



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

การเกิดขึ้นของระบาดวิทยา: สถิติ การสาธารณสุขใหม่ และการบริหารปกครองประชากร

ประชาธิป กะทา
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

*For science is not only a means of categorizing the world,
but of categorizing science itself in relation to other
knowledge systems that are excluded*

(Laura Nader 1996: 3)



บทนำ

การเกิดขึ้นของสาขาวิชา “ระบาดวิทยา” ในยุโรป โดยเฉพาะในประเทศฝรั่งเศสและอังกฤษ แยกไม่ออกจากบริบทการพัฒนาความเป็นเมือง การอพยพของประชากรจากภาคชนบทเข้ามาสู่ภาคการผลิตอุตสาหกรรมในเมืองใหญ่ จำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น และการเติบโตของเศรษฐกิจทุนนิยม รวมทั้งสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพัฒนาการของความรู้คณิตศาสตร์และเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น ความรู้ในเรื่องกฎ

ความน่าจะเป็น (the laws of chance) ตลอดจนความรู้ที่ก้าวหน้าเกี่ยวกับระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลทางสถิติ เพื่อจำแนกแยกแยะ จัดประเภทประชากรกลุ่มต่างๆ ในสังคม และการวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสีงสุขภาพกับปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บในประชากรกลุ่มต่างๆ

ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและความก้าวหน้าของวิทยาการความรู้สมัยใหม่ในต้นศตวรรษที่ ๑๙ ดังกล่าว ทำให้เกิดการพัฒนางานสาธารณสุขและสุขภาพิบาล และทำให้รัฐสมัยใหม่ในยุโรปนำเอาเทคนิคการเก็บข้อมูลทางสถิติและความรู้ด้านระบาดวิทยาและสุขภาพิบาลมาใช้เพื่อการบริหารปกครองประชากร แก้ไขปัญหาสุขภาพ และจัดระเบียบความเรียบร้อยของเมือง ทั้งยังส่งเสริมอิทธิพลต่อการปรับตัวของนักวิจัยด้านระบาดวิทยาที่เน้นการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคและแบบแผนการเกิดโรค ด้วยระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและใช้ความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ในการวิเคราะห์ข้อมูล บริบทดังกล่าวข้างต้น เป็นฐานรองรับให้ความรู้ด้านระบาดวิทยาสถาปนากลายเป็นสาขาวิชาของผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพ (professional discipline) โดยแนวการวิเคราะห์สุขภาพและโรคบนฐาน “ประชากร” กลายเป็นหัวใจของการศึกษาทางระบาดวิทยา และเทคนิควิธีการทางระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือทางการเมืองของรัฐสมัยใหม่ในเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารปกครองประชากรยุคสมัยใหม่



วัฒนธรรมกับความเสียงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสียงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

“ประชากร” ไม่เพียงถูกทำให้กลายเป็นปัญหา (problematization) แต่เป็นสิ่งที่รัฐต้องสอดส่องวิเคราะห์ แทรกแซง และแก้ไขเปลี่ยนแปลงบนฐานคิดการทำให้เป็นปกติ (normalization) กล่าวอีกนัยหนึ่ง รัฐสมัยใหม่ในศตวรรษที่ ๑๙ มีมุมมองว่าปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บและสุขภาพของประชากรเป็นปัญหาที่คุกคามความมั่นคงทางการเมืองและปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นภารกิจที่รัฐและสังคมต้องร่วมมือกันค้นหาสาเหตุของปัญหาและกำหนดนโยบายสังคมเพื่อแก้ไขปัญหา มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ชี้ให้เห็นว่าอุดมการณ์หรือยุทธศาสตร์ของการเมืองเรื่องสุขภาพ (the politics of health) ของรัฐสมัยใหม่ในศตวรรษที่ ๑๙ ไม่ได้มีเป้าหมายแค่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเสียงต่างๆ เช่น ประชากรที่อ่อนแอเปราะบาง ประชากรที่เป็นปัญหาสังคม หรือประชากรชายขอบ แต่มีเป้าหมายเชิงอุดมการณ์เพื่อยกระดับเรือนร่างทางสังคม (the social body) ทั้งหมดให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงขึ้น กล่าวอีกนัย รัฐสมัยใหม่อุปมาอุปไมย “สังคม” เหมือนกับ “เรือนร่างประชากร” สังคมจะเข้มแข็งก็ด้วยการมีประชากรที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ดังนั้น รัฐสมัยใหม่จำเป็นต้องอาศัยเทคนิควิธีการที่ปฏิบัติต่อ “เรือนร่าง” ประชากร แต่ไม่เหมือนยุคก่อนหน้า หากเป็นเทคนิควิธีการที่ละเอียดและแยบคายขึ้น เพื่อช่วยให้มั่นใจว่าประชากรจะดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีของตัวเองโดยตนเอง ผลลัพธ์คือ รัฐสมัยใหม่ในศตวรรษที่ ๑๙ ทำให้เรือนร่างประชากรในฐานะเรือนร่างของปัจเจกบุคคล (individual body) กลายเป็นเรือนร่างทางสังคมที่ต้องอยู่ในความควบคุมสอดส่องของรัฐ และต้องประพฤติปฏิบัติตนเองให้สอดคล้องกับระบบระเบียบเศรษฐกิจ บรรทัดฐานทางสังคม และเป้าหมายอุดมการณ์ทางการเมือง (Foucault ๑๙๘๔)

