

ปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือก: พหุลักษณะทางการแพทย์ในยุคหลังสมัยใหม่

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก

บทนำ

ปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ¹ เป็นปรากฏการณ์แห่งยุคสมัยซึ่งมีผู้สนใจใคร่ศึกษาในหลากหลายแง่มุม ความเฟื่องฟูของการแพทย์ทางเลือกได้นำไปสู่การปรับตัวทั้งในภาควิชาชีพทางการแพทย์ ภาคธุรกิจและการตลาด ภาครัฐ และภาคประชาชนอย่างขนานใหญ่ โดยเฉพาะในประเทศทางซีกโลกตะวันตก บริการและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือกเข้ามามีบทบาทอยู่ในชีวิตของผู้คนอย่างไม่เคยพบเห็นมาในยุคก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์แห่งความเฟื่องฟูนี้ยังไม่สามารถเข้าใจได้ทั้งหมด เนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ ที่มีอยู่ยังขัดแย้งกันและยังไม่เป็นที่น่าเชื่อถือมากนัก (Ernst, 2000: 256) นอกจากนี้ปรากฏการณ์นี้ยังมีลักษณะที่หาความชัดเจนแน่นอนได้ยาก (uncertainty) เป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลาย (diversity) และซับซ้อน (complexity) มีความยากลำบากในการหาเส้นแบ่งที่ชัดเจนว่าการแพทย์ทางเลือกมีเส้นแบ่งขอบเขตอยู่ตรงไหน การรับรู้ของสังคมก็มีความหลากหลาย ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนี้มีลักษณะแยกย่อยเป็นส่วนเสี้ยว (fragmented) เพราะไม่มีใครสามารถผูกขาดความรู้ได้โดยลำพังไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ วิชาชีพ ธุรกิจ หรือภาคประชาชน เพราะต่างฝ่ายต่างก็ช่วงชิงการนิยามและสร้างความหมายให้กับการแพทย์ทางเลือกและวิถีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพให้สอดคล้องกับตัวตนและจุดยืนทางสังคมของตนเองและหมู่กลุ่ม

แม้ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะมีจุดเริ่มต้นในประเทศทางซีกโลกตะวันตก แต่ด้วยกระแสโลกาภิวัตน์ได้ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาอย่างไทยก็กำลังเผชิญกับสถานการณ์ในลักษณะที่คล้ายๆกัน การศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์นี้จึงกลายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมไทยในการที่จะรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

¹ การแพทย์ทางเลือกในรายงานนี้ หมายถึง การแพทย์อื่นที่นอกเหนือจากการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (Biomedicine) กล่าวคือ เป็นการแพทย์ที่มีรากฐานทฤษฎีที่ต่างไปจากการแพทย์ที่ใช้กระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ที่สืบเนื่องมาจาก Descartes และ Newton แต่เดิมการแพทย์เหล่านี้ไม่ปรากฏอยู่ในการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ แต่ปัจจุบันโรงเรียนแพทย์หลายแห่งได้บรรจุการแพทย์ทางเลือกบางอย่างเข้าไปผสมผสานอยู่ในหลักสูตรแล้ว

ความเพียงพอของการแพทย์ทางเลือก

มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นถึงความเพียงพอของการแพทย์ทางเลือก งานที่มักถูกนำมาอ้างอิงมากที่สุด (Meeker, 2000: 123) เพราะมีความน่าเชื่อถือจากการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา ยาวนาน (Ernst, 2000: 255) คือ การศึกษาของ Eisenberg et al. (1998) ซึ่งสำรวจการใช้การแพทย์ทางเลือกในสหรัฐอเมริการะหว่างปี 1990 และ 1997 ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ใน 16 ประเภท เพิ่มขึ้นจาก 33.8 % ในปี 1990 ไปเป็น 42.1 % ในปี 1997 โอกาสที่คนจะหันมาใช้บริการจากแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้นจาก 36.3 % ในปี 1990 ไปเป็น 46.3 % ในปี 1997 และประมาณการว่าจำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ทางเลือกของชาวอเมริกันเพิ่มขึ้นจาก 427 ล้านครั้งในปี 1990 ไปเป็น 629 ล้านครั้งในปี 1997 คิดเป็นเพิ่มขึ้น 47.3 % ซึ่งมากกว่าการเพิ่มขึ้นของการไปพบแพทย์ในการแพทย์ปฐมภูมิทั้งหมด และคาดว่าในปี 1997 ชาวอเมริกัน 15 ล้านคนใช้ยาที่แพทย์สั่งให้ใช้พร้อมๆ กับการใช้ยาสมุนไพรและหรือใช้วิตามินในขนาดสูงร่วมด้วย ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น 45.2 % เป็นเงินสูงถึง 21.2 พันล้านเหรียญ ซึ่งในจำนวนนี้ ผู้รับบริการต้องจ่ายเงินเองถึง 12.2 พันล้านเหรียญ

จากการสุ่มสำรวจของบริษัท Landmark (1998) ครั้วเรือนในสหรัฐอเมริกาจำนวน 1,500 ครั้วเรือน พบว่า 74 % ใช้การแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และ 15 % ใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน

การศึกษาในประเทศอื่นๆ ที่มีผลคล้ายคลึงกัน เช่น การศึกษาในภาคเหนือของประเทศสวีเดน ในปี 1999 พบว่า มีการใช้การแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นในทศวรรษ 1990s (Nillson, 2001) การศึกษาในญี่ปุ่นพบว่า ผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีมากกว่าผู้ที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน (76.0 % กับ 65.6%) (Yamashita et al., 2002)

ในประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆ พบว่ามีการใช้การแพทย์ทางเลือกในหมู่ประชากรสูงทุกประเทศ คือ ประเทศเดนมาร์ก 10% (ปี 1987) ประเทศฟินแลนด์ 33% (ปี 1982) ประเทศออสเตรเลีย 49% (ปี 1993) และประเทศแคนาดา 15% (ปี 1995) (Eisenberg et al., 1998: 1569) ส่วนในประเทศอังกฤษ ประมาณการว่า ประชากรหนึ่งในสามถึงหนึ่งในห้าใช้บริการการแพทย์ทางเลือก ส่วนประเทศยุโรปที่เหลือมีอุปนิสัยการให้บริการการแพทย์ทางเลือกในหมู่ประชากรใกล้เคียงกับประเทศอังกฤษ (Saks, 1998: 204)

การสำรวจส่วนใหญ่พบว่า ผู้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เป็นคนผิวขาว อยู่ในวัยกลางคน มีฐานะดี มีการศึกษาดี เพราะเป็นการศึกษาที่สำรวจในประเทศอุตสาหกรรมโดยไม่มีการศึกษาปรากฏการณ์นี้ในประเทศกำลังพัฒนาเลย (Ernst, 2000: 255)

วิกฤตของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์

ในขณะที่เกิดปรากฏการณ์ของความเฟื่องฟูของการแพทย์ทางเลือก การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (Biomedicine) ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรง จนมีคนจำนวนมากเห็นว่าได้เกิดวิกฤตขึ้นในระบบการแพทย์ที่กำลังมีบทบาทครอบงำไปทั่วทุกแห่งในโลกนี้ แม้ว่าการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์จะประสบความสำเร็จในการเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และช่วยให้อายุขัยเฉลี่ยของคนในประเทศต่างๆ สูงขึ้นก็ตาม แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาความไม่พอใจ (dissatisfaction) ที่มีต่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์มีมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากมีผู้ป่วยร้องเรียน ร้องเรียนแพทย์เพิ่มมากขึ้น มีการรณรงค์ทางสื่อมวลชนที่ต่อต้านวิชาชีพแพทย์เพิ่มมากขึ้น และความนิยมที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มมากขึ้น (Helman, 2001: 67)

