

**ความไวเชิงสถานะเพศ : วิเคราะห์จากการสำรวจประสบการณ์ของ
อาจารย์พยาบาลกับงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี**

**Gender sensitivity analysis : a survey of gender sensitivity in conducting health care research
experience of nurse instructors.**

ศิริพร จิรวัดน์กุล,* Ph.D

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความไวเชิงสถานะเพศของอาจารย์พยาบาลผ่านการสำรวจเรื่อง อาจารย์พยาบาลกับงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี ซึ่งดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2546 มีอาจารย์พยาบาลตอบแบบสอบถามจำนวน 282 คน จากสถาบันการศึกษาพยาบาล 10 แห่ง พบว่า ร้อยละ 63 สนใจที่จะทำงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี ร้อยละ 41 เคยทำงานวิจัยด้านสุขภาพสตรีมาก่อน และจากภาพสะท้อนของหัวข้อวิจัย กรอบแนวคิด และความคิดเห็นต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้หญิง และบริการพยาบาล พบว่าอาจารย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ยังต้องการพัฒนาเรื่องความไวเชิงสถานะเพศ

ความสำคัญ : ความไวเชิงสถานะเพศ, อาจารย์พยาบาล, สุขภาพสตรี

analyse an expression of gender sensitive among nurses instructors. A survey study undertook during February-April 2003 with 282 nurse instructors in 10 nursing schools indicated that 63 percent expressed their interest in women's health research and 41 percent have had experiences in conducting women's health research. However, reflection from research topics, conceptual framework and opinions related to women's health problems and nursing care indicated that a number of nurse instructors need to develop their gender sensitivity.

Key words : Gender sensitivity, Nurse Instructors, Women Health

ความเป็นมา

กระแสของความสนใจ และการตระหนักในความสำคัญของผลกระทบจากภาวะทางชีวภาพ วัฒนธรรม สถานะเพศ (gender) ที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการเกิดโรคภัยไข้เจ็บของบุคคลมีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากการที่มีการใช้ศาสตร์ทางด้านมานุษยวิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาอธิบาย และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของการ

Abstract

The purpose of this article was to

* ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
หัวหน้าศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสุขภาพสตรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หัวหน้าเครือข่ายนักวิจัยด้านสุขภาพสตรี

เจ็บป่วย การเกิดโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่างๆ และอื่นๆ นอกจากนั้นมุมมององค์รวม (holism) ก็มีส่วนผลักดันให้บุคลากรสุขภาพได้ขยาย แนวความคิดเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยออกไป จากเฉพาะเรื่องชีววิทยาทางการแพทย์ (biomedicine) เพียงอย่างเดียว

ประเด็นสุขภาพสตรีเป็นประเด็น “ร้อน” ในแวดวงสุขภาพมาตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 จนถึงปัจจุบันได้พัฒนาเป็นศาสตร์เฉพาะที่มีการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา และศาสตร์ทางด้านสุขภาพสตรีนี้เองที่ได้สะท้อนการให้ความสำคัญของภาวะทางวัฒนธรรม สถานะเพศ เศรษฐกิจ และการเมือง การปกครอง ที่มีต่อสถานะสุขภาพ การเจ็บป่วย และกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน นอกจากนั้นงานวิจัยด้านสุขภาพสตรีก็ยิ่งย้ำให้เห็นว่า บุคลากรสุขภาพจะไม่สามารถ “เข้าใจ” ผู้รับบริการ และให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมได้ หากขาดความเข้าใจ และไม่สามารถเข้าถึงความเกี่ยวพันอย่างแนบแน่นของ วัฒนธรรม และสถานะเพศกับภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ จึงมีคำถามว่า การเตรียมบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ได้ให้ความสำคัญของประเด็นเหล่านี้หรือไม่ ซึ่งคำตอบ ยังไม่ชัดเจนนัก แต่ก็มีข้อสังเกตจากการศึกษาของ Shelley และคณะ (2000) ว่า นโยบายสุขภาพ และ แพทย์ศาสตร์ศึกษายังไม่ให้ความสำคัญต่อประเด็น ความแตกต่างทางเพศ (sex) และสถานะเพศ เท่าที่ควร นอกจากนั้นมีการศึกษาหลายเรื่องชี้ว่า วงการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเริ่มให้ความสำคัญ

ต่อการบูรณาการประเด็นดังกล่าวเข้าไปในหลักสูตร แต่ยังเป็นเพียงการเริ่มต้น (Donoghue, 1996; Zelek, Phillips, and Lefebvre, 1997; Searle, 1998; Kuntz, 1997; Lent and Bishop, 1998; Wainer, 1999; Wong, 2000)

สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาใดที่สะท้อนการบูรณาการเรื่องความแตกต่างทางเพศ และสถานะเพศเข้าไปในหลักสูตรทางการแพทย์หรือการพยาบาล แต่การมีวิชาการพยาบาล สุขภาพสตรี และหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพสตรีในระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ หลายแห่งก็สะท้อนว่า การศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญต่อประเด็นความแตกต่างทางเพศ สถานะเพศ และวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าอาจารย์พยาบาลมีความไวเชิงสถานะเพศ (gender sensitivity) เพียงใด

สาระสำคัญของบทความเรื่องนี้จึงพยายามสะท้อนความไวทางด้านสถานะเพศของอาจารย์พยาบาล ทั้งนี้ความไวเชิงสถานะเพศในที่นี้หมายถึง ความสามารถในการกระทำที่แสดงถึงความเข้าใจในเรื่องของสถานะเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจถึงการรับรู้ และความสนใจที่แตกต่างของผู้หญิง และผู้ชาย อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางสังคม และบทบาททางเพศ (Arrow, 2002) โดยบทความจะวิเคราะห์ผ่านการสำรวจเรื่องอาจารย์พยาบาลกับงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี ซึ่งเครือข่ายวิจัยทางการแพทย์ด้านสุขภาพสตรี โดยการจัดตั้งของที่ประชุมคณะบดี และหัวหน้าสถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เมื่อ

เดือนพฤศจิกายน 2545 ได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็น

ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2546

วัตถุประสงค์ของการศึกษา :

เพื่อสำรวจประสบการณ์การทำงานวิจัยด้านสุขภาพสตรีของอาจารย์พยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา :

1. ตัวอย่างคืออาจารย์พยาบาล จำนวน 282 คน ในสถาบันการศึกษา 10 แห่งของประเทศไทย ดังนี้

มหาวิทยาลัยมหิดล (รามธิบดี)	64 คน
มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช)	59 คน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	50 คน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	33 คน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	23 คน
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	13 คน
มหาวิทยาลัยมหิดล (สาธิตสุข)	13 คน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	12 คน
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	9 คน
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	6 คน

