

Dân tộc học



NƯỚC NGOÀI

CÁC QUAN HỆ XÃ HỘI CỦA QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH^(*)

(Tiếp theo kỳ trước)

MARK NICTER

Trường hợp thứ hai

Trường hợp thứ hai liên quan đến một người đàn ông miền Nam Ấn Độ 30 tuổi, tên là Ali, vợ là Fatima và đại gia đình của anh ấy. Trong hai tháng tôi đã phỏng vấn Ali vài lần và đã thu thập được các thông tin thứ cấp về gia đình anh ấy từ vài nguồn khác nhau. Tôi quan sát Ali tác động đến các thành viên trong gia đình khi anh ấy là bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện tư nhân (bệnh xá) của một bác sĩ lâu năm - bạn tôi. Một trong những cựu trợ lý nghiên cứu của tôi đang làm việc tại bệnh xá và tôi đã tranh thủ được sự trợ giúp của anh ấy trong việc thu thập thông tin về cuộc đời của Ali.

Ali sống ở một làng cách Mangalore 15 dặm thuộc huyện Nam Kanara, Bang Karnataka, Ấn Độ. Là thành viên của đảng cấp Mapala (Hồi giáo), anh ấy là lái xe trước khi có cơ hội sang Trung Đông để thử vận may. Ali đã lấy vợ được hơn một năm trước khi sang vùng Vịnh. Trong thời này anh dành thời gian gần 5 tháng ở bên vợ, cô ấy đã có mang được hai tháng sau khi cưới.

Ali vừa mới trở về Nam Kanara sau khi hoàn thành hợp đồng; lao động 3 năm tại vùng Vịnh và cũng đang có dự định trở lại vùng Vịnh làm hợp đồng khác. Tôi đã gặp Ali ở bệnh viện tư Mangalore trong khi tiến hành nghiên cứu về một hiện tượng mà tôi gọi là Hội chứng vùng Vịnh. Tôi đã bắt đầu quan sát hiện tượng này vào đầu những năm 1980 trong quá trình nghiên cứu về sự xuất hiện của các bệnh viện tư dọc theo bờ biển Malabar ở miền Nam Ấn Độ, đặc biệt ở huyện Nam Kanara¹. Quan tâm tới nhóm bệnh nhân tại bệnh viện tư và các nhân tố tác động tới sự tăng lên đột ngột và rõ ràng trong việc sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán bệnh trong hành nghề y của các bác sĩ ở thị trấn, tôi nhận ra rằng số lượng không cân đối của các bệnh nhân tại bệnh viện tư yêu cầu làm xét nghiệm là những người Hồi giáo từ vùng Vịnh trở về. Trong hai bệnh viện tư ở Mangalore được giám sát trong suốt thời kỳ

¹ Xem Baru (1998) cũng như Nichter và Van Sickle (2002) về việc thảo luận sự phát triển của các bệnh viện tư ở Ấn Độ và khả năng phát triển cũng như tính phổ biến của các xét nghiệm chẩn đoán bệnh sử dụng công nghệ y tế hiện đại.

^{*} Trích trong Mark Nichter (2002), Chương 4: The social relations of therapy management, trong: *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*, do Mark Nichter và Margaret Lock chủ biên. London và New York: Routledge.

giữa những năm 1980, những người Hồi giáo từ vùng Vịnh trở về hoặc thành viên trong gia đình họ chiếm ước tính một phần tư số giường bệnh, không có chỗ cho phụ nữ sinh đẻ. Điều đáng lưu ý về “những bệnh nhân” này là các yêu cầu dứt khoát được làm các cuộc xét nghiệm liên quan tới các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, ngoại trừ các triệu chứng liên quan đến văn hóa để ghi nhận sự thiếu sức khỏe toàn diện của họ. Nhu cầu điển hình của họ với tư cách là các khách hàng là có các cuộc xét nghiệm máu, dạ dày và tim, cũng như công nghệ mới mà họ đã từng nghe nói ở vùng Vịnh như nội soi, ảnh siêu âm, chụp dạ dày, điện tâm đồ (EKG) và thậm chí nội soi cắt lớp CAT.

Tôi được biết trường hợp của Ali là do người chủ của bệnh viện, một bác sĩ - nhà doanh nghiệp, người đã đầu tư rất nhiều vào công nghệ y tế như là cách để thu hút bệnh nhân. Trong khi công việc hàng ngày của anh ấy là giới thiệu một bộ phương tiện xét nghiệm chẩn đoán bệnh cho tất cả bệnh nhân được nhận vào bệnh viện, anh ấy phê phán chủ các bệnh viện tư khác về việc bòn rút của bệnh nhân bởi vì tất cả các bệnh nhân tiếp tục phải làm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh không cần thiết sau khi họ đã biết thực trạng bệnh tình của mình. Ali cũng đã phải trả một khoản đáng kể cho bệnh viện tư vì một vài xét nghiệm chẩn đoán bệnh. Bây giờ bác sĩ đang cố gắng thuyết phục anh ấy rằng các xét nghiệm chẩn đoán cần thiết đã xong. Anh ấy nói Ali là một trường hợp dành cho nhà nhân học. Lúc đầu tôi hiểu lời bình luận của anh ấy có nghĩa là “một trường hợp cho chuyên gia về tâm thần học”, nhưng tôi đã nhầm.

Qua phỏng vấn Ali, tôi biết rằng đây là lần chữa trị thứ hai của anh ấy tại bệnh viện tư. Trong 5 ngày đầu nằm viện, anh ấy đã làm một số xét nghiệm. Người ta cho biết các kết

quả xét nghiệm đều trong giới hạn cho phép trừ huyết áp tương đối cao của anh ấy. Ba tuần sau anh ấy yêu cầu được kiểm tra lại. Ngoài ra, anh ấy còn đưa vợ là Fatima tới để làm một loạt xét nghiệm theo tư vấn của bác sĩ địa phương về bệnh thiếu máu. Bác sĩ bệnh viện tư, người đã không bần khoản về việc trả tiền lệ phí cho Ali làm một loạt các xét nghiệm đầu tiên, đã không muốn cho làm xét nghiệm lại cho anh khi “rõ ràng là không có bệnh tật”. Bác sĩ nhắc nhở sáu tháng sau đến khám lại, lưu ý “các xét nghiệm của con người không thay đổi quá nhanh trừ khi người đó bị ốm nặng”. Ali vẫn còn bần khoản đưa ra một số yêu cầu, phàn nàn về việc đau vùng bụng kéo dài và yêu cầu được “xét nghiệm tim” (kiểm tra rối loạn tim).

Với việc được nhập viện để kiểm tra thăm dò liên quan đến cơn đau vùng bụng của anh ấy (siêu âm và soi dạ dày), Ali không đòi hỏi gì thêm nữa. Mặc dù cũng muốn biết kết quả kiểm tra nhưng anh ấy không còn bị ám ảnh về các chi tiết của kết quả xét nghiệm. Người ta cho biết rằng vợ Ali bị huyết cầu tố thấp (hemoglobin), anh ấy thấy cần thiết phải yêu cầu dùng thuốc bổ máu “tốt nhất”². Trước mặt vợ mình, anh ấy cũng hỏi liệu đến bao giờ cô ấy sẽ làm siêu âm bởi vì cô ấy “đã không giữ được thai trong lần mang thai đầu tiên”.

² Người ta thực hiện việc tăng cường huyết cầu tố cho vợ của anh ta, đó là dấu hiệu của việc nâng cao thể trạng sức khỏe. Điều này đã tạo ra tầm quan trọng mang tính biểu tượng phù hợp với ý nghĩa của máu, là chất trung dung trong sự hợp nhất về thể chất và tâm lý. Thật là lạ, Ali sử dụng cả thuốc bổ chữa đối chứng (allopathic) và thuốc bổ ayurvedic cho vợ, loại thuốc đang có tại bệnh viện tư. Khi tôi hỏi Ali tại sao Fatima lại dùng cả hai loại thuốc bổ, anh ta trả lời rằng thuốc bổ allopathic để tăng thêm máu và thuốc bổ ayurvedic dùng để lọc máu. Trong khi tôi cho rằng hành động ban tặng thuốc bổ là từ bộ ý nghĩa biểu tượng của thuốc bổ, người khác thì cho rằng thuốc bổ để hồi phục quá khứ và một loại khác để xây dựng tương lai.

