มานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เรียน รศ.ดร. สุกรี เจริญสุข กรรมการบริหารศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน), ท่านอาจารย์พีรพน พิสณุพงศ์ ผู้อำนวยการศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธรฯ และผู้มีเกียรติทุกท่าน ในหนึ่งชั่วโมงต่อจากนี้ ผมจะนำเสนอเรื่อง “มานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑” ถ้าเรานับบทความของเจมส์ ลอนนี (James Roney) ชื่อ มานุษยวิทยาการแพทย์ วิทยาการสังเคราะห์ (Medical anthropology: A synthetic discipline) ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่มีการใช้คำว่า “มานุษยวิทยาการแพทย์”[๑] วิชามานุษยวิทยาการแพทย์อาจจะมีอายุประมาณ ๕๐ ปี หากเปรียบเทียบแล้วอาจเป็นวัยที่ยังอ่อนเยาว์มากสำหรับหนึ่งสาขาวิชา แต่ในช่วงระยะเวลา ๕๐ ปีที่ผ่านมา มานุษยวิทยาการแพทย์ได้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย จากสาขาวิชาที่เราอาจจะถือได้ว่าเป็นวิชาการประยุกต์และอยู่บริเวณชายขอบของสาขามานุษยวิทยา กลายเป็นสาขาวิชาหลักหรือสาขาวิชาย่อยที่สำคัญที่สุดสาขาหนึ่งของมานุษยวิทยาก็ว่าได้[๒]

ผมอยากจะให้อ่านคำสัมภาษณ์ของศาสตราจารย์อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการแพทย์รุ่นบุกเบิกคนสำคัญคนหนึ่ง ให้สัมภาษณ์ที่ Freie Universitat กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมัน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔[๓]

อาจารย์อาร์เธอร์ ไคลน์แมน พูดถึงสาขามานุษยวิทยาการแพทย์ว่าสิ่งที่อาจารย์ภูมิใจที่สุดคือ การที่คนรุ่นอาจารย์ ไม่ได้หมายถึงตัวอาจารย์คนเดียวและเฉพาะหลักสูตรที่อาจารย์สอน แต่รวมความถึงนักมานุษยวิทยาการแพทย์รุ่นบุกเบิกคนอื่นด้วย ตัวอย่างเช่น มาร์กาเร็ต ล็อค (Magaret Lock) แนนซี่ เชเปอร์-ฮิวส์ (Nancy Scheper-Hughes) อัลแลน ยัง (Allan Young) และมาร์ค นิกเตอร์ (Mark Nichter) หรือนัก

---

[๑] James Roney. (๑๙๕๙). Medical anthropology: A synthetic discipline. *The New Physician*. ๘: ๓๒-๘๑.

[๒] ศาสตราจารย์อาเธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เปรียบเทียบชีวิตในโลกวิชาการมานุษยวิทยาการแพทย์ของตัวเองว่าอยู่ ณ ชายขอบ (at the margin) ของความรู้กระแสหลักทั้งทางการแพทย์และมานุษยวิทยา อย่างไรก็ตามการจัดวางตำแหน่งแห่งที่อยู่ชายขอบของความรู้ ช่วยให้หนีจากอิทธิพลครอบงำ เปิดความเป็นไปได้ของทางเลือกใหม่ๆ ในการต่อต้านขัดขืน หรือตั้งคำถามต่อความรู้กระแสหลัก, Arthur Kleinman. (๑๙๙๕). Introduction: Medical anthropology as intellectual career. In *Writing at the Margin*: Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press. Pp.๑-๒๐

[๓] ดู บทสัมภาษณ์ใน “On the History and Future of Medical Anthropology in Germany-and the Close Relationship between Medicine Technology and Society in a Globalizing World: Interview with Arthur Kleinman”. http://www.medizinethnologie.net/interview-arthur-kleinman/

มานุษยวิทยาการแพทย์ท่านอื่นอีกมากมาย คนรุ่นนี้ซึ่งทำงานมาประมาณ ๓๐-๔๐ ปี ได้เปลี่ยนโฉมหน้ามานุษยวิทยาการแพทย์ไปแล้วอย่างสิ้นเชิง สิ้นเชิงในหมายความว่า จากวิชาการที่อาจจะอยู่บริเวณชายขอบของมานุษยวิทยา ปัจจุบันมานุษยวิทยาการแพทย์กลายเป็นสาขาวิชาสำคัญที่ได้ทำให้องค์ความรู้และทฤษฎีทางด้านมานุษยวิทยา เติบโตงอกงามขึ้นมาจากการศึกษาวิจัยและงานเขียนของนักมานุษยวิทยาการแพทย์เหล่านี้

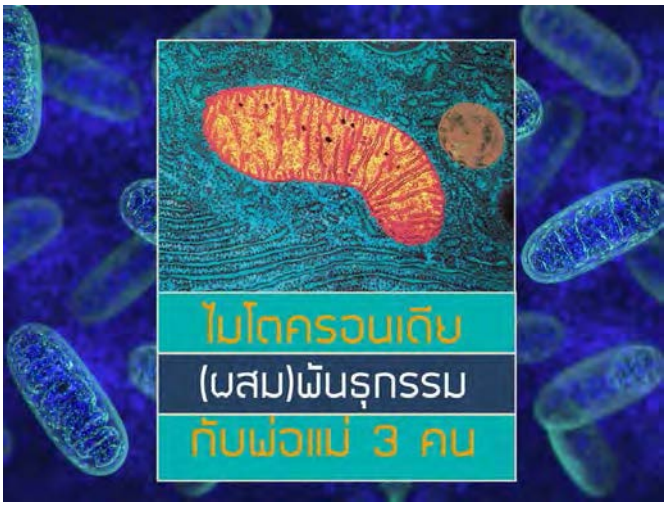
แต่ผมอยากจะชี้ให้เห็นว่า ในช่วงระยะเวลา ๕๐ ปีที่ผ่านมา ไม่ใช่เฉพาะแต่มานุษยวิทยาการแพทย์เท่านั้นที่เปลี่ยนแปลงอย่างมาก แวดวงการแพทย์เองก็เกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมายมหาศาล อย่างที่เรียกว่าหากนักมานุษยวิทยาในรุ่นบุกเบิกเข้ามาศึกษาการแพทย์ยุคปัจจุบัน อาจจะเรียกได้ว่ามันมีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

การบรรยายของผมในวันนี้ แบ่งออกเป็น ๓ ส่วนด้วยกัน ส่วนแรกสุด จะพูดถึงเรื่องการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ เพื่อชี้ให้เห็นสิ่งที่ท้าทายเราข้างหน้าว่ามันมีโฉมหน้าอย่างไรบ้าง ส่วนที่สอง จะพูดถึงเรื่องการเปลี่ยนแปลงในแวดวงมานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ที่เกิดขึ้นช่วงระยะหลังนี้ ส่วนสุดท้าย จะพูดถึงความท้าทายทางมานุษยวิทยา ในฐานะที่ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธรฯ เป็นหน่วยงานหลักที่เป็นศูนย์กลางของวิชาการด้านนี้ จะพาเราเดินไปข้างหน้าเพื่อเผชิญกับความท้าทายในศตวรรษที่ ๒๑ ต่อไป

ส่วนที่ ๑ การแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑

ผมจะเริ่มจากความรู้วิชาชีววิทยา ๑๐๑ ในช่วงที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่าวิทยาศาตร์ทางด้านสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงโฉมหน้าไปอย่างมหาศาล ตัวกลมๆ ที่เราเห็นอยู่บนจอสไลด์ ทางการแพทย์เรียกว่า **ไมโตครอนเดีย** หลายคนอาจเรียนมาและอาจจะลืมไปแล้ว เพราะเรียนเรื่องเซลล์มาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษา

วันนี้ผมจะเล่าเรื่องของเขาสักนิดหนึ่งในฐานะที่เป็นสิ่งมีชีวิตอย่างหนึ่ง



ไมโตครอนเดีย เป็นชิ้นส่วนภายในของเซลล์สิ่งมีชีวิตทั้งหลาย อย่างพวกเราที่นั่งอยู่ในห้องประชุมแห่งนี้ เซลล์ของเราทุกเซลล์จะมีไมโตครอนเดียอยู่ข้างใน สิ่งมีชีวิตทั้งหลายที่เรารู้จักทุกวันนี้ แต่ดั้งเดิมทีเดียวไม่ได้มีไมโตครอนเดียอยู่ ไมโตครอนเดียเป็นจุลชีพอิสระ มันเป็นแบคทีเรียที่ล่องลอยหากินไปตามวิถีของมันเอง แต่ว่าประมาณหลายพันล้านปีก่อน มีจุลชีพเซลล์เดียวตัวหนึ่งเผอิญกลืนไมโตครอนเดียเข้าไปในตัวของมัน ธรรมดาเวลาสัตว์เซลล์เดียวกลืนสัตว์เซลล์เดียวชนิดอื่นเข้าไป สัตว์ที่ถูกกลืนเข้าไปจะถูกย่อยสลาย แต่คราวนั้นมันเป็นอุบัติเหตุทางวิวัฒนาการ หรืออะไรสักอย่างก็ไม่ทราบได้ ปรากฏว่าไมโตครอนเดียไม่ถูกทำลาย เมื่อมัน

ไม่ถูกทำลายมันก็เลยถูกกลืนเข้าไปอยู่ภายในเซลล์ และถูกผนวกรวมกลายเป็นส่วนหนึ่งของเซลล์ไปเลย การที่สัตว์เซลล์เดียวผนวกเอาไมโตครอนเดียเข้าไปในเซลล์ของมันได้ก็เลยทำให้มีแหล่งพลังงาน

ประมาณสามพันกว่าล้านปีก่อน จุลชีพและเซลล์ต่างๆ ที่มีอยู่บนผิวโลกของเราจะเป็นสัตว์เซลล์เดียวทั้งนั้น ไม่สามารถที่จะเจริญวิวัฒนาการไปเป็นสัตว์หลายเซลล์ได้ เพราะมันจำเป็นต้องใช้พลังงานมหาศาลในการแบ่งตัวหรือขยายตัว แต่เมื่อไมโตครอนเดียถูกกลืนเข้าไปกลายเป็นส่วนหนึ่งของสัตว์เซลล์เดียว มันได้เป็นแหล่งพลังงานสำคัญ นักวิทยาศาสตร์เปรียบเทียบว่าอนูภาคเล็กๆ ของไมโตครอนเดียที่อยู่ในเซลล์ของเราถ้าหากขยายมันขึ้นมาให้มีขนาดเท่ากับมนุษย์ มันจะมีกระแสไฟฟ้าเท่ากับฟ้าผ่าเลยทีเดียว ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สัตว์เซลล์เดียวมีพลังงานมาก จนสามารถแบ่งตัวกระทั่งกลายเป็นสัตว์หลายเซลล์ และวิวัฒนาการจนมาเป็นพวกท่านทั้งหลายที่นั่งอยู่ในที่นี้

ผมเล่าเรื่องไมโตครอนเดียให้ฟัง เพียงแค่อยากจะให้เห็นว่าสิ่งมีชีวิตที่เราอาจจะคิดว่าเป็นร่างกายหรือเป็นเซลล์หนึ่งของเรา เอาเข้าจริงมันเคยมีเซลล์อื่นเข้ามาผนวกรวม อาจจะเรียกได้ว่าเป็นการผสมระหว่างสิ่งมีชีวิตหลายชนิดเข้ามาอยู่ในตัวสิ่งมีชีวิตชนิดเดียวกันก็ได้ แต่ที่สำคัญไปกว่านั้นคือในเซลล์ที่มันมีไมโตครอนเดีย บางกรณีมันเกิดความผิดปกติของไมโตครอนเดียขึ้นทำให้เกิดโรค ตัวอย่างเช่น มีผู้หญิงอยู่คนหนึ่งที่ประเทศอังกฤษ ป่วยเป็นโรคชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากความผิดปกติของไมโตครอนเดีย เธอเคยตั้งครรภ์มาแล้ว ๔ ครั้งด้วยกัน แต่ทว่าทั้ง ๔ ครั้ง แท้งลูกหมด เธอไปตรวจรักษาจนกระทั่งพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะไมโตครอนเดียมีความผิดปกติ ทำให้การรักษาไว้ซึ่งครรภ์มารดาเป็นไปไม่ได้

ทางการแพทย์ก็เลยหาวิธีการแก้ปัญหานี้ โดยทำการผสมเทียม เอาน้ำเชื้อผู้ชายผสมเข้ากับไข่ของผู้หญิง จากนั้นเอาไปผสมกับไข่อีกใบหนึ่งของผู้หญิงอีกคนที่บริจาค เมื่อผสมกันเสร็จแล้วก็หยิบเอานิวเคลียสของแม่ ย้ายเข้าไปใส่ในเซลล์ของผู้หญิงที่บริจาคไข่ แล้วเอาไมโตครอนเดียของผู้หญิงที่บริจาคไข่เป็นไมโตครอนเดียเซลล์ของตัวอ่อน ในไมโตครอนเดียมีสารพันธุกรรมอยู่ด้วยในนั้น ฉะนั้นโดยปริยายเราจะเห็นว่าเด็กคนนี้เกิดมาจะได้ชื่อว่าเป็นเด็กที่มีพ่อ แม่ ๓ คน คือ มีพันธุกรรมจากพ่อ + พันธุกรรมของแม่ + พันธุกรรมในไมโตครอนเดียของผู้หญิงที่บริจาคไข่

ผมเล่าเรื่องนี้ให้ฟังเพื่อชี้ให้เห็นว่า เทคโนโลยีทางการแพทย์เมื่อ ๓๐-๔๐ ปีก่อน ไม่มีทางจะทำให้กรณีข้างต้นเป็นไปได้ แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ดังกล่าวนี้ถูกนำมาใช้ และมันจะเปลี่ยนแปลงสังคมไปอย่างกว้างขวาง

เช่นเดียวกับเรื่องราวที่เราอาจจะเคยได้ยินมา มีคู่สมรสที่เป็นเกย์และไม่สามารถมีลูกได้ มาใช้วิธีการอุ้มบุญแล้วก็สามารถมีลูกกันขึ้นมาได้ ในกรณีอย่างนี้โครงสร้างครอบครัวที่นักมานุษยวิทยารู้จัก มันจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เราจะเรียกแม่อีก ๒ คน ของเด็กที่มีพันธุกรรมจากพ่อแม่ ๓ คน ว่า “แม่” ด้วยไหม ในทางกฎหมายแม่ที่บริจาคไข่จะมีสิทธิ์อ้างความเป็นแม่ของเด็กคนนี้ด้วยได้ไหม ในเมื่อมันมีพันธุกรรมบางส่วนของเธออยู่ในเด็กคนนี้ด้วยเช่นเดียวกัน กรณีอย่างนี้เป็นสิ่งที่เราจะเผชิญในศตวรรษที่ ๒๑ ซึ่งมันก็เริ่มเห็นร่องรอยมากมายเกิดขึ้นแล้วในสังคมไทย[๔]

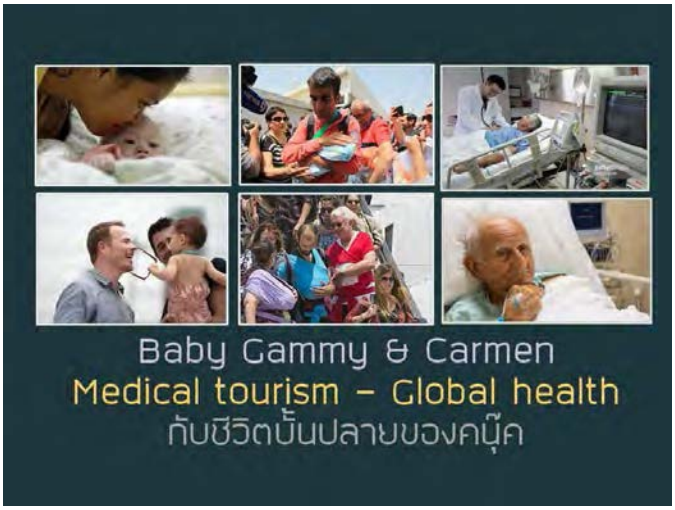
ถ้าพวกเราจำข่าวได้ มีเด็กทารก ๒ คนที่เกิดในประเทศไทย เด็กคนแรกชื่อแกรมมี่กับเด็กอีกคนชื่อคาเมน เด็กทารกที่ชื่อแกรมมี่เป็นข่าวใหญ่โตไปทั่วโลก เนื่องจากสามีภรรยาชาวออสเตรเลียคู่หนึ่งที่ไม่สามารถจะมีบุตรได้อาศัยประเทศไทยทำการผสมเทียม ก่อนหน้าที่จะมีกฎหมายห้ามผสมเทียมและอุ้มบุญในหญิงที่

---

[๔] ดูงานศึกษาแม่อุ้มบุญที่ประเทศไทย ใน Yuri Hibino and Yosuke Shimazono. (๒๐๑๓). Becoming a Surrogate Online: “Message Board” Surrogacy in Thailand. *Asian Bioethics Review*. ๕ (๑): ๕๖-๗๒.

