

จากรัฐเวชกรรม ถึงประชาสังคมเวชกรรม:
ข้อพิพาทด้วยอำนาจ ความทุกข์ และการขับเคลื่อนสังคม ภายใต้สภาวะวิกฤตโรค
ระบาดโควิด-19 ระลอกแรกในประเทศไทย

เสกสิทธิ์ แยมสงวนศักดิ์*
คณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 27 มกราคม พ.ศ.2565

วันที่แก้ไขบทความ 1 เมษายน พ.ศ.2565

วันที่ตอบรับบทความ 8 เมษายน พ.ศ.2565

บทคัดย่อ

บทความนี้พิจารณาสภาพสังคมไทยในสภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 ระลอกแรก ในมิติของอำนาจ ความทุกข์ทางสังคม และการขับเคลื่อนสังคมในสภาวะวิกฤตโรคระบาด โดยมุ่งทำความเข้าใจว่า เหตุใดประเทศไทยซึ่งมีรัฐบาลที่ปรากฏข้อบ่งชี้ว่าขาดสมรรถภาพในการบริหารจัดการ จนตามมาด้วยปัญหาความทุกข์ และอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น กลับสามารถรักษาอัตราการติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตในระดับที่ต่ำอย่างยิ่งในการระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก โดยบทความเสนอว่า ภายใต้รัฐเวชกรรมไทยปัจจุบันซึ่งการบริหารจัดการไม่ได้จัดวางประชาชนไว้ในฐานะเป้าหมายสำคัญสูงสุด และมีการยกระดับชีวอำนาจสู่การเป็นอำนาจข้อปฏิบัติควบคุมเบ็ดเสร็จทางกฎหมาย ที่แม้จะมีความเบ็ดเสร็จในการรับมือโรคระบาด แต่ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดผลกระทบและผลข้างเคียงในรูปของความทุกข์ทางสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้การมีโครงสร้างทางสาธารณสุขเดิมที่เข้มแข็งจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขในอดีต ร่วมกับการเกิดขึ้นของภาคประชาสังคมเวชกรรมซึ่งขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมในสภาวะโรคระบาด ภาคประชาสังคมเวชกรรมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเยียวยาผลกระทบและผลข้างเคียงในภาคส่วนที่ภาครัฐให้ความสนใจต่ำ การถ่วงดุลเชิงข้อมูล และอุดช่องโหว่ในการบริหารจัดการของรัฐภายใต้วิกฤตโรคระบาด

คำสำคัญ: สังคมวิทยาการแพทย์, โควิด19, รัฐเวชกรรม, ประชาสังคมเวชกรรม, ความทุกข์ทางสังคม

* ผู้รับผิดชอบบทความ: seksit.boom@gmail.com

From Medicalizing State to Medicalizing Civil Society:
Consideration Power, Suffering, and Social Mobilization during
COVID-19 Crisis First Wave Conditions in Thailand

Seksit Yaemsanguansak*

Faculty of Political Science, Thammasat University

Received 27 January 2022

Received in revised 1 April 2022

Accepted 8 April 2022

Abstract

This article investigates the state of Thai society during the first wave of the Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) crisis with respect to power, social suffering, and social mobilization. The discussion will endeavor to grasp why the Thai government, which demonstrates administrative and managerial incompetence, leads to suffering and increased suicide rates, while maintaining relatively low death and infection rates during the first wave of the COVID-19 pandemic. The article suggests that under the present day's Thai medicalizing state, which, in an administrative aspect, does not prioritize people as the highest objective, including how biopower has been promoted to legitimate absolute power. Although the latter leads to a decisive force in handling the crisis, it also leads to increased social melancholy as an aftermath effect. It finds that the strong extant medical structure together with public health reform as well as the rise of medical civil society are the key factors in mitigating the pandemic crisis. The medical civil society, in particular, plays a major role not only in data stabilizing but also in remedying the effects that occurred in the neglected and marginalized groups and filling the void of the government administration in rectifying the pandemic crisis in Thailand.

Keywords: Medical sociology, COVID-19, Medicalizing State, Medicalizing Civil society, Social suffering

* Corresponding author: seksit.boom@gmail.com

DOI: 10.14456/tujournal.2022.25

บทนำ

นับตั้งแต่ต้นปี 2563 ทั่วโลกได้เผชิญกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยถือเป็นหนึ่งในการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่โลกก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 การแพร่ระบาดดังกล่าวเกิดขึ้นติดต่อกันในหลายระลอก โดยหนึ่งปีหลังการแพร่ระบาดทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อจากไวรัสดังกล่าวรวมทั้งสิ้นกว่า 80 ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตเกือบ 2 ล้านคน (ข้อมูล วันที่ 30 ธันวาคม 2563)

ด้านประเทศไทย กรมควบคุมโรคได้ประกาศสิ้นสุดการระบาดระลอกแรกในช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2563 หลังไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศต่อเนื่อง 44 วัน โดยสรุปจำนวนผู้ติดเชื้อจากการระบาดระลอกแรกที่ราว 3,000 ราย และผู้เสียชีวิต 58 ราย (ข้อมูล วันที่ 8 กรกฎาคม 2563) โดยพบผู้ติดเชื้อสูงสุดต่อสัปดาห์ในช่วงปลายเดือนมีนาคมที่ 780 ราย และเสียชีวิต 16 ราย และลดต่ำลงจนถึงระดับไม่เกิน 50 รายต่อสัปดาห์ในช่วงปลายเดือนเมษายน โดยหากเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนประชากรของไทยกับ 10 ประเทศแรกใน Global Health Security Index 2019 พบว่าไทยมีอัตราการเสียชีวิตต่อจำนวนประชากรในช่วงต้นของการระบาดต่ำที่สุดในบรรดา 10 ประเทศ (วันที่ 20 เมษายน 2563) อีกทั้งภายหลังการประกาศสิ้นสุดการระบาดระลอกแรกในไทย Global COVID-19 Index ได้จัดอันดับไทยให้อยู่ในลำดับที่ 1 จาก 184 ประเทศ โดยพิจารณาจากมิติด้านการฟื้นตัว (Global Recovery Index) และความรุนแรงของการแพร่ระบาด (Global Severity Index) (ข้อมูล วันที่ 29 กรกฎาคม 2563) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผลลัพธ์ด้านการควบคุมความป่วยไข้ในสภาวะโรคระบาดโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี

กระนั้นก็ดี ผลลัพธ์ด้านจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตในระลอกแรกของไทยที่ต่ำอย่างยิ่งดังกล่าว กลับสวนทางกับประเด็นปัญหาในการบริหารจัดการของรัฐบาล ทั้งด้านการบริหารจัดการทรัพยากรการแพทย์ เช่น การจัดหาค่ากระจายหน้ากากอนามัย ชุด PPE แอลกอฮอล์ไม่เพียงพอ (WHO, 2020, p.6) ซึ่งส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ประสบปัญหาการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ด้านการบริหารกลุ่มเสี่ยง เช่น การปล่อยให้มีการจัดมวยลุมพินี การสั่งยุบสถานกักตัวผู้มีความเสี่ยงจากประเทศเกาหลี ด้านการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร เช่น โฆษกรัฐบาลกลับคำประกาศเรื่องการปิดห้าง การยืนยันว่าประเทศไทยยังไม่เข้าสู่ระยะที่ 3 ของการระบาด รวมถึงการบริหารจัดการทางเศรษฐกิจ ซึ่งในช่วงเดือนมีนาคม ธนาคารแห่งประเทศไทยคาดการณ์สภาวะเศรษฐกิจไทยปี 2563 โตถดถอยที่ -5.3% โดยต่อมาได้ปรับการคาดการณ์ลงเป็น -6.6%

(วันที่ 23 ธันวาคม 2563) ซึ่งต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ในช่วงต้นปี¹ และต่ำที่สุดในอาเซียนจากการประเมินของกองทุนเงินสำรองระหว่างประเทศ สถานะดังกล่าวได้กระทบถึงประชาชนชาวไทยเป็นวงกว้าง โดยโครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง พบว่าในสภาวะโรคระบาดโควิด19 มีประชาชนที่ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ตามปกติจากการถูกให้หยุดงานโดยสิ้นเชิง 18.87% นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลง 18.00% อีกทั้งคนจนเมืองผู้ตอบแบบสอบถามกว่า 79% ตอบว่า อาชีพที่ตนทำนั้นไม่สามารถปรับมาทำงานที่บ้านได้ และพบว่ารายได้ของผู้คนกว่า 60.24% ลดลงเกือบทั้งหมด ส่วนอีก 31.21% รายได้ลดลงราวครึ่งหนึ่ง (อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ, 2562) อีกทั้งด้านการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ รัฐบาลกลับไม่สามารถสร้างสวัสดิการและเยียวยาประชาชนได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่ไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการสมัครขอรับสิทธิผ่านช่องทางออนไลน์ อีกทั้งมาตรการยังไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการแพร่ระบาด และยังประสบปัญหาการปฏิเสธการเยียวยาเนื่องจากข้อมูลในระบบระบุว่าเป็นเกษตรกร ปัญหาดังกล่าวล้วนสัมพันธ์โดยตรงกับการบริหารจัดการเชิงนโยบายของรัฐบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทนทุกข์ในหลายมิติ ซึ่งรวมไปถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นในสังคมไทย (ศรุตฯ เขียวผิว และ ธนัญญา จันเล็ก, 2564, น.149) จากปัญหาในการบริหารจัดการของรัฐบาลภายใต้วิกฤตโรคระบาดดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อการบริหารจัดการในสถานการณ์โรคระบาดของรัฐบาล โดยประชาชนเห็นว่า รัฐบาลไม่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งยังขาดความรับผิดชอบ ไม่เป็นกลาง ขาดความซื่อสัตย์ ไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม รวมถึงการนำเสนอข้อมูลไม่น่าไว้วางใจ (กรกนก จิรสติพรพงศ์, 2564)

สภาพภายใต้วิกฤตโรคระบาดโควิด-19 ในระลอกแรกดังกล่าวของไทย (เดือนมกราคม 2563 - กรกฎาคม 2563) นำมาสู่ประเด็นน่าสนใจที่ว่า เหตุใดประเทศไทยซึ่งมีภาครัฐที่ปรากฏข้อบ่งชี้และถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าขาดสมรรถภาพในการบริหารจัดการภายใต้สภาวะวิกฤตโรคระบาดจนตามมาด้วยปัญหาความทนทุกข์ รวมถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในสังคม แต่กลับเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตในระลอกแรกต่ำอย่างยิ่ง เราจะทำความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวได้อย่างไร หรือมีปัจจัยอื่นใดที่กำลังร่วมขับเคลื่อน บรรเทาปัญหา และนำพาประเทศไทยออกจากวิกฤตโรคระบาดนี้ เพื่ออภิปรายประเด็นข้างต้น บทความได้นำกรอบทฤษฎีมาพิจารณาตีความข้อมูลและกรณีศึกษา เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ภายใต้วิกฤตโรคระบาดดังกล่าว

¹ ดูรายละเอียดการคาดการณ์ได้ใน ธนาคารแห่งประเทศไทย. (ธันวาคม 2562). ข่าว ธปท. ฉบับที่ 90/2563. สืบค้นจาก <https://www.bot.or.th/Thai/PressandSpeeches/Press/2020/Pages/n9063.aspx>