ทั้งหมดนี้คือ ผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถามซึ่งส่งผ่านไปรษณียบัตรของแต่ละสถาบัน

2. ข้อมูลได้จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อคำถามหลัก 5 ข้อ ดังนี้

- 2.1 สาเหตุปัญหาสุขภาพผู้หญิง
- 2.2 ความแตกต่างของผู้รับบริการสุขภาพเพศหญิง และเพศชาย
- 2.3 หัวข้องานวิจัยด้านสุขภาพสตรี

ที่เคยทำ

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.5 ประเด็นที่สนใจในงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. ในจำนวนอาจารย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 282 คน ร้อยละ 63.1 แสดงความสนใจที่จะให้ชื่อตนเองปรากฏอยู่ในรายชื่อของกลุ่มนักวิจัยด้านสุขภาพสตรี ร้อยละ 41.1 เคยทำงานวิจัยด้านสุขภาพสตรีมาแล้ว โดยประเด็นงานวิจัยที่สำคัญ 10 ลำดับแรก มีดังนี้

อนามัยแม่และเด็ก	17.0 %
ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	12.1 %
สุขภาพอนามัยของวัยรุ่นเพศ	7.4 %
สุขภาพจิตสตรี	7.1 %
สถานะเพศกับสุขภาพสตรี	6.0 %
ความเสี่ยงต่อสุขอนามัยเจริญพันธุ์	5.7 %
ความรุนแรงต่อสตรี	4.6 %
อาชีพอนามัยของสตรี	4.6 %
การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ	2.5 %
สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพสตรี	2.1 %

สำหรับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยด้านสุขภาพสตรีนั้น พบว่า กลุ่มทฤษฎีหลักที่ใช้เป็นกรอบแนวคิด 5 กลุ่มทฤษฎีแรก มีดังนี้

ทฤษฎีทางการแพทย์	18.1 %
ทฤษฎีด้านความเชื่อทางสุขภาพ	14.9 %
ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์	12.1 %

ทฤษฎีสตรีนิยม 7.4 %

ทฤษฎีวิพากษ์ 2.1 %

2. ความคิดเห็นบางประการที่เกี่ยวกับ
สุขภาพสตรี มีดังนี้

2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผล
ต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิง

ในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม
282 คน มี 256 คน ที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับประเด็น
นี้ โดยปัจจัยที่อาจารย์พยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม
เห็นว่าส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงมากที่สุด
มีลำดับของความเห็น ดังนี้

ไม่สนใจสุขภาพ 35.5 %

ทำงานหนัก 25.4 %

ความแตกต่างทางสถานะเพศ 14.8 %

ขาดความรู้ 12.1 %

ขาดการสนับสนุนทางสังคม 6.3 %

สถานภาพทางเศรษฐกิจ 3.5 %

บริการสุขภาพไม่พอเพียง 1.2 %

อื่นๆ 1.2 %

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้การ
พยาบาลผู้รับบริการ

มีอาจารย์ผู้ตอบแบบสอบถาม
270 คน ที่ตอบประเด็นความแตกต่างของการให้
การพยาบาลผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิง หรือเป็นผู้ชาย
โดยมีร้อยละ 74.4 เห็นว่าแตกต่าง และร้อยละ
25.6 เห็นว่าไม่แตกต่าง ทั้งนี้ผู้ที่ให้ความเห็นทั้ง
2 กลุ่ม มีเหตุผลดังต่อไปนี้

เหตุผลของความแตกต่าง เช่น
มีความแตกต่างทางสรีระ และความนึกคิด ผู้ชาย

สนใจสุขภาพน้อยกว่า ผู้หญิงกลัว อายุ และอดทน
มากกว่าผู้ชาย ผู้หญิง ผู้ชาย คาดหวังบริการต่างกัน
โรคที่เป็นแตกต่างกัน มีความรู้สึกทางเพศต่างกัน
การมองโลกที่มีผลจากการหล่อหลอมทางสังคม
วัฒนธรรมต่างกัน

เหตุผลของความไม่แตกต่าง เช่น
เพศหญิงชายมีความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ
สังคม ไม่แตกต่างกัน มีความเป็นมนุษย์เหมือนกัน
มีสิทธิเท่าเทียมกัน มีอวัยวะส่วนใหญ่เหมือนกัน
ทั้งสองเพศต้องการบริการที่ตีเหมือนกัน มีโอกาส
ศึกษาเล่าเรียน และได้รับบริการสุขภาพเท่าเทียมกัน

อภิปราย

ข้ออภิปรายต่อไปนี้จะเน้นเรื่องความไวเชิง
สถานะเพศเท่านั้น ด้วยความเชื่อว่า การตั้งคำถาม
ต่อความไม่เหมือนกันระหว่างเพศ จะนำไปสู่การ
ตระหนักถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรมที่
ส่งผลต่อวิถีชีวิต และพฤติกรรมของแต่ละเพศ ผู้ที่มี
ความไวเชิงสถานะเพศ จะแสดงความเข้าใจความ
แตกต่างนี้ ด้วยการปฏิบัติให้ทุกเพศได้มีโอกาสที่จะ
ได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันตามสถานะเพศ
ตัวอย่าง เช่น ตัวชี้วัดที่แสดงถึงบริการด้านสุขอนามัย
เจริญพันธุ์ที่มีความไวเชิงสถานะเพศ จะมีลักษณะ
ดังต่อไปนี้

- มีบริการสำหรับวัยรุ่น ผู้หญิงโสด
แม่หม้าย และผู้ที่รักร่วมเพศ

- ในกรณีที่ผู้หญิงแต่งงานแล้ว ไม่มี
คำถามว่าได้รับอนุญาตจากสามี หรือแม่สามีหรือยัง
หรือในวัยรุ่น ก็ไม่ต้องถามว่า พ่อ-แม่อนุญาตหรือ
ยัง (ในกรณีที่ขัดกับกฎหมาย)

