



สาธารณสุขศาสตร์ก็ไม่ต่างจากสาขาวิชาอื่น หนึ่งไม่พ้นต้องมีแม่แบบความคิดหลัก หรือ Paradigm กำกับ วิธีคิด วิธีการทำงาน การมีกรอบวิเคราะห์หลัก (Dominant analysis frame) อาจช่วยให้การทำงานในบางเรื่องง่ายขึ้น เพราะมีแหล่งอ้างอิงในเชิงทฤษฎีรองรับ แต่กรอบคิด

ก็เหมือนกรอบโดยทั่วไป คือมันจะกีดกันชุดความรู้ ความจริงอื่นๆ ที่ไม่เข้าพวกหรือลงรอยกับที่กรอบคิด นั้นสร้างขึ้นออกไป กลายเป็นความรู้ชายขอบ

กรอบคิดหลักหนึ่งที่สาธารณสุขศาสตร์ใช้คิดใช้วิเคราะห์เวลาพูดถึงโรคภัยไข้เจ็บคือ แนวคิดระบบวิทยา

กระแสหลัก ที่เชื่อว่างานสาธารณสุขปัจจุบันกำลังอยู่ในยุคการเปลี่ยนผ่านทางระบบวิทยาครั้งที่ 2 (Second epidemiological transition) จากที่แบ่งยุคของการเปลี่ยนผ่านทางระบบวิทยาออกเป็น 3 ยุค โดยมีสมมุติฐานการเปลี่ยนผ่านแต่ละยุคคือเป็นผลมาจากการที่สังคม

ระบบวิทยา vs ความรู้ชายขอบ



มนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้านต่างๆ เช่น วิถีการผลิต วิถีการดั้งบ้านเรือน วิถีการบริโภค โครงสร้างประชากร ฯลฯ

บุคคลมนุษย์ดำรงชีพด้วยการอุปโภคเบ็ด ภาระทุพโภชนาการ จำกความแห้งแล้งและภัยธรรมชาติ การเปลี่ยนผ่านทางระบบวิทยาครั้งที่ 1 เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์เริ่มตั้งรกรากเป็นชุมชน รู้จักการเพาะปลูก และเลี้ยงสัตว์ การรวมตัวกันเป็นชุมชนเริ่มมีปัญหาด้านสุขาภิบาล ภัยโรคติดเชื้อ โรคระบาดขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมืองที่ผู้คนอยู่อย่างแออัด

การเปลี่ยนผ่านครั้งที่ 2 จากปัญหารोคติดเชื้อมาเป็นโรคไร้เชื้อ เรื้อรัง เป็นผลจากวิถีชีวิตในยุคแห่งความทันสมัย เช่น กินอาหารที่มีคาร์บอไฮเดรตมากขึ้น ออกกำลังกายน้อยลง ความเคร่งเครียดในชีวิตประจำวัน

ปัจจุบันเรากำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 3 โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติชา้ เช่น โรคไข้หวัดนก ไข้เลือดออก 寨卡 virus ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้เกิดขึ้นในบริบทของโลกาภิวัตน์ ที่เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรอย่างรวดเร็วด้วยเทคโนโลยีการคมนาคม ขนส่ง

อาจสรุปกรอบความคิดรวบยอดวิทยาการแพทย์ได้ว่า การเปลี่ยนผ่านทางระบบวิทยาครั้งแรกเกิดขึ้นในบริบทของการดั้งชุมชนเมืองครั้งที่ 2 เกิดขึ้นในยุคแห่งความทันสมัย ส่วนครั้งที่ 3 เกิดขึ้นในบริบทของโลกาภิวัตน์

กรอบคิดการแบ่งยุคโรคภัยไข้เจ็บเป็น 3 ยุคดังกล่าว ยุค 1 วิพากษ์วิจารณ์ว่าคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปมาก เป็นแนวคิดที่เน้นความเป็นสากลหรือทำให้มีลักษณะเหมือนกันทั่วไป (universal) เป็นความรู้สั่งออกจากประเทโภค ที่หนึ่งสู่โลกที่สาม เพราะฉะนั้น การเปลี่ยนผ่านที่ว่าจะสมเหตุสมผล เช่นกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคม วิถีชีวิตคนในประเทศพัฒนาแห่งโลกที่หนึ่งเลี้ยมมากกว่าผู้คนในประเทศกำลังพัฒนา ที่ยังคงเผชิญกับภัยของโรคติดต่อร้ายแรงอยู่ไม่ได้เปลี่ยนผ่านไปสู่ยุคแห่งโรคเรื้อรังแต่อย่างใด เช่นโรคเอดส์และวัณโรคที่กำลังคร่าชีวิตผู้คนในทวีปแอฟริกาขณะนี้

แม้จะภูมิทั้ทาน แต่กรอบคิดของระบบวิทยาการแพทย์ลักษณะ เป็นความรู้อ้างอิงหลักของนักวิจัย แผนงานสาธารณสุข งบประมาณ แผนงานโครงการวิจัย ได้เคลื่อนย้ายจากงานควบคุมโรคติดต่อไปสู่ยุคส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง

กรอบคิดหลักดังกล่าวโดยเด่นชัดกรอบคิดอันๆ กลับเกลื่อนarpa ความจริงบางด้านไว้ไม่มีการพูดถึงโดยเฉพาะประเด็น ความไม่เท่าเทียมทางสังคม หรือ การที่คนจนกลับเป็นเหยื่อของโรคภัยไข้เจ็บ

