

มานุษยวิทยากับการใส่ใจดูแลในโรงพยาบาล

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดเรื่องการใส่ใจดูแล (care) เป็นที่ยอมรับและรู้จักอย่างกว้างขวางในแวดวงสายสังคมศาสตร์ อาร์เธอร์ ไคลน์แมน นักมานุษยวิทยาการแพทย์คนสำคัญได้ถ่ายทอดแง่มุมที่ได้จากการดูแลภรรยาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ไว้อย่างน่าสนใจ เขาเสนอว่าแม้การดูแล (care) จะเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ทั่วไปในชีวิตประจำวัน แต่ประสบการณ์การดูแลจะเกิดขึ้นจริงก็ต่อเมื่อผู้ดูแล “อยู่ร่วม” (presence) กับผู้ที่ได้รับการดูแล และพร้อมเคียงข้างเพื่อเผชิญความทุกข์และความยากลำบากร่วมกัน การอยู่ร่วมถือเป็นหัวใจหลักของการดูแลซึ่งถูกสร้างขึ้นผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ การพูดคุย การสบตา การสัมผัส การให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการตั้งใจฟังเรื่องราวความทุกข์และความเจ็บปวดที่ผู้รับการดูแลเผชิญเสมือนเป็นเรื่องราวของตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ การอยู่ร่วมจึงเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล (interpersonal process) ที่หลอมรวมประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลไว้ด้วยกัน ด้วยเหตุนี้ การเป็นผู้ดูแลอย่างแท้จริงจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (Kleinman, 2009, 2017)

โรงพยาบาลเป็นหนึ่งในพื้นที่สำคัญที่นักมานุษยวิทยาการแพทย์ใช้ในการทำความเข้าใจการใส่ใจดูแล โดยเฉพาะการใส่ใจดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย งานศึกษาชิ้นหนึ่งที่น่าสนใจคืองานของ Annemarie Mol เธอศึกษาการปฏิบัติ (practice) ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศเนเธอร์แลนด์ Mol เสนอว่า การดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขมักวางอยู่บนตรรกะของตัวเลือก (logic of choice) กล่าวคือ ผู้ป่วยอยู่ในฐานะ “ลูกค้า” ผู้มีอำนาจและอิสระในการเลือกบริการสุขภาพที่ตนพึงพอใจ การดูแลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจึงอยู่ในรูปแบบของการซื้อขายเพื่อแลกกับการได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ระบบบริการทางการแพทย์จึงต้องรองรับและสร้างทางเลือกที่หลากหลายในการตัดสินใจของคนไข้ (Mol, 2008)

Mol ชี้ว่า การที่ผู้ป่วยมีอิสระและอำนาจต่อตนเองในการเลือกบริการสุขภาพที่พึงพอใจ คล้ายกับว่าเป็นเรื่องที่ดี แต่อีกแง่หนึ่งกลับเป็นการลดทอนความซาบซึ้งใจและทำให้ความรู้สึกขอบคุณเมื่อได้รับการดูแลกลายเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น อีกทั้งการดูแลที่วางอยู่บนตรรกะของตัวเลือก ยังเป็นการลดทอนความสำคัญของผู้กระทำกรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพให้เหลือเพียงปัจเจกที่มีอำนาจและพลังในการตัดสินใจเพียงลำพัง ทั้งที่จริงแล้วการเลือกเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีความยากลำบาก โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายในห้องตรวจ เมื่อแพทย์เสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ตัวผู้ป่วยเองกลับลังเลและไม่ทราบว่าจะต้องการอะไร ดังนั้นการตัดสินใจในการรักษาจึงวกกลับไปอยู่ในฝั่งของแพทย์อีกครั้ง ขณะเดียวกัน ภายใต้ตรรกะของตัวเลือก เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกบริการทางการแพทย์แล้วก็ดูเหมือนพวกเขาจะกลายเป็นเพียงผู้รอ