วิกฤตที่เกิดขึ้นกับการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เป็นผลมาจากความสำเร็จอย่างมากมาของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เองที่เคยสามารถก้าวโรคติดเชื้อต่างๆ ลดอัตราการตายของแม่และเด็ก และเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของประชากรให้สูงขึ้นในซีกโลกตะวันตกเมื่อศตวรรษที่ผ่านมา แต่เมื่อแบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น ประสิทธิภาพของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ในการจัดการกับโรคเหล่านี้กลับไม่เบ็ดเสร็จเด็ดขาดเช่นที่เคยจัดการได้กับโรคติดเชื้อในอดีต เนื่องจากโรคเรื้อรังแห่งยุคสมัยไม่ว่าจะเป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดข้อ และแม้กระทั่งโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาและการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องอยู่กับการเป็นโรคตลอดชีวิตด้วยการตรวจและรักษาแบบประคับประคองโดยใช้ยาและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับผลเสียที่เกิดจากยาเคมีสังเคราะห์และเทคโนโลยีที่ทะลุทะลวงเข้าไปในร่างกาย (Invasiveness and Intrusiveness) รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้นจากการใช้ยาและเทคโนโลยีรุ่นใหม่ ๆ ที่สำคัญก็คือ ปรากฏการณ์จากโรคหมอกทำ (iatrogenesis) ซึ่งปรากฏเป็นข่าวตามสื่อมวลชนอยู่เสมอๆ และการที่แพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อยลง รวมทั้งเวชปฏิบัติที่ลดทอนความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดวิกฤตแห่งศรัทธา ทำให้ผู้คนไม่พอใจกับการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เพิ่มมากขึ้น (Glodstein, 1999: 369; Helman, 2001: 67)

วิกฤตที่เกิดขึ้นกับการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์นี้ตรงกับคำอธิบายที่มีนักวิชาการหลายท่าน (Bakx, 1991; Cassileth, 1998; Ernst et al; 1995) พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้คนต้องการแสวงทางเลือกอื่นๆ ในการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ไม่สามารถให้คำตอบได้ และหนึ่งในทางเลือกนั้นก็คือ การแพทย์ทางเลือกนั่นเอง

ทำไมคนจึงหันมาใช้การแพทย์ทางเลือก

นอกจากความไม่พอใจต่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนหันมาใช้การแพทย์ทางเลือกแล้ว ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจากการศึกษาต่างๆ พอจะประมวลเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ผู้คนหันมาใช้การแพทย์ทางเลือกได้อีกหลายเหตุผล ดังเช่น คิดว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคและทำให้ผ่อนคลาย (Ernst & White, 2000: 33) ช่วยรักษาโรคบางอย่างได้มากกว่า Conventional care เช่น ปวดหัว อาการเกี่ยวกับคอและหลัง (David et al; 2001: 344) ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย การปฐมพยาบาล และเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับมาเป็นโรคอีก (Murray, et al; 1993: 986, Yamashita et al., 2002: 84) เป็นการรักษาที่มีอันตรายน้อยที่สุด เคยใช้ได้ผลดีมาแล้ว เป็นความหวังสุดท้าย และแพทย์ทางเลือกเข้าใจประชาชนมากกว่า (Ernst et al; 1995) เน้นการรักษาคนทั้งคน (Vincent & Furnham, 1998) เป็นต้น

นอกจากนี้ Kelner และ Wellman (1997) ซึ่งศึกษาการใช้การแพทย์ทางเลือกในแคนาดา พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้แพทย์ทางเลือกบางประเภทเพื่อรักษาโรคบางอย่างที่เฉพาะเจาะจง และบางคนใช้แพทย์ทางเลือกผสมผสานกัน การเลือกที่เกิดขึ้นยังไม่สามารถอธิบายได้ว่า เป็นเพราะต้องการเป็นอิสระจากการแพทย์ หรือ มีอุดมการณ์ทางเลือก (Alternative ideology)

การศึกษาเหล่านี้ยังพบว่า การเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้คนไม่ใช่การปฏิเสธที่จะไม่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (David et al; 2001: 344, Kelner et al; 1997: 211) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Astin (1998) ซึ่งสนใจศึกษา predictor ของการใช้บริการการแพทย์ทางเลือก เขาสรุปว่า ความไม่พอใจต่อ Conventional medicine ไม่ได้ predict การใช้การแพทย์ทางเลือก แต่ตัวแปรที่มีผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก คือ การศึกษา สภาวะสุขภาพที่ไม่ดี การมีทัศนะสุขภาพแบบองค์รวม การมีประสบการณ์ซึ่งเปลี่ยนทัศนะในการมองโลกของคน การเป็นโรคบางอย่างเช่น วิตกกังวล ปวดหลัง ปวดเรื้อรัง และปัญหาทางเดินปัสสาวะ และการเข้าร่วมในกลุ่มวัฒนธรรมเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม กลุ่มสตรีนิยม กลุ่มที่สนใจการเติบโตทางจิตวิญญาณ Astin

สรุปว่า การที่คนหันมาใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นเพราะคนเหล่านี้พบว่าการแพทย์ทางเลือกเหล่านี้สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อ และปรัชญาของตนที่มีต่อสุขภาพและชีวิตนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่กล่าวถึงเหล่านี้ สนใจปรากฏการณ์ที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกเพิ่มสูงขึ้น และค้นหาว่า ทำไมผู้คนจึงสนใจที่จะใช้การแพทย์ทางเลือก แต่คำตอบที่ได้เหล่านี้ยังเป็นคำตอบในระดับของปัจเจกบุคคล ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเป็นกระแสของสังคมได้ทั้งหมด ดังนั้น รายงานฉบับนี้จึงพยายามที่จะหาคำอธิบายและข้อถกเถียงเกี่ยวกับปรากฏการณ์นี้ในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีทางสังคมโดยเฉพาะทฤษฎีหลังสมัยใหม่และบริโภคนิยม รวมถึงพลวัตที่เกิดขึ้นในระบบการแพทย์ที่เป็นพหุลักษณะซึ่งมีการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เป็นการแพทย์กระแสหลักของโลกในปัจจุบัน

การแพทย์ทางเลือก: นิยามกับการช่วงชิงพื้นที่

การแพทย์ทางเลือกเป็นคำที่ถูกนำมาใช้สำหรับเรียกการแพทย์แบบอื่นๆ ที่ไม่ใช้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ ซึ่งครอบคลุมถึงการแพทย์ต่างๆ มากมาย ที่สำคัญได้แก่ Chiropractic, Osteopathy, Naturopathy, Homeopathy, Aromatherapy รวมทั้งการแพทย์ดั้งเดิมจากเอเชียที่ได้เข้าไปเป็นที่รู้จักในโลกตะวันตกมากขึ้น เช่น Ayurvedic Medicine, Chinese Medicine, Acupuncture, Traditional Massage, Macrobiotic, Reiki เป็นต้น

ดังนั้น การแพทย์ทางเลือกจึงเป็นเพียงชื่อที่ถูกเรียกแทนการแพทย์แบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เท่านั้น ไม่สามารถบอกนัยที่สะท้อนถึงลักษณะที่ร่วมๆ กันในส่วนที่เป็นหลักการสำคัญของการแพทย์แบบต่างๆ เหล่านี้ได้² แต่คำว่าทางเลือกมีนัยในทางการเมืองเป็นอย่างยิ่ง เพราะเท่ากับบอกว่า มีการแพทย์ที่เป็นทางเลือกอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการแพทย์ในระบบที่เป็นทางการซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจในระบบการแพทย์ของประเทศ ส่วนการแพทย์อื่นๆ ที่นอกเหนือจากทางหลัก ซึ่งแต่เดิมอาจเป็นการแพทย์ที่อยู่ชายขอบของการพัฒนา ก็ถูกกำหนดให้เป็นการแพทย์ทางเลือกซึ่งอาจมีสถานะที่ดีกว่าการเป็นชายขอบขึ้นมาบ้าง แต่ก็ยังเป็นการแพทย์ที่มีสถานะเป็นรองอยู่ การกำหนดว่าอะไรเป็นหลักเป็นรองจึงเป็นประเด็นทางการเมืองที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของ

² การใช้คำเรียกการแพทย์บางแบบรวมๆ กันที่สะท้อนถึงหลักการร่วมกันของการแพทย์เหล่านี้ มีดังเช่น คำว่า “การแพทย์แบบองค์รวม” (Holistic Medicine) ซึ่งสะท้อนว่าการแพทย์เหล่านี้มีหลักการที่ร่วมกัน คือมีทัศนคติแบบสุขภาพองค์รวม

ประเทศมากกว่าการคำนึงถึงความเป็นจริงว่าประชาชนใช้ประโยชน์จากการแพทย์แบบใดเป็นหลักอยู่
ดังที่พบว่าในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศซึ่งรับเอาความคิดของตะวันตกมาใช้ ก็ยังจัดให้
การแพทย์ดั้งเดิมของตนเองเป็นการแพทย์ทางเลือก ทั้งที่ในข้อเท็จจริง ประชาชนโดยส่วนใหญ่ยังคงใช้
การแพทย์ดั้งเดิมของตนเองเป็นการแพทย์ระบบหลักอยู่ก็ตาม

เมื่อการแพทย์ทางเลือกในสหรัฐฯ ได้รับความนิยมนจากผู้คนมากขึ้นจนทุกฝ่ายจำเป็นต้องหัน
มาให้ความสนใจอย่างจริงจัง คำว่า การแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and
Alternative Medicine - CAM) ก็ถูกนำมาใช้แทนที่ โดยใช้ในการตราข้อกฎหมายและใช้ประกอบชื่อ
หน่วยงานที่รัฐบาลกลางสหรัฐฯ ตั้งขึ้นเพื่อรับผิดชอบในการวิจัยและพัฒนาการแพทย์ทางเลือก³ ซึ่งการ
ใช้คำดังกล่าวก็สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกใช้ในการเรียกการแพทย์แผนดั้งเดิมและการแพทย์
ทางเลือกว่า Traditional Medicine or Complementary/Alternative Medicine (TM/CAM) (WHO,
2002).

