

รายงานการวิจัย

โครงการพัฒนางานวิจัย ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์

ชุดที่ ๓

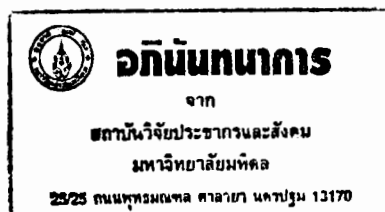
จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ศิริรัศมี
บรรณาธิการ



ดำเนินการโดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
ภายใต้โครงการ THA/99/P02

รายงานการวิจัย
**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยการเจริญพันธุ์
ชุดที่ 3**



**จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ตีรรัตน์
บรรณาธิการ**

**ดำเนินการโดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
ภายใต้โครงการ THA/99/P02 : Development of a Research Agenda
for Gender-Sensitive Reproductive Health Programme in Thailand**

เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 264

รายงานการวิจัย

โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 3

Cataloging in Publication Data

รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
ชุดที่ 3 / จรรยา เศรษฐบุตร, นุปผา ศิริวิทย์ บรรณาธิการ ; ดำเนินการโดย สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545

ISBN 974-05-0064-1

1. เพศศึกษา -- แออนามัย -- วิจัย. 2. เพศสัมพันธ์ -- แออนามัย -- วิจัย. 3. ภาวะเจริญพันธุ์
-- แออนามัย -- วิจัย. 4. วิจัย. I. จรรยา เศรษฐบุตร, บรรณาธิการ. II. นุปผา ศิริวิทย์,
บรรณาธิการ. III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

HQ60 รง451 2545

[DNLM: 1. ภาวะเจริญพันธุ์ -- วิจัย. 2. อนามัยสืบพันธุ์ -- วิจัย. WP565 รง451 2545]

พิมพ์ครั้งแรก มีนาคม 2545

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ (662) 441-9666, (662) 441-0201-4 ต่อ 115
โทรสาร (662) 441-9333
E-mail: directpr@mahidol.ac.th
Homepage: URL: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>

บทบรรณาธิการ

การประชุมระดับโลกเรื่องประชากรและการพัฒนา ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 มุ่งประเด็นความสนใจไปที่คุณภาพชีวิตของประชากรโลกมากกว่านโยบาย การควบคุมจำนวนประชากรดังเช่นในอดีต โดยเน้นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็น ปัญหาละเอียดอ่อน เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความ หลากหลายในสังคมโลก โดยเฉพาะสังคมหรือกลุ่มชาติพันธุ์ที่ให้ความสำคัญกับเพศชายมาก กว่าเพศหญิง ประชากรเพศหญิงต้องเผชิญกับปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ การกดขี่ทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง ตลอดจนผลกระทบอื่น ๆ ทางด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ ดังนั้นความหมายของคำว่า “อนามัยการเจริญพันธุ์” ในปัจจุบันได้ถูกขยาย ขอบข่ายเพื่อให้ครอบคลุมถึงการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการทำแท้ง โรคติดต่อของระบบสืบพันธุ์ และมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ ตลอดจนความรุนแรงและการทารุณทางเพศด้วย ที่ประชุม ประชากรโลกยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของบทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศซึ่งเป็นหัวใจของ การศึกษาและการแก้ปัญหาทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันหาแนวทาง ให้ทุกคนมีพัฒนาการทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย ส่งเสริมให้ชายและหญิง มีความ รับผิดชอบในความสัมพันธ์ทางเพศร่วมกัน มิใช่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแบกภาระไว้แต่เพียงฝ่ายเดียว

จากความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้งานสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) จึงได้ดำเนินโครงการ พัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและสนับสนุนนักวิจัยตามขอบข่ายดังกล่าวข้างต้นโดยให้การสนับสนุนทั้งในรูปของเงิน ทุนวิจัยและที่ปรึกษางานวิจัย การสนับสนุนดังกล่าวกระจายไปทุกภูมิภาคของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อเติมเต็มความรู้ในส่วนที่ยังขาดอยู่อีกมากมาย

บัดนี้ผลงานจากโครงการนี้ได้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจึงได้นำเสนอผลการวิจัยสู่สาธารณชนเพื่อให้เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในมุมมองที่กว้างและลึกกว่าเดิม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานวิจัยชุดนี้ จะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อช่วยกันป้องกัน แก้ไข และส่งเสริมงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญคุณภาพชีวิตประชากร เนื่องจากรายงานผลการวิจัยโครงการนี้มีทั้งสิ้น 17 รายงาน ซึ่งแบ่งชุดรายงานการวิจัยภายใต้โครงการนี้ ออกเป็น 4 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นการรวบรวมรายงานวิจัยในภาคใต้ ชุดที่สองเป็นรายงานการวิจัยในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชุดที่สามและชุดที่สี่รวบรวมรายงานวิจัยในภาคกลาง

จรรยา เศรษฐบุตร
นุปผา ศิริรัศมิ์

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำชุดรายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากหลายฝ่าย โดยมีกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายของโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ด้วย คณะบรรณาธิการขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโครงการที่ริเริ่มให้มีโครงการวิจัยและให้การสนับสนุนอย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการ และผู้ทรงคุณวุฒิอันประกอบด้วย Dr.Trinidad Osteria, ดร.พรชัย สุจิตต์, ดร.เยาวลักษณ์ ราชแพทยาคม, คุณพนอศรี แก้วลาย, แพทย์หญิงสุวรรณา วรคามิน และคุณมนตรี เกกะนันท์ ที่กรุณาเข้าร่วมประชุมให้ข้อเสนอแนะและให้ทิศทางการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

ขอขอบคุณฝ่ายอำนวยความสะดวกในการจัดพิมพ์ชุดรายงานการวิจัยฉบับนี้คือ อาจารย์อรพรรณ หันจางสิทธิ์ หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ผู้ช่วยพิมพ์และจัดรูปเล่มต้นฉบับคือ คุณสมหญิง สุวรรณวัฒน์ และคุณสมชาย ทรัพย์ยอดแก้ว ที่ช่วยออกแบบปกหนังสือเล่มนี้

จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ศิริรัมย์

Dedication to Professor Alan Noel Gray

Prof. Alan Gray is more than a good friend. Through commitment and friendship he provided great inspiration to his colleagues at the Institute for Population and Social Research Mahidol University Thailand. During the unfortunately short period of membership at IPSR, Prof. Alan Gray made significant contributions that had tremendous impact, on strengthening standard of training and research, in the field of population, gender sexuality and reproductive health. He was well respected by us all.

Prof. Alan Gray is a brave individual in the true sense of the term. While still suffering from illness and knowing what the outcome meant to him, he remained calm and stable and did not seem so upset about it. His main concern seemed to be on his work more than his own life. He indicated to some of us that he had made worthwhile contributions in his professional life and, therefore, was not so concerned about the rest of the life. Nevertheless, to all of us his departure is untimely and such a great loss. He is greatly missed.

May all the wholesome deeds that Prof. Alan Gray did throughout his life as a son, a father, a husband, a colleague, a friend and above all, as a human being, be a powerful force and ever glowing light leading him to the final rest in peace and happiness forever.

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
Dedication to Professor Alan Noel Gray	ง
สารบัญ	จ
 รายงานการวิจัย :	
การประเมินประสิทธิผลการให้ข้อมูลของผู้นำนักศึกษาชายและหญิงในเรื่องบทบาท หญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากการใช้หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ ในวิทยาลัยเทคนิค และอาชีวศึกษา Assessment of the Effectiveness of Male and Female Student Leaders as Information Providers for a Gender-Sensitive Reproductive Health Programme in Technical and Vocational Colleges	1
กัธร ไพจิตรต์	
ประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง Assessment of Effectiveness of a Gender-Sensitive Reproductive Health Education Program for Married Couples Expecting their First Child In Angthong Province	67
จิรดา เอี่ยมระหงษ์	
วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์	
โชคชัย อินทรประสงค์	

การข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัว : สาเหตุและผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว	
Incest Behavior : Causes and Effects according to Family Members	135
จักษุ พันธุ์เพชร	
ความสัมพันธ์ด้านบทบาทหญิงชายกับพฤติกรรมทางเพศของแรงงานหญิงชายในชุมชนที่มีผู้ย้ายถิ่นเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร	
Gender Relations in the Sexual Behavior of Male and Female Laborers in Migrant Communities in Bangkok and Samut Sakom	203
รัศมี เจริญทรัพย์	
การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียและสามี ด้านกระบวนการตัดสินใจ และผลของการตั้งครรภ์	
Perceptions of Pregnant Women who are Thalassemia Carriers and Their Husbands : Reproductive Decision Processes and Pregnancy Outcomes	259
พรทิพา ทองไกรแสน	
รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัยภาคกลาง	307
แนะนำหัวหน้าโครงการวิจัย	309
แนะนำบรรณาธิการ	311

รายงานวิจัย
การประเมินประสิทธิผลการให้ข้อมูลของ
ผู้นำนักศึกษาชายและหญิงในเรื่องบทบาทหญิงชาย
ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากการใช้หลักสูตร
อนามัยการเจริญพันธุ์ในวิทยาลัยเทคนิค และอาชีวศึกษา

Assessment of the Effectiveness of Male and Female
Student Leaders as Information Providers
for a Gender-Sensitive Reproductive Health Programme
in Technical and Vocational Colleges

กำธร ไพจิตร

โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544

รายงานวิจัย
การประเมินประสิทธิผลการให้ข้อมูลของ
ผู้นำนักศึกษาชายและหญิงในเรื่องบทบาทหญิงชาย
ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากการใช้หลักสูตร
อนามัยการเจริญพันธุ์ในวิทยาลัยเทคนิค และอาชีวศึกษา

Assessment of the Effectiveness of Male and Female
Student Leaders as Information Providers
for a Gender-Sensitive Reproductive Health Programme
in Technical and Vocational Colleges

กำธร ไพจิตร

โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่วีจักษณ์
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รศ.ดร.บุปผา ศิริวิทย์ และ Dr. Alan Gray จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และคณาจารย์ทุกท่านที่เป็นที่ปรึกษาของโครงการนี้ และอาจารย์ ดร.มาเรียม นิลพันธุ์ จากมหาวิทยาลัยศิลปากร ที่กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัยฉบับนี้ให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ พร้อมทั้งขอขอบคุณกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรินทร์ ประสิทธิ์ศิริคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี นางวันเพ็ญ ศิริประภาลัยศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชช. (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นายบุรินทร์ พิมลลิขิต เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 8 และ นางวีรดา คงมาลัย หัวหน้างานสุขศึกษา ขอขอบคุณผู้บริหารสถานศึกษา และคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้นำนักศึกษา นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค และวิทยาลัยอาชีวศึกษา เขตการศึกษา 5 ทุกแห่ง, วิทยาลัยเทคนิคชัยนาท และวิทยาลัยอาชีวศึกษาชัยนาท ขอขอบคุณกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาเอื้อเฟื้อวิทยุทัศน์ และเอกสารวิชาการ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และคณะวิทยากรทุกท่านที่ได้ร่วมมือในการอบรม ร่วมดำเนินการตามแผนการวิจัยเป็นอย่างดี จนทำให้สามารถดำเนินการวิจัยได้เป็นผลสำเร็จ

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้บังเกิดเกล้าที่ได้ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาของผู้วิจัยและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อบรมสั่งสอน ให้กับผู้วิจัย ตลอดจนญาติพี่น้อง ภรรยา บุตร และเพื่อนร่วมงานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจด้วยดีมาตลอด

กำธร ไพจิตร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรฝึกอบรม บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้นำนักศึกษาทั้งชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ 1) เพื่อทราบปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ บทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายที่เกี่ยวกับมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อตอบสนองความต้องการรับรู้และแก้ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ 3) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้นำนักศึกษา และนักศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการฝึกอบรม และ 4) เพื่อนำผลการประเมินที่ได้ไปเป็นพื้นฐานในการวางนโยบายที่จะนำหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อแก้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนักศึกษาต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของการพัฒนาหลักสูตรเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และในส่วนของการประเมินหลักสูตรเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิจัย (Research) เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา (Development) เป็นการสร้างหลักสูตร ขั้นตอนที่ 3 วิจัย (Research) เป็นการทดลองใช้หลักสูตร และขั้นตอนที่ 4 พัฒนา (Development) เป็นการประเมินผลหลักสูตร สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ และแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t – test โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม

และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำนักศึกษา นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษา และคณะวิทยากร พบว่า หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ มีความสำคัญต่อกลุ่มนักศึกษา และเป็นเรื่องที่เหมาะสมกับวัย และสามารถแก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาได้ทางหนึ่ง ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมได้นำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปแนะนำเพื่อนนักศึกษา และร่วมจัดกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาด้วย และเมื่อทดลองใช้หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์แล้ว พบว่า กลุ่มผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมมีระดับคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้นำนักศึกษาในกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001.

EXECUTIVE SUMMARY

Data in 1997 from the Health Promotion Center Region 4 revealed that problems related to reproductive health such as premarital sex, unwanted pregnancy, rape and sexual violence were found to have increased in Region 4, where Suphanburi province is located. The means to overcome these problems are firstly to increase people's awareness of such problems, and then to create a sense of responsibility and readiness to participate in health promotion activities through the education process.

Students are one of the priority target groups for gender-sensitive reproductive health education. These adolescent boys and girls are entering their reproductive years and facing problems related to gender and reproductive health behaviors. Because of their leadership role, student leaders can be an effective channel to convey correct information and knowledge about reproductive health and increase the responsibility to their colleagues/peers.

In the continuing absence of effective training models on gender and reproductive health in Thailand, this study had as its main objective to develop and evaluate a training program on Gender Sensitive Reproductive Health for male and female student leaders in Technical and Vocational Colleges. The project's specific objectives entailed: (i) to assess the needs and problems concerning sexuality and gender-sensitive reproductive health among male and female student leaders, which would serve as formative information for developing the gender-sensitive training program on sexuality and reproductive health; (ii) to develop and implement such a program to fulfill the needs and resolve problems of students regarding their sexuality and reproductive health; (iii) to evaluate changes in knowledge and behaviors of student leaders regarding their sexuality and reproductive health before and after implementing the training program; and (iv) based on changes in attitudes and behaviors of the student leaders, to determine the effectiveness and feasibility of the training program as a mechanism for improve the reproductive health of adolescents.

This study used a combined research and development approach entailing four stages. In stage one, focus groups of 10 to 15 students from the Colleges were conducted to explore their fundamental knowledge of gender roles and reproductive health. Results of this stage revealed that the perceptions, knowledge and skills of students in terms of hygiene, sexuality, gender roles and reproductive health were low.

In stage two, three experts developed a pilot gender and reproductive health education curriculum based on the information from the focus groups, prevailing theories and well as existing materials, measurement and evaluation methods. Thereafter in stage three, the education program was initiated among two groups of students in two provinces during student activity periods for a total of 10 sessions. This also included two days of theory training for student leaders. The method of information transfer rested heavily on participatory learning and child-centered learning techniques.

In stage four, the curriculum was evaluated on a pre- and post-test basis, looking in particular at evaluating variations in knowledge of students as related to the training of student leaders. The experimental group for this evaluation included 300 trained student leaders, while the control group contained 300 untrained student leaders. Chi-square, standard deviation and t-tests were used to assess levels and significance of changes.

Results of the stage four evaluation showed that the three groups of students (two experimental groups, one in each of two provinces, and the control group) had moderate knowledge levels regarding gender roles and reproductive health prior to the education program's implementation. Their average knowledge scores were not different. After the program was implemented, however, the experimental groups showed moderate to high levels of knowledge increase, whereas the control group exhibited on a slight increase.

After conclusion of the program, interviews with administrators and instructors from the Colleges revealed that they through the reproductive health curriculum was important for the student groups and appropriate for their age levels. The guidelines and information can also be used to assist students in solving problems or answering questions. They also reported that student leaders were actively taking care of their friends (especially those in high-risk groups) by sharing their knowledge and advising them about gender and reproductive health matters. These leaders were also assisting instructors to solve other problems within their Colleges.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Executive Summary	iv
สารบัญ	vi
สารบัญตาราง	viii
สารบัญแผนภูมิ	x
 1. บทนำ	 1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	4
 2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	 4
 3. ระเบียบวิธีการวิจัย	 12
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	13
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	13
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	14
 4. ผลการวิจัย	 14
4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน	15
4.2 การพัฒนาหลักสูตร	19
4.3 การทดลองใช้หลักสูตร	20

	หน้า
4.4 การประเมินผลการใช้หลักสูตร	22
4.4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	23
4.4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับ บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	30
4.4.3 ผลการวิเคราะห์เนื้อหา ความเหมาะสม และประโยชน์ของหลักสูตร ที่พัฒนาขึ้น	30
4.4.4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	34
5. สรุปผลการวิจัย	37
6. อภิปรายผล	40
7. ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	47
ภาคผนวก ก ตารางสรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัย การเจริญพันธุ์	51
ข ตารางการอบรมผู้นำนักศึกษา เรื่อง “บทบาทหญิงชายด้านอนามัย การเจริญพันธุ์” และหัวข้อการอบรมผู้นำนักศึกษาเรื่อง “บทบาท หญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์”	63

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	26
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลบทบาท หญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	28
3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข่าวสาร ความรุนแรงทางเพศ และความรู้สึกรู้สึกต่อข่าวความรุนแรงทางเพศที่ได้รับ	29
4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษา และกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง	53
5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษา และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง	54
6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	55
7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง	56
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	57

ตาราง

9	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจลีย์ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	58
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจลีย์ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษา และกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง	59
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจลีย์ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำ นักศึกษาและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง	60
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจลีย์ความรู้ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง	61

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิสรุปขั้นตอนการวิจัย	12
----------------------------------	----

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันรูปแบบการดำเนินงานด้านประชากรของกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนไปจากเดิม โดยจะเน้นหนักไปที่การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยให้ก้าวหน้าไปสู่ขั้นสูงสุด คือ ให้มีคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ ทั้งนี้เพราะเมื่อคนมีการพัฒนาเต็มศักยภาพในทุก ๆ ด้านแล้วก็จะสามารถดำรงชีวิตและประกอบอาชีพได้อย่างมีความสุข รู้ทันการเปลี่ยนแปลง รวมเป็นพลังสร้างสรรค์การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนได้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2539 : 1 - 2) โดยชายและหญิงที่จะเป็นคู่สมรส และผู้ที่อยู่ในสถาบันครอบครัวแล้ว จำเป็นต้องมีความพร้อมที่จะสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ โดยมีความรู้ ทักษะที่ดี และถูกต้องในเรื่องสุขภาพอนามัย การใช้ชีวิตคู่เพื่อดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ซึ่งหากพิจารณาจำนวนประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในปัจจุบันพบว่าประชากรวัยเจริญพันธุ์ คือ ประชากรชายและหญิงที่มีอายุ 15-44 ปี มีจำนวนถึง 15,495,000 คน (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539 : 10-11) เป็นกลุ่มที่สามารถให้กำเนิดบุตร เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเพื่อสร้างฐานะ สร้างความยอมรับในสังคม และสร้างครอบครัวให้อยู่เป็นปกติสุขต่อไป ซึ่งการตระหนักถึงบทบาทหญิงชายก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งประการหนึ่ง กล่าวคือ การที่หญิงหรือชายมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และบทบาทที่จะกระทำต่อบุคคลอื่น ก็จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้รวมไปถึงการสร้างอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและสมบูรณ์ด้วย กล่าวคือ การสร้างภาวะความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (กองวางแผนครอบครัวและประชากร, 2540) และยังรวมไปถึงหลังวัยเจริญพันธุ์ด้วย และยังมีผลกระทบต่อบุตรหลานต่อไปด้วย ซึ่งการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชากรให้มีสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่งด้วย โดยจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ในทุกช่วงของชีวิต องค์ประกอบ

พื้นฐาน ได้แก่ สตรีมีความสามารถเจริญพันธุ์ได้ มีบุตรได้ สามารถควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ของตนเองได้ และสามารถมีความสุขกับการมีความสัมพันธ์ทางเพศได้ สามารถมีบุตรที่แข็งแรงและบุตรมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย มีวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด มีผลทำให้สตรีและบุตรได้รับความปลอดภัย รวมทั้งความต้องการทางเพศไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

นักเรียนนักศึกษา จัดเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่จะต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นอีกมาตรการหนึ่งในการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มหลักในการเริ่มต้นเข้าสู่วัยการเจริญพันธุ์ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์หลายประการ เช่น การทำแท้งที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ ซึ่งการอบรมผู้นำนักศึกษานี้ จะนำไปสู่การถ่ายทอดการเรียนรู้ในระดับเดียวกัน ในระหว่างเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน จะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันง่ายขึ้น ประกอบกับในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม และมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้การสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ แต่สำหรับรูปแบบในการฝึกอบรมนั้นยังไม่ชัดเจน จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับล่างเองก็ยังไม่สามารถถ่ายทอดกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ก็ยังเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ยังไม่มีหลักสูตรฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ที่เป็นรูปธรรมเลย

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้นำนักศึกษาทั้งชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ บทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษา ชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรและดำเนินการฝึกอบรมบทบาทหญิงชายที่เกี่ยวกับมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อตอบสนองความต้องการรับรู้ และแก้ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์
3. เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้นำนักศึกษา และนักศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการฝึกอบรม
4. เพื่อนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการวางนโยบายที่จะนำหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อแก้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนักศึกษาต่อไป

1.3 คำถามการวิจัย

1. หลักสูตรฝึกอบรมอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านบทบาทหญิงชายของผู้นำนักศึกษา ชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาควรมีลักษณะใด
2. การให้ความรู้เรื่องบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมของนักศึกษาในลักษณะใด

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้นำนักศึกษา ชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา
2. หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้นำนักศึกษา ชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา

2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและวิทยาลัยอาชีวศึกษาในครั้งนี้ เป็นการพัฒนากลยุทธ์ขึ้นใหม่ โดยได้อาศัยพื้นฐานเดิมที่มีอยู่ และความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่ายในการพัฒนากลยุทธ์ฉบับนี้ เพื่อนำหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมานี้ไปใช้ในการเพิ่มพูนความรู้ และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยที่จะต้องมีการพัฒนาตามกระบวนการพัฒนากลยุทธ์ ซึ่งมีการจัดลำดับขั้นตอนของการดำเนินงานไว้อย่างต่อเนื่อง มีระเบียบแบบแผน มีเหตุผลและมีความเป็นไปได้ ซึ่งไทเลอร์ (Tyler 1960 : 1) ได้เสนอคำถามที่จะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ 4 ประการ คือ 1) มีจุดมุ่งหมายทางการศึกษาอะไรบ้างที่โรงเรียนจะต้องคำนึงถึง และจะปลูกฝังให้กับผู้เรียน 2) มวลประสบการณ์ทางการ

ศึกษาอะไรบ้างที่จะสนองความต้องการของผู้เรียนและมีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดขึ้น 3) จัดประสบการณ์ทางการศึกษาเหล่านั้นให้มีประสิทธิภาพดีได้อย่างไร 4) จะพิจารณาได้อย่างไรว่าจุดมุ่งหมายที่กำหนดขึ้นได้บรรลุแล้ว ถ้าหากจะพิจารณาแนวคิดของไทเลอร์นั้นอย่างละเอียดจะพบว่า การพัฒนาหลักสูตรจะมุ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการจัดมวลประสบการณ์ ตลอดจนประสิทธิภาพของประสบการณ์ และการประเมินผลตามจุดมุ่งหมายการศึกษาที่กำหนดไว้ ซึ่งแนวคิดนี้จัดได้ว่าได้รับความนิยมแพร่หลายในวงการการศึกษา และการพัฒนาหลักสูตร สงัด อุทราพันธ์ (2532 : 38-43) ได้ประยุกต์แนวคิดของไทเลอร์เพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดขั้นตอนของการพัฒนาหลักสูตร 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดข้อมูลพื้นฐาน 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร 3) การคัดเลือกจัดเนื้อหาสาระและประสบการณ์การเรียนรู้ที่นำมาจัดไว้ในหลักสูตร 4) การกำหนดมาตรการวัดและประเมินผล 5) การทดลองใช้หลักสูตร 6) การประเมินผลการใช้หลักสูตร 7) การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร ก่อนนำไปใช้ นอกจากนี้วิชิต สุรัตน์เรืองชัย (2533 : บทคัดย่อ) ได้พัฒนา หลักสูตรโดยใช้กระบวนการพัฒนา 5 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับสร้างหลักสูตร 2) การสร้างหลักสูตร 3) การทดลองใช้หลักสูตร 4) การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร และ 5) ติดตามผลกระทบจากการทดลองใช้หลักสูตร และรัตน์ บัวสนธ์ (2535), มาเรียม นิลพันธุ์ (2536) และยุวดี ฤาชา (2536 : บทคัดย่อ) ได้ทำการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างหลักสูตร 3) การทดลองใช้หลักสูตร และ 4) การประเมินหลักสูตร

สำหรับการสอนเรื่องเพศศึกษา บทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์นั้น มีผู้ศึกษาไว้ในหลายลักษณะด้วยกัน ได้แก่

สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Medical Association – AMA อ้างใน ระวีวรรณ แสงฉาย, 2536 : 6) กล่าวว่า การสอนเพศศึกษา หมายถึง การสอนเพื่อจะช่วยให้ส่งเสริมครอบครัวให้มั่นคง ถาวร เพื่อให้เด็กเข้าใจและยอมรับนับถือตัวเองมากขึ้น เพื่อพัฒนา

ความสามารถในการสร้างเสริมมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี เพื่อปลูกฝังความรับผิดชอบในการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศที่มีต่อสังคม และเพื่อที่จะยกมาตรฐานความสามารถของการที่จะเป็นบิดา มารดา ซึ่งรู้จักหน้าที่ที่ดีของตนในอนาคต โดยการสอนเพศศึกษาแก่เด็กนี้ จะต้องไม่หมายถึงการสอนเรื่องเทคนิคการร่วมเพศ หรือความผิดปกติทางเพศใด ๆ

ชัยวัฒน์ ปัญพวงษ์ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจารุณี นະวิโรจน์ (2523 : 3-4) กล่าวว่า การสอนเรื่องเพศศึกษาเป็นกระบวนการทางการศึกษาที่จะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจถึงความแตกต่างทางด้านกลไกการทำงาน การเปลี่ยนแปลง ความต้องการ และผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ความต้องการของเพศทั้งสองในทุกด้าน ทั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการปรับตัว วางแผนชีวิต และการตัดสินใจปฏิบัติต่อกันระหว่างเพศ และเพศเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะมีผลทำให้เกิดความเป็นระเบียบในสังคมและชีวิตครอบครัว

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2539) สรุปว่า เพศศึกษา หมายถึง การเรียนรู้บทบาทของชายหญิง และการอยู่ร่วมกันของชายหญิงในทุกช่วงของพัฒนาการ โดยต้องตอบสนองความต้องการของเด็ก สิ่ง que เด็กเรียนรู้ในโรงเรียน ในสังคม หรือน่าจะเรียนรู้

สุชาติ โสมประยูร และวรรณิ โสมประยูร (2531 : 178) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศไว้ว่า

1. เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติ หรือค่านิยม และแนวความคิดที่ดีงามเกี่ยวกับเรื่องเพศให้เด็ก ซึ่งจะเป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งในการตัดสินใจอย่างฉลาด
2. เพื่อเป็นการสร้างเสริมลักษณะนิสัย และความประพฤติทางเพศ รวมทั้งความสำนึกในหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อการกระทำต่าง ๆ เหล่านั้น ทั้งในด้านส่วนตัวและส่วนรวม

3. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องกระบวนการ ทางด้านกายวิภาค และด้าน สรีรวิทยา สภาพของจิตใจ วุฒิภาวะทางอารมณ์ ลักษณะทางสรีรวิทยา และบทบาทของสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับเพศ และชีวิตครอบครัว

4. เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจ และรู้จักใช้คำศัพท์หรือประมวลคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง เพศ และสามารถนำไปใช้สื่อความหมายกับผู้อื่นในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสม

5. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจน ในผลที่สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติตน การแสดงความประพฤติ หรือพฤติกรรมทางเพศในลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลว่าอาจเกิดผล ลัพท์ต่อบุคคลและสังคมได้ ทั้งในทางดีและไม่ดี

6. เพื่อช่วยแก้ไขความเชื่อ และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ รวมทั้ง แนวความคิดหรืออิทธิพลอื่น ๆ ที่อาจจะนำมาซึ่งความกังวลใจ และปมด้อยต่าง ๆ ให้ลดน้อยลงหรือ หหมดไป

7. เพื่อช่วยสร้างเสริมความสมบูรณ์ของจิตใจ และอารมณ์ทางเพศของนักเรียนให้ เจริญงอกงาม และพัฒนาไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมโดยมุ่งที่บุคลิกภาพ และความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะช่วยให้เด็กเป็นสมาชิกที่พึงปรารถนายิ่งขึ้นของครอบครัว และเป็นบิดามารดาที่ดีในอนาคต

การเรียนรู้จัดเป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของมนุษย์ ความสามารถของ มนุษย์ในอันที่จะเรียนรู้อะไรใหม่ เรียนรู้ทัศนคติ เรียนรู้ทักษะความชำนาญ มีความสำคัญต่อ ระดับความสำเร็จความพึงพอใจต่อชีวิตของบุคคล ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ (2536 : 49) ได้ให้คำจำกัดความของการเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การ เรียนรู้อาจจะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนอง อาจเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เหตุผล การสร้างจินตนาการการเกิดแนวคิดแบบนามธรรม และการแก้ไข ปัญหา

อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้ที่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ ซึ่งพฤติกรรมนี้มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ พฤติกรรมในแต่ละด้านนั้น ต่างก็มีความสำคัญและจะเป็นองค์ประกอบที่จะช่วยเสริมให้พฤติกรรมการปฏิบัติปรากฏขึ้น ซึ่งจุดมุ่งหมายทางการศึกษานั้นจะเน้นการเปลี่ยนแปลงทั้งสามด้านดังกล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ ได้เน้นการจัดการศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยมกันมาก เพราะเชื่อกันว่าความรู้อย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ ถ้าปราศจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติหรือค่านิยม

การนำหลักทฤษฎีการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในงานสุศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการจัดโครงการสุศึกษาในโรงเรียน ในชุมชนหรือในสถานบริการสาธารณสุข อาจสรุปหลักการโดยสังเขป ดังนี้

1. การสอนสุศึกษาควรเน้นที่การได้ประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องทางสุภาพอนามัย เพื่อจะได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนเป็นนิสัย ดังนั้น การจัดเวลาหรือสถานการณ์ให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการสอนสุศึกษา โดยเฉพาะสำหรับเด็ก การฝึกปฏิบัติบ่อย ๆ นี้ บุคคลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับเด็ก ควรจะร่วมมือกันเพื่อจัดโอกาสที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติ ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน

2. การให้รางวัล ซึ่งอาจเป็นรางวัลทางใจ เช่น การยกย่องชมเชย การแสดงกิริยายอมรับ หรือรางวัลทางวัตถุ (ไม่ควรเน้นด้านนี้มากเกินไป) จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนต้องการที่จะเรียนและปฏิบัติซ้ำในสิ่งที่ถูกต้องนั้น

3. การจัดกิจกรรมทางสุศึกษาควรจะให้เหมาะสมกับผู้เรียน ทั้งทางด้านความรู้ พื้นฐาน ความต้องการ ความสนใจ ระดับอายุ ความสามารถทางสติปัญญา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

4. การสอนสุศึกษาไม่ใช่เป็นการให้ผู้เรียนจดจำเนื้อหา แต่ควรเน้นให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ สามารถคิด วิเคราะห์ ประเมินผลสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล และรอบคอบ ดังนั้น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนมีความสามารถในการใช้สติปัญญาดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก การหาข้อมูลให้ผู้เรียนได้ศึกษาพิจารณา การตั้งคำถาม การแนะแนวของครู

การให้ผู้เรียนได้ลองแก้ปัญหาด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะ ความสามารถในการใช้ความคิดได้

5. การจัดสภาพแวดล้อมของการเรียนให้น่าสนใจ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนเพิ่มขึ้น

6. วิธีสอนที่ดีที่สุดไม่ได้มีวิธีเดียว ครูหรือนักศึกษาคควรจะใช้หลาย ๆ วิธีที่เหมาะสมกับผู้เรียน ชนิดของการเรียน วัตถุประสงค์ และสิ่งแวดล้อม อาจจะใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม หรือการสอนโดยผ่านสื่อ เป็นต้น

7. เนื้อหาการสอนควรเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้เรียน จะช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจในเรื่องนั้น ๆ มากขึ้น และสามารถประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนในการแก้ปัญหาของเขาได้ นอกจากจะช่วยให้ผู้เรียนอยากเรียนแล้ว ยังจะช่วยให้มองเห็นประโยชน์ของการเรียนสิ่งนั้น ซึ่งเขาจะสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตจริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิด ทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้นำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับเพศและการดูแลสุขภาพ ดังนี้

จกกล นาหิรัญ (2525 : 120-123) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสนใจทางด้านเพศศึกษา ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนทดลอง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 434 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. นักเรียนมีความสนใจด้านเพศศึกษาในระดับปานกลาง โดยสนใจหมวดชีวิตครอบครัว เป็นอันดับหนึ่ง และสนใจหมวดกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาเป็นอันดับสุดท้าย

2. นักเรียนสนใจหัวข้อเรื่องการมีความรักมากที่สุด รองลงมาหัวข้อการสืบพันธุ์ของมนุษย์ วิธีการที่จะทำให้ครอบครัวมีความสุข การมีประจำเดือน การมีน้ำอสุจิ และกระเทย ตามลำดับ

นพพร พานิชสุข (2522 : 67-73) ศึกษาเรื่อง ทักษะคิดและความต้องการของอาจารย์ และนักเรียนสาธิตรามคำแหง ในเรื่องการสอนเพศศึกษา พบว่า กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อความรู้ในเรื่องเพศของนักเรียนชายมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการดูภาพโป๊ และการเที่ยวโสเภณี สำหรับนักเรียนหญิงนั้น แหล่งความรู้เรื่องเพศมาจากครูและเพื่อนสนิท ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศนั้น นักเรียนชายส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเพื่อนสนิทมากกว่าพ่อแม่ ส่วนนักเรียนหญิงต้องการปรึกษาพ่อแม่มากกว่า

ปรียา อันตระกูล (2523 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านเพศศึกษาและการวางแผนครอบครัว พบว่า นักเรียนหญิงมีความรู้เรื่องเพศศึกษามากกว่านักเรียนชาย แต่มีทัศนคติในเรื่องนี้ไม่แตกต่าง

จิราพร มงคลประเสริฐ (2539 : 98-102) ศึกษาผลการใช้แผนการสอนเพศศึกษาต่อความรู้ เจตคติ และสุขปฏิบัติทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดน่าน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 39 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโดยใช้บทเรียนโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนเพศศึกษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและสุขปฏิบัติทางเพศสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑามาศ นุชนารถ (2531 : ก-ข) ศึกษาการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 836 คน พบว่า นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.30 โดยเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการร้อยละ 27.50 ส่วนเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก ร้อยละ 5.90 สำหรับอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16 ปี ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพราะอยากรลอง และเคยมีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 24.00

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์ และประยุกต์ใช้กับการพัฒนาหลักสูตร โดยอาศัยหลักทฤษฎีวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

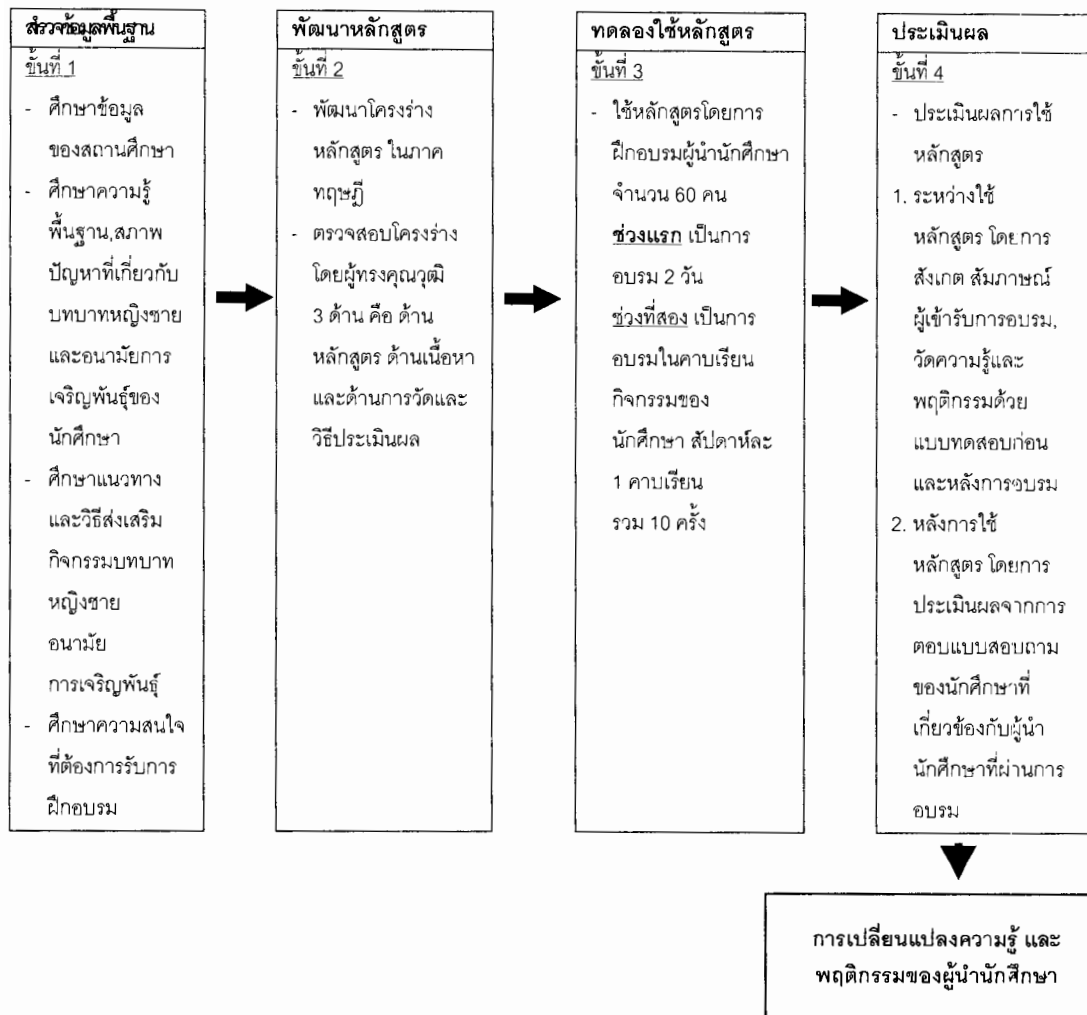
ขั้นตอนที่ 1 วิจัย (Research) เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของสถานศึกษา ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้พื้นฐานของนักศึกษาเกี่ยวกับ บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สภาพปัญหาที่เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ บุคคลที่จะมีส่วนช่วยเหลือในการแก้ปัญหาบทบาทหญิงชายด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนแนวทางในการที่จะส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทหญิง ชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา โดยวิธีการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้นำนักศึกษา จำนวน 12-20 คน/กลุ่ม โดยจัดสนทนากลุ่มแบบไม่แยกชายและ หญิงสถานศึกษาละ 1 กลุ่ม รวม 9 กลุ่ม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเพื่อพัฒนาโครงร่างหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา (Development) เป็นการพัฒนาโครงร่างหลักสูตรในภาค ทฤษฎี โดยผู้วิจัยร่วมกับนักวิชาการด้านการพัฒนาหลักสูตรและด้านสาธารณสุข ซึ่งเมื่อ พัฒนาโครงร่างหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ได้นำหลักสูตรที่พัฒนาให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตร ด้านเนื้อหา และด้านการวัดและประเมินผล ตรวจสอบ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 วิจัย (Research) เป็นการนำหลักสูตรที่จัดทำขึ้นไปใช้ โดยการฝึก อบรมภาคทฤษฎี 2 วัน และเสริมในช่วงกิจกรรมนักศึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 2 เดือน (10 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนา (Development) เป็นขั้นตอนการประเมินเนื้อหาหลักสูตรใน 2 ส่วน คือ ระหว่างใช้หลักสูตร และหลังการใช้หลักสูตร โดยหลังการใช้หลักสูตรประเมินจากผล การเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมของนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้นำที่ผ่านการอบรม

จากขั้นตอนการดำเนินการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ดังแผนภูมิ



แผนภูมิ : สรุปขั้นตอนการวิจัย

3. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของการพัฒนาหลักสูตรเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และในส่วนของการประเมินหลักสูตรเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi

Experimental Research) โดยประยุกต์แนวคิดมาจากทฤษฎีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตและระเบียบวิธีวิจัยไว้ ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้นำนักศึกษาทั้งชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา เขตการศึกษา 5

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำนักศึกษาทั้งชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา เขตการศึกษา 5 ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี และกาญจนบุรี จังหวัดละ 30 คน รวม 60 คน และกลุ่มนักศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้นำนักศึกษาของสถานศึกษาที่ดำเนินการฝึกอบรมผู้นำนักศึกษา จำนวน 246 คน สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาในจังหวัดที่มีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 338 คน ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จังหวัดชัยนาท เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ระยะเวลาวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาการทำวิจัยในครั้งนี้ 18 เดือน คือ การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน 3 เดือน การพัฒนาหลักสูตร 3 เดือน การใช้หลักสูตร 4 เดือน การประเมินหลักสูตร 4 เดือน สรุปผลการวิจัย 4 เดือน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วย แนวการจัดสนทนากลุ่ม หลักสูตรฝึกอบรมบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้นำนักศึกษา ชายและหญิงในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์นักศึกษา

ระยะเวลาฝึกอบรม การฝึกอบรมครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาฝึกอบรมครั้งแรก 2 วัน และอบรมในคาบเรียนกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 10 ครั้ง

เนื้อหา หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีหัวข้อการอบรมที่ได้จากการสรุปแนวทางและวิธีการจัดกิจกรรมด้านบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาที่ทำการจัดสนทนากลุ่มแล้วนำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นโครงร่างหลักสูตร

การเก็บข้อมูล การวิจัยนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 2 ส่วน คือ การเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาหลักสูตร เป็นการเก็บข้อมูลพื้นฐานในด้านบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้นำนักศึกษา โดยการจัดสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและร่วมกันวิเคราะห์ผลจากข้อมูลที่ได้รับ สำหรับการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานในการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้หลักสูตร โดยการใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้นำแบบสอบถามไปให้สถานศึกษาตัวอย่างเพื่อแจกให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แล้วรวบรวมส่งคืนผู้วิจัยต่อไป

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของการพัฒนาหลักสูตรเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และในส่วนของการประเมินหลังการอบรมเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ซึ่งเป็นการประเมินความรู้และพฤติกรรมของนักศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t-test

4. ผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในส่วนของการพัฒนาหลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้นำนักศึกษา ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรตามหลักทฤษฎี Research and Development ดังนี้

4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน

จากการเก็บข้อมูลโดยการจัดสนทนากลุ่ม ของผู้นำนักศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกจากคณะผู้วิจัย พบว่า ผู้นำนักศึกษาไม่เคยได้รับความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์เลย และเมื่อได้ดำเนินการกลุ่มสนทนาในเรื่องที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สามารถสรุปว่าในด้านบทบาทหญิงชายนั้น ผู้นำนักศึกษาไม่เคยได้รับข้อมูล และมีความรู้ในเรื่องบทบาทหญิงชายนี้เลย ซึ่งจากการให้ความหมาย ตามความเข้าใจของผู้นำนักศึกษาสรุปได้ว่าเป็นความแตกต่างของชายและหญิง เมื่อเข้าสู่ภาวะที่ต้องอยู่ร่วมกันโดยจะต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ก็ให้ความหมายว่า หมายถึง การดูแลรักษา การรักษาความสะอาดของร่างกาย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งรวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวัย ซึ่งนักศึกษาเคยได้เรียนเรื่องเพศศึกษาในวิชาพลานามัย (สุขศึกษา) ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งเป็นวิชาที่เกี่ยวกับสรีระของเพศชายและเพศหญิง การมีเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว โรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โรคเอดส์ แต่นักศึกษาได้ให้ข้อมูลว่าอาจารย์ผู้สอนในเรื่องดังกล่าวไม่สามารถถ่ายทอดได้อย่างละเอียด และเวลาเรียนค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้เรียนไม่เข้าใจในเรื่องต่าง ๆ มากนัก สำหรับการวางแผนล่วงหน้าว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน และจะป้องกันการมีบุตรได้อย่างไร ซึ่งแบ่งออกเป็นแบบชั่วคราว ได้แก่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด การใช้ยาฉีดคุมกำเนิด การใช้ยาฝังคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย และการนับวันปลอดภัย สำหรับแบบถาวร ได้แก่ การทำหมันชาย และการทำหมันหญิง

จากสภาพการรับรู้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า นักศึกษามีความรู้ด้านสุขศึกษาและเพศศึกษาค่อนข้างน้อย ในการมีประจำเดือนครั้งแรกนักศึกษาบางคนไม่เคยรู้มาก่อนว่าเป็นอย่างไร จะเลือกใช้ผ้าอนามัยอย่างไร และใช้อย่างไร ซึ่งเป็นปัญหามากในระยะแรก ๆ

นอกจากนี้ ยังมีข้อคำถามบางประการที่ผู้นำนักศึกษาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้พื้นฐาน และทักษะที่นักศึกษามีอยู่ เช่น

นักศึกษาสงสัยว่าประจำเดือนมีเกิดขึ้นได้อย่างไรมาจากอะไร

นักศึกษาเข้าใจว่าปัสสาวะและประจำเดือนออกมาจากช่องทางเดียวกัน

นักศึกษาสงสัยว่าอวัยวะเพศชายเข้าไปในช่องคลอดได้อย่างไร

นักศึกษาสงสัยว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร และวิธีการคุมกำเนิดแต่ละวิธีทำได้อย่างไร และมีผลอย่างไรบ้าง

นักศึกษาสงสัยว่าจะสวมถุงยางอนามัยในเวลาใด และอย่างไร

นักศึกษากล่าวว่าได้มีการสอนเรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมมาบ้างแล้ว แต่ไม่สามารถตรวจเองได้

นักศึกษาสงสัยว่าเพื่อนที่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้วบอกว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเจ็บมาก มีผลมาจากอะไร

นักศึกษาสงสัยว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบในวิดีโอเป็นเรื่องจริงหรือไม่ เช่น การทำออรัลเซ็กส์ การร่วมเพศทางทวารหนัก และการมีเพศสัมพันธ์ต้องถอดเสื้อผ้าทั้งหมดหรือไม่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนในครั้งเดียวกันเป็นลักษณะใด

ในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นนั้น ผู้นำนักศึกษาให้ข้อมูลว่านักศึกษามีเพศสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน และมีบางคู่ที่มีการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ซึ่งบางคู่ก็แก้ปัญหาโดยการยอมรับกับผู้ปกครอง และได้มีการตกลงแต่งงานกัน และบางคู่ก็จะแก้ปัญหาโดยการทำให้เกิดการแท้ง ซึ่งในการตั้งครรภ์ในระยะแรก ๆ จะซื้อยาขับเลือดจากร้านขายยาตัวเอง โดยไม่ได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และถ้าหากอายุครรภ์มากขึ้น ก็จะไปทำแท้งกับคลินิกเถื่อนที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยจะได้รับคำแนะนำมาจากเพื่อน ๆ ซึ่งจากการจัดกลุ่มสนทนาทำให้ทราบถึงความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องของเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาในระดับนี้ ทั้งนี้กลุ่มผู้นำนักศึกษาได้ให้ข้อมูลว่า นักศึกษาจะพยายามหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพราะการปรึกษาพ่อแม่หรือญาติที่บ้าน มักจะถูกปฏิเสธ และให้สนใจการเรียนก่อนทำให้นักศึกษาต้องพยายามศึกษาด้วยตนเอง เช่น

ปรึกษาจากกลุ่มพี่หรือเพื่อนๆ การหาเซาวีดีโอโป๊มาดู การอ่านหนังสือ หรือการอ่านจากคอลัมน์ตอบปัญหาทางเพศทางนิตยสารและหนังสือพิมพ์ โดยจะต้องแอบอ่านหรือแอบกระทำ เพราะถ้าผู้ใหญ่พบเห็นจะหาว่ากระทำเกินเด็ก แต่นักศึกษามักคิดว่าคงเป็นเรื่องที่ไม่ผิด เพราะสามารถทำออกมาขาย-ให้เข้าได้ และนอกจากนี้นักศึกษาชายบางคนได้ให้ข้อมูลว่า เพื่อเป็นการสนองความอยากรู้ของตน ก็เลยไปลองใช้บริการกับหญิงบริการ โดยทำตามแบบที่ผู้ใหญ่ทำกัน คือ การไปใช้บริการตามร้านอาหารที่มีหญิงบริการแฝงอยู่ด้วย ทั้งนี้เพราะการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศไม่เพียงพอต่อความอยากรู้อยากเห็นนั่นเอง การให้ความรู้ก็มีการสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมาขณะที่นักศึกษาสามารถหาสิ่งอื่นมาสนองความอยากรู้ได้หลายทาง

ในกรณีของบทบาทหญิงชาย พบว่า ไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน นักศึกษาจะได้รับทราบข้อมูลซึ่งเป็นพื้นฐานทางครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม นักศึกษามีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ ไม่ต้องการสอนก็ได้ ทั้งนี้ นักศึกษามีความเห็นที่ผู้ชายเป็นเพศที่มีความแข็งแรงมากกว่า และควรให้ความช่วยเหลือผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงก็ต้องคอยดูแลในเรื่องของความเป็นอยู่ อาหารก็กิน การดูแลภายในบ้านเรือน สำหรับในกรณีของการถูกระทำรุนแรงทางเพศ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากผู้นำนักศึกษาพบว่า เคยมีนักศึกษาถูกระทำรุนแรงทางเพศ โดยการข่มขืนหลายราย ทั้งนี้ จะไม่มีการแจ้งความดำเนินคดีทางกฎหมาย เนื่องจากอาย และกลัวถูกทำร้าย นักศึกษาที่ถูกข่มขืนเดินทางกลับบ้านในเวลากลางคืน จากการให้ข้อมูลพบว่ามีเหตุการณ์การถูกข่มขืนในทุกจังหวัด ซึ่งเกิดขึ้นในลักษณะเดียวกัน รวมทั้งมีการถูกข่มขืนจากผู้ชายด้วย สำหรับกรณีถูกล่วงเกินทางเพศ เช่นการลวนลามด้วยวาจา นั้น นักศึกษาถือว่าไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย

นอกจากนี้ยังมีข้อสงสัยของนักศึกษาที่อยากได้คำตอบ แต่ไม่สามารถหาได้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับร่างกาย เช่น ระหว่างการมีประจำเดือนสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่ เมื่อมีประจำเดือนทำไมจึงปวดท้อง และจะบรรเทาได้อย่างไร อยากทราบถึงระบบการทำงานของอวัยวะสืบพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน รวมทั้งโรคเอดส์ด้วย การป้องกัน

การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ นักศึกษายังอยากทราบปัญหาทางเพศที่เกี่ยวข้องกับ อารมณ์และจิตใจ เช่น อยากรู้ถึงวิธีการวางตัวที่เหมาะสม การที่จะปฏิบัติตนไม่ให้ถูกล่อลวงทางเพศ การปรับตัวให้เข้ากันได้ของคู่ครอง และอยากทราบถึงวิธีการดูแลลูกให้เป็นคนดี

ผู้นำนักศึกษาเห็นว่าหากมีการให้ความรู้บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ก็จะช่วยแก้ปัญหาความอยากรู้อยากเห็น และการลองผิดลองถูกของนักศึกษาได้ จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาระบบได้เป็นอย่างมาก แต่ควรเป็นการให้ความรู้แก่นักศึกษาทุกคน เพราะผู้นำนักศึกษาอาจถ่ายทอดข้อมูลผิดพลาดไปได้

ข้อมูลที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่มได้นำมาสรุปเป็นปัญหาและความต้องการ รับทราบข้อมูลของผู้นำนักศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ความหมายและความสำคัญของบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์
2. สรีระการเจริญพันธุ์ของเพศชายและหญิง
3. วิธีการวางตัวที่เหมาะสมของชายและหญิง การที่จะปฏิบัติตนไม่ให้ถูกล่อลวง
4. การปรับตัวให้เข้ากันได้ของชายและหญิง เพื่อเป็นหนทางสู่การเลือกคู่ครอง
5. การมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม
6. การวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
7. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการป้องกัน
8. ความผิดปกติของระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ การตรวจอาการ และการรักษาเบื้องต้น
9. การแก้ไขปัญหอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น

4.2 การพัฒนาหลักสูตร

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในขั้นตอนที่ 1 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาโครงร่างหลักสูตร โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องมาร่วมพัฒนาโครงร่างหลักสูตร โดยการจัดประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดและแนวทางในการปฏิบัติในการพัฒนาโครงร่างหลักสูตร ซึ่งคณะผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรได้เสนอให้มีการจัดอบรมตามหัวข้อเรื่องที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ทั้ง 9 เรื่อง ได้แก่ ความหมายและความสำคัญของบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์, สรีระการเจริญพันธุ์ของเพศชายและหญิง, วิธีการวางตัวที่เหมาะสมของชายและหญิง, การที่จะปฏิบัติตนไม่ให้ถูกล่วงละเมิด, การปรับตัวให้เข้ากันได้ของชายและหญิง เพื่อเป็นหนทางสู่การเลือกคู่ครอง, การมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม, การวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, โรคเอดส์ และการป้องกัน, ความผิดปกติของระบบอนามัยการเจริญพันธุ์, การตรวจอาการและการรักษาเบื้องต้น, การแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น และคณะผู้พัฒนาหลักสูตรได้กำหนดให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์, วิธีการชักชวนให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น

สำหรับวิธีการอบรมใช้กระบวนการสร้างพลัง (Empowerment) และการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Child Centered) ซึ่งเมื่อคณะผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรได้พัฒนาโครงร่างหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว จากนั้นได้นำโครงร่างหลักสูตรไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา ด้านหลักสูตร และด้านการประเมินผลตรวจสอบ ซึ่งได้ข้อเสนอนี้ในด้านเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมระหว่างการอบรม และการนำเทคนิคการตลาดเข้ามามีส่วนในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้การอบรมมีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงโครงร่างหลักสูตรให้เป็นหลักสูตรฉบับสมบูรณ์แล้วจึงนำไปใช้

4.3 การทดลองใช้หลักสูตร

การทดลองใช้หลักสูตรในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการอบรมผู้นำนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ใน 2 จังหวัด ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิคราชบุรี วิทยาลัยเทคนิคกาญจนาบุรี และวิทยาลัยอาชีวศึกษากาญจนาบุรี ซึ่งได้ทดลองใช้หลักสูตรตามกระบวนการถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ เพื่อพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทดลองใช้หลักสูตรดังกล่าว โดยมีผู้นำนักศึกษาเข้ารับการอบรมรวม 60 คน โดยทำการอบรมครั้งแรกแห่งละ 2 วัน และใช้เวลาในคาบเรียนอิสระ 10 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ซึ่งมีรายละเอียดการทดลองใช้หลักสูตร (การฝึกอบรม) ดังนี้

การอบรมผู้นำนักศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดอบรมตามหัวข้อเรื่องที่ได้จากการพัฒนาหลักสูตร ได้แก่ ความหมายและความสำคัญของบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ สรีระการเจริญพันธุ์ของเพศชายและหญิง วิธีการวางตัวที่เหมาะสมของชายและหญิง การที่จะปฏิบัติตนไม่ให้ถูกล่วงละเมิด การปรับตัวให้เข้ากันได้ของชายและหญิงเพื่อเป็นหนทางสู่การเลือกคู่ครอง การมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม การวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการป้องกันความผิดปกติของระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ การตรวจอาการและการรักษาเบื้องต้น การแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น เทคนิคและวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์ และวิธีการชักชวนให้เพื่อนนักศึกษาปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น โดยวิทยากรในการอบรมผู้วิจัยได้ประสานงานขอความร่วมมือจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในหัวข้อเรื่องที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนาบุรี สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค และงานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเอกสารประกอบการอบรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เอกสารในการอบรมซึ่งเป็น

เอกสารที่ผู้วิจัยร่วมกับคณะวิทยากรจัดทำขึ้น และเอกสารที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองสุขศึกษา กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กองโรคเอดส์ กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเอกสารประกอบด้วย

1. เอกสารประกอบการอบรมบทบาทหญิงชายอนามัยการเจริญพันธุ์
2. หนังสือ “บนเส้นทางเดียวกัน”
3. หนังสือ “คนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ (ชาย, หญิง)”
4. หนังสือ “คิดจะรักน่าจะรู้”
5. หนังสือ “ชีวิตสีชมพู”
6. คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส
7. คู่มือการครองเรือน
8. หนังสือ “รู้ทันเอดส์”
9. แผ่นพับ “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 1, 2”
10. เลื่อยี่ด

ระยะเวลาในการอบรม การอบรมครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก จัดการอบรม 2 วัน ๆ ละ 7 ชั่วโมง และระยะที่สอง จัดการอบรมในคาบเรียนกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 คาบ รวม 10 สัปดาห์ ซึ่งเนื้อหาเป็นไปตามความต้องการรับทราบข้อมูลของผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การอบรมระยะแรก ใช้เวลาในการอบรม 2 วัน หัวข้อในการอบรมประกอบด้วยเรื่อง ความสำคัญของการอบรมบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์ พื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงของสรีระชายและหญิง บทบาทหญิงชาย สังคมและปฏิสัมพันธ์ของชายและหญิงในวัยต่างๆ ความต้องการทางเพศ การปฏิสนธิ และการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม บทบาท

ผู้นำ การสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการถ่ายทอด การคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

2. การอบรมระยะที่สอง เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมเป็นนักศึกษาระดับ ปวช. ที่มีเวลาเรียนคาบเรียนกิจกรรม ซึ่งนักศึกษาสามารถเลือกเรียนวิชาที่ตนเองสนใจได้ ดังนั้น การจัดกิจกรรมในเรื่องบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์นี้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งนักศึกษาให้เป็นทางเลือกได้ โดยผู้วิจัยจะรับรองการเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมให้กับสถานศึกษา โดยจัดการอบรม 10 สัปดาห์ ๆ ละ 1 คาบเรียน (50 นาที) โดยนักศึกษาจะเป็นผู้กำหนดหัวข้อเรื่องเอง และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อประสานงานให้วิทยากรที่มีความถนัดในแต่ละเรื่องเข้าจัดกิจกรรม การสอน ซึ่งหัวข้อที่สอน ได้แก่ ประจำเดือนกับความสะอาด และอาการข้างเคียงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การกระทำความรุนแรงทางเพศ พัฒนาการวัยรุ่น ความสัมพันธ์ของหญิงชาย บทบาทหญิงชายที่เพศตรงข้ามต้องการ การป้องกันการตั้งครรภ์ เทคนิคการปฏิสนธิ การดูแลเพศตรงข้าม/การปฏิบัติต่อเพศตรงข้าม ชีวิตเมื่อผิดหวัง บทบาทที่เหมาะสมของชายและหญิงในช่วงวัยรุ่น ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด การตั้งครรภ์กับการแท้ง สถานพยาบาลที่ให้บริการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เทคนิคและวิธีการแนะนำเพื่อนเกี่ยวกับเรื่องเพศ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรม เป็นผู้นำนักศึกษาจากวิทยาลัยเทคนิค 2 แห่ง และวิทยาลัยอาชีวศึกษา 2 แห่ง รวม 3 แห่ง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นชาย ร้อยละ 47 และหญิงร้อยละ 53

4.4 การประเมินผลการใช้หลักสูตร

จากการดำเนินการให้ข้อมูลเรื่องบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการใช้หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ ของผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows

และวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis) ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เนื้อหา ความเหมาะสม และประโยชน์ของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

4.4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม 60 คน กลุ่มทดลองซึ่งเป็นนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม จำนวน 246 คน และกลุ่มควบคุมที่เป็นนักศึกษาจากวิทยาลัยเทคนิคชัยนาท และวิทยาลัยอาชีวศึกษาชัยนาท ซึ่งมีลักษณะทางประชากรคล้ายกับกลุ่มทดลอง จำนวน 338 คน จำแนกได้ดังต่อไปนี้

1. เพศ

นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้นำนักศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 47 เพศหญิง ร้อยละ 53 กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 49 เพศหญิง ร้อยละ 51 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 44 เพศหญิง ร้อยละ 56 (ตาราง 1)

2. อายุ

นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา กลุ่มผู้นำนักศึกษามีอายุ 17 ปี ร้อยละ 26.7 อายุ 18 ปี ร้อยละ 33.3 อายุ 19 ปี ร้อยละ 30.0 และอายุ 20-22 ปี ร้อยละ 10.0 กลุ่มทดลองมีอายุ 17 ปี ร้อยละ 46.7 อายุ 18 ปี ร้อยละ 28.1 อายุ 19 ปี ร้อยละ 19.1 และอายุ

20-22 ปี ร้อยละ 6.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุ 17 ปี ร้อยละ 46.2 อายุ 18 ปี ร้อยละ 24.4 อายุ 19 ปี ร้อยละ 25.2 และอายุ 20-22 ปี ร้อยละ 4.2 (ตาราง 1)

3. ศาสนา

กลุ่มผู้นำนักศึกษานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100, กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.4 ที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.6 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.4 ที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 7.6 (ตาราง 1)

4. โปรแกรมที่ศึกษา

กลุ่มผู้นำนักศึกษาเรียนโปรแกรมช่างยนต์ ช่างไฟฟ้า คหกรรม ช่างก่อสร้าง การเรือน/ตัดเย็บ ช่างอิเล็กทรอนิกส์ และช่างเชื่อมโลหะ คิดเป็นร้อยละ 10.0 ในทุกโปรแกรม และโปรแกรมบัญชี การจัดการและเลขานุการ คิดเป็นร้อยละ 13.3 และ 16.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาช่างยนต์ คหกรรม บัญชี การจัดการและเลขานุการ ช่างไฟฟ้า ช่างก่อสร้าง การเรือน/ตัดเย็บ ช่างอิเล็กทรอนิกส์ และช่างเชื่อมโลหะ คิดเป็นร้อยละ 18.3, 13.8, 12.6, 10.6, 10.2, 9.8, 8.5, 8.5 และ 7.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาช่างยนต์ คหกรรม บัญชี ช่างอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการและเลขานุการ ช่างก่อสร้าง การเรือน/ตัดเย็บ และช่างเชื่อมโลหะ คิดเป็นร้อยละ 17.2, 16.2, 15.1, 13.6, 12.1, 9.8, 9.2 และ 7.0 ตามลำดับ (ตาราง 1)

5. อาชีพของครอบครัว

ครอบครัวของนักศึกษาในกลุ่มผู้นำนักศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และ ค้ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 42.2 รองลงมา คือ รับจ้าง รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 23.9, 23.3 และ 10.6 ตามลำดับ ใน

ขณะที่ครอบครัวของกลุ่มควบคุมร้อยละ 30.6 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกรกรรม รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และค้าขาย ร้อยละ 20.4, 16.6 และ 10.0 ตามลำดับ (ตาราง 1)

6. การเริ่มมีประจำเดือน (ข้อมูลเฉพาะนักศึกษาหญิง)

นักศึกษาหญิงในกลุ่มผู้นำนักศึกษาส่วนใหญ่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก เมื่ออายุ 12-13 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.0 และเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 11 ปี ร้อยละ 12.5 อายุ 10 ปี ร้อยละ 9.4 อายุ 14-15 ปี ร้อยละ 6.3 และอายุ 16-20 ปี ร้อยละ 3.2 กลุ่มทดลองเริ่มมี ประจำเดือน ครั้งแรกเมื่ออายุ 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.1, 9.6, 11.2, 21.1, 30.5 และ 9.6 ตามลำดับ และอายุ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.0 ในขณะที่นักศึกษาหญิงในกลุ่มควบคุมเริ่มมี ประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.1, 16.7, 21.8, 36.2, 13.2 และ 4.8 ตามลำดับ และช่วงอายุ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.7 (ตาราง 1)

7. ความรู้สึกเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก

นักศึกษาหญิงในกลุ่มผู้นำนักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกตกใจในการมีประจำเดือน ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ กังวลใจ/กลัว คิดเป็นร้อยละ 25.0 และเฉย ๆ ร้อยละ 25.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รู้สึกตกใจในการมีประจำเดือนครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ กังวลใจ/กลัว คิดเป็นร้อยละ 27.0 และเฉย ๆ ร้อยละ 23.0 ในขณะที่นักศึกษา หญิงในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่รู้สึกตกใจในการมีประจำเดือนครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมาคือ รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 23.0 และกังวลใจ/กลัว คิดเป็นร้อยละ 16.8 (ตาราง 1)

8. อาการเมื่อมีประจำเดือน

นักศึกษาหญิงในกลุ่มผู้นำนักศึกษาส่วนใหญ่ปวดท้องมากขณะมี ประจำเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้/อาเจียน และเฉย ๆ กลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน คิดเป็นร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ ปวด ศีรษะ คลื่นไส้/อาเจียน และเฉย ๆ ขณะที่นักศึกษาหญิงในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ปวดท้องมาก ขณะมีประจำเดือนคิดเป็นร้อยละ 42.6 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มผู้นำนักศึกษา (n=60)		กลุ่มทดลอง (n = 246)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 338)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	28	47	121	49	150	44
หญิง	32	53	125	51	188	56
อายุ						
17 ปี	16	26.7	115	46.7	156	46.2
18 ปี	20	33.3	69	28.1	82	24.4
19 ปี	18	30.0	47	19.1	85	25.2
20 -22 ปี	6	10.0	15	6.1	15	4.2
ศาสนา						
พุทธ	60	100	242	98.4	312	92.4
คริสต์	0	0	4	1.6	26	7.6
โปรแกรมที่ศึกษา						
ช่างยนต์	6	10.0	45	18.3	58	17.2
ช่างไฟฟ้า	6	10.0	25	10.2	0	0
ช่างอิเล็กทรอนิกส์	6	10.0	21	8.5	46	13.6
ช่างก่อสร้าง	6	10.0	24	9.8	33	9.8
ช่างเชื่อมโลหะ	6	10.0	19	7.7	24	7.0
บัญชี	8	13.3	31	12.6	51	15.1
การเรือน/ตัดเย็บ	6	10.0	21	8.5	31	9.2
ดนตรี	6	10.0	34	13.8	55	16.2
การจัดการและเลขานุการ	10	16.7	26	10.6	40	12.1
อาชีพของครอบครัว						
รับจ้าง	8	13.3	59	23.9	137	40.6
เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	32	53.3	104	42.2	89	26.4
ค้าขาย	8	13.3	26	10.6	42	12.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	20.1	57	23.3	70	20.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มผู้นำนักศึกษา (n=60)		กลุ่มทดลอง (n = 246)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 338)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเริ่มมีประจำเดือน (เฉพาะนักศึกษาหญิง)	n=32		n=125		n=188	
อายุ 10 ปี	3	9.4	9	7.0	23	12.1
อายุ 11 ปี	4	12.5	12	9.6	20	16.7
อายุ 12 ปี	10	31.0	14	11.2	41	21.8
อายุ 13 ปี	10	31.0	26	21.1	68	36.2
อายุ 14 ปี	2	6.3	47	37.5	25	13.2
อายุ 15 ปี	2	6.3	12	9.6	9	4.8
อายุ 16-20 ปี	1	3.2	5	4.0	2	2.7
ความรู้สึกเมื่อเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก	n=32		n=125		n=188	
ตกใจ	16	50.0	63	50.0	113	60.2
กังวลใจ/กลัว	8	25.0	34	27.0	32	16.8
เฉย ๆ	8	25.0	26	23.0	43	23.0
อาการเมื่อมีประจำเดือน	n=32		n=125		n=188	
เฉย ๆ	4	12.5	10	8.0	25	13.4
ปวดท้องมาก	14	43.8	62	49.6	80	42.6
ปวดศีรษะ	10	31.2	30	24.3	49	26.2
คลื่นไส้/อาเจียน	4	12.5	23	18.1	34	17.8

9. การได้รับข้อมูลด้านบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มผู้นำส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์หลายแหล่งแหล่งใหญ่คือจากบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง (ร้อยละ 58.3) รองลงมาเป็น ครู/อาจารย์ เพื่อน หนังสือ/เอกสาร/วารสาร หนังสือพิมพ์ วิทยูกระจายเสียง และโทรทัศน์/วิดีโอ/ภาพยนตร์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับจากบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง รองลงมาเป็น ครู/อาจารย์ เพื่อน หนังสือพิมพ์ หนังสือ/เอกสาร/วารสาร วิทยูกระจายเสียง และโทรทัศน์/วิดีโอ/ภาพยนตร์ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับจากบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง (ร้อยละ 67.9) รองลงมาเป็นครู/

อาจารย์ เพื่อน หนังสือพิมพ์ หนังสือ/เอกสาร/วารสาร โทรทัศน์วิดีโอ/ภาพยนตร์ และวิทยุกระจายเสียง (ตาราง 2)

10. ข่าวความรุนแรงทางเพศที่นักศึกษาเคยได้รับ

นักศึกษาทั้งสามกลุ่มเคยได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศจากสื่อต่าง ๆ ซึ่ง ได้แก่ ข่าวการฆ่าข่มขืน การกระทำอนาจารแก่เด็กหญิง การกระทำทารุณกรรมแก่เด็ก การทำร้ายร่างกายของสามี-ภรรยา การฆาตกรรม การแอบถ่ายภาพลามก การลักทรัพย์และทำร้ายเจ้าทรัพย์

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลเพศภาวะและอนามัยการเจริญพันธุ์ (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)

การได้รับข้อมูลเพศภาวะและ อนามัยการเจริญพันธุ์	กลุ่มผู้นำนักศึกษา (n=60)		กลุ่มทดลอง (n = 246)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 338)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง	35	58.3	171	69.5	230	67.9
ครู/อาจารย์	32	53.3	148	60.2	213	63.1
เพื่อน	32	53.3	113	45.9	181	53.4
หนังสือ/เอกสาร/วารสาร	12	20.0	50	20.3	102	30.2
โทรทัศน์/วิดีโอ/ภาพยนตร์	5	8.3	18	7.3	58	17.2
วิทยุกระจายเสียง	8	13.3	28	11.4	56	16.6
หนังสือพิมพ์	10	16.6	57	23.2	111	32.8

11. การได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ

กลุ่มผู้นำนักศึกษาเคยได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 100 นักศึกษา
กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 93.5 ที่เหลือ
ไม่เคยได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 6.5 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยได้รับ

ข่าวสารความรุนแรงทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 96.6 ที่เหลือไม่เคยได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 3.4 (ตาราง 3)

12. ความรู้สึกต่อข่าวความรุนแรงทางเพศที่ได้รับ

กลุ่มผู้นำนักศึกษาส่วนใหญ่จะรู้สึกสงสารผู้ถูกระทำ (ร้อยละ 41.7) รองลงมาอยากให้ผู้กระทำถูกลงโทษอย่างรุนแรง และกลัวจะเกิดขึ้นกับตัวเอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สงสารผู้ถูกระทำ คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาคือ อยากให้ผู้กระทำถูกลงโทษอย่างรุนแรง และกลัวจะเกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่นักศึกษาในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สงสารผู้ถูกระทำ คิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ ต้องการให้ผู้กระทำถูกลงโทษอย่างรุนแรง และกลัวจะเกิดขึ้นกับตนเอง (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ และความรู้สึกต่อข่าวความรุนแรงทางเพศที่ได้รับ

การได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ	กลุ่มผู้นำนักศึกษา (n=60)		กลุ่มทดลอง (n = 246)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 338)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข่าวสารความรุนแรงทางเพศ						
ไม่เคย	0	0.0	16	6.5	12	3.4
เคย	60	100.0	230	93.5	326	96.6
ความรู้สึกต่อข่าวความรุนแรงทางเพศที่ได้รับ						
กลัวจะเกิดขึ้นกับตนเอง	14	23.3	16	6.5	40	11.8
สงสารผู้ถูกระทำ	25	41.7	134	54.5	163	48.2
อยากให้ผู้กระทำถูกลงโทษอย่างรุนแรง	21	35.0	96	39.0	135	40.0

4.4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของผู้นำนักศึกษา นักศึกษากลุ่มทดลอง และนักศึกษากลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 กลุ่มจะมีระดับความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อทดลองใช้หลักสูตรแล้ว จะพบว่า ผู้นำนักศึกษา และกลุ่มทดลองจะมีระดับความรู้ที่สูงขึ้นเป็นส่วนใหญ่ แต่ในกลุ่ม ควบคุมจะมีระดับคะแนนสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

2. การปฏิบัติเกี่ยวกับเพศภาวะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการศึกษาถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของผู้นำนักศึกษา นักศึกษากลุ่มทดลอง และนักศึกษากลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 กลุ่มจะมีระดับความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อทดลองใช้หลักสูตรแล้ว จะพบว่า ผู้นำนักศึกษา และกลุ่มทดลองจะมีระดับของการปฏิบัติที่สูงขึ้นเป็นส่วนใหญ่ แต่ในกลุ่มควบคุมจะมีระดับคะแนนในระดับต่ำเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระดับปานกลาง และสูงกลับลดลง

4.4.3 ผลการวิเคราะห์เนื้อหา ความเหมาะสม และประโยชน์ของหลักสูตร ที่พัฒนาขึ้น

หลักสูตรฝึกอบรมเรื่อง "บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์" นี้ เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการรับทราบข้อมูลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดประชุมกลุ่ม ผู้นำนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิค และอาชีวศึกษา ในเขตการศึกษา 5 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และร่วมกันพัฒนาโครงร่างหลักสูตร และตรวจสอบหลักสูตรโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง จึงได้นำหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้นำนักศึกษา

วิทยาลัยเทคนิคกาญจนาบุรี วิทยาลัยอาชีวศึกษากาญจนาบุรี และวิทยาลัยเทคนิคราชบุรี เมื่อทดลองใช้หลักสูตรดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้ติดตามผลการใช้หลักสูตรโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร เกี่ยวกับผู้สอน วิธีการสอน เนื้อหา และความรู้ที่นักศึกษาได้รับ โดยได้ผลการติดตามเก็บข้อมูล ดังนี้

1. **ความคิดเห็นต่อหลักสูตร** พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทดลองใช้หลักสูตร ได้แก่ผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรม และนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษา ต่างมีความเห็นว่าหลักสูตรฝึกอบรมในเรื่องบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ จะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทางหนึ่ง เพราะการชี้แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องให้กับนักศึกษา ก็จะช่วยให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาในอนาคตได้ แต่ทั้งนี้ผู้ที่ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้แก่นักศึกษาได้นั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และจะต้องมีทักษะในการถ่ายทอดให้กับนักศึกษาด้วย เพราะนักศึกษาในวัยนี้ หากใช้วิธีการถ่ายทอดที่ไม่เหมาะสม และไม่น่าสนใจ นักศึกษาก็จะไม่ได้รับความรู้เท่าที่ควร ทำให้การอบรมไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ จะต้องใช้วิธีการอื่นควบคู่ไปด้วย หรืออาจจะต้องมีการติดตามให้ข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นด้วย

ผู้บริหารศึกษาและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่าปัญหาทางด้านบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษานั้น จัดเป็นปัญหาของทุกสถาบันการศึกษาในระดับนี้ เพราะทางสถานศึกษาไม่สามารถควบคุมดูแลนักศึกษาได้ตลอดเวลา ประกอบกับในสภาพปัจจุบันพบว่า นักศึกษาบางส่วนต้องมาเช่าที่พักอยู่เพียงลำพัง หรืออยู่รวมกับเพื่อน ซึ่งห่างจากการดูแลของทางบ้าน ผู้ปกครองมีโอกาสได้มาเยี่ยมเป็นบางครั้ง หรือบางคนไม่มีโอกาสได้มาพบเห็นความเป็นอยู่ของนักศึกษาเลย ทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ปัญหาการที่นักศึกษาชายและหญิงมาอยู่ร่วมห้องพักเดียวกัน ปัญหาการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ปัญหาที่นักศึกษามีเพศสัมพันธ์กันโดยไม่มีการป้องกัน ปัญหาการติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ปัญหาการที่นักศึกษาขายบริการทางเพศ และ

ปัญหาเสฟติด เป็นต้น ซึ่งการมีมาตรการต่าง ๆ เข้ามาช่วยป้องกันปัญหาก็จะเป็นหนทางที่ทำให้ให้นักศึกษาเป็นกำลังสำคัญของสังคม และประเทศชาติในอนาคตได้

