

## “The Practices of Medical Anthropology in the New Public Health Context”

ศาสตราจารย์แคลร์ แชนด์เลอร์ (Prof. Clare Chandler)

London School of Hygiene and Tropical Medicine, London University

วันที่ 29 มีนาคม 2562

ณ ห้องประชุมसानใจ 1 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซอยสาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข

สรุปการบรรยาย โดย ดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท  
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การบรรยายของอาจารย์แคลร์ แชนด์เลอร์ ในครั้งนี้ ช่วยให้เราเข้าใจมานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ ผ่านการศึกษาต้านจุลชีพดื้อยา (Antimicrobial Resistance: AMR) ในการบรรยายครั้งนี้ อาจารย์แคลร์แบ่งเนื้อหาการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 อธิบายให้เห็นว่า เริ่มจากการอธิบายว่า มานุษยวิทยา (Anthropology) และมานุษยวิทยาการแพทย์ (Medical Anthropology) คืออะไร ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีมานุษยวิทยาการแพทย์ร่วมสมัย ส่วนที่ 3 วิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยา และส่วนสุดท้าย โครงการศึกษาต้านจุลชีพดื้อยาในสังคม

### มานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์

อาจารย์แคลร์อธิบายมานุษยวิทยาในความหมายที่ว่า มานุษยวิทยาเป็นศาสตร์แขนงเดียวที่ศึกษาปรากฏการณ์อย่างรอบด้านในช่วงเวลาและสถานที่หนึ่ง มานุษยวิทยาจึงเป็นศาสตร์ที่ค่อนข้างเปิดกว้างที่พร้อมจะเรียนรู้ในทุกๆ ศาสตร์ ตั้งแต่จุลชีววิทยา (microbiology) กระทั่งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการเมืองระหว่างประเทศเพื่อจะทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของสังคม

ด้วยวิธีคิดแบบนี้ สิ่งที่มานุษยวิทยาศึกษามาตั้งแต่อดีตจึงเป็นวิธีการที่ต้องการจะทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของสังคมที่เกิดขึ้น โดยวิธีการที่ใช้ในอดีตจะเป็นศาสตร์ในลักษณะที่เรียกว่า How to do? กล่าวคือจะทำการศึกษาด้วยแนวทางแบบมานุษยวิทยาได้อย่างไร หรือด้วยวิธีการที่เรียกว่า “ชาติพันธุ์วรรณา” (Ethnography) ซึ่งเป็นวิธีการที่นักมานุษยวิทยาเข้าไปอยู่ในสถานที่แห่งหนึ่งหรือในชุมชนแห่งหนึ่ง แล้วพยายามที่จะศึกษาทำความเข้าใจ จากนั้นก็เขียนสิ่งที่พบเจอขึ้นมาราวกับไปค้นพบเรื่องจริงที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นคืออะไร (Ethnographic Realism) เราจะคุ้นเคยกับคำว่า “วัฒนธรรม” (culture) พอพูดถึงวัฒนธรรมก็จะนึกถึงมานุษยวิทยาที่เข้าไปศึกษาวัฒนธรรม แต่สิ่งเหล่านี้คือมานุษยวิทยาในอดีตที่พยายามจะเข้าไปทำความเข้าใจแล้วเขียนเรื่องราวที่พบเจอออกมา งานที่เขียนออกมาจะเรียกว่า “ชาติพันธุ์นิพนธ์” สรุปคือ “ชาติพันธุ์วรรณา” เป็นวิธีการศึกษา ส่วน “ชาติพันธุ์นิพนธ์” เป็นรายงานการศึกษาที่เขียนออกมา

ตามที่อาจารย์แคลร์เล่าให้ฟังได้เกิดศาสตร์แขนงหนึ่งของมานุษยวิทยาขึ้นมาที่เรียกว่า “มานุษยวิทยาการแพทย์” เป็นการศึกษาที่พยายามมองและให้ความสนใจกับเรื่องความเจ็บป่วย (illness) และการเยียวยา ความเจ็บป่วย (healing) โดยทั้งการเจ็บป่วยและการเยียวยาความเจ็บป่วยต่างก็เป็นจุดสนใจของมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยมีพื้นฐานมาจากมานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Anthropology) และศาสตร์อื่นๆ ซึ่งเป็นฐานของมานุษยวิทยาด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นมานุษยวิทยาเชิงชีววิทยา (Biological Anthropology) และโบราณคดี (Archeology) ซึ่งประเด็นความสนใจของมานุษยวิทยาการแพทย์ก็จะ

เชื่อมโยงมาสู่ประเด็นการศึกษาของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) รวมถึงความสนใจของทุกท่านที่เดินทางมาร่วมกันในวันนี้

นอกจากนั้น สิ่งหนึ่งที่สำคัญของมานุษยวิทยาก็คือ การมองสิ่งต่างๆ หรือปรากฏการณ์ที่อยู่ในบริบท เพราะฉะนั้นสิ่งที่สำคัญของการศึกษาทางมานุษยวิทยาที่นำมาช่วยในการทำความเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วย และการเยียวยาความเจ็บป่วยก็คือการทำความเข้าใจสิ่งเหล่านี้ในบริบทที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นบริบท (context) จึงเป็นสิ่งที่นักมานุษยวิทยาพยายามทำความเข้าใจ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของบริบทของสังคมเกิดขึ้น นักมานุษยวิทยาและคนที่ทำงานในสายมานุษยวิทยาก็พยายามที่จะหาวิธีการที่จะหาทางในการทำความเข้าใจปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและการเยียวยาในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ในประเด็นนี้ได้ก่อให้เกิดวิธีการศึกษาและแนวทางในการทำงานใหม่ๆ ของมานุษยวิทยาการแพทย์

