

การหายไปของคน-ผีจากการเรียนสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
ได้ร่มเงาชีวะ-การแพทย์ในบริบทสังคมไทย

The Disappearance of Human-Ghost Relationship from Medical
Social Work Education under Biomedicine in Thai Context

Received 30 November, 2021

Revised 16 May, 2022

Accepted 18 May, 2022

ชัยพร อุโฆษจันทร์¹

Chaiyaporn Ukosachan²

บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้เกิดจากความสนใจในทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการ (Actor-Network Theory) ซึ่งเกิดขึ้นช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 โดยเป็นการพยายามสร้างกรอบในการวิเคราะห์ใหม่ที่ก้าวผ่านการยึดเอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง ซึ่งต่างจากสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ซึ่งถือกำเนิดมาในบริบทของโรงพยาบาลในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ทำให้จำเป็นต้องคิดและปฏิบัติภายใต้กรอบของการแพทย์สมัยใหม่หรือที่เรียกว่าชีวะ-การแพทย์และแนวคิดมนุษยนิยม ซึ่งได้ตัดขาดมนุษย์ออกจากอิทธิพลของอำนาจเหนือธรรมชาติอย่างสิ้นเชิงและมองว่ามนุษย์คือผู้กระทำเพียงฝ่ายเดียว ส่งผลให้สังคมสงเคราะห์ที่จริง ๆ ควรให้ความสำคัญกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม กลับต้องปฏิบัติงานภายใต้เงื่อนไขที่จำกัด ส่งผลต่อการละลายและผลักไสองค์ความรู้ชุดอื่นที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ออกไป ในขณะที่ในต่างประเทศเริ่มมีการกล่าวถึง

¹ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย

E-mail: Ajarn_tan@hotmail.com

² Lecturer, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Pathumthani, Thailand

การใช้ประโยชน์จากอำนาจเหนือธรรมชาติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
ตั้งนั้นผู้เขียนจึงเสนอว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการเรียน
การสอนความรู้ชุดอื่น และบทบาทของผู้กระทำการที่ไม่ใช่มนุษย์ในชีวิตมนุษย์
ท่ามกลางวัฒนธรรมและเทคโนโลยีเพื่อให้สามารถให้บริการกับมนุษย์ได้อย่าง
ครอบคลุมทุกมิติอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, มนุษยนิยม, ความสัมพันธ์คน-ผี

Abstract

This article arises from an interest in Actor-Network Theory introduced in the late 20th century. Differing from medical social work that originated with a hospital context in the early 20th century, the theory attempts to create a new analysis framework beyond a human-centered viewpoint. Thinking and practicing with the theory requires modern medical frameworks, so-called Biomedicine and Humanism, which completely dissociate humans from an influence of supernatural power and perceive humans as the only actors in the scenario, resulting in restricted working conditions in social work instead of generally emphasizing social and cultural dimension. Other non-scientific knowledge is consequently ignored and excluded from education while the exploitation of supernatural power by medical social workers is mentioned in foreign countries. The author therefore proposes the substantial necessity of arranging an alternative educational instruction and of

defining the role of the non-human actor in human life surrounded by culture and technology to actually provide service to people in every extensive dimension.

Keywords: Medical Social Work, Humanism, Human-ghost relationship

บทนำ

สังคมสงเคราะห์ศาสตร์เป็นทั้งสาขาวิชาและเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต้องประยุกต์ใช้ความรู้จากศาสตร์สาขาอื่น ๆ อย่างมาก เช่น มานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา และผู้เชี่ยวชาญเชื่อมั่นว่าเราไม่อาจปฏิเสธได้ว่า ปรัชญา แนวคิด และทฤษฎีมีความสำคัญในการกำหนดวิธีการมองเห็น การพิจารณา รวมทั้งการปฏิบัติงานในทุกระดับ ซึ่งปัจจุบัน แนวคิด ทฤษฎีต่างพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีแง่มุมใหม่ ๆ ถูกพัฒนาเพื่อทำความเข้าใจสังคม แม่นอนว่าแนวคิดและทฤษฎีมานุษยวิทยาเป็นหนึ่งในศาสตร์ที่จำเป็นของนักศึกษาและผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมสงเคราะห์คลินิก โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา นักวิชาการด้านมานุษยวิทยาไทยได้กล่าวถึงแนวคิดที่ขยับความสนใจจากมนุษย์ไปสู่สิ่งอื่น ๆ มากขึ้น ได้แก่ กลุ่มแนวคิดหลังมนุษย์นิยม (Posthumanism) และทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการ (Actor-Network Theory [ANT])

กลุ่มแนวคิดหลังมนุษย์นิยมเป็นแนวคิดที่ไม่ได้สนใจนำมนุษย์มาเป็นศูนย์กลาง โดยกลุ่มแนวคิดนี้ให้ความสำคัญไปที่สิ่งอื่น ๆ นอกจากมนุษย์ เช่น การให้สนใจการศึกษาทำความเข้าใจภาววิทยาของวัตถุ (Object Oriented Ontology [OOO]) ที่มองว่ามนุษย์มีความเข้าใจต่อวัตถุที่จำกัด และตัววัตถุเองก็มีคุณสมบัติต่าง ๆ มากมายเกินกว่าที่มนุษย์จะรับรู้ เพราะตัววัตถุเองสามารถถอนความสามารถ (Withdraw) ของมันได้ หรือนัยหนึ่ง วัตถุเองก็สามารถ

กระทำบางอย่างได้ไม่ต่างจากมนุษย์ นอกจากนี้ยังมีมานุษยวิทยาไซเบอร์ก ซึ่งเป็นการมุ่งพิจารณาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับเครื่องจักร (วสันต์ ปัญญาแก้ว, 2564) ซึ่งเผยให้เห็นว่าเทคโนโลยีต่าง ๆ นอกจากจะสำคัญ กับชีวิตมนุษย์ กำกับชีวิตมนุษย์ แล้วในบางมุมมองเทคโนโลยีที่คิดเองได้เหล่านี้ ยังมีการดำรงอยู่เหมือนกับมนุษย์ ต้องการพลังงาน มีอายุขัย ต้องการการเอาใจ ใส่ดูแล ต่อมาเป็นทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการ ในมุมมองที่ใกล้เคียงกับ OOO ในแง่ที่ว่าเราควรพิจารณาผู้กระทำการ (Actor) สามารถเป็นสิ่งอื่นได้นอกจาก มนุษย์ ทั้งสิ่งมีชีวิต ไม่มีชีวิต ไม่เพียงเท่านั้นแง่มุมทางทฤษฎีอีกประการที่ น่าสนใจก็คือให้ความสำคัญกับความรู้ (Knowledge) เสมอกับความรู้ที่ไม่เป็น วิทยาศาสตร์ซึ่งแต่เดิมถูกมองว่าเป็นความเชื่อ (Belief) ในฐานะที่ต่างเป็น ส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ทำให้เกิดความเป็นจริง (Latour, 1996, p. 2 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559, น. 124-126) นอกจากทฤษฎีดังกล่าวแล้ว จาก ประสบการณ์การเป็นนักสังคมสงเคราะห์ และประสบการณ์การสอนวิชาสังคม สงเคราะห์ในระดับมหาวิทยาลัย ผู้เขียนเห็นว่าการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะทางการแพทย์ สังคมสงเคราะห์คลินิกนั้นกำลังดำเนินไปภายใต้ ชีวิต-การแพทย์และแนวคิด-ทฤษฎียุคสมัยใหม่นิยมค่อนข้างมาก ไม่ค่อยมี การกล่าวถึงวิธีการอธิบายพฤติกรรม ความเจ็บป่วย ผ่านการอธิบายด้วยกลุ่ม แนวคิดหลังยุคสมัยใหม่อื่น ๆ และแนวคิดที่เปิดรับผู้กระทำการอื่น ๆ นอกจาก มนุษย์เท่าที่ควร

