

วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของ ตะวันตกกับการปกครองของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น*

ท วิ ท ก ดี เ ผี อ ก ส ม

สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ความนำ

ในปัจจุบันปัญหาในเรื่องระบบการดูแลสุขภาพกำลังกลายเป็นประเด็นสำคัญในระดับวาระแห่งชาติ. นอกจากกำลังเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพของประเทศแล้ว ปัญหาเรื่องการให้บริการและการได้รับการบริการในโรงพยาบาลได้กลายเป็นใจกลางปัญหาสำคัญ ที่ก่อให้เกิดความสนใจในการศึกษาวิจัยระบบสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยสังคมไทย อาทิ งานวิจัยเรื่อง “การรับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร” ของ S. Bennett, “ความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมต่อบริการของโรงพยาบาลรามารัตน์” ของกิติมา สุธีธร, “ปัญหาทางเศรษฐกิจและทัศนคติของผู้ป่วยที่รับบริการสังคมสงเคราะห์ของแผนกอายุรกรรมศาสตร์ ตึกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช” ของเฉลิมพรรณ วีระไวทยะ และคณะ, และ ฯลฯ¹ ไปจนถึงงานวิจัยที่ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกของสังคมเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจริยธรรมของวงการแพทย์เป็นอย่างมากก็องงานวิจัยเรื่อง “15

กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ” ของสารี อ่องสมหวังและคณะ โดยเฉพาะในงานชิ้นหลังที่น่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีของงานวิจัยในลักษณะที่ให้ ความสำคัญกับปัญหาเรื่องการบริการในโรงพยาบาล ซึ่งรวมไปตั้งแต่ความทุกข์ยากของผู้ป่วยที่มารับบริการ, ความขาดแคลนของบุคลากรและเครื่องมือทางการ

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “โรงพยาบาลกับการปกครอง: พื้นที่ในนโยบายสาธารณสุข และความจริงในเรื่องการดูแลสุขภาพในสังคมไทย” ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนของสำนักวิจัยและการพัฒนา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ประจำปี 2543. ผู้เขียนขอขอบคุณนิดา พรหมพยัคฆ์ ที่ช่วยเหลือในการค้นเอกสาร, ขอขอบคุณ ดร.สมบัติ จันทรวงศ์ ที่ชวนมาสนใจเรื่องนี้, และขอขอบคุณ นายแพทย์บัญชา พงษ์พานิช ที่คอยตอบคำถามเรื่องทางการแพทย์อย่างกระตือรือร้น.

¹ กรุณาดูการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นสำคัญของงานวิจัยทั้งหมดในสารี อ่องสมหวัง, สุภรนต์ ไรจนไพรวงศ์, อภิญา ตันทวิวงศ์ และคณะ, “15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ” (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, [2542]), หน้า 9-18; และดูงานวิจัยของ Sara Bennett ใน Sukalaya Khongswat et al. **Payment Mechanisms: Efficiency and Quality of Care in the Nine Hospitals in Bangkok: Report Volume 3, Voice of the Customers: Patient Perceptions of Hospital Services** (S.I.: s.n., 1996).

แพทย์ในสังคมไทย, การขาดความรู้ความเข้าใจของสังคมไทยเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่จนทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งกับการทำงานของแพทย์, ตลอดไปจนถึงความเหลื่อมล้ำในระบบความสัมพันธ์ทางอำนาจ อันทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีไม่เท่าเทียมกัน.² กล่าวโดยสรุป งานวิจัยเหล่านี้สนใจกลไกการทำงานของระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ว่าไม่ทำงานให้เต็มขีดความสามารถซึ่งมีสาเหตุหลักจากปัญหาในเชิงจริยธรรมของปัจเจกบุคคลที่อยู่ในระบบ และปัญหาวัฒนธรรมการเมืองของระบบความสัมพันธ์ทางอำนาจที่กลายเป็นตัวขัดขวางสิทธิเสรีภาพของพลเมือง.

งานวิจัยของสารีและคณะ น่าสนใจมากที่สามารถกระตุกกระตุ้นเตือนความสำนึกในทางจริยธรรมและสำนึกทางด้านมนุษยธรรมขึ้นมาอย่างแหลมคม จนทำให้ประเด็นทางมนุษยธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ได้รับความสนใจในวงกว้างของสังคมไทยเกี่ยวกับกระบวนการทำงานของระบบสาธารณสุข.³ อย่างไรก็ตาม ในด้านหนึ่งงานวิจัยของสารีและคณะเป็นอะไรที่ไม่ไปไกลกว่ารายงานข่าวของหนังสือพิมพ์รายวัน ประกอบความคิดเห็นของผู้ชำนาญเฉพาะด้านที่แทรกตัวมาคอยอธิบายและให้ “แสงสว่าง” แห่งความจริงแก่สังคมเป็นระยะในประเด็นความรู้อันสลับซับซ้อนทางการแพทย์. ในบางกรณี “แสงสว่าง” ที่ให้มาก็ไม่ได้ตอบคำถามต่อปัญหาทางจริยธรรมที่สังคมมีต่อระบบบริการของแพทย์ แต่ยิ่งทำให้สถานะของงานวิจัยถูกตั้งคำถามได้ในเรื่องอคติและลำเอียงที่จะให้ความชอบธรรมแก่ระบบการแพทย์สมัยใหม่มากยิ่งขึ้นด้วย ประเด็นปัญหาเชิงเทคนิคล้าลึกลับอันดูเหมือนว่าคนทั่วไปไม่มีทางเข้าถึงได้เลย. การไม่มีการตั้งประเด็นคำถามต่อสถานภาพของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในระดับญาณวิทยาได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อสถานะของงานวิจัยชิ้นนี้ และงานวิจัยชิ้นอื่นๆ อีกจำนวนมาก

ที่เป็นงานทางด้านมานุษยวิทยาทางการแพทย์ในวงวิชาการไทย ที่มีแนวโน้มจะตั้งคำถามต่อการแพทย์พื้นบ้านและความรู้การแพทย์แบบจารีตของสังคมไทย โดยไม่เคยตั้งคำถามกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เลย. ทักษะคิดดังกล่าวอาจแสดงโดยรวบรัดในงานวิจัยเรื่อง “ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย” ของ ณัฐ ภมรประวัติ ที่ว่า

“เราต้องมองเรื่องการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นกลางและจากข้อเท็จจริง ในสถานการณ์ปัจจุบันหรือที่อาจคาดคะเนได้ในอนาคต โดยไม่ใช้ความปรารถนาที่จะอนุรักษ์เรื่องการแพทย์ของไทยมา

² กรุณาตุ เกษียร เตชะพีระ, “แบบวิถีอำนาจไทย: ข้อคิดว่าด้วยความสัมพันธ์ทางอำนาจที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขในสังคมไทย” (เอกสารประกอบข้อเสนอเรื่องแนวนโยบายแห่งรัฐด้านสาธารณสุขในโครงการเพื่อการร่างรัฐธรรมนูญไทยปี พ.ศ. 2540, คณะกรรมการสัมมนาวิชาการคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ณ โรงแรมโซล ทวิน เทาเวอร์, กรุงเทพฯ, 28 เมษายน พ.ศ. 2540).

³ ความแพร่หลายของงานวิจัยของสารีและคณะได้รับการแปรรูปเป็นหนังสือสองสามเล่ม และวีดิทัศน์หลังจากนั้น กรุณาตุ อกัญญา ตันทวิวงศ์ (เรียบเรียง), **เจ็บเกินโรค** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542); สุภรนต์ โรจนไพรวงศ์, **ทุกข์จากโรงพยาบาล** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542); สุภรนต์ โรจนไพรวงศ์, **ทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542) โดยที่หนังสือชุดนี้จัดพิมพ์ขึ้นเผยแพร่โดยการสนับสนุนเงินทุนจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข: **วีดิทัศน์สารคดี ทุกข์คนไทยจากระบบบริการสาธารณสุข และ ทุกข์: จากระบบสุขภาพ: 3 กรณีจากงานวิจัย 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ** (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อำนวยการผลิต, 1999). นอกจากนี้ประเด็นปัญหาเรื่องระบบการบริการ มนุษยธรรม และจริยธรรมแพทย์ ยังเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างสม่ำเสมอในวงการสื่อสารมวลชนที่นำไปสู่ความกดดันที่ทำให้แพทย์สภามีมติเพิกถอนใบอนุญาตประกอบอาชีพแพทย์ จากกรณีโรงพยาบาลลวซิปปรากฏการสมุทรปราการ ที่ทำการซื้อขายและปลูกถ่ายไต, กรุณาตุ “แพทย์สภามีมติงดขายไต ถอนใบอนุญาต 1 อีก 4 แพทย์”, **มติชนรายวัน**, 11 กุมภาพันธ์ 2453; และปัจจุบันสามารถดูพัฒนาการของประเด็นนี้ได้ใน “Body Parts Trade” ใน website ของหนังสือพิมพ์ The Bangkok Post.

สับสนกับเรื่องของการใช้ประโยชน์...กลุ่มบุคคล กลุ่มแรกที่จะใช้การแพทย์แผนไทย คือคนที่เชื่อใน สิ่งที่เป็นวัฒนธรรมไทย มีความพอใจและศรัทธาที่จะใช้สิ่งที่เป็นมรดกวัฒนธรรมไทยตั้งแต่โบราณ และไม่ไว้ใจสิ่ง 'ทันสมัย' ต่างๆ บางคนอาจใช้วิธีการทางวัฒนธรรมไทยเป็นพฤติกรรมที่ต่อต้านหรือทวนกระแสโลกาภิวัตน์อีกด้วย กลุ่มที่สองคือกลุ่มซึ่งไม่สามารถที่จะเข้าถึงระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ เพราะยากจน ไม่มีความรู้และอยู่ห่างไกล กลุ่มบุคคลอีกประเภท คือกลุ่มบุคคลที่กำลังเผชิญกับโรคร้ายที่แพทย์แผนตะวันตกบอกว่าการรักษาไม่ได้...ความพยายามที่จะจรรโลงการแพทย์แผนไทยคู่ขนานไปกับการแพทย์แผนตะวันตกหรือแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นนโยบายมุ่งใช้ประโยชน์การแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขของประเทศ ที่นอกเหนือจากนโยบายการอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยนั้นอาจกระทำได้ด้วยความสะดวกและอาจไม่ได้ผลคุ้มค่ากับการลงทุน".⁴

การไม่ตั้งคำถามต่อความรู้และความเป็นสถาบันของการแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องแสดงถึงฐานที่มั่นคงทางความคิดหรือญาณวิทยาแบบประจักษ์นิยมของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งส่งผลอย่างสำคัญต่อการวิเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการทำงานทั้งหมดของระบบสาธารณสุขในสังคมไทย เพราะการไม่ตั้งคำถามต่อความรู้และความเป็นสถาบันของการแพทย์สมัยใหม่ทำให้ความเข้าใจในเรื่องระบบสาธารณสุขของสังคมไทยหายไปอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง ดังที่มิ้งงานวิจัยจำนวนหนึ่งพยายามแสดงให้เห็นว่า สังคมไทยไม่ได้พึ่งพากระบวนการแพทย์สมัยใหม่ทั้งหมดในการดูแลสุขภาพของตัวเอง อาทิ งานวิจัยของเลิศชาย ศิริชัยและอุดม หนูทอง เรื่อง "การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคมและกระบวนการรักษาผู้ป่วย",⁵ วิทยานิพนธ์เรื่อง

"Adaptation of Holistic Medicine: A Case Study of Farmers in Northeast Thai Village" ของจิรัฐฉนิ เสนาคำ ที่เสนอว่าชาวบ้านในชุมชนที่ศึกษาเลือกที่ใช้วิธีการต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของตัวเองถึง 4 รูปแบบตามที่เห็นว่าเหมาะสม กล่าวคือ ผังเข็มแบบหมอจีน ใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ไปโรงพยาบาลของรัฐ และเลือกใช้หลายอย่างรวมกันไป (กล่าวคือมองโรงพยาบาลไม่แตกต่างกับห้างสรรพสินค้าที่จะเดินไปเลือกซื้อเลือกหาได้ตามความพึงพอใจ),⁶ หรืองานศึกษาค้นคว้าจำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการแพทย์ไทยก็พยายามเน้นในเรื่อง "การพึ่งตนเอง" อาทิ การแพทย์แผนไทย: ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง.⁷

อย่างไรก็ตาม การค้นคว้าวิจัยกระแสหลักเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์ไทยและพัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ในเมืองไทยดังที่ปรากฏอยู่ทั่วไปก็คือ ด้านหนึ่งมองว่าการแพทย์ไทยทั้งระบบว่าล้าหลัง ขาดระบบในการเรียนรู้ ไม่มีประสิทธิภาพ (สาเหตุที่ตำรงการแพทย์แผนไทยอยู่ได้ในปัจจุบันก็เพราะมายาคติของพวกชาตินิยมไทยที่ผินกระแสโลกาภิวัตน์, ไม่มีปัญญาเข้าถึงโอกาสขอรับบริการจากรัฐ, หรือไม่ก็หมดหนทางรักษา

⁴ กรุณาตุ ณัฐ ภมรประวัติ, "ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย" ใน *บทบาทของต่างประเทศในการสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2538), หน้า 75-130; อ้างจากหน้า 116-117.

⁵ เลิศชาย ศิริชัย และอุดม หนูทอง, "การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคมและกระบวนการรักษาผู้ป่วย" (งานวิจัยภายใต้โครงการเรื่อง "โครงสร้างและพลวัตวัฒนธรรมภาคใต้กับการพัฒนา" ของเมธีวิจัยอาวุโส ศาสตราจารย์ สุทธิวงศ์ พงษ์ไพบูลย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544).

⁶ Thirawuth Senakum, "Adaptation of Holistic Medicine: A Case Study of Farmers in Northeast Thai Village" (MA thesis, Department of Anthropology and Sociology, Ateneo de Manila University, 1995), p. 99.

⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บก.), *การแพทย์แผนไทย: ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง* (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, [2530].)

