

ปกิณกะ

ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะ

กำหนดนโยบายสุขภาพจิต

วันรับ : 20 มกราคม 2564

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ป.ด.¹, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²

วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2564

ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี

วันตอบรับ : 13 สิงหาคม 2564

มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹

กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

เพศภาวะเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต การพัฒนาแนวปฏิบัติและนโยบายสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะได้มีการดำเนินการแล้วในหลายประเทศ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ผลกระทบของเพศภาวะที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลทุกเพศภาวะ ตัวอย่างนโยบายสุขภาพจิตที่ใช้วิธีเพศภาวะแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะ เอกสารที่นำมาทบทวนประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการบูรณาการมโนทัศน์เพศภาวะกับงานสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศ สรุปข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะ ดังนี้ 1) ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติที่นำกรอบแนวคิดเพศภาวะมาบูรณาการกับงานสุขภาพจิตในทุกระดับ 2) สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะตามบริบทไทย 3) พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพจิตที่ตระหนักและให้ทางเลือกในการระบุเพศภาวะ และ 4) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตควรมีความรู้รอบรู้ในประเด็นเพศภาวะและได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

คำสำคัญ : นโยบาย ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เพศภาวะ สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; e-mail: somrun@kku.ac.th

Miscellany

The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy

Received : 20 January 2021

Revised : 27 July 2021

Accepted : 13 August 2021

Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.¹

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.²

WHO CC Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen University¹

Department of Mental Health²

Abstract

Gender is one of social determinants of mental health. The gender sensitive concepts have been incorporated in mental health care guidelines and policies in many countries. The objectives of this article are 1) to provide evidences of gender impacts on mental health problems in individuals of all genders and 2) to review gender-sensitive mental health care guidelines and policy from national and international experiences. Systematic reviews, national policy, and reports on gender-sensitive mental health were reviewed. In summary, the development of gender approach mental health policy should consider; 1) appoint the national mental health working group focusing on gender approach to support policy advocacy, 2) support gender-sensitive mental health research in Thai context, 3) respect the gender identity and provide optional gender specific information in mental health care databases and 4) promote gender literacy and capacity building for mental health personnel in gender-sensitive aspects for mental health cares.

Keywords: gender, mental health, mental health determinant, policy

Corresponding author: Somporn Rungreangkulkij; e-mail: somrun@kku.ac.th

ความรู้เดิม : นโยบายและรูปแบบการส่งเสริมป้องกันและการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่เดิมเน้นกรอบคิดทางการแพทย์เป็นหลัก

ความรู้ใหม่ : เพศภาวะเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ข้อเสนอการพัฒนานโยบายและแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ จะตอบสนองตรงความต้องการและตามปัญหาของบุคคลในเพศภาวะที่แตกต่างได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ความรอบรู้ในเพศภาวะกับสุขภาพจิตจะช่วยผลักดันนโยบายและแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะที่ประสิทธิภาพ

บทนำ

เพศภาวะ (gender) เป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสนใจทั้งต่อปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพ เพศภาวะเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้มีการบูรณาการเพศภาวะในการกำหนดนโยบาย การออกแบบบริการสุขภาพที่รวมถึงสุขภาพจิตและจิตเวช และในหลายประเทศได้มีการดำเนินการพัฒนาข้อเสนอแนะการออกแบบนโยบายและแนวปฏิบัติด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ส่วนประเทศไทยยังไม่พบการบูรณาการมนทัศน์เพศภาวะ (gender mainstreaming) ในงานสุขภาพจิตที่ชัดเจน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ผลกระทบของเพศภาวะที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลทุกเพศภาวะ ตัวอย่างนโยบายสุขภาพจิตที่ใช้วิธีเพศภาวะจากประสบการณ์ในต่างประเทศ แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และข้อเสนอนโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะ โดยเนื้อหาในบทความนี้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับนโยบาย มาตรการวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต และการจัดบริการสุขภาพจิตที่บูรณาการมนทัศน์เพศภาวะ¹

ปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลทุกกลุ่มเพศ

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบผู้หญิงและผู้ชายมีความชุกของโรคจิตเวชที่แตกต่างกัน สถิติโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทั่วโลกพบ ผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความผิดปกติพฤติกรรมกิน และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) มากกว่าผู้ชาย ในขณะที่ผู้ชายพบความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิง แต่โรคจิตเภทไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ² (แสดงดังตารางที่ 1)

ความชุกโรคจิตเวชของประเทศไทยสอดคล้องกับต่างประเทศ จากผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป (ปี พ.ศ. 2556) พบความชุกโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (one year prevalence) ในกลุ่มโรคจิตกกังวล คือ

ตารางที่ 1 ความชุกโรคจิตเวชทั่วโลก²

โรคจิตเวช	ความชุกโรคจิตเวชทั่วโลก			
	ล้านคน	รวม (ร้อยละ)	ผู้ชาย (ร้อยละ)	ผู้หญิง (ร้อยละ)
โรคซึมเศร้า	264	3.4 (2.0 – 6.0)	2.7	4.1
โรควิตกกังวล	284	3.8 (2.5 – 7.0)	2.8	4.7
โรคอารมณ์สองขั้ว	46	0.6 (0.3 – 1.2)	0.5	0.6
ความผิดปกติพฤติกรรมกิน	116	0.2 (0.1 – 1.0)	0.1	0.2
โรคจิตเภท	20	0.3 (0.2 – 0.4)	0.2	0.2
ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา	107	1.4 (0.5 – 5.0)	2.0	0.8
ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด	71	0.9 (0.4 – 3.5)	1.3	0.6

