

การประกอบสร้างทางสังคมของบิดามารดา ในการแสดงออกถึงความปวดของเด็กในบริบทอีสาน*

Social Construction of Parents on Pediatric Pain Expression in the Context of Isan

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2554

Volume 34 No.4 (October-December) 2011

ดารุณี จงอุดมการณ์ RN,Ph.D.** สุมาลี คมขำ RN, พย.ม.***

ธีรกร มณีรัตน์ RN.,พย.ม.**** จุฑามาศ แก้วละมุน RN.,พย.บ.*****

Darunee Jongudomkarn RN, PhD.** Sumalee Komkum RN, MSN.***

Thirakorn Maneerat RN, MSN.**** RN., Jutamars Kaewlamoon RN.,*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดความเชื่อของบิดามารดาในการเลี้ยงดูเด็กตามเพศภาวะในชีวิตประจำวัน และ เมื่อเผชิญกับความปวดด้วยการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับแนวคิดทางเพศภาวะ (gender-based analysis) ผู้ให้ข้อมูลเป็นบิดามารดาหรือครอบครัวของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดอายุ 3-18 ปี ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 20 ครอบครัว และมีผู้ให้ข้อมูลทั่วไป 14 คน ผลการวิจัยพบแก่นความคิดของการประกอบสร้างทางสังคมและการขัดเกลาทงสังคม (social construction and socialization) 8 แก่นความคิดดังนี้ 1) ผู้หญิงสูงวัย: ผู้สืบทอดพิธีกรรมความเชื่อ 2) ผู้หญิงอ่อนหวานบริการ ผู้ชายผู้สร้างผู้นำตามคติอีสาน 3) ลูกหญิงต้องรู้อยู่ ลูกชายไปไหนไปได้: ผลของการขัดเกลาทงสังคมตามบทบาททางเพศ 4) ผลพวงของการเลี้ยงดูแบบชายเป็นใหญ่: พ่อแม่ลำเอียง 5) ผลพวงของการแสดงบทบาททางเพศเมื่อลูกเจ็บป่วย: แม่คือผู้ดูแลที่ทุ่มเท 6) การขัดเกลาลูกตามบทบาททางเพศเมื่อลูกปวด: ลูกชายลูกหญิงต่างกัน 7) ผลลัพธ์การแสดงออกซึ่งความปวด: เด็กหญิงเด็กชายแตกต่าง และ 8) จากอคติทางเพศตามเพศภาวะทางสังคม: ลู่คติทางเพศของบุคลากรสุขภาพต่อผู้ป่วยเด็ก ข้อค้นพบนี้ได้สร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดการความปวดในเด็กให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender-sensitive pediatric pain management)

คำสำคัญ: เพศภาวะ การจัดการความปวดในเด็ก บิดามารดา ความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ

Abstract :

This qualitative study with gender-based analysis investigated the beliefs of parents in daily life child rearing and child pain expression. Informants were composed of 20 operative children aged 3 to 18 years with the families admitted at three hospitals in Northeastern Thailand, and 14 general informants. Findings revealed 8 major themes related to social construction and family socialization including; 1) Grandmothers function as mediators of beliefs and rituals; 2) Isan cultural regulation on boys' and girls' performances; 3) Boys have more free time than

* ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี (CRTGWH) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ และกรรมการบริหารศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี (CRTGWH) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลขอนแก่น

***** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ จังหวัดขอนแก่น

girls: the results of gender socialization; 4) Men are always important in the families in patriarchal society: It is unfair; 5) Mothers are the persons who put their soul in taking care of sick children: Gender stereotypes; 6) Gender role socialization of children pain expression: doing differences in sons and daughters; 7) Outcomes of pediatric pain expression: girls and boys are different; and 8) From gender stereotype bias to gender bias in pediatric pain management of health care providers. The research findings suggest that the policy of gender-sensitive pediatric pain management should be concerned and developed.

keywords: gender, pediatric pain management, parents, gender-sensitive

บทนำ

การศึกษาความคิดความเชื่อของบิดามารดาในการเลี้ยงดูเด็กในชีวิตประจำวัน และเมื่อเผชิญกับความปวดด้วยการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับแนวคิดทางเพศภาวะ (gender-based analysis) มีเป้าหมายเพื่อแสวงหาชุดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการอบรมสั่งสอนการขัดเกลากลายทอดความคิดความเชื่อของบิดามารดาทางเพศภาวะสู่บุตรในบริบทสังคมอีสานเกี่ยวกับความปวดซึ่งถือว่าการขัดเกลาทงสังคมของครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดความคิดพฤติกรรมทางสังคมแหล่งแรกในชีวิตเด็ก คำว่าเพศภาวะนี้ในภาษาไทยมีการใช้คำหลายคำ เช่น “เพศสภาพ” “สถานะเพศ” “เพศสัมพันธ์” “ความเป็นชาย ความเป็นหญิง” “บทบาทหญิงชาย” “มิติหญิงชาย” หรือ “เพศทางสังคม” สำหรับงานวิจัยนี้ใช้คำว่า “เพศภาวะ” เป็นหลัก ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “gender” หมายถึงสิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงโดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า “เป็นคุณลักษณะของผู้หญิงและผู้ชายในบทบาทประกอบสร้างทางสังคม พฤติกรรม กิจกรรมและคุณลักษณะที่ทำให้สังคมพิจารณาว่าเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง”¹ คำว่าเพศภาวะนี้อาจมีความสับสนกับคำว่า เพศ หรือ Sex ซึ่งมีความหมายที่เน้นลักษณะทางชีววิทยาของบุคคลแบ่งคุณลักษณะทางเพศเป็นหญิง หรือ ชาย แต่ “เพศภาวะ” มิใช่การแบ่งเพศชาย เพศหญิงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาเพียงอย่างเดียว แต่มีความหมายรวมถึงการถูกกำหนดโดยสังคมและวัฒนธรรมที่กำหนดความเป็นหญิง-ชาย ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหญิงชาย ลักษณะเฉพาะประจำเพศแบบ

เหมารวม (gender stereotype) และความเป็นตัวตนของหญิงชายที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัย

แนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม (social construction) เกิดขึ้นตามทัศนคติ ค่านิยมที่สังคมกำหนด (sociological concept) ต่อเพศภาวะ และมีการเปลี่ยนแปลงตามวิวัฒนาการทางสังคม เพศภาวะเป็นความแตกต่างของบทบาททางสังคม วัฒนธรรม และความคาดหวังจากสังคมที่มีต่อผู้หญิงและผู้ชาย เพศภาวะจึงเป็นผลพวงจากทัศนะของสังคมแต่ละยุคสมัย ชนชั้น วัฒนธรรม เชื้อชาติ ชนชาติ ภาษา ที่มีต่อร่างกาย (body) และเพศ (sex) จนก่อให้เกิดประวัติศาสตร์เล่าขาน สืบทอดความเป็นผู้ชายผู้หญิงจากรุ่นสู่รุ่น ก่อให้เกิดการผลิตซ้ำ (stereotypical assumption) เกี่ยวกับคุณสมบัติของความเป็นชาย (masculine) และคุณสมบัติของความเป็นหญิง (femininity) ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของแต่ละสังคมวัฒนธรรมนั้น ๆ (stereotypical gender characteristics)^{1,2,3,4,5,6}

สำหรับแนวคิดการขัดเกลาทงสังคม (socialization) เป็นกระบวนการสำคัญในด้านสังคมและจิตวิทยามีผลทำให้บุคคลมีคุณลักษณะตามแนวทางที่สังคมคาดหวัง ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่นี้คือครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา⁷ เป็นกระบวนการเรียนรู้วัฒนธรรมและวัฒนธรรมย่อยของคนในสังคม หรือกลุ่มสังคม รวมถึงพฤติกรรม และการกระทำที่จะต้องแสดงตามสถานภาพ และ บทบาทที่เปลี่ยนไป⁸ มีการศึกษาในหลายประเทศที่ศึกษาเรื่องพัฒนาการของการควบคุมอารมณ์ของมนุษย์ภายใต้อิทธิพลทางวัฒนธรรม

