ชาติพันธุ์กับการแพทย์

หนังสือรวมบทความจากการประชุม
ประจำปีทางมานุษยวิทยาครั้งที่ 2
เรื่อง

ชาติ ชาติพันธุ์
วิถีชีวิตและความหลากหลายทางชาติพันธุ์ในโลกปัจจุบัน

เอกสารทางวิชาการลำดับที่ 37

ชาติพันธุ์กับการแพทย์

จัดพิมพ์
ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
20 ถนนบรมราชชนนี เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170
โทรศัพท์ 0-2880-9429 /โทรสาร 0-2880-9332

หัวหน้างานบรรณาธิการและจัดพิมพ์
วิภาส ปรัชญาภรณ์

งานบรรณาธิการและพิสูจน์อักษร
เจนสุดา สมบัติ
ทวีศักดิ์ วรฤทธิ์เรืองอุไร
สุนีย์ ประสงค์บัณฑิต

ประสานงานการจัดพิมพ์
นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ/สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์/สรินยา คำเมือง
ตรงใจ หุตางกูร/ปิยะ มณีวงศ์/จุฑารัตน์ อภิวัฒน์ธนกุล

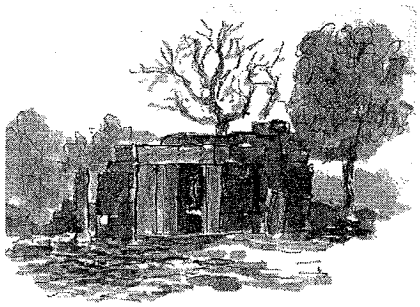
ปก วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

รูปเล่ม วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

พิมพ์ที่ โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์
โทรศัพท์ 0-2424-6944/โทรสาร 0-2434-3802

จัดจำหน่าย บริษัท เคล็ดไทย จำกัด
โทรศัพท์ 0-2225-9535-40

พิมพ์ครั้งแรก มีนาคม 2547 จำนวน 2,000 เล่ม ราคา 100 บาท



ภาพ อโรคยศาล
เทคนิค สีน้ำบนกระดาษ
ผู้วาด ศรัณย์ ทองปาน

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
ชาติพันธุ์กับการแพทย์/ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2547
168 หน้า. (เอกสารวิชาการลำดับที่ 37)
ISBN 974 –92044 – 5 –X
1. การแพทย์—กลุ่มชาติพันธุ์. 2. แพทย์พื้นบ้าน. 3. ความเชื่อ—การรักษาโรค.
I. ชื่อเรื่อง. II. ชื่อชุด.
LC Call: RS180

ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
มานุษยวิทยาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา
หัวหน้ากลุ่มนโยบายสาธารณสุขด้านสังคมวัฒนธรรม
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มาลี สิทธิเกรียงไกร
สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักศึกษาระดับปริญญาเอก ทางสังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล

ราตรี ปิ่นแก้ว
นักวิจัยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

วรัญญา เพ็ชรคง
นักวิจัย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ชาติชาย มุกสง
นักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เขียน

เชื้อชาติ-ชาติพันธุ์-พันธุกรรม:

ความรู้และอำนาจทางการแพทย์ กับการสร้างความเป็นอื่น

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
มาลี สิทธิเกรียงไกร

บทนำ

อำนาจของการแพทย์นั้นมิใช่เกิดจากประสิทธิภาพของการเยียวยารักษาโรคเท่ากับเกิดจากประสิทธิภาพในการนิยามความจริงที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ตลอดประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่นั้น การต่อสู้เพื่อช่วงชิงกำหนดนิยามของชีวิตที่ดี ร่างกายที่สมบูรณ์ ตลอดจนสังคมที่พึงประสงค์เป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของสถาบันทางการแพทย์ การต่อสู้เพื่อเปลี่ยนแปลงนิยามในระยะหลังนี้ดูจะยิ่งแหลมคมมากขึ้นทุกที เพราะการนิยามว่าชีวิตเกิดขึ้นเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใดมีความสำคัญต่อการแพทย์และเวชศาสตร์พันธุวิศวกรรม รวมทั้งมีความสำคัญต่อผลประโยชน์บริษัทยักษ์ใหญ่และระบบทุนนิยมที่ขับเคลื่อนงานวิจัยเหล่านี้อยู่ เช่น การนิยามว่าชีวิตเริ่มเมื่อใด จะมีผลต่อการนำตัวอ่อนของมนุษย์ไปใช้เป็นเนื้อเยื่อหรือใช้ในการวิจัยโดยไม่ถือว่าทำลายชีวิต หรือการนิยามว่าเมื่อใดจะถือว่าเป็นการตาย ก็จะมีผลต่อการผ่าตัดเอาชิ้นส่วนอวัยวะจากร่างกายเพื่อใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ ความพยายามที่จะนิยามความตายให้เร็วขึ้นโดยให้ผู้กำลังตายนั้นมีสถานะเป็น “คนตายตามกฎหมาย” ก่อนที่อวัยวะอื่นๆ จะเสื่อมหรือเสียหาย จึงเป็นสิ่งที่สถาบันการแพทย์และสถาบันวิจัยหลายแห่งพยายามผลักดันเพื่อให้นิยามใหม่ทดแทนนิยามการตายแบบเดิมซึ่งต้องรอนานเกินไปและไม่ทันการณ์สำหรับการเอาอวัยวะไปใช้

แต่การนิยามทางการแพทย์มิได้จำกัดอยู่ในแวดวงของคนป่วยหรือคนตายเท่านั้น เพราะในการนิยามนั้น การแพทย์ได้สร้างบรรทัดฐานทางสังคมว่าสิ่งต่างๆ ควรเป็นไปอย่างไร สังคมควรปฏิบัติต่อเรื่องหนึ่งๆ อย่างไร และบุคคลควรมีพฤติกรรมอย่างไรจึงถือว่าถูกต้อง ค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมเหล่านี้กลายเป็นกรอบที่สังคมใช้ตัดสินไม่เพียงแต่ความถูกต้องเหมาะสมในแง่ของ

สุขภาพ แต่ยังใช้ตัดสินความผิดถูกชั่วดีในทางคุณธรรมจริยธรรมอีกด้วย[1] การเบี่ยงเบนไปจากความถูกต้องในทางการแพทย์จึงอาจกลายเป็น "ความเลว" หรือ "ตราบาป" ที่สังคมตีตรารังเกียจเดียดฉันท์และกีดกันออกจากความเป็นพวกเดียวกัน และเมื่อกลายเป็นคนละพวกกับ "เรา" หรือ "เป็นคนอื่น" ก็อาจจะสามารถใช้วิธีจัดการที่รุนแรงไร้ความปรานีปราศรัยเพื่อโดดเดี่ยว กีดกัน หรือขจัดเสียก็ได้

บทความนี้จะเป็นการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์ ชาติพันธุ์ กับการสร้างความเป็นอื่น โดยชาติพันธุ์ที่เรากำลังจะพูดถึงนี้ เราจะพิจารณาในความหมายที่แปรเปลี่ยนไปตามบริบททางประวัติศาสตร์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความหมายของชาติพันธุ์นั้นคลี่คลายอย่างเกี่ยวข้องไปกับแนวคิดเรื่องเชื้อชาติและพันธุกรรมอย่างใกล้ชิด ความเกี่ยวโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดของเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และพันธุกรรม (หรือเขียนรวมถึงกลุ่มเรื่องราวที่เกี่ยวโยงกันนี้ว่า "เชื้อ/ชาติ/พันธุ/กรรม") นี้จะถูกวิเคราะห์ผ่านวาทกรรมทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามประวัติศาสตร์ของยุคสมัย โดยบทความนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ตอน เริ่มต้นจากตอนที่ 1 จะกล่าวถึงประวัติศาสตร์ของความรู้และอำนาจทางการแพทย์ที่มีส่วนในการสถาปนาความจริงทางสังคมขึ้น ระบอบแห่งความจริงที่การแพทย์สร้างขึ้นและได้ตีตราพฤติกรรมการแสดงออกบางอย่างว่าเป็นเรื่องผิดปกตินี้ เป็นองค์ประกอบสำคัญของเทคโนโลยีแห่งอำนาจที่ใช้ตีตราและจัดการกับผู้ที่ถูกจัดไว้นอกกรอบของความปกติ บทความตอนแรกนี้จะทบทวนกระบวนการสร้างและจัดการกับ "ความเป็นอื่น" ในประวัติศาสตร์การแพทย์และวิทยาศาสตร์สมัยใหม่

---

[1] Eliot Friedson, *Profession of Medicine* (New York: Harper & Row,1970), p. 252.

ในตอนที่ 2 จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับชาติพันธุ์ โดยจะทบทวนผ่านงานชิ้นสำคัญทางมานุษยวิทยาและประวัติศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับความแตกต่างทางชาติพันธุ์ จากนั้นจะกล่าวถึงบทบาทของการแพทย์และวิทยาการสมัยใหม่ในการสร้างแนวคิดเรื่องเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์ ซึ่งการนิยามและให้คุณค่ากับความสำคัญอันเอกอุกับเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์นี้เป็นสิ่งที่แทรกซึมอยู่ในวิธีคิดเกี่ยวกับ "เชื้อชาติพันธุกรรม" ของการแพทย์มาโดยตลอด ในกรณีที่สุดขั้วนั้น วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบอบเผด็จการที่ทำลายล้างกลุ่มคนที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเผ่าพันธุ์ที่สกปรก โง่ เป็นแหล่งแพร่โรค และคุณลักษณะเหล่านี้เป็นกรรมพันธุ์ที่ต้องถูกกวาดล้างให้หมดไป วิทยาศาสตร์การแพทย์และพันธุกรรมศาสตร์ถูกใช้เป็นทั้งเครื่องตรวจสอบพันธุกรรมและเครื่องรับรองความชอบธรรมของอำนาจระบบเผด็จการ ในบริบทเช่นนี้ ปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นไปเพื่อรับใช้และธำรงไว้ซึ่งโครงสร้างแห่งอำนาจอย่างเด่นชัด

ในตอนที่ 3 ของบทความนี้จะเป็นการวิเคราะห์วาทกรรมทางการแพทย์เกี่ยวกับพันธุวิศวกรรม ที่กลายเป็นสิ่งมหัศจรรย์หลังการโคลนนิ่งแกะดอลลี่และความสำเร็จของการถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์ อาจกล่าวได้ว่า แม้เทคโนโลยีเกี่ยวกับพันธุวิศวกรรมจะเป็นสิ่งใหม่แต่การจะเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริงของสิ่งใหม่นี้จำเป็นจะต้องพิจารณาให้เชื่อมโยงกับประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา บทความนี้เสนอว่า หากพิจารณาจากบทเรียนทางประวัติศาสตร์แล้ว การให้คำมั่นสัญญาและความหวังใหม่ ๆ ที่พันธุวิศวกรรมทางการแพทย์ทำราวกับว่ากำลังจะปลดปล่อยมนุษยชาติจากความทุกข์ได้อย่างสมบูรณ์นั้น กลับเป็นเหมือนคำมั่นสัญญาเดิม ๆ ที่เราเคยได้รับการสัญญามาก่อนแล้ว และดูเหมือนคำมั่นสัญญาเหล่านี้จะเป็นไปแค่เพียงเพื่อผลประโยชน์เฉพาะหน้าของผู้สัญญา ก่อน

ที่จะลบเลือนไปแล้วกลับมาใหม่ด้วยคำมั่นสัญญาใหม่ ๆ อีก ความเข้าใจในเชิงประวัติศาสตร์จะช่วยให้เราพิจารณาคำมั่นสัญญาเหล่านี้ได้อย่างมีวิจารณญาณมากขึ้นว่า สำหรับการแพทย์ที่มีประวัติศาสตร์แห่งการรับใช้และค้ำยันโครงสร้างอำนาจมายาวนานนั้น วาทกรรมของการปลดปล่อยมนุษยชาตินี้จะพอรับฟังได้เพียงใด หรือว่าเราควรจะหันมาสนใจว่า วาทกรรมทางการแพทย์นี้กำลังสร้าง "ความเป็นอื่น" และสร้างการกีดกันแบ่งแยกที่ทำให้ผู้คน/ชาติพันธุ์กลุ่มใดบ้างถูกกดทับให้ไร้อำนาจต่อรอง และตกเป็นเหยื่อของระบอบแห่งความรู้/อำนาจที่นิยามความจริงผ่านการอุปโลกน์ของผู้เชี่ยวชาญ

ตอนที่ 1 ความรู้และอำนาจทางการแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่น

ปีเตอร์ เบอร์เกอร์ และ โทมัส ลักมานน์ (Peter Berger & Thomas Luckmann)[2] ในหนังสือเล่มเล็ก ๆ แต่มีอิทธิพลอย่างสำคัญทำให้เราเข้าใจถึงกระบวนการทางสังคมที่สถาปนา "ความจริง" ขึ้นในสังคม เขาเสนอว่าสรรพสิ่งที่จะกลายเป็น "ความจริง" ในสังคมได้นั้นจะต้องถูกอุปโลกน์ขึ้นให้เป็น "สิ่ง" ที่เรารับรู้ได้อย่างเป็นชิ้นเป็นอันเสียก่อน "สิ่ง" ที่ว่านี้แม้จะไม่เคยมีมาก่อนแต่ก็สามารถถูกอุปโลกน์ขึ้นได้ด้วยความรู้/อำนาจของผู้เชี่ยวชาญ (เช่น ผู้หญิงสวยต้องมีรักแร้ขาวและเรียบเนียน) เมื่อการอุปโลกน์นี้เป็นผล ก็จะทำให้สิ่งนั้นมีสถานะของความเป็นจริง และดำรงอยู่ราวกับเป็นข้อเท็จจริงที่ไม่มีใครเถียง ผู้คนจะถือเอาราวกับว่ามันเป็นความจริงแห่งภววิสัยเช่นเดียวกับความจริง

---

[2] Peter Berger & Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality* (New York: Anchor Books, 1967).

ของโต๊ะ เก้าอี้ ที่เราจับต้องได้ และความจริงเหล่านี้เมื่อถูกเรียนรู้และกล่อมเกลานานเข้าก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิธีคิดของบุคคลและสังคม กระบวนการสามขั้นตอนนี้ ซึ่งเบอร์เกอร์และลักมานน์เรียกว่า "externalization", "objectivation" และ "internalization" ตามลำดับ เมื่อการสถาปนาความจริงเกิดขึ้นจนครบถ้วนตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว สิ่งที่เบี่ยงเบนจากความจริงชุดนี้จะถูกปฏิเสธไปเองโดยแทบไม่ต้องมีใครมาบังคับ หากพิจารณาจากประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านมา เราจะเห็นได้ไม่ยากนักว่าความรู้และวิทยาการในแต่ละยุคสมัยได้สถาปนาความจริงขึ้นมาหลายประการในสังคมมนุษย์

แม่มด ศาสนา และเหตุผล

ในต้นยุคสมัยแห่งเหตุผล วิธีคิดแบบเหตุผลนิยมและประจักษ์นิยมกำลังท้าทายแนวความคิดของศาสนจักรด้วยการสร้างโลกแห่งเหตุผลขึ้นเป็นความจริงสูงสุด แนวคิดที่มุ่งแสวงหาความจริงบนหลักเหตุและผลจะถูกต้านทานและกวาดล้างโดยศาสนจักรอย่างรุนแรง จนเป็นเหตุให้นักคิดสำคัญ เช่น กาลิเลโอ ต้องถูกจับกุมและลงโทษ แต่เมื่อศาสนจักรเสื่อมอำนาจลงและแบ่งแยกออกเป็นนิกายคาทอลิกและโปรเตสแตนต์ในยุคปฏิรูปศาสนา (The Reformation) แนวคิดแบบเหตุผลนิยมที่เริ่มเรืองอิทธิพลขึ้น ก็ยิ่งคุกคามต่ออำนาจและศรัทธาของศาสนจักร และในยุคนี้เองที่ความเชื่อและความงมงายทางไสยศาสตร์ ซึ่งดูเหมือนจะไม่เป็นที่ต้องการทั้งของศาสนจักรและของระบบเหตุผลนิยม ได้ถูกตีตราให้เป็นพวกนอกรีต และตกเป็นเป้าหมายที่ต้องขจัดเสียเพื่อกวาดล้างความชั่วร้าย และธำรงไว้ซึ่งอำนาจของคริสตจักรที่กำลังอ่อนแรง

และถูกท้าทาย[3] ในช่วงศตวรรษแรกของการสถาปนาโลกแห่งเหตุผลนี้จึงกลายเป็นยุคแห่งการไล่ล่าแม่มด (The Great Hunt, 1567-1640)

แม้จะมีความเห็นส่วนหนึ่งที่เสนอว่า ศาสนจักรเป็นตัวการสำคัญในกระบวนการไล่ล่าแม่มด แต่การศึกษาในระยะหลังพบว่า ผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นแม่มดที่ถูกฆ่าเป็นจำนวนมากมิได้ถูกพิพากษาโดยศาล "Inquisition" ของศาสนจักร แต่กลับถูกพิพากษาโดย "ศาลเตี้ย" ในชุมชน ซึ่งกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ถูกสงสัยและนำมาไต่สวนจะถูกลงโทษประหาร ศาลเตี้ยเหล่านี้ควบคุมโดยชนชั้นผู้นำซึ่งมักเป็นพวกมีการศึกษาและมีความคิดที่ถือว่าก้าวหน้าในยุคสมัยนั้น แม้บทบาทของพวกเหตุผลนิยมและประจักษ์นิยมในการไล่ล่าแม่มดอาจไม่เด่นชัดนัก แต่ความเชื่อแบบไสยศาสตร์นั้นแทบไม่มีที่ยืนในระบบวิธีคิดแห่งเหตุผลนี้ซึ่งได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของอริสโตเติลเป็นสำคัญ[4] ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon, 1561-1626) นักคิดผู้วางรากฐานวิธีการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งมีชีวิตอยู่ในยุคแห่งการไล่ล่าแม่มด ได้กล่าวถึงกระบวนการวิทยาศาสตร์ว่าคล้ายคลึงกับการไต่สวนแม่มดในแง่ที่ว่า การทดลองทางวิทยาศาสตร์นั้นเหมือนกับการทรมานแม่มดเพื่อให้สารภาพความจริงออกมาว่า ตนเองเป็นแม่มดหรือไม่ เพราะการทดลองทางวิทยาศาสตร์ก็คือ การทรมานธรรมชาติด้วยเครื่องมือทดลองเพื่อให้สารภาพกฎเกณฑ์แห่งธรรมชาติให้เรารู้

---

[3] Carlo Ginzburg, *Ecstasies: Deciphering the Witches' Sabbath* (New York: Penguin Books, 1991).

[4] Richard Kieckhefer, *European Witch Trials: Their Foundations in Popular and Learned Culture, 1300-1500* (Berkeley: University of California Press, 1976), pp. 79-80.

การไล่ล่าแม่มดดำรงอยู่เกือบ 2 ศตวรรษ มีผู้คนถูกลงโทษสังหารด้วยการจับถ่วงน้ำ เผาทั้งเป็น และใช้ก้อนหินทับ หรือขว้างปาจนเสียชีวิตมากกว่า 100,000 คน คนเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เป็นคนที่แยกตัวไม่เข้าสังคม และมักมีพฤติกรรมผิดแผกไปจากบรรทัดฐานทางสังคม[5] เมื่อบริบททางสังคมคลี่คลายไปเราจึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การติดป้ายตีตราว่าเป็น "แม่มด" เป็นความจริงที่ถูกเสกสรรปั้นแต่ง หรืออุปโลกน์ขึ้นด้วยอำนาจแห่งการนิยามหรืออำนาจเชิงสัญลักษณ์ (symbolic power)[6] แบบหนึ่ง และเมื่ออำนาจคลี่คลายไป การนิยามความจริงและการติดป้ายตีตราความผิดปกติก็เปลี่ยนไปด้วย จาก "แม่มด" ในยุคปฏิรูปศาสนา คนที่มีพฤติกรรมผิดแผกหรือเบี่ยงเบนก็กลายมาเป็น "คนบ้า" ในยุคต่อมา

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

ในยุโรปก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 17 "คนบ้า" เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน งานของฟูโกต์ชื่อ *Madness & Civilization*[7] ได้แสดงให้เห็นว่าช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 17 แนวคิดในการจัดหมวดหมู่เกี่ยวกับความผิดปกติทางสังคมเริ่ม

---

[5] Anne Barstow, *Witchcraze: A New History of the European Witch Hunts* (San Francisco: HarperSanFrancisco, 1994).

[6] Pierre Bourdieu, "Social Space and Symbolic Power," in *Sociological Theory* vol. 7 (1989): 14-25.

[7] Michel Foucault, *Madness and Civilization* (New York: Random House, 1965).

เปลี่ยนแปลงไป ในปี 1656 โรงพยาบาลทั่วไป (hôspital général) ได้เปิดขึ้นที่กรุงปารีสเพื่อกักขัง "คนผิดปกติ" ที่เหมารวมเอาทั้งคนบ้า ขอทาน คนจรจัด โสเภณี คนตกงาน หรือแม้แต่คนจนไว้ด้วยกัน "โรงพยาบาล" ที่ว่านี้มิได้มีไว้เพื่อการรักษาพยาบาล แต่เป็นสถานที่เพื่อบังคับและฝึกฝนให้คนเหล่านี้รู้จักการทำงานและการผลิต บริบทของประวัติศาสตร์ในขณะนั้นเป็นยุคแห่งการเฟื่องฟูของทุนนิยมและการค้าที่มีแรงงานและการผลิตเป็นหัวใจสำคัญ ในระยะต่อมา "คนวิกลจริต" ซึ่งดูจะไม่ให้ความร่วมมือกับการสร้างวินัยในการทำงานหนัก จึงถูกคัดแยกออกจากกลุ่มอื่นที่มีร่างกายสมประกอบและเหมาะแก่การฝึกฝนให้มีวินัยในการทำงานและการผลิต ทั้งนี้เพื่อป้องกันคนปกติเหล่านี้จากคนวิกลจริต แนวคิดดังกล่าวพัฒนาต่อมาจนเป็นสถานบำบัด (asylum) และเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในที่สุด

ฟูโกต์เรียกช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 17 นี้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของยุคแห่งการควบคุมกักขังครั้งใหญ่ (the great confinement) และไม่เพียงแต่คนวิกลจริต ขอทาน คนจรจัด หรือโสเภณีเท่านั้นที่ถูกควบคุมกักขังเพื่อการจัดระเบียบทางสังคม ผู้ป่วยอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อนและวัณโรคก็ถูกกักกันและแยกออกจากสังคม มีการจัดตั้ง "นิคม" สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนและสถานบำบัดผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นโดยทั่วไปในยุโรป และต่อมาก็แพร่กระจายไปทั่วโลกเมื่อการแพทย์สมัยใหม่ขยายตัวไปในประเทศต่าง ๆ ในทัศนะของฟูโกต์ การกักกันและแยกคนบางประเภทออกจากสังคมเป็นผลจากการนิยามความเป็นจริงทางสังคมของแต่ละยุคสมัย ในยุคสมัยที่ทุนนิยมกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว สังคมที่พึงประสงค์คือสังคมที่ทุกคนต้องทำงานเพื่อการผลิต "ความเกียจคร้านและเฉื่อยชาเป็นมูลเหตุของความเสื่อมและความไร้ระเบียบ

ทั้งปวงของสังคม" [8] และเมื่อวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้สถาปนายุคแห่งเหตุผลขึ้น ความวิกลจริตซึ่งเป็นรูปธรรมสูงสุดของความไร้เหตุผลจึงต้องถูกควบคุมกักขังไว้ มิใช่ปล่อยให้เดินเพ่นพ่านปะปนกับผู้คนของโลกแห่งเหตุผล

วิทยาศาสตร์การแพทย์ในคริสต์สตวรรษที่ 19 ได้พัฒนามาเป็นการแพทย์แบบชีวภาพมากขึ้น โดยอธิบายความเจ็บป่วยว่ามีรากฐานมาจากความผิดปกติทางชีวภาพ การค้นพบทฤษฎีเชื้อโรคได้ทำให้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป การสุขาภิบาล การประดิษฐ์คิดค้นวัคซีนและยาปฏิชีวนะได้เปลี่ยนโฉมหน้าและลดความทุกข์ยากจากความเจ็บป่วยของผู้คนลงอย่างมาก ในขณะเดียวกัน การค้นคว้าด้านชีววิทยาก็ได้นำมาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับพันธุศาสตร์ [9] แนวคิดใหม่เกี่ยวกับพันธุกรรมและวิวัฒนาการของมนุษย์ได้ทำให้ชีวิตถูกมองว่าเป็นผลของลิขิตแห่งพันธุกรรมและการปรับตัวของมนุษย์เพื่อการอยู่รอดของพันธุกรรมที่เหมาะสม แนวคิดนี้ได้ทำให้วิทยาศาสตร์การแพทย์กลายเป็นส่วนหนึ่งของการเมืองเรื่องเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ และได้สร้าง "ความจริง" ทางสังคมชุดใหม่ที่มีผลอย่างยิ่งต่อชีวิตผู้คนโดยเฉพาะกลุ่มชาติ-พันธุ์ที่ถูกตีตราว่าเป็นเผ่าพันธุ์ที่เลวร้ายและอันตราย.

---

[8] Michel Foucault, *Madness and Civilization*, p. 48.

[9] Edware Edelson, *Francis Crick & James Watson And the Building Blocks of Life* (New York & Oxford: Oxford University Press, 1998).

ตอนที่ 2 เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ การแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่น

การแพทย์สมัยใหม่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อชาติพันธุ์ด้วยการขยายตัวเข้าทดแทนการแพทย์ดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ เท่านั้น แต่การแพทย์สมัยใหม่ยังได้สถาปนาความจริงชุดใหม่ว่าด้วยสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อความคิด และความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติและชาติพันธุ์ด้วย แต่ก่อนที่เราจะได้วิเคราะห์เกี่ยวกับการแพทย์กับการสร้างความเป็นอื่นเกี่ยวกับเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์นั้น จะขอทบทวนงานศึกษาด้านมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับชาติพันธุ์ เพื่อสำรวจแนวคิดและแนวทางการวิจัยในด้านนี้ โดยทั่วไปงานศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์กับกลุ่มชาติ-พันธุ์ที่มีอยู่ มักให้ความสนใจกับระบบความคิดความเชื่อและแบบแผนการรักษาสุขภาพ รวมทั้งบทบาทของหมอพื้นบ้านของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์[10]

แนวทางการศึกษาลักษณะนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นแนว ethnomedicine[11] ซึ่งนิทเชอร์ (M. Nitcher) เรียกว่าเป็นการศึกษาการแพทย์ของ "คนอื่น" แนว

---

[10] ดู สถาบันวิจัยชาวเขา, *กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง: การรักษา เยียวยา ผู้คน ชุมชน และสภาพแวดล้อม* (เชียงใหม่: สถาบันวิจัยชาวเขา, มปป.), และ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ, *บทบาท สถานภาพ และทิศทางการพัฒนา องค์ความรู้และหมอพื้นบ้านชาวไทยภูเขา* (นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2541).

[11] ดู M. Nitcher, ed., *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine* (Gordon and Breach Science Publisher, 1992), p. xvii, *fn* 2.

การศึกษานี้แม้จะมีประโยชน์ในการเข้าใจระบบการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ แต่ก็มีข้อจำกัดในแง่ที่มิได้สนใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในบทความนี้จะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับเชื้อชาติ/ชาติ-พันธุ์ในลักษณะวิภาษวิธี (dialectic) กล่าวคือ ในขณะที่เราจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของชาติพันธุ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการเยียวยารักษา ในอีกด้านหนึ่งเราจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความรู้ อำนาจ และปฏิบัติการของการแพทย์ที่กระทำต่อกลุ่มชาติพันธุ์ และการตอบโต้ของกลุ่มชาติพันธุ์ว่ามีการขัดขืน ต่อสู้ หรือสยบยอมต่ออำนาจนั้นอย่างไร

ในตอนที่ 2 นี้จะเริ่มด้วยการทบทวนงานศึกษาทางมานุษยวิทยาบางชิ้นที่จะช่วยให้เราเข้าใจถึงพลวัตระหว่างการแพทย์กับการเมืองเรื่องเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์มากขึ้น หลังจากนั้นเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับอำนาจของการแพทย์ซึ่งไม่ได้มีบทบาทในการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่อำนาจของการแพทย์และการเมืองได้สร้างอคติทางเชื้อชาติ ซึ่งนำไปสู่การขจัดเผ่าพันธุ์ที่สกปรกและไม่ใช่พันธุ์ดี จนถึงขั้นการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ที่ทำลายชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก

มานุษยวิทยากับการแพทย์และชาติพันธุ์

การศึกษาด้านมานุษยวิทยาเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่กับชาติพันธุ์นั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทางคือ *แนวทางแรก* เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์กับแบบแผนการเจ็บป่วยและการเกิดโรค การศึกษาในแนวนี้อาจถือได้ว่าได้รับอิทธิพลจากการศึกษาทางระบาดวิทยา กล่าวคือ มุ่งทำความเข้าใจอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ว่าสัมพันธ์กับลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างไร เช่น ทัศนคติและ

แบบแผนการดื่มสุราในกลุ่มชาวไอริช ยิว และอเมริกันโปรเตสแตนต์[12] บริโภคนิสัยในหมู่ผู้อพยพชาวเอเชีย[13] หรือโรคพื้นบ้าน เช่น ในหมู่สแปนิช-อเมริกัน[14] และโรคที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมท้องถิ่น นอกจากนั้น ลักษณะทางชาติพันธุ์ยังถูกใช้อธิบายลักษณะการแสดงออกทางอาการของโรค และแบบแผนการแสวงหาบริการทางการแพทย์ เช่น ชาวอิตาเลียนมักแสดงออกถึงอาการความเจ็บป่วยมากกว่าปกติเมื่อมาพบแพทย์ ในขณะที่ชาวไอริชจะไม่ค่อยแสดงออกแม้จะมีอาการมาก[15]

แนวทางที่สอง ของการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์และชาติพันธุ์นั้นสนใจการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้

---

[12] G. Knupfer and R. Room, "Drinking Patterns and Attitudes of Irish, Jewish, and White Protestant American Man," in *Q. J. Studies Alcohol* vol. 28 (1967): 676-699.