ด้วยวิธีการสมัยใหม่ของตะวันตก) โดยที่แนวโน้มหลักทั่วไปก็คือการหันกลับไปหาการแพทย์แผนไทยก็เพื่อค้นหาตัวยาที่มีอยู่ในสมุนไพรเพื่อนำมาพัฒนาใช้ให้เข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือ “การศึกษาสมุนไพรไทยอาจกระทำได้หลายทาง เช่น สมุนไพรที่ใช้ประโยชน์ได้แน่นอนและได้มีการศึกษา active principle ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ตะวันตกแล้วด้วย ควรจะส่งเสริมพัฒนาให้เป็นพืชเศรษฐกิจ เช่น มะขามแขก คิงเข่าชู่ และอื่นๆ สมุนไพรที่มีในตำรายาไทยว่าน่าจะมีสรรพคุณแก้อาการหรือแก้โรคเฉพาะได้ ควรนำมาทำการศึกษาย่างเป็นระบบต่อไป และสมุนไพรซึ่งยังไม่ทราบแน่ชัดว่ามีประโยชน์อย่างไรก็ควรมาทำการอนุรักษ์ไว้เพื่อรอการศึกษา และรวมถึงการหาประโยชน์จากผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ (natural product) ของสมุนไพร”⁸ และในอีกด้านหนึ่งก็มองการแพทย์ตะวันตกทั้งหมดเท่ากับการแพทย์สมัยใหม่ เหมือนหนึ่งว่าสามารถเป็นตัวแทนกันได้.

ผลของการมองว่าการแพทย์ไทยล้าหลัง ไม่มีการถ่ายทอดความรู้ความเป็นระบบและไม่มีประสิทธิภาพก็คือในบางแง่มุมที่สามารถเข้าใจได้ด้วยเหตุผลเชิงประจักษ์ก็อธิบายว่าเป็นการแพทย์ที่สังสม “สังเคราะห์จากประสบการณ์ ผ่านการทดลองใช้ คัดเลือก และถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรมสืบทอดกันมา...ลักษณะเฉพาะของการรักษาอยู่ที่แบบแผนวิธีการที่ใช้รักษานั้น ไม่มีระบุไว้ในตำราหรือทฤษฎีใดมาก่อน มิได้มีทฤษฎีใดเป็นฐานในการสังเคราะห์ หากแต่สังเคราะห์ขึ้นใหม่จากการอนุมานด้วยเหตุผลต่างๆ การคาดเดา การคิดเอาเอง การฝัน หรือความบังเอิญ”⁹ ส่วนในแง่มุมที่อธิบายไม่ได้ด้วยเหตุผลเชิงประจักษ์นั้นก็อธิบายจากมุมมองของสังคมวิทยาและจิตวิทยา ว่าสิ่งที่ “ดูจะเป็นสิ่งที่เหลวไหลและไร้เหตุผล...มุ่งไปที่การจัดระเบียบทางสังคม เพื่อให้ห้องค้ประกอบในสังคมดำเนินอยู่ในจารีตและครรลองที่เหมาะสม ดูจะเป็นกุศโลบายที่แยบคาย”

ซึ่งจะทำให้ความสนใจเฉพาะ “แง่มุมด้านเทคนิคการแพทย์หรือประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลเท่านั้น จะทำให้การประเมินคุณค่าของการแพทย์แบบพื้นบ้านผิดพลาดคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง”¹⁰ นอกจากนี้ในด้านพื้นฐานวิธีคิดการแพทย์ไทยในเรื่องธาตุนั้นก็ถูกอธิบายว่าได้รับอิทธิพลจากคัมภีร์อายุรเวทของอินเดีย กล่าวคือ “การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยนั้นได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคัมภีร์พระเวทของลัทธิศาสนาพราหมณ์ ซึ่งไทยได้รับผ่านขอมในสมัยอยุธยา”¹¹

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ งานที่กล่าวถึงข้างบนนี้ตีพิมพ์ออกมาในปี พ.ศ. 2535 หลังจากการตีพิมพ์งานค้นคว้าทางมานุษยวิทยาที่น่าสนใจมาก 2 ชิ้น คืองานวิจัยเรื่อง **Traditional Herbal Medicine in Northern Thailand** ของ Viggo Brun และ Trond Schumacher (1987)¹² และการตีพิมพ์วิทยานิพนธ์ปริญาเอกเกี่ยวกับระบบความคิดในตำราการแพทย์ไทย (โดยเฉพาะคัมภีร์แพทย์ในสมัยพระนารายณ์) ของสมจินตนา ทองทิว รัตสาร เรื่อง **The Principles and Concepts of Thai Classical Medicine**.¹³ Brun และ Schumacher ได้วิเคราะห์เกี่ยวกับรากฐานที่มาของวิธีคิดการแพทย์ไทย

⁸ ณัฐ ภมรประวัติ, “ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย”, หน้า 116.

⁹ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, **ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย** (ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย, กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535), หน้า 5 และ 9, เน้นโดยผู้อ้างอิง; และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, **แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย** (ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย, กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535).

¹⁰ โกมาตร, **ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย**, หน้า 13 และ 27.

¹¹ เพิ่งอ้าง, หน้า 25. เน้นโดยผู้เขียน-ทวีศักดิ์.

¹² Viggo Brun and Trond Schumacher, **Traditional Herbal Medicine in Northern Thailand** (California: University of California Press, 1987).

¹³ Somchintana Thongthaw Ratarasarn, **The Principles and Concepts of Thai Classical Medicine** (Bangkok: Thai Khadi Research Institute, Thammasat University, 1989).

โดยการเปรียบเทียบตำราแพทย์ไทยกับหลักการแพทย์ของอินเดีย รวมทั้งใช้ข้อมูลทางชาติพันธุ์วรรณาในเรื่องวัฒนธรรมการรักษาพยาบาลในการแพทย์ไทยอย่างกว้างขวาง แล้วสรุปได้ทำนองว่า “ตำราทางการแพทย์ไทยมักจะอ้างที่มาของความรู้จากคัมภีร์อินเดีย ทั้งนี้เพื่อให้ดู ‘ศักดิ์สิทธิ์’ มากขึ้น แต่โดยข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติ แม้แต่ในวัฒนธรรมของ ‘หมอลอง’ ในราชสำนักก็ไม่ได้อาศัยพื้นฐานความรู้เชิงทฤษฎีทางการแพทย์ของอินเดียเป็นสำคัญอย่างที่กล่าวอ้างไว้ การแพทย์แผนโบราณของไทยจึงมีที่มาจากประสบการณ์และภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นภายในสังคมไทย และจากปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมกับสังคมข้างเคียงเป็นสำคัญ”¹⁴ นอกจากการแพทย์ไทยจะถูกเสนอว่ามีรากฐานจากประสบการณ์แล้ว การพิจารณาวิเคราะห์ตำราแพทย์แบบจารีตของไทยอย่างเอาจริงเอาจังของสมจินตนาได้ยืนยันมติข้างต้นของ Brun และ Schumacher เป็นอย่างมาก. นอกจากความรู้ทางการแพทย์จะมีรากฐานจากประสบการณ์แล้ว การวิเคราะห์ของสมจินตนาที่ยังชี้ให้เห็นความกำกวมที่น่าสนใจหลายประการของการจำแนกโรค (Etiology) ในตำราสมัยพระนารายณ์ เช่น โรคมีสาเหตุจาก “ตัวเชื้อโรค”/“ตัวพยาธิ”/“ตัวพยาธิ” ซึ่งสามารถระบุได้ว่าโรคบางชนิดมีสาเหตุมาจากตัวเชื้อโรคข้างนอก อาทิ โรคฝีตะมอยเกิดจากตะมอยมีตัว,¹⁵ โรคเกิดจากธรรมชาติแวดล้อม, โรคติดต่อ อาทิ ปวง ห่า อหิวาต์ ฝีดาษหรือไข้ทรพิษ อีสุกอีใส หิด, โรคเกิดขึ้นเองภายในร่างกาย อาทิ ลักเพศ สมองพิการ ลมชัก, โรคแพ้ อาทิ หิด ลมพิษ, รวมทั้งสามารถจัดกลุ่มให้โรคไข้รากสาदन้อย ไข้รากสาदनใหญ่ และไข้รากสาदनเทียม (typhoid, typhus, paratyphoid) อยู่ในกลุ่มโรคชนิดเดียวกัน เหมือนที่การแพทย์สมัยใหม่จัดตามระดับความรุนแรงของอาการและการเบี่ยงเบนของโรค.¹⁶ ทั้งหมดนี้ทำให้ชวนคิดได้ว่าการศึกษายุ่งเกี่ยวกับการแพทย์ไทยดำเนินไปอย่างไร

ทิศทางอย่างไร และทั้งหมดนี้นำไปสู่การเปรียบเทียบที่ผิดฝาผิดตัวอย่างสำคัญระหว่างตำราการแพทย์ไทยซึ่งผลิตขึ้นในระหว่างสมัยศตวรรษที่ 17-19 (ตำราพระโอสถพระนารายณ์-ตำรายาที่จารึกในวัดพระเชตุพนฯ) กับการแพทย์สมัยใหม่ในตะวันตกภายหลังการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในช่วงปลายศตวรรษที่ 19. การเปรียบเทียบผิดฝาผิดตัวนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความไม่เข้าใจในปัญหาาระบบสาธารณสุขของสังคมไทยในปัจจุบัน ที่ไม่ได้มองการแพทย์สมัยใหม่เป็นเพียงแค่ระบบการดูแลสุขภาพ แต่ยังเป็นพื้นที่ที่มั่งคั่งของอำนาจรัฐสมัยใหม่ที่จะต้องเข้าไปเผชิญ และไม่ได้มองการแพทย์แบบจารีต/พื้นบ้านไทยเป็นเพียงแค่ทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ หากแต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับเผชิญหน้า ต่อสู้ ต่อรอง ทะล่อมกับอำนาจรัฐสมัยใหม่อีกด้วย.

วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก

ประเด็นที่ดูเหมือนจะไม่ค่อยได้รับความสนใจมาก ทั้งที่จะมีผลต่อความเข้าใจถึงการสถาปนาของระบบ

¹⁴ คุบทที่ 2 ของ Brun and Schumacher, op.cit.: และดูการอภิปรายประเด็นนี้ใน ฉลอง สุนทราวาณิชย์ และสุวิมล รุ่งเจริญ, รายงานการวิจัยเรื่อง “สถานภาพของความรู้ทางประวัติศาสตร์ของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไทย” (โครงการประมวลความรู้เพื่อการพัฒนาศาสตร์วิจัยประวัติศาสตร์ไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2541), หน้า 60-61.

¹⁵ Somchintana, *The Principles and Concepts of Thai Classical Medicine*, p. 95 and 127. การค้นพบตัวเชื้อโรคโดยไม่มีกล้องจุลทรรศน์เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก และโดยเฉพาะก่อนหน้าการรับวิธคิดเรื่องเชื้อโรคเป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรค ซึ่งก็เป็นความคิดที่ใหม่มากในตะวันตกหลังการค้นพบแบคทีเรียของหลุยส์ ปาสเตอร์ในช่วงทศวรรษ 1860s หรือถ้าจะให้ถึงที่สุดก็ต้องบอกว่าหลังจากการที่ Robert Koch ค้นพบและระบุได้ว่าเชื้อ tubercle bacillus เป็นสาเหตุของวัณโรค (tuberculosis) ในปี ค.ศ. 1882 ซึ่งเป็นการยืนยันวิธคิดของปาสเตอร์อีกทีหนึ่งที่ยังถูกต่อต้าน (จะกลับมาเรื่องนี้อีกครั้งหนึ่งในข้างหน้า).

¹⁶ Op.cit., pp. 129-130.

การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกในสังคมไทย ก็คือ ประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ในตะวันตกเอง. ความไม่สนใจในตัวเองที่ทำให้ความเป็นการแพทย์แบบ ตะวันตกกับการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกถูกมองว่า เป็นสิ่งเดียวกัน ดังที่อาจจะถือเป็นจารีตของงานนิพนธ์ ประวัติศาสตร์ไทยจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แบบ จารีตและการเปลี่ยนแปลงไปสู่การแพทย์สมัยใหม่ มัก จะเรียก “การแพทย์แผนตะวันตก” แบบรวมๆ กันไปทั้ง การแพทย์ในตะวันตกก่อนการเปลี่ยนแปลงและหลัง การเปลี่ยนแปลง (ทั้งนี้ถ้าถือว่าการค้นพบของปาสเตอร์ กับ Koch เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ) ในช่วงปลายศตวรรษ ที่ 19¹⁷ และมักจะเริ่มพิจารณาตั้งแต่การเข้ามาเผย แพร่ความรู้ทางการแพทย์ของมิชชันนารีในช่วงต้น รัตนโกสินทร์เป็นจุดเริ่มต้น (โดยที่วิทยานิพนธ์บางเรื่องยัง มองย้อนกลับไปถึงสมัยอยุธยา)¹⁸ โดยที่ไม่ทำให้มองเห็น ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางญาณวิทยาของการแพทย์ ตะวันตกในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ที่นำไปสู่ความก้าว หน้าของวิวัฒนาการความรู้ทางการแพทย์ครั้งสำคัญ โดยเฉพาะการค้นพบเชื้อแบคทีเรียของปาสเตอร์ และการค้นพบเชื้อวัณโรคของ Koch ที่แพทย์บางท่านมอง ว่า “เป็นปรากฏการณ์สำคัญที่สุดปรากฏการณ์หนึ่งของวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเป็นการค้นพบ ที่ได้เปลี่ยนโฉมหน้าวงการแพทย์ในช่วงต่อมา”¹⁹

ในอีกด้านหนึ่ง การมองเห็นแต่เพียงการเปลี่ยนแปลงในทางเทคนิคอย่างเดียวโดยไม่เห็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงก็ไม่ได้ทำให้เข้าใจถึงเนื้อหาของ การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับสังคมขึ้นมาได้ กล่าวคือ เห็นเพียงคำอธิบายเชิงประโยชน์ของการค้นพบที่มุ่ง จัดการกับเชื้อโรคเพื่อฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และนำไปสู่ พัฒนาการทางการแพทย์แบบแยกส่วนที่มุ่งให้เกิดความ ชำนาญเฉพาะด้านและมุ่งที่จะควบคุมป้องกันการเกิด และการแพร่ขยายของเชื้อโรค.²⁰ การมองเห็นการแพทย์ ตะวันตกโดยปราศจากประวัติศาสตร์ คือไม่มีเงื่อนไข

ของเวลา จนเหลือเพียงแค่ความเจริญก้าวหน้าของ วิทยาการการแพทย์ตะวันตก ทำให้ไม่เข้าใจถึงประเด็น อันเป็นเนื้อหาของการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความรู้การ แพทย์สมัยใหม่ และการนำไปสู่การสถาปนาความรู้การ แพทย์สมัยใหม่ให้เป็นเนื้อหาสำคัญของการสร้างรัฐสมัย ใหม่ทั้งในตะวันตกเองและการสร้างรัฐสมัยใหม่ขึ้นในรัฐ ไทยในช่วงเวลาเดียวกันนั้น. ในการเขียนประวัติศาสตร์ ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการแพทย์ของตะวันตกเองก็ไม่ได้ มีมิติเกี่ยวกับจุดเปลี่ยนของความรู้ทางการแพทย์ที่ ทำให้เปลี่ยนแปลงจากการแพทย์แบบจารีต (Foucault เรียกการแพทย์ยุค Renaissance และยุค Enlightenment ว่าเป็นการแพทย์ยุค “คลาสสิก”) ไปสู่การแพทย์ สมัยใหม่อยู่เพียงมิติเดียว. กล่าวคือ บางคนเห็นว่าการ เปลี่ยนแปลงสำคัญอยู่ที่การใช้ความรู้ทางกายวิภาค (anatomy) มาอธิบายให้สัมพันธ์กับการเกิดโรค, บาง คนเห็นว่าอยู่ที่การเปลี่ยนญาณวิทยาการแพทย์ไปสู่การ ใช้วิธีการเชิงประจักษ์ ที่ต้องทดสอบทดลองซ้ำแล้ว ซ้ำเล่า, บางคนเห็นว่าอยู่ที่การค้นพบเชื้อแบคทีเรียของ

¹⁷ กรุณาตุ ยุวดี ตปนิยากร, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่ สมัยเริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้า เจ้าอยู่หัว” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522).