การกำหนดให้เป็นการแพทย์เสริมควบคู่ไปกับการแพทย์ทางเลือกเช่นนี้ ดูเหมือนว่าจะทำให้
สถานะของมันชัดเจนยิ่งขึ้นว่าเป็นไปเพื่อการเสริมระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ที่เป็นระบบหลัก
ในขณะที่คำว่าทางเลือกยังมีนัยของการเลือกที่จะใช้การแพทย์แบบใดแบบหนึ่งแทน
การแพทย์กระแสหลัก (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2547: 5)

แน่นอนว่าการให้นิยามและเรียกชื่อว่าการแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือกนี้มีได้มาจาก
ฝ่ายที่ถูกกำหนด ดังจะเห็นได้จากปฏิกริยาของคนในฝ่ายการแพทย์ทางเลือกบางส่วนที่ออกมาตอบโต้
การนิยาม CAM ในกฎหมายของสหรัฐฯ ว่า

“มันเป็นการนิยามว่า พวกเราไม่ใช่อะไร แทนที่จะนิยามว่าพวกเราเป็นอะไร ที่ร้ายกว่านั้นก็คือ เป็นการ
นิยามแบบไม่จำแนกแยกแยะ เพราะเหมารวมการแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เข้าด้วยกัน
โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางปรัชญา การฝึกฝนอบรม การศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพและความ
ปลอดภัย หรือจริยธรรมที่แตกต่างกันของการแพทย์หรือการปฏิบัติแต่ละแบบ พวกเราไม่เรียกตัวเองว่าเป็น
ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก เราเรียกตัวเองว่า แพทย์ธรรมชาติบำบัด
(Naturopathic Physician) หมอโคโรแพรคติก (Chiropractic Doctor) หมอฝังเข็ม (Acupuncturist) หมอ
สมุนไพร (Herbalist) หรืออื่นๆ” (Joseph & Pizzorno, 2002)

³ หน่วยงานดังกล่าวตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1992 ชื่อว่า Office of Alternative Medicine (OAM) อยู่ภายใต้ National
Institute of Health (NIH) ต่อมาในปี ค.ศ. 1999 จึงได้ก่อตั้งเป็น the National Center for Complementary and
Alternative Medicine – NCCAM)

ดังนั้นการนิยามทางหลักและทางเลือกในปัจจุบันจึงเป็นไปเพื่อการช่วงชิงพื้นที่ของความชอบธรรมและการมีอำนาจในการควบคุมและจัดการกับระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นการช่วงชิงพื้นที่ในขอบเขตของการนิยามตามกฎหมาย และมีความชัดเจนว่า ฝ่ายที่มีอำนาจคือรัฐและวิชาชีพการแพทย์ยังคงสามารถเป็นฝ่ายกำหนดสถานะของการแพทย์อีกฝ่ายหนึ่งให้อยู่ในสภาพที่เป็นรองหรือเป็นเพียงส่วนเสริมในระบบสุขภาพที่มีการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เป็นการแพทย์กระแสหลัก

อย่างไรก็ตาม แม้การนิยามและช่วงชิงพื้นที่ในทางกฎหมายจะเป็นไปดังที่กล่าวมา แต่การช่วงชิงพื้นที่ทางสังคมยังมีตัวกำหนดอย่างอื่นที่นอกเหนือจากฝ่ายรัฐและอำนาจวิชาชีพ นั่นก็คือพลังของประชาชนผู้บริโภคและผู้ป่วย รวมทั้งพลังทางธุรกิจที่มุ่งจะตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคที่มีอย่างหลากหลายภายใต้สังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรมและกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่ยุคหลังสมัยใหม่ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่สมควรศึกษาวิเคราะห์ต่อไปเป็นอย่างยิ่ง

การแพทย์ทางเลือก: ปรากฏการณ์พหุวัฒนธรรมทางการแพทย์

คำอธิบายเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพในมุมมองของนักมานุษยวิทยาการแพทย์คนสำคัญอย่าง Arthur Klienman ยังคงสามารถนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์พหุวัฒนธรรมทางการแพทย์ในยุคสมัยได้เป็นอย่างดี Klienman (1978) อธิบายโครงสร้างและหน้าที่ของระบบการดูแลสุขภาพในฐานะระบบวัฒนธรรม โดยระบบการแพทย์จะประกอบด้วยระบบวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบของการให้ความหมายและบรรทัดฐานทางพฤติกรรม รวมทั้ง สิ่งที่เชื่อมโยงระบบวัฒนธรรมเหล่านี้ ซึ่งก็คือความสัมพันธ์ทางสังคมและสถาบันทางสังคมต่างๆ ระบบวัฒนธรรมโดยนัยของเขาเป็นระบบของความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่ปรุงแต่งความจริงทางสังคม (social reality) และประสบการณ์ของบุคคล (personal experience) และเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยภายนอกของระบบการดูแลสุขภาพ (เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ประวัติศาสตร์ เทคโนโลยี) กับปัจจัยภายในของระบบการดูแลสุขภาพ (เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรม และกระบวนการสื่อสาร) ดังนั้น ระบบวัฒนธรรมจึงเป็นตัวกำหนดให้เกิดระบบการแพทย์ที่แตกต่างกัน เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลที่แตกต่างกันไป

Klienman ยังเสนอแบบจำลองที่มี 3 ภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องและทับซ้อนกัน ได้แก่ ภาคประชาชน (popular sector) ภาคพื้นบ้าน (folk sector) และภาควิชาชีพ (professional sector) โดยปัจเจกและกลุ่มคนต่างๆ ในแต่ละภาคส่วนมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันได้โดยผ่านคำอธิบายที่มาจากแนวคิดเกี่ยวกับ “the social and cultural construction of the illness

experience” ซึ่งทำให้มีการประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้แตกต่างกันตามสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เมื่อประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่างกัน ก็ย่อมประกอบสร้างกลวิธีและเกณฑ์ในการตัดสินใจในการรักษาความเจ็บป่วยนั้นแตกต่างกันไปด้วย

ดังนั้นในมุมมองแบบ Cognitive Interpretive ของ Klienman วัฒนธรรมซึ่งมีลักษณะเป็นพหุลักษณะ ทำให้มีการประกอบสร้างความจริงได้หลากหลาย เพราะมนุษย์ให้ความหมายกับความจริงแตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่า พหุลักษณะทางการแพทย์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในความคิดของผู้คนที่ประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นความเชื่อที่ว่าเมื่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์พัฒนามากขึ้นแล้ว รูปแบบการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยจะเหลือน้อยลง จนกระทั่งมีการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เหลือเพียงรูปแบบเดียวนั้น จึงยังคงพิสูจน์ได้ว่าไม่เป็นความจริง (Klienman, 1984: 139 อ้างใน ลือชัย ศรีเงินยวง, 2547: 9) ตรงกันข้าม ยิ่งสังคมเปลี่ยนไปเป็นสังคมเปิดที่มีการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสารจำนวนมาก พหุลักษณะทางการแพทย์กลับจะยิ่งมีมากขึ้น ดังจะเห็นได้ในกรณีของการแพทย์ทางเลือกที่เฟื่องฟูหลากหลายในสังคมยุคปัจจุบัน ได้ตอกย้ำความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ให้เด่นชัดยิ่งขึ้น เพราะสังคมในยุคนี้ได้เลื่อนไหลเปลี่ยนแปลงไปสู่ยุคที่เรียกว่า “ยุคหลังสมัยใหม่” (Postmodernity) ซึ่งมีลักษณะหลายประการที่หนุนเสริมให้การแพทย์ทางเลือกดำรงอยู่ภายใต้พหุลักษณะทางการแพทย์โดยครอบคลุมทุกภาคส่วนในระบบการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นภาควิชาชีพ ภาคพื้นบ้าน และภาคประชาชน

