

ระบาดวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Epidemiology)*

ประชาธิป กะทา
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ส่วนที่ 1 วิธีวัฒนธรรมกับระบาดวิทยา

แนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยากระแสหลัก เป็นแนวทางที่มักจะให้ความสำคัญน้อยสุดในการพิจารณาความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยหรือเงื่อนไขทางวัฒนธรรมกับสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจากมองว่า “เป็นข้อเท็จจริงทางสังคม” ที่ยากต่อการตรวจสอบวัดค่าทางสถิติ ไม่เหมือนกับ “ข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์” การขาดหายไปของวิธีวัฒนธรรมที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมในประชากรกลุ่มเสี่ยง ทำให้เราไม่สามารถเข้าใจได้ว่ามีแบบแผนทางวัฒนธรรมในลักษณะใดที่กำกับแบบแผนการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้คนในแต่ละวัฒนธรรม และทำไมปัจเจกบุคคลถึงเข้าไปเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงสุขภาพต่างๆ ทั้งที่มีการให้ความรู้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการโฆษณาณรงค์เคลื่อนไหวทางสังคม และการออกมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ (Trostle 2005)

การจะเข้าใจปรากฏการณ์โรคภัยไข้เจ็บและความหมายของพฤติกรรมทางสังคมของประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละสังคมอย่างละเอียดลึกซึ้ง จึงไม่สามารถละเลยวิธีวัฒนธรรมที่กำกับแบบแผนความเชื่อ การให้ความหมาย และการตีความประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้คนในแต่ละท้องถิ่นได้ เนื่องจากการเข้าใจวิธีวัฒนธรรมของความเสียหายสุขภาพช่วยให้การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในด้านต่างๆ สอดคล้องกลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของผู้คนในแต่ละวัฒนธรรม และกระบวนการดึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ยังช่วยลดการต่อต้านขัดขืนต่อมาตรการทางกฎหมายและนโยบายสาธารณะจากคนในชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะลดผลกระทบจากผลลัพธ์ที่คาดไม่ถึง (unintended consequence) จากการรณรงค์และการดำเนินนโยบายสาธารณะ เช่น การกีดกันทางสังคม การตีตรา และการสร้างภาพลักษณ์ตายตัวให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง

เราอาจค้นหาคำอธิบายแบบแผนทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับระบาดวิทยาการเกิดโรคได้ โดยพิจารณาจากการเจ็บป่วยว่าชาวบ้านในแต่ละวัฒนธรรมให้ความหมายต่อสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินไปและการติดต่อของโรค วิธีการเยียวยารักษา และการควบคุมป้องกันโรคที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างไร เพราะแม้เราจะทราบกันดีว่าโรคเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับตัวก่อโรค (pathogens) แต่โรคภัยไข้เจ็บจะมีความหมายได้รับการตระหนัก และรับรู้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพมากน้อยหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแรงกระตุ้นจากความเชื่อเกี่ยวกับอาการหรือลักษณะโรคภัยไข้เจ็บนั้นๆ ที่ชาวบ้านในแต่ละวัฒนธรรมมีประสบการณ์ทางสังคมร่วมกัน (Foster and Anderson 1978; Kleinman 1980; Helman 2000)

* ห้ามอ้างอิง เอกสารอยู่ระหว่างการปรับปรุงข้อมูลเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
ใช้เฉพาะการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนสถานะองค์ความรู้มิติสังคมวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพฯ ปี 2560 เท่านั้น

ตัวอย่างงานศึกษา ระบาดวิทยาของ “โรคท้องถื่น”

ชาวเปอร์โตริโก (Puerto Rican) ในเมืองนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกาเป็นชนกลุ่มน้อยที่เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในเมืองนี้ อิมเมจิน โรซา (Imagine Rosa) หญิงวัยกลางคนเป็นหนึ่งในสมาชิกของชุมชนชาวเปอร์โตริโก โรซา อพยพเข้ามาพร้อมกับลูกๆ ของเธอโซคร้ายของโรซาที่ลูกชายคนโตประสบอุบัติเหตุทางถนนจนเสียชีวิต โรซาเสียใจมากจนไม่สามารถหาคำใดมาอธิบายความทุกข์ทรมานที่เธอกำลังประสบอยู่ได้ ในงานศพขณะที่โรซากำลังร้องไห้อย่างหนักเธอเป็นลมล้มลงบนพื้น ร่างกายสั่นเทาอย่างแรง จนบาทหลวงซึ่งดูแลงานศพต้องสั่งให้คนนำเธอไปแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลโดยทันที เพราะเชื่อว่าอาการของเธอน่าจะเป็นโรคลมชัก เมื่อไปถึงแผนกฉุกเฉินแพทย์ตรวจดูอาการและสรุปว่าเธอน่าจะเป็นโรคลมชัก อาการของเธอน่าจะมีสาเหตุจากปัญหาทางจิตใจจึงส่งตัวเธอไปยังแผนกจิตเวชแทนการตัดสินใจดังกล่าวของแพทย์ทำให้โรซาและญาติไม่พอใจเป็นอย่างมาก

เหตุผลที่โรซาและญาติไม่พอใจเพราะพวกเขาไม่คิดว่าโรซา “ป่วย” ตามความหมายทางการแพทย์สมัยใหม่แต่ “อาการป่วย” ที่เธอเป็น คนในชุมชนเรียกสภาวะนี้ว่า ataques de nervios (a nervous attack) อันเป็นสภาวะที่เกิดจากการเผชิญเรื่องเศร้าโศกอย่างรุนแรง หากโรซามีอาการแบบนี้ในบ้านเกิดของเธอญาติจะไม่พาเธอไปโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเหมือนที่บาทหลวงทำ แต่จะพาเธอไปยัง “สถานที่ทางจิตวิญญาณ” ในชุมชนเพื่อชำระล้างจิตวิญญาณของเธอให้กลับมาดีเหมือนเดิม

การศึกษาทางการแพทย์ในทศวรรษ 1960 ได้สรุปว่า สภาวะหรืออาการ ataques de nervios เกิดขึ้นเฉพาะกับชาวเปอร์โตริโกเท่านั้น จนมีข้อเสนอให้เรียกชื่อว่า “โรคของชาวเปอร์โตริโก” (Puerto Rican syndrome) อย่างไรก็ตาม งานศึกษาทางมานุษยวิทยาในทศวรรษ 1970 พบว่า สภาวะหรืออาการนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะกับชาวเปอร์โตริโกและไม่ได้พบมากสุดในชาวเปอร์โตริโก การศึกษาซึ่งใช้ข้อมูลจากรายงานของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเมืองไมอามี (Miami) สหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มประชากรที่มีความชุกของสภาวะหรืออาการในลักษณะดังกล่าวนี้มากที่สุด คือ คนผิวดำอเมริกัน รองลงมาเป็นชาวละติน และชาวผิวขาวยุโรป อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากเพศ กลุ่มประชากรที่มีความชุกมากที่สุด คือ ผู้หญิงละติน รองลงมาเป็นผู้ชายผิวดำอเมริกัน และผู้ชายผิวขาวยุโรป

