

การเปลี่ยนผ่านและปัญหาที่ท้าทายของ สังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ไทย

ชยันต์ วรรธนะภูติ

บทนำ

ในหนังสือ *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine* (1995) อาเธอร์ ไคลแมน ศาสตราจารย์ทางมานุษยวิทยาการแพทย์ แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้เขียนถึงสถานะความเป็นชายขอบของ มานุษยวิทยาการแพทย์ หรือสถานะแห่งความแปลกแยกที่ไม่ได้อยู่ในเนื้อหาหลักของวิชามานุษยวิทยาและวิชาแพทยศาสตร์ ในขณะเดียวกัน ก็กล่าวถึงความ เป็นชายขอบในอีกนัยหนึ่ง คือความเป็นชายขอบของวิชาชีพนามานุษยวิทยาการแพทย์ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์จริงของเขาที่เป็นจิตแพทย์ที่มีฐานะทาง วิชาชีพอ่อนกว่าแพทย์ที่เชี่ยวชาญทางเวชศาสตร์ชีวภาพ และเมื่ออยู่ในแวดวง ของมานุษยวิทยา เขาก็รู้สึกเสมือนเป็นคนชายขอบของนักมานุษยวิทยาด้วย กันเอง

หากนำความข้อนี้มาพิจารณากรณีสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ ในบริบทของสังคมไทยแล้ว สถานะดังกล่าวก็อาจจะเป็นจริงอย่างยิ่งในแวดวง ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ “วัฒนธรรม” เป็นความรู้ที่ได้มาจากวิถีวิทยา ที่ ถูกนิยามว่าไม่มีความเคร่งครัดและเข้มข้นทางวิถีวิทยา และไม่มีความเป็น ศาสตร์เช่นเดียวกับ “วิทยาศาสตร์” วิทยาศาสตร์การแพทย์ให้ความสำคัญกับ ความเหมือนกันของปรากฏการณ์ทางชีวธรรมชาติ เพื่อนำไปหาข้อสรุปทั่วไปที่ สามารถอธิบายปรากฏการณ์เดียวกันในทุกกาลและเทศะ นอกจากนั้น ยังให้ ความสำคัญกับความเป็นกลางทางวิชาการ ที่ปราศจากความเป็นอัตวิสัย (Subjectivity) ดังนั้น มิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างหลากหลาย และอัดแน่นด้วยความหมาย จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจะมีอยู่ในกระบวนการสร้างองค์ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์แบบปฏิฐานนิยม ดังนั้น จึงไม่แปลกนัก ที่มานุษยวิทยา การแพทย์จะดำรงอยู่อย่างหมิ่นเหม่ในปริมณฑลชายขอบของวิทยาศาสตร์การ แพทย์ แต่สำหรับวงการสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาไทยแล้ว มานุษยวิทยาการ แพทย์ซึ่งสนใจศึกษาวัฒนธรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วย และความทุกข์ทางกาย และจิต หาได้ตกอยู่ในสถานะชายขอบเช่นเดียวกันไม่ กลับมีความใกล้ชิดในเชิง เนื้อหาและวิถีวิทยามากขึ้น หากจะเปรียบเทียบกับมานุษยวิทยาภาษา (Linguistic

Anthropology) ดนตรีชาติพันธุ์วิทยา (Ethnomusicology) มานุษยวิทยาโบราณคดี หรือแม้กระทั่งมานุษยวิทยาเมือง (Urban Anthropology) สาขาวิชาเหล่านี้ดูจะตกอยู่ในสถานะที่เป็นชายขอบมากกว่าเสียอีก หากพิจารณาจากจำนวนผู้ที่เรียนจบการศึกษาด้านนี้ จะพบว่ามิได้มีผู้ที่ได้เรียนจบมาจำนวนไม่น้อยทีเดียว แต่ความพยายามที่จะพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้เพื่อช่วยอธิบายปรากฏการณ์ใหม่ๆ ในวิกฤตความทันสมัยที่เป็นความสนใจร่วมกับสังคมวิทยา-มานุษยวิทยายังทำไม่ได้มากนัก โดยเฉพาะในช่วงของวิกฤตการณ์ด้านเอตส์ ผู้ที่ทำงานในด้านมานุษยวิทยาการแพทย์อาจจะรู้สึกว่าการเสี่ยงของพวกเขาในฐานะนักมานุษยวิทยาการแพทย์ยังเป็นสิ่งที่แผ่วเบาอยู่ และนักสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาส่วนใหญ่ก็ไม่ได้เข้ามาศึกษาปัญหาสุขภาพมากขึ้นอย่างที่จะควรจะเป็น

ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่าการเติบโตของสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ไทยเริ่มต้นมานานกว่าหนึ่งศตวรรษ ในช่วงแรก งานของนักประวัติศาสตร์ H.G.Q. Wales (1933) และนักมานุษยวิทยารุ่นแรก พระยาอนุমানราชธนก็ได้เคยเขียนบทความเกี่ยวกับประเด็นการเกิดการตาย ซึ่งมีรายละเอียดที่เป็นข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวัฒนธรรมสุขภาพในอดีตที่ดี เป็นที่น่าสังเกตว่าในวงการวิชาการประวัติศาสตร์ไทย ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจของนักประวัติศาสตร์ นักประวัติศาสตร์องค์กร นักสังคมวิทยาเป็นอย่างมาก ดังที่ ชชาติชาย มุกสง (2548) ได้สำรวจวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้อย่างละเอียด ทำให้เห็นว่า งานวิจัยในด้านนี้มีครอบคลุมประเด็นที่หลากหลาย มีแนวการเขียนประวัติศาสตร์หลายแนวที่น่าสนใจ และสะท้อนให้เห็นความเคลื่อนไหว การต่อสู้ของแนวการเขียนประวัติศาสตร์ ตั้งแต่ประวัติศาสตร์การนำเข้าวิชาการแพทย์สมัยใหม่ การสืบค้นหาบิดาวิชาการแพทย์ไทย ที่เขียนจากแนวการเขียนประวัติศาสตร์ราชาชาตินิยม ประวัติศาสตร์ประชาชน งานสาธารณสุขในบริบทของประวัติศาสตร์การพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับรัฐ ประวัติศาสตร์การระบาดของโรคที่อาศัยข้อมูลทางสถิติ จนถึงประวัติศาสตร์สังคมและประวัติศาสตร์เชิงวิพากษ์ ดังปรากฏในงานของทีศักดิ์ เผือกสม ที่ใช้แนวคิดหลังทันสมัยมาใช้ในการวิเคราะห์ หากพิจารณาในเชิงปริมาณ ผลงานเหล่านี้เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่า งานเขียนประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขมี

สถานะเด่นชัดมากพอสมควรในวงการประวัติศาสตร์และสังคมศาสตร์ ไม่ถึงกับอยู่ในบริบทลชายขอบ แต่อย่างไรก็ดี ชชาติชาย มุกสง ก็ตั้งข้อสังเกตว่า “งานที่ใช้วิธีการทางประวัติศาสตร์จนสามารถนำเสนอความรู้ใหม่ หรือประเด็นถกเถียงใหม่ๆ กลับมีค่อนข้างน้อยและกระจัดกระจาย” (น.78)