### แนวคิด ทฤษฎีมานุษยวิทยาการแพทย์ร่วมสมัย

อาเธอร์ ไคล์แมน (Arthur Kleinman) ได้นำเสนอทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ 4 ทฤษฎี ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าใจประเด็นการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์<sup>1</sup> ประกอบด้วย (1) ผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ (unintended consequence) (2) การประกอบสร้างทางสังคม (social construction) แนวคิดนี้เชื่อว่าทุกสิ่งถูกประกอบสร้างขึ้นมาและไม่ได้มีความจริงที่เป็นความจริงสุดท้าย หากถูกประกอบสร้างขึ้นจากความจริงที่ได้รับการยอมรับอยู่แล้วในสังคม (3) ความทนทุกข์ทางสังคม (social suffering) ความทุกข์ที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความทุกข์เฉพาะของคนคนหนึ่ง แต่เกี่ยวข้องกับบริบทของสังคมและสิ่งอื่นๆ มากมาย และ (4) ชีวอำนาจ (Bio-power) เป็นแนวคิดของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ที่วิพากษ์อำนาจของรัฐสมัยใหม่ ดังนั้น สิ่งที่อาจารย์แคลร์พูดถึงในการบรรยายจึงเกี่ยวข้องกับหลังสมัยใหม่ (Postmodern) เป็นการวิพากษ์แบบรื้อถอนโครงสร้าง (Deconstruction) กล่าวคือ เราจะเข้าใจระบบที่เป็นอยู่จากการรื้อถอนระบบ เพื่อเปิดเผยให้เห็นอำนาจบางอย่างที่ทำงานภายใต้การควบคุม

ในมุมมองของอาเธอร์ ไคล์แมน 4 ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์นี้ มีความสำคัญในฐานะเป็นเครื่องมือ (toolkit) ที่เราใช้ในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้น เครื่องมือทั้ง 4 จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของสิ่งที่เรียกว่ามานุษยวิทยาการแพทย์

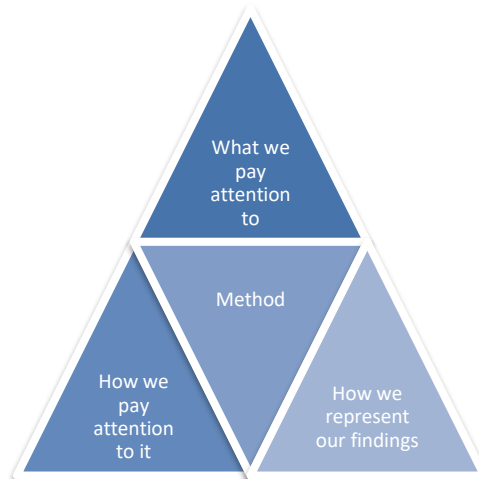
### วิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยา (Anthropological Method)

การทำงานของนักมานุษยวิทยา (คำว่า “นัก” มักเป็นที่เข้าใจว่าเป็นคนที่เรียนทางด้านมานุษยวิทยา มา แต่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ตั้งใจจะทำให้คำว่า “นัก” มานุษยวิทยา มีอยู่ในคนทำงานด้านสุขภาพทุกคน) เป็นการนำเอาวิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยาเข้าไปผสมผสานทำงานในพื้นที่หนึ่งๆ ไม่ว่าจะพื้นที่ใด หรือเป็นใครก็ตาม สามารถนำเอาเครื่องมือทางมานุษยวิทยาเข้าไปเพื่อทำให้การทำงานเป็นเรื่องที่ง่าย ได้ผล และสนุก ตามคำของคุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่ได้เขียนไว้ในหนังสือเครื่องมือวิถีชุมชน 7 ชั้น<sup>2</sup> ที่ว่าทำอย่างไรให้การทำงานที่ยากเป็นงานที่ง่าย และได้ผลมากขึ้น และคนทำงานเองก็มีความสุขและสนุกมากขึ้น

<sup>1</sup>Kleinman, Arthur. (2010). Four Social Theories for Global Health. *The Lancet*. 375 (9725): 1518-1519.

<sup>2</sup>โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2556). *วิถีชุมชน: เครื่องมือ 7 ชั้น ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

การสนใจว่ามานุษยวิทยาทำงานอย่างไร จะเกี่ยวกับประเด็นวิธีการ (Method) ซึ่งเป็นงานหลักของนักวิชาการ โดยหน้าที่หลักของนักวิชาการทางด้านสังคมศาสตร์คือ การหาเครื่องมือที่ช่วยให้คนทำงานสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น วิธีการทางมานุษยวิทยา ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ 1) สิ่งที่เราสนใจศึกษา 2) เราจะศึกษามันอย่างไร และ 3) เราจะนำเสนอข้อค้นพบออกมาอย่างไร



