

สำรวจแนวคิด “การดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรม” ของอาร์เธอร์ ไคลน์แมน Exploring Arthur Kleinman’s concept of “care as a moral experience”

ประชาทิป กะทา*

Prachatip Kata

บทคัดย่อ

บทความนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อวิเคราะห์แนวคิด “การดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรม” ของอาร์เธอร์ ไคลน์แมน จิตแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ หลังผ่านประสบการณ์การดูแลอย่างเอาใจใส่ภรรยาที่ป่วยโรคอัลไซเมอร์หลายปีจนกระทั่งภรรยาเสียชีวิต ไคลน์แมนเชื่อว่าประสบการณ์การดูแลอย่างเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในทำนองเดียวกันนั้น จะช่วยลดปล่อยเจ้าหน้าที่เป็นอิสระจากมุมมองเชิงเทคนิคของความเป็นวิชาชีพอันคับแคบ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากระบบการเรียนการสอน นอกจากนี้ ความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพยุคปัจจุบัน เช่น บริการสุขภาพที่กลายเป็นธุรกิจเน้นผลกำไรขาดทุน และการแพทย์เชิงพาณิชย์ที่กำลังส่งเสริมทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในฐานะลูกค้า และระบบราชการที่เน้นเอกสารรายงานและตัวชี้วัดคุณภาพจำนวนมากกำลังลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ การดูแลอย่างเอาใจใส่เป็นเครื่องมือชักนำเจ้าหน้าที่สู่ประสบการณ์ศีลธรรม มันจะส่งเสริมการเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของเจ้าหน้าที่และนำคุณค่าความหมายของงานการดูแลกลับมามีบทบาทในพื้นที่ของระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: การดูแล, ประสบการณ์ศีลธรรม, จริยศาสตร์การแพทย์

Abstract

Arthur Kleinman proposes the concept of care as a moral experience after years of caring for his wife with Alzheimer’s until her death. Kleinman believes that similarly caring experiences of healthcare staff with patients can free them from the narrow of technical perspectives of professionalism that are influenced by the educational system.

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

In addition, the structural changes in the current health system, such as health services becoming a profit-and-loss business, commercial medicine that are promoting the attitude of healthcare staff towards patients as customers, and the bureaucratic system that emphasizes paperwork, reports and a lot of quality indicators are degrading the dignity of health care workers. Caring is a tool to lead healthcare staff to moral experiences. It will promote them growth into a self-fulfillment human being and bring the meaning of caring work back into the health system.

Keywords: caring, moral experience, medical ethics

บทนำ

หลังผ่านประสบการณ์การดูแลอย่างเอาใจใส่ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์หลายปี จนกระทั่ง ภรรยาเสียชีวิต¹ อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) จิตแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ยอมรับว่าประสบการณ์ดังกล่าวช่วยให้เขาขยายกรอบคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยา การแพทย์ก่อนหน้านี้ที่เขาเคยเสนอไว้เมื่อหลายปีก่อน โดยเฉพาะแนวคิดแบบจำลองคำอธิบายความเจ็บป่วย (explanatory model of illness) (Kleinman 1980) แนวคิดเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (illness narrative) (Kleinman 1988) แนวคิดดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจ และให้ความใส่ใจต่อความหลากหลายนิยามสุขภาพและคำอธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และญาติ ที่แม้อาจดูไม่สมเหตุสมผลหากมองจากความรู้และจุดยืนทางการแพทย์ แต่มันสมเหตุสมผล บนตรรกะทางวัฒนธรรมของผู้คนในแต่ละท้องถิ่น สองแนวคิดข้างต้นได้รับอิทธิพลจากมานุษยวิทยา การวิเคราะห์สัญลักษณ์ (symbolic analysis) และปรัชญาที่เน้นการตีความหมายสัญลักษณ์ต่าง ๆ (meaning-centered approach) ที่เกิดขึ้นในคำอธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วยและวิธีการเยียวยารักษาของท้องถิ่น (ดู Kleinman, Eisenberg and Good 1978; Kleinman 1978) มาสู่การเสนอแนวคิด “การดูแลเอาใจใส่” (caregiving) บนฐานปรัชญาที่เน้นการปฏิบัติ (practice) การแสดงหรือการกระทำ (performativity) ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (intersubjectivity) ในกระบวนการดูแล ทั้งระหว่าง เจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติและระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง มุมมองใหม่ต่อ “การดูแล” ของไคลน์แมน ดังกล่าวนี้นี้ ช่วยให้เรจินตนาการใหม่ทางมานุษยวิทยาในการศึกษาการดูแล ที่ไม่ได้จำกัดมุมมอง ต่อการดูแลว่าเป็นความสัมพันธ์ที่มีเฉพาะแ่งมุมของความเอื้ออาทร หรือความสัมพันธ์ด้านดีระหว่าง

¹ อาเธอร์ ไคลน์แมน ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลภรรยาและการเติบโตทางวิชาชีพแพทย์และความเป็นมนุษย์ ในหนังสือ *The soul of care: The moral education of a husband and a doctor* พิมพ์ปี ค.ศ. 2019 ได้รับการแปลเป็นหนังสือในชื่อ *วิญญาณของการดูแล: การบ่มเพาะทางศีลธรรมของแพทย์คนหนึ่ง* ปี พ.ศ. 2565 สำนักพิมพ์คบไฟ

ผู้ให้การดูแลกับผู้รับการดูแลเท่านั้น หากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในปฏิบัติการการดูแลมักเต็มไปด้วยความขัดแย้ง การไม่ลงรอย การต่อรอง อยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน (Mol et. Al. 2010) รวมทั้ง สร้างจินตนาการใหม่ ของบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ด้วยการนำ “การดูแล” ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของบริการสุขภาพ กลับคืนมาในระบบบริการสุขภาพ

อาเธอร์ ไคลน์แมน เชื่อมผ่านประสบการณ์ส่วนตัวในฐานะคนดูแลอย่างเอาใจใส่บรรยายว่า การดูแล ผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ เหมือนที่เขาตั้งใจดูแลเอาใจใส่ภรรยาที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์นานหลายปี จะช่วยลดปล่อยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพเป็นอิสระจากมุมมองเชิงเทคนิคทางวิชาชีพอันคับแคบและ ตั้งคำถามต่อคุณค่าความหมายของงานการดูแลที่กำลังถูกลดทอนความสำคัญลงทั้งที่มันเป็นหัวใจสำคัญ ของจริยศาสตร์การแพทย์ กระบวนทัศน์ที่เกื้อกีดกันวิถีปฏิบัติอันคับแคบทางวิชาชีพ ได้รับอิทธิพล การบ่มเพาะจากระบบการเรียนการสอน ส่วนงานการดูแลที่ถูกลดคุณค่าความหมายลงในโลกชีวิต ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ ได้รับผลกระทบจากการพัฒนามาตรการสุขภาพภายใต้กฎระเบียบปฏิบัติ แบบราชการที่ไม่เพียงกีดกันงานการดูแลจากพื้นที่ระบบสุขภาพ แต่หลายกรณีไม่เพียงไม่ได้ช่วยแก้ไข ปัญหาสุขภาพ กลับผลิตซ้ำความทุกข์ทางสังคม (social suffering) ให้กับผู้ป่วย (Kleinman et al. 1997) และระบบทุนนิยมเสรีนิยมทำให้บริการสุขภาพในปัจจุบันกลายเป็นสินค้าทางธุรกิจเน้นผลกำไรขาดทุน และส่งเสริมทัศนคติต่อผู้ป่วยในฐานะลูกค้า ตลอดจนระบบงานแบบราชการที่เน้นเอกสารรายงานและตัวชี้วัด ประเมินคุณภาพการบริการจำนวนมาก (Kleinman 2013) การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคม ในระบบสุขภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย และวัฒนธรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่แตกต่างจากเดิม ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ หากยังก่อผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ คนทำงานด้วย (อมรรัตน์ จันโยธา และคณะ 2560; เกศินี กิตติบาล และคณะ 2564)

ประสบการณ์จากการทุ่มเทดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและความสัมพันธ์ทางสังคมอันดีที่ก่อตัวขึ้น ตลอดเส้นทางการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติ เหมือนที่ไคลน์แมนดูแลภรรยามาตลอดหลายสิบปี จะเป็นสื่อกลางนำพาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพสู่ “ประสบการณ์ศีลธรรม” (moral experience) ประสบการณ์ดังกล่าวนี้จะเป็นเครื่องมือช่วยให้เจ้าหน้าที่ไตร่ตรองสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ต่อตัวตน ของพวกเขา (critical self-reflection) ตั้งคำถามกับความรู้และเทคนิคทางวิชาชีพ และช่วยให้เจ้าหน้าที่ เห็นคุณค่าและความหมายของชีวิตและงาน

