

บทนำ: มานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ*

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

บทนำ

สุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์มิใช่เป็นเพียงแค่ปรากฏการณ์ที่อาศัยแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยาอธิบายหรือทำความเข้าใจเท่านั้น หากแต่ปรากฏการณ์ทางสุขภาพและการดิ้นรนต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บยังเป็น “วัตถุดิบ” ไม่เฉพาะสำหรับนักมานุษยวิทยาในการสร้างแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรม แต่ยังเป็นรูปธรรมที่ใช้ในการคิดเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในเชิงนามธรรมเกี่ยวกับชีวิตและสังคมมนุษย์สำหรับนักทฤษฎีสังคมอื่น ๆ นักปรัชญา รวมทั้งศาสตร์ที่ยิ่งใหญ่ทั้งหลายอีกด้วย นับตั้งแต่กว่า 2,000 ปีก่อนที่ปรากฏการณ์ของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ได้ดลบันดาลให้เจ้าชายลิทัตตะทรงออกแสวงหาหนทางแห่งการดับทุกข์จนทรงค้นพบพระอริยมรรค จนถึงปัจจุบันที่การเกิด (ที่ได้จากการผสมเทียมและโคลนนิ่ง) การแก่ (ที่กลายเป็นศัตรูหมายเลขต้น ๆ ของการแพทย์) การเจ็บป่วย (ที่เทพเจ้าองค์ใหม่คือเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่สัญญาว่าจะกวาดล้างให้หมดสิ้น) หรือการตาย (ที่หมดความศักดิ์สิทธิ์เพราะต้องต่อสู้ยึดลมหายใจให้ถึงที่สุด) สุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์ เป็นทั้งคำถามที่นับวันยิ่งซับซ้อนมากขึ้นและเป็นทั้งรูปธรรมที่อาจถอดรหัสหาความเข้าใจของมนุษยชาติในยุคสมัยแห่งความซับซ้อนของระบบโลกและความสับสนต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้คน

ประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยาจึงอุดมไปด้วยเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการเยียวยารักษาโรค อาจกล่าวได้ว่าการแพทย์และพิธีกรรมเกี่ยวกับการขจัดปัดเป่าทุกข์ภัยที่คุกคามสุขภาพของบุคคลและสังคมนั้นเป็นหัวข้อเก่าแก่ของมานุษยวิทยาคู่เคียงกับเรื่องราวของการศึกษาเรื่องโครงสร้างสังคม เครือญาติ การแลกเปลี่ยน และประเพณีปฏิบัติ เช่นเดียวกับความรู้ด้านมานุษยวิทยาสาขาอื่น มานุษยวิทยาเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในยุคแรกนั้นเริ่มต้นขึ้นในราวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 เมื่อนักจักรวรรดินิยม ฟอคัววณิช และมิชชันนารีได้เดินทางออกไปพบเห็นสังคมที่มีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากสังคมของตน นักเดินทางเหล่านี้ได้ทำการบินที่กสาธยายวิถีความเป็นอยู่ที่ได้พบเห็น เมื่อบันทึกและจดหมายเหล่านั้นถูกส่งกลับและได้รับการศึกษาวิเคราะห์โดยนักคิดในยุโรปและสหรัฐอเมริกาจึงเกิดการสร้างแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ขึ้น ประวัติศาสตร์ของแนวคิดทฤษฎีเหล่านี้จึงสะท้อนกระบวนการทัศน์ทัศน์ของแต่ละยุคสมัยอย่างชัดเจน

การแพทย์พื้นบ้านและพิธีกรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในสังคมต่าง ๆ ดูเหมือนจะเป็นปรากฏการณ์ที่ดึงดูดความสนใจตั้งแต่ นักทฤษฎีวิวัฒนาการจนถึงนักคิดแนว Postmodernism งานระดับ

* บทความประกอบการบรรยายพิเศษ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2548

คลาสสิก เช่น Primitive Culture ของ Tylor (1871) หรือ Medicine, Magic, and Religion ของ W. H. R. River (1924) หรือ Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande ของ Evans – Pritchard (1937) ตลอดจนจนถึง Madness and Civilization (1973) และ The Birth of Clinic (1975) ของ Michel Foucault ล้วนแต่อาศัยปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์เป็นประเด็นในการเข้าใจมิติต่าง ๆ ของสังคมและวัฒนธรรมมนุษย์

ในบริบทของสังคมไทย การศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพและมิติทางสังคมวัฒนธรรมของการแพทย์และความเจ็บป่วยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจในเรื่องความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพมีการระดมองค์ความรู้และมีการเปลี่ยนผ่านทางด้านกรอบแนวคิดและทฤษฎีมาอย่างช้า ๆ การที่พัฒนาการของมานุษยวิทยาทางการแพทย์เป็นไปอย่างเชื่องช้านี้ ด้านหนึ่งสะท้อนสภาวะชายขอบของมานุษยวิทยาที่ดำรงอยู่ในท่ามกลางวาทกรรมกระแสหลักของวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบชีวกลไก ในขณะที่มานุษยวิทยาการแพทย์นั้นมีสถานะเพียง subjugated knowledge ที่ทำได้เพียงดิ้นรนประคองตนเองให้รอดพ้นจากการครอบงำของกระแสหลัก อีกด้านหนึ่ง สภาวะดังกล่าวสะท้อนการขาดความเข้มแข็งของชุมชนวิชาการด้านมานุษยวิทยาโดยรวมและด้านมานุษยวิทยาการแพทย์โดยเฉพาะ

บทความนี้ไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะรวบรวมหรือจัดหมวดหมู่ระบบการแพทย์หรือวัฒนธรรมสุขภาพที่มีอยู่หลากหลายในสังคมไทย (ท่านที่สนใจอาจศึกษาได้จาก ลือชัยและคณะ 2543) แต่จะเป็นการสำรวจแนวความคิดและกรอบการตีความที่นักมานุษยวิทยาใช้มองความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงสภาวะการเปลี่ยนผ่านทางแนวคิดที่กำลังเกิดขึ้นในวงการมานุษยวิทยาการแพทย์และที่กำลังดำเนินไปอย่างช้า ๆ ในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ไทย บทความนี้เสนอเป็นบทสรุปว่าความหลากหลายของระบบสุขภาพหรือพหุลักษณะทางการแพทย์ซึ่งดำรงอยู่ในทุกสังคมนั้น ได้ท้าทายนักมานุษยวิทยาในฐานะ “คนมองคน” ให้ไม่เพียงแต่ต้องมีความละเอียดอ่อนต่อบริบททางสังคมในกระบวนการศึกษาความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพเท่านั้น แต่นักมานุษยวิทยายังต้องมีความละเอียดอ่อนต่อบริบททางสังคมของ “งานเขียนวัฒนธรรม” ที่ตนสร้างขึ้นด้วย เพราะหากการเปลี่ยนผ่านทางมานุษยวิทยาที่กำลังเกิดขึ้นได้ให้บทเรียนที่ชัดเจนว่างานเขียนวัฒนธรรมนั้นแท้ที่จริงแล้วเป็นปฏิบัติการทางสังคมรูปแบบหนึ่ง วัฒนธรรมที่ถูกเขียนขึ้น ถูกเผยแพร่ และถูกบริโภคนั้นเป็นส่วนหนึ่งของวาทกรรมแห่งอำนาจ นักมานุษยวิทยาจึงไม่สามารถ “เขียนวัฒนธรรม” (หรือเขียนเกี่ยวกับการเขียนวัฒนธรรมของผู้อื่น) โดยไม่ใยดีว่าความรู้และงานที่ตนผลิตขึ้นนั้นเป็นวาทกรรมที่ผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจชุดใด

บทสำรวจแนวคิดทางมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ

พหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) คือ ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพที่ดำรงอยู่ในสังคมหนึ่ง ๆ นั้นเป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง

นักมานุษยวิทยาเห็นข้อเท็จจริงซึ่งปรากฏเหมือนกันทุกสังคมทั่วโลกว่า ในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีระบบการแพทย์มากกว่าหนึ่งระบบดำรงอยู่เสมอ ไม่ว่าสังคมนั้นจะเป็นสังคมสมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์หรือเทคโนโลยีอย่างมาก หรือจะเป็นสังคมดั้งเดิมที่ห่างไกลจากความทันสมัยก็ตาม (ดู Kleinman 1980, Helman 1985: 42-64) ที่เป็นเช่นนี้เพราะโดยความเป็นจริงแล้ว ไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวของมันเองในการที่จะตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้อย่างบริบูรณ์ในทุกมิติอย่างเหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของผู้คนที่มีอยู่ในสังคมได้ พหุลักษณะทางการแพทย์จึงเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดขึ้นในทุกสังคมทั่วโลก

ที่ว่ากรแพทย์ระบบเดียวจะไม่สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพได้อย่างพร้อมมูลนั้นก็เพราะว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ สลับซับซ้อน และเป็นพลวัต กล่าวได้ว่าสุขภาพโดยแท้จริงแล้วเป็นปรากฏการณ์ทางชีววัฒนธรรม (biocultural phenomenon) ซึ่งในแต่ละวัฒนธรรม (และวัฒนธรรมย่อย) ย่อมมีนิยามสุขภาพที่แตกต่างกัน มีค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือสุขภาพะที่แตกต่างกัน สุขภาพจึงผันแปรปรับเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรมของแต่ละสังคม และมีใช้เพียงแต่วัฒนธรรมเท่านั้นที่แตกต่างกันไปในแต่ละถิ่นที่ แม้แต่กระบวนการชีววิทยาของมนุษย์ในแต่ละสังคมก็ได้มีลักษณะสากลเหมือนกันทุกสังคม มาร์กาเร็ต ล็อค (Margaret Lock) นักมานุษยวิทยาการแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยแมคกิลได้เสนอแนวคิดเรื่อง local biologies (Lock 1993: xxi) เพื่อแสดงให้เห็นว่าชีววิทยานั้นมิได้คงที่ตายตัวเหมือนเครื่องยนต์กลไกอย่างที่การแพทย์แบบชีวกลไกอยากให้เห็นเป็น แต่ชีววิทยาแปรเปลี่ยนไปตามลักษณะของท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจากริบทางสังคมของท้องถิ่นมีส่วนสำคัญยิ่งในการกำหนดให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมด้วยกลไกและกระบวนการทางชีววิทยาที่แตกต่างกัน

แม้แนวคิดเรื่อง medical pluralism หรือ pluralism of medical system นั้นจะเพิ่งถูกพัฒนาขึ้นในราว 20 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น แต่โดยที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์ได้ให้ความสนใจศึกษาวัฒนธรรมสุขภาพที่ดำรงอยู่อย่างแตกต่างหลากหลายในสังคมมนุษย์ แนวคิดในการมองความแตกต่างทางวัฒนธรรมสุขภาพจึงถูกสร้างขึ้นและสะสมมาตลอดประวัติศาสตร์ของมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยแนวคิดเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยอย่างเป็นวิภาษวิธี ด้านหนึ่งแนวคิดเหล่านี้ชี้แนะวิธีการและตีกรอบมุมมองของนักมานุษยวิทยาในการเข้าไปปฏิสังสรรค์กับวัฒนธรรมสุขภาพ อีกด้านหนึ่งแนวคิดเหล่านี้ถูกปรับเปลี่ยนปรับแก้จากการปฏิสังสรรค์ที่นักมานุษยวิทยามีกับวัฒนธรรมสุขภาพต่าง ๆ เราจะเห็นความหลากหลายของแนวคิดหรือมุมมองที่นักมานุษยวิทยาใช้ศึกษาวัฒนธรรมสุขภาพได้โดยประมวลจากประวัติศาสตร์แนวคิดแต่ละยุคสมัยของมานุษยวิทยา

ในกระบวนทัศน์แบบวิวัฒนาการ (Evolutionary Paradigm) นั้น ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพดำรงอยู่ในท่ามกลางความพยายามที่จะจัดเรียงลำดับรูปแบบทางวัฒนธรรมเพื่อสร้างทฤษฎีอธิบายวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ นักมานุษยวิทยามองการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของสเปกตรัมของการ

จัดการกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและเคราะห์อื่น ๆ เช่น witchcraft, sorcery, magic, religious และ science รูปแบบทางวัฒนธรรมของการใช้คาถาอาคม อำนาจศักดิ์สิทธิ์ พิธีกรรมทางศาสนาและการแก้ปัญหาแบบวิทยาศาสตร์ถูกนำมาเปรียบเทียบกันโดย Frazer (1926-36) ซึ่งเชื่อเหมือนกับ Tylor (1871) ว่าการใช้คาถาอาคมนั้นเป็น “วิทยาศาสตร์โบราณ” (primitive science) โดยอาศัยรากฐานความคิดที่ว่า มนุษย์ใช้ตรรกะในการคิดโดยเทียบเคียงความสัมพันธ์ (Association) Frazer อธิบายว่าการคิดของมนุษย์ในยุคดั้งเดิมมีความผิดพลาดของตรรกะคือเป็นการมองเหตุและผลอย่างคลาดเคลื่อน จากความเชื่อดั้งเดิมเรื่องคาถาอาคม ต่อมาจึงพัฒนาสืบเนื่องมาเป็นศาสนาและวิทยาศาสตร์ตามวิวัฒนาการทางความคิดของมนุษย์ ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพที่ดำรงอยู่ในสังคมต่าง ๆ ในทัศนะของนักทฤษฎีวิวัฒนาการจึงไม่ต่างอะไรไปจากซากฟอสซิลที่สามารถนำมาเทียบเคียงและเรียงลำดับก่อนหลังเพื่อสร้างทฤษฎีว่าด้วยวิวัฒนาการของมนุษย์

มุมมองนักมานุษยวิทยาในช่วงต้นนี้ดำรงอยู่ภายใต้กระแสความคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่กำลังเรื่องอิทธิพล การมองวัฒนธรรมสุขภาพของนักมานุษยวิทยาสะท้อนอิทธิพลความคิดแบบวิทยาศาสตร์นิยมอย่างชัดเจน ในงานของ W.H.R. River (1913) ซึ่งบรรยายสิ่งที่เขาพบเห็นในหมู่เกาะโซโลมอน River กล่าวถึงการรักษาโรคท้องผูกด้วยการนวดท้องของชาวเกาะโซโลมอนว่า ชาวพื้นเมืองเชื่อว่าโรคท้องผูกที่ผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งเป็นนั้นเกิดจากการมีปลาหมึกยักษ์อยู่ในช่องท้องของผู้หญิงนั้น และนวดปลาหมึกยักษ์นี้จะย่นสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนหากไปถึงศีรษะผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตทันที การนวดเป็นการฆ่าปลาหมึกยักษ์ในช่องท้องซึ่งหลังจากหมอนวดทำการรักษาไปหลายวันก็ปรากฏว่าเจ้าปลาหมึกยักษ์ในช่องท้องนั้นมีขนาดเล็กลงและคาดว่าจะหายหมดไปจากร่างกายของผู้ป่วยในไม่ช้า River ตั้งข้อสังเกตว่า กลวิธีการนวดของหมอพื้นบ้านชาวโซโลมอนนั้นเป็นการนวดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ คือเป็นการนวดเช่นเดียวกับวิธีที่หมอฝรั่งสมัยใหม่ (ในยุคของ River) ใช้ทำการรักษาผู้ป่วย แต่ผลของการรักษาที่ดีขึ้นนั้น ชาวพื้นเมืองไม่ได้คิดว่าเป็นผลจากการนวดที่กระทำกับศีรษะของผู้ป่วย หากแต่คิดว่าเป็นผลจากคาถาอาคมและพิธีกรรมต่าง ๆ ที่มีขึ้นประกอบกันในการรักษา (River 1913, อ้างใน Good 1994: 30)

