

ความรู้ชายขอบ: ความรู้ที่ถูกกดทับ

ธวัช มณีผ่อง

การทบทวนงานศึกษาเรื่องความรู้ชายขอบหรือความรู้ที่ถูกกดทับนี้เป็นส่วนหนึ่งในประเด็นการศึกษาของวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการสร้างความรู้ชายขอบในวิกฤตสุขภาพ: กรณีศึกษานักทรงแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่” ของผู้ศึกษา ซึ่งเรื่องของความรู้ชายขอบกับอำนาจมีความสัมพันธ์กันโดยตรง ดังนั้นจึงเริ่มจากการทบทวนงานศึกษาของนักคิดชาวฝรั่งเศสผู้มีชื่อเสียงและมีอิทธิพลต่อแนวทางการศึกษาทางสังคมวิทยา มาจนถึงปัจจุบันคือ มิเชล ฟูโก

ฟูโกได้กล่าวถึง “อำนาจ” ที่ปรากฏและมีชีวิตขับเคลื่อนภายใต้ชุดความรู้ต่าง ๆ ทั้งที่เป็นความรู้หลักและความรู้รอง ซึ่งเขาได้กล่าวถึงจุดกำเนิดและปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การปะทะประสานและตอบโต้กันภายใต้โครงข่ายอำนาจของวาทกรรม และเห็นว่าเงื่อนไขของการกดทับความรู้ชายขอบ (subjugated knowledge) ภายใต้กรอบวาทกรรมมีเงื่อนไขสำคัญสองประการคือ *ประการแรก* มิติทางประวัติศาสตร์ ความรู้ที่ถูกกดทับถูกแยกออกไปจากชุดความรู้ที่เป็นระบบ

ประการที่สอง เป็นความรู้ที่แตกต่างและดำรงอยู่อย่างกระจัดกระจาย ทำให้ชุดความรู้หลักเข้ามาสกัดกั้นและกีดกันความรู้เหล่านี้ออกไปได้ โดยการโจมตีว่าเป็นชุดความรู้ที่ไม่มีความประณีตหรือละเอียดเพียงพอ (naïve knowledge)

ฟูโก เรียกความรู้ที่ถูกกดทับ (subjugated knowledge) หรือความรู้รอง (minor knowledge) ว่าเป็นความรู้แบบชาวบ้าน (popular knowledge) ซึ่งไม่ใช่ความรู้เฉพาะท้องถิ่นใด แต่เป็นความรู้ที่แตกต่างแล้วมารวมอยู่ในที่เดียวกัน บางครั้งก็ต่อกรกับความรู้อภิปรัชญากระแสหลัก ที่มักจะจัดลำดับช่วงชั้นทางอำนาจ (hierarchy) ให้ความรู้แบบชาวบ้านอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ช่วงหลังฟูโกสนใจและให้ความสำคัญกับความรู้เหล่านี้มาก โดยเห็นว่าเป็นความรู้ที่แตกต่างจากความรู้อภิปรัชญาหลักที่อยู่ใกล้กับศูนย์กลางอำนาจ พร้อมกับเสนอมุมมองว่าสำหรับการศึกษาต่อเนื่องในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความรู้ดังกล่าว น่าจะเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัว ความรู้อภิปรัชญาหลักกับความรู้อภิปรัชญาที่ถูกกดทับ (Foucault 1980: 97-98) ซึ่งฟูโกได้ยกตัวอย่างความรู้ที่ถูกกดทับได้แก่ การแพทย์แบบท้องถิ่น และการใช้สมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับงานในมิติของสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์