ในทศวรรษ 1990 มีการศึกษาสภาวะหรืออาการ ataques de nervios เช่นกัน โดยศึกษาในประเทศเปอร์โตริโกและเม็กซิโก งานศึกษาที่ประเทศเปอร์โตริโกเป็นโครงการวิจัยด้านสุขภาพที่ต้องการทราบว่าประชากรที่ศึกษาได้รับผลกระทบด้านสุขภาพกายและใจ หลังจากเผชิญภัยพิบัติทางธรรมชาติ พายุทอร์นาโดหรือไม่ อย่างไร งานศึกษาชิ้นนี้เป็นความร่วมมือกันระหว่างจิตแพทย์ นักระบาดวิทยา และนักมานุษยวิทยา ผลการศึกษาพบว่าประชากรประมาณ 16% ที่บอกว่าตนเองมีสภาวะหรืออาการนี้ โดยกลุ่มประชากรที่พบความชุกมากที่สุด คือ ผู้หญิงวัยกลางคนที่จบการศึกษาระดับชั้นประถม ข้อมูลสำคัญประการหนึ่งที่ค้นพบจากการศึกษานี้ คือ การเปรียบเทียบสภาวะหรืออาการนี้กับโรคทางจิตเวช ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าสภาวะหรืออาการ ataques de nervios ไม่สอดคล้องกับโรคทางจิตเวชประเภทใดเลย

งานศึกษาระบาดวิทยา “โรคท้องถื่น” สภาวะหรืออาการ ataques de nervios ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกหรือร่างกาย ซึ่งคนในท้องถื่นรับรู้ ให้ความหมาย และประเมินอาการที่อาจไม่สอดคล้องกับเกณฑ์วินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เราเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างวิถีวัฒนธรรมกับระบาดวิทยาการเกิดโรค

ส่วนที่ 2 ระบาดวิทยากับมานุษยวิทยาและวัฒนธรรมการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

แนวทางการศึกษาแบบ “ระบาดวิทยาวัฒนธรรม” (Cultural epidemiology) ตั้งอยู่บนความรู้หลักของ 2 สาขาวิชาคือ “ระบาดวิทยา” และ “มานุษยวิทยา” ตามความรับรู้ทั่วไปมักลงความเห็นว่าสาขาวิชาระบาดวิทยากับมานุษยวิทยามีรากปรัชญา สายธารประวัติศาสตร์ความคิด และวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน ในขณะที่ระบาดวิทยาถูกจัดอยู่ในกลุ่มวิชาของคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขศาสตร์ มีจุดกำเนิดประวัติศาสตร์ความเป็นมาเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการค้นหาสาเหตุการเกิดโรค และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเป็นเครื่องมือหลักในการศึกษาส่วนมานุษยวิทยาเป็นกลุ่มวิชาของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มีจุดกำเนิดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเมืองการปกครองในยุคล่าอาณานิคมของชาวยุโรป และใช้ระเบียบวิธีการทางชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) เป็นเครื่องมือหลักในการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามพบว่า ทั้งสองสาขาวิชาความรู้มีความคล้ายคลึงกันอยู่หลายประการ ได้แก่

ประการแรก ความหมายของ “ชื่อ” คำว่า “Epidemiology” มาจากศัพท์ภาษากรีก 3 คำคือ epi แปลว่า ตั้งอยู่บน หรือ เกี่ยวข้องกับ demos แปลว่า กลุ่มคน และ logos แปลว่า คำ หรือ การศึกษา เมื่อรวมกันเป็น epidemiology จึงแปลว่า “การศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคน” ส่วน “Anthropology” มาจากศัพท์ภาษากรีก 2 คำ คือ anthropos แปลว่า มนุษย์ และ logos ดังนั้นความหมายของ anthropology ก็คือ “การศึกษามนุษย์” แทบจะเป็นความหมายเดียวกันกับ epidemiology

ประการที่สอง ระบาดวิทยากับมานุษยวิทยาให้ความสำคัญกับปัจจัยเงื่อนไขทาง “สังคมวัฒนธรรม” ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเหมือนกัน ในสาขาระบาดวิทยาการให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมมีปรากฏเด่นชัดในสาขาย่อย (subfields) คือ “ระบาดวิทยาสังคม” (Social epidemiology) ที่สนใจอิทธิพลของ “ปัจจัยทางสังคม” ที่มีผลต่อการเกิดและการแพร่กระจายของ โรค เช่น เศรษฐฐานะ อาชีพ ชนชั้นทางสังคม ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ฯลฯ ในขณะที่มานุษยวิทยาก็มีสาขาความรู้ย่อย “มานุษยวิทยาการแพทย์” (Medical anthropology) ที่สนใจศึกษาประเด็นที่คล้ายคลึงกัน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง “วัฒนธรรม” ในความหมายแบบกว้าง เช่น โลกทัศน์ท้องถิ่น บรรทัดฐาน ค่านิยม หรือวิถีชีวิตที่คนในกลุ่มสังคมต่างๆ มีร่วมกันว่าเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสาเหตุของความเจ็บป่วยการตอบสนอง และประสบการณ์ทางสังคมต่อการเยียวยารักษาโรคภัยไข้เจ็บ

อย่างไรก็ตาม แม้รากปรัชญาหรือฐานความรู้ของสาขา “ระบาดวิทยา” กับ “มานุษยวิทยา” ซึ่งเป็นรากฐานให้กับแนวทางการศึกษา “ระบาดวิทยาวัฒนธรรม” จะมีความคล้ายคลึงกันหลายแง่มุม และมีจุดร่วมทางวิชาการที่เหมือนกัน แต่เหตุผลหลักที่สองสาขาวิชานี้เป็นฐานคิดหลักให้กับระบาดวิทยาวัฒนธรรมเนื่องจาก “วัฒนธรรม” มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการทำงานด้านระบาดวิทยาวัฒนธรรม และการเก็บข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยา

วัฒนธรรมกับการเก็บข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยา

ข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณสำหรับการทำงานด้านระบาดวิทยา มีด้วยกัน 2 ลักษณะ คือ 1) ข้อมูล “อุบัติการณ์” (incidence) การเกิดโรค หมายถึง จำนวนของผู้ป่วยใหม่ (new cases) ในกลุ่มประชากรเสี่ยง ช่วงเวลาหนึ่งที่เก็บข้อมูล ข้อมูลชุดนี้จะช่วยให้เห็นกระบวนวิทยาวิเคราะห์ความรุนแรงของการเกิดโรคและการแพร่ระบาด จากการเปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคในแต่ละกลุ่มประชากรในแต่ละช่วงเวลา 2) “ความชุก” (prevalence) การเกิดโรค หมายถึง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ทั้งกรณีผู้ป่วยเก่าและใหม่) ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่งที่เก็บข้อมูล ข้อมูลชุดนี้จะช่วยให้เห็นกระบวนวิทยาเห็นภาพรวมของ

สถานการณ์การเกิดโรคมีความมากน้อยแค่ไหน และช่วยให้เห็น “ภาระโรค” ที่กลุ่มประชากรทั้งหมดต้องแบกรับ

อย่างไรก็ตาม ในหลายกรณีข้อมูลทั้ง 2 ชุด จะถูกเก็บเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพเท่านั้นอาจกล่าวได้ว่าการได้มาซึ่งข้อมูลทั้ง 2 ชุด ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในการเลือกมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพตั้งนั้นตรงจุดนี้เองที่ “วัฒนธรรม” เข้ามามีบทบาทต่อการเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยา งานศึกษาการให้ความหมายความเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาพยาบาลโรคลมชักเปรียบเทียบกับในประเทศสหรัฐอเมริกา เอกวาดอร์ และเคนยา เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นมิติวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการได้มาซึ่งข้อมูลทางระบาดวิทยา

