

อาศัยที่ อำเภอพบพระ ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ป่าไม้แจ้งว่า ทางสำนักงานป่าไม้เขตตาก ตำรวจไว้เพื่อเป็น ข้อมูลเท่านั้น แม้ว่ารายงานข่าวแจ้งว่าเหตุที่ชาวบ้านเคลื่อนไหว เนื่องจากมีกระแสข่าวว่ารัฐบาลจะ ย้ายชาวเขาเผ่าม้งจากวัดถ้ำกระบอกไปอาศัยบ้านมอเกอริยาง ซึ่งเป็นศูนย์พักพิงผู้ลี้ภัยสงครามเก่า ของราษฎรกะเหรี่ยง สัญชาติพม่า เนื่องจากทหารต้องการจัดระเบียบชายแดน ประกอบกับราษฎร ไทยในพื้นที่ต่อต้านให้ย้ายศูนย์อพยพออกไปห่างจากหมู่บ้าน ซึ่งกลุ่มประชาคม อำเภอแม่สอด-พบ พระ ได้ทำประชาคมเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง และมีความเห็นร่วมกันว่า จะคัดค้านการอพยพชาวเขาเผ่า ม้งจากวัดถ้ำกระบอกไปอยู่ที่ อำเภอพบพระ จนถึงที่สุด

หากอ่านข่าวนี้อย่างผิวเผินก็คงจะเห็นแต่เพียงว่าเป็นเรื่องความขัดแย้งที่ชาวบ้านที่อำเภอพบพระ ไม่ต้องการให้ทางการอพยพเอาชาวเขาเผ่าม้งจากถ้ำกระบอกมาอยู่ในละแวกชุมชนของตน แต่หากพินิจ พิจารณาการเขียนข่าวนี้จะเห็นว่าแม้เนื้อหาข่าวจะยาวเพียง 10 กว่าบรรทัด แต่ก็มี "ประเด็น" ที่สำคัญ อันเกี่ยวข้องกับความเป็นชาติพันธุ์ม้งและประวัติศาสตร์การเมืองของความเป็นอื่นที่ถูกสร้างและสืบทอด มาอย่างต่อเนื่องในสังคม ชาวสันๆ 10 บรรทัดนี้มีทั้งเรื่องม้งกับยาเสพติด (ถ้ำกระบอก) ม้งกับการตัด ไม้ทำลายป่า (เจ้าหน้าที่ป่าไม้ที่อำเภอพบพระคอยอำนวยความสะดวกและแจกแบบฟอร์มเพื่อให้ชาวบ้าน แสดงความไม่เห็นด้วยที่จะย้ายชาวม้งมา) ม้งกับการเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย (จึงต้องจัดให้มาอยู่ที่ศูนย์ พักพิงผู้ลี้ภัยสงครามเก่าของราษฎรกะเหรี่ยงสัญชาติพม่า ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของพวกเข้าเมืองผิดกฎหมาย) ม้งกับการก่อการร้าย (ซึ่งเป็นสาเหตุแรกเริ่มที่ทำให้ต้องอพยพมาเพื่อให้ทหารจัดระเบียบชายแดน)

อัตลักษณ์และภาพพจน์แบบเหมารวมเหล่านี้เป็นผลพวงจากประวัติศาสตร์ที่ไม่เคยตายซึ่งยังติด ตามมาหลอกหลอนชาวม้ง และได้กลายเป็นวาทกรรมหลักที่นิยามความหมายของการเป็นชาวม้งภาพ พจน์ของชาวม้งที่เป็นกลุ่มชนที่เป็นอันตรายต่อ "ความเป็นชาติ" ยังคงมีอยู่ทั่วไปในบันทึกของทางราชการ แม้ในการเมืองบนที่สูงปัจจุบัน

ในระหว่างกลางทศวรรษที่ 2500 ถึง 2510 การเคลื่อนไหวของชาวม้งไม่เพียงแต่ถูกตีความว่าเป็น การแสวงหาความเป็นเอกเทศทางการเมืองเท่านั้น หากแต่ยังเป็นการแสดงออกถึงการต่อต้านนโยบาย การกลืนกลายของรัฐ (Tapp 1989, อ้างในปิ่นแก้ว 2541: 112) ดังนั้นเพื่อรักษาความมั่นคงของชายแดน ของประเทศ จำเป็นที่จะต้องกำราบการก่อการร้ายของพวกคอมมิวนิสต์ในหมู่พวกชาวเขา (Bo Gua 1975, อ้างในปิ่นแก้ว 2541: 112) และทางหนึ่งที่จะได้มาซึ่งการควบคุมดินแดนก็คือการกล่อมเกลานิสิยอัน ก้าวร้าวของพวกม้ง

ในปี พ.ศ. 2510 บ้านดอยลู้ยที่ถูกจัดให้เป็นเขตพื้นที่ที่สามพรมี่เจ้าหน้าที่ตำรวจและทหารเข้ามา แทรกซึมสอดส่องดูแลอยู่เป็นระยะๆ หลังจากนั้นไม่นานเมื่อรัฐมีคำสั่งให้ปราบปรามคอมมิวนิสต์ตามแนว ชายแดนอย่างเด็ดขาดเหตุการณ์ขุละมุนในหมู่บ้านก็เกิดขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ใหญ่เดชากับภาพเหตุ การณ์ในวันนั้น

ในวันนั้นมีเฮลิคอปเตอร์ของทหารก็มาลงจอดที่ทางแยกระหว่างบ้านป่าห้วยกับบ้านดอยสูง แบ่งกองกำลังออกเป็น 2 ชุด ชุดหนึ่งแยกไปป่าห้วย อีกชุดมาที่ดอยสูง เพื่อสนองนโยบายของรัฐ สมัยจอมพลถนอม กับประภาส คือ เผาให้เรียบ ทำลายให้เรียบ และฆ่าให้เรียบ การปะทะกันระหว่างทหารกับคอมมิวนิสต์ ทำให้ชาวบ้านที่อาศัยตามหมู่บ้านดังกล่าวต่างได้รับผลกระทบจากการปราบปรามของทหาร ชาวบ้านต้องอพยพหนีการปราบปรามของทหารอย่างเร่งด่วน บางคนที่อยู่ใกล้ป่าต้องหนีเข้าป่า และบางคนที่อยู่ใกล้เมืองก็หนีเข้าเมือง สภาพชีวิตของชาวบ้านในขณะนั้นต้องอยู่ในสภาพที่หวาดผวากับบ้านแตกสาแหรกขาด

จากชนเผ่าล้านหลังที่มั่งคั่งกับความเชื่อเรื่องผีและต้องทำให้เป็นคนศิวิไลซ์ด้วยการกล่อมเกล่าให้เป็นคริสต์โดยมิชชันนารี บริบททางการเมืองอย่างใหม่ภายใต้วาทกรรมความมั่นคงของชาติได้ทำให้ชาวม้งกลายเป็นชนเผ่าอันตรายที่ฝึกฝนในการก่อการร้าย เป็นคอมมิวนิสต์ที่ต้องกวาดล้างให้สิ้นซากด้วยกองกำลังทหารและตำรวจ บรรยายภาคแห่งความไม่ไว้วางใจกันซึ่งแผ่ซ่านอยู่ทั่วไปในยุคสงครามต่อต้านคอมมิวนิสต์ทำให้กลไกของรัฐถือเป็นความชอบธรรมที่จะกระทำร้ายพวก "คนอื่น" อย่างชาวม้งโดยไม่ต้องถือว่าเป็นพลเมืองไทย

ผู้ใหญ่เดชาได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านครั้งนั้นว่าเป็นเพราะตำรวจในเครื่องแบบเป็นต้นเหตุ เพราะในช่วงก่อนที่ทหารจะเข้ามาปราบปรามชาวม้งในหมู่บ้านนั้นปรากฏว่ามีเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหารเข้ามาในพื้นที่ก่อนหน้าแล้ว ในการเข้ามาในหมู่บ้านแต่ละครั้งได้สร้างความเจ็บช้ำให้กับชาวบ้านอยู่เสมอ ตำรวจบางคนได้เข้ามายึดหนุมียัดไปที่ชาวบ้านเลี้ยงไว้อย่างไม่เกรงใจเพราะเจ้าหน้าที่เหล่านั้นถือว่าเป็น "นาย" หรือเห็นใครสูบบุหรี่ก็ขอสูดด้วยเสร็จแล้วก็เอาระบอสูบผื่นหักต่อหน้าให้เขาดู เท่านั้นยังไม่พอลูกสาวบ้านใครที่สวยๆ เวลาไปไร่ก็ถูกตำรวจดักจุกกลางทางทำให้ผู้หญิงต้องเสียชื่อเสียง แต่ที่ร้ายยิ่งกว่านั้นก็คือแม้แต่ผู้หญิงที่มีสามีแล้วตำรวจพวกนี้ก็ไม่ละเว้นไปจุกกลางเขาต่อหน้าสามี จนตอนหลังสามีเขาต้องพาไปหลบซ่อนเมื่อรู้ว่าพวกตำรวจเหล่านั้นเข้ามาที่หมู่บ้าน

ในช่วงที่ชาวบ้านกำลังรู้สึกเอือมระอา กับพฤติกรรมของตำรวจเหล่านี้ พรรคคอมมิวนิสต์ก็เข้ามาตั้งฐานทัพอยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้านเพื่อโฆษณาอุดมการณ์ของพรรคคอมมิวนิสต์ว่าคืออะไร ชาวบ้านบางคนที่ทนไม่ไหวกับพฤติกรรมตำรวจเนื่องจากถูกรังแกหนักไปเข้ากับคอมมิวนิสต์ จนในช่วงหลังๆ เหตุการณ์เริ่มตึงเครียดจนเกิดมีการปะทะกันและเริ่มลุกลามมากขึ้น ตำรวจก็ถอยออกไปปล่อยให้ทหารเข้ามาปราบปรามแทนโดยทหารเองก็ไม่รู้เบื้องหน้าเบื้องหลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลายเป็นว่าทหารกับชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องมาฆ่าฟันกันเอง กว่าที่หาบทสรุปจนถึงจุดนี้ได้ก็ใช้เวลาไปเกือบ 20 ปี

ในบริบทของการเมืองเรื่องความมั่นคงในยุคสงครามเย็นนี้ วาทกรรมหลักของรัฐได้ทำให้ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นคอมมิวนิสต์นั้นไม่เพียงแต่จะเป็น "คนอื่น" เท่านั้น ยังเป็น "สิ่งอื่น" ที่ไม่มีความเป็นคนและไม่จำเป็นต้องมีชีวิต ชาวม้งและชาวเขาเผ่าอื่นๆ ถูกจัดประเภทและตีตราเป็นคอมมิวนิสต์ซึ่งชะตากรรม

ของคนเหล่านี้ยังเป็นความทรงจำที่เล่าขานอยู่ในชุมชน “คนยี่” พี่ชายคนหนึ่งของผู้ใหญ่เดชา ยังคงเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความขมขื่น ดนัยเล่าว่าตนเกิดที่บ้านดอยสูงในช่วงที่ญี่ปุ่นบุกเมืองไทยระหว่างสงครามโลกครั้งที่สองและใช้ชีวิตที่บ้านดอยสูงเรื่อยมา ตอนนั้นพบพระยังเป็นแค่ตำบลหนึ่งของอำเภอแม่สลดจนกระทั่งเกิดความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับพวกคอมมิวนิสต์ ดนัยเล่าว่าหมู่บ้านรอบๆ บ้านดอยสูงถูกทางการกล่าวหาว่าเป็นคอมมิวนิสต์ ที่บ้านดอยสูงไม่เป็นเพราะไม่มีคนเข้าป่าแต่ทหารก็เข้ามาราดยิงปืนที่หมู่บ้านขณะที่คนในหมู่บ้านกำลังกินเลี้ยงปีใหม่ ชาวบ้านจำเป็นต้องหนีเข้าป่าแม้ไม่อยากเป็นคอมมิวนิสต์ก็ต้องหนีเข้าป่าไปก่อนแล้วเข้ามาขอตัวภายหลังเพราะถ้าอยู่ก็ตาย

ดูเหมือนว่านโยบายการปราบปรามคอมมิวนิสต์จะเป็นการสร้างคอมมิวนิสต์ แต่ชาวบ้านที่หนีเข้าป่าไปนั้นจำนวนมากก็ได้เข้าร่วมกับการต่อสู้ด้วยกำลังอาวุธกับพรรคคอมมิวนิสต์ หากแต่หลบหนีไปอาศัยอยู่ในป่าและแอบทำไร่ปลูกข้าวป่าโดยไม่ไปมาหาสู่กับใครให้คนเห็น เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งก็หาทางออกมามอบตัว

ภายหลังจากเข้าป่าไป 2-3 เดือน ผู้ใหญ่วันชัยซึ่งขณะนั้นคุมหมู่บ้าน (เป็นพ่อของกันชัยซึ่งเป็น ผู้ใหญ่บ้าน บ้านเจดีย์โคะในปัจจุบัน) ก็ให้ลูกชาย พี่ชายมม และญาติผู้ใหญ่อีก 2 คน เดินทางไปแจ้งให้กำนันที่ตำบลช่องแคบทราบ จากนั้นก็ให้กำนันแจ้งนายอำเภอแม่สลดต่อไป แต่เมื่อทั้ง 4 คน เข้าไปหากำนัน เขาก็ส่งคนไปแจ้งให้พวกตำรวจนำกำลังมาจับกุมระหว่างทาง แต่คนทั้ง 4 คนตัวทัน จึงชิงหลบหนีไปก่อนที่จะถูกจับกุม เมื่อหนีรอดได้คนหนึ่งก็รีบบอกให้ไปแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ขอโอเพราะเขารู้จักเจ้าหน้าที่ที่นั่นหลายคน พอไปแจ้งเรื่องกับตำรวจที่นั่นให้มาช่วยเหลือกับตำรวจในพื้นที่หมู่บ้านเขาก็ทำท่าว่ารับเรื่องเอาไว้ แต่พอวันรุ่งขึ้นเมื่อคนทั้ง 4 เดินทางกลับ เจ้าหน้าที่ตำรวจกลุ่มนั้นก็มาดักทั้งระเบิดใส่ระหว่างทาง ทำให้มีคนตาย 1 คน บาดเจ็บอีก 1 คน ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่มีชาวบ้านคนใดคิดจะออกจากป่าไปแจ้งเรื่องกับเจ้าหน้าที่อีกเลย

เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 5 ปี ภายหลังจากที่ทางการได้ทำการกวาดล้างกลุ่มคอมมิวนิสต์ไประดับหนึ่งและเหตุการณ์ในหมู่บ้านเริ่มสงบ ทางการก็ประกาศให้ชาวม้งที่อยู่ในป่าออกมามอบตัวกับทหาร ในช่วงแรกก็ยังมีชาวบ้านบางส่วนถูกยิงกันเป็นระยะๆ ด้วยข้อหาเป็นสายคอมมิวนิสต์ ชาวม้งที่เหลือก็อพยพไปอยู่เจดีย์โคะ บ้าน 39 และบ้าน 44 ชาวม้งบางส่วนที่ยังคงหวาดกลัวการกวาดล้างของทหารก็ยังคงอาศัยอยู่ในป่ากับคอมมิวนิสต์ต่อไป จนเมื่อปี 2525 เหตุการณ์บ้านเมืองสงบและพรรคคอมมิวนิสต์เสื่อมความนิยมลงชาวบ้านจึงอพยพออกมาเป็นชุดที่สอง โดยชาวบ้านกลุ่มหนึ่งไปปักหลักที่บ้านเดิมคือบ้านดอยสูง อีกกลุ่มหนึ่งได้มาตั้งหมู่บ้านใหม่ที่บริเวณบ้านดอยล้วยในปัจจุบัน

ผู้ใหญ่เดชาสรุปเรื่องราวเกือบ 20 ปี ที่ผ่านมาร่ว่าเรื่องที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพราะสีการู้ (ตำรวจ) ก่อเรื่องให้สีเขียว (ทหาร) กับสีดำ (คอมมิวนิสต์) ฆ่ากัน “ชาวบ้านเป็นแค่แพะรับบาป” ปัญหาก็คือบาปที่แพะชาวม้งรับมานั้นมันได้กลายเป็นบาปกรรมที่ติดตรึงอยู่กับอัตลักษณ์ของคนม้งไปเสียแล้ว คนม้งจึงกลายเป็น

พวกคอมมิวนิสต์ที่ไม่น่าไว้วางใจและ “ไม่เคยมีความรักต่อแผ่นดินไทย” (ตามสำนวนของ กอ.รมน.) ไม่เพียงแต่เป็นพวกคอมมิวนิสต์เท่านั้นชาวม้งยังกลายเป็นแม่แบบของความเป็นคนอื่น อันเป็นผลมาจากวาทกรรมหลายชุดไม่ว่าจะเป็นพวกตัดไม้ทำลายป่า ทำไร่เลื่อนลอย พวกปลุกผีในค่ายาเสพติด พวกปลุกผักฉี่ยามาแมลงซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค และล่าสุดก็คือพวกม้งค้ายาบ้า

วาทกรรมที่กล่าวโทษและสร้างเหยื่อเหล่านี้ ดุยยังมีนตสะกดผู้ฟังได้ไม่น้อยเพราะมันได้สร้าง “คนชั่ว” ที่จะต้องรับผิดชอบต่อความเลวร้ายทั้งหลายแหล่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทย (หรือชาติไทย) และที่สำคัญคือคนชั่วเหล่านี้ดูจะสมเหตุสมผลดีเพราะเป็น “คนอื่น” ที่ไม่ใช่ “คนไทย” แม้ว่าทฤษฎีนี้จะมีฤทธิ์ปลอบประโลมใจคนไทยได้ดีแต่มันก็ไม่เคยช่วยแก้ปัญหาอะไรกับเราได้มากนัก เพราะมันไม่เคยเผยให้เห็นโครงสร้างและปัจจัยอันเป็นที่มาของปรากฏการณ์เหล่านี้ วาทกรรมสร้างเหยื่อที่ไร้อำนาจต่อรองนี้ได้บดบังหลายสิ่งหลายอย่างออกจากการมองของเรา จนทำให้เราไม่เห็นนายทุนที่อยู่เบื้องหลังการตัดป่าที่ทำกันอย่างเป็นกระบวนการ นายทุนข้ามชาติที่มาสนับสนุนให้ชาวม้งปลูกมันฝรั่งอย่างขนานใหญ่โดยไม่สนใจกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้ต้องใช้ยาและสารเคมีจำนวนมาก คำนิยมคนเมืองที่ชอบผักที่ต้นโตเขียว อวบ และไม่มีแมลงศัตรูพืชกัดแทะ พืชค้ายาเสพติดซึ่งเป็นธุรกิจผิดกฎหมายที่เชื่อมกันเป็นเครือข่ายและเกี่ยวโยงกับการค้าอาวุธและการค้าผู้หญิง หรือแม้แต่ข้าราชการที่มีหน้าที่เป็นหูเป็นตาของรัฐบาลไทยที่ทำให้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นด้วยมาตรการเอาหูไปนาเอาตาไปไร่ ข้าราชการยังฉวยโอกาสกินตามน้ำไปกับพ่อค้าปุ๋ยและสารเคมีการเกษตร⁵

2. รัฐ การพัฒนา กับการแพทย์สุขภาพไทย

วันที่ 7 มีนาคม 2485 สถาปนากระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มจากจอมพล ป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดการปรับปรุงการแพทย์ เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2485 โดยจอมพล ป. เป็นประธานด้วยตนเอง มีกรรมการรวมทั้งสิ้น 11 คน นายเถียร วิเชียรแพทยาคมเป็นกรรมการและเลขานุการ กำหนดให้พิจารณาโครงการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน คณะกรรมการมีการประชุมรวม 5 ครั้ง ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 10-16 กุมภาพันธ์ 2485 สามารถเสนอบันทึกเรื่องการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเสร็จทั้งหลักการเหตุผล หน่วยงานสาธารณสุขที่จะ

