

หมอพื้นบ้านกับการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง: ความจริงอันหลากหลายและ การเมืองเชิงภววิทยา ของการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์พื้นบ้าน

บทคัดย่อ _____

ชัชชล อัจฉนาภิตต์¹

บทความชิ้นนี้ศึกษาพลวัตของความรู้การปฏิบัติทางการแพทย์ของหมอพื้นบ้านในจังหวัดสงขลา ที่ทำการรักษาเยียวยาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การติดตามและสังเกตการณ์ชีวิตประจำวันของหมอพื้นบ้านแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของความรู้และการปฏิบัติของหมอพื้นบ้านที่พยายามแปลความรู้ทางการแพทย์แผนโบราณเข้ากับการแพทย์สมัยใหม่ พร้อม ๆ กันกับการที่วัตถุสิ่งของต่าง ๆ เช่น ยาสมุนไพรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความจริงอันหลากหลายทางการแพทย์และการเมืองเชิงภววิทยาที่ส่งผลให้การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้เป็นอันหรือแยกขาด แต่กลับมีความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนกับการแพทย์สมัยใหม่และการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโรคในปัจจุบัน

คำสำคัญ: หมอพื้นบ้าน, การเมืองเชิงภววิทยา, โรคไร้เชื้อเรื้อรัง, การแพทย์สมัยใหม่

Received: 05 April 2024 Revised: 18 June 2024 Accepted: 18 June 2024

 _____
¹ นักวิจัยอิสระ, อีเมล : chutchon.aj@hotmail.com

***Folk doctor and NCDs treatment: multiple realities
and ontological politic between biomedicine
and folk medicine***

Abstract _____

*Chutchon Ajanakitti*²

The article examines the knowledge and practices of the folk doctor in Songkhla who mainly cure and heal patients suffered from Non-Communicable Diseases (NCDs) such as chronic kidney disease, diabetes, and hypertension. By intensively following and observing the renowned folk doctor in his daily activities, the author argues that the knowledge and practices of folk doctor are flexible. The folk doctor attempts to bridge the gap between traditional and modern medicine by translation meanwhile things such as herbal medicine and other medical instruments, as an actor, simultaneously enact to give rise to the multiple realities and the ontological politic of the disease. Finally, the life of a folk doctor is not static, and the existence of folk medicine is not simply marginalized, rather, it exists in an inherent and complex connection with biomedicine and modern society.

Keywords: Folk medicine, Ontological politic, Non-Communicable Diseases, Biomedicine

Received: 05 April 2024 Revised: 18 June 2024 Accepted: 18 June 2024



²Independent Researcher, Email : chutchon.aj@hotmail.com

บทนำ³

“ขั้นสุดท้ายนี้ที่เขาบอกว่ากรดบูมิน⁴ มันรั่ว ฉีจะเป็นฟองมาก ถ้าเราไปเช็คที่โรงพยาบาล กรดบูมินจะออกมาพร้อมกับปัสสาวะ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียงลง อยู่ได้ไม่นานก็ไถวาย ที่เขาพอกไตก็คือขั้นนี้” หมอกอเดร์⁵ หมอพื้นบ้านมุสลิมชาวสงขลาอธิบายหลักการรักษาโรคไตให้กับกลุ่มอาจารย์และนักศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ซึ่งเดินทางมาสัมภาษณ์ที่บ้านเพื่อจัดทำหนังสือบันทึกภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านจังหวัดสงขลา

“โอ้เอามาเชื่อมโยงกับแผนปัจจุบันได้” อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์กล่าวด้วยน้ำเสียงประหลาดใจ หมอกอเดร์พูดไปพลาง ขณะที่กลุ่มนักศึกษาก็จดลงไปในกระดาษแบบฟอร์มสัมภาษณ์หมอพื้นบ้าน พร้อมกับอัดเสียงเก็บไว้

เหตุการณ์ข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างส่วนหนึ่งของชีวิตหมอกอเดร์ หมอพื้นบ้านชาวสงขลาผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง อาทิ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ชีวิตในปัจจุบันของหมอไม่ได้อยู่ห่างไกลจากสังคมและโคร่วมสมัย ในทางกลับกัน หมอกลับเป็นทั้งหมอรักษาโรคให้กับคนไข้ เป็นวิทยากรที่บรรยายให้ความรู้กับนักเรียนนักศึกษา และทำงานวิจัยร่วมกับนักวิชาการในมหาวิทยาลัย

หมอกอเดร์ เกิดเมื่อ พ.ศ. 2501 เป็นคนตำบลสะพานไม้แก่น อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาอิสลาม ตั้งแต่อายุสิบขวบเขาเดินทางตามหลังหมอเหาะ ปู่ผู้เป็นหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงอยู่ในอำเภोजะนะ เมื่อหมอเหาะเสียชีวิตขณะหมอกอเดร์อายุได้ 18 ปี เขาจึงไปหาความรู้เรื่องโรคและยากับหมอพรหมซึ่งเป็นหมอรุ่นเดียวกับหมอเหาะ หลังจากเรียนกับหมอพรหมได้สามปีจนได้วิชาครบถ้วน หมอกอเดร์จึงมาเรียนต่อกับหมอหิน ซึ่งชำนาญโรคฝีและไสยศาสตร์ เมื่ออายุได้ 23 ปี เขาจับฉลากได้ใบแดงไปเป็นทหารอยู่กรุงเทพฯ ต่อมาไม่นานผู้บังคับบัญชาซึ่งเป็นนายทหารยศพันโทล้มป่วยเป็นโรคไต และได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนจีนจนหายเป็นปกติ นายทหารจึงฝากหมอกอเดร์กับแพทย์แผนจีนจนชำนาญโรคไตและการจับชีพจร

หลังปลดประจำการจากทหารเกณฑ์เมื่ออายุได้ 25 ปี หมอกอเดร์กลับมาทำสวนยางพาราและรักษาโรคเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่ที่บ้าน โดยมากหมอกอเดร์จะหาสมุนไพรในป่าเขาและเวกบ้าน แต่ยาบางตัวก็ต้องหาซื้อในตลาด การเข้าไปซื้อขายทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้จนสนิทสนมกับหมอประกิต ซึ่งอายุมากกว่าเกือบ 20 ปี

³ บทความนี้เรียบเรียงและปรับปรุงจากส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “หมอพื้นบ้านในยุคโรคไร้เชื้อเรื้อรัง” นำเสนอต่อคณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ชัชชล อัจฉนาทิตติ, 2561)

⁴ กรดบูมินที่หมอกอเดร์เรียก คือ อัลบูมิน (Albumin) เป็นโปรตีนชนิดหนึ่งผลิตจากตับ ทำหน้าที่ลำเลียงของเสียจาก้ามไปยังตับและไต ลำเลียงแคลเซียมจากตับส่งไปที่กระดูก ลำเลียงฮอร์โมนเพศและป้องกันสารอาหารไม่ให้รั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ค่าปกติของอัลบูมินในเลือดอยู่ที่ 3.5-5 กรัม/เดซิลิตร (gm/dL) หากต่ำกว่าปกติหมายความว่าไตปล่อยอัลบูมินรั่วซึมไปกับปัสสาวะ บ่งชี้ว่าไตผิดปกติ (Medthai, 2561)

⁵ ผู้เขียนใช้ชื่อสมมติของบุคคลและสถานที่ทั้งหมด เพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

หมอประกิตเป็นหลานของหมอนอง เจ้าของร้านยาสมุนไพรเก่าแก่ที่เปิดมาตั้งแต่ พ.ศ.2496 และได้รับความนิยมจากหมอพื้นบ้านและคนไข้ในท้องถิ่น

เมื่อคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เริ่มศึกษาสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน หมอประกิตซึ่งเป็นแกนนำของกลุ่มหมอในอำเภอจะนะได้ร่วมจัดเสวนาและเดินป่าศึกษาสมุนไพร ทำให้หมอกอเดร์เริ่มทำงานกับนักวิชาการ เขาได้เข้าไปเป็นอาจารย์พิเศษและร่วมทำงานวิจัยกับคณะเภสัชศาสตร์ตั้งแต่ พ.ศ. 2537-2545 ก่อนย้ายมาทำงานกับคณะแพทย์แผนไทยเมื่อก่อตั้งคณะในปี พ.ศ. 2547 และในปีต่อมาก็ย้ายไปอยู่ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา นี่เป็นจุดเริ่มต้นของการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรังของหมอกอเดร์

หมอกอเดร์ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมไทย⁶ ในปี พ.ศ.2554 โรคที่ชำนาญ คือ โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคมะเร็ง หมอกอเดร์และแพทย์แผนไทยในกลุ่มได้ร่วมกันเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยขึ้นในปี พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อน โดยเฉพาะมีคนไข้โรคไร้เชื้อเรื้อรังมาหาที่บ้านและที่คลินิกเดือนละประมาณ 15-20 คน

แม้หมอฟันบ้านจะเข้ามามีบทบาททั้งในด้านการรักษาและการผลิตความรู้ทางการแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญในปัจจุบัน แต่ที่ผ่านมางานศึกษาการแพทย์พื้นบ้านไทยยังไม่ได้แสดงให้เห็นพลวัตข้างต้นมากนัก งานจำนวนมากเน้นศึกษาภูมิปัญญาของหมอฟันบ้าน (โอภาส, 2548; ณัฐกานกุล, 2550; ธรนัส, 2555, บุษราคัม, 2556; ณัฐยา, 2558) งานเหล่านี้เป็นการศึกษาหมอฟันบ้าน ในต่างพื้นที่ แต่จุดเน้นหลักมีลักษณะใกล้เคียงกัน นั่นคือนำเสนอวิธีการรักษาโรคที่ผสมผสานความรู้ ความเชื่อ และพิธีกรรมท้องถิ่นซึ่งเป็น “การแพทย์เชิงวัฒนธรรม” ที่ถูกเบียดขับและรูดไล่จากวิทยาศาสตร์และความเปลี่ยนแปลงของสังคมสมัยใหม่เพราะไม่สมเหตุสมผลและล้าสมัย นอกจากการศึกษาตัวหมอฟันบ้านแล้ว ยังมีงานที่สนใจยาสมุนไพรในฐานะสินค้าเพื่อการบริโภคในสังคมร่วมสมัย เช่น พรปวีณ์ จันทรอุไร (2556) และ Supaporn Pitiporn (2004) ที่ศึกษาการบริโภคสมุนไพรของคนชั้นกลางในสังคมเมืองว่าไม่ได้เป็นเพียงการกินอาหารหรือยาเพื่อดูแลสุขภาพ แต่เป็นการสร้างตัวตนในฐานะผู้บริโภคตามกระแสบริโภคนิยม อย่างไรก็ตาม งานกลุ่มนี้สนใจเฉพาะผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สมุนไพร แต่ไม่ได้ให้ความสนใจความรู้และการปฏิบัติในการรักษาโรคของหมอฟันบ้านมากนัก

บทความชิ้นนี้จึงสนใจว่าการทำงานของหมอฟันบ้านใช้ความรู้และการปฏิบัติชุดใดในการดูแลคนไข้สัมพันธ์กับความรู้ทางเวชกรรมและเภสัชกรรมแผนปัจจุบันในลักษณะใด และความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นและดำรงอยู่ท่ามกลางความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ อย่างไร โดยใช้ “ทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการ” (Actor-Network Theory) ซึ่งเป็นกรอบการวิเคราะห์ที่ให้ความสนใจกับการเชื่อมต่อกันของสรรพสิ่งเพื่อสลายการแบ่งแยกคู่ตรงข้าม ไม่ว่า

⁶ หมอฟันบ้านในฐานะทะเบียนของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีจำนวน 57,665 คน (พฤษภาคม 2559) เป็นหมอที่ผ่านการประเมินโดยสภาการแพทย์แผนไทยและได้รับใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยจำนวน 165 คน และเป็นหมอที่ผ่านการรับรองโดยหน่วยงานสาธารณสุขในท้องถิ่นให้มีใบรับรองหมอฟันบ้านจำนวน 2,427 คน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2559, 61-62)