องค์ประกอบของสามเหลี่ยมข้างบนเป็นวิธีการศึกษาของมานุษยวิทยา สิ่งที่มานุษยวิทยาการแพทย์ในปัจจุบันพยายามทำก็คือ การพัฒนาแนวทางการศึกษาใหม่ๆ จากในอดีตที่นักมานุษยวิทยาจะต้องไปใช้เวลาอยู่ในที่หนึ่งๆ เป็นเวลานานๆ ราวกับเป็นพิธีกรรมที่ต้องทำ ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาแบบจารีตของมานุษยวิทยา (Traditional Method) แต่วิธีการศึกษาใหม่ๆ ได้มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในประเด็นที่เรียกว่า “วัฒนธรรม” และสิ่งที่เรียกว่า “พื้นที่การศึกษา” จากเดิมที่นักมานุษยวิทยาจะต้องไปอยู่ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งนานๆ ก็ได้เปลี่ยนไป โดยเฉพาะในยุคโลกาภิวัตน์ การที่ทุกอย่างเชื่อมโยงกันหมด การที่จะเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพของคนในพื้นที่หนึ่ง ก็ไม่สามารถมองจากพื้นที่หนึ่งหรือชุมชนหนึ่งได้ แต่จะต้องติดตามความเคลื่อนไหวหรือความเชื่อมโยงกันไปหลายพื้นที่พร้อมๆ กัน<sup>3</sup> เช่น โครงการศึกษาเกี่ยวกับการแพร่กระจายไวรัสโคโรนาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นโครงการวิจัยหนึ่งของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ก็ไม่สามารถจะศึกษาในพื้นที่เดียวได้ เพราะแรงงานข้ามชาติมีการเดินทางเคลื่อนย้ายประชากรไปมาข้ามพรมแดนรัฐชาติ อีกหนึ่งโครงการวิจัยคือโครงการศึกษายาต้านจุลชีพในสังคมไทย (anti-biotic) ซึ่งใช้วิธีการศึกษาหนึ่งคือ “การติดตาม” (Following) ไม่ว่าจะเป็นการติดตามคน ติดตามสิ่งของ ติดตามเรื่องราว และติดตามอุปลักษณ์ (Metaphor)<sup>4</sup>

โดยสรุปก็คือมานุษยวิทยายุคร่วมสมัยพยายามจะหาวิธีการใหม่ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในภาพรวมและทำความเข้าใจในบริบทที่เฉพาะเจาะจง

<sup>3</sup>Marcus, George. (1995). Ethnography in/of the world system: The emergence of Multi-Sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*. 24: 95-117, และดูตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้แนวทางการศึกษา Multi-Sited ethnography จาก Lakoff, Andrew. (2017). *Unprepared: Global health in a time of emergency*. California: University of California Press.

<sup>4</sup>Jensen, Casper Bruun. (2012). Anthropology as a following science: Humanity and sociality in continuous variation. *NatureCulture*. 1 (24): 1-24.

มานุษยวิทยาคือการวิพากษ์ common sense ของผู้คนว่ามันไม่ใช่เรื่อง common อย่างที่เข้าใจกัน หรือ common sense ของเรานั้นไม่ใช่ common sense ของชาวบ้าน

วิธีการศึกษาใหม่สัมพันธ์กับแนวคิดใหม่ๆ ที่นักมานุษยวิทยาใช้ เช่น แนวคิด Actor-Network-Theory (ANT) ของบรูโน ลาทูร์ (Bruno Latour) ที่อธิบายว่าทุกอย่างต่างก็เป็นผู้กระทำการ (actor) ทั้งหมด แทนที่จะบอกว่าเป็นมนุษย์เท่านั้นที่เป็นผู้กระทำการแต่เพียงอย่างเดียว หรือแนวคิดหลากหลายสายพันธุ์ (Multispecies) การที่ไม่มองว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีแต่มนุษย์แต่เพียงอย่างเดียวที่เข้ามาเกี่ยวข้องพัวพัน แต่ต่างก็มีทั้งมนุษย์และสิ่งอื่นๆ ด้วย ตัวอย่างเช่นประเด็นเรื่องสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ One Health ที่กำลังมีการพูดถึงกันอย่างแพร่หลายนั้น เราไม่ได้มองประเด็นสุขภาพหนึ่งเดียวเพื่อปกป้องแค่มนุษย์ แต่เรามองประเด็นนี้แบบหลากหลายสายพันธุ์ และในแบบลดการเป็นศูนย์กลางของมนุษย์ (Decentering the Human) การที่ไม่ได้ให้มนุษย์เป็นศูนย์กลางอย่างเดียว หรือเอาแต่มนุษย์เป็นหลักในการจัดการทุกอย่าง ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วมนุษย์เองนั้นแหละจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบกลับไป ในทางตรงข้ามแนวคิดใหม่เหล่านี้ศึกษาประเด็นทางมานุษยวิทยาโดยไม่ได้เอามนุษย์เป็นศูนย์กลางแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของหลายๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องพัวพันกัน

### โครงการศึกษาด้านจุลชีพดื้อยาในสังคม (Anthropology of AMR)

โครงการศึกษานี้เป็นตัวช่วยให้เห็นการใช้มุมมองจากมานุษยวิทยาการแพทย์เป็นตัวช่วยให้เราเข้าใจประเด็นปัญหาต้านจุลชีพดื้อยามากขึ้นว่า สิ่งที่เราากำลังเผชิญอยู่หากมองผ่านแนวทางสังคมศาสตร์จะช่วยให้เราเข้าใจปัญหามากขึ้น เช่น การใช้อุปลักษณ์เชิงสงคราม (War metaphor) นำเสนอให้เห็นว่าจุลชีพเป็นภัยคุกคาม อุปลักษณ์ดังกล่าวนี้มีวิธีคิดที่ว่ามนุษย์เป็นศูนย์กลาง มนุษย์เป็นพื้นที่บริสุทธิ์ที่ถูกคุกคามจากธรรมชาติ ด้วยวิธีคิดแบบนี้จึงนำไปสู่ความคิดที่ว่าจะต้องจัดการและฆ่าจุลชีพ ดังนั้น ยาต้านจุลชีพถูกเปรียบเทียบว่ามันเป็นอาวุธที่จะใช้ทำลายจุลชีพ จึงเป็นสิ่งที่เราต้องรักษาไว้เพราะถ้าไม่มีอาวุธนี้ไว้ต่อสู้ มนุษย์ก็จะถึงวันสิ้นโลก