มุมมองของ River นี้เป็นการแยกระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (คือการนวดซึ่งกระทำกับศีรษะของผู้ป่วย) กับสิ่งที่ชนพื้นเมืองเชื่อ (มีปลาหมึกยักษ์และต้องรักษาด้วยคาถาอาคมและพิธีกรรมควบคู่กับการนวดเพื่อฆ่าปลาหมึก) ในทัศนะของ River นั้นถึงแม้ความเชื่อของชาวพื้นเมืองจะเป็นความเชื่อผิด ๆ แต่การรักษาที่อาจมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และที่สามารถกล่าวได้ว่าถูกต้องและมีประสิทธิภาพก็โดยอาศัยมาตรฐานการแพทย์ตะวันตกเป็นเครื่องตัดสิน มุมมองที่อธิบายประสิทธิภาพของการรักษาโรคในวัฒนธรรมอื่นด้วยการให้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์นี้ยังมีการใช้ในปัจจุบันและมักมีการใช้เพื่อแสดงว่าวัฒนธรรมพื้นบ้านอาจไม่ใช่เรื่องมงายแต่มีคุณค่าที่ควรรักษาไว้ ตัวอย่างของการอธิบายปรากฏการณ์ในวัฒนธรรมสุขภาพพื้นบ้านไทยในลักษณะดังกล่าวที่เด่นชัด เป็นการอธิบายการอยู่ไฟหลังคลอดของชาวชนบทอีสาน

ในการอยู่ไฟ หญิงหลังคลอดจะต้องนอนผิงไฟตลอดเวลาบนกระดานไม้แผ่นเดียว อาบน้ำ ร้อนและดื่มเฉพาะน้ำร้อน งดอาหารแสลงบางประเภทและกินข้าวกับเกลือการปฏิบัติดังกล่าว ช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น การนอนผิงไฟ การอาบน้ำร้อน และการดื่มน้ำร้อนนั้น ช่วยให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นและทำให้การไหลเวียนโลหิตดี ช่วยให้มดลูกหดตัวดีขึ้น มีผล ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วและน้ำคาวปลาแห้งเร็ว ปากมดลูก จะปิดได้เร็วขึ้น จึงช่วยป้องกันการติดเชื้อ ในโพรงมดลูกหลังคลอด และป้องกันอันตราย จากภาวะตกเลือดหลังคลอด อันเกิดจากการที่ มดลูกไม่หดตัวเท่าที่ควรได้

ตามปกติในภาวะหลังคลอดนั้น มดลูกและเยื่อเย็ดเกาะมดลูกจะอยู่ในสภาพบวมน้ำ ซึ่ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด การอยู่ไฟช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำ ให้อาการบวมน้ำของมดลูกและเนื้อเยื่อเย็ดเกาะมดลูกลดลงคืนสู่สภาพปกติรวดเร็ว ช่วยลด ระยะเวลาพักฟื้นและทำให้ร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น ทั้งยังลดโอกาสการเกิดภาวะมดลูกหย่อน (กระ บังลมหย่อน) เพราะเยื่อเย็ดเกาะมดลูกยึดตัว และหมดสภาพยึดหยุ่นอันเนื่องจากการบวมน้ำของ เยื่อเย็ดมดลูกค้างค้ำอยู่เป็นเวลานานอีกด้วย (โกมาตร 2535: 14)

การอธิบายประสิทธิภาพการรักษาแบบพื้นบ้านด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ยังอาจเห็นได้จากการ พยายามหาตัวยาหรือสารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในตำรายากลางบ้านต่าง ๆ ดังในกรณีของ Brun & Schumacher (1987, chapter 5) ที่พยายามค้นหาวิธีการรักษาหรือตัวยาที่ได้ผลในระบบวัฒนธรรมสุขภาพพื้นบ้าน แนวคิดที่เน้นการค้นหาสิ่งที่ได้ผลในเชิงการแพทย์นี้เองที่ Charles Leslie เรียกว่า Western Pragmatism (Leslie 1976)

แม้แนวคิดเช่นนี้จะใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ตะวันตกเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน "ความถูกต้อง" ของ วัฒนธรรมสุขภาพเช่นเดียวกับ River แต่ก็ต่างไปจากนักทฤษฎีวิวัฒนาการในแง่ที่นักทฤษฎีวิวัฒนาการ แบบ River นั้นต้องการแสดงให้เห็นว่าในระบบความเชื่อแบบคาถาอาคมหรือภูติผีปีศาจนั้นแม้จะมีความ ต่างไปจากวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ แต่ก็ยังมี "ร่องรอย" ที่แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นเหตุเป็นผลในเชิง วิทยาศาสตร์แทรกอยู่ และนี่เองเป็นหลักฐานที่ River ใช้เสนอแนวคิดที่ว่า คาถาอาคมและความเชื่อในสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ (Magic) นั้นแม้จะเป็นการใช้ตรรกะที่ผิดในการอธิบายเหตุและผล แต่เมื่อผ่านการกลั่นกรองใน ยุคสมัยต่อ ๆ มาด้วยสติปัญญามนุษย์ ความคิดดังกล่าวก็ได้พัฒนามาเป็นวิทยาศาสตร์ (Science) ซึ่งเป็น วิวัฒนาการขั้นสูงสุดของมนุษยชาติ

มุมมองแบบวิวัฒนาการถูกวิจารณ์ว่าเป็น ethnocentrism เพราะเป็นการนำเอาตัวอย่างความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติของมนุษย์ในวัฒนธรรมต่าง ๆ มาเข้าแถวเรียงลำดับกันตามบันไดวิวัฒนาการที่มี ยุโรปเป็นตัวแทนของวิวัฒนาการขั้นสูงของมนุษย์ และค่อย ๆ เสื่อมความนิยมไปตามยุคสมัย มุมมองใหม่ ของนักมานุษยวิทยาเป็นการพยายามเข้าใจโครงสร้างและหน้าที่ของแบบแผนความคิด ความเชื่อ หรือการ ปฏิบัติที่เป็นอยู่ในบริบททางสังคมของแต่ละวัฒนธรรม Evans-Pritchard ใช้การศึกษาภาคสนามใน Azande และได้แสดงให้เห็นอย่างเป็นระบบว่า ความเชื่อในของศักดิ์สิทธิ์ของชาว Zande นั้น แม้จะมี

ความผิดพลาดในการคิดและไม่ได้มาตรฐานแบบวิทยาศาสตร์ แต่เมื่อพิจารณาในบริบททางสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่นแล้ว เราจะเห็นถึงความกลมกลืนเป็นเหตุเป็นผลกันในระบบวิถีคิดและระบบสังคมที่ ความเชื่อเหล่านั้นปรากฏอยู่ ชาว Zande มิได้ไร้ปัญญาถึงขนาดที่จะไม่รู้ว่าปลวกซึ่งกัดกินเสากระท่อมที่ สร้างขึ้นบนต้นไม้เป็นต้นเหตุที่ทำให้กระท่อมพังทลายลงมาทับคนที่นั่งอยู่ข้างล่าง แต่ในโลกทัศน์ของ Azande นั้น โลกทางกายภาพไม่ได้ดำรงอยู่ลอย ๆ แยกขาดจากโลกแห่งเหตุผลทางคุณธรรมและจริยธรรม ปัญหาไม่ใช่อยู่ที่ทำไมกระท่อมพังมาทับคน ปัญหาอยู่ที่ทำไมมาพังในเวลานั้น ขณะที่บุคคลผู้นั้น (และ ไม่ใช่บุคคลอื่น) กำลังนั่งอยู่ เหตุผลที่จะตอบให้กับคำถาม “Why him?” และ “Why then?” นั้นเป็นเหตุผล ทางสังคม ซึ่งจะต้องหาคำตอบจากโลกทัศน์ของ Azande ที่มีความเชื่อเรื่องภูติผีปิศาจหรืออำนาจเหนือ ธรรมชาติกำกับอยู่ (Evans-Pritchard 1937: 79)

มุมมองเกี่ยวกับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพพวงอกงามขึ้นและเกิดแนวคิดต่าง ๆ มากมายเมื่อมานุษยวิทยาทางการแพทย์มีการเติบโตเป็นสาขาวิชาที่ชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในอเมริกาเหนือ มุมมองที่ปรากฏเด่นชัดในช่วงนี้นั้นเป็นการมองวัฒนธรรมสุขภาพต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ แนวคิด (concept) และระบบคิด (conceptual system) ของระบบการแพทย์ต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคมที่ นักมานุษยวิทยาศึกษา ในแง่หนึ่งการให้ความสนใจในเชิงระบบนี้เป็นมรดกความคิดที่สืบเนื่องมาจาก Evans- Pritchard และเป็นมุมมองที่ไม่ให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบระหว่างวัฒนธรรมเหมือนเช่น นักทฤษฎีวิวัฒนาการกระทำ แม้ว่านักทฤษฎีวิวัฒนาการจะไม่ใส่ใจกับบริบทและสนใจเฉพาะการจัดเรียง “ชิ้นส่วน” ของวัฒนธรรมตามขั้นตอนวิวัฒนาการ แต่นักทฤษฎีวิวัฒนาการก็ยังสนใจที่จะเปรียบเทียบความ แตกต่างหลากหลายของวัฒนธรรม แม้จะเป็นการเปรียบเทียบที่ Margaret Lock เรียกว่า “anecdotal” มากกว่า “comparative” (Lock et al., 2000: 6) แต่การหันมาหาความเป็นระบบของวัฒนธรรมสุขภาพ เป็นการให้ความสนใจกับองค์ประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ก่อตัวเป็นระบบ วัฒนธรรมสุขภาพเป็นสำคัญ

แนวทางหลักประการหนึ่งในการศึกษาความเป็นระบบของวัฒนธรรมสุขภาพคือการศึกษาแบบ วิถีคิดเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยและการเยียวยารักษาโรค นักมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งได้ศึกษาความ แตกต่างหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพโดยการถอดรหัสโครงสร้างวิถีคิดที่เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและ การรักษาโรคของชาติพันธุ์ต่าง ๆ สกุลความคิดนี้ (ที่เรียกว่า Ethnoscience) ถือว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดของ วัฒนธรรมได้แก่ระบบวิถีคิดที่มีอยู่ร่วมกันของคนร่วมวัฒนธรรมซึ่งเปรียบเสมือนกฎเกณฑ์ที่ผู้คนใช้จัด ระเบียบและทำความเข้าใจจักรวาลที่ตนดำรงอยู่ (Landy 1977: 183) เป้าหมายหลักของแนวทาง การศึกษานี้คือ การพัฒนาวิธีวิทยาที่ใช้ค้นหาโครงสร้างทางความคิด งานที่เป็นแม่แบบของแนวคิด ดังกล่าว คือการศึกษาในหมู่ชาว Subanun ในมินดาเนา โดย Charles O. Frake (1961) ซึ่งศึกษาถึงชื่อ เรียกของโรค และโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับการจัดกลุ่มโรค (disease taxonomy and

classification) งานศึกษาในลักษณะเดียวกันที่ทำในประเทศไทยคือ งานของ Viggo Brun & Trond Schumacher (1987) ซึ่งศึกษาชื่อโรคและการจัดระบบความคิดเรื่องโรคในภาคเหนือของไทย

ทัศนะนี้ถือว่าความแตกต่างหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพมีรากฐานมาจากความแตกต่างของระบบวิถีคิด โดยโครงสร้างทางความคิดเป็นสิ่งที่กำกับวิธีการในการจัดระบบสังคมและระบบสุขภาพ Byron Good (1994: 48-52) ได้วิพากษ์แนวคิดที่ถือเอาศัพทานวิทยาเป็นตัวแทนในการวิเคราะห์วัฒนธรรมสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอย่างน้อยที่สุด 2 ประการด้วยกัน คือ

1. แนวคิดดังกล่าวมีปัญหาในทฤษฎีเกี่ยวกับภาษา โดยการถือว่าศัพท์หรือชื่อโรคเป็นตัวแทนของสภาวะความเจ็บป่วยนั้นอาจเป็นความเข้าใจที่ผิดพลาดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดกับ “สิ่งที่มีอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง” คำพูดหรือภาษามีบทบาทไม่เพียงแต่ในการกล่าวถึงสิ่งที่มีอยู่ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการสถาปนาความจริงเหล่านั้นขึ้นมาด้วย การพิจารณาชื่อของโรคและระบบการจัดกลุ่มโรคในลักษณะของผังทางความคิด (cognitive mapping) ละเลยบริบทที่ให้ความหมายต่อชื่อโรค และการสถาปนาความจริงของภาษานั้นมีลักษณะเฉพาะที่ขึ้นต่อบริบททางสังคมอย่างยิ่ง
2. ปัญหาความชัดเจนและเป็นระบบของวิถีคิด ในทางปฏิบัติเส้นแบ่งระหว่างโรคหรือกลุ่มอาการมักมีลักษณะยืดหยุ่น นอกจากนั้นการ “ติดป้าย” ชื่อโรคให้กับอาการยังมักเป็นผลจากการต่อรองของหลายฝ่าย ยิ่งไปกว่านั้นโรคที่คล้ายกันยังอาจมีชื่อโรคได้หลายลักษณะ เพราะชื่อโรคอาจถูกเรียกขึ้นจากอวัยวะที่เป็น อาการที่แสดงออก สาเหตุของการเกิดโรค หรือแม้แต่อาจตั้งชื่อโรคตามวิธีการรักษา ทำให้วิถีคิดในวัฒนธรรมสุขภาพหนึ่ง ๆ มักไม่มีความเป็นระบบระเบียบอย่างที่นักวิชาการต้องการให้เป็น

อย่างไรก็ตามงานของ Brun & Schumacher ยังถือว่าเป็นตัวอย่างสำคัญของความพยายามเข้าใจความแตกต่างหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ โดยแสดงถึงลักษณะเฉพาะของแบบแผนโครงสร้างทางความคิดของวัฒนธรรมการแพทย์ที่แตกต่างออกไป

