

โครงการศึกษามิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง

Cultural Mapping of Health Risk

1. หลักการและเหตุผล

มาตรการสำคัญในการทำงานเชิงรุกด้านสุขภาพคือการป้องกันควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้คน หรือที่เรียกว่า “ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ” (Health risks) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ “พฤติกรรม” ของผู้คน ไม่ว่าจะเป็นการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก็เกี่ยวข้องอย่างยิ่งต่อการเกิดโรคในกลุ่ม NCDs พฤติกรรมการใช้ถนนของผู้ขับขี่และคนเดินถนนก็สัมพันธ์กับอุบัติเหตุทางถนน แม้พฤติกรรมเหล่านี้จะมีปัจเจกบุคคลเป็นผู้กระทำ แต่พฤติกรรมที่ผู้คนกระทำนั้นก็ไม่ได้มาจากการคิดขึ้นเองโดยสมบูรณ์ของปัจเจกบุคคล หากเป็น “พฤติกรรมทางสังคม” (Social behavior) หรือเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากบริบททาง “สังคมวัฒนธรรม” ที่กำกับการดำรงชีวิตของพวกเขาภายใต้ปฏิสัมพันธ์ใน “กลุ่มทางสังคม” (Social groups) ที่มีกฎเกณฑ์บางอย่างคอยกำกับพฤติกรรมของคนในกลุ่ม ซึ่งกฎเกณฑ์นี้มักโยงอยู่กับอุดมคติ ความเชื่อ ค่านิยม หรือชุดความคิดนามธรรมบางอย่างที่คนในกลุ่มมีส่วนร่วม กฎเกณฑ์และความคิดนามธรรมเหล่านี้จะคอยกำกับการมองโลก การให้ความหมายกับเหตุการณ์ การตัดสินใจ รวมทั้งพฤติกรรม ของผู้คนที่เป็นสมาชิก สิ่งเหล่านี้คือ “มิติสังคมวัฒนธรรม”

พฤติกรรมทางสังคมมีเหตุปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม สังคมขนาดใหญ่ที่ประกอบด้วยกลุ่มสังคมย่อย (Sub-social groups) มีวัฒนธรรมย่อย (Sub-culture) ของตัวเอง ผู้คนต่างกลุ่ม ต่างสังคม ต่างวัฒนธรรมจึงมีพฤติกรรมทางสังคมที่แตกต่างกันไปตามที่เงื่อนไขบริบทของตนเอง แม้จะมีพฤติกรรมอย่างเดียวกันกัน เช่น การบริโภคหรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเดียวกัน ก็อาจมีแบบแผนการบริโภคไม่เหมือนกัน มีความรับรู้ หรือความเข้าใจในเรื่องความเสี่ยงไม่เหมือนกัน รวมทั้งอาจมีความแตกต่างกันทั้งสาเหตุหรือเงื่อนไขที่ทำให้มีพฤติกรรม หรือการให้ความหมายต่อพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น รวมทั้งสร้างผลกระทบที่แตกต่างกันไปเช่นกัน การไม่ตระหนักถึงความแตกต่างของปัจจัยและเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมอาจทำให้มาตรการการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ตัวอย่างหนึ่งที่เห็นชัดเจน คือ การบริโภคแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารจานด่วน

ภายใต้ความรับรู้เข้าใจในวงการสุขภาพนั้น พฤติกรรมการดื่มสุรามักถูกมองว่าเป็นสาเหตุของวงจรความยากจน ดังที่สะท้อนจากการรณรงค์ “จน เครียด กินเหล้า” อย่างไรก็ตาม ความคิดดังกล่าวก็เป็นเพียงการให้ความหมายต่อการบริโภคสุราจากมุมมองทางสังคมที่มีวัฒนธรรมหนึ่งเท่านั้น งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคสุราของกลุ่มผู้ใช้แรงงานและกลุ่มนักศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มให้ความหมายและเหตุผลในการดื่มสุราที่ค่อนข้างแตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานนั้น พวกเขาให้เหตุผลในการดื่มว่าเป็นไปเพื่อความผ่อนคลายจากการทำงาน ที่สำคัญ พวกเขาไม่เห็นว่าการดื่มสุราเกี่ยวข้องกับเรื่องความยากจนเลย ในขณะที่กลุ่มนิสิตนักศึกษา แม้จะมีนัยของการบริโภคเพื่อผ่อนคลายจากความเครียดบ้าง แต่เหตุผลหลักที่พวกเขาดื่มเพราะการ

