

คำตัวโรค โด๊ส และดีเอ็นเอ:
การจัดการโรคพยาธิด้วยระบบเวชกรรมในสังคมอีสาน

หุติยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง *

ศูนย์การศึกษาบึงกาฬ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

วันที่รับบทความ 27 กันยายน พ.ศ.2562

วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤศจิกายน พ.ศ.2562

วันที่ตอบรับบทความ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2562

บทคัดย่อ

บทความนี้ต้องการเสนอเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางการแพทย์กับการประกันอาหารวัฒนธรรมประเภทปรุงจากปลา อันถูกจัดวางอยู่ในวาทกรรมทางการแพทย์ว่าเป็นเหตุปัจจัยสำคัญทางสาธารณสุขในการเกิดโรคพยาธิในภูมิภาคอีสาน โดยมีค่าตัวเลขจากการสำรวจโรคอยู่ที่ 69.97% ของประชากรในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ทั้งนี้ แนวคิดเรื่องการกินปลาคือมูลเหตุสำคัญของโรคพยาธิดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นได้ชัดอยู่ที่ปริมาณจุดทศนิยมของตัวโรคที่ปรากฏอยู่ในตัวปลา จนนำไปสู่ความจำเป็นต้องใช้ยาสมัยใหม่อย่างปราซิควอนเทลเพื่อการขับหรือฆ่าตัวพยาธิ อันทำให้สังคมไทยอีสานกลายเป็นสังคมแห่งวัฒนธรรมการกินยาฆ่าพยาธิโดยไม่ดับตามโด๊ส (Dose) ของชุดความรู้ทางการแพทย์

กล่าวได้ว่า การทำความเข้าใจต่อการปรากฏขึ้นของชุดความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นระบบตัวเลขเป็นการสร้างคำอธิบายเกี่ยวกับมนุษย์และบริบทแวดล้อมที่วางอยู่บนความเป็นเหตุเป็นผลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ และมีสถาบันทางการแพทย์ที่เป็นเครื่องมือรับรองหลักที่หนักแน่น จนทำให้ค่าตัวเลขของตัวโรคและสถิติการก่อโรคถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนรูปแบบการรณรงค์ การป้องกันและการรักษาโรคหรือสถาปนาวัฒนธรรมการกินยาถ่ายหรือฆ่าพยาธิภายใต้ร่มเงาของสถาบันทางความรู้ความจริงทางการแพทย์ วิถีปฏิบัติดังกล่าวจึงเป็นที่ยืนยันถึงการทำงานบนเรือนร่างของคนไข้ โดยมีตัวเลขเป็นรูปธรรมในการสร้างความหมายเพื่อก่อเครื่องมือในการทูลนุ และเสริมสร้างบรรทัดฐานอันเป็นระเบียบ เพื่อการกำกับร่างกายของพลเมืองให้เชื่องสยบและเข้าสู่สู่ปฏิบัติทางการแพทย์ในทุกมิติและทุกแง่มุมของชีวิต

คำสำคัญ: คำตัวโรค, โด๊ส, ดีเอ็นเอ, โรคยานุวัฒน์

Percentage of Disease, Dose, DNA:
Medicalization of Disease in Isan Society

Tutiyaporn Poomdonming *

Bueng Kan Education Center Udonthani, Rajabhat University

Received 27 September 2019

Received in revised 15 November 2019

Accepted 18 November 2019

Abstract

This article intends to present a medical knowledge that characterizes the relationship between modern medical knowledge and approaches to fish-based cultural food preparations which is medico-discursively regarded as the original health factor of disease occurrence in Isan region. Medical survey in Sakon Nakhon had illustrated repeatedly that a percentage of 69.97% among this province population were infected with worm diseases to identify fish-born parasitic microbes. The acquired knowledge has apparently helped justify the use of state-of-the-art medication such as Praziquantel to eliminate the parasites. This medicalization has, thus, transformed Isan society into a dose-prescribed, liver fluke eradication-based culture that governed by a set of the medical knowledge.

It is arguable that understanding the emergence of numerical medical knowledge requires an exemplification of human existence and their respective environmental context by referring to scientific explanations that are endorsed by medical institutions. As a result, arising numerical values of a disease and pathological statistics help instigate strategic approaches that crusade campaigns, preventions and treatments, or an establishment of a parasite eradication culture under the umbrella of institutionalized medical knowledge. Practical approaches to such institutionalized medical knowledge is, thus, a testament of medical exercises on patient's body. This can be achieved by adhering to numerical evidences that legitimize tools to support and standardize practices which; govern citizen's docile body, and conform to medical treatments in all aspects of life.

Keywords: Percentage of Disease, Dose, DNA, Medicalization

*Corresponding author: tutiyapoom@gmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2019.23

บทนำ

เครื่องปั๊มหัวใจด้วยไฟฟ้าส่งเสียงสัญญาณขึ้นในเวลา 17 นาฬิกา 58 นาที เวลานั้น หมายถึงความตาย เป็นภาพและเสียงที่ปรากฏขึ้นในหนังสือเรื่อง “สงครามโรค” ภาษาตัวเลขบนหน้าจอเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์แสดงผลที่มีเพียงวิชาชีพหมอเท่านั้นที่สามารถอ่านค่าของภาษาความเป็น ความตาย จากเทคโนโลยีนี้ได้การตายของพลเมือง (ผู้ป่วย) เป็นฉากแรกที่ถูกเลือกขึ้นมานำเสนอภาพ เพื่อนำไปสู่การฉายเรื่องราวชีวิตของหมอรักษาโรคผู้ชื่อว่า นายแพทย์ณรงค์ ชันติแก้ว¹

อดีตในวัยเยาว์ของหมอณรงค์ อันหมายถึง เด็กชายณรงค์ ชันติแก้ว อายุราว ๆ 10 ขวบ ที่เริ่มเรื่องด้วยตัวเลขแห่งเวลาใน “ปี พ.ศ.2523 ณ จังหวัดขอนแก่น” ฉากที่นำเสนอ คือ ความเศร้าโศกของครอบครัวของหมอที่สูญเสียบิดาด้วย โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Bile Duct Cancer) โดยฉากนี้กำกับด้วยตัวหนังสือความว่า

“ปี พ.ศ.2523 คนอีสานเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปีกะ 10,000 – 20,000 ราย” ทั้งนี้ในฉากยังปรากฏให้ได้ยินเสียงที่มาจากหออกรงขาวในหมู่บ้าน ความว่า

“จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วขอให้ประชาชนระวังเรื่องการกินของดิบ” (สงครามโรค, นาที1.15-1.20)

เหตุการณ์สะเทือนใจของหมอณรงค์ที่สูญเสียพ่อได้ทำให้เขามุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับโรคร้าย โดยตั้งใจสอบเข้าเรียนต่อคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยในภูมิภาคของตน จากนั้นก็มุ่งมั่นร่ำเรียนจนสำเร็จการศึกษาภายใต้พระราโชวาทในสมเด็จพระมหาชนกที่ว่า “ทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” และทำการวิจัยค้นคว้าเรื่อง “โรคมะเร็งท่อน้ำดี” โดยลงพื้นที่ในชุมชนและอุทิศตนแก่สังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่ออันตรายของตัวโรคอันเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า

กล่าวได้ว่า เรื่องราวชีวิตของหมอณรงค์ปัจเจกชนผู้มีสายพันธุ์กรรมแนวอีสาน ได้ถูกเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต การเจ็บ การเป็น และการกินอยู่ ในช่วงเวลาที่ถูกรุมเร้าด้วยความ “ไม่รู้จักโรค” จนนำไปสู่การสร้างฐานทัพเพื่อการสืบค้นหาต้นตอแห่งการเกิดโรคที่ถูกนิยามว่าเป็นโรคประจำถิ่น (endemic) ของภาคอีสาน เป็นผลให้ได้กรรมดาคณหนึ่งต้องลุกขึ้นมาต่อสู้กับบ้านแสวงหาความรู้ความจริงเพื่อรักษาชีวิตของพลเมืองชาตินิยมเดียวกันในพื้นที่โรคอย่างอีสานให้ปราศจากซึ่งโรคร้าย