อันเป็นผลจากความเชื่อและการปฏิบัติร่วมกันในสังคมวัฒนธรรม⁹ ในการขัดเกลาทางสังคมก่อให้เกิดการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมสู่พฤติกรรมทางสังคมแก่สมาชิกในสังคม มีทั้งเป็นการถ่ายทอดทางตรง ได้แก่ การอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติตามคำสอนของผู้ใหญ่ และการขัดเกลาทางอ้อมจากสื่อสาร หนังสือ กลุ่มเพื่อน เป็นต้น มีผลการศึกษานานหนึ่งที่จะบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ เช่น ผลการศึกษาเปรียบเทียบนักศึกษาที่อยู่ต่างวัฒนธรรม 48 แห่ง การยึดมั่นในคุณค่าของบุคคลเป็นดัชนีชี้วัดความสุขของเด็ก ในขณะที่มีความมั่งคั่งของรายได้ประชาชาติมากยิ่งมีการเก็บกอดอารมณ์โกรธมากขึ้นด้วย¹⁰ ศัพท์คำว่า “การขัดเกลา” ในงานวิจัยนี้หมายถึง ความคิดความเชื่อ พฤติกรรม วิธีการแสดงออก การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ของแต่ละบุคคล และในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ทศนคติเกี่ยวกับเรื่องความปวด รวมทั้งการเผชิญความปวด และกลวิธีการบรรเทาปวดจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลไปสู่บุตรหญิง และบุตรชาย ซึ่งการกล่อมเกลานี้จะมีผลต่อการแสดงออกถึงความปวดของเด็กหญิงและเด็กชายที่ป่วย^{11,12}

สังคมและวัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญในการสร้างแบบแผนการตอบสนองตามทัศนคติ ค่านิยม กับความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรมผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม^{7,13,14,15} ที่มีต่อเพศภาวะ (Gender) ตั้งแต่เด็ก หล่อหลอมเด็กให้มีปฏิกิริยา กำหนดบทบาทพฤติกรรมและคุณลักษณะของเพศหญิงเพศชายแตกต่างกัน สังคมได้กำหนดให้เพศหญิงเพศชายมีพฤติกรรมต่อสิ่งที่มากระตุ้นแตกต่างกันตามกระบวนการขัดเกลาทางสังคมและวัฒนธรรม กระบวนการขัดเกลาทางสังคมมีการถ่ายทอดฝังรากลึกในสังคมตั้งแต่ทารกเกิด บิดามารดาอบรมและมีปฏิกิริยาพร้อมทั้งขัดเกลาแก่เด็กทารกสองเพศนี้แตกต่างกันตามประสบการณ์ที่ตนเองได้รับการถ่ายทอดสืบทอดมา สังคมกำหนดให้ผู้หญิงมีคุณลักษณะที่แตกต่างไปจากเพศชาย และเชื่อว่าเป็นสิ่ง

ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้จึงนำไปสู่การกำหนดบทบาททางเพศ บุคลิกลักษณะและการแสดงออกที่แตกต่างกันของคนทั้งสองเพศ มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการเลี้ยงดูที่สร้างเงื่อนไขให้เด็กเก็บกอดความรู้สึกตนเองไว้ไม่แสดงออกตามความรู้สึกภายในตนเองนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อเติบโต เสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า กระทำรุนแรง แยกตนเอง ต่อต้านสังคม หรือ อารมณ์แปรปรวนได้¹⁶ เมื่อเด็กเผชิญกับความปวดทั้งทางกายและใจจะนำไปสู่การเกิดข้อจำกัดไม่แสดงออก^{17,18} เก็บกอดทำให้เกิดบาดแผลลึกทางจิตใจเพราะเด็กไม่ได้รับการดูแลเพื่อการบรรเทาปวดตามที่ควรจะเป็น และการได้รับการบำบัดดูแลบรรเทาปวดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ทุกคนพึงได้รับ⁷ และหากระบวนการทำงานใด ๆ มีปัจจัยนำเข้าที่มีคุณภาพ เมื่อได้รับการนำไปบริหารจัดการอย่างเหมาะสมย่อมจะเป็นส่วนสำคัญในการให้ผลผลิตที่มีคุณภาพด้วย¹⁵ เนื่องจากความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่ทุกคนรวมถึงผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยจำต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เด็กเป็นวัยที่มีข้อจำกัดทางวุฒิภาวะและพัฒนาการที่ยังไม่เท่าเทียมผู้ใหญ่¹⁹ เด็กยังไม่สามารถบอกความต้องการ ความรู้สึกของตนที่กำลังเกิดขึ้น ดังนั้นจึงตกเป็นภาระของบุคลากรสุขภาพและผู้ดูแลผู้ใกล้ชิดเด็กที่ต้องพยายามคาดการณ์ประเมินปัญหาความไม่สุขสบายที่เด็กกำลังเผชิญอยู่เพราะความปวดเป็นอัตนัย (subjective) ที่อธิบายผ่านประสบการณ์ของบุคคล²⁰

งานวิจัยนี้จึงให้ความสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมการแสดงออกของบิดามารดาตามความคิดความเชื่อของตนเองต่อการแสดงออกถึงความปวดของลูกสาวลูกชายในชีวิตประจำวัน โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดทางเพศภาวะตามประสบการณ์ของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็กที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอีสานเป็นข้อมูลด้านปัจจัยทางชาติพันธุ์ระบบความเชื่อ (ideology) และ อุดมการณ์ที่เฉพาะอันจะมีผลต่อแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพและการใช้บริการด้านสุขภาพ²¹ อันเป็นผลของการประกอบสร้างทางสังคม (social construction) ที่เกิดขึ้นตามทัศนคติความคิดความเชื่อ ค่านิยมที่สังคมกำหนด (sociological concept) ผ่านการ

เลี้ยงดูของครอบครัว ข้อค้นพบนี้นำมาซึ่งข้อมูลที่สำคัญ จำเป็นในแง่การหากลวิธีในการส่งเสริมบิดามารดาเข้าใจถึงแนวทางการดูแลส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะการสนองตอบต่อความปลอดภัยในวิธีการที่เหมาะสมและการบริหารจัดการความปลอดภัยที่มีความละเอียดอ่อนเชิงแพศยา^{22,23}

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ใช้ศาสตร์ปรัชญาเชิงวิพากษ์ (critical paradigm) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ด้อยโอกาสในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงเด็กที่มีความปวด ให้สังคมได้รับรู้ให้เกิดการเสริมพลังอำนาจให้เกิดความเท่าเทียมเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (symbolic interactionism) เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ซึ่ง Chenitz และ Swanson²⁴ ได้เสนอแนวคิดในการทำความเข้าใจบุคคลไว้ว่า บุคคลมีปฏิกริยาต่อสรรพสิ่ง หรือสถานการณ์ใด ๆ ตามการให้ความหมายทางวัฒนธรรม (cultural meaning) ของสิ่งนั้น ๆ ที่มีต่อตนเอง ความหมายดังกล่าวนี้จะได้รับการรับรู้และปรับเปลี่ยนไปตามการแปลความหมายของบุคคลนั้นที่มีต่อสิ่งที่เขาเผชิญอยู่ โดยการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ถือเป็นการค้นพบด้วยตนเอง (heuristic inquiry) หรือ “แนวคิดการสืบค้นด้วยตนเอง” เน้นเรื่องการรับรู้ส่วนบุคคลที่เชื่อมโยงกับความรู้เก่า ทำให้เกิดการพัฒนาเป็นความรู้ความเข้าใจใหม่ ๆ ให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบมา โดยมีฐานความคิดว่า มนุษย์จะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มากที่สุด^{25,26,27}

ความคิดความเชื่อที่ถ่ายทอดทางสังคมก่อให้เกิดความคาดหวังต่อหญิงและชายในแง่มุมมองเฉพาะต่าง ๆ และมีส่วนกำหนดความเชื่อ ทศนคติ หรือ เรียกว่ามายาคติ รวมทั้งประเพณีปฏิบัติต่าง ๆ ที่ถูกทำให้กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคมในเรื่องของความเป็นหญิง เป็นชาย^{28,29} กำหนดให้มีบทบาทตามเพศภาวะ (gender roles) ตามที่สังคมกำหนดให้แก่หญิง ชาย

