โควิด-19 กับสังคมเสี่ยงภัยในชายแดนใต้

COVID-19 and Risk Society in the Deep South Thailand

ดร. อลิสา หะสาเมาะ
สาขาวิชาพัฒนาสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 94000
E-mail: alisa.h@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถใช้แนวคิดเรื่องสังคมเสี่ยงภัย มาตั้งคำถามกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการให้ความหมายของ “โรค” โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการตีความด้านความเสี่ยง รวมถึงการแปลความหมายที่มาจากปัจจัยด้านชนชั้น ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ เพศสภาพ อายุ เนื่องจากการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องเข้าใจการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคและกระบวนการควบคุม ที่มีองค์ประกอบเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและความเชื่ออีกด้วย

คำสำคัญ: โควิด-19, สังคมเสี่ยงภัย, ชายแดนใต้

Abstract

Epidemic analysis of COVID-19 in the Deep South Thailand can use risk society’s concept to question a scientific knowledge especially in the definition of “disease” interpretation. Many explanation factors of class, ethnicity, culture, creed, gender and age relate to the effective of disease control. It is important to understand the virus from the risk aspect, including knowledge that link with culture and belief as well.

Keywords: COVID-19, Risk Society, Deep South Thailand

บทนำ

เชื้อโคโรน่าไวรัส (Coronavirus disease) หรือ 2019 novel coronavirus หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ (WHO, 2020a) เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานครั้งแรกจากเมืองวู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ประเทศจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 – 3 มกราคม พ.ศ. 2563 ว่า พบคนไข้จำนวน 44 คนป่วยเป็นโรคปอดบวม (pneumonia) โดยไม่ทราบสาเหตุ (WHO, 2020a) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ชื่อ โควิด-19 ถูกประกาศอย่างเป็นทางการโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2020b) เพื่อสื่อสารกับสาธารณชนในวงกว้าง

ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ทันสมัย มีการรักษาที่ดีเลิศ แต่โรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้สังคมตื่นตระหนก (social panic) การระบาดระลอกแรก พบว่าถึงแม้แต่หน้ากากอนามัยราคาถูก แต่ยังขาดแคลนไม่เพียงพอสำหรับการให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ รวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย (กรุงเทพธุรกิจ, 2563; ประชาชาติ, 2563) ภายหลังเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ทำหนังสือถึงเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เกี่ยวกับการขาดแคลนหน้ากากอนามัยสำหรับป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (ThaiPBSNews, 2563) ทั้งนี้มาตรการในการควบคุมโรคที่ผ่านมา พบว่า มีข้อถกเถียงสำคัญหลายประการ เช่น เพื่อให้ความเสี่ยงเป็นศูนย์ (zero-risk) รัฐบาลจึงออกกฎหมายการปิดประเทศ ครั้นเมื่อ COVID-19 ระบาดระลอก 3 ก็มีข้อห่วงใยเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจและปากท้องของชาวบ้าน อาจทำให้ผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อต้องได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน คำถามของสาธารณะชนคือ ทำไมถึงรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นเหยื่อแทนที่จะได้ประโยชน์จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและจำนวนการแสดงตัวเลขผู้ติดเชื้ออย่างแม่นยำ

นอกจากนี้ประเด็นทางสังคมอื่นๆ และความไม่พร้อมในการรับมือกับโรคระบาดอุบัติใหม่ในระดับโลก ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของประชาชน และต้องการแนวทางในการพัฒนาอย่างเหมาะสม ไม่ใช่เพียงเพื่อรับมือกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้เท่านั้น แต่หมายถึงการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ความหมายของโรคติดเชื้อโควิด-19

โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นไวรัสที่จัดอยู่ในวงศ์ใหญ่ที่สุดและทำให้เกิดความเจ็บป่วยเช่นหวัด หรือโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และ โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) (WHO, 2020c) และเพื่อต้องการหลีกเลี่ยงตราบาป (stigma) หรือภาพลักษณ์ในแง่ลบ เนื่องจากเดิมทีสื่อมวลชนเรียกว่าไวรัสชนิดนี้ว่า “ไวรัสอู่ฮั่น” เพราะมีต้นกำเนิดมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เนื่องจาก