[13] S. Hunt, "The Food Habits of Asian Immegrants," in *Getting the Most Out of Food* (Burgess Hill: Van de Berghs & Jurgens,1976), pp. 15-51.

[14] A. Rubel, "The Epidemiology of Folk Illness: Susto in Hispanic America," in *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*, edited by David Landy (New York: Macmillian, 1977), pp. 119-128.

[15] Irving Zola, "Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints," in *American Sociological Review* vol. 31 (1966): 615-630.

ป่วยที่มาจากต่างชาติพันธุ์กัน[16] การศึกษาในแนวนี้มีส่วนสำคัญในการช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความละเอียดอ่อนและเข้าอกเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วย และความทุกข์ของผู้ป่วยซึ่งมาจากพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างจากตนเอง มีการใช้เครื่องมือทางมานุษยวิทยาการแพทย์ เพื่อลดความเข้าใจผิดที่อาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้านความคิด "ตัวแบบของการอธิบาย" หรือ "explanatory model" และการแยกความแตกต่างระหว่างโรค (disease) กับความเจ็บป่วย (illness)[17] หรือ "semantic network analysis"[18] เป็นตัวอย่างของความพยายามที่จะเข้าใจข้ามพรมแดนวัฒนธรรมของชาติพันธุ์

แนวทางที่สาม ให้ความสนใจกับการที่ความรู้ วาทกรรม และปฏิบัติการทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและการเมืองระหว่างชาติพันธุ์ โดยพิจารณาภายใต้บริบททางการเมืองที่กว้างขึ้น งานศึกษาในแนวนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า วาทกรรมและปฏิบัติการทางการแพทย์สามารถส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อการเมืองเกี่ยวกับชาติพันธุ์ เช่น การวางแผนครอบครัวถูก

---

[16] Alan Harwood, ed., *Ethnicity and Medical Care* (Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1981).

[17] Arthur Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture* (Berkeley: University of California Press, 1980), และ Arthur Kleinman, Leon Eisnberg and Byron Good, "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropology and Cross-cultural Research," in *Annuals of Internal Medicine* vol. 88 (1987): 251-258.

[18] Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective* (Cambridge: Cambridge University Press, 1994), pp. 88-115.

ใช้โดยรัฐบาลเผด็จการในการควบคุมกลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยไม่ให้มีประชากรมากเกินไป การใช้การแพทย์เพื่อการคิดล้างพันธุ์ของมนุษย์ (eugenic movement) ทั้งในอเมริกา[19] และในระบอบนาซี[20] การอ้างเหตุผลทางการแพทย์เพื่อสร้างความชอบธรรมในการค้าทาส[21] การเหยียดเชื้อชาติและการกดขี่ขูดรีดของจักรวรรดินิยม[22] หรือการกล่าวโทษกลุ่มชาติพันธุ์ว่าเป็นพาหะนำโรคเช่น ชาวไฮติต่อกรณีโรคเอดส์[23]

---

[19] DOLAN DNA Learning Center, Image Archive on the American Eugenics Movement 2000, "Eugenic Sterization Law," by Paul Lombardo. available at www.eugenicsarchive.org/eugenics.

[20] Robert Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazi* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1988).

[21] Thomas Szasz, "The Sane Slave, A Historical Note on the Use of Medical Diagnosis as Justificatory Rhetoric," in *American Journal of Psychotherapy*, vol. 25 (1971): 228-239.

[22] Roland Littlewood and Maurice Lipsedge, *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry* (Boston & Cambridge: Unwin Hyman Publisher, 1990).

[23] Paul Farmer, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame* (Berkeley: University of California Press, 1992).

พลวัตของอำนาจกับการแพทย์และชาติพันธุ์ในงานชาติพันธุ์นิพนธ์

งานวิจัยทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่ศึกษาพลวัตทางการแพทย์และการเมืองเรื่องชาติพันธุ์ที่น่าสนใจ ได้แก่ งานของหลุยส์ โกลอมบ์ (Louis Golomb)[24] ซึ่งศึกษาการแพทย์ในบริบทของชุมชนหลากชาติพันธุ์ของไทย งานของแครนดอน มาลามัด (Libbet Crandon Malamud)[25] ซึ่งศึกษาพหุ-ลักษณ์ทางการแพทย์กับการเมืองเรื่องชาติพันธุ์ในโบลิเวีย และงานของพลิสคิน (Karen Pliskin)[26] ซึ่งศึกษาการพบกันของผู้ป่วยที่เป็นผู้อพยพชาวอิหร่านกับแพทย์ชาวอิสราเอล งานทั้งสามชิ้นมีประเด็นที่น่าศึกษาและแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายมิติของความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับชาติพันธุ์ได้อย่างน่าสนใจ

งานของโกลอมบ์ เรื่อง *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand* [27] ศึกษาชุมชนมุสลิมในภาคต่าง ๆ ของไทย โดยแสดงให้

---

[24] Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand* (Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1985).

[25] Libbet Crandon-Malamud, *From The Fat of Our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia* (Berkeley : University of California Press, 1991).

[26] Karen Pliskin, *Silent Boundaries: Cultural Constraints on Sickness and Diagnosis of Iranian in Israel* (New Haven: Yale University Press, 1987).

[27] Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand.*

เห็นว่า ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของการต่อรองและการต่อสู้ทางการเมือง การเลือกใช้ระบบการแพทย์ใดในการเยียวยารักษาโรคนั้นไม่เพียงแต่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพ แต่ยังเป็นการแสดงจุดยืนทางการเมืองอีกด้วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นตัวแทนของรัฐไทย ซึ่งเพิ่งสถาปนาอำนาจการปกครองชุมชนมุสลิมได้ไม่นานนัก การต่อต้านขัดขืนการยึดครองอำนาจของรัฐไทยมีการแสดงออกหลายรูปแบบ และการแพทย์กับสุขภาพก็เป็นปริมณฑลหนึ่งของการท้าทายอำนาจ และเป็นการแสดงออกซึ่งการไม่ยอมจำนนต่ออำนาจรัฐแบบหนึ่งด้วย งานของโกลอมบ์จึงแสดงให้เห็นว่า ขณะที่การแพทย์สมัยใหม่พยายามแทรกซึมเข้าสู่วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมนั้น กลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้ไม่ได้สยบยอมต่ออำนาจดังกล่าวอย่างดุษฎี ชาวไทยมุสลิมยังคงเลือกใช้การแพทย์ดั้งเดิมเพื่อตอกย้ำความเป็นตัวตน ชาวไทยมุสลิมที่ปฏิเสธการใช้การแพทย์สมัยใหม่นั้นให้เหตุผลว่า การยอมรับการแพทย์สมัยใหม่ก็เท่ากับเป็นการยอมรับความต่ำต้อย ความด้อยค่าของระบบการแพทย์ดั้งเดิม[28] ในขณะเดียวกัน การแพทย์พื้นฐานที่หลากหลายทั้งวัฒนธรรมความเชื่อแบบผี พราหมณ์ และพุทธ ต่างก็ปรากฏอยู่ในกระบวนการต่อรองและต่อต้านภายใต้โครงสร้างอำนาจระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ในท้องถิ่น

นอกเหนือจากงานของโกลอมบ์แล้วยังมีงานของแครนดอน มาลามัด ชื่อว่า *From the Fat of Our Soul: Social Change, Political Process and Medical Pluralism in Bolivia* วัตถุประสงค์ของงานนี้คือ ศึกษาการแพทย์พหุลักษณ์ในโบลิเวียซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ 3 กลุ่มคือ พวก

---

[28] Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand,* p. 32.

อินเดียนไอมารา (Animistic Aymara) ซึ่งเชื่อในวิญญาณ พวกไอมารา เมโธดิส (Methodist Aymara) คือ อินเดียนพื้นเมืองที่ถือคริสต์นิกายเมโธดิส และพวกเมสติโซ คาทอลิค (Catholic Mestizos) (ลูกผสมสเปนและอินเดียนพื้นเมืองซึ่งถือคาทอลิก) งานชิ้นนี้ต้องการศึกษาประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจของการต่อสู้เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย แครนดอน มาลามัด เริ่มด้วยการทบทวนประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ของชาติพันธุ์ทั้ง 3 กลุ่มก่อนการปฏิวัติ เมสติโซเป็นกลุ่มที่มีอำนาจเหนือและกดขี่พวกอินเดียนไอมาราพื้นเมือง หลังการปฏิวัติเกิดการปฏิรูปที่ดินมีผลให้ไอมาราได้เป็นเจ้าของที่ดิน แต่ก็เป็นที่ดินขนาดเล็กไม่เพียงพอแก่การเลี้ยงตนเอง ขณะที่พวกเมสติโซต้องสูญเสียที่ดิน และเมสติโซจำนวนหนึ่งต้องอพยพไปอยู่ที่ลาปาซ (La Paz) คนที่ยังอยู่ที่เดิมก็ต้องอยู่อย่างยากลำบาก ขณะเดียวกันก็มีมิชชันนารีเมโธดิสมาทำกิจกรรมเผยแผ่ศาสนาคริสต์และสร้างโบสถ์ขึ้นในหมู่บ้าน มิชชันนารีได้ให้โอกาสชีวิตแก่พวกอินเดียนไอมาราที่หันมานับถือคริสต์และทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มที่มั่งมีในหมู่บ้าน

แครนดอน มาลามัด ได้พรรณนาความทุกข์ที่พวกอินเดียนไอมาราได้รับจากเมสติโซในอดีต และแสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านการแพทย์และสุขภาพได้รับอิทธิพลจากประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ในหมู่บ้าน เธอได้ยกตัวอย่างเรื่อง “karisiri” ซึ่งเป็นโรคพื้นบ้านอย่างหนึ่ง มีอาการเจ็บบริเวณท้อง ซึ่งอาจจะทำให้เสียชีวิตได้ ตามความเชื่อที่บอกเล่ากันมานั้นมีอยู่ว่าในราว ค.ศ.1950 พระคาทอลิก สวมหมวกทรงสูง มีหนวดเครายาว จะเดินท่อม ๆ ไปในยามค่ำคืนเพื่อจับคนพื้นเมืองไปสกัดเอาไขมันจากไตของเหยื่อและมอบแก่พระอาวุโสเพื่อนำไปทำน้ำมันวิเศษ ต่อมาใน ค.ศ.1970 เรื่องเกี่ยวกับ “karisiri” เริ่มเปลี่ยนไปเป็นว่า พวกเมสติโซได้ตัดเอาไตออกจากคน

อินเดียนไอมาราและนำไขมันไปขายให้แก่ร้านขายยาที่ลาปาซ เพื่อทำสบู่และน้ำหอมสำหรับส่งออกขายให้แก่นักท่องเที่ยวและพวกชนชั้นผู้ดี เรื่องราวนี้เองที่เป็นที่มาของชื่อหนังสือ *From the Fat of Our Soul* ของเธอ

สิ่งที่แครนดอน มาลามัดให้ความสนใจคือ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อด้านการแพทย์และสุขภาพได้ถูกนำมาผลิตซ้ำโดยกลุ่มคนต่าง ๆ อย่างไรและถูกผลิตซ้ำในฐานะที่เป็นวิธีการแลกเปลี่ยนด้านการเมืองและเศรษฐกิจหรือในฐานะที่เป็นกลไกเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการเปลี่ยนแปลงสังคม หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า พหุลักษณ์ทางการแพทย์ที่ดำรงอยู่นั้นไม่ได้เป็นเพราะเหตุผลด้านการแพทย์ แต่เป็นเหตุผลด้านการเมืองเป็นหลัก เธอสังเกตว่าเมสติโซใช้ความเชื่อด้านการแพทย์ในฐานะที่เป็นคำเปรียบเปรยของการกดขี่ (metaphors of exploitation) กล่าวคือ ความเชื่อด้านการแพทย์ได้ถูกใช้เพื่อจัดความสัมพันธ์ด้านการเมืองและสังคมระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในชุมชน

งานของพลิสคินที่ชื่อ *Silent Boundaries: Cultural Constraints on Sickness and Diagnosis of Iranian in Israel* เป็นการศึกษาการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้อพยพอิหร่านกับแพทย์ชาวอิสราเอล และปัญหาในการวินิจฉัยและการรักษาความเจ็บป่วย เช่นเดียวกับงานของแครนดอน มาลามัด กล่าวคือ พลิสคินเริ่มต้นด้วยประวัติศาสตร์ชาติยิวตั้งแต่ยุคที่ยิวยึดครองอิสลามเรื่อยมาจนถึงยิวอพยพมาอยู่อิสราเอล เนื่องจากพลิสคินต้องการชี้ให้เห็นว่ายิวที่อาศัยอยู่ในประเทศอิหร่านคือชาวอิหร่าน ดังนั้น การที่ต้องอพยพเข้ามาอาศัยอยู่อิสราเอล จึงทำให้ประสบการณ์การเป็นคนยิว-อิหร่านในอิสราเอลจำนวนมากนั้นอยู่บนรากฐานวัฒนธรรมคนยิว-อิหร่าน

พลิสคินวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับโรคท้องถิ่นชื่อ *"narahati"* เป็นคำที่ใช้โดยคนอิหร่าน หมายความถึงภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่แสดงออกเป็นอาการทางกาย ความรู้สึกไม่สบายที่พบบ่อยในหมู่คนยิว-อิหร่านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดในระดับบุคคล และสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้อำนาจทางสังคม แม้ว่า *"narahati"* จะมีรากฐานมาจากภาวะทางสังคม แต่จะแสดงออกด้วยอาการทางกายคือ ความเจ็บป่วย

พลิสคินเปิดเผยให้เห็นถึงประสบการณ์ของคนยิว - อิหร่านที่เผชิญกับความเครียดในสังคมอิสราเอล ซึ่งพลิสคินเรียกว่า ความไม่ประสานกันด้านสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural dissonance) หมายถึงความไปด้วยกันไม่ได้ระหว่างแนวคิดด้านพฤติกรรมและความสัมพันธ์ทางสังคมของยิว-อิหร่านกับความสัมพันธ์ทางสังคมในอิสราเอล เนื่องจากคนยิว - อิหร่านโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ก่อนที่จะอพยพมาอยู่ในอิสราเอลนั้น เติบโตและคุ้นเคยกับสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ใกล้ชิดแบบครอบครัวและมีลักษณะเคารพผู้อาวุโส ในขณะที่สังคมอิสราเอลเป็นสังคมที่ถูกสร้างขึ้นให้เป็นสังคมทันสมัย ทุกคนเท่าเทียมกัน การแสดงออกซึ่งความสับสนไม่ลงรอยกันของคนยิว-อิหร่านนั้นจึงเต็มไปด้วยความพร่ามัว ไม่มีขอบเขตที่ชัดเจนของอาการทางกาย ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยของแพทย์อิสราเอล

พลิสคินวิเคราะห์ไว้อย่างน่าสนใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการแพทย์กับภาพลักษณ์แบบเหมารวม (stereotype) ที่ชาวอิสราเอลมีต่อชาวอิหร่าน เช่น คนอิหร่านเป็นคนโง่ ขี้เกียจ ขี้สงสัย ขี้เหนียว ล้าหลัง และชอบหลอกลวง ซึ่งแพทย์อิสราเอลก็มีทัศนะด้านลบต่อชาวยิว-อิหร่าน และทัศนะเหล่านี้สะท้อนผ่านการดูแลรักษาผู้ป่วยยิว-อิหร่านของแพทย์อิสราเอล เมื่อผู้สูงอายุชาวอิหร่านมารักษาด้วยอาการวิตกกังวล เครียด และสับสน โดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุ

ทางการแพทย์ได้ แพทย์อิสราเอลก็จะวินิจฉัยว่า เป็นแขกเปอร์เซียอักเสบ *"parsitis"* พลิสคินให้ความเห็นว่าการวินิจฉัยโรคด้วยวิธีการเช่นนี้ เป็นวิธีการที่แพทย์อิสราเอลใช้เพื่อเผชิญกับความอึดอัดและความคับข้องใจ เมื่อพวกเขาไม่สามารถใช้ความรู้ทางการแพทย์รักษาอาการที่มีรากฐานจากปัญหาสังคมได้อย่างเต็มที่

ปัญหาอคติทางชาติพันธุ์และความไม่เข้าใจระหว่างวัฒนธรรมส่งผลให้ชาวอิหร่านต้องพบกับความยากลำบากเมื่อต้องการให้แพทย์อิสราเอลออกใบรับรองแพทย์เพื่อใช้ในการสมัครงาน การขอค่ารักษาชดเชย นอกจากนั้นความไม่เข้าใจสาเหตุและปัญหาความเจ็บป่วยอย่างแท้จริงยังทำให้แพทย์อิสราเอลวินิจฉัยโรคผิด เป็นผลให้ชาวอิหร่านต้องแสวงหาการรักษาความเจ็บป่วยทางกายไปเรื่อยๆ ทั้งที่ในความเป็นจริงนั้น ความเจ็บป่วยของพวกเขาไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย

งานของแครนดอน มาลามัด และพลิสคินใช้แนวทางการศึกษาที่ต่างกัน แครนดอน มาลามัดเปิดเผยให้เห็นว่าวาทกรรมทางการแพทย์นั้นสามารถถูกควบคุมและมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างไร แครนดอน มาลามัดเชื่อว่า การแพทย์เป็นเพียงแหล่งทรัพยากรขั้นแรก (primary resource) ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อให้เข้าถึงทรัพยากรขั้นที่สอง (secondary resource) คือผลประโยชน์ทางการเมืองและเศรษฐกิจ ขณะที่พลิสคินแสดงถึงธรรมชาติความสัมพันธ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ และผลกระทบของมันต่อปฏิบัติการทางการแพทย์และความเจ็บป่วย งานทั้งสองชิ้นนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์กับสุขภาพในมิติความสัมพันธ์ของอำนาจอย่างเด่นชัด งานของแครนดอน มาลามัด กลุ่มชาติพันธุ์เมสติโซได้ช่วงชิงการนิยามและตีความความเจ็บป่วยใหม่เพื่อผลทางการเมืองจากกลุ่มอินเดียนไอมารา ด้วย

เหตุนี้ การแพทย์พหุลักษณ์จึงถูกนำไปใช้เพื่อการเมืองของชาติพันธุ์ กรณีชาวยิว-อิหร่านในงานของพริสคิน พวกเขาเป็นชนกลุ่มน้อยในอิสราเอลและอยู่ภายใต้การแพทย์กระแสหลักของอิสราเอล ชาวยิว-อิหร่านเหล่านี้ไม่มีอำนาจต่อรอง ความไม่เข้าใจวัฒนธรรมและปัญหาความเจ็บป่วยของยิว-อิหร่านอันเกิดจากผู้ป่วยและแพทย์มีพื้นฐานด้านชาติพันธุ์ที่แตกต่างกัน ทำให้การแพทย์ไร้ประสิทธิภาพ

ความน่าสนใจอีกประการหนึ่งของงานทั้งสองชิ้นนี้ คือ การนิยามความเป็นชาติพันธุ์ แครนดอน มาลามัด นิยามความเป็นชาติพันธุ์ว่าเป็นผลผลิตของความขัดแย้งทางชนชั้น การกดขี่ และการต่อต้าน ซึ่งถูกกลบเกลื่อนโดยการทำให้กลายเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมที่ต่างกันของชาติพันธุ์ เธอพยายามให้เหตุผลว่ากลุ่มชาติพันธุ์ทั้งสามกลุ่ม แท้จริงแล้วต่างมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน ความแตกต่างเกี่ยวกับการอธิบายสาเหตุของโรคซึ่งมักคิดกันว่า เป็นผลมาจากพื้นเพด้านวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างกันนั้น แท้ที่จริงแล้วไม่ได้เกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม แต่เกิดจากความแตกต่างทางเศรษฐกิจและการเมือง การเลือกที่จะใช้คำอธิบายโรค ชื่อโรค หรือวิธีการรักษาแบบใดแบบหนึ่งที่มีอยู่หลากหลายในชุมชนนั้น ไม่ใช่เกิดจากระบบความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีอยู่ของแต่ละกลุ่ม แต่การเลือกนั้นเป็นการแสดงออกว่าตนเป็นพวกเดียวกันกับใคร และเป็นการจัดความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและการเมืองเพื่อให้เข้าถึงทรัพยากรของคนกลุ่มนั้น สำหรับพริสคิน แม้จะไม่ได้นิยามชาติพันธุ์ไว้ชัดเจนนัก แต่เธอได้แสดงถึงพลวัตของอัตลักษณ์กลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่ในการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม และความเป็นพลวัตนี้เอง ที่คนยิว-อิหร่านต้องเผชิญกับความยุ่งยากเมื่อต้องตีความปรากฏการณ์ทางสังคมในอิสราเอลใหม่ด้วยวิธีคิด

แบบเดิมของตนจนนำไปสู่ประสบการณ์ของ *"narahati"* ในแง่นี้ชาติพันธุ์ในความหมายของพลิสคินนั้น มีรูปโฉมการแสดงออกเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมการเมืองที่ผู้คนเผชิญ

งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์ที่ดำรงอยู่ในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์นั้นไม่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อการเยียวยารักษาเพียงประการเดียว แต่ถูกนำไปใช้เป็นสัญลักษณ์ทั้งเพื่อป้องกันการคุกคามของ "ความเป็นอื่น" (เช่น การคุกคามของอำนาจรัฐที่มากับการแพทย์สมัยใหม่ในงานของโกลอมบ์) สร้างความเป็นอื่น (เช่น งานของพลิสคิน) และเพื่อจัดความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและการเมือง (เช่น งานของแครนดอน มาลามัด)

การแพทย์ การสร้างเหยื่อ และชะตากรรมของความเป็นอื่น

รอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์ได้สร้างวาทกรรม "ความเป็นอื่น" ให้กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งทำให้เหยื่อที่ถูกกล่าวโทษต้องเผชิญกับชะตากรรมที่เลวร้าย งานของพอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer)[29] ได้แสดงให้เห็นว่า ในยุคที่เอดส์ระบาดหนักนั้น ชาวไฮติถูกกล่าวหาว่าเป็นต้นเหตุของโรคเอดส์จึงมีผลให้ชาวไฮติในสหรัฐอเมริกาถูกรังเกียจและกีดกัน วาทกรรมการสร้างความเป็นอื่นให้แก่ชาวไฮติมีมาก่อนที่เอดส์จะแพร่ระบาดแล้ว ชาวไฮติถูกมองว่าเป็นพวกขอทาน ตัวร้ายกาจหรือคนที่น่ารำคาญ คนจรจัด คนไม่รู้หนังสือ คนที่เต็มไปด้วยเชื้อโรค วาทกรรมทางการแพทย์ที่โทษคนไฮติว่าเป็น

---

[29] Paul Farmer, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame.*

ต้นเหตุแห่งการแพร่ระบาดของเอดส์จึงถูกสร้างขึ้นบนฐานอคติทางชาติพันธุ์ที่มีอยู่เดิม และได้ตอกย้ำความเป็นอื่นให้กับชาวไฮติยิ่งขึ้นไปอีก

กรณีไฮติมิใช่กรณีเดียวที่การแพทย์ได้สร้างความเป็นอื่นให้แก่กลุ่มชาติพันธุ์ ในประวัติศาสตร์ตะวันตก ช่วงปลายศตวรรษที่ 19 และต้นศตวรรษที่ 20 การแพทย์ได้สร้างความรู้เกี่ยวกับเชื้อชาติบริสุทธิ์ เพื่ออ้างความชอบธรรมในการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ผู้บริสุทธิ์จำนวนมาก หนังสือ *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* โดยโรเบิร์ต เอ็น พรอคเตอร์ (Robert N. Procter) ได้แสดงให้เห็นว่า การแพทย์และอำนาจของการแพทย์ ซึ่งร่วมมือกับการเมืองได้ทำลายผู้บริสุทธิ์อย่างไร ประเด็นสำคัญที่พรอตเตอร์นำเสนอคือปฏิบัติการต่างๆ ของแพทย์ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้มาจากการแทรกแซง กดดันบีบบังคับของการเมืองหรือนาซีแต่อย่างใด ตรงกันข้าม การแพทย์เป็นฝ่ายเสนอความร่วมมือ ยินยอมพร้อมใจกับอำนาจการเมือง เพื่อสร้างและนำความรู้เกี่ยวกับเผ่าพันธุ์และเชื้อชาติบริสุทธิ์มาสร้างความเป็นอื่นให้เชื้อชาติยิว

พรอคเตอร์ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์ถูกนำไปใช้เพื่อปกป้องมิให้เชื้อชาติเยอรมันต้องเสื่อมถอยตามทฤษฎีการคัดเลือกโดยธรรมชาติของดาร์วิน การแพทย์ได้เข้าไปแทรกแซงกระบวนการคัดเลือกโดยธรรมชาติ โดยการยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอหรือขี้โรค ซึ่งมีผลให้ผู้ที่อยู่รอดนั้นไม่ใช่ผู้ที่เหมาะสมที่จะอยู่ เยอรมันจึงคิดค้นวิธีการเพิ่มพูน "ความสมบูรณ์ของเชื้อชาติ" (racial hygiene) ของตน ประเทศเยอรมันภายใต้การนำของนาซีมีบทบาทหลักและพัฒนาการแพทย์พันธุกรรมมากกว่าประเทศอื่น มีการจัดตั้ง "The National Socialist Physicians' League" เพื่อประสานงานกับนโยบายการแพทย์นาซี และแพทย์เหล่านี้ยอมรับว่า การทำให้เชื้อชาติบริสุทธิ์เป็นภารกิจหลักประการหนึ่งของพวกเขา แพทย์ทุกคนจึงได้รับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ทาง

พันธุกรรม กล่าวได้ว่า การแพทย์เยอรมันในยุคสมัยฮิตเลอร์มีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์เพื่อสร้างความสมบูรณ์ทางเชื้อชาติ ในปี ค.ศ.1936 เยอรมันประกาศว่า "เชื้อชาติ ได้กลายเป็นแกนกลางอุดมการณ์ของชาติใหม่"

วิทยาศาสตร์ การแพทย์ และการเมือง ได้ร่วมกันสร้างความรู้เกี่ยวกับเชื้อชาติ ความเชื่อที่ว่าวิทยาศาสตร์คือพื้นฐานของการสร้างเชื้อชาติที่เข้มแข็ง และยังเชื่อว่าวิทยาศาสตร์นั้นมีความเป็นกลางและความชอบธรรมที่จะกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ วิทยาศาสตร์เชื้อชาติ (racial science) ได้เข้ามานิยามความหมายใหม่ให้แก่เชื้อชาติ พร้อมทั้งเสริมอำนาจและความชอบธรรมให้แก่การเมือง เพื่อกีดกัน เบียดขับเชื้อชาติที่ "เป็นอื่น" ในส่วนท้ายของหนังสือ พรอคเตอร์พยายามชี้ให้เห็นว่า การแพทย์ได้เข้าไปร่วมมือกับนาซีอย่างไร นาซีได้เปลี่ยนปรัชญาการแพทย์นาซีจาก *การดูแลสุขภาพ* (health care) ไปสู่ *ผู้นำสุขภาพ* (health leadership) ซึ่งหมายความว่า ปรัชญาของเดิมนั้นจัดขึ้นเพื่อผู้ที่ไร้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในขณะที่ปรัชญาอันใหม่มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ที่แข็งแรง ละทิ้งคนอ่อนแอ ปรัชญานี้ได้แปรไปสู่โครงการทำลายชีวิตผู้ที่มีชีวิตอยู่แบบไม่มีคุณค่า (lives not worth living) ค.ศ.1939 ฮิตเลอร์เห็นชอบกับโครงการฆ่าผู้ที่มีชีวิตอยู่แบบไม่มีคุณค่า ซึ่งอยู่ภายใต้ "Committee for the Scientific Treatment of Severe, Genetically Determined Illness" เป็นชุดทำงานซึ่งแพทย์มีบทบาทนำและทำหน้าที่คัดเลือกผู้พิการ ผู้ป่วยด้วยโรคกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยทางจิต เพื่อทำลายหรือฆ่าทิ้งเสีย

มีการคาดประมาณว่าใน ค.ศ.1943 มีเด็กมากกว่า 5,000 คน และผู้ใหญ่กว่า 70,000 คนถูกฆ่าตาย การทำลายล้างมนุษย์ได้ข้ามมาสู่เชื้อชาติยิว นาซีได้สร้างความเชื่อว่า ยิวเป็นสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคที่อยู่ในร่างกาย

ชาวเยอรมัน จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางการแพทย์กำจัดคนยิว โดยการแยกเชื้อโรค (คือคนยิว) ออกจากร่างกายคนเยอรมันและยุโรป การส่งชาวยิวไปอยู่ในค่ายกักกัน (ghetto) ของนาซีเชื่อว่าจะเป็นการปกป้องชาวเยอรมันจากอันตรายของเชื้อโรคได้ ที่ค่ายกักกันในวอร์ซอร์ ชาวยิวต้องเผชิญกับความอดอยากและการแพร่ระบาดของโรคไทฟอยด์ มีคนยิวตายวันละ 400 คน และมากที่สุด 4,100 คนต่อเดือน ค.ศ.1941 คนยิวที่อยู่ในโรงพยาบาลถูกฆ่าตายทั้งหมด ไม่ใช่ด้วยเหตุผลของ "euthanasia" แต่เพราะพวกเขาเป็นเชื้อชาติยิว นอกจากนี้ นาซียังเลือกการแพทย์แบบธรรมชาติ (natural medicine) และหลีกเลี่ยงสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษต่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เยอรมันเป็นเผ่าพันธุ์ที่บริสุทธิ์และมีคุณภาพ

การสร้างเส้นแบ่งความเป็นเราและความเป็นเขาผ่านเชื้อชาตินั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในเยอรมนีเท่านั้น ผิวสี เชื้อชาติ และโรคเป็นความสัมพันธ์ซึ่งการแพทย์ใช้และถูกใช้เพื่อสร้างความเป็นอื่นอยู่ตลอดมา ในประเทศสหรัฐอเมริกา การรังเกียจคนผิวสีและการดูถูกคนผิวสีดำถูกตอกย้ำด้วยวงการแพทย์ที่เสนอว่า คนผิวดำสามารถทำงานท่ามกลางแสงแดดที่ร้อนระอุได้เนื่องจากพวกเขามีผิวหนังที่หนากว่า หรือการเสนอว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมาเลเรียของคนผิวดำนั้นต่างจากคนขาว เพราะการเจ็บป่วยด้วยมาเลเรียของคนดำไม่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของคนผิวดำ จึงไม่จำเป็นต้องสนใจว่าคนผิวดำจะมีสภาพความเป็นอยู่อย่างไร[30]

---

[30] Kevin White, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness* (London: SAGE publications, 2002), p. 153.