ในสหรัฐอเมริกา แม้โดยทั่วไปผู้ป่วยและญาติจะอธิบายสาเหตุและอาการของโรคลมชักเหมือนกับคำอธิบายของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ “ประสบการณ์” ที่พวกเขามีต่อโรคและคำวินิจฉัยทางการแพทย์ก็ทำให้พวกเขารับรู้ต่อสาเหตุและอาการเจ็บป่วยของโรคลมชัก แตกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น อาการชักซึ่งเป็นอาการหลักของโรคที่ควบคุมได้ยาก ผู้ป่วยไม่สามารถรู้ได้ว่าจะเกิดอาการตอนไหน ภายใต้สภาวะหรือสถานการณ์แบบไหน บางคนเป็นบ่อยบางคนเป็นๆ หายๆ บางคนอาการหายไปนานกว่า 10 ปี แล้วกลับมาเป็นอีกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติจำนวนหนึ่งไม่แน่ใจว่าสถานการณ์โรคของตัวเองหรือญาตินั้นอยู่ในขั้นไหนระหว่าง “เพิ่งป่วย” “หายแล้ว” หรือ “ป่วยมานานแล้ว” เพราะประเมินอาการได้ยาก

ส่วนผู้ป่วยและญาติโรคลมชักในเอกวาดอร์และเคนยาก็มีการรับรู้หรือให้ความหมายต่อโรคต่างไปจากสหรัฐอเมริกา ในเอกวาดอร์ ชาวบ้านจำนวนมากอธิบายสาเหตุและอาการของโรคลมชักว่าเกิดจากทั้งความผิดปกติกของสารเคมีในสมองและ “ความเครียด” หรือความกดดันจากปัญหาส่วนตัว เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เธอป่วยมาจากความวิตกกังวลที่สามีไม่ค่อยกลับบ้าน และเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เขาไม่กลับบ้านเป็นเพราะเพื่อนบ้านจ้องจะทำร้ายเขา เนื่องจากเธอและเพื่อนบ้านไม่ถูกกัน ด้วยเหตุนี้เธอก็เป็นกังวลเรื่องสามีมากจนป่วยเป็นลมชักส่วนที่เคนยาความเข้าใจเรื่องลมชักแตกต่างออกไปอีกแบบหนึ่ง ชาวบ้านจำนวนไม่น้อยเชื่อว่าสาเหตุการป่วยเป็นลมชักมาจากการป่วยเป็นมาลาเรียหรือปอดบวม หลายคนมองว่าการรักษาที่ “ถูกต้อง” ไม่ใช่การไปรักษาที่โรงพยาบาลแต่ต้องไปหา “หมอพื้นบ้าน” ที่เรียกว่า *mganga* ซึ่งมีวิธีการรักษาที่ต่างไปอย่างสิ้นเชิง หมอพื้นบ้านในเคนยาจะใช้การ “บูชาวิญญาณ” เป็นเครื่องมือ

ในการรักษา บางคนใช้ไก่กับหัวแพะ บางคนใช้ไก่กับนก โดยอธิบายว่าเมื่อทำพิธีกรรมแล้ว ความเจ็บป่วยจะย้ายจากผู้ป่วยไปยังสัตว์แทน ข้อค้นพบจากงานศึกษาชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วย คำอธิบายสาเหตุและแนวทางการรักษาโรคของผู้คนในแต่ละสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมท้องถิ่นส่งผลต่อการรับรู้การให้ความหมายและการประเมินอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น เช่น เจ็บป่วยหรือไม่ ป่วยเป็นโรคอะไร โรคมีสาเหตุมาจากอะไร เป็นต้น รวมทั้งการประเมินทางเลือกแนวทางการรักษาว่าควรจะเป็นแนวทางไหนและใครควรจะเป็นผู้เยียวยารักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นควรไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพหรือไม่ หรือควรจะรักษากับผู้เยียวยาคนอื่นๆ ที่มีอยู่อย่างหลากหลายในแต่ละท้องถิ่น เช่น คนเฒ่าคนแก่ ปราชญ์ชาวบ้าน หมอผี หมอธรรม คนทรงเจ้า เป็นต้น ซึ่งเป็นเงื่อนไขหลักที่ส่งผลต่อการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์และความชุกของโรค

ส่วนที่ 3 ระบาดวิทยาวัฒนธรรม

ระบาดวิทยาวัฒนธรรม ให้ความสนใจต่อความหลากหลายของสังคมวัฒนธรรมที่กำกับแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้คนและกลุ่มทางสังคม โดยมองว่าการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมเป็นยอดภูเขาน้ำแข็งที่มีปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมเป็นฐาน ระบาดวิทยาวัฒนธรรมยังให้ความสนใจต่ออิทธิพลทางวัฒนธรรม อาหาร สุนทรียะ จริยศาสตร์ ศีลธรรม และกฎเกณฑ์ทางสังคมที่ควบคุมกำกับพฤติกรรมทางสังคม เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นความจริงทางสังคมที่สามารถนำมาอธิบายได้ แม้ว่าจะไม่สามารถวัดได้ก็ตาม

บุคคล สถานที่ และ เวลา ที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ การกระจายตัว และแบบแผนของโรคภัยไข้เจ็บล้วนมีความหมายทางสังคมที่ดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไขบริบททางสังคมวัฒนธรรมและสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอิทธิพลทางสังคม (social forces) เช่น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ความไม่เท่าเทียมทางสังคม เศรษฐศาสตร์การเมือง และอิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ แยกไม่ออกจาก “พฤติกรรมทางสังคม” (social behavior) ที่มีแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมกำกับอยู่ ดังนั้น “ความหมายทางสังคม” ของความเสี่ยงสุขภาพ อาจไม่สามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ด้วยตัวเลขทางสถิติได้อย่างเป็นวัตถุวิสัย (Objectivism) แต่เป็นสิ่งที่คนในชุมชนท้องถิ่นสามารถอธิบายความหมายได้

ระบาดวิทยาวัฒนธรรม ให้ความสนใจต่ออิทธิพลของ “วัฒนธรรม” 2 ลักษณะ คือ วัฒนธรรมท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมชาวบ้าน กับวัฒนธรรมองค์กรหรือวัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งวัฒนธรรมในสองลักษณะมีอิทธิพลและแสดงปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกัน คือ ก่อรูปวิถีปฏิบัติ ความเชื่อ บรรทัดฐาน ในชุมชนทั้งชุมชนท้องถิ่นของชาวบ้านและชุมชนนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ

1. วัฒนธรรมท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมชาวบ้าน ในการศึกษาวัฒนธรรมท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมชาวบ้าน เช่น วัฒนธรรมชาติพันธุ์ (ethnic culture) มิติเพศสภาพความเป็นชาย-หญิง และการศึกษาวัฒนธรรมกลุ่มย่อย (Sub-culture) เช่น วัฒนธรรมวัยรุ่น วัฒนธรรมคนขับรถบรรทุก เป็นต้น มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทัศนคติ การให้นิยามความหมาย และปฏิบัติการทางสังคมต่อความเสี่ยงสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการประยุกต์เงื่อนไขทางสังคมและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม เช่น พิธีกรรม เทศกาลท้องถิ่น และการเฉลิมฉลองช่วงเวลาสำคัญของชีวิต เพื่อควบคุมป้องกันและช่วยลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ตลอดจนศึกษาปฏิบัติการทางสังคมที่แสดงออกในลักษณะต่างๆ ของชาวบ้าน เช่น การต่อต้านขัดขืน (resistances) การต่อรอง (negotiations) และการให้ความหมายใหม่ (redefine) ต่อการรณรงค์ สุขศึกษา นโยบายสาธารณะ และมาตรการทางกฎหมาย ทั้งที่ตั้งอยู่บนฐานคิดการลดอันตราย (harmreduction) และการควบคุมการบริโภค (consumption control) ของหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