บทความชิ้นนี้ วิเคราะห์แนวคิด “การดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรม” (care as moral experience) ที่เสนอโดยอาเธอร์ ไคลน์แมน จิตแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ นำเสนอรายละเอียดของกรอบคิดใหม่ ทางมานุษยวิทยาการแพทย์ดังกล่าว ที่อาจจะช่วยให้เราสร้างจินตนาการใหม่ของการแพทย์ที่มีหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ในยุคที่ระบบบริการสุขภาพทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย กำลังถูกทำให้กลายเป็นการแพทย์ เชิงพาณิชย์ (commercialized medicine) ออกแบบบริการสุขภาพบนฐานคิดผลกำไรขาดทุน ที่ได้สร้าง

ความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบใหม่ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์กันแบบ “ผู้ให้บริการ” กับ “ลูกค้า” ในด้านของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพเองอยู่ในสภาพเหนื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน จากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและตัดสินคุณค่างานผ่านตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ที่กำลังดำเนินอยู่ในระบบสุขภาพได้สร้างความรู้สึกละเลย (alienation) กับงานบริการสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน แนวคิดการดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรมของไคลน์แมน มีเป้าหมายสำคัญเพื่อตั้งคำถามต่อคุณค่าทางจริยธรรมการแพทย์ที่กำลังได้รับผลกระทบจากความเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นในระบบสุขภาพ และคาดหวังว่าแนวคิดการดูแลที่ไคลน์แมนเสนอนั้น จะถูกประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือชักนำให้งานการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่กลับมามีคุณค่าทางวิชาชีพอีกครั้ง ทั้งเพื่อประโยชน์ต่อตัวเจ้าหน้าที่คนทำงานเองและผู้ป่วยและญาติที่รับบริการสุขภาพ

ความเป็นชายขอบของงานการดูแล

แนวคิดการดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรมช่วยขยายกรอบคตินิยามความหมายสุขภาพอย่างกว้างที่ไม่ได้จำกัดบทบาทผู้กระทำการด้านการดูแลสุขภาพอยู่เฉพาะที่ตัวเจ้าหน้าที่ ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญและความเป็นวิชาชีพเท่านั้น หากขยายบทบาทสู่ผู้กระทำการอื่นที่หลากหลายในระบบสุขภาพ อนุญาตให้ความรู้เชิงปฏิบัติอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเรียนรู้และพัฒนาขึ้นในชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพตนเองและประสบการณ์ทำงานดูแลของญาติในฐานะผู้ดูแล (caregiver) เข้ามามีส่วนร่วมบูรณาการในปริมณฑลการดูแลสุขภาพและร่วมกันสร้างบทสนทนาใหม่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อหนีจากอำนาจครอบงำและการเชิดชูหลงใหลในความรู้และเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ ที่แย่งชิงพื้นที่งานการดูแลในระบบสุขภาพให้เป็นเรื่องความรู้ทางวิชาชีพเท่านั้น และจัดช่วงชั้นให้งานการรักษาพยาบาล (cure) ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพมีสถานะที่สูงกว่างานการดูแล (care) (Pols 2006, 2013; Willems and Pols 2010)

โดยทั่วไปการรักษาพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยถูกให้นิยามความหมายที่ชัดเจนแยกขาดจากกัน การดูแล มักหมายถึงถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย กระฉับกระเฉง และกระป๋กระเปร่า เช่น การอาบน้ำ การป้อนข้าว การนวด ส่วนการรักษาพยาบาลหมายถึง หัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อรักษาโรคให้หาย เช่น การฉายรังสี การจ่ายยา การฉีดยา อย่างไรก็ตาม มีงานศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า หากศึกษาการรักษาพยาบาลกับการดูแล ณ ตำแหน่งแห่งที่ที่กิจกรรมทั้ง 2 ลักษณะนี้ถูก “ปฏิบัติ” (practice) หรือ “ทำ” (doing) หนึ่งงาน เราจะพบว่า การรักษาพยาบาลกับการดูแลมีคุณค่าความหมายที่ทับซ้อนคาบเกี่ยวระหว่างกัน หรือต่างอิงอาศัยซึ่งกันและกันมากกว่าจะจัดให้งานใดมีสถานะที่สูงกว่าอีกงาน ตัวอย่างเช่น การป้อนอาหาร การอาบน้ำให้กับผู้ป่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง (งานการดูแล) กิจกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลลัพธ์ในลักษณะเดียวกันคือ

มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้แข็งแรงขึ้น ซึ่งก็เป็นเป้าหมายเดียวกันกับการรักษา และเป็นกิจกรรมที่เป็นเพื่อประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายขาดหรือป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบหนักขึ้นด้วย ในทำนองเดียวกันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การฉายรังสีหรือการผ่าตัด ที่ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่มีศักยภาพช่วยพลิกฟื้นสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้แข็งแรงขึ้นอยู่กับโรคมะเร็งได้นานขึ้น ก่อนเสียชีวิต ก็มีเป้าหมายเดียวกันกับงานการดูแล และการที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับอาการแทรกแซงข้างเคียงของฤทธิ์ยา ก็ต้องอาศัยการดูแลในมิติต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคมะเร็งและพลิกฟื้นคืนชีวิตให้กับผู้ป่วยได้หยดยืนและมีชีวิตชีวาอีกครั้ง (Mol 2008: 1)

ในระบบบริการสุขภาพ งานการดูแลถูกมองว่ามีสถานะที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับงานการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะรักษาด้วยตัวยาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) อธิบายถึงเงื่อนไขที่งานการดูแลผู้ป่วยกลายเป็นงานชายขอบ เมื่อเปรียบเทียบกับงานการรักษาทางคลินิกว่าเป็นผลจากระบบการเรียนรู้การสอนในโรงเรียนแพทย์ที่เน้นการวัดประเมินผลภาวะสุขภาพ หรือผลลัพธ์การรักษาพยาบาลผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based) ที่เชื่อว่าสามารถตรวจสอบและประเมินผลอย่างเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) และสากลนิยม (universalism) ด้วยวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ งานการดูแลผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นทักษะส่วนตัวที่เรียนรู้เป็นประสบการณ์ส่วนตัวและแฝงฝังเป็นความรู้ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่ง ในหลายกรณีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยผ่านการดูแลเอาใจใส่เพียงอย่างเดียว โดยปราศจากการรักษาทางคลินิกอื่น ๆ ก็ยากต่อการตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ แตกต่างจากการตรวจสอบประเมินประสิทธิภาพสรรพคุณตัวยา หรืออุปกรณ์เครื่องมือเครื่องไม้เทคโนโลยีทางการแพทย์

อาร์เธอร์ ไคลน์แมน ขยายความถึงสถานะที่ต่ำกว่าของงานการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับงานการรักษาทางคลินิกว่า สัมพันธ์กับอิทธิพลการเติบโตของการลงทุนด้านอุตสาหกรรมเทคโนโลยีการแพทย์ (biotechnology-medical-industrial complex) เศรษฐศาสตร์การเมืองด้านสุขภาพในระดับโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นภายใต้การจัดระเบียบโครงสร้างองค์กรแบบราชการ ไคลน์แมนยืนยันความเป็นชายขอบของงานการดูแลด้วยการตั้งคำถามว่า คนทั่วไปในสังคมหรือแม้แต่คนทำงานในแวดวงสุขภาพ เคยได้ยินเรื่องเล่าความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพคนใดคนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถพลิกฟื้นชีวิต เผยแพร่ทางสื่อมวลชนหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับข่าวคราวทางสื่อมวลชนเกี่ยวกับความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ของการผ่าตัดรักษาโรคร้ายแรงที่ซับซ้อนของทีมแพทย์ ข่าวการค้นพบตัวยารักษาโรคตัวใหม่ของทีมนักวิทยาศาสตร์ชั้นนำ และความสำเร็จก้าวหน้าของการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Kleinman and Hanna 2008)