หากย้อนกลับมาดูความหมายของสังคมสงเคราะห์การแพทย์ Hassan (2016) กล่าวว่า สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แต่เดิมนั้น เรียกว่า สังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาล (Hospital social work) ซึ่งต้องทำงานกับมิติชีวิตจิตสังคม และ ญาณวิทยาของปัจเจกที่ประสบปัญหา โดยมีบทบาทในการให้การบำบัดรักษา

ปัญหาทางจิตใจและจิตสังคมซึ่งเป็นทั้งสาเหตุ ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรืออาจเป็นกำแพงขวางกั้นความร่วมมือในแผนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ก็คือนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานฟื้นฟูในชุมชน ฯลฯ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนไปเรียกว่านักสังคมสงเคราะห์สุขภาพ (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2562, น. 228)

การที่ผู้เขียนมองว่าสังคมสงเคราะห์การแพทย์นั้นอยู่ภายใต้ร่วมเงาของชีวะ-การแพทย์ เพราะว่ารากเหง้าของสังคมสงเคราะห์นั้นเกิดขึ้นมาจากความคิดที่จะทำให้สังคมสงเคราะห์นั้นมีความเป็นวัตถุวิสัยให้มากที่สุดผ่านหนังสือเรื่องการวินิจฉัยทางสังคมของแมร์รี ริชมอน ซึ่งการทำให้เป็นวิทยาศาสตร์นั้นเป็นกระแสหลักของสังคมเหมือนกับที่อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) และนักสังคมศาสตร์ปฏิฐานนิยม (Positivism) พยายามทำให้การศึกษาเรื่องสังคมให้กลายเป็นวิทยาศาสตร์สังคมที่มีความเป็นวัตถุวิสัย

เช่นเดียวกัน สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกที่โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts general hospital) ในช่วงต้นคริสต์ทศวรรษ 1900 ซึ่งบริบทด้านสุขภาพใจยุคดังกล่าวนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับการระบาดของโรคต่าง ๆ เช่น ซิฟิลิส โปлио ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนาน ดังนั้น นายแพทย์ริชาร์ด คาบอท (Richard Cabot) ตระหนักว่าในฐานะที่ตนเองเป็นแพทย์ ทำให้เขาจะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดระหว่างให้การบำบัดรักษา ความห่างไกลนี้ทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านได้ ไม่สามารถประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งไม่รู้เลยว่าลักษณะของงาน/อาชีพของผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อความเจ็บป่วยอย่างไร

มากไปกว่านั้นเขายังกังวลว่าผู้ป่วยถูกขัดขวางการรับการรักษาทางการแพทย์จากคนในครอบครัว ดังนั้น เขาจึงให้นักสังคมสงเคราะห์เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ โดยมีบทบาทในการให้ข้อมูลและสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้พวกเขา/เธอสามารถปรับตัวเข้ากับการรับการรักษาในโรงพยาบาลได้ อันจะนำไปสู่ผลดีต่อการรักษาทางการแพทย์ (Beder, 2006) ซึ่งเห็นได้ว่าแม้จะมีการนำแนวคิดชีวจิตสังคม (รวมทั้งจิตวิญญาณ) มาใช้ระหว่างการบำบัดรักษา แต่เป้าหมายก็คือเพื่อส่งเสริมให้การรักษาด้วยชีว การแพทย์ประสบผลสำเร็จ และผู้เขียนยังมองว่าความคิดเช่นนี้ก็ยังหลงเหลืออยู่ในการทำงานด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ถึงแม้คำอธิบายของสังคมสงเคราะห์การแพทย์จะมีการกล่าวถึงการให้ความสำคัญของการประเมินด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial dimension) รวมไปถึงจิตวิญญาณ แต่ด้วยการสังคมสงเคราะห์นั้นได้ผันตัวเองกลายมาเป็นศาสตร์ ซึ่งเลือกสังกัดกับการแพทย์ยุคสมัยใหม่ ทำให้การมองเรื่องจิตวิญญาณถูกทำให้เป็นการมองในฐานะพัฒนาการของมนุษย์อย่างหนึ่งซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์ เช่นเดียวกับที่นักจิตวิทยาพยายามอธิบายแง่มุมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่เป็นพัฒนาการ เช่นพยายามเรื่องจิตวิญญาณผ่านมุมมองแบบพัฒนาการก่อนหลัง ผ่านทฤษฎีพัฒนาการของศรัทธา (Faith development) ของฟาวเลอร์ (James W. Fowler) มากกว่าที่จะมองไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และอำนาจเหนือธรรมชาติ (ซึ่งมีแต่นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่ให้ความสนใจในประเด็นดังกล่าว) หรือแม้จะมีการปรับใช้มิติความสัมพันธ์คน-ผีมาใช้ก็มีความเป็นไปได้ว่าเป็นการนำมาใช้ในขั้นตอนของการพยายามทำความเข้าใจมนุษย์เพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหา ซึ่งไม่ได้นำไปสู่การให้การบำบัดรักษาที่สร้างมาจากรากฐานองค์ความรู้ที่พื้นถิ่นเช่นเรื่องความสัมพันธ์คน ผี เพราะการเรียน

การสอนในชั้นเรียน ก็ยังมุ่งเน้นไปที่แนวคิดทฤษฎีที่เป็นของตะวันตกเป็นหลัก แม้แต่การพยายามทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ก็ยังไม่มียารละเอียดของการอธิบายความรู้สึกนึกคิดของคนไทยผ่านมโนทัศน์เรื่องกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์คน-ผี ซึ่งมีบทบาทอย่างยิ่งในชีวิตของผู้คนนอกรั้วโรงพยาบาลอย่างมาก