ชีวอำนาจ : กลไกปกครองของรัฐเวชกรรม

เพื่อมุ่งอธิบายต่อสถานการณ์ดังกล่าวของประเทศไทยภายใต้สภาวะโรคระบาด บทความนี้ได้หยิบยืมมโนทัศน์ ‘รัฐเวชกรรม’ (Medicalizing State) เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง รัฐ ความป่วยไข้ และการเยียวยารักษา กล่าวคือ รัฐเวชกรรมเป็นรัฐที่ดำรงพันธกิจในฐานะแกนกลางในการบริหารจัดการสุขภาพของพลเมือง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และพร้อมตอบสนองต่อกลไกการผลิต (Foucault 1980, p.105) รัฐเวชกรรมเริ่มก่อตัวขึ้นตั้งแต่ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 ภายใต้การพัฒนาขององค์ความรู้ทางการแพทย์ การพัฒนาสู่รัฐสมัยใหม่ที่มีหน่วยประชากรเป็นหน่วยพื้นฐาน และการเติบโตของระบบเศรษฐกิจทุนนิยม องค์ประกอบทั้ง 3 ได้เริ่มแยกความหมายของรัฐและชาติออกจากตัวเจ้าผู้ปกครอง และเริ่มแปลงจุดมุ่งหมายที่สำคัญของรัฐ จากแต่เดิมที่เป็นเครื่องสร้างความมั่นคงทางบูรณภาพแก่ตัวเจ้าผู้ปกครอง มาสู่เครื่องสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจสังคมแก่รัฐ ทั้งนี้หนึ่งในองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ย่อมได้แก่การมีแรงงานที่มีสมรรถภาพสมบูรณ์ และในทางกลับกันความอ่อนแอด้วยเหตุจากความป่วยไข้พิกลพิการย่อมส่งผลบั่นทอนความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจซึ่งรวมไปถึงความมั่นคงของรัฐ (Foucault, 1980, p.106) ในแง่นี้ศัตรูของรัฐจึงได้ถูกขยายความกว้างขึ้น จากแต่เดิมที่เป็นกองกำลังทหารฝ่ายศัตรูที่มุ่งเข้าโจมตีความมั่นคงของเจ้าผู้ปกครอง มาสู่ความป่วยไข้พิกลพิการที่มุ่งเข้าโจมตีสมรรถภาพของพลเมือง ณ จุดนี้เวชกรรมโดยรัฐจึงมีสถานะเป็นป้อมปราการสำคัญในการต่อกรกับศัตรูชนิดใหม่ อันได้แก่ความป่วยไข้ ความพิการ และความด้อยประสิทธิภาพ ที่กัดกินสมรรถภาพของพลเมืองจากศักยภาพที่สมบูรณ์

เมื่อพันธกิจ จุดมุ่งหมาย และศัตรูของรัฐเปลี่ยนแปลงไป เครื่องมือทางอำนาจเชิงกายภาพแบบเดิมที่รัฐมีย่อมไม่ตอบสนองกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รัฐเวชกรรมจึงจำต้องอาศัยอำนาจในมิติอื่นเพื่อเข้ามาควบคุมเนื้อตัวร่างกายของพลเมือง อำนาจชนิดใหม่ที่รัฐเวชกรรมใช้ได้แก่ ‘ชีวอำนาจ’ ซึ่งเป็นอำนาจที่มีลักษณะหลากหลายจากทุกทิศทาง โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเข้าควบคุมเนื้อตัวร่างกายและจิตสำนึกของพลเมือง เพื่อให้ปฏิบัติตัวสอดคล้องกับโอวาทของ ‘ความจริง’ และตอบสนองจุดมุ่งหมายสูงสุดของรัฐเวชกรรม

ทั้งนี้ตามมโนทัศน์ชีวอำนาจของฟูโกต์ (Michel Foucault) อำนาจกับความจริงเป็นสิ่งที่มิได้แยกขาดออกจากกัน ตรงกันข้าม อำนาจกับความจริงอยู่ในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน (Foucault, 1991, p.27-28) ความจริงอยู่ในฐานะสิ่งประกอบสร้างซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย โดยเผยตัวออกมาในรูปของวาทกรรม และถูกมนุษย์รับรู้ในรูปของโครงข่ายความจริงที่สัมพันธ์สอดคล้องกับชุดความจริงอื่นๆ รอบตัวมนุษย์ โครงข่ายความจริงเหล่านี้แทรกซึมอยู่ในทุกความสัมพันธ์ และปรากฏแก่มนุษย์ผ่านการขัดเกลา การศึกษาเรียนรู้ การคิด รวมถึงกฎเกณฑ์ระเบียบวินัย

ซึ่งได้กำหนดสามัญสำนึกและสลักเสลาอัตบุคคล (subject formation) ให้แก่นมนุษย์ (Foucault, 1980, p.74) ณ จุดนี้ภายในจิตใจของมนุษย์ย่อมสามารถตระหนักได้ว่าสิ่งใดคือบรรทัดฐานปกติ และแบ่งแยกได้ว่าสิ่งใดผิดปกติไปจากบรรทัดฐาน เมื่อมนุษย์รับรู้และปฏิบัติตามบรรทัดฐานของความจริง มนุษย์ย่อมเปลี่ยนร่างกายของมนุษย์ให้กลายเป็น ‘ร่างกายใต้โอวาท’ (docile body) ในขณะที่เดียวกันมันก็ได้มอบหน้าที่ในการสอดส่องจ้องมองความผิดปกติจากบรรทัดฐานให้แก่นมนุษย์ ในแง่นี้มนุษย์จึงได้ดำรงสถานะเป็นทั้งผู้ปฏิบัติตามความจริง และผู้ถูกสอดส่องจากความจริงในลักษณะสรรพทัศน์จากทุกทิศทาง (Panopticon) (Foucault, 1991, p.200-203) จากสถานะดังกล่าว มนุษย์ที่แปลกแยกจากบรรทัดฐานย่อมสามารถรับรู้ความผิดปกติของตนได้จากจิตสำนึก ภายในและจากการถูกสอดส่องโดยสังคม ถึงที่สุดกลไกของชีวอำนาจจึงเป็นกลไกเพื่อสร้างบรรทัดฐานเข้าควบคุมมนุษย์ และปรับแต่งลักษณะพฤติกรรมของอัตบุคคลภายใต้กรอบของความจริงที่มนุษย์รับรู้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับใช้จุดมุ่งหมายอื่นนอกตัวมนุษย์ ได้แก่ ผลประโยชน์ทางสังคม และเศรษฐกิจ (Foucault, 1991, p.77) สภาวะที่โครงข่ายชีวอำนาจสร้างโครงข่ายของความจริงขึ้นมาแก่สังคม โครงข่ายความจริงดังกล่าวได้กำหนดว่า ใครบ้าง ในประเด็นใดบ้าง ที่จะเป็นผู้มีอำนาจในการพูด และมีสถานะเป็นผู้สร้างความจริงในเรื่องเหล่านั้น การกำหนดดังกล่าวนำไปสู่การสถาปนาอำนาจแก่วิชาชีพ เช่น แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการพูดเรื่องสุขภาพ นักการเมืองเป็นผู้มีอำนาจในการพูดเรื่องการเมือง สื่อเป็นผู้มีอำนาจในการเสนอข่าวสาร เป็นต้น

ดังนั้นภายใต้รัฐเวชกรรม องค์ความรู้(ชีวอำนาจ)ทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนรัฐ ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอยู่ในรูปของโครงข่ายความจริง ซึ่งเป็นชีวอำนาจที่กำหนดควบคุมพลเมืองผ่านจิตสำนึกทางการแพทย์และสุขภาพ การปกครองด้วยความรู้เพื่อการควบคุมตนเองดังกล่าว เรียกว่า ‘ชีวการเมือง’ (biopolitics) ซึ่งมีลักษณะบริหารกำกับดูแลเรือนร่างของมนุษย์ (anatomy-politics of human body) และบริหารกำกับดูแลชีวิตประจำวันของประชากร (biopolitics of the population) การจัดสรรและบริหารจัดการดังกล่าว นำมาสู่มิติการเมืองในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า ‘การเมืองของเรือนร่าง’ (a political anatomy) ซึ่งรัฐเข้ามายุ่งเกี่ยวบริหารจัดการเนื้อตัวร่างกายของพลเมืองโดยตรงผ่านองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่นการกำหนดควบคุมบรรทัดฐานการดูแลสุขภาพ การออกนโยบายด้านสาธารณสุข การกำหนดงบประมาณด้านการแพทย์ การออกมาตรการควบคุมในสภาวะโรคระบาด เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย รัฐเวชกรรมเริ่มปรากฏเค้าลางครั้งแรกในช่วงรัชกาลที่ 5 ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการสร้างชาติสมัยใหม่ ผ่านการสร้างระบบสาธารณสุข การก่อตั้งโรงพยาบาลรัฐ การบริหารจัดการโรคระบาด ฯลฯ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม รัฐเวชกรรมสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ก็ยังคงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับใช้ความมั่นคงแก่ส่วนกลาง รวมถึงสร้างความมีสง่าราศีวิไลซ์แก่ชาติ

(ทวิศักดิ์ เผือกสม, 2562) ต่อมารัฐเวชกรรมได้ถูกสถาปนาขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปเป็นร่าง ในสมัยการสร้างชาติของจอมพล ป. และจอมพลสฤษดิ์ แต่กระนั้นรัฐเวชกรรมก็ยังอยู่ในฐานะส่วนผสมของเครือข่ายการกุศล ภายใต้การอุปถัมภ์ของรัฐ ศาสนา และสถาบันกษัตริย์ จนล่วงสู่สมัยนายกทักษิณ ชินวัตร รัฐเวชกรรมไทยได้ถูกปฏิรูปครั้งสำคัญ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนรัฐเวชกรรมไทยสู่รูปแบบสวัสดิการสาธารณสุขทั่วหน้า โดยถือเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญทางสาธารณสุขไทยยุคร่วมสมัย

เมื่ออำนาจพลิกผัน : จากรัฐเวชกรรม สู่รัฐเวชกรรมอำนาจนิยม

ในสภาวะโรคระบาด รัฐเวชกรรมไทยใช้อำนาจในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อต่อกรกับภัยความป่วยไข้ที่กีดร่อนสุขภาพของพลเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกอบสร้างชุดความจริงผ่านชีวอำนาจ โดยสร้างการปกครองชีวญาณเพื่อให้พลเมืองควบคุมตนเองจากภายใน รัฐเวชกรรมไทยแสดงตนในฐานะร่างทรงของความจริงทางการแพทย์ โดยกำหนดบรรทัดฐานในองค์ความรู้และข้อพึงปฏิบัติในการรับมือความป่วยไข้แก่พลเมือง

รัฐเวชกรรมไทยพยายามผูกขาดความจริงในนามของความมั่นคงเชิงสถาบันและองค์ความรู้ทางการแพทย์กระแสหลัก และได้ปฏิเสธข้อมูลชุดอื่นผ่านการทำงานของศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมและการชี้แจงข้อมูลโดยตรงของรัฐ รัฐเวชกรรมไทยเผยแพร่โครงข่ายความจริงผ่านกลไกต่าง ๆ ทั้งสื่อออนไลน์ สื่อสาธารณะ การสอนสุลักษณะในสถานศึกษา การประกาศของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมความรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น แนวทางการปฏิบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลในสถานการณ์การระบาด (COVID-19) วันที่ 29 มีนาคม 2563, แนวทางการป้องกันตนเองและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยในห้างสรรพสินค้าในสถานการณ์การระบาด (COVID-19) วันที่ 19 มีนาคม 2563, คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับพุทธศาสนสถานในการป้องกันการแพร่การระบาด (COVID-19) วันที่ 30 มีนาคม 2563 รวมถึงคำขวัญต่าง ๆ เช่น อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ, โรคติดต่องจะไม่ติดต่องถ้าเราไม่ติดต่องกัน, กินร้อนช้อนกรวยอยู่ห่างกัน ฯลฯ

