเวียดนาม ผู้วิจัยบอกว่าสนใจเลือกคนที่ไม่ใช่ชาวบ้าน แต่ว่าเลือก ข้าราชการเกษียณ สมาชิกพรรค บุคลากรการแพทย์ เรื่องที่สอง เป็นเรื่องเนื้อหาแบ่งเป็น ๒ ส่วน ส่วนแรกเป็นการทบทวนประวัติศาสตร์ของการแพทย์พื้นบ้านในพม่า ของ อาจารย์เทพินทร์ ส่วนที่ ๒ เป็นข้อสังเกตจากการศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งใกล้ๆ กับมณฑลสะเลย คนที่อาจารย์ศึกษาจะมีแม่บ้าน นายหน้า ข้าราชการบำนาญ ส่วนเรื่องที่ ๓ เรื่องหอมสมุนไพรและแม่ค้าบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา คือ เรื่องมะขามป้อม กับเรื่องหอมสมุนไพรและแม่ค้าเป็นของอาจารย์สุรสม

กรณีงานเรื่อง “ขวัญ” ความหมายและพลวัตรสุขภาพของคนไทดำ

ในกรณีของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ข้อค้นพบที่ดิฉันอ่านพบ ทศนคติ จินตนาการหรือการให้ความหมายแก่ความรู้พื้นบ้านเท่าที่คนเขียนไปค้นพบมากถูกกำกับหรือหล่อหลอมด้วย ๒-๓ เรื่อง เรื่องแรกคือ เรื่องนโยบายของรัฐซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อการแพทย์พื้นบ้านที่จะ “กดทับ” หรือสนับสนุน ซึ่งนโยบายดังกล่าวนี้ถูกกำกับด้วยสถานการณ์ทางการเมืองอีกชั้นหนึ่ง กล่าวคือ ในช่วงสงครามนั้นความรู้พื้นบ้านจะมีบทบาทสูงและได้รับการสนับสนุน เพราะว่าเป็นช่วงนั้นเป็นช่วงสงคราม การแพทย์สมัยใหม่ยังเข้าไม่ถึง การแพทย์พื้นบ้านก็มีความสำคัญ หลังสงครามเวียดนาม รัฐบาลใหม่หลังชนะฝรั่งเศสแล้วสถาปนารัฐใหม่ขึ้นมาต้องการขจัดร่องรอยวัฒนธรรมเก่า แล้วมองเห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับแพทย์พื้นบ้านอาจจะเกี่ยวกับเรื่องโครโมโซมหรือเกี่ยวกับความเชื่อไสยศาสตร์ มันเป็นเรื่องหรือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอำนาจเก่า ฉะนั้น ก็พยายามขจัดออกไปหรือให้ความสำคัญน้อยลง แต่ว่าในปัจจุบันมีการเปลี่ยนนโยบายอีก คือ อยากให้มีความเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์แผนใหม่กับแพทย์พื้นบ้าน เพราะฉะนั้น ความสำคัญของความหมายที่ให้กับแพทย์พื้นบ้านก็แปรผันไปตามสถานการณ์ทางการเมืองและนโยบายของประเทศ แต่ในบทความนี้มีข้อที่น่าสนใจคือ เนื่องจากว่าผู้ศึกษาเลือกศึกษาชาติพันธุ์กลุ่มย่อยในสังคมใหญ่ คือ ศึกษาไทดำ ซึ่งเป็นคนกลุ่มหนึ่งในเวียดนามเป็นวัฒนธรรมของคนกิน ในหลายๆ กรณีที่พบ การที่คนเลือกที่จะใช้แพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แบบดั้งเดิมนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแสดงออกทางชาติพันธุ์ ถ้าเป็นคนไตดำก็ต้องทำพิธีนี้หรือใช้การรักษาแบบนี้เพื่อธำรงรักษาอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของกลุ่มของเขา อัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งหรือ

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการที่จะเลือกเก็บรักษาหรือปฏิบัติตามระบบความเชื่อพื้นบ้าน ส่วนอีกประเด็นที่บทความนี้พูดถึงด้วย คือ การแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบันมีพลวัตสูงและมีความเป็นวิทยาศาสตร์ บางคนก็มีเจตนาที่ก่ออย่างละเอียดใช้วิธีการเปรียบเทียบทดลองใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ไม่ต่างอะไรกับแพทย์

กรณีของเรื่อง การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่า : มาตรฐานการรักษาและโอกาสของคนจน

จากข้อค้นพบในพม่าคือ พม่าในเขตที่จิตตกอง ใช้การแพทย์ทั้ง ๒ ระบบ ควบคู่กันไป มีข้อน่าสนใจใช้ยาสมัยใหม่เพื่อให้การหายโดยฉับพลัน แต่ใช้ยาพื้นบ้านเพื่อที่จะจัดมูลเหตุของความเจ็บปวด มีวิธีใช้ที่แตกต่างกัน มีการอธิบาย การเลือกใช้ยาพื้นบ้านเป็นเรื่องของความเชื่อของกลุ่มคนนั้น ๆ หรือเป็นเรื่องของฐานะทางเศรษฐกิจ เพราะว่ายาพื้นบ้านราคาถูกกว่าการไปรักษากับการแพทย์สมัยใหม่ ฉะนั้น ในการตัดสินใจมีทั้งเรื่องของความคิดเห็น ความหมายที่ให้กับการรักษาแบบพื้นบ้าน กับมีเรื่องของฐานะทางเศรษฐกิจด้วยควบคู่กันไป **อีกประเด็นหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องแรก** คือว่ายาพื้นบ้านหรือการแพทย์พื้นบ้าน การเติบโตหรือเสื่อมถอยก็ขึ้นอยู่กับอำนาจทางการเมือง และนโยบายของรัฐในสมัยนั้น เช่น ในรัฐสมัยอาณานิคมก็กดกันยาพื้นบ้าน ส่วนในปัจจุบันรัฐพม่าในปัจจุบันมองอย่างไร

กรณีเรื่อง การค้าสมุนไพรชายแดน : ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลก

เป็นเรื่องของกรณีชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา สรุปว่า ในกรณีชายแดน แพทย์พื้นบ้านมีพลวัตสูง มีการต่อยอดความรู้ในลักษณะแตกต่างกัน เช่น หมอพื้นบ้านพยายามจะทำแพคเกจยาสมุนไพรให้มีคำอธิบาย มีฉลากยา สร้างความน่าเชื่อถือ น่าซื้อ สำหรับลูกค้าสมัยใหม่ หรือแม้คำก็พยายามจะขายยาควบคู่ไปกับสินค้าอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่ยา ฉะนั้น เหมือนกับพลวัตของการแพทย์พื้นบ้านขึ้นอยู่กับ agency แต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับ การนำยานั้นมาสนองตอบตลาดชายแดน อีกประเด็น คือ การรักษาพื้นบ้านบางอย่างอาศัยความเป็น ตะวันออกในการสร้างมูลค่าเพิ่มสำหรับลูกค้าตะวันตก กรณีนี้ไม่ได้ปรากฏอยู่ในบทความ แต่ก็เห็นได้ชัดเจน ในกรณีสมุนไพรมะขามป้อม ซึ่งอาจจะไม่ใช่เรื่องของไทย สำหรับประสบการณ์ส่วนตัว เวลาเดินทางไปประเทศ ภูฏาน สินค้าขึ้นชื่ออย่างหนึ่งของประเทศภูฏาน จะเป็นชาสมุนไพร มีหลายรสชาติ แต่รสหนึ่งที่เป็นที่นิยมมากเรียกว่า หิมาเลย์น รุสแมรี มีความน่าสนใจว่า ถ้าซื้อในตลาดทั่วไปราคาประมาณ ๔๕-๑๐๐ บาท ถ้าซื้อ ขากลองเดียวกันนี้ที่สนามบินราคากลองละ ๓๐๐ บาท ถ้าหากไปดูในเว็บไซต์โฆษณาขายชาในเว็บ ราคา กลองละประมาณ ๕๐-๑๐๐ เหรียญ จึงไม่รู้ว่ามีวิธีตั้งราคาเป็นอย่างไร ตำรับยาอายุรเวทในอินเดีย เขาใช้ มะขามป้อมเยอะ เขาถือเป็นยาวิเศษที่น่าสนใจ เป็นข้อค้นพบ อาศัยป้ายความเป็นตะวันออก หรือป้ายของ แพทย์สมุนไพรช่วยเพิ่มมูลค่าของสินค้าสำหรับลูกค้าตะวันตก