การแพทย์ทางเลือก: ปรากฏการณ์การเปลี่ยนเข้าสู่สังคมยุคหลังสมัยใหม่

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากยุคสมัยใหม่ไปสู่ยุคหลังสมัยใหม่มีลักษณะที่สำคัญหลายประการซึ่งสอดคล้องกับการกลับมาของการแพทย์ทางเลือก มีการศึกษาหลายชิ้นที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกกับค่านิยมแบบหลังสมัยใหม่ (Postmodern value) O'Callaghan และ Jordan (2003) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมแบบหลังสมัยใหม่ ตัวแปรทางประชากรกับการใช้การฝังเข็ม (Acupuncture) Aromatherapy และ Naturopathy ในออสเตรเลีย เขาสรุปว่า ปัจเจกชนที่มีค่านิยมแบบหลังสมัยใหม่และอยู่ในวัยหนุ่มสาวมีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์ทางเลือก เขามีความเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกบางส่วนอาจอธิบายได้ด้วย การปรากฏขึ้นของปรัชญาสุขภาพแบบหลังสมัยใหม่ เนื่องจากปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังการบำบัดทางเลือกเหล่านี้สอดคล้องกับระบบความเชื่อแบบยุคหลังสมัยใหม่ที่พวกเขาสมารถพบ การศึกษานี้พบว่า การเยียวยาด้วยธรรมชาติซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อว่ามีพลังชีวิตดังกล่าวมีความปลอดภัยและมี

ประสิทธิภาพดีกว่ายาจากสารเคมีที่แพทย์สั่งจ่าย และ การปฏิเสธอำนาจของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยควรจะมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาอย่างแข็งขัน เป็นค่านิยมแบบ หลังสมัยใหม่ที่มีผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก

Rayner (2001) ศึกษาการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาของการแพทย์ทางเลือกในออสเตรเลีย เพื่อดู ว่าเป็นการบริโภคเพื่อคุณค่าทางสัญลักษณ์ (symbolic value) มากกว่าคุณค่าในการใช้สอย (use value) และเพื่อการสร้างตัวตน (self-assembly) ของผู้บริโภคตามทฤษฎีของสังคมยุคหลังสมัยใหม่หรือไม่ เขาวิเคราะห์ผลการศึกษาไว้ว่าการซื้อยาดังกล่าวพบมากในผู้หญิง โดยที่การซื้อไม่ได้เน้นไปที่ symbolic value เสียทั้งหมด และการซื้อยาในหลายๆ กรณีเป็นไปเพื่อให้คนอื่นใช้ จึงยังไม่สามารถ สรุปได้ว่าเป็นการบริโภคเพื่อสร้างตัวตนหรือไม่ เขามีความเห็นที่เห็นว่า ผลการศึกษานี้ ควรนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนทฤษฎีเกี่ยวกับการบริโภคในยุคหลังสมัยใหม่ด้วย

อย่างไรก็ดี การศึกษาที่กล่าวมานี้ ก็ยังมองไปที่ระบบคุณค่าของผู้คนซึ่งเชื่อว่าจะได้รับอิทธิพล จากความคิดแบบหลังสมัยใหม่มากขึ้น แต่คำอธิบายจากการศึกษานี้ ก็ยังไม่เชื่อมโยงไปถึงการ เปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เข้าสู่ยุคหลังสมัยใหม่ที่มีแนวคิดสำคัญอื่นๆ อีกหลายแนวคิด ดังที่ปรากฏว่ามี นักทฤษฎีทางสังคมได้เสนอไว้ที่น่าสนใจ โดยจะขอยกมากล่าวถึงไว้ดังต่อไปนี้

การจบสิ้นของทฤษฎีที่เป็นมหัพรรณนา (The End of the Metanarrative or the Grand Theory)

แนวคิดสมัยใหม่ซึ่งก่อตัวมาตั้งแต่ยุคแห่งความรู้แจ้ง (the Enlightenment) ในปลายศตวรรษที่ 17 ได้ให้ภาพอันสวยงามหรือที่วาดฝันไว้ว่า ด้วยปรัชญามนุษยนิยมที่เชื่อในเจตจำนงอิสระของอัตบุคคล (Humanism) หลักแห่งเหตุผล (rationality) และหลักแห่งประโยชน์สุข (Utilitarianism) จะทำให้มนุษย์ สามารถบรรลุถึงความสมบูรณ์พร้อม มีความเจริญก้าวหน้าไม่มีที่สิ้นสุด แต่เมื่อโลกก้าวเข้าสู่ยุค ทันสมัย การพัฒนาในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงกลับไม่เป็นดังที่วาดหวังไว้ โดยเฉพาะการพัฒนาสู่ความ ทันสมัยโดยอาศัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ซึ่ง Lyotard เรียกว่า Technoscience) ได้ทำให้มนุษย์ สังคม และสิ่งแวดล้อมในยุคสมัยใหม่ป่วยไข้อย่างยากที่จะเยียวยา มลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม และนิวเคลียร์ อาหารแปรรูป รวมถึงเชื้อโรคที่ติดต่อยากขึ้น เป็นตัวอย่างของปัญหาความป่วย ไข้จากโลกในยุคทันสมัยที่มนุษย์ไม่เคยพบมาก่อน ยังไม่ต้องกล่าวถึงปัญหาทางสังคมอื่นๆ ที่ เกิดขึ้นจากการก้าวสู่ความทันสมัยด้วยการใช้กฎหมายและกฎศีลธรรมที่เชื่อว่าเป็นสากล (universal

morality and law) เหล่านี้ทำให้นักคิดและปัญญาชนต้องกลับมาทบทวนแนวคิดสมัยใหม่และเสนอสิ่งที่เรียกกันว่า แนวคิดหลังสมัยใหม่ขึ้น

แนวคิดแบบหลังสมัยใหม่เห็นว่าสังคมได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคทุนนิยมรุ่นที่สาม ซึ่งเป็นสังคมของการสื่อสารมวลชน การควบคุมโดยรัฐราชการและคอมพิวเตอร์ สังคมบริโภคนิยม ความรู้และแนวคิดในยุคสมัยใหม่ที่เคยครอบงำสังคมอยู่ในอดีตไม่ว่าจะเป็นวิทยาศาสตร์ มาร์กซิสม์ เสรีนิยม และศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนท์ ถูกวิพากษ์วิจารณ์โต้แย้งว่าไม่สามารถให้คำตอบได้อย่างเบ็ดเสร็จ ความจริงที่เคยเชื่อกันตามคำอธิบายของความรู้เหล่านี้ถูกตีแผ่ให้เห็นว่าเป็นเพียงสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นผ่านวาทกรรมโดยอาศัยภาษาที่มีธรรมชาติไม่แน่นอน⁴ ในการสร้างความจริง คำอธิบายที่ทำให้ดูประหนึ่งว่าความจริงเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ภายนอกซึ่งมีผู้ไปรู้ไปเห็นแล้วอธิบายความจริงนั้นอย่างตรงไปตรงมาและสามารถสะท้อนความจริงนั้นโดยผ่านภาษาซึ่งไม่จำเป็นต้องตั้งข้อสงสัยใดๆ ซึ่งเป็นฐานคิดที่ปฏิฐานนิยม (Positivism) และวิทยาศาสตร์ใช้ในการสร้างความรู้และผูกขาดการอธิบายความจริง นักคิดหลังสมัยใหม่มองว่าเป็นเพียงสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นจากวาทกรรมชุดหนึ่ง ซึ่งมาจากฐานคิดที่มองสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีคิดแบบลดส่วน (reductionism) เท่านั้น

การไม่เชื่อถือต่อสิ่งที่นักคิดยุคหลังสมัยใหม่เรียกว่า “Metanarrative” หรือ “Grand Theory” นี้ ขยายมาสู่การไม่เชื่อถือต่อการให้คำอธิบายความเจ็บป่วยต่างๆ ชนิดโดยใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีเดียว และทำให้มีการตั้งคำถามต่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ที่อธิบายความเจ็บป่วยทุกชนิดโดยการลดส่วนความเจ็บป่วยของมนุษย์ให้เหลือแต่เพียงกลไกทางชีววิทยาเท่านั้น (Morris 1998: 11) การตั้งคำถามดังกล่าวเป็นการสั่นคลอนความเชื่อถือที่มีต่อการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์และได้เปิดพื้นที่ให้กับวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยแบบอื่นๆ ให้มีโอกาสนำเสนอความรู้และการอธิบายความจริงชุดอื่นๆ ที่แตกต่างไปจากที่การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์อธิบายไว้ได้

