

## ชาติพันธุ์วิทยาโรงพยาบาล (Hospital Ethnography)

สถานที่สำหรับรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยเป็นอีกหนึ่งพื้นที่สำคัญในชีวิตมนุษย์และปรากฏอยู่ในอารยธรรมมนุษย์มายาวนาน เช่น เทวสถานของเทพอิมโฮเตป (Imhotep) ซึ่งเป็นเทพเจ้าแห่งการรักษาโรคในวัฒนธรรมอียิปต์ที่มีอายุไม่น้อยกว่า 3,000 ปี หรือเทวสถานของเทพแอสคลีพิอุส (Asclepius) ผู้เป็นเทพแห่งการเยียวยาในวัฒนธรรมกรีกที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 600 ปีก่อนคริสตกาล และเมื่อคริสตศาสนามีอิทธิพลมากขึ้นในยุโรป โดยเฉพาะในกรุงโรม พบว่าการสร้างโบสถ์จะมีพื้นที่ที่เรียกว่า Hospitalium ซึ่งเป็นคำที่มีรากศัพท์ในภาษาละตินจากคำว่า Hospes แปลว่าเจ้าบ้าน พื้นที่ดังกล่าวใช้สำหรับผู้แสวงบุญที่ต้องมาพักอาศัย และยังใช้สำหรับรักษาคนเจ็บป่วย ดังนั้น ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 6 เป็นต้นมา โบสถ์คริสต์ในกรุงโรมจึงมีการก่อสร้างพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลไว้ใกล้กัน แต่เมื่อเข้าสู่ยุคสมัยของการฟื้นฟูศิลปวิทยาการ แทนบูชาและรูปสักการะของพระเจ้า ตลอดจนวิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอำนาจศักดิ์สิทธิ์ของศาสนาก็ลดบทบาทลง และถูกแทนที่ด้วยความรู้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และวิธีการจัดการพื้นที่โรงพยาบาลแบบสมัยใหม่ เช่น การนำห้องทำงานของพยาบาลมาไว้กลางอาคารเพื่อให้สะดวกต่อการมองเห็นและดูแลผู้ป่วย (โกศล และ โกมาตร, 2559: 26-29)

ขณะที่สถานที่รักษาเยียวยาในเอเชียก็มีความเก่าแก่ไม่น้อยไปกว่ากัน คัมภีร์มหาวงศ์บันทึกเรื่องราวของการสร้างศาลารักษาผู้ป่วยขึ้นในรัชสมัยของพระเจ้าปณฺฑุกาภย (Pandukabhaya) แห่งราชอาณาจักรราชราฏ (The Kingdom of Rajarat) ในศรีลังกา ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 400 ปีก่อนคริสตกาล นอกจากนี้ ยังมีคัมภีร์อื่น ๆ ที่ระบุถึงเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาและการสร้างโรงพยาบาลที่ปรากฏทั่วไปในอินเดีย ส่วนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าหลักฐานที่ชัดเจนที่สุดคืออโรคยาศาลในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 แห่งอาณาจักรขอม ซึ่งครองราชย์ในปี พ.ศ. 1724 โดยสถานที่แห่งการรักษาเยียวยาเหล่านี้ต่างมีความคล้ายคลึงกันในแง่ของการเยียวยารักษาที่ยังอยู่กับอำนาจเหนือธรรมชาติหรือคติทางศาสนา (โกศล และ โกมาตร, 2559: 33-35)

ส่วนในไทย หากย้อนกลับไปสมัยสุโขทัยยังไม่พบตำราหรือหลักฐานที่ชัดเจน มีเพียงชื่อโรคบางโรคที่ปรากฏในหนังสือไตรภูมิพิภพ อย่างไรก็ดี ในสมัยอยุธยาปรากฏว่ามีการสร้างความสัมพันธ์กับชาวต่างชาติ มีหมอหลวงชาวต่างชาติเข้ามาทำการรักษาในพระราชวัง ส่วนชาวบ้านใช้หมอชาวบ้านรักษาที่บ้าน จนกระทั่งมีการสร้างโรงพยาบาลรักษาโรคเป็นแห่งแรกขึ้นโดยคณะมิชชันนารีชาวฝรั่งเศสในปี พ.ศ. 2212 แต่ต้องยุติไปในที่สุดเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (โกศล และ โกมาตร, 2559: 37-38) อย่างไรก็ดี อิทธิพลของการแพทย์สมัยใหม่ก็ยังคงแผ่ขยายเข้ามาอีกระลอกจากการเดินทางเข้าเผยแพร่วิทยาการของคณะมิชชันนารีอเมริกันในสมัยรัชกาลที่ 3 และลงหลักปักฐานอย่างชัดเจนในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งมีการสร้างโรงพยาบาล