ความรู้สมัยใหม่ที่รัฐนำมาช่วยบริหารปกครองประชากรเสมือนเป็นเครื่องมือทางการเมืองดังกล่าวข้างต้น คือ เทคนิควิธีการเก็บข้อมูลสถิติประชากรและการวิเคราะห์ทางสถิติที่จะช่วยรัฐจำแนกแยกแยะและจัดประเภทประชากรกลุ่มต่างๆ ในสังคม ผลลัพธ์อีกด้านหนึ่งคือความรู้ด้านคณิตศาสตร์และสถิติในการวิเคราะห์สุขภาพประชากรกลุ่มเสียงบนฐานประชากรได้กลายมาเป็นหัวใจสำคัญของระเบียบวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา รวมทั้งช่วยให้สาขาวิชาระบาดวิทยาเติบโตภายใต้บริบทพัฒนาการของวิทยาการความรู้ การเปลี่ยนผ่านทางสังคมเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนมุมมองของรัฐสมัยใหม่ที่มีต่อประชากร

สถิติ ประชากร กับการสาธารณสุขใหม่ (The new public health)

อุดมการณ์และปฏิบัติการของงานสาธารณสุขสมัยใหม่เกิดขึ้นเมื่อรัฐในยุโรปในปลายศตวรรษที่ ๑๘ เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพ อันเป็นผลลัพธ์จากความเป็นเมือง ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม และการอพยพของแรงงานจากชนบทสู่ภาคอุตสาหกรรมในเมืองใหญ่ ดังนั้น รัฐในยุโรปจึงต้องการแนวคิดใหม่เพื่อการจัดการกับโรคระบาดและปัญหาสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่ในเมือง (Lilienfeld and Lilienfeld ๑๙๘๒) นักประวัติศาสตร์การแพทย์เรียกช่วงเวลานี้ในศตวรรษที่ ๑๘ ว่า “การแพทย์แบบเฝ้าระวังตรวจสอบ” หรือ “Medical police” เพื่ออธิบายบทบาทของรัฐสมัยใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นในการเฝ้าระวังการเกิดโรคและการส่งเสริมสุขภาพประชากรให้สมบูรณ์แข็งแรง โดยอาศัยเทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติประชากร โดยเฉพาะการมี



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

มุมมองใหม่ที่ว่าประชากรที่มีสุขอนามัยแข็งแรงจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งทางการเมืองเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ความรู้คณิตศาสตร์ทางสังคม (social mathematics) ที่มีอิทธิพลในประเทศฝรั่งเศสและคณิตศาสตร์ทางการเมือง (political arithmetic) ที่อังกฤษ กลายเป็นเครื่องมือทางการเมืองเพื่อช่วยให้เข้าใจแบบแผนทางธรรมชาติของปัญหาสุขภาพและโรคในประชากรกลุ่มต่างๆ

มิลตัน เทอร์ริส (Milton Terris) อธิบายว่าในประเทศฝรั่งเศสซึ่งได้ชื่อว่าเป็นประเทศผู้บุกเบิกพัฒนา งานด้านการพัฒนาสาธารณสุขสมัยใหม่ในยุคแรกเริ่ม คำว่า “ระบาดวิทยา” ก็ยังไม่ปรากฏในหม่่นักการ สาธารณสุขยุคนั้น จนกระทั่งในต้นศตวรรษที่ ๑๙ หลังจากความรู้คณิตศาสตร์การวิเคราะห์ทางสถิติและ สมการได้รับการพัฒนา (Terris ๑๙๘๖: ๙๕๕)

ความก้าวหน้าของความรู้ด้านสถิติและการวิเคราะห์เชิงสมการ เริ่มพัฒนาตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ ๑๘ ต่อเนื่องมาต้นศตวรรษที่ ๑๙ โดยเฉพาะความรู้คณิตศาสตร์ “การคำนวณความน่าจะเป็นทางสถิติ” (the calculus of probabilities) ตัวอย่างเช่น ในปี ๑๘๑๐ Pierre-Simon Laplace เผยแพร่งานวิจัยที่ชื่อ “ทฤษฎีการวิเคราะห์ความน่าจะเป็น” (Analytical Theory of Probabilities) โดย Pierre เน้นย้ำว่า วิธีการ วิเคราะห์ความน่าจะเป็นทางสถิติที่ตนเองพัฒนาขึ้นนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการศึกษาทางการแพทย์



1.40	0.9192	1.90	0.9713	2.40	0.9918	3.30
1.41	0.9207	1.91	0.9719	2.41	0.9920	3.32
1.42	0.9222	1.92	0.9726	2.42	0.9922	3.33
1.43	0.9236	1.93	0.9732	2.43	0.9925	3.34
1.44	0.9251	1.94	0.9738	2.44	0.9927	3.35
1.45	0.9265	1.95	0.9744	2.45	0.9929	3.36
1.46	0.9279	1.96	0.9750	2.46	0.9931	3.37
1.47	0.9292	1.97	0.9756	2.47	0.9932	3.38
1.48	0.9306	1.98	0.9761	2.48	0.9934	3.39
1.49	0.9319	1.99	0.9767	2.49	0.9935	3.40

Pierre Charles Alexandre Louis มีส่วนในการพัฒนา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อศึกษาสาเหตุของโรคและช่วยให้ระเบียบวิธีการศึกษา ลักษณะนี้เป็นที่รู้จักกว้าง Louis ศึกษาและตีพิมพ์ผลงาน วิชาการเกี่ยวกับโรคฉี่หนูโรคและประเมินประสิทธิภาพของ วิธีการเจาะเอาเลือดออก หรือ “กอกเลือด” (blood-letting) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาโรคในหลายๆ โรคในยุคนั้น โดยใช้การ วิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติ ตัวอย่างเช่น ในปี ๑๘๓๖ Louis เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิเคราะห์อัตราการความชุกของโรคฉี่หนู