ข้อคิดเห็นรวมจากงานบทความ ๓ เรื่อง ข้างต้น

พูดถึงการแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะร่วมกันอย่างไรบ้าง คล้ายๆ กับว่างานนี้มีวิธีมองหรือสมมุติฐานที่ ดิฉันยังไม่แน่ใจว่าเป็นวิธี approach ของคณะวิจัยหรือของหัวหน้าโครงการ มีภาพที่ว่าการแพทย์พื้นบ้านเราไม่ควรจะมองแบบเป็นภาพจินตนาการมาตั้งแต่อดีต ภูมิปัญญาท้องถิ่นจริงๆ แล้วการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้เป็น ของที่บริสุทธิ์เป็นของสืบทอดมาอย่างไม่มีการเปลี่ยนแปลง แม้ที่จริงแล้วมีการแลกเปลี่ยน มีการปะทะกับระบบ การแพทย์แบบอื่น มีการปรับปรุงผสมผสานกับอย่างอื่นตลอดเวลา ฉะนั้น ตัวมันเองมีลักษณะลูกครึ่งหรือ ผสมกัน ยิ่งปัจจุบันนี้เข้าไปอยู่ในระบบธุรกิจก็ยิ่งถูกปรับเปลี่ยนเป็นลูกผสมมากขึ้น โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ดิฉันรู้สึกว่โดยรวมนักวิจัยก็มีทัศนคติ ซึ่งก็ไม่ได้คัดค้านอะไรมาก การมองแบบนี้ทำให้เราทิ้งของซึ่งมีค่าไป เหมารวมทิ้งมันไป ทำให้ถึงอยากให้มองความรู้ท้องถิ่น ความรู้พื้นบ้านด้วยเสน่ห์อะไรบางอย่างซึ่งหาไม่ได้จาก วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน จากประสบการณ์ส่วนตัวในเหตุการณ์ลูกชายยังเล็ก ๆ แล้วป่วยมาก ช่วงเวลา ๑๒ ปี มีญาติเป็นหมอด้วยไปรักษามาหมดแล้วต่างประเทศก็ไป ก็ยังไม่หาย ท้ายสุดตามความรู้สึก

ของแม่ใครให้ทำอะไรก็ทำทุกอย่าง ให้ไปไหนไปซื้อพวงมาลัย ไม่ว่าตัวเองจะมีความเชื่ออย่างไรก็ตาม แต่มันเป็นความหวัง แม้คนจะมองว่าสิ่งเหล่านี้เป็นของไม่บริสุทธิ์ แปะแป้น แต่ก็ยังพบว่า สิ่งเหล่านี้เป็นความหวัง ฉะนั้น แม้ในทางวิชาการไม่ว่าจะเป็นสังคมวิทยา มานุษยวิทยา ที่มองว่า ถูกหลอก แล้วเรายากจะรื้อมันออกมาเพื่อให้เห็นว่าธาตุแท้เป็นอย่างไร มีการผสมนั้นนี้ แต่ดิฉันอยากให้เห็นความหมายที่เป็นความหวังแก่ผู้คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความหวังอื่น ๆ อยู่ด้วย

จึงอยากจะตั้งคำถามว่า สิ่งที่ยังไม่ได้ตอบคืออะไร มีอะไรที่ยังไม่ได้เปรียบเทียบ หรือเปรียบเทียบแล้ว ยังไม่ได้คำตอบมีอะไรบ้าง มีคำถามหนึ่งที่ดิฉันต้องการคำตอบอย่างมากคือว่าเวลาแต่ละ paper ไปเลือกประเภทแพทย์พื้นบ้าน แต่ละที่ก็เลือกมาคนละอย่าง ทำให้เวลาเปรียบเทียบลำบาก ทำให้มองไม่เห็นว่าเป็นระบบ แต่ละระบบ หลายๆ ที่มีระบบคล้ายๆ กัน เช่น สมุนไพรจะมีทุกที่ แต่ความเชื่อเรื่องขวัญหรือการรักษาด้วยการเสกหรือทำพิธีผูกข้อมือ การรักษาด้วยการใช้คนทรง บางที่อาจจะไม่ได้มีทุกที่หรือเปล่า ทำให้บางที่มี บางที่ไม่มี

สรุปจาก ๓ บทความ มองเห็นรายการเยอะ เช่น ไตดำ มีทั้งขวัญ มีสมุนไพร มีมนต์ มีกาดจุด มีครอบแก้ว มีฝังเข็ม ของพม่า มีสมุนไพร มีมนต์ มีทำบุญ มีทำสมาธิ มีเข้าทรง มีบางอย่างที่เรียกว่า “ไสย” หรือ “ไสยศาสตร์” พื้นที่ทางชายแดน มี สมุนไพรกับมีมะขามป้อม จะเห็นว่า เรื่องสมุนไพรมีตรงกัน แต่บางอย่างอย่างกาดจุด ไม่แน่ใจว่าจะมีที่พม่า ลาว หรือเขมร หรือเปล่า หรือครอบแก้วไม่ทราบว่ามีเหมือนกันหรือเปล่า คือ สนใจว่ามีรูปแบบวิธีการแบบใดร่วมกันบ้าง

ในขณะเดียวกันยังมีคำถามฝากไว้ ด้วยว่า คำถามแรก คือ ทำไมบางอย่างเกิดขึ้นในบางที่และไม่เกิดในบางที่มันขึ้นอยู่กับอะไร ดิฉันยังไม่ค่อยแน่ใจว่าแต่ละประเทศ (ที่เราศึกษา) มีการแพทย์พื้นบ้านอะไรบ้าง แล้วทำไมบางที่พบ บางที่ไม่พบ ลองดูภาพธงประเทศในอาเซียน (เรียงตามตัวอักษร) ถ้าเราลอง plot บนกราฟ มีสมุนไพร มีเข้าทรง ฝังเข็ม ฯลฯ ถ้าลองไต่ตรงจุดต่างๆ ตามการตุนเหล่านี้ จะเห็นว่าเป็นมูลค่าเพิ่มทางสุขภาพ

คำถามที่ ๒ การเลือก approach การแพทย์พื้นบ้านโดยอาศัยรัฐชาติเป็นเครื่องแบ่งก็มีความสะดวกอย่างหนึ่งแต่มันก็จะสร้างปัญหาแบบอื่น ทำให้เราไม่ค่อยเห็นว่า ภายในรัฐชาติจะมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์จริงๆ จะมีความเชื่อมต่อกัน เช่น คนไต ก็มีทั้งในไทย ในลาว ในจีนก็มี วัฒนธรรมสุขภาพก็มีเหมือนกันหรือเปล่า เป็นระบบเดียวกันหรือเปล่า เป็นต้น หมายถึงว่า การเลือกโดยอาศัยรัฐชาติเป็นยูนิตก็อาจจะสร้างปัญหาแบบหนึ่งตรงที่ไม่เห็นความหลากหลายภายในของกลุ่มชาติพันธุ์กับการแพทย์พื้นบ้าน