ดื่มเป็นหนึ่งใน “กิจกรรมกลุ่ม” หรือเป็นกิจกรรมอีกประเภทหนึ่งที่เพื่อนพ้องทำร่วมกัน ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีความเครียดจนถึงไปดื่มสุรา (ชัยพร เขียนพานิช, 2557, น. 72-74)

นอกจากนั้น รูปแบบการบริโภคสุราจะสัมพันธ์ไม่น้อยกับ “ความเป็นเมือง” และ “ความเป็นชนบท” นิธิ เอียวศรีวงศ์ ตั้งข้อสังเกตว่า รูปแบบการบริโภคสุราระหว่างคนในชนบทกับสังคมเมืองนั้นมีความแตกต่างกัน ในชนบท ร้านที่ขายเหล้ามักเป็นร้านที่ขายของอย่างอื่น ๆ ด้วย เวลาที่คนเข้าไปซื้อเหล้าก็มักซื้อเป็น “แก้ว” หรือ “ก๊ัก” แทนที่ซื้อเป็นขวด เวลาดื่มอาจมีของเคียงเล็กน้อย เช่น มะขามเปียก พวกเขามักดื่มเพียงแก้วสองแก้วจากนั้นก็ออกจากร้าน เรียกได้ว่าเป็นการดื่มที่ไม่ได้เป็นทางการนัก (นิธิ, 2537, หน้า 160) แต่สำหรับคนในเมืองกลับมีรูปแบบทางการมากกว่า ในเมืองใหญ่เต็มไปด้วยร้านที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะ มีกับแกล้มเคียงเป็นชุด และที่สำคัญ การดื่มสุราของคนเมืองมักมีนัยเชิงสัญลักษณ์เพื่อสื่อสารความหมายบางอย่างร่วมด้วย เช่น การเป็นคนมีฐานะดี การประกาศว่าเป็นผู้ใหญ่แล้ว หรือการมีสิทธิเสมอภาคของผู้หญิงที่เทียบเท่าผู้ชาย เป็นต้น (นิธิ, 2537, หน้า 168, 174-175)

จะเห็นได้ว่าแต่ละกลุ่มสังคมมีการให้ความหมายและการปฏิบัติต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ต่างกันไป การหามาตรการเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคแอลกอฮอล์ที่สอดคล้องเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจความแตกต่างเหล่านี้เสียก่อน

“การบริโภคอาหารจานด่วน” ซึ่งเป็นหนึ่งในพฤติกรรมบริโภคที่ผู้คนในวงการสุขภาพเห็นพ้องว่าเป็นสาเหตุการป่วยในกลุ่มโรค NCDs ก็เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มสังคม อาทิเช่น ระหว่าง “กลุ่มนักศึกษา” และ “กลุ่มคนทำงาน” งานศึกษาหนึ่งพบว่า ในขณะที่การบริโภคอาหารจานด่วนมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการเป็นโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต่อกลุ่มคนทำงาน แต่กลับไม่พบนัยสำคัญดังกล่าวในกลุ่มนักศึกษาเลย ความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งในการรับประทานแต่ละเดือนก็แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มแรกรับประทานเฉลี่ยเพียงเดือนละ 1-2 ครั้ง ขณะที่กลุ่มหลังรับประทานถึงเดือนละ 5 ครั้ง (สุขุมาลัย ประสมศักดิ์, 2552, หน้า 32, 34) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มนักศึกษาเพียงอย่างเดียว ก็ยังพบความหลากหลายของเหตุผลในการรับประทาน อาทิเช่น บางคนให้ความสำคัญกับรสชาติและรูปร่างหน้าตาของอาหาร บางส่วนนิยมกินเพราะความสะดวกจากการมีบริการส่งถึงบ้าน บางส่วนชอบเพราะพนักงานบริการยิ้มแย้ม และบางคนกินเพราะเห็นว่ามันเป็น “ความทันสมัย” เป็นต้น (สุขุมาลัย, 2552, หน้า 32) ที่สำคัญ มีการวิเคราะห์ด้วยว่าเงื่อนไขประการหนึ่งที่ทำให้กลุ่มศึกษานิยมบริโภคอาหารจานด่วนนั้น ก็เพราะกลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะบางอย่างที่ต่างไปจากคนกลุ่มอื่น เช่น การเน้นการกลมเกลียวภายในกลุ่ม เปิดรับพฤติกรรมและวัฒนธรรมต่างประเทศที่ง่ายกว่าคนกลุ่มวัยอื่น เป็นต้น (สุขุมาลัย, 2552, หน้า 36)

โดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อันได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด การพนัน กลุ่มโรค NCDs อุบัติเหตุทางถนน และภัยพิบัติทางธรรมชาติ ล้วนเป็นเรื่อง “พฤติกรรมสังคม” การสร้างแนวทางการป้องกันปัจจัยเหล่านี้ทั้งระดับนโยบายซึ่งหมายรวมทั้งการสร้างกฎหมายและการรณรงค์ระดับประเทศ และในระดับปฏิบัติ เช่น การสร้างทักษะ เครื่องมือ และความรู้ความเข้าใจในมิติสังคมวัฒนธรรมให้กับผู้ปฏิบัติงาน

ระดับปฏิบัติการ จึงต้องวางอยู่บนความรู้ความเข้าใจในมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงและความแตกต่างหลากหลายของมันเป็นสำคัญ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพจึงเห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจะสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ในมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและครอบคลุมต่อประเด็นดังกล่าว พร้อมทั้งสามารถปรับประยุกต์เพื่อสร้างมาตรการทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการทบทวนองค์ความรู้และสร้างงานวิจัยใหม่ๆ ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานที่สนใจและให้ความสำคัญกับมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงด้วย

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสร้าง “แผนที่วัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง” (Cultural mapping of health risk) โดยการประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงให้อยู่ในรูปแบบที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นประโยชน์ต่อการทำงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพในสังคมไทยทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อค้นหาองค์ความรู้เบื้องต้นที่สังคมไทยมีในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงอันได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด การพนัน โรคในกลุ่ม NCDs อุบัติเหตุทางถนน และภัยพิบัติทางธรรมชาติ ผ่านการทบทวนงานศึกษาวิจัยภายในประเทศเป็นหลัก

2.2.2 เพื่อสร้างงานวิจัยระยะยาวในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่มีการศึกษาหรือยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน ทั้งการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ

2.2.3 เพื่อสร้างพื้นที่ให้ผู้คนที่ทำงานและสนใจในประเด็นปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนักวิจัย คนทำงานระดับนโยบาย และคนทำงานระดับปฏิบัติ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างกัน เพื่อให้การสร้างองค์ความรู้ในเรื่องนี้เป็นประโยชน์ต่อคนทำงานทั้งสองระดับมากที่สุด

2.2.4 เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสังคมออนไลน์

3. ทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น

3.1 การละเลยมิติสังคมวัฒนธรรมของระบาดวิทยา

ในทางการแพทย์และสาธารณสุข การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพนั้น อาศัยวิชาการด้าน “ระบาดวิทยา” (Epidemiology) ซึ่งเป็นการศึกษาการกระจายตัวของโรค (Distribution)

เพื่อหาตัวกำหนดในการเกิดโรค (Determinants) โดยอาศัยเทคนิคการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อหาอัตราความชุกของโรคต่อประชากรทั้งหมด อุบัติการณ์หรือผู้ป่วยใหม่ในโรคนั้นๆ ต่อประชากรทั้งหมด รวมทั้งอัตราความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคของกลุ่มคนบางกลุ่มที่มีมากกว่ากลุ่มอื่นอันเนื่องมาจากการมีปัจจัยเสี่ยงบางประการ “ความรู้ – ความจริง” ที่ระดับวิทยาลัยชั้นนั้นให้น้ำหนักกับข้อมูลที่ซึ่งดวงวัดได้หรือแปรผลในเชิงสถิติตัวเลขได้เป็นสำคัญ ซึ่งสะท้อนกรอบคิดพื้นฐานที่เรียกกันว่า “วัตถุนิยม” (Objectivism) ซึ่งเชื่อว่าสิ่งที่จะถูกนับได้ว่าเป็น “ความจริง” นั้น ต้องเป็นสิ่งที่สามารถรับรู้มองเห็น ได้ยิน หรือผ่านการสัมผัสได้เท่านั้น ส่วนสิ่งที่อยู่ตรงข้ามหรือมีลักษณะที่นามธรรมจับต้องไม่ได้ ไม่นับว่าเป็นความจริง (Scheper-Huges, 1997)