เมื่อชีวอำนาจทำงาน องค์ความรู้ทางเวชกรรมจากทุกทิศทุกทางได้หลากไหลมาสู่ตัวพลเมือง และเข้าผสานกับชุดความจริงที่พวกเขามีอยู่ก่อนหน้านี้ ชีวอำนาจได้ลิขิต ผูกพัน และบังคับร่างกายของพลเมืองให้ปฏิบัติตามโครงข่ายของความจริง และเมื่อมนุษย์เข้าใจถึงภาวะสุขภาพดีอันเป็นบรรทัดฐาน และรับรู้ถึงความป่วยไข้อันเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา มนุษย์จึงพยายามรักษาภาวะสุขภาพดีไว้ และเร่งแก้ไขตนเมื่อมีภาวะป่วยไข้เกิดขึ้น ชีวอำนาจทำให้มนุษย์อยู่ในอวกาศเพื่อให้พวกเขาควบคุม ป้องกัน สำรวจตนเอง และพร้อมอย่างยิงที่จะนำตนเข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อพบว่าร่างกายของตนมีความผิดปกติไปจากบรรทัดฐานเชิงสุขภาพ

อย่างไรก็ดี สภาวะโรคระบาดย่อมมิใช่เพียงความป่วยไข้ทั่วไปที่กระบวนการทางชีวอำนาจเพื่อการควบคุมตนเองและการดูแลสอดส่องทางสังคมจะเพียงพอต่อการรับมือหันตภัยดังกล่าว รัฐเวชกรรมไทยจึงได้ใช้อำนาจมหาชน เพื่อยกระดับชีวอำนาจสู่การเป็นข้อกำหนดทางกฎหมาย อันจะนำมาซึ่งอำนาจในการบังคับ ควบคุม ลงโทษทางกายภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เบ็ดเสร็จ และชอบธรรม สภาวะดังกล่าว เช่น การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน การประกาศปิดห้างสรรพสินค้า การห้ามออกนอกเคสสถานยามวิกาล การห้ามเดินทางข้ามจังหวัดหากไม่มีเหตุจำเป็น การใช้กฎหมายโรคติดต่ออันตรายลงโทษผู้ปกปิดข้อมูลหรือหลีกเลี่ยงการกักตัว การออกกฎหมายควบคุมปริมาณแอลกอฮอล์ในเจลล้างมือ การควบคุมราคาและการนำเข้าส่งออกหน้ากากอนามัย รวมถึงการออกประกาศและข้อกำหนดมาตรการต่าง ๆ ภายใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อพยายามควบคุมโรคระบาดอย่างเบ็ดเสร็จ

ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว รัฐเวชกรรมไทยได้ผนวกรวมและยกระดับชีวอำนาจเข้าสู่อำนาจควบคุมเด็ดขาด ซึ่งได้เปลี่ยนสถานะของรัฐเวชกรรมให้กลายเป็น ‘รัฐเวชกรรมอำนาจนิยม’ โดยมีลักษณะสำคัญได้แก่ การทำให้เป็นการเมืองเวชกรรม (medicalization of politics) ซึ่งรัฐใช้อำนาจบริหารจัดการทางการเมือง เพื่อการธำรงรักษาสวัสดิภาพและสุขภาวะของพลเมือง โดยเห็นว่าความเสี่ยงภายใต้สภาวะโรคระบาดย่อมหนักหนาเกินกว่าการบริหารจัดการตนเอง และองค์ความรู้ของพลเมืองจะสามารถรับมือกับความเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รัฐจึงจำเป็นต้องใช้อำนาจทางการเมืองเข้าแทรกแซงการบริหารจัดการทรัพยากรและเข้าควบคุมความเสี่ยงขณะเดียวกันก็สร้างความหมายของการแพทย์และสาธารณสุขให้อยู่ในฐานะของสงครามต่อต้านโรคระบาด ในนาม พหุภีวัตน์เวชกรรม (militarization of public health) โดยแปลงความหมายของเชื้อโรคและความเจ็บป่วย ให้กลายเป็นศัตรูร่วมกันของรัฐ (Szasz, 2001) ซึ่งได้สร้างความชอบธรรมในการบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอย่างเด็ดขาดเพื่อต่อต้านภัยความมั่นคงดังกล่าว ในแง่นี้รัฐเวชกรรมอำนาจนิยมไทยจึงได้ผลิตวาทกรรมต่อต้านโรคระบาดภายใต้กระบวนการภาษาแบบสงคราม เช่น ประเทศไทยต้องชนะ แพทย์คือแนวหน้า นักรบเสื้อกาวน์ โรคภัยเปรียบเสมือนข้าศึก เป็นต้น

เมื่อสภาวะโรคระบาดกลายเป็นสงคราม เชื้อโรคกลายเป็นศัตรูของรัฐ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลายเป็นทหาร การเมืองเวชกรรมกลายเป็นกลไกบริหารจัดการทรัพยากร ข้อมูลบางส่วนกลายเป็นความลับที่ไม่อาจเปิดเผย ณ จุดนี้ การต่อต้านโรคระบาดจึงกลายเป็นหน้าที่ และการเชื่อฟังผู้นำจึงกลายเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของของพลเมือง ในสภาวะสงครามเช่นนี้ ผู้ที่วิจารณ์การปฏิบัติงานหรือยุทธศาสตร์ของรัฐ ย่อมมีสถานะเป็นอื่น และผู้ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของรัฐย่อมต้องมีโทษตามกฎหมาย

รัฐเวชกรรมไทย : รัฐชาติ ที่ชาติไม่เท่ากับประชาชน

ภายใต้มนทัศน์ว่าด้วยรัฐเวชกรรม การเวชกรรมโดยรัฐแม้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อการธำรงและเพิ่มพูนความมั่นคงมั่งคั่งแก่รัฐชาติ แต่กระนั้นก็ดี ความเป็นชาติหรือความเป็นรัฐ ย่อมมิใช่สิ่งที่มีนิยามหนึ่งเดียวตายตัว แต่นิยามดังกล่าวล้วนสัมพันธ์กับบริบทโครงสร้าง ระบอบการปกครอง รวมถึงอุดมการณ์ของรัฐนั้นๆ ในแง่นี้ หากชาติของรัฐเวชกรรมนั้นหมายถึงประชาชนส่วนรวม การเวชกรรมเพื่อธำรงและเพิ่มพูนความมั่นคงมั่งคั่งแก่รัฐ ย่อมหมายถึงการธำรงรักษาความมั่นคงมั่งคั่งแก่เหล่าประชาชนในฐานะคุณค่าเป้าหมาย ในทางกลับกันหากรัฐเวชกรรมใดไม่ได้นิยามชาติหมายถึงประชาชนส่วนรวม การเวชกรรมเพื่อรักษาส่งเสริมสุขภาวะของพลเมือง ย่อมเกิดขึ้นเพื่อธำรงและเพิ่มพูนความมั่นคงมั่งคั่งแก่คุณค่าเป้าหมายอื่น ในแง่นี้การเวชกรรมโดยรัฐดังกล่าวย่อมตั้งอยู่บนการชิงน้ำหนักระหว่าง 2 ชุดคุณค่าที่ไม่เท่าเทียมกันเสมอ หรืออาจกล่าวได้ว่า รัฐเวชกรรมย่อมปกป้องคุ้มครองสวัสดิภาพและสุขภาวะของพลเมืองตราบเท่าที่การกระทำดังกล่าวสอดคล้องกับการธำรงรักษาความความมั่นคงมั่งคั่งแก่ชาติ และในทางกลับกัน หากการใช้ทรัพยากรดังกล่าวไม่คุ้มค่า การปกป้องคุ้มครองสวัสดิภาพและสุขภาวะของพลเมืองย่อมยากที่จะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแต่เพียงตามอรรถภาพเท่านั้น

หากพิจารณา รัฐเวชกรรมไทยภายใต้การนำของรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งเป็นรัฐบาลที่สืบทอดอำนาจภายใต้การรัฐประหารยึดอำนาจในปี 2557 โดยมีหนึ่งในวัตถุประสงค์สำคัญคือการรักษาความมั่นคงภายใต้สภาวะเปลี่ยนผ่านรัชสมัย (Chachavalpongpun, 2020) อีกทั้งในด้านการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ การเมืองไทยยังคงเป็นส่วนผสมที่มากไปด้วยอิทธิพลของรัฐราชการ ซึ่งกลับเข้ามามีบทบาทหลักภายใต้การรัฐประหารปี 2557 (สุรชาติ บำรุงสุข, 2561) ยิ่งไปกว่านั้น การขึ้นสู่อำนาจของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะของรัฐธรรมนูญ 2560² ย่อมส่งผลให้รัฐบาลมีความยึดโยงกับประชาชนไม่สูงมากนัก นอกจากนี้หากพิจารณาลักษณะทางเศรษฐกิจของไทยซึ่งทรัพยากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ที่คนส่วนน้อย และผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติถูกขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมของกลุ่มทุนขนาดใหญ่ รัฐบาลชุดปัจจุบันจึงมีแนวโน้มที่จะดำเนินนโยบายทางเศรษฐกิจเพื่อสนับสนุนระบบทุนนิยมแบบช่วงชั้นภายใต้ความร่วมมือระหว่างเอกชนและภาครัฐ (ประจักษ์ ก้องกีรติ และ วีระยุทธ กาญจน์ชูฉัตร, 2561) ในแง่นี้สถานะความสำคัญของประชาชนจึงมีแนวโน้มที่จะมีฐานะต่ำกว่าสถาบันอื่นที่อยู่เบื้องหลังและธำรงอำนาจของรัฐบาล อย่างสถาบันกษัตริย์ สถาบันทหาร สถาบันระบบราชการ กลุ่มชนชั้นนำ รวมถึงกลุ่มทุนทางเศรษฐกิจ

² เงื่อนไขเฉพาะดังกล่าวได้แก่ ระบบเลือกตั้งแบบจัดสรรปันส่วนผสม(MMA) ที่ส่งผลให้พรรคการเมืองขนาดใหญ่ได้ที่นั่งในสภาลดลง และการกำหนดให้สมาชิกวุฒิสภามีอำนาจโหวตเลือกนายกรัฐมนตรีได้ในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรก

ในแง่ที่ตลอดช่วงวิกฤตโรคระบาดระลอกแรก การดำเนินนโยบายและบริหารจัดการ ทั้งหลายภายใต้รัฐเวชกรรม เช่น การยืนยันที่จะรับนักท่องเที่ยวจากประเทศกลุ่มเสี่ยงในช่วงต้น ของการระบาด การสั่งปิดศูนย์กักตัวผู้เดินทางจากต่างประเทศ การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบอย่าง ไม่ถ้วนหน้า รวมถึงการเสนออัมกลุ่มทุนรายใหญ่ การบริหารจัดการดังกล่าวอาจสะท้อนจุดมุ่งหมาย เฉพาะของรัฐเวชกรรมไทย ซึ่งกล่าวอย่างถึงที่สุดอาจไม่ใช่การปกป้องสวัสดิภาพและสุขภาพของ พลเมือง หากแต่อยู่ที่การมุ่งปกป้องความมั่นคงของสถาบันที่อยู่เบื้องหลังการขึ้นสู่อำนาจของ รัฐบาล และมุ่งธำรงกลุ่มทุนขนาดใหญ่เพื่อรักษาความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ สภาพดังกล่าว สอดคล้องกับทัศนคติของประชาชนต่อการทำงานของรัฐบาลภายใต้สถานการณ์โรคระบาด ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า การบริหารจัดการของรัฐบาลไม่เป็นกลาง และไม่ได้วางอยู่บนการ คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง (กรนก จิรสถิตพรพงศ., 2564) ด้วยเหตุนี้ภายใต้วาทกรรม “หยุดเชื้อเพื่อชาติ” หรือ “ประเทศไทยต้องชนะ” คำว่า ชาติ และประเทศไทย ในทัศนะของรัฐเวช กรรมไทยปัจจุบัน จึงอาจมิได้หมายถึงความเป็นชาติหรือรัฐ ที่มีประชาชนเป็นองค์ประกอบสำคัญ สูงสุด แต่อาจหมายถึงชาติในแง่ความมั่นคงของสถาบันอื่นนอกเหนือจากสถาบันประชาชนและ ความมั่นคงของกลุ่มทุนทางเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนทุนนิยมไทย และด้วยสภาพดังกล่าว การบริหาร จัดการของรัฐเวชกรรมไทยภายใต้ทัศนะที่ไม่ได้จัดวางประชาชนในฐานะเป้าหมาย ย่อมอาจนำมา ซึ่งผลข้างเคียงได้แก่ สภาพความทนทุกข์ทางสังคมที่ปรากฏขึ้นเป็นจำนวนมากในสภาวะโรคระบาด ระลอกแรก

หลากหลายความทนทุกข์สู่ความทุกข์ที่เกินทน

ภายใต้สภาวะโรคระบาดระลอกแรกที่เคลื่อนเข้าปกคลุมสังคมไทย ในขณะที่รัฐบาลกำลัง สาละวนกับออกมาตรการเพื่อธำรงความมั่นคงมั่งคั่งแก่รัฐ ขณะเดียวกันที่อีกด้านหนึ่งของสังคม ประชาชนจำนวนมากกำลังเผชิญกับความทุกข์ที่นับวันจะยิ่งทวีแรงโถมทับใส่พวกเขามากยิ่งขึ้น ทั้งคนจนที่ต้องสลัดกันใส่หน้ากากอนามัยเพื่อสิทธิในการเข้าร้านสะดวกซื้อ ประชาชนที่ร้องขอ มาตรการเยียวยาจากรัฐ หญิงกรอกยาเบื่อหนูหน้ากระทรวงการคลัง รวมถึงการยุติชีวิตอย่างเจียน บันโดยไม่แม้แต่จะปรากฏบนหน้าหนังสือพิมพ์

ความทุกข์ในหลายมิติเหล่านี้เกิดขึ้นซ้อนทับในมนุษย์ผู้อยู่ใต้สถานะด้อยอำนาจ และ ถูกกดทับโดยโครงสร้างทางสังคม สภาพดังกล่าวสอดคล้องกับโน้ตทัศน์ว่าด้วย ‘ความทนทุกข์ ทางสังคม’(social suffering) ซึ่งอาเธอร์ ไคล์แมน (Kleinman, 1997) อธิบายความทุกข์หรือ ความเจ็บป่วยนี้ในฐานะประสบการณ์ร่วมระหว่างมนุษย์ ที่เกิดจากการถูกกดทับโดยโครงสร้างทาง สังคม หรือความรุนแรงเชิงโครงสร้าง สภาพดังกล่าวมักปรากฏออกมาในรูปของสถานะอำนาจที่ ไม่เท่าเทียม เช่น อำนาจทางการเมืองที่แตกต่างระหว่างประชาชนกับรัฐ อำนาจการถือครอง ทรัพยากรระหว่างคนจนกับคนรวย อำนาจการกำหนดความจริงระหว่างคนป่วยกับแพทย์ ด้วย

เหตุนี้ผลกระทบในรูปความทนทุกข์หรือความเจ็บป่วยจึงมักตกแก่มนุษย์ผู้อยู่ใต้สถานะไร้อำนาจหรือดำรงอยู่ในความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ต่ำกว่า ในแง่ของความไม่เสมอภาคและระยะห่างระหว่างอำนาจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความทนทุกข์ทางสังคม (Farmer, 1997)

ทั้งนี้หากพิจารณาความทนทุกข์ทางสังคมจากมิติชีวอำนาจในการสถาปนาความจริงย่อมพบว่า การปกครองชีวอำนาจของรัฐเวชกรรมได้เข้าควบคุมจิตสำนึกทางสุขภาพของพลเมือง ซึ่งบางส่วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทนทุกข์ทางสังคม กล่าวคือ เมื่อชีวอำนาจได้เข้ามากำหนดสามัญสำนึกแก่พลเมือง มันย่อมลิดขิดบรรทัดฐานและบงการมนุษย์โดยไม่สนใจในสมรรถภาพของร่างกายได้ไฉนว่าทว่าจะพร้อมหรือไม่ ในแง่ชีวอำนาจย่อมกดทับมนุษย์ในรูปของโครงข่ายความจริงซึ่งพวกเขาจำต้องแบกรับมันไว้ ชีวอำนาจได้เปลี่ยนให้มนุษย์กลายเป็นร่างกายได้ไฉน และมอบหน้าที่ที่สอส่งจ้องมองความผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินความเป็นอื่น การตีตรา รวมถึงการเลือกปฏิบัติ เช่น บุคคลที่ไม่ใส่หน้ากากอนามัยถูกตีตราไม่ต่างจากตัวเชื้อโรค บุคคลที่ไม่เว้นระยะห่างถูกถ่ายรูปประจานเสมือนกระทำความผิด นอกจากนี้ เมื่อชีวอำนาจถูกยกระดับขึ้นเป็นอำนาจทางกฎหมายซึ่งมีผลควบคุมและลงโทษทางกายภาพแก่พลเมือง รัฐเวชกรรมได้ถูกแปลงสภาพให้กลายเป็นรัฐเวชกรรมอำนาจนิยม ในสถานะที่ข้อควรปฏิบัติหลายประการถูกยกระดับขึ้นเป็นข้อบังคับเบ็ดเสร็จที่แม้บางส่วนจะได้ผลจริงในการควบคุมโรคระบาด แต่ขณะเดียวกันการกดทับอย่างเบ็ดเสร็จแก่พลเมืองก็ย่อมเกิดขึ้น

ในรัฐเวชกรรมไทยที่คนรยกับคนจนอยู่ห่างกันเพียงเดินผ่าน กลุ่มผู้มีรายได้น้อยเป็นประชากรที่ได้รับผลกระทบในรูปของความทนทุกข์ทางสังคมมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง โดยการที่รัฐเวชกรรมใช้ชีวอำนาจกำหนดให้ประชาชนให้เว้นระยะห่าง (social distancing) หรือการมีคำสั่งให้หยุดกิจการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด รวมถึงการใช้กฎหมายโรคติดต่ออันตรายบังคับผู้คนให้กักตัวอยู่ในที่พัก ส่งผลให้พลเมืองจำนวนมากต้องอยู่แต่ในเคหสถาน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลโดยโครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลงพบว่า คนจนเมืองกว่า 43.79% ไม่มีพื้นที่เพียงพอที่จะแยกสมาชิกในครอบครัวที่มีความเสี่ยงออกจากสมาชิกคนอื่นๆ (อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ, 2562) ทั้งนี้สภาพดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทางสังคมในรูปความรุนแรงในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น โดยความเห็นของอภิตกรมกิจการสตรีชี้ว่า จำนวนสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นในช่วงช่วงมาตรการอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนหน้า³ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Marianne Hester

³ ดูเพิ่มเติมจาก มติชนออนไลน์. (5 เมษายน 2563). สด.ห่วงกักตัวอยู่บ้าน หนีโควิด-19 ทำความรุนแรงในครอบครัวพุ่ง แนะนำคลิป DIY สิ่งประดิษฐ์. สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_2124620.

ที่ระบุว่าความรุนแรงในครอบครัวมักเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลาที่ครอบครัวมีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ร่วมกัน (Taub, 2020)

นอกจากนี้แง่เศรษฐกิจพบว่า การใช้อำนาจดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อย โดยจากการเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยคนจนเมืองพบว่า ในสภาวะโรคระบาด คนจนกว่า 18.87% ถูกให้หยุดงานโดยสิ้นเชิง และกว่า 18.00% ถูกลดเวลาทำงานและรายได้ลดลง อีกทั้งคนจนกว่า 60.24% รายได้ลดลงเกือบทั้งหมด ส่วนอีก 31.21% ลดลงราวครึ่งหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าในสภาวะโรคระบาดคนจนมีรายได้ลดลงอย่างมาก นอกจากนี้ภายใต้สภาวะดังกล่าวผู้มีรายได้น้อยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงกว่า เช่น การซื้อหน้ากากอนามัย ซึ่งถือเป็นสินค้าจำเป็นในสถานการณ์โรคระบาด แต่ด้วยอุปสงค์ส่วนเกิน การกักตุนสินค้า และการเก็งกำไร ทั้งหมดล้วนส่งผลให้ราคาสินค้าจำเป็นต่างๆ ปรับตัวสูงขึ้น และย่อมกระทบโดยตรงต่อผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางจากความด้อยอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมือง ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ผู้มีรายได้น้อยกว่า 89% ดูแลตัวเองด้วยการสวมหน้ากากอนามัยและพกแอลกอฮอล์ ในแง่นี้ผู้มีรายได้น้อยจึงเป็นกลุ่มคนที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายต่อรายได้สูงกว่าคนกลุ่มอื่นในสังคม และเพื่อเลี่ยงภาระดังกล่าว เราจึงมักเห็นภาพผู้มีรายได้น้อยใส่หน้ากากอนามัยซ้ำหรือไม่ได้มาตรฐาน หรือไปยื่นต่อแถวเพื่อรอรับบริจาคหน้ากากอนามัยและสินค้าจำเป็น ซึ่งส่งผลให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบาดสูงขึ้น นอกจากนี้ จากการเก็บข้อมูลยังพบว่า ผู้มีรายได้น้อยกว่า 54.41% ไม่มีเงินชำระหนี้สิน และกว่า 29.83% ไม่มีรายได้จนต้องดำรงชีพด้วยการรับอาหารแจก และอีกกว่า 33.82% ต้องกู้หนี้ยืมสิน และ 13.24% ต้องใช้ชีวิตด้วยการนำสินทรัพย์ไปจำนำ ส่วนอีก 26.05% ไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าที่อยู่อาศัยและกำลังเสี่ยงต้องการกลายเป็นคนไร้บ้าน (อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ, 2562) ซึ่งแทนที่ปัญหาดังกล่าวจะทุเลาลงผ่านการเยียวยาจากรัฐ รัฐเวชกรรมไทยกลับไม่สามารถสร้างสวัสดิการและให้การเยียวยาแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม (กรกนก จิรสติพิพรพงศ์, 2564)

ณ จุดนี้ ภายใต้สภาวะโรคระบาด เมื่อความไม่แน่นอนของวงจรรายได้ กำลังวิ่งสวนทางกับความแน่นอนของวงจรรายจ่ายจากภาระหนี้สินอันแน่นคั้นซึ่งการเยียวยาจากรัฐ สภาวะความเครียดและความสิ้นหวังจากสภาพอันไม่แน่นอนที่รออยู่เบื้องหน้า ได้โอบกอดผู้มีรายได้น้อยจำนวนมากสู่การเลือกยุติความไม่แน่นอนด้วยการจบชีวิตของตน ส่งผลให้สถิติการฆ่าตัวตายในรัฐเวชกรรมไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญกว่าร้อยละ 22 เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า⁴

⁴ ดูอัตราฆ่าตัวตายเปรียบเทียบใน <https://thestandard.co/departments-of-mental-health-unveil-suicidal-rate/>

