

การแพทย์กับการผลิตซ้ำ ความทุกข์เชิงสังคม

มาลี สิทธิเกรียงไกร

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

บทความนี้ศึกษาความทุกข์เชิงสังคมของชาวกะเหรี่ยงโปว์หมู่บ้านคลิตี้ล่าง อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จากการปนเปื้อนตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ ใช้วิธีการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบลึก และการศึกษาเอกสาร โดยบทความนี้นำเสนอความคิดความรู้/อำนาจของฟูโกต์มาอธิบายปฏิบัติการด้านการแพทย์ว่าได้ผลิตความทุกข์เชิงสังคมให้แก่ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างอย่างไร

การปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และความเจ็บป่วยแก่ชาวกะเหรี่ยงโปว์ หมู่บ้านคลิตี้ล่าง เป็นเวลานานกว่า 20 ปี โดยบทความนี้ให้ความสำคัญกับความทุกข์ประเภทนี้ในฐานะเป็นบริบทของปัญหาความทุกข์อีกระดับหนึ่งคือ ความทุกข์ที่มาจากกระบวนการเยียวยาการวินิจฉัยความเจ็บป่วย ด้วยการสร้างนิยามความเจ็บป่วยของชาวกะเหรี่ยงผ่านปริมาณตะกั่วในเลือด และความเสี่ยงขึ้นมาปิดบัง อำพราง ความเจ็บป่วยของชาวบ้าน จนทำให้ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ไร้อำนาจในการนิยามความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งเป็นการผลิตซ้ำความทุกข์เชิงสังคมของชาวกะเหรี่ยงคลิตี้

คำสำคัญ: อำนาจการแพทย์, ความทุกข์เชิงสังคม, สุขภาพ-สิ่งแวดล้อม, หมู่บ้านคลิตี้ล่าง จังหวัดกาญจนบุรี

Abstract

This article is the result of an ethnographic study of the social suffering experienced by the two Karen groups in Klity Lang village, Kanchanaburi Province; suffering caused by lead pollution in the Klity stream. Participant observation, in-depth interviews and documentary research were all employed in order to carry out the necessary work for the study. Foucault's concept of power and knowledge is used to explain how the medical discourse carried out produces social suffering for the Klity Lang villagers. Lead contamination has not only affected the social lives of people in Klity Lang village, it has also impacted their health over the last two decades. This article describes the suffering caused by lead contamination within the context of another kind of suffering; suffering produced by the medical treatment itself. According to the villagers, medical doctors denied their illnesses through the measurement of blood lead-levels, measurements taken during blood tests, and also through the conceptualization of risk and surveillance. Such medical work concealed the villagers' personal illness narratives. Moreover, it represented a form of medical power which deprived the sufferers of their power. This article argues that the medical practice process itself has produced social suffering for the two Karen villager groups.

Keywords: Medical power, social suffering, health-environment, Klity Lang village in Kanchanaburi Province

บทนำ

ความทุกข์เชิงสังคม

การศึกษาปัญหาของผู้ประสบภัย(victim)ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย หรือที่เรียกว่าความทุกข์ (suffering) โดยทั่วไปมักอธิบายความทุกข์ในลักษณะที่เป็นปัญหาระดับบุคคล กล่าวคือ ความทุกข์นั้นเป็นผลจากการกระทำผิดของบุคคลต่ออำนาจเหนือธรรมชาติ หรือเป็นผลจากพฤติกรรมส่วนบุคคล ขณะที่การทำความเข้าใจกับความทุกข์อีกประเภทหนึ่งมักไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก ที่เรียกว่า ความทุกข์เชิงสังคม(social suffering) ซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและความเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจความทุกข์ ความรุนแรงที่อยู่เบื้องหลัง หรือที่บทนำหนังสือ Social Suffering ได้อธิบายความทุกข์ประเภทนี้ว่าเป็นผลจากอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ และสถาบันกระทำต่อประชาชน และด้วยการกระทำจากอำนาจเดียวกันนี้ได้มีอิทธิพลหรือเป็นเงื่อนไขให้เกิดปัญหาสังคมตามมาด้วย (Kleinman, Das and Lock 1997: ix)

กรณีการศึกษาความทุกข์เชิงสังคม เช่นงานของ พอล ฟาร์เมอร์(1997) (Paul Farmer) ซึ่งศึกษาความทุกข์ของชาวไฮติเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาเอดส์ งานชิ้นนี้เชื่อมโยงให้เห็นว่า ความรุนแรงทางโครงสร้างในสังคมไฮติ เช่น ความยากจน ปัญหาการเมือง อคติทางเชื้อชาติ ได้ทำให้ความทุกข์แทรกซึมอยู่ในประสบการณ์ของบุคคล ฟาร์เมอร์ใช้วิธีการศึกษาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ที่ชาวไฮติเผชิญในชีวิตประจำวัน ว่าประสบการณ์เหล่านี้ล้วนมีที่มาจากปัญหาทางโครงสร้างทั้งสิ้น

การศึกษาอีกเรื่องหนึ่ง ของ วินา ดาส (1999) Veena Das เป็นการวิเคราะห์ความทุกข์อีกแง่มุมหนึ่ง เขาชี้ให้เห็นว่า ความทุกข์ของชาวโบพาลนั้น มาจากปฏิบัติการทางวาทกรรมของแพทย์ ศาล และราชการ ซึ่งเข้าไปผลิตซ้ำความทุกข์ที่ชาวโบพาลเผชิญจากแก๊สรั่ว การผลิตซ้ำความทุกข์โดยผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว คือ การทำให้เหยื่อหรือผู้ประสบภัยอยู่ในสถานะที่ไร้อำนาจ การผลิตความทุกข์ในลักษณะนี้เรียกว่า Internal Orientation คือการทำให้ความทุกข์เป็น

สิ่งปกติในชีวิตประจำวัน เป็นความไม่ยุติธรรมในชีวิตที่ดำรงอยู่จริง เมื่อคนยอมรับว่าความทุกข์มีอยู่จริง เช่น เมื่อศาลและราชการ สร้างนิยามให้ชาวโศกพาลว่า เป็นคนจนและคนไร้ความสามารถ ดังนั้นพวกเขาต้องยอมรับว่า ความทุกข์เป็นสิ่งที่คู่กับคนจนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การทำให้เหยื่อหรือผู้ประสบภัยยอมรับว่าความทุกข์ดำรงอยู่จริงเช่นนี้ เช่น เมื่อแพทย์วินิจฉัยปัญหาสุขภาพของเหยื่อว่า เป็นผลจากโรคขาดสารอาหารหรือเนื่องจากปอดผิดปกติ ผู้สูงอายุเสียชีวิตเพราะข้อจำกัดของปอด และเหยื่อที่วุ่นวายกับแก๊สรั่วจนกระทั่งเสียชีวิต เพราะปอดขยายตัวเร็วเกินไป วาทกรรมที่สร้างขึ้นนี้ เพื่อให้เหยื่อยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่ประสบกับตนเองนั้นไม่ได้เป็นผลจากการสุดมเหศวรที่รั่วไหลเข้าไป แต่มีสาเหตุจากความบกพร่องของอวัยวะหรือโรคที่มีอยู่ก่อนแล้ว ด้วยเหตุนี้ การอ้างสิทธิเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่ามาจากการรั่วไหลของแก๊สนั้นไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างโรคหรือความเจ็บป่วยใดที่มีสาเหตุจากแก๊สรั่วออกจากประวัติความเจ็บป่วยเดิม ปฏิบัติการนี้จึงเป็นการสร้างวาทกรรมของการแพทย์ที่ทำให้เหยื่อยอมรับว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากชะตากรรมของชีวิตจมปลักอยู่กับความยากจนและโรค จึงยากที่จะนำไปสู่การอ้างสิทธิเพื่อเรียกค่าชดเชยได้ (Das 1999: 156)

เมื่อความทุกข์ในลักษณะที่หนึ่งถูกผลิตผ่านปฏิบัติการทางวาทกรรมของผู้เชี่ยวชาญแล้ว เหยื่อหรือผู้ประสบภัยยังถูกซ้ำเติมด้วยความทุกข์ลักษณะที่สองที่เรียกว่า External Orientation คือการทำให้เหยื่อยอมรับว่าความทุกข์เหล่านั้นเป็นผลจากการกระทำของพระเจ้า จากเหตุบังเอิญซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ความทุกข์ในลักษณะนี้ไม่ได้นำไปสู่การกล่าวโทษผู้ใด แต่เป็นการทำให้เหยื่อยอมรับความทุกข์นั้นอย่างดุชนี

ทั้ง Internal Orientation และ External Orientation ต่างทำให้เหยื่อหรือผู้ประสบภัยอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ คือเชื่อว่า ความทุกข์ของตนเองนั้นเป็นผลมาจากโชคชะตา หรือชะตากรรมของตนเอง ไม่ได้เป็นผลจากการเอาผิดเอาเปรียบหรือการแสวงหาผลประโยชน์ของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพียงแต่ Internal Orientation เป็นการสร้างความรู้ความจริงเกี่ยวกับความทุกข์ผ่านปฏิบัติการวาทกรรมของผู้เชี่ยวชาญ จนกระทั่งทำให้เหยื่อยอมรับความทุกข์นั่นเอง ขณะที่ External

Orientation ทำให้เหยื่อหรือผู้ประสบภัย ยอมรับความทุกข์ของตนเอง โดยการให้คำอธิบายว่า เป็นผลแห่งกรรมที่ตนเองกระทำไว้ เป็นความผิดที่ได้กระทำต่อพระเจ้า ด้วยเหตุนี้คนเหล่านี้จึงสมควรที่จะต้องได้รับความทุกข์ยาก เมื่อพวกเขายอมรับเช่นนี้ จึงทำให้พวกเขาไม่จำเป็นต้องเรียกร้องหาผู้กระทำผิด

บทความนี้เป็นกรณีศึกษาความทุกข์เชิงสังคมของชาวกะเหรี่ยงบ้านคลิตี้ล่าง อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อันเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ความทุกข์ การเยียวยาและการชั่งชั่งความรู้และอำนาจ: กรณีการปนเปื้อนสารตะกั่วบ้านคลิตี้ล่าง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งฉันได้เริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2547 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2549 บทความนี้มีกรอบคิดในการอธิบายเกี่ยวกับความทุกข์ ความสูญเสียของชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างจากการปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ว่า โดยทั่วไปเมื่อสิ่งแวดล้อมถูกปนเปื้อนด้วยสารพิษหรือสารเคมี สิ่งที่คุณประสบภัยต้องเผชิญคือ ความสูญเสียสมดุลธรรมชาติ และชีวิต ซึ่งมักพบอยู่เสมอๆ ดังเช่นกรณีชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างที่ต้องสูญเสียความบริสุทธิ์ของแหล่งน้ำและอาหารธรรมชาติ รวมทั้งชีวิต และต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ สภาพการดำเนินชีวิตที่ยากลำบากมากขึ้น เป็นความทุกข์ระดับแรกที่คุณประสบภัยทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งอาจจะมียกระดับของความทุกข์และปัญหาที่แตกต่างกันไป แต่ความทุกข์และการสูญเสียอีกระดับหนึ่ง ซึ่งเกิดจากกระบวนการเยียวยานั้น เป็นความทุกข์ที่ทับซ้อนความทุกข์ยากลำบากในระดับแรก ความทุกข์นี้ทำให้การเรียกร้องค่าชดเชยและความเป็นธรรมของผู้ประสบภัยเผชิญกับความยากลำบากมากขึ้น ซึ่งบทความนี้ให้ความสำคัญกับความทุกข์ประเภทหลังมากกว่าประเภทแรก โดยบทความนี้จะกล่าวอย่างเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับกระบวนการเยียวยาด้านสุขภาพว่าได้ผลิตความทุกข์เชิงสังคมให้แก่ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างได้อย่างไร

จุดเริ่มของความทุกข์และการสูญเสีย

หมู่บ้านคลิตี้ล่าง มีบริเวณติดกับเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าทุ่งใหญ่นเรศวร อันเป็นต้นน้ำของลำห้วยคลิตี้ ซึ่งเป็นแหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญแหล่งเดียวของหมู่บ้าน และที่สำคัญคือเป็นสถานที่ที่ชาวกะเหรี่ยงเชื่อว่า มีเทพโทะโละกุ²

อาศัยอยู่ ด้วยความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรป่าไม้และแหล่งน้ำ ทำให้ชาวกระเหรี่ยงไปได้อาศัยอย่างสงบสุขและสืบทอดเผ่าพันธุ์มาร่วมร้อยกว่าปี จนกระทั่ง พ.ศ. 2510 โรงแต่งแร่คลิตี้ได้สร้างขึ้นทางตอนต้นของลำห้วยคลิตี้ และอยู่เหนือหมู่บ้านคลิตี้ล่างประมาณ 8 กิโลเมตร

ชาวกระเหรี่ยงคลิตี้ล่างเริ่มสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของลำห้วยคลิตี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จากสีของน้ำในลำห้วยที่เริ่มสีขุ่นขึ้น และจะขุ่นขึ้นมากขึ้นในฤดูฝน ซึ่งชาวบ้านก็ได้คิดว่าเป็นผลจากตะกอนหางแร่ที่ถูกปล่อยมาจากโรงแต่งแร่ แต่คิดว่าคงเป็นน้ำฝนที่ไหลลงมาจากภูเขา ซึ่งปกติก็จะมีสีขุ่นอยู่แล้ว แต่เมื่อพบว่า แม้ฝนไม่ตก แต่น้ำลำห้วยคลิตี้ยังคงมีสีขุ่น และมีกลิ่นเหม็นด้วย และเมื่อเดินผ่านโรงแต่งแร่ พบว่า มีท่อต่อจากบ่อเก็บกากตะกอนลงสู่ลำห้วย จึงทำให้ค่อนข้างมั่นใจว่า การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้มาจากโรงแต่งแร่ที่อยู่เหนือน้ำ อย่างไรก็ตามชาวบ้านไม่รู้ว่าส่งที่ปล่อยออกมาคืออะไร ต่อมา พ.ศ. 2526 ปลาตายเกลื่อนลำห้วย และหลังจากลงเล่นน้ำลำห้วยคลิตี้แล้ว ชาวบ้านมักมีอาการคันทั่วตัว ช่วงนี้จึงค่อนข้างเป็นช่วงวิกฤตสำหรับชาวบ้าน ทั้งกลิ่นเหม็น ปลาตาย และน้ำก็ใช้ไม่ได้ แต่ชาวบ้านก็ไม่ว่ารู้ว่าจะทำอย่างไร ชาวบ้านได้เล่าถึงเหตุการณ์นี้ให้ฉันฟังว่า

“...ตั้งแต่ยังเป็นสาว น้ำขุ่นแดงลงไปอาบ...รู้ว่าเป็นน้ำสารตะกั่ว ไม่มีน้ำอาบนี้ตอนนั้นยังไม่มีประปาภูเขาอาบน้ำขึ้นมาจากเป็นชยุคิดว่าไม่มียาพิษ คิดว่าขุ่นเฉยๆ คิดไม่ออกเลย ไม่รู้เลย คิดว่าเป็นน้ำฝนไหลลงมา...”

