



## บทความวิจัย

# การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค: ประสบการณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพ

คุณากร การชะวี<sup>\*\*</sup>, พิมพวัลย์ บุญมงคล<sup>\*\*\*</sup>, สร้อยบุญ ทราญทอง<sup>\*\*\*\*</sup>, รณภูมิ สามัคคีคารมย์,<sup>\*\*\*\*</sup>  
สมเกียรติ ศรประสิทธิ์<sup>\*\*\*\*\*</sup> และโธมัส กวาดามูช<sup>\*\*\*\*\*</sup>

คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสบการณ์ของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่ประยุกต์ใช้การบูรณาการมิติเพศภาวะในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค

**แบบแผนการวิจัย:** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

**วิธีดำเนินการวิจัย:** ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค คัดเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลรัฐใน 5 จังหวัด จำนวน 78 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลและตีความผ่านการให้รหัสเปิด (Open coding) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

**ผลการวิจัย:** ประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การบูรณาการมิติเพศภาวะ แบ่งออกได้ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ประสบการณ์การวิเคราะห์เพศภาวะในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 2) ประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะในความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับผู้ป่วย เพื่อลดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย และเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย 3) ประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะในการทำงานระดับชุมชน เพื่อลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะในการจัดระบบบริการสุขภาพ

**สรุป:** การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นมีความสำคัญต่อการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างยิ่ง ทั้งช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อผู้ป่วยวัณโรคที่มีความต้องการ และข้อจำกัดที่แตกต่างกันจนสามารถนำไปสู่การให้บริการการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมจนเกิดผลสำเร็จในการรักษาได้ ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ และวางแผนด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** มิติเพศภาวะ/ การรักษาวัณโรค / บุคลากรด้านสุขภาพ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561, 30(3) : 53-65

\* ผู้รับผิดชอบหลัก นักวิจัยประจำหน่วยความเป็นเลิศด้านการวิจัยเพศภาวะ เพศวิถีและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: kanchawee.k@gmail.com

\*\* หัวหน้า หน่วยความเป็นเลิศด้านการวิจัยเพศภาวะ เพศวิถีและสุขภาพ และ ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* นักวิชาการอิสระและนักศึกษาปริญญาเอก คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\* อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\*\*\* อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

\*\*\*\*\* รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ และ รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



# Integration of Gender Mainstreaming in Tuberculosis Treatment: Experience from Health Care Providers

Kunakorn Kanchawee<sup>\*</sup>, Pimpawun Boonmongkon<sup>\*\*</sup>, Soiboon Saithong<sup>\*\*\*</sup>,  
Ronnapoom Samakkeekarom<sup>\*\*\*\*</sup>, Somkiat Sornprasit<sup>\*\*\*\*\*</sup> and Thomas E. Guadamuz<sup>\*\*\*\*\*</sup>

## Abstract

**Purpose:** This study is conducted to study healthcare providers' experiences which applied gender mainstreaming in Tuberculosis (TB) Treatment.

**Design:** Participatory action research (PAR).

**Method:** The informants participating in this study include 78 healthcare providers in total, who have had experiences with giving health cares to TB patients. These healthcare providers were selected through a purposive sample technique from public hospitals in 5 provinces. Tools used for collecting data in this study involve observations, in-depth interviews, and focus groups. Open coding is used as a key method in the stage of data analysis.

**Findings:** Healthcare providers' experiences based on gender mainstreaming in giving health cares to TB patients can be grouped as follows; 1) experiences with using gender analysis upon their home visit to TB patients, 2) experiences with using gender analysis in the relation between healthcare providers and TB patients, which help the healthcare providers exercise less power with the patients and, on the contrary, patient empowerment, 3) experiences with mainstreaming gender with community service to reduce stigma upon TB patients in the community and 4) experiences with using gender mainstreaming in providing health care services to TB patients.

**Conclusion:** This study shows that gender mainstreaming into Tuberculosis treatment and care is significant because its process helps health providers to clearly understand differences in patients' needs and limitations and be able to design appropriate and effective treatment plan. It is recommended that health providers should apply mainstreaming gender approach into nursing care for Tuberculosis patients as well as other types of patients

**Keywords:** Gender Mainstreaming/ Tuberculosis Treatment / Health Care Provider

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018, 30(3) : 53-65

Article info: Received June 7, 2018; Revised October 30, 2018; Accepted November 13, 2018.

<sup>\*</sup> Corresponding author, Researcher of Center of Excellence in Research on Gender, Sexuality and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. Email: kanchawee.k@gmail.com

<sup>\*\*</sup> Head of Center of Excellence in Research on Gender, Sexuality and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University.

<sup>\*\*\*</sup> Independent Scholar and PhD student, Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University.

<sup>\*\*\*\*</sup> Professor, Faculty of Public Health, Thammasat University.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Vice President for Research and Academic Department and Associate Professor of Department of Society and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University.



## บทนำ

สถานการณ์วัณโรคในปัจจุบันถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีถึง 16-20 ล้านคน เกือบครึ่งหนึ่งนั้นอยู่ในระยะแพร่เชื้อ (Infectious cases) (World Health Organization: 2006) โดยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึง 10.4 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2017) โดยเฉพาะกับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้กลับมาติดเชื้อซ้ำสูงชันประมาณ 960,000 คน ยิ่งไปกว่านั้นประเทศไทยอยู่ใน 30 อันดับของประเทศที่มีอัตราของผู้ป่วยวัณโรคที่สูง จากรายงานของ WHO โดยมีตัวเลขประมาณการณอยู่ที่ 68,000 คน (World Health Organization, 2016)