จะเป็นธรรมชาติกับวัฒนธรรม มนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ (non-human) วิทยาศาสตร์กับภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเผยให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์แผนโบราณที่สลับซับซ้อนมากกว่าการที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำและผู้ถูกกระทำอย่างตายตัว เพราะการจัดวางให้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นคู่ตรงข้ามกับการแพทย์ทางเลือก หรือในที่นี่คือการแพทย์พื้นบ้านนั้นทำให้เรามองไม่เห็นปรากฏการณ์ลูกผสมหรือความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นในปฏิบัติการการดูแลสุขภาพโรคของผู้คนในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมองไม่เห็นความเป็นผู้กระทำ (agency) ของหมอพื้นบ้านที่พยายามต่อรองและปรับตัว ทั้งนี้ จากการเก็บข้อมูลภาคสนามของผู้เขียนได้สะท้อนให้เห็นความเฉพาะเจาะจงของกระบวนการบ่มเพาะความรู้ การปรับตัว และการต่อรองจนสามารถสร้างที่ทางของการรักษาในแบบฉบับของตนเองของหมอพื้นบ้านคนหนึ่งที่ได้รับการยอมรับทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

ผู้เขียนศึกษาโดยวิธีการสังเกตการณ์และติดตามหมอกอเดร์เป็นหลัก ตั้งแต่วิธีการตรวจวินิจฉัย การหาสมุนไพร การเตรียมยาและการจัดยาให้ผู้ป่วย รวมถึงการเรียนการสอน ตลอดจนสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านแพทย์แผนไทย และนักวิชาการที่เข้ามาปฏิสัมพันธ์กับหมอพื้นบ้าน ใน 2 พื้นที่ คือ ที่บ้านของหมอและที่คลินิกการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสงขลา การติดตามใช้เวลาประมาณ 7 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562

บทความชิ้นนี้แบ่งเนื้อหาหลักออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกว่าด้วยการทบทวนแนวคิดหลักที่ใช้เป็นกรอบการวิเคราะห์นั่นคือ “ทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำ” (Actor-Network Theory) โดยเฉพาะการนำมาทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์ทางเลือก ส่วนที่สองว่าด้วยความรู้และวิธีการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรังของหมอพื้นบ้าน ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคเหล่านี้มักแทรกซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และสะท้อนให้เห็นกระบวนการแปล (translation) และการสร้างความจริงอันหลากหลาย (multiple realities) ที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการรักษา และส่วนที่สามว่าด้วยการดำรงอยู่และพลวัตของการแพทย์พื้นบ้านท่ามกลางเครือข่ายผู้กระทำที่มีสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ (nonhuman) โดยเฉพาะยาสมุนไพร ตลอดจนเครื่องมือทางการแพทย์และวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความเปลี่ยนแปลงก่อนที่ผู้เขียนจะสรุปในตอนท้ายของบทความ

ทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำกับการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์ทางเลือก

ทศวรรษ 1980 เป็นช่วงเวลาที่นักสังคมศาสตร์หันมาสนใจศึกษาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในแง่มุมทางสังคมจนก่อให้เกิดกลุ่มการศึกษาที่เรียกว่าวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา (Science and Technology Studies; STS) ซึ่งเป็นความพยายามที่จะข้ามพ้นพรมแดนที่แต่เดิมนักสังคมศาสตร์มุ่งศึกษาเฉพาะสังคมและวัฒนธรรม และปล่อยให้การศึกษาความเข้าใจปรากฏการณ์ธรรมชาติ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นหน้าที่ของนักวิทยาศาสตร์ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559, น. 123) แนวคิดหนึ่งที่มีอิทธิพลและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการศึกษาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คือ ทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำที่ถูกนำเสนอโดยบรูโน ลาตูร์ (Bruno Latour) นักปรัชญาและนักมานุษยวิทยาชาวฝรั่งเศส และเพื่อนร่วมงานของเขา ได้แก่ จอห์น ลอว์ (John Law) และมิเชล แคลลอน (Michel Callon) (จักรกริช สังขมณี, 2559, น. 147)

ทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการเริ่มต้นจากฐานคิดที่ว่าสรรพสิ่งดำรงอยู่ในรูปเครือข่าย (network) และต่างก็มีฐานะเป็นผู้กระทำการ (actor) ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ วัตถุสิ่งของ สัตว์ เทคโนโลยี ตัวบท หรือความหมาย สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ดำรงอยู่ในโลกทางกายภาพหรือโลกทางวัฒนธรรมอย่างแยกขาดจากกัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559, น. 125) เมื่อพิจารณาลักษณะของเครือข่ายในทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการ ด้านหนึ่งแตกต่างจากเครือข่ายเชิงเทคโนโลยี เพราะเครือข่ายผู้กระทำการไม่ได้มีเส้นทางการเชื่อมต่อ (path) จากจุด (nodes) หนึ่งไปจุดหนึ่งที่ถูกวางไว้อย่างตายตัว (compulsory) และถูกร้อยเรียงกันอย่างมีจุดมุ่งหมาย (strategically organized) เหมือนเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ขณะที่อีกด้านหนึ่ง ก็แตกต่างจากเครือข่ายทางสังคม (social networks) ที่สนใจเฉพาะความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้กระทำการที่เป็นมนุษย์เท่านั้น แต่เครือข่ายที่นี้ได้ขยายขอบเขตของไปยังสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ (Latour, 1996, p. 2)

เครือข่ายจึงไม่อาจมองเป็นสองมิติหรือสามมิติ แต่ต้องคิดถึงเครือข่ายในฐานะจุด (nodes) หลาย ๆ จุดที่มีการเชื่อมต่อหลายรูปแบบจนทำให้มีหลากหลายมิติ และนั่นเปลี่ยนภาพอุปมาเชิงพื้นที่ (spatial metaphor) ของเครือข่ายไปโดยสิ้นเชิง ความใกล้/ไกล ใหญ่/เล็ก บน/ล่าง ด้านใน/ด้านนอก ถูกแทนที่ด้วยการประกอบรวม (association) และการเชื่อมต่อ (connection) ที่ไม่มีระเบียบความสัมพันธ์ที่ถูกวางไว้ล่วงหน้า (no a priori order relation) นั่นทำให้คุณสมบัติของเครือข่ายเปลี่ยนจากสิ่งที่หยุดนิ่งกลายเป็นสิ่งที่เคลื่อนไหว (Ibid, p. 2-6)

ขณะเดียวกันผู้กระทำการก็ได้ไม่ได้หมายถึงมนุษย์ในฐานะปัจเจกที่มีเจตจำนงหรือมีพฤติกรรมเท่านั้น แต่ผู้กระทำการในที่นี้เป็นคำจำกัดความเชิงสัญลักษณ์ซึ่งหมายถึงสิ่งที่กระทำและการกระทำที่เป็นผลมาจากสิ่งอื่น ผู้กระทำการจึงเป็นได้ทั้งมนุษย์และสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการส่งผลกระทบต่อลักษณะของกันและกัน (attributions of characteristics) การแจกจ่ายคุณสมบัติให้กัน (distributions of properties) การเชื่อมต่อระหว่างกัน ตลอดจนการไหลเวียน (circulation) และการเปลี่ยนรูป (transformation) ขององค์ประกอบต่าง ๆ (Ibid, p. 7)

เครือข่ายผู้กระทำการที่ก้าวข้ามการแบ่งแยกคู่ตรงข้ามทำให้ฐานคิดที่เชื่อว่าโลกแห่งความจริงมีเพียงแบบเดียวคือความจริงแบบภววิสัยซึ่งเป็นความจริงในโลกทางธรรมชาติ ส่วนความจริงทางสังคมเป็นภาพตัวแทนที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรมและเป็นเพียงภาพสะท้อนของความจริงทางธรรมชาติถูกทำลายลง โลกแห่งความจริงไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียวและความจริงก็ได้หลากหลาย ทำให้การศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์เกิดมิติใหม่ ๆ โดยเฉพาะการสนใจรากฐานของการนิยามความจริงหรือสิ่งที่ดำรงอยู่ (ontological existence) ซึ่งเป็นการยกระดับมาตั้งคำถามทางภววิทยา (ontology) ที่สนใจความจริงของระบบการแพทย์ที่หลากหลายแตกต่างจากเดิมที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์มักจะหยุดความสนใจอยู่ที่ภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2562, น. 41-42)

ตัวอย่างงานศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์ 2 ชิ้นที่ใช้ทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการในการศึกษาระบบการแพทย์ที่หลากหลายได้อีกที่น่าสนใจ ได้แก่ The Body Multiple (Mol, 2002) ของแอนมารี โมล (Anmarie Mol) และ Other-Worldly (Zhan, 2009) ของเหมย ชาน (Mei Zhan) งานชิ้นแรกศึกษาการแพทย์สมัยใหม่และความสัมพันธ์ของ “ความจริง” ที่หลากหลายซึ่งเกิดจากกระบวนการรักษาโรคในฐานะปฏิบัติการของผู้คน และวัตถุ งานชิ้นที่สองศึกษาการสร้างการแพทย์แผนจีนขึ้นมาใหม่ท่ามกลางความสัมพันธ์กับความรู้วิทยาศาสตร์

การแพทย์ กระแสโลกาภิวัตน์และกลไกตลาด

งานของโมลศึกษาการรักษาโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเฉพาะเจาะจงไปที่หลอดเลือดแดงที่ขา เธอสนใจปฏิบัติการที่การแพทย์สมัยใหม่ทำให้ความจริง (reality) ว่าด้วยโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัวที่เราเคยคิดว่ามีเพียงหนึ่งเดียว (single) มีมากกว่าหนึ่ง (multiple) ความจริงที่มีลักษณะหลากหลายนี้เป็นผลมาจากการเชื่อมต่อกันของแพทย์ คนไข้ เครื่องมือและวัตถุทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญต่อการเกิดขึ้นของความจริงที่ปฏิบัติการ (enactment) ในพื้นที่และเวลาที่แตกต่างกัน ดังนั้น แม้จะถูกเรียกด้วยชื่อเดียวกัน แต่ “โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว” ที่ถูกพูดถึงในห้องตรวจระหว่างศัลยแพทย์หลอดเลือดกับคนไข้ ไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกับที่ถูกพูดถึงในห้องเอกซเรย์โดยแพทย์รังสีวินิจฉัย และไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกับที่ถูกพูดถึงในห้องตรวจชิ้นเนื้อของพยาธิแพทย์

ไม่ใช่แค่ความจริงว่าด้วยโรค แต่ร่างกายและวัตถุที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียว เมื่อความจริงมีมากกว่าหนึ่ง คำถามที่ตามมาคือความจริงเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร สิ่งเหล่านี้อยู่ร่วมกัน (coordination) อย่างไร ปะทะหรือหลีกเลี่ยงการปะทะกันอย่างไร ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งอื่นอย่างไร เมื่อความจริงมีมากกว่าหนึ่งและต้องมีความสัมพันธ์ต่อกัน จึงเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการต่อสู้ช่วงชิงการนิยามความจริงจากปฏิบัติการของผู้คนและวัตถุต่าง ๆ และนั่นคือการเมืองเชิงภววิทยา (ontological politic) (Mol, 1999, p. 75)