ต้องกระทำในหน้าที่พึงกระทำ ดังนี้ 1) บทบาทการสืบเผ่าพันธุ์ (reproductive roles) 2) บทบาทในภาคการผลิต (productive roles) 3) บทบาทการจัดการของสังคมหรือชุมชน (community management roles) และ 4) บทบาทการมีส่วนร่วมในทางการเมือง หรือ การกำหนดนโยบาย (community politics roles) ซึ่งเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ที่เพศภาวะหญิงที่สังคมกำหนดให้ทำเป็นส่วนใหญ่ คือ บทบาทการสืบเผ่าพันธุ์ และบทบาทการจัดการของสังคมชุมชนซึ่งเป็นบทบาทอาสาศัมครให้บริการ ไม่มีค่าตอบแทน เช่น การเลี้ยงเด็กและคนชรา การดูแลผู้ป่วย การทำอาหาร การรับแขกชุมชน ในขณะที่บทบาทหน้าที่การกำหนดทิศทางทางการเมืองสังคม การตัดสินใจ การหารายได้เป็นหน้าที่ของเพศภาวะชาย มายาคติที่ถ่ายทอดทางสังคมนี้ย่อมส่งผลต่อการตอบสนองต่อความปลอดภัยของหญิงชายมาตั้งแต่เด็กเช่นกัน แม้ว่าความปลอดภัยจะเป็นปฏิกริยาทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบกับตัวรับรู้ความรู้สึกแล้วเปลี่ยนเป็นสัญญาณประสาทที่ได้รับจากสิ่งเร้า สัญญาณนี้ผ่านไปตามใยประสาทรับรู้ความรู้สึกเพื่อไปที่ไขสันหลังสู่การแปลความหมายของสิ่งเร้าที่สมองในระบบรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (somatosensory system) จนก่อให้เกิดความไม่สุขกายสบายใจ³⁰ เกิดปฏิกริยาโดยการร้องไห้ มีความทนและการสนองตอบแตกต่างกันตามปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เพศสภาพ และประสบการณ์ที่มีอยู่ในครอบครัว^{31,32,33,34,35} มีหลักฐานยืนยันว่า ครอบครัว สังคม เชื้อชาติ และวัฒนธรรมมีส่วนสำคัญต่อรูปแบบการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของบุคคลในรูปของค่านิยม และความเชื่อของกลุ่มสังคม³⁶ ปัจจัยทางครอบครัว วัฒนธรรมยังมีส่วนสำคัญในการสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความปลอดภัยตามทัศนคติ ค่านิยม ความคาดหวังของสังคมที่เด็กได้รับการหล่อหลอมมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีงานวิจัยที่ศึกษา^{33,37,38} พบว่าเชื้อชาติมีส่วนกำหนดการตอบสนอง การให้ความหมายและการรับรู้ต่อความปลอดภัย

การศึกษานี้ได้วิเคราะห์เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดทางเพศภาวะตามความคิดความเชื่อของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็กที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอีสานอันมีผล

มาจากการเรียนรู้ในเรื่องบทบาทของผู้หญิงผู้ชายซึ่งได้รับอิทธิพลจากความเชื่อและการปฏิบัติตามประเพณีนิยมที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน การเลี้ยงดูและการกล่อมเกลางทางสังคมต่อบุคคลแตกต่างกันตามประสบการณ์ที่ตนเองได้รับจากครอบครัวและสังคมที่เติบโตมา และเมื่อเด็กเติบโตก็ได้รับการสืบทอดความคิดความเชื่อจากสังคมรอบข้าง อาทิ กลุ่มเพื่อน ครู เป็นต้น ครั้นเติบโตขึ้นเด็กก็จะผลิตซ้ำด้วยการปฏิบัติตามความคิดความเชื่อที่ได้รับ การหล่อหลอมมาอีกสืบทอดต่อไป โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามความคิดความเชื่อที่สังคมมีต่อเขา และถ่ายทอดต่อไปจากรุ่นสู่รุ่นตามระบบและกลไกที่สังคมใช้ควบคุมพฤติกรรมของเขาให้อยู่ในแบบแผนที่สังคมวางกรอบเอาไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจถึงความคิดความเชื่อของบิดามารดาในการเลี้ยงดูเด็กในชีวิตประจำวัน และเมื่อเผชิญกับความปวดของเด็กตามกรอบการวิเคราะห์ทางเพศภาวะ

วิธีการวิจัย

การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาในโรงพยาบาล 3 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตอีสานเหนือ 2 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น และอีสานใต้ 1 แห่งในจังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม นาน 6 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และ ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้หลักการตรวจสอบของลินคอร์น และ กูบา³⁹ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือการเฝ้าสังเกตอย่างต่อเนื่อง อ่านทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้และการตรวจสอบสามเส้า ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลที่สนใจศึกษาเรื่องปวดอย่างต่อเนื่องยาวนาน และ เติบโตอยู่ในภูมิภาคอีสาน พูดและเข้าใจภาษาอีสานเป็นอย่างดี สามารถสื่อสารเข้าใจในภาษาอีสานได้อย่างถ่องแท้ นักวิจัยหลักในการศึกษาค้นคว้าได้มี

โอกาสทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในภาคอีสาน และในประเด็นการวิจัยปวดมาจำนวนหนึ่งเช่น^{15,40,41,42,43} รู้จักคุ้นเคยกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวชุมชนอีสาน เมื่อได้ข้อมูลเชิงคุณภาพนักวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้วยหลากหลายวิธีการ (data, methodological, and researcher triangulations)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้กรอบ “การวิเคราะห์ทางเพศภาวะ” เป็นแนวทางวิเคราะห์ โดยทั่วไปกรอบแนวคิดชั้นนำการวิเคราะห์ทางเพศภาวะที่นิยมกันมีหลายกรอบแนวคิด ในงานวิจัยนี้เลือกใช้กรอบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคม (the social relations approach) เนื่องจากเหมาะสมในการใช้วิเคราะห์เพื่อสร้างโอกาส ความเสมอภาค ในการพัฒนาที่เท่าเทียมในชุมชนเดียวกัน⁴¹ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมนี้เป็นกรอบการวิเคราะห์ทางเพศภาวะที่ออกแบบโดย Naila Kabeer⁴⁴ มีกรอบแนวคิดที่มีฐานคิดตามโครงสร้างสตรีนิยม (structural feminist roots) เหมาะสมในการใช้วิเคราะห์เนื้อหาในแนวกว้างโดยมีโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ชุมชน ภาคเศรษฐกิจ และระบบการบริการเพื่อให้มองเห็นบทบาทตามเพศภาวะที่ไม่เท่าเทียม โดยมีความเชื่อเบื้องต้นว่า 1) การพัฒนาเป็นกระบวนการที่เพิ่มความอยู่ดีมีสุขแก่มนุษย์ (human well-being) ได้แก่ การอยู่รอดปลอดภัย ความรู้สึกมั่นคง และการอยู่แบบไม่พึ่งพา 2) สัมพันธภาพทางสังคมเป็นตัวกำหนดบทบาทให้บุคคลนั้น ๆ ได้รับสิทธิ มีความรับผิดชอบ และ ผลประโยชน์อื่น ๆ 3) สถาบันทางสังคมเป็นแหล่งผลิตซ้ำทางสังคมที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียม เช่น สถาบันครอบครัว ชุมชน ภาคเศรษฐกิจการตลาด และ รัฐ สถาบันเหล่านี้เป็นตัวกำหนดกฎระเบียบถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ กิจกรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และ การกำหนดความเป็นหญิงเป็นชายอื่น ๆ 4) การบริหารจัดการของสถาบันที่สะท้อนนโยบายต่อเพศภาวะ เช่น นโยบายเหมารวม ไม่แยกแยะข้อจำกัดทางเพศ การบริการต่างๆ ที่ไวหรือไม่มีความไวต่อเพศภาวะ เป็นต้น และ 5) การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบวินิจัยและสร้างข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข

ปัญหาและตอบสนองความต้องการ ในแง่ขนาดของปัญหา การแก้ไขปัญหา และ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางเพศภาวะ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านระเบียบวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) ฟิลดิง¹⁵ ตามขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านบทวนข้อมูลเพื่อเข้าใจความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง 2) บริหารจัดการแยกข้อมูลอีกครั้ง 3) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (categories) เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของข้อมูล 4) หาความสัมพันธ์ของข้อมูลในแต่ละประเภทของข้อมูล 5) อธิบายแบบแผน หัวเรื่อง และประเภทของกลุ่มข้อมูล และ 6) ตีความ และ ค้นหาความหมายของหัวเรื่อง และประเภทข้อมูล นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบสามเส้า โดยเน้นความหลากหลายทางคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล การอ้อมตัวของข้อมูล และ theoretical sampling¹⁹ ขึ้นอธิบายและตีความสถานการณ์ คณะผู้วิจัย และ ผู้ช่วยวิจัยร่วมกันวิเคราะห์การรับรู้ การให้ความหมาย ประสบการณ์ความปลอดภัยที่เด็กเผชิญตามกรอบการมองในประเด็น บทบาทตามเพศภาวะ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการประกอบสร้างทางสังคมว่าบทบาทหน้าที่ กิจกรรมที่สังคมกำหนดให้แก่เพศหญิง เพศชายต้องกระทำในหน้าที่ที่ประกอบด้วย บทบาทการสืบเผ่าพันธุ์ บทบาทในภาคการผลิต บทบาทการจัดการของสังคมหรือชุมชน บทบาทการมีส่วนร่วมในทางการเมือง หรือ การกำหนดนโยบาย กล่าวคือ

บทบาทการสืบเผ่าพันธุ์ (reproductive roles) คือ บทบาทในการทำกิจกรรมตอบสนองต่อความดำรงอยู่ของสังคม ได้แก่ การตั้งครรภ์ คลอดลูก เลี้ยงดูเด็ก ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลครอบครัวทั้งในภาวะปกติ และเจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่นี้มักมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้หญิง

บทบาทในภาคการผลิต (productive roles) คือ บทบาทในการทำกิจกรรมการผลิตสินค้า การบริการ การค้าขาย หรือ การหารายได้เข้าครอบครัว บทบาทนี้ทำโดยผู้หญิงและผู้ชาย

บทบาทการจัดการของสังคมหรือชุมชน (community management roles) คือ บทบาทในการทำกิจกรรมเพื่อจัดการ บริการในชุมชน การจัดหาแหล่ง

ประโยชน์ที่ใช้ร่วมกันในชุมชน เช่น การหาน้ำใช้ในชุมชน การดูแลสุขภาพ การให้การศึกษา รวมถึงงานทำด้วยจิตอาสาในช่วงว่างจากเวลางานประจำโดยไม่มีค่าตอบแทน บทบาทนี้ส่วนใหญ่ทำบทบาทโดยผู้หญิง

บทบาทการมีส่วนร่วมในทางการเมือง หรือ การกำหนดนโยบาย (community politics roles) คือ บทบาทในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่โดยผู้ชายเป็นกิจกรรมนำชุมชน บริหารชุมชน กำหนดนโยบายและการเข้าถึงทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชน อาจเป็นบทบาทที่มีค่าตอบแทนโดยตรง หรือ ได้มาซึ่งการเพิ่มสถานะภาพ หรือ อำนาจมากขึ้น

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพบนพื้นฐานของเพศภาวะ (gender-based analysis) นี้ เป็นประโยชน์ช่วยให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นภาพที่ชัดเจนด้านผลกระทบของการประกอบสร้างทางสังคมผ่านพฤติกรรมการแสดงออกของบิดามารดาที่ส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งความปลอดภัยของเด็กหญิงเด็กชาย และอาจนำไปสู่การเป็นข้อมูลนำเข้าด้านการจัดการเรียนการสอนของบุคลากรทางการแพทย์ การกำหนดนโยบายด้านการจัดการปวดแก่เด็กที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ (gender-sensitive pediatric pain management) ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการประกอบสร้างทางสังคมที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางเพศนี้เกิดขึ้นรุ่นแล้วรุ่นเล่าเกิดเป็นผลพวงผ่านการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัวที่กำหนดบทบาทหน้าที่ กิจกรรมที่สังคมกำหนดให้แก่เพศหญิง เพศชายต้องกระทำในหน้าที่ที่ประกอบด้วย บทบาทการสืบเผ่าพันธุ์ บทบาทในภาคการผลิต บทบาทการจัดการของสังคมหรือชุมชน บทบาทการมีส่วนร่วมในทางการเมือง หรือ การกำหนดนโยบาย⁴⁶ ส่วนบทบาทการมีส่วนร่วมในทางการเมือง หรือ การกำหนดนโยบาย บทบาทส่วนใหญ่ตกอยู่ในภาระของผู้ชาย ดังตัวอย่างข้อมูลที่แสดงบทบาททางเพศภาวะที่กำหนดให้ผู้ชายเป็นใหญ่ในชุมชนสังคมอีสาน คือ ตำแหน่ง “ลุงตา (เจ้าโคตร)” ของชาวไทยอีสานที่กำหนดให้ลุงตาเป็นเสมือนหนึ่ง

ผู้หลักผู้ใหญ่ที่ปกครองลูกบ้าน ตำแหน่งนี้สืบทอดทางญาติพี่น้องของลุงตา และเป็นผู้ชายเท่านั้น ดังตัวอย่างข้อมูล “นี่ผมจะเป็นใหญ่กะไผเขาละเนาะ ตั้งผมเป็นลุงตา แล้วกะสั่งสอนทางด้านครอบครัวที่ว่าเขาผิดกันเนาะ คือจั่งผมกับเจ้าเนาะผิดกันแล้วเขาจะมาหา มาหาผมละ อบรมสั่งสอนว่าเป็นจั่งได้ ๆ กะเลยเข้าใจกันนะ คอยแก้ไข ผิดกันกะบ่ให้แตกแยก ลุงตากะหมายความว่า ชิเว้าอีก ด้านนี้กะหมายความว่าคล้ายกับกฎบ้านเมือง กฎหมายของผู้เฒ่าแก่ กฎหมายฮึดคองนะ เกินบ่ได้ ถ้าไปล่วงเกิน กฎของลุงตา กะถือปรับไหม” (ลุงตา ชายอายุ 60 ปี)

พบว่านอกจากบทบาทในภาคการผลิตซึ่งทั้งหญิงและชายมีหน้าที่ในการกระทำบทบาทเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวแล้ว ส่วนใหญ่ผู้หญิงทำบทบาททางเพศภาวะในพื้นที่ในบ้านและชุมชนที่ไร้ค่าตอบแทน ทำด้วยจิตอาสา ในขณะที่เพศชายทำหน้าที่ในพื้นที่สาธารณะด้วยบทบาทด้านการกำหนดนโยบาย และ เป็นผู้นำในชุมชนในการดูแลลูกชายมีการสั่งสอนโดยเน้นการสอนที่การทำงานหนัก ต้องเข้มแข็งให้อยู่เหนือผู้หญิงรับผิดชอบครอบครัว กล่าวได้ว่าเสียเป็นผู้นำหาเลี้ยงครอบครัวได้

สอดคล้องดูแลความประพฤติโดยเฉพาะการใช้สารเสพติด รู้แพ้รู้ชนะ ไม่ลักขโมย สิ่งเหล่านี้ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าได้รับการถ่ายทอดในการสั่งสอนลูกหลานสืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษจากรุ่นสู่รุ่น ดังคำกล่าวที่ว่า “วิธีการสั่งสอนลูกสาวลูกชาย ได้แบบอย่างมาจากพ่อแม่และประสบการณ์ชีวิตคนแก่เฒ่าในหมู่บ้านสอนสั่งมาและมาบอกต่อรุ่นลูกหลานให้เอ็ดต่อ ๆ กันไป...เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ นับถือพ่อเจ้าประจำหมู่บ้านเชื่อโชคลางทำการสะเดาะเคราะห์ทุกปี” (ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป เพศหญิง อายุ 52 ปี) ส่วนลูกสาวเน้นเรื่องงานบ้านงานครัว ความเป็นระเบียบ ความละเอียดอ่อนโอปอ้อมอารี เสื้อผ้าต้องซักให้สะอาด ให้อารมณ์ครอบครัว พ่อแม่ ตอบแทนพระคุณพ่อแม่ญาติพี่น้อง เน้นให้การช่วยเหลือเลี้ยงดูพ่อแม่ยามแก่เฒ่าไม่ให้ลำบาก ที่สำคัญทั้งลูกสาวลูกชายสอนให้เอาตัวรอด รักและให้อภัยเมื่อทำผิด พูดคุยกันและดึงกลับสู่ครอบครัว ดูแลให้อยู่สบายตา ให้ลูกหญิงอยู่ในสายตาหมั่นสังเกตพฤติกรรมเน้นการคบเพื่อนต่างเพศเป็นพิเศษ (ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป เพศหญิง อายุ 63 ปี) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบแก่นความคิด ดังตัวอย่างคำพูดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหาเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดบทบาททางเพศภาวะ⁴⁷

ตัวอย่างคำพูดที่สำคัญ	แก่นความคิด
“มีแต่แม่เฒ่าคะมาเบ้งกัน...เพิ่นกะสิผูกแขน เอ็นขวัญให้คือจั่งลูกเฮานี้หละ...เพิ่นมาเบ้งเฮา...เพิ่นมาเรียกขวัญผูกฝ้ายข้อ (มือ) ให้...”	1) ผู้หญิงสูงวัย: ผู้สืบทอดพิธีกรรมความเชื่อ
“บ่คือกัน...คือผู้หญิงเป็นมาแต่พ่อแม่แม่พันธุ์เต เป็นมาแต่ตักดาบรรพ์เต ผู้หญิงเลี้ยงแม่ได้ ผู้ชายเลี้ยงแม่บ่ได้ มันสืบทอดกันมา...”	2) ผู้หญิงอ่อนหวานบริการ ผู้ชายผู้สร้างผู้นำตามคติอีสาน
“...ผู้หญิงเลี้ยงง่าย ผู้ชายเลี้ยงยาก ชน อย่างเช่นเล่นของเล่น เล่นอย่างใดอย่างหนึ่งแป็บเดียวก็เบื่อ ถ้าเป็นเด็กผู้หญิงก็จะนั่งเล่นของเขาไป จิตใจของเด็กผู้หญิงจะอ่อนโยนกว่าผู้ชาย ผู้ชายจะต้องจะชน ตลอดเวลา...”	3) ลูกหญิงต้องรู้อยู่ ลูกชายไปไหนไปได้: ผลของการขัดเกลาทางสังคมตามบทบาททางเพศ
“...อย่างแม่ตัวเอง...ทุกวันนี้ลูกชายแต่งงานแยกครอบครัวออกไป ก็ยังห่วงอยู่เหมือนเดิม เงินที่หนูส่งไปเดือนละแปดพัน ก็แอบเอาส่งให้ลูกชายเขาไป แน่!!! ...ยังแอบไปเลี้ยงดูเขาอีก ...ทั้ง ๆ ที่เขาทำมาหากินเหมือนกัน...แม่ไม่มีรายได้ ต้องขอเงินที่เราส่งไปเอาไปให้เขาอีก...แม้อย่าเลี้ยงเหมือนเดิม...”	4) ผลพวงของการเลี้ยงดูแบบชายเป็นใหญ่: พ่อแม่ลำเอียง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหาเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดบทบาททางเพศภาวะ⁴⁷ (ต่อ)

ตัวอย่างคำพูดที่สำคัญ	แก่นความคิด
“ผมยอมรับเลยครับเรื่องหัวจิตหัวใจของผู้เป็นแม่ อย่างลูกป่วยนี่ เป็นไข้ ตัวร้อน เมียผมเขาสืบนอนเลย เรื่องห่วงลูกหยิ่งผมกะท้วงคือกัน บ่แพ้เขาดอก แต่ชั้นคำมาผมอยากนอนผมกะนอนโลด เขาบ่นอน...บ่คือผู้หญิง ผมยอมรับเลย เขาเบ้งคืออ่อนแอ แต่พอเอาถึงจุดนี้ผู้หญิงอดทนหลายกว่า ยอมลำบากหลายอีหลี อันนี้ยอมรับ...”	5) ผลพวงของการแสดงบทบาททางเพศเมื่อลูกเจ็บป่วย: แม่คือผู้ดูแลที่ทุ่มเท
“ถ้าเป็นลูกชาย...ร้อง...อ้าว ๆ ๆ...หนู ๆ ๆ พุงหนูไปแล้วจับหนู” แล้วร้องคาถา...โอมเพี้ยง...เห็บ” พร้อมทำท่ากำมือข้างมือออกไป “ลูกผู้ชาย...ขอกินกินมากกว่านี้...” และหากเป็นลูกสาว...“โอ้ ๆ ๆ ลูกสาวหล่า...บ่เจ็บ ๆ ๆ ลูกคนเก่งหนูเป็นผู้หญิงเป็นคนยอม คุณพยาบาลเป็นนางสาวไทย ต้องสวยและอดทน...”	6) การขัดเกลาลูกตามบทบาททางเพศเมื่อลูกปวด: ลูกชายลูกหญิงต่างกัน
“คิดว่าสาเหตุเดียวกันเขาคงปวดก็เหมือนกัน...แต่ว่าผู้ชายปวด...แบบว่า...เขาจะปวดแบบเก็บไว้ในใจ แต่ผู้หญิงปวด เขาจะร้องออกมา โหย ๆ ๆ ๆ แสดงออกมา....แต่ผู้ชายปวดเขาจะร้องออกมาปวดคำเดียวนะ...ไม่แสดงออกมาเยอะเหมือนหญิง”	7) ผลลัพธ์การแสดงออกซึ่งความปวด: เด็กหญิงเด็กชายแตกต่าง
“ยัง (ไม่ลง pain scale) เลย...ร้องให้ตลอด...ร้องให้ตลอดเลย ประเมินปวดไม่ได้เลย ไม่ร่วมมือ...เฮ้อเป็นผู้ชายซะเปล่า จะเป็นหนุ่มแล้ว ตั้ง 9 ปี แล้วยังไม่ยอมพูดให้รู้เรื่อง”	8) จากอคติทางเพศตามเพศภาวะทางสังคม: อคติทางเพศของบุคลากรสุขภาพต่อผู้ป่วยเด็ก

1) ผู้หญิงสูงวัย: ผู้สืบทอดพิธีกรรมความเชื่อ พบว่าผู้หญิงอาวุโสเป็นผู้สืบทอดประเพณีความเชื่อผ่านพิธีกรรมต่าง ๆ เพื่อทำให้อยู่ดีมีสุข แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน การให้บริการจัดการชุมชนสังคม โดยไม่ได้คำตอบแทนซึ่งเป็นบทบาทที่ทำแบบจิตอาสา เสียสละส่วนตน บทบาทตามเพศภาวะนี้กระทำส่วนใหญ่โดยผู้หญิง ในฐานะ “แม่ใหญ่” “แม่เฒ่า” ที่เคร่งครัดในการสืบทอดทางวัฒนธรรม ก่อให้เกิดกระบวนการผลิตซ้ำ สืบทอดความเป็นแม่ต่อผู้หญิงในอุดมคติ ในบทบาทที่ให้บริการแก่บุคคลทุกเพศทุกวัยตั้งแต่ในครรภ์ถึงเชิงตะกอน ระดับบุคคล ถึง ชุมชนในวงกว้าง ผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการสืบทอดความเชื่อ (beliefs) และ พิธีกรรม (rites) เป็นผู้สืบทอดในการจัดการเมื่อเกิดสาเหตุแห่งความปวดต่าง ๆ เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดอาการฟกช้ำ ผู้หญิงเป็นผู้นำและผู้สื่อกับสิ่งเร้นลับ เพื่อแก้ไขตามประเพณี

2) ผู้หญิงอ่อนหวานบริการ ผู้ชายผู้สร้างผู้นำตามคติอีสาน ในบริบทสังคมอีสานเป็นสังคมที่มีคติความเชื่อเกี่ยวกับการดำรงตนของผู้หญิงผู้ชายที่พึงประสงค์อย่างชัดเจนผ่านวาทกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นบทบาทของการเป็นผู้นำ ผู้กล้าที่ไม่

สามารถแสดงความอ่อนแอได้ในที่สาธารณะ ในขณะที่ผู้หญิงเป็นผู้ที่พึ่งอ่อนหวาน อ่อนโยน เป็นผู้ตามเสียสละในการเป็นลูกสาว เมีย และ แม่ที่ดีของครอบครัว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตพบว่ามี ความแตกต่างระหว่างลูกสาวและลูกชายที่ลูกสาวสอดคล้องกับบทบาทตามเพศภาวะ เน้นให้ลูกหญิงเล่นแบบผู้หญิง ไม่ใช่แบบผู้ชาย ดังมารดาเล่าแบบมีอารมณ์ขณะนำลูกสาวมาห้องฉุกเฉินที่บาดเจ็บจากการเล่นว่า “เนี่ย...แบบว่าบ่อยากให้เล่นน้ำ เขาซื้อมาเล่นของเล่นคือผู้ชายเอาปืนกับปืนน้ำ มันเล่นแบบผู้ชายกะเลยต้องห้ามให้แกเล่นกะเลยเคียด (โกรธ) อยากให้แกเล่นแบบ หม้อข้าวหม้อแกง....บ่ซื่อฟัง...ลูกสาวนี่” (มารดาของลูกสาวอายุ 5 ขวบ อุบัติเหตุของแข่งกระแทกตา)

3) ลูกหญิงต้องรู้อยู่ ลูกชายไปไหนไปได้: ผลของการขัดเกลาลูกตามสังคมตามบทบาททางเพศพบว่าผู้ให้ข้อมูลต่างชี้ให้เห็นว่ามีความแตกต่างในบุคลิกนิสัย ของลูกชายลูกสาวซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาลูกตามสังคม ดังตัวอย่างข้อมูล “...เมื่อก่อนในอดีตบางครั้งก็เคยคิดว่า ตอนสมัย 10 กว่าปี เคยคิดว่าอยากเป็นผู้ชายดี คือผู้ชายเขามีอิสระ ไปเล่นตามบ้านเพื่อนแถวบ้าน แล้วกลับบ้านค่า ๆ ก็ได้ไม่มีใครว่า แต่อย่างเราเนี่ย 5-6 โมงเย็น ต้อง

อยู่บ้านแล้ว คือ ห่วงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ความคิดในใจตามประสาเด็กเล็ก คือ โอ๊ย อยากเป็นผู้ชาย จะได้ออกไปเที่ยวออกไปเล่นตามประสาเด็ก อยากมีเพื่อนเยอะ ๆ เหมือนน้องชาย ไม่อยากดูที่รืออยู่กับบ้าน มันน่าเบื่อมาก จะไม่ให้ ออกนอกบ้าน” (มารดาอายุ 42 ปี ของเด็กผ่าตัดหัวใจ)

4) ผลพวงของการเลี้ยงดูแบบชายเป็นใหญ่: พ่อแม่ลำเอียง พบว่าผู้ให้ข้อมูลบอกความรู้สึกในฐานะที่เคยเป็นลูกว่าบิดามารดาโดยเฉพาะมารดามีความลำเอียงที่ให้อิสระและความสำคัญแก่ลูกชายมากกว่าจนรู้สึกอิจฉาพี่หรือน้องชาย ดังตัวอย่างข้อมูล “...รู้สึกเหมือนที่บ้านให้ความสำคัญกับพี่น้องผู้ชายมากกว่าพี่น้องผู้หญิงนะ... แม่ตามใจเด็กผู้ชาย แต่ว่าลูกผู้ชายพอโตแล้ว ไม่เลี้ยงพ่อแม่ ไม่หาอาหารการกินให้พ่อแม่ ผู้ชายเวลาเขาเดือดร้อน แกร่รีบไปโอบอุ้มเอา มันเหลือใจอะ...บางที...ผู้ชายเขาไม่เลี้ยงพ่อแม่ มีแต่...ผู้หญิงเขาเลี้ยงแม่...” (มารดาอายุ 44 ปี ของเด็กเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ)

5) ผลพวงของการแสดงบทบาททางเพศเมื่อลูกเจ็บป่วย: แม่คือผู้ดูแลที่ทุ่มเท เพราะผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมในการปฏิบัติตามเพศภาวะที่ต้องเป็นลูกสาว เมีย และแม่ที่ดี ทำให้ผู้หญิงต้องแบกรับภาระเหล่านี้จนอาจกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้หญิงได้ ดังตัวอย่างข้อมูล “ผมยอมรับเลยครับเรื่องหัวใจหัวใจของผู้เป็นแม่ อย่างลูกป่วยนี่ เป็นไข้ ตัวร้อน เมียผมเขาลีบนอนเลย เรื่องห่วงลูกหยังผมกะห่วงคือกัน บ่แพ้เขาดอก แต่ขั้นคำมาผมอยากนอนผมกะนอนโลด เขาบ่นนอน ผมรู้หมดตอนลูกฮาก ลูกฮ้องปวด แต่กะบ่ลุกมาบ่คือผู้หญิง ผมยอมรับเลย เขาเบ้งคืออ่อนแอ แต่พอเอาถึงจุดนี้ผู้หญิงอดทนหลายกว่า ยอมลำบากหลายอีหลี อันนี้ยอมรับ...” (บิดาอายุ 32 ปี ของเด็กแผลไฟไหม้)

6) การขัดเกลาลูกตามบทบาททางเพศเมื่อลูกปวด: ลูกชายลูกหญิงต่างกัน บิดามารดามีการแสดงออก และพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเด็กเผชิญความปวดแตกต่างกันชัดเจน เป็นการตอกย้ำการผลิตซ้ำทางเพศภาวะจนนำไปสู่การหล่อหลอมการแสดงออกของเด็กชายเด็กหญิงเมื่อเผชิญความปวด เมื่อเชื่อมโยงการวิเคราะห์มิติทางเพศภาวะกับความเชื่อในบริบท

วัฒนธรรมอีสาน พบว่าบิดามารดามีปฏิกิริยาทำที่ต่อการแสดงความปวดของลูกหญิงลูกชายแตกต่างกันชัดเจน นับเป็นปฐมบทของการขัดเกลาทางสังคมของบิดามารดาที่มีต่อลูกต่างเพศในการเรียนรู้ซึมซับความเป็น “ตัวตน” ในอนาคตของผู้หญิงให้มีคุณลักษณะ^{48,49,50} เมื่อถามถึงการสอนลูกสาวลูกชายให้มีความอดทนต่อความปวด บิดามารดาต่างยืนยันว่า ตนเองไม่มีอคติ ว่าต้องให้เพศใดอดทนเป็นพิเศษ คิดว่าก็สอนเหมือนกัน กัน เพราะเป็นลูกเหมือนกัน แต่เมื่อสอบถามลงไปลึก ๆ แล้ว มีข้อค้นพบสำคัญ คือ บิดามารดาต่างเห็นพ้องกันว่าลูกสาวมีการแสดงออกเมื่อปวดมากกว่าและเปิดเผยกว่าลูกชาย คิดว่าเป็นธรรมชาติ ภาพปรากฏการณ์ในกรณีลูกเกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เกิดหกล้มผู้เป็นบิดามารดาจะแสดงปฏิกิริยาและคำพูดเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจลูกหญิงกับลูกชายต่างกัน สิ่งที่พบ คือ การใช้และประโยคต่างกันตามค่านิยมที่สืบทอดกันมา เช่น เมื่อลูกหกล้มทำให้เกิดบาดเจ็บร้องไห้ มารดาก็วิ่งเข้าไปประคองขึ้นแล้วใช้คำพูดที่เบี่ยงเบนความสนใจให้เป็นเรื่องขบขัน ตัวอย่างเช่น “ถ้าเป็นลูกชาย...ร้อง...อ้าว ๆ ๆ...หนู ๆ ๆ พูนหนูไป แล้วจับหนู” พร้อมกับใช้ปากเป่าศีรษะ หรือเป่าบริเวณที่บาดเจ็บ คล้ายการทอ้งคาถาให้ลูกเกิดความเชื่อมั่นว่าจะหายปวด “โอม...อมมะลู...อมมะลู...คนปู้มันเจ็บ...โอมเพี้ยง...เว็บ” พร้อมทั้งทำท่ากำมือข้างมือออกไป ถือว่าทั้งความปวดออกไปจากตัวเด็กเพราะลูกชายมักพอใจที่ทำท่าว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อยเท่านั้น เขาบอกว่าเข่าทำนอง “ลูกผู้ชาย...ขอกินกินมากกว่านี้...” และหากเป็นลูกสาวมักตามด้วยคำพูดปลอบใจทำนองตามความนิยมที่สังคมคาดหวังต่อเพศหญิง เช่น “โอ้ ๆ ๆ ลูกสาวหล่า...บ่เจ็บ ๆ ๆ ลูกคนเก่งหนูเป็นผู้หญิงเป็นคนหมอบคุณพยาบาล เป็นนางสาวไทย ต้องสวยและอดทน...” แล้วใช้มือลูบปลอบโยน เด็กหญิงก็แสดงอาการนั่งเฉยไป...และ มักต่อยด้วยพูดคำว่า “แม่เตือนแล้วว่าเจ็บเห็นไหมไม่เชื่อแม่เลยต้องเจ็บตัวแต่ไม่เป็นไรนะคนเก่ง...ผู้ชายต้องเข้มแข็งเป็นทหารเป็นตำรวจเป็นขุนแผนแบกปืนกะบ่เจ็บ...อดไว้ลูกหล่า...” มีข้อสังเกตการแสดงท่าประกอบของสตรีเหล่านี้ใช้น้ำเสียงสรว้อยเสียงลีลาเมื่อ

พูดกับเด็กหญิงและเด็กชายแตกต่างกันชัดเจน ที่เน้นความอ่อนหวาน ทำเสียงเล็ก ๆ น้าเอ็นดูเมื่อพูดกับเด็กหญิงมากกว่าเด็กชายเห็นได้อย่างชัดเจน (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั่วไปหญิง)

7) ผลลัพธ์การแสดงออกซึ่งความปลอดภัย: เด็กหญิงเด็กชายแตกต่าง จากกระบวนการประกอบสร้างทางสังคมและการกล่อมเกลางทางสังคมของครอบครัว ทำให้เด็กชายเด็กหญิงมีการแสดงออกซึ่งความปลอดภัยแตกต่างกันและพบว่าเด็กชายต้องอดทนและไม่แสดงออกเมื่อปวดจนนำไปสู่ผลเสียของโรคที่รุนแรง ดังตัวอย่างข้อมูล “...ต่างกันค่ะ...ผู้ชายจะมีความอดกลั้นสูงสาเหตุไม่รู้ แต่ถ้ามีอะไรจะพูดออกมาเลย แต่ว่าผู้ชายเขาจะเก็บความรู้สึกไว้ได้ดี เก็บไว้ซะก่อนยังไม่ต้องพูดนะค่ะ คิดไว้ในใจ อดทนไว้ก่อน ทนจนไส้ติ่งแตกนั่นแหละ คิดดู...แต่ผู้หญิงนี่ไม่ได้ต้องระเบิดออกมาทันทีค่ะ เวลาเราโดนมีดบาดอย่างนั้นะค่ะ ร้องทันที โอ๊ย ๆ ๆ เจ็บแต่ผู้ชายนั้นไม่ เจ็บคำเดียวจบ” (มารดาอายุ 30 ปี ของลูกรับการผ่าตัด)

8) จากอคติทางเพศตามเพศภาวะทางสังคม: สู้คดีทางเพศของบุคลากรสุขภาพต่อผู้ป่วยเด็ก ด้วยกระบวนการประกอบสร้างทางสังคมและการขัดเกลางทางสังคมของครอบครัวมีผลต่อการแสดงออกเมื่อเด็กมีความปวดและหล่อหลอมความคิด ค่านิยม ความเชื่อของบุคลากรสุขภาพให้มียุทธศาสตร์ในการบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านการจัดการความปลอดภัยในเด็ก ดังตัวอย่างข้อมูล “เด็กร้อง ดิ้น ก็มีคนงานและบิดาเด็กช่วยจับ แพทย์มีสีหน้าเคร่งเครียด กังวลกับงานที่อยู่ข้างหน้าพาลงพูดว่า “ร้องมากมากหมอทำไม่ได้ ยิ่งเจ็บนะ เราเป็นลูกผู้ชาย เข้มแข็ง ๆ นะ ทนเอาทนเอา...” แพทย์รุ่นพี่กำชับแพทย์รุ่นน้องใช้ท่อนว่า ‘ทีหลังใครร้องมาก ๆ เอาไว้ทีหลัง ทำคนอื่นตกใจหมด เอาดูหน่วยก้านจะเป็นหนุ่มแล้วยังชี้เบาะเนะเรานี้...บ่นพาลงมองหน้าเด็กชาย...” (ข้อมูลจากการสังเกตในการทำหัตถการเด็กชายตีก้อนบิดา)

ดังนั้น ข้อค้นพบการวิจัยนำไปสู่การสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดการความปลอดภัยในเด็กที่มี

ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ข้อมูลที่ค้นพบนำไปสู่การนำเข้าด้านการจัดการเรียนการสอนของบุคลากรสุขภาพและการกำหนดนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: การจัดการปวดแก่เด็กที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ:

ข้อค้นพบนี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่ามโนคติทางเพศ หรือความลำเอียงทางเพศของบิดามารดาในการแสดงออกถึงความปลอดภัยของเด็ก และ มีการผลิตซ้ำทางเพศภาวะที่เด็กหญิงเด็กชายต่างมีข้อจำกัดในการแสดงออก เป็นการปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคมซึ่งก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะของผู้หญิงในฐานะ แม่ และ ลูกสาว เมื่อลูกเจ็บป่วยมีความปวด แม่เป็นผู้ทุ่มเท บิดามารดามีปฏิกิริยาต่อการแสดงออกของลูกหญิงลูกชายต่างกัน มีข้อมูลที่แสดงชัดถึงค่านิยมทางสังคมที่ระบุว่าผู้ชาย “ต้องเข้มแข็ง” ไม่สามารถแสดงออกความรู้สึกปวดได้อย่างเสรี ในขณะที่เด็กหญิงเองรู้สึกว่ามีอิสระในการแสดงออกเรื่องความปลอดภัยมากกว่า รู้สึกถึงความไม่เท่าเทียมในการทำหน้าที่ต่อบิดามารดาและพี่น้องที่ต้องแบกรับมากกว่าลูกชาย พ่อแม่ลำเอียงให้ความสำคัญแก่ลูกชายมากกว่า เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าเป็นบทเรียนสำคัญแก่นักวิชาชีพการบริการสุขภาพในการดูแลเด็กมีความปวดเพื่อนำไปต่อยอดการออกแบบการบริการให้ตระหนักถึงสิ่งที่สังคมปลูกฝังสั่งสอน ตามค่านิยมทางเพศภาวะ ได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งแก่เพศหญิงและเพศชาย ผู้วิจัยจึงนำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องหากวิธีพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมบิดามารดาเข้าใจถึงแนวทางการดูแลส่งเสริมพัฒนาการโดยเฉพาะการสนองตอบต่อความปลอดภัยในวิธีการที่เหมาะสมซึ่งผู้วิจัยไม่ขอกล่าวในบทความนี้ด้วยพื้นที่จำกัด แต่ขอเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การจัดการความปลอดภัยในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะซึ่งหมายถึงการบริการที่ผู้ให้บริการใช้มุมมองเพศภาวะ (gender lens) หรือวิเคราะห์เพศภาวะ วิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงผู้ชาย อันจะนำไปสู่การพัฒนาเทคนิคการให้บริการการจัดการความปลอดภัย

เด็กที่มีความไวต่อความต้องการของเด็กหญิงเด็กชาย ที่มีใช้การบริการแบบเหมาโหล และมีการคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการดูแล^{3,6,51} ดังนี้

ควรมีการสร้างนโยบายระดับประเทศ (enriching policy development) ในการเพิ่มความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในครอบครัวและสังคมในวงกว้างให้เข้าใจในทัศนคติของเพศภาวะ การเลี้ยงดูบุตร การขัดเกลาทางสังคมให้เกิดความเสมอภาคทางเพศให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงนโยบายของการจัดการศึกษาของประเทศเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติของครูและบุคลากรในโรงเรียน และคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจในทัศนคติของเพศภาวะ การขัดเกลาทางสังคมให้เกิดความเสมอภาคทางเพศ (promoting fairness) ให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในการขัดเกลาทางสังคมแก่เด็กทุกระดับ เพิ่มนโยบายในการผลิตบุคลากรสุขภาพทุกแขนงเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ และคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรในสถาบันสุขภาพในระดับการศึกษาทุกระดับให้เข้าใจในทัศนคติของเพศภาวะ การขัดเกลาทางสังคมและการบริการสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องของการจัดการปวดในเด็กให้เกิดความเสมอภาคทางเพศให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในการบริการสุขภาพ และทุกเพศสามารถเข้าถึงการบริการเท่าเทียมกันทั้งในรูปแบบที่มองเห็นเป็นรูปธรรม (enhancing accessibility) และลดอคติอันเป็นนามธรรมให้บริการอย่างมีคุณภาพ (improving quality) สำหรับการออกแบบบริการการจัดการความปวดในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ⁴⁹ ให้คำนึงถึงหลักการ ดังนี้ 1) จัดทำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศภาวะ วัย และคุณลักษณะเฉพาะตัวของผู้รับบริการ หลีกเลี่ยงการออกแบบการบริการแบบเหมารวมทุกเพศทุกวัย 2) กำหนดนโยบายในการบริหารจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่มีความ

ละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับให้ทราบ 3) ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ทักษะในการบริหารจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ 4) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลถึงการบริหารจัดการความปวดที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะและขั้นตอนการบริการของทีมสุขภาพ 5) ผู้ป่วยเด็กที่รับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลได้รับการประเมินความปวดที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเมื่อแรกรับทุกราย และต่อไปประเมินอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 6) ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการทำหัตถการ ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและฝึกการใช้ non-pharmacology ที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะทำหัตถการ 7) จัดระบบการให้ความรู้และฝึกทักษะการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลายแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะและครอบครัว ผู้ดูแล 8) ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวด ได้รับการจัดการความปวดที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะตามแนวปฏิบัติ 9) บันทึกผลการประเมินความปวดที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะทุกครั้ง เพื่อการสื่อสารให้บุคลากรทีมสุขภาพได้ทราบ โดยบันทึกใน nurse's note และ graphic sheet แต่ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงให้บันทึกใน progress note ทีมสหสาขา 10) จัดระบบการตรวจสอบ (audit) การจัดการปวดในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ การบันทึกทางการแพทย์ทุกเดือนและรายงานทุกไตรมาส 11) จัดให้มีบุคลากรเป็นเจ้าภาพในการรับผิดชอบการจัดการปวดในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ในการติดตามงานประจำหอผู้ป่วยและรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือนและทุกไตรมาส 12) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และ หากยังเสี่ยงต่อการเผชิญกับความปวดที่บ้านให้จัดทำคู่มือการจัดการความปวดในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะโดยครอบครัว ผู้ดูแลที่บ้านที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศภาวะ วัย และ คุณลักษณะเฉพาะตัวของผู้รับบริการ พร้อมทั้งฝึกอบรมให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคู่มือได้ และ 13) จัดให้มีบุคลากร

เป็นเจ้าภาพในการรับผิดชอบติดตามอำนาจการการจัดการปวดในเด็กที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะโดยครอบครัวผู้ดูแลที่บ้านและรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือนและทุกไตรมาส

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (CRTGWH) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวัฒนกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization – WHO. Gender and health research. Geneva Switzerland: Department of Gender, Women and Health (GWH); 2004.
2. O'Brien O, White A. Gender and health: The case for gender-sensitive health policy and health care delivery. Briefing Paper. London: The King Fund; 2003.
3. Miers M. Developing an understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. JAN 2002; 40(1): 69–77.
4. Gijsbers Van Wijk CMT, Van Vilet KP, Kolk AM. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. Soc Sci Med 1996; 43(5), 707–20.
5. Lumby C. Bad girls: The media, sex and feminism in the '90s. NSW, Australia: Allen & Unwin; 1997.
6. Dean M. Governmentality: Power and rule in modern society. London: Sage; 1999.
7. Raval VV, Martini TS. Maternal socialization of children's anger, sadness, and physical pain in two communities in Gujarat, India. IJBD; 2009; 33(3): 215–29.
8. บุญยงค์ เกศเทศ. วัฒนธรรมเผ่าพันธุ์มนุษย์. อุบลราชธานี: ยงสวัสดิ์การพิมพ์; 2536.: 111–31.
9. Saarni C, Campos JJ, Camras L, Witherington DC. Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon (series ed.) and N. Eisenberg (vol. ed.), Handbook of child psychology, Vol. 6; John Wiley & Sons, Inc., 2006.
10. Diener ML, Lucas RE. Adults desires for children's emotions across 48 countries: Associates with individual and national characteristics. JCCP 2004; 35: 525–47.
11. นัฏฐพงศ์ ดวงมนตรี สมศักดิ์ ศรีสันติสุข วิยุทธ จำรัสพันธุ์. การอบรมขัดเกลาทางสังคมด้านประชาธิปไตยในครอบครัวชนบทจังหวัดขอนแก่น. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ 2548; 22(3): 33–48.
12. พิมภา สุตรา ปัญกรณ์ ชูตั้งกร และ ดารุณี จงอุดมการณ์. การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวอีสาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2547; 22(3): 36–46.
13. Callister LC. Cultural influences on pain perceptions and behaviors. Home Health Care Manag Pract 2003; 15(3): 207–11.
14. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain. J Transcult Nurs 2006; 17(4): 389–95.
15. Forgeron PA, Jongudomkarn D, Evans J, Finley GA, Thienthong S, Siripul P, Pairojkul S, Sriraj W, Boonyawatanangkool K. Children's pain assessment in Northeastern Thailand: Perspectives of health professionals. Qual Health Res 2009; 19 (1): 71–81.
16. Bermudez D. Adapting virginia satir techniques to hispanic families. Fam. J 2008; 16(1): 51–7.

17. นัฏฐพร พรหมบุตรดารุณี จงอุดมการณ์. ประสบการณ์ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันของเด็กวัยเรียนโดยครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(1): 77-90.
18. รุฬพัชร คันสร และ ดารุณี จงอุดมการณ์. ประสบการณ์ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันของเด็กวัยเรียนโดยครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2551; 31(3): 11-20.
19. ดารุณี จงอุดมการณ์ นิภา อังศุภากร พรเทพ แพรขาว วิลลักษณ์ กฤษศฤทธิศาสตร์. ความปวด: การให้ความหมายของเด็กเจ็บป่วย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2547; 22(3): 25-36.
20. Swift BN. Manual of neurological nursing. 2nd ed. Boston: Little Brown and Company; 1980.
21. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เต๋นดวง. ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ. สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ. รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับเครือข่ายวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ; 2539.
22. Castle K, Imms C, Howie L. Being in pain: a phenomenological study of young people with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2007; 49(6): 445-9.
23. Morse JM, Richards L. Read me first for a user's guide to qualitative methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2002.
24. Chenitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing. California: Addison-Wesley Publishing Company; 1986.
25. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. London: Sage; 1990.
26. Becker P. Common pitfalls of published grounded theory research. Qual Health Res 1993; 3(2): 254-60.
27. Moustakas CE. Heuristic research: design, methodology, and applications / Clark Moustakas. Newbury Park : Sage Publications; 1990.
28. สุชาติ ทวีสิทธิ์. เพศภาวะ: การท้าทายร่าง การค้นหาตัวตน. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2547.
29. จิตติมา ภาณุเดชะ ัญญา บุญภักดี และ ธัญญา ใจดี. สิทธินามัยเจริญพันธุ์หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2550.
30. International Association for the Study of Pain-IASP. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-52.
31. Esta C, Gery D. Neurology and neurosurgery nurses. St Louis: The CV Mosby Company; 1970.
32. Lutz W J. Helping hospitalized children and their parent cope with painful procedure. J Pediatr Nurs 1986; 1 (1): 24-32.
33. Villarruel AM, de Montellano BO. Culture and pain: a mesoamerican perspective. Adv. Nurs Sci. 1992; 15, 1: 21-32.
34. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก : การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซต; 2546.
35. Calderone KL. The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. SR 1990; 23(11-12): 713-25.
36. Jeans ME, Melzack R. Conceptual basic of nursing practice: Theoretical foundations of pain. pain management: nursing perspective. St Louis: Mosby Year Book; 1992.

37. Gail CM. The experience of living with persistent pain. JAN 1998; 28 (6): 1242-8.
38. Garro LC. Culture, pain & cancer. J Palliat Care 1990; 6: 34-44.
39. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
40. ดารุณี จงอุดมการณ์ นิภา อังศุภากร พรเทพ แพรวหาวิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิศาสตร์. เมื่อครอบครัวต้องอยู่กับความปวด: ลูกปวดเรากี่ปวด. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2548b; 24(2): 69-79.
41. Jongudomkarn D, Angsupakorn N and Siripul P. The Development and validation of the Khon Kaen University Pediatric Pain Assessment Tool for school-aged Isaan children in Thailand. J Transcult Nurs 2008a; 19: 213-22.
42. Jongudomkarn D, Aungsupakorn N, Camfield L. 2008. Families in Northeast Thailand: Living with a child in pain. AJN 2008b; 11: 13-22.
43. Jongudomkarn D, Aungsupakorn N, Camfield L. The meanings of pain: A qualitative study of the perspectives of children living with pain in Northeastern Thailand. NHS 2006; 8(3): 156-63.
44. Kabeer N. reversed realities: Gender hierarchies in development thought. London, UK: Verso; 1994.
45. Fielding N. Ethnography. In : N. Gilbert. Research social life. California: SAGE Publications; 1993.
46. Fenstermaker S, & West C. Doing gender, doing difference: Inequality, power, and institutional change. New York, NY: Routledge; 2002, p. 8
47. ดารุณี จงอุดมการณ์ สุมาลี คมขำ อธิรากร มณีรัตน์ จุฑามาศ แก้วละมุน. การประกอบสร้างทางสังคมของบิดามารดาในการแสดงออกถึงความปวดของเด็กในบริบทอีสาน. ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
48. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. JLME 2001; 29(1): 13-27.
49. Robinson ME, Wise EA. Gender bias in the observation of experimental pain. Pain 2003; 104: 259-64.
50. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: Key insights and policy implication. JHSB 2010; S1(S): 567-79.
51. Khoury AJ, Weisman CS. Thinking about women's health: the case for gender sensitivity. WHI 2002;12(2):61-5.