ในยุคหลังสมัยใหม่ อุดมการณ์ของการแพทย์ทางเลือก (Alternative Ideology) ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดเกี่ยวกับพลังชีวิต (Vitalism) ที่เรียกชื่อต่างๆ กันในการแพทย์ทางเลือกแขนงต่างๆ เช่น “Chi” (ในทฤษฎีการแพทย์จีน) “ปราณ” (ในโยคะศาสตร์) “Dynamic energy” ใน Homeopathy และพลังในการเยียวยาตัวเองของร่างกาย (The Self-Healing Power of body ใน Naturopathy) และแนวคิดเกี่ยวกับ ความเป็นองค์รวม (Holism) การบรรสานสอดคล้องกันระหว่างกายกับจิต (Mind-Body

⁴ Jacques Derrida ซึ่งเป็นนักคิดหลังโครงสร้างนิยมวิพากษ์ภาษาว่าเป็นสิ่งที่ไร้ระเบียบ ไม่มีเสถียรภาพ ความหมายของภาษาผันแปรไปตามบริบทที่เปลี่ยนไป ซึ่งเป็นการโต้แย้งแนวคิดที่เสนอโดยนักคิดโครงสร้างนิยม

Harmony) ซึ่งพบอยู่ในทฤษฎีการแพทย์ตะวันตกแต่ตรงข้ามกับแนวคิดที่แยกกายกับจิต (Mind-Body Dualism) ของ Descartes อย่างสิ้นเชิง สามารถมีที่ยืนอยู่บนฐานความรู้ของตนเองได้โดยไม่ต้องจำเป็นต้องผ่านการประทับตรายืนยันความถูกต้องจากวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้เป็นเพราะสังคมหลังสมัยใหม่ยอมรับในความหลากหลายของความจริงและยอมรับการประชันขันแข่งกันของความรู้ที่มาจากวาทกรรมที่แตกต่างกันได้

อย่างไรก็ตาม การต่อสู้ประชันขันแข่งในเชิงอุดมการณ์ระหว่างการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์กับการแพทย์ทางเลือกอาจไม่ได้ทำให้ผู้คนที่หันมาใช้การแพทย์ทางเลือกต้องสละอุดมการณ์ดังกล่าวก่อนที่จะเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกเสมอไป ดังที่พบจากการศึกษาของ Kelner และ Wellman (1997) ว่า คนที่ใช้การแพทย์ทางเลือกบางส่วนเท่านั้นที่เลือกใช้เพราะมีอุดมการณ์แบบเดียวกับการแพทย์ทางเลือก

การลดทอนอำนาจวิชาชีพ (Deprofessionalisation)

การค้นพบทางวิทยาศาสตร์ในยุคสมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดวิชาการแพทย์ที่อาศัยความรู้แบบวิทยาศาสตร์มาใช้ในการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค โดยเฉพาะทฤษฎีเชื้อโรค (Germ theory) ทำให้มนุษย์ค้นพบว่าสาเหตุของโรคติดต่อที่เคยเป็นปริศนาในยุคก่อนหน้านี้นั้น แท้จริงแล้วเกิดมาจากสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กมากซึ่งสามารถมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่คิดค้นโดยนักวิทยาศาสตร์ ความสำเร็จในการกำราบเชื้อโรคด้วยยาปฏิชีวนะได้ทำให้ผู้คนยอมรับในประสิทธิภาพที่รวดเร็วของยาสมัยใหม่ที่มีเหนือยาแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการประสบความสำเร็จของวาทกรรมการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ และด้วยการสนับสนุนจากรัฐทั้งในการจัดการเรียนการสอนแบบโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งการออกกฎหมายเพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับการแพทย์แบบใหม่ (ทั้งโดยการออกกฎหมายควบคุมวิชาชีพ และกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ) การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ได้สถาปนาความเป็นวิชาชีพของตนเองได้เป็นผลสำเร็จ และใช้อำนาจผูกขาดทางวิชาชีพดังกล่าวเบียดขับการแพทย์แบบอื่นๆ ให้พ้นไปจากความชอบธรรมทั้งทางกฎหมายและสังคม ด้วยข้อกล่าวหาที่ว่า การแพทย์เหล่านั้นไม่มีความเป็นเหตุผลเช่นเดียวกับการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์

นับตั้งแต่วิชาชีพทางการแพทย์ได้รับการสถาปนาขึ้น กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้คนได้ตกอยู่ภายใต้อำนาจแห่งอำนาจของวิชาชีพ (Professional authority) มิเพียงเท่านั้น การครอบงำของอำนาจแห่งวิชาชีพยังก้าวล่วงไปสู่สังเวียนของปฏิบัติการทางศีลธรรมและ

การเมือง รวมทั้งสามารถแปรเปลี่ยนอำนาจนี้ให้กลายเป็นอิทธิทธิทางสังคม อำนาจทางเศรษฐกิจ และอิทธิพลทางการเมืองด้วย (Starr, 1982: 5)

การครอบงำและผูกขาดของอำนาจวิชาชีพได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากทั้งจากแวดวงนักวิชาการภายในและภายนอกวิชาชีพทางการแพทย์รวมทั้งจากผู้คนในสังคม เพราะอุดมคติของวิชาชีพทางการแพทย์ที่เดิมเคยประกาศว่าเป็นวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญที่ต้องใช้ความรู้จากหลักแห่งเหตุผลเพื่อประโยชน์สุขของผู้คนโดยคำนึงถึงหลักแห่งมนุษยธรรม (ตามมหพรธนาแบบสมัยใหม่) นั้น ถูกบ่อนเซาะด้วยข้อกังขาต่อการแพทย์แบบพาดินชยซึ่งพร้อมที่จะทำให้อย่างก้าวในวิถีชีวิตของผู้คนสามารถกลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ (Medicalization) ซึ่งจะยังประโยชน์ทางเศรษฐกิจและความมั่งคั่งให้กับแพทย์และบรรดาบริษัทยาข้ามชาติเท่านั้น

การตั้งคำถามต่อการผูกขาดและครอบงำของวิชาชีพนี้เองที่เป็นที่มาของสิ่งที่เรียกกันว่า การลดทอนอำนาจวิชาชีพ (Deprofessionalisation) ซึ่งมีข้อเสนอว่าจะต้องทำให้ช่องว่างของความรู้ (Knowledge gap) ระหว่างแพทย์และผู้บริโภคลดน้อยลง และทำให้เกิดวิชาชีพใหม่ๆ ซึ่งมีองค์ความรู้และทักษะซึ่งแพทย์ไม่มีความสามารถจะทำได้มากขึ้น (Kelleher & Williams, 1994: xi)

การกลับมาเฟื่องฟูของการแพทย์ทางเลือกจึงทำให้แพทย์ทางเลือกหลายๆ สาขาได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะมากขึ้นในการต่อรองให้รัฐยอมรับและให้ความชอบธรรมทางกฎหมายด้วยการออกไปอนุญาตในการประกอบวิชาชีพแก่สมาชิกในวิชาชีพ ดังเช่นกรณี Chiropractic, Homeopathy, Naturopathy และ การฝังเข็ม ที่สามารถขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายในอเมริกาและยุโรป แม้ว่าจะต้องแลกกับการถูกจำกัดให้ประกอบวิชาชีพภายใต้กรอบที่กำหนดไว้เท่านั้น (ดู Saks, 1994) แต่นับได้ว่าการเกิดขึ้นของวิชาชีพการแพทย์ทางเลือกเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการลดทอนอำนาจวิชาชีพของแพทย์ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ก็เพราะสังคมได้ก้าวเข้าสู่ยุคหลังสมัยใหม่ยุคที่อำนาจผูกขาดของวิทยาศาสตร์ในฐานะอภิพรธนาแห่งยุคสมัยลดมนต์ขลังลงไปแล้วนั่นเอง

ความสำนึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Individual Responsibility for Health)

สิ่งที่เกิดควบคู่ไปกับความเฟื่องฟูของการแพทย์ทางเลือกซึ่งลดทอนอำนาจวิชาชีพของแพทย์ลงก็คือความสำนึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในหมู่ผู้คน สำนึกที่ว่านี้เกิดขึ้นภายหลังจากที่พบว่า การมอบความรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพให้อยู่ในมือของวิชาชีพแพทย์นั้น เป็นสิ่งที่ไม่อาจรับประกันได้ว่าจะเพียงพอต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยได้ดังที่เคยเป็นมาในสมัยก่อน เพราะ

