



สืบทอดวัฒนธรรมกับสุขภาพ

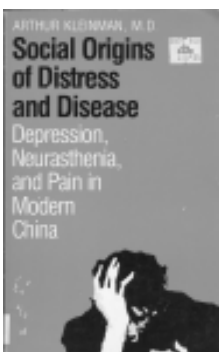
ประชาธิป/ กะทา

pra_gt@hotmail.com

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สมุญฐาน

ทางสังคมกับโรคนานุวัตร



ตอนผมทำงานที่สถานีนานมัย ผมมีคนที่ใช้ยาประจำอยู่คนหนึ่ง เป็นชายสูงอายุชื่อ “ลุงตา” ทุกครั้งแกจะมาด้วยอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ หลังตรวจอาการแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติ ผมก็มักจะจ่ายยาบำรุง ยานอนหลับ ให้แกอยู่เป็นประจำ “ลุงตา” ก็รับยาที่ผมยื่นให้โดยไม่ปริปากบ่นแต่อย่างใด แม้จะได้ยาชุดเดิมกลับไปทุกครั้ง

“ลุงตา” วนเวียนมาตรวจรักษาเดือนละหลายครั้ง ทุกครั้งที่เห็น “ลุงตา” เดินมาหาที่โต๊ะตรวจโรค ผมสามารถนึกด้วยยาที่จะจ่ายให้แกไว้ก่อนล่วงหน้าเสร็จสรรพ และจ่ายยาตามที่คิดไว้ล่วงหน้าเสมอด้วยความเคยชิน ผมรู้ประวัติ “ลุงตา” น้อยมาก นอกจากรู้ว่าแกอยู่ตัว



คนเดียวและต้องเดินทางไกลด้วยเท้าไปกลับเกือบสิบกิโลเมตรเพื่อมาหาผม
อย่างอื่นผมไม่รู้จะอะไรเกี่ยวกับตัวเกลย

หลังจากผมไม่ได้ทำงานที่สถานีนามัยแห่งนั้นแล้ว “ลุงตา” ก็หายไป
จากความคิดคำนึงผมหลายปี จนกระทั่งผมได้มาอ่านหนังสือ 2 เล่ม ภาพ
ของลุงตาและเหตุการณ์ที่ผมคุ้นเคยได้ผุดขึ้นมาในความทรงจำผมอีกครั้ง แตก-
ต่างเพียงครั้งนี้ผมรู้สึกผิดอย่างมหันต์ต่อ “ลุงตา”

หนังสือเล่มแรกชื่อ “**Social Origins of Distress and Disease**” ของ
อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ จาก
มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เล่มที่สองชื่อ “**Death Without Weeping**” ของ
แนนซี เชปเปอร์ - ฮิวส์ (Nancy Scheper - Hughes) นักมานุษยวิทยา จาก
University of California at Berkeley

หนังสือเล่มแรกบอกให้รู้ว่า ไม่เพียงเชื้อโรคเท่านั้นที่เป็นตัวก่อให้เกิดโรค
แต่สังคมก็เป็นตัวผลิตโรคและความเจ็บป่วยเช่นกัน โดยอธิบายว่าการเกิด
โรคเป็นผลผลิตมาจากระบบสังคม การเกิดขึ้นและการกระจายตัวของโรคก็
ไม่ได้เกิดจากความบังเอิญ แต่เป็นไปโดยมีเหตุปัจจัยจากโครงสร้างทางสังคม
หรือกระบวนการทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญ โรคภัยไข้เจ็บจำนวนมากเกิด
ขึ้นจากบริบท สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม หรือการเมืองของสังคมนั้น ๆ แม้
โรคหลายชนิดจะมีวิธีการป้องกันหรือสามารถรักษาให้หายได้ด้วยความรู้
ทางการแพทย์ แต่ก็ยังจะพบเห็นได้ในหมู่คนด้อยอำนาจและขาดโอกาสทาง
สังคม เช่น คนยากจน ผู้หญิง และคนชายขอบต่าง ๆ

โรคหลายชนิดจึงเป็นผลผลิตจากโครงสร้างและกระบวนการทางสังคม
อุบัติการณ์ อัตราเกิด ความชุก การกระจายตัวของโรคเกิดขึ้นอย่างมีแบบแผน
ไม่ได้กระจายตัวสม่ำเสมอ แต่มักไปกระจุกอยู่ที่ใดที่หนึ่ง เช่น โรคมาลาเรีย
กระจุกตัวอยู่ตามชายแดนในหมู่คนยากจน หรือในแรงงานข้ามชาติที่ด้อย
อำนาจต่อรองกับนายจ้าง หรือโรคเอดส์สมัยก่อนก็กระจายตัวตามเมืองใหญ่ ๆ
ที่เป็นเมืองท่องเที่ยวหรือมีเส้นทางคมนาคมสะดวก