องค์การอนามัยโลก มีบทเรียนจากการตั้งชื่อ MERS ว่า “โรคทางเดินหายใจสายพันธุ์ตะวันออกกลาง” ทำให้ส่งผลกระทบต่อประเทศตะวันออกกลาง “ไข้หวัดหมู” ส่งผลกระทบต่อปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับหมู (Hfocus, 2020) ดร.Tedros Adhanom Ghebreyesus ผู้อำนวยการทั่วไปขององค์การอนามัยโลก ประกาศให้ โควิด-19 เป็นโรคที่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก หรือ Pandemic เมื่อวันที่ 10 มีนาคม ค.ศ. 2020 โดยคำว่า Pandemic มาจากภาษากรีกโบราณว่า Pan แปลว่า all หรือ ทั้งหมด และ demos แปลว่า ประชาชน หมายถึง โรคที่สามารถติดต่อพร้อมกันในหลายประเทศและทวีปในระยะเวลาเดียวกัน และการระบาด ยังหมายถึง การระบาดของเชื้อก่อโรค (Pathogen) ที่แพระกระจายได้ง่ายจากคนสู่คนทั่วโลก และยังรวมไปถึงการแพร่กระจายของเชื้อในชุมชน (community spread) จากคนในพื้นที่ (NGThai, 2020; WHO, 2020d)

แนวคิดสังคมเสี่ยงภัย (Risk society)

แนวคิดสังคมเสี่ยงภัย (Risk society) โดยอูลริค เบค (Ulrich Beck) นักสังคมวิทยาชาวเยอรมันนี (Beck, 1992) เป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับนำมาวิเคราะห์การแพร่ระบาดและการควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 ในบริบทชายแดนใต้ เบคเป็นผู้เสนอแนวคิดว่า สังคมทันสมัยเผชิญหน้ากับภาวะเสี่ยงภัยที่มาจากการเติบโตของอุตสาหกรรมและการทำลายตนเองในด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาเหล่านี้จะสร้างสำนึกให้คนมองเห็นพิษภัยของความทันสมัย และเกิดสำนึกในการหาทางเยียวยาแก้ไข เบคได้พัฒนาแนวคิดกระบวนการกลายเป็นปัจเจกชนนิยม (individualization) ว่า ในฐานะที่ทุกคนเผชิญหน้ากับความเสี่ยง ปัจเจกจะต้องพัฒนาตนเองและเป็นผู้ที่ตรึกตรองกับความคิดต่าง ๆ ในการหาทางออก ด้วยสำนึกแห่งความแห่งอิสรชนที่ห่วงใยกังวลถึงสิ่งที่ไม่อาจคาดคะเนในอนาคตได้ นี่น่าจะเป็นคำตอบของการไปพ้นภาวะเสี่ยงภัยและโรคระบาดที่กำลังคุกคามมนุษย์อยู่ทุกวันนี้ เบคยังมองว่ายุคทันสมัยแบบสะท้อนย้อนกลับ (reflexive modernity) ผู้เชี่ยวชาญไม่อาจยึดกุมผูกขาดความรู้เอาไว้ในมือได้ และเชื่อว่าสังคมต้องเกิดกระบวนการวิพากษ์ด้วยการใช้เหตุและผลอย่างถอนรากถอนโคน (radicalization of rationalization) อาทิ ระบบราชการ ถือเป็นแนวคิดแบบมีเหตุมีผลมีระบบระเบียบของยุคสมัยใหม่ แต่ในขณะเดียวกันระบบราชการก็มีข้อจำกัดหรือกับดักบางประการที่เราต้องวิพากษ์วิจารณ์อย่างถอนรากถอนโคน

เบค เชื่อว่าความทันสมัยยังดำรงอยู่ และมนุษย์จะได้รับประโยชน์จากความทันสมัย แต่ว่าต้องมีการตรวจสอบและวิพากษ์ปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างเข้มข้นหนักหน่วยด้วยมุมมองสะท้อนกลับนี้ (reflexive) เนื่องจากมนุษย์รุ่นลูกรุ่นหลาน จะได้รับผลกระทบจากสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น ในมุมมองของเบค

ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นผลพวงมาจากความไม่ตั้งใจ (unintended consequence) ทางออกที่สำคัญคือ การสะท้อนกลับให้มนุษย์ย้อนได้คิด ว่าสิ่งที่มนุษย์กำลังจะสร้างผลกระทบทั้งที่เป็นคุณและทำลายล้างตนเองนั้นคืออะไร? ด้วยการไตร่ตรองอย่างลึกซึ้ง เผื่อความเป็นไปได้อย่างหลากหลาย และอาจจะต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์ทางสังคม (social suffering) มากขึ้น นอกเหนือจากประสบการณ์ภัยพิบัติธรรมชาติและภัยพิบัติจากน้ำมือของมนุษย์ด้วยกันเอง เช่น พิษภัยจากสารเคมี โรงฟ้านิวเคลียร์แล้ว ภัยพิบัติโรคระบาดจากเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ทำให้ความเสี่ยงในยุคปัจจุบันแตกต่างจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในอดีตอย่างสิ้นเชิง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การเข้าใจว่าความเสี่ยงคืออะไรนั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของคนในสังคม ท่ามกลางการเผชิญหน้ากับวิกฤตโรคระบาด ความเสี่ยงภัยของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญหน้าก็มีความหมายเปลี่ยนแปลงไป และจะต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์ทางสังคม (social suffering) มากขึ้น แนวคิดที่เบคได้พัฒนากระบวนการกลายเป็นปัจเจกชนนิยม (individualization) ถูกนำมาใช้ประเด็นสำคัญคือ การทำความเข้าใจว่าทุกคน (ปัจเจกบุคคล) ที่เผชิญหน้ากับความเสี่ยงมีพลังในการคิดวิเคราะห์ ไตร่ครอง หางทางออก อย่างเป็นอิสระ กับสิ่งที่ไม่อาจคาดคะเนได้ในอนาคต และนี่อาจจะเป็นคำตอบเพื่อให้พ้นกับความเสี่ยงของโรคติดเชื้อโควิด-19 และผลของกระบวนการควบคุมโรคที่กำลังคุกคามมนุษย์อยู่ทุกวันนี้

สังคมความเสี่ยงต่อ“โรค” และ “กระบวนการควบคุมโรค” ในชายแดนใต้

การนำแนวคิดเรื่องสังคมเสี่ยงภัย มีน่าสนใจที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์และตั้งคำถามถึงความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการให้ความหมายของ “โรค” และ “กระบวนการควบคุมโรค” โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะการตีความเรื่องความเสี่ยงและโรคอาจมีความหมายที่แตกต่างหลากหลาย เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคนี้มีน้อยมากเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ แนวคิดสังคมความเสี่ยงยังมีแนวคิดย่อยที่น่าสนใจอีก 2 แนวคิด คือ แนวคิดวัฒนธรรมความเสี่ยง (Risk culture) และแนวคิดการรับรู้ความเสี่ยง (Risk perception)

แนวคิดวัฒนธรรมความเสี่ยง (Tansey & O'riordan, 1999; Kahan, 2008) ทำให้เข้าใจว่า การตีความเกี่ยวกับโรคที่มาจากมุมมองทางวัฒนธรรม ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคและอันตรายได้อย่างไร แนวคิดนี้ยังช่วยในการหากระบวนการสร้างความไว้ใจหรือความไม่ไว้ใจอย่างไรในระดับสถาบัน การระบาดของโรคโควิด-19 ในบางพื้นที่มีปัจจัยที่สลับซับซ้อนและสัมพันธ์กับโรคระบาดและสุขภาพ ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ในเชิงปริมาณเพื่อทำความเข้าใจโรคระบาดเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ โรคระบาดและสุขภาพยังเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความยากจนและยังสัมพันธ์กับการตีความทางวัฒนธรรม ในภาคใต้มี

ความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมและแตกต่างจากพื้นที่อื่น เช่น การอธิบายเรื่องความสะอาดและการป้องกันตามความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีฐานมาจากความเชื่อทางศาสนา เช่น การละหมาดวันศุกร์ คือ บังคับสำหรับผู้ชายที่ต้องไปละหมาดร่วมกันในมัสยิดทุก ๆ วันศุกร์ และการละหมาดตารอเวียะ คือ การละหมาดในช่วงกลางคืนเฉพาะเดือนรอมฎอน เดือนแห่งการถือศีลอดของมุสลิม เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 สำนักจุฬาราชมนตรีจึงได้มีการประกาศห้ามละหมาดวันศุกร์ เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 (Khaosod, 2563) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพบว่ามีการละหมาดในวันศุกร์หลังจากการห้ามประกาศไปแล้วนั้น (สยามรัฐ, 2563b) ทำเกิดความไม่พอใจและเรียกกลุ่มเหล่านี้ว่า “กลุ่มดื้อด้าน” เท่ากับเป็นการสร้างวาทกรรมใหม่และยืนยันอคติ (confirmation bias) เดิมที่มีอยู่ (Balzan, Delfabbro, Galletly, & Woodward, 2013) หากพิจารณาให้ลึกซึ้งด้านความหมายและความจริงที่ซ่อนอยู่ การแปลความดังกล่าวสร้างวาทกรรมตอกย้ำอคติ ทำให้ผู้ติดเชื้อกลายเป็นคนไร้ศีลธรรม เป็นผู้เคราะห์ร้ายผ่านกระบวนการวินิจฉันและการสืบค้นไทม์ไลน์ และนำมาสู่การสร้างตราบาปแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ (Das, 1998 อ้างใน กัญญาณัฐ เฮ็งบ้านแพ้ว, 2550)