การมองความหลากหลายของวัฒนธรรมในแง่เชิงระบบนั้นยังมีแนวทางที่สำคัญอีกแนวทางหนึ่งคือ การมองเชิงระบบสัญลักษณ์ซึ่งมีหลากหลายแนวทางย่อย Arthur Kleinman นักมานุษยวิทยาคนสำคัญได้เสนอว่า ระบบการแพทย์นั้นเป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่งซึ่งมีสัญลักษณ์ ความหมาย และตรรกะภายในของตนเอง Kleinman และคณะได้เสนอแนวคิดเรื่อง Explanatory Model (EM) ซึ่งเป็นแนวทางในการค้นหามุมมองของคนใน (Emic หรือ native's point of view) (Kleinman et al., 1978) โดยแนวคิดนี้ถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพมิใช่เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง “ความเป็นจริง” (medical reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกันและเป็นโลกแห่งความเป็นจริงคนละแบบ มุมมองนี้จึงต่างจากมุมมองที่ถือว่าระบบคิดของวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ ซึ่งสามารถถอดเป็นแผนผังที่มีความสมนัยกับโลกแห่งความเป็นจริงที่ดำรงอยู่

อย่างเป็นทางการจากความคิด เพราะแนวคิดของ Kleinman นั้น (ซึ่งมักเรียกกันว่า meaning-centered approach, ดู Good 1994: 52-56) ถือว่าโลกของความเป็นจริงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระหรือแยกออกจากกันได้จากโลกของภาษาและความหมาย ในทางตรงกันข้าม โลกแห่งความเป็นจริงนั้นถูกอุปโลกนขึ้นโดยน้ำมือของภาษาและสัญลักษณ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง โลกแห่งความเป็นจริงมีอยู่และรับรู้ได้โดยผ่านการแปลและตีความเชิงสัญลักษณ์เท่านั้น

แนวคิดเรื่องของ Explanatory Model ของ Kleinman เป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างกว้างขวางในแวดวงมานุษยวิทยา โดยเฉพาะในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ไทยนั้น อาจกล่าวได้ว่า เป็นแนวคิดที่แพร่หลายและมีอิทธิพลต่อมุมมองของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ไทยมากที่สุดแนวคิดหนึ่ง แต่ดูเหมือนแนวคิดนี้จะถูกใช้ในลักษณะที่แทบแยกไม่ออกจากแนวคิดเรื่อง health belief ในทฤษฎี cognitive anthropology ซึ่งทำให้ความแหลมคมของแนวคิดเชิง Symbolic constructivism ของ Kleinman ถูกลดทอนลงไป อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่อง Explanatory Model ควบคู่ไปกับแนวคิดที่แยกแยะระหว่างโรค (disease) ซึ่งเป็นความผิดปกติของกระบวนการและกลไกทางร่างกายของผู้ป่วย (Explanatory model ของแพทย์) และความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นความผิดปกติตามการรับรู้หรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง (Explanatory model ของผู้ป่วย) เป็นแนวคิดสำคัญที่ทำให้ความรู้ทางมานุษยวิทยาสามารถช่วยให้ความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้รักษาโรคกับผู้ป่วยเป็นไปได้มากขึ้น

Byron Good นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่สำคัญอีกผู้หนึ่งได้เสนอแนวทางการศึกษาโลกสุขภาพในระบบวัฒนธรรมด้วยการวิเคราะห์สนามความหมายและโครงสร้างเครือข่ายของสัญลักษณ์ (semantic network analysis) Good ได้แสดงให้เห็นในบทความที่มีการอ้างอิงมากที่สุดบทความหนึ่ง (Good 1977) ว่าโลกสุขภาพของชาวอิหร่านนั้นถูกสร้างขึ้นโดยระบบสัญลักษณ์ที่ให้ความสำคัญกับสัญลักษณ์หลัก (core symbol) และให้ความหมายของอวัยวะ อากาศ ความรู้สึก รวมทั้งวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วย เราจะไม่สามารถเข้าใจอาการ heart distress (อาจคล้ายคลึงกับอาการของชาวบ้านชนบทอีสานที่เรียกว่า “หัวใจอ่อน”) ของชาวอิหร่านได้ หากเราไม่เข้าใจความเชื่อมโยงของระบบสัญลักษณ์และการให้ความหมายเชิงวัฒนธรรม ซึ่งมีรากฐานมาจากความคิดแบบ Galenic/Islamic medicine โดยที่ความหมายเหล่านี้สถาปนาความจริงของโลกสุขภาพขึ้นในบริบททางสังคมของอิหร่าน

อาจกล่าวได้ว่า มุมมองเชิงสัญลักษณ์ของมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่กล่าวมานี้มีลักษณะ relativism กล่าวคือ เป็นการมองความหลากหลายโดยไม่ถือว่ากฎเกณฑ์หรือระบบแบบใดแบบหนึ่งจะมีความถูกต้องสมบูรณ์ที่จะสามารถใช้ตัดสินกฎเกณฑ์หรือระบบวัฒนธรรมอื่น แนวคิดนี้จึงเน้นการทำความเข้าใจระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยการเข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพที่ต่างกันได้ทำได้โดยการแสดงให้เห็นถึงลักษณะสากลที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพที่ต่างกัน เช่น การมีระบบตรรกะที่เป็นเหตุเป็นผลภายในตัวเอง หรือการอุปโลกนขึ้นของโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งแม้จะเป็น

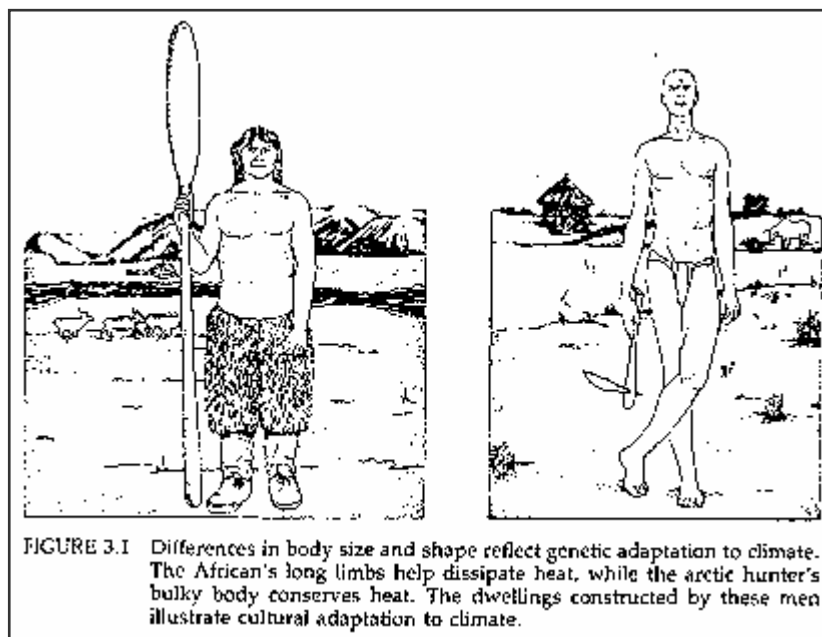
ระบบตรรกะหรือโลกแห่งความเป็นจริงที่ต่างไปจากของเรา แต่ทั้งระบบ/โลกของเราและระบบ/โลกของคนอื่น ๆ ต่างก็ถูกเสกสรรปั้นแต่งให้เกิดขึ้นโดยนอกรีตรกรรมของภาษาและสัญลักษณ์ทั้งสิ้น จึงกล่าวได้ว่าแนวคิดเชิงสัญลักษณ์นี้เป็นการมองความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพเพื่อแสวงหาเอกภาพร่วมกันของมนุษยชาติ

มุมมองที่เห็นความหลากหลายเป็นเอกภาพร่วมกันยังเป็นลักษณะเด่นของการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างนิยม โดยเฉพาะแนวคิดแบบ Levi-Strauss โดยรากฐานของสกุลความคิดนี้ถือว่าความแตกต่างหลากหลายใด ๆ ในองค์ประกอบวัฒนธรรมมนุษย์ล้วนแต่มีรากฐานมาจากลักษณะพื้นฐานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของมนุษย์ทั้งสิ้น Levi-Strauss ได้เสนอไว้อย่างชัดเจนว่าวัฒนธรรมนั้นควรจะต้องถือว่าเป็นปรากฏการณ์และประสบการณ์ของมนุษย์ รูปลักษณ์และการแสดงออกในทางวัฒนธรรมนั้นอาจเป็นไปได้อย่างหลากหลายแต่กฎเกณฑ์พื้นฐานนั้นย่อมเป็นกฎเกณฑ์เดียวกัน ซึ่งสำหรับ Levi-Strauss กฎเกณฑ์พื้นฐานที่สุดก็คือ การคิดแบบคู่ตรงข้าม (binary opposition) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ Levi Strauss ได้รับอิทธิพลมาจาก Structural linguistics กฎเกณฑ์พื้นฐานที่เหมือนกันของมนุษย์ในวัฒนธรรมต่าง ๆ นี้สะท้อนถึงความเป็นเอกภาพของมนุษย์ซึ่ง Levi-Strauss ใช้คำว่า Psychic unity of mankind (ดู Levi-Strauss 1966)

แม้ในวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เช่น การบำบัดจิตวิเคราะห์ในจิตเวชศาสตร์กับการทรงเจ้า นักโครงสร้างนิยมยังมองเห็นความคล้ายคลึงในท่ามกลางความแตกต่าง Levi-Strauss ได้สาธิตถึงทั้งสองกรณีดังกล่าวและกล่าวว่าการรักษาแบบจิตวิเคราะห์ และการทรงเจ้านั้นต่างก็เป็นการดึงเอาสิ่งที่เก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกให้ขึ้นมาอยู่ในระดับจิตสำนึกรับรู้ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีปัญหาทางจิตสามารถเข้าถึง และปลดปล่อยสภาวะที่คับข้องของตนได้ ความแตกต่างระหว่างจิตบำบัดกับการทรงเจ้าอยู่ตรงที่การทรงเจ้าอาศัยปรัมปราคติ (Myth) ในวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นสื่อ ภาษา หรือสัญลักษณ์ ในขณะที่จิตบำบัดในตะวันตกนั้น ปรัมปราคติดั้งเดิมถูกทดแทนด้วยปรัมปราคติที่ปัจเจกบุคคลสร้างขึ้น (Levi-Strauss 1963: 200-204)

นอกจากมุมมองเชิงสัญลักษณ์และเชิงโครงสร้างนิยมที่เน้นการเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันและมีความลงตัวในเชิงเหตุผลภายใน มุมมองเชิงนิเวศยังเป็นอีกทัศนะหนึ่งที่เน้นความเป็นระบบที่เหมาะสมเจาะลงตัวของวัฒนธรรมสุขภาพ แต่สำหรับทัศนะนี้ความเหมาะสมเจาะลงตัวอย่างเป็นระบบที่เน้นเป็นความสมดุลเชิงนิเวศ McElroy & Townsend (1985) ได้ประมวลแนวคิดนี้ในหนังสือชื่อ *Medical Anthropology in Ecological Perspectives* มุมมองเชิงนิเวศนี้ถือว่าระบบวัฒนธรรมสุขภาพหรือระบบการแพทย์นั้นเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวทางสังคมของมนุษย์เพื่อให้ได้ดุลยภาพกับระบบนิเวศที่สังคมนั้นดำรงอยู่ Foster and Anderson (1978) ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า วัฒนธรรมเป็นเครื่องมือที่มนุษย์สร้างขึ้นและเป็นกลไกที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะปรับตัวให้อยู่รอดได้ในระบบนิเวศหนึ่ง ๆ มุมมองนี้จึงเน้นการปรับตัวและดุลยภาพของระบบนิเวศซึ่งอาจแสดงให้เห็นได้ชัดเจนด้วยภาพจากหนังสือของ McElroy & Townsend

ที่แสดงให้เห็นว่าทั้งชีววิทยา (ขนาด รูปร่าง และลักษณะของร่างกาย) และวัฒนธรรม (การแต่งกาย การสร้างบ้านเรือน รวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้) ของมนุษย์ที่อาศัยในแอฟริกาและในอาร์กติกนั้น ล้วนแต่เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวในทางนิเวศวิทยาทั้งสิ้น (McElroy & Townsend 1985: 75)



แนวคิดที่เห็นว่าวัฒนธรรมเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวจนได้สมดุลกับนิเวศวิทยานี้ถูกนำมาใช้อธิบายความลงตัวของพฤติกรรมในวัฒนธรรมท้องถิ่นกับระบบนิเวศของท้องถิ่นชนบทไทยในเรื่องอาหาร

อาหารพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการปกป้องคุ้มครองสุขภาพของมนุษย์มานาน เป็นศิลปะของการเลือกใช้พืชสอยสรรพสิ่งรอบตัวให้เกิดอรรถประโยชน์อย่างกลมกลืนกับชีวิตและธรรมชาติ ในชนบทอีสานช่วงต่อระหว่างปลายฤดูฝนกับต้นฤดูหนาวนั้นต้นแคจะผลิดอกสะพรั่งรับลมหนาว เป็นช่วงเวลาที่ได้ก ักเก็บปวยจากใช้หั่วลม อันเนื่องมาจากอากาศเปลี่ยนแปลง แม้ในชนบทจะเก็บดอกแคมาปรุงเป็นอาหาร ลวกหรือผัดน้ำมันไว้จิ้มน้ำพริก หรือแกงส้มดอกแค เป็นที่รับรู้กันในชนบทว่าดอกแคมีสรรพคุณตัดไข้หั่วลม ซึ่งหมายถึงป้องกันไข้อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศในช่วงเปลี่ยนฤดูที่ลมหนาวพัดพาความหนาวเย็นมา และเป็นเวลาที่ดอกแคจะผลิดอกสะพรั่งรับลมหนาวที่ม ายเยือนและรอเป็นอาหารที่คุ้มครองสุขภาพของเด็ก ๆ พอดี (โกมาตร 2535: 2)

แนวคิดแบบนี้เวลานี้ถูกวิจารณ์ว่าเน้นความสมดุลลงตัวจนไม่อาจอธิบายความเปลี่ยนแปลง และสนใจเฉพาะเหตุปัจจัยภายในของระบบนิเวศหนึ่ง ๆ ในขณะที่ในความเป็นจริงอาจมีเหตุปัจจัยจากภายนอก เช่น การอพยพเคลื่อนย้ายถิ่นของประชากร การถ่ายทอดเทคโนโลยีใหม่ ๆ และการลอกเลียนแบบวัฒนธรรมที่มาจากแหล่งอื่น รวมทั้งมีการตั้งคำถามว่าการเน้นความสมดุลลงตัวว่าเป็นธรรมชาติของระบบนิเวศวัฒนธรรมนี้ จะหมายถึงการที่ผู้นำและสถาบันทางการเมืองจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยล้มตายของผู้คนที่เกิดจากอำนาจหรือความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจ/สังคม เพราะระบบนิเวศจะปรับตัวไปเองโดยผู้ที่ไม่เหมาะสมที่จะอยู่รอดในระบบนิเวศนั้น ๆ จะถูกคัดเลือกร้างออกโดยกลไกของธรรมชาติ (natural selection) หรือ? ในช่วงที่ผ่านมาจึงมีความพยายามที่จะเสนอแนวคิดใหม่ด้านนิเวศวัฒนธรรม (new cultural ecology) ที่นำเอาตัวแปรเหล่านี้เข้ามาพิจารณา (Picchi 2000) เพื่อให้เป็นแนวคิดที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้