ไม่ได้มีสามีโดยชอบด้วยกฎหมาย ประเทศไทยเป็นสถานที่ซึ่งผู้คนนิยมมาผสมเทียมเยอะที่สุดประเทศหนึ่งของโลก มีคู่สามีภรรยาจากทั่วโลกมากมายเดินทางมาที่เมืองไทยเพื่อทำการผสมเทียมให้แม่อุ้มบุญ ตัวอย่างเช่น จังหวัดเพชรบูรณ์ มีอำเภอหนึ่ง ทั้งตำบลมีแม่อุ้มบุญอยู่เป็นจำนวนมาก ทุกคนนั่งท้องกันอยู่ในหมู่บ้าน เพื่อที่จะคลอดลูกให้พ่อแม่ที่เขามาฝากให้อุ้มบุญรับไปเลี้ยงอีกต่อ

ในกรณีเด็กทารกที่ชื่อแกรมมี่ ได้รวมเอาความท้าทายสำหรับนักมานุษยวิทยา นักกฎหมาย และนักชีวจริยศาสตร์ ทั้งหมดมาไว้รวมกัน เนื่องจากไม่เพียงแต่สามีภรรยาคู่นั้นที่ไม่สามารถมีลูกได้ แล้วมาให้ผู้หญิงคนอื่นอุ้มบุญแล้วคลอดลูกออกมาให้ ซึ่งมีมิติทางจริยธรรมมากมายอยู่แล้ว แต่ปัญหายังมีอีกว่าลูกที่เกิดมาเป็นลูกแฝด แล้วที่เป็นลูกแฝดลูกสาวคลอดออกมาเป็นคนปกติดี แต่ลูกชายเป็นเด็กปัญญาอ่อน เมื่อเป็นเด็กปัญญาอ่อนพ่อแม่ชาวออสเตรเลียตัดสินใจที่จะไม่รับเด็กผู้ชายคนนี้ไปเลี้ยง รับเฉพาะลูกสาวกลับไป แม่อุ้มบุญก็ไม่ได้ว่าอะไร ยินดีที่จะเลี้ยงลูกชายซึ่งสติปัญญาไม่สมบูรณ์นักอยู่ต่อเนื่องมา แต่กาลเวลาผ่านไปได้ไม่นานนักก็มีข่าวสามีชาวออสเตรเลียถูกค้นพบว่ามีประวัติการละเมิดและล่วงเกินทางเพศกับเด็ก ในทางการแพทย์เรียกว่า Pedophilia โดยมีประวัติการละเมิดทางเพศกับเด็กเล็กๆ มามากกว่า ๑๐ ครั้งด้วยกัน คราวนี้แม่เด็กที่อยู่เมืองไทยรู้สึกว่า ลูกที่ตนอุ้มท้องมาจะต้องไปอยู่กับผู้ที่มีประวัติคุกคามลวนลามทางเพศกับเด็ก แม่คนนี้เลยฟ้องร้องเพื่อขอเอาลูกที่ตนอุ้มบุญกลับมาเลี้ยงดูเอง ทำให้กลายเป็นข่าวใหญ่โตอีกระลอกหนึ่งขึ้นมา ผลที่สุดศาลที่ประเทศออสเตรเลียตัดสินให้เด็กหญิงยังคงอยู่กับพ่อแม่ชาวออสเตรเลียเหมือนเดิม เนื่องจากว่าแม้การอยู่ที่นั่นจะมีความเสี่ยงอยู่บ้าง แต่การที่พรากเด็กออกจากพ่อแม่ที่เขารู้จัก แล้วให้มาอยู่กับแม่อุ้มบุญซึ่งไม่เคยรู้จักเลยจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก มากเสียยิ่งกว่าอยู่กับครอบครัวหรือพ่อที่ล่วงละเมิดทางเพศ ส่วนทางศาลก็ได้มีมาตรการต่างๆ เพื่อปกป้องลูกสาวจากพ่อ ถ้าเราพูดถึงมานุษยวิทยาเมื่อ ๓๐ ปีก่อน มันไม่มีโจทย์ลักษณะนี้เลย



อีกกรณีหนึ่ง ที่เราได้ข่าวฟ้องร้องกันคือเด็กที่ชื่อคาเมน สามีภรรยาคู่เกย์ที่อาศัยอยู่ด้วยกันจากประเทศสเปน ต้องการมีบุตรเลยมาให้แม่อุ้มบุญที่เมืองไทย แต่เมื่อคลอดลูกออกมาแล้ว แม่อุ้มบุญกลับไม่ยอมให้ลูกเพราะผูกพันกับลูกแล้ว เราจะพบว่าผู้ที่มาให้แม่อุ้มบุญตั้งครรภ์ให้จะเป็นคู่เกย์ ซึ่งไม่สามารถที่จะมีบุตรแต่ว่าโดยความที่อยากจะมีครอบครัวทำให้คู่เกย์ต่างๆ ทั่วโลก เดินทางมายังประเทศที่อนุญาตให้อุ้มบุญได้

รูปตรงกลางบนสไลค์เป็นรูปของคู่เกย์ชาวอิสราเอล ในประเทศอิสราเอลแม้ว่าจะสามารถผสมเทียมได้ แต่เขาไม่อนุญาตให้มีการอุ้มบุญ คู่สามีภรรยาเหล่านี้จะเดินทางมาประเทศเนปาลที่อุตสาหกรรมอุ้มบุญใหญ่โต เพราะประเทศเนปาลอยู่ติดกับประเทศอินเดีย ซึ่งมีเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์ที่ค่อนข้างสูง แต่ว่าไม่อนุญาต

ให้ทำการอุ้มบุญ แพทย์จากประเทศอินเดียก็จะบินมาที่ประเทศเนปาล และอาจจะเอาผู้หญิงชาวอินเดียมาตั้งครรภ์อุ้มบุญที่ประเทศเนปาลด้วย ผู้หญิงเหล่านี้รับอุ้มบุญเพื่อที่จะหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวหรืออะไรก็แล้วแต่ ภาพที่เห็นตรงกลางบนสไลค์เป็นเหตุการณ์เมื่อเกิดแผ่นดินไหวใหญ่ที่ประเทศเนปาล พ่อแม่คู่เกย์ที่ทำการอุ้มบุญเหล่านี้ก็บินไปประเทศเนปาล เพื่อที่จะรับเด็กอุ้มบุญของตนเองกลับประเทศกันจ้าละหวั่น

กรณีประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามการอุ้มบุญ เราก็พบว่าน้ำเชื้อผู้ชายและไข่ของผู้หญิง ถูกส่งเพื่อที่จะไปผสมเทียมในประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ลาว กัมพูชา หรือแล้วแต่ประเทศไหนที่จะสามารถทำได้ สิ่งนี้เป็นปรากฏการณ์ใหม่ทางการแพทย์

การเดินทางเพื่อมาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ไม่ใช่เฉพาะแต่มาให้ผู้หญิงท้องถิ่นอุ้มบุญให้เท่านั้น หากมีการแพทย์รูปแบบอื่นที่อาศัยการเดินทางเคลื่อนย้ายของประชากรยุคโลกาภิวัตน์ อย่างเช่น การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical Tourism)[๕] ประเทศไทยถือว่าเป็นเป้าหมายอันดับต้นของโลก ที่ผู้คนเดินทางมาใช้บริการทางการแพทย์ เพราะการแพทย์ของไทยถือเป็นการแพทย์ชั้นนำของโลก ขณะเดียวกันมีการดูแลใส่ใจผู้ป่วยอย่างดีและค่าใช้จ่ายไม่แพงด้วย โดยปริยายจะมีนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเมืองไทยเพื่อจะมารักษาโรคเป็นการเฉพาะ

เราจะมองปรากฏการณ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างไร ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้น มีผู้สูงอายุชาวต่างประเทศย้ายมาอยู่เมืองไทยเยอะมาก เรามองปรากฏการณ์นี้ในฐานะที่มันเป็นการแย่งชิงทรัพยากรของประเทศโลกที่ ๑ มาเบียดบังทรัพยากรบุคลากรของประเทศโลกที่ ๓ หรือมองว่ามันเป็นการเจือจานรายได้จากการใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือทางการค้าแบบหนึ่ง ก็อาจจะเป็นไปได้ทั้งคู่

ผมเคยทำวิจัยเรื่องหนึ่งแล้วเดินทางไปเก็บข้อมูลที่จังหวัดจันทบุรี ไปเจอผู้ชายคนหนึ่งชื่อนุ๊ก เป็นคนนอร์เวย์ เมื่อทำงานจนเกษียณและอายุมากก็มาใช้ชีวิตบั้นปลายในเมืองไทย มาพักอาศัยเช่าคอนโดมิเนียมแห่งหนึ่งอยู่ที่พัทยา ใช้เงินบำนาญที่ตัวเองสะสมมาซึ่งอยู่ในระบบสวัสดิการรัฐ ทำให้เขามีเงินบำนาญเพียงพอที่จะอยู่เมืองไทยได้ตลอดชีวิต อยู่มาวันหนึ่งเขาก็เกิดสภาวะเส้นเลือดในสมองแตกและนอนรักษาอยู่ที่คอนโดมิเนียม ในตอนแรกเจ้าของคอนโดมิเนียมก็ไม่ได้ว่าอะไร แต่มันจัดการปัญหาในการดูแลรักษายากมาก เพราะนอนป่วยอยู่ในห้อง คนจะขึ้นไปดูแลจะทำอะไรให้ก็ลำบาก ที่ทางในห้องเช่าก็ไม่เอื้ออำนวย ต่อมาเจ้าของคอนโดมิเนียมรู้สึกว่ามันสร้างความลำบากแก่คนเช่าคนอื่นด้วย จนในที่สุด นุ๊ก ซึ่งสนิทสนมกับแม่ครัวของคอนโดมิเนียมและสามีซึ่งก็ทำงานที่เดียวกัน พากันตัดสินใจย้ายออกจากคอนโดมิเนียม กลับมาอยู่บ้านเกิดของแม่ครัวพร้อมกับสามีของเธอ โดยปรับปรุงห้องในบ้านของพวกเขาเพื่อดูแลนุ๊ก ผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุ ผมกับทีมนักวิจัยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนี้ พบว่าแม่ครัวและสามีดูแลนุ๊กดีมาก ร่างกายสะอาดสะอ้าน เดินเข้าไปแทบไม่มีกลิ่นปัสสาวะ อุจจาระ แผลกดทับไม่มี มีกลิ่นหอมอ่อนๆ ของการปะแป้งแต่งตัวอย่างดี

การที่นุ๊กรับเงินบำนาญ วันดีคืนดีจะมีเจ้าหน้าที่สถานทูตนอร์เวย์เดินทางมาที่บ้านโดยไม่บอกล่วงหน้า เพื่อที่จะมาตรวจคุณภาพของการดูแลพลเมืองของประเทศเขา เพราะจ่ายเงินให้คนดูแลทุกเดือนจากเงินบำนาญ สำหรับลูก หลาน และภรรยาของนุ๊กก็บินมาเยี่ยม สถานทูตบอกว่าการดูแลพลเมืองของประเทศเขามีความสำคัญ ถ้าหากดูแลไม่ดี เช่น สำลักอาหารเกิดปอดอักเสบขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ต้องพาไปโรงพยาบาลจะหักออกจากค่าตอบแทนของผู้ดูแล เป็นระบบการดูแลภายใต้สวัสดิการรัฐที่เขาสร้างขึ้น ผู้ดูแลก็จะดูแลแบบริ้นไม่ให้ไต่ไรไม่ให้ตอมเลยทีเดียว จะป้อนข้าวป้อนน้ำก็กลัวจะสำลัก ต้องค่อยๆ หยอด เพราะถ้าหยอดไปแล้วสำลักปอดอักเสบขึ้นมา ค่าใช้จ่ายหลายแสนบาทต้องหักออกจากค่าตอบแทนคนดูแล ระบบสวัสดิการรัฐแบบนี้เป็นนโยบายของประเทศโลกที่ ๑ ที่พยายามส่งคนแก่หรือว่าผู้ป่วยออกจากประเทศของเขา

---

[๕] ดู Ara Wilson. (๒๐๑๑). Foreign Bodies and National Scales: Medical Tourism in Thailand. *Body and Society*. ๑๗ (๒ & ๓): ๑๒๑-๑๓๗.

ผมไปประชุมที่เมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษ คราวหนึ่ง ขึ้นแท๊กซี่จากสนามบินเพื่อไปที่มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ คนขับแท๊กซี่มีตุ๊กตาผู้หญิงใส่ชุดแต่งกายอีสานและมีกระติ๊บข้าวเล็กๆ แขวนไว้ตรงกระจกหน้ารถ ผมถามเขาว่านี่อะไร เขาก็บอกว่าของฝากจากบัวใหญ่ (อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา) ผมถามว่าคุณไปทำอะไรที่บัวใหญ่ เขาบอกว่าถึงหน้าหนาวทุกปีจะต้องไปหาแฟนที่บัวใหญ่ เขาชอบมากเลยเมืองไทยอากาศร้อนดี ผมถามว่ามันร้อนไปไหม เขาบอกว่าไม่ร้อนไปหรอกมันเหมาะสำหรับเขา มาแล้วเขาก็เดินทางไปไหนมาไหนได้ แล้วเขาก็ออกกำลังกาย เขาบอกพยายามลดน้ำหนักแต่ไม่เคยลดได้เลย ทั้งที่อากาศร้อนแล้วก็ไปออกกำลังกาย ผมถามเขาว่าทำไมถึงลดน้ำหนักไม่ได้ เขาบอกว่าทุกครั้งที่ออกไปวิ่งในหมู่บ้าน วิ่งผ่านบ้านหลังไหนชาวบ้านก็ดึงเขาเข้าไปกินข้าวหมดเลย ทำให้ทุกวันที่ออกไปวิ่งน้ำหนักจะขึ้นตลอด

เขาเล่าให้ฟังว่าคบกับแฟนคนนี้มานานแล้ว ในบั้นปลายชีวิตเขาวางแผนจะมาใช้ชีวิตที่บัวใหญ่ ผมถามว่าแล้วทำไมคุณไม่เอาแฟนมาที่ประเทศคุณล่ะ ในเมื่อคุณก็เป็นคนที่นี่ อะไรต่างๆ ก็มีอยู่แล้ว เขาบอกว่ามันเป็นไปได้ยากมากที่จะเอาผู้หญิงเข้าไปในประเทศเขา ถ้าหากจะเดินเรื่องเพื่อที่จะเอาแฟนที่เป็นชาวต่างชาติเข้ามาอยู่ด้วย ทางการอังกฤษก็จะขอดูเอกสาร อีเมล และจดหมายย้อนหลัง ๒ ปี ว่ามีการติดต่อกันจริงหรือไม่ และจะต้องมีการสอบภาษาอังกฤษด้วย เพื่อดูว่าผู้หญิงคนนี้ใช้ภาษาอังกฤษเป็น ไม่เป็นภาระกับเขาในการที่จะต้องมาดูแลเรื่องการสื่อสารกับคนอื่น แล้วมาตรวจบ้านของผู้ชายด้วยว่าบ้านมันใหญ่กว้างขวางเพียงพอที่จะรองรับผู้หญิงคนนี้ ตรวจการเดินบัญชีทางการเงินเพื่อดูว่าผู้หญิงคนนี้เมื่อมาอยู่แล้วจะไม่ไปเป็นภาระกับสวัสดิการสังคมของประเทศอังกฤษ โดยปริยายสะท้อนนโยบายจากประเทศพัฒนาที่จะส่งคนแก่มายังประเทศกำลังพัฒนา แทนที่จะรับคนหนุ่มสาวเข้าประเทศ ปรากฏการณ์นี้เป็นการเมืองของประชากรที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป

ผมอยากจะชี้ให้เห็นว่า การแพทย์ที่เราจะได้พบในศตวรรษที่ ๒๑ มันมีทั้งเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าประเด็นทางชีวจริยศาสตร์ใหม่ และผลกระทบทางสังคมที่เราอาจจะนึกไม่ถึงว่ามันจะมี ตัวอย่างเช่น ปัจจุบันเท่าที่เราทราบประเทศสิงคโปร์ไม่มีโรงเรียนแพทย์แล้ว และจะไม่เปิดโรงเรียนแพทย์ใหม่ ส่วนโรงเรียนแพทย์เก่าพยายามที่จะไม่มีการเรียนการสอน เพราะการผลิตแพทย์มันใช้งบประมาณสูง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการผลิตแพทย์ของประเทศสิงคโปร์เดินทางมาเมืองไทยแล้วมาตรวจสอบดูว่า โรงเรียนแพทย์ของประเทศเรา เช่น ศิริราช จุฬาลงกรณ์ เชียงใหม่ หลักสูตรได้มาตรฐานไหม ถ้าได้มาตรฐานประเมินผ่านเกณฑ์จะรับรองว่าแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ของประเทศเราสามารถไปทำงานเป็นแพทย์ที่ประเทศสิงคโปร์ได้ หรือตามโรงพยาบาลที่ต้องมีแพทย์เวร แต่แพทย์เวรนอกเวลาในต่างประเทศค่าจ้างแพง ปัจจุบันบางโรงพยาบาลไม่ต้อง