รับการรักษาเท่านั้น Mol จึงเสนอให้นำตรรกะของการดูแล (logic of care) เข้ามาแทนที่ตรรกะของตัวเลือก โดยชี้ให้เห็นว่าในกระบวนการรักษาโรค ผู้ป่วยเองก็เป็นผู้กระทำการที่ตื่นตัวต่อการรักษาและเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการจัดการโรคเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อกลับบ้านต้องมีการฉีดยาอินซูลินและคอยควบคุมอาหารอยู่เสมอ ดังนั้นในกระบวนการดูแลแพทย์และผู้ป่วยต่างเป็นผู้กระทำการที่มีการต่อรองระหว่างกันไปมาอย่างไม่จบสิ้น เพื่อให้ระบบการดูแลสอดคล้องกับความเร่งด่วนและลักษณะของโรคที่หลากหลาย (Mol, 2008; Stilgoe, 2008)

นอกจากงานศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างต่อเนื่องยาวนาน ยังมีงานที่ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลียโดย Jane Gordong และคณะ (2010) พบว่า แผนกฉุกเฉินเป็นแผนกที่ยังขาดความเอาใจใส่ต่อความต้องการทางอารมณ์และจิตใจของคนไข้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาถึงห้องฉุกเฉินด้วยความประะบางทางร่างกาย พร้อมกับรับรู้ว่ามีอาการการบาดเจ็บที่อันตรายถึงชีวิต แม้ว่าพวกเขาอาจนอนหรือนั่งรอคอยการวินิจฉัยและรักษา แต่พวกเขาต้องเผชิญกับสภาวะอารมณ์เชิงลบที่หลากหลาย ทั้งความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัวจากการโดนทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ความเครียดจากคำพูดของเจ้าหน้าที่ ความรู้สึกที่ตนเองถูกละเลยจากการใส่ใจดูแลในขณะที่ความผิดปกติเกิดกับร่างกายอย่างต่อเนื่อง แต่หากเจ้าหน้าที่ให้ความเป็นมิตร สบตาผู้ป่วยขณะสนทนาและใช้เวลาเพียงสักเล็กน้อยเพื่อรับฟังผู้ป่วยอย่างจริงจัง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลายความทุกข์ร้อนภายในใจลงได้ (Gordon et al., 2010: 81-82)

Gordon และคณะยังพบว่า การขาดการสื่อสารต่อผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้มีปัญหากับการรอคอยที่กินระยะเวลายาวนาน แต่สิ่งที่ทำให้พวกเขากังวลคือการรอคอยที่ไร้จุดหมาย เนื่องจากพวกเขาไม่รู้ว่ากำลังรอคอยอะไรและขั้นตอนต่อไปต้องทำอะไร หากเจ้าหน้าที่สามารถบอกเหตุผลของการรอคอย พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงให้ข้อมูลว่าอะไรกำลังจะเกิดกับร่างกายของเขา เช่น ยาตัวไหนกำลังจะถูกฉีด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาได้รับการดูแลอย่างเต็มใจและลดความว้าวุ่นใจต่อความไม่รู้ลง (Gordon et al., 2010: 82-87) การทำความเข้าใจและใส่ใจเสียงสะท้อนความต้องการของผู้ป่วย ถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จะเห็นว่าการพยายามทำความเข้าใจมิติทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญต่อการใส่ใจดูแล แต่ในขณะเดียวกัน อารมณ์ความรู้สึกก็เป็นสิ่งที่ซับซ้อน เช่นในงานของ Hannah Brown ซึ่งถ่ายทอดการดูแลที่ไม่ได้แยกขาดมิติทางอารมณ์และมิติทางเหตุผลออกจากกัน บรรณีย์ทำงานภาคสนามในโรงพยาบาลที่ประเทศเคนย่า เธอเข้าไปสังเกตการณ์ในห้องคลอดซึ่งกำลังเผชิญกับปัญหาขาดแคลนแพทย์ จึงไม่มีแพทย์ขึ้นเวร ดังนั้น หนทางเดียวที่จะสามารถทำคลอดได้คือการคลอดธรรมชาติ หัวหน้าพยาบาลผู้ยืนกุมมือหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังหวาดกลัวและมดลูกยังไม่

