โหมโรง

# มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม

กฤตยา อาชวนิจกุล
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
กาญจนา ตั้งชลทิพย์
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## นานาความหมายของคำว่า “เพศ”

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตัดสินใจเล่นเรื่อง “เพศ” ในการประชุมวิชาการ “ประชากรและสังคม” ประจำปี 2551 ซึ่งเป็นการจัดต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 4 แต่เป็นปีที่ใช้เวลาในการคิดชื่อหัวข้อการประชุมนานกว่าหัวข้อของ 3 ปีแรก เพราะเนื้อหาสาระของบทความที่เกี่ยวกับหัวข้อหลักรวม 12 เรื่องนั้น แม้เขียนเรื่อง “เพศ” แต่ก็เป็น “เพศ” ที่มีความหมายแตกต่างกัน อย่างน้อยก็ใน 3 ความหมายต่อไปนี้

(1) เป็น “เพศ” ที่หมายถึงสรีระร่างกาย หรือเขียนให้ตรงก็คือ อวัยวะที่บ่งบอกว่าเป็นเพศอะไร แน่นอนว่าโดยทั่วไปเราก็คิดต่อได้ในใจทันทีว่า เป็นหญิง หรือ เป็นชาย แต่ก็มีบุคคลที่มีอวัยวะเพศที่ไม่สามารถตัดสินได้ว่าเป็นหญิงหรือชาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นตั้งแต่แรกคลอด หรือพัฒนาเมื่อร่างกายเติบโตขึ้นภายหลัง ภาษาอังกฤษเรียกว่าคนกลุ่มนี้ว่า intersex (หรือเดิมเรียกว่า Hermaphrodites) ซึ่งมีหลากหลายแบบ[1] ใกล้เคียงกับศัพท์ภาษาไทยว่า “กะเทยแท้” นักวิชาการไทยปัจจุบันมักเรียก “เพศ” ในความหมายนี้ว่า **“เพศสรีระ”**

(2) เป็น “เพศ” ที่หมายถึงภาวะแห่งเพศที่ถูกประกอบสร้างทางสังคม มาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า gender และถูกแปลเป็นภาษาไทยว่า เพศสภาพ, เพศสถานะ, และเพศภาวะ รวมถึง บทบาทหญิงชาย หรือมิติหญิงชาย ที่ดูจะไม่ค่อยตรงกับความหมายของคำว่า gender นัก เพราะความหมายอย่างสั้นของ gender คือ ภาวะของความเป็นเพศที่เลื่อนไหลไปตามบริบทของชีวิต เพศภาวะที่เราคุ้นเคยและถูกขัดเกลาหลอมสร้างกันมา ก็คือ ความเป็นหญิงความเป็นชาย “เพศ” ในความหมายนี้ ปัจจุบันผู้เขียน (กฤตยา) พึงใจที่จะแปลว่า **“เพศภาวะ”** มากที่สุด

---

[1] เช่น มีลักษณะภายนอกเป็นผู้หญิง แต่มีลักษณะอวัยวะเพศใกล้เคียงเพศชาย หรือเด็กหญิงที่เกิดมาพร้อมปุ่มกระสัน (clitoris) ใหญ่ หรือเด็กชายที่เกิดมามีลิงค์เล็กจิ๋ว หรือผู้ที่เกิดมาที่มีทั้งโครโมโซม XX และ XY เป็นต้น (http://www.isna.org/faq/what_is_intersex)

(3) เป็น "เพศ" ที่หมายถึงวิถีชีวิตทางเพศที่ถูกหลอมสร้างจากค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิธีคิด วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิตในอุดมคติ และกามกิจ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับเรื่อง "เพศ" ที่ว่ามานี้ มักพูดกันว่าเป็นเรื่องตามธรรมชาติ แต่ที่จริงไม่ใช่ เพราะคือการสร้างความหมายทางสังคม จึงสัมพันธ์กับมิติทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่องเพศในทุกแง่มุม[2] (มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง 2551 : 25) "เพศ" ในความหมายนี้ มาจากภาษาอังกฤษว่า "sexuality" สำหรับผู้เขียน (กฤตยา) คุ้นใจมากขึ้นที่จะแปลว่า **"เพศวิถี"**

วงวิชาการสังคมศาสตร์ของไทยที่การศึกษาเรื่อง "เพศ" ยังไปไม่ถึงไหน สาเหตุหลักส่วนหนึ่งน่าจะมาจากข้อจำกัดเรื่องภาษา ที่เรามีภาษาไทยใช้กับเรื่อง "เพศ" ไม่มากนัก ดังความหมายของศัพท์ 3 คำข้างต้นที่ต้องอ้างอิงภาษาอังกฤษ เพราะเมื่อคนไทยพูดถึงเรื่อง "เพศ" โดยทั่วไปเราจะนึกไปได้ 2 ด้านคือ เพศชาย เพศหญิง และ เพศสัมพันธ์ นอกจากคำศัพท์ที่เกี่ยวกับ "เพศ" 3 คำข้างต้นแล้ว เราน่าจะมาทำความเข้าใจความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง "เพศ" อื่นๆ ที่มีอยู่อีกหลายคำ ซึ่งก็อ้างอิงศัพท์มาจากภาษาอังกฤษเช่นกัน บางคำเมื่อแปลเป็นภาษาไทยแล้วก็เข้าใจได้ทันที เช่น คำต่อไปนี้ - *เพศศาสตร์ (sexology)* คือ ศาสตร์หรือวิทยาการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ และ *เพศสัมพันธ์หรือการร่วมเพศ (sexual intercourse)* หมายถึง การร่วมประเวณีโดยการสอดใส่ หรือด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ทางปาก ทางทวาร เป็นต้น แต่บางคำแม้อรรถาธิบายเพิ่มเติมแล้ว ก็คงอาจยังคงเข้าใจยากอยู่ ดังตัวอย่าง (กฤตยา 2543)

- *ปรัชญาเพศ (sexosophy)* หมายถึงองค์ความรู้ที่ประกอบไปด้วยปรัชญา หลักคิดต่างๆ ที่ส่งทอดระบบคุณค่าเรื่องเพศผ่านทางวัฒนธรรมในแต่ละสังคม
- *เอกลักษณ์ทางเพศ (sexual identity)* ตัวตนภายในของมนุษย์ในฐานะสิ่งมีชีวิตที่มี "เพศ" รวมถึงการคิดหรือเชื่อว่าตนเองมีเอกลักษณ์และหรือรสนิยมทางเพศอย่างไร
- *รสนิยมทางเพศ (sexual orientation)* ความพึงพอใจเชิงพิศวาส รักใคร่ผูกพันกับผู้อื่นที่มีเพศเดียวกันหรือต่างเพศกัน บางคนแปลว่า "ความโน้มเอียงทางเพศ"
- *รักสองเพศ (bisexual)* ความพึงพอใจเชิงพิศวาส รักใคร่ผูกพันกับผู้อื่นที่มีเพศเดียวกัน และต่างเพศ จะหญิงหรือจะชายก็รักได้ทั้งสองเพศ
- *รักต่างเพศ (heterosexual)* ความพึงพอใจเชิงพิศวาส รักใคร่ผูกพันกับผู้อื่นที่มีเพศต่างกันเท่านั้น
- *รักเพศเดียวกัน (homosexual)* ความพึงพอใจเชิงพิศวาส รักใคร่ผูกพันกับผู้อื่นที่มีเพศเดียวกันเท่านั้น
- *อัตลักษณ์ทางเพศภาวะ (gender identity)* ความรู้สึกภายในตนเองว่า เป็นหญิงหรือเป็นชาย ซึ่งอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเพศสรีระก็ได้ ดังคำพูดแบบไทยๆ ว่า กายเป็นชาย ใจเป็นหญิง หรือกายเป็นหญิง ใจเป็นชาย
- *บทบาทของเพศภาวะ (gender role)* ความเข้าใจของคนทั่วไปเกี่ยวกับเอกลักษณ์ทางเพศ และ/หรือความขัดเกลาทางสังคมต่อวิธีคิด พฤติกรรม และการปฏิบัติตนของผู้หญิง ผู้ชาย และเพศภาวะอื่นๆ

---

[2] เช่น "ความปกติ" ของการเป็นคนรักต่างเพศ "ความผิดปกติ" ของคนรักเพศเดียวกัน หรือ "ผู้หญิงดี" คือผู้ที่อ่อนประสบการณ์ หรือเป็นฝ่ายรับในเรื่องเพศ (passive) เพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับคนเพียงคนเดียว หรือหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย/ไม่ปลอดภัย รักต่างวัย รักนอกสมรส ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างของเพศวิถี ซึ่งมีความหลากหลาย เพศวิถีเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัฒนธรรม ชนชั้น และกาลเวลา เช่น เพศวิถีในสมัยต้นรัตนโกสินทร์มองว่าการที่ผู้หญิงนุ่งผ้าชิ้น ห่มสไบผืนเล็กปกปิดร่างกายส่วนบน ไม่ถือว่าโป๊ หรือเป็นผู้หญิงใจแตก ใจง่าย แต่อย่างใด

หากพิเคราะห์คำว่า "เพศ" ในบริบทของประชากรศาสตร์ มีความหมายถึงองค์ประกอบที่สำคัญมากของโครงสร้างประชากรในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง หรือประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ใช้ร่วมกับ "อายุ" เพื่อนำมาสร้างพีระมิดประชากรที่สามารถสะท้อนบริบทของสังคม ณ เวลานั้นๆ และคาดทำนายสถานการณ์ในอนาคต ดังตัวอย่างที่กังวลกันในปัจจุบันว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยกำลังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะอัตราเกิดลดลง เป็นต้น แต่ "เพศ" ในบริบททางสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา จะมีความหมายกว้างและลึกมาก เพราะจะเกี่ยวข้องกับเรื่องประวัติศาสตร์ ชาติพันธุ์ ชนชั้น ศาสนา การศึกษา ประเพณี ระบบคุณค่า และอื่นๆ อีกมากมาย ลองมาติดตามกันดูว่า ชื่อหัวข้อการประชุมเชยๆ ตรงไปตรงมาครั้งนี้ มีบทความหลักรวม 12 บท นำเสนอในเรื่องอะไรบ้าง และใช้มุมมองแบบใดในการพูดถึงเรื่อง "เพศ"

