



ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการ...สู่การมีส่วนร่วมด้านการดูแลสุขภาพ Authority Relationship between Health Care Provider and Client to Participation in Self-Care for Health

ทวีศักดิ์ กสิผล*

บทคัดย่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพในแนวคิดเชิงอุดมคติควรมีความเสมอภาคซึ่งกันและกัน หรือมีความเป็นหุ้นส่วน ตั้งแต่วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผน และปฏิบัติตามแผนจนถึงมีการประเมินผลร่วมกัน แต่กระบวนการหรือกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนแม้กระทั่งในปัจจุบัน ฐานะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ไม่เป็นไปตามแนวคิดเชิงอุดมคติที่ควรจะเป็น สิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการเป็นเช่นนั้น เมื่อพิจารณาจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ของการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย วิวัฒนาการนโยบายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าเชิงมิติสังคม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และวาทกรรมกับการสร้างความเป็นผู้ให้และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการเป็นไปในลักษณะของการใช้อำนาจของผู้ที่มีฐานะทางสังคมดีกว่า จึงทำให้เป็นผู้ที่มีการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในการดำเนินการทางด้านสุขภาพโดยใช้ความคิดของตนเป็นหลักแต่เพียงผู้เดียวมากกว่าการฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ

ในฐานะผู้ให้บริการจึงควรมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการทำงานและการแสดงบทบาทที่ควรกระทำในการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการในลักษณะของการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการเป็นแนวคิดหลักสำหรับงานสาธารณสุขยุคใหม่ ที่มุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการในฐานะผู้เอื้ออำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้กับผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ และผู้ให้บริการในฐานะเจ้าของปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนหรือชุมชน ที่มีความเข้าใจในบริบทต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเอง ครอบครัว และกลุ่มหรือชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี

คำสำคัญ : ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



Abstract

The relationship between concepts of health care provider and client should have balanced in each idea concept. These concepts are participation in health self - care composed of problem analysis, planning, implementation and evaluating cooperation. However, these things or processes are not appearances until in the present. Moreover, these inequity between provider and client have remained appearance. From reviewing relevant literature of causation of problem found that the their relationship are authority between person have high social opportunity and have low social opportunity. Their activities in self-care have identified by person have high social opportunity, whereas person have low social opportunity have practiced self - care dependent on person have high social opportunity.

Therefore, we should review and adapt the concept in together working, it is concept that focus on the participation between provider and client in the health. This new concept is practices to roles of each persons compose of health care provider is support for health care and client is participation in all steps on self-care for health, since they are problems' own.

Keywords : Authority correlation, Health care provider, Client, Participation in health care

บทนำ

การมีส่วนร่วมด้านการดูแลสุขภาพเป็นสิ่ง ที่คาดหวังและต้องการให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการทางสุขภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในสังคม หรือสิ่งแวดล้อมใดก็ตาม เพราะเป็นสิ่งที่ทั้งสอง ฝ่ายได้พิจารณาและตกลงภายใต้ศักยภาพ และ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ หรือเป็นพันธะสัญญา ต้องปฏิบัติหรือดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพ นั้น ๆ ไปให้ถึงจุดหมายที่ต้องการ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และเยาวเรศวี แจงกิจ. หน่วยที่ 1-8. 2551 : 63) แต่จากการศึกษาหลักฐานทาง ประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิวัฒนาการนโยบายการบรรลุสุขภาพดี ถ้วนหน้า ทั้ง 4 ยุค ประกอบด้วย 1) ยุคก่อนปี พ.ศ. 2445 พบว่า เป็นยุคที่ประชาชนหรือผู้ใช้

บริการต้องดำเนินการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามภูมิปัญญาของตนเอง เนื่องจากในยุคนี้ไม่มี เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรง ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน (กระทรวง สาธารณสุข. 2544 : 17) 2) ยุคการจัดตั้งองค์กร ความร่วมมือในยุโรปและอเมริกาเหนือ พบว่า ไม่ได้กล่าวถึงประชาชน หรือบุคคลทั่วไป ในการ ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมจัดตั้งองค์การหรือหน่วยงาน ทางด้านสาธารณสุข และความสามารถในการ ดูแลตนเอง นอกจากนี้ความพยายามทั้งสองครั้ง ดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในสมัยนั้น ได้อย่างแท้จริง 3) ยุคเริ่มต้นขององค์การอนามัย โลกในปี พ.ศ. 2488 พบว่า เหตุผลของการจัด ตั้งองค์การอนามัยโลกเป็นการใช้วาทกรรมที่เน้น ย้ำถึงความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์



หรือสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวที่มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มากคึกคามชีวิตมนุษย์ในสมัยนั้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 19) และ 4) ยุคสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า แนวทางปฏิบัติที่ต้องการประเมินความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ รวมทั้งการประเมินทางสุขภาพของผู้ใช้บริการยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้ เนื่องจากแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเหล่านี้เป็นรูปแบบที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงด้านเดียว ไม่มีผู้รับบริการเข้าไปมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการประเมินในสิ่งที่บุคคลครอบครัวและสังคมต้องการ ดังนั้นเมื่อเป็นเช่นนั้นผลที่ได้จากรูปแบบแนวทางในการประเมินที่พัฒนามาจากฝ่ายผู้ให้บริการเพียงด้านเดียวจึงไม่ครอบคลุมความต้องการทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตส่งผลให้รูปแบบการประเมินดังกล่าวนี้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมทุกมิติที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนในสังคมนั้น ๆ

จากอุบัติการณ์ของยุคต่าง ๆ ทั้ง 4 ยุคสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการนั้นตกเป็นรองหรือต้องคอยตามเจ้าหน้าที่ที่อยู่ตลอดเวลา มากกว่าการมีสิทธิในการแสดงความต้องการอย่างแท้จริงต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้หลักฐานและข้อมูลดังกล่าวข้างต้นนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงวิธีคิดที่ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วนและจริงจังต่อการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการทางสุขภาพว่าควรมีลักษณะร่วมกันดำเนินการอย่างไรจึงจะเหมาะสม และควรเริ่มต้นตั้งแต่ขั้นตอนใดของการดูแลสุขภาพ ผู้เขียนมุ่งหวังว่าบทความนี้คงสะท้อนให้มีการปรับหรือทบทวนวิธีคิดในการทำงานของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องช่วยกันทำงานอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยแนวทางการนำเสนอ

ในบทความนี้เป็นการปูพื้นให้ทราบถึงแนวคิดพร้อมทั้งการวิพากษ์วาทกรรมต่าง ๆ ที่เป็นวิธีการทำงานไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการโดยคิดว่าตนเองมีความสามารถมากกว่าผู้ให้บริการ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นปัญหา โดยการวิเคราะห์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการด้านสุขภาพตลอดจนเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา

วิวัฒนาการนโยบายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าเชิงมิติสังคม

1. ยุคก่อนปี พ.ศ. 2445 เมื่อประมาณ 107 ปีที่ผ่านมา การสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ยังเป็นรูปแบบเดิม คือ ประชาชนใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือดั้งเดิมของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 17) เมื่อพิจารณาถึงการขึ้นำของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขพบว่า วิถีชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในกรณีที่เจ็บป่วยจะดูแลกันเอง โดยใช้ภูมิปัญญาของตนเองในการดูแลรักษา ไม่มีบุคลากรทางด้านสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้องและใช้วิถีชีวิตดังกล่าวสืบทอดกัน สะท้อนความคิดของรัฐบาลหรือผู้ดูแลประเทศในยุคก่อน พ.ศ. 2445 ว่ามีวิธีการใช้อำนาจของรัฐเข้ามาจัดการหรือบงการให้ประชาชนต้องดำเนินชีวิต โดยผ่านทางกฎระเบียบหรือกฎหมายของบ้านเมือง ผ่านการครอบงำทางการแพทย์ (Medicalization) หรือใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือในการปกครองประเทศนั่นเอง

กระบวนการครอบงำทางการแพทย์เกิดขึ้นได้หลายระดับ (Medicalization) ตั้งแต่ระดับกรอบแนวคิด (Conceptual Level) ระดับสถาบัน (Institutional Level) และระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactional Level) (สุวจิ จันทรรัตน์-ภูติ. 2542 : 61) ผู้เขียนมองว่าในยุคก่อน พ.ศ. 2445 กระบวนการครอบงำทางการแพทย์เกิดขึ้นในระดับ



กรอบแนวคิดเท่านั้น เพราะว่ายุคนั้นการแพทย์แผนตะวันตกยังไม่มีอิทธิพลมากและประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลภ ชุมทอง ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับการเมืองของประเทศไทยตั้งแต่สมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้นมาจนถึงสมัยปัจจุบันพบว่า แต่เดิมความเจ็บป่วยและสุขภาพเป็นเรื่องของชุมชน ชุมชนดูแลสุขภาพกันเอง เมื่อรัฐบาลเข้ามาควบคุม กำกับ บงการหรือบอกว่าใครจะเจ็บป่วย เจ็บป่วยแล้วจะรักษาอย่างไรรวมทั้งจะป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยอย่างไร ทั้งหมดนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่ามีการใช้อำนาจรัฐ ซึ่งการแพทย์และการสาธารณสุขของไทยลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการขยายอำนาจรัฐ คือ ตั้งแต่การพยายามจะขยายอำนาจจากส่วนกลางในสมัยรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2545 : 28-29)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่มุมมองของกระบวนการสู่ความทันสมัย (Modernization) พบว่า ยุคก่อน พ.ศ. 2445 แม้ว่าจะมีความเจริญหรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมายและเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นทางด้านการศึกษาหรือการสาธารณสุข (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2545 : 30) แต่ความเจริญเหล่านี้ยังไม่เปลี่ยนแปลงไปมากการใช้เทคโนโลยีทางด้านสาธารณสุขยังไม่พัฒนารุดหน้าอย่างรวดเร็วเช่นกัน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จึงต้องใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นหลัก อำนาจรัฐในการบงการชีวิตประชาชนหรือผู้ให้บริการสุขภาพยังมีไม่มากเมื่อเทียบกับในยุคสมัยต่อ ๆ มา วิธีการดูแลรักษาสุขภาพจึงเน้นไปที่การให้ครอบครัวดูแลกันเองเป็นกระแสหลัก

2. ยุคการจัดตั้งองค์การความร่วมมือในยุโรปและอเมริกาเหนือ ความพยายามที่จะจัดตั้งองค์การความร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัยมีขึ้นในประเทศฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกา ซึ่งมี

วัตถุประสงค์เพื่อต่อสู้และเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่แพร่ระบาดทั้งในทวีปยุโรปและอเมริกา โดยในปี พ.ศ. 2445 ได้มีการจัดตั้งองค์การที่มีชื่อว่า International Sanitary Bureau ขึ้น ซึ่งองค์การนี้ต่อมาได้เปลี่ยนชื่ออีก 2 ครั้งเป็น Pan American Bureau และต่อมาเป็น Pan American Sanitary Organization มีที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่กรุงวอชิงตัน ดี ซี และองค์การนี้ได้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานอนามัยภาคพื้นทวีปอเมริกาในภายหลัง นอกจากนี้แล้วในปี พ.ศ. 2450 มีการจัดตั้งสำนักงานที่มีชื่อว่า L'Office International d' Hygiene Publique (OIHP) ขึ้นในกรุงปารีส โดยจัดตั้งในรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข และในปี พ.ศ. 2462 ได้มีการจัดตั้งองค์การที่เรียกว่า The League of Nations แล้วต่อมาได้แตกย่อยเป็นองค์การทางด้านอนามัยที่เป็นต้นแบบหรือวิวัฒนาการมาเป็นองค์การอนามัยโลกในระยะเวลาต่อมา ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

จากข้อมูลข้างต้นนี้พบว่า มีความพยายามของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ชั้นนำผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพถึงสามครั้งด้วยกันที่จะจัดตั้งหน่วยงานสาธารณสุข โดยไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของประชาชน หรือบุคคลทั่วไปในการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมจัดตั้งองค์การหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข และความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งความพยายามทั้งสามครั้งดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในสมัยนั้นได้อย่างแท้จริง ในทางตรงกันข้ามกลับไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชน หรือบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขเท่าที่ควรเนื่องจากคอยรับคำสั่งหรือการชี้แนะจากบุคลากรด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีโอกาสเข้าไปร่วมแสดง