แม้คนเราจะดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่สังคมสงเคราะห์การแพทย์ยังคงมุ่งพิจารณาและแก้ไขสิ่งที่จับต้องได้ เป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นตะวันตกนิยม เช่นมุ่งวิเคราะห์ตัวตนมนุษย์ด้วยโครงสร้างของจิตของ فروยด์ พัฒนาการจิตสังคมของ อิริกสัน ทฤษฎีความผูกพันผ่านการมุ่งเน้นวิเคราะห์พฤติกรรมในระดับย่อย เพื่อให้สามารถจับต้องและทำความเข้าใจได้อย่างเป็นสากล ทว่าละเอียดซุดคำอธิบายตัวตนในมุมมองศาสนาต่าง ๆ เช่นนักสังคมสงเคราะห์ต่างรู้จักและสามารถวิเคราะห์การทำงานของจิตได้ ผ่าน อิด อีโก้ และซูเปอร์อีโก้ ทว่ากลับไม่ถูกสอนเรื่องของต้นหา³ ซึ่งพุทธศาสนาได้อธิบายความต้องการของมนุษย์เอาไว้ลึกซึ้งยิ่งกว่าความรู้ตะวันตกเสียอีก หรือนำมโนทัศน์เรื่องกรรม บุญ บาป โดยเฉพาะเรื่องบาป ซึ่งไม่ว่าศาสนาใดก็ย่อมกล่าวถึงบาปเอาไว้ อีกทั้งยังมีพลังในการอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมของมนุษย์อีกด้วย ซึ่งจุดนี้ผู้เขียนคิดว่าถ้าศาสนายังไม่สามารถดำรงอยู่ในฐานะความรู้ชุดหนึ่งของการทำงานสังคมสงเคราะห์กระแสหลัก (รวมถึงสังคมสงเคราะห์การแพทย์)แล้ว คงเป็นไปได้ยากที่ความรู้เรื่องคน-ผี จะถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้คน ทั้ง ๆ ที่ความสัมพันธ์ คน-ผี

³ กามตันหา ภาวตันหา และวิภาวตันหา (ภิกษุณิรตนธมมเจตนา, 2561)

เป็นชุดการอธิบายความเจ็บป่วยพื้นฐานของคนในวัฒนธรรมภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

สิ่งที่เกิดขึ้นคือการพยายามเบียดขับความรู้พื้นถิ่น หรือ ญาณวิทยาท้องถิ่น (Folk epistemology) และเป็นการที่ความรู้การแพทย์กระแสหลักได้กดทับความรู้ทางการแพทย์ (การรักษา) อื่น ๆ ซึ่งมีเชล ฟูโกต์ (Michael Foucault) เรียกว่าความรู้ชายขอบ (Subjugated knowledge) (ธวัช มณีผ่อง, ม.ป.ป.) ออกไป ผ่านการทำให้เป็นความรู้ชุดรอง ความรู้ของชาวบ้าน และตามที่กล่าวไว้ข้างต้น คือทำให้ความรู้ชุดรองดังกล่าวอยู่ในฐานะของความเชื่อ เช่นที่เราจะได้ยินวลี “ก็ความเชื่อ” ซึ่งมักจะถูกกล่าวออกมาด้วยน้ำเสียงที่เบาของผู้พูดอยู่เสมอ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้พูดตระหนักว่าสาเหตุของพฤติกรรมคืออะไร แต่ฉันในฐานะนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพนั้นไม่อาจนำความเชื่อ (ความรู้ของชาวบ้าน) มาใช้ในการทำงานได้นอกจากเป็นแง่มุมหนึ่งในการประเมินเท่านั้น

แม้ความรู้กระแสหลักจะทำการเบียดขับ กดทับ และลดสถานะความรู้รองให้เหลือเพียงความเชื่อ หรือศาสนาซึ่งไม่เป็นวิทยาศาสตร์เพราะว่าที่ผ่านมาความรู้แบบชีวะ-การแพทย์สามารถแสดงให้เห็นเชิงประจักษ์ว่าจัดการกับเชื้อโรคได้อย่างเด็ดขาด เช่น การปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษของหมอบรัดเลย์ แม้ในช่วงรัชกาลที่ 3 การแพทย์ตะวันตกยังไม่เป็นที่เชื่อถือเท่าใด แต่ก็ได้รับความเชื่อมั่นมากขึ้นในรัชกาลที่ 4 และรัชกาลที่ 5 ซึ่งการแพทย์จากตะวันตกกลายเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้ทันสมัย (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2550, น. 83) และชนชั้นนายยังเล็งเห็นว่าความรู้ชีวะ-การแพทย์ของตะวันตกนี้ช่วยให้รัฐสมัยใหม่ก้าวข้ามอุปสรรคเรื่องจำนวนประชากร ซึ่งไม่อาจได้มาจากการยกทัพไปกวาดต้อนมาเช่นในอดีต (ทวิศักดิ์ เฟือกสม, 2561, น. 161) แต่ต้องทำด้วยการรักษาชีวิตของประชากรที่มีอยู่ซึ่งลดจำนวนลงด้วยโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ

แต่ใช้ว่าความรู้กระแสหลักนี้จะอยู่ในสถานะที่มั่นคงตลอดไปหลังจากที่วางรากฐานในสังคมตะวันตกตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 16-18 และมีบทบาทอย่างมากในสังคมไทยในช่วง พ.ศ. 2368-2393 (รัชกาลที่ 3) เนื่องจากที่ผ่านการแพทย์ยุคสมัยใหม่ได้ถูกท้าทาย และทำให้สิ้นคลอนจากความรู้ที่ถูกเรียกว่าการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น เพราะปัจจุบันโรคร้ายไข้เจ็บที่มีนั้นเป็นโรคที่ทำให้เจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น เช่น มะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาระยะยาว ไม่สามารถทำให้หายได้เพียงการกินยา/ผ่าตัดอีกต่อไป ทำให้คนเริ่มตั้งคำถามกับประสิทธิภาพของการแพทย์ยุคสมัยใหม่เรียกว่าวิกฤตของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ อีกทั้งการรักษายังทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายสูง จึงเกิดเป็นความรู้สึกไม่พอใจต่อการรักษาจากความรู้การแพทย์ยุคสมัยใหม่ (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ม.ป.ป.)

ดูเหมือนว่าวิกฤตการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ได้ทำให้การแพทย์ในรูปแบบอื่น ๆ มีพื้นที่มากขึ้นในความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งย้อนกลับมาที่ความหมายดั้งเดิมของคำว่าแพทย์/หมอ ซึ่งในปัจจุบันคนทั่วไปรับรู้ว่าเป็นแพทย์ได้อาจ (ต้อง)เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เรียนเก่ง จึงจะสามารถเป็นแพทย์ (ในไทย) ได้ นอกจากนั้นต้องเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการฝึกฝนอย่างหนักหลายปีจนเกิดความชำนาญจึงสามารถเป็นแพทย์เพื่อรักษาคนได้ ทั้งนี้คำว่าแพทย์/หมอ ไม่ได้มีความหมายเช่นนั้นตั้งแต่แรก เพราะแพทย์คือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคร้าย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้คน ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งพระสงฆ์ นักบวช แพทย์สมุนไพร รวมไปถึงคนทรงเจ้า ซึ่งก่อนที่แพทย์สมัยใหม่จะเข้ามามีบทบาทในการอธิบายและครอบงำเรื่องของสุขภาพ เช่น ทุกวันนี้ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าทั้งทางกายหรือทางจิตถูกอธิบายจากชุด

ความรู้ที่แตกต่างกันออกไป เช่นถูกพระเจ้าลงโทษ มองว่าเกิดการเสียดุลของธาตุทั้งสี่ รวมไปถึงการที่ปฏิสัมพันธ์กับอำนาจเหนือธรรมชาติ (Superstition)