2. กระบวนการที่จะทำให้การใช้หลักสูตรฯ ประสบความสำเร็จ เนื่องจากหลักสูตรฝึกอบรมเรื่อง “บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์” นี้ เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมาใช้เสริมในกิจกรรมของสถานศึกษา ซึ่งยังไม่มีบรรจุเข้าไว้ในบทเรียน ดังนั้นการที่จะนำหลักสูตรฉบับนี้มาใช้ นั้น จะต้องได้รับการเห็นชอบจากผู้บริหารสถานศึกษา และฝ่ายวิชาการ เพราะจะต้องใช้เวลาเรียนส่วนหนึ่งมาใช้ในการฝึกอบรม ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนของสถานศึกษานั้น ก็จัดวิชาเรียนไว้เต็มทุกคาบเรียนแล้ว ดังนั้น การจะนำหลักสูตรฯ นี้เข้ามาใช้นั้น จะต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะเปิดภาคเรียน คือ ต้องมีการบรรจุไว้ในคาบเรียนปกติ และมีการจัดตั้งเป็นชมรมหรือกลุ่มสนใจขึ้นในสถานศึกษาเพื่อที่จะได้มีการจัดกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ จะต้องมีการขอรับการสนับสนุนจากสถานศึกษา และสถานศึกษาคงไม่สามารถหาบุคลากรมาสอนในเรื่องนี้ได้ เพราะในอดีตที่ผ่านมา ก็มีปัญหาเกี่ยวกับอาจารย์ผู้สอนวิชาเพศศึกษา เพราะอาจารย์ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับนักศึกษาได้

โดยทางด้านผู้บริหารได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการที่จะนำหลักสูตรนี้มาใช้จริงๆ จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรเสียก่อน และคงต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร เพราะในเรื่องบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่ใช่ที่อาจารย์ทุกคนที่มีอยู่ในสถานศึกษาจะสอนได้ และนอกจากนี้ยังจะต้องคำนึงถึงเทคนิค วิธีการในการถ่ายทอดด้วย เพราะถ้าจัดกิจกรรมไม่เหมาะสมอาจจะเกิดผลลบกับนักศึกษาได้ สำหรับอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลประจำสถานศึกษา ได้ให้ความคิดเห็นว่า หากผู้สอนไม่กล้าที่จะเปิดเผยให้ชัดเจน อาจจะเป็นการยั่วยุให้นักศึกษา ซึ่งเป็นวัยแห่งการอยากรู้ อยากลอง พยายามที่จะศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะกระทำการที่ไม่ถูกต้องขึ้นมาได้ จึงต้องการที่จะให้หาแนวทางหรือมาตรการมาป้องกันปัญหาที่อาจจะตามมาได้หากนำหลักสูตรฯ นี้ไปใช้อย่างจริงจัง

สำหรับผู้่านักศึกษาที่เข้ารับการอบรมเห็นว่า หลักสูตรฯ นี้เป็นเรื่องที่นักศึกษาสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยตรง แต่การที่จะทำให้หลักสูตรนี้ประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีคณะวิทยากรที่ให้ความรู้ในเรื่องนี้โดยเฉพาะ เพราะการที่จะให้อาจารย์ในสถานศึกษามาสอนในเรื่องนี้คงจะเป็นไปได้ยาก เพราะอาจารย์จะไม่ค่อยกล้าที่จะให้ข้อมูลในเรื่องนี้ และนักศึกษาก็จะไม่ค่อยกล้าซักถาม เพราะกลัวจะถูกมองในทางที่ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถตอบข้อข้องใจในบางเรื่องได้ และนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษาเห็นว่า หากปล่อยให้เป็นอย่างนี้ของ ผู้เข้ารับการอบรมมาถ่ายทอดเท่านั้น ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ก็คงจะค่อย ๆ หายไปในที่สุด และปัญหาก็จะตามกลับมาได้อีก สำหรับการจัดหาเอกสาร หรือตำราเข้ามาไว้ในห้องสมุดของสถานศึกษาก็จะไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์มากนัก เพราะในสังคมยังไม่เปิดกว้างในเรื่องนี้ ผู้ที่อ่านหนังสือในเรื่องที่เกี่ยวกับเพศจะถูกมองในทางที่ไม่ดี โดยเฉพาะนักศึกษาหญิงจะไม่สามารถใช้ประโยชน์จากหนังสือประเภทนี้ได้เลย

สำหรับคณะวิทยากรในการอบรมครั้งนี้เห็นว่านักศึกษาให้ความสนใจและร่วมมือในการจัดกิจกรรมเป็นอย่างดี แม้ว่าจะมีนักศึกษาบางคนที่ยังอาย ไม่กล้าที่จะร่วมกิจกรรมไปบ้าง แต่โดยภาพรวมแล้วนักศึกษาจะให้ความสนใจดีมาก แต่วิทยากรซึ่งเป็นผู้ที่มีงานประจำอยู่แล้ว ดังนั้น การจัดเครือข่ายที่จะเป็นวิทยากรในเรื่องนี้จะทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น การใช้วิทยากรชุดเดียวในการฝึกอบรมนักศึกษาแต่ละแห่งจะประสบความสำเร็จดีกว่าที่จะเปลี่ยนวิทยากรไปเรื่อย ๆ ตามแต่โอกาสของวิทยากร เพราะความคุ้นเคยของวิทยากรกับผู้เข้ารับการอบรมจะช่วยให้การอบรมประสบความสำเร็จดีขึ้น นักศึกษาจะกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับวิทยากร ทำให้เกิดการประสานกันดีขึ้น และนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมก็จะกล้าที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลกับวิทยากร นอกจากนี้ ยังควรจะมีงานที่จะให้คำแนะนำในสถานศึกษา หรือเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้โทรศัพท์ไปซักถามปัญหาข้อข้องใจได้ ซึ่งในบางครั้งหากผู้ที่เข้ารับการอบรมไปชี้แจงให้กับเพื่อนนักศึกษาแล้วไม่เข้าใจก็จะได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้

4.4.4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

1. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มผู้นำนักศึกษา และกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวที่ใกล้เคียงกัน (ตาราง 4)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวที่ใกล้เคียงกัน (ตาราง 5)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวที่ใกล้เคียงกัน (ตาราง 6)

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มผู้นำนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มผู้นำศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้น โดยผู้นำนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าผู้นำนักศึกษาชายเล็กน้อย และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว

ของกลุ่มผู้นำนักศึกษาสูงขึ้น โดยผู้นำนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงกว่า ผู้นำนักศึกษาชายเล็กน้อย และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 7)

5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้น โดยนักศึกษาหญิงและชายจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ใกล้เคียงกัน และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงขึ้น โดยนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงกว่านักศึกษาชายเล็กน้อย และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 8)

6. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ลดลงเล็กน้อย โดยนักศึกษาหญิงและชายจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ใกล้เคียงกัน และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มควบคุมสูงขึ้น โดยนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงกว่านักศึกษาชายเล็กน้อย และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตาราง 9)

7. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มผู้นำนักศึกษา และกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

จากการศึกษาพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้นำนักศึกษาสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย โดยนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนสูงกว่านักศึกษาชายทั้งในกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มทดลอง และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตาราง 10)

8. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มผู้นำนักศึกษา และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

จากการศึกษาพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้นำนักศึกษาจะสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนสูงกว่านักศึกษาชายเล็กน้อยทั้งในกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มควบคุม และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 แต่คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตาราง 11)

9. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

จากการศึกษาพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มทดลองจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย โดยนักศึกษาหญิงจะมีคะแนนสูงกว่านักศึกษาชายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 แต่คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตาราง 12)

5. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การประเมินประสิทธิผลการให้ข้อมูลของผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในเรื่องบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการใช้หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา" นี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของการพัฒนาหลักสูตร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และในส่วนของการประเมินหลักสูตรเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตร จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของนักวิชาการทางการศึกษามาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัย โดยอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิจัย (Research) เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา (Development) เป็นการสร้างหลักสูตร ขั้นตอนที่ 3 วิจัย (Research) เป็นการทดลองใช้หลักสูตร และขั้นตอนที่ 4 พัฒนา (Development) เป็นการประเมินผลหลักสูตร โดยผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาหลักสูตร ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน โดยการจัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้นำนักศึกษาของวิทยาลัยเทคนิค และอาชีวศึกษาในเขตการศึกษา 5 ในประเด็นที่เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์ เพศศึกษา โรคเอดส์การวางแผนครอบครัว โรคติดต่อในระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ อนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น การถูกกระทำรุนแรงทางเพศ และความต้องการทราบข้อมูลในเรื่องที่เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์นักศึกษาในระดับนี้ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ พบว่าสภาพการรับรู้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น นักศึกษาจะมีความรู้ด้านสุขศึกษาและเพศศึกษา และเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ค่อนข้างน้อย อีกทั้งยังมีข้อคำถาม บางประการที่แสดงให้เห็นถึงความรู้พื้นฐานและทักษะที่นักศึกษามีอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีข้อสงสัยของนักศึกษาที่ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องร่างกายของตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายประการ และเห็นว่าควรมีการให้ความรู้บทบาท

หญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นี้เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะจะสามารถช่วยแก้ไข ปัญหาเรื่องเพศได้เป็นอย่างมาก และจากข้อมูลที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่ม ได้นำมาสรุปเป็น ความปัญหาและต้องการรับทราบข้อมูลของผู้นำนักศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนา หลักสูตรต่อไป

2. **การพัฒนาหลักสูตร** โดยนำข้อมูลพื้นฐานชุมชนจากขั้นตอนที่ 1 มาร่างหลักสูตร ฝึกอบรมบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้นำนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิค และอาชีวศึกษา ตามหัวข้อที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และให้เพิ่มถึงเทคนิคในการถ่ายทอดความรู้ โดยการใช้กระบวนการสร้างพลัง (empowerment) และการจัดการเรียนการสอนแบบเน้น ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student centered) ในการจัดการอบรม โดยผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตร กำหนดระยะเวลาในการอบรมไว้ 2 วัน และมีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้คาบเรียน อิสระหรือคาบเรียนกิจกรรมของนักศึกษาสัปดาห์ละ 1 คาบ และเมื่อพัฒนาโครงร่างหลักสูตร เรียบร้อยแล้วได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลักสูตร ด้านเนื้อหา และด้านการวัดและประเมินผล ตรวจสอบ แนะนำเพื่อแก้ไขให้เป็นหลักสูตรฉบับที่นำไปทดลองใช้

3. **ผลการทดลองใช้หลักสูตร** การทดลองใช้หลักสูตรในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการ อบรมออกเป็น 2 กลุ่มใน 2 จังหวัด ซึ่งได้ทดลองใช้หลักสูตรตามกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ เพื่อพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทดลองใช้หลักสูตร ดังกล่าว โดยเอกสารที่ใช้ในการอบรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเอง และเอกสารที่ได้รับการ สนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองสุศึกษา กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กองโรคเอดส์ กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ศูนย์ ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม งานควบคุม โรคเอดส์และกามโรค และงานสุศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

4. การประเมินผลหลักสูตร การประเมินผลหลักสูตรฝึกอบรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมิน 2 ส่วน คือ ประเมินระหว่างการอบรม และหลังการอบรม ซึ่งพบว่า ผลการประเมินหลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการอบรม และจากการสังเกตในระหว่างการอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมให้ความสนใจต่อหัวข้อเรื่องต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการอบรมเป็นอย่างดี และเมื่อวิเคราะห์ระดับคะแนนและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองใช้หลักสูตร ได้ผลดังนี้

4.1 ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์

ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ก่อนการทดลอง ของทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนสูงกว่าค่ากลางเล็กน้อย เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า กลุ่มทั้งสามมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน และเมื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับคะแนนสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

4.2 การปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์

กลุ่มผู้นำนักศึกษา กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าค่ากลางเล็กน้อย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าทั้งสามกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อประเมินหลังการทดลอง นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง

และสูงเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทั้งสามกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

สำหรับการสรุปผลประเมินหลังการอบรม 1 เดือน พบว่า ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมมีระดับคะแนนความรู้ดีขึ้น และจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำนักศึกษา นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษา และคณะวิทยากร พบว่า หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ มีความสำคัญต่อนักศึกษา และเป็นเรื่องที่เหมาะสมกับวัย และสามารถแก้ไขปัญหาคอรั้มของนักศึกษาได้ทางหนึ่ง ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมก็ได้นำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปแนะนำเพื่อนนักศึกษา และจัดกิจกรรมในสถานศึกษาด้วย

6. อภิปรายผล

"การประเมินผลการให้ข้อมูลบทบาทหญิงชายด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ จากการให้หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ ของผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา" มีข้อค้นพบของการวิจัยที่น่าสนใจ ดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตร การสร้างหลักสูตรเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการพัฒนาหลักสูตรขึ้นมาใหม่ เพื่อที่จะให้ได้หลักสูตรที่มีคุณภาพตามวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของหลักสูตร และตอบสนองความต้องการทราบข้อมูลในเรื่องที่เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาในระดับนี้ ซึ่งมีขั้นตอนสำคัญ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การพัฒนาหลักสูตร การทดลองใช้หลักสูตร และการประเมินหลักสูตร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดนักการศึกษา คือ แนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของสงัด อุทรานันท์ (2532 : 38-43), แนวคิดของจิรพันธุ์ พูลพัฒน์ (2532 : 99-100) และทาบ (Taba, 1962 : 11) ซึ่งมีแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรโดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การกำหนดจุดมุ่งหมาย การเลือกเนื้อหา การกำหนดมาตรการวัดและประเมินผล การทดลองใช้หลักสูตร และการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร

2. ผลการทดลองใช้และประเมินหลักสูตร จากการทดลองใช้หลักสูตร พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีระดับคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องบทบาทหญิงชาย อนามัย การเจริญพันธุ์สูงกว่าก่อนการอบรม แสดงให้เห็นว่า หลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นมานี้ สามารถเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ โดยผ่านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยการบรรยาย การอภิปราย การใช้สื่อวีดิทัศน์ และการให้นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยนักศึกษาได้ถามปัญหาต่าง ๆ ที่อยากรู้ สอดคล้องกับความเห็นของสมทรง รักษ์เผ่า และสงรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540 : 59) ที่ว่า เนื้อหาการสอนสุขศึกษาควรเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ปัญหาของผู้เรียน ซึ่งจะช่วยให้ ผู้เรียนมีความสนใจในเรื่องนั้น ๆ มากขึ้น และสอดคล้องกับผลวิจัยของธานินทร์ สุธิประเสริฐ (2540) ที่ศึกษาพบว่า การสร้างหลักสูตรฝึกอบรมสิ่งแวดล้อมศึกษา เรื่อง การใช้สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืช สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้อาสาสมัครที่ เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ระดับคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง คงเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมการ อบรมที่แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก 2 วัน และอบรมต่อเนื่องอีกสัปดาห์ละ 1 คาบเรียน รวม 10 ครั้ง โดยเป็นการอบรมแบบการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก ตามแนวคิดของ Pavlov (อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2533 : 136-137) ว่า ความต่อเนื่องใกล้ชิด (Contiguity) และ ความถี่ (Frequency) ของสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้

นอกจากผลการประเมินผลว่าผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมมีพัฒนาการทางด้าน ความรู้แล้วยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการป้องกันปัญหาบทบาท หญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน ซึ่งผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมมีความสนใจ และต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิง ชายอนามัยการเจริญพันธุ์ และกิจกรรมส่งเสริมการแก้ไขปัญหามหาบทบาทหญิงชาย อนามัยการ เจริญพันธุ์ ทั้งนี้จะสามารถทำให้การแก้ปัญหาดังกล่าวลุล่วงไปได้ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ แนวความคิดของวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ (2539) ที่กล่าวว่า “การสร้างชุมพล” เพื่อแก้ไขปัญหา

ของประชาชนนั้น จะต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายทุกบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องถูกดึงเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2539 : เอกสารอัดสำเนา) และการเผยแพร่ข่าวสารของเพื่อนนักศึกษาด้วยกันจะเป็นการถ่ายทอดแบบกันเองแก่บุคคลใกล้ชิดและคุ้นเคยกัน ตลอดจนเป็นลักษณะการเผยแพร่ข่าวสารของบุคคลในสังคมเดียวกัน ทำให้การถ่ายทอดและการรับรู้ข่าวสารนั้นง่าย ต่อการเข้าใจ ตรงกับความต้องการมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (กระทรวงสาธารณสุข : 2535) ที่พัฒนางานสาธารณสุขในรูปแบบของการพัฒนาจากประชาชนเป็นหลัก รัฐเป็นเพียงส่วนสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนจัดเป็นรากฐานที่สำคัญของกระบวนการพัฒนา ทิศทางของการพัฒนาใหม่นั้น มุ่งสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลและสังคมเป็นสำคัญ โดยสนับสนุนให้ประชาชนเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยระดมทรัพยากรจากชุมชนภายใต้แนวคิดหลักของการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ประการ คือ 1) ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ชุมชนต้องร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ตัดสินใจ และ 3) ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วม และสนองความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนนั้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโดยการดำเนินงานของชุมชนเองยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมวงศ์ หาญมนตรี และคณะ (2537 : ข) ที่ศึกษารูปแบบและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขศึกษาในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดพิจิตร พบว่า การดำเนินงานสุขศึกษาในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนเขตเมือง จะได้ผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์นั้น จะต้องร่วมมือดำเนินการทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชน ตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน โดยหาปัญหา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และรูปแบบในการแก้ปัญหา ร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้นในทุกกระบวนการ

จากการเก็บข้อมูลหลังจากการอบรมเสร็จสิ้นไปแล้ว 1 เดือน พบว่า ผู้นำนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเพื่อนนักศึกษาได้จริง ตลอดจนมีความกระตือรือร้นในการนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้เพื่อนนักศึกษาได้รับทราบถึงเรื่องราวที่ได้รับจากการอบรม ตลอดจนมีการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอบรมทุกครั้ง ดังข้อ

ความเห็นของผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ที่เกี่ยวข้องและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้นำนักศึกษา ที่เข้ารับการอบรมที่ว่าผู้นำนักศึกษาที่ผ่านการอบรมในครั้งนี้ มีความตื่นตัวในการนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยสนใจที่จะนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปถ่ายทอดสู่บุคคลอื่น ๆ ต่อไป และแนะนำให้เพื่อนนักศึกษาช่วยกันส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้เพื่อนนักศึกษามีความรู้ในเรื่องบทบาทหญิงชาย อนามัยการเจริญพันธุ์มากขึ้น นอกจากนี้ผู้บริหารสถานศึกษายังแสดงความเห็นว่า การจัดอบรมเรื่อง “บทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์” แก่นักศึกษานั้นเป็นการสร้างแนวร่วมในการป้องกันปัญหาเพศของเยาวชนได้เพราะผู้นำนักศึกษาจะช่วยสอดส่องดูแลเพื่อนนักศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ และช่วยประสานงานกับอาจารย์ในสถานศึกษาในการแก้ไขปัญหาด้วย

สำหรับการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองนักศึกษามีระดับคะแนนเฉลี่ยระดับสูงและปานกลางเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของลำรวย เพชรคง และคณะ (อ้างใน กองสุขศึกษา, 2543) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมศึกษา 5 วัน ในการทดสอบบุหรืของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจภูธร 8 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับถูกต้องเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ และวิภา เจริญสุข (2539) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสอนสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดอุทัยธานี พบว่า หลังการทดลองมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เมื่อมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับอนามัยทางเพศหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสเตอร์เชอร์ (Streicher et al. 1986) ที่ว่าการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ นอกจากบุคคลนั้นจะต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติแล้ว ต้องมีความรู้ดีกว่าปัญหานั้นรุนแรง และเชื่อว่าการ

เปลี่ยนแปลงนั้นเป็นประโยชน์ เช่นเดียวกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า ทศนคติจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่ผู้เรียนได้รับกับการกระทำหรือการปฏิบัติ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นเครื่องยืนยันว่าบุคคลนั้นจะปฏิบัติตามที่รู้ และพฤติกรรมเป็นความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย อาจเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกช้า คือ บุคคลจะไม่ได้ปฏิบัติในทันที แต่จะเนิ่นว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไปได้

7. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำหลักสูตรไปใช้

เพื่อให้การนำหลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้นำนักศึกษา ชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำไปใช้ควรพิจารณาถึงเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. หลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้นำนักศึกษาชายและหญิง ในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษาที่พัฒนาขึ้นนี้ มีพื้นฐานมาจากผู้นำนักศึกษาที่จะเข้ารับการอบรม ดังนั้น การที่จะนำหลักสูตรนี้ไปใช้ ควรมีการศึกษาพื้นฐานของนักศึกษาที่จะเข้ารับการอบรมก่อน

2. ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องเป็นผู้นำที่นักศึกษาส่วนใหญ่ให้การยอมรับ ทั้งด้านการศึกษา การจัดกิจกรรม การเป็นผู้นำในการทำงานต่าง ๆ และ/หรือเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี เพราะจะช่วยให้การถ่ายทอดข้อมูลมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. กิจกรรมในการอบรมที่เหมาะสม ได้แก่ การซักถาม การอภิปรายแสดงความคิดเห็น การนำเสนอประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ

4. เอกสารประกอบการอบรมบางส่วน ควรส่งให้ผู้เข้ารับการอบรมล่วงหน้า เพื่อที่จะได้ศึกษาล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะอบรมบางส่วนก่อน และจะได้เตรียมข้อมูลบางอย่างเพื่อมาใช้ประโยชน์ในการอบรม

5. วิทยากรผู้ให้การอบรม ควรมีคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับการให้ความรู้ความเข้าใจ คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ในหัวข้อเรื่องที่บรรยาย เป็นผู้

มีประสบการณ์ในการฝึกอบรม และมีความพร้อมในการในการอบรมและสามารถร่วมกิจกรรมการอบรมได้ตลอด

2. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาบพทพหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา ซึ่งการจัดอบรมผู้นำนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาไปถ่ายทอดข้อมูลกันเองในเรื่องบพทพหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ จะเป็นการถ่ายทอดที่เข้าใจกันได้ง่าย เพราะช่วงวัยรุ่นจะเห็นความสำคัญ และข้อชี้แนะของบุคคลในวัยเดียวกัน จัดได้ว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรณรงค์อย่างแท้จริง โดยเฉพาะหน่วยงานในพื้นที่ ทั้งในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรมีการประสานงานกันในการจัดกิจกรรม และส่งเสริมให้มีการนำหลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์ไปใช้ให้กว้างขวางต่อไป รวมทั้งอาจมีการจัดฝึกอบรมให้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไปด้วย

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบพทพหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น เยาวชนนอกโรงเรียน คู่สมรสใหม่ ฯลฯ ต่อไป

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบพทพหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ในลักษณะต่าง ๆ เพื่อความเหมาะสมกับพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรม เช่น เป็นหลักสูตรระยะสั้น ซึ่งอบรมเฉพาะภาคทฤษฎี แล้วติดตามผลการอบรมเป็นระยะ

3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรบพทพหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ ในลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

บรรณานุกรม

- กอบกิจ ดันท์เจริญรัตน์. (2536). “การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ.” ปรินิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต. สาขาการอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์. (2541). “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อ บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า”. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 13 (2).
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. (2539). แผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. (2527). การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย.
- _____. แนวทางการดำเนินงานเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า สำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539-2540. เอกสารอัดสำเนา.
- _____. แผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544). (2540). : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- ควบคุมการบริโภคยาสูบ, สถาบัน. (2539). เอกสารประกอบการอบรม “วิทยากรเพื่อ ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ รุ่นที่ 7นนทบุรี : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, เอกสาร อัดสำเนา.

จกกล นาหิรัญ. (2525). **ความสนใจด้านเพศศึกษาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนทดลอง กรุงเทพฯ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาประถมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จรรยา เศรษฐบุตร และคณะ. (2541). **รายงานการสำรวจสภาวะเยาวชนไทย พ.ศ. 2541.** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชาติรี มณีโชติ. (2539). **การพัฒนาหลักสูตรการวิจัยปฏิบัติการสำหรับครูประถมศึกษา.** วิทยานิพนธ์ การศึกษาดุษฎีบัณฑิต. สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ธานินทร์ สุธีประเสริฐ. (2540). **การสร้างหลักสูตรฝึกอบรมสิ่งแวดล้อมศึกษา เรื่องการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นักรบ ระวังการณ์ และคณะ. (2539). **การจัดการอบรมและการเป็นวิทยากร.** นครปฐม : โครงการศึกษาต่อเนื่อง, มหาวิทยาลัยมหิดล.

น้อย ศิริโชค. (2524). **เทคนิคการฝึกอบรม.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีรพัฒนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.** กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา.

ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. (2539). **อนาคตของชาติ ฤาพิณาศด้วยยาบ้า.** กรุงเทพฯ : สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

มยุรี งามทอง. (2537). **เพศศึกษาและสุขภาพในครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร : โอเชียนสตรี.
2534 : 1-7.

มาเรียม นิลพันธุ์. (2536). **การพัฒนาหลักสูตรการวิจัยวัฒนธรรม.** ปริญญาโท
การศึกษาดุสิตบัณฑิต. สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ ประสานมิตร.

ยุวดี ฤาชา. (2536). **"การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการจัดการเรียนการสอนแบบที่ใช้
ปัญหาเป็นหลักสำหรับอาจารย์พยาบาล."** ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุสิตบัณฑิต.
สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

รัตนะ บัวสนธ์. (2535). **"การพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน เพื่อถ่ายทอด
ภูมิปัญญาท้องถิ่น : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลางตอนล่าง."**
ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุสิตบัณฑิต. สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2533). **การพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจร**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สัจด์ อุทรานันท์. (2528). **พื้นฐานและการพัฒนาหลักสูตร**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร
: เซ็นเตอร์พับลิเคชั่น.

สมทรง รักษ์เฝ้า และสงรงค์ภรณ์ คำสวัสดิ์. (2540). **กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อ
พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร : โครงการสวัสดิการ
วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถิติสาธารณสุข, กอ. (2537). **สถิติสาธารณสุข 2537**. กรุงเทพมหานคร : องค์การ
ส่งเสริมวิทยาด้านศีก.

สาธารณสุขภูมิภาค, กอ. (2539). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาการ
สาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.
2540-2544)**. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา.

สุกัญญา ไผทโสภณ และวิภา เจริญสุข (2539). **การสอนสุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของนักศึกษา
วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดอุทัยธานี**. รายงานการวิจัย.

สุศึกษา, กอ. (2541). **สรุปผลการสัมมนา การสร้างกระแสสังคมในการพัฒนาปัจจัย
แวดล้อมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. นนทบุรี : กองสุศึกษา.

สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2533). **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารี พันธมณี. (2534). **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. กรุงเทพมหานคร : เลิฟแอนลิฟเพรส.

Perry, et al. (1991). "A Process evaluation study of peer leaders in health
education" **Journal Consult Clinic Psychology**. 59 (June 1991) : 439-
480.

Strecher et al. (1986). "Psychosocial aspects of change in cigarette – smoking
behavior" : **Patient Educ Couns.** : 73-92.

Vincent J. Giannetti. (1985). "Factors which differentiate smokers from ex-
smokers among cardiovascular patients : A discriminant analysis" **Social
Science Medicine**. 20 (3) : 41-245.

ภาคผนวก ก

ตาราง

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

ตัวแปร/กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-statistics	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์					
กลุ่มผู้นำนักศึกษา ชาย	28	18.92	1.43		
หญิง	32	18.00	1.88	0.587	0.558
กลุ่มทดลอง ชาย	121	18.14	2.48		
หญิง	125	18.50	2.04	-0.456	0.649
กลุ่มผู้นำนักศึกษา	60	18.48	1.66		
กลุ่มทดลอง	246	18.32	2.27	1.351	0.178
การปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์					
กลุ่มผู้นำนักศึกษา ชาย	28	33.60	3.80		
หญิง	32	34.02	3.12	1.804	0.367
กลุ่มทดลอง ชาย	121	32.83	3.50		
หญิง	125	35.41	3.50	-1.241	0.215
กลุ่มผู้นำนักศึกษา	60	33.81	3.46		
กลุ่มทดลอง	246	34.12	3.50	1.959	0.051

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้นำนักศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร/กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t-statistics	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์					
กลุ่มผู้นำนักศึกษาชาย	28	18.92	1.43	0.587	0.558

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้นำนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร/ระยะเวลา		n	$\bar{X}$	S.D.	t-statistics	p-value	
ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนการทดลอง	ชาย	28	18.92	1.43	0.587	0.558	
	หญิง	32	18.00	1.88			
	หลังการทดลอง	ชาย	28	21.40	1.36	1.632	0.217
		หญิง	32	22.32	1.12		
ก่อนการทดลอง		60	18.46	1.66			
หลังการทดลอง		60	21.86	1.24	5.443	0.001***	
การปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนการทดลอง	ชาย	28	33.60	3.80	1.804	0.367	
	หญิง	32	34.02	3.12			
	หลังการทดลอง	ชาย	28	34.88	3.68	1.494	0.137
		หญิง	32	36.84	4.04		
ก่อนการทดลอง		60	33.81	3.46			
หลังการทดลอง		60	35.86	3.86	4.785	0.001***	

*** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร/ระยะเวลา		n	$\bar{X}$	S.D.	t-statistics	p-value	
ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนการทดลอง	ชาย	121	18.14	2.48	-0.456	0.649	
	หญิง	125	18.50	2.04			
	หลังการทดลอง	ชาย	121	19.66	1.32	1.584	0.115
		หญิง	125	19.98	1.16		
ก่อนการทดลอง		246	18.32	2.27			
หลังการทดลอง		246	19.84	1.24	2.771	0.006**	
การปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนการทดลอง	ชาย	121	33.60	3.80	-1.241	0.215	
	หญิง	125	34.02	3.12			
	หลังการทดลอง	ชาย	121	34.66	3.16	0.328	0.744
		หญิง	125	35.20	3.32		
ก่อนการทดลอง		246	34.12	3.50			
หลังการทดลอง		246	34.96	3.24	2.642	0.009**	

** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร/ระยะเวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	t-statistics	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์					
ก่อนการทดลอง ชาย	150	18.40	2.86	-1.375	0.170

ภาคผนวก ข
ตารางการอบรม

ตารางการอบรมผู้นำนักศึกษา

เรื่อง “บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์”

วันที่

วิทยาลัยเทคนิค

วัน	เวลา	เรื่อง/กิจกรรม	วิทยากร
วันแรก	08.30-09.00 น.	ลงทะเบียน	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด วิทยากรจาก สปอ.ดอนตูม
	09.00-09.30 น.	พิธีเปิดการอบรม	
	09.30-10.15 น.	กลุ่มสัมพันธ์ Buddy	
	10.15-10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	วิทยากรจาก สปอ.ดอนตูม
	10.30-12.00 น.	สำรวจตนเอง และบุคคลรอบข้าง	
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	13.00-14.30 น.	บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	วิทยากรจากศูนย์ส่งเสริมฯเขต4
	14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	วิทยากรจากศูนย์ส่งเสริมฯเขต4 และวิทยากรจาก สปอ.ดอนตูม
	14.45-16.45 น.	ความสำคัญของการอบรมบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์, เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ	
วันที่สอง	08.30-09.00 น.	ทบทวน	คณะวิทยากร
	09.00-10.15 น.	มนุษย์สัมพันธ์, สังคมและการอยู่ร่วมกัน	จนท.งานสุศึกษา สสจ.พื้นที่
	10.15-10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	วิทยากรจากศูนย์ส่งเสริมฯเขต4
	10.30-12.00 น.	เพศศึกษา/อนามัยการเจริญพันธุ์	
	12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	13.00-14.30 น.	บทบาทหญิงชายในสังคมที่คาดหวัง	จนท.งานสุศึกษา สสจ.สพ.
	14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	วิทยากรจากศูนย์ส่งเสริมฯเขต4
	14.45-16.45 น.	ชีวิตสมรส...หวานหรือขม	

หัวข้อการอบรมผู้นำนักศึกษา

เรื่อง “บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์”

คาบเรียนกิจกรรม ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 15.10-16.00 น.

ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2543

ลำดับที่	เรื่อง	วิทยากร
1	ประจำเดือนกับความสะอาด และอาการข้างเคียง	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่
2	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่
3	การกระทำความรุนแรงทางเพศ	ผู้วิจัย
4	พัฒนาการวัยรุ่น	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่
5	ความสัมพันธ์ของหญิงชาย	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่
6	บทบาทหญิงชายที่เพศตรงข้ามต้องการ	ผู้วิจัย
7	การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่
8	เทคนิคการปฏิเสธ	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่
9	การดูแลเพศตรงข้าม/การปฏิบัติต่อเพศตรงข้าม	ผู้วิจัย
10	ชีวิตเมื่อมีดวง	วิทยากรจาก สสจ.ในพื้นที่ และผู้วิจัย

**ประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัย
การเจริญพันธุ์ โดยเน้นบทบาทหญิงชาย
ในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง**

**Assessment of Effectiveness of a Gender-Sensitive
Reproductive Health Education Program
for Married Couples Expecting their First Child
in Angthong Province**

**จิรดา เอี่ยมระหงษ์
วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์
โชคชัย อินทรประสงค์**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

**ประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัย
การเจริญพันธุ์ โดยเน้นบทบาทหญิงชาย
ในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง**

**Assessment of Effectiveness of a Gender-Sensitive
Reproductive Health Education Program
for Married Couples Expecting their First Child
in Angthong Province**

**จิรดา เอี่ยมระหงษ์
วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์
โชคชัย อินทรประสงค์**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่วีธีคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จลุล่วงด้วยดีจากการสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะผู้วิจัย ใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยนี้ นับเป็นการเปิดโอกาสให้นักวิจัยรุ่นใหม่ที่มีความสนใจที่จะทำงานวิจัยได้พัฒนาศักยภาพตนเองในด้านการทำวิจัย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านวิชาการเกี่ยวกับสถิติทางเพศ บทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นอย่างมาก โดยได้รับการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากคณะกรรมการประสานงานที่ปรึกษา ดร.พรชัย สุจิตต์ (UNFPA) รศ.ดร.เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ๊ดติคจ์, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, รศ. ดร.บุปผา ศิริวัศมี และ Dr.Alan Noel Gray อาจารย์ที่ปรึกษา, อาจารย์ George A. Attig ในการให้คำแนะนำการเขียนโครงร่างการวิจัย ตลอดจน รศ. เอื้อมพร ทองกระจาย, รศ. ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ผศ. ดร.สุรียพร พันพึ้ง, และอาจารย์เรณู อรรถาเมศร์ คณะผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความอนุเคราะห์และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านวิชาการอันเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดุสิต สุจิรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญด้านงานสาธารณสุขทุกท่าน คุณเบญจรัตน์ แสงสิงแก้ว นักวิชาการสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข คุณสุกัญญา จงเอกวุฒินักวิชาการสาธารณสุข และคุณโสมยุพา เศรษฐี หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง และคุณเดียนเพ็ญ แสงดี หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัย และขอขอบพระคุณ คุณจวน แสงสว่าง

สาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลแสวงหา และโรงพยาบาลป่าโมก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ และสถานีนามัยทุกแห่งในเขตอำเภอวิเศษชัยชาญ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก และให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จในที่สุด

สุดท้าย ขอขอบคุณคู่สมรสทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นบทบาทหญิงชาย และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในการประสานงาน และอำนวยความสะดวกแก่นักวิจัยเป็นอย่างดี

จิรดา เอี่ยมระหงษ์
วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์
โชคชัย อินทรประสงค์

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง โดยการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิง และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ในเรื่อง ความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2542 ถึงเดือนพฤษภาคม 2544 กลุ่มตัวอย่างคือ คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 50 คู่ และคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแสวงหา และโรงพยาบาลป่าโมก เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 50 คู่ คณะผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างชายหญิงด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก กลุ่มทดลอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ และการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย โดยภาพรวม คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของสามีและภรรยาเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างสามีและภรรยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนาถาการเจริญพันธุ์ ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนาถาการเจริญพันธุ์ และในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างสามีและภรรยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับอนาถาการเจริญพันธุ์

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนาถาการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก มีผลทำให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกทั้งสามีและภรรยาเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนาถาการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมสนับสนุนบทบาทของสามีได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนาถาการเจริญพันธุ์ของตนเองและภรรยาด้วย ความสำเร็จครั้งนี้เกิดจากกิจกรรมที่เน้นให้สามีและภรรยา ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนาถาการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายของตนเองและครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงอนาถาการเจริญพันธุ์สำหรับสามีและภรรยาได้ต่อไป

EXECUTIVE SUMMARY

Based on the report of reproductive health program implementation prepared by the Angthong provincial health office, the most urgent reproductive health problems are lack of male involvement in family planning, male expectations about their gender roles, and access to family planning services. This report revealed that 96.2 per cent of those receiving family planning services were women, 8.6 per cent of newborns were found to be low birth weight, and only 26.9 per cent of women were seeking pap smears for the early detection of carcinoma of the cervix. These problems affect family health because women play important roles and responsibilities in giving birth, care, nurturing and support for the good health of the family members.

Promotion of gender and reproductive health among married couples expecting their first child is considered to be the most important strategy to promote health in the family and community. To sustain the development of reproductive health it is necessary to continuously modify males' attitudes towards their wives and children.

This research project assessed the needs and problems concerning gender-sensitive reproductive health among married couples expecting their first child as formative information for developing a gender-sensitive reproductive health promotion program. It then developed this education program for such couples, with special reference to gender equality, safe motherhood, disease prevention and reproductive health promotion, as well as violence against women. After the program's implementation, changes in the couple's knowledge and behaviors were evaluated among experimental and control groups. Based on changes in knowledge and behaviors of these married couples, the project then determined the effectiveness and feasibility of the reproductive health promotion program for men and women as a mechanism for improving reproductive health.

Based on these objectives, the study adopted a quasi-experimental research design to assess the feasibility and effectiveness of the gender-sensitive reproductive health promotion program for married couples expecting their first child in Angthong Province. The duration of the project was from December 1999 to May 2001. The study covered two groups of 50 couples each. The experimental group comprised those couples attending Visetchaichan Hospital, while the control group entailed those couples who were seeking services from Sawangha Hospital and Phamok Hospital. An AIC meeting (Appreciation Influence Control) among the experimental group was undertaken to assess needs and problems concerning gender-sensitive reproductive health among married couples.

Thereafter, a participatory learning manual was developed and used among members of the experimental group on a once a month for three-month basis. Data were then collected through interview questionnaires to evaluate the effectiveness of the education program on a pre- and post-implementation basis, and analyzed using Pearson Chi-square to evaluate changes in knowledge and behaviors, paired sample t-test, and independent sample t-test among husbands and wives in both groups (experimental, control).

The results of the AIC meeting with female and male leaders revealed that almost all of the couples were not considering family planning, and the use of contraceptive methods was seen to be the wife's responsibility. The couples also did not consult each other about sexual matters, they had married when they were under 20 years of age, and their pregnancies were unplanned. Their vision of a family, however, consisted of one son and one daughter. They felt that husbands and wives should be of equal status and work together to build a stable family. Neither husband nor wife was promiscuous, and husbands did not have minor wives. They paid attention to obtaining reproductive health care, and there was no abuse within the family (physical or emotional).

After implementation of the gender-sensitive reproductive health promotion program, evaluation findings showed clearly that the program led to increased knowledge and behavioral changes with regard to safe motherhood, problems and needs in gender-sensitive reproductive health, as well as changes in behaviors regarding gender equality and safe motherhood. The knowledge and behaviors of the experimental group were significantly higher after the education program compared to the control group. Moreover, both before and after the education program, and in both the control and experimental groups, husbands and wives did not differ significantly in terms of knowledge, but did so regarding behaviors. For the experimental group, average scores between husbands and wives differed in terms of violence against women and problems and needs concerning gender-sensitive reproductive health promotion. Among the control group, these scores differed for disease prevention and reproductive health.

Based on this study, the project investigator made the following recommendations.

1. Policy strategies should be supported to allow married couples to participate in gender-sensitive reproductive health promotion programs, as well as to improve the health services system for couples so that men can participate more actively in maternal and child health. Policies should also aim at

strengthening participatory learning and life skills as part of promoting reproductive health among married couples.

2. Efforts should be made to conduct gender-sensitive reproductive health programs aimed at increasing the knowledge of administrators and authorities and build their capacities to plan and enact a quality service system with regards to gender-sensitive reproductive health promotion programs targeting married couples.

3. Participatory learning workshops on gender-sensitive reproductive health care should be conducted for health authorities which can later lead to similar programs for married couples.

4. Greater attention is needed on issues of safe motherhood, violence against women, disease prevention and reproductive health among married couples.

5. Support should be given to educate married couples in changing their behaviors regarding sexual practices during pregnancy, the husband's role in maternal and child health, and changes in mental health and emotions during pregnancy.

6. "Reproductive health promotion corners" should be established to motivate learning and promote reproductive health among married couples.

7. In terms of developing a quality services system, this should entail: (i) establishing participatory learning communication programs for reproductive health that can be conducted for 8-12 married couples so that they can exchange experiences and increase the application of what they learn; (ii) establishing special groups within the routine service system that can provide high quality reproductive health care; (iii) establishing time schedules for reproductive care services that are convenient for attendance by married couples; (iv) establishing counseling clinics for married couples, and emphasizing their use on special days such as Valentines Day and Family Day; and (v) developing a simple self-learning manual on gender-sensitive reproductive health care which can be used by married couples.

8. Further research is needed into building a model and developing guidelines for gender-sensitive reproductive health promotion among married couples, as well as the self-learning manual.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xi
บทคัดย่อ	xiii
EXECUTIVE SUMMARY	xv
สารบัญ	xviii
สารบัญตาราง	
 1. บทนำ	 67
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	67
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	70
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	71
1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	71
1.5 สมมุติฐานในการวิจัย	72
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	73
 2. ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	 75
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์	75
2.2 แนวคิดเรื่องบทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ	78
2.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	80
2.4 งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	82
 3. ระเบียบวิธี	 84
3.1 รูปแบบการวิจัย	84
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	85
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	85
3.4 วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	88
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	90

4. ผลการวิจัย	91
4.1 ผลการดำเนินงานพัฒนาและจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์...	91
4.2 ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมของสามีภรรยา	95
4.3 ผลการประเมินประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการจัดโปรแกรม.....	98
4.4 อภิปรายผล	102
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	107
5.1 สรุปผลการวิจัย	107
5.2 ข้อเสนอแนะ	109
บรรณานุกรม	114
ภาคผนวก ก ตาราง	119
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	127

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 ร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างสามีและภรรยา	121
2 ระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังทดลอง	123
3 ระดับคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังทดลอง	123
4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม	124
5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม	125

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นแนวคิดใหม่ ที่นอกจากจะครอบคลุมถึง ขบวนการเจริญพันธุ์และหน้าที่แล้วยังรวมถึงสุขภาพอนามัยของสตรีในทุกกลุ่มอายุ ทั้งวัยก่อน เจริญพันธุ์ วัยเจริญพันธุ์และหลังวัยเจริญพันธุ์อีกด้วย และการที่จะส่งเสริมสุขภาพอนามัย การเจริญพันธุ์ให้ดีขึ้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเจริญพันธุ์แล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไข โดยปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน ปรับปรุงพฤติกรรมส่วนบุคคล และปรับปรุงด้านบริการทางการแพทย์สาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในช่วง พ.ศ. 2533-2538 ในแต่ละปีจะมีโรคต่างๆ ที่บั่นทอนสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรโลกจำนวนมหาศาล นอกจากอัตราการตาย ของมารดาที่สูงแล้ว ยังมีจำนวนมารดาที่ทุพพลภาพอย่างร้ายแรงปีละ 20 ล้านคน ทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยปีละ 20 ล้านราย สตรีติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 9 ล้านราย และคู่สมรสที่ยังไม่ได้ รับบริการด้านการวางแผนครอบครัวประมาณ 120 ล้านคู่ กระจายอยู่ทั่วโลกโดยเฉพาะ ในประเทศกำลังพัฒนา และในประเทศไทย ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังคงมีอยู่ มากมายหลายประการ ซึ่งกิจกรรมทางอนามัยการเจริญพันธุ์ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 10 ประการ ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินงานที่ต้องแก้ไขและลดปัญหาต่างๆ ให้น้อยลงที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การแท้ง และการติดเชื้อเป็นต้น ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรหลาย ด้านมาช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหา (สุวชัย อินทรประเสริฐ, 2543 : 3-6)

สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศที่ผ่านมา การให้บริการไม่ได้ ให้ความสำคัญดำเนินการเป็นระบบ ส่วนใหญ่แล้วเน้นการให้บริการเฉพาะด้านอนามัยแม่ และเด็กและการวางแผนครอบครัว ส่งผลให้อัตราตายของมารดาและทารกได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง และคู่สมรสได้มีการวางแผนครอบครัวอย่างกว้างขวางทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ทำให้

สุขภาพอนามัยของมารดาและทารกดีขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งดาร์ลส์ เฮอร์ญูประยูร (2540) ได้กล่าวว่า สถานการณ์งานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ประสบผลสำเร็จทำให้อัตราคุมกำเนิดและอัตราการเจริญพันธุ์รวมดีกว่าอัตราเฉลี่ยของสตรีทั่วโลก แต่ถึงแม้จะมีการวางแผนครอบครัวอย่างดียังมีสตรีทำแท้งจำนวนมาก การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการและการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น และสถานการณ์อื่นๆ ยังมีปัญหา เช่น ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การดูแลสตรีตั้งครรภ์ การร่วมรับผิดชอบของสามีและการเจ็บป่วยของมารดาทารกยังสูงในบางพื้นที่ในชนบท และอมรา สุนทรธาดา (2542) ได้กล่าวถึง การประชุมระดับโลกเรื่องประชากรกับการพัฒนาและได้มีการประเมินสถานการณ์ของประเทศสมาชิก รวม 26 ประเทศ พบว่า ปัญหาเร่งด่วนที่สุดในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ ขาดการมีส่วนร่วมของบุรุษในเรื่องการวางแผนครอบครัว รองลงมา คือ ปัญหาที่ว่าด้วยความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทชายหญิงและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า ในจังหวัดอ่างทองก็ยังคงมีปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของจังหวัดอ่างทอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง 2543) พบว่า เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม มีอัตราสูงกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 8.6 ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวเป็นผู้หญิง ร้อยละ 96.2 ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวในอัตราสูง ร้อยละ 55.5 และผู้หญิงไปรับบริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเพียงร้อยละ 26.9

จากสภาพปัญหาสุขภาพของผู้หญิง ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวเพราะในครอบครัว ผู้หญิงเป็นผู้ที่รับหน้าที่และมีความรับผิดชอบสำคัญในการให้กำเนิดบุตร การดูแล (Care) เลี้ยงดู (nuture) และประคับประคอง (Support) สมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพดี หากผู้หญิงในครอบครัวมีสุขภาพไม่ดี ก็จะทำให้กำเนิดเด็กที่มีน้ำหนักน้อยเสี่ยงต่อปัญหาด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ นอกจากนี้ ผู้หญิงที่มีสุขภาพไม่ดีจะไม่สามารถทำหน้าที่ดูแล เลี้ยงดู และประคับประคอง รวมทั้งอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพดี และมีส่วนพัฒนาสังคมในฐานะสมาชิกของสังคมและประชาชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ใน

คริสต์ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก องค์การอนามัยโลก (1995) อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2539) ได้แถลงในการประชุมสุดยอดเพื่อการพัฒนาสังคมว่า สุขภาพ คือ เสาหลักของการพัฒนาสังคม และสุขภาพของผู้หญิงมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพของชาติ ด้วยเหตุผลที่เกี่ยวกับหน้าที่และการมีส่วนร่วมสร้างสรรค์สังคมและประชาชาติของผู้หญิง ผู้หญิงเป็นเสาหลักของครอบครัวที่เกี่ยวกับสภาพชีวิตที่เป็นสุข ความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นพื้นฐานของสังคมและมีความสำคัญที่สุดของประเทศชาติ สุขภาพเป็นทั้งสิทธิมนุษยชนพื้นฐานและการลงทุนทางสังคมที่คุ้มค่า รัฐบาลจำเป็นต้องทุ่มเทพทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2540) ได้กล่าวถึงการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ว่า ต้องมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องให้เกิดการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันเองได้ในแนวทางทำงานแบบสาธารณสุขมูลฐานผสมผสานพร้อมกันไปทุกด้าน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและความอ่อนไหวของสังคมเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ ครอบครัว ทุกช่วงอายุตั้งแต่ในครรภ์จนถึงวัยชรา และการเสริมพลังสตรี เพราะแม่ที่ขาดความรู้และทักษะ จะทำให้ได้เด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์และสติปัญญาที่ยากต่อการพัฒนา รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ชายให้มีความรับผิดชอบต่อการภรรยา บุตรและครอบครัวไม่ล่าช้าทางเพศ ทารุณทางเพศฯ และสุวรรณา วรคามิน (2543) กล่าวว่า อย่างไรก็ตามในประเทศที่กำลังพัฒนาอีกหลายๆ ประเทศทั่วโลก ผู้หญิงและเด็กผู้หญิงก็ยังมีสิทธิไม่เท่าเทียมกับผู้ชายและเด็กผู้ชาย ยังคงมีความห่างไกลกันเกือบทุกๆ ด้าน แม้จะมีการรณรงค์หรือเรียกร้องกันมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน แต่ก็ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร สิทธิเหล่านั้นกระแทกมาถึงสุขภาพของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงทั้งโดยตรงและทางอ้อม และรวมไปถึงคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย จึงทำให้องค์การสหประชาชาติ องค์การกองทุนระหว่างประเทศ และประเทศพัฒนาแล้วต่างๆ ต่างก็มีความเห็นพ้องต้องกันว่าหากต้องการที่จะพัฒนาผู้หญิงต้องยกระดับความเสมอภาคของผู้หญิงกับผู้ชายให้เท่าเทียมกัน ให้ผู้หญิงมีสิทธิที่จะตัดสินใจในขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีพร้อมที่จะพัฒนาในด้านอื่นๆ ได้ต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลชุมชน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและมุ่งมั่นที่จะศึกษาประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก สำหรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้ชายและผู้หญิง และใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงสุขภาพการเจริญพันธุ์ของประชาชนให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยเพิ่มบทบาทของผู้ชายให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มสัมพันธภาพ ความเข้มแข็งในครอบครัว และสภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีของผู้ชายและผู้หญิง ในอันจะนำไปสู่พฤติกรรมดำรงชีวิตหรือวิถีชีวิต (Life Style) อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความต้องการและปัญหาบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้น บทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก
2. เพื่อพัฒนาการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและได้รับการดูแลที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และการทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
3. เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

อนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ทั้งก่อนและหลังการจัดโปรแกรมส่งเสริม
อนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

4. เพื่อประเมินประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการจัดโปรแกรมส่งเสริม
อนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก และเป็นเครื่องมือ
สำหรับการปรับปรุงสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้ชายและผู้หญิง

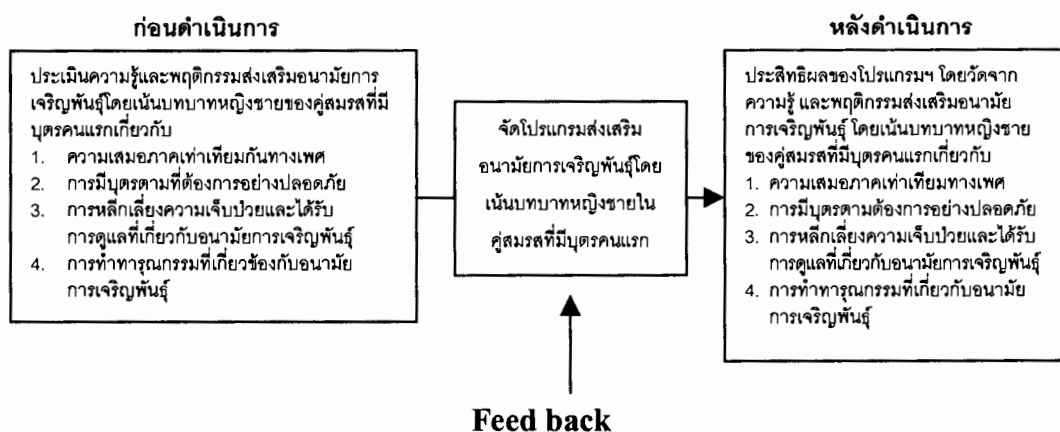
ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาท
หญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกจะเป็นการวัดโดยอ้อม โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์
คู่สมรสทั้งสามีและภรรยา ซึ่งถือว่าการประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมตามสภาพการณ์ที่สุด

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2542 ถึงเดือนพฤษภาคม
2544 โดยดำเนินการทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิง
ชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ และสถานี
อนามัยในเขตอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดในการศึกษาประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามบทบาทหญิงชายของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ซึ่งแสดงถึงเจตนาในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองและคู่สมรส

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการเจริญพันธุ์ หมายถึง กิจกรรมการดำเนินงานที่จัดขึ้นเพื่อให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรก เกิดการเรียนรู้และมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามบทบาทหญิงชายเกี่ยวกับความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและได้รับการดูแลที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

บทบาทหญิงชาย หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสมที่ผู้หญิงและผู้ชายควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองและคู่สมรส เกี่ยวกับความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและได้รับการดูแลที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และการไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ หมายถึง สิทธิและความรับผิดชอบของสามีและภรรยาในฐานะความเป็นมนุษย์ชนที่เท่าเทียมกัน ที่จะต้องปฏิบัติต่อกันด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกันเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคู่สมรสให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี

การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย หมายถึง การวางแผนเตรียมความพร้อมร่วมกันในการมีบุตรตามที่สามีและภรรยาต้องการ โดยการวางแผนครอบครัวเพื่อกำหนดจำนวนการมีบุตร การเว้นระยะเวลาการมีบุตรแต่ละคนที่เหมาะสม และมีบุตรในช่วงที่ภรรยามีอายุ 20 – 35 ปี

การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและได้รับการดูแล หมายถึง ความรับผิดชอบของสามีภรรยาในการปฏิบัติทางเพศที่มีความปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่อวัยวะของร่างกายและการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง และคู่สมรส เพื่อชีวิตครอบครัวและชีวิตทางเพศที่มีความสุข

การทำทารุณกรรม หมายถึง การกระทำที่รุนแรงอันก่อให้เกิดอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อกันของสามีภรรยา ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งในครอบครัว และมีผลเสียต่อสุขภาพของคู่สมรส ได้แก่ การทะเลาะเบาะแว้ง ทำร้าย ตบตี บังคับ ชูเส้น ใช้วาจาหยาบค้าย แสดงท่าที่รังเกียจ ทำให้อับอาย ฯลฯ

2. ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ประสิทธิภาพการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
2. แนวคิดเรื่องบทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิง
3. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)
4. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

1.1 ความหมายเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1947 อ้างถึงในกำแหง จาตุรจินดา, 2543) ได้นิยามคำว่าสุขภาพไว้ว่า “มิใช่เป็นสภาวะของการปราศจากโรคภัย แต่เป็นภาวะความ

สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม" แต่อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) มีความหมายและขอบเขตกว้างขวาง เกี่ยวข้องทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ทุกวัย เนื่องจากมีผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ หรือเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงหลังจากวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งได้มีนิยามของ“อนามัยการเจริญพันธุ์” ไว้ว่า คือ ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ทำให้เขาเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งหมายถึง ภาวะที่บุคคลควรมีชีวิตทางเพศที่รับผิดชอบ พึงใจและปลอดภัย มีความสามารถที่จะมีบุตร มีสิทธิที่จะรับรู้และเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ราคาถูก รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ทำให้สตรีมีความปลอดภัยในการตั้งครรภ์ คลอดบุตรและให้กำเนิดบุตรที่แข็งแรง

สุวชัย อินทรประเสริฐ (2543) ให้ความเห็นว่าค่านิยมของอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเหมือนกับของสุขภาพอนามัย แต่เป็นเรื่องของระบบสืบพันธุ์ ทั้งในด้านหน้าที่ ขบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบ อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนสำคัญที่สุดในเรื่องของสุขภาพของทุกๆ คน และถือได้ว่าเป็นพื้นฐานทางสุขภาพของสตรีที่เป็นจุดเริ่มต้นของการที่ครอบครัวจะมีสุขภาพดี ซึ่งอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีจะประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 3 อย่าง คือ

1. มีความสามารถ (Ability) ในการที่จะมีบุตรและควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนเอง มีเสรีภาพที่จะเลือกว่าจะมีบุตรเมื่อไร ถิ่นทางเท่าไร ตลอดจนมีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์
2. ประสบผลสำเร็จ (Success) โดยมีอันตรายของมารดาและทารกต่ำ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ลูกที่เกิดมาได้รับการพัฒนาให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ปลอดภัย (Safety) มีโอกาสเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ราคาถูก รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ทำให้สตรีมีความปลอดภัย ในด้านการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและบุตรที่เกิดมามีความแข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย

1.2 การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบาย “อนามัยการเจริญพันธุ์” เพื่อให้สอดคล้องกับระดับนานาชาติและมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2540 ซึ่งเป็นวันประชากรโลกไว้ว่า **คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ จะต้องมียุทธศาสตร์การเจริญพันธุ์ที่ดี** โดยแนวคิดใหม่ของอนามัยการเจริญพันธุ์ จะต้องมีการผสมผสานการบริการให้ครบถ้วน เน้นการส่งเสริมให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพอนามัยการเจริญพันธุ์จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ตั้งแต่พันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคมที่เราเกิดมาและอาศัยอยู่ รวมทั้งมีปัจจัยส่งเสริมหรือบ่อนทำลาย คือ พฤติกรรมของบุคคล การบริการทางการแพทย์สาธารณสุข การดำเนินงานส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์มีองค์ประกอบในงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก โรคเอดส์ มะเร็งของระบบสืบพันธุ์ โรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน ภาวะการมีบุตรยาก เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (1997) อ้างในเอื้อมพร ทองกระจาย (2542) ได้กำหนดแผนงานที่จะเพิ่มพูนศักยภาพด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ให้กับทุกประเทศทั่วโลกโดยมีเป้าหมายหลักที่กำหนดไว้ 4 ประการ เพื่อให้มั่นใจว่าแต่ละบุคคลจะสามารถคงไว้ซึ่งสิทธิทางเพศและสิทธิการเจริญพันธุ์ ดังนี้

เป้าหมาย 1 มีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์ รวมไปถึงวุฒิภาวะทางเพศ และศักยภาพในการสร้างความเท่าเทียมทางเพศ ความรับผิดชอบต่อสัมพันธภาพทางเพศ และความปรารถนาทางเพศ

เป้าหมาย 2 มีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัยและมีสุขภาพดี โดยสามารถกำหนดจำนวน ระยะเวลาของการมีบุตร ตลอดจนสามารถตัดสินใจเองได้ว่าจะมีหรือไม่มีบุตร

เป้าหมาย 3 หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายและความพิการ ทั้งปวงที่เกี่ยวข้องกับเพศมิติ สุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และได้รับการดูแลเมื่อต้องการ

เป้าหมาย 4 ปราศจากการถูกกระทำทารุณกรรม หรือวิธีปฏิบัติทั้งปวงที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับเพศมิติและสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์

2.2 แนวคิดเรื่องบทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

1. ความหมายของบทบาทหญิงชาย

คำว่า **บทบาทหญิงชาย หรือเพศภาวะ (gender)** หมายถึง บทบาททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ชายและผู้หญิงที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด รวมถึงภาระหน้าที่ ความคาดหวังจากผู้อื่นและความคาดหวังที่บุคคลนั้นมีต่อผู้อื่น โดยมีความหมายแตกต่างกับคำว่า เพศชาย (male) หรือเพศหญิง (female) ซึ่งหมายถึง ความแตกต่างทางสรีระ แต่ความหมายของเพศภาวะอาจต่างกันตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคม สภาพแวดล้อม ประวัติศาสตร์ ฯลฯ ของแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้ยังผันแปรตามตามวงจรชีวิตของแต่ละคนอีกด้วย แท้จริงแล้วบทบาทหญิงชายเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งถูกปลูกฝังและปรุงแต่งโดยบทบาทหญิงชายที่แตกต่างกันของผู้ชายและผู้หญิง ในสังคมไทยผู้ชายถูกเลี้ยงดูมาแบบให้มีสถานะภาพและอำนาจทางเพศสูงกว่าผู้หญิง สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นอย่างเด่นชัดในการแสดงออกทางเพศ ความรู้สึก รับผิดชอบต่อการกระทำทางเพศ การใช้วิธีคุมกำเนิด ฯลฯ (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, 2542)

2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิง

สุธีรา ทอมป์สัน (2540: 70) กล่าวว่า ความแตกต่างระหว่างหญิงชายในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นสืบเนื่องจากกระบวนการหล่อหลอมทางสังคม วัฒนธรรม และประเพณีที่ได้สืบทอดและปลูกฝังกันมาช้านาน สังคมให้อิทธิพลต่อวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศของหญิงและชายต่างกัน ผู้ชายจะมีอำนาจในการตัดสินใจโดยเฉพาะเรื่องเพศมากกว่าผู้หญิง ทั้งๆ ที่บทบาทของหญิงเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีมากแต่อำนาจการตัดสินใจในเรื่องนี้ของผู้หญิงไม่เท่ากับผู้ชาย จากความเหลื่อมล้ำของหญิงชายในเรื่อง

อนามัยการเจริญพันธุ์ ผลของการประชุมประชากรกับการพัฒนาที่กรุงไคโร เมื่อเดือนกันยายน 2537 จึงได้เน้นในเรื่องของสิทธิสตรีโดยที่ผู้หญิงต้องมีทางเลือก มีสิทธิและมีอิสระในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ หญิงและชายต้องมีสิทธิเท่าเทียมกันในการที่จะตัดสินใจและร่วมกันรับผิดชอบ ผู้ชายจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัว ดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์และอนามัยทางเพศของตน ปรับพฤติกรรมและทัศนคติทางเพศให้เหมาะสม

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิง จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี ในการที่จะส่งเสริมหรือให้ความรู้และความตระหนักในปัญหาของตนเอง มีอุปสรรคอยู่หลายประการ อาทิ ความด้อยในเรื่องการศึกษาระหว่างหญิงและชาย บทบาททางเศรษฐกิจไม่เปิดโอกาสให้ทุกสถานะมีทางเลือกที่จะปกป้องความไม่ปลอดภัยในชีวิตของตน โดยเฉพาะสตรีที่อยู่ระดับล่างสุดของชนชั้นทางสังคม สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเสริมบทบาทให้สตรีสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้มากนั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับค่านิยมทางสังคม ตลอดจนกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมอีกหลายประการ เช่น ค่านิยมเรื่องเพศ สังคมไม่เปิดกว้างให้ผู้หญิงพูดคุ้ยหรือปรึกษาเป็นที่เปิดเผยได้ เพราะการพูดคุ้ยเรื่องเหล่านั้นถือว่าน่าละอาย สตรีจะยอมรับกับสภาพชีวิตครอบครัวโดยทำหน้าที่ดูแลและให้ความสุขกับสามีและครอบครัว ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิงมีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นอย่างยิ่ง เพราะตราบไคที่ชนบทรอบนิยม จารีต ความเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิง ยังคงลักษณะชายเป็นใหญ่หรือชายควบคุมพฤติกรรมทางเพศ จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้ชายและหญิงยอมรับและมีความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (อมรา สุนทรธาดา, 2542)

นอกจากนี้ เอื้อมพร ทองกระจาย (2542) ได้กล่าวว่า ความต้องการด้านสุขภาพของหญิงและชายแตกต่างกัน ผู้หญิงจะมีความต้องการด้านสุขภาพเป็นไปตามวงจรการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง และโดยธรรมชาติทางสรีรวิทยา ผู้หญิงจะมีความเสี่ยงต่อการ

ติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าผู้ชาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเป็นหมันและ มะเร็งปากมดลูกและสุขภาพของหญิงยังถูกควบคุมกำกับโดยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เช่น หญิงมีความเป็นอิสระในตัวตน และมีอำนาจในการต่อรองน้อยกว่าชาย ทำให้หญิงเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและคุกคามทางเพศได้ง่าย ดังนั้น การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์จึง ไม่ได้มุ่งที่ผู้หญิงเท่านั้น แต่มุ่งทั้งหญิงและชายโดยถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน เพราะผู้ชายก็ต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีเช่นเดียวกับผู้หญิง ผู้ชายมีส่วนร่วมในการส่งเสริม อนามัยการเจริญพันธุ์ได้ ทั้งที่เป็นสุขภาพของตนเองและสุขภาพของผู้หญิงในฐานะคู่ทาง เพศและในบทบาทความรับผิดชอบของสามี ผู้ชายสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ ความผิดปกติของตนและภรรยาได้จากการควบคุมพฤติกรรมและการตัดสินใจทางเพศของตน การยอมรับปรับเปลี่ยนทัศนคติทางเพศของชายที่มีต่อหญิงในฐานะเพื่อนมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการปฏิบัติทางเพศที่มีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชายจะมีผล ต่อสุขภาพของสตรีและความผาสุกของครอบครัวในที่สุด

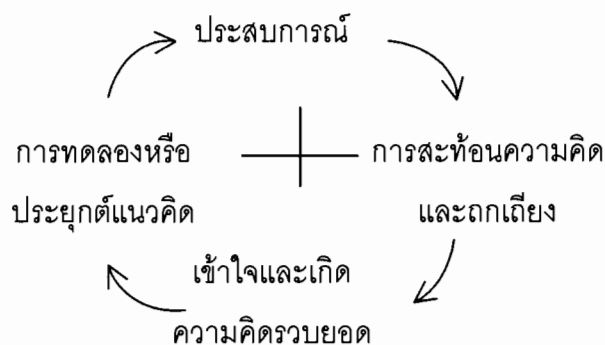
2.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) อาศัยหลักการเรียนรู้ ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม วิธีการนี้จะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะเป็นพื้นฐานใน การสอนด้านพุทธิพิสัยแล้ว ยังเป็นพื้นฐานในการสอนด้านเจตพิสัยและทักษะพิสัยด้วย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

1. ประสบการณ์ (Experience) จะช่วยนำประสบการณ์เดิมมาพัฒนาเป็น องค์ความรู้ใหม่
2. การสะท้อนความคิดและถกเถียง (Reflect and Discussion) เป็นขั้นตอนที่ ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
3. เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) เป็นขั้นตอนที่สร้างความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็น

ฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4. การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experiment Application) เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสนำการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง



ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นไปอย่างพลวัตโดยจะเริ่มต้นในขั้นตอนหรือในองค์ประกอบใดก่อนก็ได้ แต่สำคัญที่การจัดกระบวนการให้ครบทุกองค์ประกอบ วิธีการสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทุกองค์ประกอบ คือ กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้แบ่งปันประสบการณ์ ได้สะท้อนความคิดและถกเถียง สรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ปัจจัยที่สำคัญของกระบวนการกลุ่มจะบรรลุผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมสูงสุดและการบรรลุงานสูงสุด

การเรียนรู้สูงสุด + การมีส่วนร่วมสูงสุด	=	การบรรลุงานสูงสุด
- วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมสูงสุด	คือ	การออกแบบกลุ่ม
- วิธีการสร้างการบรรลุงานสูงสุด	คือ	การออกแบบงาน

องค์ประกอบ	การออกแบบกลุ่ม	การออกแบบงาน
ประสบการณ์	2 คน	แลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามคำถามที่ตั้งไว้
สะท้อนความคิดและอภิปราย	3-4 คน หรือ 5-6 คน	อภิปรายประเด็นเจาะลึกที่เหมือนกันหรือต่างกัน
ความคิดรวบยอด	กลุ่มใหญ่	รายงาน อภิปรายกลุ่มใหญ่ สรุป
การประยุกต์	2 คน หรือ 3-4 คน	นำความคิดรวบยอดแปลงเป็นข้อเขียนหรือคำพูด

2.4 งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จะเห็นได้ว่ายังมีความแตกต่างกันในด้านบทบาทหญิงชาย จากการศึกษาของ เกสรา ศรีพิชญากุล และยุพิน เพียรมงคล (2538) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีจากคู่สมรสและญาติ จะมีคะแนนพัฒนากิจโดยรวมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือปานกลาง เช่นเดียวกับ ดุชนี พงษ์ศิริ (2539) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของสามี เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ และพิมพวัลย์ บุญมงคล (2541) ได้ศึกษาพบว่า ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสตรียังเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากสตรีไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้แล้ว อร่ามศรี กฤษณเศรษฐี และนงจรส ศุภกิจ (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ชายในการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองและครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของผู้หญิง จึงไม่ค่อยมีบทบาทในการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน และสถานบริการไม่มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ชายเข้ามารับรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพการเจริญพันธุ์ และผู้ชายยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยและการทำหมัน ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาได้ยืนยันตรงกันว่า การใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นเรื่องที่ทำได้ยากถ้าหากไม่ได้ใช้เพื่อการคุมกำเนิด

นอกจากนี้ พิศมัย จารุขวลิต (2538) ได้ทดลองศึกษาการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ด้วยวิธีการบรรยายและฉายวิดีโอทัศน์ พร้อมทั้งแจกเอกสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันให้

หญิงตั้งครรภ์นำกลับไปดูที่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และจากผลการศึกษาของพรณทิพา จิติธร (2539) พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้รับการฝึกเตรียมเข้าทำงาน สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และต้องจิตต์ กาญจนินัย (2540) ศึกษาพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีสรางพลัง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและทักษะการเจรจาต่อรองมากำหนดกิจกรรมมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความคาดหวังและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ดีขึ้น และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการในรูปแบบการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในลักษณะการสนทนากลุ่ม การให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มหรือปรึกษารายบุคคลในประเด็นปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับผู้ชาย จำนวน 564 ราย พบว่า ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของรูปแบบในการเรียนรู้ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และผู้ชายได้ให้ความสนใจมากที่สุดเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัวและเอดส์ และจากผลการศึกษาแบบการเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนของ Wallerstein and Bernstein (1992) พบว่า จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นด้วย

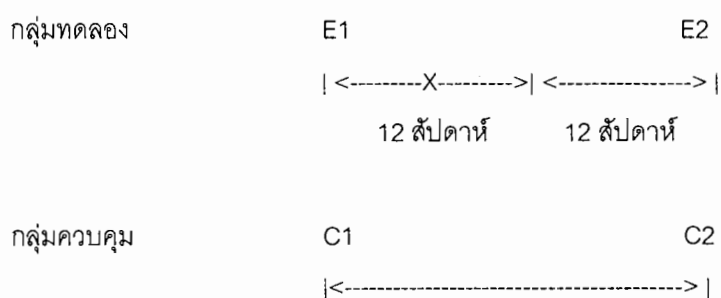
กล่าวโดยสรุป หญิงและชายมีสิทธิในความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันในการที่จะตัดสินใจและร่วมกันรับผิดชอบในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดด้านการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิงและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่บุตรคนแรก เพื่อบู่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้และพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายขึ้นทั้งผู้ชายและผู้หญิง

3. ระเบียบวิธี

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายใน คู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด Before and After Design with Comparison Group โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย จำนวน 50 คู่ และกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้น บทบาทหญิงชาย จำนวน 50 คู่ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



X = โปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

E1 , C1 = การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมฯ

E2 , C2 = การเก็บข้อมูลภายหลังการจัดโปรแกรมฯ

3.2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นคู่สมรสที่อยู่กินด้วยกันและภรรยา กำลังตั้งครรภ์บุตรคนแรก ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. ภรรยามีอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์
2. มาใช้บริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลแสวงหาและโรงพยาบาลป่าโมก ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม 2543 ถึงเดือน กันยายน 2543
3. ไม่เป็นผู้ที่มีผลการตรวจเลือดหา Anti HIV ได้ผลบวก

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกตามคุณสมบัติที่กำหนดและมาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายเป็นกลุ่มทดลอง 50 คู่ และคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกตามคุณสมบัติที่กำหนด และมาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแสวงหาและโรงพยาบาลป่าโมก ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์เพื่อจัดเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มควบคุม 50 คู่

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากกระทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย มีจำนวน 30 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นแบบถูกผิดและกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ ดังนี้

ข้อคำถามความรู้ในทางบวก	ข้อคำถามความรู้ในทางลบ
ใช่ = 1 คะแนน	ใช่ = 0 คะแนน
ไม่ใช่ = 0 คะแนน	ไม่ใช่ = 1 คะแนน

ระดับความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{30 - 0}{3} = 10$$

ระดับสูง หมายถึง กลุ่มสตรีที่มีบุตรคนแรกมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายในระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 21 - 30 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง กลุ่มสตรีที่มีบุตรคนแรกมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 11 - 20 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง กลุ่มสตรีที่มีบุตรคนแรกมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายในระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย มีจำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มีตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ เคยเป็นประจำ เคยนานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรม ดังนี้

ข้อคำถามพฤติกรรมในทางบวก		ข้อคำถามพฤติกรรมในทางลบ	
เคยเป็นประจำ	= 2 คะแนน	เคยเป็นประจำ	= 0 คะแนน
เคยนานๆ ครั้ง	= 1 คะแนน	เคยนานๆ ครั้ง	= 1 คะแนน
ไม่เคยเลย	= 0 คะแนน	ไม่เคยเลย	= 2 คะแนน

ระดับพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้คะแนนตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best,1977) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{60 - 0}{3} = 20$$

ระดับดี หมายถึง กลุ่มคนที่ไม่มีบุตรคนแรกมีพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายในระดับดี มีคะแนนระหว่าง 41 - 60 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง กลุ่มคนที่ไม่มีบุตรคนแรกมีพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 21 - 40 คะแนน

ระดับควรปรับปรุง หมายถึง กลุ่มคนที่ไม่มีบุตรคนแรกมีพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายในระดับควรปรับปรุง มีคะแนนระหว่าง 0 - 20 คะแนน

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อนำไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 ท่าน ได้ทดสอบเนื้อหาและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้เก็บข้อมูลจากคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนมีนาคม 2543 เพื่อทดสอบความชัดเจนของข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์และทดสอบคุณภาพของข้อมูลดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้

- ทดสอบหาความยากง่าย แล้วเลือกข้อที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.2-0.8
- หาค่าอำนาจจำแนก โดยเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป
- ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร K.R. 20 ของ Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

2.2 แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม ได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ตามสูตรของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3. เมื่อทดสอบเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3.4 วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดในกลุ่มแกนนำหญิงชาย โดยใช้เทคนิคการระดมสมองเพื่อรวมพลังสร้างสรรค์พัฒนาการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ (Appreciation Influence Control : AIC) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ง่ายและก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ด้วยการกระตุ้นให้เกิดการสร้างจินตภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในปัจจุบันและสิ่งที่พึงประสงค์ในอนาคต

2. จัดทำคู่มือและเอกสารสำหรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก
3. สร้างเครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานของอำเภอพิเศษชัยชาญเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก
2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการดำเนินงานวิจัย โดยการสัมภาษณ์คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ โรงพยาบาลแสวงหาและโรงพยาบาลป่าโมก
3. ดำเนินการทดลองเพื่อจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่เป็นกลุ่มทดลองตามแนวทางปฏิบัติงานในคู่มืออย่างต่อเนื่องทุกเดือนนาน 3 เดือน ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 คู่สมรสเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ
 - ครั้งที่ 2 คู่สมรสเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน
 - ครั้งที่ 3 คู่สมรสทำกิจกรรมร่วมกันเองที่บ้านตามแนวทางในเอกสารที่แจกให้
 - ครั้งที่ 4 คู่สมรสเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล

1. ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด
2. ประชุมทีมคณะผู้วิจัยเพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
3. เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ภายหลังจากจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายแก่คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกนาน 3 เดือน
4. ประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกเพื่อสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน
5. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการดำเนินงานวิจัย

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์มาลงบันทึกในแผ่น Diskette เพื่อประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับการมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานโดยแยกการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)
2. ทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างชายหญิง ด้วยสถิติ Independent Samples t-test

4. ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ซึ่งสามารถนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมของสามีภรรยากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

4.1 ผลการดำเนินงานพัฒนาและการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

การดำเนินงานเพื่อพัฒนาการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ได้ดำเนินการศึกษาปัญหาและความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก และนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำคู่มือสำหรับทดลองจัดกิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ซึ่งสรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

1.1 ปัญหาและความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก

1.2 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้น บทบาทหญิงชาย

1.1 ปัญหาและความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก

ก่อนดำเนินการทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก คณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการศึกษาปัญหาและความ

ต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยการจัดประชุมสัมมนาแกนนำหญิงชายเพื่อระดมสมองการรวมพลังความคิดสร้างสรรค์พัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 20 คน โดยใช้เทคนิคกระบวนการ (Appreciation Influence Control : AIC)

ผลจากการประชุมสัมมนาพอสรุปได้ว่า ปัจจุบันมีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ในเรื่อง ความไม่เสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ เนื่องจากคู่สมรสไม่ได้มีการ เตรียมการกำหนดเป้าหมายของครอบครัวร่วมกัน ถือว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้หญิง สามีภรรยาไม่มีการปรึกษาหารือกันในเรื่องความต้องการทางเพศของตนเอง ผู้หญิงคิดว่าไม่ควรเปิดเผยถึงความรู้สึกทางเพศเพราะมีความอายและเกรงว่าสามีจะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง คู่สมรสไม่มีการเตรียมวางแผนมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มที่ผู้หญิงและผู้ชายจะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ซึ่งเป็นช่วงอายุน้อยอยู่ในวัยเรียนระดับมัธยมศึกษา ผู้หญิงที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและไม่ได้เรียนต่อมักจะแต่งงานหรืออยู่กินด้วยกันแบบสามีภรรยาในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี และตั้งครภักในขณะที่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร คู่สมรสมีปากเสียงทะเลาะเบาะแว้งกันได้ง่ายเนื่องจากทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีอารมณ์ฉุนเฉียว ไม่มีความอดทนและไม่ค่อยสร้างความเข้าใจต่อกัน

ความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก พบว่า ครอบครัวที่คู่สมรสพึงปรารถนา คือ ต้องการมีบุตรชาย 1 คน และหญิง 1 คน สามีภรรยาให้การยอมรับซึ่งกันและกันอย่างมีเหตุผล คอยดูแลเอาใจใส่สุขภาพอนามัยของกันและกัน ช่วยกันทำงานเพื่อสร้างครอบครัวให้มีความสุข สามีไม่ควรแสดงอำนาจเหนือกว่าภรรยา ไม่ลำสอนทางเพศและไม่นอกใจภรรยา และภรรยาไม่ควรแสดงอำนาจเหนือกว่าสามี ไม่เอาแต่ใจตนเอง ควรรู้จักต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความปลอดภัย

ทั้งผู้ชายและผู้หญิงควรมีความอดทนและสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกัน ควรพูดคุยกันถึงความรู้สึกลงโทษของตนอย่างเปิดเผย ควรเรียนรู้ในเรื่องเพศศึกษาเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับคู่สมรส ไม่ควรแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว ดุด่าหรือใช้วาจาหยาบคาย และไม่ทำร้ายร่างกายและจิตใจต่อกัน

1.2 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

จากการศึกษาปัญหาและความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก คณะผู้วิจัย ได้นำผลมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทดลองจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญและสถานีนามัยในเขตอำเภอวิเศษชัยชาญ และได้จัดทำเป็นคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ตามแผนการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ซึ่งมีจุดประสงค์การเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรม (ดังรายละเอียดในคู่มือ) ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่องการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

- คู่สมรสตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
- คู่สมรสมีทัศนคติทางบวกต่อการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
- คู่สมรสมีความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

- คู่สมรสตระหนักถึงการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

- คู่สมรสมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
- คู่สมรสมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องครอบครัวของเรา

- คู่สมรสตระหนักถึงความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายครอบครัวร่วมกัน
- คู่สมรสมีทักษะในการกำหนดเป้าหมายครอบครัวร่วมกัน
- คู่สมรสมีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 เรื่องบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

- คู่สมรสตระหนักถึงบทบาทหญิงชายในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
- คู่สมรสมีความเข้าใจในบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
- คู่สมรสมีทักษะในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย

4.2 ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมของสามีภรรยา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะประชากรและสังคมที่คล้ายคลึงกัน ยกเว้นในเรื่องประวัติการแต่งงาน พบว่า กลุ่มทดลอง สามีมีประวัติเคยอยู่กินแบบสามีภรรยามาก่อนคู่สมรสคนปัจจุบันมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ($p < 0.016$) โดยทั้งสองกลุ่ม มีอายุระหว่าง 20-24 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ 26.0) ภรรยาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 42.0) และสามีมีอายุระหว่าง 20-24 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 43.0) สามีและภรรยาจบการศึกษาขั้นสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.5) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 63.5) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวนเงิน 3,000-4,999 บาท (ร้อยละ 41.0) สามีมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15-19 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) และภรรยามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15-19 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 62.0) แต่งงานหรืออยู่กินด้วยกันแบบสามีภรรยามานาน 1 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 35.0) และยังไม่เคยแต่งงานอยู่กินด้วยกันแบบสามีภรรยากับผู้ใดมาก่อน (ร้อยละ 85.5) เพศบุตรคนแรกที่สามีภรรยาต้องการมากที่สุดคือ เพศชายหรือเพศหญิงก็ได้ (ร้อยละ 43.5) ภรรยาไม่เคยมีประวัติการแท้ง (ร้อยละ 90.0) สามีและภรรยาไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 99.0) และได้รับข้อมูลด้านเพศศึกษาจากเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 52.5) (ตาราง 1 และ 2)

4.2.2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง คิดเป็นร้อยละ 97.0 และ 95.0 ตามลำดับ ก่อนทดลอง โดยภาพรวมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่าง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ยกเว้นในเรื่อง การทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ **หลังทดลอง** โดยภาพรวมพบว่า ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในเรื่อง การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย และปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของสามีภรรยา **ก่อนทดลอง** โดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่สามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าภรรยา และสามีในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าภรรยา แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ภายหลังทดลอง** โดยภาพรวม พบว่า ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของภรรยาในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าสามี และมากกว่าสามีภรรยาของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องเกี่ยวกับ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างสามีภรรยาทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัย พบว่า สามีภรรยาส่วนใหญ่ ยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสในระหว่างตั้งครรภ์ สามีควรพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเอง และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของสามีในขณะภรรยาตั้งครรภ์

4.2.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 76.0 และ 65.0 ตามลำดับ และภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 56.0 **ก่อนทดลอง** โดยภาพรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ **หลังทดลอง** โดยภาพรวม พบว่า ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในเรื่อง การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การทำทารุณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มควบคุม พบว่า โดยภาพรวม มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในเรื่องเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างสามีภรรยา **ก่อนการทดลอง** โดยภาพรวม พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของภรรยาสูงกว่าสามี และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างสามีภรรยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในกลุ่มทดลอง สามีภรรยามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่อง การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย และการทำทารุณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการ

เจริญพันธุ์ และในกลุ่มควบคุมสามีภรรยาที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่อง การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย และการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หลังการทดลอง โดยภาพรวม พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังทดลองระหว่างสามีภรรยาเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสามีในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่าภรรยาและสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของสามีและภรรยาในกลุ่มควบคุม ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า ทั้งสองกลุ่ม ภรรยามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของสามี ยกเว้นในกลุ่มทดลอง สามีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นและสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของภรรยา ในเรื่องการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การทำแท้ง การทำแท้งที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทั้งสองกลุ่ม สามีและภรรยามีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ในกลุ่มควบคุมสามีและภรรยามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการทำแท้งที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และจากผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่สามีภรรยาในกลุ่มทดลองยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมมากที่สุดในเรื่อง การพูดคุยกับคู่สมรสเพื่อให้ผู้ชายวางแผนมีบุตรและเปิดเผยถึงความรู้สึกทางเพศของตน ในกลุ่มควบคุม สามีภรรยามีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในเรื่อง การพูดคุยกับคู่สมรสเพื่อให้ผู้ชายวางแผนมีบุตรและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการคุมกำเนิด

4.3 ผลการประเมินประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก

คณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการจัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานของสถานอนามัยทุกแห่งในเขตอำเภอวิเศษชัยชาญ จำนวน 18 คน เพื่อติดตามประเมินผลการ

จัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ซึ่งสรุปผลได้ดังต่อไปนี้

4.3.1 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ และสถานีอนามัยในเขตอำเภอวิเศษชัยชาญ ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก เป็นกิจกรรมที่ดีที่ควรจะนำไปพัฒนาคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ เพราะจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกมีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองและคู่สมรส ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสามีและภรรยาได้มีการวางแผนกำหนดเป้าหมายของครอบครัวร่วมกัน สามีภรรยาได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษาหารือกันในเรื่องสุขภาพ มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก นอกจากนี้ ยังเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ชายมีบทบาทในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงด้วย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาในขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด การวางแผนครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและได้รับการดูแลที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

จากผลการดำเนินงาน พบว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกนั้นว่าได้ผลดี เพราะคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกได้มีการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายดีขึ้น ซึ่งผลการดำเนินงานสามารถประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นั้น เป็นผลเนื่องมาจากการเตรียมการก่อนดำเนินการที่ดี โดยได้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย และได้จัดทำคู่มือและเอกสารแผนพับ

สำหรับการดำเนินงาน ซึ่งจะช่วยเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานที่ง่าย และมีความสะดวก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้สมรส

นอกจากนี้แล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน ได้ให้ความคิดเห็นต่อ แนวทางการพัฒนาการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ว่า ในการจะนำโปรแกรม ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ไปประยุกต์ เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายผู้หญิงนั้น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขควรเน้นให้คู่สมรสเห็นความสำคัญของการเสียเวลาในการมาใช้บริการพร้อมกัน ทั้งสามีภรรยา ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาท หญิงชายของตนเองและคู่สมรส ควรดำเนินการจัดกิจกรรมที่แยกออกจากงานบริการปกติ เพราะจะทำให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และได้มีข้อเสนอแนะในการ พัฒนากิจกรรมโดยการจัดทำเป็นบทเรียนสำเร็จรูปเพื่อให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกทั้งสามีและ ภรรยาสามารถศึกษาด้วยตนเองที่บ้านได้

4.3.2 กิจกรรมการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้น บทบาทหญิงชาย

การดำเนินงานเพื่อทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้น บทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จะกระทำโดยการประสานความร่วมมือของ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิง ชายของสถานบริการสาธารณสุข ดังนั้นการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดย เน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จึงได้วางแผนดำเนินการให้สอดคล้องกับการ บริการของสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

- ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานของสถานีนามัยตำบล ดำเนินการแจ้งให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกไปใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหรือสถานีนามัย พร้อมกันทั้งสามีภรรยา
- ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานของสถานีนามัยระดับตำบล วางแผนและดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ทุกเดือนและนานติดต่อกัน 3 เดือน ตามแนวทางการจัดกิจกรรมในคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- จัดระบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการมาใช้บริการฝากครรภ์ของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกโดยจัดทำบัตรนัดให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งแรกเมื่อไปใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 เมื่อไปใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีนามัยใกล้บ้าน สามีภรรยาทำกิจกรรมร่วมกันเองที่บ้านครั้งที่ 3 ตามแนวทางในเอกสารที่แจกให้ และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 เมื่อไปใช้บริการฝากครรภ์ที่สถานีนามัยใกล้บ้าน

แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการดำเนินงาน พบว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก มีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างไม่ตรงตามนัดเนื่องจากมีภาระกิจส่วนตัว ซึ่งมีผลทำให้การจัดกิจกรรมล่าช้าไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ และในการดำเนินงานพบว่า ยังมีจุดอ่อนที่ควรจะต้องมีการปรับปรุงในเรื่อง การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านทักษะการให้ความรู้รายกลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากความจำกัดด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานยังมีทักษะในการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ไม่ดีพอเท่าเทียมกันทุกคน นอกจากนี้แล้ว ควรต้องมีการปรับปรุงเนื้อหากิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติและการพูดคุยเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้เทคนิคกระบวนการให้คำปรึกษาด้านเพศศึกษา และการจัดกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ควรจัดกลุ่มให้มีขนาดที่เหมาะสม คือ มีขนาดของกลุ่มจำนวน

8-12 คน ไม่ควรจัดกลุ่มที่มีขนาดใหญ่หรือเล็กจนเกินไปเพราะจะทำให้ได้ประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควร

4.3.3 เนื้อหาในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

จากผลการดำเนินงานทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก พบว่า ส่วนใหญ่คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้สามารถปฏิบัติตามแนวทางของกิจกรรมได้เป็นอย่างดี โดยเนื้อหาของการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้จะเน้นให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรก มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้สะท้อนความคิดเห็นและถกเถียง การประยุกต์แนวคิดและสรุปความคิดรวบยอดเพื่อให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย

4.4 อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมาก ทั้งทางด้านอายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่กินด้วยกัน เป็นต้น ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรจะมีผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความรู้ ซึ่งมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1978) จึงส่งผลให้ก่อนการทดลอง คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของทั้งสองกลุ่มมีความรู้และพฤติกรรมไม่แตกต่างกันด้วย

2. ความรู้และพฤติกรรมระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างชายหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่อง การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย และการทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างชายหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัยและการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้เนื่องจากมีความแตกต่างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิง ซึ่งสืบเนื่องมาจากกระบวนการหล่อหลอมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีที่ได้สืบทอดและปลูกฝังกันมาช้านาน สังคมให้อิทธิพลต่อวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศของหญิงและชายต่างกัน ผู้ชายจะมีอำนาจในการตัดสินใจโดยเฉพาะเรื่องเพศมากกว่าผู้หญิง บทบาทของผู้หญิงเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีมาก แต่มีอำนาจการตัดสินใจไม่เท่ากับผู้ชาย (สุธีรา ทอมป์สัน, 2540) ดังนั้นจึงส่งผลให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมระหว่างชายหญิงแตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอร่ามศรี กฤษณเศรษฐี และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ชายในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองและครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของผู้หญิงจึงไม่ค่อยมีบทบาทในการดูแลส่งเสริมอนามัยที่ชัดเจน และสถานบริการไม่มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ชายเข้ามารับรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และผู้ชายยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยและการทำหมัน

3. ความรู้และพฤติกรรมของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กิจกรรมต่างๆ ที่กลุ่มทดลองได้รับในโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้าน

ความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย กล่าวคือ คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ในเรื่องการมีบุตรตามที่ต้องการ อย่างปลอดภัย ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของกลุ่มทดลอง จะได้รับการแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนภายในกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกรับรู้บรรยากาศแบบเป็นกันเอง มีกิจกรรมเพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาโดยให้แต่ละคนบอกภาพชีวิตครอบครัวที่พึงปรารถนาของตนเอง การอภิปรายกลุ่ม การคิดแบบมีทัศนคติในทางบวกตามบทบาทหญิงชายเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ มีการเล่นเกมสดวงใจสี่อรัญ เกมสันทนาการ เกมสดวงชีวิต เพื่อให้คู่สมรสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้คู่สมรสเกิดการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และพฤติกรรมของหญิงชายที่ส่งผลดีต่อการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งได้มีกิจกรรมที่ให้ผู้สมรสร่วมกันวางแผนกำหนดเป้าหมายของครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัว และแจกเอกสารความรู้ให้ผู้สมรสศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม ซึ่งวิธีการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาของ Wallerstein & Bernstein ที่พบว่า รูปแบบการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยวิธีสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้การมองภาพที่ควรจะเป็นและการพัฒนาวิธีการที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งวิธีการศึกษาในรูปแบบดังกล่าว นอกจากจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นด้วย (Wallerstein, 1992)

จากผลการวิจัย พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 1 กระทรวงสาธารณสุข (2542) ซึ่งได้ดำเนินการให้บริการในรูปแบบการมีส่วนร่วมในการ

เรียนรู้ในลักษณะการสนทนากลุ่ม การปรึกษารายกลุ่มหรือปรึกษาเป็นรายบุคคลในประเด็น ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับผู้ชาย พบว่า ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของ รูปแบบการเรียนรู้ การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และผู้ชายได้ให้ความสนใจ มากที่สุดเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัวและเอดส์ และสอดคล้องกับ พรพนทิพา รัฐิธร (2539) ที่ได้ศึกษาวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของ ผู้รับการฝึกเตรียมเข้าทำงาน สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ มากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความรู้และพฤติกรรมของคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมหลังการทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่าง จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ของ ภรรยาเพิ่มขึ้นสูงกว่าสามีและสูงกว่าสามีภรรยาของกลุ่มควบคุม และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย และปัญหาและความ ต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสามี เพิ่มขึ้นสูงกว่าภรรยาและสูงกว่าสามีและภรรยาของกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ และการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย นอกจากนี้แล้ว พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างชายหญิงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมระหว่างชายหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการหลีกเลี่ยงความ

เจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้เนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ การเรียนรู้ตามกระบวนการในโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ซึ่งเน้นให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกได้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมเป็นผู้คิดและมีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง จึงทำให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับ ความเสมอภาคเท่าเทียมกันทางเพศ การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายที่ถูกต้องเหมาะสม

จากผลการวิจัย พบว่า มีความสอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ได้ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวแปรที่เป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำบุคคล การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย จารุขวลิต (2538) ที่ใช้โปรแกรมสุขภาพที่จัดขึ้นด้วยวิธีการบรรยายและฉายวิดีทัศน์ พร้อมทั้งแจกเอกสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกัน ให้หญิงตั้งครรภ์นำกลับไปดูที่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ต้องจิตต์ กาญจนมัย (2540 : 111) ที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีการสร้างพลังในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 ที่

ศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในเรื่องการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของกลุ่มควบคุมได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้น กล่าวคือ ทั้งสามีและภรรยาในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่ภรรยาได้ไปรับบริการฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง และสามีได้ให้การดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ฯลฯ สามีให้ความสนใจในการพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเอง จึงมีผลทำให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกของกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่สะท้อนว่าแรงเสริมจากสามีมีผลในทางบวกต่อการบำรุงครรภ์และมีสัมพันธ์ภาพกับทารก (เรณู อรรฐาเมศร์, 2542) เช่น ทองอยู่ บุญการ (2535) และดุชนี พงษ์ศิริ (2539) ได้ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากสามีมีผลต่อการตั้งครรภ์และแรงสนับสนุนทางสังคมของสามีเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาฝากครรภ์

5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง โดยการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิง และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะประชากรและสังคมคล้ายคลึงกัน ยกเว้นในเรื่องประวัติการแต่งงาน ในกลุ่มทดลอง สามีมีประวัติเคยอยู่กินแบบสามีภรรยามาก่อนคู่สมรสคนปัจจุบันมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ส่วนใหญ่คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกมีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายเกี่ยวกับการไม่ได้เตรียมกำหนดเป้าหมายครอบครัวร่วมกันเพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของภรรยา สามีภรรยาไม่มีการปรึกษาหารือกันในเรื่องความต้องการทางเพศของตนเอง ทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานอยู่กินด้วยกันในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี และผู้หญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร ส่วนใหญ่คู่สมรสมีความต้องการที่จะมีบุตรชาย 1 คน และหญิง 1 คน สามีภรรยาให้การยอมรับซึ่งกันและกันอย่างมีเหตุผล ไม่ลำเอียงทางเพศ สามีไม่นอกใจภรรยา การพูดคุยดูแลเอาใจใส่สุขภาพของกันและกัน ไม่ดุด่าหรือใช้วาจาหยาบคายและไม่ทำร้ายร่างกายและจิตใจต่อกัน

จากผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก พบว่า ก่อนการทดลอง สามีและภรรยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลอง พบว่า คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาพรวม คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของสามีและภรรยาเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างชายหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย ปัญหาและ

ความต้องการที่เกี่ยวกับสุขภาพการเจริญพันธุ์ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ และการมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย ซึ่งในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างชายหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างชายหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก มีผลทำให้คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกทั้งผู้ชายและผู้หญิงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายดีขึ้น และเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ชายได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองและภรรยาด้วย ซึ่งจากผลความสำเร็จครั้งนี้เกิดจากการจัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ชายและผู้หญิง ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายของตนเองและครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้ชายและผู้หญิงได้ต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกครั้งนี้ มีประสิทธิภาพดีที่สามารถนำไปประยุกต์เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการปรับปรุงอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ชายและผู้หญิงได้ ซึ่งควรมีการพัฒนาต่อไปโดย

นำผลทดลองที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดำเนินงานในหลายๆ ด้านที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.1 การศึกษาประสิทธิภาพการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรกครั้งนี้ ได้พัฒนาระบบการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขโดยจัดกิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่คู่สมรสที่มาใช้บริการเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย ซึ่งส่งผลทำให้คู่สมรสเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายได้ ดังนั้น ผู้บริหารงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้คู่สมรสทั้งหญิงชายได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย ดังนี้

- นโยบายการพัฒนาบริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยจัดระบบการให้บริการแก่คู่สมรสพร้อมกันทั้งสามีและภรรยา เพื่อให้ผู้ชายมีบทบาทในการเข้ามาดูแลสุขภาพของภรรยาและลูกมากขึ้น
- นโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุข จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมแก่คู่สมรสเพื่อให้คู่สมรสมีทักษะชีวิตด้านการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย

1.2 จากผลการวิจัย พบว่า คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกมีพฤติกรรมแตกต่างกันระหว่างสามีและภรรยา ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน จึงควรเน้นการพัฒนางานส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรสในเรื่อง การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย การไม่ทำทารุณกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นทิศทางที่ควรนำไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดคล้องกับนโยบายการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9

1.3 การดำเนินงานเพื่อทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางแผนจัดระบบการดำเนินงานที่ดี และมีการจัดทำคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน การจัดทำบัตรนัดให้คู่สมรสมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนเอกสารแผ่นพับเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานที่ง่ายและสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน ดังนั้น ในการพัฒนางานบริการของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชายแก่คู่สมรส จึงควรดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการดังต่อไปนี้

- ควรส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงบทบาทหญิงชายในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้สามารถวางแผนจัดระบบการให้บริการด้านส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรสได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
- ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีทักษะและความสามารถในการให้บริการในการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายแก่คู่สมรส

1.4 จากผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสามีและภรรยายังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกมีความเข้าใจว่า ควรดการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสในระหว่างที่ภรรยาตั้งครรภ์ สามีไม่จำเป็นต้องพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเอง และการตั้งครรภ์ของภรรยาไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของสามี และส่วนใหญ่สามีและภรรยามีพฤติกรรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายที่ควรต้องปรับปรุงในเรื่องการพูดคุยกับคู่สมรสเพื่อให้ถูกอย่างอนามัย การวางแผนมีบุตรในขณะที่ผู้หญิงมีอายุระหว่าง 20-35 ปี การให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด การเปิดเผยถึงความรู้สึกทางเพศของตน การเรียนรู้ในเรื่องเพศเพื่อปรับตัวให้เข้ากันได้กับคู่สมรส สามีควรให้ความสนใจใน

การพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเองและสามีควรให้การดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ควรต้องมุ่งเน้นการดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้มากยิ่งขึ้น ดังนี้

- ให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้แก่คู่สมรส เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสในระหว่างที่ภรรยาตั้งครรภ์ ความจำเป็นที่สามีควรพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของคู่สมรสในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ เช่น แจกเอกสารแผ่นพับ ลงบทความท้องถิ่นฯ

- จัดตั้งมุมบริการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ ที่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อจูงใจให้คู่สมรสได้มีโอกาสเรียนรู้เพิ่มเติม และทำให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดียิ่งขึ้น

1.5 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มแก่คู่สมรสที่มีบุตรคนแรกที่บ้านอนามัยมีขนาดเล็กเกินไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้เวลาในการให้บริการมากกว่าปกติ ซึ่งมีผลกระทบต่อการให้บริการเพราะกิจกรรมบริการฝากครรภ์มีมาก และในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของคู่สมรส พบว่า คู่สมรสไม่ค่อยให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการแสดงบทบาทสมมติและการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่คู่สมรส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะต้องวางแผนดำเนินการดังนี้

- จัดกลุ่มให้มีขนาดที่เหมาะสม จำนวน 8-12 คน ขนาดของกลุ่มไม่ควรใหญ่หรือมีขนาดเล็กเกินไป เพราะจะทำให้คู่สมรสได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้ตามที่ต้องการได้

- เพื่อให้ได้ผลดีมากยิ่งขึ้น ควรจัดกิจกรรมให้แยกออกจากงานบริการปกติ เพราะจะทำให้คู่สมรสให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเน้นให้คู่สมรสเห็นความสำคัญของการต้องเสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขพร้อมกันทั้งสามีและภรรยา

- จัดคลินิกให้บริการปรึกษาแก่คู่สมรสในวาระพิเศษ เช่น วันแห่งความรัก วันครอบครัว
- จัดทำบทเรียนสำเร็จรูปแบบง่าย เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามบทบาทหญิงชาย สำหรับแจกให้คู่สมรสที่ไม่สามารถมาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข ได้นำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรทำวิจัยเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย
- 2.2 ควรทำวิจัยเพื่อศึกษา รูปแบบการจัดบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายแก่คู่สมรสที่แต่งงานใหม่ ในรูปแบบที่เหมาะสมและมีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 2.3 ควรศึกษาและพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ตามบทบาทหญิงชาย หรือการสร้างบทเรียนสำเร็จรูปง่ายๆ เพื่อให้สามีภรรยาได้ศึกษาเรียนรู้ร่วมกัน

บรรณานุกรม

- กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย. (2540). **อนามัยการเจริญพันธุ์**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใน **คู่มือฝึกอบรมการดูแลทางสังคมจิตใจสำหรับแพทย์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 69-78.
- เกสร ศรีพิชญาการ และยุพิน เพ็ชรมงคล. (2538). ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ ในคู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 48.
- กำแหง จาตุรจินดา. (2543). จริยธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ใน **อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย : สิ่งท้าทายและความหวังในทศวรรษหน้า**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- ดุชนี พงษ์ศิริ. (2539). พฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดำรง เจริญประยูร. (2540). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ ใน **อนามัยการเจริญพันธุ์**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.

ต้องจิตต์ กาญจนโมทย์. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับ
ทฤษฎีการสร้างพลังในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาล
แม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์. (2542). เพศภาวะและมิติทางเพศ ใน คู่มือการอบรม
เชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัย
เจริญพันธุ์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2-12.

พรณทิพา จิติวร. (2539). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้รับการ
ฝึกเตรียมเข้าทำงานสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัย
มหิดล.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, (2541). ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทาง
เพศและความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว : นัยยะและกลวิธีในระดับ
ชุมชนเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงชนบท
ที่แต่งงานแล้ว. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสมัย จารุขวลิต. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน
การป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช
พิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2543). **อนามัยการเจริญพันธุ์ ใน อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย : สิ่งท้าทายและความหวังในทศวรรษหน้า.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

สุวรรณ วรคามิน. (2543). **อนามัยการเจริญพันธุ์กับกระทรวงสาธารณสุข ใน อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย : สิ่งท้าทายและความหวังในทศวรรษหน้า.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

สุธีรา ทอมป์สัน. (2540). **ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ใน อนามัยการเจริญพันธุ์.** กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2543). **สรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล.** จังหวัดอ่างทอง : งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล.

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1. (2542). **รูปแบบการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้ชายในประเด็นปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกิจกรรมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1.** กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.

อมรา สุนทรธาดา. (2542). **ทบทวนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์.** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อร่ามศรี กฤษณเศรษฐี และนงจรส ศุภกิจ. (2543). **ผู้ชายกับการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์.** กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1.

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2542). สุขภาพการเจริญพันธุ์ ใน **คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ
โครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 21-34.

Gray, A., Punpuing, S., Yoddumnern-Attig, B., Chongsatitmun, C., Thongkrajai, E. and Singchungchai, P.(1999). **Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand.** Mahidol University, Thailand.

Best, John W. (1977). **Research in Education.** (3rd). Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-hall.

Pender, N.J. (1978). **Health Promotion in Nursing Practice** (2nd). Stanford, Connecticut : Appleton & Lange, 34-38.

Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice** (3rd). Stanford, Connecticut : Appleton & Lange, 66-73.

Wallerstein, N. (1992). “Powerless, Empowerment and Health Education : Implication for Health Promotion Programs”. **American Journal of Health Promotion.** 6, 197-205.

World Health Organization. (1947). **Health : a state of complete physical mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.** Geneva : Switzerland.

World Health Organization. (1999). **Social science methods for research on reproductive health.** Geneva, Switzerland.

ภาคผนวก ก
ตาราง

ตาราง 1 ร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามคุณลักษณะประชากรระหว่างสามี ภรรยา

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (N=100)		กลุ่มควบคุม (N=100)	
	สามี	ภรรยา	สามี	ภรรยา
1. อายุ				
- 15-19 ปี	4.0	20.0	6.0	22.0
- 20-24 ปี	22.0	19.0	21.0	13.0
- 25-29 ปี	12.0	7.0	14.0	9.0
- 30 ปีขึ้นไป	12.0	4.0	9.0	6.0
2. ระดับการศึกษาสูงสุด				
- ประถมศึกษา	21.0	21.0	17.0	24.0
- มัธยมศึกษา	17.0	19.0	17.0	16.0
- อนุปริญญา	6.0	6.0	14.0	6.0
- ปริญญาตรีขึ้นไป	6.0	4.0	2.0	4.0
3. อาชีพ				
- ไม่ได้ทำงาน	3.0	15.0	1.0	5.0
- รับจ้าง/ รัฐวิสาหกิจ	34.0	24.0	36.0	33.0
- เกษตรกรรม	9.0	5.0	6.0	6.0
- ค้าขาย	4.0	6.0	7.0	6.0
4. อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก				
- ต่ำกว่า 15 ปี	1.0	3.0	0.0	1.0
- 15-19 ปี	25.0	28.0	27.0	34.0
- 20-24 ปี	22.0	17.0	21.0	13.0
- 25-29 ปี	2.0	1.0	1.0	2.0
- 30 ปีขึ้นไป	0.0	1.0	1.0	0.0

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (N=100)		กลุ่มควบคุม (N=100)	
	สามี	ภรรยา	สามี	ภรรยา
5. เพศบุตรคนแรกที่ต้องการ				
- เพศชาย	19.0	12.0	22.0	13.0
- เพศหญิง	11.0	17.0	5.0	14.0
- เพศชายหรือเพศหญิง	20.0	21.0	23.0	23.0
6. ประวัติการแต่งงาน				
- ไม่เคย	34.0	47.0	44.0	46.0
- เคย	16.0	3.0	6.0	4.0
7. ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
- ไม่เคย	50.0	49.0	50.0	49.0
- เคย	0.0	1.0	0.0	1.0
8. แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านเพศศึกษาที่คู่สมรสได้รับ				
- เพื่อน	24.0	21.0	35.0	25.0
- นิตยสาร	29.0	20.0	23.0	18.0
- ภาพยนตร์ดีวีดี	10.0	4.0	6.0	2.0
- รายการโทรทัศน์	14.0	18.0	9.0	12.0
- ไม่เคยได้รับข้อมูล	5.0	9.0	9.0	9.0

ตาราง 2 ระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับคะแนนความรู้ (ร้อยละ)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
กลุ่มทดลอง (N = 100)			
ก่อนทดลอง	97.0	3.0	0.0
หลังทดลอง	97.0	3.0	0.0
กลุ่มควบคุม (N = 100)			
ก่อนทดลอง	95.0	5.0	0.0
หลังทดลอง	95.0	5.0	0.0

ตาราง 3 ระดับคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับคะแนนพฤติกรรม (ร้อยละ)		
	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง
กลุ่มทดลอง (N = 100)			
ก่อนทดลอง	22.0	76.0	2.0
หลังทดลอง	60.0	40.0	0.0
กลุ่มควบคุม (N = 100)			
ก่อนทดลอง	32.0	65.0	3.0
หลังทดลอง	43.0	56.0	1.0

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้ของคู่สมรส		กลุ่มทดลอง (N=100)		กลุ่มควบคุม (N=100)		t-value	df	p-value
		X	SD	X	SD			
1. ความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ								
ก่อนทดลอง		5.14	0.94	5.01	1.03	0.931	198	0.353
หลังทดลอง		5.22	0.84	5.05	1.04	1.275	198	0.204
2. การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย								
ก่อนทดลอง		5.26	0.77	5.25	0.91	0.084	198	0.934
หลังทดลอง		5.48	0.67	5.23	0.91	2.298	198	0.023*
3. การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์								
ก่อนทดลอง		5.41	0.91	5.32	0.98	0.671	198	0.503
หลังทดลอง		5.47	0.76	5.36	0.98	0.888	198	0.376
4. การทำทารุณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์								
ก่อนทดลอง		5.32	0.92	5.47	0.63	-1.348	198	0.180
หลังทดลอง		5.39	0.88	5.48	0.63	-0.836	198	0.404
5. ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์								
ก่อนทดลอง		3.73	1.20	3.76	1.06	-0.196	198	0.845
หลังทดลอง		4.28	0.95	3.74	1.07	3.767	198	0.001*
โดยภาพรวม	ก่อนทดลอง	24.86	2.62	24.81	2.49	0.138	198	0.890
	หลังทดลอง	25.85	2.35	24.86	2.54	2.862	198	0.005*

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

พฤติกรรมของคู่สมรส	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-value	df	p-value
	(N=100)		(N=100)				
	X	SD	X	SD			
1. ความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ							
ก่อนทดลอง	6.69	1.84	7.22	2.12	-1.890	198	0.060
หลังทดลอง	8.47	1.91	7.60	1.86	3.260	198	0.001*
2. การมีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัย							
ก่อนทดลอง	5.23	2.77	5.20	2.92	0.075	198	0.941
หลังทดลอง	7.54	2.24	5.90	2.66	4.715	198	0.001*
3. การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนทดลอง	7.28	1.76	7.24	2.05	0.148	198	0.883
หลังทดลอง	7.77	1.97	7.35	1.86	1.553	198	0.122
4. การทำทารุณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนทดลอง	7.62	1.63	7.28	1.89	1.363	198	0.174
หลังทดลอง	7.35	1.82	7.61	2.00	-0.961	198	0.338
5. ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์							
ก่อนทดลอง	5.31	1.20	5.80	2.37	-1.582	198	0.115
หลังทดลอง	6.63	2.55	6.32	2.36	0.892	198	0.373
โดยภาพรวม ก่อนทดลอง	32.13	5.78	32.74	6.38	-0.709	198	0.479
หลังทดลอง	37.76	5.67	34.78	6.10	3.576	198	0.001*

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้น บทบาทหญิง
ชายในคู่สมรสที่มีบุตรคนแรก จังหวัดอ่างทอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคู่สมรส

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () หรือเติมข้อความตามความเป็นจริง

	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ 1 () ชาย 2 () หญิง	A1 ☐
2. ปัจจุบันท่านมีอายุเท่าใด จำนวน.....ปีบริบูรณ์	A2 ☐
3. ท่านจบการศึกษาชั้นสูงสุดระดับใด	A3 ☐
1 () ไม่ได้เรียน 5 () อนุปริญญา	
2 () ป.1 – ป.6 6 () ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	
3 () ม.1 – ม.3 7 () อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
4 () ม.4 – ม.6	
4. ท่านประกอบอาชีพหลักอะไร (อาชีพที่ทำรายได้มากที่สุด)	A4 ☐
1 () รับจ้าง 4 () รับราชการ	
2 () เกษตรกรรม 5 () แม่บ้าน	
3 () ค้าขาย 6 () อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
5. ท่านมีรายได้โดยเฉลี่ยประมาณเดือนละเท่าใด จำนวนเงิน.....บาท	A5 ☐
6. ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยการร่วมเพศครั้งแรกเมื่อมีอายุเท่าใด.....ปีบริบูรณ์	A6 ☐
7. ท่านอยู่กินกับคู่สมรสคนปัจจุบันมานานกี่ปี.....จำนวนปีเต็ม	A7 ☐
8. ท่านต้องการบุตรคนแรกเป็นบุตรชาย หรือบุตรหญิงมากกว่ากัน	A8 ☐
1 () ชายมากกว่า 2 () หญิงมากกว่า	
3 () พอ ๆ กัน	
9. ท่านเคยอยู่กินแบบสามีภรรยากับผู้ใดมาก่อนคู่สมรสคนปัจจุบันหรือไม่	A9 ☐
1 () ไม่เคย 2 () เคย	
10. ท่านเคยมีประวัติการแท้งมาก่อนสมรสอย่างเป็นทางการหรือไม่ (ถามผู้หญิง)	A10 ☐
1 () ไม่เคย 2 () เคย จำนวน.....ครั้ง	
11. ท่านเคยมีประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน หรือไม่	A11 ☐
1 () ไม่เคย 2 () เคย ระบุโรค.....	
12. ท่านได้รับข้อมูลด้านเพศศึกษาจากแหล่งใดบ้างหรือไม่(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
1 () พูดคุยกับเพื่อน	A12 ☐
2 () อ่านนิตยสาร	A13 ☐
3 () ดูภาพยนตร์วีดีโอ	A14 ☐
4 () ดูรายการโทรทัศน์	A15 ☐
5 () อื่น ๆ โปรดระบุ.....	A16 ☐

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรส

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงความรู้ ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ การมีบุตรตามต้องการอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและได้รับการดูแลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การทำทารุณกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ขอให้ท่านตอบคำถามตามความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริง โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบหลังข้อความของความรู้ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	ความรู้ ความเข้าใจ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. การให้การยอมรับอย่างมีเหตุผลของสามีภรรยา เป็นการปฏิบัติต่อกันอย่างมีความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ		
2. การปฏิบัติที่เท่าเทียมกันคือ การที่สามีภรรยาช่วยกันทำงานทุกอย่างในบ้าน		
3. การพูดคุยกันอย่างเปิดเผยถึงความรู้สึกทางเพศของตน ทำให้สามีภรรยามีความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ		
4. ภรรยาไม่สิทธิอันชอบธรรมที่จะมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามีของตน		
5. สามีภรรยา จำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ /การคลอดอย่างปลอดภัย		
6. การเลี้ยงดูบุตรเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของภรรยาเท่านั้น		
7. การวางแผนครอบครัว หมายถึง การคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียว		
8. การมีบุตรที่เหมาะสม คือ มีบุตรในขณะที่แม่มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี		
9. จำนวนบุตรที่สามารถให้การเลี้ยงดูได้เป็นอย่างดีคือ มีจำนวนไม่เกิน 2 คน		
10. การเว้นระยะการมีบุตรแต่ละคนคือ มีบุตรห่างกันอย่างน้อย 2 ปี		
11. หญิงตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัดอย่างน้อย ทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง		
12. การเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ คือ การที่แม่เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเองอย่างเดียวนาน อย่างน้อย 4 เดือน		
13. โดยธรรมชาติทางสรีรวิทยา ทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้ง่ายกว่าผู้ชาย		
14. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลอาจทำให้เป็นหมัน แท้ง ทารกตาย/พิการได้		
15. สามีภรรยาที่ไม่มีการปรึกษาหารือกันในเรื่องเพศ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์		

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรส (ต่อ)

ข้อความ	ความรู้ ความเข้าใจ	
	ใช่	ไม่ใช่
16. การไม่สำส่อนทางเพศ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเองและคู่สมรสได้		
17. การใช้ถุงยางอนามัย สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้		
18. สามีภรรยาที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะขัด/มีหนอง หรือมีแผลที่อวัยวะเพศ ต้องไปรับการรักษาพยาบาลพร้อมกันทั้งสามีและภรรยา		
19. หญิงตั้งครรภ์ต้องงดทำงานหนัก เช่น หาบน้ำ ขุดดิน รับจ้างแบกหาม เพราะอาจทำให้แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้		
20. หญิงตั้งครรภ์ ต้องนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงและนอนพักกลางวันอีกอย่างน้อยวันละครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง		
21. การมีเพศสัมพันธ์ของสามีภรรยา ทุกครั้งต้องเป็นไปโดยปราศจากการคุกคาม การบังคับ และมีความปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
22. การข่มขู่ ดุด่าด้วยวาจาหนายคายของสามีภรรยาเป็นการทำร้ายจิตใจต่อกัน		
23. ภรรยาที่มีอำนาจในการต่อรองกับสามีน้อย ทำให้เสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือการคุกคามทางเพศได้ง่าย		
24. การมีพฤติกรรมบังคับข่มขู่ของสามีภรรยา ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว		
25. การตั้งครรภ์ของภรรยาไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของสามี		
26. สามี มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์ให้มีการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง		
27. สามี ไม่จำเป็นต้องพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเอง		
28. ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ สามีต้องงดการร่วมเพศกับภรรยาที่ตั้งครรภ์		
29. การเรียนรู้ในเรื่องเพศของสามีภรรยา ทำให้สามารถปรับความต้องการทางเพศให้เข้ากันได้ง่ายและมีความสุขทางเพศเพิ่มมากขึ้น		
30. การตอบสนองทางเพศที่พึงพอใจของสามีภรรยา ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และช่วยทำให้ชีวิตสมรสมีความสุข		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรส

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการทราบกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชาย ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านตอบคำถามในแต่ละข้อโดยพิจารณาอย่างรอบคอบและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องระดับพฤติกรรม หลังข้อความที่ตรงกับกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

เคยเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำเป็นส่วนใหญ่ กระทำเกือบทุกครั้งหรือกระทำทุกครั้ง

เคยนานๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำเป็นส่วนน้อย หรือกระทำบางครั้ง

ไม่เคยเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	ระดับพฤติกรรม		
	เคยเป็นประจำ	เคยนานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านปฏิบัติต่อคู่สมรสของท่าน โดยการให้การยอมรับซึ่งกันและกันอย่างมีเหตุผล			
2. ท่านและคู่สมรสของท่าน ช่วยกันทำงานทุกอย่างในบ้าน			
3. ท่านพูดคุยกันถึงเรื่องความรู้สึกทางเพศกับคู่สมรสของท่านอย่างเปิดเผย			
4. ท่านบอกปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่าน เมื่อท่านรู้สึกไม่มีความต้องการทางเพศ			
5. ท่านได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างปลอดภัยจากสื่อต่างๆ เช่น สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ฯลฯ			
6. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสของท่านเพื่อกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน			
7. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสของท่าน เพื่อที่จะให้คู่สมรสของท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการใช้วิธีการคุมกำเนิด			
8. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสของท่านเพื่อวางแผนมีบุตรในขณะที่แม่มีอายุในช่วงระหว่าง 20 - 35 ปี			
9. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสของท่าน เรื่อง ความต้องการที่จะมีบุตร			
10. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสของท่าน เพื่อวางแผนจะเว้นระยะการมีบุตรแต่ละคนห่างกันอย่างน้อย 2 ปี			
11. ท่าน/ภรรยาของท่าน ไปรับบริการตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง			
12. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสของท่าน เพื่อที่จะให้แม่เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเองอย่างเดียว นานอย่างน้อย 4 เดือน			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเน้นบทบาทหญิงชายของคู่สมรส (ต่อ)

ข้อความ	ระดับพฤติกรรม		
	เคยเป็นประจำ	เคยนานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
13. ท่านดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศของท่านเป็นอย่างดี ทั้งก่อนและหลังที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่านทุกครั้ง			
14. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับลูกในครรภ์			
15. ท่านปรึกษาหารือกับคู่สมรสของท่านเพื่อคอยดูแลสุขภาพของกันและกัน			
16. ท่าน/สามีของท่าน มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงคนอื่นที่มีไ้ภรรยาของตน			
17. ท่านพูดคุยเพื่อให้ดูยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่าน เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
18. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่านที่มีความปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง			
19. ท่าน/ภรรยาของท่าน ทำงานหนักประเภทที่ต้องใช้แรงงานมาก			
20. ท่าน/ภรรยาของท่าน ได้นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชม. และนอนพักกลางวันอีกอย่างน้อยวันละครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง			
21. ท่านมีความเต็มใจทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่าน			
22. ท่านถูกข่มขู่ ตะคอกหรือดุด่าด้วยวาจาจนบาดเจ็บจากคู่สมรสของท่าน			
23. ท่านมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ เหนือกว่าคู่สมรสของท่าน			
24. ท่านเคยทะเลาะเบาะแว้งอย่างรุนแรงถึงขั้นตบตีกันกับคู่สมรสของท่าน			
25. ท่านมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวแบบไม่มีเหตุผลตลอดเวลาที่ตั้งครรภ์			
26. ท่าน/สามีของท่าน ให้การดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ฯลฯ			
27. ท่าน/สามีของท่านให้ความสนใจพาภรรยาไปฝากครรภ์ด้วยตนเอง			
28. ท่านร่วมเพศกับคู่สมรสของท่านในช่วงตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์			
29. ท่านพยายามเรียนรู้ในเรื่องเพศ เพื่อปรับตัวให้เข้ากันได้กับคู่สมรสของท่านและทำให้คู่สมรสมีความสุขทางเพศเพิ่มมากขึ้น			
30. ท่านมีความพึงพอใจต่อการตอบสนองทางเพศของคู่สมรสของท่าน			

**การข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัว :
สาเหตุและผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว**

**Incest Behavior : Causes and Effects
according to Family Members**

จักษ์ พันธุ์ชูเพชร

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

**การข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัว :
สาเหตุและผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว**

**Incest Behavior : Causes and Effects
according to Family Members**

จักษ์ พันธุ์ชูเพชร

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่วางข้อคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอธิบดีกรมราชทัณฑ์ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลจากผู้ต้องขังในเรือนจำ ตลอดจนผู้บัญชาการเรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำพิเศษกรุงเทพ หัวหน้าส่วนควบคุม และเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างยิ่ง และขอขอบคุณ อธิบดีผู้พิพากษาศาลอาญา ศาลอาญกรุงเทพใต้ ศาลอาญธนบุรี ผู้พิพากษาหัวหน้าศาลจังหวัดนครราชสีมา ศาลจังหวัดสระบุรี และผู้พิพากษาเจ้าของคดี ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในส่วนของกรดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรม นอกจากนี้ความสำเร็จในงานวิจัยขึ้นนี้จะเกิดขึ้นมิได้หากไม่ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลในเรื่องราวและข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่สามารถกล่าวนามได้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจ นายแพทย์ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้นทุกท่าน

นอกจากบุคคล และหน่วยงานที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้แก่สังคมในครั้งนี้ก็คือ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ตลอดจนคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งสองหน่วยงานที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงาน ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆ ท่านไว้ ณ ที่นี้

จักษ์ พันธุ์เพชร

บทคัดย่อ

การศึกษาการข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสาเหตุ กระบวนการรวมทั้งสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราในครอบครัว ตลอดจนบุคลิกลักษณะของผู้กระทำและผู้ถูกกระทำเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหานี้

การศึกษาได้แก่ผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกรณีข่มขืนกระทำชำเรา 15 คดี ที่ถูกพิพากษาตัดสินคดีถึงที่สุดแล้ว

ผลของการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวของทุกกรณีศึกษามีลักษณะเผด็จการโดยผู้ข่มขืนกระทำชำเรามีอำนาจสูงสุด โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำสองลักษณะ คือ ปกติค่อนข้างไปทางลบในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต กับปกติค่อนข้างไปทางบวกในกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต

สาเหตุการข่มขืนกระทำชำเราในส่วนผู้กระทำแยกเป็น 2 สาเหตุหลักคือ ปัจจัยภายในและภายนอก

ปัจจัยภายนอก ผู้กระทำและภรรยาของผู้กระทำมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ มาจากครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาศัยอยู่ในบ้านที่คับแคบ ในชุมชนแออัดต้องช่วยกันทำงานโดยภรรยาต้องทำหน้าที่งานบ้านและดูแลบุตร ทำให้ฝ่ายภรรยาต้องการพักผ่อนและมีความสัมพันธ์ทางเพศกันน้อยลง การอยู่กันอย่างแออัดทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว การได้สัมผัสและ/หรือเห็นเรือนร่างของผู้ถูกกระทำจึงเกิดขึ้นได้ไม่ยากโดยเฉพาะหากผู้กระทำพยายามสร้างโอกาส

สิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศไม่ว่าจะเป็นวีดีโอ หนังสือ หรือรูปภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การข่มขืนกระทำชำเรา เมื่อดื่มสุราและ/หรือเสพสารเสพติด ประกอบกับโอกาสที่เอื้อให้สามารถล่วงละเมิดทางเพศได้ การข่มขืนกระทำชำเราจึงเป็นสิ่งที่เกิดตามมา การแยกห้องนอนระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำแต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันการข่มขืนกระทำชำเราภายในครอบครัวได้ เพราะห้องที่มืดซิดเป็นโอกาสให้การล่วงละเมิดทางเพศเกิดขึ้นได้โดยไม่มีใครเห็น

ปัจจัยภายใน จากความต้องการมีเพศสัมพันธ์ในปริมาณที่มากกว่าที่ได้รับจากภรรยา และ/หรือในรูปแบบที่ต่างไปจากเดิมความต้องการภายในจะได้รับการเสริมสร้างหรือยับยั้ง จากความเป็นหญิงชายและความเชื่อที่มีอยู่ หากผู้กระทำมีความรู้สึกถึงความเป็นหญิงชาย ในทางลบและ/หรือมีความเชื่อในลักษณะที่ดูถูกเหยียดหยามผู้หญิง ก็จะทำให้ความรู้สึกภายในได้รับการส่งเสริมไปในทางลบ แต่หากความรู้สึกในความเป็นหญิงชายเป็นไปในทางบวกและ/หรือมีความเชื่อในลักษณะที่ให้เกียรติ เคารพในความเป็นผู้หญิง ก็จะทำให้ความต้องการภายในมีทิศทางไปในทางที่ดี

ผู้ถูกกระทำจะมีความสับสนในพฤติกรรมนำว่าอยู่ในขอบเขตที่ถูกต้องหรือเป็นการล่วงละเมิดทางเพศ ในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า คู่สมรสของผู้กระทำหนึ่งเคยต่อพฤติกรรมนำ ทำให้ผู้ถูกกระทำไม่กล้าที่จะเล่าถึงพฤติกรรมนำที่แม้จะเกิดขึ้นอีก จึงเป็นการปิดช่องทางการร้องขอความช่วยเหลือที่ ขณะเดียวกันเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้กระทำสามารถล่วงละเมิดทางเพศได้บ่อยและรุนแรงยิ่งขึ้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งทางกาย ด้านจิตใจมี 2 ลักษณะ คือ รู้สำนึกในสิ่งที่กระทำลงไปกับการไม่ยอมรับว่าตนเองกระทำในสิ่งที่ผิด หรือแม้จะบอกว่าตนเองมีส่วนผิดบ้างก็เป็นส่วนน้อย ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมในทุกกรณีศึกษา คือ การต้องโทษจำคุก

สำหรับผู้ถูกกระทำในสองกลุ่มกรณีศึกษาไม่มีความแตกต่างกันนัก คือ เกิดการบาดเจ็บ ฟกช้ำ และอวัยวะเพศฉีกขาด นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ทำให้มีอาการ ตกขาว ปัสสาวะแสบขัด เลือดออกที่ช่องคลอด และ/หรือมีอาการปวดท้อง ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบคือ หนองใน และเชื้อรา

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ในระยะสั้นผู้ถูกกระทำจะรู้สึกตกใจ สับสน อึดอัดที่ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้ ในระยะยาวจะเกิดผลที่ตั้งแต่การต่อต้านเรื่องเพศโดยสิ้นเชิงไปจนถึงสำส่อนทางเพศ

ผลกระทบทางด้านสังคม ในระยะแรกจะทำให้ขาดความเชื่อมั่น รู้สึกอายหากต้องกล่าวถึงเรื่องที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่อยากอยู่ในสังคมเดิมและมักเลือกการย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงเรียน ในกรณีที่ไม่สามารถเปลี่ยนสังคมได้จะใช้วิธีการเก็บตัว อย่างไรก็ตาม ผู้ถูกกระทำจะรู้สึกว่า

สังคมมีความรู้สึกในทางลบกับตนแต่ในระยะยาวจะรู้สึกดีขึ้นเพราะผู้ถูกระทำได้ปรับตัวได้และบุคคลในสังคมลดความสนใจลงในประเด็นดังกล่าว

ในกรณีที่เกิดการตั้งครม. เพราะผู้กระทำเชื่อว่าผู้ถูกระทำยังไม่ถึงวัยเจริญพันธุ์จึงไม่คุมกำเนิด ในรายที่คุมกำเนิดเลือกวิธีการใดขึ้นอยู่กับโอกาสและ/หรือรูปแบบการข่มขืนกระทำชำเรา

ผลกระทบทางด้านจิตใจของมารดาผู้ถูกระทำทั้งความสัมพันธ์จะมีสองลักษณะคือ รู้สึกว่าตนเองผิด กับไม่รู้สึกว่าตนมีส่วนผิดและไม่จำเป็นต้องเข้าไปมีส่วนรับผิดชอบ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ ในกลุ่มที่รู้สึกว่าตนเองมีส่วนผิดจะให้ความรักและแสดงตนว่าอยู่ฝ่ายบุตรสาว ในขณะที่กลุ่มที่ไม่รู้สึกว่าตนมีส่วนผิด จะไม่ให้ความสนใจ มองว่าบุตรสาวเป็นตัวสร้างปัญหา หรือแสดงตนว่าอยู่ฝ่ายผู้กระทำ โดยการพุดจูงใจเพื่อให้ผู้ถูกระทำให้ปากคำต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือศาลเพื่อเป็นประโยชน์แก่ฝ่ายผู้กระทำ หรือวิ่งเต้นเพื่อพยายามถอนแจ้งความ

ข้อเสนอแนะในการป้องกันและฟื้นฟูจะต้องให้ความร่วมมือกันในหลายด้าน ทั้งตัวผู้ที่อยู่ในข่ายจะเป็นผู้กระทำ ผู้ถูกระทำ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบาย จะมองว่าเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ได้ และที่สำคัญจะต้องมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องการข่มขืนกระทำชำเราเป็นพื้นฐาน

EXECUTIVE SUMMARY

The main objective of this research study was to determine the process by which incest arises in the family. Special attention was given to the determinants and consequences of incest as reported by victims, offenders and family members, who served as the major sources of information for this research.

Incest arising within the family is one social problem that takes place almost everywhere. In every country and every society it is regarded as a serious sexual crime with severe social consequences. Data from the Foundation for the Protection of Children's Rights shows that between 1988 and 1998 the number of prosecuted cases of sexual abuse steadily increased, from 38 cases in 1988 to 75 cases in 1998. Among the victims, in 1998 almost every age range of children was represented; 15 cases aged 1 to 6 years, 10 cases aged 7 to 9 years, 14 cases aged 10-12 years, and 36 cases aged 13-18 years. The offenders were family members in 36 of the 75 cases prosecuted in 1998, and among the 36 cases of incest, 8 offenders were fathers. These data represent only some of many cases of incest that take place, since in fact a lot of victims do not reveal their problem, deny that incest has occurred, or do not cooperate in investigating the offender.

Incest within the family will affect its victims, the offenders, and other family members in the short- and long-term. For victims, they must confront daily physical and psychological pain that will influence their sexual attitudes and future life. For offenders, it will affect their behavior, thought processes, or lead to other criminal activities. Knowledge of sexually deviant behavior against social norms affects all members of the family group. By investigating and comparing cases and reports from offenders, victims and family members it will be possible to model the process and effects of incest within families, and help to make recommendations for preventing incest within families as well as for rehabilitating victims.

The main objective of this study, therefore, was to identify the determinants and reproductive health consequences of incest. Its specific objectives were: (i) to identify personal and behavioral characteristics of incest victims and offenders; (ii) to determine the social and physical environments in which the act of incest occurs in families; (iii) to identify the determinants and consequences of incest as reported by victims, offenders and family members; (iv) to develop a process model that depicts the conditions under which incest may arise in families (i.e., risk factors, characteristics of victims and offenders, social and physical environment); and (v) to make recommendations for preventing incest within families as well as for rehabilitating victims. These objectives were

achieved through the use of qualitative research methods, in particular, documentary research to develop a conceptual framework for understanding the determinants and consequences of incest, followed by case studies and in-depth interviews with offenders, victims and family members.

Results of the research showed that offenders were in a dominant power position within the family. Offenders were either related by blood to their victims or by marriage; that is, they came from within the family of the victim or affiliated with it by virtue of other relationships. In general, when persons were told about the incest incident, they either did not believe it, refused to disclose it to others, or felt that the act was not actually sexual abuse. Consequently, the incidences of incest continued. Some also believed that the victim consented to the relationship. For victims with blood ties to their offenders, they feared their fathers, were withdrawn and distrustful. Their fathers had dominated their families, were consistently bad tempered and were likely to solve problems by force.

The causes of sexual abuse can be divided into two main factors: external and internal factors. External factors included: educational level, socio-economic status, environment conditions, and moral standards. Many offenders and their spouses tended to have lower educational levels and suffered from economic problems within families. Many also lived in small crowded houses in slum areas. In addition, many parents were in the workforce where wives had to take care of the housework and look after the children.

Sexual stimulating media such as videotapes, books, magazines, or even pictures in newspapers are controversial factors influencing sexual abuse. These media are widespread and can be easily obtained by offenders even in a poor family (e.g., nude figures in newspapers or on posters). When alcohol and/or drugs were consumed at the same time, offenders usually lost self-control which led to cases of sexual abuse and incest. Even when offenders and victims had separate bedrooms, incest could not be prevented.

One major internal factor that can lead to incest behavior is when husbands and wives do not have a fulfilling sexual relationship. This factor can be reinforced or restricted by gender norms and beliefs. Specifically, when offenders have negative feelings and attitudes towards women and gender issues, this may reinforce their behaviors. The opposite may be true if their feelings and attitudes are positive. The study found that the spouses of offenders may influence the latter's abusive behaviors depending upon the type of relationship they have. Sexual abuse is also perpetuated if the offender does not have access

to, is given incorrect advice by, or is neglected by counselors or other confidants. When the offender is a trusted person, moreover, abusive behaviors can emerge and increase, especially when the people within the offender's social sphere do not believe that he could even be an offender.

On the part of offenders, the physical effects of incest can include injuries, especially if the victim fights back. Emotionally, offenders may be conscious about what they are doing, but they deny that the behaviors are wrong or illegal. At most, he may rationalize his actions by thinking that it was only a tiny mistake, that the victim or even the offender's wife gave him approved of the incident, or that it was not wrong for a father to have sex with his daughter, since one day in the future she will have the same experience. All of the offenders here are currently in jail.

Among victims, the physical effects of incest include injuries, sores, wounds, cutting or tearing of the sexual organs, and other injuries especially if the victim fought back. In cases where the victim has been abused for a long time, in cases of rape that are not immediately reported, or among victims who have previously had sexual relationships, medical examinations may not find any evidence of abuse/incest such as tearing of the sexual organs or hymen. Forced oral sexual intercourse leads to sore throats and inner mouth injuries. Moreover, victims of incest can contract STDs and RTIs.

In the short-term, the emotional effects of incest on victims include fright, confusion, an inability to seek help from others, and avoidance of the offender. In the long-term, victims will possess different attitudes towards sexuality, starting from extreme revulsion of members of the opposite sex through to sexual promiscuity. These responses depend largely upon the reactions of persons within the victim's social sphere. The Thai traditional norm of not discussing sexual matters, especially by and among women, as well as the emphasis on the woman being a virgin at marriage, further restrict the victim's ability to seek help to deal with the incident and its emotional consequences. The loss of virginity, in particular, leaves the victims feeling worthless.

Victims also suffer from the social effects of incest. Initially, they are viewed differently in other people's eyes, they may be criticized, they lose confidence and feel ashamed when they are asked to talk about the incident. Many no longer want to live in their communities. Some had to change schools or move out of their homes because they became unbearable. For those victims who could not change their social environment, or could not adapt themselves to their surroundings, they tend to become quiet and isolate themselves from society.

In the long term, victims feel better if they can adapt themselves and learn to handle the situation, and when the people around them lose interest in the subject.

In cases where the victim's became pregnant, the offender usually did not realize that the victim was sexually mature. When birth control was used, the type depended upon the circumstances in which incest occurred. Specifically, if the act was unplanned, and no birth control device was available, offenders used withdrawal. For planned acts, offenders usually used a condom. Actually, offenders preferred to use condoms, since it would mean that the victim would not become pregnant and they could continue to have sexual relations. The study found that there were two cases in which the offenders had been sterilized.

The study also looked at the effects of incest on the victim's mothers. In general, their responses ranged from denial (they did not believe that incest had happened) to alarmed, becoming upset and angry with the offender. After the incident had been made public and reported to the police, mothers also had a feeling of wanting to escape from society, similar to that of the victims. They felt that people in society viewed them negatively. When incest occurred within the family (blood ties), mothers tended to withdraw themselves more from society, than when the incest occurred among offenders and victims who were only related by marital ties. In any case, mothers exhibited two types of behaviors when dealing with the victims of incest. In the first instance, the mothers felt guilty and would support the victims. Conversely, they would not assume any responsibility for the incest and would ignore the victims. Some even encouraged the victims not to prosecute the offenders, or if the incident had already been reported to police, to withdraw the lawsuit.

The protection and prevention of sexual abuse and the rehabilitation of victims are essential processes that require the cooperation of several parties, ranging from the offender, to the victim, the victim's mother, other responsible parties and ultimately policy-makers. Any one party working alone cannot undertake them. Moreover, all parties must have proper attitudes towards sexual abuse.

For offenders, they need to avoid sexual expression around children, participate in other activities as an emotional outlet (e.g., sports), and avoid sexually stimulating media. They also need to seek voluntary, confidential counseling if they feel that they cannot control their desires to have sex with children on their own. Most of all, they need to recognize that child abuse is socially and lawfully unacceptable, with dire consequences.

For victims, they need to know that they can consult parents, teachers or friends if they are abused or are in fear of being abused. They also need to be taught to avoid being alone with men, and especially those that make the child feel uncomfortable, and to say NO loudly as soon as a problem even seems to begin to arise.

For the family members of victims, and especially mothers, they need to observe a child's behavior to see if he or she is acting strangely such as suddenly becoming lonely and withdrawn, is suffering from physical pain, becomes scared of certain persons or environments, or even prefers to be with someone all the time. Parents also need to pay attention to everything that the child says, and to teach the child about sexuality, their body and which organ that no one should touch. Children also need to be taught the difference between "secret" and "surprise" and that they can refuse to do anything that an older person wants, if the child feels uncomfortable, guilty or frustrated. Likewise, parents need to monitor the behaviors of spouses and other members of the family, particularly those that may even jokingly talk about having sex with children or trying to be with a certain child more than is normally acceptable. Situations that could lead to problems should not be ignored. The aim is to protect the child and stop the offender. If an incident happens, the victim and offender should be separated, and the victim consoled that he or she is not to blame. The child needs to feel warm and safe so that they will not become lonely and withdrawn or confused. At least for a short while, the child's environment should be changed in order to help them to deal with the problem in their own way, without any outside distractions by others (even well-intentioned ones).

At the policy level, suitable sex education courses (not topics) need to be developed, formally implemented and monitored, and they should educate children about how to protect themselves and be wary of any danger signs. Persons who teach these courses, as well as other trainers, need training in counseling. At the societal level, sensitive topics such as incest and rape should be made more public in terms of their magnitude and consequences so that they can become social issues for change, rather than hidden issues that affect the health and wellbeing of children. Rehabilitation teams also need to be recruited to help children and their families overcome the effects of incest. Likewise an organization should be established to deal with the incest problem directly and its consequences (e.g., unwanted pregnancies). The media also needs to be controlled in terms of the availability and distribution of pornography and other sexually stimulating materials, particularly those involving children. Finally, children's rights must become a more prominent feature in policy-making, planning and programming, as well as in the hearts and minds of the Thai people.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xxi
บทคัดย่อ	xxii
Executive Summary	xxv
สารบัญ	xxx
1. บทนำ	135
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	135
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	137
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	137
2.1 อนามัยการเจริญพันธุ์	137
2.2 การข่มขืนกระทำชำเรา	139
2.3 ผลกระทบต่อหญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรา	143
2.4 กรอบการวิจัย	149
2.5 นิยามศัพท์	150
3. ระเบียบวิธีวิจัย	150
3.1 กรณีศึกษา	150
3.2 วิธีการเก็บข้อมูล	151
3.3 เครื่องมือในการศึกษา	153
3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	154

4. ผลการศึกษา	155
4.1 ลักษณะบุคลิกภาพและพฤติกรรม	155
4.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ	160
4.3 สาเหตุและผลกระทบในมุมมองของผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง	162
4.4 รูปแบบของกระบวนการที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคล ภายในครอบครัว	187
4.5 วิธีป้องกันและการฟื้นฟูสภาพผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคล ภายในครอบครัว	191
5. สรุปผลการวิจัย	195
บรรณานุกรม	200

1. บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

อาชญากรรมทางเพศปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในทุกสังคม และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งในแง่จำนวนและระดับของความรุนแรง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้เสียหายอย่างใหญ่หลวงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ที่มีกรณีล่วงเกินทางเพศเพิ่มจำนวนจาก 38 รายในปี พ.ศ. 2531 เป็น 54, 64, 74 และ 77 รายในปี 2534, 2535, 2537 และ 2539 ตามลำดับ (ข้อมูลศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก) ซึ่งอาชญากรรมทางเพศนอกจากเป็นการล่วงละเมิดทางร่างกายแล้ว ยังมีปัจจัยที่เป็นแรงเสริมให้เกิดผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อผู้ถูกกระทำก็คือ ค่านิยมทางสังคม อันเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่ทำให้ผู้เสียหายต้องได้รับผลกระทบมากกว่าเป็นเพียงการล่วงละเมิดทางเพศเท่านั้น

สำหรับประเทศไทยการเกิดอาชญากรรมทางเพศมักได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นพิเศษและมักมีการนำเสนอผ่านสื่อมวลชนอยู่เป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นการล่วงละเมิดทางเพศ การทำอนาจาร การทารุณกรรม รวมไปถึงการค้าประเวณี และที่พบอยู่เสมออีกคือการข่มขืนกระทำชำเรา (rape) ได้ว่า ปัญหาการข่มขืนกระทำชำเราในประเทศไทยทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากในอดีตผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราส่วนใหญ่จะเป็นหญิงสาวหรือหญิงวัยกลางคน แต่ในปัจจุบันผู้หญิงทุกวัยตั้งแต่เด็กอายุ 1 ขวบ จนกระทั่งหญิงชราที่ตกอยู่ในสถานภาพที่เสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อการข่มขืนกระทำชำเราได้เช่นกัน และยิ่งไปกว่านั้นก็คือผู้ลงมือข่มขืนกระทำชำเราก็มิใช่จะมีแต่เฉพาะชายแปลกหน้าที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนเท่านั้น ในปัจจุบันพบว่า ผู้ที่ทำการข่มขืนกระทำชำเราเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด คนรู้จัก เพื่อน คนรัก หรือแม้แต่ญาติและบุคคลในครอบครัวเดียวกัน (Incest) เช่น พ่อ พ่อเลี้ยง อา ปู่ ตา พี่ชาย น้องชาย หรือแม้แต่ลูกชาย การข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งมีทั้งผู้เสียหายที่กล้าแจ้งความเพื่อดำเนินคดีและผู้เสียหายที่ปกปิดเรื่องไว้ ซึ่งผู้เสียหายใน

กรณีหลังจะมีจำนวนมากกว่าเนื่องจากความอับอาย เก่งกว่าสังคมจะรังเกียจ ไม่ยอมรับ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ข่มขืนกระทำชำเราเป็นบุคคลภายในครอบครัว ดังนั้นเมื่อมีการข่มขืนกระทำชำเราเกิดขึ้นไม่ว่าจากเหตุฉ้อฉลหรือคนแปลกหน้าทุกคนก็พร้อมที่จะปกปิดเรื่องเอาไว้ เพราะบรรทัดฐานของสังคมไทยกำหนดไว้ว่า เพศหญิงจะต้องยืดอกคุณค่าโดยการรักษาพรหมจารีไว้จนกระทั่งแต่งงานซึ่งเป็นเงื่อนไขเดียวที่เปิดโอกาสให้ผู้หญิงสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสมศักดิ์ศรี

การข่มขืนกระทำชำเราส่งผลกระทบต่อผู้ที่ตกเป็นเหยื่ออย่างร้ายแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางร่างกายอาจมีการบาดเจ็บ ตั้งแต่ฟกช้ำจนถึงบาดเจ็บฉกรรจ์ เกิดความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ หรืออาจเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่วนทางด้านจิตใจ จะทำให้ผู้ถูกกระทำเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคลิกภาพของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบในด้านสังคม จะทำให้ไม่กล้าเข้าสังคม และรู้สึกไม่ไว้วางใจใคร ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง และผลกระทบทางด้านมิติเพศ (sexuality) ที่ผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเราจะรู้สึกกลัวและรังเกียจการมีเพศสัมพันธ์ หรือในบางรายกลับปล่อยตัวมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเสรีมากขึ้น เพราะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผลกระทบที่เกิดจากการข่มขืนกระทำชำเรา นั้นนอกจากจะเกิดกับตัวผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลแวดล้อมและสังคมโดยรวมอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะทำการศึกษาถึงปัญหาการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นจากบุคคลที่อยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นรูปแบบของความรุนแรงทางเพศรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในสังคมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน อันถือเป็นการคุกคามทางเพศที่ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย การศึกษาในครั้งนี้เพื่อที่จะทราบถึงบุคลิกภาพ พฤติกรรม และสาเหตุที่แท้จริงของการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นจากบุคคลภายในครอบครัว ทั้งในส่วนของผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ รวมถึงรูปแบบและกระบวนการที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเรา ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้

จากการศึกษามากำหนดแนวทางในการป้องกันและฟื้นฟูสภาพของผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรา
ในลักษณะดังกล่าว

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อทราบถึงสาเหตุและผลกระทบทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อันเป็นผลสืบ
เนื่องมาจากการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่ออธิบายถึงลักษณะบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ข่มขืนกระทำชำเรา
และผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว
2. เพื่อทราบถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่เกิดกรณีของการ
ข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัว
3. เพื่ออธิบายถึงสาเหตุและผลกระทบของการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจาก
บุคคลภายในครอบครัวในมุมมองของผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อทราบถึงรูปแบบของกระบวนการที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราจาก
บุคคลภายในครอบครัว (ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง คุณลักษณะของผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ รวมทั้ง
ทางสังคมและทางกายภาพ)
5. เพื่อเสนอแนะวิธีป้องกันและฟื้นฟูสภาพของผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราจาก
บุคคลภายในครอบครัว

2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและผาสุกทั้งทางกาย จิต และสังคม
ไม่ใช่ภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงสภาพ เหตุการณ์ และกระบวนการทั้งหมด

ตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่การมีพัฒนาการทางเพศอย่างสมบูรณ์ การได้รับความพึงพอใจทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ความมีศักยภาพในการให้กำเนิด และความมีอิสระที่จะตัดสินใจในการให้กำเนิด ทั้งหญิงและชายมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับข้อมูล ในการได้รับการบริการที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ไม่เกินความสามารถที่จะซื้อหา เป็นที่ยอมรับในการกำหนดหรือควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ ตลอดจนมีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรอย่างปลอดภัย การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health service) ด้วยวิธีการ เทคนิค และบริการที่มีผลต่อสุขภาพเจริญพันธุ์และความผาสุกของชีวิต โดยการป้องกันและแก้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ ครอบคลุมถึงสิทธิทางเพศ (sexual right) และสิทธิการเจริญพันธุ์ (reproduction right) (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, 2543 : 23-24)

จะเห็นได้ว่าอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของมนุษย์อย่างใกล้ชิด และได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 ที่องค์การอนามัยโลก กำหนดความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นต้นมา โดยมีตัวกำหนดอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ 4 ประการคือ ลักษณะทางพันธุกรรม พัฒนาการทางด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมส่วนบุคคล และการให้บริการทางสุขภาพ (มัลลิกา มัติโก และคณะ, 2540 : 2)

แม้มีการให้ความหมายและตัวกำหนดเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ในความเป็นจริงสภาพสังคมก็เต็มไปด้วยปัญหามากมาย และปัญหาหนึ่งที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ในประเด็นสุขภาพของสตรีก็คือ ความรุนแรงทางเพศ ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อจากโรคเพศสัมพันธ์และเอดส์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การคลอดก่อนกำหนด ปัญหาด้านรีเวช อำนาจการต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัย การทำแท้งทารกเพศหญิง และการฆ่าตัวตายเนื่องจากสาเหตุความรุนแรงทางเพศ (อมรา สุนทรธาดา, 2542 : 2-3)

2.2 การข่มขืนกระทำชำเรา (Rape)

การข่มขืนกระทำชำเรา (rape) เป็นปรากฏการณ์ที่มีมาแต่ในอดีต ไม่ว่าจะโดยประเพณีของการประพฤติดื้อหญิงชั้นต่ำ หรือหญิงที่อยู่ในประเทศที่เป็นฝ่ายแพ้สงคราม เพราะการข่มขืนกระทำชำเราเป็นเสมือนสิ่ง que แสดงให้เห็นถึงความมั่งคั่ง ทรัพย์สินสมบัติ และกรรมสิทธิ์ในตัวผู้หญิง ดังเช่นที่ระบุอยู่ในกฎหมายฮัมบูราปี กฎหมายฮิบรู กฎหมายคริสเตียน และกฎหมายอังกฤษ ที่กำหนดค่าเพศหญิงให้เป็นเพียงทรัพย์สินของเพศชาย ไม่ได้มีฐานะเป็นมนุษย์ ซึ่งสถานภาพและคุณค่าทางเพศ (sexual worth) อาจแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของหญิงคนนั้นด้วยว่าจะประพฤติดื้อเป็นที่ยอมรับหรือไม่ (Bronfenbrenner, 1975 : 6-22)

นอกจากนี้ในภาวะของการเกิดสงคราม การข่มขืนกระทำชำเราก็คือเป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้นเสมอ เช่น สงครามปรัสเซียตะวันออกและเบอร์ลิน ปี ค.ศ. 1945 สงครามระหว่างปากีสถานกับบังกลาเทศ ปี 1971 หรือในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 (Sanders B., 1980 : 18-22 และ Lee H., 1981 : 184-85) ผู้หญิงถูกทหารฝ่ายตรงข้ามล่วงเกินทางเพศเป็นจำนวนมาก โดยที่ผู้กระทำมิได้มีอาการผิดปกติทางจิต หรือเคยมีประวัติทางอาชญากรรมแต่อย่างใด แต่เป็นเพียงการกระทำที่แสดงถึงชัยชนะ การเหยียดหยามและทำลายฝ่ายที่ถูกกระทำให้รู้สึกต่ำต้อย

Catherine H. Morrison (อ้างใน Groth & Birnbaum, 1981 : 4-7) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิง ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่าผู้หญิงมีความด้อยกว่า และเป็นสัญลักษณ์ของการมีอำนาจของผู้ชาย ความเชื่อพื้นฐานนี้ส่งผลต่อการมองและการทำความเข้าใจพฤติกรรมระหว่างชายและหญิง รวมไปถึงการมองว่าปัญหาการข่มขืนกระทำชำเราเป็นความผิดและมีสาเหตุมาจากฝ่ายหญิง ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาการข่มขืนกระทำชำเรามักเป็นไปในลักษณะของการตำหนิผู้หญิง (สุชีลาตันชัยนันท์, 2535 : 16-20) เช่น เชื่อว่าเป็นความผิดของฝ่ายหญิง ผู้ชายมีปัญหาด้านจิต

ผู้หญิงสนุกและมีความสุขกับการถูกข่มขืนกระทำชำเรา การข่มขืนกระทำชำเราต้องเกิดร่วมกับความรุนแรง หรือ สวบริสุทธิเท่านั้นที่เป็นเหยื่อของการข่มขืนกระทำชำเรา

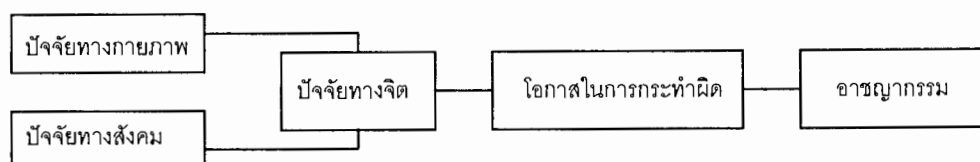
รูปแบบของการข่มขืนกระทำชำเรา

การข่มขืนกระทำชำเราสามารถจัดแบ่งได้หลายลักษณะ เช่น การข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นระหว่างสามีภรรยา (marital rape) ระหว่างคู่รัก (date rape) และโดยคนแปลกหน้า ซึ่งอาจกระทำคนเดียวหรือมากกว่า Walker (1996 : 301) ได้แบ่งรูปแบบการข่มขืนกระทำชำเราออกเป็น 4 ลักษณะ ตามลักษณะแรงจูงใจที่เป็นสาเหตุ