ปี ค.ศ.1960 นับว่าเป็นปีทองของแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ตะวันตก สาขาวิชานี้เริ่มเป็นที่สนใจของนักมานุษยวิทยา มีการเคลื่อนไหวอย่างกว้างขวางที่จะศึกษางานด้านนี้อย่างจริงจัง เฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ของประเทศโลกที่สาม มีการหันกลับมาคิดใหม่ในประเด็นของมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยเกิดเป็นเครือข่ายของผู้ที่ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องเรียกว่า Society

for Medical Anthropology มีสมาชิกกว่า 1,700 คนในปัจจุบัน ซึ่งโรคภัยที่ไม่สามารถหาทางออกได้อย่างชัดเจนภายใต้ความรู้แบบชีวการแพทย์ เป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดความพยายามพัฒนาความรู้ในชุดของมานุษยวิทยาการแพทย์ให้เข้มข้นขึ้น (Good 1994) ประเด็นที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์นำมาเป็นข้อโต้แย้งกับระบบความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือความรู้กระแสหลัก คือ ญาณวิทยาของท้องถิ่น (folk epistemology) ที่อยู่ในตัว “ความรู้” และ “ภาษา” เน้นศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อและพฤติกรรมผ่านปฏิบัติการ (practice)

ในแนวทางเดียวกันกับงานศึกษาของ Shigeharu Tanabe (1999) เรื่อง Suffering and Negotiation: Spirit-mediumship and HIV/AIDS self help group in Northern Thailand ซึ่งศึกษาการเลือกสรรและใช้ระบบความรู้ต่าง ๆ ในการเผชิญหน้ากับภาวะของความทุกข์และกังวลใจของผู้ป่วย Tanabe ใช้แนวทางการศึกษาของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ ที่มองว่าภาวะการณณ์เจ็บป่วยหรือความทุกข์กังวลใจนั้น ต้องจัดการภายใต้อารมณ์ วิธีคิด และประสบการณ์ในแต่ละบริบททางสังคมวัฒนธรรม เน้นการวิเคราะห์ที่ปฏิบัติการ (practice) ของผู้ที่ประสบปัญหาว่าได้เลือกปรับตัว (cope) เพื่อเผชิญกับภาวะทุกข์กังวลใจนั้นอย่างไร เขาเลือกมองในกลุ่มของแรงงานอพยพที่มาจากชนบทว่าต้องอยู่ห่างจากครอบครัวหรือบริบทความสัมพันธ์แบบเดิมเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะทุกข์ขึ้นภายในใจ ทานาเบวิเคราะห์เจาะลึกลงไปถึงญาณวิทยาและจักรวาลวิทยาของมนุษย์ที่มีความผูกพันอยู่กับสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตมาแต่อดีต บางอย่างเป็นตัวร้อยรัดความสัมพันธ์ของคนไว้ เช่น ระบบการควบคุมทางสังคมใน “ผู้หญิงคนเมือง” ด้วยการมีผีปู่ย่าเป็นระเบียบหรือกฎเกณฑ์ทางสังคมที่เน้นความผูกพันและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือสายตระกูล เมื่อต้องเข้ามาอยู่ในเมือง บริบทใหม่ วิถีใหม่ ทำให้สิ่งที่อยู่ในจิตใจกับร่างกาย (Tanabe 1999) ไม่มีความสมดุลกัน การหันไปพึ่งผ้าชี หรือคนทรง ก็เป็นทางออกหนึ่งที่จะช่วยให้ตนยังสามารถสัมพันธ์กับสิ่งที่คุ้นเคยได้ ในส่วนของคนทรงเองก็จะต้องวิเคราะห์และให้คำแนะนำบนฐานคิดที่เข้าใจระบบคิดและญาณวิทยาของผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับคำปรึกษา ซึ่งส่วนใหญ่คนทรงจะใช้ความรู้ที่สะสมมา เช่น ยาพื้นบ้าน และคาถา (magic) เป็นต้น

งานวิจัยของธารา อ่อนชมจันทร์ ที่ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของหมอพื้นบ้าน และเน้นความสำคัญของระบบวัฒนธรรมที่ควบคู่ไปกับระบบความรู้ทั้งของหมอพื้นบ้านและของผู้ป่วย โดยธารา อ่อนชมจันทร์ อธิบายเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ การเป่าน้ำมนต์ คาถาว่าเป็นเสมือนสัญลักษณ์ที่สื่อให้คนที่มีฐานความรู้ ความเชื่อทางวัฒนธรรมอย่างเดียวกัน และนำมาซึ่งความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งพิธีกรรมดังกล่าวได้รวมเอาจิตใจที่มีความเมตตากรุณา และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคมแบบญาติมิตรโดยมิหวังสิ่งตอบแทน เหล่านี้เป็นคุณค่าทางจิตใจและสังคมที่ละเอียดอ่อน ลุ่มลึก ไม่สามารถประเมินคุณค่าได้ตามหลักการของเหตุผลทางเศรษฐกิจ อันเป็นจุดเด่นของระบบการแพทย์แบบพื้นบ้าน (ธารา และคณะ 2535)

การใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลรักษาคนป่วย คือการมองว่าทำอย่างไรก็ได้ให้ผู้ป่วยนั้นมีความสบายทั้งกายและใจ ไม่รู้สึกรำคาญแยกขาดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือพื้นฐานของความรู้สึกนึกคิด ตัวอย่างที่ชัดเจน เช่น การคลอดบุตร ก่อนการคลอดบุตรจะต้องมีการดูแลหญิงที่ตั้งครรภ์ มีข้อห้ามต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลและบางอย่างอยู่เหนือเหตุผล ในงานศึกษาของ Roger Jeffery และ Petricia M. Jeffery เกี่ยวกับการเฝ้าดูแลหญิงตั้งครรภ์และทำคลอดแบบดั้งเดิมของคนอินเดีย Jeffery ได้เรียนรู้และเข้าใจว่า ธรรมชาติของการเป็นหมอดำแย (midwifery) นั้น จะต้องทำความเข้าใจตัวความรู้และปฏิบัติการภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะวิถีคิดของชาวบ้านที่มีต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ในสังคมอินเดียก็จะพบว่ามีความหลากหลายของรูปแบบการรักษาอาการป่วย หมอดำแยส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง และไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีสถานะแตกต่างจากคนทั่วไป ในสังคมอินเดียการคลอดลูกถือว่าเป็นเสมือนบทบาทหน้าที่ (role) ของผู้หญิง บางครั้งหมอดำแยก็คือญาตินั่นเอง

การที่ชาวบ้านแต่ละคนมีความสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรหรือสวัสดิการของรัฐมากน้อยได้แตกต่างกันนั้น ทำให้การสืบทอดความรู้ในวิธีการคลอดลูกจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ถ่ายทอดในหมู่สตรีที่ยากจนโอกาส (access to the resources) ทั้งหมด ปฏิบัติการทำคลอดของหมอดำแยเองก็มีได้มีแบบแผนตายตัว รูปแบบและความหมายนั้นต่างกันไปตามบริบทของชุมชนภายใต้เงื่อนไขของระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบความรู้ที่ต่างกัน Jeffery มองว่าเป็นโอกาสให้สังคมอินเดียสามารถพัฒนาความรู้ที่เป็นของเฉพาะแห่ง (specialized knowledge) ได้ (Roger Jeffery and Petricia M. Jeffery 1993)

ในงานเขียนของมาลี สิทธิเกรียงไกร เรื่อง *โรคใหม่ภูมิปัญญาเก่า* (2542) มาลีได้นำเสนอภาพปรากฏการณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ทดลองใช้เข็มกระด้าง ซึ่งเป็นเข็มมีพิษ โดยอธิบายว่าการติดเชื้อเอดส์คือการมีพิษอยู่ในร่างกาย การกินเข็มมีพิษก็จะช่วยขับพิษให้ออกมาได้ เมื่อกินเข้าไปแล้วปรากฏว่าอาการป่วยเอดส์ต่าง ๆ นั้นดีขึ้น เกิดคำถามว่าจะอธิบายด้วยเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์ได้อย่างไร และมาลียังได้นำเสนอความสัมพันธ์ของวิกฤตการณ์เอดส์กับองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านอันนำไปสู่การหาทางเลือกในการรักษา เอดส์ช่วยเปิดพื้นที่ให้การแพทย์พื้นบ้านใช้สมุนไพรและวิธีการรักษาที่เป็นความรู้เฉพาะได้ โดยมาลีได้ชี้ให้เห็นถึงวิถีคิดเกี่ยวกับเอดส์ที่หลากหลายของหมอเมือง ผ่านการให้คำนิยามออกเป็น 3 กลุ่ม คือ *กลุ่มแรก* มองว่าเอดส์เป็นโรคที่มีมาแต่เดิมแล้วแต่หายไประยะหนึ่ง เมื่อมนุษย์มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงกลับมาอีก *กลุ่มที่สอง* มองว่าเอดส์เป็นโรคเลือด และกลุ่มสุดท้ายมองว่า เอดส์ เป็นโรคที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จากการมองสาเหตุที่มาของโรคที่ต่างกัน วิธีการรักษาก็จำเป็นที่จะต้องใช้ระบบคิดและวิธีการที่หลากหลายพอกัน (มาลี 2542: 93-96)

