

ETHNOMEDICINE

Arthur J. Rubel and Michael R. Hass *

สรุปโดย ชงศักดิ์ ตันติปิฎก

บทความนี้กล่าวถึงความสนใจของนักมานุษยวิทยาที่มีต่อ Ethnomedicine (การแพทย์เชิงชาติพันธุ์) โดยเน้นให้เห็นถึงลักษณะของความเจ็บป่วย การใช้ความเจ็บป่วยและการเขยวการรักษาเป็นเครื่องมือในการควบคุมสังคม การเข้ามาสู่การเป็นหมอ และต้องการชี้ให้เห็นว่า Ethnomedicine ทำให้เกิดพัฒนาการทางทฤษฎีและวิธีวิทยาของมานุษยวิทยาอย่างไร รวมทั้งมีข้อเสนอเกี่ยวกับการศึกษา Ethnomedicine ในอนาคต

ทบทวนความเป็นมาของ Ethnomedical Approach

การศึกษา Ethnomedicine ในยุคแรกเกิดจากการให้ความสนใจต่อการรักษาโรคแบบแปลกประหลาดซึ่งแตกต่างไปจากความเชื่อทางวิทยาศาสตร์ เช่น การอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์

Clement ได้จำแนกสาเหตุของโรคในโลกที่ไม่ใช่อุตสาหกรรมว่ามาจาก 5 สาเหตุหลัก คือ เวทมนตร์ การเสียวัว การฝ่าฝืนข้อห้าม การถูกขง และการถูกผีเข้า

งานของ Clement ถูกวิจารณ์โดยนักวิจัยที่ใช้ Configurationist Approach ว่าสนใจเพียงแต่รูปแบบ (Form) แต่ Configurationist Approach ให้ความสนใจการแพทย์ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม

การเกิดขึ้นของทฤษฎีการหน้าที่ซึ่งมองสังคมว่าประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่สัมพันธ์อาศัยกัน ทำให้มีความสนใจการผสมผสานหน้าที่ของสถาบันทางสุขภาพภายใต้ระบบสังคมวัฒนธรรมและการเมือง ซึ่งเป็นที่มาของ Functional Integration Approach ซึ่งมาพร้อมๆ กับการเกิดขึ้นของ Cognitive and Symbolic Approach ซึ่งทั้ง Functional Integration Approach และ Cognitive and Symbolic Approach เป็น Theoretical Approach ที่มีบทบาทมากในช่วง 50 ปีหลังจากมีงานของ Clement ตีพิมพ์ออกมา

มีการให้ความสนใจต่อการศึกษา Ethnomedicine ในระดับชุมชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในเม็กซิโก และ กัวเตมาลา สิ่งที่สนใจศึกษาได้แก่ แนวคิดของสังคมเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาความ

* Rubel, A. J. & Hass, M. R.. (1990). Ethnomedicine. In C. F. Sargent & T. M. Johnson (Ed.), *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*. CT: Greenwood Publishing Group, Inc.

เจ็บป่วย บทบาทของหมอ และความสัมพันธ์ระหว่างจักรวาลวิทยากับความคิดความเชื่อเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งลักษณะขององค์กรทางสังคมวัฒนธรรม

ตัวอย่างเช่น ในบางชุมชนพบความเจ็บป่วยที่เกิดจากการลงโทษของอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งเป็นผลจากการละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม ความเจ็บป่วยจึงเป็นปรากฏการณ์ของความพยายามในการธำรงรักษาบรรทัดฐานทางสังคมเอาไว้

การศึกษาในชนเผ่าอินเดียนแดงเผ่าหนึ่งซึ่งเป็นชนเผ่าที่มีกลไกทางสังคมน้อยมาก แต่พบว่ามีความเกรงกลัวต่อเวทมนตร์และหมอผี (sorcery) มาก การมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชนจะถูกลงโทษโดยเวทมนตร์ ความกลัวที่เกิดขึ้นนี้จึงเป็นถือว่าเป็นกลไกในการควบคุมทางสังคมอย่างหนึ่ง การศึกษานี้ทำให้เกิดสมมุติฐานว่า ในสังคมซึ่งการควบคุมทางสังคมมีความอ่อนแอ จะมี sorcery มาก ในขณะที่ในสังคมซึ่งการควบคุมทางสังคมมีความเข้มแข็ง จะมี sorcery น้อย

