

## งานวิจัย/การสำรวจ/ผลการศึกษา

| หัวข้อ             | รายละเอียด  |
|--------------------|---|
| ชื่อบทความวิจัย:   | การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค: ประสพการณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพ   |
| ชื่องานวิจัย:      | โครงการส่งเสริมให้เข้าถึงการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคอย่างมีคุณภาพและการเสริมสร้างพลังชุมชนเพื่องานวัณโรคในประเทศไทย (SSF) (โครงการต่อเนื่อง ปีที่ 2)  |
| ชื่อผู้วิจัย:      | คุณากร การชะวี, พิมพัลย์ บุญมงคล, สร้อยบุญ ทรายทอง, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, สมเกียรติ ศรประสิทธิ์, โธมัส กวาดามูช   |
| คณะ/สาขาวิชา:      | ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์  |
| ที่มาและความสำคัญ: | <p>สถานการณ์วัณโรคในปัจจุบันถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วทั้งโลกกำลังเผชิญกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีถึง 16-20 ล้านคน เกือบครึ่งหนึ่งนั้นอยู่ในระยะแพร่เชื้อ (Infectious cases) (World Health Organization: 2006) โดยในปีพ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึง 10.4 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2017) โดยเฉพาะกับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้กลับมาติดเชื้อซ้ำสูงขึ้นประมาณ 960,000 คนยิ่งไปกว่านั้นประเทศไทยอยู่ใน 30 อันดับของประเทศที่มีอัตราของผู้ป่วยวัณโรคที่สูง จากรายงานของ WHO โดยมีตัวเลขประมาณการณอยู่ที่ 68,000 คน (World Health Organization, 2016) จากงานวิจัยทั้งในสังคมไทยและในหลายประเทศมีข้อค้นพบว่าวัณโรค นั้นเป็นโรคที่ถูกผูกโยงเข้ากับสังคมวัฒนธรรม ที่สัมพันธ์กับความเปราะบางและหญิงโดยวัณโรคสำหรับสังคมไทยยังถูกให้คำนิยามว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นในผู้ชาย เพราะการใช้ชีวิตโลดโผน และหากเกิดในผู้หญิงจะถูกมองว่าเป็นผู้หญิงไม่ดีเที่ยวกลางคืน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้า (Soonthornhadha, 2008 cited in Boonmongkon, Saithong, and Samakkeekarom, 2012) โดยในหลายๆสังคม พบว่าผู้หญิงจะมีภาวะการปิดบัง หรือมีประสบการณ์การตีตราเกี่ยวกับวัณโรคที่สูง (Somma, Auer, Abouihia, and Weiss, 2001; Weiss et al., 2006) และสำหรับผู้ชายความเป็นผู้ชายที่มีภาวะเป็นผู้นำ ทำให้รู้สึกขาดอำนาจและไร้ค่าเมื่อต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและเป็นผู้ป่วยทำให้ผู้ชายบางส่วนไม่ยอมกินยาต่อเนื่องเพราะไม่ต้องการ</p> <p>การแสดงภาวะการพึ่งพิง เป็นต้น และเนื่องจากวัณโรคถูกให้ความหมายโดยกลุ่มคนในสังคมซึ่งมีอำนาจในการนิยามโรคว่าเป็นโรคน่ากลัว โรคสังคมรังเกียจ โรคของคนบาป คนไม่ดีและเมื่อผู้ป่วยตรวจพบว่า ตัวเองเป็นวัณโรคก็จะมีพฤติกรรมของการหลบซ่อน หลีกเลี้ยงที่จะพบปะผู้คน (Johansson, Diwan, Huong, and Ahlberg, 1996) ไม่ยอมพบเมื่อเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านหรือบางคนเลือกที่จะรับการรักษาในสถานพยาบาลไกลบ้าน เพื่อปกปิดความเจ็บป่วยของตน (Wynne et al., 2014) และในประเทศไทย พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวัณโรคถูกสังคมรังเกียจและตีตรา (Kipp et al., 2011) โดยการรักษาวัณโรคนั้นต้องกินยาให้ครบตามแผนการรักษา ซึ่งในกระบวนการการกินยานั้นมีการใช้ระบบการคอยเฝ้า และกำกับให้ผู้ช่วยกินยาต่อหน้า (Directly Observed Treatment: DOT) (World Health Organization, 1997, 2002a, 2002b) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้อำนาจ และรู้สึกไม่สามารถเป็นผู้นำครอบครัวได้</p> |

| หัวข้อ | รายละเอียด   |
|--------|--|