⁵ ระหว่างการลงพื้นที่เราพบว่ามียาโฆษณาปุ๋ยยาฆ่าแมลงและสารเคมีปราบศัตรูพืชติดอยู่ทั่วทุกถนนในอำเภอพบพระ นายอำเภอบอกพวกเราเมื่อครั้งที่เราเข้าพบเพื่อแจ้งเรื่องการเข้าพื้นที่ทำวิจัยว่าได้เดินทางไปต่างประเทศทุกปีอย่างน้อยปีละครั้ง เพราะพ่อค้าปุ๋ยและสารเคมีการเกษตรของอำเภอนี้เขาขายทะลุเป้าทุกปี ซึ่งบริษัทแม่ก็มักจะให้รางวัลกับพ่อค้าที่ทำเป้าได้เป็นตัวเครื่องบินไปกลับประเทศฮ่องกง สิงคโปร์ หรือไต้หวัน เป็นต้น แต่พวกพ่อค้าได้ไปทุกปีจนเบื่อจึงเอาตัวมาให้นายอำเภอ ดังนั้นนายอำเภอจึงได้ไปเที่ยวต่างประเทศฟรี ๆ ทุกปี นับตั้งแต่มาอยู่ที่พบพระนี้

รวมและไม่รวมเข้ามาไว้ การจัดตั้งองค์การและคำชี้แจงในการจัดตั้งกรมและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถออกเป็นกฎหมายจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขได้เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2485 โดยพระราชบัญญัติดังกล่าวได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 16 เล่ม 59 วันที่ 10 มีนาคม 2485 (วิชัย 2545: 63-64)

เหตุผลสำคัญที่ทำให้จอมพล ป. พิบูลสงครามสนใจงานในด้านการแพทย์สาธารณสุขจนถึงต้องลงมือจัดการด้วยตนเองนี้ ไม่ใช่เพราะเกิดมีโรคภัยระบาดหรือภัยคุกคามสุขภาพอนามัยของประชาชน แต่เป็นเพราะนโยบายชาตินิยมของจอมพล ป. นั้นต้องการสร้างชาติไทยให้เป็นมหาอำนาจด้วยการสร้างคนไทยให้เป็นผู้มี "วัฒนธรรมดี มีศีลธรรมดี มีอนามัยดี มีการแต่งกายอันเรียบร้อย" (นันทิรา 2530: 64) เพื่อให้ชาติไทยเป็นชาติที่ยิ่งใหญ่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ประชากรไทยเพิ่มขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีการรณรงค์ให้หนุ่มสาวแต่งงานกันด้วยการจัดงานราตรีสโมสรต่างๆ จัดการสมรสให้ รวมทั้งมีการประกวดแม่ลูกดกเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้คนผลิตลูกมากขึ้น ในด้านการแพทย์นั้นมีการก่อตั้งโรงพยาบาลหญิงเพื่อดูแลทำคลอดหญิงตั้งครรภ์ให้คลอดบุตรอย่างปลอดภัย และโรงพยาบาลเด็กเพื่อรักษาความเจ็บป่วยของเด็กและดูแลให้เด็กของชาติที่เกิดขึ้นเติบโตแข็งแรงเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการสร้างชาติ ในคำปราศรัยวันเปิดกระทรวงสาธารณสุข จอมพล ป. พิบูลสงครามกล่าวไว้อย่างชัดเจนถึงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในนโยบายสร้างชาติดังนี้

ฉันรู้สึกยินดีที่ได้เห็นว่าการรวมแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งได้สำเร็จไป นับว่ากิจการสร้างชาติในด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าเป็นปึกแผ่นขึ้นได้ด้านหนึ่ง แท้จริงการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นเป็นกิจการอันจำเป็นยิ่งในสาขาหนึ่งของชาติเช่นเดียวกับการทหาร การต่างประเทศ การเสกกิจ การคลัง ฯลฯ เป็นต้น ที่ฉันกล่าวว่าการแพทย์และการสาธารณสุขสำคัญนั้น ไม่ใช่เพราะเหตุว่าเวลานี้ฉันได้เข้ามาอยู่ในสถานที่ของกระทรวงสาธารณสุขจึงว่าเช่นนั้น แต่เป็นความจริงว่าการสาธารณสุขนี้ได้เป็นการสร้างชาติโดยแท้ การสร้างชาตินั้นอยู่ที่การสาธารณสุขนี้ส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์อันสำคัญแก่บ้านเมือง เพราะว่าถ้าหากการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปเพียงไร กำลังของประเทศชาติก็เพิ่มความมั่นคงยิ่งขึ้น กล่าวคือ จำนวนพลเมืองก็จะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เป็นพลเมืองที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและไม่ตายแต่ยังเยาว์ด้วย เมื่อจำนวนพลเมืองของเรามากขึ้น ทั้งประกอบไปด้วยผู้มีกำลังวังชาแข็งแรงแล้ว ประเทศชาติของเราก็ย่อมจะมีกำลังอำนาจสามารถจะช่วยกันฟันฝ่าอุปสรรคใดๆ ได้ทั้งสิ้น... เวลานี้เรามีพลเมืองเพียง ๑๔ ล้านคน เท่ากับมี ๓๖ ล้านคนเราก็ทำงานสร้างชาติของเราได้น้อย ถ้าเรามีพลเมือง ๑๐๐ ล้านคน เราก็จะมีกำลังทำงานได้ถึง ๒๐๐ ล้านคน ซึ่งจะเป็แนวทางให้ประเทศชาติของเราก้าวไปสู่ความเป็นมหาอำนาจได้... ชาติของเราคงไม่สามารถจะใหญ่โตได้ ถ้าเราไม่รีบบำรุงการแพทย์ของเราเสียแต่บัดนี้ (พระบรมราศนราดูร 2500: 216)

เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาด้านการแพทย์สาธารณสุขก็คือ การสร้างรัฐเวชกรรมที่ทำให้การแพทย์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับอำนาจรัฐ รัฐได้อำนาจการแพทย์เป็นเสมือนเครื่องมือที่ใช้สร้างพลเมืองที่เป็นไปตามเจตจำนงของรัฐ (ทวิศักดิ์ 2543: 85) การแพทย์และการสาธารณสุขจึงได้กลายเป็นภารกิจสำคัญอันหนึ่งของชาติ เพื่อรัฐจะสามารถแทรกแซงลึกลงไปกับการปฏิบัติกิจวัตรและการกินอยู่ของประชาชน ดังปรากฏในรัฐนิยม ฉบับที่ 11 ลงวันที่ 8 กันยายน 2484 เรื่องกิจวัตรประจำวันที่ต้องการให้ประชาชนมี "อนามัยดี" ดังนี้

ชนชาติไทยพึงปฏิบัติกิจประจำวันตามปกติดังต่อไปนี้ ก. บริโภคอาหารให้ตรงตามเวลา ไม่เกิน 4 มื้อ

ข. นอนระหว่าง 6 ถึง 8 ชั่วโมง.....เวลาเย็นควรออกกำลังกายโดยเล่นกีฬาวันหนึ่งอย่างน้อย 1

ชั่วโมง...เมื่อชำระล้างร่างกายแล้ว รับประทานอาหาร" (รอง 2520: 117)

การประกาศใช้รัฐนิยม แม้จะเป็นความมุ่งมั่นของรัฐบาล (เผด็จการ) ที่จะบังคับควบคุมให้พลเมืองมีวิถีชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐานที่สร้างขึ้นโดยความรู้อำนาจของการแพทย์ แต่ปฏิบัติการดังกล่าวก็มิได้ส่งผลมากมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพลเมือง ซึ่งแตกต่างไปจากกรณีการวิเคราะห์ความรู้/อำนาจของรัฐในยุโรปตะวันตกที่ฟูโกต์เสนอไว้ (Foucault 1980) สาเหตุสำคัญก็เพราะรัฐไทยเองยังไม่ได้มีเทคโนโลยีแห่งอำนาจที่ก้าวหน้าเท่าเทียมกับยุโรป ระบบการเฝ้าระวังและลงโทษ (Surveillance and Punish) ก็แทบจะไม่มีอยู่ เนื่องจากการทำให้คนยอมจำนนกับความรู้/อำนาจใหม่ที่จะต้องแทรกตัวเข้าในชีวิตประจำวันนั้น จำเป็นต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังและลงโทษด้วยมาตรการทางสังคมที่เข้มแข็ง รอง ศยามานนท์ นักประวัติศาสตร์คนสำคัญซึ่งได้ผ่านประสบการณ์ในห้วงเวลาดังกล่าวมาด้วยตัวเขาก็ยืนยันว่า "ประชาชนชาวไทยเมื่อทราบรัฐนิยมฉบับนี้ก็ไม่รู้สึกตื่นเต้นประการใด เพราะว่ากิจประจำวันที่แจ้งอยู่นี้ก็เป็นเรื่องธรรมดา มีผู้ถือปฏิบัติเท่าที่จะทำได้ ทางราชการก็ไม่มีทางที่สอดส่องดูว่าประชาชนได้ถือปฏิบัติกันหรือไม่ (อ้าง: 118)

แม้จะไม่ประสบความสำเร็จมากนักในการสร้าง "วัฒนธรรม" ใหม่ แต่รัฐไทยในยุคนั้นก็ประสบผลสำเร็จในการสถาปนารัฐเวชกรรมที่เป็นความสัมพันธ์อันแนบแน่นระหว่างอำนาจรัฐและอำนาจทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ที่แนบแน่นนี้ได้กลายเป็นรากฐานสำคัญการดำเนินนโยบายของรัฐในยุคต่อมาคือ "ยุคแห่งการพัฒนา" ในชุมชนชายขอบที่ห่างไกลโดยเฉพาะในเขตป่าเขานั้น อิทธิพลของรัฐเวชกรรมแผ่ขยายออกไปผ่านแผนงานโครงการพิเศษที่รัฐไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรการพัฒนาระหว่างประเทศโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น เช่น โรคพยาธิปากขอ และมาลาเรีย ได้รับความสนใจจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น มูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ ซึ่งมองว่าพยาธิปากขอ เป็นต้นเหตุสำคัญของความเกียจคร้านของคนในประเทศ แถบร้อนขึ้นบริเวณเส้นศูนย์สูตร แผนงานโครงการควบคุมโรคเหล่านี้เองที่ทำให้อำนาจรัฐเน้นกับอำนาจทางการแพทย์ ในกรณีชุมชนชาวม้งนี้แผนงานทางการแพทย์ที่นำเอาอำนาจรัฐอย่างใหม่มาให้ชาวม้งรู้จัก ได้แก่ แผนงานด้านการควบคุมมาลาเรีย (ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ

องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา) โครงการควบคุมโรคคอตีบพอกเฉพาะถิ่น (ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก)

ในช่วง 4 ทศวรรษของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ผ่านมา ประเทศไทยได้แสดงบทบาทด้านการแพทย์และการสาธารณสุขผ่านโครงการสาธารณสุขต่างๆ อย่างเข้มแข็ง แต่อิทธิพลและอำนาจของรัฐที่อาศัยความรู้/อำนาจทางการแพทย์เป็นเครื่องมือ นั้น ดูจะยังไม่สามารถสถาปนาขึ้นอย่างยั่งยืน ด้วยโครงการชั่วคราวครั้งชั่วคราว จวบจนกระทั่งมีการก่อตั้งศูนย์มาลาเรียขึ้นอย่างถาวรที่หมู่บ้าน 39 ในเขตพื้นที่ห่างไกลในช่วงทศวรรษ 2520 นั่นเอง ที่อำนาจรัฐเวชกรรมได้ลงหลักปักฐานในชุมชนและแสดงตัวให้เห็นในชีวิตทุกเมื่อเชื่อวันของชาวบ้าน หลังจากนั้นรัฐเวชกรรมยังได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในช่วงหลังทศวรรษ 2520 ที่การสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายตัวอย่างมาก ที่หมู่บ้านดอยล้วยก็เช่นเดียวกับชุมชนหมู่บ้านทั่วไปที่รัฐได้จัดตั้งอสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และมสส. (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) เป็นกลไกที่ช่วยให้อำนาจรัฐเอื้อมมือเข้าไปถึงทุกครอบครัวในหมู่บ้านเพื่อสร้าง "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543"

ส่วนที่สาม : การแพทย์สัญชาติไทยในชุมชนม้ง

การแพทย์สมัยใหม่ที่ขยายตัวเข้าสู่ชุมชนดอยล้วยมีผลอย่างไรต่อความเป็นชาติพันธุ์ม้ง? หากพิจารณาจากบทเรียนการเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ที่มิชชันนารีนำเข้ามา เราคงจะเห็นได้ว่าการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการต่อรอง เพราะการแพทย์ดั้งเดิมของชาวม้งนั้นผูกพันอิงแอบกับความเชื่อเรื่องผีซึ่งมิชชันนารีต้องการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อการแพทย์ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทย ความสำคัญของการแพทย์จึงมิได้อยู่ที่การถอดถอนความเชื่อในเรื่องผี แต่อยู่ที่การตอกย้ำความจงรักภักดีต่อความเป็นชาติไทยและภายใต้บริบทที่วาทกรรมแห่งอำนาจได้ทำให้ชาวม้งกลายเป็น "คนอื่น" ที่ไม่ใช่คนไทยอย่างเต็มที่นั้น คำถามข้างต้นจึงต้องปรับเป็นคำถามใหม่ว่าการแพทย์สมัยใหม่ได้ตอกย้ำความสัมพันธ์ชุดใดเข้าไปกะเกณฑ์กำหนดว่าใครมีที่ทางทางสังคมอย่างไรและควรถูกปฏิบัติอย่างไรบ้าง

การแพทย์สมัยใหม่เมื่อแรกเผยแพร่เข้ามาในหมู่ชาวม้งนี้จะสัมพันธ์กับศาสนาคริสต์และความเป็นคริสต์อย่างแนบแน่น แต่ในภายหลังเมื่อรัฐไทยได้ขยายอิทธิพลและอำนาจการปกครองเหนือกลุ่มชาติพันธุ์โดยใช้การแพทย์และการควบคุมโรคด้วยวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือ การแพทย์สมัยใหม่จึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทยและความเป็นไทยอย่างชัดเจน การแพทย์สมัยใหม่ในชุมชนม้งเมื่อแรกเริ่มจึงเป็นการแพทย์ที่ถือศาสนาคริสต์และต่อรองด้วยเงื่อนไขที่ชาวม้งจะต้องหันมานับถือคริสต์ศาสนา แต่ในระยะต่อมาได้กลายมาเป็นการแพทย์สัญชาติไทยที่เป็นตัวแทนความเป็นชาติไทยและเรียกร้องความจงรักภักดีต่อรัฐชาติไทยเป็นเงื่อนไขของการเข้าถึงและการได้รับบริการทางการแพทย์ ในบริบทที่ชาวม้งได้ถูกทำให้เป็น "คนอื่น" ด้วยวาทกรรมความมั่นคงและวาทกรรมการพัฒนาไปแล้วนั้น การดำรงอยู่ของการ

แพทย์สมัยใหม่จึงมิใช่เพียงแค่ตอกย้ำการดำรงอยู่ของรัฐไทยและอำนาจแห่งรัฐเท่านั้น แต่ยังตอกย้ำถึง "ความเป็นอื่น" ของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งอยู่เสมอเมื่อชาวม้งต้องมาได้รับการรักษาพยาบาลในระบบบริการที่จัดขึ้นโดยรัฐ ดังกรณีของสัมฤทธิ์ อสม.แห่งหมู่บ้านดอยล้อย เป็นตัวอย่างที่แสดงถึงการแพทย์ในฐานะตัวแทนความเป็นชาติไทยและความเป็นคนม้งในฐานะ "คนอื่น" ในรัฐไทยอย่างชัดเจน

เราได้พบกับสัมฤทธิ์ในขณะที่กำลังประกอบพิธีกรรมการทำผีอยู่ในบ้านหลังเล็กซึ่งครอบครัวสัมฤทธิ์ใช้เป็นโรงครัว ลักษณะของบ้านหลังนี้คล้ายกับบ้านหลังเก่าของผู้ใหญ่เดชาติที่เราพบเพียงแต่มิขนาดเล็กลงเท่านั้น ส่วนบ้านที่สัมฤทธิ์พักอาศัยนั้นจะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวแต่ยกพื้นสูงที่อยู่ติดๆ กัน สมาชิกในครอบครัวของสัมฤทธิ์ไม่น้อยกว่า 20 คน กำลังรวมตัวกันอยู่ ณ บริเวณลานดินหน้าโรงครัว ทุกคนกำลังจ้องมองไปที่หมอมผีซึ่งเป็นผู้หญิงสูงอายุแต่งกายด้วยเครื่องแต่งกายชาวม้งและมีผ้าคาดลุมหน้าไม้ไกลจากหมอมผีนักมีชายสูงอายุ รูปร่างผอมเกร็ง แต่งกายแบบชาวม้งและในมือถือฆ้องยืนอยู่ด้วย ขณะที่หมอมผีกำลังทำพิธีเสี่ยงทายด้วย "กั่วเน็ง" ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ กับเขาสัตว์สองอันประกบกันอยู่ เพื่อดูว่าอาการป่วยของสัมฤทธิ์เกิดจากการกระทำของผีตนใด จากนั้นจึงนำรูปเทียน เหล้าขาว และหมาก 1 ตัว (ซึ่งมัดขามัดปากไว้เรียบร้อย) มาเซ่นไหว้

พิธีกรรมที่เราพบนี้แตกต่างไปจากการทำผีที่บ้านนายเสือที่เราไปสังเกตก่อนหน้านี้ ไม่เพียงแต่ตรงที่มีการฆ่าหมูแทนการฆ่าหมา ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะครอบครัวของสัมฤทธิ์นั้นมีความเชื่อที่ต่างออกไป แต่ในพิธีที่บ้านสัมฤทธิ์นี้ยังมีการฝังหินไว้ในหลุมหน้าประตูโรงครัวและรดน้ำ โดยความเชื่อที่ว่าเป็นการฝังสิ่งดีๆ ที่เป็นมงคลไว้ในบ้าน แม้จะไม่มีการฆ่าหมาแต่ก็มีการนำหมาดำซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงของครอบครัวมาผูกเชือกเข้าร่วมพิธีด้วย เพราะมีความเชื่อว่าจะเป็นผู้นำวิญญาณของคนไปพบผีและคอยปกป้องไม่ให้ผีทำร้ายคนได้ และเมื่อพิธีกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว สัมฤทธิ์ได้มานั่งคุยกับเราบริเวณลานดินหน้าโรงครัวนั่นเองโดยมีญาติพี่น้องของสัมฤทธิ์นั่งล้อมวงฟังด้วยความสนใจ

สัมฤทธิ์แนะนำตัวว่าเป็น อสม.ประจำหมู่บ้านนี้มาตั้งแต่ปี 2538 ทำทางภายนอกของสัมฤทธิ์แม้จะเป็นชายหนุ่ม อายุ 25 ปี แต่ร่างกายกลับผอมซูบเซียว ใบหน้าซีดเหลือง และแวตาดูอิดโรย เขาได้เล่าให้ฟังว่าเริ่มล้มป่วยด้วยโรคดีซ่านมาตั้งแต่ต้นปี 2543 ซึ่งในช่วงแรกที่เริ่มล้มป่วยสัมฤทธิ์มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และเป็นไข้อยู่บ่อยๆ แต่สัมฤทธิ์ก็ไม่ได้ไปรักษากับหมอไชยสิทธิ์ที่สถานบริการ สาธารณสุขชุมชนแต่อย่างใด เพราะเท่าที่ผ่านมามหมอไชยสิทธิ์ก็ไม่ได้ให้การรักษาที่ดีเท่าไรนัก นอกจากจะให้แต่ยาแก้ปวดหรือยาแก้ไ้มากินโดยมักไม่ได้ให้คำแนะนำใดๆ⁶ และเมื่อสัมฤทธิ์มีอาการทรุดหนักมากขึ้นครอบครัวของสัมฤทธิ์จึงตัดสินใจพาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน โดยสัมฤทธิ์ให้เหตุผลที่ไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแม้จะได้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีว่า