## ส่วนที่หนึ่ง: ความไม่สมดุลทางเพศ

***บทแรกของหนังสือ - ความไม่สมดุลของประชากรชายและหญิงในประชากรไทย*** ชัดเจนว่าเป็นมุมมองของนักประชากรศาสตร์ ที่มองเห็นถึงความไม่สมดุลของจำนวนประชากรชายและประชากรหญิงของประเทศไทย โดยพบจำนวนประชากรหญิงที่เพิ่มมากขึ้นกว่าประชากรชายอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่การสำมะโนประชากร ปี 2503 และได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมี**จำนวนประชากรหญิงมากกว่าประชากรชายถึงเกือบหนึ่งล้านคนในปัจจุบัน** ปัจจัยส่วนหนึ่งมาจากอัตราตายของผู้ชายไทยสูงกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ประกอบกับผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าผู้ชายต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ความไม่สมดุลดังกล่าวได้ส่งผลกระทบในระยะยาวตามมา ที่เด่นชัดคือ ปัญหาการจับคู่แต่งงานระหว่างชายและหญิง เมื่อมีผู้ชายน้อย ผู้หญิงก็หาคู่ได้ยากขึ้น โอกาสเป็นโสดก็มากขึ้นตามมา ประกอบกับผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มที่จะมีบุตรโดยเฉลี่ยตลอดวัยที่จะมีบุตรได้ลดต่ำลงจนอาจเหลือเพียงมีบุตรเฉลี่ยเพียง 1 คนเท่านั้น ปรากฏการณ์ทางประชากรเหล่านี้จะส่งผลต่อภาวะสืบทอดพันธุ์ของไทยในอนาคต

***บทที่สอง - ผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศและความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชากรไทย พ.ศ. 2549*** *บทความแปลและเรียบเรียงจากรายงานภาษาอังกฤษ* ที่ได้จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร และอีก 14 จังหวัดทั่วประเทศ รวม 6,048 ราย นำเสนอข้อค้นพบ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศแบบพรรณาไว้หลายประเด็น คือ อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย และคู่ในเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มที่เป็นเยาวชนชาย (18-24 ปี) ส่วนใหญ่ (กว่าร้อยละ 80) เป็นแฟน เพื่อน หรือคนรู้จัก และมักไม่มีการใช้ถุงยางป้องกัน ขณะที่คู่นอนคนแรกของกลุ่มผู้ชายอายุ 25-59 ปี คือ พนักงานบริการหญิง หรือ กิ๊ก สำหรับข้อค้นพบเรื่องของความรู้ความเข้าใจด้านเอดส์ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังต้องการทราบข้อมูลเอดส์เพิ่มเติม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ และกลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจผิดในเรื่องเอดส์อยู่อีก

***บทที่สาม - เซ็กส์ครั้งแรกของคนไทย... ต้องการหรือถูกบังคับ คู่นอนคือใคร และใช้ถุงยางหรือไม่?*** บทความนี้เลือกเรื่องเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของคนไทยขึ้นมาวิเคราะห์เจาะลึก โดยใช้ข้อคำถามหนึ่งในการสำรวจระดับชาติเรื่องพฤติกรรมทางเพศ พ.ศ. 2549 ที่มีการนำเสนอภาพรวมข้อค้นพบไปแล้วในบทที่สอง ข้อค้นพบโดยสรุปสะท้อนให้เห็นถึงขนาดของความรุนแรงทางเพศครั้งแรกที่ผู้หญิงไทยต้องประสบ โดยผู้กระทำการละเมิดทางเพศส่วนใหญ่ คือ คนที่สนิทสนม คุ้นเคย ได้แก่ สามี หรือ แฟน หรือ เพื่อน ที่น่าตกใจก็คือ ร้อยละ 45.5 ของผู้หญิงที่มีเซ็กส์ครั้งแรกตั้งแต่ยังเป็นเด็ก เป็นเซ็กส์ที่ไม่ได้ยินยอมพร้อมใจ คือไม่ได้สมัครใจ ไม่ตั้งใจ และถูกบังคับ และหากเป็นเซ็กส์ระหว่างคนคุ้นเคยแล้ว ไม่ว่าเซ็กส์ที่ต้องการหรือไม่ ก็มักจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย บทความได้อภิปรายถึงวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทยที่เอื้อและกระตุ้นให้เกิดปรากฏการณ์เหล่านี้ ทิศทางการปรับเปลี่ยน

ควรเป็นการรื้อความคิด ความเชื่อเดิม และสร้างระบบวิธีคิดใหม่ ทัศนคติใหม่ที่เคารพความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชายบนมิติของสิทธิทางเพศและการสร้างค่านิยมเรื่องเพศที่เหมาะสมที่เป็นเรื่องของความสมัครใจ ปลอดภัย และมีความรับผิดชอบ

***บทที่สี่ - ภาวะการมีบุตรยาก: ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ*** ข้อเสนอหลักของบทความนี้ชี้ว่า ภาวะการมีบุตรยากเป็นประเด็นที่มีมิติทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง ที่ลึกกว่าการมองภาวะการมีบุตรยากว่าเป็นเพียงความบกพร่องทางร่างกาย หรือประเด็นทางการแพทย์ เพราะสังคมหลายๆ แห่งมองว่า การไม่สามารถมีบุตรได้นั้นได้ลดคุณค่าของความเป็นชายลง และส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางสังคม ขณะที่ผู้หญิงก็จะได้รับแรงกดดันมากมายเพราะถูกคาดหวังให้เป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งที่เป็นสิ่งต้องรับผิดชอบร่วมกันของชายและหญิง ผู้หญิงจึงมักถูกตำหนิจากสามีและครอบครัว บางรายให้สามีมีภรรยาใหม่ หรือต้องหย่าร้างในที่สุด เหล่านี้ได้กลายเป็นสิ่งที่คุกคามความมั่นคงของชีวิตครอบครัว โดยบทความยังได้ชี้ถึงภาวะการมีบุตรยากของไทย ที่พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสและไม่ได้คุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 80 ที่พบปัญหามีบุตรยาก คือ ไม่เคยตั้งครรภ์ในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี แม้มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอก็ตาม น่าสนใจว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้หญิงกลุ่มนี้ไม่เคยขอรับคำปรึกษาหรือตรวจหาสาเหตุ ทำให้น่าพิเคราะห์เจาะลึกว่าเป็นเพราะเหตุใด และรัฐควรมีบทบาทเข้ามา ช่วยเหลืออย่างไร

***บทที่ห้า - เพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์: การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติหรือตามสังคม*** ข้อโต้แย้งสำคัญของบทความนี้คือ เพศสัมพันธ์ของวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่สังคมไม่ควรมองข้าม และชี้ให้เห็นถึงความไม่สมดุลทางอายุและเพศในเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงทัศนคติทางลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นการกีดกันทางเพศของผู้สูงอายุจากสังคมมากกว่าจากสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ หากพิจารณาในด้านภาวะเจริญพันธุ์จะพบความไม่สมดุลเช่นกัน คือ ผู้หญิงจะหยุดเจริญพันธุ์เมื่อหมดประจำเดือนและไม่สามารถมีลูกได้อีก ขณะที่การหยุดเจริญพันธุ์ของผู้ชายขึ้นกับตัวบุคคลมากกว่า ดังนั้น หากมีความไม่สมดุลในความต้องการทางเพศของชายและหญิงที่เป็นคู่สมรส ก็อาจนำมาซึ่งการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสกับคู่นอนชั่วคราวคนอื่นๆ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือการติดเชื้อเอชไอวี เพราะผลจากการศึกษานี้ชี้ว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยมาก โดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัยของชายสูงอายุกับคู่นอนชั่วคราว (กว่าร้อยละ 10 เล็กน้อย) รวมถึงการมีสัมพันธ์ทางเพศกับคู่ของตนซึ่งส่วนใหญ่ก็อยู่ในวัยหลังเจริญพันธุ์เช่นกัน จึงเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิดหรือใช้ถุงยางอนามัย

## ส่วนที่สอง: การควบคุมเรื่องเพศและเพศวิถีที่เปลี่ยนไป

ส่วนที่สองนี้เป็นการนำเสนอบทความที่ค่อนข้างหลากหลายมุมมอง และกลุ่มคน แต่โดยภาพรวมได้สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองด้านเพศและเพศวิถีที่มีมิติด้านสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องกว้างขวางมากขึ้น ไม่ว่าเป็นมุมมองด้านพระพุทธศาสนา ค่านิยม ความคิดความเชื่อ ตลอดจนความสัมพันธ์ของคนในสังคม

***บทที่หก - การควบคุมเรื่องเซ็กส์กับ 'เพศวิถี' ที่เปลี่ยนไป*** ข้อเสนอหลักของบทความนี้คือ "การควบคุมเรื่องเพศในสังคมไทย" เป็นพื้นฐานของปฏิบัติการณ์ทางวัฒนธรรมที่มุ่งควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยชี้ให้เห็นถึงวัฒนธรรมทางเพศแบบไทยๆ ที่มีมาตรฐานซ้อนทางเพศ ทำให้การเรียนรู้เรื่องเพศ ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้หล่อหลอมและขัดเกลาให้เพศชายทำร้ายเพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว บนระบบเพศภาวะ

แบบแข็งทื่อ/ตายตัว บทความได้วิพากษ์ปฏิบัติการกระแสจารีตของสังคมไทยที่ควบคุมเรื่องเพศผ่านกรอบเพศภาวะที่มุ่งผลิตมโนทัศน์เกี่ยวกับผู้หญิงไทยที่ดี เพื่อเป็น "กุลสตรี" ขณะที่ผู้ชายต้องเจนโลกีย์ มีทักษะและความรู้เรื่องเพศที่สั่งสมได้จากเพศสัมพันธ์ชั่วครั้งชั่วคราว และจากการซื้อประเวณี แต่ปฏิบัติการกระแสจารีตนี้กำลังอ่อนแรงลง เพราะวิถีชีวิตในโลกปัจจุบัน เปิดพื้นที่ให้คนคุยเรื่องเพศได้อย่างกว้างขวางขึ้นแบบไร้ขีดจำกัด ผู้คนสามารถสร้างจินตนาการเรื่องเพศ เรียนรู้เรื่องเพศ มิใช่จากสถาบันหลักๆ ในสังคมอย่างแต่ก่อน อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงจำนวนมากยังคงต้องแบกรับความรับผิดชอบผลพวงของเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และมีหน้าที่หลักเป็นทั้งแม่และเมีย จริยธรรมทางเพศที่มีอยู่ยังคงเป็นจริยธรรมทางเพศที่ถูกกำหนดบนความเชื่อของการเป็นผู้หญิงดี

***บทที่เจ็ด - เพศศึกษาควรสอนอะไร*** ข้อเสนอหลักของบทความนี้ ชี้ให้เห็นอิทธิพลของแนวคิดทุนนิยมเสรีที่เน้นการบริโภค และความเป็นปัจเจกนิยม ทำให้เป้าหมายของการมีเพศสัมพันธ์ถูกปรับเปลี่ยนไปเพื่อให้ตอบสนองและเอื้อประโยชน์ต่อกระแสเศรษฐกิจดังกล่าว ผู้เขียนเสนอว่าตามหลักของพุทธศาสนา เป้าหมายของการมีเพศสัมพันธ์ คือ เพื่อดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ หากมีการนำหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนามาใช้ในการสอนเพศศึกษา ให้เป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ "ถูกต้อง" โดยตัดอิทธิพลจากความคิดของทุนนิยม บริโภคนิยม และปัจเจกนิยมออกไป โดยให้เน้นสองเรื่องที่สำคัญ คือ การดำรงเผ่าพันธุ์ และการสร้างคนรุ่นใหม่ที่เข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องของการสืบพันธุ์ ความรัก การเลือกคู่ครอง การแต่งงาน การสร้างครอบครัว ความอบอุ่นในครอบครัว พฤติกรรมทางเพศที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมูลเหตุของปัญหาต่างๆ ก็จะไม่เกิดขึ้น