ระบาดวิทยาวัฒนธรรมบนมุมมองที่ละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างหลากหลาย ยังสนใจค้นหาปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและแสวงหารูปแบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น (bottom-up approach) มากกว่าแค่อาศัยความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ (top-down perspective) เท่านั้น และให้ความสนใจต่อการออกแบบแผนงานโครงการพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับโลกทัศน์วัฒนธรรมท้องถิ่น

การศึกษาระบาดวิทยาวัฒนธรรม ที่ให้ความสำคัญต่ออิทธิพลวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น อาจแบ่งได้ 2 สาขาย่อย ได้แก่

ระบาดวิทยาชุมชน (Popularepidemiology) หรือระบาดวิทยาที่ชุมชนมีส่วนร่วม (community-controlled epidemiology) หมายถึง การที่คนในชุมชนท้องถิ่นตระหนักถึงปัญหาสุขภาพบางอย่างในชุมชน

และสนใจที่จะดำเนินการศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรค จนนำไปสู่การดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชน โดยไม่รอให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการและชาวบ้านมีบทบาทเพียงแค่ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

ระบาดวิทยาความรู้ท้องถิ่น (Lay epidemiology) หมายถึง การให้ความสำคัญกับคำอธิบายหรือการตีความหมายปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและปัญหาสุขภาพบนพื้นฐานโลกทัศน์วัฒนธรรมของคนท้องถิ่น ซึ่งอาจไม่สอดคล้องต้องกันกับคำอธิบายความรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ

2. วัฒนธรรมองค์กรและวัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญ คือ การประกอบสร้างความรู้ (The social construction of knowledge) ทางระบาดวิทยาในฐานะเป็นปฏิบัติการทางวัฒนธรรมในชุมชนวิชาการของผู้เชี่ยวชาญ และศึกษาแบบแผนความเชื่อ ธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชนผู้เชี่ยวชาญ ที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบงานวิจัย การวัด การประเมินผล การคาดการณ์ การคิดเชิงสาเหตุ-ผลลัพธ์ และการออกแบบแผนงานโครงการพัฒนาสุขภาพ

รวมทั้งให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมองค์กรแบบราชการที่มีอิทธิพลต่อการก่อรูปลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยหรือเหยื่อผู้ได้รับผลกระทบจากความเสียหาย ตลอดจนการปะทะประสานกันระหว่างชุดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญสุขภาพกับมุมมองต่อความเสี่ยงของชาวบ้าน และศึกษากระบวนการสถาปนาความรู้ชุดใดชุดหนึ่งให้มีอำนาจเหนือกรอบความคิดอื่นในการตีความและอธิบายความหมายของปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและความรู้ทางระบาดวิทยา

มิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ

ระบาดวิทยาวัฒนธรรม มีมุมมองต่อ **“ความเสี่ยงสุขภาพ”** ว่าเป็นเรื่องทางสังคมวัฒนธรรม เพราะมุมมองที่ผู้คนใช้ทำความเข้าใจต่อความเสี่ยงรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์ ประเมินผลกระทบ และแสดงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงต่อความเสี่ยง ล้วนได้รับแรงผลักดันจากเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมและความคาดหวังทางสังคม ดังนั้น การกำหนดนโยบายสาธารณะ มาตรการทางสังคม เพื่อควบคุมป้องกันผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ จำเป็นต้องเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่กำกับความหมายทางสังคมของความเสียหายและพลวัตประวัติศาสตร์แนวคิดความเสี่ยงสุขภาพในแต่ละยุค

ตัวอย่างเช่น ในกรณีของประเทศไทย สมัยที่โรคเอดส์ระบาดใหม่ๆ การรณรงค์ต่อสู้กับการแพร่ระบาดตั้งอยู่บนฐานคิด **“กลุ่มเสี่ยง” (Risk group)** ซึ่งแนวคิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าตั้งอยู่บนฐานคิดการเหมารวม และตีตราทางสังคม เนื่องจากไม่ใช่ทุกคนที่อยู่ในกลุ่มทางสังคมนั้นๆ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เช่น ในกลุ่มเกย์ไม่ใช่เกย์ทุกคนจะมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การทำงานรณรงค์ภายใต้ฐานคิดกลุ่มเสี่ยงในอีกด้านหนึ่งได้สร้างภาพลักษณ์ทางสังคมด้านลบให้กับกลุ่มเกย์ การทำงานรณรงค์ในยุคต่อมาได้ปรับเปลี่ยนฐานคิดมาสู่ **“พฤติกรรมเสี่ยง” (Risk behavior)** ซึ่งแนวคิดพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าถึงเราจะรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงแต่ก็เป็นเรื่องยากในการดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ ของบุคคล จึงเสนอให้มองพฤติกรรมเสี่ยงภายใต้บริบทสถานการณ์ที่นำมาสู่ความเสี่ยงนั้นๆ (Risk situation) กล่าวอีกนัย เน้นไปที่การรณรงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้คนตกไปอยู่ในสถานการณ์ความเสี่ยงที่จะนำมาสู่พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ หรือการให้ความสำคัญกับสถานการณ์มากกว่าจะมองพฤติกรรมแบบเหมารวมเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพบางลักษณะจะเกิดขึ้นภายใต้บริบทสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงบางแบบ

ระบาดวิทยาวัฒนธรรมให้ความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงสุขภาพกับพฤติกรรมทางสังคม โดยมองว่าพฤติกรรมทางสังคมไม่ใช่พฤติกรรมที่ปัจเจกบุคคลเลือกแสดงออกได้อย่างอิสระ หากมันมีเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม การกล่อมเกลางานสังคม หรือค่านิยมทางสังคมเป็นตัวกำหนดและกำกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลอีกที ดังนั้น การกำหนดนโยบายหรือมาตรการทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อควบคุม

ความเสี่ยงสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเข้าใจแง่มุมทางสังคมวัฒนธรรมที่กำกับพฤติกรรมความเสี่ยงสุขภาพของผู้คน เพราะไม่อย่างนั้นการรณรงค์อาจนำผลลัพธ์ที่คาดไม่ถึง (unintended consequences) ทั้งการเหมารวม การตีตรา และสร้างการกีดกันทางสังคมให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในบางชนชั้นในสังคม ตัวอย่างเช่น การรณรงค์ แคมเปญ “จน เครียด กินเหล้า” ในอีกด้านหนึ่งได้สร้างการเหมารวมประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยสื่อโฆษณาสร้าง ภาพลักษณ์ทางสังคมแบบเหมารวมว่าคนที่ดื่มเหล้าเกิดจากความเครียดในชีวิตอันเป็นผลลัพธ์จากความ ยากจน แต่ในความเป็นจริงก็ไม่ใช่ว่าคนจนทุกคนจะดื่มเหล้า และเหตุผลของการดื่มเหล้าของคนในบางชนชั้น ทางสังคมก็ไม่ได้เกิดจากเหตุผลด้านลบอย่างเดียว ความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรมในการเข้าใจ พฤติกรรมความเสี่ยงสุขภาพจะช่วยให้การกำหนดนโยบายต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