ส่วนแนวคิดการรับรู้ความเสี่ยง (Sjöberg, 2000; Van Der Weerd and et.al, 2011; Beck, 1992; Jarvis, 2007) ช่วยให้แวดวงวิชาการเข้าใจการตีความ ที่ต้องอาศัยการวิเคราะห์จากหลายมุมมอง เริ่มตั้งแต่ระดับกรอบความคิดอิทธิพลด้านการแพทย์ต่อกระบวนการควบคุมโรค เช่น การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการอธิบาย และสร้างความกลัวเชื้อโรค ระดับสถาบัน เช่น การนำมาตรการการควบคุม เช่น พระราชบัญญัติควบคุมโรคมาเป็นกฎหมายกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ และระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น วิธีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโรคและอาการของโรค (กัญญาณัฐ เฮ็งบ้านแพ้ว, 2550)

การควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ยังสะท้อนปัญหาทางสังคมเกี่ยวกับการตีความด้านความเสี่ยงและการให้ความหมายด้านการควบคุมโรค การให้แปลความหมายที่แตกต่างมาจากปัจจัยด้านชนชั้น ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ เพศสภาพ อายุ ในการควบคุมโรคมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจระหว่างโรคไวรัสโควิด-19 และความสัมพันธ์ทางสังคม ที่มักจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมด้วย เพราะพฤติกรรมบางอย่างเป็นผลผลิตของวัฒนธรรมและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันที เช่น การสร้าง social distancing กับการทักทายโดยการให้สลาม (มือประสานมือและลูบหน้า) ในแบบวัฒนธรรมอิสลามในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นเรื่องยากสำหรับมุสลิมที่จะไม่สามารถให้ละการปฏิบัติได้ทันที หรือการทำความเข้าใจว่าทำไมคนบางกลุ่มจึงปฏิเสธการกักตัว หรือปฏิเสธการใช้หน้ากากอนามัย พฤติกรรมเหล่านี้อาจมีสาเหตุมาจากการตีความทางศาสนาผนวกกับวัฒนธรรมความเชื่อที่ว่าโรค

ระบาดที่เกิดขึ้นเป็นประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า การป้องกันถือเป็นการขัดประสงค์ของพระเจ้า นอกจากนี้ การเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจในการดูแลตัวเอง หรือกักตัว อาจมาจากข้อจำกัดในการสื่อสารโดยใช้ภาษาท้องถิ่น เช่น ภาษายาวี (ภาษาเขียน) ภาษาท้องถิ่น (ภาษามลายูกัมปงปัตตานี) ที่เป็นภาษาเฉพาะของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือข่าวเกี่ยวกับสองมาตรฐานของการกักตัว เช่น การละเว้นการกักตัวในสถานที่ที่จัดไว้ให้และการได้รับการยกเว้น หรือสภาพการกักตัวที่มีความแตกต่างกัน (Matichon Online, 2563a; Mathichon Online, 2563b; Khaosodenglish, 2020) ทำให้เกิดช่องว่างและความยากลำบากในการควบคุมไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่พิเศษแห่งนี้ จนสำนักจุฬาราชมนตรีต้องออกประกาศเกี่ยวกับกระบวนการจัดการศพในสถานการณ์พิเศษที่ยังคงไว้ซึ่งหลักการศาสนาอิสลามที่ถูกต้อง เช่น การทำพิธีตะยัมมุม หรือการทำพิธีอาบน้ำศพบนถุงห่อศพ แทนการอาบน้ำศพโดยวิธีปกติทั่วไป (สำนักจุฬาราชมนตรี, 2020)