Cuộc phỏng vấn lần đầu của tôi với Ali tập trung vào sức khỏe của anh ấy thời kỳ trước khi đi lao động ở Trung Đông và sau khi trở về nhà. Trong cuộc phỏng vấn và cả trong những cuộc chuyện trò thân mật sau này, tôi không thể hiểu được rằng anh ấy không để ý gì đến sức khỏe của mình, cho dù anh ấy đã trải qua một ca phẫu thuật nhỏ về bệnh sỏi thận và phàn nàn về sự khó chịu ở vùng bụng luôn tái phát, đặc biệt vào những lúc buồn bực. Cảm giác này cũng được chia sẻ với bác sĩ bệnh viện tư nhân, người đã thông báo rất chi tiết cho Ali về các xét nghiệm chẩn đoán bệnh mà anh ấy tiến hành. Liệu đây có phải là trường hợp xét nghiệm để tăng thêm sự hưng phấn về tình dục (fetishism). Tôi hết sức phân vân, tại sao các xét nghiệm chẩn đoán bệnh lại rất quan trọng đối với Ali?

Ali đã thổ lộ với người trợ lý nghiên cứu của tôi, người cũng đã từng làm việc tại vùng Vịnh. Trong khi ở vùng Vịnh, Ali vẫn giữ liên lạc với vợ (một người không biết chữ) qua những bức thư gửi về gia đình nhà chồng nơi cô ở. Số tiền của Ali được chuyển tới bố Ali, người được Ali gửi gắm chăm sóc sức khỏe cho Fatima và đứa trẻ. Sự việc này kéo dài khoảng một năm cho tới khi Fatima trở về nhà mẹ đẻ để lưu lại đó lâu³. Một người bạn của Ali, người đã trở lại vùng Vịnh sau khi về phép thăm nhà kể lại với Ali

rằng khi anh ấy vắng mặt thì sự đổ vỡ giữa vợ anh ấy với mẹ và các chị gái ngày càng tăng⁴. Chính vì vậy, Ali đã gửi tiền về cho cả bố anh ấy và anh trai Fatima, những người chăm sóc sức khỏe cô ấy và con của họ. Em gái của Fatima là người biết chữ và thay mặt chị viết thư cho Ali.

Khi trở về nhà, Ali được mọi người trong gia đình rất quý mến nhưng Ali cũng nhận thấy được sự căng thẳng giữa mẹ, hai chị em gái chưa lấy chồng và vợ anh ấy. Điều đó tác động trực tiếp tới anh ấy. Anh ấy mong muốn thích nghi với vai trò là người chồng và người cha trong khi vẫn đảm trách vai trò người con trai và người anh trong gia đình. Ngoài ra, anh ấy còn phải đấu tranh với họ hàng và bạn bè, những người tiếp cận anh ấy vì các mục đích khác nhau, tất cả phụ thuộc vào sự trở lại Trung Đông của anh để kiếm thêm tiền. Ali đã không nói với ai về những khó khăn của gia đình mình khi anh đang ở vùng Vịnh. Anh đã trở về nhà với chiếc đồng hồ mới, dây chuyền vàng, cái đai xách tay và cả giày ngoại: đó là tất cả dấu hiệu của sự sung túc.

Ali nói với trợ lý của tôi rằng việc tới bệnh viện tư làm anh ấy cảm thấy khỏe hơn. Những người họ hàng tới thăm anh ở bệnh viện đều rất quan tâm tới sức khỏe của anh ấy. Sức khỏe của vợ anh ấy cũng rất tốt, “không cần phải quan tâm” vì các kết quả xét nghiệm đã chứng minh điều đó. Trước mặt Ali, những người họ hàng của cô ấy tỏ

³ Đẳng cấp Moplah tại Bắc Malabar phần lớn là những người theo mẫu hệ (D'Souza 1976) và đẳng cấp này theo hệ thống marumakkathayam về thừa kế theo “quyền người mẹ”. Theo phong tục người chồng thường sống bên gia đình vợ cho đến khi họ có tài sản, nhưng cũng có sự linh hoạt trong cư trú khi không có tài sản hoặc người chồng tự có tài sản. Khi người vợ sống tại gia đình nhà ngoại, cô ta có quyền được hưởng một phần tài sản của gia đình, nhưng càng ngày càng có nhiều người chồng không để ý tới việc vợ và con họ sống ở đâu. Không có gì là lạ khi người chồng kiếm tiền để nuôi vợ, các con và cả các chị em gái của anh ta và các cháu nữa. Đây là sự thực đối với trường hợp của Ali.

⁴ Leela Gulati (1988) có ghi lại rằng những vấn đề về tâm lý trong các gia đình di cư ở bờ biển Malabar là mối quan tâm đặc biệt đối với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các bài trên các báo nói tiếng cho biết các gia đình khác có họ hàng lao động ở vùng Vịnh phải chịu đựng một số vấn đề về tâm lý. Nhóm người gặp phải rủi ro đặc biệt do Gulati xác định là phụ nữ trong độ tuổi từ 15 đến 25, họ là những cô dâu mới cưới của các công nhân di cư còn lại trong sự chăm sóc của họ hàng. Gulati còn ghi chép chi tiết rằng tiền gửi về là cội nguồn của những xung đột và tai họa.

lòng quan tâm cô ấy khi họ tới thăm bệnh viện tư. Họ muốn biết thông tin về sức khỏe hàng ngày của cô ấy.

Liệu chúng ta có thể hiểu được nhu cầu của Ali đối với các xét nghiệm chẩn đoán bệnh? Ở một chừng mực nào đó nó tạo nên một biểu hiện thái quá của khuynh hướng ngày càng trở nên phổ biến ở miền Nam Kanara bị ảnh hưởng bởi hai tập hợp các nhân tố. Về phía người bệnh, các xét nghiệm đã thể hiện thực trạng bệnh tật, mặc dù người ta ngày càng nghi ngờ sự chẩn đoán của bác sĩ. Càng ngày, các bệnh nhân, những người có khả năng chi trả cho những cuộc xét nghiệm đó, luôn tìm kiếm những lời khuyên và cách điều trị bệnh tật không phải chỉ từ một bác sĩ, đó không phải là việc làm thường xuyên. Căn cứ vào thực tế là hầu hết các bác sĩ không khám hoặc cũng không hỏi những câu hỏi sâu sắc mà lại chẩn đoán bệnh bằng chữa trị, xét nghiệm được coi như các vết tích có thể nhìn thấy được của sự thật trong khung cảnh mà ở đó văn hóa nghe nhìn ngày càng được nâng cao với sự hiện hữu của vô tuyến truyền hình và băng đĩa⁵. Những quan

sát của một người bạn Ali, giáo viên dạy lớp bốn, được minh họa như sau:

Vaidya của chúng tôi, những người hành nghề truyền thống, đã thường xuyên chẩn đoán bệnh bằng bắt mạch, sau đó tới bệnh viện để bác sĩ xác định bệnh và đo huyết áp bằng ống nghe. Ngày nay bác sĩ có thể biết được bệnh gì bên trong cơ thể con người. Chúng tôi đã đi khám nhiều nơi vì bệnh không thuyên giảm và cuối cùng bác sĩ đã gửi chúng tôi đi xét nghiệm sau khi đã mua nhiều loại thuốc. Bây giờ các bác sĩ yêu cầu chúng tôi đi làm xét nghiệm trước. Nếu họ yêu cầu xét nghiệm mà anh không có tiền thì anh phải thử vận may bằng việc dùng thuốc. Thịnh thoảng có bác sĩ chẩn đoán bệnh tốt và đôi khi phải chờ vào may rủi (Ngày 12 tháng 3 năm 1992).