1. การข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นเนื่องจากโอกาส (Opportunistic rape) ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน มักมีแรงจูงใจหลัก คือ ความต้องการที่จะปลดปล่อยความต้องการทางเพศอย่างทันทีทันใด
2. การข่มขืนกระทำชำเราอันเนื่องมาจากอำนาจ (Power rape) แรงจูงใจหลักคือ ต้องการที่จะแสดงอำนาจที่เหนือกว่า มักเคยมีความพึงพอใจกับการที่ได้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้หญิง แต่เพราะขาดทักษะทางสังคม (social skill) จึงเลือกใช้วิธีการทางอำนาจเป็นปัจจัยให้สามารถใกล้ชิดผู้หญิงได้
3. การข่มขืนกระทำชำเราเพื่อแก้แค้น (Vindictive rape) มีความสุขและพึงพอใจที่ได้ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม รวมไปถึงการทำลายความรู้สึกทางคำพูดเพื่อเป็นการแก้แค้น ในขณะที่ผู้กระทำมักจะไม่ได้ได้รับความพึงพอใจทางเพศ หรือได้รับเพียงเล็กน้อยจากการข่มขืนกระทำชำเรา
4. การข่มขืนกระทำชำเราโดยใช้ความรุนแรง (Sadistic rape) ผู้กระทำมีความสุขอย่างมากที่ได้เห็นอีกฝ่ายได้รับความทุกข์ทรมานจากการกระทำของตน มากกว่าความสุขจากการได้ปลดปล่อยความปรารถนาทางเพศ

สาเหตุของการข่มขืนกระทำชำเรา

ทฤษฎีอาชญาวิทยาได้เสนอแนวความคิดว่า การประกอบอาชญากรรมมีสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัย 3 ประการ และ 1 องค์ประกอบร่วม ซึ่งแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้ (ดิเรก อ่างใน วิริญา ปลั่งศรีสกุล, 2539 : 11)



ปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยทางสังคม มีส่วนผลักดันให้บุคคลเป็นอาชญากรเมื่อถูกกระตุ้นผ่านตัวแปรสภาพคือ ปัจจัยทางจิต (ความรู้สึกขาดความรับผิดชอบชั่วดีและศีลธรรม) ซึ่งมีความสำคัญยิ่ง เพราะหากมีแต่ปัจจัยทางกายภาพ สังคม และโอกาสในการกระทำผิด แต่ไม่มีปัจจัยทางจิต ก็ไม่ก่อให้เกิดอาชญากรรม แต่ปัจจัยทางจิตประการเดียวสามารถเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่สภาพอาชญากรรมได้ แม้ไม่มีอิทธิพลจากปัจจัยทางกายภาพหรือสังคมร่วม ซึ่งจะพบได้ในกรณีอาชญากรที่เป็นโรคจิต ในประเด็นสาเหตุการข่มขืนกระทำชำเรามีการศึกษาและเสนอแนวคิดที่แตกต่างกันไปหลายแง่มุม คือ

1. สาเหตุจากตัวผู้ข่มขืนกระทำชำเรา

1.1 สาเหตุจากแรงกระตุ้นทางเพศ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์เพศอย่างรุนแรง (explosive sexual impulse) ผู้กระทำจะมีลักษณะเป็นปกติมาตลอด แต่มักมีความขลาดอาย มีบุคลิกภาพที่ไม่บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ (immature) อายที่จะผูกสัมพันธ์กับหญิงทุกๆ ไป การประพฤติดีปฏิบัติตนจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อดื่มสุราในปริมาณหนึ่ง เพราะสุราจะเข้าไปกดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เหลือแต่ความรู้สึกที่มาจากสัญชาตญาณ (instinctual

need) (วิทยา นาควัชระ, 2525 : 13) ทำให้ความขลาดอายประหม่าหมดไป และความรู้สึก
อารมณ์ที่เก็บกดเอาไว้ก็จะระเบิดออกมา การกระทำจึงเกิดขึ้นเพื่อระบายความต้องการทางเพศ

1.2 สาเหตุจากความวิปริตทางเพศ กามวิปริตแบบตึงหนาทรมาน (Sadism)
ผู้กระทำผิดจะกระทำเพื่อถ่ายทอดความก้าวร้าวทางเพศ (sexual aggressive diffusion) ที่
จะต้องได้รับการกระตุ้นอารมณ์เพศด้วยการขัดขืนหรือต่อต้านจากอีกฝ่ายหนึ่ง จากภูมิหลัง
การเลี้ยงดูบุคคลเหล่านี้มักเคยถูกทารุณมาก่อน จนเกิดเป็นความผิดปกติทางเพศ หรือเรียก
ว่าความเบี่ยงเบนทางเพศ (sexual deviation) (อัมร, 2521 : 347 อ้างใน วิชาภรณ์ คงเจริญ,
2540 : 44)

1.3 สาเหตุจากสันดานความประพฤติแบบก้าวร้าว (aggressive conduct
disorder) ผู้กระทำมิใช่อาชญากรรมทางเพศอย่างแท้จริง แต่เป็นการใช้กำลังรุนแรงเพราะ
ต้องการมีอำนาจเหนือ/เอาชนะเหยื่อ ผู้กระทำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (psychopath) มา
จากครอบครัวขาดความอบอุ่นหรือถูกทารุณในวัยเด็ก (วิทยา นาควัชระ, 2525: 15)

1.4 สาเหตุจากความผิดปกติทางจิตใจ (mental disorder) ในลักษณะ
ของการเป็นโรคจิต เช่น โรคหวาดระแวง (Paranoid) ปัญญาอ่อน และโรคทางสมอง
(Organic Brain Diseases) ที่จะทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปและกระทำการโดยขาดสติ
ขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี

2. สาเหตุจากสังคม

เป็นสาเหตุที่เกิดจากภายนอก เช่น การแพร่กระจายของสิ่งยั่วยุทาง
กามารมณ์ เช่น หนังสือ ภาพยนตร์ วีดีโอ ภาพ อินเทอร์เน็ต และสื่อลามกอื่นๆ สุรา ยา
เสพติด ที่ทำให้เกิดแหล่งมั่วสุม หรือมีฤทธิ์ต่อสมองขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความยับยั้ง
ชั่งใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่สนับสนุนการก่ออาชญากรรมทางเพศได้ทั้งสิ้น

Groth & Birnbaum (1981 : 18-19) กล่าวว่า การข่มขืนกระทำชำเราอาจ
เกิดจากการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ไม่ใช่เรื่องเพศ (primarily nonsexual needs)
เป็นการแสดงอำนาจและความโกรธแค้นผ่านพฤติกรรมทางเพศมากกว่าที่จะเกิดจากความ

ต้องการทางเพศอย่างเดียว การข่มขืนกระทำชำเราจึงเป็นการแสดงออกถึงการสูญเสียการทำหน้าที่ทางจิต (psychological dysfunction) ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราว นานๆ ครั้ง หรือซ้ำแล้วซ้ำเล่า เป็นการกระทำของคนที่อ่อนแอทางอารมณ์ และไม่สามารถจัดการกับความเครียดและความต้องการของชีวิตได้

2.3 ผลกระทบต่อหญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรา

การข่มขืนกระทำชำเราก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อ ผู้ถูกกระทำ ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวดทางกาย ความหวาดกลัว รวมทั้งความสับสนทางอารมณ์และจิตใจ ภาวะวิกฤตเป็นช่วงเวลาที่กระบวนการแก้ไขปัญหายภายในตัวบุคคล (defense mechanism) ใช้งานไม่ได้ และ/หรือไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความเครียดจนเกินความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (Bassul, 1980 : 121)

Burgess & Holmstrom (อ้างในวิภาภรณ์ คงเจริญ, 2530 : 50-55) แบ่งอาการและปฏิกิริยาของหญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. อาการระยะเฉียบพลัน ที่เกิดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังถูกข่มขืนกระทำชำเรา มักมีปฏิกิริยาแตกต่างกันใน 2 ลักษณะ คือ กลุ่มที่แสดงออกถึงสภาพอารมณ์อย่างเปิดเผย คือ การร้องไห้ โกรธแค้น หวาดกลัว วิตกกังวล และรู้สึกเครียดเมื่อถูกซักถาม กับกลุ่มที่เก็บอารมณ์ความรู้สึกไว้ภายใน ภายใต้อาการสงบหรือซื่อๆ แต่ปฏิกิริยาทั้งทางร่างกายและอารมณ์จะเหมือนกัน คือ การบาดเจ็บฟกช้ำตามร่างกาย บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะไม่สะดวก ระคายเคืองในช่องปาก ลำคอและ/หรือทวารหนักในกรณีถูกบังคับให้ร่วมเพศทางปากและ/หรือทวารหนัก นอนไม่หลับ หรือตกใจตื่นเวลาตึกและไม่สามารถหลับต่อได้ มีการฝันร้าย เบื่ออาหารจนถึงรับประทานอาหารไม่ได้ ปฏิกิริยาทางอารมณ์โดยทั่วไป คือ ความหวาดกลัว ไม่ว่าจะเป็นกลัวบาดเจ็บ กลัวเสียโฉม และกลัวตายจากการถูกข่มขู่ ละอาย สับสน โทษและตำหนิตนเอง โกรธและอยากแก้แค้น

2. อาการระยะยาว ยังอาจพบความเจ็บป่วยทางกายอยู่บ้าง แต่ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ โรคทางสรีรวิทยา เช่น ความผิดปกติของการมีประจำเดือน การติดเชื้อที่ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ การคลอด และทารกในครรภ์ รวมถึงการรับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านจิตใจในระยะยาวจะเกิดอาการเจ็บ ซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย เครียด วิตกกังวล เกิดความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobias) ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเราส่วนมากจะเกิดความรู้สึกผิดและละอาย เนื่องจากคนส่วนหนึ่งในสังคมมักจะโทษผู้หญิงว่าเป็นฝ่ายผิด ทำให้ผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเราไม่กล้าเข้าสังคม และเลือกที่จะเก็บตัวอยู่ในบ้าน (Isolate) หรือหนีจากสังคมนั้นไปเลย จากค่านิยมของสังคมไทยที่มักให้ความสำคัญต่อความบริสุทธิ์ของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราถูกตั้งข้อรังเกียจ มีโอกาสในการเลือกคู่ครองน้อยลงทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นผลร้ายต่อตนเอง เช่น ฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดี (คงสิทธิ์ ศรีทอง, 2537 : 26) หรืออาจต่อต้านเรื่องเพศจนกลายเป็นปัญหาครอบครัวได้ในเวลาต่อมา

Becker และคณะ (1986 : 37-49) พบว่าหญิงที่มีประวัติถูกข่มขืนกระทำชำเรา จะเกิดปัญหาในพัฒนาการทางเพศสูงกว่าหญิงที่ไม่เคยถูกข่มขืนกระทำชำเราอย่างมีนัยสำคัญ Walker & Browne (1985 : 179-195) กล่าวว่าหญิงที่เคยถูกข่มขืนกระทำชำเราในวัยเด็กโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อบุคลิกภาพในตอนที่โตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเลียนแบบทางสังคมที่กำหนดคุณค่าความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง กล่าวคือผู้ชายได้รับการยอมรับจากสังคมให้สามารถแสดงความโกรธและความก้าวร้าวออกมาได้ ส่วนผู้หญิงนั้นได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ในวัยเด็กว่าเหมาะสมที่จะเป็นผู้รับความรุนแรง

Burgess & Holstrom (อ้างใน Foley & Davies, 1983 : 379-380) รายงานว่ากรณีที่เกี่ยวข้องเป็นเด็กจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง 3 รูปแบบตามลักษณะของการข่มขืนกระทำชำเรา

1. การถูกข่มขืนกระทำชำเราโดยการบังคับจากคนแปลกหน้า (Rape Trauma Syndrome)

ในช่วงแรก (Intermediate Phase) ร่างกายจะได้รับบาดเจ็บตั้งแต่รอยถลอกถึงบาดแผลขนาดใหญ่ อาจพบบาดแผลในลำคอและ/หรือทวารหนักหากถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ทางปากและ/หรือทวารหนัก มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ เด็กจะรู้สึกกลัว อับอาย วิดกกังวล กลัวคนอื่นรู้ความจริง กลัวการตั้งครมร์ ดำเนินตนเองว่าเป็นต้นเหตุ ทำให้เด็กหนีเรียน แยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนน้อยลง และรู้สึกหวาดผวา (Kreindler & Armstrong, 1983 : 557)

ในระยะยาว เด็กจะค่อยๆ ปรับตัวให้สามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ การฝันร้ายและหวาดกลัวอาจยังคงมีอยู่ ผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด จากที่เคยร่าเริงเป็นนิงเงียบ หินังคม บางคนจะแสดงพฤติกรรมถดถอย เช่น ปัสสาวะรดที่นอน หรือติดมารดา

2. การถูกข่มขืนกระทำชำเราโดยผู้ใหญที่มีความคุ้นเคยและมีอำนาจมากกว่า (Accessory to Sex)

ผลกระทบทางร่างกายไม่แตกต่างจากกรณีแรกมากนัก ซึ่งปฏิกิริยาทางร่างกายส่วนใหญ่จะไม่มีใครทราบจนกว่าเด็กจะบ่นถึงอาการอันเนื่องมาจากการถูกข่มขืนกระทำชำเราทางจิตใจจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของเด็กในการเผชิญกับภาวะความเครียด เช่น อาการซึมเศร้า เด็กบางคนจะแสดงพฤติกรรมถดถอย บางคนจะแยกตัว หงุดหงิดง่าย หรือร้องไห้บ่อย ปฏิกิริยาทางสังคมขึ้นอยู่กับการพัฒนาการและกลไกการปรับตัวต่อภาวะความเครียดของเด็ก เด็กที่ถูกประทุษร้ายทางเพศมักไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับใคร แต่ก็ต้องการให้มีคนอยู่เป็นเพื่อนเพราะกลัวการอยู่คนเดียว ดังนั้นจึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและเพื่อนเป็นไปอย่างหลวมๆ

ผลกระทบในระยะยาวของการทารุณกรรมทางเพศต่อเด็กนั้นขึ้นอยู่กัตัวของเด็กและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพราะเด็กที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรามากจะมาจากครอบครัวที่

มีปัญหาอื่นร่วมด้วย ทำให้อาการและการแสดงออกของเด็กที่ปรากฏเป็นผลเนื่องจากหลายสาเหตุร่วมกันมากกว่าจากการข่มขืนกระทำชำเราเพียงอย่างเดียว

3. ปฏิกริยาตอบสนองต่อการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นโดยเด็กยินยอม คล้อยตามและปกปิดเป็นความลับซึ่งมักเกิดขึ้นโดยการกระทำของเครือญาติ เช่น บิดา หรือ พ่อเลี้ยง (Sex-Stress Situation)

เด็กจะวิตกกังวลว่าเรื่องจะถูกเปิดเผย ขณะเดียวกันก็เกิดความรู้สึกสับสน ไม่รู้ว่าจะเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้ใครฟัง โดยเฉพาะถ้าผู้กระทำเป็นบิดาจะรู้สึกโกรธบิดาที่ทำร้ายตนและไม่มีที่พึ่ง เด็กจะรู้สึกสับสนกับบทบาทของตนเองในครอบครัว บางครั้งเด็กจะรู้สึกว่าถ้าเรื่องราวถูกเปิดเผยโดยตนเองจะเป็นการทรยศต่อครอบครัวและบิดา กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนเชื่อถือ และถูกลงโทษที่ปล่อยให้เกิดเหตุการณ์ขึ้น (Foley & Davies, 1983 : 379)

เพศสัมพันธ์กับบุคคลภายในครอบครัว (Incest)

จากการศึกษาของ Finkelhor Berliner & Stevens และ Tsai (อ้างใน Renvoize, 1982 : 26) พบว่า การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลภายในครอบครัวส่วนใหญ่จะค่อยๆ เกิดขึ้น และเกิดขึ้นอย่างนุ่มนวลโดยเด็กเองไม่รู้ว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับตน เมื่อเวลาผ่านไปความรุนแรงของการกระทำก็จะเพิ่มขึ้น จนอาจนำไปสู่การอวด (exhibitionism) การจับหรือลูบคลำ (genital manipulation) การเลีย (cunnilingus) และการดูด (fellatio) ที่อวัยวะเพศ การสำเร็จความใคร่ให้กันและกัน (mutual masturbation) การใช้นิ้วสอดใส่เข้าไปในอวัยวะเพศหรือทวารหนักของเด็ก (manual penetration of vaginal or anus) จนถึงขั้นการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (anal intercourse) และ/หรือทางอวัยวะเพศ (vaginal intercourse)

สาเหตุของการเกิดเพศสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัว

นายแพทย์แอนดรู แสตนเวย์ และออราลี วอชเตอร์ (ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก, 2532 : 7-8, 11-12) กล่าวว่าผู้ที่กระทำการล่วงเกินทางเพศต่อเด็กแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือกลุ่มที่ผู้กระทำเป็นโรคจิต อยากล่วงเกินทางเพศต่อเด็กกับกลุ่มที่ผู้กระทำผิดโดยหนี้

ปัญหาด้วยการไปมีความสัมพันธ์เด็ก หรืออาจเพราะไม่สามารถสร้างสัมพันธ์กับสังคมภายนอก
ครอบครัว ผู้ที่ล่องเินทางเพศต่อเด็กมักเป็นผู้ที่ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์

กรณีที่บิดามีเพศสัมพันธ์กับบุตรสาวมักเกิดในครอบครัวที่ยากจน บิดามีการ
ศึกษาต่ำ มีสภาพทางจิตใจที่ไม่มั่นคง ดุดสรา หรือมีบุคลิกภาพไร้ระเบียบและก้าวร้าว รู้สึกว่า
การมีเพศสัมพันธ์กับลูกนั้นง่ายกว่าการยา หากภรรยาปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ เขาก็จะ
แสวงหามันด้วยการกระทำกับลูก (Roberts and Padgett-yawn,1998 : 294-295) สาเหตุ
สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือการที่ผู้กระทำมีโอกาสนอยู่ตามลำพังกับผู้ถูกกระทำในสถานที่ลับ
ตาคนและ/หรือผู้กระทำบางคนก็พยายามที่จะสร้างโอกาสดังกล่าวให้เกิดขึ้น (Walker, 1996 :
307) เพราะการได้อยู่กันตามลำพังทำให้ผู้กระทำสามารถปฏิบัติตามความต้องการของตนได้
โดยง่าย การอยู่ตามลำพังหรือในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการล่องเินทางเพศ ทำให้การ
ตัดสินใจของผู้กระทำถูกกระตุ้นให้ลงมือกระทำได้ง่ายขึ้น

การที่ผู้ถูกข่มขืนกระทำซ้ำเราไม่เปิดเผยเรื่องราวที่เกิดขึ้น อาจเป็นเพราะผู้กระทำ
ข่มขู่ หรืออ้างว่าไม่มีใครเชื่อในเรื่องที่เด็กเปิดเผย หรือผู้กระทำพยายามติดตามเพื่อไม่ให้เด็ก
ได้มีโอกาสเปิดเผย หรือเป็นเพราะเด็กมีความเคารพและซื่อสัตย์ต่อผู้กระทำ (Foley & Davies,
1983 : 380) เหตุผลดังกล่าวทำให้เด็กต้องเก็บกดความเครียดไว้เป็นเวลานานจนเกิดพยาธิ
สภาพแก่ร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อค่านิยมของสังคมที่มักกล่าวหาเด็กว่าให้ความร่วม
มือด้วยความเต็มใจ ทำให้เด็กยังไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะมีความผิด
ปกติทางจิตใจจนต้องได้รับการบำบัดก็ตาม (Burgess & Holmstrom,1974 : 985) เมื่อผู้ถูก
กระทำไม่กล้าที่จะบอกเรื่องทั้งหมดแก่บุคคลอื่น ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด ก็จะทำให้กระบวนการ
ข่มขืนกระทำซ้ำเราสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

Burgess (1985 : 709) ได้อธิบายเหตุผลในการปกปิดเรื่องราวที่เกิดขึ้นของ
เด็กว่ามีสาเหตุมาจากกลัวถูกลงโทษจากผู้ข่มขืน กลัวว่าจะไม่ได้รับความเชื่อถือในสิ่งที่ตนเล่า

กลัวถูกตำหนิว่าเป็นต้นเหตุ กลัวการถูกต่อต้านจากผู้อื่นเมื่อมีการเปิดเผยเรื่องราว และกลัว จะไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเนื่องจากมีประสบการณ์ไม่ดี อย่างไรก็ตามมีเด็กบางคนเปิดเผยในภายหลังว่า การที่ปิดบังเรื่องทั้งหมดไว้เพราะไม่มีใครถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากเด็กเป็นผู้เล่าเรื่องเองโดยไม่มีใครมาถามเด็กจะรู้สึกว่ามีส่วนทำให้คนอื่นนั้นได้รับการลงโทษ โดยเฉพาะถ้าผู้กระทำเป็นบิดาหรือคนที่เด็กรัก แต่หากมีใครถาม เด็กก็จะเล่าเรื่องทั้งหมดแม้จะทำให้ผู้กระทำได้รับโทษ เด็กจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ทรยศหรือผิดสัญญาต่อผู้ที่ ช่มชู้ขึ้นกระทำซ้ำเราตน (Swanson & Biaggio, 1985 : 671)

ผลกระทบต่อผู้ถูกระทำ

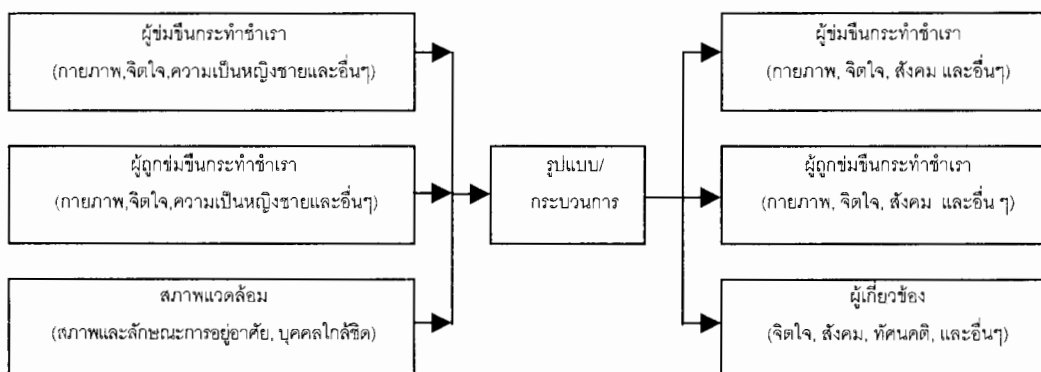
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับบุตรสาวอาจทำให้เกิดการแข่งขันอย่างรุนแรงระหว่างมารดากับบุตรสาว เพื่อให้ได้มาซึ่งความรักและความสนใจจากบิดา เด็กบางคนจะมีพฤติกรรมเลียนแบบผู้เป็นมารดาในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัวและถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบของตน ซึ่งถือว่าเป็นกลไกทางจิตของเด็กที่ใช้เพื่อปกปิดความต้องการที่แท้จริงของตน (Urbancic, 1987 : 34) ผลเสียที่อาจเกิดตามมาอีกประการก็คือ การตั้งครรภ์ ซึ่งทางออกอาจเป็นการทำแท้ง หรือการปล่อยให้มีการตั้งครรภ์โดยเสี่ยงต่อความผิดปกติของยีนและส่งผลต่อเด็กในครรภ์ (Roberts and Padgett-yawn, 1998 : 294-295) จากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าเด็กที่เกิดจากการแต่งงานภายในครอบครัวมักจะเสียชีวิตและมีความบกพร่องในทางร่างกายและจิตใจ (Renvoize, 1982 : 33)

Peretti & Banks (1984) ได้สัมภาษณ์ผู้หญิงที่เคยถูกช่มชู้ขึ้นกระทำซ้ำเราโดยบิดาในวัยเด็ก จำนวน 41 ราย พบว่า ผู้หญิงเหล่านี้จะเกิดความวิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงตารางเวลาการพักผ่อน เบื่ออาหาร มีปัญหาทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ รู้สึกหวาดกลัวบิดา กลัวการตั้งครรภ์ กลัวจะถูกหยิบยกเอาเรื่องราวขึ้นมาพูด กลัวการแตกแยกของครอบครัว บางรายกลัวว่าจะควบคุมสติตนเองไม่ได้ มีความรู้สึกผิดและอับอายทำให้ต้องปกปิดเรื่องที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกสูญเสียความนับถือตนเองและมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง แสดงพฤติกรรมที่อ่อนน้อมถ่อมตนกว่าบุคคลอื่นๆ ในสังคม ขาดความสนใจทางเพศ มองเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องของผลประโยชน์

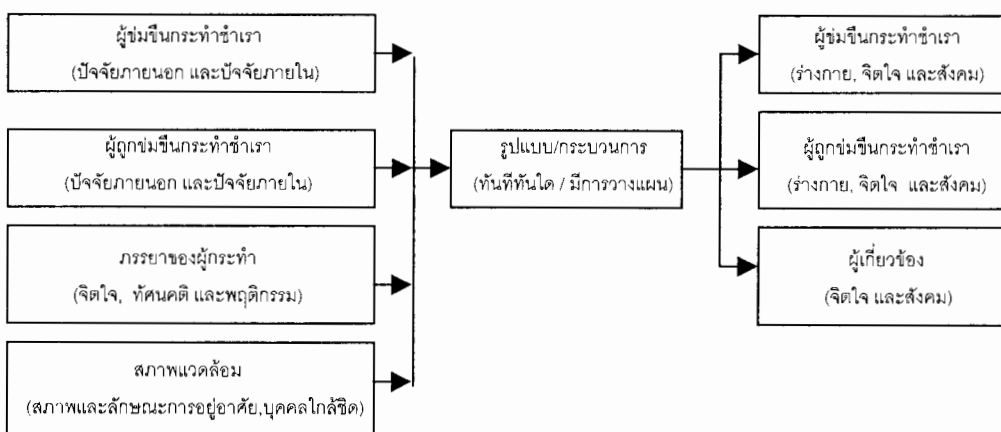
ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม ที่อาจทำให้ลักษณะบางอย่างหรือโรคบางโรคสามารถถ่ายทอดไปปรากฏในตัวลูกได้ แม้ว่าพ่อหรือแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจไม่ได้เป็น สิ่งที่น่าสนใจที่สุดซึ่งสังเกตได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลร่วมสายโลหิตก็คือความสามารถในการสืบพันธุ์และประสิทธิภาพทางร่างกายของเด็กที่เกิดจะลดลง ซึ่งปรากฏการณ์นี้เราเรียกว่า "Inbreeding Depression" (Shepher, 1982 : 88-90)

2.4 กรอบการวิจัย

ก่อนทำการวิจัย



หลังทำการวิจัย



2.5 นิยามศัพท์

การข่มขืนกระทำชำเราบุคคลภายในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งใช้กำลังหรืออำนาจบังคับหญิงที่อาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกันที่มีใช้ภรรยาตนเองเพื่อกระทำชำเราโดยอีกฝ่ายหนึ่งมิได้ยินยอมโดยสมัครใจ

ผู้ข่มขืนกระทำชำเรา หมายถึง บุคคลที่ศาลมีคำสั่งเด็ดขาดว่าเป็นผู้กระทำความผิดในฐานข่มขืนกระทำชำเรา

ภรรยาผู้กระทำ หมายถึง บุคคลที่เป็นภรรยากับผู้กระทำโดยยึดหลักการเป็นภรรยาโดยพฤตินัย

ความเป็นหญิงชาย (Gender) หมายถึง บทบาททางสังคม วัฒนธรรมของผู้ชายและผู้หญิงที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด

พฤติกรรมนำ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงการล่วงละเมิดทางเพศ ก่อนที่จะข่มขืนกระทำชำเราจริง เช่น การใช้คำพูดและการใช้สายตาที่มีนัยถึงการล่วงละเมิดทางเพศ การโอบกอด สัมผัสร่างกาย จูบ เหยอวัยวะเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ให้เห็น เป็นต้น

วัฏจักรการข่มขืนกระทำชำเรา หมายถึง กระบวนการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดขึ้นในครั้งแรก โดยผ่านขั้นตอนการตัดสินใจของผู้กระทำในการสร้างโอกาสเพื่อการข่มขืนกระทำชำเราในครั้งต่อไป

3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 กรณีศึกษา

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน รวบรวมข้อมูลตามตาราง

คดีที่	ความสัมพันธ์	ผู้กระทำ			ผู้ถูกกระทำ			คู่สมรสของผู้กระทำ		
		อายุ	อาชีพ	การศึกษา	อายุ	อาชีพ	กำลังศึกษา	อายุ	อาชีพ	การศึกษา
1	บิดา-บุตร	38 ปี	รับจ้าง	ป. 4	13 ปี	นักเรียน	ม. 2	32 ปี	ทำนา	ป.4
2	บิดา-บุตร	42 ปี	รับจ้าง	ไม่ได้เรียน	9 ปี	นักเรียน	ป. 3	41 ปี	รับจ้าง	ไม่ได้เรียน
3	บิดา-บุตร	41 ปี	รับจ้าง	ม.ศ. 3	16 ปี	นักเรียน	ม. 3	38 ปี	รับจ้าง	ป. 4
4	บิดา-บุตร	43 ปี	รับจ้าง	ป. 4	14 ปี	รับจ้าง	จบ ป. 4	43 ปี	รับจ้าง	ไม่ได้เรียน
5	บิดา-บุตร	38 ปี	รับจ้าง	ป. 7	16 ปี	นักเรียน	ม. 3	35 ปี	รับจ้าง	ป. 7
6	บิดา-บุตร	35 ปี	ค้าขาย	ป. 4	9 ปี	นักเรียน	ป. 3	32 ปี	รับจ้าง	ป. 6
7	บิดา-บุตร	35 ปี	รับจ้าง	ป. 7	13 ปี	นักเรียน	ม. 3	32 ปี	หมอนวด	ป. 6
8	พ่อเลี้ยง-ลูกเลี้ยง	35 ปี	ขายหนัง	ม.ศ. 3	11 ปี	นักเรียน	ป. 6	31 ปี	รับจ้าง	ป. 4
9	พ่อเลี้ยง-ลูกเลี้ยง	35 ปี	เก็บของเก่า	ไม่ได้เรียน	8 ปี	นักเรียน	ป. 3	30 ปี	รับจ้าง	ไม่ได้เรียน
10	พ่อเลี้ยง-ลูกเลี้ยง	32 ปี	บริษัท	ป. 4	11 ปี	นักเรียน	ป. 6	31 ปี	รับจ้าง	ป. 6
11	พ่อเลี้ยง-ลูกเลี้ยง	28 ปี	รับเหมา	ป. 6	13 ปี	นักเรียน	ม. 1	32 ปี	รับจ้าง	ป. 6
12	พ่อเลี้ยง-ลูกเลี้ยง	36 ปี	ค้าขาย	ป. 1	8 ปี	นักเรียน	ป. 3	28 ปี	รับจ้าง	ป. 2
13	ปู่-หลาน	58 ปี	ทำไร่	ป. 4	11 ปี	รับจ้าง	ไม่ได้เรียน	35 ปี	ทำไร่	ไม่ได้เรียน
14	น้า-หลาน	24 ปี	รับจ้าง	ป. 4	9 ปี	นักเรียน	ป. 3		---โสด---	
15	น้าเขย-หลาน	31 ปี	รับจ้าง	ป. 6	14 ปี	รับจ้าง	ป. 6	33 ปี	รับจ้าง	ป. 4

การเลือกกรณีศึกษา

เลือกเฉพาะคดีข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัวที่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดแล้วว่า ผู้กระทำมีความผิดจริงตามฟ้อง ทั้งนี้ยึดถือความยินยอมจากผู้กระทำและผู้ถูกกระทำในการให้เก็บข้อมูลเป็นหลัก

3.2 วิธีการเก็บข้อมูล

เริ่มจากการติดต่อเพื่อขออนุญาตจากอธิบดีกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย เพื่อเข้าพบและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ต้องขังในคดีทางเพศทั้งหมดที่ต้องโทษ โดยมีคำสั่งศาลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นจึงเลือกสถานที่เป้าหมาย 2 แห่ง คือ เรือนจำกลางคลองเปรม และเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร ภายหลังได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมราชทัณฑ์แล้ว ก็จะเข้าพบผู้บัญชาการเรือนจำแต่ละแห่งก่อนที่จะติดต่อกับฝ่ายข้อมูลเพื่อขอทราบจำนวนผู้ต้องขังในคดีทางเพศ ก่อนที่จะเข้าไปเก็บข้อมูลในแต่ละแดนของเรือนจำแต่ละแห่ง ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ต้องโทษในแต่ละเรือนจำจะไม่ได้ให้รายละเอียดว่า ผู้ต้องขังนาย

ใดต้องโทษด้วยคดีในข้อหาใดแต่จะแสดงให้เห็นเพียงว่าเป็นนักโทษที่ต้องขังในคดีเกี่ยวกับเพศเท่านั้น

จากนั้นผู้วิจัยจะต้องเข้าไปสร้างความคุ้นเคยโดยการพูดคุยและสัมภาษณ์ผู้ต้องขังในคดีทางเพศทุกคน เพื่อเลือกเฉพาะกรณีการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว การพูดคุยในขั้นตอนนี้มีเป้าหมายเพื่อทราบว่า ผู้ต้องขังแต่ละนายต้องคดีในความผิดลักษณะใด หากเป็นความผิดที่เข้าข่ายของบุคคลเป้าหมายผู้วิจัยก็จะแยกรายชื่อและแดนต้องขังไว้ในส่วนของบุคคลเป้าหมาย เมื่อสัมภาษณ์ผู้ต้องขังในคดีทางเพศครบทุกแดนแล้ว ผู้วิจัยจึงขอพบบุคคลเป้าหมายเพื่อสร้างความคุ้นเคยให้มากขึ้น และแจ้งวัตถุประสงค์ในการขอทราบข้อมูลและสิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่มีสิทธิที่จะยกเลิกความยินยอมหรือยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะในกรณีที่ผู้ต้องขังให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลในเชิงลึกต่อไป ซึ่งลักษณะของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะได้พูดคุยกับผู้ต้องขังเพียงสองต่อสองในลักษณะของการนั่งพูดคุยกัน และเมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ต้องขังแล้วผู้วิจัยจะสามารถขอข้อมูลในประเด็นของหมายเลขคดีของผู้ต้องขังจากทางเรือนจำได้ เพื่อสืบค้นข้อมูลในเชิงลึกจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

เมื่อได้เลขคดีของผู้ต้องขังแล้ว ผู้วิจัยก็จะติดต่อกับศาลสถิตยุติธรรมผู้เป็นเจ้าของคดี เพื่อขอคัดสำเนาคำพิพากษา นำมาศึกษาเป็นข้อมูลประกอบและสืบค้นในประเด็นของสถานที่เกิดเหตุว่าอยู่ในจังหวัดใด คดีนั้นมีการแจ้งความดำเนินคดีในเขตท้องที่สถานีตำรวจไหน และเดินทางไปเก็บข้อมูลจากฝ่ายผู้ถูกระทำและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยการไปสร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับบุคคลที่ต้องการได้ข้อมูล จนได้รับความร่วมมือและยินยอมในการให้ข้อมูล ขณะเดียวกันก็จะมีการเก็บข้อมูลในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมไปในพร้อมกันด้วย

การเก็บข้อมูลในส่วนของผู้กระทำซึ่งเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองทั้งหมด ในส่วนของผู้ถูกกระทำจะให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเพศหญิงเป็นหลักในการเก็บข้อมูล เฉพาะในบางกรณีที่ผู้ถูกกระทำยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าร่วมในขณะให้สัมภาษณ์ สำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เก็บข้อมูล เวลา สถานที่ และความเหมาะสมซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละกรณี

3.3 เครื่องมือในการศึกษา

ใช้วิธีสังเกตแบบไม่ได้มีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ ร่วมกับการสัมภาษณ์ระดับลึกเป็นหลัก (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และภาณี วงษ์เอก บรรณารักษ์, 2543 : 14-23) ทั้งในส่วนของผู้ข่มขืนกระทำชำเรา ผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเรา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

การสังเกตแบบไม่ได้มีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ (Observer as Participant) ผู้วิจัยจะพยายามเข้าไปมีส่วนร่วมกับบุคคลให้ข้อมูลให้น้อยที่สุด ซึ่งการสังเกตจะใช้รูปแบบที่ไม่มีเค้าโครงกำหนดล่วงหน้า (Unstructured Observation) ทั้งนี้เพราะจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรายละเอียดในสถานการณ์ได้รอบด้าน

การสัมภาษณ์แบบลึก (in-depth interview) ใช้รูปแบบการสนทนาโดยมีแนวคำถามเป็นแกนนำ (General Interview Guide Approach) โดยผู้วิจัยจะกำหนดแนวคำถามในการสนทนาเพื่อใช้เป็นแนวทางและความคมทิศทางการสนทนา อย่างไรก็ดี แม้จะมีการกำหนดแนวทางคำถามแต่จะเป็นการกำหนดในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเปิดกว้างให้สามารถได้รับข้อมูลและข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์

แนวคำถาม

จะใช้แนวคำถามในลักษณะเดียวกันทั้งหมด โดยมีแนวทางหลัก คือ

- ประวัติส่วนตัว
- รายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์
- รายละเอียดในเรื่องสถานที่ สังคม และสิ่งแวดล้อมของสถานที่เกิดเหตุ
- รายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์
- สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทุกฝ่าย
- แนวคิด ทศนคติ ความเชื่อ ในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นหญิงชาย และเรื่องเพศ

3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประมวลกับข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสมมติฐาน และนำเสนอให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (documentary research) ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบความรู้ในการศึกษาโดยละเอียด
2. ศึกษาโดยวิธีการภาคสนาม (field research) จะกระทำภายหลังที่มีการเลือกกรณีศึกษาแล้ว โดยจะทำการศึกษาข้อมูลจากเอกสารในคดีดังกล่าวก่อนที่จะไปสัมภาษณ์ ผู้ที่ข่มขืนกระทำชำเรา ผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเรา และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นการเก็บข้อมูล เกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้นรวมถึงความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อเหตุการณ์นั้น

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ใช้ระยะเวลา 18 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่ 15 ธันวาคม 2542 ถึง 31 พฤษภาคม 2544

4. ผลการศึกษา

4.1 ลักษณะบุคลิกภาพและพฤติกรรม

4.1.1 บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้เข้มขึ้นกระทำซ้ำเรา

จากการศึกษา 15 กรณี แยกออกเป็นสองกลุ่มโดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกระทำกับผู้กระทำ คือ กลุ่มที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่ กรณีบิดากับบุตร และน้ากับหลาน รวม 8 กรณี (กรณีที่ 1-7 และ 14) และกลุ่มที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่ กรณีพ่อเลี้ยงกับลูกเลี้ยง ปู่กับหลาน และน้าเขยกับหลาน รวม 7 กรณี (กรณีที่ 8-13 และ 15) จากผลการศึกษาพบว่า

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้กระทำมักเป็นคนเก็บตัว พูดน้อย และที่สำคัญคือเป็นคนโมโหง่าย จุนเจียวยาย และใช้อำนาจปกครองครอบครัวยึดลักษณะเผด็จการ บางครั้งมีการใช้กำลังตบตีสมาชิกในบ้าน ทำให้ทุกคนในครอบครัวโดยเฉพาะมารดาของผู้ถูกระทำเกรงกลัว มีเพียง 3 กรณี (กรณีที่ 2, 5 และ 14) ที่มีลักษณะเป็นคนขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่เคยดูค่าหรือใช้กำลังกับผู้ถูกระทำเลย พฤติกรรมร่วมอย่างหนึ่งของผู้กระทำก็คือ การชอบดื่มสุรา ดูหนังสือและ/หรือวิดีโอที่มีรูปภาพและ/หรือเนื้อหากระตุ่นอารมณ์ทางเพศ มีเพียงกรณีเดียว (กรณีที่ 2) ที่ไม่ดื่มสุรา แต่ยังมีลักษณะร่วมคือ ชอบดูหนังสือที่มีรูปในลักษณะของการกระตุ่นอารมณ์ทางเพศ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำจะมีลักษณะตั้งแต่ปกติแบบครอบครัวทั่วไปจนถึงห่างเหิน แต่ส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ในรูปแบบปกติ ที่มีการพูดจา

ให้ชีวิตเยี่ยงบิดา-บุตรโดยทั่วไป มีการดูต่ำในระดับและความถี่ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไปของครอบครัวส่วนใหญ่ในสังคม

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี พุดจาคล่องแคล่ว มีเหตุผล มี 2 กรณี (กรณีที่ 12 และ 15) ที่มีบุคลิกก้าวร้าวเชื่อมั่นในตัวเอง โมโหฉุนเฉียวง่าย และมีเพียง 1 กรณี (กรณีที่ 9) ที่เป็นคนขาดความเชื่อมั่น หวาดระแวง และพูดน้อย พฤติกรรมร่วมอย่างหนึ่งคือมีความสนใจเรื่องเพศสัมพันธ์ในระดับสูง ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของปริมาณคือ ความถี่ในการร่วมเพศกับภรรยาและ/หรือความถี่ในใช้บริการทางเพศจากสถานบริการทางเพศ และในแง่คุณภาพ คือ ความต้องการรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาที่แปลกใหม่ เช่น ให้ภรรยาปฏิบัติตามหนังสือ วีดีโอ หรือตามความต้องการที่หลากหลายของตน สิ่งที่แสดงออกถึงความต้องการทางเพศทั้งในปริมาณและ/หรือคุณภาพแสดงออกผ่านการมีภรรยามากกว่า 1 คน การชอบดูหนังสือและ/หรือวีดีโอที่แสดงถึงการร่วมเพศที่ต่างไปจากปกติ การใช้หญิงบริการทางเพศบ่อยครั้งถึงเป็นประจำ รวมถึงการแสดงทัศนะและความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ตนเองมีความต้องการ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำเป็นไปในทิศทางที่ดีถึงดีมาก แต่โดยส่วนใหญ่จะให้ความสนิทสนมและแสดงความหึงหวงเกินกว่าสถานภาพที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะในกรณีของพ่อเลี้ยงกับลูกเลี้ยง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับลูกที่เกิดจากตนในกรณีที่มีลูกกับภรรยา จะพบได้อย่างเห็นได้ชัดเลยว่า พ่อเลี้ยงในทุกกรณีศึกษาจะให้ความสนิทสนม หึงหวง และสนใจในตัวลูกเลี้ยงมากกว่าลูกที่เกิดจากตน ในประเด็นนี้รวมถึงปู่กับหลานสาวในกรณีที่ 13 ด้วย

สรุป บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้กระทำใน 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความเหมือนกันในประเด็นของความเป็นอำนาจเหนือกว่าทำให้สมาชิกในครอบครัวเกรงกลัว สอดคล้องกับงานของอุตมศิลป์ (2526) อ่างโนวิภาภรณ์ คงเจริญ (2530) จะแตกต่างก็เพียงในระดับความมาก

น้อยของการใช้กำลังทางกายที่มีตั้งแต่ไม่เคยใช้กำลังกายไปจนถึงการลงมือตบตีเป็นประจำ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่ามีการดุด่า ข่มขู่ หรือใช้ความเหนือกว่าทางด้านสังคม เศรษฐกิจ หรือข้ออ้างทางกฎหมายเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความชอบธรรมให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับ จึงกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวของทุกกรณีศึกษาจึงมีลักษณะเผด็จการโดยผู้กระทำมีอำนาจสูงสุด แม้ในกรณีที่ 14 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง น้ำชายกับหลานสาว ที่ในบ้านหลังเดียวกันมีผู้อาศัยอยู่ถึงสามครอบครัว แต่เมื่อพิจารณาในครอบครัวที่เกิดเหตุ ก็พบว่าผู้กระทำมีอำนาจเหนือกว่าสมาชิกในครอบครัว แม้จะมีอายุของผู้ถูกระทำอาศัยอยู่ด้วยแต่ก็ไม่ใช่ว่าผู้ที่มีอำนาจในฐานะผู้นำครอบครัวเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และไม่มีรายได้ที่แน่นอน ทำให้ยายอยู่ในฐานะของผู้อาศัย ส่วนกรณีที่ 15 ระหว่างน้ำเขยกับ หลานสาวซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากบุคคลภายนอกครอบครัวที่เพิ่งเข้ามาอาศัยอยู่กับ ครอบครัวของผู้ถูกระทำ แต่เมื่อพิจารณาถึงครอบครัวเดิมของผู้กระทำก็จะพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นไปในลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากกรณีอื่นแต่อย่างใด

ในส่วนที่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มกรณีศึกษาก็คือ รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำ กล่าวคือ หากทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้กระทำจะมีความสัมพันธ์กับผู้ถูกระทำในระดับปกติถึงห่างเหินหรืออีกนัยหนึ่งคือมีความสัมพันธ์ในระดับปกติค่อนข้างดีไปทางลบ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต จะมีความสัมพันธ์ในระดับปกติถึงสนิทสนมเป็นพิเศษหรืออีกนัยหนึ่งคือมีความสัมพันธ์ในระดับปกติค่อนข้างบวก ซึ่งความสัมพันธ์ทั้งสองรูปแบบนำไปสู่ความสับสนในพฤติกรรมนำก่อน ช่มชู้กระทำความผิด เรา ถึงแม้ว่าผู้ถูกระทำจะพยายามบอกกับมารดาหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องถึง พฤติกรรมดังกล่าว แต่ผลที่ได้รับมักจะเป็นการละเลย หรือไม่เชื่อว่าสิ่งที่ได้รับฟังนั้นเป็นจริง เพราะหากเป็นกรณีมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้รับฟังก็จะรู้สึกขัดแย้งกับเรื่องที่ได้รับฟัง เมื่อภาพที่บุคคลทั่วไปเห็นก็คือ ผู้กระทำปฏิบัติตนเยี่ยงบิดาทั่วไป หรือในบางรายดูจะห่างเหิน ไม่สนใจประกอบกับดุด่าว่ากล่าวผู้ถูกระทำอยู่เป็นประจำ แล้วผู้ถูกระทำมาบอกว่าถูกบิดา ฆาตกรจับ หรือพยายามมีความสัมพันธ์ทางเพศด้วยจึงเป็นเรื่องไม่น่าจะเป็นไปได้

ในกรณีที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต แม้ผู้ถูกกระทำจะเล่าเรื่องให้มารดาและผู้เกี่ยวข้องทราบ แต่เมื่อภาพที่ผู้กระทำแสดงต่อบุคคลทั่วไปก็คือ การเป็นพ่อเลี้ยงที่ห่วงใยรักเหมือนบุตรตนเองหรือมากกว่า การกอดจูบก็เกิดขึ้นเป็นประจำโดยไม่ได้ปิดบัง ทำให้ผู้รับฟังเกิดความขัดแย้งและมีทัศนคติไปในทางไม่เชื่อว่าสิ่งที่ลูกเลี้ยงเล่าเป็นการกระทำของพ่อเลี้ยงที่มีจุดประสงค์ทางชั่ว เพราะมักคิดว่าผู้ถูกกระทำรู้สึกถึงภัยพ่อเลี้ยงเป็นทุนอยู่แล้ว การคิดเช่นนั้นจึงเป็นการต่อต้านพ่อเลี้ยงหรือไม่ก็วิตกกังวล คิดมากไปเอง เพราะพ่อเลี้ยงก็แสดงความรักโดยการกอดจูบให้บุคคลอื่นเห็นเป็นประจำเพื่อแสดงถึงความจริงใจในฐานะพ่อมากกว่าจะเป็นเรื่องชั่ว จากสาเหตุที่ผู้รับรู้เรื่องราวไม่เชื่อในสิ่งที่ผู้ถูกกระทำบอกเล่า และในบางกรณีอาจถูกดูว่า คิดมาก หวาดระแวง ถูกมองเสมือนเป็นตัวสร้างปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทำให้ผู้ถูกกระทำไม่กล้าเล่าให้ใครฟังอีกหรือไม่ก็เชื่อตามที่ผู้เกี่ยวข้องบอกว่าสิ่งที่ผู้ถูกกระทำมิได้เป็นการแสดงถึงการล่วงละเมิดทางเพศ จนเป็นเหตุให้กระบวนการนำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราสามารถดำเนินต่อไปได้ และในบางกรณีกลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้กระทำกล้าที่จะกระทำมากขึ้น เพราะเห็นว่าไม่มีใครเชื่อในสิ่งที่ผู้ถูกกระทำพูด หรือในบางรายมองว่า ผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเห็นพ้องหรือยินยอมกับสิ่งที่ตนเองกระทำ โดยเฉพาะหากภายหลังคู่สมรสของผู้กระทำได้รับทราบเรื่องแล้วนิ่งเฉยและ/หรือดูว่าผู้ถูกกระทำที่นำเรื่องมาปรึกษาไม่ว่าจะโดยคำพูดหรือการกระทำ

4.1.2 บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเรา

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ในกรณีที่เป็บุตรส่วนใหญ่ จะกลัวบิดา เกือบทั้งหมดของกรณีศึกษาที่เป็นการกระทำระหว่างบิดากับบุตร ผู้ถูกกระทำที่อยู่ในวัยรุ่นจะไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นสมาชิกภายในบ้าน แต่จะไว้นิ่งเชื่อใจกับเพื่อนมากกว่า (กรณี 1, 3, 5 และ 7) ส่วนผู้ถูกกระทำที่อยู่ในวัยเด็กจะสนิทกับมารดาและไม่ค่อยมีเพื่อนในวัยเดียวกัน (กรณี 2 และ 6) ในกรณีที่ 14 ระหว่างนำชายกับหลานสาวที่แม้ผู้ถูกกระทำจะมีความสนิทสนมกับผู้กระทำเป็นอย่างมาก เนื่องจากอยู่ในวัยใกล้เคียงกัน และเป็นผู้เลี้ยงดูผู้ถูกกระทำมาตั้งแต่เล็ก แต่ห่างเหินจากมารดาเพราะไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วม

กัน ส่วนในกรณีนี้ 4 แม้ผู้ถูกระทำอยู่ในวัยรุ่นแต่กลับไม่มีความสนิทสนมกับเพื่อนในวัยเดียวกัน เพราะผู้ถูกระทำมีอาชีพเป็นกรรมกรก่อสร้าง ทำให้ไม่มีเพื่อนวัยเดียวกันในที่ทำงาน ลักษณะร่วมของผู้ถูกระทำในกลุ่มนี้ประการหนึ่งก็คือ การมีบุคลิกและพฤติกรรมที่เชื่อฟัง ผู้กระทำไม่กล้าตัดสินใจหรือโต้แย้ง เป็นคนพุดน้อย ชอบเก็บตัว ไม่มีความสนิทสนมกับใคร ไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา หรือสมาชิกภายในครอบครัว และไม่เล่าเรื่องส่วนตัวให้สมาชิกภายในครอบครัวฟัง

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้ถูกระทำมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่ชอบเก็บตัวไปจนถึงแสดงความเชื่อมั่น ไม่รับผิดชอบในการเรียนไปจนถึงเรียนเก่งจนเป็นที่หนึ่งของชั้นเรียน หรือสงบเสงี่ยมเจียมตัวไปจนถึงเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นลักษณะร่วมที่พบในกรณีที่มีพฤติกรรมนำก็คือ การแยกไม่ออกว่าสิ่งที่ถูกระทำก่อนการข่มขืนกระทำชำเรา เป็นการกระทำที่เป็นปกติตามสถานภาพความสัมพันธ์ทางสังคม หรือว่าเกินเลยจนถึงระดับการล่วงเกินทางเพศ เพราะเกือบทั้งหมดยอมให้ผู้กระทำกด จูบ สัมผัส มาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ ยกเว้นกรณีที่ 9 ที่ผู้กระทำไม่เคยมีพฤติกรรมก่อนการข่มขืนกระทำชำเรา ซึ่งกรณีนี้เป็นการข่มขืนกระทำชำเราที่ไม่ได้เกิดจากการวางแผนล่วงหน้า ส่วนกรณีที่ 15 ระหว่างน้ำเชยกับหลานสะใภ้ ก็ไม่มีพฤติกรรมก่อนการข่มขืนกระทำชำเราเพราะผู้กระทำเพิ่งเข้ามาอาศัยอยู่ที่บ้านของผู้ถูกระทำได้ไม่นาน จึงไม่มีความสัมพันธ์ในลักษณะกำลังข้างต้น

สรุป จากผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่างในเรื่องบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ถูกระทำสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคม (socialization) กล่าวคือ ในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้ถูกระทำมักมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน คือ กลัวบิดา ไม่ไว้วางใจสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดา ทั้งนี้เพราะการอบรมเลี้ยงดูบุตรในลักษณะเผด็จการ ประกอบกับการที่บิดาเป็นคนโมโหและฉุนเฉียวง่าย ชอบใช้กำลังกายในการตัดสินปัญหา ทำให้ผู้ถูกระทำถูกหล่อหลอมอยู่ภายใต้บรรยากาศของการใช้อารมณ์ของบิดาเป็นเครื่องตัดสิน บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ถูกระทำจึงเป็น

คนเชื้อพื้ง ไม่กล้าโต้แย้งและเกรงกลัวในตัวบิดา ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต การกล่อมเกลாதงสังคมไม่ได้เกิดจากพ่อ-เลี้ยงหรือผู้กระทำแต่เพียงผู้เดียวอย่างเด็ดขาด แต่ได้ผ่านการกล่อมเกลามาจากครอบครัวเดิมก่อนที่จะมาใช้ชีวิตในครอบครัวที่มีพ่อเลี้ยงเป็นผู้นำครอบครัว ทำให้บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ถูกกระทำมีความหลากหลาย ประกอบกับผู้ที่เป้นพ่อเลี้ยงมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่แตกต่างหลากหลายมากกว่าในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ทำให้การกล่อมเกล่าและอบรมเลี้ยงดูไม่ได้ตกอยู่ภายใต้บรรยากาศเผด็จการเพียงอย่างเดียว

แต่สิ่งที่มีร่วมกันทั้งสองกลุ่มก็คือ ผู้ถูกกระทำเกิดความสับสนกับพฤติกรรมนำที่ผู้กระทำปฏิบัติต่อตน และเมื่อนำเรื่องไปบอกเล่าหรือปรึกษากับบุคคลที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้ได้รับความกระจ่างที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ถูกกระทำตกอยู่ภายใต้ความสับสนจนเป็นช่องทางให้ผู้กระทำสามารถถูกล้ำลัทธิส่วนบุคคลเข้าไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราได้ในเวลาต่อมา

4.2 สภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ทุกกรณีศึกษาเป็นครอบครัวที่มีฐานะยากจนและอยู่ในชุมชนแออัดของเมืองหลวงที่มีสภาพสังคมแวดล้อมในระดับกลางถึงต่ำ ยกเว้นกรณีที่ 1 ที่สถานที่เกิดเหตุอยู่ต่างจังหวัด แต่ก็เป็นครอบครัวที่มีฐานะยากจนเช่นกัน การศึกษาของบิดาและมารดาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (กรณีที่ 2 ไม่ได้รับการศึกษาทั้งบิดาและมารดา กรณีที่ 4 มารดาไม่ได้รับการศึกษา) ทำให้บิดาและมารดาของผู้ถูกกระทำต้องประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำ จนเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และเมื่อบิดาและ/หรือมารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้านเป็นเวลานานและช่วงเวลาไม่แน่นอน จึงส่งผลให้สมาชิกภายในครอบครัวมีเวลาในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แม้ในกรณีที่ 3 บิดาจะจบการศึกษาในระดับ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ม.ศ. 3) แต่ก็ทำงานที่มี

รายได้ไม่แตกต่างจากกรณีอื่นนัก ประกอบกับก่อนเกิดเหตุการณ์กว่า 6 เดือน กำลังอยู่ในภาวะตกงาน จึงเกิดปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจเช่นกัน

จากสภาพสังคมที่เป็นชุมชนแออัด และสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาให้เป็นผลในการส่งเสริมให้ผู้ถูกกระทำเกิดความรู้สึกห่างเหินและไม่สนิทสนมกับสมาชิกภายในครอบครัว สำหรับเพื่อนบ้านก็อยู่กันอย่างไม่ให้ความสนใจหรือเป็นเพื่อนบ้านที่ดีต่อกันนัก ทำให้บรรทัดฐานของสังคมที่ดีไม่ได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนในละแวกนั้น แม้มีเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติซึ่งเพื่อนบ้านเองก็รู้เห็น แต่หากไม่มีความเกี่ยวข้องในฐานะเครือญาติ ก็จะไม่ได้รับความสนใจจากเพื่อนบ้านแต่อย่างใด

สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีเพียงกรณีที่ 3 ที่บิดาและบุตรสาวแยกห้องกันนอน นอกนั้นจะมีลักษณะบ้านที่เป็นห้องโถงที่นอนร่วมกัน อาจจะแตกต่างกันไปบ้างก็คือการนอนมุ้งเดียวกันทั้งหมด (กรณีที่ 4, 5, 6 และ 14) กับแยกมุ้งกันนอน (กรณีที่ 1, 2 และ 7) แต่ถึงอย่างไรก็เป็นการนอนติดกัน แยกเพียงการใช้มุ้งนอนคนละหลังเท่านั้น กรณีที่ 3 แม้จะมีการแยกห้องกันนอน แต่ก็เป็นการแยกห้องนอนเมื่อประมาณ 1-2 ปี ก่อนเกิดเหตุการณ์

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะการใช้พื้นที่ในบ้าน รวมถึงประเด็นเรื่องระดับการศึกษาของพ่อเลี้ยงและมารดาของผู้ถูกกระทำไม่มีความแตกต่างไปจากกรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ส่วนในกรณีที่ 13 ระหว่างปู่กับหลานสาวนั้น แม้ผู้กระทำจะพาผู้ถูกกระทำเดินทางมาจากต่างจังหวัดที่ไม่ใช่แหล่งชุมชนแออัดมาเช่าห้องพักในเขตกรุงเทพฯ แต่ลักษณะห้องที่เช่าก็เป็นห้องโถงที่นอนร่วมกันระหว่างผู้กระทำ ภรรยาผู้กระทำ และผู้ถูกกระทำ ส่วนกรณีที่ 15 เป็นเหตุเกิดในเขตต่างจังหวัดที่ไม่ใช่ชุมชนแออัด แต่ห้องที่เกิดเหตุก็เป็นห้องโถงที่ใช้หลับนอนร่วมกัน

สรุป สิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ มีเป็นครอบครัวของผู้มีรายได้ต่ำ รายได้หลักของครอบครัวส่วนใหญ่

มาจากการรับจ้าง หรือค้าขายเล็กๆ น้อย ๆ ในกรณีที่เกิดในต่างจังหวัดก็จะเป็นอาชีพทำไร่นา หรือรับจ้างทั่วไป จะมีเพียงกรณีที่ 8 ที่มีกิจการของตนเองคือรับฉายภาพยนตร์และบริการเครื่องเสียงตามงานมหรสพ กับกรณีที่ 12 กิจการร้านแว่นตา แต่ทั้งสองกรณีก็ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจเช่นกัน อันเนื่องมาจากการมีภรรยามากกว่า 1 คนที่ต้องเลี้ยงดู สาเหตุหลักประการหนึ่งของการมีรายได้ลดลงมาจากการได้รับการศึกษาต่ำ เพราะจากกรณีศึกษาทั้งหมดมีเพียง 2 กรณีที่จบการศึกษาในระดับมัธยมต้น (กรณีที่ 3 และ 8) นอกนั้นจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย ทำให้โอกาสในการเลือกประกอบอาชีพที่สามารถสร้างรายได้สูงมีน้อยลงหรือแทบเป็นไปไม่ได้ ประกอบกับทุกครอบครัวไม่มีมรดกตกทอดทำให้การลงทุนในธุรกิจส่วนตัวเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

การมีปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ไม่มีโอกาสในการเลือกทำเลในการสร้างที่พักอาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีได้ เกือบทั้งหมดของกรณีศึกษาต้องอาศัยอยู่ในบ้านที่คับแคบย่านชุมชนแออัด พื้นที่ในบ้านต้องใช้สอยร่วมกัน ทำให้ความเป็นส่วนตัวของแต่ละคนถูกจำกัดจนเป็นเหตุให้ผู้กระทำผิดเห็นและ/หรือสามารถสร้างโอกาสที่จะเห็นพฤติกรรมทางเพศของบุคคล ภายในครอบครัวรวมถึงเรือนร่างของสมาชิกภายในครอบครัว นอกจากนี้ปัญหาทางเศรษฐกิจยังเป็นเหตุให้ทุกคนในครอบครัวต้องช่วยกันหารายได้ จนเวลาในการสร้างความสัมพันธ์หรือใส่ใจดูแลกันมีน้อยลง อันเป็นอีกสาเหตุที่นำไปสู่กระบวนการข่มขืนกระทำชำเรา

4.3 สาเหตุและผลกระทบในมุมมองของผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

4.3.1 สาเหตุการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุ คือ

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมกับปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้น
2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล กับความเป็นหญิงชายและความเชื่อ

4.3.1.1 ผู้กระทำ

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต

ปัจจัยภายนอก ทุกกรณีศึกษามีสถานะแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน คือ อยู่กันอย่างแออัด เป็นบ้านที่มีห้องนอนเพียงห้องเดียว ใช้หลับนอนร่วมกันทุกคน แม้จะมีการแยกมุ้งกันนอนแต่ก็อยู่บริเวณที่ติดกัน ในกรณีที่ 3 จะมี 3 ห้องนอนและผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำแยกห้องกันนอน แต่เมื่อพิจารณาถึงจำนวนสมาชิกในบ้านทั้งหมด 12 คน จาก 3 ครอบครัว ก็จะเห็นได้ว่า มีความแออัดที่ไม่ต่างไปจากกรณีอื่น

เพราะครอบครัวมีรายได้น้อยทำให้บิดาและมารดาต้องทำงานหนัก บางครั้งก็มีเวลาทำงานไม่ตรงกัน และ/หรือต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อสร้างรายได้ให้ครอบครัว (กรณีที่ 1, 3, 4, 6 และ 7) เป็นสาเหตุให้มีเวลาอยู่ร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยหรือแทบไม่มีเลย การที่ภรรยาต้องรับภาระงานบ้านนอกเหนือจากการทำงานประจำทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และต้องการพักผ่อนมากกว่าที่จะมีกิจกรรมทางเพศกับสามี เป็นเหตุให้ผู้กระทำรู้สึกที่ตนเองถูกละเลยและ/หรือภรรยาตอบสนองความต้องการทางเพศไม่เพียงพอ ดังจะเห็นได้จากกรณีที่ 3 ที่รายได้หลักของครอบครัวก่อนเกิดเหตุมาจากภรรยาแต่เพียงฝ่ายเดียว เพราะผู้กระทำอยู่ในช่วงหางาน เขาเล่าว่า

“...เมื่อยผมเขาไปทำงาน ไม่มีเวลาให้ผมเลย ผมเครียดจากงานก็เครียด ก็อาศัยเหล้ากับบุหรี่ที่ช่วย...เรื่องนั้นหรือ ทะเลาะกันแทบทุกครั้ง เมื่อยผมชอบอ้างว่าเหนื่อย มันอ้างมากกว่า เรื่องอย่างนี้จะมาพูดว่าเหนื่อยได้ยังงัย...”

การทำงานหนักและต้องการพักผ่อนและ/หรือการทำงานในช่วงเวลาที่ไม่ตรงกัน เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้กระทำและผู้ถูกกระทำได้อยู่กันตามลำพังมากขึ้น (กรณีที่ 1, 3, 4, 6, 7 และ 14) และหากเป็นการพยายามสร้างโอกาสในการอยู่ตามลำพังก็จะทำให้โอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นได้โดยง่าย (กรณีที่ 6 และ 14) ทุกกรณีเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่มีปัจจัยซึ่งอาจ

เป็นได้ทั้งการกระตุ้นและการส่งเสริม โดยเฉพาะการตีตราที่มักเกิดร่วมกับการชอบดูหนังสือ และ/หรือวิดีโอที่ยั่วยุกามารมณ์ (กรณีที่ 1, 3, 5, 6, 7 และ 14) ซึ่งพฤติกรรมข้างต้นจะส่งผลให้ผู้กระทำที่มีโอกาสได้เห็นเรือนร่างของผู้ถูกกระทำและเกิดความรู้สึกต้องการที่จะลวงละเมิดทางเพศมากยิ่งขึ้น มีเพียงกรณีที่ 1 ที่ใช้ยาบ้าร่วมกับการตีตราและดูหนังสือยั่วยุกามารมณ์ และยืนยันว่ายาบ้าเป็นสิ่งที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศสำหรับเขามากที่สุด มีเพียงกรณีที่ 2 ที่ไม่ตีตรา แต่เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยกระตุ้นอย่างอื่นก็พบว่า ได้รับแรงกระตุ้นมาจากหนังสือที่มีรูปยั่วยุกามารมณ์ รูปภาพในปฏิทิน การได้เห็นและสัมผัสเรือนร่างของผู้ถูกกระทำ

ปัจจัยภายใน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการข่มขืนกระทำชำเรา เช่น ความรู้สึกและความต้องการทางเพศที่ผู้กระทำมองว่าภรรยาตอบสนองได้ไม่เพียงพอ ทั้งในแง่ปริมาณ (กรณีที่ 1, 3, 4 และ 7) ที่ภรรยาไม่ยอมให้มีเพศสัมพันธ์ และในแง่คุณภาพ (กรณีที่ 2, 3, และ 4) ที่ภรรยาไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศที่แตกต่างไปจากที่เป็นอยู่ตามความต้องการของตน กรณีที่ 5 และ 6 เป็นครอบครัวที่แตกแยก ภรรยาหนีไปมีสามีใหม่หรือเลิกลากันไป แล้วทิ้งให้บุตรสาวอยู่ในการดูแลของสามี ความโกรธแค้นภรรยากลายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้กระทำลงมือกระทำกับบุตรสาว โดยมองว่าบุตรสาวเป็นสัญลักษณ์หรือมีภาพซ้อนของตัวตนภรรยาที่ทำให้ตนเองเสียใจ เมื่อไม่สามารถกระทำอะไรกับภรรยาได้ จึงใช้บุตรสาวเป็นที่รองรับอารมณ์ กรณีที่ 14 ผู้กระทำเคยมีประสบการณ์ทางเพศกับหญิงบริการ แต่เพราะมีรายได้น้อยทำให้ไม่สามารถไปใช้บริการทางเพศได้บ่อยครั้งตามความต้องการ ประกอบกับการได้ใกล้ชิดและได้รับความไว้วางใจจากผู้ถูกกระทำเป็นเหตุให้ผู้กระทำมีโอกาสดูและสัมผัสเรือนร่างของผู้ถูกกระทำ ซึ่งในระยะต่อมาผู้กระทำได้พยายามสร้างโอกาสในการกระทำเช่นนั้นมากขึ้น จนในที่สุดก็เข้าสู่กระบวนการข่มขืนกระทำชำเราในเวลาต่อมา

ปัจจัยภายในที่ทรงอิทธิพลต่อการตัดสินใจลงมือข่มขืนกระทำชำเราอีกประการหนึ่งก็คือ ความเป็นหญิงชายและความเชื่อของผู้กระทำ เช่น มองว่าบุตรสาวเป็นสมบัติ

ชั้นหนึ่งที่ตนสามารถทำอะไรก็ได้ (กรณี 1, 2, 4, 6 และ 7) ประกอบกับความรู้สึกที่แฝงด้วยความเหยียดหยามผู้หญิง และคิดว่าวันหนึ่งบุตรสาวของตนก็ต้องมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นเรื่องปกติที่ตนเองผู้เลี้ยงดูย่อมมีสิทธิที่จะได้สิ่งนั้นก่อนชายอื่น (กรณี 3, 4, 6 และ 7)

“...มันก็ชอบ ไม่เห็นร้อง...น้ำมันก็ออก ถ้าไม่ยอกน้ำจะออก
เธอ... ผมไม่เอาคนอื่นก็เอา ...”

ชายวัย 43 ปี อาชีพรับจ้าง บิดาที่มีสัมพันธ์ทางเพศกับบุตรสาวจนตั้งครรภ์ (กรณี 4) ยืนยันถึงสิ่งที่ตนทำกับบุตรสาว จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่า **ความเป็นหญิงชายในความรู้สึกของผู้กระทำการ**เป็นการมองไปที่อำนาจที่เหนือกว่า และมองผู้หญิงในฐานะที่ต่ำกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า การได้มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้หญิงบริสุทธิ์จะให้ความสุขทางเพศที่ดีกว่า (กรณี 2 และ 14) และเมื่อไม่สามารถหาที่อื่นได้ จึงใช้บุตรสาวหรือคนใกล้ชิดที่ตนมีอำนาจเหนือกว่าเป็นที่ตอบสนองความต้องการที่เกิดจากความเชื่อดังกล่าว

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต

ปัจจัยภายนอก ที่มีอิทธิพลต่อการข่มขืนกระทำชำเราที่พบร่วมกันมากที่สุดคือ ภรรยาที่มีกิจกรรมทางเพศกับตนเองไม่เพียงพอในแง่ปริมาณและ/หรือคุณภาพจนเป็นสาเหตุให้ผู้กระทำพยายามสร้างสถานการณ์หรือสร้างโอกาสในการที่จะอยู่กับผู้ถูกกระทำตามลำพัง การมีบ้านที่กว้างขวาง มีห้องนอนแยกกันหรือการอยู่คนละบ้านจึงไม่สามารถเป็นสิ่งป้องกันโอกาสที่ผู้กระทำจะล่องละเมียดทางเพศแก่ผู้ถูกกระทำ (กรณี 8, 12, 13 และ 15) และถ้าหากเป็นกรณีที่บ้านเป็นห้องเดียวต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันภายในพื้นที่จำกัด ก็ยังเป็นโอกาสให้เกิดเหตุการณ์ที่ทั้งสองจะอยู่กันตามลำพังและนำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราได้ง่ายยิ่งขึ้น (กรณี 10 และ 11) เรื่องสถานที่คับแคบจึงเป็นปัจจัยรองจากความต้องการทางเพศของผู้กระทำ เพราะการกระทำไม่จำเป็นที่จะต้องเกิดภายในบ้านที่คับแคบ ดังเช่น กรณีที่ 9 และ 13 ที่ผู้กระทำพาผู้ถูกกระทำไปเพื่อล่องละเมียดทางเพศนอกบ้านที่พักอาศัยเป็นประจำ

การมีโอกาสได้เห็นเรือนร่างของผู้ถูกระทำ จากการศึกษาพบว่า เกิดจากผู้กระทำเป็นผู้สร้างเงื่อนไขมากกว่าที่ผู้ถูกระทำขาดความระมัดระวังหรือไว้ใจ สำหรับปัจจัยการกระตุ้นที่เกิดจากการตีมสุรา ดูหนังสือและ/หรือวีดีโอเกี่ยวกับความมรณนั้นเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการได้เห็นร่างกายของผู้ถูกระทำ ยกเว้นกรณีที่ 9 และ 12 ที่ไม่ตีมสุรา แต่ก็มีพฤติกรรมชอบดูหนังสือและ/หรือวีดีโอที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ แม้ในกรณีที่ 9 จะไม่มีโอกาสดูวีดีโอเนื่องจากฐานะยากจนแต่ก็มีโอกาสได้เห็นภาพจากหนังสือเก่าที่เก็บขาย และปฏิทินที่แสดงภาพเกี่ยวกับความมรณ กรณีที่ 15 เป็นกรณีเดียวที่ได้รับสิ่งกระตุ้นทั้งหมดที่กล่าว ร่วมกับการเสพยาบ้า เขาเล่าว่า ภายหลังเสพเขาจะมีความต้องการทางเพศมากจนเป็นเหตุให้ภรรยาทนไม่ไหวและแยกทางกันเมื่อ 2 สัปดาห์ก่อนเกิดการข่มขืนกระทำชำเราหลานสาว

“...ไม่รู้เพราะอะไร มันอยากจนบอกไม่ถูก ผมเคยข่มขืนเมียตัวเอง 2 ครั้ง มันอยากจนโกรธที่ไม่ยอม ผมบีบคอแล้วทำ มารู้สึกตัวก็ตอนเช้า ครั้งสุดท้ายตอนกลางวัน เมียไม่ยอมผมก็อยาก ก็เลยเกิดเรื่อง...”

ปัจจัยภายใน ที่เป็นลักษณะร่วมเด่นชัดก็คือ ผู้กระทำมีความต้องการทางเพศมากกว่าที่ภรรยาตอบสนอง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกที่ทำให้ภรรยามีเพศสัมพันธ์กับผู้กระทำน้อยลง จากความต้องการทางเพศสูงแสดงออกในผู้กระทำบางคนที่มีภรรยา มากกว่า 1 คนในขณะเดียวกัน (กรณีที่ 8 และ 12) นอกจากความไม่สมดุลในปริมาณการมีเพศสัมพันธ์แล้ว ยังเกิดจากความต้องการสิ่งแปลกใหม่โดยเฉพาะกับเด็กผู้หญิง (กรณีที่ 8, 10, 12 และ 13) มี 2 กรณีที่เป็นการล่วงละเมิดด้วยความแค้น คือกรณีที่ 11 เมื่อผู้กระทำรู้ว่าลูกเลี้ยงวัย 13 ปีไปมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่รักมาตั้งแต่อายุ 12 ปี จึงสั่งห้ามลูกเลี้ยงติดต่อกับเพื่อนชาย แต่กลับถูกเพื่อนชายของลูกเลี้ยงขู่อาฆาต ทำให้ผู้กระทำแค้นด้วยการข่มขืนกระทำชำเราลูกเลี้ยง กับกรณีที่ 15 ที่แค้นภรรยาที่ทิ้งตนไปโดยการข่มขืนกระทำชำเราหลานสาวซึ่งเป็นลูกของพี่สาวภรรยา ปัจจัยกระตุ้นที่พบเฉพาะในกลุ่มที่ทั้งสองฝ่ายไม่

ไข้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตก็คือ การได้รับรู้ว่าลูกเลี้ยงของตนเคยมีประสบการณ์ทางเพศ จึงคิดว่าลูกเลี้ยงมีความต้องการทางเพศที่สามารถรองรับความต้องการทางเพศของตนได้และไม่น่าเป็นเรื่องเสียหาย (กรณีที่ 8) รวมถึงกรณีที่ 13 ผู้กระทำเคยข่มขืนกระทำชำเราลูกเลี้ยงมาก่อนที่จะกระทำกับลูกของลูกเลี้ยง

ปัจจัยเรื่องความเป็นหญิงชายมีลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากกรณีทั้งสอง ฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต กล่าวคือ มองผู้หญิงเป็นเสมือนที่บำบัดความใคร่ ไม่มีอำนาจในการต่อสู้ และเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับลูกเลี้ยงหรือบุคคลที่ไม่ใช่ลูกของตนเองไม่ใช่เรื่องผิด โดยเฉพาะถ้ารู้หรือเพียงได้ยินข่าวว่า ลูกเลี้ยงของตนผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ความยับยั้งชั่งใจก็ถูกทำลายลง และมองว่าลูกเลี้ยงมีความต้องการและติดใจกับความสุขทางเพศ ตนในฐานะผู้เลี้ยงดูย่อมสามารถมีความสัมพันธ์ได้และเชื่อว่าลูกเลี้ยงต้องชอบเนื่องจากได้ทำในสิ่งเดียวกับที่ลูกเลี้ยงไปทำกับคนอื่น ประเด็นความเชื่อนี้สะท้อนออกมาในกรณีที่ 13 ซึ่งผู้กระทำ วัย 58 ปี กล่าวว่า

“...เด็กมันชอบ (หมายถึงลูกเลี้ยงวัย 15 ปี) ยอมให้จับก็คือยอมให้เอา...มันบอกว่าเคยโดนครูทำในห้องน้ำ...แต่สู้เอง (หมายถึงหลานสาววัย 11 ปี) ไม่ได้ คับกว่ากัน นมเพ็งขึ้น ผมชอบถ่ายรูปเก็บไว้ ... ถ้าผมไม่เอาก่อนเดี๋ยวมันก็โดนคนอื่น...ถือว่าสอนมัน ก็ช่วยมันนั่นแหละ...”