ไคลน์แมนชี้ให้เราเห็นว่าวาทกรรมครอบงำของความรู้การแพทย์ที่มีต่อผู้คนในสังคม มีส่วนทำให้คุณค่าของงานการดูแลขาดหายไปจากปริณิณผลการแพทย์สมัยใหม่ ผู้คนเชื่อมั่นต่อการตรวจรักษาทางการแพทย์และอำนาจเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า งานการดูแลถูกแย่งชิงพื้นที่จากความต้องการ

ของผู้ป่วยและญาติ ด้านเจ้าหน้าที่ก็ให้ความเชื่อมั่นต่อแนวทางการรักษาพยาบาล ดังนั้น งานการดูแลซึ่งเคยเชื่อกันว่าเป็นหัวใจสำคัญของจริยศาสตร์การเยียวยาผู้คน จึงหายไปจากพื้นที่ของปฏิบัติการทางการแพทย์สมัยใหม่ กลายเป็นงานและความรู้ชายขอบ (ibid: 2008)

ผู้ดูแลและความหมายศีลธรรม

การจะเข้าใจแนวคิดการดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรมและเป้าหมายสำคัญของแนวคิดนี้ที่พัฒนาขึ้นเพื่อต่อต้านระบบบริการสุขภาพที่ถูกครอบงำด้วยอำนาจความรู้ทางการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญ ทุนนิยมภายใต้ระบบการค้าเสรีนิยมที่เปลี่ยนให้บริการสุขภาพกลายเป็นการแพทย์เชิงพาณิชย์ และการออกแบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบราชการ ที่ไม่เพียงลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพ หากยังเบียดขับให้งานการดูแลที่ถือเป็นหัวใจหลักของปรัชญาการแพทย์กลายเป็นความรู้ชายขอบในระบบบริการสุขภาพ เราจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการเข้าใจนิยาม “ผู้ดูแล” ในความหมายของอาเธอร์ ไคลน์แมน และความหมาย “ศีลธรรม” ที่อาเธอร์ ไคลน์แมนหมายถึง ที่ไม่ได้เป็นเนื้อเดียวกันกับคำว่า “สิ่งที่ดี” (good) ตามที่คนทั่วไปรับรู้เข้าใจเสียก่อน

ผู้ดูแล (caregiver)

ผมคือคนดูแล ภรรยาของผม, โจแอน (Joan) ผู้ซึ่งทนทุกข์ทรมานจากโรคอัลไซเมอร์ โรคนี้ส่งผลกระทบต่อความจำของเธอ การเคลื่อนไหวร่างกาย และทำให้เธอใช้ชีวิตอิสระไม่ได้ ผมปลุกเธอให้ตื่นตอนเช้า ช่วยพาเธอเข้าห้องน้ำ อาบน้ำให้ และช่วยเธอแต่งตัว เรากินอาหารเข้าด้วยกันและผมก็ช่วยป้อนอาหารให้เธอ ผมพาเธอเดิน พาเธอไปนั่งเก้าอี้ และขึ้นรถของเรา ผมอยู่กับเธอแทบจะตลอดวันเพื่อป้องกันและคอยเฝ้าระวังเธอจากการบาดเจ็บต่าง ๆ เพราะว่าเธออาจมองไม่เห็น หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้อย่างแคล่วคล่องและปลอดภัย ไม่ว่าจะที่ถนนหรือในบ้านของเรา ผมอ่านหนังสือพิมพ์และหนังสือให้เธอฟัง อธิบายเรื่องราวของละครในโทรทัศน์ เลือกดนตรีให้เธอฟัง ต่อสายโทรศัพท์ให้เธอพูดคุยกับลูกและหลาน ๆ

ผมเตรียมอาหารเที่ยงและอาหารเย็น ช่วยป้อนอาหารให้กับเธอ พาเธอเข้านอนตอนกลางคืน ลูก ๆ ของเรา แม่ของผม พี่ชายของผม และคนอื่น ๆ ก็ช่วยเหลือดูแลเธอหากพวกเขามีเวลา หลายวันในแต่ละสัปดาห์เจ้าหน้าที่สุขภาพจะมาเยี่ยมบ้านและช่วยทำความสะอาด ทำอาหารหลากหลายประเภท และใช้เวลาตลอดทั้งวันอยู่กับโจแอน การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและเพื่อนสนิทเป็นส่วนสำคัญของการดูแลเอาใจใส่ และเป็นความร่วมมือกันทางศีลธรรม (moral solidarity)

ที่พวกเขาเหล่านั้นมีต่อผมและโจแอนนั้น อาจจะพูดได้ว่าถ้าหากขาดสิ่งนี้ (ความร่วมมือกันทางศีลธรรมจากคนอื่น ๆ) ผมจินตนาการไม่ออกเหมือนกันว่า โจแอนกับผมจะหยัดยืนและแกร่งกล้าได้อย่างไร (Kleinman and van der Geest 2009: 161)

ข้อความที่ยกมาข้างต้นสะท้อนนิยาม “ผู้ดูแล” ของไคลน์แมน ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพที่มีองค์ความรู้ทางวิชาชีพเท่านั้น หากเป็นใครก็ได้ที่ทุ่มเทใส่ใจทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้กับคนที่เขารัก คนที่เขาทุ่มเทใส่ใจดูแล เช่น อาบน้ำให้ ป้อนอาหาร พาเข้าห้องน้ำ ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า บุคคลที่ใช้เวลานานหลายชั่วโมงทำงานช่วยเหลือผู้ที่ทนทุกข์จากอาการเจ็บป่วย มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว สูญเสียความทรงจำ และคนที่ต้องเผชิญกับความจริงของชีวิตที่ยากลำบากมากมาย อันเป็นผลลัพธ์จากอาการรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง คนทำงานเหล่านี้ล้วนสามารถถูกเรียกว่าเป็น “ผู้ดูแล” แม้พวกเขาจะอาศัยแรงผลักดันเชิงมนุษยธรรมมากกว่าเหตุผลทางการแพทย์ อาศัยความรู้ที่ลองผิดลองถูกมากกว่าความรู้ทางวิชาชีพ (Mol et. Al. 2010) และมักไม่มีคำตอบแทนให้เพราะมายาคติทางสังคมวัฒนธรรมที่ถือว่างานดูแลเป็นบทบาททางสังคมของคนบางกลุ่มหรือบางเพศสภาพ เช่น ผู้หญิงต้องรับหน้าที่ดูแลคนในครอบครัว แม่ต้องดูแลลูก ลูกหลานต้องดูแลพ่อแม่ยามแก่ชรา เป็นต้น นอกจากนี้แทบทุกวัฒนธรรมมักกำหนดให้งานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้หญิง และมีความเชื่อว่าผู้หญิงให้การดูแลผู้ป่วยได้ละเอียดอ่อนโยนมากกว่าผู้ชาย รวมทั้งมีทัศนคติว่าความเป็นชายเป็นเงื่อนไขทางวัฒนธรรมที่กีดกันลูกชายออกจากบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ยามที่คนในครอบครัวเจ็บป่วย มายาคติข้างต้นผลักดันงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตกเป็นภาระหนักกับผู้หญิง แม้พวกเธอจะมีความพร้อมของการเป็นผู้ดูแลหรือไม่ก็ตาม (Kleinman and van der Geest 2009)

ภารกิจของผู้ดูแลเกิดขึ้นเมื่อความหวังและความหมายของชีวิตถูกละเลยทอดทิ้ง ดังนั้น โลกประสบการณ์ของผู้ดูแลจึงมีมิติที่มากกว่าภารกิจ หากงานการดูแลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของเรื้อนร่างและการมีตัวตนของผู้ให้การดูแล โดยนัยยะนี้บทบาทของผู้ดูแลคือ ผู้ที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักที่มีให้กับคนอื่น เช่น ช่วยเตือนภัยมีส่วนร่วม ตอบสนอง สะท้อนกลับ สนับสนุน และหล่อเลี้ยงแง่มุมศีลธรรมให้กับคนที่พวกเขาดูแลเอาใจใส่ ในอีกด้านหนึ่ง งานการดูแลก็เป็นสิ่งที่สะท้อนกลับทำให้ผู้ดูแลเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีตัวตนและมีประสบการณ์ชีวิตที่มีชีวิตชีวา ดังนั้น งานการดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรมที่ส่งผลย้อนกลับมานิยามตัวตนของผู้ให้การดูแล ทำให้ความเป็นมนุษย์เติบโตขึ้น ทำให้ชีวิตมีคุณค่าความหมาย (enable life) (Kleinman and van der Geest 2009: 161)