ความคิดเห็นหรือร่วมทำงานอย่างจริงจัง กลายเป็นบทบาทของผู้ตามที่ไม่มีสิทธิต่อรองกับบุคลากรด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้บัญญัติแนวทางต่าง ๆ ออกมาเป็นวาทกรรม เช่น อ้างเหตุผลของการจัดตั้งองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทางสาธารณสุขว่าสามารถจัดปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ให้หมดไปได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดที่อาจคร่าชีวิตผู้ใช้บริการได้ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อพิจารณาเชิงเหตุผลจะเห็นได้ว่าการผลิตซ้ำแบบนี้อยู่ตลอดเวลา โดยที่ประชาชนหรือผู้ใช้บริการไม่มีสิทธิที่จะรับรู้อำนาจที่แอบแฝงอยู่ได้เลย ในทางตรงข้ามประชาชน กลับรู้สึกว่าตนเองต้องเป็นหนี้บุญคุณบุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวของบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่ากับว่าเป็นการแสดงอำนาจของกลุ่มวิชาชีพตนเองที่จะครอบงำให้ชุมชนกระทำตามโดยไม่รู้สึกรู้ว่าถูกบังคับหรือถูกควบคุม (Discipline) แต่เป็นการปฏิบัติตามหน้าที่หรือบรรทัดฐาน (Norm) และวัฒนธรรม (Cultural) ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างสมัครใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามนั้นต่อไปเรื่อย ๆ และบ่อยครั้งที่ชุมชนก็เห็นดีเห็นงามกับสิ่งนั้น ๆ ไปด้วย (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2545 : 9) และเมื่อพิจารณาให้ลึกซึ้งเกี่ยวกับอำนาจ ผู้เขียนเชื่อว่าอำนาจแฝงที่ฝังแน่นติดมากับสังคมไทยตลอดเวลารุ่นแล้วรุ่นเล่า อันเนื่องมาจากวาทกรรมของกลุ่มที่มีอำนาจในแต่ละสมัยได้ถูกถ่ายทอดออกมาเป็นปฏิบัติการทางวาทกรรม (Discursive practice) เพื่อสะกดไม่ให้ผู้ใช้บริการออกนอกกรอบนอกทาง ที่กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพต้องการ ดังนั้นในยุคการจัดตั้งองค์การความร่วมมือในยุโรปและอเมริกาเหนือ ที่มีความพยายามถึงสามครั้งในการ ให้เหตุผลเพื่อที่จะก่อตั้งหน่วยงานทางสาธารณสุขต่าง ๆ ขึ้นมาโดยใช้

วาทกรรมที่บ่งบอกเหตุผลว่าผู้ที่จะได้ประโยชน์ก็คือประชาชนหรือกลุ่มคนในชุมชนมาเป็นสิ่งบ่งหน้าให้รู้สึกว่าการจัดตั้งองค์การอนามัยโลกโดยให้เหตุผลว่า ปัญหาสาธารณสุขเป็นภัยที่คุกคามสวัสดิภาพของมนุษย์และคร่าชีวิตมนุษย์มากกว่าสงครามใด ๆ เหมือนเช่นเคย ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติให้ตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้นมาอย่างเป็นทางการเพื่อทำสงครามกับโรคร้ายต่าง ๆ หลังจากนั้นประมาณ 1-2 ปี ต่อมาในวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2491 ภายใต้การลงนามจำนวน 26 ประเทศ จากทั้งหมด 61 ประเทศขององค์การสหประชาชาติ ในสมัยนั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 19)

3. ยุคเริ่มต้นองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2488 ได้มีการจัดประชุมในรูปขององค์การสหประชาชาติขึ้นที่เมือง Sanfrancisco เพื่อหาเหตุผลของการจัดตั้งองค์การอนามัยโลกโดยให้เหตุผลว่า ปัญหาสาธารณสุขเป็นภัยที่คุกคามสวัสดิภาพของมนุษย์และคร่าชีวิตมนุษย์มากกว่าสงครามใด ๆ เหมือนเช่นเคย ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติให้ตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้นมาอย่างเป็นทางการเพื่อทำสงครามกับโรคร้ายต่าง ๆ หลังจากนั้นประมาณ 1-2 ปี ต่อมาในวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2491 ภายใต้การลงนามจำนวน 26 ประเทศ จากทั้งหมด 61 ประเทศขององค์การสหประชาชาติ ในสมัยนั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 19)

จากการหาเหตุผลจัดตั้งองค์การอนามัยโลกให้มีอำนาจในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขโดยการขึ้นจากบุคลากรสาธารณสุข จัดว่าเป็นอาวุธที่บุคลากรสาธารณสุขมีการใช้และผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าวาทกรรมดังกล่าวเป็นการมองว่ากลุ่มของผู้ให้บริการสุขภาพเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่ผู้อื่น (ซึ่งอาจรวมถึงผู้ใช้บริการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้) จัดว่าเป็นการแสดงอำนาจที่มีได้มี การสั่ง หรือบังคับให้ทำตามสายการบังคับบัญชา แต่เป็นอำนาจที่แผ่ซ่านไปทั่วทุกพื้นที่ของผู้ที่มีความรู้ทางวิชาชีพเฉพาะคือ บรรดาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทั้งหลายที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ



ที่สามารถเข้าไปจัดการเรื่องสุขภาพได้เพียงผู้เดียว ส่งผลให้พื้นที่ในการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชน น้อยมากหรือแทบไม่มีพื้นที่ให้แทรกตัวเข้าไปได้เลย ในขณะที่เดียวกันประชาชนส่วนหนึ่งก็มองตนเองว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง อาจเนื่องมาจากการถ่ายทอดทางสังคม และวัฒนธรรมที่ต้องเชื่อฟังผู้มีความรู้หรือผู้ที่อยู่ในวงวิชาชีพนั้น ๆ จึงส่งผลให้ประชาชนต้องคอยรับฟังคำสั่งแนะจากบุคลากรทางสาธารณสุขอยู่ตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่สังคมและวัฒนธรรม หล่อหลอมมาให้ผู้ใช้บริการทางสุขภาพมีการแสดงออกเป็นผู้รับแต่เพียงฝ่ายเดียว

