

เพศ และ เพศภาวะ: มุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ

Sex and gender: A new approach for health

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ RN, Ph.D (Nursing)*

Somporn Rungreangkulkij RN, Ph.D. (Nursing)*

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2558

Volume 38 No.1 (January-March) 2015

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกระบุว่าการที่จะทำให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้นั้นต้องนำแนวคิด เพศภาวะ มาบูรณาการในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมาย ของเพศภาวะ ความแตกต่างทางเพศภาวะต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และ การนำแนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์ความเจ็บป่วย และข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพโดย ใช้มุมมองเพศภาวะ

คำสำคัญ เพศ เพศภาวะ สุขภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

Abstract

World Health Organization suggests that employing gender mainstream to analyze health problem can yield health equity. This paper aims to describe meaning of gender, gender differences in the influence of health problems between women and men, and using gender perspective to analyze illness. Suggestions for using gender perspective to promoting health equity are provided.

keywords: sex, gender, health, health equity

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนี้ไม่ได้มาจากความแตกต่างทางเพศสรีระ (sex) เพียงอย่างเดียว แต่สังคมมีค่านิยม ความคาดหวัง บรรทัดฐาน บทบาทหน้าที่ ต่อผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกันด้วย โดยที่ส่วนใหญ่ผู้ชายจะมีโอกาสทางสังคมมากกว่าผู้หญิงนำมาสู่ความไม่เสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ด้วยเหตุนี้ในปี ค.ศ. 1946 คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (Economic and Social Council-ECOSOC) ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการว่าด้วยสถานภาพสตรี (Commission on the Status of Women-CSW) ให้มีหน้าที่ส่งเสริม

ประเทศสมาชิกดำเนินการในเรื่องความเสมอภาค และการดำเนินการเพื่อความก้าวหน้าสตรี ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ในการประชุมระดับสากลครั้งที่สี่ด้วยเรื่องผู้หญิงที่ปักกิ่ง ในประเด็นปฏิญญาปักกิ่ง (Beijing Declaration) ได้เสนอให้มีการบูรณาการแนวคิดเพศภาวะ (gender mainstreaming) มาเป็นกระแสหลักในกิจกรรมแผนปฏิบัติการเพื่อความก้าวหน้าของสตรี (Beijing Platform for Action) ขององค์การสหประชาชาติ ทั้งในระดับชาติ อนุภาค ภูมิภาค และระดับสากล มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ¹ องค์การอนามัยโลกได้ตอบสนองต่อนโยบายสหประชาชาติในข้อตกลงดังกล่าว โดยเรียกร้อง

*รองศาสตราจารย์ ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Associate Professor CRTGWH Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ให้มีการบูรณาการมุมมองเพศภาวะมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ กำหนดนโยบาย วางแผน และพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพ (health equity)² ในประเทศไทยพบว่า การบูรณาการเพศภาวะมาใช้ในการให้บริการสุขภาพ และการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพยังมีไม่มาก การนำเสนอข้อมูลปัญหาสุขภาพ บางครั้งนำเสนอภาพรวมไม่แบ่งแยกข้อมูลชาย หญิง หรือ หากมีการนำเสนอข้อมูลก็เป็นการนำเสนอข้อมูลแยกเพศ (sex) ยังไม่มีการนำแนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายของเพศภาวะ ความแตกต่างทางเพศภาวะต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และ การนำแนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์ความเจ็บป่วย

ความแตกต่างระหว่างเพศและเพศภาวะ

เนื่องจากคำว่าเพศภาวะเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ในการทำงานด้านสุขภาพ ในส่วนนี้จะอธิบายความแตกต่างระหว่างเพศ (sex) กับเพศภาวะ (gender) เพศ หมายถึง คุณลักษณะทางชีวภาพและสรีรวิทยาที่มีมาแต่กำเนิดและบ่งชี้ความเป็นเพศหญิงเพศชายที่แตกต่างกัน เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ โครโมโซม ฮอรโมน มีลักษณะเป็นสากลเหมือนกันทุกสังคม เป็นธรรมชาติ จึงเปลี่ยนแปลงได้ยาก

เพศภาวะ หมายถึง ความเป็นหญิงความเป็นชายที่ได้รับการหล่อหลอมจากสังคม (socialization) เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐาน บทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ พฤติกรรม การทำกิจกรรม พื้นที่ อำนาจ ความคาดหวัง การให้คุณค่าของเพศหญิง และเพศชาย ที่แตกต่างกัน เพศภาวะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงผู้ชาย เด็กหญิงและเด็กชาย ความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ประเพณี ประวัติศาสตร์ ระบบโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง โดยผู้หญิงและผู้ชายเรียนรู้ที่จะแสดงบทบาทความเป็นหญิงความเป็นชาย

จากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ทั้งจากที่บ้าน ชุมชนและสังคม ดังนั้นเพศภาวะจึงไม่ใช่เรื่องธรรมชาติสามารถเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากถูกประกอบสร้างหล่อหลอมจากสังคม

องค์การอนามัยโลก² อธิบายองค์ประกอบพื้นฐานเพศภาวะ 5 องค์ประกอบดังนี้

1) บ่งบอกบทบาทความสัมพันธ์หญิงชาย (gender relations) ที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย

2) วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดวิธีคิดและการปฏิบัติความเป็นหญิงความเป็นชาย ในแต่ละสังคมจะมีข้อกำหนดว่าอะไรเหมาะสมสำหรับความเป็นหญิงความเป็นชาย ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม วัฒนธรรม อย่างไรก็ตามพบว่าสังคมทั่วไปมักกำหนดให้บรรทัดฐาน บทบาทและความสัมพันธ์ทางเพศภาวะผู้ชาย/เด็กชายได้รับอภิสิทธิ์เข้าถึงแหล่งประโยชน์และมีอำนาจมากกว่าผู้หญิง/เด็กหญิง

3) การพิจารณาความแตกต่างนี้ไม่ได้พิจารณาเฉพาะความเป็นหญิงความเป็นชายเท่านั้น แต่คำนึงอัตลักษณ์อื่นๆ ที่มีอยู่ในตัวผู้หญิงผู้ชายด้วย ทำให้มีความแตกต่างในกลุ่มเพศเดียวกัน เช่น อายุ ชนชั้น เชื้อชาติ เพศวิถี (sexuality) เป็นต้น

4) ประวัติศาสตร์ ธรรมเนียมปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการกำหนดเพศภาวะและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

5) เพศภาวะได้รับการหล่อหลอมอย่างเหนียวแน่น และสอดคล้องกันจากสถาบันต่างๆ ในสังคม เช่น ครอบครัว โรงเรียน ศาสนา กฎหมาย การเมือง สื่อ สาธารณสุข วรรณกรรม ศิลปะ บันเทิง อวยพร เชื้อนแก้ว³ ได้รวบรวมความคิดเห็นต่อความเป็นผู้ชายและผู้หญิงไทยจากผู้ที่มารับการอบรมเกี่ยวกับเพศภาวะ ได้ข้อสรุปว่า ความเป็นผู้ชายตามแบบแผนของสังคมไทย มีลักษณะเด่น ๆ ได้แก่ เป็นผู้นำ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้ปกป้องคุ้มครองดูแลตัวเอง มีศักดิ์ศรี กล้าหาญ เข้มแข็ง แข็งแรง อดทน

ชอบความเสี่ยงและสิ่งท้าทาย ได้รับการยอมรับให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เล่นการพนัน เจ้าชู้ มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและเที่ยวกลางคืนได้ใช้ความรุนแรงได้ มีอิสระร้องไห้หรือแสดงความอ่อนแอไม่ได้ เป็นต้น ความเป็นผู้หญิงตามแบบแผนของสังคมไทย มีลักษณะเด่น ๆ ได้แก่ เป็นแม่บ้าน เป็นคนทำกับข้าวและทำงานบ้าน เป็นผู้ตาม เป็นผู้ฟัง ต้องเอาอกเอาใจสามี ดูแลพ่อแม่เลี้ยงดูลูก ต้องบริการผู้อื่น อ่อนหวาน เรียบร้อย รักสวยรักงาม ประณีต ละเอียดย่อน รักนวลสงวนตัว ดูแลตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อ่อนแอ ไม่เด็ดเดี่ยว ตัดสินใจด้วยตนเองไม่ได้ ไม่ควรเรียนรู้เรื่องเพศ เป็นต้น

จากการที่ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันทั้งด้านค่านิยม ความคาดหวัง บทบาทหน้าที่ส่งผลให้ผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความแตกต่างทางเพศภาวะกับสุขภาพ

นักสังคมศาสตร์ให้ข้อสังเกตว่าความรู้ เรื่องความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายทางชีว-สรีระอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) นอกจากปัจจัยทางชีวภาพแล้ว ภาวะสุขภาพยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในสังคมนั้น ๆ ส่งผลให้ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดโรคหรือเจ็บป่วย แสดงอาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเจ็บป่วย การแสวงหาการช่วยเหลือหรือการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยแตกต่างกัน⁴⁻⁵ ตัวอย่างเช่นพบว่าผู้ชายในภูมิภาคเขตร้อนมีอัตราการเป็นมาเลเรียมากกว่าผู้ชายในเขตภูมิภาคอื่น และมากกว่าผู้หญิงที่อาศัยในเขตภูมิภาคเดียวกัน เนื่องจากผู้ชายถูกคาดหวังว่าต้องทำงานนอกบ้าน ทำงานในป่า หรือในเมืองแร่⁴

ในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นในสหรัฐอเมริกา มีความเชื่อว่าผู้หญิงในอุดมคติที่มีรูปร่างดี ต้องผอม ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีสถิติการเป็นโรคความผิดปกติใน

การรับประทานอาหาร (eating disorders) มากกว่าวัยรุ่นชาย เพราะวัยรุ่นหญิงมีความระมัดระวังควบคุมน้ำหนักตัวเอง ผู้หญิงผิวขาวชนชั้นกลางขึ้นไปให้ความสนใจต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงมีพฤติกรรมออกกำลังกาย กินอาหารเสริมประเภทวิตามิน และ ไปตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ชาย⁶ ในขณะที่ในประเทศไทยพบว่า ผู้ชายออกกำลังกายมากกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ⁷

ความคาดหวังของสังคมต่อเพศภาวะบางเรื่องส่งผลให้เด็กชาย และผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้หญิง เช่น สังคมยอมรับให้เด็กผู้ชายออกมาเล่นนอกบ้าน เด็กผู้หญิงควรเล่นอยู่ในบ้าน หรือช่วยทำงานบ้าน ส่งผลให้เด็กผู้ชายเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุมากกว่า ในสังคมเกษตรกรรม เด็กผู้ชายอาจต้องฝึกใช้อุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ง่ายโดยที่อายุของเขายังไม่สมควรต้องทำ เช่น ขับรถแทรกเตอร์ ใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์การเกษตร ขุดดินกลางแดดเป็นเวลานาน เพื่อให้ได้รับการยอมรับว่า “เป็นผู้ใหญ่ที่มีความเป็นชาย” จึงพบสถิติการได้รับอุบัติเหตุมากในเด็กชายที่อาศัยในสังคมเกษตรกรรม และชนบท⁷ “ความเป็นชาย” มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น วัยรุ่นที่ไปรวมตัวเพื่อยกพวกตีกัน หรือขับรถซิ่งก็เป็นการแสดงออกเพื่อคงความเป็นชายที่ต้องมีความกล้าหาญ อดทน ไม่หวาดกลัว นอกจากนี้ความเป็นชายยังรวมถึงการดื่มสุรา เล่นกีฬาที่เสี่ยง มีเพศสัมพันธ์โดยไม่แต่งงานได้ ไม่แสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะความรู้สึกอ่อนแอ หรือเปราะบาง ไม่ควรรับความช่วยเหลือ ไม่ควรบ่นเรื่องสุขภาพ ต้องแข็งแกร่งอดทน ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือพิการ ผู้ชายมักจะมีความเชื่อว่าจะทำให้ความเป็นชายของเขาลดลง เขาจะพยายามทำงานหนักมากขึ้น หรือหลีกเลี่ยงการนั่งรถเข็นเพื่อคงความแข็งแรง ไม่แสดงออกว่าเจ็บปวดหากต้องได้รับการผ่าตัด ตัวอย่างของการแสดงออกของความเป็นชาย เช่น ผู้ชายมักจะพูดว่า “ฉันไม่ได้พบหมอมาหลายปีแล้ว”

เพื่อแสดงให้เห็นว่าเขาเป็นคนแข็งแรงดี หรือปฏิเสธที่จะลาป่วยจากการทำงาน พบว่าในประเทศอุตสาหกรรมผู้ชายเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากอุบัติเหตุจากการทำงาน^{5,8} พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกแปลความหมายจากสังคมว่าเป็น “พฤติกรรมของผู้หญิง” ทำให้ผู้ใหญ่ชายปฏิเสธที่จะไปตรวจสุขภาพ หรือแสดงออกในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การทาครีมกันแดดสามารถป้องกันการเป็นมะเร็งผิวหนังได้ แต่ผู้ชายส่วนใหญ่จะปฏิเสธที่จะใช้โลชั่นกันแดด เพราะมีความเชื่อว่าการทาโลชั่นเป็นพฤติกรรมของผู้หญิง การมีผิวหนังสีแทน เป็นการบ่งบอกถึงความเป็นชาย และผู้ชายไม่ควรให้ความสำคัญกับการดูแลร่างกาย จึงพบว่าผู้ชายเสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งที่ผิวหนังเป็น 2 เท่าของผู้หญิง⁵ ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่าผู้หญิง ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่า เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมอง โรคเส้นเลือดหัวใจ เป็นต้น⁴