- จ่ายลงยางอนามัยให้ทั้งหญิง และชาย
- มีผู้ให้บริการที่เป็นผู้หญิง
- มีผู้ให้บริการสำหรับทุกเพศตามที่ได้รับบริการร้องขอ
- ไม่มีการตีตราผู้รับบริการ (เช่น ผู้หญิงที่ท้องก่อนแต่งงาน แต่มีการติดเชื้อ STD คนที่เป็นรักแร้เพศ คนที่ขายบริการทางเพศ ผู้หญิงที่ทำแท้งมา ฯลฯ)
- มีการส่งต่อผู้หญิงไปเข้าโครงการต่างๆ ที่สร้างเสริมอำนาจให้ผู้หญิงเพิ่มขึ้น
- มีผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมความไวเชิงสถานะเพศ
- มีแนวทางในการให้คำปรึกษาที่มีความไวเชิงสถานะเพศ
- มีสถานที่หรือสิ่งๆ ที่เอื้อให้ผู้รับบริการ ผู้หญิง รู้สึกสบายใจที่จะชวนผู้ชายมาเยี่ยม มารับข้อมูล หรือมาใช้บริการสุขภาพ
- ให้บริการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกันทุกเพศ
- หลีกเลี่ยงการย่ำหรือผลิตซ้ำ (stereotyping) ทางเพศในการใช้สิ่งของต่างๆ
- มีสิ่งๆ ที่เอื้อให้ผู้รับบริการผู้ชายรู้สึกสบายใจที่จะรับบริการ เช่น จัดเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ชายมีข้อมูลต่างๆ สำหรับเพศชาย เป็นต้น
- มีผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกที่พร้อมสำหรับให้บริการผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง
- ในกรณีที่ให้คำแนะนำด้านการวางแผนครอบครัว จะต้องให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำหมันอย่างตรงไปตรงมา ทั้งกับเพศหญิง และเพศชาย

- ในกรณีที่ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก จะต้องคำนึงถึงผลทางสุขภาพที่มีกับทั้งลูกและแม่

(ที่มา : www.CPC.UNC.edu/measure/publications)

ดังนั้น เมื่อประยุกต์เอาความหมายของความไวเชิงสถานะเพศ และตัวอย่างตัวชี้วัดบริการด้านสุขอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีความไวเชิงสถานะเพศดังกล่าวมาเป็นจุดเริ่มต้นในการพิจารณาความไวเชิงสถานะเพศของอาจารย์พยาบาลที่ตอบแบบสอบถามจากการสำรวจ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. หัวข้องานวิจัยส่วนใหญ่โน้มเอียงไปทางด้านชีววิทยาทางการแพทย์

จากประเด็นงานวิจัยที่สำคัญ 10 ลำดับแรก พบว่า 6 ประเด็นคือ ประเด็นอนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สุขอนามัยของอวัยวะเพศ ความเสี่ยงต่อสุขอนามัยเจริญพันธุ์ อาชีวอนามัยของสตรี และการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เป็นกลุ่มประเด็นวิจัยที่มุ่งตอบคำถามว่ามีปัจจัยทางด้านประชากรอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพในตัวแปรเฉพาะ ที่ศึกษา ซึ่งคำถามดังกล่าวใช้ปัญหาสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่คือโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เป็นตัวแปรที่สำคัญ การจะได้คำตอบก็ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณที่เน้นความเป็นกลางของข้อมูล และไม่ให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ชีวิตของปัจเจกบุคคล และอิทธิพลของวัฒนธรรมที่แตกต่าง

เมื่อพิจารณาถึงความหมายของความไวเชิงสถานะเพศ แล้วนำมาพิจารณาประเด็นการวิจัยที่พบมากที่สุด 6 ประเด็นดังกล่าว จึงน่าจะกล่าวได้ว่า อาจารย์พยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม และ

ทำงานวิจัยด้านสุขภาพสตรีส่วนใหญ่ไม่มีความไวเชิงสถานะเพศ สำหรับประเด็นงานวิจัยที่สะท้อนถึงชีวิต การรับรู้ที่แตกต่างของสตรีตามบทบาททางเพศ และ สังคม ซึ่งสามารถสะท้อนความไวเชิงสถานะเพศของผู้วิจัยได้ คือกลุ่มวิจัยเรื่องสถานะเพศกับสุขภาพสตรี ความรุนแรงต่อสตรี และสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพสตรี ส่วนกลุ่มวิจัยเรื่องสุขภาพจิตสตรีนั้นจะสะท้อนความไวเชิงสถานะเพศได้ในกรณีที่การวิจัยนั้นไม่ไปอิงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และไม่ได้เลือกศึกษาเฉพาะบางปัจจัย หรือตัวแปรบางตัวเท่านั้น

เหตุผลที่การวิจัยเชิงปริมาณ และ รูปแบบชีววิทยาทางการแพทย์ไม่เอื้อให้เกิดความไวเชิงสถานะเพศนั้น เนื่องจากปรัชญาพื้นฐานของการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งมาจากฐานแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เชื่อว่า ปรากฏการณ์อย่างเดียวกันต้องมีสาเหตุแบบเดียวกัน ดังนั้นวิธีการศึกษาต้องเป็นระบบระเบียบ เป็นกลาง สามารถวัดได้ ประเมินได้ เป็นค่าคะแนน พิสูจน์ได้ด้วยองค์ความรู้ที่มีอยู่ (ศิริพร จิรวัดกุล, 2546) องค์ความรู้จากรูปแบบชีววิทยาทางการแพทย์ก็มีฐานแนวคิดปฏิฐานนิยม เช่นเดียวกัน และเชื่อมั่นว่า “วิทยาศาสตร์” จะต้องเป็น “ภาวะวิสัย” (Objective) มีความเป็นมาตรฐานที่สามารถเปรียบเทียบกันได้อย่างเป็นสากล ด้วยพื้นฐานแนวคิดดังกล่าว ทำให้กระบวนการศึกษาที่ใช้วิธีเชิงปริมาณอย่างเดียว ไม่สามารถเข้าถึงบทบาททางเพศของผู้คนในสังคมที่แตกต่างกันได้ และไม่สามารถแสดงออกถึงความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลที่มีผลมาจากความแตกต่างทางสถานะเพศได้ จึงส่งผลให้องค์ความรู้ที่ได้ไม่เอื้อให้ผู้ใช้ความรู้มี

ความไวเชิงสถานะเพศ (Fonow and Cook, 1991; CIDA, 1999; Beagan, 2000)

กลุ่มงานวิจัยเรื่องสถานะเพศกับสุขภาพสตรี ความรุนแรงต่อสตรี และสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพสตรีให้ความสนใจต่อคำถามว่า วิธีชีวิตของผู้หญิงเป็นอย่างไร สุขภาพของผู้หญิงเกี่ยวกับอะไร และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ลักษณะคำถามเช่นนั้นทำให้กระบวนการศึกษาต้องให้ผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง หาคำตอบของงานวิจัยผ่านประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งวิธีการศึกษาที่เอื้อต่อการหาคำตอบนี้คือ การวิจัยเชิงคุณภาพที่มีเป้าหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม ทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยให้ความสำคัญกับสังคม วัฒนธรรม และความหมายในทรงสนะของคนใน (ศิริพร จิรวัดกุล, 2546)