สมัยใหม่ขึ้น คือ โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2431 ที่เป็นทั้งสถานที่จัดการเรียนการสอนและการรักษาโรค ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ความรู้และวิธีการบำบัดรักษาโรคด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ค่อย ๆ กลายเป็นระบบการแพทย์หลักที่เข้ามามีบทบาทมากกว่าการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้าน (ทวีศักดิ์, 2550; โกมาตร และ ยงค์ศักดิ์, 2550) ต่อมาแนวคิดเรื่องการสร้างโรงพยาบาลสมัยใหม่ให้ครอบคลุมทั่วประเทศเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในสมัยรัฐบาลคณะราษฎร และปรากฏเป็นจริงในช่วงทศวรรษ 2500 ที่ประเทศไทยมีโรงพยาบาลรัฐครบทุกจังหวัด ก่อนที่จะกระจายตัวออกไปจนครบทุกอำเภอในช่วงทศวรรษ 2520 และเริ่มมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา (ชาติชาย, 2564)

สถานที่เฝ้าระวังรักษาโรคหรือโรงพยาบาลที่เราคุ้นชินกันในปัจจุบันมีรากทางประวัติศาสตร์ที่ยาวนานและอาจมีพัฒนาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ แต่ถึงกระนั้น สิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือโรงพยาบาลผูกพันกับช่วงชีวิตต่าง ๆ ของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโลกสมัยใหม่ที่ความรู้และสถาบันทางการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้คนอย่างใกล้ชิด นักมานุษยวิทยาการแพทย์ในปัจจุบันจึงหันมาให้ความสำคัญกับการศึกษาการแพทย์สมัยใหม่หรือชีวการแพทย์ (biomedicine) อย่างเข้มข้นจริงจังมากขึ้น (Lock & Nguyen, 2010) โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นพื้นที่ในการดูแลรักษาโรคจึงกลายเป็นหนึ่งในพื้นที่สำคัญของการศึกษา อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้วยวิธีการทางมานุษยวิทยาหรือการทำงานชาติพันธุ์นิพนธ์ (ethnography) ที่เน้นการฝังตัวและทำงานภาคสนามในโรงพยาบาลอาจยังไม่แพร่หลายมากนัก Sjaak van der Geest และ Kaja Finkler นักมานุษยวิทยาการแพทย์เสนอว่าเป็นเพราะโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่สังคมตะวันตกรู้สึกคุ้นเคยและอาจเห็นว่าเป็นองค์กรสมัยใหม่ที่ไม่แตกต่างจากองค์กรอื่น ๆ จึงมองข้ามหรือละเลย ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลก็เป็นพื้นที่ที่มีการป้องกันหรือสงวนรักษาไว้โดยบุคลากรที่อาจไม่ต้องการให้มีผู้เข้าไปสังเกตการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้การรักษาความเป็นส่วนตัว (privacy) และการรักษาความลับ (confidentiality) ซึ่งเป็นประเด็นที่อ่อนไหว (van der Geest & Finkler, 2004)

ในบทความชิ้นสำคัญเรื่อง hospital ethnography: introduction ของ Sjaak van der Geest และ Kaja Finkler พวกเขาได้เสนอ 2 ข้อเสนอพื้นฐานในการทำงานชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาล ประการแรก ท่ามกลางความเข้าใจทั่วไปที่ผู้คนมักคิดว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ มีความเหมือนกันราวกับเป็นสำเนา (clone) ที่คัดลอกมาตามตัวแบบของความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่จริง ๆ แล้ว การศึกษาทางมานุษยวิทยากลับแสดงให้เห็นความหลากหลายของวัฒนธรรมโรงพยาบาล (hospital cultures) ที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่งนำไปสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่เหมือนกัน ประการที่สอง ซึ่งเป็นข้อเสนอที่มีความสัมพันธ์กับข้อแรก นั่นคือ โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นสถาบันสำคัญของระบบการแพทย์แผน