กระบวนการคิดล้างพันธุ์ (eugenic movement) ในสหรัฐทวีความเข้มข้นในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 รัฐบาลสหรัฐเห็นว่าพันธุกรรมที่ดีของตนจะต้องถูกปนเปื้อนด้วยพันธุกรรมของพวกผู้อพยพและพันธุกรรมที่ไม่สมบูรณ์ นักวิจัยด้านพันธุกรรมเสนอให้จัดการทำหมันพวกพันธุกรรมบกพร่องเหล่านี้ บางคนถึงกับเสนอให้ใช้การฆ่าด้วยวิธีที่ไม่ทรมาน (euthanasia) และการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ (genocide) ปี 1907 การทำหมันพวกอาชญากรเริ่มต้นที่อินเดียน่า และมีการออกกฎหมายให้ทำหมันบุคคลต่างๆ เช่น พวกขลาดเขลา (feeble-minded) พวกคนบ้า อาชญากร พวกเป็นโรคลมชัก ตาบอด หูหนวก พิกล พิการ อ่อนแอต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งลูกกำพร้า และพวกจรจัดด้วย รัฐต่างๆ ทยอยออกกฎหมายทำหมันตามมาอีก รวมเป็น 12 รัฐ และกฎหมายนี้เองเป็นตัวแบบให้นาซีเยอรมันนำไปใช้ [31]

ประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา การแพทย์ได้สถาปนาอำนาจความรู้เพื่อปกป้อง ช่วยเหลือให้มนุษยชาติพ้นจากความเจ็บป่วย แต่ในอีกด้านหนึ่งเราพบว่าการแพทย์ได้ใช้อำนาจความรู้เพื่อการแบ่งแยก การแพทย์และอำนาจของการแพทย์ได้สร้างความเป็นอื่น และตอกย้ำให้เส้นแบ่งระหว่างเชื้อชาติดีและเชื้อชาติไม่ดีชัดเจนขึ้น โดยการสร้างนิยามความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติไม่ดี ไม่บริสุทธิ์กับโรคหรือความเจ็บป่วย หรือในกรณีสุดขั้วนั้น การแพทย์กับอำนาจการเมืองซึ่งร่วมมือกันภายใต้อุดมการณ์ความบริสุทธิ์ของเผ่าพันธุ์ตนเอง ได้นำไปสู่การฆ่าเผ่าพันธุ์อื่นอย่างไร้ความเมตตา เพื่อให้เหลือเพียงเผ่าพันธุ์อันบริสุทธิ์ของตนเองเท่านั้น

---

[31] DOLAN DNA Learning Center, Image Archive on the American Eugenics Movement 2000, "Eugenic Sterization Law."

ตอนที่ 3 เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ กับพันธุกรรม: การแพทย์ชีวภาพชั้นสูงและพันธุวิศวกรรมกับความเป็นอื่น

วันที่ 28 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 หนังสือพิมพ์ *The Nation* รายงานข่าวว่า ศาลที่อังกฤษตัดสินให้ผู้ที่เป็นเจ้าของเชื้ออสุจิเป็นพ่อที่ถูกต้องตามกฎหมายของเด็กหลอดแก้ว กรณีที่ฟ้องร้องอ้างสิทธิ์ความเป็นพ่อนี้ เกิดจากสามีภรรยาผิวขาวคู่หนึ่งไปทำการผสมเทียม โดยใช้เชื้อและไข่ของตน ปรากฏว่าเมื่อตั้งท้องและภายหลังคลอดบุตรออกมาเป็นลูกแฝดนั้น ลูกทั้งคู่ของเขามีลักษณะพันธุ์ผสมของคนผิวขาวกับผิวดำ เมื่อตรวจสอบจึงพบว่าเกิดการผิดพลาดเมื่อทางเจ้าหน้าที่ใช้เชื้ออสุจิของคนผิวดำในการผสมกับไข่แทนอสุจิของสามี

การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องราวทางด้านพันธุกรรม ซึ่งโดยปริยายจะต้องเกี่ยวข้องกับเส้นแบ่งของเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่บทบาทของการแพทย์และเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในบริบทของเทคโนโลยีการแพทย์ชั้นสูงนี้มีความสลับซับซ้อนขึ้นอย่างยิ่ง ที่โรงพยาบาลกรูต สเกอร์ ซึ่งเป็นศูนย์เปลี่ยนถ่ายอวัยวะในแอฟริกาใต้ ช่วงรัฐบาลผิวขาวซึ่งปกครองด้วยระบอบ "Apartied" พบว่าร้อยละ 85 ของการเปลี่ยนหัวใจที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้แก่คนผิวขาว เชเปอร์ ฮิวจ์ (Nancy Scheper-Huges) รายงานในบทความของเธอว่า[32] แพทย์ที่นั่นบอกว่า ในยุค "Apartied" การผ่าตัดเอาหัวใจออกจากร่างกายเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องการหัวใจใหม่

---

[32] Nancy Scheper-Hughes, "The Global Traffic in Human Organs," in *Current Anthropology* vo.l 41 no. 2 (2000): 191-224.

นั้น ทำไปได้โดยไม่ต้องมีการบอกกล่าวหรือขอความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ตาย ในขณะที่โรงพยาบาลในยุคนั้นยังแบ่งแยกที่พักผู้ป่วยออกตามนโยบายแยกผิว แต่ศัลยแพทย์หัวใจไม่เคยลังเลที่จะผ่าเอาหัวใจของคนผิวดำหรือคนเลือดผสมไปใส่ให้กับคนผิวขาว ศัลยแพทย์ที่นั่นบอกกับเชเปอร์ ฮิวจ์ว่า เขาไม่มีนโยบายเหยียดผิว ปัญหาก็คือว่า การเอาอวัยวะของคนผิวดำไปให้กับคนผิวขาวอย่างเอิกเกริก โดยแทบไม่เคยมีการเอาอวัยวะของคนผิวขาวมาช่วยชีวิตคนผิวดำนั้น ถือว่าเป็นอคติทางชาติพันธุ์หรือไม่ การมองเพียงว่า หากมีการข้ามผ่านเส้นแบ่งระหว่างชาติพันธุ์แล้วถือว่าไม่มีอคติทางชาติพันธุ์อาจไม่เพียงพอ เพราะเราคงจะต้องพิจารณาด้วยว่า การข้ามผ่านเส้นแบ่งนั้นมีทิศทางอย่างไร ในกรณีนี้หัวใจคนผิวดำข้ามผ่านเส้นแบ่งมาใช้รักษาคนผิวขาวในทิศทางเดียวเท่านั้น

การข้ามเส้นแบ่งทางชาติพันธุ์ของอวัยวะและชิ้นส่วนมนุษย์ไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงในแอฟริกาใต้เท่านั้น งานศึกษาเกี่ยวกับการลักลอบนำชิ้นส่วนและอวัยวะของมนุษย์ไปใช้เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะนั้น แสดงให้เห็นถึงเครือข่ายการค้าชิ้นส่วนมนุษย์ที่ครอบคลุมประเทศต่าง ๆ มีบริษัทจัดหาอวัยวะและนายหน้าหาอวัยวะ (organ broker) ที่ต้องการ “อวัยวะสด” คือชิ้นส่วนที่ผ่าตัดออกจากร่างกายของผู้ที่มีชีวิตอยู่ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีฐานะดี เพราะผู้ป่วยเหล่านี้พร้อมที่จะจ่ายเงินจำนวนมากเพื่ออวัยวะสด แทนที่จะใช้อวัยวะที่ “เก็บเกี่ยว” มาจากศพที่เสียชีวิตฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุ เพราะอวัยวะจากศพนั้นไม่มีหลักประกันว่าจะได้รับการผ่าตัดออกจากร่างกายรวดเร็วเพียงใด หากปล่อยศพไว้นานก่อนผ่าเอาอวัยวะ หรือการขนส่งเคลื่อนย้ายอวัยวะไม่ได้มาตรฐาน ก็อาจได้อวัยวะที่เสื่อมสภาพ ปัญหาก็คือบริษัทและนายหน้าเหล่านี้หาอวัยวะมาจากไหน ข้อมูลจากเครือข่ายเฝ้าระวังการค้าชิ้นส่วนมนุษย์ชี้ให้เห็นว่า อวัยวะเหล่า

นี้ส่วนมากมาจากประเทศโลกที่สาม เช่น บราซิล อินเดีย ปากีสถาน จีน และแอฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคนพื้นเมืองในประเทศเหล่านี้

ความสัมพันธ์ของการแพทย์กับเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ที่ซับซ้อนมากขึ้นยังเป็นผลมาจากเทคโนโลยีการแพทย์และวิศวพันธุกรรม พันธุกรรมศาสตร์ใหม่นี้ได้นิยามความจริงเกี่ยวกับชีวิตขึ้นใหม่ แต่ก็ยังมีร่องรอยของความจริงเก่าที่น่าตระหนกของการล้างเผ่าพันธุ์ปรากฏเป็นเงาตะคุ่มอยู่ข้างหลัง ชีวิตที่ดีขึ้นถูกนิยามว่าเป็น "ยีนลิขิต" และยีนนี้เองที่จะเป็นกุญแจไปสู่การมีชีวิตที่สมบูรณ์แบบและสังคมที่พึงประสงค์ แต่หากศึกษาจากบทเรียนทางประวัติศาสตร์ เราจะเห็นถึงอำนาจและความรู้ทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการนิยามและจัดการ "ความเป็นอื่น" ในบริบทของโลกทุนนิยมเสรีนิยมในปัจจุบัน เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางการแพทย์และพันธุวิศวกรรม มีข้อพึงสังวรที่เราสามารถสรุปจากบทเรียนเกี่ยวกับการแพทย์ชาติพันธุ์และการสร้างความเป็นอื่นในประวัติศาสตร์ และข้อเตือนใจในการพิจารณาผลพวงของเทคโนโลยีใหม่ๆ เหล่านี้หลายประการ ได้แก่

ประการแรก ในระบอบทุนนิยมนั้น อวัยวะ/ชิ้นส่วน/เซลล์ และสารพันธุกรรม (genetic material) มีสถานะไม่ต่างไปจากวัตถุดิบเพื่อการผลิตและการค้า ในบริบทของทุนนิยมสุดโต่ง ปัจจัยการผลิต การจัดการ และรูปแบบของการสะสมทุนถูกพัฒนาไป การแสวงหาปัจจัยการผลิตและวัตถุดิบเป็นไปอย่างไร้พรมแดน แนวโน้มที่ปรากฏชัดเจนก็คือ อวัยวะ/ชิ้นส่วน/เซลล์ รวมทั้งสารพันธุกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่หาและจัดการได้ยากในโลกที่หนึ่ง แต่กลับกลายเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายและมีราคาถูกในโลกที่สามและในหมู่คนจน โดยถูกถลุงไปใช้ประโยชน์ไม่ต่างไปจากการถลุงแร่หรือทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ ที่เคยเป็นมาในยุคอาณานิคม การขยายตัวของตลาดการปลูกถ่ายอวัยวะทำให้ความต้อง

การของอวัยวะ/ชิ้นส่วน/เซลล์มีมากขึ้น คนจนจะถูกนิยามและได้รับการปฏิบัติในฐานะที่ไม่ต่างไปจากแหล่งวัตถุดิบ จากเดิมมีการไล่ล่าแม่มด (witch hunt) ปัจจุบันเรามีการไล่ล่ายีน (gene hunt) โดยนักวิจัยทางพันธุกรรมออกเดินทางไปในส่วนต่างๆ ของโลก แสวงหากลุ่มประชากรที่มีลักษณะทางกายภาพ (phenotype) แปลกๆ เพื่อเก็บตัวอย่างสารพันธุกรรม (โดยที่คนเหล่านั้นทั้งรับรู้และไม่รับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับเลือดหรือ "ตัวอย่าง" ที่ได้ไปจากเขา) และนำมาวิจัยหายีนแปลกๆ เพื่อนำไปจดสิทธิบัตร สิทธิบัตรเหล่านี้กลายเป็นสมบัติของบริษัทธุรกิจที่กำลังช่วงชิงที่จะครอบครองความเป็นใหญ่ใน "เศรษฐกิจฐานความรู้" (knowledge-based economy) นอกจากนั้นการทดลอง โดยเฉพาะในงานวิจัยที่ยังไม่มีความชัดเจนแน่นอนว่าจะเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดในกลุ่มที่ง่ายต่อการชักจูง ไม่รู้เท่าทัน หรือเป็นพวกที่ไม่มีอำนาจต่อรองและไม่อาจปฏิเสธได้ การผ่าตัดเปลี่ยนปอดรายแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ซึ่งทำโดยนายแพทย์ เจมส์ ฮาร์ดี้ (James Hardy) แห่งศูนย์การแพทย์มิสซิสซิปปี้ ในปี ค.ศ.1963 นั้น ใช้นักโทษซึ่งต้องโทษในคดีฆาตกรรมเป็น "สัตว์ทดลอง" ในการผ่าตัด เขาตายหลังการผ่าตัดได้เพียง 18 วัน[33] นอกจากนี้ "นักโทษ" ซึ่งครั้งหนึ่งถูกจองจำในสถานะของพวกที่ต้องได้รับการฝึกฝนให้รู้จักการทำงานและปลูกฝังวินัยของการผลิตในระบอบทุนนิยม บัดนี้ผู้ถูกกักขังจองจำกำลังกลายเป็นแหล่งวัตถุดิบของชิ้นส่วน

---

[33] Andrew Kimbrell, "Testimony of Andrew Kimbrell, Executive Director, International Center for Technology Assessment," Given before the Senate Judiciary Committee, Feinstein Hearing 2/5/2002,: 26.

และอวัยวะ รายงานเกี่ยวกับการใช้อวัยวะของนักโทษปรากฏอย่างเด่นชัดในประเทศจีน[34] และอาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประเทศที่มีกฎหมายกำหนดให้ร่างกายและอวัยวะของบุคคลที่ตายไปตกเป็นสมบัติของรัฐ เช่น สิงคโปร์ เบลเยี่ยม และบราซิล เป็นต้น

ประการที่สอง ตรรกะของทุนนิยมที่เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ระดับสูงนั้นอยู่ที่การแสวงหากำไรสูงสุด คำมั่นสัญญาว่าพันธุวิศวกรรมหรือเวชศาสตร์พันธุกรรมที่จะปลดปล่อยมนุษย์ทั้งมวลจากความทุกข์ จำเป็นต้องตรวจสอบด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมาในรอบ 30 ปีที่ผ่านมานี้ ไม่มีการผลิตและพัฒนายาหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อการรักษาโรคมาเลเรีย โรคเรื้อน หรือวัณโรคเลย ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะโรคเหล่านี้ได้กลายเป็นโรคของประเทศที่ยากจน และเป็นมากในหมู่คนยากจนซึ่งไม่มีกำลังซื้อ บริษัทที่พัฒนาและผลิตยาในระบบทุนนิยมนั้นมีเป้าหมายในการแสวงหากำไร ในขณะที่ยาสำหรับคนจนเหล่านี้ไม่สามารถทำกำไรได้เท่ากับการวิจัยและพัฒนายาที่ทำกำไรสูง "ยุคพระศรีอาริย์ทางการแพทย์" ที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ชั้นสูงให้คำมั่นสัญญา อาจเป็นการปลดปล่อยสำหรับชนชั้นผู้นำทางเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้น ภายใต้ระบอบทุนนิยมนี้ เทคโนโลยีชั้นสูงทางการแพทย์จะมีส่วนในการถ่างช่องว่างความไม่เท่าเทียมทางสังคม โดยคนจนจะถูกกีดกันด้วยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จนไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้ จนกลายเป็นพวกชนตกชั้นทางเทคโนโลยี

---

[34] Nancy Scheper-Hughes, "The Global Traffic in Human Organs,": 196.

(technological underclass) ช่องว่างทางสังคมยังจะถ่างมากขึ้นระหว่างประเทศโลกที่หนึ่งกับโลกที่สาม เนื่องจากการแบ่งแยกแตกต่างทางเทคโนโลยี (technological divide) ประเทศโลกที่หนึ่งจะกลายเป็นผู้ผูกขาดการผลิตและพัฒนาเทคโนโลยี ในขณะที่ประเทศโลกที่สามต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีที่ผลิตจากโลกที่หนึ่งมากขึ้น

ประการที่สาม ในปัจจุบัน เริ่มปรากฏเด่นชัดขึ้นว่า เทคโนโลยีด้านพันธุกรรมทางการแพทย์กำลังถูกใช้เพื่อการคัดกรองและกีดกันคนที่ "พันธุกรรม" มีปัญหาให้ไม่สามารถเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม บริษัทประกันในสหรัฐอเมริกาหาทางหลีกเลี่ยงการทำประกันสุขภาพให้กับบุคคลที่มีผลการตรวจทางพันธุกรรมที่บ่งบอกว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง นอกจากนั้น บริษัทต่าง ๆ ยังมีแนวโน้มที่จะไม่รับบุคคลเหล่านี้เข้าทำงาน เนื่องจากจะต้องสูญเสียสวัสดิการและค่ารักษาพยาบาลในเวลาป่วยไข้ นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในบางกรณีมีเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความเหมาะสมในการลงทุนหรือไม่ เช่น กรณีการล้างไต ในบางประเทศ เช่น แอฟริกาใต้ รัฐสนับสนุนงบประมาณการล้างไตให้เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่าสามารถเปลี่ยนถ่ายไตและอยู่ระหว่างการรอทำการผ่าตัดเท่านั้น การแพทย์ได้กลายเป็นผู้คุมประตู (gate keeper) ที่จะอนุญาตให้ใครเข้าออกตามเกณฑ์ที่การแพทย์กำหนด ปัญหาก็คือ เกณฑ์ทางการแพทย์เหล่านี้ได้ทำให้ใครบ้างต้องตกอยู่นอกกรอบและกลายเป็นพวกที่ไม่เหมาะสมที่จะมีโอกาสที่ดีของชีวิต หรือแม้แต่ไม่เหมาะสมที่จะได้มีชีวิต กรณีของการเลือกเพศเด็กแรกเกิดเป็นตัวอย่างของ "พวกพันธุกรรมมีปัญหา" คือพวกผู้หญิงซึ่งมีลักษณะทางยีน (genotype) เป็น XX นั้นจะมีโอกาสเกิดออกมาดูโลกได้น้อยลงเพราะค่านิยมของบางสังคมที่ชมชอบลูกผู้ชาย ในกรณีนี้การตรวจกรองพันธุกรรมก่อน

คลอด (prenatal genetic screening) กลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ "ฆ่าตัดตอน" พันธุกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งถูกขับเคลื่อนโดยธุรกิจทางชีวภาพ คิมเบรลเรียกสิ่งนี้ว่า "การคัดล้างพันธุ์เชิงพาณิชย์" (commercial eugenics)[35]

การคัดล้างพันธุ์นี้ มีแนวโน้มที่จะขยายตัวจากเดิมที่เป็นการตรวจหาพันธุกรรมที่จะทำให้เกิดโรคในเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางชนิด (เช่น โรค Cystic fibrosis) มาเป็นการตรวจหาลักษณะที่ไม่เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น เพศ หรือตรวจหาโรคที่แม้ว่าจะมีพันธุกรรมที่เสี่ยงแต่ก็อาจเกิดเป็นโรคหรือไม่ก็ได้ เพราะยังมีตัวแปรอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้มีพันธุกรรมนั้นๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน การสำรวจความเห็นของพ่อแม่จำนวนมากในสหรัฐแสดงทัศนะว่า เขาอาจจะทำแท้งครรภ์ที่ตรวจพบว่า เด็กที่เกิดมา "มีพันธุกรรมที่มีโอกาสเสี่ยง" ที่จะเป็นโรคอ้วน มีการตั้งข้อสังเกตต่อไปอีกว่า การที่เราพยายามควบคุมพันธุ-กรรมที่ไม่ดีและส่งเสริมพันธุ์ที่ดีเพื่อให้มีเรือนร่างและสรีระที่สมบูรณ์แบบนี้ ด้านหนึ่งของมันจะเป็นการทำให้คนพิการหรือผู้ทุพลภาพเป็นที่รังเกียจเดียดฉันท์มากขึ้นด้วยหรือไม่[36]

ประการที่สี่ แนวคิดแบบ "ยีนลิขิต" (genetic determinism) นั้น มีรากฐานทางความคิดที่ใกล้ชิดกับแนวคิดแบบ neo-darwinism ซึ่งถือว่าพันธุกรรมดีเกิดจากการปรับตัวที่ดีกว่าและจะเป็นพวกที่อยู่รอด ในขณะที่พวก

---

[35] Andrew Kimbrell, "Testimony of Andrew Kimbrell, Executive Director, International Center for Technology Assessment,": 126.

[36] Andrew Kimbrell, "Testimony of Andrew Kimbrell, Executive Director, International Center for Technology Assessment,": 127.

ที่มีพันธุกรรมด้อยกว่าจะไม่สามารถปรับตัวให้อยู่รอดและจะสูญพันธุ์ไป ปัญหาที่พึงตระหนักสำหรับคำอธิบายลักษณะนี้คือ แนวคิดนี้ละเลยปัจจัยเชิงสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนร่วมกำหนดการแสดงออกทางพันธุกรรม ดังที่โบแอสได้แสดงให้เห็นมาเนิ่นนานแล้วว่า ชาติพันธุ์หรือชนเผ่าที่เติบโตในสิ่งแวดล้อมต่างกัน ซึ่งแม้จะมีเชื้อชาติใกล้เคียงกัน แต่ก็อาจทำให้การเติบโตของกะโหลกศีรษะและสมองแตกต่างกันได้[37] แต่ปัญหารุนแรงกว่านี้ก็คือ แนวคิดที่ถือว่าพันธุกรรมเป็นผลลัพธ์ของวิวัฒนาการนั้นมักจะถือเอาพันธุกรรมของชาติพันธุ์คนผิวขาวว่ามีพัฒนาการสูงที่สุด ภายใต้วิธีคิดที่มีอคติเชิงชาติพันธุ์เช่นนี้ หากจำเป็นจะต้องเลือกลักษณะทางพันธุกรรมระหว่าง พันธุกรรมของคนผิวดำ ผิวเหลือง หรือผิวขาว พันธุกรรมด้อยพัฒนาของคนผิวดำคงจะถูกกำจัดเป็นอันดับแรก ต่อมาก็คือพันธุกรรมผิวเหลือง "คนขี้โรคแห่งเอเชีย" เหลือไว้แต่พันธุกรรมผิวขาวที่รูปร่างสูงใหญ่ จมูกโด่ง ผมบรอนซ์ และตาสีฟ้า แนวโน้มเช่นนี้ปรากฏให้เห็นอยู่บ้างแล้ว นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่สนใจเรื่องวิศวพันธุกรรมเป็นพิเศษได้ยกตัวอย่างภาพหน้าปกนิตยสารไทม์ที่แสดงใบหน้าของคนอเมริกันที่นักวาดใช้คอมพิวเตอร์สร้างขึ้น[38] เพื่อแสดงทัศนะ (ของผู้วาด) ว่า ใน

---

[37] Franz Boas, *Race, Language and Culture* (New York: The Macmillan Company, 1940), และโปรดดู Paul Erickson, and Liam Murphy, *A History of Anthropological Theory* (Canada: Broadview Press, 2001), p. 76.

[38] Donna J. Haraway, *Modest_Witness@Second_Millenium. FemaleMan©_Meets_OncoMouse: Feminism and Technoscience* (New York & London: Routledge, 1997), p. 260.

สังคมอเมริกันที่มีการผสมระหว่างเผ่าพันธุ์และวัฒนธรรมต่าง ๆ นั้น ภาพใบหน้าของลูกผสมจะมีหน้าตาเป็นอย่างไร ผิวพรรณและรูปหน้าดูจะสะท้อนการให้คุณค่าและหน้าตาในอุดมคติตามอคติเชิงชาติพันธุ์มากกว่าที่จะเป็นภาพหน้าที่แท้จริงที่เราอาจจะพบเห็นได้ ทัศนะเช่นนี้ไม่ได้แตกต่างจากการให้คุณค่าลักษณะทางหน้าตาและสรีระ ด้วยความเชื่อว่าลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้สัมพันธ์กับคุณธรรมและความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (physiognomic) ซึ่งเคยถูกใช้ในการคัดล้างเผ่าพันธุ์มนุษย์มากขึ้น

มนต์สะกดของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ยังคงความขลัง ทำให้คำมั่นสัญญาที่วิศวพันธุกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพชั้นสูงจับใจผู้คนจำนวนมากในสังคม บทเรียนเกี่ยวกับการแพทย์กับสิ่งซับซ้อนที่เราเรียกรวม ๆ ว่า เชื้อ/ชาติ/พันธุ/กรรมในอดีต ทำให้เราจำเป็นต้องสนใจเทคโนโลยีเหล่านี้และวิเคราะห์อย่างวิพากษ์และอย่างสัมพันธ์กับบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของมัน การพัฒนาเทคโนโลยีระดับที่ซับซ้อนนี้มีแนวโน้มที่จะแยกขาดจากสังคมและถูกผูกขาดโดยผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญทางเทคโนโลยีเหล่านี้ต้องอาศัยทุนทรัพย์ในการวิจัยจากบริษัทธุรกิจที่มุ่งแสวงหาผลกำไรจากเทคโนโลยีชีวภาพ การปล่อยเรื่องสำคัญเช่นนี้ให้เป็นภาระหน้าที่ของนักวิทยาศาสตร์อาจเป็นความผิดพลาด ดังคำให้การของแอนดรูว์ คิมเบรล ที่แถลงต่อกรรมาธิการวุฒิสภาสหรัฐว่า การทดลองเกี่ยวกับพันธุวิศวกรรมนั้นมีการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริงเป็นอย่างมากและการวิจัยต่าง ๆ มักไม่รายงานผลเสียหรือผลแทรกซ้อนของการทดลอง การทบทวนย้อนหลังเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาในการทดลองหนึ่งพบว่ามีข้อผิดพลาดและผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากกว่า 1,000 กรณี แต่มี

การรายงานโดยแพทย์และนักวิจัยเพียง 37 กรณีเท่านั้น นอกเหนือจากนั้น ความผิดพลาดถูกเก็บเงียบไม่เป็นที่รับรู้ [39]

นอกจากข้อผิดพลาดทางเทคนิคซึ่งมีการรายงานน้อยกว่าความจริงแล้ว ข้อผิดพลาดในทางสังคมซึ่งได้ปรากฏให้เห็นบ้างแล้ว ยังเป็นสิ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อสังคมวงกว้างอีกด้วย คำมั่นสัญญาที่ว่าด้วยวิทยาการทางการแพทย์และเทคโนโลยีชีวภาพชั้นสูงจะนำมาซึ่งโลกที่ไร้ความเจ็บป่วย หรือแม้แต่ชีวิตที่เป็นอมตะนั้นเป็นภาพลวงตาที่สร้างขึ้นจากความไร้เดียงสาทางการเมือง โดยเหมาเอาว่าวิทยาการและเทคโนโลยีต่าง ๆ เหล่านั้นจะแผ่ส่วนบุญให้กับชนทุกชั้น ทุกเพศ และทุกชาติพันธุ์อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเท่ากับว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์จะก้าวข้ามช่องว่างของความเหลื่อมล้ำ และจะทำให้ผู้คนมีชีวิตและสุขภาพที่ดีอย่างทั่วถึง ข้อเท็จจริงทางประวัติศาสตร์กลับชี้ไปในทางตรงข้าม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูงมักดำเนินไปในทางที่ยิ่งทำให้ช่องว่างความเหลื่อมล้ำถ่างกว้างยิ่งขึ้น การแพทย์ชีวภาพชั้นสูงในปัจจุบันนี้ถูกขับเคลื่อนด้วยระบบทุนนิยมซึ่งมุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ[40] ในกระบวนการพัฒนาการแพทย์ชีวภาพชั้นสูงที่มุ่งกำไรนั้น ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและละเลยต่อคนซึ่งไม่มีโอกาส แต่การแพทย์ชีวภาพชั้นสูงเหล่านี้ยังได้สร้างเหยื่อ

---

[39] Andrew Kimbrell, "Testimony of Andrew Kimbrell, Executive Director, International Center for Technology Assessment,": 3.

[40] Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism* (New York: Prodist, 1976).

ของการพัฒนาซึ่งถูกทำให้ "เป็นคนอื่น" ที่ไม่ใช่พวกเดียวกับเรา และเราสามารถจัดการได้อย่างไม่ต้องปรานีปราศรัย (เช่น เป็นพวกพันธุกรรมปนเปื้อนหรือพันธุกรรมด้อยพัฒนา) หรือแม้กระทั่งทำให้เป็น "สิ่งอื่น" โดยไม่ต้องเห็นว่าเป็นคนไปเสียก็ได้ (เช่น เป็นวัตถุดิบชิ้นส่วนอวัยวะ) การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับระบบทุนนิยมสุดโต่งที่พัฒนารูปแบบการจัดการและการสะสมทุนที่ซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่การตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีชีวภาพชั้นสูงเหล่านี้ซึ่งมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อสังคม ตกอยู่ภายใต้อำนาจการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญและนายทุนไม่กี่คน มุมมองทางสังคมศาสตร์โดยเฉพาะด้านประวัติศาสตร์และมานุษยวิทยาเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้เทคโนโลยีเหล่านี้ได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ปัญหาที่เราจะต้องช่วยกันคิดก็คือ ทำอย่างไรจึงจะสามารถกระตุ้นให้นักสังคมศาสตร์มาสนใจและติดตามศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. "คนมองคนบนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ บทสำรวจแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์" (เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยา เรื่อง "คนมองคน: นานาชีวิตในกระแสความเปลี่ยนแปลง" วันที่ 27-29 มีนาคม 2545 ณ ศูนย์มานุษยวิทยา สิรินธร [องค์การมหาชน]).

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจริยา สุทธิสุคนธ์ (บรรณาธิการ). *พฤติกรรมสุขภาพ* (กรุงเทพมหานคร: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ และ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2533).

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ. *บทบาท สถานภาพ และทิศทางการพัฒนา องค์ความรู้และหมอพื้นบ้านชาวไทยภูเขา* (นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2541).