ในประเทศไทย นักมานุษยวิทยาให้ความสนใจในเรื่องนิเวศและความหลากหลายของวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น งานชิ้นสำคัญ ๆ ได้แก่ งานของเอกวิทย์ (2540) ที่รวบรวมและวิเคราะห์ภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งสี่ภาคโดยชี้ให้เห็นถึงการปรับตัวทางวัฒนธรรมที่ทำให้วิถีชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบนิเวศในแต่ละภาค งานของยศ สันตสมบัติ (2542) ที่สำรวจและวิเคราะห์ความหลากหลายทางชีวภาพและมิติทางวัฒนธรรมโดยได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องไว้อย่างเป็นระบบ นอกจากนั้นยังมีงานของ ยศและวิฑูรย์ (2537) ฉลาดชาย (2537) ปิ่นแก้ว (2539) กฤษฏา (2540) แม้จะมีการวิจารณ์ในมานุษยวิทยาตะวันตกว่าแนวคิดนิเวศวัฒนธรรมเน้นการปรับตัวภายในและดุลยภาพจนละเลยการเปลี่ยนแปลง แต่ในกรณีของประเทศไทยนั้น งานเหล่านี้เป็นตัวอย่างสำคัญที่ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวของการเมืองภาคประชาชนเกี่ยวกับการปกป้องความหลากหลายทางชีวภาพ สิทธิชุมชนและกลุ่มชาติพันธุ์ที่ต้องการดูแลรักษาป่าชุมชนมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ความสนใจและการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสมุนไพร เช่น งานของเสาวภาและวิจิต (2541) และอดุลย์ (2544) เป็นต้น

มุมมองทางมานุษยวิทยาที่กล่าวมาเกือบทั้งหมดเน้นที่ความเป็นระบบของวัฒนธรรมสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นถึงความลงตัว ตรรกะ และดุลยภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่ประกอบกันขึ้นเป็นระบบวัฒนธรรมของมนุษย์ ยังมีมุมมองทางมานุษยวิทยาอีกอย่างหนึ่งที่มีได้เน้นถึงความลงตัวหรือดุลยภาพของระบบ หากแต่เน้นถึงองค์ประกอบซึ่งทัศนะนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมต่าง ๆ คือ อำนาจและความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในระบบวัฒนธรรม มุมมองมานุษยวิทยาให้ ความสำคัญกับโครงสร้างที่กำหนดให้กลุ่มหรือสถาบันในสังคมมีอำนาจแตกต่างกัน โดยความคิดพื้นฐานของทัศนะดังกล่าวนี้ถือว่า ในสังคมหรือวัฒนธรรมใด ๆ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจกำกับอยู่ทั้งสิ้น และความสัมพันธ์เชิงอำนาจเหล่านี้อาจแสดงออกในรูปแบบที่หยابไปจนกระทั่งถึงในรูปแบบที่มีความละเอียดอ่อนและซ่อนเร้น ไม่สามารถเห็นได้อย่างตรงไปตรงมา

ในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่หยาบนั้น เป็นการใช้อำนาจบังคับหรือเคี่ยวเข็ญหรือเอาัดเอาเปรียบผู้ที่มีกำลังน้อยกว่า ซึ่งรูปแบบในลักษณะเอาัดเอาเปรียบนั้นเป็นรูปแบบที่ตรงไปตรงมาและจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์ในเชิงวัฒนธรรมน้อย แต่มุมมองทางมานุษยวิทยาให้ความสนใจกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีลักษณะละเอียดอ่อน โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีลักษณะการครอบงำในเชิงอำนาจของทัศนคติที่ก่อให้เกิดความชอบธรรมในการเอาัดเอาเปรียบ (hegemony ตามแนวคิดของ Gramsci 1971 ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Femia (1981)) มุมมองนี้จึงไม่ได้มองวัฒนธรรมในแง่ของความผสมกลมกลืน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือความคิดเห็นร่วมกันที่มีลักษณะเป็นฉันทานุมัติ แต่กลับมองความผสมกลมกลืนกันและฉันทานุมัติต่าง ๆ ด้วยสายตาที่เคลือบแคลงสงสัยว่าในค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อหรือแบบแผนการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่ยอมรับกันอยู่ในสังคมนั้นจะมีการใช้อำนาจซ่อนเร้นอยู่หรือไม่ ซึ่งการแฝงเร้นเช่นนี้จะทำให้อำนาจนั้นแทรกตัวเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตโดยที่ผู้คนในสังคมยอมรับอย่างไม่ได้ตั้งคำถาม

มุมมองทางมานุษยวิทยานี้จึงถือว่าเป็นมุมมองที่มีลักษณะเคลือบแคลงสงสัยและวิพากษ์วิจารณ์อำนาจ ทัศนคติที่แสดงออกในงานทางมานุษยวิทยาในสาย Critical anthropology ซึ่งวิเคราะห์วัฒนธรรมในแง่ของการเอาัดเอาเปรียบ ตัวอย่างของงานที่น่าสนใจในทางมานุษยวิทยาการแพทย์นั้นเห็นจะเป็นงานของ Nancy Scheper-Hughes (1992) ชื่อ Death Without Weeping ซึ่งได้ศึกษาถึงความรุนแรง การกดขี่ และภาวะทางสุขภาพในชุมชนแออัดในประเทศบราซิล Scheper-Hughes กล่าวถึงปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนนี้ว่าเป็นผลลัพธ์ของความไม่เป็นธรรมและโครงสร้างที่เอาัดเอาเปรียบประชาชนของสังคมบราซิลเอง ที่ทำให้คนจำนวนมากต้องตกอยู่ในสภาวะที่อดอยาก ไม่มีอาหารกิน มีความเครียดสูง และมีอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งอัตราการป่วยและตายของประชากรโดยทั่วไปอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ควรจะเป็น

Scheper-Hughes ชี้ให้เห็นว่าค่านิยมที่สังคมสร้างขึ้นนั้นได้ทำให้ลักษณะการดำรงของ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตของชาวบราซิลเหล่านี้กลายเป็นที่ยอมรับโดยดูเชฎฐีว่า เป็นลักษณะที่เป็นอยู่ตามปกติ และไม่สามารถที่จะเห็นไปถึงลักษณะของการกดขี่ที่เกิดขึ้นอยู่ในสังคมบราซิลได้ ไม่เพียงแต่เท่านั้น ยังชี้ให้เห็นว่าสถาบันการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการค้าฐให้ทัศนคติที่ยอมรับการถูกเอาัดเอาเปรียบหรือโครงสร้างแห่งความรุนแรงดำรงอยู่ได้ เนื่องจากสถาบันการแพทย์ได้เข้าไปสร้างทัศนคติที่ทำให้เห็นความอดอยากยากแค้นหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของชาวบราซิลนั้นกลายเป็นเรื่องของปัญหาสุขภาพไป ทั้งที่สำหรับ Nancy Scheper-Hughes แล้วรากเหง้าของปัญหาอยู่ที่โครงสร้างอำนาจรัฐที่ไม่เป็นธรรมและการกดขี่ขูดรีดในทางชนชั้นที่มีอยู่ในสังคมบราซิล ตัวอย่างที่ Scheper-Hughes ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนก็คือเมื่อชาวบราซิลเหล่านี้เจ็บป่วยขึ้นด้วยโรคทางจิตซึ่งเกิดจากสภาวะการบีบคั้นทางสังคมอย่างรุนแรงและความอดอยากยากแค้นที่ชาวสลัมในประเทศบราซิลต้องเผชิญอยู่นั้น สิ่งทีสถาบันทางการแพทย์หยิบยื่นให้ นั้นกลับกลายเป็นยากล่อมประสาทที่คนทุกข์ยากเหล่านี้รับประทานลงไปในกระเพาะที่ว่างเปล่า ในการทำ

เช่นนี้ Scheper-Hughes เห็นว่าสถาบันการแพทย์เหล่านี้ได้ตีตราความอดอยากยากแค้นและการเอารัดเอาเปรียบว่าเป็นโรคจิตที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง Scheper-Hughes ชี้ให้เห็นว่าลักษณะดังกล่าวทำให้สาเหตุของการอดอยากและเอารัดเอาเปรียบที่แท้จริงถูกทำให้บิดเบือนจากความเป็นจริงที่ประชาชนถูกเอารัดเอาเปรียบให้หักเหความสนใจจากโครงสร้างของความไม่เป็นธรรมไปเป็นเรื่องของบริการทางการแพทย์ ปรากฏการณ์ปัญหาที่โดยรากฐานแล้วไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์ (เช่นปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสังคมและการกดขี่ทางการเมือง) แต่กลับถูกทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์นี้นักมานุษยวิทยาแนว Critical anthropology เรียกว่า medicalization

นอกเหนือจากงานของ Scheper-Hughes ยังมีงานชิ้นสำคัญ ๆ ชิ้นอื่น ๆ ที่เขียนถึงการแพทย์และการเอารัดเอาเปรียบในทางสังคม เช่น งาน classic ของ Vicente Navarro (1976) ที่ได้ชี้ให้เห็นว่าการแพทย์นั้นเป็นสถาบันที่สัมพันธ์ใกล้ชิดและแยกไม่ออกจากระบบทุนนิยมโลก นาวาโรได้ชี้ให้เห็นถึงความพยายามที่จะขยายหรือส่งเสริมการแพทย์ตะวันตกในโลกที่สามว่าเกิดจากการผลักดันของบริษัทผลิตยาและธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เป็นสำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่าการแพทย์แผนปัจจุบันนั้นได้เป็นส่วนหนึ่งของการขยายตัวของอำนาจในระบบทุนนิยมให้กว้างขวางไปทั่วโลก แนวคิดดังกล่าวนี้สอดคล้องกับกลุ่มที่สนใจศึกษาจักรวรรดินิยมและการกดขี่ของจักรวรรดินิยมต่อประเทศในอาณานิคม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในการขยายอำนาจของจักรวรรดินิยมเหล่านี้เทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญของการเข้าไปสถาปนาอำนาจของจักรวรรดินิยม ดังเช่นกรณีของการส่งมิชชันนารีเข้าไปในประเทศต่าง ๆ ในช่วงของการแผ่ขยายอำนาจจักรวรรดินิยมนั้น มิชชันนารีเหล่านี้จำนวนมากเป็นแพทย์หรือเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในกรณีของประเทศไทยเองนั้น เราจะเห็นได้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันถูกนำเข้ามาโดยมิชชันนารีเช่นเดียวกัน แม้ว่าก่อนหน้านี้จะมีการเข้ามาของการแพทย์แบบตะวันตกอยู่บ้างแล้ว แต่การที่หมอบลัดเลย์เข้ามาและสามารถสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในสังคมไทย เป็นขั้นตอนสำคัญของการทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันกว้างขวางขึ้น งานทางมานุษยวิทยาที่วิพากษ์จักรวรรดินิยมที่น่าสนใจได้แก่ งานของ Comaroff (1985) และ Taussig (1987) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับหมอมิชชันนารีในประเทศไทยมีงานของ มนัสวีร์ (2505) นายหนวย (2508) จินดา (2522) ประสิทธิ์ (2533, 2539) และ มาลี (2543)

จะเห็นได้ว่ามุมมองมานุษยวิทยาในแนววิพากษ์นี้ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นด้านหลัก ในทัศนะดังกล่าว ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพนั้นกลายเป็นเรื่องของการเผชิญหน้ากันของอำนาจ หรือสถาบันการแพทย์กลายเป็นสถาบันเพื่อการควบคุมทางสังคม ลักษณะนี้ยิ่งปรากฏให้เห็นเด่นชัดขึ้นในงานที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มต่าง ๆ ในการมองวัฒนธรรมสุขภาพจากมุมมองของชาติพันธุ์นี้ ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพดำรงอยู่คู่กับความแตกต่างของชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของแบบแผนวิถีคิด ความเชื่อ หรือพิธีกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อมาอยู่ร่วมกัน วัฒนธรรมสุขภาพจึงกลายเป็นปริมนทลของการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนและการตอบโต้ระหว่างกัน

ในระดับสากลอาจกล่าวได้ว่า การมองความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพและชาติพันธุ์นั้น สามารถแบ่งแนวทางการศึกษาออกได้เป็น 2 แนว แนวทางที่หนึ่งสนใจเกี่ยวกับลักษณะทางวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีผลต่อสุขภาพ แนวทางนี้เน้นการศึกษาความคิด ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ การเยียวยารักษาโรค ตลอดจนแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ (ดูตัวอย่างใน Zola 1966, Zborowski 1952) ในกรณีของประเทศไทยนั้น มีความพยายามของปรีชา อุปโยคินและคณะ (2543) ที่ศึกษาแบบแผนการเจ็บป่วยของชนกลุ่มน้อยในสังคมไทยและงานเกี่ยวกับ Cultural Bound Syndrome ของ สงัน สุวรรณเลิศ (Suwanlert 1984) แนวคิดพื้นฐานของการศึกษาแนวนี้อยู่ที่การสร้างความเข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างโดยหวังว่าความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้การแก้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ดู Harwood ed. 1981)

แนวทางที่สองให้ความสำคัญกับการเผชิญหน้าของระบบวัฒนธรรมที่แตกต่างกันกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม งานชิ้นสำคัญที่ใช้แนวทางนี้ในการวิเคราะห์ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพในประเทศไทยเป็นการศึกษาชุมชนหลากหลายชาติพันธุ์ในประเทศไทยของ หลุยส์ โกลอมบ์ (Louis Golomb 1985) โกลอมบ์ ได้แสดงให้เห็นว่า ในชุมชนภาคใต้ของไทยซึ่งมีความขัดแย้งในเชิงชาติพันธุ์ดำรงอยู่ ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของการต่อรองและการต่อสู้ทางการเมือง การเลือกใช้ระบบการแพทย์ใดในการเยียวยารักษาโรคนั้นไม่เพียงแต่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพแต่ยังเป็นการแสดงจุดยืนทางการเมืองอีกด้วย ที่เป็นเช่นนั้นเพราะสถาบันการแพทย์สมัยใหม่นั้นได้กลายเป็นตัวแทนของรัฐไทย ซึ่งเพิ่งสถาปนาอำนาจทางการเมืองในการปกครองชุมชนชาวมุสลิมภาคใต้มาเมื่อไม่นานนัก การต่อต้านขั้วขึ้นการยึดครองอำนาจของรัฐไทยมีการแสดงออกในหลายรูปแบบ และการแพทย์กับสุขภาพก็เป็นปริวิตกหนึ่งของการท้าทายอำนาจและเป็นการแสดงออกซึ่งการไม่ยอมจำนนต่ออำนาจรัฐรูปแบบหนึ่ง โกลอมบ์ตั้งข้อสังเกตว่า “ชาวบ้านจำนวนมากปฏิเสธที่จะรับบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่โรงพยาบาลของรัฐเพราะการยอมรับบริการการแพทย์สมัยใหม่ของรัฐนั้น ส่วนหนึ่งเท่ากับเป็นการยอมรับว่าการรักษาพยาบาลตามแบบแผนประเพณีท้องถิ่นของพวกเขาที่มีความดี้อยกว่าการแพทย์สมัยใหม่ของรัฐ” (Golomb 1985: 32)