โรคในกองทหารของเรือสหราชอาณาจักรที่ประจำการอยู่ในประเทศอานานิคม ในยุคนั้นมีความเชื่อทั่วไปว่า อากาศที่หนาวเย็นเป็นสาเหตุของโรคฉี่หนูโรคและวัณโรคปอด อย่างไรก็ตาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล เปรียบเทียบพื้นที่ที่เกิดโรคฉี่หนูโรคในกองทหารที่ประจำการในหลายพื้นที่กับอัตราการอุบัติการณ์ของโรคฉี่หนูโรค Louis พบว่าดินแดนโพ้นทะเลแถบเบอร์มิวดาที่เป็นอานานิคม แม้จะมีภูมิอากาศที่อบอุ่นและอากาศ ไม่แปรปรวนง่าย กลับมีอัตราการความชุกการเกิดโรคฉี่หนูโรคที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศแคนาดาที่มีอัตรา ความชุกของโรคที่ต่ำกว่า แม้จะมีภูมิอากาศที่หนาวเย็นและอากาศแปรปรวนง่ายมากกว่า งานวิจัยของ Louis ไม่เพียงทำให้ระเบียบวิธีการศึกษาเปรียบเทียบทางสถิติ เพื่อศึกษาอัตราการความชุกของโรคได้รับการเผยแพร่เป็น ที่รู้จักกว้าง หากยังขยายความเข้าใจระบาดวิทยาการเกิดโรคว่าไม่ได้เกิดจากอิทธิพลปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเป็น การเฉพาะ แต่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสหปัจจัยที่หลากหลาย

นอกจากนั้น ในช่วงเวลาเดียวกัน ซีมอง ปัวซอง (Siméon Denis Poisson) นักคณิตศาสตร์และนักฟิสิกส์ ที่สอนที่วิทยาลัยโพลีเทคนิค ปารีส กำลังพัฒนาสมการคณิตศาสตร์ที่ต่อมาเรียกว่า “อัตราส่วนของปัวซอง” (Poisson's ratio) และฟูรีเยร์ (Fourier) นักคณิตศาสตร์ที่มีชื่อเสียงชาวฝรั่งเศสวิเคราะห์ข้อมูลตัวเลขสถิติการตาย



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสีงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

เปรียบเทียบหลายพื้นที่ในกรุงปารีส รวมทั้ง ในปี ๑๘๓๕ สถาบันวิชาการด้านวิทยาศาสตร์และการแพทย์ของฝรั่งเศสและปารีส (French and Parisian Academies of Science and Medicine) ซึ่งมี Pierre Charles Alexandre Louis เป็นสมาชิกด้วยนั้นได้จัดอภิปรายทางวิชาการเกี่ยวกับทฤษฎีความน่าจะเป็นของ Pierre-Simon Laplace

อาจกล่าวได้ว่า บรรยากาศทางวิชาการของฝรั่งเศสหลังการปฏิวัติใหญ่ ในปี ๑๗๘๙ และหลังการก่อรัฐประหารของนโปเลียน ในปี ๑๗๙๙ เปิดโอกาสให้มีการประเมินตรวจสอบความรู้เดิมและพัฒนาแนวคิดและระเบียบวิธีการศึกษาใหม่ นักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากภาคพื้นทวีปยุโรป อังกฤษและสหรัฐอเมริกา เดินทางมาศึกษาที่สำนักศึกษาการแพทย์ปารีส (Medical Parisian School) ระเบียบวิธีการศึกษาของ Pierre Charles Alexandre Louis ที่ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราหรือความชุกการเกิดโรคกับปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุโรค ได้รับการเผยแพร่ในวงกว้างและมีการพัฒนาต่อยอดจากนักศึกษาที่เรียนจบจากสำนักศึกษาปารีส ไม่เพียงแต่ในประเทศแถบภาคพื้นทวีปยุโรป หากรวมทั้งประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา แนวทางการศึกษาของ Louis และลูกศิษย์ ได้รับการพัฒนาจนกลายเป็นระเบียบวิธีการศึกษาพื้นฐานของแนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยาการสอบสวนโรค ตัวอย่างเช่น หลักการให้นิยามที่ชัดเจนต่อตัวแปรที่จะทำการศึกษา การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรและควบคุมตัวแปร เทคนิควิธีการทางชีวสถิติที่ช่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่หลากหลาย พัฒนาการที่เกิดควบคู่กันกับอิทธิพลของสำนักศึกษาปารีสในการประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาทางสถิติเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรค ก็คือตัวอย่างรูปธรรมของความเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองในประเทศฝรั่งเศสเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขและสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวอย่งให้กับหลายประเทศในยุโรป โดยเฉพาะในประเทศอังกฤษที่การพัฒนางานด้านสาธารณสุขและระเบียบวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ มิลตัน เทอร์ริส (Terris ๑๙๘๖: ๙๕๗) อธิบายว่าปัจจัยที่ทำให้การพัฒนางานด้านการสาธารณสุขของประเทศอังกฤษเติบโตก้าวหน้า เนื่องจากอิทธิพลของอุดมการณ์สังคมนิยมของพรรคแรงงานที่เน้นนโยบายการสุขภาพและการแพทย์เพื่อสังคม ซึ่งเน้นค้นหาปัจจัยทางสังคมแ่งมุมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ในอีกด้านหนึ่งส่งผลให้ระเบียบวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่เป็นหัวใจหลักของงานสาธารณสุขได้รับการพัฒนาควบคู่ไปพร้อมกันด้วย โดยเฉพาะวิธีการทางชีวสถิติ (Vital statistic)

ความรู้ทางสถิติ หยิบย่นภาษาใหม่และความหมายใหม่ในการศึกษามิติสุขภาพและปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ สถิติจึงไม่เป็นเพียงวิธีการของการศึกษาทางระบาดวิทยา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับสิ่งแวดล้อม หากยังเป็นเครื่องมือของรัฐเพื่อการปฏิรูปสังคมและศีลธรรมของประชากร

(Waddington ๒๐๑๑: ๒๓๐-๒๕๓)



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสีงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

