

ประชาธิป กะทา
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
Pra_gt@hotmail.com

ระบาดวิทยากับญาณวิทยาเชิงวิพากษ์ (1)

มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนไหนบ้างไหมครับ ที่ชักไม่แน่ใจว่าเราอยู่ในยุคแห่งโรคไร้เชื้อเรื้อรังกันจริงหรือเปล่า หากมี ผมจะบอกว่าคุณกำลังคิดด้วยมุมมองเชิงวิพากษ์อยู่ มุมมองเชิงวิพากษ์นี่แหละ ที่จะพาเราไปพ้นจากกรอบคิดระบาดวิทยากระแสหลัก กระแสเดิมที่กลบเกลื่อนความจริงบางอย่างไว้เนียนเสียเราเห็นเป็นเรื่องปกติจนไม่เคยตั้งคำถามกับมัน

กรอบวิธีคิดระบาดวิทยากระแสหลักที่เราถูกทำให้เชื่อมาตลอดก็คือ งานสาธารณสุขปัจจุบันกำลังอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่สอง[1] (second epidemiological transition) ระบาดวิทยากระแสหลักแบ่งยุคของการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาออกเป็นสามยุค โดยมีสมมติฐานเบื้องต้นในการอธิบายการเปลี่ยนผ่านในแต่ละยุคว่า เมื่อสังคมมนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้านต่าง ๆ เช่น วิถีการผลิต วิถีการตั้งบ้านเรือน วิถีการบริโภค โครงสร้างประชากร ฯลฯ ลักษณะโรคภัยไข้เจ็บของมนุษย์ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงตามไปพร้อมกันด้วย ในอดีต ยุคที่มนุษย์ยังดำรงชีวิตคล้ายกับคนป่า ออกเก็บผลไม้และไล่ล่าสัตว์ เป็นอาหาร ลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ก็เกิดจากการถูกสัตว์ป่าทำร้าย อุบัติเหตุ ภาวะทุพโภชนาการจากความแห้งแล้ง และภัยธรรมชาติต่าง ๆ

การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่หนึ่ง เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์เริ่มตั้งรกรากเป็นชุมชนและเริ่มรู้จักการปลูกพืชและการเลี้ยงสัตว์ การรวมตัวกันเป็นชุมชนขนาดเล็กและเมื่อขยายตัวขึ้นเป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่มีพลเมืองหนาแน่นขึ้นก็เริ่มมีปัญหาด้านสุขาภิบาล เกิดโรคติดเชื้อ โรคระบาด ขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนเขตเมือง เนื่องจากในยุคดังกล่าวยังไม่มีแนวคิดหรือความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขาภิบาล

การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่สอง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในยุคแห่งความทันสมัย กล่าวคือ เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ออกกำลังกายน้อยลง วิถีชีวิตเช่นนี้มีผลต่อความสมดุลและการปรับตัวของร่างกาย อย่างเช่นกรณีชาวอินเดียนแดงในอเมริกาเหนือ แต่เดิมมีชีวิตที่ยากลำบากและอาหารการกินที่ค่อนข้างจำกัด วิถีชีวิตและระบบนิเวศวิทยาดังกล่าว มีผลให้ร่างกายปรับตัวจนสามารถใช้คาร์โบไฮเดรตได้น้อยมากก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่พอเกิดการรุกคืบของความเป็นเมืองและความทันสมัยเข้ามาในชุมชน ชาวอินเดียนแดงก็บริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเพิ่มมากขึ้น และการมีเครื่องทุ่นแรงต่าง ๆ ก็ทำให้มีการออกกำลังกายน้อยลง ผลจากการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น ทำให้ชาวอินเดียนแดงเผ่านี้ป่วยเป็นเบาหวานกันทั้งชุมชน

ปัจจุบันเรากำลังจะเผชิญกับ**การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่สาม** คือ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคไข้หวัดนก ไข้เลือดออก ซาร์ส ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค โรคเหล่านี้เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือโรคที่ย้อนกลับมาเกิดอีก ซึ่งการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้เกิดขึ้นในบริบทของโลกาภิวัตน์ ที่มีการเชื่อมโยงถ่ายเทกันของข้อมูลข่าวสารและวิถีชีวิตของผู้คนในระดับโลก

อาจสรุปกรอบคิดระบาดวิทยากระแสหลักได้ว่า **การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่หนึ่ง เกิดขึ้นในบริบทของการตั้งชุมชนเมือง การเปลี่ยนผ่านครั้งที่สองเกิดขึ้นในยุคที่ทำให้ทันสมัย ส่วนครั้งที่สามเกิดขึ้นในบริบทของโลกาภิวัตน์**

กรอบคิดการแบ่งยุคโรคภัยไข้เจ็บเป็นสามยุคข้างต้น มีคนออกมาวิพากษ์วิจารณ์ว่าแลดู **"ไฉไลชัดเจนเข้าใจง่าย"** จนไม่เปิดความเป็นไปได้ให้กับความคลุมเครือซับซ้อนต่าง ๆ บ้างเลย เช่น การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาแต่ละระลอก ในแต่ละพื้นที่จะได้รับผลกระทบแตกต่างกันไป และการเปลี่ยนผ่านทั้งสามครั้งก็ไม่ได้หมายความว่าหมดยุคหนึ่งแล้วค่อยเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกยุคหนึ่งอย่างเด็ดขาด ในพื้นที่เดียวกันอาจมีลักษณะของโรคในแต่ละยุคของการเปลี่ยนผ่านดำรงอยู่หรือเกิดขึ้นพร้อมกันก็ได้