ร้อยละ 3.1 (ร้อยละ 2.4 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.8 ในผู้ชาย) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 0.7 (ร้อยละ 0.9 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.4 ในผู้ชาย) ความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง ร้อยละ 1.3 (ร้อยละ 1.2 ในผู้หญิง และร้อยละ 1.4 ในผู้ชาย) ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 5.3 (ร้อยละ 1.0 ในผู้หญิง และร้อยละ 10.0 ในผู้ชาย) ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ร้อยละ 0.6 (ร้อยละ 0.3 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.9 ในผู้ชาย) และ ประสิทธิภาพการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.7 (ร้อยละ 0.8 ในผู้หญิง และร้อยละ 0.5 ในผู้ชาย)³ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติที่แสดงถึงกลุ่มความหลากหลายทางเพศ มีการทบทวนงานวิจัยพบว่ากลุ่มหญิงรักหญิงและกะเทยมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีเพศกำเนิด (sex) เดียวกัน⁴

ความหมายของเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี

เพศ (sex) หมายถึง คุณลักษณะทางชีวภาพและสรีรวิทยาที่บ่งชี้ความเป็นหญิงชายที่แตกต่างกัน หรือที่เรียกว่าเพศสรีระ

เพศภาวะ (gender) หรือเพศสภาพ หมายถึง บทบาท พฤติกรรม การกระทำ และคุณลักษณะของบุคคลที่สะท้อนความเป็นหญิง ชาย หรือเพศอื่น ๆ ผ่านการขัดเกลาจากสถาบันต่าง ๆ ในสังคม ทำให้หญิงชายมีความแตกต่างกัน แม้ว่าในสังคมไทยส่วนใหญ่ยึดตามระบบเพศแบบทวิภาค (binary) คือ เพศหญิงและเพศชาย แต่ในความเป็นจริงมีกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้ยืนดีหรือไม่ต้องการปฏิบัติตามเพศภาวะที่สังคมกำหนดให้เป็นไปตามเพศสรีระ ตัวอย่างเช่น เลสเบี้ยน เกย์ไบเซ็กชวล คนข้ามเพศ หรือคนเพศกำกวม (lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex; LGBTI) เพศภาวะจึงมีความหมายมากกว่าความเป็นชายและความเป็นหญิง และด้วยระบบเพศแบบทวิภาคนี้ทำให้คนกลุ่มนี้ถูกกีดกันออกจากบรรทัดฐานของสังคมกลายเป็นคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศภาวะ (sexual and gender minority)¹

เพศวิถี (sexuality) เป็นส่วนหนึ่งของเพศภาวะ ในมิติวิถีชีวิตทางเพศของบุคคลในด้านที่เกี่ยวกับความรู้สึกหรือพึงพอใจในทางเพศ การมีคู่ (หรือไม่มีคู่) การเลือกมี

ความสัมพันธ์ทางเพศหรือมีคู่กับบุคคลเพศใด (รักต่างเพศ รักเพศเดียวกัน รักสองเพศ หรือรักแบบไม่กำหนดเพศตายตัว เป็นต้น)⁵ สังคมไทยส่วนใหญ่กำหนดเพศวิถีแบบคนรักต่างเพศ ทำให้เกิดความคิดความเชื่อที่ว่า เพศวิถีแบบรักต่างเพศ (heterosexual) เป็นสิ่ง “ปกติ” และ “เป็นธรรมชาติ” และกลุ่มคนที่มิเพศวิถีแบบอื่นนอกเหนือจากรักต่างเพศ หรือกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ถูกกีดกัน หรือถูกเลือกปฏิบัติ

ความแตกต่างทางเพศภาวะกับปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากเพศภาวะ มีสาเหตุมาจาก^{1,4}

1) ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ (gender inequality) ในสังคมแบบชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ผู้ชายมีอำนาจและมีโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรมากกว่าผู้หญิง

2) ความคาดหวังทางเพศภาวะ (gender expectations) ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ยังเป็นเด็กหญิงเด็กชาย เด็กผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงความอ่อนแอ ในขณะที่เด็กผู้หญิงต้องเอาอกเอาใจคนรอบข้าง ยอมตาม ประนีประนอม เป็นต้น

3) การได้รับประสบการณ์ชีวิตในทางลบ ความรุนแรง อันเนื่องมาจากเพศภาวะที่ส่งผลให้เด็กผู้ชายมักได้รับความรุนแรงทางร่างกายมากกว่า ในขณะที่เด็กผู้หญิงถูกล่วงละเมิดทางเพศมากกว่า

4) การยึดติดกับบรรทัดฐานทางเพศภาวะอย่างเหนียวแน่น เช่น ผู้หญิงถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแล ส่วนผู้ชายถูกคาดหวังให้เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิง รากเหง้าของปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิงคือ ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง เพราะงานบ้านเป็นงานที่ไม่มีรายได้ จึงต้องพึ่งพารายได้จากสามี หรือหากทำงานมีรายได้ มักจะได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าผู้ชาย แต่มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกว่าและมีชั่วโมงการพักผ่อนน้อย เพราะนอกจากงานนอกบ้านแล้วยังต้องรับผิดชอบงานในบ้าน รับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรและสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือผู้สูงอายุ ซึ่งงานเหล่านี้มักไม่ได้รับการให้คุณค่าเนื่องจากถูก

กำหนดจากเพศภาวะว่าเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ ผู้หญิงมักนึกถึงความต้องการของคนอื่นมากกว่าตัวเอง ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ถูกคาดหวังต้องอดทนเพื่อลูก ทั้งหมดนี้เป็นเหตุให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และยังมีความเสี่ยงจากความรุนแรงในชีวิตคู่ หากผู้ชายใช้โอกาสการเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่ากระทำรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศ นอกจากนี้เด็กผู้หญิงยังมีความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด และมักถูกล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ ๆ ซึ่งประสบการณ์รุนแรงในวัยเด็ก (adverse childhood experiences) ที่รวมถึงประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือได้รับความรุนแรงนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder) และฆ่าตัวตาย⁶⁻¹⁰