โรคเรื้อรังในยุคสมัยใหม่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งไม่อาจรักษาให้หายขาดโดยการไ้ยา การผ่าตัด และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่ต้องการความรับผิดชอบและดูแลเอาใจใส่ในการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ภายใต้สังคมเสี่ยง (Risk Society) ผู้คนมีความตระหนักมากขึ้นเกี่ยวกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยสิ่งที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งยากที่จะหลีกเลี่ยงและควบคุมได้ การหันมาหาสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่าจะอยู่ในความควบคุม คือ การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงพร้อมที่จะอยู่ได้อย่างปลอดภัยท่ามกลางความเสี่ยงนั้น (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2547: 12) ความสำนึกที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ผู้คนต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลายอย่างไม่เคยมีมาก่อน ดังจะเห็นได้จากความแพร่หลายของหนังสือ รายการวิทยุโทรทัศน์ เว็บไซต์สุขภาพ และสื่ออื่นๆ อีกมากมายเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งที่เป็นแบบกระแสหลักและทางเลือก

การศึกษาของ Eisenberg et al. (1993) และ David et al. (2001) รวมทั้งคนอื่นๆ (Ernst, 2000: 255) ที่พบว่า ผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับการใช้บริการของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่บอกให้แพทย์รู้ว่าตัวเองใช้การแพทย์ทางเลือกพร้อมด้วยนั้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกเลือกที่จะรับผิดชอบจัดการกับสุขภาพของตนเองโดยไม่จำเป็นต้องขอความเห็นชอบจากแพทย์ ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงที่จะต้องถูกจัดการสุขภาพโดยอำนาจของวิชาชีพแพทย์ได้ในบางด้าน

อย่างไรก็ตาม ความสำนึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองที่กล่าวถึงนี้ เป็นสำนึกในระดับบุคคลซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์ในระดับสังคมได้ทั้งหมด เราจำเป็นต้องพิจารณาความสำนึกรับผิดชอบต่อสังคมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในรูปของความเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยว่า ความเคลื่อนไหวดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรากฏขึ้นของกระแสการแพทย์ทางเลือกอย่างไรบ้าง

ความเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพ (Health Social Movements- HSMs)

กระแสความเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างมากมายในสังคมตะวันตกในช่วงศตวรรษที่ 1960 เป็นต้นมา ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับความเคลื่อนไหวทางสังคมในด้านอื่นๆ ซึ่งเชื่อมโยงกับประเด็นทางสุขภาพด้วย เช่น การเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรีนิยม กลุ่มสิทธิผู้บริโภค กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มต่อต้านนิวเคลียร์และสงคราม เป็นต้น (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2547: 11)

Brown และ Zavestoski (2004) ได้ให้นิยามความเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพว่า เป็นการทำหายโดยรวมที่มีต้นนโยบายทางการแพทย์ การเมืองและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ระบบความเชื่อ การวิจัยและปฏิบัติการขององค์กร หน่วยงานสนับสนุน และเครือข่ายความร่วมมือ รวมทั้งสื่อต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการทำหายที่ว่านี้ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การทำหายอำนาจทางการเมือง อำนาจวิชาชีพ และอัตลักษณ์ของบุคคลและส่วนรวม ประเด็นที่การเคลื่อนไหวทางสังคมนี้ให้ความสนใจ ก็คือ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความพิการ และ contested illness⁵ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาทางเชื้อชาติ (race) ชาติพันธุ์ (ethnicity) เพศสภาวะ (gender) ชนชั้น (class) และ sexuality

ในการทำหายโครงสร้างอำนาจทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ การเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพได้มุ่งเน้นการทำหายไปที่ประเด็นการทำให้ปัญหาสังคมกลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ (medicalization of social problems) การทำให้การแก้ไขปัญหาสังคมกลายเป็นการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิคด้วยการใช้วิทยาศาสตร์ และการทำให้การตัดสินใจต่างๆ ถูกดึงออกไปจากมือของประชาชนไปสู่บริษัทธุรกิจต่างๆ มากขึ้น

แม้ว่าความเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพในประเทศตะวันตก จะไม่ได้มุ่งชี้คำตอบโดยตรงมาที่รัฐว่าต้องมีนโยบายสนับสนุนให้มีการแพทย์ทางเลือกขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหการเข้าถึงบริการ ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพต่างๆ แต่ด้วยเหตุที่ทั้งการแพทย์ทางเลือกและการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพต่างก็มีจุดมุ่งเน้นลักษณะที่เป็นการทำหายอำนาจวิชาชีพของแพทย์เหมือนกัน ดังนั้นทั้งสองกระแสจึงมีลักษณะหนุนเสริมและร่วมมือกัน ดังเช่น กรณีในสหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่ทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา องค์กรการแพทย์ทางเลือกบางแห่งได้เข้าร่วมในการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้มีการใช้การแพทย์ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้ยกระดับการทำหายอำนาจวิชาชีพทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ (Hess, 2004: 696)

แม้ว่านักวิชาการบางส่วนอาจไม่จัดว่าการแพทย์ทางเลือกเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคม เพราะเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของบุคคลมากกว่าที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่ Goldner (1998) ได้เสนอการศึกษาการแพทย์ทางเลือกในฐานะที่เป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบหนึ่ง เพราะเห็นว่าปฏิบัติการของแพทย์ทางเลือกและผู้ป่วยที่เลือกใช้

⁵ contested illness หมายถึง ความเจ็บป่วยที่ยังไม่สามารถอธิบายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน หรือ ถูกอธิบายโดยใช้มุมมองทางนิเวศวิทยาซึ่งมักถูกโต้แย้งอยู่เสมอๆ (Brown & Zavestoski, 2004: 685)

บริการการแพทย์ทางเลือกมีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวกิจกรรมทางสังคม (activism) รวมทั้งสอดคล้องกับนิยามของการเคลื่อนไหวทางสังคม⁶ ที่จะต้องมีองค์ประกอบสำคัญคือ มีปฏิบัติการเกี่ยวกับส่วนรวม (collective action) มีองค์กรที่เคลื่อนไหว (organization) มีความต่อเนื่องและมีเป้าหมาย (continuity and goal) ซึ่งเขาเห็นว่าการที่แพทย์ทางเลือกมีกลุ่มที่ทำหน้าที่วิ่งเต้นเพื่อให้มีการออกกฎหมายรับรองในระดับชาติ หรือมีองค์กรที่ให้บริการเพื่อนำไปสู่สุขภาพแบบองค์รวมซึ่งเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้รับบริการเสียใหม่ และมีการยกระดับของเป้าหมายจากความเจ็บป่วยไปเป็นสุขภavnานั้น เป็นปฏิบัติการเกี่ยวกับส่วนรวมที่มีความต่อเนื่องของเป้าหมายและมีองค์กรปฏิบัติการที่ชัดเจน และยังเห็นว่าการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสุขภาพทางเลือกเป็นการเคลื่อนไหวแบบปฏิรูป (reform movement) ซึ่งมีเป้าหมายขั้นต้นไปที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และเป้าหมายในขั้นที่สองเป็นประเด็นทางการเมืองซึ่งเกี่ยวข้องกับนโยบาย กฎหมาย และการเงินในระดับประเทศ

Goldner ยังเสนอแนวคิดของนักทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ (New social movement) ที่เห็นว่า การเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ (ซึ่งรวมถึงการเคลื่อนไหวของกลุ่มการแพทย์ทางเลือก/สุขภาพทางเลือก) เป็นการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นภายใต้บริบททางประวัติศาสตร์และสังคมที่เฉพาะเจาะจง การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจากความทันสมัยและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแสดงให้เห็นว่ารัฐค่อยๆ เข้ามาควบคุมวิถีชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้คน ดังนั้น ปัจเจกชนจึงต้องแสวงหาความเป็นอิสระจากรัฐ (autonomy) (Habermas, 1981 quoted in Goldner, 1998) และแทนที่จะไปต่อสู้กับรัฐหรือระบบเศรษฐกิจโดยตรงดังเช่นที่การเคลื่อนไหวทางสังคมก่อนหน้านี้กระทำมา การเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่กลับมุ่งไปที่การสร้างประชาสังคม (civil society) (Cohen, 1985 quoted in Goldner, 1998) และแสวงหาอัตลักษณ์และความเป็นอิสระของบุคคล (personal identity and autonomy) (Dalton quoted in Goldner, 1998)