จากงานวิจัยทั้งในสังคมไทย และในหลายประเทศ มีข้อค้นพบว่า วัณโรค นั้นเป็นโรคที่ถูกผูกโยงเข้ากับสังคมวัฒนธรรม ที่สัมพันธ์กับความเป็นชายและหญิง โดยวัณโรคสำหรับสังคมไทยยังถูกให้ค่านิยามว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นในผู้ชาย เพราะการใช้ชีวิตโลดโผน และหากเกิดในผู้หญิงจะถูกมองว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี เทียบกลางคืน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้า (Soonthornhdhada, 2008 cited in Boonmongkon, Saithong, and Samakkeekarom, 2012) โดยในหลาย ๆ สังคม พบว่า ผู้หญิงจะมีภาวะการปิดบัง หรือมีประสบการณ์การตีตราเกี่ยวกับวัณโรคที่สูง (Somma, Auer, Abouihia, and Weiss, 2001; Weiss et al., 2006) และสำหรับผู้ชาย ความเป็นผู้ชายที่มีภาวะเป็นผู้ના ทำให้รู้สึกขาดอำนาจและไร้ค่าเมื่อต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและเป็นผู้ป่วย ทำให้ผู้ชายบางส่วนไม่ยอมกินยาต่อเนื่องเพราะไม่ต้องการการแสดงภาวะการพึ่งพิง เป็นต้น และเนื่องจากวัณโรคถูกให้ความหมายโดยกลุ่มคนในสังคมซึ่งมีอำนาจในการนิยามโรคว่าเป็นโรคน่ากลัว โรคสังคมรังเกียจ โรคของคนบาป คนไม่ดี และเมื่อผู้ป่วยตรวจพบว่า ตัวเองเป็นวัณโรคก็จะมีพฤติกรรมของการหลบซ่อน หลีกเลี้ยงที่จะพบปะผู้คน (Johansson, Diwan, Huong, and Ahlberg, 1996) ไม่ยอมพบเมื่อเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน

หรือบางคนเลือกที่จะรับการรักษาในสถานพยาบาลไกลบ้าน เพื่อปกปิดความเจ็บป่วยของตน (Wynne et al., 2014) และในประเทศไทย พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวัณโรคถูกสังคมรังเกียจและตีตรา (Kipp et al., 2011) โดยการรักษาวัณโรคนั้นต้องกินยาให้ครบตามแผนการรักษา ซึ่งในกระบวนการการกินยานั้นมีการใช้ระบบการคอยเฝ้า และกำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (Directly Observed Treatment: DOT) (World Health Organization, 1997, 2002a, 2002b) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้อำนาจ และรู้สึกไม่สามารถเป็นผู้นำครอบครัวได้ (Samakkeekarom, Boonmongkon, and Subongkot, 2013) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ใช้น้ำกากอนามัยหรือผ้าปิดปากหรือจมูกเมื่อไอ จาม ทุกครั้ง ข้อควรปฏิบัติดังกล่าวอาจสามารถทำได้ง่ายในการรักษาโรคทั่วไป แต่สำหรับผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ไม่ใช่เรื่องที่สามารถทำได้ง่าย เพราะสังคมตีตรา รังเกียจ และจ้องมองพวกเขา การตระหนักรู้และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการ และการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคจะรู้สึกพอใจมากกว่าที่จะเข้าพบบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ มีการแสดงความเห็นใจ เข้าอกเข้าใจสถานะต่าง ๆ ที่ตนเองต้องเผชิญ (Eastwood and Hill, 2004)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัณโรคเป็นโรคที่ผูกติดกับการให้ความหมายของผู้คนและสังคม ส่วนหนึ่งที่อำนาจในการกำหนดความหมายเชิงลบต่อโรคและผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถอธิบายหรือวิเคราะห์ได้ด้วยแนวคิดระดับชาติวิทยา แต่เพียงอย่างเดียว แต่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้แนวคิดระดับชาติวิทยาวัฒนธรรม (Cultural epidemiology) ในการทำความเข้าใจวัณโรค เพราะวัณโรคไม่ใช่โรคทางชีววิทยาเท่านั้น แต่เป็นโรคที่ผูกติดกับสังคมวัฒนธรรม (Weiss, 2001) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยผ่านมุมมองด้านสังคม เศรษฐกิจ ความเป็นตัวตน รวมถึงปัจจัยแห่งความไม่เท่าเทียมกันของหญิงและชาย ซึ่งส่งผลอย่างยิ่ง



ต่อการเข้าถึงทรัพยากร และด้วยสภาวะการณ์นี้หากมองผ่านการวิเคราะห์เพศภาวะ (Gender analysis) ภายใต้บริบทของเศรษฐกิจ ชนชั้น ชาติพันธุ์ อายุ การศึกษาระบบความเชื่อ และวัฒนธรรม ซึ่งเพศที่แตกต่างกันภายใต้บริบทต่าง ๆ นี้มีผลอย่างยิ่งต่อการติดเชื้อ (Hudelson, 1996) และถ้าบุคลากรด้านสุขภาพสามารถวิเคราะห์เพศภาวะผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน ก็จะช่วยให้เห็นประเด็นที่ต้องให้ความละเอียดอ่อนต่อผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการดูแล เยียวยารักษาตนเอง การเข้าถึงการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษา (Boonmongkon, Saithong, and Samakkeekarom, 2012)

การบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวิโรค (Gender mainstreaming) จึงหมายรวมถึง การทำความเข้าใจผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมสังคมในชุมชนผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางสุขภาพในเพศหญิงและชายที่มีความต้องการ ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่ออำนาจในการเข้าถึงทรัพยากรที่เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ถ้าบุคลากรด้านสุขภาพสามารถบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวิโรคได้ จะสามารถนำไปสู่การวางแผนการส่งเสริม ดูแล และรักษาที่มาจากความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยวิโรคอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาได้ (Boonmongkon, Saithong, and Samakkeekarom, 2012)

การบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวิโรคจึงได้ถูกนำมาเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการทำงานด้านวิโรค โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอให้การทำงานวิโรคของบุคลากรด้านสุขภาพนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัญหาวิโรค โดยเฉพาะเพศภาวะที่มีส่วนสำคัญต่อความเจ็บป่วย การให้ความหมายต่อการดูแลรักษาตนเองที่แตกต่างกันของชาย หญิง ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการ และส่งผลต่อการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการรักษาวิโรค แต่การดำเนินงาน

บูรณาการมิติเพศภาวะในงานวิโรคในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยทั้งระดับของการปฏิบัติการและระดับนโยบาย ยังไม่มีการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแต่ยังขาดมุมมองเรื่องเพศภาวะ (Boonmongkon, Saithong, Samakkeekarom, Sornprasit, and Kanchawee, 2014) บทความนี้ผู้วิจัยจึงต้องการอธิบายวิธีการบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวิโรคจากประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวิโรคผ่านการให้ความสำคัญ และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยวิโรค ผ่านการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมลดการตีตราและอคติในชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะเป็แนวทางในการพัฒนาและประยุกต์ใช้การบูรณาการมิติเพศภาวะในระดับบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวิโรค และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ละเอียดอ่อนอื่น ๆ ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิโรคของบุคลากรด้านสุขภาพ พื้นที่ 5 จังหวัดของประเทศไทยได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดภูเก็ต จังหวัดนครปฐม จังหวัดระยอง และจังหวัดขอนแก่น

## การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เก็บข้อมูลผ่านการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักในประเด็นเพศภาวะในงานวิโรคในระดับผู้ปฏิบัติการ (การจัดเวทีระดมสมอง) ระยะที่ 2 อบรมการใช้เครื่องมือในการบูรณาการมิติเพศภาวะ (วิเคราะห์เพศภาวะ) สำหรับผู้ปฏิบัติการ และทบทวนองค์ความรู้ อย่างสม่ำเสมอ (Refresher training) ระยะที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานแต่ละจังหวัดดำเนินกิจกรรมเพื่อลดการตีตราในชุมชน และใช้เครื่องมือวิเคราะห์เพศภาวะในการทำงานวิโรค ระยะที่ 4 รมงค์สร้างความรู้ความตระหนักในความสำคัญของ



การบูรณาการมิติเพศภาวะในงานด้านวินิจฉัยโรค และลด การตีตราผู้ป่วยในระดับผู้บริหารและผู้วางนโยบาย ระยะที่ 5 อบรมการใช้เครื่องมือในการบูรณาการมิติ เพศภาวะสำหรับอาสาสมัครในชุมชน (วิเคราะห์เพศภาวะ) และระยะที่ 6 นิเทศงานติดตามประเมินผลโครงการ โดยมี ระยะเวลาในการทำงานวิจัยทั้งหมด 5 ปี (พ.ศ. 2552-2557)

**ผู้ให้ข้อมูล** คือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลและ รักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่จังหวัด ลำพูน จังหวัดขอนแก่น จังหวัดนครปฐม จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดระยอง จำนวน 78 คน แบ่งเป็นแพทย์ 4 คน พยาบาล 25 คน นักวิชาการสาธารณสุข 33 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 12 คน เภสัชกร 1 คน และ เจ้าหน้าที่ 3 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ ปฏิบัติงานในส่วนของการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค เช่น คลินิกวัณโรค เป็นต้น 2) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องการพัฒนา ศักยภาพของโครงการตั้งแต่ปีที่ 1- 5

### วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัด ภูเก็ต จังหวัดนครปฐม จังหวัดระยอง และจังหวัดขอนแก่น โดยมีการเก็บข้อมูลผ่านการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการอบรมในระยะที่ 1-5 และการสัมภาษณ์เชิงลึก 1 ครั้ง กับผู้ประสานงานหลัก จังหวัดละ 1-2 คน (รวม 9 คน) และการสนทนากลุ่ม จังหวัดละ 2 ครั้ง (รวม 78 คน) ผ่านกิจกรรมการนิเทศ งานประเมินผลโครงการในระยะที่ 6 โดยมีเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้ 1) ทีมวิจัยถือเป็นหนึ่งใน เครื่องมือที่สำคัญในการศึกษา โดยทีมวิจัยประกอบด้วย อาจารย์และนักวิจัยที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายสาขา ทั้งใน ด้านสาขาสาธารณสุขศาสตร์ สาขามานุษยวิทยาการแพทย์ ที่มีความเข้าใจ และมีผลงานทางวิชาการในประเด็น เพศภาวะ 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยคำถาม มีลักษณะปลายเปิด และการสังเกตการณ์จากการเข้าร่วม กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเน้น

คำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้ และมุมมองเกี่ยวกับ เพศภาวะของแต่ละบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องไปถึงประสบการณ์ ส่วนบุคคลในการดำเนินชีวิต และประสบการณ์การประยุกต์ เพศภาวะกับงานวินิจฉัยโรค เช่น ถ้ามองถึงความหมายของ เพศภาวะในความเข้าใจของแต่ละคน ให้ช่วยเล่า ประสบการณ์การประยุกต์ใช้เครื่องมือบูรณาการมิติ เพศภาวะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น 3) แบบบันทึก ภาคสนาม ในการสนทนากลุ่มนั้นจะมีการจดโน้ตย่อ การให้ข้อมูลของบุคลากรด้านสุขภาพ และสำรวจท่าทาง ปฏิติกริยาของผู้ให้ข้อมูลในการสนทนา เพื่อใช้ในการ วิเคราะห์ความละเอียดอ่อนในมิติเพศภาวะในการทำงาน ด้านวัณโรคด้วย 4) เทปบันทึกการสนทนากลุ่ม การบันทึก เทปสัมภาษณ์นั้นจะดำเนินการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน ทุกครั้ง

### จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรม การวิจัยในคนของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA.No. MU-IRB 2010/233.2109 และคณะวิจัยมีการขอความยินยอม ปกป้องสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยมี กระบวนการดังนี้ 1) การถอดเทปจากบทสัมภาษณ์แบบ คำต่อคำ 2) นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรม การจัดการข้อมูลเชิงคุณภาพ NVivo11 โดยการใช้ การตีความและการวิเคราะห์เพื่อแยกประเด็นผ่านการลงรหัส (Codebook) จากวัตถุประสงค์การวิจัยและปรากฏการณ์ ที่พบในภาคสนาม (Open coding) เป็นฐานที่สะท้อน ประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะของบุคลากร ด้านสุขภาพ

### ผลการศึกษา

ประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการ ดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค หลังจากได้ผ่านการอบรม



แบบมีส่วนร่วมและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างความตระหนักในประเด็นเรื่องเพศภาวะในงานวันโรคนั้นพบว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีประสบการณ์การรับรู้และวิธีการประยุกต์ใช้การบูรณาการมิติเพศภาวะในการทำงานด้านวันโรคในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำความเข้าใจ การให้ความหมายต่อเพศภาวะในระดับปัจเจก คือตัวบุคลากรด้านสุขภาพเอง และประสบการณ์ในการประยุกต์ใช้การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรค (การวิเคราะห์เพศภาวะ, การลดใช้อำนาจ และการเสริมพลัง) ประสบการณ์ในการบูรณาการมิติเพศภาวะกับชุมชน นอกจากนี้ยังรวมถึงประสบการณ์บูรณาการมิติเพศภาวะในการจัดระบบบริการสุขภาพด้วยดังนี้

### 1. ประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการวิเคราะห์เพศภาวะในงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวันโรค

ประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะเข้ากับการงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวันโรค คือ การที่บุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นทีมงานเยี่ยมบ้านเกิดมุมมองด้านเพศภาวะในการดูแลผู้ป่วยวันโรค โดยการทำความเข้าใจเพศภาวะที่ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งทางด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความเป็นหญิงและชาย ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์เพศภาวะของผู้ป่วยวันโรคอันนำไปสู่วิธีการเยี่ยมบ้านที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เช่น มีการพูดคุยกันถึงลักษณะการเยี่ยมบ้านที่ต้องการ มีการต่อรองการรักษา การรับยาในสถานที่และเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก สร้างบรรยากาศในการพูดคุยให้เป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสะดวกใจในการพูดคุย เพื่อเสริมพลังและตอบสนองต่อความต้องการ และสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาของผู้ป่วย พยายามทำความเข้าใจข้อจำกัด และความซับซ้อนของบทบาทหน้าที่ความเป็นหญิงและชายในครอบครัว และชุมชนที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรักษา ดังกรณีศึกษาจากประสบการณ์ของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพเยี่ยมบ้านของพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ที่เล่าถึงการวิเคราะห์เพศภาวะในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวันโรค และเกิดผลสำเร็จในการรักษา ดังนี้

จักร (นามสมมติ) อายุ 46 ปี ผู้ป่วยวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมอง มีปัญหาการขาดยาโดยคณะที่มงานเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชา ได้พยายามวิเคราะห์มิติเพศภาวะผ่านการศึกษาเรื่องราวชีวิตผู้ป่วย ทำให้ได้ทราบถึงอาชีพผู้ป่วยว่าทำงานขับรถวินมอเตอร์ไซด์ เคยมีชีวิตที่รุ่งโรจน์มีอาชีพทำงานในบริษัทเอกชนที่กรุงเทพฯ ได้เงินเดือนสูง แต่ปัจจุบันถูกไล่ออกจึงกลับมาอยู่บ้าน ภรรยาขอหย่ากินแต่เหล้า ต่อมาโอดมาจนเป็นเลือดจืดจางและมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หมอตรวจวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยวันโรคต่อเยื่อหุ้มสมองจึงจัดสูตรยาฉีดให้ และต้องไปฉีดต่อเนื่องที่สถานอนามัยใกล้บ้าน แต่ฉีดได้ 2 อาทิตย์ก็หยุดยา ทีมบุคลากรเยี่ยมบ้าน ได้ลงเยี่ยมบ้านโดยมีเภสัชกรชายเป็นส่วนหนึ่งของการเยี่ยมบ้านเพราะคิดว่าคงต้องเป็นการพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ชายกับคนไข้ชาย ครั้งแรกที่ทีมงานซึ่งมีแต่หญิงล้วนโดนปฏิเสธแต่ความพยายามและการออกแบบทีมงานเยี่ยมบ้านใหม่มีเจ้าหน้าที่ผู้ชายไปด้วยจึงได้เข้าเยี่ยมบ้าน ได้พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงได้วิเคราะห์เพศภาวะของผู้ป่วย พบว่า 1) **ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย** นั้นเชื่อมโยงกับความเป็นชายที่ต้องมีการกินเหล้าสุบหรืออย่างหนัก อีกทั้งยังชอบความท้าทายกล้าได้กล้าเสีย จึงทำให้เกิดการพนันด้วย นอกจากนี้ความเป็นชายและเคยเป็นคนมีอำนาจจึงมักไม่ชอบการถูกสั่งการ ไม่ชอบบอ จึงทำให้ไม่ไปหาหมอ ไม่กินยา ไม่พูดกับเจ้าหน้าที่ผู้หญิง 2) **การแบ่งงาน** ผู้ป่วยนั้นเคยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยมีอำนาจ รับผิดชอบทุกอย่างในบ้าน ทำให้เมื่ออยู่ในฐานะผู้ป่วย จักถูกลดทอนอำนาจ ถูกจับจ้อง และต้องทำตามคำสั่ง ทำให้รู้สึกด้อยค่า และไม่มีความสุข ไม่มีเป้าหมายในการใช้ชีวิตเพราะไม่ถูกคาดหวัง หรือถูกแบ่งงานหรือมีส่วนในการรับผิดชอบที่บ้าน 3) **การเข้าถึง/ควบคุมทรัพยากรและผลประโยชน์** เนื่องจากจักรเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยมีอำนาจมีส่วนในการตัดสินใจในเรื่องของบ้าน แต่ปัจจุบันเป็นที่ชายที่มีอำนาจ จึงรู้สึกไม่ได้รับการยอมรับจากมารดา และชุมชนเพราะตัวเองเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงและขาดอำนาจ 4) **ความต้องการของจักร** ได้แก่ **ความต้องการเชิงปัจเจกหรือความต้องการพื้นฐาน** ที่จักรต้องการคือ ความรัก



ความใส่ใจจากคนในครอบครัว ความรู้สึกว่าคุณค่าและมีเป้าหมายในชีวิต ทางเจ้าหน้าที่จึงจัดให้แม่และลูกได้มีโอกาสพูดเปิดใจระหว่างกัน แสดงความรักต่อกัน โดยเจ้าหน้าที่ได้เตรียมให้จักรเด็ดดอกมะลิที่บ้าน มอบให้แม่และบอกรักแม่ โดยแม่ก็บอกว่ารักจักร และยังบอกกับจักรอีกว่าแม่ขอสิ่งเดียวจากลูก “แม่ขออย่างเดียวขอให้ลูกมีความสุขแข็งแรง” ทำให้จักรดีใจมากและสัญญากับแม่ว่า “ผมจะมารักษาต่อให้หาย” ต่อจากนั้นผู้ป่วยก็เข้ารับการรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากจักรเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่คือคนที่หวังดีจากใจจริง เมื่อจักรได้เปิดใจกับแม่ มีแม่ให้กำลังใจ ทำให้จักรไม่ตีตราตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองจากการได้รับความรักจากแม่ และจักรก็ได้แสดงความรักต่อแม่ ด้วยการพยายามรักษาตนเองให้หายตามคำขอของแม่

นอกจากนี้จากการอบรมและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการ บุคลากรด้านสุขภาพได้ให้ความหมายและอธิบายการวิเคราะห์เฉพาะจากประสบการณ์ตนเอง จะเห็นได้ว่าจากการให้ความหมายและการประยุกต์ใช้มุมมองเฉพาะในงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคนั้น ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพได้ฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีความลึกซึ้ง และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นตัวตนของผู้ป่วย และเข้าใจองค์ประกอบเชิงบริบทความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยมากขึ้น อันนำมาซึ่งการสร้างกลยุทธ์ในการเข้าถึงผู้ป่วยในงานเยี่ยมบ้าน นำไปสู่การสร้างความไว้วางใจและการรักษาที่มีโอกาสสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ดังกรณีศึกษา ยิ่งไปกว่านั้นแล้วบุคลากรด้านสุขภาพบางส่วนยังสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพื่อนร่วมงานได้อีกด้วย ดังคำกล่าวต่าง ๆ ดังนี้

“...สามารถนำมาปรับใช้กับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน (เข้าใจ/มองคน 360 องศารอบด้าน) เริ่มหัดฟัง ติดตามผู้ป่วยให้เรารู้ปัญหาที่แท้จริง ถ้าพูดทำร้ายคนจะทำให้เค้าเสียใจไปนานสักแค่ไหน ประยุกต์ใช้ได้กับทุกเรื่อง เพิ่มก็ลายมมิตร” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัดขอนแก่น, Focus Group Discussion)

“ตอนที่เราลงไปเยี่ยมบ้าน เราก็มองอย่างเดียว วัตถุประสงค์เราต้องกินยา (สั่งการ) แต่พอเราได้เข้าอบรม gender เรามององค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น เศรษฐกิจครอบครัว ความเป็นอยู่ของเขา ความรู้ของเขาว่าเขามีความรู้หรือเปล่า ก็เอามาเปรียบเทียบกัน ทำให้เราเข้าใจคนไข้มากขึ้น” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัดระยอง, การอบรมเชิงปฏิบัติการ)

## 2. ประสบการณ์บุคลากรด้านสุขภาพในการบูรณาการมิติเพศภาวะในความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับผู้ป่วย โดยลดการใช้อำนาจและเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย

วิธีการที่บุคลากรด้านสุขภาพใช้ในการบูรณาการมิติเพศภาวะในความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การเกลี้ยความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่ากันระหว่างตนเองกับผู้ป่วย โดยในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้น มีการพยายามควบคุมอารมณ์ของตนเอง และลดการใช้อำนาจในการสั่งผู้ป่วย โดยให้คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และการมีชีวิตจิตใจของผู้ป่วย ที่มีฐานอื่นไม่ใช่เป็นแค่ผู้ป่วยที่ต้องคอยรับคำสั่งโดยขาดความเป็นตัวตนของตนเอง บุคลากรด้านสุขภาพต้องอาศัยความเป็นผู้ดูแลที่เป็นมิตร และให้คำแนะนำมากกว่าที่จะใช้คำสั่ง ใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยนแทนการดูว่าผู้ป่วยที่ไม่กินยา และฟังผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อเปิดโอกาส ชักถามสร้างพื้นที่ในการพูดคุย วางแผนต่อรองการรักษาร่วมกันได้ จากประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพที่พยายามจะลดการใช้อำนาจ และการสั่งการด้วยมุมมองด้านเพศภาวะและตระหนักถึงจิตใจของผู้ป่วยให้มากขึ้น ดังนี้

“gender คือการรู้ว่าคนนี้ได้เป็นแค่คนใช้ ความที่ว่าเมื่อก่อนเรามองคนไข้ เราก็จะสั่งเขา แต่เวลานี้เราฟังมากขึ้น คือคนไข้ที่เราสั่งก็จะเป็นคนเหมือนกัน ถ้าหากว่าเราสั่งเขาอย่างเดียวโดยที่เราไม่ฟังความคิดของเขาเลย บางที่เขาต้าน...เมื่อก่อนเราก็จะว่า ๆ เขาก็จะอึ้ง...แต่การให้วิเคราะห์ในการที่เราจะจัดการดูแลด้วยกัน เพราะเขามีความคิดความเชื่อที่ต่างกัน” (ผู้ปฏิบัติงาน



จังหวัดภูเก็ต, Focus Group Discussion)

นอกจากนั้นแล้วบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการกำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า และการเยี่ยมบ้าน ได้มีการเสริมพลังผู้ป่วยให้ความเป็นกันเอง ไม่ใช่อำนาจในการสั่งการ และทำการวิเคราะห์เพศภาวะ เพื่อที่จะนำมาซึ่งการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

“เพราะว่าเห็นความสำคัญในเรื่องของการที่จะต้องติดตามเยี่ยมบ้าน เพราะว่ามันคือผู้ป่วยเขาหมดกำลังใจ ต้องการที่จะเสริมพลัง และติดตามเพื่อแก้ปัญหาความต้องการของเขาที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหลายด้าน” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัดลำพูน, Focus Group Discussion)

### 3. ประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการบูรณาการมิติเพศภาวะในการทำงานระดับชุมชนเพื่อลดการตีตราในชุมชน

จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีปัญหาเชิงสังคม เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่มีการตีตราอย่างสูงในชุมชน ชุมชนมีการรังเกียจผู้ป่วย มีการแยกบ้าน ทั้งให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในพื้นที่ที่ถูกกั้นไว้ ผู้ป่วยถูกตีตราและชุมชนได้สร้างภาพตัวแทนของผู้ป่วยวัณโรคว่าเป็นคนสกปรก ยกจน ไม่มีการศึกษา ฯลฯ ซึ่งจากการตีตรานี้ทำให้ผู้ป่วยต้องปกปิดตัวตน ไม่เข้ารับการรักษาหรือไปรักษาไกลบ้านเพราะกลัวชุมชนรู้ ดังนั้นส่วนสำคัญที่สุดของการทำงานวัณโรค คือ การลดการตีตราในชุมชนและให้ภาพตัวแทนของผู้ป่วยวัณโรคเหลือเพียงตัวโรคที่สามารถรักษาได้ ประสบการณ์บุคลากรด้านสุขภาพในการบูรณาการมิติเพศภาวะเข้ากับงานวัณโรคอีกมิติหนึ่งได้เกิดขึ้นโดยการที่บุคลากรด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงปัญหาการตีตราของครอบครัว และชุมชนต่อผู้ป่วยวัณโรคและใช้มุมมองด้านเพศภาวะในการจัดกิจกรรม โดยพยายามสร้างกิจกรรมที่ให้วัณโรคต้องไม่ผูกติดกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อ ที่เป็นปัญหาก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น วัณโรคเป็นโรคของคนจน หรือการไม่มีการศึกษา วัณโรคไม่ใช่โรคของผู้หญิงหรือคนอ่อนแอ เป็นต้น ต้องให้ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเข้าใจว่า

วัณโรคนั้นสามารถเป็นได้ทุกคน และเป็นแล้วหายได้ ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ในบางจังหวัดบุคลากรด้านสุขภาพได้มีการจัดทำประกาศทางวิทยุโดยให้ผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นคนพูดเนื้อหาว่า “วัณโรคเป็นโรคที่รักษาได้หายขาด” นอกจากนั้นแล้วยังมีการใช้เครือข่ายในชุมชนเป็นผู้กระจายข้อมูลข่าวสารให้กับชุมชนรับรู้ประเด็นเรื่องวัณโรคและการตีตรา รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีการนำผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาเป็นกรณีศึกษาสร้างกระแสให้เกิดการยอมรับ สร้างความเชื่อที่ว่าวัณโรคเป็นแล้วสามารถหายขาดได้ หรือแม้แต่นำผู้มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักและเคยป่วยเป็นวัณโรคแล้วได้รับการรักษาจนหายมาเป็นวิทยากร พูดให้กำลังใจและเปลี่ยนวิธีคิดและการตีตราของชุมชน ทำให้เกิดการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่มากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

“อสม.อย่างน้อยก็คือเขาเป็นกระบอกเสียงให้เราได้ แล้วก็ช่วยค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้เราได้อีกส่วนหนึ่งก็คือการที่มีเคส ก็เข้าไปคุยพูดคุยได้ เพราะว่าความใกล้ชิดเป็นเพื่อนบ้านกันมีปฏิสัมพันธ์ที่ติดต่อกันก็คุยกันง่าย” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัดระยอง, Focus Group Discussion)

“คือครั้งแรกเข้าไปทำ DOT จะเจอทุกเคสเลยที่ญาติเขาจะไม่ยอมรับ แต่หลังจาก (ทำกิจกรรม) เข้าไปคุยแล้ว เขาก็เกิดการยอมรับมากขึ้น” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัดลำพูน, Focus Group Discussion)

### 4. ประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการบูรณาการมิติเพศภาวะในการจัดระบบบริการสุขภาพ

ประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่ว่าพยายามประยุกต์ใช้มุมมองด้านเพศภาวะในการให้บริการกับผู้ป่วยทั้งระบบไม่ใช่เฉพาะแค่แผนกผู้ป่วยวัณโรคโดยการพูดคุย แนะนำ และประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลแต่ยังพบว่า บุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ยังไม่มีมุมมองด้านเพศภาวะ และยังคงมีการตีตรารังเกียจและไม่อยาก





เข้าใกล้ผู้ป่วย เช่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะใส่หน้ากากมารับบริการ แต่ก็ยังถูกรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ที่อยู่ดีไม่ว่าจะด้วยการเดินออกห่าง และการหลีกเลี่ยงการพูดคุย เป็นต้น รวมถึงยังมีการพูดเชิงรังเกียจต่อผู้ปฏิบัติงานในแผนกวิโรค อันเป็นผลมาจากการอบรมเสริมศักยภาพยังไม่ครอบคลุมกับบุคลากรทั้งโรงพยาบาล และยังมีบุคลากรย้ายเข้า-ออก ในหน่วยงานตลอดเวลาทำให้ขาดแคลนบุคลากร และส่งผลให้บุคลากรที่ยังคงอยู่มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน

นอกจากนั้นตัวระบบการจัดการในโรงพยาบาล ยังคงไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เช่น ระบบการเปิด-ปิดของคลินิกวิโรคที่มีเฉพาะวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องไปแผนกทั่วไปซึ่งจะมีกระบวนการที่ซ้ำและไม่เป็น One stop service และบางส่วนก็มีการตีตราผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรมซึ่งทำงานอยู่ในแผนกอื่น นอกจากนั้นการจัดพื้นที่ของคลินิกวิโรคบางแห่ง ยังสร้างแปลกแยก เป็นชายขอบ และตีตราผู้ป่วยวิโรค เช่น การสร้างสถานที่แยกและเป็นจุดเด่นต่างจากแผนกอื่น ๆ เป็นต้น

*“การตีตราก็ยังมองว่าเยอะ ขนาดเป็นบุคลากร สาธารณสุขก็ยังรังเกียจ เขาใส่หน้ากากก็รังเกียจ” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัดระยอง, Focus Group Discussion)*

*“การหาคนที่เข้ามา ผมไม่อยู่แล้วจะมีใครกล้าที่จะมาทำตรงจุดนี้หรือเปล่า เพราะว่า (ความรู้) ทักษะ) อยู่ที่ตัวเหมือนกันที่จะเข้าใจ ถ้าหากว่าเขาไม่เข้าใจก็จะไม่ได้... อนาคต ก็ต้องฝากคนที่เกี่ยวข้อง เพราะว่าตอนนี้ หัวหน้าเขาก็เปลี่ยนเหมือนกัน” (ผู้ปฏิบัติงานจังหวัด นครปฐม, Focus Group Discussion)*

## อภิปรายผล

### 1. การวิเคราะห์เพศภาวะมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยวิโรคทุกชั้นตอน

จากผลการศึกษาประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลผู้ป่วยวิโรคของบุคลากรด้านสุขภาพนั้น พบว่า เพศภาวะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความ

สำคัญต่อการรักษาวิโรคของผู้ป่วย ซึ่งการทำความเข้าใจเรื่องเพศภาวะนั้นมีความซับซ้อน เนื่องจากเพศภาวะนั้นไม่ใช่แค่เรื่องเพศเชิงกายภาพของหญิงชายแต่เป็นปัจจัยที่ถูกประกอบสร้างจากสังคมที่สร้างความเป็นหญิงและความเป็นชาย ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพนั้นต้องอาศัยเวลาในการเข้าถึงผู้ป่วย และทำความเข้าใจสภาพสังคม เศรษฐกิจ ความคิด ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยหญิงชายที่มีความแตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การให้บริการการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเยี่ยมบ้านต้องทำงานกับตัวผู้ป่วยทำความเข้าใจตัวตน ข้อจำกัด ความคิดความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยา หรือการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยซึ่งจะมีความแตกต่างกัน ต้องพูดคุยกับคนในครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจและเห็นความสำคัญร่วมกัน โดยไม่ใช่อำนาจการสั่งการ การจ้องจับผิด ซึ่งถือว่าเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยการลดใช้อำนาจเหนือ งดการสั่งการ และเน้นการสร้างพลังเชิงบวก และสนับสนุนในสิ่งที่เป็ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ในการดูแลรักษาตนเองภายใต้ข้อจำกัดที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดนของ Thorson and Johansson (2004) และ Long, Johansson, Diwan, and Winkvist (1999) ที่กล่าวถึง ความสำคัญของเพศภาวะ ความเป็นผู้หญิงและผู้ชายที่มีลักษณะการใช้ชีวิต ความคิดความเชื่อ และบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิโรคตั้งแต่การรับเชื้อ การเข้ารับการรักษา การกินยาอย่างต่อเนื่อง โดย Thorson and Johansson (2004) ได้ยกตัวอย่างของบทบาททางเพศที่แตกต่างกันทำให้เกิดการเข้าถึงการรักษาที่แตกต่างกันของหญิงและชาย กล่าวคือ ผู้ชายในสังคมสวีเดนถือเป็นผู้นำ และมีอำนาจในการควบคุมทรัพยากร เช่น เงินและเวลาที่ใช้ดูแลครอบครัว ทำให้ผู้ชายสามเีเข้าถึงการรักษาได้เร็วกว่าผู้หญิงซึ่งต้องใช้จ่ายเงินของสามี และยังไม่มืเวลาในการที่จะไปโรงพยาบาลเพราะต้องดูแลลูก ๆ และครอบครัวของสามี ทำให้ผู้หญิงเข้าถึงการรักษา



ช้ากว่าผู้ชายถึง 1.6 สัปดาห์ในเวียดนาม และสำหรับในประเทศไทยก็มีรายงานถึงการที่ผู้หญิงเข้าถึงการรักษาได้ช้ากว่าผู้ชายประมาณ 7 วัน (Ngamvithayapong, Yanai, Winkvist, and Diwan, 2001) นอกจากนั้นแล้วถึงแม้ผู้หญิงและผู้ชายจะเข้าถึงการรักษา แต่ผู้หญิงก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มากกว่าผู้ชาย ด้วยเหตุผลที่ว่าจะต้องปรึกษากับสามี หรือถามไถ่เพื่อน ๆ ของพวกเขา ก่อน จึงเป็นเหตุให้ผลการรักษาของทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีความแตกต่างกัน และในการรักษาโรคนี้จนถึงแม้ว่ายาการรักษาจะไม่มีค่าใช้จ่ายแต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้หญิงยังมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงการรักษาเพราะเธอต้องพึ่งพาสามี หรือคิดถึงความเป็นอยู่ของครอบครัวก่อนสุขภาพของตน และสำหรับผู้ชายจะมีความกังวลที่จะต้องหยุดงาน ต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่นเดียวกับงานของ Long, Johansson, Diwan, and Winkvist (1999) ที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพนอกจากค่ายารักษาโรคนั้น ก็ยังมีอยู่มาก ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา ค่าอาหารที่โรงพยาบาล ค่าเสียโอกาสในการทำงาน ซึ่งเป็นเรื่องที่คุณลักษณะด้านสุขภาพจะต้องคำนึงถึงด้วย

## 2. การตีตราในผู้ป่วยและมายาคติของชุมชนต่อวัณโรค สะท้อนระบบความสัมพันธ์ซึ่งอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน

นอกจากนั้นแล้วจากผลการศึกษา พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องลดการตีตราในชุมชน เพราะเนื่องมาจากวัณโรคเป็นโรคที่มีความผูกโยงกับระบบความคิดความเชื่อ มายาคติเกี่ยวกับโรค อันส่งผลให้ชุมชน สังคมมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคไม่กล้าเข้ารับการรักษา แยกตัวออกห่างจากชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khan (2012) ซึ่งได้ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้หญิงอินเดียที่เป็นวัณโรค โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นอย่างลึกซึ้งถึงความเป็นผู้หญิง อำนาจในการเข้าถึงทรัพยากร อันได้แก่ ความรู้ และความสามารถในการจัดการสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่น้อย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาความสะอาด การป้องกัน การติดเชื้อ และยังรวมถึงความคิดความเชื่อ และการตีตรา

ในชุมชน ว่าวัณโรคเป็นโรคที่เกิดจากการผิดประเพณี การเป็นผู้หญิงไม่ดี เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยและปิดบังอาการของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งการปิดบังและการตีตรานี้ ยังตรงกับการศึกษาของ Long et al. (2001) ที่กล่าวถึง การตีตราวัณโรคว่าเป็นโรคของคนจน ไม่มีการศึกษา เป็นแล้วตาย ถูกรังเกียจจากครอบครัว และชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดการแยกตัวและปิดบังโรคต่อชุมชน อันก่อให้เกิดการแพร่เชื้อในชุมชน โดย Samakkeekarom & Limsomboon (2014) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำงานชุมชนเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรคว่า ต้องเน้นการทำงานเชิงรุกด้วย จากผลการวิจัยชิ้นนี้ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพพร้อมกับชุมชนได้มีการจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ด้วยการจัดเวทีชุมชนให้มีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนำบุคคลตัวอย่างที่หายป่วยจากวัณโรคมาแล้ว และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยวัณโรค และชุมชนให้มีทัศนคติเชิงบวกลดการตีตรา ซึ่งจะสามารถสร้างให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

## 3. ระบบการจัดการองค์กรในระบบบริการสุขภาพที่มีผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากผลการศึกษาถึงแม้ว่าบุคลากรด้านสุขภาพ จะใช้มุมมองด้านสภาวะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พยายามทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งการดูแลเชิงปัจเจกที่ลดการใช้อำนาจและเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยวัณโรค การทำงานในระดับชุมชนในการลดการตีตราในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรักษา และการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่การทำงานในระดับการจัดการองค์กรและระบบสาธารณสุขกลับยังคงไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยระบบบริการยังไม่สามารถเอื้ออำนาจให้เกิดความละเอียดอ่อนในระดับการจัดระบบบริการได้ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง บุคลากรด้านสุขภาพมีความเหนื่อยล้ากับการทำงานในระบบบริการที่ไม่สนับสนุนการทำงานของ ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Leiter and Maslach (1988) ที่ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน



ของบุคลากรในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การปฏิบัติตามกฎองค์กร ข้อผูกมัดหรือภาระที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรนั้นทำให้บุคลากรมีความเครียดสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะทางอารมณ์ ส่วนบุคคล บทบาทหน้าที่ที่ขัดแย้งกัน หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรให้ตอบสนองต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์นั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการทำงาน สร้างพื้นที่ที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ศักยภาพ มีความสุขกับการทำงานมากขึ้น และลดภาวะการเหน็ดเหนื่อย ความเครียด ความเบื่อหน่ายต่อการทำงาน อันจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพลดลง และอาจทำให้เกิดการลาออกจากงานหรือการลางานยาวของบุคลากรได้ (Wright and Bonett, 1997) ดังนั้นการทำงานวินโรคนั้น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญก็จริง แต่ถ้าบุคลากรด้านสุขภาพยังคงต้องทนอยู่ในระบบที่ไม่ตอบสนองต่อการทำงาน การย้ายงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่ และผู้ปฏิบัติงานเก่าเกิดความเหน็ดเหนื่อยในการปฏิบัติงาน ปัญหาต่าง ๆ ก็จะถูกทับถม ไม่ได้รับการแก้ไข บุคลากรด้านสุขภาพที่มีศักยภาพก็จะลาออก และผู้ป่วยก็คือผู้ที่ต้องรับผลของระบบบริการเหล่านั้นนั่นเอง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การวางแผนการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยวินโรค ซึ่งเป็นโรคที่ต้องอาศัยความเข้าใจต่อผู้ป่วย และยังคงต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกันหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคลากรด้านสุขภาพเอง รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านแบบไม่สั่งการ และเน้นการทำงานกับความคิดความเชื่อและความต้องการ

ของผู้ป่วยเอง เพื่อเสริมพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยให้ลุกขึ้นมาดูแลตนเอง และร่วมวางแผนการรักษาด้วยตนเองได้ นอกจากนั้นยังต้องทำงานกับครอบครัวและชุมชนเพื่อลดการตีตรา และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมพลังให้ผู้ป่วยดูแลรักษาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนั้นยังต้องทำงานเชิงระบบเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งการบูรณาการมิติเพศภาวะในการรักษา ดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยวินโรคนั้นจะทำให้เกิดลดอคติ ลดการตีตรา การเหมารวมและรังเกียจผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การทำ ความเข้าใจตัวตนข้อจำกัดและความต้องการของผู้ป่วยวินโรค ซึ่งจะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างครอบคลุมรอบด้านและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ในมุมมองเพศภาวะ และสามารถนำไปต่อยอดพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวินโรค และยังสามารถนำมามุมมองด้านเพศภาวะไปต่อยอดประยุกต์สำหรับการปฏิบัติงานวิจัยในประเด็นด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อน เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV/AIDS) หรือ นำมุมมองด้านเพศภาวะไปปรับใช้ในการเข้าถึง ดูแลรักษาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ ที่ต้องอาศัยมิติเพศภาวะในการทำความเข้าใจและลดอคติ เช่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มเพศหลากหลาย เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จากงบประมาณ Global Fund



## Reference

- Boonmongkon, P., Saithong, S., & Samakkeekarom, R. (2012). Developing a Model for Mainstreaming Gender in Tuberculosis Care: Experiential Reflections, *12*(2), 96-116. (In Thai)
- Boonmongkon, P., Saithong, S., Samakkeekarom, R., Sornprasit, S., & Kanchawee, K. (2014). *Gender mainstreaming in tuberculosis care services for tuberculosis patients and tuberculosis patients living with HIV*. (Doctoral dissertation). Mahidol University, Thailand. (In Thai)
- Eastwood, S. V., & Hill, P. C. (2004). A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, *8*(1), 70-75.
- Hudelson, P. (1996). Gender differentials in tuberculosis: The role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, *77*(5), 391-400.
- Johansson, E., Diwan, V. K., Huong, N. D., & Ahlberg, B. M. (1996). Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: An exploratory study in a district in Vietnam. *Tubercle and Lung Disease*, *77*(2), 178-183.
- Khan, K. (2012). Understanding the Gender Aspects of Tuberculosis: A Narrative Analysis of the Lived Experiences of Women With TB in Slums of Delhi, India. *Health Care for Women International*, *33*(1), 3-18.
- Kipp, A., Pungrassam, P., Nilmanat, N., Baral, S., Beeker, C., Strauss, R., ... Rie, A. (2011). Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health*, *11*(1), 675-683. (In Thai)
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, *9*(4), 297-308.
- Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (1999). Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. *Social Science & Medicine*, *49*(6), 815-822.
- Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: a gender analysis. *Health Policy*, *58*(1), 69-81.
- Ngamvithayapong, J., Yanai, H., Winkvist, A., & Diwan, V. (2001, November 1). *Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand* [Text]. Retrieved June 5, 2018, from <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2001/00000005/00000011/art00006#>.



- Samakkeekarom, R., Boonmongkon, P., & Subongkot, V. (2013). Political Economy and Social Representation of Tuberculosis Patients, 9(1), 106-118. (In Thai)
- Samakkeekarom, R., & Limsomboon, P. (2014). Challenges in Tuberculosis Control in Thailand in the Context of Borderless Movement of Diseases, 10(2), 21-37. (In Thai)
- Somma, D., Auer, C., Abouihia, A., & Weiss, M. G. (2005). *Gender in Tuberculosis research*. Geneva: World Health Organization.
- Thorson, A., & Johansson, E. (2004). Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy*, 68(1), 37-46.
- Weiss, M. G. (2001). Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Anthropology & Medicine*, 8(1), 5-29.
- Weiss, M. G., Auer, C., Somma, D., Abouihia, A., Jawahar, M. S., Karim, F., ... Kemp, J. (2006). *Gender and Tuberculosis: Cross-site Analysis and Implications of a Multi-country Study in Bangladesh, India, Malawi, and Colombia*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1997). *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002a). *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002b). *The global plan to stop tuberculosis*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *World health statistics 2006* (Vol. 2006). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Global tuberculosis report 2016*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals Sdgs*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (1997). The Contribution of Burnout to Work Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18(5), 491-499.
- Wynne, A., Richter, S., Jhangri, G., S., Alibhai, A., Rubaale, T., & Kipp, W. (2014). Tuberculosis and human immunodeficiency virus: exploring stigma in a community in western Uganda. *AIDS Care*, 26(8), 940-946.