สถาบันวิจัยชาวเขา. *กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง: การรักษา เยียวยา ผู้คน ชุมชน และสภาพแวดล้อม* (เชียงใหม่: สถาบันวิจัยชาวเขา, มปป.).

ภาษาอังกฤษ

Adams, Willium Y. *The Philosophical Roots of Anthropology.* (USA: CSLI Publication, 1998).

Annandale, Ellen. "'Race', Ethnicity and Health Status." in *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction* (London:Blackwell Publishers, 2001).

Berger, Peter & Thomas Luckmann. *The Social Construction of Reality* (New York : Anchor Books, 1967).

Barnard, Alan. *History and Theory in Anthropology* (Cambridge: Cambridge University Press, 2000).

Barth, Fredrik. *Ethnic Groups and Boundaries* (Boston: Little Brown, 1969).

Barstow, Anne. *Witchcraze: A New History of the European Witch Hunts* (San Francisco: Harper San Francisco, 1994).

Boas, Franz. *Race, Language and Culture* (New York: The Macmillan Company, 1940).

Bourdieu, Pierre. "Social Space and Symbolic Power." in *Sociological Theory* vol. 7 (1989): 14-25.

Brooker, Peter. *A Concise Glossary of Cultural Theory* (London: Oxford University Press, 1999).

Crandon-Malamud, Libbet. *From The Fat of Our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia* (Berkeley: University of California Press, 1991).

DOLAN DNA Learning Center, Image Archive on the American Eugenics Movement. 2000. "Eugenic Sterization Law." by Paul Lombardo. available at www.eugenicsarchive.org/eugenics.

Edelson, Edward. *Francis Crick & James Watson And the Building Blocks of Life* (New York & Oxford: Oxford University Press, 1998).

Erickson, Paul and Liam Murphy. *A History of Anthropological Theory* (Canada: Broadview Press, 2001).

Farmer, Paul. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame* (Berkeley: University of California Press, 1992).

Foucault, Michel. *Madness and Civilization* (New York: Random House, 1965).

Friedson, Eliot. *Profession of Medicine* (New York: Harper & Row, 1970).

Ginzburg, Carlo. *Ecstasies: Deciphering the Witches' Sabbath* (New York: Penguin Books, 1991).

Golomb, Louis. *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand* (Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1985).

Good, Byron. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective* (Cambridge, UK: Cambridge University Press,1994)

Haraway, Donna J. *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan©_Meets_OncoMouse: Feminism and Techno-science* (New York: Routledge, 1997).

Harwood, Alan. ed. *Ethnicity and Medical Care* (Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1981).

Hunt, S. "The Food Habits of Asian Immegrants." in *Getting the Most Out of Food* (Burgess Hill: Van de Berghs & Jurgens, 1976), pp. 15-51.

Jenks, Chris. ed. *Core Sociological Dichotomies* (London: SAGE Publications, 1998).

Keyes, Charles. "Towards a New Formulation of the concept of Ethnic Group." *Ethnicity* vol. 3 no. 3: 202-13.

Kieckhefer, Richard. *European Witch Trials: Their Foundations in Popular and Learned Culture, 1300-1500* (Berkeley: University of California Press, 1976).

Kimbrell, Andrew. *The Human Body Shop: The Engineering and Marketing of Life* (New York: HarperSanFrancisco, 1994).

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

Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the Context of Culture* (Berkeley: University of California Press, 1980).

Kleinman, Arthur, Leon Eisnberg and Byron Good. "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropology and Cross-cultural Research." *Annuals of Internal Medicine* vol. 88 (1987): 251-8.

Knupfer, G. and R. Room. "Drinking Patterns and Attitudes of Irish, Jewish, and White Protestant American Man." *Q. J. Studies Alcohol* vol. 28 (1967): 676-699.

Littlewood, Roland and Maurice Lipsedge. *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry* (Boston & Cambridge: Unwin Hyman Publisher, 1990).

Navarro, Vicente. *Medicine Under Capitalism* (New York: Prodist, 1976).

Nitcher, M. ed. *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine* (Gordon and Breach Science Publisher, 1992).

Pliskin, Karen. *Silent Boundaries: Cultural Constraints on Sickness and Diagnosis of Iranian in Israel* (New Haven: Yale University Press, 1987).

Proctor, Robert. *Racial Hygiene: Medicine under the Nazi* (Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1988).

Rubel, A. "The Epidemiology of Folk Illness: Susto in Hispanic America." in *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology.* edited by David Landy (New York: Macmillian, 1977), pp. 119-128.

Scheper-Hughes, Nancy. "The Global Traffic in Human Organs." In *Current Anthropology* vol. 41 no. 2 (2000): 191-224.

Smith, Charlotte Seymour. *Macmillan Dictionary of Anthropology* (Hong Kong: Macmillan Reference Books, 1988).

Stocking, George W. *Race, Culture, and Evolution: Essays in the History of Anthropology* (Chicago and London: The University of Chicago Press, 1982).

Szasz, Thomas. "The Sane Slave, A Historical Note on the Use of Medical Diagnosis as Justificatory Rhetoric." in *American Journal of Psychotherapy.* vol. 25 (1971): 228-239.

White, Kevin. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness* (London: SAGE, 2002).

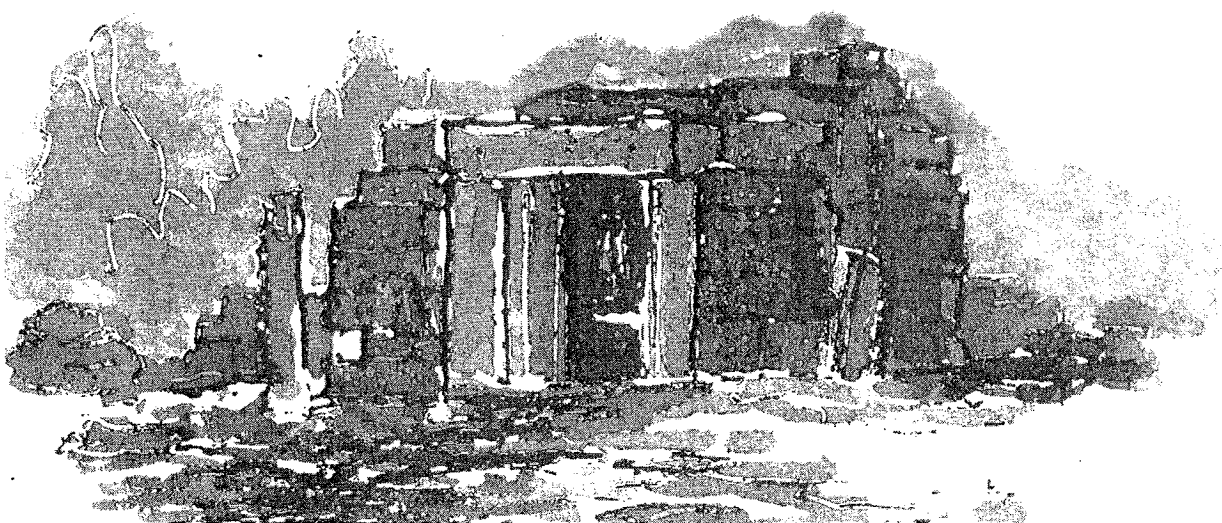
Zola, Irving."Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints." *American Sociological Review.* vol. 31(1966): 615-630.

The Nation, February 28, 2003. p. 11A.

มุสลิม ราชการ และการแพทย์ :

พลวัตของอำนาจ ชาติพันธุ์ และพหุลักษณ์ทางการแพทย์ในชุมชนอิสลาม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
วรัญญา เพ็ชรคง
ชาติชาย มุกสง



บทนำ

ความพยายามที่จะพัฒนาสุขภาพอนามัยในชุมชนมุสลิมของรัฐไทยประสบความสำเร็จอย่างจำกัดตลอดช่วง 4 ทศวรรษของการพัฒนา ในทัศนะของรัฐไทย ความล้มเหลวนี้มีสาเหตุมาจากวัฒนธรรมอิสลามที่ยึดมั่นอยู่กับแบบแผนการปฏิบัติและความเชื่อดั้งเดิมโดยไม่ยอมปรับตัว นโยบายสาธารณสุขและกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพอนามัยของทางราชการได้รับความร่วมมืออย่างจำกัดจากชาวบ้านเพราะ ชุมชนมุสลิมไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง จนกลายเป็นเรื่องที่ถือกันว่างานพัฒนาสุขภาพอนามัยในชุมชนมุสลิมนั้นเป็นแบบนี้โดยปกติ เพราะวัฒนธรรมความเชื่อที่ชาวมุสลิมยึดถืออย่างเคร่งครัดเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

ในปี พ.ศ. 2532 นักวิชาการกลุ่มหนึ่งได้พยายามทำความเข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพของศาสนาอิสลาม ด้วยความร่วมมือระหว่างนักวิทยาศาสตร์ด้านการแพทย์ นักสังคมศาสตร์ และผู้รู้ด้านศาสนาของชุมชนชาวมุสลิม ได้มีการวิเคราะห์และตีความคำสอนในศาสนาอิสลามเพื่อให้เห็นว่า วิถีปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามนั้นไม่เพียงแต่ไม่ขัดแย้งกับการพัฒนาสุขภาพอนามัยเท่านั้น หากยังเกื้อกูลต่อการมีสุขภาพดีของผู้ปฏิบัติอีกด้วย ผลการศึกษานี้ได้ตีพิมพ์เป็นหนังสือเล่มเล็กๆ ซึ่งมีตอนหนึ่งระบุว่า

> ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต หมายถึง เป็นศาสนาที่เน้นทุกแง่มุมในชีวิตมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นในด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักการของพระเจ้าองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักของอิสลาม หรือด้านการปฏิบัติตนเพื่อความจงรักภักดีต่อ

อัลลอฮตามรูปแบบต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ หรือในด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเมือง สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งการรักษาพยาบาล เป็นต้น[1]

แม้ความพยายามในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพของศาสนาอิสลามดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่น่าสรรเสริญ แต่ดูเหมือนว่าแนวทางที่จะยกระดับความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพอนามัยด้วยการตีความ หรือการประยุกต์คำสอนทางศาสนายังมีผลค่อนข้างน้อยต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนมุสลิม หากพิจารณาจากมุมมองของความสัมพันธ์ระหว่างชาติและชาติพันธุ์แล้ว ปัญหาดังกล่าวอาจจะคลี่คลายได้พอสมควร โดยอาศัยแง่คิดที่ชาร์ลส์ คายส์ (Charles F. Keyes) ได้เสนอไว้ว่า การมองปรากฏการณ์เกี่ยวกับชาติพันธุ์นั้น นอกจากจะต้องสนใจการตีความลักษณะดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชาติพันธุ์ (ซึ่งในกรณีนี้คือความคิด/ความเชื่อ/ประเพณีปฏิบัติ) ว่าถูกให้ความหมายอย่างไรบ้างแล้ว ยังต้องให้ความสนใจกับการที่ความแตกต่างของลักษณะทางชาติพันธุ์ถูกใช้เพื่อผลทางการเมืองอีกด้วย[2] คำถามจึงไม่ได้อยู่ที่ว่า พฤติกรรมและแบบแผนการปฏิบัติตามความเชื่อและประเพณีของชาวมุสลิมนั้นได้มีผลอย่างไรต่อสุขภาพ แต่อยู่ที่ว่าความแตกต่างระหว่างแบบแผนการปฏิบัติที่ชุมชนเป็นอยู่กับที่ราชการสาธารณสุขต้องการให้เป็นนั้น ได้รับการตีความและถูกใช้เพื่อเกิดผลพวงทางการเมืองอย่างไร

---

[1] สาเหะอับดุลเลาะห์ อัลยุฟรี และคณะ, *การรักษาสุขภาพอนามัยตามแนวทางอิสลาม* (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ, 2532).

[2] Charles Keyes, *Thailand: Buddhist Kingdom as Modern Nation-State* (Boulder & London: Westview Press, 1987).

บทความนี้จะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นชาติพันธุ์มุสลิม ราชการ และการแพทย์ เพื่อแสดงให้เห็นถึงพลวัตของอำนาจที่คลี่คลายผ่านประสบการณ์ทางการเมืองของท้องถิ่น รวมทั้งจะแสดงให้เห็นว่าทัศนะที่มองว่าชุมชนมุสลิมไม่ปรับตัวนั้นเป็นทัศนะที่มองแบบเหมารวม โดยจะชี้ให้เห็นผ่านการวิเคราะห์พหุลักษณ์ทางการแพทย์ในชุมชนอิสลามว่า แม้ว่าชุมชนมุสลิมจะนับถือศาสนาอิสลามเป็นหลัก แต่ในวิถีชีวิตและวิถีปฏิบัติของชาวบ้านนั้นก็มีการผสมผสานความคิดความเชื่อในแบบแผนการปฏิบัติต่าง ๆ ที่หลากหลาย รวมทั้งแบบแผนการปฏิบัติที่ขัดต่อหลักธรรมคำสอนของศาสนาอิสลามด้วย โดยบทความนี้จะแสดงให้เห็นว่า อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี แบบแผนการปฏิบัติต่าง ๆ ตลอดจนการปรับตัวในสถานการณ์ที่เศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนไป มีความเป็นพลวัตอย่างไรกับอำนาจที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน นอกจากนี้ บทความนี้ยังต้องการสร้างความชัดเจนต่อแนวคิดเรื่องชาติพันธุ์ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องความเป็นชาติพันธุ์กับแบบแผนพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งมักมีการสรุปแบบรวบรัดว่า พฤติกรรมทางวัฒนธรรมที่แสดงออกของกลุ่มชาติพันธุ์นั้นเป็นเครื่องแบ่งแยกความเป็นเขาเป็นเรา บทความนี้ต้องการแสดงให้เห็นว่า ความเป็นเขาเป็นเราระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์นั้น เป็นผลลัพธ์มาจากการสร้างเส้นแบ่งขอบเขตลงบนความหลากหลายของสังคมที่ไม่มีขอบเขตชัดเจน ความเป็นเขาเป็นเราอันเกิดจากการขีดเส้นแบ่งเขตนี้ได้ถูกนิยามในแง่มุมของความเป็นชาติพันธุ์เป็นหลัก

บทความนี้เป็นการศึกษาชุมชนมุสลิมที่หมู่บ้านเกาะน้อย จังหวัดกระบี่ โดยจะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอนด้วยกัน *ตอนที่ 1* เป็นการเสนอให้เห็นบริบทของชุมชน ในแง่ของประวัติศาสตร์ ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน รวมทั้งความหลากหลายของวัฒนธรรมในชุมชนมุสลิม *ตอนที่ 2*

จะวิเคราะห์แบบแผนการปฏิบัติตัวในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพหุ-ลักษณ์ทางการแพทย์ โดยจะชี้ให้เห็นว่างานศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชนมุสลิมส่วนใหญ่และความรับรู้ในแวดวงสาธารณสุขที่ผ่านมา มักเหมารวมเอาว่าชุมชนมุสลิมเป็นชุมชนที่ไม่มีการปรับตัว และไม่เปิดรับวิทยาการและความเป็นสมัยใหม่ *ตอนที่ 3* จะวิเคราะห์เรื่องของการเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ภายใต้บริบทของการพัฒนาแบบราชการ การวิเคราะห์ประสบการณ์ทางการเมืองของท้องถิ่นเมื่อชุมชนเผชิญกับ "การพัฒนา" ช่วยให้เราเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนมุสลิมกับรัฐไทยได้ดีขึ้น

มุสลิม: ชาติพันธุ์กับวัฒนธรรม

วิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น

เดิมทีเดียวชาวบ้านในหมู่บ้านเกาะน้อย ซึ่งเป็นหมู่บ้านชาวประมงเล็กๆ ในจังหวัดกระบี่แห่งนี้ ถือว่าด้านหน้าของหมู่บ้านคือด้านที่หันไปทางทะเลฝั่งตะวันตกออกสู่ทะเลอันดามัน เพราะบริเวณชายหาดหน้าเกาะนี้มีความสำคัญทางเศรษฐกิจคือ เป็นบริเวณที่มีกุ้งเคยอุดมสมบูรณ์ ชาวบ้านจะทำการรุนกุ้งเคยเพื่อใช้ทำกะปิ ความอุดมสมบูรณ์นี้เองที่ทำให้ชาวบ้านป่าพร้าวบนแผ่นดินใหญ่อพยพข้ามคลองด้านตะวันออกของเกาะเข้ามาอาศัยอยู่ที่นี่เมื่อราวหนึ่งร้อยปีก่อน คนเฒ่าคนแก่บอกว่า กุ้งเคยที่รุนได้นั้น สมัยก่อนถือเป็นของมีค่าเพราะขายได้ก้อนละหนึ่งสตางค์ ซึ่งก็ถือว่าราคาดี เพราะสัตว์น้ำจำพวกปลา ปู กุ้ง หอย แทบจะหาค่าไม่ได้เลย ต่อมาชาวบ้านแผ่นดินใหญ่ต้องการที่ดินทำนาแต่ฝั่งที่ตั้งหมู่บ้านมีพื้นที่ทำนาอยู่จำกัด จึงหันมาบุกเบิกที่นาใหม่บนเกาะน้อยแห่งนี้เพราะเห็นว่าทำเลเหมาะสม จากนั้นจึงค่อยๆ ทยอยอพยพเข้า

มาตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่บริเวณกลางเกาะ ส่วนบริเวณท้ายเกาะทางทิศใต้ซึ่งเดิมเคยเป็นเขตป่าท้ายหมู่บ้านนั้น เป็นบริเวณรกร้างน่ากลัวที่ไม่ค่อยมีใครกล้าเข้าไป ปัจจุบันกลายเป็นทางผ่านเข้าออกของถนนที่ตัดจากเมืองเข้ามาในหมู่บ้านจากทางใต้ ผ่านที่ราบสันทรายที่ชาวบ้านเรียกกันว่า "ทุ่งทะเล" วกอ้อมไปเชื่อมกับบริเวณชายหาดหน้าเกาะทางทิศตะวันตก ส่วนที่ราบทางทิศเหนือจะเป็นที่ทำกินของชาวบ้าน เป็นที่ตั้งโรงเรียน สุสาน (กุโบ) บ้านเรือน ที่นา สวนมะพร้าว และสวนมะม่วงหิมพานต์ ตอนกลางของเกาะมีควน (เนินเขา) ทอดตัวจากฝั่งตะวันออกของเกาะพาดผ่านกลางเกาะยาวประมาณ 1 กิโลเมตรไปจดฝั่งทะเลด้านฝั่งตะวันตก

วิถีชีวิตของชาวชุมชนเกาะน้อยไม่แตกต่างจากชุมชนมุสลิมทั่วไปที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่แนบแน่น คนเฒ่าคนแก่มักจะบอกว่า "คนที่นี้เป็นญาติกันทั้งเพ" วัฒนธรรมประเพณีที่นี่มีมิติทางศาสนาถักทออยู่อย่างเด่นชัด ทั้งในด้านการแต่งกายและกิจวัตรประจำวัน ศูนย์กลางชีวิตทางศาสนาของชุมชนอยู่ที่มัสยิดหรือสุเหร่าขนาดใหญ่ที่ชาวบ้านร่วมแรงร่วมใจกันสร้างไว้ที่กลางบ้าน การปฏิบัติศาสนกิจเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ มีการทำละหมาดอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการไปสุเหร่าทุกวันศุกร์ ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ผู้ชายในชุมชนได้มาสารภาพบาป และฟังคำสั่งสอนของโต๊ะอิหม่าม ศาสนาอิสลามที่ปรากฏเด่นชัดอยู่ในวิถีชีวิตชาวมุสลิมที่เกาะน้อยนี้ อาจทำให้ภาพความหลากหลาย และการผสมผสานทางวัฒนธรรมไม่ปรากฏชัดเท่าที่ควร แต่หากพิจารณาอย่างพินิจพิเคราะห์มากขึ้น เราจะเห็นการดำรงอยู่ของพหุลักษณ์ทางวัฒนธรรมในกลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมอย่างชัดเจน

เขตป่าท้ายบ้านทางตอนใต้ของเกาะมีหนองน้ำขนาดใหญ่ อันเป็นร่องรอยการผสมผสานทางวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ

ที่ดำรงอยู่คู่กับศาสนาอิสลาม หนองน้ำนี้เป็นที่พำนักอาศัยของผีเจ้าที่ คนรุ่นบุกเบิกที่มาหาที่ดินทำกินในยุคแรกๆ เล่าถึงการต่อสู้กับผี เพื่อให้สามารถเข้าไปทำมาหากินในที่นากลางหมู่บ้านปัจจุบัน *บังทา* ซึ่งเป็นคนเฒ่าคนแก่ของหมู่บ้านเคยเผชิญหน้ากับผีซึ่งปรากฏเป็นเงาดำขนาดใหญ่และได้ต่อสู้กันหลายครั้ง จนในที่สุดชาวบ้านได้ไปหาหมอผีที่มีชื่อเสียง นามว่า *โต๊ะเสด* มาทำพิธีเพื่อขอที่อยู่ที่ทำมาหากินและยกหนองใหญ่ที่อยู่บริเวณป่าทุ่งทะเลให้ผีเจ้าที่ย้ายไปอยู่ ซึ่งชาวบ้านทุกวันนี้ก็ยังคงให้ความเคารพเกรงกลัวต่อผีหนองใหญ่และเป็นที่รู้กันว่าไม่ควรเข้าไปทำกิจกรรมใดๆ ในบริเวณนั้น *ปะเฉม* คนเก่าแก่ของหมู่บ้านเล่าว่า "เมื่อก่อนตรงที่เป็นบริเวณที่นาซึ่งใกล้กับโรงเรียนประจำหมู่บ้านในปัจจุบัน จะเป็นหนองน้ำขนาดใหญ่ มีเกาะเล็กๆ อยู่ตรงกลางมีต้นไม้ขึ้นอยู่มากมาย วันดีคืนดีมันก็จะลอยไปลอยมา ชาวบ้านจะรู้สึกกลัวกันมากไม่กล้าเข้าไปใกล้บริเวณนั้น เพราะเชื่อว่ามีผีเจ้าที่แรงมากๆ".

แม้จะขัดกับหลักศาสนาอิสลาม แต่ผีในชุมชนมุสลิมไม่ใช่สิ่งผิดปกติ เพราะพบได้ทั่วไปในวัฒนธรรมมุสลิมมาเลย์[3] ก่อนที่แถบนี้จะได้รับวัฒนธรรมอิสลามนั้น กลุ่มคนในบริเวณเกาะแก่งต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์มาเลย์ เช่น คนที่อาศัยอยู่ในอินโดนีเซีย มาเลเซีย และตอนใต้ของไทย เคยเป็นกลุ่มคนที่นับถือผีและความเชื่อเหนือธรรมชาติมาก่อน ต่อมาจึงรับเอาวัฒนธรรมฮินดู พุทธ และระยะหลังสุดรับเอาวัฒนธรรมอิสลาม

---

[3] Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand* (Urbana and Chicago: University of Ilinois Press, 1985), และ Anthony Reid, *Southeast Asia in the Age of Commerce, 1450 -1680* (New Haven and London: Yale University Press, 1988).

จึงทำให้พื้นที่แถบนี้มีลักษณะผสมผสานทางวัฒนธรรม[4] แม้ตามหลักศาสนาอิสลามจะให้นับถือพระเจ้าองค์เดียวคือองค์อัลเลาะห์ และการที่มุสลิมไปนับถือผีหรือความเชื่อเหนือธรรมชาติอื่นๆ จะเป็นการผิดหลักศาสนาก็ตาม แต่เอาเข้าจริง ชีวิตของชาวบ้านในหมู่บ้านเกาะน้อยกลับมีความเชื่อเรื่องผีอย่างมากมาย และเป็นความเชื่อที่กลมกลืนสอดคล้องอยู่กับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ แต่การดำรงอยู่ของผีในชุมชนมุสลิมก็เป็นพลวัตกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เมื่อความเป็นสมัยใหม่เริ่มเข้ามาในหมู่บ้านซึ่งทำให้พิธีกรรมหลายอย่างที่เกี่ยวกับผีได้ลดความสำคัญลง

พิธีโต๊ะหลาบาหลา (พิธีทำบุญบ้านหรือพิธีส่งเรือ) เป็นพิธีที่มีขึ้นเพื่อขับไล่ผีและสิ่งชั่วร้ายให้ออกจากหมู่บ้านไป ซึ่ง แอนโธนี่ ไรด์ (Anthony Reid) ได้อธิบายว่า การทำพิธีขับไล่สิ่งชั่วร้ายออกจากชุมชนเป็นวัฒนธรรมที่มีทั่วไปในชุมชนแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[5] โดยในชุมชนเกาะน้อยจะทำกันในราวเดือนยี่ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เก็บเกี่ยวข้าวเสร็จ และเป็นฤดูลมตะวันออกเฉียงเหนือกำลังพัดแรง ชาวบ้านบอกว่า ชุมชนในบริเวณแถบอันดามันมีวิธีปฏิบัติอยู่ด้วยกัน 3 แบบคือ พิธีการส่งทางน้ำคือส่งเรือ ส่งทางบกคือวางของพลีบนทางสัญจร และทางอากาศทำเป็นว่าวแล้วตัดเชือกให้ขาดไป โดยพิธีสำคัญของชาวบ้านที่นี่ที่ปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตก็คือ พิธีส่งเรือ คนทำพิธีคือ

---

[4] สุธิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์, *โครงสร้างและพลวัตวัฒนธรรมภาคใต้กับการพัฒนา* (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544) และปราณี วงษ์เทศ, *สังคมและวัฒนธรรมในอุษาคเนย์* (กรุงเทพฯ: ศิลปวัฒนธรรม, 2543).

[5] Anthony Reid, *Southeast Asia in the Age of Commerce, 1450–1680*, p. 55.

โต๊ะหมอเฒ่าซึ่งจะสร้างเรือลำเล็กหนึ่งลำ แล้วนำเอาด้าย เทียน เล็บ ผม ข้าว-เหนียว ไก่ ใส่ลงไปกับเรือ พิธีจะทำกันในตอนเย็นก่อนพลบค่ำโดยโต๊ะหมอเฒ่าจะเป็นคนร่ายมนต์ปัดรังควานให้หมู่บ้านแล้วจึงทำพิธีส่งเรือออกทะเล หลังจากส่งเรือไปแล้วห้ามมิให้ผู้เข้าร่วมพิธีเหลียวหลังกลับไปมองอีก เพราะจะทำให้สิ่งชั่วร้ายที่ส่งไปกับเรือกลับมาสู่หมู่บ้านอีก พิธีนี้เคยทำครั้งสุดท้ายเมื่อ 20 กว่าปีก่อน โดยมีโต๊ะหมอเฒ่าชื่อ *โต๊ะสูเดีย* แต่ปัจจุบันโต๊ะสูเดียได้เสียชีวิตแล้ว และป๊ะเฉมเป็นผู้สืบทอดวิชาต่อมา แต่ปัจจุบันได้เลิกทำพิธีนี้แล้ว เพราะมาระยะหลังป๊ะเฉมอายุมากขึ้นทำพิธีไม่ไหว ประกอบกับชาวบ้านได้คลายความเชื่อถือเรื่องผีลงไปมาก โดยบอกว่า "พอความเจริญเริ่มเข้ามาผีก็อยู่ไม่ได้"

ในขณะที่ประเพณีปฏิบัติเกี่ยวกับความเชื่อดั้งเดิมกำลังลดความสำคัญลง ความหลากหลายของวัฒนธรรมจากภายนอกก็ไหลบ่าเข้ามาในชุมชน เมื่อการติดต่อกับโลกภายนอกมีมากขึ้น การผสมผสานทางวัฒนธรรมก็ปรากฏในหมู่เด็กหนุ่มสาวที่เดินทางไปสัมผัสกับโลกภายนอก จนบางครั้งชิ้นส่วนของวัฒนธรรมที่ผสมปนเปกันอยู่ในชีวิตวัยรุ่นหนุ่มสาวนี้ แทบจะไม่ปะติดปะต่อกันเท่าไรนัก *เก๋* เป็นเด็กสาววัยรุ่นที่เหมือนกับวัยรุ่นทั่วไปที่ชอบสีสันของชีวิตในเมือง วัฒนธรรมสมัยใหม่ในเมืองใหญ่ที่เก๋ไปทำงานดูเหมือนจะสร้างความสับสนให้กับเก๋ไม่น้อย เพราะช่วงเวลาไม่กี่ปีมานี้ เก๋ต้องเผชิญกับพลังอำนาจที่หลากหลายตั้งแต่ ลูกเกราะ (กุมารทอง) แมว พ่อแม่จากอดีตชาติ เจ้าแม่กวนอิม น้ำมันพราย หมอผีรักษาคุณไสย และโต๊ะซึ่งรักษาโรคด้วยการใช้คัมภีร์อัลกุรอาน รวมทั้งหมอแผนปัจจุบันที่คิดว่าเก๋เป็นไมเกรนด้วย

ชีวิตของ "เก๋" กับการปะทะของวัฒนธรรมหลายกระแส

เก๋ เป็นหญิงสาวอายุประมาณ 20 ปีเศษ รูปร่างหน้าตาดูจะสะสวยกว่าใครๆ ในหมู่บ้าน เก๋เติบโตขึ้นมาในท่ามกลางการเผชิญหน้ากันระหว่างวัฒนธรรมประเพณีที่เคร่งครัดแบบอิสลาม และความเป็นสมัยใหม่ที่เริ่มคืบคลานเข้ามาในหมู่บ้าน หลังจากเรียนจบชั้นมัธยม 6 เก๋ก็ไม่ได้เรียนต่อเพราะในครอบครัวมีลูกหลายคน เก๋จึงต้องออกมาอยู่บ้านช่วยพ่อแม่ทำงาน ป๊ะกับม๊ะ (พ่อและแม่) ของเก๋ประกอบอาชีพหลักคือ ทำประมงขนาดเล็กเช่นเดียวกับอีกหลายครอบครัวในหมู่บ้าน และมีอาชีพเสริมอื่นๆ เช่น การแกะเนื้อมะพร้าวตากแห้งขาย หน้าร้อนก็จะเก็บเม็ดมะม่วงหิมพานต์ขาย ครอบครัวของเก๋จัดได้ว่ามีฐานะอยู่ในระดับปานกลาง มีรายได้ในแต่ละเดือนไม่มากมายนักแต่สามารถเก็บเกี่ยวสิ่งต่างๆ รอบตัวให้พอมีรายได้ตลอดปี เพราะบนเกาะน้อยแห่งนี้ยังมีความอุดมสมบูรณ์อยู่มาก หลายคนบอกว่า "อยู่ที่นี่ถ้าขยันทำมาหากินไม่มีทางอดตายแน่นอน"