ข้อสังเกตของโกลอมบ์เป็นสิ่งที่น่าสนใจ โดยเฉพาะเมื่อเขาได้แสดงให้เห็นว่าการเยียวยารักษาโรครวมทั้งการใช้คำอธิบายเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผีของชาวบ้านนั้น มีส่วนสำคัญในการตอกย้ำความแตกต่างในทางชาติพันธุ์ระหว่างชาวมุสลิมกับรัฐไทยซึ่งเป็นตัวแทนของคนไทยพุทธ เขาเสนอว่าการแพทย์รวมทั้งเวทย์มนต์คาถาต่าง ๆ ถูกใช้เพื่อการกำกับให้เกิดความแบ่งแยกทางการเมือง โดยปฏิบัติท้องถิ่นตามความเชื่อแบบมาเลย์นั้นกลายเป็น “แนวร่วม” ในการต่อสู้ทางการเมืองเพื่อการปกครองตนเอง การเลือกใช้บริการทางการแพทย์ก็เป็นเช่นเดียวกับ สื่อ ภาษา หรือสัญลักษณ์อื่น ๆ ที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อแสดงออกซึ่งความเป็นแนวร่วมหรือปรปักษ์ทางการเมืองของกลุ่มชาติพันธุ์

ในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ไทย แม้จะมีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่ได้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพและการเยียวยารักษาโรคอันมีที่มาจากลักษณะทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ แต่การศึกษาถึงวาทกรรมทางการแพทย์และการเผชิญหน้าระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันว่าส่งผลอย่างไรในทางความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชนต่างชาติพันธุ์นั้น ยังไม่ได้มีการค้นคว้าให้กว้างขวางเท่าที่ควร แนวโน้มของสังคมไทยแสดงให้เห็นชัดขึ้นว่า วาทกรรมทางการแพทย์ได้มีส่วนสำคัญในการสร้าง “ความเป็นอื่น” ให้กับชนกลุ่มน้อยหรือคนต่างด้าวที่อพยพเข้ามารับจ้างหรือหางานทำในประเทศ โดยที่วาทกรรมทางการแพทย์ได้สถาปนาภาพลักษณ์ของคนต่างชาติพันธุ์เหล่านี้ว่าเป็นพวกที่นำโรคต่าง ๆ มาแพร่ (ดู สุริยา และพัฒนา 2542) หรือการให้ร้ายชนเผ่าบางกลุ่มว่าเป็นต้นเหตุการแพร่ระบาดของโรค เช่น ชาวเฮติกับโรคเอดส์ เป็นต้น (Farmer 1992) ไม่เพียงแต่วาทกรรมทางการแพทย์ที่ดีตรา “ความเป็นอื่น” ให้กับกลุ่มชาติพันธุ์เท่านั้น ในประวัติศาสตร์ตะวันตก เวชปฏิบัติและเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังถูกใช้เป็นเครื่องมือ “ตรวจหา” ลักษณะพันธุ์แท้ของเชื้อชาติเพื่อการแบ่งแยกและเหยียดผิวอีกด้วย พวกนาซีใช้เทคนิคทางการแพทย์ในการแยกแยะเผ่าพันธุ์อารยันออกจากพวกที่มีเลือดปนเปื้อน (Tainted blood) และกลายเป็นที่มาของการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ของชาวยิวและชาวยิว (Proctor 1988) หรือการผสมยาคูมกำเนิดในน้ำประปาที่ชาวอินเดียนแดงในอเมริกาบริโภคเพื่อควบคุมจำนวนประชากรอินเดียนแดงไม่ให้เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

คนมองคน: มุมมองและการตีความของนักมานุษยวิทยาการแพทย์

หากเรายอมรับเป็นเบื้องต้นตามที่ Clifford Geertz ได้เสนอไว้ว่าสังคมศาสตร์นั้นเป็นวิชาแห่งการตีความและแสวงหาความหมายมากกว่าที่จะเป็นวิทยาศาสตร์ที่แสวงหากฎเกณฑ์ที่ตายตัวของปรากฏการณ์ (Geertz 1973) มานุษยวิทยาจึงเป็นเรื่องของการที่นักมานุษยวิทยา(คน)มองคนผ่านกรอบของการตีความและการให้ความหมาย หากเราพิจารณามุมมองของนักมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่มองคนบนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ เราอาจจำแนกศาสตร์การตีความหมาย (hermeneutics) ของนักมานุษยวิทยาได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ มุมมองการตีความของความหลากหลายในแง่ของความลงตัวและความเป็นเอกภาพกลมกลืน (hermeneutics of harmony) และมุมมองการตีความหมายของความหลากหลายในแง่ของการเคลือบแคลง (hermeneutic of suspicion)

ความแตกต่างของการตีความปรากฏการณ์ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพระหว่างกรอบแห่งความเป็นเอกภาพกับกรอบแห่งความแตกต่างชัดแจ้งนี้ คล้ายคลึงกับความแตกต่างของสองแนวทางการวิเคราะห์สังคมที่ Paul Ricoeur (1981: 63-100) ได้แยกแยะให้เห็นระหว่างแนวคิดของ Gadamer กับ Habermas ในขณะที่ Hermeneutics of tradition ของ Gadamer เสนอวิธีการมองและตีความเพื่อให้เห็นลักษณะร่วมที่เป็นฐานของความเข้าใจระหว่างกัน Habermas เสนอใน critical theory ของเขาว่าความเห็นร่วมกันใด ๆ ล้วนแต่ต้องนำมาพิจารณาพิเคราะห์อย่างวิพากษ์ทั้งสิ้น เพราะแบบแผนร่วมกันที่ยึดถือ

เป็นเอกภาพนั้นมักจะซ่อนเร้นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มักอาศัยข้ออ้างของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อการปิดบังการเอาเปรียบกันเสมอ

การมองความหลากหลายผ่านกรอบใดกรอบหนึ่งของการตีความจึงแฝงไว้ด้วยอุดมคติทางการเมืองเสมอ ซึ่งในแง่นี้ นักมานุษยวิทยาแนว Critical anthropology ซึ่งแนวคิดและกรอบการวิเคราะห์เน้นการเปิดเผยถึงความสัมพันธ์ทางอำนาจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจมักเห็นว่าแนวคิดที่เน้นความเข้าใจกันผ่านการตีความเชิงสัญลักษณ์นั้น เป็นแนวคิดที่ไม่ก้าวหน้าและละเลยต่อโครงสร้างอำนาจและการเปลี่ยนแปลง แต่หากเราพิจารณาพิเคราะห์ให้ลึกซึ้งขึ้น ข้อแนวคิด 2 ข้อนี้อาจเป็นการตอกย้ำหรือทำลายความสัมพันธ์เชิงอำนาจได้ด้วยทั้งคู่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทที่งานมานุษยวิทยาถูกนำเสนอ การมองการแพทย์แผนใหม่จากมุมมองของ feminist ที่เห็นว่าการแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือของการกดขี่และเอาเปรียบผู้หญิงของค่านิยมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ นั้น อาจเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องยืนยันเพื่อต่อต้านการครอบงำของปิตาธิปไตยผ่านวาทกรรมหรือสถาบันทางการแพทย์ แต่มุมมองเช่นนี้คงยากที่จะนำเสนอได้ในบริบทของท้องถิ่นชนบทหรือชุมชนชาวไทยภูเขาที่อัตราการตายของมารดาอันเกิดจากการคลอดบุตรมากเป็น 400 % ของอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศ เพราะว่าแพทย์และสถานบริการทางการแพทย์ (ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับทรัพยากรอื่น ๆ) กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และเขตเมือง

ในขณะเดียวกันการเสนอให้เห็นถึงระบบวิธีคิดหรือความหมายของแบบแผนการปฏิบัติของหมอพื้นบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นว่าเป็นระบบวิธีคิดที่เป็นตรรกะและมีเหตุผลในตัวและเป็นระบบคิดที่เน้นการอยู่ร่วมกันอย่างมีดุลยภาพระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ ก็ใช้ว่าจะไม่มีความหมายในทางการเมืองเสียเลย การโต้แย้งของ Evans-Pritchard (1937) ในบริบทของจักรวรรดินิยมและการเรืองอำนาจของยุคแห่งเหตุผลและวิทยาศาสตร์นิยมว่า การรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยของชาว Zande นั้นแม้จะไม่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ แต่ก็มีหลักเหตุผลเป็นของตนเอง อาจถือได้ว่าเป็นการให้ความชอบธรรมกับระบบวิธีคิดของชาว Zande มากกว่าที่จะเป็นการวิเคราะห์ที่ไม่มีมิติทางการเมืองโดยสิ้นเชิง ในแง่นี้ กระแสการฟื้นฟู "วัฒนธรรมชุมชน" หรือ "ภูมิปัญญาชาวบ้าน" หากพิจารณาในบริบทของการเคลื่อนไหวต่อสู้ของการเมืองภาคประชาชนที่องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการและชุมชนกำลังต่อสู้เพื่อเปิดพื้นที่ทางสังคมและทวงความชอบธรรมที่จะกำหนดชะตาชีวิตตนเอง หรือทวงคืนอำนาจที่จะเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นแล้ว คงยากที่จะปฏิเสธว่าวาทกรรมของนักมานุษยวิทยาที่แม้จะมาจากกรอบแนวคิดที่เน้นความลงตัวหรือความเป็นเอกภาพที่กลมกลืน (hermeneutics of harmony) ก็ยังอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญของอาวุธที่ผู้อ่อนแอกว่าใช้ต่อรองหรือท้าทายกับอำนาจที่กำลังถึงโถมกระทำกับผู้ที่ยึดมั่นต่อสู้อยู่ที่ชายขอบของสังคม

การเมืองในภาพเต็มที่มีความซับซ้อนทั้งในเชิงสัญลักษณ์และเชิงอุดมการณ์ดูจะยากที่จะหลุดจากจุดยืนอิสระที่ปลอดภัยจากบริบทได้ ดังที่ Bourdieu กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า "การต่อต้านขัดขืนเองก็อาจเป็นสิ่งแปลกแยก ในขณะที่การยอมจำนนอาจเป็นการปลดปล่อย" (Bourdieu อ้างใน Wacquant 1992:

24) เส้นแบ่ง “ความถูกต้องทางการเมือง” (political correctness, หมายเหตุ: หาคำอื่นที่เหมาะสมกว่านี้ไม่ได้) จึงเป็นเส้นแบ่งที่บางเบา ลื่นไหลอยู่เสมอและขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและการเมืองอย่างยิ่ง การนำเสนองานมานุษยวิทยาจึงเป็นเช่นเดียวกับงานเขียนอื่นๆ (ทั้ง text และ acted text) ดังที่ Atkinson กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า งานเขียนทุกชนิดและทุกชิ้นไม่ใช่การบรรยายถึงความเป็นจริงที่มันเป็นอยู่เช่นนั้น แต่งานเขียนทุกชิ้นล้วนแต่มีส่วนในกระบวนการเสกสรรปั้นแต่งให้ความเป็นจริงเกิดเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งเสมอ (Atkinson 1990: 7)

การเปลี่ยนผ่านการมองคน

ก่อนที่เราจะหาข้อสรุปในลักษณะใดลักษณะหนึ่งในเรื่องกรอบการมองและการเขียนของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ อาจเป็นประโยชน์บ้างหากเราได้ทบทวนให้เห็นถึงภาวะการเปลี่ยนผ่าน (transitions) ที่เกิดขึ้นแล้วและยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในประวัติศาสตร์มานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ การเปลี่ยนผ่านทางกรอบแนวคิดที่สำคัญในการมองความหลากหลายของวัฒนธรรมปรากฏให้เห็นเด่นชัดขึ้นในงานเขียนด้านมานุษยวิทยาหลายชิ้น โดยอาจประมวลได้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนผ่านของนิยามวัฒนธรรม แนวคิดและนิยามของวัฒนธรรมในแวดวงมานุษยวิทยาเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการที่นักมานุษยวิทยาใช้ศึกษาสังคม ในกระบวนการค้นแบบวิวัฒนาการ วัฒนธรรมเป็นเอกพจน์และเป็นสิ่งที่มีอยู่เฉพาะแต่ในแวดวงชนชั้นนำในสังคมตะวันตกเท่านั้น Franz Boas ได้พลิกนิยามดังกล่าวและเสนอว่าวัฒนธรรมเป็นระบบความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติร่วมกันของสมาชิกในชุมชนหนึ่ง ๆ โดยวัฒนธรรมของแต่ละสังคมนั้นย่อมมีลักษณะเฉพาะของตนซึ่งเป็นไปตามบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ ทัศนะดังกล่าวได้เข้าแทนที่นิยามวัฒนธรรมแบบวิวัฒนาการและกลายเป็นแม่บทของการนิยามวัฒนธรรมมาเกือบครึ่งศตวรรษ ในปัจจุบันวัฒนธรรมกำลังถูกให้ความหมายใหม่ จากความหมายเดิมของการเป็นค่านิยมหรือระบบความคิดความเชื่อที่มีอยู่ร่วมกัน กระแสความคิดใหม่ได้นิยามวัฒนธรรมในแง่ที่เป็นชุดของความคิดหรือการปฏิบัติที่ขัดแย้งและทำทลายกัน (contested set of ideas and practices, Ortner 1984, Bourdieu 1977) เป็นพลวัตและไม่จำกัดตัวเองในขอบเขตทางกายภาพใด ๆ (dynamic and transcend geographic boundaries, Pred & Watts 1992, Appadurai 1996, Wallerstein 1991) และเป็นฐานที่มั่นรวมทั้งแนวรบสำคัญของการต่อต้านอำนาจที่ครอบงำ (space of resistance, Scott 1985, 1990, Seremetakis 1991)