¹⁸ กรุณาตุ สุวีริทธิ์ สวัสดิ์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาศรียานาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468)” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติ- ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531).

¹⁹ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย, หน้า 40. เน้นโดยผู้อ้าง.

²⁰ กรุณาตุ ชนิษฐ์ เจริญกุล, “กระบวนการรณรงค์การสาธารณสุขใหม่: วิวัฒนาการและแนวคิด” การประชุมวิชาการสัณจรสูภูมิภาค ครั้งที่ 1: ภาคใต้ เรื่อง สหวรรษใหม่กับการสาธารณสุขใหม่ (จัดโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 25-26 กุมภาพันธ์ 2543, โรงแรมธรรมรินทร์ธนา จังหวัดตรัง): 16-24. ดูคำอธิบายเรื่อง การเปลี่ยนกระบวนการรณรงค์ “ยุควิทยาศาสตร์เฟื่องฟูหรือสมัยใหม่ (Modernism)” ในหน้า 20-21. แม้ว่าคำอธิบายเช่นนี้ดูเหมือนจะ เพิ่งปรากฏมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ก็ไม่ได้ทำให้เข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวจะสัมพันธ์อย่างไรกับสังคม และทำให้การแพทย์กลายเป็น ทั้งสัญญาและเครื่องมือของอำนาจรัฐสมัยใหม่ได้อย่างไร.

ปาสเตอร์ และการค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อโรคกับการเกิดวัณโรคของ Koch.

Michel Foucault เห็นว่าการแพทย์ในช่วงศตวรรษที่ 18 ให้ความสนใจอย่างมากเกี่ยวกับการ "กำหนดและจัดกลุ่มจำแนกประเภท" (specifying and classifying) โรคต่างๆ ซึ่งสามารถจำแนกโรคออกเป็น "families, genera, and species".²¹ กล่าวในภาษาของ Foucault ก็คือ "ระยะห่าง (distance) เป็นตัวกำหนดโรคชนิดหนึ่งออกจากโรคอีกชนิดหนึ่งนั้นสามารถกำหนดวัดได้เพียงจากระดับความเข้มข้นของความเหมือน (degree of their resemblance)" โดยที่รูปแบบของความเหมือนกันนั้นเป็นตัวเผยแสดงให้เห็นถึงระบบระเบียบของโรค (the form of the similarity uncovers the rational order of the diseases).²² ด้วยการใช้ความสนใจต่อ "ระบบระเบียบของอาการ" (ordering of symptoms) เพื่อจัดกลุ่มจำแนกประเภทโรคทำให้หมอแยกและจัดกลุ่มโรคออกจากกันได้ด้วยอาศัย "ความเหมือนและความแตกต่างระหว่างอาการของโรค"²³ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการจำแนกโรคต่างๆ.²⁴ การแพทย์สมัยใหม่ในต้นศตวรรษที่ 19 ในตะวันตกเปลี่ยนมาให้ความสำคัญจากลักษณะอาการที่มองเห็นได้จากภายนอก (visible) ไปสู่สิ่งที่อยู่ลึกลงไปและมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (invisible) ทำให้สามารถเผยแสดงความจริงของโรคต่างๆ ด้วยการเพ่งดู (gaze) ความจริงที่ก่อนหน้านี้ซ่อนอยู่ภายในและอยู่นอกเหนือความรู้ความเข้าใจ. ลีสรर्थ, จุดที่เกิดโรค, ความแข็งความอ่อน และ ฯลฯ เหล่านี้ได้กลายเป็นเนื้อหาของการวิเคราะห์และจำแนกความรู้เกี่ยวกับโรค. กล่าวโดยสรุป "สายตาได้กลายเป็นคลังและแหล่งของความชัดเจนแจ่มแจ้ง; สายตามีพลังอำนาจที่ทำให้หน้าเอาความจริง[เกี่ยวกับโรค]ออกมาสู่แสงสว่าง....สายตาเป็นส่วนแรกสุดที่จะเปิดความจริงนั้นออกมา".²⁵ Foucault เห็นว่างานเขียนเกี่ยวกับกาย

วิภาคของ Marie-Francois-Xavier Bichat ซึ่งมีความเห็นว่า "การเปิดศอกสองสามซอก. แล้วท่านก็จะขับไล่ความมืดที่การสังเกตเพียงอย่างเดียวไม่สามารถขับไล่ออกไปได้ในฉับพลัน" นั้นเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่สุด.²⁶ แน่นนอนว่าการผ่าตัดศพเพื่อศึกษากายวิภาคนั้นทำกันมานานแล้วในช่วงก่อนศตวรรษที่ 19 แต่มันมีความแตกต่างในทางญาณวิทยา เพราะ Bichat ไม่ได้คิดเพียงแต่คำอธิบายถึงกระบวนการทำงานของร่างกาย แต่ยังสนใจถึงกิริยาอาการที่โรคได้ติดต่อด้านเนื้อเยื่อและแพร่กระจายออกไปทั่วร่างกาย. เขาเห็นว่า "กายวิภาคเชิงพยาธิวิทยา ซึ่งศึกษาถึงปรากฏการณ์ของโรคบนร่างกาย" ทำให้ "กายวิภาคสามารถเป็นเรื่องพยาธิวิทยาเท่าที่พยาธิสภาพได้ถูกทำให้เป็นสิ่งที่ปรากฏบนเรือนร่างมนุษย์".²⁷ อาการโรคที่ปรากฏให้เห็นไม่ว่าจะด้วยการไอ ไข้ หายใจลำบาก ซึ่งเคยแสดงถึง

²¹ Thomas F. Tierney, "Anatomy and Governmentality: A Foucauldian Perspective on Death and Medicine in Modernity," *Theory & Event* 2: 1 (1998), paragraph 7. เอกสารชิ้นนี้พิมพ์เผยแพร่อยู่ใน Website ด้านวารสารวิชาการของสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกิน (<http://www.press.jhu.edu/press/journals>) การอ้างอิงจะใช้หมายเลขบอก paragraph ซึ่งมีอยู่ในบทความเป็นหลัก.

²² Michel Foucault, *The Birth of Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, Tr. A. M. Sheridan (London: Routledge, 1973), p. 6 and 7, original emphasis.

²³ Tierney, "Anatomy and Governmentality," paragraph 8.

²⁴ "Classificatory medicine, presence in an organ is never absolutely to define a disease...The space of the body and the space of the disease posses enough latitude to slide away from one another", ดู Foucault, *The Birth of Clinic*, p. 10.

²⁵ Foucault, *The Birth of Clinic*, p. xii-xiii.

²⁶ Quoted in Foucault, *The Birth of Clinic*, p. 146.

²⁷ "The manner in which disease affected these tissues and spread throughout the body by way of them....[A] pathological anatomy that studied the presence of disease in the body. In Foucault's word, 'anatomy could become pathological only insofar as the pathological spontaneously anatomizes'," Foucault, *The Birth of Clinic*, p. 131.

ความรู้เกี่ยวกับโรคจึงไม่ใช่ตัวความรู้สำคัญ แต่การปรากฏตัวของโรคบนเรือนร่างมนุษย์ต่างหากที่เป็นความจริงสูงสุดเกี่ยวกับโรค.

แม้ว่าการให้ความสำคัญกับความตายที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคชัดเจนขึ้นจากเรือนร่างของศพที่เป็นโรค แต่ถึงที่สุดแล้วความรู้ที่ได้มาก็ยังเป็นเพียง "การตรวจสอบซากศพ" (a post-mortem examination of the body).²⁸ ความพยายามจริงจังที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคบนพื้นที่ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ที่ชัดเจนก็คือ งานเขียนที่นำมาจากประสบการณ์การรักษาเป็นเวลาถึง 7 ปี ของนายแพทย์ชาวออสเตรียชื่อ Leopold Auenbrugger เรื่อง *Inventum novum* ซึ่งเขียนเป็นภาษาละตินและตีพิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 1761. งานชิ้นนี้ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษเมื่อปี ค.ศ. 1824 โดย John Forbes ใช้ชื่อว่า *On Percussion of the Chest: Being a translation of Auenbrugger's Original Treatise, Entitled "Inventum novum..."* บทแปลของ Forbes นี้ได้รับการตีพิมพ์ซ้ำใน *Bulletin of the History of Medicine* 4 (1936) โดยมี Henry E. Sigerist เขียนบทนำให้ พร้อมกับแปลชื่อละตินใหม่ว่า "A new discovery in order, by percussion of the human thorax, to discover signs for the recognition of hidden diseases of the chest". Auenbrugger เสนอว่าวิธีการเคาะทรวงอกเพื่อฟังเสียงนั้นจะทำให้สามารถเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่เกี่ยวกับทรวงอกได้ โดยจำแนกตามเสียงสะท้อนในลักษณะที่บหรือโปร่งที่จะบอกถึงการมีน้ำไม่มีน้ำในทรวงอก โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับหนองฝีในปอด. วิธีการนี้ทำให้แพทย์สามารถรับรู้และสามารถวิเคราะห์ถึงพยาธิสภาพของโรคที่อยู่ข้างในซึ่งก่อนหน้านี้ไม่สามารถรู้และเข้าถึงได้ ตลอดจนสามารถป้องกันรักษาโรคได้. การสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบโรคนี้ในแง่หนึ่งคือการเคลื่อน

ย้ายวิธีคิดเกี่ยวกับการแพทย์ จากเดิมที่สนใจเรื่องอาการที่เห็นได้ภายนอกที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าไปสู่สิ่งที่มองไม่เห็น แต่สามารถรู้ได้ผ่านการตรวจวัดด้วยวิธีการเชิงประจักษ์ ที่ต้องพิสูจน์ซ้ำแล้วซ้ำเล่าจนแน่ใจซึ่งได้จากประสบการณ์การฝึกฝนสังเกตอยู่ตลอดเวลา จนเกิดความชำนาญ เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดเนื่องจากโรคเดียวกันย่อมมีอาการและลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล.²⁹ การค้นพบวิธีการเคาะเพื่อฟังเสียงนี้ได้ถูกพัฒนาเป็นหูฟัง (stethoscope) ในเวลาต่อมาโดย Rene Theophile Hyacinthe Laennec และทำให้ Auenbrugger ได้ชื่อว่าเป็นผู้ที่อยู่ในหัวแถวของการวินิจฉัยโรคแบบการแพทย์สมัยใหม่.³⁰ อย่างไรก็ตาม ด้วยความเชื่อที่ยังฝังแน่นในการแพทย์แบบจารีต รวมทั้งการเป็นเรื่องต้องห้ามที่แพทย์จะต้องสัมผัสและต้องผู้ป่วย และความอิจฉาริษยา³¹ ทำให้การค้นพบนี้ถูกละเลยมาอีกนาน (แม้ว่าจะได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษ แต่ก็ถูกวิจารณ์ว่าไม่น่าจะสำคัญจนส่งผลกระทบต่อวงการแพทย์ในสมัยนั้น) จนกระทั่งได้รับการพิจารณาอย่างจริงจังโดยการแปล *Inventum novum* เป็นภาษาฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 1808 โดยนายแพทย์ประจำพระองค์ของนโปเลียน ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางการแพทย์หลายแห่ง อาทิ Paris School,

²⁸ Tierney, "Anatomy and Governmentality," paragraph 13.

²⁹ John C. O'Neal, "Auenbrugger, Corvisart, and the Perception of Disease," *Eighteenth Century Studies* 31,4 (1998): 473-489. ดูการอภิปรายถึงประเด็นเหล่านี้ในหน้า 475-479.

³⁰ "[A]t head of modern physical diagnosis", Robert G. Gate, "Leopold Auenbrugger and 'The Inventum novum'," *The Journal of the Kansas Medical Society* 67 (1966): 30-31; อ้างถึงใน O'Neal, "Auenbrugger, Corvisart, and the Perception of Disease."

³¹ "Auenbrugger challenged practically every medical convention at the time and openly transgressed the monumental taboo against touching the human body." O'Neal, "Auenbrugger, Corvisart, and the Perception of Disease." p. 476.

College de France, Vienna's Imperial Academy ฯลฯ จึงทำให้งานของ Auenbrugger ได้รับความสนใจขึ้นมาอีกครั้ง.

