

ทิศทางวิจัยการส่งเสริมสุขภาพสตรี:

แนวคิดการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะ*

**Agenda for Research on Women’s Health Promotion:
Promoting Gender Equality**

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2557

Volume 37 No.1 (January-March) 2014

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ RN, Ph.D**

Somporn Rungreangkulkij, RN, Ph.D**

บทคัดย่อ

ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequality) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงกว่าผู้ชาย ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเกิดจากการที่สังคมได้มีการกระทำเป็นระบบผ่านโครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะ (gender unequal) ผู้หญิงส่วนใหญ่อยู่ในสถานะที่ด้อยกว่าผู้ชาย คือมีฐานะยากจน มีการศึกษาต่ำกว่า ทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนน้อย มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายน้อย บทความนี้นำเสนอข้อมูล สถิติปัญหาสุขภาพผู้หญิงไทย และข้อเสนอแนะทิศทางการทำวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีภายใต้แนวคิดการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะ

คำสำคัญ: สุขภาพผู้หญิง ส่งเสริมสุขภาพ ความเสมอภาคทางเพศภาวะ ความเสมอภาคทางสุขภาพ

Abstract

Health inequality is one factor that causes Thai women to experience significant chronic illnesses more often than Thai men. Social systems including social structures and social institutions work together and influence health inequality. Gender inequality is another factor that contributes to health inequality. Most Thai women have an inferior status when compared with Thai men. Thai women are generally poorer; less educated; earn a lower income and have less opportunity to develop policies. This paper aims to present significant health information and statistics relating to Thai women. In the last section, an agenda for further research with the goal of promoting Thai women’s health under promoting gender equality will be suggested.

keywords: women’s health, health promotion, gender equality, health equality

องค์การอนามัยโลก¹ กล่าวว่า การเจ็บป่วยหรือภาระของโรค (burden of diseases) ที่สูงที่มีผลต่อภาระเสียชีวิต ในวัยที่ไม่สมควรนั้น เป็นผลมาจากความไม่เสมอภาคของสุขภาพ (health inequality) ซึ่งความไม่เสมอภาคทางสุขภาพเป็นปัจจัยเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ประชาชนเกิด เติบโต อาศัย ดำรงชีพ ทำงาน

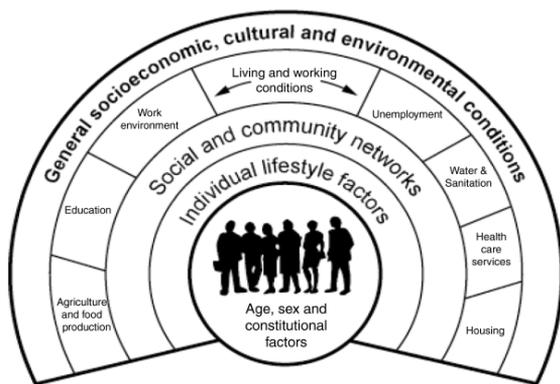
ชรา และเสียชีวิต งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ตั้งคำถามเพื่อหาคำตอบว่า “ทำไมคนจึงป่วย” ซึ่งคำถามดังกล่าวส่วนใหญ่ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์มาอธิบายคำตอบ แต่ปัจจุบันเริ่มมีคำถามว่า “ทำไมคนกลุ่มนี้จึงป่วยมากกว่าคนกลุ่มอื่น” เป็นคำถามที่เน้นในเรื่องการหาความแตกต่างทางด้านสุขภาพหรือหาความไม่

* นำเสนอในที่ประชุม การประชุมวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแห่งชาติ วันที่ 2 ธันวาคม 2556 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์

** รองศาสตราจารย์ ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ธรรมชาติทางสุขภาพ² องค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่าปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor) และปัจจัยทางสังคม (social determinants) มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมไปจากปัจจัยทางชีวภาพที่มีอยู่

ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (social determinants of health) หมายถึงสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต มีชีวิตทำงานและมีอายุมากขึ้น รวมถึงระบบสุขภาพ โดยสภาพเหล่านี้กำหนดจากการกระจายเงิน ทรัพยากร และอำนาจ ทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น ซึ่งส่งผลมาจากการเลือกดำเนินนโยบายเหล่านั้น³ Dohlgren และ Whitehead⁴ อธิบายรูปแบบตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมภายใต้ทฤษฎีสังคมนิเวศวิทยา (social ecological theory) ว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระดับ (ดังภาพที่ 1) ระดับแรกคือ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล พฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล มีผลต่อภาวะสุขภาพของเขา ระดับถัดมาคือ ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมและชุมชนมีผลต่อการเป็นเงื่อนไขภายนอกที่สามารถส่งเสริมสุขภาพหรือบั่นทอนภาวะสุขภาพ และระดับสุดท้ายวงนอก เป็นปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น การมีที่อยู่อาศัย ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Dohlgren & Whitehead)⁴

ตามแนวคิดตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมเชื่อว่าความไม่เสมอภาคทางสุขภาพเกิดจากการที่สังคมได้มีการกระทำเป็นระบบผ่านโครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมือง สถานที่ทำงาน ชุมชน สถาบันที่เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมหรือความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันสุขภาพ ระบบโลกาภิวัตน์และ การค้าเสรี ทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม เช่น ความสัมพันธ์ทางชนชั้นที่ไม่เท่าเทียม ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายที่ไม่เท่าเทียม ความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ที่ไม่เท่าเทียม ทำให้คนกลุ่มหนึ่งอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ ทำให้เขาไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นกับความต้องการของการดำเนินชีวิต ส่งผลให้พวกเขามีสุขภาพที่แย่กว่าคนอื่น การมีสุขภาพที่แย่กว่าคนอื่นจากการถูกกระทำโดยโครงสร้างทางสังคมนี้ ถือว่าไม่เป็นธรรม ความไม่เป็นธรรมมีมากขึ้นหากเราสามารถแก้ไขได้ แต่เราไม่ทำ²

ผู้หญิงส่วนใหญ่อยู่ในสถานะที่ด้อยกว่าผู้ชาย เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ มีฐานะยากจน มีการศึกษา น้อยกว่า ทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนน้อย มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายน้อย และบรรทัดฐานทางสังคมหลายประเด็นจำกัดพฤติกรรมผู้หญิง⁵ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจทางเพศภาวะ (gender power relations) เป็นสาเหตุสำคัญของการไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ (gender inequality) และมีอิทธิพลอย่างมากต่อตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม เพราะความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นหรือไม่ บุคคลมีอำนาจในการควบคุม ตัดสินใจในชีวิตของตนเองหรือไม่ บุคคลมีการตระหนักในสิทธิของตนเองหรือไม่ ในสังคมที่ให้คุณค่าชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ความไม่เป็นธรรมระหว่างหญิงและชาย (gender unequal) ความมียศทางเพศปรากฏในโครงสร้าง อำนาจ ทรัพยากร ธรรมเนียมปฏิบัติ บรรทัดฐาน และค่านิยม ความไม่เป็นธรรมระหว่างหญิงและผู้ชายมีผลต่อสุขภาพผ่านหลายช่องทาง เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู ความรุนแรงที่กระทำต่อผู้หญิง การให้โอกาสทางการศึกษาที่ไม่เท่าเทียมกัน การขาดอำนาจในการตัดสินใจของผู้หญิง การแบ่งงานกัน

ทำที่ไม่ยุติธรรม การไม่ได้รับการพักผ่อนเท่าเทียมกับผู้อื่นและการจำกัดโอกาสของการพัฒนาปรับปรุงชีวิตของผู้หญิงให้ดีขึ้น รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ทำให้ผู้หญิงมีความเปราะบางและความเสี่ยง เชนิอุอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ตลอดจนมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความผาสุกของชีวิต (well-being)¹⁻²

อย่างไรก็ตามความไม่เสมอภาคนี้เกิดจากการหล่อหลอมทางสังคม จึงสามารถจัดการเปลี่ยนแปลงได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอข้อมูลสถิติปัญหาสุขภาพของผู้หญิงไทยและข้อเสนอแนะทิศทางการทำวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีภายใต้แนวคิดการส่งเสริมความเป็นธรรมทางเพศภาวะ