***บทที่แปด - การเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่: มิติของความแตกต่างทาง "เพศ" และ "เพศภาวะ" ของบุตร*** ข้อเสนอหลักของบทความนี้ คือ มีความแตกต่างในการเลี้ยงดูลูกชายและลูกสาวชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์การเลี้ยงลูกของประเทศอื่นๆ และในประเทศไทย โดยลูกชายมักได้รับการควบคุม ติดตามและชี้แนะจากพ่อแม่น้อยกว่าลูกสาว สะท้อนการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ขึ้นกับเพศของลูกว่าเป็น "ผู้หญิงหรือผู้ชาย" ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสแก่ลูกชายให้มีความเสี่ยงทางเพศ และก่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้มากกว่าลูกสาว การศึกษานี้ยังพบว่า การควบคุม ติดตาม ดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ไม่ได้หมายความว่าจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือพฤติกรรมก้าวร้าวเกเรของลูกชายได้ทั้งหมด แต่การมีกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดเกินไปก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของลูกสาวได้ และพบว่าการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับลูกจะเป็นส่วนช่วยอย่างมาก โดยเฉพาะการสื่อสารในเรื่องเพศ แต่พ่อแม่คนไทยยังอาจขาดทักษะ หรือไม่กล้าพูดคุยกับลูกของตน

***บทที่เก้า - เพศ เหล้า และวัยเรียน: บทสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยระดับมหภาคและจุลภาค และนัยยะที่ผู้ใหญ่ควรเข้าใจ*** มุมมองหลักของบทความนี้คือ พฤติกรรมของวัยรุ่นไทยที่มีความเกี่ยวข้องกับเพศ และเหล้า ค่อนข้างมาก สะท้อนจากข่าวต่างๆของวัยรุ่นและข้อค้นพบจากงานวิจัยที่มักมองวัยรุ่นในทัศนคติเชิงลบ ผู้เขียนพยายามสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยระดับมหภาคและจุลภาค โดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบริบทต่างๆ ไม่ว่าเป็นภูมิหลังทางครอบครัว ชุมชน สังคม และบริบทของสังคมใหญ่ (super-structure) รวมถึงอิทธิพลของสื่อทุกรูปแบบกับพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนที่อยู่ในวัยเรียนจากหลากหลายมุม และมองพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ เพื่อช่วยในการขับเคลื่อนแนวทางการแก้ปัญหาวัยรุ่นให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

***บทที่สิบ - รสนิยมทางเพศของวัยแรกรุ่นไทยยุคไซเบอร์*** ข้อเสนอหลักของบทความนี้คือ รสนิยมทางเพศของวัยรุ่นไทยที่จำแนกออกเป็น 3 แบบ คือ รักเพศเดียวกัน รักต่างเพศ และ รักทั้งสองเพศ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจขนาดเล็ก พบว่า แม้วัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการเปิดเผยรสนิยมรักเพศเดียวกัน หรือชอบทั้งสองเพศไม่มากนัก แต่มีแนวโน้มเปิดเผยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ที่น่าสนใจ คือ วัยรุ่นหญิงกล้าเปิดเผยมากกว่าวัยรุ่นชาย นอกจากนี้ยังพบว่า การชอบเพศเดียวกันหรือทั้งสองเพศถ้าเกิดกับคนใกล้ตัว เช่น เกิดกับเพื่อนสนิท วัยรุ่นจะยอมรับได้น้อยกว่าถ้าเกิดขึ้นไกลตัว สำหรับการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่น พบแนวโน้มใช้ช่องทางผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และรายการวิทยุ รวมถึงสื่ออินเตอร์เน็ตในการค้นหาความรู้ และการพูดคุยปรึกษาเรื่องเพศ และพบว่า การใช้สื่ออินเตอร์เน็ตเพื่อสื่อสารของกลุ่มวัยรุ่นรักเพศเดียวกันและรักทั้งสองเพศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

***บทที่สิบเอ็ด - เซ็กส์กับสุขภาพทางเพศในพนักงานบริการหญิง*** บทความนี้เสนอข้อค้นพบจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย เน้นเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าเป็นการใช้กับผู้ใช้บริการ คู่ประจำ หรือคู่ครอง เพื่อช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี พบผลว่า แม้มีการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าเป็นส่วนใหญ่ก็ตาม แต่การมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นการร่วมเพศทางทวารหนักหรือทางปาก มีการใช้ถุงยางอนามัยน้อย อีกทั้งยังมีปัญหาอุบัติเหตุในการใช้ถุงยาง เช่น ถุงยาง แตก หลุด หรือฉีกขาด และยังพบว่า มีถึงร้อยละ 69 ไม่ใช้กับ คู่นอนประจำ แฟน หรือสามี ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี สะท้อนให้เห็นว่าพนักงานบริการหญิงบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อไม่ถูกต้อง และขาดอำนาจการต่อรองกับคู่สัมพันธ์ ทำให้บางครั้งไม่สามารถปฏิเสธการไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือการเลือกไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่สัมพันธ์ที่ไว้วางใจ นอกจากนี้ยังพบว่า พนักงานบริการหญิงบางคนมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพนักงานบริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

***บทที่สิบสอง - เข้าใจและเข้าถึงโลกทัศน์เพศวิถีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยมุมมองเพศวิถี*** แม้บทความนี้จะใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจแบบแผนพฤติกรรมและการป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศที่เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัส และมีข้อค้นพบหลักคือ อัตราการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อยังคงมีสูง การใช้ถุงยางอนามัยในคู่สัมพันธ์ที่มีผลเลือดบวกเหมือนกันอยู่ในอัตราต่ำ ผู้ชายมีอำนาจตัดสินใจในการที่จะใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้หญิง แต่มีการอภิปรายให้เห็นว่า เหตุที่ผู้ติดเชื้อยังคงดำเนินชีวิตทางเพศของตนเองอยู่ต่อไปเพราะไม่สามารถก้าวข้ามโลกทัศน์เรื่องเพศวิถีที่กำกับชีวิตทางเพศของตนไปได้ และเพราะมีปัจจัยนานาประการที่เชื่อมโยงกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น ความรัก ความซื่อสัตย์ ความไว้เนื้อเชื่อใจ การรักษาหน้า และการรักษาภาพพจน์ ฯลฯ ซึ่งล้วนมีความหมายทางสังคม อารมณ์ และความมั่นคงทางจิตใจต่อปัจเจกบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้น คนทำงานเรื่องนี้ควรต้องตระหนักว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนหนึ่งของการเข้าถึงสุขภาวะทางเพศและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมุ่งสร้างเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยบนพื้นฐานของความเข้าใจและรู้เท่าทันโลกทัศน์เพศวิถีของตนเอง ของคู่ความสัมพันธ์ และของสังคมไทย

# ส่วนที่สามและสี่: สถิติและสถานการณ์ประชากรและสังคมที่น่าสนใจในประเทศไทยและต่างประเทศ

***สถิติทางประชากรและสังคมในประเทศไทยที่น่าสนใจ*** ในปีนี้นำเสนอ **สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: กามโรคและเอดส์ของประชากรไทย ในช่วงทศวรรษ 2540 (พ.ศ. 2540-2549)** ชี้ให้เห็นจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยแยกเป็น โรคหนองในเทียม หนองใน ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในทศวรรษ 2540 ช่วง พ.ศ. 2540-2549 ที่พบว่า มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ยังได้นำเสนอถึงปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อกามโรค ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยกามโรคที่เป็นหญิงกว่าครึ่งหนึ่งจะติดเชื้อมาจากสามี และพบการติดเชื้อของผู้ชายจากคู่สัมพันธ์ที่เป็นคู่นอนชั่วคราว หรือผู้ให้บริการทางเพศแอบแฝงเพิ่มมากขึ้น สำหรับปัจจัยการติดเชื้อเอชไอวี ของทั้งหญิงและชายมาจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยเหมือนกัน

***สถานการณ์ประชากรและสังคมในต่างประเทศที่น่าสนใจ*** คัดสรรสถานการณ์ประชากรและสังคมในต่างประเทศในรูปบทความสั้นๆ ที่มีความหลากหลายในหัวข้อและพื้นที่ เมื่อพิจารณาในเนื้อหาของทั้ง 6 บทความจะพบความเกี่ยวพันกับประเด็นเรื่อง "เพศ" และ "เพศวิถี" ทั้งทางตรงและทางอ้อม เริ่มตั้งแต่บทความแรกชี้ถึงปัญหาจากเพศของบุตรเป็นเพศที่ครอบครัวไม่อยากได้ โดยเฉพาะในสังคมที่นิยมการมีบุตรชาย ต่อมาเป็นการมีเพศสัมพันธ์และไม่มีบุตร ทำให้ต้องมีการอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในบทความที่สอง และในบทความที่สามเป็นเรื่องการไม่มีบุตร (หรือมีบุตรแล้วอยากมีบุตรเพิ่มขึ้น) ทำให้มีกระบวนการรับบุตรบุญธรรมเกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงเป็นการรับบุตรบุญธรรมในประเทศ แต่เป็นการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ ที่เป็นแนวโน้มน่าจับตามองเพราะมีดาราดังๆ หลายคนนิยมทำกันในปัจจุบัน

บทความที่สี่ เป็นเรื่องของสิทธิเด็กและวัยรุ่นในประเทศอังกฤษ เป็นตัวอย่างการให้ความสำคัญของสิทธิเด็กและวัยรุ่นในประเทศที่ชื่อว่าพัฒนาแล้ว แต่ก็ยังพบการละเมิดสิทธิอยู่ บทความที่ห้า เป็นการเสนอให้เห็นถึงความพยายามสร้างดัชนีต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านต่างๆ รวมถึงช่องว่างระหว่างชายและหญิง เช่น ตัวชี้วัดบทบาทหญิงชาย ตัวชี้วัดช่องว่างหญิงชาย ซึ่งสะท้อนสถานภาพของหญิงและชายในประเทศต่างๆ ที่มีระดับไม่เท่ากัน บทความสุดท้ายเป็นเรื่องของการมีบุตรแฝด ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ และอีกส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งการมีบุตรแฝดนั้นพบว่า อาจต้องพบปัญหามากกว่าการมีบุตรปกติ ไม่ว่าโอกาสแท้ง น้ำหนักเด็กที่เกิดมา และการเลี้ยงดู