สรุป ในส่วนผู้กระทำสามารถแยกพิจารณาออกเป็น 2 สาเหตุหลัก คือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายนอก ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันไม่มากนัก ผู้กระทำและภรรยาเป็นบุคคลหลักในการหารายได้ของครอบครัว แต่เพราะมีความรู้ต่ำและครอบครัวเดิมไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจทำให้ขาดโอกาสในการเลือกงานหรือประกอบอาชีพที่มีรายได้ดี ทำให้ส่วนใหญ่ของกรณีศึกษาต้องอยู่อย่างแออัดในบ้านที่คับแคบ ใช้น้ำร้อนร่วมกัน และพัก

อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดที่สภาพสังคมมีลักษณะตัวใครตัวมัน ขาดบรรทัดฐานทางสังคมที่ถูกต้อง จึงเป็นการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้กร่อนท่ามกลางสังคมที่อ่อนแอ

ปัญหา รายได้ต่ำ ทำให้เสาหลักของครอบครัวต้องทำงานหนักโดยไม่สามารถเลือกงานได้ การเก็บของเก่า รับจ้างทั่วไป หรือขายแรงงานจึงเป็นงานหลักของครอบครัว แต่ภาระหน้าที่ของบิดากับมารดามีความแตกต่างกันมาก แม้ทั้งสองต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ฝ่ายภรรยาจะต้องแบกรับหน้าที่ในการทำงานบ้านรวมทั้งการดูแลบุตรทำให้สภาพร่างกายต้องการการพักผ่อน ส่งผลให้เวลาในการมีความสัมพันธ์ทางเพศลดน้อยลง

การอยู่กันอย่างแออัด ทำให้ความเป็นส่วนตัวขาดหายไป เมื่อเด็กสาวในครอบครัวเติบโตขึ้น ร่างกายเปลี่ยนแปลงสู่วัยสาวในขณะที่พฤติกรรมของเด็กสาวยังคงอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ โดยปราศจากความวิตกกังวลหรือระมัดระวังว่า เหตุร้ายทางเพศสามารถเกิดขึ้นได้ภายในครอบครัว การใช้ชีวิตของเด็กสาวก็ดำเนินต่อไปอย่างไม่เปลี่ยนแปลง แม้วัยจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่บุคคลรอบข้างโดยเฉพาะมารดาของผู้ถูกระงับก็เชื่อมั่นในความสัมพันธ์ภายในครอบครัวว่าจะเป็นการป้องกันล่วงละเมิดทางเพศ จนมองข้ามอันตรายที่อยู่ใกล้ตัว

การได้มีโอกาสสัมผัสและ/หรือเห็นเรือนร่างของเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ วัยสาวเป็นปัจจัยกระตุ้นอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งหากผู้กระทำพยายามสร้างโอกาสก็เป็นการยากที่จะรอดพ้น ผู้กระทำอาจใช้วิธีการสร้างความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดไปจนถึงห่างเหินให้บุคคลอื่นเห็นเป็นปกติวิสัย เมื่อผู้ถูกระงับเล่าถึงพฤติกรรมนำที่เกิดขึ้น บุคคลที่รับฟังก็จะไม่ปักใจเชื่อในเรื่องที่รับทราบ เนื่องจากสิ่งที่เล่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในกรณีผู้กระทำใช้วิธีการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิด และเป็นเรื่องที่ขัดแย้งกรณีผู้กระทำใช้วิธีการสร้างความสัมพันธ์แบบปกติถึงห่างเหิน และเมื่อพฤติกรรมนำไม่ถูกขัดขวาง กระบวนการข่มขืนกระทำชำเราก็สามารถเกิดขึ้นได้ในเวลาต่อมา

วิดีโอ หนังสือ และ/หรือรูปภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเรา ซึ่งพบได้แม้ในกรณีที่มีฐานะยากจน ซึ่งไม่มีโทรทัศน์ที่จะใช้ดูวิดีโอ ไม่มีรายได้พอที่จะซื้อหนังสือมาดูได้ แต่ภาพในหนังสือพิมพ์หรือรูปผู้หญิงที่แสดงท่าทางยั่วยุการลามกอนาจารในปฏิทินก็เป็นสิ่งที่สามารถหาได้ไม่ยาก ผลที่ตามมาคือความต้องการทางเพศ โดยเฉพาะเมื่อมีการดื่มสุราและ/หรือเสพสารเสพติดทำให้มโนสำนึกแห่งตนถูกทำลายหรือลดระดับลง ประกอบกับโอกาสที่เอื้ออำนวยให้สามารถล่วงละเมิดทางเพศได้ การตัดสินใจก้าวสู่กระบวนการข่มขืนกระทำชำเราจึงเป็นสิ่งที่เกิดตามมา จากการวิจัยสอดคล้องกับงานของวิทยา นาควัชระ (2525)

การแยกห้องนอนระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการข่มขืนกระทำชำเราภายในครอบครัวได้ จากการศึกษาพบว่า การแยกห้องนอนเป็นส่วนน้อยอาจเป็นปัจจัยเอื้อที่ก่อให้เกิดโอกาสในการข่มขืนกระทำชำเรามากขึ้น หากผู้กระทำมีความต้องการและวางแผนจะกระทำ เพราะห้องที่มิดชิดทำให้การล่วงละเมิดทางเพศเกิดขึ้นได้โดยไม่มีใครเห็น สอดคล้องกับงานของมัทนีย์ บุรณเขต (2532)

ปัจจัยภายใน เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นความต้องการทางเพศที่มากกว่าได้รับจากภรรยา ทั้งในแง่ปริมาณ เช่น จำนวนความถี่ที่ต้องการและ/หรือคุณภาพ เช่น รูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์ การข่มขืนกระทำชำเราอาจเกิดจากสาเหตุหลักที่ไม่ใช่ความต้องการทางเพศ แต่เป็นความรู้สึกที่ต้องการแก้แค้น เป็นการทำลายหรือลงโทษบุคคลที่ผู้กระทำมีความรู้สึกเป็นศัตรูโดยผ่านตัวตนของผู้ถูกกระทำด้วยการข่มขืนกระทำชำเราบุตรสาวที่เกิดจากบุคคลที่ผู้กระทำรู้สึกโกรธแค้น หรือการเป็นคู่รักของบุคคลที่ตนเองเกลียดชัง สอดคล้องกับงานของ Groth & Bimbaum (1981)

ความรู้สึกภายในของผู้กระทำจะได้รับการเสริมสร้างหรือยับยั้งจากความเป็นหญิงชายและความเชื่อที่มีอยู่ หากผู้กระทำมีความรู้สึกในประเด็นความเป็นหญิงชายไปในทางลบ และ/หรือมีความเชื่อในลักษณะที่ถูกเหยียดหยามผู้หญิง ก็จะทำให้ความรู้สึกภายใน

ได้รับการสร้างเสริมให้ทวิความรุนแรงไปในทางลบมากขึ้น ในทางตรงข้าม หากผู้กระทำมีความรู้สึกในประเด็นความเป็นหญิงหายไปทางบวก และ/หรือมีความเชื่อในลักษณะที่ทำให้เกียรติ เคารพในความเป็นผู้หญิง ก็จะทำให้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในมีทิศทางไปในทางที่ดี

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้กระทำเป็นได้ทั้งสาเหตุนำไปสู่และเป็นผลที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นภายนอก กล่าวคือ อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมในการแสวงหาปัจจัยกระตุ้น เช่น ต้องการมีประสบการณ์ทางเพศที่แปลกใหม่ จึงแสวงหาวีดีโอและ/หรือหนังสือที่ตอบสนองความรู้สึกเช่นนั้น ในทางกลับกัน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในอาจเป็นผลที่เกิดจากการได้รับปัจจัยกระตุ้นภายนอกได้เช่นกัน เช่น ภายหลังจากได้ดูวีดีโอและ/หรือหนังสือที่ยั่วเย้าการมรณกรรมก็จะส่งผลให้ผู้ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นนั้นเกิดความรู้สึกภายในตัวเองว่ามีความต้องการ

4.3.1.2 ผู้ถูกกระทำ

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เพราะผู้ถูกกระทำอยู่ภายใต้การปกครองของผู้กระทำที่ส่วนใหญ่เป็นคนโมโหร้าย ทำให้ผู้ถูกกระทำตกอยู่ในความหวาดกลัว ประกอบกับไม่สนิทกับสมาชิกภายในครอบครัวทำให้ไม่กล้าบอกหรือปรึกษาในเรื่องที่เกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้ถูกกล่่วงละเมิดอยู่ในวัยเด็กจะประสบปัญหาความสับสนในการแยกแยะระหว่างการแสดงความรักตามฐานะความสัมพันธ์ทางสังคมกับการก้าวล่วงสู่เขตแดนของการละเมิดทางเพศ โดยเฉพาะการไม่มีบุคคลให้ความกระจ่างในประเด็นดังกล่าว อันเป็นผลมาจากสภาพเศรษฐกิจและฐานะของครอบครัวทำให้ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีน้อยจนเป็นเหตุให้ความสนิทสนม ว่าง-ใจ และการชี้แนะถึงความเป็นหญิงชายไม่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ และแม้ผู้ถูกกระทำจะบอกถึงพฤติกรรมน่าที่เกิดขึ้น แต่ก็มักไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรจากผู้รับทราบ ทำให้กระบวนการข่มขืนกระทำชำเราสามารถดำเนินต่อไปได้จนสัมฤทธิ์ผล (กรณี ที่ 1, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, และ 14) และโดยส่วนใหญ่ภายหลังข่มขืนกระทำชำเราครั้งแรก

เกิดขึ้นแล้ว การข่มขืนกระทำชำเราในครั้งต่อๆ มาก็จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง บางกรณียาวนานเป็นปี

ในกรณีที่ 1 ผู้กระทำได้แสดงพฤติกรรมนำโดยการกอดจูบ จับหน้าอก และลูบคลำตามร่างกายผู้ถูกกระทำมานานกว่า 1 ปี ซึ่งผู้ถูกกระทำได้ออกเรื่องนี้ให้มารดาฟังตั้งแต่เกิดเหตุครั้งแรก แต่ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เพราะมารดาไม่มั่นใจว่าสิ่งที่บุตรสาวบอกนั้นเป็นความจริง ทำให้ผู้ถูกล่วงละเมิดไม่กล้าที่จะเล่าให้มารดาฟังอีก ในขณะที่ผู้กระทำยังคงแสดงพฤติกรรมนำทุกครั้งที่มีโอกาส จนข่มขืนกระทำชำเราในเวลาต่อมา ส่วนกรณีที่ 5 ผู้กระทำไม่เคยแสดงพฤติกรรมนำมาก่อน ทำให้บุตรสาวไม่เฉลียวใจหรือระมัดระวังในการปฏิบัติตนขณะที่ต้องพักอาศัยอยู่ภายในห้องเช่าเดียวกัน เป็นเหตุให้บิดามีโอกาสเห็นเรือนร่างของบุตรสาวและนำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเรา สาเหตุที่ทำให้ทั้ง 2 กรณีข้างต้นเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว เพราะผู้ถูกกระทำมีอายุเลขวัยเด็ก (13 และ 16 ปีตามลำดับ) และสามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งที่บิดากระทำต่อตนนั้นเกินเลยขีดความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับบุตร และเชื่อมั่นว่าผู้ที่ตนเองนำเรื่องไปบอกจะสามารถให้ความช่วยเหลือตนได้

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต พ่อเลี้ยงกับลูกเลี้ยงมีพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นนัก ในบางกรณีมีการต่อต้านการใช้ชีวิตคู่ของมารดากับพ่อเลี้ยง (กรณีที่ 8 และ 11) แต่พ่อเลี้ยงก็พยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับภรรยาและลูกเลี้ยง การพยายามสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองและใกล้ชิด สนิทสนมจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนที่ผู้กระทำจะเข้ามาใช้ชีวิตคู่กับมารดาของผู้ถูกกระทำ พฤติกรรมที่แสดงถึงความรัก เชื้ออาหาร และสนิทสนมจึงเป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะกับมารดาของผู้ถูกกระทำ ทำให้การแสดงพฤติกรรมนำไม่ได้รับการปกป้องจากมารดาของผู้ถูกกระทำเท่าที่ควร บุตรสาวจะรู้สึกสับสนในพฤติกรรมที่กำกวมระหว่างเขตแดนแห่งการแสดงความรักในฐานะพ่อเลี้ยงกับเขตแดนแห่งการแสดงถึงอารมณ์ทางเพศ และจะถูกตอกย้ำยิ่งขึ้นเมื่อนำเรื่องพฤติกรรมนำไปบอกให้มารดาทราบ แต่กลับถูกมองว่าเป็นเพียงความรู้สึกที่ผู้ถูกกระทำต่อต้านการมีสามีใหม่ของตน หรือไม่ก็เพราะเป็นความวิตกกังวลเกินขอบเขตทำ

ให้ผู้ถูกระทำสร้างเรื่องหรือคิดมากเกินไป เพราะสิ่งที่เล่ามาเป็นพฤติกรรมที่ตนเองก็ให้เห็น และเชื่อว่าเป็นการแสดงถึงความรักในฐานะบิดาและบุตร เมื่อการบอกเล่าของผู้ถูกระทำไม่ได้รับการตอบรับเพื่อการปกป้องทำให้ผู้ถูกระทำเลือกที่จะไม่เล่าเรื่องอีกแม้จะถูกล่อลวงละเมิดทางเพศที่รุนแรงและจำนวนครั้งที่มากกว่าเดิม ผู้ถูกระทำจึงตกอยู่ในภาวะความเครียดและสับสน เพราะแม้ไม่ชอบพฤติกรรมนั้นแต่ก็ไม่สามารถยุติหรือร้องขอให้ใครช่วยได้

แม้สาเหตุหลักของการละเลยในพฤติกรรมน่าจะเกิดจากความรู้สึกของผู้รับรู้ที่มองว่าเป็นเพียงความหวาดระแวงหรือวิตกกังวลของเด็กที่มีต่อพ่อเลี้ยงของตนแล้ว ยังเกิดจากสาเหตุอื่นได้อีก เช่น กลัวการถูกทำร้าย และ/หรือกลัวถูกทอดทิ้ง ทำให้มารดาของผู้ถูกระทำจงใจที่จะละเลยแม้จะทราบหรือเชื่อว่าเรื่องที่เล่าเป็นจริง อย่างไรก็ตาม การหาทางออกด้วยการไม่กลับบ้าน คบเพื่อนชาย และเล่าเรื่องให้เพื่อนชายฟังก็ไม่ทำอะไรดีขึ้น แต่จบลงด้วยการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อนชายที่ตนเองไว้วางใจ และเมื่อพ่อเลี้ยงทราบ สิ่งที่เกิดขึ้นก็กลายเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือข้ออ้างอีกประการหนึ่งในการก้าวเข้าสู่กระบวนการข่มขืนกระทำชำเรา (กรณีที่ 8 และ 11)

ในกรณีที่ 13 ผู้ถูกระทำยอมเดินทางรวมทั้งพักค้างคืนกับผู้กระทำซึ่งเป็นสามีใหม่ขงย่า และมีการถ่ายรูปแบบมีเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำหลายรูป อันเป็นผลมาจากความไว้วางใจที่มีต่อผู้กระทำ ประกอบกับมีย่าของตนเดินทางและพักค้างคืนร่วมด้วยเสมอ เมื่อผู้กระทำหลอกล่อให้รับประทานยานอนหลับทำให้ผู้ถูกระทำไม่สามารถปกป้องตนเองได้และไม่ทราบว่าตนถูกล่วงละเมิดทางเพศถึงขั้นร่วมประเวณี

“...หนูไม่รู้เรื่อง มันง่วงมาก รู้แค่ปู่แก่ผ้าหนู แล้วมาเลียจิมหนู หนูก็
ถีบออกไป...ไม่รู้จะทำอะไร...”

เด็กสาวสัญญาติกระเหี่ยงวัย 11 ปี เล่าถึงเหตุการณ์เมื่อครั้งที่ถูกปู่พาเดินทางเข้ากรุงเทพฯ พร้อมกับย่า และให้รับประทานยา 3 เม็ดตลอด 5 วันที่อยู่กรุงเทพฯ โดยบอกว่า เป็นยาบำรุง ซึ่งย่าก็บอกให้กินได้

ความไว้วางใจที่มีต่อผู้ถูกระทำจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการก่อให้เกิดการข่มขืนกระทำชำเรา เพราะความไว้วางใจเป็นช่องทางให้เกิดโอกาสมากขึ้น กรณีที่ 15 แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงความไว้วางใจที่ผู้ถูกระทำมีต่อน้าเขยจนนำไปสู่การเปิดโอกาสให้เกิดการข่มขืนกระทำชำเราตามมา

สรุป จากผลการศึกษาถึงสาเหตุในส่วนของผู้ถูกระทำ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะร่วมที่เห็นได้อย่างชัดเจนก็คือ **ความสับสนในพฤติกรรมนำว่าอยู่ในขอบเขตของพฤติกรรมปกติหรือเกินขอบเขตจนเป็นการล่วงละเมิดทางเพศ** ความสับสนนี้ไม่ได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้องจากบุคคลที่รับทราบ แต่มักจะถูกละเลยหรือตีความไปว่าเป็นความหวาดระแวงของผู้ถูกระทำ และไม่เป็นเหตุพอให้เชื่อได้ว่าผู้กระทำจะมีเจตนาล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งการตีความจะแตกต่างกันไปในสองกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้กระทำจะปฏิบัติตนต่อผู้ถูกระทำให้บุคคลอื่นเห็นความสัมพันธ์ในระดับห่างเหินจนถึงปกติเช่นครอบครัวทั่วไป แต่เมื่อมีโอกาสผู้กระทำก็จะล่วงละเมิดทางเพศ เมื่อผู้ถูกระทำนำเรื่องไปบอกบุคคลอื่น ก็จะไม่มีการเชื่อเพราะสิ่งที่เล่ากับสิ่งที่ปรากฏขัดแย้งกัน ส่วนกรณีที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้กระทำจะวางตัวต่อผู้ถูกระทำในระดับปกติจนถึงสนิทสนมและห่วงใย บนพื้นฐานการพยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อเลี้ยงและลูกเลี้ยง แต่เมื่อมีโอกาสผู้กระทำก็จะล่วงละเมิดทางเพศ เมื่อผู้ถูกระทำนำเรื่องไปเล่าให้บุคคลอื่นฟัง ก็จะได้รับผลที่ไม่ต่างจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต นั่นคือ การไม่เชื่อในสิ่งที่ได้รับทราบ เพราะสิ่งที่ได้รับฟังเป็นพฤติกรรมที่ผู้กระทำปฏิบัติเป็นปกติ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เล่าของทั้งสองกลุ่มจึงถูกมองว่าเป็นเพียงเรื่องเล่าของเด็กที่หวาดระแวงหรือคิดมากเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานของมัทธนี บุรณเขต (2532) การละเลยในสิ่งที่ได้รับรู้ไม่ว่าจะโดยความไม่เชื่อ หรือจงใจ

จะยังผลให้ผู้ถูกระทำไม่กล้านำเรื่องพฤติกรรมนำมาเล่าให้ฟังอีก ความสับสนที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้รับการคลี่คลายขยายผล ในขณะที่ผู้กระทำก็จะสามารถกระทำการล่วงละเมิดต่อไปได้โดยปราศจากการต่อต้านจากบุคคลอื่น หรือแม้แต่ตัวผู้ถูกระทำเอง

ในประเด็นความไว้วางใจที่ผู้ถูกระทำมีต่อผู้กระทำเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญประการหนึ่งในการสร้างโอกาสให้ผู้กระทำสามารถล่วงละเมิดทางเพศได้ โดยเฉพาะหากบุคคลรอบข้างให้ความไว้วางใจว่าผู้กระทำอยู่ในฐานะที่ไม่น่าจะล่วงละเมิดทางเพศด้วยแล้ว ทำให้โอกาสที่พฤติกรรมน่าจะพัฒนาไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราเกิดขึ้นได้โดยง่ายและการข่มขืนกระทำชำเรา ก็จะพัฒนาไปสู่วัฏจักรของการข่มขืนกระทำชำเราได้โดยง่ายเช่นกัน

4.3.1.3 ผู้ที่เกี่ยวข้อง

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้เกี่ยวข้องหรือบุคคลใกล้ชิดมีความสำคัญต่อการเกิดเหตุการณ์ข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัวในลักษณะที่เป็นได้ทั้งปัจจัยกระตุ้น ส่งเสริม หรือยับยั้ง ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและการมีอิทธิพลต่อผู้กระทำและผู้ถูกระทำ ในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน (กรณี 1, 2, 3, 4 และ 7) บุคคลที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อผู้กระทำและผู้ถูกระทำคือ มารดาของผู้ถูกระทำ แต่เพราะในครอบครัวขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้การข่มขืนกระทำชำเราสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องปราศจากการยับยั้งหรือสกัดกั้นจากมารดา กรณีที่ 5 ผู้กระทำและผู้ถูกระทำอาศัยอยู่ร่วมกันตามลำพัง มีเพียงเพื่อนบ้านที่ผู้ถูกระทำเลือกที่จะขอความช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ กรณีที่ 6 แม้จะมีพี่ชายอาศัยอยู่ด้วยก็มีอายุเพียง 11 ปี ซึ่งรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาตลอดแต่ก็ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ สำหรับกรณีที่ 14 มียายซึ่งเป็นผู้ใหญ่ในครอบครัว แต่เนื่องจากยายมีอายุกว่า 70 ปี และคิดว่าสิ่งที่ผู้ถูกระทำบอกเป็นเรื่องที่ไม่จริงและไม่ให้ความสนใจในที่สุด

การข่มขืนกระทำชำเราเราได้เกิดขึ้นโดยปราศจากพฤติกรรมนำ เพราะทุกกรณีเคยถูกบิดากระทำอนาจารมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง และเกือบทั้งหมดมารดาได้รับการบอกเล่าจากบุตรสาว (ยกเว้น กรณีที่ 2) พฤติกรรมนำมีทั้งการกอด จูบ ลูบ คลำ จับหน้าอก จนถึงสัมผัสอวัยวะเพศ (ยกเว้นกรณีที่ 5) ให้อ่านหนังสือและ/หรือวีดีโอเกี่ยวกับกามารมณ์ (กรณีที่ 3, 6, 7 และ 14) จงใจมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาให้บุตรสาวเห็น (กรณีที่ 3, 4 และ 7) พฤติกรรมอวดอวัยวะเพศของตน (กรณีที่ 3 และ 6) และเมื่อผู้ถูกกระทำเล่าถึงพฤติกรรมทั้งหมดให้บุคคลใกล้ชิดฟัง แต่ทุกอย่างก็ยังคงเหมือนเดิม ในบางกรณียังถูกตำหนิว่าคิดมากหรือหวาดระแวงจนเกินไป ทำให้ผู้ถูกกระทำต้องต่อสู้กับความรู้สึกที่สับสนแต่เพียงคนเดียว การนิ่งเฉยของบุคคลใกล้ชิดไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเสริมและ/หรือกระตุ้นให้ผู้คิดจะกระทำขาดความยับยั้งชั่งใจและดำเนินการต่อไปได้ตามที่ตนเองต้องการ ในบางครั้งยังถูกใช้เป็นข้ออ้างว่า ภรรยาของตนเองก็เห็นด้วยและพึงพอใจที่ตนทำเช่นนั้น

“...ถ้าเมียผมห้ามผมคงไม่ทำ ก็เห็นมันนอนดู บางทีผมยังต้องทำให้มันต่อ...”

ผู้กระทำวัย 43 ปี (กรณีที่ 4) อาชีพรับจ้างเล่าถึงเหตุการณ์ว่า บางครั้งเขาต้องมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาวัย 43 ปี ต่อหลังจากเสร็จกิจกรรมทางเพศกับบุตรสาววัย 14 ปีที่นอนอยู่ร่วมกัน และใช้ชีวิตร่วมกันในลักษณะนี้นานนับปี จนบุตรสาวตั้งครรภ์

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต บุคคลที่เกี่ยวข้องในกรณีพ้อเลี้ยงกับลูกเลี้ยง คือ มารดาของผู้ถูกกระทำ แต่ความสัมพันธ์ก็ดูเหมือนจะถูกม่านของการมีสามีใหม่เข้ามาทับ ทำให้ทั้งสองฝ่ายห่างเหินและรู้สึกแปลกแยกต่อกัน (กรณีที่ 8, 10, 11 และ 12) เมื่อมารดาได้รับการบอกเล่าถึงพฤติกรรมนำก็มักจะ ไม่ได้ให้ความสนใจ เพราะส่วนหนึ่งเชื่อว่า เด็กสร้างเรื่องเพื่อเรียกร้องความสนใจและต่อต้านสามีใหม่ของตนเอง

อีกส่วนหนึ่งก็เพราะเคยเห็นสามีใหม่ของตนกอด จูบ บุตรสาวเป็นประจำ จึงคิดว่าเป็นการ แสดงออกถึงความรักความห่วงใยในฐานะพ่อที่มีต่อบุตรสาว

กรณีที่ 9 เกิดขึ้นโดยมารดาของผู้ถูกระทำไม่สามารถรับรู้ได้ เพราะเพิ่งคลอด บุตรได้ 2 วันและตลอดเวลาที่ผ่านมาก็ไม่เคยมีพฤติกรรมใดที่แสดงถึงการล่วงละเมิดทางเพศ กรณีที่ 15 มารดาของผู้ถูกระทำในฐานะพี่ของภรรยาผู้กระทำ แม้จะไม่ไว้วางใจผู้กระทำนัก แต่ก็ยอมให้พักที่บ้านของตนเองหลังจากที่ผู้กระทำแยกทางกับภรรยา และเมื่อมีความจำเป็น ที่จะต้องให้บุตรสาวอยู่คนเดียวก็ได้กล่าวเตือนและย้ำให้ลือคประพฤติให้ดี แต่เพราะความไว้วางใจของผู้ถูกระทำที่มีต่อน้าชายทำให้การข่มขืนกระทำชำเราเกิดขึ้น สำหรับกรณีที่ 13 ผู้เกี่ยวข้อง คือ ย่าโดยสายเลือดของผู้ถูกระทำซึ่งรู้เห็นเป็นใจให้สามีมีความสัมพันธ์ทางเพศ กับลูกสาวและหลานสาวของตน เพราะเชื่อว่าจะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวสามีและทำให้สามีมีผลกำลัง ในการประกอบกิจกรรมทางเพศกับตน

สรุป บุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะภรรยาของผู้กระทำมีอิทธิพลต่อการข่มขืน กระทำชำเราทั้งในแง่ปัจจัยส่งเสริม กระตุ้น และยับยั้ง กล่าวคือ การนิ่งเฉยต่อพฤติกรรมนำ ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดล้วนแต่เป็นเหตุให้ผู้ถูกระทำเกิดความสับสนและไม่กล้าที่จะเล่าถึง พฤติกรรมนำที่เกิดขึ้นอีกในระยะต่อมา การนิ่งเฉยจึงเป็นการปิดช่องทางการร้องขอความช่วยเหลือที่ผู้ถูกระทำจะมีได้ ในขณะเดียวกันกลับเป็นการเปิดโอกาสให้กับผู้กระทำสามารถ ล่วงละเมิดทางเพศได้บ่อยครั้งและรุนแรงมากขึ้น จนนำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราและ/ หรือสุ่วจรรย์ของการข่มขืนกระทำชำเราในเวลาต่อมา เพราะรู้ดีว่าแม้ผู้ถูกระทำจะเล่าให้ ใครฟังก็ไม่มีใครเชื่อ ในบางกรณียังมีการตีความว่า ภรรยาของตนอนุญาต เห็นชอบ และ ส่งเสริมให้ตนสามารถมีสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ถูกระทำได้

4.3.2 ผลกระทบของการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว

4.3.2.1 ผู้กระทำ

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผลกระทบทางร่างกายมีไม่มากนัก นอกจากแผลถลอกตามร่างกายเล็กน้อยในกรณีที่ผู้ถูกกระทำดิ้นรนต่อสู้ ในส่วนจิตใจจะมีความแตกต่างกันออกไป 2 ลักษณะ คือ รู้สำนึกในสิ่งที่ตนเองกระทำลงไปว่าเป็นสิ่งที่ผิด และจะไม่กระทำเช่นนั้นอีก (กรณีที่ 1, 5, 7 และ 14) ดังจะเห็นได้จากข้อความในจดหมายที่ผู้กระทำวัย 35 ปี เขียนถึงภรรยาหลังจากถูกส่งเข้าไปอยู่ในเรือนจำพิเศษ กรุงเทพมหานคร ในข้อหาข่มขืนกระทำชำเราบุตรสาววัย 13 ปี มานานกว่า 2 ปี (กรณีที่ 7)

“...ไม่รู้มีท่าสาตานอะไรดลใจ พี่ขอสารภาพ...พี่มันเลวเกินกว่าจะให้
อภัย...”

ผลกระทบทางด้านจิตใจอีกลักษณะหนึ่งก็คือ ไม่รู้สึกที่ตนเองกระทำผิดโดยยืนยันว่าความผิดส่วนใหญ่เป็นเพราะผู้ถูกกระทำและ/หรือบุคคลอื่นที่รับรู้พฤติกรรม (กรณีที่ 2, 3, 4, และ 6) เหตุผลที่มักใช้อ้างคือ ผู้ถูกกระทำยินยอมพร้อมใจและ/หรือภรรยาก็เห็นชอบด้วย หรือไม่ใช่เรื่องแปลกที่ตนเองในฐานะบิดาจะเป็นคนแรกในการมีเพศสัมพันธ์กับบุตรสาว ซึ่งเมื่อวันหนึ่งบุตรสาวแต่งงานไปก็ต้องได้รับประสบการณ์แบบนี้เช่นกัน

ผลกระทบทางด้านสังคมที่มีต่อผู้กระทำในทุกกรณีศึกษาทั้งหมด คือ การต้องโทษจำคุกอยู่ในเรือนจำ ต้องโทษตั้งแต่โทษจำคุก 5 ปี 4 เดือน (กรณีที่ 3) จนถึงโทษสูงสุดคือจำคุกตลอดชีวิต (กรณีที่ 1)

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต มีลักษณะไม่แตกต่างไปจากกลุ่มแรก คือ มีทั้งที่สำนึกในการกระทำ (กรณีที่ 9) และไม่รู้สึกที่ตนเองทำ

ผิด (กรณี 8, 10, 11, 12, 13 และ 15) แต่เป็นเพราะผู้ถูกระทำให้ทำ มีความต้องการ เช่นเดียวกับตน เป็นเด็กใจแตก และ/หรือมารดาของผู้ถูกระทำให้เห็นชอบด้วย ส่วนผลกระทำทางสังคมผู้กระทำทั้งหมดถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุกอยู่ในเรือนจำเหมือนกับกรณีที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ตั้งแต่ 6 ปี (กรณีที่ 11) จนถึงสูงสุดคือ จำคุกตลอดชีวิต (กรณีที่ 15)

สรุป ผู้กระทำทั้งสองกลุ่มไม่พบผลกระทบทางร่างกายมากนัก นอกจากแผลถลอกตามร่างกายในกรณีที่เกิดการต่อสู้ ในส่วนจิตใจแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ รู้สำนึกในสิ่งที่กระทำลงไปที่การไม่ยอมรับว่าตนเองกระทำในสิ่งที่ผิด หรือแม้จะบอกว่าตนเองมีส่วนผิดบ้างก็เป็นส่วนน้อย โดยอ้างว่าผู้ถูกระทำให้เป็นฝ่ายยินยอม และ/หรือภรรยาเห็นชอบด้วยหรือไม่ใช่เรื่องผิดที่ตนจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ถูกระทำให้เพราะวันหนึ่งผู้ถูกระทำให้ก็ต้องได้รับประสบการณ์ทางเพศเช่นกัน ผลกระทบทางด้านสังคมในทุกกรณีศึกษา คือ การต้องโทษจำคุก

4.3.2.2 ผู้ถูกระทำให้

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผลกระทบทางร่างกายที่พบในทุกกรณี คือ การฉีกขาดและ/หรือเข้าบวมที่บริเวณอวัยวะเพศ บาดแผลและติดเชื้อที่ทวารหนัก เนื่องจากถูกร่วมเพศทางทวารหนัก (กรณีที่ 6) เจ็บคอและแผลในปากกรณีที่มีการร่วมเพศทางปาก (กรณีที่ 6 และ 7) บาดแผลและรอยฟกตามร่างกายจากการดิ้นรนต่อสู้ (กรณีที่ 1, 2, 6, 7, และ 14) ตกขาวเพราะติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กรณีที่ 2 และ 14)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ถูกระทำให้รู้สึกหวาดระแวงเมื่อต้องเข้าสังคม กลายเป็นคนหนีสังคม ชอบเก็บตัว ต่อต้านการมีชีวิตครอบครัว และมีการย้ายที่อยู่ภายหลังเกิดเหตุการณ์และตกเป็นข่าว ในกรณีที่ 5 ต้องยุติการศึกษาทันที แม้มีการแต่งงานแยกครอบครัวไปในกรณีที่ 3 ก็เกิดปัญหาในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเมื่อผู้ถูกระทำให้พยายามปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีเพราะไม่เคยรู้สึกว่ามีความสุขแต่อย่างใด

ทางด้านสังคม ผู้ถูกระทำมักถูกจ้องมองด้วยสายตาที่แปลกไปจากเดิม ทำให้ผู้ถูกระทำในทุกกรณีเลือกที่จะย้ายไปอยู่ที่อื่นหรือเลือกที่จะยุติสถานภาพการศึกษาเพื่อหนีจากสังคมเดิม ในบางกรณีเลือกการแต่งงานด้วยหวังว่าจะแก้ปัญหาด้านสังคมได้ แต่ผลที่ออกมาก็กลายเป็นปัญหาใหม่ เมื่อไม่สามารถสร้างทัศนคติที่ดีต่อเพศตรงข้ามและการมีเพศสัมพันธ์ได้ ครอบครัวใหม่ของผู้ถูกระทำจึงต้องต่อสู้กับความรู้สึกที่ปวดร้าวทั้งจากสังคมภายนอกและจากปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว แต่โดยส่วนใหญ่จะได้รับความเห็นใจจากมารดามากยิ่งขึ้น

กรณีที่ 4 มีการตั้งครรภ์ ในช่วงแรกผู้ถูกระทำวัย 14 ปี แสดงความประสงค์ว่าจะทำลายทารก ซึ่งขณะนั้นอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ แต่ต่อมาเปลี่ยนใจที่จะให้กำเนิดบุตร สาเหตุที่ตัดสินใจไม่ทำลายทารกเพราะไม่อยากเป็นคนบาปและขาดความรู้ถึงผลเสียที่จะเกิดกับทารก ซึ่งปัจจุบันบุตรที่เกิดมามีอายุ 2 ขวบ อยู่ในการเลี้ยงดูของผู้ถูกระทำและมารดา ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสังคมโดยเฉพาะสถานภาพของทารกและถูกสังคมตั้งข้อรังเกียจตามมา ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่เกิดกับกรณีอื่นเนื่องจากผู้ถูกระทำยังไม่เข้าสู่ช่วงวัยเจริญพันธุ์ (กรณีที่ 2, 6, และ 14) ผู้กระทำทำหมันแล้ว (กรณีที่ 1 และ 7) ใช้ถุงยางอนามัย (กรณีที่ 3) และหลังข้างนอก (กรณีที่ 5)

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ทางด้านร่างกายไม่แตกต่างไปจากกรณีที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต คือ ทุกกรณีมีการฉีกขาดและ/หรือบวมซ้ำอีกเสบที่อวัยวะเพศ เจ็บคอและเกิดแผลในช่องปาก (กรณีที่ 10 และ 11) บาดแผลตามร่างกายเนื่องจากการใช้อาวุธและมีการต่อสู้ (กรณีที่ 15) ตกขาว ปัสสาวะแสบ และปวดท้องเนื่องจากติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กรณีที่ 14) และการตั้งครรภ์ในกรณีที่ 11 แต่ภายหลังเกิดคดีความผู้ถูกระทำตัดสินใจทำแท้ง โดยความเห็นชอบของมารดา

ด้านจิตใจส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างจากกรณีที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด คือ ต่อต้านเพศตรงข้าม ไม่ยอมรับในเรื่องเพศสัมพันธ์ มีเพียงสองกรณีที่ผู้ถูกกระทำมีพฤติกรรมไปในลักษณะของการล่าสอนทางเพศ (กรณีที่ 8 และ 11) มีการเปลี่ยนคู่นอนและ/หรือสามีหลายคน

“...หนูไม่มีอะไรเหลือแล้วพี่ ใครจะมาจริงใจกับคนอย่างหนู...คนอื่นไม่รู้ แต่หนูรู้...ชอบก็อยู่ ไม่ชอบก็เลิก ก็แค่นั้น...”

หญิงสาววัย 19 ปี (กรณีที่ 11) พุดสรุปภายหลังถูกพ่อเลี้ยงข่มขืนกระทำชำเราเมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา เธอมีสามีที่อยู่กินร่วมกันมาแล้ว 4 คน แต่เธอไม่ยอมให้กำเนิดบุตรอย่างเด็ดขาดเพราะกลัวว่าวันหนึ่งพ่อเลี้ยงจะมาข่มขืนกระทำชำเราบุตรสาวเหมือนที่เธอเคยถูกกระทำ เช่นเดียวกับกรณีที่ 8 ที่ถูกพ่อเลี้ยงข่มขืนกระทำชำเรามานานราว 1 ปี ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เมื่อเข้าเรียนในระดับมัธยมศึกษาก็มีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับเพื่อนชายหลายคน รวมถึงญาติที่เป็นผู้ชาย พฤติกรรมทั้งหมดถูกกระทำต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ทางด้านสังคม ถูกบุคคลรอบข้างมองด้วยสายตาที่แปลกไปจากเดิม โดยเฉพาะในกรณีที่ตกเป็นข่าวในสื่อมวลชน ทำให้ผู้ถูกกระทำขาดความเชื่อมั่น ไม่อยากออกไปนอกบ้าน หวาดระแวง และรู้สึกว่าสังคมไม่ให้การยอมรับ การตั้งครรภ์มีเพียงกรณีเดียว (กรณีที่ 11) และเลือกการทำแท้งเป็นทางยุติปัญหา โดยความเห็นชอบของมารดา การตัดสินใจทำแท้งเพราะผู้ถูกกระทำก็มีความสัมพันธ์กับเพื่อนชายมาก่อนเกิดเหตุและตัดสินใจใช้ชีวิตคู่ภายหลังแจ้งความดำเนินคดีกับผู้กระทำ ส่วนกรณีอื่นที่ไม่เกิดปัญหาการตั้งครรภ์เพราะผู้ถูกกระทำยังไม่เข้าสู่ช่วงวัยเจริญพันธุ์ (กรณีที่ 9 และ 12) ใช้ถุงยางอนามัย (กรณีที่ 8) การหลังช้างนอก (กรณีที่ 8 และ 10) และโรงพยาบาลให้การคุมกำเนิด (กรณีที่ 13 และ 15)

สรุป ผลกระทบที่มีต่อผู้ถูกกระทำในสองกลุ่มกรณีศึกษาไม่มีความแตกต่างกันนัก ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายที่เกิดการบาดเจ็บ ฟกช้ำ และอวัยวะเพศฉีกขาด ในกรณีที่มีการต่อสู้จะพบบาดแผลหรือร่องรอยความบาดเจ็บตามร่างกาย สอดคล้องกับงานของ Burgess & Holmstrom (1975) และ ศิรินาถ (2533) จากผลตรวจทางการแพทย์ในบางราย ไม่พบการฉีกขาดใหม่ของอวัยวะเพศและเยื่อพรหมจารี เพราะเกือบทั้งหมดผ่านการข่มขืนกระทำชำเรามากกว่า 1 ครั้ง หรือผ่านการข่มขืนกระทำชำเราเป็นเวลานานก่อนแจ้งความดำเนินคดี หรือเพราะเคยผ่านการร่วมเพศกับชายอื่นมาก่อน ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า หากมีการร่วมเพศทางทวารหนักก็จะเกิดการฉีกขาดมีเลือดออกจากบาดแผลและติดเชื้อที่บริเวณรอบทวารหนัก ในรายที่ถูกบังคับให้ร่วมเพศทางปากจะมีอาการเจ็บคอและแผลในปาก นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ทำให้มีอาการตกขาว ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดออกที่ช่องคลอด และ/หรือการปวดท้อง สอดคล้องกับ Foley & Davies (1983) ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบคือ หนองใน และเชื้อรา แต่ไม่พบรายงานการติดเชื้อโรคเอดส์

ผู้ถูกกระทำได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในระยะสั้น คือ รู้สึกตกใจ วิตกกังวล สับสนในสิ่งที่เกิดขึ้น อึดอัดที่ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้ทำให้กลัวการต้องอยู่บ้าน พยายามที่จะหลบเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับงานของ Kreindler & Armstrong (1983) ในระยะยาวจะมีลักษณะที่ต่างกันไปตั้งแต่การต่อต้านและปฏิเสธเรื่องเพศโดยสิ้นเชิงไปจนถึงการประทุพติตในลักษณะสำส่อนทางเพศ ขึ้นอยู่กับสังคมรอบข้าง บุคคลใกล้ชิด ความคิด ความเชื่อ และการให้คำปรึกษาแนะนำจากบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลังเกิดเหตุการณ์ เพราะหากสังคมรอบข้างให้การยอมรับ เข้าใจ ไม่ซ้ำเติม ให้คำปรึกษาและแนะนำในสิ่งที่ ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ถูกกระทำสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ แต่จะใช้เวลาไม่น้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสภาพความรุนแรงของเหตุการณ์และระยะเวลาของวัฏจักรแห่งการข่มขืนกระทำชำเราประกอบกับความคิดและความเชื่อของผู้ถูกกระทำ

หากเหตุการณ์มีความรุนแรงมาก ระยะเวลาของวัฏจักรยาวนาน และผู้ถูกกระทำมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูจิตใจ เช่น ให้คุณค่าความเป็นผู้หญิงที่ความบริสุทธิ์ทางเพศ หรือรู้สึกว่สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเองจะทำให้การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจกลับเข้าสู่สภาพปกติเป็นไปด้วยความยากลำบาก ในทางตรงข้ามหากความรุนแรงมีไม่มากนัก มีระยะเวลาของวัฏจักรการข่มขืนกระทำชำเราที่สั้น และผู้ถูกกระทำมีความเชื่อที่เอื้อต่อการฟื้นฟู เช่น ยอมรับความจริงในสิ่งที่เกิดขึ้นและไม่ยึดติดว่าสิ่งนั้นเป็นตราบาป ก็จะทำให้บุคคลที่ถูกกระทำจะสามารถปรับตัวและฟื้นฟูตัวเองเข้าสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

สาเหตุหนึ่งของการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ เพราะรู้สึกว่เรื่องเพศเป็นสิ่งที่สกปรก หยาดคาย และน่าขยะแขยงเป็นผลมาจากการไม่สามารถลบความทรงจำที่ปวดร้าวในอดีตและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับงานของ Becker และคณะ (1986) และ Walker & Browne (1985) ซึ่งต้องได้รับการแนะนำและดูแลจากบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริง การแต่งงานไม่สามารถแก้ปัญหาได้เพราะรากเหง้าของปัญหาคือความทรงจำที่ฝังแน่นไม่ได้ถูกสลายลงไป ส่วนกรณีปล่อยตัวมีเพศสัมพันธ์แบบลำสอนทางเพศ มีสาเหตุหลักมาจากการปฏิเสธและไม่เห็นค่าของตนเอง รู้สึกว่ตนเองสกปรก เป็นคนไม่ดี อันเป็นผลมาจากการกระบวนการกล่อมเกลางทางสังคมที่ปลูกฝังความเชื่อในเรื่องความบริสุทธิ์ว่เป็นสิ่งที่จะต้องอยู่คู่กับความเป็นผู้หญิงที่ดี

ผู้ถูกกระทำทั้งสองกลุ่มได้รับผลกระทบด้านสังคมที่ไม่แตกต่างกัน ในระยะแรกจะถูกมองด้วยสายตาที่เปลี่ยนไป ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่เห็นใจและมองว่มีส่วนผิด ผู้ถูกกระทำจะรู้สึกขาดความเชื่อมั่น รู้สึกอายที่ต้องตอบคำถามและเล่าเรื่องที่เกิดขึ้น รู้สึกอึดอัด จึงมักเลือกการย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงเรียนที่ตนเองศึกษาอยู่เพื่อหนีสังคมเดิม แต่ก็มีหลายกรณีที่ไม่สามารถเปลี่ยนสังคมตามที่ต้องการได้ ก็จะใช้วิธีการเก็บตัว หลบหน้าและพูดน้อยลง จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ถูกกระทำมีความรุนแรงกว่าความจริงที่สังคมมีต่อผู้ถูกกระทำ ในระยะยาวจะลดความรุนแรงลง ส่วนหนึ่งมาจากการปรับความ

รู้สึกของผู้ถูกระทำอีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบุคคลในสังคมลดความสนใจลงในประเด็นดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับงานของ คงสิทธิ์ ศรีทอง (2537)

จากกรณีศึกษาพบว่า มี 5 กรณีที่อยู่ในวัยเด็ก อีก 10 กรณีอยู่ในช่วงเริ่มเข้าสู่ วัยเจริญพันธุ์ถึงวัยเจริญพันธุ์ หากพิจารณาเฉพาะกรณีที่ผู้ถูกระทำมีโอกาสตั้งครรภ์ พบว่า มีการตั้งครรภ์ 2 กรณี เพราะผู้กระทำไม่ได้คุมกำเนิดโดยเชื่อว่าการตั้งครรภ์จะไม่เกิดขึ้นเพราะ ตั้งแต่ครั้งแรกที่มีความสัมพันธ์ก็ไม่ได้คุมกำเนิดและไม่มีปัญหาตั้งครรภ์ จึงคิดว่าผู้ถูกระทำ ยังไม่ถึงวัยเจริญพันธุ์ ที่เป็นเช่นนี้เพราะทั้งสองกรณีถูกข่มขืนกระทำมานาน 8-12 เดือน หนึ่งในนั้นถูกข่มขืนกระทำซ้ำเร้าครั้งแรกในช่วงก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ อีกกรณีผู้ถูกระทำมี ประสบการณ์ทางเพศกับผู้ชายมาก่อน และในช่วงที่ถูกข่มขืนกระทำซ้ำเร้าก็ยังคงมีเพศ สัมพันธ์กับผู้ชายและใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดหลังร่วมเพศ ทำให้การมี เพศสัมพันธ์กับผู้ถูกระทำมีโอกาสเกิดปัญหาการตั้งครรภ์น้อยลง จนต่อมาผู้ถูกระทำหยุด ใช้อาคุมกำเนิดหลังร่วมเพศทำให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้น

อีก 8 กรณีไม่เกิดการตั้งครรภ์เพราะผู้กระทำใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว 4 กรณี คือ หลังข้างนอก ใช้ถุงยางอนามัย หรือทั้งสองวิธีร่วมกัน การเลือกวิธีการใดขึ้นอยู่กับโอกาสและ/หรือรูปแบบการข่มขืนกระทำซ้ำเร้าว่าเป็นแบบมีการวางแผนล่วงหน้าหรือไม่ การหลังข้างนอกเกิดในกรณีการข่มขืนกระทำซ้ำเร้าที่ไม่มีการวางแผนมาล่วงหน้า หรือเพราะ ผู้ข่มขืนกระทำซ้ำเร้ามีความชอบในการมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะข้างต้น การเลือกใช้ถุงยาง อนามัยจะเกิดในกรณีที่มีการวางแผนล่วงหน้าและต้องการจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ถูกระทำ ต่อไป เพราะหากเกิดการตั้งครรภ์จะทำให้กิจกรรมทางเพศต้องสะดุดหยุดลง มี 2 กรณีที่ ผู้กระทำทำหมันมาแล้ว และอีก 2 กรณีที่ได้รับการช่วยเหลือจากสถานพยาบาลป้องกันการ ตั้งครรภ์หลังการมีเพศสัมพันธ์

4.3.2.2 ผู้เกี่ยวข้อง

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต บุคคลเกี่ยวข้องในเกือบทุกกรณี คือ มารดาของผู้ถูกระทำ ในสถานะที่มีความสัมพันธ์แนบแน่นทั้งกับโจทก์และจำเลย แม้ว่าในกรณีที่ 14 ระหว่างนายชายกับหลานสาว มารดาของผู้ถูกระทำก็ยังเกี่ยวข้องในฐานะพี่สาวของผู้กระทำ ส่วนกรณีที่ 5 ผู้กระทำแยกทางกับมารดาของผู้ถูกระทำนานแล้วและไม่มีการติดต่อกันภายหลังแยกทาง ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นแม่เลี้ยงที่แยกทางกับบิดาแล้ว แต่เช่าบ้านอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกันและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ถูกระทำ

ผลกระทบทางด้านสังคม ในระยะแรกผู้เกี่ยวข้องจะถูกมองด้วยสายตาที่เปลี่ยนไปและถูกวิพากษ์วิจารณ์ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ อาจถูกมองว่าเป็นผู้มีส่วนก่อให้เกิดเรื่องทั้งหมด แม้ว่าจะมีหลายคนที่เข้าใจและเห็นใจ แต่ในความรู้สึกของมารดาผู้ถูกระทำจะรับรู้ในส่วนของการถูกมองในแง่ลบมากกว่าและเป็นความรู้สึกที่รุนแรงมากกว่าความเป็นจริงที่บุคคลในสังคมมี การถูกถามเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องพยายามหลีกเลี่ยง ต่อมาผลกระทบจะเกิดน้อยลงเนื่องผู้เกี่ยวข้องปรับความรู้สึกได้และความสนใจของบุคคลในสังคมก็ลดน้อยลง

ผลกระทบทางด้านจิตใจ มีสองลักษณะ คือ รู้สึกว่าตนเองมีส่วนผิด (กรณีที่ 1, 6, 7 และ 14) ที่ไม่ได้ให้เวลาหรือไม่ใส่ใจในเรื่องที่บุตรเล่า กับไม่รู้สึกผิดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่โทษว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา หรือเรื่องภายในครอบครัว (กรณีที่ 2, 3 และ 4) ซึ่งมารดาที่มีความรู้สึกแบบนี้จะพยายามติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อขอถอนแจ้งความในภายหลัง แต่เมื่อเป็นความผิดอาญาแผ่นดินที่ไม่สามารถถอนแจ้งความได้ ทำให้มารดาในหลายกรณีไม่ให้ความร่วมมือในกระบวนการพิจารณาคดีที่ศาล พยายามพูดกับผู้ถูกระทำให้รู้สึกว่า การฟ้องร้องดำเนินคดีจะก่อให้เกิดผลเสียต่อครอบครัวมากกว่าที่จะเป็นผลดี หรือพยายามขัดขวางผู้ถูกระทำไม่ให้ไปให้ปากคำที่ศาล ส่วนในกรณีที่ 5 ไม่สามารถติดต่อกับมารดาของผู้ถูกระทำได้ เพราะแยกทางกับบิดาเป็นเวลานานแล้วและไม่มีใครทราบที่อยู่ ภายหลังมี

การแจ้งความดำเนินคดี ผู้ถูกระทำได้ลาออกจากโรงเรียนและย้ายไปอยู่กับแม่เลี้ยง ซึ่งแม่เลี้ยงเองก็ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในลักษณะของการลงโทษตัวเองว่ามีส่วนในสิ่งที่เกิดขึ้น

“...เราเลี้ยงมาแต่เด็ก ไม่นึกว่ามันจะทำได้ลงคอ ถ้าเราอยู่ด้วยมันคงไม่เกิดเรื่อง สงสารเด็กมัน...”

หญิงสาวร่างเล็กวัย 21 ปีอาชีพค้าขาย อดีตภรรยาคนที่สองของผู้กระทำและเป็นแม่เลี้ยงของผู้ถูกระทำพูดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยน้ำเสียงที่แสดงถึงความเห็นใจและรู้สึกว่าคุณเองมีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น

กรณีที่ยังสองฝ่ายไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต พิจารณาเฉพาะมารดาของผู้ถูกระทำ ส่วนใหญ่ต้องประสบกับความรู้สึกที่คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นมารดาของผู้ถูกระทำให้กับการเป็นภรรยาของผู้กระทำ (กรณี 8, 9, 10, 11 และ 12) การเป็นมารดาของผู้ถูกระทำให้กับการเป็นลูกเลี้ยงของผู้กระทำ (กรณี 13) การเป็นมารดาผู้ถูกระทำให้กับการเป็นพี่ภรรยาของผู้กระทำ (กรณี 15) ทำให้มารดาของผู้ถูกระทำได้รับความบอบช้ำทั้งสองด้านเช่นเดียวกับกรณีศึกษาแรก ภายหลังแจ้งความดำเนินคดีในระยะแรกมารดาผู้ถูกระทำจะถูกสังคมตั้งคำถามถึงสาเหตุและรายละเอียดของเหตุการณ์ และถูกสังคมมองในแง่ลบว่ามีส่วนก่อให้เกิดเหตุการณ์มากกว่าในกรณีที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต

“...แม่มันรู้เรื่องมาตลอด นอนมุ้งเดียวกันจะบอกไม่รู้ได้อย่างไร สงสารแต่เด็ก มันคงทนไม่ไหวเรื่องถึงแดง น่าจะลากคอแม่มันเข้าคุกด้วย...”

หญิงวัยกลางคนที่อยู่บ้านใกล้กันเคยถึงเรื่องของกรณี 12 อย่างเชื่อมั่นว่ามารดาของผู้ถูกระทำมีส่วนรู้เห็นและเต็มใจให้สามีใหม่ข่มขืนกระทำชำเราลูกเลี้ยงวัย 8 ขวบ สาเหตุสำคัญที่สังคมมองว่ามารดาผู้ถูกระทำเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการข่มขืนกระทำชำเรา มาจากพื้นฐานที่ต่อต้านการมีสามีใหม่โดยเฉพาะหากหญิงนั้นมีบุตรสาว ประกอบกับความเชื่อเรื่องพ่อเลี้ยงกับลูกเลี้ยงว่าจะต้องมีทัศนคติต่อกันในแง่ลบ โดยมารดาจะเข้าข้างพ่อเลี้ยง

มากกว่าที่จะเอนเอียงและปกป้องบุตร เมื่อเกิดการข่มขืนกระทำชำเราภายในครอบครัว สังคมมองมารดาในแง่ลบ แม้ในระยะยาวจะถูกถามจากสังคมน้อยลงเพราะระดับความสนใจลดลงแต่กระแสความรู้สึกในแง่ลบที่มีต่อมารดา ยังคงมีอยู่ในระดับคงที่ หรือเปลี่ยนแปลงน้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต

การวางตัวของมารดาผู้ถูกกระทำมี 2 ลักษณะ คือ หลบเลี่ยงและปฏิเสธสังคม โดยเฉพาะในระยะปีแรกหลังแจ้งความดำเนินคดีและสังคมรับรู้ กับอีกลักษณะที่ยังคงใช้ชีวิตเหมือนไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น เมื่อถูกสังคมถามก็จะไม่ตอบหรือไม่ให้ความสนใจ เช่น ในกรณีที่ 8 มารดาของผู้ถูกกระทำมีสามีใหม่ตั้งแต่คดียังไม่จบ และไปเยี่ยมสามีที่ถูกฝากขังที่เรือนจำ ในระหว่างพิจารณาคดีเพียงครั้งเดียว แต่เมื่อพิจารณาถึงความรู้สึกที่แท้จริงพบว่า มีความรู้สึกไม่แตกต่างไปจากกลุ่มแรก เพียงแต่เลือกวิธีจัดการกับความรู้สึกของตนเองแตกต่างกัน

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดกับมารดาของผู้ถูกกระทำมีสองลักษณะ เช่นกัน คือ รู้สึกว่าตนเองมีส่วนผิดกับไม่รู้สึกว่าตนมีส่วนผิดและไม่ควรที่จะต้องเข้าไปรับผิดชอบในเรื่องที่เกิดขึ้น การไม่ให้ความร่วมมือกับทางเจ้าหน้าที่ตำรวจและอัยการจึงพบเห็นได้ในกรณีที่มารดา รู้สึกว่าตนไม่มีส่วนต้องรับผิดชอบในเรื่องข้างต้น และเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำเป็นเพียงอุบัติเหตุช่วงหนึ่งและจะคลี่คลายไปได้เอง มารดาที่รู้สึกแบบนี้จะไม่เห็นด้วยกับการแจ้งความดำเนินคดี และจะไม่พอใจบุตรสาวที่ไปแจ้งความดำเนินคดี จึงมักทำหน้าที่เป็นตัวแทนสามีมาเจรจาให้บุตรสาวยอมความหรือไปให้ปากคำที่ศาลให้เป็นประโยชน์แก่ผู้กระทำ

สรุป ไม่มีผลกระทบต่อร่างกายของมารดาผู้ถูกกระทำหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความรู้สึกที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่รับทราบเรื่องราวก็คือ ไม่เชื่อ สับสน ตกใจ เสียใจ และ/หรือ โกรธแค้นผู้กระทำ ต่อมาเมื่อมีการแจ้งความดำเนินคดีและเป็นข่าวในสังคม ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ ปฏิเสธการเข้าสังคมและ/หรือย้ายที่อยู่อาศัย เพราะไม่ต้องการที่จะตอบคำถามที่

สังคมตั้งขึ้นและหลีกเลี่ยงสายตาที่แปลกไป ในระยะต่อมาความรู้สึกนี้จะลดลงเพราะสังคมลดความสนใจและมารดาหรือบุคคลผู้เกี่ยวข้องสามารถปรับตัวได้มากขึ้น แต่สิ่งที่เกิดร่วมกันอย่างหนึ่งก็คือ มีความเข้าใจว่าบุคคลในสังคมมีความรู้สึกในทางลบต่อตนมากกว่าที่บุคคลในสังคมมีความรู้สึกจริง

การวางตัวในสังคมในกรณีที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมีลักษณะเดียวคือ หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลน้อยลงในระยะแรก ต่อมาก็จะสามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ดีขึ้น สำหรับกรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีการวางตัวอีกแบบหนึ่งนอกเหนือไปจากการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม นั่นคือ การดำรงชีวิตตามปกติเสมือนไม่มีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น และในบางกรณีจะตำหนิบุตรสาวว่าเป็นต้นเหตุ สาเหตุที่มารดารู้สึกเช่นนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างตนเองกับบุตรสาว

ผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งสองกรณีศึกษามีสองลักษณะคือ รู้สึกว่าตนเองผิดกับไม่รู้สึกว่าตนมีส่วนผิด ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต่างกันออกไป กล่าวคือ ในกลุ่มที่รู้สึกว่าตนเองมีส่วนผิดจะให้ความรักและแสดงตนว่าอยู่ฝ่ายบุตรสาว แต่ในกลุ่มที่ไม่รู้สึกว่าตนมีส่วนผิดจะปฏิบัติต่อบุตรต่างออกไปตั้งแต่ไม่สนใจ มองว่าเป็นตัวสร้างปัญหา ไปจนถึงแสดงตนว่าอยู่ฝ่ายผู้กระทำโดยพยายามเกลี้ยกล่อมหรือข่มขู่ให้ผู้ถูก-กระทำให้ปากคำต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือศาลเพื่อเป็นประโยชน์แก่ฝ่ายผู้กระทำหรือแม้แต่วิ่งเต้นขอถอนแจ้งความ

4.4 รูปแบบของกระบวนการที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัว

รูปแบบของกระบวนการข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัวมี 2 ลักษณะ คือ

4.4.1 การข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดขึ้นโดยปราศจากการวางแผนล่วงหน้า เป็นการเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยผู้กระทำเองก็ไม่เคยคิดที่จะกระทำมาก่อน (กรณี 5, 9 และ 15) เช่น ในกรณีที่ 5 บิดาวัย 38 ปี ซึ่งแม้จะมีเคยมีภรรยามาแล้วสองคน แต่ก็ได้เลิกลำบากกันไปแล้ว จึงเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรสาวที่เกิดจากภรรยาคนแรกมาตลอดระยะเวลา 16 ปี โดยไม่เคยล่วงเกินหรือแสดงพฤติกรรมของการล่วงละเมิดทางเพศแต่อย่างใด

“...ผมไม่เคยคิด ผมรักลูกผมมาก วันนั้นผมเมา แล้วรู้สึกต้องการมาก ผมคิดถึงแม่เขา โกรธที่ทิ้งผม แต่ผมก็ยังรักเขา...ผมก็เห็นของลูกมาตลอดและก็ไม่เคยมีอารมณ์นอนด้วยกันมาเป็น 10 ปี...”

4.4.2 การข่มขืนกระทำชำเราที่มีการวางแผนและ/หรือสร้างโอกาส สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การวางแผนกระทำคนเดียว (กรณีที่ 1, 2, 6 และ 11) กับการวางแผนโดยมีบุคคลอื่นรับรู้และ/หรือสมรู้ร่วมคิด (กรณีที่ 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13 และ 14) รวมถึงการนิ่งเฉยต่อพฤติกรรมนำ ซึ่งในกรณีหลังยังสามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ การรับรู้และ/หรือสมรู้ร่วมคิดอย่างเต็มใจกับการจำใจยอมให้เกิดเหตุการณ์ อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ กัน เช่น กลัวถูกทำร้ายทางร่างกาย กลัวถูกทอดทิ้ง หรือการกลัวอันเนื่องมาจากถูกข่มขู่ด้วยเหตุอื่น

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ขั้นตอนก่อนการข่มขืนกระทำชำเราความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำจะเป็นไปในลักษณะที่ห่างเหิน แม้ในหลายกรณีผู้กระทำจะพยายามสร้างโอกาสที่จะเข้ามาใกล้ชิดและล่วงละเมิดทางเพศในลักษณะของการลูบไล้ โอบกอด หรือจูบผู้ถูกกระทำ แต่ก็จะเป็นการแอบกระทำ ซึ่งการกระทำเช่นนี้เป็นเกราะป้องกันตัวไม่ให้เกิดการสงสัยจากบุคคลใกล้ชิด เพราะแม้ผู้ถูกกระทำจะนำเรื่องที่เกิดขึ้นไปเล่าให้ใครฟังก็จะมีใครเชื่อ ทำให้ผู้ถูกกระทำไม่กล้าเล่าให้ใครฟังอีก แม้จะเกิดเหตุการณ์ข่มขืนกระทำชำเราแล้วก็ตาม เพราะฉะนั้น กรณีที่เป็นการข่มขืนกระทำชำเราระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหากเกิดจากความตั้งใจของผู้กระทำ เรื่อง

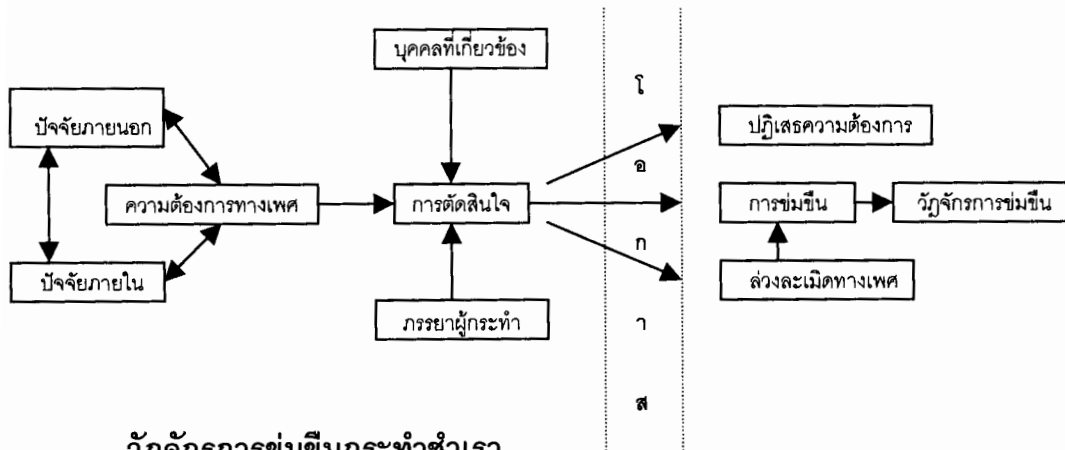
ทั้งหมดจะเข้าสู่วัฏจักรของการข่มขืนกระทำชำเราเป็นระยะเวลาที่ยาวนานหรือมากกว่าหนึ่งครั้ง แต่หากเป็นการข่มขืนกระทำชำเราที่ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจหรือวางแผน การแสดงพฤติกรรมนำก็จะไม่เกิดขึ้นและมักทำได้เพียงครั้งเดียวไม่พัฒนาไปสู่วัฏจักรของการข่มขืนกระทำชำเรา

กรณีที่ทั้งสองฝ่ายไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ขั้นตอนก่อนการข่มขืนกระทำชำเราที่ผู้กระทำตั้งใจหรือวางแผน ผู้กระทำจะใช้วิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ถูกกระทำมาเป็นเวลาที่ยาวนานต่อเนื่อง โดยจงใจกระทำให้นุคคลที่มีใกล้ชิดได้รู้เห็นถึงพฤติกรรมนั้น พฤติกรรมที่พบเห็นได้ก็คือ การโอบอุ้ม จูบ หรือโอบกอดในลักษณะที่เสมือนสื่อว่าเป็นการแสดงความรักตามสถานภาพของสังคม ซึ่งผู้ถูกกระทำเองก็จะเกิดความสับสนระหว่างความเหมาะสมตามสถานภาพในสังคมกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ พฤติกรรมที่ชัดเจนอีกประการก็คือ การข่มขืนและหึงหวงกับเพื่อนชายของผู้ถูกกระทำมากกว่าปกติ จะพยายามที่จะปิดโอกาสในการคบเพื่อนชายหรือแม้แต่เพื่อนเพศเดียวกัน และเมื่อพฤติกรรมนำถูกบอกเล่าไปสู่บุคคลใกล้ชิด บุคคลที่ได้รับทราบก็จะไม่เชื่อในสิ่งที่รับรู้ และมักมองว่าผู้เสียหายวิตกกังวลหรือหวาดระแวงไปเอง ทำให้การเล่าของผู้ถูกกระทำไม่เกิดผล ในทางตรงข้าม ผู้กระทำกลับเพิ่มพฤติกรรมล่วงละเมิดยิ่งขึ้น เพราะรู้ว่าแม้ผู้ถูกกระทำบอกใครก็จะไม่เกิดผลใดๆ ตามมา หรือในบางกรณีก็คิดว่าเป็นการเห็นพ้องของผู้ได้รับฟังเรื่องราวกับสิ่งที่ตนเองลงมือกระทำ

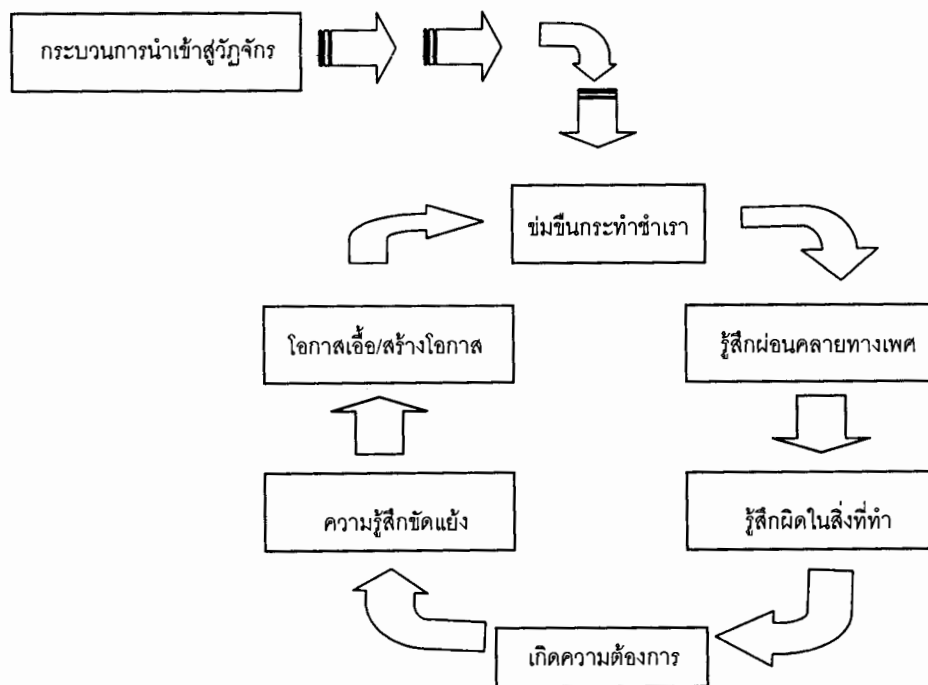
แต่หากเป็นการลงมือข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากโอกาสไม่ได้วางแผน พฤติกรรมการนำก็จะไม่เกิดขึ้น

แผนภาพแสดงกระบวนการที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเรา

กระบวนการนำเข้าสู่วัฏจักรการข่มขืนกระทำชำเรา



วัฏจักรการข่มขืนกระทำชำเรา



4.5 วิธีป้องกันและการฟื้นฟูสภาพผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเราจากบุคคลภายในครอบครัว

4.5.1 วิธีป้องกัน

4.5.1.1 ในกรณีอยู่ในข่ายผู้มีโอกาสเป็นผู้กระทำ

- ก. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือแสดงพฤติกรรมทางเพศให้เด็กเห็น
- ข. ห้ามหรือเบี่ยงเบนความรู้สึกของตนเองเมื่อมีความต้องการทางเพศกับเด็ก เช่น การทำงานอดิเรก อ่านหนังสือ หรือเล่นกีฬา เป็นต้น
- ค. หลีกเลี่ยงและปฏิเสธสิ่งช่วยยูกามารมณ์ทั้งหลาย เช่น หนังสือ วีดิโอเทป รวมถึงปฏิทินที่ส่งไปในทางยั่วยุอารมณ์ทางเพศ
- ง. หากรู้สึกว่าคุณเองมีความต้องการทางเพศกับเด็กหรือมีความต้องการที่ผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์หรือนักจิตวิทยา
- จ. เตือนตนเองและยอมรับว่าการมีกิจกรรมทางเพศกับเด็กนั้นเป็นสิ่งที่ผิด ไม่ควรกระทำ คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และบทลงโทษทางกฎหมายที่จะเกิดขึ้นตามมา

4.5.1.2 ในกรณีอยู่ในข่ายผู้มีโอกาสเป็นผู้ถูกกระทำ

- ก. หากบุคคลใดเข้ามาล่วงเกิน หรือมีพฤติกรรมส่อไปในทางล่วงเกินทางเพศ ต้องเล่าให้คนใกล้ชิดฟังโดยเร็ว และมากคนที่สุด
- ข. หลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม และหากรู้สึกว่าบุคคลที่อยู่ด้วยมีพฤติกรรมที่น่าสงสัยว่าเป็นการล่วงละเมิดทางเพศควรแยกตัวออกมาอยู่ในสถานที่ที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย
- ค. หลีกเลี่ยงและระมัดมัดระวังการแต่งกายที่ล่อแหลมยั่วยวน และระมัดระวังพฤติกรรมการวางตัวของตนที่อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์ทางเพศของผู้กระทำ
- ง. ต้องกล้าปฏิเสธเมื่อรู้สึกว่าคุณต้องทำในสิ่งที่ไม่ดี หรือรู้สึกอึดอัดใจ

4.5.1.3 ในกรณีบรรยายของผู้มีโอกาเป็นผู้กระทำ/มารดาของผู้มีโอกาเป็นผู้ถูกกระทำ/ผู้เกี่ยวข้อง

- ก. ควรให้ความสนใจสังเกตพฤติกรรมของเด็กว่ามีสิ่งใดผิดปกติหรือไม่ เช่น เด็กมีอาการซึมเศร้า เหม่อลอย แยกตัว มีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย เด็กแสดงท่าทางหวาดกลัว หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับใครบางคน มีพฤติกรรมที่ติดผู้ใหญ่มากผิดปกติ เริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าว นอนไม่หลับ ปฏิเสธที่จะไปโรงเรียน ผลการเรียนตกต่ำ เด็กแสดงพฤติกรรมที่เกินวัย เช่น รู้รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เด็กไม่น่าที่จะรู้ การใช้คำพูดที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ
- ข. รับฟังและให้ความสนใจในเรื่องที่เด็กเล่า อย่าปฏิเสธหรือมองว่าเป็นเรื่องที่ไร้สาระ
- ค. เพิ่มความระมัดระวังให้มากขึ้นเมื่อพบว่าสามีมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป เช่น พูดถึงการมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก การชอบลูบคลำหรือกอดจูบเด็ก การพยายามหาโอกาสอยู่ตามลำพังกับเด็ก
- ง. สอนให้เด็กเข้าใจเรื่องเพศ เข้าใจร่างกายของตนเองว่าบริเวณใดที่ควรสงวนเพื่อจะได้แยกแยะได้ถึงสัมผัสที่ไม่เหมาะสม
- จ. สอนเด็กให้รู้จักแยกแยะระหว่างความลับกับการทำให้ตื่นเต้น ความลับที่ดีกับความลับที่ไม่ดี
- ฉ. สอนให้เด็กว่าเขาสามารถปฏิเสธในสิ่งที่ผู้ใหญ่ให้ทำได้หากเขารู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ผิดหรือรู้สึกกลัว
- ช. หลีกเลี่ยงการแสดงท่าทีที่อาจถูกตีความว่าให้การสนับสนุนการกระทำ โดยเฉพาะการนิ่งเฉยต่อเหตุการณ์ที่เป็นพฤติกรรมนำ ต้องกล้าให้การปกป้องผู้ที่ถูกกระทำและยับยั้งพฤติกรรมของผู้กระทำ

4.5.1.4 ในกรณีผู้เกี่ยวข้องภายนอก

- ก. ให้ความรู้ในเรื่องสิทธิในร่างกายแก่เด็กว่าใครมีสิทธิแค่ไหน เพียงใด
- ข. ควรให้ความสนใจสังเกตพฤติกรรมของเด็กที่ใกล้ชิดว่ามีพฤติกรรมใดผิดปกติ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นหรือไม่
- ค. ไม่ควรมีทัศนคติที่มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องของผู้อื่น ตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ง. มีทัศนคติที่เป็นกลางต่อทุกฝ่าย มีความยุติธรรมและมองรอบด้าน ไม่ปฏิเสธด้วยการแสดงกริยาหรือคำพูดที่เหยียดหยาม ขำเค็มทั้งกับผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง
- จ. ให้ความเข้าใจและความรู้สึกที่ดีต่อผู้ถูกกระทำ ไม่มีทัศนคติในเรื่อง พรหมจรรย์ที่มองว่าผู้หญิงที่ดีจะต้องรักษาพรหมจรรย์ไว้ได้เท่านั้น

4.5.1.5 ในกรณีผู้ควบคุมนโยบาย

- ก. ควรจัดหลักสูตรการสอนเรื่องเพศศึกษาให้เหมาะสมกับวัย และสถานภาพทางสังคม เพื่อสอนให้รู้ถึงภัยและเพิ่มความระมัดระวังในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น
- ข. เตรียมบุคลากรทางการศึกษาให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เรื่องเพศศึกษา รวมถึงเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำที่ดีกับผู้ที่เข้ามาขอคำปรึกษา
- ค. ให้ความรู้ในเรื่องการข่มขืนกระทำชำเราทั้งที่เกิดจากบุคคลอื่นและบุคคลภายในครอบครัว เพื่อจะได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว
- ง. ชี้แจงกระบวนการในการดำเนินคดี การเตรียมตัวเพื่อการตรวจร่างกายทางการแพทย์หลังเกิดเหตุการณ์ข่มขืนกระทำชำเรา เพื่อให้ประชาชนได้ทราบ
- จ. จัดบุคลากรเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ถูกกระทำ รวมไปถึงผู้เกี่ยวข้อง เช่น มารดา หรือสมาชิกภายในครอบครัวด้วย

- ฉ. มีมาตรการให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มีการตั้งครม. หรือผู้กระทำต้องโทษจนเป็นเหตุให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว

4.5.2 การฟื้นฟูผู้ถูกข่มขืนกระทำชำเราที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว

- ก. ภายหลังเกิดเหตุการณ์ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย และขอความช่วยเหลือในเรื่องการตั้งครม. ที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ควรเปลี่ยนเสื้อผ้า หรืออาบน้ำทำความสะอาดร่างกายก่อนไปพบแพทย์เพราะจะทำให้หลักฐานทางการแพทย์ถูกทำลายลง
- ข. บุคคลที่เกี่ยวข้องต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ถูกระทำ และไม่ตกย้ำในเรื่องความสำคัญของพรหมจารี หรือมองว่าคุณค่าความเป็นผู้หญิงอยู่ที่ความสามารถรักษาพรหมจรรย์ไว้ได้เท่านั้น แต่ควรให้กำลังใจและชี้ให้เห็นมิติของความเป็นผู้หญิงที่ดีในด้านอื่นที่ถูกต้อง เช่น การศึกษา การทำงาน เป็นต้น
- ค. แยกผู้กระทำกับผู้ถูกระทำ และพยายามสร้างความอบอุ่นให้ผู้ถูกระทำ รู้สึกปลอดภัย มีที่พึ่ง มีคนเข้าใจและสามารถปรึกษาได้ แต่พยายามหลีกเลี่ยงการให้ผู้ถูกระทำต้องอยู่คนเดียวมานานๆ เพราะจะทำให้ผู้ถูกระทำเกิดความรู้สึกฟุ้งซ่านและสับสนในเรื่องที่เหตุการณ์ที่ผ่านมามากขึ้น
- ง. อาจต้องมีการเปลี่ยนสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ถูกระทำ ไม่ถูกซ้ำเติมจากสังคม และไม่เร่งให้ผู้ถูกระทำต้องตัดสินใจอะไรอย่างเร่งรีบ แต่ควรให้สติเพื่อผู้ถูกระทำจะได้ใช้เหตุผลในการไตร่ตรองก่อนตัดสินใจ แต่ห้ามตัดสินใจแทนผู้ถูกระทำ
- จ. ไม่ดูถูกเหยียดหยาม หรือซ้ำเติมในเรื่องที่เกิดขึ้น ไม่มีทัศนคติที่โทษผู้ถูกระทำว่าเป็นฝ่ายผิด เช่น แต่งตัวโป้ วางตัวไม่เหมาะสม ชอบอยู่ตามลำพัง เป็นต้น
- ฉ. ให้ความเชื่อมั่นว่า ผู้ถูกระทำสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้ตามปกติเมื่อเหตุการณ์ทุกอย่างคลี่คลายลง