อย่างไรก็ตาม การค้นพบวิธีการเชิงประจักษ์เพื่อพิเคราะห์โรค แม้ว่าจะเป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่การค้นพบอื่นๆ ต่อมาแต่ก็ยังไม่ใช่จุดเปลี่ยนที่สำคัญจนกว่าจะมีการค้นพบเชื้อโรคในปลายศตวรรษที่ 19. แม้ว่าเราจะคิดกันมานานแล้ว อาทิ Varro (117-26 BC) เสนอว่าโรคต่างๆ เกิดจากสัตว์ตัวจิ๋วที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าแต่สามารถปลิวไปตามลมผ่านปากและจมูกเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งก็คล้ายกับที่พวกตัวตนยุคแรกๆ จินตนาการว่าสัตว์ตัวเล็กที่รูปร่างคล้ายกับหนอนออกมาจากสะดือ ตา และหูของคนป่วย และเข้าสู่ร่างกายของคนอื่น³² แต่ก็เป็นเรื่องที่ยืนยันไม่ได้จนกระทั่งมีการค้นพบกล้องจุลทรรศน์และสามารถพิสูจน์ได้ว่าสิ่งมีชีวิตเล็กๆ เหล่านี้มีผลโดยตรงกับการเกิดโรคของมนุษย์. Fracastorius (1483-1553) แพทย์ชาวอิตาลีเป็นคนแรกที่ระบุได้ค่อนข้างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อโรคกับการติดต่อโรคภายหลังจากการศึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อน กาฬโรค และโรคที่ติดต่อผ่านเพศสัมพันธ์ (ที่เขาเป็นคนตั้งชื่อว่า syphilis) โดยได้สรุปผลการศึกษาไว้ในหนังสือชื่อ **De Contagione** (1546) ว่าโรคเหล่านี้ติดต่อโดยสิ่งที่มองไม่เห็น ที่เรียกว่า "seminaria contagionum" หรือ "seeds of disease" และกล่าวว่ามันจะเกิดขึ้นเมื่อมีการสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย โดยการสัมผัสเสื้อผ้า เครื่องใช้ หรือในบางกรณี "seeds" นี้ก็จะถูกลมพัดไปในอากาศ.³³ แต่การค้นพบนี้ก็ไม่ได้นำไปสู่การเกิดทฤษฎีเชื้อโรค เพราะแม้กระทั่งในกลางศตวรรษที่ 19 เมื่อ Oliver Wendell Homes (1809-1894) แห่งบอสตันได้เสนอแนะว่าโรค puerperal fever (เกิดกับผู้หญิงที่เข้ารับบริการคลอดบุตรกับโรงพยาบาล) ซึ่งมีคนตายเปอร์เซ็นต์สูงมากนั้นมีสาเหตุมาจากเชื้อโรค

ที่อยู่บนมือของหมอ โดยติดเข้าไปสู่ร่างกายหญิงระหว่างการตรวจภายใน. ปรากฏว่าได้มีเสียงคัดค้านทฤษฎีนี้อย่างมาก โดยเฉพาะสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์โกรธที่ทฤษฎีนี้แสดงว่าหมอไม่มีความสะอาดพอในการรักษาโรค ซึ่งเป็นผลทำให้ค่าเดือนนี้ไม่ได้รับการสนใจในอเมริกาอยู่เป็นเวลานาน. ในช่วงเดียวกันนี้ Semmelweis (1818-1865) ซึ่งสอนหลักการเดียวกันนี้ที่โรงพยาบาลผดุงครรภ์ในกรุงเวียนนา โดยสังเกตว่านักศึกษาแพทย์มักจะตรงไปยังแผนกผดุงครรภ์หลังจากที่จัดการกับผู้ป่วยที่ติดเชื้ออย่างรุนแรงจากห้องตรวจอื่น หรือห้องเก็บศพ จึงได้ออกกฎอย่างเข้มงวดให้นักศึกษาทุกคนต้องทำความสะอาดมือในสารละลายปูนขาวก่อนจะตรวจภายในของสตรี ซึ่งวิธีนี้ทำให้จำนวนการตายในโรงพยาบาลนั้นลดลงจาก 18% เหลือเพียง 1%. แม้ว่าวิธีนี้จะประสบความสำเร็จ แต่เขาก็ถูกกลั่นแกล้งและถูกบังคับให้ลาออกจากตำแหน่งศาสตราจารย์. ต่อมาในปี ค.ศ. 1861 เขาได้ตีพิมพ์หนังสือ **The Cause and Prevention of Puerperal Fever** แต่ก็ไม่เคยได้รับความเชื่อถือเลย จนสุดท้ายกลายเป็นบ้าและตายจากการติดเชื้อบนมือตัวเอง.³⁴

ประเด็นการพบเชื้อโรคนี้สัมพันธ์อยู่กับเรื่องอื่นอีก 2 เรื่อง คือการค้นพบกล้องจุลทรรศน์ และการค้นพบแบคทีเรีย. การค้นพบกล้องจุลทรรศน์ของ Zacharias Jensen ช่างแว่นตาชาวเดนมาร์กในประมาณปี ค.ศ. 1609 โดยการวางเลนส์ 2 ชิ้นเข้าด้วยกันในหลอดแก้ว ทำให้ศาสตราจารย์ Kircher (1602-1680) มองเห็นหนอนตัวเล็กๆ จำนวนนับไม่ถ้วนที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วย

³² Peter Baldry, **The Battle Against Bacteria: A Fresh Look. A History of Man's Fight Against Bacterial Disease with Special Reference to the Development of Anti-Bacterial Drugs** (Cambridge: Cambridge University Press, 1965), p. 1.

³³ Baldry, **The Battle Against Bacteria**, p. 7.

³⁴ Baldry, **The Battle Against Bacteria**, p. 11-12.

ตาเปล่าเมื่อเขาตรวจเลือดผู้ป่วยกาฬโรค (ซึ่งแท้จริงคือเชลล์เม็ดเลือดแดงเพราะกำลังขยายของกล้องย่น้อย). แต่คนที่สามารถผลิตกล้องจุลทรรศน์จมนมมองเห็น “animalcules” คนแรกคือ Antony Van Leeuwenhoek (1632-1723) โดยใช้ชุดเลนส์ 26 อัน ทำให้สามารถมองเห็นแบคทีเรียที่อยู่ในคราบฟันของเขาเอง. เขากล่าวถึงการค้นพบของตนว่า เขาได้เห็น “สัตว์ตัวเล็กๆ มีจำนวนมากกว่คนในเนเธอร์แลนด์ และเคลื่อนที่ด้วยอาการประมาดว่าเร่งเป็นที่สุด”.³⁵ แพทย์คนแรกที่นำการค้นพบเกี่ยวกับ “animalcules” มาใช้อธิบายเกี่ยวกับการเกิดโรคคือ Marcus Plenciz ชาวเวียนนาในหนังสือ **Opera Medicophysica** (1762) ที่แสดงความเห็นออกอย่างชัดเจนว่าโรคติดต่อต่างๆ สามารถแพร่กระจายผ่านอากาศโดยสัตว์แพร่โรคตัวเล็กๆ (contagious animalcules) แต่ก็ไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นชัดเจนได้มากกว่านี้. แม้กระทั่งเมื่อ Louis Pasteur ค้นพบแบคทีเรียจากการศึกษาเกี่ยวกับอุตสาหกรรมการผลิตไวน์ และต่อมาได้ค้นพบพฤติกรรมการผลิตโรคของแบคทีเรียว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคระบาดในหนอนใหม่ (และวิธีการควบคุมโรคระบาดในหนอนใหม่) ในช่วงทศวรรษ 1860s และการค้นพบจุลินทรีย์รูปเกลียวจำนวนมากในเลือดผู้ป่วยที่เป็นโรค “relapsing fever” ของ Obermeier ในปี ค.ศ. 1868 แต่ก็ยังมีความเชื่อกันทั่วไปทางการแพทย์ว่าเชื้อโรคไม่น่าจะใช่ตัวที่ก่อให้เกิดโรค และเชื่อว่าเชื้อโรคน่าจะเป็นสิ่งที่เข้าไปในตัวผู้ป่วยหลังเกิดโรค (บางคนเชื่อว่าในทันทีที่ร่างกายเกิดโรค จุลินทรีย์เหล่านี้ก็จะเกิดขึ้นในร่างกาย) เพราะมันฝังดู “ไร้เหตุผลสำหรับบางคนที่สัตว์ตัวจิ๋วนั้นจะนำโรคมานำสู่คนได้ และแม้จะเป็นที่ยอมรับกันว่าจุลินทรีย์นั้นพบในเนื้อเยื่อที่เป็นโรคหรือตายแล้ว แต่มันถูกคิดว่าเป็นเพียง ‘secondary invaders’ มากกว่าที่จะเป็นสาเหตุที่แท้จริงของโรค”³⁶ ซึ่งทำให้การค้นพบของปาสเตอร์ได้รับการต่อต้านอยู่

ระยะหนึ่ง. คนที่จะทำให้เรื่องนี้เป็นที่ยอมรับกันในเวลาต่อมาคือ Robert Koch (1843-1910) แพทย์ชาวเยอรมัน ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโรค anthrax แล้วพบว่าเลือดและเนื้อเยื่อของสัตว์ที่ติดเชื้อมีแบคทีเรียชนิดหนึ่ง และเขาได้แยกเชื้อโรคออกมาศึกษาและนำไปฉีดกลับเข้าไปเพาะเลี้ยงในหนู. การค้นพบและสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อโรคได้ของ Koch นั้นถือกันว่าเป็นหลักหมายสำคัญอันหนึ่งของประวัติศาสตร์จุลชีววิทยา แต่งานที่ทำให้เขาได้รับการยอมรับมากที่สุดก็คือการค้นพบ “tubercle bacillus” เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดวัณโรคในปี ค.ศ. 1882. (แท้จริงแล้วก่อนหน้านั้นในปี ค.ศ. 1865 Jean-Antoine Villemin แพทย์ทหารชาวฝรั่งเศสก็เคยค้นพบว่าเขาสามารถนำเชื้อวัณโรคฉีดเข้าไปในกระต่ายและทำให้กระต่ายเป็นวัณโรคได้สำเร็จ เพื่อพิสูจน์ว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อผ่านการติดเชื้อ, แต่เขาก็ไม่ได้อธิบายถึงรากฐานสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคได้มากกว่านี้ เหมือนกับกรณีที่ Edward Jenner ค้นพบวัคซีนไข้ทรพิษในปี ค.ศ. 1796 โดยไม่มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคเหมือนที่รู้จักกันในสมัยหลัง).

ความแตกต่างสำคัญจึงมีอยู่ 2 ประการ คือการเปลี่ยนวิธีคิดมาสู่วิธีการแสวงหาความจริงเชิงประจักษ์กับการค้นพบทางเทคนิคที่นำไปสู่การเปลี่ยนโครงสร้างของความรู้ทางการแพทย์ทั้งหมดไปรวมศูนย์อยู่ที่ตัวเชื้อโรค และการค้นพบเชื้อโรคซึ่งเป็นเรื่องเชิงเทคนิคนั้นได้กลับไปสั่นสะเทือนพังทลายความรู้ทางการแพทย์แบบเดิมที่สืบทอดกันมา. ฝรั่งเศสในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ที่ได้ชื่อว่าเป็นศูนย์กลางแห่งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่กระทั่งในปี ค.ศ. 1865 (ช่วงปลายรัชกาลที่ 4) ที่ Villemin ประกาศว่าเขาค้นพบว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่ออย่างหนึ่ง เขาก็ถูก

³⁵ Baldry, **The Battle Against Bacteria**, p. 14.

³⁶ Baldry, **The Battle Against Bacteria**, p. 26.

ต่อต้านอย่างหนักโดยเฉพาะหลังจากที่เขาเสนอผลงาน
ต่อสถาบันแพทยวิทยาลัย (Academy of Medicine)
แห่งฝรั่งเศส เนื่องจากสมาชิกจำนวนมากของสถาบัน
ไม่ยอมรับ เพราะเห็นว่า “เป็นการกลับหัวกลับหาง
ความรู้แบบจารีตโดยไม่มีการพิสูจน์”.³⁷ Michel Peter
(ผู้ต่อต้านทฤษฎี ปาสเตอร์คนสำคัญ) ประกาศตั้งแต่
ที่ Villemin ยังไม่นำผลงานไปเสนอต่อสถาบันแพทย
วิทยาลัยว่า “ความคิดเรื่องการติดต่อของวัณโรคนั้นเป็น
เรื่อง...ที่ถูกปฏิเสธไปเรียบร้อยแล้วโดยนักปราชญ์ร่วม
สมัย”.³⁸ Jules Guerin ผู้ประดิษฐ์คำว่า “การแพทย์
ทางสังคม” (social medicine) กล่าวว่า “โดยเนื้อหา
แล้ว วัณโรคไม่ใช่โรคติดต่อ[ผ่านทางเชื้อโรคที่อยู่ภาย
นอก]”.³⁹ เพราะเชื่อกันโดยทั่วไปในทางการแพทย์ว่า
วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อทางกรรมพันธุ์สายเลือด (here-
ditary). Hermann Pidoux ซึ่งรู้จักกันดีในฐานะคนที่
ต่อต้านทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) วิจัยว่าความ
คิดที่ว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อนั้นเป็น “ความคิดแบบ
จารีต” และ “ง่าย ๆ เหมือนกับที่เชื่อว่าโรคมีสาเหตุจาก
โรค...เป็นสิ่งที่ไร้เดียงสาและสามัญ. [เป็นความคิด
ที่ตกยุคล้าสมัยเหมือนกับโพล] ออกมาจากยุคกลาง.
เป็นลัทธินับถือผี (animist doctrine of viruses) ที่
เห็นว่า [เชื้อโรค] เป็นตัวตนบางอย่างที่มีวิญญาณ
สามารถดำรงอยู่ได้โดยตัวมันเอง...เป็นเรื่องที่น่าพิง
พอใจต่อการสร้างจินตนาการมาก แต่ไม่ใช่เรื่องที่สลัก
สำคัญ”. เพราะสำหรับ Pidoux แล้ว สามารถแบ่ง
สาเหตุของการเกิดวัณโรคได้ 2 ทาง คือ “คนยากจนเป็น
วัณโรคจากความยากจนนั่นเอง เนื่องจาก “การทำงาน
ในโรงงาน, การขาดแคลนอาหารการกิน, เนื่องจากแม้
ว่าพวกเขาจะได้รับ ‘ปลดปล่อย’ จากการเป็นทาสติด
ที่ดิน แต่ก็ยังไม่ได้รับการปลดปล่อยจากระบบแรงงาน
รับจ้าง...ส่วนคนมั่งมีนั้นแล้วก็เป็วัณโรคจากความ
แตกตื่นระหายนะในความมั่งมีศรีสุขจนเกินไปของตน
นั่นเอง.”⁴⁰

ดังที่ได้อภิปรายไปแล้วว่า แม้วาก่อนหน้าที่ Koch จะ
ค้นพบเชื้อวัณโรค (tubercle bacillus) ก็มีคนที่
กล่าวถึงความเป็นไปได้ที่จะมีการรับเชื้อวัณโรคโดย
การติดต่อ แต่ก็ยังไม่มีใครพิสูจน์ให้เห็นได้ชัดเจน.
การค้นพบของ Koch ถือกันว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ
ในวงการแพทย์ และถือว่าการทำให้ “ทฤษฎีเชื้อโรคบรรลุ
จุดสุดยอดแห่งชัยชนะ” ดังที่ Jules Rochard นัก
อนามัย (hygienist) ได้กล่าวไว้ในปี ค.ศ. 1888 ว่า
“ทุกวันนี้ ความคิดเรื่องการติดต่อของวัณโรคปอด
(phthisis) นั้นเป็นที่ยอมรับกันเกือบถ้วนทั่วทุกตัวคน
ในหมู่แพทย์”.⁴¹ สิ่งที่จะเป็นประเด็นสำคัญต่อสังคม

³⁷ Erwin Ackerknecht, “Anticotagionism between 1821 and 1867,” *Bulletin of the History of Medicine* 22 (1948): 562-593. อ้างใน Davis S. Barnes, *The Making of a Social Disease: Tuberculosis in Nineteenth-Century France* (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1995), Chapter 1, ดูเชิงอรรถที่ 53 ในหัวเรื่อง “Pidoux Versus Villemin: The Contagion Debate”. เนื่องจากหนังสือเล่มนี้ ฉบับที่ผู้เขียนใช้อยู่นั้นเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book) ที่ปรากฏใน Website ของสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย (http://www.ucpress.edu/scan/books.html#5), การอ้างอิงต่อไปข้างหน้าจะใช้อ้างอิงแหล่งที่มาที่ Barnes ใช้ก่อน และ/หรือ Barnes, *The Making of a Social Disease*, Chapter, และ หัวเรื่องย่อยในบทนั้น.