⁶ ชาวบ้านโดยทั่วไปที่ไม่ได้เป็น อสม. หรือได้รับสวัสดิการจากรัฐเมื่อมาหาหมอไชยสิทธิ์จะได้รับการรักษาฟรี แต่หมอไชยสิทธิ์ได้ตั้งกติกาไว้ว่าผู้ที่มาได้รับการรักษาจะต้องบริจาคค่ายา ครั้งละประมาณ 10 บาท

ถึงผมจะเป็น อสม. และได้สิทธิรักษาฟรีจากรัฐแต่ผมก็ไม่อยากไปใช้บริการเท่าไรนัก เพราะเคยไปรักษาที่สถานีนอนามัย (หมายถึงสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน) และโรงพยาบาลรัฐ แต่ไม่รู้เป็นไง พอไปแล้วรู้สึกอึดอัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชอบดูถูกคนม้ง ยิ่งถ้าเราแต่งชุดม้งหรือพูดไทยไม่ชัดเขาก็จะยิ่งรู้เลยว่าเราเป็นม้ง ที่นี้เขาจะจับตามองเราเป็นพิเศษ เวลาเราทำอะไรผิดนิดหน่อยเขาจะตำหนิเราเป็นชุดเลย ไม่เหมือนคนไทยที่ไปรักษาถ้าทำอะไรผิดขึ้นตอนเขาก็แค่บ่นหรือทำหน้าไม่พอใจ แต่เป็นคนม้งเขาจะตำหนิได้เต็มที่ สงสัยว่าเขาคงรังเกียจคนม้งมั้ง ผิดกับที่โรงพยาบาลเอกชน ถ้าเราไปรักษาเขาจะหมั่นมาคอยดูแลเอาใจใส่เรา พุดจาติ คอยมาบริการเราไม่ว่าเราจะต้องการอะไร และขั้นตอนก็ไม่ยุ่งยาก เลยทำให้เราสบายใจว่าเจ้าหน้าที่ที่นี้เขาไม่รังเกียจหรือดูถูกที่เราเป็นคนม้ง

กระบวนการสร้างรัฐเวชกรรมที่การแพทย์ได้กลายเป็นเครื่องมือขยายอิทธิพลและอำนาจของรัฐให้ไปปรากฏอยู่ในท้องถิ่นและแทรกตัวอยู่ในชีวิตที่ติดกันร่นต่อสู่กับความเจ็บป่วยของประชาชนนั้น ไม่เพียงแต่ทำให้ความรู้/อำนาจทางการแพทย์แทรกซึมอยู่ในรัฐชาติและความเป็นชาติอย่างทั่วถึงเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการที่การแพทย์ถูกทำให้เป็นตัวแทนของความเป็นชาติไทย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการแพทย์สมัยใหม่และระบบบริการทางการแพทย์ของรัฐเวชกรรมนั้นเป็นการแพทย์สัญชาติไทย เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับคนสัญชาติไทยด้วยกัน ในที่นี้แม้ชาวม้งในชุมชนคอยลี้ภัยจะมีสัญชาติไทยเป็นส่วนใหญ่ แต่การแพทย์สัญชาติไทยนี้เรียกร้องยิ่งไปกว่าการมีสัญชาติไทยในเอกสาร คือเรียกร้องความเป็นไทยในรูปร่าง หน้าตา กิริยา ภาษา และวัฒนธรรมการแสดงออกทั้งหมด ทั้งนี้เพราะการแพทย์ที่ถูกทำให้เป็นไทยไปแล้วนั้นดำเนินการตามมายาคติของความเป็นชาติ และมายาคติที่สำคัญที่สุดก็คือความคิดที่ถือว่าชาติ ซึ่ง Benedict Anderson (1991) ถือว่าเป็นชุมชนจินตกรรมอันเกิดจากภาษา การพิมพ์ และประวัติศาสตร์ร่วมกันนั้น ดำรงอยู่อย่างเป็นเอกภาพเป็นเนื้อเดียวกันอย่างกลมกลืนภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจนทางกายภาพซึ่งมีแผนที่เป็นตัวแทน (Thongchai 1994)

ความเป็นชาติที่ถูกอัดฉีดเข้าไปในการแพทย์นั้น ได้ทำให้คนที่ถูกวางกรรมแห่งอำนาจตีตราว่าเป็น “ชาติอื่น” “คนต่างด้าว” “พวกที่ไม่หวังดีต่อประเทศชาติ” และไม่ใช่พวกที่ควรค่าที่จะได้รับการทางการแพทย์ ตรงกันข้ามพวกเขาจะถูกแสดงความรู้สึกเดียวฉันท์หรือแม้กระทั่งขับไล่ไสส่ง เราจึงกล่าวได้ว่าการแพทย์ที่ถูกสร้างขึ้นภายใต้ระบอบแห่งรัฐเวชกรรมไทยนั้นเป็นการแพทย์สัญชาติไทยที่มีอคติเชิงชาติพันธุ์ดำรงอยู่ และหากจะเป็นที่ต้อนรับของบริการทางการแพทย์ของรัฐ ชาวม้งจะต้องถูกซ่อนอัตลักษณ์แห่งความเป็นม้งไว้ให้มืดซิด หรือไม่เช่นนั้นก็ต้องสลัดคราบความเป็นม้งให้หลุดลอกหมดไปจากตัวตนของเขา

ดังเช่นกรณีของ ไชยสิทธิ์ พนักงานสาธารณสุขชุมชนแห่งดอยลู้ย ชีวิตของไชยสิทธิ์เกิดและเติบโตในชุมชนม้งไม่ได้แตกต่างไปจากม้งคนอื่นๆ เขาเกิดในปี พ.ศ. 2509 ที่บ้านป่าห้วย และเข้าเรียนร่วมกับเพื่อนๆ ชาวม้งที่โรงเรียนประถมที่เจดีย์โคะซึ่งเป็นศูนย์กลางทางสังคมวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ม้ง

แห่งหนึ่ง เมื่อไชยสิทธิ์อายุได้ 10 ขวบ ได้เกิดการต่อสู้กันระหว่างทหารกับพวกคอมมิวนิสต์ ไชยสิทธิ์พร้อมกับครอบครัวได้หลบหนีเข้าป่าไปและมีชีวิตอยู่ในป่าเช่นเดียวกับม้งจำนวนมากในช่วงนั้น ไชยสิทธิ์อยู่ในป่าถึง 6 ปี จึงได้กลับออกมาพบกับทางการ หลังจากนั้นไชยสิทธิ์ได้ไปเรียนอยู่กับฝรั่งที่รับเลี้ยงเด็กชาวเขาอยู่ 2 ปี จึงกลับไปเรียนที่เจดีย์โคะต่อจนจบ ป.4 จากนั้นเขาได้แวะเวียนอาศัยเรียนอยู่กับสถานสงเคราะห์เด็กทั้งที่ปากเกร็ดและทุ่งมหาเมฆ เมื่อจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ไชยสิทธิ์ต้องออกจากการศึกษาเพราะไม่มีเงินเรียนต่อ เมื่อกลับมาอยู่บ้านได้หนึ่งปีก็ได้ทราบเกี่ยวกับการรับสมัครพนักงานสาธารณสุขชุมชน จึงสมัครและได้รับคัดเลือกไปอบรมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินที่แม่สอด เข้ารับการอบรมเป็นเวลา 9 เดือนจึงจบออกมาเริ่มทำงานที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชนที่บ้านดอยลู้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530

หากมองจากภูมิหลังและความเป็นมาของไชยสิทธิ์ รวมทั้งรูปร่างหน้าตาและกิริยาท่าทางแล้ว ไชยสิทธิ์ก็มิได้แตกต่างไปจากชาวม้งทั่วไปในหมู่บ้านดอยลู้เท่าไรนัก จะแตกต่างก็เพียงแต่การที่ ไชยสิทธิ์มีโอกาสสำราญเรียนจนจบมาเป็นพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรด้านการสาธารณสุขระดับปลายที่สุดของระบบราชการ หมอไชยสิทธิ์ เล่าให้ฟังว่าเขาเข้ามาเป็นพนักงานสาธารณสุขชุมชนตั้งแต่สมัยเริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2530 เดิมสถานบริการสาธารณสุขชุมชนที่ให้การรักษาคือผู้ป่วยเป็นอาคารไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง ภายในอาคารแบ่งเป็นพื้นที่โล่งสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยและมีห้องเล็กๆ 1 ห้องสำหรับเป็นที่พักของไชยสิทธิ์ แต่เมื่อได้งบประมาณสร้างอาคารเพื่อใช้เป็นที่พักพยาบาลผู้ป่วยเมื่อปี พ.ศ. 2538 จึงได้สร้างอาคารหลังใหม่ซึ่งอยู่ติดกับอาคารหลังเก่านั่นเอง สำหรับอาคารหลังเก่าไชยสิทธิ์ใช้เป็นบ้านพักซึ่งเขาอยู่อาศัยกับภรรยาและลูก 2 คน สถานบริการสาธารณสุขชุมชนของหมอไชยสิทธิ์นี้ เป็นอาคารสองชั้นสร้างขึ้นตามแบบสถาปัตยกรรมแบบเดิมของกระทรวงสาธารณสุข ชั้นบนมีห้องพัก 1 ห้อง และพื้นที่ว่างสำหรับเป็นที่เก็บยา ส่วนชั้นล่างเป็นห้องโล่งใช้สำหรับตรวจรักษาผู้ป่วย มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์การทำการแผล เตียงตรวจรักษาผู้ป่วย ตู้ยา และโต๊ะทำงาน จัดวางไว้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อยและดูสะอาดตา นอกจากนี้ยังมีบอร์ดแสดงข้อมูลการรักษาโรคและแผนที่หมู่บ้านโดยคร่าวๆ ไว้อีกด้วย

เมื่อครั้งที่เรามาถึงชุมชนบ้านดอยลู้เป็นครั้งแรกนั้น หมอไชยสิทธิ์ได้อาสาพาเดินดูพื้นที่รอบๆ หมู่บ้าน ด้วยท่าทางทะมัดทะแมงและน้ำเสียงที่ลั่นห้วน ประกอบกับท่าทางที่ไม่ค่อยยกยอใคร ทำให้บุคลิกของหมอไชยสิทธิ์ดูแตกต่างไปจากชาวม้งคนอื่นๆ ที่เราพบเห็น ชาวม้งที่เราพบเจอระหว่างทางเดินในหมู่บ้านมองดูเราและหมอไชยสิทธิ์อย่างสนใจ แต่ก็ไม่มีใครกล้าที่จะเข้ามาทักทายหรือพูดคุยด้วย ส่วนหมอไชยสิทธิ์เองก็ดูไม่ค่อยให้ความสำคัญกับชาวบ้านเท่าไรนัก เมื่อเราได้อยู่ในชุมชนยาวนานขึ้นเราเริ่มได้ยินเสียงบ่นต่อว่าหมอไชยสิทธิ์จากชาวบ้านในหมู่บ้านว่า หมอไชยสิทธิ์มักพูดจาไม่ดีและไม่สนใจรักษาคิดใช้ ในขณะที่เดียวกันความสนิทสนมที่เรามีมากขึ้นกับหมอไชยสิทธิ์ทำให้หมอไชยสิทธิ์เริ่มแสดงความเห็นและทัศนคติส่วนตัวกับเรามากขึ้น ซึ่งในความคิดเห็นหลายประการของหมอไชยสิทธิ์นั้นดูเหมือนการ

แพทย์กลับได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการตอกย้ำการแบ่งแยกระหว่างความเป็นชาติไทยและชาติพันธุ์ม้งอย่างชัดเจน

คนม้งพวกนี้เป็นพวกล้ำหลัง ไม่รู้จักปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัย ผมว่าที่เขายากจนนี้เป็นเพราะเขาทำตัวเอง อย่างที่ดินที่รัฐเขาจัดสรรให้ก็ไม่รู้จักเอามาปลูกผักที่ขายได้ราคา กลับเอาไปปลูกแต่ข้าวไร่ ข้าวโพด แบบเดิมๆ ทำให้ไม่มีรายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว แกมคนพวกนี้ยังไม่รู้จักดูแลตัวเองอีกด้วย ขอบปล่อยบ้านให้สกปรกรกรุงรัง พวกลูกๆ ของเขาก็ปล่อยให้เล่นคลุกดินทั้งวันตัวสกปรกมอมแมมก็ไม่ค่อยสนใจที่จะอาบน้ำให้หรอก ที่นี้เกิดป่วยขึ้นมาก็ต้องเดือดร้อนมาหาเรา ถ้าเป็นเด็กที่เข้าโรงเรียนมีสิทธิรักษาฟรีผมก็รักษาให้โดยไม่คิดค่ายา แต่ถ้าเป็นพ่อแม่ที่ไม่มีสิทธิรักษาฟรีผมก็คิด 10 บาท ถ้าทำแผลหรือต้องฉีดยาผมคิด 20-50 บาท ไม่ได้ให้ฟรีทั้งหมดเดี๋ยวคนพวกนี้จะเคยตัว บางคนที่ทำเป็นรู้มากเวลาป่วยไม่ค่อยอยากให้เราตรวจ เข้ามาขอยาตัวนั้นตัวนี้เลย ผมก็เลยว่ากลับไปว่าถ้าอยากได้ตามนั้นก็ไปหาที่อื่นที่ไม่มี

ปัญหาที่ชวนให้ครุ่นคิดก็คือ ไชยสิทธิ์ นั้นเป็นคนม้งโดยชาติกำเนิด เขาเติบโตมาในชุมชนม้งและมีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่แตกต่างจากชาวม้งคนอื่นๆ ที่ต้องหลบหนีภัยคอมมิวนิสต์เข้าไปอยู่ในป่าเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกจับกุมโดยกำลังทหาร ต้องเผชิญกับความแบ่งแยกและอคติทางชาติพันธุ์เมื่อเข้ามาเรียนในกรุงเทพฯ เพราะกิริยาท่าทีรวมทั้งสำเนียงภาษาของไชยสิทธิ์ไม่ได้แตกต่างไปจากเพื่อนชาวม้งของเขาเท่าใดเลย อาจกล่าวได้ว่าอาการถูกฝึกให้เป็นบุคลากรทางการแพทย์นั้นเองที่ได้ทำให้ไชยสิทธิ์มีทัศนคติชีวิตดั้งเดิมของคนม้งเปลี่ยนแปลงไป และมีผลให้หมอไชยสิทธิ์กับชาวบ้านเกิดความรู้สึกแปลกแยกต่อกัน หมอไชยสิทธิ์มองว่าลักษณะทางชาติพันธุ์บางอย่างของคนม้งนั้นเป็นปัญหาต่อการรักษาพยาบาล ในขณะที่ชาวบ้านเองก็มองว่าหมอไชยสิทธิ์นั้นชอบหลอกลวงใส่ชาวบ้านที่มารักษา เราสังเกตเห็นว่าชาวบ้านที่มารักษากับหมอไชยสิทธิ์ต้องสงบเสียงมึนเงียบตัวให้มากที่สุดไม่ว่าหมอจะป่นจะว่าอะไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าความเปลี่ยนแปลงของหมอไชยสิทธิ์นั้นเป็นผลผลิตของกระบวนการกลืนกลายทางชาติพันธุ์ที่การแพทย์สัญชาติไทยได้ทำให้เขาไม่เพียงแต่ถูกปลูกฝังจิตสำนึกแห่งความเป็นชาติไทย แต่การแพทย์สัญชาติไทยกลายเป็น “ตัวผ่านทาง” ให้ไชยสิทธิ์ก้าวข้ามเส้นแบ่งระหว่างชาติพันธุ์มาเป็น “พวกเรา” ด้วย ปัญหาที่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ที่มีขึ้นกับชาวม้งนั้น ไชยสิทธิ์จึงมักตัดสินจากจุดยืนที่เราอาจถือได้ว่ามีอคติทางชาติพันธุ์แฝงอยู่ เช่นในกรณี การให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลต่างๆ กับชาวม้งในหมู่บ้าน

เรื่องบัตรผู้มีรายได้มีน้อยในชุมชนผมไม่พิจารณาให้มาก เพราะส่วนมากในเกณฑ์ที่เขาบอกว่าบุคคลมีรายได้ไม่เกิน 1,800 บาท หรือในครอบครัวไม่เกิน 2,000 นี้ พิจารณาให้ได้ ถ้าพิจารณาแล้วมันคงไม่เกิน แต่ที่ผมไม่ให้เพราะว่าส่วนมากชาวบ้านเขาจะสูบฝิ่น ติดยาเยอะ ถ้าเราไปให้ตรงนี้มากเท่ากับส่งเสริมให้เขาสบายไป ยิ่งให้เขามากโดยที่เขาไม่ช่วยพัฒนาสังคมพัฒนาตัวเอง มีแต่นอนดูยานี้เท่า

กับส่งเสริมให้เขาดูดยา เวลาเจ็บป่วยก็มารักษาพยาบาลฟรี อันนี้เกณฑ์ผมตัวเอง ไม่ใช่ทางสาธารณสุขอำเภอเขากำหนดมานะ ที่ผมไม่ให้เพราะเหตุผลตามที่กล่าวมา ซึ่งเกณฑ์การตัดสินว่าจะให้บัตรหรือไม่ ผมก็มีสิทธิตัดสินได้ ซึ่งหากมีคนไม่พอใจอะไรจะฟ้องร้องก็เรื่องของเขา แม้กระทั่งบัตรผู้นำชุมชนจริงๆ แล้วผู้ใหญ่และผู้ช่วยต้องได้รับสิทธิตรงนี้แต่ที่ป้าช่วยผู้ช่วยกับผู้ใหญ่บ้านไม่ทำงานเลยดูยาตลอด เวลาที่มีประชุมหรือพัฒนาหมู่บ้านก็ไม่เคยออกมาช่วยงานเลย ผมก็เลยตัดสิทธิสองคนนี้ด้วยไม่ให้มานานแล้ว เขาก็ไม่ได้เรียกร้องอะไร เขาก็รู้ตัวเขาดี