ไคลน์แมน ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยในหมู่คนจีน เพื่อที่จะเข้า-
ใจว่าวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์ การเจ็บป่วยทางจิตใจ และ
ความทุกข์โศกของมนุษย์อย่างไร แพทย์สมัยใหม่และคนท้องถิ่นตีความ
ประสบการณ์ความเศร้าโศกและความทุกข์ทรมานของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างไรและ
แตกต่างจากการตีความของการแพทย์ตะวันตกโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา
อย่างไร

ไคลน์แมน เสนอแนวคิด **สมุฏฐานทางสังคม (social origins)** ของ
การเจ็บป่วย หรือสาเหตุทางสังคมที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือโรคว่า เป็น
ผลกระทบเชิงปฏิสัมพันธ์ของโครงสร้างสังคม ทั้งในระดับมหภาค เช่น
เศรษฐกิจ สังคมการเมือง และนิเวศวิทยา กับระดับจุลภาคที่กำหนดโดย

**กฎระเบียบทางวัฒนธรรม ซึ่ง
ทำให้บุคคลบางกลุ่มบางพวกตก
อยู่ภายใต้ความกดดันทางสังคม**

โดยเริ่มต้นชี้ให้เห็นว่า ทำไม
ผู้ป่วยบางคนจึงเกิดอาการซึมเศร้า
ในขณะที่คนอื่น ๆ ที่ผ่านประสบการณ์
เดียวกันกลับไม่มีอาการนั้นเป็นเพราะ
อาการซึมเศร้าส่วนหนึ่งอาจสะท้อนให้
เห็นถึงความอ่อนแอทางจิตใจและ
ยีนจากกรรมพันธุ์ อีกส่วนหนึ่งเกิด
จากสภาพทางสังคมที่ก่อให้เกิดเหตุ-
การณ์อันตึงเครียดต่อชีวิต สาเหตุ
ทางสังคมหลายอย่างทำให้เกิด
สถานการณ์ที่ลดทอนความเชื่อมั่น
ในตนเอง สกัดกั้นทางเลือกของ
พฤติกรรม จำกัดการเข้าถึงทรัพยากร
ที่มีอยู่อย่างจำกัด สร้างความตึง-
เครียดระหว่างบุคคล ลดทอนความ
ชอบธรรมของบทบาท และนำไปสู่
ผลลัพธ์ที่ทนไม่ได้

ไคลน์แมน ยกตัวอย่างสังคม
จีนในยุคปฏิวัติวัฒนธรรมที่สร้าง
ความตึงเครียดให้เกิดขึ้นในชีวิต
ประจำวันของชาวบ้านในชนบทชาว-
บ้านถูกลดความภาคภูมิใจในตัวเอง
ถูกปิดกั้นพฤติกรรมที่แตกต่างจาก
ที่รัฐกำหนด จำกัดการเข้าถึงทรัพยากร
ส่วนบุคคล และถูกกดขี่จาก
ผู้มีอำนาจเหนือกว่า จนก่อให้เกิด
ความตึงเครียดไม่ไว้วางใจในความ
สัมพันธ์ระหว่างบุคคล แม้แต่ผัว-
เมียกันเองก็ไม่กล้าพูดคุยเรื่องส่วนตัว
เพราะเกรงจะผิดข้อบังคับของ
พรรคคอมมิวนิสต์ ทำให้ชีวิตการ
แต่งงานไม่มีความสุข เกิดความรู้สึก
แปลกแยกจากชุมชน โรคหุดหุ้ม



เศร้าจึงแพร่ระบาดไปทั่วสังคมจีน
ในยุคนั้น

อาการหดหู่ซึมเศร้าในหมู่คน
จีนยุคปฏิวัติวัฒนธรรมจึงเป็นผล
จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนแอ
ของบุคคลกับเหตุการณ์อันเคร่ง-
เครียดและกระบวนการต่อสู้ดิ้นรน
ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการ
สนับสนุนทางสังคมภายใต้บริบท
ของอำนาจที่มีอิทธิพลต่อการที่ความ
เสี่ยงและความเครียดจะก่อตัว
ขึ้น ที่สำคัญ ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้มี
ความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ

การที่เราจะเข้าใจสมมุติฐาน
ทางสังคมของการเจ็บป่วยได้
ชัดเจนนั้น โคลน์แมน เสนอว่า สิ่ง
สำคัญยิ่งยวดเราจำเป็นต้องเข้าใจ
ระบบวัฒนธรรมของท้องถิ่น (local
cultural system) นั้น ๆ เช่น ความ
สัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัว
และชุมชน ระบบเครือญาติ เครือ-
ข่ายและความเท่าเทียมทางสังคม
 ฯลฯ เพราะระบบทางวัฒนธรรม