¹ ปัจจุบันเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น หัวหน้าโครงการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (พ.ศ.2557-ปัจจุบัน) และเป็นอาจารย์สังกัดภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เช่นนั้น การที่หมอณรงค์ประสบความสำเร็จปวดด้วยตนเองย่อมจะเข้าใจความรู้สึกของคนที่สูญเสีย แม้ว่าความเป็นหมออยู่ในฐานะบุคลากรของรัฐ และเป็นภาพตัวแทนของกองพลที่ทำหน้าที่ป้องกัน และรักษาโรค แต่การนำเสนอนี้ก็สร้างความเป็นท้องถิ่นนิยมที่ต้องการสร้างพันธมิตรทางอารมณ์ และความรู้สึกร่วมกันของปัจเจกชนและชุมชน ระหว่างร่างทรงทางความรู้ เช่น หมอกับพลเมืองในการต่อสู้กับโรคผ่านความรู้ อำนาจ และสถาบัน ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่การเป็นหนึ่งที่น่าเสนอการต่อสู้ของหมอณรงค์กับสิ่งที่มองไม่เห็นอันหมายถึง “การต่อสู้กับตัวโรค” เพื่อตีแผ่ต่อสู้สาธารณะ

อย่างไรก็ตาม “สงครามโรค” ถึงแม้จะเป็นเรื่องราวชีวิตของหมอที่พยายามต่อสู้กับสิ่งที่มองไม่เห็น แต่ก็สามารถทำให้เห็นประเด็นปัญหาสำคัญที่มีภาษาของตัวเลขเป็นสัญลักษณ์ในการอธิบายระดับความรุนแรง จนเกิดความหมายต่อการเชี่ยวชาญ และก่อปรากฏการณ์สำคัญในสังคมไทยและภูมิภาคอีสานในช่วงเวลาของการเกิดโรคจนนำไปสู่การรณรงค์ การป้องกัน และรักษาโรค ซึ่งทั้งหมดล้วนอยู่ภายใต้การกำกับและสร้างความสยดสยองผ่านสัญลักษณ์ของภาษาตัวเลข โดยบทความนี้ได้รับอิทธิพลทางความคิดมาจากการงานของมิเชล ฟูโกต์ อย่างไรก็ตามก็ได้ขยายคำอธิบายตามทฤษฎีเสียโดยตรง หากมุ่งพยายามที่จะเผยให้เห็นอิทธิพลของชุดความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับปรสิตวิทยา (parasitology) ที่มีพันธะเชื่อมโยงกับการใช้ประโยชน์จากตัวเลขเป็นการอ้างค่าทางสถิติเป็นการฉายภาพการเป็นพื้นที่โรค และนำไปสู่ความชอบธรรมในหาแนวทางการป้องกัน และรักษาโรคในสังคมอีสานที่เชื่อมโยงพัวพันกับทุน อำนาจ ธรรมชาติ และวัฒนธรรม สู่การผูกมัดขึ้นของตัวโรคกับความเป็นท้องถิ่น โดยผู้เขียนนำเสนอประเด็นหลักสำคัญ 4 ประเด็น ซึ่งปรากฏขึ้นในสังคมภูมิภาคอีสานที่มีได้ถูกเล่าผ่านหนังสือเรื่อง “สงครามโรค” หากแต่เป็นปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใต้การเกิดและการสร้างพื้นที่โรค ดังต่อไปนี้ 1) 2523 สัญญาณนาฬิกาตำแหน่งแห่งที่โรค 2) จุดทศนิยมในตัวปลา: ค่าของตัวโรค 3) ปราศิควอนเทิล: วัฒนธรรมการกินยาฆ่าพยาธิพลเมืองอีสาน 4) ดี-เอ็น-เอ อีสาน: คลังพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2523: สัญญาณนาฬิกาตำแหน่งแห่งโรค

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคประจำถิ่นในภูมิภาคเขตร้อนอันหมายถึงพื้นที่ตั้งแต่ กล่าวคือ ละติจูดที่ 10 องศาใต้ถึงละติจูดที่ 28 องศาเหนือ และระหว่างลองจิจูดที่ 92 องศาตะวันออกถึง 141 องศาตะวันตก ถือเป็นตัวเลขของศาซึ่งเป็นที่ตั้งของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มาตราส่วนแสดงพื้นที่ภูมิประเทศเป็นสิ่งที่ฉายให้เห็นอัตราความชุกชุมของโรค (prevalence rate) ที่ถูกวิเคราะห์ระหว่างความสัมพันธ์ของปัจเจก สถานที่ และเวลา เมื่อกล่าวถึงโรคพยาธิใบไม้ตับในเวชปฏิบัตินิยมอย่างวิพากษ์ทีเดียวมักให้ความหมายว่าเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย ลาว เวียดนามและกัมพูชา หากพิจารณาตามมิติของความซับซ้อนของโรคแล้วพยาธิใบไม้ตับเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับลักษณะทางภูมิศาสตร์

ที่ถูกครอบด้วยชุดความรู้เรื่องของระบาดวิทยา (epidemiologic transition) ที่ชี้จุดปรากฏของโรคไปยังภูมิภาคของพลเมืองอีสานที่ถูกยึดตรึงไม่สามารถยับยั้งขึ้นในการเป็นแหล่งรังโรคพยาธิใบไม้ตับจนเป็นเหตุผลที่สามารถสอดส่อง ป้องกัน/รักษา และฆ่าพยาธิในร่างกายของพลเมืองอีสานได้อย่างสมเหตุสมผล โดยพุทธศักราช 2523 ถึง 2524 อันเป็นสัญญาณเวลาตำแหน่งแห่งโรครุมควมคุมโรคติดต่อ ฝ่ายหนองพยาธิ ได้มีการสอดส่องความรุนแรงของหนองพยาธิลำไส้ในประเทศไทยโดย 7 จังหวัดในภูมิภาคอีสาน (ตาราง 1) ซึ่งจังหวัดสกลนครมีภาษาตัวเลขของหนองพยาธิลำไส้อยู่ที่ 69.97% ที่มากที่สุด

ตาราง 1 สถิติการสำรวจโรคพยาธิลำไส้ภาคอีสาน พ.ศ.2523-2524

รายนามจังหวัดแห่งโรค (เรียงตามลำดับความชุกโรค)	ร้อยละตัวเลขแสดงปริมาณตัวโรค
สกลนคร	69.97
ชัยภูมิ	62.75
มหาสารคาม	50.94
เลย	21.90
สุรินทร์	11.50
อุบลราชธานี	8.94
นครราชสีมา	8.01

ที่มา: ดัดแปลงจาก ทุตยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง, 2562, น. 57

การสำรวจ วิเคราะห์ทางสถิติ และแสดงค่าวิเคราะห์ทางสถิติบนฐานของประชากรนั้น ภาษาตัวเลขเป็นสิ่งที่ถูกนำมาสร้างความน่าเชื่อถือ และสร้างความชอบธรรมของความรู้ทางสาธารณสุขที่เรียกว่า การระบาดวิทยาที่ตั้งอยู่บนหลักการที่เคลื่อนไปด้วยตัวเลขด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักวิทยาศาสตร์ (Peterson and Lupton, 1996, p. 31) เทคนิควิธีการเหล่านี้ต้องอาศัยตำแหน่งแห่งที่และเวลาในการคำนวณ เพื่อที่จะระบุตำแหน่งข้อเท็จจริงของการเป็นพื้นที่โรคที่มีความน่าเชื่อถือด้วยการสถาปนาตัวเลข (Numbers Foundation) โดยภูมิภาคอีสานเป็นพื้นที่เปิดโรคพยาธิใบไม้ตับจากภาษาตัวเลขด้วยชุดความรู้ที่บริสุทธิ์แท้

กล่าวได้ว่า พื้นที่โรคที่ปรากฏขึ้นด้วยการสถาปนาตัวเลขที่น่าเชื่อถือของกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุขในช่วงเวลานั้นได้นำไปสู่การจุดเริ่มต้นของการไล่ล่าโรค ด้วยวิธีการเคลื่อนตัวของคาราวานผู้เชี่ยวชาญที่มาพร้อมกับกรอบคิด “การป้องกัน คือ การรักษา” (prevention is treatment) ด้านสุขวิทยาพลเมือง ทั้งนี้เพื่อเป็นกลยุทธ์ในการให้ความรู้ที่เน้นในเรื่องสร้างความตระหนักถึงสาเหตุ

การเกิดและการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่สำคัญด้วยการสร้างความตระหนักรู้ของงานทางด้านการสุขศึกษา (อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2524, น. 15-16) เป็นผลให้แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524) มีการบรรจุลักษณะงานที่เรียกว่าสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และนำไปสู่การสถาปนา นักปฏิบัติการท้องถิ่นที่อาจเรียกว่า เป็นเจ้าบ้านของโรค (Host of Diseases) และการรับรู้โรคประจำท้องถิ่นขึ้น (ทุติยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง, 2562, น. 67)

ทั้งนี้มิใช่เป้าหมายเพื่อการสร้างสุขนิสัยในการกินอาหารซึ่งเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขของไทยที่ยังไร้มาตรฐานตามนัยของสากล (กรมสนับสนุนสุขภาพ, 2547, น. 1-3) คำอธิบายดังกล่าวปรากฏแล้วในงานเขียนของ Thomas E. Niedringhaus (1968) โดยเสนอว่า การกินอาหารของคนภาคพื้นทวีปในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้นเป็นอาหารที่มีความต่ำต้อยทางโภชนาการทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพที่ไร้มาตรฐาน เพียงเพียงการบริโภคข้าว ปรุงกินปลา และอาศัยเครื่องเทศเป็นสิ่งชูกลิ่นชुरส โดยลักษณะการกินเช่นนี้เป็นการกินที่ซ้ำซากจำเจที่อาศัยข้าวเป็นอาหารในชีวิตประจำวันถึงร้อยละ 80 ซึ่งการกินที่ไร้หลักโภชนาการตามมิติตะวันตก อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เสถียรภาพทางอาหาร (food security) ในมุมมองของชาวตะวันตกแล้วตัวชี้วัดคุณภาพทางอาหารจะมีร้อยละของสารอาหารเป็นสำคัญ อันหมายถึง ความเป็นโภชนาการใหม่ (new nutrition) ที่เป็นจุดเปลี่ยนในการสร้างความรับรู้ของหมู่อาหารตามชุดความรู้ทางวิทยาศาสตร์สาขาเคมีที่เรียกว่า “ประเภทอาหารทั้ง 6 หรือธาตุอาหารทั้ง 6” อันได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ (ชาติชาย มุกสง, 2556 น. 140-141) การเปลี่ยนแนวคิดที่ไม่ใช่เพียงแค่ “กินเพื่ออิ่ม แต่กินเพื่ออนามัย” เป็นการวางหลัก การวางกฎ และการวางแผน เพื่อเป้าหมายในการเปลี่ยนชีวิต การเปลี่ยนการบริโภคให้กระจำจั่ง ด้วยคำอธิบายทางภาษาตัวเลขที่เป็นมาตรฐานที่ว่า

“ใน 24 ชั่วโมงร่างกายปกติภายในของมนุษย์ต้องการธาตุอาหาร คือ (1) ไข่ไก่ 1 ฟอง (2) เนื้อ สัตว์ ปลา ถั่ว ต่าง ๆ ประมาณ 160 กรัม (3) ข้าวประมาณ 300 กรัม (4) ขนมของหวานต่าง ๆ ประมาณ 90 กรัม (5) พืชผักไม่มีใบต่าง ๆ ประมาณ 200 กรัม (6) ผักใบเขียวต่าง ๆ ประมาณ 160 กรัม (7) ไขมันต่าง ๆ ประมาณ 50 กรัม (8) ผลไม้ สุก สด ต่าง ๆ ประมาณ 160 กรัม”

ที่มา: ยงค์ ชูติมา, 2491

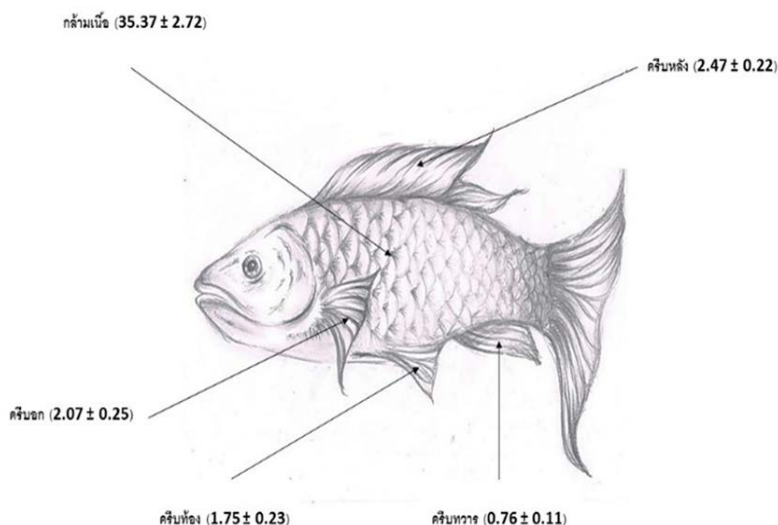
กล่าวคือ ความจริงของภาษาตัวเลขเป็นการประมาณการคุณค่าของอาหารในร่างกายมนุษย์เช่นนั้น จึงนำไปสู่การตั้งคำถามต่อสุขนิสัยของพลเมืองในพื้นที่โรคที่ตั้งเป้าตามหลักอนามัย และตามหลักการทางวิทยาศาสตร์แผนปัจจุบัน เพื่อการพิจารณาอาหารในชีวิตประจำวันของพลเมืองอันเป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรค จนกระทั่งมีการป้องกัน รักษาโรค และฆ่าโรค กระบวนการสำเร็จรูปถือเป็นการสร้างรูปแบบความรู้ สร้างฐานอำนาจที่ทำให้สามารถจัดการ หรือสอดส่องกับเรือนร่างของพลเมือง โดยความพยายามเช่นนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงการใช้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรมโดยดำเนินการผ่านกลไก

ของการสร้างความรู้ที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน ซึ่งในแง่หนึ่งเป็นการเชื่อมโยงการนิยามอำนาจเข้ากับระบอบข้อเท็จจริงของภาษาตัวเลขเพื่อให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติตาม

ดังนั้น การสร้างชุดความรู้ให้กับพลเมืองจึงมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย โดยครอบคลุมไปถึงการป้องกันโรค (Preventive Behavior) พฤติกรรมของการเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย (Sick-Role) ตลอดจนพฤติกรรมการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย (Curative Behavior) (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528) จนนำไปสู่การพิจารณาสาเหตุของการเกิดโรคอันหมายถึง การกินอาหารที่ปรุงประดิดขี้จากปลาเป็นมูลเหตุสำคัญในการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในเรื้อนกายของพลเมืองอีสาน และนำไปสู่การอธิบายภาษาตัวเลขของตัวโรคในพื้นที่ที่ตัวปลาอย่างถี่ละเอียดตามหลักเกณฑ์ของห้องปฏิบัติการ

จุดทศนิยมในตัวปลา ค่าของตัวโรค

การค้นพบวงชีจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับในอีสานของผู้เชี่ยวชาญในราวทศวรรษ 2500 นั้นทำให้ปลาที่เป็นฐานทรัพยากรทางธรรมชาติที่สามารถนำมาประกอบปรุงอาหารถูกอธิบายผ่านชุดความรู้ทางการแพทย์ว่าเป็นพาหะสำคัญในการก่อโรคประจำถิ่น อันหมายถึง โรคพยาธิใบไม้ตับอีสาน (*Opisthorchis viverrini*-Isan) ทำให้ตัวปลาเริ่มปรากฏความหมายของชุดความรู้ทางการแพทย์จากตัวเลข ที่มีการสะสมของตัวโรคของแต่ละบริเวณแตกต่างกันออกไป ดังภาพ



ภาพประกอบ 1 จุดทศนิยมในตัวปลา ค่าของตัวโรค

ที่มา: ทูติยาภรณ์ ภูมิตอนมิ่ง, 2562, น. 71

สามารถกล่าวได้ว่า ปลาไม่ได้เป็นเพียงฐานทรัพยากรทางธรรมชาติที่เป็นคลังสารอาหารโปรตีนตามหลักความรู้ทางโภชนาการศาสตร์เท่านั้น หากถูกนำมาปรุงกินแบบไม่ผ่านความร้อนด้วยอุณหภูมิตัวเลขที่ 100 องศาเซลเซียส ก็จะเป็นผลและมีความหมายในการก่อโรคมะเร็งไโบไม่ดับ ซึ่งในแต่ละบริเวณของตัวปลาจะปรากฏนัยยะของภาษาตัวเลข ของตัวโรคที่มีไม่เท่ากันในแต่ละบริเวณของตัวปลา แต่ตัวโรคที่มากมายที่สุดปรากฏในบริเวณกล้ามเนื้อที่เป็นจุดทศนิยมที่ 35.37 ± 2.72 อันเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการกลายเป็นอาหารของมนุษย์มากที่สุดเช่นกัน

