

บทความทางวิชาการ

การพัฒนาสุขภาพสตรี: บทบาทสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล

ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล*

Iemsawasdikul, W.

Development of Women's health: The important role in nursing profession.

Thai Journal of Nursing, 61(2), 1-10, 2012.

Key Words: Women's Health, Nursing Profession, Role.

บทคัดย่อ

การพัฒนาสุขภาพสตรีเป็นประเด็นหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจมากที่สุดจากทั่วโลก เพราะสตรีมีจำนวนมากกว่าครึ่งของประชากรโลก แม้ว่าสตรีได้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ แต่ยังคงเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพ ผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพสตรี คือ พยาบาล เนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นสตรี มีความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและความต้องการของสตรี จึงทำให้สามารถตอบสนองความต้องการ และสื่อสารกับสตรีด้วยความ

เข้าใจ และให้ความเห็นใจ อีกทั้งปฏิบัติงานในหน่วยให้บริการสุขภาพทุกระดับ จึงมีโอกาสใกล้ชิดกับสตรีผู้ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพจำนวนมาก

วิชาชีพการพยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพสตรี ดังนี้ 1) กำหนดความหมายของสุขภาพสตรี 2) มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรี 3) จัดทำระบบสารสนเทศและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพสตรี 4) จัดบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพสตรี และ 5) จัดการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพสตรี

* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Abstract

Development of women's health is one of the most interesting global issues because women are over half of world population. Although women plays significant roles in the family, community, society, and country development but they still are social disadvantaged and live in health hazard environment. Nurses have important role in women health improvement because most of them are female who can understand a female thought, their problem as well as needs. As the result, nurses will be able to fulfill women's needs and to communicate with empathy and understanding. According to their work at all level of health care services, they have more opportunity to contact closely with many female clients.

Nursing profession should consider important roles in development of women's health as follow.

- 1) defining the meaning of women's health, 2) participating in policy making on women's health, 3) developing women's health information system and distributing the information, 4) providing nursing care in order to develop women's health and 5) providing educational training in women's health.

ความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาสุขภาพสตรีเป็นประเด็นที่ต้องได้รับความสนใจสูง โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพสตรีเพื่อให้สตรีมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่พัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งสูงกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ และไม่สูญเสียแรงงานสำคัญที่จะช่วยเพิ่มผลผลิตของประเทศ ทำให้เศรษฐกิจของประเทศเจริญก้าวหน้า สหประชาชาติจึงได้กำหนดให้สุขภาพสตรีเป็นเงื่อนไขจำเป็นอันดับแรกสำหรับการพัฒนาสตรีด้วยเหตุผล ดังนี้

1. สตรีมีจำนวนมากกว่าครึ่งของประชากรโลกหรือประมาณร้อยละ 51 (Mayer & Munden, 2005) การสำรวจประชากรไทย พ.ศ. 2553 พบว่า มีประชากร 63,878,267 คน เป็นชาย 31,451,801 คน และหญิง 32,426,466 คน คิดเป็นร้อยละ 50.76 (กระทรวงมหาดไทย, 2553) อ้างใน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554) โดยการกระจายตัวของสตรี

และบุรุษทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่สตรีมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าบุรุษ จึงมีแนวโน้มว่าจำนวนสตรีสูงอายุจะมากกว่าบุรุษ คาดว่าในศตวรรษที่ 21 จะมีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรโลก และมีอายุมากกว่า 65 ปี (Mayer & Munden, 2005) จึงมีแนวโน้มว่าสตรีสูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

2. คุณภาพชีวิตของสตรีอยู่ในระดับไม่ดี การสำรวจสตรีจำนวน 2,300 ล้านคน จาก 99 ประเทศ พบว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดีเมื่อเทียบกับบุรุษ เนื่องจากสตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะไร้ความสามารถ (Disability) และมีปัญหาการเคลื่อนไหวมากกว่าบุรุษ (Mayer & Munden, 2005) นอกจากนั้นยังมีปัญหาด้านจิตใจมากกว่าบุรุษ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล อัลไซเมอร์ เป็นต้น ส่งผลกระทบให้สตรีมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Jarvis, 2010)

3. สตรีมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างไปจากบุรุษ สตรีมีอัตรา