สังคมวิทยา-มานุษยวิทยาที่ได้อิทธิพลจากตะวันตกเริ่มเติบโตในวงการสังคมศาสตร์ไทยในช่วงปลายทศวรรษ 2490 แต่ในช่วงของการเริ่มต้นนี้ งานในด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสังคมชาวนาไทย เพื่อพยายามอธิบายโครงสร้างสังคม และวัฒนธรรมภายใต้กรอบคิดแบบโครงสร้างหน้าที่นิยม และระบบความสัมพันธ์ทางสังคม พุทธศาสนา และประเพณีพิธีกรรม ในช่วงนี้ไม่มีนักมานุษยวิทยาที่สนใจการแพทย์พื้นบ้านของไทยโดยตรง แต่ก็มีงานชาติพันธุ์วรรณาอยู่บ้างที่ให้ความสนใจในด้านความเชื่อและพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและชุมชน บทความของ สุเทพ สุนทรภัสส์เรื่อง “ความเชื่อ เรื่อง ‘ผีปู่ตา’ ในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” (2511) ที่อธิบายถึงความเชื่อและพิธีทงผีปู่ตา ซึ่งชาวบ้านเชื่อว่าสามารถให้ความคุ้มครอง ป้องกันภัยพิบัติ ปัดเป่าโรคภัยหรือโรคระบาดในหมู่บ้านได้ ในสองปีถัดมา Tambiah ได้ศึกษาพุทธศาสนาแบบชาวบ้านและความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษที่ได้รับการอ้างอิงกันมากขึ้นในวงการมานุษยวิทยา เรื่อง Buddhism and Spirit Cult in Northeast Thailand (1970) อาจจะสามารถกล่าวได้ว่า งานสองชิ้นนี้นับว่า เป็นงานบุกเบิกทั้งในด้านมานุษยวิทยาที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับโครงสร้างสังคมและในด้านคติความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติหรือผีบรรพบุรุษที่เชื่อมโยงกับสุขภาพของคนในชุมชน ในช่วงทศวรรษ 2510-2520 ที่สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การพัฒนาที่เน้นความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคมวิทยาเป็นสาขาวิชาที่ได้รับการสนับสนุนและพัฒนาไปสู่ความเป็นวิทยาศาสตร์ (เชิงปริมาณ) มากขึ้น และได้กลายเป็นพื้นที่ที่ประชากรศาสตร์มีบทบาทนำและเติบโตอย่างมั่นคง ในบริบทของนโยบายวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมอัตราการเกิดของประชากรให้สมดุลกับการพัฒนา ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากจากองค์กรต่างประเทศ ทำให้มีการผลิตงานวิจัยด้านประชากรศาสตร์และการวางแผนครอบครัวออกมาเป็นจำนวนมาก มีการให้ทุนการศึกษาด้านประชากรศาสตร์

และจัดตั้งสถาบันวิจัยทางด้านประชากรศาสตร์ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งสนับสนุนหน่วยงานวิจัยทางด้านวางแผนครอบครัวในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ งานวิจัยสังคมวิทยาในด้านนี้ ส่วนใหญ่สนใจศึกษาประเด็นเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ อัตราการเกิด การตาย การอพยพ ฯลฯ โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เพื่ออธิบายความเคลื่อนไหวย้ายถิ่นและการเพิ่มขึ้น-ลดลงของประชากรกลุ่มต่างๆ รายได้ของครัวเรือน ความยากจน ฯลฯ ดังนั้น มิติทางด้านความเชื่อ ความหมาย และความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงมักไม่อยู่ในกระบวนการวิจัยของงานเหล่านี้ ถึงแม้ว่างานวิจัยในด้านนี้ปัจจุบันจะลดความนิยมลง แต่นักสังคมวิทยาในสายนี้ก็ยังทำงานในด้านประชากรศาสตร์อย่างต่อเนื่องและเข้มข้นโดย เฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการอพยพย้ายถิ่นของประชากรและแรงงานข้ามชาติ แรงงานเด็ก คนชราฯ

งานวิจัยทางด้านมานุษยวิทยาในช่วงเดียวกันนั้นเติบโตมากขึ้นแต่ไม่ถึงกับมีการจัดตั้งเป็นสถาบันวิจัยหรือศูนย์ขึ้นมาโดยเฉพาะ งานส่วนใหญ่เป็นงานเกี่ยวกับสังคมชาวนาที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์หลักของงานในช่วงนี้ถือได้ว่ายังอยู่ภายใต้แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยม ซึ่งให้ความสำคัญกับภาพองค์รวม และระบบต่างๆ ที่เกื้อหนุนช่วยให้ระบบสังคมดำรงอยู่ได้ รวมทั้งผลกระทบของการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมชาวนาภายใต้แนวคิดความทันสมัย มีงานวิจัยทางมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และปัญหาสุขภาพที่ควรจะถูกกล่าวถึงเพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างกับงานสังคมวิทยาในช่วงเดียวกัน นั่นคือ งานชาติพันธุ์วรรณาเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ของ Christine Mounge เรื่อง *An Ethnography of Reproduction: Changing Fertility Patterns in Northern Thailand* (1975) ที่อธิบายถึงระบบเครือญาติในชุมชนหมู่บ้านไทยวนในเชียงใหม่ ซึ่งให้ความสำคัญต่อสถานะของผู้หญิงในระบบเครือญาติ (Matrifocality) ความเชื่อเรื่องผีป่วน่าที่มีบทบาทในการควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศ และอธิบายความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการ “ผิดผี” เกิดขึ้น รวมทั้งการวางแผนครอบครัวและความเชื่อและประเพณีปฏิบัติในด้านการตั้งท้องและการคลอด งานอีกชิ้น

หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเป็นของนักมานุษยวิทยาชาวอเมริกัน เป็นงานศึกษาปัญหาสุขภาพของครอบครัวคนจนในเมืองเซียงใหม่ ซึ่งในช่วงนั้นการตัดสินใจเรื่องขนาดของครอบครัวกำลังเป็นประเด็นสำคัญเมื่อคนจนเหล่านี้กำลังเผชิญกับภาวะการบีบคั้นของภาวะเศรษฐกิจ และความไม่แน่นอนของอาชีพในเมืองที่กำลังขยายตัว ในขณะที่งานวิจัยทั้งสองชิ้นนี้เป็นงานระดับจุลภาคที่มีนัยต่อนโยบายเกี่ยวกับปัญหาประชากรและสุขภาพ งานชิ้นที่สำคัญที่ปรากฏในช่วงนั้นก็คือนงานศึกษาวิเคราะห์การแพทย์พื้นบ้านของ Viggo Brun and Trond Schmacher (1987) ที่ศึกษาทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านภาคเหนือและระบบการจำแนกประเภทของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค ตลอดจนตำรายา และบรรดาพืชสมุนไพร ถือว่าเป็นการบันทึกข้อมูลทีละเล็กละน้อยที่สุดที่มีมา Brun and Schmacher ให้ความสนใจกับความรู้ในการรักษาพยาบาลของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยยวนเพียงกลุ่มเดียว แต่ก็ไม่ละเลยความแตกต่างของความรู้พื้นบ้านในการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาพยาบาลภายในท้องถิ่น ในงานชาติพันธุ์วรรณาเรื่อง *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand* (1985) Louis Golomb ได้อธิบายถึงวิธีการรักษาพยาบาลของชาวมลายูมุสลิมเพื่อเข้าใจอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ที่ปรับเปลี่ยนตามบริบททางสังคม โดยอาศัยแนวคิดพรมแดนชาติพันธุ์ (Ethnic Boundary) ที่วิเคราะห์การรักษาอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ การปรับตัวและการข้ามพรมแดนทางชาติพันธุ์ แต่งานสำคัญอีกชิ้นหนึ่งที่ไม่อาจจะมองข้ามไปได้ก็คือ ฝูเจ้านาย (2527) ของฉลาดชาย รมิตานนท์ ที่ทำให้เราเข้าใจการทรงเจ้าเข้าผีว่าไม่ใช่เป็นเรื่องที่มงาย ไร้เหตุผล หรือเป็นสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายจากมุมมองทางสังคมศาสตร์ แต่ละวัฒนธรรมย่อมมีคำอธิบาย ที่มีเหตุผลและผู้คนต่างวัฒนธรรมมีวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดวิกฤตในชีวิตอย่างไร

ในช่วงทศวรรษที่ 2520 ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขในมิติที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับมนุษย์ เป็นประเด็นท้าทายที่ทำให้วงการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มหันมาให้ความสนใจมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อบุคคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในชนบทต้องขบปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อน ที่ดำรงอยู่ในชนบท ซึ่งความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกไม่พอเพียงที่จะตอบคำถามได้ ในปี 2519 มหาวิทยาลัยมหิดลได้เปิดสอนสาขาวิชา

สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขในระดับปริญญาโท นับเป็นการเปิดพื้นที่ให้มีมิติทางสังคมและวัฒนธรรมในการทำ ความเข้าใจปัญหาสุขภาพและการวิเคราะห์ระบบสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากผลงานวิจัยของอาจารย์และนักศึกษาค้นคว้าออกมาในช่วงนั้น รวมทั้งบทความที่หลากหลายตีพิมพ์ในวารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ (รายสามเดือน) ที่มีส่วนกระตุ้นและท้าทายให้นักวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขหันมาสนใจต่อปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยในมิติที่นอกเหนือไปจากมิติของชีวการแพทย์ อาจจะกล่าวได้ว่าในทศวรรษแรกของความพยายามเปิดพื้นที่ให้กับมิติทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นความพยายามในการถ่ายทอดความรู้ทางทฤษฎีและแนวคิดสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ตะวันตกที่มีความหลากหลาย เช่น พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ (Health Seeking Behavior) ที่ให้ความสนใจกับกระบวนการตัดสินใจในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบจำลองความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ให้ความสนใจต่อระบบคิดและความเชื่อและความรู้ทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการตัดสินใจไปใช้บริการ แนวคิดระบบนิเวศและการปรับสมดุลของชีวิตและสิ่งแวดล้อม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ระบบสุขภาพ ฯลฯ

อาจจะกล่าวได้ว่า สังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ในช่วงนั้นเป็นความพยายามที่จะพัฒนาวิธีวิทยาในการจำแนกและอธิบายระบบคิดและระบบความเชื่อด้านสุขภาพของชาวบ้านที่มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเข้าใจว่าชาวบ้านให้ความหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร บ่อยทีเดียวความหมายของชาวบ้านที่มาจากวัฒนธรรมชนบทมักจะไม่ตรงกันกับความหมายที่แพทย์ ที่ได้รับการฝึกฝนเรียนรู้จากทฤษฎีตะวันตก และส่วนใหญ่แพทย์มักจะมีมาจากครอบครัวชนชั้นกลางในเมือง ความหมายที่ไม่บรรจบกันเช่นนี้มักทำให้การรักษาของแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้นว่า การให้ความหมายของ “ซู” ของเด็กเล็กในวัฒนธรรมอีสาน ไม่ได้มีความหมายเช่นเดียวกับโรคท้องร่วงในความเข้าใจของแพทย์แผนปัจจุบัน การอธิบายสาเหตุของโรค ความเชื่อและแนวปฏิบัติในการรักษาพยาบาลพื้นบ้านมักแตกต่างไปจากการวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลที่อาศัยหลักคิดและคำอธิบายอีกชุดหนึ่งที่แตกต่างกันไป ส่วนอีกด้าน

หนึ่งที่เป็นประเด็นสำคัญควบคู่กับเรื่องความหมาย ก็คือ ประสิทธิภาพของนโยบายสาธารณสุข นักสังคมศาสตร์การแพทย์ พยายามพัฒนาแนวทางในการศึกษาและวิพากษ์นโยบายสาธารณสุข ให้สามารถจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บริการสุขภาพแก่สังคมอย่างมีประสิทธิภาพและเท่าเทียมมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืองานวิจัยระบบหลักประกันสุขภาพ ฯลฯ ที่ทำกันในช่วงนั้น ภายใต้ทิศทางหลักสองประการที่กล่าวมาแล้ว นักวิชาการ เช่น ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ เบญจา ยอดดำเนิน อรทัย รวยอาจัน รวมทั้งลูกศิษย์ลูกหา เช่น ลือชัย ศรีเงินยวง เพ็ญจันทร์ ประดับมุก มัลลิกา มติโก และแพทย์จำนวนหนึ่ง ที่รวมถึงโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ต่างมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ จนทำให้มีขอบเขตเนื้อหาและมีตัวตนที่ชัดเจน ทำให้สังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ ภายใต้ความเคลื่อนไหวนี้เป็นสาขาวิชาที่มุ่งศึกษา “ระบบและบริการสุขภาพ” เป็นหลัก จนกล่าวได้ว่าเป็นพัฒนาการที่แยกส่วนออกจากงานสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ที่ให้ความสนใจ “วัฒนธรรมสุขภาพ” โดยทั่วไป

หากนำยัดเอาแนวคิดของ Lupton (1994) ที่จำแนกพัฒนาการของสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ออกเป็น 4 แนวทาง อันได้แก่แนวคิดทางทฤษฎีหน้าที่นิยม แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง แนวคิดประกอบสร้างนิยม และวัฒนธรรมศึกษาที่ได้รับอิทธิพลจากปรัชญาและทฤษฎีหลังความทันสมัย และหลังโครงสร้างนิยม อาจจะกล่าวได้ว่า สังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ไทยในช่วงปลายทศวรรษที่ 2520 และต้นทศวรรษที่ 2530 เป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากแนวคิดทฤษฎีหน้าที่นิยม ไปสู่แนวคิดเชิงวิพากษ์ งานที่ปรากฏในช่วงนี้ จึงมีความหลากหลายที่น่าสนใจ ในด้านหนึ่งเป็นงานที่มุ่งอธิบายระบบสุขภาพ ที่มีนัยโดยตรงเชิงนโยบาย ดังกล่าวข้างต้น แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมจึงมีอิทธิพลในการศึกษาวิจัยในช่วงนี้ ส่วนงานอีกด้านหนึ่งซึ่งมีอยู่ไม่มากนัก ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีมาร์กซิสต์ นีโอมาร์กซิสต์ ทฤษฎีพึ่งพา ฯลฯ ตัวอย่างงานมานุษยวิทยาที่ศึกษาผลกระทบของการพัฒนาต่อสภาวะสุขภาพ ในสังคมไทย คือ งานของ Walter Irvine งานชิ้นนี้อธิบายถึงการรักษาพยาบาลพื้นบ้าน ที่ถูกลดบทบาทลงจากการแพทย์สมัยใหม่ ประเด็นที่ Irvine สนใจคือ

การให้คำนิยามโรคบ้า ปัญหาสุขภาพจิต และกระแสชาตินิยมที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือป้ายสีคนที่คิดแตกต่างในช่วงของการต่อต้านการคุกคามจากลัทธิคอมมิวนิสต์ Irvine (ซึ่งเป็นลูกศิษย์ Andrew Turton จาก SOAS) เข้ามาเก็บข้อมูลสนามในช่วงหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ทำให้มีโอกาสได้เห็นการใช้อำนาจของวัฒนธรรมในการกล่าวหา หรือป้ายสีผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับรัฐเผด็จการในช่วงการไล่ล่าและปราบปรามคอมมิวนิสต์ ที่ทำให้คนบริสุทธิ์ หรือผู้ที่มีความเห็นแตกต่างกลายเป็นฝ่ายซ้ายที่ฝึกฝึคอมมิวนิสต์และเป็นภัยต่อสังคม Irvine เห็นว่าอาการของผู้ที่เป็นบ้าเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นโดยผู้ที่มีอำนาจ ขึ้นอยู่กับกระแสอนุรักษ์นิยมหรือชาตินิยม Irvine ให้ความสนใจต่อความเชื่อในคาถาอาคม อำนาจเหนือธรรมชาติและสาเหตุของโรคบ้า และปัญหาสุขภาพจิต เขาตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับจำนวนของคนทรงที่มีมากมายในช่วงที่เขาทำวิจัยในหมู่บ้านหลายแห่งในเชียงใหม่ ลำพูน งานของเขายังให้ความสำคัญต่อพิธีทรงเจ้า คนทรง ตลอดจนความเชื่อเรื่องผีกระและวิธีการกีดกันคนด้วยการกล่าวหาว่าเป็นผีกระ

งานสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาที่ให้ความสำคัญต่อประเด็นความขัดแย้งและความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันเริ่มมีมากขึ้นในทศวรรษ 2520-2530 งานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ที่น่าสนใจเป็นงานที่ศึกษาการถ่ายทอดความรู้จากประเทศพัฒนาแล้วให้แก่ประเทศที่ด้อยพัฒนา โดยเลือกศึกษากรณีความรู้ทางการแพทย์ในประเทศไทย งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกของ Wariya Siwasariyanon เรื่อง The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1923-1935) ปี 1987 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศโลกที่หนึ่งกับประเทศโลกที่สาม (พัฒนาและด้อยพัฒนา) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ประเทศศูนย์กลาง-ประเทศบริวารในทฤษฎีพึ่งพา (Dependency Theory) ในความสัมพันธ์เชิงครอบงำ และพึ่งพานี้ ระบบการศึกษาถูกใช้ให้เป็นเครื่องมือในการผลิตซ้ำความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศมหาอำนาจศูนย์กลางกับประเทศบริวาร หลักสูตรการแพทย์ของไทยได้รับอิทธิพลโดยตรงจากโรงเรียนแพทย์ตะวันตกผ่านการสนับสนุนของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ งานวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นการวิจารณ์การครอบงำ