มีแพทย์เวรนอกเวลาตอนกลางคืน โดยเฉพาะการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ที่เป็นไฟล์ดิจิตอลเพื่อตรวจรักษาคนไข้ ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่จากประเทศอังกฤษซึ่งเป็นเวลากลางคืนจะส่งไฟล์เอ็กซเรย์ดิจิตอลไปให้แพทย์ที่ประเทศออสเตรเลียซึ่งเป็นเวลากลางวันอ่านวินิจฉัยโรคให้

เราอาจจะเรียกได้ว่า เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงคุณค่า ความหมาย หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้คน ตั้งแต่ตั้งครรภ์ เช่น การผสมเทียม การกำหนดว่าทารกในครรภ์อายุกี่สัปดาห์ เราถึงจะเรียกได้ว่าชีวิตมันเริ่มต้นขึ้น สมัยก่อนเราถืออายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ นับว่าเด็กมีชีวิตแล้ว เพราะฉะนั้นในบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาจะถือว่าอายุครรภ์หลัง ๒๘ สัปดาห์ห้ามทำแท้ง แต่เกณฑ์ในการนับอายุทารกในครรภ์ว่าเป็นจุดเริ่มต้นชีวิตจะลดลงเรื่อยจาก ๒๘, ๒๗, ๒๖ สัปดาห์ ปัจจุบันเป็น ๒๔ สัปดาห์ สมัยก่อนเด็กที่มีอายุ ๒๔ สัปดาห์คลอดออกมาตายทุกคน การแพทย์ค้นพบว่าสาเหตุที่เด็กอายุ ๒๔ สัปดาห์คลอดแล้วเสียชีวิตเป็นเพราะว่าปอดไม่สามารถที่จะพองตัว เนื่องจากเวลาที่ปอดซึ่งเป็นถุงลมเล็กๆ จะพองตัวขึ้น มันจำเป็นที่จะต้องมีสารชนิดหนึ่งช่วยลดความตึงผิวของถุงลม มันถึงจะพองตัวขึ้นแล้วให้อากาศเข้าไปถ่ายเทแลกเปลี่ยนออกซิเจนเข้ากระแสเลือดได้ เพราะฉะนั้นเด็กทารกที่อายุ ๒๔ สัปดาห์ คลอดออกมาตายทุกคน เพราะสารชนิดนี้ไม่เพียงพอ แต่ปัจจุบันสารชนิดนี้ผลิตได้แล้ว เด็กเกิดมาก็พ่นเข้าไปในหลอดลม เด็กก็ไม่ตาย

ฉะนั้น การแพทย์ได้นิยามจุดเริ่มต้นชีวิตว่าเราจะเริ่มต้นนับตั้งแต่อายุเท่าไหร่ นิยามความเจ็บป่วยว่าเมื่อไหร่จะถือว่าป่วย ตัวอย่างเช่น ยาลดความดันโลหิตสูงที่เราทานทุกวันนี้ ถือว่าความดันโลหิตที่ระดับ ๑๔๐/๙๐ ผิดปกติ แต่บริษัทยาก็พยายามที่จะผลิตยาขึ้นมาตัวหนึ่ง โดยเป็นยาที่ใช้รักษาอาการ Pre-hypertention ทำให้ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertention) มันมีโรคชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “โรคก่อนเป็นความดันโลหิตสูง” ส่งผลให้ในระหว่างที่ระดับความดันโลหิตของเรา ยังไม่ทันจะสูงไปแตะเกณฑ์พอจะวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง บริษัทยามีโอกาสผลิตยาขึ้นมาชนิดหนึ่งขายให้เรา

ความตายในปัจจุบัน กลายเป็นความท้าทายทางชีวจริยศาสตร์เช่นเดียวกัน เราต้องเข้าใจว่าในสมัยก่อนเวลาคนตาย ไม่มีปัญหาอะไร ตายก็ตายกันไป แต่หลังจากที่เราผลิตเครื่องช่วยหายใจขึ้นมา เราสามารถที่จะใส่เครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยก็ยังหายใจอยู่ไปได้เรื่อยๆ ปัญหาคือเมื่อไหร่จะนับว่าผู้ป่วยตายแล้ว หยุดเครื่องช่วยหายใจ การมีเครื่องช่วยหายใจขึ้นมาทำให้โจทย์เรื่องความตาย กลายเป็นเรื่องใหญ่ในทางการแพทย์ ถ้าหากเราใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยก็หายใจไปเรื่อยๆ แต่ในขณะเดียวกันทางการแพทย์มีความจำเป็นต้องการอวัยวะ เพื่อเอามาใช้ผ่าตัดเปลี่ยนให้กับคนอื่น เพราะฉะนั้น เราต้องมีเกณฑ์วินิจฉัยการตายเพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์สามารถผ่าตัดเอาอวัยวะที่มันยังไม่เสียไปใช้ได้ การแพทย์เลยกำหนดเกณฑ์การตายใหม่เป็นสภาวะสมองตาย ถ้าหากสมองส่วนล่างตายถือว่าตายแล้ว อวัยวะยังดีอยู่จะได้ผ่าตัดอวัยวะเอาไปใช้[๖]

แต่มีความพยายามของแพทย์อีกเช่นกันที่ให้นิยามใหม่ของสภาวะสมองตาย ไม่ให้ใช้เกณฑ์สมองส่วนล่าง แต่ให้ใช้สมองส่วนบนแทน หากสมองส่วนนี้เสียก็ถือว่าตายแล้ว ผู้ป่วยที่นอนหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจที่โรงพยาบาล หากยังหายใจดีอยู่แต่สมองไม่รับรู้อะไรก็ถือว่าตายแล้ว เราสามารถผ่าตัดเอาอวัยวะของพวกเขาไปได้เพราะทางการแพทย์ถือว่าเสียชีวิตแล้ว

สิ่งนี้เป็นความท้าทายใหม่ เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงเรื่องราวเกี่ยวกับนิยามความเป็นมนุษย์ในแง่มุมต่างๆ มากมาย เปลี่ยนแปลงจริยศาสตร์ใหม่ที่เราต้องกลับมาทบทวน ผิดชอบชั่วดีคืออะไร แล้วเราต้องปฏิบัติอย่างไรถึงจะเหมาะที่สุด สำหรับสถานการณ์ที่เราเผชิญอยู่ ถ้าหากเราต้องใช้ทรัพยากรที่เรามีอยู่จำกัดไปเพื่อรักษาคนบางกลุ่ม แทนที่เราจะใช้ไปรักษาคนอีกกลุ่มหนึ่ง แบบไหนจะคุ้มค่ากว่ากัน ประเด็นดังกล่าวนี้จะกลายเป็นโจทย์ใหม่ที่ท้าทายมาก

---

[๖] ดู Margaret Lock. (๒๐๐๒). *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death.* Berkeley: University of California Press.

จริยศาสตร์ใหม่มันมาพร้อมกับปฏิบัติการเชิงอำนาจรูปแบบใหม่ด้วย ผ่านการนิยามการเกิด การตาย นิยามว่าชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร เช่น ผู้หญิงที่สวยควรจะมีคางแหลมขนาดสักเท่าไหร่ หรือว่าความเรียวของน่องต้องกี่เซนติเมตร เป็นต้น เราจะเห็นว่าอำนาจรูปแบบใหม่ที่ปฏิบัติการเหนือเรือนร่างของมนุษย์อาศัยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือ และความรู้ทางการแพทย์ไม่ได้จำกัดบทบาทอยู่ที่แค่การรักษาพยาบาลเหมือนในอดีต หากขยายขอบเขตมาสู่ปริมณฑลอื่นของคุณค่าชีวิตผู้คน[๗]

เราอาจกล่าวได้ว่า การแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง บทความของอับดุล ออมราน (Abdel Omran)[๘] เขียนไว้เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๔ อธิบายการเปลี่ยนผ่านทางประชากรและระบาดวิทยา ถ้าเรามองย้อนกลับไปในประวัติศาสตร์อันยาวนานของมนุษยชาติ ซึ่งเป็นการมองจากจุดยืนของประเทศพัฒนา เราอาจแบ่งยุคสมัยของมนุษย์อย่างหยาบได้เป็น ๓ ยุคสมัย ได้แก่ ยุคของโรคระบาดและทุพภิกขภัยทั้งหลาย แล้วผ่านเข้าสู่ยุคการยุติลงของโรคระบาด จนมาสู่ยุคโรคที่เกิดจากความเสื่อม และโรคที่มนุษย์ทำตัวเอง ได้แก่ โรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ความเครียด

แต่มีนักระบาดวิทยาชื่อโรนัลด์ บาเร็ท (Ronald Barrett) และคณะ[๙] ได้เอาแง่คิดดังกล่าวแจกยุคสมัยการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านมาออกมาใหม่ พบว่ามันมีการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาขึ้น ๓ ครั้งด้วยกัน

---

[๗]อเล็กซานเดอร์ เอดมันด์ส (Alexander Edmonds) ชี้ให้เห็นว่า อุตสาหกรรมศัลยกรรมความงามที่เติบโตในประเทศบราซิล ได้เปลี่ยนแปลงอุดมคติเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีให้กับผู้หญิงชาวบราซิล สุขภาวะไม่ได้จำกัดแค่การไม่ป่วยเป็นโรค หากกินความถึงการมีเรือนร่างที่สวยงาม, Alexander Edmonds. (๒๐๐๙). Learning to love yourself: Esthetics, health, and therapeutics in Brazilian plastic surgery. *ETHNOS*. ๗๔ (๔): ๔๖๕-๔๘๙.

[๘]Abdel Omran. (๑๙๗๑). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. ๔๙ (๔): ๕๐๙-๕๓๘.

[๙]Ronald Barrett, Christopher W. Kuzawa, Thomas McDade, and George J. Armelagos. (๑๙๙๘). Emerging infectious disease and the third epidemiological transition. *Annual Review of Anthropology*. ๒๗: ๒๔๗–๒๗๑.

การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งแรก เป็นการเกิดขึ้นของโรคติดต่อหรือโรคระบาด เมื่อมนุษย์เริ่มมาอยู่รวมกันเป็นชุมชนในยุคหินใหม่ (Neo Lithic) ก่อนหน้าที่จะเป็นยุคหินใหม่ ผู้คนอาศัยอยู่กันเป็นเผ่าเล็กๆ กระจัดกระจาย ออกเร่ร่อนไล่ล่าสัตว์เก็บหาอาหารอยู่ตามป่ากันเป็นครอบครัว หรือกลุ่มละไม่กี่ครอบครัว เมื่อมนุษย์ตั้งหลักแหล่งอยู่รวมกันเป็นชุมชนและมีประชากรจำนวนมาก ทำให้เชื้อโรคมีระยะเวลาบ่มเพาะตัวมันเองและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน สุขาภิบาลที่แย่ยิ่งทำให้เกิดโรคระบาดใหญ่ขึ้น

หลังยุคโรคระบาดที่ดำเนินอยู่พักใหญ่ เกิดการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่ ๒ เกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรังหรือโรคในกลุ่ม NCDs (Non-communicable diseases) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด โรคเหล่านี้เกิดขึ้นสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตและการบริโภคของผู้คนในยุคอุตสาหกรรม คนบริโภคมาก บริโภคเกิน ออกกำลังกายน้อย นั่งทำงานนาน

ส่วนที่เรากำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน คือการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่ ๓ การเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคอีโบล่า ไข้หวัดนก ไข้หวัดสายพันธุ์ต่างๆ หรือโรคที่ระบาดข้ามสายพันธุ์จากสัตว์มาสู่คน ซึ่งปัจจุบันกำลังเป็นที่วิตกกังวลกันมาก หลังมีการตรวจพบว่าโรคระบาดสามารถแพร่กระจายข้ามสายพันธุ์มากขึ้น

หากดูผิวเผิน ข้อเสนอข้างต้นอาจเป็นการสาธยายความจริงทางระบาดวิทยา แต่นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งตั้งคำถามว่า มุมมองอธิบายการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาที่มีการเสนอกันนั้น เอาเข้าจริงมองผ่านชุดวิธีคิดใด หากมองจากกลุ่มคนที่ไร้อำนาจ คนที่ถูกกระทำกดขี่ในประวัติศาสตร์มนุษยชาติ การเปลี่ยนผ่านแต่ละยุคสมัยอาจจะไม่ได้เป็นเรื่องของการคัดเลือกทางธรรมชาติ (Natural selection) ตามกรอบทฤษฎีวิวัฒนาการ[๑๐] ตัวอย่างเช่น คนอัฟริกันอเมริกันในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยรวมจะมีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก แต่อุบัติการณ์ของโรคนี้ที่สูงในคนอัฟริกันอเมริกัน ไม่ได้เป็นอิสระจากประวัติศาสตร์การล่าอาณานิคม หรืออำนาจจักรวรรดินิยมที่ได้กระทำบนเรือนร่างของคนผิวดำเหล่านี้ เพราะในยุคการค้าทาสที่ไปไล่ล่ากวาดต้อนทาสชาวแอฟริกันมาขาย คนผิวขาวจับคนผิวดำใส่ลงไปในเรือ ถ้าพวกเราลองไปค้นหาในกูเกิล (google) จะเห็นภาพเรือลำหนึ่งที่ให้ทาสผิวดำนอนเรียงหัวสลับเท้า นอนสลับกันจนเต็มพื้นที่ของเรือเลยทีเดียว เพื่อจะใช้พื้นที่ของเรือให้คุ้มค่าที่สุดสำหรับการขนทาสให้ได้มากที่สุดเพื่อที่จะเอาไปขาย ทาสที่ถูกจับมาบนเรือเหล่านั้นเกินกว่าครึ่งเสียชีวิตไประหว่างทาง คนที่รอดชีวิตคือคนที่ร่างกายของพวกเขาสามารถที่จะดึงเอาโซเดียมไว้ในตัว

---

[๑๐] George Armelagos. (๒๐๐๕). The slavery hypertention hypothesis-Natural selection and scientific investigation: A commentary. *Transforming Anthropology*. ๑๓ (๒): ๑๑๙-๑๒๔.

ทางการแพทย์เรียกว่ามีเกลือแร่ในเลือดสูง (Sodium retention) ในร่างกายมียีนส์ชนิดหนึ่งที่ดึงโซเดียมเข้ามาไว้ในตัว ทำให้ร่างกายปล่อยโซเดียมออกน้อยก็จะทำให้เสียน้ำน้อย เมื่อขับถ่ายน้ำออกน้อยก็มีน้ำอยู่ในตัวมาก และไม่ตายระหว่างทางที่ขนย้ายจากอัฟริกามาที่ประเทศตะวันตก เพราะฉะนั้นในกระบวนการที่จักวรรดินิยมได้ไปกระทำต่อคนผิวดำเหล่านี้ มันได้กลายเป็นกระบวนการคัดเลือกเผ่าพันธุ์ที่ทนต่อการอดน้ำ เพราะมียีนส์ที่ดึงโซเดียมไว้ในร่างกาย แต่ยีนส์ชนิดนี้มันทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

ถ้าเรามองจากจุดยืนทางประวัติศาสตร์ การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาในแต่ละยุค เป็นผลผลิตจากประวัติศาสตร์ที่มนุษย์เป็นแรงขับเคลื่อนทั้งสิ้น

นอกจากนั้น พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) นายแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์[๑๑] ตั้งคำถามต่อคำอธิบายโรคอุบัติใหม่ว่าเอาเข้าจริงมันอุบัติใหม่ขึ้นจริงหรือไม่ หรือโรคที่เราเห็นว่ามันอุบัติใหม่ทั้งหลายในปัจจุบัน เช่น อีโบล่า เอดส์ วัณโรค มันกัดกร่อนทำลายชีวิตของคนจน คนทุกข์คนยากในประเทศพัฒนาและประเทศโลกที่ ๓ อยู่ทุกเมื่อเชื่อวันอยู่แล้ว เพียงแต่จากมุมมองของประเทศพัฒนากลับเห็นว่าโรคเหล่านี้มันเป็นโรคที่อุบัติขึ้นมาใหม่ ทั้งที่ในความเป็นจริงโรคเหล่านี้อยู่กับกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส ไร้อำนาจ และถูกกระทำกดขี่มาตลอดอย่างยาวนาน ไม่เคยหายไปไหน

เรากำลังจะเผชิญมากกว่านั้นก็คือ โรคและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในยุคที่อาจจะเรียกว่า ยุคแห่งการกระทำของมนุษย์ หรือโลกในยุค **แอนโทรโปซีน** (Anthropocene)[๑๒]

ก่อนหน้านี้เป็นยุคสมัยที่สังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วยเงื่อนไขและตัวกำหนดทางสังคมการเมือง แต่ในยุคสมัยต่อจากนี้ไปการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นผลพวงมาจากน้ำมือการกระทำของมนุษย์ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ การทำลายระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อม นำมาซึ่งภัยพิบัติรูปแบบต่างๆ สิ่งที่เป็นความท้าทายใหม่คือ เราเคยต่อสู้ในเรื่องปัจจัยกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ (Social determinants of health) ก็อาจจะเปลี่ยนไปเป็นการต่อสู้เคลื่อนไหวในประเด็นปัจจัยกำหนดทางนิเวศน์วิทยามากขึ้น (Ecological

---

[๑๑] Paul Farmer. (๑๙๙๖). Social inequslities and emerging infectious disease. *Emerging Infectious Disease*. ๒ (๔): ๒๕๙-๒๖๙.