“...ประมาณ 2518 ก่อนหน้านั้นก็ยังไม่ลงมาตั้งแต่ตอนนั้น ลำห้วยเป็นสีน้ำตาล หน้าฝนขุ่นมาตลอด มีกลิ่นเหม็นด้วย ปลาตาย ตอนนั้นประปายังไม่มีเลยสมัยนั้นบางทีไปตกมาก็ให้มันตกตะกอน ชาวบ้านก็ไม่รู้โอหนือเหนืออะไรก็ต้องทนกินตอนหน้าฝนก็ไม่กล้าใช้เพราะว่าใช้ไม่ได้ มันเหม็น...”

ต่อมา กลิ่นเหม็นเริ่มลดลง ชาวบ้านบอกว่า อาจจะมาจากรองแต่งแร่เปลี่ยนน้ำยาเคมีเป็นชนิดไม่มีกลิ่น หลังจากนั้นประมาณ 2-3 ปี ชาวบ้านบอกว่า กลิ่นเหม็นจากลำห้วยรุนแรงเหมือนดังแต่ก่อน ใน พ.ศ. 2526 ระหว่างงานเลี้ยง

ปีใหม่ของโรงเต่างแร่ มีชาวบ้านคลิตี้ล่าง ได้ไปร่วมงานเลี้ยงและระหว่างทางเดิน พบเห็นปลาลอยตายในลำห้วยจำนวนมาก ชาวบ้านคนหนึ่งได้เข้าไปต่อว่า กำนันตึก⁴ เจ้าของกิจการทั้งที่รู้ว่าเป็นผู้มีอิทธิพลว่า เป็นต้นเหตุให้ลำห้วยเน่าเสีย ปลาดตาย หลังจากการต่อว่าครั้งนั้นแล้ว โรงเต่างแร่ได้ลดการปล่อยน้ำเสียชั่วคราว และพยายามปล่อยให้กลมกลืนกับสภาพธรรมชาติ เช่น การปล่อยน้ำเสียพร้อมกับฝนที่ตกลงมา เพื่อมิให้ชาวบ้านสงสัย ซึ่งผลที่ตามมาคือ ยังคงมีกลิ่นเหม็น และน้ำเป็นสีขุ่น ปลาดตายเช่นเดิม โดยเฉพาะกลิ่นเหม็นนี้ ได้รับความเดือดร้อนและการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ว่าจะอยู่ที่ใดหรือที่บ้านก็ได้กลิ่นนี้ตลอด เมื่อสุดดมไปมากๆ ก็ทำให้เวียนหัว เหนื่อยและเพลีย

ชาวบ้านคลิตี้ล่างไม่สามารถทนกับสภาพเช่นนี้ได้จึงได้ไปต่อว่าผู้จัดการโรงเต่างแร่อีก 2-3 ครั้ง แต่โรงเต่างแร่ก็ได้ลดการปล่อยน้ำเสียลงมา และยังแนะนำชาวบ้านว่า “ให้กินเฉพาะตัวปลา อย่ากินหัวปลา มันอันตราย” ชาวบ้านทำตามคำแนะนำของผู้จัดการโรงเต่างแร่อย่างปราศจากข้อสงสัยว่า เป็นกลอุบายของผู้จัดการโรงเต่างแร่ อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านเริ่มสังเกตรสชาติของเนื้อปลาที่แตกต่างไปจากเดิมคือไม่นิ่ม แต่แข็งและเหนียวขึ้น ชาวบ้านบางคนสังเกตว่า ปลาไม่ค่อยแข็งแรง ตัวเล็กลง ไม่เพียงแต่ปลาเท่านั้นที่ผิดปกติ สัตว์น้ำอื่นๆ เช่น กุ้ง ปู หอย ก็มีจำนวนลดน้อยลง บางครั้งมีคราบน้ำมันติดอยู่ พืชผัก ที่ปลูกข้างลำห้วยเช่น พริก ผักกูดซึ่งเคยขึ้นตามธรรมชาติบริเวณริมลำห้วยคลิตี้ก็ลดจำนวนลง

สภาพเช่นนี้ เป็นสิ่งที่ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างเผชิญรวม 20 ปี โดยขาดหน่วยงานภาครัฐให้ความสนใจ ทั้งที่สถานื่อนามัยทุ่งเสือโทนและโรงเรียนบ้านทุ่งเสือโทนตั้งอยู่ไม่ไกลจากโรงเต่างแร่ และลำห้วยคลิตี้ ซึ่งย่อมได้กลิ่นเหม็นและเผชิญการเปลี่ยนแปลงของลำห้วยไม่แตกต่างจากชาวกะเหรี่ยงนัก ก็มีได้ใส่ใจกับสภาพที่เกิดขึ้น ในพ.ศ.2532 ชาวบ้านเริ่มมีอาการป่วยเช่น ปวดหัว ปวดแขนขาและชา แต่สถานื่อนามัยไม่ได้วินิจฉัยแยกโรคและไวต่อสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน ชาวบ้านเล่าว่า “หมอจ่ายแต่ยาพารา” ซึ่งชาวบ้านตระหนักดีว่า ยาพาราเซตามอลช่วยบรรเทาอาการปวดจากการทำงานแต่อาการปวดของพวกเขาไม่ได้มาจากการทำงาน ระยะหลังชาวบ้านจึงไม่ค่อยไปพบแพทย์ที่สถานื่อนามัย

สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้อาวุโสในชุมชนมีความเป็นห่วงชะตากรรมของ ลูกหลานและหมู่บ้าน ผู้อาวุโสมีความกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของลำห้วยคลิตี้ ที่เคยหล่อเลี้ยงชีวิตชาวกะเหรี่ยง คลิตี้ล่างมาบัดนี้ต้องเน่าเสีย ไม่มีปลา ไม่มี หอยและกุ้ง แล้วชาวกะเหรี่ยงจะอยู่ได้อย่างไร มากกว่านี้คือ พวกเขามีความ เป็นห่วงเทพโทะโละกู่ ลำพังชาวบ้านที่มีได้พักอาศัยอยู่ในลำห้วยคลิตี้ยังได้รับ ผลกระทบขนาดนี้ แล้วเทพโทะโละกู่จะเป็นอย่างไร

ยังมีพื้นที่ชาวบ้านจะได้ตั้งตัวหาวิธีการแก้ไขปัญหา การเปลี่ยนแปลง ระลอกใหม่ได้เกิดขึ้นอีก ใน พ.ศ. 2536 เปิดที่ชาวบ้านเลี้ยงไว้ตายหมด ประกอบกับปีต่อมาควายที่เลี้ยงไว้ก็ทยอยกันตายด้วยอาการตัวสั้น ชาวบ้านจึง ได้ทดลองผ่าอวัยวะภายในของควายและพบว่า อวัยวะภายในแห้งและมีสีดำ ชาวบ้านเชื่อว่าน่าจะมีเหตุมาจากการกินสิ่งผิดปกติ เมื่อชาวบ้านเห็นควาย เพื่อนบ้านล้มตายลง ก็เริ่มขายควายที่เหลือไป ชาวควายตายอย่างผิดปกติได้ แพร์กระจายไปยังหมู่บ้านใกล้เคียง จนไม่มีหมู่บ้านได้รับซื้อควายที่มาจาก หมู่บ้านคลิตี้ล่างสักรายเดียว ภายในระยะเวลาอันสั้นชาวบ้านต้องสูญเสียควาย ไปทั้งสิ้น 65 ตัว ซึ่งสร้างความสับสน ความหวาดกลัวให้แก่ชาวบ้านอย่างมาก เนื่องจากควายเป็นสัตว์ที่แข็งแรงอดทน และไม่เคยปรากฏว่าเคยมีควายเสียชีวิตด้วยอาการข้างต้นมาก่อน ชาวบ้านบอกว่า หากสถานการณ์นี้เกิดขึ้นใน อดีต พวกเขาจะต้องอพยพไปอยู่ที่อื่นตามความเชื่อของชาวกะเหรี่ยงที่มัก อพยพโยกย้ายหมู่บ้านเมื่อมีโรคระบาด หรือเกิดเหตุร้ายขึ้น สำหรับครั้งนี้ ณ ปัจจุบันนี้ การอพยพไม่สามารถทำได้แล้ว นอกจากนี้ พวกเขาอาศัยอยู่ที่นี้มานานเกินกว่าจะอพยพไปสร้างชุมชนใหม่อีกแล้ว

อย่างไรก็ตาม ต่อมา พ.ศ. 2538 โรงแต่งแร่คลิตี้ได้ถูกสั่งปิด 1 เดือน โดยชาวบ้านไม่ทราบสาเหตุว่าเพราะเหตุใดจึงหยุดกิจการ ทำให้ชาวบ้านมีความหวังว่า ลำห้วยคลิตี้จะกลับมาสู่สภาพเดิม ทันที้ที่โรงแต่งแร่หยุดกิจการ ผู้จัดการโรงแต่งแร่ได้แวะเวียนมาหาชาวบ้านคลิตี้ล่างหลายครั้ง ดังคำบอกเล่าของชาวบ้านซึ่งได้เล่าย้อนเหตุการณ์ในครั้งนั้นให้ฉันฟังดังต่อไปนี้

“...ตอนวัวควาย เราตาย เหมือนระงับการทำงาน 1 เดือน พ.ศ. 2537 เกี่ยวกับเรื่องวัวควายนี้นี้แหละ ส่วนใหญ่ชาวบ้านนี้จะพูด ใครมาก็พูดให้ฟังว่าวัวควายตายนี้แหละแต่ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นผู้จัดการเมืองก็มาคุยกับชาวบ้านและให้ชาวบ้านเซ็นที่นี้ผมอ่านดูแล้ว ผมเซ็นไม่ได้ และน้ำยังขุ่นคลั้กที่ผมเซ็นไม่ได้ เพราะตอนพรรคทำลงว่า เมืองไม่ได้ปล่อยน้ำเสียลงลำห้วยคลิตี้ ผมอธิบายให้ชาวบ้านฟังว่า เซ็นไม่ได้หรอกก็เห็นอยู่ว่าน้ำขุ่นและเมืองยังปล่อยน้ำเสียลงมาเรื่อยๆ ผู้จัดการมาวันละ 3 รอบ ให้เซ็นช่วยเมือง เพราะเมืองถูกระงับ วันที่สองมาทั้งเหล่าทั้งเบียร์มาเลี้ยงชาวบ้าน สุดท้ายมีชาวบ้านเซ็นไป 11 คน โดยเมืองบอกกับชาวบ้านว่าเป็นการจับมือสัญญากันว่าจะไม่ปล่อยน้ำลงห้วยคลิตี้อีก ที่นี้หลังจากเซ็นแล้วเมืองก็ทำต่อไปที่นี้เมืองยังปล่อยหนักกว่าเก่าอีก ปีพ.ศ.2541ก็ทำเรื่องกับอ.หนอนก็เป็นเรื่องดังขึ้น...” (สัมภาษณ์ 27 พฤศจิกายน 2547)

“...ก็น้ำมันขุ่นเหมือนก็เหมือนพวกเราต้องกินชาวบ้านก็รู้ว่ามาจากไหนกินแล้วทำให้พวกเราปวดท้อง เป็นมากๆ ตอนปี 37-38 นี้แหละ เพราะเขาปล่อยทั้งหน้าแล้ง หน้าฝน สองปีนี้แหละคะ ตอนแรกเขาไม่ได้ปล่อยแล้วใช้เปล่าเขาก็มาหลอกชาวบ้านว่าให้ชาวบ้านเซ็นชื่อแล้วบอกว่าจะไม่ปล่อยน้ำแล้วอีก ชาวบ้านก็ไม่รู้ ก็เซ็นพอเราเซ็นเสร็จแล้วนะ เขาก็ปล่อยน้ำแรมหลายๆ เลย (ย่ำเสียงหนักแน่น)...” (สัมภาษณ์ปลา 21 กรกฎาคม 2548)

หลังจากโรงแต่งแร่ถูกสั่งปิด 1 เดือน ผู้จัดการเมืองได้อาศัยช่องว่างที่ชาวบ้านส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยไม่ได้พร้อมกับนำเหล้ามาให้ชาวบ้านดื่มจนควบคุมสติไม่ได้แล้วนำหนังสือมาให้ชาวบ้านลงลายมือชื่อยืนยันว่า เมืองจะไม่ปล่อยน้ำเสียลงสู่ลำห้วย ทั้งที่หนังสือฉบับนั้นระบุว่า เมืองไม่ได้ปล่อยน้ำเสียลงสู่ลำห้วยคลิตี้ ผลจากการลงลายมือชื่อหนังสือฉบับนั้น ทำให้โรงแต่งแร่ได้นำไปเป็นหลักฐานเพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่ตนเองว่า ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างได้เป็นพยานว่าโรงแต่งแร่หรือเมืองไม่ได้ปล่อยน้ำเสียจากกิจการแต่งแร่ลงสู่ลำห้วยคลิตี้จนเป็นต้นเหตุให้ลำห้วยคลิตี้เน่าเสีย ต่อมาโรงแต่งแร่สามารถเปิด

ดำเนินการได้อีก และยังคงปล่อยน้ำเสียที่มีได้ผ่านกระบวนการบำบัดลงสู่ลำห้วยเช่นเดิม และครั้งนี้ปล่อยน้ำเสียลงมากกว่าเดิม