ทั้งนี้ผู้เขียนขอกล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ใช่การแพทย์สมัยใหม่ 2 ประการคือ (1) การเจ็บป่วยเกิดจากการเสียดุลของธาตุในร่างกาย และ (2) การเจ็บป่วยเกิดจากการถูกอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติกระทำ ดังนี้

สำหรับความรู้การเสียดุลของธาตุในร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นนั้น โดยส่วนมากแล้วผู้คนอาจรับรู้ว่าเป็นความคิดด้านสุขภาพของชาวจีน ซึ่งมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เน้นไปที่ความสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ถ้าเกิดการขาดสมดุลในส่วนใดส่วนหนึ่งก็จะทำให้เกิดความผิดปกติในภาพรวม ซึ่งหมายถึงการเจ็บป่วย ดังนั้นแพทย์จีนจึงมีวิธีการรักษาทั้งใช้ยาเช่นสมุนไพร และไม่ใช่ยา ได้แก่การฝังเข็ม และการนวดแบบทุยนาเพื่อปรับสมดุลในร่างกาย (ซือจิ้ง, 2546) ทว่าไม่เพียงแต่ชาวจีนเท่านั้น จากประสบการณ์ขณะทำวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนได้ทราบว่าสังคมในภาคเหนือของไทยมีความรู้และปรับใช้ความรู้ เรื่องสมดุลของธาตุทั้งสี่ในการอธิบายการเจ็บป่วยรวมทั้งการบำบัดรักษาทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยการกินยาหม้อ “หมอเมือง” จะเป็นคนวินิจฉัยสมดุลของธาตุภายใน ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และจัดยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วย เช่น คุณป้าท่านหนึ่งเล่าให้ผู้เขียนฟังว่าหลังจากที่ตนเองแยกทางกับสามี รู้สึกว่าไม่อยากจะทำอะไรเพื่อการมีชีวิต ซึ่งถ้าผู้เขียนในฐานะอาจารย์สังคมสงเคราะห์ภายใต้ชีวิตการแพทย์คงจะบอกนำไปพบแพทย์เพื่อทานยาต้านซึมเศร้า แต่คุณป้ากลับบอกว่าที่ตนไม่สบายนั้นเป็นเพราะธาตุในร่างกายเสียดุล รักษาหายด้วยการกินยาสมุนไพร ร่วมกับการพูดคุยกับเพื่อนบ้านซึ่งพอจะมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและสุดท้ายก็หายจากความไม่สบายใจดังกล่าว ซึ่งความรู้และปฏิบัติการ

เช่นนี้พบได้ทั่วไปในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะภาคเหนือหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น

ความรู้ด้านสุขภาพประชากรต่อมา คือ การอธิบายว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งหมายถึงสิ่งที่วิทยาศาสตร์ไม่สามารถพิสูจน์ได้และถูกลดสถานะเป็นความเชื่อ ความเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางกายรวมถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้คนอาจเกิดจากการไปล่วงละเมิดบรรทัดฐานของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ หรืออาจจะปฏิบัติต่อผีบรรพบุรุษ (ซึ่งจัดเป็นผีฝ่ายดี) ได้ไม่ดีเพียงพอ อาจจำเป็นต้องทำพิธีกรรมต่าง ๆ ตามมา โดยจะต้องไปขอความช่วยเหลือจากเมื่อซึ่งมีความสามารถในการติดต่อกับผีได้ เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น เป็นการกระทำของผีตายโหง ผีปอบ เป็นต้น (สามารถ ใจเตี้ย และ วรางคณา สินรุยา, 2562, น. 165) เพื่อนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง หรือในสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนืออาจอ้อนวอนให้ผีฟ้ามาช่วยรักษาผ่านหมอลำผีฟ้า (ภัทรลดา ทองแถว และ สุวัตนา เลี่ยมประวัตติ, 2563, น. 227) หรืออาจถูกผีฝ่ายร้ายทำร้าย หรือบางคนที่เลี้ยงผีเพื่อให้การทำมาค้าขายเจริญรุ่งเรือง แต่เลี้ยงผีกะไม่ดี ผีก็จะกะกินคนในครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้

ดังนั้นเราจะเห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพของมนุษย์นั้นแม้จะอยู่ภายใต้ชุดการอธิบายของชีวะการแพทย์มาเป็นเวลานาน แต่ก็ไม่สามารถรองรับวิธีการอธิบาย การทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ เพราะในสังคมยังปรากฏให้เห็นชุดความรู้อื่น ๆ ที่แม้จะถูกกดให้อยู่ในฐานะความรู้รอง ความรู้ชายขอบแต่ก็ยังมีบทบาทในพื้นที่ของตนเองอยู่อย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ความรู้ของจีนและไทยเท่านั้น แต่ในต่างประเทศมีงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้พลังอำนาจที่วิทยาศาสตร์ไม่ยอมรับในการรักษาเยียวยาผู้คน ซึ่งจะขอกกล่าวถึงดังต่อไปนี้

สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีงานวิจัยเรื่อง Medical Pluralism Traditional Healing Practices and the Partido Albularyo: Challenge in Inclusion ได้ศึกษาวิธีการรักษาความเจ็บป่วยโดยใช้ความรู้พื้นถิ่นของชาวฟิลิปปินส์ โดยมีกระบวนการรักษาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของความเจ็บป่วย เช่น การรักษาหนึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ ผู้รักษาเผากระดาษ (ที่ถูกเขียนข้อความบางอย่างลงไป) แล้วนำควันไปสัมผัสกับร่างกายในบริเวณที่มีความเจ็บป่วยจนกระดาษเผาไหม้หมด จากนั้นเติมน้ำลงไป ในซีเล้า แล้วให้ผู้ป่วยดื่ม และใช้นิ้วมือสัมผัสที่ศีรษะของผู้ป่วย ค่อย ๆ นวด และดึงเอาวิญญาณที่ไม่ดีออกจากคน ๆ นั้น เป็นต้น (Rebuya et al., 2020)

ในกรณีของไทย ซึ่งประสบการณ์จากภาคสนามของผู้เขียนมีความคล้ายคลึงกับวรรณกรรมทั้งทางวิชาการและเรื่องที่คนทั่วไปในภาคเหนือรับรู้ ผู้คนส่วนหนึ่งมักจะพยายามอธิบายความเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตที่เกิดขึ้นด้วยความรู้จากกรอบความสัมพันธ์คน-ผี (หรือกรอบการอธิบายอื่น ๆ เช่นสมดุลงของธาตุในร่างกาย) ก่อนเป็นอันดับแรก โดยการไปขอคำแนะนำจากผู้ที่มีความสามารถเป็นร่างทรงหรือม้าขี่ของผีฝ่ายดีต่าง ๆ เพื่อให้ร่างทรงได้เชิญผีฝ่ายดีนั้น ๆ ลงมาประทับในตัวเองและวินิจฉัยความเจ็บป่วย ซึ่งอาจเกิดจากการถูกผีฝ่ายร้ายกระทำ การที่คน ๆ นั้นมีพฤติกรรมที่ผิดจากบรรทัดฐานของสังคม การบนบานศาลกล่าวแล้วไม่ได้บนตามที่ให้สัญญา การเลี้ยงผีบางอย่างที่กล่าวเอาไว้ข้างต้น รวมไปถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา หรือในกรณีที่ไม่ได้เจ็บป่วย แต่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเช่นการไม่สบายใจ ร่างทรงก็จะสามารถให้คำตอบและคำแนะนำกับพวกเขาและเธอได้ ทั้งนี้แนวทางการแนะนำอาจไม่ใช้การให้การปรึกษา แต่เป็นการบอกถึงวิธีการ/บอกแนวโน้มของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้ทราบ