ในกลุ่มผู้ชายด้วยกันก็จะมีการแข่งขันกันว่าใครจะมีความเป็นชายมากกว่ากัน นำมาสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เช่น ดื่มเหล้ามาก ขับรถผิดวินัยที่เสี่ยงอันตรายมาก ๆ ต้องไม่แสดงความหวาดกลัว เช่น ผู้ชายที่ทำงานในการป้องกันอัคคีภัย พวกเขาต้องไม่แสดงออกถึงความกลัว จึงไม่สวมเสื้อป้องกันภัย ทำให้พวกเขามีพฤติกรรมเสี่ยงและอาจเสียชีวิตได้เกือบทั่วโลกสถิติการฆ่าตัวตายของผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง เช่น ในสหรัฐอเมริกาผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงเป็น 3 เท่า⁶ สำหรับประเทศไทยสัดส่วนนี้ใกล้เคียงกัน⁹ เพราะผู้ชายส่วนใหญ่เมื่อมีอาการซึมเศร้า จะไม่แสดงออก ปฏิเสธที่จะยอมรับว่าตัวเองมีอาการซึมเศร้า และไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น⁹

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์¹⁰ รายงานว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยชายในปี พ.ศ. 2554 คือ การใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ร่ำลงมาเป็นอุบัติเหตุทางถนน หลอด

เลือดสมองหัวใจขาดเลือด และมะเร็งตับ ในขณะที่สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้หญิง คือโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจขาดเลือด และ ต้อกระจก การใช้แนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์อาจจะช่วยให้เข้าใจความแตกต่างของการเกิดการเจ็บป่วยข้างต้นระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันที่มีความเฉพาะมากขึ้น

ความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ

การให้คุณค่าต่อความเป็นหญิงเป็นชายไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้ฝ่ายหนึ่งได้โอกาสหรืออภิสิทธิ์มากกว่า ในขณะที่อีกฝ่ายมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ องค์การอนามัยโลก⁹ระบุว่าความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะส่งผลให้บุคคลเกิดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ การส่งเสริมให้บุคคลมีความเท่าเทียมไม่ได้คำนึงเฉพาะความแตกต่างทางสรีระ แต่ต้องคำนึงความแตกต่างในด้านอื่นๆ ด้วย เช่น อายุ เชื้อชาติ การเป็นคนชายขอบ คนเปราะบาง เป็นต้น ในช่วง 10 ปี แรกของอายุ เด็กชายและเด็กหญิงมีความต้องการทางด้านโภชนาการเท่ากัน แต่ในประเทศทางเอเชียใต้หรือลาตินอเมริกา ผู้ชายและเด็กชายจะได้รับอาหารในปริมาณที่มากและคุณภาพดีกว่าผู้หญิงและเด็กหญิง เพราะมีความเชื่อว่าผู้ชายเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ในเขตชนบทประเทศเม็กซิโก เด็กชายและเด็กหญิงวัยก่อนเรียนจะได้รับอาหารเหมือนกัน แต่เมื่อเข้าสู่วัยเรียน เด็กผู้ชายจะได้รับอาหารที่ให้พลังงานมากกว่าเด็กผู้หญิง เพราะมีความเชื่อว่า เด็กผู้ชายมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากกว่าเด็กผู้หญิง เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กผู้ชาย เด็กผู้หญิงไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนให้เรียนหนังสือ หรือมีส่วนร่วมในที่สาธารณะส่งผลให้ผู้หญิงมีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ

ในประเทศกำลังพัฒนาผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15- 44 ปีเผชิญกับปัญหาสุขภาพมาก

เนื่องจากการศึกษาน้อยกว่าและยากจนกว่า ทำให้ผู้หญิงเข้าถึงทรัพยากรที่จะดูแลตัวเองน้อยกว่า ผู้หญิงที่ทำงานบ้านไม่มีรายได้ต้องพึ่งพารายได้จากสามี ทำให้ผู้หญิงรู้สึกต้องพึ่งพา ขาดความมั่นใจในตัวเอง ไม่รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสทำงานที่มีรายได้ แต่พบว่าผู้หญิงทำงานแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่า ใช้เวลาในการทำงานนานกว่า และเมื่อกลับมาบ้านผู้หญิงยังต้องรับภาระทำงานบ้านด้วย ส่งผลให้ผู้หญิงมีความเครียดเรื้อรัง จากการรับภาระงานหลายบทบาท ในกลุ่มผู้สูงอายุผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายแต่มีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางคนมีข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรและมักจะอยู่ตามลำพัง ต้องพึ่งพาแหล่งช่วยเหลือจากผู้อื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่จะอยู่กับภรรยา และมีภรรยาเป็นผู้ดูแล จึงพบว่าผู้สูงอายุชายจะมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง⁴