ระดับวิทยาลัยที่สร้างความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงบนฐานคิดข้างต้น ถูกวิจารณ์ในวงกว้างจากนักสังคมศาสตร์สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อประเด็นที่มันละเลยสิ่งที่เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ อย่างเช่น “มิติสังคมวัฒนธรรม” (มาลี 2548ก, 2548ข, Scheper-Huges 1997) พอล ฟาร์มเมอร์ (Paul Farmer) วิจารณ์ระดับวิทยาลัยที่ตั้งอยู่บนฐานคิดหรือญาณวิทยา (Epistemology) ข้างต้นว่า ได้ละเลยและปิดบังอำพรางความเป็นจริงทางสังคมที่แม้จะไม่สามารถชั่งวัดดวงได้ แต่ก็มีผลอย่างยิ่งต่อความเสี่ยงและสุขภาพโดยรวม อาทิเช่น เงื่อนไขทางสังคมการเมืองซึ่งทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างคนจนกับคนรวย ที่นอกจากจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยแล้วยังเป็นเงื่อนไขที่คิดกันไม่ให้นักชนจำนวนมากเข้าถึงการรักษาที่ถูกต้องอีกด้วย สำหรับฟาร์มเมอร์แล้ว ระดับวิทยาลัยแทบไม่ให้ความสำคัญกับพลังทางสังคมวัฒนธรรมเลย เขาเปรียบเทียบการละเลยดังกล่าวกับการสังเกตจุกกอกที่โผล่จากผิวน้ำ ระดับวิทยาลัยนั้นสนใจเพียงแค่ว่าจุกกอกโผล่มาที่อื่น โผล่มาตอนไหนและที่ไหนบ้าง แต่ไม่สนใจแรงดันน้ำที่ทำให้จุกกอกโผล่ขึ้น ไม่ตั้งคำถามว่าอะไรทำให้มันโผล่ในบางที่มากกว่าบางที่ (Farmer, 1996) ความรู้และความจริงที่ระดับวิทยาลัยผลิตนี้ ยังได้สร้างภาพตัวแทนผู้ป่วยให้กลายเป็นแค่แหล่งโรคที่ต้องรีบควบคุมจัดการ เพื่อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มขึ้น (Farmer 1992, Petersen and Lupton 1996)

ความเสี่ยงหรือการประเมินเงื่อนไขปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ไม่ว่าจะทางกายหรือจิตใจต่อบุคคลนั้น แยกไม่ออกจากสังคมวัฒนธรรมที่ห้อมล้อมและไหลเวียนอยู่รอบตัวบุคคล ไม่ว่าจะคนผู้นั้นจะเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือชาวบ้านธรรมดาทั่วไปก็ตาม การจะเข้าใจมุมมองต่อปัจจัยเสี่ยง จึงไม่สามารถแยกเอาพฤติกรรมออกมาพิจารณาโดดๆ แต่ต้องอาศัยการเข้าใจมิติสังคมวัฒนธรรมของผู้คนอย่างเลี่ยงไม่ได้ (Lupton, 1999) แมรี ดักลาส (Mary Douglas) เน้นย้ำว่า ความเสี่ยงเป็นเรื่องเชิงสังคมวัฒนธรรม เพราะมุมมองที่ปัจเจกใช้ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ประเมิน แล้วมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่เข้าใจว่าเป็นความเสี่ยงนั้น ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสัมพันธ์อย่างยิ่งกับความคาดหวังทางสังคม (Douglas 1966, 1985, 1992) ซึ่งเป็นทั้งเกณฑ์และตัวขับเคลื่อนให้ผู้คนทำได้ตามเกณฑ์ดังกล่าว ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นสิ่งที่สังคมร่วมกันสร้างและส่งสมมาเรื่อยๆ หาใช่สิ่งที่ปัจเจกคิดขึ้นเองอย่างไม่มีปี่มีขลุ่ย (Douglas 1966, 1985, 1992) ปัจจัยเสี่ยงยังเป็นสิ่งที่สัมพันธ์อย่างยิ่งกับ “ศีลธรรมท้องถิ่น” หรือการนิยามจำแนกแยกแยะว่าอะไรคือสิ่งที่ดีสิ่งที่ควรทำ และอะไรคือสิ่งที่ชั่วร้ายและไม่พึงกระทำ (Lupton, 1993) ตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ ซิลเวีย แพง