ทางการศึกษา วัฒนธรรมและเทคโนโลยี ภายใต้กรอบคิดทฤษฎีที่พึ่งพา การ
ครอบงำทางการศึกษาและเทคโนโลยีในประเทศด้อยพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของการ
การสะสมทุนของประเทศศูนย์กลางมหาอำนาจ

จนกระทั่งในทศวรรษที่ 2530 ความสนใจในการวิจัยวัฒนธรรม /
พฤติกรรมสุขภาพได้พัฒนาไปอีกระดับหนึ่ง เมื่อมีการริเริ่มจัดตั้ง “ข่ายงานวิจัย
วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ” ของศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข โดยมีศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขคณะสังคมศาสตร์
และมานุษยศาสตร์ซึ่งมีศาสตราจารย์ทิวทอง หงส์วิวัฒน์ เป็นจักรกลที่สำคัญ
นอกเหนือจากการสนับสนุนการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำให้มองข้ามการศึกษา
ทัศนคติ ความรู้และพฤติกรรม วงการสังคมศาสตร์การแพทย์ก็เริ่มได้เรียนรู้
แบบจำลอง “พหุลักษณะทางการแพทย์” ของอาเธอร์ ไคลแมนที่เป็นแนวคิดใหม่
ในวงการมานุษยวิทยาการแพทย์ในช่วงนั้น โดยการถ่ายทอดของโกมาตร
จึงเสถียรทรัพย์ ด้วยอำนาจของการอธิบายที่มีลักษณะเป็นพลวัต พหุลักษณะ
ทางการแพทย์กลายเป็นแบบจำลองที่ได้รับความนิยมและมีอิทธิพลต่อวงการ
สังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์เป็นอย่างมากตั้งแต่นั้นมา แบบจำลองพหุ-
ลักษณะทางการแพทย์เปิดมุมมองให้เห็นการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์ที่หลากหลาย
และวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน สามารถหารูปธรรมรองรับในสังคม
ไทยได้ง่าย ทำให้เกิดความสนใจในการศึกษาระบบความรู้ของแพทย์พื้นบ้าน
และการดูแลสุขภาพของชาวบ้านมากขึ้นในท้องถิ่นต่างๆ ดังจะเห็นได้ว่ามีงาน
วิทยานิพนธ์และงานวิจัยเกี่ยวหมอพื้นบ้าน (หมอลำผีฟ้า หมอเหยา หมอพื้น
บ้าน หมอเมือง คนทรงเจ้า) องค์ความรู้และยาพื้นบ้านของท้องถิ่นต่างๆ ออก
มาเป็นจำนวนมาก พร้อมๆ กับการขยายตัวของกาวิจัยท้องถิ่นเพื่อทำความเข้าใจ
กับวัฒนธรรมชุมชนซึ่งนักพัฒนาองค์กรเอกชนกลุ่มหนึ่งต้องการหาคำ
ตอบ งานวิจัยเหล่านี้อาจจะถูกมองว่ามีลักษณะท้องถิ่นนิยม (Localism) อยู่บ้าง
แต่ก็ทำให้เกิดกระแสนี้ตัวในการทำความเข้าใจกับความหมายของพฤติกรรม
สุขภาพในบริบทของวัฒนธรรม หรือในมุมมองของชาวบ้าน แต่ในอีกด้านหนึ่ง
แบบจำลองนี้ ไม่ตั้งคำถามเกี่ยวกับอำนาจและความขัดแย้งหรือความตึงเครียด
ของระบบพหุลักษณะทางการแพทย์ และไม่ได้ให้ความสำคัญกับระบบที่เชื่อมโยง
กับบริบททางเศรษฐกิจการเมืองภายนอก

ทศวรรษที่ 2530 เป็นทศวรรษที่สังคมไทยเผชิญกับปัญหาการระบาดของอย่างรุนแรงของโรคเอดส์ ที่พบมากในกลุ่มประชากรที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงบริการ ชายนักเที่ยว แรงงาน และแม่บ้าน ในช่วงแรงงานวิจัยโรคเอดส์เป็นงานทางด้านชีวการแพทย์และระบาดวิทยาเป็นส่วนใหญ่ นักสังคมศาสตร์ที่ให้ความสนใจศึกษาปัญหานี้มักจะศึกษาทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงหรือประชากรทั่วไปเพื่อเข้าใจถึงการรับรู้ หรือ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงให้ภาพความเข้าใจต่อปัญหาในมุมกว้าง แต่ไม่สามารถให้ความเข้าใจในกระบวนการ หรือพฤติกรรมที่นำไปสู่การติดเชื้อ มิติของความทุกข์ที่ผู้ติดเชื้อเผชิญอยู่จึงขาดหายไปอย่างน่าเสียดาย นักศึกษาในหลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขจำนวนหนึ่งได้ฉีกแนวออกมาศึกษากรณีผู้ป่วยเอดส์ในเชิงคุณภาพ โดยเลือกศึกษากรณีชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ “หญิง” (2536) ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ “ชาย” (2536) กระบวนการตัดสินใจในการดำรงภาวะในการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ (2536) การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ (2537) งานเหล่านี้มีพลังที่ช่วยให้เข้าใจผู้ติดเชื้อในทางบวกมากขึ้นในขณะที่สังคมไทยในช่วงนั้นให้นิยามผู้ติดเชื้อว่าเป็น “ผู้นำรังเกียจ” และผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีความหวังที่จะหายมารักษาโรคภัยนี้ การดิ้นรนของผู้ติดเชื้อเพื่อหาทางแก้ปัญหของตนเอง และงานวิจัยที่ให้รายละเอียดของชะตาชีวิตของผู้ติดเชื้อเหล่านี้จึงมีอิทธิพลต่องานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันเอดส์ และการรวมกลุ่มและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อในภาคเหนือในช่วงถัดมา โดยเฉพาะงานวิจัยเชิงมานุษยวิทยาเชิงปฏิบัติการของนักวิจัยสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ความสนใจในการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จากข้อมูลสนามชุดนี้ ผู้เขียนเองได้วิเคราะห์กระบวนการ “เผยแพร่สร้างตัวตน” ของผู้ติดเชื้อ ที่มองเห็นกระบวนการทางสังคมของการสร้างอำนาจผ่านการนิยามตัวตนใหม่ และการใช้คุณค่าของสังคมเครือญาติในการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงนั้นถูกรังเกียจและกีดกันโดยสังคม ไม่มีความหวังที่จะหายารักษาโรคภัยนี้ได้ จึงมักจะยอมจำนน ซ่อนเร้น ปกปิดตัวเอง และตัวตนของเขาถูกให้นิยามในเชิงลบ กระบวนการ “รื้อถอนและนิยามตัวตนใหม่” ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อกล้าเปิดเผยตนเองในพื้นที่สาธารณะ โดยอาศัยการ