³⁸ Michel Peter, *De la tuberculisation en general: on the contagion question* in pp.62-75; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, ดูเชิงอรรถที่ 55.

³⁹ Jules Guerin, Discours sur la tuberculose prononce a l'Academie imperiale de medecine dans sa s'ance du 2 juin 1868 (Paris: Gazette medicale, 1868), 24-27; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, ดูเชิงอรรถที่ 57.

⁴⁰ A. Coriveaud, “Pidoux” (obituary), *Journal de medecine de Bordeaux*, September 10, 1882, 60-61 และ Hermann Pidoux, “Discussion sur la tuberculose” (at Academy of Medicine, December 3 and 10, 1867), *Bulletin de l'Academie imperiale de medecine* 32 (1866-67): 1254-1261; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, ดูเชิงอรรถที่ 58 และ 58.

⁴¹ Jules Rochard, *Traite d'hygiene sociale* (Paris: Delahaye et Lecrosnier, 1888), 536-561; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, Chapter 3, “The Spread of Tuberculosis: Soil and Seed”, ดูเชิงอรรถที่ 14.

หลังจากนี้ ก็คือการค้นพบเชื้อโรคของวัณโรคทำให้คนป่วยถูกมองว่าเป็น “ศัตรู: ศัตรูคือคนเป็นวัณโรคที่กำลังถ่มถุยเชื้อวัณโรคออกมา” หรือกล่าวอีกด้านหนึ่งก็คือ คนที่เป็นเหยื่อของวัณโรคนั้นเองที่กลายเป็นศัตรูของสังคมไป.⁴² ต่อมาหลังจากนั้นไม่นาน Edouard Fuster เสนอในการประชุมของ the societe de medecine publique เมื่อปี ค.ศ. 1903 (หลังจากการเสด็จเยือนยุโรปหนแรกของรัชกาลที่ 5) ว่า “การป้องกันวัณโรคในฐานะที่เป็นโรคทางสังคม (tuberculosis as a social disease) นั้นรวมถึง...มาตรการทุกอย่างที่ทำให้สามารถกำจัด (remove) คนป่วยโรคติดต่อที่เรารับรู้...ให้ออกไปจากบริเวณพื้นที่ที่ยังคงสุขภาพพลานามัยแข็งแรงดี; และที่ต้องทำสืบเนื่องกันไปด้วยก็คือ ค้นหาผู้คนเหล่านี้ให้ออกมา (search them out) จากชุมชนมนุษย์ทุกแห่ง แล้วนำพวกเขา แยกออกไปให้อยู่โดดเดี่ยวต่างหาก (isolate)”⁴³ จากชุมชนในพื้นที่ที่พวกเขาทำท่าจะเป็นคนที่ก่อปัญหาต่อสังคม. พื้นที่สาธารณะจึงกลายเป็นพื้นที่สำคัญที่จะต้องถูกกำหนดควบคุมดูแลอย่างเข้มงวด เพราะถือเป็น “บริเวณขอบเขตที่มีศักยภาพต่อการติดต่อ” ของโรค. การถ่มเสมหะซึ่งเคยเป็นสิ่งทีคนในศตวรรษที่ 18 ต้องกระทำเพราะถือกันว่าเป็นมารยาทที่เลวทรามหากจะกลืนสิ่งที่ต้องถ่มออกมานั้นเข้าไป ซึ่งอาจจะทำให้ต้องอ้วกสิ่งอื่นออกมาด้วย แต่ในตอนปลายศตวรรษที่ 19 การถ่มเสมหะได้กลายเป็นสิ่งต้องห้าม เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจและหวาดกลัวของสังคมเนื่องจากความเข้าใจในทฤษฎีที่ว่าเชื้อโรคสามารถแพร่ติดต่อกันได้. รัฐบาลฝรั่งเศสต้องทำป้ายประกาศคำเตือนติดตามสถานที่สาธารณะว่า “ท่านจะต้องไม่ถ่มถุยในที่สาธารณะ...เสมหะทุกก้อนถูกตั้งข้อสงสัย[ว่ามีเชื้อโรค]...ไม่มีอะไรจะรับประกันได้ว่ามันจะไม่มีเชื้อวัณโรค.”⁴⁴ ความหวาดกลัวว่าเชื้อโรคสามารถติดต่อกันได้ทำให้เกิดปัญหาตามมาในเรื่องการสร้างสถานพยาบาล (Sanitary) สำหรับผู้ป่วย

วัณโรคว่าจะเป็นแหล่งสะสมเฉพาะเชื้อโรคที่ไม่มีใครต้องการ เหมือนกับที่เคยสร้างนิคมโรคเรื้อน (Leprosy colonies) หรือให้แยกคนป่วยโรคเรื้อนออกไปอยู่ในป่า และเวลาจะไปไหนมาไหนก็ต้องส่งสัญญาณเตือนผู้คน.

นอกเหนือจากพัฒนาการทางความรู้ที่ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญจนนำไปสู่การเกิดการแพทย์สมัยใหม่ที่ทำให้ความสำคัญกับการสังเกต การทดลอง และมุ่งต่อสู้กับตัวเชื้อโรคเป็นหลักแล้ว ความสนใจหลักในประวัติศาสตร์การแพทย์ที่เอื้อต่อการเข้าใจสภาพปัญหาของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นควรมุ่งเน้นไปที่เรื่องความสัมพันธ์ของการควบคุมปกครองของรัฐกับการจัดการระบบสาธารณสุข. โดยเฉพาะปัญหาเรื่องโรคระบาดในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 ได้กลายเป็นปัญหาหลักสำคัญที่นำการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปสถาปนาที่มั่นในฐานะเป็นกลไกสำคัญของรัฐในการจัดการการปกครองอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน อาทิ ทำให้ปัญหาการจัดตั้งให้มีแพทย์ตามหัวเมืองถูกหยิบยกขึ้นพิจารณาอย่างจริงจัง รวมถึงการคิดหาทางเก็บสถิติเกี่ยวกับสุขภาพของพลเมือง การเกิด และการตาย (ที่จะต้องระบุถึงโรคที่ผู้ตายเคยเป็น การดำเนินชีวิต และสาเหตุ

⁴² “Enemy: the enemy is the *tuberculeux* who is spitting bacilli.” Charles Fauchon, *La tuberculose, question sociale* (Paris: Asselin et Houseau, 1903), 70 และ Abert Calmette, “La Tuberculose,” *Revue philanthropique* 21 (1907): 570-571; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, Chapter 3, “The Spread of Tuberculosis: Soil and Seed”, ดูเชิงอรรถที่ 20.

⁴³ Edouard Fuster, “La Tuberculose, maladie sociale,” *Revue d'hygiene et de police sanitaire* (1907): 570-1, original emphasized; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, Chapter 3, “The Spread of Tuberculosis: Soil and Seed”, ดูเชิงอรรถที่ 21.

⁴⁴ “It is expressly recommended that you not spit in public...Every *crachat* is suspect, because, at a glance, nothing proves that it does not contain bacilli!”; อ้างใน Barnes, *The Making of a Social Disease*, Chapter 3, “The Spitting and the Danger of Contact”, ดูเชิงอรรถที่ 40.

ที่ทำให้ตาย ซึ่งรวมๆ แล้วก็สร้างทะเบียนประวัติพยาธิสภาพของพลเมือง). นอกจากนี้ปัญหาเรื่องโรคระบาดยังทำให้เกิดเงื่อนไขทำให้การแพทย์ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นกับอำนาจรัฐ เนื่องจากรัฐต้องการที่จะควบคุมสอดส่องดูแลและรักษาสุขภาพพลามย์ของพลเมือง ซึ่งหากพูดในภาษาของ Foucault ก็คือ “การแพทย์ได้กลายเป็นภารกิจหลักอันหนึ่งของชาติ”.⁴⁵ อำนาจรัฐซึ่งเคยแต่เพียงมีสิทธิอำนาจบังคับปกครองชีวิตความเป็นความตายของพลเมืองของตนได้สร้างเครื่องมือกลไกที่แยบยลยิ่งขึ้นในการจัดการปกครอง ที่ทำให้สามารถจัดการไปถึงวิถีชีวิตประจำวันของพลเมืองได้ตั้งแต่เกิดไปจนกระทั่งตายในทุกเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพลามย์ ความกินคืออยู่ดี และหมายถึงชีวิตที่ยืนยาวของพลเมืองอีกด้วย.⁴⁶ การค้นพบความรู้เรื่องเชื้อโรคทำให้เกิดความหวาดกลัวการติดต่อของเชื้อโรคอย่างหนักและทำให้เกิดความคิดในเรื่องการสอดส่องดูแลภาวะการเกิดโรค เชื้อโรค ผู้ป่วยที่เป็นโรค ซึ่งทำให้ร่างกายมนุษย์ถูกอำนาจรัฐจับจ้องดูแลเข้มงวดอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน. การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปลอดจากโรคภัย อันเป็นเรื่องความสนใจของแต่ละปัจเจกบุคคลและเป็นสิทธิอำนาจอธิปไตยเหนือพื้นที่บนเรือนร่างมนุษย์ของประชาชนพลเมือง (อันเป็นพื้นที่แห่งอำนาจหน่วยย่อยที่สุดในชีวิตของชุมชนทางการเมือง) ได้ถูกรัฐสมัยใหม่ใช้อำนาจแห่งความรู้ในเรื่องการแพทย์สมัยใหม่ส่งเข้าไปยึดอำนาจอธิปไตยเหนือพื้นที่บนร่างกายของพลเมืองไปควบคุมและจัดการดูแลแทน.

วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก กับการปกครองของรัฐไทยสมัยใหม่

การสถาปนาของการแพทย์สมัยใหม่ของรัฐไทยนั้นนอกเหนือไปจากการผลักดันอย่างสำคัญจากระบบทุนนิยมโลก และอุดมการณ์ทางเศรษฐกิจของมหา

อำนาจตะวันตก จะนำไปสู่กระบวนการถ่ายทอดและรับการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก (อันเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างเข้มข้นในช่วงสมัยรัชกาลที่ 6 อาทิ ทำให้การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ลัยเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น ด้วยความช่วยเหลือและกำกับ การของมูลนิธิร็อกกี้ เฟลเลอร์ เป็นต้น) แล้ว⁴⁷ อุดมการณ์การสร้างความทันสมัยที่รับมาจากตะวันตกของชนชั้นนำไทยก็เป็นเหตุผลหลักอย่างหนึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง. นอกเหนือจากความเข้มข้นของการล่าอาณานิคมจะเป็นแรงผลักดันที่จะนำไปสู่การปฏิรูปประเทศในช่วงรัชกาลที่ 4-5 แล้ว พื้นฐานสำคัญของอุดมการณ์ความทันสมัยคือบริบทของการขยายตัวของการค้าและเศรษฐกิจแบบเงินตรา และการผลิตสินค้าเพื่อป้อนตลาดโลกในช่วงต้นรัตนโกสินทร์ ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญทำให้ชนชั้นนำไทยเปลี่ยนวิธีคิดอุดมการณ์ที่มุ่งไปสู่ชีวิตในโลกนี้และมีความคิดความเชื่อในความจริงเชิงประจักษ์⁴⁸ ดังจะเห็นได้จากความสำนึกในเรื่องประวัติศาสตร์ที่เปลี่ยนไป. กล่าวคือ ชนชั้นนำเริ่มมองเห็นเส้นทางประวัติศาสตร์เป็นวิวัฒนาการก้าวไปข้างหน้า โดยมีมนุษย์เป็นแรงผลักดันที่สำคัญ และแม้ว่าจะเห็นว่าตัวเองเป็นหัวขบวนที่จะขึ้นนำความก้าวหน้า แต่

⁴⁵ Michell Foucault, “Governmentality”, in Graham Burchell, Collin Gordon, and Peter Miller, eds., **The Foucault Effect: Studies in Governmentality** (Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, 1991), p. 31 and 19; อ้างใน Tierney, “Anatomy and Governmentality,” paragraph 21.

⁴⁶ Tierney, “Anatomy and Governmentality,” paragraph 22.

⁴⁷ Wariya Siwasariyanon, “The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation’s Role in a Thai Medical School (1923-1935)” (Unpublished Doctoral Dissertation, University of Hawaii, 1984).

⁴⁸ กรุณาดูการอภิปรายการเปลี่ยนโลกทัศน์ของชนชั้นนำไทยที่หันไปเน้นความจริงเชิงประจักษ์นี้ใน นิธิ เอียวศรีวงศ์, **ปากไก่และใบเรือ: ว่าด้วยการศึกษาประวัติศาสตร์-วรรณกรรมต้นรัตนโกสินทร์** พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: แพรวล้านกพิมพ์, 2538).