ในช่วงนี้ที่โรงแต่งแร่ถูกสั่งปิดนั้น ชาวบ้านสังเกตว่าน้ำในชั้นจึงได้กลับมาใช้น้ำอย่างเดิม และคาดหวังว่า ในไม่ช้าน้ำลำห้วยคลิตี้จะกลับมาเหมือนเดิม แต่ความฝันอยู่ได้ไม่นาน เนื่องจากโรงแต่งแร่ได้เปิดดำเนินการต่อ และครั้งนี้โรงแต่งแร่ยิ่งปล่อยน้ำเสียหนักกว่าเดิม จนเป็นเหตุให้ชาวบ้านล้มป่วยมากขึ้น อาจกล่าวได้ว่าชาวบ้านทุกคนมีอาการป่วยคือปวดหัว ปวดและชาตามแขน ปวดท้อง บางคนมีอาการบวม นอกจากนี้ ปลาในลำห้วยคลิตี้ ซึ่งกำลังฟื้นกลับมาเหมือนเดิม ก็ไม่สามารถต้านทานต่อน้ำเสียในระลอกนี้ได้

ชาวบ้านต่างพยายามหาทางออกด้วยตนเองบางครอบครัวใช้วิธีการตักน้ำจากลำห้วยแล้วปล่อยทิ้งให้ตกตะกอน บางครอบครัวนำน้ำมาต้ม หรืออาจจะไปใช้น้ำลำห้วยเล็กๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการรับสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย และพยายามบอกเล่าเรื่องราวความเดือดร้อนแก่ทุกคนที่ผ่านมายังหมู่บ้านคลิตี้ล่าง แต่ไม่มีหน่วยงานหรือบุคคลให้ความช่วยเหลือแก้ไขอย่างจริงจัง จนกระทั่ง พ.ศ. 2541 จากการช่วยเหลือของศูนย์ศึกษาและพัฒนากระบี่เหียง ทำให้หมู่บ้านคลิตี้ล่างเป็นที่รู้จักในแวดวงผู้สนใจปัญหาสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยว่า หมู่บ้านสารตะกั่ว (village of lead) ซึ่งหมายถึง พื้นที่ที่แวดล้อมไปด้วยตะกั่วที่เป็นพิษต่อคนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ

การเยียวยา: การผลิตซ้ำความทุกข์

ปริมาณตะกั่วในเลือด: การซ่อนเร้นความเจ็บป่วยผ่านตัวเลข

หลังจากหนังสือพิมพ์ได้เสนอข่าวเกี่ยวกับการร้องเรียนของชาวบ้านคลิตี้ล่างต่อการปล่อยน้ำเสียของโรงแต่งแร่คลิตี้ลงสู่ลำห้วยคลิตี้แล้ว ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 4 จังหวัดราชบุรี เป็นหน่วยงานแรกของกระทรวงสาธารณสุขที่ออกสำรวจข้อมูลพื้นฐานและคุณภาพน้ำของลำห้วยคลิตี้ และนำประปาภูเขาในวันที่ 24 เมษายน 2541 ต่อมา ในวันที่ 15 ธันวาคม 2541 กรมอนามัยแต่งตั้งคณะทำงานโครงการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน จากการสะสมของตะกั่วในบริเวณห้วยคลิตี้ และได้ประเมินสถานการณ์การปนเปื้อน

ของสารตะกั่วในบริเวณห้วยคลิตี้ว่าอยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐาน อีกทั้งประชาชนในหมู่บ้านมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ การให้สุศึกษา การประชาสัมพันธ์ การศึกษาทางระบาดวิทยา การส่งเสริมโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนอนามัยสิ่งแวดล้อมควบคู่ไปกับความพยายามในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาคอนภาพสิ่งแวดล้อมด้วย

อย่างไรก็ตาม ไม่มีหน่วยงานใดเข้าตรวจสุขภาพชาวบ้านทั้งที่ทราบว่าการห้วยคลิตี้มีการปนเปื้อนของตะกั่วสูงเกินมาตรฐาน และชาวบ้านมีโอกาสรับตะกั่วเข้าสู่ร่างกายจำนวนมาก มีเพียงการแสดงความกังวลถึงสุขภาพของชาวบ้านเท่านั้น จนกระทั่ง เดือนกุมภาพันธ์ 2542 ซึ่งเป็นเวลาล่วงเลยมา 1 ปี นับจากชาวบ้านร้องเรียนต่อหนังสือพิมพ์ กรมอนามัยจึงได้เข้าตรวจสุขภาพชาวบ้านโดยกรมอนามัยได้กล่าวถึงเหตุผลที่ตรวจเลือดล่าช้าว่า ภายหลังจากการร้องเรียนของชาวบ้านเกือบ 1 ปี เนื่องจาก เป็นฤดูฝนทำให้ไม่สามารถเดินทางเข้ามาได้ (กรุงเทพมหานคร 10 กุมภาพันธ์ 2542)

ผลการตรวจเลือดพบว่า ประชาชนหมู่บ้านคลิตี้ล่างมีปริมาณตะกั่วสูงกว่าปกติทั่วไป โดยเฉพาะเด็กอายุ 0-6 ปี ทั้งหมดนี้ยังตรวจไม่พบอาการโรคพิษตะกั่วอย่างชัดเจน น้าจากลำห้วยคลิตี้และสัตว์น้ำไม่เหมาะสำหรับการบริโภคแต่น้ำประปาภูเขาและพืชผักสวนครัวมีปริมาณตะกั่วปนเปื้อนไม่เกินมาตรฐาน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีได้ใช้มาตรการติดตามเฝ้าระวังสุขภาพของชาวบ้าน ให้สุศึกษาเพื่อลดการรับสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย กรมอนามัยได้เฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมและกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผลการศึกษานี้ให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม สภาผู้แทนราษฎร และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

หลังจากการตรวจเลือดครั้งแรกแล้ว กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีกิจกรรมอื่นนอกจากการเฝ้าระวังและการให้สุศึกษาแก่ชาวบ้านโดยมีวัตถุประสงค์ให้ชาวบ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้น้ำ ซึ่งจะทำให้ลดการรับตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย และได้เข้าไปตรวจเลือดชาวบ้านอีกครั้งหนึ่งในวันที่ 8-10 มีนาคม พ.ศ. 2543 (ผลการตรวจเลือด ตารางด้านล่างนี้)

ตารางแสดงผลการตรวจเลือดครั้งที่ 1 และ 2 ใน พ.ศ. 2542 และ 2543 ตามลำดับ

อายุ (ปี)	การตรวจเลือดครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2542			ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 เดือนมีนาคม 2543 ⁹		
	จำนวน (คน)	ระดับตะกั่ว (g/dl) *	ค่าเฉลี่ย (g/dl)	จำนวน (คน)	ระดับตะกั่ว (g/dl)	ค่าเฉลี่ย (g/dl)
0-6	39	13.56-36.04	23.5	37	12.56-48.80	26.46
7-15	8	21.08-33.05	25.30	11	17.13-35.09	27.04
15 ปี ขึ้นไป	72**	8.58-41.36	26.31	54***	17.55-48.60	29.35

* g/dl คือ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร

**มี 3 รายที่มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 40 g/dl

***มี 5 รายที่มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 40 g/dl

ผลการตรวจเลือดชาวบ้านทั้งสองครั้งแสดงให้เห็นว่าชาวบ้านคลิตี้ล่างมีปริมาณตะกั่วในเลือดที่เกินค่าปกติของคนไทยคือ 4.92 g/dl¹⁰ และสูงเกินค่ามาตรฐานที่ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹¹ ได้กำหนดไว้ แต่แพทย์ยังคงยืนยันว่า ชาวบ้านป่วยด้วยปัญหาความเจ็บป่วยต่างๆ ไป (ดูมติชน 6 กรกฎาคม 2542)

จากตารางแสดงผลการตรวจเลือดเด็กในหมู่บ้านคลิตี้ล่างจะพบว่าเด็กทุกคนมีปริมาณตะกั่วในเลือดสูงเกิน 10 g/dl ซึ่งหากนำมาเทียบกับปริมาณตะกั่วในเลือดตามมาตรฐานสากลของ CDC

ซึ่งกำหนดว่า ระดับตะกั่วในเลือดไม่ควรเกิน 10g/dl จะพบว่าไม่มีเด็กที่ได้รับการตรวจเลือดคนใดจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือหากจะใช้เกณฑ์ของกองอาชีวอนามัย ซึ่งได้ศึกษาระดับตะกั่วในเลือดของคนไทยทั่วไปในระหว่าง พ.ศ.

2538-2539 พบว่าระดับตะกั่วในเลือดของคนไทยเฉลี่ยเท่ากับ 4.92 g/dl หากใช้ค่ามาตรฐานนี้ในการประเมินสถานะทางสุขภาพของชาวบ้านคลิตี้ล่าง คงไม่มีชาวบ้านคนใดมีปริมาณตะกั่วในเลือดอยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคนไทย

แม้ว่าจะมีเกณฑ์มาตรฐานสากลตาม CDC และเกณฑ์มาตรฐานตะกั่วในเลือดของคนไทยก็ตาม แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ใช้ค่ามาตรฐานระดับตะกั่วในเด็กไม่เกิน 25 g/dl และค่ามาตรฐานระดับตะกั่วในผู้ใหญ่ไม่เกิน 40 g/dl¹² ซึ่งเป็นเกณฑ์ประเมินตะกั่วในเลือดของคนไทยที่ทำงานสัมผัสกับตะกั่ว มาใช้เป็นเกณฑ์ประเมินสถานะสุขภาพของชาวบ้านคลิตี้ ทั้งที่ไม่มีชาวบ้านคนใดในหมู่บ้านแห่งนี้เป็นคนงานในโรงแต่งแร่หรือเหมืองแร่รอบๆ เลย

การเลือกใช้ค่ามาตรฐานตะกั่วในเลือดที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการนิยามขอบเขตหรือความรุนแรงของปัญหา การเลือกใช้เกณฑ์ที่สูงขึ้นนั้นย่อมหมายถึงผู้ที่คาดว่าจะผิดปกติและ / หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้น้ำที่มีการปนเปื้อนของสารตะกั่วย่อมมีจำนวนลดน้อยลง ดังเช่นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีใช้เกณฑ์มาตรฐานในเด็กและผู้ใหญ่ที่ 25 และ 40 g/dl ตามลำดับเป็นเกณฑ์นั้น

อย่างไรก็ตาม ในระดับนานาชาติ เช่น Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)¹³ ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านพิษวิทยาและโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา ยังได้ระบุอีกว่า การตรวจเลือดเป็นวิธีการที่ใช้อย่างแพร่หลายแต่ไม่ใช่เครื่องมือที่ดีที่สุดในการประเมินการสัมผัสตะกั่ว (ตัวเอน เน้นโดยผู้เขียน) โดยเฉพาะผู้ที่มีย่านตะกั่วในเลือดน้อยกว่า 20 g/dl อาจไม่ใช่เครื่องมือที่ดีที่สุดว่า ไม่ได้มีตะกั่วสะสมในร่างกาย เนื่องจากปริมาณตะกั่วในเลือดเป็นเพียงการบอกปริมาณการสัมผัสตะกั่ว ณ เวลานั้น วิธีการที่บ่งชี้ปริมาณตะกั่วในร่างกายที่ดีที่สุดคือการ X-ray uorescence (XRF) เพื่อดูตะกั่วในกระดูก เพราะเหตุใดจึงต้องใช้การเอกซเรย์เข้าร่วมกับการวินิจฉัย ATSDR ได้ระบุว่าเมื่อร่างกายรับตะกั่วเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน (ingestion) และการหายใจเข้าไป (inhalation) โดยตะกั่วเกือบทั้งหมดที่เข้าสู่ร่างกายด้วยการหายใจจะตกค้างอยู่ที่

ปอดเกือบทั้งหมด ส่วนตะกั่วที่ผ่านทางปากร่างกายจะสามารถดูดซึมได้ประมาณ 20%-70% โดยเด็กมีความสามารถดูดซับตะกั่วสู่ร่างกายได้ดีกว่าผู้ใหญ่ โดยทั่วไปตะกั่วจะถูกขับออก (excreted) ทางปัสสาวะและอุจจาระ แต่จะไม่ได้ถูกขับออกมาทั้งหมด ทั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างระหว่างผู้ใหญ่กับเด็กในการเก็บสะสมตะกั่วไว้ในร่างกาย โดยในผู้ใหญ่ ร่างกายจะเก็บตะกั่วไว้ประมาณร้อยละ 1 ของตะกั่วที่เข้าสู่ร่างกาย ส่วนในเด็ก ร่างกายจะเก็บตะกั่วไว้มากกว่าผู้ใหญ่โดยเฉพาะเด็กอายุ 0-2 ปีร่างกายจะเก็บตะกั่วไว้ประมาณ 2 ใน 3 ของตะกั่วที่เข้าสู่ร่างกาย โดยตะกั่วที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายมักจะสะสมอยู่ในเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) เช่น ตับ ไต ปอด สมอง ม้าม กล้ามเนื้อและหัวใจ และเนื้อเยื่อที่เป็นแหล่งสะสมของแร่ธาตุ (mineralizing tissue) เช่น กระดูกและฟัน ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 30 ของตะกั่วในร่างกายสะสมอยู่ในเนื้อเยื่ออ่อน และอีกร้อยละ 70 สะสมอยู่ที่กระดูก

ดังนั้นการตรวจวัดระดับตะกั่วในร่างกายจึงมักค้นหาจากการทดสอบเลือดและการเอกซเรย์กระดูก แต่เนื่องจากว่า ช่วงครึ่งชีวิต¹⁴ของตะกั่วในเลือดอยู่ระหว่าง 28 ถึง 36 วัน ส่วนตะกั่วที่สะสมในกระดูกมีช่วงครึ่งชีวิตประมาณ 24 ปี ดังนั้น การตรวจวัดระดับตะกั่วในเลือดเป็นเกณฑ์วัดการรับสัมผัสตะกั่ว (measure of lead exposure) ในเวลานั้นหรือในระยะเวลาใกล้เคียงเท่านั้น ไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ถึงการรับสัมผัสตะกั่วในร่างกายตั้งแต่อดีต ยิ่งไปกว่านั้นคือ สำหรับผู้ที่สัมผัสตะกั่วเป็นเวลานานและต่อเนื่อง ปริมาณตะกั่วในเลือดมักจะต่ำกว่าตะกั่วที่สะสมในร่างกาย เพราะว่าตะกั่วได้ถูกส่งผ่านและสะสมในกระดูก จึงทำให้อาจตรวจพบปริมาณตะกั่วในเลือดในระดับปกติหรือต่ำกว่า ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุผลว่าเพราะเหตุใด ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย CDC ได้มีการปรับลดปริมาณตะกั่วในเลือดอย่างต่อเนื่อง