เรียนรู้กลไกการติดเชื้อ การดูแลตนเอง และการสนับสนุนของกลุ่ม ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถสร้างอำนาจขึ้นมาด้วยตัวเขาเอง ต่อมา Shigeharu Tanabe ได้นำเอาความคิดเรื่อง Community of Practice มาใช้อธิบายการรวมกลุ่มและการเรียนรู้ในการดูแลตัวเองของผู้ติดเชื้อในระยะต่อมา ความพยายามของการแสวงหาทางเลือกในการรักษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำให้มีการค้นคว้าวิจัยความรู้พื้นบ้าน และบทบาทของหมอพื้นบ้านในช่วงนั้นมากขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับการระบาดและการป้องกันโรคเอดส์ การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อ และการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อกลายเป็นงานกระแสหลักในช่วงปลายทศวรรษ 2530 ต้นทศวรรษ 2540 แต่ก็มีงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์สุขภาพในด้านอื่นที่มีอยู่กัน เช่น งานวิจัยการใช้ยาเสพติดของนักวิจัยสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย งานวิจัยเกี่ยวกับคนชรา ในขณะที่วงการมานุษยวิทยาไทยในปลายทศวรรษ 2530 และต้นทศวรรษ 2540 เบนความสนใจจากการศึกษาชุมชนกับการพัฒนา มาเป็นสนใจศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจ พื้นที่ อัตลักษณ์ ความรู้ท้องถิ่น ซึ่งเป็นอิทธิพลจากแนวความคิดประกอบสร้างนิยม ทำให้เกิดการทบทวนปรัชญาว่าด้วยความจริงทางสังคมและการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนจากมุมมองแบบสารัตถนิยม เป็นมุมมองแบบการประกอบสร้างนิยม (Constructivism) ที่ให้ความสำคัญต่ออำนาจ และการช่วงชิง วงการมานุษยวิทยาการแพทย์ก็มีความเคลื่อนไหวไปในทิศทางนี้เช่นกัน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้เขียนงานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกเรื่อง Living on the Edge: Marginality and Contestation in the Kui Communities in Northeast Thailand (1998) ในปี 2541 ถือว่าเป็นตัวอย่างสำคัญของงานทางมานุษยวิทยาการแพทย์ งานชิ้นนี้ของโกมาตรให้ความสำคัญกับอำนาจของรัฐที่ใช้ผ่านเทคนิควิทยาของอำนาจในกระบวนการสร้างรัฐชาติ และการพัฒนาที่เบียดขับชาวกุยออกไปจากพื้นที่ทางประวัติศาสตร์ และทรัพยากรป่าไม้ ทำให้ชาวกุยผู้เลี้ยงช้างต้องเผชิญกับความทุกข์ยากในการหาเลี้ยงชีพสถานะของการถูกแย่งชิงไม่ได้เกิดเฉพาะกรณีของการเข้าถึงทรัพยากร แต่ยังรวมถึงผลประโยชน์จากโครงการการพัฒนาหมู่บ้าน และการช่วงชิงอำนาจนำของทางราชการ และที่สำคัญในงานชิ้นนี้ ก็คือการที่โกมาตรเชื่อมโยงแนวคิด

เรื่องร่างกาย เข้ากับประเด็นเรื่องสัญลักษณ์ และการรับรู้ โดยชี้ให้เห็นความสำคัญในเชิงอำนาจของความหมายทางวัฒนธรรมและระบบสัญลักษณ์ในกระบวนการสังคมของการเบียดขับที่กระทำผ่านร่างกาย และการรับรู้ นั่นคือความทุกข์ที่เกิดจากการถูกเบียดขับที่แทรกตัวอยู่ในประสบการณ์ของร่างกาย ซึ่งสามารถเข้าใจได้จากการศึกษาประวัติชีวิตและประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Illness Experience) ของผู้หญิงชาวภูยกุยที่ร่างกายแสดงอาการเจ็บป่วย เช่น ไม่อยากอาหาร การอ่อนเพลียเรื้อรัง นอนไม่หลับ ซาเมื่อเท้า ร้อน-หนาวบริเวณแขนขา อาการเหล่านี้ชาวบ้านอธิบายว่าเกิดขึ้นเมื่อได้รับรู้เสียง (มอดอร์ไฮต์) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตหลังจากที่มีการพัฒนาในหมู่บ้าน การศึกษาการเจ็บป่วยของชาวบ้านจำเป็นต้องศึกษาโดยการทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ทางการเมืองและสังคม

งานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้เป็นตัวอย่างของแนวการศึกษาทางมานุษยวิทยาที่เปลี่ยนผ่านไปสู่แนวคิดหลังความทันสมัย (Post-Modern Turn) ซึ่งไม่นิยมใช้ทฤษฎีสังคมขนาดใหญ่ แต่ใช้แนวคิดทางทฤษฎี (Concept) หลากๆ แนวคิดเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่สลับซับซ้อน ละเอียดอ่อนภายใต้บริบททางการเมือง มานุษยวิทยาการแพทย์ก็ได้รับอิทธิพลนี้เช่นเดียวกัน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) ได้ให้ข้อสังเกตของการเปลี่ยนผ่านของมานุษยวิทยาการแพทย์ 4 ด้าน คือ การเปลี่ยนผ่านการนิยามวัฒนธรรม ที่เป็นชุดของ “ความคิดและการปฏิบัติการที่ขัดแย้งและทำลายกัน” มีพลวัต และเป็น “แนวรบสำคัญในการต่อต้านการครอบงำ” การเปลี่ยนผ่านจากระบบการแพทย์สู่ประสบการณ์ ซึ่งงานชาติพันธุ์วรรณาเกี่ยวกับความเป็นชายขอบของคนเลี้ยงช้างของโกมาตร (1998) ที่กล่าวข้างต้นก็เป็นตัวอย่างที่ดี การเปลี่ยนผ่านจากการเข้าใจแพทย์พื้นบ้านสู่การวิจารณ์การแพทย์สมัยใหม่ โดยหันมาให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของการเจ็บป่วย และประเด็นสุดท้าย คือ การเปลี่ยนผ่านสู่ Reflexivity ของนักมานุษยวิทยามากขึ้น เป็นการตรวจสอบงานเขียนวัฒนธรรมของตนเองเพื่อดูว่าเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเมืองเรื่องการผลิตความรู้อย่างไร

ส่วนงานมานุษยวิทยาการแพทย์อีกเรื่องหนึ่งที่ออกมาในระยะเวลาใกล้เคียงกัน คืองานของ Andrea Whittaker เรื่อง *Intimate Knowledge: Women and their Health in North-East Thailand* (2000) ซึ่งเขียนจากทัศนะที่ให้ความสำคัญต่อผู้หญิงและปัญหาสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์โครงสร้างการเมืองและระบบสาธารณสุข ที่รัฐจัดการและควบคุมอีสาน และการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Illness Experience) ผู้หญิงอีสาน โดยศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย พิจารณาจากปฏิบัติการที่ขัดแย้งและการช่วงชิงทางวัฒนธรรมระหว่างการรักษาพื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ Whittaker ให้ความสำคัญต่อความรู้ของผู้หญิงในการดูแลร่างกายของตนโดยเฉพาะในเรื่องของมดลูก ระบบเลือด สุขภาพของช่องคลอด ความรับผิดชอบของผู้หญิงในการคุมกำเนิด การทำแท้ง ฯลฯ นับเป็นงานที่น่าสนใจที่ได้รับอิทธิพลของแนวคิดจากนักคิดสกุลหลังความทันสมัยอีกเรื่องหนึ่ง มีงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งที่เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพโดยศึกษาจาก Illness Experience งานชิ้นนี้เป็นงานวิทยานิพนธ์ของมาลี สิทธิเกรียงไกร ที่ศึกษาผลกระทบของการทำเหมืองแร่ตะกั่ว ซึ่งปล่อยสารตะกั่วจากโรงแต่งแร่ลงไปในลำน้ำที่ชาวกะเหรี่ยงที่ห้วยคลิตี้ กาญจนบุรี อาศัยเป็นประจำงานชิ้นนี้ชี้ให้เห็นอำนาจของความรู้ทางการแพทย์ ที่ใช้ในการนิยามความเจ็บป่วยและขอบเขตของความเจ็บป่วย (ระดับสารตะกั่วในเลือด) สาเหตุที่มาของโรค วิธีการรักษาพยาบาลของแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การเผชิญกับความทุกข์ทางสังคมของชาวบ้าน ซึ่งส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้นำมาเสนอเป็นบทความในวารสารเล่มนี้ด้วย

การดำรงอยู่ของการรักษาพยาบาลพื้นบ้าน การทรงเจ้าเข้าผี และลัทธิบูชาเจ้าพ่อ เจ้าแม่กวนอิม ที่ผุดขึ้นอย่างมากมายท่ามกลางเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมทันสมัยยังเป็นประเด็นที่นักมานุษยวิทยาให้ความสนใจในทศวรรษ 2540 อย่างน้อยที่สุดมีงานสองชิ้นที่ควรจะถูกกล่าวถึงเป็นตัวอย่างในที่นี้ พัฒนา กิตติอาษา (2549) วิเคราะห์การทรงเจ้าเข้าผีในวัฒนธรรมสุขภาพของไทยในการศึกษาหมอลำทรง หมอลำผีฟ้า เจ้าก๊กผีฟ้อน และร่างทรงหรือคนทรงในเมือง การที่จะเข้าใจสิ่งเหล่านี้ที่มักจะเข้าใจกันว่าเป็นเรื่องไร้เหตุผล จำเป็นต้องอาศัยมุมมองและการตั้งคำถามที่ตั้งอยู่บนความเข้าใจความหมายทางวัฒนธรรม