แซง (Sylvie Fainzang) ในสถาบันบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่ประเทศฝรั่งเศส พบว่า ในการบำบัดฟื้นฟูนั้น สถาบันไม่ได้มีจุดประสงค์เพียงแค่ให้ผู้ติดยาเลิกพฤติกรรมเหล่านั้น แต่ยังแฝงไว้ด้วยอุดมการณ์ที่จะให้กลายเป็นคนที่ “ดี” ตรงข้ามกับอัตลักษณ์ทางสังคมเดิมที่ “ไม่ดี” ซึ่งติดตัวพวกเขาจากการเป็นผู้ติดยาเรื้อรัง (Fainzang, 1994)

นอกจากจะสร้าง “ความรู้-ความจริง” บนฐานคิดที่ละเลยมิติสังคมวัฒนธรรมแล้ว ระบาดวิทยา ยังได้ผลิตสถานะทางสังคมให้แก่บรรดาผู้ผลิตและยึดกุมคำอธิบายการเกิดโรคบนฐานความรู้-ความจริงดังกล่าว ให้สูงกว่าบรรดาผู้คนธรรมดาทั่วไปที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ เดเบอร์รา ลุปตัน (Deborah Lupton) ชี้ว่า สถานะดังกล่าวส่งผลให้ระบาดวิทยาละเลยประสบการณ์ของผู้คนธรรมดาไป และให้น้ำหนักกับคำอธิบายของผู้เชี่ยวชาญมากกว่า สำหรับลุปตัน การหันมาสนใจประสบการณ์ผู้คนที่ต้องปัจจัยเสี่ยงในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตทุกวัน วันของพวกเขา จะช่วยให้เข้าใจแง่มุมต่างๆ ของความเสี่ยงได้มากขึ้นกว่าการอธิบายที่ค่อนข้างตีขลุมเหมารวมจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณของระบาดวิทยา (Lupton 1999, Beck 1995, Giddens 1990; 1991)

กล่าวโดยย่อ ระบาดวิทยากระแสหลักนั้นยังไม่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจที่ครอบคลุมลึกซึ้งได้อย่างเพียงพอต่อเรื่อง “ปัจจัยเสี่ยง” จำเป็นที่ต้องขยายฐานคิดให้กว้างขึ้น ไม่ติดยึดกับเพียงการสร้างความรู้บนฐานคิดที่เชื่อถือเฉพาะสิ่งที่ซึ่งตวงวัดได้เท่านั้น การให้ความสนใจกับ “มิติสังคมวัฒนธรรม” จะช่วยให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมและเหตุปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงมากขึ้น

3.2 ระบาดวิทยาที่ให้ความสำคัญกับมิติสังคมวัฒนธรรม

หากจะหาทางเลือกนอกเหนือจากระบาดวิทยากระแสหลักแล้ว แนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญกับมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงที่น่าสนใจไม่น้อย คือ “ระบาดวิทยาชาวบ้าน”

ระบาดวิทยาชาวบ้านตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่า แทนที่จะให้งานค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่หรือวิชาชีพทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แล้ว “ลงไป” ทำในชุมชน แนวคิดนี้กลับสนใจสร้างความรู้ความเข้าใจจากล่าง “ขึ้นมา” เป็นหลัก เจมส์ ทรอสเทิล (James Trostle) แบ่งระบาดวิทยาชาวบ้านเป็น 2 แบบ คือ “ระบาดวิทยาที่ชุมชนมีส่วนร่วม” (community-controlled epidemiology) กับ “ระบาดวิทยาเชิงความรู้ท้องถิ่น” (epidemiology of local knowledge)