สำหรับผู้ป่วยและคนในครอบครัว การเผชิญกับวิกฤตสุขภาพ ประสบการณ์ความทันททุกข์ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง ไม่เพียงเป็นประสบการณ์ความเจ็บปวดทันททุกข์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย หากยังส่งอิทธิพลอย่างมากต่อการก่อรูปอัตวิสัยใหม่เชิงศีลธรรม อารมณ์ ความหมายและคุณค่าใหม่ของชีวิต

ให้กับทั้งตัวผู้ป่วยเองและคนใกล้ชิด ความทนทุกข์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงอัตวิสัยใหม่ (subjectivity) จากกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ จะบรรเทาเบาบางลงได้ด้วยการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล ไม่ว่าผู้ดูแลที่ว่าจะเป็นใครก็ตาม

โคลันแมนเชื่อมั่นผ่านประสบการณ์ของตัวเองว่า เจ้าหน้าที่ที่เผชิญหรือมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ความทนทุกข์หรือโศกนาฏกรรมชีวิต ทั้งที่เป็นประสบการณ์ตรงของตัวเองและผ่านการทำงานช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ทนทุกข์จากอาการเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่คนนั้นจะย้อนกลับมาให้ความหมายใหม่และตั้งคำถามกับคุณค่าความเป็นวิชาชีพของเขาและชีวิตส่วนตัว เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยซึ่งแฝงนัยเชิงสุนทรียะและจริยธรรม จะเป็นเครื่องนำพาเจ้าหน้าที่สู่โลกประสบการณ์ศีลธรรมและช่วยเปลี่ยนผ่านพวกเขาสู่ตัวตนใหม่และนิยามใหม่ของชีวิต (Kleinman 2009)

แต่สำหรับโคลันแมน คำว่า “ศีลธรรม” มีความหมายที่คลุมเครือและสามารถใช้ได้ในหลายความหมายที่สำคัญมันไม่ได้เป็นคำที่ใช้แทนกันได้กับคำว่า “สิ่งที่ดี” มันอาจจะมีความหมายเหมือนที่นักมานุษยวิทยาเสนอกล่าวคือ ไม่ได้มีมุมมองต่อศีลธรรมในฐานะหลักการหรือเกณฑ์มาตรฐานเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดผิดหรือถูก หากศีลธรรมเป็นวิถีของการตัดสินใจเลือก ณ ห้วงขณะเวลา ผู้คนที่เผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถปรับเปลี่ยนตีความหมายซ้ำ สร้างความหมายใหม่ให้กับศีลธรรมได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับกาลเทศะที่พวกเขาต้องตัดสินใจเลือกศีลธรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ศีลธรรม

อาเธอร์ โคลันแมน อธิบายไว้ในหนังสือ *What Really Matters: Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger* (2006) ว่าวลี “ชีวิตศีลธรรม” หรือ moral life นั้นมีความคลุมเครือเพราะคำว่าศีลธรรมสามารถใช้ได้ในหลายความหมาย ในความหมายแบบกว้าง คำนี้หมายถึง คุณค่าต่าง ๆ โดยนัยนี้ชีวิตเป็นเรื่องของคุณค่า/การให้ค่า เพราะอยู่ในฐานะมนุษย์ของพวกเราแต่ละคนนั้น ชีวิตเป็นเรื่องที่มีความหมายมากที่สุดสำหรับเรา การมีชีวิต การเลือกสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การทำงานที่มีความหมายต่อเรา และการใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งที่ผู้คนต่างหลงใหลทำกิจกรรมแบบเดียวกัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นประสบการณ์อันมีคุณค่าของการมีชีวิตศีลธรรมในนัยความหมายดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม คำว่า “ศีลธรรม” ไม่ได้เป็นคำที่ใช้แทนกันได้กับคำว่า “สิ่งที่ดี” ตามความหมายทางจริยศาสตร์ ประสบการณ์ทางศีลธรรมที่บุคคลมีร่วมกัน อาจห่างไกลจากความดีงามหรืออาจเป็นสิ่งชั่วร้าย คุณค่าต่าง ๆ ที่เราแสดงออกมาและสร้างขึ้นอาจไร้ความเป็นมนุษย์ แต่มันอาจถูกรองรับว่าเป็นศีลธรรมท้องถิ่นที่พอยอมรับได้ เพราะมันช่วยสนับสนุนความเป็นชุมชนให้ดำเนินอยู่ต่อไปได้ โคลันแมนยกตัวอย่างให้เรานึกถึงชุมชนท้องถิ่นสักแห่งที่มีพิธีกรรมบูชาขวัญ กตัญญูกลุ่มน้อย นิยมการบังคับทาส การมีโสเภณีเด็ก การมีความรุนแรงต่อผู้หญิง ฯลฯ รวมทั้งประสบการณ์ทางศีลธรรมของใครสักคน อาจรวมถึงการที่เขามีส่วน

สมรู้ร่วมคิดในระดับกลุ่มสังคมในการกระทำสิ่งที่ไม่ดี เช่น คนเยอรมันนี้ทั่วไปทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่ถูกจับกุมจากการมีส่วนร่วมฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ของนาซีในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง ประสบการณ์ทางศีลธรรมลักษณะนี้สร้างความสับสนมาก เพราะว่าสิ่งที่ดูเหมือนว่าผิดจากสายตาของคนนอก (หรือจากมุมมองของผู้ตกเป็นเหยื่อของการถูกกระทำ) อาจไม่ถูกมองแบบนี้จากสายตาของคนในผู้กระทำสิ่งที่คนอื่นมองว่าไม่ดีและผู้มีส่วนร่วมกระทำผิด ไคลน์แมนอธิบายเพิ่มเติมว่านี่เป็นเหตุผลว่าทำไม สิ่งที่เป็นศีลธรรมในความหมายแบบแรก ที่หมายความว่าถึงคุณค่าต่าง ๆ จำเป็นต้องเข้าใจในบริบทที่เฉพาะเจาะจงที่ตัวมันเองก่อตัวขึ้น และต้องเข้าใจศีลธรรมในฐานะประสบการณ์ทางสังคมของปัจเจกบุคคลในบริบทโลกชีวิตทางสังคม (social life world) ที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดการทบทวนหลักการหรือหลักปรัชญาทางจริยธรรมที่มักเชื่อกันว่ามีลักษณะเป็นสากล

ในความหมายแคบคำว่า ศีลธรรม หมายถึง สำนึกว่าสิ่งใดผิดสิ่งใดถูก เมื่อเราพูดว่าเราต้องการมีชีวิตอย่างมีศีลธรรม เราหมายถึงชีวิตที่ประกอบด้วยพันธะสัญญาทางศีลธรรมของเราเองที่เลือกแล้วว่าสิ่งใดผิดถูก ดีงาม แต่สำหรับไคลน์แมนศีลธรรมมีความหมายแบบอื่นด้วย โดยชี้ให้เราลองนึกถึงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งของการดำเนินชีวิตที่เห็นว่าถูกต้อง เช่น เรารู้สึกรับผิดชอบต่อผู้อื่นและประพฤติตนบนพื้นฐานความรู้สึกเช่นนั้น และเราตอบสนองต่อปัญหาความเดือดร้อนของผู้อื่นในรูปแบบที่ทำให้เรารู้สึกว่ากำลังทำความดี เราคาดหวังว่าคนอื่นในสังคมจะเห็นด้วยว่าการกระทำเหล่านี้ของเราเป็นศีลธรรม ในนัยความหมายแบบที่สองนี้ และแม้ว่าเราจะไม่ได้รับการสนับสนุนเห็นด้วยจากคนอื่น เรายังอยากลงแรงทำ และจะรู้สึกพอใจหากว่าเรากระทำการใด ๆ ที่ขัดต่อแรงกระตุ้นหลักให้ทำสิ่งที่เราคิดว่าถูกต้องนี้