“ภาษาทางสถิติ” ไม่เพียงสร้างการรับรู้ใหม่ต่อประเด็นสุขภาพอนามัยประชากร หากสร้างความหมายใหม่ที่มีมนุษย์มีต่อธรรมชาติและสรรพสิ่งรอบตัว ตัวอย่างที่ชัดเจนได้แก่ การพัฒนาตารางชีพ (the life table) และการคาดการณ์อายุขัยเฉลี่ยแยกประชากรชายและหญิง ซึ่งนำมาสู่มุมมองใหม่ต่อความตายว่าไม่ได้เป็นสิ่งที่ไร้แบบแผน และเราสามารถทำความเข้าใจแบบแผนนี้ ณ ทุกช่วงอายุที่แตกต่างกัน แยกตามเพศประชากร ความตายภายใต้กระบวนการทางสถิติของตารางชีพ จึงเป็นสิ่งที่สามารถวิเคราะห์แบบแผนและคำนวณคาดการณ์บนหลักการกฎความน่าจะเป็นทางคณิตศาสตร์ นอกจากนี้ เทคนิควิธีการใหม่ของตารางชีพยังเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อความตาย จากความตายบนฐานเรือนร่างของปัจเจกบุคคลมาสู่มุมมองต่อความตายบนฐานประชากรกลุ่มต่างๆ ในสังคม (Prior and Bloor ๑๙๙๓)

ความรู้เทคนิควิธีการทางสถิติ นำมาสู่การค้นพบความแตกต่างของอัตราการตายในแต่ละกลุ่มประชากรที่สัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งให้เห็นความเจ็บป่วยและโรคที่เป็นสาเหตุการตาย จัดประเภทประชากรกลุ่มเสีงที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและการตายแต่ละประเภท และความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจกับสถานะสุขภาพ เป็นต้น นำมาสู่แนวคิดพื้นฐานว่าสถานะสุขภาพของประชากรสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ ส่งอิทธิพลต่อความเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ทางสังคมในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและการตายของประชากร

เอียน แฮคกิง (Ian Hacking) เสนอว่าการเก็บข้อมูลสถิติประชากรอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ทางสถิติผ่านการใช้ “กฎของความน่าจะเป็น” ทางคณิตศาสตร์ ได้ก่อรูปอัตวิสัยของปัจเจกบุคคลประเภทต่างๆ ขึ้น (individual’s subjectivity) ผ่านกระบวนการนิยามและการจัดประเภทประชากรออกเป็นกลุ่มต่างๆ เพื่อเอื้อต่อการตรวจวัดทางสถิติ ดังนั้น สถิติจึงเป็นไปเพื่อการนิยามบรรทัดฐานและตรวจสอบสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานที่ตัวมันเองได้สร้างขึ้น (Hacking ๑๙๙๐: ๒) โดยกระบวนการดังกล่าว ปัจเจกบุคคลจะถูกนิยามหรือตีความว่า ปกติ/ผิดปกติ ผ่านการเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทางสถิติของบรรทัดฐาน เอียน แฮคกิง ซึ่งให้เห็นว่าภายใต้กระบวนการทางสถิติดังกล่าว มันได้สร้างนิยามลักษณะประชากรที่ดีว่าควรจะมีลักษณะอย่างไร โดยไม่ได้ดูแลพฤติกรรมที่แสดงออก ณ ปัจจุบัน หากรวมทั้งสิ่งที่อาจจะกระทำในอนาคต โดยอาศัยการคำนวณคาดการณ์ตามหลักการความน่าจะเป็นทางสถิติ (Hacking ๑๙๙๖)

ดังนั้น ข้อมูลสถิติที่รัฐสมัยใหม่ในศตวรรษที่ ๑๙ สนใจเก็บรวบรวมข้อมูลก็คือ พฤติกรรมทางสังคมที่เบี่ยงเบนด้านต่างๆ และประเภทประชากรกลุ่มเสีงที่จะก่อความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยให้กับสังคม ได้แก่ สถิติการฆ่าตัวตาย อาชญากรรม โรค คนบ้า โสเภณี เป็นต้น



ศาสตร์ของความรู้ทางสถิติตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดความเป็นสมัยใหม่นิยมหลังยุคภูมิธรรม (Post-Enlightenment Modernism) โดยผสมผสานความเชื่อที่ว่า การวิเคราะห์ทางคณิตศาสตร์ที่ตั้งอยู่บนหลักการความมีเหตุผลและการเก็บข้อมูลสถิติที่ถูกต้องแม่นยำและเพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางสังคมของประชากรกลุ่มเสีง จะช่วยรัฐในการควบคุมและบริหารปกครองประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hacking ๑๙๙๐: ๓; Hacking ๑๙๙๑: ๑๘๗) มุมมองใหม่ต่อ



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

ประชากรของชาติสมัยใหม่และฐานคิดที่ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและปัญหาสุขภาพสามารถคิดคำนวณและทำนายได้ในทางสถิติ เป็นพื้นฐานให้กับการเกิดขึ้นของอุตสาหกรรม “การแพทย์แบบจับจ้องสอดส่อง” (Surveillance Medicine) กล่าวคือ วัตถุประสงค์ของประชากรและวัตถุประสงค์ของสังคมกลายเป็นสิ่งที่ไม่ได้แยกขาดจากกัน (Armstrong ๑๙๙๕) ดังนั้นจึงจำเป็นที่รัฐต้องมีบทบาทตรวจสอบสอดส่องเรือนร่างประชากรให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง เพื่อนำมาสู่สังคมที่เข้มแข็งต่อไป กล่าวอีกนัย การที่ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงกับความมั่นคงของรัฐเป็นสิ่งที่เดียวกัน ดังนั้น ประชากรที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานทางสังคม และมีพฤติกรรมที่สื่อแสดงว่ายากจะควบคุมและมีแนวโน้มจะก่อปัญหาสังคม รัฐสามารถอ้างความชอบธรรมในการใช้เหตุผลและอำนาจทางการเมืองเข้าจัดการประชากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว นิโคลาส โรส (Nikolas Rose) ชี้ว่า การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ทางสถิติ และการเผยแพร่ข้อมูลสถิติของประชากรเป็นองค์ประกอบสำคัญของงานสาธารณสุขและเป็นเครื่องมือของรัฐในการบริหารปกครองประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งมันทำให้สิ่งที่รัฐจะบริหารปกครอง (ประชากร) กลายเป็นรูปลักษณ์ขึ้นมา กลายเป็นสิ่งที่สามารถคิดคำนวณ และสามารถตรวจสอบวัดได้อย่างเป็นเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ (Rose ๑๙๙๐: ๖)

การประกอบสร้างความรู้ทางระบาดวิทยา

ความรู้ทางระบาดวิทยา ตั้งอยู่บนชุดของข้อมูลตัวเลขที่ซับซ้อนในการจำแนกโรค การวิเคราะห์สมการแบบจำลองสาเหตุโรค และคาดการณ์แนวโน้มการแพร่กระจายของโรค ระบาดวิทยาใช้ทั้งการสำรวจและการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งโดยทั่วไปแสดงค่าทางสถิติในลักษณะ “อัตรา” บนฐานประชากร อลัน ปีเตอร์สัน (Alan Peterson) และเดเบอร์ธา ลูปตัน (Deborah Lupton) อธิบายว่าความน่าเชื่อถือและการอ้างความชอบธรรมของความรู้ทางระบาดวิทยา ตั้งอยู่บนหลักการของการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวและการวิเคราะห์ทางสถิติของข้อเท็จจริงอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ (Peterson and Lupton ๑๙๙๖: ๓๑) โดยรูปแบบ “การทำให้เป็นตัวเลข” (quantification) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ทางระบาดวิทยา โดยเฉพาะสถิติและสมการรูปแบบต่างๆ ทางคณิตศาสตร์ ที่เป็นเครื่องมือเชิงวาทกรรมของวาทศิลป์การทำให้เป็นตัวเลข (quantification rhetoric) เทคนิควิธีการของการทำให้เป็นตัวเลขไม่เพียงเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา หากยังใช้เพื่อนำเสนอข่าว เอกสารประกอบการบรรยายด้านสุขภาพและการแพทย์ วาทศิลป์การทำให้เป็นตัวเลขดังกล่าวนี้ บ่อยครั้งใช้เพื่อนำเสนอข้อมูลปัจจัยเสีงสุขภาพให้ชัดเจนขึ้น นำเสนอภาพตัวแทน (representation) ให้เห็นว่าโรคเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงอย่างไร และช่วยนำเสนอภาพปัจจัยเสีงและโรคที่เข้าใจยากให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ด้วยการแสดงภาพทางสายตา (visual experience) ในรูปแบบสถิติและตัวเลข เช่น ตาราง กราฟ สิ่งเหล่านี้จะซับซ้อนในวาทศิลป์การทำให้เป็นตัวเลขเด่นชัดมากขึ้น (Bloor, Goldberg and Emslie ๑๙๙๑) โจนาธาน พอตเตอร์ และคณะ ชี้ให้เห็นว่ามีประเด็นสำคัญหนึ่งของการประกอบสร้างภายใต้กระบวนการวาทศิลป์การทำให้เป็นตัวเลขของระเบียบวิธีการทางสถิติ คือ อะไรเป็นสิ่งที่ควรถ่วงน้ำหนักและนำเข้ามาในสมการการวิเคราะห์ทางสถิติ และสิ่งนี้ควรจะถูกตรวจสอบหรือวิเคราะห์อย่างไร (Potter et al. ๑๙๙๑: ๓๓๗)



วัฒนธรรมกับความเสียงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสียงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

ระบาวิทยาตั้งบนหลักการของ “การวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา” (web of causation) หรือความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยและโรคเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างปัจจัยเสียงสุขภาพที่หลากหลายกับเงื่อนไขต่างๆ ดังนั้น ก่อนที่เราจะมีแนวทางวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เราจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพนั้นๆ เสียก่อน หลักการสำคัญของระบาวิทยาทำแบบจำลองวิธีคิดอย่างง่ายของความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุกับผลลัพธ์การเกิดโรคของความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีเชื้อโรค ซึ่งเน้นที่ตัวนำโรค (agent) เดียวที่เป็นสาเหตุของโรค หรือความเจ็บป่วย

แนนซี เครียกเลอร์ (Nancy Kriegler) ชี้ว่า อุปมาอุปไมยของคำว่า “โยงโย หรือ web” ของแนวคิดการวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการระบาวิทยาในทศวรรษ ๑๙๕๐ มั่นกระตุ้นภาพลักษณ์การโยงโยที่ซับซ้อนเป็นเครือข่ายกันของปัจจัยเสียงสุขภาพอันหลากหลายที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคและสุขภาพบางปัจจัย เช่น สถานะทางสังคมเศรษฐกิจจะถูกรวมไว้ในแบบจำลองการวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา แต่ก็ไม่ค่อยได้รับความสนใจว่าจะดำเนินการแก้ไขสาเหตุปัญหาสุขภาพเหล่านี้ได้อย่างไร เพราะปัจจัยลักษณะนี้มีตัวแปรโครงสร้างทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างซับซ้อน เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยสาเหตุปัญหาสุขภาพอื่นๆ แนนซี เครียกเลอร์ ยังวิจารณ์ว่าแบบจำลองแนวคิดการวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา มีแนวโน้มให้ความสนใจเฉพาะสาเหตุปัจจัยเดี่ยวหรือปัจจัยเฉพาะลักษณะใดลักษณะหนึ่งของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ละเลยมุมมองพลวัตความเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์ และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของการเกิดโรค (Kriegler ๑๙๙๔: ๘๙๐-๘๙๒)