มุมมองเชิงทฤษฎีดังกล่าวสามารถนำมามองปรากฏการณ์ของการแพทย์ทางเลือกในฐานะที่เป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมได้ว่า แม้การเคลื่อนไหวของการแพทย์ทางเลือกจะไม่มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างโดยผ่านการต่อสู้และวิ่งเต้นทางการเมือง แต่มุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงความคิดของสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ และปฏิรูปวิถีชีวิตของปัจเจกบุคคลให้สอดคล้องกับการมีสุขภาวะ

⁶ McAdam และ Snow ได้นิยามการเคลื่อนไหวทางสังคมว่า เป็นการกระทำเกี่ยวกับส่วนรวมโดยองค์กรในบางระดับ และมีความต่อเนื่อง โดยออกไปสู่ช่องทางของสถาบันทางสังคม เพื่อสนับสนุนหรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อระเบียบของกลุ่ม สังคม หรือโลก (McAdam & Snow 1977: xviii, quoted in Goldner, 1998)

ที่สมบูรณตามอุดมการณ์ของการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีนัยของการแสวงหาอัตลักษณ์และความเป็นอิสระของบุคคลจากการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ ความสอดคล้องของการเคลื่อนไหวแนวใหม่ภายใต้สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ยุคหลังสมัยใหม่นี้เอง ที่ทำให้การแพทย์ทางเลือกประสบความสำเร็จในการกลับมามีบทบาทในสุขภาพของผู้คนอีกครั้งหนึ่ง

ในกรณีประเทศไทย การปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ถือว่าเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพครั้งสำคัญ แม้จุดมุ่งหมายของการปฏิรูปจะไม่ประกาศชัดเจนว่า ต้องการลดทอนอำนาจวิชาชีพทางการแพทย์ลง แต่ข้อเสนอที่ได้มาจากการระดมความคิดเห็นของภาคีสุขภาพทั่วประเทศซึ่งต่อมาได้ยกร่างเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ก็มีทิศทางในการทำให้สุขภาพกลับมาสู่มือของประชาชนมากขึ้น ดังเห็นได้จากการให้นำหน้าของสารบัญญัติไปที่ “การสร้างนำซ่อม” หรือ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค การให้มี “สมัชชาสุขภาพ” เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งร่วมมือกันดำเนินการสร้างสุขภาพ และแก้ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ตรวจสอบ ควบคุม ดูแลการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กรภาคส่วนต่างๆ ร่วมกัน เป็นต้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546: 116-117)

การเคลื่อนไหวทางสังคมซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในสามของการปฏิรูประบบสุขภาพ⁷ ได้เปิดโอกาสให้เครือข่ายหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกเข้าร่วมในการเคลื่อนไหวอย่างคึกคัก โดยเฉพาะหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นกลุ่มหมอที่ใช้องค์ความรู้การแพทย์ของท้องถิ่นที่ยังไม่เป็นที่รับรองโดยการแพทย์ที่มีในระบบกฎหมาย ได้มีโอกาสในการเปิดพื้นที่ทางสังคมเพื่อแสดงอัตลักษณ์ของหมอพื้นบ้านและเรียกร้องสิทธิตามรัฐธรรมนูญในการสร้างความชอบธรรมให้กับชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเองได้โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของตนเอง การเข้าร่วมในการเคลื่อนไหวดังกล่าวทำให้มีแรงสนับสนุนจากฝ่ายต่างๆ ทั้งผู้ปฏิบัติการในท้องถิ่น ฝ่ายนักวิชาการ และฝ่ายนโยบายในการกำหนดให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ปรากฏเป็นสารบัญญัติอยู่ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ดู ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก, in press)

⁷ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นผู้นำคนสำคัญของขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้เสนอให้ใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ในการทำงานปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ (creation of relevant knowledge) การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) และการเชื่อมต่อกับฝ่ายการเมือง (political involvement) (Wasi, 2000:3)

ในกรณีของประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า การเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพเป็นแรงหนุนเสริมในการทำให้การแพทย์ทางเลือกมีที่ทางในระบบสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการเรียกร้องในระดับนโยบายและกฎหมาย ซึ่งการเคลื่อนไหวทางสังคมได้ทำให้เสียงเรียกร้องต้องการของประชาชนที่เป็นปัจเจกชนเกิดขึ้นตามตัวรวมกันและแสดงออกอย่างเด่นชัดและเพียงพอที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง นโยบาย และกฎหมายตามมา

การเคลื่อนไหวทางสังคมในยุคหลังสมัยใหม่มีส่วนในการสร้างสำนึกแบบใหม่ที่ทำให้ผู้คนแสวงหาอัตลักษณ์และมีอิสระในการจัดการกับสุขภาพของตนเองโดยไม่จำกัดตนเองอยู่ภายใต้กรอบที่รัฐและวิชาชีพการแพทย์เป็นฝ่ายกำหนดดังเช่นที่เคยเป็นมา แต่แนวคิดนี้ก็ยังไม่เพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่การแพทย์ทางเลือกและผลิตภัณฑ์การแพทย์ทางเลือกประสบความสำเร็จในการทำให้กลายเป็นสินค้าสุขภาพ (commodification) ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและอัตลักษณ์ที่หลากหลายของผู้คนได้ ดังนั้นการที่จะอธิบายปรากฏการณ์นี้ให้ครอบคลุมถึงประเด็นดังกล่าว จึงต้องใช้แนวคิดบริโภคนิยมในยุคหลังสมัยใหม่มาช่วยในการวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย

บริโภคนิยมกับการแพทย์ทางเลือก

เมื่อสังคมได้เปลี่ยนผ่านจากยุคที่ให้ความสำคัญกับการผลิตมาสู่ยุคของการบริโภคที่มีตลาดเป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรมแทนที่สิทธิอำนาจทางการเมือง (Bauman, 1988 อ้างใน จันทน์ เจริญศรี, 2545) วิธีการบริโภคของผู้คนจึงมีผลอย่างยิ่งต่อปรากฏการณ์ทางสังคมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในยุคสมัย ดังที่พบว่า บริโภคนิยมเป็นกลจักรสำคัญที่ขับเคลื่อนความนิยมที่มีต่อการแพทย์ทางเลือก (consumer driven) โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ของการแพทย์ทางเลือกซึ่งพบความแพร่หลายดาษดื่นอยู่ในวิธีการบริโภคอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน

มีความพยายามที่จะอธิบายปรากฏการณ์บริโภคนิยมที่เกิดขึ้นกับการแพทย์ทางเลือกโดยใช้แนวคิดของ Jean Baudrillard ผู้ซึ่งพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณค่าใช้สอย (use value) ของ Marx ให้สอดคล้องกับยุคหลังสมัยใหม่มากขึ้น เขาได้เสนอว่ามนุษย์มิได้บริโภคเฉพาะส่วนที่เป็นประโยชน์ใช้สอยเท่านั้น แต่ได้บริโภคส่วนที่เป็นคุณค่าเชิงสัญลักษณ์ด้วย (symbolic value) ซึ่งการบริโภคสัญลักษณ์นี้ก็เพื่อมุ่งแสวงหาความแตกต่าง และด้วยความต้องการบริโภคสัญลักษณ์นี้เอง ที่ทำให้ระบบทุนนิยมสมัยใหม่สามารถใช้สื่อมวลชนเป็นเครื่องมือในการโฆษณาสร้างความหมายทางสังคมให้กับสินค้าต่างๆ ที่ตนผลิตขึ้น ในทัศนะของเขา ทุนนิยมและสื่อมวลชนจึงเป็นโครงสร้างที่กำหนดวัฒนธรรมในการบริโภคของผู้คนซึ่งยากที่มนุษย์จะหลีกเลี่ยงไปได้ (สุภาภรณ์ ปิติพร, 2547) ซึ่งหากนำแนวคิดนี้

มาอธิบายปรากฏการณ์บริโภคนิยมในการแพทย์ทางเลือก จะเป็นไปได้ในลักษณะที่ว่า สื่อสารมวลชนในยุคหลังสมัยใหม่มีส่วนอย่างสำคัญในการสร้างความหมายให้กับการแพทย์ทางเลือก ความหมายที่เกิดขึ้นนี้มาจากการแปลความหมายของอุดมการณ์การแพทย์ทางเลือกที่สามารถจับใจผู้บริโภคซึ่งกำลังอึดอัดกับข้อจำกัดของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ การหันมาบริโภคการแพทย์ทางเลือกส่วนหนึ่งจึงเป็นการตอบสนองต่อความกระหายในการบริโภคคุณค่าบางอย่างที่พร่องไปจากการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ และสิ่งเหล่านี้ปรากฏเป็นสัญญาณอยู่ในการแพทย์ทางเลือกที่นำเสนอผ่านสื่อสารมวลชน