สำหรับเด็กแล้ว ปริมาณตะกั่วในเลือดแทบจะบอกอะไรไม่ได้เนื่องจากระดับตะกั่วในเลือดแม้ในปริมาณที่น้อยยังส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก เราอาจจะนำปริมาณตะกั่วในเลือดมาวินิจฉัยร่วมกับอาการ เพื่อบอกถึงสถานะด้านสุขภาพได้ แต่ไม่ได้หมายความว่า คนที่มีระดับตะกั่วในเลือดเท่ากับศูนย์จะไม่เข้าข่ายสงสัยว่ามีอาการป่วยจากตะกั่วเป็นพิษ ดังนั้นการตรวจเลือดที่กระทรวง

สาธารณสุขวางแผนตรวจทุกปีหรือทุก 6 เดือน จึงเป็นเพียงการบอกระดับการรับสัมผัสที่ชาวบ้านคลิตี้ล่างได้รับตะกั่วเข้าสู่กระแสเลือดในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงเท่านั้น มิใช่เป็นการบ่งชี้ภาวะตะกั่วที่ร่างกายได้รับทั้งหมด การตรวจเลือดจึงเป็นการสร้างความจริงชุดหนึ่งที่น่ามาบอกสถานะด้านสุขภาพภายใต้แนวคิดระบาดวิทยาใน 2 ระดับคือ

ระดับแรก การทำให้กลุ่มหรือจำนวนของผู้ประสบภัยที่เป็นผลกระทบจากการปล่อยตะกอนหางแร่ลงสู่ลำห้วยคลิตี้มีขนาดเล็กลง ด้วยการกำหนดค่ามาตรฐานที่สูงเพื่อให้กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบมีขนาดเล็กลง นั้นหมายถึงว่าการที่โรงแร่ในฐานะผู้ก่อมลพิษจะต้องชดใช้ค่าเสียหายนั้นมีจำนวนลดน้อยลงหรือนำเสนอต่อสังคมว่า ผู้ได้รับผลกระทบมีจำนวนไม่มาก

ระดับที่สอง คือ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยจากการรับสัมผัสตะกั่วตามมาตรฐานการแพทย์นั้น แม้ว่าจะระดับตะกั่วในเลือดมีปริมาณที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ก็มิได้หมายความว่าผู้ประสบภัยเหล่านั้นไม่มีตะกั่วสะสมอยู่ในร่างกาย ขณะเดียวกัน หากกระทรวงสาธารณสุขยังใช้เกณฑ์ระดับตะกั่วในเลือดเป็นข้อบ่งชี้ความรุนแรงของการรับสัมผัสตะกั่วแล้ว เราอาจจะคาดการณ์ได้ว่า ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างน่าจะมีปริมาณตะกั่วในเลือดลดลง ทั้งนี้เนื่องจากโรงแร่แควคลิตี้ซึ่งเป็นต้นเหตุของการปล่อยน้ำเสียได้หยุดดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2541 จึงคาดว่าไม่มีการปล่อยสารพิษลงสู่ลำห้วยดังในอดีต อีกทั้ง ตั้งแต่ชาวบ้านรู้ว่า มีสารพิษเจือปนในลำห้วยคลิตี้ ชาวบ้านก็ได้รับประทานปลาและสัตว์น้ำอื่นจากลำห้วยคลิตี้ และได้ใช้น้ำ หรือมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับลำห้วยคลิตี้บ่อยครั้งดังในอดีต ดังนั้นโอกาสที่จะรับสัมผัสตะกั่วจึงน้อยมาก นอกจากนี้ การตรวจเลือดบอกการรับสัมผัสในระยะ 1 เดือนเท่านั้น การตรวจเลือดเพื่อหาปริมาณตะกั่ว จึงไม่ใช่ภาพตัวแทนที่บอกถึงภาวะการสะสมของตะกั่วในร่างกาย อีกทั้งยังไม่ใช่ภาพที่สามารถสะท้อนปัญหาความเจ็บป่วยที่แท้จริงของชาวบ้านอีกด้วย แต่ผลการตรวจเลือดเป็นภาพตัวแทนที่แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญได้สร้างขึ้นมาเพื่อการจัดระเบียบข้อมูลและอธิบายลักษณะการปนเปื้อนตะกั่วด้วยตัวเลขทางสถิติเพื่ออ้างว่า ได้มีปฏิบัติการบางอย่างเพื่อการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างแล้ว ด้วยเหตุนี้การตรวจ

เลือด จึงเป็นปฏิบัติการหนึ่งที่สูงขึ้นเพื่อกลับกลืนความเจ็บป่วยที่แท้จริงของชาวบ้าน

การเฝ้าระวัง: การลดทอนความจริง

บทสนทนาต่อไปนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจร่างกายของแพทย์ในระหว่างการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ โรงพยาบาลทองผาภูมิเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2548 ณ หมู่บ้านคลิตี้ล่าง

พี่มะมี:¹⁵ อยู่เฉยๆ มันก็เป็นขึ้นมาเลย

แพทย์: มันจะเป็นตอนไหน เป็นตอนลุกขึ้นมา หรือว่าตอนเข้าห้องน้ำ หรือว่าอย่างไร หรือว่าออกแดด

พี่มะมี: เวลาเป็นขึ้นมามันก็เป็น

แพทย์: เป็นลมนี่นะ

พี่มะมี: (พูดขึ้นมาว่า) เหนื่อย

แพทย์: เหนื่อยด้วย แล้วเดือนหนึ่งทำงานได้ตามปกติไหม เดือนนี้ทำงานได้ตามปกติไหม

พี่มะมี: ไม่ปกติ

แพทย์: เป็นอย่างไร ไม่ปกติอย่างไร

พี่มะมี: ก็เวลาเป็นขึ้นมาเนี่ย ทำงานไม่ได้เลย

แพทย์: แล้วตอนที่ไม่มีเป็นล่ะ

พี่มะมี: ทำงานได้ปกติ

ยังไม่ทันสิ้นสุดการพูดคุยระหว่างแพทย์ผู้ตรวจกับพี่มะมี และแพทย์ผู้ตรวจกำลังสับสนกับอาการของพี่มะมี พยาบาลคนหนึ่งซึ่งทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยอยู่ใกล้เคียงกันได้ตะโกนขึ้นมามีว่า “หมอ MTV¹⁶ และ Bco¹⁷ ไปเลย ไม่ต้องคิดมาก”

บทสนทนาข้างต้นเป็นบางส่วนของเหตุการณ์ของการตรวจสุขภาพประจำปี ตามแผนการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยความร่วมมือจากคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ โรงพยาบาลทองผาภูมิ และสถานีอนามัยบ้านทุ่งเสือโทน เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ต่อมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรียืนยันว่า ไม่มีเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการคนใดมีความผิดปกติทางสมอง (ดูมติชน 17 มกราคม 2549)

ฉันไม่แปลกใจกับผลการตรวจร่างกายที่แพทย์ยืนยันเช่นนั้นทั้งนี้เนื่องจากสิ่งที่ได้พบเห็นดังเช่นกรณีพี่มะมี แพทย์ได้ส่งจ่ายยาบำรุงร่างกายทั่วไปให้พี่มะมี ทั้งที่ยังมีทันตักประวัติให้แน่ชัด โดยแพทย์ส่งจ่ายยาทั้งที่ยังไม่ได้ข้อสรุปชัดเจนเกี่ยวกับอาการป่วยของพี่มะมีแต่อย่างไร การตรวจสุขภาพให้แก่ประชาชนคลิดีล่างนั้นเป็นกิจกรรมที่แพทย์จัดขึ้นมาพร้อมกับการตรวจเลือดชาวบ้าน ภายใต้แผนงานการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวัง เป็นมาตรการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในชุมชนแห่งนี้ ดังที่หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจได้นำเสนอข้อคิดเห็นของนายแพทย์ท่านหนึ่งภายหลังจากทราบผลการตรวจเลือดครั้งที่ 1 แล้ว

“...นายแพทย์บุญชัย สมบูรณ์สุข ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมอนามัยกล่าวว่า การตรวจสุขภาพครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่มีตะกั่วในเลือดสูงกว่าปกติ โดยเฉพาะอายุ 0-6 ปี (แรกเกิด) มีปริมาณตะกั่วมากแต่ยังไม่แสดงอาการอย่างไรก็ตาม ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดซึ่งเด็กในกลุ่มอายุนี้นี้ยังมีภูมิต้านทานน้อยถ้าได้รับไปมากจะมีผลทางสติปัญญาผิดปกติได้ ตัวชี้วัด จะมีการตอบสนองของร่างกายอย่างล่าช้า...” (กรุงเทพธุรกิจ 11 พฤษภาคม 42)

จากคำกล่าวข้างต้นแพทย์มีความคิดเห็นว่าอาการป่วยของชาวบ้านไม่ได้มีความเกี่ยวข้อง

กับตะกั่วในเลือดที่สูงเกินปกติ หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ ยังไม่มีใครป่วยจากพิษตะกั่ว ดังนั้นจึง “เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด”

การปฏิเสธว่าไม่มีผู้ป่วยหรือแม้กระทั่งอาการที่สัมพันธ์กับตะกั่ว เช่น การปฏิเสธพัฒนาการผิดปกติของเด็กในหมู่บ้านว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับตะกั่ว ตั้งแต่การตรวจเลือดครั้งแรกใน พ.ศ. 2541 จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขใช้มาตรการเฝ้าระวังจนถึงปัจจุบันนี้ โดยมีการเฝ้าระวังสองลักษณะคือ หนึ่ง การเฝ้าระวังด้านสุขภาพอนามัย คือการตรวจเลือดหาปริมาณสารตะกั่วในเลือด และการติดตามพัฒนาการเด็ก สอง การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมคือการตรวจหาสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ การตรวจคุณภาพน้ำประปา การตรวจหาสารตะกั่วในสัตว์น้ำ

การเฝ้าระวังเป็นการติดตามเฝ้าดูการปนเปื้อนตะกั่วว่ามีความแตกต่างจากค่ามาตรฐานเท่าไร ดังเช่นที่กระทรวงสาธารณสุขตรวจเลือดทุกปี เพื่อต้องการทราบว่า ปริมาณตะกั่วในเลือดของชาวบ้านเป็นอย่างไร สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญจึงเป็นปริมาณตะกั่วที่ปนเปื้อนอยู่ในเลือดและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการลดทอนปัญหาความเจ็บป่วยให้อยู่ในระดับที่วัดได้ด้วยเครื่องมือ เมื่อแพทย์และเจ้าหน้าที่จำกัดความสนใจและการแก้ไขปัญหาอยู่ที่ปริมาณตัวเลข ดังนั้นการแก้ไขจึงควรพยายามลดระดับตะกั่วในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เนื่องจากแพทย์ยืนยันว่า ประชากรในหมู่บ้านคลิตี้ล่างมีปริมาณตะกั่วในเลือดสูงเท่านั้น ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโรคพิษตะกั่วเรื้อรัง ดังนั้น มาตรการที่ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาตะกั่วในเลือดจึงมิใช่การให้ยาขับตะกั่ว แต่เป็นการเฝ้าระวังเท่านั้น คือการเฝ้ามองมิให้ระดับตะกั่วในเลือดสูงขึ้น ด้วยการหมั่นตรวจเลือดชาวบ้านปีละหนึ่งครั้ง ด้วยหวังว่า การตรวจเลือดปีละครั้งจะทำให้สามารถประเมินสถานะทางสุขภาพของชาวบ้านได้ ดังคำพูดข้างล่างนี้ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี คนหนึ่ง ซึ่งชื่อว่า รำพึง (นามสมมติ) ได้กล่าวกับชาวบ้านเกี่ยวกับการเจาะเลือดว่า

“...คนที่มาเจาะก็เหมือนกับตรวจสุขภาพประจำปี จะได้ว่าเอา...ตัวเองเป็นอย่างไร สมมติปีที่แล้วระดับตะกั่วอยู่ที่ 20 ปีนี้มาเจาะจะได้รู้ว่ามันลงมาอีกไหม แต่ถ้าเราไม่ตรวจเราก็จะไม่รู้ว่าตอนนี้เรามีตะกั่วในเลือดเท่าไรหรือ เคยเจาะครั้งแรกแล้วไม่เคยเจาะเลย จะมาบอกว่าตะกั่วสูง

ตลอดนี้ก็ไม่ได้การจะรู้^๑นี้ต้องตรวจสุขภาพทุกปีข้อดีคือเราจะรู้ตัวเอง ถ้าตะกั่วก็ยังเพิ่ม เราต้องกลับมาดูว่า ทุกวันนี้เราไปกินตะกั่วที่ไหน เลือดเราถึงยังสูงอยู่...”