ของชาวบ้าน การตั้งคำถามและค้นหาคำตอบเชิงประจักษ์นิยมและเหตุผลนิยม จึงไม่ใช่คำตอบของปัญหาทั้งหมด “ไสยศาสตร์ ผี เทวดาหรือการเข้าทรงลงผี จะมีจริงหรือไม่ รักษาโรคหายจริงหรือไม่ ไม่ใช่เรื่องสำคัญ แต่เรื่องราวและประสบการณ์ชีวิตที่คนเกี่ยวข้องกับได้พูดถึง เขียนถึง และนำมาประพุดติปฏิบัติในความเป็นจริงนั้นสำคัญมากกว่าการพิสูจน์ด้วยเหตุผลและค้นหาประจักษ์พยาน” (น. 193) การทรงเจ้าเข้าผี ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลพื้นบ้านไม่ได้มีความสามารถในการรักษาโรคทางกาย หรือโรคที่เกิดจากเชื้อโรค หรือสาเหตุจากธรรมชาติเหมือนแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ให้คำอธิบายหรือให้พื้นที่ในการรักษาพยาบาลอีกส่วนหนึ่ง ในขณะที่ การแพทย์แผนใหม่มีข้อจำกัดหลายด้าน เป็นต้นว่า ตอบคำถามที่แตกต่างไปจากการแพทย์พื้นบ้าน แต่ไม่ได้ตอบคำถามที่ว่า “ทำไมต้องเป็นอันที่โชคร้าย?” (Evans-Pritchard) ไม่สามารถสื่อสารผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้วยภาษาที่มีความหมายทางวัฒนธรรม และมีการสื่อสารและวิธีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่สร้างสภาวะแปลกแยก หวาดกลัว และยอมจำนน มีวิธีการรักษาที่แยกส่วนผู้ป่วยออกจากเครือญาติ ความสัมพันธ์ทางสังคมและชุมชน และไม่ได้มีส่วนช่วยเสริมพลังในกระบวนการสร้างใหม่ของอัตลักษณ์ของชาวบ้าน ที่ต้องการอัตลักษณ์ที่เชื่อมโยงกับเสาหลักทางความเชื่อและพิธีกรรมที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงภายนอกหมู่บ้าน วัฒนธรรมสุขภาพเป็นเรื่องของความหลากหลาย เป็นเรื่องของการสั่งสมภูมิรู้และประสบการณ์ รวมทั้งเป็นการปรับเปลี่ยนตัวเองให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ในพื้นที่ทางสังคมในวัฒนธรรมสุขภาพ ไม่มีระบบใดระบบหนึ่งเข้ามายึดครองได้อย่างสมบูรณ์หรือเด็ดขาด เพราะภายในพื้นที่ดังกล่าวนี้ เต็มไปด้วยการต่อรอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ท่ามกลางวิกฤตความทันสมัย ชาวบ้านในภาคเหนือของไทยเริ่มเผชิญปัญหาสังคมรูปแบบใหม่ๆ โรคแปลกๆ ความแปลกแยก ความสับสน ความเครียด ความขัดแย้ง ฯลฯ มากขึ้น หมอพื้นบ้าน ที่เชี่ยวชาญในการรักษาต่างๆ กลับยังเป็นที่พึ่งของชาวบ้าน ศศิธร ไชยประสิทธิ์ ต้องการจะหาคำอธิบายว่าเหตุใดหมอพื้นบ้านเชี่ยวชาญในการรักษากระดูกจึงยังดำรงอยู่ ทั้งๆ ที่มีแพทย์แผนปัจจุบันให้บริการอย่างมากมาย ในงานวิทยานิพนธ์ระดับ

ปริญญาเอก เรื่อง The Body Concept in Northern Thai Healing: A Case Study of Two Female Bone Healers (2008) ศศิธร ไชยประสิทธิ์ ศึกษาในทัศน์เรื่องร่างกายในระบบการรักษาพื้นบ้านของหมอกระดูกผู้หญิงภาคเหนือ การรักษากระดูกแบบพื้นบ้านไม่เพียงแต่เป็นการเยียวยาการผิดปกติของกระดูก เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ เท่านั้น แต่ยังเป็นการสื่อสารและปฏิบัติการที่มีความหมายทางวัฒนธรรมและความทรงจำทางสังคม ศศิธรพบว่าการผลิตซ้ำความความเชื่อที่ผสมกันระหว่างพุทธ ผี พราหมณ์ ที่ยังทรงอิทธิพลอยู่เป็นฐานสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านเผชิญกับปัญหาอันสลับซับซ้อนในชีวิตสมัยใหม่ บริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ระบบการรักษาพยาบาลดังกล่าวได้ มาจากสถานะที่ชาวบ้านเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของความทันสมัย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ การสร้างการยอมรับด้วยการนำ เสนอความต่างของระบบการรักษาพยาบาลพื้นบ้าน ที่ประกอบด้วยประสิทธิภาพในการรักษาทั้งกาย สังคม และจิตวิญญาณและจริยธรรมของตัวหมอผู้หญิง ทำให้ความรู้ที่เชื่อมโยงกับจริยธรรมและอำนาจสามารถตอบ สอนต่อความต้องการที่หลากหลายของคนใช้ได้ดีกว่าหมอผู้ชาย

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมทันสมัยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีความสลับซับซ้อนที่ท้าทายนักมานุษยวิทยาเป็นอย่างมาก ทำให้ต้องแสวงหาแนวคิดทางทฤษฎีที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์เหล่านี้ ในบทนำของหนังสือพหุลักษณะทางการแพทย์ (2549) โกมาตรได้กล่าวถึงมุมมองของมานุษยวิทยาเชิงวิพากษ์ (Critical Anthropology) ที่ให้ความสำคัญกับโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ทำให้กลุ่มหรือสถาบันในสังคมมีอำนาจแตกต่างกัน (น. 27) โดยให้ความสนใจกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ละเอียดอ่อน (แตกต่างจากอำนาจที่หยาบที่ใช้กำลังความรุนแรง หรือการแย่งชิงทรัพยากร) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่มีลักษณะการครอบงำเชิงอำนาจ ที่ทำให้เกิดความชอบธรรมในการเอารัดเอาเปรียบ แต่ไม่ได้มองในแง่ของความผสมกลมกลืนและค้นหาตัวอย่างปราศจากข้อสงสัย แต่มองความผสมกลมกลืนด้วยว่ามีการแฝงเร้นของอำนาจที่แทรกแซงลงไปในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้คนในสังคมยอมรับอย่างไม่พิกัดตั้งคำถาม