เมื่ออยู่ในห้องตรวจ ศัลยแพทย์หลอดเลือดจะซักถามอาการของคนไข้ เช่น ปวดที่จุดใด เดินได้ไกลแค่ไหน เมื่อหยุดพักอาการหายไปหรือไม่ สังเกตสีและลักษณะผิว (texture) บริเวณขาที่ปวด และใช้มือคลำเพื่อตรวจการเต้นของชีพจรบริเวณที่ปวดว่าสอดคล้องกับการเต้นของจังหวะหัวใจหรือไม่ การตรวจร่างกายไม่อาจดำเนินไปด้วยตัวแพทย์เพียงคนเดียว แต่แพทย์ยังต้องทำงานร่วม (cooperate) กับร่างกายของคนไข้และคำบอกเล่าอาการของคนไข้ที่มีส่วนสำคัญ เช่น คนไข้ปวดเมื่อเดินบนพื้นเรียบและอาการเจ็บปวดหายไปหากหยุดเดิน คืออาการปวดขาขณะเดิน (intermittent claudication) นับเป็นข้อบ่งชี้ถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงได้ หากตรวจร่างกายประกอบพบว่าเท้าเย็น การเต้นของชีพจรอ่อน ผิวหนังบริเวณที่ปวดซีดเขียว (poorly oxygenated skin) ก็ยิ่งบ่งชี้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว นอกจากการทำงานร่วมกันของแพทย์ คนไข้ หรือญาติคนไข้แล้ว อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างโต๊ะ เก้าอี้ เตียงตรวจ หรือห้องตรวจก็มีส่วนในการสร้างความจริงว่าด้วยโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัวขึ้นมา และนั่นเป็นความจริงที่คลินิกผู้ป่วยนอก (Mol, 2000, p. 20-29)

แต่เมื่อไปที่ห้องแล็บทางพยาธิวิทยา พยาธิแพทย์ได้รับตัวอย่างชิ้นเนื้อที่ขาและส่องชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจดูลักษณะของหลอดเลือด เมื่อดูช่องภายในของหลอดเลือด (lumen) และผนังหลอดเลือด (intima) และพบว่าผนังหลอดเลือดหนา (a thickening of the intima) นั่นคือ “โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว” ภาพชิ้นเนื้อภายใต้การส่องกล้องที่มีสีชมพูปะปนกับสีม่วงซึ่งชุกซ่อนอาการผนังหลอดเลือดหนาไม่อาจดำรงอยู่ด้วยได้ด้วยตัวเอง หากปราศจากกล้องจุลทรรศน์การดำรงอยู่นี้ก็ไม่ปรากฏ ความจริงที่ห้องปฏิบัติการเป็นอีกพื้นที่และเวลาหนึ่งที่วัตถุต่าง ๆ ร่วมกันกระทำ (enacted) จนทำให้สามารถมองเห็นได้ รับรู้ได้ สัมผัสจับต้องได้ และทำให้โรคหลอดเลือดแดงที่เกิดขึ้นในคลินิกผู้ป่วยนอกและที่ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยามีระยะห่าง (distance) ระหว่างกัน เพราะการเกิดขึ้นของโรคมายังการปฏิบัติที่ต่างกัน และโรคก็ถูกจัดการในวิถีทาง

ที่แตกต่างกัน (Ibid, p. 33-36)

บางกรณีความจริงที่เกิดขึ้นทางคลินิกและผลการตรวจขึ้นเนื้อซึ่งเป็นความจริงจากห้องปฏิบัติการทาง
พยาธิวิทยาสอดคล้องกัน แต่ในบางกรณีก็ไม่สอดคล้อง บางครั้งคนไข้ไม่ได้รู้สึกและบอกเล่าถึงอาการเจ็บปวด
แต่ตรวจขึ้นเนื้อพบว่ามีผนังหลอดเลือดหนา เมื่อ “โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว” ทั้งสองปะทะกัน การตัดสินใจ
ว่าจะจัดการอย่างไรเป็นเรื่องที่ไม่ตายตัว แต่โดยมากในทางปฏิบัติ การตัดสินใจทางคลินิกจะได้รับอิทธิพลเหนือ
กว่า ศัลยแพทย์จะไม่ตัดสินใจผ่าตัดหากพิจารณาแล้วว่าการผ่าตัดไม่ได้ทำให้ชีวิตของคนไข้ดีขึ้น (Ibid, p. 47-
48) นั้นแสดงให้เห็นลักษณะของการเมืองของกวีวิทยาที่มีปลายเปิด เต็มไปด้วยการตัดสินใจที่ยากลำบาก (dilem-
mas) และอยู่ภายใต้ความตึงเครียด (Mol, 1999, p. 83)

จะเห็นว่าความจริงหลากหลายที่ดำรงอยู่ภายใต้ชื่อเดียวกันเหล่านี้ปฏิสัมพันธ์กันในหลากหลายรูปแบบ
ไม่ว่าจะเป็นการต่อเติมกันและกัน การแปลความหมายไปมา การกระจายและการรวมเป็นส่วนหนึ่ง (inclusion)
ความสัมพันธ์ต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นอย่างยืดหยุ่นลื่นไหลภายใต้ความแตกต่างของพื้นที่ ร่างกาย และช่วงเวลา
(Ibid, p. 151) แต่ที่สำคัญ ความจริงเหล่านี้ไม่ได้ดำรงอยู่แบบพหุลักษณะ (pluralism) ที่แต่ละสิ่งต่างแยก
กันอยู่ (separate entities) อยู่ตรงข้ามและอยู่นอกสิ่งอื่น แต่ความจริงเหล่านี้ดำรงอยู่ แบบทวีคูณ
(multiplicity) นั่นคือ ความจริงหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความจริงหนึ่ง และความจริงหนึ่งดำรงอยู่ได้เพราะมีความ
จริงอื่น ดังนั้น “สิ่งอื่น” (other) ในที่นี้จึงไม่ได้อยู่นอก แต่กลับอยู่ใน (Mol, 1999, p. 85)

ขณะที่งานของโมลแสดงให้เห็นความสลับซับซ้อนของความจริงที่หลากหลายถูกผลิตขึ้นภายในระบบ
การแพทย์สมัยใหม่ งานของเหมย ซานก็สนใจปฏิสัมพันธ์ระหว่างการผลิตสมัยใหม่กับระบบการแพทย์อื่น ซาน
ศึกษากระบวนการสร้างแพทย์แผนจีนให้กลับมามีชีวิตใหม่ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ในแคลิฟอร์เนียและ
เซี่ยงไฮ้ เธอสนใจว่าบุคลากรและสถาบันทางการแพทย์แผนจีนมีวิธีการต่อรองเพื่อสร้างความรู้ ตลอดจนสร้าง
นิยามใหม่ให้กับความเชี่ยวชาญเฉพาะทางภายใต้การทำงานร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร เธอเสนอว่า
ภายใต้กระบวนการสร้างความเป็นเหตุเป็นผลและการทำให้เป็นสินค้าอาจเปิดพื้นที่ใหม่ให้การแพทย์ดั้งเดิม
กลายเป็นสิ่งที่ไม่อาจจินตนาการถึง (Zhan, 2009, p. 72) ทั้งนี้ ซานศึกษาการเผชิญหน้าระหว่างการแพทย์
แผนจีนกับการแพทย์แผนปัจจุบันโดยแสดงให้เห็น “การพัวพัน” (entanglements) และ “การต่อรอง”
(negotiations)

“การพัวพัน” ที่ซานใช้เป็นการแสดงให้เห็นการเข้ามาเกี่ยวร้อยกันของสรรพสิ่งไม่ว่าจะเป็นผู้คน
ความคิด โครงสร้างทางเศรษฐกิจและการเมือง ปฏิบัติการหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาพัวพันกันแล้วสร้างสิ่ง
ที่ทั้งคาดเดาได้และคาดเดาไม่ได้ออกมา เธออธิบายผ่านการกลับมาใช้ชีวิตของการแพทย์แผนจีน เช่น ในช่วง
ทศวรรษ 1960-1970 ซึ่งเป็นยุคเหมาเจ๋อตง จีนส่งออกการแพทย์แผนจีนไปในประเทศโลกที่สามในฐานะ “การ
แพทย์เชิงป้องกัน” (preventive medicine) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือคนยากจนในชนบท โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกา
แต่เมื่อหมดยุคเหมาเจ๋อตง ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา จีนพยายาม “ไล่ตามโลก” (get on the track
with the world) ด้วยการเปิดรับและใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ในการพัฒนาบุคลากรและความรู้
ทางการแพทย์แผนจีนมากขึ้น จีนพยายามสร้างการแพทย์แผนจีนแบบใหม่ที่สอดคล้องกับ “โลก” ซึ่งในที่นี้ คือ
ประเทศพัฒนาแล้วในตะวันตก

การแพทย์แผนจีนถูกสร้างใหม่ (reinvented) ผ่าน “การต่อรอง” ชานใช้การเก็บข้อมูลภาคสนามในคลินิกและในห้องเรียนเพื่อแสดงให้เห็นการแพทย์แผนจีนที่กำลังสร้างผ่านปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของคนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์แผนจีน เริ่มจากบทบาทหม้อที่อาศัยการถูกเบียดขับให้อยู่ชายขอบ (marginalization) พลิกกลับมาเป็นจุดแข็ง พวกเขาอินตริรักษาคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคไร้เชื้อเรื้อรังและโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาได้นัก เช่น มะเร็ง เมื่อรักษาโรคเหล่านี้ได้สำเร็จ ไม่เพียงเป็นการ “ปฏิเสธความตาย” ที่การแพทย์แผนปัจจุบันหยาบยื่นให้คนไข้ แต่ยังเป็นการ “สร้างปาฏิหาริย์” (make a miracle) ซึ่งกลายมาเป็นจุดขายของการแพทย์แผนจีนในปัจจุบัน แต่นั่นก็ไม่ได้เกิดขึ้นบนความบังเอิญ ชานยกตัวอย่างแพทย์แผนจีนคนหนึ่งซึ่งได้เรียนทั้งความรู้แพทย์แผนจีนและแพทย์แผนปัจจุบัน วิธีการรักษามะเร็งของเขามิทั้งให้ผู้ป่วยรับเคมีบำบัดประกอบกับการกินยาสมุนไพร ความรู้และปฏิบัติดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เขาสร้างผลการรักษาที่น่าพอใจ และสร้างปาฏิหาริย์ขึ้นมาได้ (Zhan, 2009, p. 110-114)

การต่อรองยังเกิดขึ้นผ่าน “การแปล” (translation) ชานติดตามแพทย์แผนจีนซึ่งเป็นอาจารย์ด้านการฝังเข็มในมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ เพื่อแสดงให้เห็นการแปลความรู้ข้ามไปมาระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบัน เธอชี้ให้เห็นว่าในขณะที่อาจารย์แพทย์สอนนักศึกษาชาวต่างชาติ เธอจะอธิบายความรู้ผ่านชุดคำศัพท์ทางการแพทย์แผนจีน เพราะเธอรู้ว่าพวกเขาต้องการฟังสิ่งที่มีความรู้ดั้งเดิม เช่น การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันของผู้ป่วยรายหนึ่งถูกอธิบายจากอาการที่บ่งชี้ 3 ประการ ได้แก่ สั่น (tremors) เคลื่อนไหวเชื่องช้า (slowness in the movement) และเคลื่อนไหวฝืดแข็ง (stiffness in the movement)

อาการทั้ง 3 ข้างต้น การแพทย์ตะวันตกอธิบายว่าเป็นเพราะความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย (chemical imbalance) ซึ่งอาจารย์แพทย์แผนจีนอธิบายว่าสอดคล้องกับการแพทย์แผนจีนเรื่องความสมดุลของหยินและหยาง การแพทย์แผนจีนถือว่าคนสูงวัยมักมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจากพลังหยินในตับและไตพร่องลง (yin deficiency) ส่งผลให้พลังหยางในตับกำเริบ (hyperactivity of liver yang) ลมในตับจึงก่อตัว ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของแขนขาให้ฝืดแข็งหรือสั่น ขณะเดียวกันความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นก็ทำให้เสมหะอุดตันทำให้เคลื่อนไหวได้เชื่องช้า นั่นแสดงให้เห็นว่าความรู้ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันสามารถเชื่อมโยงเข้าหากันได้