ในหนังสือ *What Really Matters* ไคลน์แมนยกกรณีตัวอย่างการที่โรคเอดส์ได้เปลี่ยนแม่และศิลปินจากการรับความช่วยเหลือให้กลายเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอื่น ไคลน์แมนยกกรณีนี้เพื่อชี้ให้เห็นว่า วิกฤตสุขภาพซึ่งคุกคามคุณค่าความหมายและความมั่นคงของชีวิตนั้น ในทิศทางตรงข้ามมันได้สร้างชีวิตทางศีลธรรมขึ้นมาใหม่ได้อย่างไร ไคลน์แมนเน้นย้ำว่า เรื่องเล่ากรณีต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดในหนังสือ *What Really Matters* มีเป้าหมายเพื่อให้เป็นบทเรียนว่าการมีชีวิตทางศีลธรรมหรือชีวิตที่มีคุณค่าความหมายนั้น ไม่ใช่การมีชีวิตในวิถีแบบฮีโร่หรือวีรบุรุษ แต่มันคือการเป็นวีรบุรุษที่ไม่มีชัยชนะ อาจไม่เหมือนกับภาพตายตัวของวีรบุรุษทั่วไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่เรารู้จัก การทำตัวในลักษณะต่อต้านวีรบุรุษ (anti-heroism) อาจไม่ได้ช่วยกอบกู้หรือเปลี่ยนแปลงโลก แต่มันเป็นกรณีตัวอย่างที่ช่วยคนอื่นให้กระจ่างชัดว่าต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างถ้าจะทำให้โลกที่ไม่เท่าเทียมกันและเป็นสถานที่แห่งความสิ้นหวังลดน้อยลง ขณะเดียวกันการมีชีวิตในแบบต่อต้านวีรบุรุษนี้ ได้ทำให้วิถีการดำรงชีวิตทางเลือกมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้น โดยหยิบยื่นคำตอบใหม่ต่อชีวิตของตัวเอง พร้อมกับตั้งคำถามใหม่ต่อชีวิตที่ดีว่าคืออะไร ไคลน์แมนชี้เพิ่มเติมว่า วีรกรรมการเปลี่ยนแปลงโลกเปลี่ยนแปลงสังคมในลักษณะวีรบุรุษมักดึงดูดใจผู้คน แต่หาได้ยากในโลกความจริงในชีวิตประจำวันคนทั่วไป แต่การทำตัวในลักษณะต่อต้านวีรบุรุษ ซึ่งเข่าสภาวะความเป็นมนุษย์

ภายในตัวตนของเราที่เคยเป็นอยู่โดยปกติสามัญเป็นวิถีที่คนธรรมดาสามัญอย่างเราสามารถกระทำได้ การดูแลเอาใจใส่คนอื่นเป็นหนึ่งในวิถีชีวิตในแบบต่อต้านวีรบุรุษ เนื่องจากมันเป็นวิถีของคนทั่วไป และเป็นเรื่องในชีวิตประจำวันปกติธรรมดา หรืออาจมองว่ามันเป็นงานธรรมดาที่ใครก็ทำได้ ไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้ชั้นสูงทางวิชาชีพ แต่งานการดูแลด้วยน้ำมือของคนปกติธรรมดากลับมีผลอันใหญ่หลวงในการเปลี่ยนแปลงสังคมให้ดีขึ้น สร้างความหมายของชีวิตและการเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่ดีขึ้น

โคลันแมนเสนอว่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เราพบเจอในชีวิต แทบจะไม่ใช่การสะท้อนศีลธรรมในนิยามความหมายแบบที่นักปรัชญาเสนอ ทว่ามันเป็นลักษณะศีลธรรมเหมือนกับที่นักมานุษยวิทยานักประวัติศาสตร์สังคม และนักบำบัดทางจิต เป็นต้น อธิบายไว้ กล่าวคือเป็นศีลธรรมในลักษณะประสบการณ์ทางศีลธรรม ภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจงและตามสถานการณ์จริงของชีวิตแต่ละคนมากกว่า โคลันแมนชี้ให้เห็นวิธีการใหม่ของการใคร่ครวญจริยศาสตร์ โดยเสนอว่าจริยศาสตร์อันเป็นหลักการที่ได้รับการยอมรับเป็นสากล ควรถูกมองในบริบทของประสบการณ์ทางศีลธรรม ซึ่งมักจะเปลี่ยนแปลงเสมอและไม่แน่นอน การพิจารณาจริยศาสตร์จากด้านที่มันเป็นหลักการแห่งความดีและความยุติธรรม อาจไม่สัมพันธ์กับประสบการณ์ศีลธรรมของแต่ละคนที่ก่อรูปขึ้นภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะละเอียดแง่มุมที่มนุษย์เรารับมือกับปัญหาต่าง ๆ และสร้างตัวตนและอัตวิสัยทางศีลธรรมได้อย่างไร ภายใต้บริบทความเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ความแตกต่างทางสังคม และความแตกต่างของอัตลักษณ์ทางสังคมของปัจเจกและกลุ่มคนยุคปัจจุบัน

อัตวิสัยทางศีลธรรม (moral subjectivity) ที่ก่อรูปขึ้นใหม่ของผู้ดูแล จากประสบการณ์ที่พวกเขาได้รับผิดชอบดูแลใครสักคนที่พวกเขารักและเต็มใจดูแล เป็นชีวิตศีลธรรมของคนปกติทั่วไปไม่ใช่วิถีของวีรบุรุษ หากเป็นวิถีที่จะเติมเต็มความเป็นมนุษย์ของผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล และเป็นเครื่องมือช่วยให้ตรึงตรองสะท้อนคิดต่อประเด็นจริยศาสตร์ทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพที่กำลังถูกตั้งคำถามในปัจจุบัน

การดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรม

ในทางวิชาการ โคลันแมนมีเป้าหมายในการพัฒนาแนวคิดการดูแล เพื่อเติมเต็มบางมิติที่ขาดหายไปของแนวคิดความทนทุกข์ทางสังคม (Social suffering) ที่เขาและเพื่อนร่วมวิชาชีพด้านมานุษยวิทยาเคยเสนอกัน (ดู Kleinman, Das and Lock 1997) แนวคิดความทนทุกข์ทางสังคมมีเป้าหมายเพื่อให้เราใส่ใจต่ออิทธิพลของเศรษฐศาสตร์การเมืองที่มีส่วนสร้างประสบการณ์ความเจ็บปวดทนทุกข์ให้กับผู้คนบางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มประชากรชายขอบและด้อยอำนาจต่อรองทางสังคมในโลกปัจจุบัน และวิพากษ์การทำให้เป็นระบบราชการของระบบบริการสุขภาพว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนานโยบายและแผนงานสุขภาพเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้นของผู้คนอย่างไร เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบ

ต่อผลลัพธ์การมีสุขภาพดีและผลิตซ้ำประสบการณ์ความเจ็บปวดให้กับผู้คน สิ่งทีโคลน์แมนพยายามจะเสนอเพิ่มเติมจากแนวคิดการดูแล คือ อิทธิพลเชิงโครงสร้างข้างต้นภายใต้บริบทโลกาภิวัตน์ปัจจุบัน เช่น การแทรกแซงนโยบายสุขภาพของบริษัทยาข้ามชาติ วัฒนธรรมความเป็นแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอันเป็นผลจากอิทธิพลการทำให้การแพทย์เป็นพาณิชย์ ยังมีส่วนส่งผลต่อการพัฒนาความเป็นวิชาชีพของเจ้าหน้าที่สุขภาพด้วยเช่นกัน และผลักดันให้ปฏิบัติการทางการแพทย์ถอยห่างออกจากหัวใจจริยศาสตร์ทางการแพทย์ (Kleinman and Hanna 2008: 289) โคลน์แมนต้องการขยายปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ ให้รวมมิติการดูแลในฐานะปฏิบัติการทางคุณค่าศีลธรรม เพื่อหนีจากอำนาจครอบงำของปัจจัยเชิงโครงสร้างที่กล่าวข้างต้นที่กำลังเปลี่ยนแปลงคุณค่าการแพทย์จากรากปรัชญาเดิม (Kleinman and Van der Geest 2009)

อย่างไรก็ตาม โคลน์แมนไม่ได้มีเป้าหมายในการพัฒนาแนวคิดการดูแล เพื่อวิพากษ์แสดงให้เห็นข้อจำกัดของวาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แต่ต้องการเน้นย้ำให้เห็นว่างานการดูแลของเจ้าหน้าที่ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพและคนดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน เป็นตัวอย่างที่ดีที่จะช่วยให้เราเข้าใจว่าโลกศีลธรรมของปัจเจกบุคคลในฐานะผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ภายใต้บริบทชีวิตและสถานการณ์ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจง มันก่อรูปหรือถูกประกอบสร้างอย่างไร กล่าวอีกนัยหนึ่ง โคลน์แมนต้องการเสนอให้เห็นว่างานการดูแลไม่ได้มีลักษณะสากลทั้งความเป็นสากลทางการแพทย์และความเป็นสากลในการรับรู้ทั่วไปผ่านมายาคติ ดังนั้น การศึกษางานการดูแลแบบข้ามวัฒนธรรม (cross culture) และการตรวจสอบอิทธิพลเชิงโครงสร้างภายใต้โลกาภิวัตน์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ เช่น อำนาจอุตสาหกรรมยาข้ามชาติ การแพทย์เชิงพาณิชย์ จะช่วยให้เราเข้าใจและท้าทายต่ออำนาจครอบงำของวาทกรรมการแพทย์และจินตนาการใหม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ibid: 290)