การตายในเกือบทุกโรคต่ำกว่าบุรุษ แต่มีอัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพสูงกว่าบุรุษ สตรีอังกฤษใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ ร้อยละ 60-65 พบแพทย์มากกว่าบุรุษ 2 เท่า และยังใช้ยาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิกฤตและจิตเวชมากกว่าบุรุษ (Foster, 1995) สตรีมีความไวต่อปัจจัยเสี่ยงมากกว่าบุรุษ เช่น แอลกอฮอล์จะทำลายสุขภาพสตรีได้เร็วกว่าด้วยปริมาณที่น้อยกว่าบุรุษ เป็นต้น (Jarvis, 2010) แรงงานสตรีมีโรคเครียดนอนไม่หลับ และปวดหัว ร้อยละ 21 ในขณะที่แรงงานบุรุษมีปัญหา ร้อยละ 16.2 สตรีมีโครโมโซมกายวิภาคและสรีระที่แตกต่างจากบุรุษ ตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรได้จึงเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 40 หรือประมาณปีละ 50 ล้านคน เกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 15 เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหรือรุนแรง และสตรีมากกว่า 529,000 คน เสียชีวิตจากสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับการตั้งครรภ์ทุกปี (WHO, 2009) สตรีมีโอกาสเกิดปัญหาในระบบสืบพันธุ์ซึ่งไม่พบในบุรุษ เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ เป็นต้น ทั้งยังมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพอื่นสูงกว่าบุรุษ เช่น โรคภูมิิตานตนเอง กระดูกพรุน ข้ออักเสบและเสื่อม กระดูกสะโพกหัก เป็นต้น (WHO, 2010) ปัญหาสุขภาพทำให้สตรีมีความอ่อนแอเสียมากกว่า แต่การทดลองยาจะทำในกลุ่มตัวอย่างบุรุษมากกว่า (Jarvis, 2010) อีกทั้งบุคลากรสุขภาพมีการศึกษา และฝึกอบรมเฉพาะด้านสุขภาพสตรีน้อย (Mayer & Munden, 2005) จึงส่งผลให้การดูแลสุขภาพสตรีไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

4. สตรีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ โดยสตรีมีบทบาทที่หลากหลายและมีความสำคัญต่อการพัฒนา ดังนี้

4.1 สตรีเป็นผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในบ้านและนอกบ้าน โดยมีหน้าที่จัดหาอาหาร น้ำดื่ม ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพ เป็นผู้ดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิสำหรับตนเองและครอบครัว (Mayer & Munden, 2005) เป็นผู้ให้บริการสุขภาพนอกบ้านที่มีจำนวนมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2525 มีพยาบาลสตรี ร้อยละ 99 ผดุงครรภ์สตรี ร้อยละ 92 ทันตอนามัยสตรี ร้อยละ 72 เกสท์กรสตรี ร้อยละ 62 ทันตแพทย์สตรี ร้อยละ 53 แพทย์สตรี ร้อยละ 27 (Dayal, 1985)

4.2 สตรีเป็นแรงงานหลักและถาวรเท่ากับแรงงานชาย สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจ พบว่าปี พ.ศ. 2549 มีแรงงานสตรีร้อยละ 45.5 ของแรงงานในระบบ เป็นแรงงานนอกภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 47.2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา แรงงานสตรีเพิ่มขึ้นมากกว่าแรงงานบุรุษ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550)

4.3 สตรีถูกคาดหวังให้เป็นทั้งทางเศรษฐกิจของครอบครัว เห็นได้จากในอดีต สตรีจะทำหน้าที่ผลิตในบ้านหรือค้าขาย แต่บุรุษถูกคาดหวังให้เป็นผู้นำเกียรติยศและอำนาจมาสู่ครอบครัว บุรุษจึงเรียนหนังสือเพื่อรับราชการ (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2535) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519-2541 สตรีมีบทบาทในการหารายได้ให้แก่ครอบครัวสูงขึ้นมาก (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550)

4.4 สตรีถูกคาดหวังให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม ดูแลสิ่งแวดล้อม และสันติภาพของสังคม เห็นได้จากยุทธศาสตร์ในโรปีเพื่อความก้าวหน้าของสตรี กำหนดให้สตรีเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการที่จะทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2536) กำหนดวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้สตรีมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการพัฒนาสันติสุขในครอบครัว ชุมชน ประเทศ และประชาคมนานาชาติ