การศึกษา AMR ด้วยแนวทางมานุษยวิทยาการแพทย์ นำมาสู่การตั้งโจทย์ที่ว่าพวกเราจะมือนาคตหรือทางเลือกอย่างไรบ้าง เพื่อทำความเข้าใจและเตรียมตัวเพื่อทำงานกับปัญหาจุลชีพดื้อยา เพราะอนาคตและทางเลือกในภาพรวมตอนนี้ แนวคิดเบื้องหลังการทำงานเรื่องเชื้อดื้อยา คือ อุปลักษณ์เชิงสงคราม และแนวคิดวันสิ้นโลก (Apocalyptic) โลกที่ไม่มียาต้านจุลชีพอีกแล้วเพราะเชื้อดื้อยา มนุษยชาติจะตายกันเป็นเปื้อน มันถูกผลักดันด้วยแนวคิดเบื้องหลังเหล่านี้ เพราะฉะนั้น คำถามคือมันจริงทั้งหมดหรือเปล่า อย่างเช่นอุปลักษณ์เชิงสงครามต่อยาต้านจุลชีพนำเราไปสู่วิธีคิดต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของชาวบ้านว่า การที่ชาวบ้านไม่สนใจและยังใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ก็เพราะว่าชาวบ้านเพิกเฉย (ignorance) ไม่สนใจ หรือไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการใช้ยา วิธีคิดดังกล่าวนี้ยังถูกต้องหรือไม่ มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งที่พบว่าชาวบ้านมีความตระหนักรู้ (awareness) ในการใช้ยาเกือบ 100% การที่บอกว่าจะต้องเพิ่มความตระหนักรู้ ประเด็นคือจะต้องเพิ่มอีกหรือไม่ เพราะที่มีอยู่ก็เกือบจะ 100% อยู่แล้ว การมีความตระหนักรู้แต่ไม่ทำหรือยังคงเลือกมีพฤติกรรมเดิมเพราะอะไร เราจะต้องมาทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีเหตุปัจจัยอะไรบ้าง ที่บอกว่าเขาไม่มีเหตุผลมันเป็นความมีเหตุมีผล (Rationality) ของใคร ที่ว่าเขาไม่มี แล้วใช่หรือไม่ มันเป็นระบบตรรกะเหตุผลของใคร

.....

## ช่วงการอภิปรายแลกเปลี่ยน

อาจารย์ ดร.สายพิน ศุภุทมงคล

(คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์): อยากให้ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมอง antibiotic ในฐานะที่เป็นโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

(ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ): (แปลที่อาจารย์แคลร์ ตอบ) แนวคิดเรื่อง infrastructure ก็เป็นแนวคิดที่นักมานุษยวิทยาให้ความสนใจ เพราะว่าความเป็นไปได้ในโลกทางสังคมได้ถูกรองรับด้วยโครงสร้างพื้นฐาน เวลาพูดถึงโครงสร้างพื้นฐาน เรามักจะนึกถึงถนน ทางด่วน รถไฟ เช่น เพื่อรองรับการลงทุนในประเทศเราก็จะสร้างสิ่งเหล่านี้ขึ้นมาเป็นโครงสร้างพื้นฐาน แต่แนวคิดนี้ในทางสังคมศาสตร์ร่วมสมัยมองว่าสังคมเคลื่อนไหวไปได้ หรือสามารถดำเนินไปได้ เพราะมีโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ รองรับอยู่มากมาย ถ้าหากว่าโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้ดำเนินการไปได้อย่างเป็นปกติ เราก็ไม่รู้ด้วยซ้ำไปว่าสิ่งเหล่านี้มีอยู่ หรือแทบไม่ต้องใส่ใจเพราะโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้เป็นไปอย่างปกติ เช่น การที่เราอยู่ในตึกนี้ เพราะมีไฟฟ้า น้ำก็ไหล แต่ถ้าวันหนึ่งเราเปิดน้ำแต่น้ำไม่ไหล มันก็จะเดือดร้อน