มานุษยวิทยาได้ขยายกรอบแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมมาสู่นิยามใหม่อย่างชัดเจนในกลุ่มนักมานุษยวิทยาแนว Feminism ซึ่งพบว่าวัฒนธรรมดังที่เห็นและเป็นอยู่ในสังคมนั้น แม้จะยึดถือร่วมกันโดยสมาชิกส่วนใหญ่ของสังคม แต่ก็ยังเป็นไปตามแบบลัทธิปีศาจไปโดยคือถือว่าผู้ชายเป็นใหญ่ วัฒนธรรมจึงไม่ใช่ค่านิยมที่ดึงมาร่วมกันของสังคมเสมอไป แต่กลายเป็นสิ่งที่จะต้องทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไข งานเขียนทางมานุษยวิทยาในแนวนี้มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้พยายามชี้ให้เห็นถึงปิตาธิปไตยในระบบต่าง ๆ ของ

สังคม เช่น ระบบวิธีคิดและการจัดการ (Kondo 1990) ระบบความสัมพันธ์ชายหญิงและการแต่งงาน (Haeri 1989) ระบบการผลิตแบบทุนนิยม (Ong 1989) รวมทั้งระบบการแพทย์ (Martin 1987) การศึกษาทางมานุษยวิทยาเหล่านี้เป็นหัวข้อสำคัญในการแกะ/รื้อ (deconstruct) นฤมิตรกรรมทางวัฒนธรรมที่มีระบบวิธีคิดแบบปิตาธิปไตยแฝงเร้นอยู่ให้ปรากฏ ในประเทศไทยมีความพยายามอย่างต่อเนื่องของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่จะสร้างองค์ความรู้ที่มาจากมุมมองของผู้หญิง (ดู พิมพวัลย์และคณะ บก. 2542)

นอกจากนี้ ในแวดวงนักมานุษยวิทยาการแพทย์ยังมีการตั้งคำถามต่อนิยามวัฒนธรรมจากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ที่เผชิญกับวิกฤตของชีวิตที่การแพทย์กระแสหลักไม่เพียงแต่ไม่สามารถให้คำตอบได้แต่ยังซ้ำเติมความทุกข์ของบุคคลเหล่านั้นอีกด้วย งานมานุษยวิทยาเหล่านี้พบว่า การต่อสู้เพื่อเผชิญกับการบีบคั้นทางสังคมของบุคคลเหล่านี้ด้านหนึ่งเป็นการต่อสู้ทางวัฒนธรรมที่ต้องต่อต้านขัดขึ้นกับกลไกทางสังคมที่ทำให้เกิด normalization ของค่านิยมและทัศนคติส่วนรวมที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เช่น ในกรณีของผู้ประสบปัญหาโรคที่สังคมตีตราว่าน่ารังเกียจเฉียดฉันท เช่น โรคเรื้อน (Pimpawan Boonmongkol 1994) โรคจิต (Kleinman 1986) หรือ การศึกษาที่พบว่าวัฒนธรรมท้องถิ่นกลายเป็นตัวปัญหาเสียเอง เช่น ในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชนบทไทย Chris Lyttleton ได้แสดงให้เห็นว่า วัฒนธรรมท้องถิ่นที่ตีความการติดเชื้อตามความเชื่อเรื่องกรรมหรือการตีความการประทุติพิตในกามที่เป็นไปในลักษณะเข้าข้างผู้ชาย รวมทั้งความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างชายหญิงที่ยอมรับกันอยู่ในชุมชนมีส่วนสำคัญที่ทำให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นไปอย่างยากที่จะควบคุม (Lyttleton 2000: 284-289)

งานเขียนบางชิ้นที่เกี่ยวกับการแสวงหาทางเลือกสุขภาพใหม่ ๆ เมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตสุขภาพยังพบอีกว่า ความเคลื่อนไหวของกลุ่มการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ นั้นไม่เพียงแต่เป็นการแสวงหาเทคนิคการดูแลสุขภาพใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการเยียวยารักษาโรคต่าง ๆ ที่เป็นเท่านั้น แต่กลุ่มเหล่านี้ยังมีการสร้างสื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และวัฒนธรรมทางเลือกที่ทำทลายหรือสกัดกั้นการแทรกแซงของวัฒนธรรมการแพทย์กระแสหลักที่พวกเขาเห็นว่าเป็นการคุกคามต่อแนวทางการมีสุขภาพดี เช่น ในชุมชนชีวิต (โกมาตร 2542: 19-28) ในแง่นี้วัฒนธรรมไม่เพียงแต่เป็นทั้งสิ่งที่มีอยู่หรือสืบทอดยึดถือร่วมกันในสังคมเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งร่วมกันรังสรรค์ขึ้นมาใหม่ได้ และเป็นทั้งแนวรบที่สำคัญของการต่อต้านอำนาจที่ครอบงำของโครงสร้างอำนาจที่เป็นอยู่ของวาทกรรมกระแสหลัก

2. การเปลี่ยนผ่านจากโครงสร้างและระบบสุขภาพ ในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ อาจกล่าวได้ว่าการตีพิมพ์หนังสือชื่อ Asian Medical Systems: A Comparative Study ซึ่งมี Charles Leslie เป็นบรรณาธิการในปี 1976 นั้น เป็นการจุดปะทุครั้งสำคัญที่ทำให้มานุษยวิทยาทางการแพทย์เกิดการพัฒนาก้าวกระโดด หนังสือดังกล่าวได้ทำให้นักมานุษยวิทยาหลายรุ่นต่อมาได้ให้ความสนใจอย่างมากต่อการแพทย์ในฐานะที่เป็นระบบทางวัฒนธรรม ผลงานชิ้นสำคัญหลายชิ้นเช่น Kleinman (1980) และ Lock (1980) โดยเฉพาะบทความของ Kleinman (1978) ซึ่งเสนอแนวคิดและแบบจำลองในการศึกษาระบบการแพทย์ในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมไว้อย่างชัดเจน แต่นับตั้งแต่หลังปี ค.ศ. 1980 เป็น

ต้นมา มานุษยวิทยาการแพทย์ได้หันมาให้ความสนใจกับประสบการณ์และปฏิบัติการมากกว่าโครงสร้างและตัวระบบ การ Shift จาก Structure ไปสู่ Practice นี้เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญดังที่ Orther ได้ประมวลไว้อย่างชัดเจนในงานทบทวนทิศทางมานุษยวิทยาหลังทศวรรษ 1960 (Orther 1984: 145)

กล่าวสำหรับมานุษยวิทยาการแพทย์ไทย การให้ความสนใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วยปรากฏชัดเจนขึ้นในระยะหลังการตีพิมพ์หนังสือ 2 เล่ม คือ ชะตากรรมผู้ป่วยเอดส์หญิง และชะตากรรมผู้ป่วยเอดส์ชาย (ทวิทองและคณะ 2536) ในรูปแบบที่นำเอาประวัติชีวิตและประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มาเสนอโดยไม่บีบคั้นให้เรื่องราวชีวิตเหล่านี้เข้าในกรอบของการวิเคราะห์ใด แต่ปล่อยให้ผู้อ่านตีความและเข้าใจเองจากเรื่องราวที่ทรงพลังของชะตาชีวิตบุคคลเหล่านี้ เป็นการเปิดมิติใหม่ของการนำเสนอเรื่องราวทางมานุษยวิทยาการแพทย์ การศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาก็ปรากฏว่ามีทำให้ความสนใจกับเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตมากขึ้นเช่น งานวิทยานิพนธ์ของเอื้องฟ้า (2001) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ชีวิตเป็นแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพ

การเปลี่ยนผ่านนี้ไม่เพียงแต่เป็นการย้ายจาก system centered approach มาเป็น actor centered approach (หรือการ shift จาก langue มาสู่ parole) เท่านั้น แต่ยังเป็นการเคลื่อนจากการเน้น “ความหมาย” หรือ สัญลักษณ์ (Symbol) มาเป็นผัสสะ ความรู้สึก และประสบการณ์ (Senses และ Sensory experience) งานของ Kleinman ในระยะหลังนับตั้งแต่ Illness Narrative (1988) แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจนจากเดิมที่ Kleinman เน้นการเข้าใจระบบวิถีคิดซึ่ง Kleinman เรียกว่า Explanatory Model (EM) มาเน้นการเข้าใจความรู้สึกนึกคิดในสถานการณ์ชีวิตของผู้คนมากขึ้น (ดู Kleinman et al 1992 และ Kleinman et al eds. 1997) เช่นเดียวกับงานของ Good ที่หันมาสนใจมิติทางสุนทรียภาพและประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น (Good 1994: 166-179) งานของ Robert Desjarlais ชื่อ *Body and Emotion: The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas* (1992) เป็นงานที่มีความโดดเด่นที่สุดชิ้นหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงมิติทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์และเข้าถึงความเป็นมนุษย์ที่มีเรื้อนร่างรองรับความรู้สึกนึกคิดมากกว่าที่จะมีสมองไว้ตีความสัญลักษณ์ Desjarlais กล่าวถึงความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจมิติของอารมณ์ความรู้สึกไว้อย่างน่าฟังว่า

Largely neglected has been the realm of the senses, the suffering of the flesh. We have lost an understanding of the body as an experiencing, soulful being, before and beyond its capacity to house icon and metaphor. A less cognate, more sensate treatment how seems needed (Desjarlais 1992: 29)

ในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ไทย เริ่มมีงานบางชิ้นที่สนใจความละเอียดอ่อนของประสบการณ์ชีวิตที่ต้องการความรู้สึกควบคู่ไปกับความเข้าใจ เช่น ในงานเขียนชื่อ *Sense, Soma, and Symbol: Illness Experience in the Soundscape of Everyday Life* ที่สนใจความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายกับผัสสะหรือความรู้สึกที่เกิดจากการที่เสียงซึ่งมีสถานะเป็นไอคอน (sonic icon) ตกกระทบกับผัสสะรับรู้ของผู้หญิงที่ไร้อำนาจการต่อรองและมีชีวิตที่แขวนอยู่บนเส้นด้ายอย่างไม่มีหนทางที่จะปกป้องตนเอง ผัสสะที่รับรู้ขึ้นเป็นจุดเริ่มต้นที่อำนาจเข้ามากระทำต่อร่างกายของหญิงเหล่านี้โดยตรงและความรู้สึกที่เกิดขึ้นถูกตีความผ่านกรอบความคิดรูปนามของท้องถิ่นกลายเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับชีวิตที่ดำเนินอยู่ในโลกที่มีสรรพเสียงซับซ้อนเป็นภูมิทัศน์ของชีวิต (Komatra 1999: 273-301) นอกจากนี้ยังมีงานมานุษยวิทยาที่ให้ความสนใจกับผัสสะและอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเสียงและดนตรี เช่น งานของ Roseman (1991) Laderman (1991) You (1994) และประสบการณ์เกี่ยวกับผัสสะอื่น ๆ เช่น งานของ Howes, ed. (1991) Seremetakis, ed. (1994) เป็นต้น

3. การเปลี่ยนผ่านจากการเข้าใจการแพทย์พื้นบ้านสู่การวิจารณ์การแพทย์สมัยใหม่ แนวโน้มที่ปรากฏชัดของมานุษยวิทยาการแพทย์ประการหนึ่งคือ การเคลื่อนของการเลือก object of inquiry จากเดิมที่นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์มักให้ความสนใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมพื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก หันมาให้ความสนใจกับวัฒนธรรมกระแสหลักของการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทใหม่ที่ Marcus & Fischer เสนอไว้ว่ามานุษยวิทยามีบทบาทใหม่ที่สำคัญในการเป็นวัฒนธรรมวิจารณ์ (cultural critique) (Marcus & Fischer 1987) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ Margaret Mead (1949) ได้แสดงให้เห็นก่อนหน้านี้ว่าการศึกษาวัฒนธรรมที่ต่างไปจากวัฒนธรรมของเราเองนั้นเป็นแนวทางที่สำคัญในการกลับมาของวัฒนธรรมของเราเองเสียใหม่ เพราะการได้พบเห็นกับสิ่งที่แตกต่างออกไปจากที่เราคุ้นเคยจะทำให้เราตั้งคำถามกับสิ่งที่เรากำลังอยู่ในวัฒนธรรมของเราเองว่า ทำไมต้องเป็นอย่างที่มันเป็น

แต่การเปลี่ยนผ่านนี้มีมากกว่าที่ Margaret Mead เสนอ เพราะมานุษยวิทยาการแพทย์ไม่เพียงแต่ศึกษาวัฒนธรรมพื้นบ้านเพื่อวิพากษ์วัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่แต่ยังหันมาศึกษาวัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่ในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมระบบหนึ่งโดยตัวของมันเองอีกด้วย และวิเคราะห์ฐานคติทางวัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่รวมทั้งสถาบันทางการแพทย์เพื่อเปลือยให้เห็นถึงตรรกะทางวัฒนธรรมที่ขับเคลื่อนวงการแพทย์ งานเขียนระยะหลังของนักมานุษยวิทยาสำคัญ ๆ ที่หันมาวิเคราะห์การแพทย์สมัยใหม่มีให้เห็นมากขึ้น เช่น งานของ Hahn & Kleinman (1983) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานของ Margaret Lock & Deborah Gordon (1988) ชื่อ *Biomedicine Examined* ที่เปิดศักราชของการศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ ในขณะที่ Rhodes (1991) ได้ศึกษาหน่วยแพทย์ฉุกเฉินว่า มีภารกิจหลักอยู่ที่การทำเตียงให้ว่างลงให้เร็วที่สุดเพื่อรอรับคนไข้ใหม่ และ Arthur Kleinman (1995) ในบทความชื่อ *What is speitic to Biomedicine* ก็ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงรากฐานวิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ Allan Young (1997) ได้วิเคราะห์โรค Post traumatic stress disorder ว่าเกิดขึ้นจากการเสกสรรปั้นแต่งในทาง

วัฒนธรรมของวงการแพทย์สมัยใหม่อย่างไร รวมทั้งงานล่าสุดของ Lock et al (2000) ที่วิเคราะห์เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่จากแง่มุมต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีการศึกษากระบวนการผลิตแพทย์ที่ทำให้แพทย์มีวิถีคิดหรือวัฒนธรรมของตนเองอยู่หลายชิ้น เช่น Charles Bosk (1979), Good (1994: 65-87) และ Sinclair (1997) รวมทั้งยังมีการวิเคราะห์ตำราทางการแพทย์ที่แฝงไว้ด้วยทัศนะผู้ชายเป็นใหญ่ เช่นงานของ E. Martin (1994) เป็นต้น

ในแวดวงมานุษยวิทยาไทยนั้น การศึกษาวัฒนธรรมของสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงอำนาจและความเหนือกว่าของวิชาชีพแพทย์ที่ทำให้นักมานุษยวิทยาไม่สามารถจับเอามาเป็น object of inquiry เพื่อการสำรวจตรวจสอบได้ (ลองนึกถึงนักมานุษยวิทยาสักคนเดินเข้าไปที่โรงเรียนแพทย์และบอกกับคณบดีว่าตนต้องการเข้ามาศึกษาระบบความเชื่อของศัลยแพทย์เกี่ยวกับอวัยวะหรือศึกษาโครงสร้างอำนาจระหว่างแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ ในวอร์ดผู้ป่วยเปรียบเทียบกับการเดินทางในชุมชนชนบทเพื่อศึกษาเรื่องความคิด ความเชื่อ หรือความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหมอพื้นบ้านจะเห็นชัดเจนว่าการวิจัยทางมานุษยวิทยาในโรงเรียนแพทย์จะพบกับข้อจำกัดมากมายหลายประการกว่าการศึกษาหมอพื้นบ้านที่ไม่มีอำนาจที่จะขัดขืน ได้แย้ง หรือต่อรอง)