คำถามที่ ๓ ที่คิดว่าต้องเพิ่มเติม เมื่อพูดถึงความรู้ท้องถิ่นหรือความรู้พื้นบ้าน เวลาเราพูดใน paper มันถูกลดทอนบางอย่างลงไปให้เห็นตัวผลผลิต หรือปรากฏการณ์ท้ายสุดที่เราเห็น ไม่ว่าจะเป็นพิธีบางอย่าง อาจจะเป็นตัวสมุนไพรบางอย่าง อาจจะเป็นการพูด อาจจะเป็นชื่อสมุนไพร อาจจะเป็นการพูดถึงการกาดจุด เทคนิคบางอย่างที่เรารู้จักและเราเรียกมันว่า การแพทย์พื้นบ้าน จริง ๆ แล้วมีของอีกเยอะที่อยู่เบื้องหลังซึ่งเรายังไม่ได้แตะ ไม่ทราบว่าที่วิจัยต้องการจะแตะหรือไม่ อาทิเช่น ระบบเหล่านี้มีหลักคิดอย่างไร อาศัยอะไร ซึ่งอาจจะเหมือนหรือไม่เหมือนการแพทย์สมัยใหม่ เช่น อาศัยผัสสะในการสร้างสมประสบการณ์ของการเป็นหมอพื้นบ้าน เช่น ถ้าสุดท้ายคุยกับหมอพื้นบ้านที่สุรินทร์ เวลาเข้าไปเก็บสมุนไพรในป่า อาศัยประสบการณ์ดูว่า ใบนี้ใช้ได้หรือยังมีความละเอียดอ่อน ซึ่งจะรู้ได้อย่างไร หรือเขาบอกว่ายาสูตรเดียวกัน แต่คนใช้แต่ละคนมาไม่เหมือนกัน มากไปกว่าจะสอบประวัติว่าอายุเท่าไร ผ่านอะไรมา วิธีการให้ยาของหมอแต่ละคนก็จะไม่เหมือนกัน ถามว่า หมอรู้ได้อย่างไร ใช้อะไร ใช้สายตา ใช้ประสบการณ์ ใช้เสียง ใช้การจับ ใช้สัมผัส ใช้อะไรที่จะบอกหรือรู้ มีความน่าสนใจว่า กว่าที่สิ่งที่เราเรียกว่าการแพทย์พื้นบ้านจะก่อตัวขึ้นมาเป็นความรู้ มันมี

ผัสสะหลายอย่าง ซึ่งหมอมจะต้องสร้างความชำนาญสร้างประสบการณ์ มิติเหล่านี้จะอยู่ส่วนไหนของงานวิจัย เราจะพูดถึงมิติเหล่านี้หรือเปล่า หรือเราจะให้ความสำคัญกับมิติเหล่านี้หรือไม่มากนักยิ่งดี

ส่วนที่ ๓ คำถามจากงานวิจัยพูดถึงการฟื้นฟู อยากจะรู้ว่าการฟื้นฟูแบบไหนบ้างไม่ค่อยแน่ใจว่า ๓ paper ได้ตอบคำถามเรื่องการฟื้นฟูหรือยัง การฟื้นฟูมีหลายรูปแบบที่กำลังเกิดขึ้น เช่น ที่ประเทศภูฏานจะมีพื้นที่หรือที่ทางให้การแพทย์พื้นบ้านใน รพ. ชัดเจน มีโซนที่เป็นแพทย์สมัยใหม่และอีกโซนเป็นแพทย์พื้นบ้าน และจะมีองค์กรมีสถาบันในการสร้างแพทย์พื้นบ้านขึ้นมาให้ใกล้เคียงหรือทัดเทียมกับแพทย์สมัยใหม่ เหมือนกับการเอาแพทย์พื้นบ้านเข้าไปอยู่ในพื้นที่ของแพทย์สมัยใหม่ แต่อีกแบบคือ สร้างพื้นที่แบบใหม่ให้กับแพทย์พื้นบ้านในบริบทของเขาเอง ตัวอย่างหนึ่งที่เห็นทำคือ ศูนย์ตะบัลไพร ที่สุรินทร์ ตั้งมาประมาณ ๒๐ กว่าปี ศูนย์นี้ทำกิจกรรมหลายอย่าง ปัญหาหนึ่งของแพทย์พื้นบ้านที่พบในปัจจุบันด้วยบริบทของการที่เราจะสร้างแพทย์พื้นบ้านขึ้นมาตามแบบเดิมมีน้อยลง เพราะมีคนใช้น้อยลง คนไปหาแพทย์สมัยใหม่เยอะ ฉะนั้นแพทย์ที่เก่ง ๆ ก็แก่แล้ว การที่จะสร้างแพทย์ใหม่ขึ้นมาเป็นเรื่องยากมาก เพราะหมอมไม่ค่อยมีโอกาสที่จะรับการรักษาค่ะที่ก่อนเพื่อสะสมชั่วโมงบินจนกระทั่งเป็นหมอที่เก่งๆ ได้ตามระบบเดิม พยายามเอาหมอเหล่านี้มาแลกเปลี่ยนกัน เขาก็จะสร้างพื้นที่ทุกเดือน เรียกว่า ตลาดนัดหมอพื้นบ้าน จริง ๆ คือ เป็น meeting ของหมอพื้นบ้าน ซึ่งหมอมจะมาพบกันมาแลกเปลี่ยนความรู้ และมารักษาด้วย เป็นพื้นที่ให้หมอที่มีอายุน้อยมาเรียนกับหมอที่มีอายุมากกว่ารวมทั้งแลกเปลี่ยนตำรับยาและความรู้ต่าง ๆ นี่ก็เป็นวิธีฟื้นฟูอีกวิธีหนึ่ง ไม่ได้เอาแพทย์พื้นบ้านเข้ามาอยู่ในระบบสมัยใหม่ แต่พยายามที่จะสร้างและขยายพื้นที่ให้กับแพทย์พื้นบ้านในบริบทที่เป็นแบบหมอพื้นบ้าน

รายละเอียดข้อวิจารณ์ โดย รศ.ดร.ไชยันต์ รัชชกุล

ภาพรวมข้อคิดเห็นส่วนหนึ่งเกี่ยวกับต่อเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ความรู้ท้องถิ่นและวัฒนธรรมสุขภาพในบริบทของอาเซียน กับการมองในประเด็นการรุกของทุน

ประเด็นแรก งานวิจัยของโครงการที่ได้นำเสนอและอ่านแล้วนี้ทำให้หัวใจบอบช้ำ เพราะเป็นการศึกษาจากคนตัวเล็กตัวน้อย และมองเพื่อนบ้านในฐานะเป็นมิตร แล้วแต่เราจะใช้คำอุปมาอุปมัย (metaphor) ว่า เป็นคล้ายๆ กับแสงเทียนในท่ามกลางความมืดหรือจริงๆ มันเป็นหยดน้ำในทะเลทราย ถ้าปกติ อาเซียนฟังเป็นเหมือนนยาสามัญประจำบ้านไปแล้ว เราได้ยินอยู่เสมอๆ บ่อยๆ ถ้าคิดถึงเรื่องนี้จะเป็นอย่างไร ประเด็นที่ ๑. สรุสมศึกษาเรื่อง มะขามป้อม ทานาคา ความรู้ทางเภสัชกรรมของไทยในการทำยาจากสมุนไพร ถ้ามองในประเทศอาเซียนด้วยกัน คิดว่า ไทยมีความรู้ทางเภสัชศาสตร์สูงกว่าประเทศอื่นๆ ในอาเซียน และเราก็มีการทำยาจากสมุนไพรที่มีชื่อเสียงมาก เช่น เอาเมล็ดลำไยมาทำ ลองกานอย (Longanoi) และมีงานวิจัยที่มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เรื่อง หนามตายา เกี่ยวกับพยาธิ กระจายดำ ถึงแม้จะไม่เห็นด้วยกับอาเซียนที่จะเป็นเหมือนที่โฆษณากันว่า borderless บ้าง มีการถ่ายเทระหว่างแรงงาน ซึ่งแท้จริงมีแค่ ๘ อาชีพเท่านั้นเอง