ปัจจุบันการนำมุมมองเพศภาวะมาใช้ในการทำความเข้าใจภาวะสุขภาพยังมีไม่มาก มีผู้ศึกษาเพศภาวะกับสุขภาพจิตพบว่าคนที่มีปัญหาเศรษฐกิจ มีอาชีพไม่มั่นคง คือ ทำงานบางเวลา (part time) ได้ค่าจ้างรายวันจะมีภาวะเครียดมากกว่าผู้ที่ทำงานที่มีรายได้แน่นอน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ชายจะเป็นกลุ่มที่มีรายได้แน่นอนกว่าผู้หญิง ผู้หญิงที่แต่งงานมีภาวะเครียดมากกว่าผู้หญิงโสด ในทางตรงกันข้ามผู้ชายโสดมีความเครียดมากกว่าผู้ชายที่แต่งงาน⁵ มีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าคนไทยทั่วประเทศที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี พบว่าผู้ชายที่มีสถานะภาพโสดและมีรายได้น้อยหรือไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายที่มีคู่หรือมีรายได้สม่ำเสมอ/เพียงพอ ในขณะที่ผู้หญิงที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีและมีรายได้น้อยหรือมีรายได้ไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า¹¹ เช่นเดียวกันในประเทศเกาหลีผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ชายและปัญหานี้จะลดลงหากผู้หญิงมีรายได้เพิ่มขึ้น ผู้หญิงและผู้ชายที่ทำงานในลักษณะคล้ายคลึงกันจะมีความเครียด

ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้หญิงที่ทำงานในลักษณะที่ต้องใช้เวลาในการทำงานมาก (demand) แต่ได้ค่าตอบแทนน้อยหรือไม่ได้ค่าตอบแทนจะมีการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่า โอกาสทางสถานะทางเศรษฐกิจทำให้ผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน⁴

ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายเนื่องจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และฮอร์โมน แต่ปัจจัยทางเพศภาวะมีอิทธิพลมากกว่า⁵ เช่นผู้หญิงได้รับการอบรมสั่งสอนว่าต้องอดทนเพื่อความสงบสุขของครอบครัว เมื่อสามีดื่มสุราไว้เบียดเบียนต่อบทบาทของตน บางครั้งมีการทำรุนแรงต่อภรรยา ผู้หญิงก็ต้องอดทนจำยอม เพราะต้องพึ่งพารายได้จากสามี หรือเพื่อความสงบสุขของครอบครัวทำให้ผู้หญิงมีความเครียดเรื้อรัง ไม่เห็นคุณค่าในตัวเองนำมาสู่การเกิดอาการซึมเศร้า หรือในสภาพสังคมปัจจุบันที่เด็กมีความเสี่ยงต่อการติดเกมส์ การใช้สารเสพติดหรือการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในครอบครัวเดียวกันผู้หญิงที่เป็นแม่จะมีความทุกข์ใจจากพฤติกรรมของบุตรมากกว่าผู้ชาย เพราะผู้หญิงได้รับการสั่งสอนมาว่าเป็นหน้าที่ของแม่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตร เมื่อบุตรมีปัญหาจึงรู้สึกว่าเป็นความบกพร่องของตัวเอง และเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น¹²

ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้หญิงแต่ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายในผู้ชาย การที่ผู้หญิงถูกอบรมสั่งสอนให้ดูแลคนอื่นทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะรักคนอื่น นึกถึงคนอื่นก่อนตัวเอง¹¹ ปัจจัยแรงสนับสนุนจากญาติจึงเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาหญิงตรงกันข้ามผู้ชายได้รับการอบรมสั่งสอนให้พึ่งตัวเองเป็นผู้นำต้องประสบความสำเร็จซึ่งการศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักศึกษาได้สนับสนุนแนวคิดนี้โดยพบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ชาย¹³

เพศภาวะมีผลกระทบต่อการวินิจฉัยโรค

เมื่อมีอาการซึมเศร้าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะไม่แสวงหาการช่วยเหลือ แต่พวกเขาจะพยายามช่วยตัวเองก่อน และปฏิเสธที่จะยอมรับว่าตัวเองมีอาการซึมเศร้า แต่จะเลี่ยงไปใช้วิธีการดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดเพื่อลดอาการซึมเศร้า¹⁴ การปฏิเสธว่าตัวเองซึมเศร้าเป็นการแสดงออกที่จะคงไว้ถึง “ความเป็นชาย” เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกมองว่าอ่อนแอ หรือเป็นผู้หญิง เพราะอารมณ์ซึมเศร้านี้มักจะถูกรวมโยงกับความรู้สึกหมดพลังอำนาจ สูญเสียการควบคุมดังนั้นผู้ชายจะมีทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าว่าเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า “ล้มเหลว” จิตแพทย์เองก็มีแนวโน้มที่จะวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ชายน้อยกว่าผู้หญิง การที่ผู้ชายได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยนำมาสู่การเข้าถึงการรักษาต่ำ⁶