คำตอบและองค์ความรู้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยด้านสุขภาพสตรี จะทำให้ผู้ศึกษาและผู้ใช้องค์ความรู้นั้นๆ มีความตระหนักถึงความสำคัญของสถานะเพศต่อภาวะสุขภาพ และมีความไวเชิงสถานะเพศในการมองสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้หญิง (UN/WHO & UNFPA, 1999; Phillips, 2002)

2. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยมีหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่ไม่เปิดสำหรับความแตกต่างทางสถานะเพศ

มีอาจารย์พยาบาลที่ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 19.5 ที่ใช้ทฤษฎีสตรีนิยมและทฤษฎีวิพากษ์มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีดังกล่าวเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางสถานะเพศ อิทธิพลทางเศรษฐกิจ

การเมือง และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความคิด และพฤติกรรมของบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กร ซึ่งรวมถึงเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล (Lather, 1991; Cornel and Dowsett, 1992) ด้วยกรอบแนวคิดดังกล่าว จะทำให้แผนการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมประเด็นสำคัญที่แสดงถึงความไวเชิงสถานะเพศ ดังตัวอย่างการวิจัยเพื่อกำหนดนโยบายและแผนงาน ยุติธรรมที่มีความไวเชิงสถานะเพศ (Department of Justice, Canada, 2003) ดังนี้

(1) เริ่มที่ข้อมูลชีวิตของผู้หญิง เพื่อทำความเข้าใจสภาพความจริงที่ปรากฏในสังคม ความไม่เท่าเทียมต่างๆที่ปรากฏ ทั้งนี้จะไม่จำกัดอยู่เฉพาะความเป็นจริงที่ปรากฏเป็นหลักฐานในข้อกฎหมาย หรือระเบียบต่างๆ เท่านั้น

(2) ให้ความสำคัญกับความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของบุคคลต่างๆ โดยการขอคำปรึกษา หรือขอคำอธิบายจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง วิธีการนี้จะช่วยให้ได้ความรู้ ความกระจ่าง หรือความคิดใหม่ที่คาดไม่ถึง ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าใจธรรมชาติของปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้

(3) ให้ความสำคัญกับคำพูด หรือข้อเรียกร้องของผู้หญิง ซึ่งสิ่งนี้มักจะถูกลืม หรือถูกให้ความสำคัญน้อยที่สุด

(4) เลือกใช้ตัวชี้วัดอย่างระมัดระวัง ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ต้องสามารถจับเรื่องความเห็นของผู้หญิง การเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมในกระบวนการที่เกี่ยวข้องและความพึงพอใจต่อผลของกระบวนการนโยบาย หรือวิธีการดำเนินงานนั้นๆ

(5) ให้ความสำคัญต่อความรู้

หรือการเข้าถึงเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จากวิธีการศึกษาของสหสาขาวิชาต่างๆ

ตัวอย่างดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยที่แสดงถึงความไวเชิงสถานะเพศนั้น จะต้องเป็นแนวคิดที่เปิดกว้าง และชี้ให้เห็นให้เกิดคำถามมากกว่าที่จะมีข้อกำหนดตายตัว และมีแนวทางคำตอบไว้แล้ว ดังที่ปรากฏในทฤษฎีทางการพยาบาลส่วนใหญ่ หรือทฤษฎีอื่นๆ ทั่วไป

มีข้อเสนอแนะจากการประชุม Global Forum for Health Research (CIDA, 1999) ว่า สาระสำคัญที่งานวิจัยสุขภาพด้านสุขภาพสตรีจะต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างเข้มแข็ง คือ

(1) การแยกแยะมโนทัศน์ที่สำคัญคือ สถานะเพศออกจาก “ผู้หญิง” หรือ “เพศ” เพราะจะมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่า คำว่า สถานะเพศ ซึ่งหมายถึง ความเป็นหญิง เป็นชาย สามารถใช้แทนคำว่าเพศ ซึ่งหมายถึง เพศหญิง เพศชายได้

(2) ทำความเข้าใจ และหาวิธีการวัดความแตกต่างของสถานะสุขภาพ โดยใช้มโนทัศน์ของสถานะเพศ และผลกระทบจากสถานะเพศต่อภาวะสุขภาพ

(3) แก่ประเด็นสุขอนามัยเจริญพันธุ์ และสิทธิให้กระจ่าง เพราะยังมีความคลุมเครือในมโนทัศน์ของสุขอนามัยเจริญพันธุ์ ทั้งในด้านขอบเขตซึ่งยังเข้าใจว่าเป็นเรื่องของผู้หญิงเท่านั้น ทำให้ข้อมูลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายขาดหายไป

(4) ต้องบูรณาการเรื่องสถานะเพศเข้าไปในงานวิจัยสุขภาพ เพื่อกำหนดบริการสุขภาพที่มีความเป็นธรรมแก่ทุกเพศ

(5) การปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องไม่
ละเลยเรื่องสถานะเพศ

(6) งานวิจัยทางด้านชีววิทยาการ
แพทย์จะต้องไม่มีความลำเอียงด้านสถานะเพศ
ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย และวิธีการวิจัย

(7) ต้องให้ความรู้ และเพิ่ม
ความสามารถของนักวิจัยให้มีความไวเชิงสถานะเพศ
ซึ่งรวมทั้งการเปิดโอกาสให้นักวิจัยใช้วิธีการศึกษา
จากสหสาขาวิชาได้อย่างดี

ดังนั้นงานวิจัยด้านสุขภาพสตรีที่ต้องการ
สร้างองค์ความรู้เฉพาะที่แสดงถึงการให้ความสำคัญ
กับความแตกต่างทางสถานะเพศ มีผู้หญิงเป็น
ศูนย์กลางของการศึกษา ใช้ “เสียง” ของผู้หญิงเป็น
ตัวสะท้อนปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ
งานวิจัยนั้นจะต้องไม่ใช่กรอบแนวคิดที่ตายตัว และ
นำมาซึ่งวิธีการศึกษาที่ต้องกำหนดความหมายของ
ตัวแปรต่างๆ ตามแนวคิดนั้นอย่างชัดเจนจนไม่เปิด
ให้ “เสียง” ของผู้ถูกศึกษาได้อธิบายเรื่องราวต่างๆ
ด้วยตัวของมันเอง

3. ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อ สุขภาพผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่สะท้อนความไวเชิง สถานะเพศ