## โหมโรงส่งท้าย

ข้อเสนอในบทความหลัก 12 บทนี้ หลายบทความมีมุมมองเรื่อง "เพศ" ที่แตกต่างกัน มีข้อเขียนที่กังวลว่า "เพศ" ที่ทำหน้าที่สืบทอดพันธุ์ (บทที่ 1 และ บทที่ 7) กำลังปรับเปลี่ยนไปทั้งในเชิงจำนวน คือ เรามีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายมาก และมีผู้หญิงที่อยู่เป็นโสดก็มาก และในเชิงปฏิบัติการคือ คนรุ่นใหม่มีเซ็กส์ฉาบฉวยมากขึ้นกว่าแต่ก่อน โดยในเกือบทุกบทความชี้ว่าคนรุ่นใหม่จำนวนมากมีเซ็กส์โดยไม่คิดถึงการมีลูก และเซ็กส์ของคนไทย (ไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่น ผู้สูงอายุ พนักงานบริการหญิง หรือผู้ติดเชื้อก็ตาม) ที่ไม่ได้ซื้อขาย เพราะเป็นเซ็กส์ระหว่างคู่ เซ็กส์ของคนรักกันชอบกัน หรือคู่นอนชั่วคราว ส่วนใหญ่เป็นเซ็กส์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในท่ามกลางข้อค้นพบที่เหมือนๆ กันนี้ หากท่านผู้อ่านแกะรอยฐานคติของผู้เขียนในแต่ละบทความ ที่อภิปรายถึงข้อเท็จจริงเหล่านี้ ก็จะเห็นท่าทีและจุดยืนที่แตกต่างกันอย่างน่าสนใจไม่น้อย

**ขอเชิญชวนร่วมกันแกะรอยเรื่อง "เพศ" ในบทที่ท่านสนใจตามที่โหมโรงมานี้เทอญ**

---

**เอกสารอ้างอิง**

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2543. *'เพศ'ศึกษา (Sexuality Education) : มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตหญิงชายและความสัมพันธ์สร้างสรรค์ระหว่างมนุษย์.* เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง "การติดตามการดำเนินงานด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ตามแผนปฏิบัติการ ICPD และ ICPD+5 ของประเทศไทย" จัดโดยศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2543.

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. 2551. *แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศระยะที่สอง.* เอกสารอัดสำเนา.

# 1

# ความไม่สมดุลของประชากรชายและหญิงในประชากรไทย

ปราโมทย์ ประสาทกุล
*ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

ในช่วงเวลาครึ่งศตวรรษที่ผ่านมานี้ ประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เริ่มตั้งแต่ขนาดประชากรไทยที่ได้ขยายใหญ่ขึ้นกว่าสองเท่าตัว เมื่อ 50 ปีก่อน ประชากรไทยมีอยู่ราว 25 ล้านคน ได้เพิ่มขึ้นเป็น 63 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 ประชากรซึ่งเคยมีอัตราเพิ่มสูงมากเกินกว่าร้อยละ 3 ต่อปี เมื่อ 50 ปีก่อน ก็ได้ลดลงเหลือร้อยละไม่ถึงหนึ่ง อัตราเพิ่มประชากรที่ลดต่ำลงอย่างมากนี้เป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยที่ได้ลดต่ำลงอย่างมาก สตรีที่เคยมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตนมากกว่า 5 คน ได้มีบุตรน้อยลงจนเหลือเพียง 1.5 คน ในปัจจุบัน ในขณะที่การตายก็ได้ลดต่ำลงอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการลดลงของอัตราตายทารกที่เคยสูงถึงเกือบประมาณ 80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย เมื่อ 50 ปีก่อน ได้ลดลงเหลือเพียงประมาณ 15 ในปัจจุบัน ยิ่งไปกว่านั้น การกระจายตัวของประชากรก็ได้เปลี่ยนรูปแบบไปอย่างมาก ประชากรที่เคยอยู่ในชนบทเป็นส่วนใหญ่ได้ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยอยู่ในเมือง ประชากรเมืองได้มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดในปัจจุบัน (ปราโมทย์, สุรีย์พร และปัทมา 2550)

นอกจากการเพิ่มขึ้นของขนาดประชากร การลดลงของการเกิดและการตาย และการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยของประชากรแล้ว ในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรก็ได้เปลี่ยนไปอย่างมาก ที่เห็นเด่นชัดและกลายเป็นประเด็นสำคัญของประเทศในขณะนี้ คือ โครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนจากประชากรวัยเยาว์มาเป็นประชากรสูงวัย ประชากรที่เคยมีอายุมัธยฐานไม่ถึง 20 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน กลับมีอายุสูงขึ้นจนครึ่งหนึ่งของประชากรมีอายุมากกว่า 30 ปีในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนและสัดส่วนขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้ทุกภาคส่วนต้องวางแผนและเตรียมโครงการที่จะรองรับปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุกันอย่างจริงจัง

โครงสร้างประชากรอีกมิติหนึ่งซึ่งได้เปลี่ยนไปมากเช่นกัน แต่ยังมีการพูดถึงกันน้อย เพราะผลกระทบโดยตรงยังไม่ปรากฏเด่นชัดนัก นั่นคือ "โครงสร้างเพศ" ของประชากร ในรอบ 50 ปีที่ผ่านมานี้ **โครงสร้างเพศของประชากรไทยได้เปลี่ยนไป จากที่เคยมีจำนวนผู้ชายกับผู้หญิงที่พอ ๆ กัน กลายมาเป็นประชากรที่มีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายค่อนข้างมาก** และมีแนวโน้มว่าจะเกิดความไม่สมดุลระหว่างเพศมากยิ่งขึ้นไปอีกในอนาคตด้วย บทความนี้ตั้งใจที่จะตรวจสอบสถานการณ์ความไม่สมดุลระหว่างเพศที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และจะได้วิเคราะห์ผลกระทบของไม่สมดุลนั้น โดยจะมุ่งจุดสนใจไปที่ผลกระทบที่อาจมีต่อภาวะสืบทอดพันธุ์ของประเทศไทย

## ประชากรหญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตามธรรมชาติ ประชากรมนุษย์มีสองเพศ คือ เพศชายและเพศหญิง มนุษย์ทั้งสองเพศนี้อยู่ร่วมกันเป็นสังคม ทำหน้าที่สำคัญในการสืบทอดเผ่าพันธุ์ให้คงอยู่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ดึกดำบรรพ์จนถึงปัจจุบัน และจะดำรงต่อไปอีกนานในอนาคต การดำรงอยู่และขยายเผ่าพันธุ์ของประชากรมนุษย์เช่นนี้ เป็นผลมาจากชายและหญิงได้จับคู่สืบพันธุ์มีลูกหลานสืบทอดต่อเนื่องกันมา

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรทั้งหมด 63.1 ล้านคน เป็นประชากรชาย 31.1 ล้านคน และหญิง 32 ล้านคน เห็นได้ชัดว่า มีประชากรหญิงมากกว่าประชากรชายมากถึง 9 แสนคน นับว่าเป็นจำนวนแตกต่างระหว่างเพศมีมากที่สุดอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนในสังคมไทย ในอดีตข้อมูลสำมะโนประชากรตั้งแต่ พ.ศ. 2480 จนถึงสำมะโน พ.ศ. 2503 ประเทศไทยจะมีประชากรชายและหญิงเป็นจำนวนพอ ๆ กัน โดยมีผู้ชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย จนกระทั่งสำมะโน พ.ศ. 2513 ที่ได้สำรวจพบว่า มีประชากรหญิงมากกว่าชายอยู่เล็กน้อย แต่สำมะโนประชากรที่ทำการสำรวจหลังจากนั้นเป็นต้นมา พบว่าประชากรหญิงกลับมีมากกว่าชายขึ้นเรื่อย ๆ ดังเช่นใน พ.ศ. 2533 ขณะที่ประชากรทั้งหมดของประเทศมี 55 ล้านคน ประชากรหญิงมีมากกว่าชายถึง 4.2 แสนคน ใน พ.ศ. 2543 เมื่อประชากรไทยเพิ่มขึ้นเป็น 61 ล้านคน ก็พบว่าประชากรหญิงมีมากกว่าชายถึง 8.9 แสนคน และ **ใน พ.ศ. 2551 นี้ประมาณว่า ประชากรหญิงในประเทศไทยจะมีมากกว่าประชากรชายถึงล้านคน**

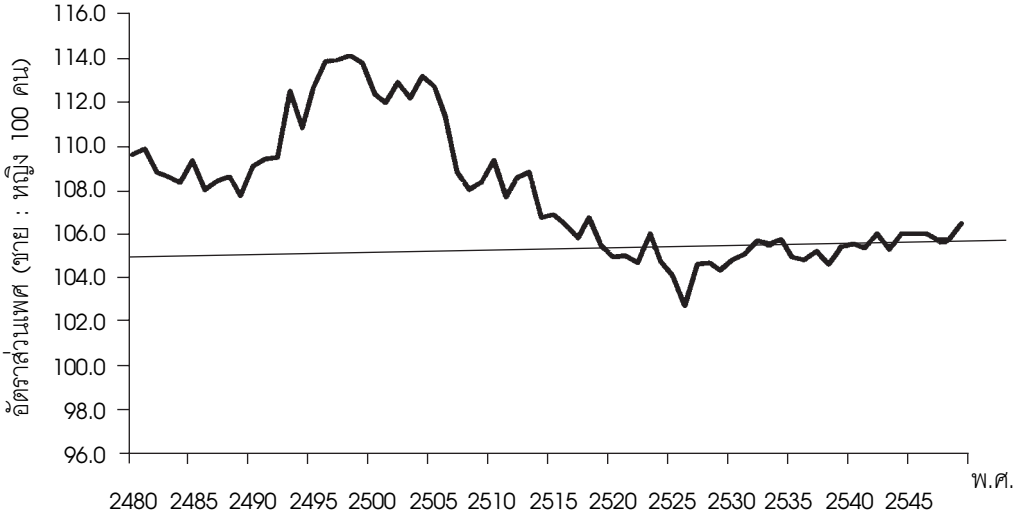
ทำไมประชากรหญิงในประเทศไทยจึงมีจำนวนเพิ่มมากกว่าประชากรชายขึ้นเรื่อย ๆ ทั้ง ๆ ที่ทารกเพศชายก็เกิดมากกว่าทารกเพศหญิงตลอดมา เพราะโดยธรรมชาติแล้ว ไม่ว่าจะประชากรกลุ่มใด ชาติใด โอกาสที่ทารกเกิดมาเป็นชายจะมีมากกว่าหญิงเล็กน้อยเสมอ นั่นคือ "อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด" (จำนวนเกิดเป็นทารกเพศชายต่อจำนวนเกิดเป็นทารกเพศหญิง 100 รายในแต่ละปี) อยู่ระหว่าง 105-107 ซึ่งข้อมูลจากทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2480 เป็นต้นมา ก็ได้แสดงให้เห็นว่า อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยไม่เคยต่ำกว่า 105 และตั้งแต่ พ.ศ. 2520 อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดดูเหมือนจะอยู่คงที่ที่ 105 ในแต่ละปี (ดูรูป 1)