ระบาดวิทยาที่ชุมชนมีส่วนร่วม มีความหมายตรงตัวนั้นคือการที่คนในท้องถิ่นตระหนักถึงปัญหาสุขภาพบางอย่างในชุมชนและสนใจที่จะดำเนินการศึกษาหาสาเหตุต้นตอของมัน ไม่ใช่เพียงแค่ออให้เจ้าหน้าที่ลงมาทำ หรือมีบทบาทเพียงแค่ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงความสำเร็จของแนวทางนี้เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ราวปลายทศวรรษ 1990 ในเมืองวอเบิร์น (Woburn) มลรัฐแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts) ผู้หญิงคนหนึ่งเริ่มสังเกตว่าเด็กๆ ในละแวกบ้านเธอนั้นป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดกันหลายคน จึงเริ่มทำแผนที่ที่ระบุพิกัดของเด็กเหล่านั้น ปรากฏว่าเมื่อมองแผนที่ในภาพรวม ก็พบว่าเด็กส่วนใหญ่ที่ป่วยนั้นกระจุกตัวกันอยู่มากในบริเวณบ่อน้ำของชุมชน 2 แห่ง เมื่อลองตรวจสอบ ก็พบว่าในบ่อน้ำเหล่านั้นเต็มไปด้วยสารเคมีที่เป็น

พิษ ผลจากการทำระบาดวิทยาดังกล่าว ทำให้มีนักวิทยาศาสตร์ นักกฎหมาย รวมทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ ในสหรัฐอเมริกาให้ความสนใจอย่างยิ่งกับแนวทางการทำงานแบบนี้ (Trostle, 2005, p. 154)

อีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้คนในท้องถิ่นต่องานระบาดวิทยาเกิดขึ้นในประเทศแคนาดา ในช่วงทศวรรษ 1990 รัฐบาลต้องการสำรวจเชิงระบาดวิทยาเพื่อศึกษาการเกิดโรคของผู้คนในภูมิภาคหนึ่งที่ได้เต็มไปด้วยชนพื้นเมือง แต่แทนที่ทีมสำรวจจะใช้แบบสำรวจที่มีอยู่แล้ว พวกเขากลับเลือกจะปรับปรุงแบบสำรวจเพื่อให้สอดคล้องกับความคิดความเข้าใจต่อเรื่องสุขภาพของคนในพื้นที่มากที่สุด การทำงานนี้จึงเป็นการร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนพื้นเมืองตั้งแต่ร่วมกันออกแบบแบบสำรวจ กำหนดคำถามที่มีทั้งลักษณะกว้างๆ สามารถใช้ได้ทั้งภูมิภาค และคำถามที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นในแต่ละแห่ง ให้คนท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการช่วยเหลือการสำรวจ เป็นคนร่วมคัดเลือกคนที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูล รวมทั้งเป็นผู้สำรวจด้วย (Trostle, 2005, p. 158)