ปัจจุบันเป็นพื้นที่ซึ่งเผยให้เห็นคุณค่าหลักและความเชื่อของวัฒนธรรมนั้น ๆ โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ทั้งสะท้อนและตอกย้ำกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลครอบงำสังคมนั้นอยู่ (van der Geest & Finkler, 2004: 1996)

วิธีวิจัยทางมานุษยวิทยาที่เรียกว่าชาติพันธุ์นิพนธ์เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ความแตกต่างหลากหลายทั้งในมุมมองและกระบวนการปฏิบัติทางการแพทย์ปรากฏออกมา โดยทั่วไปวิธีการดังกล่าวคือการเข้าไปศึกษาภาคสนามในระยะเวลาอันพอที่จะทำให้ผู้วิจัยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่พวกเขาศึกษา โดยมีวิธีการสำคัญคือการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (participant observation) ซึ่งเป็นการเข้าไปอยู่ร่วมอย่างเป็นธรรมชาติกับผู้คนในวัฒนธรรมนั้น ๆ เพื่อเข้าถึงสิ่งที่พวกเขาลงมือทำหรือการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มากกว่าการสัมภาษณ์และฟังผู้คนบอกเล่าถึงสิ่งที่พวกเขาทำเท่านั้น เช่น การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมของนักมานุษยวิทยาที่ติดตามการประชุมทีมแพทย์และการรักษาโรคในแผนกมะเร็งนรีเวช (gynecological oncology) ในโรงพยาบาลรัฐซึ่งเป็นทั้งโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมแพทย์ (physician culture) พบว่ากระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติงานของแพทย์ได้หล่อหลอมความโน้มเอียงทางอุปนิสัย (habitus) ที่สำคัญคือ การเน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ การตัดสินใจในฐานะทีมผู้เชี่ยวชาญ และความเชื่อมั่นว่าแพทย์รู้สิ่งที่คนไข้ต้องการ เหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ลดทอนหรือขัดขวางกระบวนการตัดสินใจร่วม (shared decision making) ระหว่างแพทย์กับคนไข้ (Spinnewjin et al., 2020)

นอกจากการศึกษาวัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลแล้ว การทำงานชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาลไม่ได้มองโรงพยาบาลว่าเป็นหน่วยที่ตัดขาดจากโลกภายนอกและไม่ได้เป็นสถานที่ “แปลกถิ่น” (exotic) ที่เปรียบเหมือนเกาะเล็ก ๆ ซึ่งตัดขาดจากแผ่นดินใหญ่ และผู้คนในสถานที่แห่งนี้ก็ไม่ได้ใช้ชีวิตแยกต่างหากหรือแตกต่างจากโลกที่ “ชีวิตปกติ” ดำเนินอยู่ (van der Geest & Finkler, 2004: 1998) แต่ความคิด การปฏิบัติ ตลอดจนจรรยาบรรณความรู้สึกที่ไหลเวียนอยู่ในโรงพยาบาลกลับแสดงให้เห็นวัฒนธรรมของผู้คนในสังคมนั้น ๆ เช่น การศึกษาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการที่คุ้นเคยกันในชื่อ “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” ในสังคมไทย โดย Bo Kyeong Seo นักมานุษยวิทยาชาวเกาหลี เธอเสนอว่าแม้โครงการดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นระบบสวัสดิการที่ตั้งอยู่บนแนวคิดเรื่องสิทธิ (right) แต่ในทางปฏิบัติ ระบบดังกล่าวกลับมีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างจากระบบสวัสดิการในสังคมตะวันตก การดูแล (care) ที่เกิดขึ้นเปรียบเหมือนของขวัญ (gift) ที่รัฐมอบให้คนยากจนซึ่งมีสัญชาติไทย หรือในบางกรณีก็เป็นแรงงานชาวต่างชาติ แม้ว่าการให้ดังกล่าวสะท้อนสถานะต่อยกกว่าหรือสภาวะต่ออำนาจของคนกลุ่มหนึ่งซึ่งดำเนินไปภายใต้จรรยาบรรณความรู้สึกของความเกรงใจและการรอคอยอย่างอดทน อย่างไรก็ตาม การตกอยู่ภายใต้ความรู้สึกติดค้างหรือการเป็นหนี้ไม่ได้ทำให้พวกเขาตกเป็นผู้ยอมจำนน ในทางตรงกัน