[๑๒] ดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) นักคิดสตรีนิยมหลากสายพันธุ์ (Multispecies feminist theorist) วิจารณ์ว่าแนวคิด Anthropocene ยังคงยึดเผ่าพันธุ์มนุษย์เป็นศูนย์กลาง จึงทดลองเสนอมโนทัศน์ที่เรียกว่า Chthulucene เพื่อชี้ให้เห็นว่าตัวตนของมนุษย์ไม่เพียงเกิดจากการที่เราสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ในระบบนิเวศ แต่ยังประกอบขึ้นจากเซลล์และความสมดุลกับเชื้อโรคต่างๆ ภายในร่างกายของเรา มนุษย์จึงไม่อาจเป็นมนุษย์ได้ถ้าไม่เป็นธรรมชาติ หรือสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ไปพร้อมๆ กัน, Donna Haraway. (๒๐๑๖). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. New York: Duke University Press.

determinants) เนื่องจาก เราต้องเผชิญกับสภาวะที่ความหลากหลายทางชีวภาพถูกทำลาย อาหารในท้องถิ่นอาจจะขาดความมั่นคงลงมาก รวมทั้งภัยพิบัติจากธรรมชาติที่รุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรหนีภัยแล้ง หรือการพลัดถิ่นจากระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้น จนกระทั่งพื้นถิ่นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ไม่สามารถจะอยู่ที่เดิมได้อีกต่อไป ตลอดจนความขัดแย้งที่มนุษย์แย่งชิงทรัพยากรกัน

เชื้อโรคที่เกิดขึ้นจากภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เชื้อโรคซุปเปอร์บั๊ก (Superbug) ต่างๆ ทำให้เกิดภาวะการดื้อยาปฏิชีวนะ แม้แต่พาหะนำโรค เช่น แมลงต่างๆ เราจะพบเห็นว่าโรคที่ไม่เคยเกิดขึ้นในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา เช่น ไข้เลือดออก เริ่มแพร่ระบาดไปที่ประเทศแถบนั้นเยอะขึ้น เพราะอากาศเริ่มมีลักษณะผันผวน

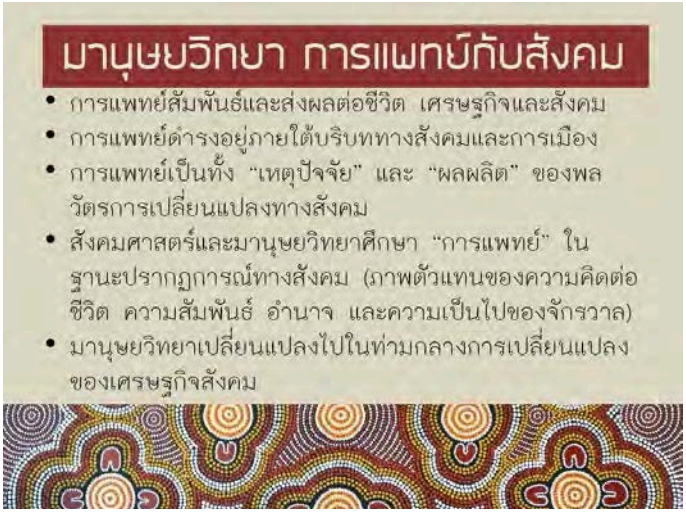
ในขณะเดียวกันกับที่โลกกำลังเผชิญกับยุคแอนโทรโปซีน มันก็นำโอกาสของการทำงานด้านสุขภาพใหม่ๆ เกิดขึ้นตามมาด้วย เช่น ความเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองด้านสุขภาพที่เรียกว่า สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ซึ่งมองว่าสุขภาพของมนุษย์แยกไม่ออกจากสุขภาพของโลก[๑๓] (Planetary Health) กำลังเป็นประเด็นที่ดึงเอาไม่เพียงแต่นักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ หากรวมเอานักมานุษยวิทยา นักสังคมศาสตร์ นักสิ่งแวดล้อม และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบนิเวศน์ มาทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพ

ในระยะหลังนี้ เรายังเผชิญกับสภาวะที่เรียกว่าผันผวนที่สุดในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ เรื่องของการต่อสู้ระหว่างเสรีนิยมใหม่กับทุนนิยมโลก การพยายามจำกัดสิทธิสุขภาพที่กลุ่มคนจะเข้าถึงยา ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสิทธิบัตรยากับกระบวนการแสวงหากำไรของทุนนิยมโลกก็ผูกพันกันอย่างใกล้ชิด สิทธิบัตรยาออกมาเพื่อที่จะให้เป็นแรงจูงใจให้บริษัทต่างๆ วิจัยเพื่อพัฒนายา แต่ข้อมูลที่เราพบคือ ยาที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่ไม่ได้พัฒนาจากบริษัทยา ส่วนใหญ่พัฒนามาจากมหาวิทยาลัยซึ่งใช้งบประมาณของรัฐบาล บริษัทยาเหล่านั้นก็ไปเอางานวิจัยเหล่านั้นมาต่อยอด เรายังพบลักษณะของการจดสิทธิบัตรยาที่แย่ไปกว่านั้น อย่างเช่น เมื่อสิทธิบัตรยาใกล้จะหมด บริษัทยาเหล่านี้ก็ไปแปลงวิธีใช้สักนิดหนึ่งแล้วขึ้นทะเบียนสรรพคุณใหม่ ก็สามารถผูกขาดการผลิตยาตัวนั้นไปได้อีก ๒๐ ปี ปรากฏการณ์นี้เราเรียกว่าสิทธิบัตรยาที่ไม่มีวันหมดอายุ (Evergreening Patent) คือมันออกดอก ออกใบสดเขียวอยู่ตลอดเวลา ผลิตผลกำไรให้กับบริษัทยาได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การแย่งชิง

---

[๑๓] ดู Sarah Whitmee, Andy Haines, Chris Beyrer, Frederick Boltz, Anthony G Capon, Braulio Ferreira de Souza Dias, Alex Ezeh, Howard Frumkin, Peng Gong, Peter Head, Richard Horton, Georgina M Mace, Robert Marten, Samuel S Myers, Sania Nishtar, Steven A Osofsky, Subhrendu K Pattanayak, Montira J Pongsiri, Cristina Romanelli, Agnes Soucat, Jeanette Vega, and Derek Yach. (๒๐๑๕). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. ๓๘๖: ๑๙๗๓-๒๐๒๘.

ทรัพยากรสุขภาพในรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สิทธิสุขภาพกับสิทธิมนุษยชนกลายเป็นประเด็นที่ใกล้ชิดกัน ภาพบนสไลค์ขวามือสุดเป็นการประท้วงที่ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะเมื่อวานนี้ ที่มีการรับฟังเรื่องการแก้กฎหมายบัตรทอง กลุ่มผู้ประท้วงชูคำขวัญว่า “แก้แล้วแย่ก็อย่าแก้ดีกว่า” การเกิดขึ้นของลัทธิชาตินิยม ประชานิยมใหม่ซึ่งกำลังแพร่หลาย จนกระทั่งเกิดสภาวะที่เรียกว่าฝ่ายขวาจัด หรือฝ่ายครั่งชาติลุกขึ้นมาทำร้ายประชาชนที่พวกเขาเห็นว่าเป็นกลุ่มคนที่นำมาซึ่งความเสื่อมโทรม หรือเป็นชนชาติที่สัมพันธ์กับการก่อการร้าย โดยไม่ได้พิจารณาว่าสิ่งที่ตนทำนั้นคือการก่อการร้ายแบบหนึ่งเช่นกัน



ทั้งหมดที่ผมพูดมาเพียงแค่อยากจะชี้ให้เห็นว่า มานุษยวิทยากับการแพทย์ เป็นสองเรื่องที่สัมพันธ์กัน ในลักษณะที่นักมานุษยวิทยาเข้าไปศึกษาประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงอยู่กับสังคม สนใจว่าการแพทย์ส่งผลต่อชีวิตผู้คน เศรษฐกิจ และสังคมอย่างไร โดยมีมุมมองว่าการแพทย์เป็นทั้งเหตุปัจจัยที่ทำให้สังคมเปลี่ยนแปลง ในขณะเดียวกันระบบการแพทย์ก็ดำรงอยู่และเป็นผลผลิตจากเงื่อนไขบริบทพลวัติทางสังคม และการเมือง เช่นเดียวกัน

ลักษณะความสัมพันธ์เชิงพลวัตรระหว่างการแพทย์กับสังคมเช่นนี้ ทำให้นักมานุษยวิทยาพบว่าปรากฏการณ์ทางการแพทย์ก็เป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ โดยถือว่าการแพทย์มีฐานะเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมเป็นภาพตัวแทนความคิดต่อชีวิต ต่ออำนาจรูปแบบต่างๆ สะท้อนความสัมพันธ์ทางสังคม และจักรวาลวิทยา (Cosmology) ของคนในท้องถิ่นวัฒนธรรมต่างๆ เราจะเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านอธิบายจักรวาลในร่างกายของมนุษย์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับจักรวาลขนาดใหญ่ซึ่งอยู่ภายนอก หรือความรู้ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของผู้คนก็เป็นอำนาจรูปแบบหนึ่งที่ได้กลายเป็นต้นแบบในการอธิบายความจริงอื่นๆ ในสังคมไปด้วย

ในขณะที่ การแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่กำลังเปลี่ยนแปลงโฉมหน้าไปขนานใหญ่ มานุษยวิทยาก็เกิดการเปลี่ยนผ่านไปพร้อมกันด้วยเช่นเดียวกัน

ส่วนที่ ๒ การเปลี่ยนผ่านของมานุษยวิทยา

ในส่วนที่ ๒ ผมจะพูดถึงเรื่องการเปลี่ยนผ่านของมานุษยวิทยา และเราจะทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนผ่านนี้อย่างไรได้บ้าง เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ในที่ประชุมแห่งนี้ ผมได้นำเสนอบทความทบทวนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของมานุษยวิทยาการแพทย์ไปแล้ว[๑๔]

ในครั้งนั้น ผมได้สรุปตอนท้ายว่า มานุษยวิทยาการแพทย์กำลังมีการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ๔ เรื่องด้วยกัน ๑) การเปลี่ยนผ่านของนิยามวัฒนธรรม ๒) การเปลี่ยนผ่านจากความสนใจเชิงโครงสร้างและระบบมาสนใจในเรื่องมนุษย์ คน หรือปฏิบัติการของมนุษย์ ๓) การหันมาสนใจศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ ๔) กระบวนการสะท้อนย้อนคิดกลับมามองบทบาทของนักมานุษยวิทยาต่อสังคม

ผมอยากจะใช้โอกาสต่อจากนี้ไป อธิบายเพิ่มเติมว่าหลังจาก ๑๕ ปี ของบทความชิ้นนั้น เรายังพอจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของมานุษยวิทยาการแพทย์เพิ่มเติมอะไรบ้าง

---

[๑๔]โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๘).พหุลักษณ์ทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ.ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). *พหุลักษณ์ทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

๒.๑ การเปลี่ยนผ่านของนิยามวัฒนธรรม

ในแวดวงมานุษยวิทยาช่วงที่ผ่านมา จะเห็นชัดเจนว่านิยามของวัฒนธรรมที่เคยถูกใช้ในฐานะที่มันเป็นสิ่งที่ชนชั้นสูงในยุโรปเท่านั้นที่มี มันถูกแปลงไปเป็นวัฒนธรรมของสามัญชนมากขึ้น นิยามวัฒนธรรมเป็นประเด็นข้อถกเถียงตั้งแต่ยุคของฟรันซ์ โบแอส (Franz Boas) บิดาสาขามานุษยวิทยา หรือตั้งแต่ที่เราเริ่มเรียนมานุษยวิทยาเบื้องต้น แต่ปัจจุบันคำว่าวัฒนธรรมถูกใช้กว้างขวาง ไม่จำเป็นต้องเป็นวัฒนธรรมของชนชั้นสูงอีกต่อไปแล้ว เรามีวัฒนธรรมของทอม ไพร่ คนไร้อำนาจ คนชายขอบ วัยรุ่น คนไร้บ้าน คนเหล่านี้ก็ล้วนแต่มีแบบแผนพฤติกรรมที่นักมานุษยวิทยาสามารถไปศึกษาพอจะเรียกได้ว่ามีวัฒนธรรมได้เช่นเดียวกัน

นิยามวัฒนธรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เราเคยหมายความถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงาม วัฒนธรรมไม่จำเป็นต้องดีงามเสมอไป แต่วัฒนธรรมอาจจะเป็นปฏิบัติการของอำนาจรูปแบบหนึ่งก็ได้ หรือเป็นเครื่องอำพรางการกดขี่ก็ได้ ค่านิยมผู้ชายเป็นใหญ่ที่แฝงฝังอยู่ในวัฒนธรรมไทยมาตั้งแต่ดั้งเดิม อาจจะเป็นเครื่องอำพรางการกดขี่ที่มอบอภิสิทธิ์ให้ผู้ชายทำกับผู้หญิงก็ได้ เพราะฉะนั้นวัฒนธรรมหมดมนต์เสน่ห์ในฐานะของการเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงาม แต่วัฒนธรรมยังเป็นสิ่งที่เราวิพากษ์วิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงผลกระทบในด้านบวกและด้านลบของมันด้วย ขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่นเปลี่ยนความหมายจากสิ่งที่ชุมชนยึดถือและมีวิถีการปฏิบัติร่วมกัน ถูกตีความว่าเป็นพื้นที่ของการช่วงชิง ต่อต้านต่อรอง และท้าทายอำนาจ[๑๕]

ผมไปเก็บข้อมูลงานวิจัยที่จังหวัดแพร่ ชาวบ้านอาศัยวัฒนธรรมการบวชป่าสักผืนสุดท้ายเพื่ออนุรักษ์ลุ่มน้ำยม สิ่งนี้เป็นการใช้วัฒนธรรมเพื่อต่อรองและต่อต้าน การต่อต้านเหมืองแร่โปรแตสที่จังหวัดอุดรธานี ก็ใช้ตำนาน “ผาแดงนางไอ่” สร้างเรื่องเล่าให้เห็นว่า เกลือสีขาวทรัพยากรที่อยู่ใต้ดิน เปรียบไปไม่ต่างจากเนื้อของกระรอกขาวในตำนานผาแดงนางไอ่ที่ผู้คนถ้าบริโภคเข้าไปจะล้มตาย เพราะมันเป็นเนื้อของสิ่งที่ไม่ถูกต้องชอบธรรม ประเพณีวัฒนธรรมกลายเป็นพื้นที่ของการช่วงชิง ต่อต้านต่อรอง หรือใช้เป็นเครื่องมือทางการเมืองท้าทายอำนาจก็ได้

วัฒนธรรมที่เคยมองว่าเป็นของแท้ (Authentic culture) ปัจจุบันก็ยากที่จะหาว่าวัฒนธรรมแท้คืออะไร เราบอกว่าเรามีวัฒนธรรมไทยแท้ ก็ไม่รู้เริ่มนับความเป็นไทยตั้งแต่เมื่อไหร่ ความเป็นไทยกับพุทธศาสนาก็พัฒนาคู่กันมา แล้วก่อนที่ไทยจะรับพุทธศาสนาเข้ามา เราจะนับเป็นวัฒนธรรมไทยไหม ก็ยากที่จะบอกได้

เราจะพบเห็นประเด็นการวิพากษ์วัฒนธรรมในแวดวงมานุษยวิทยาเมื่อ ๑๕ ปีก่อน แต่ว่าในระยะหลัง ๑๕ ปีที่ผ่านมา มันมีการเปลี่ยนแปลงของนิยามวัฒนธรรมที่น่าสนใจยิ่งขึ้นไปอีก มีการเปลี่ยนวิธีคิดและมีการตั้งคำถามว่ามุมมองต่อวัฒนธรรม เรามองจากสิ่งที่เรียกว่ามนุษย์เป็นสัตว์ยกเว้นหรือเปล่า (Human exceptionalism) มีแต่มนุษย์เท่านั้นหรือที่มีวัฒนธรรม เพราะเราเชื่อว่ามนุษย์สามารถสร้างภาษา เข้าใจสัญลักษณ์ และสามารถสร้างพฤติกรรมที่สลับซับซ้อน แนวคิดการมองวัฒนธรรมในลักษณะนี้มันจริงหรือเปล่า

---

[๑๕] ดู George E. Marcus and Michael M.J. Fischer. (๑๙๘๖). *Anthropology as Cultural Critique: an Experimental Moment in the Human Sciences.* Chicago: University of Chicago Press.

นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งบอกว่ามันไม่จริง เราควรจะก้าวพ้นจากนิยามวัฒนธรรมที่มองเป็นเรื่องยกเว้นเฉพาะกับมนุษย์ เอาเข้าจริงแล้วมนุษย์กับสรรพสัตว์และสิ่งของต่างๆ ทั้งหลาย ล้วนแล้วแต่เป็นเหตุเป็นปัจจัยผสมผสานกันอยู่ในกระบวนการสร้างสังคมและผลิตซ้ำวัฒนธรรมทั้งสิ้น[๑๖]

เราจะพบว่านักมานุษยวิทยาจำนวนไม่น้อยหันไปศึกษาสิ่งไม่มีชีวิต ศึกษาสัตว์ เช่น ปลาแซลมอล[๑๗] ไส้เดือน[๑๘] สุนัข[๑๙] หรืออย่างงานของแอนนา ทซิง (Anna Tsing) ศึกษาเห็ดเพื่อที่จะดูว่าเห็ดบอกอะไรกับโลกได้บ้าง ในหนังสือชื่อ Mushroom at the End of the World[๒๐] งานศึกษาเหล่านี้ถือว่าเงื่อนไขความเป็นมนุษย์ (Human condition) ที่เรารู้จักคุ้นเคยกัน เอาเข้าจริงมันไม่ได้เกิดจากมนุษย์ดำรงอยู่โดดๆ หรือแม้แต่มนุษย์ที่เป็นฝ่ายกระทำกับธรรมชาติรอบตัว ซึ่งมีสถานะเป็นสิ่งที่เฉื่อยนิ่งให้มนุษย์เป็นฝ่ายกระทำเท่านั้น แต่เงื่อนไขการดำรงอยู่ของมนุษย์มันเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Entanglement คือมันเป็นความสัมพันธ์ที่ผูกพันโยงใยกันอย่างอิรุงตุงนังไปหมดที่มนุษย์มีกับสัตว์ สิ่งของ หรือแม้แต่เทคโนโลยีรอบตัว

ฉะนั้นในแง่นี้ เราเห็นได้ชัดว่ามานุษยวิทยากำลังเข้าสู่จุดเปลี่ยน บนเส้นแบ่งที่เราอาจจะเรียกได้ว่าจากมุมมองที่ใช้มนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Anthropocentism) ไปสู่แนวคิดหลังมนุษยนิยม (Post-humanities) เราจำเป็นต้องศึกษามนุษย์บนความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีกับสิ่งอื่น สัตว์อื่น หรือแม้แต่สิ่งของ แน่นอนเราย่อมจะนึกถึงงานศึกษาของดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) พิมพ์เป็นหนังสือชื่อ When species meet (Posthumanities)[๒๑] งานศึกษาชิ้นนี้ตั้งคำถามว่าเมื่อสายพันธุ์ชีวิตหลากหลายมาพบกัน มันก่อรูปความสัมพันธ์ที่อิงอาศัยซึ่งกันและกันอย่างไร ระหว่างสัตว์ที่มนุษย์เลี้ยง เช่น สุนัขที่เราเลี้ยง เราอิงอาศัยเขาอย่างไร เขาอิงอาศัยเราอย่างไร กระบวนการของความสัมพันธ์ที่ต่างอิงอาศัยกันเช่นนี้ ถือเป็นกระบวนการทาง

---

[๑๖]Bruno Latour. (๒๐๐๕). *Reassembling the Social*: An Introduction to Actor- Network- Theory. Oxford: Oxford University Press.

[๑๗]Marianne Elisabeth Lien and John Law. (๒๐๑๑). 'Emergent Aliens': On Salmon, Nature, and Their Enactment. *Ethnos*. ๗๖ (๑): ๖๕-๘๗.

[๑๘]Filippo Bertoni. (๒๐๑๓). Soil and Worm: On Eating as Relating. *Science as Culture*. ๒๒ (๑): ๖๑-๘๕.

[๑๙]Eduardo Kohn. (๒๐๐๗). How dogs dream: Amazonian natures and the politics of transspecies engagement. *American Ethnologist*. ๓๔ (๑): ๓-๒๔.

[๒๐]Anna Tsing. (๒๐๑๕). *The Mushroom at the End of the World*: *On the Possibility of Life in Capitalist Ruins*. Princeton: Princeton University Press.

[๒๑]Donna Haraway. (๒๐๐๘). *When Species Meet (Posthumanities)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

วัฒนธรรมหรือไม่ แล้วสัตว์เหล่านั้นเรียนรู้วัฒนธรรมที่จะอยู่กับมนุษย์หรือไม่ ถ้าหากสุนัขเรียนรู้ เราจะถือเส้นแบ่งว่าวัฒนธรรมมีแต่ในมนุษย์ได้หรือไม่

งานศึกษาทางมานุษยวิทยาทำนองนี้ ทำให้คู่ตรงข้ามที่เราเคยยึดถือกันมาตั้งแต่กำเนิดสาขามานุษยวิทยาระหว่างธรรมชาติ (Nature) กับวัฒนธรรม (Culture) ซึ่งเป็นผลผลิตของระบบวิธีคิดจากยุคความทันสมัยสลายเส้นแบ่งไปหมด จนกระทั่งต้องมีชื่อเรียกใหม่ขึ้นมาเรียกว่า Nature-culture เป็นคำเดียวติดกัน[๒๒] ปัจจุบันก็มีวารสารวิชาการชื่อ journal of nature-culture ออกมาแล้ว

เมื่อเป็นเช่นนี้ งานศึกษาที่เรียกว่า ชาติพันธุ์นิพนธ์ (Ethnography) พัฒนาไปสู่สิ่งที่เรียกว่าเป็น "หลากสายพันธุ์นิพนธ์" (Multispecies Ethnography)[๒๓] ในแง่ที่ว่าเมื่อเราเข้าไปศึกษามนุษย์ (Human) โดยปริยายเราไม่สามารถกีดกันเอาสิ่งมีชีวิตอื่น (Non-Human) ออกไปได้ งานวิจัยหลายชิ้นถ้าเราไปอ่านมันก็น่าจะเป็นเช่นนั้น เพราะเราไม่สามารถที่จะเข้าใจมนุษย์และสังคม โดยแยกเอาสายพันธุ์อื่นๆ ออกไป แล้วถือเอาว่าสายพันธุ์เหล่านั้นเป็นแค่สิ่งที่มนุษย์เป็นผู้ไปกระทำกับมัน งานวิจัยอย่างเช่นเรื่อง ชีวิตของเนย (The life of cheese)[๒๔] ศึกษาชนชั้นกลางที่หนีกลับไปมีชีวิตแบบพอเพียงที่เมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสร้างฟาร์มเลี้ยงวัวขึ้นมา แล้วต่อสู้เพื่อที่จะสร้างเศรษฐกิจของชุมชน ต้องดูแลสรรพชีวิตในฟาร์มวัว ตั้งแต่เชื้อแบคทีเรียที่มากับอุจจาระของกวางที่เข้ามากินหญ้าแปลงเดียวกับที่ใช้เลี้ยงวัว ที่อาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคได้ ไปจนกระทั่งถึงการใส่ใจต่อยาปฏิชีวนะที่ให้กับสัตว์ต่างๆ ในฟาร์ม เพราะมันจะมีผลกับนมของวัวที่จะนำไปทำเป็นเนย หากมียาปฏิชีวนะปะปนอยู่ในน้ำนมวัวมันจะทำให้เชื้อที่จะเพาะเป็นเนยไม่สามารถเจริญเติบโตเต็มที่ ชีวิตของเนยนัวเนียอยู่กับหลากสายพันธุ์ชีวิตทั้งคน สัตว์ และเชื้อโรค ถ้าหากเราไม่เข้าใจความสัมพันธ์ที่ร้อยเกี่ยวโยงกันของหลากสายพันธุ์ชีวิตในฟาร์ม เราจะเข้าใจชีวิตของเนยได้อย่างไร และถ้าเราไม่สามารถเข้าใจชีวิตของเนยได้ เราจะเข้าใจชีวิตของคนทำเนยได้อย่างไร งานศึกษาในลักษณะหลากสายพันธุ์นิพนธ์ทำนองนี้ ทำให้เส้นแบ่งระหว่างมนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์เริ่มจางลงไปทุกที

เราต้องพูดถึงงานชิ้นบุกเบิกสำคัญของดอนนา ฮาราเวย์ เรื่อง A cyborg manifesto[๒๕] ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์เอาเข้าจริงทุกเมื่อเชื่อวันตอนนี้ ไม่ได้ต้องรอให้ถึงอนาคตเลย มนุษย์อยู่กับเครื่องจักรซึ่งเป็นส่วนขยายของร่างกายของมนุษย์อยู่แล้ว ทุกวันนี้ใครไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือในห้องน้ำบ้าง มันเป็นส่วนหนึ่งของการขับถ่ายของเราไปแล้ว ดังนั้น สรรพสิ่งที่ดำรงอยู่ในโลกนี้ มันไม่ได้เป็นวัตถุที่เฉื่อยชาหยุดนิ่งรอให้มนุษย์กระทำ ตรงกันข้ามมันกลับเป็นสิ่งที่นักมานุษยวิทยารุ่นใหม่เรียกว่า Material semiotics มันไม่ได้เป็นวัตถุเฉื่อยชาหยุดนิ่งรอให้มนุษย์กระทำ แต่เรากับวัตถุเป็นสหชาติกัน (Co-actor หรือ cohabitation)

วัตถุมันมีสันนิวาสร่วมกันกับเรา (Coproduction) ร่วมกันสร้างโลกแห่งความจริงขึ้นมา มิโฮะ อิชิอิ (Miho Ishii)[๒๖] อธิบายว่า สรรพสิ่งที่เราถือว่ามันหยุดแน่นิ่งอยู่อย่างนี้ มันนิ่งอยู่จริงหรือเปล่า หรือเอาเข้าจริงในโลกแห่งความจริงที่มนุษย์สร้างขึ้น เราไม่มีโอกาสรู้เลยว่าสรรพสิ่งมันเป็นอะไรกันแน่ เพราะเราล้วนแต่รับรู้สิ่งต่างๆ ผ่านผัสสะของเราทั้งสิ้น หรือเอาเข้าจริงโลกแห่งการมีชีวิตอยู่ของเรา โลกทางสังคมของเรามันกำเนิด

---

[๒๒] ดู Bruno Latour. (๑๙๙๓). *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

[๒๓] S. Eben Kirksey and Stefan Helmreich. (๒๐๑๐).The Emergence of Multispecies Ethnography. *Cultural Anthropology*. ๒๕ (๔): ๕๔๕-๕๗๖.

[๒๔] Heather Paxson. (๒๐๑๓). *The life of cheese: crafting food and value in America*. Berkeley: The University of California Press.

[๒๕] Donna Haraway. (๑๙๙๑). A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. In *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge. pp. ๑๔๙-๑๘๑.

[๒๖] Miho Ishii. (๒๐๑๒). Acting with things: Self-poiesis actuality, and contingency in the formation of divine worlds. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*. ๒ (๒): ๓๗๑-๓๘๘.

ขึ้น จากการที่วัตถุเหล่านี้โผทะยานเข้ามาในประสาทสัมผัสของเรา และได้เข้ามามีปฏิกิริยากับเรา แล้วในปฏิกิริยานั้นได้สร้างโลกแห่งความจริงอันหนึ่งขึ้นมา ถ้าเป็นอย่างนั้นเราจะถือว่าวัตถุสิ่งของที่วางอยู่มันเฉื่อยนิ่งได้อย่างไร วัตถุที่มนุษย์เราสัมพันธ์เกี่ยวข้องอยู่ด้วย จึงอยู่ในกระบวนการร่วมกันสร้างโลกแห่งความจริงของเราอยู่ตลอดเวลา

ถ้าเรามองโลกแห่งความจริงแบบนี้จะพบว่า เราจะมาเป็นมนุษย์ได้ (becoming human) มันเป็นไปไม่ได้เลย ถ้าหากปราศจากความสัมพันธ์ที่เรียกว่า intra-action ระหว่างเรากับสรรพสิ่ง ความสัมพันธ์ที่ว่านี้ไม่ใช่ในลักษณะ interaction ซึ่งเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่มนุษย์กับสิ่งต่างๆ มันอยู่แยกกัน แล้วค่อยมามีปฏิสัมพันธ์กัน แต่ความสัมพันธ์ intra-action เรากับสิ่งต่างๆ นัวเนียผูกพันกันและเป็นหน่วยเดียวกันมาตั้งแต่ต้นแล้ว แต่ที่เรามองว่ามันเป็นหน่วยแยกกันเป็นผลผลิตของวิธีคิดสมัยใหม่ของเราต่างหาก

สิ่งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผมอยากจะชวนพวกเราคิดว่า มันมีนัยยะอย่างไร ไม่ใช่เฉพาะแต่สำหรับการศึกษาทางมานุษยวิทยา แต่มันเป็นมุมมองต่อความเป็นจริงของโลกอีกแบบหนึ่ง เราอาจจะเห็นแนวคิดเหล่านี้ขึ้นมาท้าทายกระบวนทัศน์หลักในศตวรรษที่ ๒๑ ก็เป็นไปได้

๒.๒ การเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างหรือระบบ มาสู่ความสนใจ “คน”

การเปลี่ยนผ่านทางมานุษยวิทยาที่สำคัญลำดับต่อมาคือ การเปลี่ยนแปลงความสนใจจากการศึกษาโครงสร้างหรือระบบมาสู่ความสนใจ “คน” อาจจะรวมถึงความสนใจศึกษาเรือนร่าง (body) ประสบการณ์ (experience) ผัสสะ (senses) ถ้าเราย้อนกลับไปมองประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยาจะเห็นการเปลี่ยนแปลงสืบต่อเนื่องกันมา จากโครงสร้างนิยมสู่หลังโครงสร้างนิยม ซึ่งสนใจวิเคราะห์วาทกรรมว่ามันได้ประกอบสร้างสิ่งต่างๆ อย่างไร (Discursive turn) กระทั่งหันมาสนใจศึกษาเรือนร่างและผัสสะ (Corporeal turn) แทนที่จะสนใจแต่โครงสร้างในฐานะที่เป็นสิ่งเดียวเท่านั้นที่มีอยู่จริง และเป็นสิ่งเดียวที่กำหนดมนุษย์ มนุษย์ไม่ได้มีเสรีที่จะไปกำหนดหรือกระทำการอะไรต่างๆ เหมือนอย่างคำอธิบายของสำนักคิดโครงสร้างนิยม (Structuralism) หันมาสนใจมนุษย์ในฐานะผู้กระทำการ (agency)[๒๗] สนใจปฏิบัติการ (practice)[๒๘] ของสิ่งต่างๆ ว่าเอาเข้าจริง

---

[๒๗] ดู Sherry B. Ortner. (๒๐๐๖). *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*. New York: The Duke University Press

[๒๘] ดู Pierre Bourdieu. (๑๙๗๗). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: The Cambridge University Press.

มันปฏิบัติการในชีวิตประจำวันอย่างไร สนใจสิ่งที่เรียกว่าเป็นการแสดงออก (performance)[๒๙] เพราะเอาเข้าจริง ถ้าหากปฏิบัติการของสิ่งต่างๆ มันจะลุล่วงไปได้ หากไม่มีมิติของการแสดงเกิดขึ้น สิ่งต่างๆ มันจะจริงขึ้นมาได้อย่างไร หรือแม้แต่สนใจการกระทำการ (activity)

จากการศึกษาอำนาจ (power) ในเชิงสถาบัน หันมาสนใจเรื่องชีวอำนาจ (biopower) ที่มากระทำต่อเรือนร่าง (body politics)[๓๐] การศึกษาการแพทย์ก็เช่นเดียวกัน จากยุคแรกที่สนใจศึกษาระบบการแพทย์ (Medical system) ซึ่งเป็นแนวทางการศึกษาที่ถือได้ว่าเป็นการวางรากฐานสำคัญของมานุษยวิทยาการแพทย์[๓๑] ก็หันมาสนใจโลกแห่งประสบการณ์ความเจ็บป่วย (illness experience)[๓๒] จากความสนใจจิตหรือการรับรู้ (cognitive) ที่พยายามอธิบายว่าเราจะเข้าใจระบบการแพทย์ท้องถิ่นได้ โดยการแจกแจงให้เห็นว่าจักรวาลวิทยาในแต่ละท้องถิ่น สัมพันธ์กับแนวคิดจักรวาลภายในและภายนอกของเรือนร่างมนุษย์อย่างไร การหันมาสนใจศึกษาผัสสะ[๓๓] ประสบการณ์ของเรือนร่างที่แฝงฝัง (embodiment)[๓๔] ของประสบการณ์ความเจ็บป่วย กล่าวอีกนัย จากความสนใจสัญญะมาสู่มานุษยวิทยาของอารมณ์ หรือสิ่งที่เรียกว่ามานุษยวิทยาที่รู้สึก[๓๕] ไม่ใช่มานุษยวิทยาที่เข้าใจแต่เป็นมานุษยวิทยาที่รู้สึก แสวงหาความรู้สึกที่มนุษย์มี ในการประชุมครั้งนี้มีหลายบทความที่พูดถึงเรื่องความรู้สึก รวมทั้งปาฐกถาของอาจารย์สุวรรณา สถาอานันท์[๓๖]

ในระยะหลัง ความสนใจที่เปลี่ยนจากโครงสร้างมาสู่การศึกษาคน ยังเกิดกระแสความคิดที่น่าสนใจยิ่งขึ้นไปอีก ในแง่ที่ว่าไม่เพียงแต่สนใจคนในฐานะผู้กระทำการ หรือสนใจปฏิบัติการของปัจเจกที่อยู่ภายใต้โครงสร้าง หากยังสนใจศึกษาความจริง จากเดิมที่เราถือว่าความจริงเป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างขึ้นด้วยกระบวนการทางสังคมวัฒนธรรม (Constructed reality) กลับหันมาสนใจความจริงที่มันถูกผลิตขึ้นในการปฏิบัติการของมนุษย์ (Enacted realities) ความจริงไม่ได้มีอยู่แล้ว แต่ความจริงเป็นสิ่งที่ถูกผลิตขึ้นผ่านปฏิบัติการของมนุษย์ ณ สถานการณ์และเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจง ความจริงถูกประกาศใช้เหมือนกับการประกาศกฎหมาย และความจริงผุดบังเกิดขึ้นผ่านการแสดงเหมือนกับการแสดงของนักแสดง (Enactment)

งานศึกษาของแอนมารี โม (Annemarie Mol) ในหนังสือชื่อ The body multiple: Ontology in medical practice[๓๗] ศึกษาโรคเส้นเลือดแข็งในผู้ป่วยสูงอายุที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ จะเห็นชัดเจนว่าจากที่เราเคยคิดว่าเราเป็นเจ้าของร่างกายของเราและร่างกายมนุษย์มันมีหนึ่งเดียวอยู่เช่นนี้ แต่งานศึกษาชิ้นนี้พบว่า

---

[๒๙] ดู Judith Butler. (๑๙๙๐). Performative Acts and Gender Constitution: An essay in Phenomenology and Feminist Theory. In Sue-Ellen Case. (Ed.). *Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.