|        | <p>(Samakkeekarom, Boonmongkon, and Subongkot, 2013) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ใช้หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากหรือจุกเมื่อไอจาม ทุกครั้งข้อควรปฏิบัติดังกล่าวอาจสามารถทำได้ง่ายในการรักษาโรคทั่วไปแต่สำหรับผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีไม่ใช่เรื่องที่สามารถทำได้ง่ายเพราะสังคมตีตรา รังเกียจและจ้องมองพวกเขาการตระหนักรู้และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการและการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคจะรู้สึกพอใจมากกว่าที่จะเข้าพบบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ มีการแสดงความเห็นใจเข้าอกเข้าใจสถานะต่างๆ ที่ตนเองต้องเผชิญ (Eastwood and Hill, 2004) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัณโรคเป็นโรคที่ผูกติดกับการให้ความหมายของผู้คนและสังคม ส่วนหนึ่งที่น่ากังวลในการกำหนดความหมายเชิงลบต่อโรคและผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถอธิบายหรือวิเคราะห์ได้ด้วยแนวคิดระบาดวิทยาแต่เพียงอย่างเดียวแต่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้นโยบายระบาดวิทยาวัฒนธรรม (Cultural epidemiology) ในการทำความเข้าใจวัณโรค เพราะวัณโรคไม่ใช่โรคทางชีววิทยาเท่านั้น แต่เป็นโรคที่ผูกติดกับสังคมวัฒนธรรม (Weiss, 2001) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยผ่านมุมมองด้านสังคม เศรษฐกิจ ความเป็นตัวตน รวมถึงปัจจัยแห่งความไม่เท่าเทียมกันของหญิงและชาย ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงทรัพยากร และด้วยสถานการณ์นี้หากมองผ่านการวิเคราะห์เพศภาวะ (Gender analysis) ภายใต้บริบทของเศรษฐกิจ ชนชั้นชาติพันธุ์อายุ การศึกษาระบบความเชื่อ และวัฒนธรรม ซึ่งเพศที่แตกต่างกันภายใต้บริบทต่าง ๆ นี้มีผลอย่างยิ่งต่อการติดต่อเชื้อ (Hudelson, 1996) และถ้าบุคลากรด้านสุขภาพสามารถวิเคราะห์เพศภาวะผู้ป่วยได้อย่างรอบด้านก็จะช่วยให้เห็นประเด็นที่ต้องให้ความละเอียดอ่อนต่อผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการดูแล เยียวยารักษาตนเอง การเข้าถึงการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษา (Boonmongkon, Saithong, and Samakkeekarom, 2012) การบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวัณโรค (Gender mainstreaming) จึงหมายถึงรวมถึง การทำความเข้าใจผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมสังคมในชุมชนผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางสุขภาพในเพศหญิงและชายที่มีความต้องการข้อจำกัดที่แตกต่างกันซึ่งความแตกต่างเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่ออำนาจในการเข้าถึงทรัพยากรที่เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ถ้าบุคลากรด้านสุขภาพสามารถบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวัณโรคได้จะสามารถนำไปสู่การวางแผนการส่งเสริม ดูแล และรักษาที่มาจากความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยวัณโรคอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาได้ (Boonmongkon, Saithong, and Samakkeekarom, 2012) การบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวัณโรคจึงได้ถูกนำมาเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการทำงานด้านวัณโรคโดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอให้การทำงานวัณโรคของบุคลากรด้านสุขภาพนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัญหาวัณโรคโดยเฉพาะเพศภาวะที่มีส่วนสำคัญต่อความเจ็บป่วย การให้ความหมายต่อการดูแลรักษาตนเองที่แตกต่างกันของชาย หญิง ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการและส่งผลต่อการรักษาที่แตกต่างกันซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการรักษาวัณโรค แต่การดำเนินงานบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวัณโรคในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยทั้งระดับของการปฏิบัติการและระดับนโยบาย ยังไม่มีการปฏิบัติงานที่เป็น</p> |

| หัวข้อ                                      | รายละเอียด  |
|---|---|
|   | <p>รูปธรรมโดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแต่ยังขาดมุมมองเรื่องเพศภาวะ(Boonmongkon,Saithong, Samakkeekarom, Sornprasit, and Kanchawee,2014) บทความนี้ผู้วิจัยจึงต้องการอธิบายวิธีการบูรณาการมิติเพศภาวะในงานวิจัยโรคจากประสบการณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคผ่านการให้ความสำคัญ และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคผ่านการเยี่ยมบ้าน การจัดการรณการติดตามและอคติในชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะเป็แนวทางในการพัฒนาและประยุกต์ใช้การบูรณาการมิติเพศภาวะในระดับบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคและดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ละเอียดอ่อนอื่น ๆ ต่อไป</p>  |