การศึกษาประสบการณ์และความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการไปรับบริการทางการแพทย์ซึ่งมีมากขึ้นในระยะหลังก็เป็นการศึกษาวิพากษ์วัฒนธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ได้อย่างแหลมคม (ดู สารี อ่องสมหวัง และคณะ 2542) การศึกษาเรื่องศัลยกรรมตกแต่งของมัลลิกา มัติโก (Mullika Muttiko 2001) ก็เป็นการเปิดเผยให้เห็นว่าสถาบันการแพทย์สมัยใหม่เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างค่านิยมทางสังคมให้กับผู้หญิงอย่างไร นอกจากนั้น ความตื่นตัวในเรื่องกระบวนการทัศน์และปรัชญาของการแพทย์ยังได้เปิดเผยให้เห็นถึงความไม่พอเพียงของวิถีคิดแบบเวชศาสตร์ชีวภาพในการเข้าใจและแก้ไขปัญหามหาสุขภาพที่มีมากกว่ามิติทางชีววิทยา(ดู สันติสุข 2529, พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝงามดี 2533)

4. การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่สุดเห็นจะเป็นการเปลี่ยนผ่านสู่ภูมิภาคที่นักมานุษยวิทยามีการตรวจสอบตนเอง (Reflexivity) Marcus & Fisher (1987) ได้เสนอว่าในกว่าทศวรรษที่ผ่านมา มานุษยวิทยากำลังเผชิญกับวิกฤตในการนำเสนอสิ่งที่นักมานุษยวิทยาทำการศึกษา เพราะแบบวิธีหลักในการนำเสนอตามรูปแบบชาติพันธุ์นิพนธ์ (ethnographic representation) นั้น มิใช่แต่จะไม่พอเพียงกับการนำเสนอประสบการณ์ภาคสนาม กระบวนการเขียนชาติพันธุ์นิพนธ์เองก็มิได้เป็นการนำเสนออย่างตรงไปตรงมา แต่การเขียนยังเป็นกระบวนการเสกสรรปั้นแต่งด้วยประพันธ์ศิลป์เพื่อสร้างความสมจริงสมจังให้กับเรื่องราวที่นักมานุษยวิทยาไปพบเห็นและนำมาบอกกล่าว นับตั้งแต่นั้น การเขียนและการอ่านชาติพันธุ์นิพนธ์ก็ได้เปลี่ยนแปลงไป แทนที่จะรับเอาว่าสิ่งที่นักมานุษยวิทยาเขียนขึ้นนั้นเป็นความจริงตามที่เขียนขึ้น กลับเป็นการอ่านที่ตรวจสอบว่าจะมีบางที่ขาดหายไป หรือถูกทำให้เลือน เทคนิคในการเขียนเป็นอย่างไร และมีผลต่อการนำเสนอ "ความจริง" อย่างไร?

การตรวจสอบและวิจารณ์ตนเองของนักมานุษยวิทยาไม่ใช่สิ่งใหม่ เช่น การตรวจสอบประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์ระหว่างมานุษยวิทยากับการรับใช้จักรวรรดินิยม (Asad 1973) หรือการมีส่วนร่วมเป็นสายลับให้ หน่วยสืบสวนกลางของอเมริกา (Central Intelligence Agency: CIA) ในสงครามเวียดนามของนักมานุษยวิทยาชาวอเมริกัน เป็นต้น แต่การตรวจสอบตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้มีลักษณะพิเศษตรงที่เป็นการตั้งคำถามกับวิธีการทำงานของนักมานุษยวิทยาในระดับพื้นฐาน นั่นคือกระบวนการวิจัยภาคสนามที่มาสิ้นสุดลงที่การเขียนชาติพันธุ์นิพนธ์ โดยตั้งคำถามว่า การเขียน ซึ่งเป็นการสถาปนาความจริงชุดหนึ่งขึ้นเหนือความจริงชุดอื่น ๆ นั้น เป็นการสถาปนาอำนาจทางสังคมให้กับคนบางกลุ่ม หรือไปครอบครองความเป็นเจ้าในบางลักษณะหรือไม่ (Clifford & Marcus 1986)

ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ/ความหลากหลายของ “การเขียนวัฒนธรรม”

งานเขียนของ James Clifford & George Marcus (1986) เรื่อง “เขียนวัฒนธรรม: ประพันธ์ศิลป์กับการเมืองเรื่องชาติพันธุ์นิพนธ์” (Writing Culture: The Poetics and politics of Ethnography) ได้วิพากษ์การเขียนงานของนักมานุษยวิทยาหรือชาติพันธุ์นิพนธ์ว่าแท้จริงชาติพันธุ์นิพนธ์นั้นก็คืองานเขียนชนิดหนึ่ง ซึ่งในกระบวนการเขียนถึงวัฒนธรรมคนท้องถิ่นนั้น นักมานุษยวิทยาได้ใช้ประพันธ์ศิลป์ในการสร้างความสมจริงสมจังให้กับเรื่องราวทางวัฒนธรรมที่ตนเขียน ซึ่งโดยปริยายการเขียนจึงเป็นการสร้างวัฒนธรรมนั้น ๆ ขึ้นในบรรณพิภพด้วย และเมื่อศิลปะแห่งการเขียนวัฒนธรรมกลายเป็นทักษะหรือความชำนาญเฉพาะของนักมานุษยวิทยา นักมานุษยวิทยาจึงมีสถานะที่ผูกขาดการเขียนวัฒนธรรมและนำเสนอเรื่องราวของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนในสังคมดั้งเดิมหรือชนพื้นเมือง

งานของ Clifford & Marcus ส่งผลกระทบต่อเนื่องการมานุษยวิทยาถึงขั้นที่ทำให้เกิดการตั้งคำถามว่า งานชาติพันธุ์นิพนธ์แตกต่างไปจากนวนิยายหรือบทกวีอย่างไร (Geertz 1988) Geertz พยายามตอบคำถามนี้โดยได้จัดวางตำแหน่งแห่งที่ของงานชาติพันธุ์นิพนธ์ไว้ระหว่างขั้วสองขั้ว ขั้วหนึ่งเป็นงานการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์ อีกขั้วหนึ่งเป็นงานวรรณศิลป์ ชาติพันธุ์นิพนธ์นั้นคล้ายคลึงกับงานศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์ตรงที่เป็นการเข้าไปเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง (factuality) และต่างจากนวนิยายหรือบทกวีในแง่ที่นวนิยายหรือบทกวีอาจไม่จำเป็นต้องอาศัย “ข้อเท็จจริง” มารองรับ แต่อาจเป็น “จินตนาการ” ล้วน ๆ ของผู้เขียน แต่การเขียนชาติพันธุ์นิพนธ์ก็ยังแตกต่างจากวิทยาศาสตร์ในแง่ที่ “ผู้เขียน” เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้งานเขียนนั้นมีคุณค่าทางการศึกษาค้นคว้ามากหรือน้อยแตกต่างกัน ในขณะที่วิทยาศาสตร์เป็นความรู้ที่เป็นภาวะวิสัยและเป็น “สากล” ซึ่งเป็นอยู่และมีอยู่อย่างนั้นไม่ว่าใครจะเป็นผู้ค้นพบ และที่สำคัญเมื่อทำการทดลองซ้ำเมื่อใดก็จะได้ผลเหมือนเดิมโดยไม่ขึ้นกับว่าใครเป็นผู้ทดลอง (แม้คุณลักษณะนี้ของวิทยาศาสตร์จะถูกหักท้วงโดยนักควอนตัมฟิสิกส์ แต่มันก็ยังเป็นมายาคติที่สำคัญของความรู้แบบวิทยาศาสตร์ ดู วีระ สมบูรณ์ 2541 ในประเด็นนี้)

นอกจากจากความพยายามที่จะแยกแยะชาติพันธุ์นิพนธ์กับนวนิยายและบทกวี ในบทความเดียวกัน Geertz ยังได้แสดงให้เห็นอีกด้วยว่า การเขียนวัฒนธรรมนั้นมีเนื้อหา วิธีการ แบบแผน สไตล รวมทั้งจุดยืนทางการเมืองที่แตกต่างกันอยู่ระหว่างนักมานุษยวิทยาที่มาจากต่างสกุลความคิด และแม้จะเอานักมานุษยวิทยาสองคนที่มาจากสกุลความคิดเดียวกันลงทำการศึกษาคาศนามในทีเดียวกัน เวลาเดียวกันและหัวข้อเดียวกัน ข้อค้นพบและการตีความของปรากฏการณ์ก็ยังอาจผิดแผกแตกต่างกันไป และความผิดแผกแตกต่างกันนี้มิใช่ความผิดปกติหรือความผิดพลาดที่จะต้องแก้ไข ในแง่ในงานชาติพันธุ์นิพนธ์มีความเป็นศิลปะมากกว่าการเป็นศาสตร์ตายตัวที่ผลิตซ้ำผลงานที่เหมือนกันได้เหมือนอย่างเครื่องยนต์กลไก ความงามของงานเขียนทางมานุษยวิทยาจึงมิได้อยู่ที่ความเหมือน หากแต่อยู่ที่ความแตกต่างและเอกลักษณ์ที่นักมานุษยวิทยาแต่ละคนจะสามารถเข้าไปในโลกของคนอื่น ซึมซาบและมองเห็นบางมิติที่ผู้อื่นอาจไม่สังเกตเห็นได้ มิติที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นบ่อยครั้งต้องการมากกว่าตัวเลขและตารางในการนำเสนอ และบ่อยครั้งที่ความซับซ้อนหลากหลายและพลวัตของวัฒนธรรมเรียกร้องลีลาการเขียนที่หลากหลายในการเปิดพื้นที่ให้วาทกรรมใหม่ ๆ เกิดขึ้น เพื่อท้าทายความเป็นจริงที่สถาปนาตนเองเป็นคัมภีร์แห่งความถูกต้องที่ไม่มีใครกล้าตั้งคำถาม (Bourdieu 1977)

ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพท้าทายการเขียนวัฒนธรรมและเปิดพรมแดนความรู้เกี่ยวกับมนุษย์และสุขภาพให้นักมานุษยวิทยาเข้าไปสำรวจ เป็นการสำรวจไม่ใช่เพื่อการยึดครองและผูกขาด แต่เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างหลากหลายและความเหมือนที่เป็นหนึ่งเดียวกันของมนุษย์ เพื่อเปิดพื้นที่ทางวาทกรรมให้แก่ความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ที่ไม่มีที่สิ้นสุดให้กับประวัติศาสตร์ของมนุษย์ พิจารณาในแง่การเขียนวัฒนธรรมของนักมานุษยวิทยาจึงเป็นปฏิบัติการทางสังคมอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับความรู้/อำนาจที่ไม่อาจแยกขาดจากกัน ปัญหาสำคัญที่นักมานุษยวิทยาจะต้องขบคิดก็คือ ปฏิบัติการทางสังคมที่นักมานุษยวิทยากระทำนั้นมีความละเอียดอ่อนหรือสอดคล้องกับบริบททางสังคมหรือไม่ การเปลี่ยนผ่านสู่การตรวจสอบตนเองนี้จึงมีความสำคัญอยู่ที่การรู้วางงานเขียนของมานุษยวิทยาเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเมืองเรื่องการผลิตความรู้ (political construction of knowledge) อย่างไร ซึ่งกลายเป็นความจำเป็นที่นักมานุษยวิทยาจะต้องเข้าใจต่อบริบทเฉพาะของปฏิบัติการของตนเอง

เอกลักษณ์ที่สำคัญประการหนึ่งของมานุษยวิทยาอยู่ที่การอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างเข้าใจในบริบทที่เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ออกจากปรากฏการณ์ แต่การเขียนวัฒนธรรมก็มีบริบทของมันด้วยเช่นเดียวกัน การตรวจสอบตนเองในการเขียนวัฒนธรรมของนักมานุษยวิทยาจะให้ความสำคัญกับบริบทที่ชาติพันธุ์นิพนธ์ถูกสร้างขึ้น เช่น ประสพการณ์การทำงานภาคสนาม แต่ยังมีได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควรกับบริบทที่งานชาติพันธุ์นิพนธ์ถูกเสพ หรือบริโภค ดังที่ได้กล่าวไปบ้างแล้วก่อนหน้านี้ว่า กรอบแนวคิดที่แวดวงมานุษยวิทยาตะวันตกตีตราว่าเป็นแนวคิดที่ละเลยต่อความสัมพันธ์ทางอำนาจ แต่เมื่อถูกนำเสนอในบริบทของประเทศโลกที่สามที่กำลังเป็นสนามสัประยุทธ์ในเชิงความหมายและสัญลักษณ์ วาทกรรมนั้นก็อาจเป็นอาวุธของผู้ที่อ่อนแอกว่าในการเปิดพื้นที่ทางสังคมเพื่อท้าทายอำนาจหรือทวงคืนสิทธิที่จะกำหนด

ชะตาชีวิตของตนเองได้ หากพิจารณาในแง่นี้ การวิพากษ์งานเขียนทางมานุษยวิทยาโดยมิได้เข้าใจถึงบริบทที่ทำงานเขียนนั้นกลายเป็นปฏิบัติการนั้นดูจะเป็นไปไม่ได้เอาเสียเลย การวิพากษ์งานเขียนโดยไม่มีสนใจบริบทนั้นจะเป็นไปได้ก็โดยการตีตราตีป้ายตามสำนักหรือสกุลความคิดแล้วตัดสินกันไปตามข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่นักคิดนักเขียนตะวันตก (ซึ่งยืนอยู่คนละตำแหน่งแห่งที่กับเราในสนามการเมืองที่ทุกคนต่างกำลังต่อสู้เพื่อช่วงชิงการนิยามความหมาย) การตีตราเพื่อจำแนกว่านี้เป็น Feminist นี่เป็น Post-Modernist นั้นเป็น Bakhtinian โน่นเป็น Foucauldian โดยมีได้สนใจว่าบริบทที่งานแต่ละชิ้นกำลังมีปฏิบัติการนั้นเป็นอย่างไร ก็ไม่ต่างไปจากที่นักมานุษยวิทยาสมัย Radcliff-Brown ที่มุ่งแต่จะตีตราจำแนกโครงสร้างระบบเครือญาติว่า นี่เป็น unilineal โน่นเป็น patrilineal โน่นเป็น matrilineal โดยมีได้สนใจกับบริบทของระบบสังคมที่ตนศึกษา ซึ่ง Edmund Leach เรียกว่าวิธีการศึกษาเช่นนี้ว่า Butterfly collection เป็นการจับกลุ่มตีตราสิ่งที่ศึกษาตามการจำแนกประเภทที่มีอยู่แล้ว

บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปและการเปลี่ยนผ่านทางมานุษยวิทยาที่กำลังเกิดขึ้นได้ท้าทายนักมานุษยวิทยาในฐานะ “คนมองคน” ให้ไม่เพียงแต่ต้องมีความละเอียดอ่อนต่อบริบททางสังคมในกระบวนการศึกษาความหลากหลายของวัฒนธรรมเท่านั้น แต่นักมานุษยวิทยายังต้องมีความละเอียดอ่อนต่อบริบททางการเมืองของ “งานเขียนวัฒนธรรม” ที่ตนสร้างขึ้นด้วย เพราะงานเขียนวัฒนธรรมนั้นแท้ที่จริงแล้วเป็นปฏิบัติการทางสังคมรูปแบบหนึ่ง วัฒนธรรมที่ถูกสร้างโดยนักมานุษยวิทยาและถูกเสพโดยผู้อ่านที่มิได้จำกัดอยู่ในแวดวงแคบ ๆ ของนักมานุษยวิทยาอีกต่อไป งานเขียนวัฒนธรรมนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเป็นจริงและเป็นวาทกรรมแห่งอำนาจ นักมานุษยวิทยาจึงไม่สามารถ “เขียนวัฒนธรรม” (หรือเขียนเกี่ยวกับการเขียนวัฒนธรรมของผู้อื่น) โดยไม่ใยดีว่าความรู้และงานที่ตนผลิตขึ้นนั้นเป็นวาทกรรมที่ผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจชุดใด

บรรณานุกรม

- กฤษฎา บุญชัย. (2540). *พลวัตชุมชนล้านนาในการจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ*. วิทยานิพนธ์
สาขามนุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). *คืนสุขภาพแก่ประชาชน*. ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรม
แผนไทย กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข น.2,14
2541 *ปรากฏการณ์ชีวิตบอกอะไรแก่สังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- จินดา สิงหนตร. (2522). *พ่อเลี้ยงคอร์ดแห่งเชียงใหม่*. กรุงเทพฯ: เรื่องศิลป์ แปลโดย สมบูรณ์ สุวรรณอัถ์
จาก Dr. Court of Chiang Mai, 1950
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. (2537). *ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการพัฒนา ใน
วิวัฒน์ คติธรรมนิทัศน์, (บรรณาธิการ). ความหลากหลายทางชีวภาพกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน.
กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.*
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. (2536). *ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ “หญิง” และ “ชาย”*. ศูนย์ศึกษานโยบาย
สาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- พระไพศาล วิสาโล และ สมควร ใฝ่งามดี. (2533). *แลขอบฟ้าเขียว*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีม
ทอง.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ. (2542). *ร้อยสร้างองค์ความคิด ผู้หญิงกับสุขภาพ*. เครือข่ายผู้หญิงกับ
สุขภาพ โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษาธิการสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม คณะ
สังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.
- นายหนวย (นามแฝง). (2508). *หมอลัดเลย์กับกรุงสยาม*. กรุงเทพฯ: ราชดารมภ์การพิมพ์
- ประสิทธิ์ พงศ์อุดม. (2533). *การถ่ายทอดวิทยาการตะวันตกในสังคมไทย: ศึกษาบทบาทของมิชชันนารีไป
รแดนแดนที่ระหว่าง พ.ศ.2371-2411*. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ประสิทธิ์ พงศ์อุดม. (2539). *มิชชันนารีไปรแดนแดนที่กับการแพทย์ในเชียงใหม่* ใน แมคกิลวารีย์ปริทัศน์
ฉบับที่ 1 กรกฎาคม เชียงใหม่: โครงการตำราศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ.
- ปรีชา อุปโยคิน และ วีระศักดิ์ มูลสาร. (2543). *สถานะสุขภาพชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย*. คณะ
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. (2539). *ภูมิปัญญาในเวศวิทยาชนพื้นเมือง ศึกษากรณีชุมชนกระเหรี่ยงในป่าทุ่ง
ใหญ่นเรศวร* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โลกดุษฎีภาพ.
- มนัสวีร์ อุณหนันท์. (2505). *ประวัติการแพทย์มิชชันนารีในประเทศไทย*. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข
ครบรอบ 20 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยเกษม.

- มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2543). รายงานการวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของระบบการแพทย์
ในภาคเหนือ. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยศ สันตสมบัติ. (2541). ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน.
เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ยศ สันตสมบัติ และวิฑูรย์ ปัญญากุล. (2537). ความหลากหลายทางชีวภาพ มิติทางสังคมและนิเวศ.
กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2542). โครงการวิจัยทางเลือกในการดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชนใน
สังคมไทย: ความแพร่หลายแบบแผนการใช้และเหตุผล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข.
- วีระ สมบูรณ์. (2541). ความไม่รู้ไร้พรมแดน : บางบทสำรวจในดินแดนแห่งความคิดทางสังคม. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- สันติสุข โสภณศิริ. (2529). จุดเปลี่ยนแห่งวงการแพทย์ในศตวรรษใหม่. นิตยสารปาจารยสาร ปีที่ 13 ฉบับ
ที่ 4 ประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม. กรุงเทพฯ: บริษัทสองสยาม.
- สุริยา สมุทคุปต์ และพัฒนา กิตติอาษา. (2542). มานุษยวิทยากับโลกาภิวัตน์: รวมบทความ. สำนักวิชา
เทคโนโลยีสังคม. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สารี อ๋องสมหวัง และคณะ. (2542). รายงานการวิจัยเรื่อง 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบ
บริการสุขภาพ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (รายงานวิจัยนี้ได้รับการจัดพิมพ์เป็น
หนังสือ 3 เล่ม คือ เล่ม 1 สுகรานต์ โรจนไพรวงศ์ เรียบเรียง,ทุกข์จากโรงพยาบาล เล่ม 2
อภิญา ตันทวีวงศ์ เรียบเรียง, เจ็บเกินโรค และเล่ม 3 สுகรานต์ โรจนไพรวงศ์ เรียบเรียง ทำไม
ผู้ป่วยฟ้องแพทย์ จัดพิมพ์โดยมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค)
- อดุลย์ วุฒิจูรินทร์. (2543). การศึกษาความสัมพันธ์ของหมอสุมไพรกับความหลากหลายทางชีวภาพ
ด้านพืชสมุนไพรในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเทคโนโลยีการวางแผนสิ่งแวดล้อม
เพื่อการ พัฒนาชนบท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. (2539). ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

Appadurai, Arjun. (1996). *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. University
of Minnesota Press.

Asad, T. Ed. (1973). *Anthropology & the Colonial Encounter*. N.J.: Humanities Press.

Atkinson, Paul. (1990). *The Ethnographic Imagination: Textual Constructions of Reality*. London
and New York: Routledge.

- Auengpha Singtipphun. (2001). *Cancer Patients and Cheewajit: Illness Experiences and Change of Ideas towards Illness and Life*. Ph.D. dissertation in Medical and Health Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Humanities. Mahidol University. Thailand.
- Bosk, Charles. (1979). *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brun, Viggo, and Trond Schumacher. (1987). *Traditional Herbal Medicine in Northern Thailand*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Clifford, J., and G. Marcus, eds. (1986). *Writing Culture*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Comaroff, Jean. (1985). *Body of Power, Spirit of Resistance: The Culture and History of South African People*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Desjarlais, R. (1990). *Body and emotion: The aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.
- Farmer, Paul. (1992). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley, Los Angeles, and Oxford: University of California Press.
- Femia, Joseph. (1981). *Gramsci's Political Thought: Hegemony, Consciousness, and the Revolutionary Process*. Oxford: Oxford University Press.
- Foster, Goerge M., and B. G. Anderson. (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.
- Foucault, M. (1973). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Translated by R. Howard. New York: Vintage/Random House.
- Foucault, M. (1975). *The birth of the clinic*. New York: Pantheon.
- Frake, Charles O. (1961). The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao. In *American Anthropologist*. 63: 113-132.
- Frazer, J. G. (1926-36). *The Golden Bough*. London.
- Geertz, C. (1988). *Works and Lives: The anthropologist as author*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

- Golomb, Louis. (1985). *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Good, B. J. (1977). The Heart of What's the Matter, The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1: 25- 28.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gramsci, Antonio. (1971). *Selections from the Prison Notebooks*. London: Lawrence & Wishart.
- Haeri, Shahla. (1989). *Law of Desire: Temporary Marriage in Shi'i Iran*. New York: Syracuse U. Press.
- Hahn, Robert & A. Kleinman. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. In *Ann. Rev. Anthropology*. 12: 305-333.
- Harwood, Alan. Ed. (1981). *Ethnicity and Medical Care*. Cambridge and London: Harvard University Press.
- Helman, Cecil. (1985). *Culture, Health, and Illness*. Bristol: Wright.
- Howes, David. Ed. (1991). *The Varieties of Sensory Experience: A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*. Toronto, Buffalo, and London: University of Toronto Press.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven & London: Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Kleinman, A., Leon Eisenberg, and Byron Good. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research, *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.
- Kleinman, et al. (1992). "Pain as Human Experience: An Introduction," in Mary-Jo Delvecchio Good, et al. Eds. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.

- Kleinman, A., Veena Das, and Margaret Lock. (1997). *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles, and London: U of California Press.
- Kleinman, A., and J. Kleinman. (1990). Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of experience, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 (3): 275-301.
- Komatra Chuengsatiansup. (1999). Sense, Symbol, and Soma: Illness Experience in the Soundscape of Everyday Life, in *Culture, Medicine, and Psychiatry* 23: 273-301.
- Kondo, Dorinne. (1985). *Crafting Selves: Power, Gender, and Discourses of Identities in a Japanese Workplace*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Laderman, Carol. (1991). *Taming the Winds of Desire: Psychology, Medicine, and Aesthetics in Malay Shamanistic Performance*. Berkeley: University of California Press.
- Landy, David. Ed. (1977). *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Leslie, C., ed. (1976). *Asian medicine systems*. Berkeley: University of California Press.
- Levi-Strauss, Claude. (1963). *Structural Anthropology*. Translated from French by Claire Jacobson and Brook Grundfest Schoepf. Basic Book.
- Levi-Strauss, Claude. (1966). *The Savage Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lock, Margaret. (1980). *EAST ASIAN MEDICINE IN URBAN JAPAN: VARIETIES OF MEDICAL EXPERIENCE*. BERKELEY, LOS ANGELES, AND LONDON: UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS.
- Lock, Margaret. (1993). *Encounter with Aging, Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Lock, M. and D. Gordon. Eds. (1988). *Biomedicine examined*. Hingham, Mass.: Kluwer.
- Lock, Margaret, Allan Young, and Alberto Cambrosio. Eds. (2000). *Living and Working with New Medical Technologies, Intersection of Inquiry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lyttleton, Chris. (2000). *Endangered Relations: Negotiating Sex and AIDS in Thailand*. Bangkok: White Lotus
- Marcus, G. and M. Fischer. (1985). *Anthropology as Cultural Critique, An experimental moment in the human sciences*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Martin, Emily. (1986). *The woman in the body*. Boston: Beacon Press.
- McElroy, Ann, and P. Townsend. (1985). *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Boulder, C.O.: Westview Press.

- Mead, Margaret. 1949 [1928]. *Coming of Age in Samoa*. New York: Mentor Book.
- Mullika Muttiko. (2001). *Facial Surgery: The Reconstruction of Beauty for Thai Women*. Ph.D. dissertation in Medical and Health Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Humanities. Mahidol University. Thailand.
- Ong, A. (1987). *Spirits of resistance and capitalist discipline: Factory women in Malaysia*. Albany, N.Y.: SUNY Press.
- Ortner, S. B. (1984). Theory in Anthropology Since the Sixties, *Comparative Studies of Society and History*, 26: 126-166.
- Ortner, S. B. (1991). Resistance and the Problem of Ethnographic Refusal. *Comparative Study of Society and History* 37(1): 173-93.
- Picchi, Debra. (2000). *The Bakairi Indians of Brazil: Politics, Ecology, and Change*. I. L.: Waveland Press.
- Pimpawan Boonmongkol. (1994). "Khithut: The Disease of Social Loathing" : An Anthropological Study of the Stigma of Leprosy in Rural North–East Thailand. The TDR Social and Economic Research Component, 35-39.
- Pred, Allan and M. J. Watts. (1992). *Reworking Modernity: Capitalism and Symbolic Discontent*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Rhodes, L. (1988). *Emptying beds: The work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley: University of California Press.
- Ricoeur, Paul. (1981). *Hermeneutics and the Human Sciences*. Cambridge, UK.: Cambridge University Press.
- River, W. H. R. (1913). Massage in Melanesia. *Proceedings of the Seventeenth International Congress of Medicine*, London, August 1913.
- River, W. H. R. (1924). *Medicine, Magic, and Religion*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.
- Robert R.Desjarlais. (1992). *Body and Emotion. The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas*. University of Pennsylvania Press.
- Roseman, M. (1991) *Healing sounds from the Malaysian rainforest: Temiar music and medicine*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

- Scott, James C. (1985). *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven: Yale University Press.
- Scott, James C. (1990). *Domination and the Arts of Resistance*. New Haven: Yale University Press.
- Seremetakis, N. (1991). *The last word: Women, death, and divination in inner Mani*. Chicago: University of Chicago Press.
- Seremetakis, N. (1994). *The senses Still: Perception and Memory as Material Culture in Modernity*. Boulder, San Francisco, & Oxford: Westview Press.
- Sinclair, Simon. (1964). *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. Oxford and New York: Berg.
- Suwanlert, S. (1984). A Study of Latah in Thailand. Paper presented at the 3rd Pacific Congress of Psychiatry. Seoul, Korea. May 14-18, 1984.
- Taussig, Michael. (1986). *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man, A Study in Terror and Healing*, Chicago and London: University of Chicago Press.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture*. New York.
- Wacquant, Loïc J. D. (1992). Toward a Social Praxeology: The Structure and Logic of Bourdieu's Sociology, in P. Bourdieu and Loïc Wacquant, *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wallerstein, Immanuel. (1991). *Geopolitics and Geoculture, Essays on the changing world-system*. Cambridge, UK.: Cambridge University Press.
- Vicente Navarro. (1976). *Medicine Under Capitalism*. New York: Prodist.
- You, Haili L. (1994). Defining Rhythm: Aspects of an Anthropology of Rhythm. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 18(3): 361-384.
- Young, Allan. (1997). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Zborowski, M. (1952). Cultural Components in Response to Pain, in J. *Social Issues* 8(4): 16-30.
- Zola, Irving K. (1965). Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints, in *American Sociological Review* 31: 615-630.