

**ความคิดเห็นของพยาบาลต่อหลักสูตรการให้การปรึกษา
เพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อน
เชิงเพศภาวะ***

**Nurses' opinions on the training curriculum based
on the empowerment and gender sensitive counseling**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2562

Volume 42 No.2 (April-June) 2019

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปส.ด** เปรตชนก แก้วจันทา พย.ม*** อิงคภา โคตนาธา พย.ม*****

จินตนา สิงห์เพิ่มพูน สป.ศ***** ทักษิรัตน์ ปฏิพัทธ์กักดี พย.ม***** พันธิภักย์ โกศลวัฒน์ พย.ม*****

Somporn Rungreangkulkij Ph.D.** Netchanok Kaewjanta MNS.*** Ingkata Kotnara MNS.*****

Jintana Leejongpermpoon MPA.***** Hathairat Patipatpakdee MNS.***** Pantip Kosallawat MNS.*****

บทคัดย่อ

งานวิจัยพบว่าความไม่平等ทางเพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิง บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมีความรู้เกี่ยวกับเพศภาวะ การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความคิดเห็นต่อหลักสูตรที่ได้อบรมของพยาบาลที่เข้าอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอ 4 ประเด็นหลักคือ 1) ความเชื่อมโยงระหว่างเพศภาวะกับสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า 2) ตระหนักถึงความเชื่อฝังหัวของผู้บำบัดและไม่เอาไปตัดสินผู้รับบริการ 3) เป้าหมายในการให้การปรึกษา: ฟื้นฟูอำนาจภายใน และรื้อถอนความเชื่อฝังหัว และ 4) ตระหนักในทักษะที่สำคัญของการปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูพลังอำนาจ กรมสุขภาพจิตสามารถใช้หลักสูตรนี้ในการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เรื่องเพศภาวะ

คำสำคัญ : การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูศักยภาพ เพศภาวะ ซึมเศร้า

Abstract

Evidences showed that gender inequality is related to depression in women. Health personals should have knowledge in regard to gender. This descriptive research aimed to describe opinions of nurses who attended empowerment counseling with gender sensitive training toward the training curriculum. Focus group was used for data collection. Data were analyzed by content analysis. The results showed four themes including 1) gender is related to causes of depression 2) counselors' should have an awareness of the

*This project was supported by Thai Health Promotion Foundation Department 9

**Associate Professor Centre of Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Doctoral Candidate, Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Assistant Professor Centre of Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Registered Nurse Senior Professional Level, Pra-Srimhapho Hospital

*****Administration Head Nurse, Pra Srimhapho Hospital

internalization and non-judgmental approach 3) goals of counseling: empowerment and reconstruction 4) awareness of significance of empowerment counseling technique. Department of Mental Health can use this curriculum for mental health personals on capacity building in gender.

keywords: empowerment counseling, gender, depression

ความเป็นมาของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการบกร่องทางสุขภาพ (year disability lost due to disability: YLD) ของประชากรผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years :DALY) ของประชากรผู้หญิงไทยในปีพ.ศ. 2556¹ นอกจากนี้ความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) หรือความรุนแรงจากความสัมพันธ์กับชีวิตคู่ (intimate partner violence) เป็นรูปแบบความรุนแรงที่พบมากที่สุดในผู้หญิงในทุกช่วงวัย² โดยมีงานวิจัยชี้ชัดว่าการถูกรังแกรุนแรงทั้งในอดีตและปัจจุบัน มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง²⁻⁴

ปัจจุบันนักวิชาการหลายประเทศโดยเฉพาะในซีกโลกตะวันตกให้ความสำคัญและพยายามทำความเข้าใจเพื่ออธิบายสาเหตุที่ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย โดยใช้ฐานการวิเคราะห์ด้านเพศภาวะ (gender) ปัญหาสุขภาพจิต เครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า ในผู้หญิงพบว่าสาเหตุมาจากความเครียดเรื้อรังจาก โครงสร้างทางสังคมซึ่งได้รับอิทธิพลจากแนวคิด ค่านิยม และวิถีปฏิบัติแบบชายเป็นใหญ่ หรือวิถีที่ให้คุณค่า โอกาส สิทธิ และเสรีภาพทางสังคมกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความกดดันทางสังคมจากบทบาทด้านความไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะที่ผู้หญิงถูกคาดหวังจากการเป็นผู้หญิง อาทิต้องอดทนเพื่อความสงบสุขของครอบครัว การแบกรับภาระหนักหลายอย่าง ทั้งงานในบ้าน และงานที่มีค่าตอบแทน การถูกใช้ความรุนแรงในวัยเด็ก หรือการที่ถูกผู้ชายใช้อำนาจควบคุม กระทำรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เมื่อสามีดื่มสุรา ใช้ความรุนแรงและไม่รับผิดชอบ