ในกรณีของบ้านเราก็อาจจะจริงนะครับ เพราะรุ่นพี่ผมคนหนึ่งบอกว่าที่พื้นที่ของแกยังมีอัตราตายของทารกแรกเกิดสูงกว่าระดับประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขรายงานกันอยู่มาก แกบ่นอย่างหัวเสียว่าไหนบอกว่าประเทศเราอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางโครงสร้างประชากรกลายเป็นสังคมของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นก็เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เพราะโรคเรื้อรังมักจะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งต่าง ๆ งบประมาณแผนงาน โครงการ และงบการวิจัย เลยเน้นมาที่การแก้ไขปัญหาโรคจากสังคมของผู้สูงอายุ ปัญหาการตายของทารกแรกเกิด ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก กลายเป็นแค่ปัญหาสาธารณสุขของยุคอดีตที่เพิ่งเปลี่ยนผ่านเราไปยุคแห่งโรคติดเชื้อ หรือพูดอีกแบบ โรคของประเทศโลกที่สามได้ผ่านเราไปแล้ว การพูดเช่นนี้แฝงนัยว่าประเทศเราเจริญแล้ว เพราะตัวชี้วัดจากอัตราตายจากโรคของความไม่เจริญได้ลดลงแล้ว

พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) เป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่เชื่อตามกรอบคิดวิเคราะห์ของระบาดวิทยากระแสหลักในหลาย ๆ เรื่อง เขาตั้งคำถามในเชิงญาณวิทยาต่อกรอบวิเคราะห์ของระบาดวิทยากระแสหลักว่า ได้กลบเกลื่อน ปกปิด อำพราง ความจริงบางอย่างไว้ ฟาร์เมอร์เสนอให้เราทบทวนในระดับญาณวิทยา เพราะญาณวิทยาของเรื่องใด ๆ จะไปสัมพันธ์กับวิธีการศึกษา การออกแบบการศึกษาเรื่องนั้น ๆ เพราะถ้าเราเริ่มต้นผิดตั้งแต่กรอบคิดของวิธีการศึกษา ความจริงที่เรากำลังจะศึกษาอธิบายก็จะคลาดเคลื่อนได้สูง



ฟาร์เมอร์[2] เรียนจบแพทย์และมานุษยวิทยา จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด มีโปรแกรมให้นักศึกษาแพทย์สามารถเรียนปริญญาเอกสาขาอื่นควบคู่ไปพร้อมกันได้ ฟาร์เมอร์เลือกเรียนมานุษยวิทยา และเป็นศิษย์รุ่นแรก ๆ ของศาสตราจารย์มานุษยวิทยาการแพทย์คนสำคัญ **อาร์เธอร์ ไคลน์แมน** (Arthur Kleinman) เมื่ออาจารย์ไคลน์แมนมาตั้งคณะ The Department of Social Medicine ขึ้นที่คณะแพทยศาสตร์

หลังเรียนจบแพทย์และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด รับฟาร์เมอร์และเพื่อนอีกคนชื่อ จิม ยอง คิม (Jim Yong Kim) ที่ร่วมกันทำกิจกรรมตั้งแต่สมัยเป็นนักศึกษาเข้าเป็นอาจารย์ โดยจ่ายเงินเดือนให้ทั้งปี แต่ให้ทั้งสองคนทำงานแค่ครึ่งปีสลับกัน อีกครึ่งปีที่เหลือปล่อยให้ไปทำงานสาธารณประโยชน์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งสองคนได้รับรางวัล MacArthur จากผลงานของสถาบันที่ทั้งสองคนตั้งขึ้นชื่อ "Partners in Health (PIH)" ที่ทำงานด้านการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไฮติและประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ สถาบัน PIH ก่อตั้งในปี ค.ศ. 1987 ตั้งแต่สมัยที่ทั้งสองคนยังเป็นนักศึกษาแพทย์และลงไปทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ประเทศไฮติ ที่คลินิกของสถาบัน PIH จะมีอาจารย์โรงเรียนแพทย์ นักศึกษาแพทย์ อาสาสมัครจากทุกมุมโลกหมุนเวียนสับเปลี่ยนไปช่วยงานตลอด

ฟาร์เมอร์ เดินทางไปตั้งคลินิกรักษาคนจนที่ประเทศไฮติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 ก่อนที่จะเรียนจบแพทย์ด้วยซ้ำ (เขาจบแพทย์และมานุษยวิทยา ปี ค.ศ. 1990) สมัยเป็นนักศึกษาแพทย์เคยได้รับใบทวงหนี้ก้อนใหญ่จากโรงพยาบาลแห่งเมืองบอสตันที่เขาทำงานอยู่ เพราะเขาเอายา วัสดุเครื่องมือทางการแพทย์จากโรงพยาบาลไปใช้ทำงานรักษาคนจนที่คลินิกของเขาที่ประเทศไฮติ ก่อนที่จะมีเศรษฐีใจบุญทราบข่าวและชดใช้หนี้ก้อนนี้ให้