ทั้งนี้ การค้นพบวงจรการเกิดโรคมะเร็งไโบไม่ดับในพื้นที่โรคภาคอีสาน “ปลา” อันเป็นฐานทรัพยากรทางธรรมชาติที่สำคัญกลับอยู่ในวงจรที่เป็นพาหะแห่งการส่งผ่านตัวโรคระยะประชิดเรือนกายของมนุษย์ซึ่งตัวโรคที่ชื่อเมตาเซอร์คาเรีย (metacercariae) สามารถที่จะติดต่อกันในเกล็ดและในเนื้อปลา ความรู้ในเรื่องระยะเมตาเซอร์คอเรียได้ถูกอธิบายอย่างเป็นเหตุเป็นผลตามหลักปฏิฐานนิยม (Positivism) ผ่านสถาบันทางการแพทย์คำอธิบายเกี่ยวกับตัวปลาจึงเริ่มถูกผลิตขึ้นอย่างเข้มข้น โดยมีการเสนอให้เห็นภาพการขังตัวของตัวโรค คือ หัว ครัว กล้ามเนื้อ หนัง และเกล็ด อันเป็นพื้นที่ในการบ่มเพาะตัวโรค และยังเสนออีกถึงไปถึงบริเวณที่มีตัวโรคด้วยการใช้สัญลักษณ์ตัวเลขในการสร้างความหมายของปริมาณตัวโรคในแต่ละจุดของร่างกายของปลา (ทุติยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง และทวีศักดิ์ เผือกสม, 2562)

อย่างไรก็ตาม ตัวปลาน้ำจืดที่เป็นพาหะนำโรคร้ายก็ได้ถูกนำมาอธิบายผ่านชุดความรู้ทางโภชนาการศาสตร์ในช่วงเวลา พ.ศ.2531 โดยนิตยสารหมอชาวบ้าน ในคอลัมน์ “กิน ถูก ถูก” สื่อนัยยะของการมีสารอาหารสูงในปลาตัวใหญ่ ซึ่งจะมีไขมันสูง ทั้งในส่วนเนื้อ และเครื่องใน ในขณะที่ปลา 1 ตัวนั้น จะมีองค์ประกอบของสารอาหารต่าง ๆ ในปริมาณที่แตกต่างกัน อันได้แก่ โปรตีนประมาณ 15-24% แร่ธาตุ 0.8-2.0%, ความชื้น 66-84%, ไขมัน 0.1-2.2% (แล้วแต่ชนิดของปลา) โดยค่าของสารอาหารต่าง ๆ เหล่านี้จะขึ้นกับอาหาร ส่วนของปลา คือ หัว คอ หาง ขนาด อายุ และฤดูกาล รวมทั้งระยะการเจริญพันธุ์ของปลา และในส่วนต่าง ๆ ของปลาจะมีสารอาหารแตกต่างกัน เช่น ส่วนหัวปลาจะเป็นส่วนที่มีโปรตีนมากที่สุด ส่วนหาง จะมีไขมันและน้ำมากกว่าส่วนอื่น ๆ ซึ่งเป็นคำอธิบายถึงประโยชน์ในตัวปลาที่เป็นไปตามหลักการโภชนาการใหม่ของสารอาหารในตัวปลา ที่มีได้ปรากฏคำอธิบายความเป็นอาหารทุพโภชนาการ (Malnutrition) ที่เป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรคร้ายรุนแรง ควรแก่การระงับการกินแต่อย่างใด (แผนภูมิ 1)

แผนภูมิ 1 คุณค่าสารอาหารในตัวปลา (ต่อ 100 กรัม)

ปลา ตะเพียน	ความชื้น (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	แร่ธาตุ			วิตามิน	
				แคลเซียม	ฟอสฟอรัส	เหล็ก	บี1	บี2
	74.10	22.0	2.60	32	102	0.40	0.01	0.09

ที่มา: ดัดแปลงจาก หมอชาวบ้าน, 2532

กล่าวได้ว่า ปรากฏการณ์อธิบายด้วยชุดความรู้ทางตัวเลขของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จึงส่งผลให้การปรุงกินอาหารจากปลาถูกพิจารณาอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรุงกินอาหารในชีวิตประจำวันจากปลาแดกในมิติทางการแพทย์นั้น ปลาแดกมีความหมายในเชิงการเป็นอาหารก่อโรค และเป็นอาหารที่พลเมืองอีสานกินอยู่เป็นประจำ ขณะที่ปลาแดกในมิติของชาวบ้านกลับมี 2 นัยยะสำคัญ คือการเป็น “อาหาร” และ “เครื่องชูรสชาติทางอาหาร” ที่สามารถกินได้โดยไม่ต้องผ่านความร้อนจากไฟ แต่กระบวนการผลิตสำคัญ จะมีเกลือสินเธาว์ และระยะเวลาในการหมักบ่มในไห ในบริเวณที่เหมาะสมร่มแดดรำไร (หุตติยาภรณ์ ภูมิตอนมิ่ง, 2562) จนครบวงจรบ่มแห้งปี จึงจะกลายเป็นอาหารที่ปลอดภัยจากการก่อโรคถือได้ว่าเป็นชนบทปฏิบัติตามวิถีของการเปลี่ยนธรรมชาติให้กลายเป็นวัฒนธรรมการกินอาหารของมนุษย์ ที่ปรุงสุกแล้วตามมิติการปรุงกินของชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Van Esterik, 2008, p. 27)

ตามมิติทางการแพทย์นั้นอาหารปลาแดกกลับกลายเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีโอกาสพัฒนาไปสู่การเป็นโรคร้ายรุนแรงอย่างมะเร็งท่อน้ำดี โดยชนบทการกิน และกระบวนการปรุงกินของพลเมืองอีสานได้ถูกนิยามใน 3 ลักษณะ คือ เป็นการกินอาหารแบบสุก ๆ ดิบ ๆ อันได้แก่ การกินอาหารก๊อปปลา การกินอาหารที่หมักในระยะเวลาสั้น อย่างปลาจ่อม ส้มปลาน้อย และการกินอาหารที่หมักด้วยระยะเวลาที่ยาวนานอย่างปลาแดก ทั้งนี้ ด้วยการปรากฏขึ้นของชุดความรู้ทางวิทยาศาสตร์ อาหารหมักที่ไม่สามารถเป็นอาหารที่สร้างประโยชน์ให้แก่ร่างกายมนุษย์ ได้ถูกอธิบายอย่างบ่งชี้ว่ามีสิ่งมีชีวิต (Living Organisms) ที่เรียกว่า เอม อันได้แก่ เชื้อรา (Mould) เชื้อ (Yeast) และจุลินทรีย์ (Bacteria) ซึ่งเอนไซม์ชนิดนี้ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าแต่ต้องดูด้วยกล้องขยายเท่านั้น หากจะกล่าวถึงการหมักหรือบูดเคี้ยว (Fermentation) ที่ปลอดภัยนั้นจำเป็นต้องให้ความร้อนที่ 180-190 องศาฟาเรนไฮต์ (กฤษดากร ณ อยุธยา, 2491) เป็นคำอธิบายที่ปรากฏขึ้นในหนังสือที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพนางประกาศสหกรณ์ (ลำไย วีระเชียร) ผู้เป็นภรรยาของพระประกาศสหกรณ์ ซึ่งท่านมีบทบาทสำคัญในการเป็นสมาชิกองค์การอาสาชาติ

ทว่า ภาษาตัวเลขของอนุกรมเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความทันสมัยใหม่ไปสู่การพิจารณาปลาที่ผูกผลิตรกระบวนการปรุงกินอย่างปลอดภัย ทั้งนี้เป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ตามอนุกรมจากไฟ