5. สถานภาพของสตรีด้อยกว่าบุรุษ ทั้งในด้านความเท่าเทียม การทำงาน และการศึกษา โดยสตรีขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางเศรษฐกิจสังคม ไม่ได้รับ

ส่วนแบ่งผลประโยชน์จากการพัฒนาและทรัพยากรอย่างเสมอภาค ขาดโอกาสร่วมตัดสินใจหรือเป็นผู้นำ สตรีมีสิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 20-80 น้อยกว่าบุรุษ (WHO, 2008) ขาดการคุ้มครองสถานภาพในฐานะที่เป็นบุคคลและสตรี สังคมมีค่านิยมและเจตคติทางลบต่อสตรี มีการกีดกันและเลือกปฏิบัติต่อสตรีทั้งทางนิตินัยและพฤตินัย มีสถานภาพในการทำงานต่ำกว่าบุรุษ สตรีจึงกระทำให้เหมือนบุรุษเพื่อให้ได้รับการยอมรับ ด้วยการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากขึ้น โดยเฉพาะสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ประสบความสำเร็จในวิชาชีพสูง แต่สตรีมีความไวต่อแอลกอฮอล์สูง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้เร็วและรุนแรงกว่าบุรุษที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่ากัน (Jarvis, 2010) สตรีร้อยละ 46.8 เป็นแรงงานนอกระบบ จึงได้รับค่าจ้างต่ำ ไม่ได้รับการปกป้องสิทธิตามกฎหมายแรงงาน ทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน ส่วนสตรีที่ทำงานในระบบก็ได้รับการเลือกปฏิบัติ ไม่ได้รับความเท่าเทียมในค่าจ้าง สตรีทั่วโลกได้รับค่าจ้างต่ำกว่าบุรุษร้อยละ 20-30 (WHO, 2008) ขาดโอกาสก้าวหน้าทางอาชีพ สตรีอยู่ในตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงและครอบครองทรัพย์สินน้อยกว่าบุรุษ สตรีและเด็กหญิงได้รับการศึกษาน้อยกว่าบุรุษและเด็กชาย (WHO, 2010) มีสตรีทั่วโลกจำนวน 495 ล้านคน ไม่รู้หนังสือ คิดเป็นร้อยละ 64 ของผู้ใหญ่ที่ไม่รู้หนังสือ (WHO, 2008) ผู้หญิงไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยกว่าผู้ชาย (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550) สตรีไทยมีการศึกษามากขึ้น มีอัตราการเข้าเรียนสูงกว่าบุรุษในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา สำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 52.37 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาเอก ร้อยละ 51.75 และ 53.40 ของผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละระดับ (กระทรวงมหาดไทย, 2553 อ้างในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

ความเป็นมาของการพัฒนาสุขภาพสตรี

การพัฒนาสุขภาพสตรี เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสตรี ที่ได้รับความสนใจจากทั่วโลก ด้วยการปลุกเร้าของสหประชาชาติ จากการตระหนักถึงความไม่เท่าเทียมกันระหว่างบุรุษกับสตรี เห็นได้จากหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีสตรีใน 31 ประเทศทั่วโลกเท่านั้นที่มีสิทธิเลือกตั้ง สตรีอเมริกันมีสิทธิเลือกตั้งเมื่อ ค.ศ. 1920 และสตรีอังกฤษมีสิทธิเลือกตั้งเมื่อปี ค.ศ. 1928 (Jarvis, 2010) ในช่วง ค.ศ. 1950-1980 สุขภาพของสตรีได้รับการพัฒนามากขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของสตรีเพิ่มขึ้นจาก 44 ปี ใน ค.ศ. 1950 เป็น 61 ปี ใน ค.ศ. 1980 โดยมีอัตราเพิ่มสูงสุดในทวีปเอเชีย จาก 45 ปี ใน ค.ศ. 1950 เป็น 63 ปี ใน ค.ศ. 1980 แต่ในช่วงทศวรรษ 1980 เกิดวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจ ทำให้มีความเสื่อมถอยของงานสาธารณสุข เรียกว่า "ทศวรรษแห่งความหายนะ" อัตราการเสียชีวิตของทารก เด็กและมารดา ที่เคยลดลงกลับเพิ่มขึ้น ในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2536) ประเด็นการพัฒนาสุขภาพสตรีจึงได้รับความสนใจอีกครั้งหนึ่ง