งานทางมนุษยวิทยาที่อธิบายการใช้อำนาจของรัฐแบบละเอียดอ่อนดัง
กล่าวในสังคมไทยได้แก่ ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ:กรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีในภาคเหนือของไทย (2551) ที่ชีกะฮารุ ทานาเบ้ ใช้แนวคิดการปกครองชีว
ญาณ (Governmentality) ของมิเชล ฟูกูมา อธิบายอำนาจของรัฐในสมัยใหม่
แนวคิดนี้ หมายถึง “การนำผู้อื่นโดยผ่านกลไกการบังคับอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่ง
ทำให้ผู้อื่นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการระดับหนึ่ง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ
ในที่นี้ จึงหมายถึง ‘การนำของการปฏิบัติการ’ (a conduct of conducts) ซึ่ง
เป็นการจัดให้ผู้อื่นกระทำการอย่างมีเสรีภาพในขอบเขตที่กำหนดไว้” (น.57)
การปกครองชีวญาณเป็นการปกครองที่ทำให้ปัจเจกชนเป็นผู้กระตือรือร้น มากกว่าผู้
ที่อยู่นิ่งเฉย เป็นการปกครองที่ประชาชนจะปกครองตัวเองด้วยความสมัคร
ใจ ทานาเบ้ยกตัวอย่างการปกครองของการแพทย์ในระดับล่างสุด ได้แก่สถานี
อนามัยจะดำเนินการป้องกันโรคระบาดหรือส่งเสริมสุขภาพต่อประชาชนโดย
รวมในเขตรับผิดชอบ ประชาชนจะสามารถควบคุมตนเอง โดยการเข้ามารับการ
ตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ประชาชนจึงใช้อำนาจปกครองตนเองแทนรัฐ ดังนั้น
ปัจเจกชนจะแสวงหาความเป็นปกติอย่างมีเสรีภาพและคำนึงถึงผลประโยชน์
ของตนเองภายในขอบเขตของการปกครองชีวญาณ กรณีของกลุ่มผู้ติดเชื้อ หรือ
กลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ เป็นชุมชนที่ถูกสร้างขึ้น
ใหม่ ที่แตกต่างไปจาก “ชุมชน” ที่มีพื้นฐานภายในการปกครองชีวญาณที่รัฐ
นิยามขึ้นหลังการปฏิรูปการบริหารราชการในปลายทศวรรษที่ 20 กลุ่มช่วยเหลือ
ตนเองของผู้ติดเชื้อในภาคเหนือ เป็นตัวอย่างอันดีที่ได้สร้างการดูแลสุขภาพ
ตนเองอย่างกระตือรือร้น โดยเผชิญหน้ากับการปกครองชีวญาณที่ประกอบด้วย
เครือข่ายตลาดสุขภาพ และเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากหลังจากที่มีการระบาดอย่าง
รุนแรงของโรคเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้รวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือและแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองภายในกลุ่ม กลุ่มจึงกลายเป็นเวที
ที่พวกเขาได้ได้พบปะ และรับฟังความทุกข์ยากของกันและกัน สร้าง “พื้นที่ใกล้ชิด”
ที่ทำให้การสนทนาปรับทุกข์เกิดขึ้น และสร้างความสัมพันธ์และทำงานกัน
ระหว่างผู้ที่ไม่เคยพบกันมาก่อน ทำให้เกิดเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้พื้นที่สาธารณะ
เกิดขึ้น กลุ่มผู้ติดเชื้อจึงดำรงอยู่ในฐานะที่ต่อต้านเครือข่ายการปกครองชีวญาณ

สำหรับบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้เป็นบทความที่สะท้อนให้เห็นประเด็นใหม่ๆ ที่ท้าทายสำหรับในวงการสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา อาจจะแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่ม คือ บทความที่สะท้อนแนวทางมานุษยวิทยาเชิงวิพากษ์ต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุข (Critical Medical Anthropology) และบทความที่นำเสนอปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาที่ท้าทาย ประเด็นแรกเป็นการนำเสนอข้อมูลชาติพันธุ์วรรณา ในบริบทของเศรษฐกิจการเมืองที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมทางสังคมและความหมาย ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบและประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อทำให้เกิดการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Strathern and Stewart 1999) บทความของมาลี ลีทิกเกรียงไกร สนใจปัญหาความเจ็บป่วยของชาวกะเหรี่ยงอันเนื่องมาจากการได้รับสารตะกั่ว ที่ปล่อยมาจากโรงงานแต่งแร่ ในจังหวัดกาญจนบุรี ส่วนบทความของ Paul Cohen เป็นเรื่องของผลกระทบทางสังคม สุขภาพและวัฒนธรรมอันเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาของรัฐและองค์กรพัฒนาสากลในภาคเหนือของลาว บทความทั้งสองอาศัยแนวคิด Social Suffering ในการอธิบายปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม มาลีไม่ได้ชี้ให้เห็นความทุกข์ทางกายภาพอย่างเดียว แต่อธิบายถึงความทุกข์ทางสังคมที่ได้รับจากอำนาจของการแพทย์ ที่นิยามความหมายความเจ็บป่วยของชาวบ้านอันเนื่องมาจากการได้รับผลกระทบจากสารตะกั่วที่โรงงานแต่งแร่ปล่อยลงมาในลำธารที่ชาวบ้านใช้กินและอาบ บทความของมาลีชี้ให้เห็นว่าความรู้ทางระบาดวิทยาอันเป็นอำนาจของแพทย์นำมาสู่การจำแนกว่าใครเป็นผู้ป่วย การเลือกมาตรการเฝ้าระวังมากกว่ามาตรการในการรักษาเยียวยา ผู้ที่ได้รับสารตะกั่ว งานชิ้นนี้ ใช้แนวการเขียนที่เปิดพื้นที่ให้ชาวกะเหรี่ยงได้มี “เสียง” ในงานเขียนวัฒนธรรม

สำหรับงานของอาจารย์ Cohen อาศัยแนวคิด Social Suffering ในความหมายที่แตกต่างออกไป ที่ไม่จำกัดเฉพาะแต่ในปัญหาสุขภาพ แต่เป็นประสบการณ์ทางสังคมอันเป็นผลพวงจากอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ และอำนาจทางสถาบัน ที่มีอิทธิพลต่อผู้ที่ตกอยู่ในความทุกข์ในการแก้ไขและหาทางออกต่อปัญหาของตน (ดู Kleinman, Das and Lock 1997) แนวคิดทางทฤษฎีว่าด้วยความทุกข์ทางสังคม เกี่ยวข้องกับมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ ซึ่งพยายาม

จะชี้ให้เห็นประสบการณ์ของผู้ที่เผชิญกับความทุกข์ โดยวิเคราะห์ปัญหาระดับมหภาคและจุลภาคที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน บทความของ Cohen ให้ภาพความทุกข์ทางสังคมที่ชาวอาช่าในประเทศลาวไม่สามารถปรับตัวได้ทันการเปลี่ยนแปลงการผลิตจากการเลิกการปลูกฝิ่นและหยุดยั้งการทำอะไรหมุนเวียนโดยที่รัฐไม่ได้วางแผนรองรับได้ทัน เมื่อที่ดินในที่ราบไม่เพียงพอที่จะรองรับสำหรับทุกคนครบถ้วน ชาวอาช่าต้องหันไปเป็นแรงงานรับจ้างราคาถูก และถูกกดขี่โดยนายทุนชาวอาช่า ลาวและจีน ที่ลงทุนในการผลิตพืชเชิงพาณิชย์ ความทุกข์ทางสังคมในกรณีนี้เป็นผลมาจากอำนาจของนโยบายการพัฒนาและการแก้ปัญหาของรัฐและองค์กรเอกชนสากลที่ไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบทางสังคม และไม่ได้เตรียมการรองรับปัญหาของชาวอาช่าอย่างรอบคอบ ภายใต้นโยบายดังกล่าว

บทความอีกสองบทความกล่าวถึงสถานะด้านสุขภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คือ “สภาพการทำงานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก” โดยสุสัณหา ยิ้มแย้ม และ“สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ” โดยขวัญชีวัน บัวแดง ทั้งสองบทความมีคล้ายคลึงกันในการนำเสนอปัญหาหลักประกันสุขภาพในกลุ่มสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก และแรงงานงานสตรีที่เป็นกลุ่มการผลิตในภาคเศรษฐกิจนอกระบบการศึกษาพบว่ากลุ่มสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักได้รับสิทธิการรักษาตามสิทธิความเป็นพลเมืองตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น เมื่อคนเหล่านี้เจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขได้ ส่วนกลุ่มแรงงานข้ามชาติพบว่า การไม่ได้จดทะเบียนแรงงานต่างด้าว เป็นเหตุให้เข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ โดยบทความนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าจะมีงานวิจัยรองรับว่า แรงงานต่างชาติได้สร้างประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศไทยจำนวนมาก แต่คนเหล่านี้กลับไม่ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ

บทความเรื่อง “บทสำรวจวาทกรรมและการเมืองเรื่องสมัชชาสุขภาพ” โดยกฤติยา อาชวนิชกุลและกุลภา วจนสาระ เป็นบทความเชิงสังเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ของสมัชชาสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 9 พื้นที่ กล่าวถึง สุขภาพในอีกมิติหนึ่งที่มีใช้การรักษาพยาบาล แต่เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวภาคประชาชนต่อนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เรียกว่า สมัชชา