ข้าม ความพยายามที่จะหาทางชดใช้หนี้ก็กลับแสดงให้เห็นการใช้ชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและความ สลับซับซ้อนระหว่างการพึ่งพิง (dependence) กับการมีอำนาจในตน (autonomy) การเป็น อิสระ (freedom) กับการมีภาระผูกพัน (obligation) (Seo, 2016)

การทำงานชาติพันธุ์นิพนธ์ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่ของความรู้และการปฏิบัติทาง การแพทย์ที่เป็นความรู้เฉพาะทาง บ่อยครั้งนักมานุษยวิทยาจะทำงานร่วมกับแพทย์หรือบุคลากร ทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ และเป็นงานที่พยายามนำเสนอข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติ (action) ในระดับต่าง ๆ ซึ่งการทำงานในลักษณะดังกล่าวสะท้อนแง่มุมของการทำงาน มานุษยวิทยาในการแพทย์ (anthropology *in* medicine) มากกว่าจะเป็นการศึกษาทาง มานุษยวิทยาของการแพทย์ (anthropology *of* medicine) เท่านั้น (Long et al., 2008: 74) แน่นนอนว่าไม่เพียงแต่พยายามนำเสนอความเปลี่ยนแปลงในเชิงวิธีคิดหรือนโยบายในภาพใหญ่ เท่านั้น แต่ในบางกรณีเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับจุลภาคหรือในชีวิตประจำวัน เช่น การ ออกแบบระบบบริการเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมของการเยียวยา (healing environment) ซึ่งให้ ความสำคัญกับการออกแบบพื้นที่ที่ส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ทางผัสสะทั้งภาพ แสง เสียง กลิ่น เพื่อให้ผู้คนที่ใช้ชีวิตภายในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยมีความเป็นอยู่ที่ ดีขึ้น (โกศล และ โกมาตร, 2559)

งานศึกษาทางมานุษยวิทยาในโรงพยาบาลที่ให้ความสนใจกับประสบการณ์เชิงผัสสะเป็น งานที่ได้รับอิทธิพลจากงานกลุ่มมานุษยวิทยาออกแบบ (design anthropology) ซึ่งใช้การ ทำงานภาคสนามเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ผู้ใช้ เช่น การออกแบบพื้นที่ในคลินิกโรคซิสติกไฟ โบรซิส (Cystic Fibrosis) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ทำให้ผู้ป่วยต้อง ระวังการติดเชื้อมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ส่งผลให้การออกแบบ พื้นที่สำหรับดูแลคนไข้ตั้งแต่การเข้าและออกโรงพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจง และต้องอาศัย ทั้งการจัดวางวัตถุ บุคลากร และการเคลื่อนที่ของคนไข้เพื่อสร้างภูมิศาสตร์ของการใส่ใจและ ระมัดระวัง (care-ful geographies) ที่ตั้งอยู่บนการคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) เช่น การวางเจลล้างมือระหว่างทางเดินอย่างสม่ำเสมอ การส่งข้อความทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำพื้นที่ ปลอดภัยให้คนไข้ การปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่อาจดูเป็นสิ่งที่เล็กน้อยเหล่านี้ กลับเป็นส่วนสำคัญ ของการใส่ใจดูแลที่ถูกลำนำร่องเรียงกันอย่างเป็นกิจวัตร และเป็นสิ่งที่บุคลากรและคนไข้สร้างขึ้น ร่วมกันจนทำให้คลินิกดังกล่าวเป็นพื้นที่ปลอดภัย แตกต่างจากมุมมองทั่วไปที่ผู้คนมักมองว่าคลินิก เป็นพื้นที่เสี่ยง (Martin et al., 2022)

นอกจากคนไข้ในฐานะผู้ใช้งานหลักแล้ว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ หรือแม้แต่ แม่บ้านก็เป็นผู้ใช้งานหลักของโรงพยาบาล ดังนั้น การออกแบบพื้นที่ในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้อง คำนึงถึงความเป็นอยู่ที่ดี (wellbeing) ของเจ้าหน้าที่เช่นกัน เช่น พื้นที่พักผ่อน ซึ่งโดยทั่วไปการ

