

วัฒนธรรมกับสุขภาพ¹

พัชรินทร์ สิริสุนทร²

ความนำ

การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ทางสุขภาพ เป็นประเด็นการศึกษาที่นักสังคมศาสตร์การแพทย์ ทั่วโลกให้ความสำคัญมาตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 18 หลังการปฏิวัติฝรั่งเศส ติดตามด้วยการปฏิวัติอุตสาหกรรมและการเติบโตของระบบทุนนิยม จนทำให้ทั่วโลกต้องเผชิญกับปัญหาสังคมมากมาย อาทิ ปัญหาความยากจน ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต

กระแสการพัฒนาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติด้านสังคมและวัฒนธรรม สะท้อนข้อจำกัดของกระบวนทัศน์สุขภาพแบบเก่าที่ให้ความสำคัญกับทฤษฎีเชื้อโรคและการรักษาอาการป่วยมากกว่าการดูแลสุขภาพของบุคคลและสังคมแบบองค์รวม ข้อจำกัดของกระบวนทัศน์สุขภาพแบบเก่า ผนวกกับหลักฐานเชิงประจักษ์มากมาย ที่เกิดขึ้น ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นปัจจัยสำคัญที่นำมาซึ่งแนวคิดเรื่องสุขภาพอนามัยที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เนื่องจากพบหลักฐานและกรณีศึกษามากมายที่สนับสนุนว่า ปัญหาสุขภาพบางประเภทเกิดกับบุคคลบางอาชีพ บางวัฒนธรรม หรือบางกลุ่ม ชชาติพันธุ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับสุขภาพของบุคคล กลุ่ม และสังคม

ในช่วงศตวรรษที่ 20-21 สภาพปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับพลเมืองโลก สะท้อนให้เห็นถึงความผิดพลาดของมโนทัศน์และนโยบายสุขภาพที่ผ่านมา ตลอดจนข้อจำกัดของแนวความคิดด้านสุขภาพและการปฏิบัติาระดับพื้นที่ ที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของคนบางกลุ่มในสังคม ซึ่งมีมูลเหตุปัจจัยมาจากข้อจำกัดของระบบสุขภาพ ตั้งแต่หลักสูตรจนถึงองค์ความรู้และ การปฏิบัติการเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของบุคคล ที่วางอยู่บนความไม่รู้และการขาดความเข้าใจในปัจจัยด้านวัฒนธรรม ได้แก่ วิถีชีวิต พฤติกรรม สุขภาพและระบบความเชื่อ ตลอดจนปัญหาการขาดจรรยาบรรณในหมู่นักวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในแวดวงสุขภาพแขนงต่างๆ

ผู้บรรยายต้องการชี้ให้เห็นถึง รากเหง้าของ ปัญหาสุขภาพ ที่เชื่อมโยงระหว่างกระบวนทัศน์สุขภาพแบบเก่าที่ละเลยมิติทางวัฒนธรรม ที่นำมาซึ่งนโยบายสุขภาพที่ออกแบบ ระบบบริการ ซึ่งละเลยการบูรณาการ

¹ เอกสารประกอบการบรรยายหัวข้อ “วัฒนธรรมกับสุขภาพ” ให้แก่นิสิตปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วันที่ 26 เมษายน 2559

² รองศาสตราจารย์, ดร. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

องค์ความรู้จากศาสตร์แขนงต่างๆ การทำงานร่วมกันอย่างเท่าเทียมของสหวิทยาการ และการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ซึ่งบูรณาการทั้งองค์ความรู้ วิธีวิทยา ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมระบบสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาพของคนในสังคมอย่างเท่าเทียม เป็นธรรม และยั่งยืน

นอกจากกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบเก่า จะนำมาสู่ข้อจำกัดในระดับนโยบายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อรูปแบบและลักษณะของระบบบริการสุขภาพในระดับปฏิบัติการ ที่เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคลด้วย การที่ระบบสุขภาพมีลักษณะพิเศษของอุปสงค์ ซึ่งในบางกรณีกลไกของระบบตลาดแบบทุนนิยม ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มคนด้อยโอกาส ทำให้ระบบคิดสุขภาพแบบแยกส่วนของกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบเก่า ถูกนำมาใช้ในบางสังคม เพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพที่ไม่ได้มีฐานคิดของการแพทย์แบบองค์รวม ในบางกรณีผู้บริหารระบบสุขภาพที่ขาดจริยธรรม ใช้เพื่อตักตวงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในระดับการบริหารจัดการ และใช้เพื่อกระจายผลประโยชน์อย่างไม่เป็นธรรมของผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสุขภาพในเชิงแพทย์พาณิชย์

โดยสรุป คุณลักษณะพิเศษของระบบสุขภาพ ที่ทำให้กระบวนการทัศน์แบบเก่า ควรถูกปรับเปลี่ยนประกอบด้วย

- ความไม่มีเหตุผลทางเศรษฐกิจของผู้บริโภคสินค้าสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความไม่รู้ ไม่สนใจ ไม่ตระหนัก หรือไม่รับรู้ว่าตนเองป่วย นอกจากนี้ การเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งเป็นที่รักทำให้ผู้บริโภคสินค้าสุขภาพ ขาดเหตุผลในการบริโภคสินค้าสุขภาพ
- ไม่มีความสามารถในการเข้าถึง หรือ ซื้อบริการที่มีคุณภาพ เนื่องจากผู้บริโภคสินค้าสุขภาพบางกลุ่ม ไม่สามารถตัดสินใจเลือกซื้อบริการได้ด้วยตนเอง เช่น เด็ก คนชรา คนพิการทางสมอง คนไร้รัฐ คนจน
- ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกซื้อบริการสุขภาพ และความไม่รอบรู้ในสินค้าและบริการที่ตนเองจะบริโภค ได้แก่ ความไม่รู้ราคา สินค้า ไม่รู้คุณภาพของสินค้า ขั้นตอนและกระบวนการของระบบบริการ ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติและคุณสมบัติของผู้ขายบริการสุขภาพ ไม่ทราบคุณภาพของการรักษา ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และไม่ทราบช่องทางในการเรียกร้องสิทธิและความเป็นธรรมในกรณีที่สินค้าหรือบริการนั้นขาดคุณภาพ
- กลไกของราคากับการจัดสรรทรัพยากร อาจไม่เหมาะสมกับผู้บริโภคสินค้าสุขภาพบางกลุ่ม เช่น บริการสุขภาพบางประเภทที่มุ่งตอบสนองผู้มีอำนาจซื้อแต่เพียงประการเดียว และนำมาสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ การที่กระบวนการจัดบริการสุขภาพเป็นตลาดที่ไม่สมบูรณ์ (ผู้ขายบริการมีสิทธิผูกขาดในสินค้าที่ขาย) อาจนำมาสู่ปัญหาการขาดจริยธรรมและไม่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

ด้วยสภาพปัญหาข้างต้น ทำให้การเปลี่ยนแปลงกระบวนการที่คนสุขภาพมีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพที่โลกปัจจุบัน เคลื่อนตัวมาสู่สังคมโลกาทุนนิยมพันพรมแดน ที่ต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรม และ ระบาดวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Epidemiology) ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของนโยบายสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กลุ่ม และสังคม

ความหมาย

วัฒนธรรม (Culture) หมายความว่า วิธีการดำเนินชีวิตและแนวทางพฤติกรรมที่คนในสังคม หนึ่งๆ ยึดถือและปฏิบัติสืบต่อกันมา (Linton 1945) การศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม ที่สัมพันธ์หรือกำหนดสภาวะสุขภาพของคนและชุมชน เป็นการศึกษา ที่มีลักษณะสหวิทยาการ ต้อง บูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับ ความเชื่อ ค่านิยม ระเบียบประเพณี วัฒนธรรมองค์กร บรรทัดฐานของสังคม ข้อกำหนดทางพฤติกรรมในสังคม การเปลี่ยนแปลงในผลผลิตขององค์ความรู้ตลอดจนนวัตกรรมทางสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของคน ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึงระดับสังคมในภาพรวม

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (Cultural Change Process) เกิดขึ้นได้หลายลักษณะและมีลักษณะที่เป็นพลวัต อาทิ พัฒนาการ (Development) วิวัฒนาการ (Evolution) การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) การถ่ายทอดทางวัฒนธรรม (Enculturation) การลอกเลียนหรือการหยิบยืม (Copy or Cultural Borrowing) และการประดิษฐ์คิดค้น (Invention) ทั้งทางด้านเทคโนโลยี และระบบความเชื่อใหม่ๆ

ในศตวรรษที่ 21 มนุษยชาติอาศัยอยู่ในโลกทุนนิยมโลกาภิวัตน์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างกว้างขวาง รวดเร็ว และพันพรมแดน เนื่องจากสภาพสังคมวัฒนธรรมของโลกได้ถูกเชื่อมต่อกัน ผ่านระบบการคมนาคมและการสื่อสารที่ก้าวหน้าทันสมัยและรวดเร็วมาก สภาพดังกล่าวทำให้การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมใดๆที่เกิดขึ้น ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้คนในสังคมโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเรียนรู้ด้านวัฒนธรรม และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนต่างสังคมวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย กว้างขวาง และรวดเร็ว ทั้งโดยทางตรง ได้แก่ การเดินทางท่องเที่ยว การศึกษาดูงาน และโดยทางอ้อม เช่น ผ่านภาพยนตร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ หนังสือ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ สื่อออนไลน์และ Internet ส่งผลทำให้ความรู้สึกยึดมั่นในวัฒนธรรมของตนเองของบุคคลในสังคมระบบปิดแบบในอดีต ซึ่งมักจะเหนียวแน่นอยู่กับความหลงใหลในชาติพันธุ์ของตน (Ethnocentrism) ลดหรือบรรเทา

ในขณะที่ การมีโอกาสพบปะกับบุคคลในสังคมอื่นๆ ที่มีวัฒนธรรมสากล (Universal Culture) มากขึ้น ได้ปลูกฝังมโนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ ใน เรื่องของสิทธิ์ เสรีภาพ การบริโภค และวัตถุนิยม ผ่านการ

ผสมผสานทางวัฒนธรรม (Cultural Acculturation) การกลืนกลายทางวัฒนธรรม (Cultural Assimilation) และการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Cultural Diffusion) ที่เกิดขึ้นอย่างเข้มข้นแบบพันพรมแดน ชนิด ที่บุคคลไม่เคยพบมาก่อนในประวัติศาสตร์การพัฒนาของมนุษยชาติ ในบางสังคมการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย นำมาซึ่งความล่าช้าทางวัฒนธรรม (Cultural Lag) ซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงไม่ทันกันระหว่าง การเปลี่ยนแปลงทางวัตถุและเทคโนโลยีต่างๆกับการเปลี่ยนแปลงทางปรัชญา แนวคิดและลัทธิ นิยม สภาพดังกล่าวทำให้ บุคคลจำนวนไม่น้อย ไม่สามารถเชื่อมโยงระหว่าง การเปลี่ยนแปลงทางวัตถุที่เกิดขึ้นกับวัฒนธรรม จนนำมาสู่ปัญหาด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ความนิยมในโทรศัพท์เคลื่อนที่กับปัญหา ความสัมพันธ์ระดับบุคคล ปัญหาการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแข่งกับสุขภาพบุคคล เป็นต้น

ความขัดแย้งทางวัฒนธรรม (Cultural Conflict) ที่เกิดบ่อยครั้งมากขึ้น สืบเนื่องมาจากความไม่เข้าใจกันเพราะข้อจำกัดด้านภาษา ความแตกต่าง ทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธาทางการเมือง และลัทธิ นิยม ทำให้พบปัญหาความชะงักงันทางวัฒนธรรม (Cultural Shock) และปัญหาอัตตานิยมวัฒนธรรม (Ethnocentrism) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสังคมที่คนบางกลุ่มขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะ หรือขาดความเชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งทางวัฒนธรรมที่นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพ

พัฒนาการทางความคิด

ยุคแนวคิดความเท่าเทียม ปราศจากอคติทางวัฒนธรรม

การนำแนวคิดเรื่องพลวัตมาใช้ในการศึกษาวัฒนธรรมไม่ใช่เรื่องใหม่ นักคิดด้านวัฒนธรรมในยุค แรกๆ เช่น Herodotus (490-409 ก่อนคริสตกาล) เสนอแนวคิดเพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ว่า การศึกษา วัฒนธรรม ต้องมีค่านิยมที่สำคัญ คือ การไม่มีอคติทางวัฒนธรรม โดย Herodotus มีความคิดว่า การเชื่อว่า กลุ่มชาติพันธุ์ของตนสูงส่งกว่ากลุ่มชาติพันธุ์อื่น (Ethnocentrism) เป็นแนวคิดที่ไม่ถูกต้อง Tacitus นักปราชญ์ชาวโรมันผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับชนเผ่าเยอรมัน (Germania 98 A.D.) ก็กล่าวในทำนองเดียวกันถึง ปรากฏการณ์ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ หากไม่ให้ความสำคัญกับมิติทาง วัฒนธรรม

ในช่วงศตวรรษที่ 18-19 นักสังคมศาสตร์การแพทย์จำนวนไม่น้อยมีแนวคิดในทำนองเดียวกันว่า สังคมของมนุษย์มีวิวัฒนาการไปในทิศทางที่ก้าวหน้าขึ้นตามลำดับ ตัวอย่างเช่น Kant (1795) มีความเชื่อว่า มนุษย์จะมีศีลธรรมสูงขึ้น ในขณะที่ Hegel (1793, 1807) เชื่อว่ามนุษย์จะมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หรือ Marx (1848) เชื่อว่า ในท้ายที่สุด มนุษย์จะอยู่ในสังคมที่สมบูรณ์แบบทุกอย่าง ซึ่งได้แก่สังคมที่ไม่มีการเอารัด เอาเปรียบ ไม่มีการแบ่งแยก ดังนั้น จึงไม่มีความจำเป็นใดๆที่มนุษย์จะต้องตกอยู่ภายใต้การปกครองของใคร Morgan และ Henry (1871) และ Tylor (1871) ซึ่งเป็นกลุ่มนักคิดที่ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary Theory) ก็มีความคิดเช่นเดียวกันว่า สังคมมนุษย์จะมีวิวัฒนาการผ่านขั้นตอนต่างๆเป็นลำดับ

ไป จากสภาวะทางสังคมวัฒนธรรมที่เรียบง่ายไปสู่สภาพสังคมที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวได้ถูกท้าทายและวิพากษ์วิจารณ์เมื่อเวลาผ่านไป

ยุคแนวคิดเรื่องโครงสร้างหน้าที่และเวลา

นักสังคมศาสตร์การแพทย์ในยุคต่อมา ได้รับอิทธิพลของวิธีคิดเชิงเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์ และนำแนวคิดเรื่องชีวการแพทย์มาใช้อธิบายและทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมและสภาวะสุขภาพ อาทิ Bronislaw Malinowski (1945) มีความคิดว่า ปัจจัยทางชีววิทยาเป็นพื้นฐานที่จำเป็นของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการ 7 ประการที่ต้องตอบสนอง ได้แก่ ความต้องการของระบบอวัยวะ (Metabolic Need) ความต้องการสืบเผ่าพันธุ์ (Reproduction Need) การต้องการความปลอดภัย (Safety Need) ความต้องการเคลื่อนไหว (Movement Need) ต้องการความเจริญเติบโต (Growth Need) ต้องการความสมบูรณ์ในด้านสุขภาพอนามัย (Health Need) และต้องการความสะดวกสบาย (Comfortable Need) เพื่อให้บรรลุความต้องการดังกล่าว มนุษย์จึงได้พัฒนาวัฒนธรรมขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจให้ตนเอง ตามบรรทัดฐานที่สังคมวางไว้

Malinowski เสนอวิธีวิทยาเรื่องวิธีจำกัดช่วงเวลา เพื่อใช้ศึกษาการเปลี่ยนแปลง หรือแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับระบบวัฒนธรรมในสังคม ณ ช่วงเวลาหนึ่งๆ ว่ามีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) การศึกษาผลกระทบของวัฒนธรรมใหม่ที่เข้ามาในสังคม 2) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับวัฒนธรรม ตลอดจนความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรมดั้งเดิมกับวัฒนธรรมใหม่ และ 3) การศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภายหลังจากที่เกิดความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรมเก่ากับวัฒนธรรมใหม่