แต่เก๋ไม่ชอบทำงานที่ต้องช่วยพ่อแม่อยู่ที่บ้าน และยังมีความคิดว่าอยากจะออกไปหางานทำนอกหมู่บ้านเพื่อให้มีรายได้มาช่วยจุนเจือครอบครัว ซึ่งดูจะขัดกับความคิดความเชื่อของคนในเกาะนี้ ที่ตั้งแต่อดีตจนก่อนที่จะมีถนนตัดเข้าออกหมู่บ้าน คนในหมู่บ้านไม่นิยมส่งลูกไปทำงานในเมืองหรือแม้แต่ไปเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้นไปเท่าไรนัก แต่มักจะนิยมส่งลูกชายไปเรียนทางด้านศาสนาที่โรงเรียนปอเนาะที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อหวังจะให้ลูกได้เป็นโต๊ะอิหม่ามซึ่งถือว่าเป็นความภาคภูมิใจของครอบครัว แต่เมื่อชุมชนเริ่มเผชิญกับความเป็นสมัยใหม่ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็คือ คนในหมู่บ้านเริ่มนิยมส่งลูกเรียนต่อมากขึ้นทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เก๋เองก็เป็นคนกลุ่มแรกๆ ที่ได้เรียนในระดับมัธยมในโรงเรียนซึ่งห่างจากหมู่บ้านไม่มากนัก ความเปลี่ยน

แปลงนี้ก่อให้เกิดความกังวลในคนรุ่นพ่อแม่ทุกคนในหมู่บ้านที่กลัวว่า การที่ส่งลูกไปเรียนโรงเรียนจะทำให้พวกเขาห่างไกลศาสนา โต๊ะอิหม่ามในหมู่บ้านจึงมีกฎบังคับให้ผู้ปกครองนำเด็กทุกคนที่ยังเรียนระดับประถมในหมู่บ้านมาเรียนศาสนาที่บ้านโต๊ะอิหม่ามทุกคืน เพราะหวังว่าการปลูกฝังศาสนาอิสลามจะสามารถเป็นเกราะป้องกันยามที่เด็กๆ เติบโตเข้าสู่วัยรุ่น และออกไปเผชิญโลกกว้างในวันข้างหน้า

ความรู้สึกที่เกรงว่าเด็กๆ จะห่างไกลจากวิถีดั้งเดิมและไม่ยึดมั่นกับศาสนาอิสลามก็มิได้หมายความว่า วิถีชีวิตดั้งเดิมของชุมชนจะไม่มีอิทธิพลของศาสนาหรือลัทธิความเชื่ออื่นผสมอยู่ ตรงกันข้าม เรื่องราวและประสบการณ์ในการเดินทางไปทำงานภายนอกชุมชนของเก๋นั้น ได้แสดงให้ถึงเห็นอิทธิพลของความคิดความเชื่ออื่นๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน ซึ่งเก๋ได้พาติดตัวออกไปสู่โลกภายนอก พอๆ กับที่เก๋ไปรับเอาอิทธิพลความคิดความเชื่อใหม่ๆ จากสังคมเมือง ก่อนที่เก๋จะประสบความสำเร็จในการเกลี้ยกล่อมป๊ะกับม๊ะจนยอมให้ไปทำงานในเมืองนั้น เก๋เริ่มมีความฝันแปลกๆ เกี่ยวกับสถานที่ที่ตัวเองไม่เคยไปมาก่อน “ฝันว่าตัวเองพายเรือไปจอดที่สะพานไม้แห่งหนึ่ง” เก๋บอกว่าสะพานไม้ที่เห็นในความฝันนี้เก๋มาพบภายหลังเมื่อได้ไปทำงานที่ภูเก็ตแล้ว ก็คือสะพานสารสินที่เชื่อมระหว่างพังงาและภูเก็ตนั่นเอง เก๋ฝันถึงสถานที่ต่างๆ อีกหลายครั้ง ซึ่งเก๋ก็จะได้ไปยังสถานที่นั้นๆ หลังจากที่ฝันมาก่อนล่วงหน้าทุกครั้ง ความฝันเช่นนี้ทำให้เก๋รู้สึกถึงพลังอำนาจบางอย่างที่บงการชีวิตของเก๋อยู่โดยเก๋ไม่รู้ตัว

พลังอำนาจที่ส่งผลต่อชีวิตเก๋อย่างรุนแรงนั้น เกิดขึ้นหลังจากมาทำงานที่ภูเก็ตได้สักระยะหนึ่ง วันหนึ่งเก๋ประสบอุบัติเหตุถูกรถชนพร้อมกับเพื่อนที่ชื่อเอ๋ ซึ่งมาพักอยู่ด้วยเพื่อหางานทำที่ภูเก็ต เก๋บอกว่า “ก่อนที่จะถูกรถชน

ฝันเห็นเด็กสองคน รูปร่างหน้าตาคล้าย ๆ ลูกเกราะมาชวนไปเที่ยว แต่เก๋ปฏิเสธไม่ไปด้วย ลูกเกราะก็คะยั้นคะยอให้ไปด้วยให้ได้ แต่เก๋ก็ยืนยันว่าไม่อยากไป" พอเช้าวันรุ่งขึ้นเอ๋ชวนเก๋ไปสมัครงานเป็นเพื่อน ในขณะที่ทั้งคู่กำลังข้ามถนนก็ถูกรถเก๋งคันหนึ่งที่วิ่งมาด้วยความเร็วสูงพุ่งชนเข้าอย่างจัง หลังจากถูกรถชน เก๋และเพื่อนได้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลภูเก็ต คนเห็นเหตุการณ์บอกว่าน่าจะคอหักตาย แต่แปลกที่ตามเนื้อตามตัวของเก๋กลับไม่พบบาดแผลและไม่ได้รับการกระทบกระเทือนอะไรเลย แม้ว่าที่ใบหน้าจะมีรอยแผลสีดำเป็นปื้นหลังจากถูกชนใหม่ ๆ เพราะหน้าครูดไปกับถนน แต่แผลก็หายสนิทไม่เหลือร่องรอยเอาไว้เลย หลังจากที่ออกมาจากโรงพยาบาลได้สักระยะหนึ่งและรู้สึกว่าหายดีแล้ว เก๋บอกว่า "มีคนมาเข้าฝันและบอกว่าถ้าเขาไม่มาช่วยก็จะไม่รอดชีวิตมาได้หรอก" คนที่เก๋เห็นในฝันไม่ใช่ลูกเกราะ แต่เป็นผู้ชายแต่งตัวธรรมดาที่เก๋ไม่รู้จักมาก่อน

จะเห็นได้ว่าความเชื่อเรื่องลูกเกราะหรือกุมารทองไม่ใช่ความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม แต่เป็นความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับวิญญาณนิยม ในความเชื่อของคนใต้ ผีลูกเกราะคือ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดแล้วเสียชีวิต ชาวบ้านมักจะเอาไปฝังไว้ใกล้ ๆ บ้าน ซึ่งคนในครอบครัวจะถือกันว่าเด็กทารกนั้นก็เป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเช่นกัน จะมีความรู้สึกผูกพันถึงความเป็นพี่น้อง พ่อแม่จะตระเตรียมข้าวปลาอาหารและเรียกลูกเกราะมาทานข้าว รวมทั้งจะฝากให้ลูกเกราะเฝ้าบ้านหากตนต้องเดินทางไปที่อื่น ถึงแม้ศาสนาอิสลามจะไม่นับถือผีหรือวิญญาณ โดยศรัทธาแต่อัลเลาะห์องค์เดียวเท่านั้น แต่ในชีวิตจริงที่เป็นอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันของชาวบ้าน เรื่องผีหรือวิญญาณต่างก็เป็นสิ่งที่วนเวียนอยู่ในวิถีชีวิตของชาวอิสลามเหมือนกันกับมนุษย์ทั่วทุกมุมโลก ดังคำอธิบายของ สุริยา สมุทคุปต์ และคณะ ในเรื่องทรงเจ้าเข้าผีในฐานะที่เป็น

ปรากฏการณ์ทางจิตวิญญาณในสังคมไทยสมัยใหม่ ที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาหลักซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง

> ทวิลักษณ์ของระบบศาสนาด้วยกล่าวคือ ศาสนาของมนุษย์ทั่วโลกจะมีสองลักษณะที่เป็นส่วนของปรัชญา หรือคัมภีร์ควบคู่กับความเชื่อและพิธีกรรมที่ปรากฏอยู่ในวิถีปฏิบัติของคนในสังคม ในขณะที่ศาสนาในส่วนที่เป็นหลักธรรมที่ปรากฏในคัมภีร์จะมีลักษณะเป็นทางการ และยึดถือหลักการที่อ้างอิงคำสอนขององค์ศาสดาอย่างเคร่งครัด ศาสนาที่ปรากฏอยู่ในความเชื่อ และการประพฤติปฏิบัติของคนทั่วไปมักจะสะท้อนให้เห็นถึงการผสมผสาน การประยุกต์ใช้ การตีความหมายใหม่ และการให้คำอธิบายที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมโลกทัศน์ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของคนในสังคมแห่งหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง[6]

ในศาสนาอิสลามก็เช่นกัน แม้ในคัมภีร์จะบัญญัติไว้ให้นับถือศาสดาพระองค์เดียว แต่ในวิถีชีวิตจริงจะปรากฏความเชื่ออื่นที่ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตประจำวันอย่างมากมาย ลูกเกราะที่เก๋ฝันถึงนั้น เป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดในวิถีชีวิตผ่านปรัมปราคติที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ชีวิตของผู้คนในชุมชน เก๋เคยคิดว่าตนเองเป็นลูกคนโตจวบจนกระทั่งม๊ะบอกว่า เก๋มีพี่ชายคนหนึ่งซึ่งคลอดก่อนกำหนดเมื่ออยู่ในครรภ์ได้เพียง 7 เดือน พี่ชายของเก๋ได้เสียชีวิตไปเมื่อ

---

[6] สุริยา สมุทคุปต์ และคณะ, *ทรงเจ้าเข้าผี: วาทกรรมของลัทธิพิธีและวิกฤติการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2542), หน้า 20.

แรกคลอด เก๋รู้สึกผูกพันกับพี่ชายที่เสียชีวิตไปแม้ว่าตนจะไม่เคยเห็น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะอยากมีพี่ชายมาช่วยเหลือดูแล มีอยู่ครั้งหนึ่งที่เราแวะไปคุยกับเก๋ในขณะที่เก๋กำลังถากหญ้าอยู่ในที่นาข้างบ้าน เก๋พูดกับเราด้วยน้ำเสียงน้อยใจว่า "ถ้าเก๋มีพี่ชายก็คงดีจะได้ช่วยงานป๊ะกับม๊ะได้มากกว่านี้ เก๋คนเดียวช่วยทำอะไรไม่ได้มาก"

อำนาจและความเชื่อเรื่องลูกเกราะที่ปรากฏในวัฒนธรรมอิสลามนั้นตอกย้ำข้อสังเกตของ หลุยส์ โกลอมบ์ (Louis Golomb) ที่ว่า ความเชื่อเรื่องวิญญาณนิยม (Animism) มักจะก้าวข้ามเส้นแบ่งของศาสนาที่เป็นทางการเสมอ[7] โกลอมบ์เชื่อว่า ในสังคมที่มีความเคร่งครัดเกี่ยวกับความคิดความเชื่อทางศาสนาที่เป็นทางการนั้น ผีจะเป็นสัญลักษณ์ที่ผู้ไร้อำนาจใช้เพื่อการแสดงออกซึ่งความคับข้องใจ[8] ในกรณีของเก๋นั้น ลูกเกราะอาจเป็นสัญลักษณ์ที่เก๋ใช้สะท้อนความคับข้องใจ เพราะในชีวิตครอบครัวของเก๋ เมื่อพี่คนโตซึ่งเป็นผู้ชายอันเป็นความหวังของบ้านได้เสียชีวิตลง ป๊ะกับม๊ะจึงทุ่มเททุกสิ่งทุกอย่างไปให้กับชัยซึ่งเป็นลูกคนที่สองและเป็นลูกชายเพียงคนเดียวในบ้าน ป๊ะกับม๊ะอนุญาตให้ชัยสามารถทำได้ทุกเรื่อง อยากจะไปไหนก็ได้ไป แต่กับเก๋ซึ่งมีสถานะเป็นลูกสาวกลับไม่เป็นอย่างนั้น เก๋จึงอาจจะมีความคับข้องใจกับสถานะความเป็นพี่ของตนที่จะต้องคอยดูแลรับผิดชอบทุกเรื่องภายในบ้าน และน้อยครั้งมากที่จะได้รับอนุญาตให้ไปไหนได้ไกลๆ ความรู้สึกนี้อาจจะฝังลึกและเข้ามาวนเวียนอยู่ในความคิดเสมอ

---

[7] Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand,* pp. 100-120.

[8] Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand,* pp. 230-247.

นอกจากเรื่องลูกเกราะที่ทำให้เก่ต้องถูกรถชนเพราะต้องการให้เก่ไปอยู่ด้วยแล้ว เก่ยังได้รับการปกปักรักษาจากแมวตัวหนึ่งซึ่งคอยดูแลไม่ให้เก่ได้รับภัยอันตรายใดๆ อีกด้วย เมื่อเก่ออกจากโรงพยาบาลหลังจากพักรักษาตัวอยู่ประมาณ 4 วัน ป๊ะกับม๊ะก็ไปรับกลับมาจากภูเก็ตทันที เก่กลับมาบ้านพร้อมกับแมวสีดำตัวหนึ่ง เก่บอกว่า

> เก่ก็ไม่รู้ว่ามันมาจากที่ไหน ตอนแรกมันมาคลอเคลียอยู่กับเก่ในที่ทำงาน เมื่อเก่กลับไปที่หอพักมันก็มาหาแล้วเก่ก็เอาข้าวให้มันกิน หลังจากนั้นมันก็หายไปหลายวัน พยายามตามหาบริเวณใกล้ๆ ก็หาไม่เจอ พอวันที่ออกจากโรงพยาบาล และป๊ะไปรับเก่กลับบ้าน ตอนนั้นจึงอธิษฐานว่า "ถ้าแมวตัวนี้เป็นคู่บุญกับเราจริงให้มันกลับมาหาเรา" พอเก่อธิษฐานเสร็จและยืนนิ่งๆ อยู่สักพักหนึ่ง เมื่อหันหลังกลับไปดูแมวก็มายืนอยู่ข้างหลังนั่นเอง เก่จึงอุ้มแมวตัวนั้นกลับมาเลี้ยงที่บ้าน เป็นแมวเพศเมียสีดำขลับ ตาจะเปลี่ยนสีได้ จึงตั้งชื่อให้ว่า สาวเพชร

หลังจากที่เก่กลับมาอยู่บ้านได้สักพักก็ขออนุญาตม๊ะกับป๊ะไปทำงานในเมืองกระบี่ ฝ่ายม๊ะกับป๊ะก็อนุญาตให้ไปอีกเพราะทนการรบเร้าไม่ไหว ทั้งๆ ที่ใจนั้นรู้สึกเป็นห่วงมากไม่อยากให้ไปเลย เก่ไปทำงานที่กระบี่ได้ไม่กี่วันก็รู้สึกว่าอยู่ไม่ได้และไม่มีความสุข โดยที่ไม่รู้สาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร เก่จะมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัวทั้งวัน ทั้งเจ็บปวดตามตัว ปวดหัว ตัวร้อน แล้วก็ฝันว่าม๊ะกับป๊ะให้กลับบ้าน "แกบอกว่าให้กลับไปอยู่ที่บ้านดีกว่าลูกเหอ" ฝันอยู่แบบนี้ทุกคืน จึงตัดสินใจกลับไปอยู่บ้าน ช่วงที่กลับมาอยู่บ้านคราวนี้เก่เล่าว่า ตัวเองเกือบจะต้องจมน้ำทะเลตาย มีอยู่วันหนึ่งที่ตัวเองไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น เก่เดินไปอย่างไม่รู้สึกตัว พอรู้สึกตัวอีกทีก็พบว่าตัวเองไปยืนอยู่บนก้อนหินก้อนหนึ่งตรงโขดหินบริเวณช่องทางเดินเล็กๆ ออกสู่ทะเลทางด้านตะวันตกของหมู่บ้าน ซึ่งเป็นรอย

เชื่อมระหว่างเขาแนวเหนือใต้ที่ทอดตัวต่อกันอยู่ สุดช่องทางเดินนี้จะเป็นกลุ่มโขดหินขนาดใหญ่ตั้งกั้นกลางอยู่บนแนวชายหาด ช่วงนั้นเป็นเวลาที่น้ำทะเลกำลังขึ้นอย่างรวดเร็ว เก๋ไม่สามารถจะลงมาจากก้อนหินนั้นได้เพราะน้ำเพิ่มสูงขึ้นมากและคลื่นก็ซัดมาค่อนข้างแรง แต่โชคดีที่มีคนมาหาปลาแถวชายหาดกำลังเดินกลับหมู่บ้านพอดี เขาจึงไปเรียกคนอื่น ๆ มาช่วยเก๋ได้ทันเวลา

ช่องทางเดินที่เก๋ไปติดอยู่ตรงโขดหินเป็นช่องทางเดินโบราณที่เรียกกันว่า "ช่องพลี" ชาวบ้านที่นี่เชื่อกันว่า ไม่ควรใช้ทางนี้เดินไปชายหาดในช่วงเย็นเพราะเป็นทางผีเดิน และบริเวณโขดหินขนาดใหญ่นั้นก็เชื่อกันว่ามีผีอยู่ไม่ควรจะไปทำกิจกรรมใดที่เป็นการลบหลู่สถานที่แห่งนั้น ชาวบ้านรุ่นคนเฒ่าคนแก่เชื่อว่า การที่หมู่บ้านเกาะน้อยไม่โดนทหารญี่ปุ่นบุกเข้ามาในช่วงสงครามโลกครั้งที่สองเป็นเพราะสิ่งศักดิ์สิทธิ์บริเวณนี้ช่วยบังตาไว้ไม่ให้มองเห็นหมู่บ้าน หลังจากที่เก๋ประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าว ทุกคนในบ้านก็ช่วยกันดูแลเก๋อย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น เพราะกลัวว่าจะเดินไปไหน ๆ โดยที่ไม่มีใครรู้เห็นและอาจจะเกิดอันตรายได้

พอกลับมาจากกระบี่ได้สักระยะหนึ่ง เก๋ก็ไปทำงานที่ภูเก็ตอีกโดยไม่ฟังคำทัดทานของป๊ะกับม๊ะ ก่อนที่จะไปภูเก็ตในครั้งที่สองนี้ เก๋ฝันว่า

> มีผู้หญิงกับผู้ชายคู่หนึ่งมาบอกว่าพวกเขาเป็นม๊ะกับป๊ะของเก๋ แต่เก๋บอกว่าไม่รู้จักไม่เคยเห็นมาก่อน เขามาบอกว่าเก๋เป็นลูกของเขา เขาตามหามา 20 ปีแล้ว แต่ในฝันเก๋ก็โต้กลับไปว่า "พวกสูไม่ใช่ป๊ะกับม๊ะของฉัน ฉันมีป๊ะกับม๊ะอยู่แล้ว" แต่ชายหญิงคู่นั้นก็ยังบอกว่า "จะไม่ใช่ได้อย่างไร เขาจำสิ่งที่เขาทำเครื่องหมายที่ข้างหูได้" พอมาดูที่หูก็ปรากฏว่ามีรอยหมายไว้จริงคล้าย ๆ รอยเข็มจิ้มเอาไว้ แล้วเขายังบอกว่าถ้าอยากรู้

อะไรจริง ๆ ให้ไปทางด้านทิศตะวันตก [ภูเก็ต] แต่ตอนนั้นยังไม่เล่าความฝันนี้ให้ใครฟัง และความคิดของเก๋หลังจากที่ตื่นมาก็ยังไม่ปักใจเชื่อเสียทั้งหมดว่าคนในความฝันอาจจะเป็นพ่อแม่ในอดีตชาติ เพราะเก๋รู้สึกว่าในฝันนั้น เขาทั้งสองคนยังมีชีวิตอยู่จริง ๆ และยังไม่ตาย

จากลูกเกราะ แมวศักดิ์สิทธิ์ ผีช่องพลี ถึงตอนนี้เก๋กำลังพูดถึงเรื่องกรรมเก่าและพ่อแม่แต่ชาติปางก่อน ซึ่งกรรมเก่าและการเวียนว่ายตายเกิดนี้ดูเหมือนจะมีรากฐานทางจักรวาลวิทยาที่แตกต่างไปอย่างสิ้นเชิงจากจักรวาลวิทยาแบบอิสลาม แต่ทั้งเรื่องกรรมเก่าและชาติปางก่อนนี้ยังเป็นที่เชื่อถือกันในชุมชนเกาะน้อยแห่งนี้ ม๊ะของเก๋เล่าถึงความเชื่อเกี่ยวกับคนตายแล้วเกิดใหม่ซึ่งมีเรื่องที่เล่าต่อ ๆ กันมาตั้งแต่ครั้งโบราณกาลว่า มีเด็กคนหนึ่งเอาลูกสะบ้าฝังไว้ใต้บันได หลังจากที่ตายไปแล้วแม่ของเด็กคนนั้นก็ตั้งท้องอีกครั้งหนึ่ง เด็กที่คลอดออกมาบอกว่าจำได้ว่าตัวเองฝังลูกสะบ้าไว้ใต้บันได เมื่อไปขุดที่ใต้บันไดบ้านดูก็พบว่ามีลูกสะบ้าจริงตามที่เด็กบอก

ราวกับคำบอกของพ่อแม่ในฝันจะมีพลังอำนาจบางอย่าง เก๋ได้เดินทางไปทิศตะวันตกจริง ๆ เพราะเก๋ได้ไปทำงานที่ภูเก็ต แต่อยู่ภูเก็ตไม่นานก็ล้มป่วย เก๋บอกว่า ตอนที่อยู่ภูเก็ตรู้สึกเหมือนกับว่าจะมีใครจะมาเอาตัวเองไปเป็นทายาท จะพูดกับตัวเองบ่อย ๆ เสียงพูดก็เปลี่ยนไป มีกลิ่นตัวเหม็น เหมือนมีคนมาสิง จนคนไม่กล้าเข้าใกล้ บางวันเพื่อนกับพี่ที่อยู่ด้วยเขาก็รู้สึกกลัว เขาบอกกับเก๋ว่าบางวันหน้าตาสวย บางวันจะซีดเหมือนไม่มีเลือด เวลาที่เขามองแล้วเขาจะรู้สึกกลัว และเก๋มักพูดอะไรออกมาแปลก ๆ ถ้าเกิดไปพูดทักใคร ๆ สิ่งที่พูดทักเขาก็จะเป็นจริงขึ้นมาเสมอ อยู่ภูเก็ตได้ 2 เดือน เก๋ก็เป็นลมหมดสติอีก หลังจากที่ฟื้นแล้วเก๋กลับมารักษาตัวอยู่ที่บ้านประมาณ 10 วัน

โดยกลับมารักษากับบังเหม ลูกของป๊ะเฉมผู้ซึ่งเป็นพี่ชายของแม่ และเป็นหมอยาและหมอไสยศาสตร์ประจำหมู่บ้าน เนื่องจากตอนนี้ป๊ะเฉมอายุมากขึ้น จึงทำพิธีทางไสยศาสตร์ไม่ค่อยไหว ลูกชายคนนี้จึงเป็นผู้สืบทอดวิชาต่อมา แล้วแต่งงานมีครอบครัวไปอยู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง แต่คนที่เกาะน้อยก็ยังไปใช้บริการอยู่เสมอ

บังเหมใช้วิธีดูหมอตามแบบไสยศาสตร์ ด้วยการใช้ไข่ ด้าย เทียน ข้าวสารซาวขมิ้น และใช้ปลาเป็นเครื่องเซ่น เมื่อหมอเข้าทรงแล้วบังเหมก็มีบุคลิกเปลี่ยนไป ทั้งท่าทางและภาษา แกพูดออกเป็นทั้งภาษาจีนและแขกอาหรับ และในที่สุดแกก็ทายว่า เก๋ถูกของ หรือถูกทำเสน่ห์นั่นเอง มีคนที่เขาจะเอาเก๋ไปอยู่ด้วย แต่เก๋ไม่เล่นด้วย เขาจึงเอาของมาทำ เอาน้ำมันพรายมาทาที่ผมโดยที่ไม่รู้ตัว อาจจะถูกทำตอนที่ทำงานอยู่ที่กระบี่ เมื่อหมอรู้ว่าเก๋ถูกของจึงทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ โดยการให้เก๋นอนลงแล้วทำพิธีเรียกวิญญาณที่สิงอยู่ในร่างเก๋ให้ออกไปและบอกให้กลับไปที่เดิมที่เคยอยู่ หลังจากนั้นจึงทำน้ำสะเดาะเคราะห์ให้ และเอาใบเฉียงพร้ามาช่วยปัดรังควาน

สำหรับตัวเก๋เองไม่แน่ใจว่าถูกทำของมาจากที่ไหน เก๋บอกว่าตอนที่ไปทำงานที่ภูเก็ตและกระบี่มีหนุ่มหลายคนที่มาสนใจเก๋ แต่เก๋ไม่ได้สนใจหรือตอบรับด้วยเลย ส่วนเอ๋ซึ่งโดนรถชนพร้อมๆ กัน อาจเป็นเพราะเอ๋ชอบมาจับเนื้อตัวของเก๋ มักจะเข้ามาดึงผม จับผมของเก๋เล่นเป็นประจำ จึงโชคร้ายไปด้วย เวลาที่มีอาการจะมีความรู้สึกเหมือนๆ กันและมีอาการคล้ายๆ กัน ทั้งๆ ที่ไม่รู้สึกตัว เช่น พอเก๋รู้สึกง่วง เอ๋ก็จะรู้สึกง่วงไปด้วย หรือได้ยินเสียงคล้ายๆ มีคนเรียกเหมือนกัน ซึ่งแม้ว่าเอ๋เป็นคนเชื้อสายจีนและที่คอได้ห้อยพระจีนอยู่ด้วย แต่หลังจากถูกรถชนก็มาทำพิธีสะเดาะเคราะห์กับบังเหมพร้อมกับเก๋ด้วย หลังจากทำพิธีแบบอิสลามแล้ว บังเหมก็แนะนำให้เอ๋ไปหาพระให้รดน้ำมนต์ให้อีกครั้งหนึ่งด้วยเพื่อความสบายใจ

หลังจากที่รักษากับบังเหมแล้ว เก๋ยังไปรักษากับหมออีกคนหนึ่ง คือ *โต๊ะยี* [9] ซึ่งเป็นคนที่เคยไปเมืองเมกกะมาแล้ว เขารักษาตามเดาะอาในคัมภีร์อัลกุรอานและให้เก๋ทำละหมาดไปพร้อมๆ กันด้วย พิธีเริ่มด้วยการที่โต๊ะยี "บัง" (สวด) เก๋จะเริ่มมองเห็นภาพเหมือนตอนที่ฝัน เป็นภาพต้นไม้ขนาดใหญ่ แล้วก็แตกขยายกิ่งก้านสาขาออกไปรอบๆ อย่างรวดเร็ว แล้วก็มีฟ้าผ่าลงมาในทันที ต้นไม้ก็เหี่ยวเฉาลงคล้ายต้นไม้ตาย ซึ่งภาพที่เห็นในขณะที่ทำพิธีนั้น เก๋เคยฝันและเขียนภาพนั้นเก็บไว้มาก่อน จึงเอาไปให้โต๊ะยีด้วยระหว่างการทำพิธี มันเป็นภาพต้นโพธิ์ขนาดใหญ่ มีเส้นทางในอดีต เส้นทางอนาคต เส้นทางปัจจุบัน ในแต่ละเส้นทางจะเขียนประวัติตัวเองเอาไว้ด้วย แต่ลายมือที่ออกมาจะไม่เหมือนกับลายมือของเก๋ คำที่ใช้เขียนจะเป็นภาษาโบราณ มีคำว่าเจ้าคะหรือเจ้าค่ะ ลงท้ายเกือบทุกประโยค มีประโยคหนึ่งที่เขียนว่า "ข้าจะดูแลอีเก๋เป็นอย่างดีเจ้าค่ะ"

หลังจากที่ทำพิธีและเล่าเรื่องทั้งหมดให้โต๊ะยีฟัง เขาก็บอกว่า "ไม่มีอะไรแล้ว มันจบแล้ว" ส่วนม๊ะยังปักใจเชื่อว่าต้นโพธิ์ในภาพนั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตของเก๋ทั้งหมด แต่เก๋ก็ไม่เคยเห็นว่าต้นโพธิ์ต้นนั้นอยู่ที่ไหน และก่อนที่เก๋จะวาดภาพต้นโพธิ์ออกมาก็เคยฝันประหลาดมาก่อน ฝันว่าไปที่ไหนสักแห่งหนึ่ง ที่นั่นมีต้นไม้จำนวนมาก สิ่งแรกที่พบเป็นบ้านหลังใหญ่ แต่พอเข้าไปในบ้านจะเจอแต่ต้นไม้ และมีบ้านที่สร้างอยู่บนต้นไม้ด้วย แล้วมีผู้หญิงคนหนึ่งจะให้ลูกแก้ว 1 ลูก และแมว 1 ตัว แกว่าเพราะเก๋ไปเยี่ยมบ้านของแก แกไม่มีอะไร

---

[9] ในวัฒนธรรมอิสลามให้ความนับถือกับคนที่เคยไปเมกกะมาแล้วอย่างมาก จนต้องเปลี่ยนคำเรียกเพื่อให้ความสำคัญนั้นว่า โต๊ะยี หรือ หะหยี ที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนสถานะ

จะให้จึงให้ของนี้มาไว้เป็นที่ระลึกโดยให้เก่เลือกเอามา เก่จึงเลือกแมวและคิดว่าเป็นแมวตัวเดียวกันกับที่เก่เอามันมาจากภูเก็ตด้วย