สรุป

การแพทย์สมัยใหม่สำหรับชาวม้งนั้นเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การครอบครองของผู้คนเสมอมา และการที่จะสามารถเข้าถึงการแพทย์สมัยใหม่ได้ก็โดยที่ชาวม้งจะต้องยอมแลกเปลี่ยนบางอย่าง มิชชันนารีอย่างโฮโตะเดินทางเข้าสู่หมู่บ้านชาวม้งโดยสิ่งที่พกพามาด้วยนั้นไม่ใช่แค่เพียงคัมภีร์ไบเบิลแต่ยังพกพาวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่มาด้วย แต่การที่จะเข้าถึงการเยียวยารักษาโรคด้วยวิทยาการการแพทย์สมัยใหม่ของมิชชันนารีนี้ ชาวม้งจะต้องยอมเสียบางสิ่งบางอย่างเป็นการแลกเปลี่ยน สิ่งที่ต้องเสียไปก็คือ "หิ้งผี" ที่เป็นแกนกลางแห่งอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ม้ง คนม้งจะต้องรื้อหิ้งผีและเข้าเป็นสมาชิกของโบสถ์เพื่อที่จะเข้าถึงการแพทย์สมัยใหม่ ชาวม้งต้องยกเลิกความเชื่อเรื่องผีอย่างเด็ดขาดและเมื่อได้เข้าเป็นสมาชิกของโบสถ์เพื่อที่จะเข้าถึงการเยียวยารักษาโรครวมทั้งสวัสดิการอื่นๆ เช่น การศึกษาและทุนเพื่อการลงทุนด้านอาชีพ เมื่อการแพทย์สมัยใหม่อยู่ภายใต้การครอบครองของรัฐบาลไทยนั้น หากชาวม้งจะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ก็จะต้องข้ามพ้นอุปสรรคที่กีดกันคนม้งออกจากความเป็นไทย เนื่องจากการแพทย์ของรัฐเวชกรรมไทยนั้นความเป็นชาติและอำนาจทางการแพทย์ได้หลอมรวมตัวเป็นหนึ่งอันเดียวกัน กระบวนการสร้างรัฐเวชกรรมจึงเป็นกระบวนการที่แปลงการแพทย์สมัยใหม่ให้กลายเป็น การแพทย์สัญชาติไทยที่จะเหมาะสมก็แต่สำหรับ "คนใน" ของชาติไทย การเข้าถึงการเยียวยารักษาโรคด้วยการแพทย์สัญชาติไทยนี้ ชาวม้งจะต้องซุกซ่อนความเป็นม้งไว้ให้มืดมิดที่สุดหรือหากจะตึงไปกว่านั้นก็ต้องสลัดคราบความเป็นม้งให้หลุดไปให้หมด

ในกรณีของสัมฤทธิ์นั้นเขาไม่สามารถทำเช่นนี้ได้ และถึงแม้ว่าเขาจะเป็นอสม. ของหมู่บ้านและมีสิทธิการรักษาพยาบาลฟรีจากสถานบริการของรัฐในฐานะบุคลากรระดับสาธารณสุขมูลฐานของรัฐ สัมฤทธิ์เลือกที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อจะได้ไม่ต้องถูกพูดจากระแทกกระเทียบหรือดูถูก แต่ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนที่สัมฤทธิ์ไปรักษานั้นจะให้บริการที่เสมือนกับว่าไม่มีอคติทางชาติพันธุ์แฝงอยู่ แต่สิ่งที่สัมฤทธิ์ต้องแลกกับการรักษาที่ปราศจากอคติเชิงชาติพันธุ์นั้นก็คือค่ารักษาพยาบาลที่สูงลิบลิ่วเกินความจำเป็น จนทำให้ต้องเป็นหนี้สินตามมา

เมื่อสองเดือนที่แล้วผมมีอาการเป็นไข้ ร่างกายอ่อนเพลียมาก พ่อแม่และญาติๆ จึงพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลเวชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดตาก นอนพักที่โรงพยาบาลสองคืน เสียเงินไป 4,800 บาท พออาการเริ่มทุเลาก็กลับบ้านและไปทำงานที่ไร่เพื่อดูแลการพ่นยาฆ่าแมลงกับคน

งาน อาทิตยต์ออกมาที่ล้มป่วยอีก พร้อมมีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง บัสสาวะขุ่นร่วมด้วย พ่อของผม
สังเกตอาการก็บอกว่าผมคงเป็นติชาน เพราะน้องชายพ่อเคยมีอาการแบบนี้มาก่อน พ่อจึงไปหาหมอ
ผีเพื่อขอยาสมุนไพรมาดื่มให้กิน กินยาอยู่เกือบเดือนก็เริ่มกินข้าวได้แต่ยังมีอาการไข้และตัวเหลือง
พ่อจึงตัดสินใจพาไปรักษาที่โรงพยาบาลนานา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่ ผม
นอนพักรักษาที่นั่นได้ 3 วัน จึงออกจากโรงพยาบาลโดยมีค่าใช้จ่ายเกือบสองหมื่นบาท ซึ่งหากนับค่า
ใช้จ่ายตั้งแต่แรกจนถึงวันนั้นหมดค่าใช้จ่ายประมาณ 50,000 บาท ดีที่ว่าครอบครัวผมพอจะมีเงินเก็บ
และสามารถหยิบยืมจากญาติมาสมทบได้อีก 5,000 บาท

การที่คนม้งถูกนิยามให้กลายเป็น “คนอื่น” ส่งผลให้การแพทย์ที่ถูกทำให้มีสัญชาติไทยไปแล้วนั้น
ก็ตกนรังเกียจกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง และมักปฏิเสธสิทธิอันพึงมีพึงได้ของชาวม้งเหมือนว่าเป็น “คนอื่น” ในรัฐ
ไทย (Thongchai 2000: 38-59) ระบบบริการสาธารณสุขไทยจึงมีอคติทางชาติพันธุ์และเลือกปฏิบัติต่อ
กลุ่มคนบางกลุ่มที่ถูกทำให้เป็นคนอื่นโดยวาทกรรมแห่งอำนาจ อคติของการแพทย์สัญชาติไทยในระบบ
บริการของราชการส่งผลให้ชาวม้งหลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลของรัฐและเดินทางไปรับบริการจากโรง
พยาบาลเอกชนแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะระบบธุรกิจการแพทย์นั้นไม่แสดงความรังเกียจเด็ดฉันทต่อ
กลุ่มชาติพันธุ์ม้งตราบเท่าที่ชาวม้งมีอำนาจซื้อและมีเงินจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

ทวิศักดิ์ เผือกสม. 2543.

“วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการปกครองของประเทศไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น.”
ในวารสารธรรมศาสตร์ (ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม) หน้า 73-93.

ทวิศักดิ์ เผือกสม. 2545.

การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. รายงานการวิจัย ส่วนหนึ่งของโครงการภูมิปัญญาทักษิณ
จากวรรณกรรมและพฤติกรรม. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) พ.ศ. 2544-
2547.

นันทิรา ขำภิบาล. 2530.

นโยบายเกี่ยวกับผู้หญิงในสมัยสร้างชาติของจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487).
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พระบำราศนราดูร. 2500.

"ประวัติกระทรวงสาธารณสุข" ในพระบำราศนราดูร บรรณาธิการ. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระจันทร์.

ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. 2541.

"วาทกรรมว่าด้วยชาวเขา." ใน ชูศักดิ์ วิทยาภักดิ์ บรรณาธิการ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (กรกฎาคม-ธันวาคม) หน้า 92-135.

พัชรินทร์ สิริสุนทร. 2531.

พฤติกรรมการรักษาเยียวยาตัวเองด้วยผีของชาวม้งที่เจ็บป่วย : ศึกษากรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่งใน จ.เพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รอง ศยามานนท์. 2520.

ประวัติศาสตร์ไทยในระบอบรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

วิชัย โชควิวัฒน์. 2545.

"การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย ระหว่างปี พ.ศ.2431-2543." ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และชาติชาย มุกสง บรรณาธิการ. พรหมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

Anderson, Benedict. 1991.

Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism. Revised Edition. London, New York: Verso.

Bhabha, Homi. 1985.

"Signs Taken for Wonders: Questions of Ambivalence and Authority under a Tree Outside Delhi, May 1817." In *"Race," Writing, and Difference.* J. Henry Louis Gates, ed. Chicago: University of Chicago Press.

Bo Gua. 1975.

"Opium, Bombs, and Trees: The Future of the H'mong Tribesmen in Northern Thailand." in *Journal of Contemporary Asia.* 5 (1) Pp. 70-81.

Comaroff, John, and Jean Comaroff. 1992.

"Medicine, Colonialism, and the Black Body." In *Ethnography and the Historical Imagination.* Boulder: Westview Press.

Crandon-Malamud, Libbet. 1991.

From The Fat of Our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia. Berkeley, CA: University of California Press.

Foucault. 1980.

Power / Knowledge, Selected Interview and Other Writings, 1972-1977, ed. Colin Gordon. New York: Pantheon.

Golomb, Louis. 1985.

An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.

Pliskin, Karen. 1987.

Silent Boundaries: Cultural constraints on Sickness and Diagnosis of Iranians in Israel. New Haven and London: Yale University Press.

Tapp, Nicholas. 1989.

Sovereignty and Rebellion: The White Hmong of Northern Thailand. Singapore, Oxford, New York: Oxford University Press.

Taussig, M. 1987.

Shamanism, Colonialism and the Wild Man: A Study of Terror and Healing. Chicago: University of Chicago Press.

Thongchai Winichakul. 1994.

Siam Mapped: A History of the Geo-body of a Nation. Honolulu: University of Hawaii Press.

Tongchai Winichakul. 2000.

"The Others Within: Travel and Ethno-Spatial Differentiation of Siamese Subjects 1885-1910." in Andrew Turton ed. *Civility and Savagery: Social Identity in Tai States.* Richmond, Surrey: Curzon.

Zola, I.K. 1972.

"Medicine as an institution of social control." In *Sociological Review*. 20: 487-504.

เชื้อชาติ-ชาติพันธุ์-พันธุกรรม: ความรู้และอำนาจทางการแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่น

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์¹

มาลี สิทธิเกรียงไกร²

บทนำ

อำนาจของการแพทย์นั้นมิใช่เกิดจากประสิทธิภาพของการเยียวยารักษาโรคเท่ากับเกิดจากประสิทธิภาพในการนิยามความจริงที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ตลอดประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่นั้น การต่อสู้เพื่อช่วงชิงกำหนดนิยามของชีวิตที่ดี ร่างกายที่สมบูรณ์ ตลอดจนสังคมที่พึงประสงค์เป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของสถาบันทางการแพทย์ การต่อสู้เพื่อเปลี่ยนแปลงนิยามในระยะหลังนี้ดูจะยิ่งแหลมคมมากขึ้นทุกที เพราะการนิยามว่าชีวิตเกิดขึ้นเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใดมีความสำคัญต่อการแพทย์และเวชศาสตร์พันธุวิศวกรรม รวมทั้งมีความสำคัญต่อผลประโยชน์บริษัทยักซ์ใหญ่และระบบทุนนิยมที่ขับเคลื่อนงานวิจัยเหล่านี้อยู่ เช่น การนิยามว่าชีวิตเริ่มเมื่อใดจะมีผลต่อการนำตัวอ่อนของมนุษย์ไปใช้เป็นเนื้อเยื่อหรือใช้ในการวิจัยโดยไม่ถือว่าทำลายชีวิต หรือการนิยามว่าเมื่อใดจะถือว่าเป็นการตายก็จะมีผลต่อการผ่าตัดเอาชิ้นส่วนอวัยวะจากร่างกายเพื่อใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ ความพยายามที่จะนิยามความตายให้เร็วขึ้นโดยให้ผู้กำลังตายนั้นมีสถานะการเป็น “คนตายตามกฎหมาย” ก่อนที่อวัยวะอื่นๆ จะเสื่อมหรือเสียหาย จึงเป็นสิ่งที่สถาบันการแพทย์และสถาบันวิจัยหลายแห่งพยายามผลักดันเพื่อให้นิยามใหม่ทดแทนนิยามการตายแบบเดิมซึ่งต้องรอนานเกินไปและไม่ทันการณ์สำหรับการเอาอวัยวะไปใช้

แต่การนิยามทางการแพทย์นั้นมิได้จำกัดอยู่ในแวดวงของคนป่วยหรือคนตายเท่านั้น เพราะในการนิยามนั้น การแพทย์ได้สร้างบรรทัดฐานทางสังคมว่าสิ่งต่างๆ ควรเป็นไปอย่างไร สังคมควรปฏิบัติต่อเรื่องหนึ่งๆ อย่างไร และบุคคลควรมีพฤติกรรมอย่างไรจึงถือว่าถูกต้อง ค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมเหล่านี้กลายเป็นกรอบที่สังคมใช้ตัดสินไม่เพียงแต่ความถูกต้องเหมาะสมในแง่ของสุขภาพ แต่ยังใช้ตัดสินความผิดถูกชั่วดีในทางคุณธรรมจริยธรรมอีกด้วย (Friedson 1970: 252) การเบี่ยงเบนไปจากความถูกต้องในทางการแพทย์จึงอาจกลายเป็น “ความเลว” หรือ “ตราบาป” ที่สังคมตีตรารังเกียจเหยียดฉันท์และกีดกันออกจากความเป็นพวกเดียวกัน และเมื่อกลายเป็นคนละพวกกับ “เรา” หรือ “เป็นคนอื่น” ก็อาจจะสามารถใช้วิธีจัดการที่รุนแรงไร้ความปรานีปราศรัยเพื่อโดดเดี่ยว กีดกัน หรือขจัดเสียก็ได้

บทความนี้จะเป็นการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์ ชาติพันธุ์ กับการสร้างความเป็นอื่น โดยชาติพันธุ์ที่เรา กำลังจะพูดถึงนี้จะพิจารณาในความหมายที่แปรเปลี่ยนไปตามบริบททางประวัติ

¹ นักวิจัยในแผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

² นักศึกษาปริญญาเอก คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตร์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความหมายของชาติพันธุ์นั้นคลี่คลายอย่างเกี่ยวข้องไปกับแนวคิดเรื่องเชื้อชาติและพันธุ์กรรมอย่างใกล้ชิด ความเกี่ยวโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดของเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และพันธุ์กรรม (หรือเขียนรวมถึงกลุ่มเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกันนี้ว่า "เชื้อ/ชาติ/พันธุ์/กรรม") นี้จะถูกวิเคราะห์ผ่านวาทกรรมทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามประวัติศาสตร์ของยุคสมัย โดยบทความนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ตอน เริ่มต้นจากในตอนที่ 1 จะกล่าวถึงประวัติศาสตร์ของความรู้และอำนาจทางการแพทย์ที่มีส่วนในการสถาปนาความจริงทางสังคมขึ้น ระบอบแห่งความจริงที่การแพทย์สร้างขึ้นที่ได้ตีตราพฤติกรรมการแสดงออกบางอย่างว่าเป็นเรื่องผิดปกตินี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของเทคโนโลยีแห่งอำนาจที่ใช้ตีตราและจัดการกับผู้ที่ถูกจัดไว้ในกรอบของความปกติ บทความตอนแรกนี้จะทบทวนกระบวนการสร้างและจัดการกับ "ความเป็นอื่น" ในประวัติศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์สมัยใหม่

ในตอนที่ 2 จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับชาติพันธุ์โดยจะทบทวนผ่านงานชิ้นสำคัญทางมานุษยวิทยาและประวัติศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับความแตกต่างทางชาติพันธุ์ จากนั้นจะกล่าวถึงบทบาทของการแพทย์และวิทยาการสมัยใหม่ในการสร้างแนวคิดเรื่องเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์ ซึ่งการนิยามและให้คุณค่ากับความสำคัญอันเอกอุกับเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์นี้เป็นสิ่งที่แทรกซึมอยู่ในวิถีคิดเกี่ยวกับ "เชื้อชาติพันธุ์กรรม" ของการแพทย์มาโดยตลอด ในกรณีที่สุดช่วงนั้น วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบอบเผด็จการที่ทำลายล้างกลุ่มคนที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเผ่าพันธุ์ที่สกปรก ไร้ เป็นแหล่งแพร่โรค และคุณลักษณะเหล่านี้เป็นกรรมพันธุ์ที่ต้องถูกกวาดล้างให้หมดไป วิทยาศาสตร์การแพทย์และพันธุ์กรรมศาสตร์ถูกใช้เป็นทั้งเครื่องตรวจสอบพันธุ์กรรมและเครื่องรับรองความชอบธรรมของอำนาจระบบเผด็จการ ในบริบทเช่นนี้ปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นไปเพื่อรับใช้และธำรงไว้ซึ่งโครงสร้างแห่งอำนาจอย่างเด่นชัด

ในตอนที่ 3 ของบทความนี้จะเป็นการวิเคราะห์วาทกรรมทางการแพทย์เกี่ยวกับพันธุ์วิศกรรมที่กำลังกลายเป็นสิ่งมหัศจรรย์หลังการโคลนนิ่งแกะดอลลีและความสำเร็จของการถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์ อาจกล่าวได้ว่าแม้เทคโนโลยีเกี่ยวกับพันธุ์วิศกรรมจะเป็นสิ่งใหม่แต่เราจะเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริงของสิ่งใหม่นี้จำเป็นจะต้องพิจารณาให้เชื่อมโยงกับประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา บทความนี้เสนอว่าหากพิจารณาจากบทเรียนทางประวัติศาสตร์แล้ว การให้คำมั่นสัญญาและความหวังใหม่ๆ ที่พันธุ์วิศกรรมทางการแพทย์กำลังทำราวกับว่าจะปลดปล่อยมนุษยชาติจากความทุกข์ได้อย่างสมบูรณ์นั้น กลับเป็นเหมือนคำมั่นสัญญาเดิมๆ ที่เราเคยได้รับการสัญญามาก่อนแล้ว และดูเหมือนคำมั่นสัญญาเหล่านี้จะเป็นไปแค่เพียงเพื่อผลประโยชน์เฉพาะหน้าของผู้สัญญาก่อนที่จะเลอะเลือนไปและกลับมาใหม่ด้วยคำมั่นสัญญาใหม่ๆ อีก การเข้าใจในเชิงประวัติศาสตร์จะช่วยให้เราพิจารณาคำมั่นสัญญาเหล่านี้ได้อย่างมีวิจารณญาณมากขึ้นว่า สำหรับการแพทย์ที่มีประวัติศาสตร์แห่งการรับใช้และค้ำยันโครงสร้างอำนาจมายาวนานนั้น วาทกรรมของการปลดปล่อยมนุษยชาตินี้จะพอรับฟังได้เพียงใด หรือว่าเราควรจะหันมาสนใจว่าวาทกรรมทางการแพทย์นี้กำลังสร้าง "ความเป็นอื่น" และสร้างการกีดกันแบ่งแยกที่ทำให้ผู้คน/ชาติ

พันธุ์กลุ่มใดบ้างถูกกดทับให้ไร้อำนาจต่อรอง และตกเป็นเหยื่อของระบอบแห่งความรู้/อำนาจที่นิยมความจริงผ่านการอุปโลกน์ของผู้เชี่ยวชาญอีก

ตอนที่ 1 : ความรู้และอำนาจทางการแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่น

ปีเตอร์ เบร์เกอร์ และโทมัส ลักมานน์ (Peter Berger & Thomas Luckmann, 1967) ในหนังสือเล่มเล็กๆ แต่มีอิทธิพลอย่างสำคัญทำให้เราเข้าใจถึงกระบวนการทางสังคมที่สถาปนา "ความจริง" ขึ้นในสังคม เขาเสนอว่าสรรพสิ่งที่จะกลายเป็น "ความจริง" ในสังคมได้นั้นจะต้องถูกอุปโลกน์ขึ้นเป็น "สิ่ง" ที่เรารับรู้ได้อย่างเป็นขึ้นเป็นอันเสียก่อน "สิ่ง" ที่ว่านี้แม้จะไม่เคยมีมาก่อนหน้านั้นก็อาจถูกอุปโลกน์ขึ้นได้ด้วยความรู้/อำนาจของผู้เชี่ยวชาญ (เช่น ผู้หญิงสวยมีจ๊กแร้วและเรียบเนียน) เมื่อการอุปโลกน์นี้เป็นผลจะทำให้สิ่งนั้นมีสถานะของความเป็นจริงและดำรงอยู่ราวกับเป็นข้อเท็จจริงที่ไม่มีใครเถียง ผู้คนจะถือเอาราวกับว่ามันเป็นความจริงแห่งภาวะวิสัยเช่นเดียวกับความจริงของโต๊ะ เก้าอี้ ที่เราจับต้องได้ และความจริงเหล่านี้เมื่อถูกเรียนรู้และกล่อมเกลานานเข้าก็กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีคิดของบุคคลและสังคม กระบวนการสามขั้นตอนนี้ เบร์เกอร์ และ ลักมานน์ เรียกมันว่า externalization, objectivation และ internalization ตามลำดับ เมื่อการสถาปนาความจริงเกิดขึ้นจนครบถ้วนตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว สิ่งที่เป็นเบี่ยงเบนจากความจริงชุดนั้นจะถูกปฏิเสธไปเองโดยแทบไม่ต้องมีใครมาบังคับ หากพิจารณาจากประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านมา เราจะเห็นได้ไม่ยากนักว่าความรู้และวิทยาการในแต่ละยุคสมัยได้สถาปนาความจริงขึ้นหลายประการในสังคมมนุษย์