โคลน์แมน พยายามกระตุ้นให้เรามองว่า “การดูแล” เป็น “ประสบการณ์ศีลธรรม” เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal experience) เป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดอันเป็นผลลัพธ์จากการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลกับการตอบสนองของผู้รับการดูแล มีมิติที่กว้างกว่าความรักการดูแลเอาใจใส่กันเป็นปฏิสัมพันธ์พื้นฐานของมนุษย์ เป็นปรากฏการณ์ข้ามวัฒนธรรมที่เราพบเจออยู่ในทุกวัฒนธรรมและกลุ่มสังคมและเกิดขึ้นในแทบทุกปริณทลของชีวิตทางสังคม (แม้จะแฝงอคติทางเพศสภาพที่ผู้ให้การดูแลในทุกวัฒนธรรมมักเป็นผู้หญิง) เช่น พื้นที่ครอบครัว ความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อน พิธีกรรมการบำบัดรักษาทางศาสนาหรือเยียวยาด้วยอำนาจแม่หมอผี (Kleinman and Hanna 2008) การดูแลเอาใจใส่กันเป็นความสัมพันธ์พื้นฐานของครอบครัว เพื่อนสนิท เครือข่ายทางสังคม และไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยเท่านั้น หากรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ที่ผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นใครก็ตามปฏิบัติต่อคนอื่นหรือคนที่พวกเขารัก เช่น อาบน้ำ ป้อนอาหาร พาเข้าห้องน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า และการทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยากต่าง ๆ สำหรับการดูแลอย่างเอาใจใส่นั้น คนให้การดูแลจะไม่คิดว่าเป็นภาระ

เช่น พ่อที่พาลูกที่เจ็บป่วยไปหาหมอตอนกลางคืนก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระ เขารู้สึกว่าแค่ดูแลลูก อีกนัยหนึ่งภารกิจของผู้ดูแลคือ การอยู่ใกล้ชิดกับคนทนทุกข์และร่วมแบ่งปันความทุกข์ของพวกเขาเหล่านั้น (ibid 2008) กิจกรรมการดูแลจึงเป็นเรื่องศีลธรรมในแบบวิถีการต่อต้านฮีโร่

การดูแลเป็นสิ่งอื่น (other) เป็นกิจกรรมที่เราทำให้กับคนอื่น แล้วมันย้อนกลับมาช่วยเติมเต็มและขยายความเป็นตัวตนของเรา (self) การที่เราดูแลเอาใจใส่คนอื่นเป็นวิถีทางอ้อมของการทำให้ตัวตนของเราเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (self-fulfilment) เราจะเห็นว่างานการดูแลคนอื่นนั้น นอกจากเป็นศีลธรรมพื้นฐาน มันยังเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความเป็นมนุษย์ (Being human) เพราะความเป็นมนุษย์อยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างเรากับคนอื่น และการหล่อเลี้ยงความสัมพันธ์ที่ว่าก็ด้วยการดูแล (Kleinman and Van der Geest 2009: 160) มนุษย์ทุกคนต้องการการดูแลจากคนอื่นที่เราสัมพันธ์ใกล้ชิดด้วย พร้อมกันนั้นเราในฐานะมนุษย์คนหนึ่งก็เติบโตขึ้นจากการเติมใจดูแลคนอื่นที่เรารักด้วยเช่นกัน

โคลันแมน มองปฏิบัติการของ “การให้การดูแล” เป็น “ประสบการณ์” เพื่อย้ำให้เห็นว่าการดูแลตั้งอยู่บนพื้นฐานปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลและก่อรูปวิถีคิดและวิถีปฏิบัติหลากหลายชุดให้เกิดขึ้น ประสบการณ์ทางสังคมอันเป็นผลผลิตจากการดูแล อาจไม่ได้ดีงามหรือโรแมนติคเสมอไป หากในทางตรงข้าม ประสบการณ์การดูแลอาจก่อความเจ็บปวดทนทุกข์ให้กับผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อม หรือต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงและยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา เหมือนการดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ของโคลันแมน ที่แม้เขาจะเป็นแพทย์แต่ก็ต้องอาศัยการดัดสนด (tinkering) ลองผิดลองถูกในการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีความซับซ้อนจัดการยากไปในแต่ละวัน

ในอีกด้านหนึ่ง การมีมุมมองต่อการดูแลผ่านฐานคิด “ประสบการณ์” เปิดความเป็นไปได้ ไม่ให้เราจำกัดมุมมองต่อการดูแลอยู่ภายใต้หลักจริยศาสตร์ใดจริยศาสตร์หนึ่ง หรือตัวชีวิตที่ตายตัว เนื่องจาก การดูแลเป็นผลผลิตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทเฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคม ครอบครัว สถาบัน และชุมชน ประสบการณ์การดูแลดังกล่าวนี้จึงเป็นสิ่งลื่นไหล ไม่คงเส้นคงวา และพร้อมจะถูกตีความใหม่ด้วยความรู้ต่าง ๆ และวิธีการดูแลอันหลากหลายที่เผชิญหน้ากัน ณ หนึ่งงานการดูแลภายใต้สถานการณ์เฉพาะของสภาพปัญหาความซับซ้อนของโรค ความรู้ ทรัพยากร และความพร้อมด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลและเครือข่ายของพวกเขา

สำหรับโคลันแมนประสบการณ์ศีลธรรมเป็นผลลัพธ์จากแรงผลักดันของคุณค่า ความหมายชีวิต และแรงกระตุ้นจากพันธะทางจริยธรรมภายในตัวเรา ประสบการณ์ศีลธรรมไม่ใช่สิ่งที่ผู้คนจะได้รับติดตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่มสังคม เหมือนกับความเป็นชายหญิง ขาดิพันธุ์ เชื้อชาติ ชนชั้น ฯลฯ หากเป็นผลลัพธ์จากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างขึ้นจากประสบการณ์ชีวิต ประสบการณ์ศีลธรรมไม่ใช่ประสบการณ์ที่ก่อรูปจากอำนาจระทำการของเศรษฐศาสตร์การเมืองและเงื่อนไขสังคมในระดับมหภาคเท่านั้น หากโดยเนื้อแท้ประสบการณ์ศีลธรรมถูกกระตุ้นจากการเมืองในชีวิตประจำวัน หรือการเมือง

ระดับจุลภาคของการต่อรองการต่อต้านขัดขึ้นของบุคคลที่มีต่ออำนาจกระทำการในระดับโครงสร้างมหภาค เช่น ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ อคติทางวัฒนธรรม การเป็นคนกลุ่มน้อย และคนชายขอบด้วยอำนาจทางสังคม (Kleinman 1986: 172) ไคลน์แมนเน้นย้ำให้เราศึกษาประสบการณ์ศีลธรรมภายใต้บริบทเฉพาะเจาะจงของโลกชีวิตทางสังคม เพราะจะช่วยให้เรามองเห็นประสบการณ์ศีลธรรมของปัจเจกบุคคล ที่ก่อรูปจากพลวัตของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางจิตวิทยาในระดับจุลสังคมของปัจเจก (microsocial psychological process) กับแรงกระทำทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในระดับมหภาค (macrosociopolitical context) (ibid: 189)

ไคลน์แมนยกตัวอย่างให้เห็นว่าประสบการณ์ศีลธรรมของผู้คนในโลกปัจจุบันกำลังถูกคุกคามจากผลกระทบของอิทธิพลความเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ สถานการณ์ความรุนแรง อันตราย และความไม่แน่นอนของชีวิตผู้คนในยุคปัจจุบัน ประสบการณ์ธรรมดาในชีวิตประจำวันทั่วไป จะผลักดันบุคคลไปสู่สถานการณ์ที่ยุ้งยากและสภาพการณ์ที่ไม่ชัดเจนอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งคุกคามต่อสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายของชีวิตที่ผู้คนเชื่อและยึดถือ เช่น การหย่าร้าง การตายของคนที่เรารัก ความยุติธรรมและการเลือกปฏิบัติ งานที่ไม่มีความก้าวหน้า การว่างงาน อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความล้มเหลวในหน้าที่การงาน การแปลกแยกจากสังคม สิ่งเหล่านี้สามารถลดทอนสิ่งที่เรายึดถือและทำลายความรู้สึกว่าเราสามารถควบคุมชะตาชีวิตตนเองได้ สำหรับไคลน์แมนบริบทโลกเหล่านี้กำลังคุกคามประสบการณ์ศีลธรรมของผู้คนยุคปัจจุบัน (Kleinman 2006)