หากสมมุติว่า อาเซียนเป็นแบบแผนทำให้เกิดการติดต่อกันมากขึ้น อาจเป็นไปได้ ที่ว่า การรับรู้และความรู้ทางด้านสมุนไพรของประเทศเพื่อนบ้านต่าง ๆ เหล่านี้ จะมารับรู้โดยอุตสาหกรรมยาด้วยผ่านความรู้ทางเภสัชศาสตร์ โดยเฉพาะของประเทศไทยจริงๆ คือ บริษัทใหญ่ของการผลิตยานี้ ตัวอย่างเราคงได้ยินเรื่องของฟลูออไรด์ในยาสีฟัน มีการประชุมของบริษัทยักษ์ใหญ่ของยาสีฟัน เขาพยายามประชุม lobby ประเทศในอาเซียน (มีการประชุมสั้นๆ แต่ให้ไปเที่ยวยาวๆ เป็น budget ให้กับหมออยู่เรื่อยๆ) ฟลูออไรด์ที่อยู่ในยาสีฟัน แต่ประเทศไทยมีปริมาณต่ำกว่าประเทศอื่น เขาใช้คำว่า Standardization มาตรฐานเดียวกัน (Harmonization) แต่จะพบว่า ฟลูออไรด์ซึ่งสูงอยู่แล้วในประเทศพม่าทางตอนเหนือของประเทศไทย ทางใต้ของจีนมีฟลูออไรด์เยอะมาก มีฟันตกกระมาก แก้วลำพูน ตาก และแม่ฮ่องสอน ยิ่งทางเหนือของลาว ทางตอนใต้ของจีน พม่า มี

ฟลูออไรด์เยอะมาก มันต่างไปจากประเทศอื่น เช่น ทางใต้ของไทย ในอินโดนีเซียบางเกาะ ไม่มีฟลูออไรด์เลย ดังนั้น ฟลูออไรด์ที่ใช้แต่ละพื้นที่จึงไม่ควรจะเท่ากัน มันควรจะเหมาะสมแล้วแต่พื้นที่ บริษัทยักษ์ใหญ่เหล่านี้ทำเพื่อลดต้นทุนการผลิต เพื่อให้การตลาดดีขึ้น โดยทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน ในอาเซียนใช้คำว่า integration เบี่ยงไปอีกข้างหนึ่งใช้คำว่า specialization เช่น อุตสาหกรรมผลิตรถยนต์ จะเห็นว่าประเทศอินโดนีเซียผลิต Avanza บริษัทยานยนต์ทั้งหลายก็แยกๆ ผลิตแบบนี้เพื่อให้ได้เปรียบในการผลิตและในการจำหน่าย

กลับมาเรื่องสมุนไพร เกรงว่า บริษัทยาใหญ่ๆ จะเอาความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้ของภูมิปัญญาพื้นบ้านในอาเซียนไปทำให้เกิดประโยชน์ในทางธุรกิจ ตัวอย่างที่ทำอยู่ขณะนี้คือ ไบฟร่ง ผู้ขายทางเหนือรู้ว่าใช้เพื่อกลบกลิ่นเหล้าในปาก ตอนนี้บริษัทยักษ์ใหญ่ที่ทำยาสีฟันเขากำลังจะทำน้ำยาบ้วนปากจากไบฟร่ง แต่เขาจะไม่พูดว่ามาจากไบฟร่ง แต่จะผลิตให้เป็นยี่ห้อเดียวกับยาสีฟัน ให้มีกลิ่นปากที่หอมสดชื่น กรณีที่ไม่ดีจากที่พูดมานี้ คือมีการจดสิทธิบัตรให้มีความเป็นเจ้าของหรือ monopolize คือ มีข่าวว่าการจดสิทธิบัตรวิธีการผ่าตัด แล้วสิ่งนี้ไม่ใช้การดำเนินการในโรงเรียนแพทย์หรือ แต่มีแนวโน้มที่จะเป็นแบบนั้นอยู่ หากมีการค้นพบเทคนิคใหม่ ก็จะมีการจดสิทธิบัตร ต่อไปการเรียนต้องจ่ายลิขสิทธิ์ด้วยไหม

ประเด็นที่สอง Medical Hub การสร้าง hub หมายความว่าอย่างไร เป็นประเด็นเดียวกันกับการสร้าง “ความเป็นชายขอบ” สร้าง hub คือการสร้าง periphery คู่กันไม่จริง hub คงไม่ make sense ทำไมคำว่า hub ไม่ใช่เพียง Centralization การปกครองของไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๑๙๐๐ เป็นต้นมา เป็น Centralization ตลอด ที่นี้คำว่า การรวมเข้าสู่ศูนย์กลาง แต่กรุงเทพฯ ไม่ได้มีความหมายเป็น hub ทำไมกรมพระยาดำรงไม่ใช่คำว่า Hub ไม่ทราบ แต่กรุงเทพฯ ก็เป็น Hub ในทางการปกครองอยู่ดี Hub ไม่เพียงเป็นเครื่องมือ Centralization เฉพาะในประเทศ แต่เป็น Centralization ในระดับภูมิภาค เช่น เรื่อง Tourism hub เนื่องจากเรามีในเรื่อง infrastructure ในเรื่องการท่องเที่ยวดี มีโรงแรม มีถนนดี มีจุดที่เป็น location ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอาเซียน ไทยจึงได้เปรียบมาก แต่เรื่องจุดท่องเที่ยวที่จะมาดูก็ไม่มีอะไร นักท่องเที่ยวมาเมืองไทยเพราะเป็นจุดศูนย์กลาง มาเพื่อเป็นจุดเปลี่ยนไปสถานที่อื่นต่อ

ความที่เป็น Hub แสดงว่าเรากำลังจะเป็น Centralized ในระดับภูมิภาค เราจะเห็นว่ามีโรงพยาบาลซึ่งอยู่ตามชายขอบเพื่อนบ้าน เช่น ที่จังหวัดอุบลฯ กำลังเจรจาซื้อโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และมีโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าของโรงพยาบาลอีกหลายโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ซึ่งบังเอิญเป็นธุรกิจเดียวกับสายการบิน คือจะส่งให้หมอบินไปก็ง่ายมาก ชื่อเดียวกันด้วย คือ มีโรงพยาบาลซึ่งพยายามที่จะเป็น hub คือ เอาคนที่มั่งเงิน เช่น คนลาว มารักษาที่บ้านเรา คนมองโกเลีย ที่มีเงินเขาจะไปรักษา มี ๓ ประเทศ คือ เกาหลี สิงคโปร์ กับไทย เทียบไปเทียบมาปรากฏว่า ไทยถูกกว่าประเทศอื่น hospital ของไทย เคยได้ยินคำว่า condotel และคำว่า hospitel ราคาการรักษาและที่พักขึ้นสูง เพียงเปลี่ยนจาก “a” เป็น “e” เท่านั้นเอง ราคาการรักษาเปลี่ยนสูงลิบ ข้างในสถานที่พักเหมือนกับ hotel นี่เอง ยกเว้นเตียงพักกับสายเสียบออกซิเจน มีการรับรักษา ที่ Medical Hub ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลต่างๆ ไป แต่ตอนนี้กำลังจะเกิดในโรงเรียนแพทย์ และจะไปในหลายๆ โรงเรียนแพทย์ในอนาคต เราจะมี รพ.ที่ใหญ่มาก คือ รพ. ศิริราชปิยมหาราชารุณย์ เป็นไปได้ไหมที่ รพ. แห่งนี้จะรับคนไข้ที่เป็นแรงงานข้ามชาติพม่าจากมหาชัย หรือ ชาวโรฮิงญาได้บ้าง ค่ารักษาพยาบาลและห้องจะเป็นอย่างไรบ้าง มีตัวอย่างคือ เพื่อนชื่อคมมีเลือดออกในท้องเข้าไปอยู่ รพ. ที่ชื่อเดียวกับบริษัทสายการบิน อยู่ ๕ วัน ราคา ๓ แสนบาท ราคาสูงมาก กลายเป็นระบบธุรกิจการรักษาพยาบาล หากจะรวม ๒ อย่างเข้าด้วยกัน สำหรับเรื่องของภูมิปัญญาพื้นบ้านในประเทศอาเซียน ถ้าเราแลกเปลี่ยนความรู้กันจะเป็นเรื่องที่ดีมาก ไม่ให้เป็นประโยชน์กับธุรกิจการแพทย์จนเกินไป และ การทำธุรกิจการรักษาพยาบาลกำลังกลายเป็น Norm ของสังคม