Về phía nhà cung cấp dịch vụ, việc sử dụng ngày càng tăng các xét nghiệm chẩn đoán bệnh ở Nam Kanara là do các yếu tố kinh tế thúc đẩy. Yêu cầu xét nghiệm có nghĩa là bác sĩ chắc chắn thu phí dịch vụ ít nhất hai lần: lần thứ nhất là lúc yêu cầu làm xét nghiệm và tiếp theo là việc làm sau khi xét nghiệm, đó là việc giải thích để bệnh nhân chữa trị đúng cách. Thực ra, các bác sĩ thường thu được ba khoản tiền. Bệnh viện tư với phòng xét nghiệm của mình đã tạo ra kinh phí từ những xét nghiệm này. Các bác sĩ yêu cầu bệnh nhân đi xét nghiệm ở những nơi mà thông thường đã có những thỏa thuận giữa họ với các phòng xét nghiệm cụ thể, ở đó họ được nhận một phần chi phí xét nghiệm hoặc những món quà định kỳ.

Nhân tố khác thúc đẩy mạnh mẽ các nhà cung cấp dịch vụ thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán bệnh là động lực của việc trả tiền vay của ngân hàng do mua các thiết bị xét nghiệm. Các ngân hàng ở Ấn Độ rất thoảng trong việc tăng cường cho các bác sĩ

⁵ Những người công nhân từ vùng Vịnh trở về đã được kiểm tra qua các xét nghiệm chẩn đoán bệnh hiện đại trong quá trình điều trị bệnh và khi bị trí tưởng tượng thông thường cuốn hút. Việc mô tả những xét nghiệm này hợp nhất với các hình thức khác của công nghệ hiện đại. Ở một số nước Trung Đông và vùng Vịnh, nội soi CAT là để cập đến các thiết bị như "Kambuter" và ánh siêu âm như "vô tuyến truyền hình" hoặc "Thiết bị bằng sóng âm" (Beth Kangas, giao tiếp cá nhân). Có vài ý kiến cho rằng cần phải làm xét nghiệm cho loại bệnh nào và có một chút nghi ngờ về các xét nghiệm này đóng vai trò gì trong việc chẩn đoán và chữa bệnh. Ở Ấn Độ, một vài bác sĩ ở các bệnh viện tư thực sự đã tạo ra các màn hình riêng biệt để cho người nhà của bệnh nhân có thể nhìn thấy các hình ảnh do máy siêu âm thực hiện. Một người bạn tôi, bác sĩ phẫu thuật thần kinh ở Mangalore, đôi khi đã phàn nàn với tôi rằng một số bệnh nhân vào bệnh viện của anh ta rồi lại đi ra phố tìm kiếm nội soi CAT về bệnh đau đầu và anh ta cho rằng yếu thần kinh thường gắn liền với các bệnh tâm thần và yếu tim.

vay tiền để mua thiết bị chẩn đoán bệnh. Việc mua thiết bị này rất có lợi bởi vì họ hầu như được xóa nợ qua việc giảm giá và lãi ngân hàng đã được khấu trừ vào thuế thu nhập⁶. Điều cần thiết, đặc biệt là vài năm đầu sau khi mua máy, là thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán bệnh đủ để trả tiền lãi mua máy đồng thời cũng thu được lợi nhuận. Điều này khiến nhiều bác sĩ và nhà quản lý bệnh viện tư thường khuyên bệnh nhân làm xét nghiệm hoặc đáp ứng các nhu cầu của khách hàng trong khi các xét nghiệm này không được bệnh viện coi là tin cậy, ngoài việc được coi là “các thủ tục mang tính thăm dò”.

Lần tôi gặp Ali, tôi đã xem xét hai nhân tố có thể góp phần làm cho những người theo Đạo Hồi vướng vào “hội chứng vùng Vịnh” đang rất phổ biến - hiện tượng những công nhân từ vùng Vịnh trở về tới kiểm tra sức khỏe tại các bệnh viện tư về các bệnh tật mơ hồ của mình và yêu cầu được xét nghiệm chẩn đoán bệnh. Trước tiên, có thể là bởi vì những người theo Đạo Hồi thường lui tới các bệnh viện tư hơn những người khác bởi họ có khả năng chi trả cho việc đó do có thu nhập bằng tiền mặt⁷. Trong khi đó nhân tố này rất có thể đã đóng góp cho việc khám bệnh ở bệnh viện tư, nó không giải thích hình thức khám bệnh hoặc các loại hình yêu cầu đặc biệt của người bệnh. Hơn nữa, các cuộc phỏng vấn những

người chủ các bệnh viện tư về việc người Hin-du từ vùng Vịnh trở về đã gợi mở rằng so với người Hồi giáo, nhóm người này thường rất ít khi lui tới bệnh viện tư để kiểm tra sức khỏe tổng thể, mặc dù họ có xu hướng cho vợ đẻ ở bệnh viện tư. Khả năng thứ hai là địa vị xã hội ẩn sau hiện tượng này. Nằm ở bệnh viện tư là dấu hiệu của quyền uy và tiếp cận việc chăm sóc sức khỏe là một dạng của vốn biểu tượng. Có địa vị cao thường gắn với việc để vợ hoặc mẹ nằm tại nhà thương tư nhân danh tiếng, ở đó vợ hoặc mẹ được bác sĩ giỏi chăm sóc.

Trường hợp của Ali cho ta thấy rằng tính phổ biến của việc chữa bệnh tại bệnh viện tư không chỉ liên quan đến địa vị xã hội và sự tiêu dùng xa hoa các dịch vụ y tế. Trong môi trường có kiểm soát của bệnh viện tư, các quan hệ xã hội được thiết lập xung quanh sự hỗ trợ người bệnh, người không đóng vai một người ốm đã được chuẩn bị trước. Trong khi ở bệnh viện tư, vai trò như vậy được công nhận một cách tạm thời⁸. Các bệnh nhân được người nhà tới thăm hàng ngày, họ mang thức ăn đến cho bệnh nhân và bàn về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân dưới dạng các xét nghiệm chẩn đoán bệnh, điều đó có nghĩa là “mọi việc đều có thể giải quyết được”. Những cuộc chuyện trò tại bệnh viện tư giữa những bệnh nhân mắc hội chứng vùng Vịnh với họ hàng của họ có vẻ không thường xuyên. Hơn

⁶ Chẳng hạn như tiền vay ngân hàng để mua máy siêu âm có thể chiếm 75% giá thiết bị (xấp xỉ 200,000 rupi) với lãi suất từ 12% đến 18%. Chiết khấu máy móc là 22%/năm khiến cho chỉ sau 4 năm thì thiết bị được xóa tên khỏi số nợ trong khi nó có thể được sử dụng trong vòng 15 năm. Một bệnh viện tư nhân đồng bệnh nhân có thể sử dụng máy này 15 đến 20 lần trong một ngày với giá là 200 - 300 rupi cho 1 lần xét nghiệm.

⁷ Về mặt giá cả, chi phí ở bệnh viện tư bằng giá ở khách sạn hai sao tại Mangalore. Giá phòng một ngày khoảng 50 - 75 rupi. Ở lại bệnh viện tư trong một tuần với một loạt các xét nghiệm bình thường thì giá sẽ lên tới 1.000 - 1.500 rupi.