ชนชั้นนำก็เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของพลเมือง เช่น มีคำสอนให้มีความรักชาติบ้านเมือง สร้างความเจริญ ให้ทัดเทียมนานาอารยประเทศ และทำให้เกิดความคิด เรื่อง “หน้าที่พลเมือง” ที่จะทำให้ตนและบ้านเมือง เจริญก้าวหน้า ดังแบบเรียนเรื่อง **หนังสืออ่านภูมิศาสตร์** (พ.ศ. 2447) ของ ขุนธรรมาภาวาทิ ที่เห็นว่า “คำว่า ศิวิลิซส์...ก็คล้ายๆ กับคำในภาษาไทยเราว่า ‘เจริญ ดีแล้ว’ นั่นเอง และจะอธิบายออกไปอีกให้กว้างขวาง ก็คือ มนุษย์ชาติใดที่เรียกว่าศิวิลิซส์แล้วนั่นคือเป็นผู้ ที่มีความรู้จักผิดชอบ ประพฤติตนถูกต้องตามธรรม จริยา...คนชาติศิวิลิซส์นั่นคือคนประพฤติตนเป็นผู้ดี มีความสุภาพราบเรียบ...และมีความตั้งใจที่จะทำ ประโยชน์ให้บ้านเมืองของตนเจริญขึ้นอยู่เสมอ... บ้านเมืองที่ศิวิลิซส์มากนั่นก็คือบ้านเมืองที่ราษฎร พลเมืองเป็นคนศิวิลิซส์โดยมาก ราษฎรพลเมืองเหล่านี้ ย่อมตั้งใจช่วยกันทำการงานบ้านเมืองจึงเจริญ”⁴⁹ การ เป็นพลเมืองดีนั้นจึงนอกจากจะต้องขยันหมั่นเพียรทำ มาหากิน และเป็นคนมีศีลธรรมแล้ว ยังต้องเป็นคนที่ มีสุขภาพพลานามัยดีอีกด้วย ดังที่สมเด็จพระมหาสมณ เจ้ากรมพระยาวชิรญาณวโรรส (ซึ่งเป็นผู้ที่ทรงมีบทบาท สำคัญมากในการจัดการศึกษาให้กับประเทศไทยสมัยใหม่⁵⁰ และเป็นผู้หนึ่งที่ปลูกฝังความคิดเรื่องหน้าที่พลเมือง ต่อชาติ) ทรงเห็นว่าพลเมืองเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ชาติ มั่นคงและเจริญก้าวหน้าได้ อาทิ ต้องทำให้ตัวเองมีสุขภาพ พลามัยแข็งแรงให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ และสามารถ เสียภาษีให้รัฐ และรับราชการเป็นทหารเพื่อช่วยเหลือ ป้องกันชาติ เป็นต้น. พระองค์ทรงมีความเห็นว่า “บ้านเมืองอันหนึ่ง ศีระะก็เปรียบด้วยพระเจ้าแผ่นดิน ชาติไม่ได้จำเป็นต้องมีแท้...ต่อมาเมื่อหัวใจ ปอด ตับ ก็ เปรียบด้วยเสนาบดี สมุทเทศาภิบาล ผู้ว่าราชการเมือง เป็นลำดับ ลงมาจนถึงผม ขน เปรียบด้วยราษฎร เมื่อ ชาติไปเส้นหนึ่งก็ไม่สู้กระไรนัก แต่เมื่อชาติไปหลายๆ เส้นก็แลดูโถม แม้ถึงพวกราษฎรก็เหมือนกัน ถ้าตาย

ไปคนหนึ่งก็ไม่สู้กระไรนัก แต่ตายไปมากบ้านเมืองก็ เียบเหงา ไม่อาจที่จะป้องกันอันตรายภายในภายนอก ได้”⁵¹ ประชาชนจึงต้องมีหน้าที่ “ทำนุบำรุงลูกให้เป็นคน สมกำลัง มีร่างกายบริบูรณ์ ลำสันแข็งแรง ไม่เป็นโรค และพิการ ที่เป็นผู้ชายจะได้เข้ารับราชการทหารตาม คราว แล้วออกเป็นพลเมืองผู้สามารถ ที่เป็นหญิงจะ ได้เป็นมารดาของบุตรที่แข็งแรงและเป็นชาวเมืองที่ สามารถอดจกัน”⁵² ในหนังสือเรื่อง **มานุษยวิทยา** ที่ พระองค์ทรงนิพนธ์ขึ้นเมื่อ ร.ศ. 117 (พ.ศ. 2441) ก็ทรง กล่าวถึง “เครื่องบำรุงกายให้ผาสุก”, “อาหาร”, “อากาศ”, “แสงสว่าง”, “น้ำ”, “ความสะอาด”, “การนุ่งห่ม”, “การ ใช้กำลัง”, “การพัก” เป็นสาระสำคัญ.⁵³ เหตุผลของการ สร้างรัฐสมัยใหม่ที่เจริญก้าวหน้าจึงแยกจากกันไม่ออก กับความคิดที่จะต้องดูแลประชาชนให้หายจากโรคภัย และมีสุขภาพแข็งแรง ด้วยการสร้างทั้งองค์ความรู้

⁴⁹ กรมุดการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ใน อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์, **การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของชนชั้นผู้นำไทยตั้งแต่ รัชกาลที่ 4 - พ.ศ. 2475** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหา- วิทยาลัย, 2538), อ้างจากหน้า 167.

⁵⁰ กรมุดการอุยละเอียดใน David K. Wyatt, **The politics of Reform in Thailand: Education in the Reign of King Chulalongkorn** (New Haven and London: Yale University Press, 1969).

⁵¹ สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส, **ระยะทาง สมเด็จพระมหาสมณเจ้าฯ เสด็จตรวจการคณะสงฆ์มณฑลฝ่าย เหนือ พ.ศ. 2457** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา, 2504), น. 76; อ้าง ใน สุวีริรัตน์ สวัสดิ์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระ ยัชชยานาทรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456- 2468),” น. 25.

⁵² สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส, **ธรรมคดี** (พระนคร: โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2514), น. 24; อ้างใน สุวีริรัตน์ สวัสดิ์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรม พระยัชชยานาทรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456- 2468),” น. 25. คำว่า “แลดูโถม” นั้นอรรถจักร์อ้างว่า “ดูโถม” กรมุด การ อรรถจักร์, **การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของชนชั้นผู้นำไทยตั้งแต่ รัชกาลที่ 4 - พ.ศ. 2475**, น.162.

⁵³ กรมุดการ สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส, **มานุษยวิทยา เล่ม 1 ตอนที่ 1-2**, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ: มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2521).

เกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่และสร้างสถานพยาบาลสำหรับการจัดการดูแลรักษาความป่วยไข้โรคภัยของพลเมือง เพื่อให้สามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับรัฐ.

ขณะที่การเกิดอหิวาระบาดครั้งใหญ่ปี พ.ศ. 2392 ขึ้นในสยาม (ซึ่งเป็นช่วงที่อหิวากำลังระบาดใหญ่ทั่วโลกทำให้มีคนตายจำนวนมาก) เฉพาะในปริมณฑลกรุงเทพนั้นมีคนตายถึงวันละ 100-200 คน ระบาดอยู่นาน 28 วัน ทำให้มีคนตายทั่วประเทศราว 4 หมื่นคน⁵⁴ และเมื่อถึงสมัยรัชกาลที่ 5 ขณะที่กำลังเร่งพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัยนั้นปัญหาเรื่องโรคระบาดยังเป็นปัญหาเฉพาะหน้าสำคัญและเร่งด่วนที่รัฐสมัยใหม่ต้องเผชิญหน้าอยู่. แม้ว่ารัฐจะพยายามป้องกันโดยเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาด โดยเฉพาะการระบาดของกาฬโรคในอินเดียทำให้รัฐบาลต้องกำหนดมาตรการป้องกันตั้งด่านตรวจโรคและด่านกักเรือจากต่างประเทศ และรวมทั้งมีการพิมพ์ **หนังสือป้องกันกาฬโรค เหน็บชา และไข้ต่างๆ** แจกเป็นแนวทางป้องกัน แต่เป็นนโยบายที่ไม่ประสบความสำเร็จดังที่จะเห็นจากการระบาดของกาฬโรคในปี พ.ศ. 2444 ซึ่งเริ่มขึ้นที่ภูเก็ต ทำให้รัฐต้องตื่นตัวและกำหนดมาตรการเฉพาะหน้าป้องกันกาฬโรคแพร่กระจายข้ามเกาะเข้ามา และเตรียมการจัดตั้งโรงพยาบาลไว้รับมือเป็นการเฉพาะ. อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่า เพียงไม่นานหลังจากนั้นกาฬโรคก็เกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2447 ซึ่งเริ่มจากถิ่นที่พักของพ่อค้าอินเดียและปีต่อมาก็ระบาดออกไปยังหัวเมืองต่างๆ เริ่มตั้งแต่สระบุรี เพชรบุรี ลพบุรี นครราชสีมา และนครไชยศรี จนถึงปี พ.ศ. 2456 ก็มีรายงานว่ากาฬโรคได้ระบาดไปเกือบทุกมณฑล (ยกเว้นมณฑลอุดร อุบล จันทบุรี ชุมพร นครศรีธรรมราช และปัตตานี).⁵⁵ ในช่วงแรกกรมสุขาภิบาลก็ได้มีการออกประกาศ **“เรื่องจัดการบ้านเรือนให้สะอาด”** เพื่อป้องกันโรค และในกรณีที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยกาฬโรคก็ให้มีการจัดส่งคนป่วยไปไว้ในโรงพยาบาลหรือกักขังไว้ที่บ้านรวมทั้งคนพยาบาล ไม่ให้ออกไปติดต่อกับคนอื่น และห้ามคนอื่นมาติดต่อด้วยในระยะเวลา 10 วันเพื่อให้แน่ใจว่าโรคจะไม่แพร่ระบาดออกไป.⁵⁶ ส่วนกรณีที่เกิดมีคนตายด้วยกาฬโรคนั้นเจ้าพนักงานก็จะใช้น้ำยาคอบอลิคชำระล้าง ropyunxaw และรมยาเสื้อผ้าสิ่งของเครื่องใช้ รวมทั้งในบางแห่งก็ให้มีการเผาบ้านเรือน โดยเฉพาะในเขตหัวเมืองนั้นถ้าจำเป็นก็ให้เผาบ้านเรือนและให้ชุดใช้แก่เจ้าของบ้านในราคาไม่เกิน 10 ชั่ง แต่ถ้าบ้านมีราคาแพงก็ให้ชนข้างของออกมารมยาและทำความสะอาดบ้านเรือนตามวิธีการแพทย์.⁵⁷ การแยกผู้ป่วยไปกักอยู่โรงพยาบาล โดยไม่ให้มีการเยี่ยมทำให้ประชาชนตื่นตระหนกตกใจเพราะเป็นเรื่องที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน (และเป็นความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่ชนชั้นนำเพิ่งรับเข้ามา) ทำให้ประชาชน **“กลัวการกักขังยิ่งกว่ากลัวกาฬโรค”** และพยายามปกปิดไม่ให้เจ้าหน้าที่รู้เกี่ยวกับการเกิดโรค หรือคนที่สงสัยว่าตัวเองเป็นโรคนั้นแทนที่จะไปอยู่ในโรงพยาบาลก็หนีไปซ่อนตัว ทำให้จัดการต่อการแพร่ระบาดทำได้ยากและเกิดการแพร่ระบาดมากยิ่งขึ้น.⁵⁸

⁵⁴ มนัสวี อุณหพันธ์, “ประวัติการแพทย์มิชชันนารีในประเทศไทย” อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ. 2485-2505 (กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2505), น.554; อังโน ยูวดี, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468),” น.20.

⁵⁵ ยูวดี, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น...” น.271-273.

⁵⁶ หจข. ร. 5 น 5.7ก/11 รายงานเรื่องไข้กาฬโรค (8 ก.พ. ร.ศ.123 - 27 พ.ค. 124); อังโน ยูวดี, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น...” น.275.

⁵⁷ หจข. ร. 5 น 5.7/23 จัดการป้องกันกาฬโรคหัวเมือง (23 ม.ค. - 10 ก.พ. ร.ศ.125); อังโน ยูวดี, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น...” น.274.

⁵⁸ หจข. ร. 5 น 5.7ก/14 หนังสือพระยาศรีสทเทพถึงพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ 7 สิงหาคม 126; อังโน ยูวดี, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น...” น.276.

นอกจากนี้ รัฐก็มองเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งระบบการสาธารณสุขที่มากกว่าการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อจัดการรักษาความสะอาดบ้านเรือนและสถานที่ต่างๆ เป็นการป้องกันกาฬโรค. การจัดตั้งสุขาภิบาลกรุงเทพตาม “พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ รัตนโกสินทร์ ศก 116” ในปี พ.ศ. 2440 ขึ้นก็มีเป้าหมายดังกล่าว คือ ทำลายขยะมูลฝอย, การให้มีส้วมแก่ประชาชน, ดูแลการปลูกสร้างบ้านเรือนที่จะทำให้เกิดโรคได้, และเพื่อขนย้ายสิ่งปฏิกูลโสโครก. แต่ก็ปรากฏว่าแม้กระทั่งถึงปี พ.ศ. 2448 นั้นกรุงเทพฯ ก็ยังได้ชื่อว่าเป็น “เมืองที่โสโครกที่สุดในบรรดาพระนครในประเทศตะวันตก”.⁵⁹ การระบาดของกาฬโรคกลายเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นและทำให้รัฐต้องเร่งขยายระบบการสุขาภิบาลออกไปตามหัวเมือง⁶⁰ และที่น่าสนใจก็คือภายหลังที่เกิดกาฬโรคระบาดแล้วในปี พ.ศ. 2448 ก็ได้มีการยุบเลิกกรมพยาบาล และให้โรงพยาบาลทั้งหมด (ยกเว้นศิริราชพยาบาลที่ย้ายไปอยู่กรมศึกษาธิการ) รวมทั้งความรับผิดชอบเรื่องการสุขาภิบาล การดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บในเขตกรุงเทพฯ ไปขึ้นอยู่กับกระทรวงนครบาล (เป็นกรมสุขาภิบาล) และโอนงานสาธารณสุขทั้งหมดในเขตหัวเมืองให้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย โดยต่อมากระทรวงมหาดไทยได้จัดตั้งกรมพยาบาลขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2455 ก่อนจะปรับปรุงและเปลี่ยนชื่อเป็นกรมประชาภิบาลกับกรมสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2461 (ต่อมากรมสาธารณสุขได้แยกตัวพร้อมกันยกฐานะขึ้นเป็นกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485).⁶¹

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าอาจจะเกิดจากปัญหาความไม่มีประสิทธิภาพของการดำเนินงานของกรมพยาบาลในกระทรวงธรรมการเอง แต่ความจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนพลเมืองทำให้ชนชั้นปกครองไทยเห็นวาระบบการสาธารณสุขเป็นเรื่องของการปกครองอย่างแยกกันไม่ออกตั้งแต่ต้น. นอกเหนือ

จากการรวมเองทางด้านสาธารณสุขไปรวมอยู่กับกลไกรัฐด้านการปกครอง (กระทรวงมหาดไทย) แล้ว วิธีคิดของชนชั้นนำที่อยู่ในแกนกลางสำคัญของกิจกรรมด้านสาธารณสุขของรัฐก็มองเห็นว่าเรื่องสาธารณสุขกับการปกครองเป็นเรื่องเดียวกัน. สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมขุนชัยนาทนเรนทร (พระอิสริยยศในขณะนั้น) เมื่อดำรงตำแหน่งเป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขได้แสดงปาฐกถาเรื่อง “การสาธารณสุขคืออะไร?” เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2467 ในที่ประชุมสาธารณสุขมหลที่ศาลาว่าการมหาดไทย ณ ศาลาลูกขุนใน ว่า “ความเจริญของบ้านเมืองต้องอาศัยสิ่งหนึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ สิ่งนี้คือคน บ้านเมืองเจริญได้เพราะคนเท่านั้น...ถึงแม้จะมีคนมาก แต่คนไม่แข็งแรง มีโรคมาก ก็ใช้ไม่ได้ ต้องมีทั้งมากและแข็งแรงด้วย จึงเป็นกำลังของบ้านเมืองจริง...ก็คือการสาธารณสุข”.⁶² ขณะที่การบำบัดรักษาโรคเป็นการ “แก้เมื่อโรคมามีเหตุเป็นต้น เป็นการเดินทางตามหลังโรค...ไม่เป็นทางที่ดีที่ถูก” วิธีการที่ดีกว่าก็คือวางระบบสาธารณสุข เพื่อหาวิธีการป้องกันและต้านทานโรคไม่ให้เดินต่อแพร่หลายออกไป รวมทั้งหาหนทางที่จะทำลายสาเหตุของโรค เพราะ “จะมัวไปแก้

⁵⁹ ทจช. ร. 5 7ก/16 หนังสือหมอลอซ แคมเบล ไฮเอ็ด ทูลกรมหลวงนครสวรรค์ 31 กรกฎาคม 124; อ้างใน ยุวดี, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น...” น. 280.