การประเมินความเสี่ยงและแพทย์ “ผู้เชี่ยวชาญมืออาชีพ”

เนื่องจากโรคระบาดโควิด-19 แพทย์ไม่สามารถเข้าใจโรคได้ด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ยังถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายกระบวนการหรือวิธีการที่จะระบุว่าอะไรคือ ภัยพิบัติโรคระบาด (Van Loon & Van Loon, 2002) และปัจจัยความเสี่ยงที่อาจจะส่งผลให้เกิดอันตราย รวมถึงการประเมินถึงวิธีการที่เหมาะสมในการกำจัดอัตราย หรือ การควบคุมเมื่อความเสี่ยงเหล่านั้นไม่สามารถขจัดออกไปได้ (Risk control) (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2020) ทำไมการการประเมินความเสี่ยงจึงมีความสำคัญ เพราะการประเมินมีประโยชน์ในการสร้างความตระหนักต่อภัยพิบัติ ระบุว่าใครอาจได้รับผลกระทบ ระบุและตรวจสอบความจำเป็นที่จะต้องมีมาตรการในการควบคุมอันตรายที่เฉพาะเจาะจงหรือไม่ พิจารณาว่ามาตรการที่ควบคุมที่มีอยู่เพียงพอหรือควรดำเนินการมากกว่า ป้องกันการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนการออกแบบหรือการวางแผนป้องกันการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย หรือผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมายในกรณีที่เกี่ยวข้อง

การประเมินความเสี่ยงยังเกี่ยวข้องกับแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญ Freidson (1988) พบว่าบทบาททางการรักษาของแพทย์ (หรือในที่นี้คือการควบคุมโรคระบาด) สัมพันธ์กับ “ผู้เชี่ยวชาญมืออาชีพ” (profession) ในการควบคุมโรคบนพื้นฐานของความรู้และแนวทางทางการแพทย์สมัยใหม่ที่วินิจฉัยว่าใครควรเป็นผู้ถูกควบคุม เพื่อให้แพทย์สามารถรักษาผลประโยชน์ส่วนร่วม (public interest)

และสามารถสถาปนาอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดความเจ็บป่วย การแพร่เชื้อ การระบาด และการควบคุมได้อย่างชอบธรรม นอกจากนี้ ผลกระทบของโรคโควิด-19 และกระบวนการควบคุมโรคระบาด อาจนำไปสู่ปัญหาสังคมอื่น ๆ เช่น กระบวนการก่อสร้างการตีตรา (stigma) ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 และอาจจะนำมาซึ่งการถูกกีดกันทางสังคมถึงแม้ว่าจะรักษาหายแล้ว (มนุษย์กรุงเทพ, 2563) หรือการฆ่าตัวตาย (suicide) (Workpoint live, 2563) ประสบการณ์การระบาดของโรคกับผลกระทบทางสังคม อาจนำมาสู่ปัญหาครอบครัวและการหย่าร้างจากภาวะการตกงานจากการปิดเมือง ผลกระทบทางด้านจิตใจจากการสูญเสียคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน สภาวการณ์ติดเหล่าหรือแม้แต่การติดสารเสพติด (Graham, 1974)