⁸ Trong bối cảnh này, chờ đợi kết quả xét nghiệm chẩn đoán bệnh đặt người ta vào “vai diễn gặp rủi ro”, vốn trùng với “vai diễn bị bệnh” theo ý mà Parsons đã miêu tả (1975). Sau khi nhận được các kết quả xét nghiệm “nhiều hàm ý” hoặc “nhập nhằng” khác thường, nhưng không đủ khác thường để gán cho một căn bệnh bằng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh, vai diễn rủi ro có thể chuyển sang vai diễn bị ốm nếu như ai đó “gặp rủi ro” thường bắt đầu: (a) hành động như họ đang bị ốm thực sự hoặc (b) trở nên quá cảnh giác tới mức là cả ngày chỉ lo lắng về bệnh tật. Vai diễn này dù được chấp nhận là hợp pháp hay không thì nó có nhiều việc cần phải thực hiện đối với các quan hệ xã hội của quản lý điều trị bệnh.

sáu tháng qua, trong khi làm người phục vụ tại bệnh viện tư, người trợ lý nghiên cứu của tôi rất hiếm khi thấy có các cuộc tranh cãi và những cuộc thảo luận sôi nổi giữa các thành viên trong gia đình.

Các nhà nghiên cứu khác ở Ấn Độ đã chỉ ra rằng đi khám bệnh hoặc nằm viện được coi như cuộc đi chơi dã ngoại đối với phụ nữ Hồi giáo (ví dụ, Jeffery 1979). Đối với những người đàn ông trẻ như Ali thì nó lại là cuộc rút lui. Ban ngày là thời gian cho họ hàng đến thăm và buổi tối thì vợ đến thăm. Bệnh viện tư là một trong số ít nơi mà Ali và vợ có thể tìm thấy sự riêng tư và có cơ hội làm quen lại với nhau mà vẫn không xa lánh họ hàng và không tạo ra sự căng thẳng. Công khai bày tỏ tình cảm vợ chồng tạo nên mối đe dọa đối với tính toàn vẹn của gia đình Hồi giáo và cơ cấu quyền lực do những người lớn tuổi làm đại diện⁹. Tuy nhiên, sức khỏe tạo thành lãnh địa mà ở đó người con trai đã lấy vợ có thể thực hiện, ở một mức độ nào đó, tính độc lập của mình và quan tâm tới vợ. Bệnh viện tư đã tạo cho Ali một không gian để cho anh ấy và vợ có thể quan tâm tới nhau. Trợ lý nghiên cứu của tôi đã giúp tôi có được nhận thức sâu sắc hơn về điều đang diễn ra. Trong suốt thời gian anh ấy ở vùng Vịnh, tình cảm của Ali với vợ ngày càng mãnh liệt hơn. Ở nơi xa, anh ấy có thể mừng tượng về người vợ theo cách anh ấy không có ở nhà. Người trợ lý nghiên cứu của tôi cũng có kinh nghiệm tương tự và vào

một buổi tối cả hai người đều tâm sự với tôi về chuyện đó ở căng tin của bệnh viện. Những bức thư của gia đình gửi đến trong khi đang ở nước ngoài, cộng thêm những hình ảnh trên truyền hình và phim diễn tả tình yêu lãng mạn, đã nhen lên tình cảm mong nhớ vợ mà khi ở nhà họ không nhận thấy. Những ký ức về cơ thể gợi tình và ý thức hành động đã len lỏi vào trong cuộc sống của họ. Khi thời gian trở về nhà càng gần, họ đã trải qua một mong muốn ngày càng mãnh liệt là trở về đoàn tụ với người mình yêu và để thưởng thức món ăn, âm thanh và mùi vị của gia đình. Ali cũng kể với tôi về những giấc mơ tồi tệ của mình mà anh ấy vẫn còn nhớ rất rõ về những cảm giác của cơ thể mình khi bị sỏi thận một năm trước đây, trước khi anh được chẩn đoán và anh đã phải trải qua một ca phẫu thuật nhỏ¹⁰. Anh đã tạo ra cảm giác đó trong mình và coi nó như một ký ức tiêu biểu về thời kỳ gian khó của mình.

Bệnh viện tư là nơi các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và sử dụng thuốc thường xác

⁹ Sự say đắm của người con trai đối với vợ ở một chừng mực nào đó là một hiểm họa vì anh ta sẽ sao nhãng trách nhiệm đối với các thành viên khác trong gia đình. Vì lý do này, tình yêu đối với vợ bị coi là không công bằng đối với bốn phần và nghĩa vụ đối với gia đình của ai đó. Say đắm, một biểu hiện của việc quá yêu, bị coi là có khả năng hủy diệt. Mối lo âu này cũng được tìm thấy trong cộng đồng những người theo Ấn Độ giáo, đặc biệt là những người sống trong gia đình chung và gia đình mở rộng (Derne 1995). Chủ nghĩa lý tưởng lãng mạn là nét đặc trưng của thời hiện đại mà các thanh niên thời hiện đại ở Ấn Độ đang cố gắng đạt được.

¹⁰ Tôi tìm thấy trong Cassey (1987) sự khác biệt giữa ký ức về một cơ thể gợi tình / khoái lạc và ký ức về một cơ thể bị chấn thương để giúp ích cho việc tìm hiểu trường hợp của Ali. Những ký ức của Ali về thân thể gợi tình và đầy khoái lạc của Fatima in đầu ấn trong anh qua các giấc mơ đoàn tụ trong tương lai. Mặt khác, ký ức của Ali về cơ thể bị đau đớn do sỏi thận gợi lên cảm giác đau đớn được đặt trong khung cảnh nơi anh ta làm việc ở vùng Vịnh. Ali đã liên tưởng đến những ký ức khó chịu này với ý nghĩa của sự phù hợp không đáng kể giữa cơ thể của anh ấy với môi trường nơi anh làm việc. Trong một cuộc phỏng vấn tôi đã hỏi anh ấy tại sao anh lại nghĩ rằng anh ta đã làm tăng bệnh sỏi thận ở độ tuổi còn trẻ (một vấn đề chung của những công nhân Ấn Độ làm việc tại vùng Vịnh). Ali nhấn mạnh sự phù hợp không đáng kể giữa cơ thể của anh ấy, môi trường làm việc ở đây và chất lượng thực phẩm và nước uống hiện có ở vùng Vịnh. Việc trở lại vùng Vịnh làm cho sức khỏe của anh ấy gặp nguy hiểm, nhưng đó là rủi ro mà anh tự nguyện chấp nhận, anh nói như vậy. Liệu nhu cầu về kinh tế có phát sinh. Theo Basso (1996) ghi chép, nơi chốn chiếm một vị trí trong ký ức. Nếu ký ức trú ngụ ở nơi chốn, thì đối với Ali vùng Vịnh đã ngự trị trong anh bởi nhận thức tiêu biểu về sự khổ đau cũng nhiều như vận may rủi.

nhân nổi đau đớn và cũng là nơi kết nối mối quan tâm và tình thương mến¹¹. Ali có thể bày tỏ sự quan tâm của anh ấy đối với Fatima qua các xét nghiệm chẩn đoán bệnh, vốn khẳng định “tình trạng ốm yếu” của cô ấy đã được tiếp sức bằng việc cung cấp thuốc men như là bằng chứng xác thực về sự quan tâm, hỗ trợ và yêu thương của anh ấy. Bằng cách chăm sóc vợ theo cách này, cảm giác bị gạt ra ngoài cũng như thể trạng ốm yếu của cô ấy (tái nhợt, thiếu máu) cũng đã được ghi nhận và được cải thiện. Fatima rất cảm động trước sự quan tâm của Ali khi yêu cầu làm xét nghiệm và mua thuốc cho vợ. Cô đã nói với một cô y tá làm việc tại bệnh viện tư rằng Ali là “người chồng rất tốt và biết cảm thông” và không ngờ rằng cô y tá ấy đã trực tiếp truyền đạt tình cảm của cô ấy với anh ấy. Qua hành động chăm sóc của mình, Ali muốn cảm ơn vợ về những chịu đựng gian khổ và sự quan tâm, chăm sóc đầy ấn tượng của vợ. Qua sự quan tâm của cô ấy đối với đồ ăn thức uống và sức khỏe của chồng, và không nghi ngờ về nhu cầu tình dục của anh ấy, Fatima đã thể hiện tình cảm của mình.