ปัญหาสุขภาพสตรี

สาเหตุของการเสียชีวิตเปลี่ยนจากการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคติดต่อมาสู่โรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นผลมาจากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม⁶ ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁶ ป่งชี้ว่า ผู้หญิงไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญมากกว่าผู้ชายทุกโรคและอัตราป่วยนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ข้อมูลปี พ.ศ. 2552 พบว่าผู้หญิงมีสัดส่วนภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อต่อภาวะโรคทั้งหมดสูงกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 80.4 และ 67.7 ตามลำดับ และมีสัดส่วนการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อต่อการเสียชีวิตทั้งหมดสูงกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 79.4 และ ร้อยละ 68.6 ตามลำดับ ผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า⁶ ปัจจุบันองค์ความรู้ที่ใช้ในการอธิบายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นองค์ความรู้ที่ไม่ได้แยกการศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ทำให้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคและการรักษามีลักษณะเหมารวมไม่มีความเฉพาะเพศ ในขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นบ่งชี้ว่าผู้หญิงมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวมากกว่าผู้ชาย แม้ว่าจะเริ่มมีผู้ให้ความสนใจศึกษาความแตกต่างในการมีอัตราการเจ็บป่วยที่

แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชายเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีการศึกษาน้อย เช่น ผู้หญิงมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงนั้น เนื่องจากบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงขณะที่มีวิถีชีวิตที่ใช้พลังงานน้อย และเพศชายมีกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง ทำให้เผาผลาญพลังงานได้มากกว่า⁶

พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาวะโรค

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมการบริโภคอาหาร ยา การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการออกกำลังกาย จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชนชายและหญิงบริโภคอาหารที่มีผักและผลไม้ปริมาณต่อวันต่ำกว่ามาตรฐาน บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรีเพิ่มมากขึ้นมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ 5 โรคคือความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (โคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน) ในผู้หญิงเป็น 11.6 ในขณะที่ผู้ชายเป็น 6.0⁷ ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์⁸ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคมากที่สุดเ็นเพศหญิง คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่และการบริโภคผักและผลไม้ น้อย

พฤติกรรมของคนไทยมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพโดยเฉพาะเพศหญิง เช่น คนไทยใช้ยาคลายเครียดและยานอนหลับเพิ่มขึ้น ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2539-พ.ศ.2550) เพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ผู้หญิงมีแนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง (อายุ 15-19 ปี) สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ของผู้หญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไปในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 1.9 และร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ผู้หญิงดื่มสุราสูงขึ้นจากร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 11.1 ใน

ปี พ.ศ. 2550 ผู้หญิงในภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่และดื่มสุราสูงกว่าภาคอื่น ๆ⁹ ผู้หญิงวัยรุ่น (อายุระหว่าง 15-29ปี) มีสัดส่วนการใช้ยาลดความอ้วนมากที่สุด⁷

ผลจากการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁰ เรื่อง ผู้หญิงไทยหัวใจสุขภาพของสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไปในกรุงเทพและปริมณฑล จำนวน 1,029 คน พบว่า ผู้หญิงกว่าร้อยละ 75 ต้องทำงานโดยแบ่งเป็นทำงานนอกบ้านเต็มเวลา ร้อยละ 50.9 และทำงานนอกบ้านบางช่วงเวลาร้อยละ ร้อยละ 14.9 และยังต้องรับผิดชอบดูแลลูกคนชรา รวมทั้งทำอาหารให้คนในบ้านรับประทานด้วย ไม่มีเวลาที่จะดูแลสุขภาพตนเองร้อยละ 42.6 ผู้หญิงไทยให้ความสนใจต่อลูก สามีและคนในครอบครัวมากกว่าการดูแลตนเองร้อยละ 46.1

คำถามคือเพราะอะไรผู้หญิงจึงออกกำลังน้อยกว่าผู้ชาย และทำไมผู้หญิงจึงต้องใช้ยาลดน้ำหนัก ประเด็นบรรทัดฐาน หรือ บทบาททางเพศภาวะอาจนำมาสู่คำตอบดังกล่าว หรือเพราะอะไรทำให้เด็กผู้หญิงสูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเหนือ ทำไมผู้หญิงจึงให้ความสนใจต่อการดูแลตนเองน้อยกว่าการดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