งานของชานทำให้เห็นการดำรงอยู่ร่วมกันของการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ดั้งเดิมที่อยู่เหนือการคาดเดา การแพทย์แผนดั้งเดิมไม่ได้เป็นเพียงเหยื่อที่ถูกทำร้ายจากการแพทย์แผนปัจจุบันแต่เพียงฝ่ายเดียว ขณะเดียวกันการแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่ได้เป็นผู้ร้ายเสมอไป หากแต่ยังเป็นเครื่องมือและวิธีการที่การแพทย์ดั้งเดิมใช้เพื่อสร้างชีวิตของตัวเองขึ้นใหม่อีกครั้งภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ และการสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นภายใต้เครือข่ายของผู้กระทำการ

ผู้เขียนเห็นว่าทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการสามารถนำมาใช้ศึกษาการอยู่ร่วมกันของระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ได้อย่างน่าสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สถานการณ์ที่โรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่ระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญ การศึกษาการเชื่อมร้อยกันของหมอพื้นบ้าน โรคไร้เชื้อเรื้อรัง ยาสมุนไพร ตลอดจนความรู้และการปฏิบัติของระบบทางการแพทย์ที่แตกต่างหลากหลายน่าจะทำให้เห็นความ

สัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของความจริงและการเมืองเชิงกวีวิทยาที่เกิดขึ้นระหว่างการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบัน

ความจริงอันหลากหลายของการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง

โรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้คนเสียชีวิตในปัจจุบัน แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไร้เชื้อเรื้อรังประมาณ 40 ล้านคน หรือร้อยละ 70 ของจำนวนประชากรโลกที่เสียชีวิตทั้งหมด 4 โรคหลักที่แพร่ระบาดรุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (World Health Organization 2017, 92-98) ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไร้เชื้อเรื้อรังประมาณ 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งถือเป็นการตายก่อนวัยอันควร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2560, 8-9) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 (วีรภูมิ อิ่มสำราญ และคณะ 2557, 5) ขณะเดียวกันอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เป็น 40.9 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเพิ่มจาก 13.2 ต่อแสนประชากร เป็น 17.8 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2560, 8-9)

ตัวเลขข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการแพทย์แผนปัจจุบันยังคงเผชิญกับความยากลำบากในการจัดการ และในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์อื่น ๆ แทรกตัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกริเริ่มโครงการศึกษาความรู้ในการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 มีการสำรวจการใช้ยาสมุนไพรควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบันของคนไข้ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และวิเคราะห์คุณสมบัติทางพิษวิทยาและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเพื่อพัฒนาตำรับยา ทั้งยังนำตำรับยาของหมอพื้นบ้านไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2559, 144-159) ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้เปิด “โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน” ในย่านยศเส กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เน้นรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่มีหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสลับเปลี่ยนกันมาเข้าเวรรักษาโรค (ผู้จัดการออนไลน์, 2557)

จะเห็นว่าหมอพื้นบ้านได้รับการสนับสนุนให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง เพราะเป็นกลุ่มโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาได้ผลดีเป็นที่พอใจของคนไข้ ในส่วนนี้ ผู้เขียนติดตามและสังเกตการณ์การรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรังของหมอพื้นบ้าน ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแสดงให้เห็นกระบวนการต่อรองและการแปลความรู้ทางการแพทย์ที่แตกต่างหลากหลาย โดยเฉพาะความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเผยให้เห็นความสลับซับซ้อนของการปฏิบัติในการรักษาเยียวยาคนไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการซ้อนทับและตัดขาดกันของความจริงทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติดังกล่าว

“วันนี้เป็นไง” หมอกอตร์ถามด้วยสำเนียงภาคกลาง หลังจากคนไข้และลูกสาวเดินเข้านั่งในห้องตรวจ

“ปกติคะ เมื่อคืนฉีมา 2 ครั้ง แต่ถ้า 3-4 ครั้ง รู้เลยว่าน้ำตาลขึ้น วันนี้เลยไม่ได้เจาะน้ำตาลมา จะให้หมอแนะให้ว่าเป็นยังไงบ้าง” ดิฉัน หญิงมุสลิมวัยกลางคนซึ่งเป็นลูกสาวของอาสิด ชายวัยแปดสิบบอกกับหมอ

อาสิดเป็นชาวจังหวัดสตูล เขาป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาประมาณ 20 ปี ต้องกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและฉีดอินซูลิน⁷ ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง⁸

เมื่อปีก่อนเขาได้ขายจนต้องล้างไต หลังออกจากโรงพยาบาล ดิน่าซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนและกำลังเรียนแพทย์แผนไทยจึงนำพ่อมารักษากับหมอกอเดร์ หมอให้กินยาสมุนไพรรักษาโรคไตและโรคเบาหวานควบคู่ไปกับการฉีดอินซูลินและให้ดื่มน้ำในระยะเวลาแรก ปัจจุบันดิน่ายังคงใช้เข็มเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุกเช้า ร่วมกับการสังเกตและดูแลตามอาการในแต่ละวัน อาสิดรักษาด้วยวิธีนี้ติดต่อกันมาเป็นเวลาประมาณ 8 เดือน

“แกกินข้าวเยอะ วันหนึ่งกินสี่ห้ารอบ แล้วน้ำตาลจะไปไหน” ดิน่าพูดติดตลก

“กินได้ข้าว จะได้บำรุงกำลัง” หมอกอเดร์บอก ก่อนจะจับชีพจรที่มือซ้ายและขวาตามลำดับ

“ปวดเอวอยู่บ่อย” หมอถาม ขณะที่ลูกสาวคอยแปลเป็นภาษามลายูให้พ่อ

“ไม่ปวดค่ะ จริง ๆ แกเข้าใจภาษาไทย แต่แกไม่ค่อยพูด ตามประสาคนบ้าน ๆ” ลูกสาวบอก

“เวลาเดินไปไหนมาไหน รู้สึกพร้อมมั่ง เหนื่อยม่าย (รู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง เหนื่อยมัย)” หมอถาม คนไข้ยิ้มและพยักหน้าเบา ๆ

“ชอบถีบจักรยานไปตลาด ประมาณโลครึ่ง” ลูกสาวพูดหยอกพ่อ

“โรคอื่นเบาลงแล้ว แต่ปอดเหนื่อย ม้ามไม่ปกติ ม้ามเป็นตัวดึงพลังจากไตขึ้นไปหาปอด มันไม่สมดุลพลังไม่พอ” หมออธิบายหลังจากจับชีพจรเสร็จ จากนั้นลูกสาวอธิบายให้พ่อฟังเป็นภาษามลายู

หมอกอเดร์รักษาโรคไตเรื้อรังโดยใช้ความรู้ทางแพทย์แผนจีนเป็นพื้นฐาน ใต้แบ่งเป็นไตหยิน (น้ำ) และไตหยาง (ไฟ) ไตหยินคอยสร้างความชุ่มชื้นให้อวัยวะต่าง ๆ เป็นรากฐานของน้ำในร่างกาย ส่วนไตหยางขับเคลื่อนสร้างความอบอุ่น ควบคุมการไหลเวียนของน้ำ ไตถือเป็นอวัยวะสำคัญเพราะทำหน้าที่สะสม “สารแห่งชีวิต” (จิงฉี) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตและสร้างพัฒนาการตามช่วงวัย และยังทำหน้าที่หล่อเลี้ยงอวัยวะให้ทำงานได้ปกติและสร้างภูมิคุ้มกัน

หมออธิบายว่าเมื่อไตขับของเสียออกจากร่างกายแล้วจะนำสิ่งที่ป็นประโยชน์ส่งกลับไปให้ม้าม ถ้าไตสมบูรณ์สามารถส่งพลังกลับไปให้ม้ามได้เต็มที่ ม้ามก็ส่งพลังต่อไปให้ปอด ปอดส่งต่อไปให้หัวใจทำหน้าที่สูบฉีด

⁷ อินซูลินอินซูลิน (Insulin) ถูกผลิตขึ้นจากตับอ่อน ทำหน้าที่นำน้ำตาลที่ได้จากการย่อยอาหารไปให้เซลล์ในร่างกายใช้เป็นพลังงาน (Siriraj E-public Library, 2553)

⁸ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self – monitoring of blood glucose, SMBG) เป็นเครื่องมือให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้เจาะเลือดจากปลายนิ้ว แล้วหยดเลือดลงบนแถบทดสอบ จากนั้นจึงมาอ่านค่าด้วยเครื่องตรวจ

น้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (blood glucose meter) ผู้ป่วยที่ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ 2560, 93-95)

เลือดและพอกเลือดส่งไปให้ตับ ตับทำหน้าที่แยกเลือดเสียส่งมาให้ไต การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ดำเนินไป
ตามความสัมพันธ์ดังกล่าว ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับไตมักเกิดจากพฤติกรรมการกิน คนนิยมอาหารรสจัด
ไม่ว่าจะเป็นเค็มจัด เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด และอาหารที่มีไขมันสูงทำให้ไตทำงานหนัก ไม่สามารถขับของเสียออก
ได้ทั้งหมด เมื่อไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติก็จะทำให้อวัยวะอื่นอ่อนแอลงตามไปด้วย

การวินิจฉัยเริ่มต้นจากการตรวจซีพजर ซีพजरของไตที่เด่นผิดปกติแบ่งออกเป็น 2 แบบ แบบแรก ซีพजर
จะมีขนาดกว้าง ใหญ่ แต่เด่นเบา ลึกลงไปในร่องกระดูก แสดงว่าไตเสื่อมสมรรถภาพ แบบที่สอง ซีพजरมีขนาด
เล็ก เต้นถี่ ๆ อยู่บริเวณผิวหนัง แสดงว่าไตอักเสบ นอกจากการจับซีพजर หมอยังสังเกตจากอาการของคนไข้
ประกอบ โดยหมอจะซักถามและตรวจร่างกาย 2 จุดสำคัญ จุดแรก คือ เส้นลมปราณไตที่ทอดจากปลายนิ้ว
ก้อยเท้าไล่ขึ้นไปตามขาด้านในตามหลักการแพทย์แผนจีน จุดที่สอง คือ ตรวจเส้นประธานสิบตามทฤษฎีการ
แพทย์แผนไทย ซึ่งถือเป็นทางเดินของลมในร่างกายมนุษย์ ทุกเส้นมีจุดเริ่มต้นอยู่รอบสะดือซึ่งถือเป็นจุดศูนย์กลาง
ของร่างกาย เส้นที่หมอกอเดร์จะกดเพื่อพิจารณาเป็นพิเศษมี 2 เส้น คือ เส้นสิกขินี ซึ่งอยู่ใต้สะดือประมาณ 2
นิ้ว เอียงมาทางขวา ทอดจากท้องน้อยไปสู่ปลายอวัยวะเพศ เกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายปัสสาวะ ไต และกระเพาะ
ปัสสาวะ ส่วนอีกเส้น คือ เส้นสุขุมัง ซึ่งอยู่ใต้สะดือเช่นกัน แต่เอียงมาทางซ้าย ทอดจากท้องน้อยไปสู่ทวารหนัก
มีความเกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายอุจจาระ หากทั้งสองเส้นนี้มีอาการตึงหรือแข็งเกร็ง แสดงว่าระบบขับถ่ายผิดปกติ

เมื่อซักประวัติ ตรวจซีพजर และตรวจร่างกายเสร็จแล้ว หมอยังจำแนกความหนักเบาของอาการซึ่งแบ่ง
ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่หนึ่ง คนป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกยกแข้งขาไม่ค่อยขึ้น ปวดเมื่อย ระดับที่
สอง ปวดบั้นเอวและปวดตามเส้นลมปราณไตมากขึ้น สองระดับแรกแสดงถึงอาการไตเสื่อมสมรรถภาพ ระดับ
ที่สาม มีอาการบวมตามแข้งขาหรือหน้า เพราะร่างกายขับน้ำออกไม่ได้ ระดับที่สี่ อาการบวมชัดเจนขึ้น ตามัว
แทบจะลุกเดินไปไหนไม่ได้ ระดับที่สามและสี่หมอถือว่าเข้าขั้นไตอักเสบ หากอาการหนัก ไตอาจวายได้