ในฟิลิปปินส์พบการกล่าวหาเกี่ยวกับเวทมนตร์กันมาก ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาความขัดแย้งในชุมชน แต่ไม่ชัดเจนนักว่าจะสัมพันธ์กับองค์กรควบคุมทางสังคมที่เป็นทางการ การเจ็บป่วยที่เกิดจากเวทมนตร์จึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการลงโทษซึ่งช่วยเติมช่องว่างที่เกิดขึ้นจากปัญหาความขัดแย้งที่ไม่ชัดเจนว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหาความขัดแย้งนั้น

ในปี 1968 มีการกำหนดใช้คำว่า Ethnomedicine ขึ้น ความหมายของคำๆ นี้ มีผู้กล่าวถึงในหลายๆ ความหมาย โดยสรุปก็คือ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความเชื่อและการปฏิบัติที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั้งในแง่สาเหตุ กลไก ลักษณะอาการ การแก้ไข ของผู้คนที่มิวิถีชีวิตอยู่ในวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนท้องถิ่น

ข้อวิจารณ์ที่มีต่อ Ethnomedical Approach

มีข้อวิจารณ์ว่าการศึกษา Ethnomedicine ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับความเจ็บป่วยทางจิต และมีแนวโน้มที่จะซ่อนเร้นปัญหาทางชีววิทยาของความเจ็บป่วย เช่น ในชุมชนซึ่งเด็กยังตายด้วยโรคท้องร่วงหรือคนตายด้วยวัณโรค หรือโรค schistosomiasis กันมาก ซึ่งนักมานุษยวิทยาไม่ได้ให้ความสนใจกับการตอบสนองทางวัฒนธรรมของชาวบ้านที่มีต่อโรคเหล่านี้ แต่กลับไปศึกษาเกี่ยวกับโรคท้องถิ่นหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต

การเน้นกับความเจ็บป่วยทางจิตทำให้เป็นผลดีกับการแพทย์สมัยใหม่ เพราะช่วยให้การจัดกลุ่มโรคทางจิตเวชครอบคลุมและยืดหยุ่นมากขึ้นกว่าเดิม

Current Approach: The Case of Humoral Medicine

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ (Humoral Medicine) ซึ่งสนใจสมดุลของร้อน-เย็น เปียก-แห้ง เป็นแนวคิดที่ปรากฏพบมากในหมู่คนที่พูดภาษาสเปนและโปรตุเกส บ้างก็เชื่อว่าความคิดนี้มีอยู่แล้วในความเชื่อดั้งเดิมของคนในท้องถิ่นแถบละตินอเมริกา แต่ก็มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ว่า ความรู้ของชาวบ้านเกี่ยวกับธาตุหรือ ร้อน-เย็น มีการจำแนกอย่างเป็นระบบหรือไม่ มีการนำไปใช้เป็นมาตรการในการป้องกันและรักษาโรคมาน้อยเพียงใด เช่นกรณีการศึกษาที่อริโซนาในชุมชนซึ่งมีคนพูดภาษาสเปนอาศัยอยู่ พบว่า ไม่มีผู้หญิงอายุต่ำกว่า 30 ปีคนใดสามารถบอกได้ถึงความแตกต่างของระหว่างคุณสมบัติของร้อนและเย็น และดูเหมือนจะไม่ได้สนใจการจัดแบ่งประเภทแบบร้อน-เย็นเท่าใดนัก ในกัวเตมาลา แม้ว่าผู้หญิงที่นั่นจะเข้าใจความคิดเกี่ยวกับร้อน-เย็น และมีการนำไปใช้ในเรื่องอาหารและการรักษาโรค แต่ก็ไม่มีมีการจำแนกอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคที่ถูกจำแนกตามหลักร้อน-เย็นของผู้หญิงในชนบทไม่จำเป็นต้องเหมือนกับโรคที่ผู้หญิงในเมืองจำแนกแยกแยะ