การสื่อสารเกี่ยวเรื่องความเสี่ยง

การปฏิบัติตามกระบวนการควบคุมโรค ยังเกี่ยวข้องกับการสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยง (Risk communication) การสร้างยุทธศาสตร์ในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ ถือเป็นหัวใจหลักสำคัญของการปกป้องสุขภาพในมวลหมู่สาธารณะชน การสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพเคยถูกนำมาใช้ในช่วงการระบาดใหญ่ไปทั่วโลกมาก่อน เช่น การแพร่ระบาด influenza เพื่อลดผลกระทบด้านลบและนำมาสู่ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคจะต้องมีการสั่งการ การให้ข้อมูลสนับสนุนในทิศทางที่ให้กำลังใจอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปกป้องตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง การสร้างความไว้วางใจในรูปแบบอย่างเป็นทางการ (Vaughan, & Tinker, 2009) ในมิติทางสังคมต้องอาศัยหน่วยงานต่าง ๆ ในการประสานงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และจะต้องมาจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การวางแผนยุทธศาสตร์ควรจะต้องพิจารณาว่า ชีวิตประกอบไปด้วย คุณค่าทางวัฒนธรรม ความเข้าใจและการตีความเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเข้าใจเหล่านี้จึงจะเข้าใจว่ากลุ่มเปราะบางมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้อย่างไร มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาการแพร่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก และผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพที่มีมิติทาง สังคมและวัฒนธรรม, เศรษฐกิจ, จิตวิทยาสังคม และสุขภาพเพื่อที่จะเข้าถึงการให้ความร่วมมือในระดับสาธารณะจากประชาชนจำนวนมาก แต่ถ้ามีการละเลย (ignored) จนทำให้เกิดช่องว่างในการสื่อสาร ผลกระทบจะตกอยู่ที่กลุ่มเปราะบาง เพราะคนกลุ่มนี้จะได้รับความไม่เท่าเทียมกันในการปกป้องให้เข้าถึงสิทธิทางการแพทย์โดยพื้นฐาน (Vaughan & Tinker, 2009) ดังนั้น การสร้างยุทธศาสตร์ในการเผชิญหน้ากับโรคระบาดของโรคโควิด-19 จะทำให้สามารถสร้างแนวทางในการควบคุมโรคที่หลากหลายและเหมาะสมกับสภาพของสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ และ

ยังเป็นการเสริมสร้างความเข้มข้นและเข้มแข็งในการควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เช่น การเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาล คลินิก ความเข้มงวดในการกักกันผู้ป่วยติดเชื้อ รณรงค์ป้องกันตนเองด้วยการล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย แนะนำในการเดินทาง การปฏิบัติตนในที่สาธารณะเช่น อยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงหารสัมผัสตา จมูก ปาก (WHOThailand, 2019c; WHOThailand, 2019d)

บทสรุป

เพื่อให้กระบวนการควบคุมโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้แนวคิดสังคมความเสี่ยงในการศึกษา “ความสัมพันธ์” ระหว่างวาทกรรมทางการแพทย์ โรคโควิด-19 กับพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้การแพร่ระบาดของโรคเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ทางสังคมในทุกระดับตั้งแต่ระดับจุลภาคจนถึงระดับมหภาค ดังนั้นการวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนใต้ ทิศทางของการวิจัยควรตั้งโจทย์ยอย่างน้อย 2 ข้อ คือ 1. ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และศาสนามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อย่างไร? 2. กระบวนการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในมุมมองของประชาชนและเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ชายแดนใต้ควรเป็นอย่างไร?

อ้างอิง

ภาษาไทย

กรุงเทพธุรกิจ. (2563). WHO ย้ำ ‘ไม่ป่วย’ ไม่ต้องสวมหน้ากากอนามัย. สืบค้นจาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/873655.

กรุงเทพธุรกิจ. (2563). 'ศบค.'เร่งแก้ปัญหาหน้ากากอนามัยขาดตั้งศูนย์บริหารจัดการระดับชาติ. สืบค้นจาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/873059.

กัญญาณัฐ เฮ็งบ้านแพ้ว. (2550). *ภาวะสังคมเสี่ยงภัย: แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย* (Doctoral dissertation, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย). สืบค้นจาก http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/19480.

มนุษย์กรุงเทพฯ. (2563). สืบค้นจาก https://www.facebook.com/photo?fbid=2668589173425014&set=a.1433077766976167.

ประชาชาติ. (2563). ไม่ใช่แค่หน้ากากอนามัยที่ขาด. สืบค้นจาก https://www.prachachat.net/columns/news-432287

สยามรัฐออนไลน์. (2563a). *มัสยิดในอำเภอยะหากว่า 22 แห่งยังมีการละหมาดในวันศุกร์ ผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิตเพิ่มอีก 1 ราย*. สืบค้นจาก https://siamrath.co.th/n/143246.

สำนักจุฬาราชมนตรี. (2020). แนวทางและวิธีการจัดการศพมุสลิมที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก shorturl.at/ejAU8.

Hfocus. (2020). องค์การอนามัยโลก ประกาศ ‘COVID-19’ เป็นชื่อทางการไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2020/02/18488.

Khaosod Online. (2563). ประกาศจุฬาฯ งดละหมาดวันศุกร์ในมัสยิด งดเรียน งานแต่งจัดได้ไม่เกิน 10 คน. สืบค้นจาก https://www.khaosod.co.th/special-stories/news_3777038.