สอดคล้องกับรายงานของ แอรอน รีฟส์ นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด ซึ่งระบุว่า สถิติฆ่าตัวตายมีความเชื่อมโยงกับภาวะว่างงาน (Reeves, McKee & Stuckler, 2014)

ถึงกระนั้นก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวในสายตาของรัฐเวชกรรมไทย โดย ศบค. ชีวิตที่สูญเสียไปของพลเมืองจากการฆ่าตัวตาย กลับมีสถานะเป็นเพียงตัวเลขที่ถูกคาดการณ์ไว้แล้วในเชิงสถิติ โดย ศบค.ได้แถลงว่า

“แนวโน้มการพยากรณ์ด้านนี้ก็เหมือนกับการพยากรณ์โรคติดต่อ คงจะต้องเห็นตัวเลขการเสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายนี้นั้นขึ้นไปด้วยเหมือนกัน การพยากรณ์เหล่านี้เป็นพื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ และก็ไม่ได้เป็นเรื่องที่ผิดไปจากความคาดหมาย สิ่งเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นจะมีสัญญาณการแสดงออก ... ขอให้ประชาชนคนไทยที่อยู่ใกล้ชิด ... ร้องขอความช่วยเหลือมายังสายด่วนสุขภาพจิต ... เราเคยเจอวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี 2540 ตัวเลขผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นไปเป็น 8.3 ต่อแสนประชากร ณ ตอนนั้นยังไม่ถึงตอนนั้น”⁵

การกระทำดังกล่าวถือเป็นหนึ่งในรูปแบบการสร้างความทนทุกข์ทางสังคมในลักษณะการผลิตซ้ำความทุกข์โดยผู้เชี่ยวชาญผ่านอำนาจทางวิชาชีพ เพื่อสถาปนาคำอธิบายและแปลงสภาพความทุกข์ให้กลายเป็นความปกติ วีนา ดาส (Veena Das) เรียกกระบวนการดังกล่าวว่าการแปลงปรับภายใน (internal Orientation) ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ได้รับความทุกข์หรือความเจ็บป่วยอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ และสร้างคำอธิบายเพื่อให้เกิดการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นผ่านชุดวาทกรรมในฐานะของผลลัพธ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยง ขณะเดียวกันก็เป็นการปฏิเสธสาเหตุของความทุกข์หรือความเจ็บป่วย ว่าไม่ได้เป็นผลจากปัจจัยเชิงโครงสร้างหรือจากความไม่เท่าเทียมของอำนาจ (Das, 1999)

ในแง่ที่รัฐเวชกรรมไทยได้อาศัยชุดความรู้ทางจิตเวชและการเปรียบเทียบเชิงสถิติ เพื่อตอกตรึงความทนทุกข์ของผู้คนไว้กับชุดวาทกรรมและแปลงเปลี่ยนความหมายของการฆ่าตัวตายให้กลายเป็นสภาวะปกติที่ต้องเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์โรคระบาดอย่างมีอาจหลีกเลี่ยง พร้อมทั้งโยนความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาให้อยู่ในความรับผิดชอบของปัจเจกและคนใกล้ชิด ยิ่งไปกว่านั้นรัฐเวชกรรมไทยยังได้เบี่ยงประเด็นการฆ่าตัวตาย ให้กลายเป็นประเด็นการเมืองที่ถูกโหมกระแสเกินจริงจาก

⁵ ดูการแถลงดังกล่าวใน Ch3Thailand. (พฤษภาคม 2563). โฆษก ศบค. รับคนฆ่าตัวตายเพราะพิษโควิด-19 เป็นปัญหาใหญ่ ชีสถิติน้อยกว่าสมัยต้มยำกุ้งปี 40. สืบค้นจาก <https://ch3thailandnews.bectero.com/news/185745>.

กลุ่มผู้ไม่หวังดีเพื่อโจมตีรัฐบาล⁶ ซึ่งล้วนเป็นการปลุกกระแสความรับผิดชอบออกจากตัวรัฐ ทั้งที่ในความเป็นจริงผลจากงานวิจัยชี้ว่า รัฐสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคระบาดได้ ผ่านการมีระบบสาธารณสุขที่ทั่วถึง และมีสวัสดิการรองรับแก่ประชาชนในยามวิกฤตที่เกิดขึ้น (Gunnell et al, 2020) ซึ่งอย่างหลังเกิดขึ้นอย่างจำกัดโดยรัฐไทย

ภูมิทัศน์ออนไลน์กับโครงข่ายความทุกข์

ท่ามกลางสภาวะความทนทุกข์ทางสังคมที่แผ่ปกคลุมไปทั่วรัฐเวชกรรมไทย การกดทับเชิงโครงสร้างและสภาวะความด้อยอำนาจ ล้วนแล้วแต่กลืนกินผู้คนจำนวนมากสู่ห้วงของความทนทุกข์ ทั้งกลุ่มแพทย์ที่ต้องทนทุกข์อยู่กับความเสี่ยงจากโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากรแบบระบบราชการไทย กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงการรักษา กลุ่มผู้ค้าปลีกที่ขาดรายได้จากคำสั่งปิดพื้นที่เสี่ยง กลุ่มผู้ทำงานกลางคืนที่ต้องทนทุกข์จากกฎหมายที่กำหนดเวลาเคอร์ฟิว และผู้คนอีกจำนวนมากโดยเฉพาะกลุ่มผู้มียาได้น้อยที่ตกอยู่ในห้วงของความทนทุกข์ทางสังคม

ในโลกปัจจุบันโครงข่ายอินเทอร์เน็ตเชื่อมโยงมนุษย์จากต่างชนชั้น พื้นที่ และเวลา ให้เข้ามาอยู่ในโลกเสมือนเดียวกัน (Miller et al. 2016, p.205-206) พวกเขาเหล่านั้นมีปฏิสัมพันธ์และรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกันและกัน โดยไม่จำเป็นต้องพบหน้าค่าตามาก่อน ปังเจกจำนวนมากต่างบอกเล่าเรื่องราวและความเห็นทั้งในนามส่วนตัวหรือคนใกล้ตัวสู่โลกอินเทอร์เน็ตซึ่งมีผู้รับรู้จำนวนมาก การรับรู้เกิดขึ้นต่อสิ่งต่างๆ ทั้งใกล้และไกลแม้เขาไม่เคยสัมผัสมันในโลกกายภาพ ปังเจกต่างมีภูมิทัศน์ในโลกออนไลน์ของตนซึ่งเป็นผลจากระบบอัลกอริทึมที่คัดสรรเนื้อหาเรื่องราวหรือความเห็นจากผู้ที่เรามีปฏิสัมพันธ์ หรือจากการส่งต่อโดยบุคคลที่เราเคยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งมาจากการคัดสรรของเรา บ่อยครั้งการติดตามหรือการเข้าสู่สนามกลางอื่น ๆ เช่น เว็บไซต์ข่าว เพจกลุ่มออนไลน์ ก็ได้นำพาเนื้อหาเรื่องราวต่าง ๆ ให้มาปรากฏบนภูมิทัศน์ออนไลน์ของเรา สิ่งเหล่านี้สร้างความรับรู้หรือเปลี่ยนความเข้าใจของปังเจกต่อโลก มันหล่อหลอมและสร้างตัวตนที่เชื่อมโยงมนุษย์กับบุคคลอื่นในสังคมออนไลน์ ขณะเดียวกันก็ผูกโยงปฏิสัมพันธ์ของผู้คนออกไปสู่โลกกายภาพภายนอก ณ จุดนี้โลกออนไลน์ได้สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ขึ้นมาอีกชุดหนึ่งในลักษณะความสัมพันธ์แนวนราบ และเป็นโครงข่ายความสัมพันธ์ที่ยากจะถูกจำกัดขอบเขตโดยรัฐ (Castells, 2015, p.6-7)

⁶ ‘ปารีณา’ คว่ำบาตรการฆ่าตัวตาย ปีฝ่ายค้านหยุดโหน ‘กว่าจะรู้เดียวสาได้แล้ว’ สืบค้นจาก <https://www.naewna.com/politic/490133>, “หมอวรงค์” ชัดหนักไม่น่าเชื่อถือ “7นักวิชาการ” วิจัย “ฆ่าตัวตาย” สืบค้นจาก <https://www.dailynews.co.th/regional/771745>

โครงการโลกอินเทอร์เน็ตได้นำพาเรื่องราวต่าง ๆ ให้มาปรากฏบนภูมิทัศน์ออนไลน์ของเรา ซึ่งหนึ่งในนั้นได้แก่เรื่องราวความทุกข์ทางสังคมจากกลุ่มคนที่หลากหลายผู้รับรู้ที่หลายหลาก โลกอินเทอร์เน็ตได้เชื่อมโยงความทุกข์ของปัจเจกเข้าเป็น ‘โครงการความทุกข์’ ที่ผู้คนในสังคมออนไลน์ต่างรับรู้ร่วมกัน (social experience) ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงปรากฏการณ์ของความทุกข์ที่ถูกถ่ายทอดลงสู่โลกอินเทอร์เน็ตล้วนถูกส่งต่อและไปปรากฏบนภูมิทัศน์ออนไลน์ของผู้คนจำนวนหนึ่งในสังคม สภาพดังกล่าวได้สร้างความรับรู้ร่วมกันแก่มนุษย์ และทำให้พวกเขารับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ หรือรู้สึกร่วมไปกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ในแง่นี้โครงการความทุกข์ได้ก่อให้เกิดโครงการความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งเชื่อมโยงความช่วยเหลือที่เริ่มจากโลกออนไลน์ออกไปสู่โลกทางกายภาพภายนอก เช่น การบริจาคเงินและสิ่งของแก่ผู้ที่ขาดรายได้ การผลิตและบริจาคอุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงแก่บุคลากรทางการแพทย์ การเข้าช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่เข้าไม่ถึงการรักษาในชุมชนแออัด และความเกื้อกูลอีกหลายประการที่ถูกกระจายต่อร่วมกันในสังคม

การรับรู้และช่วยเหลือที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกร่วมและความเห็นอกเห็นใจ อันเป็นผลสืบเนื่องจากโครงการความทุกข์ที่ถูกส่งต่อ และปรากฏแก่มนุษย์บนภูมิทัศน์ออนไลน์ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในรูปการกระจายความช่วยเหลือจากภาคส่วนต่าง ๆ ในลักษณะสรรพทิศแก่ผู้คนในสังคม ความทุกข์ทางสังคมถูกบอกเล่า ส่งต่อ รับรู้ และช่วยเหลือเยียวยาภายใต้โครงการสังคมแบบใหม่ สภาพดังกล่าวนี้อาจเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญต่อการขับเคลื่อนสังคมและบรรเทาความทุกข์ภายใต้สภาวะโรคระบาด