5. สรุปผลการวิจัย

ผู้กระทำจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีอำนาจเหนือกว่าทำให้สมาชิกในครอบครัวเกรงกลัว ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวของทุกกรณีศึกษามีลักษณะเผด็จการ ส่วนรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำจะมีสองลักษณะ คือ ปกติค่อนข้างไปทางลบในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต กับปกติค่อนข้างไปทางบวกในกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ความสัมพันธ์ทั้งสองรูปแบบจะนำไปสู่ความสับสนในพฤติกรรม นำ และบุคคลที่เกี่ยวข้องมักไม่เชื่อในสิ่งที่ได้รับการบอกเล่า ทำให้ผู้ถูกกระทำไม่กล้าเล่าให้ใครฟังอีกหรือไม่ก็เชื่อตามที่ผู้เกี่ยวข้องบอกว่าสิ่งที่ถูกกระทำมิได้เป็นการแสดงถึงการล่วงละเมิดทางเพศ กระบวนการข่มขืนกระทำชำเราจึงสามารถดำเนินต่อไปได้ และอาจกลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้กระทำกล้าที่จะกระทำมากขึ้น เพราะเข้าใจว่าผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเห็นพ้องหรือยินยอมกับสิ่งที่ตนเองกระทำ

บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ถูกกระทำในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะกลัวบิดาเพราะถูกเลี้ยงในบรรยากาศเผด็จการ ใช้กำลังในการตัดสินใจ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ผู้ถูกกระทำจะผ่านการเลี้ยงดูมาจากครอบครัวเดิมก่อน ประกอบกับพ่อเลี้ยงมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่แตกต่างกันมากกว่ากลุ่มแรก ทำให้บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ถูกกระทำมีความหลากหลาย

สำหรับสาเหตุการข่มขืนกระทำชำเรา ในส่วนของผู้กระทำจะแยกพิจารณาออกเป็น 2 สาเหตุหลัก คือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน กล่าวคือ

ปัจจัยภายนอก ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันมากนัก คือ มีการศึกษาต่ำ มาจากครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาศัยอยู่ในบ้านที่คับแคบ ใช้ห้องนอนร่วมกัน ในแหล่งชุมชนแออัดที่สภาพสังคมขาดบรรทัดฐานที่ถูกต้อง แม้ในกรณีที่พักนอกเขตเมืองก็มีสภาพเป็น

ชุมชนแออัดนอกเขตเมือง การมีรายได้ต่ำทำให้ทั้งบิดาและมารดาต้องช่วยกันทำงานทำให้เหนื่อยล้าต้องการพักผ่อนมากกว่าการมีความสัมพันธ์ทางเพศ การอยู่กันอย่างแออัดทำให้ความเป็นส่วนตัวหายไป การได้สัมผัสและ/หรือเห็นเรือนร่างของเด็กสาวที่เปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสาวจึงเกิดขึ้นได้ไม่ยากโดยเฉพาะหากเป็นการพยายามสร้างโอกาส

วิธีโอ หนังสือ หรือรูปภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การข่มขืนกระทำชำเรา แม้ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน ก็จะมีแสงหาภาพในหนังสือพิมพ์และปฏิทินที่เป็นรูปผู้หญิงยั่วเย้ากามารมณ์ เมื่อดื่มสุราและ/หรือเสพสารเสพติดร่วมกับโอกาสที่เอื้อทำให้การข่มขืนกระทำชำเราเป็นสิ่งที่เกิดได้ไม่ยาก การแยกห้องนอนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันการข่มขืนกระทำชำเราภายในครอบครัวได้ เพราะห้องที่มีติดติดเป็นการเพิ่มโอกาสมากขึ้น

ปัจจัยภายใน ไม่ว่าจากความต้องการมีเพศสัมพันธ์ในปริมาณหรือในแง่คุณภาพทำให้เป็นได้ทั้งสาเหตุนำไปสู่และเป็นผลที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นภายนอก ความต้องการภายใน จะได้รับการเสริมสร้างหรือยับยั้งจากความเป็นหญิงชายและความเชื่อที่มีอยู่ หากมีความเป็นหญิงชายในทางลบและ/หรือมีความเชื่อในลักษณะเหยียดหยามผู้หญิง จะทำให้ความรู้สึกภายในได้รับการส่งเสริมไปในทางลบ แต่หากความเป็นหญิงชายเป็นไปในทางบวกและ/หรือมีความเชื่อที่ให้เกียรติในความเป็นผู้หญิง จะทำให้ความต้องการภายในมีทิศทางไปในทางที่ดี

ในส่วนของผู้ถูกระทำจะเกิดความสับสนในพฤติกรรมนำว่าอยู่ในขอบเขตที่ถูกต้องหรือไม่ การที่ผู้เกี่ยวข้องละเลยในพฤติกรรมนำทำให้ผู้กระทำสามารถล่วงละเมิดต่อไปได้ ความไว้วางใจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการสร้างโอกาสให้ผู้กระทำสามารถล่วงละเมิดทางเพศได้ คู่สมรสของผู้กระทำมีอิทธิพลต่อการข่มขืนกระทำชำเราทั้งในแง่ส่งเสริม กระตุ้น และยับยั้ง เพราะการนิ่งเฉยต่อพฤติกรรมนำเป็นการปิดช่องทางการร้องขอความช่วยเหลือที่ผู้กระทำจะมีได้ และเปิดโอกาสให้กับผู้กระทำล่วงละเมิดทางเพศได้รุนแรงขึ้น และตีความว่าภรรยาของตนอนุญาต เห็นชอบ และส่งเสริมให้ตนสามารถมีเพศสัมพันธ์กับผู้ถูกระทำได้

ผลกระทบทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ชมขึ้นกระทำซ้ำเราจะพบเพียงแผลถลอก ทางด้านจิตใจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ สำนึกในสิ่งที่กระทำลงไปกับการไม่ยอมรับว่าตนเองกระทำในสิ่งที่ผิด โดยอ้างว่าผู้ถูกกระทำยินยอมและ/หรือภรรยาเห็นชอบในเหตุการณ์ และไม่ผิดที่ตนเองจะมีเพศสัมพันธ์กับบุตรสาวเพราะวันหนึ่งบุตรสาวก็ต้องได้รับประสบการณ์นี้ เช่นกัน ผลกระทบทางด้านสังคมในทุกกรณีศึกษา คือ การต้องโทษจำคุก

ในส่วนผู้ถูกกระทำในสองกลุ่มกรณีศึกษาได้รับผลกระทบคล้ายกัน คือ ได้รับบาดเจ็บอวัยวะเพศฉีกขาด อาจพบบาดแผลตามร่างกายหากมีการต่อสู้ หากมีการร่วมเพศทางทวารหนักจะเกิดการฉีกขาดมีเลือดออกและ/หรือติดเชื้อที่บริเวณทวารหนัก ในรายที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ทางปากก็จะพบอาการเจ็บคอและมีแผลในปาก นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ มีอาการตกขาว ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดออกที่ช่องคลอด และ/หรือการปวดท้อง ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบคือ หนองใน และเชื้อรา

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ในระยะสั้นผู้ถูกกระทำจะรู้สึกตกใจ อึดอัดที่ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้ ในระยะยาวจะมีลักษณะที่แตกต่างกันตั้งแต่ต่อต้านเรื่องเพศโดยสิ้นเชิงไปจนถึงสำส่อนทางเพศ ขึ้นอยู่กับสังคม บุคคลใกล้ชิด ความคิด ความเชื่อ การให้คำปรึกษาและแนะนำจากบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้อง

ผลกระทบด้านสังคม ในระยะแรกจะถูกสังคมมองด้วยสายตาที่เปลี่ยนไป ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ถูกกระทำขาดความเชื่อมั่น รู้สึกอายที่จะต้องกล่าวถึงเรื่องที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่อยากอยู่ในสังคมเดิมและมักเลือกการย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงเรียนเพื่อหนีสังคม แต่ก็มีหลายกรณีที่ไม่สามารถเปลี่ยนสังคมตามที่ต้องการได้ จึงต้องใช้วิธีการเก็บตัวไม่ออกจากบ้าน หลบหน้าและพูดน้อยลง อย่างไรก็ตาม ผู้ถูกกระทำจะรู้สึกว่าสังคมมีความรู้สึกในทางลบกับตนมากกว่าความเป็นจริงที่สังคมมี ผลกระทบระยะยาวจะลดความรุนแรงลงเพราะผู้ถูกกระทำสามารถปรับตัวได้และบุคคลในสังคมลดความสนใจลงในประเด็นดังกล่าว

การตั้งครรภ์เกิดขึ้นเพราะผู้กระทำเชื่อว่าผู้ถูกกระทำยังไม่ถึงวัยเจริญพันธุ์ จึงไม่มีการคุมกำเนิด ส่วนที่ไม่ตั้งครรภ์เป็นเพราะผู้กระทำใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ หลังข้างนอก ใช้ถุงยางอนามัย หรือทั้งสองวิธีร่วมกัน การตัดสินใจเลือกวิธีการใดขึ้นอยู่กับโอกาส และ/หรือรูปแบบการข่มขืนกระทำชำเราว่าเป็นแบบมีการวางแผนล่วงหน้าหรือไม่ การหลังข้างนอกจะเกิดในกรณีที่เป็นการข่มขืนกระทำชำเราที่ไม่มีการวางแผน หรือเป็นความชอบของผู้ข่มขืนกระทำชำเรา ส่วนผู้กระทำที่เลือกใช้ถุงยางอนามัยจะเกิดในกรณีที่มีการวางแผนล่วงหน้าและต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์ต่อไป เพราะการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุให้กิจกรรมทางเพศต้องยุติลง มี 2 กรณีที่ผู้กระทำทำหมันมาแล้ว อีก 2 กรณีได้รับการช่วยเหลือจากสถานพยาบาล ป้องกันการตั้งครรภ์หลังการมีเพศสัมพันธ์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาผู้ถูกกระทำจะเกิดเฉพาะด้านจิตใจและสังคม ความรู้สึกที่มีร่วมกันในครั้งแรกที่รับทราบเรื่องราวก็คือ ไม่เชื่อ สับสน ตกใจ เสียใจ และ/หรือโกรธแค้นผู้กระทำ แต่เมื่อมีการแจ้งความดำเนินคดีและเป็นข่าวในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ความรู้สึกที่เกิดตามมาก็คือ พยายามหลีกเลี่ยงหนีสังคม แต่ต่อมากความรู้สึกนี้จะลดลงเพราะสังคมมีความสนใจลดลงประกอบกับการสามารถปรับตัวได้มากขึ้น แต่สิ่งที่เกิดร่วมกันอย่างหนึ่งก็คือ มีความเข้าใจว่าบุคคลในสังคมมีความรู้สึกในทางลบต่อตนมากกว่าที่บุคคลในสังคมมีความรู้สึกจริง

กรณีที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ในระยะแรกมารดาจะหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แต่ต่อมากจะปรับตัวเข้าสังคมได้ดีขึ้น ในขณะที่กรณีทั้งสองฝ่ายไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีลักษณะการวางตัวอีกแบบหนึ่งนอกเหนือไปจากการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม นั่นคือการดำเนินชีวิตตามปกติเสมือนไม่มีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจของมารดาทั้งสองกลุ่มมีสองลักษณะคือ รู้สึกว่าตนเองผิด กับไม่รู้สึกว่าตนมีส่วนผิด ในกลุ่มที่รู้สึกว่าตนเองมีส่วนผิดจะให้ความรักและแสดงตนว่าอยู่ฝ่าย

บุตรสาว แต่ในกลุ่มที่ไม่รู้สึกว่ามีส่วนผิด จะปฏิบัติต่อบุตรสาวที่ต่างออกไปตั้งแต่ไม่สนใจไปจนถึงการแสดงตนว่าอยู่ฝ่ายผู้ลงมือกระทำ

ข้อเสนอแนะในการป้องกันและฟื้นฟูจะต้องให้ความร่วมมือกันในหลายด้าน ทั้งตัวผู้ที่อยู่ในข่ายจะเป็นผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบาย จะมองว่าเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ได้ และที่สำคัญจะต้องมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องการข่มขืนกระทำชำเราเป็นพื้นฐาน

บรรณานุกรม

- คงสิทธิ์ ศรีทอง. (2537). **การคุ้มครองผู้เสียหายในความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา**
วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์ และภาณี วงษ์เอก.(บรรณาธิการ). (2543). **คู่มือการวิจัย
พฤติกรรมสุขภาพ : วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปนัดดา พันธุ์พานิช. (2536). **ทัศนะของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมต่อปัญหาการ
ดำเนินคดีข่มขืนกระทำชำเรา** วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประสิทธิ์ พัฒนอมร. (2525). **ความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา** วิทยานิพนธ์นิติศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มหิดล, มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2542). "สุขภาพการเจริญพันธุ์." **คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยเจริญพันธุ์**. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑณี บุรณเขต. (2532). **ลักษณะภูมิหลังและสภาวะทางจิตใจของหญิงที่ถูกข่มขืน :
ศึกษารายกรณี** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มัลลิกา มัติโก และคณะ. (2540). **อนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวใน
ประเทศไทย : ภาพสะท้อนจากงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.

วิทยา นาควัชระ. (2525). **มองชีวิตกับจิตแพทย์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.

วิภาภรณ์ คงเจริญ. (2530). **แนวทางการปฏิบัติต่อหญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรา** วิทยานิพนธ์
สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิรญา ปลั่งศรีสกุล. (2539). **บทบาทของพนักงานสอบสวนหญิงในการสอบสวนคดีข่ม
ขืนกระทำชำเรา : ศึกษาเฉพาะกรณีทัศนคติของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม**
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุชีลา ตันชัยนันท์. (2535). **ข่มขืน ปัญหาความรุนแรงทางเพศ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
ผลึก.

อมรา สุนทรธาดา. (2542). **บทบาทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัย
เจริญพันธุ์**. เอกสารประกอบ การฝึกอบรมเชิงประสบการณ์ โครงการพัฒนาการ
วิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์.

Books

Allison, Julie A. and Wrightsman, Lawrence. (1993). **Rape The Misunderstood
Crime**. United States : SAGE Publication Inc.

Becker , J.V., et al. (1982). "Incidence and types of Sexual Dysfunctions in Rape
and Incest Victims." **Journal of Sex Marital Therapy**. 8 (January, 1982) :
65-74.

Bassul L., Ellen. (1980). "A crisis Theory Perspective on Rape." In **A Rape
Crisis Intervention Handbook**. New York : Plenum Press.

Bourne, Richard. (1979). **Critical Perspectives on Child Abuse**. Lexington,
Mass : Lexington books.

Bowker, Lee H. (1981). **Women and Crime in America**. New York :
MacMillan Publishing.

- Broronmiller, Susan. (1975). **Against Our Will : Men, Women and Rape.** New York : Simon & Schuster.
- Burgess, Ann Wolbert. (1985). "Victims of Family Violence : Incest and Battering." In **Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community.** New Jersey : Prentice Hall.
- Burgess, Ann Wolbert and Holmstrom, Lynda Lytle. (1975). **Rape : victims of crisis.** United State : Robert and Brandy Company.
- Foley, Theresa and Davies, Marilyn. (1983). **Rape : Nursing Care of Victims.** ST. Louis : The C. V. Mosby Company.
- Groth, A. Nicholas and Birnbaum, H. Jean. (1980). **Men Who Rape : The Psychology of the Offender.** New York : Planum Press.
- Renvoize, Jean. (1982). **Incest : a family pattern.** London : Routledge & Kegan Paul.
- Roberts, Amanda and Padgett-Yawn, Barbara. (1998). **Guide to love and sex.** Italy : Chromolitho, 1998.
- Sanders, William B. (1981). **Rape and Women's Identity.** London : SAGE Publications.
- Shepher, Joseph. (1982). **Incest : abiosocial view.** New York : Academic Press.
- Swanson, Lisa and Biaggio, Mary. (1985). "Therapeutic Perspectives on Father-Daughter Incest." **The American Journal of Psychiatry.** 142 (June, 1985) : 667-674.
- Trepper, Teny S. (1986). **Treating incest : a multiple systems perspective.** New York : Haworth Press.
- Urbancic, J. C. "Incest Trauma." (1987). **Journal of Psychosocial Nursing.** 25 (1987) : 33-35.
- Walker, L.E. and Browne A. "Gender and Victimization by Intimates." **Journal of Personality.** 53 (February, 1985) : 179-195.
- Walker, Richard. (1996). **The Family Guide to Sex and Relationships.** New York : MacMillan, 1996.

**ความสัมพันธ์ด้านบทบาทหญิงชายกับพฤติกรรม
ทางเพศของแรงงานหญิงชายในชุมชนที่มีผู้ย้ายถิ่น
เขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร**

**Gender Relations in the Sexual Behavior
of Male and Female Laborers in Migrant Communities
in Bangkok and Samut Sakorn**

รัศมี เจริญทรัพย์

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

**ความสัมพันธ์ด้านบทบาทหญิงชายกับพฤติกรรม
ทางเพศของแรงงานหญิงชายในชุมชนที่มีผู้ย้ายถิ่น
เขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร**

**Gender Relations in the Sexual Behavior
of Male and Female Laborers in Migrant Communities
in Bangkok and Samut Sakorn**

รัศมี เจริญทรัพย์

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่วิวคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้คงสำเร็จลุล่วงไม่ได้ หากขาดการสนับสนุนและให้โอกาสจากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณอย่างสูงต่อ รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติคจ์ รศ.ดร.บุปผา ศิริวัศมี Dr.Alan Gray ผศ.ดร.สุริย์พร พันพื้ง ผศ.ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี อาจารย์เรณู อรรธนาเมศร์ รศ.เอี่ยมพร ทองกระจาย ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นคำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างเอาใจใส่ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณอย่างสูงต่อ ผู้นำองค์กรแรงงาน เจ้าหน้าที่สถานีนามัยและเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และแนะนำในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณแรงงานทุกท่านในชุมชนเขตกรุงเทพและสมุทรสาครที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างยิ่ง

รัศมี เจริญทรัพย์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพและสมุทรสาคร เพื่อทำความเข้าใจ ความรู้ พฤติกรรมทางเพศและทัศนคติ ที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย

การออกแบบวิจัยมี 2 วิธี คือ วิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามแรงงานย้ายถิ่นในชุมชนเขตกรุงเทพและสมุทรสาคร จำนวน 400 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Quota Sampling และการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ในการพิสูจน์สมมติฐานอาศัยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือของมาตรวัดตัวแปรต่างๆ แล้วใช้ตารางแจกแจงความถี่ ค่าเป็นร้อยละ และใช้ตาราง Cross-tabulation และสถิติ Chi-square หาค่าความสัมพันธ์ตามสมมติฐาน วิธีที่สอง การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย เพื่ออธิบายและค้นหาสาเหตุของความสัมพันธ์เชิงอำนาจของเพศชายและหญิงภาวะพฤติกรรมทางเพศและทัศนคติ

ผลการพบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจของแรงงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ด้านการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัยวางแผนครอบครัวกับคูรัก ทั้งนี้เพราะความเข้าใจของแรงงานหญิงและแรงงานชายมีอำนาจในการต่อรองเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดกับเพศหญิง ประกอบกับแรงงานชายมีความเข้าใจหญิงที่ไม่ได้ขายบริการทางเพศว่าไม่มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติ ที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย พบว่า แรงงานย้ายถิ่นมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หากแต่ยังขาดความเข้าใจที่แท้จริง อันมีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศแรงงานย้ายถิ่นชายอยู่

ในระดับปานกลางและแรงงานหญิงอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการทำแท้ง และทัศนคติแรงงานหญิงในระดับเห็นด้วยทางเพศส่วนใหญ่ในด้านการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจาะเลือดตรวจเอดส์ และการทำแท้ง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบด้วยปัจจัยทางเพศ สถานภาพสมรส อายุ สถานภาพการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา ระยะเวลาย้ายจาก ภูมิลำเนาเดิม การใช้บัตรประกันสังคม ความต้องการรับบริการรักษาจากแพทย์เพศเดียวกัน ของแรงงานย้ายถิ่นจะใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยได้รับการบริการแบบปานกลาง แรงงานที่มีรายได้ต่ำและไม่มีบัตรประกันสังคมจะเลือกใช้บริการจากร้านขายยาและสถานอนามัยเป็นอันดับแรก และความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลกับชุมชนส่งผลต่อการเลือกใช้สถานพยาบาล

EXECUTIVE SUMMARY

The development in a newly industrialized country acts as a pull factor attracting migrants to urban areas while the decline of agricultural industries acts as a push factor resulting in the migration of laborers to work in Bangkok and its vicinity.

In places, the arrival of laborers who have migrated to get employment in the urban area has created migrant communities. These laborers live partly according to the cultural acculturated. This will affect the gender perceptions and gender roles of the migrating laborers, and tend to distinguish the inhabitants of migrant communities from other urban residents. Both migrants and other urban residents share attitudes within the Thai social and cultural context, such as the double standard that allows men to have premarital or extramarital sexual relationships while insisting on female virginity before marriage. A woman should not reveal her sexual needs and it is not necessary for a woman to have sexual pleasure, according to the shared gender construction of sexuality. Nevertheless, the environment of the migrant community offers an opportunity for attitudes and behaviors brought from rural areas to persist with less transformation than would otherwise be expected.

Where the traditional attitudes and construction of sexual behavior in Thai society are supported by culture, norms and beliefs in the gender relation between males and females, allowing males to be regarded as superior to females, and male control over sexual behavior, it is difficult to achieve mutual responsibility in the reproductive health, safe sex practices or the negotiation for the safe sex. The particular social environment of migrant communities is a case in point, deserving of investigation to determine the dynamics of interactions and power relationships between men and women.

The global conference of population and development in Cairo in 1994 on the problem of reproductive health due to gender relations has focused on poor women and low literacy. Communities of migrant laborers in Bangkok represent a poor population with low opportunity. This study will also address the gender relations in sexual behavior and the results will be used as guideline to strategic action to improve the reproductive health problem in Thailand.

This study's main objective was to determine the power relations between men and women in relation to sexual behavior and its affects on the reproductive health of migrant workers living in migrant communities in Bangkok and neighboring provinces. Its specific objectives were: (i) to identify gender power

relationships as related to reproductive health risk behavior among migrants living in migrant communities in Bangkok and neighboring provinces; (ii) to determine knowledge, sexual behaviors and attitudes affecting reproductive health among these male and female migrants; and (iii) to analyze the factors accounting for the accessibility and utilization of reproductive health services by these male and female migrants.

Interviews with migrants revealed that gender power relations favor men, and male attitudes determine the use of birth control with their partners. Moreover, because their partners are not commercial sex workers, male migrants believe that they have no chance to contract sexually transmitted diseases (STDs).

The migrants know about family planning, STDs and AIDS in general, but not specifically. Male migrants, furthermore, tend to know more about these issues than female migrants. Factors accounting for accessibility and utilization of reproductive health services by the male and female migrants in this study include gender, age, educational level, occupation, income, birthplace, possession and use of a social welfare card, and the desire to seek services from a health care provider who is the same sex as the client. Public and private sector reproductive health services were used only moderately by the migrants in this study. Those who earned a low income and who did not have a social welfare card depended primarily on pharmacies (drug stores) and public health services, the latter of which were used if such services were well-received in the community.

Based on the study's findings, the researcher recommended that labor and public health organizations need to develop a greater understanding of the power relations of male and female migrants. In particular, staff of these organizations must realize that different power relations lead to reproductive health problems. Public health service providers also should take into consideration the factors that affect migrants' choices in accessing such services and their accountability. Furthermore, the media must provide accurate knowledge about high-risk behaviors and the reproductive health to migrants. Knowledge concerning reproductive health such as family planning, sexual behavior, AIDS, and so forth should be provided through the media to help the migrants become more aware of these issues in order to plan and solve reproductive health problems in the future.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xxxii
บทคัดย่อ	xxxiii
Executive Summary	xxxv
สารบัญ	xxxvii
สารบัญตาราง	xxxix
1. บทนำ	203
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	203
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	205
1.3 สมมติฐานการวิจัย	205
1.4 นิยามคำศัพท์	206
1.5 กรอบแนวคิด	207
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	207
2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอำนาจ	208
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท	209
2.3 วัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค	210
3. ระเบียบวิธีวิจัย	212
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	212
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	213
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	215

	หน้า
4. ผลการวิจัย	216
4.1 ลักษณะทั่วไปของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย	216
4.2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเสี่ยง ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่น	217
4.3 ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย	221
4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	233
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	237
บรรณานุกรม	243
ภาคผนวก	249

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 ลักษณะทั่วไป	249
2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายกับการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก	250
3 พฤติกรรมทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการวางแผนครอบครัว	250
4 พฤติกรรมทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	251
5 พฤติกรรมทางเพศกับการใช้บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	251
6 ทักษะคติทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการวางแผนครอบครัว	252
7 ทักษะคติทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	252
8 ทักษะคติทางเพศกับการใช้บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	253
9 ทักษะคติทางเพศกับการใช้บริการทำแท้ง	253
10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จำแนกตามสถานที่รับบริการ	254
11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จำแนกตามเพศของผู้ให้บริการ.....	255

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรกเป็นต้นมา ได้ให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ และยังเพิ่มความสำคัญมากขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ที่ส่งเสริมการพัฒนาประเทศให้เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ประกอบกับความอ่อนแอของภาคเกษตรกรรม มีผลให้เกิดการอพยพของแรงงานจากส่วนภูมิภาค เข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพและปริมณฑลเป็นจำนวนมากจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักรในปี 2540 พบว่า ประชากรผู้อยู่ในวัยกำลังแรงงาน ย้ายถิ่นทั่วประเทศคิดเป็นร้อยละ 80.4 (รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรปี 2540)

เมื่อประชากรแรงงานชนบทอพยพย้ายถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพในเมือง ย่อมก่อให้เกิดชุมชนของแรงงานย้ายถิ่น แรงงานในชุมชนนี้เองจะดำเนินชีวิตตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่ตนได้รับการปลูกฝัง ชัดเจนที่สังคมนั้น รวมทั้งความคิดเรื่องบทบาทเพศของแรงงานย้ายถิ่นจึงมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทย มีมาตรฐานเชิงซ้อน (double standard) ทางเพศได้ เช่น เพศชายสามารถมีความสัมพันธ์ก่อนสมรส หรือการมีความสัมพันธ์ทางเพศนอกเหนือการสมรสได้ นอกจากนี้ยังมีค่านิยมว่าผู้หญิงไม่จำเป็นต้องมีความสุขในเรื่องเพศ เพศหญิงไม่ควรแสดงความต้องการทางเพศ ความบริสุทธิ์ของเพศหญิงถือเป็นสิ่งสำคัญมาก ฯลฯ ทำให้บุคคลในสังคมมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและรวมถึงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง และตราบโดที่ชนบทธรรมเนียม จารีตประเพณี ความเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิงยังคงมีลักษณะชายเป็นใหญ่ หรือชายควบคุมพฤติกรรมทางเพศอยู่เช่นนี้แล้ว จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้ชายและหญิงยอมรับ และมีความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนอำนาจการต่อรองเพื่อเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (อมรา สุนทรธาดา : 2542)

จากการศึกษาของ เยาวนุช อินทรเดชกุล (2526) ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในเรื่องเพศสัมพันธ์ ของสมาชิกสหภาพแรงงานไทย คูราโบ พบว่า คนงานมี ทักษะติดต่อเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานในลักษณะมาตรฐานเชิงซ้อนเช่นกันคือ ยอมรับการมี ประสพการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน สำหรับชายแต่ไม่ยอมรับให้ผู้หญิงปฏิบัติ คือความบริสุทธิ์ ของผู้หญิงเป็นเรื่องสำคัญ สำหรับการปฏิบัติระหว่างคนรัก ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับระดับความ สัมพันธ์ในชั้นจับมือถืออานแต่ไม่เห็นด้วยกับการกอดจูบ และการร่วมเพศก่อนแต่งงาน โดยคนงานชายมีแนวโน้มยอมรับความสัมพันธ์ในระดับต่างๆ มากกว่าคนงานหญิง และ นอกจากนี้จากการศึกษาของ ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2538) เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ของคนงานวัยรุ่นในโรงงานอุตสาหกรรมในเมืองใหญ่ พบว่ากลุ่มที่เป็นวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กัน ก่อนแต่งงาน ไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัยโดยให้เหตุผลว่าคู่ของตนไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และการใช้ถุงยางอนามัยก็ทำให้ความสุขในการร่วมเพศลดลง และรู้สึกที่ไม่รักกันจริงอีกด้วย และนอกจากนี้ยังพบว่าคนงานวัยรุ่น มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ ทำแท้งและติดเชื้อโรคทาง เพศสัมพันธ์ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแรงงานย้ายถิ่นที่อพยพเข้าสู่เมืองใหญ่มีความเชื่อบทบาท เรื่องเพศ อันมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มาตรฐานเชิงซ้อน ส่งผลกระทบอย่างยิ่งต่อ ปัญหอนาถาการเจริญพันธุ์

จากการประชุมระดับโลก เรื่องประชากรกับการพัฒนา ณ กรุงโคโร พ.ศ. 2537 ได้ให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหาด้านอนาถาการเจริญพันธุ์ อันมีผลมาจากบทบาทเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีที่มีฐานะยากจนและด้อยการศึกษา ดังนั้นการศึกษาเพื่อความ เข้าใจเรื่องราวของแรงงานย้ายถิ่น ซึ่งเป็นตัวแทนการศึกษากลุ่มประชากรผู้ยากจนและ ด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่ง ถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทเพศกับพฤติกรรมทางเพศจะเป็น ประโยชน์ เนื่องจากไม่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยในประชากรกลุ่มนี้

การวิจัยชิ้นนี้มุ่งศึกษาแรงงานย้ายถิ่นหญิงชายในบริบทความสัมพันธ์ เชิงอำนาจของบทบาทเพศ มิติทางเพศ และอนาถาการเจริญพันธุ์ในชุมชน แรงงานย้ายถิ่น

เขตกรุงเทพและสมุทรสาคร อันจะนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงกลวิธีการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในมิติของบทบาทเพศต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายของบทบาทเพศระหว่างแรงงานหญิง ชายกับมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ของผู้ใช้แรงงานย้ายถิ่นที่อาศัยในชุมชนเขต กรุงเทพและสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อนามัยการเจริญพันธุ์ที่เสี่ยงของผู้ย้ายถิ่นที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตกรุงเทพและสมุทรสาคร
2. เพื่อทำความเข้าใจ ความรู้ พฤติกรรมเพศ และทัศนคติ ที่มีผลต่ออนามัย การเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และการใช้บริการด้านอนามัยการ เจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย

1.3 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (ด้านการทำแท้ง โรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ โรค เอดส์ การป้องกันการตั้งครรภ์ และการวางแผนครอบครัว)

สมมติฐานที่ 2 ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ กับอนามัยการเจริญพันธุ์ (ด้านการทำแท้ง โรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การป้องกันการ ตั้งครรภ์ และการวางแผนครอบครัว)

1.4 นิยามคำศัพท์

แรงงานย้ายถิ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ที่ย้ายถิ่นจากภูมิลำเนาเดิมมาอาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาครในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี และเป็นผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพขายแรงงาน

ชุมชน หมายถึง ชุมชนเขตที่อยู่อาศัยของ แรงงานย้ายถิ่น

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หมายถึง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทเพศอันได้แก่ ความสัมพันธ์ สถานภาพ บทบาทหน้าที่ของหญิงชายเกี่ยวกับการมีและการใช้อำนาจอย่างเป็นที่ยอมรับในสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1. **ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับสูง** หมายถึง ความสัมพันธ์ สถานภาพ บทบาทหน้าที่ของเพศชายเกี่ยวกับการมีและการใช้อำนาจอย่างเป็นที่ยอมรับในสังคมสูงกว่าเพศหญิง

2. **ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับกลาง** หมายถึง ความสัมพันธ์ สถานภาพ บทบาทหน้าที่ของเพศชายเกี่ยวกับการมีและการใช้อำนาจอย่างเป็นที่ยอมรับในสังคมสูงกว่าเพศหญิง

3. **ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่ำ** หมายถึง ความสัมพันธ์ สถานภาพ บทบาทหน้าที่ของเพศชายเกี่ยวกับการมีและการใช้อำนาจอย่างเป็นที่ยอมรับในสังคมเท่าเทียมกับเพศหญิง

พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง ประสบการณ์ทางเพศ กิจกรรมทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

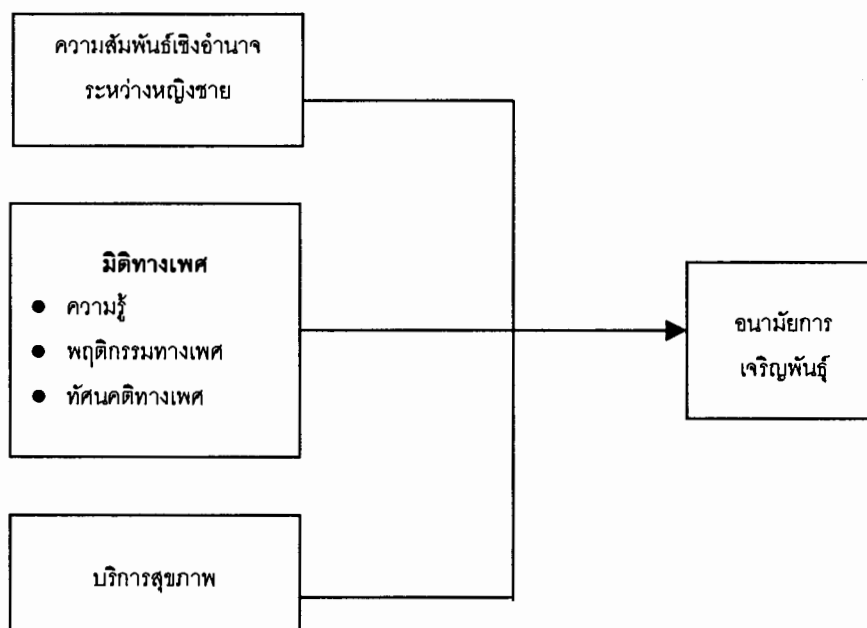
1. **พฤติกรรมทางเพศต่ำ** หมายถึง การมีประสบการณ์ทางเพศ กิจกรรมทางเพศน้อยครั้ง และมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างปลอดภัย

2. **พฤติกรรมทางเพศปานกลาง** หมายถึง การมีประสบการณ์ทางเพศ กิจกรรมทางเพศปานกลาง และมีระดับความปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์ปานกลาง

3. **พฤติกรรมทางเพศสูง** หมายถึง การมีประสบการณ์ทางเพศ กิจกรรมทางเพศบ่อยครั้ง และมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างปลอดภัย

1.5 กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้จะเป็นการนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทเพศและพฤติกรรมทางเพศของแรงงานย้ายถิ่นในชุมชนเขตกรุงเทพและสมุทรสาคร โดยจะนำเสนอแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอำนาจ แนวคิดทฤษฎีบทบาทและวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค ดังนี้

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอำนาจ

อำนาจเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการกระทำทางสังคม (social action) ของปัจเจกชน กลุ่มหรือองค์กรต่างๆ ในสังคม รูปแบบของอำนาจประกอบด้วย อำนาจทางเศรษฐกิจ อำนาจทางการเมือง อำนาจทางสังคม และวัฒนธรรม อำนาจทางเศรษฐกิจ หมายถึง การควบคุมการผลิต การจัดสรรแบ่งส่วน และการแลกเปลี่ยน อำนาจทางการเมือง คือ อำนาจการควบคุมพลเมือง กฎเกณฑ์ทางการเมือง อำนาจทางสังคม คือ การควบคุมโดยมาจากสถานภาพและอำนาจทางวัฒนธรรม คือ การควบคุมโดยมีการสร้างค่านิยมทางสังคมขึ้นเพื่อควบคุมการประพฤติปฏิบัติของคนในสังคม เช่น อาจควบคุมโดยการติดตราทางสังคม (social label) เพื่อให้คนในสังคมรักษาค่านิยมๆ ไว้ดังกล่าว วิธีการควบคุมอำนาจทางสังคมจำเป็นต้องพึ่งพา หลักปฏิบัติจากการควบคุมพฤติกรรมทางวัฒนธรรม

1. การขัดเกลาทางสังคม มีผลต่อบทบาทเพศของหญิงชายในสังคม การอธิบายความแตกต่างเรื่องอำนาจของเพศจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมก็สามารถพิจารณาถึง พื้นฐานทางชีวภาพ และพื้นฐานทางสิ่งแวดล้อม อันมีผลต่อการขัดเกลาความแตกต่างของอำนาจทางเพศ Tedeschi, Schlenker and Bonorna ได้เสนอว่า การขัดเกลาทางสังคมทำให้เพศหญิงเป็นเพศที่มีความต้องการในการพึ่งพาผู้อื่น มีความก้าวร้าวน้อย และไม่สามารถแก้ไขปัญหาคดีได้เท่าเพศชาย ผู้หญิงมีความชำนาญเกี่ยวกับความสวยงามและการบริการ สำหรับผู้ชายสามารถเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับองค์การ ยุทธวิธี และเทคนิค และยังขึ้นชอบความเป็นเจ้านายมากกว่าเพศหญิง

2. โครงสร้างทางสังคม แนวคิดดังกล่าวให้เหตุผลว่า ผู้หญิงเป็นเพศที่มีอำนาจน้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะความแตกต่างของสิทธิต่างๆ ในการมีและการใช้อำนาจทางสังคม แม้ว่าผู้หญิงจะมีสิทธิที่จะได้ตำแหน่งหน้าที่ทางการงานที่เท่าเทียมกับผู้ชาย หากแต่ความจริงแล้วโอกาสที่จะได้มาซึ่งตำแหน่งหน้าที่ทางการงานบางอย่างนั้นมันน้อย หรือมีแนวโน้มที่จะสงวนไว้ให้ผู้ชายมากกว่า

3. สถานภาพ บทบาท การคาดหวังทางสังคม แนวคิดดังกล่าวให้เหตุผลว่า เพศคือสถานภาพและบทบาทที่แสดงออกมาซึ่งความแตกต่าง และบทบาทที่แตกต่างกันใน เรื่องเพศหญิงชายดังกล่าว จะนำมาซึ่งการคาดหวังทางสังคมที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิง และชาย

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

การให้คำนิยามเกี่ยวกับบทบาทนั้นสามารถให้ความหมายได้ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับกลุ่ม Parson ก็จะให้คำนิยามเกี่ยวกับบทบาทว่า บทบาทเป็นการปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมซึ่งกันและกัน แต่ในการวิเคราะห์ระบบสังคม Parson กลับให้คำนิยามว่า บทบาทคือ การปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือเป็นไปตามมาตรฐานทางสังคม

บทบาทเกี่ยวข้องกับสถานภาพ ทั้งนี้เมื่อปัจเจกชนมีสถานภาพ เขาก็จะมีสิทธิหน้าที่ที่สังคมมอบหมาย ปัจเจกชนจึงต้องเป็นผู้แสดงบทบาทและหน้าที่ แบบแผนทางสังคม Parson ได้ให้ข้อสังเกตในการวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์ คือ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) ของมนุษย์ รูปแบบการได้มาซึ่งความสัมพันธ์อันแสดงถึงสถานภาพ และบทบาท การมีส่วนร่วมของปัจเจกชนในสังคม ดังกล่าว Parson ถือว่าสถานภาพบทบาทเป็นหน่วยพื้นฐานของระบบสังคม สถานภาพบทบาทไม่ใช่ด้านของตัวผู้กระทำ หรือด้านของปฏิสัมพันธ์ แต่เป็นองค์ประกอบของโครงสร้างของระบบสังคม สถานภาพ หมายถึง ตำแหน่งทางโครงสร้างภายในระบบสังคม และบทบาทก็คือสิ่งที่ผู้กระทำปฏิบัติในตำแหน่งดังกล่าว Parson ให้ความสำคัญในการบูรณาการ กระบวนการสร้างการยอมรับภายในและเรียนรู้ระเบียบสังคม ในกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม จะเห็นได้ว่า เด็กจะมีบทบาทกระทำหรือปฏิบัติอย่างไร ตามบรรทัดฐานค่านิยมและกฎทางศีลธรรมของสังคม

2.3 วัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาค

วัฒนธรรมภาคเหนือ

ชาวไทยในภาคเหนือส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ปัจจุบันเรียกว่า วัฒนธรรมคนเมือง หรือคนล้านนา โดยเฉพาะในเรื่องการดำรงชีวิตแบบเกษตรกร การนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์และวิญญาณของบรรพบุรุษที่เรียกว่า ผี ความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนาแบบเถรวาท สังคมล้านนาเป็นสังคมที่มีรากฐานทางการจัดระเบียบชุมชนเป็นเวลายาวนานแล้ว โดยการใช้ระบบหมวดจัดระเบียบ และหน้าที่ระหว่างคนในชุมชนประกอบด้วย หมวดบ้าน หมวดวัด และหมวดเหมืองฝาย หมวดแต่ละหมวดจะมีผู้นำคือ แก่บ้าน หรือพ่อหลวง จะปกครองดูแลลูกบ้าน แก่ฝาย เป็นผู้นำการจัดการในระบบเหมืองฝาย แก่วัดดูแลด้านการศาสนา วัฒนธรรมล้านนายอมรับทำตามอาวุโส นอกจากนี้สังคมในภาคเหนือยังมีระบบเครือญาติที่เป็นระบบสังคมที่เด่นมากของหมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านจะมีเครือญาติร่วมผีเดียวกัน ความเป็นญาติมิตรช่วยเกื้อกูลให้ความแตกต่างระหว่างบุคคลและครัวเรือนขยายตัวออกไปอย่างช้าๆ นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ของญาติแล้ว ยังพบความสัมพันธ์ในระดับสังคมชาติ เพื่อแสดงเครือข่ายการนับญาติทุกชั่วโคตร ระบบดังกล่าวแสดงถึงความศรัทธาหรือความเชื่อในความผูกพันระหว่างสายเลือด ทำให้แรงยึดเหนี่ยวในหมู่บ้านยังมั่นคงขึ้น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิถีชีวิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วยความเชื่อในระบบศาสนา ข้อห้าม และชนบประเพณี ดังนี้

ระบบศาสนา ชาวอีสานส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่ในทางปฏิบัติยังยึดมั่นอยู่กับผี พราหมณ์ และพระพุทธศาสนา ระบบศาสนาดังกล่าวก่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เรียกว่า ฮีตสิบสองคองสิบสี่ คองสิบสี่ หมายถึง ครรลองหรือแนวทางปฏิบัติตนและหน้าที่ของคนในสังคมว่าควรปฏิบัติอย่างไร คองสิบสี่ได้กำหนดให้แต่ละคนตระหนักในหน้าที่ของคนในสังคมว่า ใครดำรงตนอยู่ในฐานะใดควรปฏิบัติตนต่อคนอื่นๆ ในสังคมอย่างไร เช่น

หน้าที่ของลูกคือ เลี้ยงดูพ่อแม่ จึงได้รับยกย่องว่าเป็นลูกที่ดีเป็นคนดี นอกจากนี้ ชาวอีสานยังมีความเชื่อถือเรื่องผีต่างๆ อยู่มาก เช่น ผีบรรพบุรุษ ผีไร่ ผีเรือน ผีป่า เนื่องจากความเชื่อที่ว่าผีมีอิทธิฤทธิ์ให้คุณให้โทษแก่ทุกคน ความเชื่อในลัทธิพราหมณ์ยังคงฝังแน่นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ความเชื่อในพระพุทธศาสนา ชาวบ้านเชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษ กฎแห่งกรรม ประเพณี และพิธีกรรมต่างๆ ของชาวอีสานจึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเชื่อ

ข้อห้าม กฎเกณฑ์ทางสังคมของชาวอีสานอีกประการคือ ขะลำหรือข้อห้าม ขะลำ หมายถึง หลักเกณฑ์ความประพฤติต่างๆ ที่ควรหลีกเลี่ยงไม่ควรกระทำ ให้ละเว้นหรือเรียกว่าข้อห้ามก็ได้ เกณฑ์ดังกล่าวมีมากจัดเป็นหมวดหมู่เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิถีชีวิตของคนทุกเพศทุกวัย และถ้าใครละเมิดขะลำ ชาวอีสานถือว่า ขวง หมายถึง เป็นคนขวางโลก ผู้คนในสังคมตั้งข้อรังเกียจและไม่คบค้าสมาคมด้วย

ภาคกลาง

ลักษณะของหมู่บ้านภาคกลางสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

หมู่บ้านที่ตั้งสองฟากฝั่งแม่น้ำ หมู่บ้านที่ตั้งอยู่ตามท้องทุ่ง และหมู่บ้านที่อยู่ห่างจากท้องทุ่ง ทั้งนี้เพราะลักษณะทางภูมิศาสตร์ของภาคกลางเป็นที่ราบลุ่มและเป็นแหล่งอุดมสมบูรณ์ ผู้คนมีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ การรับวัฒนธรรมและการผสมผสานทางวัฒนธรรมในภาคกลางจึงมีมาก หากแต่วัฒนธรรมในภาคกลางยังถูกควบคุมทางสังคม ด้วยจารีตประเพณีดั้งเดิมของไทย ซึ่งมาจากการอบรม ดูแลจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง ญาติผู้ใหญ่

ภาคใต้

วิถีชีวิตชาวภาคใต้ส่วนใหญ่อยู่ในสังคมที่ต้องพึ่งพาแรงงานครอบครัวชาวใต้จึงมักเป็นครอบครัวใหญ่ มีความสัมพันธ์กันดีระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลาน มีวัฒนธรรมการผูกญาติผูกมิตร รักพวกพ้องและญาติอย่างเหนียวแน่น และเนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์ภาคใต้ตั้งอยู่ในคาบสมุทรที่แคบและยาวทำให้ชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างกระชับ และชุมชนติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอกชุมชนหมู่บ้านภาคใต้พึ่งตนเอง พึ่งชุมชนต่างสภาพ และเรียนรู้

จากโลกภายนอก วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นภาคใต้ยอมรับเอาวัฒนธรรมอื่นเข้ามาปะปน อันได้แก่ แนวความคิดความเชื่ออันมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของศาสนาอิสลาม นอกจากนี้วัฒนธรรมหมู่บ้านยังคงเน้นการรวมหมู่ช่วยเหลือพึ่งพาชุมชน ท้องถิ่น ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและชุมชนมากกว่ารอการช่วยเหลือจากอำนาจอื่นหรือบุคคลอื่น ประกอบกับการเคยชินที่ต้องติดต่อกับคนแปลกหน้าในการค้า จึงเป็นสาเหตุให้ชาวใต้เป็นผู้มีลักษณะนิสัย นักเลง กล้าได้กล้าเสีย

3. ระเบียบวิธีวิจัย

ในการครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบการศึกษาใน 2 ลักษณะคือ การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

3.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือแรงงาน กำลังอาศัยอยู่ในชุมชนย้ายถิ่น ในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร ที่ประกอบอาชีพในการใช้แรงงานทั้งหญิงและชาย อายุระหว่าง 15-45 ปี

3.1.1 การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกชุมชนแบบเจาะจง (Purposive sampling) เลือกชุมชนโดยผู้วิจัยพิจารณาจากชุมชนที่ประกอบไปด้วย แรงงานย้ายถิ่นอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร

3.1.2 แบ่งขนาดสัดส่วนประชากรหญิงชาย โดยใช้วิธีของ Quota Sampling จะได้ประชากรแรงงานที่มาจากภาคต่าง ๆ ดังนี้

แรงงานในเขตกรุงเทพ

ภาคเหนือ	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
ภาคกลาง	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
ภาคใต้	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
รวม	ชาย	100	คน	หญิง	100	คน

แรงงานในเขตสมุทรสาคร

ภาคเหนือ	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
ภาคกลาง	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
ภาคใต้	ชาย	25	คน	หญิง	25	คน
รวม	ชาย	100	คน	หญิง	100	คน

3.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากลักษณะคำถามของงานวิจัยชิ้นนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้นการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามให้กรอกข้อมูลเอง (Self Administered Questionnaire)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือวัดความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทเพศโดยใช้แบบ Guttman's Scale ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นลักษณะของการวัดปรากฏการณ์ทางสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทเพศ และตอบรับในลักษณะ 2 หมวดหมู่

3.2.2 เครื่องมือวัดพฤติกรรมทางเพศและทัศนคติ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) เครื่องมือวัดทัศนคติ โดยใช้แบบ Likert's Scale ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นลักษณะการวัดทัศนทางเพศของประชากร และตอบรับในลักษณะ 5 หมวดหมู่

2) เครื่องมือวัดพฤติกรรมทางเพศ โดยใช้แบบ Scaling ซึ่งประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของเรื่องเกี่ยวกับมิติทางเพศ

3) การเข้าถึงและการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้แบบ Scaling ซึ่งประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของอนามัยการเจริญพันธุ์

3.2.2 การทดสอบแบบสอบถาม

การสร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิด และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และการทำ Pre – test วัดความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ และนำตัวแปรต่างๆ แต่ละตัวมาหา Reliability Coefficient Alpha เพื่อดูความสอดคล้องของข้อความต่าง ๆ เพราะฉะนั้น ในการตัดข้อความแต่ละข้อจึงดูหลักเกณฑ์ 3 ประการประกอบกัน คือ

1) Correlation Matrix คือความสัมพันธ์ระหว่างค่าของข้อความนั้น กับข้อความอื่น ๆ แต่ละข้อในตัวแปรเดียวกัน ถ้าข้อความใดมีสหสัมพันธ์กับข้อความอื่นๆ ในตัวแปรเดียวกันเป็นลบ หรือมีค่าสหสัมพันธ์กับข้อความอื่นๆ มากจนเด่นชัด จะถือว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับข้อความอื่นๆ ที่เหลือ

2) Correlation item-total Correlation คือค่าความสัมพันธ์ของคะแนนแต่ละข้อความ กับคะแนนของข้อความทั้งหมดในตัวแปรหนึ่งๆ หลังจากนำเอาคะแนนของข้อความคำถามนั้นๆ ออกไปจากคะแนนแล้ว ถ้าข้อความใดมีค่าดังกล่าว ต่ำกว่าข้อความอื่นๆ มากจนเด่นชัด ก็ถือว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับข้อความอื่นๆ ที่เหลือ ดังนั้นจึงตัดข้อความนั้นออก

3) Alpha if item deleted คือ ค่าที่บอกว่าถ้าตัดข้อความนั้นๆ ออก จะทำให้ความน่าเชื่อถือของตัวแปรหนึ่งๆ มีค่าเป็นเท่าใด ถ้าข้อความใดตัดออกแล้วทำให้ค่า coefficient alpha สูงก็จะตัดข้อความนั้นออกไป

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางแจกแจงความถี่ (Frequencies) โดยระบบค่าข้อมูลเป็นร้อยละเพื่อพรรณาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และพรรณาข้อมูลในการอธิบายนัยสำคัญของความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทเพศ พฤติกรรมทางเพศและทัศนคติ การเข้าถึงและการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

การใช้ตาราง Cross-tabulation และ Chi-square หาค่าความสัมพันธ์เพื่อตอบคำถามตามสมมติฐานที่สร้างไว้

การศึกษาเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) สำหรับการสัมภาษณ์ในครั้งนี้เพื่อเป็นการเสริมย้ำ และอธิบายปรากฏการณ์บางประเภท การศึกษาเชิงปริมาณไม่อาจอธิบายครอบคลุมได้ ทั้งนี้เพราะประเด็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่น เป็นประเด็นใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (Indepth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นธรรมชาติอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง การสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ จะถูกกำหนดขึ้นจากความต้องการศึกษาเรื่องนั้นๆ และจะมีการปรับคำพูดให้เหมาะสมกับคนหนึ่งๆ โดยจะลำดับคำถามให้เข้ากับประสบการณ์ และความรู้ความเข้าใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ในแต่ละคน

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึก

ประกอบด้วยแรงงานย้ายถิ่น หญิงชาย 16 คน ดังนี้

แรงงานย้ายถิ่น ที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคกลาง ชาย 2 คน หญิง 2 คน

แรงงานย้ายถิ่น ที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคเหนือ ชาย 2 คน หญิง 2 คน

แรงงานย้ายถิ่น ที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคใต้ ชาย 2 คน หญิง 2 คน

แรงงานย้ายถิ่น ที่มีภูมิลำเนาเดิมภาคอีสาน ชาย 2 คน หญิง 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา content analysis

4. ผลการวิจัย

4.1 ลักษณะทั่วไปของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย (ตาราง 1)

ผลการศึกษาพบว่า เป็นแรงงานชายร้อยละ 58 และ แรงงานหญิงร้อยละ 61 แรงงานชายย้ายถิ่น ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-30 ปี (คิดเป็นร้อยละ 41) และแรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานแล้ว

ผู้ใช้แรงงานย้ายถิ่นชายและหญิงส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (เป็นแรงงานชายร้อยละ 41 และแรงงานหญิง ร้อยละ 34) โดยแรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (แรงงานชายร้อยละ 62.5 และแรงงานหญิงร้อยละ 53)

ผู้ใช้แรงงานย้ายถิ่นชายและหญิงส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4000-5999 บาท (แรงงานชายร้อยละ 45.5 และแรงงานหญิงร้อยละ 37) ระยะเวลาในการย้ายถิ่นจากภูมิลำเนาเดิมของแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่ อยู่ในระยะเวลาระหว่าง 1-3 ปี (แรงงานชายร้อยละ 32 และแรงงานหญิงร้อยละ 28)

4.2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่น

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (ด้านป้องกันโรคเพศสัมพันธ์ เอดส์ การตั้งครรภ์ และการวางแผนครอบครัว โดยการใช้ถุงยางอนามัยกับคูรััก)

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่นชายและแรงงานหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (ด้านการป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ เอดส์ การตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัวโดยการใช้ถุงยางอนามัยกับคูรััก) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายที่เป็นคูรัักส่วนใหญ่มีพฤติกรรมคือไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 60) โดยแรงงานชายที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลาง และแรงงานหญิงที่คูรัักส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 60) โดยแรงงานหญิงที่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่ำ หากแต่จากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายมีอำนาจต่อรองในการเลือกที่จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย

แรงงานหญิง : “แฟนพี่เขาไม่ใช้ ทุกวันนี้พี่กินยาคุมเอาเอง”

ผู้วิจัย : “แล้วไม่กลัวโรคติดต่อหรือ”

แรงงานหญิง : “ไว้ใจเขา เขาคงไม่ไปยุ่งกับใครหรอก...เชื่อใจ”

การวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปริมาณต่างจากเชิงคุณภาพนั้น อาจเนื่องมาจากข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัวป้องกันโรคและการตั้งครรภ์กับคูรััก หากแต่จากการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจของแรงงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการใช้ถุงยาง ทั้งนี้เพราะความเชื่อใจของแรงงานหญิงและแรงงานชายมีอำนาจในการต่อรองเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดกับเพศหญิง

แม้ว่าผลการวิจัยเชิงปริมาณจะพบว่าแรงงานหญิงส่วนใหญ่ มีทัศนคติในความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่ำ กล่าวคือ

แรงงานหญิงส่วนใหญ่มีความเชื่อในเรื่องการมีและการใช้อำนาจที่เท่าเทียมกัน อันมีผลมาจากปัจจัยการย้ายถิ่นเพื่อเข้ามาทำงาน ความสามารถทางเศรษฐกิจ การหารายได้ หากแต่ในเชิงลึกจากการวิจัยเชิงคุณภาพกลับยืนยันว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของชายหญิง ยังปรากฏให้เห็นแม้ว่าสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัย จากคู่นอน แต่ไม่ใช่ผู้ชายบริการทางเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย ของแรงงานชาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรค ติดต่อกับเพศสัมพันธ์ และเอดส์ จากบุคคลที่ไม่ใช่คู่อีก หากแต่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย ของแรงงานหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในด้านดังกล่าว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระดับกลางและใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งกับคู่นอน (ร้อยละ 75) แรงงานหญิงที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับกลางส่วนแรงงานหญิงที่ใช้ถุงยางอนามัยบ้างบางครั้งในการป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์และเอดส์จากคู่นอนมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่ำ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เป็นเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจากไว้ใจว่าไม่เป็นโรคติดต่อ

แรงงานชาย : "ไม่ใช่ เพราะเขาไม่ใช่ผู้หญิงอย่างว่า(ผู้ชายบริการทางเพศ) ทำงานที่เดียวกัน ดูแล้วเขาไม่เคยไปมั่วกับใคร"

ทัศนคติความสัมพันธ์ทางเพศของแรงงานชาย ที่มีความเชื่อใจดังกล่าว แผงไว้ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจทางสังคมอันเนื่องมาจากความคาดหวังทางสังคมว่า ผู้หญิงที่ไม่ได้ขาย

บริการทางเพศเป็นผู้หญิงที่รักนวลสงวนตัว และไม่มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และนอกจากนี้งานวิจัยเชิงคุณภาพยังพบว่า แรงงานหญิงเปิดโอกาสเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายมากขึ้น ทั้งนี้โดยคาดหวังว่าจะแต่งงานกับผู้ชายที่เพศสัมพันธ์กันที่สุดในที่สุด ทั้งนี้แรงงานหญิงให้ทัศนะว่า

แรงงานหญิง : “ยอมรับได้ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เดี่ยวนี้เขาก็ทำกันเยอะแยะ บางรายก็อยู่กินกัน บางรายไม่ใช่คู่กันเขาก็เลิกกัน”

ผู้วิจัย : “ทำไมถึงเป็นอย่างนั้น”

แรงงานหญิง : “สังคมมันเปลี่ยนไปแล้ว”

ผู้วิจัย : “แล้วถ้าเป็นตัวเราเอง(แรงงานหญิง) จะยอมทำไหม (หมายถึงยอมมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน)”

แรงงานหญิง : “ไม่ได้เด็ดขาด พ่อแม่คงไม่ยอม บอกแล้วเรื่องนี้รับได้ แต่คงเกิดขึ้นกับเราไม่ได้”

ทัศนะดังกล่าว แม้งานวิจัยเชิงปริมาณจะพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของแรงงานจะอยู่ในระดับกลางถึงต่ำ แต่การสัมภาษณ์ระดับลึกกลับพบว่า ยังพบความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายกับพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานชาย ในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ และเอดส์จากหญิงขายบริการทางเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย ของแรงงานชาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ และเอดส์ จากหญิงขายบริการทางเพศ โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับกลาง และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ คิดเป็นร้อยละ 74 และจากการสัมภาษณ์ระดับลึกเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายที่มีเพศสัมพันธ์

กับหญิงขายบริการส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากผู้ชาย และจะใช้ถุงยางอนามัย เพราะไม่ต้องการติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ

- แรงงานชาย : "ก็ไปเที่ยวบ้างกับเพื่อน" (หมายถึงรับบริการทางเพศจากหญิงขายบริการ)
- ผู้วิจัย : "แล้วใช้ถุงยางไหม"
- แรงงานชาย : "ใช้ทุกครั้ง กลัวติดโรค"

การที่แรงงานชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการโดยใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น มีผลมาจากของความกลัวมากกว่าจะมีผลมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ดังนั้นจึงน่าจะสรุปได้จากทั้งผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงคุณภาพว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงขายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ และเอ็ดส์จากหญิงขายบริการทางเพศ

ข้อถกเถียงจากการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงขาย อันมีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ดังกล่าวข้างต้น แม้จะพบว่าจากการวิจัยเชิงปริมาณ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงขาย ของแรงงานชายส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง และความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงขาย ของแรงงานหญิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ หากแต่จากการวิจัยเชิงคุณภาพกลับพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของชายหญิงมีอิทธิพลต่อความคิดของแรงงานทั้งชายและหญิง ทั้งนี้แรงงานหญิงส่วนใหญ่ยังยอมรับถึงการมีและการใช้อำนาจของเพศชายในสังคมอยู่ และแรงงานชายก็ยังมีความต้องการในการมีอำนาจเหนือเพศหญิง ที่มีระดับสถานภาพทางสังคมเท่าเทียมหรือต่ำกว่าตนเอง และยังพบว่าปัจจัยทางภูมิปัญญาที่มีความเข้มข้นต่อเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจหญิงขาย คือ แรงงานย้ายถิ่นที่มีภูมิปัญญาเดิมภาคใต้ ซึ่งรับอิทธิพลมาจากกระบวนการขัดเกลากฎทางสังคมที่ใกล้ชิดกับศาสนาอิสลาม และสำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจนั้นพบว่า แรงงานหญิงมีบทบาทสำคัญ

ทางเศรษฐกิจในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น และแรงงานชายก็ยอมรับความเท่าเทียมกันในการหารายได้ทางเศรษฐกิจของหญิงชาย หากแต่การมีและใช้อำนาจการตัดสินใจทางเศรษฐกิจในครอบครัวแล้วยังอยู่ที่เพศชายเป็นสำคัญ

4.3 ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติ ที่มีผลต่อการอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย

ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติ ที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ อันได้แก่ การวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ การรับบริการรักษา เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจเอดส์ และการทำแท้ง ของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิง

สำหรับความรู้ จะประกอบไปด้วย ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมทางเพศ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือพฤติกรรมทางเพศระดับสูง หมายถึง แรงงานชายหญิงมีการแสดงพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ อันได้แก่ ดูหนังโป๊ สัมผัสกอดจูบ ลูบคลำ และมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมทางเพศระดับกลาง หมายถึง แรงงานชายหญิงมีการแสดงพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ อันได้แก่ ดูหนังโป๊ สัมผัสกอดจูบลูบคลำ และมีเพศสัมพันธ์นาน ๆ ครั้ง ตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ หมายถึง แรงงานชายหญิงมีการแสดงพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ อันได้แก่ ดูหนังโป๊ สัมผัสกอดจูบลูบคลำ และมีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวหรือไม่มี ตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ทัศนคติทางเพศ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ทัศนคติที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ทัศนคติที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับเรื่องมิติทางเพศ ทัศนคติที่เห็นด้วย หมายถึง ทัศนคติที่เห็นด้วยเกี่ยวกับเรื่องมิติทางเพศ ทัศนคติที่ไม่เห็นด้วย หมายถึง ทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับ

เรื่อง มิติทางเพศ ทศนคติที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ทศนคติที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับเรื่องมิติทางเพศ

4.3.1 ความรู้กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย จากการศึกษาวิจัยพบว่า

ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว

ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อ อนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ถุงยางอนามัย ของทั้งแรงงานหญิงและแรงงานชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า แรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว แต่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ แรงงานชายคิดเป็นร้อยละ 92 แรงงานหญิงคิดเป็นร้อยละ 85.4 ทั้งนี้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า สัมภาษณ์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ กล่าวคือ แรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวจากการอ่านหนังสือแต่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์กับคู่สมรส

การที่แรงงานชายไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ ให้เหตุผลว่า "รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ และแรงงานหญิงไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย ให้เหตุผลว่า "แฟนจะไม่เชื่อใจเรา" โดยแรงงานหญิงจะใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการฉีดยาคุม หรือรับประทานยาคุมกำเนิด โดยไม่ต้องการให้เกิดบุตร และการคุมกำเนิดโดยการทำหมัน ส่วนใหญ่จะตกเป็นภาระหน้าที่ของแรงงานหญิง จากทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าว จึงเป็นข้อยืนยันได้ว่าความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ถุงยางอนามัยของทั้งแรงงานหญิงและแรงงานชาย

ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของทั้งแรงงานหญิงและแรงงานชาย

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและใช้บริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์จากร้านขายยา และแรงงานหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.7) มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว และเคยใช้บริการรักษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากแพทย์ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายหญิงส่วนใหญ่ แม้จะมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว หากแต่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ แรงงานทั้งชายและหญิงมีความเข้าใจ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อเรื่องโรคเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ แรงงานชายหญิงเชื่อว่า การเป็นโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์จะปรากฏต่อเมื่อเกิดแผลผิดปกติขึ้นบริเวณอวัยวะเพศของตนเท่านั้น

แรงงานหญิง : “แฟนพี่เขาไม่เป็นหรอก” (หมายถึงเป็นโรคจากเพศสัมพันธ์)

ผู้วิจัย : “รู้ได้อย่างไร”

แรงงานหญิง : “ก็ตรงนั้นเขาไม่เคยเป็นแผล”

จากทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังกล่าวเป็นข้อยืนยันได้ว่า ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการรับบริการรักษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทั้งแรงงานหญิงและชาย โดยจากการสัมภาษณ์ระดับลึก พบว่าสาเหตุของการไม่รับบริการรักษา เพราะขาดความรู้ที่แท้จริงของการเกิดโรคเพศสัมพันธ์นั่นเอง

ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว และเคยใช้บริการเจาะเลือดตรวจเอดส์จากคลินิกนิรนาม และแรงงานหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและใช้บริการเจาะเลือดตรวจเอดส์จากแพทย์คิดเป็นร้อยละ 93.3 จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานหญิงส่วนใหญ่ที่ใช้บริการเจาะเลือดตรวจเอดส์

เนื่องจากการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และแรงงานชายส่วนใหญ่ที่ใช้บริการเจาะเลือดตรวจเอดส์มาจากการบังคับตรวจร่างกายก่อนเข้าทำงาน และรับบริการเกณฑ์ทหาร จากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังกล่าว สามารถยืนยันได้ว่า ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานชาย ทั้งนี้เห็นได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึก การเจาะเลือดเพื่อตรวจเอดส์ของแรงงานชายส่วนใหญ่ มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการอนามัยการเจริญพันธุ์ หากแต่การเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานชาย เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์การตรวจร่างกายโดยทั่วไป

ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ กับการทำแท้งของทั้งแรงงานหญิงและแรงงานชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและแรงงานหญิงส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว แต่เคยหรือมีเพื่อนเคยใช้บริการทำแท้ง ส่วนใหญ่จากโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเถื่อน จากการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าแรงงานหรือเพื่อนของแรงงานที่เคยทำแท้งส่วนใหญ่ มิได้มีการวางแผนครอบครัวมาก่อน และสาเหตุของการตัดสินใจทำแท้ง มาจากเหตุผลของความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ที่จะสามารถมีบุตรได้

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัย ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัว (แรงงานชาย ร้อยละ 95) และแรงงานหญิง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัวเป็นบางครั้งบางคราวโดยคิดเป็นร้อยละ 92.8 และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 89 จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า สาเหตุที่แรงงานชายและแรงงานหญิงไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในการวางแผนครอบครัวมาจาก “ความไวใจ” ของแรงงานหญิงที่มีต่อคู่รัก และการใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ

แรงงานหญิง : “พี่ไม่ใช่ถุงยาง เพราะไว้ใจเขา”

ผู้วิจัย : “แล้วไม่กลัวติดโรคเหรอ”

แรงงานหญิง : “แฟนพี่เขาไม่เที่ยว จะติดโรคได้อย่างไร”

จากการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพดังกล่าว เป็นการสนับสนุนและยืนยันได้ว่า ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานชายและแรงงานหญิง

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดต่อ โดยใช้ถุงยางอนามัย ของแรงงานชายหญิง จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายและหญิงที่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อและมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคูรัก จะไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากแต่แรงงานชายหญิงที่มีความรู้เรื่องโรค ติดต่อและมีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลที่ไม่ใช่คูรัก จะนิยมใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แรงงานชายให้ทัศนะว่า

แรงงานชาย : “ถ้าไม่ใช่แฟนก็จะใช้ถุงยาง เพราะไม่รู้ว่าเขาเคยมีอะไรกับใครกลัวติดโรค”

ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยของการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์นั้น นอกจากความรู้แล้วยังรวมถึง ความกลัว และความเชื่อใจอีกด้วย ประเด็นถกเถียงจากสมมุติฐานจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปริมาณ และการเชิงคุณภาพนั้น อาจเนื่องมาจากข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่าแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่ ความรู้เรื่องโรคติดต่อ แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย การหากแต่การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานเลือกใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพราะรับรู้ว่ามีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกลัวที่จะติดโรค โดยแต่แรงงานเลือกที่จะใช้ถุงยางเฉพาะกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คูรักเท่านั้น

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไม่เคยไปรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยคิดเป็นแรงงานชาย ใช้บริการจากร้านขายยา แรงงานหญิงส่วนใหญ่รับบริการจากแพทย์ คิดเป็น ร้อยละ 91.6 จากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายหญิง มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ หากแต่ความรู้เรื่องโรคเพศสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่ได้เป็นความรู้หรือมีข้อมูลที่ลึกซึ้ง ทำให้แรงงานเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ง่าย และกว่าจะเข้ารับบริการจากแพทย์ก็ส่งผลให้อาการของโรคในขั้นปรากฏอาการผิดปกติแล้ว แรงงานหญิงให้ทัศนะว่า

- แรงงานหญิง : “ก็รู้ค่ะ ว่ามีโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์”
 ผู้วิจัย : “รู้จากไหน”
 แรงงานหญิง : “TV วิทยุ แผ่นพับ”
 ผู้วิจัย : “แล้วรู้อย่างไรบ้าง”
 แรงงานหญิง : “ก็ถ้าอวัยวะ เป็นแผล เป็นหนอง ก็เป็นโรค”

ทัศนะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแรงงานยังได้รับความรู้ จากสื่อซึ่งยังไม่ใช่ข้อมูลความรู้ที่ลึกซึ้ง ถึงโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ จากการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพดังกล่าว จึงสามารถยืนยันได้ว่าความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานชายหญิง

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ จากคลินิกนิรนามและที่อื่นๆ

ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำแท้ง ของแรงงานหญิงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการทำแท้งของแรงงานชาย โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเคยหรือมีเพื่อนรับบริการทำแท้ง จากทั้งโรงพยาบาล รัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเถื่อน

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัย ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้จากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานหญิงและแรงงานชาย จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการหากแต่จะไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคูรัก โดยมีความรู้สึกเชื่อใจในคูรักของตนว่าไม่ไปยุ่งเกี่ยวหรือมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จึงไม่น่าที่จะเป็นโรคเอดส์ได้ และจะใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น จากการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ สามารถยืนยันได้ว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานชายและแรงงานหญิง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการป้องกันโรคเพศสัมพันธ์ โดยใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คูรัก ของแรงงานชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคโดยใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คูรักของแรงงานหญิง 5 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า การรณรงค์ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในปัจจุบันนั้น กลุ่มประชากรแรงงานย้ายถิ่น ยังมีความรู้ความเข้าใจแต่ไม่ลึกซึ้ง แต่ความสำเร็จของการรณรงค์ความรู้เรื่องโรคเอดส์ คือ การทำให้เกิดการกลัวในกลุ่มแรงงาน และเกิดการป้องกันในที่สุด

แรงงานชาย : “ถ้าไม่ใช่กับแฟนจะใช้ถุงยาง เพราะกลัวเอดส์”

แม้ว่าทักษะของแรงงานที่รู้เรื่องเอดส์และใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเอดส์จะเกิดจากความกลัว หากแต่ทักษะดังกล่าวเป็นทักษะของผู้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างไม่ลึกซึ้ง ประกอบกับปัจจัยทางด้านความเชื่อถือไว้วางใจของบุคคลที่เป็นคู่รักมีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ผลของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการป้องกันโรคสัมพันธ์ทางเพศโดยใช้ถุงยางอนามัย

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ แต่ไม่เคยรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แรงงานชาย จะรับบริการจากร้านขายยาและแรงงานหญิงรับบริการจากแพทย์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และเคยรับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ จากคลินิกนิรนามและที่อื่นๆ จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ หากแต่ไม่คิดว่าคู่รักหรือตนจะติดโรคเอดส์ได้ จึงไม่นิยมเจาะเลือดตรวจเอดส์

ผู้วิจัย : "รู้เรื่องโรคเอดส์ไหม"

แรงงานหญิง : "รู้"

ผู้วิจัย : "คิดว่าเป็นเรื่องไกลตัวไหม"

แรงงานหญิง : "ไม่ไกลตัวหรอก เพราะเคยเห็นคนรู้จักเป็นแล้วตายไปแล้ว"

ผู้วิจัย : "เคยคิดไปตรวจเลือดไหม"

แรงงานหญิง : "ไม่เคยคิด เพราะเราไม่ได้มั่ว แฟนก็ไม่ได้มั่ว"

นอกจากนี้จากวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า การเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานมาจากเงื่อนไขบทบาททางเพศที่ต่างกันคือ แรงงานชายจะเจาะเลือด เมื่อตรวจร่างกายสมัครงาน เกณฑ์ทหาร แรงงานหญิงจะเจาะเลือดเมื่อรับการฝากครรภ์ในสถานพยาบาล

จากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังกล่าว เป็นข้อยืนยันได้ว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ ของแรงงานชายและแรงงานหญิง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์การท่าแท้ง ของแรงงานชาย หากแต่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์การท่าแท้งของแรงงานหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และเคยท่าแท้งหรือมีเพื่อนเคยท่าแท้ง จากโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเถื่อน

ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์

ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการวางแผนครอบครัวของแรงงานชาย หากแต่ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการวางแผนครอบครัวของแรงงานหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ และใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดวางแผนครอบครัว โดยคิดเป็นแรงงานชายจะใช้ทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 85.7 และคิดเป็นแรงงานหญิงจะใช้นานๆครั้งคิดเป็น ร้อยละ 89.3 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และแรงงานที่มีความสัมพันธ์กับคู่รักจะมีทัศนคติในการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัยต่างจากแรงงานที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่คู่รักกล่าวคือ แรงงานที่มีความสัมพันธ์กับคู่รักและมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จะไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัว แรงงานให้ทัศนะว่า "เชื่อใจ" และ "ความไม่เป็นธรรมชาติของการใช้ถุงยางอนามัย" หากแต่แรงงานที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่คู่รักและมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จะนิยมใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัว

ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์การป้องกันโรค โดยใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์ด้านการป้องกันโรค โดยใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายและแรงงานหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีความสัมพันธ์ทางเพศ คิดเป็นแรงงานชาย ร้อยละ 79 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานที่แต่งงานแล้วจะไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคกับคู่รัก แต่จะใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคกับบุคคลอื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันโรคติดต่อ

ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานหญิง แรงงานชายและแรงงานหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ โดยแรงงานชายที่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จะรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากร้านขายยา และแรงงานหญิง ที่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จะรับบริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์จากที่อื่นๆ จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายที่มีปัญหาเป็นโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ระยะอาการเริ่มแรกจะรับบริการจากร้านขายยาจนกระทั่ง เมื่อปรากฏอาการจะเลือกที่จะไปพบแพทย์และรักษา แต่คู่รักของแรงงานชายที่เป็นโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์จะไปพบแพทย์ก็ต่อเมื่ออาการของโรคปรากฏ หากแต่จะไม่ไปตรวจเช็กก่อนอาการปรากฏ

ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานหญิง โดยแรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ แต่เคยรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์จาก

คลินิกนิรนาม แรงงานชายส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์จากที่อื่นๆ

ความรู้เรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทำแท้ง ของแรงงานชายและแรงงานหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และเคยทำแท้งหรือมีบุคคลรู้จักทำแท้ง จากโรงพยาบาลรัฐบาล สำหรับแรงงานชายที่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และเคยทำแท้งหรือมีบุคคลรู้จักทำแท้งจากโรงพยาบาลเอกชน

4.3.2 พฤติกรรมทางเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิง

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมทางเพศ มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัย ของแรงงานย้ายถิ่นชายและหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับปานกลาง และไม่เคยใช้การวางแผนครอบครัว ด้วยถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 68 แรงงานหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ และใช้ถุงยางอนามัย ในการวางแผนครอบครัวทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 83.3

พฤติกรรมทางเพศ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค โดยใช้ถุงยางอนามัย ของแรงงานชายและหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายและแรงงานหญิง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ และพบว่าแรงงานหญิงที่มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง นานๆครั้งและไม่เคยใช้ หากแต่แรงงานชายส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำจะใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคนานๆ ครั้งคิดเป็นร้อยละ 87.58

พฤติกรรมทางเพศ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่พฤติกรรมทางเพศไม่มีความ

สัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับปานกลาง และไม่เคยรับบริการรักษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นแรงงานชาย ร้อยละ 69.3 และแรงงานหญิงมีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ และเคยรับบริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์จากที่อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 75

พฤติกรรมทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านรับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานชายและแรงงานหญิง โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับกลาง ไม่เคยรับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ จากที่อื่นๆ แรงงานหญิง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำและเคยเจาะเลือดตรวจเอดส์จากคลินิกนิรนาม

พฤติกรรมทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำแท้งของแรงงานชาย หากแต่พฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์กับการทำแท้งของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศในระดับกลาง และเคยทำแท้งหรือมีคนรู้จักทำแท้ง จากที่อื่นๆ และแรงงานหญิงมีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำและเคยหรือมีคนรู้จักทำแท้งจากคลินิกเถื่อนคิดเป็นร้อยละ 84.6