[๓๐] Michel Foucault. (๑๙๗๘). *The history of sexuality, vol. ๑: An introduction*. Translated by Robert Hurley. New York: Vintage Books. และบทความที่อธิบายชีวอำนาจยุคปัจจุบันที่มีลักษณะแตกต่างจากชีวอำนาจในศตวรรษที่ ๑๘ ที่สร้างนิยามชีวิตและความหมายสุขภาพที่ดีให้กับผู้คนยุคร่วมสมัย ใน Paul Rabinow and Nikolas Rose. (๒๐๐๖). Biopower today. *BioSocieties*. ๑: ๑๙๕-๒๑๗.

[๓๑] ดู Charles Leslie (Ed.). (๑๙๗๖). *Asian medical systems: A comparative study*. Berkeley: University of California Press. และงานบุกเบิกทางมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ศึกษาเปรียบเทียบระบบการแพทย์ของไต้หวันกับสหรัฐอเมริกา ใน Arthur Kleinman. (๑๙๘๐). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: The University of California Press.

[๓๒] ดู Byron Good. (๑๙๙๔). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: The University of Cambridge.

[๓๓] ดู Robert Desjarlais. (๑๙๙๒). *Body and Emotion: The aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas*. Philadelphia: The University of Pennsylvania Press.

[๓๔] ดู Thomas Csordas. (๑๙๙๔). *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley: The University of California Press.

[๓๕] ดู João Biehl. (๒๐๐๕). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. Berkeley: The University of California Press.

[๓๖] สุวรรณา สถาอานันท์. (๒๕๖๐). *มิติอารมณ์ความรู้สึกของการเจ็บป่วย*. ปาฐกถาในการประชุมวิชาการทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ ๑๒. “อยู่ดี กินดี มีอยู่”: มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของสุขภาพ. วันที่ ๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) กรุงเทพมหานคร.

[๓๗] Annemarie Mol. (๒๐๐๒). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: The Duke University Press.

ร่างกายไม่ได้มีอันเดียว ความจริงเรื่องร่างกายและโรคเส้นเลือดแข็งถูกผลิตขึ้นที่ห้องแลปก็เป็นแบบหนึ่ง ผู้ป่วยก็ผลิตความจริงเหล่านี้อีกเรื่องราวหนึ่ง ในทำนองเดียวกันแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาก็ผลิตความจริงเป็นอีกแบบหนึ่ง ถ้ามันเป็นความจริงที่หลากหลายเช่นนี้ แล้วความจริงเหล่านี้มันมาจากไหน งานวิจัยชี้ว่ามาจากการปฏิบัติการที่เราเรียกว่าเป็น Enactment หากข้อสรุปเป็นเช่นนี้ ก็จะเปลี่ยนวิธีคิดการมองวัตถุที่เราใช้ศึกษาไปอย่างสิ้นเชิง ประเด็นนี้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านทางภาวะวิทยา (Ontological turn) เนื้อหาที่ผมจะพูดต่อไป

๒.๓ การหันมาศึกษาการแพทย์สมัยใหม่

เราอาจกล่าวได้ว่า ความสนใจดั้งเดิมของมานุษยวิทยาการแพทย์ คือการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน (Ethnomedicine) หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ แต่ระยะหลังมานี้นักมานุษยวิทยาการแพทย์หันมาศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ (Anthropology of Biomedicine)[๓๘] วัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่กลายเป็นประเด็นที่นักมานุษยวิทยาให้ความสนใจศึกษา อาจจะถือว่าต่อเนื่องมาจากการศึกษาคลาสสิกของนักสังคมวิทยาก่อนหน้า เช่น แนวคิดบทบาทผู้ป่วย (Sick role) ของทาลคอทท์ พาร์สัน (Talcott Parson)[๓๙] ที่มีมุมมองต่อสถาบันการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของผู้คน

ในแวดวงสังคมศาสตร์ แต่ดั้งแต่เดิมเราก็มีการศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่มารักษาโรค ยกตัวอย่าง งานศึกษาคลาสสิกชิ้นหนึ่ง ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่นำเสนอความเจ็บป่วยแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละชาติพันธุ์ สำหรับผู้ป่วยชาวไอริสเมื่อเจ็บปวดมารักษาจะไม่ร้องโวยวาย ตรงข้ามกับผู้ป่วยชาวอิตาเลียนเจ็บปวดนิดหน่อยก็ร้องลั่น พอเป็นเช่นนี้แพทย์ที่ทำการรักษามีแนวโน้มที่จะรักษาคนอิตาเลียนมากกว่ารักษาคนไอริส เพราะพอผู้ป่วยชาวไอริสไม่ร้องแสดงความเจ็บปวดก็คิดว่าอาการไม่รุนแรง[๔๐] การศึกษาทางมานุษยวิทยาสนใจว่าลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความเจ็บป่วยและผลต่อการรักษาอย่างไร เช่น สนใจประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย (Doctor-patient

---

[๓๘]Margaret Lock and Vinh-Kim Nguyen. (๒๐๑๐). *An Anthropology of Biomedicine.* Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

[๓๙]Talcott Parson. (๑๙๕๑). *The Social System*. London: Routledge.

[๔๐]Irvine Zola. (๑๙๖๖). Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*. ๓๑: ๖๑๕-๖๓๐.

interactions)[๔๑] มุมมองคนในของผู้ป่วย (Emic view) จนกระทั่งพัฒนามาสนใจวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ (Culture of biomedicine)[๔๒] และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าการแพทย์แบบพื้นบ้านหาที่จะศึกษายากขึ้นทุกที[๔๓] ในขณะเดียวกันนักมานุษยวิทยาก็ถูกตั้งคำถามเช่นเดียวกันว่า เทียวไปรู้จักระบบการแพทย์หลากหลายของชาติพันธุ์ต่างๆ ที่อยู่ห่างไกล ซึ่งเราแทบไม่เคยใช้ชีวิตส่วนที่เหลือของเรากับเขาเลย แต่กับระบบการแพทย์ซึ่งเราและผู้คนในสังคมต่างแวะเวียนไปใช้บริการรักษาอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันทำไมเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับมันเลย[๔๔] ดังนั้น จึงหันมาสนใจเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (illness narrative) ในฐานะภาพตัวแทนนำเสนอประสบการณ์ความเจ็บป่วยของคนไข้[๔๕] การหันมาสนใจศึกษาโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นพื้นที่หรือภาคสนาม หรือชาติพันธุ์วรรณนาโรงพยาบาล (Hospital ethnography)[๔๖] กระแสความคิดการศึกษาชีวอำนาจ การจับจ้องทางการแพทย์ (medical gaze) ประเด็นดังกล่าวเหล่านี้เป็นผลพวงของนักมานุษยวิทยาที่หันมาสนใจศึกษาการแพทย์สมัยใหม่

ตัวอย่างเช่น แนวคิด ‘local biologies’ ของ มาร์กาเร็ต ล็อค (Margaret Lock)[๔๗] ตั้งคำถามกับสิ่งที่เราเคยเชื่อว่าชีววิทยาอันเดียวกันในทุกชาติพันธุ์น่าจะมีลักษณะที่เหมือนกัน แต่งานวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการทางชีววิทยาของมนุษย์ มีสิ่งที่เรียกว่า Bio-social differentiation ปฏิสัมพันธ์ระหว่างชีววิทยากับสังคมมันได้ตกตะกอนเข้ามาเป็นร่างกายของเรา ซึ่งแยกไม่ออกจากบริบททางประวัติศาสตร์และประวัติชีวิตของเรา โดยเฉพาะเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ กระบวนการทางสังคมที่ทำให้ชีววิทยากลายเป็นพหูพจน์เช่นนี้ มันได้ทำให้เราเข้าสู่ยุคของการศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ด้วยวิธีคิดที่แตกต่างไปจากเดิม

---

[๔๑]ดูบทที่ ๕ Doctor-patien interactions ใน Cecil Helman. (๑๙๙๐). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Bristol: John Wright.

[๔๒]ดู Mary-Jo DelVecchio Good. (๑๙๙๕). Cultural Studies of Biomedicine: An Agenda for Research. *Social Science and Medicine*. ๔๑: ๔๖๑–๗๓, หนังสือยุคบุกเบิกที่หันมาสนใจศึกษาระบบวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ ใน Margaret Lock and Deborah Gordon. (Eds.). (๑๙๘๘). *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic, งานศึกษาชิ้นสำคัญ ใน Allan Young. (๑๙๙๕). *The Harmony of Illusions*: *Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, และ Rayna Rapp. (๑๙๙๙).*Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge.

[๔๓]งานศึกษาร่วมสมัยที่เปิดเผยว่าเศรษฐศาสตร์การเมืองในประเทศและทุนนิยมนอกประเทศ ทำให้ความรู้การแพทย์พื้นบ้านกลายเป็นความรู้ทางวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญ (professionalization) และทำให้เส้นแบ่งระหว่างความรู้และปฏิบัติการของการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์สมัยใหม่พร่าเลือนลง ใน Hansjörg Dilger, Abdoulaye Kane, and Stacey A. Langwick. (Eds.). (๒๐๑๒). *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*. Bloomington: Indiana University Press.

[๔๔]ผู้สนใจ การศึกษาวัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่ของกลุ่มนักวิชาการ medical anthropology at home ดูวารสารวิชาการ Anthropology and Medicine (๒๐๑๒) Vol. ๑๙ (๑) Medical anthropology in Europe: Shaping the field และเวปไซต์ https://www.vjf.cnrs.fr/maah/

[๔๕]Arthur Kleinman. (๑๙๘๘). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human consition*. New York: Basic Books.

[๔๖]ดูวารสารวิชาการ ๒ เล่ม ที่รวบรวมการศึกษา “ชาติพันธุ์วรรณนาโรงพยาบาล” ในวารสาร Social Science and Medicine (๒๐๐๔) Vol. ๕๙ และวารสาร Anthropology and Medicine (๒๐๐๘) Vol. ๑๕ (๒), และหนังสือเล่มสำคัญ Julie Livingston. (๒๐๑๒). *Improvising medicine: An African Oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Durham and London: Duke University Press.

[๔๗]Margaret Lock. (๑๙๙๕). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press, ดูข้อวิจารณ์แนวคิดนี้จาก Rayna Rapp ในวารสาร Culture, Medicine and Psychiatry (๑๙๙๕) ๑๙: ๕๒๗-๕๓๒, และรวมบทความที่ใช้แนวคิด Local biology ทำความเข้าใจอิทธิพลเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ยุคโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางชีววิทยาของผู้คนในแต่ละท้องถิ่น ในวารสาร Medical Anthropology (๒๐๑๓) ๓๒ (๔): Beyond the body proper: Global politics/Local biology

จากเดิมทีเดียว การแพทย์สมัยใหม่จะถือว่ามีปัจจัยกำหนด (Determinism) อย่างเช่น พันธุกรรมของเราเป็นมาอย่างไรก็เป็นมาอย่างนั้น การศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ทางมานุษยวิทยาได้ก้าวพ้นเรื่องนี้ไปพร้อมๆ กับความก้าวหน้าของความรู้ในแวดวงทางการแพทย์ ซึ่งรู้สึกว่าตัวเองไม่ได้มีความสามารถที่จะเข้าใจปัจจัยกำหนดได้มากขนาดนั้น ตอนที่เราเริ่มต้นศึกษาเทคโนโลยีชีวภาพ (Genome) ของมนุษย์ เราคิดว่าถ้าเราถอดรหัสพันธุกรรมขึ้นมาได้ เราก็จะรู้เลยว่ามนุษย์แต่ละคนจะเป็นอย่างไรในอนาคต จะป่วยด้วยโรคอะไร ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ทุกอย่าง แต่เมื่อเราถอดรหัสออกมาจนสำเร็จแล้ว เรากลับพบว่า ๙๘% ของยีนส์ของเรา เราไม่รู้เลยว่ามันทำหน้าที่อะไร มีนักวิทยาศาสตร์จำนวนหนึ่งเรียกมันว่ายีนขยะด้วยซ้ำไป (Junk gene) แล้วพันธุกรรมของมนุษย์เรามีร่วมกับลิงชิมแฟนซีถึง ๙๘.๘% สิ่งที่เราเคยคิดว่าเราจะรู้แน่ๆ กลับไม่รู้เลย กลายเป็นกระแสความคิดที่เรียกว่าต้องก้าวพ้นปัจจัยกำหนด (beyond determinism)

ในสาขาที่ศึกษาพันธุศาสตร์ด้านกระบวนการเหนือพันธุกรรม (Epigenetic) พบว่ามีปัจจัยเหนือกว่าพันธุกรรมจำนวนมากที่มีผลต่อลักษณะการแสดงออกของโรคภัยไข้เจ็บของมนุษย์ โดยเฉพาะปัจจัยทางสังคม ตัวอย่างเช่น ไข่ใบเดียวกันที่เป็นฝาแฝดกันแล้วแยกไปฝังไว้ในแม่คนละคน ระหว่างตั้งครรภ์แม่ดูแลลูกด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมือนกัน พบว่าลูกคลอดออกมาจะมีลักษณะการแสดงออกทางพันธุกรรมที่ไม่เหมือนกัน ถึงแม้ว่าจะเกิดจากสารพันธุกรรมเดียวกันก็ตาม ทำให้นักวิทยาศาสตร์ในสาขาที่สนใจพันธุกรรม สนใจมิติทางสังคมรวมถึงวัฒนธรรมด้วยว่ามีอิทธิพลต่อพันธุกรรมของมนุษย์ มีการดึงเอานักมานุษยวิทยาเข้าไปร่วมในการศึกษา เพราะว่าลำพังความรู้ด้านพันธุกรรมศาสตร์เพียงอย่างเดียว มันไม่สามารถให้คำตอบได้อีกต่อไป

ความก้าวหน้าทางการแพทย์สมัยใหม่ด้านพันธุกรรม ได้สร้างให้เกิดสภาวะที่เรียกว่า biosociality[๔๘] คือมนุษย์รวมตัวกันเป็นกลุ่มทางสังคมด้วยลักษณะทางชีววิทยา ผู้คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามียีนส์ผิดปกติที่รู้สึกว่าตัวเองอ้างว้าง เกิดการรวมกลุ่มกันกลายเป็นกลุ่มทางสังคมขึ้น บนพื้นฐานของพันธุกรรมที่ผิดปกติแบบเดียวกัน และปฏิบัติการต่อรองกับอำนาจรัฐเพื่อที่จะให้รัฐสนับสนุนเงินงบประมาณต่างๆ มาทำการวิจัยในโรคที่ตัวเองป่วยซึ่งยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจน

---

[๔๘] Paul Rabinow. (๑๙๙๖). Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality. In *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press. และหนังสือรวมบทความที่ประยุกต์แนวคิด biosociality เพื่อทำความเข้าใจลักษณะกลุ่มทางสังคมและวัฒนธรรมย่อย (subculture) ที่ประดิษฐ์ขึ้นใหม่ของกลุ่มผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเสี่ยง จากอิทธิพลความรู้การวินิจฉัยโรคของการแพทย์สมัยใหม่ภายใต้บริบทยุคโลกาภิวัตน์ ใน Anita Hardon and Bernhard Hadolt. (Eds.). (๒๐๑๗). *Emerging Socialities in ๒๑st Century Health Care*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

นักมานุษยวิทยาเรียกปรากฏการณ์ทางสังคมข้างต้นว่า Genetic citizenship[๔๙] กลุ่มคนเหล่านี้ตรวจเจอว่าตัวเองมีพันธุกรรมผิดปกติ แต่มันไม่สามารถบอกได้ว่าเมื่อไหร่อาการมันจะแสดงออก บางคนตายไปอาการยังไม่แสดงออกเลย บางคนแสดงอาการออกเร็วบางคนแสดงออกช้า พอรู้ล่วงหน้าเกินเกิดสภาวะที่เรียกว่า patient-in-waiting ทุกคนดูเป็นคนที่มีสุขภาพดี แต่มีสภาวะเหมือนคนนั่งรอความป่วยว่ายีนส์ที่อยู่ในตัวเราวันไหนมันจะแสดงออก สิ่งนี้กลายเป็นสิ่งที่กำหนดชีวิตของเราว่าจะเลือกกินอะไร จะแต่งงานกับใคร จะใช้ชีวิตอยู่อย่างไร ถูกพิจารณาจากปัจจัยทางพันธุกรรมที่มากำหนดวิถีชีวิต ตัวตนถูกสร้างขึ้นจากสภาวะที่ตัวเองไปรู้มาก่อนว่ายีนส์หรือพันธุกรรมผิดปกติและอาจจะทำให้เราป่วยเป็นอะไร เกิดสำนึกรู้ตัวไปตามการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะยีนส์ของตัวเอง (Genetic subjectivity)