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ชาย รากเหง้าของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ชายคือ การยึดติดอยู่กับกรอบความเป็นชาย (masculinity) ผู้ชายถูกคาดหวังว่าต้องประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน เป็นผู้นำครอบครัว หารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ต้องเก่ง พึ่งตัวเอง ไม่แสดงความอ่อนแอ ไม่ว่าจะเป็ทางอารมณ์ คำพูด หรือพฤติกรรม ต้องมีความเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้ชายที่ไม่ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังเกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดสุราหรือสารเสพติด จนไปถึงขั้นรุนแรงคือฆ่าตัวตายได้ เด็กผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายจากบุคคลในครอบครัว และด้วยการขัดเกลาทางเพศภาวะที่คาดหวังให้ผู้ชายต้องอดทน ไม่แสดงอารมณ์อ่อนแอ ทำให้ผู้ชายไม่ตระหนักเมื่อตนเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น ไม่สามารถสื่อสารการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และใช้รูปแบบการจัดการความเครียดทางพฤติกรรมเสี่ยงแทน เช่น ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด และความรุนแรง รวมทั้งไม่แสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพราะเชื่อว่าการขอความช่วยเหลือเป็นพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับความเป็นชาย^{6,11,12}

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือที่เรียกกันว่าคนกลุ่มน้อยทางเพศ (gender minority) เนื่องจากความกดดันจากการที่มีวิถีทางเพศที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานเพศภาวะที่สังคมกำหนด ทำให้เกิดความขัดแย้งใน

จิตใจระหว่างความต้องการที่แท้จริงของตนกับบรรทัดฐานทางสังคม และมีความเสี่ยงจากการได้รับความรุนแรงทั้งจากครอบครัว โรงเรียน ถูกล้อเลียน (bully) ถูกกีดกัน เลือปฏิบัติถูกตีตราจากสังคม ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้หลากหลายทางเพศจะรุนแรงมากกว่า เช่น โรคซึมเศร้า บาดแผลทางจิตติดสุราหรือสารเสพติด และฆ่าตัวตาย¹³⁻¹⁶

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอื่น ๆ พบมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลเพศภาวะต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่นกัน เช่น ความยากจน ระดับการศึกษาน้อย สถานะทางสังคมต่ำ การถูกตีตรา ความพิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความแตกต่างภายในกลุ่มเพศภาวะ และหากบุคคลมีหลาย ๆ ปัจจัยทับซ้อนกัน จะยิ่งส่งผลให้มีความต้องการที่ซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเพศภาวะเดียวกันที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษาสูง มีตำแหน่งหน้าที่ได้รับการยอมรับในสังคม อาจได้รับผลกระทบที่น้อยกว่าได้

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เป็นการใช้วิถีเพศภาวะซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตเป็นกรอบในการทำงาน โดยมีเป้าหมายเปลี่ยนแปลงให้สังคมมีความเสมอภาคทางเพศภาวะ มีความยืดหยุ่นต่อความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติตามกรอบเพศภาวะ มีความเข้าใจในเพศวิถีที่มีความหลากหลาย ด้วยการทำงานร่วมกับชุมชน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ ทศนคติ ในกรอบเพศภาวะบางประเด็นที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้หญิง เช่น การปรับจากความรับผิดชอบงานบ้านตามลำพังของผู้หญิงให้เป็นกิจกรรมที่สมาชิกทุกเพศวัยสามารถช่วยกันได้ การรณรงค์ต่อต้านความรุนแรงในชีวิตคู่และความรุนแรงในครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้หญิงได้รับการพัฒนาทักษะและมืงานที่มีรายได้ เข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ มีโอกาสในการเป็นหัวหน้างานหรือผู้นำองค์กรที่เท่าเทียมกับเพศชาย เพื่อเป็นการฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง^{17,18}

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้ชาย เช่น การปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรม รูปแบบการใช้ชีวิตใหม่ในผู้ชาย ลดแรงกดดันตามกรอบความเป็นชาย การปรับเปลี่ยนวิธีการคลายความเครียดโดยไม่ใช้วิธีการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นของความรุนแรงในครอบครัว และการเสพติด

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้มีความหลากหลายทางเพศ เช่น การปรับทัศนคติให้การยอมรับความหลากหลายทางเพศในโรงเรียนกับครู ผู้ปกครองต่อต้านการรังแก (bully) และให้การส่งเสริมความมั่นใจกับเด็กว่าความหลากหลายทางเพศเป็นเรื่องปกติ¹⁷

การจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้หญิง

หลักการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิง เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยจิตเวช ควรมีการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการยึดติดกรอบเพศภาวะ และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อต่อกรอบเพศภาวะให้มีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่นำมาสู่ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ และฟื้นฟูศักยภาพผู้หญิง

ผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น แม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีรายได้น้อย หญิงสูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ผู้หญิงยากจนที่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูลูกและดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หรือผู้หญิงที่อยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่ติดสุราหรือสารเสพติด เป็นต้น รูปแบบการดูแลผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ผู้หญิงเป็นรายบุคคล เพื่อให้บอกเล่าปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ตนไปไม่ถึงเป้าหมายในชีวิต โดยเฉพาะบริบทแวดล้อมที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้หญิงได้ทบทวนเป้าหมายในชีวิตของตน 2) สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มสตรีในชุมชนให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ใจ เสริมสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และสร้างการตระหนักรู้ถึงรากเหง้าสาเหตุของปัญหาว่า ไม่ใช่เป็นเพราะตนไร้ความสามารถ แต่เป็นจากโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะ 3) พัฒนาสมรรถนะในการเป็นผู้นำ สนับสนุนให้ผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ สนับสนุนให้ผู้หญิงได้

มีโอกาสลงมือทำตามแผนที่วางไว้ สนับสนุนให้ผู้หญิงเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น มีงานที่มีรายได้ทำให้ผู้หญิงได้มีโอกาสเห็นความสำเร็จของตนเอง เป็นการฟื้นฟูพลังอำนาจ ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และขยายผลการเปลี่ยนแปลงนี้ไปยังผู้หญิงคนอื่น ๆ ในชุมชน^{19,20}