นอกจากนั้นยังมีความไม่สบายทางจิตใจอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่ได้เป็นผลมาจากการทำผิดบรรทัดฐานใด ๆ ทว่าก็เป็นสิ่งที่สามารถทำให้คน ๆ หนึ่งมีความผิดปกติทางกาย-จิตใจ และพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับยอมเป็นร่างทรง กล่าวคือมีผู้คนเคารพนับถือนั้นไม่ได้มีร่างทรงเพียงคนเดียวแต่สามารถมีร่างทรงหลายร่างได้ในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ยังต้องมีการคัดเลือกร่างที่เหมาะสมที่จะใช้เป็นตัวกลางในการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือผู้คนที่เคารพและศรัทธา ซึ่งโดยทั่วไปก็จะสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น เช่น รุ่นทวดเคยเป็นร่างทรง ลูกหลานก็มีโอกาสที่จะถูกผีนั้น ๆ เลือกให้เป็นร่างทรงของตนเองได้เช่นกัน (ทั้งชาย-หญิง-เพศสภาวะอื่น ๆ) ซึ่งคนที่ได้รับเลือกมักจะมีสัญญาณบ่งชี้คือการเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางกาย หรือทางจิตใจร่วมด้วยในช่วงที่เป็นวัยรุ่นตอนต้น และจากที่ผู้เขียนเคยพูดคุยกับร่างทรง ร่างทรงคนหนึ่งบอกว่าการที่ผีที่เราเคารพนับถือมาเลือกเรานั้น ตอนแรกก็ไม่ได้อยากเป็น เพราะเราไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธ เพราะถ้าไม่ยอมรับ ความเจ็บป่วยที่มีอยู่ก็จะไม่หายไปโดยง่าย และเมื่อเป็นแล้วก็ต้องเป็นตลอดชีวิต และการเป็นร่างทรงในช่วงต้นก็จะถูกตรวจสอบจากผู้ที่เคารพนับถือจนเกิดเป็นฉันทามติขึ้น นอกจากนี้ยังเป็น การเปลี่ยนสถานะทางสังคมของเราไปด้วย

ในการเข้าภาคสนามครั้งหนึ่งเมื่อช่วงปี พ.ศ.2557 ผู้เขียนได้มีโอกาสไปพบกับคนทรงคนหนึ่งที่อยู่รอบนอกในอำเภอหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ และการได้พูดคุยกันทำให้เกิดข้อสรุปเบื้องต้นข้อหนึ่งในขณะที่ Superstition ซึ่งมักถูกคนในวิทยาศาสตร์ผลักให้เป็นเรื่องของความเชื่อซึ่งไม่ตั้งอยู่ในหลักของวิทยาศาสตร์ ไม่ได้มีสถานะเป็นศาสตร์ ไม่ใช่องค์ความรู้ (Knowledge) แต่เป็นความเชื่อ (Belief) ในมุมมองของคนที่เป็นร่างทรงและทำหน้าที่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพกาย จิตของผู้คนที่มาใช้บริการนั้นกลับมองว่าการแพทย์ยุคสมัยใหม่

มีสถานะเป็นทางเลือกของการบำบัดรักษาหนึ่ง ซึ่งถ้าหากว่าสาเหตุของการเจ็บป่วย ความไม่สบายที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรมแล้ว ก็มีความจำเป็นที่จะต้องแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลในตัวเมือง

ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้าร่วมฟังการแลกเปลี่ยนทางวิชาการและได้รู้จักกับบทความชิ้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องความเชื่อของชาวพุทธและพิธีกรรมไล่ผีของคนเวียดนามอย่างสั้น ๆ ด้วยความสนใจและความเกี่ยวข้องกับคุณนิตินิพนธ์ของผู้เขียน จึงได้สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจนมาพบกับบทความวิจัยชิ้นดังกล่าว โดยผู้ประพันธ์ Nguyen (2014) ได้กล่าวว่าความรู้เรื่องเกี่ยวกับการไล่ผีและพุทธศาสนานั้นเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ คือ (1) ถ้านักสังคมสงเคราะห์มีความใจเรื่องศาสนา ความเชื่อทางจิตวิญญาณ และประเพณีที่มากเพียงพอจะทำให้สามารถบูรณาการมิติทางจิตวิญญาณในการเข้าไปประเด็นด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น (2) หากนักสังคมสงเคราะห์สามารถเข้าใจแนวคิดเรื่องพลังของหัวใจ (Tam Loung) จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์อย่างมาก เพราะถ้านักสังคมสงเคราะห์นำแนวคิดเรื่องการไม่เห็นแก่ตัว (Selflessness) และ ความเมตตา/ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) มาใช้กับผู้ใช้บริการแล้ว ผู้ใช้บริการมีแนวโน้มที่จะรู้สึกพึงพอใจกับการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์มากขึ้นกว่าคนที่ไม่ได้ใช้แนวคิดดังกล่าว (ผู้เขียนเข้าใจว่า Nguyen อาจมองว่านักสังคมสงเคราะห์ทำตัวภายใต้แนวคิดแบบปฏิฐานมากเกินไป ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าคุณค่าคือเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ แต่ในการทำงานกลับพยายามแยกตัวเอง “ผู้ปฏิบัติงาน” ออกจากคุณค่าทั้งปวงเหมือนนักวิจัยที่ต้องล้างตัวให้สะอาดก่อนเข้าภาคสนาม) และ (3) ความรู้เกี่ยวกับการเยียวยาบนพื้นฐานของพุทธศาสนาอาจสามารถนำมาพัฒนาเป็นรากฐานในการให้การปรึกษา (การปรึกษาเชิงพุทธ) การทำกรรมนึ่งสมาธิ และ

วิธีการทางความคิด-กาย-และวิญญาณมาใช้เพื่อรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ (Nguyen, 2014, p. 45) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงตัวอย่างของการพยายามทำงานแบบข้ามศาสตร์ของนักสังคมสงเคราะห์ในประเทศเวียดนาม