ขณะที่การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังของหมอกอเดร์มี 4 ระยะ แต่การแพทย์แผนปัจจุบันแบ่งออกเป็น
5 ระยะ โดยพิจารณาจากค่าอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) และปริมาณ
อัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) ซึ่งต้องอาศัยผลจากการวิเคราะห์ตัวอย่างเลือด (สมาคมโรคไตแห่ง
ประเทศไทย 2558, 2-3) หากค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 mL/min/1.73 m² ของพื้นที่ผิวกายเป็นเวลา
นานกว่า 3 เดือนแสดงว่าไตทำงานผิดปกติ⁹ ส่วนปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 30 mg/24h (Albumin
Excretion Rate, AER) ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือนก็จะบ่งชี้ว่าไตผิดปกติเช่นกัน
(ประเสริฐ ธนกิจจารุ 2558, 5-9)

ดีนากล่าวว่าพ่อของเธอไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมาก่อน แต่กินยารักษาโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน หมอกอเดร์บอกว่าบางครั้งคนไข้โรคไตเรื้อรังระดับที่หนึ่งและสอง

⁹ค่าอัตราการกรองไตปกติของวัยหนุ่มสาวอยู่ที่ 120-130 mL/min/1.73 m² ของพื้นที่ผิวกาย และเมื่ออายุเกิน 30 ปี จะลด
ลงในอัตรา 1 mL/min/1.73 m² ต่อปี (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2558, 2-3)

ซึ่งมักจะมีอาการปวดเมื่อยและอ่อนเพลียโดยไม่รู้สาเหตุ เมื่อไปตรวจที่โรงพยาบาลจะยังไม่ถูกจัดว่าเป็นโรคไต เรื่อยรังกตามหลักการวินิจฉัยทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะผลจากการตรวจหาค่าอัตรากรองไตและระดับอัลบูมินก็ยังไม่เข้าเกณฑ์ จึงยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต

นอกจากโรคไต อาสียังเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หมออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสามโรคนี้ว่าเมื่อไตที่ทำหน้าที่ขับของเสียทำงานหนักเพราะขับไขมันไม่ออกทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนโรคเบาหวานก็เกิดตามมาเนื่องจากตับอ่อนต้องทำงานหนักจนไม่สามารถหลั่งอินซูลินออกมาได้ตามปกติ

คนไข้โรคเบาหวานส่วนมากผ่านการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลมาแล้ว หมอกอเดร์จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบ โดยหมอจะซักประวัติและถามระดับน้ำตาล ซึ่งตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันหากค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ถือว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ 2560, 30) แล้วก็จะจับชีพจรบนข้อมือซ้ายซึ่งเป็นจุดชีพจรของตับและถุงน้ำดี ผู้ป่วยเบาหวานชีพจรจะเต้นเบา อ่อน และจังหวะการเต้นไม่ถี่ แสดงให้เห็นว่าตับอ่อนแรง และตรวจร่างกายประกอบ โดยจะตรวจลิ้นเป็นพิเศษเนื่องจากถือว่าเป็นประตูของอวัยวะภายในตามหลักการแพทย์แผนจีน ถ้าตับมีปัญหา ขอบลิ้นจะเป็นรอยฟัน เนื่องจากลิ้นบวมจนฟันขบขอบลิ้น

ส่วนโรคความดันโลหิตสูง หากอยู่ที่คลินิกหมอกอเดร์จะดูค่าความดันโลหิตจากเครื่องวัดความดันซึ่งเป็นส่วนหนึ่งการตรวจร่างกายเบื้องต้นและใช้เกณฑ์การจำแนกตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน นั่นคือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2558, 1) แต่หากรักษาที่บ้านหมอกอเดร์จะจับชีพจรหัวใจบนข้อมือซ้าย หากความดันโลหิตสูง ชีพจรจะมีขนาดใหญ่ เต้นแรงบริเวณผิวหนัง จากนั้นจะซักประวัติต่อว่ามีอาการปวดหัวบ่อยหรือไม่ และตรวจดูลิ้นประกอบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลิ้นจะแห้งและเป็นฝ้าสีน้ำตาลเหลือง เพราะมีความร้อนรบกวนอยู่ภายในร่างกาย

ก่อนที่จะมารักษากับหมอกอเดร์ ดิน่าเล่าว่าระดับน้ำตาลในเลือดของอาสียเคยขึ้นสูงสุดถึง 600 มก./ดล. ตอนนั้นเขาได้แต่นอนอยู่บนเตียง แต่พอเริ่มกินยาสมุนไพรของหมอกอเดร์ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาเหลือประมาณ 300 มก./ดล. จนกระทั่งปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 200 มก./ดล. หมอบอกว่าในการรักษาจะสังเกตการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดประกอบกันดูอาการภายนอก โดยจะให้คนไข้กินยาสมุนไพรพร้อมกับตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ

¹⁰ โรคเบาหวานทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง ภาวะที่ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดเพิ่มสูงขึ้นผิดปกติ เพราะร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ เนื่องจากการผลิตและการทำงานของฮอร์โมนอินซูลินมีปัญหา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ มักเกิดจากกรรมพันธุ์ และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรืออินซูลินไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ (ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558, 1)

“บางวันเราดูจากอาการก็พอรู้แล้ว ถ้าพ่อนอนเยอะ เดินไม่ไหว โคลงเคลง แสดงว่าน้ำตาลขึ้น เราใช้ชีวิตอยู่กับแก เรารู้ แต่ถ้าดูแข็งแรงดี ขับถ่ายดี กินข้าวได้ ซึ่จรรย์นได้ทุกวัน ก็ไม่ต้องดูค่าน้ำตาล เห็นแกเดินได้ กินได้ ก็บายใจ ไม่ต้องมานั่งกังวลว่าเบาหวานก็ร่อย เมื่อก่อนน้ำตาล 300-400 ก็ไปไหนไม่รอด เราดูแลแบบแผนไทยด้วย ถ้าดูแต่ตัวเลข เครียด” ตี๋นบอ

หมอกอตร์ไม่ได้ปฏิเสธผลตรวจเชิงประจักษ์ แต่พยายามแปลเพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับคำอธิบายว่าด้วยเลือด ลม และพลัง ภูมิของอาสิด หมออธิบายว่าหากไตวิฤตถึงขั้นไตวายแสดงว่ามีความร้อนสูง เมื่อไตมีความร้อนสูงทำให้เลือดแห้ง ข้น และลมก็ไหลเวียนได้ไม่ดี ไตจึงแทบจะไม่สามารถทำหน้าที่กรองของเสียได้อีกต่อไป หมอจะจัดยาไตสูตรเฉพาะที่ประกอบด้วยสมุนไพรเย็นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นกลับไปให้ไต เมื่อบำรุงไตให้ดีขึ้นก็จะทำให้ตับทำงานได้ดีขึ้นโดยอ้อม นอกจากนี้ หมอยังจัดยาสมุนไพรบำรุงตับเป็นการเฉพาะไปอีกก็จะช่วยเพิ่มพลังให้ตับอ่อนหลังอินซูลินได้ดีขึ้น หลังจากนั้นจึงสังเกตการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ เช่นเดียวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่หมอจะเน้นบำรุงระบบขับถ่ายให้กลับมาเป็นปกติเพื่อลดความดันของลมซึ่งเกิดจากความร้อนภายในร่างกายที่มีมากเกินไป

ผู้เขียนเสนอว่าการรักษาโรคไร้เชื้อเรื้อรังของหมอกอตร์แสดงให้เห็นร่างกายที่ทั้งซ้อนทับและตัดขาดกันของระบบการแพทย์ที่หลากหลาย ด้านหนึ่ง ร่างกายประกอบขึ้นด้วยความจริงทางชีววิทยาตามความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นข้อเท็จจริง (fact) เชิงประจักษ์ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต แต่อีกด้านหนึ่ง ร่างกายก็ประกอบขึ้นด้วยเลือด ลม พลัง ความจริงเหล่านี้มีทั้งด้านที่ซ้อนทับและตัดขาดกัน เช่น การทำหน้าที่คัดกรองของเสียของไตและการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนสามารถวัดได้ แต่ในขณะเดียวกันการจับชีพจรเพื่อสัมผัสกับพลังซึ่งไม่อาจคิดคำนวณเป็นตัวเลขอย่างตรงไปตรงมา แต่ต้องอาศัยการแปลเพื่อเชื่อมโยงกับผลตรวจเชิงประจักษ์

การซ้อนทับและตัดขาดกันของความจริงว่าด้วยร่างกายยังส่งผลต่อการรับรู้และดูแลรักษาโรคของคนไข้ ภูมิการเจ็บป่วยของอาสิดและการดูแลของตี๋น ด้านหนึ่งวางอยู่บนผลตรวจเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นความจริงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ปฏิเสธ แต่ก็ยังรู้สึกว่ามีเพียงพอ ขณะที่อีกด้านหนึ่ง ความจริงที่ถูกสร้างขึ้นโดยหมอกอตร์ที่มีลักษณะเชิงอัตวิสัย เช่น ให้ผู้ดูแลใช้ชีวิตร่วมกับคนไข้และคอยสังเกตว่าคนไข้มีความสุขหรือไม่ กินข้าวได้หรือไม่ ออกกำลังกายได้หรือไม่ หรือนอนหลับได้หรือไม่ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความจริงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องยอมรับหรือปฏิเสธว่ามีความจริงเพียงหนึ่งเดียว

การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านกับผู้กระทำการที่ไม่ใช่มนุษย์

ในส่วนที่ผ่านมาผู้เขียนแสดงให้เห็นบทบาทของหมอฟันบ้านในการแปลความรู้และสร้างความจริงทางการแพทย์ที่แตกต่างหลากหลาย อย่างไรก็ดี ความเปลี่ยนแปลงของการแพทย์พื้นบ้านและชีวิตของหมอฟันบ้านไม่เพียงเกิดขึ้นโดยมีมนุษย์เป็นผู้กระทำการเท่านั้น แต่ยังมีสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง ในที่นี้ ผู้เขียนยกตัวอย่างอุปกรณ์ทางการแพทย์และยาสมุนไพรที่มีส่วนสร้างความจริงทางการแพทย์ และมีผลต่อการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านและหมอฟันบ้านในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญ

คลินิกแพทย์แผนไทยและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ทุกวันจันทร์หมอกอเดร์ในชุดเสื้อเชิ้ตกางเกงขายาวจะนั่งรถไฟหรือรถสองแถวจากตัวอำเภอจะนะมาเข้าเวรที่สถานชีวีคลินิกการแพทย์แผนไทยในตัวเมืองหาดใหญ่ซึ่งห่างออกไปกว่า 50 กิโลเมตร เมื่อมาถึงหน้าคลินิกหมอกอเดร์จะค้อมหลังเล็กน้อยขณะเดินผ่านหน้าประตูทางเข้าที่มีรูปหล่อหมอชีวกโกมารภัจจ์ พร้อมกับกดปุ่มไฟตรงตากแดดไว้ จากนั้นหมอกอเดร์จะเข้าไปเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องพัก เขาสวมเสื้อกาวน์ครึ่งท่อนทับเสื้อเชิ้ตบนหน้าอกฝั่งขวาบนเสื้อกาวน์ปักชื่อหมอ ส่วนบนหน้าอกฝั่งซ้ายมีตราสัญลักษณ์ของคลินิกอยู่บนกระเป๋าเสื้อ หากยังไม่มีคนไข้ เขาจะนั่งพักผ่อนคลายกับหมอคนอื่น หรือนั่งจิบกาแฟและสูบบุหรี่จากด้านข้างคลินิก