พฤติกรรมความเสี่ยงสุขภาพยังได้รับอิทธิพลจากกลุ่มวัฒนธรรมย่อย (subculture) เช่น วัยรุ่นในเมือง วัยรุ่นในชนบท นักศึกษามหาวิทยาลัย คนทำงานเฉพาะวันศุกร์ วันเสาร์ หรือคนงานต่างด้าวที่เป็นแรงงานภาค การผลิตในประเทศ กลุ่มคนเหล่านี้มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกัน โดยในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมย่อยมี อิทธิพลเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมเป็นตัวกำกับกับแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน และในกลุ่มวัฒนธรรม ย่อยเดียวกันหากอยู่ภายใต้บริบทสถานการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกันก็อาจจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่เหมือน หรือแตกต่างกัน

ดังนั้น **ปัจจัยความเสี่ยงสุขภาพ** สัมพันธ์กับ **พฤติกรรมทางสังคม** ที่มีแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมกำกับ อยู่ในแต่ละสังคมที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน หรือแม้แต่ในสังคมเดียวกันที่กลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่มมีวัฒนธรรม ย่อยต่างกัน ก็จะรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมทางสังคมต่อความเสี่ยงสุขภาพต่างกัน “ความเสี่ยง สุขภาพ” สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับ “ศีลธรรมท้องถิ่น” หรือการนิยามจำแนกแยกแยะว่าอะไรคือ สิ่งที่ดีหรือไม่ดี ในสังคมที่ผู้คนควรประพฤติปฏิบัติหรือไม่พึงกระทำ

เราอาจกล่าวได้ว่า ความเสี่ยงสุขภาพ ไม่ได้เป็นแค่ “ความจริงทางวิทยาศาสตร์” ที่สามารถตรวจสอบ วัดได้อย่างเป็นวัตถุวิสัย หากแต่ความเสี่ยงสุขภาพยังเป็น “ความจริงทางสังคม” ที่คนในแต่ละชุมชนท้องถิ่น รับรู้ ให้ความหมายภายใต้อิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมและประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงสุขภาพ ได้รับการประกอบสร้างทางสังคมในชุมชนวิชาการของผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการสถาปนาขึ้นจากวาทกรรม อุดมการณ์ และผลประโยชน์ทางสังคมการเมืองแต่ละยุค

“มิติสังคมวัฒนธรรม” ของความเสี่ยงสุขภาพ ช่วยเราขยายกรอบคิดการวิเคราะห์ “กลุ่มเสี่ยง” (risk group) จากฐาน “ประชากร” และการวัดทางสถิติซึ่งเป็นวิธีการทางระบาดวิทยา มาสู่การศึกษา ประสบการณ์ที่หลากหลาย มุมมอง คุณค่า ความเชื่อ และเรื่องเล่าของผู้ป่วยหรือเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจาก ความเสี่ยง ภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจงในชีวิตประจำวัน บ่อยครั้งเสียงหรือเรื่องเล่าของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่วิเคราะห์ทางสถิติบนฐานประชากร ถูกทำให้เป็นความรู้ชายขอบ หรือไม่ถูกรับรู้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพและ ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

ตัวอย่างงานศึกษาวัฒนธรรมของประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ งานศึกษา “คนขับรถบรรทุก: อุบัติเหตุจราจร ในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย” (ประคองและปนัดดา 2553) เป็นงานวิจัยที่ศึกษารวบรวมข้อมูลกลุ่ม คนขับรถบรรทุกผ่านการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะเด็กติดรถ การสัมภาษณ์ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับคนขับรถบรรทุก ประกอบกับการศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ เพื่อที่จะ อธิบายและทำความเข้าใจว่า สิ่งๆ ใดๆ บอกว่า “เสี่ยง” นั้น คนขับรถบรรทุกมีวิธีคิดอย่างไร คนขับรถบรรทุก เป็นใคร พวกเขาก้าวเข้ามาเป็นผู้ที่ควบคุมรถขนาดใหญ่ ควบคุมสินค้าที่มีมูลค่ามากมาย และเดินเข้าสู่เส้นทาง สายอาชีพที่มีผลต่อความเป็น ความตายของผู้คนอื่นๆ บนถนนได้อย่างไร รวมไปถึงบริบทสังคมและวัฒนธรรม ที่หล่อหลอมวิธีคิด วิธีการดำเนินชีวิต การขับขี่ยานพาหนะเป็นอย่างไร

ภาพลักษณ์ของคนขับรถบรรทุกที่มักจะถูกนำเสนอในเชิงลบอยู่เสมอในฐานะเป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ทำให้ผู้คนบาดเจ็บและเสียชีวิตนั้น ไม่ได้เกิดจากสาเหตุของ “คนขับรถบรรทุก” หรือ “สภาพรถบรรทุก” เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีเหตุปัจจัยมากมายที่แวดล้อม ก่อร่างสร้างความคิดให้คนขับรถบรรทุกมองความเสี่ยงเป็นเรื่องที่ไม่น่ากลัว

สำหรับคนขับรถบรรทุกแล้ว ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุถูกทำให้น่ากลัวน้อยลง เนื่องจากปัจจุบันระบบนายทุนได้ครอบงำแรงงานอย่างเบ็ดเสร็จ การขูดรีดจากเจ้าแก้มเจ้าของกิจการผ่านการใช้วิธีตอบแทนค่าจ้างตามจำนวนเที่ยวที่คนขับรถบรรทุกสามารถขับนำสินค้าไปส่งยังปลายทางได้สำเร็จเป็นสิ่งที่ชักจูงครอบงำความคิดของคนขับรถบรรทุกให้เห็นพ้อและยอมรับเงื่อนไขการทำงานที่เอื้อต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้ คนขับรถบรรทุกจึงยินดีที่จะเสี่ยงเพื่อให้ได้ผลตอบแทนที่มากขึ้นเช่น คนขับรถบรรทุกจะใช้ความเร็วสูงโดยไม่ชะลอความเร็ว หรือแม้แต่การขับรถในช่องจราจรที่กฎหมายไม่อนุญาต เพื่อแข่งกับเวลาให้ทันรับรายการสั่งของลูกค้าที่โรงงาน

นอกจากผลตอบแทนที่มากจะชักจูงให้คนขับรถบรรทุกกล้าที่จะเสี่ยงแล้ว ความพยายามที่จะปกป้องและเอื้อผลประโยชน์ทางธุรกิจของเจ้าแก้มเจ้าของกิจการ ก็เป็นสิ่งที่ทำให้คนขับรถบรรทุกพลอยได้รับการคุ้มครองไปด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้คนขับรถบรรทุกกล้าและไม่เกรงกลัวต่อกฎหมายจราจร เช่น การจ่ายค่าปรับ เพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจและให้เกิดการสูญเสียน้อยที่สุด โดยเจ้าแก้มเจ้าของกิจการจะยอมจ่ายเงินช่วยเหลือหรือค่าปรับ เพื่อให้รถสามารถวิ่งได้สะดวกและไม่ถูกตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้นคนขับรถบรรทุกจึงกล้าที่จะทำผิดกฎหมายจราจรแม้ว่าจะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุก็ตาม เนื่องจากรู้ว่าเจ้าแก้มได้จ่ายเงินคุ้มครองตนเองไว้แล้ว