อย่างไรก็ตาม แนวคิดของ Malinowski (1945) ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า มี ข้อจำกัดมากมายเพราะมุ่งเน้นเพียงหน้าที่ของสถาบันที่มีต่อบุคคล แต่ขาดความสนใจในเรื่องความขัดแย้งภายในสังคม นอกจากนี้ ยังมองแต่เพียงปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น การศึกษาระบบวัฒนธรรมในลักษณะดังกล่าว จึง มีข้อจำกัดเรื่องเวลา เมื่อเวลาเปลี่ยนไปก็ต้องทำการศึกษาใหม่อยู่เรื่อยๆ ทำให้ผลการศึกษาที่มีอยู่ไม่ทันสมัย มีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ไม่มีหลักสากลหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ไม่สามารถนำไปใช้ได้อีกในกรณีอื่น (Generalization) เพราะสังคมได้เคลื่อนไปตลอดเวลา และถูกรบกวนด้วยปัจจัยภายนอกใหม่ๆ อยู่เสมอ

ยุคแนวคิดเรื่องเหตุผลและชีวการแพทย์

Talcott Parsons (1966) เสนอว่า วิธีที่ดีที่สุดในการศึกษาสังคม ควรวางอยู่บนพื้นฐานของการศึกษาความจริงทางวิทยาศาสตร์ เพื่อนำความคิดรวบยอดมาอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ในลักษณะของการแสดงความสัมพันธ์อย่างมีเหตุและผล Parsons กล่าวถึงหน่วยของการกระทำ (Unit Act) ว่าเป็นระบบของการกระทำระหว่างกันทางสังคม ที่บุคคลมีทางเลือกหลายทาง เพื่อเข้าถึงเป้าหมาย โดยหน่วยของการกระทำ

ดังกล่าวประกอบด้วย บุคคลผู้กระทำ (Actor) การเข้าหาเป้าหมาย (Goal Seeking) วิธีการมากมายในการบรรลุเป้าหมาย (Alternative Means) สถานการณ์ที่บุคคลต้องประสบ (Situation Conditions) และบรรทัดฐานซึ่งควบคุมผู้ถูกกระทำ

Parsons (1966) นำแนวคิดเรื่องหน่วยของการกระทำมาอธิบายระบบสังคม (Social System) ว่าประกอบด้วย ผู้ร่วมกระทำตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือ 2 หน่วยของการกระทำ และผู้ร่วมกระทำแต่ละคนมีบทบาท สถานภาพ วิธีการบรรลุเป้าหมาย ตลอดจนการอยู่ใต้เงื่อนไขของสถานการณ์ บรรทัดฐาน ค่านิยม รวมไปถึงมีกระบวนการคิดที่แตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของการฝึกอบรม (Orientation) ที่ติดตัวบุคคลมา ซึ่งมี 3 ด้านคือ การรับรู้ (Cognitive) ความอึดอ้อมใจในการแสดงพฤติกรรม และการประเมิน (Evaluation) โดย Parsons แบ่งประเภทของการฝึกอบรมเป็น 2 แบบคือ การฝึกฝนอบรมด้านอารมณ์ (Motivation Orientation) เพื่อให้เกิดพลังในการเข้าร่วมกิจกรรม และการฝึกฝนอบรมในด้านค่านิยม (Value Orientation) เพื่อให้เกิดการรับรู้ในบรรทัดฐาน ตลอดจนแบบแผนความประพฤติของบุคคลที่กระทำระหว่างกันในระบบสังคม Parsons (1964) มีความเชื่อว่า ในระบบสังคมหนึ่งๆมีระบบย่อยสอดแทรก อยู่ในตัวสมาชิกในสังคมนั้นๆ เช่น ระบบบุคลิกภาพ (Personality System) ระบบวัฒนธรรม (Cultural System) และมีระบบอินทรีย์ (Organismic System) หรือระบบทางชีววิทยา (Biological System) ของผู้ร่วมสัมพันธ์เข้ามาเป็นปัจจัยกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

Parsons จำแนกหน้าที่เชิงโครงสร้างของสถาบันทางสังคมไว้ 4 ประการคือ 1) หน้าที่ในการปรับตัว (Adaptation) หมายถึง หน้าที่ ในการตอบสนองความต้องการ และการอยู่รอดของสมาชิก เช่น สถาบันเศรษฐกิจ 2) หน้าที่ขจัดปัญหาเกี่ยวกับเป้าหมายของสังคม (Goal-attainment) หมายถึง หน้าที่ในการวางเป้าหมาย ตลอดจนการกระทำให้บรรลุเป้าหมายของสังคม เช่น สถาบันการเมือง 3) หน้าที่เกี่ยวกับปัญหาการบูรณาการ (Integration) หมายถึง หน้าที่ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตกลงร่วมกัน และความสอดคล้องกันของสมาชิกในสังคม เช่น สถาบันศาลยุติธรรม พรรคการเมือง และ 4) หน้าที่เกี่ยวกับการรักษาแบบแผนของสังคม และขจัดความขัดแย้ง (Pattern-maintenance and Tension Management) หมายถึง หน้าที่ในการรักษาความสงบสุข อบรมจริยธรรม คุณธรรม เช่น สถาบันครอบครัว การศึกษา ศาสนา

ยุคแนวคิดกระบวนการเสริมพลัง

แนวคิดกระบวนการเสริมพลัง (Revitalization Process) พัฒนามาจากการศึกษาปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นกับสังคมระดับชนเผ่า (Tribal Society) กระบวนการเสริมพลัง หมายความว่า ความพยายามอย่างประณีตของสมาชิกของสังคมในการจัดและสร้างวัฒนธรรม ที่ นำความพึงพอใจมาให้แก่สมาชิกโดยรวมของสังคม เพื่อให้สามารถรับนวัตกรรมเข้าไปได้อย่างรวดเร็ว ผ่านกระบวนการเสริมพลัง ซึ่งจำแนกได้ 5 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 สภาวะที่มั่นคงอย่างสม่ำเสมอ (Steady State) ประกอบด้วย สภาวะของการเคลื่อนไหว สู่ดุลยภาพ การเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างช้าๆและต่อเนื่อง เกิดลูกโซ่ของความตึงเครียดระหว่างกลุ่มผลประโยชน์และบุคคลต่างๆบ้าง แต่ไม่รุนแรงจนบุคคลรู้สึกอึดอัด

ขั้นที่ 2 ระยะเวลาความตึงเครียดที่เพิ่มทวีขึ้นของบุคคล (The Period of Increased Individual Stress) เป็นระยะที่ระบบสังคมถูกผลักดันให้ออกจากสภาวะของดุลยภาพด้วยพลังจากแหล่งต่างๆ เช่น การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติอย่างรุนแรง การเกิดสงคราม การเกิดโรคระบาด สภาพดังกล่าว ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียดอย่างมากและไม่พึงพอใจต่อความล้มเหลวของระบบสังคม ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เกิดความสับสนวุ่นวาย แต่ กระนั้นคนในสังคม ยัง คงเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และเชื่อว่ายังสามารถปรับคืนสู่สภาวะปกติได้ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจแพร่ระบาดและขยายวงกว้างออกไปในสังคม ดังนั้น เพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ซึ่งได้รับการยอมรับจากสังคม อาจ มีการใช้ความรุนแรงหรือกำลังขู่บังคับข่มเหงกัน เพื่อให้อีกฝ่ายยอมจำนน และปฏิบัติตามความต้องการของกลุ่มที่มีอำนาจมากกว่า จนอาจเกิดการคุกคามกันอยู่ทั่วไประหว่างกลุ่มต่างๆ

ขั้นที่ 3 ระยะเวลาการบิดเบือนทางวัฒนธรรม (The Period of Cultural Distortion) เป็นระยะที่สมาชิกในสังคมพยายามแสวงหาทางออก หรือสร้างดุลยภาพใหม่ โดยการเข้าร่วมในเหตุการณ์ที่สับสนวุ่นวายนั้นๆ ปรากฏการณ์ที่มักพบในระยะนี้ ได้แก่ การแพร่ระบาดของอารมณ์หรือการแพร่ระบาดของพฤติกรรม เช่น การดื่มสุราอย่างหนัก การประพาศติฆัตติธรรมในหมู่ญาติพี่น้องหรือคู่สมรส การกักตุนสินค้าเพื่อค้ากำไร พฤติกรรมรักร่วมเพศ การกล่าวร้ายป้ายสี หรือการทุจริตคอร์รัปชัน