แม่มด ศาสนาและเหตุผล

ในต้นยุคสมัยแห่งเหตุผลนั้น วิธีคิดแบบเหตุผลนิยมและประจักษ์นิยมกำลังท้าทายแนวความคิดของศาสนจักรด้วยการสร้างโลกแห่งเหตุผลขึ้นเป็นความจริงสูงสุด แนวคิดที่มุ่งแสวงหาความจริงบนหลักเหตุและผลจะถูกต้านทานและกวาดล้างโดยศาสนจักรอย่างรุนแรง จนเป็นเหตุให้นักคิดสำคัญ เช่น กาลิเลโอ ต้องถูกจับกุมและลงโทษ แต่เมื่อศาสนจักรเสื่อมอำนาจลงและแบ่งแยกออกเป็นนิกายคาทอลิกและโปรเตสแตนต์ในยุคปฏิรูปศาสนา (The Reformation) แนวคิดแบบเหตุผลนิยมที่เริ่มเรื่องอิทธิพลขึ้นยิ่งคุกคามต่ออำนาจและศรัทธาของศาสนจักร และในยุคนี้เองที่ความเชื่อและความมั่งงายทางไสยศาสตร์ซึ่งดูเหมือนจะไม่เป็นที่ต้องการทั้งของศาสนจักรและของระบบเหตุผลนิยมได้ถูกตีตราให้เป็นพวกนอกกริต และตกเป็นเป้าหมายที่ต้องขจัดเสียเพื่อกวาดล้างความชั่วร้าย และธำรงไว้ซึ่งอำนาจของคริสต์จักรที่กำลังอ่อนแอและถูกท้าทาย (Ginzburg 1991) ในช่วงศตวรรษแรกของการสถาปนาโลกแห่งเหตุผลนี้จึงกลายเป็นยุคแห่งการไล่ล่าแม่มด (The Great Hunt, 1567-1640)

แม้จะมีความเห็นส่วนหนึ่งที่เสนอว่าศาสนจักรเป็นตัวละครสำคัญในกระบวนการไล่ล่าแม่มด แต่การศึกษาในระยะหลังพบว่าผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นแม่มดที่ถูกฆ่าเป็นจำนวนมากมิได้ถูกพิพากษาโดยศาล

Inquisition ของศาสนจักร แต่โดย “ศาลเตี้ย” ในชุมชนซึ่งกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ถูกสงสัยและนำมาไต่สวน ถูกลงโทษประหาร ศาลเตี้ยเหล่านี้ถูกควบคุมโดยชนชั้นผู้นำซึ่งมักเป็นพวกมีการศึกษาและมีความคิดที่ดีว่าก้าวหน้าในยุคสมัยนั้น แม้บทบาทพวกเหตุผลนิยมและประจักษ์นิยมในการไล่ล่าแม่มดอาจไม่เด่นชัดนัก แต่ความเชื่อแบบไสยศาสตร์นั้นแทบไม่มีที่อื่นในระบบวิธีคิดแห่งเหตุผลนี้ซึ่งได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของ อริสโตเติลเป็นสำคัญ (Kieckhefer 1976: 79-80) ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon, 1561-1626) นักคิดผู้วางรากฐานวิธีการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งมีชีวิตอยู่ในยุคแห่งการไล่ล่าแม่มดนั้น ได้กล่าวถึงกระบวนการวิทยาศาสตร์ว่าคล้ายคลึงกับการไต่สวนแม่มดในแง่ที่ว่า การทดลองทางวิทยาศาสตร์นั้นเหมือนกับการทรมานแม่มดเพื่อให้สารภาพความจริงออกมาว่าตนเองเป็นแม่มดหรือไม่ เพราะการทดลองทางวิทยาศาสตร์ก็คือการทรมานธรรมชาติด้วยเครื่องมือทดลองเพื่อให้สารภาพกฎเกณฑ์แห่งธรรมชาติให้เรารู้

การไล่ล่าแม่มดดำรงอยู่เกือบ 2 ศตวรรษ มีผู้คนถูกลงโทษสังหารด้วยการจับถ่วงน้ำ เผาทั้งเป็น และใช้ก้อนหินทับ หรือขว้างปาจนเสียชีวิตมากกว่า 100,000 คน คนเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เป็นคนที่แยกตัวไม่เข้าสังคม และมักมีพฤติกรรมผิดแผกไปจากบรรทัดฐานทางสังคม (Barstow 1994) เมื่อบริบททางสังคมคลี่คลายไปเราจึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การติดยาเสพติดว่าเป็น “แม่มด” เป็นความจริงที่ถูกเสกสรรปั้นแต่งหรืออุปโลกน์ขึ้นด้วยอำนาจแห่งการนิยามหรืออำนาจเชิงสัญลักษณ์ (symbolic power) (Bourdieu 1989) แบบหนึ่ง และเมื่ออำนาจคลี่คลายไป การนิยามความจริงและการติดยาเสพติดความผิดปกติก็เปลี่ยนไปด้วย จาก “แม่มด” ในยุคปฏิรูปศาสนาคนที่มีพฤติกรรมผิดแผกหรือเปี่ยงเบนกลายมาเป็น “คนบ้า” ในยุคต่อมา

จากการไล่ล่าครั้งใหญ่ (The Great Hunts) สู่การควบคุมกักขังครั้งใหญ่ (The Great Confinement)

ในยุโรปก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 17 “คนบ้า” เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน งานของฟูโกต์ชื่อ *Madness & civilization* (Foucault 1965) ได้แสดงให้เห็นว่าช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 17 แนวคิดในการจัดหมวดหมู่เกี่ยวกับความผิดปกติทางสังคมเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ในปี 1656 โรงพยาบาลทั่วไป (Hôpital Général) ได้เปิดขึ้นที่กรุงปารีสเพื่อกักขัง “คนผิดปกติ” ที่เหมารวมเอาทั้งคนบ้า ขอลาน คนจรจัด โสเภณี คนตกงาน หรือแม้แต่คนจนไว้ด้วยกัน “โรงพยาบาล” ที่ว่านี้มีได้มิใช่เพื่อการรักษาพยาบาลแต่เป็นสถานที่เพื่อบังคับและฝึกฝนให้คนเหล่านี้รู้จักการทำงานและการผลิต บริบทของประวัติศาสตร์ในขณะนั้นเป็นยุคแห่งการเฟื่องฟูของทุนนิยมและการค้าที่มีแรงงานและการผลิตเป็นหัวใจสำคัญ ในระยะต่อมา “คนวิกลจริต” ซึ่งดูจะไม่ให้ความร่วมมือกับการสร้างวินัยในการทำงานหนัก จึงถูกคัดแยกออกจากกลุ่มอื่นที่มีร่างกายสมประกอบและเหมาะแก่การฝึกฝนให้มีวินัยในการทำงานและการผลิต ทั้งนี้เพื่อป้องกันคนปกติเหล่านี้จากคนวิกลจริต แนวคิดดังกล่าวพัฒนามาจนเป็นสถานบำบัด (Asylum) และเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในที่สุด

ฟูโกต์เรียกช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 17 นี้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของยุคแห่งการควบคุมกักขังครั้งใหญ่ (The Great Confinement) และไม่เพียงแต่คนวิกลจริต ขอลาน คนจรจัด หรือโสเภณีเท่านั้นที่ถูกควบคุมกักขังเพื่อการจัดระเบียบทางสังคม ผู้ป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนและวัณโรคก็ถูกแยกและกักกันออกจากสังคม มีการจัดตั้ง "นิคม" สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนและสถานบำบัดผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นโดยทั่วไปในยุโรปและต่อมาแพร่กระจายไปทั่วโลกเมื่อการแพทย์สมัยใหม่ขยายตัวไปในประเทศต่างๆ ในทัศนะของฟูโกต์ การแยกและกักกันคนบางประเภทออกจากสังคมเป็นผลจากการนิยามความเป็นจริงทางสังคมของแต่ละยุคสมัย ในยุคสมัยที่ทุนนิยมกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว สังคมที่พึงประสงค์คือสังคมที่ทุกคนต้องทำงานเพื่อการผลิต "ความเกียจคร้านและเฉื่อยชาเป็นมูลเหตุของความเสื่อมและความไร้ระเบียบทั้งปวงของสังคม" (Foucault 1965: 48) และเมื่อวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้สถาปนายุคแห่งเหตุผลขึ้น ความวิกลจริตซึ่งเป็นรูปธรรมสูงสุดของความไร้เหตุผลจึงต้องถูกควบคุมกักขังไว้ มิใช่ปล่อยให้เดินเพ่นพ่านปะปนกับผู้คนในโลกแห่งเหตุผลนี้

วิทยาศาสตร์การแพทย์ในคริสต์ศตวรรษที่ 19 ได้พัฒนามาเป็นการแพทย์แบบชีวภาพมากขึ้น โดยอธิบายความเจ็บป่วยว่ามีรากฐานมาจากความผิดปกติทางชีวภาพ การค้นพบทฤษฎีเชื้อโรคได้ทำให้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป การสุขาภิบาล การประดิษฐ์วัคซีนและยาปฏิชีวนะได้เปลี่ยนโฉมหน้าและลดความทุกข์ยากจากความเจ็บป่วยของผู้คนลงอย่างมาก ในขณะเดียวกันการค้นคว้าด้านชีววิทยาก็ได้นำมาซึ่งความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับพันธุศาสตร์ (Edelson 1998) แนวคิดใหม่เกี่ยวกับพันธุกรรมและวิวัฒนาการของมนุษย์ได้ทำให้ชีวิตถูกมองว่าเป็นผลของลิขิตแห่งพันธุกรรมและการปรับตัวของมนุษย์เพื่อการอยู่รอดของพันธุกรรมที่เหมาะสม แนวคิดนี้ได้ทำให้วิทยาศาสตร์การแพทย์กลายเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองเรื่องเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์และได้สร้าง "ความจริง" ทางสังคมชุดใหม่ที่มีผลอย่างยิ่งต่อชีวิตผู้คนโดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ที่ถูกตีตราว่าเป็นเผ่าพันธุ์ที่เลวร้ายและอันตราย

ตอนที่ 2 เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ การแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่น

การแพทย์สมัยใหม่ส่งผลกระทบต่อชาติพันธุ์ไม่เพียงแต่จากการขยายตัวของการแพทย์สมัยใหม่ที่เข้าทดแทนการแพทย์ดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ เท่านั้น แต่การแพทย์สมัยใหม่ได้สถาปนาความจริงว่าด้วยสุขภาพและความเจ็บป่วยใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อความคิดและความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติและชาติพันธุ์ด้วย แต่ก่อนที่เราจะได้วิเคราะห์เกี่ยวกับการแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่นเกี่ยวกับเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์นั้น จะขอทบทวนงานศึกษาด้านมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับชาติพันธุ์เพื่อสำรวจแนวคิดและแนวทางการวิจัยในด้านนี้ โดยทั่วไปงานศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์กับกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอยู่ มักให้ความสนใจกับระบบความคิดความเชื่อและแบบแผนการรักษาสุขภาพรวมทั้งบทบาทของหมอพื้นบ้านของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ (ดู สถาบันวิจัยชาวเขา ไม่ระบุปีที่พิมพ์, เพ็ญญาและคณะ 2541)

แนวทางการศึกษาลักษณะนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นแนว Ethnomedicine (ดู Nitcher 1992: xvii, fn 2) ซึ่งนิทเชอร์เรียกว่าเป็นการศึกษาการแพทย์ของ "คนอื่น" แนวการศึกษานี้แม้จะมีประโยชน์ในการเข้าใจระบบการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ แต่มีข้อจำกัดในแง่ที่มีได้สนใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ต่างๆ ในบทความนี้จะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ในลักษณะวิภาษวิธี (dialectic) กล่าวคือ ในขณะที่เราจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของชาติพันธุ์มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการเยียวยารักษา ในอีกด้านหนึ่งเราจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความรู้ อำนาจและปฏิบัติการของการแพทย์ที่กระทำต่อกลุ่มชาติพันธุ์ และการตอบโต้ของกลุ่มชาติพันธุ์ว่ามีการขัดแย้ง ต่อสู้ หรือ สยบยอมต่ออำนาจนั้นอย่างไร

ในตอนที่ 2 นี้จะเริ่มด้วยการทบทวนงานศึกษาทางมานุษยวิทยาบางชิ้นที่จะช่วยให้เราเข้าใจถึงพลวัตระหว่างการแพทย์กับการเมืองเรื่องเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์มากขึ้น หลังจากนั้นเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับอำนาจของการแพทย์ ซึ่งไม่ได้มีบทบาทในการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่อำนาจของการแพทย์และการเมืองได้สร้างอคติทางเชื้อชาติ จนไปสู่การขจัดเผ่าพันธุ์ที่สกปรกและไม่ใช่พันธุ์ดี จนถึงขั้นการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ทำลายชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก

มานุษยวิทยากับการแพทย์และชาติพันธุ์

การศึกษาด้านมานุษยวิทยาเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่กับชาติพันธุ์นั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทางคือ แนวทางแรกเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์กับแบบแผนการเจ็บป่วยและการเกิดโรค การศึกษาในแนวนี้อาจถือได้ว่าได้รับอิทธิพลจากการศึกษาทางระบาดวิทยา กล่าวคือมุ่งทำความเข้าใจอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ว่าสัมพันธ์กับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น ทศนคติและแบบแผนการดื่มสุราในกลุ่มชาวไอริช ยิว และอเมริกันโปรเตสแตนต์ (Knupfer & Room 1967) บริโภคนิสัยในหมู่ผู้อพยพชาวเอเชีย (Hunt 1976) หรือโรคพื้นบ้าน เช่น Susto ในหมู่สเปนิก-อเมริกัน (Rubel 1977) และโรคที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น Culture-bound Syndrome นอกจากนั้นลักษณะทางชาติพันธุ์ยังถูกใช้อธิบายลักษณะการแสดงออกทางอาการของโรค และแบบแผนการแสวงหาบริการทางการแพทย์ เช่น ชาวอิตาเลียนมักแสดงออกถึงอาการความเจ็บป่วยมากกว่าปกติเมื่อมาพบแพทย์ ในขณะที่ชาวไอริชจะไม่ค่อยแสดงออกแม้จะมีอาการมาก (Zola 1966)

แนวทางที่สองของการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์และชาติพันธุ์นั้น สนใจการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มาจากต่างชาติพันธุ์กัน (Harwood 1981) การศึกษาในแนวนี้นี้มีส่วนสำคัญในการช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความละเอียดอ่อนและเข้าอกเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยซึ่งมาจากพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างจากตนเอง มีการใช้เครื่องมือทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ เพื่อลดความเข้าใจผิดที่อาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ธรรมชาติ "ตัวแบบของการอธิบาย" หรือ "Explanatory model" และการแยกความแตกต่างระหว่างโรค (disease) กับความเจ็บป่วย (illness) (Kleinman 1980; Kleinman, Eisenberg & Good 1978) หรือ Semantic network analysis (Good 1994: 88-115) เป็นตัวอย่างของความพยายามที่จะเข้าใจข้ามพรมแดนวัฒนธรรมของชาติพันธุ์

แนวการศึกษาที่สามให้ความสนใจกับการที่ความรู้ วาทกรรม และปฏิบัติการทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและการเมืองระหว่างชาติพันธุ์ โดยพิจารณาภายใต้บริบททางการเมืองที่กว้างขึ้น งานศึกษาในแนวนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า วาทกรรมและปฏิบัติการทางการแพทย์สามารถส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อการเมืองเกี่ยวกับชาติพันธุ์ เช่น การวางแผนครอบครัวถูกใช้โดยรัฐบาลเผด็จการในการควบคุมกลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยไม่ให้มีประชากรมากเกินไปหรือการใช้การแพทย์เพื่อการคิดล้างพันธุ์ของมนุษย์ (Eugenic movement) ในอเมริกา (DOLAN 2000) ในระบบนาซี (Proctor 1988) การอ้างเหตุผลทางการแพทย์เพื่อสร้างความชอบธรรมในการค้าทาส (Szasz 1971) การเหยียดเชื้อชาติและการกดขี่ขูดรีดของจักรวรรดินิยม (Littlewood & Lipsedge 1990) หรือการกล่าวโทษกลุ่มชาติพันธุ์ว่าเป็นพาหนะนำโรค เช่นกรณีโรคเอดส์และชาวไฮติ (Farmer 1992)

พลวัตของอำนาจกับการแพทย์และชาติพันธุ์ในงานชาติพันธุ์นิพนธ์

งานวิจัยทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่น่าสนใจ ซึ่งศึกษาพลวัตทางการแพทย์และการเมืองเรื่องชาติพันธุ์ ได้แก่ งานของกลุสโกโลมบ์ (Golomb 1985) ซึ่งศึกษาการแพทย์ในบริบทของชุมชนหลากหลายชาติพันธุ์ของไทย งานของแครนดอน มาลามัด (Crandon Malamud 1991) ซึ่งศึกษาพลวัตของการแพทย์กับการเมืองเรื่องชาติพันธุ์ในโบลิเวีย และงานของพลิสกิน (Pliskin 1987) ศึกษาการพบกันของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้อพยพชาวอิหร่านกับแพทย์ชาวอิสราเอล งานทั้งสามชิ้นมีประเด็นที่น่าสนใจและแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายมิติของความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับชาติพันธุ์ได้อย่างน่าสนใจ

งานของ Louis Golomb เรื่อง An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand, (1985) ศึกษาในชุมชนมุสลิมในภาคต่างๆ ของไทยนั้น ได้แสดงให้เห็นว่า ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของการต่อรอง และการต่อสู้ทางการเมือง การเลือกใช้ระบบการแพทย์ใดในการเยียวยารักษาโรคนั้นไม่เพียงแต่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพแต่ยังเป็นการแสดงจุดยืนทางการเมืองอีกด้วย ที่เป็นเช่นนั้นเพราะการแพทย์สมัยใหม่นั้นได้กลายเป็นตัวแทนของรัฐไทย ซึ่งเพิ่งสถาปนาอำนาจการปกครองชุมชนมุสลิมเมื่อไม่นานนัก การต่อต้านขัดขืนการยึดครองอำนาจของรัฐไทยมีการแสดงออกหลายรูปแบบ และการแพทย์กับสุขภาพก็เป็นปริณทณหนึ่งของการท้าทายอำนาจและเป็นการแสดงออกซึ่งการไม่ยอมจำนนต่ออำนาจรัฐแบบหนึ่งด้วย งานของกลุสโกโลมบ์จึงแสดงให้เห็นว่า ขณะที่การแพทย์สมัยใหม่พยายามแทรกซึมเข้าสู่วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมนั้น กลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้ไม่ได้สยบยอมกับอำนาจดังกล่าวอย่างดุเชฎี ชาวไทยมุสลิมยังคงเลือกใช้การแพทย์ดั้งเดิมเพื่อต่อยอดความเป็นตัวตน ชาวไทยมุสลิมที่ปฏิเสธการ