ย้อนกลับมาที่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยซึ่งดูเหมือนว่าจะยังไม่ขยับกรอบคิด-วิเคราะห์ไปถึงขั้นที่ทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการรวมทั้งหลังมนุษยนิยมเสนอเอาไว้ได้ เพราะในขณะที่เครือข่าย-ผู้กระทำการพยายามสลายเส้นแบ่งผู้กระทำการที่เป็นคนออกจากสิ่งที่ไม่ใช่คนและการแยกความรู้ออกจากความเชื่อ (เหมือนที่เรเน่-เดสการ์ตแยกกาย-จิตออกจากกันอย่างอิสระ) แต่สังคมสงเคราะห์ ซึ่งแม้จะเป็นสาขาวิชาที่ให้ความสำคัญกับประเด็นคุณค่าความเชื่อ และวัฒนธรรม⁴ ก็ยังไม่สามารถขยับกรอบการทำงาน ซึ่งผู้เขียนหมายถึง การยอมรับเอากรอบคน-ผี และอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ศาสตร์มาอธิบายพฤติกรรมมนุษย์และนำมาเป็นทางเลือกหนึ่งของบริการได้อย่างเต็มตัว อย่างมากที่สุดที่มีการถ่ายทอดในรูปแบบงานวิชาการก็คือการนำแนวคิดเรื่องศาสนาเข้ามาทำงานเพื่อเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อให้เกิดการปล่อยวางและยอมรับความจริง (วัชรภรณ์ คำแสน และ มาตี ลิมสกุล, 2564, น. 45) เพราะนอกจากราก-ต้นกำเนิดที่เกิดขึ้นจากการเป็นฝ่ายสนับสนุนให้การรักษาของแพทย์ยุคสมัยใหม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแล้ว แนวคิดเรื่องมนุษยนิยม (Humanism) ที่เป็นหลักสำคัญของการเรียนสังคมสงเคราะห์ในปัจจุบันก็เป็น

⁴ สมาคมแห่งชาติของนักสังคมสงเคราะห์ (NASW) กล่าวว่า นักสังคมสงเคราะห์จะต้องระมัดระวังผลกระทบจากการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นคุณค่า วัฒนธรรม ความเชื่อและปฏิบัติการทางศาสนาของผู้ใช้บริการ (National Association of Social Workers, n.d. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>).

อีกหนึ่งอุปสรรคที่ทำให้การขยับรอบการทำงาน (รวมถึงการเรียน) ไปสู่การทำงานเชิงข้ามศาสตร์

คำวามนุษยนิยมน่าจะเป็นคำที่นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ยุคปัจจุบันคุ้นเคย แม้จะไม่ได้เรียนในหัวข้อนี้โดยตรง แต่นักศึกษาย่อมพบเจอแนวคิดดังกล่าวจากการเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ เช่นแนวคิดลำดับขั้นพัฒนาการของอับบราฮัม มาสโลว์ (Abraham H. Maslow) ซึ่งเป็นคนที่ผลักดันจิตวิทยามนุษยนิยม (Humanistic Psychology) มาตั้งแต่ยุค ค.ศ. 1960-1980 (Resnick & Serlin, 2001) หรือเนื้อหาเรื่องอัตถิภาวนิยม (Existentialism) จากวิชาการให้การปรึกษา อย่างไรก็ตาม เราไม่อาจเข้าใจมนุษยนิยมจากมุมมองเชิงจิตวิทยาเท่านั้น แต่ต้องทำความเข้าใจผ่านมุมมองของสาขาอื่น รวมถึงเข้าใจการมองแบบหลังมนุษยนิยมจึงจะทำให้เราสามารถวิพากษ์ถึงข้อจำกัดและการเบียดขับชุดความรู้อื่น ๆ รวมทั้งการลดความสำคัญของผู้กระทำกรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มนุษย์ออกไป

มนุษยนิยมไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นมาลอย ๆ ทว่ามีช่วงเวลาที่ถูกกำเนิดขึ้นตั้งแต่ยุคแสงสว่างแห่งปัญญา (Enlightenment) (สุรเดช โชติอุดมพันธ์, 2562, น. 444) หรือในกรณีของสาขาวิชาจิตวิทยา มนุษยนิยมมีสถานะเป็นเหมือนกลุ่มแนวคิดหนึ่งท่ามกลางแนวคิดจิตวิทยาที่หลากหลาย สำหรับผู้เขียนแล้วมองว่ามนุษยนิยมเกิดขึ้นมาจากการท้าทายยุคสมัยที่ความรู้ของศาสนามีอิทธิพลอย่างมาก ซึ่งในขณะนั้นหลายอย่างในสังคมตะวันตกถูกอธิบายผ่านมุมมองของศาสนาทั้งหมด แม้กระทั่งโลกยังถูกว่าเป็นศูนย์กลางของจักรวาลเป็นต้น ดังนั้นชีวิตของมนุษย์จึงไม่เคยเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง เพราะถูกเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเราเป็นแผนการของพระเจ้า หรือในสังคมไทยอาจมองว่าเป็นเพราะกรรมเก่าในชาติปางก่อนที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือป่วย

ด้วยโรคจิตเวช ซึ่งมนุษย์ไม่อาจต่อรองกับสิ่งที่ถูกกำหนดเอาไว้แล้วได้ ดังนั้น มนุษยนิยมจึงให้ความสำคัญกับศักยภาพของมนุษย์อย่างมาก

ในอีกความหมายหนึ่ง มนุษยนิยมคือแนวคิดการเอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Human-Centered Approach) เหมือนกับการที่นักสังคมสงเคราะห์ ยึดเอาผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Approach) มนุษยนิยม อาจไม่ได้มองว่ามนุษย์แยกขาดออกจากสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติเสียทีเดียว แต่มุ่งมองต่อการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์นิยมหลายประการก็ไม่เปิดรับความเชื่อมโยงกับธรรมชาติ รวมไปถึงมิติทางจิตวิญญาณ เช่น มนุษยนิยมไม่เชื่อว่าจะมีอะไรที่ดำรงอยู่หลังจากที่ร่างกายของเราได้ตายลงไปแล้ว กล่าวคือไม่มีชีวิต หลังความตายใด ๆ ส่วนจิตใจ (Mind) สามารถเติบโตได้เหมือนกับที่ร่างกายเรา เจริญเติบโต ได้รับบุคลิกภาพจากพ่อและแม่ และสามารถเจ็บป่วยได้เมื่อติดเชื้อ และการใช้สารเสพติด จิตใจเชื่อมต่อกับสมอง ดังนั้นมนุษย์นิยมจึงไม่เชื่อว่ามี ความเป็นไปได้ที่จิตของเราจะแยกเป็นอิสระจากสมอง (Copson, 2015) มนุษยนิยมคือแนวคิดที่เชื่อในศักยภาพของมนุษย์อย่างแท้จริงซึ่งมีเหตุผล สามารถสร้างทางเลือกและมีการกระทำที่เป็นอิสระ มนุษย์จะไม่ได้รับอิทธิพลจากสัตว์ที่เหนือกว่า เช่นพระเจ้า ศาสนา และผีสิง เทวดา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Payne, 2011)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า มนุษยนิยมที่นักสังคมสงเคราะห์ยึดถืออยู่นั้นยากที่จะ เปิดรับภววิทยาแบบอื่น ๆ นอกจากวิทยาศาสตร์ หลัก-เหตุผล รวมไปถึงการให้ความสนใจไปที่ผู้กระทำการที่เป็นมนุษย์ ตัวอย่าง นักสังคมสงเคราะห์ที่ยึดถือ มนุษยนิยมเป็นหลักสำคัญในการทำงานสังคมสงเคราะห์จะไม่สามารถเชื่อได้ว่า บุคลิกภาพของใครสักคนจะสามารถไปคล้ายกับคนในครอบครัวที่เคยมี ปฏิสัมพันธ์กันมาก่อนได้ (เช่น การกลับชาติมาเกิดหรือการเป็นร่างทรงของผี ซึ่งในชุมชนจะมีการยืนยันอัตลักษณ์ของผีที่มาประทับร่างอย่างเข้มข้น สามารถ