ในบางการศึกษาพบว่าแทนที่จะใช้หลักร้อน-เย็นตามหลักเหตุผลที่เข้าใจยาก ผู้หญิงในเมืองซานฟรานซิสโกซึ่งพูดภาษา Chinantec ของ Mexico ใช้พีชร้อนและเย็นในการกระตุ้นการทำงานของร่างกาย เช่น ใช้พีชที่มีคุณสมบัติร้อนในการกระตุ้นมดลูกให้บีบตัว เพื่อช่วยในการคลอด ป้องกันการตั้งครรภ์ ทำให้แท้งลูก หรือใช้พีชที่มีคุณสมบัติเย็นในการป้องกันการแท้งหรือยับยั้งประจำเดือนที่มามากเกินไป ซึ่งมีความหมายว่า มีการใช้แนวคิดร้อน-เย็นไปเพื่อสนับสนุนความคิดอีกระบบหนึ่งซึ่งสนใจในเชิงการควบคุมกลไกทางกายภาพ

การศึกษาที่เกี่ยวกับการแพทย์แบบธาตุ ร้อน-เย็น ส่วนใหญ่เป็นแบบเชิงพรรณนา ไม่มีจุดเน้นไปที่สมมุติฐานหรือชุดของความสัมพันธ์ที่เฉพาะเจาะจง ความรู้ที่ได้มีเพียงว่าชาวบ้านจำแนกอะไรเป็นร้อนหรือเป็นเย็น โดยไม่มีการอธิบายใดๆ ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังข้อเท็จจริงทางวัฒนธรรม หรือการปรับตัวทางนิเวศวิทยาหรือทางชีววิทยา

มิติของการจำแนกในปรากฏการณ์ของ Ethnomedicine

Cognitive Approach - มีการใช้แบบสอบถามเพื่อค้นหาโครงสร้างทางความคิดที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมและการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาจำแนกประเภทตามความคิดของชาวบ้านที่ให้ข้อมูล ทำให้ค้นพบการจัดประเภทความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน

มีนักวิจัยซึ่งใช้ Multidimensional Scaling Instrument ศึกษาในกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน พบว่าทั้งคนอเมริกันเชื้อสายอังกฤษและคนเม็กซิกันเชื้อสายสเปน มีวิธีการจำแนกโรคโดยใช้หลักที่มาจาก การปฏิบัติ ได้แก่ จำแนกตามประเภทของผู้ป่วย ผลของการเป็นโรค ชนิดของวิธีการรักษา ซึ่งเป็นข้อสรุปที่มาจาก การที่ชาวบ้านรับรู้ผลกระทบของโรคที่มีต่อตนเองแทนที่จะเป็น เรื่องของลักษณะของโรค อย่างที่เคยมองรับเป็นทางการ

การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย

Explanatory Model (EM) ถูกนำมาใช้ในการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน EM เป็นความเชื่อหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ระยะเวลา และการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งมาจากคนแต่ละคนภายใต้สถานการณ์หนึ่งๆ แต่ EM ล้มเหลวในการอธิบายว่า EM ของคนแต่ละคนถูกปรับเปลี่ยนโดยวัฒนธรรมอย่างไร และมันถูกสร้างให้มีลักษณะเฉพาะตัวคนอย่างไร และ EM ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเจ็บป่วยกับบริบททางสังคม

มีการผสมผสาน EM กับ Cognitive Approach โดยใช้ EM ศึกษาความเชื่อและความเข้าใจของแต่ละคน แล้วนำมาสร้างความรู้ที่รวมๆ กันของคนในวัฒนธรรมนั้นๆ

Byron Good อธิบายถึงบริบททางสังคมและทางอารมณ์ของประสบการณ์ในการเจ็บป่วยโดยใช้ semantic illness network ซึ่งเขาหมายถึง ถ้อยคำ สถานการณ์ อาการ และความรู้สึกซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยและให้ความหมายกับผู้เจ็บป่วย ความเจ็บป่วยเช่น โรคหัวใจที่ Good ศึกษาในอิหร่าน จึงไม่เพียงการแสดงออกถึงความเครียดของสังคม แต่ความเจ็บป่วยยังถูกใช้เป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการกระทำเพื่อบรรเทาความเครียดทางสังคมนั้นด้วย