ใช้การแพทย์สมัยใหม่นั้นให้เหตุผลว่า การยอมรับการแพทย์สมัยใหม่ นั้นก็เท่ากับการยอมรับความต่ำต้อย ความด้อยค่าของระบบการแพทย์ดั้งเดิม (Golomb 1985: 32) ในขณะเดียวกันการแพทย์พื้นฐานที่หลากหลายทั้งวัฒนธรรมความเชื่อแบบผี พราหมณ์ และพุทธ ต่างก็ปรากฏอยู่ในกระบวนการต่อรองและต่อต้าน ภายใต้โครงสร้างอำนาจระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ในท้องถิ่น

นอกเหนือจากงานของโกลอมบ์แล้วยังมีงานของแครนดอน มาลามัต ชื่อว่า *From the Fat of Our Soul: Social Change, Political Process and Medical Pluralism in Bolivia*, 1991 วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ การแพทย์พหุลักษณะใน altiplano ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ 3 กลุ่มคือ พวกอินเดียน ไอมารา (Animistic Aymara) ซึ่งเชื่อในวิญญาณ, พวกไอมารา เมธอดิส (Methodist Aymara) คือ อินเดียนพื้นเมืองที่ถือคริสต์นิกายเมธอดิส และเมสติโซ คาทอลิก (Catholic Mestizos) (ลูกผสมสเปนและอินเดียนพื้นเมืองซึ่งถือคาทอลิก) งานชิ้นนี้ต้องการศึกษาประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจของการต่อสู้เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย แครนดอน มาลามัต เริ่มต้นด้วยการทบทวนประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ของชาติพันธุ์ทั้ง 3 กลุ่ม ก่อนการปฏิวัติเมสติโซเป็นกลุ่มที่มีอำนาจเหนือและกดขี่พวกอินเดียนไอมาราที่บ้าน หลังการปฏิวัติเกิดการปฏิรูปที่ดินมีผลให้ไอมาราได้เป็นเจ้าของที่ดิน แต่ก็เป็นที่ดินขนาดเล็กไม่เพียงพอแก่การเลี้ยงตนเอง ขณะที่พวกเมสติโซต้องสูญเสียที่ดิน และเมสติโซจำนวนหนึ่งต้องอพยพไปอยู่ที่ลาปาซ (La Paz) คนที่ยังอยู่ที่เดิมก็ต้องอยู่อย่างยากลำบาก ขณะเดียวกันมีมิชชันนารีเมธอดิสได้มาทำกิจกรรมเผยแผ่ศาสนาคริสต์และสร้างโบสถ์ขึ้นในหมู่บ้าน มิชชันนารีได้ให้โอกาสชีวิตแก่พวกอินเดียนไอมาราที่หันมานับถือคริสต์และทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มที่มั่งมีในหมู่บ้าน

แครนดอน มาลามัต ได้พรรณนาความทุกข์ที่พวกอินเดียนไอมาราได้รับจากเมสติโซในอดีตและแสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านการแพทย์และสุขภาพได้รับอิทธิพลจากประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ในหมู่บ้าน เธอได้ยกตัวอย่างเรื่อง "karisiri" ซึ่งเป็นโรคพื้นบ้านอย่างหนึ่ง มีอาการเจ็บบริเวณท้องซึ่งอาจจะทำให้เสียชีวิตได้ ตามความเชื่อที่บอกกล่าวกันมานั้นในราว ค.ศ.1950 พระคาทอลิก Franciscan สวมหมวกทรงสูง มีหนวดเครายาว จะเดินท่องๆ ไปในยามค่ำคืนเพื่อจับคนพื้นเมืองไปสกัดเอาไขมันจากไตของเหยื่อและมอบแก่พระอาวูโรเพื่อนำไปทำน้ำมันวิเศษ ต่อมาใน ค.ศ.1970 เรื่องเกี่ยวกับ "karisiri" เริ่มเปลี่ยนไปเป็นว่า พวกเมสติโซได้ตัดเอาไตออกจากคนอินเดียนไอมาราและนำไขมันไปขายให้แก่ร้านขายยาที่ลาปาซเพื่อทำสบู่และน้ำหอมสำหรับส่งออกขายให้แก่นักท่องเที่ยวและพวกชนชั้นผู้ดี เรื่องราวนี้เองที่เป็นที่มาของชื่อหนังสือ "From the Fat of Our Soul" ของเธอ

สิ่งที่แครนดอน มาลามัตให้ความสนใจคือ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อด้านการแพทย์และสุขภาพ ว่าได้ถูกนำมาผลิตซ้ำโดยกลุ่มคนต่างๆ อย่างไร มันถูกผลิตซ้ำในฐานะที่เป็นวิธีการแลกเปลี่ยนด้านการเมืองและเศรษฐกิจ หรือในฐานะที่เป็นกลไกใช้อำนาจหรือขัดขวางการเปลี่ยนแปลงสังคม หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า พหุลักษณะทางการแพทย์ที่ดำรงอยู่นั้นไม่ได้เป็นเพราะเหตุผลด้านการแพทย์ แต่เป็นเหตุผลด้านการเมืองเป็นหลัก เธอสังเกตว่าเมสติโซใช้ความเชื่อด้านการแพทย์ ในฐานะที่เป็นคำเปรียบเปรยของ

การกดขี่ (metaphors of exploitation) กล่าวคือ ความเชื่อด้านการแพทย์ได้ถูกใช้เพื่อจัดความสัมพันธ์ด้านการเมืองและสังคมระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในชุมชน

งานของพลิสคินคือ *Silent Boundaries: Cultural Constraints on Sickness and Diagnosis of Iranian in Israel* (1987) เป็นการศึกษาการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้อพยพอิหร่านกับแพทย์ชาวอิสราเอล และปัญหาในการวินิจฉัยและการรักษาความเจ็บป่วย เช่นเดียวกับงานของแครนดอน มาลามัด กล่าวคือ พลิสคินเริ่มต้นด้วยประวัติศาสตร์ชาติยิวในยุค pre-Islamic Iran ซึ่งเล่าตั้งแต่ยิวติดครองอิสลามเรื่อยมา จนถึงยิวอพยพมาอยู่อิสราเอล เนื่องจากพลิสคินต้องการชี้ให้เห็นว่ายิวที่อาศัยอยู่ในประเทศอิหร่านคือชาวอิหร่าน ดังนั้น การที่ต้องอพยพเข้ามาอาศัยอยู่อิสราเอล จึงทำให้ประสบการณ์การเป็นคนยิว-อิหร่านในอิสราเอลจำนวนมากนั้นอยู่บนรากฐานวัฒนธรรมคนยิว-อิหร่าน

พลิสคินวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับโรคท้องถื่นชื่อ "narahati" เป็นคำที่ใช้โดยคนอิหร่าน หมายความว่าภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่แสดงออกเป็นอาการทางกาย ความรู้สึกไม่สบายที่พบบ่อยในหมู่คนยิว-อิหร่านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดในระดับบุคคล และสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้อำนาจทางสังคม แม้ว่า "narahati" จะมีรากฐานมาจากภาวะทางสังคมแต่จะแสดงออกด้วยอาการทางกายคือความเจ็บป่วย

พลิสคินเปิดเผยให้เห็นถึงประสบการณ์ของคนยิว-อิหร่านได้เผชิญกับความเครียดในสังคมอิสราเอล ซึ่งพลิสคินเรียกว่า ความไม่ประสานกันด้านสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural dissonance) หมายถึงความไปด้วยกันไม่ได้ระหว่างแนวคิดด้านพฤติกรรมและความสัมพันธ์ทางสังคมของยิว-อิหร่าน และความสัมพันธ์ทางสังคมในอิสราเอล เนื่องจากคนยิว-อิหร่านโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ก่อนที่จะอพยพมาอยู่ในอิสราเอลนั้น เติบโตและคุ้นเคยกับสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ใกล้ชิดแบบครอบครัวและมีลักษณะเคารพผู้อาวุโส ในขณะที่สังคมอิสราเอลเป็นสังคมที่ถูกสร้างขึ้นให้เป็นสังคมทันสมัยทุกคนเท่าเทียมกัน การแสดงออกซึ่งความสับสนไม่ลงรอยกันของคนยิว-อิหร่านนั้นเต็มไปด้วยความพหุ มั่ว ไม่มีขอบเขตที่ชัดเจนของอาการทางกาย ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยของแพทย์อิสราเอล

พลิสคินวิเคราะห์ไว้อย่างน่าสนใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการแพทย์กับภาพพจน์แบบเหมารวม (stereotype) ที่ชาวอิสราเอลมีต่อชาวอิหร่าน เช่น คนอิหร่านเป็นคนโง่ ขี้เกียจ ขี้สงสัย ขี้เหนียว ล้าหลัง และชอบหลอกลวง ซึ่งแพทย์อิสราเอลก็มีทัศนคติอันลบต่อชาวยิว-อิหร่านและทัศนคติเหล่านี้สะท้อนผ่านการดูแลรักษาผู้ป่วยยิว-อิหร่านของแพทย์อิสราเอล เมื่อผู้สูงอายุชาวอิหร่านมารักษาด้วยอาการวิตกกังวล เครียด และสับสนโดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุทางการแพทย์ได้ แพทย์อิสราเอลก็จะวินิจฉัยว่าเป็นแขกเปอร์เซียอักเสบ "parsitis" พลิสคินให้ความเห็นว่าการวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการเช่นนี้ เป็นวิธีการที่แพทย์อิสราเอลใช้เพื่อเผชิญกับความอึดอัด และความคับข้องใจเมื่อพวกเขาไม่สามารถใช้ความรู้ทางการแพทย์รักษาอาการที่มีรากฐานจากปัญหาสังคมได้อย่างเต็มที่

ปัญหาอคติชาติพันธุ์และความไม่เข้าใจระหว่างวัฒนธรรมส่งผลให้ชาวอิหร่านต้องพบกับความยากลำบากเมื่อต้องการให้แพทย์อิสราเอลออกไปรับรองแพทย์เพื่อใช้ในการสมัครงาน การขอชดเชยค่า

รักษา นอกจากนั้นความไม่เข้าใจสาเหตุและปัญหาความเจ็บป่วยอย่างแท้จริงยังทำให้แพทย์อิสราเอล วินิจฉัยโรคผิด เป็นผลให้ชาวอิหร่านต้องแสวงหาการรักษาความเจ็บป่วยทางกายไปเรื่อยๆ ทั้งที่ในความเป็นจริงนั้นความเจ็บป่วยของพวกเขาไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย

งานของแครนดอน มาลามัด และพลิสติน ใช้แนวทางการศึกษาที่ต่างกัน แครนดอน มาลามัด เปิดเผยให้เห็นว่าวาทกรรมทางการแพทย์นั้นสามารถถูกควบคุมและมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างไร แครนดอน มาลามัดเชื่อว่าการแพทย์เป็นเพียงแหล่งทรัพยากรขั้นแรก (primary resource) ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อให้เข้าถึงทรัพยากรขั้นที่สอง (secondary resource) คือผลประโยชน์ทางการเมืองและเศรษฐกิจ ขณะที่พลิสตินแสดงถึงธรรมชาติความสัมพันธ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ และผลกระทบของมันต่อปฏิบัติการทางการแพทย์และความเจ็บป่วย งานทั้งสองชิ้นนี้ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์กับสุขภาพในมิติความสัมพันธ์ของอำนาจอย่างเด่นชัด งานแครนดอน มาลามัด กลุ่มชาติพันธุ์เมสติโซได้ช่วงชิงการนิยามและตีความความเจ็บป่วยใหม่เพื่อผลทางการเมืองจากกลุ่มอินเดียนไอมารา ด้วยเหตุนี้การแพทย์พหุลักษณะจึงถูกนำไปใช้เพื่อการเมืองของชาติพันธุ์ กรณีชาวยิว-อิหร่าน ในงานของพลิสติน พวกเขาเป็นชนกลุ่มน้อยในอิสราเอลและอยู่ภายใต้การแพทย์กระแสหลักของอิสราเอล ชาวยิว-อิหร่านเหล่านี้ไม่มีอำนาจต่อรอง ความไม่เข้าใจวัฒนธรรมและปัญหาความเจ็บป่วยของยิว-อิหร่านนั้นทำให้ทั้งผู้ป่วยและแพทย์ซึ่งมาจากพื้นฐานด้านชาติพันธุ์ที่แตกต่างกันทำให้การแพทย์ไร้ประสิทธิภาพ

ความน่าสนใจอีกประการหนึ่งของงานทั้งสองชิ้นนี้ คือ การนิยามความเป็นชาติพันธุ์ แครนดอน มาลามัด นิยามความเป็นชาติพันธุ์ว่า เป็นผลผลิตของความขัดแย้งทางชนชั้น การกดขี่ และการต่อต้าน ซึ่งถูกกลบเกลื่อนโดยทำให้กลายเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมที่ต่างกันของชาติพันธุ์ เธอพยายามให้เหตุผลว่ากลุ่มชาติพันธุ์ทั้งสามกลุ่ม แท้จริงแล้วต่างมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน ความแตกต่างเกี่ยวกับการอธิบายสาเหตุของโรคซึ่งมักคิดกันว่า เป็นผลมาจากพื้นเพด้านวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างกันนั้น แท้ที่จริงแล้วไม่ได้เกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม แต่เกิดจากความแตกต่างทางเศรษฐกิจและการเมือง การเลือกที่จะใช้คำอธิบายโรค ชื่อโรค หรือวิธีการรักษาแบบใดแบบหนึ่งที่มีอยู่หลากหลายในชุมชนนั้น ไม่ใช่เกิดระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีอยู่ของแต่ละกลุ่ม แต่การเลือกนั้นเป็นการแสดงออกว่าตนเป็นพวกเดียวกันกับใคร และเป็นการจัดความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและการเมืองเพื่อให้เข้าถึงทรัพยากรของพวกนั้น สำหรับพลิสติน แม้จะไม่ได้นิยามชาติพันธุ์ไว้ชัดเจนนัก แต่เธอได้แสดงถึงพลวัตของอัตลักษณ์กลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่ในการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม และความเป็นพลวัตนี้เองที่ยิว-อิหร่านต้องเผชิญกับความยุ่งยากเมื่อต้องตีความปรากฏการณ์ทางสังคมในอิสราเอลใหม่ด้วยวิธีคิดแบบเดิมของตนจนนำไปสู่ประสบการณ์ของ "narahati" ในแง่ที่ชาติพันธุ์ในความหมายของพลิสตินนั้นมีรูปแบบการแสดงออกเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมการเมืองที่ผู้คนเผชิญ

งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์ที่ดำรงอยู่ในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์นั้นไม่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อการเยียวยารักษาเพียงประการเดียว แต่ถูกนำไปใช้เป็นสัญลักษณ์ทั้งเพื่อป้องกัน

การคุกคามของ “ความเป็นอื่น” (เช่น การคุกคามของอำนาจรัฐที่มาจากการแพทย์สมัยใหม่ในงานของ โกลอมป์) สร้างความเป็นอื่น (เช่น งานของพลิสติน) และเพื่อจัดความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและการเมือง (เช่น งานของแครนดอน มาลามัด)

การแพทย์ การสร้างเหยื่อ และชะตากรรมของความเป็นอื่น

รอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์ได้สร้างวาทกรรม “ความเป็นอื่น” ให้กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ซึ่งทำให้เหยื่อที่ถูกกล่าวโทษต้องเผชิญกับชะตากรรมที่เลวร้าย งานของ Paul Farmer (1992) ได้แสดงให้เห็นว่า ในยุคที่เอดส์ระบาดหนักนั้น ชาวไฮติถูกกล่าวหาว่าเป็นต้นเหตุของโรคเอดส์จึงมีผลให้ชาวไฮติในสหรัฐอเมริกาถูกรังเกียจ และกีดกัน วาทกรรมการสร้างความเป็นอื่นให้แก่ชาวไฮตินั้น มีมาก่อนที่เอดส์จะแพร่ระบาดแล้ว ชาวไฮติถูกมองว่า เป็นพวกขอลาน ตัวร้ายกาจหรือคนที่น่ารำคาญ คนจรจัด คนไม่รู้หนังสือ คนที่เต็มไปด้วยเชื้อโรค วาทกรรมทางการแพทย์ที่โทษคนไฮติว่าเป็นต้นเหตุการแพร่ระบาดของเอดส์จึงถูกสร้างขึ้นบนฐานอคติทางชาติพันธุ์ที่มีอยู่เดิม และได้ตอกย้ำความเป็นอื่นให้กับชาวไฮติยิ่งขึ้นไปอีก

กรณีไฮติ มิใช่กรณีเดียวที่การแพทย์ได้สร้างความเป็นอื่นให้แก่กลุ่มชาติพันธุ์ ในประวัติศาสตร์ตะวันตก ช่วงปลายศตวรรษที่ 19 และต้นศตวรรษที่ 20 การแพทย์ได้สร้างความรู้เกี่ยวกับเชื้อชาติบริสุทธิ์ เพื่ออ้างความชอบธรรมการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ผู้บริสุทธิ์จำนวนมาก หนังสือ Racial Hygiene: Medicine under the Nazis โดย Robert N. Procter (1988) ได้แสดงให้เห็นว่าการแพทย์และอำนาจของการแพทย์ซึ่งร่วมมือกับการเมืองนั้นได้ทำลายผู้บริสุทธิ์อย่างไร ประเด็นสำคัญที่ Procter นำเสนอคือปฏิบัติการต่างๆ ของแพทย์ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้มาจากการแทรกแซง กดดัน บีบบังคับของการเมืองหรือนาซีแต่อย่างใด ตรงกันข้าม การแพทย์เป็นฝ่ายเสนอความร่วมมือ ยินยอมพร้อมใจ กับอำนาจการเมืองเพื่อสร้างและนำความรู้เกี่ยวกับเผ่าพันธุ์ และเชื้อชาติบริสุทธิ์ มาสร้างความเป็นอื่นให้เชื้อชาติยิว

พรอคเตอร์ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์ถูกนำไปใช้เพื่อปกป้องมิให้เชื้อชาติเยอรมันต้องเสื่อมถอยตามทฤษฎีการคัดเลือกโดยธรรมชาติของดาร์วิน ความหวาดกลัวว่าเชื้อชาติตนเองจะเสื่อมถอย เนื่องจากการแพทย์ได้เข้าไปแทรกแซงกระบวนการคัดเลือกโดยธรรมชาติ โดยการยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอหรือมีโรค ซึ่งจะมีผลให้ผู้ที่อยู่รอดนั้นไม่ใช่ผู้ที่เหมาะสมที่จะอยู่ เยอรมันจึงคิดค้นวิธีการเพิ่มพูน “ความสมบูรณ์ของเชื้อชาติ” (racial hygiene) ของตน ประเทศเยอรมันภายใต้การนำของนาซีมีบทบาทหลักและพัฒนาการแพทย์พันธุกรรมมากกว่าประเทศอื่น มีการจัดตั้ง The National Socialist Physicians' League เพื่อประสานงานกับนโยบายการแพทย์นาซี และแพทย์เหล่านี้ยอมรับว่า การทำให้เชื้อชาติบริสุทธิ์เป็นภารกิจหลักหนึ่งของพวกเขา แพทย์ทุกคนจึงได้รับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ทางพันธุกรรม กล่าวได้ว่า การแพทย์เยอรมันในยุคสมัยฮิตเลอร์มีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์เพื่อสร้างความสมบูรณ์

ทางเชื้อชาติ ในปี ค.ศ.1936 เยอรมันได้ประกาศว่า “เชื้อชาติ ได้กลายเป็นแก่นกลางอุดมการณ์ของชาติใหม่”