4.3.3 ทักษะคติทางเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิง

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ทักษะคติทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการวางแผนครอบครัว โดยใช้ถุงยางอนามัย ของแรงงานชายและแรงงานหญิง โดยแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วย และใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัว แรงงานชายที่มีทัศนคติเห็นด้วยและใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัวนานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65.1 แรงงานหญิงมีทัศนคติเห็นด้วยและใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัวทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 83.3

ทัศนคติทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค โดยใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานชายและแรงงานหญิง โดยแรงงานย้ายถิ่นชาย ส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยและใช้

ดูยางอนามัยทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 58.8 และแรงงานหญิงจะมีทัศนคติเห็นด้วยและใช้ดูยางอนามัยนานๆ ครั้งถึงไม่เคยใช้เลย

ทัศนคติทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานชายและหญิง โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วย และเคยรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากแพทย์โดยคิดเป็นแรงงานชาย ร้อยละ 68.9 แรงงานหญิง ส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยทางเพศ และเคยรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากที่อื่นๆ

ทัศนคติทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจาะเลือดตรวจเอดส์ ของแรงงานชายและแรงงานหญิง โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย และเคยเจาะเลือดตรวจเอดส์ จากคลินิกนิรนาม หากแต่แรงงานหญิงส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยและเคยเจาะเลือดตรวจเอดส์จากคลินิกนิรนาม

ทัศนคติทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำแท้ง ของแรงงานชาย หากแต่ทัศนคติทางเพศ มีความสัมพันธ์กับการทำแท้งของแรงงานหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยทางเพศ และเคยมีบุคคลรู้จักทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 83.3 แรงงานหญิงส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยทางเพศ และเคยทำแท้งหรือมีบุคคลรู้จักทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 92.2

4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และใช้บริการของแรงงานย้ายถิ่น ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา และระยะเวลาที่ย้ายจากภูมิลำเนา

สำหรับการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยสถานที่รักษาลักษณะการได้รับการบริการ สาเหตุของการได้รับการบริการ เพศของผู้ให้บริการ

โดยใช้ตาราง Cros-tabulation ดูความสัมพันธ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ปัจจัยทางเพศของแรงงาน ที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการศึกษาพบว่า แรงงานชายและแรงงานหญิงส่วนใหญ่เลือกรับบริการในสถานพยาบาลของทั้งรัฐ และเอกชน คิดเป็นร้อยละ 53.8 โดยแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่ มีทัศนคติในการรับบริการว่า ได้รับบริการแบบปานกลาง (ร้อยละ 59.3) และคิดว่าสาเหตุที่ตนได้รับบริการแบบดังกล่าว เนื่องมาจากการใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 47.5 สำหรับเพศของแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพบว่า ทั้งแรงงานชายและหญิง มีทัศนคติว่าสามารถรับบริการได้กับทั้งแพทย์ผู้ชายและผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 72 และได้รับการรักษาจากแพทย์คนที่แรงงานต้องการบางครั้งบางครั้งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 75.3 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แรงงานชายหญิง แม้ว่าจะต้องการรักษาได้กับทั้งแพทย์ผู้หญิงและแพทย์ผู้ชาย หากแต่เมื่อเจาะลึก ความต้องการเพศของแพทย์ที่ตนต้องการรักษา กลับพบว่าแรงงานชายหญิงต้องการรับการรักษาจากแพทย์ที่เป็นเพศเดียวกันกับตนเอง

แรงงานหญิง : "ถ้าเลือกได้อยากรักษากับหมอผู้หญิงมากกว่า ไม่อาย"

แรงงานชาย : "หมอผู้ชายจะพูดได้ทุกเรื่อง"

เห็นได้ว่า เพศของแพทย์มีอิทธิพลต่อการใช้บริการรักษา ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ หากแต่จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เป็นเพศเดียวกันกับตน

2. ปัจจัยทางสถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสนิยมรับบริการทั้ง ร.พ.รัฐบาล และร.พ.เอกชน ร้อยละ 30.5 โดยมีทัศนคติว่าได้รับบริการแบบปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.4 และสาเหตุที่ให้บริการแบบดังกล่าวมาจากการใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 26.5 สำหรับเพศของแพทย์ที่ต้องการบริการแรงงาน

ส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว มีทัศนะว่าสามารถรับรักษาได้กับทั้งแพทย์ผู้หญิงและแพทย์ผู้ชาย ถึงร้อยละ 42.8 และได้รับการรักษาด้วยแพทย์ที่ต้องการเป็นบางครั้งบางคราว ร้อยละ 45.3

3. ปัจจัยทางอายุ จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่ที่มีอายุ 25-30 ปี จะเลือกรับบริการสถานพยาบาลทั้งของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 18.5 โดยมีทัศนะว่าได้รับบริการแบบปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19 โดยสาเหตุที่ได้รับบริการแบบดังกล่าว เพราะใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 15 โดยต้องการรักษาพยาบาล ได้ทั้งกับแพทย์ที่เป็นผู้ชาย และแพทย์ที่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 24.3 โดยได้รับบริการจากแพทย์ที่ต้องการรักษาด้วยเป็นบางครั้งบางคราว คิดเป็นร้อยละ 26.5

4. ปัจจัยทางการศึกษา จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และใช้บริการจากสถานพยาบาล ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 19.3 โดยมีทัศนะว่าได้รับการบริการแบบปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.8 และสาเหตุที่ได้รับการบริการแบบดังกล่าว เนื่องจากการใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 15.3 และต้องการรักษาได้ทั้งกับแพทย์ผู้ชายและแพทย์ผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 29.8 โดยได้รับบริการจากแพทย์ที่ต้องการรักษาด้วยบางครั้งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 26.8

5. ปัจจัยทางอาชีพ จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานรับจ้างทั่วไป เลือกใช้บริการสถานพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 29 มีทัศนะว่าได้รับการบริการแบบปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.8 และสาเหตุที่ได้รับบริการแบบดังกล่าว เนื่องมาจากการใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 30.3 และต้องการรักษาได้กับทั้งแพทย์ผู้หญิงและแพทย์ผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 41.8 โดยได้รับบริการจากแพทย์ที่ต้องการรักษาด้วยบางครั้งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 41.5 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า อาชีพของแรงงาน ส่งผลต่อการเข้าถึงและใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อันเนื่องมาจากอาชีพของแรงงานมีผลต่อการเลือกใช้สถานบริการ ทั้งนี้เนื่องมาจากแรงงานหญิงชายที่มีบัตรประกันสังคม จะเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลที่รับการประกันสังคมเท่านั้น

6. ปัจจัยทางรายได้ของแรงงาน จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 4,000 - 5,999 โดยเลือกใช้บริการสถานพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลรัฐและ

โรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 23.8 มีทัศนะว่าได้รับการบริการแบบปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.8 สาเหตุที่ได้รับบริการแบบดังกล่าว เนื่องมาจากการใช้บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 18.0 และต้องการรักษาได้กับทั้งแพทย์ผู้หญิงและแพทย์ผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 30.8 โดยได้รับการบริการจากแพทย์คนที่ต้องการรักษาบางครั้งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 31.0 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า รายได้ของแรงงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าถึง และเลือกใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นอย่างยิ่ง อันเนื่องจากแรงงานที่มีรายได้ต่ำและไม่มีประกันสังคม จะเลือกใช้บริการจากร้านขายยาและสถานอนามัยเป็นอันดับต้น ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐบาล สำหรับแรงงานผู้มีรายได้ปานกลางถึงรายได้ค่อนข้างดี จะมีการตัดสินใจเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน ทั้งนี้ แรงงานกลุ่มดังกล่าวให้ เหตุผลว่า แพทย์มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคได้

7. ปัจจัยทางภูมิลำเนาเดิมของแรงงาน จากการศึกษาพบว่า แรงงานที่มีภูมิลำเนาภาคใต้ส่วนใหญ่นิยมรับบริการทั้งสถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 15.5 แรงงานมีทัศนะว่าได้รับการบริการแบบปานกลาง โดยสาเหตุที่ได้รับบริการแบบดังกล่าว เพราะใช้บัตรประกันสังคม และสามารถรักษาได้กับทั้งแพทย์ผู้หญิงและแพทย์ผู้ชาย โดยได้รับการรักษาจากแพทย์คนที่ต้องการบางครั้งเท่านั้น

8. ปัจจัยทางระยะเวลาที่ย้ายจากภูมิลำเนาเดิม จากการศึกษาพบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ย้ายจากภูมิลำเนาเดิมมาเป็นระยะเวลา 1-3 ปี โดยนิยมรับบริการรักษาทั้งสถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 17 โดยมีทัศนะว่าได้รับการบริการแบบปานกลาง โดยสาเหตุที่ได้รับบริการแบบดังกล่าว เพราะใช้บัตรประกันสังคม และสามารถรักษาได้กับทั้งแพทย์ผู้หญิงและผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 22.5 โดยได้รับการรักษาจากแพทย์คนที่ต้องการบางครั้งเท่านั้น จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ระยะเวลาที่ย้ายจากภูมิลำเนาเดิมและเข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชน มีผลต่อการเข้าถึงและใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อันเนื่องจากสถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างสถานอนามัยจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนกับการรักษาพยาบาลของแรงงานย้ายถิ่นที่อาศัยอยู่ใน

ชุมชน สถานีนอนามัยจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนแรงงานย้ายถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงงานย้ายถิ่นที่มีระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในชุมชน 2 ปีขึ้นไป

แรงงานย้ายถิ่น : “มาสถานีนอนามัยก่อน เพราะรู้จักหมอ”

ผู้วิจัย : “รู้จักได้ยังไง”

แรงงานย้ายถิ่น : “หมอนอนามัยเขาไปให้ความรู้ที่บ้าน”

ความสัมพันธ์ของบุคลากรของสถานพยาบาลดังกล่าว ส่งผลต่อระยะเวลาของการย้ายถิ่น ของแรงงานที่เข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนในการเลือกใช้บริการสถานพยาบาล

5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาความสัมพันธ์ด้านบทบาทชายหญิงกับพฤติกรรมทางเพศของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชายในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร สรุปผลได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้แรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน โดยแรงงานชายย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-30 ปี และแรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี ผู้ใช้แรงงานย้ายถิ่นชายหญิงส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป โดยเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 4000-5999 บาท และระยะเวลาในการย้ายถิ่นจากภูมิลำเนาเดิมอยู่ในระยะเวลาระหว่าง 1-3 ปี

2. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่น

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่นชายและหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้อนามัยในการวางแผนครอบครัวกับคู่รัก หากแต่จากการวิจัยเชิงคุณภาพกลับพบว่า ความสัมพันธ์

เชิงอำนาจของแรงงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการใช้ถุงยางอนามัยวางแผนครอบครัวกับคูรััก ทั้งนี้เพราะแรงงานชายมีอำนาจในการต่อรองเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดกับเพศหญิง

ผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย ของแรงงานย้ายถิ่นชาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคจากเพศสัมพันธ์ เอดส์ การตั้งครรรภ์ และการวางแผนครอบครัวกับคูรัักและหญิงชายบริการทางเพศ หากแต่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่นชาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเสี่ยงจากบุคคลที่ไม่ใช่คูรััก จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า แรงงานชายมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการต่อรองวิธีการคุมกำเนิดกับคูรััก ความสัมพันธ์เชิงอำนาจจากการคาดหวังทางสังคมว่าผู้หญิงที่ไม่ขายบริการทางเพศเป็นผู้หญิงที่รักษนวลสงวนตัว และไม่มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศ และการตัดสินใจใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานชายนั้นมิได้มาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจหากแต่มาจากเหตุผลของความกลัวที่จะเป็นโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ และเอดส์ จากหญิงชายบริการทางเพศ

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่นหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคจากเพศสัมพันธ์ เอดส์ การตั้งครรรภ์และการวางแผนครอบครัวกับคูรัักและบุคคลที่ไม่ใช่คูรััก แม้ว่าผลการวิจัยเชิงปริมาณจะพบว่า แรงงานหญิงส่วนใหญ่มีทัศนคติในความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่ำ กล่าวคือแรงงานหญิงส่วนใหญ่มีความเชื่อในเรื่องการมีและการใช้อำนาจอย่างเท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย อันเป็นผลมาจากปัจจัยการย้ายถิ่นเพื่อเข้ามาทำงาน ความสามารถทางเศรษฐกิจ การหารายได้ หากแต่จากการวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงลึกพบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของชายหญิงของแรงงานย้ายถิ่นหญิงมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจสูง กล่าวคือความสัมพันธ์สถานภาพ บทบาท หน้าที่ของเพศชายในการมีและการใช้อำนาจเป็นที่ยอมรับในสังคมสูงกว่าเพศหญิง อันได้แก่ การยินยอมให้แรงงานชายมีอำนาจในการต่อรองวิธีการคุมกำเนิด การไว้ใจของแรงงานหญิงที่มีต่อแรงงานชาย อันมาจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมความเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

3. ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติที่มีผลต่อการอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย

ความรู้กับการอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้ถุงยางอนามัย ด้านการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ และด้านการทำแท้งของแรงงานชาย โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวแต่ไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ และเมื่อแรงงานชายมีปัญหาโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์จะนิยมรับบริการจากร้านขายยา ทั้งนี้เพราะขาดความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ และปัจจัยเหตุของการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานชาย คือ การเข้ารับการเกณฑ์ทหารและการสมัครงาน และจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้ถุงยางอนามัย ด้านการรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และด้านการทำแท้งของแรงงานหญิง หากแต่ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานหญิง โดยแรงงานหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวแต่ไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากกลัวความไม่ไว้วางใจจากคู่อภิเษก จึงเลือกใช้การป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยวิธีอื่น และพบว่าแม้แรงงานหญิงจะมีความรู้เรื่องวางแผนครอบครัว แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างแท้จริง ในเรื่องโรคติดต่อที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ สาเหตุของการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์มาจากการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ดังกล่าวนี้อาจมีผลต่อการอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชาย

ความรู้เรื่องโรคติดต่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว การรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเจาะเลือดตรวจเอดส์ การทำแท้งของแรงงานชายสำหรับแรงงานหญิง ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวโดยใช้ถุงยางอนามัย ด้านรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และด้านการทำแท้งของแรงงานย้ายถิ่นหญิง หากแต่ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการรับบริการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีความ

รู้เรื่องโรคติดต่อแต่ไม่ใช่ว่าจะใช้อย่างเหมาะสมในการวางแผนครอบครัวและป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์กับคู่อีกทั้งนี้มาจากความไว้วางใจ และจะใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคติดต่อกับหญิงหรือชายที่ไม่ใช่คู่อีกเมื่อมีเพศสัมพันธ์และแม้ว่าแรงงานหญิงชายส่วนใหญ่จะมีความรู้เรื่องโรคติดต่อหากแต่จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าแรงงานหญิงชายยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างแท้จริงในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวโดยใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันโรคเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย การรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจาะเลือดตรวจเอดส์และด้านการทำแท้งของแรงงานชาย และความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว การเจาะเลือดตรวจเอดส์ การบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานหญิง หากแต่ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดต่อเพศสัมพันธ์และการทำแท้งของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์แต่ไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดและป้องกันโรคกับคู่อีก และยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างลึกซึ้งเรื่องโรคเอดส์

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวของแรงงานชาย หากแต่ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเพศสัมพันธ์ การรับบริการรักษาโรคเพศสัมพันธ์ เจาะเลือดตรวจเอดส์ และการทำแท้งของแรงงานชาย และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ ด้านการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานหญิง หากแต่ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทำแท้งของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หากแต่ไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยในการวางแผนครอบครัวและป้องกันโรคเพศสัมพันธ์กับคู่อีก และแรงงานที่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ยังขาดความเข้าใจอย่างถูกต้องและลึกซึ้งอย่างแท้จริงในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมทางเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิง
จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวด้าน

ป้องกันโรค ด้านรับบริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ของแรงงานชาย หากแต่พฤติกรรมทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเจาะเลือดตรวจเอดส์และการทำแท้งของแรงงานชาย และพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว ด้านการป้องกันโรคเพศสัมพันธ์และด้านการทำแท้งของแรงงานหญิง หากแต่พฤติกรรมทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการรักษาโรคเพศสัมพันธ์และด้านการเจาะเลือดตรวจเอดส์ของแรงงานหญิง โดยแรงงานชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศในระดับปานกลางและแรงงานหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ

ทัศนคติทางเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นชายหญิง
จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว ด้านป้องกันโรคเพศสัมพันธ์ ด้านรับบริการรักษาโรคเพศสัมพันธ์ ด้านเจาะเลือดตรวจเอดส์ ของแรงงานทั้งชายและหญิง หากแต่ทัศนคติทางเพศมีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการทำแท้งของแรงงานหญิง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการทำแท้งของแรงงานชาย โดยแรงงานชายส่วนใหญ่ มีทัศนคติระดับเห็นด้วยทางเพศ ในเรื่องของการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรค จากเพศสัมพันธ์ การรับบริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ และการทำแท้งสำหรับทัศนคติระดับไม่เห็นด้วยทางเพศส่วนใหญ่ของแรงงานชายในเรื่องเจาะเลือดตรวจเอดส์ และทัศนคติแรงงานหญิงในระดับเห็นด้วยทางเพศส่วนใหญ่ในด้านการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคเพศสัมพันธ์ การเจาะเลือดตรวจเอดส์ และการทำแท้ง สำหรับการรับบริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ ทัศนคติแรงงานหญิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เห็นด้วยทางเพศ

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง และใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางเพศ สถานภาพ อายุ สถานภาพการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา และระยะเวลาย้ายจากภูมิลำเนาเดิม ส่งผลต่อการเข้าถึงและใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยได้รับการบริการแบบปานกลาง ด้วยเหตุผลเนื่องจากการใช้บัตรประกันสังคม นอกจากนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ยังพบปัจจัยอื่นๆที่สำคัญในการเข้าถึงและใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ความต้องการรับบริการรักษาจากแพทย์เพศเดียวกันตน ระบบการจัดการของโรงพยาบาลรัฐไม่เอื้ออำนวยกับความต้องการของแรงงานที่จะเลือกรับบริการจากแพทย์คนที่แรงงานต้องการได้ แรงงานที่มีรายได้ต่ำและไม่มีบัตรประกันสังคมจะเลือกใช้บริการจากร้านขายยาและสถานอนามัยเป็นอันดับต้นๆ ก่อน และความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลกับชุมชนส่งผลต่อการเลือกใช้สถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. องค์กรที่เกี่ยวข้องกับแรงงานและสาธารณสุขต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจของบทบาทหญิงชายให้มากยิ่งขึ้น
2. เจ้าหน้าที่องค์กรที่เกี่ยวข้องกับแรงงานและสาธารณสุขต้องตระหนักถึงปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีผลมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจให้มากยิ่งขึ้น
3. การนำเสนอสื่อที่ให้ความรู้ที่ลึกซึ้งในเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้แรงงานย้ายถิ่นเข้าใจได้อย่างถูกต้อง
4. สถานพยาบาลควรตระหนักถึงความสัมพันธ์ต่อชุมชนแรงงานย้ายถิ่น เพื่อให้แรงงานได้เข้าถึงและใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างสะดวกและทั่วถึง
5. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่น ด้านการวางแผนครอบครัว โรคติดต่อที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ ฯลฯ เพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาคำถามเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นต่อไป

บรรณานุกรม

- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2541). สถิติแรงงาน : กรุงเทพมหานคร, 2542.
- กองโรคเอดส์. (2542). **รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536-2540.** กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล อิงคุทานนท์. (2537). **ผู้หญิงกับอำนาจที่จะแปรเปลี่ยน.** โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- กาญจนา โชคถาวร. (2538). **การเปลี่ยนแปลงสวัสดิการและสถานภาพสตรีหลังการประกอบอาชีพเสริมด้านการทอผ้า.** ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษณา วงษาสันต์ และคณะ. (2542). **วิถีไทย.** พิมพ์ที่ บริษัท คอมฟอร์ม จำกัด : กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. (2541). **เอกสารประกอบการประชุมเวทีสตรีไทยระหว่าง วันที่ 12-13 ตุลาคม 2541.** ไม่ระบุที่พิมพ์.
- คณะอนุกรรมการการศึกษาอาชีพและวัฒนธรรม. (2535). **กระบวนการเรียนรู้เชิงสังคมในครอบครัวบาทหญิง-ชาย.** สำนักนายกรัฐมนตรี.
- คณะอนุกรรมการการศึกษาอาชีพและวัฒนธรรม. (2541). **สตรีศึกษา.** โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2538). **รายงานการวิจัยโครงการศึกษาสถานภาพสตรีและภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย.** สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬา.

ปราณี วงษ์เทศ. (2535). **เพศและวัฒนธรรม**. โรงพิมพ์ศิลปากร.

เพ็ญศรี อุลกาณจน์. (2541). **การผลิตซ้ำอุดมการณ์เกี่ยวกับบทบาทและสถานภาพทางเพศของหญิงชาย**. วิทยานิพนธ์การศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2542). **รายงานการวิจัยระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว**. โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณะสุข สวัสดิการและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัตสร สิมานนท์. (2527). **การศึกษาและวิเคราะห์บทบาทของเพศและสถานภาพสตรี**. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มัลลิกา มัติโก และคณะ. (2540). **อนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย : ภาพสะท้อนจากงานวิจัย**. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.

มานพ คณะโต. (2541). **พฤติกรรมทางเพศ**. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

มาร์ค แวนแลนดิงแฮม และคณะ. (2538). **การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง เพื่อน ภรรยา และเพศสัมพันธ์นอกสมรสในประเทศไทย**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยศ สันตสมบัติ. (2537). **มนุษย์กับวัฒนธรรม**. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชนิกร เศรษฐ. (2532). **โครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมไทย**. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

เรวดี เลิศลินธพัฒน์. (1998). ระบบความเชื่อและพฤติกรรมทางเพศและความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายกับการต่อรองเรื่องเพศเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ในผู้หญิงแม่บ้านชนชั้นกลางค่อนข้างต่ำ : กรณีศึกษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สาขา Health Social Science, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันทนี วาสิกะลิน. (2526). ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2542). คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาการวิจัย ด้านเพศภาวะมิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์.

สันทัต เสริมศรี. (2541). ประชากรศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพมหานคร บริษัทสามเจริญพาณิชย์.

สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จ.สมุทรสาคร. (2541). รายงานการบริหารแรงงานปีงบประมาณ 2541 จังหวัดสมุทรสาคร. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

สุปาจริย์ วิชัยโรจน์. (2529). การยอมรับพฤติกรรมทางเพศของสตรีของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุมาลี จงติกรปัฐ. (2541). เวทีสตรีไทย พิชิตวิกฤตสู่สังคมอนาคต. หจก. ลิขิตศาสตร์.

อมรา สุนทรธาดา. (2542). **เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ บทบาทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์**. โครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมาภรณ์ ภัทรวาณิช. (2537). **ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เสี่ยงของวัยรุ่น**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Gray, Alan and Sureporn Punpiung. (1999). **Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand**. Nakhon Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Bogdan, R and Taylor, Steven J. (1975). **Introduction to Qualitative Research Methods** New York : John Willey & Sons.

Coser, Lewis A. (1982). **Sociological Theory** United States : MacMillan.

Dezin, Norman K. (1989). **The Research Act** New Jersey : Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Earl, Babbie. (1986). **The Practice of Social Research** United States : Wadsworth.

ภาคผนวก

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไป	แรงงานชาย	แรงงานหญิง	รวม
สถานภาพ			
โสด	82 (41.0)	68 (34.0)	150 (37.5)
แต่งงาน	117 (58.5)	122 (61.0)	239 (59.75)
หม้าย	1 (0.5)	10 (5.0)	11 (2.75)
รวม	200 (100.0)	200 (100.0)	400 (100.0)
อายุ			
15-19 ปี	30 (15.0)	36 (18.0)	66(16.5)
20-24 ปี	43 (21.5)	45 (22.5)	88(22.0)
25-30 ปี	83 (41.5)	55 (27.5)	138(34.5)
มากกว่า 30 ปี	44 (22.0)	64 (32.0)	108(27.0)
รวม	200 (100.0)	200 (100)	400(100.0)
การศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (0.5)	5 (2.5)	6(1.5)
ประถม	82 (41.0)	68 (34.0)	150(37.5)
มัธยมต้น	52 (26.0)	41 (20.5)	93(23.25)
มัธยมปลาย/ปวช	42 (21.0)	44 (22.0)	86(21.5)
อนุปริญญา/ปวส	17 (8.5)	27 (13.5)	44 (11.0)
สูงกว่าอนุปริญญา	6 (3.0)	15 (7.5)	21(5.25)
รวม	200 (100.0)	200 (100.0)	400(100.0)
อาชีพ			
ร้านขายของชำ	17 (8.5)	12 (6.0)	29(7.25)
โรงงาน	37 (18.5)	25 (12.5)	62(15.5)
ขับรถรับจ้าง	2 (1.0)	1 (0.5)	3(0.75)
ลูกจ้างทั่วไป	125 (62.5)	106 (53)	231(57.75)
แม่บ้าน	1 (0.5)	33 (16.5)	34(8.5)
เสมียนบริษัท	18 (9.0)	23 (11.5)	41(10.25)
รวม	200 (100.0)	200 (100.0)	400(100.0)
รายได้			
ต่ำกว่า 4000 บาท	26 (13.0)	68 (34.0)	93(23.25)
4000-5999 บาท	91 (45.5)	74 (37.0)	165(41.25)
6000-7999 บาท	43 (21.5)	33 (16.5)	77(19.25)
8000-9999 บาท	21 (10.5)	12 (6.0)	33(8.25)
มากกว่า 10000	19 (9.5)	13 (6.5)	32(8.0)
รวม	200 (100.0)	200 (100.0)	400(100.0)
ระยะเวลาในการย้ายถิ่น			
ต่ำกว่า 1 ปี	27 (13.5)	32 (16.0)	59(14.75)
1-3 ปี	65 (32.5)	57 (28.5)	122(30.5)
4-6 ปี	43 (21.5)	30 (15.0)	73(18.25)
7-10 ปี	19 (9.5)	30 (15.0)	49(12.25)
มากกว่า 10 ปี	46 (23.0)	51 (25.5)	97(24.25)
รวม	200 (100.0)	200 (100.0)	400(100.0)

ตาราง 2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชายกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก

ระดับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ	ใช้ทุกครั้ง		ใช้บางครั้ง		ไม่เคยใช้		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับสูง	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	2 (1)	1 (1)	5 (2.5)	1 (1)
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับกลาง	12 (6)	3 (1.5)	23 (11.5)	11 (5.5)	60 (30)	53 (26.5)	26 (13)	23 (11.5)	121 (60.5)	90 (45)
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่ำ	9 (4.5)	3 (1.5)	19 (9.5)	17 (8.5)	38 (19)	56 (28)	8 (4)	33 (16.5)	74 (37)	109 (54.5)
รวม	21 (10.5)	6 (3)	43 (21.5)	28 (14)	100 (50)	109 (54.5)	36 (18)	57 (28.5)	200 (100)	200 (100)

ชาย	Chi-Square	6.13	DF	6	Significance	12.59
หญิง	Chi-Square	3.87	DF	6	Significance	12.59

ตาราง 3 พฤติกรรมทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการวางแผนครอบครัว

ระดับพฤติกรรมทางเพศ	ใช้ทุกครั้ง		ใช้นานๆ ครั้ง		ไม่เคยใช้		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
พฤติกรรมทางเพศระดับสูง	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (3)	0 (0)	6 (3)	0 (0)
พฤติกรรมทางเพศระดับกลาง	10 (5)	1 (.5)	21 (10.5)	7 (3.5)	68 (34)	46 (23)	27 (13.5)	56 (28)	126 (63)	110 (55)
พฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ	11 (5.5)	5 (2.5)	22 (11)	21 (10.5)	32 (16)	63 (31.5)	3 (1.5)	1 (.5)	68 (34)	90 (45)
รวม	21 (10.5)	6 (3)	43 (21.5)	28 (14)	100 (50)	109 (54.5)	36 (18)	57 (28.5)	200 (100)	200 (100)

ชาย	Chi-Square	43.61	DF	6	Significance	12.59
หญิง	Chi-Square	64.02	DF	3	Significance	7.82

ตาราง 4 พฤติกรรมทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ระดับพฤติกรรมทางเพศ	ใช้ทุกครั้ง		ใช้นานๆ ครั้ง		ไม่เคยใช้		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
พฤติกรรมทางเพศระดับสูง	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (3)	0 (0)	6 (3)	0 (0)
พฤติกรรมทางเพศระดับกลาง	18 (9)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	5 (2.5)	0 (0)	101 (50.5)	110 (55)	126 (63)	110 (55)
พฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ	45 (22.5)	5 (2.5)	14 (7)	1 (.5)	2 (1)	1 (.5)	7 (3.5)	83 (41.5)	68 (34)	90 (45)
รวม	63 (31.5)	5 (2.5)	16 (8)	1 (.5)	7 (3.5)	1 (.5)	114 (57)	193 (96.5)	200 (100)	200 (100)

ชาย	Chi-Square	100.3	DF	6	Significance	12.59
หญิง	Chi-Square	8.86	DF	3	Significance	7.82

ตาราง 5 พฤติกรรมทางเพศกับการใช้บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ระดับพฤติกรรมทางเพศ	ไม่เคย		เคยจากหมอ		เคยจากร้านขายยา		เคยจากที่อื่นๆ		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
พฤติกรรมทางเพศระดับสูง	5 (2.5)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (3)	0 (0)
พฤติกรรมทางเพศระดับกลาง	115 (57.5)	105 (52.5)	9 (4.5)	4 (2)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	126 (63)	110 (55)
พฤติกรรมทางเพศระดับต่ำ	46 (23)	79 (39.5)	19 (9.5)	8 (4)	3 (1.5)	0 (0)	0 (0)	3 (1.5)	68 (34)	90 (45)
รวม	166 (83)	184 (92)	29 (14.5)	12 (6)	5 (2.5)	0 (0)	0 (0)	4 (2)	200 (100)	200 (100)

ชาย	Chi-Square	17.72	DF	4	Significance	9.49
หญิง	Chi-Square	4.08	DF	2	Significance	5.99

ตาราง 6 ทศนคติทางเพศ กับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการวางแผนครอบครัว

ทัศนคติ	ใช้ทุกครั้ง		ใช้นานๆ ครั้ง		ไม่เคยใช้		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	3 (1.5)	11 (5.5)	2 (1)	5 (2.5)	7 (3.5)	18 (9)
ทัศนคติไม่เห็นด้วย	7 (3.5)	1 (.5)	15 (7.5)	12 (6)	46 (23)	46 (23)	15 (7.5)	23 (11.5)	83 (41.5)	82 (41)
ทัศนคติเห็นด้วย	12 (6)	5 (2.5)	28 (14)	14 (7)	50 (25)	50 (25)	18 (9)	27 (13.5)	108 (54)	96 (48)
ทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	2 (1)	1 (.5)	2 (1)	2 (1)	4 (2)
รวม	21 (10.5)	6 (3)	43 (21.5)	28 (14)	100 (50)	109 (54.5)	36 (18)	57 (28.5)	200 (100)	200 (100)

ชาย	Chi-Square	8.67	DF	9	Significance	16.92
หญิง	Chi-Square	4.76	DF	9	Significance	16.92

ตาราง 7 ทศนคติทางเพศกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ทัศนคติ	ใช้ทุกครั้ง		ใช้นานๆ ครั้ง		ไม่เคยใช้		ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (2.5)	18 (9)	7 (3.5)	18 (9)
ทัศนคติไม่เห็นด้วย	22 (11)	1 (.5)	9 (4.5)	1 (.5)	4 (2)	0 (0)	48 (24)	80 (40)	83 (41.5)	82 (41)
ทัศนคติเห็นด้วย	37 (18.5)	4 (2)	7 (3.5)	0 (0)	3 (1.5)	1 (.5)	61 (30.5)	91 (45.5)	108 (54)	96 (48)
ทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2)	2 (1)	4 (2)
รวม	63 (31.5)	5 (2.5)	16 (8)	1 (.5)	7 (3.5)	1 (.5)	114 (57)	193 (96.5)	200 (100)	200 (100)

ชาย	Chi-Square	8.08	DF	9	Significance	16.92
หญิง	Chi-Square	4.74	DF	9	Significance	16.92

ตาราง 8 ทศนคติทางเพศกับการใช้บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ทัศนคติ	ไม่เคยรับบริการ		เคยจากหมอ		เคยจากร้านขายยา		เคยจากที่อื่นๆ		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7 (3.5)	18 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (3.5)	18 (9)
ทัศนคติไม่เห็นด้วย	72 (36)	72 (36)	9 (4.5)	6 (3)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	4 (2)	83 (41.5)	82 (41)
ทัศนคติเห็นด้วย	85 (42.5)	91 (45.5)	20 (10)	5 (2.5)	3 (1.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	108 (54)	96 (48)
ทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 (1)	3 (1.5)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	4 (2)
รวม	166 (83)	184 (92)	29 (14.5)	12 (6)	5 (2.5)	0 (0)	0 (0)	4 (2)	200 (100)	200 (100)

ชาย Chi-Square 4.2 DF 6 Significance 12.59
 หญิง Chi-Square 10.06 DF 6 Significance 12.59

ตาราง 9 ทศนคติทางเพศกับการใช้บริการทำแท้ง

ทัศนคติ	ไม่เคย		เคยจากร.พ. รัฐ		เคยจากร.พ. เอกชน		เคยจาก คลินิกเถื่อน		เคยจากที่อื่นๆ		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7 (3.5)	16 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (.5)	7 (3.5)	18 (9)
ทัศนคติไม่เห็นด้วย	77 (38.5)	76 (38)	1 (.5)	0 (0)	2 (1)	3 (1.5)	2 (1)	1 (.5)	1 (.5)	2 (1)	83 (41.5)	82 (41)
ทัศนคติเห็นด้วย	92 (46)	69 (34.5)	3 (1.5)	4 (2)	1 (.5)	5 (2.5)	10 (5)	12 (6)	2 (1)	6 (3)	108 (54)	96 (48)
ทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 (1)	3 (1.5)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	4 (2)
รวม	178 (89)	164 (82)	4 (2)	5 (2.5)	3 (1.5)	9 (4.5)	12 (6)	13 (6.5)	3 (1.5)	9 (4.5)	200 (100)	200 (100)

ชาย Chi-Square 6.53 DF 12 Significance 21.03
 หญิง Chi-Square 26.51 DF 12 Significance 21.03

ตาราง 10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จำแนกตามสถานที่รับบริการ

ปัจจัย	คลินิกเอกชน/ ร.พ.เอกชน	ร.พ.รัฐบาล	ทั้ง ร.พ.รัฐบาล และเอกชน	รวม
เพศ				
ชาย	38 (9.5)	44 (11)	118 (29.5)	200 (50)
หญิง	58 (14.5)	45 (11.3)	97 (24.3)	200 (50)
สถานภาพ				
โสด	39 (9.8)	24 (6)	88 (22)	151 (37.8)
สมรส	54 (13.5)	62 (15.5)	122 (30.5)	238 (59.5)
เป็นหม้าย	3 (.8)	3 (.8)	5 (1.3)	11 (2.8)
อายุ				
15 – 19 ปี	11 (2.8)	16 (4)	39 (9.8)	66 (16.5)
20 – 24 ปี	18 (4.5)	20 (5)	50 (12.5)	88 (22)
25 – 30 ปี	38 (9.5)	26 (6.5)	74 (18.5)	138 (34.5)
มากกว่า 30 ปี	29 (7.3)	27 (6.8)	52 (13)	108 (27)
การศึกษา				
ไม่เคยเข้าโรงเรียน	3 (.8)	2 (.5)	1 (.3)	6 (1.5)
ประถมศึกษา	33 (8.3)	39 (9.8)	77 (19.3)	149 (37.3)
มัธยมต้น	21 (5.3)	23 (5.8)	49 (12.3)	93 (23.3)
มัธยมปลายหรือปวช.	16 (4)	17 (4.3)	53 (13.3)	86 (21.5)
อนุปริญญาหรือปวส.	18 (4.5)	5 (1.3)	22 (5.5)	45 (11.3)
สูงกว่าอนุปริญญา	5 (1.3)	3 (.8)	13 (3.3)	21 (5.3)
อาชีพ				
ขายของ	7 (1.8)	8 (2)	14 (3.5)	29 (7.3)
แรงงานในโรงงาน	8 (2)	8 (2)	46 (11.5)	62 (15.5)
รับรถรับจ้าง	0 (0)	0 (0)	3 (.8)	3 (.8)
รับจ้างทั่วไป	67 (16.8)	48 (12)	116 (29)	231 (57.8)
แม่บ้าน	6 (1.5)	17 (4.3)	10 (2.5)	33 (8.3)
เสมียน	8 (2)	8 (2)	26 (6.5)	42 (10.5)
รายได้/เดือน				
ต่ำกว่า 4,000 บาท	23 (5.8)	28 (7)	42 (10.5)	93 (23.3)
4,000 – 5,999 บาท	34 (8.5)	36 (9)	95 (23.8)	165 (41.3)
6,000 – 7,999 บาท	20 (5)	17 (4.3)	40 (10)	77 (19.3)
8,000 – 9,999 บาท	10 (2.5)	4 (1)	19 (4.8)	33 (8.3)
มากกว่า 10,000 บาท	9 (2.3)	4 (1)	19 (4.8)	32 (8)
ภูมิลำเนาเดิม				
ภาคกลาง	32 (8)	23 (5.8)	45 (11.3)	100 (25)
ภาคอีสาน	17 (4.3)	26 (6.5)	57 (14.3)	100 (25)
ภาคเหนือ	26 (6.5)	23 (5.8)	51 (12.8)	100 (25)
ภาคใต้	21 (5.3)	17 (4.3)	62 (15.5)	100 (25)
ระยะเวลาที่ย้ายจากภูมิลำเนาเดิม				
ต่ำกว่า 1 ปี	23 (5.8)	12 (3)	25 (6.3)	60 (15)
1 – 3 ปี	24 (6)	30 (7.5)	68 (17)	122 (30.5)
4 – 6 ปี	16 (4)	16 (4)	40 (10)	72 (18)
7 – 10 ปี	11 (2.8)	9 (2.3)	29 (7.3)	49 (12.3)
มากกว่า 10 ปี	22 (5.5)	22 (5.5)	53 (13.3)	97 (24.3)

ตาราง 11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จำแนกตามเพศของผู้ให้บริการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและใช้บริการ	แพทย์ผู้หญิง	แพทย์ผู้ชาย	ทั้งแพทย์ผู้หญิง และแพทย์ชาย	รวม
เพศ				
ชาย	16 (4)	24 (6)	160 (40)	200 (50)
หญิง	64 (16)	8 (2)	128 (32)	200 (50)
สถานภาพ				
โสด	26 (6.5)	13 (3.3)	112 (28)	151 (37.8)
สมรส	48 (12)	19 (4.8)	171 (42.8)	238 (59.5)
เป็นหม้าย	6 (1.5)	0 (0)	5 (1.3)	11 (2.8)
อายุ				
15 - 19 ปี	9 (2.3)	5 (1.3)	52 (13)	66 (16.5)
20 - 24 ปี	22 (5.5)	7 (1.8)	59 (14.8)	88 (22)
25 - 30 ปี	29 (7.3)	12 (3)	97 (24.3)	138 (34.5)
30 ปีขึ้นไป	20 (5)	8 (2)	80 (20)	108 (27)
การศึกษา				
ไม่เคยได้รับการศึกษา	3 (.8)	0 (0)	3 (.8)	6 (1.5)
ประถมศึกษา	21 (5.3)	9 (2.3)	119 (29.3)	149 (37.3)
มัธยมต้น	18 (4.5)	9 (2.3)	66 (16.5)	93 (23.3)
มัธยมปลายหรือปวช.	21 (5.3)	8 (2)	57 (14.3)	86 (21.5)
อนุปริญญาหรือปวส.	11 (2.8)	5 (1.3)	29 (7.3)	45 (11.3)
สูงกว่าอนุปริญญา	6 (1.5)	1 (.3)	14 (3.5)	21 (5.3)
อาชีพ				
ขายของ	8 (2)	2 (.5)	19 (4.8)	29 (7.3)
แรงงานในโรงงาน	8 (2)	4 (1)	50 (12.5)	62 (15.5)
รับรถรับจ้าง	0 (0)	0 (0)	3 (.8)	3 (.8)
รับจ้างทั่วไป	48 (12)	16 (4)	167 (41.8)	231 (57.8)
แม่บ้าน	7 (1.8)	3 (.8)	23 (5.8)	33 (8.3)
เสมียน	9 (2.3)	7 (1.8)	26 (6.5)	42 (10.5)
รายได้/เดือน				
ต่ำกว่า 4,000 บาท	20 (5)	9 (2.3)	64 (16)	93 (23.3)
4,000 - 5,999 บาท	31 (7.8)	11 (2.8)	123 (30.8)	165 (41.3)
6,000 - 7,999 บาท	20 (5)	2 (.5)	55 (13.8)	77 (19.3)
8,000 - 9,999 บาท	15 (1.3)	3 (.8)	25 (6.3)	33 (8.3)
มากกว่า 10,000 บาท	4 (1)	7 (1.8)	21 (5.3)	32 (8)
ภูมิลำเนาเดิม				
ภาคกลาง	23 (5.8)	10 (2.5)	67 (16.8)	100 (25)
ภาคอีสาน	21 (5.3)	5 (1.3)	74 (18.5)	100 (25)
ภาคเหนือ	21 (5.3)	9 (2.3)	70 (17.5)	100 (25)
ภาคใต้	15 (3.8)	8 (2)	77 (19.3)	100 (25)
ระยะเวลาที่ย้ายจากภูมิลำเนาเดิม				
ต่ำกว่า 1 ปี	10 (2.5)	2 (.5)	48 (12)	60 (15)
1 - 3 ปี	24 (6)	8 (2)	90 (22.5)	122 (30.5)
4 - 6 ปี	17 (4.3)	7 (1.8)	48 (12)	72 (18)
7 - 10 ปี	12 (3)	5 (1.3)	32 (8)	49 (12.3)
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	17 (4.3)	10 (2.5)	70 (17.5)	97 (24.3)

**การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะ
โรคธาลัสซีเมียและสามี ด้านกระบวนการตัดสินใจ
และผลของการตั้งครรภ์**

**Perceptions of Pregnant Women
who are Thalassemia Carriers and their Husbands :
Reproductive Decision Processes and Pregnancy Outcomes**

พรทิพา ทองไกรแสน

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)**

2544

**การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะ
โรคธาลัสซีเมียและสามี ด้านกระบวนการตัดสินใจ
และผลของการตั้งครรภ์**

**Perceptions of Pregnant Women
who are Thalassemia Carriers and their Husbands :
Reproductive Decision Processes and Pregnancy Outcomes**

พรทิพา ทองไกรแสน

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ว่าข้อคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย คณะ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยนี้ ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจยา ยอดดำนเนิน – แอ๊ดติจี้ ที่ได้ให้ความ สนใจและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ Dr.Alan Noel Gray รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพื้ง อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการที่ได้ช่วยบริหารให้การ วิจัยครั้งนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี อาจารย์อรพรรณ หันจางสิทธิ์ ที่อำนวยความสะดวกในการ เบิกจ่ายงบประมาณของโครงการวิจัย คุณศรีสุมาลย์ ศาสตรสาระ และคุณปริยา เกนโรจน์ เลขานุการโครงการที่ได้ช่วยประสานและอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ด้วยดีตลอดมา

ผู้วิจัยใคร่ขอแสดงความขอบคุณ นายแพทย์ สมจิตร์ ศรีสุกร นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครปฐม นายแพทย์สิทธิพร ธรรมบุราณรักษ์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี นายแพทย์ชาญวิทย์ ศุภประสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.คงเดช ลีโทขวลิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม ที่ได้ให้การ สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยและให้ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ไปด้วยดี

ท้ายสุดขอขอบคุณ คุณปาริวัน บัณฑิตวงษ์ โรงพยาบาลนครปฐม คุณบุญปลูก สุทธิผล คุณรุ่งนภา พฤกษา โรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดราชบุรี คุณศลิษา เกิดผล โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี คุณภาวณี รอดผล โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัด นครปฐม และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ทุกท่าน ที่ได้ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดเก็บข้อมูล และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์และสามี ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตนเอง ผู้วิจัย ขอถือโอกาสนี้แสดงความซาบซึ้งในไมตรีจิตและความเอื้อเฟื้อที่ทุกท่านมีต่อผู้วิจัยในรูปต่างๆ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างดียิ่ง

พรทิพา ทองไกรแสน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย และสามี เกี่ยวกับสาเหตุ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย และผลกระทบจากโรคธาลัสซีเมียที่มีต่อการตั้งครรภ์ ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ศึกษากระบวนการตัดสินใจของสามี - ภรรยาต่อการตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพิจารณาตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ หรือคงตั้งครรภ์ต่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง ในเขตการสาธารณสุขที่ 4 ช่วงระยะเวลา 6 เดือน (เมษายน - กันยายน 2543) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 424 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียจำนวน 212 คน และ สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียจำนวน 212 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม จำนวน 64 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 32 คน และสามีจำนวน 32 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ Chi - Square, t - test และ Content Analysis

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับลักษณะและอาการของโรคโดยรวมหญิงตั้งครรภ์และสามีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่แตกต่างรายข้อคำถาม ส่วนความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคธาลัสซีเมีย หญิงตั้งครรภ์และสามีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อคำถาม ส่วนความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จะมีความแตกต่างกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามี หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและอาการของโรคต่างกันคือ หญิงตั้งครรภ์บางคนเข้าใจว่าเกิดโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร คิดว่าป้องกันโดยกินอาหารให้ถูกสุขลักษณะ หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความคิดต่างกันคือ บางคนตอบว่าสับสนเพราะไม่ทราบมาก่อน บางคนยอมเสี่ยงมีบุตรเป็นโรค 2) การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรค การรับรู้

โอกาสเสี่ยงทางพันธุกรรม และการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคด้วยการทำแท้งมี การรับรู้ต่างกัน ผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจมีการรับรู้ต่างหากคือ หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าผู้มี บทบาทหลักควรเป็นภรรยาเพราะเป็นแม่ ส่วนสามีรับรู้ว่ามีบทบาทหลักควรเป็นสามีเพราะ เป็นผู้นำครอบครัวผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจทำหมันหรือคุมกำเนิดคือทั้งสามีและภรรยา ส่วนการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวผู้ตัดสินใจส่วนใหญ่จะเป็นภรรยา 3) กระบวนการตัดสินใจ ของหญิงตั้งครรภ์และสามีที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ตามโครงการตรวจคัดกรองหญิง ตั้งครรภ์ เพื่อค้นหาผู้ป่วยและผู้ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ขึ้นอยู่กับการยินยอมเข้ารับ การตรวจคัดกรอง และการที่คู่สามี - ภรรยาปรึกษาหารือกันเองและตัดสินใจ โดยพบว่ามี 3 รายจากจำนวน 11 ราย ที่สามีไม่ยอมรับการตรวจวิเคราะห์เพิ่ม 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์หรือคงตั้งครรภ์ต่อโดยสรุปพบว่าหญิงตั้งครรภ์คิด ตัดสินใจจากตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ฐานะทางเศรษฐกิจ คู่สมรส และการมีบุตรเพียงพอแล้ว ส่วนสามีตัดสินใจจาก ฐานะเศรษฐกิจ มีบุตรเพียงพอแล้ว ตัวสามีเอง และคำแนะนำของ แพทย์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์เลือกจะมีบุตรหรือไม่ยังเลือกที่จะปรึกษาสามี ส่วนสามีเลือกที่จะ ตัดสินใจเองมากกว่าปรึกษาคู่สมรส

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ กระทรวงสาธารณสุขควรเปลี่ยนรูปแบบการ ดำเนินงานที่เหมาะสมในช่วงการคัดกรองเป็นระยะก่อนตั้งครรภ์ ควรมีคลินิกแยกบริการเฉพาะ สนับสนุนเวชภัณฑ์การตรวจคัดกรอง สนับสนุนสื่อ เอกสาร แผ่นพับให้เพียงพอ มีมาตรการ การดำเนินงานให้สามารถจูงใจสามีมารับการตรวจคัดกรอง และสนับสนุนกฎหมายรองรับ การทำแท้งเมื่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียรุนแรง ในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางป้องกันโรค การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ลักษณะ อาการโรค และความแตกต่างของโรคเลือดจางธาลัสซีเมียกับโรคโลหิตจางจากการ ขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดความรู้ความตระหนักในการป้องกันโรค และ ตัดสินใจปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

EXECUTIVE SUMMARY

In Thailand, about 1 per cent of the population are Thalassaemia cases (approximately 600,000 people) and 30 to 40 per cent are Thalassemia carriers (approximately 2,000,000 people). In Public Health Region 4, among the pregnant women at the screening unit, 1.04 per cent were the Thalassemia cases and 7.05 per cent of the 16,380 pregnant women were Thalassaemia carriers. Cost for treatment of Thalassemia is very high and the disease affects individuals, their families, social relations and reproductive health, especially pregnant women and children.

There is a lack of knowledge about husbands' roles and those of pregnant women in relation to the Thalassemia problem. There is also little knowledge on the perceptions and decision-making processes of pregnant women and their husbands when they are being detected to be Thalassemia carriers. In addition, health personnel always put more emphasis on the women when providing reproductive health services.

This study aimed at redressing this lack of knowledge by comparing the husband's role and that of the pregnant woman when they are detected to be Thalassemia carriers. The study's major objective was to determine reproductive choices and pregnancy outcome decisions of pregnant women who are Thalassemia carriers and their husbands. Its specific objectives included: (i) to determine and compare the knowledge of these pregnant women and their husbands about the causes, health beliefs and preventive behaviors related to Thalassemia and its consequences for pregnancy; (ii) to determine and compare health beliefs and behaviors concerning prevention of Thalassemia transmission among pregnant women who are Thalassemia carriers and their husbands; (iii) to determine the husband-wife decision-making process related to the pregnancy outcome; and (iv) to assess and compare the factors related to decisions regarding the termination of pregnancy or its continuation to term.

This study used a combined quantitative and qualitative research design. The study was conducted among four public hospitals of Public Health Region 4, namely, the Mother and Child Hospital, Ratchaburi province; Nakhon Pathom Hospital and Huayploo Hospital, Nakhon Pathom province; and Phahol Polphayuhasena Hospital in Kanchanaburi province. For the quantitative component of the project, all pregnant women who attended antenatal clinics at these hospitals and who were positive in terms of the Thalassemia screening blood smear and their husbands were purposively selected as subjects (n=424;

212 pregnant women and their husbands). Data from these subjects were collected via a questionnaire that was divided into four parts: demographic data, knowledge about Thalassemia, health beliefs and health behaviors (i.e., risk, severity, benefits and obstacles of the disease, preventive behavior), the three major treatment choices for pregnant and their husbands to select, namely: (i) decision to continue pregnancy, (ii) decision to pay for further investigation of fetal abnormality to determine whether it is only a carrier for Thalassemia or not and continue pregnancy, or (iii) terminate pregnancy. Quantitative data were analyzed by using SPSS for window program. Descriptive data were described by frequency distribution table, percentage, mathematics mean and standard deviation. Discrimination among various factors between the samples were analyzed with Chi-square test and t-test.

For the qualitative part of the study, a multidimensional selection method was used. Structured interviews using an interview guideline were held with a total of 32 pregnant women who were Thalassemia carriers and their 32 husbands. All of these persons were also included in the quantitative study and were willing to participate in the qualitative interviews. The interview guideline obtained information on: personal data; family data; pregnancy data; knowledge, belief, and understanding on prevention and treatment of Thalassemia; the disease's effects on families and the fetus; and, in cases of pregnancy termination, what major factors play a role in making this decision and who is the major decision-maker. All qualitative data were analyzed with Content analysis method.

Among the study's respondents, most of the pregnant women were between 20 and 24 years of age while most of their husbands were between 25 and 29 years. However, pregnant women who decided to continue the pregnancy were younger (age 19 and below) than those who decided to terminate the pregnancy (20-34 years). Conversely, younger husbands (20-24 years) were associated more with pregnancy termination than pregnancy continuation (25-34 years). In addition, men who were Thalassemia carriers tended to want to terminate the pregnancy more often than those who were not carriers.

Most of the couples in this study had a primary school education. In general, the women wanted to pay for further investigation of their fetus's Thalassemia status to a greater extent than their husbands. However, if the husbands had a higher educational level, they also favored further investigation.

Most of the couples worked as employees, with the woman's monthly income being 3,000 baht while that of the husband ranged from 3,001 to 6,000

baht. Hence, the women were more associated with poverty conditions than the men.

There was no difference between the men and women in terms of desired family size; both wanted only two children. Most of the couples had used temporary forms of contraception such as oral pills, and the women were in charge of the contraceptive decision-making process. For the majority of couples, this was their first child.

There was no significant difference between the pregnant women and their husbands in terms of knowledge about the course, symptoms or treatment of the disease. However differences existed for certain items on the questionnaire, in particular, sources of knowledge about the causes of the disease and its symptoms. Some pregnant believed that their anemia was caused by a nutritional deficiency, and only women inherited the disease from their mothers. The husbands did not mention that Thalassemia was caused by a nutritional deficiency. Some knew that their wives had a higher tendency to carry the disease than men; others believed that the disease was caused by organisms in the blood; while believed that the disease only occurred in men.

Knowledge levels concerning health behaviors to prevent Thalassemia among pregnant women and their husbands were the same. They knew that contraception, premarital counseling, celibacy, or marriage to non-carriers could prevent the disease. Some pregnant women knew that healthy food intake can prevent the disease but their husbands did not know this. Some husbands knew that the disease could be prevented by permanent contraception and limited childbearing. Others did not know how to prevent the disease or were not sure because of its relationship to the blood system.

In terms of the effects of the disease on pregnancy and the fetus, both the women and men knew that the disease could be prevented through premarital counseling. Moreover, physicians would generally recommend terminating the pregnancy. Some of the couples were confused, since they did not know about Thalassemia before pregnancy; thus they decided to continue the pregnancy.

There was no significant difference among the entire study sample in terms of the disease's effects, perceptions of hereditary risk, and perceptions of disease prevention. However, regarding pregnancy termination, some pregnant mothers and their husbands thought that they should terminate the pregnancy because they did not want sick child who would require a high cost of treatment. Some thought that it would be sinful to terminate the pregnancy and decided to

continue it. Some pregnant said that termination of the pregnancy was normal, while some of their husbands thought that it would be a hard duty to carry an ill child. Patterns in gender roles and decision-making in terms of pregnancy termination were unclear. Most of the respondents stated that the decision should be made jointly by wives and husbands, while others said that it should be the wife's decision since she must carry the pregnancy. Some husbands felt that since they are the leaders in the family, the decision should be theirs.

According to the National Screening Program against Thalassemia in Pregnancy, health care providers must educate all pregnant and must take a blood smear for Thalassemia screening before 14 weeks pregnancy. The husbands would also have a blood test if their wives' blood smears were positive for Thalassemia. The blood samples would be confirmed either HPLC or electrophoresis. Counselors would then counsel the Thalassemia carrier couples about the decision to terminate or continue pregnancy to prevent the fetus from inheriting the trait from both parents. In this research study, 11 couples were found to be both carriers and they were recommended to have a prenatal diagnosis done to determine the genetic makeup of the fetus in terms of Thalassemia. Three husbands refused to terminate the pregnancy; five pregnant women and their husbands decided to pay for further investigation of the fetus; two pregnant women decided to continue their pregnancies; and one case terminated pregnancy by Bart's hydrop fetalis.

Pregnant women and their husbands made the decision to terminate or continue the pregnancy based usually on their economic status, the number of children they had or wanted, and physician advise. However, men tended to play a greater role in the decision-making process than women. Preventing Thalassemia depends of the effective screening of Thalassemia carriers, counseling, fetal diagnostic methods, as well as the couples' cooperation. Good cooperation of any couple depended on knowledge about disease. Most of the subjects had never known about Thalassemia before marriage. Consequently, they did not know how to prevent the disease, how the disease occurs, how the disease could transfer to their child, and how to manage the disease. Furthermore, if a person was only a Thalassemia carrier and did not show any symptoms, they sometimes denied that they had the disease or there was a risk to the fetus. As a result, they had little motivation to learn about the cause of this disease, its course and prevention. Therefore, health care providers need to understand the health beliefs and perceptions of their clients in order to effectively prevent Thalassemia.

Based on this study's findings, the following recommendations were made. In terms of programming:

1. The Ministry of Public Health (MOPH) should shift the screening program for Thalassemia in pregnant women to cover secondary school students so that they will learn of their status before marriage.

2. Health care providers should adequately educate all couples, because the results of this study show that couples who are both carriers still receive temporary contraception to a greater extent than permanent contraception.

3. Health care providers should communicate clearly to couples how the disease is inherited, its course and symptoms, and how the disease differs from iron or nutritional anemia, since the study found that couples were generally confused about these issues.

4. The MOPH should provide enough education materials, such as leaflets and pamphlets, for health care providers to give effective health education to their clients.

5. The MOPH should have a firm strategy for health care providers to encourage husbands to undergo blood screening, because this study found less than 50 percent of the husbands had been screened.

6. The MOPH should provide an adequate budget for the couples with positive screening tests to undergo further investigation of their fetus's status, because this study found only 57 percent of the couples could confirm diagnosis.

7. There should be special clinic for the couples with Thalassemia in the future.

8. Among pregnant women and their fetuses who are affected by Thalassemia, they should have recourse to legal abortions under Thai society in the future, because there have been problems in getting physicians to terminate pregnancies.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xi
บทคัดย่อ	xli
Executive Summary	xlili
สารบัญ	xlviii
สารบัญตาราง	I
 1. บทนำ	 257
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	257
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	259
 2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	 259
2.1 ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย	259
2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจต่อเด็ก	267
2.3 บทบาทของสามีขณะภรรยาตั้งครรภ์	269
2.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค... ..	271
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	275
2.6 สมมุติฐานการวิจัย	276
2.7 คำจำกัดความ	276
 3. วิธีดำเนินการวิจัย	 279
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	279
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	280
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	283

	หน้า
4. ผลการวิจัย	284
4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	284
4.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	289
4.3 การรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย	292
4.4 กระบวนการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และสามี	294
4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ	295
5. ข้อเสนอแนะ	299
บรรณานุกรม	302

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจโลหิตธาลัสซีเมียของเขต 4 ปี 2543	264
2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพ	280
3 แนวคำถามประเด็นการศึกษาเชิงคุณภาพ	283

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา :

ประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนนโยบายประชากรจากที่เคยตั้งเป้าหมายลดอัตราการเพิ่มประชากร มาสู่นโยบายการเพิ่มคุณภาพประชากร โดยหันมาเน้น “การพัฒนาคนและสังคม” ให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะประชากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ ในการเพิ่มคุณภาพประชากรจะต้องเริ่มตั้งแต่การดูแลและการปฏิสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมทางโลหิต และเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ ปัจจุบันประชากรที่มีเส้นทางพันธุกรรมเป็นพาหะของโรคนี้ประมาณร้อยละ 30 - 40 คือ ประมาณ 18 - 24 ล้านคน มีผู้ที่เป็นโรคนี้ประมาณร้อยละ 1 คือ ประมาณ 6 แสนคน และทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5 หมื่นครรภ์ ในปีหนึ่งๆ จะมีเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 12,125 ซึ่งเพิ่มจากเดิมที่มีจำนวนผู้ป่วยมากอยู่แล้ว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540 :1- 2) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจะได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ตั้งแต่วัยเด็กทำให้มีอาการซีด เหนื่อยง่าย ตับโต ม้ามโต การเจริญเติบโตไม่สมอายุ บางคนมีหน้าตาเปลี่ยนไปซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค (Thalassemic Face) และมีการคั่งของธาตุเหล็กในร่างกายทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เนื่องจากเหล็กไปสะสมที่อวัยวะสำคัญจนเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่อวัยวะนั้นๆ แม้ว่าในปัจจุบันสามารถรักษาโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่เนื่องจากไขกระดูกที่จะให้ในผู้ป่วยเด็ก จำเป็นต้องได้รับบริจาคจากพี่น้องของผู้ป่วยเด็กที่มีเลือดเข้ากันได้ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการปลูกถ่ายไขกระดูกยังสูงมาก การรักษาส่วนใหญจึงเป็นการรักษาตามอาการ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และตลอดอายุขัยของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าอาหารและอื่นๆ มีผลกระทบโดยตรงด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และครอบครัวยังมีความเครียด ส่งผลกระทบด้านจิตสังคมทั้ง

ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นระยะเวลานาน ตลอดอายุขัยของผู้ป่วย

เมื่อมีผู้ป่วยสตรีและเด็กเป็นโรคธาลัสซีเมียจำนวนมาก ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้มอบหมายให้ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรีจัดทำ “โครงการฝึกอบรม เรื่อง โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย : การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมและการวางแผนครอบครัว” ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกโรงพยาบาลในเขต 4 ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบนโยบาย และแนวทางดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย โดยให้ความรู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ การวางแผนครอบครัว การตรวจคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย การเก็บและส่งตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาโรคเลือดจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบิน รวมทั้งบทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในการควบคุมโรคในกลุ่มเด็กนักเรียนและโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 8 – 18 สัปดาห์ เมื่อตรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะหรือมีธาลัสซีเมียก็ต้องตรวจโลหิตสามีด้วย หากสามีเป็นพาหะของธาลัสซีเมียเหมือนกัน ถ้ามีบุตรก็จะมีอัตราเสี่ยงในการเป็นโรคดังกล่าว แพทย์จะอธิบายถึงอัตราเสี่ยงและความรุนแรงของโรคกับทารกในครรภ์ และให้ตัดสินใจถึงทางเลือกแก่คู่สมรส

จากการดำเนินการโครงการอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานแต่มิได้ทราบถึงความรู้สึกนึกคิดบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคและบทบาทของสามี ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหญิงตั้งครรภ์ด้านความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ที่พบว่าตัวเองเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและบทบาทของสามี ในการตัดสินใจใน 3 ทางเลือก คือ หนึ่งยอมเสี่ยงที่จะมีลูกเป็นโรค สองยอมเสียเงินเพิ่มตรวจทารกในครรภ์หากเป็นปกติหรือเป็นเพียงพาหะจึงตั้งครรภ์ต่อ หรือสามยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย อาชีพ และรายได้ของสามีและหญิงตั้งครรภ์

ทางศึกษาด้วย เพื่อจะได้นำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางการส่งเสริมการดำเนินงาน ตามนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคเลือดจางธาลัสซีเมียตามบทบาทเพศและความสัมพันธ์หญิงชายในบริบทครอบครัว และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขในการให้คำแนะนำแก่บุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย และบุคคลทั่วไปทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อการป้องกันโรคธาลัสซีเมียอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย และความรู้ของสามี เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และผลกระทบจากโรคธาลัสซีเมียที่มีต่อการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียและสามี
3. เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจของสามี – ภรรยา ต่อการตั้งครรภ์
4. เพื่อเปรียบเทียบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพิจารณาตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ หรือคงตั้งครรภ์ต่อ

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) หมายถึง โรคหรือภาวะที่มีการสร้างสายโกลบินน้อยกว่าปกติ หรือไม่สร้างเลย โดยที่โครงสร้างหรือการเรียงตัวของกรดอะมิโนในสายโกลบินนั้นยังคงปกติทุกประการ และความผิดปกตินี้ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม (สุทัศน์ พุเจริญ และปราณี พุเจริญ อ่างใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:9) โดยฮีโมโกลบินซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเม็ดเลือดแดงผิดปกติและเกิดพยาธิสภาพของโรคขึ้น ความผิดปกติของการ

สังเคราะห์ฮีโมโกลบินโดยที่ความผิดปกติของฮีโมโกลบิน อาจเกิดจากความผิดปกติทั้งในส่วนฮีมและโกลบินก็ได้แต่ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติของโกลบินซึ่งมี 2 ลักษณะดังนี้

1. ความผิดปกติในการสร้าง ได้แก่ การสร้างสายโกลบิน ชนิดใดชนิดหนึ่งในปริมาณที่ลดลงกว่าปกติ หรือไม่สร้างเลย โดยที่โครงสร้างของสายโกลบินนั้นยังคงปกติทุกประการ กลุ่มอาการดังกล่าวนี้เรียกว่า ธาลัสซีเมีย โดยแบ่งชนิดตามสายโกลบินที่มีการสร้างผิดปกติไป เช่น ถ้าหากการสร้างสายโกลบินชนิดเบต้าผิดปกติเรียกว่า เบต้าธาลัสซีเมีย เป็นต้น

2. ความผิดปกติในสูตรโครงสร้างสายโกลบิน ทำให้กรดอะมิโนซึ่งเรียงตัวกันเป็นสายโกลบินที่ผิดปกติ เมื่อสายโกลบินเหล่านี้รวมตัวกันจึงเกิดฮีโมโกลบินผิดปกติขึ้น

แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ธาลัสซีเมีย เป็นโรคซิดชนิดหนึ่งที่เป็นโรคกรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนลักษณะด้อย (autosomal recessive) ตามกฎของเมนเดล (Law of Mendel) โดยผู้ที่เป็นโรคได้รับยีนที่ควบคุมการสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติมาจากพ่อและแม่ เพราะยีนคือหน่วยพันธุกรรมที่กำหนดลักษณะต่างๆ ของสิ่งมีชีวิต พืช สัตว์ มนุษย์ เช่น ในมนุษย์กำหนดสีผิว ตา ผม ความสูง ความฉลาด หมู่เลือด ชนิดของฮีโมโกลบิน เป็นต้น ยีนที่ควบคุมกำหนดลักษณะต่างๆ ในร่างกายเป็นคู่ ข้างหนึ่งได้รับถ่ายทอดจากพ่ออีกข้างได้รับจากแม่ สำหรับผู้มียีนธาลัสซีเมียมีได้ 2 แบบ คือ

1. เป็นพาหะ คือ ผู้ที่มียีนหรือกรรมพันธุ์ของโรคธาลัสซีเมียข้างเดียว เรียกว่า มียีนธาลัสซีเมียแฝงอยู่ จะมีสุขภาพที่ปกติเหมือนคนทั่วไปต้องตรวจเลือดโดยวิธีพิเศษ จึงจะบอกได้ เรียกว่าเป็นพาหะเพราะสามารถถ่ายทอดยีนปกติไปให้ลูกได้ พาหะอาจให้ยีนข้างที่ปกติหรือผิดปกติไปให้ลูกก็ได้

2. เป็นโรค คือ ผู้ที่รับยีนหรือกรรมพันธุ์ของโรคธาลัสซีเมียมาจากทั้งพ่อและแม่ ผู้ป่วยมียีนผิดปกติทั้งสองข้างและจะถ่ายทอดความผิดปกติต่อไปให้ลูกด้วย ลูกทุกคนจะได้รับยีนผิดปกติข้างใดข้างหนึ่งจากผู้เป็นโรคนี้ไป แต่ลูกจะเป็นโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับยีนอีกข้างหนึ่งที่ได้รับจาก (พ่อหรือแม่) คู่สมรสของผู้เป็นโรค

โรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย

ที่สำคัญ มี 4 ชนิด

1. ฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอปส์ ฟิแทลลิส (Hb Bart's hydrops Fetalis) ได้รับยีนแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1 เป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดจะตายทั้งหมด อาจตายตั้งแต่ในครรภ์ตายขณะคลอดหรือหลังคลอดเล็กน้อย ทารกมีลักษณะบวมและซีด ส่วนแม่ที่ตั้งครรภ์ลูกที่เป็นโรคนี้จะมีปัญหาแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คือ ครรภ์เป็นพิษ มีอาการความดันเลือดสูง บวม อาจมีการคลอดผิดปกติ และมีการตกเลือดหลังคลอด

2. โฮโมซัยกัส เบต้า – ธาลัสซีเมีย (Homozygous-thalassemia) ได้รับยีนเบต้า – ธาลัสซีเมีย กับ เบต้า – ธาลัสซีเมีย กลุ่มนี้แรกเกิดจะไม่มีอาการ เริ่มมีอาการได้ตั้งแต่ภายในขวบปีแรกหรือหลังจากนั้น อาการสำคัญ คือ ซีด อ่อนเพลีย ท้องป่อง ตับ ม้ามโต จะสังเกตเห็นชดภายหลังคลอดประมาณ 3 – 6 เดือน กระดูกใบหน้าเปลี่ยน จมูกแบน โหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้าง ฟันบนยื่น กระดูกบางเปราะ หักง่าย ร่างกายแคระแกร็น เจริญเติบโตไม่สมอายุ ในรายที่ซีดมากจำเป็นต้องได้รับเลือด เนื่องจากในเลือดมีธาตุเหล็กมาก ฉะนั้นหากผู้ป่วยได้รับเลือดบ่อยๆ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ มีธาตุเหล็กเกินไปสะสมในอวัยวะต่างๆ มีผลทำให้ผิวดำคล้ำ เป็นตับแข็ง เบาหวาน หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

3. เบต้า – ธาลัสซีเมีย / ฮีโมโกลบิน อี (β -thalassemia / Hb E) ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ได้รับยีนเบต้า – ธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบิน อี จากพ่อและแม่ ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมียชนิดนี้จะแตกต่างกันได้มาก บางคนมีอาการรุนแรงคล้ายกับโฮโมซัยกัส เบต้า – ธาลัสซีเมีย แต่ผู้ป่วยบางคนมีอาการซีดไม่มาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะซีดปานกลาง และการเจริญเติบโตอาจแตกต่างจากคนปกติเล็กน้อย ช่วงอายุ 30 – 40 ปี จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วย คือ มีภาวะเหล็กเกิน ทำให้ผิวหนังดำคล้ำ เป็นโรคเบาหวาน ตับแข็ง หรือหัวใจล้มเหลว

4. โรคฮีโมโกลบิน เอช (Hb H disease ได้รับยีน แอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1 กับ แอลฟา – ธาลัสซีเมีย 2 หรือแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1 กับ ฮีโมโกลบินคอนสแตนต์สปริง) ส่วนใหญ่จะมีอาการซีดเล็กน้อยหรือซีดปานกลาง ตาเหลือง ม้ามโตพอดำได้ มักจะได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นโรคตับอักเสบหรือโรคดีซ่าน โดยทั่วไปผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดนี้ไม่

ต้องการการดูแลหรือรักษาเป็นพิเศษ ยกเว้นเมื่อมีไข้ผู้ป่วยจะซึดลงกว่าเดิมอย่างรวดเร็ว บางรายอาจมีอาการซีดรุนแรงมากจนทำให้ไตวายหรือหัวใจล้มเหลวได้

พาหะของธาลัสซีเมียที่สำคัญ ๆ ในประเทศไทย มี 5 ชนิด คือ

1. พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1
2. พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 2
3. พาหะของฮีมोगلوبิน คอนสแตนท์สปริง
4. พาหะของเบต้า – ธาลัสซีเมีย
5. พาหะของฮีมोगلوبิน อี

พาหะแบบที่เหมาะสมจะกัน ถ้าแต่งงานกันแล้วลูกมีโอกาสที่จะเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีดังนี้

1. พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1 กับ พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1
2. พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1 กับ พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 2
3. พาหะของแอลฟา – ธาลัสซีเมีย 1 กับ พาหะของฮีมोगلوبิน คอนสแตนท์สปริง
4. พาหะของเบต้า – ธาลัสซีเมีย กับ พาหะของเบต้า – ธาลัสซีเมีย
5. พาหะของเบต้า – ธาลัสซีเมีย กับ พาหะของฮีมोगلوبิน อี

อุบัติการณ์ของโรคธาลัสซีเมีย และพาหะของโรคในประเทศไทย

1. คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ ทั้งในภาวะที่มียีนธาลัสซีเมีย 2 ยีน (Homozygote) และภาวะที่มียีนธาลัสซีเมียร่วมกับยีนของฮีมोगلوبินผิดปกติ ที่เกิดบนสายโกลบินเดียวกัน พบร้อยละ 1 ของประชากรประเทศไทยคิดเป็นจำนวน 6 แสนคน (วิชัย เทียนถาวร, 2542: :1)

2. คนที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย คือ กลุ่มคนที่มียีนผิดปกติอยู่ 1 ยีน ซึ่งไม่มีอาการแสดงของโรค แต่สามารถถ่ายทอดยีนผิดปกติไปยังลูกหลานได้ มีอุบัติการณ์ ดังนี้ (ภักดิพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532 :14)

2.1. บนสายโกลบินชนิดแอลฟา ธาลัสซีเมีย ได้แก่

- 2.1.1 พาหะของแอลฟา ธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 20 ของประชากร
- 2.1.2 ฮีโมโกลบินชนิดคอนสแตนต์สปริงส์ พบร้อยละ 4 ของประชากร

2.2. บนสายโกลบินชนิดเบต้า

- 2.2.1 พาหะของเบต้า ธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 5 ของประชากร
- 2.2.2 ฮีโมโกลบิน อี (Hb E) พบมากน้อยต่างกันในแต่ละท้องถิ่น เฉลี่ย

ราวร้อยละ 13 ของประชากร

อุบัติการณ์การเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติทุกชนิด รวมกันในประเทศไทยมีสูงถึงร้อยละ 30 - 40 ของประชากรไทย คือ ประมาณ 18 - 24 ล้านคน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2540 : 1) ในรอบปีที่ผ่านมา (ตุลาคม 2542 - กันยายน 2543) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในสถานบริการสาธารณสุข เขต 4 ที่ได้รับการตรวจโลหิตพบว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย 81 คนจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจ 27,984 คน ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจโลหิตธาลัสซีเมีย เขต 4 ปีงบประมาณ 2543

ลำดับ	จังหวัด	หญิง ตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์	หญิงตั้งครรภ์		หญิงตั้งครรภ์		หญิงตั้งครรภ์		สามี		สามี	
			คัด กรอง	%	พบ โรค	%	พาหะ	%	คัด กรอง	%	พาหะ	%
1.	ราชบุรี	7,544	4,342	57.55	10	0.23	1089	25.08	415	38.11	90	21.69
2.	เพชรบุรี	3,705	1,973	53.25	2	0.10	15	0.76	*	*	*	*
3.	ประจวบฯ	5,997	926	15.44	12	1.30	38	4.10	*	*	*	*
4.	นครปฐม	12,555	9,730	77.50	22	0.23	585	6.01	*	*	*	*
5.	กาญจนบุรี	8,456	3,632	42.95	13	0.36	576	15.86	352	61.11	60	17.05
6.	สมุทรสาคร	9,205	5,992	65.10	22	0.37	112	1.87	*	*	*	*
7.	สมุทรสงคราม	1,578	1,390	88.09	-	-	261	18.78	66	25.29	18	27.27
	7 จังหวัด	49,040	27,985	57.07	81	0.29	2,676	9.56				

ที่มา ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี

หมายเหตุ - * หมายถึง ไม่ได้ข้อมูล

- ร้อยละของสามีที่คัดกรอง คิดเป็นร้อยละที่สามียอมตรวจเลือดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะ

การที่เกิดฮีโมโกลบินผิดปกติ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของผนังเม็ดเลือดแดง คือ ทำให้มีการซึมผ่านของประจุบวก ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่าย นอกจากนี้แล้ว การที่พยายามขับตะกอน ซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอมในเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกขณะผ่านม้าม เม็ดเลือดของคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจึงมีอายุสั้นกว่าของคนปกติ และผลจากการที่มีฮีโมโกลบินผิดปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ สรีรวิทยาและเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ (ภักดิพร อิศรางกูร ณ อยุธยา อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:16)

1. โลหิตจางเรื้อรัง เนื่องจากเม็ดเลือดแดงถูกทำลาย (hemolytic anemia) ทำให้มีอาการซีด ตัวและตาเหลือง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ตับและม้ามโต ปัสสาวะมีสีเข้ม
2. การเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ยเล็ก น้ำหนักน้อย
3. มีรูปร่างหน้าตาผิดปกติถ้าเกิดขึ้นแล้วจะถาวรตลอดไป เป็นลักษณะเฉพาะของโรค (Thalassemic Face) ได้แก่ หน้าผากตุงชัน หวดตาห่าง ตั้งจมูกแพบ โหนกแก้มสูง คาง

และขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันยื่นเขยิบและเรียงตัวไม่เรียบ กระดูก กระโหลกศีรษะโหนกยื่นเป็นตอนๆ มักพบที่กระดูกพรอนต์ และออกซิปีทัล

4. มีการคั่งของธาตุเหล็กในร่างกายและไปจับตามผิวหนัง และอวัยวะภายในทำให้เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะนั้นๆ เช่น หัวใจ ตับ ตับอ่อน ต่อมไทรอยด์ ทำให้เกิดหัวใจวาย ตับแข็ง เบาหวาน และการเจริญเติบโตทางเพศล่าช้ากว่าปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ผิวหนังจะมีลักษณะดำคล้ำ อันเนื่องมาจากธาตุเหล็กไปจับด้วย