อัตราการเสียชีวิตของมารดา

โดยภาพรวมของประเทศพบว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาองค์การสหประชาชาติประมาณว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนในประเทศไทย ณ ปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 110 และใน พ.ศ.2553 เท่ากับ 48 แต่เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาสูงสุดในภาคใต้ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยอัตราการเสียชีวิตของมารดาในภาคใต้มีประมาณ 2 เท่าของอัตราในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาได้แก่ภาวะตกเลือดระหว่างและหลังคลอด การติดเชื้อและภาวะเส้นเลือดอุดตัน สาเหตุทางอ้อม ได้แก่ เอชไอวี และมาลาเรีย และการทำแท้ง

อย่างไม่ปลอดภัย ภาคใต้มีสัดส่วนการทำคลอดที่บ้านมากกว่าภาคอื่น โดยมีหมอดูตาแยเป็นผู้ทำคลอด และมีปัญหาล่าช้าในการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็น สาเหตุที่ครอบครัวชาวมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้คลอดที่บ้านเพราะครอบครัวยากจนไม่มีเงินใช้จ่ายสำหรับการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวมถึงความปลอดภัยในการเดินทางเวลากลางคืน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความขัดแย้งสูง กลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือก็ประสบกับปัญหาการเดินทางมาคลอดที่โรงพยาบาลเช่นกัน¹¹ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าตัวกำหนดสุขภาพทางสังคม และประเด็นความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะมีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของมารดา

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

ข้อมูลการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในผู้หญิงไทยอายุ 15-59 ปี ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2552 พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 42.5 ถึงร้อยละ 60.2 และพบว่าผู้หญิงไทยในช่วงอายุดังกล่าวมีประมาณร้อยละ 18 ถึงร้อยละ 21 ที่ได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเพียงร้อยละ 24 ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้หญิงอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 2.5 ได้รับการตรวจ Mammogram⁷ เมื่อพิจารณาปัญหาการติดเชื้อระบบเจริญพันธุ์และมะเร็งพบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ ของผู้หญิงเป็น 1.22 เท่าของผู้ชาย หากพิจารณาเฉพาะมะเร็งระบบเจริญพันธุ์อย่างเดียว พบว่าผู้หญิงมีการสูญเสียปีสุขภาวะเป็น 7 เท่าของผู้ชาย⁵ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก เช่น อายุ การมีประจำเดือนตั้งแต่อายุยังน้อย ๆ หรือมีช้ากว่าปกติ มีบุตรหลังอายุ 30 ปี หรือไม่ได้ให้นมบุตร การใส่ยาคุมกำเนิดแบบกินเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมก่อนหมดประจำเดือน ดังนั้นการคัดกรองตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ พบว่าอัตราการมีชีวิตรอดสูงมากหากมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก ๆ⁷

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มีเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ผู้หญิงที่ตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและไม่ได้รับการ

รักษาจะนำไปสู่การเป็นมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองและการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้¹² อุปสรรคที่ทำให้ผู้หญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยคือบรรทัดฐานของเพศภาวะ ผู้หญิงส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อการตรวจ คืออาย และไม่ตระหนักตลอดจนไม่รู้ว่ามีบริการตรวจโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

คำถามที่เกิดขึ้นคือ ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มอัตราการตรวจเต้านมและมะเร็งปากมดลูกได้ การเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานทางเพศภาวะ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศภาวะ และปรับรูปแบบการคัดกรองที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะอาจช่วยเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

ปัญหาการคุมกำเนิด เอชไอวีและเอดส์

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ระบุว่าสาเหตุที่ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วไม่สามารถวางแผนครอบครัวได้เป็นเพราะไม่สามารถเข้าถึงบริการ ทางเลือกในการใช้วิธีการคุมกำเนิดมีจำกัด กลัวต่อผลข้างเคียง และค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้การมีอคติทางเพศก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่เข้าถึงบริการการคุมกำเนิดโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหรือคนที่ยังไม่ได้แต่งงาน

ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์เพิ่มสูงมากขึ้นเพราะวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ความรู้เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตมีจำกัด ไม่มีอำนาจการต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปี พ.ศ. 2555 ของกรมควบคุมโรคระบุว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (อายุเฉลี่ย 16 ปี) อัตราส่วนของนักเรียนชายที่เคยมีประสบการณ์ทางเพศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.1 ใน พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 28.0 ใน พ.ศ. 2554 และนักเรียนหญิงเพิ่มจากร้อยละ 14.7 เป็นร้อยละ 20.2 ในพ.ศ. 2555 แต่พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ประมาณร้อยละ 50¹³ ในพ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2555 ผู้