สำหรับความคิดเห็นที่ว่า ผู้หญิงมีปัญหา
สุขภาพเพราะไม่สนใจ ทำงานหนัก ขาดความรู้ ขาด
การสนับสนุนทางสังคม และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ
นั้น ดูจะเป็นความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้ คำถามจึงอยู่
ที่ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น และปัจจัยเหล่านี้ต่างจากผู้ชาย
หรือไม่ คำตอบก็คือ ไม่ต่างกัน เพราะมีรายงานวิจัย
จำนวนมากระบุว่า ผู้ชายมีปัญหาสุขภาพมาก อายุขัย
เฉลี่ย ก็ต่ำกว่าผู้หญิงประมาณ 5 ปี สำหรับคนไทย

(ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2546) สาเหตุก็เพราะไม่
สนใจ ทำงานหนัก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ และขาด
การสนับสนุนทางสังคม แต่ปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง
กันระหว่าง ผู้หญิงกับผู้ชายคือ เกิดความแตกต่าง
ทางเพศ (sex difference) และความแตกต่างทาง
สถานะเพศ (gender difference) มีการศึกษาว่า
การที่ลักษณะทางกายภาพ และสรีรวิทยาของผู้หญิง
แตกต่างจากผู้ชาย ซึ่งเป็นความแตกต่างทางเพศ
มีผลต่อภาวะสุขภาพ การเกิดโรค และการรักษา
ที่แตกต่างจาก ผู้ชาย (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2544)

ความแตกต่างทางสถานะเพศเป็นปัจจัย
ภายนอกที่สำคัญมากต่อการที่ทำให้ผู้หญิงและผู้ชาย
มีปัญหาสุขภาพต่างกัน แต่ผู้ชายจะมีปัญหาสุขภาพ
จากปัจจัยนี้ เพราะผลของพฤติกรรมของผู้ชายเอง
เช่น การใช้สุรา ส่งผลให้เกิดโรคตับ บาดเจ็บจาก
อุบัติเหตุ และการทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท
การไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้เกิดโรคทางเพศ
สัมพันธ์ และนำโรคไปแพร่กระจายยังคนอื่น ๆ เป็น
ต้น ส่วนผู้หญิงนั้นปัญหาสุขภาพจากความแตกต่าง
ทางสถานะเพศส่วนใหญ่เกิดจากการเป็นผู้ถูกกระทำ
เนื่องจากการมีสถานะทางเพศที่ด้อยกว่า ผู้ชาย
ทำให้สุขภาพ และปัญหาสุขภาพส่วนหนึ่งของผู้หญิง
เกิดจากการถูกทำร้ายร่างกาย ถูกข่มขืน ถูกขาย
บริการทางเพศ ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จากการไม่
อาจปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้ การทำแท้งที่ไม่
ปลอดภัย การเผชิญกับสารพิษ และฝุ่นละอองเป็น
เวลานาน เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีปัญหาสุขภาพจาก
การกระทำของตนเอง เพื่อให้คงภาพลักษณ์ของการ
เป็นผู้หญิงที่คงความสวย และความสาว เช่น การ
ทำศัลยกรรมตกแต่งร่างกายเพื่อความสวยงาม การ

ใช้ฮอร์โมน เครื่องสำอางค์ และยาลดความอ้วน เหล่านี้เป็นต้น

ผู้ที่มีความไวเชิงสถานะเพศจะมองสุขภาวะ และปัญหาสุขภาพของผู้หญิงว่าไม่ใช่เฉพาะเรื่องของอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health) หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ (reproductive organ) ของผู้หญิงเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของชีวิตของผู้หญิงตั้งแต่แรกเกิดจนถึงตาย ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ผู้หญิงเกี่ยวข้อง การเป็นเด็กผู้หญิง ลูกสาว น้องสาว พี่สาว เมีย แม่ น้ำ ป้า อา ย่า ยาย ล้วนกำหนดบทบาท และพฤติกรรมของผู้หญิงอันส่งผลถึงสุขภาวะ และสุขภาพทั้งทางกาย และทางจิตของผู้หญิงได้ทั้งสิ้น

งานวิจัยด้านสุขภาพสตรีจึงจะต้องสะท้อนถึงความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้หญิง หากความคิดเห็นยังอยู่ในกรอบของอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเด็นการวิจัยก็อยู่ที่ปัญหาการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะหลังคลอด การให้นมบุตร การติดเชื้อ และโรคของอวัยวะต่างๆในระบบสืบพันธุ์ และปัญหาการหมดประจำเดือน โดยตัวแปรของการศึกษาก็มุ่งที่ตัวแปรด้านประชากร ร่วมกับภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเป็นหลัก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการวิจัยดังกล่าวก็เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี เพียงแต่ไม่สะท้อนความไวเชิงสถานะเพศ และทำให้การมองปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้หญิงไม่ลึกซึ้งเพียงพอ

4. การให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิง และชายเป็นการ “ให้เหมือนกัน” มากกว่า “ให้เท่าเทียมกัน”

อาจารย์พยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนร้อยละ 74.4 แสดงความเห็นว่ายพยาบาลต้องให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการผู้หญิง และผู้ชายแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า เหตุผลของการให้การพยาบาลที่แตกต่างกันเป็นเหตุผลที่สะท้อนความแตกต่างทางเพศ มากกว่าความแตกต่างทางสถานะเพศ กล่าวคือ เน้นที่ความแตกต่างทางกายภาพ และสรีระวิทยา การเป็นโรคที่มาจากการทำงาน หรืออวัยวะเพศที่แตกต่างกัน ทำให้ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แตกต่างกันไปด้วย ด้วยการสะท้อนเช่นนี้ ทำให้บริการการพยาบาล สำหรับทั้งผู้ชายและผู้หญิง จึงเหมือนกันในแง่ของสิทธิ ผลประโยชน์ คุณภาพของเครื่องมือ และการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ขาดความไวเชิงสถานะเพศ

มีการศึกษาสถานบริการด้านสุขภาพอนามัยผู้หญิง 73 แห่งในประเทศตะวันตก 9 ประเทศ พบว่า จากความเคลื่อนไหวทางวิชาการด้านสุขภาพผู้หญิงทำให้สามารถพัฒนาการบริการเฉพาะด้านสุขภาพผู้หญิงที่แสดงถึงความไวเชิงสถานะเพศ โดยบริการดังกล่าวมีลักษณะพิเศษเฉพาะ 8 ประการ คือ (Hunt, 1997)

- (1) ให้บริการเฉพาะผู้หญิงเท่านั้น
- (2) สร้างพื้นที่สำหรับผู้หญิงได้รู้สึกปลอดภัย และมีคุณค่า
- (3) มีการช่วยเหลือกันเอง และเป็น