Các xét nghiệm của Ali đã ghi dấu ấn một thời gian khổ của anh ấy ở vùng Vịnh. Ý thức về dòng họ được nâng cao mà không cần Ali phải kể về những khó khăn của mình ở vùng Vịnh, điều mà hầu hết những người từ vùng Vịnh trở về đã chọn không làm điều đó¹². Bằng cách làm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh, Ali đã huy động nhóm quản lý

điều trị bệnh. Anh ấy báo hiệu khả năng rằng có điều gì đó không đúng nếu không xác định vấn đề. Một lần đã được huy động, nhưng nhóm này vẫn không giải quyết được vấn đề (điều chưa được biết), mà chỉ tham gia vào hỗ trợ xã hội và tinh thần¹³. Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh đối với Ali còn hơn cả vật thờ, hơn cả biểu tượng địa vị. Họ tạo ra không gian mà ở đó sự quan tâm được thể hiện và việc chữa bệnh được thực hiện. Kết quả xét nghiệm của Ali đối với tôi dường như có tính biểu tượng cao. Tôi không thể giúp đỡ nhưng bản khoản liệu bà con thân thích của Ali có nhận ra bất cứ mối quan hệ nào giữa sự quan tâm của Ali về bệnh cao huyết áp của anh ấy và cảm nhận của anh ấy về áp lực xã hội đối với việc quay trở lại vùng Vịnh, sự phẫn nản của anh ấy về vết thương ở bụng và những ký ức về những trải nghiệm đau đớn ở vùng Vịnh, sự quan tâm của anh ấy với bệnh thiếu máu của Fatima và vị trí xã hội của cô ấy khi anh ấy vắng nhà. Người trợ lý nghiên cứu của tôi đã tạo ra mối liên hệ thứ nhất và thứ ba mà không phụ thuộc vào tôi¹⁴.

Tính phổ biến và sẵn có của các xét nghiệm đã tăng lên một cách vững chắc ở Ấn Độ trong thập kỷ qua. Các bác sĩ đang sử dụng ngày càng nhiều các xét nghiệm chẩn

¹¹ Trong những trường hợp như thế này, việc tìm kiếm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh gây nên sự chú ý (Csordas 1993), điều đó có thể tạo điều kiện cho người ốm bày tỏ những nỗi khổ của mình (Nichter 1981). Việc khuyến khích đi làm các xét nghiệm và bàn luận về các xét nghiệm cũng có thể coi là cách thể hiện mối quan tâm, trách nhiệm và những thứ tương tự như vậy.

¹² Những công nhân từ vùng Vịnh trở về hiếm khi nói với họ hàng hoặc bạn bè về những khó khăn của họ hoặc thực chất công việc của họ ở vùng Vịnh. Ngay cả khi trở về nhà, bạn bè cũng làm việc ở vùng Vịnh cũng ít khi gọi lại thực tế những ngày gian khổ mà họ đã trải qua.

¹³ Tôi đã không thể thu thập “các câu chuyện về xét nghiệm chẩn đoán bệnh” mà họ hàng của Ali kể. Các câu chuyện về “những cuộc xét nghiệm hiện đại” do bệnh nhân kể lại tạo nên một sắc thái riêng của câu chuyện ốm đau cũng cần được điều tra. Những câu chuyện như vậy do họ hàng cũng như những người bệnh kể lại nhằm hợp pháp hoá các chương trình hành động, thiết lập bản tính đạo đức, tạo lập địa vị xã hội và gây mối quan tâm.

¹⁴ Người trợ lý nghiên cứu này đã cùng tôi tiến hành nghiên cứu trong vài năm và rất có thể tôi đã tác động đến cách anh ta xem xét thế giới. Tôi đã nêu lên khả năng này đối với anh ta sau khi anh ta bình luận với tôi về các triệu chứng của Ali. Câu trả lời của anh ta là Ali và Fatima không ốm nặng. Rất nhiều người bị bệnh huyết áp cao và thiếu máu. Điều mà Ali quan tâm là những vấn đề này liệu có khiến người ta bản tán về các quan hệ xã hội trong gia đình anh ta.

đoán bệnh với một loạt các lý do, biến đổi từ động cơ chữa bệnh sang động cơ vì lợi nhuận. Bằng cách đáp ứng nhu cầu của người tiêu dùng và áp lực thị trường, những người hành nghề đã vô tình cung cấp những xét nghiệm đó trong cư dân Ấn Độ - những người có thể tạo ra cho nhóm của họ những dụng cụ mới để đo sức khoẻ cũng như một cách mới để kết nối nỗi đau đớn, sự chăm sóc và quan tâm. Các xét nghiệm không chỉ là công cụ giám sát được hiểu theo khái niệm về sức mạnh sinh học của Foucault (1980a, 1980b). Các xét nghiệm tạo ra một không gian mà ở đó các mối quan hệ xã hội và sự trung gian có thể khớp nối với nhau. Bài thuyết trình về sự cần thiết phải xét nghiệm và ý nghĩa của các kết quả xét nghiệm cho phép các thành viên của nhóm quản lý điều trị bệnh trao đổi với nhau theo nhiều cách; họ thực hiện dễ dàng những hoạt động mang tính xã hội. Bằng cách kêu gọi sự quan tâm đối với những lệch lạc của việc ủng hộ hay chống lại “các giá trị thông thường”, sự thay đổi có thể được tạo ra. Cần thiết phải nghiên cứu ý nghĩa và các mối quan hệ xã hội của việc xét nghiệm chẩn đoán bệnh như là những nét đặc trưng của các câu chuyện về bệnh tật, vượt ra ngoài giá trị của xét nghiệm để tìm “thuốc dựa trên cơ sở dấu hiệu” (Boonmongkon và các cộng sự 2001). Cũng đáng để nghiên cứu các vấn đề trên như là các cuộc đụng độ để dạy cho chúng ta đôi điều về cách ứng xử mà trong đó tính hiện đại giả tạo đang được bộc lộ và khoa học được dành riêng cho mục đích xã hội, chính trị và kinh tế.

Kết luận

Có thể so sánh hai nghiên cứu trường hợp. Trường hợp thứ nhất¹⁵ diễn tả sự bất lực, bệnh truyền nhiễm và sự cân bằng tinh tế giữa

rủi ro về xã hội và thể chất. Trong trường hợp này, gánh nặng kinh tế của việc điều trị bệnh cho người bác của Nora trong lĩnh vực riêng tư đã ngấm ngấm tác động tới các hoạt động của nhóm điều trị bệnh của bà, được thể hiện ở việc không dễ dãi âm thầm chấp nhận sự lựa chọn của bà. Thực tế là họ đã không chủ động động viên bà mua các thuốc được yêu cầu; đó không phải là sự thiếu quan tâm. Mà ngược lại, các thành viên trong gia đình mở rộng đã đặt chính họ vào tình thế rủi ro vật chất để duy trì mối quan hệ xã hội bình thường với bà bác như là liệu pháp để chăm sóc sức khoẻ. Thậm chí việc này còn tiếp diễn cho tới khi con của Nora cũng mắc bệnh yếu phổi. Trách nhiệm đối với bệnh tật của đứa trẻ đã làm người ta không còn chú ý tới sự có mặt của bà bác Nora trong ngôi nhà. Khi người ta bàn đến sự ốm đau của đứa trẻ thì những rủi ro khác lại phát sinh, sự thật khác lại xuất hiện. Người ta chú ý tới việc tránh tiếp xúc với bà bác bằng các hành động phòng ngừa bệnh tật được các thành viên trong gia đình tuân tự thực hiện, Họ công nhận rằng, ở một chừng mực nào đó, tính hiệu quả của những hành động này còn bị hạn chế.