นอกจากการบริโภคเชิงสัญญาณแล้ว การเปลี่ยนสถานะจากการเป็นผู้ป่วยซึ่งต้องอยู่ภายใต้บังคับการของวิชาชีพการแพทย์มาเป็นผู้บริโภคที่กำหนดวิธีการบริโภคสินค้าสุขภาพด้วยตนเองได้ ก็น่าจะเป็นคำอธิบายที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์บริโภคนิยมในยุคหลังสมัยใหม่ ดังเช่นที่ Giddens (1994, quoted in Frank & Stollberg, 2004: 352) ได้เสนอว่าความสนใจของผู้ป่วยที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับแนวคิด reflexive modernity ในแง่ที่ว่า ความรู้ทางการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญมีลักษณะชั่วคราวและเปราะบาง ในขณะที่เดียวกันก็เป็นกรง่ายสำหรับผู้ป่วยที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญในโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ เพราะข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและทางเลือกในการรักษาเป็นสิ่งที่พร้อมให้แสวงหาได้ เขาเรียกความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองแบบนี้ว่า “Active trust” ในขณะที่ Kelner และ Wellman (1977 quoted in Frank & Stollberg, 2004: 352) เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Smart consumerism เพราะเขาเห็นว่าผู้ป่วยได้กลายเป็นผู้ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา แล้วตัดสินใจด้วยตัวเองว่าจะเลือกวิธีการรักษาแบบใด ทำให้ดูเหมือนผู้บริโภคมากกว่าผู้ป่วย

พลังผู้บริโภคที่แข็งขันนี้เอง ที่ทำให้กระทรวงสุขภาพของอังกฤษต้องให้น้ำหนักกับเสียงเรียกร้องต้องการจากสาธารณะที่จะมีเสรีภาพในการเลือกบริการสุขภาพ (ซึ่งรวมถึงการแพทย์ทางเลือกแบบต่างๆ) มากกว่าแรงกดดันจากวิชาชีพแพทย์ที่ต้องการหลักรฐานการทดลองทางคลินิกถึงประสิทธิภาพของการแพทย์ทางเลือก (Saks, 1994:91) รวมถึงการที่บริษัทประกันสุขภาพต้องยอมรับเอาบริการการแพทย์ทางเลือกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งผู้ให้บริการสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนได้

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกไม่ว่าจะเป็นผู้บริโภคที่แข็งขันไปหมดทุกกรณี Frank และ Stollberg (2004: 366) พบในการศึกษาผู้ป่วยที่ใช้บริการฝังเข็มในเยอรมันว่า พวกเขาเป็นผู้บริโภคที่สนใจเฉพาะการประเมินคุณภาพบริการที่จะได้รับ แต่ไม่ถึงกับแข็งขันในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในสุขภาพของตนเอง

การศึกษาในประเทศไทยของสุภาภรณ์ ปิติพร (2547) สรุปว่า บริโคนิยมขับเคลื่อนการแพทย์ทางเลือก และพบว่า มีคนส่วนหนึ่งยึดติดกับสังคมและระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ไม่มีทางเลือก ต้องการหนีสารเคมีมาใช้สมุนไพร ต้องการดูแลสุขภาพตัวเอง ไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์ ความต้องการเหล่านี้ก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ทางเลือกขึ้นมากมายในสังคม ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นเหล่านี้จึงไม่ได้เกิดขึ้นจากความเห็นเหตุเป็นผลในด้านการใช้ประโยชน์ตามปรัชญายุคสมัยใหม่ ความต้องการการแพทย์ทางเลือกที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความต้องการเพื่อตอบสนองต่อจิตสำนึกด้านสุขภาพและความรู้สึกด้านใน

บทสรุป

ปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือกเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและแตกต่างหลากหลายตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม ด้านหนึ่งปรากฏการณ์นี้ตอกย้ำความเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ที่ไม่มีระบบการแพทย์ใดจะสามารถผูกขาดการนิยามความจริงเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยได้เพียงระบบเดียว ด้านหนึ่งปรากฏการณ์นี้เป็นปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อการทำให้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์กลายเป็นคำตอบเบ็ดเสร็จสำหรับสุขภาพและความเจ็บป่วยในทุกๆ กรณี ทั้งๆ ที่ไม่สามารถเป็นเช่นนั้นได้ ด้านหนึ่งปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นสำนึกของผู้คนและการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต้องการนำเอาสุขภาพกลับคืนมาสู่มือของประชาชนแทนที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญ และท้ายที่สุดปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าในยุคสังคมบริโคนิยม พลังและเสียงเรียกร้องต้องการของผู้บริโภคกลายเป็นตัวกำหนดที่สำคัญและสามารถเปลี่ยนโฉมหน้าของระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่ตอบสนองต่อความต้องการนั้นโดยไม่อาจแข็งขืนได้

- David, M., Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Van Rompay, M. I., Kaptchuk, T. J., Wilkey, S. A., et al. (2001). Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from national survey. Annals of Internal Medicine, 135, 344-351.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Rompay, M. V., et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA, 280 (18), 1569-75.
- Eisenberg, D. M., et al. (1993). Unconventional medicine in the United States. New England Journal of Medicine, 328, 246-252.
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systemic review. Bulletin of the World Health Organisation, 78(2), 252-257.
- Ernst, E., Resch, K-L., & White, A. (1995). Complementary medicine: what physicians think of it. Arch Internal Medicine 155, 2405-2408.
- Ernst, E., & White, A. (2000). The BBC survey of complementary medicine use in the UK. Complementary Therapies in Medicine 8, 32-36.
- Frank, R. & Stollberg, G. (2004). Medical acupuncture in Germany: patterns of consumerism among physicians and patients. Sociology of Health and Illness, 26 (3), 351-372.
- Goldner, M. A. (1998). Explaining the success of the alternative health care movement: how integrative medicine is expanding western medicine. Doctoral dissertation, The Ohio State University.
- Hess, D. J. (2004). Medical modernisation, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements. Sociology of Health and Illness, 26 (6), 695-709.
- Joseph, E. & Pizzorno, J. R. (2002). CAM Differentiated. Medical Anthropology Quarterly, 16(4), 405-407.
- Kelner, M. & Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies. Social science and medicine, 45 (2), 203-212.
- Kelleher, D. & Williams, G. (1994). Challenging medicine. London and New York: Routledge.
- Landmark Healthcare Incorporated. The Landmark Report I on Public Perceptions of Alternative Care. 1998. URL: www.landmarkhealthcare.com.
- Meeker, W. C. (2000). Public demand and the integration of complementary and alternative medicine in the US health care system. Journal of manipulative and physiological therapeutics, 23(2), 123-126.
- Morris, D.B. (1998). Illness and culture in the postmodern age. Berkley and Los Angeles: University of California Press.

- Murray, J. & Shepherd, S. (1993). Alternative or additional medicine? Exploratory study in general practice. Social science and medicine, 37 (8), 983-988.
- Nilsson, M., Trehn, G., Asplund, K. (2001). Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. Journal of Internal Medicine, 250, 225.
- O'Callaghan, F. V. & Jordan, N. (2003). Postmodern value, attitudes and the use of complementary medicine. Complementary Therapies in Medicine, 11, 28-32.
- Rayner, L. (2001). Postmodern consumption and alternative medications. Journal of Sociology, 37 (2), 157-176.
- Saks, M. (1994). Alternative to medicine. (In) D. Kelleher & G. Williams (Eds.), Challenging medicine. (pp. 84-103). London and New York: Routledge.
- Saks, M. (1998). Medicine and complementary medicine. (In) P.H. Scambler (Ed.). Modernity, Medicine and Health. London: Routledge.
- Siapush, M. (1998). Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies, Journal of Sociology, 34 , 58-70.
- Starr, P. (1982). The social transformation of American medicine. New York: Basic Book.
- Vincent, C., & Furnham, A. (1999). Complementary Medicine: state of the evidence. J R Soc Med. 92, 170-177.
- Wasi, Prawase. (2000). Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand. Nontaburi: Health System Research Institute.
- World Health Organization. (2002). Press Release WHO/38. May, 16.
- Yamashita, H., Tsukayama, H., & Sugishita, C. (2002). Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. Complementary Therapies in medicine, 10, 84-93.