Gilles BibeaU ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพูดและการคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของกลุ่มคนหนึ่งๆ พบว่า ชาว Ngbandi ใน Zsire เรียกชื่อโรคเปลี่ยนจากชื่อหนึ่งไปเป็นอีกชื่อหนึ่งเมื่อบริบทเปลี่ยนไป ชื่อโรคแต่ละชื่อสัมพันธ์กับลักษณะที่แตกต่างกันของโรคซึ่ง BibeaU ได้อธิบายให้เห็นถึงหลัก 6 ประการที่เป็นฐานกำเนิดของการเรียกชื่อโรคแตกต่างกันตามบริบท ซึ่งเขาเรียกว่า “Speech Situations” ซึ่งเป็นการเน้นที่ความสามารถในการสร้างระบบภาษา เขาพยายามเชื่อมโยงประเภทของโรคที่ถูกเรียกชื่อต่างๆ กันนี้กับ social setting ที่มันปรากฏอยู่

ในขณะที่การศึกษาที่สนใจบริบททางวัฒนธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจว่า วัฒนธรรม construct ความเจ็บป่วยขึ้นมาอย่างไร และขยายรูปแบบของความเจ็บป่วยให้กว้างขึ้น แต่การเน้นย้ำดังกล่าวได้ยับยั้งไม่ให้มีการศึกษาเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม

ในการศึกษาเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคท้องร่วงเรื้อรังในทารกซึ่งมีผลให้กระหม่อมบวม ตาโป้ และบางครั้งถึงกับอาเจียน ซึ่งในการแพทย์สมัยถือว่าเป็นอาการขาดน้ำของร่างกาย แต่ในกลุ่มวัฒนธรรมอื่นๆ มองเรื่องนี้แตกต่างกัน ในบางวัฒนธรรมอธิบายว่าเป็นเรื่องของพลังชีวิตออกทางกระหม่อมที่เปิดอยู่ ในวัฒนธรรมอื่นอธิบายว่าเป็นแรงกดหรือการได้รับบาดเจ็บที่กระหม่อม ทำให้เพดานปากด้านบนไปขวางกั้นช่องปาก ในขณะที่อีกวัฒนธรรมมองว่าเป็นเพราะว่าแม่ให้นมลูกเร็วเกินไปหลังจากไปเห็นผู้หญิงแท้งลูก ในบราซิลถือว่าเป็นเกิดจาก evil eye ที่น่าสนใจคือบางวัฒนธรรมอธิบายว่าเป็นผลจากการขาดน้ำ และบางวัฒนธรรมเข้าใจว่า การถ่ายเหลว การเสียน้ำ ตาโป้ เกิดจากกระหม่อมบวม

ความรู้พื้นบ้านมีผลต่อพฤติกรรมในการแสวงหาบริการทางสุขภาพอย่างไร

การศึกษาพบว่า การใช้การจัดประเภทความเจ็บป่วยตามภาษาที่พูด การใช้ Explanatory Model และความรู้อื่นๆ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมของชาวบ้านที่เป็นผลตามมา การศึกษาในเมืองของเนปาล และชนบทของเม็กซิโก พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่ใช่เครื่องทำนายที่ดีว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะตัดสินใจไปรักษาที่ไหน สำหรับคนเนปาล พวกเขามีแบบแผนการปฏิบัติอยู่ 2 แบบ คือ หนึ่งพิจารณาความเฉพาะเจาะจงของโรคกับวิธีการรักษา (illness specific) และการแสวงหาวิธีการรักษาที่หลากหลายในการรักษาโรคหนึ่งโรค (multiple use) ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อของครอบครัวและเพื่อนบ้านด้วย ส่วนในเม็กซิโก ศึกษาใน 2 พื้นที่ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคล้ายๆ กัน เพื่อดูว่าเป็นเพราะระยะเวลาและค่าใช้จ่าย หรือ เป็นเพราะความเข้าใจที่แตกต่างกันกับการแพทย์สมัยใหม่ ที่ทำให้ชาวอินเดียนไปใช้บริการทางการแพทย์กันน้อย ซึ่งพบว่าในพื้นที่ซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาล คนจะใช้บริการทางการแพทย์สมัยใหม่มากกว่าถึง 2 เท่าของอีกพื้นที่ที่อยู่ไกลกว่า