หญิงที่มีอายุระหว่าง 10 ปีถึง 14 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ 1.6 และ 1.8 ต่อประชากร 1,000 คนตามลำดับ และผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 15 ปีถึง 19 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ 53.6 และ 53.8 ต่อประชากร 1,000 คนตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ที่คลอดบุตร เป็นร้อยละ 11.7¹³

จากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าผู้หญิงอายุระหว่าง 15-49 ปี ร้อยละ 79.6คุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุดคือการใช้ยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 35) ทำหมันหญิง (ร้อยละ 23.7) และฉีดยา (ร้อยละ 14) ส่วนผู้ชายมีการคุมกำเนิดน้อยมาก ใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการทำหมันและการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 0.9 และ 2.3ตามลำดับ¹³ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงชายบริการมีแนวโน้มมากขึ้นคือจากร้อยละ 25 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 96.0 ใน พ.ศ. 2552 แต่พบว่าประชาชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่มีใช้หญิงชายบริการมีมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเป็นพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย⁷

ผู้หญิงมีความเปราะบางกับการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากปัจจัยทางด้านชีวภาพและความไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับเชื้อ เอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันจากคู่อริ วัฒนธรรมที่จำกัดไม่ให้ผู้หญิงได้รับความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ความไม่สามารถในการเจรจาต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตราบาป (stigma) การได้รับความรุนแรงจากคู่สมรส และความรุนแรงทางเพศเพิ่มความเปราะบางให้กับผู้หญิงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้หญิงในปี พ.ศ. 2538 เปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2552 พบว่ายังคงมีอยู่แม้ว่าจะมีอัตราลดน้อยลง คือ ในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ พบว่า ลดลงจากร้อยละ 2.29 เป็น ร้อยละ 0.76 ตามลำดับและ ในกลุ่มผู้หญิงโสเภณีตรง ลดลงจากร้อยละ 33.15 เป็นร้อยละ 3.88 กลุ่มผู้หญิงโสเภณีแฝง ลดลงจากร้อยละ 9.48 เป็นร้อยละ 2.21⁷

การก่อกำเนิด

ข้อมูลจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2555 รายงานว่าผู้หญิงอายุต่ำกว่า 25 ปี ที่ตั้งครรถ์มีอัตราการทำแท้งร้อยละ 46.5 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 30.8 มีสถานะภาพเป็นนักเรียนหรือนักศึกษาร้อยละ 68.8 ของผู้มาทำแท้งไม่ตั้งใจตั้งครรถ์ ร้อยละ 72.4 ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิด¹³ ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 รายงานอัตราการตั้งครรถ์ที่สิ้นสุดด้วยการแท้ง 103.50 ต่อ 100,000 ประชากร (ไม่รวมการแท้งเอง และการทำแท้งด้วยเหตุผลทางการแพทย์) โดยรายงานอัตราการตายที่มีสาเหตุจากการแท้ง 2.5 ต่อ 100,000 ประชากร¹⁴

การถูกระงับการรุนแรง

จากรายงานของศูนย์พึ่งได้ One Stop Crisis center (OSCC) ในปี พ.ศ. 2547 มีเด็กและผู้หญิงเข้ารับบริการ 19 คนต่อวันและผู้เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 เป็น 52 คนต่อวัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการได้รับความรุนแรงครอบครัวโดย สามมี บิดา มารดา พ่อ-แม่เลี้ยง หรือสมาชิกในครอบครัว การใช้สารเสพติด และแอลกอฮอล์ หรือความหึงหวงเป็นสาเหตุสำคัญที่นำมาสู่การกระทำรุนแรงในครอบครัว¹⁵ การสำรวจสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับชาติในปี พ.ศ. 2552 พบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วอายุระหว่าง 15-19 ปี ถูกกระทำรุนแรงจากสามีมากเป็น 2 เท่าของผู้หญิงที่อายุมากกว่า⁷ ในปี พ.ศ. 2553 สำนักงานกิจการสตรี และสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานข้อมูลสถิติผู้หญิงถูกกระทำรุนแรงจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังนี้ ศูนย์พึ่งได้รายงานว่ามีจำนวนผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง 12,554 คน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ รายงานว่ามีคดีการกระทำรุนแรงในครอบครัวที่ผู้ถูกกระทำเป็นเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป 188 คดี ส่วนใหญ่เป็นคดีการทำร้ายร่างกาย รองลงมาเป็นคดีทางเพศ และผู้ถูกกระทำเป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 0-18 ปีมีจำนวน 127 คดี ส่วนใหญ่เป็นคดีทางเพศ¹⁶