หดรีดตัวนานกว่าครึ่งชั่วโมง เธอตัดสินใจพูดเสียงเบื่งกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ให้เบ่งคลอด พฤติกรรมที่แสดงออกของพยาบาลคล้ายกับว่าเป็นการข่มขู่คุกคามคนไข้มากกว่าการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่อย่างทีพยาบาลควรจะเป็น ซึ่งคนทั่วไปมักคิดว่าพยาบาลในห้องคลอดใจร้ายราวกับว่าไม่รับรู้ความเจ็บปวดของหญิงคลอดลูก แต่บราวน์ชี้ว่า ในความเป็นจริง หากพยาบาลแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้หญิงที่กำลังคลอดลูกมาก ๆ พวกเธอจะรู้สึกไม่อยากเบ่งคลอด ดังนั้น พยาบาลจึงต้องทำอย่างใดก็ได้เพื่อสามารถกระตุ้นให้ผู้หญิงเหล่านั้นรู้สึกว่าการคลอดลูกเป็นเรื่องธรรมชาติ การมองว่าการกระทำของพยาบาลเป็นการกระทำที่เลียดเย็นและขาดความเอาใจใส่ต่อคนไข้ อาจจะไม่เข้าใจผิดต่อการใส่ใจดูแลภายใต้บริบทของประเทศเคนย่า Hannah Brown เสนอว่าทฤษฎีการดูแลในระบบบริการสุขภาพมักวางอยู่บนความคิดแบบคู่ตรงข้ามที่ตายตัว เช่น การดูแลเอาใจใส่เชิงอารมณ์ตรงข้ามกับการดูแลเอาใจใส่ด้วยเหตุผลและเทคนิควิธีการ แต่ในความเป็นจริงการใส่ใจดูแลควรถูกมองภายใต้ปฏิบัติการที่ลื่นไหล (slippery) ยากแก่การนิยามอย่างตายตัว ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ก็จัดเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะการใส่ใจดูแลเช่นกัน เพราะเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นไปที่การดูแลและช่วยเหลือผู้อื่น ดังนั้น การใส่ใจดูแลอาจไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (sympathies) เสมอไป แต่อาจเริ่มต้นจากอารมณ์เชิงลบหรือผสมผสานอารมณ์หลากหลาย เช่น ความหวาดกลัว (Brown, 2010)

นอกจากการใส่ใจดูแลต่อผู้ป่วยแล้ว งานจำนวนหนึ่งยังหันมาสนใจศึกษาชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเผยให้เห็นภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในสายงานที่พนักงานใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการช่วยเหลือผู้อื่น (Zahiri et al., 2014) สภาวะดังกล่าวสะท้อนให้สังคมนคราะห์หนักว่า ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ใจดูแลเช่นกัน และการดูแลไม่ได้มีแต่แง่มุมโรแมนติก แต่การดูแลเป็นการกระทำที่เต็มไปด้วยความตึงเครียดและต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ มากมาย การดูแลจึงไม่ใช่เรื่องง่ายตายและไร้ความซับซ้อน (Kleinman, 2009) งานศึกษาของ Igor Portoghese และคณะ เรื่อง “Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control” (2014) เสนอให้ส่งเสริมและเพิ่มความใส่ใจดูแลเพื่อแก้ไขปัญหภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ พวกเขาพบว่าภาระงานหนักอย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุหลักของความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ และทำให้การรักษาผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพตามไปด้วย นอกจากภาระงานแล้ว สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานยังมีส่วนสำคัญ เช่น คำพูดเชิงลบ บังคับต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดความเครียดสะสม ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคนอนไม่หลับ โรคกระเพาะ เป็นต้น บุคลากรที่ไม่สามารถทนต่อสภาวะดังกล่าวได้ บางคนเลือกลาออกและเปลี่ยนสายอาชีพ ทำให้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ขาดแคลน Portoghese และคณะ จึงผลักดันให้หน่วยงานและโรงพยาบาลควบคุมปริมาณงานและชั่วโมงทำงานเพื่อลดความเหนื่อยล้า และสร้างบรรยากาศใน

การทำงานที่เป็นมิตร เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Portoghese et al., 2014)