ตรวจสอบได้ว่าผีที่มาทรงนั้นเป็นของจริงหรือเรื่องที่คน ๆ นั้นอุปโลกขึ้นมาได้อีกด้วย) เพราะนักสังคมสงเคราะห์ถูกฝึกฝนให้เข้าใจบุคลิกภาพผ่านแนวคิดของพรอยด์ และ อิริกสัน อย่างเข้มข้น และแน่นอนว่าทั้งสองทฤษฎีต่างมองว่าบุคลิกภาพของมนุษย์พัฒนาขึ้นมาตามช่วงวัยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมเช่นพ่อแม่ คนเลี้ยงดู ครู เพื่อน ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่มีบทบาทในการหล่อหลอมบุคลิกภาพนั้นสามารถเห็นได้เชิงประจักษ์ ในขณะที่กลุ่มแนวคิดหลังมนุษย์นิยมให้ความสำคัญกับผู้กระทำอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มนุษย์ และ ANT เน้นการสืบค้นไปที่ระบบความสัมพันธ์ในสังคมที่เชื่อมต่อ ประสานกันของผู้กระทำต่าง ๆ มีความหลากหลาย (Donovan, 2014) และมนุษย์เราดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางเครือข่ายที่ซับซ้อน ไม่ตายตัว และไม่ได้จำกัดเฉพาะสิ่งกับมนุษย์ เช่น ผู้ใช้บริการกับคนในครอบครัว ผู้ใช้บริการกับโรงพยาบาล แต่หมายถึงทั้งสิ่งที่มีชีวิต สัตว์ วัตถุ และเทคโนโลยี

มากไปกว่านั้น สำหรับมนุษย์นิยม คำว่ามีมิติจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) นั้นมีความหมายถึงการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตและการเชื่อว่าบุคลิกภาพของมนุษย์ถูกประกอบขึ้นจากบูรณาการประสบการณ์ที่หลากหลาย (Payne, 2011) หรือสำหรับวงการแพทย์ ซึ่งเริ่มมีการให้ความสำคัญกับมิติทางจิตวิญญาณในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในช่วงต้น ค.ศ. 1990 นั้น มีความพยายามกำหนดนิยามของมิติทางจิตวิญญาณหลายต่อหลายครั้ง เช่นในการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการพัฒนามิติทางจิตวิญญาณในการดูแลบุคคลอย่างองค์รวมเมื่อปี ค.ศ. 2013 ได้กำหนดนิยามของจิตวิญญาณเอาไว้ว่า จิตวิญญาณคือการเปลี่ยนแปลงและเป็นธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ โดยที่บุคคลจะค้นหาความหมายสูงสุด จุดประสงค์ สิ่งที่อยู่นอกเหนือความรู้ความเข้าใจของมนุษย์ ประสบการณ์ที่

เกี่ยวข้องกับตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่น ๆ ชุมชน สังคม ธรรมชาติ และ สิ่งศักดิ์สิทธิ์⁵ ซึ่งจิตวิญญาณจะแสดงออกผ่านความเชื่อ คุณค่า ประเพณี และการกระทำ (Puchalski et al., 2014) ซึ่งถ้าปรับเปลี่ยนวิธีการอธิบายดังกล่าว มาในวิถีของ ANT ก็อาจได้มุมมองว่าการดำรงอยู่ของมนุษย์คนดังกล่าว ซึ่งอาจจะเป็นผู้ใช้บริการของเรา วางอยู่บนเครือข่ายของผู้กระทำกรที่ หลากหลาย ทั้งมนุษย์และไม่ใช่มนุษย์ และสิ่งนี้จะช่วยขยายมุมมองต่อ พฤติกรรม การแก้ไขปัญหาของผู้ใช้บริการได้อย่างมาก ทำให้สามารถหาวิธีการ ทำงานที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับเครือข่ายที่มนุษย์คนนั้นดำรงอยู่ในเงื่อนไข หนึ่ง ๆ

ดังนั้น การนำศาสนา การทำสมาธิ และการขอขมาของนักสังคม สงเคราะห์ทางการแพทย์ของไทยมาใช้ในผู้เขียนเห็นว่าต่างจากการนำศาสนา และความสัมพันธ์คน-ผีของนักสังคมสงเคราะห์ในประเทศเวียดนาม เพราะ สำหรับไทยแล้วเป็นการนำมาใช้โดยแม้จะมีความพยายามก้าวออกจาก ความเป็นศาสตร์ในแง่ของชื่อที่เรียก (คือ มองว่าสมาธิคือเรื่องศาสนา ไม่ใช่ วิทยาศาสตร์) แต่ก็ยังติดกรอบชีวะ-การแพทย์ในแง่ของการอธิบาย เพราะสมาธิ (ในศัพท์ของพุทธศาสนา)ได้ถูกอธิบายและทำความเข้าใจผ่านสาขาวิชาจิตวิทยา ซึ่งสุดท้ายโยงกระบวนการเกิดสมาธิไปที่การลดการเปลี่ยนแปลงการสั้นสะเทือน ของสมอง อีกทั้งสมาธิยังถูกทำให้กลายเป็นความรู้ทั่วไปที่ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ทุกเพศ ทุกวัย ทุกศาสนา (พิงเนตร สฤตดิ์นรินทร์ และ อาคม อารยาวิชานนท์,

⁵ ในบทความต้นฉบับมาจากคำว่า Sacred ซึ่งหมายถึงสิ่งที่เป็นที่สักการะในทางศาสนา ซึ่งอาจมี ความหมายที่ต่างจาก Superstition ซึ่งมีความหมายในเชิงความเชื่อทางไสยศาสตร์ ซึ่งในบทความ นี้ผู้เขียนจัดความสัมพันธ์คน-ผี เอาไว้เป็น Superstition

2564) ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าภาวะชิวะ-การแพทย์ได้พยายามตัดเงื่อนไขทางวัฒนธรรมออกไป ซึ่งยิ่งตอกย้ำมิติทางวัฒนธรรมของมนุษย์ให้ลงไปอีก