เมื่อพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมพบว่า มนุษย์ทุกคนมีวิถีทางการดำเนินชีวิตของตนเองที่สะท้อนรากฐานหรือแบบแผนทางวัฒนธรรมของบุคคล (Wenger. 1993 : 22 ; เบญจวรรณ กำธรวัชระ. 2537 : 21) ซึ่งวัฒนธรรมอาจหมายถึง การเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน การถ่ายทอด ค่านิยม ความเชื่อและการปฏิบัติของกลุ่มตามแนวทางความคิดและแบบแผนในการกระทำเฉพาะ (Leininger. 1991 : 36; ยศสันติสมบัติ. 2544 : 11)

นอกจากนี้ลักษณะสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่สะท้อนความหมายของวัฒนธรรมคือ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ ลักษณะของวัฒนธรรมจะค่อย ๆ ผ่านจากรูปแบบหนึ่งไปเป็นอีกอย่างหนึ่งได้ตลอดเวลา แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงจะช้าเร็วแตกต่างกันไปตามช่วงเวลาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ วัฒนธรรมเป็นกระบวนการของการปฏิรูปอย่างสม่ำเสมอตามการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มสังคมภายในวัฒนธรรมใหญ่ของสังคมจะประกอบด้วยวัฒนธรรมย่อยและภายในวัฒนธรรมย่อยจะมีกลุ่มต่าง ๆ (Walker. et al. 1995 : 48 ; เบญจวรรณ

กำธรวัชระ. 2537 : 23) เช่น วัฒนธรรมในกลุ่มของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยวัฒนธรรมย่อย เช่น วัฒนธรรมการแพทย์ วัฒนธรรมการพยาบาล และวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่อนามัย เป็นต้น วัฒนธรรมจะช่วยขัดเกลาให้รู้ว่าอะไรคือความคาดหวัง อะไรคือสิ่งที่ควรจะทำ และอะไรคือสิ่งที่สังคมยอมรับได้ วัฒนธรรมจึงเปรียบเสมือนแรงขับที่มีพลังในการปรับความเชื่อและพฤติกรรมให้อยู่ในบรรทัดฐานและในการให้ความหมายต่อประสบการณ์ของบุคคล (บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540 : 15-16)

4. ยุคสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผลสืบเนื่องมาจากท้องถื่นการอนามัยโลกเปลี่ยนแปลงแนวคิดการดำเนินงานจากเดิมและเน้นการป้องกันโรคแทนที่จะเน้นการพัฒนาาระบบบริการรักษาเหมือนเช่นเคย องค์การอนามัยโลกได้รับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานโดยมองว่าการป้องกันโรคเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และในปี พ.ศ. 2520 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของศตวรรษที่ 20 ประชากรโลกจะต้องบรรลุสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ดังนั้นในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลก จึงได้ร่วมกับสำนักงานกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ นำข้อเสนอและเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกยอมรับหลักการและเป้าหมายดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2543 (Health for all by Year 2000) จากการประชุมที่เมืองแอลมา อาตา ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก 134 ประเทศ รวมทั้งผู้แทนองค์การความร่วมมือภายใต้องค์การสหประชาชาติอีก 61 องค์การได้ประกาศแถลงการณ์ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมองว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจหรือกลยุทธ์หลักในการนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (กระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 20)



การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยอาศัยกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักครั้งนี้มีกระแสผลักดันจากการที่ประเทศสมาชิกต่างเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาระบบสุขภาพและเกิดจากการที่ประเทศสมาชิกหลายประเทศไม่พึงพอใจการทำงานขององค์การอนามัยโลกเพราะมีความรู้สึกที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศสมาชิกได้ ขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกก็ประสบปัญหาการขาดงบประมาณที่จะดำเนินการตามแนวทางของการให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขแก่ประเทศสมาชิก จึงต้องเปลี่ยนหลักการทำงานมาเป็นการทำงานภายใต้หลักการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมืออันดีระหว่างประเทศสมาชิก กอปรกับองค์การอนามัยโลกในระยะช่วงปี พ.ศ. 2520 ได้เริ่มมองว่าการป้องกันสุขภาพจะทำให้ประเทศต่าง ๆ ลดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลงได้ องค์การอนามัยโลกจึงมุ่งส่งเสริมและสนับสนุนงานทางด้าน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแทนการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เมื่อพิจารณาให้ละเอียดจะพบว่า กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานไม่ใช่คำตอบสุดท้ายของการส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด เมื่อพิจารณาในแง่ของการปฏิบัติงานจริงในชุมชนพบว่า กลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแนวคิดที่วางไว้ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางสาธารณสุขก็ยังพบเห็นได้ในลักษณะของการเป็นผู้ให้และผู้รับบริการที่คอยรับการชี้แนะเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งบทบาทที่แท้จริงของบุคลากรสาธารณสุขควรจะเป็นที่ปรึกษาและประชาชนในชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติ โดยทั้งสองฝ่ายต้องทำหน้าที่แบบเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ ซึ่งสิ่งที่ปรากฏเป็นปัญหาอยู่นั้นยังต้องการการแก้ไขต่อไป เพื่อให้บรรลุแนวคิดสาธารณสุข

มูลฐาน นอกจากวิวัฒนาการนโยบายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าซึ่งมีมติสังคมที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการทางสุขภาพในภาพกว้างของโลกแล้ว ยังมีแนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้รับทางสุขภาพที่เป็นองค์ความรู้ของสังคมไทยที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวได้