ขั้นที่ 4 ระยะเวลาเสริมพลัง (The Period of Revitalization) เป็นระยะที่สังคมก้าวสู่ช่วงของการบิดเบือนทางวัฒนธรรมอย่างเต็มที่ ยากจะกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ หากไม่จัดตั้งองค์กรเพื่อเสริมพลังทางวัฒนธรรม สังคมนั้นๆจะกลายเป็นสังคมที่อ่อนแอ สมาชิกอพยพโยกย้ายไปอยู่สังคมอื่นที่มั่นคงกว่า หรือเกิดการชนฆ่าทำลายล้างกัน แบ่งแยกออกเป็นกลุ่มเล็กกลุ่มน้อยเพื่อปกครองตนเองโดยอิสระ เพื่อรักษาสมดุล ในสังคม ผู้แสดงทางสังคม (Social Actor) ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา จึงต้องเร่งเสริมพลังทางวัฒนธรรม ดังนี้

- 1) สร้างกฎระเบียบขึ้นใหม่ (Formulation of a Code)
- 2) สื่อสาร (Communication) เพื่อแพร่กระจายแนวความคิดเรื่องกฎระเบียบใหม่ให้สาธารณชนได้รับรู้
- 3) จัดตั้งองค์กร (Organization) เพื่อทำหน้าที่บริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งช่วงนี้ มักเกิดการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นสานุศิษย์ (Disciples) และกลุ่มที่เป็นประชาชนทั่วไป (Mass Followers) โดยกลุ่มสานุศิษย์จะรับผิดชอบการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โฆษณาประชาสัมพันธ์ เพื่อ

หาผู้สนับสนุนเพิ่ม แก้ไขข้อมูลข่าวสารที่ผิดพลาด หรือแก้ไขข้อกล่าวหาที่ได้รับจากฝ่ายตรงข้าม ประกาศระเบียบใหม่ ซึ่งผู้นำที่ทำหน้าที่ประกาศระเบียบใหม่นี้ ต้องมีบุคลิกภาพที่ดึงดูดใจคนได้มาก (Charismatic) จึงจะประสบความสำเร็จได้รวดเร็ว

4) ดัดแปลงแก้ไข (Adaptation) กฎระเบียบบางประการ เพื่อลดความขัดแย้งลง อาจต้องนำกลวิธีทางการเมือง การทูต หรือการใช้กำลังบังคับ เพื่อรักษาองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่เอาไว้

5) แปลงรูปแบบของวัฒนธรรม (Cultural Transformation) เพื่อป้องกันการรุกรานจากภายนอกและรักษาความสมดุลของชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในสังคม

6) เข้าสู่ภาวะปกติ (Reutilization) ได้แก่ การดำเนินสู่ภาวะปกติ กระบวนการทางวัฒนธรรมในระยะนี้เป็นเพียงกลไกที่มุ่งผดุงรักษาขอบเขตหรือสัมพันธ์ภาพใหม่ที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 5 สภาวะมั่นคงสม่ำเสมอครั้งใหม่ (The New Steady State) คือขั้นภาวะของการเคลื่อนไหวสู่ดุลยภาพอีกครั้งหนึ่ง เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากที่ สังคมกลับคืนสู่สภาพปกติแล้ว การเปลี่ยนแปลง ระยะนี้มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่มีความตึงเครียดรุนแรงที่เป็นอุปสรรคจนทำให้วัฒนธรรมส่วนรวมเสียดุลยภาพ สภาวะมั่นคงนี้จะอยู่ได้ยาวนานเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การประสานประโยชน์ระหว่างกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ และกลวิธีการเสริมพลังที่ถูกนำมาใช้

วัฒนธรรมกับสุขภาพ

ดังที่ผู้บรรยายได้กล่าวไปแล้วในเบื้องต้นว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพ ต้องเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยน กระบวนทัศน์สุขภาพ เพื่อให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนทัศน์สุขภาพในอดีต ที่มุ่งพัฒนากลยุทธ์และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อมุ่งทำลายเชื้อโรค รักษาอาการเจ็บป่วย ละเลยมิติทางวัฒนธรรม และแยกคนออกจากสังคม ตามรูปแบบนโยบายสุขภาพที่มีอคติและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีทั่วหน้า มาเป็นกระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ ที่มีพลวัต บูรณา การศาสตร์ทุกสาขา และออกแบบนโยบายสุขภาพที่มุ่งสร้างสุขภาพแบบองค์รวม

การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์สุขภาพจากแบบแยกส่วนและลดส่วน มาเป็นกระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม นำมาสู่การบูรณาการทั้งองค์ความรู้ ทรัพยากร และความร่วมมือจากภาคีที่เกี่ยวข้อง โดย มองระบบสุขภาพทั้งระบบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว สังคม และ วัฒนธรรมที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย ตามบริบทของโลกทุนนิยมพันพรมแดน

ในกรณีของประเทศไทย การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) เป็นปรากฏการณ์สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกระบวนทัศน์สุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศขนาดใหญ่ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง ในส่วนของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care/ PC) ซึ่งมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) และชุมชน เป็นหัวใจของการดำเนินนโยบาย ตามยุทธศาสตร์ 30 บาทรักษาทุกโรคและการกระจายอำนาจด้านการจัดการระบบสุขภาพไปสู่ชุมชน

แนวคิดเรื่องวัฒนธรรม (Culture) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ของระบบการแพทย์แบบชีวกลไก ที่ละเลยมิติอื่นๆที่นอกเหนือไปจากแนวคิดทฤษฎีเชื้อโรค วัฒนธรรมตามนัยนี้มิได้จำกัดอยู่เพียงวัฒนธรรมดั้งเดิม (Traditional Culture) อาทิ ความเชื่อ ประเพณี หรือพิธีกรรม ที่ส่งผลกระทบหรือมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล กลุ่ม และชุมชนเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึง วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) และวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนหนึ่งๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ของคนในสังคมในภาพรวมด้วย ดังนั้น การสร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้ดี จึงมีปัจจัยกำหนดทางวัฒนธรรม (Cultural Determinant Factors) และมีผู้แสดงทางสังคม องค์กร ตลอดจน หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนจำนวนมากเข้ามาเกี่ยวข้อง

ระบาดวิทยาทางวัฒนธรรม

โดยทั่วไป ระบาดวิทยาให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ข้อมูลบนพื้นฐานประชากร ผ่านการอ้างอิงผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยค่าเฉลี่ยที่แทนค่าด้วยสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ และ การคำนวณทางสถิติเพื่อเป็นการแสดงภาพของตัวแทน (Representation) ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหตุและผลตลอดจนระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยแสดงผลการดำเนินของโรคใน 2 ลักษณะคือ อัตราความชุกของโรค (Prevalence Rate) และอัตราอุบัติการณ์ของโรค (Incidence Rate) ในปัจจุบัน ความรู้เรื่องระบาดวิทยาแบบเก่า ได้กลายเป็นความรู้ที่ล้าสมัย ซึ่งเป็นผลผลิตขององค์ความรู้ทางการแพทย์แบบชีวกลไก (Biomedical) ที่ตกค้างมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 18-19 (Inhorn 1995)

ในขณะที่ระบาดวิทยาทางวัฒนธรรม (Cultural Epidemiology) ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมในฐานะที่เป็นความเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรมจึงช่วยในการออกแบบนโยบายสุขภาพ และวางแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ เพื่อจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อลด ควบคุม หรือป้องกันปัจจัย เสี่ยงทางวัฒนธรรมที่จะนำมาสู่ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ระบาดวิทยาทางวัฒนธรรม ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ประการคือ บุคคล สถานที่ และเวลา ดังมีสาระสำคัญโดยสรุปคือ