เวชกรรมที่ขับเคลื่อนรัฐ : จากรัฐเวชกรรม ถึงประชาสังคมเวชกรรม

ในสภาวะที่ห้วงของความทุกข์แผ่ขยายปกคลุมไปทั่วสังคมไทย ผู้คนจำนวนมากกำลังเผชิญหน้ากับความทุกข์ซึ่งบางส่วนเป็นผลข้างเคียงจากมาตรการบริหารจัดการของรัฐที่แม้จะมีความเบ็ดเสร็จในการรับมือโรคระบาด แต่กลับมีปัญหาในการบริหารจัดการหลายประการ (กรนก กิจสถิตพรพงศ์, 2564) อย่างไรก็ตามเมื่อมองกลับแล้ว รัฐเวชกรรมไทยเป็นรัฐที่มีผลลัพธ์ด้านจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตในระลอกแรกที่ต่ำจนได้รับการยกย่องจากนานาชาติระหว่างประเทศ ทั้งนี้หากพิจารณาอย่างเจาะจงที่โครงสร้างการสาธารณสุขไทยย่อมพบว่า ภายหลังการปฏิรูปเชิงนโยบายครั้งใหญ่ยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ระบบสวัสดิการสุขภาพไทยได้ถูกวางรากฐานจนมีสภาพเป็นสถาปัตยกรรมถาวรทางนโยบาย ซึ่งได้ถูกพัฒนาต่อเติมเรื่อยมาในอีกหลายรัฐบาล การพัฒนาดังกล่าวสะท้อนผ่านดัชนีรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อประชาชน (domestic general government expenditure on health per capita) ซึ่งพบว่าตั้งแต่ปี 2002 ดัชนีเพิ่มขึ้นจากระดับ 44 ดอลลาร์ เป็น 188 ดอลลาร์ต่อประชากรในปี 2017 เช่นเดียวกับ ดัชนีค่าใช้จ่ายทั่วไปของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (domestic general government expenditure on health as a share of current health

expenditure) ซึ่งพบว่าตั้งแต่ปี 2002 ถึงปี 2017 ดัชนีดังกล่าวเพิ่มขึ้น จาก 62.3% เป็น 76.1%⁷ การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของการสาธารณสุขไทย ส่งผลให้ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบสวัสดิการด้านสาธารณสุขอยู่ในอันดับ 27 ของโลก และนับเป็นอันดับที่ 5 ของเอเชีย⁸ รวมทั้งได้รับการประเมินดัชนีความมั่นคงทางสุขภาพ (GHS Index) ปี 2019 อยู่ในอันดับที่ 6 ของโลก นอกจากนี้ไทยยังมีโครงสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้มแข็ง โดยเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนให้ความรู้ในการรับมือโรคระบาดโควิด19 จนได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกในฐานะกำลังสำคัญในการรับมือโรคระบาด⁹

อีกทั้งด้านบริการหัตถุและตติยภูมิ โรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่งมีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ โดยสามารถสับเปลี่ยน โยกย้าย บริหารทรัพยากรเพื่ออุดช่องโหว่ที่ไม่เพียงพอหรือขาดการสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพจากภาครัฐ เช่น การเปลี่ยนหอพักมาเป็นห้องพักรักษาตัวของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ การยุติการจ่ายค่าทำงานล่วงเวลาเพื่อนำเงินไปใช้ในกิจกรรมทางการแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช การลดบริการผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนของโรงพยาบาลรามาธิบดีผ่านระบบการตรวจทางไกล (telemedicine) และการส่งยาทางไปรษณีย์ ฯลฯ (ดนัย อังควินวิทย์, 2563) ในแง่การมีโครงสร้างทางสาธารณสุขเดิมที่แข็งแกร่ง มีประสิทธิภาพ รวมทั้งความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลหัตถุและตติยภูมิ ถือเป็นหนึ่งปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการรับมือกับภัยโรคระบาด

อย่างไรก็ดี ด้วยเหตุว่ารัฐเวชกรรมไทยปัจจุบันอยู่ภายใต้การบริหารของรัฐบาลซึ่งบางส่วนสืบทอดอำนาจมาจากรัฐบาลที่ถูกประเมินว่า การบริหารจัดการหลายประการก่อให้เกิดปัญหา บางส่วนไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งยังมีข้อวิพากษ์วิจารณ์ด้านความโปร่งใส (กรณีการฉ้อราษฎร์บังหลวง และคณะ, 2562) การมีเพียงโครงสร้างทางสาธารณสุขเดิมที่เข้มแข็งจึงอาจไม่ใช่เงื่อนไขพอเพียงต่อการอุดช่องโหว่การบริหารจัดการของรัฐบาล ปัจจัยสำคัญอีกประการที่ได้เข้ามาเพิ่มเติมในส่วนดังกล่าวได้แก่ การเกิดขึ้นของภาค ‘ประชาสังคมเวชกรรม’ ที่ได้เข้ามาทำหน้าที่หลายประการในช่วงสภาวะโรคระบาด โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือและการสนับสนุนต่างๆ แก่การเวชกรรมและการสาธารณสุข

⁷ ดัชนีดังกล่าวได้จาก Knoema. (2018). Thailand - Domestic general government expenditure on health as a share of current health expenditure. Retrieved from <https://bit.ly/3nSLpoY>

⁸ ดูเพิ่มเติมจาก ศูนย์ข่าว สปสช. (24 กันยายน 2561). “ไทยก้าวกระโดด” ระบบสุขภาพ นายภา ปัสมี องค์การอนามัยโลกยกย่องแหล่งเรียนรู้. สืบค้นจาก <http://nhsonews.com/index.php/news/content/376>

⁹ ดูบทบาท อสม. ในสถานการณ์โควิด19 ใน สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. <https://bit.ly/3oWiUll>

ทั้งนี้การเกิดขึ้นและขยายตัวของภาคประชาสังคมเวชกรรมในสังคมไทยมีส่วนสัมพันธ์อย่างยิ่งในฐานะผลจากการอยู่ภายใต้รัฐที่ไม่ได้จัดวางประชาชนไว้ในฐานะเป้าหมายสำคัญสูงสุด กล่าวคือ รัฐเวชกรรมไทยปัจจุบันกำลังถูกขับเคลื่อนโดยคณะรัฐบาลซึ่งส่วนหนึ่งสืบทอดอำนาจมาจากคณะเผด็จการทหาร และอีกส่วนหนึ่งมาจากพรรคการเมืองที่ไม่รักษาสัญญาพื้นฐานตามอย่างวิธีประชาธิปไตย ทั้งในแง่การแบ่งช่วงทางการเมืองและในแง่พันธสัญญาจากนโยบายช่วงหาเสียง โดยหากย้อนกลับไปภายใต้การปกครองกว่า 5 ปี ของรัฐบาลเผด็จการทหาร คสช. (พ.ศ.2557-2562) สิทธิและเสรีภาพของปวงชนไทยถูกกดปราบด้วยอำนาจความรุนแรงซึ่งผูกขาดโดยกองทัพ และถูกให้ความชอบธรรมในนามอำนาจรัฐอธิปไตย ผ่านสถาบันกษัตริย์ สถาบันตุลาการ และกลุ่มชนชั้นนำที่สนับสนุนรัฐบาล ในแง่นี้ความยึดโยงกับประชาชนตามอย่างวิธีทางประชาธิปไตยสำหรับรัฐบาลเผด็จการทหารจึงมีอยู่ในระดับที่ต่ำ สภาพดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นวงกว้าง เพราะถึงที่สุดผลลัพธ์จากสมการอำนาจของเผด็จการ ย่อมได้แก่การสร้างความมั่นคงและรักษาความสงบเรียบร้อย ในแง่นี้การชุมนุมประท้วงของประชาชนเพื่อเรียกร้องสิทธิเสรีภาพย่อมถูกกดปราบ และข้อเรียกร้องเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรและสภาพความเป็นอยู่ ย่อมถูกตอบรับบ้างตามแต่ความกรุณาแห่งรัฐเผด็จการ ความใส่ใจที่ต่ำต่อข้อเรียกร้องของประชาชนปรากฏเด่นชัดผ่านการบริหารงานของรัฐบาลเผด็จการ เช่น เมื่อราคาสินค้าอุปโภคบริโภคสูงขึ้น รัฐบาลกลับไล่ให้ประชาชนไปบริโภคสินค้าชนิดอื่น หรือเมื่อราคาสินค้าทางการเกษตรตกต่ำ รัฐบาลแก้ไขปัญหาด้วยการให้เกษตรกรไปปลูกพืชชนิดอื่น จนบางครั้งถึงขั้นไล่เกษตรกรให้ไปขายสินค้าที่ดาวอังคาร เป็นต้น กรณีดังกล่าวล้วนสะท้อนความไม่สนใจใยดีต่อข้อเรียกร้องของประชาชนจากรัฐบาลเผด็จการ

ภายใต้สภาพการปกครองดังกล่าว ประชาชนบางส่วนต่างหนำระอาต่อท่าทีของรัฐบาล ความไม่สนใจต่อข้อเรียกร้องได้บีบคั้นให้ประชาชนจำนวนมากให้ต้องพึ่งพาตัวเอง เป็นเหตุให้มีมติความเป็น ‘กัมมันตพลเมือง’ (active citizen) ของพวกเขาเข้มข้นยิ่งขึ้น ด้วยเพราะการหวังพึ่งรัฐบาลเพื่อบริหารทรัพยากรตามข้อเรียกร้องย่อมเป็นไปได้ยากภายใต้รัฐบาลเผด็จการ ความจำเป็นดังกล่าวผลักดันให้เกิดการเพิ่มขึ้นของกลุ่มทางสังคมในลักษณะ ‘ภาคประชาสังคมเฉพาะกิจสาธารณกุศล’ เพื่อเข้าเฝ้าปัญหาที่รัฐบาลให้ความเหลียวแลต่ำ เช่น กรณีการสมทบทุนแก่โรงพยาบาลผ่านโครงการก้าวคนละก้าว ซึ่งการสื่อสารสะท้อนการบริหารจัดการงบประมาณการสาธารณสุขที่ล้มเหลวของรัฐ (ณัฐวุฒิ คชินทร์, 2561) หรือการจัดตั้งเครือข่ายจัดการภัยพิบัติของประชาชน ซึ่งเกิดจากการไม่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล (วราภรณ์ ศรีบุญ และคณะ, 2560)

นอกจากนี้ ภายใต้รัฐเผด็จการความโปร่งใสตรวจสอบได้ย่อมอยู่ในระดับที่ต่ำ ข้อน่ากังขาต่าง ๆ ของภาครัฐล้วนเลือนหายไปภายใต้ชอกหลาบของกระบวนการยุติธรรม เช่น กรณีนาฬิกาเรือนหูกของพลเอกประวิตร กรณีการจดทะเบียนบริษัทในค่ายทหารของหลานชายพลเอกประยุทธ์

กรณีอุทยานราชภักดิ์ และอีกหลายกรณีที่กำลังกลายเป็นกระแสและเจียบหายไปอย่างรวดเร็ว ทั้งหมดล้วนมีสาเหตุจากการไม่สามารถตรวจสอบและเข้าถึงข้อมูลโดยภาคประชาสังคมได้เหมือนในสภาวะปกติ (กรณีการ ธรรมพานิชวงศ์ และคณะ 2562) รวมถึงองค์การอิสระที่พัฒนาไปปรับใช้ผู้มีอำนาจในรัฐบาล นอกจากนี้ตัวผู้นำรัฐบาลอย่างพลเอก ประยุทธ์ ยังมีความน่าไว้วางใจต่ำจากการผิดสัญญาบ่อยครั้ง ทั้งกรณีผิดสัญญาเรื่องวันเลือกตั้ง กรณีการกลับคำพูดว่าจะไม่ลงเล่นการเมือง ฯลฯ ความไม่น่าเชื่อถือของรัฐเผด็จการได้หล่อหลอมพลเมืองบางส่วนให้ปราศจากความไว้วางใจ และพร้อมสอดส่องจ้องมองทุกการกระทำของรัฐ ในแง่ข้อมูลข่าวสารและความดูหมิ่นจะผิดปกติจึงล้วนถูกส่งต่อและตรวจสอบอย่างกว้างขวางบนทวิตเตอร์และเฟสบุ๊ก ภูมิทัศน์ออนไลน์กลายเป็นสนามเพลอาที่ใช้รวบรวมข้อมูล กระจ่ายเนื้อหา และต่อต้านอำนาจรัฐในเวลาเดียวกัน (Ganjanakhundee, 2020)

ทั้งนี้ด้วยสภาพดังกล่าว ประชาชนบางส่วนภายใต้การปกครองของรัฐเผด็จการจึงดำรงสถานะเป็นกัมมันตพลเมืองที่ปราศจากความไว้วางใจและพร้อมที่จะสอดส่องจ้องมองทุกความผิดปกติของรัฐ รวมทั้งมักเลือกส่งต่อช่วยเหลือผ่านภาคประชาสังคมในส่วนที่รัฐบาลมีปรั้งไต่ต่ำ เช่น กรณีการบริจาคช่วยเหลืออุทกภัยผ่านคุณบินท์ บรรลือฤทธิ์มากกว่าการบริจาคผ่านรัฐบาล ซึ่งสะท้อนระดับความเชื่อมั่นต่อความน่าเชื่อถือในความโปร่งใสของภาครัฐที่ต่ำกว่าภาคประชาสังคมโดยเปรียบเทียบ โดยต่อมาแม้จะมีการเลือกตั้ง และประเทศเคลื่อนเข้าสู่เขตของความเป็นประชาธิปไตย แต่กลุ่มพลเมืองและภาคประชาสังคมในลักษณะดังกล่าวก็ยังคงดำรงอยู่ ด้วยเหตุว่าแม้รัฐบาลใหม่จะเข้าสู่อำนาจผ่านวิธีเลือกตั้ง แต่ยังคงเป็นส่วนผสมของคณะเผด็จการชุดเดิม รวมถึงอาการไม่รักษาสัญญาและความไม่สนใจต่อข้อเรียกร้องของประชาชนก็ยังคงดำรงอยู่ เช่น กรณีการไม่รักษาสัญญาทางนโยบายแม้ข้อเดียวของพรรคพลังประชาชน ฯลฯ

ด้วยเหตุนี้ เมื่อสังคมไทยเผชิญกับสถานการณ์โรคระบาดโควิด19 และรัฐไทยยับยั้งสถานะสู่การเป็นรัฐเวชกรรมอำนาจนิยม ด้วยสภาพที่รัฐไทยภายใต้การนำของรัฐบาลที่มีความใส่ใจต่อสวัสดิภาพและความสุขทุกข์ของประชาชนในระดับที่ต่ำเป็นทุนเดิม ผนวกกับการยกระดับอำนาจสู่การเป็นอำนาจควบคุมเบ็ดเสร็จทางกฎหมายที่แม้มาตรการจะมีความเด็ดขาดในการรับมือโรคระบาด แต่ขณะเดียวกันก็ยังมีปัญหาในการบริหารจัดการหลายประการ ในแง่ผลกระทบและผลข้างเคียงจากมาตรการบริหารจัดการโดยรัฐเวชกรรมจึงยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นในรูปของความทนทุกข์ทางสังคมที่ส่งผลเป็นวงกว้าง และแม้รัฐบาลจะมีการพยายามออกมาตรการเยียวยา รวมถึงมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ แต่ก็ถูกตั้งข้อกังวลเกี่ยวกับการทุจริตและความโปร่งใสในการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อการเยียวยา (International Crisis Group, 2020, p.20-22) ในสถานการณ์นี้ บทบาทของภาคประชาสังคมเวชกรรมจึงยิ่งทวีความสำคัญขึ้นเพื่อช่วยเหลือเยียวยาผลกระทบและอุดช่องโหว่ในการบริหารจัดการของรัฐภายใต้สภาวะโรคระบาดโควิด19 เมื่อการส่งต่อและ

บอกเล่าความเจ็บปวดของผู้คนซึ่งถูกถ่ายทอดและปรากฏบนภูมิทัศน์ออนไลน์ ก่อให้เกิดการรับรู้
โครงข่ายความทุกข์และรับรู้สภาพความเหลื่อมล้ำที่ต่ำของรัฐเวชกรรมไทยต่อพลเมือง โครงข่าย
ความรู้เหล่านี้ได้รวบรวมความช่วยเหลือจากกัมมันตพลเมืองจากหลากหลายพื้นที่ และส่งมอบ
ทรัพยากรในลักษณะสรรพทิศแก่ผู้คนในทุกภาคส่วน

ในช่วงต้นของการระบาด ประเทศไทยประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันทางการ
แพทย์โดยเฉพาะหน้ากากอนามัย ชุด PPE และแอลกอฮอล์ ซึ่งรัฐบาลไม่สามารถจัดหาแก่บุคลากร
ทางการแพทย์และประชาชนได้อย่างเพียงพอ จนปรากฏภาพที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องหาวิธียืด
อายุการใช้งานหน้ากากอนามัย และต้องสวมชุดกันฝนแทนชุด PPE ในช่วงเวลาดังกล่าว
ภาคประชาสังคมเวชกรรมได้เข้ามามีส่วนสำคัญในการจัดหาและจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันต่างๆ
ทั้งการบริจาคหน้ากากอนามัย และชุด PPE จำนวนมากแก่โรงพยาบาล การผลิตหน้ากากอนามัย
จากวัสดุต่างๆ เพื่อแจกจ่ายแก่ประชาชนทั่วไป ภาคเอกชนได้ดำเนินโครงการผลิตหน้ากากอนามัย
ฟรีเพื่อบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ส่งผลให้การผลิตหน้ากากอนามัยภายในประเทศ
เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านเป็น 4.5 ล้านชิ้นต่อวัน (WHO, 2020, p.7) นอกจากนี้ในสภาวะขาดแคลน
แอลกอฮอล์ ภาคเอกชนอย่างหอการค้า สมาอุตสาหกรรม และโรงงานผลิตน้ำตาลได้ช่วยกันจัดหา
แอลกอฮอล์เพื่อผลิตเจลล้างมือสนับสนุนแก่ทีมแพทย์และประชาชน ทั้งยังปรากฏภาคประชาชนที่
ผลิตตู้อะคริลิกสำหรับแพทย์ใช้เพื่อป้องกันละอองสารคัดหลั่งบริจาคแก่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก

ภาคประชาสังคมเวชกรรมมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการรับมือโรคระบาด โดยได้
ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อจัดตั้งจุดคัดกรอง จัดการประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูลช่วยเหลือกลุ่ม
เสี่ยง โดยประสานงานกับเครือข่าย อสม. เครือข่ายโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อร่วมกันรับมือ
การแพร่ระบาดโรคอย่างเป็นระบบ (Laochankham, Kamnuansilpa & Lowatcharin, 2021)
นอกจากนี้ภาคประชาสังคมเวชกรรมยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างกลุ่มเสี่ยงกับโรงพยาบาล เพื่อ
แก้ปัญหาการขาดรถรับส่งผู้ป่วย เช่น โครงการอาสา TAXI ปทุมวันห่วงใยช่วยภัยโควิด ซึ่งชักชวน
อดีตผู้ป่วยโควิดที่มีอาชีพขับแท็กซี่มารวมกลุ่มเพื่อรับส่งผู้มีความเสี่ยงแก่โรงพยาบาล อีกทั้งใน
สภาวะที่แนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น โรงแรมจำนวนมากได้อาสาตัวเข้ามาเป็นโรงพยาบาลสนาม
เพื่อกักตัวผู้มีความเสี่ยงและรองรับผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง (WHO, 2020, p.5) เช่น โรงแรม
ปัญจดาราร จ.นครราชสีมา, โรงแรมภูพานเพลส จ.สกลนคร เป็นต้น

นอกจากนี้ เพื่อเยียวยาผลกระทบจากสภาวะโรคระบาด และผลข้างเคียงจากมาตรการ
ของรัฐเวชกรรมอำนาจนิยม ภาคประชาสังคมได้เข้ามามีบทบาทสำคัญผ่านโครงการความช่วยเหลือ
ต่างๆ เช่น โครงการกล่องแบ่งปัน, โครงการคลองเตยดีจังปันกันอิ่ม, โครงการ COVID THAILAND
AID ฯลฯ รวมถึงร้านอาหารต่างๆ ที่ออกมาแจกอาหารฟรีแก่ประชาชน ไม่เพียงเท่านั้น
ภาคประชาสังคมยังมีบทบาทในการแบ่งเบาภาระด้านอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ผ่าน

โครงการข้าวเพื่อหมอ (Food For Fighters) ซึ่งมีส่วนสร้างรายได้ให้แก่ร้านอาหารที่ปิดตัวลง ในช่วงลือคดาวน์ (พันชนะ วัฒนเสถียร, 2563) ณ จุดนี้ กัมมันตพลเมืองต่างกระจายความช่วยเหลือ และผลานการสนับสนุนแก่หน่วยงานเวชกรรมและสาธารณสุข เท่าที่กำลังและสมรรถภาพของพวกเขาจะอำนวย โดยไม่จำเป็นต้องรอความช่วยเหลือจากรัฐเวชกรรม

ทั้งนี้ ด้วยสภาพที่รัฐเวชกรรมไทยมีลักษณะไม่น่าเชื่อถือในสายตาของกัมมันตพลเมือง โดยประชาชนเห็นว่าการนำเสนอข้อมูลของรัฐไม่น่าไว้วางใจ และการบริหารจัดการยังขาดความซื่อสัตย์สุจริต โดยประชาชนกว่า 99.4% เห็นว่าการบริหารงานของรัฐไม่มีความโปร่งใส (กรกนก จิรสติพรพงศ์, 2564) ความไม่ไว้วางใจและการสอต่อสงสัยจ้องมอง ถึงที่สุดได้ก่อให้เกิดชุดข้อมูล 2 ชุด ซึ่งมีลักษณะเหลื่อมเกยซ้อนทับ จนถึงตั้งประเด็นในลักษณะปฏิพากย์แก่กัน ข้อมูลชุดหนึ่งเป็นข้อมูลของภาคประชาชนที่มีลักษณะไม่เป็นทางการ แต่บางส่วนมักอยู่ในความสนใจและส่งอิทธิพลต่อการกระทำของปัจเจกจำนวนมาก กับข้อมูลอีกชุดหนึ่งเป็นข้อมูลของรัฐซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ประชาชนมาตั้งแง่สงสัย เช่น ในช่วงแรกของการแพร่ระบาด รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้สัมภาษณ์ว่า เชื้อโรคโควิด19ไม่ร้ายแรง เหมือนไข้หวัดธรรมดา ใช้มาตรการรับมือตามปกติ ในขณะที่แพทย์และภาคประชาสังคมชี้ว่า โควิด19ไม่ใช่ไข้หวัดธรรมดา สมควรเพิ่มมาตรการรับมือให้รัดกุมยิ่งขึ้น หรือกรณีการให้สัมภาษณ์ของนายกรัฐมนตรีว่าจะไม่มีการปิดเมือง ไม่ต้องกักตุนอาหาร ขณะที่ภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐออกมาเตือนให้ประชาชนเริ่มกักตุนอาหารเพราะรัฐจะปิดเมือง ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากต่างรีบไปกักตุนอาหาร เพราะไม่เชื่อมั่นในคำกล่าวอ้างของรัฐบาล หรือการที่ปัจเจกออกมายืนยันการติดเชื้อของตน ในขณะที่รัฐยังไม่มีมีการประกาศจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่ม หรือแม้แต่กรณีการให้ข้อมูลจากภาครัฐว่าโรคระบาดยังไม่เข้าสู่ระยะที่ 3 ในขณะที่นายกสมาคมอุรเวชช์ชี้ว่า สถานการณ์ขณะนั้นควรถือว่าเข้าสู่การระบาดระยะที่ 3 แล้ว เป็นต้น

หากพิจารณาปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านของมิติของชีวอำนาจย่อมพบว่า กรณีที่เกิดขึ้นเป็นการปะทะกันระหว่างโครงข่ายวาทกรรมสองชุด โดยชุดหนึ่งมีแหล่งที่มาจากรัฐ ซึ่งมีสถานะเป็นทางการและผูกโยงอยู่กับอำนาจเชิงสถาบัน แต่ทว่าในสายตาของกัมมันตพลเมืองบางส่วน รัฐเวชกรรมไทยถือเป็นรัฐที่มีสถานะเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน และมักแผ่เงาไปด้วยความไม่โปร่งใสขาดความน่าเชื่อถือ เป็นเหตุให้ชีวอำนาจของรัฐแม้จะถูกรองรับโดยอำนาจเชิงสถาบัน แต่บางส่วนกลับมักไม่อาจเข้าควบคุมเนื้อตัวร่างกายหรือจิตสำนึกของพลเมืองได้ ทั้งนี้ เพราะวาทกรรมที่ออกมาจากรัฐเวชกรรมไทยมักมีแนวโน้มที่จะถูกมองว่าเบี่ยงเบนเช่นเดียวกับตัวรัฐบาล อีกทั้งวาทกรรมของรัฐเวชกรรมไทย บ่อยครั้งมักถูกหักล้างโดยชีวอำนาจจากภาคประชาสังคมหรือองค์กรทางเวชกรรมอื่น ณ จุดนี้รัฐเวชกรรมจึงไม่ได้เป็นสถาบันหนึ่งเดียวที่ผูกขาดการใช้ชีวอำนาจ ด้วยเพราะอำนาจดังกล่าวของรัฐเวชกรรมไทย ย่อมถูกตรวจสอบท้าทายโดยชีวอำนาจที่

ถูกเสนอจากภาคประชาสังคมด้วยเสมอ ในแง่นี้ก็มันตพลเมืองและภาคประชาสังคมจึงดำรงบทบาทสำคัญอีกประการหนึ่งภายใต้สภาวะโรคระบาดโควิด-19 ได้แก่ การตรวจสอบหรือเสนอข้อโต้แย้งต่อข้อมูลที่ถูกมองว่ามีความโปร่งใสต่ำจากภาครัฐ รวมถึงการกดดันในเชิงข้อมูลต่อรัฐเวชกรรมเพื่อให้เปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริง เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อที่แท้จริง จำนวนผู้เสียชีวิตที่แท้จริง สถานที่ซึ่งผู้มีความเสี่ยงไปใช้บริการ ฯลฯ การกระทำดังกล่าวส่งผลให้รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มระดับความโปร่งใสชัดเจน รวมถึงในหลายกรณีรัฐเวชกรรมจำเป็นต้องมีการพิจารณามาตรการต่างๆ ใหม่จากการคัดค้านในเชิงข้อมูลโดยภาคประชาสังคม

ถึงที่สุดอาจกล่าวได้ว่า ภายใต้การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด19 ระลอกแรกที่ถูกบริหารจัดการโดยรัฐเวชกรรมอำนาจนิยม ที่แม้มาตรการจะมีความเบ็ดเสร็จในการรับมือโรคระบาด แต่ก็ก่อให้เกิดผลกระทบ ผลข้างเคียง รวมถึงปัญหาในการบริหารจัดการจำนวนมาก โดยภาคประชาสังคมเวชกรรมทำหน้าที่อย่างน้อย 3 ประการได้แก่ การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนแก่หน่วยงานทางเวชกรรมและสาธารณสุข การกระจายการรับรู้และความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบความทุกข์ทางสังคม และการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ถูกมองว่ามีความโปร่งใสต่ำจากภาครัฐและกดดันภาครัฐให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารตามความเป็นจริง ซึ่งการทำหน้าที่ของภาคประชาสังคมเวชกรรมดังกล่าวถือเป็นการอุดช่องโหว่ในการบริหารจัดการ เสียหายในภาคส่วนที่ภาครัฐให้ความสนใจต่ำ และถ่วงดุลเชิงข้อมูลต่อภาครัฐ การเกิดขึ้นของภาคประชาสังคมเวชกรรมจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ร่วมในการแก้ไขปัญหา และอุดช่องโหว่ในการบริหารจัดการของรัฐและขับเคลื่อนสังคมไทยควบคู่กับการสนับสนุนระบบสาธารณสุขเดิมที่เข้มแข็ง ภายใต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด19 ระลอกแรกนี้

สรุปผลการศึกษา

ภายใต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด19 ระลอกแรก เมื่อชีวะอำนาจของรัฐเวชกรรมไม่ใช่เครื่องมือหนึ่งเดียวที่ทรงพลังเพียงพอในการต่อต้านมหันตภัยโรคระบาด รัฐเวชกรรมไทยได้แปลงสภาพตนเองสู่การเป็นรัฐเวชกรรมอำนาจนิยม และยกระดับชีวะอำนาจสู่การเป็นอำนาจข้อปฏิบัติควบคุมเบ็ดเสร็จทางกฎหมาย และด้วยเหตุว่ารัฐเวชกรรมไทยภายใต้การนำของรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นรัฐที่ไม่ได้จัดวางประชาชนไว้ในฐานะเป้าหมายสำคัญสูงสุด มาตรการและการบริหารจัดการเพื่อต่อกรกับสถานการณ์โรคระบาดโดยรัฐเวชกรรมอำนาจนิยม แม้จะมีความเด็ดขาดควบคุมด้วยอำนาจทางกฎหมายที่บางส่วนได้ผลจริงในการควบคุมโรคระบาด แต่ขณะเดียวกันก็มักไปด้วยปัญหาในการบริหารจัดการ ทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบและผลข้างเคียงต่อประชาชนในรูปของความทุกข์ทางสังคมเป็นวงกว้าง

อย่างไรก็ดี ด้วยบริบททางสังคมการเมืองที่ประชาชนอยู่ภายใต้การปกครองของรัฐบาล ซึ่งบริหารจัดการโดยคำนึงถึงสวัสดิภาพและความสุขทุกข์ของประชาชนในระดับที่ไม่สูงมากนัก และรัฐบาลมีความโปร่งใสน่าเชื่อถือในระดับที่ต่ำ สภาพดังกล่าวล้วนถูกเผยแพร่ ส่งต่อ และรับรู้ระหว่างผู้คนที่หลากหลายบนพื้นที่โลกออนไลน์ ซึ่งร่วมไปถึงการบอกเล่าเรื่องราวความทุกข์ทางสังคม และเปิดโปงช่องโหว่ในการบริหารจัดการของรัฐ สภาพดังกล่าวได้ก่อให้เกิดโครงข่ายความรู้ และได้ผลักดันมิติความเป็นกัมมันตพลเมืองของประชาชนบางส่วนให้เข้มข้นขึ้น โดยในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ระลอกแรก กัมมันตพลเมืองในฐานะภาคประชาสังคมเวชกรรมได้ทำหน้าที่อย่างน้อย 3 ประการได้แก่ การอุดช่องโหว่ในการบริหารจัดการของรัฐ การเยียวยาในภาคส่วนที่ภาครัฐให้ความสนใจต่ำ และถ่วงดุลเชิงข้อมูลต่อภาครัฐ

ถึงที่สุดจึงอาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบที่กำลังขับเคลื่อนสังคมไทยออกจากวิกฤตโรคระบาดโควิด-19 ระลอกแรก อาจไม่ใช่เพียงรัฐบาลที่บริหารจัดการด้วยอำนาจข้อปฏิบัติควบคุมอย่างเด็ดขาดตามกฎหมาย หรือประชาชนที่เชื่อเชื่อสยบยอมต่ออำนาจของรัฐเวชกรรม แต่คือการปฏิบัติหน้าที่ของกัมมันตพลเมืองที่ตื่นตัวในฐานะภาคประชาสังคมเวชกรรมซึ่งได้เข้าเยียวยาความทุกข์ทางสังคมจากภาคส่วนที่รัฐให้ความสนใจต่ำ รวมถึงผลักดันทั้งในแง่ความช่วยเหลือ ความร่วมมือ และทรัพยากรแก่องค์กรการเวชกรรมและสาธารณสุขซึ่งมีความเข้มแข็งเป็นทุนเดิม รวมถึงตรวจสอบถ่วงดุลและกดดันในเชิงข้อมูลต่อภาครัฐ การปรากฏขึ้นและขยายตัวอย่างรวดเร็วของภาคประชาสังคมเวชกรรมจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ร่วมขับเคลื่อนสังคมไทยภายใต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ระลอกแรกนี้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณก จิรสติพรพงศ์. (2564). ทักษะคติของประชาชนที่มีต่อหลักการบริหารกิจการบ้านเมือง และสังคมที่ดี ของรัฐบาล กรณีศึกษาสถานการณ์ COVID-19. *วารสารธรรมศาสตร์*. 40(3), 93-113.

กรรณิการ์ ธรรมพานิชวงศ์, กัมพล ปั้นตะกั่ว, กิรติพงศ์ แฉวมาลี, ณิช พิตยาพงศ์กร, เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, ธิปไตย แสลงวงศ์, นิพนธ์ พัวพงศกร, ยงยุทธ แฉล้มวงษ์, วิโรจน์ ณ ระนอง, สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, สมชัย จิตสุชน, สุเมธ องกิตติกุล, เสาวรัจ รัตนคำฟู และอดิศักดิ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2562). ประเมินผลงาน 5 ปี รัฐบาลประยุทธ์ (1): ติดตามความคืบหน้าแก้ปัญหาประเทศ. สืบค้น 11 กรกฎาคม 2563, จาก <https://tdri.or.th/2019/07/report-5years-prayut-cabinet/>

- Farmer, P. (1997). *On Suffering and Structural Violence: A View from Below*. Social Suffering, London: University of California Press.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1991). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Tran slated by Alan Sheridan, London: Penguin Books.
- Ganjanakhundee, S. (2020). *Social Media and Thailand's Struggle over Public Space*. © ISEAS Yusof Ishak Institute. <http://hdl.handle.net/11540/12159>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor C R., Pirkis, J. (2020 April). *Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic*. Retrieved August 10, 2020, from [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext)
- International Crisis Group. (2020). *Political Implications. In COVID-19 and a Possible Political Reckoning in Thailand*. International Crisis Group. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/resrep31376.8>
- kleinman, a., Das, V., & Lock, M (Eds.). (1997). *Introduction. Social Suffering*. London: University of California Press.
- Laochankham, S., Kamnuansilpa, P., & Lowatcharin, G. (2021). Locally Driven Action in Pandemic Control: The Case of Khon Kaen Province, Thailand. *Contemporary Southeast Asia*, 43(1), 8–14.
- Miller, D., Elisabetta, C., Nell, H., Tom, M., Razvan, N., Jolynna, S., Juliano, S., Shriram, V., & Xinyuan, W. (2016). *How the World Changed Social Media*. London: UCL Press.
- Szasz, T. (2001). *The Therapeutic State: The Tyranny of Pharmacracy*. Retrieved August 12, 2020, from https://www.independent.org/pdf/tir/tir_05_4_szasz.pdf.
- Taub, A. (2020 April). *A New Covid-19 Crisis: Domestic Abuse Rises Worldwide*. Retrieved August 10, 2020, from <https://www.nytimes.com/2020/04/06/world/coronavirus-domestic-violence.html>

- WHO. (2020). Ensuring sufficient physical infrastructure and workforce capacity.
In *COVID-19 Health System Response Monitor: THAILAND*. World Health
Organization. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/resrep27943.7>
- WHO. (2020). *THAILAND: How a Strong Health System Fights a Pandemic*. World
Health Organization. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/resrep28100>