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้ให้และผู้ให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขพบว่า ในประเทศไทยไม่ได้มีการกล่าวไว้อย่างชัดเจน แต่มีการกล่าวถึงบางส่วนในหัวข้อองค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2545 : 21) ได้กล่าวถึงมิติที่ขาดหายไปจากประวัติศาสตร์ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการแพทย์พอสรุปได้ว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้ให้และผู้ให้บริการในประเทศไทยไม่เหมือนกับประเทศในกลุ่มตะวันตก ที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่าบริบทของสังคมไทยที่เชื่อมโยงกับอำนาจในสังคมเป็นสิ่งที่กำกับบทบาทแพทย์กับผู้ให้บริการโดยระบบการให้เกียรติแก่ผู้ที่มีโอกาสทางสังคมมากกว่าเป็นสิ่งที่หล่อหลอมและขัดเกลาให้บุคลากรสาธารณสุขแสดงบทบาทที่มีอำนาจเหนือประชาชนอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในสมัยก่อนข้าราชการไทยมีอำนาจเหนือชาวบ้านอย่างมาก เวลาที่ท่านเจ้าคุณเดินผ่านมาชาวบ้านต้องตัวตุงใจกระเบนมาเหนือหลังทันที นั่งลงกับพื้นและใช้ศัพท์ดังที่พูดกับพระในปัจจุบันหรือข้าราชการครูรุ่นแรก ๆ ที่เกิดขึ้นก็มีอำนาจเหนือเด็กมาก ข้าราชการปกครองก็มีอำนาจใหญ่โต มีคนให้ความเคารพและเกรงกลัวมาก ตรงกันข้ามกับแพทย์ในกลุ่มประเทศตะวันตกที่เป็นข้าราชการเหมือนกัน แต่



ประหลาดมากคือ แพทย์ต้องเข้าไปสัมผัสกับคนไข้ จับชีพจร และร่างกายผู้ป่วย จะนั่งรักษาผู้ป่วย กับพื้นไม่ได้ ต้องรักษานอนเตียงผู้ป่วย เพราะฉะนั้น โดยพฤติกรรมทางกายภาพ (Physical) เช่นนี้ เป็นลักษณะของความสัมพันธ์แบบเสมอภาค (นิธิ เอียวศรีวงศ์. 2545 : 21-22)

เมื่อเปรียบเทียบฐานคิดเชิงอำนาจระหว่าง แพทย์ไทยกับแพทย์ในกลุ่มประเทศตะวันตกโดย ภาพรวมไม่เหมือนกันทั้งหมด สิ่ง que เห็นว่าแพทย์ ไทยซึ่งเป็นแพทย์แผนปัจจุบันใช้การรักษาแบบ แพทย์แผนตะวันตกเป็นลักษณะแบบ Bio-Medicine เพียงอย่างเดียวเท่านั้น และเมื่อพิจารณา ความสัมพันธ์ตามตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับ ผู้ใช้บริการพบว่า จริง ๆ แล้วแพทย์ตะวันตก มี อำนาจเหนือผู้ป่วยเหมือนกันแต่ถูกปะทะด้วย กลไกทางสังคมวัฒนธรรม ในขณะที่สังคมไทย ไม่มีอำนาจเหล่านี้เข้าไปปะทะหรือยับยั้งได้เลย (นิธิ เอียวศรีวงศ์. 2545 : 20) นอกจากนี้ ประเด็น ที่เห็นได้ชัดเจนนคือ สิ่งที่นักศึกษาไทยไปศึกษา ต่อต่างประเทศ แล้วนำความรู้ แนวคิด หลักการ ต่าง ๆ มาใช้กับประเทศไทย แต่ถ้าไม่ได้ปรับตามบริบท ของสังคมไทยสิ่งที่ได้ไปเรียนมาจากกลุ่มประเทศ ตะวันตกคงไม่แตกต่างอะไรกับคนที่เรียนในเมือง ไทย กล่าวคือพฤติกรรมที่แพทย์ไทยกระทำต่อผู้ใช้ บริการไทยนั้นยังคงถูกถ่ายทอดซ้ำ ๆ อยู่เสมอ ๆ ทำให้แพทย์ที่เรียนจบจากต่างประเทศ ไม่มีโอกาส ที่จะได้แสดงพฤติกรรมตามที่ตนเองได้ฝึกฝนมา จะ เห็นได้ว่าเหตุใดหรือพฤติกรรมใดที่เข้าไปมีส่วนร่วมสร้าง ให้โอกาสของพฤติกรรมเหล่านี้อยู่กับสังคมไทย คงต้องมาพิจารณาแล้วหาแนวทางแก้ไขต่อไป มิฉะนั้นภาพสุดท้ายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทางสุขภาพก็ยังคง อยู่เหมือนเช่นปัจจุบันนี้ แต่ในอนาคตภาพของ

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ ทางสุขภาพควรออกมาในลักษณะของการมีส่วนร่วม ทางสุขภาพมากกว่าการปฏิบัติตามเพียงอย่างเดียว

พฤติกรรมกลุ่มเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติซ้ำ ๆ ของกลุ่มวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เพราะว่าการกลุ่มมีอิทธิพลต่อสมาชิกในหลายด้านไม่ว่า จะเป็นทัศนคติ ค่านิยมตลอดจนพฤติกรรม เมื่อ พิจารณาถึงเหตุผลที่ทำให้บุคคลเกิดการรวมกลุ่ม กันพบว่าสิ่งที่ทำให้เกิดผลเพื่อส่วนตัวและส่วนรวม เช่น เพื่อความมั่นคงปลอดภัยต้องการพวกพ้อง การพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน โดยอาศัยข้อมูล ย้อนหลังจากสมาชิกกลุ่มและการเปรียบเทียบกับ กลุ่ม ยิ่งไปกว่านั้น บุคคลยังแสวงหาสิทธิพิเศษ บางประการได้จากการเป็นสมาชิกในกลุ่มหรือ องค์กรบางประเภท (อ้อมเดือน สดมณี. 2540 : 153-154) ดังนั้นการที่บุคลากรสาธารณสุข ไม่ว่าจะศึกษามาจากประเทศใดก็ตาม เมื่อกลับ มาทำงานในประเทศไทยก็จะได้รับอิทธิพลของ กลุ่มโดยเฉพาะในแวดวงวิชาชีพของตนเองแล้ว ก็จะถูกหล่อหลอมให้กลายเป็นบุคคลที่มีลักษณะ คล้ายกัน ถ้ามองอย่างเป็นกลางจะเห็นได้ว่าทุก แวดวงวิชาชีพมีมิติทั้งทางด้านบวก และด้านลบ ซึ่งจะทำอย่างไรให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีความเสมอภาคอยู่ในจิตใจทุกขณะที่เข้ารับบทบาท หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ

การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) เป็นอีกหนทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้บุคลากร ทางด้านสาธารณสุขมีความเป็นธรรม และให้ ความเสมอภาคกับประชาชนหรือชุมชนได้เป็น อย่างดี โดยจะเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ร่วมกันแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ทุกขั้นตอน สิ่งที่สังคมคาดหวังให้ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นไปตามที่ต้องการ นั้นต้องมีขบวนการนี้เข้ามาช่วยปรุงแต่งให้เกิดขึ้น ให้ได้ เพราะมนุษย์ไม่ได้เป็นสัตว์สังคมโดยกำเนิด



ถ้ามีชีวิตปราศจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคม จะไม่สามารถบรรลุความเป็นบุคคลในสังคมได้อย่างสมบูรณ์ ไม่มีโอกาสเรียนรู้แบบแผนต่าง ๆ ของชีวิตและไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนในสังคมได้ (อ้อมเดือน สดมณี. 2540 : 59)

เมื่อพิจารณาประชาชนหรือชุมชนในฐานะผู้ใช้บริการในภาพรวมที่แสดงพฤติกรรมออกมา ในฐานะการเป็นผู้รับฟังอย่างเดียว โดยไม่ได้โต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ เลย ทั้งที่ ๆ ประชาชนหรือชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจแบบภูมิปัญญาของชาวบ้านดีกว่าผู้ให้บริการ แต่ส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อพิจารณาถึงวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ได้รับจากสถาบันครอบครัว พบว่าน่าจะได้รับ การอบรมเลี้ยงดูแบบลงโทษทางจิตมากกว่าทางกาย เพราะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าไม่ทำตามผู้ใหญ่ ในเรื่องอะไรก็ตามที่ได้สั่งห้ามไว้ก็จะถูกลงโทษ ส่งผลให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้คล้อยตามหรือรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการเพียงแต่ฝ่ายเดียว

สถาบันการศึกษา เป็นตัวแทนในการถ่ายทอดทางสังคมแห่งแรกภายนอกครอบครัว สำหรับเด็กที่ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนจะได้รับความรู้ทางวิชาการ ทักษะตลอดจนทัศนคติ และค่านิยมต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในสังคมและการสืบทอดทางวัฒนธรรม จุดมุ่งหมายของโรงเรียนโดยทั่วไป คือ การสอนเยาวชนให้เกิดทักษะทางด้านเทคนิคและสติปัญญา ความสามารถ ทัศนคติและค่านิยมทางวัฒนธรรมเพื่อเตรียมเยาวชนสำหรับบทบาทของผู้ใหญ่ที่มีความสามารถและเป็นที่ยอมรับในสังคม

สำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการ มักมีภาพพฤติกรรมแบบการจัดการและคอยชี้นำประชาชนให้ทำตามความเข้าใจ หรือสิ่งที่ตนคิดว่าถูกต้องแล้วโดยไม่ได้ให้ผู้รับ

บริการเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือให้มีส่วนร่วมน้อยมาก ส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดปลูกฝังหรือการอบรมสั่งสอนจากสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขพบว่า วิทยาลัยศัลยกรรมและทันตกรรมที่ปลูกฝังผู้เรียนตลอดการศึกษาในหลักสูตรกลุ่มวิชาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนหนึ่งต้องการให้บัณฑิตที่สำเร็จออกมาสามารถชี้นำสังคมได้ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์. 2543-2549 : ออนไลน์ ; มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะแพทยศาสตร์. 2550 : ออนไลน์) ทำให้เกิดระบบผู้นำกับผู้ตามขึ้นอย่างคาดไม่ถึง โดยผู้ที่จบการศึกษากลายเป็นนายของประชาชน โดยไม่ได้ตั้งใจ เพราะคิดและเชื่อว่าระบบหรือวิธีการที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาเป็นสิ่งที่ดีกว่า และฉลาดกว่าภูมิปัญญาของชาวบ้านหรือชุมชน มีหน้าซ้ำยังถูกตอกย้ำด้วยการฝึกภาคปฏิบัติแบบการจัดการเบ็ดเสร็จ โดยไม่ต้องปรึกษาใครเพราะคิดว่าตนเองคือ ผู้ที่เก่งที่สุด การมีส่วนร่วมจึงเป็นประเด็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาต้องหันกลับมาทบทวนอย่างถ่วงถ่วงว่าปรัชญา วิทยาลัยศัลยกรรมและทันตกรรมที่สถาบัน การศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกำหนดกันมายาวนานนั้นอาจไม่ใช่คำตอบสุดท้ายที่ดีที่สุดที่ได้เปิดพื้นที่ให้ประชาชนหรือ ชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมวางแผนแก้ไข หรือเพียงเพื่อการแข่งขันช่วงชิงความเป็นเลิศกันเองของสถาบัน และเพียงแค่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่ไม่ได้ทำให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ในทางปฏิบัติ

วาทกรรมกับการสร้างความเป็นผู้ให้และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้จะเห็นได้ว่าเป็น การนำทฤษฎีวาทกรรมมาใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์



เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นของนักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ชื่อ มิเชลฟูโก (Michel Foucault) โดยอธิบาย มโนทัศน์ของวาทกรรมไว้ว่าเป็นชุดของประโยคที่พบทั้งในภาษาพูดและภาษาเขียน ชุดของประโยคเหล่านี้สะท้อนความคิดและวิถีคิดของมนุษย์ตลอดจน โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม

ฟูโก (Foucault) มองว่าวาทกรรมเป็น เทคโนโลยีประเภทหนึ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการพูดคุย และส่งผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นสิ่งที่จะเป็นในสังคม ซึ่งในทฤษฎีของฟูโก เรื่องราวเหล่านี้ก็คือ ความรู้ (Knowledge) ของมนุษย์ (สุชาติา ทวีสิทธิ์. 2545 : 8) นอกจากนี้ วาทกรรมยังเป็นเครื่องมือที่มนุษย์สร้างขึ้นและ ถูกใช้ร่วมกับอำนาจ (Power) เพื่อผลิต ถ่ายทอด และต่อยอดความรู้เกี่ยวกับสังคม เพราะฉะนั้น วาทกรรมจึงไม่มีความเป็นกลางและจากการที่ วาทกรรมทำงานร่วมกับอำนาจในการผลิต ผลิตซ้ำ และปลูกฝัง ความรู้จึงถูกทำให้กลายเป็น ความจริง (Truth) ที่มนุษย์คิดว่าไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นคำพูดที่ว่าความรู้ คือ อำนาจ จึงสอดรับเป็นอย่างดีกับแนวคิดของ ฟูโก ที่อธิบาย ว่าวาทกรรม คือ ความรู้และอำนาจ (สุชาติา ทวีสิทธิ์. 2545 : 9)

บทความนี้จึงเป็นการวิเคราะห์วาทกรรมที่ เป็นการคิดค้นโดยบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ในการครอบงำความคิดของชุมชนให้ คล้อยตามสิ่งที่เจ้าหน้าที่เหล่านี้หยิบยื่นให้ว่าเป็น สิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสมและหวังดีอย่างบริสุทธิ์ จริง ๆ แล้วสิ่งที่แอบแฝงเหล่านี้ถูกต่อยอดให้มีการผลิตซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลาเข้ามาจนไม่ ว่า จะเป็นการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ของชุมชนว่าเป็นการศึกษาองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ ทำให้ประชาชนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานโดย ภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการ แต่ปัญหาต่าง ๆ ก็หา ได้หมดไปไม่ กลับทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นและ เป็นการแก้ไขที่ไม่ตรงจุดหรือไม่ตรงกับความต้อ การของประชาชนหรือผู้ใช้บริการทางสุขภาพใน ชุมชน นอกจากนี้ผู้เขียนยังเสนอให้เห็นแนวทางการประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพของ ชุมชนได้นำแนวคิดเกี่ยวกับมิติการพยาบาล ชุมชน (The Dimensions Model of Community Health Nursing) ของ แมรี โจ คลาร์ก (Clark. 1999) มาเป็นตัวอย่างสำหรับอธิบาย การปฏิบัติงานอนามัยชุมชนของพยาบาลด้วย ซึ่ง ตามปกตินั้นมิติการพยาบาลชุมชนประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. มิติการพยาบาล (Dimensions of Nursing) 2. มิติสุขภาพ (Dimensions of Health) และ 3. มิติการดูแลสุขภาพ (Dimensions of Health Care) โดยชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติที่ผ่านมานั้น ผู้ใช้บริการได้นำมิติที่ 2 คือ มิติสุขภาพ (Dimensions of Health) เป็น เครื่องมือหรือแนวทางหรือคู่มือในการประเมิน ความต้องการของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ยังเป็น การจัดการกับสุขภาพของชุมชนที่มีปัญหาหรือไม่ เข้าเกณฑ์ ตามที่ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขสร้างขึ้นเองโดยไม่ได้สนใจถึงประโยชน์ที่ประชาชน จะได้รับ เนื่องจากแนวทางดังกล่าวสร้างขึ้นมาจาก การสะท้อนความรู้ของนักวิชาการในสาขา การพยาบาลอนามัยชุมชนโดยไม่ได้มีการวางแผน ร่วมกันกับชุมชนแต่อย่างใด ดังนั้นจึงควรที่จะมี การปรับรูปแบบการนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบท ของแต่ละสังคมด้วย ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ การเปิดพื้นที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่าง แท้จริงมากน้อยเพียงใดหรือเป็นจริง แล้วมีบุคลากร สาธารณสุขเปิดพื้นที่แบบลอย ๆ ซึ่งอาจมีค่า



เท่ากับไม่เปิดพื้นที่ก็ได้ เพราะตัวตนของชุมชนยังอยู่ในขั้นของการทำตามเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีโอกาสโต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นแต่อย่างใด

สำหรับผลของการนำไปใช้พบว่า ยังไม่สามารถทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนหรือสังคมที่ยั่งยืนโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ และไม่ตรงกับความเป็นพื้นฐานของชุมชนเนื่องจากความเป็นพื้นฐานเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถกระทำเพื่อดำรงชีวิตได้ และเกิดจากการวินิจฉัยของมนุษย์เองที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมซึ่งสามารถแปรเปลี่ยนไปตามระบบสังคม เช่น เวลา สถานที่ และค่านิยมทางสังคม เป็นต้น (เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ์. 2540 : 67 ; ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2534 : 60-72)

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้บริการ คือ บุคลากรสาธารณสุข และผู้ใช้บริการ คือ ประชาชนจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องทำความเข้าใจวิถีคิดเกี่ยวกับการเป็นชนชั้นสูงกับชนชั้นต่ำโดยบุคลากรทางสาธารณสุขจัดว่าเป็นชนชั้นสูง ส่วนชุมชนเป็นผู้ใช้บริการจัดว่าเป็นชนชั้นที่ต่ำกว่าและต้องคอยรับหรือตอบสนองการจัดการชี้แนะจากผู้ที่มีโอกาสทางสังคมมากกว่า โดยทั่วไปแล้วสังคมไทยไม่มีความสนใจที่จะตั้งคำถามเกี่ยวกับความเป็นมาและการดำรงอยู่ของสถานะทาง “ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของตนเองและผู้อื่น” อย่างวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งน่าจะเป็นเพราะ “ความเป็นผู้ให้และผู้ใช้บริการ” นั้นเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดกันมาอย่างยาวนานจนอยู่คู่สังคมไทย เป็นเรื่องของบุคคลสองฝ่าย ฝ่ายหนึ่ง คือ ผู้ให้บริการ (บุคลากรทางสาธารณสุข) และอีกฝ่ายหนึ่งคือผู้ใช้ (ประชาชน) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ถูกจำกัดโดยภาษาที่ใช้กันอยู่ในชีวิตประจำวันมีผลทำให้การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์และความเข้าใจในมิติเรื่องความสัมพันธ์

เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการทางสุขภาพทำได้ยากและยังส่งผลให้การขาดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสนใจหรือถูกต่อต้านจากสังคม เพราะความเคลื่อนไหวนี้ไปขัดแย้งหรือไปสั่นคลอนกรอบความเข้าใจหรือความรู้เดิมของกลุ่มสังคมที่ทรงอิทธิพลทางวิชาการด้านการสาธารณสุขในแต่ละยุคสมัย

สรุป

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพของไทยได้มีการถ่ายทอดมาในลักษณะของการปฏิบัติกันแบบผู้ที่มีอำนาจมากกว่า คือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ส่วนผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่า คือ ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ โดยประเทศไทยได้รับอิทธิพลการปลูกฝังและถ่ายทอดจากระบบราชการที่ยึดติดกับระบบยศถาบรรดาศักดิ์ที่บุคคลเหล่านี้มีโอกาสหรือมีหนามิตาทางสังคม ทำให้ผู้รับบริการต้องสรวมและให้เกียรติยกย่อง กอปรกับการถ่ายทอดทางสังคมที่ต้องนอบน้อมต่อมโนทัศน์เหล่านี้แทรกซึมเข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติอย่างไม่รู้ตัว นอกจากนี้แล้วการปลูกฝังของบุคลากรสาธารณสุขทั้งทางด้านครอบครัวและสถาบันการศึกษาได้มีการผลิตซ้ำทางวาทกรรมต่าง ๆ จนมีอิทธิพลต่อการวางแนวทางการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในลักษณะของการเป็นผู้ทรงความรู้มากกว่าที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทำให้รูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน คือ ควรนำทั้งผู้ใช้และผู้ให้บริการทางสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพเพื่อวางแผนแก้ไขหรือป้องกัน ตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อหาปัญหาของผู้ใช้บริการ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของผู้ใช้บริการ การวางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการตามแผนและประเมินผลการดำเนินงาน



นอกจากนี้สถาบันการศึกษาควรมีการพัฒนาหลักสูตรเน้นให้ผู้ใช้บริการมีความกล้า เช่น กล้าคิด กล้าทำ กล้าแสดงออก และมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

รวมทั้งสถาบันครอบครัวต้องช่วยกันส่งเสริม และพัฒนาสมาชิกให้มีศักยภาพในการกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2544) **การประเมินนโยบาย และยุทธศาสตร์ การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดี ถ้วนหน้า**. นนทบุรี : สำนักยุทธศาสตร์.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2545) “องค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข : สถานะวาระการวิจัยและแนวทางการศึกษาในอนาคต” ใน **พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย**. นนทบุรี : แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540) **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ พย.ด. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ กำธรวัชระ. (2537) **สังคมวิทยาสุขภาพ**. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ ยาวเรศว์ แจ็งกิจ. (2551) “ระบบบริการสุขภาพ” ใน **เอกสารประกอบการสอนรายวิชาสุขภาพกับการพัฒนา หน่วยที่ 1-8**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ยศ ลันตสมบัติ. (2544) **มนุษย์กับวัฒนธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ. (2540) **อนามัยชุมชน เล่ม 1**. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2534) **กระบวนการพยาบาลกับการพัฒนาอนามัยชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ-□ มหานคร : โรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุชาติ ทวีสิทธิ์. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2545) “วาทกรรมกับการรื้อสร้างตัวตนของผู้หญิงในสังคมไทย” **วารสารมนุษยและสังคมศาสตร์**. 10 (2) หน้า 7-20
- สุวจิ จันทรธนนอม-ก๊อด. (2542) **เอกสารประกอบการสอนวิชาสังคมวิทยาสุขภาพ 1**. เอกสารอัดสำเนา. ม.ป.ท. : ม.ป.ป. หน้า 9.
- อ้อมเดือน สดมณี. **เอกสารประกอบประกอบการสอนวิชา สค. 331 จิตวิทยาสังคม**. เอกสารอัดสำเนา. ม.ป.ท. : ม.ป.ป. หน้า 59.
- Srinakharinwirot University, The Faculty of Medicine. (2550) **ปรัชญา วิสัยทัศน์ และพันธกิจ**. [Online] Available : <http://www.medicine.swu.ac.th/Vision.html>
- Clark, M. (1999) **Nursing in the community : Dimensions of Community Health Nursing**. 3rd edition. Stamford, cc. : Appleton & Lange.
- Leininger, Anna. (1991) **Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing**. New York : National League for Nursing Press.
- Walker, Annett C. et al. (January 1995) “Impact of culture on pain manage : An Australian nursing perspective” **Holistic Nursing Practice**. page 48-57.
- Wenger, Anna Z. (January 1993) “Cultural Meaning of symptoms” **Holistic Nursing Practice**. page 48-57.

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ (Peer Review)

ศาสตราจารย์วีระพงษ์	บุญโญภาส
รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา	อิฐรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.วิวรรณ	อัศวิเชียร
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ	พุทธาพิทักษ์ผล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ	ศิลาป้านันทกุล
รองศาสตราจารย์นิภา	ส.ตุมรสุนทร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี	นิรัตธราดร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไล	ลุ่มถาวรานันต์



ใบสมัครสมาชิก วารสาร มฉก.วิชาการ

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน กองบรรณาธิการวารสาร มฉก.วิชาการ

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) นามสกุล.....

สังกัด - ที่อยู่.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสาร มฉก.วิชาการ ฉบับละ 60 บาท (เป็นรายปี 2 ฉบับ = 120 บาท) โปรดส่งวารสารมาตามที่อยู่ดังนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่ง

- ธนาคัตติส่งจ่าย ปณ.บางพลี เลขที่.....
ในนาม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- เช็คขีดคร่อม ส่งจ่ายในนาม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ธนาคาร..... สาขา.....
เลขที่..... ลงวันที่.....
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

และส่งมายัง กองบรรณาธิการ วารสาร มฉก.วิชาการ

18/18 ถนนบางนา-ตราด กม.18

ต.บางโหลง อ.บางพลี

สมุทรปราการ 10540

ทั้งนี้ท่านประสงค์ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

- บุคคล ชื่อ
- สถาบัน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง