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้เขียนไม่ได้ต้องการให้สังคมสงเคราะห์ทั้งสถานะที่เป็นสาขาวิชาและตำแหน่งงานปฏิเสธองค์ความรู้ของชิวะ-การแพทย์ เพราะแท้จริงแล้ว ANT และมานุษยวิทยาพันมนุษย์ไม่ได้ปฏิเสธชิวะ-การแพทย์ ทั่วๆไปต้องการให้ขยายกรอบในการทำความเข้าใจต่อสังคมและมนุษย์ในสังคมรวมไปถึงการวางแผนเพื่อออกแบบกระบวนการรักษา-แก้ไข้ปัญหาของผู้ใช้บริการ หรืออย่างน้อยอาจขยายขอบเขตองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้พ้นจากกรอบชิวะ-การแพทย์และมนุษย์นิยมที่เน้นบทบาทของมนุษย์ในฐานะผู้กระทำการมากเกินไป ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ใกล้เคียงกับความคิดหนึ่งของปริยานุช โชคธนะวิเศษย์ (2563) ซึ่งเสนอว่าสถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพนอกจากจะต้องพัฒนารูปแบบการบำบัดทางคลินิกเพิ่มเติมแล้ว ควรให้ความสำคัญกับการบำบัดพื้นถิ่น (Indigenous approach)

สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ไม่ควรแบ่งแยกความรู้และความเชื่อออกจากกัน แต่ควรมองทั้งความรู้และความเชื่อให้มีความเท่าเทียมกัน (Equality) มากขึ้น ผู้กระทำการเปลี่ยนแปลงไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นมนุษย์เสมอไป ซึ่งส่งผลให้สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์ต้องสอนความรู้เรื่องผู้กระทำการที่ไม่ใช่มนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ การใช้ชีวิต การแสดงออกถึงชีวิตทางสังคมของผู้ใช้บริการให้นักศึกษาเข้าใจมากขึ้นด้วย เพราะถ้าไม่เช่นนั้นแล้ว เราก็จะพบกับลักษณะของการทำงาน แทรกแซงด้านสุขภาพของนักสังคมสงเคราะห์ที่วางอยู่บนแนวคิดว่าการแพทย์สมัยใหม่คือสิ่งที่ถูกต้อง และมองว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ที่นอกเหนือชิวะ-การแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่ควรพิจารณาอย่างถี่ถ้วน นักสังคมสงเคราะห์พึงตระหนักว่าชิวะ-การแพทย์

แพทย์พื้นบ้าน ศาสนา อำนาจเหนือธรรมชาติ ก้อนหิน พระพุทธรูป รูปปั้นรูปเคารพ เป็นทางเลือกที่มีสถานะเท่าเทียมในมิติสุขภาพ สภาวะหนึ่ง ๆ ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นอย่างใด ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตเกิดขึ้นจากเครือข่ายของผู้กระทำต่าง ๆ ที่หลากหลายและซับซ้อนมากกว่าการแบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นระดับที่ใกล้เคียง เช่นในทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) เหมือนกัน ที่ร่างทรงบอกว่าบางกรณีตนก็ต้องแนะนำให้ผู้ที่มาขอความช่วยเหลือไปพบจิตแพทย์ ดังนั้นสิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์ควรพิจารณาคือวิธีการรักษาใดที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้บริการมากที่สุดผ่านการเปิดกว้างปัจจัยต่าง ๆ รอบตัวมนุษย์ที่หลากหลายกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

- กิติพัฒน์ นนทปัทมาศกุลย์. (2562). บทวิจารณ์หนังสือ Handbook of health Social Work. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 27(2), 228-253.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2559). ศาสตร์-อศาสตร์: มานุษยวิทยา ณ จุดเปลี่ยนทางภววิทยา. ใน จันทน์ เจริญศรี (บ.ก.), *ศาสตร์-อศาสตร์*. (น. 116-141). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ชื่อจิ่ง. (2546). การแพทย์จีนในศตวรรษที่ 21. *วารสารการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก*, 1(1), 91-93.
- ทวิศักดิ์ เผือกสม. (2561). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์ การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ธวัช มณีผ่อง. (ม.ป.ป.). *ความรู้ชายขอบ ความรู้ที่ถูกกดทับ*. สืบค้นจาก <http://www.shi.or.th/download/category/10/1/>

- ปรียานุช โขชนวนวิชัย. (2563). รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิก และแนวทางการพัฒนา. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(1), 117-152.
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ (2550). ใน โภโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วรพงษ์ เวชมาลีนนท์, นางลักษณั์ ตรงศีลสัตย์, ชาติชาย มุกสง และ วรัญญา เพ็ชรคง (บ.ก.), *สันติ-สุขภาวะ สันติวิธีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- พิงเนตร สฤชธีรินทร์ และ อาคม อารยาวิชานนท์. (2563). สมานิบำบัดทางการแพทย์. *วารสารสรรพสิทธิเวชสาร*, 41(1), 29-40.
- ภัทรลดา ทองแถว และ สุวัตนา เลี่ยมประวัตติ. (2563). บทบาทความเชื่อเรื่อง ผีต่อสังคมอีสาน กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 15(2), 221-236.
- ภิกษุณีนันทนธมมเจตนา (ธัมมเมธา). (2561). การอธิบายตีความต้นเหตุด้วยหลัก เทศนาหาระ. *วารสารปรัชญาปริทรรศน์*, 23(2), 1-9.
- ยกศักดิ์ ต้นติปิฎก. (ม.ป.ป.). *ปรากฏการณ์แพทย์ทางเลือก พหุลักษณะทางการแพทย์ ในยุคสมัยใหม่*. สืบค้นจาก <http://www.shi.or.th/download/category/10/1/>
- วสันต์ ปัญญาแก้ว. (2564). *มานุษยวิทยาไซเบอร์กว่าด้วยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ เครื่องจักรและสมองกล*. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. สืบค้นจาก. https://youtu.be/kAQK_6j5E38
- วัชรภรณ์ คำแสน และ มาตี ลิ้มสกุล. (2564). บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ ในการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(1), 29-67.

- สามารถ ใจเตี้ย และ วราภคณา สิ้นธยา. (2562). ฝึก้านนามิตีสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนครสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 162-169.
- สุรเดช โชติอุดมพันธ์. (2562). *นวัตวิถี: วิถีวิทยาร่วมสมัยในการศึกษาวรรณกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยามปริทัศน์ จำกัด.
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. New York: Taylor & Francis Group.
- Copson, A. (2015). *What is Humanism: The Wiley Blackwell Handbook of Humanism*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Donovan, K. P. (2014). 'Development' as if We Have Never Been Modern: Fragments of a Latourian Development Studies. *Development and Chand*, 45(5), 869-894.
- Hassan, S.M. (2016). Medical Social Work: Connotation, Challenges, and prospects. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 36(1), 495-504.
- Nguyen, H. (2014). Buddhism-Based Exorcism and Spirit-Calling as a Form of Healing for mental Health problems: Stories from Vietnam. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33, 33-48.
- Payne, M. (2011). *Humanistic Social Work*. Retrieved from http://global.oup.com/us/companion.websites/fdscontent/uscompanion/us/static/companion.websites/9780190615246/C10_Final_Human.doc
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching

National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.

Rebuya, N. R., Lasarte, E. S., & Amador, M. M. A. (2020). Medical Pluralism, Traditional Healing Practices, and the Partido Albularyo: Challenge in Inclusion. *Open Journal of Social Sciences*, 8, 72-79.

Resnick, S., Arthur, W., & Serlin, I. (2001). The Humanistic Psychology and Positive Psychology Connection: Implications for Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology-Journal of Humanistic Psychotherapy*, 41, 73-101.