สุขภาพ บทความนี้กล่าวถึงนิยามความหมายและบทบาทของสมัชชาฯ สุขภาพ ปฏิบัติการของสมัชชาฯ สุขภาพในพื้นที่ และศักยภาพที่จะเป็นส่วนหนึ่งของ กระบวนการนโยบายสาธารณะ สำหรับบทความสุดท้ายเป็นรายงานการวิจัย การเปลี่ยนแปลงค่านิยมและแบบแผนการคลอดบุตรของสตรีไทย ซึ่งเปลี่ยนไปตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และค่านิยมที่เปลี่ยนไปของสตรีตามกระแส บริโภคนิยม กระบวนการจัดการทางการแพทย์ (Medicalization) จึงมีบทบาท ควบคุมและครอบงำความคิดของสตรีมีครรภ์

หากพิจารณาจากตัวอย่างงานสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ที่ เปลี่ยนผ่านสู่แนวคิดต่างๆ ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ผู้เขียนเชื่อว่าสังคมวิทยา- มานุษยวิทยาการแพทย์ไทยไม่น่าจะอยู่ในสภาวะชายขอบของวิชาสังคมวิทยา- มานุษยวิทยาที่เดียวนัก นักวิชาการในสายนี้มีบทบาทสำคัญในการนำพาการ เปลี่ยนผ่านทางแนวคิดทฤษฎี ซึ่งในระยะหลังทำให้มีจุดร่วมในการใช้แนวคิด ทางทฤษฎี เช่น แนวคิดอำนาจ ตัวตน การปกครองชีวญาณ ฯลฯ มากขึ้น แต่ การฝึกฝนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิดเหล่านี้ให้แตกฉานและแม่นยำ ก็ยังมีความ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสนับสนุน (โดยเฉพาะในหลักสูตรสังคมศาสตร์การ แพทย์ที่กำลังเตรียมนักวิจัยรุ่นต่อไป) แต่ในการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวกลับทำให้ ความสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ “ระบบสุขภาพ” โดยตรงลดลง ดังนั้น ปัญหาที่ท้าทายนักสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ ก็คือ ประเด็นที่หนึ่ง การหันไปให้ความสนใจศึกษาประเด็นในระบบสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งต้อง ติดตามและศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ในขณะที่สังคมไทยกำลังพัฒนาเข้าสู่ ระบบทุนนิยมโลกาภิวัตน์ เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยจากการทำงานใน กระบวนการผลิตภาคเกษตรแบบใหม่และโรงงานอุตสาหกรรม การระบาดของ โรคเอดส์ที่ยังคงมีอยู่ มิติทางวัฒนธรรมของการระบาดของไข้หวัดนก การเพิ่ม ขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย ธุรกิจการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ ศัลยกรรมความงาม (ดูตัวอย่าง มัลลิกา 2549) สุขภาพชายแดน ระบบสุขภาพชาติพันธุ์ การเข้าถึง บริการสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ ภาวะโลกร้อนกับปัญหาสุขภาพฯ นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของกลุ่มและเครือข่ายทางเลือกในด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลัง กาย การนวด โยคะ อาหารสุขภาพ การฝึกสมาธิ วิปัสสนา พลังจักรวาล ฯลฯ

ก็ยังเป็นประเด็นที่ท้าทายที่ยังมีการวิจัยออกมาน้อยมาก ประเด็นที่สอง การตั้งคำถามกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข อาจจะกล่าวได้ว่า การศึกษาในด้านนี้มักเป็นการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขมากกว่าการตั้งคำถามกับระบบที่ดำรงอยู่ หรือหากจะพอมึงงานวิพากษ์อยู่บ้าง ก็เป็นงานในกลุ่มศูนย์ศึกษาโอบายสาธารณสุขในช่วงศตวรรษ 2530 กรณีจะเป็นอย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเด็นท้าทายเหล่านี้ จำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพื่อเข้าใจความหมาย วิธีการดูแลเยียวยารักษาปัญหา และใช้มุมมองเชิงวิพากษ์ในการศึกษาความรู้และอำนาจการแพทย์ที่ใช้จัดการกับปัญหาเหล่านี้ นั่นคือต้องตั้งคำถามกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจให้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับทุน แพทย์กับผู้ป่วย รวมทั้งการรื้อถอนแนวคิดการแพทย์กระแสหลักว่าเป็นอย่างไรด้วย

บรรณานุกรม

- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. 2549. “พหุลักษณะทางการแพทย์: มุมมอง
มานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ”, ใน โกมาตร
จีงเสถียรทรัพย์ (บก.), พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคม
วัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. 2527. *ผีเจ้านาย*. กรุงเทพฯ: พายัพออฟเซ็ทพรินท์
- ชาติชาย มุกสง. 2549. “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์
ไทย: จากวาทกรรมชั้นนำสู่การได้ตอบการครอบงำอำนาจ”, ใน โกมาตร
จีงเสถียรทรัพย์ (บก.), พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคม
วัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. 2540. “การปรับตัวทางความรู้ ความจริง และอำนาจของ
ชนชั้นนำสยาม พ.ศ. 2325-2411”. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธวัช มณีผ่อง. 2548. “กระบวนการสร้างความรู้ชายขอบในวิกฤตการณ์สุขภาพ:
กรณีศึกษาสำนักทรงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ทานาเบ้, ชิเกฮารุ. 2549. *ชุมชนกับการปกครองชีวิต: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ในภาคเหนือของไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การ
มหาชน)
- พัฒนา กิตติอาษา. 2549. “ทรงเจ้าเข้าผีในวัฒนธรรมสุขภาพไทย”, ใน โกมาตร
จีงเสถียรทรัพย์ (บก.) พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคม
วัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
- มัลลิกา มัติโก. 2549. “การทำศัลยกรรมใบหน้าของผู้หญิงไทย: ความงามกับ
การจัดการทางการแพทย์”, ใน โกมาตรจีงเสถียรทรัพย์ (บก.) พหุลักษณะ
ทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์
มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

- สุเทพ สุนทรนาถสัช. 2511. “ความเชื่อเรื่อง ‘ผีปอบ’ ในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, ใน สุเทพ สุนทรนาถสัช (บก.), *สังคมวิทยาของหมู่บ้านตะวันออกเฉียงเหนือ*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 139-165.
- Brun, Viggo and Schumacher. 1987. *Trond, Traditional Herbal Medicine in Northern Thailand*. Bangkok: White Lotus.
- Golomb, Louis. 1985. *An Anthropology of Curing in Multiethnic Thailand*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Irvine, Water. 1982. *Northern Thai Madness and Nationalism*. Doctoral Dissertation, SOAS, University of London.
- Kleinman, Arthur. 1995. *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Das, Veena and Lock, Margaret (eds.). 1997. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Komatra Chuengsathiansup. 1998. *Living on the Edge: Marginality and Contestation in the Kui Communities of Northeast Thailand*. Doctoral Dissertation, Harvard University.
- Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE Publication.
- Malee Sitthikriengkrai. 2007. *Suffering, Healing, and the Contestation of Power and Knowledge: a Case of Lead Contamination in Klity Lang Village, Kanchanaburi Province*. Ph.D. Dissertation, Mahidol University.
- Mounge, Christine. 1975. *An Ethnography of Reproduction: Changing Fertility Patterns in Northern Thailand*. Doctoral Dissertation, SOAS, University of London.

- Muecke, Majorie. 1976. *Reproductive Success among the Urban Poor: A Micro-Level Study of Infant Survival and Child Growth in Northern Thailand*. Doctoral Dissertation, University of Washington.
- Sasitorn Chairasit. 2008. *The Body Concept in Northern Thai Healing: A Case Study of Two Female Bone Healers*. Doctoral Dissertation, Chiang Mai University.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1992. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Strathern, Andrew and Stewart, Pamela J. 1999. *Curing and Healing: Medical Anthropology in Global Perspective*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.
- Tambiah, Stanley J. 1970. *Buddhism and Spirit Cult in Northeast Thailand*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wales, H.G.Q. 1933. "Siamese Theory and Ritual Connected with Pregnancy, Birth and Infancy", *Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland.*, 63.
- Wariya Siwasariyanon. 1984. *The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1923-1935)*. Doctoral Dissertation, University of Hawaii.
- Whittaker, Andrea. 2000. *Intimate Knowledge: Women and their Health in North-East Thailand*. St. Leonard, Australia: Allen & Unwin.