การเชื่อมโยงมองทั้ง ๒ เรื่องนี้มีข้อดีมาก คือ เรื่องภูมิปัญญากับอาเซียน ซึ่งช่วยการมองให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในตอนนี้ อาจเป็นประโยชน์กับบริษัท/ธุรกิจ marketing strategy ด้วย ที่เป็นศัพท์ MBA ที่นำมาใช้กับ รพ. หรือ การทำธุรกิจสุขภาพ หรือบริการธุรกิจสุขภาพ ในแง่ใดแง่หนึ่ง

กรณีเรื่อง ภูมิทัศน์ประวัติศาสตร์การแพทย์และการแพทย์พื้นบ้านในอินโดนีเซีย

- บทความนี้ตั้งใจจะอภิปราย ๓ ประเด็น แต่ที่ปรากฏหลัก ๆ เป็นการอธิบายเรื่องทัศนะของตะวันตก (ดัตช์) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และบางส่วนกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงการศึกษาทางการแพทย์และผดุงครรภ์ เท่านั้น ที่เป็น Western views on the traditional medical practices and hygienic situation

- เรื่องที่เสนอเกี่ยวกับ “คู่มือการดูแลครรภ์เรือนสำหรับแม่บ้านดัตช์ ในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗” นั้น น่าจะแสดงบริบทของการเกิดโรคระบาดในศตวรรษนั้นมากกว่าแสดงถึงลักษณะของชาติพันธุ์ชาวดัตช์ หรือแม้กระทั่งชาวยุโรปโดยทั่วไปในชนบท

- การนำเสนอข้อมูลตารางสถิติเรื่องจำนวนประชากรและการเสียชีวิตของผู้คนจากงานของราฟเฟิลส์ (Raffles ๑๘๑๗) ในภาคผนวกของหนังสือเรื่อง Unhealthiness of Batavia นั้น เสนอให้อธิบายเป็นเชิงเหตุเชิงผล น่าสนใจมากกว่าแสดงตัวเลขสถิติ โดยเสนอให้ผู้เขียนตั้งเป็นข้อสังเกตอย่างวิพากษ์วิจารณ์ได้ โดยไม่ถือแหล่งข้อมูล for granted ซึ่งก็เป็นประเด็นสำคัญของการเขียนในส่วนอื่นๆ ด้วย ที่ผู้เขียนจะตั้งคำถามบันทึกในฐานะเอกสารทางประวัติศาสตร์

- ขอให้ปรับแก้ wording ให้เป็นไปในโทนเดียวกัน ให้ผู้เขียนเป็นบุรุษนามของบทความในลักษณะเดียวกันตลอดทั้งบทความ

- เสนอให้ค้นหาประเด็นปัญหาหรือคำถามสำคัญในการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน ที่ประเทศอินโดนีเซีย เพื่อให้มีการสนับสนุนทวนวิจัยต่อไป

กรณีเรื่อง การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านพม่า: ข้อสังเกตจากการศึกษาพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของชาวพม่า

- เป็นงานที่ดีมาก สมควรเป็นแบบอย่างให้กับงานชิ้นอื่นๆได้
- จากหน้า ๑-๑๘ เขียนให้เห็นภาพและประเด็นได้ดีมาก แต่จากหน้า ๑๘ มาจนจบไม่สู้หนักแน่นเท่าภาคแรก โดยเฉพาะ จากหน้า ๒๑ ซึ่งเป็นภาคข้อมูลภาคสนาม สมควรมีการเสริมด้วยการวิเคราะห์ ด้วยการ conceptualization ตามแนว Anthropology Of Medicine สำนักคิดใดสำนักคิดหนึ่งที่ผู้เขียนเห็นว่าสัมพันธ์กับข้อมูล

- บทความกล่าวในตอนจบแบบห้วน อาจมีการปรับเพิ่มเติม

กรณีเรื่อง “บ้าน/เรือน” กับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์

- คำว่า “อุษาคเนย์” กว้างไป เป็น generalization ที่กว้างมาก และเป็น concept ที่ไม่คล้องกับ cultural entity เป็น geographical entity เชิงสังเขปมากกว่า

- บ้านเป็นเพียงที่พักอาศัยและสนใจให้คุณค่าในแง่ความสวยงามและความสะดวกสบายเท่านั้น เป็นข้อความที่ Redundant. The state of the research problems and the line of inquiry should be here instead.

- ให้ขยายความแนวคิดเชิงโครงสร้างนิยม (Structuralism) (Waterson, ๑๙๙๑) ที่เอามาใช้

- “กาแล” ที่พบในมลายูและอินโดนีเซียด้วย น่าจะได้สำรวจถึงความหมายว่าต่างหรือคล้ายกันอย่างไร ถ้าจะต้องการถกเถียงว่า “อุษาคเนย์” มีส่วนร่วมกันอยู่
 - ขอให้อธิบาย เรื่อง “โสก” หรือ “โกลก” ได้มีบทบาทต่อการจัดการเรือนของคนอีสาน ทำนองเดียวกันคติความเชื่อและระบบสังคมกับการปลูกสร้างเรือนพื้นบ้านและชุมชนผู้ไทในอีสาน (ให้ละเอียด)
 - เนื้อหาส่วนต้นดูเหมือนจะเป็น Conceptual approach แต่ไม่ได้สัมพันธ์กับส่วนที่จะตามมาในหน้าต่อไป จึงเหมือนเป็นการกล่าวถึงที่ยังลอยอยู่
- ส่วนข้างบนนี้เป็น การสำรวจงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ข้อสังเกต คือ (ก) งานต่าง ๆ นี้นำมาเรียงกันเฉยๆ ควรจะต้องมีการ “สนทนา” ต่อกันและกัน เพื่อนำไปสู่ (ข) การสร้าง conceptualization เพราะที่เป็นอยู่ ผู้อ่านยังไม่ได้มีความกระจ่างว่า จะมีการจัด เรียบเรียง และอธิบายข้อมูลภาคสนาม ด้วยแนวคิดใด ประเด็นที่ระบุไว้ในส่วนต้นของเขียนยังไม่สามารถนำมาเป็นแสงส่องให้ข้อมูลได้
- ข้อความที่เป็นหัวใจสำคัญมาก ในนำเสนอแนวคิดเรื่องบ้าน/เรือนกับโลกทัศน์ทางสุขภาพของคนอุษาคเนย์ แต่ยังไม่ค่อยปรากฏในข้อเขียนที่ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นเรื่องของมานุษยวิทยาสุขภาพ
 - นับว่าเป็นข้อมูลและการบรรยายที่น่าสนใจ ผู้อ่านรู้สึกเพลินกับการบรรยาย ถ้าจะเป็นงานเชิงสารคดีก็จะได้เกรดเอ (A) แต่ถ้าจะถือเป็นงานวิจัยเชิงวิชาการที่เรียกร้องการอธิบายก็ยังถือเป็นงานที่ยังไม่สมบูรณ์
 - ตั้งข้อสังเกตว่าเป็นงานเขียนเชิงสารคดีที่น่าสนใจมาก ถ้าได้ทำต่อไปให้มีบทวิเคราะห์ ซึ่งย่อมแตกต่างไปจาก ข้อมูลเชิงบอกเล่า ก็คงยิ่งเสริมคุณค่าเชิงวิชาการแก่ข้อเขียน