การพัฒนาสุขภาพสตรีในต่างประเทศและประเทศไทยมีความเป็นมา ดังนี้

1. **การพัฒนาสุขภาพสตรีในต่างประเทศ** มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสตรี ตั้งแต่ช่วงต้นของทศวรรษ 1970 จากความพยายามยุติความไม่เสมอภาคระหว่างบุรุษกับสตรี สหประชาชาติจึงบรรจุประเด็น "สิทธิอันเท่าเทียมกันระหว่างบุรุษกับสตรี" ไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติ เพื่อเสริมสร้างความเสมอภาคระหว่างเพศอย่างชอบธรรมตามกฎหมายเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ และประกาศให้ ค.ศ. 1975 เป็น "ปีสตรีสากล" รวมทั้งจัดให้มีการประชุมระดับโลกเกี่ยวกับสตรีเป็นครั้งแรก นอกจากนั้นยังกำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อความก้าวหน้าของสตรี และประกาศให้ ค.ศ. 1976-1985 เป็น "ทศวรรษสตรีของสหประชาชาติ: ความเสมอภาค การพัฒนา และสันติภาพ"

ทั้งยังมีการจัดตั้งองค์กรเพื่อสตรีของสหประชาชาติขึ้น 2 องค์กร คือ "กองทุนเพื่อการพัฒนาสตรีแห่งสหประชาชาติ" (UNIFEM) และ "สถาบันวิจัยและฝึกอบรมเพื่อความก้าวหน้าของสตรีระหว่างประเทศ" (INSTROW) ค.ศ. 1978 องค์การอนามัยโลกจัดการรณรงค์ระดับโลก เรื่อง "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000" โดยเน้นว่ากลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพต้องสัมพันธ์กับการปรับปรุงสถานภาพของสตรีและเด็กในทุกด้าน นอกจากนี้สหประชาชาติยังได้บัญญัติ "อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ" เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม ค.ศ. 1979 (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2536)

ต่อจากนั้นมีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพสตรีอย่างต่อเนื่อง ใน ค.ศ. 1980 มีการสมมนา ระดับโลกเรื่อง "การจ้างงาน สุขภาพ และการศึกษา" เป็นการประชุมเกี่ยวกับสุขภาพสตรีระดับโลกครั้งแรก ส่งผลให้มีการบังคับใช้ "อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ"

ค.ศ. 1985 มีการประชุมระดับโลกเพื่อประเมินผลสำเร็จของทศวรรษสตรี และกำหนด "ยุทธศาสตร์ในโรปีเพื่อความก้าวหน้าของสตรี" ยุทธศาสตร์สำคัญอันหนึ่งคือ "การพัฒนาสุขภาพสตรี" ซึ่งให้ความสำคัญต่อสตรีในฐานะของผู้ดูแลให้บริการสุขภาพทั้งนอกบ้านและในบ้าน และกำหนดมาตรการในการพัฒนาสุขภาพสตรีไว้อย่างชัดเจน ค.ศ. 1989 สหประชาชาติพบว่า สถานภาพของสตรีในประเทศกำลังพัฒนาดลดลงทุกด้าน นอกจากนี้คณะผู้เชี่ยวชาญด้านสตรีและการปรับโครงสร้างแห่งเครือจักรภพ ยังรายงาน ว่า สุขภาพของสตรีได้รับผลอย่างเลวร้าย มีชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้น แต่ได้รับอาหารและปัจจัยทางสุขภาพน้อยลง

ค.ศ. 1990 คณะกรรมาธิการว่าด้วยสถานภาพของสตรีพบว่า สถานการณ์ของสตรีเลวลงในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา มีการเสื่อมถอย