วิทยาศาสตร์ การแพทย์ และการเมือง ได้ร่วมกันสร้างความรู้เกี่ยวกับเชื้อชาติ ความเชื่อที่ว่าวิทยาศาสตร์คือพื้นฐานของการสร้างเชื้อชาติที่เข้มแข็ง และยังเชื่อว่าวิทยาศาสตร์นั้นมีความเป็นกลางและความชอบธรรมที่จะกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ วิทยาศาสตร์เชื้อชาติ (racial science) ได้เข้ามานิยามความหมายใหม่ให้แก่เชื้อชาติ พร้อมทั้งเสริมอำนาจและความชอบธรรมให้แก่การเมือง เพื่อกีดกัน เบียดขับเชื้อชาติที่ “เป็นอื่น” ในส่วนท้ายของหนังสือ พรอคเตอร์พยายามชี้ให้เห็น การแพทย์ได้เข้าไปร่วมมือกับนาซีอย่างไร หลังจากทีนาซีได้เปลี่ยนปรัชญาการแพทย์นาซีจาก การดูแลสุขภาพ (health care) ไปสู่ ผู้นำสุขภาพ (health leadership) มีความหมายว่า การดูแลสุขภาพนั้นจัดขึ้นเพื่อผู้ที่ไร้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ขณะที่ปรัชญาผู้นำสุขภาพ นั้นมุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ที่แข็งแรง ละทิ้งคนอ่อนแอ ปรัชญานี้ได้แปรไปสู่โครงการทำลายชีวิตผู้ที่มีชีวิตอยู่แบบไม่มีคุณค่า (lives not worth living) ค.ศ.1939 ฮิตเลอร์เห็นชอบกับโครงการฆ่าผู้ที่มีชีวิตอยู่แบบไม่มีคุณค่า (lives not worth living) ซึ่งอยู่ภายใต้ Committee for the Scientific Treatment of Severe, Genetically Determined Illness เป็นชุดทำงานซึ่งแพทย์มีบทบาทนำ และทำหน้าที่คัดเลือกผู้พิการ ผู้ป่วยด้วยโรคกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยทางจิต เพื่อทำลายหรือฆ่าทิ้งเสีย

มีการคาดประมาณว่าใน ค.ศ.1943 มีเด็กมากกว่า 5,000 คน และผู้ใหญ่ 70,000 คนถูกฆ่าตาย การทำลายล้างมนุษยได้ข้ามมาสู่เชื้อชาติยิว นาซีได้สร้างความเชื่อว่า ยิวเป็นสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคที่อยู่ในร่างกายชาวเยอรมัน จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางการแพทย์กำจัดคนยิว โดยการแยกเชื้อโรค (คือคนยิว) ออกจากร่างกายคนเยอรมันและยุโรป การส่งชาวยิวไปอยู่ในค่ายกักกัน (ghetto) นาซีเชื่อว่าจะเป็น การปกป้องชาวเยอรมันจากอันตรายของเชื้อโรคได้ ที่ค่ายกักกันในวอร์ซอชาวยิวต้องเผชิญกับความอดอยาก และการแพร่ระบาดของโรคไทฟอยด์ มีคนยิวตายวันละ 400 คน และมากที่สุด 4,100 คนต่อเดือน ค.ศ.1941 คนยิวที่อยู่ในโรงพยาบาลถูกฆ่าตายทั้งหมด ไม่ใช่ด้วยเหตุผลของ euthanasia แต่เพราะพวกเขาเป็นเชื้อชาติยิว นอกจากนี้ นาซียังเลือกการแพทย์แบบธรรมชาติ (natural medicine) และหลีกเลี่ยงสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษต่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เยอรมันเป็นเผ่าพันธุ์ที่บริสุทธิ์และมีคุณภาพ

การสร้างเส้นแบ่งความเป็นเราและความเป็นเขา ผ่านเชื้อชาตินั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในเยอรมันนี้เท่านั้น ผิวสี เชื้อชาติ และโรค เป็นความสัมพันธ์ซึ่งการแพทย์ใช้และถูกใช้เพื่อสร้างความเป็นอื่นอยู่ตลอดเวลา ในประเทศสหรัฐอเมริกา การรังเกียจคนผิวสี และการดูถูกคนผิวสีดำถูกตอกย้ำด้วยวงการแพทย์ที่เสนอว่าคนผิวดำสามารถทำงานท่ามกลางแสงแดดที่ร้อนระอุได้เนื่องจากพวกเขามีผิวหนังที่หนากว่า หรือการเสนอว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมาเลเรียของคนผิวดำนั้น ต่างจากคนขาวเพราะการเจ็บป่วยด้วยมาเลเรียของคนผิวดำนั้นไม่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของคนผิวดำ จึงไม่จำเป็นต้องสนใจว่าคนผิวดำจะมีสภาพความเป็นอยู่อย่างไร (White 2002: 153)

กระบวนการคิดล้างพันธุ์ (Eugenic Movement) ในสหรัฐทวีความเข้มข้นในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 รัฐบาลสหรัฐเห็นว่าพันธุกรรมที่ดีของตนจะต้องถูกปนเปื้อนด้วยพันธุกรรมของพวกผู้อพยพและพันธุกรรมที่ไม่สมบูรณ์ นักวิจัยด้านพันธุกรรมเสนอให้จัดการทำหมันพวกพันธุกรรมพร่องเหล่านี้ บางคนถึงกับเสนอให้ใช้การฆ่าด้วยวิธีที่ไม่ทรมาน (Euthanasia) และการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ (Genocide) ปี 1907 การทำหมันพวกอาชญากรเริ่มต้นที่อินเดียน่า และมีการออกกฎหมายให้ทำหมันบุคคลต่างๆ เช่น พวกขลาดเขลา (feeble-minded), พวกคนบ้า, อาชญากร, พวกเป็นโรคลมชัก, เป็นโรค, ตาบอด, หูหนวก, พิกลพิการ, อ่อนแอต้องพึ่งพาผู้อื่น, รวมทั้งลูกกำพร้า และพวกจรจัดด้วย รัฐต่างๆ ทอยออกกฎหมายทำหมัน ตามมาอีก รวมเป็น 12 รัฐ และกฎหมายนี้เองเป็นต้นแบบให้นาซีเยอรมันนำไปใช้ (Dolan 2000) (www.eugenicsarchive.org/eugenics)

ประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา การแพทย์ได้สถาปนาอำนาจความรู้เพื่อปกป้อง ช่วยเหลือให้มนุษยชาติพ้นจากความเจ็บป่วย แต่ในอีกด้านหนึ่งเราพบว่าการแพทย์ได้ใช้อำนาจความรู้เพื่อการแบ่งแยก การแพทย์และอำนาจของการแพทย์ได้สร้างความเป็นอื่น และตอกย้ำให้เส้นแบ่งระหว่างเชื้อชาติดีและเชื้อชาติไม่ดี ชัดเจนขึ้น โดยการสร้างนิยามความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติไม่ดี ไม่บริสุทธิ์กับโรคหรือความเจ็บป่วย หรือในกรณีสุดขั้วนั้น การแพทย์กับอำนาจการเมือง ซึ่งร่วมมือกันภายใต้อุดมการณ์ความบริสุทธิ์ของเผ่าพันธุ์ตนเองนั้น ได้นำไปสู่การฆ่าเผ่าพันธุ์อื่นอย่างไร้ความเมตตา เพื่อให้เหลือเพียงเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์ของตนเองเท่านั้น

ตอนที่ 3

เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ กับพันธุกรรม : การแพทย์ชีวภาพชั้นสูงและพันธุวิศวกรรมกับความเป็นอื่น

วันที่ 28 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2546 หนังสือพิมพ์เดอะเนชั่นรายงานข่าวว่า ศาลที่อังกฤษตัดสินให้ผู้ที่เป็นเจ้าของเชื้ออสุจิเป็นพ่อที่ถูกต้องตามกฎหมายของเด็กหลอดแก้ว กรณีที่ฟ้องร้องอ้างสิทธิ์ความเป็นพ่อนี้ เกิดจากสามีภรรยาผิวขาวคู่หนึ่งไปทำการผสมเทียม โดยใช้เชื้อและไข่ของตน ปรากฏว่าเมื่อตั้งท้องและภายหลังคลอดบุตรออกมาเป็นลูกแฝดนั้น ลูกทั้งคู่ของเขามีลักษณะพันธุกรรมของคนผิวขาวกับผิวดำ เมื่อตรวจสอบจึงพบว่าเกิดการผิดพลาดเมื่อทางเจ้าหน้าที่ใช้เชื้ออสุจิของคนผิวดำในการผสมกับไข่แทนอสุจิของสามี

การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องราวทางด้านพันธุกรรม ซึ่งโดยปริยายจะต้องเกี่ยวข้องกับเส้นแบ่งของเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่บทบาทของการแพทย์และเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ในบริบทของเทคโนโลยีการแพทย์ชั้นสูงนี้มีความสลับซับซ้อนขึ้นอย่างยิ่ง ที่โรงพยาบาลกรู๊ด สเกอร์ ซึ่งเป็นศูนย์เปลี่ยนถ่ายอวัยวะในอาฟริกาใต้ ช่วงรัฐบาลผิวขาวซึ่งปกครองด้วยระบอบ Apartied พบว่าร้อยละ 85 ของการเปลี่ยนหัวใจที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้แก่คนผิวดำ Schepers-Huges รายงานในบทความของเธอ (2000) ว่าแพทย์ที่นั่นบอกว่า ในยุค Apartied การผ่าตัดเอาหัวใจออกจากร่างกาย

เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องการหัวใจใหม่นั้น ทำไปได้โดยไม่ต้องมีการบอกกล่าวหรือขอความยินยอมของเจ้าของหรือผู้ตาย ในขณะที่โรงพยาบาลในยุคนั้นยังแบ่งแยกที่พักผู้ป่วยออกตามนโยบายแยกผิว แต่ศัลยแพทย์หัวใจไม่เคยลังเลที่จะผ่าเอาหัวใจของคนผิวดำหรือคนเลือดผสมไปใส่ให้กับคนผิวขาว ศัลยแพทย์ที่นั่นบอกกับ Schepers-Huges ว่าเขาไม่มีนโยบายเหยียดผิว ปัญหาก็คือว่าการเอาอวัยวะของคนผิวดำไปใช้กับคนผิวขาวอย่างเอิกเกริก โดยแทบไม่เคยมีการเอาอวัยวะของคนผิวขาวมาช่วยชีวิตคนผิวดำนั่น ถือว่าเป็นอคติทางชาติพันธุ์หรือไม่ การมองเพียงแค่มีการผ่านข้ามเส้นแบ่งระหว่างชาติพันธุ์แล้วอ้างว่าไม่มีอคติทางชาติพันธุ์นั้นอาจไม่เพียงพอ เพราะเราคงจะต้องพิจารณาด้วยการข้ามผ่านเส้นแบ่งนั้นมีทิศทางอย่างไร ในกรณีนี้หัวใจคนดำข้ามผ่านเส้นแบ่งมาใช้รักษาคนขาวในทิศทางเดียวเท่านั้น

การข้ามเส้นแบ่งทางชาติพันธุ์ของอวัยวะและชิ้นส่วนมนุษย์นั้นไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงในอาฟริกาใต้เท่านั้น งานศึกษาเกี่ยวกับการลักลอบนำชิ้นส่วนและอวัยวะของมนุษย์ไปใช้เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะนั้นแสดงให้เห็นถึงเครือข่ายการค้าชิ้นส่วนมนุษย์ที่ครอบคลุมประเทศต่างๆ มีบริษัทจัดหาอวัยวะและนายหน้าหาอวัยวะ (organ broker) ที่ต้องการ "อวัยวะสด" คือชิ้นส่วนที่ผ่าตัดออกจากร่างกายของผู้ที่มีชีวิตอยู่ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีฐานะดี เพราะผู้ป่วยเหล่านี้พร้อมที่จะจ่ายเงินจำนวนมากเพื่ออวัยวะสด แทนที่จะใช้อวัยวะที่ "เก็บเกี่ยว" มาจากศพที่เสียชีวิตถูกเงิน เช่น อุบัติเหตุ เพราะอวัยวะจากศพนั้นไม่มีหลักประกันว่าจะได้รับการผ่าตัดออกจากร่างกายรวดเร็วเพียงพอ หากศพเสียชีวิตนานจึงผ่าเอาอวัยวะหรือการขนส่งเคลื่อนย้ายอวัยวะไม่ได้มาตรฐาน ก็อาจได้อวัยวะที่เสื่อมสภาพ ปัญหาก็คือบริษัทและนายหน้าเหล่านี้หาอวัยวะมาจากไหน ข้อมูลจากเครือข่ายเฝ้าระวังการค้าชิ้นส่วนมนุษย์ชี้ให้เห็นว่าอวัยวะเหล่านี้ส่วนมากมาจากประเทศโลกที่สาม เช่น บราซิล อินเดีย ปากีสถาน จีน และอาฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคนพื้นเมืองในประเทศเหล่านี้

ความสัมพันธ์ของการแพทย์กับเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น ยังเป็นผลมาจากเทคโนโลยีการแพทย์และวิศวกรรม พันธุกรรมศาสตร์ใหม่นี้ได้นิยามความจริงเกี่ยวกับชีวิตขึ้นใหม่แต่ก็ยังมีร่องรอยของความจริงเก่าที่น่าตระหนกของการล้างเผ่าพันธุ์ปรากฏเป็นเงาตะคุ่มอยู่ข้างหลัง ชีวิตที่ดีขึ้นถูกนิยามว่าเป็น "ยีนลิต" และยีนนี้เองที่จะเป็นกุญแจไปสู่การมีชีวิตที่สมบูรณ์แบบและสังคมที่พึงประสงค์ แต่หากศึกษาจากบทเรียนทางประวัติศาสตร์ เราจะเห็นถึงอำนาจและความรู้ทางการแพทย์ได้มีบทบาทในการนิยามและการจัดการ "ความเป็นอื่น" ในบริบทของโลกทุนนิยมเสรีนิยมในปัจจุบัน เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางการแพทย์และพันธุวิศวกรรม มีข้อพึงสังวรณที่เราสามารถสรุปจากบทเรียนเกี่ยวกับการแพทย์ชาติพันธุ์และการสร้างความเป็นอื่นในประวัติศาสตร์และเป็นข้อเตือนใจในการพิจารณาผลพวงของเทคโนโลยีใหม่ๆ เหล่านี้หลายประการ คือ

1. ในระบอบทุนนิยมนั้น อวัยวะ/ชิ้นส่วน/เซลล์ และสารพันธุกรรม (genetic material) มีสถานะไม่ต่างไปจากวัตถุดิบเพื่อการผลิตและการค้า ในบริบทของทุนนิยมสุดโต่ง ปัจจัยการผลิต การจัดการ และรูปแบบของการสะสมทุนถูกพัฒนาไป การแสวงหาปัจจัยการผลิตและวัตถุดิบเป็นไปอย่างไร

พรมแดน แนวโน้มที่ปรากฏชัดเจนก็คือ อวัยวะ/ชิ้นส่วน/เซลล์ รวมทั้งสารพันธุกรรมเป็นสิ่งที่หาและจัดการได้ยากในโลกที่หนึ่งแต่กลับกลายเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายและราคาถูกในโลกที่สามและในหมู่คนจนจะถูกถลุงไปใช้ประโยชน์ไม่ต่างไปจากการถลุงแร่หรือทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ ที่เคยเป็นมาในยุคอาณานิคม ยิ่งการขยายตัวของตลาดการปลูกถ่ายอวัยวะทำให้ความต้องการของอวัยวะ/ชิ้นส่วน/ เซลล์ มีมากขึ้น คนจนจะถูกนิยามและได้รับการปฏิบัติต่อในฐานะที่ไม่ต่างไปจากแหล่งวัตถุดิบ จากการไล่ล่าแม่มด (witch hunt) ปัจจุบันเรามีการไล่ล่ายีน (Gene hunt) โดยนักวิจัยทางพันธุกรรมออกเดินทางไปในส่วนต่างๆ ของโลก แสวงหากลุ่มประชากรที่มีลักษณะทางกายภาพ (phenotype) แปลกๆ เพื่อเก็บตัวอย่างสารพันธุกรรม (ทั้งโดยที่คนเหล่านั้นรับรู้และไม่รับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับเลือดหรือ “ตัวอย่าง” ที่ได้ไปจากเขา) และนำมาวิจัยหาชิ้นแปลกๆ เพื่อนำไปจดสิทธิบัตร สิทธิบัตรเหล่านี้กลายเป็นสมบัติของบริษัทธุรกิจที่กำลังช่วงชิงที่จะครอบครองความเป็นใหญ่ใน “เศรษฐกิจฐานความรู้” (Knowledge-based economy) นอกจากนั้นการทดลองโดยเฉพาะในงานวิจัยที่ยังไม่มีความชัดเจนแน่นอนว่าจะเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดในกลุ่มที่ง่ายต่อการชักจูง ไม่รู้เท่าทัน หรือเป็นพวกที่ไม่มีอำนาจต่อรองและไม่อาจปฏิเสธได้ การผ่าตัดเปลี่ยนปอดรายแรกในประวัติศาสตร์ การแพทย์ซึ่งทำโดยนายแพทย์ เจมส์ ฮาร์ดี (James Hardy) แห่งศูนย์การแพทย์มิสซิสซิปปี ในปี ค.ศ.1963 นั้น ใช้นักโทษซึ่งต้องโทษในคดีฆาตกรรมเป็น “สัตว์ทดลอง” ในการผ่าตัด เขาตายหลังการผ่าตัดได้เพียง 18 วัน (Kimbrell 1994: 26) นอกจากนี้ “นักโทษ” ซึ่งครั้งหนึ่งถูกจองจำในสถานะของพวกที่ต้องได้รับการฝึกฝนให้รู้จักการทำงานและปลูกฝังวินัยการผลิตในระบบทุนนิยม บัดนี้ผู้ถูกกักขังจงจำกำลังกลายเป็นแหล่งวัตถุดิบของชิ้นส่วนและอวัยวะ รายงานเกี่ยวกับการใช้อวัยวะของนักโทษปรากฏอย่างเด่นชัดในประเทศจีน (Scheper-Huges 2000: 196) และอาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประเทศที่มีกฎหมายกำหนดให้ร่างกายและอวัยวะของบุคคลที่ตายไปตกเป็นสมบัติของรัฐ เช่น สิงคโปร์ เบลเยียม และบราซิล เป็นต้น

2. ตระกูลของทุนนิยมที่เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ระดับสูงนั้นอยู่ที่การแสวงหากำไรสูงสุด คำมั่นสัญญาว่าพันธุวิศวกรรมหรือเวชศาสตร์พันธุกรรมที่จะปลดปล่อยมนุษยทั้งมวลจากความทุกข์ จำเป็นต้องตรวจสอบด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมา ในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา ไม่มีการผลิตและพัฒนาายหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อการรักษาโรคมาเลเรีย โรคเรื้อน หรือวัณโรคเลย ที่เป็นเช่นนั้นเป็นเพราะโรคเหล่านี้ได้กลายเป็นโรคของประเทศที่ยากจนและเป็นมากในหมู่คนยากจน ซึ่งไม่มีกำลังซื้อ บริษัทที่พัฒนาและผลิตยาในระบบทุนนิยมนั้นมีเป้าหมายในการแสวงหากำไร ในขณะที่ยาสำหรับคนจนเหล่านี้ไม่สามารถทำกำไรได้เท่ากับการวิจัยและพัฒนาที่ทำกำไรสูง “ยุคพระศรีอริยทางการแพทย์” ที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ขั้นสูงให้คำมั่นสัญญานั้น อาจเป็นการปลดปล่อยสำหรับชนชั้นผู้นำทางเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้น ภายใต