มีการศึกษาที่ชี้ว่า ในสังคมที่มีความหลากหลายของการแพทย์ ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ทางการแพทย์กับบริบททางสังคมจะมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น เพราะมีระบบการตีความที่หลากหลายให้ผู้ป่วยและหมอเลือกใช้ได้ มีการศึกษา 2 ชิ้นที่ชี้ให้เห็นถึงกระบวนการประนีประนอมที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับทั้งการรักษาแบบสมัยใหม่บางอย่างซึ่งเป็นการแพทย์ของรัฐบาล โดยหาข้อมูลจากการปรึกษากับหมอพื้นบ้าน

การศึกษาในผู้หญิงชั้นกลางใน Detroit พบว่า มีการนำเอาผลการวินิจฉัยของแพทย์ที่ระบุว่า มีน้ำตาลในเลือดต่ำ มาปรับให้เข้ากันได้กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ก่อนแล้วของผู้หญิงเหล่านี้ แล้วจึงนำไปใช้เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความเร่งด่วนในวิถีชีวิตจริงของพวกเขา

การเข้าสู่การเป็นหมอ

การศึกษาทางมานุษยวิทยาในช่วงแรกๆ มองหมอที่รักษาผู้ป่วยด้วยพิธีกรรมต่างๆ ว่ามีความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งทัศนะเช่นนี้ไม่เป็นที่ยอมรับอีกต่อไป

การเข้าสู่การเป็นหมอพื้นบ้านมีหลายวิธี วิธีที่พบบ่อยคือ เป็นการเลือกที่มาจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Divine selection) เช่นมีผู้เข้าฝันมาบอกว่าให้เป็นหมอ หรือ มาเป็นหมอลงมาจากหายจากโรคที่เกือบเอาชีวิตไม่รอด ในหลายสังคม การเป็นหมอก็คือการเรียนรู้โดยเป็นเด็กฝึกงาน (apprentice) ของหมอซึ่งเป็นอาจารย์ หรือต้องจ่ายเงินเป็นค่าเรียนวิชา หรือเริ่มด้วยการลองรักษาคนในครอบครัวแล้วขยายออกไปรักษาคนอื่นๆ

มีการศึกษาบุคลิกภาพที่แยกให้เห็นความแตกต่างกันของคนที่เป็นหมอกับคนที่ไม่ใช่หมอ พบว่าใน Zinacantan ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของหมอไม่แตกต่างจากคนทั่วไป แต่หมอมีความตั้งใจที่จะใช้ความรู้นี้มากกว่า หมอมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ไวต่อสิ่งเร้าที่คลุมเครือมากกว่าคนธรรมดา

ในแอฟริกาใต้พบการศึกษาของหมอพื้นบ้านแบบพิเศษที่เรียกว่า “เครือข่ายหมอแบบไม่เป็นทางการ” ซึ่งเป็นการชุมนุมของเหล่าเทพหรือผีต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เทคนิค ข้อมูลข่าวสาร และติดตามดูแลกันในหมู่หมอ

การขยายให้เห็นว่าความรู้เป็นของส่วนรวมในหมู่หมอยังไม่ได้รับความสนใจเท่าใดนัก จากการศึกษาหมอผีชาวเปรู โดยให้หมอกคนหนึ่งให้ความเห็นต่อการจัดแทนบูชาของหมอกคนอื่น พบว่า หมอคนนั้นมีปฏิริยาอย่างรวดเร็วและชัดเจน เพื่อแสดงว่าตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ โดยบอกว่าแทนบูชาของหมอกคนอื่นเป็นเพียงก้อนหินที่ไม่มีพลังอำนาจ แทนบูชาของตนเองนั้นเหนือกว่า และเห็นว่าของคนอื่นไม่ได้ครึ่งหนึ่งของตน หรือเห็นว่าแทนบูชาของหมอที่เป็นคู่แข่งเป็นแบบมงาย