ท้องถิ่นจะเชื่อมโยงบุคคลหรือองค์กรท้องถิ่นเข้ากับโครงสร้างทางสังคม
ระบบมหภาค ซึ่งเป็นตัวผลิตโรคและการเจ็บป่วย

เราจึงไม่อาจเข้าใจสมมุติฐานทางสังคมที่เป็นตัวผลิตโรคด้วยการศึกษา
ทางระบาดวิทยาคลินิกของการเกิดโรคเท่านั้น หากจำเป็นต้องศึกษาผ่านมูม-
มองระบาดวิทยาทางมานุษยวิทยา (anthropological epidemiology) ของ
การเจ็บป่วยและการเกิดโรค เพราะจะช่วยให้เราเข้าใจระบบวัฒนธรรมท้องถิ่นและโครงสร้างทางสังคมที่เป็นตัวผลิตโรคอย่างลึกซึ้ง

หากเปรียบไปก็เหมือนกับภูเขาน้ำแข็ง ที่โรคและการเจ็บป่วยเป็น
เพียงยอดภูเขาที่โผล่พ้นผิวน้ำขึ้นมาให้เราเห็น ส่วนรากฐานส่วนใหญ่ที่
รองรับปรากฏการณ์การเจ็บป่วยจมอยู่ใต้น้ำ และการจะเข้าใจรากฐาน
แท้จริงของการเจ็บป่วยได้นั้นก็ด้วยการศึกษาเชิงลึกทำความเข้าใจผ่าน
ระบบวัฒนธรรมท้องถิ่นและโครงสร้างสังคม ที่คำขูให้ปรากฏการณ์การ
เจ็บป่วยดำรงอยู่

หนังสือเล่มที่สอง เป็นงานศึกษาของนักมานุษยวิทยาสาขาสายวิพากร์ที่ได้
วิเคราะห์วัฒนธรรมในแง่ของการเอารัดเอาเปรียบ แชนเปอร์ - ฮิวส์ ศึกษา
ถึงความรุนแรง การกดขี่ และสถานะทางสุขภาพในชุมชนแออัดประเทศบราซิล
ซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนนี้เป็นผลลัพธ์ของความไม่เป็นธรรม
และโครงสร้างทางสังคมที่เอารัดเอาเปรียบประชาชนของสังคมบราซิลเอง
ที่ทำให้คนจำนวนมากต้องตกอยู่ในสภาวะที่อดอยาก ไม่มีอาหารกิน มี
ความเครียดสูง มีอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งอัตราการป่วย
และตายของประชากรโดยทั่วไปอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ควรจะเป็น

แชนเปอร์ - ฮิวส์ ชี้ให้เห็นว่า ค่านิยมที่สังคมสร้างขึ้นทำให้ลักษณะ
ความรุนแรงและการกดขี่กลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้
สถาบันทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการคำขูให้ทัศนคติดังกล่าวดำรง
อยู่ได้ในสังคม เนื่องจากสถาบันการแพทย์ได้เข้าไปสร้างทัศนคติที่ทำให้
เห็นความมอดอยากยากแค้น หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของ
ชาวสลัมในบราซิลกลายเป็นเรื่องปัญหาทางการแพทย์หรือโรคนานุวัตร
(medicalization) ทั้ง ๆ ที่รากเหง้าของปัญหาอยู่ที่โครงสร้างอำนาจรัฐที่
ไม่เป็นธรรมและการกดขี่ขูดรีดทางชนชั้นที่มีอยู่ในสังคม

แชนเปอร์ - ฮิวส์ ยกตัวอย่างให้เห็นว่า เมื่อชาวสลัมในบราซิลเจ็บ-
ป่วยด้วยโรคทางจิต ซึ่งเกิดจากสภาวะการบีบคั้นทางสังคมอย่างรุนแรง และ
จากปัญหาความมอดอยากยากแค้นที่ชาวสลัมต้องเผชิญ แต่สิ่งที่สถาบัน
ทางการแพทย์หยิบยื่นให้นั้น กลับกลายเป็นยาหล่อมประสาทที่คนทุกข์ยาก
เหล่านี้รับประทานลงไปในกระเพาะที่ว่างเปล่า การตีตราความมอดอยาก
ยากแค้นและการเอารัดเอาเปรียบ ว่าเป็นโรคจิตที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองของ
สถาบันทางการแพทย์ ทำให้สาเหตุของความมอดอยากและการเอารัดเอา-





เปรียบที่แท้จริงถูกทำให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง และหักเหความสนใจจากโครงสร้างของความไม่เป็นธรรมในสังคมกลายเป็นเรื่องปัญหาทางด้านการแพทย์ ทั้ง ๆ ที่โดยรากเหง้าของปัญหาแล้วไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์