**ตาราง 1 จำนวนประชากรจำแนกตามเพศของประเทศไทย พ.ศ. 2480 - 2543**

| พ.ศ. | ประชากร | | | ความแตกต่าง | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | รวม | ชายมากกว่าหญิง | หญิงมากกว่าชาย |
| 2480 | 7,313,084 | 7,150,521 | 14,463,605 | 162,563 | |
| 2490 | 8,722,155 | 8,711,534 | 17,433,689 | 10,621 | |
| 2503 | 13,154,096 | 13,094,698 | 26,248,794 | 59,398 | |
| 2513 | 17,153,862 | 17,273,512 | 34,427,374 | | 119,650 |
| 2523 | 22,328,607 | 22,496,233 | 44,824,840 | | 167,626 |
| 2533 | 27,061,733 | 27,486,797 | 54,548,530 | | 425,064 |
| 2543 | 30,015,233 | 30,901,208 | 60,916,441 | | 885,975 |

**ที่มา:** ปราโมทย์ และปัทมา. 2551. (สำมะโนประชากร พ.ศ. 2480 - 2543)

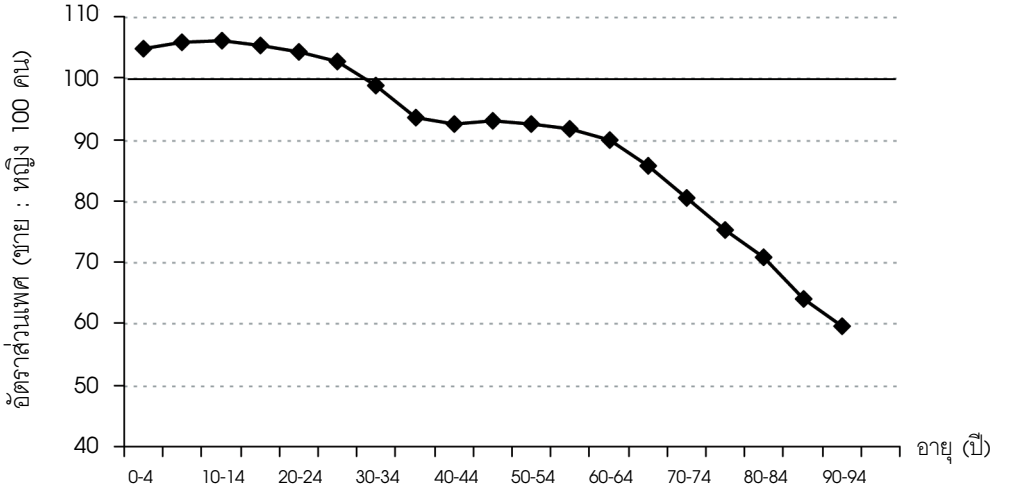
**รูป 1 อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย พ.ศ. 2480 - 2549**




**ที่มา:** ปราโมทย์ และปัทมา. 2551. (คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2480-2549)

เด็กผู้ชายเกิดมากกว่าเด็กผู้หญิง ในกลุ่มอายุแรกๆ จึงมีประชากรชายมากกว่าประชากรหญิง ข้อมูลจากการฉายภาพประชากรที่จำแนกประชากรชายและหญิงออกตามกลุ่มอายุได้แสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงอายุ 27 ปี ประชากรชายจะมีมากกว่าหญิง อายุ 27 ปี จึงเป็นเสมือน "จุดตัด" ของจำนวนประชากรชายและหญิง หรือเป็นจุดที่ประชากรทั้งสองเพศมีจำนวนพอๆ กัน แต่หลังจากอายุนั้น ประชากรหญิงจะเริ่มมีจำนวนมากกว่าชายไปจนกระทั่งกลุ่มอายุสูงสุด อายุยิ่งสูง ประชากรหญิงจะยิ่งมากกว่าชาย อย่างเช่นในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีอัตราส่วนเพศราว 60 หมายถึงว่าในกลุ่มประชากรอายุสูงสุดกลุ่มนี้มีผู้ชายเพียง 60 คน ต่อผู้หญิง 100 คน เท่านั้น อัตราส่วนเพศจะยิ่งต่ำลงไปอีกเมื่ออายุสูงขึ้น กลุ่มอายุ 100 ปีขึ้นไป อัตราส่วนเพศจะลดต่ำลงเหลือราว 30 ซึ่งหมายถึงว่าในกลุ่ม "คนร้อยปี" จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึงกว่า 3 เท่าตัว

**รูป 2 อัตราส่วนเพศจำแนกตามอายุของประชากรไทย พ.ศ. 2551**




**ที่มา:** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549

การที่ประชากรชายน้อยกว่าประชากรหญิง ทั้งๆ ที่แต่ละปีมีเด็กผู้ชายเกิดมากกว่าเด็กผู้หญิงนี้เป็นเพราะเมื่อเกิดมาแล้วอัตราตายของประชากรชายจะสูงกว่าของประชากรหญิงในทุกกลุ่มอายุ งานศึกษาจำนวนมากได้พิสูจน์แล้วว่า ปัจจัยทางชีววิทยาเป็นตัวกำหนดสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการตายน้อยกว่าผู้ชาย (Poppel 2000; Wingard 1982; Wingard 1984) ดังนั้น ผู้หญิงจึงมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชายโดยธรรมชาติ ถ้าดูอัตราตายรายอายุของประชากรไทยก็ยิ่งทำให้เห็นความแตกต่างของการตายระหว่างเพศได้ชัดเจน เพราะอัตราตายของผู้ชายสูงกว่าของผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ความแตกต่างนี้ปรากฏขึ้นตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งทารกและเด็กเพศชายจะตายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย จนกระทั่งเมื่อเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน ความแตกต่างจะยิ่งมีมากในวัยนี้ จำนวนตายที่เป็นชายมากกว่าหญิงถึง 3-4 เท่า ดังจะเห็นได้ในตาราง 2 เมื่อ พ.ศ. 2549 ประชากรอายุ 20-24 ปี ที่ตายเป็นหญิงเพียง 1,702 คน ในขณะที่ผู้ชายตายมากถึง 5,751 คน มากกว่าผู้หญิงถึง 3.4 เท่า แม้เมื่อพ้นวัยทำงานแล้วเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุชายก็ยังมีโอกาสตายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

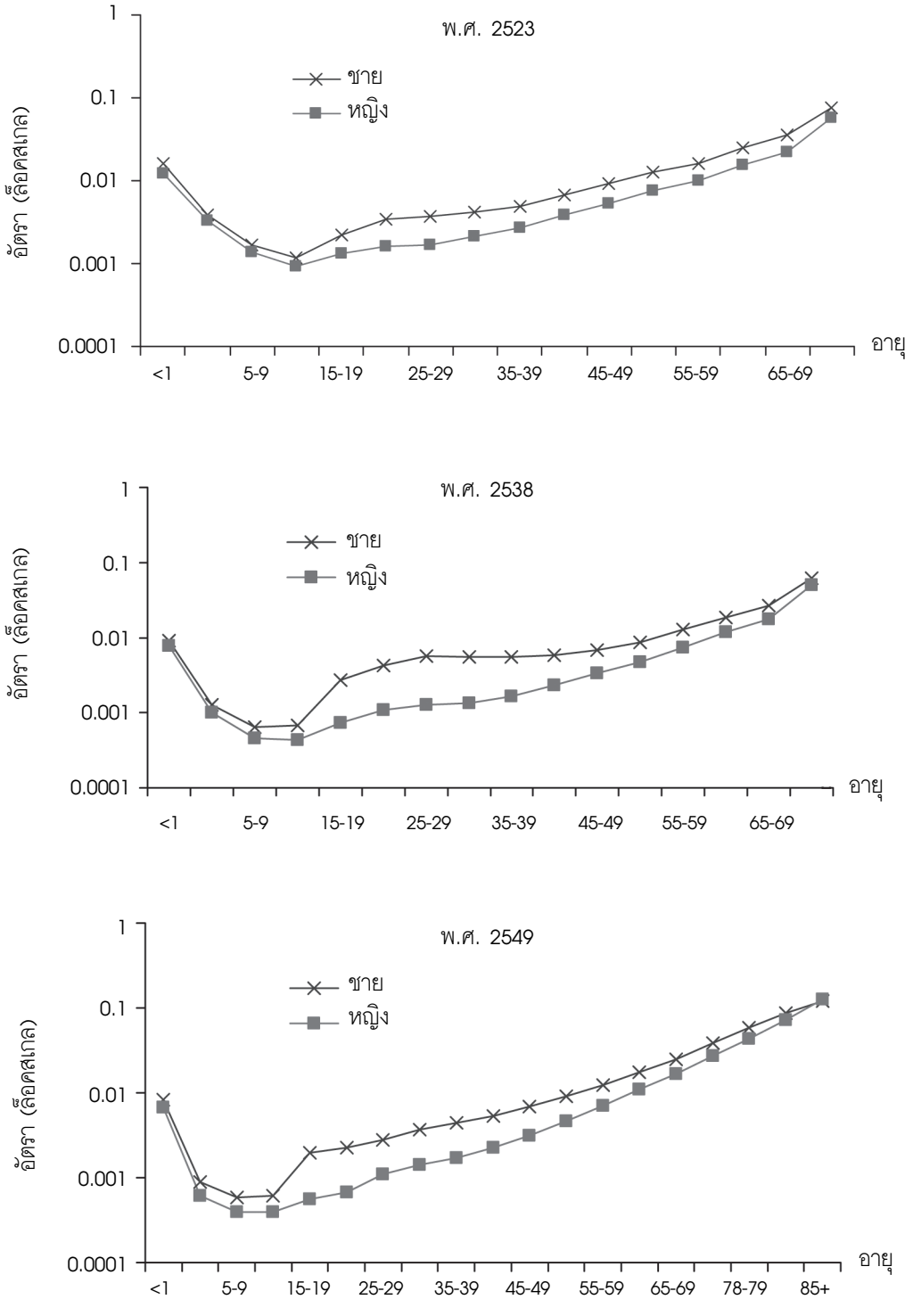
**ตาราง 2 จำนวนตายจำแนกตามอายุและเพศของประเทศไทย พ.ศ. 2549**

| อายุ | ชาย | หญิง | รวม | อัตราส่วน (ชายต่อหญิง) |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 3,308 | 2,547 | 5,855 | 1.3 |
| 1 - 4 | 1,487 | 950 | 2,437 | 1.6 |
| 5 - 9 | 1,360 | 851 | 2,211 | 1.6 |
| 10 - 14 | 1,573 | 930 | 2,503 | 1.7 |
| 15 - 19 | 4,779 | 1,294 | 6,073 | 3.7 |
| 20 - 24 | 5,751 | 1,702 | 7,453 | 3.4 |
| 25 - 29 | 7,567 | 2,949 | 10,516 | 2.6 |
| 30 - 34 | 10,125 | 3,917 | 14,042 | 2.6 |
| 35 - 39 | 12,056 | 4,885 | 16,941 | 2.5 |
| 40 - 44 | 13,617 | 6,040 | 19,657 | 2.3 |
| 45 - 49 | 15,113 | 7,147 | 22,260 | 2.1 |
| 50 - 54 | 15,784 | 8,899 | 24,683 | 1.8 |
| 55 - 59 | 16,158 | 10,119 | 26,277 | 1.6 |
| 60 - 64 | 16,852 | 11,595 | 28,447 | 1.5 |
| 65 - 69 | 19,860 | 15,514 | 35,374 | 1.3 |
| 70 - 74 | 22,724 | 20,176 | 42,900 | 1.1 |
| 75 - 79 | 21,432 | 21,185 | 42,617 | 1.0 |
| 80 - 84 | 16,228 | 19,628 | 35,856 | 0.8 |
| 85+ | 16,548 | 27,230 | 43,778 | 0.6 |
| ไม่ทราบอายุ | 489 | 757 | 1,246 | 0.6 |
| **รวม** | 222,811 | 168,315 | 391,126 | 1.3 |