บุคคล (Person) ประกอบด้วยปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา เพศ ศาสนา ความเชื่อ ชาติพันธุ์ เช่น โรคปอดจากฝุ่นฝ้าย (Byssinosis) พบมากในคนงานโรงงานทอผ้า โรคปอด (Pneumoconiosis) พบมากในคนงานขุดแร่ถ่านหิน

โรคพยาธิใบไม้ในตับพบมากในชาวไทยอีสานที่มีวัฒนธรรมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบมากในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนและไม่ป้องกัน การขลิบปลายอวัยวะเพศชายของเด็กในบางศาสนานำมาซึ่งปัญหาการติดเชื้อบาดทะยักในกรณีที่มีกระบวนการขลิบที่ไม่สะอาด บุคคลที่บริโภคอาหารเจยาวนานเกิดปัญหาได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน วัยรุ่นดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพื่อแสดงความเป็นชายชาติเริดการเสพติดทั้งบุหรี่และเหล้าจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพ คนวัยหนุ่มสาวในปัจจุบันนิยมดื่มกาแฟสด ขนมเค้ก และผลิตภัณฑ์อาหารจากนมเนยและน้ำตาลเพื่อแสดงความทันสมัยจนนำมาซึ่งโรคอ้วน คนบางกลุ่มนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางประเภท เช่น ไวน์ แชมเปญ เนื่องจากต้องการแสดงความเป็นชนชั้นสูงในสังคมจนเกิดผลเสียกับสุขภาพ

นอกจากปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรแล้ว ปัจจัยกำหนดทางวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ความเชื่อ และการให้คุณค่ากับสิ่งหนึ่งๆ ก็มีผลสำคัญต่อสุขภาพของบุคคล ตัวอย่างเช่น การที่สังคมหนึ่งๆมีมโนทัศน์ต่อเรือนร่างบางประการอาจนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยบางประเภท เช่น ปัจจุบันในสังคมไทยมีค่านิยมว่า ผู้หญิงสวยต้องผิวนวล รูปร่างผอมบางและมีจมูกโด่ง จนทำให้เกิดค่านิยมการทำศัลยกรรมเพื่อปรับผิวขาวและศัลยกรรมเสริมความงามอย่างกว้างขวางในสังคม และหลายกรณีนำมาซึ่งผลเสียและผลข้างเคียงมากมาย หรือการใช้อุปกรณ์รัดลำตัว (Corset) เพื่อให้เอวคอดเล็กจนก่อให้เกิดปัญหากล้ามเนื้อหดรีบ (Muscle atrophy) นอกจากนี้ ค่านิยมเรื่องความงามแบบหญิงของกระเทยหรือหญิงข้ามเพศทำให้เกิดความต้องการทำศัลยกรรมเสริมความงามและการแปลงเพศ หลายรายเกิดผลแทรกซ้อนทางสุขภาพเนื่องจากมีความผิดพลาดของกระบวนการทางการแพทย์ที่ไม่มีมาตรฐาน ขาดจริยธรรม และขาดมาตรการทางกฎหมายที่รัดกุมในการควบคุมธุรกิจแพทย์พาณิชย์

สถานที่หรือพื้นที่ (Place/Space)

พื้นที่ในความหมายใหม่ ในสังคมยุคทุนนิยมโลกาภิวัตน์มีถึง 3 ระดับ ระดับแรก ได้แก่ พื้นที่ทางกายภาพ ที่มีอาณาบริเวณที่มองเห็นได้ เช่น บ้าน โรงเรียน สวนสาธารณะ โรงพยาบาล แหล่งโรคต่างๆ ภาคเหนือ ภาคใต้ หรือประเทศ พื้นที่ระดับนี้ไม่ซับซ้อนและมักถูกให้ความหมายตามกรอบคิดของกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบเก่า การจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ระดับนี้ ดำเนินการผ่านนโยบายและระบบบริการเชิงพื้นที่ เช่น ประเทศ จังหวัด อำเภอ ตัวอย่างเช่น นโยบายและแผนสุขภาพแห่งชาติ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เขตบริการสุขภาพ เป็นต้น การจำแนกพื้นที่ตามนัยนี้ ไม่ได้คำนึงถึงประชาชน และชุมชนในความหมายใหม่ของโลกทุนนิยมไร้พรมแดนในยุคปัจจุบัน ที่บุคคลมีการเคลื่อนย้ายทางสังคมไปมาได้ตลอดเวลา รวมทั้งกรอบคิดพื้นที่แบบเก่า ยังละเลย กลุ่มคนที่อยู่ตรงกลาง (In-between persons) เช่น คนไร้รัฐ คนไร้บ้าน แรงงานข้ามชาติ ผู้อพยพ ชายหญิงข้ามเพศ ซึ่งล้วนเป็นบุคคลที่อยู่ตรงกลาง หรือไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งตาม

ลักษณะทางกายภาพ ซึ่งปัญหาสุขภาพของกลุ่มคนที่อยู่ตรงกลางเหล่านี้ หากใช้วิธีการจัดการด้วยกระบวนการ ทัศนศาสตร์จะไม่สามารถจัดการได้เลย

ระดับที่สอง ได้แก่ พื้นที่ทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย อาณาบริเวณที่มีโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งถูกกำหนดขึ้นตามความเชื่อ วิถีชีวิต และค่านิยมในสังคม ผ่านกลไกทางวัฒนธรรม ตัวอย่าง เช่น พื้นที่ซึ่งถูกอิทธิพลของค่านิยมบางประการในสังคมควบคุมบทบาทหน้าที่ของบุคคลไว้ เช่น พื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา บริเวณที่ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ สถานภาพการเป็นผู้บริหารระดับสูงในองค์กรบางแห่ง ที่มีวัฒนธรรมองค์กร วางอยู่บนพื้นฐานค่านิยมเรื่องความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ การแบ่งแยกทางศาสนา

ระดับที่สาม ได้แก่ พื้นที่ซึ่งไม่มีอาณาบริเวณหรือสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่ชัดเจนในการระบุเขตแดน และพฤติกรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับ แต่เป็นที่รับรู้กันของคนร่วมวัฒนธรรม เดียวกันเท่านั้น เช่น จุดยืนขายบริการทางเพศของโสเภณี ย่านขายและแลกเปลี่ยนยาเสพติด ตลาดมืดขายสินค้าเถื่อน การจ่ายเงินใต้โต๊ะในธุรกิจผิดกฎหมาย พื้นที่สำหรับผู้หญิง ผู้ชาย ผู้อาวุโส และเด็ก พื้นที่สำหรับคนจน กระเทย พื้นที่สำหรับคนพิการ เป็นต้น

เวลา (Time)

เวลา ของคนต่างวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน เกษตรกรใช้เวลาตามปฏิทินชีวิต ฤดูกาล และการประกอบอาชีพ เวลาสำหรับคนชั้นกลางในเมือง ดำเนินไปตามวัฒนธรรมองค์กร และกรอบเวลาสากล เวลาของหญิงขายบริการทางเพศเริ่มต้นเวลากลางคืนหลังลิบนาฬิกา เวลาของแม่ค้าพ่อค้าในตลาดเช้าเริ่มขึ้น ตั้งแต่สองนาฬิกาของวันใหม่ เวลาของคนที่ย้ายในกรุงเทพฯ เริ่มต้นก่อนห้านาฬิกาของวันใหม่ ในขณะที่ ผู้อยู่อาศัยในจังหวัดที่มีขนาดเล็กอาจเริ่มต้นที่เจ็ดนาฬิกา ในบางฤดูกาล คนในบางศาสนาต้องปรับเวลาการบริโภคอาหารหรือประเภทของอาหารให้สอดคล้องกับความเชื่อตามวัฒนธรรมของตน ดังนั้น เวลา ตามความหมายใหม่นี้ จึงเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคมประชากร เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของบุคคล กลุ่ม และสังคม

วัฒนธรรมกับสุขภาพ

วัฒนธรรมดั้งเดิมกับสุขภาพ

ทุกสังคมล้วนมีวิถีสุขภาพตามวัฒนธรรมที่คนในสังคมยึดถือปฏิบัติและเห็นว่าดีงาม ในระดับชุมชนมีภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) ทางด้านสุขภาพ ในลักษณะขององค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ (Medical Pluralism) ที่มีลักษณะหลากหลายและมีพลวัต ซึ่ง ชาวบ้านใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อนิยามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น คัดสรร อนุรักษ์และถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง การลดปัจจัยเสี่ยงด้านวัฒนธรรมสุขภาพแบบดั้งเดิม จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในความเป็นมา พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบคุณค่า วิถีคิด และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลของคนในสังคมนั้นๆ

กรณีศึกษาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสุขภาพ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นวัตถุวัฒนธรรม (Material Culture) ที่ถูกประกอบสร้างขึ้นมาจากชุดของ “ความจริงทางวัฒนธรรม” มากมายหลายชุด ชุดแรกได้แก่ ชุดที่เชื่อมโยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้ากับความเชื่อ การตีความ การให้ความหมาย การให้คุณค่า การรับรู้ และการทำหน้าที่ทางวัฒนธรรมของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลในสังคม

David Maldelbaum (1965) กล่าวถึง “Alcohol and Culture” ว่า “แอลกอฮอล์” เป็นเครื่องดื่มที่มนุษย์แทบทุกสังคมรู้จักเป็นอย่างดี ดังพบหลักฐานยืนยันว่า ทุกสังคมมีการผลิตและบริโภคเครื่องดื่มประเภทนี้มานานแล้ว และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น “สาร” (Substances) ที่เมื่อบุคคลบริโภคแล้วจะส่งผลต่อการรับรู้ (Sensations) และส่งผลกระทบต่อชีวิตทางสังคมของบุคคล และ กลุ่มคนในวัฒนธรรมต่างๆ มากที่สุด ดังนั้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงถูกให้คุณค่าในทางวัฒนธรรมมากมาย อาทิ เป็น สัญลักษณ์ของ “จิตวิญญาณ” ความสูงค่า และความเคารพ

ในสังคมจารีต การบริโภคแอลกอฮอล์ถูกนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของมนุษย์ในพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ ถูกใช้เป็นสัญลักษณ์ที่เชื่อมโยงความเชื่อ และระบบอุดมการณ์ ของคนในสังคมหนึ่งๆ เพื่อ แสดงถึงความเคารพสูงสุดต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์และอำนาจเหนือธรรมชาติของคนในสังคมนั้น ตัวอย่างเช่น ชาวเอซเทค (Aztec) ในอารยธรรมโบราณ เชื่อว่าหากไม่ดื่มแอลกอฮอล์จนเมาหัวราน้ำ เทพเจ้าจะโกรธเป็นอย่างมาก ชาวโคฟีอาร์ (Kofyar) ในประเทศไนจีเรีย และชาวทิริกิ (Tiriki) ในประเทศเคนยา ก็มีความเชื่อเช่นเดียวกันว่า การดื่มสุราหมักเป็นหนทางเดียวที่มนุษย์จะได้พบกับพระเจ้า ชาวคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก ก็ให้คุณค่ากับ “ไวน์” ในฐานะเป็นเครื่องดื่มศักดิ์สิทธิ์ที่พระเจ้าประทานให้แก่มนุษยชาติ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกนำมาใช้ในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

ในขณะที่ คนบางกลุ่มในบางสังคม ให้ความหมายกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างออกไป ตัวอย่างเช่น ชาวคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ (Protestant) ชาวมุสลิมและชาวพุทธ ในบางช่วงเวลา มองว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นบาป เป็นสัญลักษณ์ของความชั่วร้าย ที่ทำให้คนห่างไกลจากพระเจ้าหรือความดี และ ความเชื่อดังกล่าวถูกทำให้กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม ในรูปของข้อบัญญัติเพื่อใช้เป็นข้อห้ามทางศาสนา มีการตรากฎหมาย และออกแนวปฏิบัติเพื่อสนับสนุนบรรทัดฐานทางสังคม ชนพื้นเมืองในอเมริกาหลายกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่บริเวณตะวันตกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา เช่น ชาวโฮปี (Hopi) ชาวปูเอโบล (Pueblo) ก็ถือเช่นเดียวกันว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทเป็นภัยต่อวิถีชีวิตของบุคคล และปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

ในสังคมอินเดีย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกให้ความหมายที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ ถูกใช้ในมิติของจิตวิญญาณแบบผสมผสาน เนื่องจากชาวอินเดียมีหลายชาติพันธุ์ แต่ละชาติพันธุ์ต่าง มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป

ชาวอินเดียในแต่ละสังคม แต่ละชนชั้น จึง นับถือเทพเจ้าจำนวนมากและแตกต่างกัน มีทั้งเทพเจ้าในท้องถิ่น และเทพเจ้าในศาสนาพราหมณ์ฮินดู ซึ่ง เทพเจ้าแต่ละองค์มีธรรมเนียมการกราบไหว้และเซ่นไหว้บูชาต่างกัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับชาวอินเดียบางกลุ่ม จึงถูกเชื่อมโยงเข้ากับแนวคิดเรื่องชนชั้นและเทพเจ้าที่ชนชั้นนั้นๆเคารพนับถือ แอลกอฮอล์ในบางกรณี จะถูกใช้ในพิธีบูชาเทพเจ้าในระดับท้องถิ่นเท่านั้น ส่วนการประกอบพิธีบูชาเทพเจ้าองค์สำคัญของฮินดู เช่น พระพรหม พระศิวะ พระนารายณ์ จะไม่ใช่แอลกอฮอล์ โดยเด็ดขาด เพราะแอลกอฮอล์กลายเป็นสิ่งที่หยาบช้ำ ไม่บริสุทธิ์ และเป็นสัญลักษณ์ของความเลวร้ายที่ทำลายความศักดิ์สิทธิ์ของพิธีกรรม

ในสังคมไทย เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณที่เป็นประเทศไทยปัจจุบันมานานานมากแล้ว โดย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เก่าแก่ที่สุด อยู่ในรูปของน้ำตาลเมา หรือ กระแช่ ออกจากข้าวเหนียวกลอง น้ำข้าวและสาโทจากข้าว เครื่องดื่มเหล่านี้นับว่าผูกพันกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและพิธีกรรมตามความเชื่อแบบดั้งเดิมของคนในท้องถิ่นทั้งสิ้น ดังพบว่าหลักฐานที่แสดงว่ามีการใช้สุราในพิธีกรรมของสังคมไทยจารีตถึง 3 ลักษณะคือ 1) เพื่อสังเวยสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามความเชื่อในลัทธิผีและพราหมณ์ 2) เพื่อสร้างภาวะจิตเหนือสามัญ เกิดญาณ (นิธิ) เพื่อให้สามารถติดต่อกับเทพหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ และ 3) เพื่อให้เกิดสิริมงคลกับชีวิตเพราะมีความเชื่อว่า สุราทำจากข้าว ซึ่งเป็นของสูง จึงคู่ควรกับการบูชาเซ่นไหว้เทพเทวดา

การเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับวัฒนธรรมของคนในสังคมไทย ที่อยู่ในรูปของสุรา จึงมีทั้งในพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ในงานมงคล เช่น งานแต่งงาน ไหว้ผีบรรพบุรุษ การขอขมา แก้วผัดผี และ ที่ผูกพันอยู่กับความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การปลุกเสกเครื่องรางของขลัง นอกจากนี้ สุรายังถูกใช้ในพิธีกรรมซึ่งเป็นเทศกาลประจำปี เช่น เลี้ยงผีปู่ตาประจำหมู่บ้าน และพิธีกรรมทางสังคม เช่น “การฟายเหล้า” ในอีสาน ต้มเพื่อฉลองงานแต่งงาน ต้มร่วมสาบาน สำหรับการต้มนอกพิธีกรรม ได้แก่ ต้มเป็นยา ต้มเพื่อเข้าสังคม ต้มเพื่อการสังสรรค์ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรมด้วย ดังพบว่าพิธีกรรมหลายส่วนที่ไม่ใช้สุรา เช่น การเซ่นไหว้ผีประจำหมู่บ้านของพิษณุโลก ไหว้พระภูมินา ผีตาแฮก เขียวขวัญข้าว โกองผมไฟเด็ก โกองจุก และรับขวัญ

สำหรับสุรากลั่น เหล้าโรง เบียร์ วิสกี้ ไวน์ แชมเปญ เข้ามีบทบาทในสังคมไทย เมื่อไม่นานมานี้ หรือในช่วงที่มีการค้าขายกับต่างชาติแล้ว ในสมัยอยุธยา บันทึกของลาลูแบร์ ระบุว่าคนสยาม นิยมต้มน้ำบริสุทธิ์สำหรับพวกขุนนางในสมัยอยุธยา กฎหมายตราสามดวงถึงกับระบุว่าผู้ใดละเมิด หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือว่าเป็น “ผู้ทุยศบถต่อแผ่นดิน” จะถูกพระเจ้าแผ่นดินลงพระอาญาอย่างหนักและลดตำแหน่ง ในสมัยของสมเด็จพระนารายณ์ ทั้งลาลูแบร์ และแซแวงส ล้วนกล่าวตรงกันว่า “นักเลงสุราก็ถือว่าเป็นความชั่ว ไม่ใช่คุณสมบัติของสารถุชน” และ “ต้องแอบกินอย่างซุกซ่อน” และ “การบริโภคสุราก็เป็นเรื่องน่าอายใน

สังคมไทย” ในสมัยรัชกาลที่ 1 ถึงกับการตราพระราชกำหนดในกฎหมายตราสามดวงใหม่ โดยให้ผู้บริโภคสุรา และเล่นการพนัน ต้องถูกเขียนสามยก ถอดจากราชการให้เป็นไพร่ และสักหน้าผาก

การเปลี่ยนแปลงบทบาทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ อยู่ในรูปของสุราและการเข้ามาของสุราในความหมายใหม่ ที่เกิดขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 2 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มิชชันนารีเข้ามาจำนวนมาก สุรา ได้ถูกเชื่อมโยงเข้ากับวัฒนธรรมการดื่ม ที่ติดมากับกลุ่มชาวจีนอพยพ สุราในความหมายใหม่ กลายเป็นสินค้าที่นำมาซึ่งความมั่งคั่ง และถูกใช้เป็นเครื่องมือทางสังคม เพื่อสร้างการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การผูกขาดการผลิตสุรา และการดื่มสุราอย่างกว้างขวางในกลุ่มกุลิชาวจีน ทำให้สุราถูกให้ความหมายใหม่ในกลุ่มคนบางกลุ่ม การติดต่อกับพ่อค้าชาวต่างชาติทั้งพ่อค้าชาวจีนและชาวตะวันตก ทำให้เกิดค่านิยมการดื่มสุราในกลุ่มคนชั้นสูง ในขณะที่ชาวบ้านทั่วไปยังใช้สุราเพื่อเหตุผลทางวัฒนธรรม ดังพบหลักฐานจากเฟรดเดอริก อาร์เซอร์ นีล ว่า ใน สมัยรัชกาลที่ 3 “คนพื้นบ้านน้อยคนที่จะติดนิสัยดื่มจัด...”

ในปัจจุบัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้ามามีบทบาททางสังคมหลายประการในประเทศต่างทั่วโลก ได้แก่

- 1) ถูกใช้เป็นกลไกทางวัฒนธรรมเพื่อจำแนกเวลาปกติออกจากเวลาพิเศษ เช่น ดื่มเหล้าในงานแต่งงาน ในการแสดงความยินดี;
- 2) ใช้เพื่อแสดงถึงรสนิยม ความละเอียดอ่อนและความมีวัฒนธรรม เช่น ดื่มแชมเปญเพื่อฉลองความสำเร็จ คนฝรั่งเศสเห็นว่าการดื่มไวน์เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน และ ดื่มไวน์ขาวหรือแดงเป็น “Aperitif” และหลังรับประทานอาหารแล้วจึงดื่ม บรันดี เป็น “Digestive”;
- 3) ใช้เพื่อแสดงชนชั้นของบุคคลหรือเลื่อนสถานะทางสังคม เช่น ชาวโปแลนด์มีค่านิยมว่าไวน์เป็นเครื่องดื่มราคาแพงสำหรับปัญญาชน ในขณะที่ เบียร์นำเข้าเป็นเครื่องดื่มยอดนิยมในหมู่คนมีฐานะทางเศรษฐกิจดีในฝรั่งเศส;
- 4) ใช้ระบุนความสัมพันธ์ของบุคคล เช่น ชาวออสเตรีย ใช้ “sekt” เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แจกจ่ายในงานที่เจ้าภาพและแขกไม่สนิทสนมกันมากนัก หากสนิทกันหรือเลี้ยงฉลองในหมู่เครือญาติจะใช้เครื่องดื่มประเภท “schnapps” การดื่มคนเดียวจึงถือเป็นเรื่องผิดปกติ เพราะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นกลไกทางสังคมที่นำคนมาร่วมกิจกรรมทางสังคม ในลักษณะของการแบ่งปันความสุข แสดงความเป็นพวกเดียวกัน
- 5) ใช้เป็นสัญลักษณ์ของการเปลี่ยนผ่านช่วงชีวิตของบุคคล เช่น ชาววีรูโนโบลิเวีย ใช้ ชิชา (Chicha) ซึ่งเป็นสุราหมักในท้องถิ่น ในการประกอบพิธีกรรมสำคัญของชีวิต
- 6) ใช้เพื่อจัดระเบียบสังคม เพื่อระบุสถานภาพทางสังคม เพศสภาพ บทบาท และหน้าที่ทางสังคมของบุคคลที่แตกต่างกัน

การมีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยให้การพัฒนาวัฒนธรรมทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สามารถกระทำได้อย่างสอดคล้องกับปัจจัยกำหนด

ทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพนั้นๆ ความเข้าใจในความหมายเชิงสัญลักษณ์ของวัฒนธรรม ที่เชื่อมโยงกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ การเมือง และประวัติศาสตร์ที่มีความซับซ้อน ตลอดจนเหตุผลที่ผู้ปกครองเลือกหรือไม่เลือกออกแบบ และดำเนินนโยบายหนึ่งๆ ล้วนเป็นประเด็นที่นักสังคมศาสตร์การแพทย์ต้องให้ความสำคัญ ซึ่งกระทำได้ผ่านการศึกษา ประวัติความเป็นมา บริบททางสังคม และวัฒนธรรมการตีความเครื่องมือแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของสังคมไทย

วัฒนธรรมองค์กร

Lupton (1970) นักสังคมวิทยา กล่าวถึงความเสี่ยงใหม่ๆ ต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 ความเสี่ยงเหล่านี้แตกต่างจากความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่มนุษย์เคยมีและเข้าใจ เนื่องจากมีลักษณะรวดเร็ว พันพรมแดน แผ่ขยายครอบคลุมอาณาบริเวณของโลกทั้งหมด ซึ่งการจัดการกับความเสี่ยงในลักษณะนี้ มนุษยชาติยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างสิ้นเชิง ตัวอย่างเช่น อันตรายจากเทคโนโลยีและโรงงานอุตสาหกรรมที่ส่งผลกระทบต่อโลกทั้งใบ อันตรายจากโรคระบาด การอพยพเคลื่อนย้ายทางสังคมขนาดใหญ่ของมนุษย์ (Great Social Mobility) การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของโรคและภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีลักษณะพันพรมแดน สภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ นำมาซึ่ง การก่อเกิดปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีได้มาจากปัจจัยกำหนดปัจจัยเดียวหรือปัจจัยหลัก (Mono-causal Determinism Factor) ที่นักวิทยาศาสตร์การแพทย์คุ้นเคยอีกต่อไป แต่มีลักษณะเป็นปัจจัยกำหนดร่วม (Incorporating Multiple Causes and Effects) ที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขอื่น ๆ จำนวนมาก โดยมีสังคมเสมือนจริงของสื่อออนไลน์ ทำหน้าที่ให้ความหมาย ตรวจสอบความจริง ค้นหาความจริง นำเสนอ จัดการ และผลิตซ้ำชุดของความรู้ที่สังคมเชื่อว่าจริงในช่วงเวลาหนึ่งๆ

อิทธิพลของชุดของความจริงที่ปรากฏบนสื่อออนไลน์ ในสังคมโลกทุนนิยมพันพรมแดนของศตวรรษที่ 21 จึงเป็นปัจจัยกำหนดทางวัฒนธรรมที่สำคัญและซับซ้อนที่สุดซึ่งนำมาสู่ความเสี่ยงทางสุขภาพ เนื่องจากก่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรหลายประเภทที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นวงกว้าง ซึ่งนักวิชาชีพด้านสุขภาพยังขาดความรู้และความเข้าใจ และยังไม่มีหนทางในการบริหารจัดการชุดของความจริงเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษาวัฒนธรรมองค์กรกับความเสียหายทางสุขภาพ