ผู้ชายมีอาการแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าผู้หญิง ดังนั้นการใช้เครื่องมือคัดกรองอาการซึมเศร้าที่ใช้จุดตัดที่บ่งชี้ว่ามีอาการซึมเศร้าจุดเดียวกัน ทำให้ผู้ชายได้รับการคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิง สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ¹⁵ ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender sensitive) พบว่าจุดตัดในการบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน โดยผู้ชายจะมีจุดตัดของค่าคะแนนของการบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าของผู้หญิง 1 คะแนน ซึ่งเครื่องมือนี้มีความไวสูงถึงร้อยละ 92 มีความจำเพาะร้อยละ 63 ทำให้สามารถคัดกรองผู้ชายเข้าสู่การรักษาได้มากขึ้น

ผลที่ตามมาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย : ความแตกต่างทางเพศภาวะ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้หญิงและผู้ชายได้รับผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยในมิติทางสังคมแตกต่างกัน เช่นการแสวงหาความช่วยเหลือ トラバที่เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (ระยะเวลาตระหนักว่าป่วย ระยะเวลาในการกลับฟื้นสภาพ) และการได้รับการปฏิบัติดูแลจากครอบครัวและชุมชน⁵

ในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ชายจะได้รับการรักษาจากระบบบริการสุขภาพมากกว่าผู้หญิง เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบทำงานบ้าน ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการสุขภาพในช่วงเวลาให้บริการตามปกติได้ จึงใช้วิธีดูแลตนเองก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจะไปรักษากับแพทย์ทางเลือก เพราะสามารถเข้าถึงบริการจากแพทย์พื้นบ้านหรือร้านขายยาในชุมชนได้ง่าย เนื่องจากมีความยืดหยุ่นในการรักษามากกว่า อีกทั้งแพทย์พื้นบ้านสามารถอธิบายการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่ายกว่า เพราะแพทย์พยาบาลมักจะอธิบายโดยใช้ภาษาทางการแพทย์ ซึ่งผู้หญิงส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาน้อยทำให้ไม่เข้าใจภาษาทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้หญิงส่วนใหญ่รู้สึกว่าพวกเขารู้สึกต่ำต้อยเวลารับบริการจากระบบสุขภาพ เพราะพวกเขามักถูกตำหนิจากการที่มารับบริการช้า ทำให้ผู้หญิงเกิดความลังเลใจที่จะมาใช้บริการสุขภาพ⁴

กรณีโรคเบาหวาน ผู้หญิงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากกว่าผู้ชาย และมีความเครียดจากการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า ความแตกต่างนี้อาจเป็นเพราะผู้หญิงและผู้ชายมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ผู้หญิงมักจะมีอาการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับโรคมากกว่าผู้ชาย⁴ ดังงานวิจัยของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ¹⁶ ที่พบว่า การรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานหญิง ในขณะที่ปัจจัยนี้ไม่ได้อธิบายในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชาย ผู้หญิงที่มีสามีป่วยเป็นโรคเบาหวานรายงานว่าตนเองต้องลงงานประจำเนื่องจากอาการป่วยของสามีมากกว่าผู้ชายที่จะต้องลงงานประจำอันเนื่องมาจากการป่วยของภรรยาที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากสังคมคาดหวังผู้หญิงให้บทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย แต่ไม่ได้คาดหวังบทบาทนี้กับผู้ชาย จากตัวอย่างเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ชายไม่ว่าตนเองจะเป็นคนป่วยเองหรือไม่ก็ตาม⁴