เป็นที่น่าสังเกตว่า ความคาดหวังของเจ้าหน้าที่ต่อการตรวจเลือดคือ ต้องการให้ชาวบ้านมาตรวจเลือดทุกครั้ง เพื่อนำมาเปรียบเทียบได้ว่าปริมาณ ตะกั่วในเลือดเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และเมื่อทราบว่ามีปริมาณตะกั่วในเลือดสูงขึ้น เจ้าหน้าที่จะได้ทำการสอบสวนโรคว่ามาจากที่ไหน ซึ่งจากคำอธิบายของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปสู่ข้อสงสัย 2 ประการคือ

ประการแรก ความต้องการให้ชาวบ้านมาเจาะเลือดทุกปีเพื่อเปรียบเทียบระดับตะกั่วในเลือด การกล่าวอ้างดังนี้ เป็นการกล่าวอ้างที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการที่สมบูรณ์ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ระดับตะกั่วในเลือดไม่ใช่ข้อบ่งชี้ปริมาณตะกั่วที่สะสมในร่างกายทั้งหมด และที่สำคัญคือช่วงครึ่งชีวิตของ ตะกั่วในเลือดมีเวลาเพียง 28 ถึง 45 วัน ดังนั้น หากชาวบ้านรับสัมผัสตะกั่วจากแหล่งเดียวกัน แต่ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน การตรวจพบปริมาณตะกั่วในเลือดย่อมแตกต่างกันด้วย เช่น กรณีชาวบ้านที่รับสัมผัสตะกั่วในวันเวลาที่ใกล้เคียงกับวันตรวจสุขภาพอาจมีปริมาณตะกั่วในเลือดสูงกว่าผู้ที่รับสัมผัสตะกั่ว ก่อนหน้านั้นประมาณ 4-5 เดือน การเฝ้าระวังด้วยการตรวจเลือดทุกปีเพื่อมาเปรียบเทียบจึงมิใช่เกณฑ์การประเมินการรับสัมผัสตะกั่วที่ดีพอ แต่เป็นปฏิบัติการที่แพทย์นำมาใช้เพื่อกล่าวอ้างกับชาวบ้านว่า แพทย์มิได้ละเลยการดูแล แต่แพทย์ได้มีมาตรการบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหาให้แก่ชาวบ้าน อย่างไรก็ตาม การตรวจสุขภาพที่คณะแพทย์ปฏิบัติดังบทสนทนาข้างต้นนั้น ยังนำไปสู่การตั้งคำถามด้านคุณภาพการตรวจสุขภาพว่า แพทย์ได้มีการตรวจร่างกายชาวบ้านอย่างละเอียดเพียงพอหรือไม่ ก่อนจะวินิจฉัยหรือสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย

ประการที่สอง การสอบสวนโรคที่มุ่งไปที่พฤติกรรมระดับบุคคลมากกว่าการปล่อยน้ำเสียที่เกิดจากการกระบวนการแต่งแร่ลงสู่ลำห้วยจนเป็นเหตุให้ชาวบ้านล้มป่วยลง ดังกรณีคำพูดข้างต้น และเจ้าหน้าที่คนเดียวกันได้กล่าวกับชาวบ้านดังนี้

รำพึง: หมอจะบอกอีกว่าวิธีการรักษาอันใหม่อีกแล้วพวกเราไม่ต้องเสียเวลาลงไปรักษาถึงที่พหลฯ¹⁸ แล้วเราก็ไม่ต้องมาเจ็บตัวเรื่องการให้ยาทางน้ำเกลือ โดยว่าถ้าเขาเจาะเลือดไปแล้ว คนไหนตะกั่วในเลือดสูง เขาจะให้ยาช็อกกับกรมควบคุมมลพิษไป และให้ไปเก็บน้ำ ดิน แล้วก็พืชผักที่เรากินอยู่ตรงบ้านนะ ตรงที่สูงนะ ว่าเราไปกินตะกั่วอะไรตรงไหนเข้าไป พอเราได้ผลมาก็ให้เขามาแจ้งแนะนำเรานะคะว่านี่นะน้ำตรงนี้อ่าไปใช้นะดินตรงนี้อ่าไปเล่นมันนะ พอเราไม่ไปกินเข้าไปอีก ตะกั่วมันก็จะมีขึ้น อย่างนี้ดีกว่าไหม...

...คนป่วยนี้มีสองอย่างนะ ถ้าปวดหัวตัวร้อนเป็นแผลอะไรอย่างนี้นะ รักษาเหมือนเดิม เพียงแต่ตะกั่วในเลือดเราจะทำวิธีการรักษาใหม่ เอาเป็นว่าถ้าใครมีค่าตะกั่วสูงจะให้กรมควบคุมมลพิษมาเก็บตัวอย่างรอบบ้านแล้วก็มีสัมภาษณ์คนนั้นแหละว่ากินน้ำที่ไหน ใช้อะไรที่ไหนบ้าง...

...น้ำตรงนี้มีตะกั่วเยอะนะอย่าไปใช้ดินตรงนี้มีตะกั่วเยอะนะอย่าไปไถลอย่าเอาไปใช้ เราจะได้ไม่ต้องไปรับตะกั่วเพิ่มขึ้น เพราะโดยธรรมชาติร่างกายจะขับตะกั่วออกเองแล้วก็ที่หมอลูก้าพูดแบบนี้เพราะอะไรเด็กที่บ้านเราขณะที่คลิ๊ดล่าง คลิ๊ดบน ไปเรียนที่โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ พนมทวนหมอมตามไปตรวจเลือดเขาทุกปี เด็กพวกนั้นที่เคยมีค่าตะกั่วสูงเมื่ออยู่ที่นี้ พอไปอยู่ที่โน้นค่าตะกั่วไม่สูงแล้วลดลงเอง แต่ถ้าเกิดหมอให้ยาไป อย่างคนที่เคยรักษาพอให้ยาไปแล้วกลับมาอยู่หมู่บ้านเดิม ก็มารับตะกั่วเหมือนเดิม ตะกั่วก็ยังสูงกลับขึ้นไปอีก เรามาแก้ที่ต้นเหตุคือไม่รับตะกั่วเข้าไปอีก...

ระหว่างที่รำพึงกำลังให้สุชศึกษาชาวบ้านอยู่นั้นบุญพัด¹⁹ ได้ถามขึ้นมาว่า “ถ้าเราไม่กิน แล้วจะเอาที่ไหนมากิน” แต่ดูเหมือนว่า รำพึง มิได้สนใจกับคำถามของบุญพัด จนจึงช่วยอธิบายเพิ่มเติมว่า “ที่หมอลธิบายก็ยอมรับได้แต่ที่บุญพัดถามว่า แล้วถ้าดินตรงนี้มีตะกั่ว แต่ชาวบ้านต้องปลูกข้าวไรกิน จะเอาดินที่ไหนมาปลูกล่ะ จะเอาข้าว อาหารที่ไหนมากิน”

รำพึง ประเด็นนี้จะตอบให้ที่เอารองเท้ามาแจกจ่ายได้ไหม คือเราเน้นส่งเสริมด้านสุขภาพ คือตรงนั้นะ เราไม่รู้ว่าจะก่ออยู่ที่ไหนบ้าง เพราะฉะนั้น ชาวบ้านที่นั่นจะต้องฝึกใหม่คืออันที่หนึ่ง ฝึกใส่รองเท้า อันที่สอง เวลาหุงข้าวให้ชาวข้าวหลายครั้ง เพื่อล้างตะกั่วที่มากับดิน อันนี้จะช่วยล้างออกส่วนหนึ่ง ฝึกที่เราปลูกกินเอง ล้างน้ำหลายๆ ครั้งอันนี้ช่วยได้ ส่วนเรื่องน้ำ กรมควบคุมมลพิษ ก็แนะนำให้ไปเอาที่ตรงน้ำนิ่ง และเอาสารส้มมาแกว่งให้ตกตะกอน เพราะว่ามันเป็นโลหะหนักมันตกตะกอนอยู่แล้ว แล้วเอาน้ำมาต้มกิน คือต้องมาดูว่า บ้านนี้คนนั้นะ ไปรับเอาตะกั่วมาจากไหนจะได้แก้ไขปัญหาก็ได้ตรงจุดเข้าใจไหม เพราะแต่ละคนแต่ละบ้านจะรับไม่เหมือนกัน

การเฝ้าระวังนอกจากหมายถึงการเฝ้าดูปริมาณตะกั่วในเลือดแล้ว ยังรวมความไปถึงเมื่อทราบว่าตะกั่วในเลือดมีแนวโน้มสูงเกินค่าปกติหรือเกินค่าปกติไปแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจะมีวิธีการจัดการหรือป้องกันไม่ให้ตะกั่วในเลือดเกินค่าปกติหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพประชาชนด้วยการให้ชาวบ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นั่นคือ ใส่รองเท้า การหุงข้าวให้ชาวข้าว ล้างผักหลายๆ ครั้ง และเอาสารส้มมาแกว่งน้ำ

ข้อแนะนำดังกล่าวข้างต้นจะช่วยลดการรับสัมผัสตะกั่วที่ปนเปื้อนจากลำห้วยได้จริงหรือไม่ จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับธรรมชาติของตะกั่วที่อยู่ในพื้นที่บริเวณนี้ ตะกั่วบริเวณนี้เป็นตะกั่ว อนินทรีย์ ซึ่งละลายน้ำได้น้อย และไม่ดูดซึมผ่านทางผิวหนัง การแนะนำให้ใส่รองเท้า ชาวข้าว รวมทั้งการล้างผักด้วยน้ำหลายครั้งนั้นไม่ได้ช่วยให้ตะกั่วออกจากสิ่งเหล่านั้นเลย และชาวบ้านคลิ๊ตี่ล่างต่างก็รู้ว่า สุขศึกษาที่ได้รับในวันนี้ไม่แตกต่างจากเมื่อหลายปีก่อน ยิ่งกว่านั้นคือ มันไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วย พวกเขาสงสัยว่า ทำไมหมอจึงไม่ให้ยา ทำไมจึงเฝ้าระวังอย่างเดียว

นอกจากนี้ การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมยังถูกจำกัดอยู่ในบริเวณบ้านเรือนของผู้ที่มีปริมาณตะกั่วในเลือดสูง ดังที่เจ้าหน้าที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าจะสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ว่ามีปริมาณตะกั่วเท่าไร รวมไปถึงการสอบถามการรับ

สัมผัสตะกั่ว เช่น ใช้น้ำ ที่ไหนเป็นต้น เมื่อพิจารณามาตรการดังกล่าวอย่างผิวเผิน มันอาจเป็นมาตรการที่ดีที่แสดงถึงใส่ใจของแพทย์ที่ต้องการทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่มากกว่าความผิดปกติในร่างกาย ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย แต่หากพิจารณาอย่างลึกซึ้งแล้ว การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมเป็นการทำให้ปัญหาการปนเปื้อนตะกั่วในลำห้วยคลี่ตีเป็นปัญหาการแพทย์ (medicalisation) เพื่อแพทย์จะได้เข้ามาควบคุมจัดการแก้ไขความผิดปกตินั้น ในกรณีนี้ แพทย์เลือกใช้การจัดการด้วยการเฝ้าระวัง ดังนั้น ไม่ว่าการเฝ้าระวังสุขภาพหรือการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ทั้งสองกรณีไม่ได้ตอบสนองหรือช่วยคลี่คลายความเจ็บป่วยของชาวบ้าน เนื่องจากแพทย์เลือกใช้มาตรการการเฝ้าระวัง โดยมีนัยยะว่า ไม่ยอมรับว่ามีผู้ป่วยพิษตะกั่วหรือมีอาการที่สัมพันธ์กับตะกั่วที่ปนเปื้อนอยู่ในร่างกายและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นแพทย์จึงไม่เพียงแต่มีอำนาจในการลดทอนปัญหาสิ่งแวดล้อมให้เป็นปัญหาการแพทย์ แพทย์ยังใช้อำนาจในการเลือกใช้ “ความรู้บางชุด” สร้างความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของชาวบ้านคลี่ตี ด้วยการลดทอนสภาพปัญหาความเจ็บป่วยของชาวบ้านให้เป็นตัวเลขที่วัดได้เท่านั้น โดยไม่ใส่ใจกับความรู้ชุดอื่นๆ การสถาปนาความจริงเช่นนี้ จึงทำให้แพทย์ลดทอนสาเหตุของความเจ็บป่วยให้เป็นปัญหาพฤติกรรมและเป็นปัญหาในระดับปัจเจก โดยที่หากประชาชนปฏิบัติตนมีพฤติกรรมที่ดี เช่น การดื่มน้ำที่ปราศจากตะกั่ว การล้างอาหารให้สะอาดก่อนรับประทานจะช่วยให้ปริมาณตะกั่วในเลือดลดลงได้ หากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก็ย่อมมีผลให้ปริมาณตะกั่วในเลือดสูงขึ้นได้ ดังนั้น การแก้ไขปริมาณตะกั่วในร่างกายจึงทำได้ด้วยการมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ การเฝ้าระวังจึงเป็นทั้งการลดทอนความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของชาวบ้านให้เหลือแค่ปริมาณตะกั่วและลดทอนการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เป็นเรื่องของปัจเจก ซึ่งมาตรการนี้ ในอีกด้านหนึ่งเป็นการถ่ายทอดความรับผิดชอบการแก้ไขปัญหามาให้แก่ชาวบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ต้องมีปฏิบัติการใดๆ

ความเสี่ยง: กลยุทธ์การซ่อนเร้นความรับผิดชอบ

กระทรวงสาธารณสุขได้ไปรับเด็กออกมารักษาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 เป็นช่วงเวลาหลังจากการตรวจเลือดแล้ว 2 ครั้ง ซึ่งห่างจากการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ประมาณ 7 เดือน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีเกณฑ์พิจารณาใครคือผู้ที่ควรได้รับการรักษาก่อน ดังอดิสร และคณะ (2546) ได้กล่าวถึงการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการรักษาชาวบ้านดังนี้คือ

หนึ่งการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการรักษาในขั้นตอนนี้พบว่ามียุติเด็กอายุ 0-6 ปี จำนวน 41 คนที่ถูกจัดว่าเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพิษตะกั่วมากที่สุด และควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเร่งด่วน โดยคณะแพทย์จากกรมการแพทย์ประกอบด้วยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาพิษวิทยา สาขาโรคประสาท สาขาโลหิตวิทยา และสาขาจิตเวช รวมทั้งพยาบาลแผนกพัฒนาการเด็ก แผนกเวชกรรมสังคมและเภสัชกรจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และนักวิชาการจากสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีได้เข้าพื้นที่เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2543 เพื่อตรวจพัฒนาการ และภาวะทุพโภชนาการแล้วประเมินความเสี่ยงเพื่อเปรียบเทียบกับการประเมินก่อนเข้าพื้นที่ จากนั้นจึงนำข้อมูลมาจัดลำดับความสำคัญตามคะแนนความเสี่ยง ผู้ที่ได้รับคะแนนความเสี่ยงสูงสุด 5 อันดับแรกจะถูกส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ก่อน