จากกรรมเก่ามาเสน่ห์ยาแฝด เก่วนกลับมาหาโต๊ะยี หมอผีที่อาศัยคัมภีร์อัลกุรอานกับการละหมาด แต่การผจญภัยในโลกแห่งอำนาจศักดิ์สิทธิ์ของเก่มิได้สิ้นสุดแค่นี้ เมื่อเก่กลับไปทำงานที่ภูเก็ตอีกครั้ง เก่ยังฝันแปลก ๆ เกือบทุกคืน มีอยู่วันหนึ่งเก่เผลอนอนหลับในช่วงกลางวัน ในขณะที่กำลังนั่งดูรายการทีวี แล้วจู่ ๆ ภาพในทีวีที่เก่กำลังดูก็กลายเป็นป่ารก เก่บอกว่ามันคล้ายกับอยู่ในนรกและรู้สึกคลับคล้ายคลับคลาทั้งจริงบ้างไม่จริงบ้าง เก่เห็นตัวเองถูกจับใส่ชุดสีแดงกำลังเดินทางไปที่ไหนสักแห่งหนึ่ง หลังจากนั้นจะเห็นคนที่มีหน้าตาเหมือนคนจีนหน้าใหญ่มีแต่ส่วนหัวลอยขึ้น-ลงขวางทางอยู่ ซึ่งเก่จะต้องเดินผ่านตรงนั้นไป พอเดินผ่านผู้ชายคนนั้น เขาถามเก่ว่า "ลูกมาทำไม" แล้วก็มีผู้หญิงคนหนึ่งออกมาใส่ชุดแบบจีนสีขาวพร้อมกับอีกสองคนยืนอยู่ข้าง ๆ ด้วยคล้ายองครักษ์ ผู้ชายคนนั้นก็ถามผู้หญิงที่ใส่ชุดสีขาวว่า "ให้ลูกมาทำอะไร เอาลูกมาทำอะไร" ผู้หญิงก็ถามกลับไปว่า "ก็ต้องการพบไม่ใช่หรือ" ผู้ชายก็บอกว่า "ให้พาลูกไปส่ง" แกไม่ต้องการ แต่ให้ยึดสองคนนั้นไว้ คือสองคนที่ยืนเคียงข้างผู้หญิงชุดจีน แกบอกว่าแกจะยึดสองคนนี้ไว้ ฝ่ายผู้หญิงก็บอกว่าจะยึดตัวไว้ทำอะไร แกบอกว่า "ไม่ต้องมาถามมาก พาลูกไปส่งก็พอแล้ว" หลังจากนั้นจึงตื่นขึ้นมา

เมื่อเก่ไปเล่าเรื่องความฝันครั้งนี้ให้เจ๊เจ้าของหอที่มีเชื้อสายจีนฟัง แกก็เลยพาเก่ไปดูรูปปั้นที่แกนับถือ แล้วถามเก่ว่า "หน้าตาเป็นแบบนี้หรือเปล่า" เมื่อเก่ดูที่รูปปั้นปรากฏว่าเหมือนในความฝันตัวเองมาก รวมทั้งการแต่งชุดก็ดูคล้ายคลึงกันมาก ก่อนหน้านี้เก่บอกว่าไม่เคยรู้ว่ามีสิ่งเหล่านี้อยู่หน้าหอพัก ตัวเองแค่เดินผ่านแต่ไม่เคยสังเกต รูปผู้หญิงที่แกให้ดูนั้นเป็นเจ้าแม่

กวนอิมซึ่งมีหน้าตาและการแต่งกายเหมือนกับผู้หญิงในความฝันของเก๋ เมื่อเจ๊เจ้าของหอฟังเรื่องที่เก๋ฝันจบก็บอกว่า เจ้าแม่กวนอิมจะลงมาโปรด

เมื่อทำงานที่ภูเก็ตต่อไปได้อีกสักระยะ เก๋ก็ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป เพราะความฝันเข้ามารบกวนจิตใจมาก จึงกลับมาอยู่บ้านและไม่ได้ออกไปทำงานข้างนอกอีกเลย หลังจากกลับมาอยู่บ้านแล้วก็ยังมีความฝันแปลกๆ อยู่เกือบจะทุกคืน จนเก๋ไม่อยากจะฝันอีกแล้วเพราะว่าฝันทีไรจะเป็นจริงทุกครั้ง ทั้งๆ ที่ก่อนนอนก็ไม่เคยกังวลไปก่อนว่าจะฝันอีก

หากเก๋เป็นผลผลิตของการเผชิญหน้ากันของวัฒนธรรมสองกระแส ความเชื่อและอำนาจศักดิ์สิทธิ์ที่บงการชีวิตของเก๋อยู่นี้ สะท้อนถึงการผสมผสานความเชื่อทางศาสนาที่คละเคล้ากันอยู่ในวิถีชีวิตของชุมชนชาติพันธุ์มุสลิม นอกเหนือจากความเป็นทางการของศาสนาอิสลามแล้ว ดูเหมือนว่าความคิดความเชื่อที่ไม่ใช่มุสลิมจะแทรกซึมอยู่ในวิถีชุมชน ทั้งความศรัทธาความเชื่อแบบวิญญาณนิยมดั้งเดิมและความเชื่อใหม่ๆ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ของสังคมที่เปิดกว้างมากขึ้น แต่มายาคติที่รับรู้และอธิบายความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมมาเลย์มุสลิมกับไทยพุทธนั้น มักจะถูกทอนลงจนเหลือเป็นคู่ตรงข้ามระหว่างพวกเขากับพวกเรา โดยมิได้เห็นถึงความเหมือนที่อาจจะมีมากกว่า

ความแตกต่างของชาติพันธุ์จึงไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเองจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรมประเพณี ตามที่มักเข้าใจกัน[10] ในกรณีของชุมชนมุสลิมที่กำลัง

---

[10] อมรา พงศาพิชญ์, *วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ วิเคราะห์สังคมในแนวมานุษยวิทยา* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541), หน้า 162-166.

กล่าวถึงอยู่นี้ เราจะเห็นอย่างชัดเจนว่าความแตกต่างทางชาติพันธุ์ระหว่าง "ไทยพุทธ" กับ "มาเลย์มุสลิม" นั้น มิได้อยู่ที่ความเหมือนหรือความต่างของวัฒนธรรมความเชื่อ เพราะดูเหมือนว่าแบบแผนการปฏิบัติที่สะท้อนความเชื่อที่มาจากหลากหลายรากเหง้าทางวัฒนธรรมนั้น มีการแทรกซึมและผสมผสานกันอยู่ภายในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์จนยากที่จะหา "วัฒนธรรมแท้และดั้งเดิม" ที่บริสุทธิ์ได้

การแพทย์กับชาติพันธุ์

การศึกษาด้านมานุษยวิทยาที่สนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับชาติพันธุ์นั้น อาจสืบสาวไปได้ถึงต้นกำเนิดวิชามานุษยวิทยาเลยทีเดียว กลุ่มชาติพันธุ์ที่นักมานุษยวิทยาสนใจศึกษานั้น มักมีระบบวิธีคิดความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงของตนเอง และแตกต่างออกไปจากวัฒนธรรมของนักมานุษยวิทยาเอง การศึกษาเกี่ยวกับชาติพันธุ์และการแพทย์ในยุคแรก ๆ จึงเป็นเรื่องของการพยายามเข้าใจระบบการแพทย์ดั้งเดิมของชนเผ่าต่าง ๆ ต่อจากนั้นเมื่อแนวคิดการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลมากขึ้นจากการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุข ความสนใจศึกษาจึงมุ่งไปที่การค้นหาปัจจัยในเชิงชาติพันธุ์ว่ามีผลอย่างไรต่อความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติสุขภาพในแต่ละกลุ่ม มานุษยวิทยาการแพทย์จึงให้ความสำคัญกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผน อัตราการป่วยและการตายในกลุ่มชาติพันธุ์ตลอดจนพฤติกรรมการแสวงหาบริการที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไปของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์[11] อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาในแนวนี้ได้รับอิทธิพลอย่าง

---

[11] Irving Zola, "Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's

สำคัญจากแนวคิดทางระบาดวิทยา จึงทำให้มักเน้นโรคหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค เช่น การดื่มเหล้าในกลุ่มชาติพันธุ์[12] พฤติกรรมการบริโภค โรคเกี่ยวกับวัฒนธรรมท้องถิ่น[13]

แม้ว่าการศึกษาในแนวทางนี้จะช่วยระบุถึงปัญหาความเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งๆ ได้ แต่ปัญหาประการหนึ่งที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ การมองว่าปัญหาสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์

Presenting Complaints," *American Sociological Review*, vol. 31 (1966): 615-630, และ M. Zborowski, "Cultural Components in Response to Pain," *Journal of Social Issues*, vol. 8 no. 4 (1952): 16-30.

[12] G. Knupfer and R. Room, "Drinking Patterns and Attitudes of Irish, Jewish and White Protestant Amercan man," *Q.J. Studies Alcohol*, vol. 28 (1967): 676-699, และ S.J. Kunitz and J.E. Levy, "Navajos," in *Ethicity and Medical Care*, edited by Alan Harwood (Cambridge: Harvard University Press, 1981), pp. 337-396.

[13] A. Rubel, "The Epidemiology of Folk Illness: Susto in Hispanic America," in *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*, edited by David Landy (New York: Macmillian, 1977), pp. 119-128; S. Weller and et al., "An Epidemiological Description of a Folk Illness: A Study of Empacho in Guatemala," in *Anthropological Approaches to the Study Of Ethnomedicine*, edited By M. Nichter (Gordon and Breach Science Publisher, 1992), และ R. Simon & C. Hughes, *The Culture-Bound Syndromes: folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest* (Dordrecht & Boston: D. Reidel Publishing Company, 1985).

เกิดจากลักษณะทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์นั้น อาจเป็นการกลบเกลื่อนมูลเหตุหรือปัจจัยอื่นๆ ของปัญหาด้วยการกล่าวโทษอย่างเหมารวมว่า สาเหตุของปัญหาสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์นั้น แท้จริงแล้วก็เกิดจากวัฒนธรรมของคนพวกนั้นนั่นเอง ซึ่งการกล่าวโทษอย่างเหมารวมนี้ดูจะเป็นวิธีที่ยอมรับได้ง่ายโดยเฉพาะเมื่อใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งไม่ใช่ "พวกเรา" การศึกษาในลักษณะเช่นนี้จึงอาจเป็นการตอกย้ำภาพลักษณ์แบบเหมารวม (stereotype) และเป็นการแบ่ง "พวกเขา" ที่มีพฤติกรรมแปลกๆ ไม่สมเหตุสมผลออกจาก "พวกเรา" ซึ่งเป็นฝ่ายปกติ และโดยเหตุที่มันเป็นพฤติกรรมแปลกๆ ของพวกเขาเอง จึงไม่ใช่ธุระกงการอะไรของพวกเราที่ต้องเดือดร้อนไปช่วยแก้ไข เพราะพวกเขาเองนั่นแหละที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขตัวเอง

วาทกรรมการพัฒนาสาธารณสุขในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ มักจะมีความคิดลักษณะนี้สอดแทรกอยู่มากบ้างน้อยบ้างตามแต่กรณี ในประเทศไทยนั้น ชาติพันธุ์กลายเป็นประเด็นปัญหาในการพัฒนาสาธารณสุขในกลุ่มชาวไทยภูเขาในภาคเหนือและชุมชนมุสลิมในภาคใต้ กล่าวสำหรับชุมชนมุสลิมในภาคใต้นั้น การพัฒนาสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนไทยภาคใต้ถูกมองว่าประสบความล้มเหลวมากกว่าที่อื่นๆ ดัชนีวัดผลการพัฒนาสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นอัตราการฝากครรภ์และทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่ อัตราเพิ่มของประชากร อัตราตายของทารกแรกเกิด รวมทั้งอัตราตายของมารดาหลังคลอดนั้น ล้วนแต่สูงกว่าภาคอื่นๆ

ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผนที่ 8-9 ในส่วนของนโยบายที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข มีการระบุเกี่ยวกับสถานะของคนไทยภาคใต้ที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ เนื่องจากความแตกต่างในเรื่องศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ เป็นต้น จึงให้จัดไว้

เป็นพื้นที่พิเศษ หรือในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดนราธิวาส ได้เขียนเอาไว้ว่า

> ปัญหาอัตราการเพิ่มของประชากรของจังหวัดนราธิวาสอยู่ในระดับสูง เป็นปัญหาที่เกิดจากข้อจำกัดเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อในศาสนา จึงทำให้การรณรงค์การวางแผนครอบครัวไม่ได้ผลสำเร็จ นอกจากนั้นปัญหานี้ก่อให้เกิดผลกระทบถึงสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก ทำให้เด็กที่เกิดมาในช่วงอายุ 0–5 ปี มีโอกาสอยู่ในภาวะทุพโภชนาการสูง (ขาดสารอาหาร) และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก วัณโรค ฯลฯ ไม่ทั่วถึง นอกจากนั้นยังทำให้ประชากรในกลุ่มวัยเด็กสูง ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมด้านอื่น ๆ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจตามมาอีกด้วย[14]

เช่นเดียวกับปัญหาแม่และเด็กที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดในเขต 12 โดยเฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามนั้น ราชการสาธารณสุขยังคงมองว่าเป็นปัญหาที่มาจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่มีความเชื่อแบบดั้งเดิมอยู่ รวมทั้งปัญหาในการสื่อสาร ทำให้การแก้ไขปัญหาแม่และเด็กค่อนข้างยากกว่าภูมิภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้บริการฝากครรภ์และการคลอดซึ่งถูกระบุว่า

---

[14] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, "แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดนราธิวาส," (เอกสารอัดสำเนา, 2537), หน้า 24-26.

> การผดุงครรภ์โบราณ ผู้ทำคลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถแยกปัจจัยเสี่ยงได้ แต่พยายามจะทำคลอด เมื่อสุดวิสัยจึงส่งต่อ ทำให้แม่มีอัตราเสี่ยงสูง... มารดาบางส่วนยังนิยมใช้บริการฝากครรภ์และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ พบว่า อัตราการทำคลอดผดุงครรภ์โบราณ ในจังหวัดปัตตานี นราธิวาส และยะลา ร้อยละ 40.7, 35.6 และ 18.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากมารดาตายในปี 2545 ของ 5 จังหวัดชายแดน จำนวน 32 คน มีมารดาที่คลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณและตาย 9 คน ส่วนที่เหลือ 23 คน แม้จะตายที่สถานบริการสาธารณสุข แต่ได้ผ่านการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณมาก่อน ซึ่งจะมาสถานบริการและโรงพยาบาลเมื่อคลอดไม่ได้จริง ๆ และมักจะอยู่ในภาวะวิกฤตแล้ว[15]

นอกจากนั้นในเอกสารล่าสุดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับนโยบายและตัวชี้วัดงานของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2546 และความพยายามในการขออนุมัติโครงการเพื่อลดอัตราป่วยและตายของแม่และเด็กใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ หลังจากที่มีรายงานข้อมูลในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีที่จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 22-23 มกราคม พ.ศ. 2546 พบว่า

> ข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กของ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีอัตราตายของแม่และเด็ก ยังมีอัตราสูงเมื่อเทียบกับเขตอื่นหรือประเทศ...ทั้งนี้ส่วนสำคัญจะพบว่าประชาชนจำนวนมากยังนิยมคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ทำให้เมื่อเกิดปัญหาตก

---

[15] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, "แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดนราธิวาส," หน้า 24-26.

เลือด จะมาโรงพยาบาลไม่ทัน เพราะการตกเลือดเป็นภาวะเร่งด่วน [emergency] ที่จะต้องให้การช่วยทันทีที่สถานบริการ นอกจากนี้ การทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณที่ขาดความรู้ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตกเลือดด้วย จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2545 จังหวัดสตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณถึงร้อยละ 10, 41, 18 และ 36 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นการคลอดที่เสี่ยง แต่อย่างไรก็ตาม ประชาชนก็ยังนิยม แม้ว่าจังหวัดทั้ง 5 จะได้พยายามประชาสัมพันธ์หรือสร้างแรงจูงใจให้มาคลอดยังโรงพยาบาล[16]

ปัญหาดังกล่าวถูกมองว่าอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมความเชื่อ และการดื้อดึงยึดมั่นอยู่กับความคิดและประเพณีดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมเป็นหลัก แม้ว่าทั้ง 5 จังหวัด จะได้พยายามประชาสัมพันธ์หรือสร้างแรงจูงใจให้มาคลอดยังโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่ช่วยอะไรมาก เพราะแท้ที่จริงแล้วปัญหาไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาล แต่การที่ชาวมุสลิมไม่มาใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ น่าจะเกิดจากการที่ราชการ สาธารณสุขไม่รับรู้และทำความเข้าใจในวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิมมากกว่า เพราะจากการศึกษาของ ขวัญชัย เกิดบางนอน[17] พบว่า การที่หญิงมุสลิมในจังหวัดระนองเลือกที่จะคลอดกับหมอ

---

[16] กรมอนามัย, "นโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดงาน ของกรมอนามัย ปี 2546 และโครงการเพื่อลดอัตราป่วยและตายของแม่และเด็กใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล จังหวัดยะลา," (เอกสารอัดสำเนา, 2546), หน้า 2.

[17] ขวัญชัย เกิดบางนอน, "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณชาวมุสลิมในงานอนามัยแม่และเด็ก: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดระนอง," (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542).

ตำแย ก็เนื่องด้วยเหตุผลทางวัฒนธรรมที่ทำให้พวกเขารู้สึกอบอุ่นด้วยผู้คนที่รู้จักและคุ้นเคย ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับการคลอดที่โรงพยาบาล

ในส่วนที่ 2 นี้ เราจะได้พิจารณาถึงวัฒนธรรมสุขภาพในชุมชน เพื่อสำรวจดูว่าชุมชนมุสลิมที่เราศึกษานี้ มีลักษณะที่บ่งชี้ถึงการต่อต้านขัดขืนหรือการปฏิเสธการแพทย์ที่ขัดแย้งกับหลักความเชื่อของมุสลิมหรือไม่ โดยจะได้วิเคราะห์จากความเจ็บป่วยของ *มะ๊สาย* หญิงชรามุสลิมที่เราได้พบในหมู่บ้านเกาะน้อย

"มะ๊สาย" กับรูปธรรมความเป็นพหุลักษณ์ทางการแพทย์ในชุมชนมุสลิม

มะ๊สาย ในวัย 60 กว่าๆ เป็นผู้หญิงผอมบาง ร่างเล็ก เวลาที่ผ่านไปทางบ้านของแก มักจะเห็นแกนั่งสานเสื่อปาหนันอยู่บนสนามหญ้าใต้ร่มต้นมะพร้าวข้างบ้านอยู่เสมอ เคียงข้างกับแกที่นั่งสานเสื่อด้วยกันคือ *โต๊ะมา* ผู้เป็นแม่ของสามี นอกจากแกจะนั่งสานเสื่อแล้ว บางครั้งแกก็ยังพาร่างอันบอบบางของแกหอบใบเตยที่ *ปะ๊เสน* สามีของแกตัดมาให้ นำไปตากที่สนามหญ้าทุกเช้าและจะเก็บในตอนเย็น เพื่อมารวบรวมไว้สำหรับสานเสื่อผืนต่อๆ ไป ถ้าใครผ่านไปแวะคุยด้วย แกก็จะคุยและหัวเราะด้วยเสียงอันดังเสมอ ตอนเย็นๆ มักจะมีคนรุ่นราวคราวเดียวกันมาร่วมวงคุยกัน ด้วยฝีมือในการสานเสื่อปาหนันที่มะ๊สายได้รับการถ่ายทอดมาจากแม่ของแกเอง และอัธยาศัยที่ดีต่อเพื่อนบ้านของแก แกจึงได้รับมอบหมายให้เป็นประธานกลุ่มทอเสื่อ และเป็นครูสอนการทอเสื่อให้กับกลุ่มแม่บ้านที่ทางราชการมาจัดตั้งขึ้น

ภาพของมะ๊ที่กระตือรือร้นทำงานอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยนี้ ทำให้คิดว่าแกยังแข็งแรงดีไม่เจ็บไม่ไข้ แต่ความจริงแกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมา

นานถึง 7 ปี และนอกจากเป็นโรคเบาหวานแล้ว แกยังเป็นโรคหัวใจและโรคโลหิตจางอีกด้วย

เมื่อม๊ะสายเริ่มป่วยเป็นโรคหัวใจ แกมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย และตกใจง่าย ต่อมามีหมอยาสมุนไพรจากอีสานมาเที่ยวรักษาผู้ป่วยตามบ้าน หมอคนนี้เป็นผู้หญิง ในระหว่างการรักษาจะมาอาศัยอยู่ที่บ้านด้วย โดยการรักษาจะใช้ทั้งการดูลายมือเพื่อวินิจฉัยโรค ผสมยาสมุนไพรต้มให้อาบ และยังทำยาเม็ดสมุนไพรให้กินด้วย หมอบอกม๊ะสายว่าเป็นโรคเบาหวาน การที่หมอมาอยู่ด้วยและให้การรักษานี้ ม๊ะสายบอกว่าแกต้องจ่ายเงินให้ไปก่อนราว 3,000 บาท ครั้นเมื่ออาการดีขึ้น หมอสมุนไพรก็บอกว่าจะเด็ดพิษให้ แต่จะต้องเสียค่าเด็ดพิษ 3,000 บาท คืนนั้นม๊ะสายอาการกำเริบขึ้น รู้สึกร้อนข้างใน กระวนกระวายและพูดเสียงดังคล้ายกับถูกเข้าทรง หมอสมุนไพรคนนั้นตกใจมากจึงวิ่งหนีไปด้วยความกลัวและออกไปจากหมู่บ้าน ไม่กลับมาให้เห็นอีกเลย ป๊ะเสนผู้เป็นสามีบอกว่า ม๊ะมีอาการเหมือนคนที่ถือของอะไรสักอย่างแล้วมาเข้าทรงจึงทำให้มีอาการอย่างนั้น

งานศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์หลายชิ้น ได้แสดงให้เห็นถึงการที่สังคมหนึ่งมักมีทัศนะต่อกลุ่มชาติพันธุ์อื่น โดยเฉพาะชนกลุ่มน้อยที่มีวัฒนธรรมแบบพื้นบ้านที่ห่างไกลว่าเป็นพวกที่มีความรู้และอำนาจลึกลับเกี่ยวกับการรักษาโรค[18] ในกรณีนี้ ม๊ะสายคงอยากให้หมอสมุนไพรจากอีสาน ซึ่ง

---

[18] Michael Taussig, *Shamanism, Colonialism and the Wild Man: A Study of Teror and Healing* (Chicago: University of Chicago Press, 1987), pp. 221-241, และ Louis Golomb, *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand,* pp. 204-211.

แกคิดว่ามีความรู้และอำนาจลึกลับช่วยรักษาแก แต่ในขณะเดียวกัน หมอสมุนไพรเองก็คงจะมีความเกรงกลัวอำนาจลึกลับของมาเลย์มุสลิมหรือผีแขกไม่น้อย ม๊ะสายซึ่งไม่ค่อยมั่นใจกับหมอที่เรียกค่ารักษาพยาบาลแพงอยู่แล้ว จึงต้องหันไปพึ่งการรักษาจากแหล่งสมุนไพรอื่นแทน

ม๊ะสายไปรักษากับหมอบ้านซึ่งเป็นหมอสมุนไพรและหมอสมัยใหม่ตามคลินิกในเมืองเพราะบริการดี ส่วนหมอที่โรงพยาบาลอำเภอ แกไม่เคยไปหา เพราะคนที่เคยไปบอกว่าหมอไม่ค่อยต้อนรับ คุยไม่ค่อยดี ชอบด่า และดูถูกคนไข้ ม๊ะก็เลยไม่กล้าไปใช้บริการไปด้วย หมอบ้านที่ไปรักษาก็มีหมอบ้านที่ อ.จะนะ จ.สงขลา เป็นหมอยาต้มสมุนไพร หมอแม่เจ้า ที่ จ.นครศรีธรรม-ราช เป็นหมอเข้าทรง หมอคลินิกที่ไปหาส่วนใหญ่เป็นหมอคลินิกในตัวอำเภอและในตัวเมือง ม๊ะวนเวียนอยู่กับการรักษาแบบนี้มาเป็นเวลาเกือบ 3 ปี ไม่ว่าใครมาบอกว่ามีหมอดีที่ไหน ก็จะไปทันที โดยมีป๊ะเสนเคียงข้างไปคอยดูแลอยู่เสมอ บางครั้งมีหมอมาขายยาสมุนไพรที่บ้านก็ซื้อเอาไว้ หม้อละ 2,000 บาท ก็ยอมเอา บางครั้งมีหมอยามาจากอีสาน หม้อละ 3,000 บาท ก็เอามาต้มกินเพราะหวังจะให้หาย เป็นอยู่แบบนี้มาตลอด ป๊ะเสนบอกว่าบางครั้งต้องต้มยาด้วยหม้อใบขนาดใหญ่มาก เวลาต้มยาเสร็จแล้วยกไม่ค่อยไหวก็ต้องทำให้เพราะหวังจะให้ผู้เป็นภรรยาหายเร็วๆ ครั้งหลังสุดมีหมอยามาจากตัวจังหวัดกระบี่ เขาเอายามาแล้วก็ต้มให้เรียบร้อย ตั้งแต่นั้นมาม๊ะก็เริ่มปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่เคยมีอาการนี้มาก่อน ม๊ะรู้สึกไม่ดีจึงไม่กล้ากินอีก

แล้วคราวเคราะห์ก็มาซ้ำเติมตัวม๊ะลงไปอีก ทั้งๆ ที่อาการเดิมยังไม่กระเตื้องขึ้นมากนัก มีอยู่วันหนึ่ง ม๊ะจะอุ่นยาต้มสมุนไพรซึ่งเพิ่งได้มาใหม่ ม๊ะก็ลุกขึ้นนั่งยองๆ เพื่อจะยกหม้อยาขึ้นตั้งไฟ ปรากฏว่ามีเสียงกระดูกลั่นไปทั้งตัว

แกประคองตัวไว้ไม่ไหว ทำให้เสียการทรงตัว หงายหลังลงนั่งในทันทีและไม่สามารถเดินไปไหนมาไหนได้ ตอนนั้นเป็นช่วงที่ป๊ะไม่อยู่ ไปธุระข้างนอก แต่ตัวม๊ะคิดว่าคงจะไม่เป็นอะไรมากก็เลยตัดสินใจทำเอง ตั้งแต่วันนั้นมาอาการยิ่งทรุดหนักลงไปอีก ป๊ะจึงตัดสินใจพาม๊ะไปรักษากับหมอบ้านที่ อ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช เอาเงินไป 15,000 บาท เหลือกลับมาบ้านแค่ 500 บาท ไปรักษาเป็นเวลา 1 เดือนกับ 5 วัน หมอที่ไปรักษาเขาเรียกว่า หมอทวด ขณะที่อยู่ในระหว่างการรักษา จะต้องอาศัยอยู่ในบริเวณสถานที่ทำพิธีรักษา จึงยกบ้านอยู่ในที่ของหมอ ใครไปรักษาก็ยกบ้านแบบเดียวกัน วัสดุที่ใช้ทำบ้านอยู่ชั่วคราวก็หาไม้ไผ่และใบจากในบริเวณนั้น ในระหว่างที่รักษาตัวอยู่ที่นั่น ป๊ะจะอยู่เป็นเพื่อนคอยดูแลตลอดเวลา ลูกๆ จะตามไปเยี่ยมเป็นระยะๆ เอาของกินจำพวกข้าวสาร อาหารแห้งไปให้ โดยขั้นตอนการรักษาต้องเข้าพิธีช่วงบ่ายสามของทุกวัน หมอทวดจะทายาสมุนไพรให้ โดยทาตรงบริเวณที่เจ็บ พอถึงเวลาเก้าโมงเช้าก็ล้างออก ระหว่างที่รักษาด้วยการทายา ก็ต้องกินยาต้มและยาเม็ดสมุนไพรคล้ายๆ ลูกกลอนไปด้วย ยาเม็ดละ 7 บาท เวลาเข้าไปเอายาต้องเข้าไปเฉพาะเวลาหมอกำลังทรงอยู่เท่านั้น ป๊ะไปเอายาครั้งหนึ่งๆ ต้องเสียค่ายาครั้งละ 500 –1,500 บาท

สิ่งที่น่าสนใจในกรณีการรักษากับหมอทวดของม๊ะสายก็คือ หมอทวดที่ว่านี้เป็นหมอไทยพุทธซึ่งเป็นร่างทรงหลวงปู่ทวดวัดช้างไห้ เวลาประกอบพิธีกรรมจะมีการกราบไหว้บูชาพระพุทธรูปและการสวดพระพุทธมนต์ แต่ก็ยืดหยุ่นให้กับคนต่างศาสนา ไม่ต้องร่วมพิธีทุกขั้นตอน ม๊ะบอกว่า เวลาเข้าไปทำพิธีเขาจะรู้ว่าใครเป็นพุทธ ใครเป็นอิสลาม ถ้าเราไม่ไหว้พระเขาก็จะไม่ว่าเราเพียงแต่เอายามารักษาเท่านั้น พออยู่สักระยะ ม๊ะก็กลับบ้านโดยที่ลูกๆ ไปรับ ตอนที่ไปรักษาหมอบอกว่าเป็นมะเร็งในเส้นเลือด โดยเขาตรวจด้วยการ

ดูฝ่ามือ แรก ๆ เขาตรวจดูว่าจะรักษาได้ไหม ถ้ารักษาไม่ได้เขาก็ไม่รักษา พอตอนจะกลับบ้าน เขาก็ตรวจดูอีกที โดยให้มัะเปิดเสื้อขึ้นเล็กน้อย แล้วเขาเอานิ้วจี้ดู หมอบอกว่าแม่ของมะเร็งมันตายแล้วและจัดการเอาตัวแม่ออกมา ตัวแม่ของมะเร็งที่ว่านี้มีลักษณะเหมือนแม่เหา แต่ไม่ใช่แม่เหา ขนาดตัวใหญ่เท่าหัวแม่มือเห็นจะได้