ผู้หญิงในกลุ่มยากจนมักจะได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันช้า จนกระทั่งอาการรุนแรงมาก โดยก่อนหน้านี้ผู้หญิงจะไปรักษาจากแพทย์พื้นบ้านหรือซื้อยาจากร้านขายยา ดังนั้นผู้หญิงเมื่อป่วยจึงใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าจะหาย และในผู้หญิงบางกลุ่มอาจต้องกลับไปทำงานก่อนที่จะได้รับการรักษาจนครบตามแผนการรักษา⁴ ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้เขียนมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษ เพื่อเลิกสูราซึ่งในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาโดยmatrix มีประสิทธิภาพผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาจนครบ 8 สัปดาห์ แต่พอผู้ป่วยได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ 5 ญาติได้มาขอรับตัวผู้ป่วยหญิงกลับ โดยให้เหตุผลว่าไม่มีคนเลี้ยงหลานที่บ้าน ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ชายป่วยพวกเขามักจะได้รับการกระตุ้นสนับสนุนจากคนในครอบครัวให้ไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยชายมีโอกาที่จะเข้าถึงการรักษาและได้รับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยหญิง อีกทั้งยังได้รับการดูแลจากภรรยาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและไม่ถูกคาดหวังว่าจะต้องทำงานอื่น ๆ จนกว่าจะหายเป็นปกติ ในกรณีของครอบครัวที่ทำการเกษตรมักจะพบโดยทั่วไปว่าเมื่อสามีป่วยผู้หญิงมักจะเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบทำงานแทนสามี แต่เมื่อภรรยาป่วยพบได้น้อยที่จะมีสามีมาทำงานแทนภรรยา โดยให้เหตุผลว่างานบ้านเป็นงานผู้หญิง ครอบครัวนั้นก็จะจัดสรรให้สมาชิกคนอื่น ๆ มาทำงานแทน เช่น เด็กผู้หญิง

ในกรณีความรุนแรงในครอบครัว ในครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมีรายได้น้อย ผู้หญิงกลุ่มนี้มักจะมีการศึกษาน้อย อาจไม่ได้ทำงานหรือทำงานรับจ้างรายวัน ที่รายได้ไม่แน่นอนต้องพึ่งพาสามีทางเศรษฐกิจ ดังนั้นเมื่อผู้หญิงกลุ่มนี้ถูกกระทำรุนแรงจึงเป็นความยากลำบากที่พวกเขาจะเลิกกับสามี เนื่องจากผู้หญิงเหล่านี้ต้องพึ่งพาทางการเงินจากสามี และหากมีบุตรก็จะมีควมวิตกกังวลว่าคงไม่สามารถมีเงินเลี้ยงดูบุตรได้ หรือความเชื่อจากการถูกอบรมสั่ง

สอนว่าต้องอดทนเพื่อครอบครัว หากครอบครัวแตกแยกเด็กจะเติบโตเป็นคนมีปัญหา พวกเขาไม่รู้ว่าจะไปรับการช่วยเหลือจากแหล่งภายนอกอย่างไร เพราะมีความรู้จำกัด ผู้หญิงบางคนทำงานรายวันอาจสูญเสียรายได้จากการที่ถูกสามีทำร้ายจนไม่สามารถไปทำงานได้ ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้ต้องจำยอมในสถานการณ์ถูกกระทำรุนแรง³ ความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะส่งผลกระทบต่อ ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ

การนำแนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก¹⁷ ได้พัฒนารูปแบบการนำแนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมทางสุขภาพ โดยกำหนดแนวคำถามในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพดังนี้ 1) ปัญหาสุขภาพที่สนใจนี้เกิดขึ้นเมื่อไหร่ เพราะการเจ็บป่วยบางโรคขึ้นอยู่กับฤดูกาล 2) เกิดขึ้นที่ไหน เช่น ในเมืองหรือในชนบท 3) ใครได้รับอันตราย ผู้หญิง หรือผู้ชาย หรือทั้งสองเพศได้รับอันตรายเท่า ๆ กัน 4) ปัจจัยด้านชีวภาพสามารถอธิบายว่าผู้หญิง ผู้ชาย เด็กหญิง หรือเด็กชาย เกิดปัญหาสุขภาพนี้แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร 5) มีปัจจัยอะไรบ้างด้านบรรทัดฐานด้านเพศภาวะ (gender norm) บทบาทหญิงชาย (gender role) และ ความสัมพันธ์เชิงเพศภาวะ (gender relation) ที่อาจจะเพิ่มความเสี่ยง หรือความเปราะบางต่อการเกิดปัญหานี้ 6) ผู้หญิงและผู้ชายมีการใช้แหล่งบริการสุขภาพ ที่ไหน อย่างไร เพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมหรือไม่ 7) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอันเนื่องมาจากภาวะสุขภาพนั้นหรือไม่ อย่างไร 8) ผู้หญิงหรือผู้ชายที่มีความเปราะบางในด้านเศรษฐกิจ หรือด้านสังคม ได้รับผลกระทบจากการเข้าถึงแหล่งบริการหรือการใช้บริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร 9) บริการสุขภาพตอบสนองต่อผู้ชายและผู้หญิงที่มีปัญหานี้อย่างไร 10) การเป็นผู้หญิง ผู้ชาย เด็กหญิง และเด็กชาย มีผลต่อความแตกต่างในด้านการฟื้นฟูสภาพ ความทุพพลภาพ หรือการ