ที่ปลอด และฆ่าเชื้อของตัวโรค ในขณะที่ในมิติของชาวบ้านนั้นกระบวนการปรุง และฆ่าเชื้อโรคกลับปรากฏให้เห็นด้วยการชิมในรสความเค็ม และหมักจนครบเวลา โดยที่ชาวบ้านมิได้รู้ว่าปริมาณตัวโรคของปลาที่บริโภคไปนั้นมีภาษาตัวเลขที่ค่าจุดทศนิยม ซึ่งชาวบ้านเองรู้เพียงว่า

“ปลาแดกมันเป็นแนวอยู่แนวกินขึ้นเป็นแนวอยู่แนวกินเขาต้องเอ็ดให้ดีเอ็ดให้สะอาด คือว่า ได้ปลามาแล้วล้างน้ำให้สะอาด ตัดครีบหลัง ตัดครีบอก ตัดครีบท้อง ตัดครีบกัน ตัดเงี่ยง ตัดหาง และขอดเกล็ด ใส่ซี แล้วบั้งปลาให้ลึกพอประมาณระยะความถี่ห่างเท่า ๆ กัน ล้างด้วยน้ำจนสะอาดหมดจดไร้เมือกไร้เลือด เพื่อป้องกันการหมักหมมไม่ให้ปลาเน่าเหม็น และใช้เกลือที่ต้มน้ำให้เค็ม เค็ม จนขม ปังให้เย็นจึ่งเทใส่ปลา ความเค็มของเกลือ กับการหมักจนครบขบปี ลิเอ็ดให้ปลาเป็นปลาแดกบ่มีโรค บ่มีพยาธิ”

สัมภาษณ์: คุณแม่คำคร, นามสมมติ, 2560

ระบบวัฒนธรรมข้างต้นถือเป็นแบบแผนของชาวบ้านที่มีฐานคิดอยู่ในมิติของความหลากหลายทางชีวภาพและมิติทางวัฒนธรรม (ยศ สันตสมบัติ, 2542) ซึ่งถือว่าเป็นระบบสุขภาพทางวัฒนธรรมที่เป็น “ความจริง” ชุดหนึ่งของชาวบ้านกับระบบนิเวศ ที่มีได้มีภาษาของตัวเลขเป็นสัญลักษณ์ในโลกสุขภาพ ดังนั้น การปรากฏขึ้นของทั้งสองชุดความรู้จึงเป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของทศนิยมตัวเลขในตัวปลาเป็นความจริงที่เป็นรากฐานทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่ยืนยันว่ามีการตรวจสอบ พิสูจน์ และสามารถแปรค่าออกมาเป็นตัวเลขให้เห็นได้จริงมิได้เป็นอคติส่วนบุคคล การปรากฏขึ้นของตัวโรคหมายถึง จุดทศนิยมตัวโรคบนตัวปลา ค่าตัวเลขของอุณหภูมิในการฆ่าตัวโรคล้วนเป็นกฎวิทยาศาสตร์ที่มีขึ้นเพื่อนำไปสู่การสร้างความหมายของการป้องกันและรักษาสำหรับผู้เฝ้าฝัน หรือปฏิเสธการกินอาหารตามหลักโภชนาการศาสตร์ และผู้แข็งขันต่อชุดความรู้นี้จึงจำเป็นต้องถูกตีตราว่าเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงในการติดโรค และต้องใช้ยาสมัยใหม่ในการฆ่าโรคนั้นอย่างไม่สามารถปฏิเสธได้

ปราชิตวอนเทล: วัฒนธรรมการกินยาฆ่าพยาธิของพลเมืองอีสาน

ยาฆ่าโรคพยาธิใบไม้ตับในมิติของชาวบ้านนั้นปรากฏในคำสัมภาษณ์ว่า “มะเกลือ” เป็นยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับและเป็นยาฆ่าพยาธิครอบจักรวาล อันหมายถึงสามารถที่จะฆ่าพยาธิได้ทุกชนิด โดยการกินมะเกลือตามมิติของชาวบ้านนั้นจะการกินตามอายุ แต่ไม่เกิน 20 เมล็ด เช่น เด็ก 5 ขวบ จะใช้มะเกลือ 5 เมล็ด 6 ขวบใช้มะเกลือ 6 เมล็ด 10 ขวบใช้มะเกลือ 10 เมล็ด คนอายุ 20 ขวบขึ้นไป โดยตำรายาบังคับไว้ไม่ยอมให้กินเกิน 20 เมล็ด ซึ่งอัตราการใช้ยาแบบโบราณนั้นจะมีปริมาณที่ภาษาทางการแพทย์สมัยใหม่ เรียกว่า โดส (Dose) ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

“โลกมะเกลือพอยาบแล้วคั้นเอาแต่น้ำมะเกลือข้น ๆ ใส่ในถ้วยแล้วเติมน้ำกะทิซึ่งคั้นด้วยน้ำสูกจะเติมน้ำเชื่อมลงไปด้วยหรือไม่ก็ตามใจ ให้เด็กคนที่อายุเท่ามะเกลือดื่มเดี๋ยวนั้น หลังจากนั้นก็เริ่มตำครกใหม่สำหรับคนต่อไปกินให้ตรงอายุตามแบบโบราณซึ่งจะถ่ายให้ใครก็จะปรุงสำหรับคนนั้นเป็นการเฉพาะ”

ที่มา: หมอชาวบ้าน, 2522, น. 37-38.

ทั้งนี้ ด้วยเหตุที่มะเกลือเป็นพฤกษศาสตร์พื้นบ้านที่มีคุณสมบัติในการถ่ายและฆ่าพยาธิถือว่าเป็นการป้องกันและรักษาโรคตามธรรมชาติที่มีวัตถุดิบมาจากพืชอันเกิดมาจากสมดุของดินที่มี ใบ, ลำต้น, ราก, ดอก, และผล นำมาใช้ในการประกอบปรุงเป็นยาในปฏิบัติการทางการแพทย์ทำให้ในปี พ.ศ. 2522 มะเกลือถูกนำไปใช้ในการสร้างประโยชน์ต่อวงการทางสาธารณสุขไทย โดยช่วงเวลานั้นยังไม่มียาตัวใดที่สามารถนำมาใช้ในการถ่าย หรือฆ่าพยาธิได้จึงได้นำไปใช้ในการรักษาแบบหมู่ (mass treatment) โดยอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากการศึกษาทดลองทางคลินิก (clinical trial) ภาคสนาม ภายใต้โครงการพัฒนามาตรฐานท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2517 ที่ได้กำหนดสูตรการใช้น้ำคั้นผลมะเกลือเป็นยาสำหรับการถ่ายพยาธิในลำไส้ได้จากการทดลองในงานเร่งรัดกำจัดโรคหนอนพยาธิไส้ นำทีมโดยนายแพทย์วัช จายะนิยะโยธิน นายแพทย์ศรี ศรีนพคุณ และกรมอนามัย (พ.ศ.2515-2517)ในการศึกษาหมู่บ้านปีละ 1 ครั้ง แล้วขยายตัวออกไปเป็นวงกว้างทั้งในภาคอีสานและภาคเหนือของไทย โดยมีการคาดการณ์ของหน่วยงานทางการแพทย์ว่า ในปี 2521 จะมีไม่ต่ำกว่าล้านคนที่กินยาถ่ายพยาธิจากผลมะเกลือ (ศรี ศรีนพคุณ, 2525, น. 173-199.) ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนกำลังให้ความสำคัญต่อมะเกลือในการรณรงค์กำจัดพยาธิอยู่นั้น หนังสือพิมพ์ไทยรัฐก็ได้โหมกระพือข่าวการใช้น้ำมะเกลือเพื่อการฆ่าพยาธิตามนโยบายของสาธารณสุขว่าส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ที่ได้รับมะเกลือจนอาจได้รับผลข้างเคียงทำให้มีอาการตาบอด (พาณี เตชะเสน, 2522, น. 68-69)

ยาถ่ายพยาธิมะเกลือผลผลิตจากพฤกษศาสตร์พื้นบ้านของไทย จึงเริ่มปรากฏความหมายใหม่ที่สร้างความเป็นโลกมืดให้พลเมืองผู้ต้องการรักษาพยาธิสภาพในร่างกายตามนโยบายของรัฐ กับต้องหยุดชะงักลง พฤกษศาสตร์พื้นบ้านมะเกลือจึงกลายเป็นจำเลยสังคมที่สร้างความร้อนใจให้แก่วงการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามเหตุการณ์สะท้อนขวัญข้างต้นเสมือนเป็นช่วงเวลาที่รัดทบทวนในชะตากรรมของผู้เคราะห์ร้ายนั้นทำให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องหันกลับมาพิจารณาการใช้พฤกษศาสตร์พื้นบ้านอย่างมะเกลือในการดูแลสุขภาพพลเมือง ซึ่งการค้นพยานี้มาพร้อมกับการแยกโรคพยาธิใบไม้ตับออกจากกรมการเหมารวมของโรคพยาธิไส้ ซึ่งปรากฏการณ์ในช่วงเวลานี้ถือเป็นรอยปริแยกของวงการที่เกิดจุดเปลี่ยนสำคัญในประวัติศาสตร์ของวงการปาราสิตวิทยาในสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาเดียวกันถือเป็นข่าวประกาศที่สร้างความปลื้มปิติแก่วงการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยที่ข่าวประกาศว่า คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ค้นพบยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ชื่อว่า “ปราซิควอนเทล” (Praziquantel) โดยมีผู้สนับสนุนสำคัญ คือ สหพันธ์รัฐเยอรมัน จนนำไปสู่ความร่วมมือสำคัญระหว่างไทยเยอรมัน และมีการเริ่มต้นประเมินผลการใช้ยาครั้งแรกโดยบริษัทไบเออร์ ด้วยวิธีการเลือกหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ในการทดลองยารวมทั้งสิ้น 52 คน (สมชาย สุพันธุ์วนิช และคณะ, 2524, น. 413-414) เพื่อสร้างโมเดลและขยายผลต่อการป้องกันและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในสังคมอีสาน

ในปี พ.ศ. 2524-2527 ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนด้วยยาชนิดนี้จำนวน 4,853 คน และในช่วงเวลาเดียวกัน คือ ปี พ.ศ. 2524-2527 คณะเวชศาสตร์เขตร้อนและฝ่ายหนองพยาธิกรรมควบคุมโรคติดต่อก็ได้ทำการทดลองใช้ยา ปราซิควอนเทลภายใต้โครงการวิจัยพัฒนานาามัยเขตชลประทานหนองห้วย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการทดลองนำร่องโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งนี้ได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยจากรัฐบาลสหพันธ์รัฐเยอรมัน (ปราโมทย์ หิยวิม และคณะ, 2531) ตาม โดสิส ของตัวยาที่เรียกว่าเป็นหน่วยในการคำนวณปริมาณของยาที่ถือเป็นกฎหรือฉลากต่อการกินยาโดยจะถูกระบุจำนวนครั้งในการกินต่อตัวเลขของน้ำหนักตัว ทั้งนี้เพื่อใช้ในการรักษาผู้ที่ติดโรคที่ถือว่ามีความแม่นยำ และมีเสถียรภาพแห่งการรักษา หากสามารถคำนวณตามน้ำหนักตัวผู้ติดโรคในการกินยา เหมือนกับคุณสมบัติของปราซิควอนเทลนั้นมีความสัมพันธ์และอธิบายได้ระหว่างเรื้อรังของพลเมืองกับปริมาณของเม็ดยา อันหมายถึง น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จะใช้ยาขนาด 40 มิลลิกรัม ที่ต้องกินครั้งเดียวแก่ผู้ที่เข้ารับการตรวจอุจจาระแล้วพบไข่พยาธิ นอกจากนั้นยังสามารถใช้ยาซ้ำทุก 6 เดือนได้อีกเป็นเวลา 3 ครั้ง (สมชาย สุพันธุ์วนิช และคณะ, 2524, น. 413-414)

กล่าวได้ว่า รูปแบบวิธีแห่งการรักษาและฆ่าโรคด้วยวิธีการพึ่งพาสามัญใหม่ถือเป็นพัฒนาการเชิงป้องกัน (development of protection) มีเหตุให้ยาปราซิควอนเทล (Praziquantel) ถือกำเนิดตัวตนเป็นพระเอกที่สามารถทำลายตัวโรคในร่างกายพลเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้เกิดปรากฏการณ์ต้นตัวของคนฆ่าพยาธิ ด้วยราคายาที่สูงถึงเม็ดละ 80 บาท ซึ่งผู้ใหญ่ต้องกินถึง 4 เม็ด หากรวมราคาแล้วเท่ากับ 320 บาท ฉะนั้น ความต้องการฆ่า และถ่ายพยาธิของพลเมืองทำให้รัฐเร่งความสำคัญทำการเปิดสถานรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้นในภูมิภาคอีสาน พร้อมการจัดจำหน่ายในราคาที่ถูกลง เพื่ออำนวยความสะดวก อย่างไรก็ตาม ในการสั่งซื้อยานี้น้องการอนามัยโลกถือเป็นตัวแทนผู้ซื้อผ่านบริษัทผู้ผลิตราคาต่ำพิเศษเม็ดละ 20 บาท (สุชาติ เจตนาเสน, 2528, น. 103) ผลเห็นประสิทธิภาพของยาฆ่า หรือขับถ่ายพยาธิใบไม้ตับนำไปสู่การตั้งกองทุนหมุนเวียนหมู่บ้านในพ.ศ. 2531-2535 ซึ่งปรากฏหลักฐานทางเอกสารว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ปรับราคายาปราซิควอนเทล จากเดิมขายในราคา 45 บาทต่อคน (ยาเม็ดละ 15 บาท เฉลี่ยกินยาคนละ 3 เม็ด) ลดเหลือค่ายาคนละ 10 บาท

ซึ่งเป็นเป้าหมายของการจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันอย่างเป็นทางการเป็นลำดับเป็นต้น (สำนักงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้ (ไทย-เยอรมัน), 2538, น.28)

อย่างไรก็ตาม ก่อนการปรากฏขึ้นของ ปราซิควอนเทล และการที่มะเกลือเคยถูกนิยามว่าเป็นยาฆ่าพยาธิครอบจักรวาลด้วยทักษะความคุ้นเคยของชาวบ้านในการปรุยากลับถูกเบียดขยับจนมิอาจสามารถจะเอาชนะ มาตรฐานของวัฒนธรรมยา (สมัยใหม่) สัญลักษณ์ทางตัวเลขที่มีโต้สกับการทำงานภายใต้ระบบวัฒนธรรมการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ อันเป็นมาตรฐานมากกว่าการประมาณจำนวนตามประสบการณ์ความคุ้นเคย ได้มีความหมายเป็นรูปธรรมและเป็นรูปแบบการค้าสินค้าสุขภาพในการสร้างระบบสุขภาพแบบใหม่ ที่พึ่งพาเทคโนโลยีอันเป็นปรากฏการณ์ที่มองได้ทั้งด้านอัตวิสัย (Subjectivity) และภาวะวิสัย (Objectivity) ที่ทำให้พลเมืองมีความมั่นใจในการรักษาแบบภูมิปัญญาของตนเองน้อยลงไป แต่หันกลับไปมั่นใจกับสถานะความเป็นสมัยใหม่ของเทคโนโลยีทางตัวเลขที่เป็นสัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์มากยิ่งขึ้น

ดี-เอ็น-เอ-อีสาน: คลังพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

ใน พ.ศ.2470 มีรายงานโดยนายแพทย์เฉลิม พรหมมาส ว่าพบพยาธิใบไม้ตับ *Opisthochis felinus* จำนวน 1,000 ตัว ในท่อน้ำดีของศพชายจังหวัดร้อยเอ็ด (พุฒิยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง, 2562, น. 99) โดยเหตุการณ์นี้ถือเป็นการประกาศและสถาปนาการค้นพบพยาธิสายพันธุ์ *Opisthorchis felinus* ที่เป็นโรคอุบัติใหม่จากเรือนกายไว้วิญญูณของนักโทษชายไทยเชื้อสายอีสาน จนภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ใน พ.ศ.2495 ดร.เอลวิโอ เอช ซาดุล (Elvio H. Sadun) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางปรสิตของอเมริกา ได้เข้ามาทำวิจัยร่วมกับแพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียร เพื่อสำรวจโรคปรสิตในไทยและพบว่าโรคพยาธิใบไม้ตับมีความชุกชุมมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งสองได้ศึกษาวินิจฉัยตัวพยาธิใบไม้ตับโดยละเอียดจนนำไปสู่การคัดค้านข้อค้นพบพยาธิสายพันธุ์แรก โดยข้อค้นพบใหม่ที่วินิจฉัยโดยซาดุลนั้นระบุว่าสายพันธุ์พยาธิที่ค้นพบนั้นแท้จริง คือ ออฟฟิสโทรคิส วิเวอร์รีนิ (*Opisthorchis viverrini*) เมื่อเริ่มมีการสถาปนาความรู้ชุดใหม่ นำไปสู่การเข้ากระชับและกำหนดเป้าหมายให้พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลายเป็นพื้นที่โรค (Disease Enclave) เพื่อค้นหาแนวทางกลวิธีในการกวาดล้างทำลายพยาธิ เพื่อให้พลเมืองมีสุขภาพที่แข็งแรงเทียบพร้อมต่อการเป็นฐานทรัพยากรบุคคลของสังคมไทยตามนโยบายรัฐที่ว่า “ประชาชนไร้พยาธิ ประชาชาติสุขสมบูรณ์”(พุฒิยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง, 2562)