ตอนนี้มัะเป็นมา 7 ปีแล้ว ตั้งแต่กลับจากร่อนพิบูลย์ มัะไม่เคยไปหาหมอโรงพยาบาลอีกเลย เพียงแต่มีบางครั้งที่ไปฉีดยาบำรุงเลือดที่สถานีอนามัย ปีนี้มัะอาการดีขึ้นมากและคิดว่าที่ทุเลาขึ้นเป็นเพราะตัวเองไปรักษามาหลายหมอ ตอนนี้กินยาแก้โรคหัวใจอยู่มื้อละครึ่งซีก ได้ยามาจากคลินิกหมอที่ตลาดเก่าในตัวเมืองกระบี่ กินเป็นประจำ 2-3 วันต่อครั้ง แต่ต้องเว้นระยะการกินบ้างเพราะถ้ากินยาติดต่อกันนาน ๆ แล้วจะรู้สึกเฉื่อย ๆ ไม่ค่อยสบายตัว ในปากรู้สึกขม คล้ายไข้เส้น มัะเก็บซองเอาไว้เผื่อยาขาดจะได้ฝากคนอื่นในหมู่บ้านไปเอายาที่หมออีก สำหรับค่ายา ป๊ะบอกว่าบางครั้งลูก ๆ ก็ช่วยบ้าง แล้วก็ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ พอจะมีรายได้มาเสียค่ายา "นี่พูดได้เลยว่ายาที่มัะกินครั้งละ 50-100 บาท เอามาใส่รถรุน [รถเข็น] ได้สัก 1 รถแล้ว เป็นเวลา 7 ปีที่เป็นอยู่อย่างนี้ ป๊ะซื้อรถกระบะได้สัก 1 คันแล้วกับที่เสียค่ารักษาให้กับมัะ"

ในบริบทการพัฒนาของรัฐไทยที่มองว่า การสาธารณสุขของภาคใต้โดยเฉพาะในหมู่กลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมนั้นมีลักษณะที่ล้าหลัง เพราะยึดถือความเชื่อแบบอิสลามอย่างเคร่งครัดและไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม แต่จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกระบวนการแสวงหาการรักษาโรคของมัะสาย ได้แสดงให้เห็นภาพที่ขัดแย้งกับข้อสรุปของราชการสาธารณสุขอย่างสิ้นเชิง มัะสายไม่ได้ใช้บริการของการแพทย์สมัยใหม่มากมายนัก การรักษาโรคหัวใจและเบาหวาน รวมทั้งที่ภายหลังถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

เส้นเลือดของม๊ะสายนั้นแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การรักษาโรคที่มิได้เป็นไปตามคำสอนในศาสนาอิสลาม หรือแม้กระทั่งการรักษากับหมอในศาสนาอื่น เช่น หมอพระที่ในกระบวนการรักษานั้นมีพิธีกรรมการกราบไหว้พระพุทธรูปและการสวดมนต์ ซึ่งหากพิจารณาตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามแล้วจะไม่สามารถรักษาในลักษณะนี้ได้เลย เราจะพบเห็นการเยียวยารักษาโรคที่ก้าวข้ามเส้นแบ่งศาสนาเช่นนี้อยู่เสมอ ทั้งในกรณีนี้และกรณีของเก๋ที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้นแล้ว ชาวบ้านโดยทั่วไปจะอธิบายคล้ายกันว่า ถ้าเป็นการรักษาโรคภัยไข้เจ็บก็ทำได้ทั้งนั้น ไม่มีข้อห้ามกับเรื่องอย่างนี้และไม่ผิดหลักคำสอนด้วย

ป๊ะเฉมซึ่งเป็นหมอยาและหมอไสยศาสตร์ประจำหมู่บ้านเกาะน้อยบอกว่า ถ้าเป็นการละเมิดข้อห้ามบางอย่างเพื่อการรักษาความเจ็บป่วยก็ไม่ถือว่าเป็นบาป สามารถที่จะทำได้ เช่น คนที่เป็นโรคหอบสามารถกินตับตะกวดย่าง[19] ได้ โรคเป็นไข้ตัวพองหรือบวมก็สามารถรักษาให้หายด้วยตัวยาที่มีเหล้าผสมได้ เพราะในกรณีของการรักษาความเจ็บป่วย หลักการทางศาสนาก็อนุญาตให้ใช้เหล้าผสมได้ ทั้งที่โดยปกติแล้วเหล้าเป็นของต้องห้ามตามหลักศาสนาอิสลาม หรือแม้แต่กรณีที่หมออนามัยได้พูดถึงแผนงานการวางแผนครอบครัวในชุมชนเกาะน้อยว่าไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าที่ตั้งไว้ เพราะชาวบ้านไม่นิยมการคุมกำเนิดโดยอธิบายว่า ชาวบ้านถือว่าเป็นการขัดกับหลักศาสนา แต่จากการพูดคุยกับกลุ่มแม่บ้านพบว่าแม่บ้านในกลุ่มอายุไม่เกิน 40 ปีแทบทุกคนเลือกวิธีการคุมกำเนิดแบบใดแบบหนึ่ง เพียงแต่ไม่นิยมไปรับบริการที่สถานีอนามัยและไม่ได้เปิดเผยให้โจ่งแจ้ง เนื่องจากกลัวถูกตำหนิจากคนเฒ่าคนแก่ที่ยังยึดมั่นอยู่ในหลักศาสนา

---

[19] ในอาหารที่ต้องห้ามตามหลักศาสนานั้น ตะกวดถือเป็นสัตว์ชนิดหนึ่งที่ชาวมุสลิมถูกห้ามไม่ให้บริโภคอย่างเด็ดขาด

การวิเคราะห์พหุลักษณ์ทางการแพทย์ในชุมชนมุสลิมนี้ ได้แสดงให้เราเห็นอย่างชัดเจนถึงการปรับเปลี่ยนและการแลกเปลี่ยนระหว่างวัฒนธรรมต่างๆ จนอาจกล่าวได้ว่าในบริบทของสังคมไทยนั้น วัฒนธรรมของกลุ่มชาติ-พันธุ์ที่แยกตัวออกเป็นอิสระโดยไม่มีการปรับตัวหรือการรับเอาแนวคิดจากวัฒนธรรมอื่นๆ นั้น มีอยู่แต่เพียงในจินตนาการของรัฐที่เห็นกลุ่มชาติพันธุ์คนกลุ่มน้อยเป็นวัฒนธรรมสถิตที่ถูกแช่แข็งไว้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ วัฒนธรรมและแบบแผนประเพณีในส่วนที่แตกต่างระหว่าง "พวกเรา" ที่เป็นผู้มีเหตุผล สามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ใหม่ๆ รู้จักแยกแยะระหว่างความเชื่อที่งมงายคร่ำครึกับความทันสมัยที่เป็นวิทยาศาสตร์กับ "พวกเขา" ที่งมงายไร้เหตุผลและต่อต้านความเจริญ ฉะนั้นเราอาจกล่าวได้ว่าจากข้อมูลการศึกษาในชุมชนมุสลิมแห่งนี้ ความคิด ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติของชุมชนที่เราพบเห็น ได้ทำให้เส้นแบ่งระหว่างไทยพุทธกับมาเลย์มุสลิมนั้นกลายเป็นเส้นแบ่งที่เจือจางและบางเบา

ราชการ การพัฒนา และพลวัตแห่งอำนาจ

ปัญหาที่เราต้องพิจารณาก็คือ หากกลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมไม่ได้เป็นปฏิปักษ์กับการเปลี่ยนแปลง และไม่ได้หลับหูหลับตาต่อต้านวัฒนธรรมอื่นแล้วอะไรทำให้ชุมชนมุสลิมโดยทั่วไปไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับแผนงานโครงการด้านการพัฒนาสาธารณสุข จนเป็นผลให้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งหลายของชุมชนมุสลิมในภาคใต้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ในแง่หนึ่งเราจะเห็นได้ว่าชาวมุสลิมไม่ได้ปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่โดยตัวของมันเอง กล่าวคือ การแพทย์สมัยใหม่โดยตัวความรู้และเทคโนโลยีนั้น ไม่ได้เป็นสิ่งที่ชุมชนมุสลิมรังเกียจ

ตรงกันข้าม สิ่งหนึ่งที่ชาวบ้านเรียกร้องเมื่อมีโครงการพระราชดำริเข้ามาในหมู่บ้านเมื่อปี พ.ศ. 2541 ก็คือ การขอมีสถานีอนามัยขึ้นในหมู่บ้านเพื่อที่จะได้พึ่งพาอาศัยในยามเจ็บป่วย ซึ่งแต่เดิมนั้นในหมู่บ้านแห่งนี้จะมีเฉพาะแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เข้ามาตรวจรักษาโรคให้ชาวบ้านปีละ 2 ครั้ง คือเดือนกุมภาพันธ์และกรกฎาคม โดยชาวบ้านจะมาตรวจรักษาหรือรับยาแก้ปวดไว้ใช้ในเวลาเจ็บป่วยอย่างท่วมท้นเสมอ

ปัญหาการพัฒนาสาธารณสุขจึงไม่น่าจะเกิดจากการปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่ หรือการติดยึดกับประเพณีความเชื่อโดยไม่ยอมปรับตัว แต่เราอาจจะต้องมาสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างรัฐชาติกับกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งถูกสร้างผ่านกลไกที่สำคัญคือ ระบบราชการ ดังจะเห็นได้จากกรณีศึกษาข้างต้น ในการไปรับการรักษากับแพทย์สมัยใหม่นั้น หากเลือกได้ชาวบ้านมักนิยมไปรักษาตามคลินิกเอกชนมากกว่าไปโรงพยาบาลรัฐ เพื่อที่จะเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์มุสลิมกับการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุข เราจำเป็นต้องพิจารณาบทบาทของการแพทย์ในบริบททางประวัติศาสตร์การเมืองของท้องถิ่นประกอบด้วย

การแพทย์ อำนาจรัฐ กับการเมืองเรื่องชาติพันธุ์

พระบำราศนราดูรผู้ที่เคยมีบทบาทอย่างสูงในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศมาตั้งแต่สมัยราชาธิปไตยได้บันทึกเอาไว้ว่า

> ในสมัยก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง มีโรงพยาบาลของรัฐบาลแต่ในกรุงเทพฯ ส่วนหัวเมืองมีโรงพยาบาลรัฐอยู่แห่งเดียว คือ ที่จังหวัดระนอง เหตุที่มีโรงพยาบาลเกี่ยวกับทาง

> การเมือง คือ ชาวระนองเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นต้องไปอาศัยโรงพยาบาลวิคตอเรียปอยนท์ [เกาะสอง] ของอังกฤษซึ่งอยู่ตรงกันข้ามกับเมืองระนอง... [ต่อมา] ได้สร้างโรงพยาบาลขึ้นที่จังหวัดปัตตานีอีกแห่งหนึ่ง ภายหลังที่ชาวพื้นเมืองก่อการกำเริบขึ้นและสงบลงแล้ว แต่โรงพยาบาลนี้สร้างขึ้นมาแล้วมิได้เปิดรับรักษาคนเจ็บไข้ เพราะขาดเงินค่าใช้สอยบำรุงโรงพยาบาล ...[20]

บันทึกประวัติการสร้างโรงพยาบาลของรัฐสะท้อนให้เห็นว่า การขยายการบริการทางการแพทย์ไปยังหัวเมืองต่าง ๆ เป็นเรื่องที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการขยายบทบาทของรัฐและการจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ที่อยู่ชายขอบของขัณฑสีมา ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การแพทย์นั้นได้ถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของการสถาปนาความสัมพันธ์ที่จะกวาดเอาผู้คนที่อยู่บริเวณชายขอบเหล่านี้เข้ามาอยู่ภายใต้อาณัติของรัฐ การที่ประชาชนในจังหวัดระนองไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลวิคตอเรียปอยท์ (เกาะสอง) ของอังกฤษซึ่งอยู่ตรงกันข้ามกับเมืองระนอง เป็นการลดทอนความชอบธรรมของรัฐไทยในการปกครองประชาชนในท้องถิ่นนั้น นอกจากนี้ยังมีกรณีของโรงพยาบาลปัตตานีที่สร้างขึ้นหลังเกิดการกำเริบของชาวพื้นเมืองที่เรียกว่า "กบฏพระยาแขกเจ็ดหัวเมือง" การสร้างโรงพยาบาลที่ปัตตานีขึ้น ไม่เพียงแต่เป็นการสร้างคุณประโยชน์และความชอบธรรมในการอ้างอำนาจปกครองเท่านั้น แต่ยังเป็นไปเพื่อให้เห็นถึงการดำรงอยู่ของรัฐไทย การมีโรงพยาบาลจึงกลายเป็นสัญลักษณ์ของการมีอยู่ซึ่งอำนาจรัฐโดยปริยาย

---

[20] พระบำราศนราดูร, บรรณาธิการ, *อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข 15 ปี พ.ศ. 2485-2500* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระจันทร์, 2500), หน้า 40-41.

ทัศนคติของประชาชนในท้องถิ่นที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุข จึงสัมพันธ์และสัมพัทธ์กับพลวัตแห่งอำนาจระหว่างรัฐชาติกับท้องถิ่นนั้น ๆ ประสบการณ์ของท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับรัฐนั้นมักเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบราชการเป็นสำคัญ สำหรับหมู่บ้านเกาะน้อยนี้อาจกล่าวได้ว่าในอดีตที่ผ่านมา ชุมชนได้มีความเกี่ยวข้องกับระบบราชการอย่างจำกัด หมู่บ้านแห่งนี้เป็นหมู่บ้านหนึ่งในไม่กี่แห่งของจังหวัดกระบี่ที่ยังไม่มีทั้งไฟฟ้าน้ำประปา และเพิ่งมีถนนเชื่อมต่อการคมนาคมระหว่างหมู่บ้านกับตัวอำเภอเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมานี้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของชุมชนในการตัดถนนเส้นนี้นี่เองที่จะช่วยสะท้อนถึงพลวัตแห่งอำนาจ และความสัมพันธ์ระหว่างรัฐราชการไทยและชุมชนมุสลิมแห่งนี้ได้เป็นอย่างดี

ถนนสายประวัติศาสตร์

ความจำเป็นในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลในยามที่เจ็บป่วยอย่างหนักหรือกรณีฉุกเฉินเป็นเหตุผลสำคัญในลำดับต้น ๆ ที่ทำให้ชาวบ้านที่นี่ต้องการมีถนนเข้าและออกหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2528 ชาวบ้านที่นี่จึงได้รวมตัวกันขอตัดถนนเข้าหมู่บ้าน โดยทำเรื่องร้องขอส่งไปยังอำเภอหลายครั้ง แต่ก็ไม่มีคำตอบใด ๆ ที่ชัดเจนกลับมาเลยเป็นเวลาเกือบสิบปี เหตุผลที่ทางราชการไม่ยอมเข้ามาตัดถนนนั้น ชาวบ้านคิดว่าอาจเป็นเพราะพื้นที่ที่ชาวบ้านต้องการจะตัดถนนผ่านนั้นอยู่ในบริเวณป่าชายเลนที่เป็นเขตป่าสัมปทานตัดไม้เผาถ่าน ทางราชการจึงไม่อนุญาตให้ตัดถนน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2537 ชาวบ้านโดยการนำของผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบัน (ซึ่งขณะนั้นยังไม่ได้อยู่ในตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน) และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านได้ตามเรื่องไปจนถึงจังหวัดและได้ขอเข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัด หลังจากที่ชี้แจงให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทราบถึงความ

จำเป็นแล้ว ทางจังหวัดจึงส่งเรื่องขอไปยังสำนักงานป่าไม้เขตนครศรีธรรมราช เพื่อขอความเห็นว่า จะสามารถตัดถนนผ่านป่าชายเลนตรงบริเวณดังกล่าวได้หรือไม่ แต่ทางสำนักงานป่าไม้ก็เพียงแต่รับเรื่องเอาไว้ก่อนและบอกว่า จะแจ้งให้ทราบภายหลัง แต่ปรากฏว่าหลังจากที่ชาวบ้านรออยู่เป็นเวลานาน ทางสำนักงานป่าไม้ก็ไม่ได้ให้คำตอบใด ๆ

ล่วงเข้าสู่ปี พ.ศ. 2540 ชาวบ้านทนไม่ไหวจึงติดตามเรื่องไปถึงสำนักงานป่าไม้เขตที่จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่ทางป่าไม้เขตให้คำตอบกับชาวบ้านว่า ทางกรมป่าไม้ไม่อนุมัติเพราะพื้นที่ที่จะตัดถนนผ่านเป็นเขตป่าชายเลนนั้นได้ประกาศเป็นเขตป่าอนุรักษ์ไปแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จึงไม่สามารถอนุญาตสร้างถนนเข้าหมู่บ้านได้ ตัวแทนชาวบ้านจึงบอกกับทางป่าไม้เขตว่า ชาวบ้านอดทนรอไม่ไหวแล้ว หากทางราชการไม่สร้างให้ ชาวบ้านก็จะลงมือทำถนนเข้าหมู่บ้านเอง และเมื่อทางสำนักงานป่าไม้ไม่อนุญาตก็มีผลให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องไม่กล้าเข้าไปทำถนนให้ ชาวบ้านจึงใช้วิธีร่วมกันเรี่ยไรเงินจากทุกครอบครัวในหมู่บ้าน และจากญาติพี่น้องในหมู่บ้านใกล้เคียง รวมทั้งคนข้างนอกที่ชาวบ้านรู้จัก เช่น พวกเถ้าแก่รับซื้อยาง เถ้าแก่นากุ้งที่ว่าจ้างชาวบ้านในหมู่บ้าน และเถ้าแก่สวนปาล์มที่ชาวบ้านรู้จัก ผลปรากฏว่าได้เงินมาทั้งหมดประมาณ 5 หมื่นกว่าบาท[21] จึงเอามาจ้างรถแทรกเตอร์และรถแบคโฮเบิกทาง และได้รถแทรกเตอร์จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดอีกส่วนหนึ่งมาช่วย โดยชาวบ้านใช้

---

[21] การเรี่ยไรเงินทำถนนชี้ให้เห็นเป็นอย่างดีว่า ชาวบ้านมีเครือข่ายความสัมพันธ์กับภายนอกหลายแบบกว่า ความสัมพันธ์ในอดีตที่จะเป็นความสัมพันธ์กันระหว่างหมู่บ้านด้วยกัน เพราะปัจจุบันชาวบ้านยังสามารถสร้างความสัมพันธ์กับพวกนายทุนด้วย ตามลักษณะของชาวบ้านภาคใต้ที่ปรับตัวได้เร็ว

วิธีหลอกว่าให้เอารถมาซ่อมทาง ไม่ใช่บุกเบิกป่าเพื่อสร้างทาง เพราะชาวบ้านทราบดีว่าหากบอกตรง ๆ เขาจะไม่กล้ามาช่วย[22] ส่วนแรงงานชาวบ้านช่วยกันออกแรงกันเองโดยไม่คิดค่าแรง เพื่อช่วยกันถมและเกลี่ยจนถนนเป็นรูปเป็นร่างสามารถใช้สัญจรได้ ใช้เวลาประมาณ 1 เดือนก็แล้วเสร็จ ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2540

ในช่วงที่กำลังทำถนนอยู่นั้น ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่ป่าไม้เขตได้เดินทางมาจับกุมผู้ใหญ่บ้านในข้อหาบุกรุกป่า ผู้ใหญ่บ้านจึงชวนให้ไปที่บ้านก่อน โดยบอกว่าได้จดรายชื่อผู้บุกรุกเอาไว้ทั้งหมดแล้ว จะได้จับไปทั้งหมดเลย เมื่อไปถึงผู้ใหญ่บ้านจึงให้ดูรายชื่อที่จดเอาไว้บนป้ายบริจาคเงินสร้างถนน ซึ่งมีจำนวนประมาณ 200 คน ทางป่าไม้เขตจึงกล่าวหาว่า ผู้ใหญ่บ้านหาทางออกให้ตัวเองด้วยการนำชาวบ้านมาอ้าง แต่ผู้ใหญ่บ้านก็ยืนยันพร้อมกับลูกบ้านจำนวนมากที่มาล้อมเป็นวงชุมนุมกันที่บ้านผู้ใหญ่ว่า *ทั้งหมดเป็นเจตนาของชาวบ้านที่เขาต้องการใช้ถนนจริง ๆ* ทางสำนักงานป่าไม้จึงไม่สามารถเอาเรื่องได้ และขอให้ทำหนังสือขอใช้พื้นที่ทำถนนผ่านป่าอนุรักษ์ให้กรมป่าไม้เอาไว้เป็นหลักฐาน

ถนนที่ได้สูงกว่าระดับน้ำเพียงเล็กน้อย พอน้ำขึ้นช่วงหัวน้ำใหญ่ (น้ำขึ้นสูงสุด) ถนนก็จะจมอยู่ใต้น้ำ ต้องรอจนน้ำลงจึงขับรถผ่านไปมาได้ และต้องซ่อมแซมกันอยู่เสมอ ๆ แต่ทางราชการไม่เคยให้ความช่วยเหลือในการซ่อมแซมถนนนี้ เพราะยังถือว่าเป็นถนนผิดกฎหมายหรือถนนเถื่อนที่ชาวบ้านสร้างขึ้นด้วยการบุกรุกเขตป่าอนุรักษ์ รวมทั้งยังขู่ว่าจะดำเนินการตามกฎหมายกับผู้บุกรุก ทั้ง

---

[22] สมาชิก อบจ. เขตอำเภอเกาะลันตา เป็นญาตินามสกุลเดียวกับผู้ใหญ่อยู่ด้วยจึงติดต่อได้สะดวก

ที่ในทัศนะของชาวบ้านนั้น ชาวบ้านได้ยื่นเรื่องขอทำถนนไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 และหลังจากนั้นถึง 10 ปี คือในปี พ.ศ. 2537 ทางราชการจึงได้ประกาศเขตป่าอนุรักษ์ขึ้นในบริเวณนี้ ยิ่งไปกว่านั้น ถนนสายนี้แท้ที่จริงแล้วเป็นเส้นทางเดินเท้าและเส้นทางเกวียนเดิมที่ชาวบ้านใช้สัญจรติดต่อกับตัวเมืองมาแต่อดีต และเป็นเส้นทางเดียวที่ติดต่อกันระหว่างตัวเกาะกับตัวเมืองบนแผ่นดิน การที่ราชการประกาศเขตป่าอนุรักษ์โดยพลการ ทั้งที่ชาวบ้านมีความจำเป็นต้องใช้เส้นทาง และได้แสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าถึง 10 ปีแล้วนั้น เป็นสิ่งที่ชาวบ้านเห็นว่าทางราชการไม่มีเหตุผล ยิ่งมีกรณีประกาศเขตป่าทับที่ทำกินของชาวบ้านในระยะต่อ ๆ มา ซึ่งยังเป็นคดีความกันระหว่างรัฐกับชุมชนอยู่จนถึงทุกวันนี้ ชีวิตชาวบ้านเกาะน้อยจึงเต็มไปด้วยเรื่องราวความไร้เหตุผล และบ้าอำนาจของทางราชการ ปัญหาการบุกรุกพื้นที่ป่าอนุรักษ์และการสร้างถนนเลื่อนยังเป็นเหมือนชนักติดหลังชาวบ้านเกาะน้อย ที่ทำให้การติดต่อขอความช่วยเหลือจากทางราชการเป็นไปด้วยความยากลำบาก และมักถูกต่อว่าติเตียนจากทางราชการอยู่เสมอ ชาวบ้านโดยส่วนใหญ่ล้วนแต่สรุปกันไว้ว่า ปัญหาเรื่องถนนและการบุกรุกป่าอนุรักษ์นี้ คงจะเป็นปัญหาต่อเนื่องไปไม่รู้จักจบสิ้นตราบใดที่ต้องไปเกี่ยวข้องกับหน่วยราชการเหล่านั้น

แต่เหตุการณ์กลับไม่ได้เป็นอย่างที่คิด ช่วงกลางปี พ.ศ. 2541 มีโครงการพระราชดำริเข้ามาในหมู่บ้านเกาะน้อย เพราะทางราชการยกให้เขตป่าทุ่งทะเลในเขตพื้นที่เกาะน้อย เป็นพื้นที่เขตห้ามล่าสัตว์ป่าทุ่งทะเลในพระราชดำริ ก่อนหน้าที่จะมีขบวนเสด็จ ฯ เพื่อตรวจเยี่ยมโครงการ ฯ โดยสมเด็จพระบรมราชินีนาถและสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ฯ ทางหน่วยราชการคือ ร.พ.ช.ได้ส่งรถไถเกรดและแบคโฮเข้ามาจัดการถมและทำผิวหน้าถนนใหม่ ซึ่งเป็นถนนเส้นเดียวกับที่ชาวบ้านทำไว้ก่อนแล้ว เพื่อให้ทางจังหวัดและขบวน

เสด็จสามารถเข้าหมู่บ้านได้สะดวกขึ้น ถนนดินที่เคยเป็นถนนเถื่อนที่ชาวบ้านต้องต่อสู้มากว่า 10 ปี ได้กลายเป็นถนนที่ทางราชการให้การรับรองไปโดยปริยายเพียงเวลาชั่วข้ามคืน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้ตอกย้ำให้ชาวบ้านรู้สึกถึงความโลเลไร้หลักการของทางราชการเด่นชัด จากเดิมที่เคยยืนกรานอย่างหัวเด็ดตีนขาดกับชาวบ้านว่า การสร้างถนนของชาวบ้านนั้นผิดกฎหมายเพราะเป็นการบุกรุกป่าอนุรักษ์ จนเป็นเรื่องยืดเยื้อมากว่า 10 ปี แต่เมื่อถนนนี้จำเป็นจะต้องใช้เพื่อผลประโยชน์คือ ความสะดวกสบาย และการเสนอผลงานเอาความดีความชอบของตนเองต่อสมเด็จพระบรมราชินีนาถและสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ฯ แล้ว เรื่องที่เคยยืนกรานว่าผิดกฎหมายมาเป็น 10 ปี ก็กลายเป็นสิ่งถูกกฎหมายได้เพียงชั่วข้ามคืน ยิ่งไปกว่านั้น ภายหลังจากที่โครงการพระราชดำริเข้ามาที่หมู่บ้านแห่งนี้ ชาวบ้านยิ่งเห็นว่าข้าราชการไม่ได้สนใจจะมาช่วยเหลือชาวบ้านอย่างจริงใจ แต่ที่มาก็เพราะต้องการผลงานที่จะเสนอรายงานในโครงการพระราชดำริมากกว่า ทั้งที่ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2541 นั้นแทบจะไม่มีข้าราชการเข้ามาในหมู่บ้านแห่งนี้เลย เพราะที่นี่เป็นหมู่บ้านทุรกันดารและห่างไกล เดินทางเข้าถึงลำบาก หน่วยงานภาครัฐที่เข้ามาตั้งอยู่ในชุมชนมีแค่โรงเรียนเพียงแห่งเดียว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ไม่ไกลมากนักก็นาน ๆ ครั้งจึงจะเข้ามาตามหน้าที่

โครงการพัฒนาต่าง ๆ ที่เข้ามานั้น หลายครั้งหลายคราที่ชาวบ้านเห็นว่า หน่วยงานของรัฐต้องการเพียงแค่ผลงานแต่ไม่ได้ต้องการทำประโยชน์จริง บางหน่วยงานเข้ามาจัดตั้งกลุ่มทำโครงการต่าง ๆ ขึ้นในชุมชน แต่ส่วนใหญ่แล้วแต่ละโครงการจะต้องถูกล้มเลิกเพราะไม่สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ เนื่องจากชาวบ้านบอกว่า “เขาได้แต่มาจัดตั้งโครงการโน่นนี่บ้าง แต่ไม่ได้หา

ตลาดให้ โครงการเลี้ยงหอยแมลงภู่ก็ขายไม่ได้ราคา ต้องเอาหอยเททิ้งลงทะเลทั้งหมด" และที่ชาวบ้านเห็นอย่างชัดเจนว่าเป็นโครงการที่ไม่เข้าท่าเอาเสียเลยก็คือ โครงการปลูกผักปลอดสารพิษแบบผักกางมุ้ง เพราะชาวบ้านที่นี่บริโภคผักที่ปลูกเองด้วยวิธีธรรมชาติอยู่แล้ว และยังมีผักอีกเป็นจำนวนมากที่เก็บได้ในบริเวณเกาะซึ่งขึ้นอยู่เองตามธรรมชาติโดยไม่เคยใช้สารเคมี

บทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมาของชุมชนเกาะน้อยที่เกี่ยวข้องกับรัฐราชการไทย สะท้อนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ทำให้มุสลิมชุมชนนี้มีทัศนะไม่ดีนักต่อราชการ ด้านหนึ่งชุมชนแห่งนี้ดำรงอยู่ด้วยการพึ่งตนเองค่อนข้างมากมาโดยตลอด การพึ่งพาอาศัยกลไกภายนอกไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือกลไกตลาดนั้นเพิ่งเกิดขึ้นในช่วงไม่กี่ปีนี้ ที่เป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะชุมชนแห่งนี้ห่างไกลความเจริญ มีสภาพภูมิศาสตร์ สภาพภูมิอากาศ ทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ทั้งบนบกและในทะเล ความเป็นเครือญาติที่โยงใยกันอย่างเหนียวแน่น และอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ มีศาสนาอิสลามและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเอาไว้ การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะใช้ศาสนาเข้าช่วยเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น แม้หมู่บ้านแห่งนี้จะไม่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานราชการมาเป็นเวลาช้านาน ก็สามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่เดือดร้อน สมดังคำของชาวบ้านหลายๆ คนที่พูดว่า "นายไม่มา เราก็อยู่กันได้"

นอกจากนั้นแล้ว พวกเขายังมีจิตสำนึกทางประวัติศาสตร์ชุดหนึ่งร่วมกัน ที่ตอกย้ำให้พวกเขามีความภาคภูมิใจที่ได้ร่วมกันฟันฝ่าอุปสรรคเหล่านั้นมาได้ โดยที่รัฐไม่ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือดูแลแม้แต่น้อย เหตุการณ์หนึ่งที่อยู่ในความทรงจำร่วมกันของชาวบ้านคือ ในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง นับเป็นสถานการณ์ที่ชาวบ้านต้องต่อสู้กับความลำบากยากแค้นแสนสาหัสที่สุดเท่าที่

ชาวบ้านหมู่บ้านนี้เคยได้รับ เรื่องราวในช่วงที่เกิดสงครามจึงเป็นเรื่องเล่าที่อยู่ในมโนสำนึกของชาวบ้านยุคปัจจุบันแทบทุกคน เพราะช่วงระหว่างสงครามนั้น ชาวบ้านไม่สามารถทำนาได้จึงทำให้มีข้าวไม่พอกิน ต้องหุงข้าวปนมะพร้าว ปนมัน หรือหาผลไม้อื่นกินต่างข้าว และหลังสงครามเลิกในปี พ.ศ. 2488 ต่อมาอีก 2 ปี ก็เกิดไข้ทรพิษ (ไข้หนวย) ระบาด ชาวบ้านเกาะน้อยเสียชีวิตไปประมาณ 60 ราย ชายครูคนเฒ่าคนแก่ที่อายุมากที่สุดคนหนึ่งของหมู่บ้านเล่าว่า ช่วงไข้หนวยนับว่าเป็นช่วงที่อดอยากที่สุดอีกช่วงหนึ่ง เพราะคนต้องทิ้งบ้านทิ้งช่องหนีไข้ จึงไม่ได้ทำนา คนที่ไม่ไข้จึงทำท่าจะอดตาย ไม่มีหมอไม่มียาอะไรเลย ต้องหาวิธีรักษากันตามมีตามเกิด