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาาระดับชาติพบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงไทย (Major depressive episode current) ลดลงจากร้อยละ 3.20 ในปีพ.ศ. 2546¹⁷ เป็นร้อยละ 2.9 ในปีพ.ศ. 2551¹⁸ อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในผู้หญิงไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.55 ในปีพ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 2.72 ในปีพ.ศ. 2554¹⁹ เหตุการณ์ความรุนแรงในภาคใต้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้หญิง ผู้หญิงที่สูญเสียสามีต้องรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว โดยที่พวกเขาทำงานที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ได้น้อย¹⁵ ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้หญิงคือการถูกกระทำรุนแรงทางเพศในวัยเด็กและจากคู่สมรส ในสังคมที่ให้คุณค่าชายเป็นใหญ่ (patriarchal families) และไม่ให้คุณค่าต่อหน้าที่ผู้หญิงทำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้หญิงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย การทำงานในบ้านและนอกบ้านควบคู่กัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิง²⁰⁻²²

ความพิการ

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์²³ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2555 มีประชากรทุกกลุ่มอายุที่พิการจำนวน 1.5 ล้านคนหรือร้อยละ 2.2 โดยประชากรหญิงมีความพิการมากกว่าประชากรชาย คือ ร้อยละ 2.3 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอายุที่มีความพิการมากที่สุด ปัจจุบันยังมีการศึกษาไม่มากนักว่าผู้หญิงพิการมีชีวิตอยู่อย่างไร และความพิการนั้นก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาแตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายหรือไม่ อย่างไรก็ตามถึงผู้หญิงพิการที่มีอายุ หรืออยู่ในเศรษฐกิจฐานล่าง สังคมที่แตกต่างกันได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

สรุป ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเพศภาวะทั้งมิติบรรทัดฐานความเป็นหญิง บทบาทผู้หญิง และความสัมพันธ์เชิงอำนาจทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น การเสียชีวิตของมารดา การติดเชื้อจาก

เพศสัมพันธ์ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรคซึมเศร้า และ การไม่เข้าถึงการรักษารักษาอันเนื่องมาจากความอาย จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยประเด็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมโดยเฉพาะความไม่เสมอภาคชายหญิงที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพสตรีและผลกระทบที่ตามมา

ทิศทางการวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรี: การส่งเสริมความเป็นธรรมทางเพศภาวะ

การวิจัยข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงทั้งทางชีวภาพและสังคมต่อการเกิดโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะที่หรือระดับชาติ ควรมีการศึกษาแยกเพศ กลุ่มอายุ กลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางสังคม เช่น ความแตกต่างทางเศรษฐกิจ ศาสนา เชื้อชาติ วัฒนธรรมเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดนโยบายให้การช่วยเหลือที่มีความเฉพาะกลุ่ม

การวิจัยพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการรักษาหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรมีความเฉพาะ เพศ กลุ่มอายุ และความแตกต่างทางสังคม เช่น การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงมุสลิมในภาคใต้

ศึกษาค่านิยม บรรทัดฐาน บทบาททางเพศภาวะและความสัมพันธ์ทางเพศภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงทรัพยากร หรือ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้หญิง เช่น ทำไมผู้หญิงไทยจึงออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ชาย ทำไมผู้หญิงไทยจึงไม่สามารถต่อรองให้ตนเองมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทั้งนี้ต้องคำนึงความแตกต่างในกลุ่มผู้หญิงด้วย กลวิธีในการรื้อถอนความเชื่อฝังหัวอันเนื่องมาจากความไม่เป็นธรรมทางเพศภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ

ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติว่าการให้ความรู้/ ความสนใจต่อระบบอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องปกติที่ผู้หญิงควรรู้ตั้งแต่เด็ก

พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้หญิงและผู้ชายต่อการตระหนักในความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่สนับสนุนความเท่าเทียมทางเพศภาวะทั้งนี้ต้องใช้ทีมวิจัยแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีการศึกษาในระดับโครงสร้างสถาบันต่างๆ ศึกษาวิธีในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้หญิงไทย