ต่อหน้าที่ บางคำสอน บอกว่า เป็นภรรยาต้องอดทน อาจจำยอมด้วยเหตุผลที่ยังต้องพึ่งพารายได้ของสามี หรือต้องการรักษาครอบครัวไว้ ปัจจัยบนฐานเพศภาวะแบบชายเป็นใหญ่เช่นนี้ ส่งผลให้ผู้หญิงตกอยู่ในภาวะบีบคั้น ต้องอดทนจนก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังลดทอนการเห็นคุณค่าในตัวเอง นำมาสู่การเกิดอาการซึมเศร้า⁵⁻⁸ ซึ่งแท้จริงแล้วผู้หญิงมีศักยภาพแต่เนื่องจากอยู่ภายใต้สังคมแบบชายเป็นใหญ่ที่มีความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะทำให้ผู้หญิงรู้สึกกดดัน ไร้พลังอำนาจ การฟื้นฟูศักยภาพของผู้หญิงคือการช่วยให้ผู้หญิงตระหนักถึงรากเหง้าของสาเหตุของปัญหาว่ามาจากโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เท่าเทียม ไม่ใช่เกิดจากตัวผู้หญิงเอง⁹

กรอบแนวคิดที่เป็นฐานของวิธีการป้องกันและบำบัดโรคซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ยังเน้นกรอบคิดระดับบุคคล โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ที่มีความเครียดหรือเป็นโรคซึมเศร้า นอกจากจะมีสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพแล้ว ยังเชื่อว่าสาเหตุหลักเกิดจากปัญหาในระดับบุคคล เช่น การที่ผู้ป่วยขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา มีความคิดด้านลบ ไม่ยืดหยุ่น เครียด หรือมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป้าหมายของการป้องกันและบำบัดรักษา จึงเน้นที่การแนะนำให้ออกกำลังกาย พุดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลที่ไว้วางใจ มีมุมมองทางบวก หรือในกรณีของผู้ที่ได้รับ การวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า รูปแบบการบำบัดโรคซึมเศร้าที่กรมสุขภาพจิตเสนอแนะเป็นแนวปฏิบัติโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมาจากการคิดแบบทางการแพทย์ (medical model) คือ การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จัดบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่าง

บุคคล และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า¹⁰ ซึ่งไม่ได้ใช้กรอบเพศภาวะ หรือบรรทัดฐานความเป็นหญิงเป็นชายในสังคม เพื่อเข้าใจสาเหตุความเครียดและรากเหง้าของอาการซึมเศร้าในผู้หญิง ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพจิตควรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะ มีความสามารถในการวิเคราะห์เพศภาวะ บ่งชี้ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะ และสามารถบูรณาการเพศภาวะในงานบริการสุขภาพจิตได้¹¹ สมาคมนักจิตวิทยาการปรึกษาในสหรัฐอเมริกาได้มีการบูรณาการมิติความไม่เป็นธรรมทางสังคมซึ่งรวมถึงเพศภาวะไว้ในแนวปฏิบัติของนักจิตวิทยาการปรึกษา¹² ในประเทศอินเดียก็มีการเรียกร้องให้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพจิตให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะในการทำงาน เพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจผู้หญิง⁹

สำหรับในประเทศไทยพบว่า หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะและนำความรู้ไปใช้ในการให้บริการยังมีน้อยมาก นอกจากนี้องค์กรหลักที่มีบทบาทและหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตประชาชน เช่น กรมสุขภาพจิต ยังขาดทั้งหลักสูตรและบุคลากรที่มีความรู้ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ดังนั้น ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรีจึงได้พัฒนาหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ สำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ได้นำหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการไปใช้หรือไม่ ผู้รับผิดชอบโครงการ

จึงทำการศึกษาวิจัยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของพยาบาลที่เข้าร่วมอบรมในหลักสูตรฯ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความคิดเห็นของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

กรอบแนวคิด

หลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นปรับมาจากหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพแนวสตรีนิยมที่พัฒนาขึ้นเพื่ออบรมบุคลากรที่ทำงานในศูนย์พึ่งได้¹³ โดยปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับการอธิบายปัญหาของการเกิดโรคซึมเศร้าในมิติเพศภาวะ ใช้เวลาอบรม 9 วัน แบ่งการอบรมเป็น 3 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน แต่ละครั้งห่างกันหนึ่งเดือน เนื่องจากไม่ต้องการให้กระทบกับการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม และ ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำความรู้และทักษะไปใช้กับชีวิตตัวเองและการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม 1) มีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นกรอบคิดทางสังคมที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า และ 2) มีทักษะ การให้การปรึกษาเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพและฟื้นฟูพลังอำนาจที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เนื้อหาของหลักสูตรฯ และวิธีการอบรมใช้การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ มีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง เนื้อหา วิธีการอบรม และวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฯ

ประเด็น	รายละเอียด	วัตถุประสงค์
เนื้อหา	ประกอบด้วยการเรียนรู้เรื่องการวิเคราะห์อำนาจ การวิเคราะห์เพศภาวะ ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ที่เชื่อมโยงสู่การซึมเศร้า วิธีการรื้อถอนความเชื่อและกระบวนการและทักษะการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ	มีความสามารถในการวิเคราะห์สาเหตุของอาการซึมเศร้าจากโครงสร้างเชิงระบบ และวัฒนธรรมต่างๆ ในสังคม ที่เป็นตัวกำหนดความคิด ความเชื่อ นำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรม มีทักษะในการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ
วิธีการอบรม	การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมทำกิจกรรมต่างๆ ดูภาพยนตร์สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังการทำกิจกรรมหรือ ดูภาพยนตร์และฝึกทักษะการให้การปรึกษา ทุกทักษะย่อย โดยจับคู่กับเพื่อนที่เข้าอบรมใช้โจทย์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ผู้เข้ารับการอบรมจริง	แนวคิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เชื่อว่า หากผู้เรียนลงมือทำผ่านประสบการณ์จริงผ่านความรู้สึก จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้และมีทักษะ ในเนื้อหาที่เรียนมากกว่าการเรียนรู้ผ่านการฟังการบรรยาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยแบบพรรณนา (descriptive research) เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาโรคซึมเศร้าที่มีมิติเพศภาวะ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE 592317) ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลจังหวัด จำนวน 12 คน และ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน รวมทั้งหมด 18 คน ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 32-52 ปี อายุเฉลี่ย 41.4 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.66

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล: ในวันสุดท้ายของการอบรมครั้งที่สาม ผู้ช่วยวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการอบรมทำการสนทนากลุ่มกับผู้เข้ารับการอบรมหลังสิ้นสุดการอบรม ในรีสอร์ทที่จัดการประชุม จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง บันทึกเทปการสนทนา การสนทนากลุ่มเน้นสาระ ความ

คิดเห็นต่อ ความเหมาะสมในการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการให้การปรึกษากับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงความคิดเห็นต่อหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เช่น 1) เนื้อหาการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ สามารถนำไปใช้ในการให้การปรึกษากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือไม่ อย่างไร 2) เทคนิคการให้การปรึกษาที่ท่านได้เรียนรู้เพิ่มเติมและสามารถนำไปใช้ในการให้การปรึกษากับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า มีอะไรบ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเห็นว่าพยาบาลและบุคลากรที่ทำงานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรได้มาเข้า

อบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจ และศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ พวก เขาพูดตรงกันว่าไม่เคยเรียนเรื่องเพศภาวะมาก่อน หลังจากผ่านการอบรมในหลักสูตร “การให้การปรึกษา เพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียด อ่อนเชิงเพศภาวะ” ทำให้เกิดมุมมองใหม่ต่อความ เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าที่แตกต่างไป จากมุมมองความรู้เดิม และได้เรียนรู้ทักษะการให้การ ปรึกษาใหม่เพิ่มเติม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอ 4 ประเด็นหลักคือ 1) ความเชื่อมโยงระหว่างเพศภาวะ กับสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า 2) ตระหนักถึงความเชื่อ ผังหัวของผู้บำบัดและไม่เอาไปตัดสิน 3) เป้าหมายใน การให้การปรึกษา: ฟื้นฟูอำนาจภายใน และผ่อนคลาย ความเชื่อผิงหัว และ 4) ตระหนักในทักษะที่สำคัญของ การปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูพลังอำนาจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความเชื่อมโยงระหว่างเพศภาวะกับ สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูลบอกมาก่อนเข้ารับการอบรม มีความเข้าใจว่าสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าส่วนมาก เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท แต่หลังจาก ได้รับการอบรมและทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา พบ ว่าสาเหตุการเกิดอาการซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับ แนวคิดเพศภาวะ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องบทบาททาง เพศภาวะ (gender roles) ที่ผู้หญิงต้องแบกรับภาระ แบกรับความรับผิดชอบทุกอย่างในบ้าน ทั้งดูแลลูก ดูแลสามี ดูแลรับผิดชอบงานในบ้าน ส่งผลให้ผู้หญิงมี ความเครียด ความกดดัน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ ข้อมูล

“สิ่งที่เปลี่ยนไปก็คือความเข้าใจเรื่อง ดีเพรสชั่น (depression) ว่ามันไม่ได้เกิดจากสารสื่อ ประสาทเพียงอย่างเดียว ตอนนี้เรามีความรู้ใหม่เพิ่ม ขึ้นมาว่า เป็นเพราะเรื่องของเจนเดอร์ (gender) ต่าง หาก กรอบเพศของความเป็นเพศหญิง ที่จะต้องอดทน เป็นแม่ศรีเรือน เป็นภรรยาที่อยู่บ้าน ทำงาน เป็นลูกสาว

เป็นแม่ ทุกอย่างจะเหมือนผู้หญิงคนนี้ต้องอดทน ซึ่งมี ส่วนเยอะด้วยแหละที่ทำให้ผู้หญิง ต้องซึมเศร้า”

(สนทนากลุ่มรพ.จิตเวช)

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าหลังจากการอบรม ทำให้เข้าใจชัดเจนว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกับมิติเพศภาวะในประเด็นความ สัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างสามีและภรรยา ที่สามีมักใช้ อำนาจและกำลังที่เหนือกว่าในการทำร้ายภรรยาทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ แสดงความเป็นเจ้าของและมี อภิลิทธิเหนือร่างกายและจิตใจของผู้หญิงที่เป็นภรรยา เช่น การนอกใจ การทำร้ายร่างกาย โดยที่สังคมจะมอง ว่าเป็นเรื่องของสามีภรรยา เป็นเรื่องภายในครอบครัว ซึ่งเท่ากับว่าสังคมนั้นส่งเสริมให้สามีทำร้ายภรรยา จน ในที่สุดส่งผลให้ภรรยาเกิดความเครียดกดดัน และนำ ไปสู่สาเหตุของการเกิดซึมเศร้า ดังตัวอย่างคำพูดของ ผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เรื่องของเจนเดอร์นี่ล่ะค่ะ ที่ช่วยทำให้ เราได้เห็นว่ามันเป็นตัวหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องเป็นโรค ซึมเศร้า อย่างของพี่ก็จะเป็นคนไข้ที่เข้ามาหาเรา เพราะ ว่าสามีดื่มเหล้าแล้วก็ทำร้ายร่างกาย.....แล้วผู้หญิงก็ บอกว่า ก็เพราะเขาเป็นผู้ชายเขาต้องกินเหล้า เราก็ต้อง ทำใจอดทนต่อไป มันทำให้เราเข้าใจได้เลยว่า เป็น เพราะการเลี้ยงดูที่ผู้หญิงคนนั้นถูกปลูกฝังความคิด ความเชื่อในการเป็นเมีย ที่ต้องอดทน”

(สนทนากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลจังหวัด)

“เมื่อก่อนเราว่าการเกิดโรคซึมเศร้า มันเกิดจาก นิวโรทรานสมิตเตอร์ (neurotransmitters) คือพวกซีโรโตนิน (serotonin) ใช้ใหม่ แต่ 80 เปอร์เซ็นต์ที่ก่อนใหญ่ๆ เลยมักจะมาจากปัญหาพวกนี้ ค่ะ การถูกทารุณกรรม การถูกอะบิว (abuse) ทางวาจา ทางด้านร่างกาย หรือจากเจนเดอร์ หรือการใช้อำนาจ เหนือกว่า”

(สนทนากลุ่มรพ.จิตเวช)

2. ตระหนักถึงความคิดความเชื่อฝังหัวของผู้บำบัดเองและไม่เอาไปตัดสิน

แม้แต่ตัวผู้ให้การปรึกษาเอง ก็ตระหนักถึงความเชื่อฝังหัวของตัวเองที่ถูกสั่งสอนมาว่า ครอบครัวจะอบอุ่น เด็กจะเติบโตมาเป็นเด็กไม่มีปัญหา ครอบครัวต้องมีพ่อ แม่ ลูก ทำให้แต่เดิมกระบวนการให้การปรึกษาจะพยายามใกล้เคียงให้ผู้หญิงอดทน เมื่อมาเข้าอบรมจึงมีความเข้าใจถึงความคิดความเชื่อที่กดตันผู้หญิง ทำให้ไม่ใช้กรอบเพศภาวะเดิมมาเป็นแนวทาง และตัดสินผู้รับการปรึกษา ดังคำพูด

“คือเปลี่ยนแปลงไปในเรื่องของความคิดว่า ความคิดเราจะกว้างขึ้นค่ะ เราจะไม่ตีกรอบแคบๆ ซึ่งแต่ก่อนเรา เวลาเราเห็นเคส (case) เราก็อาจจะคิดในมุมมองของแบบใกล้เคียง หรือว่าให้อดทนเพื่อลูก อย่างอันนี้อยู่ในกรอบเราจริง ๆ นะคะ แต่พอได้มาอบรมอันนี้ เราก็เลยมีความรู้สึกกว่า เราไม่จำเป็นต้องใกล้เคียง ฟังความต้องการที่แท้จริงของเขา”
(สนทนากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลจังหวัด)

3. เป้าหมายในการให้การปรึกษา: ฟื้นฟูอำนาจภายในและรื้อถอนความเชื่อฝังหัว

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงมุมมองการบำบัดซึมเศร้าในรูปแบบเดิม ที่เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา เพื่อให้อาการดีขึ้น แต่เมื่อได้รับการอบรมทำให้มีความเข้าใจการฟื้นฟูพลังอำนาจชัดเจนมากขึ้น เปลี่ยนมุมมองความเชื่อต่อการบำบัดว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อย ยาไม่ใช่คำตอบสุดท้าย แต่ต้องฟื้นฟูอำนาจภายใน (power within) และรื้อถอนความเชื่อฝังหัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้หญิงมีกำลังใจ มีความมั่นใจในตัวเอง ตระหนักในสาเหตุของปัญหาว่าเป็นเพราะโครงสร้างทางสังคมที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะ จะทำให้ผู้หญิงสามารถคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้

(1) การฟื้นฟูอำนาจภายใน

การฟื้นฟูอำนาจภายใน เป็นเป้าหมายหลักของการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูอำนาจภายในที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เพราะการให้การปรึกษารูปแบบนี้มีความเชื่อว่าทุกคนมีอำนาจภายในมีคุณค่าในตัวเอง แต่การที่ผู้หญิงรู้สึกด้อยค่า เป็นเพราะอยู่ในสังคมแบบชายเป็นใหญ่ที่ไม่ให้คุณค่าต่องานดูแล งานบ้าน ไม่รับฟังเสียงของผู้หญิง ดังนั้นหากผู้หญิงได้รับการฟื้นฟู ตระหนักเห็นคุณค่าในตัวเอง จะช่วยให้ผู้หญิงมีกำลังใจ มีความมั่นใจในตัวเอง ที่จะต่อสู้กับปัญหาต่อไปได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“พอเราได้มาเรียนมาอบรม เราก็อเริ่มใช้ทักษะการฟัง การฟังด้วยหัวใจมันทำให้เราได้รู้สามิณะลูกนะ อะไรอย่างนี้ค่ะ แล้วทำให้เราได้ตรึงนั้นมากขึ้น แล้วนอกจากการรักษาด้วยยา เราก็อร่วมกับการให้เอ็มพาเวอร์เมนต์ (empowerment) คนไข้ก๊กลับไปในเรื่องของจัดการแก้ไขปัญหานั้น ไม่ใช่เข้ามาเอาอย่างเดียว แต่กลับบ้านไปก็ยังมีเหมือนเดิมอะไรอย่างนี้ค่ะ”
(สนทนากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลจังหวัด)

“จริง ๆ เราก็อบรมมาหลากหลาย เช่น เบสิกโคซ์ เอ็มพาเวอร์ หรือเอ็มพาตี (empathy) แต่เราทำแบบมันเหมือนแตะ มันไม่ชัดเจนเหมือนครั้งนี้ เช่นว่าเอ็มพาเวอร์ เราก็อจะไปแค่อ้อยจั่นเข้าใจคุณนะ ฉันท๊ใจด้วยนะ ฉันท๊ขอชื่นชมด้วยนะอะไรอย่างนี้มันจะเป็นแตะ ๆ แต่เมื่อมาเรียนในคอร์สน๊อาจารย์ทำให้เรากระจำชัดมากขึ้น เพราะเอ็มพาเวอร์มันจะไปพร้อม ๆ กับเอ็มพาตีนะคะ ในเรื่องของเอ็มพาตีคือเรารับรู้เข้าใจเขาทุกอย่าง แล้วก๊ก็เห็นจุดแข็งของเขาได้ด้วย เมื่อเห็นจุดแข็งมันก๊เป็นการดึงจุดแข็งของเขาออกมา นั้นมันก๊จะเป็นเรื่องของเอ็มพาเวอร์”

(สนทนากลุ่มรพ.จิตเวช)

(2) รื้อถอนความคิด ความเชื่อฝังหัวที่เป็นรากเหง้าของปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงเป้าหมายของการปรึกษาในการแก้ไขที่รากเหง้าของปัญหา ว่าต้องช่วย

ให้ผู้ป่วยเข้าใจรากเหง้า สาเหตุของปัญหา ว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเพราะความเครียด ความกดดันจากกรอบเพศภาวะที่ถูกหล่อหลอมมาจากระบบครอบครัวและสังคม ในรูปแบบความไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะ โดยชายมีอำนาจเหนือกว่า ดังนั้นการบำบัดต้องใช้การรื้อถอนความคิด ความเชื่อบางอย่างที่ยึดติดจนส่งผลต่อการเกิดความเครียด ความกดดัน จนนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า

“ที่จริงเราต้องรื้อถอนความเชื่อฝังหัวตั้งแต่แรกเลย ที่รู้สึกนะ ที่สัมผัสได้ตอนนี้ น่าจะรื้อถอนตรงนี้ให้เสร็จ ยากก็เป็นแค่ส่วนปลายที่เราจะใช้ น่าจะใช้ส่วนนี้ก่อนอันดับแรก”

(สนทนากลุ่มรพ.จิตเวช)

“รื้อให้หมดก่อน ภูมิหลังเขามีอะไรบ้าง เขา (ผู้ใช้บริการ) โดนทำร้าย โดนกระทำ โดนอะไรมาบ้างหลาย ๆ อย่าง พอเขาเห็นปุ๊บ เขามีปัญหาเขาแก้เองได้ มันน่าจะจบตรงนี้ กับการที่เราจะไปใช้ย៉ามันคนละส่วนกันนะ ถ้าเราไปใช้ยาปุ๊บก็มีแต่ยา ๆ โดยที่เขาไม่รู้ว่ามันเกิดจากสาเหตุอะไร”

(สนทนากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลจังหวัด)

4. ตระหนักในทักษะที่สำคัญของการปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูพลังอำนาจ

แม้ว่าผู้ที่เข้าร่วมโครงการทุกคนจะผ่านการอบรมการให้การปรึกษามาแล้ว พวกเขาบอกว่าสิ่งที่พวกเขาได้เรียนรู้ทักษะที่สำคัญของการฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะคือ การฟังด้วยหัวใจ การบอกจุดแข็ง และการระบุปัญหาที่แท้จริง (naming)

1) ฟังด้วยหัวใจ

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนบอกว่าได้พยายามใช้ทักษะการฟังด้วยหัวใจ ฟังอย่างเข้าใจ ไม่มีอคติ ไม่ตัดสิน ไม่ตีตรา ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไว้วางใจและเล่าปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้บำบัดได้รับทราบข้อมูลมากขึ้น เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างลึกซึ้ง

ดังคำพูด

“ก็เริ่มรู้เรื่องของทักษะการฟัง คนไข้มาก็แล้ว แล้วก็เริ่มใช้กระบวนการ อ้อ เราก็ได้รู้สามีนะ ลูกนะ อะไรอย่างนี้ค่ะ แล้วทำให้เราได้ ข้อมูลมากขึ้น”

(สนทนากลุ่มรพสต.-โรงพยาบาลชุมชน)

2) ฟื้นฟูพลังอำนาจโดยการบอกจุดแข็ง

ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าได้นำเทคนิคการฟื้นฟูพลังอำนาจภายใน (power within) ของผู้ใช้บริการโดยพยายามค้นหาจุดแข็งในตัวของผู้ใช้บริการและบอกจุดแข็ง (อำนาจภายใน) ของผู้ใช้บริการเพื่อให้เขาเห็นศักยภาพของตนเอง ในการต่อสู้และเผชิญกับปัญหา ดังตัวอย่างคำพูด

“อย่างเรื่องการให้คำปรึกษาก็เหมือนกัน แต่ก่อนเราก็เคยทำแต่ว่า เวลาให้คำปรึกษาเขา เรามักจะบอกจุดด้อยของเขา เช่นบอกว่า คุณยังขาดตรงนี้ๆ นะ จะต้องไปเพิ่มเติมตรงนี้ๆ แต่พอมาอบรมกับอาจารย์ เราได้อีกมุมหนึ่งก็คือ การบอกจุดแข็งของเขา ซึ่งที่ว่ามันเป็นอะไรที่แตกต่างและดีมากสำหรับการให้คำปรึกษาผู้ที่มีการซึมเศร้า”

(สนทนากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลจังหวัด)

“การชี้ให้เห็นอำนาจภายในของเขา (ผู้ใช้บริการ) ว่าเขาเป็นคนที่มีความขยัน สามารถซื้อแผงขายปลาในตลาดได้ ช่วยให้ลูกได้ทำมาหากินด้วย ซึ่งผู้ป่วยก็บอกว่านี่คือความภูมิใจของเขา”

(สนทนากลุ่มรพสต.-โรงพยาบาลชุมชน)

3) ทักษะการระบุปัญหาที่แท้จริง

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการนำเทคนิคการระบุแหล่งที่มาของปัญหา ในประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้ประสบมาโดยเฉพาะประสบการณ์ที่ถูกสามีทำร้ายร่างกาย สามีไม่ช่วยรับผิดชอบภาระต่างๆ ภายในบ้าน ซึ่งผู้หญิงจะถูกสั่งสอนจนเกิดความเชื่อฝังหัวว่าเป็นผู้หญิงต้องอดทนเพื่อลูกและครอบครัว ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงได้ หรือ

ผู้หญิงหลายคนที่ได้รับ ความรุนแรงจากชีวิตคู่ แต่ในบางเวลาสามีไม่ได้ทำความรุนแรงและมาทำดีชดเชย ทำให้ผู้หญิงสับสนระหว่างความรัก กับการถูกทำร้าย ไม่สามารถบอกกับตัวเองได้ว่าเธอกำลังได้รับความรุนแรง เทคนิคการระบุปัญหาที่แท้จริง เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้คิดทบทวนและอยู่กับความเป็นจริง และเข้าใจปัญหาของตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“กลัที่จะชี้แจงว่าที่ผ่านมา สามีกระทำกับคุณอย่างไรบ้าง เพราะบางคนก็คิดว่าสามีดี เพราะเขาบอกว่ารัก เราก็จะกลัที่จะเหมมึงเขาบอกว่าถ้าความรักจริง ๆ มันไม่ใช่แบบนี้ มันจะต้องอยู่ด้วยความเข้าใจมีเหตุผล เอ้อ้ออะไรต่าง ๆ นี่คือการเหมมึงที่จะทำให้เขาเห็นปัญหาชัด”
(สนทนากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลจังหวัด)

อภิปรายผลการวิจัย

หลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เป็นหลักสูตรแรกในประเทศไทยที่ใช้เพื่อพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพจิตให้มีความรู้ความเข้าใจความไม่ เป็นธรรมทางเพศภาวะในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า หลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรที่ตอบสนองต่อนโยบายขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพ ผลการศึกษาสนับสนุนว่าเนื้อหาที่ใช้ในการอบรมในหลักสูตรการพัฒนาทักษะ การให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ช่วยทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะ และเข้าใจว่าความไม่ เป็นธรรมทางเพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้หญิงได้อย่างไร ซึ่งเป็นชุดความรู้ที่ผู้เข้ารับการอบรมไม่เคยเรียนรู้มาก่อน สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะ การพัฒนาบุคลากร

สุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจรอบเพศภาวะ สามารถประเมิน และบ่งชี้ได้ว่าผู้หญิงได้รับความรุนแรง และให้การรักษากายใจความเข้าใจที่มาสาเหตุของการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิง และสามารถบูรณาการเข้าไปในงานบริการมีความสำคัญมาก^{11,14}

เนื้อหาที่ใช้ในการอบรมเรื่องอำนาจ เพศภาวะ โครงสร้างความรู้ความเข้าใจอธิบายความเกี่ยวข้องต่อการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในมุมมองที่ลึกซึ้งสอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้เข้าอบรมได้ยื่นปัญหานี้ในการให้การปรึกษากับผู้ป่วยหญิงที่มีอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยที่บ่งชี้ว่า สาเหตุของอาการซึมเศร้าที่ผู้หญิงเผชิญคือความเครียดเรื้อรังจากการต้องทำงานบ้านตามบทบาทความเป็นผู้หญิงและการทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้หญิงไม่มีเวลาดูแลตัวเอง เกิดจากความเครียดจากความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ที่ผู้หญิงได้รับความรุนแรงทางเพศ (gender based violence) ในรูปแบบต่าง ๆ²⁻⁴ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากโครงสร้างทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่¹⁵ แต่เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมไม่เคยได้เรียนรู้สาเหตุของปัญหาในระดับโครงสร้างทางสังคมทำให้ไม่เข้าใจ เพราะแนวปฏิบัติที่ได้รับการแนะนำส่วนใหญ่ใช้กรอบวิเคราะห์ปัญหา ระดับบุคคล¹⁰

ดังนั้นเมื่อสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมีความเครียดเรื้อรังมาจากความไม่ เป็นธรรมทางเพศภาวะ เทคนิคที่ต้องนำมาใช้ในการช่วยเหลือที่สำคัญคือให้ผู้หญิงได้ตระหนักถึงกรอบความคิดความเชื่อฝังหัวที่กดทับผู้หญิง ช่วยให้ผู้หญิงตระหนักถึงความรุนแรงอันเนื่องมาจากความเป็นเพศที่ผู้หญิงเผชิญว่ามันไม่ใช่เรื่องธรรมชาติ¹⁶ และรื้อถอนความเชื่อฝังหัว ให้ผู้หญิงเป็นอิสระจากกรอบความคิดความเชื่อที่ไม่เป็นธรรมกับผู้หญิง

นอกจากผู้เข้ารับการอบรมจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกรอบเพศภาวะแล้ว กระบวนการอบรมยังสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิดความเชื่อและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนา

บุคลากรในการใช้กรอบเพศภาวะในการอบรม ที่มีความคาดหวังว่าหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับกรอบเพศภาวะต้องทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อบทบาทเพศภาวะดั้งเดิม ตระหนักถึงความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะ มีความคิดความเชื่อ และทักษะในการสนับสนุนและสร้างการเปลี่ยนแปลง เพื่อการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะทั้งในชีวิตประจำวันและการทำงาน¹⁷ ซึ่งข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้เข้าอบรมสนับสนุนว่ากระบวนการอบรมช่วยให้ผู้เข้าอบรมมีการเปลี่ยนแปลง มีความเข้าใจและตระหนักถึงความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะที่ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า จากเดิมที่ไม่เคยมองเห็นมาก่อน

รูปแบบการอบรมใช้การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงของผู้เข้ารับการอบรม ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทบทวนประสบการณ์จริงของตนที่เกิดจากการใช้อำนาจเหนือกว่า กรอบเพศภาวะที่ไม่เท่าเทียม ภายใต้โครงสร้างความรุนแรงทางเพศส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวของผู้เข้ารับการอบรมอย่างไรบ้าง การจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เป็นรูปแบบการอบรมที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติ¹³

ผู้เข้ารับการอบรมสนับสนุนความคิดความเชื่อตามกรอบเพศภาวะว่าผู้หญิงทุกคนมีอำนาจและศักยภาพ แต่การที่ผู้หญิงมีอาการซึมเศร้าและไร้พลังอำนาจเป็นเพราะการได้รับความไม่เป็นธรรมจากโครงสร้างทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่ ดังนั้นการฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพผู้หญิง คือการทำให้ผู้หญิงรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองที่ผู้หญิงมีอยู่ จากประสบการณ์ตรงของผู้หญิง⁹ รับฟังผู้หญิงด้วยหัวใจ ให้ความเคารพ ไม่ตัดสิน เป็นการสื่อสารให้ผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้ารับรู้ว่าการปรึกษาตระหนักและเห็นความสำคัญของผู้หญิง เป็นการใช้อำนาจร่วมระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา ช่วยฟื้นฟูความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และเมื่อได้ยินผู้ให้การปรึกษาบอกจุดแข็งของพวกเขาตามที่ผู้ให้การปรึกษามองเห็น หรือรับรู้ยัง

ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกดีกับตัวเอง มีความมั่นใจในตัวเอง การไม่ใช้กรอบเพศภาวะเดิมไปตัดสิน หรือโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามกรอบเพศภาวะแบบชายเป็นใหญ่ แต่ฟังเสียงและตระหนักถึงความต้องการของตัวเอง สามารถตัดสินใจชีวิตของตัวเอง เป็นกระบวนการสำคัญของการฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพผู้หญิง¹⁸⁻¹⁹

สรุป

ผลการศึกษาพบว่าหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสามารถช่วยให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจกรอบคิดเพศภาวะที่ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าได้ เป็นการช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีกรอบคิดในการวิเคราะห์ปัญหาการเกิดโรคซึมเศร้าในระดับสังคม ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่จริงได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการให้การปรึกษาเพิ่มเติมจากทักษะเดิมที่มีอยู่ และผู้เข้ารับการอบรมมีความเห็นว่าบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรได้รับการเรียนรู้ในหลักสูตรนี้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

กรมสุขภาพจิตควรให้การสนับสนุนพัฒนาบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เป็นการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนในการผลิตบัณฑิต หรือการอบรมระยะสั้นของวิชาชีพที่จะไปทำงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิต ควรบรรจุหัวข้อเพศภาวะไว้ในหลักสูตร

ควรมีการศึกษาผลของการให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะต่อการลดอาการซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลทุกท่านที่สละเวลามาร่วมโครงการและให้ข้อมูล ขอขอบคุณ อาจารย์อวยพร เชื้อนแก้ว และ ดร.วราภรณ์ แซ่มสนิท ที่มาช่วยเป็นวิทยากรในการอบรม

References

1. International Health Policy Program. Disability-adjusted life years: DALYs 2013. [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health [cited 2018 Mar 10]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/report_BOD_2556.pdf. (in Thai)
2. Kaur R, Garg S. Addressing domestic violence against women: An unfinished agenda. *Indian J Community Med* 2008; 33(2): 73-6.
3. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women* 2008; 14(6):634-54. doi: 10.1177/1077801208319283.
4. Sabri B, Bolyard R, McFadgion AL, Stockman JK, Lucea MB, Callwood GB, et al. Intimate partner violence, depression, PTSD, and use of mental health resources among ethnically diverse black women. *Soc Work Health Care* 2013; 52(4):351-69.
5. Marchand A, Bilodeau J, Demers A, Beauregard N, Durand P, Haines V. Gendered depression: Vulnerability or exposure to work and family stressors? *Soc Sci Med* 2016; 166: 160-8.
6. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational Psychiatry* 2018; 8:98. DOI 10.1038/s41398-018-0148-0.
7. Chandra SP, Satyanarayana AV. Gender disadvantage and common mental disorders in women. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22 (5): 513-24.
8. Rungreangkulkij S, Kotnara I, Kittiwatanapaisan, Arunpongpaissal S. Depressive disorder: gender analysis of depression. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35 (4):21-30. (in Thai)
9. Kumar P, Supriti, Nehra KD, Dahiya S. Women empowerment and mental health: A psychosocial aspect. *Delhi Psychiatry Journal* 2013; 16(1): 57-65.
10. Department of Mental Health. Clinical practice guideline of psychosocial interventions for depressive disorder for psychiatric nurse in tertiary care. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2011. (in Thai)
11. World Health Organization. Gender and mental health. [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf
12. Goodman AL, Liang B, Helms EJ, Latta ER, Sparks E, & Weintraub RS. Training counseling psychologists as social justice agents: Feminist and multicultural principles in Action. *Couns Psychol* 2004; 32(6): 793-837.
13. Rungreangkulkij S; Supapunyakul R; Rujiraprasert N, Khuankaew O, Chamsanit V, Kerdkla A. Evaluation of using empowering feminist counseling curriculum. *Journal of Nursing Science & Health* 2015; 38(3): 1-13. (in Thai)

14. Oram S, Khalifeh H, Howard ML. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 159-70.
15. Byrne M, Carr A, Clark M. Power in relationships of women with depression. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice* 2004, 26: 407-29.
16. Park RG, Park E, Jun J, Kim N. Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women. *Public Health* 2017; 152: 86-94.
17. UN Women Training Centre. Typology on training for gender equality. April 2016. [cited 2018 Mar 10]. Available from: file:///C:/Users/somporn/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/TYPOLOGY_BOOK-WEB%20(3).pdf.
18. Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling- a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Educ Res* 2001; 16(2): 227-38.
19. Goodman, AL, Glenn C, Bohlig A, Banyard V, Borges A. Feminist relational advocacy: Process and outcomes from the perspective of low-income women with depression. *Couns Psychol* 2009; 37(6): 848-76.