เมื่อคนไข้มาถึง พวกเขาต้องนั่งรอเรียกชื่อบนม้านั่งยาวสีเขียวหน้าโต๊ะทำงานของส่วนเวชระเบียนที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งอยู่ เมื่อคนไข้ถูกเรียกชื่อจะมีแพทย์แผนไทยทำหน้าที่ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต หรือเครื่องวัดระดับน้ำตาลในกรณีที่คนไข้เป็นโรคเบาหวาน จากนั้นแพทย์แผนไทยจะสอบถามอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และกรอกข้อมูลต่าง ๆ ลงในแบบฟอร์มการซักประวัติของคลินิกซึ่งมีรูปแบบใกล้เคียงกับคลินิกแผนปัจจุบัน แต่อาจจะมีรายละเอียดบางอย่างที่เป็นข้อมูลเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ธาตุเจ้าเรือน¹¹ หรือเส้นประธานสิบ ก่อนจะส่งคนไข้เข้าห้องตรวจพร้อมแฟ้มประวัติ

บนฝาผนังหน้าห้องตรวจมีกระดานขนาดใหญ่ติดใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะและหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านจากกระทรวงสาธารณสุขของหมอทุกคนในคลินิกซึ่งมีทั้งหมด 14 คน เป็นแพทย์แผนไทย 9 คน หมอยาสมุนไพรพื้นบ้าน 2 คน และหมอนวดพื้นบ้าน 3 คน ภายในห้องตรวจขนาด 3x4 เมตร มีโต๊ะทำงานและเก้าอี้นวมตั้งอยู่ โต๊ะมีเก้าอี้พลาสติกวางอยู่ 2 ตัว มีเตียงคนไข้ตั้งอยู่ใกล้กับอ่างล้างหน้า ด้านล่างมีถังขยะ 2 ใบ ใบหนึ่งใส่ขยะติดเชื้อ อีกใบเป็นถังขยะทั่วไป ผนังภายในห้องทาสีเขียวอ่อน บนฝาผนังมีโปสเตอร์แสดงสรีระของมนุษย์พร้อมระบุชื่อเป็นภาษาอังกฤษกำกับ ใกล้ ๆ กันเป็นแผนภาพธาตุเจ้าเรือนอัดใส่กรอบลายไม้ ส่วนบนฝาผนังอีกฝั่งมีเครื่องปรับอากาศติดอยู่

หลังจากการตรวจวินิจฉัย หมอกอเดร์บันทึกอาการเจ็บป่วยและผลการวินิจฉัยลงในแฟ้มประวัติคนไข้ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อกำกับ จากนั้นจะต้องจดรายชื่อยาสมุนไพรและอัตราส่วนของสมุนไพรที่ใช้ลงไปใบสั่งยา ก่อนจะส่งตัวคนไข้ออกไปห้องนวดหรือไปนั่งรอรับยา เมื่อแพทย์แผนไทยหรือเภสัชกรแผนไทยได้ใบสั่งยาแล้ว จะทำการจัดยาในห้องยาซึ่งมีสมุนไพรแห้งประมาณ 200 ชนิด เก็บไว้ในกล่องพลาสติกใสกันความชื้น นอกจากนี้ยังมีตาชั่งดิจิทัลเพื่อใช้ในการชั่งน้ำหนักตัวยาสมุนไพร และเครื่องมือสำหรับบดแห้ง บด และอัดแคปซูลยาสมุนไพร

ในเบื้องต้น จะเห็นว่าตั้งแต่การจัดการพื้นที่คลินิกจะถูกจัดแบ่งเป็นสัดส่วนซึ่งแบ่งตามหน้าที่ การทำงาน ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ซักประวัติ ห้องตรวจ ห้องยา เมื่อคนไข้มาใช้บริการจึงรู้สึกไม่แตกต่างจากการเข้าไปในโรงพยาบาลหรือคลินิกสมัยใหม่ ขณะที่วัตถุต่าง ๆ ภายในคลินิกเต็มไปด้วยการผสมผสานระหว่างวัตถุทางการแพทย์แผน

¹¹ ร่างกายของมนุษย์แต่ละคนประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน แต่จะมีธาตุใดธาตุหนึ่งเป็นใหญ่ เรียกว่าธาตุเจ้าเรือน หากธาตุในร่างกายสมดุลก็จะไม่เจ็บไข้ได้ป่วย แต่หากเสียสมดุลก็จะเกิดความเจ็บป่วย

ปัจจุบันและการแพทย์แผนโบราณ อาทิ เสือกวั่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาล โปสเตอร์สรีระมนุษย์ แผ่นประวัติคนไข้ ตาซึ่งยาดีจิทัฬ ไบประกอบโรคศิลป์ รูปหล่อหมอชีวโกมารภัจจ์ ถาดใส่สมุนไพร แผนภาพธาตุเจ้าเรือน ทั้งการจัดการพื้นที่และวัตถุต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้การแพทย์แผนโบราณเป็นส่วนหนึ่งของโลกที่ทันสมัยและเปิดทางให้เกิดการเชื่อมต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน

และหากพิจารณาอย่างเฉพาะเจาะจง วัตถุที่สำคัญเช่น ไบประกอบโรคศิลป์ที่ติดไว้บนกระดานในจุดที่มองเห็นได้อย่างชัดเจนทำให้สถานะของหมอฟันบ้านในขณะทำงานที่คลินิกเปลี่ยนแปลงไป การรับรองสถานะตามกฎหมายทำให้ตัวตนและการปฏิบัติของพวกเขามีความชอบธรรมและมีความน่าเชื่อถือในฐานะแพทย์ในโลกสมัยใหม่ ขณะที่เครื่องวัดความดันโลหิตหรือเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดอาจเรียกได้ว่าเป็น inscription device ที่คอยสร้างความจริงเชิงประจักษ์ที่จะถูกจดบันทึกลงในแผ่นประวัติคนไข้ การที่คนไข้เข้ามารักษาในคลินิกแพทย์แผนไทยแห่งนี้ ในแง่หนึ่งจึงไม่ต่างกับการเข้าไปห้องทำงานของนักวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นสถานที่ที่พวกเขาจะแสดงความจริงให้เห็นผ่านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ (Latour, 1987) ซึ่งในที่นี้ มีทั้งเครื่องมือ เครื่องมือและขั้นตอนการตรวจรักษาที่ผสมปนเปกันทั้งระบบการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์ทางเลือก

แพทย์แผนไทยผู้เป็นอำนวยการคลินิกเคยบอกเล่ากับผู้เขียนว่าเขาและกลุ่มผู้บริหารคลินิกตั้งใจออกแบบและจัดวางสิ่งของต่าง ๆ เพื่อให้คนไข้รู้สึกถึงความเป็นมืออาชีพและความทันสมัยของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และที่สำคัญ เพื่อให้คนไข้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนเมืองรู้สึกคุ้นเคยกับขั้นตอนและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อาจเทียบเคียงได้กับการไปพบแพทย์ที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้คนไข้รู้สึก “ตอกันติด” ขณะเดียวกัน เมื่อมาตรวจรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย หมอกอเดร์เองก็ให้ความสำคัญกับการใส่ชุด ยูนิฟอร์ม และขั้นตอนต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดมากกว่าการตรวจรักษาที่บ้านของตนเอง เช่น กำชับให้นักศึกษาแพทย์แผนไทยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวัดค่าความดันโลหิตทุกครั้ง เพื่อประกอบการวินิจฉัยและการอธิบายให้คนไข้

สมุนไพรไม้ไซทอนไม้

หมอฟันบ้านทางภาคใต้เรียกสรรพคุณที่มีอยู่ในสมุนไพรแต่ละชนิดว่า “พิชยา” พิชยาไม่ได้เป็นสิ่งที่สถิตอยู่แน่นอนภายในพืชสมุนไพรอย่างเฉื่อยชา แต่จะเคลื่อนไปตามช่วงเวลา พวกเขาอธิบายว่า ช่วงเช้า พิชยาจะอยู่บริเวณใบและยอด ช่วงเที่ยง พิชยาจะอยู่ที่แก่น ช่วงเย็น พิชยาจะอยู่ที่ราก กลางคืน พิชยาจะกลับไปอยู่ที่ใบและยอด นอกจากนี้ ในการเก็บเปลือกของต้นไม้ใหญ่ยังต้องระมัดระวังไม่เก็บฝั่งที่เงาของมนุษย์ลงไปทับเปลือกไม้ เพราะเชื่อกันว่าจะทำให้พิชยาด้อยคุณภาพลง

“ในตัวยามีฮิกมะห์¹² อยู่ ฮิกมะห์ก็คือพร คือสิ่งดี ๆ ที่พระเจ้าสร้างและบันดาลให้อยู่ในตัวยานั้น ๆ พระเจ้ากำหนดไว้แล้วว่าให้ตัวยาดำเนินมีรส มีสรรพคุณนี้ แก่โรคนั้นโรคนั้น” หมอกอเดร์กล่าวประโยคข้างต้นให้ผู้เขียนฟังขณะเดินป่าเก็บสมุนไพร ก่อนจะอธิบายเพิ่มเติมว่าในทัศนะของเขา ฮิกมะห์ก็คือพิชยาหรือสรรพคุณ

¹² ฮิกมะห์ หรือฮิกมะฮ์ (Hikmah) แปลตรงตัวได้ว่าวิทย์ปัญญาและความรู้แจ้งในพระเจ้า (wisdom and understanding about the divine) (Wiktionary, 2019) นอกจากนี้ ผู้รู้ทางศาสนาบางคนนิยามว่าคือการเข้าใจแก่นแท้ของสรรพชีวิตอย่าง ที่สิ่งเหล่านั้นเป็นจริง ๆ (coming to know the essence of beings as they really are) (Muslimphilosophy, 1998)

พิเศษที่พระเจ้าสร้างยาสมุนไพรเอาไว้ให้มนุษย์ เมื่อเป็นเช่นนี้ ชีวิตของสมุนไพรจึงมีความศักดิ์สิทธิ์ที่ต้องอาศัย การเชื่อมต่อที่พันไปประสาธน์สัมผัสทั้งห้า แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องใช้ประสาธน์สัมผัสอย่างเข้มข้นและลึกซึ้งจึงจะสามารถแยกแยะสมุนไพรชนิดต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ

เมื่อสมุนไพรไม่ได้เป็นแค่ท่อนไม้ที่ร่อนมนุษย์หยิบใช้ แต่มีความศักดิ์สิทธิ์ และที่สำคัญ ยังมีรส¹³ ซึ่งเป็น ลักษณะเฉพาะตัวของสมุนไพรที่หมอดึงดูดใจให้รู้ การปรุงยาจึงเป็นศิลปะที่แสดงให้เห็นความสามารถของหมอ เช่น ในตำรับยาโตของหมอกอเดร์มีสมุนไพรหลัก 5 ชนิด ได้แก่ แปบหรือหูลิง ซึ่งมีรสเปรี้ยวอมฝาด แก้กษะชัย ไตพิการ ทนดี สมุนไพรรสขมอ่อนที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่ายเพื่อไม่ให้ไตทำงานหนัก หัวกระทือ สมุนไพรสร้อย ที่ช่วยระบายลมในช่องท้อง หมอยังบอกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีไข้บ่อย ๆ ตลอดเวลา จึงใช้โคกกระออม สมุนไพรรสขมเพื่อแก้ไข้ และสุดท้ายใช้ใบขี้เหล็กที่มีรสขมหวานช่วยให้หลับสบาย คลายเครียด