ในศตวรรษที่ 17 ยุคสมัยใหม่ (Modernity Era) ได้นำระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม การเติบโตของระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรม และการก่อตัวของสถาบันทางสังคม อาทิ โรงพยาบาล โรงเรียน ภายใต้การเกิดขึ้นของรัฐบาล ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงมหาศาลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ อย่างที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความพยายามทำความเข้าใจกับกฎธรรมชาติ ทำให้มนุษย์พัฒนาความรู้ที่อยู่บนพื้นฐานของเหตุผลขึ้น

อย่างไรก็ตาม สภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโลกทุนนิยมโลกาภิวัตน์ในศตวรรษที่ 21 ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนผ่านทางโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยาทางวัฒนธรรม (Demographic and Epidemiologic

Transition) ที่องค์ความรู้ชุดเดิมในยุคสมัยใหม่ไม่สามารถเข้าใจได้ การที่มนุษย์ต้องอาศัยอยู่ในยุคโรคที่เกิดจากความเสื่อมและโรคที่มนุษย์เป็นผู้กระทำตัวเอง (Age of Degenerative and Human-made Disease) ยิ่งทำให้การมีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมที่นำมาซึ่งความเสี่ยงทางสุขภาพมีความจำเป็น

ตัวอย่างของกระบวนการค้นคว้าพัฒนาองค์ความรู้ที่นำมาซึ่งความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การมองการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในมุมมองของการเจ็บป่วยและไร้ประโยชน์ แม้ว่าอีกเพียง 12 ปีข้างหน้าสังคมไทยจะมีประชากรสูงอายุประมาณถึง 14.4 ล้านคน แต่การมองความแก่ในกระบวนการที่มโนทัศน์เชิงลบ อาทิ ความแก่นำมาซึ่งความเจ็บป่วย ความเศร้า และปัญหา คงไม่เพียงพอ การสร้าง กระบวนการใหม่ต่อวัฒนธรรมจึงมีความจำเป็น ในปัจจุบันแนวคิดเรื่องการพัฒนาทักษะของ “Digital Literacy” เป็นประเด็นที่นักสังคมศาสตร์การแพทย์ควรให้ความสนใจ

วัฒนธรรมองค์ความรู้ที่นำมาซึ่งความเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง สิ่งหรือความรู้ที่เป็นนามธรรม (Abstract) ยากแก่การมองเห็น (Tacit Knowledge) และสิ่งหรือความรู้ที่มองเห็นจับต้องได้ (Explicit Knowledge) ที่ส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพ วัฒนธรรมองค์ความรู้ที่เป็นนามธรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม มโนทัศน์สุขภาพบางประการที่ถูกบ่มเพาะขึ้นมาในองค์กร จนคนในองค์กรคุ้นเคย เชื่อว่าถูกต้องและรับมาปฏิบัติโดยไม่มี ตั้แย้งอีก เช่น วัฒนธรรมการบริโภคของหวาน วัฒนธรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง บะหมี่สำเร็จรูป และการนั่งทำงานเป็นเวลานานหน้าเครื่องคอมพิวเตอร์ การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ตลอดเวลา วัฒนธรรมองค์ความรู้ที่เป็นรูปธรรม เช่น การใช้ภาชนะใส่อาหารหรือเครื่องดื่มที่ไม่เป็นมิตรต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การใช้เครื่องปรับอากาศตลอดเวลา เป็นต้น

ดังนั้น การมี ความรู้เรื่องเทคนิควิธีการสร้างทักษะ 6 ประการให้เป็นวัฒนธรรมองค์ความรู้ จึงมีความสำคัญประกอบด้วย (Yoram 2012)

- 1) Photo-visual Skill ได้แก่ การพัฒนาทักษะการตีความ การคิด และการอ่านความหมายผ่านภาพ
- 2) Reproductive Skill ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านการผลิตซ้ำ
- 3) Branching Skill ได้แก่ ทักษะการเชื่อมโยงข้ามระนาบ
- 4) Information Skill ได้แก่ ทักษะความเท่าทันของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ
- 5) Socio-emotional Skill ได้แก่ ทักษะทางสังคมจิตวิทยา
- 6) Real-time Thinking Skill ได้แก่ ทักษะการประมวลผลแบบเวลาปัจจุบัน (Real Time)

บทสรุป

วัฒนธรรม เป็นปัจจัยกำหนดทางสุขภาพที่สำคัญ มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่มีความสำคัญ ในขณะที่บรรษัทข้ามชาติผู้ผลิตบุหรี่ยังทำให้วัฒนธรรมการสูบบุหรี่กลายเป็นเรื่องปกติ บริษัทน้ำอัดลมทำให้การดื่ม

เครื่องดื่มผสมโซดากลายเป็นส่วนหนึ่งของมื้ออาหารของคนรุ่นใหม่ บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้การดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางสังคมของคนทุกวัย บริษัทผู้ผลิตสื่อและเทคโนโลยีเคลื่อนที่สนับสนุนการก่อกำเนิดของสังคมออนไลน์ที่ทำให้มนุษย์ในปัจจุบัน ละทิ้งการสร้างมิตรภาพและปล่อยวางการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับมนุษย์คนอื่น ๆ คงปฏิเสธไม่ได้ว่าศตวรรษที่ 21 เป็นยุคสมัยที่วัฒนธรรมเข้ามา มีบทบาทอย่างมากต่อสุขภาพของมนุษย์ วัฒนธรรมในความหมายนี้ จึงไม่ได้จำกัดอยู่กับความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลของสังคมแบบจารีตอีกต่อไป แต่ครอบคลุมวัฒนธรรมในความหมายใหม่ในโลกพันพรมแดนด้วย

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นักสังคมศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบัน นอกจากการมีความรู้ความเข้าใจในระบอบวิทยาทางวัฒนธรรมที่นำมาซึ่งความเสี่ยงทางสุขภาพแล้ว การสร้างและพัฒนาวัฒนธรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ และการทำให้วัฒนธรรมที่สร้างเสริมสุขภาพกลายเป็นเรื่องปกติ (Normalization) ผ่านกระบวนการสร้างวัฒนธรรมมวลชน (Popular Culture) ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

อ้างอิง

Linton, Ralph. 1945. **The Culture Background of Personality**. New York:

Appleton-Century-Crofts.

Hegel, G.W.F. 1953. **Hegel's Philosophy of Right**, trans. By T.M. Knox Oxford: Clarendon Press.

“.....”. 1956. **The Philosophy of History**, trans. By J. Sibree. New York:

Dover Publications Kant, Immanuel.

Inhorn, Marcia. 1995. Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences?. **Social Sciences and Medicine**. Vol 4 no 3 pp 285-290.

Kant, Immanuel. 1909. **Kant's Critique of Practical Reason and Other Works on the Theory of Ethics**, trans. By Thomas K. Abbot. London: Longmans, Green & Co.

Lupton, Deborah 1999. “Introduction: Risk and Sociocultural Theory”. **Risk and**

Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives. Edited by Lupton,

Deborah. Cambridge University Press. Pp. 1-13

Maldelbaum, G. David. 1965. **Alcohol and Culture**. Berkeley: University of California.

Marx, Karl. 1957. **The Capital**, vols. I & II, F. engels, ed., Moscow: Foreign Language Publishing House.

Malinowski, Bronislaw. 1945. **The Dynamics of Cultural Change**. New Haven: Yale University Press.

Morgan, Lewis Henry. 1871. **Systems of Consanguinity and Affinity in the Human Family**. Washington: Smithsonian Contributions to Knowledge, No.17.

Tylor, Edward B. 1958. **Religion in Primitive Culture**. New York: Harper Torchbooks.

Parsons, Talcott. 1966. **Societies Evolution and Comparative Perspective**. Prentice Hall.

Yoram, Eshet. 2012. **Thinking in Digital Era: A Revised Model for Digital Literacy**. Israel: The Open University of Israel.