การแบกรับภาระงานที่หนักจนส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์เกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยเช่นกัน จากเสียงสะท้อนของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาล พบว่าแพทย์บางคนทำงานหนักเกินกว่า 100 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งส่งผลเสียทั้งต่อตัวแพทย์และคนไข้ เนื่องจากเมื่อขาดการพักผ่อนอาจทำให้การวินิจฉัยขาดประสิทธิภาพ และเกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา การแบกรับภาระงานหนักโดยขาดการพักผ่อน ยังส่งผลให้เกิดอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต แพทย์บางคนเจ็บหลังขณะขับรถ เนื่องจากการขึ้นเวรติดต่อกันโดยไม่ได้พักผ่อน และบางคนเลือกที่จะจบชีวิตลงด้วยภาวะความเครียดและความเหนื่อยล้าสะสม ในปัจจุบันแม้แพทย์พยายามจำกัดชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาล อยู่ที่ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2560) แต่ในความเป็นจริงกลับไม่สามารถทำได้ แพทย์จึงพยายามผลักดันข้อเสนอการควบคุมชั่วโมงการทำงานสู่ข้อกำหนดควบคุมชั่วโมงการทำงานของแพทย์ รวมไปถึงทุกสายงานในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นหลักในการอ้างอิงจำนวนชั่วโมงสูงสุดในการทำงานต่อสัปดาห์ (วารุณี, 2565)

นอกจากการใส่ใจดูแลในโรงพยาบาลดังที่ได้นำเสนอผ่านตัวอย่างงานศึกษาข้างต้นแล้ว นักมานุษยวิทยาการแพทย์ยังขยับขยายความสนใจการดูแลให้พ้นจากขอบเขตโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างโลกภายในและภายนอกโรงพยาบาลผ่านการทำงานประสานกันของมนุษย์และสิ่งที่ไม่ใช่มนุษย์ Peter Danholt และ Henriette Landstrup (2010) เสนอปฏิบัติการการดูแลตนเอง (self-care) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านแนวคิดโครงสร้างพื้นฐานของการดูแล (Infrastructures of care) ซึ่งเปรียบได้กับ “เส้นทาง” (track) ที่ทำให้การดูแลถูกส่งต่อและทำงานอยู่บนมัน โดยปกติแล้วโครงสร้างพื้นฐานของการดูแลเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น แต่หากหายไป การดูแลจะติดขัดหรือหยุดทำงาน Danholt และ Langstrup เสนอว่าในทางปฏิบัติ การดูแลตัวเองในภาวะเรื้อรัง เป็นปฏิบัติการที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยอาศัยเพียงแค่ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำหลักในการจัดการดูแลตนเองที่บ้านเพียงอย่างเดียว หากแต่การดูแลตัวเองเป็นกิจกรรมที่อาศัยความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและผู้กระทำที่หลากหลายบนโครงสร้างพื้นฐานของการดูแลในสังคมนั้น (Danholt & Langstrup, 2012:514-516)

Danholt และ Langstrup ยังอธิบายรูปธรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผูกโยงกับผู้กระทำอื่น ๆ ผ่านกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหอบหืด เขาพบว่าในชีวิตประจำวันผู้ป่วยต้องเตรียมพร้อมเพื่อป้องกันอาการหอบหืดกำเริบหลายประการ อาทิ ผู้ป่วยต้องคอยประเมินอาการของตัวเอง ขณะอยู่ในสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การกำเริบของโรคหอบหืด หากยาหมดต้องโทรไปสั่งยากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลล่วงหน้าและไปรับยากับเภสัชกรด้วยตัวเองเมื่อถึงวันนัด ผู้ป่วยต้องเลือกเก็บยาในพื้นที่ที่เข้าถึงง่าย บางคนเลือกเก็บยาในห้องน้ำ เนื่องจากสถานที่ดังกล่าวช่วยเตือน