ยังไม่รวมโรคภัยไข้เจ็บหลายตัวที่เป็นผลผลิตจากอิทธิพลโครงสร้างการเมืองที่อยู่ติดธรรมะระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม และวัฒนธรรมที่กดขี่ชนกลุ่มน้อย ซึ่งภูมิกลับเกลื่อนไว้ด้วยชุดความคิดหลักที่ว่ามา

เช่น เอดส์ ซึ่งสถาบันทางการแพทย์ให้คำอธิบายหลักว่าเป็นผลพวงจากการกระบวนการการทำให้เป็นสมัยใหม่ (Modernization) การกลยุทธ์เมือง (Urbanization) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การแพร่กระจายของยาเสพติด การห่องเตี่ยวระหว่างประเทศ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้อดส์กระจายข้ามพื้นที่ทั่วโลกอย่างกว้างขวาง

แต่อดส์ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเจาะจงกับทุกกลุ่ม หากแพร่กระจายตามขอบเขตความไม่เท่าเทียมทางสังคม คือไปกระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มคนจน ผู้หญิง หรือคนที่ต้องอ่อนน้อมต่อรองในสังคม

เอดส์เป็นผลผลกระทบมาจากอิทธิพลทางสังคมด้านอื่น ได้แก่ ปัญหาความยากจน ความไม่เสมอภาคทางเพศ วัฒนธรรมที่แฝงอคติกับชนกลุ่มน้อยในสังคม เพราะ

ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มโอกาสการแพร่กระจาย และทำให้เข้าไม่ถึงการรักษาอีกด้วย

โรคมาลาเรีย ก็ เช่นกัน เราจะนึกว่าเป็นโรคเขตropical (Tropical disease) เพราะเป็นโรคที่เกิดในภูมิภาคเขตropical แต่มาลาเรียยุคปัจจุบันก็แตกต่างจากมาลาเรียในกล่างคริสต์ศตวรรษที่ 19 ที่อัตราการตายจากมาลาเรียแค่หลักพันคน ก็ถือเป็นภัยน่ากลัว เพราะรายังไม่มีความรู้มากพอเกี่ยวกับโรคและตัวยา.raksha แต่พอมาลงศตวรรษที่ 20 ที่ประชากรเพิ่มขึ้น อัตราการตายจากมาลาเรียเพิ่มขึ้นเป็นล้านๆ คน แต่คนกลับไม่ให้ความสำคัญ เพราะผู้คนในสังคมเชื่อมั่นในศักยภาพเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพัฒนาตัวยา.raksha.โรค

แต่เมื่อลองเอาปัจจัยด้านอื่นมา rwm อธิบาย เช่น ความยากจน ความไม่เท่าเทียมทางสังคม เราชে็นว่า โรคมาลาเรียยังคงอยู่กับคนจน คนชายนอก เพราะคนเหล่านี้เข้าไม่ถึงการพัฒนาที่อยู่อาศัย การสุขาภิบาล ยา.raksha.โรค

โรคมาลาเรียจึงไม่ได้เป็นโรคเขตropical ที่กระจายด้วยตามลักษณะภูมิศาสตร์ ละติจูด ลองจิจูด ตามการกล่าวอ้างของระบบวิทยาศาสตร์และหลัก หากเกี่ยวข้องกับสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจของผู้คน การเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ

วันโรค ยิ่งเน้นย้ำให้เห็นว่า ความไม่เท่าเทียมทางสังคมเป็นตัวค้าชูให้โรคดำรงอยู่ เพราะปิดกั้นโอกาสการเข้าถึงตัวยา.raksha.โรค ไม่ใช่เรื่องประสิทธิภาพของยา.raksha เพราะแม้ว่ามีผลวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่า ผู้ป่วยวันโรคหากได้รับยา.raksha.ต่อเนื่องจะมีโอกาสหายได้สูงถึง 95 เปอร์เซ็นต์ แต่วันโรคในอเมริกา (ประเทศพัฒนา) ก็ยังหลบซ่อน หลงเหลืออยู่ตามกลุ่มคนจนต่างๆ เช่น ชุมชนคนผิวดำ คนยากจน คนไร้บ้าน แรงงานอพยพชาวเม็กซิกันที่หลบหนีเข้าเมือง

ที่กล่าวมาคือตัวอย่างความรู้ กระแสร้ง ที่ทำทายความรู้กระแสร้ง หลักซึ่งสร้างมายาคติจนกลับเกลื่อน สำหรับ ทำให้เราเละเลย ลีมตั้ง คำถามพื้นฐานว่า ทำไมกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากโรคส่วนมาก มักจะเป็นคนในประเทศโลกรากที่สาม คนจน ผู้หกยิง ชนกลุ่มน้อย หรือผู้คนที่ด้อยอำนาจต่อรองในสังคม

ความรู้ชัยชนะ แม้อ่ายชัยชนะ ความรู้หลักที่คนส่วนใหญ่สามารถอาจเบิดความเป็นไปได้ให้กับการตีความใหม่ๆ เปิดโปงมายาคติที่ สำหรับความจริงอีกด้านไว้

เอกสารอ้างอิง

- Barrett, R., C. Kuzawa, T. McDade, G. Armelagos. 1998. "Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiological Transition." *Annual Review Anthropology*, 27. pp. 247-71.
- Farmer, P. 1996. "Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases." *Emerging Infectious Diseases*, 2: 4 (Oct.-Dec.). pp. 259-69.