หรือแม้แต่ในกรณีคับขันเมื่อเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงและต้องได้รับโทษทางกฎหมาย คนขับรถบรรทุกจะมีเจ้าแก้มเจ้าของกิจการให้การช่วยเหลือจนรอดพ้นจากความผิด เช่น หากมีอุบัติเหตุร้ายแรงถึงขั้นมีคนเสียชีวิต คนขับรถบรรทุกจะหนีไปโดยไม่ทิ้งหลักฐานระบุตัวตนไว้ เมื่อตำรวจตามไปที่เจ้าของรถหรือเจ้าแก้มเจ้าของกิจการ เจ้าแก้มจะทำที่ว่ามีทราบข้อมูลเกี่ยวกับคนขับที่ตนเองเป็นผู้ว่าจ้าง และทำให้คนขับรถบรรทุกรอดพ้นจากความผิดของตนไปได้

เจ้าแก้มเจ้าของกิจการยังใช้ระบบประกันภัยรถยนต์ เพื่อดึงเอาคนขับรถบรรทุกออกจากความเดือดร้อนที่ต้องรับผิดชอบเกิดจากอุบัติเหตุ โดยการผลักภาระเหล่านี้ให้เป็นหน้าที่รับผิดชอบของบริษัทประกันภัย การทำให้คนขับรถบรรทุกห่างไกลจากความรับผิดชอบจากอุบัติเหตุต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่ทำให้พวกเขากล้าที่จะเสี่ยง เพราะอุบัติเหตุกลายเป็นเรื่องไกลตัวที่พวกเขาไม่ต้องรับผิดชอบอีกต่อไป

นอกเหนือจากผลตอบแทนและการช่วยเหลือของเจ้าแก้มผู้อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมเสี่ยงของคนขับรถบรรทุกแล้วความเหนือกว่าทางกายภาพของยานพาหนะ ก็เป็นอีกสาเหตุปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนขับรถบรรทุกกล้าที่จะเสี่ยง ด้วยโครงสร้างที่สูงใหญ่และวัสดุที่แข็งแรงกว่ารถประเภทอื่นๆ จึงทำให้คนขับรถบรรทุกมั่นใจในข้อได้เปรียบด้านความปลอดภัยของตนเองเมื่อต้องประสานงากับรถเล็ก

จากที่กล่าวมาดูเหมือนว่าปัจจัยแวดล้อมต่างๆ จะสนับสนุนให้คนขับรถบรรทุกไม่เกรงกลัวต่ออุบัติเหตุ แม้แต่น้อยแต่ในความเป็นจริงแล้วคนขับรถบรรทุกเองก็พยายามป้องกันและระมัดระวังตนเอง เพื่อมิให้เกิดอุบัติเหตุอยู่เสมอไม่ว่าจะเป็นการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อป้องกันการหลับใน โดยการนอนหลับถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนขับรถบรรทุกอย่างมาก เพราะเป็นวิธีการที่จะช่วยป้องกันอุบัติเหตุได้ดีที่สุด การนอนหลับสำหรับคนขับรถบรรทุกจึงไม่ใช่เพียงการนอนเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วย

นอกจากการนอนแล้วการไม่ดื่มเหล้า เบียร์ ก่อนการขับรถก็ถือเป็นบรรทัดฐานและเรื่องต้องห้ามสำหรับคนขับรถบรรทุก เพราะคนขับรถบรรทุกที่รู้เป็นอย่างดีว่าหากพวกเขาดื่ม จะนำมาซึ่งอุบัติเหตุทั้งกับตัวเองและผู้ใช้รถคนอื่นๆ

การตรวจสภาพรถก่อนการขับซึ่ก็เป็นเรื่องที่สำคัญอีกประการที่คนขับรถบรรทุกให้ความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากสภาพรถบรรทุกมักจะมีสภาพที่ไม่พร้อมใช้งาน ดังนั้นคนขับรถบรรทุกจึงต้องหมั่นตรวจสอบซ่อมบำรุงรถก่อนขับเป็นประจำทุกวัน และจะต้องคอยสังเกตรถในระหว่างขับอยู่เสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ

เราจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงอันก่อให้เกิดอุบัติเหตุของคนขับรถบรรทุกนั้น ไม่ได้เกิดจากความไม่รู้ ความไม่มีจิตสำนึกด้านความปลอดภัย หรือความไม่รับผิดชอบในแบบที่รัฐและผู้เชี่ยวชาญให้ความหมาย แต่ในความเป็นจริงพวกเขาเหล่านี้ต่างรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอย่างดี แต่ด้วยระบบโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจทุนนิยม และระบบวัฒนธรรมย่อยในกลุ่มคนขับรถบรรทุก มีส่วนสำคัญที่ทำให้การทำงานของรถบรรทุกต้องอยู่บนความเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้อยู่เสมอ กล่าวอีกนัย พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของคนขับรถบรรทุกไม่ได้เป็นผลลัพธ์จากการขาดความรู้ที่เพียงพอต่อการป้องกันอุบัติเหตุในชีวิตประจำวัน หากเป็นผลลัพธ์จากอิทธิพลเงื่อนไขโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมกลุ่มย่อยที่ก่อรูปพฤติกรรมทางสังคมของคนขับรถบรรทุก

งานวิจัยชิ้นนี้เสนอว่า การจะป้องกันอุบัติเหตุจากรถบรรทุกได้อย่างแท้จริง ควรเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจระบบโครงสร้างสังคมและระบบวัฒนธรรมแวดล้อมที่มีส่วนสนับสนุนให้คนขับรถบรรทุกกล้ากระทำความผิดกฎหมายและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงอุบัติเหตุบนถนน โดยเฉพาะระบบนายทุนที่อยู่เบื้องหลังการกระทำความผิดของคนขับรถบรรทุกและส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมกลุ่มย่อยคนขับรถบรรทุก ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและการสูญเสียบนท้องถนน ดังนั้นรัฐจึงจำเป็นต้องออกมาตรการจัดการกับระบบเหล่านี้

ส่วนที่ 4 บุคคล สถานที่ และเวลา

แนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยาเชื่อว่าเราจะเข้าใจความชุก อุบัติการณ์ของโรค แบบแผนและแนวโน้มการเกิดโรคในแต่ละประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล สถานที่ และเวลา ของการเกิดโรค อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าลักษณะบุคคล สถานที่ และเวลา ที่แนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยาเชื่อว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคมีอิทธิพลมากกว่ากับอยู่เบื้องหลังเสมอ และจำเป็นต้องวิเคราะห์ตัวแปร บุคคล สถานที่ และเวลาภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละท้องถิ่น

1. บุคคล ในแต่ละสังคมวัฒนธรรมจะมีความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมของ “ปัจเจกบุคคล” ที่เป็นสมาชิกในสังคมแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ อาชีพ เพศ ช่วงวัย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น และมีข้อห้ามหรือกฎเกณฑ์ทางสังคมที่คอยกำกับพฤติกรรมของบุคคลให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม รวมทั้งมีเกณฑ์ในการจำแนกแยกแยะว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงใดมีความเสี่ยงสุขภาพ อ่อนแอเปราะบาง และง่ายต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางสังคมซึ่งคนในชุมชนควรให้ความสนใจปกป้องคุ้มครองดูแลเป็นพิเศษ

ตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ Mark Nichter และคณะ (Nichter et al. 2009) พบว่าบรรทัดฐานในกลุ่มเพื่อนมีบทบาททั้งสนับสนุนและป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ และเป็นตัวกำหนดว่าวัยรุ่นควรจะสูบบุหรี่หรือไม่ ช่วงเวลาไหน และสถานที่ใด จึงจะเป็นสัญลักษณ์สะท้อนอัตลักษณ์ความเป็นวัยรุ่นและสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้ ในแต่ละวัฒนธรรมชาติพันธุ์จะมีกฎเกณฑ์ทางสังคมกำหนดว่าพฤติกรรมการแสดงออกใดที่เหมาะสมตามแต่ละช่วงอายุ พฤติกรรมใดหากกระทำในบางช่วงอายุถือเป็นการ

ละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม และมองเป็นพฤติกรรมเสี่ยงหากยังไม่ถึงวัยที่พร้อม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจะถูกละเลย ก้าวโทษ หรือมองเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสัมพันธ์กับ *ความหมายทางสังคมของช่วงวัย* รวมทั้งในแต่ละสังคมจะมีความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่แตกต่างกัน ผู้หญิงในบางกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับการคาดหวังทางสังคมให้ต้องแต่งงานเร็วและให้กำเนิดบุตร ซึ่งถือเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้ใหญ่ของผู้หญิงและเป็นบทบาททางสังคมที่สะท้อนความเป็นผู้หญิงในสังคม แต่ในบางกลุ่มชาติพันธุ์ผู้หญิงวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้ต้องเรียนหนังสือและมีชีวิตทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน ถูกคาดหวังให้เข้าสู่วัยทำงานมากกว่าแต่งงานเร็วมีครอบครัว ในขณะที่ในแทบทุกสังคมวัยรุ่นชายมักถูกคาดหวังให้เรียนหนังสือมากกว่าวัยรุ่นหญิง ประเด็น *เพศสภาพ* ข้างต้นสัมพันธ์กับโอกาสทางสังคมที่วัยรุ่นชายหญิงจะมีโอกาสสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการถูกชักชวนเป็นนักสูบหน้าใหม่

2. สถานที่และพื้นที่ ไม่ได้เป็นเพียงลักษณะทางภูมิศาสตร์ หรือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกิดจากการปรับสมดุลระหว่างมนุษย์กับระบบนิเวศวัฒนธรรมของชุมชน หากสถานที่ต่างๆ ในชุมชนยังทำหน้าที่และมีความหมายทางสังคมบางอย่าง ตัวอย่างเช่น ในหมู่บ้านจะมีพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ที่มีความหมายพิเศษทางสังคมบางอย่างแก่คนในชุมชน เช่น ดอนปู่ตา ถือว่าเป็นที่อยู่ของผีบรรพบุรุษหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คอยปกป้องคุ้มครองหมู่บ้าน ในรอบหนึ่งปีชาวบ้านจะจัดพิธีไหว้ผีปู่ตาขึ้นเพื่อแสดงความเคารพ ความหมายทางสังคมของพื้นที่พิเศษยังเกิดขึ้นในพิธีกรรมท้องถิ่นซึ่งจะกำหนดพื้นที่ของผู้ชายและพื้นที่ของผู้หญิง และกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมระหว่างผู้ชายและผู้หญิงในช่วงการประกอบพิธีกรรม ซึ่งไม่เพียงช่วยให้เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม หากยังสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซ่อนอยู่ภายใต้ค่านิยมเพศสภาพ เช่น ในสังคมชายเป็นใหญ่ หรือสังคมที่ให้ความสำคัญกับเพศชาย ในช่วงการประกอบพิธีกรรมสำคัญของชุมชน ผู้ชายจะได้รับอนุญาตให้นั่งแถวหน้าและเป็นผู้นำในพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ ส่วนผู้หญิงและเด็กจะนั่งลดหลั่นกันลงมา นอกจากนี้ บางสถานที่หรือพื้นที่ในชุมชนมีความหมายทางสังคมและได้รับการหวงห้ามไว้เฉพาะคนบางกลุ่ม เช่น พื้นที่ผู้ชาย ผู้หญิง วัยรุ่น และผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ร้านซ่อมรถมอเตอร์ไซค์ในหมู่บ้านเป็นพื้นที่ทางสังคมที่วัยรุ่นในหมู่บ้านมารวมตัวกันเพื่อแต่งรถและประลองความเร็วรถกัน (Komatra 1999) ร้านซ่อมมอเตอร์ไซค์จึงเป็นพื้นที่ทางกายภาพที่ซ่อนทับด้วยความหมายทางสังคมของการเป็นพื้นที่ของวัยรุ่น และเป็นพื้นที่เสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุมากกว่าพื้นที่อื่นในชุมชน

การเข้าใจลักษณะพื้นที่ทางกายภาพที่มีความหมายทับซ้อนกับพื้นที่ทางสังคม พื้นที่พิเศษ หรือพื้นที่เฉพาะในโลกวัฒนธรรมของชุมชน จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของคนในชุมชนและแบบแผนความเสี่ยงที่สัมพันธ์อย่างเฉพาะเจาะจงกับบางสถานที่หรือพื้นที่ภายในชุมชน

3. เวลา “เวลา” มีความหมายทางวัฒนธรรมในโลกของชาวบ้านและไม่ได้เดินทางสม่ำเสมอเท่ากัน เหมือนกับเวลาในระบบกลไกของนาฬิกา หากมีการลำดับความสำคัญให้กับช่วงเวลาที่แตกต่างกันไป เช่น ช่วงเวลาพิเศษของหมู่บ้าน ช่วงเวลาพิเศษของชีวิต และช่วงเวลาหยุดพักผ่อน เวลาของชาวบ้านไม่ได้เดินทางเป็นเส้นตรงแต่เดินทางเป็นวัฏจักรวงจร มีภพชาติ การเวียนว่ายตายเกิด ความเชื่อในเรื่องเวลาดังกล่าวจะมากำกับพฤติกรรมในแต่ละช่วงของชาวบ้าน โดยส่วนใหญ่แล้วเวลาของชาวบ้านจะสัมพันธ์กับวิถีการผลิตในรอบปี หากมีข้อมูลทางระบาดวิทยาแต่ไม่เข้าใจ “เวลาในโลกของชาวบ้าน” เช่น จังหวะชีวิต วงจรการทำงาน และวิถีชุมชนในแต่ละช่วงเวลา จะไม่มีทางเข้าใจพฤติกรรมของชาวบ้านที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงสุขภาพและแบบแผนระบาดวิทยาการเกิดโรค

ในแต่ละชุมชนจะมีช่วงเวลาพิเศษหรือเทศกาลงานบุญของชุมชนที่มีความสำคัญทางวัฒนธรรม เพราะเป็นช่วงที่ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือพิธีกรรมสำคัญที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนในชุมชน และมี