ผนวกรวมเข้ากับความสนใจศึกษาเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ (science and technology studies (STS)) ซึ่งเป็นกระแสที่เรียกว่าถ้าเราไม่ได้ยินบ้างเลย ถือว่าเราอาจจะหลบอยู่ที่มุมไหนสักแห่งในโลก เป็นความสนใจในเรื่องการวิเคราะห์วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจากมิติทางสังคม การศึกษาไม่ได้เพียงแต่วิเคราะห์ภาพตัวแทนเท่านั้น แต่ตั้งคำถามไปถึงภววิทยาทางการแพทย์ (Medical ontology) แตกต่างจากยุคก่อนหน้านี้ที่นักมานุษยวิทยาเคยศึกษาว่าความรู้ทางการแพทย์ประกอบสร้างความจริงทางคลินิกขึ้นมาอย่างไร[๕๐] หรือศึกษาความจริงที่มนุษย์ใช้อธิบายความเจ็บป่วย โดยความจริงที่ว่านี้มันเป็นอย่างไรเราไม่รู้ แต่เราเรียกมันว่า ‘ภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย’ (Illness representation)[๕๑]

แต่สำหรับนักวิจัยที่สนใจศึกษาวัฒนธรรมของวิทยาศาสตร์ (Cultural studies of science) ไม่ได้สนใจเรื่องภาพตัวแทนของความจริง แต่สนใจว่าสิ่งที่เราเคยถือว่าเป็นความจริงหนึ่งเดียว แล้วผู้คนในแต่ละสังคมวัฒนธรรมได้สร้างภาพตัวแทนของความจริงเหล่านี้ ออกมาเป็นระบบการแพทย์ ออกมาเป็นคำอธิบายเรื่องโรคต่างๆ นั้น เอาเข้าจริงความจริงที่ว่ามันมีหนึ่งเดียว หรือเราทึกทักไปเองว่ามันมีหนึ่งเดียว วิธีคิดที่ว่าความจริงเป็นหนึ่งเดียวนั้นเป็นผลผลิตจากการที่เราแบ่งโลกออกเป็นธรรมชาติกับสังคม แล้วยกการศึกษาธรรมชาติให้กับนักวิชาชีพด้านต่างๆ อย่างเช่น นักธรณีวิทยาศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อม ร่างกายมนุษย์ยกให้แพทย์ ส่วนนักสังคมศาสตร์ก็ไปศึกษาภาพตัวแทน องค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความสัมพันธ์ทางสังคม ปฏิบัติการของอำนาจ โดยที่นักสังคมศาสตร์ไม่เคยเข้าไปตรวจสอบความรู้ของทางฝั่งธรรมชาติ การแบ่งโลกออกเป็นสองด้านนี้มีจุดเริ่มต้นตั้งแต่การเกิดขึ้นของสภาวะสมัยใหม่ ฉะนั้น ในแง่นี้แทนที่เราจะมองว่าความจริงทางการแพทย์ (Medical reality) ถูกประกอบสร้างขึ้นจากระบบวัฒนธรรมทั้งวัฒนธรรมของชาวบ้านและวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เราอาจจะมองอีกแง่ว่ากระบวนการสร้างความจริงทางการแพทย์ไม่ได้มีหนึ่งเดียว เราอย่าเพิ่งรีบไปสรุปว่ามันมีหนึ่งเดียว[๕๒] มุมมองต่อสภาวะความจริงที่ไม่ได้เป็นหนึ่งเดียวเป็นการตั้งคำถามเลยพ้นไปจาก

---

[๔๙]Deborah Heath, Rayna Rapp, and Karen-Sue Taussig. (๒๐๐๗). Genetic citizenship. In David Nugent and Joan Vincent (Eds). *A companion to the anthropology of politics*. Malden, MA: Blackwell.

[๕๐]Byron Good and Mary-Jo DelVecchio Good. (๑๙๙๓). “Learning medicine”: The constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In Shirley Lindenbaum and Margaret Lock. (Eds.). *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.

[๕๑]ดูบทที่ ๒ ‘illness representations in medical anthropology: a reading of the field’. In Byron Good. (๑๙๙๔). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: The University of Cambridge.

[๕๒]ดู Marc Berg and Annemarie Mol. (Eds.). (๑๙๙๘). *Differences in Medicine.* Durham: Duke University Press, และAnnemarie Mol, Ingunn Moser and Jeannette Pols. (Eds.). (๒๐๑๐). *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.

ญาณวิทยา (Epistemology) ไปสู่การตั้งคำถามต่อภววิทยาของความจริง นำเรามาสู่กระแสความคิดที่เรียกว่า 'Ontological turn' ในปัจจุบัน[๕๓]

การศึกษายาปฏิชีวนะต้านเชื้อ (Antimicrobial resistance)[๕๔] ทำให้ยิ่งไปพบใหญ่ว่า เอาเข้าจริงในร่างกายมนุษย์มีสิ่งมีชีวิต หรือจุลินทรีย์อยู่จำนวนมาก (Microbiome) ถ้าเราเอาร่างกายของเรามาแยกดู จะเห็นว่ามีเชื้อโรคมหาศาลอาศัยอยู่ในตัวเรา ไม่ต่างจากไมโตครอนเดียอาศัยอยู่ในสัตว์เซลล์เดียวที่มันได้มีวิวัฒนาการ สภาวะความเจ็บป่วยยุคสมัยใหม่ในปัจจุบันเป็นเพราะว่าเรากินอาหาร กินเนื้อสัตว์ที่มียาปฏิชีวนะปนเข้ามา แล้วไปทำลายจุลินทรีย์ในร่างกายของเรา ถึงกับมีนักวิทยาศาสตร์จำนวนหนึ่งแนะนำว่าเด็กควรจะไปเล่นกับขี้โคลน ขี้ดิน เหมือนคนบ้านไร่ท้องนา เพราะว่าเชื้อโรคเหล่านั้นมันมากระตุ้นให้จุลินทรีย์ในร่างกายของเราเจริญเติบโตมากขึ้น

เราจะทำความเข้าใจเรื่องเหล่านี้ได้อย่างไร ในฐานะที่มันเป็นชาติพันธุ์วรรณนาหลากสายพันธุ์ ที่เราต้องเผชิญในอนาคต ถ้าหากเราไม่แบ่งแยกว่าวัฒนธรรมมีแต่เรื่องของมนุษย์ แต่มันมีสิ่งมีชีวิตอื่นด้วย เราจะมองเรื่องยาปฏิชีวนะต้านเชื้ออย่างไร โดยให้เห็นว่าในบรรดาผู้คนที่ใช้ยาปฏิชีวนะเหล่านั้น ก็ไม่ได้ใช้แต่คนเท่านั้น หากใช้ทั้งในพืชและสัตว์ด้วย แล้วมันเกิดกระบวนการอย่างไรที่สิ่งมีชีวิตหลากหลายสายพันธุ์เหล่านี้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กัน แล้วต่างฝ่ายก็ต่างมีวิวัฒนาการของตัวเองไป

งานทบทวนความรู้ของเชอร์รี ออทเนอร์ (Sherry Ortner) บทความที่ชื่อ Dark anthropology and its others: Theory since the eighties[๕๕] ชี้ให้เห็นว่าการที่นักมานุษยวิทยาหันมาสนใจศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ได้ทำให้เกิดแนวความคิด Dark anthropology ขึ้น ก่อนหน้านี้มานุษยวิทยาจะสนใจวัฒนธรรมที่ดีงาม พิธีกรรมเพื่อความเป็นหนึ่งเดียวกันของชุมชน แต่มานุษยวิทยาสายนี้หันมาสนใจความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural violence)[๕๖] การต่อต้านขัดขืน (Resistance) และการต่อรอง (Negotiation) เพราะถือว่าโลกที่มนุษย์ดำรงอยู่ มันไม่ได้เป็นโลกที่สวยงามแบบนั้น ในหลายกรณีวัฒนธรรมก็ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกดขี่ผู้คน และอำพรางปฏิบัติการของอำนาจให้แนบเนียนขึ้น นักมานุษยวิทยาอีกกลุ่มหนึ่งสนใจความทนทุกข์ของมนุษย์ (Human suffering)[๕๗] บอกเล่าเรื่องราวของความทนทุกข์ที่เป็นผลผลิตจากโครงสร้างทางสังคมการเมือง ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมที่ก่อความรุนแรงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยให้กับกลุ่มคนชายขอบในสังคม เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์[๕๘] คนที่เป็นเพศทางเลือก หรือผู้หญิงในกลุ่มชาติพันธุ์[๕๙]

แต่ขณะเดียวกัน ในอีกด้านหนึ่งเกิดการศึกษาทางมานุษยวิทยาขึ้นมากระแสหนึ่ง วิจารณ์ว่าการวิพากษ์อย่างเดียวมันจะพาเราไปสู่อะไรกันแน่ เกิดกลุ่มนักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งหันมาสนใจ มานุษยวิทยา

---

[๕๓]Annemarie Mol. (๑๙๙๙). Ontological Politics: A word and some questions. In John Law and John Hassard. (Eds.). *Actor network theory and after.* Oxford: Blackwell Publishers

[๕๔]Clare Chandler and Coll Hutchison. (๒๐๑๖). *Antimicrobial resisitance and anthropology: Research brief*. ESRC AMR Research Champion/University of Bristol, http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-community-medicine/documents/social-science-and-amr/Anthropology&AMR_๐๒๐๘๒๐๑๖.pdf

[๕๕]Sherry Ortner. (๒๐๑๖). Dark anthropology and its others: Theory since the eighties. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*. ๖ (๑): ๔๗-๗๓.

[๕๖]Paul Farmer. (๒๐๐๔). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.

[๕๗]Arthur Kleinman, Veena Das and Margaret M. Lock. (Eds.). (๑๙๙๗). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

[๕๘]Paul Farmer. (๑๙๙๒). *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

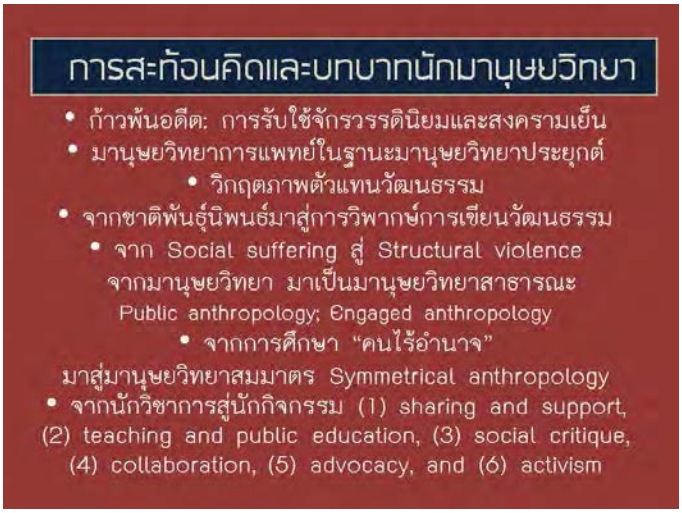
[๕๙]Komatra Chuengsatiansup. (๑๙๙๙). Sense, Symbol, and Soma: Illness Experience in the Soundscape of Everyday Life. *Culture, Medicine and Psychiatry*. ๒๓: ๒๗๓-๓๐๑.

การดูแลเอาใจใส่ (Anthropology of care)[๖๐] มานุษยวิทยาศีลธรรม (Anthropology of morality)[๖๑] และมานุษยวิทยาจริยธรรม (Anthropology of Ethics)[๖๒]

ถ้าหากว่าเรากำลังเผชิญอยู่กับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งนำมาสู่ความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบใหม่ทั้งระหว่างมนุษย์กับมนุษย์และมนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ รวมทั้งประเด็นทางจริยศาสตร์รูปแบบใหม่อันเป็นผลผลิตจากการแพทย์สมัยใหม่ เราจะมีข้อเสนออย่างไรได้บ้างในเชิงจริยศาสตร์ของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ สิ่งนี้นำมาสู่การระเบิดขึ้นครั้งใหญ่ของแนวทางการศึกษาประเด็นศีลธรรมและจริยศาสตร์ ในแวดวงวิชาการมานุษยวิทยาการแพทย์ในระยะหลังมานี้

๒.๔ การสะท้อนคิดและบทบาทนักมานุษยวิทยา

ประเด็นสุดท้าย ที่เราอาจจะมองเห็นต่อเนื่องมาจากเมื่อ ๑๕ ปีที่แล้วคือ การสะท้อนคิดถึงการทบทวนบทบาทของนักมานุษยวิทยา อันนี้เราต้องยอมรับว่าตราบาปของนักมานุษยวิทยาที่เรารับเป็นมรดกมาจากคนรุ่นก่อนคือ การที่นักมานุษยวิทยาเข้าไปรับใช้จักรวรรดินิยมในการทำข้อมูลของชนเผ่าต่างๆ หรือการที่นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งเป็นสายสอดแนมให้กับสหรัฐอเมริกาในช่วงสงครามเย็น สิ่งนี้เตือนใจพวกเราอยู่แล้วว่าการมาเป็นนักมานุษยวิทยาของเรามีบาปกำเนิด (original sin) ที่เราไม่ควรจะไปทำซ้ำ หรือว่าควรจะคิดเป็นเครื่องเตือนใจเราอยู่เสมอว่า เราอาจจะไปรับใช้อำนาจที่กระทำย่ำยี หรือสร้างความไม่เป็นธรรมให้กับชาวบ้านก็ได้



แต่สำหรับมานุษยวิทยาการแพทย์อาจจะตรงข้าม เราต้องเข้าใจว่าสาขานี้เติบโตขึ้นมาในฐานะมานุษยวิทยาประยุกต์ตั้งแต่ต้น พยายามจะเอาความเข้าใจทางวัฒนธรรมไปทำงานส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาสาธารณสุข การควบคุมป้องกันโรค หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้คน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามวิวัฒนาการของมานุษยวิทยามาสู่จุดวิกฤติ ซึ่งเราเรียกว่าเป็น "วิกฤติของภาพตัวแทนวัฒนธรรม" เกิดการตั้งคำถามว่า สิ่งที่เราพูด สิ่งที่เราเขียน มันจะเป็นตัวแทนของสิ่งที่เราไปศึกษาได้จริงหรือเปล่า ในเมื่อสิ่งที่เรา

---

[๖๐] Iain Wilkinson and Arthur Kleinman. (๒๐๑๖). *A Passion for Society: How We Think about Human Suffering*. Berkeley: University of California Press.

[๖๑] Didier Fassin. (Ed.). (๒๐๑๒). *Companion to Moral anthropology*. Oxford: Wiley-Blackwell.

[๖๒] Michael Lambek. (Ed.). (๒๐๑๐). *Ordinary ethics: Anthropology, language, and action.* New York: Fordham University Press, และ Veena Das. (๒๐๑๔). *Affliction: Health, disease, poverty*. New York: Fordham University Press.