5. การเปลี่ยนแปลงทางกระดูกเนื่องจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้นทำให้โพรงไขกระดูกขยายกว้างออกไป เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าตาเป็นลักษณะเฉพาะของโรค กระดูกจะบางหักง่าย

6. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากความต้านทานโรคต่ำ เกิดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นแผลเรื้อรังที่ขา และก้อนเนื้อออกจากโพรงไขกระดูก ที่ทำงานมากและโตขึ้น ไปกดอวัยวะใกล้เคียงทำให้เกิดอาการต่างๆ แล้วแต่อวัยวะใดถูกกดเบียด

7. ภาวะวิกฤตเนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตกจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดอย่างรวดเร็ว และรุนแรง ซึ่งมักเกิดภายหลังการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางและรุนแรง

ปัจจุบันมีการรักษาโรคให้หายขาดได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) การเปลี่ยนสาร ดี เอ็น เอ (D N A) ในยีนเพื่อให้สร้างสายโกลบินส่วนที่ขาดหายไปได้เช่นคนปกติ แต่วิทยาการก้าวหน้าเหล่านี้ยังอยู่ในขั้นศึกษา และจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง และค่าใช้จ่ายสูงมาก การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ซึ่งมีอยู่จำนวนมากในประเทศไทย จึงเป็นการรักษาตามอาการ ตลอดจนการป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้

1. การให้เลือดผู้ป่วยที่มีอาการซีดมาก แพทย์จะพิจารณาให้เลือดเพื่อป้องกันไม่ให้อัตราฮีโมโกลบินต่ำ จนเกิดอาการเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำให้หัวใจวายได้ โดยให้ในรูปของเม็ดเลือดแดงเข้มข้น ความถี่ของการให้เลือดจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค

2. การให้ยาขับธาตุเหล็ก เพื่อรักษาภาวะคั่งของธาตุเหล็ก เพราะผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะมีธาตุเหล็กคั่งมาก เนื่องจากการที่เม็ดเลือดแดงถูกทำลายมาก เมื่อได้รับธาตุเหล็กจากการให้เลือดทำให้ร่างกายมีการดูดซึมธาตุเหล็กมากขึ้น และร่างกายไม่มีกระบวนการกำจัดเหล็กส่วนเกิน และถ้าไม่ได้รับการรักษา เหล็กจะไปสะสมทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น

3. การรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หัวใจวาย นิ่วในถุงน้ำดี แผลเรื้อรังที่ขา เป็นต้น

4. การตัดม้าม จะกระทำในรายที่จำเป็นเท่านั้น เช่น ในกรณีที่มีการทำลายเม็ดเลือดแดงมาก จนทำให้ผู้ป่วยซีดมาก ม้ามโตมากจนทำให้แน่นอึดอัด เจ็บปวด หรือเปื่อยดอวัยวะอื่น แต่การตัดม้ามมีผลเสีย คือ ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

5. การรักษาประคับประคองโดยให้อาหารที่มีคุณค่าสูง ให้ออกซิเจนป้องกันโรคอย่างครบถ้วน ดูแลไม่ให้ติดเชื้อ เพื่อป้องกันการทำลายเม็ดเลือดแดงอย่างรุนแรงเมื่อติดเชื้อขึ้น

แนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียเมื่อเกิดขึ้นแล้วก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาล ทั้งในด้านการรักษา และทรัพยากรมนุษย์ที่ด้อยคุณภาพอันเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ (ประเวศ วะสี, อ้างถึงใน สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:22) การดูแลผู้ป่วยเกิดโรคแล้วจึงนับเป็นแก้ไขปัญหาก็ปลายเหตุ เพราะการรักษาโรคให้หายขาดยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ดังนั้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมุ่งที่การป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้มีการพัฒนาความรู้วิชาการ และวิธีการถ่ายทอดความรู้วิชาการที่เหมาะสมแก่ ประชาชนทั่วไป อสม. ครู นักเรียน และบุคลากรทางการแพทย์

2. การค้นหาผู้ป่วยและพาหะของโรคแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโดยการพัฒนารูปแบบการตรวจหาพาหะของโรคในลักษณะของ

- Retrospective Diagnosis Programme หรือ Hospital-based approach โดยเริ่มต้นที่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แล้วย้อนหาประชากรเสี่ยงเพื่อการ

ตรวจวินิจฉัย หรือการตรวจค้นหาผู้ป่วยในชุมชน หรือในโรงเรียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ

- Prospective Diagnosis Programme หรือแบบ Community –based approach เพื่อหาผู้ป่วยและผู้เป็นพาหะของโรคในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มก่อนวัยเจริญพันธุ์ และวัยเจริญพันธุ์ ที่มีโอกาสให้กำเนิดบุตรที่ป่วย

3. การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมและการวางแผนครอบครัว โดยการพัฒนาความรู้และรูปแบบที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาทางด้านพันธุกรรมสำหรับคู่สมรส (Pre and Post – marital counselling) ซึ่งจุดประสงค์หลักของการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ คือให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการมีลูกเป็นโรคพันธุกรรม (reproductive option) โดยมุ่งหมายให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลและครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษาแนะนำเป็นสำคัญ แต่การเลือกวิธีโดยยอมขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคู่สมรสมีภรรยาอื่นๆ โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ย่อมมีความปรารถนา และเลือกทำสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนและการตัดสินใจเลือกสิ่งนั้น แต่ละคนมีเหตุผลเฉพาะของตน ไม่มีผู้ใดสามารถบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ต้องการได้ โดยเหตุนี้การให้คำปรึกษาแนะนำจึงใช้วิธี non – directive คือให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำเป็นผู้ตัดสินใจเอง การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์นอกจากจะได้ผลในการป้องกันโรคพันธุกรรมในครอบครัว ยังช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคพันธุกรรมในประชากรอีกด้วย

4. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดในกลุ่มมารดาที่เป็นพาหะของโรค และกลุ่มที่ทั้งมารดาและบิดาเป็นพาหะของโรค โดยการพัฒนาเทคโนโลยีเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย การวินิจฉัยก่อนคลอด (Pre-natal diagnosis) และการพัฒนาสถานบริการระดับต่างๆ ให้มีความพร้อมดำเนินการ

5. การยุติการตั้งครรภ์ในมารดาที่บุตรในครรภ์เป็นโรค

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจอารมณ์สังคม และเศรษฐกิจต่อเด็ก

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤต ที่ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากระบบครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิกทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยกัน สมาชิกแต่ละคนบทบาทของตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา เมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว

โดยเฉพาะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงไม่เฉพาะปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยัง
มีปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แมสซาเกลีย และคาร์พินาโน (Massaglia and
Carpinano, อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:19) ศึกษาภาวะจิตใจของเด็กป่วยโรค
ธาลัสซีเมีย พบว่าจากการที่เด็กป่วย มีอาการซีด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่สามารถมีกิจกรรม
เช่นเดียวกับเด็กในวัยเดียวกัน ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองป่วยมาก ไม่สมประกอบ นอกจากนี้การ
ที่เด็กมีรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไปทำให้เด็กรู้สึกอับอายหน้าตา และสีผิวของเด็กป่วยจะคล้ำมาก
ตอนวัยเรียนและวัยรุ่น และต้องเข้ารักษาตัวเสมอๆ ทำให้ไม่ได้ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ และ
แยกตัวจากกลุ่มเพื่อนในที่สุด จากการศึกษาของ พยอมน อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสิณี กังวาน
เนาวรัตน์ (2522) และการศึกษาของ สาคร พุทธปาน (2528) (อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
2532:20) ที่พบว่าเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ร้องไห้ง่ายและเอา
แต่ใจตนเอง

นอกจากผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะได้รับความทุกข์ทรมานแล้ว บิดามารดาของผู้ป่วยเองก็
เผชิญปัญหาที่รุนแรงเช่นเดียวกันเมื่อทราบว่าบุตรป่วยและรักษาไม่หายบิดามารดาบางคน
กลัวว่าบุตรจะเสียชีวิตและโกรธไม่เชื่อคำวินิจฉัยของแพทย์ จะพยายามพานบุตรไปรักษาอีก
หลายแห่ง จากการศึกษาของ พยอมน อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสิณี กังวานเนาวรัตน์ (2522)
(อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:20) พบว่าบิดามารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียกลุ่ม
ที่ศึกษาเข้าใจว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 41 ซึ่งหากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง
ก็จะพานบุตรไปเปลี่ยนที่รับการรักษามีผลกระทบด้านจิตใจและเศรษฐกิจของสมาชิกครอบครัว
มากขึ้น

จากการที่บิดามารดาทราบว่าบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย เพราะการถ่ายทอดทางพันธุกรรม
ทำให้บิดามารดาารู้สึกผิด และต้องรับผิดชอบถึงแม้ว่าจะไม่ได้ตั้งใจให้สิ่งไม่ดีแก่บุตร คู่สมรส
บางคนโทษว่าเป็นความผิดของอีกฝ่ายหนึ่ง จะกระทบถึงสัมพันธภาพในครอบครัวบิดามารดา
จะรู้สึกผิดและเกิดความเครียด รู้สึกอับอายรูปร่างหน้าตาของบุตร เครียดจากอารมณ์ของเด็ก
ที่เรียกร้องสูง เอาแต่ใจ ทำให้บิดามารดาแยกตนและบุตรออกจากสังคม ส่วนในกลุ่มบิดา

มารดาที่ปฏิเสธปัญหาจะรู้สึกโกรธ และอับอายเรื่องความเจ็บป่วยของเด็ก จะพยายามให้เด็กแสดงความสามารถทัดเทียมเด็กปกติอื่นๆ เพื่อปฏิเสธความเจ็บป่วยของบุตร (Massaglia and Carpinano, อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:21-22) บางคนอยากให้บุตรเสียชีวิตเลย เพราะการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเป็นการะอย่างใหญ่หลวง (พยอม อิศตานวัฒน์ และศุภาสิณี กังวานเนาวรัตน์ (2522) อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:22)

การประเมินผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อปัญหาโรคธาลัสซีเมีย เป็นความสูญเสียอย่างมหาศาลต่อครอบครัวและประเทศชาติ ซึ่งสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้สรุปค่าใช้จ่ายของโรคไว้ดังนี้ (คู่มือการปฏิบัติงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย, 2540:51-59) หญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรป่วยเป็น Hb Bart's hydrops เสียค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับโรคนี้ 31.25 ล้านบาทต่อปีสำหรับเด็ก 1,250 คน ผู้ป่วย Homozygous β Thalassemia เสียค่ารักษาพยาบาลประจำ 199.8 ล้านบาท ต่อผู้ป่วย 6,000 คน ค่ายาขับเหล็ก 524.2 ล้านบาท ต่อผู้ป่วย 4,800 คน ค่าตัดม้าม 852.9 ล้านบาท ต่อผู้ป่วย 600 คน ถ้าเป็นผู้ป่วย β Thalassemia / Hb E จะเสียค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลประจำ / ปี / คน ประมาณ 16,350 บาท ค่ายาขับเหล็ก 213,200 บาท / ปี / คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแต่ละปีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรคตามอาการจะใช้จ่ายสูงมาก แม้ว่าครอบครัวเหล่านี้จะได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านการเงินจากสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.) ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่ายานพาหนะ อาหารและอื่นๆ โดยที่ความสูญเสียเหล่านี้ยังไม่นับรวมถึงการที่บิดามารดาต้องขาดรายได้เพื่อการดูแลบุตรที่ป่วย และรัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการจัดหาบุคลากร และอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อมาดูแลผู้ป่วยด้วย

2.3 บทบาทของสมาชิกในครอบครัว

มนุษย์เมื่อกำเนิดมาจะมีลักษณะที่แตกต่างกันตามชีวภาพ คือ ลักษณะเพศที่บ่งบอกความเป็นชายหญิง ส่วนการรับรู้บทบาทหน้าที่ ความรู้สึกนึกคิด สภาพแวดล้อมหรือ

สังคมรอบตัวเป็นผู้กำหนด ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละวัฒนธรรม ประเพณีและค่านิยมของสังคมที่ทำให้บทบาทของชายและหญิงต่างกัน โดยที่ผู้ชายสังคมคาดหวังให้เป็นผู้นำครอบครัว ให้ความคุ้มครองบุตรและภรรยา มีภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว สังคมได้กำหนดบทบาทเพศ (Sex roles) ให้กับหญิงชายให้มีบทบาทต่างกัน โดยรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม ชายหญิงก็ได้เรียนรู้ค่านิยม และหลายสิ่งหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับบทบาทนั้น จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ผู้ชายแต่ละคนจะมีอิทธิพลทำให้การรับรู้บทบาทการเป็นบิดาแตกต่างกัน บิดาที่มีความรู้พื้นฐานของครอบครัว มีความเข้าใจถึงความสำคัญของบทบาทบิดาต่อครอบครัว จะเป็นผู้ที่เห็นความสำคัญของบทบาทที่ดี เมื่อภรรยาตั้งครรภ์จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันของคู่สมรส เวลาว่างที่สามีภรรยาเคยมีให้แกกันจะน้อยลง สำหรับสามีในฐานะหัวหน้าครอบครัว จะมีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น มีการเตรียมพร้อมในการเป็นบิดาตามที่ ดิวอล (Duvall อ้างในประภารัตน์ ทวีเกียรติตระกูล, 2528 : 34) ได้กล่าวถึงสิ่งสำคัญที่ผู้เป็นบิดามารดาต้องเตรียมพร้อมในระยะตั้งครรภ์ก่อนที่บุตรจะเกิด ดังนี้

1. ในระยะตั้งครรภ์ของภรรยา สามีจะต้องมีการปรับปรุงความรับผิดชอบงานในครอบครัวใหม่ เพื่อลดภาระของภรรยาขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากขนาดของครรภ์ที่โตขึ้นเรื่อยๆ ทำงานไม่สะดวก เห็นอย่างง่าย ควรได้มีเวลาพักผ่อนเพิ่มขึ้น
2. เปลี่ยนแปลงการมีเพศสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับระยะตั้งครรภ์ของภรรยา
3. มีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารระหว่างสามีภรรยาให้เหมาะสม เพราะขณะตั้งครรภ์ภรรยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ไปจากเดิม
4. มีการพัฒนาแบบแผนการใช้จ่ายภายในครอบครัว เพื่อแบ่งเงินบางส่วนไว้ใช้ในขณะตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร
5. จะต้องหาความรู้เกี่ยวกับการเกิด การดูแลทารก และศึกษาบทบาทของการเป็นบิดามารดาด้วย
6. จัดสถานที่และของใช้ที่จำเป็นด้านร่างกายสำหรับบุตรที่จะเกิดมา
7. ปรับปรุงการคบหาสมาคมกับเพื่อนและการเข้าสังคมให้เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ของภรรยา
8. ปรับปรุงด้านความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง

สำหรับความรู้สึกของผู้ที่กำลังจะเป็นบิดา จะมีความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เช่น ดีใจ เสียใจ ภูมิใจ วิดกกังวล จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมของตนไปในรูปใด ในการช่วยเหลือภรรยาขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะเมื่อทราบว่าเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย

2.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิทยาของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin, อ้างใน โรเซนสต็อก (Rosenstock), 1974 : 328-335) ฮัททวอม (Hochbaum) และคณะจึงได้พัฒนาเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 328-335) ได้เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเขียนอธิบาย และเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้มากขึ้น หลังจากที่โรเซนสต็อกได้สรุปองค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้วนั้น ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบาย พฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น สรุปได้ว่าองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งได้รับการยืนยันจากผลการวิจัยในระยะต่อมา ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมีด้วยกัน 5 องค์ประกอบ (Becker & Maiman 1975 : 20-25) ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived Susceptibility) เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความเสี่ยง ที่เขามีโอกาสเกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัย แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกันไป

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคนั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับอารมณ์และความแตกต่างของแต่ละบุคคล

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived benefit and Barriers to taking action) นั่นก็คือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้นๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึงระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ดำรงรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย แรงจูงใจทางด้านสุขภาพโดยทั่วไปประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยด้วยการวัดระดับความพึงพอใจ หรือความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

5. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ ฯลฯ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ค่านิยมทางวัฒนธรรม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้ หรือประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการเกิดโรค ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันออกไป

จากองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งมี 5 องค์ประกอบนั้น ในส่วนของปัจจัยร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

อายุ จะเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยอายุจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะส่งผลถึงการรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจ การตัดสินใจเผชิญปัญหา

ต่างๆ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีมากขึ้นสูงสุดเมื่ออายุมากขึ้น (Andreson 1980 อ้างถึงใน ก้านจิต ศรีนนท์, 2541: 27)

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการทางสติปัญญา และมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว ผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ เข้าใจแผนการรักษา ตลอดจนมีการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537:35) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาราล์ฟ (Ralp อ้างถึงใน ก้านจิต ศรีนนท์, 2541: 28) ที่พบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงกว่ามีการรับรู้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาดำกว่า

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ เนื่องจากในบทบาทของบิดามารดามีหน้าที่ต้องให้การดูแล และตอบสนองความต้องการของบุตรทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ถ้ามีบุตรโรคธาลัสซีเมียเกิดขึ้นในครอบครัว คู่สมรสจะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ คู่สมรสจะช่วยแบ่งเบาภาระและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ส่วนในครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว มักจะประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและปัญหาความขัดแย้งในบทบาท ที่ต้องทำหน้าที่ในบทบาทเป็นทั้งบิดามารดา ชาติผู้ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่างๆ ตลอดจนชาติที่ปรึกษา สนับสนุนและให้กำลังใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบถึงการรับรู้ของมารดาได้ จากการศึกษาของ บุษกร อินทวิชัย (2539:ข) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญ ในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์และร่วมมือช่วยเหลือกันอย่างใกล้ชิด ลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะประกอบด้วยบิดามารดาเท่านั้น บิดามารดาจะเป็นผู้รับผิดชอบภาระหน้าที่ในครอบครัวทุกอย่าง ส่วนในครอบครัวขยายนอกจากบิดามารดาและบุตรแล้ว ยังมีญาติของทั้งสองฝ่ายหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวด้วยเมื่อมารดาต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวคน

อื่นๆ ก็จะเข้ามารับบทบาทแทน สามารถทำงานแทนหรือช่วยแบ่งเบาภาระที่คู่สมรสรับผิดชอบ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำต่างๆ แก่คู่สมรส ทำให้คู่สมรสลดความรู้สึกเป็นภาระลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพิน จันทรงค์ และคนอื่นๆ (2539 : 85) ที่พบว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ดีกว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

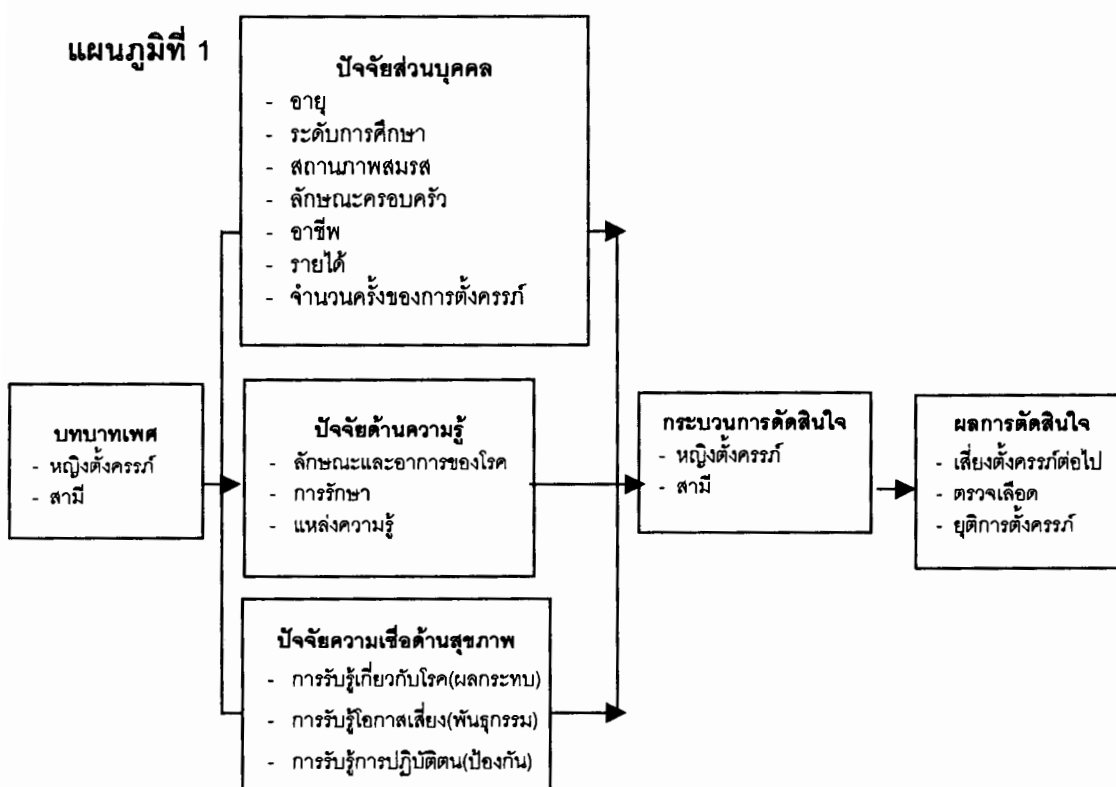
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การที่คู่สมรสต้องดูแลบุตรหลายคน เป็นภาระหนักที่ต้องดูแลและตอบสนองความต้องการของบุตรทุกคนทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อย่างเท่าเทียมกันทั้งเด็กที่มีสุขภาพดีและเด็กที่เจ็บป่วย อีกทั้งมารดาต้องเผชิญกับปฏิกิริยาและอารมณ์ของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เช่นมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือเรียกร้อง ทำให้คู่สมรสมีความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นการที่คู่สมรสจะตัดสินใจอย่างใดหนึ่งนั้น ถ้ามีประสบการณ์หรือได้รับรู้บางแล้วจะมีผลต่อการตัดสินใจ

อาชีพ ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะก่อให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาซึ่งต้องรับผิดชอบสูงทั้งในการดูแลงานบ้านและบุตรที่ป่วย ดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ การประกอบอาชีพนอกบ้านเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้น มารดาอาจมีปัญหาไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเพิ่มบทบาททำให้ต้องปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง อาจจะต้องเปลี่ยนบทบาทตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของยูพิน จันทรงค์ และคนอื่นๆ (2539:79, 85) พบว่ามารดาที่ประกอบอาชีพในบ้าน มีบทบาทในการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ดีกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกบ้าน

รายได้ของครอบครัว เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยที่ความเจ็บป่วยจะมีผลกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่ากัน ผู้มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสหรือสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ซึ่งส่งผลให้คู่สมรสสามารถเผชิญกับปัญหาและตัดสินใจได้ดีขึ้น (Sahin, อ้างถึงใน ก้านจิต ศรีนนท์, 2541: 30)

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของทั้งหมดสรุปได้ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและสามี จะตัดสินใจอย่างไรมัน มีองค์ประกอบอื่นๆ หลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ต่อการเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและบทบาทของสามี ว่าจะมีการตัดสินใจแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะได้เป็นแนวทางการดำเนินงานของบุคลากรทางการแพทย์ ใช้วางแผนการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย เพื่อภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีของประเทศไทย

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



2.6 สมมุติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและสามี มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย และผลกระทบจากโรคธาลัสซีเมียที่มีต่อการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและสามีมีการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
3. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและสามี มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพิจารณาตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ หรือคงตั้งครรภ์ต่อที่แตกต่างกัน

2.7 คำจำกัดความ

- หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง ในเขตการสาธารณสุขที่ 4 และได้รับการตรวจโลหิตว่าเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย
- สามีที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง ในเขตการสาธารณสุขที่ 4 ได้รับการตรวจโลหิตผลการตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย
- อายุ ของสามีและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง จำนวนปีเต็มนับจากวันเกิดของสามีและของหญิงตั้งครรภ์
- ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาชั้นสูงสุดในระบบการศึกษา ที่สามีและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียได้รับ ได้แก่
 - ระดับประถมศึกษา
 - ระดับมัธยมศึกษา
 - ระดับอนุปริญญา, ปวส., ปวช., ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

- **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพของสามีและหญิงตั้งครรภ์ แบ่งตามการสมรสเป็น 3 กลุ่ม คือ

- สถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน
- สถานภาพสมรสคู่ แยกกันอยู่
- สถานภาพสมรส หย่า แยกกันอยู่

- **ลักษณะครอบครัว** หมายถึง ลักษณะของกลุ่มคนที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน กับสามีและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

- ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี หญิงตั้งครรภ์ และบุตรซึ่งแยกมาอยู่ตามลำพัง
- ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี หญิงตั้งครรภ์ บุตรและญาติพี่น้องของฝ่ายสามีหรือฝ่ายของหญิงตั้งครรภ์ ที่อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน

- **อาชีพ** หมายถึง ลักษณะการทำงานของสามีและหญิงตั้งครรภ์ซึ่งใช้เวลาทำเป็นประจำ หรือทำเป็นส่วนมากในรอบปี แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

- เกษตรกร หรือ กสิกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่ายหรือเพื่อบริโภค
- แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่บ้าน มีรายได้จากสามี
- รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่งๆ
- ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ที่ทำการค้า หรือธุรกิจทุกชนิด
- รับราชการ หมายถึง ผู้ที่รับราชการหรือทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ
- ว่างงาน หมายถึง ผู้ที่ในขณะปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ และไม่มีรายได้

- รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือนจากการประกอบอาชีพของสามีและหญิงตั้งครรภ์โดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์ โดยนับการแท้ง การคลอดบุตร ก่อนกำหนด และการตั้งครรภ์ปัจจุบันร่วมด้วย
- จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ และจำนวนบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง จำนวนบุตรทั้งหมดที่มีชีวิตอยู่ในความดูแลของสามีและหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และจำนวนบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย
- ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องของสามีและหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับลักษณะและสาเหตุของโรคธาลัสซีเมีย อาการ การรักษา และแหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของสามีและหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยรู้แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ซึ่งประเมินโดยแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- กระบวนการตัดสินใจ หมายถึง ขั้นตอนการปรึกษาหารือเพื่อตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และสามี ตั้งแต่เริ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วยินยอมได้รับการตรวจเลือดดูพาหะของโรคเบื้องต้น และหลังจากได้รับคำปรึกษาเพื่อวินิจฉัยก่อนคลอด

- ผลการตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกวิธีดำเนินการทางใดทางหนึ่งของสามีและของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อพบว่าตนเองเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและจะมีบุตรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมีย โดยมีทางเลือก 3 ทางเลือกได้แก่

1. ยอมเสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย
2. ตรวจทารกในครรภ์ หากเป็นปกติ หรือเป็นเพียงพาหะจึงตั้งครรภ์ต่อ
3. ยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง

3. วิธีดำเนินการวิจัย :

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย เชิงปริมาณ (Quantitative Methodology) และเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง ในเขตการสาธารณสุขที่ 4 (โรงพยาบาลแม่และเด็กจังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี และโรงพยาบาลห้วยพุลู จังหวัดนครปฐม)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (เชิงปริมาณ) เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงทั้งจากหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง ในเขตการสาธารณสุขที่ 4 ที่มีผลการตรวจโลหิตหญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียทุกคน โดยที่ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลซึ่งได้รับการปฐมนิเทศจากผู้วิจัยมาก่อนแล้วพร้อมผู้วิจัย ได้เก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลพร้อมกันในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (เมษายน – กันยายน 2543) ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคทุกคนและสามี ตลอดช่วงระยะเวลาที่

ศึกษา การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 424 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 212 คน และสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 212 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (เชิงคุณภาพ) โดยวิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มหลายมิติ เลือกจากการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างในเก็บข้อมูลครั้งแรก แล้วกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะให้สัมภาษณ์จำนวน 64 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 32 คน และสามีจำนวน 32 คน ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพ

การตัดสินใจ	รพ.แม่และเด็ก		รพ.พหลฯ		รพ.ห้วยพสุ		รพศ. นฐ.	
	สามี	ภรรยา	สามี	ภรรยา	สามี	ภรรยา	สามี	ภรรยา
- เสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรคฯ	2	2	2	2	-	-	4	4
- ตรวจทารกเพิ่มถ้าปกติจึงตั้งครรภ์ต่อ	3	3	3	3	1	1	5	5
- ยุติการตั้งครรภ์(ทำแท้ง)	3	3	3	3	1	1	5	5
รวม	8	8	8	8	2	2	14	14

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย :

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามและแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับชื่อ นามสกุล อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ ได้รับ

การตรวจครรภ์จากโรงพยาบาลใด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่และจำนวนบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย และเคยทราบผลการตรวจเลือดว่าเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียมาก่อนหรือไม่

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของสามีและของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 20 ข้อ ซึ่งจะเป็นแบบสอบถามปลายปิดที่ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาดำรง เอกสาร วารสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ

"ใช่" หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริง

"ไม่ใช่" หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นความจริง

"ไม่ทราบ" หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่ทราบว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงหรือไม่โดยเกณฑ์ให้คะแนน จากการที่เป็นแบบสอบถามความรู้ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเลือกข้อที่ถูกต้องก็ให้ 1 คะแนน ถ้าเลือกข้อผิด หรือเลือกข้อไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสามีและของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker) เป็นพื้นฐานประกอบการรับรู้ 3 ด้านดังนี้

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

3.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

ซึ่งการรับรู้ทั้ง 3 ด้านประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ทั้ง 3 ด้านรวมข้อคำถามในส่วนนี้จำนวน 20 ข้อคำถาม โดยมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวกและลบ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยประยุกต์จากมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคิต (Likert scale) มาใช้ คือ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็น หรือ การรับรู้ของผู้ตอบ

เฉยๆ ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบเฉยๆ หรือไม่แน่ใจว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็น ด้วยกับข้อความในประโยคนั้นๆ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็น หรือการ รับรู้ของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน : ข้อความที่แสดงความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรม

	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน	3 คะแนน
	เฉยๆไม่แน่ใจ	ให้	2 คะแนน	2 คะแนน
	เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน	1 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามทางเลือกของสามีและหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นพาหะ ของโรคธาลัสซีเมีย ถ้ามีบุตรจะมีอัตราเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมีย โดยมีทางเลือกให้ ตัดสินใจจาก 3 ทางเลือกดังนี้

1. ยอมเสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย
2. เสียเงินตรวจทารกในครรภ์ หากเป็นปกติหรือเป็นเพียงพาหะจึงตั้งครรภ์ต่อ
3. ยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 7 ท่าน นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบและ ปรับปรุง และตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ต่อไป โดยทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียและสามี ที่มา

รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครชัยศรี และโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เก็บในการวิจัย) แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เท่ากับ .8077 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดความเชื่อเท่ากับ .5786

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลที่ต้องการ (แนวคำถาม)	วิธีการ / เทคนิค
- หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย -สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย	- ข้อมูลภูมิลำเนาเดิม - ข้อมูลครอบครัวและข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรค - ประวัติการตั้งครรภ์ - ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเข้าใจ วิธีการป้องกันการรักษาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย - โรคธาลัสซีเมียมีผลกับปัญหาครอบครัวหรือการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ - โรคธาลัสซีเมียมีผลต่อบุตรในครรภ์อย่างไร - ถ้าโรคธาลัสซีเมียมีผลต่อบุตรในครรภ์ แล้วแนะนำให้ทำแท้งหรือทำหมัน หญิงตั้งครรภ์และสามีตัดสินใจอย่างไร - การตัดสินใจใครเป็นผู้มีบทบาท - มีปัจจัยอะไรต่อการตัดสินใจมีบุตรคนต่อไปหรือยุติการตั้งครรภ์	Indepth Interviews

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล :

วิเคราะห์เชิงปริมาณนำแบบสอบถามแต่ละชุดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง และกำหนดรหัสคำตอบ แล้วนำผลคำตอบที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS / FW (Statistical Package For the Social Science For Windows) โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นใช้สถิติเชิงพรรณนา เสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต (X) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตามอายุ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต จำนวนบุตรป่วยด้วยโรคฯ อาชีพ รายได้ ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทางเลือกของคู่สมรส

2. การวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างสามีและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโดยใช้การวิเคราะห์ Chi – square, t – test

วิเคราะห์เชิงคุณภาพ จัดแฟ้มข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละสมมุติฐาน

สมมุติฐานที่ 1 ใช้ T-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีในแต่ละด้านแยกเป็นรายข้อ แล้วนำมาเปรียบเทียบเป็นรายด้านแล้วค่อยเปรียบเทียบรวม

สมมุติฐานที่ 2 และวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

สมมุติฐานที่ 3 แยกหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และต่อการตัดสินใจของสามี นำเสนอในรูปตารางไขว้ และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Chi – square test

4. ผลการวิจัย

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ หญิงตั้งครรภ์มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 24 ปีมากที่สุด ต่างจากสามีจะมีอายุอยู่ช่วง 25 – 29 ปีมากที่สุด หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเสี่ยงตั้งครรภ์มีอายุอยู่ในช่วง 15 – 19 ปี ส่วนสามีเสี่ยงตั้งครรภ์จะมีอายุมากกว่าคืออยู่ในช่วง 25 – 34 ปี ส่วนที่หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 20 – 24 ปี และ 30 – 34 ปี ส่วนสามีที่เลือกการยุติการตั้งครรภ์จะมีอายุระหว่าง 20 – 24 ปี และจุดสังเกตคือหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยตัดสินใจเสี่ยง

ตั้งครรภ์มาก ส่วนสามีอายุน้อยเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ แสดงให้เห็นว่าอายุน้อยทำให้มีวุฒิภาวะที่ยังน้อยจึงคิดที่จะทำในสิ่งที่เสี่ยง ๆ ซึ่งก้านจิต ศรินนท์ (2541 : 6) กล่าวว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์และสามี จะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โดยจะส่งผลถึงการตัดสินใจของบุคคลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

ระดับการศึกษา หญิงตั้งครรภ์และสามี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกเสียเงินตรวจเพิ่มและยุติการตั้งครรภ์มากกว่าสามี แต่เมื่อดูระดับการศึกษาที่สูงพบว่าสามีเรียนระดับอนุปริญญาและสูงกว่ามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ และเลือกที่จะตัดสินใจเสียเงินตรวจเพิ่มมากกว่าหญิงตั้งครรภ์สอดคล้องกับที่วิมลรัตน์ ภู่ราวุฒิพานิช (2537 : อ้างถึงในก้านจิต ศรินนท์, 2541 : 6) ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์และสามีเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา และมีความสามารถในการเรียนรู้และการตัดสินใจ ผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผลและหาวิธีแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มากขึ้น โดยเหตุที่ผู้หญิงเมื่ออยู่ในวัยเรียนยังมีความไม่เท่าเทียมกันกับผู้ชายวัยเดียวกัน เมื่อผู้หญิงขาดข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็นทำให้ประเมินปัญหาสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง ทำให้ตัดสินใจหรือเลือกวิธีปฏิบัติตนหรือดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสม (จินตนา ยูนีพันธุ์, 2542 : 28)

ลักษณะครอบครัว พบว่าหญิงตั้งครรภ์อยู่ในครอบครัวเดี่ยวคือมีเฉพาะ พ่อ แม่ ลูก มากที่สุด ส่วนสามีอยู่ในครอบครัวขยายให้คือมี พ่อ แม่ ลูก และอยู่ร่วมกับ พ่อ แม่ ญาติ ใกล้เคียงกัน โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีที่อยู่ร่วมกับญาติเลือกเสี่ยงตั้งครรภ์มากกว่าลักษณะครอบครัวกลุ่มอื่น ซึ่งสามีคนหนึ่งกล่าวว่า “ยอมเสี่ยงในเมื่อเขาเป็นแบบนี้ก็ต้องยอมรับ เลี่ยงเขาจนกว่าเขาจะไป ก็ทำได้แค่นี้” และหญิงตั้งครรภ์คนหนึ่งกล่าวว่า “เสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรค เพราะสงสารลูก จะเลี้ยงดูให้ดีที่สุด ครอบครัว พ่อ แม่ พี่น้องพร้อมอยู่แล้ว” จากคำสัมภาษณ์ยอมเสี่ยงตั้งครรภ์เพราะครอบครัวอยู่พร้อม ซึ่งลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์และสามี เป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย จะเป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลกระทบกับการตัดสินใจเลือกทางเลือก ถ้าสามีและหญิงตั้งครรภ์มีลักษณะครอบครัวแบบขยาย สมาชิกใน

ครอบครัวอื่นๆ ก็จะเข้ามารับบทบาทแทน สามารถทำงานแทนหรือช่วยแบ่งเบางานที่รับผิดชอบ ทำให้สามีและหญิงตั้งครรภ์ลดความรู้สึกเป็นภาระลง

อาชีพรัก ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี มีอาชีพรับจ้างมากกว่าอาชีพอื่น ๆ โดยพบว่าสามีเลือกที่เสี่ยงตั้งครรภ์และเสียเงินตรวจเพิ่มมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์ สามีคนหนึ่งกล่าวว่า “หลังจากมีบุตรคนนี้แล้ว ไม่อยากมีบุตรอีก เพราะฐานะอาชีพไม่มั่นคง” หรืออีกคนหนึ่งกล่าวว่า “ไม่อยากมีลูกมาก เพราะไม่มีอาชีพเพียงพอปลดหนี้” และหญิงตั้งครรภ์คนหนึ่งกล่าวว่า “อาชีพมีส่วนในการตัดสินใจอยู่มาก เพราะรับจ้างเขาไม่มีเวลา” หรือหญิงตั้งครรภ์อีกคนหนึ่งกล่าวว่า “ไม่อยากมีบุตรอีกเพราะอาชีพรับราชการไม่มีเวลาเลี้ยงดู” สรุปได้ว่าอาชีพมีส่วนในการตัดสินใจ เพราะอาชีพของหญิงตั้งครรภ์และสามีมีผลกระทบกับการตัดสินใจเลือก ถ้าประกอบอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้าน ต้องทำหน้าที่ดูแลบุตรที่ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พร้อมกับการทำงานหารายได้เป็นการเพิ่มบทบาทต้องรับภาระมากกว่าเดิม จึงมีผลต่อการตัดสินใจได้

รายได้ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ในช่วง 3,000 บาท หรือต่ำกว่ามากที่สุด ส่วนสามีมีรายได้ในช่วง 3,001 – 6,000 บาท มากที่สุด โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์รายได้ 3,000 บาท หรือต่ำกว่า เลือกตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์มากถึงร้อยละ 20.8 ซึ่งจากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์คนหนึ่งกล่าวว่า “จะตัดสินใจมีบุตรคนต่อไปหรือไม่ ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว” และหญิงตั้งครรภ์คนหนึ่งกล่าวว่า “ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีผล ถ้าเราไม่พร้อมแล้วมีบุตรคนต่อไป จะทำให้เขาเกิดมาบนความลำบาก ชีวิตเขาไม่สบายเท่าที่ควร” ดังนั้นรายได้จึงมีส่วนในการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ ดังเช่นที่จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวไว้ว่า ความยากจนเมื่อเกิดขึ้นกับครอบครัวใดก็ตาม สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือผู้หญิง โดยที่รายได้ของหญิงตั้งครรภ์และสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงินโดยที่ผลของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจการเงิน และความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่ากัน ผู้ที่มีรายได้สูง

ย่อมมีโอกาสจะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในการดูแลบุตรที่จะเกิดมาแล้วจะป่วยเรื้อรังได้

ความต้องการจำนวนบุตร ความต้องการบุตรของหญิงตั้งครรภ์และสามีคือ ต้องการมีบุตรจำนวน 2 คนมากที่สุด และพบว่าหญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์มากกว่าสามี ซึ่งจากการสัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์คนหนึ่งกล่าวว่า "คิดว่าเอาความคิดของแม่ตัดสินใจเอง เพราะภรรยาเป็นผู้ดูแลมากกว่าสามี" อีกคนกล่าวว่า "จะต้องอธิบายเหตุผลให้เข้าใจ ส่วนใหญ่สามีจะเชื่อฟังเหตุผลเราอยู่แล้ว" หรือหญิงตั้งครรภ์อีกคนกล่าวว่า "สามีให้สิทธิ์เรา เพราะเราเป็นคนท้อง แม่น่าจะมีสิทธิ์มากกว่า" และจากการสัมภาษณ์สามีกล่าวว่า "แล้วแต่ใจแม่เขา แม่ของเด็กจะเป็นคนตัดสินใจ เขาคือคนอุ้มท้อง" ดังนั้น ความต้องการจำนวนบุตรเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ เนื่องจากบทบาทของบิดา-มารดา มีหน้าที่ต้องให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของบุตร ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อครอบครัวมีบุตรจำนวนที่ต้องการซึ่งสามารถเลี้ยงดูได้เป็นอย่างดี บุตรก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก การตัดสินใจจึงเป็นการเลือกเสียเงินตรวจเพิ่มมาก ซึ่งกลุ่มตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สองสามีเลือกเสียตั้งครรภ์และเสียเงินตรวจเพิ่มมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แต่หญิงตั้งครรภ์เลือกจะยุติการตั้งครรภ์มากกว่าสามี จากการสัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์คนหนึ่งกล่าวว่า "ถ้าเป็นรุนแรง เขาเกิดมาจะไม่สมบูรณ์ ฐานะไม่ดีจะยิ่งแย่ไปใหญ่ ค่าใช้จ่ายมันเยอะ เราขายได้น้อย เสียใจอยู่แล้วเต็ม ๆ เลย ปลอຍให้ท้องมานานแล้ว เพิ่งจะมี" โดยสามีกล่าวว่า "คิดว่าจะทำตามแพทย์ เพราะถ้าเป็นเด็กจะไม่สมประกอบ มีความรู้สึกว่าการทำแท้งที่ถูกต้องก็น่าจะทำ แต่ถ้าทำแล้วมีผลกระทบก็ไม่น่าทำ" ดังนั้นจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ว่าเป็นการตั้งครรภ์ ครรภ์ที่เท่าไร มีบุตรมีชีวิตอยู่หรือไม่ ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียด้วยหรือไม่ จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกของสามีและหญิงตั้งครรภ์ เพราะถ้ามีบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย มารดาต้องรับภาระหนักใน

การดูแล มีประสบการณ์แล้วจะสามารถเลือกทางเลือกที่จะตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของตนได้

การเลือกรูปแบบคุมกำเนิด ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีเลือกไม่แตกต่างกันคือเลือกการคุมกำเนิด (ชั่วคราว) มากที่สุด รองลงมาเลือกทำหมัน โดยการเลือกวิธีคุมกำเนิด (ชั่วคราว) เลือกกินยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมาเป็นการฉีดยาคุมกำเนิด ซึ่งจากการสัมภาษณ์ถึงเหตุผลและผู้มีบทบาทในการตัดสินใจ โดยหญิงตั้งครรภ์กล่าวว่า “ไม่ทำหมันจะกินยาคุมกำเนิด เพราะสะดวก เคยกินอยู่ไม่แพ้ เลือกตัดสินใจเอง” หรือ “จะทำหมันเลย เพราะอายุมากแล้ว ตอนแรกสามีไม่ยอม อยากมีลูกอีก 1 คน แต่ขึ้นอยู่กับเรา (ภรรยา) อายุเรามากแล้ว” ส่วนสามีกล่าวว่า “ไม่ทำหมัน ให้ฉีดยาคุม เพราะถ้ากินยาแล้วกลัวลืม ตัดสินใจให้” อีกคนกล่าว “ยังไม่ทำหมัน คุมไว้ก่อน ให้ภรรยากินยาเม็ดคุมกำเนิด ต้องการมีบุตรอีกคนในช่วงต่อไป”

ซึ่งคณะกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ ได้รายงานแนวโน้มในอนาคตไว้ว่า ผู้หญิงรับภาระในการคุมกำเนิดมากกว่าสามีถึงสิบเท่า ผู้หญิงบางกลุ่มที่ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีวางแผนครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิงเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 : 31) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2532 : 30) ที่กล่าวว่า กลุ่มบิดา มารดา ของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และต้องการมีบุตรถึงร้อยละ 22 โดยบิดา มารดาคุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมันน้อยมาก คือบิดาทำหมันเพียงร้อยละ 7 มารดาทำหมันเพียงร้อยละ 29 เพราะอุปสรรคสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่แสวงหา หรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันโรคธาลัสซีเมีย นั้น ส่วนใหญ่เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคนั่นเอง

การตัดสินใจเลือก ไม่มีความแตกต่างระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามี ส่วนใหญ่เลือกเสียเงินตรวจเพิ่ม และพบว่าสามีที่มีผลเลือดเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียตัดสินใจเลือก

ตรวจเพิ่ม และเลือกตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์น้อยกว่าสามีที่มีผลเลือดปกติซึ่งดูเหมือนว่าผู้ชายซึ่งเป็นสามีจะมีความกระตือรือร้นที่จะให้ผู้หญิงเป็นผู้ใช้การคุมกำเนิดในขณะที่ผู้ชายกลับเข้าถึงการมีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ อย่างง่ายดาย (มัลลิกา มติโก, 2542 : 59) และการที่บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือรับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาโรค ถ้าหากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ และขาดแรงจูงใจด้านสุขภาพทำให้ไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ในกลุ่มบุคคลที่เป็นเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) จะไม่เคยได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและแนวทางการป้องกันโรคธาลัสซีเมียมาก่อน แม้ว่าบุคคลที่เป็นพาหะเหล่านี้ บางคนมีบุตรป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียแล้วก็ตาม

4.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ความรู้เกี่ยวกับลักษณะและอาการของโรคของหญิงตั้งครรภ์และสามี โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อคำถามพบว่า มีความรู้แตกต่างกันในเรื่องการตรวจหาโรคธาลัสซีเมีย การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์และอาการของโรคธาลัสซีเมีย ส่วนความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคธาลัสซีเมีย หญิงตั้งครรภ์และสามีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งโดยรวมและรายข้อคำถาม ส่วนความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จะมีความแตกต่างกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามี ซึ่งจากการวิจัยของ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2532 : 30) ก็พบว่า บิดา มารดา ของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ หรือมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 30 คิดว่าโรคธาลัสซีเมียไม่ใช่โรคทางพันธุกรรม ร้อยละ 38 ไม่ทราบว่าการรักษาโรคธาลัสซีเมียถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือไม่ และเข้าใจว่าสามารถรักษาโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้ร้อยละ 41 และในการวิจัยครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะและอาการของโรค และความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากการที่ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับความรู้ก่อนการทำแบบสอบถามซึ่งพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีตอบผิดมากได้แก่ ข้อที่ถามว่า

- ถ้า พ่อ – แม่ เป็นโรคธาลัสซีเมีย เพียงคนเดียวจะทำให้ลูกเกิดมาเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียทุกคน
- คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย หน้าตาไม่แตกต่างจากคนปกติ
- คนที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียจะมีธาตุเหล็กคั่งในร่างกายมาก ไม่ควรกินอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก เช่น ตับสัตว์
- การรักษาโรคธาลัสซีเมียนิยมรักษาเฉพาะตามอาการที่ปรากฏข้อคำถามที่หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันคือ
- เราสามารถรู้ว่าใครเป็นโรคเลือดจางธาลัสซีเมียโดยไม่จำเป็นต้องตรวจเลือด (สามีตอบถูกร้อยละ 100)
- ถ้า พ่อ – แม่ เป็นโรคธาลัสซีเมียทั้ง 2 คน ลูกที่เกิดมาจะป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียทุกคน (สามีตอบถูก 82%)
- คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะตัวเหลือง ตับโต ม้ามโต (หญิงตั้งครรภ์ตอบถูก 97%)
- ถ้า พ่อ – แม่ คนใดคนหนึ่งเป็นพาหะ และอีกคนปกติ ทุกครั้งที่ตั้งครรภ์ ลูกจะเสี่ยงเป็นพาหะของโรคครั้งหนึ่งของจำนวนบุตร (หญิงตั้งครรภ์ตอบถูก 91%)
- สามารถสอบถามความรู้โรคธาลัสซีเมียจากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (หญิงตั้งครรภ์ตอบถูก 89%)

ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและความรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ด้านสุขภาพเหมือนกันว่า โรคธาลัสซีเมียเกิดจากกรรมพันธุ์ยีนผิดปกติ เม็ดเลือดแดงผิดปกติ มีอาการ ซีดเหลือง พุงโต ฟันหน้ายื่น โหนกแก้มสูง ดังแปบ ตับโต ม้ามโต ไม่สบายบ่อย ตัวเล็กผิดปกติ เติบโตช้า เม็ดเลือดแตกง่าย ผู้ที่มีโอกาสเป็น คือ ทารกที่พ่อแม่เป็นพาหะ แม่ถ่ายทอดให้ลูก และคนที่มีญาติเป็นโรค

หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ด้านสุขภาพต่างกันคือ หญิงตั้งครรภ์บางคนเข้าใจว่าเกิดโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรค คือคนที่เป็นโลหิตจางและขาดสารอาหารเป็นได้ทุกคน และบางคนรู้ว่าเกิดจากการที่พ่อแม่เป็นพาหะของโรค ผู้ที่มี

โอกาสเป็นโรคคิดว่าเป็นเฉพาะลูกผู้หญิงที่แม่ถ่ายทอดให้ลูก และรู้ว่าคนที่มียาติเป็นโรคมี โอกาสเป็นโรคนี้ด้วย ส่วนสามีไม่ได้ตอบว่าเกิดจากการขาดสารอาหารและเกิดจากพ่อแม่เป็น พาหะของโรค ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคสามีบางคนมีความคิดว่าผู้หญิงหรือภรรยาตนมีโอกาสเป็น ได้มาก มีเชื้อในเลือด และสามีบางคนคิดว่าเป็นเฉพาะในผู้ชาย

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่าหญิง ตั้งครรภ์และสามีมีความรู้เหมือนกันว่า สามารถป้องกันได้โดย ก่อนมีบุตรต้องไปตรวจเลือด ทั้งคู่ คุมกำเนิด ปรีกษาแพทย์ก่อนมีบุตร ไม่แต่งงานทั้งคู่ ทำร่างกายให้แข็งแรง ตรวจเลือด ก่อนแต่งงาน ป้องกันก่อนตั้งครรภ์ แต่งงานกับคนที่ไม่เป็นพาหะ เจาะเลือด พ่อ – แม่และลูก ตรวจ ไม่มีบุตรคนต่อไป เมื่อมีบุตรเป็นโรคควรทำแท้ง

หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ต่างกันคือหญิงตั้งครรภ์บางคนคิดว่าป้องกันโดย กินอาหารให้ถูกสุขลักษณะ ให้แพทย์จัดยาให้กิน ทำร่างกายให้แข็งแรงกินอาหารที่มีธาตุเหล็ก เจาะเลือดและถ่ายเลือด หากู้ที่แข็งแรง ไม่แต่งงานหลีกเลี่ยงการแพร่โรค ส่วนสามีบางคนรู้ ว่าป้องกันโดยทำหมัน มีลูกน้อย และเริ่มคุมกำเนิดไม่ให้มีลูก และสามีบางคนไม่ทราบไม่ แน่ใจว่าป้องกันได้หรือไม่เพราะเป็นโรคเกี่ยวกับเลือด

ผลกระทบที่มีต่อการตั้งครรภ์และบุตร หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ เหมือนกันว่า เสียใจ ลำบากใจเพราะเป็นปัญหาสังคมและครอบครัว ควรไปปรึกษาแพทย์ ตรวจเลือด ยอมเสียเงินตรวจให้แนก่อนเพราะเพิ่งเป็นพาหะยังไม่ได้เป็นโรค ปรีกษากันก่อน มีบุตร ตรวจถ้าลูกปกติจะตั้งครรภ์ต่อ ถ้าเป็นขั้นรุนแรงทำแท้ง คุมกำเนิดหรือทำหมัน บางคนเสี่ยงมีบุตรเป็นโรคเพราะไม่มีเงินตรวจ จะเลี้ยงให้ดีที่สุด หญิงตั้งครรภ์และสามีมี ความรู้ต่างกันคือหญิงตั้งครรภ์บางคนรู้ว่าควรดูแลรักษาตัวเองให้ดี รักษาไม่หายและควรมี บุตรน้อย ไม่อยากได้บุตรคิดจะทำแท้ง บางคนตอบว่าสับสนเพราะไม่ทราบมาก่อนต้องหา ความรู้เพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจยังไม่ตอบ ส่วนสามีบางคนรู้ว่าต้องปรึกษาแพทย์ทำ ตามคำแนะนำของแพทย์ไม่ให้ภรรยามีบุตร สามีบางคนคิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมที่มาเป็น

โรคนี้ และยอมเสี่ยงปล่อยตามปกติเพราะเด็กไม่รู้เรื่อง เจ็บๆไม่ต้องทำอะไร เมื่อมีบุตรคนนี้แล้วจะยุติการมีบุตร ส่วนสามีบางคนเชื่อว่าต้องตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์ ให้ตรวจเลือดสามีให้ทำหมัน และถ้ายังไม่ตั้งครรภ์ต้องคุมกำเนิด

4.3 การรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย

โดยรวมพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางพันธุกรรม และการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง ได้แก่ข้อคำถาม “คนที่ เป็นโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้” และ “หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียต้องดูแลเป็นพิเศษมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ”

ข้อคำถามที่หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการรับรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน คือ

- คนที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียต้องให้เลือดสม่ำเสมอ
- เมื่อมีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียจะมีผลกระทบต่อภาระใช้จ่ายและเสียเวลาดูแลรักษา
- คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมักกระดูกหักง่าย
- โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นบาป แต่ชาติปางก่อน
- ผู้ที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ควรกินอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่ว เพื่อเสริมสร้างเลือด
- ต้องไปฝากครรภ์ให้หมอตรวจก่อนคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้มีบุตรป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย

การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคด้วยการทำแท้งหญิงตั้งครรภ์และสามีบางคน มีการรับรู้เหมือนกันว่า ควรทำเพราะไม่อยากมีบุตรเป็นโรค เป็นผลดีลดจำนวนโรค ไม่อยากได้บุตรที่เจ็บป่วยไม่สมบูรณ์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก

ฐานะไม่ดี และหญิงตั้งครรภ์และสามีบางคนมีความคิดเหมือนกันว่า ไม่ควรทำเพราะสงสารลูกจะเลี้ยงให้ดีที่สุด ทำแท้งเป็นสิ่งไม่ดีกลัวบาป ทำใจไม่ได้เป็นความผิดของพ่อแม่ครอบครัวสามารถเลี้ยงได้

หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการรับรู้ต่างกันคือ หญิงตั้งครรภ์บางคนเชื่อว่าควรทำเพราะทำแท้งเป็นเรื่องปกติ บางคนคิดว่าไม่ควรทำยอมเสี่ยงเอาลูกไว้ เชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม ส่วนสามีบางคนเชื่อว่าควรทำแท้งเพราะเด็กมีปัญหาไม่ควรอยู่ใช้ชีวิตกับคนทั่วไปและภรรยาคงเข้าใจ ถ้าไม่ทำแท้งจะมีผลกับแม่ที่ต้องเลี้ยงดู สามีบางคนไม่ทำขอคิดให้รอบคอบและขอปรึกษาภรรยาก่อนเพราะเป็นการทำลายชีวิตคน

ผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจ หญิงตั้งครรภ์และสามีบางคนมีความคิดเหมือนกันว่า ผู้มีบทบาทหลักคือสามี-ภรรยาต้องปรึกษากันแล้วแต่ว่าเหตุผลของใครดีกว่ากัน เพราะมีสิทธิ์เสมอกัน เป็นภาระครอบครัวกลัวไม่มีเงินค่ารักษา สามีบางคนคิดว่าผู้มีบทบาทหลักคือภรรยาเพราะเป็นผู้คุมท้องยอมให้ภรรยา

หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการรับรู้ต่างกันคือ หญิงตั้งครรภ์บางคนคิดว่าผู้มีบทบาทหลักควรเป็นภรรยาเพราะเป็นแม่ยอมมีสิทธิ์มากกว่าเพราะเป็นคนท้องเป็นคนดูแลบุตรมากกว่าสามี บุตรอยู่ในท้องภรรยาถ้าภรรยาไม่ยอมให้ทำใครจะบังคับไม่ได้ และบางคนไม่ยอมมีลูกไม่ชอบเลี้ยงเด็ก ส่วนสามีบางคนคิดว่าผู้มีบทบาทหลักควรเป็นสามีเพราะเป็นผู้นำครอบครัว ภรรยาเชื่อฟังให้สามีเป็นผู้นำภรรยาคอยตาม

ผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจทำหมันหรือคุมกำเนิด หญิงตั้งครรภ์และสามีบางคนมีความคิดเหมือนกันว่า จะทำหมันเพราะอายุมากแล้วและมีบุตรเพียงพอแล้ว เชื่อแพทย์ ไม่อยากเสี่ยง บางคนยังไม่ทำหมันเพราะกลัวอยากมีบุตรอีก หรือปรึกษากันก่อน ผู้มีบทบาทหลักคือทั้งสามีและภรรยา ส่วนการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวเพราะสะดวกดีเคยชินง่ายดี ไม่แพ้ อยากมีบุตรอีก ผู้ตัดสินใจส่วนใหญ่จะเป็นภรรยา

หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการรับรู้ต่างกันคือ หญิงตั้งครรภ์บางคนคิดว่าทำหมันเพื่อความสบายใจของตนเอง บางคนไม่ทำหมันเพราะมีประสบการณ์เห็นคนในครอบครัวทำหมันแล้วทำงานหนักไม่ได้ บางคนแล้วแต่สามีตัดสินใจให้ และบางคนดูก่อนว่าบุตรปกติหรือไม่ ส่วนสามีบางคนคิดว่าจะทำหมันเพราะรู้ตัวว่าเลือดผิดปกติไม่อย่างมีลูก บางคนที่ไม่ทำหมันเพราะเชื่อว่ามีทางเลือกในการตรวจเลือด และบางคนไม่ยอมให้ภรรยาทำ สามีจะทำหมันขายเอง

4.4 กระบวนการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และสามี

ตามโครงการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ เพื่อค้นหาผู้ป่วยและผู้ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์น้อยกว่า 14 สัปดาห์ และให้การปรึกษาทางพันธุกรรมและวางแผนครอบครัวแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ในอันที่จะควบคุมป้องกันไม่ให้ทารกเกิดใหม่เป็นโรค หรือลดเด็กแรกเกิดที่เป็นโรคเลือดจางธาลัสซีเมียให้น้อยที่สุด นั้นเริ่มจากเมื่อมีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้เรื่อง “โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย” อธิบายเกี่ยวกับพาหะ อัตราเสี่ยง อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาและอธิบายทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเบื้องต้น โดยใช้ Thal Screen Test หากผลเลือดหญิงตั้งครรภ์เบื้องต้นเป็นผลบวก positive เจ้าหน้าที่จะให้หญิงตั้งครรภ์กลับไปปรึกษากับสามีก่อน เมื่อสามีตกลงตรวจด้วย ภรรยาจะพาสามีมาพบเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้สามีก่อนเจาะเลือด เมื่อสามียินยอมจึงตรวจเลือด หากผลเลือดสามีเบื้องต้นเป็นบวก (positive) เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้เพิ่มเติมแก่คู่สามีภรรยา ทั้งสามีและภรรยาจะปรึกษากันก่อน เมื่อสามีและภรรยายินยอมที่จะได้รับการตรวจต่อจึงเจาะเลือดส่งตรวจยืนยันผลด้วย HPLC หรือ Electrophoresis หากผล Hb typing พบคู่สมรสใดเป็นพาหะทั้งคู่และเป็นพาหะที่เสี่ยงให้กำเนิดบุตรเป็นโรคชนิด Homozygous β -Thalassemia เจ้าหน้าที่จะให้การปรึกษาแก่คู่สมรสเพื่อวินิจฉัยก่อนคลอดพร้อมคำแนะนำทางพันธุศาสตร์ด้วย เพื่อให้สามีและภรรยาจะปรึกษากันเองก่อนการตัดสินใจ ในช่วงการเก็บข้อมูลครั้งนี้ พบว่าเป็น Hb

typing เป็นพาหะทั้งคู่และเสี่ยงที่จะให้กำเนิดบุตรเป็นโรคจำนวน 11 คู่สมรส เมื่อทั้งคู่ปรึกษาหารือกันแล้วพบว่า

- 3 ราย สามีไม่ยินยอมให้ตรวจเพิ่ม โดยที่
- 2 ราย สามีและภรรยาตัดสินใจเลือกครั้งแรกเลือกเหมือนกันคือ ยุติการตั้งครรภ์โดยให้แพทย์ทำแท้ง
- 1 รายสามีเลือกตัดสินใจเลือกครั้งแรกยุติการตั้งครรภ์โดยให้แพทย์ทำแท้ง ภรรยาเลือกตรวจเพิ่ม
- 3 ราย ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อ พบปกติ จึงตั้งครรภ์ต่อ
- 2 ราย ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อ พบปกติ จนคลอดปกติ ทำหมัน
- 2 ราย ไม่ได้ให้ตรวจเพิ่มเพราะอายุครรภ์เกิน
- 1 ราย ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อพบผิดปกติเป็นฮีโมโกลิน บาร์ท ไฮดรอฟ ฟัทัลลิส ยุติการตั้งครรภ์ (แท้ง)

ซึ่งการวินิจฉัยก่อนคลอดเป็นทางเลือกสำหรับคู่สามี-ภรรยา ที่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรค เป็นบริการสำคัญในการป้องกันโรค แต่พบว่ามีคู่สมรสที่เสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรค ดังนั้นการวินิจฉัยโรคก่อนคลอด อาจไม่ใช่ทางเลือกหรือเป็นที่ยอมรับสำหรับทุกครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผลของการตรวจอาจต้องลงเอยด้วยการทำแท้ง ซึ่งก็ต้องให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ด้วย ในเรื่องการตัดสินใจแต่งงาน การมีบุตร การคุมกำเนิด การทำหมัน หรือการทำแท้ง แต่ก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อน และมีผลกระทบต่อจิตใจ และการดำเนินชีวิตของคู่สมรส

4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ

ในส่วนของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ หรือคงตั้งครรภ์ต่อไปได้แก่ ตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

คู่สมรส จำนวนบุตรเพียงพอแล้ว คำแนะนำของแพทย์ อาชีพไม่มั่นคง สุขภาพไม่แข็งแรง ไม่อยากมีลูกเป็นโรค บางคนกล่าวว่า

“ต้องการบุตรเพิ่มอีก 1 คน เพื่อให้ลูกมีเพื่อน มีพี่น้อง ไม่คำนึงหรอกว่าลูกจะเป็นโรคหรือไม่”

“ถ้าฐานะเราไม่พร้อมแล้วมีบุตรคนต่อไป จะทำให้ชีวิตเขาเกิดบนความลำบาก ไม่สบายเท่าที่ควร”

ในส่วนของสามีพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ หรือคงตั้งครรภ์ต่อไปได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวนบุตรเพียงพอแล้ว ตัวสามีเอง คำแนะนำของแพทย์อาชีพไม่มั่นคง คู่สมรสบางคนกล่าวว่า “ฐานะครอบครัวเลวหมอบ เพราะเราต้องดูว่าลูกคนแรกเราทำให้เขาได้ขนาดไหน เขามีความสุขหรือความทุกข์เมื่ออยู่กับเรา” “ตัวเราสามีเป็นผู้ตัดสินใจ เพราะเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัวและคิดว่ายังมีบุตรไม่พอ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ชัดเจน”

โดยสรุปพบว่าหญิงตั้งครรภ์คิดตัดสินใจจะดูจากตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ฐานะทางเศรษฐกิจ คู่สมรส และการมีบุตรเพียงพอแล้ว ส่วนสามีตัดสินใจดูความพร้อมจากฐานะเศรษฐกิจ มีบุตรเพียงพอแล้ว ตัวสามีเอง และคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์เลือกจะมีบุตรหรือไม่ ยังเลือกที่จะปรึกษาสามีให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่มาก ส่วนสามีเลือกที่จะตัดสินใจเองมากกว่าปรึกษาคู่สมรส

จากผลการวิจัยทั้งหมดพบว่ามี ความแตกต่าง ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีในบางอย่างไม่มากนัก บางอย่างหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจ บางอย่างสามีเป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งทฤษฎีทางมานุษยวิทยาอธิบายบทบาทหญิงชายด้วยพื้นฐานแนวคิดที่ว่าพัฒนาการและพฤติกรรมของมนุษย์ทั่วโลกมีทั้งลักษณะที่เป็นสากลและลักษณะที่เฉพาะของแต่ละวัฒนธรรม บทบาทหญิงชายจะเป็นเช่นใดขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ สภาพแวดล้อม การจัดระเบียบทางสังคม ระบบเศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา ศิลปะต่าง ๆ ตลอดจนระบบเครือญาติ

และการแต่งงานจากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว จึงไม่ควรยึดถือว่าความแตกต่างทางชีววิทยาเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางสถานภาพและบทบาทหญิงชาย สังคมที่ชายเป็นใหญ่กำหนดบทบาทต่างๆ นั้นผู้หญิงยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของตนเองอย่างเท่าเทียมผู้ชาย เกิดความเชื่อที่ลึกซึ้ง หยั่งรากลึกและยากที่จะเปลี่ยนแปลงในเวลาอันสั้นว่าผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชาย หรือผู้หญิงต้องเป็นรองต้องสนับสนุนผู้ชาย ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วยังมีสังคมจำนวนไม่น้อย ที่ไม่ปรากฏว่าเพศใดเพศหนึ่งจะใหญ่กว่ากัน ทั้งสองเพศช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เช่นสังคมเกษตรกรรม ด้วยแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยา จึงมีข้อเสนอแนะว่า พฤติกรรมของหญิงชายมีความหลากหลาย และไม่จำเป็นต้องเป็นพฤติกรรมที่แน่นอนตายตัวหรือแตกต่างกันเฉพาะเพศอย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมพฤติกรรม ลักษณะนิสัย และบุคลิกภาพของบุคคล (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2542 : 424 – 425)

ดังนั้นการป้องกันโรคธาลัสซีเมียจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ นอกจากจะขึ้นอยู่กับการตรวจคัดกรองบุคคลที่เป็นพาหะของโรค การให้คำแนะนำทางพันธุศาสตร์ และการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอดแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการร่วมมือของบุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียในการป้องกันโรคด้วย การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ย่อมขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพียงใด เบคเกอร์และคณะ (Becker, et.al. อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:30) กล่าวว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือรับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาโรค ถ้าหากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ และขาดแรงจูงใจด้านสุขภาพ ในกลุ่มบุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่จะไม่เคยได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และแนวทางการป้องกันโรคธาลัสซีเมียมาก่อน แม้ว่าบุคคลที่เป็นพาหะเหล่านี้มีบุตรป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียแล้วก็ตาม ทำให้ไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เช่นการศึกษาของพยอม อิงคตานูวัฒน์ และศุภาสินี กังวานเนาวรัตน์ (2522) (อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:30) ที่พบว่า บิดามารดาของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ หรือมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียโดยกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 30 คิดว่าโรคธาลัสซีเมียไม่ใช่โรคที่ถ่ายทอด

ทอดทางพันธุกรรม ร้อยละ 38 ไม่ทราบว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือไม่ และเข้าใจว่าสามารถรักษาโรคธาลัสซีเมียให้หายได้ถึงร้อยละ 41 กลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และต้องการมีบุตรถึงร้อยละ 22 โดยบิดามารดาคู่มือกำเนิดโดยวิธีทำหมันน้อยมาก คือบิดาทำหมันเพียง ร้อยละ 7 มารดาทำหมันเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความรู้มีอิทธิพลต่อการมารับบริการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ในกลุ่มบุคคลที่เป็นพาหะของโรคเป็นอย่างมาก เพราะอุปสรรคสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่แสวงหาหรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เพื่อป้องกันโรคธาลัสซีเมียนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคนั่นเอง ซึ่งบุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียจะไม่มีผลกับสุขภาพอนามัยแต่อย่างใด กล่าวคือ บุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียจะมีสุขภาพแข็งแรง สามารถประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลอื่นๆ ยกเว้นกรณีที่ต้องการมีบุตร เนื่องจากบุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย สามารถถ่ายทอดความผิดปกติไปยังบุตรได้
2. ความรู้เกี่ยวกับอาการ พยาธิสภาพ และการรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย และผลกระทบด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ เนื่องจากอาการของโรคและการบำบัดรักษา
3. แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคธาลัสซีเมีย โอกาสเสี่ยงในการมีบุตร เป็นโรคในกรณีที่คู่สมรสเป็นพาหะเพียงคนเดียว หรือทั้งสองคน
4. แนวทางการช่วยเหลือ เช่นการหลีกเลี่ยงการแต่งงานกันในหมู่บุคคลที่เป็นพาหะของโรค วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เป็นต้น

การที่บุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยเพื่อการป้องกันหรือไม่นั้น นอกจากบุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว คิง (King J. อ้างถึงในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2532:31) กล่าวว่า ปัจจัยด้านความเชื่อและเจตคติของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในการให้ความร่วมมือของบุคคล โดยเฉพาะในบุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงของโรค ทำ

ให้ไม่เชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรค และขาดแรงจูงใจที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย แนวทางการป้องกันโรค และมีการส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยคำนึงถึงการให้คำแนะนำเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้รับบริการ ได้แก่ ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อความสนใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง

5. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกเสี่ยงตั้งครรภ์มากในอายุช่วง 15 – 19 ปี และสามีตัดสินใจเลือกยุติการตั้งครรภ์มากในช่วงอายุ 20– 24 ปี แสดงให้เห็นว่าอายุน้อยทำให้มีวุฒิภาว่น้อยคิดทำในสิ่งเสี่ยงๆ และผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีส่วนใหญ่ ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเกิดจากความไม่รู้และไม่มีประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรเปลี่ยนรูปแบบการคัดกรองโรคพร้อมทั้งให้ความรู้จากหญิงตั้งครรภ์มาเป็นดำเนินงานในคลินิกให้คำปรึกษาก่อนสมรส เพื่อประชาชนจะได้รู้สุขภาพตนเองและสามารถป้องกันตนเองได้

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางป้องกันโรคธาลัสซีเมีย แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีที่เป็นพาหะของโรค เพราะผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีที่เป็นพาหะของโรคส่วนใหญ่จะเลือกการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวมากกว่าแบบถาวรและผู้หญิงจะรับภาระในการคุมกำเนิด อีกทั้งสามีที่มีผลเลือดเป็นพาหะโรคตัดสินใจตรวจเพิ่มและยุติการตั้งครรภ์น้อยกว่าสามีที่มีผลเลือดปกติ

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเน้นการให้ความรู้ในเรื่องการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ลักษณะและอาการโรค ความแตกต่างของโรคเลือดจางธาลัสซีเมียกับโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหรือขาดสารอาหาร และแนวทางในการป้องกันโรค เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีเข้าใจสับสน และมีความรู้ไม่ถูกต้อง

4. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการสนับสนุนสื่อ เอกสารและแผ่นพับสนับสนุนงานธาลัสซีเมียให้เพียงพอ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่ามีความแตกต่างในเรื่องแหล่งความรู้ และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับข้อเสนอแนะไม่เพียงพอไม่มีแจกกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ไม่ทราบแหล่งข้อมูลที่จะหาความรู้เพิ่มเติม

5. กระทรวงสาธารณสุขควรมีมาตรการการดำเนินงาน ที่จะสามารถนำสามีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคมาได้รับการตรวจคัดกรองโรค เพราะผลการวิจัยพบว่าสามีมาได้รับการตรวจไม่ถึงร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรค

6. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการสนับสนุนเวชภัณฑ์การตรวจคัดกรองโรค โดยที่หญิงตั้งครรภ์และสามีเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เพราะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองเพียงร้อยละ 57 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด

7. หญิงตั้งครรภ์และสามีต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมและแยกคลินิกบริการงาน ธารัสซีเมีย เนื่องจากพบว่าเป็นงานฝากอยู่ในงานฝากครรภ์ เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้จะให้รวมๆ ครอบคลุมหลายงาน ทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีจำสับสน เปื่อหน่ายและไม่เห็นความสำคัญ

8. การพิจารณากฎหมายรองรับการทำแท้ง ขอให้พิจารณาในส่วนที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าทารกในครรภ์เป็นโรคธารัสซีเมีย เช่น ฮีโมโกลินบาร์ท ไฮดรอปัส ฟิซิลลิส และไฮโมซัยกัส เบต้า – ธารัสซีเมีย เพราะธารัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรม และพบว่าการดำเนินโครงการนี้ไม่ครบวงจร มีการคัดกรองโรคเมื่อพบรายที่มีปัญหาต้องยุติการตั้งครรภ์ สูติแพทย์จะไม่ทำการยุติการตั้งครรภ์เพราะไม่มีกฎหมายรองรับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคธารัสซีเมียในครั้งต่อไป ควรศึกษาก่อนที่หญิงตั้งครรภ์และสามีจะได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และสามีไม่มีความแตกต่างไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับความรู้ก่อนทำแบบสอบถาม

2. ควรมีการศึกษาแนวทางที่จะให้สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธารัสซีเมียมีส่วนร่วมในการมารับการตรวจครรภ์พร้อมภรรยา

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์และสามี ด้านกระบวนการตัดสินใจและผลของการตั้งครรภ์ ในแต่ละคู่สามี – ภรรยา ระหว่างตั้งครรภ์และหลังจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์

4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์และสามี ที่รับรู้ว่าเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียแล้วกลับตั้งครรภ์ซ้ำ

บรรณานุกรม

- ก้านจิต ศรีนนท์. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). ผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และศันสนีย์ เรืองสอน, **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ** (หน้า 31). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.
- บุษกร อินทวิชัย. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภารัตน์ ทวีเกียรติตระกูล. (2528). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของสามีในขณะภรรยาตั้งครรภ์**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด). กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

มัลลิกา มัติโก. (2542). การคุมกำเนิดกับความเป็นแม่ : ใครกำหนด. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และคันสนีย์ เรืองสอน, **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ** (หน้า 31). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.

ยุพิน จันทรักคะ และคนอื่นๆ. (2539). " การปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด". **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 14 (มกราคม - มีนาคม), 79 –87.

วิชัย เทียนถาวร. (2542). สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **เอกสารวิชาการโครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจากธาลัสซีเมีย**. อัดสำเนา.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). "การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล". **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 12 (ตุลาคม - ธันวาคม), 33 – 48.

ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2542). สุขภาพจิตสตรี. ในพิมพวัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และ คันสนีย์ เรืองสอน, **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ** (หน้า 31). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **คู่มือการปฏิบัติงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจากธาลัสซีเมีย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **เอกสารวิชาการโครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจากธาลัสซีเมีย**. อัดสำเนา.

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2532). ผลของการให้คำแนะนำต่อความรู้เรื่องโรค และความ
 เชื่อด้านสุขภาพในคู่สมรสที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์วิทยา
 ศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). "Sociobehavioral Determinants of
 Compliance with Health and Medical Care Recommendation". **Medical
 Care**, 13 , 10 –25 .

Rosenstock. I.M. (1974). Historical Origin of the Health Belief Model. **Health
 Education Monograph**. 2(4). 328 – 325 .

รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัย

(ภาคกลาง)

รองศาสตราจารย์ ดร. นุปผา ศิริรัศมี

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Professor Dr. Alan Noel Gray

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์พร พันพื้ง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แนะนำหัวหน้าโครงการวิจัย

(ภาคกลาง)

(เรียงตามอักษร)

กำธร ไพจิตร :

ปริญญาโทศึกษาศาสตร์
นักวิชาการสุศึกษา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

จิรดา เอี่ยมระหงษ์ :

ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตร์
หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

จักษ์ พันธุ์เพชร :

ปริญญาเอกรัฐศาสตร์
อาจารย์ประจำบัณฑิตศึกษา
สถาบันราชภัฏสวนดุสิต

รัศมี เจริญทรัพย์ :

ปริญญาโทสังคมวิทยา
อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

พรทิพา ทองไกรแสน :

ปริญญาโทประชากรศึกษา
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

แนะนำบรรณาธิการ

จรรยา เศรษฐบุตร :

ปริญญาเอกพัฒนศึกษาศาสตร์

รองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

บุปผา ศิริรัมย์ :

ปริญญาเอกการศึกษา

รองศาสตราจารย์ และรองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201, 0-2441-9666

โทรสาร 0-2441-9333

E-mail: directpr@mahidol.ac.th

Homepage: URL:<http://www.ipsr.mahidol.ac.th>