อิทธิพลต่อความคิดความเชื่อที่ส่งต่อกันมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันได้รับการจัดขึ้นอีกครั้ง กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีความหมายทางสังคม เพราะเป็นกิจกรรมที่เป็นไปเพื่อรักษาโครงสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และเครือข่ายทางสังคมระหว่างชุมชน การเข้าใจช่วงเวลาพิเศษ เทศกาลงานบุญของชุมชนจะช่วยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิทยาความเสี่ยงสุขภาพกับมิติของเวลาได้ดี เช่น ในชนบทเมื่อมีงานบุญของชุมชนมักมีการสังสรรค์ดื่มสุรารายอย่างหนัก จนเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและการทะเลาะวิวาทของคนในชุมชน ช่วงเวลาพิเศษของชุมชนเป็นช่วงเวลาที่ต้องใช้ความรอบคอบมากยิ่งขึ้นในการทำงาน เนื่องจากไม่สามารถกะเกณฑ์พฤติกรรมของชาวบ้านได้เหมือนช่วงเวลาปกติ เพราะชาวบ้านจะมีพฤติกรรมอีกแบบที่ถูกกำกับด้วยช่วงเวลาพิเศษของชุมชน และมีบางพฤติกรรมที่อนุญาตให้แสดงออกได้เฉพาะในช่วงเวลาพิเศษของชุมชนนี้เท่านั้น

ในบางช่วงของชีวิตชาวบ้านถือว่าเป็นช่วงพิเศษที่ต้องประพฤติปฏิบัติตัวแตกต่างจากวิถีชีวิตโดยปกติ รวมทั้งมีข้อห้าม หรือ “ชะล้า” มาควบคุมกำกับ เช่น ช่วงตั้งครุฑ ช่วงหลังคลอดช่วงการเจ็บป่วยช่วงการฟื้นไข้ เป็นต้นบางช่วงของชีวิตบุคคลจะเปลี่ยนสถานะกลายเป็นบุคคลพิเศษของครอบครัวและชุมชน ดำเนินชีวิตแตกต่างจากวิถีปกติ ถือข้อห้าม หรือ ชะล้าต่างๆ แตกต่างจากคนอื่นๆ ในชุมชน การละเมิดข้อห้ามเมื่อบุคคลอยู่ในสถานะพิเศษนอกจากจะส่งผลร้ายต่อตัวเขาแล้ว ยังเชื่อกันว่าการละเมิดถือเป็นการทำผิดกฎของชุมชน และคนในชุมชนจะได้รับผลร้ายตามไปอีกด้วย เวลาของความเป็นหญิงชาย ก็แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม สำหรับผู้หญิงช่วงการมีประจำเดือน ถือเป็นส่วนพิเศษของชีวิต ต้องประพฤติปฏิบัติตัวให้แตกต่างจากสภาพปกติ และเป็นช่วงที่สภาพร่างกายและจิตใจอ่อนแอเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของแหล่งโรค ช่วงเวลาพิเศษของชีวิตไม่เพียงเป็นช่วงที่คนบางกลุ่มในชุมชนมีความเสี่ยงสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป แต่ยังพบว่ามีการประยุกต์สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของช่วงเวลาพิเศษของชีวิตเพื่อช่วยลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น เลิกบุหรืเมื่อมีลูกคนแรก เป็นต้น

เราจะเห็นว่า *บุคคล สถานที่ และเวลา* ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระดับวิทยาการเกิดโรค มีความหมายทางสังคมและถูกกำกับไว้ด้วยแบบแผนทางวัฒนธรรมแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชนท้องถิ่น พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพบางพฤติกรรมเกิดขึ้นเฉพาะในบางสถานที่หรือพื้นที่ในชุมชนบางช่วงเวลาพิเศษของชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยง และเกิดขึ้นในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น ความไวของการรับรู้ การตอบสนอง และการให้ความหมายต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและโรคยังแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงวัย แต่ละเพศของบุคคลและบางช่วงเวลาพิเศษของชุมชน การเข้าใจวิถีวัฒนธรรมที่กำกับแบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพและแบบแผนการเกิดโรคช่วยให้เข้าใจข้อมูลระดับวิทยาการเกิดโรค ความชุกและอุบัติการณ์ของโรค ซึ่งเปรียบเสมือนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่มีวิถีวัฒนธรรมเป็นฐานได้อย่างละเอียดลึกซึ้งขึ้น

สรุป

“ระดับวิทยาวัฒนธรรม” เป็นแนวทางการศึกษาที่บูรณาการข้ามสาขาวิชาความรู้ (interdisciplinary) ระหว่างความรู้และแนวทางการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพการสาธารณสุขกับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์โดยเฉพาะการนำจุดเด่นของแนวทางการศึกษาทางระดับวิทยากับมานุษยวิทยามาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อช่วยให้บุคลากรสุขภาพและนักวิจัยด้านสังคมศาสตร์ซึ่งสนใจประเด็นสุขภาพ ตระหนักถึงญาณวิทยาหรือการได้มาซึ่งข้อมูลในการวิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดโรคและความชุกของโรค และช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของสภาวะหรืออาการของความเจ็บไข้ได้ป่วยที่แม้จะเป็นโรคเดียวกันแต่ถูกรับรู้ ให้ความหมายและประเมินอาการ แตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง

- ประคอง ชื่นวัฒนา และปนัดดา ชำนาญสุข. 2553. *คนขับรถบรรทุก : อุบัติเหตุจราจรในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย*. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
- Appadurai, Arjun. (1996). *Modernity at Large: Cultural dimensions of globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ferguson, Gerard. (1998). Whither "Culture" in Adolescent Health Research? *Journal of Adolescent Health*. 23: 150-152.
- Foster, George M. and Anderson, Barbara G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: John Wiley & Sons.
- Helman, C.G. (2000). *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press Inc.
- Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press.
- Komatra Chuengsatiansup. (1999). Sense, Symbol, and Soma: Illness Experience in the Soundscape of Everyday Life. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 23: 273-301.
- Kriegler, Nancy. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?. *Social Science and Medicine*. Vol 39 (7): 887-903.
- Nader, Laura. (1996). *Naked Science: Anthropological inquiring into boundaries, power, and knowledge*. London and New York: Routledge.
- Nichter, Mark. (2003). Smoking: what does cultural have to do with it? *Addiction*. 98 (Suppl 1): 139-145.
- Nichter, Mark, Nichter, MiMi, Padmawati, Siwi and Thresia, C.U. (2009). Anthropological contributions to the development of culturally appropriate tobacco cessation programs: A global health priority. In Hahn, Robert and Inhorn, Marcia (Eds.). *Anthropology and Public Health: Bridging differences in Culture and Society*. Oxford: University Press.
- Nichter, Mimi, Padmawati, S, Danardono, M, Ng, N, Prabandari, Y and Nichter, Mark. (2009). Reading culture from tobacco advertisements in Indonesia. *Tobacco control*. 18: 98-107.
- Trostle, James A. (2005). *Epidemiology and Culture*. New York: Cambridge University Press.
- Unger, Jennifer, Cruz, Tess, Shakib, Sohaila, Mock, Jeremiah, Shields, Alexandra, Baezconde-Garbanati, Lourdes, Palmer, Paula, Cruz, Jon, Edsall, Elizabeth, Gritz, Ellen, Glynn, Thomas and Johnson, Anderson. (2003). Exploring the cultural context of tobacco use: A transdisciplinary framework. *Nicotine and Tobacco Research*. 5: 101-117.