หมอกอเดร์อธิบายว่าหลังจากจัดตัวยาหลัก 5 ชนิดแล้ว จึงมาจัดตัวยาเสริมเฉพาะอาการของคนไข้ อาทิ บำรุงปอดและระบบการหายใจใช้ตัวยารสขมอ่อน ๆ ได้แก่ ใบหนุมานประสานกาย บำรุงตับใช้ตัวยารสมัน ได้แก่ ตาลีหวั่ง บำรุงระบบขับถ่ายปัสสาวะใช้ตัวยารสหวานอ่อน ๆ ได้แก่ รากหญ้าคา และบำรุงหัวใจ ใช้ตัวยารสหอม เย็น ได้แก่ กฤษณา กะลัมพัก ขอนดอก ชะนูด หรือแฝกหอม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สำหรับตัวยาเสริมเหล่านี้ สามารถแทรกไปในตำรับยาหลักโรคอื่น ๆ โดยไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะโรคใดเท่านั้น

ส่วนตำรับยาเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมอเล่าว่าโรคเบาหวานเปรียบให้ยากก็เหมือนคนป่วยมี น้ำตาลอยู่ในเลือด เขายกตัวอย่างความหวานของน้ำตาลโตนด หากต้องการลดความหวานที่มากเกินไป ต้องใส่ เปลือกต้นมะม่วงหิมพานต์ซึ่งมีรสฝาดขมเพื่อให้น้ำตาลที่มีรสหวานกลับมามีรสฝาดมากขึ้น ในสูตรยาเบาหวาน หมอจึงใช้สมุนไพรหลักซึ่งมีตัวยารสฝาด ได้แก่ รากโกกงางและกำแพงเจ็ดชั้น อย่างไรก็ตาม สมุนไพรทั้งสองชนิด ยังมีรสอื่นเจืออยู่ รากโกกงางมีรสเค็มอ่อน ๆ เหมือนใส่เกลือช่วยระบบขับถ่าย ส่วนกำแพงเจ็ดชั้นมีรสร้อนจะ ช่วยผายลมและแก้ปวดเมื่อย ทำให้ความดันในร่างกายลดลง มะพร้าววนกลุ่มมีรสหวานน้อย ๆ ช่วยให้ร่างกาย มีเรี่ยวแรง และยังลดความดัน เพราะช่วยขับปัสสาวะ

อย่างไรก็ดี ในตำรับยาดังเดิมที่หมอได้รับการบอกเล่าว่ามีสมุนไพรเพียง 3 ชนิด แต่หมอกอเดร์ได้เพิ่มเติมสมุนไพรอีก 2 ชนิดลงไปจนกลายเป็นตำรับเฉพาะของตัวเอง นั่นคือ ใบอินทนิลน้ำช่วยลดน้ำตาลในเลือด และใบขี้เหล็กช่วยให้นอนหลับ การตั้งตำรับยาหลักของหมอกอเดร์ แม้ยึดตรสยาและสรรพคุณตามที่ได้รับการ ถ่ายทอดมาจากครูบาอาจารย์ แต่ก็มีความรู้ทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ได้สอดแทรกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งด้วย ความรู้ชุดดังกล่าวคือความรู้ว่าด้วยฤทธิ์ยา (drug effect) ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการที่หมอกอเดร์เลือกเพิ่มใบอินทนิล น้ำเข้าไปในตำรับ

¹³ แก่นของการปรุงยาวางอยู่บนตรสยาซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิด หมอพื้นบ้านจะแบ่งรสตามทฤษฎีการ แพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วย 9 รส ได้แก่ รสฝาด สรรพคุณสมาน รสหวาน สรรพคุณชุ่มชื้นไปตามเนื้อ รสเมาเบื่อ สรรพคุณแก้พิษ รสขม สรรพคุณแก้ไข้ รสเผ็ดร้อน สรรพคุณขับลม รสมัน สรรพคุณแก้เส้นเอ็น รสหอมเย็น สรรพคุณทำให้ ชื่นใจ รสเค็ม สรรพคุณขับไปตามผิวหนัง และรสเปรี้ยว สรรพคุณกัดเสมหะ ฟอกโลหิต รสยาทั้ง 9 จะมีความสลับซับซ้อน ยิ่งขึ้นเมื่อนำยาสมุนไพรไปเข้าตำรับ เพราะสมุนไพรบางชนิดก็ไม่ได้มีรสเดียว

อินทนิลน้ำ [Lagerstroemia speciosa (L.) Pers.] เป็นสมุนไพรซึ่งผ่านการทดลองจนพบว่า มี corosolic acid เป็นสารสำคัญที่ทำหน้าที่ลดระดับน้ำตาลในเลือด (พินดา ใหญ่ธรรมสาร และอรรณู ศรีบุษราคัม 2548, 8-11) อย่างไรก็ตาม การทดลองหาสารสำคัญ (active ingredient) ในพืชเป็นเพียงขั้นก่อนการศึกษาทางคลินิก (preclinical phase) ของการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาตามกระบวนการเภสัชกรรมสมัยใหม่ แต่ยังไม่ใช่ว่าตามความหมายทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ เพราะยังไม่ผ่านกระบวนการพัฒนายาในขั้นคลินิก¹⁴ (clinical phase)

“เราแค่พอรู้ว่าในสมุนไพรตัวไหนมีสารอะไร มีฤทธิ์อะไร เช่น ใบอินทนิลน้ำมีสารลดน้ำตาล หัวข้าวเย็นมีสารฆ่ามะเร็ง ก็เป็นข้อมูลที่เราสามารถช่วยได้เวลาตั้งตำรับ ยาของเราก็ยังเป็นยาสมุนไพรนั่นแหละ แต่เราใช้ความรู้ที่กว้างขึ้น สิ่งที่เราวิจัยมาแล้วทำให้เรามั่นใจ คนไข้ที่ได้ข้อมูลเขาก็จะเชื่อมั่นว่าตัวยามีสารอยู่” หมอกกล่าวอย่างร่าเริง ความคลุมเครือของตำรับยาที่ประกอบด้วยความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่เป็นอีกหนึ่งกระบวนการแปลที่ทำให้หมอสามารถจ่ายยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

“แล้วยาพวกนี้ล่ะครับ” หลานชายของสมบัติ คนไข้วัย 80 ถามขณะหยิบถุงใส่ยาแผนปัจจุบันมาวางบนโต๊ะ หลังจากหมอกอเดอร์จ่ายยาได้ให้กินร่วมกับยาเบาหวานและความดันโลหิตสูง

“มียาอะไรบ้าง” หมอกอเดอร์ถาม

“ยาลดความดัน ปกติกิน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าหนึ่งเดียว” หลานชายหยิบซองขึ้นมาอ่านฉลาก

“ยังกินได้อยู่ ให้ยาต้มออกฤทธิ์เต็มที่สัก 2-3 วัน ค่อยงดยาโรงบาล” หมอแนะ

“ยาลดอาการปวด” ญาติคนไข้หยิบซองยาขึ้นมาอ่านต่อ

“อันนี้ ถ้าปวดค่อยกิน” หมอบอก

“ยาช่วยย่อย”

“ในยาต้มเรามีตัวยาช่วยย่อยอยู่แล้ว งดยานี้ไว้ก่อน”

“ยาลดไขมัน กินวันละครึ่ง ก่อนอาหารเช้า” ญาติคนไข้อ่านฉลากยาชนิดต่อไป

“ลดไขมันนี้ก็ไปชนกับยาต้มอยู่ ในยาเราก็มี เอาอย่างนี้ กินยาต้มดูก่อน แล้วค่อยสังเกตอาการ ถ้าไม่มีอาการอะไรผิดปกติ ก็ไม่ต้องกิน ถ้ามีก็ค่อยกิน” หมอบอก

“กินควบคู่กันไปได้ไหมครับ” คนไข้ถาม

“แรก ๆ ก็ต้องกินแบบนี้ถึงค่อย ๆ ลดยาโรงบาลให้กินยาต้มก่อนอาหารเช้า แล้วยาแผนปัจจุบันก็กินหลังอาหารตามปกติ แต่ต้องกะให้ห่างกันสักชั่วโมงนะ ยางะได้ไม่ชนกัน” หมอบอก

จะเห็นว่าหมอกอเดอร์ทำให้ยาสมุนไพรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโดยเทียบเคียงฤทธิ์ยา แผนปัจจุบัน เมื่อพบตัวยาที่มีสรรพคุณใกล้เคียงกัน เช่น ในยาใดจะมีสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยระบบขับถ่าย ในยาเบาหวาน

¹⁴ การพัฒนายาขั้นคลินิกเป็นการทดสอบในมนุษย์ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้น ขั้นที่ 1 ทดลองประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของยา และปริมาณยา (safe dose range) ที่เหมาะสมในอาสาสมัครกลุ่มเล็กที่มีสุขภาพแข็งแรง จำนวนประมาณ 80-100 คน ขั้นที่ 2 เพิ่มจำนวนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการทดสอบเป็น 100 – 300 คน และประเมินประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลข้างเคียง จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นที่ 3 ซึ่งต้องเพิ่มปริมาณอาสาสมัครขนาดใหญ่ขึ้นเป็น 1,000 – 3,000 คน และสุดท้ายขั้นที่ 4 เป็นการติดตามศึกษาหลังจำหน่ายยาในตลาด (postmarketing surveillance) (Petryna 2009, 12)

และความดันโลหิตสูงจะมีสมุนไพรที่มีสรรพคุณลดความดันโลหิตและลดระดับน้ำตาลในเลือด หมออาจให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบางชนิดทันที แต่บางชนิดจะให้เริ่มจากกินยาสมุนไพรที่ละน้อยแล้วค่อย ๆ ลดปริมาณยาแผนปัจจุบันพร้อมกับสังเกตอาการด้วยตัวเอง หากไม่มีผลกระทบก็สามารถหยุดกินยาแผนปัจจุบันได้ ในที่สุด นอกจากนี้หมอจะห้ามไม่ให้กิน “ชน” กัน เพราะฤทธิ์ยาใกล้เคียงกันอาจส่งผลต่อร่างกายมากเกินไป

และเมื่อพิจารณาสมุนไพรของหมอกอเดร์จะพบว่า ด้านหนึ่ง ยาประกอบไปด้วยอิกมะห์ หรือสรรพคุณที่มีลักษณะเหนือธรรมชาติ และรสชาติตามหลักการแพทย์แผนไทย แต่ในขณะเดียวกัน ความรู้ทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ก็ได้ถูกแปลและแปลงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการตั้งตำรับยาที่มีลักษณะเฉพาะของหมอเอง และยังเป็นการเปิดพื้นที่ให้หมอสามารถสร้างการเชื่อมต่อและตัดขาดกับการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ด้วยการสร้างคำอธิบาย ตลอดจนปรับลดปริมาณการกินยาแผนปัจจุบันของคนไข้ ยาสมุนไพรจึงทำหน้าที่เป็นผู้กระทำการทั้งในเชิงวัตถุ-สัญญาะที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการสร้างความจริงและผลการรักษาที่หมอและคนไข้พึงปรารถนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ

บทสรุป : การต่อรองทางการเมืองเชิงภววิทยาของการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาการแพทย์พื้นบ้านภายใต้กรอบคิดเครือข่ายผู้กระทำการทำให้การศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์เกิดมิติใหม่ ๆ โดยเฉพาะการสนใจรากฐานของการนิยามความจริงหรือสิ่งที่ดำรงอยู่ (ontological existence) ซึ่งเป็นการยกระดับมาตั้งคำถามทางภววิทยา (ontology) ที่สนใจความจริงของระบบการแพทย์ที่หลากหลาย แตกต่างจากเดิมที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์มักจะหยุดความสนใจอยู่ที่ภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2562, 41-42)