| <p><b>ขอบเขตพื้นที่การศึกษา:</b></p>        | <p>การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เก็บข้อมูลผ่านการสังเกตสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักในประเด็นเพศภาวะในงานวิจัยโรคในระดับผู้ปฏิบัติการ (การจัดเวทีระดมสมอง) ระยะที่ 2 อบรมการใช้เครื่องมือในการบูรณาการมิติเพศภาวะ (วิเคราะห์เพศภาวะ) สำหรับผู้ปฏิบัติการ และทบทวนองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ(Refresher training) ระยะที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานแต่ละจังหวัดดำเนินกิจกรรมเพื่อลดการตีตราในชุมชนและใช้เครื่องมือวิเคราะห์เพศภาวะในการทำงานวัยโรค ระยะที่ 4 รณรงค์สร้างความตระหนักใน ความสำคัญของการบูรณาการมิติเพศภาวะในงานด้านวัยโรค และลดการตีตราผู้ป่วยในระดับผู้บริหารและผู้วางนโยบาย ระยะที่ 5 อบรมการใช้เครื่องมือในการบูรณาการมิติเพศภาวะสำหรับอาสาสมัครในชุมชน (วิเคราะห์เพศภาวะ) และระยะที่ 6 นิเทศงานติดตามประเมินผลโครงการโดยมีระยะเวลาในการทำงานวิจัยทั้งหมด 5 ปี (พ.ศ.2552-2557) ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลและรักษาผู้ป่วยวัยโรคในโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่จังหวัดลำพูน จังหวัดขอนแก่น จังหวัดนครปฐม จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดระยอง จำนวน 78 คน แบ่งเป็นแพทย์ 4 คนพยาบาล 25 คน นักวิชาการสาธารณสุข 33 คนเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 12 คน เกสซ์กร 1 คน และเจ้าหน้าที่3คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในส่วนของการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัยโรค เช่น คลินิกวัยโรคเป็นต้น 2) เป็นผู้เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพของโครงการตั้งแต่ปีที่ 1- 5</p> |
| <p><b>วัตถุประสงค์:</b></p>                 | <p>เพื่อศึกษาการบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัยโรคของบุคลากรด้านสุขภาพ พื้นที่ 5 จังหวัดของประเทศไทยได้แก่จังหวัดลำพูน จังหวัดภูเก็ต จังหวัดนครปฐม จังหวัดระยอง และจังหวัดขอนแก่น</p>   |
| <p><b>แหล่งทุนสนับสนุน:</b></p>             | <p>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)</p>   |
| <p><b>หน่วยงานที่ร่วมมือ:</b></p>           | <p>-</p>  |
| <p><b>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:</b></p>         | <p>-</p>  |
| <p><b>ระดับความร่วมมือ:</b></p>             | <p>ระดับชาติ</p>  |
| <p><b>ผลลัพธ์ที่นำไปใช้ประโยชน์ต่อ:</b></p> | <p>1. การวิเคราะห์เพศภาวะมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยวัยโรคทุกชั้นตอนจากการศึกษาประสบการณ์การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคของบุคลากรด้านสุขภาพนั้น พบว่า เพศภาวะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสำคัญต่อการรักษาวัยโรคของผู้ป่วยซึ่งการทำ ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะนั้นมีความซับซ้อน เนื่องจากเพศภาวะนั้นไม่ใช่แค่เรื่องเพศเชิง</p>   |

| หัวข้อ | รายละเอียด  |
|--------|---|
|        | <p>กายภาพของหญิงชายแต่เป็นปัจจัยที่ถูกประกอบสร้างจากสังคมที่สร้างความเป็นหญิงและความเป็นชายซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งดังผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพนั้นต้องอาศัยเวลาในการเข้าถึงผู้ป่วย และทำความเข้าใจสภาพสังคม เศรษฐกิจ ความคิดความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยหญิงชายที่มีความแตกต่างกันอันจะนำไปสู่การให้บริการการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเยี่ยมบ้านต้องทำงานกับตัวผู้ป่วยทำความเข้าใจตัวตน ข้อจำกัด ความคิดความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยา หรือการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยซึ่งจะมีความแตกต่างกัน ต้องพูดคุยกับคนในครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจและเห็นความสำคัญร่วมกัน โดยไม่ใช้อำนาจการสั่งการการจ้องจับผิดซึ่งถือว่าเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยการลดใช้อำนาจเหนือ งดการสั่งการ และเน้นการสร้างพลังเชิงบวกและสนับสนุนในสิ่งที่เป็ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเองภายใต้ข้อจำกัดที่แตกต่างกันของผู้ป่วยเป็นต้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเวียดนามของ Thorson and Johansson (2004) และ Long, Johansson, Diwan, and Winkvist (1999) ที่กล่าวถึง ความสำคัญของเพศภาวะ ความเป็นผู้หญิงและผู้ชายที่มีลักษณะการใช้ชีวิต ความคิดความเชื่อและบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่การรับเชื้อ การเข้ารับการรักษาการกินยาอย่างต่อเนื่องโดย Thorson and Johansson (2004) ได้ยกตัวอย่างของบทบาททางเพศที่แตกต่างกันทำให้เกิดการเข้าถึงการรักษาที่แตกต่างกันของหญิงและชาย กล่าวคือ ผู้ชายในสังคมเวียดนามถือเป็นผู้นำ และมีอำนาจในการควบคุมทรัพยากรเช่น เงินและเวลาที่ใช้ดูแลครอบครัว ทำให้ผู้ชายสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วกว่าผู้หญิงซึ่งต้องใช้จ่ายเงินของสามีและยังไม่มีเวลาในการที่จะไปโรงพยาบาลเพราะต้องดูแลลูกๆ และครอบครัวของสามีทำให้ผู้หญิงเข้าถึงการรักษาช้ากว่าผู้ชายถึง 1.6 สัปดาห์ในเวียดนาม และสำหรับในประเทศไทยก็มีรายงานถึงการที่ผู้หญิงเข้าถึงการรักษาได้ช้ากว่าผู้ชายประมาณ 7 วัน (Ngamvithayapong, Yanai, Winkvist, and Diwan, 2001) นอกจากนั้นแล้วถึงแม้ผู้หญิงและผู้ชายจะเข้าถึงการรักษา แต่ผู้หญิงก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มากกว่าผู้ชายด้วยเหตุผลที่ว่าจะต้องปรึกษากับสามีหรือถามไถ่เพื่อน ๆ ของพวกเขา ก่อน จึงเป็นเหตุให้ผลการรักษาของทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีความแตกต่างกันและในการรักษาวัณโรคนั้นถึงแม้ว่ายา รักษาจะไม่มีค่าใช้จ่ายแต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้หญิงยังมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงการรักษาเพราะเธอต้องพึ่งพาสามีหรือคิดถึงความเป็นอยู่ของครอบครัวก่อนสุขภาพของตน และสำหรับผู้ชายจะมีความกังวลที่จะต้องหยุดงาน ต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่นเดียวกับงานของ Long, Johansson, Diwan, and Winkvist (1999) ที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากค่ายารักษาวัณโรคนั้น ก็ยังมีอยู่มากไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา ค่าอาหารที่โรงพยาบาล ค่าเสียโอกาสในการทำงาน ซึ่งเป็นเรื่องที่บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องคำนึงถึงด้วย</p> <p>2. การตีตราในผู้ป่วยและมายาคติของชุมชนต่อวัณโรคสะท้อนระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันนอกจากนั้นแล้วจากผลการศึกษา พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องลดการตีตราในชุมชน เพราะเนื่องมาจากวัณโรคเป็นโรคที่มีความผูกโยงกับระบบ</p> |

| หัวข้อ | รายละเอียด  |
|--------|---|
|        | <p>ความคิดความเชื่อ มายาคติเกี่ยวกับโรคอันส่งผลให้ชุมชน สังคมมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคไม่กล้าเข้ารับการรักษาแยกตัวออกจากชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของKhan(2012)ซึ่งได้ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้หญิงอินเดียที่เป็นวัณโรคโดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นอย่างลึกซึ้งถึงความเป็นผู้หญิง อำนาจในการเข้าถึงทรัพยากร อันได้แก่ ความรู้ และความสามารถในการจัดการสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่น้อยไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาความสะอาดการป้องกันการติดเชื้อและยังรวมถึงความคิดความเชื่อและการตีตราในชุมชน ว่าวัณโรคเป็นโรคที่เกิดจากการผิดประเพณีการเป็นผู้หญิงไม่ดีเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยและปิดบังอาการของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งการปิดบังและการตีตรานี้ยังตรงกับการศึกษาของ Long et al.(2001) ที่กล่าวถึงการตีตราวัณโรคว่าเป็นโรคของคนจนไม่มีการศึกษา เป็นแล้วตาย ถูกรังเกียจจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดการแยกตัวและปิดบังโรคต่อชุมชนอันก่อให้เกิดการแพร่เชื้อในชุมชนโดย Samakkeekarom&amp; Limsomboon(2014) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำงานชุมชนเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรคว่าต้องเน้นการทำงานเชิงรุกด้วย จากผลการวิจัยชิ้นนี้ พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพร่วมกับชุมชนได้มีการจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนด้วยการจัดเวทีชุมชนให้มีกิจกรรมต่างๆเช่น การนำบุคคลตัวอย่างที่หายป่วยจากวัณโรคมาแล้ว และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคและชุมชนให้มีทัศนคติเชิงบวกลดการตีตราซึ่งจะสามารถสร้างให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>3. ระบบการจัดการองค์กรในระบบบริการสุขภาพที่มีผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค จากผลการศึกษาถึงแม้ว่าบุคลากรด้านสุขภาพจะใช้มุมมองด้านเพศภาวะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคพยายามทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งการดูแลเชิงปัจเจกที่ลดการใช้อำนาจและเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยวัณโรค การทำงานในระดับชุมชนในการลดการตีตราในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรักษาและการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่การทำงานในระดับการจัดการองค์กรและระบบสาธารณสุขกลับยังคงไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรโดยระบบบริการยังไม่สามารถเอื้ออำนวยให้เกิดความละเอียดอ่อนในระดับการจัดระบบบริการได้ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง บุคลากรด้านสุขภาพมีความเหนื่อยล้ากับการทำงานในระบบบริการที่ไม่สนับสนุนการทำงานของผูปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Leiter and Mastlach (1988) ที่ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การปฏิบัติตามกฎองค์กร ข้อผูกมัดหรือภาระที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรนั้น ทำให้บุคลากรมีภาวะความเหนื่อยล้าสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆเช่น ภาวะทางอารมณ์ส่วนบุคคล บทบาทหน้าที่ที่ขัดแย้งกัน หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรให้ตอบสนองต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทยนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการทำงาน สร้างพื้นที่ที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ศักยภาพมีความสุขกับการทำงานมากขึ้นและลดภาวะการเหนื่อยล้า ความเครียด ความเบื่อหน่ายต่อการทำงานอันจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพลดลง และอาจทำให้เกิดการลาออกจากงานหรือการลางานยาวของบุคลากรได้ (Wrightand Bonett,1997) ดังนั้นการทำงาน</p> |

| หัวข้อ                        | รายละเอียด   |
|-------------------------------|--|
|                               | <p>วัฒนธรรม การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญก็จริงแต่ถ้าบุคลากรด้านสุขภาพยังคงต้องทนอยู่ในระบบที่ไม่ตอบสนองต่อการทำงาน การย้ายงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่และผู้ปฏิบัติงานเก่าเกิดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงานปัญหาต่าง ๆ ก็จะถูกทับถม ไม่ได้รับการแก้ไข บุคลากรด้านสุขภาพที่มีศักยภาพก็จะลาออก และผู้ป่วยก็คือผู้ที่ต้องรับผลของระบบบริการเหล่านั้นนั่นเอง</p> |
| Web link อ้างอิงการดำเนินงาน: | <p><a href="http://eresource.car.chula.ac.th/chula-ejournals/current.php?rec=10">http://eresource.car.chula.ac.th/chula-ejournals/current.php?rec=10</a></p>   |
| รูปภาพประกอบ:                 | <p>-</p>   |
| SDG goal ที่เกี่ยวข้อง:       | <p>3. สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)</p>  |