ไม่ให้ลืมพ่นยาในเวลาเข้าขณะแปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยออกจากพื้นที่พักอาศัย จำเป็นต้องพกยาพ่นติดตัวและเก็บไว้ในพื้นที่ที่คุ้นชินมือเช่น กระเป๋าลือ กระเป๋าตังค์ เป็นต้น เพื่อบรรเทาอาการได้อย่างทันท่วงที (Danholt &Langstrup, 2012:518-524) จะเห็นได้ว่า การประกอบกันของ ยา ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ ญาติ รวมไปถึงวัตถุ เช่น กล่อง กระเป๋ โทรศัพท ได้ กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานของการดูแลที่ให้การดูแลตัวเองนอกขอบเขตโรงพยาบาลสามารถ ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง โดยที่ตัวผู้ป่วยยังเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ แม้พวกเขาจะอยู่ไกลออกไป และการปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานโดยการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ ใสเข้าไปก็จำเป็นต้องทำ ความเข้าใจการทำงานของโครงสร้างพื้นฐานเดิมที่ดำรงอยู่ก่อน มิฉะนั้นอาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบที่คาดไม่ถึงได้เช่นกัน

โดยสรุป งานศึกษาการใส่ใจดูแล (care) ในโรงพยาบาลให้ความสนใจกับประสบการณ์ และการปฏิบัติของกลุ่มคนที่หลากหลาย ตั้งแต่ผู้ป่วยจนถึงบุคลากรทางการแพทย์ งานศึกษา เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าในกระบวนการรักษาโรค ผู้ป่วยมีส่วนในการจัดการกับโรคไม่น้อยไปกว่า บุคลากรทางการแพทย์ การใส่ใจดูแลเกิดขึ้นผ่านการต่อรองระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย รวมไปถึงวัตถุ และสิ่งของรอบตัว การดูแลจึงเป็นการกระทำที่มีความซับซ้อนและต้องคำนึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะการทำความเข้าใจมิติทางอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งถือเป็นแง่มุมสำคัญที่ เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล นอกจากนี้ เพื่อขยายขอบเขตการศึกษาการใส่ใจ ดูแลในโรงพยาบาลให้กว้างไปกว้างงานศึกษาที่มีอยู่ การตระหนักถึงบทบาทการเป็นผู้ดูแลของ สิ่งมีชีวิตต่างสายพันธุ์ในระบบนิเวศโรงพยาบาล ตลอดจนการศึกษาประสบการณ์เชิงผัสสะที่ เกิดขึ้นขณะการดูแล เช่น แสง เสียง กลิ่น การสัมผัส รวมถึงการเคลื่อนที่ของวัตถุสิ่งของ นับเป็น ความท้าทายทางวิธีวิจัยในการศึกษาการใส่ใจดูแลของนักมานุษยวิทยาการแพทย์ต่อไปในอนาคต

ผู้เขียน

ณัฐนรี ชลเสถียร นักวิจัย ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

บรรณานุกรม

- วารุณี ลิทธิรังสรรค์. (2565). กลุ่มหมอบอลิทธิ "\ "ชีวโงมการทำงานแพทย์" ออกเป็นกฎหมายควบคุม แก้ปัญหา ภาระงานวนลูปหลายสิบปี. ค้นจาก <http://https://www.hfocus.org/content/2022/06/25393>
- สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา . (2560). การกำหนดกรอบเวลาการทำงานของแพทย์ภาครัฐ. ค้นจาก <http://https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/311>
- Brown, H. (2010). "If we sympathise with them, they'll relax" Fear/respect and medical care in a Kenyan hospital. *Medische Antropologie*. 22 (1): 125-142
- Danholt, P., & Langstrup, H. (2012). Medication as infrastructure: Decentering self-care. *Culture Unbound*, 4(3), 513–532. <https://doi.org/10.3384/cu.2000.1525.124513>



- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the Emergency Department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing, 18*(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>
- Kleinman, A. 2009. Caregiving: The Odyssey of Becoming More Human. *Lancet, 373*, 292-293.
- Kleinman, A. 2017. Presence. *Lancet, 389*, 2466-2467.
- Mol, A. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge.
- Stilgoe, J. 2008. Book: Handle with care. *Lancet, 371*, 2163-2164.
- Zahiri, M., Mahboubi, M., Mohammadi, M., Khodadadi, A., Mousavi, S.H., & Jalali, A. (2014). Burnout among Nurses Working in Surgery and Internal Wards at Selected Hospitals of Ahvaz. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences, 4*(3), 79-84, 2014.
https://www.researchgate.net/publication/268630329_Burnout_among_Nurses_Working_in_Surgery_and_Internal_Wards_at_Selected_Hospitals_of_Ahvaz