Ở Philipines điều sỉ nhục thường gắn với bệnh lao. Trong trường hợp này, chúng ta có thể hiểu rằng trong khi điều sỉ nhục còn tồn tại trong cộng đồng, nó không làm mất đi các mối quan hệ xã hội trong gia đình. Bằng cách gán cho việc ốm đau của bà bác Nora là bị yếu phổi thì điều sỉ nhục về căn bệnh đó đã được giảm đi. Yếu phổi thì bớt nguy hiểm hơn bệnh lao và đi kèm với nó là một chút mập mờ (Nichter 1989). Cảm giác buồn rầu của các thành viên nhóm quản lý điều trị khi không thể giúp bà ta mua thuốc trị bệnh cũng được giảm nhẹ thông qua việc miễn cưỡng chấp nhận yêu cầu của bà bác Nora rằng đơn thuốc dùng cho bệnh yếu phổi cũng không thích hợp với cơ thể bà.

¹⁵ Trường hợp này đã được công bố trên Tạp chí Dân tộc học, Số 3, năm 2008, tr. 41 - 56.

Trường hợp thứ hai liên quan tới căn bệnh tiềm ẩn được xác định qua các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và cơ quan dịch vụ dưới hình thức nghiên cứu chẩn đoán bệnh bằng xét nghiệm cho Ali và việc huy động nhóm quản lý điều trị đối với cả Ali và Fatima. Ali tận dụng các cuộc xét nghiệm để thu hút sự chú ý của họ về những cảm giác kích thích của mình và là cách để thu hút sự quan tâm đối với vợ anh ấy. Trong khi bác sĩ cho rằng các kết quả xét nghiệm cũng có nghĩa là các bản văn biểu thị những sai lệch về chức năng cơ thể thông thường, thì đối với Ali các kết quả này là dấu hiệu của những thách thức cam go ngầm.

Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và chỗ ở trong bệnh viện tư tạo điều kiện cho việc chữa bệnh bằng cách tăng cường chăm sóc trở nên dễ dàng. Một không gian mà ở đó các quan hệ xã hội được tạo lập xung quanh sự giúp đỡ đã được tạo ra. Tại bệnh viện tư, bệnh của Ali vẫn tiếp tục được theo dõi và mặc dù vẫn chưa tìm ra bệnh, anh ấy cũng cảm thấy khỏe ra. Trạng thái dễ bị tổn thương của Ali đòi hỏi các thành viên trong gia đình và bạn bè có quan hệ với anh ấy phải chăm sóc sức khỏe cho anh, cả về thể chất lẫn tinh thần. Nhu cầu xét nghiệm của Ali báo hiệu cho những người khác, những người muốn được hưởng lợi từ những hợp đồng vùng Vịnh của anh ấy rằng tài sản mà anh ấy đã tích lũy được phải trả giá rất đắt. Các xét nghiệm gợi cho họ nhớ rằng đã có sự mất mát và hy sinh. Sự quan tâm của Ali đối với Fatima trong thời gian cô ấy ở bệnh viện đã nêu gương sáng trong gia đình, nối tiếp là sự thăm hỏi của các thành viên trong gia đình và giúp bình thường hóa các mối quan hệ xã hội căng thẳng.

Cả hai trường hợp trên khiến chúng tôi cho rằng hộ gia đình vừa là nơi hợp tác vừa là nơi diễn ra xung đột. Bệnh tật huy động họ

hàng, xóm giềng và những người hành nghề y tham gia vào các nhóm quản lý điều trị bệnh. Nó cũng tạo ra sự căng thẳng về quan hệ xã hội trong khung cảnh nghèo đói khi các nhu cầu quan hệ của mọi người phải được cân nhắc. Sự căng thẳng này được hòa trộn trong khung cảnh của biến đổi xã hội nơi mà tri thức về sự can thiệp y tế ban đầu (xét nghiệm, thủ tục, thuốc men) tăng lên và quyền hành thì không rõ ràng. Sự khác biệt trong nhận thức về quyền và chương trình hành động hợp lý dẫn tới sự đánh giá mang tính phê phán chất lượng của các quan hệ xã hội.

Trong trường hợp của Nora, quyền đối với khoản thu nhập từ trợ cấp đặc biệt của gia đình cô đã trở thành vấn đề cá nhân khi con của Nora bị bệnh yếu phổi. Cô không những không được dùng số tiền này mà các thành viên trong gia đình cô còn đòi vay tiền của cô bất cứ khi nào họ biết cô có tiền. Đối với các thành viên trong gia đình cô thì sức khỏe lâu dài của đứa trẻ không quan trọng bằng những nhu cầu cấp bách khác. Qua kinh nghiệm Nora biết rằng cô chỉ có quyền đối với các nguồn của gia đình khi con của cô ốm nặng¹⁶. Một vấn đề được đặt ra khi những giải thích của Nora về bệnh tật của con mình lại khác với ý kiến của các thành viên trong gia đình. Nhận thức của cô ấy rõ ràng là bị ảnh hưởng bởi sự tham gia của cô

¹⁶ Quyền là một trong những khía cạnh ít được nghiên cứu nhất của nhóm quản lý điều trị bệnh. Khi nào những thành viên trong gia đình và những người hàng xóm cảm thấy bị bắt buộc phải chia sẻ nguồn tài sản tiềm ẩn (nhận hoặc cho vay v.v.) để trợ giúp họ hàng và các thành viên trong các mạng lưới xã hội quan trọng? Ở mức độ nào đó liệu điều này có phụ thuộc vào con người bị đau đớn và những người mắc bệnh hiểm nghèo, tái phát hoặc ốm đau kinh niên, tuổi tác, thứ tự sinh và giới của những người bệnh, tình trạng ganh đua khẩn cấp? Những chính sách của chính phủ, chẳng hạn như sự điều chỉnh về cơ cấu, đã có tác động gì đối với chức năng là mạng an toàn của các mạng lưới xã hội ở những cộng đồng rất nghèo và trong việc huy động các nhóm quản lý điều trị bệnh?

ấy trong các nghiên cứu liên quan đến sức khỏe. Sau khi đã bày tỏ sự lo lắng về con gái đối với các thành viên trong gia đình và nhận được sự hỗ trợ ít ỏi từ nguồn dự trữ của gia đình, cô ấy đã phải tự mình đối phó với việc thiếu sự hỗ trợ của gia đình.

Nora giải thích việc thiếu sự hỗ trợ của gia đình như là một dấu hiệu của mối quan hệ không tốt đẹp giữa cô với các thành viên trong gia đình. Cô luôn phàn nàn về những mối quan hệ này trong quá trình xây dựng và ghi lại câu chuyện qua giọng kể của một người mang nhiều tâm trạng¹⁷. Một giọng nói, của một người con gái đầy trách nhiệm, làm cho ý thức đạo đức của cô ấy phù hợp với các chuẩn mực và giá trị đạo đức truyền thống. Một giọng khác, của một nạn nhân là Nora, gợi nhớ về câu chuyện bị bỏ quên trong một thời gian dài. Một giọng thứ ba, Nora là người mẹ tốt, bảo vệ quyền mong muốn được hưởng lợi nhiều hơn nữa từ gia đình. Một giọng thứ tư, Nora với tư cách là người phụ nữ của thời kỳ quá độ trong thế giới ngày nay, tìm kiếm giải pháp cho ước muốn của cô ấy (nếu không chủ định) được thoát khỏi tình huống không phân thắng bại mà đại diện là cuộc sống lẫn lộn của gia đình cô.