ตาย อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยนี้ หรือไม่ 10) ผู้หญิง และผู้ชายมีวิธีในการจัดการภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สรุปและข้อเสนอแนะ

การหล่อหลอมด้านเพศภาวะส่งผลให้ผู้หญิง และผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รวมถึงได้รับผลต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากบทบาทที่คาดหวังต่อการเป็นชาย คือ อุบัติเหตุ ติดสารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ผู้หญิงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะ นำมาสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

การส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยบูรณาการแนวคิดเพศภาวะสามารถดำเนินการได้ดังนี้

1. ใช้แนวคิดเพศภาวะมาวิเคราะห์หากลุ่มเสี่ยง เพื่อกำหนดนโยบาย ออกแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่มีความเฉพาะมากขึ้น

2. ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ การแสดงออกเมื่อมีการเจ็บป่วย การจัดการดูแลตนเอง ผลลัพธ์จากการเจ็บป่วย บริบทสังคม การเมืองที่มีผลต่อแบบแผนดังกล่าว

3. พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้หญิงและผู้ชายต่อการตระหนักในความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่สนับสนุนความเท่าเทียมทางเพศภาวะ ทั้งนี้ต้องใช้ทีมวิจัยแบบสหสาขาวิชาชีพ และมีการศึกษาในระดับโครงสร้างสถาบันต่างๆ

4. รณรงค์การเปลี่ยนทัศนคติด้านนิยามต่อความเป็นหญิงเป็นชายที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ผู้ชายไม่ต้องเข้มแข็งอดทนเสมอไป หรือในการรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ควรสื่อสารข้อมูลไปทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เช่น เป็นเรื่องปกติที่ผู้หญิงมีลูกอย่างอนามัย เพื่อส่งเสริมให้ทุกเพศสามารถปกป้องรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

5. การที่จะให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการสุขภาพองค์กร หน่วยงานของรัฐระดับท้องถิ่นต้องสนับสนุนการเดินทางหรือช่วยเหลือเด็กในกรณีที่มีความจำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. Booth C. Bennett C. Gender mainstreaming in European Union. *European Journal of Women's Studies* 2002; 9:430-46.
2. World Health Organization. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and now we can change it. Available from [cited 2014 Jan 30]. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf?ua=1
3. Khuankaew O. The path to change: Sex and justice spiritual based and learning by heart. Bangkok: Duantula Press. 2012. (in Thai)
4. Vlassoff C. Gender difference in determinants and consequences of health and illness. *J HEALTH POPUL NUTR* 2007; 25:47-61.
5. Celik H, Lagro-Janssen T, Widdershoven G, Abma T. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2011; 84: 143-9.
6. Courtenay HW. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1385-401.
7. Wibulpolprasert S. Thailand health profile 2008-2010. [cited 24/09/2013] Available from <http://www.moph.go.th/ops.thp> retrieved on 09/01/2013.
8. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323:1061-3.

9. Rungreangkulkij S, Kotnara I, Kittiwatanapaisan W, Arunpongpaissal S. Explanatory model based on perspectives of patients with depressive disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 35 : 21-30. (in Thai)
10. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Risk behavior of chronic diseases in Thailand. Situation of Thailand. 2014 ; January: 8(4) (in Thai)
11. Rungreangkulkij S, Jantachum W, Chirawatkul S, Charatsingha A. Gender difference: socio-demographic risk factors of depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010; 55: 337- 46. (in Thai)
12. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon, Sutatho Y. Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women. . *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57: 75- 88. (in Thai)
13. Kaewjanta N, Rungreangkulkij S, Kittiwatanapaisa W, Kotnara I. Predictive factors of depression among college students: differences between male and female. *Journal of Nursing Science & Health* 2014; 37: 35-47. (in Thai)
14. Rungreangkulkij S, Kotnara I, Kittiwatanapaisan W, Arunpongpaissal S. Depressive disorder: gender analysis of depression. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35:21-30. (in Thai)
15. Arunpongpaissal S, Rungreangkulkij S. Revision of the KKU-DI, depression test for gender sensitivity. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010; 55 : 177-89. (in Thai)
16. Rungreangkulkij S, Thavornpitak Y, Kittiwatanapaisan W, Kotnara I, Kaewjanta N. Prevalence and factors of depression among Type 2 diabetic patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59: 287-98. (in Thai)
17. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: WHO Press; 2011.