ในไทย ผู้ที่จะศึกษาเป็นหมอพื้นบ้านต้องเดินทางไปหาอาจารย์ที่อยู่ไกลออกไป เพราะอาจารย์จะไม่รับคนในละแวกเดียวกันเป็นศิษย์ เนื่องจากกลัวศิษย์จะกลายเป็นคู่แข่งในอนาคต ทำให้เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับศิษย์เป็นแบบข้ามพื้นที่

การศึกษาว่า การที่หมอได้รับการยอมรับในการทำหน้าที่ทางสังคมที่สลับสำคัญเกิดขึ้นได้อย่างไร การได้มาซึ่งความรู้ของหมอกเกิดขึ้นได้อย่างไร หมอกทำการรักษาโรคกันอย่างไร ยังมีเสน่ห์ที่เชิญชวนให้เราหลงใหล และยังเป็นทีที่เรื่องที่มาุษยวิทยายังคงให้ความสนใจมากที่สุดเรื่องหนึ่ง แต่เรายังคงไม่สามารถทำนายหรือหาข้อสรุปเป็นการทั่วไปได้ว่า ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมและนิเวศวิทยาแบบใดที่จะสร้างหมอประเภทใดประเภทหนึ่งหรือหลายประเภทขึ้นมา

การวิจัยในอนาคต

นักวิจัยทาง Ethnomedicine ได้แสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างชีววิทยาและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามที่ผ่านมายังใช้กระบวนการทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ในการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งทำให้มีการสร้างทฤษฎีทางมานุษยวิทยาขึ้น ศึกษาการตอบสนองทางวัฒนธรรมต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา ไม่ว่าจะเป็น การเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ การคลอดลูก และการเจ็บป่วย ซึ่งเท่ากับได้ให้โอกาสกับความเท่าเทียมกันของกระบวนการทางสรีรวิทยากับการตอบสนองทางวัฒนธรรม ความสำเร็จนี้อาจจะเกิดขึ้นไม่มากนัก แต่มีคุณค่าอย่างมาก และในอนาคตน่าจะมีจุดเน้นไปที่แนวการศึกษาวิจัยหลักๆ ดังนี้

1. อุบัติการณ์และการกระจายตัวของการเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะในกลุ่มประชากรหนึ่งๆ : การกระจายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในลักษณะบิดเบี้ยวไป อาจช่วยชี้ให้เห็นถึงกลไกทางสังคมหรืออารมณ์ที่ซุกซ่อนอยู่ การเจ็บป่วยนั้นแพร่กระจาย หรือถูกจำกัดอยู่ในกลุ่มประชากรใดบ้าง ความรุนแรงที่กระทบต่อทั้งเพศชายและหญิงเท่าๆ กันหรือไม่ มีตัวแปรที่เกี่ยวกับสถานะทางสังคม การเมืองของกลุ่มคนตลอดจนชาติพันธุ์ เข้ามาเกี่ยวข้องหรือไม่ เป็นต้น

2. ผลของกระบวนการรักษาเยียวยา : สิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งก็คือการศึกษาขอบเขตของเป้าหมายที่กระบวนการเยียวยารักษาต้องการให้เกิดขึ้นโดยตรง เป้าหมายของกระบวนการเยียวยารักษาดังกล่าวช่วยทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือ ความเป็นอยู่ทางสังคม ดีขึ้นหรือไม่ หรือว่ามีผลต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคลทั้งทางกาย และจิตใจหรือไม่ กระบวนการรักษาเยียวยาที่มีต่อแต่ละปัจเจกบุคคล ช่วยทำให้ความผูกพันช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมหนึ่งๆ เพิ่มมากขึ้น หรือกลับไปที่ทำลายให้ลดน้อยลง ศึกษาเปรียบเทียบในสังคมที่มีโครงสร้างทางสังคมที่คล้ายกันเพื่อดูผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