สองหลังจากการประเมินความเสี่ยงแล้ว นำมาสู่ขั้นตอนการรักษาซึ่งมีลำดับดังนี้

ช่วงเวลา	การดำเนินการ
13 ตุลาคม 2543	วางแผนการให้ยา EDTA ²⁰ สำหรับเด็ก 5 คนแรก โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันสุขภาพเด็ก ประชุมร่วมกับกุมารแพทย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและทีมงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
25 ตุลาคม 2543	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีเด็ก 5 คนแรกพร้อมมารดา จากหมู่บ้านคลิตี้ล่างเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีการตรวจร่างกายและเจาะเลือดเพื่อเตรียมการก่อนการรักษาพบว่า มีเด็ก 2 คนที่ระดับตะกั่วลดลงเองมากจนไม่ต้องทำการให้ยา และเด็ก 3 คนที่ให้ผลบวกต่อการทดสอบการตอบสนองต่อการให้ยาลดระดับตะกั่ว จึงเริ่มให้ยา EDTA ทางเส้นเลือดดำ
1 พฤศจิกายน 2543	ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้เข้าเยี่ยมเด็กทั้ง 5 คน ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อติดตามผลการรักษาเบื้องต้น พบว่า เด็กทั้ง 5 คนสบายดี และเด็ก 2 คนมีอาการข้างเคียงจากการให้ยา แต่อาการก็หายไปในที่สุด
6 พฤศจิกายน 2543	เด็ก 5 คนแรกได้กลับบ้าน เจาะเลือดหลังการรักษา พบว่าเด็กทั้ง 3 คนที่ได้รับยามีตะกั่วลดลงเฉลี่ย 15 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร
15 พฤศจิกายน 2543-31 ธันวาคม 2543	ได้นำเด็กที่มีความเสี่ยงลำดับถัดไป เข้ารับการรักษาตลอดช่วงนี้มีเด็กเข้ารับการรักษาทั้งสิ้น 11 ราย

ช่วงเวลา	การดำเนินการ
ปลายเดือนธันวาคม 2543	กรมการแพทย์ได้รับยาเม็ด succimer
12 มกราคม 2544	ได้เริ่มให้ยาแก่เด็ก 7 คน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำงาน สสจ. กาญจนบุรีได้จัดอบรมเป็นผู้รับยาและดูแลการรับประทานยาของเด็กทั้งหมด โดยกำหนดให้เด็กต้องกินยา วันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 เม็ด ติดต่อกัน 5 วัน จากนั้นกินยารวันละ 2 ครั้งๆ ละ 1 เม็ด ติดต่อกัน 14 วัน
มีนาคม 2544	การตรวจเยี่ยมของทีมแพทย์ในหมู่บ้าน พบว่าเด็กที่กินยา succimer ไม่ค่อยได้กินยา เนื่องจากมีกลิ่นเหม็น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร เมื่อเจาะหาระดับตะกั่วในเลือดภายหลังการรักษา พบว่าตะกั่วลดลงไม่มากนักเฉลี่ย 8.9 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร *คณะแพทย์ผู้ให้การรักษา ได้จัดทำร่างแนวทางการให้ยาลดระดับตะกั่วทั้ง EDTA และ succimer ในเด็กอายุ 0-15 ปี ภายหลังการรักษาเด็กกลุ่มเสี่ยง 18 คนจาก 41 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาครั้งต่อไป *กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย ได้จัดทำคู่มือเก็บและส่งตัวอย่าง วิฉีวิเคราะห์ การควบคุม และการประกันคุณภาพ การวิเคราะห์ตะกั่วในเลือด

สาม การติดตามผลการรักษา โดยคณะเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ได้ติดตามผลการรักษาของเด็ก 18 คน ที่ได้รับยาลดตะกั่วพบว่าทุกคนปกติดี

จากแผนการรักษาข้างต้น แม้ว่าจะมีเด็กจำนวน 41 คนที่ได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงแต่มีได้หมายความว่าเด็กทั้งหมดนี้ได้รับการรักษา เด็กทั้ง 41 คนต้องผ่านเกณฑ์การประเมินด้วยคะแนนความเสี่ยงเพื่อให้ได้เด็ก 5 คนแรกที่มีความเสี่ยงสูงเข้ารับการรักษา ดังที่ได้ระบุไว้ในการสรุปเงื่อนไขและข้อจำกัดจากการใช้มาตรการการรักษาของกระทรวงสาธารณสุขว่า

แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากที่สุดในจังหวัดกาญจนบุรี แต่สามารถให้การรักษาเด็กได้ครั้งละ 5 คน แพทย์หญิงรัตโนทัย จึงจัดทำเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงในเด็ก 41 คน เพื่อจะได้นำเด็กที่เสี่ยงมากที่สุดเข้ารับการรักษาก่อน (อ้างแล้ว หน้า 83)

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง จึงมีความสอดคล้องกับข้อจำกัดของโรงพยาบาลที่ไม่สามารถรับเด็กทั้งหมดไว้ในคราวเดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับจังหวัดแต่มีศักยภาพรับเด็กเข้าไปดูแลเพื่อขับตะกั่วออกจากร่างกายได้ครั้งละ 5 คน แม้จะทยอยรับเด็กไปรักษาครั้งละ 5 คนแต่มีได้หมายความว่าเด็กทั้ง 41 คนจะได้รับการรักษา ทั้งนี้ตลอดระยะเวลา 3 เดือนคือตั้งแต่ตุลาคม 2543 จนถึง มกราคม 2544 กระทรวงสาธารณสุขรักษาเด็กจากหมู่บ้านคลิตี้ล่างเพียง 18 คนเท่านั้น เพราะเหตุใดเด็กที่เหลืออีกประมาณ 23 คน จึงไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล มีเด็กเพียง 11 คนเท่านั้นที่ได้รับยาฉีดและรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

การจำแนกความผิดปกติของชาวบ้านเป็นกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงในด้านหนึ่งเกณฑ์การเลือกนั้นถูกนำเสนอว่าอยู่บนพื้นฐานของความรู้ แต่อีกด้านหนึ่งนั้น เพื่อแก้ไขข้อจำกัดของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การรับเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงไปรักษาครั้งละ 5 คนนั้น เนื่องจากเด็กทั้งหมดไม่ได้มีความเร่งด่วน ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีความทุกข์ทรมานมากเพียงพอคือไม่ได้ถูกนิยามว่าเสี่ยงสูง ดังนั้นพวกเขาต้องถูกแยกออกมาเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเท่านั้นมิใช่กลุ่มเสี่ยง

ความเสี่ยง เป็นวาทกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพและข้อเรียกร้องด้านการรักษาของชาวบ้านและองค์กรพัฒนา เอกชน ในระยะเริ่มต้นที่ตรวจพบว่าปริมาณตะกั่วในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดมีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน แพทย์ยังไม่ได้จำแนกคนเหล่านี้ว่าเสี่ยง มาตรการความเสี่ยงได้เริ่มนำมาใช้เมื่อองค์กรพัฒนาเอกชนได้เรียกร้องให้แพทย์ ทำการรักษาชาวบ้านมิใช่เพียงแค่การเฝ้าระวังเท่านั้นประกอบกับการนำเสนอ ชาวอย่างต่อเนื่องของสื่อต่างๆ จึงทำให้แพทย์ต้องนำชาวบ้านออกมารักษากาย ได้แนวคิดความเสี่ยง

อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยด้วยการประเมินความเสี่ยงนั้น เป็นการ จำแนกคนที่คาดว่าจะผิดปกติให้มีความระวังในสุขภาพของตนเอง ผู้ที่เสี่ยงคือผู้ ที่ยังไม่ป่วย แต่เป็นผู้ที่คาดว่าจะป่วย ดังนั้น การนำมามาตรการความเสี่ยงมาใช้ กับเด็ก จึงหมายความว่า เด็กกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่คาดว่าจะป่วยมากที่สุด เด็ก เหล่านี้ยังไม่ได้ป่วย เป็นเพียงผู้ที่มีโอกาสป่วยสูงเท่านั้น ด้วยเหตุนี้การจำแนก เด็กเป็นกลุ่มเสี่ยง เสี่ยงสูงจึงเป็นการแยก (exclusion) คนกลุ่มหนึ่งออกจาก สังคมปกติ ขณะเดียวกันเป็นการนับรวม (inclusion) คนที่คาดว่าจะผิดปกติให้ เข้ามาอยู่ในการควบคุมดูแลของการแพทย์ เพื่อให้แพทย์เข้ามาจัดการให้พวก เขากลับไปเป็นคนปกติในสังคม

การแยกประชากรด้วยแนวคิดความเสี่ยงนั้นถูกใช้ในกรณีโรคติดต่อหรือ โรคทางด้านพฤติกรรม เช่น เอดส์ วัณโรค การจำแนกประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยง นั้นไม่ได้จำแนกตามกลุ่มอายุ หรือวัย แต่จำแนกด้วยพฤติกรรม เช่น หญิงขาย บริการ ถูกจำแนกเป็นกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับชายนักเที่ยว ซึ่งนำไปสู่การแพร่กระจายโรคเอดส์ ดังนั้น หญิงขาย บริการ ชายนักเที่ยว จึงถูกจัดให้เป็นกลุ่มเสี่ยง แม้ว่าพวกเขาจะไม่มีเชื้อไวรัส เชชไอวีอยู่ในร่างกายเลยก็ตาม กรณีเอดส์นั้น กลุ่มเสี่ยงได้รับการรังเกียจจาก สังคม ไม่ใช่เพียงแค่เป็นการแยกคนเหล่านี้ออกจากคนปกติเท่านั้น แต่รวมไปถึง การแบ่งแยก กีดกัน (discrimination) ออกจากพื้นที่ของคนปกติด้วย ขณะ เดียวกัน แพทย์นั้นต้องการที่จะเข้าไปควบคุมจัดการทั้งกลุ่มเสี่ยงและคนป่วย เพื่อป้องกันมิให้มีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสออกสู่ผู้อื่น ในงานของ Paul Farmer

(1992) ได้ชี้ให้เห็นว่า การจำแนกว่าใครคือกลุ่มเสี่ยง การแพทย์ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของพฤติกรรมศาสตร์เท่านั้น ยังอยู่ภายใต้กรอบคิดการเมืองชาติพันธุ์ (ethnic politics) ตัวอย่างเช่น การรังเกียจ กีดกันชาวไฮติในสหรัฐอเมริกา ได้ถูกนำมาใช้เพื่อสนับสนุนแนวคิดความเสี่ยง เพื่อให้รัฐและการแพทย์สามารถเข้าไปควบคุมการระบาดของไวรัสเอชไอวีได้ โดยชาวไฮติได้กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี โดย CDC ได้ประกาศกลุ่มเสี่ยงสูง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มชายรักร่วมเพศที่มีคู่นอนหลายคน (homosexuals) 2. กลุ่มที่เป็นโรคเลือด (hemophiliacs) 3. กลุ่มที่ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด (heroin-users) 4. ชาวไฮติที่อพยพเข้าประเทศอเมริกา (Haitians) ทั้งสี่กลุ่มนี้รู้จักกันในอีกชื่อหนึ่งว่า “Four-H Club” ทั้งสี่กลุ่มนี้ มีเพียงชาวไฮติที่ถูกจำแนกตามลักษณะทางเชื้อชาติ กลุ่มเสี่ยงอื่นเป็นการจำแนกตามพฤติกรรม ผู้ที่คาดว่าจะป่วยด้วยเอดส์นั้นไม่ใช่เฉพาะกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมเท่านั้น แต่หมายรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ไฮติทั้งหมดที่เป็นผู้ที่อาจเผยแพร่เชื้อโรคสู่คนทั่วไป กรณีไฮตินั้น ความเสี่ยงได้กลายเป็นเครื่องมือทางการเมืองที่เข้าไปซ้ำเติมการรังเกียจกลุ่มชาติพันธุ์ไฮติมากขึ้น จากเดิมที่เป็นคนผิวดำ ขอบทาน ยากจนอยู่แล้ว

การนิยามว่าใครคือกลุ่มเสี่ยงและจะนิยามอย่างไรนั้นจึงมิได้ปลอดพ้นจากการเมือง ในกรณีคลิตี้ เช่นเดียวกัน การนิยามว่าเด็กคือกลุ่มเสี่ยง เป็นการแยกเด็กจำนวนหนึ่งออกจากเด็กอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อให้เด็กที่ได้รับผลกระทบมีจำนวนเล็กลง ทั้งที่ผลการศึกษาวิจัยโดยกระทรวงสาธารณสุขก็พบว่า ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่า ผู้ที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำมีโอกาสได้รับตะกั่วมากกว่าผู้ที่อยู่ไกลแหล่งน้ำ²¹ ซึ่งหมายความว่า ชาวบ้านทุกคนมีโอกาสเสี่ยงรับสัมผัสตะกั่วเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เนื่องจากชาวบ้านใช้น้ำดื่มน้ำใช้จากลำห้วยคลิตี้สายเดียวกัน ซึ่งหมายความว่า ประชากรทั้งหมดบ้านคลิตี้นั้นก็คือผู้ที่คาดว่าจะป่วยหรือควรต้องจัดให้เป็นกลุ่มเสี่ยงเช่นเดียวกัน ในกรณีคลิตี้ การแยกเด็กเสี่ยงสูงออกจากเด็กทั่วไปนั้น แพทย์ได้ควบคุมจัดการกลุ่มเสี่ยงด้วยการให้ยาขับสารตะกั่ว แต่ไม่ได้วินิจฉัยว่าพวกเขาคือผู้ป่วยโรคพิษตะกั่ว แตกต่างจากกรณีเอดส์ เมื่อหญิงอาชีพพิเศษหรือชายนักเที่ยวถูกนิยามว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงแล้ว ทำให้พวกเขามีความใกล้เคียงกับการเป็นผู้ป่วยเอดส์ด้วยการถูกรังเกียจจากสังคม เช่นกรณี

ชาวไฮติ นอกจากนี้นี้จะเห็นว่า กรณีชาวบ้านคลิตี้ นั้น ต้องการให้แพทย์เข้ามานับรวมพวกเขว่าเป็นผู้ป่วย ขณะที่กลุ่มเสี่ยงเอดส์นั้นไม่ต้องการเข้าสู่การเป็นผู้ป่วย กระบวนการแยกและนับรวม ภายใต้คำนิยามความเสี่ยง แม้จะมีความต่างกันแต่สิ่งที่เหมือนกันคือ ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงนั้นถูกทำให้ไม่มีชีวิต กลายเป็นเพียงวัตถุที่รอคอยให้แพทย์เข้ามาควบคุมจัดการเท่านั้น ไม่ว่าในกรณีคลิตี้ ความเสี่ยงได้ถูกนำมาใช้เพื่อลดภาระความรับผิดชอบของการแพทย์ รัฐ หรือโรงพยาบาล หรือในกรณีเอดส์นั้น ความเสี่ยงนำไปสู่การกีดกันแบ่งแยก