บังสน หนึ่งในห้าคนที่รอดตายจากไข้หนวยและยังรำลึกถึงเหตุการณ์นั้นอยู่เสมอด้วยรอยแผลที่มีอยู่ทั่วตัว และแขนทั้งสองข้างที่สั้นกว่าปกติ เขาบอกว่า

> เมื่อก่อนลำบาก ไม่ค่อยมีผ้าจะนุ่ง นึกแลว่าผ้านุ่งผืนเดียวต้องใช้ผลัดเช้าผลัดค่ำ นี่แหละที่เขาว่าความสกปรกมันเป็นเชื้อโรค มันทำให้ไม่ปลอดภัยจริง ๆ ถ้าเป็นเด็กนักเรียนนุ่งเสื้อตัวกางเกงตัวจนท้ายนี้ไม่มีก็แล้วกัน [ก้นขาด] เวลาเป็นหวัดก็เช็ดจนเสื้อดำเหมือนเวลาเช็ดกับมีดขีดยาง [มีดกรีดยาง] พ่อแม่จะเอาเบี้ยที่ไหนล่ะที่จะให้ลูกได้ผลัดเสื้อผ้าใหม่ หลวงไม่ใช่เขาจะรู้เรื่อง เขาปกครองไปตามแผนการของเขาโน่นแหละ ไม่ได้มาแลรายละเอียด ว่าครอบครัวนั้นจะเป็นอย่างไรหรือครอบครัวไหนจะยากจนขนาดไหน.....แล้วทุรกันดารจริง ๆ มันเสดสา [ลำบากมาก ๆ] ในสมัยก่อน

แม้ว่าจะห่างจากช่วงสงครามมานานแล้ว ชุมชนแห่งนี้ก็ยังลำบากอยู่ จะไปหาหมอเวลาเจ็บไข้ได้ป่วยก็ลำบากมาก *ปีะเสน* ซึ่งเป็นรุ่นเก่าแก่อีกคนก็

ยืนยันถึงความยากลำบากว่า "เมื่อก่อนลำบากไปไหนไม่ได้ นั่งเรือออกไปก็ใช้เวลานาน เจ็บไข้ตายไปหลายคนแล้ว ตายในระหว่างที่นั่งเรือเพื่อจะออกไปหาหมอ เวลาเจ็บไข้ก็ต้องใช้สมุนไพรกันเต็มที่"

ในขณะที่ชาวบ้านต้องต่อสู้ดิ้นรนอยู่นั้น กลไกรัฐคือ ระบบราชการไม่เพียงแต่มีบทบาทค่อนข้างน้อยเท่านั้น การทำงานของทางราชการเองก็ยังเป็นไปในลักษณะที่ไม่มีความละเอียดอ่อนต่อลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น ประสบการณ์เหล่านี้ได้ตอกย้ำจิตสำนึกทางประวัติศาสตร์ที่ไม่ยอมจำนนต่ออำนาจรัฐของชาวบ้านมากยิ่งขึ้น ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ และสุรินทร์ พิศสุวรรณ ได้วิเคราะห์ถึงประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐชาติไทยกับกลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมที่ได้กำหนดจิตสำนึกทางการเมืองของท้องถิ่นว่า "ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 4–5 แนวนโยบายสู่การเป็นรัฐสมัยใหม่ สิ่งซึ่งรัฐใช้ในการที่จะสร้างบูรณาการกับชนเผ่าต่าง ๆ ทั่วประเทศ คือ สถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ และระบบราชการ"[23] และนอกจากนี้โครงสร้างทางอำนาจของรัฐไทยที่เคยรวมศูนย์ไว้ที่พระมหากษัตริย์ก็ได้ถูกจำลองไปใช้ในการปกครองชาวมุสลิมด้วย กล่าวคือ "องค์ศาสนูปถัมภก ผู้ซึ่งทำหน้าที่แทนพระมหากษัตริย์คือรัฐ ความรู้สึกที่ว่ารัฐมีอำนาจสูงสุดเหนือศาสนา ถูกนำไปใช้กับผู้นำทางศาสนาใน 4 จังหวัดภาคใต้ด้วย อุดมการณ์นี้ขัดกับจักรวาลทัศน์ของชาวมุสลิมทั่วโลก ไม่ใช่เฉพาะมุสลิมมาเลย์เท่านั้น เพราะอำนาจทางศาสนาอยู่ที่ผู้นำทาง

---

[23] ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ และสุรินทร์ พิศสุวรรณ, "ปัญหาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้" ใน *ภูมิหลังชาวมุสลิมในประเทศไทย* (เอกสารวิชาการหมายเลข 50 บันทึกการอภิปรายและคำบรรยายพิเศษ ของสถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 23 กันยายน 2526 และ 7 ตุลาคม 2526), หน้า 67.

ศาสนา ความชอบธรรมของอำนาจรัฐหรือผู้นำทางการเมืองจะต้องได้รับการยอมรับจากผู้นำทางศาสนา"[24] จึงทำให้เกิดลักษณะการต่อสู้ดิ้นรนของชาวมาเลย์มุสลิมเพื่อ "ความอยู่รอดทางวัฒนธรรม" (cultural survival) ท่ามกลางความพยายามของรัฐในการผสมผสานประชากรเผ่าพันธุ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อความเป็นเอกภาพและเพื่อความมั่นคงของรัฐเอง ประวัติศาสตร์ทางการเมืองของชาวมาเลย์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ตั้งแต่การรวมตัวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของรัฐไทยอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2445 เต็มไปด้วยการต่อ-ต้าน การจลาจล อิสลามคือสิ่งที่เป็นแรงดลใจ เป็นสัญลักษณ์ เป็นอุดมการณ์ที่ให้ความหมายต่อกิจกรรมแห่งการต่อสู้ทางการเมืองเหล่านั้น[25]

งานของ อารง สุทธาศาสน์[26] และสุรินทร์ พิศสุวรรณ[27] ได้กล่าวถึงพลวัตของอำนาจของรัฐที่กระทำต่อบริเวณเขตพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ว่า มีรากเหง้ามาจากประวัติศาสตร์การเมืองอันยาวนาน จึงส่งผลให้ชาวบ้านมีทัศนะที่ไม่ดีต่อรัฐ ไม่เฉพาะแต่มุสลิมเท่านั้น คนไทยพุทธทั่วไปในภาคใต้ก็อาจจะกล่าวได้ว่าไม่ได้มีความรู้สึกชื่นชมกับ "นาย" ซึ่งเป็นตัวแทนของรัฐสัก

---

[24] ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ และสุรินทร์ พิศสุวรรณ, "ปัญหาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้," หน้า 67.

[25] ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ และสุรินทร์ พิศสุวรรณ, "ปัญหาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้," หน้า 18.

[26] อารง สุทธาศาสน์, *ปัญหาความขัดแย้งในสี่จังหวัดภาคใต้* (กรุงเทพฯ: บริษัทพิทักษ์ประชา, 2519).

[27] สุรินทร์ พิศสุวรรณ, *นโยบายประสมประสานชาวมาเลย์มุสลิมในประเทศไทยในสมัยรัตนโกสินทร์* (กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2525).

เท่าไร ซึ่งถ้าหากจะเอามาเปรียบเทียบกับมุสลิมที่เกาะน้อย แม้จะมีประวัติศาสตร์เฉพาะถิ่นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ แม้ในชุมชนมุสลิมภาคใต้ฝั่งตะวันตกแห่งนี้จะมีความไม่ไว้วางใจต่ออำนาจรัฐเบาบางกว่ามุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่จากการศึกษาพบว่า ชุมชนแห่งนี้มีจิตสำนึกทางการเมืองที่รู้สึกไม่ไว้วางใจรัฐอยู่ด้วยเช่นกัน เพราะแม้เราจะพบว่าชุมชนนี้ตั้งมาได้ไม่นานมากนัก แต่ใน 100 ปีที่หมู่บ้านตั้งมาได้พวกเขาก็รับรู้ถึงความนิ่งเฉย การไม่สนใจที่จะแก้ปัญหาของภาครัฐในโครงการพัฒนาต่างๆ ความรู้สึกเหล่านี้ถูกบ่มเพาะมาเป็นระยะเวลานานพอที่จะส่งผลให้ชาวบ้านมีท่าทีไม่ไว้วางใจต่อรัฐ

บทสรุป

ปัญหาการพัฒนาสาธารณสุขในกลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมที่มักถูกมองว่าเกิดจากประเพณี ความเชื่อ และการยึดมั่นกับการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนามากเกินไป รวมทั้งไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นลักษณะทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมนั้นเป็นมิจฉาทิฐิ เพราะเป็นทัศนะที่มีข้อบกพร่องอย่างเด่นชัดหลายประการ คือ

ประการแรก ทัศนะดังกล่าวเป็นการมองปรากฏการณ์ทางสังคมโดยปราศจากมิติของประวัติศาสตร์ กลุ่มชาติพันธุ์มุสลิมถูกมองว่าดำรงอยู่เช่นเดิมเป็นนิรันดร์ และยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นการมองว่ากลุ่มชาติพันธุ์ดำรงอยู่โดยไม่มีประวัติศาสตร์ กล่าวคือ ดำรงอยู่ลอยๆ โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยทั้งภายในหรือภายนอกที่เปลี่ยนแปลง จิตสำนึกทางการเมืองที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและปฏิเสธอำนาจรัฐที่เกิดขึ้นลอยๆ เพราะนิสัยหรือวัฒนธรรมคนใต้ โดยเฉพาะคนมุสลิมที่มักเป็นอย่างนั้นเอง ทัศนะดังกล่าวมอง

ข้ามพลวัตของอำนาจที่มีการต่อสู้เพื่อครอบงำ และต่อต้านการครอบงำที่มีมาในประวัติศาสตร์ ซึ่งตกผลึกเป็นจิตสำนึกทางการเมืองของท้องถิ่น

ประการที่สอง ทัศนะดังกล่าวมองวัฒนธรรมว่ามีสาระและรูปแบบตายตัว (essentializing culture) โดยมองว่า วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์นั้นมีลักษณะแน่นอนตายตัว ไม่มีการเปลี่ยนแปลงและมีความเป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งทัศนะเช่นนี้ละเลยข้อเท็จจริงที่พบในชีวิตชุมชนที่มีการปรับเปลี่ยนและการผสมผสานองค์ประกอบต่าง ๆ แม้แต่จากวัฒนธรรมที่โดยทฤษฎีแล้วแตกต่างและขัดแย้งกับความเชื่อหรือศาสนาที่เป็นทางการของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์พหุลักษณ์ทางการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในชุมชนนั้น ได้สะท้อนถึงความหลากหลายและการเปิดโอกาสให้กับความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างชัดเจน

ประการที่สาม ทัศนะดังกล่าวเป็นการมองที่กลบเกลื่อนมูลเหตุและปัจจัยเชิงอำนาจที่เป็นผลพวงจากการกระทำของกลไกรัฐ โดยการเน้นการโทษอย่างเหมารวมว่า สาเหตุของปัญหาด้านการสาธารณสุข และความล้มเหลวในแผนงานโครงการด้านสุขภาพนั้นเป็นผลจากวัฒนธรรมของ “พวกเขา” เองที่มีพฤติกรรมและความเชื่อแปลก ๆ เมื่อเห็นเป็นปัญหาที่เกิดจาก “พวกเขา” ฝ่ายเดียว จึงเน้นการไป “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” ที่ผิด ๆ ของคนเหล่านี้ โดยมิได้สนใจว่า ปัญหาอีกมากกว่าครึ่งอาจจะอยู่ที่ “พวกเรา” คือ ระบบราชการเองที่จำเป็นต้องปรับตัวด้วย คงจะต้องกล่าวไว้ ณ ที่นี้ด้วยว่า ระบบบริการทางการแพทย์ก็มิใช่มีวัฒนธรรมที่หยุดนิ่งหรือไม่ปรับตัว ในระยะหลังนี้จะพบว่ามีความพยายามที่จะทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความละเอียดอ่อนและเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นมากขึ้น เช่น ในโรงพยาบาลหลายแห่งในปัจจุบันได้

เริ่มมีการจัดทำห้องละหมาดไว้สำหรับผู้ป่วยและญาติชาวมุสลิมแล้ว แต่การปรับตัวนี้จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับระบบราชการทั้งหมดด้วย โดยเฉพาะจะต้องปรับไปสู่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เคารพกันและกันให้มากขึ้น

นอกเหนือจากข้อบกพร่องที่กล่าวมาแล้ว ทัศนะการมองที่จับเอาวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ "มาแช่แข็ง" ให้นิ่งตายตัว และกล่าวโทษว่าวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่ยอมปรับตัวนั้น เป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสังคมต่างๆ ยังเป็นทัศนะที่ตอกย้ำวาทกรรมแห่งอำนาจที่ตอกลิ่ม แบ่งแยก "พวกเรา" กับ "พวกเขา" ให้ห่างออกจากกันยิ่งขึ้น การแยกสลายคู่ตรงข้ามซึ่งสถิตอยู่ในความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ เป็นแนวรบทางวัฒนธรรมที่เป็นภารกิจส่วนหนึ่งของนักมานุษยวิทยา ที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเรื่องพหุลักษณ์ทางวัฒนธรรมและพลวัตแห่งอำนาจในมุมมองที่ลุ่มลึกและเกื้อกูลต่อการอยู่ร่วมกันของมนุษย์อย่างมีสันติ

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. "นโยบาย เป้าหมาย และตัวชี้วัดงาน ของกรมอนามัย ปี 2546 และโครงการเพื่อลดอัตราป่วยและตายของแม่และเด็กใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล จังหวัดยะลา." (เอกสารอัดสำเนา, 2546).

ขวัญชัย เกิดบางนอน. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณชาวมุสลิมในงานอนามัยแม่และเด็ก: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดระนอง." (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542).

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. "อิสลามกับความรุนแรง: กรณีศึกษาเฉพาะกรณีเหตุการณ์รุนแรงในสี่จังหวัดภาคใต้ประเทศไทย พ.ศ. 2519-2524." ใน *สี่จังหวัดภาคใต้กับปัญหาสิทธิมนุษยชน* (กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา และมูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2527).

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ และสุรินทร์ พิศสุวรรณ. "ปัญหาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้." ใน *ภูมิหลังชาวมุสลิมในประเทศไทย* (เอกสารวิชาการหมายเลข 50 บันทึกการอภิปรายและคำบรรยายพิเศษ ของสถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 23 กันยายน 2526 และ 7 ตุลาคม 2526).

พระบำราศนราดูร. บรรณาธิการ. *อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข 15 ปี พ.ศ.2485-2500* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระจันทร์, 2500).

ปราณี วงษ์เทศ. *สังคมและวัฒนธรรมในอุษาคเนย์* (กรุงเทพฯ: ศิลปวัฒนธรรม. 2543).

รัตติยา สาและ. *การปฏิสัมพันธ์ระหว่างศาสนิกที่ปรากฏในจังหวัดปัตตานี ยะลา*

และนราธิวาส (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543).

ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา. "เอกสารประกอบการบรรยายสรุปเสนออธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข." (เอกสารอัดสำเนา, 2546)

สาเหะอับดุลเลาะห์ อัลยุฟรี และคณะ. *การรักษาสุขภาพอนามัยตามแนวทางอิสลาม* (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ, 2532).

สุธิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์. *โครงสร้างและพลวัตวัฒนธรรมภาคใต้กับการพัฒนา* (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544).

สุริยา สมุทคุปต์ และคณะ. *ทรงเจ้าเข้าผี : วาทกรรมของลัทธิพิธีและวิกฤติการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2542).

สุรินทร์ พิศสุวรรณ. *นโยบายประสมประสานชาวมาเลย์มุสลิมในประเทศไทยในสมัยรัตนโกสินทร์* (กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2525).

สุรินทร์ พิศสุวรรณ. "เงื่อนไขทางการเมืองที่นำไปสู่การละเมิดสิทธิมนุษยชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้." ใน *สี่จังหวัดภาคใต้กับปัญหาสิทธิมนุษยชน* (กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา และมูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2527)

ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. "สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2540-2545." (เอกสารอัดสำเนา, 2545).

อมรา พงศาพิชญ์. *วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ วิเคราะห์สังคมในแนวมานุษยวิทยา* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541).

อารง สุทธาศาสน์. *ปัญหาความขัดแย้งในสี่จังหวัดภาคใต้* (กรุงเทพฯ: บริษัทพิทักษ์ประชา จำกัด, 2519).

Golomb, Louis. *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand* (Urbana and Chicago: University of Ilinois Press, 1985).

Hunt. S. "The Food Habits of Asian Immigrants." in *Getting the Most Out of Food* (Burgess Hill: Van den Berghs & Jurgens, 1976). pp. 15-51.

Keyes, Charles. *Thailand: Buddhist Kingdom as Modern Nation-State* (Boulder & London: Westview Press, 1987).

Knupfer, G. and Room, R. "Drinking Patterns and Attitudes of Irish, Jewish and White Protestant Amercan man." in *Q. J. Studies Alcohol.* vol. 28 (1967) : 676-699.

Kunitz, S.J. and Levy J.E. ."Navajos." in *Ethicity and Medical Care.* edited by Alan Harwood (Cambridge: Harvard University Press. 1981). pp. 337-396.

Reid. Anthony. *Southeast Asia in the Age of Commerce 1450-1680* (New Haven and London : Yale University Press, 1988).

Rubel, A. "The Epidemiology of Folk Illness: Susto in Hispanic America." in *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology.* edited by David Landy (New York: Macmillian, 1977). pp. 119-128.

Simon, R. & Hughes, C. *The Culture-Bound Syndromes: folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest* (Dordrecht & Boston: D. Reidel Publishing Company, 1985).

Taussig, Michael. *Shamanism, Colonialism and the Wild Man: A*

Study of Teror and Healing (Chicago: University of Chicago Press, 1987).

Weller, S. and et al. "An Epidemiological Description of a Folk Illness: A Study of Empacho in Guatemala." in *Anthropological Approaches to the Study Of Ethnomedicine.* edited by M. Nichter (Gordon and Breach Science Publisher, 1992).

Zborowski, M. "Cultural Components in Response to Pain." in *Journal of Social Issues* vol. 8 no. 4 (1952): 16-30.

Zola, Irving. "Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints." *American Sociological Review* vol. 31 (1966): 615-630.

ความเห็นเพิ่มเติม

ชยันต์ วรรธนะภูติ

โดยทั่วไปแล้วในบทความทั้งสามชิ้นนี้ นับว่าเป็นบทความที่น่าสนใจ และให้มุมมองเกี่ยวกับการแพทย์ หรือความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งเอามาใช้ในการนิยามความเจ็บป่วย และนิยามหรือจัดวางคน ว่าเป็นคนดี คนไม่ดี คนป่วย คนที่มีสุขภาพดี บทความทั้งสามชิ้น ชิ้นแรกเป็นการทบทวน (review) งานทฤษฎี สองชิ้นหลังเป็นการเก็บข้อมูลในพื้นที่สนาม ช่วยทำให้เราเข้าใจความสัมพันธ์ในเรื่องเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และความรู้จากทางการแพทย์ได้ค่อนข้างชัดเจน

ที่น่าสนใจมากก็คือท่วงทำนองของภาษาที่ใช้ในทั้งสามบทความนี้ เขียนเรียบเรียงได้ดี อ่านแล้วเห็นภาพได้ชัดเจน บางครั้งภาษาที่เขียน บางท่วงทำนองบางตอนยังเป็น circular arguments อยู่ และมีปัญหาเกี่ยวกับบทความในสองชิ้นหลัง อย่างที่คุณหมอบอกว่าเนื่องจากข้อมูลที่เขียนเป็นข้อมูลที่มาจากพื้นที่ที่เฉพาะ ดังนั้น เวลานำมาเขียนก็อาจจะมีลักษณะเหมารวม (over-generalize) ทำให้ผู้อ่านเข้าใจว่าหมายถึงชาวมุสลิมหรือชาวมลายูทั้งหมดที่เป็นอย่างนี้

ปัญหาที่ผมคิดว่าเจาะจงไปในบทความ ถ้าพูดถึงในเรื่องบทความว่าด้วยเรื่องของชาติพันธุ์ รัฐเวชกรรม และการแพทย์ของชาติไทย โดยทั่วไปผมก็มีความเห็นสอดคล้องด้วย แต่มีข้อสังเกตว่า ประการแรก พอพูดถึงว่าการที่มิชชันนารีเข้ามาในหมู่บ้านชาวม้ง แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนความเชื่อ พร้อมทั้งเป็นการนำเอาชีวิตใหม่มาพร้อมกับการแพทย์สมัยใหม่ ถ้าอย่างนั้นการเข้ามาของมิชชันนารีก็คือการท้าทายอัตลักษณ์ของวัฒธรรมชาวม้ง ตรงนี้ก็อาจจะเป็นจริงในกรณีของชาวม้งที่มีฐานะค่อนข้างดี แต่ส่วนที่ว่าชาวม้งที่เป็นคนจนก็ยังยึดมั่นอยู่กับความเชื่อดั้งเดิม คือการนับถือผี และยังมีการทำพิธีเกี่ยวกับการนับถือผี ผมก็คิดว่าเป็นไปได้ด้วย แต่ผมมองว่าเวลาที่มิชชันนารีเข้าไปใน

หมู่บ้านของเขา บางทีชาวม้งเองก็ให้ความหมายในศาสนาคริสต์หรือความเป็นคริสเตียนแตกต่างกันออกไป บางคนก็อาจจะมองว่าได้ประโยชน์ หรือได้โอกาสทางสังคมมากขึ้น และที่สำคัญก็คือเป็นการเปลี่ยนสถานะจากความเป็นม้งไปสู่ความเป็นคริสเตียน เรื่องนี้เคยเห็นในกรณีภาคเหนือ ตอนที่มิชชันนารีเข้าไประยะแรกจะพบว่ามีคนไปเข้ารีตเป็นคริสเตียนกันมากมาย โดยแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ถูกเรียกว่า *ผีกะ* ก็คือกลุ่มชาติพันธุ์ที่อพยพเข้ามา แล้วมีความขัดแย้งในการแย่งทรัพยากร จึงถูกประทับตราว่าเป็นผีกะ อีกกลุ่มหนึ่งที่เรียกว่า *พวกโรคเรื้อน* หรือที่ทางภาคเหนือเรียกว่าเป็น *ขี้ทูด* พวกกลุ่มนี้ก็เข้าไปเป็นคริสเตียน การรับหรือการเปลี่ยนศาสนาไม่ใช่เฉพาะแต่เพียงข้อสังเกตที่ผมเล่าให้ฟัง *นีน่า แคมีรี่* ก็เคยตั้งข้อสังเกตว่าชาวอาข่าเป็นคริสเตียนเพราะว่าต้องการจะได้ความเป็นคริสเตียนหรือความเป็นตัวตนใหม่ขึ้นมา หรือว่ากรณีของชาวปกาเกอะญอ หรือกะเหรี่ยงเอง รับเอาความเป็นคริสเตียนก็เพราะว่าคำอธิบายที่หมอสอนศาสนาเอามาให้พวกเขานั้น มันสอดคล้องหรือไปด้วยกันกับความรู้สึกที่พวกเขารู้สึกว่าเป็นคนที่ถูกกดขี่หรือถูกเอาเปรียบ และเชื่อว่าวันหนึ่งจะมีคนผิวขาวเข้ามาเป็นผู้ปลดปล่อย นำพวกเขาไปสู่ดินแดนแห่งพันธะสัญญา เพราะฉะนั้น การรับเอาศาสนาคริสต์ก็เป็นการเปลี่ยนอัตลักษณ์ จากที่เคยเป็นคนที่เสียเปรียบ หรือคนด้อยโอกาส เพราะฉะนั้นผมคิดว่ามันอาจจะไม่ใช่ประเด็นเรื่องการท้าทายอัตลักษณ์ความเป็นม้งเพียงอย่างเดียว แต่ชาวเขาหรือคนจน ก็อาจจะได้ประโยชน์จากการเป็นคริสเตียนด้วย

ประเด็นที่สองที่ผมสังเกตก็คือ ในบทความชิ้นที่ว่าด้วยเรื่องของรัฐการพัฒนา หรือเรื่องเกี่ยวกับม้งกับการแพทย์ของชาติไทย ผมคิดว่าเบื้องหลังความคิดของการแพทย์หรือรัฐเวชกรรมการแพทย์ของชาติไทย ผู้เขียนทั้งสอง

ท่านก็บอกว่ามาจากแนวคิดชุมชนจินตกรรมของเบน แอนเดอร์สัน กับของอาจารย์ธงชัย แต่ว่าพอเอาแนวคิดมาใช้ที่มองว่ารัฐมีอำนาจครอบคลุมครอบงำเบ็ดเสร็จ ก็อาจทำให้เรามองไม่เห็นการโต้ตอบ การปรับตัวเอง หรือการดึงเอาประโยชน์จากการเข้ามาของรัฐเวชกรรรมมาใช้ ในสถานการณ์ที่ผมเคยเห็นก็คือ เมื่อรู้ว่ามีการสาธารณสุขเข้ามา ก็มีคนอยากจะเป็น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) แย่งกันเป็น หรือคนที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้ได้รับการต้อนรับจากรัฐเวชกรรม หรือคนคนเดียวกันก็อาจจะไปแต่งตัวเป็นชาวเขาขายสินค้าชาวเขาที่ไนท์บาร์ซาร์ เพราะฉะนั้น มังที่ว่าถูกกลืนไปแล้ว ความเป็นอัตลักษณ์ถูกวัตถุกระเทาะจนหลุดลอกออกไปแล้วนั้น ก็อาจจะไปแสดงความเป็นตัวตนในไนท์บาร์ซาร์ก็ได้ ฉะนั้น คนคนเดียวจึงอาจมีอัตลักษณ์สองอัตลักษณ์ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ว่าสร้างอะไรขึ้นมา

กรณีของมุสลิม ราชการ และการแพทย์ ก็เห็นด้วยในวิธีการวิเคราะห์ปัญหาที่นำเสนอมา แต่ผมคิดว่ามีประเด็นที่น่าสนใจและเป็นตัวอย่างที่ดี คือผู้เขียนแยกให้เห็นระหว่างศาสนาอิสลามในลักษณะที่เป็นศาสนาอิสลามที่ยึดติดกับอัลกุรอานที่เป็นทางการ กับศาสนาอิสลามในทางปฏิบัติ และผมคิดว่าคงจะต้องแยกเวลาที่พูดถึงศาสนาอิสลามหรือมุสลิมหรือชาวมลายู ว่าเป็นคนระดับไหนของสังคม ผมคิดว่ากรณีของ *น้องเก๋* หรือ *มะ* ที่เล่ามาให้ฟังนั้นอาจจะเป็นคนที่อยู่ระดับล่าง การผสมผสาน การข้ามพรมแดนวัฒนธรรม หรือการข้ามเส้นแบ่งพรมแดนทางชาติพันธุ์เกิดขึ้นได้อยู่เสมอ และที่ผมเคยไปที่ทะเลสาบสงขลา ก็พบว่ามุสลิมที่ทะเลสาบสงขลาก็มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องของทวดเช่นเดียวกับไทยพุทธเหมือนกัน ถ้าไปดูในรายละเอียดคนที่อยู่ในชนบทหรือในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ เราไม่สามารถจะมองวัฒนธรรมหรือมองเอกลักษณ์ อัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ว่าเป็นลักษณะที่แบ่งกัน

ได้ชัดเจน เป็นพุทธ เป็นมุสลิม แต่มันมีการผสมผสาน มีการข้าม หยิบยืม วัฒนธรรมกัน จนบางครั้งเส้นแบ่งอาจจะเลือนลาง

เนื่องจากบทความนี้นำเสนอในระยะเวลาอันจำกัด ผู้เขียนอาจจะไม่มีเวลาอธิบายว่ามันมีพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการปะทะประสานระหว่างพุทธกับมุสลิมอย่างไรบ้าง ผมคิดว่าอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง และอย่าลืมว่าในประวัติศาสตร์ของมุสลิมหรือชาวมลายู ก็มีกระบวน มีขบวนการที่พยายามจะ purifined ศาสนาอิสลาม ก็คือเกิดความตระหนักว่า ศาสนาอิสลามในเชิงปฏิบัติ เข้าไปเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์มากขึ้น จึงพยายามเรียกร้องให้มีการตีความศาสนาอิสลามในทางปฏิบัติให้ชัดเจน ว่าอะไรเป็นมุสลิม อะไรไม่ใช่ กระบวนการนี้ก็ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นมาในชุมชนชาวมุสลิมภาคใต้ได้เช่นกัน แต่ผมคิดว่าประเด็นที่น่าสนใจมากเลยก็คือ บทความทั้งสามชิ้นนี้ได้พยายามชี้ให้เห็นว่าการแพทย์หรือความรู้ทางการแพทย์มีส่วนที่เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้ ถูกทำให้เป็นอื่นอย่างไร ผู้วิจารณ์หรือผมเองเห็นว่าในกลุ่มชาติพันธุ์จะมีความแตกต่างกันในฐานะคนรวย คนจน จากข้อมูลที่มาจากบทความ ก็ดูเหมือนว่ารัฐราชการจะมองคนจนเป็นคนอื่น แต่จะทำอย่างไรให้สร้างความชอบธรรมในเรื่องของคนจน ซึ่งก็คือกระบวนการ ethniclization หรือ racialization คนที่แตกต่างจากเราก็อธิบายว่าเพราะเขาเป็นกลุ่มชาติพันธุ์นั้น ๆ มีวัฒนธรรมแตกต่างออกไป เหมือนกับกรณีที่เมื่อมีไฟป่าเกิดขึ้นที่ดอย เขาก็บอกว่าเพราะชาวเขาหรือม้ง หรือถ้ามีคนเจ็บป่วยก็เพราะว่าเป็นคนกลุ่มนี้