ถ้าเรามองว่า โลกทุกวันนี้ดำเนินไปโดยมีโครงสร้างพื้นฐานอยู่มากมาย ยาปฏิชีวนะ หรือยาต้านจุลชีพ ก็จะเป็นโครงสร้างพื้นฐานอันหนึ่งที่ทำให้หลายสิ่งหลายอย่างในโลกนี้เป็นไปได้ เช่น การเลี้ยงไก่ 1 ฟาร์มมีจำนวนไก่ 1 แสนตัว จะเป็นไปได้หรือไม่ ถ้าหากไม่ใช่ antibiotic หรือว่าในโรงพยาบาลการผ่าตัดแบบประเภทวันเดียวกลับบ้าน เราจะกล้าทำไหมถ้าหากไม่มี antibiotic ซึ่งแสดงให้เห็นว่า antibiotic สามารถทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ทำให้หลายเรื่องสามารถดำเนินไปได้ โดยเราแทบไม่ต้องใส่ใจ แต่ถ้าต่อเมื่อวันหนึ่งไม่มี antibiotic ในฐานะที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานของสิ่งต่างๆ ก็จะกลายเป็นประเด็นสำคัญขึ้นมา เราก็จะเห็นว่าแท้ที่จริงแล้วหลายสิ่งหลายอย่างเหล่านี้ได้อยู่ได้ เพราะมันมีโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้รองรับอยู่ หากเรามอง antibiotic ในฐานะที่เป็นโครงสร้างพื้นฐาน มันจะเป็นการมองมากกว่าเพียงแค่การมองว่า antibiotic เป็นยาชนิดหนึ่ง ที่พอมีคนไข้เราก็จ่ายยาไป มันก็คล้ายกับว่าเวลาเราใช้ไฟฟ้า เรากดเปิดไฟก็ติดขึ้นมา แต่ถ้าหากเรามองว่าเป็นโครงสร้างพื้นฐาน ก็จะช่วยเปิดโลกในการทำความเข้าใจ AMR ในมุมมองใหม่ๆ ก็ได้ว่าเราจะทำอะไรกับเรื่องนี้ที่แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ แทนที่เราจะไปคิดว่ามันเป็นเรื่องพฤติกรรม เป็นเรื่องความไม่ตื่นตัวที่จะต้องไปณรงค์สร้างความตระหนักรู้ เช่น ต้องไปณรงค์สัปดาห์ว่าด้วยความตื่นตัวเรื่องยาต้านจุลชีพ ทั้งนี้ เราจะทำอย่างไรไม่ให้วนไปหาวงจรการคิดเก่า ซึ่งการมอง antibiotic ในฐานะที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานก็จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้เราเข้าใจสิ่งนั้นได้

ดร. นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท

(สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ): อาจารย์แคลร์ ได้อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานไว้ใน 3 แบบ ได้แก่ (1) material ในฐานะที่ antibiotic เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันที่ทำให้สิ่งต่างๆ เกิดขึ้น/ดำเนินต่อไปได้ (2) affective ที่บอกว่า antibiotic เป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ เช่น antibiotic เป็นตัวแทนของการดูแล อย่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะบอกว่าไม่จ่ายไม่ได้ ถ้าไม่จ่าย antibiotic จะก่อให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับชุมชน antibiotic จึงเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ของผู้คนในระบบการดูแลสุขภาพ และ (3) political ก็คือว่ามาตรฐานบางอย่างจะไม่สามารถเป็นไปได้เลยถ้าไม่มี antibiotic

อาจารย์ ดร.สายพิณ ศุภุทธมงคล: เป็นเรื่องที่น่าสนใจที่เรามอง antibiotic ในฐานะที่เป็นโครงสร้างพื้นฐาน เป็นที่น่าสนใจว่า antibiotic ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ มากมาย ซึ่งมันก็ทำให้คำถามมีความซับซ้อนขึ้นไปอีกว่า ถ้าเรามองง่ายๆ เลยว่า antibiotic ก็เป็นแค่ยาปฏิชีวนะ มองว่าเป็นแค่ยา แล้วเราก็รณรงค์ให้คนเลิกใช้ยา หรือใช้ยาให้มันน้อยลง มันก็ดูไม่ค่อยน่ากลัว และมีความเป็นไปได้สูง ดูมีความหวัง ระดับของภัยคุกคาม ดูเป็นอะไรที่สามารถจัดการได้ (manageable)

แต่เมื่อมองว่า antibiotic เป็นโครงสร้างพื้นฐาน ก็แปลว่าเราได้ขยายความรู้เกี่ยวกับ antibiotic ออกไปในสาขาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเกษตรอุตสาหกรรม พอเปรียบ antibiotic เป็นโครงสร้างพื้นฐาน เรากำลังนึกถึงการรณรงค์ให้เลิกใช้รถยนต์แล้วมาขี่จักรยาน หมายความว่าสเกลของการสร้าง impact ของการรณรงค์ หรือว่าการเข้ามาเกี่ยวข้องของฝ่ายต่างๆ เช่น อุตสาหกรรมยาที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง แล้วก็ไม่ใช่เฉพาะยาคน แต่หมายรวมถึงยาของคนที่น่าไปใช้ในที่อื่นด้วย หรือว่าอะไรก็ตามที่เอาไปใช้ในสินค้าเกษตร

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์: (แปลความที่อาจารย์แคลร์ตอบ) อาจารย์แคลร์พูดชัดเจนว่า นักมานุษยวิทยาชอบทำเรื่องต่างๆ ให้มีความซับซ้อน อย่างเช่นเรื่องง่ายๆ เราก็สามารถทำให้เป็นเรื่องที่ยากได้ เรื่องอะไรบางอย่างที่เป็น common sense เราก็เขียนขึ้นมา แล้วชวนให้คนอื่นอ่าน พอเขาอ่านไม่รู้เรื่อง เราก็รู้สึกว่าเขาฉลาด แต่ประเด็นนี้ อาจารย์แคลร์ก็บอกว่ามันก็จริงที่ว่า มันดูซับซ้อน แต่ในขณะเดียวกัน ถ้าเราเปรียบเทียบกับเรื่องอะไรแบบนี้ ถ้าเรามีปัญหาเรื่องการจราจรติดขัด หรือมีปัญหาเรื่องการใช้รถมากเกินไป แล้วเราก็พัฒนาให้ใช้รถไฟฟ้าแทน แต่มันก็ยังคงวนเวียนกับการเพิ่มปริมาณรถอยู่เหมือนเดิม เพราะฉะนั้น ทางออกของเรื่องนี้ อาจจะใช้ทางออกอื่นๆ ก็ได้ เราสามารถที่จะไปมองทางเลือกอื่น โดยทางเลือกอื่นที่ว่านี่ อาจนำไปสู่กระบวนการคิดใหม่เกี่ยวกับเรื่องการลงทุนเรื่องยาทั้งหมด ซึ่งในปัจจุบันวางอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดของการผลิตยาใหม่ พยายามกระตุ้นให้บริษัทยาผลิต antibiotic แบบใหม่ๆ แล้วบริษัทยาเหล่านี้ก็เรียกร้องมาใช้ทรัพยากรของสาธารณะ เพื่อให้ทางรัฐบาลสนับสนุนงานวิจัย เพื่อให้เกิดยาใหม่ขึ้น คำถามคือว่าเมื่อเกิดยาใหม่ขึ้น มันก็วนมาสู่การใช้ยาที่หลวมเหมือนเดิม มันจะเกิดการดื้อยา อัตราการดื้อยาก็จะเพิ่มขึ้น



เหตุการณ์ในลักษณะที่ว่าเป็น มันก็เหมือนเป็นการผลิตซ้ำกระบวนการเดิม หรือเราอาจจะต้องทำงานเพื่อวิเคราะห์จริงๆ จังๆ ว่า ความพยายามที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีการเดิมๆ แบบที่ว่าเป็น ทรัพยากรทุ่มลงไปในระบบแบบนี้ มันมีความเป็นไปได้หรือเปล่าที่เราจะมองทางเลือกอื่นที่อาจจะแตกต่างไปจากเดิม หมายความว่า เป็นการไปส่งเสริมเรื่องการวิจัยแทนการใช้รถยนต์เพื่อแก้ปัญหาจราจร ซึ่งมันก็อาจจะมีการทำเช่นนั้นจริงๆ แต่ว่ามันก็ดีกว่าที่จะมาเพิ่มจำนวนรถ เพิ่มจำนวนการสร้างถนน ซึ่งเป็นการคิดแบบวนกลับไปจุดเดิมของปัญหา วิธีคิดเรื่อง infrastructure นำไปสู่โจทย์ปลายเปิดในการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นไอเดียที่กระตุ้นให้คนเอาไปคิดต่อ

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมังคลกุล

(คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ): พี่สาวผมเพิ่งจะผ่าตัดเส้นเอ็นหัวไหล่ โดยหมอก็กินยา antibiotic มากินเป็นเวลา 1 เดือน ผมก็ถามว่าทำไมหมอก็กินยาฆ่าเชื้อตั้งเดือน เขาบอกว่าเส้นเอ็นเป็นเส้นเอ็นที่เปิดใช้แล้วของคนอื่น เพราะถ้าใช้ของใหม่เลยจะราคาแสนกว่าบาท แต่ถ้าเป็นเส้นเอ็นที่เปิดใช้แล้วไม่ต้องเสียเงินสามารถใช้ได้เลย แต่หมอก็กินยาฆ่าเชื้อให้กินยา antibiotic เป็นเวลา 1 เดือน ผมก็เลยมองว่า มันเป็นเรื่องของ low-income country ไหม เพราะใน high-income country ก็คงจะไม่มีใครเอาเส้นเอ็นที่ใช้แล้วมาใช้ แต่ใน low-income country หากไม่ใช้เส้นเอ็นที่ใช้แล้วก็คงจะไม่ได้ผ่าตัด แต่ตอนนี้อาการก็ดีขึ้น หายดีขึ้น คำถามก็คือว่า มันเกี่ยวข้องกับความเป็นโลกที่สามด้วยหรือเปล่า

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์: (สรุปความที่อาจารย์แคลร์ตอบ) ต้องเลือกระหว่างการพัฒนาระบบกับการแก้ปัญหาด้วยการเติมยา หรืออีกในแง่หนึ่งดึงกลับมาในประเด็นที่อาจารย์แคลร์ได้นำเสนอก็คือว่า โจทย์เหล่านี้เป็นโจทย์ที่นักมานุษยวิทยาไม่ค่อยให้ความสนใจ เพราะแต่ก่อนนักมานุษยวิทยาสนใจชาวบ้าน สนใจพฤติกรรมชาวบ้าน การใช้ยาของชาวบ้าน เช่น ยาในชุมชน ชาวบ้านมีการใช้ยาอย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ แต่ปัจจุบันนักมานุษยวิทยาพยายามหันมาสนใจวัฒนธรรมของวิชาชีพมากขึ้น หรือว่าถ้าเราเห็นว่าพวกแพทย์เป็นชนเผ่าชนเผ่าหนึ่ง มีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำชนเผ่า มีพิธีกรรมในการเฉลิมฉลอง แจกเสื้อกาวน์ ซึ่งปัจจุบันก็มีการทำเป็นพิธีกรรมมากขึ้น มันกำลังสร้างชนชั้นหนึ่งทางสังคมขึ้นมา หรือว่ากำลังสร้างแบบแผนวิธีการตามหลักการของแพทย์ เป็นวัฒนธรรมที่ประดิษฐ์ขึ้นมา ซึ่งวิธีการแบบนี้ก็น่าจะช่วยให้เราเห็นโลกของทางฝั่งผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นก็ได้ เราก็อาจจะเห็นปากเป็นเสียงด้วยก็ได้ว่า สิ่งที่นักวิชาชีพทำ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆ ที่เราคิดว่าเป็นเรื่องของชาวบ้าน ขณะที่พวกนักวิชาชีพเป็นพวกมีเหตุผล สั่งยาด้วยการวิเคราะห์เชิงเหตุผล ซึ่งในความเป็นจริงแล้วนักวิชาชีพก็มีวัฒนธรรมและความเชื่อเช่นกัน

งานทางมานุษยวิทยาจึงหันมาให้ให้ความสนใจเรื่อง วัฒนธรรม นักวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติการในห้องทดลองหรือห้องแล็บ การใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยตัววิทยาศาสตร์เองก็เป็นวัตถุที่เหมาะสมแก่การศึกษาของเรา เราไปศึกษาวิชาที่แต่ก่อน

เค้าไม่ศึกษากัน เช่น การไปศึกษาชีววิทยา หรือจุลชีววิทยา ไปดูชีวิตของเจ้าหน้าที่ในห้องแล็บ กระบวนการผลิตสร้างความรู้ในห้องแล็บ เป็นการไปเรียนรู้ชีวิตหมอที่บ้าน ไปดูว่าหมอที่บ้านไปเรียนที่ไหน คำถามที่ถามเป็นคำถามที่ดี เป็นแนวทางที่ดีสำหรับพวกเราที่สนใจในแวดวงมานุษยวิทยาด้วย และที่สำคัญเวลาเราจะศึกษาวิชาชีพเหล่านี้ มันก็ไปศึกษาได้ค่อนข้างยาก เพราะมันไม่เหมือนกับการที่เราเข้าไปศึกษาในหมู่บ้าน เช่น การที่เราบอกว่าป่าลุงเราจะมาศึกษาเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน ป่าลุงก็เต็มใจแถมชวนมากินข้าวด้วย

ขณะที่เราเดินทางไปโรงพยาบาลแล้วบอกว่าเราจะขอศึกษาวัฒนธรรมของหมอ ศัลยกรรม จะมาขอสังเกตว่าหมอศัลยกรรมมีวัฒนธรรมการผ่าตัดอย่างไร เขาก็จะพยายามให้เราออกไปห่างๆ เลย มันจะมีเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มันก็จะเข้าทำการศึกษายากขึ้น ซึ่งวัฒนธรรมเหล่านี้ มันต้องการนักวิชาชีพที่หันมาสนใจมานุษยวิทยามากขึ้น เป็นแพทย์ด้วย เป็นนักมานุษยวิทยาด้วยก็ได้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นนักมานุษยวิทยาด้วย มาช่วยกันสะท้อนแบบแผนของวิชาชีพ ซึ่งเราก็ไม่ได้สะท้อนเพื่อบ่อนทำลาย เราอยากให้มันดีขึ้น เพราะบางทีวิชาชีพเดียวกันมองกันเองก็อาจจะไม่ค่อยเห็น ซึ่งอาจจะต้องอาศัยเครื่องช่วยจากมุมมองทางด้านศาสตร์อื่นๆ เพื่อช่วยทำให้เราเห็นตัวเองมากขึ้น ถ้าหากนักวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขหันมาทำงานในเชิงนี้มากขึ้น ก็จะช่วยให้เราทำงานในเชิงนี้ได้มากขึ้น

ซึ่งหากเปรียบเทียบไปกับวิทยาศาสตร์ต่างๆ มานุษยวิทยาการแพทย์ก็ถือว่าเป็นมานุษยวิทยาสาขาที่เติบโตเร็ว เพราะว่าวงการการแพทย์เองก็เห็นความจำเป็นในประเด็นนี้ด้วยเหมือนกัน เช่น ภาควิชาที่อาจารย์แคลร์ทำงานอยู่ มีการเปิดให้นักมานุษยวิทยาเข้าไปทำงานร่วมด้วย ไม่ใช่การให้ไปช่วยงานด้านการแพทย์ แต่เป็นการให้เข้าไปวิพากษ์ ทางเราเองก็หวังเหมือนกันว่า กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทย์ หรือสถาบันทางการแพทย์ต่างๆ สักวันน่าจะมีนักมานุษยวิทยาทำงานอยู่ร่วมกับนักวิชาชีพ

ดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท:

ขอตอบคำถามเพิ่มเติม 2 ประเด็น (ตอบเพิ่มโดยนำมาจากคำอธิบายของอาจารย์แคลร์) คำถามที่ 1 ของ อาจารย์สุธี - คำถามนี้ อาจารย์แคลร์ อธิบายว่า เราดูปรากฏการณ์นี้ แทนที่เราจะไปวิพากษ์ว่า หมอคนนั้นให้ antibiotic เหมาะสมไหม ก็อาจจะไปดูว่า เขากำลังแก้ปัญหาอะไร มันเป็นการแก้ปัญหาความขาดแคลนเฉพาะหน้าหรือเปล่า ซึ่งการมองแบบนี้ มันช่วยให้เกิดคำถามใหม่กับปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นตัวทำให้แทนที่เราจะไปลงทุนกับ antibiotic เปลี่ยนมาสู่การลงทุนกับการพัฒนาวงการแพทย์มากกว่า เพราะการลงทุนไปกับ antibiotic มันจะเยอะมาก ถ้าเปลี่ยนมาใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้นว่ากำลังจะแก้อะไรมันน่าจะดีกว่าหรือไม่ ส่วนประเด็นที่ 2 ก็คือปัญหาของการตั้งคำถาม งานของมานุษยวิทยาทางหนึ่งก็คือการหาวิธีการในการตั้งคำถามใหม่ๆ กับงานหรือปัญหาที่เราเจออยู่ประจำ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์: (สรุปความที่อาจารย์แคลร์ตอบและอธิบายเพิ่มเติม) ผมว่าก่อนที่จะเราคิดจะไปเปลี่ยนเขา เราลองไปกินก้อยปลาของเขาก่อนดีไหม ว่ามันอร่อยแค่ไหน มันมี



คุณค่ากับชีวิตเคঁามากแค่ไหน กินแล้วเราอาจจะติดก็ได้ พอเราติดแล้วมีคนบอกให้เราน้อย เราก็อาจจะไม่อยากน้อยก็ได้ การคิดแบบนี้มันเกิดจากการที่เราคิดเอา โดยวัฒนธรรมการกินปลาดิบมันมีวิวัฒนาการทางอาหารและความเป็นมา ตัวอย่างเช่นเวลาที่เรากินก้อยปลา มันไม่มีมะนาว คนอีสานเขาบอกว่ามันเปรี้ยวจัด เขาจะใช้ไข่มดมาคลุกกับเนื้อปลา โดยในทางเคมีแล้ว กรดไขมันมี acidity ที่สูงกว่ามะนาว เพราะฉะนั้นมัน denature ไข่มดได้ดีกว่าหรือเปล่า อันนี้เราก็ไม่รู้ใช่ไหม

แต่พอในเวลาต่อมาเราใช้ยา DDT เยอะก็ไปฆ่ามดตาย การจะหามด รังมดมาใส่ก้อยปลาก็เลยหายาก ตอนนี้นี้เราก็เลยใช้มะนาวกันแทน เพราะมะนาวหาง่ายกว่า แต่มะนาวก็มี acidity ต่ำกว่ากรดมดเยอะ คือเราไม่ได้มองว่าเรื่องราวจะเป็นแบบหนึ่งแบบใดอย่างตายตัวไง มันอาจจะมีทางออกอื่น ถ้ามันเป็นอย่างนั้นจริงเราก็ไม่ต้องบอกให้ชาวบ้านเลิกกินอาหารดิบ ต่อไปก้อยปลาจะเป็นอาหารดังของโลกแบบปลาดิบญี่ปุ่นก็ได้ ถ้าเราไปเลิกเสียก็น่าเสียดาย เราก็อาจจะไปพัฒนามะนาว 1 ลูก ที่สามารถผสมในก้อยปลา แล้วทำให้ปลอดภัยจากพยาธิ และอร่อยกว่ามะนาวที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือมันจำเป็นที่จะต้องคิดสิ่งใหม่ๆ สร้างสรรค์มากกว่าจะสอนให้ชาวบ้านเลิก

สำหรับผม ผมมองว่ามันเป็นกระบวนการที่ต้องการ creative idea เยอะมากๆ ที่ผ่านมาราวนอยู่กับวงจรการคิดเดิมอยู่กับการให้สุขศึกษาและบอกโทษ และหวังว่าเขาจะเลิกพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพมาเป็นเวลานานเกินไปแล้ว ตามที่อาจารย์แคลร์บอกว่าให้เข้าไปคลุกหน่อย แต่บางทีเราเข้าไปคลุก แต่เราเข้าพร้อมกับ framework ของเราแบบนี้ มันก็คือการเข้าไปคลุกเพื่อยืนยันความเชื่อเก่าของเรา มันก็ทำให้เรามองไม่เห็นความเป็นไปได้อื่นๆ ก็เลยอยากจะชวนว่า ลองดูแล้วลองหาวิธีในการจัดการเรื่องนี้แบบใหม่ๆ อาจจะช่วยทำให้เราเห็นมุมมองใหม่ๆ เพราะถ้าเราทำแบบเดิม ก็อาจจะเป็นไม่ได้ทำให้เราเห็นอะไรใหม่ๆ มากนัก

ในช่วงแรกที่อาจารย์แคลร์พูด ได้พูดถึงเกี่ยวกับการติดเหล้าว่าเกี่ยวข้องกับอิทธิพลเชิงโครงสร้างเศรษฐศาสตร์การเมืองระดับโลก มีการพูดถึงเรื่องนี้ยกเป็นตัวอย่างอยู่ในหนังสือเรื่องระบาดวิทยาวัฒนธรรม เป็นหนังสือเล่มแรกๆ ที่เกี่ยวกับ cultural Epidemiology เล่มแรกๆ ของเมืองไทย เขียนโดย ประชาธิป กะทา และสิทธิโชค ชาวไร่เงิน<sup>5</sup> มีการเขียนถึงการติดเหล้าเป็นกรณีศึกษา ว่าด้วยเรื่องที่ว่า การที่เราจะทำความเข้าใจวัฒนธรรมการดื่มเหล้าของคนคนหนึ่ง เราจะเข้าใจด้วยการแยกปรากฏการณ์นี้ ออกจากบริบททางการเมือง บริบททางประวัติศาสตร์ที่มีมันเกิด โรงงานทำเหล้าขึ้นไม่ได้

---

<sup>5</sup>Singer, Merrill, Valentin, Freddie, Baer, Hans and Jia, Zhongke. (1992). Why does Juan Garcia have a drinking problem? The perspective of critical medical anthropology. *Medical Anthropology*, 14 (1), 77-108.

ประชาติป กะทา และสิทธิโชค ชาวไร่เงิน. (2561). *ระบาดวิทยาวัฒนธรรม*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