ระบอบทุนนิยมนี้ เทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์จะมีผลในการถ่างช่องว่างความไม่เท่าเทียมทางสังคม โดยคนจนจะถูกกีดกันด้วยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จนไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้จนกลายเป็นพวกชนชั้นทางเทคโนโลยี (Technological underclass) ช่องว่างทางสังคมยังจะถ่างมากขึ้นระหว่างประเทศโลกที่หนึ่งกับโลกที่สาม เนื่องจากการแบ่งแยกแตกต่างทางเทคโนโลยี (Technological divide) ประเทศโลกที่หนึ่งกลายเป็นผู้ผูกขาดการผลิตและพัฒนาเทคโนโลยี ในขณะที่ประเทศโลกที่สามต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีที่ผลิตจากโลกที่หนึ่งมากขึ้น

3. ในปัจจุบัน เริ่มปรากฏเด่นชัดขึ้นว่า เทคโนโลยีด้านพันธุกรรมทางการแพทย์กำลังถูกใช้เพื่อการคัดกรองและกีดกันคนที่ "พันธุกรรม" มีปัญหาทำให้ไม่สามารถเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม บริษัทประกันในสหรัฐอเมริกาหาทางหลีกเลี่ยงการรับประกันสุขภาพให้กับบุคคลที่มีผลการตรวจทางพันธุกรรมที่บ่งบอกว่าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆ เช่น มะเร็ง นอกจากนี้ บริษัทต่างๆ ยังมีแนวโน้มที่จะไม่รับบุคคลเหล่านี้เข้าทำงานเนื่องจากจะต้องสูญเสียสวัสดิการและค่ารักษาพยาบาลในเวลาป่วยไข้ นอกจากนี้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในบางกรณีมีเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความเหมาะสมในการลงทุนหรือไม่ เช่น กรณีการล้างไต ในบางประเทศ เช่น ออฟริกาใต้ รัฐสนับสนุนงบประมาณการล้างไตจากภาครัฐ เฉพาะกับผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่าสามารถเปลี่ยนถ่ายไตและอยู่ระหว่างการรอทำการผ่าตัดเท่านั้น การแพทย์ได้กลายเป็นผู้คุมประตู (Gate Keeper) ที่จะอนุญาตให้ใครเข้าออกตามเกณฑ์ที่การแพทย์กำหนด ปัญหาก็คือเกณฑ์ทางการแพทย์เหล่านี้ได้ทำให้ใครบ้างต้องตกอยู่นอกกรอบและกลายเป็นพวกที่ไม่เหมาะสมที่จะมีโอกาสที่ดีของชีวิต หรือแม้แต่ไม่เหมาะสมที่จะได้มีชีวิต กรณีของการเลือกเพศเด็กแรกเกิดเป็นตัวอย่างของ "พวกพันธุกรรมมีปัญหา" คือพวกผู้หญิงซึ่งมีลักษณะทางยีน (Genotype) เป็น XX นั้นจะมีโอกาสเกิดออกมาดูโลกได้น้อยลงเพราะค่านิยมของบางสังคมที่ชมชอบลูกผู้ชาย ในกรณีนี้การตรวจกรองพันธุกรรมก่อนคลอด (prenatal genetic screening) กลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ "ฆ่าตัดตอน" พันธุกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งถูกขับเคลื่อนโดยธุรกิจทางชีวภาพ คิมเบลล์เรียกสิ่งนี้ว่า "การคัดล้างพันธุ์เชิงพาณิชย์" (commercial eugenics) (Kimbrell 1994: 126) การคัดล้างพันธุ์นี้มีแนวโน้มที่จะขยายจากเดิมที่เป็นการตรวจหาพันธุกรรมที่จะทำให้เกิดโรคในเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางชนิด (เช่น โรค Cystic fibrosis) มาเป็นการตรวจหาลักษณะที่ไม่เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น เพศ หรือตรวจหาโรคที่แม้ว่าจะมีพันธุกรรมที่เสี่ยงแต่ก็อาจเกิดเป็นโรคหรือไม่ก็ได้ เพราะยังมีตัวแปรอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้มีพันธุกรรมนั้นๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน การสำรวจความเห็นของพ่อแม่จำนวนมากในสหรัฐแสดงทัศนคติว่าเขาอาจจะทำแท้งครรภ์ที่ตรวจพบว่า เด็กที่เกิดมา "มีพันธุกรรมที่มีโอกาสเสี่ยง" ที่จะเกิดเป็นโรคอ้วน มีการตั้งข้อสังเกตต่อไปอีกว่า การที่เรายพยายามควบคุมพันธุ

กรรมที่ไม่ดีและส่งเสริมพันธุ์ที่ดีเพื่อให้มีเรือนร่างและสรีระที่สมบูรณ์แบบนี้ ด้านหนึ่งของมันจะเป็น การทำให้คนพิการหรือผู้ทุพพลภาพเป็นที่รังเกียจเพียงแต่ฉันหันมาขึ้นด้วยหรือไม่ (Kimbrell 1994: 127)

4. แนวคิดแบบ "ยีนลิขิต" หรือ genetic determinism นั้น มีรากฐานทางความคิดที่ใกล้ชิดกับแนวคิดแบบ Neo-darwinism ซึ่งถือว่าพันธุกรรมเกิดจากการปรับตัวที่ดีกว่าและจะเป็นพวกที่อยู่รอด ในขณะที่พวกที่มีพันธุกรรมด้อยกว่าจะไม่สามารถปรับตัวให้อยู่รอดและจะสูญพันธุ์ไป ปัญหาที่พึงตระหนักสำหรับคำอธิบายลักษณะนี้ คือแนวคิดนี้จะเลยปัจจัยเชิงสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนร่วมกำหนดการแสดงออกทางพันธุกรรม ดังที่โบแอสได้แสดงให้เห็นมานานแล้วว่า ชาติพันธุ์หรือชนเผ่าที่เติบโตในสิ่งแวดล้อมต่างกัน ซึ่งแม้จะมีเชื้อชาติใกล้เคียงกัน แต่ก็อาจทำให้การเติบโตของกะโหลกศีรษะและสมองแตกต่างกันได้ (Boas 1940, ดู Erickson & Murphy 2001: 76) แต่ปัญหารุนแรงกว่านี้ก็คือ แนวคิดที่ถือว่าพันธุกรรมเป็นผลลัพธ์ของวิวัฒนาการนั้นมักจะถือเอาพันธุกรรมของชาติพันธุ์คนผิวขาวว่ามีพัฒนาการสูงที่สุด ภายใต้วิธีคิดที่มีอคติเชิงชาติพันธุ์เช่นนี้ หากจำเป็นจะต้องเลือกลักษณะทางพันธุกรรมระหว่างพันธุกรรมของคนผิวดำ ผิวเหลือง หรือผิวขาว พันธุกรรมด้อยพัฒนาของคนผิวดำคงจะถูกกำหนดเป็นอันดับแรก ต่อมาก็คือพันธุกรรมผิวเหลือง "คนซีโรคแห่งเอเชีย" เหลือไว้แต่พันธุกรรมผิวขาวที่รูปร่างสูงใหญ่ จมูกโด่ง ผมบรอนซ์ และตาสีฟ้า แนวโน้มเช่นนี้ปรากฏให้เห็นอยู่บ้างแล้ว Haraway นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่สนใจเรื่องวิศวะพันธุกรรมเป็นพิเศษได้ยกตัวอย่าง ภาพหน้าปกนิตยสารไทม์ที่แสดงใบหน้าของคนอเมริกันที่นักวาดใช้คอมพิวเตอร์สร้างขึ้น เพื่อแสดงทัศนะ (ของผู้วาด) ว่า ในสังคมอเมริกันที่มีการผสมระหว่างเผ่าพันธุ์และวัฒนธรรมต่างๆ นั้น ภาพใบหน้าของลูกผสมจะมีหน้าตาเป็นอย่างไร (Haraway 1997: 260) ผิวพรรณและรูปร่างนั้นดูจะสะท้อนการให้คุณค่าและหน้าตาในอุดมคติตามอคติเชิงชาติพันธุ์มากกว่าที่จะเป็นภาพหน้าที่แท้จริงที่เราอาจจะพบเห็นได้ ทัศนะเช่นนี้ไม่ได้แตกต่างจากการให้คุณค่าลักษณะทางหน้าตาและสรีระด้วยความเชื่อว่าลักษณะต่างๆ เหล่านี้ สัมพันธ์กับคุณธรรมและความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (physiognomic) ซึ่งเคยถูกใช้ในการคัดล้างเผ่าพันธุ์มนุษย์มากขึ้น

มโนทัศน์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ยังคงความขลังได้ทำให้คำมั่นสัญญาที่วิศวะพันธุกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพชั้นสูงจับใจผู้คนจำนวนมากในสังคม บทเรียนเกี่ยวกับการแพทย์กับสิ่งซับซ้อนที่เราเรียกรวมๆ ว่า เชื้อ/ชาติ/พันธุ์/กรรมในอดีต ทำให้เราจำเป็นต้องสนใจเทคโนโลยีเหล่านี้และวิเคราะห์อย่างวิพากษ์และอย่างสัมพันธ์กับบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของมัน การพัฒนาเทคโนโลยีระดับที่ซับซ้อนนี้มีแนวโน้มที่จะแยกขาดจากสังคมและถูกผูกขาดโดยผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญทางเทคโนโลยีเหล่านี้ต้องอาศัยทุนทรัพยากรในการวิจัยจากบริษัทธุรกิจที่มุ่งแสวงหาผลกำไรจากเทคโนโลยีชีวภาพ การปล่อยเรื่องสำคัญเช่นนี้ให้เป็นภาระหน้าที่ของนักวิทยาศาสตร์อาจเป็นความผิดพลาด ดังคำให้การของ

แอนดรูว์ คิมเบรล ที่แถลงต่อกรรมาธิการวุฒิสภาสหรัฐฯ ว่า การทดลองเกี่ยวกับพันธุวิศวกรรมนั้นมีการรอดอ้างสรรพคุณเกินจริงเป็นอย่างมากและการวิจัยต่างๆ มักไม่รายงานผลเสียหรือผลแทรกซ้อนของการทดลอง การทบทวนย้อนหลังเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาในการทดลองหนึ่งพบว่ามิใช่มีผลผลิตและผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งพันกรณีแต่มีการรายงานโดยแพทย์และนักวิจัยเพียง 37 กรณีเท่านั้น นอกเหนือจากนั้น ความผิดพลาดถูกเก็บเงียบไม่เป็นที่รับรู้ (Kimbrell 2002: 3)

นอกจากข้อผิดพลาดทางเทคนิคซึ่งมีการรายงานน้อยกว่าความจริงแล้ว ข้อผิดพลาดในทางสังคมซึ่งได้ปรากฏให้เห็นบ้างแล้ว ยังเป็นสิ่งที่อาจส่งผลกระทบให้แก่สังคมวงกว้างอีกด้วย คำมั่นสัญญาที่ว่าด้วยวิทยาการทางการแพทย์และเทคโนโลยีชีวภาพขั้นสูงจะนำมาซึ่งโลกที่ไร้ความเจ็บป่วยหรือแม้แต่ชีวิตที่เป็นอมตะนั้นเป็นภาพลวงตาที่สร้างขึ้นจากความไร้เดียงสาทางการเมือง โดยเหมาเอาว่าวิทยาการและเทคโนโลยีต่างๆ เหล่านั้นจะแผ่ส่วนบุญให้กับชนทุกชั้น ทุกเพศ และทุกชาติพันธุ์ต่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเท่ากับว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์จะก้าวข้ามช่องว่างของความเหลื่อมล้ำและจะทำให้ผู้คนมีชีวิตและสุขภาพที่ดีอย่างทั่วถึง ข้อเท็จจริงทางประวัติศาสตร์กลับชี้ไปในทางตรงข้าม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูงมักเป็นไปในทางที่ยิ่งทำให้ช่องว่างความเหลื่อมล้ำต่างกว้างยิ่งขึ้น การแพทย์ชีวภาพขั้นสูงในปัจจุบันนี้ถูกขับเคลื่อนด้วยระบบทุนนิยมซึ่งมุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ (Navarro 1976) ในกระบวนการพัฒนาการแพทย์ชีวภาพขั้นสูงที่มุ่งกำไรนั้นไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและละเลยต่อคนซึ่งไม่มีโอกาส แต่การแพทย์ชีวภาพขั้นสูงเหล่านี้ยังได้สร้างเหยื่อของการพัฒนาซึ่งถูกทำให้ "เป็นคนอื่น" ที่ไม่ใช่พวกเดียวกับเรา และเราสามารถจัดการได้อย่างไม่ต้องปราณีปราศรัย (เช่น เป็นพวกพันธุกรรมปนเปื้อน หรือพันธุกรรมด้อยพัฒนา) หรือแม้กระทั่งทำให้เป็น "สิ่งอื่น" โดยไม่ต้องเห็นว่าเป็นคนไปเสียก็ได้ (เช่น เป็นวัตถุติดชิ้นส่วนอวัยวะ) การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับระบบทุนนิยมสุดโต่งที่พัฒนารูปแบบการจัดการและการสะสมทุนที่ซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่การตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีชีวภาพขั้นสูงเหล่านี้ซึ่งมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อสังคมนั้นตกอยู่ภายใต้อำนาจการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญและนายทุนไม่กี่คน มุมมองทางสังคมศาสตร์โดยเฉพาะด้านประวัติศาสตร์และมานุษยวิทยาเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้เทคโนโลยีเหล่านี้ถูกพัฒนาและนำไปใช้ในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ปัญหาที่เราจะต้องช่วยกันคิดก็คือ ทำอย่างไรจะสามารถกระตุ้นให้นักสังคมศาสตร์มาสนใจและติดตามศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้มากขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545.

“คนมองคนบนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ บทสำรวจแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์”. เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยา เรื่อง คนมองคน นานาชาติในกระแสความเปลี่ยนแปลง วันที่ 27-29 มีนาคม 2545 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน).

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจรรยา สุทธิสุขคนธ์(บรรณาธิการ). 2533.

พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ และ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ. 2541.

บทบาท สถานภาพ และทิศทางการพัฒนา องค์ความรู้และหมอพื้นบ้านชาวไทยภูเขา. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยชาวเขา. ไม่ระบุปี.

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง: การรักษา เยาวยา ผู้คน ชุมชน และสภาพแวดล้อม. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยชาวเขา.

ภาษาอังกฤษ

Adams, William Y. 1998.

The Philosophical Roots of Anthropology. USA: CSLI Publication.

Annandale, Ellen. 2001.

“‘Race’, Ethnicity and Health Status” in *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Blackwell Publishers.

Berger, Peter & Thomas Luckmann. 1967.

The Social Construction of Reality. New York : Anchor Books.

Barnard, Alan. 2000.

History and Theory in Anthropology. United Kingdom: Cambridge University Press.

Barth, Fredrik. 1969.

Ethnic Groups and Boundaries. Boston: Little Brown

Barstow, Anne. 1994.

Witchcraze: A New History of the European Witch Hunts. San Francisco: HarperSanFrancisco.

Boas, Franz. 1940.

Race, Language and Culture. New York: The Macmillan Company.

Bourdieu, Pierre. 1989.

"Social Space and Symbolic Power," in *Sociological Theory*. 7: 14-25.

Brooker, Peter. 1999.

A Concise Glossary of Cultural Theory. London: Oxford University Press.

Crandon-Malamud, Libbet. 1991.

From The Fat of Our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia. Berkeley, CA: University of California Press.

DOLAN DNA Learning Center, Image Archive on the American Eugenics Movement. 2000.

"Eugenic Sterization Law," by Paul Lombardo. Available at www.eugenicsarchive.org/eugenics.

Edelson, Edward. 1998.

Francis Crick & James Watson And the Building Blocks of Life. New York & Oxford: Oxford University Press.

Erickson, Paul A. and Murphy, Liam D. 2001.

A History of Anthropological Theory. Canada: Broadview Press.

Farmer, Paul. 1992.

AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.

Foucault, Michel. 1965.

Madness and Civilization. New York: Random House.

Friedson, E. 1970.

Profession of Medicine. New York: Harper & Row.

Ginzburg, Carlo. 1991.

Ecstasies: Deciphering the Witches' Sabbath. New York: Penguin Books.

Golomb, Louis. 1985.

An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.

Good, Byron. 1994.

Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Haraway, Donna J. 1997.

Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan©_Meets_OncoMouseTM, Feminism and Technoscience. New York & London: Routledge.

Harwood, A. (ed.). 1981

Ethnicity and Medical Care. Cambridge, MA.: Harvard University Press.

Hunt, S. 1976.

"The Food Habits of Asian Immigrants," in *Getting the Most Out of Food.* Burgess Hill: Van de Berghs & Jurgens, pp. 15-51.

Jenks, Chris (ed.). 1998.

Core Sociological Dichotomies. London, Thousand Oaks, and New Delhi: SAGE Publications.

Keyes, Charles. 1976.

"Towards a New Formulation of the concept of Ethnic Group" in *Ethnicity* 3(3): 202-13.

Kieckhefer, Richard. 1976.

European Witch Trials: Their Foundations in Popular and Learned Culture, 1300-1500. Berkeley: University of California Press.

Kimbrell, Andrew. 1994.

The Human Body Shop: The Engineering and Marketing of Life. New York: HarperSanFrancisco.

Kimbrell, Andrew. 2002.

"Testimony of Andrew Kimbrell, Executive Director, International Center for Technology Assessment." Given before the Senate Judiciary Committee, Feinstein Hearing 2/5/2002.

Kleinman, A. 1980.

Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. Eisenberg, L. & Good, B. 1987.

"Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropology and Cross-cultural Research," in *Annals of Internal Medicine*. 88: 251-8.

Knupfer, G. and Room, R. 1967,

"Drinking Patterns and Attitudes of Irish, Jewish, and White Protestant American Man," in *Q. J. Studies Alcohol*, 28: 676-699.

Littlewood, R. & M. Lipsedge. 1990.

Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry. Boston & Cambridge: Unwin Hyman Publisher.

Navarro, Vicente. 1976.

Medicine Under Capitalism. New York: Prodist.

Nitcher, M. (ed.) 1992.

Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine. Gordon and Breach Science Publisher.

Pliskin, Karen L. 1987.

Silent Boundaries: Cultural Constraints on Sickness and Diagnosis of Iranian in Israel. New Haven: Yale University Press.

Proctor, Robert N. 1988.

Racial Hygiene: Medicine under the Nazi. Cambridge, Massachusetts, and London: Harvard University Press.

Rubel, A. 1977.

"The Epidemiology of Folk Illness: Susto in Hispanic America," in Landy, D. ed. *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan. Pp. 119-128.

Scheper-Hughes, Nancy. 2000.

"The Global Traffic in Human Organs." In *Current Anthropology* Volume 41, Number 2, April 2000 (191-224)

Smith, Charlotte Seymour. 1988.

Macmillan Dictionary of Anthropology. Hong Kong: Macmillan Reference Books.

Stocking, George W. 1982.

Race, Culture, and Evolution: Essays in the History of Anthropology (Phoenix edition).

Chicago and London: The University of Chicago Press.

Szasz, Thomas. 1971.

"The Sane Slave, A Historical Note on the Use of Medical Diagnosis as Justificatory Rhetoric," in *American Journal of Psychotherapy*, 25: 228-239.

White, Kevin. 2002.

An Introduction to the Sociology of Health and Illness. London, Thousand Oaks, and New Delhi: SAGE publications.

Zola, Irving K. 1966.

"Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints," in *American Sociological Review*, 31: 615-630.

Newspaper:

The Nation, February 28, 2003. "In-Vitro Mix-up: Biological dad is legal father: Judge" p. 11A.