เขียน สิ่งที่เราพูด ผู้อ่านเรื่องราวที่เราเขียนก็ไม่ใช่ขาวบ้านที่อยู่ประเทศอาฟริกา หรือดินแดนอันไกลโพ้นอีกต่อไปแล้ว แต่เราเขียนเรื่องที่ผู้คนที่เราศึกษาก็อ่านเรื่องของเขา และเขาก็เป็นคนพื้นเมืองของเราด้วย เราจะเขียนถึงพวกเขาต่างไปจากเดิมไหม[๖๓] เกิดกระแสวิชาการจากที่นักมานุษยวิทยาเป็นผู้เขียนชาติพันธุ์นิพนธ์กลับกลายมาเป็นวิพากษ์การเขียนงานของตัวเอง หรือกระแสที่เรียกว่า Writing Culture ขึ้น[๖๔] เกิดการทบทวนว่านักมานุษยวิทยาผลิตตัวบท (text) ของตัวเองขึ้นอย่างไร กลับไปอ่านบันทึกสนาม (diary) ของตัวเอง เพื่อตรึกตรองสะท้อนย้อนคิดตัวเอง จนกระทั่งเกิดปรากฏการณ์ “Diary syndrome” ขึ้นในหมู่นักมานุษยวิทยารุ่นหนึ่งทีเดียว

ในขณะเดียวกัน แวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ที่หันมาศึกษาความทนทุกข์ทางสังคม (Social suffering) ก็ได้ทำให้นักมานุษยวิทยาการแพทย์อย่างเช่น นายแพทย์พอล ฟาร์เมอร์ ลุกขึ้นมาต่อสู้กับความรุนแรงทางโครงสร้างอย่างชนิดตาต่อตาฟันต่อฟัน ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลกเพื่อที่จะตอบโจทย์เรื่องความไม่เป็นธรรมและความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพในระดับโลก แล้วก็ทำได้ดีด้วย[๖๕] ทำได้ดีอย่างชนิดที่เป็นแบบอย่างของมานุษยวิทยาที่จะเข้าไปทำงานในลักษณะที่เรียกว่ามานุษยวิทยาสาธารณะ (Public anthropology)[๖๖] เรามีการพูดถึงกันมากว่าอยากให้งานศึกษาของนักมานุษยวิทยาออกไปสู่ความเป็นสาธารณะมากขึ้น ผู้คนสามารถใช้ความรู้ทางมานุษยวิทยาในชีวิตประจำของพวกเขามากขึ้น ในฐานะนักมานุษยวิทยาเรามีความรับผิดชอบต่อสังคมที่เราไปศึกษา รวมทั้งสังคมที่เราเป็นสมาชิกอยู่ด้วย เกิดแนวคิด“Engaged anthropology” นักมานุษยวิทยาที่ไม่นิ่งนอนใจกับความทุกข์ร้อนของปัญหาสังคม

นอกจากนั้น แทนที่จะไปศึกษากลุ่มชาติพันธุ์คนไร้อำนาจซึ่งมันง่าย เดินเข้าไปในหมู่บ้าน เดินเข้าไปในกลุ่มชาติพันธุ์แล้วไปศึกษา เขาไม่ว่าสักคำ แต่สมมุติคุณลองเดินเข้าไปศึกษาทำเนียบรัฐบาลดูสิว่าอำนาจทางการเมืองนั้นมีวัฒนธรรมอย่างไร หรือว่าเข้าไปในโรงพยาบาลสักแห่งหนึ่งแล้วบอกว่า คุณหมอผมจะมาศึกษาวัฒนธรรมของคุณหมอหน่อย เขาจะให้เราศึกษาไหม โดยปริยายเราก็เลยมีความรู้เฉพาะกลุ่มคนไร้อำนาจเท่านั้น แต่ก็มีนักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งเรียกร้องว่า เราควรทำสิ่งที่เรียกว่าเป็น “Studying up” คือแทนที่จะศึกษาคนที่เขามีอำนาจน้อยกว่าเรา ลองพยายามไปศึกษาคนที่มีอำนาจเหนือกว่าเราดู เพราะปัญหาส่วนใหญ่มันไม่ได้เกิดจากคนไร้อำนาจ ปัญหาส่วนใหญ่มาจากคนมีอำนาจ แต่เรากลับไม่เคยศึกษาปฏิบัติการต่างๆ ของคนมีอำนาจที่กระทำย่ำยี หรือว่าผลิตซ้ำอำนาจของตัวเอง

ในทำนองเดียวกัน นักมานุษยวิทยาในสายที่สนใจศึกษาภววิทยา บอกว่าถ้าเราถือว่าความจริงเป็นสิ่งที่เราต้องตั้งคำถามเสมอ เราก็ควรจะมีสิ่งที่เรียกว่า มานุษยวิทยาสมมาตร (Symmetrical anthropology)[๖๗] แทนที่เราจะศึกษาชาวบ้านด้วยวิธีคิดแบบหนึ่ง หรือศึกษาหมอพื้นบ้านด้วยวิธีคิดแบบหนึ่ง ด้วยศัพท์แบบหนึ่ง

---

[๖๓]ดู James Clifford. (๑๙๘๖). Introduction: Partial truths. In James Clifford and George Marcus. (Ed.). (๑๙๘๖). *Writing Culture*: *the Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

[๖๔]James Clifford and George Marcus. (Ed.). (๑๙๘๖). *Writing Culture*: *the Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press, และรวมบทความวิชาการในวาระครบรอบ ๒๕ ปี การพิมพ์หนังสือ Writing culture ในวารสาร Cultural Anthropology ๒๐๑๒. ๒๗ (๓).

[๖๕]ดูประวัติชีวิตและเรื่องราวการต่อสู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ประเทศไฮติของนายแพทย์พอล ฟาร์เมอร์ ใน Tracy Kidder. (๒๐๐๓). *Mountains Beyond Mountains: The Quest of Dr. Paul Farmer, a Man Who Would Cure the World*. New York: Random House, Inc. และบทเรียนการทำงานของเครือข่าย Partner in Heath ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหลายประเทศ ซึ่งนายแพทย์พอล ฟาร์เมอร์ เป็นหนึ่งในผู้ร่วมก่อตั้ง ใน Paul Farmer. (๒๐๑๐). *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*. Berkeley: University of California Press.

[๖๖]ดู Nancy Scheper-Hughes. (๒๐๐๙). Making anthropology public. *Anthropology Today*. ๒๕ (๔): ๑-๓. และศูนย์ศึกษามานุษยวิทยาสาธารณะ http://www.publicanthropology.org/

[๖๗]Bruno Latour. (๑๙๙๓). *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบหนึ่ง เราก็ควรจะใช้วิธีการศึกษา ศัพท์ และวิธีการวิเคราะห์เหล่านั้นกับแพทย์แผนปัจจุบันด้วยให้มันสมมาตรกัน เพราะเราไม่ได้ให้อภิสิทธิ์กับความจริงชุดไหนมากกว่าชุดอื่น ในแง่นี้ก็ทำให้นักมานุษยวิทยามีบทบาทแตกต่างกัน

บทความชื่อ Engaged anthropology: Diversity and dilemma[๖๘] ได้แจกแจงให้เห็นว่านักมานุษยวิทยาสามารถมีบทบาทในทางสังคมได้อย่างไรบ้าง เช่น การแชร์ข้อมูลที่ตัวเองมีกับผู้ปฏิบัติงานต่างๆ การสอนหรือถ่ายทอดความรู้ให้กับสาธารณะ การทำหน้าที่วิพากษ์วัฒนธรรมหรือสังคม ในส่วนที่จำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง ความร่วมมือกับผู้คนต่างๆ แม้แต่การเป็นนักเคลื่อนไหวช่วยขยายความคิดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือแม้แต่ไปมีปฏิบัติการร่วมกับปฏิบัติการทางการเมืองของผู้คน เหมือนอย่างที่เราเห็นบทบาทของนักมานุษยวิทยาคนสำคัญ เดวิด เกรเบอร์ (David Graeber) ที่เข้าไปร่วมในขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมือง แล้วเขียนหนังสือออกมาเล่มหนึ่งชื่อว่า Direct Action หนา ๕๐๐ หน้า เล่าถึงขบวนการประชาชนที่ลุกขึ้นมาต่อต้านความไม่เป็นธรรมในสังคม[๖๙]

ส่วนที่ ๓ เส้นทางข้างหน้า มานุษยวิทยาไทย

ผมมาถึงสไลด์สุดท้าย ถ้าเราจะเดินไปข้างหน้าภายใต้บริบทเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ และการเปลี่ยนผ่านในแวดวงมานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ เรามีอะไรที่ท้าทายรออยู่ข้างหน้าบ้าง ผมคิดว่าสิ่งท้าทายประการหนึ่งก็คือ วิธีวิทยา เราจะมีวิธีวิทยาอย่างไรในการศึกษาสิ่งที่บรูโน ลาตูร์ (Bruno Latour) เรียกว่า Anthropology of Modern[๗๐]

ในเมื่อเราจะต้องไปศึกษาสิ่งที่ไม่ได้มีสภาวะทางภววิทยาที่เราเคยเข้าใจว่ามันเป็น วิธีวิทยาที่ลาตูร์พูดถึง มันเป็นการวิพากษ์วิธีวิทยาเดิมที่มีจุดเริ่มต้นมาจากการแบ่งมนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์อยู่แล้วตั้งแต่ต้น แล้วถ้าเราไปศึกษาโดยยังแบ่งเป็นมนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์อยู่ มันก็เป็นการผลิตซ้ำกระบวนทัศน์เก่า ซึ่งมันได้พามนุษย์ไปสู่วินาศภัยในยุคแอนโทรโปซีน (Anthropocene) ถ้าหากเราจะก้าวข้ามจากมโนทัศน์ที่แยกระหว่าง

---

[๖๘]Setha Low and Sally Engle Merry. (๒๐๑๐). Engaged anthropology: Diversity and dilemma. *Current Anthropology*. ๕๑, supplement ๒: s๒๐๓-๒๒๖.

[๖๙]David Graeber. (๒๐๐๙). *Direct Action: An Ethnography*. Edinburgh Oakland: AK Press.

[๗๐]Bruno Latour. (๒๐๑๓). *An Inquiry into Modes of Existence: An Anthropology of the Moderns*. Translated by Catherine Porter. Cambridge MA,: Harvard University Press.

มนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ เราจะมีวิธีวิทยาอย่างไร สนามของนักมานุษยวิทยามันจะอยู่ตรงไหน รวมถึงการศึกษาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ด้วย ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลอาจจะเป็นสนามของนักมานุษยวิทยามากขึ้น รวมทั้งโรงเรียนแพทย์ หรือว่าสถานที่ที่เราอาจจะไม่ได้เคยนึกมาก่อนว่าเราจะทำวิจัยทางด้านมานุษยวิทยาเลย

สิ่งที่มานุษยวิทยาต้องเผชิญอีกอย่างคือ มานุษยวิทยาดำรงอยู่บนระบบการศึกษาที่แบ่งแยกสายวิทย์กับสายศิลป์ ถ้าเราไปดูนักวิชาการคนสำคัญที่นำเสนอมโนทัศน์แปลกใหม่ในโลกวิชาการปัจจุบัน เช่น ดอนนา ฮาราเวย์ ที่เขียนเรื่อง Cyborg Manifesto[๗๑] เรียนมาทางด้านชีววิทยา หรือนักคิดทางสายที่สนใจภววิทยาก็เรียนมาทางด้านคณิตศาสตร์ ฟิสิกส์ แล้วมาทำงานทางด้านมานุษยวิทยา หรือปรัชญาวิทยาศาสตร์

ผมเคยคุยกับศาสตราจารย์มาร์กาเร็ต ล็อค นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดา ถามว่าอยากจะส่งคนไปเรียนทางด้านวัฒนธรรมศึกษาของการแพทย์สมัยใหม่ (culture studies of biomedicine) จะมีความเป็นไปได้อย่างไรบ้าง อาจารย์พูดคำเดียวเลยถ้าคุณจะส่งมาเรียนคุณต้องเอาพวกที่เรียนจบด้านแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ พยาบาล หรือบุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์ ที่เขาเรียนมีพื้นฐานทางสายวิทยาศาสตร์มาแล้ว ไม่งั้นมาเรียนแล้วจะตามไม่ทัน เอนไซน์ก็ไม่รู้จัก ดีเอ็นเอก็ไม่เข้าใจ กระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์ทั้งหมดไม่คุ้นเคย ก็ทำวิจัยทางด้านนี้ได้ยาก

สิ่งนี้เป็นความท้าทายว่าทำอย่างไร เราจะมีนักมานุษยวิทยาซึ่งรู้ทันวิทยาศาสตร์ ผมเคยคุยกับอาจารย์ของผม ศาสตราจารย์ไบรอน กู๊ด (Byron Good) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ ที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ท่านศึกษาผู้ป่วยจิตเวช ท่านพูดถึงยาจิตเวชแต่ละตัว ผมเองบางทียังไม่รู้จักเลย ท่านติดตามอ่านวารสารทางด้านการแพทย์มากกว่าผมเสียอีก

ที่สำคัญ เมื่อเราเข้าไปสู่สนามศึกษาใหม่และทำงานกับวิชาชีพอื่น มันไม่ใช่เป็นการทำงานกับผู้ให้ข้อมูล (informant) อีกต่อไปแล้ว เราอาจจะต้องไปตอบคำถามกับแพทย์ที่เราไปนั่งสังเกตการผ่าตัดของเขา หากเขาจะถามเราว่าความรู้ของคุณมีประโยชน์อะไร ถ้ามันไม่มีประโยชน์กับความรู้ทางวิชาชีพของเขา เราก็ต้องตอบให้ได้ว่ามีประโยชน์ต่อสังคมอย่างไร ที่เขาพอจะเสียเวลาให้เราศึกษา ในขณะเดียวกัน เรามีความท้าทายของมหาวิทยาลัยที่กำลังง่อยเปลี้ยอยู่ในปัจจุบัน จากสิ่งที่เราเรียกว่าวัฒนธรรมตรวจสอบประเมินผล (Audit culture)[๗๒] ที่ทำให้มหาวิทยาลัยหมกมุ่นกับ มคอ. (ไม่มีใครเอา) เราจะก้าวไปอย่างไรในเมื่อทุกอย่างที่เราทำ มันต้องนับออกมาเป็นตัวชี้วัดกันให้ได้ทั้งหมด

รวมทั้งงานวิจัยของเราก็เป็นระบบอุตสาหกรรมด้วย ที่เน้นให้เราสามารถผลิตความรู้ที่มันสำเร็จรูป แล้วผลิตตามวงจรการผลิตของปีงบประมาณ ภายใน ๑ ปี ต้องทำเสร็จให้ได้ นักมานุษยวิทยาเราทำไม่ได้ เราบ่มความรู้ของเรา ต้องละเลียด แล้วต้องมีอารมณ์ดีพอ ถึงจะเขียนได้สักบทหนึ่ง เขียนไปแล้วก็ยังไม่ชอบอีก ขอบ่มไว้อีกสักครึ่งปี กลับมาย้อนอ่านเพื่อเกลามันอีกรอบหนึ่ง สำนักวิจัยของผมเคยรับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เขาก็มีแผนงานวิจัยที่สนับสนุนให้นักสังคมศาสตร์เข้าไปศึกษาประเด็นด้านสุขภาพ โจทย์ที่เขาเจออยู่เสมอคือ จ้างนักสังคมศาสตร์ทำงานวิจัยแล้วไม่เคยส่งตรงเวลาเลยสักคน นอกจากนั้นบทบาททางสังคมของนักมานุษยวิทยาเองเป็นอย่างไร ในต่างประเทศมีสมาคมของนักมานุษยวิทยาที่ทำงานในบริษัทเอกชน เพราะบริษัทเหล่านี้ต้องการนักมานุษยวิทยาศึกษาการตลาดและทำโฆษณาสินค้า โรงพยาบาล

---

[๗๑] Donna Haraway. (๑๙๙๑). A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. In *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge. pp. ๑๔๙-๑๘๑.

[๗๒] ดู Marilyn Strathern. (Ed.). (๒๐๐๐). *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*. New York: Routledge.

ต้องการนักมานุษยวิทยาไปศึกษาเรื่องประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมารักษา เพื่อที่จะออกแบบโรงพยาบาลให้ตอบโจทย์กับผู้รับบริการกลุ่มวัยรุ่น ผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละกลุ่มลูกค้าก็มีวัฒนธรรมย่อยที่ต่างกัน

ความท้าทายในการสร้างนักมานุษยวิทยารุ่นใหม่ เราจะมีกระบวนการเรียนการสอนอย่างไร เพื่อให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ เราจะมีบทบาทในการเข้าไปร่วมผลักดันนโยบาย กฎหมาย หรือโครงสร้างทางสังคมการเมืองอะไรได้บ้าง

โจทย์ที่สำคัญสุดท้ายคือ ถ้าเราถือว่าโลกในปัจจุบันมันมีความสลับซับซ้อนอย่างที่เราไม่เคยมีมาก่อน มันเป็นโลกที่เราไม่อาจจะใช้ทฤษฎีสำเร็จรูปตายตัวในอดีต หรือตัวอย่างความสำเร็จในอดีตที่เราเคยทำสำเร็จมาแล้ว มาใช้กับสถานการณ์ที่เราเจออย่างซับซ้อนในปัจจุบันได้ เราจะทำงานอย่างไรในระบบที่ซับซ้อนและในพื้นที่ที่มีสภาพแตกต่างจากเดิม สิ่งนี้ล้วนแต่ต้องการการทำงานที่ต่างออกไป แล้วปฏิบัติการทางมานุษยวิทยาภายใต้บริบทพื้นที่ศึกษาที่แตกต่างหลากหลายเหล่านี้ มันไม่มีทฤษฎีสำเร็จรูป หรือประสบการณ์ในอดีตที่เอามาใช้ได้ทันที แต่ต้องเป็นความรู้ที่มันฝังในระดับพื้นที่และเป็นความรู้ภายใต้บริบทเฉพาะ (Situated knowledge) หรือเป็นความรู้ที่เราต้องปรุงขึ้นจากสถานการณ์ที่เรากำลังเผชิญอยู่ เพื่อที่จะได้ความรู้สำหรับการปฏิบัติการที่เหมาะสมกับลักษณะบริบทเฉพาะทางประวัติศาสตร์และสังคมการเมืองที่เราดำรงอยู่ ถ้าโจทย์เป็นอย่างนี้ เราจะมีสิ่งที่เรียกว่า “มานุษยวิทยาไทย” หรือ “มานุษยวิทยาการแพทย์ไทย” ได้อย่างไร

เนื้อหาทั้งหมดเป็นสิ่งที่ผมได้เตรียมมานำเสนอ อาจจะมีบางเรื่องที่อาจจะยังไม่ได้พูด เวลาไม่เอื้ออำนวยนักที่จะได้พูดถึงอย่างละเอียด ขอให้รออ่านบทความหลังจากนี้