รายละเอียดข้อวิจารณ์ โดย นางสาวณีย์ กุลสมบูรณ์

กรณีเรื่อง ชลองโตนเล : การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในการคลอดและการดูแลหลังคลอด ในประเทศกัมพูชา กรณีศึกษา จังหวัดสีหนุวิลล์ ประเทศกัมพูชา

๑. รายงานวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

เป็นงานวิชาการแบบกรณีศึกษา (Case Study) ที่สะท้อนให้เห็นถึงการดำรงอยู่ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน กรณีศึกษา จังหวัดสีหนุวิลล์

๒. ข้อมูลที่ได้มามีความเหมาะสมในการตอบโจทย์สำคัญของการวิจัย

๒.๑ รายงานสะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพในระบบสุขภาพแห่งชาติโดยสังเขป แต่ยังไม่มีข้อมูลของสถานการณ์การพัฒนาและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพอย่างชัดเจน

๒.๒ รายงานศึกษาเป็นงานเฉพาะกรณี (Specific context) ยังไม่เห็นความเชื่อมโยงกับสถานการณ์การพัฒนาภาพรวม

๒.๓ ข้อมูลด้านภูมิปัญญา ชลองโตนเล ได้นำเสนอให้เห็นมิติด้านความเชื่อ (ธรรมชาติ, นอกเหนือธรรมชาติ) วัฒนธรรม สังคม ด้านพิธีกรรม วิธีการดูแลรักษา ยาสมุนไพรที่หมอพื้นบ้านใช้ดูแลรักษา ข้อมูลในส่วนนี้งานวิชาการนี้ยังไม่ได้นำเสนอข้อมูลเชิงลึก หากจะพิจารณาทำความเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้จะเป็นหัวใจหลักในการพัฒนาการใช้ประโยชน์ต่อเนื่อง

๓. ข้อสรุปหรือผลลัพธ์ของงานวิจัยที่สำคัญ บทสรุปของงานวิชาการชิ้นนี้ให้ความสำคัญ ๓ ประเด็น คือ

๓.๑ การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน (การอนุญาตในการประกอบโรคศิลปะ)

๓.๒ บทบาทของหมอพื้นบ้าน (ชาหมอบโบราณ) ในระบบบริการสุขภาพ และ

๓.๓ วิธีการรักษาหรือองค์ความรู้ / ภูมิปัญญาของชาหมอบโบราณ หลายอย่างเช่น หนำโบราณ ยังเป็นที่ยอมรับแพร่หลายและหลายตำรับได้รับการยอมรับจากการแพทย์ตะวันตก ประเด็นนี้ มีความสำคัญ

ต่อการวิจัยต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ งานชิ้นนี้ทั้งทำยบทสรุป แต่ยังไม่ให้ข้อเสนอในการพัฒนาหรือการศึกษาวิจัยต่อไป

๔. ข้อเสนอแนะไปสู่การนำเสนอเชิงนโยบายได้ดี

งานชิ้นนี้ไม่ได้นำเสนอข้อสรุปเพื่อเสนอเชิงนโยบาย แต่ทว่า ผู้ศึกษาเสนอข้อสรุป ๓ ประเด็น ในข้อ ๓ (เอกสารวิจารณ์) ข้อสรุป ๓ ประเด็น มีความสำคัญต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและเป็นประเด็นเชิงนโยบายได้

๕. การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้มีความสำคัญต่อการผลักดันการพัฒนาเชิงนโยบาย โดยเฉพาะการออกแบบเป็นงานวิจัยและพัฒนา ๓ ประเด็น คือ

๕.๑การรับรองสถานภาพหมอพื้นบ้าน

๕.๒การพัฒนาบทบาทหมอพื้นบ้าน (ชาหมอบโบราณ) ในระบบบริการสุขภาพ และ

๕.๓การวิจัยด้านองค์ความรู้

๖. ความเหมาะสมต่อการตีพิมพ์

เสนอให้มีโอกาสนำเสนองานวิชาการแบบนี้ในเวทีการแพทย์พื้นบ้าน ในเวทีนานาชาติ เวที ASEAN และเวทีการแพทย์พื้นบ้าน ๖ ประเทศลุ่มน้ำโขง

บรรณานุกรม

บทที่ ๒

ทวีศักดิ์ เพื่อกสม. ๒๕๕๓. **ประวัติศาสตร์อินโดนีเซีย: กลุ่มรัฐจารีต ความเป็นสมัยใหม่แบบอาณานิคม และ**
สาธารณรัฐแห่งความหลากหลาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมืองโบราณ.

Asih Sumardono and Mark Manusz. ๒๐๐๗. **Family Business: A Case Study of Nyonya Meneer, One of Indonesia's Most Successful Traditional Medicine Companies.** Jakarta, Kuala Lumpur: Equinox.

Beers, Susan-Jane. ๒๐๐๑. **Jamu: The Ancient Indonesian Art of Herbal Healing.** Singapore: Periplus.

Bisco, Barcara. ๒๐๐๘. **A Taste of Green Tangerines: A Saucy Romp through the Rainforest.** London: Black Lotus Publishing Ltd.

Boomgaard, Peter. ๑๙๙๓. "The Development of Colonial Health Care in Java: An Exploratory Introduction." *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde*, Vol. ๑๔๙ (๑๙๙๓): ๗๗-๙๓.

Boomgaard, Peter, Rosalia Sciortino and Ines Smyth, eds. ๑๙๙๖. **Health Care in Java: Past and Present.** Leiden: KITLV Press.

Carey, P.B.R., ed. ๑๙๘๐. **The Archive of Yogyakarta, Volume I: Documents Relating to Politics and Internal Courts Affairs.** Oxford: Oxford University Press.

Carey, P.B.R., and Mason C. Hoadley, eds. ๒๐๐๐. **The Archive of Yogyakarta, Volume II: Documents Relating to Economic and Agrarian Affairs.** Oxford: Oxford University Press.

Channa, S.M. ๒๐๐๒. **Health and the Supernatural Disease and Cure in Tribal Societies.** India: Cosmo Publications.

Ferzacca, Steve. ๒๐๐๑. **Healing the Modern in a Central Javanese City.** Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.

Geertz, Clifford. ๑๙๗๖. **The Religion of Java.** Chicago and London: The University of Chicago Press.

Hay, M. Cameron. ๒๐๐๑. **Remembering to Live: Illness at the Intersection of Anxiety and Knowledge in Rural Indonesia.** Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Hesselink, Liesbeth. ๒๐๑๑. **Healers on the Colonial Market: Native Doctors and Midwives in the Dutch East Indies.** Leiden: KITLV Press.

Luyendijk-Elshout, A.M., et al., eds. ๑๙๘๙. **Dutch Medicine in the Malay Archipelago ๑๘๑๖-๑๙๔๒.** Amsterdam, Atlanta, GA: Rodopi.

Hurgronje, Snouck. **The Achehnese.** Translated by A.W.S. O'Sullivan. Two volumes. Leyden: E. J. Brill, ๑๙๐๖.

Jordaan, Roy E. ๑๙๘๕. **Folk Medicine in Madura (Indonesia).** Leiden.

- Marsden, William. {၁၈၂၈}. **The History of Sumatra**. London: Cambridge University Press, ၂၀၁၂.
- Micozzi, Marc, et al. ၂၀၁၁. **Energy, Mind and Spirit in Traditional Medicines of China, and East and Southeast Asia**. London and Philadelphia: Singing Dragon.
- Mitchell, David, ed. ၁၉၉၂. **Indonesian Medical Traditions: Bringing Together the Old and the New**. Monash University, Annual Indonesian Lecture Series.
- Murphy, Ryan, directed. ၂၀၁၀. **Eat Pray Love**. Stars: Julia Roberts, Javier Bardem, and Richard Jenkins. Columbia Pictures, ၂၀၁၀.
- Owen, N.G., ed. ၁၉၉၈. **Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical and Demographic History**. Singapore: Oxford University Press.
- Prawiro Sudidjo, R.G. ၁၉၆၄. **A Socio-Hygienic Survey During an Epidemic of Shigellosis in a Rural Area of Central Java (Pemalang Regency)**. The Hague: W. van Hoeve.
- Raffles, Thomas Stamford. {၁၈၁၈}. **The History of Java**. Reprinted edition with an introduction by John Bastin. ၂ Vols. Singapore: Oxford University Press, ၁၉၉၄.
- Raffles, Thomas Stamford. {၁၈၂၆}. **Statement of the Services of Sir Stamford Raffles**. London: Cox and Baylis, Kessinger Legacy Reprints.
- Sciortino, R. ၁၉၉၂. "Care-Takers of Cure: A Study of Health Centre Nurses in Rural Central Java." Ph.D. thesis, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Soewito Santoso. ၂၀၀၆. **The Centhini Story: The Javanese Journey of Life**. Singapore: Marshall Cavendish.
- Solita Koesoebjono-Sarwono. ၁၉၉၈. **Community Participation in Primary Health Care in an Indonesian Setting**. Leiden: Drukkerij F.S.W. Rijksuniversiteit te Leiden.
- Taylor, Jean Gelman. ၂၀၁၁. "Bathing and Hygiene: Histories from the KITLV Images Archive." In **Cleanliness and Culture: Indonesian Histories**, edited by Van Dijk, Kees, and Jean Gelman Taylor. Leiden: KITLV Press.
- Van Dijk, Kees, and Jean Gelman Taylor, eds. ၂၀၁၁. **Cleanliness and Culture: Indonesian Histories**. Leiden: KITLV Press.
- Van Dijk, Kees. ၂၀၁၁. "Soap is the Onset of Civilization." In **Cleanliness and Culture: Indonesian Histories**, edited by Van Dijk, Kees, and Jean Gelman Taylor. Leiden: KITLV Press.
- Van Niel, Robert. "Review: Health Care in Java: Past and Present, edited by Peter Boomgaard, Rosalita Sciortino and Ines Smyth (Leiden: KITLV Press, ၁၉၉၆)," **Journal of Asian Studies**, Vol. ၃၆, No. ၄ (November ၁၉၉၈): ၈၁၆-၈၃၆.
- Wurtzburg, C.E. {၁၉၆၆}. **Raffles of the Eastern Isles**. Singapore: Oxford University Press, ၁၉၉၆.

บทที่ ๓

เพ็ชรี สุมิตร (แปล) (๒๕๕๑) **ประวัติศาสตร์พม่า** เขียนโดย หม่อง ทิน อ่อง พิมพ์ครั้งที่สาม มุลนิธิโตโยต้า ประเทศไทย

Aung-Thwin, M (๒๐๑๐) Healing, Rebellion, and the Law: Ethnologies of Medicine in Colonial Burma, ๑๙๒๘-๑๙๓๒, **Journal of Burma Studies**, Vol ๑๔, pp ๑๕๑-๑๘๕

Central Statistical Organization (๒๐๑๐) **Statistical Yearbook ๒๐๑๐**, Ministry of National Planning and Economic Development, The Government of the Republic of the Union of Myanmar

Department of Traditional Medicine (๒๐๐๘) **A Study on Knowledge, Attitude and Practice of Myanmar People on Traditional Medicine**, Nay Pyi Taw, March ๒๐๐๘

Edwards, P (๒๐๑๐) Bitter Pills: Colonialism, Medicine and Nationalism in Burma, ๑๘๗๐-๑๙๔๐, **Journal of Burma Studies**, Vol ๑๔, pp ๒๑-๕๘

Maung Htin Aung (๑๙๖๗) A History of Burma, Columbia University press

Ministry of Health (๒๐๑๒) **Health in Myanmar ๒๐๑๑**, Ministry of Health, The Republic of The Union of Myanmar,

Naono, A. (๒๐๐๖) Vaccination Propaganda: The Politics of Communicating Colonial Medicine in Nineteenth Century Burma, **SOAS Bulletin**, SBBR, Vol. ๔, Issue ๑ Spring, pp.๓๐-๔๔.

Rudland, E. (๒๐๐๓) **Political Triage: Health and the State in Myanmar (Burma)**, Unpublished PhD Dissertation, Australian National University

Saha, J. (๒๐๑๒) ‘Uncivilized Practitioners’: Medical Subordinates, Medico-legal Evidence and Misconduct in Colonial Burma, ๑๘๗๕-๑๙๐๗, **South East Asia Research**, Vol.๒๐, No.๓, pp ๔๒๓-๔๔๓

Thant Myint-U (๒๐๐๐) **The Making of Modern Burma**, Cambridge University Press.

Thapin Phatcharanuruk and Hla Moe (๒๐๑๒) **Health Lifestyle and Seeking Treatment of Myanmar**, Unpublished Research Report, Thailand Research Fund

Tran, Quan Le, Tran, Qui Kim, Kyoji, Nguyen, Nan Trung, Mareyama, Yukiko, Watanabe, Hiroshi, Kadota, Shigetoshi (๒๐๐๓) Investigation on Traditional Medicine in Myanmar and Vietnam, **Journal of Traditional Medicine**, Vol ๒๐ (๔) pp.๑๗๓-๑๘๖

U Win Ko (๒๐๑๑) **A Drop of Rain in Asia: A Brief Introduction to Traditional Burmese Medicine**,

บทที่ ๔

นรุตม์ เจริญศรี.๒๕๕๓. บทบาทของธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชียในโครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง, วิทยานิพนธ์, กรุงเทพฯ: ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผาสุก พงษ์ไพจิตร, สังคิต พิริยะรังสรรค์, นวลน้อย ตรีรัตน์; พิรุณ ฉัตรวณิชกุล (บก.).๒๕๕๓. **ห่วย ช้อง บ่อน ยาบ้า: เศรษฐกิจนอกกฎหมายกับนโยบายสาธารณะในประเทศไทย**, เชียงใหม่: ตรัสวิน.

สุรัชย์ ศิริไกร ๒๕๔๘. *การพัฒนาเศรษฐกิจและการเมืองลาว (ฉบับปรับปรุง)*, กรุงเทพฯ: คปไฟ
 อรัญญา ศิริผล. ๒๕๕๔. *ในความทุกข์ทนข้ามพรมแดน บนสะท้อนจากผู้ติดเชื้อชายแดนไทย-ลาว*,
 เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Bell, Peter F. ๑๙๙๖. "Development or maldevelopment? The contradictions of Thailand's
 economic growth" in Michael J.G. Parnwell (ed.), *Uneven Development in Thailand*.
 Aldershot: Avebury.

Lyttleton, Chris. ๒๐๐๔. *Watermelons, bars and trucks: dangerous intersections in Northwest Lao
 PDR: an ethnographic study of social change and health vulnerability along the
 road through Muang Sing and Mauang Long*, Laos: Rockefeller Foundation.

Lyttleton, Chris. ๒๐๐๙. *Build it and they will come*. Manila, Philippines: ADB.

Lyttleton, Chris and Vorabouth, Sisouvanh. ๒๐๑๑. *Trade circles: aspirations and ethnicity in
 commercial sex in Laos, Culture, Health & Sexuality*. London: Routledge.

Evrard, O. and Goudineau, Y. ๒๐๐๔. *Planned Resettlement, unexpected migration and
 cultural trauma: the Political management of rural mobility and interethnic
 relationships in Laos*. Development and Change ๓๕(๕).

Rigg, Jonathan (๑๙๙๗) *Southeast Asia: the human landscape of modernization and
 development*, London: Routledge.

Owen, Norman G. (ed.). ๒๐๐๕. *The Emergence of Modern Southeast Asia: a new history*.
 Honolulu: University of Hawaii Press.

บทที่ ๕

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ๒๕๔๘. *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ:
 ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

มงกุฎ แก่นเดียว. ๒๕๓๕. *ทองคำแห่งภูมิปัญญาว่าด้วยศัพทานุกรมและคำอธิบายเกี่ยวกับการแพทย์
 พื้นบ้านไทย-ลาว-เขมร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.

งวน ญิล. ๒๕๔๘. *จิตวิญญาณมารดาธิปไตยในสังคมเขมร (ปรอลิ่งเมียดาธิปไตยกนี้องลังคุมเขมร)*. ภูมิจิต
 เรื่องเดช แปล. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.

Bertrand, Didier. ๒๐๐๑. "The Names and Identities of the "Boramey" Spirits Possessing
 Cambodian Mediums" *Asian Folklore Studies* ๖๐(๑): ๓๑-๔๗.

Chandler, David. ๑๙๙๖. *A history of Cambodia*. Boulder: Westview Press.

Chea, Aun., Jonville Marie-Caroline and Bun, Sok-Siya. ๒๐๐๗. "In vitro Antimicrobial Activity
 of Plants used in Cambodian Traditional Medicine". *The American Journal of Chinese
 Medicine*, Vol. ๓๕, No. ๕, ๘๖๗-๘๗๓.

Coates, J. Karen. ๒๐๐๕. *Cambodia now :life in the wake of war*. Jefferson, N.C : McFarland.

Cheng, Sun Kaing. ๒๐๑๐. "Plants at the core of the Khmer Traditional Medicine". *๒nd
 Symposium of the Flore du Cambodge, du Laos, et du Vietnam. Symposium of the
 CLV Flora - ๖th - ๘th December*

Ith, Ponndara and Dawson, Angela. "Women's perspective of maternity care in Cambodia".

- Home Women and Birth* ២០១២ journal homepage: www.elsevier.com/locate/wombi.
- Jacobsen, Trudy. ២០០៨. *Lost goddesses :the denial of female power in Cambodian history*. Copenhagen S., Denmark: NIAS Press.
- Kingdom of Cambodia, ២០០៥. *Cambodia health workers incentive survey*. Phnom Penh.
- Ledgerwood, Judy .ed. ២០០២. *Cambodia emerges from the past: eight essays*. Illinois: Southeast Asia Publications.
- LeVine, Peg. ២០១០. *Love and dread in Cambodia :weddings, births, and ritual harm under the Khmer Rouge* . Singapore: NUS Press.
- Lo,Koung. ២០០៧. *Postpartumpractices among Cambodian women in Preah Vihear Province: A qualitative study of beliefs and practices*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts (health social science).Faculty of graduate studies. Mahidol University.
- Longo, Gennaro. ២០០៣. *Medicinal plants and their Utilization*. Italy: United Nations Industrial Development Organization and the International Centre for Science and High Technology.
- MacLellan, Jennifer. ២០១០.” Antenatal anxiety in pregnant women from rural Cambodia” *British Journal of Midwifery* ១៨ (១១) :៦៨-៨១.
- Meessen ,Bruno .,Bigdeli ,Maryam. , Chheng, Kannarath., Decoster ,Kristof ., Men, Chean. and Damme, Wim Van. ២០១១.”Composition of pluralistic health systems: how much can we learn from household surveys? An exploration in Cambodia”. *Health Policy and Planning* (២៦):៣០-៤៤
- Ministry of Health Health Cambodia. ២០០៦. Report of Comprehensive Midwifry Reviews. Phnom Penh. Ministry of Health Health
- _____. ២០០៨.*Strategic Plan ២០០៨-២០១៥ (HSP២)*.
- _____. ២០១០. *Health Progress Report, ២០១០*.
- _____. ២០១០.*The Cambodia Demographic and Health Survey ២០១០, NIPH, NIS [Cambodia] and ORC Macro.២០១១: Preliminary report*.
- Montesanti, Stephanie. ២០១១.”Cultural Perceptions of Maternal Illness among Khmer Women in Krong Kep,Cambodia”, *Explorations in Anthropology* ១១(១): ៩០-១០៦.
- Nikles, Brigitte. ២០០៨.”Women, Pregnancy and Health: Traditional Midwives among the Bunong in Mondulkiri, Cambodia” *Social Science & Medicine* (៥៦): ៦៨៥-៧០០.
- Ovesen ,Jan. and Trankell,Ing-Britt. ២០១០. *Cambodians and their doctor : a medical anthropology of colonial and postcolonial Cambodia*. Copenhagen : NIAS.
- [Slocomb, Margaret](#). ២០០៣.*The people's republic of Kampuchea, ១៩៧៥-១៩៨៩ : The Revolution after Pol Pot* . Chiang Mai: Silkworm Books.
- _____. ២០០៧.*Colons and collies : the development of Cambodia's rubber plantations*. Bangkok : White Lotus.

- _____. ២០១០. *An economic history of Cambodia in the twentieth century*. Singapore : NUS Press.
- Savajol Nicolas., Sam John and Toun, Vanny. ២០១១. *Bunong People in North-East Cambodia* . Nomad RSI: Phnom Penh.
- Sovicheat, Penn. ២០០២. "Current Situation of Traditional Knowledge and its protection under Intellectual Property Contexts in Cambodia" *International Seminar on Systems for the Protection of Traditional Knowledge New Delhi, April ០៣-០៥*.
- Tully, John A. ២០០២. *France on the Mekong : a history of the Protectorate in Cambodia, ១៨៦៣-១៩៥៣*. Lanham, Md.: University Press of America.
- United Nations Industrial Development Organization and the International Centre for Science and High Technology. ២០០៣. *Medicinal Plants and their Utilization*. ICS-UNIDO: Trieste, Italy.
- Walston, Naomi and Ashwell, David. ២០០៨. *An Overview of The Use and Trade of Plants and Animals in Traditional Medicine Systems in Cambodia*. TRAFFIC Southeast Asia, Greater Mekong Programme, Ha Noi, Viet Nam
- White ,M. Patrice . ២០០៤. "Heat, Balance, Humors, and Ghosts: Postpartum in Cambodia" *University of Utah, Salt Lake City, Utah, USA Health Care for Women International* (២៥): ១៧៩-១៩៤.
- Tully, John A. ២០០២. *France on the Mekong : a history of the Protectorate in Cambodia, ១៨៦៣-១៩៥៣* . Lanham, Md. : University Press of America.