องค์กรร่วม

(4) มีการให้คำปรึกษาแบบสตรีนิยม (Feminist Counselling) และผู้หญิงสนับสนุนระดับประคองผู้หญิงด้วยกัน

(5) ใช้กรอบแนวคิดสตรีนิยม ที่มุ่งเสริมพลังอำนาจให้ผู้หญิง

(6) ให้บริการสุขภาพหลากหลายประเภท สำหรับผู้หญิงที่มาจากหลากหลายบริบท

(7) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการเคลื่อนไหวทางสังคม

(8) สามารถเข้าถึงได้สะดวก

บริการดังกล่าวจะสะท้อนบริการแบบ “ให้เท่าเทียมกัน” ในแง่ของศักดิ์ศรี ความเป็นเอกลักษณ์ของเพศหญิง และการสนองต่อปัญหาและความต้องการที่หลากหลาย ในขณะที่บริการแบบ “ให้เหมือนกัน” ก็คือ ทั้งผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิงและผู้ชาย จะได้รับบริการที่จัดไว้ให้เป็นอย่างดีที่สุดเหมือนกัน ในสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกัน และด้วยทฤษฎีของความเป็น “กลาง” (neutral) ทางศาสตร์ชีววิทยาการแพทย์เช่นเดียวกัน ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วลักษณะบริการ การจัดสิ่งแวดล้อม และความเป็นกลางดังกล่าวมีแนวคิดมาจากชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ดังนั้นการ “ให้เหมือนกัน” ดังกล่าว จึงเป็นความเหมือนที่ไม่เท่าเทียมกัน และไม่มีคามไวเชิงสถานะเพศ

ตัวอย่างบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานการมีความไวเชิงสถานะเพศ (USAID, 2003) ในงานอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้

การปฏิบัติในระดับสถาบัน :

- ผู้ให้บริการผู้หญิงเข้าถึงผู้รับบริการ

ผู้หญิง

- ผู้ให้บริการได้รับการฝึกสำหรับการเป็นที่ปรึกษาให้เพศตรงกันข้าม

- ผู้ให้บริการทั้งหญิงและชาย มีสถานภาพในการทำงานและการตัดสินใจเท่าเทียมกันตามบทบาท

- องค์กรใช้การมีส่วนร่วมในการทำงาน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้เข้าถึงบริการสนับสนุนต่างๆ

การปฏิบัติในระดับผู้ให้บริการ :

- อนุญาตให้ผู้หญิงเลือกท่าคลอดได้
- ให้ความสำคัญต่อการเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับผู้รับบริการ
- ยินดีต้อนรับสมาชิกครอบครัวของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ :

- ผู้หญิง รู้สึกได้รับเกียรติ และกล้าที่จะสอบถาม
- ผู้ชาย รู้สึกได้รับการต้อนรับด้วยความยินดี โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลต่างๆ และได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการคลอดถ้าผู้หญิงต้องการ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ประเด็นงานวิจัยทางสุขภาพที่มีความสำคัญกับสุขภาพของผู้หญิงของแต่ละประเทศควรจะต้องมีการศึกษา และกำหนดไว้เป็นแนวทางเพื่อนำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีความไว

เชิงสถานะเพศ นอกจากนั้นควรจะต้องกำหนดในระดับนโยบายของประเทศ มีผู้กล่าวว่า เรื่องความไวเชิงสถานะเพศ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้หญิงอาจจะเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดขึ้นได้เร็ววัน แต่การวิเคราะห์สถานะเพศ (gender analysis) ในการกำหนดนโยบาย และโครงการต่างๆ ที่ปรากฏในระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำได้ ซึ่งจะทำให้ได้ภาพว่านโยบายและโครงการนั้นให้ประโยชน์ หรือเป็นอุปสรรคอย่างไรต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้หญิง (Manderson, 2001) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์สถานะเพศจะนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพที่มีความไวเชิงสถานะเพศได้เป็นอย่างดี

เมื่อจุดเริ่มต้นของความไวเชิงสถานะเพศมาจากการวิเคราะห์สถานะเพศ ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์สถานะเพศจึงมีความสำคัญสำหรับการทำงานวิจัยด้านสุขภาพผู้หญิง และ การสร้างบุคลากรสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจประสบการณ์ของอาจารย์พยาบาลกับงานวิจัยด้าน สุขภาพสตรี ได้ภาพว่า อาจารย์พยาบาลจำนวนมากที่สนใจงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี ควรได้รับการพัฒนาความไวเชิงสถานะเพศซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของการสร้างองค์ความรู้ และสร้างบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิง ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการพัฒนาคุณสมบัตินี้ให้เกิดขึ้นในตัวอาจารย์พยาบาล ซึ่งไม่เฉพาะอาจารย์พยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพสตรีเท่านั้นที่ต้องมี คุณสมบัติความไวเชิงสถานะเพศ อาจารย์พยาบาลทุกคนควรต้องมีคุณสมบัตินี้ เพราะเรื่องของสถานะเพศไม่ใช่เรื่องของผู้หญิงเท่านั้น เป็นเรื่องของทุกเพศ และ

เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ความเจ็บป่วยทุกโรค รวมถึงการรักษาพยาบาล

การสร้างความไวเชิงสถานะเพศผ่านการวิเคราะห์สถานะเพศนั้น สามารถทำได้ทั้งในการจัดฝึกอบรมระยะสั้นและการบูรณาการเข้าไปในหลักสูตร ซึ่งในที่นี้ใคร่นำเสนอตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. การอบรมระยะสั้น

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำหลักสูตรการอบรมสำหรับผู้จัดการโครงการสุขภาพ เรื่อง Transforming Health System: Gender and Rights in Reproductive Health ขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ผู้เข้ารับการอบรมใช้ความเข้าใจเรื่องสถานะเพศเป็นแกนในการดำเนินโครงการสุขภาพต่างๆ ใช้เวลาในการอบรม 3 สัปดาห์ ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ (WHO, 2001)

- (1) The Social construction of gender
 - (2) Concepts and tools for gender analysis
 - (3) Gender based-inequalities-the evidence
 - (4) Mainstreaming gender equality in institutions
 - (5) Linking gender and health
- เฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับมิติทัศน์ของสถานะเพศนั้น ใช้เวลา 9 ชั่วโมง ส่วนเรื่องอื่นๆในหลักสูตรนี้ก็จะแทรกประเด็นสถานะเพศเข้าไปในทุกเรื่อง สำหรับในประเทศไทยนั้นมืองค์กรที่จัดอบรมเรื่องสถานะเพศในงานสุขภาพหลายองค์กรด้วยกัน โดยส่วนใหญ่จะเน้นที่ประเด็นสถานะเพศกับอนามัยเจริญพันธุ์ เช่นเดียวกับในต่างประเทศ ทั้งนี้มืองค์กรเช่น โครงการสตรีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัย ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ และ
ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันวิจัย
และประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันบทบาท
หญิงชาย เป็นต้น โดยหลักสูตรใช้เวลา 3-5 วัน และ
มีเนื้อหาคล้ายคลึงกัน