อย่างไรก็ตาม ในสภาพสังคมปัจจุบัน เหตุผลการอธิบายแบบวิทยาศาสตร์ครอบงำความคิดของคนเป็นจำนวนมาก ความรู้พื้นบ้านบางอย่างนั้นถูกนำไปรับใช้วิธีวิธีการรักษาแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ สมุนไพรบางอย่างที่ต้องใช้อย่างค้ำฉิ่งถึงบริบทหรือเงื่อนไขแวดล้อมนั้น ถูกลดทอนไปเป็นเพียงหนึ่งในวัตถุดิบหรือ material ในการผสมยาเม็ดหรือแคปซูลเท่านั้น มาลี สิทธิเกรียงไกร ได้เสนอประเด็นของความรู้พื้นบ้านที่ถูกนำมาเป็นประเด็นถกเถียงกันระหว่างบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้ติดเชื้อ และหมอพื้นบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุขนั้นมักจะยอมรับความรู้พื้นบ้านที่เป็นตัวสมุนไพรเท่านั้น แต่วิถีคิดและการวินิจฉัยแบบพื้นบ้านที่โยงไปถึงแหล่งที่มาของโรคถูกตัดทิ้งไป สมุนไพรจะอยู่ได้ภายใต้กรอบวิทยาศาสตร์เท่านั้น หากไม่สามารถรักษาอาการป่วยของผู้ติดเชื้อที่สามารถพิสูจน์แบบวิทยาศาสตร์ได้ ก็จะไม่สามารถนำไปรักษาผู้ป่วยได้ (มาลี 2541) ทั้งนี้มีกระบวนการทางด้านกฎหมายมาเป็นฐานรองรับความชอบธรรมของการกุมสถานะภาพของการดูแลรักษาอาการป่วยให้อยู่ในระบบวิทยาศาสตร์เท่านั้น

บรรณานุกรม

- ธวัช มณีผ่อง. (2546). กระบวนการสร้างความรู้ชายขอบในวิกฤตการณ์สุขภาพ: กรณีศึกษาสำนัก
ทรงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธรรมา อ่อนชมจันทร์ และคณะ. (2535). *ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน*.
กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2541). *การเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของระบบการแพทย์ในภาคเหนือ*.
เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2542). โรคใหม่ภูมิปัญญาเก่า. ใน *สืบสานล้านนา: สืบต่อลมหายใจของ
แผ่นดิน*. ชัชวาล ทองดีเลิศ (บรรณาธิการ), เชียงใหม่: คณะกรรมการจัดงานสืบสาน
ล้านนา.

ภาษาอังกฤษ

- Good, Byron J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge
University Press.
- Foucault, Michel. (1980). Two Lectures. In Colin Gordon (ed.) *Power and Knowledge:
Selected Interview and Other Writing 1972-1977*. New York: Harvester
Wheatsheaf.
- Jeffery, Roger and Jeffery, Patricia M. (1993). Tradition Birth Attendants in Rural North
India. In Shirley Lindenbaum and Margaret Lock (eds) *Knowledge, Power and
Practice*. California: University of California.
- Tanabe, Shigeharu. (1999). *Suffering and Negotiation: Spirit-mediumship and HIV/AIDS
Self-help groups in Northern Thailand, in Tai Culture*. 4(1).