ภูมิเรือนกายของชายชาวอีสานเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างพรมแดนของการเป็นพื้นที่โรคเพื่อทำการเก็บข้อมูลทางพันธุกรรมจากสิ่งมีชีวิตรุ่นก่อน ซึ่งคือ รุ่นพ่อและแม่ (Parent) ถ่ายทอดลักษณะไปยังสิ่งมีชีวิตรุ่นลูกหรือรุ่นหลาน (Offspring) คล้ายกับการให้ความหมายของ ดีเอ็นเอ (DNA:

Deoxyribonucleic acid) ที่เป็นสารพันธุกรรมที่กำหนดลักษณะต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ โดยที่เรือนกายของชายผู้มีดีเอ็นเอ-อิสาน (DNA-ISAN) ได้ตั้งต้นเป็นพิกัดทางภูมิศาสตร์นำมาสู่การสำรวจโรคเหมือนมีรากเหง้า และต้นตอแห่งการอธิบายการเกิดโรคร้อยโยงสู่ระบบเครือญาติ (Kinship system) เป็นสิ่งที่มีพลังอำนาจอันสำคัญขององค์กรแห่งสังคม ซึ่งระบบโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจเจกลักษณะนี้ผูกพันประสานกันด้วยความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน (Jocano, 1973, p. 22) จึงทำให้โรคประจำดินแดนทางพันธุกรรมนี้ ยิ่งชี้จำเพาะให้ภูมิภาคอิสานกลายเป็นพื้นที่โรคที่จำเป็นต่อการกวาดทำลายทั้งนี้ก็ด้วยการใช้ และทดลองยาปราซิควอนเทลในปี พ.ศ.2527 ในจังหวัดขอนแก่น พลเมืองดีเอ็นเออิสานจำต้องนำเรือนร่างกายที่ซังด้วยตัวก่อโรคเข้ารับการรักษา และขับออก ปรากฏเรื่องเล่าของครอบครัวหนึ่งในภูมิภาคอิสานความว่า

“หมออนามัยจะให้คนในหมู่บ้านเรานำตลับสีดำใส่ซี่ ในตอนเช้า หมอสิบอก ว่าเอาไม้จิ้มข้าวจิ้มเอาออกมาทอหัวไม้ขีดเต๋อ แล้วเอามาให้หมออยู่นามัย แล้วหลังจากนั้นคนในหมู่บ้านเฮากะพากันได้เหมารถเข้าไปในเมืองขอนแก่น ระยะทางราว 70 กิโลเมตร มารับยาฆ่าพยาธิ เมื่อยาเป็นเม็ดกลม ๆ สีดำ รสชาติเผื่อน บ่น่ากิน แต่หลังจากที่กินแล้วก็พยาธิมันกะออกมาอีหลี เวลาที่เราถ่าย แต่...แม่บรู๊ได้ละว่าแม่เป็นพยาธิอีหยัง ยาที่กินเป็นยาถ่ายพยาธิยังกะบรู๊”

สัมภาษณ์: คุณแม่จันรวี, นามสมมติ, 2562

ในช่วงเวลานั้น กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการได้ตั้งหน่วยพยาธิใบไม้ตับขึ้น 4 หน่วยตามจังหวัดในภูมิภาคอิสาน ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด สกลนคร และอุบลราชธานี จากปรากฏการณ์นี้สามารถสะท้อนได้ว่า ภูมิภาค และเรือนกายของชาวอิสานถือเป็นภูมิศาสตร์ที่ถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในการตั้งป้อมปราการในการเฝ้าระวัง ขจัด และปิดเป่าตัวโรค ทั้งนี้ก็ด้วยมีหลักการอธิบายถึงความรุนแรงจากปริมาณการติดโรคที่จำแนกตามจำนวนไข่พยาธิเม็ดกระเปาะใส่ในอุจจาระของมนุษย์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงระบบสาธารณสุขปึกที่ไร้การจัดการให้ถูกสุขลักษณะ ดังนั้นการปรากฏขึ้นของภาษาตัวเลขจึงมีความสำคัญในเหตุผลของการสร้างความหมาย และระดับความรุนแรงในโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นภาษาตัวเลขว่า

ตาราง 2 แสดงปริมาณการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ

จำนวนไข่ (EPG)	ปริมาณการติดเชื้อ (intensity of infection)
1-999	เล็กน้อย
1,000-9,999	ปานกลาง
10,000-29,999	มาก
30,000 และมากกว่า	รุนแรงมาก

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2541 น. 17

กล่าวได้ว่า การสร้างภาษาตัวเลขที่เป็นมาตรฐานความรุนแรงของโรคพยาธิข้างต้น เป็นเทคนิควิธีการในการสร้างความรู้ทางภาษาสถิติที่ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่มีความน่าเชื่อถืออันสามารถที่จะนำมาเป็นเหตุผลในการเฝ้าระวัง ทั้งนี้เป็นไปเพื่อการแสดงบทบาททบทวนทาบสถานะพิเศษ ซึ่งเป็นรูปวิธีในการตรวจสอบของชุดความรู้ทางการแพทย์ นอกจากนั้น ใน พ.ศ.2559-2561 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้ใช้สถิติตัวเลขในการให้ความหมายของความล้มเหลวทางการแพทย์ที่ไม่สามารถหยุดยั้งวัฒนธรรมการกินของพลเมืองอีสานที่มีสถิติทางตัวเลข ที่สูงค่าเกินเป้าหมายทำให้ปรากฏการณ์นี้ถูกแปลความเป็นปัญหาของโรคที่สำคัญ โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกินปลาของพลเมืองชาวอีสาน

สถานการณ์นี้ถือเป็นความ “ไม่ปกติ” ของพลเมืองชาวอีสานตามนัยยะทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องเข้าสู่สู่ของการจัดสรรเพื่อให้กลายเป็นความ “ปกติ” ความพยายามในการเปลี่ยนแปลงภาพการณดังกล่าวนี้ นับว่าเป็นกลวิธีแห่งการลดทอนความเป็นมนุษย์ของผู้ที่ถูกชี้ว่าไม่ปกติ ทั้งนี้ก็เพื่อการควบคุมเรือนร่างของพลเมืองให้เชื่องภายใต้ระบบการปกครองของรัฐให้สงบนิ่งอย่างมีมาตรฐาน เช่นกับ การมีตัวเลขที่เป็นภาพแทนของตัวโรค หรือ สิ่งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่านี้ เป็นสิ่งสร้างความชอบธรรมทางภาษาตัวเลขนี้ที่ถือว่ามีความสัมพันธ์กับอุดมคติของสาธารณสุขสมัยใหม่อันเป็นเครื่องมือทันสมัยของรัฐที่ใช้ในการปกครองพลเมือง ซึ่งการรวบรวมข้อมูลทางตัวเลขนี้ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการทางสาธารณสุขที่สามารถทำให้ระบอบของรัฐนั้นกลายเป็นสิ่งที่จับต้อง สัมผัส และตรวจสอบได้อย่างเป็นเหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์ (Rose, 1990, p. 6) โดยเป็นภาษาที่มีเหตุผลในการแบ่งคนปกติและไม่ปกติคิดเป็นจำนวนร้อยละเพื่อให้ความหมายและสร้างความชอบธรรมแก่ชุดความรู้ความจริงในการจัดสรรทรัพยากร และความสัมพันธ์เชิงอำนาจไปพร้อมกัน

สรุป

เรือนร่างของพลเมืองอีสานเสมือนภูมิศาสตร์ของพยาธิสภาพที่มีระบบดาวเทียมนำร่องอย่างรัฐเวชกรรมเป็นผู้ระบุตำแหน่งแห่งโรค โดยใช้ภาษาสถิติตัวเลขคำนวณสัญญาณความถี่ ทั้งนี้การคำนวณ

นี่ก็เพื่อเป็นทิศทาง กำหนดภาพแผนที่นำทางสู่ภูมิภาคพยาธิของไทย พร้อมทั้งเพื่อการสร้าง และพัฒนา รูปแบบวิธีในการรณรงค์ ป้องกัน รักษา ทดลอง และสร้างวัฒนธรรมยา ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางการแพทย์ที่ได้จัดทำกับร่างกายของมนุษย์ เพื่อฟื้นฟู และสร้างวัฒนธรรมทางสังคมที่มีระเบียบของรัฐในการครอบงำ จัดระเบียบ หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือ เป็นการมุ่งทำให้เรือนร่างของคน/พลเมืองให้เชื่อมด้วยความสมัครใจเพื่อใช้พื้นที่และร่างกายเป็นหน่วยในการวิเคราะห์และสถาปนาโรคในฐานะปฏิบัติการทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของยาที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการรักษา โรคอันตรายประสิทธิภาพ หรืออำนาจของเทคโนโลยีทางการแพทย์อันเป็นผู้ผลิตความทันสมัย โดยยาสมัยใหม่นั้นจะถูกกำหนดให้มุ่งทำงานภายใต้ความเป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งนำไปสู่การเบียดขับยาพื้นบ้านที่เป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทยที่สะท้อนวิถีคิดการผลิตยาของรัฐเพื่อการรักษาความเจ็บป่วย

กล่าวได้ว่า โครงการยาปราศิควอนเทิลจึงถูกนำมาใช้ในการสร้างวัฒนธรรมยาเพื่อการเข้าถึง เพื่อเป็นตัวชี้วัดความเป็นรูปธรรมของยาและบริการทางการแพทย์ที่เสกสร้างโดยรัฐให้แก่พลเมืองดังเช่นสินค้าทางสุขภาพชนิดหนึ่ง กล่าวคือหากต้องการหายจากการเจ็บป่วยหรือต้องการมีสุขภาพที่ดีจึงต้องมีการซื้อยามาบริโภค อันแสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมของสินค้าสุขภาพที่เป็นพานิชยานุวัตทางด้านสุขภาพ (Health Commodification) ที่เสริมสร้างวัฒนธรรม และความรู้สึกลึกใหม่แก่พลเมือง อันทำให้ความรู้ทางการแพทย์ทรงประสิทธิภาพทางการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับตัวโรคเป็นสิ่งที่จับต้องและสัมผัสได้มากยิ่งขึ้น อันมีความสำคัญในการเป็นหน่วยวิเคราะห์สำหรับการเข้าจัดการควบคุมร่างกายของพลเมืองให้เป็นไปตามชุดความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งการสร้างแบบแผนการป้องกันรักษา ผ่านรูปลักษณะของการรณรงค์ป้องกัน การสร้างวัฒนธรรมยา

การพิจารณาการปรุงอาหาร และการสร้างความหมายในตัวโรค ตามชุดความรู้ทางตัวเลขของปาราสิตวิทยา จึงนำไปสู่การแผ้วถาง และพิจารณาอาหารวัฒนธรรมอย่างปลาแดกซึ่งเป็นรสนิยมการกินของพลเมืองอีสาน ที่กลายเป็นสาเหตุของการก่อโรคพยาธิใบไม้ตับอันเป็นโรคเรื้อรังได้สร้างปัญหาให้แก่ทางวิชาสาธารณสุขเป็นเวลายาวนาน อย่างไรก็ตาม ปลาแดกได้สำแดงตัวตนในฐานะอาหารอันยากแก่การปรับเปลี่ยนสภาพการกินให้เป็นไปตามหลักการของรัฐเวชกรรม ทั้งนี้ เนื่องจากปลาแดกมิได้มีเพียงมิติของการเป็นอาหารหรือเครื่องชูรสชาติทางอาหารเท่านั้น หากแต่ยังปรากฏให้เห็นในมิติอื่น ๆ เช่น การเป็นอาหารที่ถูกผนึกความทรงจำ (remembrances) และความรู้สึก (sense) จนเป็นประสบการณ์นำไปสู่ความจำในกลิ่น และรส ที่ยากแก่การปรับเปลี่ยนลิ้นรสชาติให้เป็นไปตามหลักการปรุงประดิษฐ์อาหารตามมาตรฐานทางตัวเลขของรัฐเวชกรรมไทย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2547). *วิวัฒนาการการสาธารณสุข*. มูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521-พ.ศ.2557). กรุงเทพฯ ฯ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤษดากร ณ อยุธยา, “การเก็บรักษาและถนอมอาหาร”. ใน *อาหารการกิน*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ แจกเป็นที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพ, 2491.

คณะผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับแห่งประเทศไทย. (2541). รายงานวิชาการ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ (ฉบับปรับปรุง). กทม: กระทรวงสาธารณสุข.

ชาติชาย มุกสง. (2556). *รัฐ โภชนาการใหม่ กับการเปลี่ยนแปลงวิถีการกินในสังคมไทย พ.ศ.2482-2517*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หุติยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง และทวีศักดิ์ เผือกสม. (2562). *ปาราสิตสถาปนา: พยาธิใบไม้ตับและสงครามแห่งการรักษาในสังคมไทย*. สงขลานครินทร์, *ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 25(2).

หุติยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง. (2562). *ปลาแดก โรคพยาธิ และระบบสุขอนามัยในสังคมไทย: กรณีศึกษาวัฒนธรรมการกินปลาแดกในอีสาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). *เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข (หน่วยที่ 9-15)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปราโมทย์ หัยวิม. (2531). *ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ: กรณีศึกษาบ้านคลองเจริญ ตำบลห้วยน้ำหอม อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

พาณี เตชะเสน. (2522). การใช้มะเกลือเป็นยาขับพยาธิ. *ใกล้หมอ*, 3(5), 68-69.

มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2560). *สงครามโรค*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560, จาก <https://2017.kku.ac.th/600>

ยงค์ ชูติมา. “อาหารและประโยชน์ของอาหาร”. ใน *อาหารการกิน*. กรุงเทพฯ: พิมพ์แจกเป็นที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพ, 2491.

ยศ สันตสมบัติ, 2542, *ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์

ศรี ศรีนพคุณ. (2525). *การปรุงยาถ่ายมะเกลือดำรับชาวบ้านและการใช้รักษาหมู่*. กรุงเทพฯ: สมาคมปาราสิตวิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทย.

สมชาย สุพันธ์วิช, กาญจนา สุพันธ์วิช, ไพจิตร ปะบุตร, และอนันต์ เมนะจุริ. (2524). ยาพราซิควอนเทลในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ. *วารสารกรมการแพทย์*, 6(6), 23-35.

สุชาติ เจตนเสน. (2528ก). *แนวคิดและการดำเนินงานเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุข*.

นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้ (ไทย-เยอรมัน). (2538ก). *สรุปผลการ*

ดำเนินงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้โดยการสนับสนุนของรัฐบาล

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

หมอชาวบ้าน. (2522). การทำน้ำคั้นผลมะเกลือสำหรับขับถ่ายพยาธิ. *หมอชาวบ้าน*, 1(7), 37-38.

หมอชาวบ้าน. (2532). กิน ถูก ถูก. *หมอชาวบ้าน*, 3(5), 10-15.

ภาษาอังกฤษ

Landa, J. F. (1973). *Folk Medicine in a Philippine Municipality*. Punlad Research House, Manila, Philippines.

Niedringhaus, T. E. (1968). *The Food Geography of Mainland Southeast Asia*. Earth Science Laboratory U.S. Army Natick Laboratories Natick, Massachusetts.

Peterson, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London: SAGE.

Rose, N. (1990). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Life*. New York: Routledge.

Esterik, P. V. (2008). *Food Culture in Southeast Asia*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.