Mathichononline. (2563a). ฟังอีกปาก!! สาวเล่าโดนกักตัวที่สัตหีบ ‘3 คนต่อ 1 ห้อง’ ทราย เจริญปุระ แชร์มาเมนต์ต่อ ‘หลักการไม่ใช่แล้ว’. สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/politics/news_2122232.

Mathichononline. (2563b). สุวรรณภูมิป่วน ผู้โดยสารนับร้อยเดือด หลายชม.ไม่รู้ต้องไปไหน มีไข้ 3 รายอาศัยช่วงชุลมุนหนี. สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/social/news_2121605.

National Geographic ฉบับภาษาไทย. (2020). การประกาศภาวะโรคระบาด (pandemic) ระดับโลกของ WHO หมายความว่าอย่างไร. Retrieved from https://ngthai.com/science/28407/pandemicbywho/.

ThaiPBSNEWs. (2563). หน้ากากหาย? ขอคืนหมอ #โรงพยาบาลขาดหน้ากากหนักมาก. สืบค้นจาก https://news.thaipbs.or.th/content/289539.

Workpoint. (2563). Live 2 ข่าวใหญ่เวิร์คพอยท์ | หนุ่มเครียดกลัวติดโควิดตามเพื่อน โดดแมนชั่นตาย. สืบค้นจาก https://www.facebook.com/workpoint/videos/1145056242505238/.

ภาษาอังกฤษ

Balzan, R., Delfabbro, P., Galletly, C., & Woodward, T. (2013). Confirmation Biases Across the Psychosis Continuum: the Contribution of Hypersalient Evidence Hypothesis Matches. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(1), pp. 53-69.

Beck, U. (2020). *Risk society. In Essential concepts of global environmental governance*. London: Routledge. pp. 219-220.

Beck, U., Lash, S., & Wynne, B. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. (Vol. 17). sage.

Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2020). Risk Assessment. Retrieved from https://www.ccohs.ca/oshanswers/hsprograms/risk_assessment.html.

Freidson, E. (1988). Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge. University of Chicago Press. Retrieved from https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=G7vhOk_bYlsC&oi=fnd&pg=PR12&dq=freidson+1970&ots=Lwn1vgVSGu&sig=yB9mXv0E6m9Y8u6ojT-PMnMEbCY&redir_esc=y#v=onepage&q=freidson%201970&f=false.

Graham, S. A. X. O. N. (1974). The sociological approach to epidemiology. *American Journal of Public Health*, *64*(11), pp. 1046-1049.

Jarvis, D. S. (2007). Risk, globalization and the state: A critical appraisal of Ulrich Beck and the world risk society thesis. *Global society*, *21*(1), 23-46.

Kahan, D. M. (2008). Cultural cognition as a conception of the cultural theory of risk. *Handbook of Risk Theory, S. Roeser, ed., Forthcoming*, pp. 08-20.

Khaosodenglish. (2020). Thai workers are forced to quarantine in roadside tents. Retrieved from https://www.khaosodenglish.com/news/crimecourtscalamity/2020/04/03/thai-workers-are-forced-to-quarantine-in-roadside-tents/.

Sjöberg, L. (2000). Factors in Risk Perception. *Risk analysis*, *20*(1), pp. 1-12.

Tansey, J., & O'riordan, T. (1999). Cultural Theory and Risk: A Review. *Health, risk & society*, *1*(1), pp. 71-90.

Van Der Weerd, W., Timmermans, D. R., Beaujean, D. J., Oudhoff, J., & Van Steenbergen, J. E. (2011). Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands. *BMC public health*, *11*(1), P. 575.

Van Loon, J., & Van Loon, B. (2002). Risk and Technological Culture: Towards a Sociology of Virulence. London & New York: *Psychology Press*.

Vaughan, E., & Tinker, T. (2009). Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, *99*(S2), S324-S332.

World Health Organization. (2019c). COVID-19 - WHO Thailand Situation Reports. Retrieved from https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports.

World Health Organization. (2020a). Coronavirus. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.

World Health Organization. (2020b). Naming the Coronavirus Disease (COVID-19) and the Virus that Causes It. Retrieved from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it.

World Health Organization. (2020c). Coronavirus Disease (COVID-19) Questions and Answers. Retrieved from https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19.

World Health Organization. (2020d). Coronavirus. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.

World Health Organization. (2020d). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Retrieved from http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-

emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic.