

การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ

ศิริพร จีรวัดน์กุล PhD. (Medical Anthropology)*

บทคัดย่อ

เพศภาวะซึ่งหมายถึงความเป็นหญิง เป็นชาย และผู้หลากหลายทางเพศ เกิดจากการประกอบสร้างทางสังคม มีความเชื่อมโยงกับสุขภาวะทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ตลอดจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ ประเด็นเพศภาวะเป็นตัวชี้วัดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ปรากฏในระดับสากล ส่วนในประเทศไทย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าเพศภาวะเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต สุขภาพกาย การใช้สารเสพติด สุรา บุหรี่ การล่วงละเมิดทางเพศ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ พยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะต้องผ่านการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลที่ครอบคลุม 5 หัวข้อคือ 1) เพศภาวะกับการประกอบสร้างทางสังคม 2) เพศภาวะเป็นตัวชี้วัดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ 3) ความรุนแรงอันเนื่องมาจากเหตุแห่งเพศภาวะ 4) การยุติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และการเลือกเพศ และ 5) จริยธรรม ส่วนการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะโดยทั่วไปนั้นประกอบด้วยการมีข้อมูลด้านเพศภาวะ การปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความแตกต่าง ลดความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่มีอคติ และไม่ตีตรา

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(3) 5-16

คำสำคัญ: เพศภาวะ / ความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ / ปัญหาสุขภาพ / การพยาบาล

วันที่ได้รับ 20 ก.พ. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 มิ.ย. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 2 มิ.ย. 63

*ศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ e-mail: siriporn@kku.ac.th

Gender Sensitiveness in Nursing Practice

Siriporn Chirawatkul (Medical Anthropology)*

Abstract:

Gender is a socially constructed concept referring to a male, a female, or any of LGBTI (lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersexual). Gender is related to health status at individual, familial, and social levels, and could be a factor causing a range of health problems. An international level gender is recognized as one of the social determinant of health. In Thailand, empirical evidence has identified gender as a cause of mental health problems; physical health problems; drug, alcohol, and cigarette addiction; sexual harassment; and gender-related violence. Gender sensitiveness is, therefore, an essential qualification nurses should possess.

To ensure gender sensitiveness in nurses, the nursing curriculum is required to cover five major domains: 1) gender and social construction; 2) gender as a social factor indicative of health status; 3) gender-based violence; 4) abortion, contraception, and gender selection; and 5) ethical concerns. Gender sensitiveness in nursing practice generally involves 1) access to gender information; 2) respect to differences; and 3) minimisation of inequality, discrimination, prejudice, and stigmatisation.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(3) 5-16

Keywords: gender; gender sensitiveness; health problems; nursing practice

Received 20 February 2020, Revised 1 June 2020, Accepted 2 June 2020

*Professor, Independent Scholar, e-mail: siriporn@kku.ac.th.

บทนำ

เพศภาวะ (gender) หมายถึงความเป็นหญิง เป็นชายที่ถูกกำหนดจากเงื่อนไขทางสังคม (social constructed) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เพศกำหนด¹ เพศภาวะจึงเป็นเรื่องของบทบาท ความรับผิดชอบ ความคาดหวัง พันธะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้หญิง ผู้ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ (เกย์ กะเทย ทอม ดี ผู้หญิงข้ามเพศ ผู้ชายข้ามเพศ หรือ lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex-LGBTI) ทั้งที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเพศต่างกัน และระหว่างเพศเดียวกัน เพศภาวะมีความทับซ้อนกับเรื่อง เพศ (sex) และ เพศวิถี (sexuality) แต่ไม่ใช่เรื่องเดียวกัน ทั้งนี้คำว่า เพศ หมายถึงสรีระร่างกายที่มีมาแต่กำเนิด มีอวัยวะเพศที่บ่งบอกว่าเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นเพศกำเนิด¹ ส่วนเพศวิถี หมายถึง วิธีชีวิตทางเพศที่ถูกหล่อหลอมสร้างจากค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิคิด ให้มีวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนา และการแสดงออกทางเพศ ซึ่งในปัจจุบันเรื่องเพศวิถีมิได้จำกัดขอบเขตเฉพาะผู้หญิง ผู้ชายเท่านั้น แต่รวมถึงผู้หลากหลายทางเพศ อีกด้วย¹⁻⁴ แนวคิดเรื่องเพศที่ยึดติดกับความเป็นสองเพศแค่หญิงและชาย หรือการแบ่งแยกเพศตามอวัยวะเพศนั้นไม่ได้เป็นเรื่องที่เป็นสากล และไม่ใช่ความจริงหนึ่งเดียวที่ลบล้างไม่ได้ ดังนั้นการยึดติดว่าเพศต้องเป็นไปตามอวัยวะที่ถือกำเนิดมาจึงเป็นแนวคิดที่ล้าสมัย

มีข้อมูลจำนวนมากทั้งทางด้านสุขภาพ การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ยืนยันว่าเพศภาวะมีผลอย่างสำคัญต่อสุขภาพ (health and well-being) ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ในระดับสากลเรื่องเพศภาวะได้ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดอยู่ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) โดยเฉพาะในเป้าหมายที่ 3 เป้าหมายที่ 4 และเป้าหมายที่ 5⁵ นอกจากนี้

เพศภาวะยังถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งตัวชี้วัดหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health)⁶ ส่วนในประเทศไทย จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ได้มีมติให้เกิดการขับเคลื่อน มติ วิถีเพศภาวะ: เสริมพลังสุขภาพครอบครัว ทั้งนี้วิถีเพศภาวะตามมตินี้หมายถึงแนวทางการดำเนินงานของสถาบันหรือองค์กรทางสังคมต่าง ๆ เช่น การกำหนดกฎหมาย นโยบาย มาตรการ การจัดการศึกษา ระบบสวัสดิการ หรือบริการต่าง ๆ โดยตระหนักว่าผู้หญิง ผู้ชาย และผู้หลากหลายทางเพศมักเข้าถึงสิทธิ โอกาส สวัสดิการ และบริการสาธารณะต่าง ๆ ได้ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีสาเหตุจากข้อจำกัดหรือการเลือกปฏิบัติที่เป็นผลจากค่านิยมและอคติทางเพศในสังคม⁷

ประเด็นเพศภาวะทางการพยาบาลได้ถูกกล่าวถึงมากในการพยาบาลสุขภาพสตรี⁸ แต่ยังไม่ปรากฏอยู่เฉพาะในวงการวิจัย และวิชาการเป็นส่วนใหญ่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความเชื่อมโยงของเพศภาวะกับปัญหาสุขภาพระดับบุคคลในประเทศไทย และการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ

ปัญหาสุขภาพคนไทยอันเนื่องมาจากเพศภาวะ

คนไทยในบทความนี้หมายถึงผู้ที่ถือกำเนิดในประเทศไทย และ/หรือมีสัญชาติไทย คนไทยภายใต้ นิยามดังกล่าว มีหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ และหลายศาสนา ซึ่งสะท้อนว่าคนไทยถูกหล่อหลอม ประกอบสร้างมาจากวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทั้งที่มีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ในมิติเพศภาวะแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ และศาสนาให้ความหมายของการเป็นชาย เป็นหญิง และผู้หลากหลายทางเพศแตกต่างกัน เช่น สังคมมั่งเข็ดชูผู้ชาย ผู้ชายได้รับโอกาสทางการศึกษาก่อนผู้หญิง เนื่องจากมีความเชื่อว่า ผู้หญิงเมื่อแต่งงานจะเป็นสมบัติของผู้ชาย อาศัยเศรษฐกิจของผู้ชาย ฐานะของผู้หญิง

จึงเปลี่ยนแปลงไปตามสามิ⁹ ในสังคมฮินดู ผู้หญิงมีสถานะด้อยกว่าผู้ชายในแทบทุกด้านตั้งแต่อดีตมา ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้หญิงสามารถเข้าถึงการศึกษา และทำงานต่าง ๆ รวมถึงเป็นผู้นำในหน่วยงานได้ไม่แพ้ผู้ชาย แต่ก็ยังมีอีกหลายประเด็นโดยเฉพาะเรื่องเพศที่ผู้หญิงถูกล่วงละเมิด¹⁰ ในประเทศไทยผู้หญิงหลากหลายทางเพศยังไม่ได้รับการรับรองสิทธิทางกฎหมาย เช่นเรื่องชีวิตคู่ ทำให้มีผลต่อสิทธิผูกพันทางราชการและลูกจ้างเกี่ยวกับสวัสดิการ สิทธิการให้ความยินยอมแก่แพทย์รักษาพยาบาลคู่ชีวิตยามฉุกเฉิน สิทธิการมีบุตรร่วมกันหรือบุตรบุญธรรม เป็นต้น¹¹

นอกจากนั้นคนไทยปัจจุบันมีความแตกต่างตามยุคสมัยของกลุ่มคนตามช่วงอายุ (generation) ซึ่งตามหลักสากลแบ่งเป็น 5 กลุ่มช่วงอายุ คือ 1) Silent generation กลุ่มคนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2487 2) Baby Boomer คือ กลุ่มคนที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2487 – 2505 3) Generation X คือ กลุ่มคนที่เกิดประมาณปี พ.ศ. 2506–2520 4) Generation Y คือคนที่เกิดระหว่างปี พ.ศ.2521–2538 และ 5) Generation Z เป็นคนรุ่นใหม่ที่เกิด พ.ศ. 2539 ขึ้นไป¹² แต่ละกลุ่มช่วงอายุมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความคิด ค่านิยม ลักษณะนิสัย ตลอดจนจนพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนั้นการรับรู้เพศภาวะของคนในช่วงอายุต่างกันจึงไม่เหมือนกัน เช่น คนใน Gen-X Gen-Y มีแนวโน้มที่จะต่อต้านสังคม ไม่ค่อยเชื่อเรื่องศาสนา และไม่ยึดขนบธรรมเนียมประเพณี ทั้งยังเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวกับวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป เช่น มองว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การหย่าร้าง ผู้หลากหลายทางเพศเป็นเรื่องปกติ ซึ่งต่างจากกลุ่ม Baby boomer ที่มองเรื่องพวกนี้เป็นเรื่องผิดจารีตประเพณี ส่วนคนคน Gen-Z จะเปิดกว้างทางความคิดและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากการมองเห็นในโลกดิจิทัล จึงเปิดกว้างในการยอมรับความแตกต่าง

ต่าง รวมทั้งเรื่องเพศภาวะ และเพศวิถี มีแนวโน้มที่จะปรับทัศนคติได้ดี ไม่แบ่งแยกชนชั้น สีผิว ศาสนา หรือประเพณีที่แตกต่าง¹²

สังคมไทยเป็นสังคมชายเป็นใหญ่ (patriarchy society)¹³ ที่ถือเอาผู้ชายเป็นผู้นำ มีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) ลักษณะที่ผู้ชายมีอำนาจครอบงำผู้หญิง 2) ลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้ชายอยู่เหนือผู้หญิง และ 3) ลักษณะที่ผู้หญิงตกเป็นฝ่ายเสียเปรียบผู้ชาย ลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทั้งในระหว่างเพศที่แตกต่างกัน และในระหว่างเพศเดียวกัน รวมทั้งระหว่างชนชั้น และเชื้อชาติ ในสังคมชายเป็นใหญ่นั้น จะวางภาระหน้าที่ในบ้านเป็นของผู้หญิง หรือแม่ลูกสาว ส่วนผู้ชาย พ่อ หรือลูกชายจะทำหน้าที่ผู้นำครอบครัวและมีกิจกรรมในสังคมนอกบ้าน ทั้งผู้ชายและผู้หญิงต่างได้รับความกดดันให้มีพฤติกรรมตามที่ครอบครัว สังคมกำหนด แต่ผู้หญิงทุกวัยมีอำนาจทางสังคมน้อยจึงได้รับผลกระทบมาก เช่น มีหลักฐานว่าความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของสุขภาพผู้หญิง ผู้หญิงไทยมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายแต่มีคุณภาพชีวิตด้อยกว่า มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า อยู่กับโรคเรื้อรังและความพิการยาวนานกว่า ผู้หญิงมีอำนาจการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยน้อย ถูกประณามเรื่องท้องและแท้ง และถูกปล่อยให้เป็นปัญหาตามลำพัง¹⁴ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ชายจะมีโอกาสมีสิทธิทางจารีต วัฒนธรรมมากกว่าผู้หญิงภายใต้แนวคิดชายเป็นใหญ่ ผู้ชายก็ได้รับผลกระทบจากเพศภาวะเช่นกัน เช่น ผู้ชายติดสุราและสารเสพติดจำนวนมาก และรุนแรงกว่าผู้หญิง ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า แต่ใช้บริการสุขภาพจิตน้อยกว่า สำหรับผู้หลากหลายทางเพศได้รับความกดดันซ้ำซ้อนจากทั้งจากเพศกำเนิด เพศกำหนด และการไม่ได้รับการยอมรับทางกฎหมาย ตลอดจนการถูกปฏิเสธ หรือประณามจากบางสังคม¹⁵

ข้อมูลในตารางที่ 1 เป็นตัวอย่างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าผู้ชาย ผู้หญิง และผู้หลากหลายทางเพศ มีปัญหาสุขภาพอันมีผลจากเพศภาวะต่างกัน ส่วนในตารางที่ 2 แสดงถึงบริการสุขภาพที่ขาดความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ เนื่องจากขาดข้อมูลแยกเพศ ลักษณะบริการสุขภาพที่ไม่แยกแยะ และการมีโอกาเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่างกัน

ตารางที่ 1 ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ของผู้หญิง ผู้ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ

ปัญหาสุขภาพ	ผู้หญิง	ผู้ชาย	ผู้หลากหลายทางเพศ
ซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย ^{16,17}	มีอัตราสูงกว่าผู้ชาย เป็น 2 เท่า ฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่า	มีอัตราต่ำกว่าผู้หญิง แต่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า	มีข้อมูลเชิงปริมาณไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นเชิงคุณภาพ ระบุว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรง เสี่ยงฆ่าตัวตาย และทำร้ายผู้อื่น
โรคจิตเภท ¹⁶	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิง	ไม่มีข้อมูล
โรควิตกกังวล ¹⁶	มีอัตราสูงกว่าผู้ชาย	มีอัตราต่ำกว่าผู้หญิง	ไม่มีข้อมูล
การใช้สารเสพติด ¹⁶	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิง ใช้สารเสพติดหลากหลายประเภท ในจำนวนที่มาก และมีความถี่ของการใช้มากกว่า	ไม่มีข้อมูล
การดื่มสุรา ¹⁶	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย แต่พบว่าอัตราการดื่มสุราในผู้หญิงวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิงเกือบ 4 เท่า	ไม่มีข้อมูล
อุบัติเหตุการจราจร ¹⁸	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย และรุนแรงน้อยกว่า	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิง และรุนแรงมากกว่า	ไม่มีข้อมูล
โรคหัวใจขาดเลือด ^{19, 20}	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย วินิจฉัยได้ช้ากว่าผู้ชาย และมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ชาย	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิง วินิจฉัยได้เร็วกว่าผู้หญิง อัตราตายต่ำกว่าผู้หญิง	ไม่มีข้อมูล
โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ^{21,22}	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิง ประมาณ 3 เท่า	พบจำนวนมากในกลุ่มชายรักราย (MSM)

ตารางที่ 1 ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ของผู้หญิง ผู้ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ	ผู้หญิง	ผู้ชาย	ผู้หลากหลายทางเพศ
เอชไอวี/เอดส์ ^{21,22}	มีอัตราต่ำกว่าผู้ชาย	มีอัตราสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 2 เท่า	พบจำนวนมากในกลุ่มชายรักรชาย (MSM)
ความรุนแรง/ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ^{23, 24}	มีอัตราสูงกว่าผู้ชายมาก	อัตราต่ำกว่าผู้หญิงมาก	มีข้อมูลเชิงคุณภาพว่ากระเทย ทอม ดี ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ตารางที่ 2 ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพศต่าง ๆ

หัวข้อ	ความต้องการบริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการสุขภาพ
บริการสุขภาพจิตทั่วไป ^{25, 26}	ไม่มีข้อมูลแยกโรค แยกเพศ ในภาพรวม ระดับความต้องการในการใช้บริการจะสูงขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต มีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัจจัยเสี่ยงของอาการซึมเศร้าในผู้ชายและผู้หญิงต่างกัน แต่การบำบัดขาดความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ทั้งที่มีข้อมูลยืนยันว่าผู้หญิง และผู้ชายต้องการการบำบัดทางจิตแตกต่างกัน	ไม่มีข้อมูลแยกโรค แยกเพศ ในภาพรวม สถิติปี 2556 ของเขตสุขภาพ 12 เขต และกรุงเทพฯ มีผู้มีปัญหาทางจิตร้อยละ 17-77 สามารถเข้าถึงบริการ และข้อมูลปี 2561 ระบุว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ
บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ²⁷	ทุกเพศต้องการบริการที่มีคุณภาพราคาถูก เข้าถึงง่าย เป็นมิตร และเป็นความลับ แต่ผู้หญิงให้ความสำคัญกับการไม่ถูกตีตรา มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น	เฉพาะข้อมูลการป้องกันการตั้งครรภ์ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี เอดส์ พบว่ามีการใช้ยาเม็ด และยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น แต่การใช้ถุงยางอนามัยลดลง ปัญหาที่มีทั้งการเข้าถึง และการที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการป้องกันการตั้งครรภ์ และไม่กล้าปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
การเลิกสารเสพติด ^{28,29}	ไม่มีข้อมูลแยกเพศ มีแต่ภาพรวมซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายต้องการบริการที่ไม่ตอกย้ำความผิดพลาด และต้องการการบำบัดที่เพิ่มความมุ่งมั่นตั้งใจเลิก	ปีงบประมาณ 2561 มีผู้รับการบำบัดยาเสพติดที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นผู้ชาย ร้อยละ 91 ผู้หญิง ร้อยละ 9 และผู้หญิงถูกสังคมตีตรารุนแรงกว่าผู้ชาย

ตารางที่ 2 ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพศต่าง ๆ (ต่อ)

หัวข้อ	ความต้องการบริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการสุขภาพ
การลด/เลิก ดื่มสุรา ²⁸⁻³¹	ไม่มีข้อมูลแยกเพศ มีภาพรวมว่าผู้ติด สุราขอเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประมาณร้อยละ 2 และไม่มีข้อมูลระบุว่า ต้องการบริการอะไร อย่างไร	ผู้ชายเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า เนื่องจากไม่ถูก ตีตรา
โรคหัวใจขาด เลือด ¹⁹	มีข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ผู้หญิงต้องการ เสริมพลังอำนาจ ความรู้ การจัดสรรปัจจัยที่ เอื้อต่อการได้รับการวินิจฉัย และได้รับการ รักษาที่รวดเร็วโดยเฉพาะผู้หญิงที่เป็นกลุ่ม เสี่ยง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ	ผู้ชายได้รับการรักษาได้เร็วกว่าเนื่องจาก อาการของโรคในผู้ชายตรงกับแนวทาง วินิจฉัยมากกว่าขณะที่ผู้หญิงทำงานทั้งในบ้าน และนอกบ้าน ขาดการดูแลสุขภาพของตัวเอง มาโรงพยาบาลช้า และมีอาการไม่ตรงกับแนว การวินิจฉัย จึงได้รับการรักษาล่าช้า

การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ

การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ (gender sensitive nursing) คือปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงความตระหนักรู้ด้านเพศภาวะ (gender awareness) ซึ่งหมายถึง การตระหนักรู้และยอมรับว่าความแตกต่างด้านเพศภาวะเกิดจากค่านิยมหรือบรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวกำหนด ส่งผลให้บุคคลเพศต่าง ๆ ทั้งผู้หญิง ผู้ชาย และผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ มีสำนึกรับรู้ความเป็นเพศของตนเอง ตลอดจนมีบุคลิกภาพ นิสัยใจคอ ทักษะ พฤติกรรมการแสดงออก และบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังแตกต่างกันไป มีพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน ความแตกต่างอันเนื่องมาจากเพศภาวะมักส่งผลให้บุคคลแต่ละเพศได้รับสิทธิ โอกาส อำนาจ และสถานะทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเพศ^{32,33} การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะจะเกิดขึ้นได้นั้นตัวพยาบาลเองจะต้องมีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะก่อน โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ในหลักสูตรต่าง ๆ เช่นการเรียนวิชาในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล

ขั้นพื้นฐาน การเรียนวิชาทางการพยาบาลที่บูรณาการสาระเกี่ยวกับเพศภาวะ การเข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้น เป็นต้น

มีตัวอย่างรายงานการเสริมสร้างความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะของบุคลากรสุขภาพในต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลกได้ออกแบบหลักสูตรสำหรับเสริมสร้างความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โดยการนำเสนอตัวอย่างการบูรณาการประเด็นความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะเข้าในหลักสูตรแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย³⁴ ทั้งนี้มีรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพให้มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะนั้น พบว่าใช้วิธีการฝึกหลายวิธี โดยเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ และฉากทัศน์ (scenario) ในกรณีศึกษาต่าง ๆ มีเนื้อหาครอบคลุม 4 มิติ คือ มโนทัศน์ของ เพศ/เพศภาวะ ความเข้าใจประเด็นเพศภาวะและความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ การตีตราและการเลือกปฏิบัติ และทักษะการสื่อสาร³⁵ ดังตัวอย่างหัวข้อของการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลโดยทั่วไปดังนี้

1. เพศภาวะกับการประกอบสร้างทางสังคม (Social construction of gender) เนื้อหาครอบคลุมที่มาของการสร้างความเป็นหญิง เป็นชาย ผู้หลากหลายทางเพศ ในสังคมวัฒนธรรมต่าง ๆ บทบาทที่สังคมคาดหวัง ตลอดจนผลของการประกอบสร้างดังกล่าวที่มีต่อวิถีชีวิตทางสุขภาพของผู้หญิง ผู้ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ

2. เพศภาวะเป็นตัวชีวิตปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Gender as a social determinant of health) เนื้อหาครอบคลุมธรรมชาติของเพศภาวะที่เป็นเงื่อนไขทางสุขภาพ การเจ็บป่วย การเป็นโรค การป้องกัน และการบำบัดรักษา อคติ/ความลำเอียงทางเพศภาวะที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การตีตรา และผลกระทบอื่น ๆ เช่นการกำหนดนโยบายสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพ เป็นต้น

3. ความรุนแรงอันเนื่องมาจากเหตุแห่งเพศภาวะ (Gender-based violence – GBV) เนื้อหาครอบคลุมความหมาย อุบัติการณ์ ความชุกของการเกิดความรุนแรงทางเพศ ความเชื่อมโยงของ GBV กับสุขภาพ บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพ แนวปฏิบัติต่าง ๆ ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเด็นทางกฎหมาย

4. การยุติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และการเลือกเพศ (Abortion, contraception and sex selection) เนื้อหาเน้นเรื่องสิทธิการเจริญพันธุ์ การดำเนินงานที่เน้นเรื่องสิทธิมนุษยชน กฎหมาย แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย และการคุมกำเนิด

5. จริยธรรม (Ethical Issues) เนื้อหาครอบคลุมการสื่อสารที่ไม่ละเมิดสิทธิ การเคารพความแตกต่าง การเก็บความลับ การให้ความยินยอม การชักประวัติ การให้ข้อมูล การสื่อสารอย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดอคติ/ลำเอียง

ในประเทศไทยมีผลจากการวิจัยว่าการสร้างความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะให้กับพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยนั้นสามารถทำได้ ดังมีตัวอย่างโครงการ

พัฒนารูปแบบงานบริการสุขภาพจิตที่มีมิติเพศภาวะและความเป็นธรรมทางเพศ ดำเนินงานโดยศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อปลายปี พ.ศ. 2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคิดค้นและพัฒนาวิธีการหรือรูปแบบการทำงานป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ และความเป็นธรรมทางเพศ หลังการดำเนินโครงการพบว่าเมื่อพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการผ่านหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ (gender sensitive empowerment counseling) สำหรับผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว มีความเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว ทั้งของผู้บำบัด และผู้หญิงที่ได้รับการบำบัด ทำให้พยาบาลมีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ และนำความละเอียดอ่อนนั้นไปเสริมสร้างสุขภาวะครอบครัวตนเอง และออกแบบการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะสำหรับผู้รับบริการการพยาบาลที่ตนเองรับผิดชอบได้อย่างดี³⁶

สำหรับแนวทางการพยาบาลทั่วไปที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะนั้นยังไม่ปรากฏรายงานการศึกษาใด แต่มีเอกสารแนวปฏิบัติเกี่ยวกับตัวชีวิตความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะด้านสุขภาพของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme-UNDP)³⁷ ระบุว่า การให้บริการสุขภาพพื้นฐานที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะนั้นโดยภาพรวมต้องมีข้อมูลแยกเพศ ความต้องการบริการสุขภาพเฉพาะเพศนั้น ๆ และความชัดเจนตามเพศภาวะ ทั้งนี้ต้องมีบริบทของผู้รับบริการในด้านของพลังอำนาจทางการเมือง อำนาจทางเศรษฐกิจ ความปลอดภัยในชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากตัวชีวิตดังกล่าว การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะโดยทั่วไปนั้นควรมีแนวทางที่ครอบคลุมลักษณะสำคัญ 4

ประการดังนี้

1. ต้องมีข้อมูลแยกเพศทั้งเพศกำเนิด และเพศกำหนด ภูมิหลังทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการทางสุขภาพตามเพศภาวะและบริบทของผู้รับบริการ

2. ให้การพยาบาลด้วยความไวหรือละเอียดอ่อนต่อความไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องจากเพศภาวะของผู้รับบริการ และพยายามหาทางลดความเหลื่อมล้ำและการเลือกปฏิบัติ ตลอดจนเสริมสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นกับคนทุกเพศ

3. ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการแต่ละคนแต่ละปัญหาสุขภาพด้วยความเข้าใจถึงความแตกต่างทางเพศ และเพศภาวะที่ส่งผลต่อพยาธิสภาพ การเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบต่อวิถีชีวิต โดยไม่ใช้มาตรฐานความเชื่อส่วนตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศและเพศภาวะของการพยาบาลไปเป็นเงื่อนไข หรือข้อจำกัดที่ทำให้ผู้รับบริการขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ และการไม่ได้รับสิทธิทางสุขภาพต่าง ๆ

4. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดอคติ และการตีตรา

แนวปฏิบัติที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะทั้งหมดเป็นแนวปฏิบัติเฉพาะเรื่อง เช่น การคัดกรองและบำบัดผู้ชายที่มีภาวะซึมเศร้า³⁸ การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต³⁹ การรักษาความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน⁴⁰ เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะในการพยาบาลนั้นก็มีความเฉพาะกับปัญหา และความต้องการบริการสุขภาพแต่ละเรื่องเช่นกัน เช่น ตัวชี้วัดความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะในการพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ถูกกระทำรุนแรง ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ วัยรุ่นตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ การผ่าตัดอวัยวะเพศ โรคหัวใจ ภัยพิบัติ อาชีวอนามัย และการบริหารงานการพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้จะต้องอยู่ภายใต้ระบบการพยาบาล

ที่ครอบคลุมหัวข้อหลัก 3 ประการคือ 1) นโยบาย และแนวปฏิบัติ 2) โครงสร้างภายในการดำเนินงาน (ระยะเวลาการทำงาน สถานที่ที่ปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว ระบบให้คำปรึกษา เป็นต้น) และ3)บุคลากร⁴¹

สรุปและข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

เพศภาวะเกิดขึ้นจากการประกอบสร้างทางสังคมในการเป็นผู้หญิง ผู้ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม เพศภาวะมีผลกระทบต่อสุขภาพของทุกคน และมีความเชื่อมโยงกับการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลถึงความต้องการบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลอย่างมีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะด้วยการมีข้อมูลที่เพียงพอเพื่อวิเคราะห์เพศภาวะ และออกแบบการพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ

การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะนั้นต้องเริ่มต้นที่ตัวพยาบาลต้องมีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะก่อน จึงจะเห็นความสำคัญของการมีข้อมูลแยกเพศ การทำความเข้าใจบริบทของผู้รับบริการ และตระหนักว่าความแตกต่างอันเนื่องมาจากเพศภาวะมักส่งผลให้บุคคลแต่ละเพศได้รับสิทธิ โอกาส อำนาจ และสถานะทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเพศ ซึ่งส่งผลถึงสุขภาพ และปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การออกแบบการพยาบาลที่มีความเฉพาะ และสอดคล้องกับเพศภาวะของผู้รับบริการสุขภาพ การจะทำให้ตัวพยาบาลมีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะจึงต้องเริ่มที่การจัดการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาล และหน่วยงานมีแนวปฏิบัติ การพยาบาลเฉพาะทางต่าง ๆ ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นเพศภาวะ

References

1. Archavanitkul K. Sexuality transition in Thai Society. [cited 2020 January 5]; Available from: <http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-03.pdf>
2. Archavanitkul K, Wachanasara K. Gender lens and diversities: recommendations for development of women's health strategies. Nakornpathom: Sexualites Study Association; 2015. (in Thai)
3. National Health Assembly. Annex 1 Gender Approach: Family Health Empowerment. The 12 National Health Assembly Congress. November 18-20, 2019. [cited 2020 January 5]; Available from: <https://nha12.samatcha.org/site>
4. World Health Organization. "What do we mean by "sex" and "gender"?". [cited 2019 November 26]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions>
5. UNDP. About sustainable development goals. [cited 2020 January 5]; Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
6. World Health Organization. Social determinants of health. [cited 2020 January 5]; Available from: https://www.who.int/social_determinants/en/
7. National Health Assembly. The 12 National Health Assembly Congress. November 18-20, 2019. [cited 2020 January 5]; Available from: <https://nha12.samatcha.org/site>
8. Chirawatkul S (Editor). Women Health Nursing. Bangkok: Thai Nurse Council; 2015. (in Thai)
9. Post Today. Take daughter (Hmong) home: 11 March 2015. [cited 2020 January 5]; Available from: <https://www.posttoday.com/life/healthy/352379>
10. Scholarly Resources for Hinduism. Women's roles in Hinduism. [cited 2020 January 5]; Available from: <http://www.mahavidya.ca/2008/06/23/womens-roles-in-hinduism/>
11. Bouthong T. LGBTI family: Hope for same sex marriage act in Thailand. BBC Thai. [cited 2020 March 10]; Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-40465985>
12. Grey R, Patarawanichaya A, Laktong A, Sangkla J. Quality of life among employed population by generations. Nakornpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2016. (in Thai)
13. Department of Women's Affairs and Family Development, Ministry of Social Development and Human Security. Development of Gender Equality in Government Sectors: Situations and Causes. [cited 2020 January 5]; Available from: http://www.dcy.go.th/woman_man/data.pdf
14. Achavanitkul K, Kanchanajitra, Im-ame W, Lertsrisantud A. Intimate partners violence and women health. Nakornpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2005. (in Thai)
15. Rungreangkulkij S. Gender and mental health. Journal of Psychiatric Association Thailand 2010; 55(1): 109-118. (in Thai)
16. Kittiratanapai boon P, Tantirangsri N, Chuta W. Tan-aree A, et al. Prevalence of psychotic diseases and mental health problems: National Epidemiological Study of Mental Health in Thai People 2013. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2016. (in Thai)
17. Department of Mental Health. Situations of suicide 2018. [cited 2019 December 5]; Available from: <https://www.dmh.go.th/news-edmh/view.asp?id=29778>

18. Prakongsai P (Editor). Thailand health profile 2011 – 2015. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2016. (in Thai)
19. Pokatip S, Chirawatkul S. Perceptions of symptoms of myocardial infarction among I-Saan women: Ubonrachathani context. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 57(1): 43–52. (in Thai)
20. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, et al. Thai Registry in Acute Coronary Syndrome Registry (TRACS) Group: lower in-hospital but still high mortality at one-year. *J Med Assoc Thai* 2012; 95(4): 508–18.
21. Sawatchareonying P, Panpech S, Saoin W (Editors). Annual Report of Bureau of AIDS, TB and STIs 2016. Bangkok: GS Printing; 2017. (in Thai)
22. Jantaramanee P, Jantaramanee S. A prevalence survey of HIV and sexually transmitted infection among men who have sex with men (MSM), Thailand: venue day time sampling (VDTS) and respondent driven sampling (RDS). *Disease Control Journal* 2016; 42(4): 269–79. (in Thai)
23. Domestic Violence Management Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Domestic violence in Thai Family 2017. [cited 2020 January 10]; Available from: <https://med.mahidol.ac.th/psych/th/news/event/11172017-0849-th>
24. Thai Health Promotion Foundation. Statistics of Sexual Violence. [cited 2020 January 10]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/45786>
25. Department of Mental Health. Report of National Psychiatric Services in 2017. [cited 2020 January 10]; Available from: <https://dmh.go.th/report>
26. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Sutatho Y. Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57(1): 61–74. (in Thai)
27. Sutawatworawut S, Chansamorn P, Poonkum Y, Eaimkong P, Intaraprasert S, Saejeng K (Editors). Reproductive health services: tool kit for health personnel. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2016. (in Thai)
28. Princess Mother National Institute of Drug Treatment. Overall report on drug addictions in 2018. [cited 2020 January 10]; Available from: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2745&Itemid=53
29. Chirawatkul S, Srikumsook Saito A, Boonreong P, Srirahut J, Kongkird T. Being a Male Drug User and female drug user: meaning of drugs use. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2013; 58(4): 407–420. (in Thai)
30. Thai Health Promotion Foundation. Ninety eight percent of drinkers ignore treatment: increasing of alcoholic every years. [cited 2020 January 10]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/20360>
31. Assanangkorncha S (Editor). Annual Report of Situation of Alcohol Consumptions in Thai Society 2017. Bangkok: Sahamitratana Printing; 2019. (in Thai)
32. Chamsanit W. Women health and sexuality equity project. Thai Health Promotion Foundation. [cited 2020 January 10]; Available from: <https://www.women-wellbeing.com/about-us/>
33. Mires M. Developing an understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. *JAN* 2002; 40(1): 69–77.
34. World Health Organization. Integrating gender into the curriculum for health professionals. Geneva: Department of Gender, Women and Health (GWH), World Health Organization; 2007.

35. Lindsay S, Rezai M, Kolne K, Osten V. Outcomes of gender-sensitivity educational interventions for healthcare providers: a systematic review. *Health Educa J* 2019; 78 (8): 958-76.
36. Rungreangkulkij S, Kotanara I, Kaewjunta N. Development of mental health services using gender and sexuality equity approach. Khon Kaen: WHO Collaborating Centre on Gender and Women Health, Khon Kaen University; 2017. (in Thai)
37. Corner L, Repucci S. A user's guide to measuring gender-sensitive basic service delivery. Oslo: United Nations Development Fund for Women, United Nations Development Programme; 2009.
38. Cochran S, Fredric R. Gender -sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol: Res Pract* 2003; 34(2): 132-40.
39. Judd F, Armstrong S, Kulkarni, J. Gender-sensitive mental health care. *Aust Psychiatry* 2009; 17(2): 105-11.
40. Department of Human Services. Gender sensitivity and safety in adult acute mental health inpatient units. Melbourne: State Government of Victoria; 2009.
41. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach / WHO Gender Analysis Tools. [cited 2020 January 10]; Available from: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/