อลัน ปีเตอร์สันและตีบอราห์ ลูปตัน เสนอว่า สิ่งที่ถูกบิดเบือนจนกลายเป็นธรรมชาติของการศึกษาวิจัยทางระบาวิทยา คือ ละเลยมุมมองที่ว่าความรู้ทุกประเภทเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม และแม้กระทั่งระบาวิทยาบางส่วนจะตระหนักถึงความคลุมเครือไม่ชัดเจนของระเบียบวิธีการศึกษาที่ตั้งบนรากปรัชญาวัตถวิสัยทางวิทยาศาสตร์ (scientific objectivity) ดังกล่าวนี้นี้ แต่นักระบาวิทยาส่วนใหญ่ยังคงยึดถือระเบียบวิธีการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

รวมทั้งข้อค้นพบทางระบาวิทยาและชีวสถิติมักถูกนำเสนอว่าเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นจาก “ความรู้ที่เป็นกลาง” (neutral knowledge) (Peterson and Lupton ๑๙๙๖: ๓๑-๓๒) เอียน แอคกิง ตั้งข้อสังเกตในทำนองเดียวกันว่า เมื่อเราใช้กฎทางสถิติอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ เรามักจะมีมุมมองต่อกฎเหล่านี้ว่ามั่นมีอิสระในตัวมันเอง (autonomy) ไม่มีมิติเชิงประวัติศาสตร์ ไม่มีความเป็นการเมือง และมีความเป็นกลาง (Hacking ๑๙๘๓)



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสีงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

อย่างไรก็ตาม อัลัน ปีเตอร์สันและตีบอราห์ ลุปตัน วิจัยว่าความรู้ทางระบาดวิทยาไม่ได้มีความเป็นกลางตามการกล่าวอ้าง หากอยู่ภายใต้กระบวนการของการประกอบสร้างความรู้ ตั้งแต่การสร้างนิยามปัญหา การนิยามประชากรกลุ่มเสีงที่จะศึกษา จนถึงทางเลือกวิธีการของการเข้าไปเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการออกแบบระเบียบวิธีการศึกษา การสร้างข้อค้นพบ และการนำเสนอข้อเท็จจริงของงานวิจัย ดังนั้น ข้อค้นพบจากการศึกษาทางระบาดวิทยาไม่ได้ดำรงอยู่ล่วงหน้ารอให้นักวิจัยทางระบาดวิทยาค้นพบผ่านการใช้เครื่องมือการศึกษาที่ถูกต้อง แม่นยำ และละเอียดลึกซึ้ง แต่เป็นความรู้หรือข้อค้นพบที่ถูกประกอบสร้างผ่านความคาดหวัง ระเบียบวิธีการ และแนวคิดทฤษฎีที่คัดสรรเลือกใช้ (Peterson and Lupton ๑๙๙๖: ๓๓) ดังนั้น การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จึงเป็นการผลิตสร้างความจริงของข้อมูลไปพร้อมกันด้วย (Jackson ๑๙๙๔: ๔๒๗)

นักปรัชญาวิทยาศาสตร์ ลุดวิก เฟลค (Ludwig Fleck) อธิบายว่าข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ไม่ได้เป็นกลาง หรือเป็นความจริงทางวัตถุวิสัย ข้อเท็จจริงไม่ได้มีความเป็นอิสระรอให้นักวิจัยค้นพบ ตรงข้ามมันถูกสร้างผ่านระบบความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีปฏิบัติในชุมชนนักวิชาการ รวมทั้งถูกผลิตขึ้นภายใต้บริบทแรงผลักดันของผลประโยชน์ของผู้เชี่ยวชาญ การจัดสรรทรัพยากร และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ สำหรับ ลุดวิก เฟลค ข้อเท็จจริงเป็นการสร้างสรรค์ทางสังคมของกลุ่ม (collectively created) ไม่ยกเว้นแม้กระทั่งภายในกลุ่มนักวิชาการ นอกจากนั้น ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่เชื่อมั่นว่าเป็นมาตรฐานทางวัตถุวิสัย (standard of objectivity) และเป็นข้อเท็จจริงนั้น มันเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา พื้นที่ และวัฒนธรรม (Fleck ๑๙๗๙/๑๙๓๖) บรูโน ลาตูร์ และ สตีเฟน วูลการ์ (Bruno Latour and Steven Woolgar) ชี้ให้เห็นในลักษณะเดียวกันว่า ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ถูกสร้างจากชุดข้อมูลที่ไม่เป็นระบบระเบียบ และภายใต้การวิเคราะห์ตีความข้อมูลที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างหลากหลาย แต่นักวิทยาศาสตร์จัดการกับความไม่เป็นระบบระเบียบของชุดข้อมูล โดยการกำหนดหรือบังคับให้มันเป็นระบบระเบียบและสอดคล้องกลมกลืนกัน ผ่านการใช้กรอบแนวคิดที่มีลักษณะชัดเจนตายตัว วิธีการดังกล่าวนี้ของนักวิทยาศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของมุมมองที่เรามีต่อโลกรอบตัวซึ่งสรรพสิ่งต้องเป็นระบบระเบียบ จนความเชื่อที่ว่าสรรพสิ่งต้องเป็นระบบระเบียบสอดคล้องกลมกลืนกันนี้กลายเป็นกฎ ดังนั้นสรรพสิ่งที่ไม่เป็นระบบระเบียบควรที่จะต้องถูกจัดการในทุกๆ กรณีที่เป็นไปได้ทั้งในทางการเมือง จริยศาสตร์ เช่นเดียวกันกับในวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Latour and Woolgar ๑๙๗๙)



นอกจากนั้น ยังมีมิชฌาภิภูริที่ป็นฐานรองรับให้กับความรู้และปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ ตัวอย่างเช่น “ธรรมชาติมีอิสระในตัวเองพ้นไปจากจิตรับรู้ของมนุษย์” “ธรรมชาติเป็นสิ่งที่แยกขาดจากสังคมวัฒนธรรมและศีลธรรม” “ธรรมชาติ/ความจริง เป็นสิ่งสากล และพ้นไปจากกาลเทศะ” “ลักษณะหรือสภาวะของปัจเจกบุคคลเกิดขึ้นและมีมาก่อนสังคม/วัฒนธรรม” (Gordon ๑๙๘๘: ๑๙-๕๖) มิชฌาภิภูริข้างต้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นพื้นฐานให้กับความรู้และปฏิบัติการทางระบาดวิทยา ที่ตั้งอยู่บนรากปรัชญาวิทยาศาสตร์สุขภาพเช่นเดียวกัน รวมทั้ง แนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยาเหมือนกันกับการศึกษาทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ ที่เชื่อมั่นว่าระเบียบวิธีการศึกษาของสาขานั้นเองเป็นเหตุ



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

เป็นผลทางวิทยาศาสตร์ สามารถจัดการความไม่เป็นระบบระเบียบของปรากฏการณ์โรคและความเจ็บป่วย และช่วยให้ความไม่แน่นอนของปรากฏการณ์เหล่านี้สามารถควบคุมจัดการได้มากขึ้น (Bruce ๑๙๙๑: ๑๐๔) โดยละเอียดมุมมองที่ว่าความเข้าใจต่อธรรมชาติของร่างกาย สุขภาพ และสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บเป็นความจริงที่ถูกประกอบสร้างขึ้นผ่านกระบวนการศึกษาทางระบาดวิทยาและชุดความเชื่อในชุมชนวิชาการของนักระบาดวิทยา ดังนั้น ความจริงทางระบาดวิทยาเป็นการประกอบสร้างทางวัฒนธรรมมากกว่าเป็นสัจจะทางวัตถุวิสัย (objective truths) (Lupton ๑๙๙๔)

การวิพากษ์การสร้างความรู้ การสร้างคำอธิบาย และความจริงทางระบาดวิทยาดังกล่าวนี้อาจไม่ได้หมายความว่าสิ่งที่เรียกว่าสุขภาพหรือโรค และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยสาเหตุต่างๆ กับปัญหาสุขภาพและโรค เช่น อายุ เพศสภาพ เชื้อชาติ และชนชั้นทางสังคม ไม่ใช่สิ่งที่ไม่ได้อยู่จริง ตรงข้ามมันเป็นการยืนยันว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ เหล่านี้ ถูกสร้างภายใต้กระบวนการทางสังคมภายในชุมชนนักวิชาการด้านระบาดวิทยาอย่างไร ตั้งแต่การนิยามปัญหา การเลือกระเบียบวิธีการศึกษา การเลือกทฤษฎีที่จะใช้เป็นกรอบคิดการวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการนำเสนอข้อค้นพบจากการศึกษาสู่การรับรู้ของสาธารณะในวงกว้าง อลัน ปีเตอร์สันและดีบอห์รา ลูปตัน วิจัยว่า ประเด็นดังกล่าวเหล่านี้เป็นสิ่งที่นักวิจัยด้านระบาดวิทยาล้มเหลวต่อการตระหนักถึงเมื่อพวกเขาดำเนินการศึกษาวิจัยของตนเองและนำเสนอข้อค้นพบในงานศึกษาต่อคนอื่น (Peterson and Lupton ๑๙๙๖: ๓๔-๓๕) นอกจากนี้ ปีเตอร์ ไรต์ (Peter Wright) ชี้ให้เห็นว่าการวิพากษ์วิจารณ์การเลือกตัวแปรเข้าสู่สมการ การจัดประเภทตัวแปร (category) และการวัดตัวแปรต่างๆ ว่าเป็นการประกอบสร้างทางสังคม ไม่ได้เป็นไปเพื่อเสนอว่าสิ่งเหล่านี้เป็นมายาหรือภาพลวงตา เป็นสิ่งที่เสกสรรปั้นแต่ง หรือจินตนาการขึ้น แต่เป็นการเปิดเผยให้เห็นว่าพื้นฐานของข้อเท็จจริงทางระบาดวิทยาแยกไม่ออกจากอิทธิพลประสบการณ์ส่วนตัวของนักวิจัย และวัฒนธรรมการสร้างความรู้ในชุมชนนักวิชาการ (Wright ๑๙๘๘: ๒๙๙)



บทสรุป

พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการเกิดขึ้นและสถาปนาขึ้นมาของสาขาวิชาระบาดวิทยา สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความเคลื่อนไหวทางสังคมการเมือง เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขและการสุขภาพสิ่งแวดล้อมในเมือง ภายใต้แรงผลักดันของอุดมการณ์การสาธารณสุขใหม่ ความเคลื่อนไหวและอุดมการณ์ดังกล่าวนี้เป็นผลลัพธ์จากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจของยุโรปตั้งแต่กลางศตวรรษที่ ๑๘ หลังยุคปฏิวัติอุตสาหกรรม การเติบโตขึ้นของเศรษฐกิจทุนนิยม รวมทั้งมุมมองใหม่ที่รัฐชาติสมัยใหม่มีต่อประชากรและการพัฒนาเทคนิควิธีการรูปแบบใหม่ที่เป็นกลไกทางการเมือง เพื่อเป็นเหตุผลและความชอบธรรมการบริหารปกครองประชากร นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของสาขาวิชาระบาดวิทยาสัมพันธ์อย่างมากกับวิวัฒนาการของวิทยาการความรู้สมัยใหม่ที่พัฒนาขึ้นในยุคนี้ โดยเฉพาะความรู้ทางคณิตศาสตร์ การวิเคราะห์สถิติความน่าจะเป็น



วัฒนธรรมกับความเสียงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสียงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