โรคภัยไข้เจ็บหลาย ๆ โรคที่อาจารย์โรงเรียนแพทย์สอนจากตำราเรียน แต่อาจไม่เคยเห็นคนไข้ เห็นอาการจริง ๆ เพราะหลายโรคหมดไปจากประเทศโลกที่หนึ่ง เหลือให้เห็นเพียงในตำราการแพทย์ แต่ฟาร์เมอร์กลับเห็นคนไข้เหล่านี้จริง ๆ และเรียนรู้จากชีวิตจริงที่ลงไปทำงานคลุกคลีกับชาวบ้าน ไม่ใช่เพียงจากตำราการแพทย์ เวลาเขาบรรยายในชั้นเรียนให้นักศึกษาแพทย์ฟัง หรือผลิตงานวิชาการ ข้อมูล หลักฐานจึงอิงอยู่กับข้อเท็จจริงในพื้นที่ ไม่ใช่อาศัยอ่านเอาจากข้อค้นพบของคนอื่น

สถาบัน PIH ทำงานต่อสู้กับโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะวัณโรค เอดส์ มาลาเรีย และโรคอื่น ๆ ที่คร่าชีวิตคนจน ไม่เพียงในประเทศไฮติ แต่ปัจจุบันครอบคลุมไปถึงประเทศเปรู รัสเซีย เม็กซิโก กัวเตมาลา รวันดา รูปแบบการทำงานต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ในชุมชนของสถาบัน PIH ในประเทศไฮติ กลายเป็นต้นแบบที่องค์การอนามัยโลกใช้ทำงานกับประเทศอื่นทั่วโลกกว่า 30 ประเทศ

สถาบัน PIH พัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community - base healthcare delivery system) ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic approach) ทำการรักษาโรคควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการทางสังคมด้านต่าง ๆ ในชุมชน เช่น การศึกษา สิทธิด้านสุขภาพ อาหารที่พอเพียง น้ำสะอาด และความจำเป็นพื้นฐานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ คนไข้วัณโรคชาวไฮติที่มาตรวจรักษาที่คลินิกรักษาโรคของสถาบันจะได้รับเงินค่ารถกลับบ้าน เงินค่าอาหารกลับไปด้วย เพราะว่าคนไข้ที่ขาดแคลนอาหารต่อให้กินยารักษาวัณโรคยังไงก็ไม่หาย

ฟาร์เมอร์บอกว่า แผนงานรักษาและป้องกันวัณโรคไม่มีทางสำเร็จได้ หากแม่ในประเทศไฮติตื่นขึ้นมาตอนเช้า โดยไม่มีอาหารน้ำสะอาด สำหรับลูกของเธอ เขาและเพื่อน ๆ จากสถาบัน PIH อาจจะประสบความสำเร็จในการรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อหลาย ๆ โรค แต่เขาจะมั่นใจก็ต่อเมื่อผู้คนบนโลกเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ อาหาร น้ำสะอาด ความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม นี่คือเป้าหมายสูงสุด เราต้องรักษาและเยียวยาโลกไปพร้อมกัน ฟาร์เมอร์พูดอย่างถ่อมตนตามบุคลิกของเขา

ปฏิเสธไม่ได้ว่ามุมมองเชิงวิพากษ์ที่ตั้งคำถามกับญาณวิทยาของระบาดวิทยากระแสหลักของฟาร์เมอร์ เป็นผลจากการที่เขาลงไปทำงานช่วยเหลือคนทุกข์คนยากในประเทศไฮติและประเทศกำลังพัฒนา เห็นปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยของผู้คนที่แยกไม่ออกจากปรากฏการณ์ทางสังคมด้านต่าง ๆ กรอบวิธีคิดที่เขาเรียกว่า **“ญาณวิทยาเชิงวิพากษ์ (critical epistemology)”** จะพาเราหันกลับมาตั้งคำถามในหลาย ๆ ประเด็นที่ระบาดวิทยากระแสหลักกลบเกลื่อน ปกปิด อำพราง จนเราเห็นเป็นเรื่องปกติในชีวิตการทำงาน ไม่สนใจแม้แต่จะตั้งคำถามกับมัน หรือไม่เราก็กลัวกับความจริงที่จะถูกเปิดเผย (อ่านต่อฉบับหน้า)

เอกสารอ้างอิง

[1]Barrett, R., C. W. Kuzawa, T. McDade, and G. J. Armelogos. (1998). Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition. 27:247 - 71.

[2]ผู้สนใจเรื่องราวของนายแพทย์พอล ฟาร์เมอร์ ที่สร้างแรงบันดาลใจให้กับคนหนุ่มสาวออกเดินทางไปทุ่มเททำงานช่วยเหลือคนทุกข์คนยาก อ่านได้จากหนังสือ Kidder,Tracy. (2004). New York: Random House.