การให้การปรึกษาเพื่อฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะนั้น มีเป้าหมายคือ ทำงานร่วมกับผู้หญิงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อไปนี้ 1) ตระหนักถึงกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมที่ส่งผลต่อความทุกข์ใจ 2) ปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความยืดหยุ่นต่อกรอบเพศภาวะใหม่ สนับสนุนให้ผู้หญิงมีการตระหนักรู้ถึงการหล่อหลอมทางสังคมที่มีความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะและส่งผลกระทบต่อปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างไร (consciousness raising) 3) ฟื้นฟูพลังอำนาจและศักยภาพ และ 4) พัฒนาทักษะใหม่ที่จำเป็นและช่วยให้ผู้หญิงมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงจัดบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับเวลาในชีวิตประจำวันของผู้หญิง²¹

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้หญิง เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่มักมีประวัติได้รับความรุนแรงในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง การดูแลช่วยเหลือควรใช้กรอบเพศภาวะและแนวคิดบาดแผลทางจิตใจ (gender and trauma model) ในการประเมินและทำเป็นพื้นฐานในทุกๆ ครั้ง ทั้งนี้เพราะผู้หญิงหลายคนมีความเชื่อว่าความรุนแรงทางจิตใจ เป็นเรื่องที่ยุติยากหรือไม่ควรพูดถึงใคร แม้แต่กับบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งสังคมไทยยังถือว่าเรื่องภายในครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัว ดังนั้น กระบวนการประเมินสุขภาพจิตในผู้หญิง ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พูดประสบการณ์ความรุนแรงที่ได้รับ วางแผนการดูแล และจัดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม เช่น การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม และการจัดการกับอาการกลับเป็นซ้ำของบาดแผลทางใจ²² นอกจากนี้ ผู้ให้บริการควรตระหนักในอำนาจที่ตนมีและระมัดระวังใช้อำนาจเหนือกว่าที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจ เช่น

การกำหนดกฎระเบียบในการให้บริการ โดยเฉพาะระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล และสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยหญิงรู้สึกไว้วางใจในความปลอดภัยและการได้รับการยอมรับและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย หากจำเป็นต้องมีการผูกมัด ควรให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการผูกมัดและการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด เพราะมีความเสี่ยงต่อการสร้างบาดแผลทางใจให้กับผู้ป่วยหญิงซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติได้รับความรุนแรงมาก่อน และควรช่วยแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถเข้ารับบริการได้ เช่น เวลา การเดินทาง และภาระในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ เช่น การดูแลเด็กเล็ก สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย หรือผู้สูงอายุ²³

การจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้ชาย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากเพศภาวะของผู้ชายคือ การยึดติดอยู่กับกรอบความเป็นชายที่ต้องประสบความสำเร็จ เก่ง เป็นผู้นำ แต่การพูดคุยปัญหาหรือร้องไห้เป็นการแสดงถึงความอ่อนแอ ทำให้ผู้ชายมีความเครียดเรื้อรังจากการพยายามเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม และความเครียดนี้จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นหากไม่ประสบความสำเร็จ อีกทั้งหากผู้ชายได้รับการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพจิตจะรู้สึกเหมือนถูกตีตรา เพราะถูกแปลความว่าเป็นความอ่อนแอ ผู้ชายจึงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตน้อย

ผู้ชายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ชายวัยทำงานที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ผู้ชายที่ทำงานในองค์กรที่บรรยากาศแข่งขันสูงหรือมีความคาดหวังความสำเร็จในการทำงานมาก กรอบแนวคิดในการคำนึงถึงเพศภาวะในผู้ชาย คือ ผู้ชายมีการแสดงออกของปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างไปจากผู้หญิง ดังนั้น ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า นอกจากการใช้เครื่องมือมาตรฐานทั่วไปแล้ว ควรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อารมณ์หงุดหงิด การดื่มสุราที่มากขึ้นกว่าเดิม หรือการใช้สารเสพติด และควรปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดความเชื่อต่อความเป็นชายให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น²⁴⁻²⁶ เช่น การจัดทำเอกสารหรือสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยในผู้ชาย โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเพศภาวะ เช่น

ผู้ชายจะยอมรับกับคำว่า “ความเครียด” มากกว่าคำว่า “สุขภาพจิต หรือซึมเศร้า วิตกกังวล” ผู้ชายยอมรับคำว่า “มาหาแนวทางในการหาทางออกเพื่อแก้ปัญหา” มากกว่าการใช้คำว่า “การปรึกษาหรือมารับการช่วยเหลือ” เพราะแสดงถึงการมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ เป็นต้น ควรสนับสนุนให้ผู้ชายกลุ่มเสี่ยงทำกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกีฬา และสนับสนุนให้สถานที่ทำงานมีการเปลี่ยนแปลงบรรยากาศลดการแข่งขัน เพิ่มบรรยากาศของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ชาย ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ขาดงานบ่อย กลุ่มที่ทำงานหนัก หรือเคร่งเครียดกับการทำงาน²⁷

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้ชาย เช่น โรคซึมเศร้า ความคิดอยากทำร้ายตนเอง เสพติดสุราหรือสารเสพติด รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมควรใช้มุมมองด้านบวกของความเป็นชายเป็นหลัก คือมีโครงสร้างเป้าหมายที่ชัดเจน เน้นการหาทางออกด้วยการแก้ไขปัญหที่เป็นรูปธรรมมากกว่าการกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก และให้ทางเลือกผู้ป่วยหลาย ๆ ทางเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือก และรู้สึกว่าเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีในผู้ชายที่เป็นโรคซึมเศร้า คือ การปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมที่บูรณาการประเด็นความเป็นชาย ส่วนการบำบัดผู้ชายที่ติดสุราหรือสารเสพติด ควรสนับสนุนส่งเสริมให้พัฒนาทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและทักษะการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว เปลี่ยนความเชื่อความเป็นชายที่ต้องไม่แสดงอารมณ์ ให้มีมุมมองใหม่ว่าการมีความสัมพันธ์ การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือเป็นเรื่องปกติของการเป็นมนุษย์²⁶

การจัดบริการสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ผู้มีความหลากหลายทางเพศจัดเป็นคนกลุ่มน้อยทางสังคมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อันเนื่องจากมีเพศวิถีที่ไม่อยู่ในกรอบเพศภาวะดั้งเดิม มักถูกปฏิเสธต่ออัตลักษณ์ทางเพศ ได้รับแรงกดดัน ถูกเลือกปฏิบัติ ตัดสิน

ตีตราจากคนในครอบครัวและสังคม เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ยากเนื่องจากความกังวลต่อการถูกตีตราจากผู้ให้บริการคนอื่นและจากบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งรูปแบบบริการสุขภาพจิตทั่วไปอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของบุคคลกลุ่มนี้ กรอบแนวคิดหลักในการจัดบริการที่คำนึงถึงเพศภาวะในผู้มีความหลากหลายทางเพศคือ กรอบเพศภาวะและแนวคิดความเครียดในคนกลุ่มน้อย (minority stress model)¹³⁻¹⁶ โดยให้ความเคารพและยืนยันศักดิ์ศรี รวมถึงวิถีทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศภาวะ และเพศภาวะของผู้มีความหลากหลายทางเพศ และช่วยให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัวมีความตระหนักรู้และเข้าใจว่า ความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนั้น มีเหตุจากการขัดเกลาทางสังคมผ่านโครงสร้างทางสถาบัน ที่ทำให้ผู้มีความหลากหลายทางเพศถูกกีดกันกลายเป็นคนกลุ่มน้อย และอัตลักษณ์ทางเพศภาวะที่ผู้มีความหลากหลายทางเพศต้องการไม่ใช่ความผิดปกติ²⁸

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ คือ โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ภาวะติดสุราและใช้สารเสพติด การบำบัดทางจิตสังคมใช้หลักการแนวคิดสตรีนิยมเช่นเดียวกับผู้หญิง เพราะผู้มีความหลากหลายทางเพศมักได้รับผลกระทบจากความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะเช่นกัน แต่มีความซับซ้อนมากกว่า ควรให้ความสำคัญต่อการยืนยันอัตลักษณ์ทางเพศของผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศคือการบูรณาการกรอบความเครียดในคนกลุ่มน้อยเข้ากับการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าอาการซึมเศร้าหรือความคิดอยากตายนั้นไม่ได้เป็นเพราะตนเองผิดปกติ แต่เป็นเพราะสังคมมองกรอบเพศที่มีเพียงแบบทวิภาคคือ ชายหญิงเท่านั้น ทั้งที่เพศวิถีมีความหลากหลาย ผู้บำบัดจะสนับสนุนยืนยันว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกนั้นเป็นเรื่องปกติ มีการนำหลักการนี้ไปใช้ในการบำบัดผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่มีปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น “AFFIRM” (Affirmative cognitive behavioral coping skills intervention) หรือ PRIDE Project ทั้งในรูปแบบพบกันแบบเห็นหน้า หรือการบำบัดในรูปแบบออนไลน์ และการบำบัดร่วมกับพ่อแม่ให้เข้าใจ

ความเป็นเพศทางเลือก เช่น attached-based family therapy²⁹ เป็นต้น

การนำหลักการข้างต้นไปใช้ในทางปฏิบัติจริง บุคลากรสุขภาพจิตผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กร จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่หน่วยงานหรือองค์กรควรให้ความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับองค์กรและระดับบุคคล

บทเรียนนโยบายการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในต่างประเทศ

เนื่องจากเพศภาวะเป็นการหล่อหลอมร่วมกันจากสถาบัน/องค์กรต่าง ๆ ในสังคม การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตจึงไม่จำกัดเฉพาะภาคีด้านสุขภาพจิตเท่านั้น ในประเทศที่มีนโยบายสุขภาพจิตที่ระดับประเทศที่อิงวิถีเพศภาวะ เช่น สหราชอาณาจักร แคนาดา และออสเตรเลีย จะมีการแต่งตั้งคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติเฉพาะที่เน้นการบูรณาการมิติเพศภาวะ ประกอบด้วยตัวแทนจากหลากหลายวิชาชีพ หลายองค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความเชี่ยวชาญด้านเพศภาวะ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีประสบการณ์ตรงในฐานะผู้ใช้บริการร่วมเป็นคณะทำงานด้วย คณะทำงานฯ นี้ มีการแบ่งย่อยเฉพาะกลุ่มตามเพศภาวะ คือ ผู้หญิง ผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยมีบทบาทหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ต่อรัฐบาลในการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ใช้วิถีเพศภาวะ ติดตามการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล³⁰⁻³⁴

นโยบายบริการสุขภาพจิตที่อิงวิถีเพศภาวะ (gender approach) มีลักษณะดังนี้

1. องค์กรควรมีวิสัยทัศน์ด้านการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะ
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพจิตและโรคจิตเวชระดับชาติที่ตระหนักและให้ทางเลือกในการระบุเพศภาวะ
3. สนับสนุนการวิจัยที่สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการจัดบริการสุขภาพจิตที่

มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความหลากหลายในกลุ่มผู้หญิงผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนโยบายระดับประเทศ

4. ระบบบริการสุขภาพจิตทุกระดับ ควรมีรูปแบบการจัดบริการที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะ และมีการทำงานแบบบูรณาการเชื่อมต่อกับเครือข่ายสหวิชาชีพในชุมชน

5. มีนโยบายพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้ตระหนักและมีความรอบรู้เรื่องเพศภาวะ ความทับซ้อนทางอัตลักษณ์ และมีแนวปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

6. มีนโยบายและวางแผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่จัดบริการสุขภาพจิตให้มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

7. มีนโยบายการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความยืดหยุ่นเรื่องเวลา เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มเพศภาวะเฉพาะที่หลากหลาย

8. จัดบริการสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อการดูแลแบบองค์รวมและคำนึงถึงบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีเพศภาวะต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตหรือเป็นปัจจัยปกป้องส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี

9. การดูแลผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ให้บริการควรตระหนักและมีศักยภาพในการประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีบาดแผลทางใจ เพราะประวัติความรุนแรงพบได้บ่อยในผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติจำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ชัดเจน ปัจจุบันในต่างประเทศ เช่น แคนาดา อังกฤษ และออสเตรเลีย ได้มีการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลผลการทบทวนวรรณกรรม พบเฉพาะตัวอย่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้หญิงและผู้หลากหลายทางเพศ แต่ยังไม่พบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ชัดเจนสำหรับผู้ชาย

ข้อเสนอแนะการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะสำหรับสตรีของประเทศแคนาดา³²

1. ยุทธศาสตร์สุขภาพจิตสตรีระดับชาติ รัฐบาลควรมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตสตรี ที่ประกอบไปด้วย ตัวแทนจากภาคสาธารณสุข สำนักงานอนามัยสตรี กรมส่งเสริมสุขภาพจิต กลุ่มเครือข่ายพันธมิตรผู้เจ็บป่วยทางจิต และตัวแทนกลุ่มสตรีจากแต่ละพื้นที่ เพื่อกำกับดูแลการพัฒนากลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตสตรี ตรวจสอบติดตามการทำงาน และจัดทำข้อเสนอแนะไปยังภาครัฐ เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตสตรีอย่างครอบคลุม

2. ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ สถาบันเพศภาวะสุขภาพ ประสาทวิทยาสุขภาพจิต และสถาบันการวิจัยด้านยาเสพติดของประเทศควรมีนโยบายการทำงานวิจัยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้หญิงทุกช่วงวัยมากำหนดประเด็นการวิจัยที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ จัดทำฐานข้อมูลระดับชาติโดยการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตแยกตามกลุ่มเพศภาวะ ในส่วนการพัฒนาโปรแกรมและนโยบายควรใช้หลักฐานข้อมูลสุขภาพจิตสตรี และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตโดยคำนึงถึงความหลากหลาย

3. ประยุกต์ใช้กรอบเพศภาวะในการวิเคราะห์เพื่อประเมินนโยบายและพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิต โดยมีการดำเนินการในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด และอำเภอ รัฐบาลควรให้การสนับสนุนและมีความเป็นอิสระในแต่ละพื้นที่ในการทำงานด้านสุขภาพจิต มีการตรวจประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนในระบบบริการด้านสุขภาพจิต และความสนใจที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่ที่ก่อบระบบการทำงานเพื่อสุขภาพจิตสตรี

4. พัฒนาศูนย์ดูแลสุขภาพจิตสตรี ระบบบริการด้านสุขภาพจิตควรพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ และให้การสนับสนุนและพัฒนาการทำงานด้านสุขภาพจิตแบบสหสาขาวิชาชีพที่มีการเชื่อมต่อกับชุมชน

5. พัฒนาการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้หญิง ทุกหน่วยงาน ควรให้การสนับสนุนและเพิ่มขีดความสามารถให้กับกลุ่มผู้หญิง ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมและนโยบาย ให้ความมั่นใจว่ากลุ่มผู้หญิงทุกระดับมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพจิตสตรี

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย¹⁴ มีดังนี้

1. ยกเลิกกฎหมาย นโยบาย ที่ส่งผลต่อความรุนแรง หรือกีดกันสิทธิความเท่าเทียมของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนกฎหมายและนโยบายที่ยืนยันศักดิ์ศรี เพศวิถี และเพศภาวะของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ และให้ตัวแทนกลุ่มคนเหล่านี้มีส่วนร่วมในการออกกฎหมาย และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง

2. สร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับประชาชนทั่วไป ผ่านการรณรงค์หรือสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างการตระหนักรู้ถึงปัญหา ที่กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศเผชิญอันเนื่องมาจากความไม่เป็นธรรม สนับสนุนให้ชุมชนเคารพและยอมรับวิถีทางเพศ เพศภาวะ ความหลากหลาย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของทุกคน

3. สนับสนุนให้กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ เข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การศึกษา และการจ้างงาน

4. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการ ให้ตระหนักและมีความรอบรู้ถึงความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเพื่อการทำงานกับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

5. เสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนและสิ่งแวดล้อม ในชุมชน ให้ยอมรับและยืนยันศักดิ์ศรีของความหลากหลายทางวิถีทางเพศและเพศภาวะ สร้างความผูกพันของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศกับชุมชน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้เป็นอิสระจากการถูกกดขี่หรือความรุนแรงจากผู้ที่ไม่ยอมรับ และเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

6. พัฒนานโยบายความรู้ผ่านกระบวนการวิจัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะกลุ่ม และติดตามประเมินผล

ข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงเพศภาวะสำหรับประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2544 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ทุกกระทรวง/ทบวง/กรม จัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย (gender focal point; GFP) มีกิจกรรมเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจของข้าราชการต่อประเด็นเพศภาวะ ข้อเสนอปรายงานการดำเนินงานการส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชายในระบบราชการ ประจำปี 2556 พบว่า มีการทำกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจอยู่บ้าง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายภายในหน่วยงาน แต่ไม่ครบทุกกระทรวง/กรม แต่โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายภายนอกหน่วยงานภาครัฐหรือประชาชนมีน้อย³⁵ จากการทบทวนแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) พบว่ากรอบแนวคิดเพศภาวะยังไม่ได้ถูกบูรณาการในวิสัยทัศน์ พันธกิจและยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก และ Thailand 4.0 โดยยังไม่มีภาระระบุ คำว่า “เพศภาวะ” ไว้ และไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์การมีนโยบายบูรณาการเพศภาวะในการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันหรือการรักษาฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตระดับชาติที่คำนึงถึงเพศภาวะสำหรับประเทศไทย¹ มีดังนี้

1. จัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติที่นำกรอบแนวคิดเพศภาวะมาบูรณาการกับงานสุขภาพจิตในทุกระดับ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีการบูรณาการเพศภาวะ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เช่น กลุ่มผู้หญิง ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ การพัฒนาการจัดบริการ และการติดตามประเมินผล

2. กำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาฐานข้อมูลหรือเชื่อมโยงข้อมูลให้มีการตระหนักและให้ทาง

เลือกในการระบุเพศภาวะ เช่น หญิง ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ เพื่อใช้ประโยชน์ในวิเคราะห์และ และวางแผนการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะทางเพศภาวะ

3. มีการวางแผนติดตามประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายสุขภาพจิตที่มีการบูรณาการเพศภาวะทั้งระดับองค์กร และกิจกรรม

4. พัฒนาหลักสูตรการบูรณาการเพศภาวะในงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่ออบรมบุคลากรสุขภาพจิตทุกวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศภาวะ และสามารถออกแบบบริการที่บูรณาการเพศภาวะได้

5. สนับสนุนให้แต่ละวิชาชีพพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อน และความเฉพาะทางเพศภาวะ

6. สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาที่รับผิดชอบผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ให้มีการบูรณาการมโนทัศน์เพศภาวะไว้ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

7. สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้เพศภาวะเป็นโจทย์วิจัย และนำมโนทัศน์เพศภาวะมาใช้ตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ตามบริบทของคนไทยถึงลักษณะหรือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอการพัฒนากิจการบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับหน่วยงาน

1. บุคลากรสุขภาพจิตของหน่วยงานควรตระหนัก และมีความรอบรู้ในประเด็นเพศภาวะที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

2. หน่วยงานควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ใช้บริการที่มีการตระหนักและให้ทางเลือกในการระบุเพศภาวะ เช่น หญิง ชาย และผู้หลากหลายทางเพศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และวางแผนการจัดบริการเฉพาะ ทั้งนี้คำนึงถึงความหลากหลายในปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพอื่น ๆ

3. การจัดบริการสุขภาพจิตในผู้หญิงและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ควรประเมินประวัติการได้รับความรุนแรงร่วมด้วยเป็นพื้นฐาน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงสูง และควรพร้อมให้บริการสุขภาพจิตที่มีการบูรณาการกรอบเพศภาวะและการมีบาดแผลทางใจ

4. การจัดบริการสุขภาพจิตควรมีความหลากหลายและยืดหยุ่นเรื่องเวลา เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการที่มีเพศภาวะต่าง ๆ เช่น ผู้หญิงที่มีข้อจำกัดจากความรับผิดชอบงานบ้าน หรือดูแลลูก หรือไม่สามารถเดินทางด้วยตัวเองได้ ต้องใช้รถสาธารณะที่มีเวลาจำกัด เป็นต้น

5. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาที่บูรณาการกรอบเพศภาวะและทำงานร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพกับองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะและการมีความคิดยืดหยุ่นต่อกรอบเพศภาวะ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต้องกระทำทั้งระดับบุคคลและสังคมที่บุคคลอยู่

สรุป

เพศภาวะเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิตที่สำคัญ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิง ผู้ชาย และผู้มีความหลากหลายทางเพศ ขึ้นกับสาเหตุความแตกต่างทางเพศภาวะที่สังคมกำหนด เช่น ความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ ความคาดหวังทางเพศภาวะ ประสบการณ์ชีวิตในทางลบ และการยึดติดกับบรรทัดฐานสังคมทางเพศภาวะ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรมีการดำเนินการทั้งภาพรวม คือ นโยบายสุขภาพจิตระดับชาติที่คำนึงถึงเพศภาวะ รวมไปถึงระดับองค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นผู้จัดบริการโดยตรง และระดับบุคคล ทั้งนี้เพื่อบุคคลที่มีเพศภาวะแตกต่าง ได้รับการสุขภาพจิตที่ตอบสนองตามความต้องการ และสังคมตระหนัก และให้การยอมรับความแตกต่างในเพศภาวะ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศภาวะกับสุขภาพจิต [Mental health and gender]. นนทบุรี: แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2564.
2. Ritchie H, Roser M. Mental health. Oxford UK: Our world in data; 2018 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
3. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสุนิธิ, สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
4. ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, Matthews KA. แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย : กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาวะ [Minority stress model (MSTM): a conceptual framework of mental health risk in sexual and gender minority populations]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;33(1):1-17.
5. Hanmusicwatkoon S. A glossary of terms in gender and sexuality. Nakhon Pathom: the southeast Asian consortium on gender, sexuality and health; 2007.
6. Rosenfield S, Smith D. Gender and mental health: do men and women have different amounts or types of problems?. In Scheid TL, Brown TN, editors. A Handbook for the Study of Mental Health. Cambridge UK: Cambridge University Press; 2012 [cited 2020 Feb 28]. p. 256-67. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/handbook-for-the-study-of-mental-health/gender-and-mental-health-do-men-and-women-have-different-amounts-or-types-of-problems/73098CA54932BCA238693EAED341212B/core-reader>
7. Kar KS, Yadav S, Agarwal V. Impact of culture on gender roles: a mental health perspective. Indian J Soc Psychiatry. 2016;32(4):337-8. doi:10.4103/0971-9962.193651.
8. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วราลักษณ์ กิตติวัฒนไพศาล, อิงคณา โคตรนารา, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. โรคซึมเศร้าวิเคราะห์ผ่านมุมมองเพศภาวะ [Depressive disorder from gender analysis perspectives]. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555;35(4):21-30.
9. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตรนารา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง, บุชบา อนุศักดิ์. ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย : ความแตกต่างทางเพศภาวะ [Experiences of suicide attempt: gender differences]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(3):245-56.
10. Omaleki V, Reed E. The role of gender in health outcomes among women in Central Asia: A narrative review of the literature. Womens Stud Int Forum. 2019;72:65-79. doi:10.1016/j.wsif.2018.12.002.
11. Affleck W, Carmichael V, Whitley R. Men's mental health: Social determinants and implications for services. Can J Psychiatry. 2018;63(9):581-9. doi:10.1177/070674371876.
12. Smith TD, Mouzon MD, Elliott M. Previewing the assumptions about men's mental health : An exploration of the gender binary. Am J Mens Health. 2018;12(1):78-89. doi:10.1177/1557988316630953.
13. Wilson C, Cariola AL. LGBTI+ youth and mental health: a systematic review of qualitative research. Ado Res Review. 2020;5:187-211. doi:10.1007/s40894-019-00118-w.
14. Leonard W, Metcalf A. Going upstream: a framework for promoting the mental health of lgbti people. NSW Australia: LGBTIQ+ Health Australia; 2014 [cited 2020 May 22]. Available from: https://www.lgbtiqhealth.org.au/going_upstream
15. Hall JW. Psychosocial risk and protective factors for depression among lesbian, gay, Bisexual, and queer youth: a systematic review. J Homosex. 2018;65(3):263-316. doi:10.1080/00918369.2017.
16. Russell TS, Fish NJ. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. Annu Rev Psychol. 2016;12:465-87. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153.

17. Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):81-6. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.10.001.
18. Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006;21(Suppl 1):25-35. doi:10.1093/heapro/dal048.
19. East JF, Roll SJ. Women, poverty, and trauma: an empowerment practice approach. *Soc Work*. 2015;60(4):279-86. doi:10.1093/sw/swv030.
20. Kermode M, Herrman H, Arole R, White J, Premkumar R, Patel V. Empowerment of women and mental health promotion: a qualitative study in rural Maharashtra, India. *BMC Public Health*. 2007;7:225. doi:10.1186/1471-2458-7-225.
21. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนาธรา. การบำบัดแนวสตรีนิยม [Feminist therapy]. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2560;40(2):107-18.
22. Keynejad RC, Hanlon C, Howard LM. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):173-90. doi:10.1016/S2215-0366(19)30510-3.
23. Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma informed mental health care in the UK: what is it and how can we further its development. *Mental Health Review Journal*. 2016;21(3):174-92. doi:10.1108/MHRJ-01-2015-0006.
24. Robertson S, Bagnall A, Walker M. Evidence for a gender-based approach to mental health programmes: Identifying the key considerations associated with “being male”. project report. Leeds UK: the Movember foundation; 2015 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/1773/>.
25. Seaton LC, Bottorff LJ, Jones-Bricker M, Oliffe LJ, Deleenheer D, Medhurst K. Men’s mental health promotion interventions: a scoping review. *Am J Mens Health*. 2017;11(6):1823-37. doi:10.1177/1557988317728353.
26. Seidler EZ, Rice MS, Ogrodniezuk SJ, Oliffe LJ, Dhillon MH. Engaging men in psychological treatment: a scoping review. *Am J Mens Health*. 2018;12(6):1882-900. doi:10.1177/1557988318792157.
27. Lee NK, Roche A, Duraisingam V, Fischer JA, Cameron J. Effective interventions for mental health in male-dominated workplaces. *Mental Health Review Journal*. 2014;19(4):237-50. doi:10.1108/MHRJ-09-2014-0034.
28. Chaudoir SR, Wang K, Pachankis JE. What reduces sexual minority stress? a review of the intervention “toolkit”. *J Soc Issues*. 2017;73(3):586-617. doi:10.1111/josi.12233.
29. Sheinfel, ZA, Foley DJ, Ramos J, Antshel MK, Woolf-King ES. Psychotherapeutic depression interventions adapted for sexual and gender minority youth: a systematic review of an emerging literature. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2019;23(4):380-411. doi:10.1080/19359705.2019.1622616.
30. Duggan M. Investing in women’s mental health: strengthening the foundations for women, families and the Australian economy. Melbourne AU: Australian Health Policy Collaboration; 2016 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://vuir.vu.edu.au/31095/1/investing-in-womens-mental-health.pdf>
31. Abel KM, Newbigging K. Addressing unmet needs in women’s mental health. London UK: British Medical Association; 2018 [cited 2020 Feb 2]. Available from: <https://www.bma.org.uk/media/2115/bma-womens-mental-health-report-aug-2018.pdf>

32. Morrow M. Mainstreaming women's mental health: building a Canadian strategy. Vancouver CA: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2003 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://bccewh.bc.ca/2014/02/mainstreaming-womens-mental-health-building-a-canadian-strategy/>.
33. Newbigging K. Mainstreaming gender equality to improve women's mental health in England. In: Sánchez-López MP, Limiñana-Gras SM, editors. The Psychology of Gender and Health. Cambridge; Academic Press: 2017. p. 343-61.
34. Department of Health, Ministry of Mental Health. Women's mental health: into the mainstream. Strategic development of mental health care for women. London: Department of Health; 2002 [cited 2020 Feb 28]. Available from: <https://lemosandcrane.co.uk/resources/DoH%20-%20Womens%20Mental%20Health.pdf>
35. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. สรุปรายงานการดำเนินงานการส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชายในระบบราชการ ประจำปี 2556 [Summary report 2013 on implementation of the promotion of gender equality in the bureaucracy]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มี.ค. 2564]. Available from: www.dcy.go.th/woman_man/data/2710.pdf