อย่างชัดเจนของสถานภาพการศึกษา การจ้างงาน สุขภาพ จึงเร่งเร้าให้มีการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ในโรปี ในช่วงทศวรรษ 1990 และจัดพิมพ์หนังสือ "สตรี: ความท้าทายจากปัจจุบันถึงปี ค.ศ. 2000" โดยเน้นว่า สุขภาพสตรีเป็นเงื่อนไขจำเป็นอันดับแรกที่ต้องดำเนินการ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2536) นอกจากนั้น สหประชาชาติยังกำหนดการสร้างความเสมอภาคระหว่างสตรีและบุรุษ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่สตรีเป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินการ และองค์การอนามัยโลกจัดตั้ง Department of Gender, Women and Health และสร้างเครือข่ายความรู้เกี่ยวกับความเสมอภาคของสตรีและเพศภาวะ รวมทั้งผลักดันให้มีการปฏิรูปความครอบคลุม การให้บริการ นโยบายสาธารณะ และภาวะผู้นำ เพื่อสร้างเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะ (WHO, 2010)

2. การพัฒนาสุขภาพสตรีในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสตรีเช่นเดียวกับในต่างประเทศ เพราะสุขภาพและสถานภาพของสตรีมีความเกี่ยวพันกันโดยมีการดำเนินการ ดังนี้ พ.ศ. 2504 กรมการพัฒนารวมชน กระทรวงมหาดไทย จัดทำแผนพัฒนาสตรีระยะที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) เป็นครั้งแรก หลังจากนั้นมีการจัดทำแผนติดต่อกันเป็นระยะในทุก 5 ปี (กระทรวงมหาดไทย, 2531) นอกจากนั้นยังมีการดำเนินการเพื่อพัฒนาสตรี ดังนี้ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2535) ใน พ.ศ. 2518 ประเทศไทยเข้ารับหลักการของสหประชาชาติ เรื่องการพัฒนาสตรี และร่วมจัดงานปีสตรีสากล โดยกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อสหประชาชาติประกาศให้ พ.ศ. 2519-2528 เป็นทศวรรษสตรีของสหประชาชาติ กระทรวงศึกษาธิการเสนอให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบ พ.ศ. 2522 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากิจกรรมและบทบาทสตรี ซึ่งผลักดันให้มีแผนและโครงการพัฒนา

สตรีในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) รวมทั้งจัดทำแผนพัฒนาสตรีระยะสั้น (พ.ศ. 2525-2529) และแผนพัฒนาสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2525-2544) พ.ศ. 2523 มีการประเมินผลการพัฒนาสตรี ในช่วงที่ทศวรรษของสตรี และเสนอให้รัฐบาลจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนาสตรีแห่งชาติ พ.ศ. 2524 โอนงาน พัฒนากิจกรมและบทบาทสตรีให้สภาสตรีแห่งชาติดำเนินการ แต่มีปัญหาการประสานงานและงบประมาณ พ.ศ. 2526 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสตรีแห่งชาติ แต่ครบ วาระตามรัฐบาล พ.ศ. 2529-2531 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาสตรีแห่งชาติใหม่ และผลักดันให้มีระเบียบราชการ รองรับการทำงานพัฒนาสตรีให้ต่อเนื่อง และเสนอให้ จัดตั้งองค์กรถาวร แต่มีการยุบสภาก่อน

ใน พ.ศ. 2532 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่างระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงาน สตรีแห่งชาติ และอนุมัติให้จัดตั้งองค์กรถาวรขึ้นในสำนัก นายกรัฐมนตรี คือ คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงาน สตรีแห่งชาติ พ.ศ. 2535 คณะกรรมการส่งเสริมและ ประสานงานสตรีแห่งชาติ มีมติให้ พ.ศ. 2535 เป็นปี สตรีไทย และจัดทำร่างนโยบายและแผนงานหลักสตรี ระยะยาว พ.ศ. 2535-2554 เพื่อนำไปใช้ในการจัดทำแผน พัฒนาสตรีในช่วง 5 ปี สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) (คณะกรรมการ เฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี, 2535) การดำเนินการ ส่งเสริมสถานภาพสตรีชัดเจนขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เมื่อมี การตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งมีการจัดตั้งสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.) เป็นองค์กรกลางระดับชาติในการพัฒนาสังคม ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายสตรี เพื่อให้มีการพัฒนา พิทักษ์ และ คุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ 2550 โดยบูรณาการแนวคิด ทิศทาง และการบริหารให้เป็นระบบ จากภาคีทุกภาคส่วนและทุกระดับ สำนักงานกิจการสตรี และสถาบันครอบครัวปรับปรุงและดำเนินการจัดทำแผน