ความทุกข์ทางสังคม, ความรู้ และอำนาจ

Michel Foucault มักใช้คำว่า knowledge และ power ติดต่อกัน โดยมีเครื่องหมาย “/” คั่นกลาง ดังนั้น power / knowledge ซึ่งมีความหมายว่า ความรู้กับอำนาจนั้นมันเกือบจะเป็นสิ่งเดียวกัน (ดู Foucault 1977: 27-28) เมื่อฟูโกต์พัฒนาแนวคิดเรื่องอำนาจ / ความรู้มาใช้ ฟูโกต์ได้ชี้ให้เห็นว่า ในแต่ละยุคสมัยมีกระบวนการวิจิตร (episteme) ซึ่งได้เข้ามานิยามความผิดปกติที่แตกต่างกันไป เช่น การนิยามว่าใครบ้า ใครปกติ นั้น การนิยามนี้เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย และการนิยามนี้ได้นำไปสู่ควบคุม จัดการ ฟูโกต์จึงมิได้แยกความรู้และอำนาจออกจากกัน ทว่ามันมีความสัมพันธ์กันจนไม่สามารถชี้ชัดว่า ความรู้หรืออำนาจ สิ่งใดมาก่อนกัน ดังเช่นกรณีการปนเปื้อนตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ นั้น ความรู้และอำนาจการแพทย์แทบจะเป็นสิ่งเดียวกัน ความรู้ด้านระบาดวิทยาที่การแพทย์ใช้เพื่อนิยามความเจ็บป่วยของชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ นั้น ได้สร้างความชอบธรรมให้การแพทย์เข้ามาควบคุมจัดการปัญหาสุขภาพของชาวกะเหรี่ยง จนทำให้ชาวกะเหรี่ยงมีความยากลำบากในการอธิบายปัญหาสุขภาพตนเอง อำนาจที่การแพทย์กระทำเช่นนี้มีใช้อำนาจที่แสดงออกอย่างชัดเจน เปิดเผย เช่น การกักขังห้วงเหนียว การทำร้าย การบีบบังคับด้วยกำลัง เป็นต้น แต่เป็นอำนาจที่เข้าไปควบคุมมิให้ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ นิยามปัญหาสุขภาพ หรือเป็นการจำกัดพื้นที่การเยียวยา การรอดพ้นจากความทุกข์ ความเจ็บป่วย

ฟูโกต์ยังชี้ให้เห็นว่าอำนาจมีสองด้านคืออำนาจควบคุมจัดการให้ปฏิบัติ ตามอย่างไม่ต้องตั้งข้อสงสัยที่เรียกว่า docile body คือ ร่างกายที่ยอมจำนนและ

ปฏิบัติตามความรู้ที่ผลิตขึ้น ในอีกด้านหนึ่งคืออำนาจได้ก่อให้เกิดการต่อต้านต่อสู้ กรณีชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่าง ความรู้ด้านการแพทย์และระบาดวิทยา ไม่ว่าการตรวจหาปริมาณตะกั่วในเลือด การเฝ้าระวัง และความเสี่ยง ได้เป็นอำนาจชนิดหนึ่งที่พยายามเข้ามาจัดการปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย การเลือกใช้ความรู้ และนำความรู้บางส่วนมาวิเคราะห์ความเจ็บป่วยของชาวบ้านผ่านปริมาณตะกั่วในเลือดนั้น จึงทำให้ชาวบ้านอยู่ในสภาวะที่ไร้อำนาจในการต่อรองกล่าวคือ พยายามทำให้ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้กลายเป็นร่างกายที่ยอมจำนน และปฏิบัติตามวาทกรรมที่การแพทย์สร้างขึ้นมา และอำนาจ/ความรู้ดังกล่าวนี้ทำให้ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ไม่สามารถนำเสนอปัญหาความเจ็บป่วยจากประสบการณ์ได้ เมื่อไม่สามารถนำเสนอได้ จึงมีผลต่อการรักษาหรือการหายป่วย เพื่อกลับสู่สภาพปกติ อย่างไรก็ตาม พบว่า ชาวกะเหรี่ยง คลิตี้พยายามสร้างปฏิบัติการหลายด้านขึ้นมาเพื่อต่อต้าน ต่อรองต่อปฏิบัติการการเฝ้าระวังและความเสี่ยง ที่เป็นนิยามของการแพทย์ แต่ไม่สามารถประสบผลสำเร็จได้ ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ไม่สามารถสร้างวาทกรรมชุดใหม่ขึ้นมาเพื่อแย่งชิงพื้นที่ความรู้ด้านการแพทย์ได้

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือการแพทย์มีปฏิบัติการหลายด้านเพื่อดำรงไว้ซึ่งอำนาจ ดังจะเห็นว่า ในบางสถานการณ์การแพทย์ได้ทำให้ปัญหาการปนเปื้อนสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาการแพทย์ (medicalization) เช่น การลดทอนสาเหตุความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมให้เป็นปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง โดยให้เหตุผลว่า การเล่น การกิน การไม่สวมรองเท้า พฤติกรรมที่คลุกกับดินและน้ำเป็นการทำให้ร่างกายรับตะกั่วเพิ่ม ดังนั้น วิธีการทำให้ปริมาณตะกั่วในร่างกายไม่เพิ่มมากขึ้นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นการสวมรองเท้า หุงข้าวให้ชาวน้ำหลายครั้ง จึงเป็นการลดทอนปัญหามลภาวะเป็นพิษในลำห้วย คลิตี้ ให้เป็นปัญหาพฤติกรรมหรือเป็นความประพฤตินี้ไม่ดีในระดับบุคคล ดังเช่นที่ Veena Das (1999) ได้วิเคราะห์ว่า วาทกรรมทางการแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ ได้เข้าไปทำให้ปัญหาความเจ็บป่วยเป็นปัญหาของโชคชะตา และชะตากรรมที่พวกเขาเกิดมาเป็นคนจนใน 2 ระดับคือ ทั้ง Internal Orientation และ External Orientation จนทำให้เหยื่อหรือผู้ประสบภัยไม่สามารถ

มีปฏิบัติการได้ตอบได้ ซึ่งกรณีการปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้นั้น การแพทย์ไม่เพียงแต่สร้างนิยามความเจ็บป่วยของชาวกะเหรี่ยงผ่านตัวเลข และความเสียงขึ้นมาปิดบัง อำพราง ความเจ็บป่วยของชาวบ้าน จนทำให้ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้มีนิยามความเจ็บป่วยของตนเองด้วยความยากลำบากแล้ว ปฏิบัติการทางการแพทย์ยังช่วยสร้างภาพพจน์ที่ดีให้แก่การแพทย์และสาธารณสุขว่าได้ดูแลเอาใจใส่ปัญหาสุขภาพแล้ว ซึ่งเป็นการผลิตซ้ำความทุกข์เชิงสังคมของชาวกะเหรี่ยงคลิตี้

บทส่งท้าย

นับจาก พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา มีหน่วยงานและบุคคลภายนอกเดินทางเข้าไปทั้งตรวจสอบสภาพปัญหา แก้ไขปัญหา วางมาตรการป้องกัน ให้กำลังใจ และศึกษาดูงาน ณ หมู่บ้านคลิตี้ล่างจำนวนมาก ขณะเดียวกันชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างก็ได้รับบทเรียนจำนวนมากจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างหลากหลายเหล่านี้ และบทเรียนที่สำคัญที่ได้รับคือ การลุกขึ้นทวงสิทธิ์ ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้มีผู้ใช้ที่ยอมจำนนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พวกเขาพยายามช่วยเหลือตนเองหลากหลายวิธีตั้งแต่การเจรจาและต่อว่าผู้จัดการและเจ้าของกิจการโรงแต่งแร่คลิตี้ การทำพิธีขอขมาต่อเทพโทะเก้ ต่อมาเมื่อได้รู้จักกับองค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อสารมวลชน พวกเขาได้บอกกล่าวเรื่องราวที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะหนังสือพิมพ์ นอกเหนือจากนี้ ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างยังได้เดินทางมากรุงเทพฯ เพื่อรักษาความเจ็บป่วย และการยื่นหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพร้อมกับการเรียกร้องขอการรักษา ณ กระทรวงสาธารณสุข

ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างมีปฏิบัติการหลายด้านเพื่อสร้างพื้นที่การต่อรอง แต่ไม่สามารถนำไปสู่การคืนลำห้วยคลิตี้ที่ปราศจากสารตะกั่วและการแก้ไข ปัญหาสุขภาพได้ ดังนั้น ในพ.ศ.2546ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างได้ปรึกษากับสหภาพนายความแห่งประเทศไทย และนำปัญหาดังกล่าวนี้นี้เข้าสู่การฟ้องร้องต่อศาล ดังนี้

1. การฟ้องแพ่งต่อศาลจังหวัดกาญจนบุรีการฟ้องแพ่งต่อศาลจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย โดยชาวบ้าน 8 คน²² เป็นโจทก์ยื่นฟ้องจำเลยที่ 1 คือ บริษัทตะกั่วคอนเซนเตรทส์ (ประเทศไทย) จำกัด จำเลยที่ 2 คือนายคงศักดิ์ กลีบบัว กรรมการผู้จัดการ เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2546 ในข้อหาความผิดละเมิดพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 โดยฟ้องคดีอย่างอนาถา เพื่อให้ศาลพิพากษาให้หนึ่งจำเลยทั้งสองชดใช้ค่าเสียหายแก่โจทก์รวม 8 รายเป็นเงิน 119,036,400 บาทสอง ให้จำเลยฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ศาลอุทธรณ์ได้พิจารณาคัดลินเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2551 ที่ผ่านมานั้น โดยพิพากษาให้บริษัทเหมืองแร่ชดเชยค่าเสียหายให้ชาวบ้านเป็นเงินจำนวน 29.5 ล้านบาท แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้ยังถือว่าคดียังไม่สิ้นสุดและชาวบ้านยังไม่ได้รับเงินค่าชดเชย และมีชาวบ้านฟ้องร้องบริษัทเหมืองแร่เพิ่มอีก 151 ราย เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2550

2. การฟ้องกรมควบคุมมลพิษต่อศาลปกครองกลาง การฟ้องร้องนี้เป็นการกระทำตามรัฐธรรมนูญฉบับ 2540 ชาวบ้าน 13 คนได้มอบหมายให้โครงการนิดิธรรมสิ่งแวดล้อมเป็นทนายยื่นฟ้องกรมควบคุมมลพิษ ในความผิดละเว้นการปฏิบัติหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่ล่าช้า ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2547 และต่อมาในเดือนสิงหาคม 2547 มีชาวบ้านฟ้องเพิ่มอีกเป็น 22 คน เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2551 ศาลปกครองกลางได้พิพากษาว่า กรมควบคุมมลพิษปฏิบัติ การล่าช้าในการฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ที่ปนเปื้อนสารตะกั่ว และละเลยต่อการเรียกค่าเสียหายที่ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายจากบริษัทตะกั่วคอนเซนเตรทส์ (ประเทศไทย) จำกัด จึงให้กรมควบคุมมลพิษชดเชยค่าเสียหายให้แก่ชาวบ้านที่ถูกละเมิดสิทธิในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ รวมเป็นเงินกว่า 740,000 บาท อย่างไรก็ตาม คดีนี้ยังอยู่ในระหว่างการอุทธรณ์เช่นเดียวกัน

ผลสรุปของการเรียกร้องความยุติธรรมต่อศาลยังคงต้องใช้เวลายาวนานเพียงไรไม่มีใครตอบได้ แต่สถานการณ์ที่พบเห็นในปัจจุบันนี้ หนุม้านคลิตี้ล่างคือ ตะกอนตะกั่วจำนวนกว่า 13,000 ตัน ยังคงอยู่ในลำห้วยคลิตี้ และกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีทำที่อื่นใดต่อการแก้ไขปัญห สุขภาพนอกจากการเฝ้าระวังด้วยการเจาะเลือดและการตรวจร่างกาย

เชิงอรรถ

¹ เมืองโบพาล ประเทศอินเดีย เมื่อวันที่ 2-3 ธันวาคม ค.ศ.1984 ได้เกิดการรั่วไหลของสาร methyl isocyanate(MIC) จากโรงงานยูนิยอนคาร์ไบด์ อุบัติภัยครั้งนี้ได้กลืนกินชีวิตผู้คนไปทันที 2,500 คน และยังมีผู้ประสบภัยหรือเหยื่ออีกจำนวนมากที่รอคอยกระบวนการวินิจฉัยจากศาลและการแพทย์ให้นับพวกเขาเป็นผู้ป่วย หรือเป็นผู้ประสบภัยจากกรณีแก๊สรั่วนี้ด้วย

² ชาวบ้านมีเรื่องเล่าเกี่ยวกับเทพโพละกะกูว่า เทพโพละกะกูเป็นบุตรของพระพุทธรเจ้า สาเหตุที่เทพองค์นี้อาศัยอยู่ในลำห้วยเนื่องจากมีหญิงสาวคนหนึ่งต้องการมีเพศสัมพันธ์กับพระพุทธรเจ้า จึงไปหลอกหลวงพระพุทธรเจ้าให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย ปรากฏว่าพระพุทธรเจ้าห่ออวัยวะเพศด้วยผ้าขาวเจ็ดชั้น ทำให้น้ำอสุจิไม่สามารถเข้าถึงร่างกายหญิงสาวคนนั้นได้ ต่อมาได้ทิ้งผ้าขาวนั้นลงไปใต้น้ำ ชาวบ้านเชื่อว่าผ้าขาวนั้นได้มีการปฏิสนธิเกิดขึ้นและได้กลายเป็นเทพโพละกะกู ผู้ซึ่งคอยดูแลลำน้ำให้แก่ชาวกะเหรี่ยง ในหนึ่งปีเทพโพละกะกูจะบิณฑบาตรเพียงครั้งเดียวในวันลอยกระทงตรงกับวันขึ้น 15 ค่ำเดือน 12 ในวันนั้นชาวบ้านจะนำผลผลิตที่ได้ไปขึ้น เช่น พัก กล้วย มัน เผือก มะพร้าว ข้าวไร่ ข้าวเหนียว มาใส่แพแล้วลอยไปตามลำห้วย ซึ่งเปรียบเสมือนกับการใส่บาตรให้แก่เทพโพละกะกู ชาวบ้านเชื่อว่าผลผลิตที่ได้มานั้นเป็นผลจากเทพโพละกะกูที่ช่วยจัดสรรน้ำมาให้แก่พวกเขา ดังนั้น เมื่อได้ผลผลิตมาจึงต้องนำมาถวายให้แก่พระองค์ เพื่อแสดงความขอบคุณ อีกทั้งเป็นการขอขมาหรือขอโทษด้วยหากว่าในปีที่ผ่านมาตนเองได้ทำสิ่งที่ไม่ดีเช่น การถ่วงอูจจะระบัสสวะ หรือการทิ้งของเน่าเสียลงลำห้วย