ออกแบบตามคู่มือมักจะเป็นพื้นที่กลางที่ประกอบด้วยโต๊ะอาหาร ทีวี ที่มีลักษณะคล้ายห้องนั่งเล่น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าสภาพแวดล้อมมีผลกระทบต่อผู้ใช้และให้ความสำคัญกับสถาปนิกในฐานะผู้ออกแบบ อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคลากรที่ทำงานกับคนไข้จิตเวชรุนแรงซึ่งมีแนวโน้มจะพบเจอเหตุการณ์ไม่คาดฝันหรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ พื้นที่พักผ่อนที่พวกเขาต้องการมักจะเป็นพื้นที่เงียบสงบและเหมาะกับการอยู่ลำพังมากกว่า แต่เมื่อไม่มีพื้นที่ดังกล่าวอยู่ พวกเขาจึงต้องสร้างขึ้นผ่านการด้นสด (improvisation) เช่น การเข้าไปพักในห้องประชุมที่ว่าง ดังนั้น การออกแบบโรงพยาบาลจึงควรปรับจุดโฟกัสมาให้ความสนใจกับการด้นสดของผู้ใช้มากขึ้น เพราะแสดงให้เห็นความคิดสร้างสรรค์ (creativity) ซึ่งเป็นคุณสมบัติประการสำคัญของมนุษย์ (Pink et al., 2020)

กล่าวได้ว่าชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาลเป็นการศึกษาทางมานุษยวิทยาอีกแง่มุมหนึ่งที่มีความน่าสนใจและเป็นอีกพื้นที่ที่มีความท้าทาย ทั้งในแง่ของการทำงานเชิงแนวคิดทฤษฎี เช่น การทำความเข้าใจพื้นที่และความหมายของโรงพยาบาล วัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญ ระบบสวัสดิการทางการแพทย์ โลกทางศีลธรรมและการให้คุณค่าต่อชีวิต ความเจ็บป่วย และความตายของผู้คนในสังคมหนึ่ง ๆ และความท้าทายทางวิธีวิจัย โดยเฉพาะการศึกษาประสบการณ์เชิงผัสสะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแผนที่ ภาพ แสง สี เสียง หรือกลิ่น ตลอดจนการเคลื่อนที่ของผู้คน วัตถุสิ่งของ หรือแม้แต่อารมณ์ความรู้สึก นอกจากนี้ การทำงานยังเรียกร้องให้นักมานุษยวิทยาต้องสร้างความร่วมมือกับผู้คนในหลายตำแหน่งแห่งที่ซึ่งมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันอีกด้วย

## ผู้เขียน

ชัชชล อัจฉนาทิตติ นักวิจัย ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

## บรรณานุกรม

- Lock, M. & Nguyen, V. K. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Long, D., Hunter, C., & van der Geest, S. 2008. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*, 15(2), 71-78.
- Martin, D., Buse, C., Brown, N., Nettleton, S. Lewis, A., & Chapman, L. 2022. Assembling atmospheres, encountering care: risk, affect, and safety in the cystic fibrosis clinic. *Wellbeing, Space and Society*, 3, 100007.
- Pink, S., Duque, M., Sumartojo, S., & Vaughan, L. 2020. Making spaces for staff breaks: a design anthropology approach. *Health Environment Research & Design Journal*, 1-12.

- Soe, B.K. 2016. Patient waiting: care as a gift and debt in the Thai healthcare system. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 22, 279-295.
- Spinnewjin, L., Aarts, J., Verschuur, S., Bratt, D., Gerrits, T., & Scheele, F. 2020. Knowing what the patient wants: a hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands. *BMJ Open*, 10:e032921.
- van der Geest, S. & Finkler, K. 2004. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*. 59, 1995-2001.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก. 2550. *สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกศล จึงเสถียรทรัพย์ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2559. สถาปัตยกรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา. นนทบุรี : สุขศาลา.
- ชาติชาย มุกสง. 2564. *ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย*. นนทบุรี : มีดี กราฟฟิค.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. 2550. *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.