**ที่มา:** ปราโมทย์ และปัทมา. 2551. (กระทรวงสาธารณสุข 2549.)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรหญิงเพิ่มจำนวนมากกว่าประชากรชาย คือ ผู้ชายตายมากกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในวัยแรงงานที่อัตราตายของผู้ชายจะสูงกว่าของผู้หญิงอย่างมากตลอดช่วงเวลา 20 กว่าปีที่ผ่านมา ดังจะเห็นได้จากเส้นกราฟแสดงอัตราตายรายอายุในรูป 3 ว่า ความแตกต่างของอัตราตายของชายและหญิง ที่เห็นชัดเจนอยู่แล้วใน พ.ศ. 2523 ได้เพิ่มมากจนเห็นชัดใน พ.ศ. 2538 และความแตกต่างนั้นยังคงอยู่เช่นเดิมใน พ.ศ. 2549 ความแตกต่างของอัตราตายรายอายุของชายและหญิงนี้ นอกจากจะเป็นผลของปัจจัยทางชีววิทยาที่ผู้หญิงมีภูมิคุ้มกันที่จะรอดชีพอยู่มากกว่าผู้ชายแล้ว ในช่วงวัยนี้ ประชากรชายจะมีความเสี่ยงต่อการตายด้วยการติดเชื้อเอดส์ และสาเหตุภายนอกที่สำคัญ อันได้แก่ อุบัติเหตุและความรุนแรง สูงกว่าประชากรหญิงอย่างมาก ถ้าหากดูจำนวนตายจำแนกตามเพศและอายุในตาราง 2 จะเห็นได้จัดเจนว่าใน พ.ศ. 2549 จำนวนตายเพศชายในกลุ่มอายุ 15-24 ปี สูงกว่าจำนวนตายเพศหญิงในวัยเดียวกันมากกว่า 3 เท่า และในกลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ถึง 59 ปี ผู้ชายตายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 2 เท่าตัว

**รูป 3 อัตราตายรายอายุและเพศของประชากรไทย พ.ศ. 2523, 2538 และ 2549**




**หมายเหตุ:** คำนวณอัตราตายรายอายุ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยเหตุที่ประชากรชายตายมากกว่าประชากรหญิงในทุกกลุ่มอายุเช่นนี้ ทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายต่ำกว่าของผู้หญิงตลอดช่วงเวลาเกือบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ที่จริงแล้วในอดีต เมื่อประเทศไทยยังไม่พัฒนาในเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาเรื่องอนามัยแม่และเด็ก อัตราตายของสตรีในวัยมีบุตรจะสูงมาก อันเนื่องมาจากความเสี่ยงระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ในอดีต อัตราตายของประชากรหญิงวัย 15-49 ปี จะสูงกว่าอัตราตายของประชากรชายในวัยเดียวกัน แต่เมื่อการอนามัยแม่และเด็กได้พัฒนาดีขึ้น "อัตราตายมารดา" หรือการตายของสตรีอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรก็ได้ลดลงอย่างมาก จนทำให้อัตราตายของประชากรหญิงในวัยเจริญพันธุ์นี้ลดต่ำลงจนต่ำกว่าอัตราตายของประชากรชาย จนกล่าวกันว่าการพัฒนาสังคม โดยเฉพาะการสาธารณสุขของประเทศ เอื้อประโยชน์ให้ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

เราได้นำข้อมูลความแตกต่างอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชายและหญิงของประเทศไทยมาแสดงไว้ในตาราง 3 จะเห็นว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ซึ่งได้จากตารางชีพที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ครั้งแรกใน พ.ศ. 2507 จนถึงครั้งที่ 7 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายเมื่อ พ.ศ. 2548 ถึง 2549 ของผู้หญิงจะสูงกว่าของผู้ชายตลอดมา ใน พ.ศ. 2507 อายุคาดเฉลี่ยของผู้ชายสูงเพียงแค่ 56 ปี แต่ของผู้หญิงสูงถึง 62 ปี จนถึง พ.ศ. 2549 อายุคาดเฉลี่ยของผู้ชายเท่ากับ 70 ปี แต่ของผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นไปถึง 77 ปี ใน พ.ศ. 2551 นี้ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คาดประมาณว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายไทยเท่ากับ 70 ปี และของผู้หญิงเท่ากับ 76 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2551)

**ตาราง 3 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชายและหญิง พ.ศ. 2507-2549**

| พ.ศ. | ชาย | หญิง |
|---|---|---|
| 2507-2508 | 55.9 | 62.0 |
| 2517-2519 | 58.0 | 63.8 |
| 2528-2529 | 63.8 | 68.9 |
| 2532 | 65.6 | 70.9 |
| 2534 | 67.7 | 72.4 |
| 2538-2539 | 69.9 | 74.9 |
| 2548-2549 | 69.9 | 77.4 |

**ที่มา** : ปราโมทย์ และปัทมา 2551. (คำนวณจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507-2508, 2517-2519, 2528-2529, 2532, 2534, 2538-2539, 2548-2549)

## แนวโน้มความแตกต่างระหว่างจำนวนประชากรชายและหญิง

ผลจากปรากฏการณ์ที่อัตราตายของประชากรชายสูงกว่าประชากรหญิงในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะในวัยแรงงาน ประกอบกับการที่ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าผู้ชาย สืบเนื่องต่อกันมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่าครึ่งศตวรรษในประเทศไทย ทำให้สภาพการณ์ความไม่สมดุลระหว่างประชากรทั้งสองเพศ ที่จำนวนผู้หญิงมีมากกว่าผู้ชายเกือบหนึ่งล้านคนในปัจจุบัน มีแนวโน้มว่าจะคงอยู่ต่อไปอีกนาน

จากการฉายภาพประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้ข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง ประชากรของประเทศไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกไม่มากนัก นับจากนี้เป็นต้นไป จำนวนประชากรไทยจะขึ้นไปถึงจุดสูงสุดในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า ที่จำนวน 65.2 ล้านคน จากนั้นจะคงตัวอยู่ที่จำนวน 65 ล้านคน อยู่อีกระยะหนึ่ง แล้วจึงค่อยๆ ลดน้อยลง อย่างไรก็ตาม ในขณะที่จำนวนรวมของประชากรจะเพิ่มขึ้นอีกไม่มากนักนั้น ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงกลับจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงไว้ในตาราง 4 ว่า เมื่อ พ.ศ. 2551 ประชากรหญิงมีมากกว่าประชากรชาย 870,000 คน ใน พ.ศ. 2558 ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย 1,167,000 คน และความแตกต่างนี้จะเพิ่มเป็น 1,532,000 คน ใน พ.ศ. 2568

**ตาราง 4 การฉายภาพจำนวนรวมประชากรชายและหญิงของประเทศไทยในอนาคต**

| พ.ศ. | ประชากร (พันคน) | | | หญิงมากกว่าชาย | อัตราส่วนเพศ |
|---|---|---|---|---|---|
| | รวม | ชาย | หญิง | (พันคน) | (ชาย:หญิง 100 คน) |
| 2548 | 62,163 | 30,710 | 31,452 | 742 | 97.6 |
| 2551 | 63,121 | 31,125 | 31,995 | 870 | 97.3 |
| 2558 | 64,648 | 31,740 | 32,907 | 1,167 | 96.5 |
| 2568 | 65,089 | 31,778 | 33,310 | 1,532 | 95.4 |

**ที่มา** : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549

แนวโน้มที่ประชากรหญิงจะมากกว่าประชากรชายที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นี้ ถ้าแยกออกเป็นกลุ่มอายุก็จะเห็นแนวโน้มความแตกต่างดังกล่าวได้ชัดขึ้นว่า ในกลุ่มประชากรวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี ซึ่งย่อมรวมเอากลุ่มสตรีในวัยเจริญพันธุ์ไว้ด้วยนั้น ผู้หญิงจะมีมากกว่าผู้ชายประมาณ 5.7 แสนคน ใน พ.ศ. 2551 (ดูตาราง 5) ช่องว่างระหว่างจำนวนประชากรทั้งสองเพศนี้ จะเพิ่มขึ้นเป็น 5.8 แสนคน ใน พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม ช่องว่างนี้จะลดลงเหลือ 3.5 แสนคน ใน พ.ศ. 2568 ภายใต้ข้อสมมุติว่า ความแตกต่างของการตายระหว่างประชากรสองเพศนี้จะลดลงได้ ด้วยการลดการตายจากเอดส์และสาเหตุภายนอก เช่น อุบัติเหตุและความรุนแรง เป็นต้น อัตราส่วนเพศของประชากรวัยแรงงานนี้ มีแนวโน้มที่จะค่อนข้างคงที่อยู่ที่ มีผู้ชาย 97-98 คน ต่อผู้หญิง 100 คน

**ตาราง 5 การฉายภาพจำนวนประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุ ชายและหญิงของประเทศไทยในอนาคต**

| พ.ศ. | ประชากรวัยแรงงาน | | | ประชากรวัยสูงอายุ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย (พันคน) | หญิง (พันคน) | อัตราส่วนเพศ (ชาย : หญิง 100 คน) | ชาย (พันคน) | หญิง (พันคน) | อัตราส่วนเพศ (ชาย : หญิง 100 คน) |
| 2548 | 20,475 | 20,991 | 97.5 | 2,900 | 3,522 | 82.3 |
| 2551 | 20,938 | 21,507 | 97.4 | 3,187 | 3,854 | 82.7 |
| 2558 | 21,367 | 21,945 | 97.4 | 4,076 | 4,958 | 82.2 |
| 2568 | 20,700 | 21,047 | 98.3 | 5,734 | 7,167 | 80.0 |

**ที่มา** : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549

สำหรับประชากรสูงอายุ เนื่องจากผู้หญิงมีอายุยืนกว่าผู้ชาย ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายเพิ่มขึ้นต่อไปอีกในอนาคต โดยใน พ.ศ. 2551 นี้ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมดมีอยู่ประมาณ 7 ล้านคน เป็นหญิง 3.8 ล้านคน และชาย 3.2 ล้านคน เท่ากับว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย 6.2 แสนคน แต่ใน พ.ศ. 2568 ในขณะที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมด ที่คาดว่าจะมีถึง 13 ล้านคนนั้น จะมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายถึง 1.4 ล้านคน

ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าจำแนกประชากรสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตั้งแต่ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะคาดประมาณได้ว่า ความแตกต่างระหว่างประชากรสูงอายุชายและหญิงจะยิ่งมีมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น (ดูตาราง 6) อัตราส่วนเพศของผู้สูงอายุวัยต้นใน พ.ศ. 2551 นี้เท่ากับ 88 และลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น เหลือ 78 ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง และเหลือเพียง 68 สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายอีกเกือบ 20 ปีข้างหน้า ใน พ.ศ. 2568 อัตราส่วนเพศของประชากรสูงอายุวัยต่างๆ จะยิ่งลดลง เหลือ 84 สำหรับผู้สูงอายุวัยต้น 77 สำหรับผู้สูงอายุวัยกลาง และเหลือประมาณ 66 สำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย อัตราส่วนเพศที่ลดลงตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้นนี้ ย่อมทำให้เราเห็นภาพสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคตว่า จะมีผู้สูงอายุสตรีเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การเตรียมบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ไม่ว่าจะเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไป หรือเรื่องสุขภาพอนามัย คงต้องมุ่งเป้าไปที่ประชากรสูงอายุสตรีเป็นสำคัญ

**ตาราง 6 การฉายภาพจำนวนประชากรสูงอายุวัยต่างๆ ชายและหญิงของประเทศไทยในอนาคต**

| พ.ศ. | ผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) | | | ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) | | | ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย (พันคน) | หญิง (พันคน) | อัตราส่วนเพศ (ชาย : หญิง 100 คน) | ชาย (พันคน) | หญิง (พันคน) | อัตราส่วนเพศ (ชาย : หญิง 100 คน) | ชาย (พันคน) | หญิง (พันคน) | อัตราส่วนเพศ (ชาย : หญิง 100 คน) |
| 2548 | 1,777 | 2,025 | 87.8 | 890 | 1,138 | 78.2 | 233 | 359 | 64.9 |
| 2551 | 1,907 | 2,166 | 88.0 | 1,000 | 1,276 | 78.4 | 280 | 412 | 68.0 |
| 2558 | 2,483 | 2,853 | 87.0 | 1,190 | 1,514 | 78.6 | 403 | 591 | 68.2 |
| 2568 | 3,516 | 4,178 | 84.2 | 1,686 | 2,183 | 77.2 | 532 | 805 | 66.1 |

**ที่มา** : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549

# ความไม่สมดุลทางเพศ มีผลต่อภาวะสืบทอดพันธุ์ของประชากรไทย

## ความไม่สมดุลทางเพศ มีผลต่อการจับคู่แต่งงานระหว่างชายและหญิง

การที่จำนวนประชากรเพศชายและเพศหญิงไม่สมดุลกัน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ ไม่ว่าจะมีผู้หญิงมากหรือน้อยกว่าผู้ชายอย่างมาก จนเสียสมดุลระหว่างเพศแล้ว ย่อมมีผลต่อการจับคู่แต่งงานของชายและหญิง ประเทศจีนเป็นตัวอย่างของความไม่สมดุลระหว่างเพศ ที่ประชากรหญิงมีน้อยกว่าประชากรชายมาก อันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก "นโยบายลูกคนเดียว" ของรัฐบาลจีนในช่วง 30-40 ปี ที่ผ่านมา ปัจจุบันผู้ชายชาวจีนมีปัญหาในการหาคู่ผู้หญิงมาแต่งงานด้วย

ในกรณีของประเทศไทย ความไม่สมดุลระหว่างประชากรวัยเจริญพันธุ์เพศชายและหญิงได้ปรากฏให้เห็นชัดเจนขึ้นแล้วว่า ผู้ชายในวัยเจริญพันธุ์มีจำนวนน้อยกว่าผู้หญิง และความไม่สมดุลนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เพราะเมื่อมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายค่อนข้างมาก ย่อมจะมีผลต่อตลาดการแต่งงาน หรือโอกาสในการจับคู่แต่งงานระหว่างหญิงกับชาย กล่าวคือ เมื่อมีผู้ชายน้อย ผู้หญิงก็หาคู่ได้ยากขึ้น โอกาสที่ผู้หญิงจะอยู่เป็นโสดไม่ได้แต่งงานก็จะมีมากขึ้นตามไปด้วย

## ผู้ชายเลือกเป็นเพศหญิง ทำให้ความไม่สมดุลระหว่างเพศเพิ่มมากขึ้น

ระดับความไม่สมดุลระหว่างเพศในประเทศไทยดูเหมือนจะทวีสูงขึ้น เมื่อพิจารณาประกอบกับสถานการณ์ที่มีประชากรจำนวนหนึ่ง มีใจเลือกที่จะเป็นเพศอื่นที่ต่างไปจากเพศทางสรีระของตน ได้แก่ ประชากรที่เกิดเป็นชายแต่เลือกที่จะเป็นหญิง หรือในทางกลับกัน ประชากรที่เกิดเป็นหญิงแต่เลือกที่จะเป็นชาย มีปรากฏการณ์ทางสังคมหลายอย่างได้ชวนให้สันนิษฐานว่า "ในประเทศไทยผู้ที่เลือกเป็นเพศอื่นที่ต่างไปจากเพศตามสรีระของตน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น" ข้อสันนิษฐานนี้ ต้องการการพิสูจน์และการหาข้อมูลเชิงปริมาณว่ามีขนาดมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะการศึกษากลุ่มประชากรชายวัยเจริญพันธุ์ เพราะประชากรกลุ่มนี้มีผลอย่างสำคัญต่อภาวะการสืบทอดพันธุ์ของประชากร

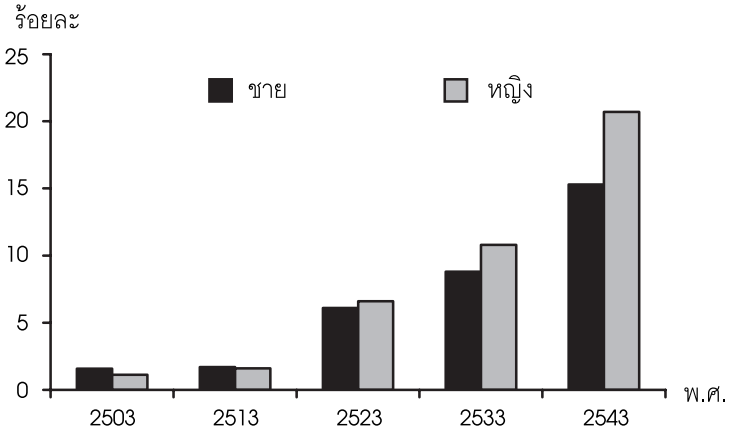
การที่ประชากรชายทางสรีระเลือกเป็นเพศหญิง ย่อมทำให้ประชากรชายที่จะเป็นคู่เจริญพันธุ์กับประชากรหญิงลดน้อยลง ดังเช่น อัตราส่วนเพศของประชากรอายุ 15-59 ปี ใน พ.ศ. 2551 ซึ่งอยู่ที่ 97 คือ มีผู้ชายเพียง 97 คน ต่อผู้หญิง 100 คนนั้น ถ้าผู้ชายจำนวนหนึ่ง เช่น ร้อยละ 5 หรือ 10 เปลี่ยนข้างกลายไปอยู่กับฝ่ายหญิงเสียแล้ว อัตราส่วนเพศก็จะยิ่งลดลงไปอีก จนเหลือ 92 หรือ 87 ได้ ถ้าเป็นเช่นนั้น ตลาดการจับคู่แต่งงาน เพื่อมีลูกสืบทอดพันธุ์ต่อไปก็ยิ่งบีบรัด จนน่าจะมีผลให้อัตราการครองโสดของสตรีเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรลดต่ำลงไปอีก

## สถานภาพสตรีที่สูงขึ้น ทำให้สัดส่วนประชากรหญิงที่ครองโสดสูงขึ้น

ความไม่สมดุลระหว่างเพศชายและหญิงยิ่งส่งผลต่อภาวะสืบทอดพันธุ์มากขึ้น เมื่อการพัฒนาประเทศในศตวรรษที่ผ่านมาได้ทำให้สถานภาพสตรีไทยเพิ่มสูงขึ้น เมื่อผู้หญิงไทยมีการศึกษามากขึ้น บทบาทสตรีที่เคยเป็นเพียงแม่บ้าน "อยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน" ได้กลายเป็นบทบาทของสตรีที่มีความเป็นอิสระ ทำงานนอกบ้านและมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ไม่ต่ำกว่าผู้ชายอีกต่อไป

เราได้นำอัตราส่วนร้อยของสตรีอายุ 20-24 ปี ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มาเป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงสถานภาพสตรีที่สูงขึ้น (รูป 4) ในช่วงเวลาเกือบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา สตรีไทยที่ได้รับการศึกษาถึงขั้นอุดมศึกษามีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างมาก จากเพียงร้อยละ 1 เมื่อ พ.ศ. 2503 ได้สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2533 และสูงเกินกว่าร้อยละ 20 ใน พ.ศ. 2543 ยิ่งไปกว่านั้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา พบว่าสัดส่วนผู้หญิงไทยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษานั้นสูงกว่าผู้ชาย การที่ผู้หญิงไทยมีการศึกษาที่สูงขึ้นเช่นนี้ ทำให้มีโอกาสเข้าไปทำงานในองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และมีบทบาทรวมทั้งตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูงขึ้น ในองค์กรต่างๆ จึงมีสัดส่วนของสตรีที่เข้าไปทำงานสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

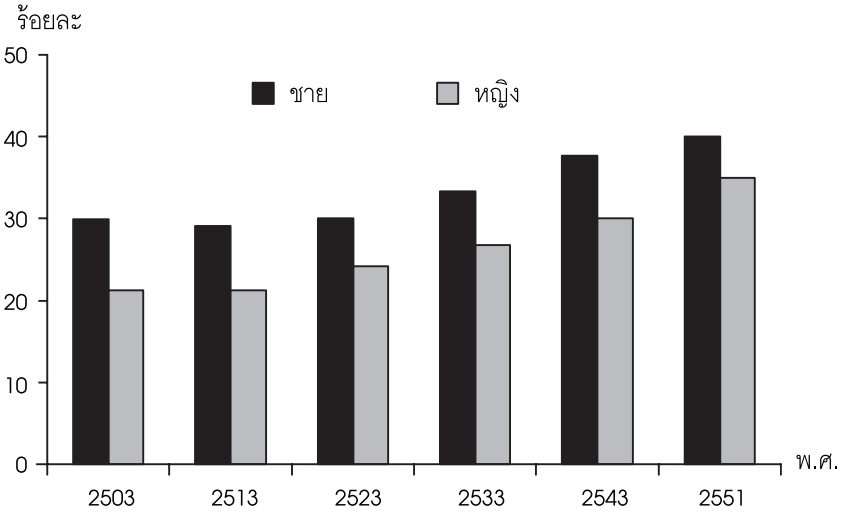
**รูป 4 ร้อยละของประชากรอายุ 20 - 24 ปี ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2503 - 2543**