Sự có mặt của tôi cũng tác động tới suy nghĩ của Nora. Nora đã tìm kiếm giải pháp từ tôi với tư cách là “người khác”, một đại diện tiêu biểu của những lý tưởng phương Tây về tính tự lực nhưng vẫn tôn trọng các giá trị văn hóa mà tiêu biểu là các quan hệ gia đình. Một lời kêu cứu ngấm ngấm đã

được đặt ra đối với tôi còn cao hơn và xa hơn cả nhu cầu định kỳ về thuốc cho con của cô ấy. Lời yêu cầu này nhằm giúp Nora tìm được một nơi có thể tách Nora ra khỏi tình cảnh luôn bị thúc ép bởi những yêu cầu thường xuyên của gia đình cô, tới một nơi mà cô có thể giúp họ theo cách cô cho là phù hợp. Sự tự do mà cô tìm thấy là xác định mức độ phụ thuộc lẫn nhau giữa cô ấy và gia đình của cô. Trong quá trình xác định lại các mối quan hệ xã hội, cô ấy đã liên hệ với tôi vượt ra ngoài giới hạn mối quan hệ của người chứng kiến đồng cảm. Cô ấy đã tìm kiếm tính hợp pháp tích cực cho ý thức về quyền ngày càng lớn mạnh trong một thế giới biến đổi.

Trong trường hợp của Ali, vấn đề về quyền đối với các nguồn cũng dẫn đến sự căng thẳng trong gia đình. Sau khi anh ấy từ vùng Vịnh trở về, Ali bỗng nhiên phải đương đầu với các nhu cầu cạnh tranh đối với các nguồn của cải vật chất, được coi như là thước đo lòng trung thành và là cái để đánh dấu chất lượng của các quan hệ xã hội. Không chỉ tài sản hiện tại nhỏ nhoi của anh ấy mà cả tương lai của anh ấy cũng bị đe dọa. Những thách thức về tương lai của anh ấy cũng được nêu ra qua lời đề nghị trở lại vùng Vịnh để thực hiện hợp đồng khác đối với các dự án liên doanh tài chính. Cạnh tranh về tài sản và những đố kỵ của những người đã tạo nên mạng lưới hỗ trợ anh ấy đã đặt Ali vào tình thế tiến thoái lưỡng nan mà ở đó anh ấy không thể sống theo những mong muốn áp đặt của mọi người đối với anh ấy. Trong khi sống ở bệnh viện tư nơi mà Ali được khám bệnh, anh ấy có thể nhìn nhận lại chất lượng các mối quan hệ xã hội và những dự định cho tương lai của anh ấy. Yêu cầu rõ ràng của Ali về các xét nghiệm là một yêu cầu thẳng thắn về chôn xương thân. Các xét nghiệm tạo cho anh ấy có thể ảm náu hợp pháp mà không ai có quyền

¹⁷ Tôi sử dụng khía cạnh giọng kể rất gần nghĩa với khái niệm về con số trong Phân tích cơ cấu của Goffman (1974). Kiểm tra câu chuyện do Nora kể lại là vượt quá giới hạn của bài viết này. Chỉ cần nói rằng câu chuyện của cô ấy làm thay đổi mối quan hệ với người nghe (những người đang hiện diện và những người được nhớ tới) và bối cảnh. Ngay khi nói và thể hiện cụ thể, Nora đã bình luận và đánh giá những lời kể chuyện trước đó của cô ấy kết hợp với giọng kể mới.

ngghi ngờ được. Bác sĩ của Ali nhận thấy rằng anh ấy không điên. Anh ấy không phải là người bệnh cần đến bác sĩ tâm thần để làm xét nghiệm và điều trị bệnh tâm thần.

Mối quan hệ xã hội của quản lý điều trị bệnh rất đa dạng và rất khó tiếp cận bên ngoài các nghiên cứu điển cụ thể. Các trường hợp như hai trường hợp đã trình bày trong bài viết này hướng sự quan tâm của chúng ta tới sự gắn kết mang tính xã hội và đặc tính lịch sử vi mô của quản lý điều trị bệnh. Hai trường hợp trên làm chúng ta không chỉ đánh giá cao sự lựa chọn của các bệnh nhân mà còn đánh giá đúng khung cảnh nghèo đói, nơi mà sự lựa chọn bị hạn chế và các thành viên của nhóm quản lý điều trị bệnh phải đương đầu với sự bất lực của chính mình. Nghiên cứu quản lý điều trị bệnh là nghiên cứu không chỉ cái mà con người làm (và có thể làm) và lý do hành động, mà còn cả những cái họ không thể làm và những điều ẩn chứa bên trong, sự chấp thuận hay thuyết định mệnh. Sự thất bại trong giải thích mặt này của quản lý điều trị bệnh tạo ra cảm giác đơn giản rằng sự ngu dốt tồn tại dưới “hành vi sức khỏe không có lý trí” trong những hoàn cảnh mà ở đó có sự tham gia của các nhân tố khác.

Những trường hợp này cũng khiến chúng tôi cho rằng đau ốm là trải nghiệm tự thân. Ốm đau kích thích nhận thức về trật tự trong thế giới con người và kiểm tra tính toàn vẹn của các quan hệ xã hội. Các cố gắng mở rộng hoặc thu hẹp dẫn tới việc đánh giá lại vốn xã hội của con người và các mạng lưới an toàn, đặc biệt trong bối cảnh mà ở đó nền kinh tế tạo sức ép đối với các mối quan hệ. Trong bối cảnh này, các giá trị văn hóa chịu nhiều thách thức và các mối quan hệ qua lại rất mong manh.

Xem xét kỹ càng công tác quản lý điều trị bệnh, sự phản ánh của mọi người về quyền và các quan điểm về trách nhiệm (như nó đã diễn ra hoặc chưa diễn ra), đóng góp cho bản thân nhân học. “Dân tộc học sự kiện” kích thích các khái niệm đơn giản lấy xã hội làm trung tâm (người theo chủ nghĩa tập thể) đối lại những người theo chủ nghĩa cá nhân bị các nhà nhân học và tâm lý học so sánh văn hóa chỉ trích (ví dụ, Spiro 1993, Triandis 1994, 1995), nhưng vẫn còn tràn ngập trong các tác phẩm văn học¹⁸. Có quá nhiều những điều như thế, chính các ý thức hệ văn hóa bị nhầm là các cá thể sống do thất bại trong việc thừa nhận rằng “các nền văn hóa và các cá nhân, về bản chất, được phân biệt về phạm vi có chiều hướng xung đột giữa các yếu tố có lợi cho cá nhân với các yếu tố có lợi cho nhóm” (Gregg 2000). Trong thế giới ngày nay, toàn cầu hóa và cơ hội việc làm cho dân di cư tăng lên đã mở rộng chân trời của những triển vọng mới và mở ra lãnh địa mới mà trong đó các cá nhân và quan hệ xã hội có điều kiện để trải nghiệm và tương tượng¹⁹.

¹⁸ Theo sự lưỡng phân này, những người theo chủ nghĩa cá nhân và văn hóa cá nhân sẽ ưu tiên những mục tiêu cá nhân hơn mục tiêu của nhóm. Những người theo chủ nghĩa tập thể và văn hóa tập thể sẽ ưu tiên mục tiêu chung của nhóm hơn mục tiêu cá nhân. Có thể xem bài phê bình sắc sảo về sự lưỡng phân này trong nhân học và tâm lý học của Gregg (2000). Trong bối cảnh ở Ấn Độ, chính khái niệm “phân tách” đã từng được mô tả trong các tài liệu dân tộc học. Những phân tách có thể xuyên thấu được mô tả không ngừng bị tác động bởi các phẩm chất quan trọng của con người, sự vật, nơi chốn và thời gian (ví dụ, xem Marriott 1989). Dân tộc học về cái cá biệt đã từng nghi ngờ mức độ ảnh hưởng của ý thức đối với hành động. Đối với cái đặc thù lâu đời, viễn cảnh giai đoạn đời người quan tâm đến sự khác biệt giữa hệ tư tưởng của cá nhân với cư xử thực tế và nó còn kêu gọi sự quan tâm đối tới cá nhân với tư cách là tác nhân tạo nên vận mệnh của chính họ ở Ấn Độ, xem Mines (1988, 1994).