2. การบูรณาการประเด็นความไวเชิง สถานะเพศเข้าไปในหลักสูตรการพยาบาล

การสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีความไว
เชิงสถานะเพศนั้น ไม่จำเป็นจะต้องมีวิชาความไว
เชิงสถานะเพศ หรือวิชาสถานะเพศ แต่มโนทัศน์
นี้จะต้องถูกสอดแทรกเข้าไปทั้งในเนื้อหาทุกวิชา
ภาษาที่ใช้สื่อสารและกระบวนการเรียนการสอนทั้ง
หลักสูตร ทั้งนี้มีการนำเสนอแนวทางการประเมินว่า
หลักสูตร ที่มีความไวเชิงสถานะเพศควรมีลักษณะ
ดังนี้ (Zelek, Phillips, and Lefebvre, 1997)

(1) เนื้อหา

- ข้อความต่างๆที่ปรากฏในเอกสาร
หลักสูตร สังเขปวิชา เอกสารประกอบการสอน
แผนการสอน จะต้องให้ความสำคัญต่อความเป็น
หญิง เป็นชายอย่างเท่าเทียมกัน
- จำนวนเพศผู้ป่วยที่ใช้เป็นตัวอย่าง
ในการสอนในทุกเรื่อง ทุกวิธีการสอนควรเท่ากัน
- การนำงานวิจัยมาอ้างอิงจะต้อง
พิจารณาถึงความลำเอียงทางเพศในงานวิจัยนั้นๆ
- ไม่ใช่เพศใดเพศหนึ่ง หรือเชื้อชาติ
ใดชาติหนึ่งเป็นมาตรฐาน ในการแสดงความ
แตกต่างทางกายภาพ สรีรวิทยา หรืออื่นๆ
- อาจารย์จะต้องหลีกเลี่ยงการ
นำเสนอตัวอย่างเฉพาะชาย หรือเฉพาะหญิงเท่านั้น

- การนำเสนอปัญหาของผู้ป่วย
จะต้องสะท้อนถึงความแตกต่างทางชาติพันธุ์ สถานะ
ความสามารถ และอื่นๆ

- ต้องตั้งประเด็นบทบาทของผู้หญิง
และผู้ชายในครอบครัวอย่างเท่าเทียม หลีกเลี่ยงการ
ผลิตซ้ำบทบาททางเพศ (sex-role stereotype) และ
ต้องนำเสนอความหลากหลายทางอาชีพ ลักษณะ
ครอบครัวที่ปรากฏอยู่ในสังคม

- ต้องนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่าง
เพศอย่างเท่าเทียมกันเท่าที่จะเป็นไปได้

- การเรียนการสอนใดๆที่เกี่ยวกับ
ความรุนแรงจะต้องระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการ
กล่าวโทษผู้เคราะห์ร้าย ผู้ก่อเหตุ หรือแยกความ
รุนแรงออกจากสถานการณ์เกี่ยวข้องที่เป็นไปได้
ต่างๆ และจะต้องศึกษาไปถึงรากเหง้าของปัญหา
ผลกระทบ และการป้องกันความรุนแรง นอกจากนั้น
ต้องไม่มองข้ามความรับผิดชอบของสังคมต่อการ
เกิดความรุนแรง

- การยกตัวอย่างใดๆ ต้องครอบคลุม
ทั้งชาย และหญิง

(2) ภาษา

- ในกรณีที่ไม่ปรากฏ หรือไม่แสดง
เพศชัดเจน ต้องใช้สรรพนามกลางๆ ที่เป็นไปได้
ทั้งหญิงและชาย

- ควรใช้คำที่ระบุเพศชัดเจนในกรณีที่
เรื่องนั้นเป็นเรื่องของเพศใดเพศหนึ่ง เช่น ประโยค
ว่า ประชาชนควรรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ
ครั้ง ควรแก้เป็นผู้หญิงควรรับการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูกปีละครั้ง

- ควรหลีกเลี่ยงคำที่แสดงการผลิตซ้ำ
ของความเท่าเทียมของหญิงชาย

- เมื่อกล่าวถึงทั้ง 2 เพศพร้อมกัน ต้องไม่ใช่เพศใดเพศหนึ่งแทนเพศตรงข้าม

(3) กระบวนการ

- ประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ และ อารมณ์ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยจะต้องบูรณาการเข้าไปในทุกส่วนของการสอน และ เอกสารประกอบการสอน

- อาจารย์ผู้สอนต้องระมัดระวังไม่ใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา มาสร้างข้อสรุปที่เป็นการผลิตซ้ำ เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยาว่า ผู้ชายร่วมเพศมักติดเชื้อ HIV เป็นต้น

- เมื่อต้องอธิบาย ผู้หญิง ผู้ชาย อาจารย์ผู้สอนควรอธิบายบทบาทในครอบครัวอย่างเท่าเทียมกันร่วมด้วย

- อาจารย์ผู้สอนต้องแน่ใจว่ารายละเอียดในเรื่องสถานการณ์การสมรส อาชีพ และ สภาพทั่วไปของหญิง ชายมีความเสมอกัน และ ไปด้วยกัน

- อาจารย์ผู้สอนต้องหลีกเลี่ยงการมองว่า การแสดงความเจ็บป่วยของผู้ชายเป็นบรรทัดฐาน แต่การแสดงออกของผู้หญิงในการเจ็บป่วยเดียวกันเป็นสิ่งผิดปกติ ทั้งนี้อาจารย์ผู้สอนต้องอธิบายอาการ การแสดงออกของแต่ละเพศอย่างชัดเจน

ยังไม่มีหลักสูตรการพยาบาลหลักสูตรใดในประเทศไทยที่ระบุว่า มีความไวเชิงสถานะเพศ แต่มีบางหลักสูตรในต่างประเทศ เช่น หลักสูตร Master of Family Therapy ของ College of Nursing Health Professions, Drexel University

ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ระบุไว้ในคำอธิบายหลักสูตรอย่างชัดเจนว่า

“.....The curriculum addresses complex rational dynamics across the family life cycle with a particular focus on such context as race, class, spirituality, gender, and sexual orientation.....”