ในทำนองเดียวกัน ประสบการณ์ศีลธรรมของคนทำงานในระบบสุขภาพที่ก่อตัวขึ้นจากงานที่พวกเขาทำให้กับผู้ป่วย ที่ในอดีตถือว่าเป็นหัวใจและคุณค่าของจริยศาสตร์การแพทย์ กำลังถูกคุกคามจากความเปลี่ยนแปลงของโครงการระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน เช่น การแพทย์เชิงพาณิชย์ที่จัดความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกับผู้ป่วย วาทกรรมทางการแพทย์ที่สถาปนาให้งานการรักษาพยาบาลมีสถานะที่สูงกว่าการดูแลสุขภาพ การจัดองค์กรหน่วยบริการสุขภาพแบบราชการที่ผลิตซ้ำปัญหาสุขภาพ เป็นต้น

อย่างที่ได้อธิบายข้างต้น ไคลน์แมนเสนอแนวคิดการดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรม ไม่ได้มีเป้าหมายเพียงเพื่อต้องการแสดงให้เห็นข้อจำกัดของการแพทย์สมัยใหม่ที่เน้นการรักษา แต่ต้องการแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่เน้นมิติทางสังคมอย่างการดูแลนั้นเป็นตัวอย่างที่ดี ที่แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ศีลธรรมในโลกเฉพาะของปัจเจกและกลุ่มสังคมถูกประกอบสร้างขึ้นอย่างไร พร้อมกับเรียกร้องให้ตระหนักถึงอิทธิพลที่เพิ่มมากขึ้นของปัจจัยเชิงโครงสร้างมหภาคยุคโลกาภิวัตน์ปัจจุบัน ที่คุกคามส่งอิทธิพลต่อคุณค่าความหมายของงานการดูแล

แม้ไคลน์แมนจะเชื่อมั่นว่า ประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใส่ใจจะเป็นเครื่องมือช่วยเปลี่ยนผ่านตัวตนเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพมาสู่ประสบการณ์ศีลธรรม มองเห็นคุณค่า และความหมายของงานการดูแล ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจหลักของจริยศาสตร์การแพทย์ แต่ไคลน์แมนตระหนักถึงอำนาจการครอบงำของวาทกรรม

ทางการแพทย์ การเติบโตขึ้นของการแพทย์เชิงพาณิชย์ และหน่วยบริการสุขภาพที่ถูกทำให้เป็นสถาบัน ผ่านการจัดองค์กรแบบราชการ ที่ล้วนแต่ลดบทบาทความสำคัญของการดูแลและทำให้งานการดูแลเป็นงานชั้นสองในระบบสุขภาพ ดังนั้น เพื่อโต้แย้งวิพากษ์วิจารณ์ต่ออิทธิพลปัจจัยเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพ ที่ลดทอนคุณค่างานการดูแล พร้อมกับนำความสำคัญของการดูแลกลับเข้ามาในพื้นที่ระบบสุขภาพ ไคลน์แมนเสนอแนวปฏิบัติ 2 แนวทาง ดังนี้ (Kleinman and Hanna 2008)

แนวทางแรก ไคลน์แมนเรียกว่า “การต่อต้านลัทธิบูชาวีรบุรุษ” (anti-heroism) หรือการหลงใหลในคำกล่าวอ้างของวาทกรรมทางการแพทย์ ที่เชิดชูความรู้การแพทย์ที่ทันสมัยและเทคโนโลยีการแพทย์ที่ก้าวหน้า แนวทางนี้เน้นกลุ่มเป้าหมายที่ตัวเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลในระบบสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การสร้างระบบการเรียนการสอนและการฝึกอบรมที่ฝึกฝนให้เจ้าหน้าที่มีทักษะในการวิพากษ์วิจารณ์ (critical thinking) และการตรึงตรองสะท้อนคิด (reflexivity) เพื่อประโยชน์ในการปลดปล่อยตนเองของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดูแลให้เป็นอิสระจากอำนาจครอบงำของกระบวนทัศน์หลักที่ได้รับการบ่มเพาะจากสถานศึกษา ซึ่งมีบทบาทกำกับวิธีการมองโลกและการทำงานทางวิชาชีพ เช่น กระบวนทัศน์การลดทอน (reductionist paradigms) ที่ถือว่าความจริงทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือต้องสามารถตรวจสอบวัดได้ อย่างเป็นภววิสัย (objectivity) ด้วยวิธีการศึกษาแบบวิทยาศาสตร์เท่านั้น กระบวนทัศน์นี้สถาปนาและคำขู่ให้งานการรักษาที่เชื่อว่าสามารถตรวจสอบได้อย่างน่าเชื่อถือด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และแสดงข้อมูลเชิงสถิติได้รับการยอมรับ พร้อมกับลดทอนงานการดูแลที่ทำโดยเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลหรือคนดูแลในระดับครอบครัว ซึ่งในหลายกรณีเป็นความรู้เชิงประสบการณ์ที่ผู้ดูแลค้นพบหรือลองผิดลองถูกหน้างาน แต่กลับถูกมองว่าเป็นความรู้ส่วนบุคคลที่แฝงฝังเป็นความทรงจำในเรือนร่างในลักษณะอัตวิสัย (subjectivity) ซึ่งยากในการจะศึกษาตรวจสอบอย่างเป็นภววิสัย

การมีกระบวนทัศน์ที่คับแคบกำกับการมองโลกและวิธีการทำงานอันเป็นผลผลิตจากระบบการเรียนการสอนเช่นนี้ ไม่เพียงส่งเสริมการยึดมั่นในความรู้ทางวิชาชีพของตนเองเป็นศูนย์กลางและเชิดชูความรู้ตนเองโดยไม่ตรึงตรองวิพากษ์วิจารณ์ หากมันก็กีดกั้นไม่ให้เจ้าหน้าที่มองเห็นความรู้และวิธีการทำงานการดูแลแบบอื่น ๆ ที่แตกต่างหลากหลายที่ผู้ดูแลทำให้มันเกิดขึ้นและเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน

งานการดูแลเอาใจใส่ที่ปฏิบัติโดยผู้ดูแลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่และไม่ได้จำกัดวิธีการดูแลด้วยความรู้วิชาชีพเป็นแนวทางการต่อต้านลัทธิบูชาวีรบุรุษ มีเป้าหมายเพื่อวิจารณ์การเชิดชูหลงใหลในอำนาจความรู้และเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้น ในทัศนคติของไคลน์แมนการต่อต้านลัทธิบูชาวีรบุรุษถือเป็นการต่อต้านขัดขืนทางศีลธรรม เพื่อสร้างพื้นที่ทางเลือกที่ซึ่งการวิพากษ์และการตรึงตรองสะท้อนคิดเกี่ยวกับตัวตนของเจ้าหน้าที่และการวิพากษ์ความเป็นวิชาชีพของตนเองสามารถเกิดขึ้นได้

การคิดเชิงวิพากษ์ยังหมายถึงความถึงการต่อต้านเป้าหมายของอุดมการณ์เสรีนิยมที่ทำให้บริการสุขภาพกลายเป็นสินค้าที่ซื้อขายได้ในตลาดเสรี ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีทัศนคติต่อผู้ป่วยในฐานะลูกค้า ทางฝั่งผู้ป่วยเอง ในฐานะลูกค้าที่มองบริการสุขภาพเหมือนกับสินค้าประเภทหนึ่ง ก็เรียกร้องการบริการจากทางฝั่งผู้ให้บริการสุขภาพด้วยฐานคิดความคุ้มค่าทางการเงินและกำไรขาดทุน ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ส่งผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมและลดทอนพันธะทางจริยธรรมการดูแลของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย

แนวทางที่สอง การสร้างมนุษยศาสตร์การแพทย์ (medical humanities) แนวทางนี้มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้แนวคิดการดูแลได้รับการส่งเสริมในวงกว้างและลงหลักปักฐานในระบบสุขภาพ โดยเสนอให้โรงเรียนแพทย์และสถานศึกษาที่เป็นหน่วยถ่ายทอดความรู้และบ่มเพาะผู้ดูแลด้านสุขภาพ เพิ่มการเรียนการสอนความรู้ด้านมนุษยศาสตร์การแพทย์ในสถาบันการศึกษา หรือฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้หัวข้อนี้ มนุษยศาสตร์การแพทย์จะขัดเกลาให้ผู้ดูแลมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ เคารพ และอ่อนน้อมถ่อมตนต่อความรู้การดูแลแบบอื่น ๆ

โคลันแมนย้ำเป้าหมายแท้จริงของสองแนวทางข้างต้น เพื่อส่งเสริมและหล่อเลี้ยง “การไตร่ตรองสะท้อนคิดต่อตนเองเชิงวิพากษ์” (critical self-reflection) ของเจ้าหน้าที่ผู้ทำงานดูแลสุขภาพ มุมมองเชิงวิพากษ์นี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการวิพากษ์วิจารณ์วัฒนธรรมการแพทย์ กระบวนทัศน์หลักความรู้ในการเรียนการสอน กระบวนการบ่มเพาะความเป็นวิชาชีพของเจ้าหน้าที่ การแพทย์เชิงพาณิชย์ วาทกรรมทางสังคมที่ส่งเสริมการหลงใหลอำนาจทางการแพทย์ ตลอดจนความเป็นสถาบันของหน่วยบริการสุขภาพที่จัดองค์กรแบบราชการ พลวัตความเปลี่ยนแปลงที่กำลังดำเนินอยู่ดังกล่าว กำลังลดทอนคุณค่า ความหมายของงานการดูแลในโลกของผู้ปฏิบัติงานและคุกคามจริยศาสตร์การแพทย์ในโลกปัจจุบัน

บทสรุป

อาเธอร์ โคลันแมน มีความเชื่อหลังจากผ่านประสบการณ์การดูแลอย่างเอาใจใส่ภรรยาที่ป่วย โรคอัลไซเมอร์ว่า ประสบการณ์การดูแลอย่างเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในทำนองเดียวกันนั้น จะช่วยลดปล่อยเจ้าหน้าที่เป็นอิสระจากมุมมองเชิงเทคนิคของความเป็นวิชาชีพอันคับแคบ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากระบบการเรียนการสอน บริการสุขภาพที่กลายเป็นธุรกิจเน้นผลกำไรขาดทุน และการแพทย์เชิงพาณิชย์ที่กำลังส่งเสริมทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในฐานะลูกค้า ระบบราชการที่เน้นเอกสารรายงานและตัวชี้วัดคุณภาพจำนวนมาก มาสู่การมีประสบการณ์ศีลธรรมที่สนับสนุนการเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งอันที่จริงประสบการณ์ดังกล่าวนี้ถือเป็นหัวใจหลักของจริยศาสตร์ทางการแพทย์ ประสบการณ์ในฐานะผู้ให้การดูแลภรรยายังช่วยให้โคลันแมนไม่เพียงรับรู้ความจริงในชีวิตประจำวันของผู้ให้การดูแล และรับรู้ถึงประสบการณ์ที่เติมเต็มของการเปลี่ยนผ่านตัวตนทางศีลธรรมในฐานะผู้ดูแล

หากมันยังช่วยให้ไคลน์แมนมองเห็นจุดอ่อนของแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ที่เคยเสนอในวงการมานุษยวิทยาการแพทย์ก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะแนวคิดการเน้นการตีความสัญลักษณ์ที่แวดล้อมประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกระบวนการเยียวยารักษา มาสู่กรอบคิดใหม่ในการมองความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาในฐานะ “ประสบการณ์” บนฐานปรัชญาที่เน้นปฏิบัติการและการแสดงออก

อาเธอร์ ไคลน์แมน พัฒนาแนวคิดการดูแลเอาใจใส่เป็นประสบการณ์ศีลธรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อนำคุณค่าความหมายของงานการดูแล ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ กลับเข้ามาในพื้นที่ปฏิบัติการของการแพทย์และบริการสุขภาพ ท่ามกลางการถูกลดทอนคุณค่าศักดิ์ศรีของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อันเป็นผลจากกลไกการตลาด การแพทย์เชิงพาณิชย์ อำนาจครอบงำของวาทกรรมทางการแพทย์ โดยไคลน์แมนเชื่อว่าการดูแลเอาใจใส่ไม่เพียงจะนำเสนอทางเลือกของระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทของสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองเศรษฐกิจที่กระทบต่อระบบสุขภาพข้างต้น หากไคลน์แมนยังเชื่อว่างานการดูแลเอาใจใส่เป็นหนึ่งในคุณค่าความหมายของศีลธรรมพื้นฐานของมนุษย์ งานการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยจึงเป็น “งาน” ที่จะช่วยให้คนทำงานเติบโตสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ผ่านประสบการณ์ศีลธรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมหรือลงมือดูแลอย่างเอาใจใส่คนอื่น

ในอีกด้านหนึ่ง แนวคิดการดูแลเป็นประสบการณ์ศีลธรรม เปิดพื้นที่ให้กับความรู้และวิธีการอื่น ๆ ที่ก็เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการดูแลในระบบสุขภาพเช่นกัน เนื่องจากมีเป้าหมายวิพากษ์วิจารณ์การยึดมั่นเชิดชูหลงใหลในความรู้ทางวิชาชีพของตัวเจ้าหน้าที่ สู่การเปิดพื้นที่ให้กับผู้กระทำการและความรู้อื่น ๆ ได้เข้ามา มีบทบาทบูรณาการในปริณิณผลการดูแล

บรรณานุกรม

- เกศินี กิตติบาล, อารี ชิวเกษมสุข, และชูชาติ พวงสมจิตร. (2564). การจัดการความเหนื่อยล้าจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**, 3(1), 121-136.
- อมรรัตน์ จันโยธา, สุทธินันท์ ฉันทธนกุล, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, และสุนนธา ศิริ. (2560). ศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า จากการปฏิบัติงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 18(2), 166-74. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101676>
- Honkasalo, M., & Lindquist, J. (1997). An Interview with Arthur Kleinman. **Ethnos**, 62(3-4), 107-126.

- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Annals of Internal Medicine**, 88(2), 251-258.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, 12, 85-93.
- Kleinman, A. (1980). **Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. University of California Press.
- Kleinman, A. (1986). **Social Origins of Disease and Distress: Neurasthenia, Depression, and Pain in Modern China**. Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). **The Illness narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition**. Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). **Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine**. University of California Press.
- Kleinman, A. (2006). **What Really Matters Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger**. Oxford University Press.
- Kleinman, A. (2008). **Today's biomedicine and caregiving: are they incompatible to the point of divorce?**. The University of Leiden.
- Kleinman, A. (2009). Borderlands: professional life lived precariously but happily in anthropology and medicine. **Medical Humanities**, 35(1), 6.
- Kleinman, A. (2009). The Caregiving. In Van der Geest, Sjaak and Tankink, Marian (Eds.). **Theory and Action: Essay for an anthropologist**. AMB Dieman.
- Kleinman, A. (2013). From illness as culture to caregiving as moral experience. **New England Journal of Medicine**, 368, 1376-1377.
- Kleinman, A. and Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. **PLoS Medicine**, 3(10), 1673-1676.
- Kleinman, A., Das, V. and Lock, M. (Eds.). (1997). **Social suffering**. University of California Press.
- Kleinman, A. and Hanna, B. (2008). Catastrophe, Caregiving and Today's Biomedicine. **BioSocieties**, 3(3), 287-301.

- Kleinman, A. and Van der Geest, S. (2009). Care in health care: Remaking the moral world of medicine. **Medische Antropologie**, 21(1), 159-168.
- Kleinman, A. (2019). **The soul of care: The moral education of a husband and a doctor**. Penguin Random House.
- Mol, A. (2008). **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. Routledge.
- Mol, A, Ingunn, M, and Pols, J. (2010). **Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms**. Transcript.
- Pols, J. (2006). Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 30(1), 77-104.
- Pols, J. (2013). Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care. **Nursing Philosophy**, 14, 186-200.
- Willems, D. and Pols, J. (2010). Goodness! The empirical turn in health care ethics. **Medische Antropologie**, 22(1), 161-170.