¹⁹ Nói về tính phức tạp ngày càng tăng của bản sắc được coi như một đặc trưng của toàn cầu hóa là vượt quá phạm vi của chương này và thực tế là những người cùng sống chung trong một thế giới dường như

Những mô hình văn hóa dựa trên nguyên tắc chủ nghĩa tập thể, chẳng hạn như *utang na loob* ở Philipines, giúp giải thích phạm vi liên quan về “rủi ro xã hội” làm lu mờ đi những mối quan tâm về rủi ro thân thể. Chúng giúp chúng ta hiểu được sự miễn cưỡng của Nora khi phải tránh xa người bác đau ốm của mình. Ở mức độ hạn hẹp hơn, chúng giúp chúng ta hiểu được sự đánh giá của Nora đối với các hành động của họ hàng cô ấy khi con bị ốm. Cái mà các nguyên tắc tập thể không tạo ra là sự thấu hiểu về các khía cạnh khác của cuộc đời Nora. Chúng không làm cho chúng ta nghĩ rằng những bài học trong cuộc đời gian khổ của Nora đã khiến cô trở nên độc lập và biết ưu tiên cho sức khỏe của con gái mình trước những nhu cầu của các thành viên trong gia đình đối với nguồn tài sản hiếm hoi. Chúng cũng không giúp chúng ta đánh giá được ý nghĩa các ước mơ của Nora về một cuộc sống khác tách ra khỏi gia đình, ý thức tham vọng cá nhân của cô và cả thái độ nước đôi ngày càng tăng của cô đối với các thành viên trong gia đình. “Bản tính đạo đức” và “ý thức về bản thân” của cô ngay lập tức lại có khuynh hướng và tiếng nói mang tính tập thể và cá nhân.

Sự căng thẳng giữa các nguyên tắc tập thể và sở thích cá nhân được thấy rõ trong trường hợp của Ali. Các giá trị tập thể và sự nhạy cảm đã đưa hành vi ứng xử của Ali vào công chúng và có thể nó đã có tác động nhiều tới quyết định đầu tiên của anh là đến vùng Vịnh làm công nhân di cư. Tất nhiên chúng có nhiều việc cần phải làm với người mà Ali lấy làm vợ, chứ không phải là những cảm xúc đối với vợ sau khi cưới trong khi anh ấy đang ở vùng Vịnh. Tình cảm tập thể không thể định rõ những trải nghiệm cá nhân của Ali. Ali rất

thành thạo trong việc sắp xếp các việc cá nhân trong các lĩnh vực của cuộc sống nơi anh ấy có các mức độ độc lập khác nhau. Thái độ quan tâm tới việc chăm sóc sức khỏe của Ali và việc theo đuổi các xét nghiệm chẩn đoán bệnh tạo cho anh ấy một không gian mà ở đó anh ấy có thể bày tỏ tình cảm cá nhân, rõ ràng đó không phải là tình cảm tập thể, song nó cũng không làm yếu đi bản sắc xã hội của anh ấy với tư cách là con trai tốt hoặc anh trai tốt. Việc anh ấy lưu lại ở bệnh viện tư để chữa bệnh mà không có sự hiện diện của bác sĩ điều trị, và câu chuyện của anh ấy thực sự là câu chuyện dành cho một nhà nhân học.

Các câu chuyện của Nora và Ali cung cấp cho chúng ta nhiều bài học, đó là bài học về quản lý điều trị bệnh và quản lý bản sắc, các quan hệ xã hội và các quan hệ kinh tế, họ hàng cũng như những người thầy thuốc tham gia vào công tác văn hóa, và giá trị của nét riêng biệt cũng như sự mơ hồ được thể hiện qua việc sử dụng các thuật ngữ như yếu phổi và trong cách giải thích các kết quả xét nghiệm chẩn đoán bệnh. Chúng làm cho chúng ta đánh giá cao những vấn đề mà Leslie đã tranh luận trong bài viết của ông: người ta thường gặp khó khăn khi chẩn đoán bệnh hơn là thực hiện các bước điều trị và thường gặp khó khăn hơn khi hành nghề hơn là điều trị bệnh, mặc dù có làm xét nghiệm và xác định bệnh. Hai câu chuyện trên cũng dạy cho chúng ta tầm quan trọng của việc nghiên cứu tính cá biệt như là phương tiện để hiểu cuộc sống đã được giải quyết như thế nào và nghiên cứu các tình huống như là phương tiện để thấu hiểu các ưu tiên đã được sắp xếp (hoặc tái thiết lập) như thế nào và các mối quan hệ xã hội cần được xem xét lại.

Nguyễn Thị Hồng Nhi dịch

Trần Hồng Hạnh hiệu đính

có trí tưởng tượng, tâm hiểu biết về tiềm năng và ý thức về bản sắc khác nhau.

Tài liệu tham khảo

1. Baru, R. V. (1998), *Private health Care in India: Social Characteristics and Trends*, New Delhi: Sage Publications.
2. Boonmongkon, P., Nichter, M. và Pylypa, J. (2001), Women's mot luuk problems in Northeast Thailand: Why women's own health concerns matter as much as disease rates, *Social Science and Medicine* 53: 223-236.
3. Cassey, E. (1987), *Remembering: a Phenomenological Study*, Bloomington, IN: Indiana University Press.
4. Csordas, T. (1993), Somatic Modes of Attention, *Cultural Anthropology* 8 (2): 135-156.
5. Derne, S. (1995), *Culture in Action: Family Life, Emotion and Male Dominance in Barnes India*, State University Press of New York.
6. D'Souza, V. (1976), "Kinship Organization and Marriage Customs among the Moplahs on the South-West Coast of India", trong *Family, Kinship, and Marriage among Muslims in India*, Imtiaz, Ahmad chủ biên, tr. 141-168. New Delhi: Manohar Press.
7. Foucault, M. (1980a), *Power and Knowledge: Selected Interviews and other Writings*, Brighton, England: Harvester.
8. ___(1980b), *The History of Sexuality: Vol. 1*. New York: Vintage.
9. Goffman, E. (1974), *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*, New York: Harper & Row.
10. Gregg, G. (2000), *Egocentric vs Sociocentric Selves: A wrong Idea Whose Time has Passed*, Báo cáo được trình bày tại American Anthropology Association Meeting, San Francisco, ngày 19 tháng 11.
11. Gulati, L. (1988), Male Migration to the Middle East and the Impact on the Family: Some Evidence from Kerala, *Economic and Political Weekly*, ngày 24 tháng 12, tr. 2217-2226.
12. Jeffery, P. (1979), *Frogs in A well: Indian Women in Purdah*, Zed Press: London.
13. Marriott, M (1989), Constructing an Indian Ethnosociology, *Contributions to Indian Sociology*, 23: 1-39.
14. Mines, M. (1994), *Public Faces, Private Voices: Community and Individuality in South India*, Berkley: University of California Press.
15. Nichter, M. (1989), *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies*, Dordrecht Netherland: Kluwer Press.
16. ___(1981), Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India, *Culture, Medicine, and Psychiatry* 5: 379 - 408.
17. Nichter, M và Van Sickle, D. (2002), The Challenge of India's Health and Health Care Transition, In *India Briefing*, Alysia Ayres và Philipp Oldenbourg chủ biên, New York: M. E. Sharpe.
18. Parsons, T. (1975), The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered, *Health Society* 53: 257-278.
19. Spiro, M. (1993), Is the Western conception of the self "peculiar" within the context of the world cultures? *Ethos* 21 (2): 107-153.
20. Triandis, H. (1994), "Theoretical and Methodological approaches to the Study of collectivism and individualism", trong *Individualism and Collectivism: Theory, method, and applications*, U. Kim, H. Triandis, C. Kagitcibasi. S. Choi. và G. Yoon chủ biên, tr. 41-51. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
21. ___(1995), *Individualism & Collectivism*, Boulder: Westview Press.