⁶⁰ ดูการอภิปรายเกี่ยวกับบทบาทของโรคระบาดที่มีต่อนโยบายรัฐไทยใน วรนาถ แก้วศิริ, “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ. 2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535).

⁶¹ ยุวดี, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น...” น. 290; และสุรรัตน์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468),” น.59.

⁶² สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, “ปาฐกถาเรื่อง ‘การสาธารณสุขคืออะไร?’” พิมพ์ซ้ำทั้งหมดใน สุรรัตน์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468),” น. 148-159, อ้างจากหน้า 158.

ตามหลังอยู่ทำไม กันเสียแต่แรกทีเดียวมืดกว่าหรือหรือกันไว้ไม่ไหวแล้วจึงต้องแก้ การป้องกันนั้นยิ่งดีขึ้นเท่าไร การแก้ก็จะยิ่งมีน้อยลงทุกที”⁶³ แน่แน่นอนว่า การที่จะมีความรู้แบบนี้ได้ก็อาศัยความรู้การแพทย์สมัยใหม่ในเรื่องเชื้อโรคและการสาธารณสุขที่ได้รับจากตะวันตกและมาพร้อมกับการสร้างรัฐที่ทันสมัยเจริญก้าวหน้า. นอกจากนี้ การสาธารณสุขมิได้เป็นเรื่องการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ “กว้างขวางก้าวไกล” ไปในกิจการต่างๆ แทบทุกประเภท เช่น “การปกครอง... การควบคุมบังคับบัญชาประชาชน ให้ปฏิบัติตามกฎข้อบังคับในทางสาธารณสุข โดยใช้ขูบายแนะนำเกลี้ยกล่อม และใช้อำนาจบังคับในเวลาจำเป็น และมีการลงโทษผู้ละเมิดบัญญัติ ทั้งการควบคุมผู้มีอาชีพในการบำบัดโรคชยา ยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์ทั้งสิ้น”⁶⁴

นอกเหนือจากการทำให้การแพทย์การสาธารณสุขเป็นเรื่องของการปกครอง ที่รัฐนำมาใช้สำหรับควบคุมร่างกายของประชาชนพลเมือง โดยที่แยกจากกันได้ยากกับอุดมการณ์ทางการเมืองของรัฐสมัยใหม่ที่มุ่งไปสู่ความเจริญก้าวหน้า (โดยมีรูปแบบของการปกครองอาณานิคมของตะวันตกในชวาและอินเดียเป็นแม่แบบสำคัญ)⁶⁵ แล้ว กระบวนการเพิ่มความเข้มข้นของความเป็นวิทยาศาสตร์ในช่วงวิชา “ปริคลินิก” (Pre-Clinic) ให้กับการเรียนการสอนการแพทย์สมัยใหม่ในโรงเรียนแพทยาลัย และการตัดการเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยออกไปจากหลักสูตร โดยกรมขุนชัยนาทนเรนทร (ทรงเป็นผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัยตั้งแต่วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2457 - 2468[?]) ก็เป็นอีกเหตุผลที่ทำให้ความรู้ทางการแพทย์ยึดกุมลักษณะของความเป็นวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อย่างแยกจากกันไม่ออก พร้อมกับที่ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยถูกรัฐปฏิเสธและถูกกดลงไม่มีชีวิตแทบสิ้นลมหายใจอยู่ตามชายขอบอำนาจรัฐ. การเป็นลักษณะของความเป็น

วิทยาศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ เป็นการยึดกุมความถูกต้องชอบธรรมในการอธิบายความรู้แบบวิทยาศาสตร์เหนือยิ่งกว่าความรู้วิทยาศาสตร์สาขาวิชาอื่นใดทั้งหมดในสังคมไทย และทำให้การแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นเนื้อเดียวกับความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จนกลายเป็นตัวแทนของความรู้แบบวิทยาศาสตร์ หรือกลายเป็นตัวแทนแห่งอำนาจในการเข้าถึงความจริงเชิงประจักษ์. อำนาจในการเข้าถึงความจริงเชิงประจักษ์ของความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ที่ถูกรัฐให้ความชอบธรรมด้วยการนำมาใช้สร้างคำอธิบายระบบสุขภาพพลามัยของสังคม ทำให้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ นอกจากจะสัมพันธ์อยู่กับอำนาจรัฐอย่างแน่นแฟ้นแล้วยังกลายเป็นความรู้ที่ได้รับการสถาปนาเป็นส่วนสำคัญของการสร้างความทันสมัยให้กับรัฐ. การขยายระบบสาธารณสุขในช่วงของการปฏิรูปครั้งใหญ่ในสมัยรัชกาลที่ 5 คือการวางรากฐานสำคัญของการปกครองให้กับรัฐสมัยใหม่ และกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพเหล่านี้จะยิ่งเข้มข้นยิ่งขึ้นเมื่อรัฐไทยตกอยู่ในกระแสของกระบวนการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากโลกที่หนึ่งไปสู่โลกที่สาม เพื่อสร้างเงื่อนไขในการครอบงำของระบบทุนนิยมโลกในสมัยต่อมา. หลังการปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 การสาธารณสุขและการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนพลเมืองก็กลายเป็นนโยบายและภารกิจสำคัญของรัฐ⁶⁶ คือนอกจากรัฐบาลคณะราษฎรจะ

⁶³ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, “ปาฐกถาเรื่อง การสาธารณสุขคืออะไร?,” หน้า 150-1.

⁶⁴ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, “ปาฐกถาเรื่อง การสาธารณสุขคืออะไร?,” หน้า 154. เน้นโดยผู้อ้าง.

⁶⁵ กรุณาดู David Arnold, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India* (Berkeley: University of California Press, 1993).

⁶⁶ กรุณาดูตาราง “สถิติการพูดกระจายเสียงเกี่ยวกับอนามัย (การสอนจรรยา การเลี้ยงดูบุตร) เรื่องของสตรี โรคภัยไข้เจ็บ การแพทย์จิตวิทยา การสังคมสงเคราะห์” ช่วงปี พ.ศ. 2476-2482 ใน สุริรัตน, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468),” หน้า 186-196.

เปลี่ยนให้โอสถสภาที่ตั้งขึ้นตามหัวเมืองในสมัยรัชกาลที่ 5 เป็นสุขศาลา (ทั้งที่มีและไม่มีแพทย์ประจำขึ้นอยู่กับระดับความหนาแน่นของประชาชนในชุมชน) เพื่อรองรับระบบการดูแลสุขภาพ และต่อมาได้พัฒนาสุขศาลาชั้นหนึ่งขึ้นเป็นโรงพยาบาลหลังจากมีการยกฐานะฐานะของกรมสาธารณสุขขึ้นเป็นกระทรวง ในปี พ.ศ. 2485 ในช่วงที่นโยบายสร้างชาติอันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายชาตินิยมของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามกำลังดำเนินไปอย่างเข้มข้นถึงจุดสุดยอดด้วยการประกาศเข้าร่วมกับญี่ปุ่นและประกาศสงครามกับฝ่ายสัมพันธมิตร. ต่อมาโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีอยู่เพียง 20 จังหวัดในปี พ.ศ. 2493 ก็ถูกสร้างเพิ่มขึ้นครบทั้ง 71 จังหวัดในปี พ.ศ. 2498 โดยความช่วยเหลือขององค์การให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา หรือ USOM.⁶⁷ สุขศาลาที่ยังไม่ได้รับการยกฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาลต่อมาได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2497, เป็นศูนย์การแพทย์อนามัยชนบทปี พ.ศ. 2515, เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยปี พ.ศ. 2517, และยกยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอในที่สุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายอย่างชัดเจนที่จะพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศโดยได้รับเงินกู้จากธนาคารโลก (ร่วมการบริจาคเงินของประชาชนเพื่อสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในช่วงเดียวกันนี้).⁶⁸ ส่วนสุขศาลาชั้นสองที่ไม่มีแพทย์ประจำมาตั้งแต่ต้นนั้นก็ถูกพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยชั้นสอง (ในปี พ.ศ. 2495) และเป็นสถานีอนามัย (พ.ศ. 2515). ขณะที่สถานีอนามัยอยู่เพียง 7,340 แห่ง ใน 6,183 ตำบลในปี พ.ศ. 2528 แต่พอถึงปี พ.ศ. 2539 ก็มีจำนวนสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นเป็น 9,010 แห่งทั่วประเทศ ครอบคลุม 7,307 ตำบล โดยที่ 2,021 ตำบลมีสถานีอนามัยมากกว่าหนึ่งแห่ง.⁶⁹ กล่าวได้ว่า อำนาจรัฐในการสอดส่อง

จับจ้องควบคุมการดูแลสุขภาพสุขภาพของประชาชนพลเมืองครอบคลุมไปในทุกปริมณฑลพื้นที่ในขอบเขตอำนาจรัฐ (โดยเฉพาะรัฐขยายโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปในหมู่บ้าน และเข้าไปจัดตั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยทำงานให้กับรัฐในรูปแบบ ผสส. [ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข] และ อสม. [อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน] ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521⁷⁰ เป็นต้นมาจนแทรกซึมไปทั่วประเทศ) ซึ่งเท่ากับว่าระบบสาธารณสุขกลายเป็นอภิมาโครงการของรัฐที่จะควบคุมดูแลร่างกายของพลเมืองนั้นได้ดำเนินควบคู่ไปกับองค์การปกครองของอำนาจรัฐที่สามารถแผ่สายแยกย่อยออกไปได้มากที่สุดจนถึงระดับหมู่บ้าน.⁷¹ อำนาจ (ซึ่งไม่อาจแยกออกจากความรู้ที่จะกระทำการได้) ของประชาชนพลเมืองถูกทำลายลงและต้องสยบกับอำนาจของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ราวกับเป็นการเปิดกว้างโอโง่งอ้าซ่าให้รัฐเข้ามาจัดการกับเรือนร่างของตัวเอง. สภาพการสูญเสียอำนาจอธิปไตยเหนือ

⁶⁷ ดู ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, *เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, 2542), น. 61.

⁶⁸ ดู ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โรงพยาบาลอำเภอในประเทศไทย: การศึกษาเชิงนโยบาย" (เอกสารนโยบายสาธารณสุข ศูนย์ศึกษาโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525), น. 4-5.

⁶⁹ บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, *การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ เล่ม 3* (กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539), หน้า 12-15 และ ชัยยนต์, *เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย*, น. 62.

⁷⁰ ชัยยนต์, *เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย*, น. 62.

⁷¹ ถ้าหากมองอีกด้านหนึ่งก็เท่ากับว่ารัฐได้เปิดช่องทางให้กับระบบทุนสามารถเข้าไปถึงตัวผู้บริโภคได้มากขึ้น และรัฐก็ไม่ได้เป็นอะไรไปมากกว่า "agent" ของระบบทุนที่ด้านหนึ่งเข้าไปใช้ร่างกายของประชาชนเป็นเครื่องมือทดลอง และอีกด้านหนึ่งก็ทำหน้าที่ผลิตอุดมการณ์การดูแลสุขภาพสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงระบบทุนและความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่มากยิ่งขึ้น. กรุณาดูการวิเคราะห์เกี่ยวกับบริษัทผลิตรายกับกระบวนการดำเนินนโยบายคุมกำเนิด/ควบคุมประชากรของรัฐไทยได้ใน ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, *เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย*.

ร่างกายของตัวเองนี้อาจสะท้อนได้ดีจากตัวอย่างที่ประชาชนจำนวนมากสูญเสียความมั่นใจต่อเทคนิควิทยาและการบริการของสถานื่อนามัย แต่กลับมีความเชื่อมั่นต่อโรงพยาบาลมากกว่า, ขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลประจำอำเภอ เพราะเชื่อว่ามีความพร้อมและมีศักยภาพเชิงเทคนิควิทยาที่น่าเชื่อถือมากกว่า.⁷² โรงพยาบาลจึงนอกจากจะเป็นสถานที่/พื้นที่สำหรับการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนพลเมืองให้แข็งแรงอยู่ดีมีสุขเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า เทียบเท่ากับนานาอารยประเทศแล้ว โรงพยาบาลยังเป็นพื้นที่ที่แสดงถึงอำนาจรัฐที่ส่งไปยังปริมณฑลของรัฐเพื่อสอดส่องดูแลและควบคุมร่างกายของพลเมืองหรือเป็นเครื่องมือสำคัญในการปกครองของรัฐที่สำคัญไม่ด้อยกว่าองค์กรปกครองและองค์กรที่ทำหน้าที่ผลิตอุดมการณ์เพื่อสืบทอดความสัมพันธ์ทางอำนาจของรัฐอย่างอื่น. พูดให้ถึงที่สุดแล้ว โรงพยาบาลเป็นทั้งอุดมการณ์และเครื่องมือกลไกในการปกครองบังคับบัญชา กล่าวคือ เป็นอุดมการณ์ในการเป็นรัฐที่สุขภาพพลามัยของพลเมืองเข้มแข็งเพื่อความเจริญก้าวหน้าและเป็นเครื่องมือกลไกที่ใช้เข้าไปจัดการกับภาวะทุพพลภาพของรัฐไปด้วยในตัว. โรงพยาบาลจึงเป็นพื้นที่แห่งอำนาจ โดยนอกจากจะเป็นตัวแทนทางอุดมการณ์ของรัฐแล้วยังเป็นพื้นที่ที่อำนาจรัฐแสดงบทบาทเหนือร่างกายอย่างเต็มที่ โดยอาศัยความชอบธรรมของการเป็นความรู้แบบวิทยาศาสตร์ที่ถูกรัฐผลิตและให้ความชอบธรรมขึ้นมา. การไปโรงพยาบาลจึงเท่ากับเป็นการเดินเข้าไป มอบตัวให้อยู่ในพื้นที่ทางอำนาจรัฐ เหมือนเดินไปให้รัฐจัดการยึดอำนาจอธิปไตยเหนือร่างกายของพลเมืองอย่างเบ็ดเสร็จ ยากลำบากที่จะต่อล้อต่อเถียงหรือต่อรองทะเล่อกับอำนาจรัฐได้ เพราะรัฐใช้อำนาจของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่แบบเป็นวิทยาศาสตร์ที่เข้าถึงได้ยากเป็นข้ออ้างความ

ชอบธรรมของปฏิบัติการยึดอำนาจ. ดังนั้นการที่การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทยแบบเดิมยังคงดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมจึงไม่ได้เป็นแค่เรื่องของเข้าไม่ถึงบริการของรัฐ ความเชื่อมงาย หรืออาการของความด้อยพัฒนา แต่เป็นการต่อสู้ทำทายกับอำนาจรัฐและปิดฉากบทสนทนาของการต่อรองด้วยการไม่เอาอธิปไตยบนร่างกายไปหยิบยื่นให้อำนาจรัฐเข้ามาจัดการดูแลในพื้นที่อำนาจ หรือโรงพยาบาลนั่นเอง.