กระบวนการทำให้เป็นปัญหาการแพทย์ หรือ Medicalization โดยทั่วไปหมายความว่า การขยายพื้นที่ของการแพทย์จนทำให้เรื่องที่ไม่ใช่ปัญหาความผิดปกติของร่างกายหรือปฏิบัติการตามประเพณี กลายเป็นปัญหาด้านการแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น การตั้งครรภ์ การคลอดลูก หรือความผิดปกติทางร่างกายของหญิงหลังคลอด ภาวะหมดประจำเดือน ปัญหาผู้สูงอายุ หรือวัยทอง อีกทั้งทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในร่างกาย เช่น การเกิดสิ่ว กลายเป็นปัญหาการแพทย์ที่คนในสังคมยอมรับโดยคุณณี และปล่อยให้ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะทางการแพทย์เป็นผู้แก้ไขเยียวยา โดยมองไม่เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจหรือโครงสร้างแห่งความรุนแรงที่ดำรงอยู่ ที่ทำให้การเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้น

ผมอ่านหนังสือ 2 เล่มจบลงด้วยหัวใจอ่อนระทวย นึกสงสาร “ลุงตา” ขึ้นจับใจ และรู้สึกผิดมหันต์อย่างบอกไม่ถูกในหลายเหตุผล ประการแรก ผมทำให้อาการเจ็บป่วยความทุกข์ทรมานของลุงตา กลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ไปอย่างสิ้นเชิง ทั้งที่สาเหตุแท้จริงอาจเกิดจากเหตุผลอื่น (ซึ่งผมก็ไม่มีข้อมูลส่วนนี้เลยนอกจากประวัติการป่วย) “ลุงตา” จึงกลายเป็นเหยื่อของระบบการแพทย์และสาธารณสุขผ่านน้ำมือของผม ประการที่สอง ทำไมผมไม่เคยใส่ใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของโรคและความเจ็บป่วย เหมือนที่ Kleinman พูดถึงเลย เพราะเหตุใด ? ประการสุดท้าย ยังมีคนแบบ “ลุงตา” อีกมากน้อยเพียงใดในสังคมไทยที่หวังพึ่งระบบการแพทย์และสาธารณสุข แต่สุดท้ายกลับต้องมากลายเป็นเหยื่อจากคนที่ไว้ใจ แล้วเราจะช่วยคนเหล่านี้ได้อย่างไร ?

คำถามที่ระคนด้วยสำนึกผิวนเวียนในหัวความคิดผมอยู่เกือบปี นับจากวันที่ได้อ่านหนังสือ 2 เล่มจบลง ผมรอคำตอบอยู่นานจนเกือบท้อ เพราะรู้สึกว่าคงไม่มีวันที่จะได้คำตอบที่ต้องการ จนกระทั่งได้มาอ่านหนังสืออีก 2 เล่มเล่มแรกชื่อ “งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต” เล่มที่ 2 ชื่อ “ความดีที่เยียวยา : เรื่องเล่ากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” คำตอบในหลาย ๆ เรื่องที่ผมต้องการก็ผุดพวยขึ้น

หนังสือทั้ง 2 เล่ม เป็นเรื่องเล่าที่บรรจงเขียนขึ้นเองจากน้ำเนื้อชีวิตจริงและประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่ปฐมภูมิที่ทำงานให้บริการในพื้นที่ชนบท หนังสือทั้ง 2 เล่ม ชี้ทางสว่างให้ผมว่า ความทุกข์ยากของชาวบ้านที่แสดงผ่านอาการเจ็บป่วยอย่างเช่น “ลุงตา” จะเยียวยาได้ก็ด้วยการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ และระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ก็เกิดขึ้นได้จริงในสังคมไทย ไม่ใช่เรื่องเพ้อฝัน แม้

ระบบการเรียนการสอนจะฝึกให้เรามองเห็นแค่ส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็ง แต่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทำงานอย่างเข้าใจ ชุมชนและชาวบ้าน คนทุกชั้นคนยากก็ช่วยให้เราค่อย ๆ เรียนรู้ จนมองเห็นฐานของภูเขาน้ำแข็งที่ค้ำชูให้ปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยดำรงอยู่โดยไม่ไปทำให้ปัญหาของคนไข้กลายเป็นปัญหาทางการแพทย์และต้องจัดการด้วยชุดความรู้ทางการแพทย์เพียงด้านเดียวไปเสียหมด 

เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2549).

ความดีที่เยียวยา : เรื่องเล่ากับการ

แพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์.

นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2548). งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต. นนทบุรี : อุษากาพิมพ์.

Kleinman, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease*. New Haven : Yale University Press.

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