ทั้งที่แต่งงานแล้ว หรือกลุ่มวัยรุ่นให้มีอำนาจในการเจรจาต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

วิจัยติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย หรือการบังคับใช้กฎหมายที่ต่อต้านความรุนแรงต่อสตรี หรือการเพิ่มความเสมอภาคสตรี การสร้างเสริมพลังอำนาจ สิทธิสตรีว่าสามารถลงสู่การปฏิบัติหรือไม่ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพสตรีอื่นเนื่องมาจากกฎหมายนั้นๆ

References

1. World Health Organization. Executive summary. Women and health: Today's evidence tomorrow's agenda. 2009 [cited 2013 September 24]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf.
2. Suphot Dendoung. Health inequality and social determinant of health. Available at URI <http://hsmi.psu.ac.th/upload/forum/doc4ef00a1625d53.pdf>. retrieved on 24/09/2013
3. Thai Health Promotion Foundation. Main plan 2010-2012. Available at URI <http://www.thaihealth.or.th/files/00-53-55.pdf> retrieved on 24/09/2013
4. Dohlgren M, Whitehead G. Levelling up (part I): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health. 2006. [cited 2013 November 12]; Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf. 2006.
5. Sen G, Ostlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. 2007 September [cited 2013 September 24]; Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf.

6. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Threaten illness for Thai women: Problems that needed specific prevention and promotion strategies. Health Information 2009 March; 2(12): 23-27.
7. Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2008-2010. retrieved on 24/09/2013 Available from <http://www.moph.go.th/ops.thp> retrieved on 09/01/2013.
8. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Risk behavior of Chronic diseases in Thailand. Situation of Thailand. 2012; January: 6(2)
9. National Statistical Office. Summary significance findings of the smoking and drinking behavior survey 2011. Retrieved on 09/01/2013. Available from
10. Daily news. Women... Heart of Society for Well-being for Thai Society. 2012 August 12. Retrieved on 3/09/ 2013 Available from <http://www.dailynews.co.th/article/728/148919>
11. UNICEF Thailand. Situation analysis of children and women 2011. Retrieved on 24/09/2013. Available from http://www.unicef.org/thailand/tha/1046_UNICEF_FINAL_Final_low_res.pdf.
12. The National Institute for Health Care Management Foundation. Women's health prevention and promotion. 2005. Retrieved on 24/09/2013. Available from <http://nihcm.org/pdf/WHOOverview05.pdf>.
13. Bureau of Reproductive Health. Reproductive health survey 2009. Retrieved on 16/03/2013. Available from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/fertility/fertilityFull.pdf>
14. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics 2012. Retrieved on 16/03/2014. Available from http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic55/2.4.2_55.pdf
15. National Statistical Office, Office of Women's Affairs and Family Development. Gender development: Similarities and differences. Bangkok: Thammasa Press Co., Ltd.; 2551.
16. Office of Women's Affairs and Family Development, Ministry of Social Development and Human Security. Report on situation of violence in Thailand in 2010. Retrieved on 16/03/2014. Available from: <http://www.women-family.go.th/wofa/modules/website/upload/news/35396f24921923557b16fe8d2bdb0d7.pdf>.
17. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The 2003 National Epidemiology survey on mental health in Thailand. Bangkok: Wongkamol; 2003.
18. Toranin Kongsuk et al. The 2008 National Epidemiology survey on depressive disorder in Thailand. Retrieved on 16/03/2014. Available from <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>.
19. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Thailand suicidal report. Retrieved on 16/03/2014. Available at URI: <http://www.dmh.go.th/report/suicide/>
20. Tang TN, Tang CS. Gender role internalization, multiple roles, and Chinese women's mental health. Psychology of Women Quarterly 2001; 25:181-96.
21. Trivedi JK, Misha M, Kendurkar A. Depression among women in the South-Asian region: The underlying issues. Journal of Affective Disorders 2007; 102: 219-25.

22. Rungreangkulkij S. et al. Sex or gender .. leading to a high risk of depressive disorder in women. J Psychiatr Assoc Thailand 2012 ; 57(1): 61-74.
23. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Summary of significant statistics 2012. Retrieved on 15/03/2014. Available from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/disabled55.pdf>