การปฏิรูประบบสาธารณสุข?

อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่ารัฐไทยสมัยใหม่ได้ประสบความสำเร็จอยู่ในระดับหนึ่งที่จะยึดชีวิตต่ออายุช่วยประชาชนพลเมืองของตนเองจากอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายเพียง 38.94 และผู้หญิง 41.73 ในปี ค.ศ. 1937 เพิ่มขึ้นมาในช่วงปี ค.ศ. 1990-1995 เป็นผู้ชาย 66.48 และผู้หญิง 71.07.⁷³ แต่สถานการณ์ในปัจจุบันปรากฏว่า

⁷² คุณพรไทย สิริสาชิตกิจ ผู้ช่วยสอนที่มาประจำที่สำนักศิลปศาสตร์ เล่าข้อมูลที่น่าสนใจมากให้ฟังว่า ที่บ้านเกิดของตัวเองในตำบลเขานินท์ อำเภอเวียงสระ นครศรีธรรมราช นั้นเมื่อก่อนนี้คนจะเชื่อปีศาจของคุณพรไทย (ซึ่งเป็นแพทย์พื้นบ้านที่มีความรู้เรื่องการแพทย์สมัยใหม่จากการค้นคว้าของตัวเอง และเปิดร้านขายยา กับบริการรักษาโรคอยู่ในตลาดของตำบล) มาก มีการเจ็บไข้ได้ป่วยก็มาขอคำปรึกษาและขอรายการยา (ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบัน) แต่พอมีสถานื่อนามัยเข้ามาถึงตำบลคนก็หันไปเชื่ออนามัยมากกว่า. ในภายหลังสถานื่อนามัยไปนำเอาโรงพยาบาลเข้ามามีบทบาทในการรักษาตามหมู่บ้าน คนก็เลิกเชื่อถือสถานื่อนามัย กลับหันไปเข้าโรงพยาบาลแทน สถานื่อนามัยก็เลยหมดบทบาทไป. การสถาปนาอำนาจให้กับความรู้การแพทย์สมัยใหม่จึงนอกจากจะทำให้อำนาจอธิปไตยเหนือร่างกายประชาชนจะถูกยึดไปแล้ว อำนาจในการดูแลสุขภาพนั้นยังถูกทำให้รวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง จนประชาชนที่ไร้อำนาจต้องสยบต่ออย่างสิ้นเชิง เหมือนกับภาพของการสยบต่อโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัด และโรงพยาบาลในส่วนกลางนั่นเอง.

⁷³ Chanpen Choprapawon et al, **Review of the Health Situation in Thailand Priority Ranking of Diseases: 1996 Edition** (Bangkok: Thailand Health Research Institute, 1996), p. 10.

ระบบสาธารณสุขกำลังกลายเป็นปัญหาสำคัญที่แหลมคมอันหนึ่งของสังคมไทย กล่าวคือ นอกจากประชาชนจะเลือกที่ใช้การแพทย์พื้นบ้าน (ซึ่งนอกจากจะมีสาเหตุมาจากการเข้าไม่ถึงอำนาจรัฐเพราะไม่มีอำนาจต่อรองและไม่มีเงินต่อสายขอรับบริการ แล้วยังอาจมองได้อีกว่าเป็นการระบอบต่อสู้ท้าทายกับอำนาจในการปกครองควบคุมของรัฐเหนืออำนาจอธิปไตยบนเรือนร่างของตัวเอง) แล้วค่าใช้จ่ายที่รัฐใช้ในการสอดส่องดูแลรักษาและควบคุมสุขภาพของพลเมืองยังเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า กล่าวคือ “ระบบบริการสาธารณสุขสร้างประโยชน์ไม่คุ้มค่า ดูดซับทรัพยากรของชาติเข้าไปเป็นค่าใช้จ่ายมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสังคมไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข (Health Care Service) ถึงปีละ 200,000 ล้านบาท...”, “คนไทยกว่า 25 ล้านคนขาดหลักประกันสุขภาพ”, “ประชาชนไม่มั่นใจต่อคุณภาพบริการในสถานพยาบาลเนื่องจากระบบรับรองคุณภาพ”.⁷⁴ สิ่งที่จะยิ่งน่าสนใจกว่านี้ก็คือ ขณะที่ตัวเลขของบัญชีงบประมาณรายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในช่วงปี ค.ศ. 1978-1992 ดูเหมือนว่าจะเพิ่มขึ้นทุกปี (คือ 3.40, 3.80 4.50, 5.10, 5.50, 5.60, 5.80, 5.70, 5.90) ซึ่งเมื่อเทียบกับรายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชียด้วยกันในปีงบประมาณ 1993 (คิดเป็นร้อยละของ GDP) ประเทศไทยก็ใช้จ่ายงบประมาณค่อนข้างสูงกว่าอีกหลายประเทศ คือสูงกว่ามาเลเซีย (3.0) หรือสิงคโปร์ (1.9) แต่ก็ต่ำกว่าสาธารณรัฐเกาหลี (6.6) และฮ่องกง (5.7) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นหรือต่ำลงจะมีความหมายโดยตรงต่อการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีขึ้นหรือเลวลง เพราะขณะที่ศรีลังกาใช้งบประมาณรายจ่ายเพื่อสุขภาพเพียง 18 US \$ ต่อหัวประชากร (3.7% ของ GDP) แต่ปรากฏว่าชาวศรีลังกามีความสุขดีกว่าคนไทย เช่น อัตราการตายของทารกต่ำกว่า หรือมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าคนไทย เป็นต้น.⁷⁵ เงื่อนไขเหล่านี้ได้กลายเป็น

เป็นฐานที่มั่นคงสำคัญของนักปฏิรูปที่มีความคิดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขในปัจจุบัน ซึ่งนอกจากต้องการจะมุ่งไปสู่จุดคุ้มทุนของการลงทุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนพลเมือง จัดระบบการบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงยิ่งขึ้น ลดช่องว่างทางโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชน แล้วบางท่านอาจจะนึกถึงยุทธศาสตร์การสาธารณสุขเชิงรุก ไม่ใช่เชิงรับ (ซึ่งก็ยังไม่ได้ทำให้การปฏิรูปที่กำลังเร่งรณรงค์ในปัจจุบันจะมีหน้าตาแตกต่างกับการปฏิรูปที่ชนชั้นนำไทยสมัยรัชกาลที่ 5-6 คิดแต่ประการใดเลย). แต่หากพูดอย่างวิพากษ์วิจารณ์แล้ว การปฏิรูปก็มีเป้าหมายเพียงแต่ทำให้ระบบการสาธารณสุขสามารถขยายอำนาจเข้าไปควบคุมอำนาจอธิปไตยบนเรือนร่างของพลเมืองได้มากขึ้น ทั่วถึงยิ่งขึ้น และเบ็ดเสร็จยิ่งขึ้นต่างหาก ถ้าหากการปฏิรูปที่กำลังดำเนินไปในปัจจุบันยังไม่คืนความเป็นมนุษย์ให้กับแพทย์ (ด้วยวิพากษ์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ที่เป็นฐานที่มั่นคงสำคัญของการแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น และทำให้ความเป็นแพทย์ลดภาวะของความศักดิ์สิทธิ์ที่จะกำหนดชะตากรรมของเรือนร่างมนุษย์ลง).

⁷⁴ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), *แผนวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2542-2544* (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542), หน้า 3-4.

⁷⁵ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *ทุกข์, สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย* พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540), หน้า 5 และ 9. นอกจากนี้ ยังปรากฏว่าค่าใช้จ่ายงบประมาณของรัฐในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนพลเมืองในปัจจุบันยังกลับเป็นสัดส่วนผกผันกับงบประมาณในการป้องกันรักษาความมั่นคงของชาติ (ซึ่งบางคนเห็นว่าเป็นความไม่มั่นคงของประชาชน) กล่าวคือ งบประมาณประจำปีของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2525-2534 คิดเป็นร้อยละ 4.45 ของงบประมาณแผ่นดิน และคิดเป็นร้อยละ 0.77 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ, ขณะที่กระทรวงกลาโหมคิดเป็นร้อยละ 17.35 ของงบประมาณแผ่นดิน และคิดเป็นร้อยละ 3.08 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ. กรรณาดู ชัยวัฒน์, *สถาปนาแห่ง, งบประมาณทหารไทย 2525-2534: วิสัยทัศน์และความคิดเชิงนโยบาย* (กรุงเทพฯ: สกว. และคปฟ., 2539), หน้า 62 และ 68.

ปัญหาของระบบการสาธารณสุขในปัจจุบันจึงทำให้มีงานจำนวนมากมุ่งให้ความสนใจกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนที่ขึ้นอยู่กับระบบสาธารณสุขในฐานะที่เป็นระบบพึ่งตนเองของประชาชน (อาทิ งานวิจัยเกี่ยวกับแพทย์พื้นบ้านที่กำลังกลายเป็นสมัยนิยมอย่างหนึ่งของการวิจัย) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมขึ้นเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขในสังคมไทย. อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่เป็นแกนกลางสำคัญที่สุด ก็คือสังคมไทยยังมีการค้นคว้าเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับสถานะและบทบาทของโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นตัวแทนและหัวใจสำคัญของระบบการสาธารณสุขของรัฐที่เข้าไปสัมพันธ์อยู่กับสังคมไทยกันอยู่น้อยมาก. ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริง โรงพยาบาลเป็นพื้นที่หรือสนามทางวาทกรรมอย่างหนึ่ง โดยที่กฎเกณฑ์กติกาก็เป็นหลักหมุดหลักทศและเป็นตัวควบคุมการใช้พื้นที่ไม่ได้มีแต่ตัวความรู้เกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่แต่เพียงอย่างเดียว แต่คือความรู้ผสมผสานกันอย่างแนบแน่นกับอำนาจ: กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับเรือนร่างกายมนุษย์, ความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ, การเยียวยารักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยในแบบฉบับของวิถีชีวิตวิถีปฏิบัติของการแพทย์สมัยใหม่, และอำนาจรัฐสมัยใหม่ที่นำความรู้มาใช้ในการควบคุมบังคับบัญชาประชาชนพลเมืองของรัฐให้มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรงสมบูรณ์เพื่อเป็นพลังการผลิตและเพื่อฟื้นฟูพลังการผลิตในระบบทุนนิยม.⁷⁶ กล่าวโดยสรุป โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทางอำนาจ/พื้นที่ทางความรู้ที่รัฐใช้ในการเข้าไปจัดการควบคุมปกครองเรือนร่างของพลเมือง. ในทางกลับกันประชาชนเองก็มีบทบาทในฐานะผู้กระทำการเชิงรุก (active) ไม่ใช่เชิงรับ (passive) แต่เพียงอย่างเดียวในการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับ “โรงพยาบาล” ทั้งในฐานะที่โรงพยาบาลเป็นตัวแทนแห่งอำนาจและเป็นวาทกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพ ด้วยการให้คำนิยาม ให้ความหมายและการเข้าไปใช้พื้นที่โรงพยาบาลเป็นของ

ตนเอง ในรูปแบบของการเป็นเครื่องมือตอบโต้ต่ออำนาจรัฐ.

การปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยปราศจากความรู้ความเข้าใจต่อระบบการดูแลสุขภาพอย่างรอบด้านจึงอาจจะเป็นเพียงเรื่องเหลวไหลและไร้ทิศทาง ดังภาวะอิมคริมจนฝุ่นตลบของความขัดแย้งระหว่างนโยบายของสถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุขกับนโยบายของรัฐบาลพรรคไทยรักไทยในเรื่อง 30 บาททุกโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน. กล่าวคือ ในขณะที่สถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุขต้องการผลักดันให้ภาระค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพไปอยู่ในมือของประชาชนตามแนวคิดแบบเสรีนิยม ซึ่งหมายถึงการแปรรูปให้โรงพยาบาลทั้งหลายเป็นของเอกชน (ด้วยคำพูดที่ฟังดูน่าเชื่อถือกว่านี้ว่าให้ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพ) ในทางกลับกัน นโยบายของรัฐบาลพรรคไทยรักไทยกลับเสนอให้รัฐเป็นผู้ดูแลสวัสดิการเรื่องการดูแลสุขภาพของพลเมืองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ซึ่งกลายเป็นว่าต่อไปรัฐจะต้องให้สวัสดิการต่อคนรวยและคนจนอย่างเท่าเทียมกัน โดยใช้วิธีการหักภาษีของส่วนรวมเป็นต้นทุน และกลายเป็นว่าคนรวยซึ่งมีความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพของตนมากกว่าคนจนอยู่แล้วก็สามารถซื้อหาการดูแลสุขภาพได้ถูกลงและจ่ายเงินภาษีเท่าเดิม.

⁷⁶ กรุณาดูการอภิปรายในประเด็นวิถีชีวิตเรื่องการดูแลสุขภาพพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของพลังการผลิตกับการสะสมทุนและขยายตัวของระบบทุนใน Bryan Turner, *The Body and Society: Explorations in Social Theory* (London: Sage, 1996), pp. 162-163.