ส่วนระบาดวิทยาเชิงความรู้ท้องถิ่น หมายถึง การอาศัยโลกทัศน์แบบท้องถิ่นมาอธิบายปรากฏการณ์การระบาดของโรคที่เกิดในชุมชน ตัวอย่างงานวิจัยชิ้นหนึ่งเกิดขึ้นที่ประเทศเม็กซิโก นักวิจัยทำการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของสภาวะความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่พบได้ทั่วไปชุมชนชาวเม็กซิกัน แต่เป็นสิ่งที่ชาวอเมริกันไม่คุ้นเคยอย่างยิ่ง สภาวะนั้นชื่อว่า “ซุสโต” (Susto) ผลการทำวิจัยนี้คือการได้มาซึ่งความรู้ความเข้าใจของคนในท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสภาวะดังกล่าว โดยรวม พวกเขาอธิบายอาการสำคัญของซุสโตว่าเป็นส่วนผสมกันระหว่างเชิงอารมณ์และเชิงการดูแลตัวเอง คนที่เป็นซุสโตจะนั่งๆ เจ็บๆ ไม่ค่อยพูดค่อยจา ไม่สดใสร่าเริง เบื่ออาหารการกิน และไม่ค่อยใส่ใจความสะอาดของตัวเอง สาเหตุสำคัญของซุสโตคือการที่ “บางสิ่งที่สำคัญ” ในร่างกายของมนุษย์นั้นหลุดออกไป ซึ่งเกิดจากการประสบเหตุการณ์เฉียดตายต่างๆ เช่น เกือบตกหน้าผา เกือบจมน้ำ เป็นต้น และวิธีแก้ไขก็คือการจัดพิธีกรรมเรียก “บางสิ่งที่สำคัญ” นั้นกลับเข้าร่างกาย นับยาคัญของแนวทางระบาดวิทยาแบบนี้อยู่ที่การสนใจโลกทัศน์เรื่องสุขภาพของชุมชน ที่มักไม่สอดคล้องกับคำอธิบายทางการแพทย์ที่ให้น้ำหนักกับมิติเชิงกายภาพที่สามารถวัดได้เชิงปริมาณ ระบาดวิทยาเชิงความรู้ท้องถิ่นช่วยบอกเราว่ายังมีความรู้อีกชุดที่สำคัญและมีคุณค่าความหมายไม่แพ้กันดำรงอยู่ด้วย (Trostle, 2005, pp. 159-160)

กล่าวได้ว่า การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมิติสังคมวัฒนธรรม โดยจะต้องนำประสบการณ์ชีวิตของผู้คนเข้ามาพิจารณาร่วม เพื่อให้เห็นถึงความรู้สึกนึกคิด คำอธิบาย และเงื่อนไขที่ทำให้ความเสี่ยงต่างๆ มีผลต่อบุคคล นอกจากนั้นยังต้องให้ความสำคัญกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการหาสาเหตุและมาตรการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของผู้คนทั่วไป ความเข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของความเสี่ยงจะช่วยให้การกำหนดนโยบายและการดำเนินมาตรการด้านการควบคุมป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งจะทำให้การปฏิบัติงานมีความเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและได้รับความยอมรับมากขึ้นในระดับท้องถิ่น

4. แนวทางการปฏิบัติงาน

โครงการนี้แบ่งแนวทางการปฏิบัติงานเป็น 3 แผนงาน ตามแนวคิด “การสร้างความรู้ สร้างคน และสร้างชุมชนวิชาการ” ซึ่งได้แก่

4.1. แผนงานสร้างความรู้

แผนงานสร้างความรู้มีกิจกรรมโดยคร่าวดังนี้

4.1.1 ทบทวนสถานะองค์ความรู้ (Commissioned paper) จากงานศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในสังคมไทย ทั้งการบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การพนัน อุบัติเหตุบนท้องถนน กลุ่มโรค NCDs และภัยพิบัติธรรมชาติ เพื่อสำรวจเบื้องต้นว่าประเทศไทยมีองค์ความรู้ในแต่ละประเด็นอย่างไรบ้าง และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ชุมชนวิชาการได้ร่วมถกเถียงแลกเปลี่ยนข้อมูลและความเห็น เพื่อหาช่องว่างของความรู้ (Knowledge gap) ในปัจจัยเสี่ยงแต่ละประเภท ที่จะนำมาเป็นกรอบคิดพื้นฐานในการออกแบบโครงการวิจัยระยะยาว และการสร้างแผนที่วัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง

4.1.2 การพัฒนาโครงการศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อศึกษามิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยอาศัยงานทบทวนสถานะองค์ความรู้ และการถกเถียงแลกเปลี่ยนความเห็นของชุมชนวิชาการเป็นกรอบในการกำหนดปัญหาการวิจัย รวมทั้งเน้นกระบวนการวิจัยที่มีส่วนร่วมกันระหว่างนักวิจัยและคนทำงานทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติ โครงการศึกษาวิจัยระยะยาวนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือ “โครงการวิจัยหลัก” ที่มุ่งให้นักวิจัยอาชีพเป็นคนดำเนินการ และประเภทที่สองคือ “โครงการวิจัยเล็ก” ที่มีเป้าหมายหลักคือบรรดาผู้ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติ

4.1.3 การสร้างชุดเครื่องมือ (Toolkit) “ระบาดวิทยาวัฒนธรรม” (Cultural epidemiology) สำหรับคนทำงานระดับปฏิบัติ เพื่อทำให้เห็นว่าการศึกษามิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงนั้นมีวิธีการที่เป็นรูปธรรม และเป็นสิ่งที่สามารถทำเองได้ร่วมกับคนในพื้นที่ การมีชุดเครื่องมือดังกล่าว นอกจากจะช่วยให้คนทำงานสร้างความรู้ที่มีมิติสังคมวัฒนธรรมแล้ว ยังช่วยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) จากการทำงานในด้านนี้อีกด้วย

4.1.4 การสร้างสรรคส์รูปแบบใหม่ๆ เพื่อทำให้ความรู้เรื่องมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงเป็นที่รับรู้ในหมู่นักวิจัย คนทำงาน และสาธารณชนทั่วไป

4.2 แผนงานสร้างคน

แผนงานสร้างคนมุ่งเน้นการพัฒนานักวิจัยในโครงการให้มีความรู้ทั้งแนวคิดเรื่องมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยงและระบาดวิทยาวัฒนธรรม โดยเน้นกระบวนการพัฒนานักวิจัยใน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

- 1) นักวิจัยอาชีพ ที่อยู่ในสถาบันวิจัยและสถาบันการศึกษาต่างๆ
- 2) นักวิจัยรุ่นใหม่ หรือบรรดาผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่สนใจและต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการทำงานที่มีมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรม ผ่านการทำงาน

วิจัยในพื้นที่ของตน 3) **นักศึกษาในระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิต** โดยเฉพาะในคณะหรือสาขาวิชาด้าน
สังคมศาสตร์สุขภาพที่สนใจหรือกำลังทำวิทยานิพนธ์ในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรมของแผนงานสร้างคนประกอบด้วย

4.2.1 สํารวจหานักวิจัยที่สนใจและ/หรือเคยศึกษาในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง
รวมทั้งองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องในประเด็นดังกล่าว

4.2.2 สนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง ทั้งด้านการฝึกอบรม
การให้ทุนวิจัยทั้ง “โครงการวิจัยหลัก” และ “โครงการขนาดเล็ก” รวมทั้งการให้ทุนสนับสนุนการทำ
วิทยานิพนธ์ในระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิตที่ต้องการหรือกำลังเดินทางมาทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อที่
เกี่ยวข้อง

4.2.3 สนับสนุนการเผยแพร่การทำงานและผลงานวิจัยของนักวิจัยทุกกลุ่ม

4.3. แผนงานสร้างชุมชนวิชาการ

แผนงานนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดชุมชนวิชาการของผู้สนใจและทำงานในประเด็นปัจจัยเสี่ยงและ
พฤติกรรมสุขภาพ โดยดำเนินการผ่านกิจกรรมดังนี้

4.3.1 จัดเวทีสัมมนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ภาคีอย่างนักวิจัยและคนทำงานทั้งระดับระดับ
นโยบายและระดับปฏิบัติ ได้ร่วมกันสร้างองค์ความรู้ในประเด็นมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง ทั้งการ
ร่วมกันทบทวนองค์ความรู้ที่ประเทศไทยมี ร่วมกันหาช่องว่างความรู้ที่ขาดไป ร่วมกำหนดกรอบในการทำ
โครงการวิจัยต่างๆ รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูล ความเห็น และกิจกรรมที่แต่ละฝ่ายกำลังดำเนินการกัน
อยู่ ทั้งนี้ เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ ในโครงการทั้งหมดสามารถเป็นประโยชน์และตอบโจทย์ของคนทำงานมากที่สุด

4.3.2 เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากกิจกรรมต่างๆ ในโครงการให้แก่นักวิชาการและคนทำงาน รวมทั้ง
กิจกรรมอื่นๆ ที่เครือข่ายกำลังดำเนินการอยู่

4.3.3 สร้างฐานข้อมูลออนไลน์ที่ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ในโครงการนี้ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
กับผู้คนและองค์กรที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง

5. ระยะเวลาการดำเนินงาน

3 ปี

6. ผู้รับผิดชอบโครงการ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