และหลักสูตรในระดับ PhD on Couple and Family Therapy

“.....The program is committed to training students to be aware of and sensitive to such contextual issues as race, class, gender, spiritual and sexual orientation as well as person of the therapist” (<http://www.Cuph.drexel.edu>, 2003)

การบูรณาการความไวเชิงสถานะเพศเข้าไปในหลักสูตรเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่ใช่กล่าวเฉพาะในหลักสูตรการพยาบาลเท่านั้น มีการกล่าวถึงในหลักสูตรแพทยศาสตร์ด้วยเช่นกัน (Manderson, 2003) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีหลักสูตรที่มีความไวเชิงสถานะเพศ แต่ถ้าอาจารย์ไม่มีความไวเชิงสถานะเพศก็ไม่สามารถถ่ายทอดมโนทัศน์นี้ไปยังผู้เรียนได้ การเริ่มต้นจึงอยู่ที่การพัฒนาอาจารย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ที่สอน และทำงานวิจัยด้าน สุขภาพสตรี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอบพระคุณ คณะบดีคณะพยาบาล-ศาสตร์ของสถาบันต่าง ๆ ดังนี้ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ธรรมศาสตร์มหิดล วลัยลักษณ์ ศรีนครินทรวิโรฒ สงขลานครินทร์ สุโขทัยธรรมาธิราช และหัวหน้าภาควิชา

พยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่กรุณา
อนุเคราะห์การเก็บข้อมูล ขอบพระคุณสมาชิก
เริ่มแรกของเครือข่ายวิจัยทางการแพทย์พยาบาลด้าน
สุขภาพสตรี รศ.ดร.ศิริอร ลินธุ์ และดร.เอมพร
รัตนธร ผู้พัฒนาแบบสำรวจข้อคิดเห็น พร้อมทั้ง
รศ.ดร. สัจจิตรา เทียนสวัสดิ์ รศ.ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ
รศ.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล อ.วลาวัณย์ รัตนเสถียร
ผศ.ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์ อ.ดร.มณี อาภานันท์กุล
ผศ.ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ ผศ.ดร.สมใจ พุทธา

พิทักษ์ผล อ.ดร.พัชรพร เกิดมงคล นอ.หญิง ดร.
ทัศนศรี เสมียนเพชร อ.ดร.ชมพูนุช โสภากาญจน์ และ
อ.อมร สุวรรณนิมิตร ในการประสานงานการเก็บ
ข้อมูล ขอบพระคุณ รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล
ในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น รวมทั้ง
นส.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ ในการสรุปข้อมูลและ
ขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณการ
สำรวจ

เอกสารอ้างอิง

- ปรามิทย์ ประสาทกุล. 2546. แวดวงประชากร. ประชากรและการพัฒนา. 23(3); 5.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2544. องค์ความรู้ใหม่ทางการแพทย์พยาบาลจากงานวิจัยด้านสุขภาพสตรี. เอกสารนำเสนอ
ในการประชุมวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 2 วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544, กรุงเทพฯ.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2546. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.
- ARROW, 2002. Gender-Sensitive Approach. ARROWS for Change. 8(2); 1.
- Beagan, BL. 2000. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients.
Social Science and Medicine, 51(8): 1253-1265.
- CIDA, 1999. Mainstreaming a Gender-sensitive agenda in health research: perspective of intonations
organizations. Available in <http://www.CPC.UNC.edu/measure/publication>. On November
27, 2003.
- Cornel, RW. And Dowsett, GW. 1992. Rethinking Sex: Social Theory and Sexuality Research,
Melbourne: Melbourne University Press.
- Department of Justice, Canada. 2003. Gender Equality Analysis in Research and Statistics. Available in
<http://canada.justice.gc.ca> on November 27, 2003.
- Donoghue, G. 1996. Women's Health in the Curriculum. Philadelphia: National Academy on Women's
Health Medical Education.
- Drexel University. 2003. Family Therapy Curriculum. Available in <http://www.cnhp.drexel.edu> on
December 5, 2003.

- Fonow, MM. and Cook, JA. (eds) 1991. *Beyond Methodology: Feminist Scholarship as Lived Research*, Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, S. (ed). 1987. *Feminism and Methodology : Social Science Issues*, Bloomington: Indiana University Press.
- Hunt, L. 1997. The Women's health speciality: curriculum implications. *Women's Health Issues*. 7(2): 116-120.
- Kuntz, C. 1997. Medical curricular for the new millennium: responding to diversity. *Canadian Medical Association Journal*, 156:1295-1296.
- Lather, P. 1991. *Getting Smart : Feminist Research and Pedagogy with/in the Postmodern*, New York: Routledge.
- Lent, B. and Bishop, JE. 1998. Sense and sensitivity: developing a gender issues perspective in medical education. *Journal of Women's Health*. 7 (3): 339-342.
- Manderson, L. (ed.) 2003. *Teaching Gender, Teaching Women's Health : Case Studies in Medical and Health Science Education*. New York: The Haworth Medical Press.
- Manderson, L. 2001. Global priorities, local sensibilities: maximizing women's capabilities in health development. Keynote address in WHO Kobe Centre Second International Meeting Canberra, Australia, 4-6 April 2001, WHO Kobe Centre.
- Phillips, SP. 2002. Evaluating Women's health and gender. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 187 (Supp): S22-24.
- Searle, J. 1998. Introduction of a new curriculum in women's health in medical education: a framework for change. *Women's Health Issues*, 8: 382-388.
- Shelley, D., Hoffman, E., Menitoff, R. and Maraldo, D. 2000. Quality in women's health. *Quality Management in Health Care*, 8(4): 65-74.
- United Nations, WHO and UNFPA. 1999. *Women and Health : Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector*. Report of the Expert Group Meeting 28 September-2 October, 1998, Tunis (Tunisia), New York (99.IV.4).
- USAID. 2003. *Maternal Neonatal Health: Solutions for Survival*. Available in <http://www.mnh.jhpiego.org> on December 5, 2003.
- Wainer, J. 1999. *Teaching Gender Seminar*. Monash University School of Rural Health, Traralgon, Victoria.

- Wong, YL. 2000. Gender issues in medical and public health education. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 12 Supp: S74-77.
- World Health Organization (WHO). 2001. A training curriculum for health programme managers on “Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health” Switzerland: Schiiler.
- ._____. 1998. Gender and health: Technical paper. Available in <http://www.who.int/reproductive-health/publicaiton> on December 3, 2003.
- Zeleg, B., Phillips, SP. And Lefebvre, Y. 1997. Gender sensitive in medical curricula. *Canadian Medical Association Journal* 156: 1297-1300.