ซึ่งเป็นพื้นฐานให้การพัฒนาระเบียบวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา ที่ใช้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสาเหตุของโรคอันหลากหลายกับผลลัพธ์ปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เราจะไม่มีทางเข้าใจการเกิดขึ้นของสาขาวิชาระบาดวิทยาโดยแยกขาดจากบริบทประวัติศาสตร์ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองของยุโรปยุคแรกเริ่มสมัยใหม่ โดยเฉพาะอุดมการณ์การสาธารณสุขใหม่ของรัฐในยุคนั้น ที่เป็นรากฐานให้การพัฒนาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์และระบาดวิทยา ทั้งสองสาขาไม่เพียงมีพัฒนาการควบคู่กันมา หากต่างอิงอาศัยระเบียบวิธีการศึกษานับสนุนกันและกัน

ความรู้และแนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยาที่วิเคราะห์ข้อมูลบนฐาน “ประชากร” ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่เพียงเหมารวมโลกประสบการณ์ของประชากรกลุ่มเสียง หากยังละเลย “เสียง” หรือ “เรื่องเล่า” ของประชากรกลุ่มเสียง ผู้ป่วย และเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยเสียงสุขภาพ รวมทั้งแง่มุมที่ว่าประชากรที่ถูกเหมารวมว่าเป็นกลุ่มเสียงนั้น พวกเขาใช้ชีวิต ต่อสู้ ต่อรอง กับสถานการณ์เมื่อต้องเผชิญกับความเสียงสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บ่อยครั้งแง่มุมดังกล่าวของประชากรกลุ่มเสียง กลายเป็นความรู้ชายขอบและไม่ถูกรับรู้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ

บรรณานุกรม

- Armstrong, David. (๑๙๙๕). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*. Vol. ๑๗ (๓): ๓๙๓-๔๐๔.
- Bloor, Michael, Goldberg, David and Emslie, John. (๑๙๙๑). Ethnostatistics and the AIDS epidemic. *British Journal of Sociology*. Vol. ๔๒ (๑): ๑๓๑-๑๓๙.
- Bruce, N.G. (๑๙๙๑). Epidemiology and the new public health: Implications for training. *Social Science and Medicine*. Vol ๓๒ (๑): ๑๐๓-๑๐๖.
- Fleck, Ludwig. (๑๙๗๙/๑๙๓๖). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, Michel. (๑๙๘๔). The politics of health in the eighteenth century. In Rabinow, Paul. (Ed.). *The Foucault Reader: An Introduction to Foucault's Thought*. New York: Pantheon Books.
- Gordon, Deborah. (๑๙๘๘). Tenacious Assumptions in Western Medicine. In Lock, Margaret and Gordon, Deborah (Eds.). *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer.
- Hacking, Ian. (๑๙๘๓). The autonomy of statistical law. In Rescher, Nicholas. (Ed.). *Scientific explanation and understanding: Essays on reasoning and rationality in science*. Boston: University Press of America.
- Hacking, Ian. (๑๙๘๖). Making up people. In Heller, Thomas, Sosna, Morton and Wellberg, David (Eds.). *Reconstructing individualism: Autonomy, individuality, and the self in Western thought*. Stanford: Stanford University Press.
- Hacking, Ian. (๑๙๙๐). *The taming of chance*. New York: Cambridge University Press.
- Lilienfeld, Abraham and Lilienfeld, David. (๑๙๘๒). Epidemiology and the Public Health movement: A historical perspective. *Journal of Public Health*. Vol. ๓ (๒): ๑๔๐-๑๔๙.



วัฒนธรรมกับความเสีงสุขภาพ

เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมเสีงที่แตกต่าง
บนความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม

- Hacking, Ian. (๑๙๙๑). How should we do the history of statistics?. In Burchell, Geaham, Gordon, Colin and Miller, Peter. (Eds.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jackson, Peter. (๑๙๙๔). Passive smoking and ill-health: Practice and process in the production of medical knowledge. *Sociology of Health and Illness*. Vol. ๑๖ (๔): ๔๒๓-๔๔๗.
- Kriegler, Nancy. (๑๙๙๔). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?. *Social Science and Medicine*. Vol ๓๙ (๗): ๘๘๗-๙๐๓.
- Latour, Bruno and Woolgar, Steven. (๑๙๗๙). *Laboratory life: The social construction of scientific facts*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lilienfeld, Abraham and Lilienfeld, David. (๑๙๘๒). Epidemiology and the public health movement: A historical perspective. *Journal of Public Health Policy*. Vol ๓: ๑๔๐-๑๔๙.
- Lupton, Deborah. (๑๙๙๔). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage Publication.
- Nader, Laura. (๑๙๙๖). *Naked Science: Anthropological inquiring into boundaries, power, and knowledge*. London and New York: Routledge.
- Peterson, Alan and Lupton, Deborah. (๑๙๙๖). *The new public health: Health and self in the age of risk*. London: SAGE Publications.
- Potter, Jonathan, Wetherell, Margaret and Chitty, Andrew. (๑๙๙๑). Quantification rhetoric-cancer on television. *Discourse and Society*. Vol. ๒ (๓): ๓๓๓-๓๖๕.
- Prior, Lindsay and Bloor, Mick. (๑๙๙๓). Why people die: Social representations of death and its causes. *Science As Culture*. Vol. ๓ (๓): ๓๔๖-๓๗๕.
- Rose, Nikolas. (๑๙๙๐). *Governing the soul: The shaping of the private life*. New York: Routledge.
- Terris, Milton. (๑๙๘๖). Epidemiology and the Public Health movement. *Journal of Public Health Policy*. Vol. ๓๙ (๑๒): ๙๕๓-๙๖๑.
- Waddington, Keir. (๒๐๑๑). *An introduction to the social history of medicine: Europe since ๑๕๐๐*. London: Palgrave Macmillan.
- Wright, Peter. (๑๙๘๘). *Babyhood: The Social Construction of Infant Care as a Medical Problem in England in the Years Around ๑๙๐๐*. In Lock, Margaret and Gordon, Deborah (Eds.). *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer.