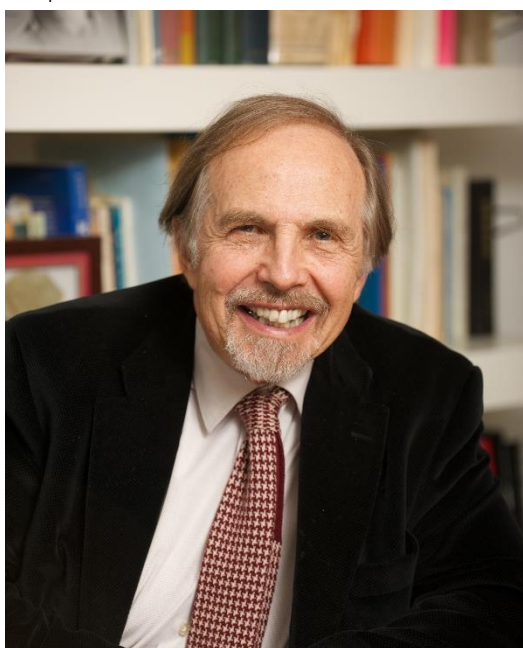


มานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑^๑

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถ้าเรานับบทความของเจมส์ รอนนี่ (James Roney) ชื่อ *Medical anthropology: A synthetic discipline* ที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เป็นงานเขียนชิ้นแรกๆ ที่มีการใช้คำว่า “มานุษยวิทยาการแพทย์”^๒ วิชามานุษยวิทยาการแพทย์ก็อาจถือได้ว่ามีอายุได้เกือบ ๖๐ ปี สำหรับอายุของวิชาการสาขาหนึ่งแล้ว ระยะเวลาเพียง ๖๐ ปีก็ยังไม่ถือว่ายาวนานนัก แต่ในช่วงเวลาไม่ยาวนานนักนี้ มานุษยวิทยาการแพทย์ก็มีการเปลี่ยนแปลงและเติบโตขึ้นมาก จากสาขาวิชาที่ถือกันว่าเป็น “วิชาการประยุกต์” และอยู่บริเวณชายขอบของวงการมานุษยวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์ได้พัฒนาจนกลายเป็นสาขาวิชาที่สำคัญที่สุดสาขาหนึ่งของมานุษยวิทยา^๓



ศาสตราจารย์อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการแพทย์รุ่นบุกเบิกคนสำคัญ ได้ให้สัมภาษณ์ที่ Freie Universität กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมัน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ถึงการเปลี่ยนแปลงของมานุษยวิทยาการแพทย์ในช่วงที่ผ่านมาว่า

“สิ่งที่ผมภูมิใจที่สุดก็คือการที่คนรุ่นผม – ไม่ใช่แค่ตัวผมหรือหลักสูตรที่ผมสอน – แต่หมายถึงคนในรุ่นผมทั้งหมด, คนอย่างมาร์กาเร็ต ล็อค (Margaret Lock), เนนซี เชเพอร์ฮิวส์ (Nancy Scheper-Hughes), อัลแลน ยัง (Allan Young) และมาร์ค นิกเตอร์ (Mark Nichter) และคนอื่นอีกมากมาย – ได้เปลี่ยนแปลงมานุษยวิทยาการแพทย์ไปแล้วอย่างสิ้นเชิง”^๔

^๑ บทความนี้ปรับปรุงจากปาฐกถาในการประชุมวิชาการทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ ๑๒ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

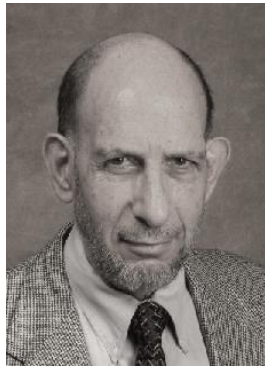
^๒ James Roney. (๑๙๕๙). *Medical anthropology: A synthetic discipline*. *The New Physician*. ๘: ๓๒-๘๑. อ้างใน Marcia C. Inhorn and Emily A. Wentzell (๒๐๑๒). “Introduction” ใน Marcia C. Inhorn and Emily A. Wentzell, eds. *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*. Durham and London: Duke University Press. Pp. ๑-๒๐.

^๓ ศาสตราจารย์อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เปรียบเทียบชีวิตในโลกวิชาการมานุษยวิทยาการแพทย์ของตัวเองว่าอยู่ ณ ชายขอบ (at the margin) ของความรู้กระแสหลักทั้งทางการแพทย์และมานุษยวิทยา อย่างไรก็ตาม การจัดวางตำแหน่งที่อยู่ชายขอบของความรู้นี้ช่วยให้หนีจากอิทธิพลครอบงำและทำให้เห็นความเป็นไปได้ของทางเลือกใหม่ๆ ในการต่อต้านชัดเจน รวมทั้งตั้งคำถามต่อความรู้กระแสหลักได้อย่างอิสระ, 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

^๔ คู่มือสัมภาษณ์ดังกล่าวได้ใน “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. ได้ที่ <http://www.medinethnologie.net/interview-arthur-kleinman/>



Margaret Lock



Allan Young



Mark Nichter



Nancy Scheper-Hughes

นักมานุษยวิทยาการแพทย์รุ่นหนึ่งซึ่งทำงานวิชาการมา ๓๐-๔๐ ปี ได้เปลี่ยนโฉมหน้ามานุษยวิทยาการแพทย์จนในปัจจุบันกลายเป็นสาขาวิชาสำคัญที่สร้างองค์ความรู้และทฤษฎีทางด้านมานุษยวิทยา แต่ในช่วงระยะเวลา ๖๐ ปีที่ผ่านมา ไม่ใช่เฉพาะแต่มานุษยวิทยาการแพทย์เท่านั้นที่เปลี่ยนแปลง แวดวงการแพทย์เองก็เกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมหาศาลอย่างนี้นักมานุษยวิทยาในปัจจุบันจะต้องทบทวนแนวคิดและสร้างวิถีวิทยาในการศึกษา “การแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑” ที่แตกต่างออกไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

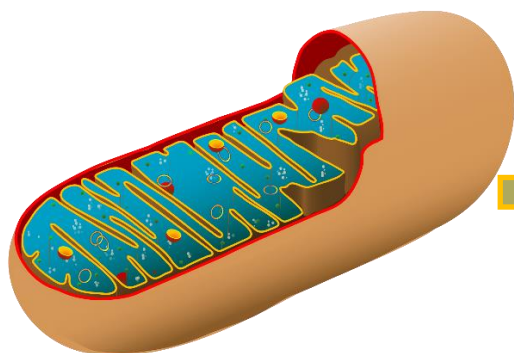
ปาฐกถาเรื่องมานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ ของผมในวันนี้จะแบ่งออกเป็น ๓ ส่วนด้วยกัน ในส่วนแรกสุด ผมจะกล่าวถึงการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ เพื่อชี้ให้เห็นสิ่งที่ทำลายนักมานุษยวิทยาผู้นั้นมีโฉมหน้าอย่างไร ส่วนที่สอง จะพูดถึงการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดทฤษฎีและวิถีวิทยาในแวดวงมานุษยวิทยาที่เกิดขึ้นในระยะหลังนี้ และส่วนสุดท้าย จะกล่าวถึงความท้าทายและทิศทางข้างหน้าของมานุษยวิทยา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเราที่จะเดินไปข้างหน้าเพื่อเผชิญกับความท้าทายในศตวรรษที่ ๒๑ ต่อไป

ส่วนที่ ๑ การแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑

ไมโทคอนเดรีย พันธุกรรม กับพ่อแม่ ๓ คน

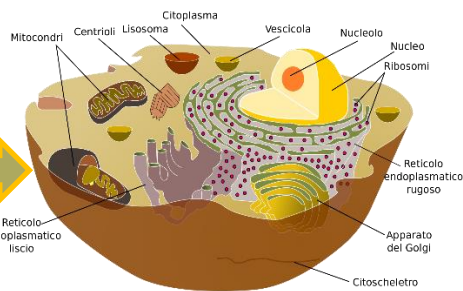
ในช่วง ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในแวดวงวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์อย่างมหาศาล จากการถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์ (Human genomics) ความก้าวหน้าทางประสาทวิทยา (Neuroscience) การค้นพบใหม่ๆ ในทางจุลชีววิทยา (Microbiology) และอื่นๆ วิทยาการใหม่ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ในวงการแพทย์ เช่น ในเวชศาสตร์เจริญพันธุ์ (Reproductive medicine) ไม่นานมานี้ มีข่าวเกี่ยวกับการผสมเทียมของสามีภรรยาคนหนึ่งในอังกฤษ ซึ่งภรรยามีความผิดปกติของส่วนประกอบในเซลล์ที่เรียกว่า ไมโทคอนเดรีย (Mitochondria) ทำให้ไม่สามารถมีลูกได้

ไมโทคอนเดรียเป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ภายในเซลล์ของสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย แต่ในยุคอดีตบรรพชนนั้น ไมโทคอนเดรียเคยเป็นจุลชีพที่ดำรงอยู่อย่างอิสระมาก่อน นักวิทยาศาสตร์สันนิษฐานว่าเมื่อประมาณสามพันล้านปีก่อน มันถูกกลืนเข้าไปในแบคทีเรียอีกชนิดหนึ่ง แต่แทนที่มันจะถูกย่อยสลายเหมือนที่มักจะเป็น มันกลับถูกผนวกกลายเป็นส่วนหนึ่งของเซลล์ที่กลืนมันเข้าไปและกลายเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ พลังงานจากไมโทคอนเดรียทำให้แบคทีเรียเซลล์เดียวสามารถแบ่งตัวกลายเป็นสัตว์หลายเซลล์ และวิวัฒนาการต่อมาจนเป็นสิ่งมีชีวิตอย่างพวกเราทั้งหลายที่นั่งอยู่ในที่นี้ สัตว์ทุกชนิดจึงมีไมโทคอนเดรียเป็นส่วนหนึ่งของเซลล์มาตั้งแต่บรรพกาล และการที่ไมโทคอนเดรียเคยเป็นสิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่ง มันจึงมีสารพันธุกรรมของมันเอง เรียกว่า Mitochondrial DNA



ภาพจำลองของไมโทคอนเดรีย

https://it.wikipedia.org/wiki/Cellula#/media/File:Animal_mitochondrion_diagram_it.svg



ภาพแสดงองค์ประกอบของเซลล์และไมโทคอนเดรีย

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Biological_cell.svg#/media/File:Biological_cell.svg

ความผิดปกติของไมโทคอนเดรียทำให้เกิดโรคบางอย่างได้ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงชาวอังกฤษที่กล่าวไว้ข้างต้น เธอป่วยด้วยโรคที่เกิดจากความผิดปกติของไมโทคอนเดรีย ทำให้การตั้งครรภ์ ๔ ครั้งที่ผ่านมาต้องสิ้นสุดด้วยการแท้ง เพื่อให้เธอสามารถมีลูกได้ แพทย์จึงทำการผสมเทียม โดยการผสมน้ำเชื้อของสามีกับไข่ของเธอแล้วก็นำเอานิวเคลียสของตัวอ่อน (ซึ่งมีพันธุกรรมที่ผสมแล้วของเธอและสามี) ย้ายออกจากเซลล์ตัวอ่อนที่มีไมโทคอนเดรียที่ผิดปกติของแม่ เอาเข้าไปใส่ในเซลล์ไข่ที่รับบริจาคจากผู้หญิงอีกคนที่ไม่มีไมโทคอนเดรียปกติแทน ไข่ที่ผสมแล้วจึงมีนิวเคลียสที่มีพันธุกรรมของพ่อและแม่ แต่ไม่มีไมโทคอนเดรียของผู้หญิงที่บริจาคไข่รวมกันอยู่ในตัวอ่อน การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีและเด็กที่คลอดออกมาก็เป็นปกติดังที่คู่สามีภรรยาปรารถนา

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ไมโทคอนเดรียเคยเป็นเซลล์อิสระมาก่อนและมีสารพันธุกรรมอยู่ด้วย เด็กที่ถือกำเนิดจากไข่ที่ผสมเทียมนี้จึงมีพันธุกรรมของคน ๓ คน คือ พันธุกรรมจากพ่อ + พันธุกรรมของแม่ + พันธุกรรมในไมโทคอนเดรียของผู้หญิงที่บริจาคไข่ ในทางพันธุกรรมศาสตร์ เราอาจถือได้ว่าเด็กคนนี้มีพ่อแม่ ๓ คน^๕ การเจริญพันธุ์ในลักษณะนี้เป็นไปได้เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทำให้การผสมพันธุ์และการสืบเผ่าพันธุ์ของมนุษย์แตกต่างจาก ๓๐-๔๐ ปีก่อน คำถามที่น่าสนใจก็คือ เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์เหล่านี้จะมีผลต่อความสัมพันธ์ของมนุษย์และโครงสร้างทางสังคมในอนาคตอย่างไร ในระบบเครือญาติที่มี “พ่อแม่” ถึง ๓ คน เราจะเรียก “แม่อีกคน” ของเด็กว่า “แม่” ด้วยหรือไม่ ในเมื่อเด็กก็มีพันธุกรรมของเธออยู่ด้วย เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ นอกจากตัวอย่างการปฏิสนธิที่ทารกมีสารพันธุกรรมจากพ่อ-แม่หลายคนทีกล่าวนี้อแล้ว การผสมเทียมที่ทำให้สามารถคัดเลือกลักษณะทางพันธุกรรมของตัวอ่อนที่พึงปรารถนา หรือการอุ้มบุญและการให้กำเนิด (คลอด) ลูกของ “แม่” ที่ไม่ได้เป็นเจ้าของไข่อ่อนหรือทารก ก็ล้วนแต่มีผลต่อโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมและมีปัญหาในเชิงจริยศาสตร์มากมายให้ต้องขบคิดหาทางออก

การผสมเทียม อุ้มบุญ กับการแพทย์ไร้พรแดน

การอุ้มบุญหรือการให้ผู้หญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาทำหน้าที่อุ้มท้องแทนนี้เกิดขึ้นได้จากหลายเหตุผล เช่น ในกรณีที่ภรรยาไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ หรือในกรณีคู่รักที่เป็นเกย์ (ชายรักชาย) ซึ่งไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ก็อาจใช้การอุ้มบุญ โดยนำไข่จากหญิงผู้บริจาคมาผสมกับน้ำเชื้อของผู้ชายแล้วฝากไว้กับหญิงที่รับตั้งครรภ์ ถ้ายังจำกันได้ เมื่อไม่นานมานี้ มีทารกที่เกิดจากการผสมเทียม ๒ คนในประเทศไทยที่เป็นชาวใหญ่โต ทารกคนแรกเกิด

^๕ ดู <https://www.sciencenews.org/article/three-parent-babies-explained>

จากสามีภรรยาชาวออสเตรเลียคู่หนึ่งซึ่งไม่สามารถมีบุตรได้ จึงมาทำการผสมเทียมและหาแม่อุ้มบุญในประเทศไทย ซึ่งในช่วงก่อนหน้าที่จะมีการประกาศใช้กฎหมายผสมเทียมและอุ้มบุญนั้น^๖ ประเทศไทยเคยเป็นประเทศเป้าหมายปลายทางที่ผู้ประสงค์จะมีลูกนิยมมาใช้บริการมากที่สุดประเทศหนึ่ง^๗ ในกรณีอุ้มบุญแรกนี้ ลูกจากการอุ้มบุญนั้นเกิดเป็นลูกแฝด ลูกสาวและลูกชาย แผลดลูกสาวนั้นเป็นเด็กปกติดี แต่แผลดลูกชายกลับเป็นเด็กปัญญาอ่อน พ่อแม่ชาวออสเตรเลียตัดสินใจที่จะไม่รับเด็กผู้ชายไปเลี้ยง รับเฉพาะลูกสาวกลับไป แม่อุ้มบุญก็ดูเหมือนจะยินดีที่จะเลี้ยงลูกชายซึ่งสติปัญญาไม่สมบูรณ์นัก แต่เมื่อเวลาผ่านไปได้ไม่นานนักก็มีข่าวว่าสามีชาวออสเตรเลียถูกสืบพบว่ามีพฤติกรรมแบบ Pedophilia และมีประวัติการละเมิดทางเพศเด็กมากกว่า ๑๐ ครั้ง เมื่อทราบข่าว “แม่เด็ก” ที่อยู่เมืองไทยก็ไม่สบายใจ จึงไปฟ้องร้องเพื่อขอเอาลูกที่ตนอุ้มบุญกลับมาเลี้ยงดูเอง แต่ศาลที่ประเทศออสเตรเลียได้ตัดสินให้เด็กหญิงคงอยู่กับพ่อแม่ชาวออสเตรเลีย เนื่องจากเห็นว่าแม่การอยู่กับพ่อแม่ที่นั่นจะมีความเสี่ยง แต่การที่พรากเด็กออกจากพ่อแม่ที่เขารู้จัก และให้มาอยู่กับแม่อุ้มบุญซึ่งไม่เคยรู้จักกันเลยจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของเด็กมากกว่า โดยศาลได้มีมาตรการต่างๆ เพื่อปกป้องลูกสาวจากความเสี่ยงของการถูกคุกคามทางเพศจากผู้เป็นพ่อ

ทารกอุ้มบุญอีกรกรณีหนึ่งเกิดจากคู่เกย์จากประเทศสเปนต้องการมีลูก จึงมาใช้บริการแม่อุ้มบุญที่เมืองไทย แต่เมื่อคลอดลูกออกมาแล้ว แม่อุ้มบุญกลับหวงลูกและไม่ยอมให้ลูกแก่ผู้ว่าจ้าง (ข่าวบางแหล่งอ้างว่าแม่อุ้มบุญรายนี้อาจตั้งใจเก็บลูกไว้กับตนเองเพราะต้องการมีลูกกับชาวต่างชาติตั้งแต่แรกแล้ว) กรณีนี้กลายเป็นคดียืดเยื้อและเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดข้อถกเถียงต่างๆ ทั้งในมิติทางจริยศาสตร์ ทางกฎหมาย และทางสังคมขึ้นมากมาย ในบางประเทศ แม้จะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า แต่ก็อาจมีกฎหมายห้ามมิให้ทำการผสมเทียมหรืออุ้มบุญได้ ผู้ที่มาให้แม่อุ้มบุญตั้งครรภ์ให้จึงต้องไปใช้บริการในประเทศที่ไม่มีกฎหมายห้ามตัวอย่างเช่น คู่เกย์ในประเทศอิสราเอลไม่อนุญาตให้มีการอุ้มบุญ เมื่อต้องการมีลูกก็จะเดินทางไปประเทศเนปาลซึ่งมีกิจการบริการอุ้มบุญที่เฟื่องฟู โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากอินเดีย (ซึ่งไม่อนุญาตให้ทำการผสมเทียมและอุ้มบุญได้) เดินทางมาให้บริการการผสมเทียมและตั้งครรภ์อุ้มบุญในเนปาล หากจำกันได้ เมื่อครั้งเหตุการณ์แผ่นดินไหวใหญ่ที่ประเทศเนปาล คู่เกย์และสามีภรรยาที่มาใช้บริการอุ้มบุญเหล่านี้ทำการเหมาเครื่องบินไปประเทศเนปาล เพื่อที่จะรับเด็กอุ้มบุญของตนเองกลับประเทศกันอย่างฉะฉาน



^๖ “พระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘” ราชกิจจานุเบกษา ประกาศเมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ โดยจะมีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด ๙๐ วันนับแต่วันที่ประกาศ (บังคับใช้จริง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘)

^๗ ฐานการศึกษาแม่อุ้มบุญในประเทศไทย ใน Yuri Hibino and Yosuke Shimazono. (๒๐๑๓). Becoming a Surrogate Online: “Message Board” Surrogacy in Thailand. *Asian Bioethics Review*. ๕ (๑): ๕๖-๗๒.

เครื่องบินที่นำเด็กทารกอุ้มบุญออกจากเนปาลในวันที่เกิด พ่อเคยกับลูกที่ได้จากการอุ้มบุญในเนปาล หนึ่งในประเทศ
แผ่นดินไหวใหญ่ เพื่อนำกลับไปให้พ่อในอิสราเอล ปลายทางที่คู่เกย์นิยมไปใช้บริการอุ้มบุญ
<https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/๒๐๑๕/๐๔/๒๙/๔๐๓๐๗๗๓๐๕/israeli-dads-welcome-surrogate-born-baby-in-nepal-on-earthquake-day>

ประเทศไทยก็เคยมีกิจการบริการผสมเทียมและจัดหาแม่อุ้มบุญที่เฟื่องฟูมาก่อน แต่หลังการออก
พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยเทคโนโลยีทางการแพทย์ พ.ศ.๒๕๕๘ ซึ่งห้ามมิให้มีการตั้งครรภ
แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้ารวมทั้งห้ามกระทำการเป็นคนกลางหรือนายหน้า โดยเรียกรับหรือยอมจะรับ
ทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใด เพื่อเป็นการตอบแทนในการจัดการหรือชี้ช่องให้มีการรับตั้งครรภแทน กิจการ
ดังกล่าวก็ซบเซาลง แต่กลับมีรายงานข่าวเรื่องการจับกุมผู้รับจ้างนำน้ำเชื้ออสุจิที่เก็บในประเทศไทยส่งออกไป
ประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ลาว หรือเวียดนาม ซึ่งถือว่าผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติดังกล่าวที่กำหนดไว้ว่า
ห้ามมิให้ผู้ใดซื้อ เสนอขาย นำเข้า หรือส่งออก ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน การตราพระราชบัญญัตินี้ขึ้นเป็นผลพวง
มาจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกจากเดิมที่เคยถือว่าคน
คลอดบุตรยอมเป็นแม่ของเด็กนั้น ในกรณีของการผสมเทียมนั้น ลูกที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย
ของสามีและภริยาที่ประสงค์จะมีบุตร โดยหากมีการใช้อสุจิหรือไข่จากชายหรือหญิงอื่นที่บริจาคมาใช้ปฏิสนธิ
เป็นตัวอ่อนเพื่อการตั้งครรภ ผู้บริจาคอสุจิหรือไข่จะไม่มีสิทธิและหน้าที่ระหว่างกันตามประมวลกฎหมายแพ่ง
และพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัวและมรดก

จะเห็นได้ว่าระบบเครือญาติภายใต้กฎหมายที่แตกต่างไปจากแนวคิดเรื่องครอบครัวและเครือญาติที่
เคยมีอยู่เดิมนี่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เพียงแต่
ส่งผลต่อโครงสร้างและความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว แต่ในโลกโลกาภิวัตน์ เทคโนโลยีเหล่านี้ส่งผลให้เกิด
เวชปฏิบัติในลักษณะที่ข้ามพรมแดนระหว่างประเทศอีกด้วย

การแพทย์กับโลกที่เชื่อมต่อกัน

การเดินทางข้ามพรมแดนเพื่อมาใช้บริการทางการแพทย์นั้นไม่ได้มีแต่เฉพาะการมาผสมเทียมหรือมา
หาแม่อุ้มบุญเท่านั้น หากแต่ยังมีบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่อาศัยการเดินทางเคลื่อนย้ายของประชากรที่
เป็นไปได้ง่ายดายในยุคโลกาภิวัตน์ เช่น การท่องเที่ยวทางการแพทย์ (Medical Tourism)^๔ ประเทศไทย
ถือว่าเป็นเป้าหมายอันดับต้นๆ ของโลกที่ผู้ป่วยโดยเฉพาะจากประเทศในซีกโลกตะวันตกและตะวันออกกลาง
นิยมเดินทางเข้ามาเพื่อใช้บริการทางการแพทย์ เพราะบริการทางการแพทย์ไทยไม่เพียงแต่ได้รับความเชื่อถือ
ว่าเป็นการแพทย์ชั้นนำของโลก แต่ยังสามารถดูแลใส่ใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี และที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายทาง
การแพทย์ก็มีราคาถูกกว่าในประเทศต้นทางมหาศาล แต่ละปีจึงมีผู้ป่วยที่เดินทางมาเมืองไทยเพื่อจะมารับการ
รักษาพยาบาลพร้อมๆ กับมาท่องเที่ยวไปด้วยเป็นจำนวนมาก

การท่องเที่ยวทางการแพทย์ได้สร้างชื่อเสียงให้กับประเทศไทยในฐานะที่มีโรงพยาบาลและเทคโนโลยี
ชั้นนำทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ แต่เราจะมองการท่องเที่ยวทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในช่วงรอยต่อของศตวรรษ
ที่ ๒๐ – ๒๑ นี้อย่างไร มันเป็นปรากฏการณ์การแย่งชิงทรัพยากรโดยประเทศโลกที่ ๑ ที่ต้องการส่งออกผู้ป่วย
ของตนเองเพื่อมารับการรักษาพยาบาลในประเทศโลกที่ ๓ ที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า เป็นการกระทำของโลกที่ ๑

^๔ ดู Ara Wilson. (๒๐๑๑). Foreign Bodies and National Scales: Medical Tourism in Thailand. *Body and Society*. ๑๗ (๒ & ๓): ๑๒๑-๑๓๗.

ที่มาเบียดบังทรัพยากรทางการแพทย์ของประเทศโลกที่ ๓ เพราะแทนที่ประเทศโลกที่ ๓ จะได้ใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ของตนไปทำหน้าที่รักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่ยังขาดแคลนหรือเข้าไม่ถึงบริการกลับต้องมาคอยให้การรักษาพยาบาลแก่ “นักท่องเที่ยว” หรือประชากรจากโลกที่ ๑ ที่มีฐานะร่ำรวยกว่า หรือมองว่ามันเป็นการส่งเสริมให้เกิดรายได้เข้าประเทศด้วยการใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือทางการค้าแบบหนึ่งตามนโยบายเมดิเคิล ฮับ (Medical hub)

นอกจากการเดินทางเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์แล้ว ยังมีผู้สูงอายุจากประเทศโลกที่ ๑ จำนวนมากเข้ามาพำนักอาศัยในประเทศไทยในวัยหลังเกษียณ ผมเคยทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและได้เดินทางไปเก็บข้อมูลที่จังหวัดจันทบุรี ทำให้ได้พบกับชายชาวสวีเดนคนหนึ่ง เขาทำงานอยู่ที่ประเทศสวีเดนเมื่อเกษียณจากงานและอายุมากขึ้นจึงได้เดินทางมาใช้ชีวิตบั้นปลายในเมืองไทย มาพักอาศัยด้วยการเช่าคอนโดมิเนียมแห่งหนึ่งอยู่ที่พัทยา ใช้เงินบำนาญที่ตัวเองสะสมมาซึ่งอยู่ในระบบสวัสดิการรัฐ ทำให้เขามีเงินบำนาญเพียงพอที่จะอยู่เมืองไทยได้สบายๆ ตลอดชีวิตที่เหลือ แต่อยู่มาวันหนึ่งเขาก็เกิดเป็นอัมพาตและต้องนอนรักษาตัวอยู่ที่ห้องเช่า ซึ่งมีปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาล เพราะนอนป่วยติดเตียงอยู่ในห้องเล็กๆ คนดูแลประจำก็ไม่มี ในที่สุด แม่ครัวของคอนโดมิเนียมซึ่งสนิทสนมกับผู้ป่วยตั้งแต่เขายังไม่ล้มป่วยและสามีซึ่งทำงานที่เดียวกันจึงตัดสินใจนำผู้ป่วยย้ายออกจากคอนโดมิเนียมกลับมาอยู่บ้านเกิดที่จังหวัดจันทบุรี โดยปรับปรุงห้องสำหรับการดูแลผู้ป่วยชาวสวีเดน ผมพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ไม่มีแผลกดทับ ร่างกายสะอาดสะอ้านและมีกลิ่นหอมอ่อนๆ จากการปะแป้งแต่งตัวเป็นอย่างดีที่สองสามีภรรยาทำให้

สองสามีภรรยาเล่าว่าในการดูแลผู้ป่วยชาวสวีเดนนี้ บางวันจะมีเจ้าหน้าที่สถานทูตสวีเดนเดินทางมาที่บ้านโดยไม่บอกล่วงหน้า เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเพื่อตรวจสอบคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นพลเมืองของประเทศเขาและจะจ่ายเงินให้คนดูแลทุกเดือนจากเงินบำนาญของผู้ป่วย ครอบครัวของเขา ทั้งภรรยาและลูกๆ ต่างยินดีให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในเมืองไทยและเดินทางมาเยี่ยมแทบทุกปี สถานทูตมีมาตรการที่เป็นหลักประกันว่าพลเมืองของเขาจะได้รับการดูแลอย่างดี หากดูแลไม่ดี เช่น สำลักอาหารเกิดปอดอักเสบขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ต้องพาไปโรงพยาบาลก็จะหักออกจากค่าตอบแทนของผู้ดูแล ด้วยมาตรการเช่นนี้ ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลอย่างดี ระบบสวัสดิการเช่นนี้ทำให้ประเทศโลกที่ ๑ สามารถส่ง (หรือผลักภาระ?) ผู้สูงอายุและผู้ป่วยออกจากประเทศของตน เพื่อมารับการดูแลรักษาในประเทศโลกที่ ๓ ซึ่งมีราคาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

อีกครั้ง ผมไปประชุมที่มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ ประเทศอังกฤษ คนขับแท็กซี่ที่มารับผมเป็นชายชาวอังกฤษอายุ ๕๐ ปลายๆ ที่กระจกหน้ารถของเขามีตุ๊กตาตัวเล็กๆ แต่งกายแบบอิสานแขวนอยู่ เขาบอกว่าเป็นของฝากจากแฟนซึ่งเป็นคนบัวใหญ่ นครราชสีมา เขารู้จักกันทางอินเทอร์เน็ตและหน้าหนาวทุกปีเขาจะต้องเดินทางมาอยู่เมืองไทย เขาชอบเมืองไทยมากเพราะอากาศร้อนดี ไม่เหมือนที่อังกฤษซึ่งอากาศหนาวมาก เวลามาอยู่ที่บัวใหญ่ ชาวบ้านน่ารักและเป็นมิตรกับเขามาก เขามักจะออกไปเดินหรือวิ่งเพื่อออกกำลังกายเพราะต้องการลดน้ำหนัก แต่เขาก็ไม่เคยลดน้ำหนักได้เลย ทั้งที่อากาศร้อนและเขาก็ได้ไปวิ่งออกกำลังกาย เขาบอกว่าสาเหตุที่ไปวิ่งแล้วน้ำหนักไม่ลดก็เพราะทุกครั้งที่ออกไปวิ่งในหมู่บ้าน วิ่งผ่านบ้านหลังไหนชาวบ้านก็ดึงเขาเข้าไปในบ้านและชวนเขาทานข้าว อาหารอิสานก็อร่อยมากทำให้ทุกวันทีออกไปวิ่งมีแต่น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นตลอดเวลา

เขาเล่าให้ฟังว่าเขาคบหากับแฟนคนนี้นับมานานแล้ว ในบั้นปลายชีวิตเขาวางแผนจะมาใช้ชีวิตที่บัวใหญ่ ผมถามว่าแล้วทำไมไม่พาแฟนมาอยู่ที่อังกฤษ เขาบอกว่ามันเป็นไปได้ยากมากที่จะพาภรรยาต่างชาติเข้ามา

อาศัยอยู่ในประเทศเขา ถ้าหากจะเดินเรื่องเพื่อขออนุญาต ทางภาษาอังกฤษก็จะขอดูจดหมาย เอกสาร อีเมลล์ และบันทึกการติดต่อกันย้อนหลัง ๒ ปี เพื่อตรวจสอบว่ามีการติดต่อกันจริงหรือไม่ และภรรยาชาวต่างชาติ จะต้องผ่านการสอบภาษาอังกฤษ เพื่อดูว่าผู้หญิงคนนั้นสามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่จะมาตรวจสอบสภาพบ้านของผู้ชายด้วยว่ามีพื้นที่กว้างขวางเพียงพอที่จะรองรับการมีครอบครัวหรือไม่ รวมทั้งตรวจสอบสถานะทางการเงินของฝ่ายชายเพื่อดูว่ามีรายได้เพียงพอ สามารถเลี้ยงดูฝ่ายหญิงโดยไม่ไปเป็นภาระกับสวัสดิการสังคมของประเทศของเขาหรือไม่ มาตราการเหล่านี้สะท้อนนโยบายของประเทศโลกที่ ๑ ที่เน้นการส่งออกผู้สูงอายุมายังประเทศกำลังพัฒนามากกว่าที่จะรับคนต่างชาติเข้าประเทศ ปรากฏการณ์ที่ การเมืองเรื่องประชากรซ้อนทับกับเรื่องสุขภาพและการแพทย์นี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในโลกยุคโลกาภิวัตน์

โลกที่เชื่อมต่อกันทำให้เกิดการเดินทางข้ามพรมแดน ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่เดินทางไปรับการดูแลรักษา เท่านั้น แต่ยังมีการเดินทางข้ามพรมแดนของบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย บางประเทศ เช่น สิงคโปร์ นอกจากจะมีนโยบายเมดิคัลฮับเพื่อรับผู้ป่วยที่มีกำลังจ่ายสูงเข้ามารับบริการทางการแพทย์แล้ว ยังมีนโยบายที่ชัดเจนในการจูงใจให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากประเทศต่างๆ เข้าไปทำงานในสิงคโปร์ด้วย โดยปัจจุบัน ประเทศสิงคโปร์ไม่เน้นการผลิตแพทย์ เพราะต้องใช้งบประมาณสูง แต่จะเน้นการประเมินหลักสูตรและคุณภาพของบัณฑิตแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ถ้าโรงเรียนแพทย์ที่ได้ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน บัณฑิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์แห่งนั้นก็สามารถไปทำงานที่ประเทศสิงคโปร์ได้

ในบางกรณี สิ่งเดินทางข้ามพรมแดนก็อาจเป็นเพียงข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์เท่านั้น เช่น ในปัจจุบัน โรงพยาบาลในต่างประเทศหลายแห่งไม่ต้องมีแพทย์บางสาขาอยู่เวรนอกเวลาอีกต่อไป เพราะการทำงานนอกเวลาของแพทย์เวรมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง โรงพยาบาลบางแห่งจึงลดการมีแพทย์เวรโดยเฉพาะในตอนกลางคืน เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในปัจจุบัน การตรวจเอกซเรย์ล้วนทำกันในระบบดิจิทัล ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จึงเป็นไฟล์ดิจิทัลที่สามารถส่งทางอินเทอร์เน็ตไปอ่านที่ใดก็ได้ เช่น ผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ประเทศอังกฤษที่จำเป็นต้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในตอนกลางคืนก็อาจส่งไฟล์เอกซเรย์ดิจิทัลไปให้แพทย์ที่ประเทศออสเตรเลียซึ่งอยู่ในโหมดโซนที่เป็นเวลากลางวัน ให้แพทย์ที่ประจำในตอนกลางวันอ่านวินิจฉัยโรคให้ก็สามารถทำได้^๔

เทคโนโลยีทางการแพทย์กับการนิยามการเกิด แก่ เจ็บ ตาย

เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดรูปแบบการรักษาพยาบาลใหม่ๆ แต่อาจกล่าวได้ว่าเทคโนโลยีใหม่ๆ ยังได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงคุณค่า ความหมาย หรือแม้กระทั่งรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้คน ตั้งแต่การตั้งครรรภ์ เช่น การผสมเทียม การเลือกเพศและการอุ้มบุญ ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น หรือการเกิด เช่น การผ่าท้องคลอด ซึ่งสามารถเลือก “ฤกษ์ยาม” หรือเวลาตักฟากอันเป็นมงคลได้ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ยังทำให้การกำหนดว่า “การเกิด” ของทารกในครรภ์ต้องมีอายุที่สัปดาห์จึงจะนับว่า “มีชีวิต” ต่อไปได้ ในสมัยก่อนนั้น แพทย์จะถือว่าเมื่ออายุครรภ์ได้ ๒๘ สัปดาห์ก็นับว่าเด็กมีชีวิตแล้ว เพราะเด็กที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ได้ ๒๘ เดือนจะมีโอกาสมีชีวิตรอดสูงมาก เพราะฉะนั้น กฎหมายในหลายประเทศมักจะไม่นับอายุให้การตั้งครรรภ์หรือทำแท้งหลังจากอายุครรภ์ได้ ๒๘ สัปดาห์ เพราะถือว่าทารก “มีชีวิต” แล้ว แต่เกณฑ์อายุ

^๔ ดูการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อรูปแบบบริการต่างๆ รวมทั้งบริการทางการแพทย์ใน Friedman, Thomas L. Friedman. (๒๐๐๕). *The World Is Flat: A Brief History of the Twenty-First Century*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

ครรภ์ก็ถูกลดลงเรื่อยๆ จนปัจจุบันบางรัฐในสหรัฐอเมริกาจะนับอยู่ที่ ๒๔ สัปดาห์ แม้ว่าก่อนหน้านี้ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ได้ ๒๔ สัปดาห์จะมีชีวิตรอดน้อยมาก แต่เมื่อการแพทย์ค้นพบว่าสาเหตุที่ทารกเสียชีวิตเป็นเพราะขาดสารชนิดหนึ่งซึ่งช่วยลดความตึงผิวของถุงลมในปอด สารดังกล่าวจะถูกผลิตขึ้นเมื่อเด็กทารกมีอายุในครรภ์ระหว่าง ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์ แต่ปัจจุบัน การแพทย์สามารถผลิตสารลดแรงตึงผิวชนิดนี้ได้แล้ว เด็กทารกแม้จะมีอายุในครรภ์เพียง ๒๔ สัปดาห์ แต่หากได้รับสารลดแรงตึงผิวนี้ก็มีโอกาสสูงที่จะไม่เสียชีวิตอีกต่อไป อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์จึงถือได้ว่าเป็นพหุต่อการมีชีวิตหรือการมีสติของการมีชีวิต หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ชีวิตของเด็กทารกได้ถูกกำหนดด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ให้เริ่มต้นเร็วขึ้นถึง ๔ สัปดาห์หรือ ๑ เดือน (ในปัจจุบันมีสถาบันการแพทย์บางแห่งเริ่มพิจารณาลดเกณฑ์ดังกล่าวลงเหลือเพียง ๒๒ สัปดาห์แล้ว)

นอกจาก การแพทย์จะได้นิยามจุดเริ่มต้นชีวิตแล้ว การแพทย์ยังนิยามความเจ็บป่วยด้วยการกำหนดว่าเมื่อไหร่จะถือว่าป่วย ตัวอย่างเช่น ภาวะความดันโลหิตที่เดิมเคยกำหนดให้การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงผิดปกติไว้ที่ระดับ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท ต่อมามีความพยายามที่จะนิยามภาวะที่ความดันโลหิตที่สูงขึ้นเล็กน้อยแต่ยังไม่ถึง ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทให้เป็นความผิดปกติ โดยกำหนดให้ภาวะความดันที่อยู่ระหว่าง ๑๓๐/๘๐ - ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทว่าเป็นภาวะ Pre-hypertension หรือ “ภาวะก่อนโรคความดันโลหิตสูง” การทำให้ระดับความดันโลหิตที่เคยถือว่าปกติกลายเป็น “โรคก่อนความดันโลหิตสูง” ที่ต้องได้รับการรักษาอาจหมายถึงการขยายปริมาณเพิ่มขึ้นมหาศาลและผลกำไรจากการขยายให้กับคนกลุ่มใหญ่ที่ความดันโลหิตอยู่ในระดับ ๑๓๐/๘๐ - ๑๔๐/๙๐ มม. ที่เดิมไม่ได้ป่วยและไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอะไรเลย (หมายเหตุ: ปัจจุบันสมาคมโรคหัวใจสหรัฐฯ เพิ่งกำหนดเกณฑ์ความดันโลหิตสูงใหม่ โดยลดลงจากเดิมกำหนดไว้ที่ ๑๔๐/๙๐ มาเป็น ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอทแล้ว การเปลี่ยนเกณฑ์ดังกล่าวยังมีข้อถกเถียงถึงความเหมาะสมและมีการโต้แย้งจากแพทย์และองค์กรต่างๆ จำนวนหนึ่ง)

ความตายในปัจจุบันก็กลายเป็นความท้าทายเช่นเดียวกัน ในสมัยก่อน การตายอาจไม่เป็นปัญหาทางจริยศาสตร์ แต่หลังจากที่มีการคิดค้นเครื่องช่วยหายใจ เราก็สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยเพื่อให้หายใจไปได้เรื่อยๆ ทั้งที่ระบบร่างกายส่วนอื่นอาจไม่ตอบสนองแล้ว ปัญหาคือเมื่อไหร่จะหยุดเครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่ทรัพยากรทางการแพทย์ก็มีอยู่จำกัด ค่าใช้จ่ายที่เกิดกับญาติในกรณีที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในห้องไอซียูก็อาจทำให้ครอบครัวหมดตัวได้ การวินิจฉัยเรื่องการตายและการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงกลายเป็นเรื่องซับซ้อน ยิ่งการแพทย์คิดค้นการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะได้ เกณฑ์การวินิจฉัยการตายที่ซับซ้อนไปจะทำให้ผู้ป่วยต่างๆ เสียหายไปก่อนจะสามารถผ่าตัดเอาอวัยวะเหล่านั้นมาใช้ได้ วงการแพทย์ทั่วโลกจึงได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการตายใหม่เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์สามารถผ่าตัดเอาอวัยวะที่ยังไม่เสียหายไปใช้ได้ โดยกำหนดเกณฑ์การตายใหม่โดยใช้สภาวะสมองตายเป็นเกณฑ์หลัก ถ้าหากสมองตายก็ถือว่าตายแล้ว อวัยวะที่ยังดีอยู่จะได้สามารถผ่าตัดนำเอาไปใช้กับผู้ป่วยอื่นๆ ได้^{๑๐}

^{๑๐} ดู Margaret Lock. (๒๐๐๒). *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley: University of California Press.



เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยเครื่องมือต่างๆ ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลายเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนทั้งทางจริยธรรม กฎหมาย และทางเศรษฐกิจสังคม

<https://images.theconversation.com/files/101403/original/image-20151110-21228-eglh4h.jpg?ixlib=rb-1.1.0&q=45&auto=format&w=926&fit=clip>

เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ โครงสร้างทางสังคม และจริยศาสตร์ของการ อยู่ร่วมกันของมนุษย์ จริยศาสตร์ใหม่นี้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับปฏิบัติการเชิงอำนาจรูปแบบใหม่ผ่านการนิยามการ เกิด การแก่ การเจ็บและการตาย อำนาจของการแพทย์แทรกตัวลงลึกไปถึงระดับจุลชีวการเมือง (Microbiopolitics)^{๑๑} และในขณะเดียวกันก็ขยายขอบเขตไปสู่ปฏิบัติการทางการแพทย์ในโลกไร้พรมแดนจน ครอบคลุมแทบทุกมิติของชีวิตมนุษย์^{๑๒}

การเปลี่ยนผ่านทางประชากรและระบาดวิทยา

นอกจากการแพทย์จะมีความเปลี่ยนแปลง ความเจ็บป่วยของมนุษย์ในสังคมก็เปลี่ยนแปลงไปตาม บริบททางประวัติศาสตร์ บทความที่แอบเดล ออมราน (Abdel Omran)^{๑๓} เขียนไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ เพื่อ อธิบายการเปลี่ยนผ่านทางประชากรและระบาดวิทยา (Demographic/epidemiologic transitions) เสนอ การแบ่งยุคสมัยของการระบาดของโรคออกเป็น ๓ ยุค จากยุคของโรคระบาดและทุพภิกขภัยทั้งหลาย (Age of pestilence and famine) ผ่านเข้าสู่ยุคการยุติลงของโรคระบาด (Age of receding pandemics) จนมาสู่ยุค

^{๑๑} ดูแนวคิดเรื่อง จุลชีวการเมืองใน Heather Paxson. (๒๐๐๘), Post-Pasteurain Cultures: The Microbiopolitics of Raw-Milk Cheese in the United States. *Cultural Anthropology*, ๒๓: ๑๕-๔๗. doi:[๑๐.๑๐๑๑/j.1544-0105.2008.00002.x](https://doi.org/10.1017/j.1544-0105.2008.00002.x)

^{๑๒} อเล็กซานเดอร์ เอดมันด์ส (Alexander Edmonds) ชี้ให้เห็นว่า อุตสาหกรรมศัลยกรรมความงามที่เติบโตในประเทศบราซิล ได้เปลี่ยนแปลงอุดมคติเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีให้กับผู้หญิงชาวบราซิล สุขภาพไม่ได้จำกัดแค่การไม่ป่วยเป็นโรค หากกินความถึง การมีเรือนร่างที่สวยงาม, Alexander Edmonds. (๒๐๐๙). Learning to love yourself: Esthetics, health, and therapeutics in Brazilian plastic surgery. *ETHNOS*. ๗๔ (๔): ๔๖๕-๔๘๙.

^{๑๓} Abdel Omran. (๑๙๗๑). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. ๔๙ (๔): ๕๐๙-๕๓๘.

โรคที่เกิดจากความเสื่อมและโรคที่มนุษย์ทำ (Age of degenerative & man-made disease) ได้แก่ โรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ความเครียด เป็นต้น ผลงานของอมรานันท์ที่ได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง แต่ต่อมา มีนักระบาดวิทยาชื่อโรนัลด์ บาร์เรต (Ronald Barrett) และคณะ^{๑๔} ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับการแบ่งยุคสมัยการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาเสียใหม่ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ช่วงการเปลี่ยนผ่าน คือ

- ครั้งที่ ๑ การเกิดโรคติดต่อเมื่อมนุษย์เริ่มอยู่รวมกันเป็นชุมชน
- ครั้งที่ ๒ การเกิดโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตและการบริโภคในยุคอุตสาหกรรม
- ครั้งที่ ๓ การเกิดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำที่แพร่ระบาดในยุคโลกาภิวัตน์

การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งแรก เป็นการเกิดขึ้นของโรคติดต่อที่มีการระบาดขึ้นเมื่อมนุษย์เริ่มมาอยู่รวมกันเป็นชุมชนในราวยุคหินใหม่ (Neolithic) โดยก่อนหน้ายุคหินใหม่นี้ มนุษย์โบราณยังอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวหรือเผ่าเล็กๆ กระจุกกระจาย ออกเร่ร่อนไล่ล่าสัตว์และเก็บหาอาหารอยู่ตามป่ากันเป็นครอบครัว หรือกลุ่มละไม่กี่ครอบครัว การอยู่กันเป็นกลุ่มขนาดเล็กและมีการเคลื่อนย้ายไปตามฝูงสัตว์หรือไปในพื้นที่ที่อุดมสมบูรณ์ทำให้เกิดโรคระบาดได้ยาก แต่ในยุคหินใหม่ เมื่อมนุษย์เริ่มตั้งหลักแหล่งอยู่รวมกันเป็นชุมชน มีการทำการเพาะปลูกและการเลี้ยงสัตว์และมีประชากรมากขึ้น การมีประชากรจำนวนมากอาศัยอยู่รวมกันทำให้เมื่อเกิดการติดเชื้อมันก็สามารถแพร่ระบาดในชุมชนได้ ชุมชนกลายเป็นแหล่งเพาะและทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ยิ่งสุขาภิบาลแย่งจากการอยู่รวมกันมากๆ ก็ยิ่งทำให้เกิดโรคระบาดใหญ่ขึ้นได้ง่ายขึ้น

หลังยุคโรคระบาดที่ดำเนินอยู่พักใหญ่ก็เกิดการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่ ๒ จากเดิมที่การเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อมันก็กลายเป็นการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือ Non-communicable diseases (NCD) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด โรคเหล่านี้เกิดขึ้นและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตและการบริโภคของผู้คนในยุคอุตสาหกรรม พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ความสะดวกสบายและเครื่องผ่อนแรงต่างๆ ทำให้ผู้คนมีการออกกำลังกายน้อย ความเครียดในทางสังคม-เศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้โรคที่เกิดจากความเสื่อมและพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาทางการสาธารณสุขที่สำคัญ

ในปัจจุบัน เรากำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่ ๓ เป็นยุคของการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคอีโบล่า ไข้หวัดนก ไข้หวัดสายพันธุ์ต่างๆ หรือโรคที่ระบาดข้ามสายพันธุ์จากสัตว์มาสู่มนุษย์ ซึ่งปัจจุบันกำลังเป็นที่วิตกกังวลกันมาก โรคใหม่ๆ เหล่านี้เป็นโรคระบาดที่สามารถแพร่กระจายได้รวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่การเดินทางข้ามประเทศและข้ามทวีปเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นทุกเมื่อเชื่อวัน

ข้อเสนอข้างต้นอาจดูเหมือนการนำเสนอข้อเท็จจริงทางระบาดวิทยา แต่นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งได้ตั้งคำถามต่อคำอธิบายการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาที่เสนอกันไว้กับเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาตินี้ว่าเป็นการมองที่ละเลยต่อปฏิบัติการของอำนาจหรือโครงสร้างแห่งความรุนแรงอันเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการเกิดโรค พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) นายแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ยังตั้งคำถามต่อคำอธิบายถึงโรคที่อุบัติขึ้นใหม่ๆ ว่า เขาเข้าใจจริงแล้ว โรคเหล่านี้มันอุบัติขึ้นใหม่จริงหรือไม่ หรือโรคที่เราเห็นว่ามันอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำทั้งหลายในปัจจุบัน เช่น อีโบล่า หรือ วัณโรค นั้น มันดำรงอยู่

^{๑๔} 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.

และทำลายชีวิตของคนจน คนทุกข์คนยากในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศโลกที่ ๓ อยู่ทุกเมื่อเชื่อวันอยู่แล้ว เพียงแต่จากมุมมองของประเทศโลกที่ ๑ กลับเห็นว่าโรคเหล่านี้ที่ไม่เคยพบเห็นในสังคมตะวันตกนี้เป็นโรคที่อุบัติขึ้นมาใหม่ หรืออุบัติซ้ำ เพราะในประเทศของตนนั้น โรคเหล่านี้ได้สูญหายไปแล้ว แต่ในความเป็นจริงของประเทศยากจนทั้งหลาย โรคเหล่านี้ยังดำรงอยู่และส่งผลอย่างรุนแรงต่อกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส ผู้ที่ไร้อำนาจ และคนชายขอบถูกระงับกดขี่มาตลอดอย่างยาวนาน สำหรับคนเหล่านี้ โรคต่างๆ เหล่านี้อาจไม่ใช่โรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ เพราะมันดำรงอยู่และไม่เคยหายไปไหน^{๑๕}

สุขภาพ โรค และการเปลี่ยนแปลงในยุคแอนโทรโปซีน (Anthropocene)

หากมองกว้างออกไปจากโรคและความเจ็บป่วยของมนุษย์ โลกและระบบนิเวศของเรา กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลกระทบจากการกระทำของมนุษย์ การเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศโลก (Global climate change) และอุบัติภัยธรรมชาติเป็นผลพวงจากพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าปัจจัยอย่างอื่น นักวิทยาศาสตร์ได้เรียกยุคสมัยของโลกที่เป็นผลพวงจากการกระทำของมนุษย์นี้ว่า **โลกยุค แอนโทรโปซีน (Anthropocene)**^{๑๖} การเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศอันเป็นผลจากการกระทำของมนุษย์นี้กลับส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของมนุษย์ จากเดิมที่เราอาจเคยได้ยินเรื่องปัจจัยกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ หรือ Social determinants of health ปัจจุบัน ผลกระทบจากระบบนิเวศทำให้เราต้องมาสนใจปัจจัยกำหนดด้านนิเวศวิทยา (Ecological determinants) ที่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ ยังคุกคามความหลากหลายทางชีวภาพ ทำลายความมั่นคงของระบบอาหารท้องถิ่น ทำให้ภัยพิบัติทวีความรุนแรงมากขึ้น ภัยพิบัติทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและจากน้ำมือของมนุษย์ เช่น ภัยสงคราม การก่อการร้าย ได้ทำให้ผู้ได้รับผลกระทบต้องอพยพและพลัดพรากจากถิ่นอาศัยเป็นจำนวนมากมายมหาศาลที่สุดในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ การเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศและโลกที่ร้อนขึ้นยังได้ทำให้พาหะนำโรคแพร่กระจายออกไปในพื้นที่ที่ไม่เคยพบมาก่อน โรคระบาดใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นสามารถแพร่กระจายไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ยาปฏิชีวนะที่เคยใช้ได้ผลก็มีประสิทธิภาพลดน้อยลง เพราะเชื้อโรคต่างๆ เกิดการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

ในขณะที่เดียวกันกับที่โลกในยุคแอนโทรโปซีนก็ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวใหม่ๆ เพื่อรับมือกับการท้าทายที่เกิดขึ้น ความเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองด้านสุขภาพที่เรียกว่า สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ซึ่งมองว่าสุขภาพของมนุษย์แยกไม่ออกจากสุขภาพของโลก (Planetary Health)^{๑๗} กำลังเป็นประเด็นที่ดึงเอานักวิชาการ

^{๑๕} Paul Farmer. (๑๙๙๖). Social inequities and emerging infectious disease. *Emerging Infectious Disease*. ๒ (๔): ๒๕๙-๒๖๙.

^{๑๖} ดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) นักคิดสตรีนิยมหลากสายพันธุ์ (Multispecies feminist theorist) วิเคราะห์ว่าแนวคิด Anthropocene ยังคงยึดเอาพันธุ์มนุษย์เป็นศูนย์กลาง จึงทดลองเสนอโมโนทัศน์ที่เรียกว่า Chthulucene เพื่อให้เห็นว่าตัวตนของมนุษย์ไม่เพียงเกิดจากการที่เราสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ในระบบนิเวศ แต่ยังประกอบขึ้นจากเซลล์และความสมดุลกับเชื้อโรคต่างๆ ภายในร่างกายของเรา มนุษย์จึงไม่อาจเป็นมนุษย์ได้ ถ้าไม่เป็นธรรมชาติ หรือสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ไปพร้อมๆ กัน, Donna Haraway. (๒๐๑๖). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. New York: Duke University Press.

^{๑๗} ดู Sarah Whitmee, Andy Haines, Chris Beyrer, Frederick Boltz, Anthony G Capon, Bráulio Ferreira de Souza Dias, Alex Eze, 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.

หลากหลายสาขา ไม่เพียงแต่นักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ แต่ยังรวมเอานักมานุษยวิทยา นักสังคมศาสตร์ นักสัตววิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม และนักวิทยาศาสตร์หลากหลายสาขามาทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพที่เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกันของมนุษย์ สัตว์ พืช และสิ่งแวดล้อม

รัฐ ทุนกับการเมืองเรื่องสุขภาพ

ในทางการเมือง โลกเผชิญกับการท้าทายของลัทธิเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) ทรัพยากรถูกผูกขาดโดยคนจำนวนน้อยนิด ช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนกว้างที่สุดในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ ในด้านสุขภาพ บริษัทยาและทุนข้ามชาติพยายามแสวงกำไรสูงสุดจากยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นด้วยการผูกขาดการเข้าถึงยาโดยการอ้างสิทธิบัตรยาในฐานะเป็นเครื่องจูงใจให้บริษัทต่างๆ วิจัยเพื่อพัฒนายา แต่ข้อเท็จจริงก็คือ การริเริ่มวิจัยยาใหม่ๆ มักเกิดขึ้นในมหาวิทยาลัยต่างๆ ซึ่งใช้งบประมาณของรัฐ บริษัทยาและเวชภัณฑ์ใช้ประโยชน์จากการวิจัยเหล่านี้โดยนำไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ นอกจากนี้ ยังมีการจดสิทธิบัตรยาทั้งที่ไม่ได้มีการวิจัยและพัฒนาขึ้นมาใหม่ แต่บริษัทยาเหล่านี้เพียงปรับเปลี่ยนวิธีใช้เล็กน้อยเพื่อนำยาตัวเดิมมาขึ้นทะเบียนสรรพคุณใหม่ซึ่งทำให้สามารถผูกขาดการผลิตยาดังนั้นไปได้อีก ๒๐ ปี ปรากฏการณ์นี้เราเรียกว่าสิทธิบัตรยาที่ไม่มีวันหมดอายุ (Evergreening Patent) การแย่งชิงทรัพยากรสุขภาพในรูปแบบการท่องเที่ยวงานสุขภาพ การผูกขาดการเข้าถึงยา ถูกต่อต้านด้วยความเคลื่อนไหวเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาสุขภาพของคนไร้รัฐที่เชื่อมโยงกับเรื่องสิทธิมนุษยชนที่กำลังกลายเป็นประเด็นสำคัญ ในขณะที่ปฏิริยาตอบโต้ต่อลัทธิเสรีนิยมใหม่กลับสร้างกระแสการเกิดขึ้นใหม่ของลัทธิชาตินิยม/ประชานิยมใหม่ที่กำลังแพร่หลายไปทั่วโลก เกิดการกีดกัน แบ่งแยกความขัดแย้งและความรุนแรงที่เกิดจากการคลั่งชาติ การเหยียดเชื้อชาติ เหยียดศาสนา เหยียดเพศ รวมทั้งเกิดการก่อการร้ายที่แผ่ขยายและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

มานุษยวิทยา การแพทย์กับสังคม

สุขภาพและการแพทย์เป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากสังคม ในขณะที่การแพทย์สัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อชีวิตและสังคม การแพทย์ก็ดำรงอยู่และเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมและการเมือง เราอาจกล่าวได้ว่า การแพทย์เป็นทั้ง “เหตุปัจจัย” ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และในขณะเดียวกัน ระบบการแพทย์ก็เป็น “ผลผลิต” ของเงื่อนไขและพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางสังคมไปพร้อมกัน ความสัมพันธ์ที่แยกไม่ออกระหว่างการแพทย์และสังคมนี้ทำให้การแพทย์เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่น่าสนใจที่นักมานุษยวิทยาสามารถเข้าไปศึกษาทั้งในฐานะปรากฏการณ์ที่สะท้อนและวิพากษ์ความเป็นไปของสังคม-การเมือง หรือในฐานะปฏิบัติการของอำนาจ/ความรู้ที่กำกับและบัญชาร่างกายของมนุษย์ หรือในฐานะภาพตัวแทนที่จะเข้าใจจักรวาลวิทยาของวัฒนธรรมท้องถิ่น ดังที่เราจะเห็นได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านมักอธิบายร่างกายของมนุษย์ในฐานะจุลจักรวาล (Microcosm) ที่เชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับจักรวาลใหญ่ภายนอก (Macrocosm) มานุษยวิทยาทางการแพทย์เป็นพื้นที่ของความรู้ที่สามารถเชื่อมโยงปฏิบัติการทางการแพทย์กับสังคม ความเข้าใจทางมานุษยวิทยาต่อปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลวัตนี้จะเป็ต้นแบบในการอธิบายความจริงอื่นๆ ในสังคมไปด้วย

แต่ในขณะที่ วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและระบบนิเวศได้เปิดประเด็นใหม่ๆ ที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาทางมานุษยวิทยาในศตวรรษที่ ๒๑ มานุษยวิทยาก็เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในไปพร้อมกันด้วย

ส่วนที่ ๒ การเปลี่ยนผ่านของมานุษยวิทยา

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ คือ เมื่อราว ๑๕ ปีที่แล้ว ณ ที่ประชุมแห่งนี้ ผมได้นำเสนอบทความทบทวนการเปลี่ยนแปลงของมานุษยวิทยาการแพทย์ในเวลานั้น^{๑๘} ในครั้งนั้น ผมได้เสนอว่า มานุษยวิทยาการแพทย์กำลังมีการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ๔ เรื่องด้วยกัน คือ ๑) การเปลี่ยนผ่านของนิยามวัฒนธรรม ๒) การเปลี่ยนผ่านจากความสนใจเชิงโครงสร้างและระบบมาสู่สนใจในเรื่องมนุษย์ ประสบการณ์และปฏิบัติการของมนุษย์ ๓) การหันมาสนใจศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ และ ๔) กระบวนการสะท้อนย้อนคิดกลับมามองบทบาทของนักมานุษยวิทยาต่อสังคม ผมจะใช้โอกาสนี้ไป นำเสนอให้เห็นว่าหลังจาก ๑๕ ปี ของบทความชิ้นนั้น เราเห็นการเปลี่ยนแปลงของมานุษยวิทยาการแพทย์เพิ่มเติมต่อเนื่องใน ๔ ประเด็นที่ได้เสนอไปอย่างไรบ้าง

๒.๑ การเปลี่ยนผ่านของนิยามวัฒนธรรม

ในประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยานั้น ความหมายดั้งเดิมของคำว่า “วัฒนธรรม” นั้นหมายถึงคุณลักษณะที่มีแต่ในชนชั้นสูงในยุโรปเท่านั้น ต่อมามันจึงค่อยๆ ถูกแปลงไปเป็น “วัฒนธรรม” ของสามัญชนมากขึ้น ฟรานซ์ โบแอส (Franz Boas) ได้เชื่อว่าทำให้วัฒนธรรมกลายเป็นพหุพจน์และเป็นสิ่งสัมพัทธ์ที่แตกต่างกันตามบริบทโดยไม่ต้องเทียบกับมาตรฐานที่ยึดยุโรปเป็นศูนย์กลาง จนปัจจุบันคำว่าวัฒนธรรมถูกใช้อย่างกว้างขวางโดยไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องของชนชั้นสูงอีกต่อไปแล้ว เรามีวัฒนธรรมของไพร่ คนชายขอบ วัยรุ่น คนไร้บ้าน และวัฒนธรรมความหลากหลายทางเพศ ในขณะเดียวกัน นิยามวัฒนธรรมก็ยังเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยหมายความถึง “ชนบทรอบเนินประเพณีที่ดั้งเดิม” กลายเป็นว่า วัฒนธรรมไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งดั้งเดิมเสมอไป หรืออย่างน้อยก็อาจดั้งเดิมสำหรับคนบางกลุ่มแต่อาจเป็นสิ่งเลวร้ายสำหรับคนอื่นก็เป็นได้ เพราะวัฒนธรรมอาจเป็นปฏิบัติการของอำนาจรูปแบบหนึ่งหรือเป็นเครื่องอำพรางการกดขี่ วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ที่แฝงฝังอยู่ในสังคมไทยมาตั้งแต่ดั้งเดิมอาจเป็นเครื่องมืออำพรางการกดขี่หรือผูกขาดอภิสิทธิ์ให้ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิง เป็นต้น ในแง่นี้ มนต์สะกดของวัฒนธรรมในฐานะของการเป็นชนบทรอบเนินประเพณีที่ดั้งเดิมจะเสื่อมคลายลงไป วัฒนธรรมไม่ได้เป็นสิ่งที่ควรเชิดชูหรืออนุรักษ์ไว้เสมอไป วัฒนธรรมบางอย่างเป็นสิ่งที่เราต้องวิพากษ์ วิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทั้งในด้านลบของมันด้วย ในขณะเดียวกัน วัฒนธรรมก็เคยถือว่าเป็นสิ่งที่ชุมชนยึดถือและมีวิถีการปฏิบัติร่วมกัน ก็อาจถูกตีความได้ด้วยว่าเป็นพื้นที่ของการช่วงชิง ต่อต้าน ต่อรอง และท้าทายอำนาจ^{๑๙}

๕ ปีก่อน ผมไปที่ชุมชนสะเอียบ จังหวัดแพร่ ชาวบ้านที่นั่นใช้พิธีกรรมและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมในการต่อต้านการสร้างเขื่อน ทุกปีชาวบ้านจะทำพิธีบวงสรวงด้วยการนำเอาผ้าจิวรไปล้อมต้นสักเพื่อสร้างกระแสนอนุรักษ์ป่าสักผืนสุดท้ายในลุ่มน้ำยมไม่ให้ถูกการสร้างเขื่อนมาทำลาย วัฒนธรรมกลายเป็นอาวุธของผู้ไร้อำนาจในการต่อรองและต่อต้านกับอำนาจรัฐและทุน การต่อต้านเหมืองแร่โปแตชที่คุกคามชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านที่จังหวัดอุดรธานีก็มีการนำตำนาน “ผาแดงนางไอ่” มาใช้ในการสร้างเรื่องเล่าเพื่อให้เห็นว่า เกลือโปแตชสีขาวที่อยู่ใต้แผ่นดินนั้น หากเปรียบไปก็ไม่ต่างจากเนื้อของกระรอกเผือกในตำนานผาแดงนางไอ่ กระรอกเผือกนั้นแท้ที่จริงเป็นท้าวพังคี่ เจ้าชายพญานาคแห่งเมืองบาดาลที่ถูกฆ่าตายและถูกนำเนื้อมาแบ่ง

^{๑๘} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๘). พหุลักษณะทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

^{๑๙} 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.

ให้กับผู้คนได้บริโภค เนื้อกระดูกเนื้อหนังยิ่งตัดแบ่งก็ยิ่งมีมากไม่รู้จักหมด เหมือนกับเกลือโปแตซที่ยังซุกก็ยิ่งเจอ ไม่รู้จักหมด แต่ผู้คนที่บริโภคเนื้อกระดูกเนื้อหนังเข้าไปจะต้องล้มตายจากเหตุเมืองถล่ม การผูกโยงเรื่องการต่อต้านขีดขึ้นโครงการชุดเจาะเหมืองโปแตซที่อาจทำให้แผ่นดินทรุดทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวอย่างมากในหมู่ชาวบ้านที่เดิมไม่สนใจปัญหาการขุดเหมืองเท่าไรนัก ในแง่นี้จะเห็นว่าวัฒนธรรมไม่ได้เป็นเพียงตำนานเรื่องเล่าสำหรับเทศกาลต่างๆ แต่สามารถใช้เป็นเครื่องมือของชุมชนในการช่วงชิง ต่อต้าน ต่อรอง หรือท้าทายอำนาจของรัฐและทุนได้ด้วยเช่นกัน

วัฒนธรรมดั้งเดิมที่เคยถูกให้ค่าว่าเป็นของแท้ (Authentic culture) ในปัจจุบันก็ยากที่จะบอกว่าวัฒนธรรมอะไรบ้างที่เป็นของแท้ เราอาจถูกปลูกฝังให้ภูมิใจในวัฒนธรรมที่เป็นของไทยแท้ๆ แต่ดั้งเดิม แต่ความเป็นไทยแท้แต่ดั้งเดิมที่วันนี้เราจะเริ่มต้นนับตั้งแต่เมื่อไหร่ จะต้องย้อนกลับไปสมัยอยุธยา หรือสุโขทัย หรือทวารวดี หรือจะเป็นน่านเจ้า จึงจะนับว่าแท้และดั้งเดิม ส่วนที่บอกว่าเมืองไทยเป็นเมืองพุทธนั้นเล่า พุทธศาสนาก็เป็นสิ่งที่ชนชาติแถบนี้รับมาจากอินเดีย และหากนับว่าเป็นของดั้งเดิม วัฒนธรรมความเชื่อแบบผีที่มีอยู่เดิมก่อนที่จะรับพุทธศาสนาเข้ามาก็น่าจะเป็ของแท้แต่ดั้งเดิมมากกว่า ส่วนวัฒนธรรมที่เรารับเอามาจากตะวันตก เช่น ธงชาติ เพลงชาติ หรือแม้แต่ชุดประจำชาติ ก็ไม่นับว่าเป็นวัฒนธรรมไทยแต่ดั้งเดิมได้อยู่หรือ ความหมายของวัฒนธรรมในแง่ที่เป็นสิ่งดั้งเดิมจึงหมดพลังไป พร้อมๆ กับการเกิดขึ้นของวัฒนธรรมร่วมสมัยที่มีความเป็นลูกผสม (hybridity) และถูกผลิตใหม่อยู่ตลอดเวลา

ความหมายที่เปลี่ยนไปของคำว่า “วัฒนธรรม” ที่กล่าวมานี้เป็นประเด็นการวิพากษ์ถกเถียงในแวดวงมานุษยวิทยาในช่วง ๒ ทศวรรษก่อนแล้ว แต่ทว่าในระยะหลังมานี้ นิยามของสิ่งที่เรียกว่า “วัฒนธรรม” มีการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจยิ่งขึ้นไปอีก เพราะเกิดการตั้งคำถามว่านิยามวัฒนธรรมที่ใช้กันนั้นเป็นการมองที่ใช้มนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Anthropocentric) จนเกินไปหรือไม่ เพราะความหมายของวัฒนธรรมที่เราใช้กันอยู่นั้น เราทำราวกับว่ามีแต่มนุษย์เท่านั้นที่มีวัฒนธรรม สัตว์หรือสิ่งอื่นไม่มีสิ่งที่เรียกว่าวัฒนธรรมเหมือนกับที่มนุษย์มีความคิดเช่นนี้เป็นการมองมนุษย์ในฐานะสิ่งที่ถูกยกเว้นเป็นพิเศษกว่าสิ่งอื่นๆ (Human exceptionalism) ใช่หรือไม่? เราคิดเอาเอง และก็เชื่อกันเองว่า เพราะมนุษย์เท่านั้นที่สามารถสร้างภาษา เข้าใจสัญลักษณ์ และมีชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน มนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ชีวิตชนิดเดียวที่สามารถสร้างระบบวิถีคิด ความเชื่อ ระบบคุณค่าและแบบแผนการปฏิบัติที่กลายเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันรุ่นต่อรุ่นผ่านการเรียนรู้ในสังคม การมอง “วัฒนธรรม” ในลักษณะนี้มันแฝงไว้ด้วยอคติหรือการถือดีอะไรบางประการหรือเปล่า? ที่สำคัญ มันทำให้เราละเลยและไม่เคารพต่อสิ่งอื่นๆ ที่อาจเป็นส่วนสำคัญในการสร้างสรรค์ “วัฒนธรรม” ไปหรือเปล่า?

นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งได้ชี้ถึงความจำเป็นที่เราจะต้องก้าวพ้นจากการมองที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลางด้วยการสร้างนิยามวัฒนธรรมที่ไม่ได้เป็นอภิสิทธิ์เฉพาะของมนุษย์ เพราะเอาเข้าจริงแล้วมนุษย์กับสรรพสัตว์และสรรพสิ่งต่างๆ ก็ล้วนแล้วแต่เป็นเหตุเป็นปัจจัยผสมผสานกันอยู่ในกระบวนการสร้างสังคมและผลิตซ้ำของวัฒนธรรมทั้งสิ้น^{๒๐} มนุษย์ “มาสู่การเป็นมนุษย์” (becoming human) ไม่ได้หากปราศจากปฏิสัมพันธ์และการปะทะสังสรรค์ทั้งกับวัตถุและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ วัฒนธรรมจึงไม่ใช่สิ่งผูกขาดของมนุษย์ หากแต่สัตว์ พืช วัตถุสิ่งของ ทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิตทั้งหลายล้วนมีส่วนเป็นเจ้าของร่วม นักมานุษยวิทยาจำนวนไม่น้อย

^{๒๐} Bruno Latour. (๒๐๐๕). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor- Network- Theory*. Oxford: Oxford University Press.

ได้หันไปศึกษาสิ่งมีชีวิตทั้งสัตว์และพืช เช่น ปลาแซลมอล^{๒๑} ไส้เดือน^{๒๒} สุนัข^{๒๓} หรืออย่างงานชิ้นสำคัญของ แอนนา ซิง (Anna Tsing) ชื่อ *Mushroom at the End of the World*^{๒๔} ที่ศึกษา “เห็ดมัตซึตาเกะ” (Matsutake) เพื่อดูว่าเรื่องราวของเห็ดจะสามารถบอกกล่าวอะไรเกี่ยวกับโลกที่ถูกมนุษย์ทำลายล้างได้บ้าง งานศึกษาเหล่านี้ถือว่าเงื่อนไขความเป็นมนุษย์ (Human condition) ที่เรารู้จักคุ้นเคยกันนั้นเอาเข้าจริงแล้ว มันไม่ได้เกิดจากมนุษย์ดำรงอยู่โดดๆ ตามลำพัง และไม่ได้เกิดจากมนุษย์เป็นฝ่ายกระทำกับธรรมชาติรอบตัว โดยธรรมชาติเหล่านี้มีสถานะเป็นวัตถุที่เฉื่อยนิ่งให้มนุษย์เท่านั้นที่เป็นฝ่ายกระทำ แต่เงื่อนไขการดำรงอยู่ของ มนุษย์นั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ผูกพันโยงใย (Entanglement) กันอย่างอึดอัดตึงเครียด ทั้งระหว่างมนุษย์ สัตว์ พืช สิ่งของ เทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งเทพ ผี เทวดาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย

ในแง่นี้ เราเห็นได้ชัดว่ามานุษยวิทยากำลังเข้าสู่จุดเปลี่ยนจากมุมมองที่ใช่มนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Anthropocentrism) ไปสู่แนวคิด Post humanities ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษามนุษย์บนความสัมพันธ์ที่มีกับสิ่งอื่น สัตว์อื่น หรือแม้แต่สิ่งของ งานศึกษาชิ้นสำคัญของดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) ชื่อ *When species meet (Posthumanities)*^{๒๕} เป็นหมุดหมายสำคัญในการตั้งคำถามว่าเมื่อชีวิตหลากหลายสายพันธุ์ มาพบกัน มันก่อรูปความสัมพันธ์ที่อิงอาศัยซึ่งกันและกันอย่างไร เช่น ระหว่างสัตว์เลี้ยงกับมนุษย์ สุนัขที่เราเลี้ยงทำให้เราเป็นมนุษย์อย่างไร? กระบวนการของความสัมพันธ์ที่ต่างอิงอาศัยกันระหว่างคนกับสุนัขนี่ถือเป็นกระบวนการทางวัฒนธรรมหรือไม่? มนุษย์สร้างวัฒนธรรมจากการมีสัตว์เลี้ยง (Companion species) อยู่ด้วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทางสังคมของมนุษย์ใช่หรือไม่? และสัตว์เหล่านั้นเรียนรู้ ปรับตัว หรือสร้าง “วัฒนธรรม” ที่จะอยู่กับมนุษย์ด้วยหรือไม่? ถ้าหากสุนัขเรียนรู้ มีความรู้สึกนึกคิด และมีแบบแผนพฤติกรรมที่สัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกจากวัฒนธรรมของมนุษย์ เรายังจะถือเส้นแบ่งว่าวัฒนธรรมมีอยู่แต่ในมนุษย์ได้อีกหรือไม่?

มุมมองมานุษยวิทยาใหม่ๆ นี้ทำให้คู่ตรงข้ามระหว่างธรรมชาติ (Nature) กับวัฒนธรรม (Culture) ที่เราเคยยึดถือกันมาตั้งแต่กำเนิดสาขามานุษยวิทยาอันตรธานหายไป พืช สัตว์และวัตถุสิ่งของที่เคยถูกนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ธรรมชาติกับวัฒนธรรมผูกพันแน่นหนาจนไม่อาจมองแยกออกจากกันเหมือนเดิมได้อีกต่อไป เราจำเป็นต้องมีคำเรียกของสิ่งที่เคยถูกแยกจากกันนี้ใหม่ เพื่อหมายถึงสองสิ่งที่ไม่แยกกัน จึงมีการใช้คำว่า Natureculture ที่เขียนเป็นคำเดียวติดกัน^{๒๖} เพื่อพูดถึง

^{๒๑} Marianne Elisabeth Lien and John Law. (๒๐๑๑). ‘Emergent Aliens’: On Salmon, Nature, and Their Enactment. *Ethnos*. ๗๖ (๑): ๖๕-๘๗. และ Marianne Elisabeth Lien. (๒๐๑๕). *Becoming Salmon: Aquaculture and the Domestication of a Fish*. Berkeley: University of California Press.

^{๒๒} Filippo Bertoni. (๒๐๑๓). Soil and Worm: On Eating as Relating. *Science as Culture*. ๒๒ (๑): ๖๑-๘๕.

^{๒๓} Eduardo Kohn. (๒๐๐๗). How dogs dream: Amazonian natures and the politics of transspecies engagement. *American Ethnologist*. ๓๔ (๑): ๓-๒๔.

^{๒๔} Anna Tsing. (๒๐๑๕). *The Mushroom at the End of the World: On the Possibility of Life in Capitalist Ruins*. Princeton: Princeton University Press.

^{๒๕} Donna Haraway. (๒๐๐๘). *When Species Meet (Posthumanities)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

^{๒๖} ดู Bruno Latour. (๑๙๙๓). *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

“วัฒนธรรมชาติ” ที่วัฒนธรรมกับธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งในปัจจุบันได้มีการออกวารสารวิชาการ ชื่อ *Journal of Natureculture* เกิดขึ้นเพื่อเป็นพื้นที่วิชาการที่นำเสนอแนวคิดนี้แล้ว

จากเดิมที่นักมานุษยวิทยาศึกษาวัฒนธรรมในสังคมมนุษย์ เพื่อผลิตงานชาติพันธุ์นิพนธ์ (Ethnography) แต่เมื่อนักมานุษยวิทยาได้ก้าวพ้นออกไปสู่การศึกษาชีวิตหลากหลายสายพันธุ์ (Multispecies) งานศึกษาของนักมานุษยวิทยาจึงกลายเป็น Multispecies Ethnography หรือ “หลากหลายสายพันธุ์นิพนธ์”^{๒๗} เพราะการศึกษาความเป็นอยู่และความเป็นไปของมนุษย์นั้นเกี่ยวพันกับสิ่งมีชีวิตสายพันธุ์อื่นๆ อีกมากมาย การทำความเข้าใจมนุษย์และสังคมไม่สามารถกีดกันเอาสิ่งมีชีวิตอื่น (Non-Human) หรือแยกเอาสายพันธุ์อื่นๆ ทิ้งไปได้ ที่สำคัญ สายพันธุ์ต่างๆ เหล่านั้นไม่ได้เป็นแค่สิ่งที่รองรับการกระทำของมนุษย์ แต่มันมีสันนิบาต คือ อยู่ร่วม (co-habitation) และเป็นผู้ร่วมสร้าง (co-create) ร่วมผลิต (co-produce) ไปกับมนุษย์ ในปฏิบัติการร่วมที่ไม่มีใครฝ่ายใดจะทำได้สำเร็จตามลำพัง

ในผลงานสำคัญเรื่อง *ชีวิตของเนยแข็ง (The Life of Cheese)*^{๒๘} ฮีตเธอร์ แพ็ซสัน (Heather Paxson) ได้ศึกษาชนชั้นกลางที่หนีจากชีวิตในเมืองเพื่อกลับไปใช้ชีวิตแบบพอเพียงในชนบทซานเมอริโต ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ไปสร้างฟาร์มเลี้ยงวัวขึ้นมาและต่อสู้เพื่อที่จะสร้างเศรษฐกิจในชุมชนด้วยการผลิตเนยแข็งจำหน่าย การทำฟาร์มโคนมนั้นไม่เพียงแต่ต้องดูแลโคนมที่เลี้ยงไว้ แต่ยังต้องใส่ใจกับสรรพชีวิตหลากหลายสายพันธุ์ในฟาร์มวัว ตั้งแต่เชื้อแบคทีเรียที่มากับอุจจาระของกวางที่เข้ามากินหญ้าในแปลงเดียวกับที่ใช้เลี้ยงวัว ที่อาจจะปนเปื้อนเชื้อวัณโรคเข้ามาในฟาร์ม ต้องดูแลหญ้าที่ใช้เลี้ยงวัว และต้องบำรุงรักษาสายพันธุ์ยีสต์ที่ใช้เป็นเชื้อในการทำเนยแข็งให้ได้สายพันธุ์ที่สมบูรณ์ ไปจนกระทั่งการใส่ใจต่อยาปฏิชีวนะที่ให้กับสัตว์ต่างๆ ในฟาร์ม เพราะมันจะมีผลต่อน้ำนมวัวที่จะนำไปทำเป็นเนยแข็ง หากมียาปฏิชีวนะปะปนอยู่ในน้ำนมวัวก็อาจทำให้จุลชีพที่จะหมักนมให้เป็นเนยแข็งไม่สามารถเจริญเติบโตเต็มที่ “ชีวิตของเนยแข็ง” จึงเน้นอยู่กับชีวิตหลากหลายสายพันธุ์ทุกคน สัตว์ พืชและเชื้อโรค ถ้าหากเราไม่เข้าใจความสัมพันธ์ที่เกี่ยวร้อยเชื่อมโยงกันของชีวิตหลากหลายสายพันธุ์ในฟาร์ม เราจะเข้าใจชีวิตของเนยแข็งได้อย่างไร และถ้าเราไม่สามารถเข้าใจชีวิตของเนยแข็ง เราจะเข้าใจชีวิตของคนทำฟาร์มโคนมเพื่อผลิตเนยแข็งได้อย่างไร งานศึกษาในลักษณะหลากหลายสายพันธุ์นิพนธ์ทำนองนี้ ทำให้เส้นแบ่งระหว่างมนุษย์กับสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ลบลบเลือนและจางหายไปทุกที

นอกจากชีวิตสายพันธุ์อื่นๆ แล้ว ธรรมชาติของร่างกายมนุษย์ก็เปลี่ยนแปลงไป ร่างกายของเราสัมพันธ์กับเครื่องจักรและนับวันจะต้องอาศัยเครื่องกลหรือชิ้นส่วนอวัยวะที่ประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อช่วยให้ร่างกายของเราทำงานได้ ร่างกายของเราจึงไม่ได้เป็น “ร่างกายที่ธรรมชาติให้มา” แต่เป็น Cyborg หรือมนุษย์กึ่งหุ่นยนต์ที่เส้นแบ่งระหว่างสิ่งมีชีวิต (organism) กับเครื่องจักร (machine) พร่าเลือนมากขึ้นด้วย งานบุกเบิกชิ้นสำคัญของดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) เรื่อง *A cyborg manifesto*^{๒๙} ชี้ให้เห็นว่า มนุษย์ในปัจจุบันและในอนาคตจะดำรงอยู่ร่วมกับเครื่องจักรซึ่งเป็นส่วนขยายของร่างกายของมนุษย์ ฮาราเวย์ใช้ภาวะก้ำกึ่งของความ

^{๒๗} S. Eben Kirksey and Stefan Helmreich. (๒๐๑๐). *The Emergence of Multispecies Ethnography*. *Cultural Anthropology*. ๒๕ (๔): ๕๔๕-๕๗๖.

^{๒๘} Heather Paxson. (๒๐๑๓). *The life of cheese: crafting food and value in America*. Berkeley: The University of California Press.

^{๒๙} 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.

เป็นมนุษย์กับหุ่นยนต์นี้ทำลายให้เราแสวงหาวิธีคิดและการต่อสู้ทางการเมืองที่จะก้าวพ้นจากกรอบดั้งเดิมที่ผลิตซ้ำการถูกครอบงำ ภาวะที่ร่างกายที่เป็นธรรมชาติกับเครื่องจักรที่เป็นสิ่งประดิษฐ์ทำงานร่วมกันอย่างแยกกันไม่ได้นี้ทำลายเส้นแบ่งต่างๆ ที่เราเคยมีอยู่เดิม ทั้งเส้นแบ่งระหว่างวัตถุและสิ่งมีชีวิต ระหว่างธรรมชาติกับสิ่งประดิษฐ์ ระหว่างเพศภาวะและความเป็นชาย-หญิง ระหว่างสิ่งกายภาพที่จับต้องได้กับสิ่งที่ไร้ตัวตน และระหว่างผู้กระทำและสิ่งที่ถูกกระทำ สำหรับฮาราเวย์แล้ว วัตถุไม่ได้เฉื่อยชานิ่งเฉยรอให้มนุษย์กระทำ ตรงกันข้าม หากมองจากมุมมองของ Material semiotics แล้ว ทุกสิ่งอย่างในโลกธรรมชาติและโลกทางสังคมล้วนสัมพันธ์และส่งผลต่อกันในทุกขณะ วัตถุไม่ได้หยุดนิ่งรอให้มนุษย์กระทำ แต่ทั้งเรากับวัตถุต่างเป็นผู้ร่วมกระทำ ที่มีผลซึ่งกันและกัน (Co-action หรือ co-creation)

การเปลี่ยนการมองวัตถุในฐานะสิ่งที่ถูกกระทำ Object-being-acted-upon มาเป็นผู้กระทำ (acting-upon-the-world) นี้วางอยู่บนฐานทางทฤษฎีแบบใหม่ที่เน้นความสัมพันธ์ (Relationality) โดยถือว่าวัตถุอยู่ร่วมโลก (cohabitation) กับเราและร่วมกันสร้างโลกแห่งความจริง (Coproduct of reality) ขึ้นมา บทความของมิโฮ อิชิอิ (Miho Ishii)^{๓๐} ที่ศึกษาความจริง (actuality) ในพิธีกรรมในประเทศกานาและอินเดีย ได้นำแนวคิดกระบวนการสร้างตัวเอง (autopoiesis หรือ อัตโนปัสติตี คำของวีระ สมบูรณ์)^{๓๑} มาอธิบายให้เห็นว่า โลกแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นก่อรูปเป็นความจริงผ่านความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับวัตถุสิ่งของ วัตถุในพิธีกรรม เช่น เครื่องราง รูปเคารพ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆ ไม่ได้เป็นเพียงรูปสัญลักษณ์ที่สื่อความหมายไปยังสิ่งอื่นที่ดำรงอยู่แล้วล่วงหน้า แต่โลกแห่งความจริงของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ถูกสร้างขึ้นจากกายกรรม (bodily action) ที่เกิดร่วมระหว่างมนุษย์กับวัตถุในพิธีกรรม โลกที่ถูกสร้างขึ้นผ่านปฏิบัติการร่วมกันก่อกำเนิดสำนึกแห่งตัวตนใหม่พร้อมๆ กับความจริงใหม่ ที่อิชิอิเรียกว่า Self-poiesis (หรือ อัตตปัสติตี – คำของพระองค์เพื่อล้อกับคำว่า อัตโนปัสติตี ของวีระ สมบูรณ์) โลกแห่งความจริงนี้เกิดขึ้นและดำรงอยู่ชั่วคราวแล้วถูกสร้างใหม่อยู่เสมอ และในกระบวนการสร้างโลกแห่งความจริงนี้ วัตถุที่ไร้ชีวิตกับมนุษย์ที่มีชีวิตต่างเป็นฝ่ายกระทำบ้าง ถูกกระทำบ้างสลับกันไปมาอยู่ตลอดเวลา

ถ้าเรามองโลกแห่งความจริงเช่นนี้ก็จะพบว่า มนุษย์จะมาเป็นมนุษย์ (becoming human) ไม่ได้เลยหากปราศจากการอยู่ร่วม (cohabitation หรือ สันนิวาส) การกระทำร่วม (coaction) ที่ร่วมสร้าง (cocreate) และร่วมผลิต (coproduce) ความจริง ความจริงไม่ได้ดำรงอยู่ล่วงหน้าแล้ว แต่อุบัติขึ้นบนการกระทำ (actuality) และการปะทะสัมพันธ์ที่เรียกว่า intra-action ระหว่างเรากับสรรพสิ่ง^{๓๒} ความสัมพันธ์ที่วานี้ไม่ได้เป็นไปในลักษณะ interaction ที่สิ่งของที่ดำรงอยู่แยกเป็นอิสระกันและเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กันเป็นครั้งคราว แต่เป็นการปะทะสัมพันธ์ที่สรรพสิ่งนิวเนียผูกพันกันและเป็นหน่วยเดียวกันมาตั้งแต่ต้น

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่านิยามของวัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งในราว ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา วัฒนธรรมที่มีเฉพาะแต่ในมนุษย์ ในชนชั้นสูงของยุโรป และมีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง ถูกถอดรื้อและประกอบ

^{๓๐} 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.

^{๓๑} ตามคำแปลที่วีระ สมบูรณ์ได้แปลไว้ใน *ปริตจิวฟ คาปรา* (๒๕๔๓) “ปาฐกถาเชเรอติงเจอร์ ๑๙๙๗ โยงโยแห่งชีวิต” วีระ สมบูรณ์ แปล. *วารสารธรรมศาสตร์* ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม-เมษายน หน้า ๗-๑๖.

^{๓๒} Steve Hinchliffe, John Allen, Stephanie Lavau, Nick Bingham and Simon Carter. (๒๐๑๓). Biosecurity and the topologies of infected life: from borderlines to borderlands. *Transactions of the Institute of British Geographers*. ๓๘(๔). Pp. ๕๓๑-๕๔๓.

ร่างใหม่กลายเป็นสิ่งสร้างร่วมของมนุษย์ พืช สัตว์และสิ่งของ วัฒนธรรมที่ถูกแยกออกจากธรรมชาติถูกผนวกกลับคืนเป็นหนึ่งเดียวกัน วัฒนธรรมที่มีอยู่พร้อมกับความจริงที่ดำรงอยู่แล้วล่วงหน้าถูกแทนที่ด้วยการปฏิบัติขึ้นของโลกแห่งความจริงผ่านการกระทำ (actuality) ที่มีชีวิตและสิ่งของไร้ชีวิตต่างแสดงบทบาทสำคัญในกระบวนการสร้างสรรค์ทางวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยยะไม่เฉพาะแต่สำหรับการศึกษาทางมานุษยวิทยาเท่านั้น เพราะมันได้เสนอมุมมองต่อความเป็นจริงของโลกอีกแบบหนึ่งที่กำลังก่อตัวขึ้นมาท้าทายกระบวนการทัศน์หลักในศตวรรษที่ ๒๑

๒.๒ การเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างหรือระบบ มาสู่ความสนใจ “คน”

การเปลี่ยนผ่านทางมานุษยวิทยาที่สำคัญลำดับต่อมาคือ การเปลี่ยนแปลงความสนใจจากการศึกษาโครงสร้างหรือระบบมาสู่ความสนใจ “คน” ทั้งในความหมายของการหันมาสนใจศึกษาเรือนร่าง (body) ประสบการณ์ (experience) และผัสสะ (senses) ถ้าเราย้อนกลับไปมองประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยาในระยะหลังนี้ จะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกันจากแนวคิดโครงสร้างนิยม (Structuralism) มาสู่หลังโครงสร้างนิยม (Post structuralism) ซึ่งให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ว่าทฤษฎีกับสถาปนาคุณค่า ความหมาย และการประกอบสร้างสิ่งต่างๆ ที่มีก่อกำเนิดกันว่า Discursive turn ควบคู่ไปกับความสนใจศึกษาร่างกาย (body) ประสบการณ์ (experience) และผัสสะ (senses) ซึ่งอาจจะเรียกรวมๆ ว่า Corporeal turn จากแนวคิดแบบโครงสร้างนิยมที่ถือว่าโครงสร้างเป็นฐานรากของปรากฏการณ์ทางสังคมกลายเป็นความสนใจมนุษย์ในฐานะผู้กระทำการ (agency)^{๓๓} ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ (practice)^{๓๔} รวมทั้งประสบการณ์เชิงผัสสะและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในการศึกษาเกี่ยวกับอำนาจ (power) ก็หันมาสนใจอำนาจที่ปฏิบัติต่อร่างกายของผู้คน เช่น ชีวอำนาจ (biopower) และการเมืองที่กระทำต่อเรือนร่าง (body politics)^{๓๕} รวมทั้งการหันมาหาตัวผู้กระทำและปฏิบัติการที่ทำให้ “การจัดแสดง” (enactment) หรือ “การแสดง” (performance)^{๓๖} กลายเป็นเรื่องสำคัญ เพราะถือว่าโครงสร้างต่างๆ ไม่ได้ปรากฏตัวขึ้นอย่างตายตัวและไม่ได้ดำรงอยู่ล่วงหน้ามาก่อน แต่ถูกสร้างขึ้นจากการแสดงบทบาท (performativity) และกิจกรรม (activity) ที่ทำให้ความจริงโลดแล่นขึ้นมามีชีวิต

การศึกษาการแพทย์ก็เช่นเดียวกัน จากยุคแรกๆ ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาระบบการแพทย์ (Medical system) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการวางรากฐานสำคัญของวิชามานุษยวิทยาการแพทย์^{๓๗} พัฒนาการระยะ

^{๓๓} ดู Sherry B. Ortner. (๒๐๐๖). *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*. New York: The Duke University Press

^{๓๔} ดู Pierre Bourdieu. (๑๙๗๗). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: The Cambridge University Press.

^{๓๕} 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.

^{๓๖} 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.

^{๓๗} ดู Charles Leslie (Ed.). (๑๙๗๖). *Asian medical systems: A comparative study*. Berkeley: University of California Press. และงานบุกเบิกทางมานุษยวิทยาการแพทย์ใน Arthur Kleinman. (๑๙๘๐). *Patients and healers in*

หลังได้หันมาสนใจโลกแห่งประสบการณ์ความเจ็บป่วย (illness experience)^{๓๘} จากความสนใจระบบความคิด (cognitive) เช่น คำอธิบายโรคและความเจ็บป่วยในวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมทั้งจักรวาลทัศน์ที่มองร่างกายเป็นจักรวาลภายใน (microcosm) ที่จำลองจักรวาลภายนอกของโลก (macrocosm) อย่างไร มานุษยวิทยาการแพทย์หันมาสนใจศึกษาประสบการณ์เชิงผัสสะ (sensory experience)^{๓๙} ความรู้ที่แฝงฝังในเรือนร่าง (embodiment)^{๔๐} จากความสนใจเรื่องความหมายและสัญญาะหันมาสู่มานุษยวิทยาของอารมณ์^{๔๑} หรือสิ่งที่เรียกว่า “มานุษยวิทยาที่รู้สึก” ไม่ใช่มานุษยวิทยาที่เน้นโลกของการคิด เหตุผลและความเข้าใจแต่เป็นมานุษยวิทยาที่ถือว่าอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญของชีวิตและความเป็นมนุษย์^{๔๒}

การเปลี่ยนผ่านมาให้ความสนใจกับมนุษย์และปฏิบัติการของผู้กระทำการนี้ยังทำให้มุมมองเกี่ยวกับความจริงเปลี่ยนแปลงไปด้วย แนวคิดใหม่นี้ไม่ได้มองว่าโครงสร้างที่ดำรงอยู่เป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างขึ้นด้วยกระบวนการทางสังคมวัฒนธรรม (Constructed reality) และการประกอบสร้างนี้กลายเป็นความจริงที่เป็นอิสระจากปฏิบัติการของมนุษย์ แต่แนวคิดใหม่ๆ ให้ความสำคัญกับความจริงที่มันถูกผลิตขึ้นอย่างเป็นปัจจุบันขณะ (realtime) เป็นความจริงในการจัดแสดงของมนุษย์ (Enacted realities) ความจริงไม่ได้มีอยู่แล้ว แต่ความจริงถูกทำให้มีชีวิตและความจริงมีผลต่อเนื่องต่อสิ่งต่างๆ จากการจัดแสดง ณ สถานการณ์และเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจง ความจริงมีผลบังคับใช้เสมือนการประกาศใช้กฎหมาย และความจริงปรากฏขึ้นผ่านการจัดแสดง (Enactment) ที่ทำให้ความจริงเกิดขึ้นบนความสมจริง ความจริงบนความสมจริงจึงมีอยู่หลายชุดและความจริงหลายชุดเหล่านี้อาจดำรงอยู่พร้อมๆ กันได้

งานศึกษาของแอนมารี โมล์ (Annemarie Mol) ในหนังสือชื่อ *The body multiple: Ontology in medical practice*^{๔๓} ศึกษาความจริงหลายชุดในโรคเส้นเลือดแข็งของผู้ป่วยสูงอายุที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ จากที่เราเคยคิดว่าเราเป็นเจ้าของร่างกายและร่างกายของมนุษย์เรานั้นมีอยู่เป็นหนึ่งเดียว โมล์ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ร่างกายเป็นความจริงที่หลากหลายในต่างกรรมต่างวาระ ความจริงเรื่องร่างกายและโรคเส้นเลือดแข็งถูกผลิตขึ้นที่ห้องตรวจเป็นแบบหนึ่ง ความจริงในห้องแล็บก็เป็นแบบหนึ่ง ผู้ป่วยเองก็ผลิตความจริงก็เป็นอีกแบบหนึ่ง ในทำนองเดียวกันแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาก็ผลิตความจริงเป็นอีกแบบหนึ่ง ความจริงที่หลากหลายในโลกแห่งการมีชีวิตอยู่นี้ถูกทำให้ปรากฏขึ้นจากการจัดแสดง (Enactment) ของผู้คนที่

the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: The University of California Press.

^{๓๘} ดู Byron Good. (๑๙๙๔). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective.* Cambridge: The University of Cambridge.

^{๓๙} ดู Robert Desjarlais. (๑๙๙๒). *Body and Emotion: The aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas.* Philadelphia: The University of Pennsylvania Press.

^{๔๐} ดู Thomas Csordas. (๑๙๙๔). *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing.* Berkeley: The University of California Press.

^{๔๑} ดู João Biehl. (๒๐๐๕). *Vita: Life in a zone of social abandonment.* Berkeley: The University of California Press.

^{๔๒} สุวรรณา สถาอานันท์. (๒๕๖๐). *มิติอารมณ์ความรู้สึกของการเจ็บป่วย.* ปาฐกถาในการประชุมวิชาการทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ ๑๒. “อยู่ดี กินดี มีอยู่”: มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของสุขภาพ. วันที่ ๒๑-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) กรุงเทพมหานคร และ

^{๔๓} Annemarie Mol. (๒๐๐๒). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice.* Durham: The Duke University Press.

กาลเทศะต่างๆ กัน การมองว่าความจริงมีอยู่หลายชุดและสามารถดำรงอยู่พร้อมกันในโลกแห่งปฏิบัติการนี้ได้ ผลักดันให้มานุษยวิทยาการแพทย์เข้าสู่จุดเปลี่ยนในทางภววิทยา (Ontological turn) ที่จะเปลี่ยนโลกทัศน์ของมานุษยวิทยาการแพทย์ไปอย่างสิ้นเชิง^{๔๔}

๒.๓ การหันมาศึกษาการแพทย์สมัยใหม่

แม้ความสนใจหลักอย่างหนึ่งของมานุษยวิทยาการแพทย์ คือการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน (Folk or indigenous medicines) หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ (Ethnomedicine) แต่ก็มีนักมานุษยวิทยาการแพทย์จำนวนไม่น้อยได้หันมาศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ (Anthropology of Biomedicine)^{๔๕} การศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ที่ดำเนินมาก่อนหน้านี้มักเป็นงานของนักสังคมวิทยาที่เคยให้ความสนใจกับบทบาทของสถาบันการแพทย์และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่น แนวคิดบทบาทผู้ป่วย (Sick role) ของทาลคอตท์ พาร์สัน (Talcott Parson)^{๔๖} ที่มีมุมมองต่อสถาบันการแพทย์ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของผู้คนตามแนวคิดแบบ Structural functionalism ที่เรารู้จักกันดี ส่วนการศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการแพทย์และผู้ป่วยแต่เดิมนั้นมักให้ความสนใจกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรค

ตัวอย่างงานศึกษาศาสสิกชิ้นหนึ่งของเออร์วิเน่ โซลา (Irvine Zola)^{๔๗} ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่นำเสนอความเจ็บป่วยแตกต่างกันตามลักษณะทางวัฒนธรรมของแต่ละชาติพันธุ์ โซลาพบว่าผู้ป่วยชาวไอริชเมื่อมีอาการเจ็บปวดมักจะไม่แสดงความทุกข์ร้อนหรือร้องไห้อาววย ตรงข้ามกับผู้ป่วยชาวอิตาลีที่มักจะตีตนไปก่อนไข้ เจ็บปวดเพียงเล็กน้อยก็จะทำเป็นเรื่องใหญ่ ในขณะที่พวกเขาจะพูดถึงความเจ็บป่วยราวกับเป็นเรื่องนอกตัว พฤติกรรมการมารับการรักษาพยาบาลจึงแตกต่างกันไปด้วย คนอิตาลีนั้นมักจะมารับการรักษาเร็ว ในขณะที่คนไอริชมักจะอดทนจนอาการเป็นมากแล้วจึงจะมารับการรักษา เป็นต้น การศึกษาในลักษณะนี้เป็นความพยายามที่จะอธิบายพฤติกรรมของฝ่ายผู้ป่วยมากกว่าที่จะสนใจศึกษาพฤติกรรมของแพทย์ผู้ให้การรักษา คือ สนใจว่าลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความเจ็บป่วยและผลต่อการรักษาอย่างไร หรือไม่ก็สนใจประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย (Doctor-patient interactions)^{๔๘} และมุมมองคนในของผู้ป่วย

^{๔๔} ดูรายละเอียดใน ดู โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ๒๕๕๙ “ศาสตร์-อศาสตร์: มานุษยวิทยา ณ จุดเปลี่ยนทางภววิทยา,” ใน จันทน์ เจริญศรี และคณะ บก. *ศาสตร์ อศาสตร์ เข้ามาข้างนอก ออกไปข้างใน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พารากราฟ. หน้า ๑๑๗-๑๔๐

^{๔๕} Margaret Lock and Vinh-Kim Nguyen. (๒๐๑๐). *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

^{๔๖} Talcott Parson. (๑๙๕๑). *The Social System*. London: Routledge.

^{๔๗} Irvine Zola. (๑๙๖๖). Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*. ๓๑: ๖๑๕-๖๓๐.

^{๔๘} ดูบทที่ ๕ Doctor-patient interactions ใน Cecil Helman. (๑๙๙๐). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Bristol: John Wright.

(Emic view หรือ Explanatory models)^{๔๙} เพิ่งจะมาระยะหลังนี้ที่นักมานุษยวิทยาหันมาสนใจวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ (Culture of biomedicine) เพิ่มมากขึ้น^{๕๐}

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าการแพทย์แบบพื้นบ้านในสังคมดั้งเดิมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากขึ้นทุกที^{๕๑} คนเผ่าดั้งเดิมต่างๆ ก็แทบไม่เหลือให้นักมานุษยวิทยาได้ศึกษา ในขณะที่เดียวกันนักมานุษยวิทยาก็ถูกตั้งคำถามด้วยว่า ใช้เวลาภาคสนามไปศึกษาทำความเข้าใจระบบการแพทย์หลากหลายของชาติพันธุ์ต่างๆ ในสังคมที่ห่างไกล ซึ่งเราแทบไม่เคยใช้ชีวิตส่วนที่เหลือเลย การศึกษาเหล่านั้นก็แทบไม่มีส่วนช่วยแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของคนเผ่าต่างๆ มากนัก แต่กับระบบการแพทย์ผู้คนในสังคมที่เราต่างต้องแวะเวียนไปใช้บริการรักษาอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน ทำไมนักมานุษยวิทยากลับไม่สนใจและไม่มีความรู้เกี่ยวกับมันเลย^{๕๒} นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งจึงหันมาสนใจเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (illness narrative) ในฐานะภาพตัวแทนนำเสนอประสบการณ์ความเจ็บป่วยของคนไข้^{๕๓} หันมาสนใจศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาโรงพยาบาล (Hospital ethnography) โดยถือว่าโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่หรือภาคสนามของนักมานุษยวิทยา^{๕๔} ในขณะเดียวกันกระแสความคิดการศึกษาชีวอำนาจ (bio-power) ชีวการเมือง (bio-politics) การจับจ้องทางการแพทย์ (medical gaze) และการปกครองชีวญาณ (Governmentality)^{๕๕} ล้วนแต่เป็นการเปิดประเด็นที่เชิญชวนให้นักมานุษยวิทยาหันมาสนใจศึกษาวัฒนธรรมและปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่

^{๔๙} Arthur Kleinman. (๑๙๗๘). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science & Medicine* ๑๒:๘๕-๙๓.

^{๕๐} 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, งานศึกษาอีกชิ้นที่สำคัญ 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.

^{๕๑} 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.

^{๕๒} ผู้สนใจ การศึกษาวัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่ของกลุ่มนักวิชาการ medical anthropology at home ดูวารสารวิชาการ Anthropology and Medicine (๒๐๑๒) Vol. ๑๙ (๑) Medical anthropology in Europe: Shaping the field และเว็บไซต์ <https://www.vjf.cnrs.fr/maah/>

^{๕๓} Arthur Kleinman. (๑๙๘๘). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

^{๕๔} 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.

^{๕๕} ดู ชิกเกฮาร์ ทานาเบ. (๒๕๕๑). *ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ : กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

แนวคิด ‘local biologies’ ของมาร์กาเร็ต ล็อก (Margaret Lock)^{๕๖} เป็นแนวคิดสำคัญในการศึกษาปรากฏการณ์ของการแพทย์สมัยใหม่ที่ตั้งคำถามเกี่ยวกับรากฐานความคิดของวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เชื่อว่า “ชีววิทยา” นั้นมีลักษณะสากล คือ ชีววิทยาเป็นสิ่งเดียวกันและเหมือนกันในทุกสังคมทุกวัฒนธรรม เมื่อโรคต่างๆ เกิดจากความผิดปกติทางชีววิทยา โรคเดียวกันจึงควรมีลักษณะทางชีววิทยาเหมือนกันไปด้วย แต่งานวิจัยของล็อกกลับชี้ให้เห็นว่า กระบวนการทางชีววิทยาของมนุษย์ มีสิ่งที่เรียกว่า Bio-social differentiation ปฏิสัมพันธ์ระหว่างชีววิทยากับสังคมได้ “ตกตะกอน” หรือแฝงฝังเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางร่างกายของเรา ชีววิทยาของมนุษย์ในต่างถิ่นต่างที่จึงแตกต่างกัน เพราะร่างกายของเราไม่สามารถแยกออกจากบริบททางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมและประวัติชีวิตของเรา กระบวนการทางสังคมที่ทำให้เกิด “ชีววิทยาท้องถิ่น” ที่แตกต่างกันในแต่ละสังคมทำให้ชีววิทยาเปลี่ยนสถานะจากปัจจัยกำหนดที่ตายตัวมาเป็นที่ถูกกำหนดจากเงื่อนไขและบริบททางประวัติศาสตร์และสังคม

การแพทย์สมัยใหม่มีแนวคิดแบบ Determinism คืออธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ในทางชีววิทยาว่ามีพันธุกรรมเป็นตัวกำหนด การเสนอแนวคิดเรื่อง local biologies ที่ถือว่าชีววิทยาถูกกำหนดด้วยประวัติศาสตร์และแปรเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคมจึงเป็นการท้าทายแนวคิดเรื่องตัวกำหนดที่ตายตัวทางชีววิทยา ปัจจุบัน ความรู้ในแวดวงการแพทย์เริ่มตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดทางชีววิทยา โดยเฉพาะพันธุกรรมที่เคยยึดถือว่าเป็นปัจจัยชี้ขาด ในระยะเริ่มแรกที่มีการศึกษาพันธุกรรมมนุษย์ (human genome) นั้น นักพันธุกรรมศาสตร์ต่างวาดฝันว่าหากสามารถถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์ได้ ก็จะพยากรณ์ได้ว่ามนุษย์แต่ละคนจะเป็นอย่างไร จะป่วยด้วยโรคอะไร เพียงด้วยการตรวจทางพันธุกรรม ยิ่งไปกว่านั้น ยังจะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้แทบทุกอย่างด้วยการปรับเปลี่ยนทางพันธุกรรม แต่เมื่อการถอดรหัสสำเร็จ นักวิทยาศาสตร์กลับพบว่ากว่า ๙๘% ของพันธุกรรมมนุษย์นั้น เราไม่รู้เลยว่ามันทำหน้าที่อะไร นักวิทยาศาสตร์จำนวนหนึ่งเรียกยีนเหล่านี้ว่า ยีนขยะ (Junk genes) ยิ่งไปกว่านั้น รหัสพันธุกรรมของมนุษย์ก็แทบจะไม่ได้แตกต่างอะไรไปจากพันธุกรรมของลิงชิมแปนซี คือมีรหัสที่เหมือนกันถึง ๙๖% ข้อค้นพบต่างๆ ในทางพันธุกรรมศาสตร์นำมาซึ่งคำถามมากกว่าที่จะให้คำตอบสุดท้าย นักวิทยาศาสตร์จำนวนหนึ่งถึงกับเสนอแนวคิดว่าวิทยาศาสตร์ต้องก้าวพ้นปัจจัยกำหนด (beyond determinism) ไปเสีย

การก้าวพ้นพันธุศาสตร์แบบ determinism นี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการพบว่า ไม่ใช่ทุกๆ รหัสพันธุกรรมจะแสดงออกเท่ากัน รหัสพันธุกรรมจำนวนไม่น้อยจะไม่แสดงออกอะไรเลย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ถูกเรียกว่า ยีนขยะ ยีนเหล่านี้จะเก็บตัวเงียบๆ และจะแสดงออกก็ต่อเมื่อถูกกระตุ้นจากปัจจัยที่นอกเหนือไปจากชีววิทยา โดยเฉพาะปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม การพบว่ามีปัจจัยเหนือกว่าพันธุกรรมที่มีผลต่อลักษณะการแสดงออกพันธุกรรมนี้ทำให้เกิดสาขาวิชาที่เรียกว่า Epigenetics ที่ให้ความสนใจกับปัจจัยทางสังคม เช่น การเลี้ยงดู ว่าเป็นตัวแปรสำคัญของการแสดงออกของยีน ตัวอย่างเช่น ไข่อ่อนฝาคัดที่มีรหัสพันธุกรรมเหมือนกัน เมื่อนำไปฝังแยกไว้กับแม่คนละคน พฤติกรรมของแม่ในการดูแลใส่ใจระหว่างตั้งครรภ์ที่แตกต่างกันจะมีส่วนสำคัญที่ทำให้

^{๕๖} 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

ให้ลูกที่คลอดออกมาจะมีลักษณะการแสดงออกทางพันธุกรรมที่แตกต่างกันไปด้วย การที่นักพันธุกรรมศาสตร์ จึงหันมาสนใจมิติทางสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพันธุกรรม อย่างไร เท่ากับเป็นการให้น้ำหนักกับการเลี้ยงดู (Nurture) มากกว่าธรรมชาติ (Nature) อันเป็นข้อถกเถียงที่ นักมานุษยวิทยาได้นำเสนอมาก่อนแล้วนั้นให้ยังมีน้ำหนักมากขึ้น

การศึกษาทางมานุษยวิทยาที่ให้ความสนใจกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังได้ทำให้เกิดแนวคิดสำคัญ เรื่อง ชีวสังคม (biosociality)^{๕๗} แนวคิดเรื่อง sociality เป็นความพยายามที่นักมานุษยวิทยาจะก้าวพ้นไปจาก กับดักการมองสังคม (society) และความสัมพันธ์ทางสังคม (social) แบบสำเร็จรูปที่เราเคยชิน ในโลกปัจจุบัน ที่ความสัมพันธ์ทางสังคมแตกต่างออกไปได้อย่างหลากหลาย คำว่า sociality ถูกใช้เพื่อสะท้อนสังคมและความสัมพันธ์ที่มีรูปแบบและคุณภาพแตกต่างจากในอดีต เทคโนโลยีทางการแพทย์ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้มนุษย์ รวมตัวกันบนความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ๆ โดยเฉพาะการรวมกันเป็นกลุ่มทางสังคมจากลักษณะร่วมในทาง ชีววิทยาหรือ biosociality เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน หรือคนที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามียีนหรือ พันธุกรรมผิดปกติ กลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นผู้ร่วมชะตากรรมเดียวกันและเกิดการรวมกลุ่มกลายเป็นสังคมแบบ หนึ่งบนพื้นฐานของชีววิทยา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมอาจมีการรวมตัวกันเพื่อการดูแลเอาใจใส่ และแก้ปัญหาาร่วมกัน และอาจมีปฏิบัติการทางการเมือง เช่น การเรียกร้องสิทธิ หรือต่อรองกับอำนาจรัฐ เพื่อที่จะให้รัฐสนับสนุนเงินงบประมาณในการทำรักษาหรือการวิจัยเพื่อหาทางรักษาโรคที่ตัวเองป่วย กลุ่ม พลเมืองที่ลุกขึ้นมาปฏิบัติการทางการเมืองและทวงถามถึงสิทธิทางพันธุกรรมของตนนี้มีการเรียกกันว่า Genetic citizenship^{๕๘}

นอกจากมิติความสัมพันธ์ทางสังคมแล้ว เทคโนโลยีการแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ ยังทำให้เกิด ประสพการณ์ความเจ็บป่วยใหม่ๆ ขึ้น บริษัทยาและธุรกิจด้านการแพทย์ได้ใช้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคเพื่อสร้าง ตลาดผลิตภัณฑ์สินค้าและสร้างความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่กลายเป็นความเจ็บป่วยแบบใหม่ เทคโนโลยีพันธุกรรมก็อาจทำให้เราสามารถตรวจพบได้ว่าเรามีพันธุกรรมผิดปกติที่เราอาจไม่เคยรู้ว่ามีมาก่อน แต่การตรวจพบความผิดปกติก็ไม่สามารถบอกได้ว่าอาการของโรคจะแสดงออกเมื่อใด เพราะโดยธรรมชาติของ การแสดงออกของโรค ผู้ป่วยที่มีพันธุกรรมผิดปกติบางคนก็แสดงออกในระยะเวลาที่รวดเร็ว ส่วนบางคนอาจ เสียชีวิตด้วยเหตุอื่นหรือโรคอื่นไปเสียก่อนที่อาการของโรคทางพันธุกรรมจะแสดงออก ทุกคนที่รู้ว่าตนมี พันธุกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงกลายเป็น “ผู้รอป่วย” patient-in-waiting^{๕๙} ที่ถึงแม้จะมีสุขภาพดี แต่ก็มี สภาวะเหมือนคนนั่งรอความเจ็บป่วย รอว่ายีนผิดปกติที่อยู่ในตัวนั้นจะแสดงออกเมื่อใด พันธุกรรมที่ผิดปกติได้ สร้างความวิตกกังวลและกลายเป็นสิ่งที่กำหนดชีวิตของเราว่าจะเลือกทานอาหารอะไร จะแต่งงานกับใครได้

^{๕๗} 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) ที่ประดิษฐ์ขึ้นใหม่ของกลุ่มผู้ป่วย และประชากรกลุ่มเสี่ยง จากอิทธิพลความรู้การวินิจฉัยโรคของการแพทย์สมัยใหม่ภายใต้บริบทยุคโลกาภิวัตน์ ใน Anita Hardon and Bernhard Hadolt. (Eds.). (๒๐๑๗). *Emerging Socialities in ๒๑st Century Health Care*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

^{๕๘} 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.

^{๕๙} Joseph Dumit. (๒๐๑๒). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham, NC: Duke University Press.

หรือไม่ จะใช้ชีวิตอยู่อย่างไรเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดขึ้นของโรคที่ตนมีพันธุกรรมอยู่ เทคโนโลยีการตรวจหาความผิดปกติทางพันธุกรรมจึงได้สร้างสำนึกความเป็นตัวตนแบบหนึ่งขึ้น ตัวตนที่ถูกสร้างจากสำนึก รับรู้ว่ามียีนหรือพันธุกรรมผิดปกติที่อาจจะทำให้เราป่วยในเวลาใดเวลาหนึ่งและทำให้เราเลือกที่จะมีชีวิต อย่างเป็นใดอย่างหนึ่งนี้มีการเรียกกันว่า Genetic subjectivity^{๖๐}

การหันมาสนใจการแพทย์สมัยใหม่ของนักมานุษยวิทยาได้ทำให้เกิดแนวคิดและข้อค้นพบสำคัญจำนวนมาก แม้ว่ามานุษยวิทยาของการแพทย์สมัยใหม่ (anthropology of biomedicine) นี้จะมีมาก่อนที่จะเกิดการตื่นตัวของแวดวง “วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา” (science and technology studies หรือ STS) แต่กระแสความสนใจในวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษานี้ก็ได้กระพือให้การศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์มีมิติต่างๆ ที่น่าสนใจมากยิ่งขึ้น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษาได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับ “ความรู้ในทางวิทยาศาสตร์” ที่เคยถือกันว่าเป็นกลางและมีความเป็นภาวะวิสัย โดยการแสดงให้เห็นถึงฐานคิดและวิถีปฏิบัติของนักวิทยาศาสตร์ในกระบวนการผลิตความรู้ที่ไม่ได้มีความเป็นภาวะวิสัยอย่างที่มักจะเข้าใจกัน^{๖๑} แต่การศึกษาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในมิติทางสังคมนี้ไม่ได้สนใจแต่เฉพาะมิติของญาณวิทยา (Epistemology) ว่าความรู้แบบวิทยาศาสตร์ถูกสร้างขึ้นอย่างไรเท่านั้น แต่ยังตั้งคำถามไปถึงรากฐานทางภววิทยา (Ontological assumption) ว่าความรู้ต่างๆ นั้นวางอยู่บนอคติในทางภววิทยาอย่างไรบ้าง มีรากฐานความคิดที่นิยามความจริงหรือสิ่งที่ดำรงอยู่ (ontological existence) อย่างไร และภววิทยาอื่นๆ ที่แตกต่างออกไปจากภววิทยาแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ทำให้ความรู้ของมนุษย์ในวัฒนธรรมอื่นแตกต่างออกไปอย่างไร^{๖๒} ในมานุษยวิทยาการแพทย์ การหันมาให้ความสำคัญกับภววิทยานี้หมายถึงการตั้งคำถามกับความจริงทางภววิทยาของการแพทย์ (medical ontology) ซึ่งลึกลงไปกว่าการตั้งคำถามที่ว่าความรู้ทางการแพทย์ประกอบสร้างความจริงทางคลินิก (clinical reality) ขึ้นมาอย่างไร^{๖๓} กล่าวอีกนัยหนึ่ง ความสนใจเรื่องภววิทยานี้แทนที่จะสนใจว่ามนุษย์ในวัฒนธรรมต่างๆ อธิบายความเจ็บป่วยผ่าน ‘ภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย’ (Illness representation)^{๖๔} อย่างไร กลับไปให้ความสนใจกับฐานคิดเรื่อง ‘ความจริง’ อันเป็นรากฐานของความรู้และปฏิบัติการในระบบการแพทย์ต่างๆ

การที่วัฒนธรรมศึกษาของวิทยาศาสตร์ (Cultural studies of science) ไม่ได้สนใจเรื่องภาพตัวแทนก็เพราะการศึกษาภาพตัวแทนต่างๆ มีฐานคิดที่ถือว่า “ความจริงของโลก” นั้นมีอยู่เพียงแบบเดียว แต่ผู้คนในแต่ละสังคมวัฒนธรรมได้สร้างภาพตัวแทนของความจริงแบบต่างๆ ขึ้น การวิเคราะห์ภาพตัวแทน ไม่ว่าจะ

^{๖๐} Micheal Arribas-Ayllon. (๒๐๑๕), Genetic testing and human subjectivity. In *Social and Personality Psychology Compass*, ๙, ๒๑๓-๒๒๔. doi: ๑๐.๑๑๑๑/spc๓.๑๒๑๓๔.

^{๖๑} ดู Bruno Latour. (๑๙๘๗). *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press.

^{๖๒} ดู Philippe Descola. (๒๐๑๓). *Beyond Nature and Culture*. Translated by Janet Lloyd. Chicago: University of Chicago Press.

^{๖๓} 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.

^{๖๔} 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.

ระบบความเชื่อ ภาษาหรือพิธีกรรมในวัฒนธรรมต่างๆ ก็เพื่อเข้าใจ “การประกอบสร้างทางสังคม” (social construction) ที่ทำให้ความจริงทางสังคม (social reality) แตกต่างไปจากความจริงแบบภาวะวิสัยที่มีอยู่เพียงแบบเดียว สำหรับนักคิดที่หันมาสนใจภววิทยา (Ontological turn หรือ OT) แล้ว วิธีคิดที่ว่าความจริงเป็นหนึ่งเดียวนั้นเป็นผลผลิตจากการที่เราแบ่งโลกออกเป็นธรรมชาติกับสังคม แล้วยกการศึกษา “ความจริงธรรมชาติ” ให้กับนักวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ ไป เช่น ธรรมชาติก็ยกให้นักวิทยาศาสตร์ธรรมชาติไป ร่างกายมนุษย์ก็ยกให้แพทย์ ส่วนนักสังคมศาสตร์ก็หันมาศึกษา “ความจริงทางสังคม” (social reality) ต่างๆ เช่น ความรู้ท้องถิ่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือปฏิบัติการของอำนาจ โดยที่นักสังคมศาสตร์จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องหรือตรวจสอบความรู้ของนักวิทยาศาสตร์ธรรมชาติเลย^{๖๕}

เมื่อความจริงอาจไม่ได้มีอยู่เพียงแบบเดียว แทนที่ เราจะสนใจแต่เฉพาะการประกอบสร้างความจริงทางการแพทย์ในระบบวัฒนธรรมต่างๆ มานุษยวิทยาการแพทย์อาจต้องมองหา “ความจริง” ที่หลากหลายที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันของเรา ตัวอย่างการศึกษาที่โดดเด่นในลักษณะนี้ได้แก่งานของ Annemarie Mol ในหนังสือชื่อ *The Body Multiple*^{๖๖} ที่แสดงให้เห็นความจริงหลายแบบที่ถูกแสดงผ่านปฏิบัติการของผู้กระทำหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis) ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในหนังสือดังกล่าว โมลเจตนาที่จะข้ามเส้นแบ่งระหว่างวิทยาศาสตร์กับสังคมศาสตร์โดยแสดงให้เห็นว่าความจริงที่ปรากฏในโลกวิทยาศาสตร์นั้นไม่ได้เป็นเขตต้องห้ามหรือข้อยกเว้นที่นักมานุษยวิทยาไม่สามารถเข้าไปเกี่ยวข้องได้ การตั้งคำถามเกี่ยวกับความจริงยังได้เปิดพื้นที่การถกเถียงเกี่ยวกับการเมืองจาก “การเมืองของภาพตัวแทน” ไปสู่การต่อสู้เพื่อช่วงชิงการนิยามความจริงอีกด้วย^{๖๗}

มุมมองใหม่ๆ ยังถูกนำเสนอผ่านแนวคิดชีวิตหลากหลายสายพันธุ์ (Multispecies) ที่นำมาศึกษาในสถานการณ์ทางการแพทย์ที่มีปัญหาเชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial resistance - AMR) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ไม่เพียงแต่เสนอคำอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและความหมายของของยาปฏิชีวนะที่แตกต่างไปตามบริบททางวัฒนธรรม แต่ยังได้ย้อนกลับมาทบทวน “ความรู้” และ “ความจริง” ที่เป็นรากฐานของปรากฏการณ์ “การใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น” อีกด้วย^{๖๘} มุมมองเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะวางอยู่บนฐานคิดที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง แต่หากเรามองว่ามนุษย์นั้นแท้จริงแล้วไม่ได้ดำรงอยู่แยกขาดจากสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ก็จะทำให้เห็นว่าในร่างกายมนุษย์มีสิ่งมีชีวิตหรือจุลินทรีย์จำนวนมากมาหมาดๆ อยู่ร่วมกับเรา ที่เรียกกันว่า Microbiome นอกจากนั้น การศึกษาปัญหาเชื้อดื้อยา ยังไม่สามารถแยกศึกษาเรื่องของคนออกจากเรื่องของสัตว์ได้ เพราะการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ก็สามารถส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของเชื้อโรคในคนหรือแม้แต่ในพืชก็มีการใช้ยาปฏิชีวนะเช่นเดียวกัน คน สัตว์ พืช และจุลินทรีย์จึงอยู่ในระบบนิเวศที่สัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก การศึกษาทางมานุษยวิทยาจึงต้องข้ามศาสตร์ไปสนใจสัตวศาสตร์และการปศุสัตว์ พฤกษศาสตร์และการเกษตรสมัยใหม่ หรือแม้แต่ความรู้เรื่องความสัมพันธ์หลายมิติของจุลินทรีย์กับมนุษย์ เรา

^{๖๕} ดู โทมัส จี. เกลิธทรีย์ ๒๕๕๙ “ศาสตร์-อศาสตร์: มานุษยวิทยา ณ จุดเปลี่ยนทางภววิทยา,” ใน จันทน์ เจริญศรี และคณะ บก. *ศาสตร์ อศาสตร์ เข้ามาข้างนอก ออกไปข้างใน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พารากราฟ. หน้า ๑๑๗-๑๔๐.

^{๖๖} Annemarie Mol. (๒๐๐๒). *The body multiple*, Durham and London, Duke University Press.

^{๖๗} 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.

^{๖๘} Clare Chandler and Coll Hutchison. (๒๐๑๖). *Antimicrobial resistance 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

จะทำความเข้าใจเรื่องเหล่านี้ได้อย่างไรหากเราแยกมนุษย์ออกจากโลกของสิ่งของและสิ่งมีชีวิต ทิศทางของมานุษยวิทยาการแพทย์หนึ่งจึงเป็นการศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาของหลากหลายพันธุ์ ที่เราอาจเรียกว่า หลากสายพันธุ์นิพนธ์ (Multispecies ethnography)

การเปลี่ยนแปลงในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ที่เกิดขึ้นในช่วง ๒-๓ ทศวรรษนี้ถูกประมวลไว้ในงานทบทวนความรู้ของเชอร์รี ออร์ทเนอร์ (Sherry Ortner) ในบทความที่ชื่อ Dark anthropology and its others: Theory since the eighties^{๖๙} ออร์ทเนอร์ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ได้ทำให้เกิดแนวความคิดสองด้านขึ้น ด้านหนึ่งเรียกว่า “มานุษยวิทยาสายดาร์ค” Dark anthropology โดยในยุคก่อนหน้านั้น มานุษยวิทยามักจะสนใจวัฒนธรรมที่ดิงาม ความเป็นชุมชน และพิธีกรรมเพื่อความเป็นหนึ่งเดียวกันของชุมชน มานุษยวิทยาสายดาร์คไม่เห็นด้วยกับมุมมองแบบโลกสวยนี้ ตรงกันข้าม มานุษยวิทยาสายดาร์คเห็นว่าโลกเต็มไปด้วยการกดขี่ การเอารัดเอาเปรียบกัน และความรุนแรงต่างๆ และให้ความสนใจกับอำนาจ การต่อรอง (Negotiation) และการต่อต้านขัดขืน (Resistance)^{๗๐} รวมทั้งการเปิดเผยให้เห็นถึงความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural violence)^{๗๑} ที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำที่ถูกผลิตซ้ำโดยโครงสร้างที่ไม่เท่าเทียม นอกจากการเปิดโปงปฏิบัติการของอำนาจแล้ว ประสบการณ์และชะตากรรมที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นก็ได้รับความสนใจจากนักมานุษยวิทยาที่ศึกษาความทุกข์ทางสังคม (Social suffering)^{๗๒} ที่แสดงให้เห็นถึงผลผลิตจากโครงสร้างทางสังคมการเมืองและความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งในหลายกรณี วัฒนธรรมมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้คนต้องเผชิญกับชะตากรรมเช่นนั้น ทั้งในแง่การสร้างวัฒนธรรมให้กับความรุนแรงหรือผลิตซ้ำอุดมคติทางสังคมที่กดขี่ผู้ไร้อำนาจและคนชายขอบของสังคม เช่น ผู้ป่วยทางจิต^{๗๓} ผู้ติดเชื่อเอดส์^{๗๔} หรือผู้หญิงในกลุ่มชาติพันธุ์^{๗๕}

แต่ขณะเดียวกัน อีกด้านหนึ่งของมานุษยวิทยาการแพทย์ก็ได้ตั้งคำถามถึงบทบาทของมานุษยวิทยาในการสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งเห็นว่าการวิพากษ์สังคมอาจไม่ใช่สิ่งเดียวที่มานุษยวิทยาทำได้ และได้หันมาให้ความสำคัญกับการสร้างสังคมที่ดิงามที่มนุษย์จะอยู่ร่วมกันอย่างมีสันติ ซึ่งออร์ทเนอร์เรียกมานุษยวิทยาสายนี้ว่า มานุษยวิทยาของความดิงาม (Anthropology of the good) นักมานุษยวิทยาในกลุ่มนี้เสนองานที่เน้นมิติของความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญกับการดูแลเอาใจใส่

^{๖๙} Sherry Ortner. (๒๐๑๖). Dark anthropology and its others: Theory since the eighties. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*. ๖ (๑): ๔๗-๗๓.

^{๗๐} Aihwa Ong. (๑๙๘๗). *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*. Albany, NY: State University of New York Press.

^{๗๑} Paul Farmer. (๒๐๐๔). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.

^{๗๒} Arthur Kleinman, Veena Das and Margaret M. Lock. (Eds.). (๑๙๙๗). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

^{๗๓} Arthur Kleinman. (๑๙๘๖). *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven and London: Yale University Press.

^{๗๔} Paul Farmer. (๑๙๙๒). *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

^{๗๕} Komatra Chuengsatiansup. (๑๙๙๙). Sense, Symbol, and Soma: Illness Experience in the Soundscape of Everyday Life. *Culture, Medicine and Psychiatry*. ๒๓: ๒๗๓-๓๐๑.

(Anthropology of care)^{๗๖} มานุษยวิทยาศีลธรรม (Anthropology of morality)^{๗๗} รวมทั้งมานุษยวิทยาจริยธรรม (Anthropology of Ethics)^{๗๘} มานุษยวิทยาทั้งสองสาย คือ มานุษยวิทยาสายดาร์ค และ มานุษยวิทยาของความดีงามนี้ดำรงอยู่คู่กันในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์และมีการสร้างสรรค์งานวิชาการที่เข้มแข็งมาอย่างต่อเนื่อง แม้ออร์ทเนอร์จะจำแนกมานุษยวิทยาการแพทย์ออกเป็นเพียงสองสายความคิด แต่ในของแต่ละสายนั้นก็มีความหลากหลายที่เป็นทางเลือกสำหรับนักมานุษยวิทยาที่สนใจได้ใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางการแพทย์

๒.๔ การสะท้อนคิดและบทบาทนักมานุษยวิทยา

ประเด็นสุดท้าย ที่เราอาจเห็นการเปลี่ยนผ่านต่อเนื่องมาจาก ๒ ทศวรรษที่แล้วของมานุษยวิทยาการแพทย์ก็คือ การสะท้อนย้อนคิด (Reflection) หรือการทบทวนตนเองของนักมานุษยวิทยา ประวัติศาสตร์ที่มานุษยวิทยาเคยทำหน้าที่รับใช้จักรวรรดินิยม หรือการที่นักมานุษยวิทยาบางคนถูกกล่าวหาว่าใช้การทำงานภาคสนามเพื่อการสอดแนมให้กับหน่วยสืบราชการลับของสหรัฐอเมริกาในระหว่างสงครามเย็นเป็นมรดกของอดีตที่ทำให้เราต้องสะท้อนย้อนคิดและเตือนตนเองถึงบทบาทของนักมานุษยวิทยาเสมอๆ ว่า เราอาจเป็นส่วนหนึ่งของระบบของการกดขี่ หรือมีส่วนในการผลิตซ้ำความไม่เป็นธรรมในสังคม เพราะในประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา เราเคยเป็นเช่นนั้น และก็ไม่มีหลักประกันใดๆ ว่าเราจะไม่เป็นเช่นนั้นอีกในอนาคต ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือถูกใช้เป็นเครื่องมือโดยไม่รู้ตัวก็ตาม

หากเปรียบเทียบกัน มานุษยวิทยาการแพทย์อาจแตกต่างออกไปจากมานุษยวิทยาโดยทั่วไปบ้าง ในแง่หนึ่ง มานุษยวิทยาการแพทย์กำเนิดและเติบโตขึ้นมาในฐานะ “มานุษยวิทยาประยุกต์” (Applied anthropology) ตั้งแต่ต้น นักมานุษยวิทยาการแพทย์ยุคบุกเบิกพยายามจะเข้าใจวัฒนธรรมทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพของคนพื้นเมืองเพื่อที่จะนำไปใช้ในการทำงานควบคุมป้องกันโรค หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้คน การเน้นการประยุกต์ใช้มานุษยวิทยาเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขถูกมองว่าอาจเป็นการรับใช้สถาบันการแพทย์จนลืมนัดตั้งคำถามหรือวิพากษ์ความเหลื่อมล้ำทางอำนาจที่ดำรงอยู่ในระบบการแพทย์ ในขณะที่มานุษยวิทยาการแพทย์อีกส่วนหนึ่งให้ความสนใจกับระบบการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์พื้นบ้าน แม้จะทำให้จารีตความรู้ท้องถิ่นที่อยู่นอกกระแสหลักได้รับความสนใจและการยอมรับมากขึ้น แต่ก็ถูกวิพากษ์ว่าเป็นพวกโรแมนติก โหยหาอดีต เพราะงานเขียนส่วนมากมักมีแนวคิดแบบ structural functionalism ที่นำเสนอภาพตัวแทนของภูมิปัญญาชาวบ้านในลักษณะอนุรักษ์นิยม ข้อวิพากษ์เหล่านี้ได้ทำให้มานุษยวิทยาการแพทย์จำเป็นต้องทบทวนและปรับเปลี่ยนตนเอง

ในระยะ ๒ ทศวรรษเศษ วิวัฒนาการของมานุษยวิทยาได้มาถึงจุดที่เรียกว่าเป็น “วิกฤติของภาพตัวแทนวัฒนธรรม” (crisis of representation)^{๗๙} เกิดการตั้งคำถามว่า งานชาติพันธุ์นิพนธ์ที่เราเขียนขึ้นนั้น

^{๗๖} Iain Wilkinson and Arthur Kleinman. (๒๐๑๖). *A Passion for Society: How We Think about Human Suffering*. Berkeley: University of California Press.

^{๗๗} Didier Fassin. (Ed.). (๒๐๑๒). *Companion to Moral anthropology*. Oxford: Wiley-Blackwell.

^{๗๘} 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.

^{๗๙} George E. Marcus and Michael F. Fischer. (๑๙๘๖). *Anthropology as cultural critique: An experimental moment in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press.

สามารถเป็นตัวแทนของสิ่งที่เราไปศึกษาได้จริงหรือไม่ เมื่อการเขียนงานชาติพันธุ์นิพนธ์ถูกตั้งคำถามและเกิดกระแสการวิพากษ์การเขียนวัฒนธรรม (Writing culture) ของนักมานุษยวิทยาขึ้น^{๕๐} ก็มีความพยายามในการทดลองนำเสนองานมานุษยวิทยาแบบใหม่ๆ ในขณะที่เดียวกัน ผู้อ่านงานมานุษยวิทยาก็เปลี่ยนไป จากเดิมที่นักมานุษยวิทยามักเขียนเรื่องสังคมชนเผ่าเพื่อให้ผู้สนใจที่ส่วนมากเป็นคนเมืองหรือนักวิชาการในสังคมสมัยใหม่อ่าน แต่ในโลกปัจจุบัน ผู้คนที่นักมานุษยวิทยาไปศึกษาก็สามารถอ่านงานที่เขียนถึงเขาได้ การตีความของนักมานุษยวิทยาที่อาจไม่เป็นที่ยอมรับของทุกคนในชุมชนที่เราไปศึกษา เรื่องราวที่เขียนก็ไม่ได้เกิดขึ้นในดินแดนอันไกลพันอีกต่อไป แต่เป็นเรื่องที่ค้นหาอ่านได้ง่ายๆ แค่ปลายนิ้วบนอินเทอร์เน็ต ทั้งข้อจำกัดของภาพตัวแทนของงานชาติพันธุ์นิพนธ์และการเปลี่ยนแปลงไปของผู้อ่านทำให้เราต้องกลับมาทบทวนว่าเราควรจะเขียนงานชาติพันธุ์นิพนธ์อย่างไร การแปลงข้อมูลจากบันทึกภาคสนามมาเป็นงานชาติพันธุ์นิพนธ์หรือบทความทางวิชาการได้กลบเกลื่อนหรือกรองเอาอะไรออกไปบ้างหรือไม่ อย่างไร^{๕๑} นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งกลับไปอ่านบันทึกสนาม (diary) ของตัวเองใหม่ เพื่อตรึงตรองและสะท้อนย้อนคิดเกี่ยวกับการทำงานของตัวเอง จนกระทั่งเกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “Diary disease” ขึ้นในหมู่นักมานุษยวิทยาอยู่ระยะหนึ่ง^{๕๒}



นายแพทย์พอล ฟาร์มเมอร์ (Paul Farmer) แพทย์นักมานุษยวิทยาที่ใช้ความรู้ทางมานุษยวิทยาผลักดันนโยบายและสร้างระบบบริการสุขภาพเพื่อความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

Credit: https://nihrecord.nih.gov/newsletters/2017/01_13_2017/images/20170113_story2Pic2.jpg

^{๕๐} 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).

^{๕๑} 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.

^{๕๒} Clifford Geertz. (๑๙๘๘). *Works and Lives: The Anthropologist as Author*. Stanford: Stanford University Press.

ในขณะเดียวกัน นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ศึกษาความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural violence) และความทุกข์ทางสังคม (Social suffering) เช่น พอล ฟาร์เมอร์ (Paul Farmer) ก็ได้ใช้การศึกษาทางมานุษยวิทยาเป็นเครื่องมือเปิดโปงความไม่เป็นธรรมและลุกขึ้นมาต่อสู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านแผนงานโครงการและความร่วมมือขององค์กรพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลก^{๘๓} การศึกษาทางมานุษยวิทยาไม่ได้เป็นไปเพียงเพื่อตีพิมพ์และขึ้นหิ้งในห้องสมุดเท่านั้น แต่เป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการที่นักมานุษยวิทยาเข้าไปเกี่ยวข้องและแก้ไขปัญหาส่วนรวม มานุษยวิทยาถูกเรียกร้องให้ปรับเปลี่ยนตัวเองให้เป็นมานุษยวิทยาสาธารณะ (Public anthropology)^{๘๔} เพื่อให้งานศึกษาของนักมานุษยวิทยามีผลกระทบและเป็นประโยชน์กับสาธารณะมากขึ้น นักมานุษยวิทยาควรมีส่วนร่วมในการผลักดัน ต่อสู้ เปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาของสังคม ในลักษณะที่เรียกว่า “Engaged anthropology” คือ มานุษยวิทยาที่มีบทบาทและไม่นิ่งนอนเพิกเฉยกับความทุกข์ร้อนและความไม่เป็นธรรมในสังคม

บทความชื่อ Engaged anthropology: Diversity and dilemma^{๘๕} ได้แจกแจงให้เห็นว่านักมานุษยวิทยาสามารถมีบทบาทในทางสังคมได้อย่างไรบ้าง เช่น การนำข้อมูลการค้นคว้ามาแบ่งปันหรือมอบให้กับผู้ปฏิบัติงานต่างๆ ที่รับผิดชอบกับการแก้ปัญหาโดยตรง การสอนหรือถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจทางมานุษยวิทยาให้กับสาธารณะ การทำหน้าที่วิพากษ์วิจารณ์วัฒนธรรมหรือโครงสร้างสังคม การสร้างความร่วมมือกับผู้คนต่างๆ รวมทั้งการมีบทบาทเป็นนักเคลื่อนไหวช่วยขยายความคิดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือแม้แต่การไปมีปฏิบัติการร่วมทางการเมืองของผู้คนที่เสียเปรียบทางสังคม ตัวอย่างเช่น นักมานุษยวิทยาที่ทำงานวิชาการควบคู่ไปกับการเข้าร่วมปฏิบัติการทางการเมืองในอังกฤษ เช่น เดวิด แกรเบอร์ (David Graeber) ที่เข้าไปร่วมในขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองที่เรียกกันว่า Occupy Wallstreet จากประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวทางการเมืองนี้ เขาได้เขียนหนังสือเล่มหนึ่งชื่อว่า Direct Action ซึ่งมีความหนาถึง ๕๐๐ หน้า เพื่อเล่าถึงขบวนการประชาชนที่ลุกขึ้นมาต่อต้านความไม่เป็นธรรมในสังคม^{๘๖}

สิ่งหนึ่งที่นักมานุษยวิทยาพึงตระหนักอีกประการหนึ่งก็คือ ความโน้มเอียงที่จะสนใจศึกษาชุมชนเล็กๆ กลุ่มทางวัฒนธรรมหรือชาติพันธุ์ที่ห่างไกลและไร้อำนาจ นักมานุษยวิทยาให้ความสนใจกับผู้ถูกกดขี่ ผู้เสียเปรียบทางสังคม หรือคนชายขอบมากกว่าที่จะสนใจศึกษาผู้มีอิทธิพล ผู้มีอำนาจหรือรัฐ แม้ว่าการศึกษาเพื่อเข้าใจปัญหาของผู้เสียเปรียบจะเป็นสิ่งที่จำเป็น และการบอกเล่าเรื่องราวการถูกกดขี่เป็นการทำให้ผู้เสี่ยงของคนไร้อำนาจได้ถูกรับฟังมากขึ้น แต่ลักษณะเช่นนี้ก็อาจถือว่าเป็นจุดอ่อนอย่างหนึ่ง การเข้าไปศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ คนชายขอบ หรือคนไร้อำนาจเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย เราสามารถเดินเข้าไปในหมู่บ้านหรือชุมชนสักแห่ง

^{๘๓} ดูประวัติชีวิตและเรื่องราวการต่อสู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ประเทศเฮติของนายแพทย์พอล 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 Health ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหลายประเทศ ซึ่งนายแพทย์พอล ฟาร์เมอร์ เป็นหนึ่งในผู้ร่วมก่อตั้ง ใน Paul Farmer. (๒๐๑๐). *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*. Berkeley: University of California Press.

^{๘๔} ดู Nancy Scheper-Hughes. (๒๐๐๙). Making anthropology public. *Anthropology Today*. ๒๕ (๔): ๑-๓. และศูนย์ศึกษามานุษยวิทยาสาธารณะ <http://www.publicanthropology.org/>

^{๘๕} Setha Low and Sally Engle Merry. (๒๐๑๐). Engaged anthropology: Diversity and dilemma. *Current Anthropology*. ๕๑, supplement ๒: ๓๒๐๓-๒๒๖.

^{๘๖} David Graeber. (๒๐๐๙). *Direct Action: An Ethnography*. Edinburgh Oakland: AK Press.

เพื่อทำการศึกษาดูการใช้ชีวิตร่วมกับเขา แต่หากเราจะเดินเข้าไปที่ท่าเนียบรัฐบาล เพื่อศึกษาอำนาจรัฐและวัฒนธรรมทางการเมืองด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ก็คงถูกไล่ออกมาทันที หรือหากจะเข้าไปในโรงพยาบาลสักแห่งหนึ่งแล้วบอกกับแพทย์ที่นั่นว่าจะมาศึกษาวัฒนธรรมโรงพยาบาล เขาคงจะไม่ยอมให้เราเข้าไปศึกษาได้ง่ายๆ โดยปริยายเราจึงมีงานศึกษาและมีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องราวของคนที่ไร้อำนาจ แต่คนเหล่านี้มักไม่ได้สร้างปัญหาต่างๆ ของเขาขึ้นมา ปัญหาความไม่เป็นธรรมหรือการกดขี่ชุดรีดมีต้นเหตุมาจากผู้มีอำนาจ แต่เรากลับไม่ค่อยรู้เรื่องราวของคนเหล่านี้เลย นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งจึงเรียกร้องว่าเราควรจะทำการศึกษาในลักษณะที่เรียกว่า “Studying up”^{๘๗} คือแทนที่จะศึกษาคนที่ไร้อำนาจ เราควรพยายามไปศึกษาคนที่มีความอำนาจในสังคมดู เพราะคนเหล่านี้ต่างหากที่เป็นสาเหตุของการกระทำย่ำยี หรือการกดขี่ เอาไรต์เอาเปรียบคนอื่น อย่างน้อยเราก็ไม่ควรจะลำเอียงและควรศึกษาพวกเขาอย่างเท่าเทียมกับผู้ไร้อำนาจ

ความลำเอียงที่ว่านี้อาจหมายถึงการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันต่อ “ความรู้ของชาวบ้าน” กับ “ความรู้แบบวิทยาศาสตร์” ด้วย ความสนใจศึกษาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่และความตื่นตัวในเรื่องพหุภววิทยาได้ทำให้ “ความรู้” และ “ความจริง” กลายเป็นสิ่งที่นักมานุษยวิทยาต้องตั้งคำถามเสมอ การถือเอา “ความรู้แบบวิทยาศาสตร์” ว่าเป็นความจริง ในขณะที่ “ความรู้แบบชาวบ้าน” นั้นเป็นความเชื่ออาจเป็นอคติหรือความลำเอียงทางภววิทยาแบบหนึ่งที่ทำให้นักมานุษยวิทยาไม่ได้สนใจความรู้แบบวิทยาศาสตร์มากนัก บรูโน ลาตูร์ (Bruno Latour) ได้เสนอว่า เราควรหลีกเลี่ยงการลำเอียงเช่นนี้โดยวิธีการที่เรียกว่า มานุษยวิทยาสมมาตร (Symmetrical anthropology)^{๘๘} คือ แทนที่เราจะมองว่าความรู้แบบใดแบบหนึ่งถูกต้องกว่าอีกแบบหนึ่ง เราควรศึกษาระบบความรู้ต่างๆ ด้วยวิธีการที่ไม่ลำเอียงหรือให้สมมาตรกัน โดยไม่ว่าเราจะศึกษาความรู้พื้นบ้านหรือวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ นักมานุษยวิทยาจะต้องใช้ระเบียบวิธีการศึกษา แนวคิดที่ใช้วิเคราะห์รวมทั้งศัพท์แสงที่ใช้ในการบรรยายที่เหมือนกัน เพื่อที่เราจะไม่ให้อภิสิทธิ์กับความจริงชุดใดชุดหนึ่งมากกว่าชุดอื่น

ข้อคิดที่เกิดจากการทบทวนตนเองของนักมานุษยวิทยาเหล่านี้ ทำให้มานุษยวิทยาเปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับแนวคิดทฤษฎีและในระดับการปฏิบัติ การตรึงตรองและการสะท้อนย้อนคิดที่เกิดขึ้นในระหว่าง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้มานุษยวิทยาเติบโตและมีวุฒิภาวะมากขึ้น เห็นอคติของตนมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็เห็นความเป็นไปได้ใหม่ๆ การเข้าใจตนเองชัดขึ้นนี้จึงช่วยให้เรามองเห็นเส้นทางข้างหน้าได้ชัดเจนขึ้นด้วย

ส่วนที่ ๓ เส้นทางข้างหน้า มานุษยวิทยาไทย

การเดินทางไปในเส้นทางข้างหน้าภายใต้บริบทเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนผ่านในแวดวงมานุษยวิทยานี้มีความท้าทายต่างๆ อยู่มากมาย ในส่วนสุดท้ายนี้ ผมจะกล่าวถึงความท้าทายจำนวนหนึ่งพร้อมกับตั้งคำถามที่ผมคิดว่าเราจะต้องนำมาพิจารณาเพื่อกำหนดอนาคตของมานุษยวิทยาไทย

^{๘๗} Laura Nader. (๑๙๖๙). Up the Anthropologist—Perspectives Gained from Studying Up” in Dell Hymes ed. Reinventing Anthropology. New York: Pantheon Book. Pp. ๒๗๔-๓๑๑.

^{๘๘} Bruno Latour. (๑๙๙๓). *We Have Never Been Modern*. Translated by Catherine Porter. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

ความท้าทายประการแรก คือ ความท้าทายทางวิธีวิทยา เราจะวิธีวิทยาอย่างไรในการศึกษาสิ่งที่บรูโน ลาตูร์ (Bruno Latour) เรียกว่า Anthropology of the Modern^{๔๙} แน่นอน การออกไปใช้ชีวิตในหมู่บ้านที่ห่างไกล เรียนภาษาท้องถิ่น กินอยู่กับชาวพื้นเมืองในโลกที่เราไม่คุ้นเคยเป็นสิ่งที่เหนื่อยยากและลำบาก แต่อย่างน้อย คนท้องถิ่นก็สามารถให้ข้อมูลและตอบคำถามที่นักมานุษยวิทยาสนใจได้ดีพอที่เราจะทำงานได้ แต่ในโลกสมัยใหม่ การเข้าถึงตัวผู้ให้ข้อมูลไม่เพียงแต่จะยากลำบากกว่า การแสดงออกและการตอบคำถามของผู้คนในสังคมสมัยใหม่ก็ยังซับซ้อนและมีวาระซ่อนเร้นจนยากที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ สำหรับลาตูร์แล้ว พวกเขาคนสมัยใหม่นี้มักจะทำตรงข้ามกับสิ่งที่พูดและที่สำคัญ มักไม่รู้จักรักตัวเองพอที่จะตอบคำถามที่ลึกซึ้งอะไรได้ มานุษยวิทยาของโลกสมัยใหม่จะต้องพัฒนาวิธีวิทยาสำหรับการทำงานภาคสนามที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงไปจากงานภาคสนามในหมู่บ้าน ยิ่งเมื่อเราต้องศึกษามานุษยวิทยาที่ก้าวพ้นจากการมีมนุษย์เป็นศูนย์กลางไปสู่การมองความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันอย่างแยกไม่ออกระหว่างมนุษย์ (Human) กับอมมนุษย์ (Non-human) ที่รวมทั้งสัตว์ พืช เชื้อโรค วัตถุสิ่งของ และเหล่าภูตผี เทพ เทวดาทั้งหลาย เราจะมีวิธีวิทยาในการศึกษาสิ่งเหล่านี้อย่างไร ในเมื่อเราไม่สามารถสื่อสารพูดคุยกับชีวิตสายพันธุ์ (species) อื่น ๆ ได้นอกจากมนุษย์ เราจะทำ Multispecies ethnography หรือ หลากสายพันธุ์นิพนธ์อย่างไร? เครื่องมือการเก็บข้อมูลภาคสนามจะเป็นอย่างไร? ญาณวิทยาแบบไหนจึงจะเหมาะสมกับการศึกษาปรากฏการณ์บนพื้นฐานของพหุภววิทยา? สนามการวิจัยของเราจะอยู่ที่ใดได้บ้าง? นักมานุษยวิทยาจะต้องมีทักษะอะไรบ้างในการทำวิจัยในพื้นที่หรือภาคสนามใหม่ๆ เช่น ในห้องทดลองปฏิบัติการของนักวิทยาศาสตร์ ในโรงพยาบาล ในองค์กรระหว่างประเทศ หรือในองค์กรภาคธุรกิจและบริษัทข้ามชาติ? นักมานุษยวิทยาจะเผชิญกับความกำกวมในทางจริยศาสตร์ใหม่ๆ และความไม่ชัดเจนในวิธีที่จะใช้ศึกษาในพื้นที่เหล่านี้ได้อย่างไร?

ความท้าทายประการที่สองคือ การเรียนรู้ข้ามศาสตร์ มานุษยวิทยาไทย เช่นเดียวกับสังคมศาสตร์สาขาอื่นๆ ดำรงอยู่ในระบบการศึกษาที่แบ่งแยกสายวิทย์กับสายศิลป์ออกจากกันอย่างสิ้นเชิง ในขณะที่มานุษยวิทยาในศตวรรษที่ ๒๑ กำลังให้ความสนใจศึกษาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่มากขึ้น นักมานุษยวิทยากลับไม่มีความรู้ความเข้าใจในด้านวิทยาศาสตร์เท่าไรนัก ส่วนหนึ่งเพราะเติบโตมาจากนักเรียนสายศิลป์ที่ไม่ชอบวิชาวิทยาศาสตร์เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ในขณะที่เดียวกัน พวกนักวิทยาศาสตร์ทั้งหลายก็มีทัศนคติที่ดูถูกความรู้ด้านสังคมศาสตร์และไม่เห็นประโยชน์มากนักที่จะทำงานร่วมมือกับนักสังคมศาสตร์หรือนักมานุษยวิทยา การเรียนรู้ข้ามศาสตร์หรือความร่วมมือแบบสหวิทยาการจึงเกิดขึ้นอย่างจำกัด ในขณะที่ในสังคมตะวันตกนั้น นักวิชาการสำคัญๆ ที่นำเสนอแนวคิดทางสังคมใหม่ๆ จำนวนไม่น้อยมีพื้นเพการศึกษาที่ข้ามศาสตร์ข้ามสาขามาก่อน เช่น ดอนนา ฮาราเวย์ (Donna Haraway) ที่เขียนเรื่อง Cyborg Manifesto^{๕๐} ก็เรียนมาทางด้านชีววิทยามาก่อน ยิ่งพวกที่ศึกษา Science and Technology Studies หรือ STS ด้วยแล้ว หลายคนมีพื้นเพการศึกษาด้านคณิตศาสตร์ ฟิสิกส์ จุลชีววิทยา หรือเคยเป็นนักวิทยาศาสตร์มาก่อนที่จะมาสนใจภววิทยา วัฒนธรรมศึกษาและมานุษยวิทยา

^{๔๙} Bruno Latour. (๒๐๑๓). *An Inquiry into Modes of Existence: An Anthropology of the Moderns*. Translated by Catherine Porter. Cambridge MA: Harvard University Press.

^{๕๐} 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.

ผมเคยพูดคุยกับศาสตราจารย์มาร์กาเรต ลีค นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดา และมีโอกาสปรึกษากับท่านถึงความเป็นไปได้ที่จะส่งคนไปเรียนมานุษยวิทยาของการแพทย์สมัยใหม่ (anthropology of biomedicine) ที่ McGill ท่านให้คำแนะนำว่า ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับคนที่จะมาเรียนด้านนี้ หากส่งคนที่ไม่สนใจและไม่ชอบวิทยาศาสตร์เลย เรียกว่า เซลล์ก็ไม่รู้จัก เอนไซม์ก็ไม่เข้าใจ ยิ่งดีเอ็นเอก็ยังไม่รู้เรื่องเอาเสียเลย ก็จะมาเรียนด้านนี้ได้ยากมาก ไม่เหมือนกับการไปทำวิจัยในหมู่บ้านนักมานุษยวิทยาอาจต้องเรียนเรื่องภาษา แต่ชีวิตในหมู่บ้านก็ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ด้านเทคนิคที่ซับซ้อนเหมือนกับการใช้ชีวิตในห้องทดลองวิทยาศาสตร์ อาจารย์ท่านหนึ่งของผม คือ ศาสตราจารย์ไบรอน กู๊ด (Byron Good) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ ที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ท่านติดตามอ่านวารสารทางการแพทย์ ต้องรู้จักโรคและยาใหม่ๆ ไม่น้อยไปกว่าจิตแพทย์เลย ในขณะที่ระบบการศึกษาของเราแยกการเรียนสายวิทย์กับสายศิลป์ออกจากกัน ต่างฝ่ายต่างสนใจเรียนรู้ แต่เฉพาะวิชาการของตัวเอง โดยไม่แยแสกับวิชาการสายอื่นเลย คำถามและความท้าทายของเราก็คือการศึกษามานุษยวิทยาที่จะผสมผสานข้ามศาสตร์จะเป็นไปได้อย่างไรในบริบทของระบบการศึกษาที่เป็นอยู่เช่นนี้

ความท้าทายอีกประการที่เป็นผลมาจากสองข้อแรกก็คือ เมื่อสนามการทำวิจัยเปลี่ยนแปลงไป นักวิจัยต้องไปทำงานภาคสนามในโลกสมัยใหม่มากขึ้น ต้องไปทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งมีสถานภาพแตกต่างกันไป จาก “ผู้ให้ข้อมูล” ที่เราค้นเคยเมื่อครั้งที่เราทำงานวิจัยในชุมชน ผู้ที่เราศึกษาอาจไม่ได้เป็น “ผู้ถูกสัมภาษณ์” (interviewee) หรือ “ผู้ให้ข้อมูล” (informant) อีกต่อไป เราจะไม่ใช่ผู้ถามฝ่ายเดียว แต่เราอาจจะต้องตอบคำถามของแพทย์ที่เราไปนั่งสังเกตการทำงานหรือการผ่าตัดของเขา เพราะเขาก็อยากมีคำตอบเช่นกันว่าเราทำอะไร หรืออาจจะถามเราว่าความรู้ที่เราค้นคว้าและสังเกตอยู่นั้นมันมีประโยชน์อะไร ถ้ามันไม่มีประโยชน์กับคนไข้ หรือกับความรู้ทางวิชาชีพของเขาเลย เขาก็อาจจะไม่ยอมให้เราไปยุ่งย่ำให้เสียเวลาการทำงานของเขา ก็เป็นไปได้ ความสัมพันธ์ของเรากับผู้ที่เราศึกษาจึงอาจไม่ใช่แค่การเป็นผู้ให้ข้อมูล (informant) แต่อาจเป็นเพื่อนร่วมงาน (counterpart หรือ colleague) ที่ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่และมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยของเรามากกว่าที่เคยเป็นมาในอดีต เราจะจัดความสัมพันธ์ใหม่นี้ได้อย่างไร? การปิดบังหรือเปิดเผยข้อมูลจะทำได้มากแค่ไหน? การเก็บรักษาความลับและจริยธรรมการวิจัยต้องมีการปรับเปลี่ยนอย่างไร? ก็เป็นความท้าทายใหม่อีกประการหนึ่ง

ในขณะเดียวกัน ภายในแวดวงนักมานุษยวิทยาของเราเองก็เผชิญกับปัญหาของตนเองอยู่ไม่น้อย นักวิชาการด้านมานุษยวิทยาไทยส่วนมากทำงานอยู่ในระบบการศึกษา โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษา ในขณะที่มหาวิทยาลัยในปัจจุบันกำลังอ่อนเปลี้ยจากกฎระเบียบและการประเมินมาตรฐานต่างๆ วัฒนธรรมตรวจสอบประเมินผล (Audit culture)^{๙๑} ที่ทำให้มหาวิทยาลัยหมกมุ่นกับตัวชี้วัดและเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพอุดมศึกษา หรือ มคอ. (ที่มีคนล้อเรียนว่าย่อมาจาก ไม่มีใครเอา) ได้ทำให้นักมานุษยวิทยา รวมทั้งนักสังคมศาสตร์-มนุษยศาสตร์ต้องดิ้นรนอยู่กับรายงานและเอกสารต่างๆ รวมทั้งระบบการประเมินผลงานที่เน้นความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ระยะสั้น โดยไม่สนใจและไม่ให้ความสำคัญใดๆ กับการพัฒนาความเป็นมนุษย์ การเป็นพลเมือง และการเข้าใจชีวิตและสังคมที่จะทำให้เยาวชนเติบโตอย่างเคารพในความแตกต่าง

^{๙๑} ดู Marilyn Strathern. (Ed.). (๒๐๐๐). *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*. New York: Routledge.

หลากหลาย สิ่งเหล่านี้ทำให้การศึกษาด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ถูกละเลยและลดทอนคุณค่า หลายคณะถูกลดบุคลากร แผนงานวิจัยถูกตัดงบประมาณ ภาควิชาถูกยุบ ในสถานการณ์เช่นนี้ มานุษยวิทยาจะรับมือ อยู่รอด และเติบโตท่ามกลางความท้าทายนี้อย่างไร

นอกจากระบบมหาวิทยาลัยที่ถูกครอบงำด้วยการประเมินเชิงปริมาณและตัวชี้วัดต่างๆ แล้วระบบงานวิจัยของเรายังมีลักษณะการผลิตในระบบอุตสาหกรรมอีกด้วย การส่งเสริมงานวิจัยเน้นหนักไปงานวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ การสร้างความรู้ที่รับใช้ภาคการผลิตและการศึกษาในเชิงปริมาณ โดยเน้นการผลิตความรู้สำเร็จรูปเป็นท่อนๆ เพื่อให้สามารถทำได้เสร็จได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตามวงจรการผลิตของปีงบประมาณราชการ นักมานุษยวิทยาที่ต้องใช้เวลายาวนานคลุกคลีอยู่ในภาคสนาม ต้องเก็บข้อมูลมากมายที่กว่าจะวิเคราะห์ตีความออกมาได้ก็ต้องใช้เวลา คิดกลับไปกลับมา หาประเด็นใหม่ๆ หาข้อถกเถียงใหม่ๆ บางครั้งก็ยังต้องมีอารมณ์ที่จะเขียนจึงจะสามารถผลิตงานที่ตีออกมา บางครั้งเขียนไปแล้วยังไม่ชอบ ก็ขอเก็บไว้อีกสักกระยะค่อยกลับมาอ่านใหม่เพื่อเกลามันอีกสักรอบหนึ่ง งานวิจัยของนักสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะนักมานุษยวิทยา จึงใช้เวลานานและมักเสร็จไม่ตรงเวลา หากจะเปรียบเทียบกับนักมานุษยวิทยาเป็นศิลปิน แต่ต้องมาทำงานในระบบการจัดการวิจัยที่เป็นระบบอุตสาหกรรม ถ้าจะเร่งผลิตให้ได้ตามระบบก็จะได้งานแบบอุตสาหกรรมที่ขาดความประณีตและศิลปะ แต่ถ้าจะให้มืออิสระภาพและเวลาสำหรับสร้างสรรค์งานแบบศิลปิน ก็ไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะใช้ทรัพยากรในระบบที่เป็นอยู่ได้ ความท้าทายนี้เราจะมีทางออกอย่างไร?

นอกจากนั้น ในต่างประเทศ มีนักมานุษยวิทยาไปทำงานกับบริษัทเอกชนและภาคธุรกิจมากขึ้น เพราะบริษัทเหล่านี้ต้องการนักมานุษยวิทยาไปช่วยศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภค โรงพยาบาลก็ต้องการนักมานุษยวิทยาไปศึกษาเรื่องประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อที่จะออกแบบโรงพยาบาลให้ตอบโจทย์กับผู้รับบริการกลุ่มวัยรุ่น ผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละกลุ่มลูกค้าก็มีวัฒนธรรมย่อยที่ต่างกัน ปัจจุบัน มีนักมานุษยวิทยาทำงานทั้งในบริษัทโฆษณา ในแผนกการตลาด แผนกพัฒนาผลิตภัณฑ์ ในงานออกแบบระบบบริการ หรือการพัฒนาทรัพยากรบุคคล การใช้การศึกษาแนววิถีแบบมานุษยวิทยาทำให้ได้รายละเอียดและข้อค้นพบใหม่ๆ ที่ไม่สามารถพบได้จากวิธีการตลาดแบบเดิมๆ ที่ใช้เพียงแบบสำรวจและการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม แต่ในขณะเดียวกัน ข้อมูลที่ได้มาก็ถือได้ว่าเป็นข้อมูลส่วนตัวที่นักมานุษยวิทยาต้องทำหน้าที่เก็บรักษาความลับตามหลักจริยธรรมของการวิจัย ในปัจจุบัน มีการจัดตั้งองค์กรที่มีชื่อว่า EPIC (ย่อมาจาก Ethnographic Practitioner in Corporation) ซึ่งเป็นที่รวมตัวกันของนักมานุษยวิทยาที่ทำงานในบริษัทเอกชนเพื่อเป็นเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการทำงานมานุษยวิทยาในภาคธุรกิจ โลกการทำงานที่เปลี่ยนไปนี้กลายเป็นความท้าทายว่าเราจะสร้างนักมานุษยวิทยารุ่นใหม่อย่างไร เราจะมีกระบวนการเรียนการสอนที่แตกต่างจากเดิมเพื่อให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างไร? เราจะสร้าง Engaged anthropologist ที่มีบทบาทในการเข้าไปร่วมผลักดันนโยบาย กฎหมาย หรือเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมการเมืองอย่างไร? หรือจะสร้างให้นักมานุษยวิทยาสามารถไปทำงานในภาคธุรกิจด้วยหรือไม่? อย่างไรบ้าง?

โจทย์ที่สำคัญสุดท้ายคือ ถ้าเราเชื่อว่าโลกในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนอย่างไม่เคยมีมาก่อน เพราะมันเป็นโลกที่หลากหลายอย่างสุดขีด (hyperdiversity)^{๙๒} และเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างแน่นหนา (hyperconnectivity) เป็นโลกที่ประกอบร่างขึ้นจากแรงปะทะของโลกาภิวัตน์กับความเป็นท้องถิ่น (Global assemblage)^{๙๓} ที่ความสัมพันธ์ต่างๆ ถูกปรับเปลี่ยนและก่อรูปอย่างคาดเดาได้ยาก โลกใหม่ที่กำลังเกิดขึ้นนี้ ไม่อาจอธิบายได้ด้วยทฤษฎีหรือแบบจำลองสำเร็จรูปที่เรามีอยู่เดิม ประวัติศาสตร์หรือตัวอย่างความสำเร็จในอดีตก็ไม่อาจนำมาใช้ในสถานการณ์ที่ซับซ้อนในปัจจุบันได้อย่างตรงไปตรงมา เราจะทำงานอย่างไรในระบบที่ซับซ้อนและในพื้นที่ที่แตกต่างจากเดิมอย่างสิ้นเชิงที่วิธีคิดแบบสำเร็จรูปที่มีอยู่เดิมใช้ไม่ได้อีกต่อไป? ในสถานการณ์ที่พื้นที่ทุกพื้นที่แตกต่างกัน การสร้างความรู้ในบริบทเฉพาะ (Situated knowledge) คือ ความรู้ที่ปรุงขึ้นจากสถานการณ์และเงื่อนไขที่แต่ละคนกำลังเผชิญอยู่จึงมีความจำเป็น เพื่อที่จะได้ความรู้สำหรับการปฏิบัติการที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะที่เราดำรงอยู่ ความท้าทายก็คือ หากเราจะสร้างมานุษยวิทยาไทยให้สามารถสร้างสรรค์ความรู้ในบริบทเฉพาะ หรือ Situated knowledge ที่สามารถปฏิบัติการได้ในเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงและความซับซ้อนของสังคมไทยได้อย่างไร?

โจทย์และข้อท้าทายเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาเพื่อที่จะร่วมกันตอบคำถามที่สำคัญที่สุดที่ว่า เราจะสร้างสรรค์ “มานุษยวิทยาการแพทย์ไทยในศตวรรษที่ ๒๑” กันอย่างไร

^{๙๒} Mary-Jo DelVecchio Good, Sarah S. Willen, Seth Donal Hannah, Ken Vickery and Lawrence Taeseng Park. (๒๐๑๑) *Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity*. New York: Russell Sage Foundation.

^{๙๓} Ong, Aihwa, and Stephen J. Collier. ๒๐๐๕. *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Malden, MA: Blackwell Publishing.