3. กระบวนการรักษาเยียวยาที่ผู้ป่วยมีกลุ่มสนับสนุน : ถึงแม้ว่างานการศึกษาที่ผ่านมาจะบ่งชี้ว่ากระบวนการรักษาที่มีกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย จะทำให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น แต่ยังคงขาดการประเมินในเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ซึ่งหากผลการรักษาดีขึ้น สิ่งที่เราจะต้องหาคำตอบต่อไปคือ กลุ่มที่ว่านี้ควรมีลักษณะทางสังคมอย่างไร อีกประเด็นหนึ่งในทำนองเดียวกัน คือการศึกษาว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิงของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การรักษามีอิทธิพลต่อกระบวนการรักษาและความสำเร็จที่เกิดขึ้นอย่างไร ในกระบวนการรักษาที่ไม่มีความแตกต่างของเพศ หรือสถานะทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าหรือไม่

4. ทางเลือกในการรักษาโดยหมอที่ไม่ใช่ นักวิชาชีพ : การสรุปว่า การที่ผู้ป่วยต้องการไปรักษากับหมอที่ไม่ใช่ นักวิชาชีพ เป็นเพราะกระบวนการทัศน์ของหมอและผู้ป่วยใกล้เคียงกัน หรือเป็นเพราะว่าหมอให้เวลากับผู้ป่วยได้มากกว่านั้น เป็นข้อสรุปที่อาจใช้ไม่ได้แล้ว การศึกษาหลายชิ้นพบว่า หมอที่มีผู้ป่วยไปหา

จำนวนมากรักษาผู้ป่วยโดยมีเวลาพูดคุยกันน้อยมาก การศึกษาหมอจีนในไต้หวันพบว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ถาม หมอก็จะไม่อธิบายสาเหตุ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือระยะเวลาในการรักษา หรือไม่แม้กระทั่งจะบอกชื่อโรค

5. การศึกษาความแตกต่างของหมอพื้นบ้านซึ่งถูกเรียกชื่อเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น : เป็น การศึกษาข้ามวัฒนธรรม เช่น curandero กับ empirica ซึ่งเป็นหมอดำแขนงของคนละท้องถิ่น แม้ว่าหมอ เหล่านั้นจะมาจากส่วนต่างๆ ของสังคมที่เหมือนกัน ได้รับพลังอำนาจในการรักษาในลักษณะที่เหมือนกัน ผ่านการฝึกอบรมมาคล้ายๆ กัน การศึกษาแบบนี้อาจทำให้เราสามารถจัดประเภทของหมอข้าม วัฒนธรรมกันได้ ซึ่งช่วยชี้ให้เห็นกรอบการทำงานต่อไปข้างหน้าได้

6. การศึกษาเกี่ยวกับอาการของการป่วยไข้ : การศึกษาอาการที่ผู้ป่วยจากโรคที่เฉพาะเจาะจง อย่างหนึ่งจำนวนทั้งหมดบอกเล่าให้ฟัง จะช่วยทำให้เราค้นพบกลุ่มของตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสามารถ จำแนกความสัมพันธ์ของอาการต่างๆ เหล่านั้น นอกจากนี้เรายังต้องการรู้ว่า ผู้คนมีการตอบสนองอย่างไร เมื่อบอกว่าตัวเองเจ็บป่วย เช่น Gnaa เมื่อบอกเล่าถึงความเจ็บป่วยของตนเอง จะบอกเล่าถึงลักษณะอื่นๆ ของผู้ป่วย แทนที่จะบอกเล่าถึงอาการที่เป็น เพราะคิดว่ามันไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

7. ขอบเขตของการนำเอาสมมุติฐานที่ได้จากการศึกษาการแพทย์พื้นบ้านไปใช้ : เช่นการ เชื่อมโยงการศึกษาลักษณะของความเจ็บป่วยกับรูปแบบขององค์กรทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างความ ล้มเหลวในการมีบทบาทตามที่คาดหวังกับการเป็น โรคบางอย่างที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นต้น