พัฒนาสตรี ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติของประเทศ ตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นต้นมา แผนพัฒนาสตรี ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 กำหนดเป้าประสงค์ที่จะสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมที่มี ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์ หลักไว้ 3 ประการ 1) เพื่อพัฒนาหญิงชายให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นคน และความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย 2) เพื่อส่งเสริม และเปิดโอกาสให้สตรีได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ อย่างเต็มศักยภาพ และ 3) เพื่อให้สตรีได้รับการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ แต่การดำเนินงานพัฒนาสตรียังไม่บรรลุ เป้าหมายที่กำหนดทั้งหมด ทั้งยังมีปัญหาและอุปสรรคต่อ การพัฒนาสตรีโดยรวม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

การจัดทำแผนพัฒนาสตรี ในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 จึงใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การ "สร้างสังคม เสมอภาค เป็นธรรม และยุติธรรม ที่สตรีไทยอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มั่นคงปลอดภัย และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี" โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เสริมสร้างเจตคติและการยอมรับด้านความเสมอภาค ระหว่างหญิงชาย 2) การพัฒนาศักยภาพและเพิ่มโอกาส ทางเศรษฐกิจและสังคมของสตรีไทย 3) การพัฒนา สุขภาวะ คุณภาพชีวิต และเสริมสร้างความมั่นคงในชีวิต 4) พัฒนาศักยภาพสตรีเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าร่วม ทางการเมือง การบริหารและการตัดสินใจในระดับต่างๆ 5) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพกลไกและองค์กร สตรีทุกระดับ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์, 2554)

การพัฒนาสุขภาพสตรีที่ต่างประเทศและ ประเทศไทยมีลักษณะเดียวกัน คือ ดำเนินการควบคู่กับ การพัฒนาสตรีในทุกด้านแบบองค์รวม การดำเนินการใน

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายบางส่วน ยังมีปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาสตรีโดยรวมที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยทุกภาคส่วน โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาล เพราะการพัฒนาสตรีในด้านอื่นจะประสบความสำเร็จไม่ได้ถ้าสตรีมีสุขภาพไม่ดี

บทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพสตรี

จากความจำเป็นและความเป็นมาของการพัฒนาสุขภาพสตรีจะเห็นได้ว่า การพัฒนาสุขภาพสตรีเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสถานภาพด้านต่างๆ ของสตรีมากกว่าจะให้ความสำคัญการพัฒนาสุขภาพสตรีเป็นการเฉพาะ ผลการพัฒนาสุขภาพสตรีที่ผ่านมาจึงไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของสตรีได้อย่างแท้จริง จึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาพสตรีให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพอย่างเด่นชัด ส่งเสริมให้สตรีมีสุขภาพที่ดีสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้อย่างเต็มที่

ผู้ที่เหมาะสมที่จะเป็นแกนนำในการพัฒนาสุขภาพสตรี คือ พยาบาล เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะในการดูแลสุขภาพ ประกอบกับพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสตรี มีประสบการณ์ชีวิตที่คล้ายคลึงกับสตรีทั่วไป จึงมีความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและความต้องการของสตรีอย่างลึกซึ้ง สามารถตอบสนองความต้องการ และสื่อสารกับสตรีด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่ยังให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีโอกาสสัมผัสกับผู้ใช้บริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงได้โดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของสตรีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่การดำเนินการโดยบุคคลเพียงคนเดียวคนหนึ่งไม่อาจจะประสบผลสำเร็จได้ จำเป็นต้องประสานความร่วมมือร่วมใจของทุกคนเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จ

จึงมีความจำเป็นที่วิชาชีพการพยาบาลจะต้องเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพสตรี โดยควรมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