กรณีของหมอกอเดร์ ซึ่งผู้เขียนได้ศึกษาในฐานะหมอพื้นบ้านที่เติบโตและบ่มเพาะความรู้มาตามขนบของการแพทย์พื้นบ้านที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติเป็นสำคัญ ลักษณะดังกล่าวถือเป็นความเฉพาะเจาะจงของหมอกอเดร์ที่ทำให้เขาเป็นหมอพื้นบ้านที่แตกต่างจากหมอพื้นบ้านคนอื่น ๆ เพราะถึงที่สุดแล้ว ความสามารถของหมอพื้นบ้านแต่ละคนขึ้นอยู่กับความสามารถรักษาและจัดยาให้เหมาะสมกับคนไข้แต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายทั้งจากการเรียนกับครูหมอพื้นบ้านในครอบครัว หมอในท้องถิ่น แพทย์แผนจีน หรือแม้แต่จากการเรียนรู้โดยอ้อมผ่านการทำงานร่วมกับแพทย์และเภสัชกรในรั้วมหาวิทยาลัย จึงบ่มเพาะทักษะในการต่อรองและปรับตัวผ่านการใช้ความรู้และวิธีปฏิบัติที่ยืดหยุ่นของหมอกอเดร์ เขาพยายามแปลและยกย่าย้ายถ่ายความรู้และการปฏิบัติที่ตัดข้ามไปมาระหว่างโลกของการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์สมัยใหม่

ผู้เขียนเห็นว่าจากการติดตามชีวิตของหมอกอเดร์ทำให้เห็นว่าทั้งหมอพื้นบ้านและการแพทย์พื้นบ้านสามารถเข้ามามีที่ทางและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสมัยใหม่ สิ่งที่เกิดขึ้นนี้อาจเทียบเคียงได้กับการแพทย์แผนจีนที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ในบางแง่มุม เช่น แพทย์แผนจีนรุ่นใหม่ที่ผ่านมาทั้งหลักสูตรแพทย์แผนโบราณและแพทย์แผนปัจจุบันสามารถแปลความรู้ เชื่อมโยงการปฏิบัติ และใช้เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ในการรักษาโรคภัยแรง

เช่น มะเร็ง พวกเขาสร้างปาฏิหาริย์จนมีชื่อเสียง และทำให้การแพทย์แผนจีนเกิดใหม่อีกครั้ง โดยเฉพาะในโลกตะวันตก (Zhan, 2009)

อย่างไรก็ดี ความพยายามในการแปลความรู้และสร้างความจริงทางการแพทย์ของหมอกอเต๋รไม่อาจเกิดขึ้นได้โดยตัวหมอเพียงลำพัง แต่กลับเกิดขึ้นโดยมีสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์เข้ามามีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ อาทิ ยาสมุนไพรที่ผสมผสานความรู้ทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด เสื้อกาวน์ หรือแม้แต่ใบประกอบวิชาชีพ วัตถุสิ่งของเหล่านี้ทำให้การแปลและการเชื่อมต่อระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นไปได้

การเชื่อมต่อกันของหมอพื้นบ้าน คนไข้ อุปกรณ์การแพทย์และวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ทำให้โรคไต โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกการแพทย์แผนไทย แม้จะถูกเรียกด้วยชื่อเดียวกันขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน ความจริงว่าด้วยโรคที่เราเคยคิดว่ามีเพียงหนึ่งเดียว (single) กลับมีมากกว่าหนึ่ง (multiple) การสร้างความจริงว่าด้วยโรคและการรักษาอีกชุดหนึ่งได้เปิดพื้นที่ให้หมอพื้นบ้านสามารถเข้าไปต่อรองทั้งในเชิงความรู้และปฏิบัติการดูแลในลักษณะที่ทั้งเชื่อมต่อและตัดขาดจากการแพทย์แผนปัจจุบัน จะพบว่าความสัมพันธ์ของความจริงที่เกิดขึ้นดำเนินไปอย่างยืดหยุ่นลื่นไหล ที่สำคัญความจริงดังกล่าวดำรงอยู่แบบทบทวี (multiplicity) โดยที่ความจริงหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความจริงหนึ่ง และดำรงอยู่ได้เพราะมีความจริงอื่นดำรงอยู่ เพราะผู้ป่วยจำนวนมากเลือกรักษาข้ามไปมาระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งในที่นี้จะพบกรณีที่ผู้ไปปรึกษาที่โรงพยาบาลพร้อม ๆ กับมารักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยกับหมอพื้นบ้าน แต่ถึงกระนั้น ความจริงอันหลากหลายเหล่านี้มีระยะห่างระหว่างกันทำให้เกิดการเมืองของภววิทยา (ontological politic) ที่เต็มไปด้วยการต่อสู้ช่วงชิงการนิยามความจริงที่เผยให้เห็นการตัดสินใจที่ยากลำบาก และความตึงเครียด เช่น การจำแนกระดับโรคไตของหมอกอเต๋รที่แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการที่คนไข้เลือกใช้ยาสมุนไพรควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้ตนเองสามารถเลิกใช้ยาแผนปัจจุบันในที่สุด

จะเห็นว่าหมอพื้นบ้านนั้นไม่ได้ดำรงอยู่อย่างนิ่งเฉยต่อความเปลี่ยนแปลง หากพิจารณาจากกรณีหมอกอเต๋ร แม้อาจกล่าวได้ว่าการแพทย์สมัยใหม่ได้พยายามกำหนดทิศทางที่ชัดเจนไว้กับการแพทย์พื้นบ้าน และพื้นที่ดังกล่าวก็หดแคบลง แต่ในขณะเดียวกัน หมอพื้นบ้านก็พยายามที่จะต่อรองทั้งในรูปแบบของการเชื่อมต่อและตัดขาดกับการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านการสร้างความจริงว่าด้วยโรคและวิธีการรักษาซึ่งสะท้อนให้เห็นการต่อรองทางการเมืองเชิงภววิทยา

โดยสรุป การดำรงอยู่ร่วมกันของการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนปัจจุบันจึงในลักษณะที่ไม่ได้เป็นคู่ตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิงนั้นยังเป็นไปได้ การแพทย์แผนโบราณไม่ได้เป็นเพียงเหยื่อที่ถูกทำร้ายจากการแพทย์แผนปัจจุบันแต่เพียงฝ่ายเดียว ขณะเดียวกันการแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่ได้เป็นผู้ร้ายเสมอไป หากเป็นเครื่องมือและวิธีการที่การแพทย์แผนโบราณหยิบใช้เพื่อสร้างชีวิตของตัวเองขึ้นใหม่อีกครั้ง ดังเช่นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกรณีของหมอกอเต๋รที่ได้บ่มเพาะและฝึกฝนตนเองจนสามารถสร้างความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ให้ปรากฏ แต่ถึง

ฉะนั้น หากพิจารณาในภาพใหญ่ แม้การแพทย์พื้นบ้านจะเข้ามามีที่ทางในการรักษาโรคได้เรื่อยๆ ในสังคมร่วมสมัย และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยก็เริ่มให้ความสนใจและใช้บริการอย่างจริงจัง แต่ความสัมพันธ์ของการแพทย์ทั้งสองไม่ได้ดำเนินไปอย่างเท่าเทียม เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันยังคงเป็นฝ่ายที่มีอำนาจมากกว่าในการกำหนดความสัมพันธ์ แต่ถึงกระนั้น ผู้เขียนต้องการชี้ให้เห็นความสลับซับซ้อนของความสัมพันธ์ในปัจจุบัน โดยเฉพาะรอยปริ้ว ความขัดแย้ง และการท้าทายของการแพทย์พื้นบ้านที่อาจทำให้เราเห็นความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในการจัดวางความสัมพันธ์ หรืออาจรวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลที่มีลักษณะลูกผสมระหว่างการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้าน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559. *รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557-2559*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2562. “มานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ 21: การเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย.” ใน *อยู่ดี กินดี มีสุข: มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของสุขภาพ; รวมบทความจากการประชุมวิชาการทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ 12 พ.ศ.2560*, บรรณาธิการโดย ปณิศา สรรวาสี, 1-68. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ชัชชล อังนากิตติ. 2561. “หมอฟันบ้านในยุคโรคไข้เชื้อเรื้อรัง.” *วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล (มานุษยวิทยา)*, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐกานกุล ชัดติยะ. 2550. “การแพทย์พื้นบ้านและการดูแลสุขภาพโรคของชาวเผ่าละว้าบ้านใหม่ ลัญเจริญ: กรณีศึกษาบ้านใหม่ลัญเจริญ ตำบลป่าถึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย.” *วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ณัฐยา สมะเวียง. 2558. “การแพทย์พื้นบ้านกับการเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจในสังคมไทย ภาคเหนือ.” *วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (การพัฒนาสังคม)*, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธณีส ทองชูช่วย. 2555. “ภูมิปัญญาของหมอฟันบ้านในด้านการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคของอำเภอ บางลำภู จังหวัดสงขลา.” *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ยุทธศาสตร์การพัฒนา)*, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- บุษราคัม ศรีทาเวช. 2556. “ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์บ้านท่าลั้ง ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี.” *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา)*, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. 2558. “สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.” *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5): 5-17.
- พรปรีดิ์ จันทร์อุไร. 2556. “การบริโภคสมุนไพร: อัตลักษณ์และอำนาจในตนในการดูแลสุขภาพของคนเมือง.” *วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)*, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินดาใหญ่ธรรมสาร และอรัญญา ศรีบุษราคัม. 2548. “อินทนิลน้ำกับฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด.” *จุลสารข้อมูลสมุนไพร*, 23(1): 8-11.
- วีรุฒิ อิมสาราญ และคณะ. 2557. “โรคมะเร็ง (cancer).” ใน *Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557)*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2558. *คู่มือการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558. *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2558. *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2560. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2560. *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560 – 2564)*. กรุงเทพฯ: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- โอภาส ชามะรัตน์. 2548. “ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านกับการใช้สมุนไพรบำบัดรักษาความเจ็บป่วย กรณีศึกษานายแว วงศ์คำโสม บ้านโคกผาง ตำบลसानตม อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย.” ใน *ภูมิปัญญาสุขภาพ: ปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น*, บรรณาธิการโดย ดาริน อินเหมือน, 121-154. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ภาษาอังกฤษ

- Latour, Bruno. 1987. *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*: Harvard university press.
- Latour, Bruno. 1996. On actor-network theory. A few clarifications plus more than a few complications. *Soziale Welt*, 47, 369-381.
- Mol, Annemarie. 1999. “Ontological politics. A word and some questions.” *Sociological Review*, 47(1): 74-89.
- Mol, Annemarie. (2002). *The body multiple: ontology of medical practice*. America: Duke University Press.
- Petryna, Adriana. 2009. *When experiments travel: clinical trials and the global search of human subject*. UK: Princeton University Press.
- Pitiporn, Supaporn. 2004. “Consumerism and herbal product consumption: A case study of ABHAIBHUBEJHR herbal products.” Phd Thesis (medical and health social sciences), Mahidol University.
- World Health Organization. 2017. *Ten years in public health 2007-2017*. Italy: World Health Organization.

Zhan, mei. 2009. *Other-worldly: Making Chinese medicine through transnational frames*.
Durham and London: Duke University Press.

ออนไลน์

- ผู้จัดการออนไลน์. 2557. “คิดเห็นเป็นทาง: โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยฯ ทางเลือกใหม่ของผู้ป่วย.”
ผู้จัดการออนไลน์, 3 เมษายน 2557. สืบค้นวันที่ 15 พฤษภาคม 2563. <http://www.manager.co.th/Dhamma/ViewNews.aspx?NewsID=9570000036696>
- Medthai. 2561. “การตรวจ Albumin (อัลบูมิน) ในเลือดคืออะไร?” สืบค้นวันที่ 15 พฤษภาคม 2563. <https://medthai.com/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88-albumin/>
- Muslimphilosophy. 1998. “The primacy of existence.” Accessed May 15, 2020. <http://www.muslimphilosophy.com/ip/rep/H027.htm>
- Siriraj E-public Library. 2553. “ฮอว์มอีนินซูลิน.” สืบค้นวันที่ 15 พฤษภาคม 2563. <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=47&id=47>
- Wiktionary. 2019. “Hikmah.” Accessed May 15, 2020. <https://en.wiktionary.org/wiki/hikmah>