³ โรงแต่งแร่คลิตี้ รับสินแร่ตะกั่วจากเหมืองแร่บ่องามมาทำการลอยแร่ โรงแต่งแร่คลิตี้ เป็นสถานที่แต่งแร่ด้วยกรรมวิธีการลอยแร่ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ขั้นตอนคือ การบด (crushing) การย่อย (milling) และการลอยแร่ (oatation) เพื่อให้ตะกั่วมีความบริสุทธิ์มากขึ้น ในขั้นตอนการลอยแร่ต้องเติมน้ำยาเคลือบผิวแร่ตะกั่วเพื่อไม่ให้เปียกน้ำ คือ potassium amyl xanthate จาก

นั้นจะเติมน้ำยาเคลือบฟองอากาศ (frother) คือน้ำมันสน (pine oil) ในกระบวนการแต่งแร่ จะได้หัวแร่ (ore concentrate) จะมีปริมาณโลหะตะกั่วสูงประมาณร้อยละ 60-65 และหางแร่ (ore tailing) โดยหางแร่จะถูกปล่อยลงบ่อกักเก็บตะกอน โดยทั่วไป โรงแต่งแร่จะต้องมีบริเวณสำหรับการก่อสร้างบ่อกักเก็บตะกอนที่ได้มาตรฐาน เพื่อการเก็บกักตะกอนหางแร่และน้ำขุ่นขึ้นจากกระบวนการลอยแร่

⁴ กำนันตึก หรือนายคงศักดิ์ กลีบบัว เป็นกรรมการผู้จัดการบริษัทตะกั่วคอนเซนเตรท (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งเป็นผู้ดำเนินกิจการโรงแต่งแร่คลิตี้ นอกจากนี้ นายคงศักดิ์ยังเป็นกรรมการบริษัทอีก 10 บริษัท เช่น บริษัท กาญจนบุรี เอ็กส์โพลเรชั่น แอนด์ ไมนิ่ง จำกัด (เค็มโก้) บริษัทกาญจนบุรีเอนดีโปรดักส์ จำกัด บริษัทบ่อใหญ่ไมนิ่งจำกัด บริษัทเมืองทองราม่าจำกัด บริษัทโลหะตะกั่วไทย จำกัด เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นบริษัทที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตะกั่วทั้งสิ้นและนายคงศักดิ์ ยังเคยเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดกาญจนบุรีอีกด้วย

⁵ หมายถึงโรงแต่งแร่คลิตี้ โดยทั่วไป ชาวกะเหรี่ยงคลิตี้ล่างมักเรียกโรงแต่งแร่คลิตี้ว่า เหมือง หรือโรงแต่งแร่

⁶ คือคุณสุรพงษ์ กองจันทึก ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษากะเหรี่ยงและพัฒนา เป็นผู้สนใจศึกษาวิถีชีวิตวัฒนธรรมของกะเหรี่ยงผืนป่าตะวันตก คุณสุรพงษ์ได้เข้ามาหมู่บ้านคลิตี้ล่างในช่วงเวลาที่ชาวบ้านกำลังเผชิญกับปัญหาลำห้วยคลิตี้เน่าเสียอย่างรุนแรงและไร้หนทางในการจัดการกับปัญหานี้ และช่วยให้ปัญหาของชาวบ้านได้รับความสนใจจากสาธารณะและหน่วยงานราชการ

⁷ ดูหนังสือพิมพ์มติชนและข่าวสด ฉบับวันที่ 22 เมษายน 2541

⁸ ข้อมูลจากรายงานการประชุม เรื่องการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาการสะสมตะกั่วในสิ่งแวดล้อมบริเวณเหมืองแร่คลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ครั้งที่ 3 ในวันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2542 ณ ห้องประชุมชั้น 8 กรมควบคุมมลพิษ

⁹ ข้อมูลจากการติดตามผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านคลิตี้ล่าง จังหวัดกาญจนบุรี จากสารตะกั่วที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ปี 2543

¹⁰ กองอาชีวอนามัยได้ศึกษาค่าเฉลี่ยตะกั่วในเลือดของคนไทยทั่วไปพ.ศ.2538-2539 พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.92 g/dl กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

¹¹ ในที่นี้หมายถึงสำนักงานควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับจากนานาชาติด้านการควบคุมและป้องกันโรค CDC กำหนดค่ามาตรฐานปริมาณตะกั่วในเลือด สำหรับเด็กไม่ควรเกิน 10 g/dl อย่างไรก็ตามหน่วยงานนี้ยังได้ระบุอีกว่า เด็กมีความอ่อนไหวต่อปริมาณตะกั่วในเลือดอย่างมาก ดังนั้นปริมาณตะกั่วในเลือดของเด็ก แม้ว่ามีเพียงจำนวนเล็กน้อย ก็ต้องได้รับการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

¹² ใบแจ้งผลการตรวจระดับตะกั่วในเลือดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีใช้เกณฑ์นี้เป็นมาตรฐาน

¹³ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับตะกั่วกับเกณฑ์การวินิจฉัย การรักษาได้ที่ www.atsdr.cdc.gov/substances/lead/index.html

¹⁴ ช่วงครึ่งชีวิต หรือ half life หมายถึง ระยะเวลาที่ปริมาณของสารสลายตัวจนลดลงเหลือครึ่งหนึ่งของปริมาณสารเริ่มต้น เช่น ช่วงครึ่งชีวิตของตะกั่วในเลือด 35 วัน หากตรวจพบปริมาณตะกั่วในเลือดวันนี้เท่ากับ 20 g/dl เมื่อเวลาผ่านไป 35 วัน ปริมาณตะกั่วในเลือดจะเหลือ 10 g/dl

¹⁵ พี่มะมี เป็นชาวกระเหรี่ยงคลิตี้ล่าง อายุ 44 ปี มีอาการป่วยเป็นๆ หายๆ เรื้อรัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ด้วยอาการซึม ใจคอไม่ดี กินอาหารไม่อร่อย ไม่มีแรงทำงาน เธอและครอบครัวพยายามหาทางแก้ไขปัญหามากหลายวิธี ตั้งแต่การกินยาสมุนไพรพื้นบ้าน การหาหมอผี หมอแผนปัจจุบันทั้งที่โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน แต่อาการไม่ดีขึ้น

¹⁶ MTV เป็นชื่อย่อของ Multi Vitamin

¹⁷ Bco เป็นชื่อย่อของ Vitamin B complex

¹⁸ คือโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดกาญจนบุรี ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง ห่างไกลจากหมู่บ้านคลิตี้ล่างประมาณ 180 กิโลเมตร

¹⁹ บุญพัต หญิงสาวกะเหรี่ยงอายุ 41 ปี เธอเป็นผู้หนึ่งที่เติบโตมากับลำห้วยคลิตี้ เธอมักเล่าให้ฉันฟังเสมอเกี่ยวกับความใส สะอาดของลำห้วย และความสนุกสนานที่เธอได้รับจากการเล่นน้ำในลำห้วยนี้ เธอเป็นผู้หนึ่งที่มีฝีมือในการหาปลาจากลำห้วยคลิตี้ ดังนั้น เมื่อเธอต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของลำห้วยคลิตี้ จึงทำให้เธอมีความห่วงกังวลกับอนาคตของลูกหลานอย่างมาก นอกจากนี้ เธอเองมีสุขภาพที่ไม่ค่อยแข็งแรง มีอาการเหม่อลอย ทำงานหนักไม่ได้ และลูกชายของเธอคนหนึ่ง ซึ่งเกิดใน พ.ศ. 2539 มีพัฒนาการการเติบโตที่ล่าช้ากว่าเด็กคนอื่น

²⁰ เป็นยาจับตะกั่ว (chelating agent) ประเภทหนึ่ง มาจากคำว่า ethylenedinitrilotetraacetic acid

²¹ รายงานการประชุม เรื่องการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาการสะสมตะกั่วในสิ่งแวดล้อมบริเวณเหมืองแร่คลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ครั้งที่ 3 วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2542 ณ ห้องประชุมชั้น 8 กรมควบคุมมลพิษ

²² นายกำธร ศรีสุวรรณมала เป็นโจทก์ที่ 1 เด็กชายบุญพิทักษ์ ศรีสุวรรณมала เป็นโจทก์ที่ 2 นายนิคม นาสวนกิตติ เป็นโจทก์ที่ 3 นางกาญจนาหรือวิไลวรรณ นาสวนกิตติ เป็นโจทก์ที่ 4 เด็กหญิงวศยา หรือตุ๊กตา นาสวนกิตติ เป็นโจทก์ที่ 5 นางมะนุเษย ทองผาภูมิเจริญ เป็นโจทก์ที่ 6 เด็กหญิงวรรณนา ทองผาภูมิเจริญ เป็นโจทก์ที่ 7 เด็กชายบุญช่วย ทองผาภูมิเจริญ เป็นโจทก์ที่ 8

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. 2543. การศึกษาผลกระทบและความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัย
ของประชาชนจากการสะสมของตะกั่วในบริเวณห้วยคลิตี้ อำเภอ
ศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี. เอกสารประกอบการประชุมกระทรวง
สาธารณสุข.
- กองอาชีวอนามัย. 2539. การศึกษาค่าเฉลี่ยตะกั่วในเลือดของคนไทยทั่วไป.
รายงานวิจัยในการประชุมวิชาการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ
2540.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2542. รายงานการศึกษามลกระทบต่อสุขภาพของ
ประชาชนในหมู่บ้านคลิตี้ล่างจากสารตะกั่วที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม.
เอกสารอัดสำเนา.
- _____. 2543. รายงานการศึกษามลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนใน
หมู่บ้านคลิตี้ล่างจากสารตะกั่วที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม. เอกสาร
ประกอบการประชุม.
- บุญนำ ชัยวิสุทธิ. 2545. การป้องกันและรักษาผู้ที่ได้รับสารตะกั่วจากการปน
เปื้อนของสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมหมู่บ้านคลิตี้ล่าง อำเภอศรีสวัสดิ์
จังหวัดกาญจนบุรี. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน, 33(8), 253-258.
- แสงโสม เกิดคล้าย. 2545. รายงานผลการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาผล
กระทบต่อสุขภาพจากการปนเปื้อนสารตะกั่วบริเวณลำห้วยคลิตี้
อ.ศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี พ.ศ. 2542-2545. สถานการณ์การเฝ้าระวังโรค
ทางระบาดวิทยา, 5(28), 437-440.
- อดิศักดิ์ อิศรางกูร ณ อยุธยาและคณะ. 2546. รายงานการจัดทำแผนแม่บททาง
ด้านเศรษฐศาสตร์สิ่งแวดล้อมและการฟื้นฟูที่ทำเหมืองเพื่อการพัฒนา
ทรัพยากรธรณีในเขตเศรษฐกิจแร่ตะกั่ว จังหวัดกาญจนบุรี. กรุงเทพฯ:
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย. อัดสำเนา.

อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล และแสงโสม เกิดคล้าย. 2545. ผลกระทบต่อสุขภาพ
เด็กอายุ 0-6 ปีในพื้นที่ที่เป็นแหล่งศักยภาพแร่ตะกั่ว: กรณีศึกษาเฉพาะ 5
หมู่บ้านในอำเภอทองผาภูมิ และอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
พ.ศ. 2545. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน, 33(8), 269-275.

หนังสือพิมพ์

กรุงเทพธุรกิจ 10 กุมภาพันธ์ 2542

กรุงเทพธุรกิจ 11 พฤษภาคม 2542

ข่าวสด 22 เมษายน 2541

มติชน 22 เมษายน 2541

มติชน 6 กรกฎาคม 2542

มติชน 17 มกราคม 2549

Kleinman Arthur, Veena Das, and Margaret Lock (Eds.). 1997. *Introduction In Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock (Eds.), Social Suffering*. Berkeley/ Los Angeles/ London: University of California Press.

Das, Veena. 1999. *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New York: Oxford University Press. Farmer, Paul. (1992). *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

Farmer, Paul. 1997. *On Suffering and Structural Violence: A View from Below*. In Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock (Eds.), *Social Suffering*. Berkeley/ Los Angeles/ London: University of California Press.

Foucault, Michel. 1973. *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*. New York: Vintage/Random House.

- Foucault, Michel. 1977. *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*. London: Tavistock.
- Foucault, Michel. 1980. *Power/Knowledge, Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Kaufert, P. & O'Neil, J. 1993. Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth: Clinicians, Epidemiologists, and Inuit Women. In S.Lindenbaum & M.Lock (Eds.), *Knowledge, Power and Practice: the Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of Clifornia Press, Berkeley.
- Lupton, Deborah. 1997. *Foucault and the Medicalisation Critique*. In Alan Petersen and Robin Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine*. London-New York: Routledge.
- Malee Sitthikriengkrai. 2007. *Suffering, Healing, and the Contestation of Power and Knowledge: a Case of Lead Contamination in Klity Lang Village*, Kanchanaburi Province. Ph.D. Dissertation, Mahidol University.
- Moon, Graham and Gould, Myles and colleagues. 2000. *Epidemiology: An Introduction*. Buckingham Philadelphia: Open University Press.
- The American of Pediatrics. 1995. *Treatment Guidelines for Lead Exposure in Children*. Pediatrics. 1 (96). July.

เว็บไซต์

www.karencenter.com

www.atsdr.cdc.gov/HEC/CSEM/ Case Studies in Environmental Medicine (CSEM): Lead Toxicity, Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR): Department of Health and Human Services U.S.A.

www.atsdr.cdc.gov/substances/lead/index.html