1. การกำหนดความหมายของสุขภาพสตรี

ความหมายของสุขภาพสตรีมีความสำคัญต่อการกำหนดขอบเขตการพัฒนาสุขภาพสตรี ในอดีตสุขภาพสตรีมีความหมายที่เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์หรือความสามารถในการสืบพันธุ์ ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพสตรี คือ ความสามารถในการมีบุตร การจัดบริการสุขภาพสตรีดำเนินการในแผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา เพราะสนใจเฉพาะมดลูกและฮอร์โมน โดยเน้นการลด ส่งเสริม และซ่อมแซมความสามารถในการสืบพันธุ์ ทำให้ปัญหาที่ไม่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ถูกละเลย เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษา มักจะได้รับการตรวจรักษาเมื่อสตรีมีความผิดปกติมากจนไม่สามารถทำงานได้ ในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการเคลื่อนไหวของสังคมเกี่ยวกับความจริง ความเชื่อ และโลกทัศน์ของสังคม ส่งผลให้ความหมายของสุขภาพสตรีเปลี่ยนไป โดยมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป

ช่วงทศวรรษ 1830-1840 มีการเคลื่อนไหวของ **ผู้รับบริการสุขภาพ** โดยมีการรวมตัวของกลุ่มสิทธิสตรีชั้นกลาง และกลุ่มผู้ทำงาน ให้คืนสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสุขภาพให้แก่ประชาชน ในช่วงต้นของทศวรรษ 1960 มีการเคลื่อนไหวของสตรี 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มเสรีนิยม (Liberal position) เห็นว่าโครงสร้างของระบบการดูแลสุขภาพเน้นที่ผู้ชาย บริการสุขภาพสตรีไม่ครอบคลุม 2) กลุ่มหัวรุนแรง (Radical position) เห็นว่าสตรีถูกกดขี่ในโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจทุกรูปแบบ แพทย์ทำตัวเป็นผู้ปกครองของผู้รับบริการ ควรเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพเป็นการช่วยเหลือตนเอง ให้ความรู้แก่สตรีเรื่องร่างกายและสุขภาพ เพิ่มการรับรู้ของสตรี ให้โอกาสร่วมในการสร้างทางเลือกใหม่ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีโอกาสตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง และให้เพิ่มจำนวนบุคลากรผู้หญิงในบริการทุกระดับ

3) กลุ่มสังคมนิยม (Social position) เห็นว่ามีการแบ่งแยกบุคคลด้วยระบบชนชั้น เผ่าพันธุ์ และเพศอย่างกว้างขวางในระบบบริการสุขภาพ แบ่งแยกผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยกระทำตามอำเภอใจของผู้ให้บริการ ไม่คำนึงถึงบริบทของปัจเจกบุคคล จึงเสนอให้มีการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งประโยชน์ของผู้รับบริการ และเชื่อว่าการเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงบริการสุขภาพสตรีจะมีผลดีต่อผู้ชายและเด็กด้วย

สุขภาพสตรีได้รับความสนใจจากสังคมมาก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหมายและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพสตรี อย่างไรก็ตามยังไม่อาจสรุปความหมายของสุขภาพสตรีได้อย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยความหมายของสุขภาพสตรีให้ชัดเจนตรงกับกรรับรู้ของสตรี เพื่อนำมากำหนดขอบเขตการพัฒนาสุขภาพสตรีให้ครอบคลุมตรงตามความต้องการของสตรี และกำหนดบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพสตรีให้ชัดเจน รวมทั้งประกาศให้สมาชิกของวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบความหมายดังกล่าวโดยทั่วกัน เพื่อนำไปจัดบริการด้านสุขภาพสตรีให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องประสานกันทุกหน่วยงาน

2. การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรี ในอดีตโดยเฉพาะในประเทศไทย ไม่มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรีไว้อย่างชัดเจน แต่มีนโยบายเป็นกรอบที่จะใช้ในการกำหนดแผนการดำเนินการ และงบประมาณดำเนินงาน วิชาชีพการพยาบาลจึงควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรี ดังนี้ ศึกษาวิจัยปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของสตรีในทุกช่วงวัยของชีวิต แล้วนำข้อมูลที่ได้มากำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพสตรีเพื่อนำเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปกำหนดเป็นนโยบาย

นอกจากนี้องค์การวิชาชีพการพยาบาลยังต้องเคลื่อนไหวผลักดันให้หน่วยงานนำแนวทางที่เสนอ ไปกำหนดนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งเสนอให้ตัวแทนขององค์การวิชาชีพเข้าร่วมเป็นกรรมการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและพัฒนาสตรีแห่งชาติด้วย และติดตามให้มีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพสตรีตามนโยบายที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง

3. การจัดทำระบบสารสนเทศและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพสตรี ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการดำเนินการของหน่วยงาน รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของสตรี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพสตรี โดยทำการวิจัยและให้ทุนอุดหนุนการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพสตรี รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพสตรี นำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสตรีที่ได้จากแหล่งต่างๆ มาประมวลเข้าด้วยกัน เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลสำหรับเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เช่น สถานะสุขภาพสตรี ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของสตรี ความหมายของสุขภาพสตรีและการพัฒนาสุขภาพสตรี แหล่งประโยชน์สำหรับการพัฒนาสุขภาพสตรี ประเภทของการจัดบริการสุขภาพสตรี รูปแบบการดูแลสุขภาพสตรี และการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาสุขภาพสตรี

4. การจัดบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพสตรี ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของสตรีในช่วงวัยต่างๆ โดยเน้นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการบาดเจ็บ ครอบคลุมทุกช่วงวัยของชีวิต รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง การจัดบริการพยาบาลจะต้องยึดหลักการดังนี้

4.1 ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาวิจัย และประสบการณ์ของสตรี

โดยใช้กระบวนการพยาบาล

4.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการจะต้องอยู่บนความเท่าเทียมกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันตลอดเวลา

4.3 สร้างจิตสำนึกให้สตรีมีความสนใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพที่สำคัญของครอบครัวและชุมชน

4.4 ให้สตรีมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงการมีสุขภาพดี

5. การจัดการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพสตรี สถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องจัดหลักสูตรการศึกษาให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพสตรี ดังนี้

5.1 หลักสูตรปริญญาตรี จะต้องสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาททางเพศ สถานภาพและบทบาทสตรีไว้ในวิชาพื้นฐานกลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และภาษา และเนื้อหาความแตกต่างด้านกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาระหว่างเพศไว้ในกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์ เปลี่ยนชื่อวิชาการพยาบาลสูตินรีเวชเป็นวิชาการพยาบาลสตรี และจัดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมความหมายสุขภาพสตรี

ตาม แนวคิดใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัย

5.2 หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาของทุกสถาบัน จะต้องมียุทธศาสตร์การพยาบาลสตรีเป็นหลักสูตรเฉพาะ และจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับสตรี คือ การศึกษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งมีการผสมผสานความรู้และประสบการณ์เข้าด้วยกัน ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับสตรี และเน้นให้มีการศึกษาวิจัยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพสตรีให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

โดยสรุป การพัฒนาสุขภาพสตรีเป็นความจำเป็นระดับต้นของสังคม วิชาชีพการพยาบาลควรมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพสตรี โดยกำหนดความหมายของสุขภาพสตรี มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพสตรี จัดทำระบบสารสนเทศและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพสตรี จัดบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพสตรี และจัดการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพสตรี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2554). *แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- กระทรวงมหาดไทย, กรมการพัฒนาชุมชน. (2531). *แผนพัฒนาสตรีระยะที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. (2534). *ยุทธศาสตร์ในโรปี เพื่อความก้าวหน้าของสตรี*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- _____. (2536). *สตรี ความท้าทาย จากปัจจุบันสู่ปี ค.ศ. 2000*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- คณะกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี. (2535). *ร่างแผนงานหลักและตัวอย่างกิจกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.

- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2535). สถานภาพผู้หญิง: อดีต ปัจจุบัน อนาคต. รายงานการประชุมสมัชชาสตรีแห่งชาติ ครั้งที่ 1 "ปีสตรีไทย" พุทธศักราช 2535. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2550). สตรีในสามทศวรรษของเศรษฐกิจไทย. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2535). คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- Dayal , R. (1985). *Women in health and development in South-East Asia*. New Delhi: World Health Organization Regional office for South-East Asia.
- Foster, P. (1995). *Women and the health care industry*. Buckingham: Open University Press.
- Jarvis, S. (Ed-in-chief). (2010). *Women's health for life*. London: Dorling Kindersley.
- Mayer, B.H., & Munden, J. (2005). *Women's health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva: Author.
- _____. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of literature*. Geneva: Author.
- _____. (2010). *Gender, women and primary health care renewal: A discussion paper*. Geneva: Author.