**ที่มา:** ปราโมทย์ และปัทมา. 2551. (คำนวณจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503 - 2543)

สถานสภาพสตรีที่สูงขึ้นเช่นนี้ ส่งผลให้สัดส่วนประชากรหญิงในวัยเจริญพันธุ์ที่เลือกจะอยู่เป็นโสด หรือไม่แต่งงานเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มของอัตราส่วนสตรีอายุ 15-54 ปี ที่เป็นโสดในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลสำมะโนประชากรเมื่อปรับฐานด้วยโครงสร้างอายุของประชากร พ.ศ. 2543 ได้แสดงว่า เมื่อ พ.ศ. 2503 สตรีอายุ 15-54 ปี ที่เป็นโสด มีร้อยละ 21 อัตราส่วนร้อยของสตรีโสดนี้ คงอยู่อย่างเดิมใน พ.ศ. 2513 (ดูรูป 5) แต่หลังจากปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นไป ร้อยละของสตรีอายุ 15-54 ปี ที่เป็นโสด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2543 เป็นไปได้ว่า ร้อยละของสตรีที่ครองตัวเป็นโสดนี้ จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35 ใน พ.ศ. 2551 นี้

**รูป 5 ร้อยละประชากรอายุ 15-54 ปี ที่อยู่เป็นโสด จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2503-2551**




**หมายเหตุ:** 1) ปรับฐานด้วยโครงสร้างประชากร พ.ศ. 2543
2) ร้อยละของ พ.ศ. 2551 ประมาณโดยผู้เขียน
**ที่มา:** ปราโมทย์ และปัทมา. 2551. (คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503-2543)

เมื่อโอกาสในการจับคู่แต่งงานระหว่างชายและหญิงมีน้อยลง เพราะความไม่สมดุลระหว่างเพศ ผู้ชายเลือกเป็นเพศหญิง และสตรีมีสถานภาพสูงขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อไปถึงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากร ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อสตรีที่อยู่เป็นโสดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และสตรีที่แต่งงานแล้วก็เลือกที่จะมีลูกกันน้อยลงอีก อัตราเจริญพันธุ์รวมหรือจำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดวัยมีบุตรของตน จึงได้ลดต่ำลงจนเหลือเพียง 1.5 คน ในปัจจุบัน ซึ่งกล่าวได้ว่าประชากรไทยมีภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว

**สถานการณ์ความไม่สมดุลระหว่างเพศที่เกิดขึ้น จนมีผลกระทบต่อโอกาสในการจับคู่ของชายและหญิง และสถานภาพสตรีที่นับวันจะสูงขึ้นเช่นนี้ ทำให้เชื่อได้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทย จะยิ่งลดต่ำลงไปอีกในอนาคต อัตราเจริญพันธุ์รวมของสตรีไทยอาจลดลงจนเหลือเพียง 1 ในอนาคตอันใกล้นี้ก็เป็นได้**

## เอกสารอ้างอิง


กระทรวงสาธารณสุข. 2549. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549.*

ปราโมทย์ ประสาทกุล, สุรีย์พร พันพึ่ง และปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. 2550. " 'ระเบิดคนเมือง' ในประเทศไทย". หน้า 4-17. ใน *ประชากรและสังคม 2550: นคราภิวัตน์และวิถีชีวิตเมือง.* บรรณาธิการ วรชัย ทองไทย และสุรีย์พร พันพึ่ง . นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2549. *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568,* มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับเดือนมีนาคม *2549.*

_____ . 2551. *สารประชากร*, ฉบับที่ 17.

สำนักงานสถิติกลาง. มปป. *สำมะโนประชากร พ.ศ. 2503.*

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. มปปก. *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507-2508.*

_____ . มปปข. *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2517-2519.*

_____ . มปปค. *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2528-2529.*

_____ . มปปง. *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2532.*

_____ . มปปจ. *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2534.*

_____ . มปปฉ. *สำมะโนประชากร พ.ศ. 2513.*

_____ . มปปช. *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523.*

_____ . มปปซ. *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533.*

_____ . 2545. *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543.*

Poppel, Frans Van. 2000. "Long-term trends in relative health differences between men and women." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 93:119-122.

Wingard, Deborah L. 1982. "The sex differential in mortality rates: demographic and behavioral factors." *American Journal of Epidemiology* 115:205-216.

_____ . 1984. "The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle." *Annual Review of Public Health* 5: 433-458.

# 2

# ผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศและความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชากรไทย พ.ศ. 2549[1]

*แปลและเรียบเรียงโดย*

กัญญา อภิพรชัยสกุล

*ผู้ช่วยนักวิจัยโครงการ National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006*

ดุสิตา พึ่งสำราญ

*ผู้ช่วยนักวิจัยโครงการ National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006*

เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า การดำเนินนโยบายและโครงการด้านเอดส์ของประเทศไทยได้สัมฤทธิผลและทันต่อเหตุการณ์ เริ่มจากต้นคริสต์ทศวรรษ 1990 ได้เริ่มแผนงานสหสาขาวิชาในระดับชาติเพื่อลดอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของแผนงาน คือ การควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infection - STI) อย่างเข้มข้น และการดำเนินโครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ โดยเน้นที่การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง ขณะเดียวกันได้มีความพยายามในการเก็บข้อมูล เช่น การสำรวจสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวีในระดับประเทศ รวมทั้งการสำรวจระดับชาติเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 2 ครั้ง ใน พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2535 (Werasit et. al. 1992; Varachai and Orapin 1994) ข้อมูลจากการสำรวจเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้บริการพนักงาน

---

[1] สรุปย่อจาก *Aphichat Chamratrithirong, Sirinan Kittisuksathit, Chai Podhisita, Pimonpan Isarabhakdi and Malee Sabaiying. (Editors) 2007. National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006.* Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2007. **กรุณาอ้างอิงจากรายงานฉบับจริงเท่านั้น เอกสารนี้เป็นการแปลและเรียบเรียงเพื่อใช้ประกอบการประชุมนี้เท่านั้น** รายงานฉบับเต็มและข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์สามารถ download ได้ที่ www.ipsr.mahidol.ac.th.

บริการหญิงมีแนวโน้มลดลง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิงเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเฝ้าระวัง (surveillance group) ก็ลดลงอย่างมากด้วย

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การระบาดของเอดส์มีวิวัฒนาการมาโดยตลอด พฤติกรรมของประชากรที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของเอชไอวีและโรคเอดส์ก็เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเปลี่ยนรูปแบบจากการใช้บริการพนักงานบริการหญิงไปเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับคู่นอนประเภทอื่นๆ เช่น เพื่อน หรือ แฟน เป็นต้น และคนหนุ่มสาวรุ่นใหม่ที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านการป้องกันที่มีการรณรงค์กันอย่างเข้มข้น แต่กลับเข้าถึงข้อมูลมากมายในเรื่องเพศที่ส่งผลให้มีรูปแบบของเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและเพิ่มแนวโน้มการใช้ยาเสพติดในกลุ่มหนุ่มสาวและวัยรุ่นเหล่านี้

จากการสำรวจครั้งล่าสุด พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่กรุงเทพฯ (Van Griensvan et al. 2004) และข้อมูลเชิงระบาดวิทยา ซึ่งแม้จะมีอยู่อย่างจำกัด ก็ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาในระดับชาติ นอกจากนี้ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านการป้องกัน แต่ก็ยังปรากฏว่า อัตราการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการหญิงยังคงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 3 ต่อปี และอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 10 ต่อปีด้วย ดังนั้น การดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวีและโรคเอดส์ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์เพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างดีที่สุด ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจสถานการณ์ ช่องทางการแพร่ระบาด รวมทั้งรูปแบบและระดับของพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรแต่ละกลุ่มในประเทศ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชากรกลุ่มต่างๆ แล้ว ไทยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียที่เริ่มให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยา โดยถือเป็นพันธกิจสำคัญระดับชาติ ส่งผลให้เกิดประเด็นด้านนโยบายและโครงการขึ้นมาอีกหลายเรื่อง รวมทั้งความกังวลว่า การให้บริการยาต้านไวรัสอาจส่งผลให้ประชากรมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพราะมีความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อลดน้อยลง ดังนั้น ในการประเมินผลโครงการให้บริการยาต้านไวรัส ผู้กำหนดนโยบายจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยง ระดับการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับยาต้านไวรัสของประชากรด้วย รวมทั้งต้องประเมินความรู้เกี่ยวกับการให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและความคิดที่จะรับการตรวจเลือดของประชากรด้วย เนื่องจากข้อมูลลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถวางแผน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสแก่ประชากรได้อย่างสอดคล้องกับความรู้ ความเชื่อที่มีอยู่ และยังสามารถกระตุ้นให้มีการรับการตรวจเลือด รวมทั้งเข้ารับการรักษาเมื่อถึงเวลาและลดระดับพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรได้อย่างเหมาะสม

ด้วยความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการป้องกันและดูแลรักษา จึงเป็นที่มาของโครงการสำรวจระดับชาติเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงและความรู้เรื่องยาต้านไวรัสขึ้นเป็นครั้งที่ 3 ใน พ.ศ. 2549 เพื่อรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายด้านเอชไอวีของรัฐบาล ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนเอดส์ระดับชาติ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ และการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในการเข้าถึงบริการ

การสำรวจครั้งนี้ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับความร่วมมือจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยได้รับเงินทุนสนับสนุนจากโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และ กองทุนการพัฒนาเพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ (UNIFEM)

ในกระบวนการทำงานได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วยตัวแทนจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล East West Center ณ เมืองโฮโนลูลู ประเทศสหรัฐอเมริกา กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนของประเทศไทยที่ทำงานด้านการป้องกันและดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี และผู้แทนจากโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ คณะกรรมการที่ปรึกษาทำหน้าที่วางแนวทางในการออกแบบการวิจัยและวิเคราะห์อภิปรายในเนื้อหาของเรื่องที่จะทำการศึกษา พัฒนาแบบสอบถามและวางแผนในการเก็บข้อมูล ไปจนถึงแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน

วัตถุประสงค์ของการสำรวจครั้งนี้ คือ เพื่อรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนและประเมินผลการดำเนินโครงการและนโยบายด้านเอดส์ในระดับประเทศ โดยครอบคลุมถึงเรื่องความรู้และทัศนคติต่อโรคเอดส์ การเข้าถึงข้อมูลด้านเอชไอวี ความรู้และทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ การรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ประสบการณ์และพฤติกรรมทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้นยังมีประเด็นคำถามเฉพาะสำหรับกลุ่มเยาวชนด้วย

## ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการสำรวจนี้ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ส่วนหลักๆ ได้แก่

- เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบสอบถาม
- สำรวจเชิงปริมาณจากตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มเป็นระบบเพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ จำนวน 6,048 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม
- จัดประชุมเพื่อหาแนวทางการวิเคราะห์และรายงานข้อมูล รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ส่งผลถึงการดำเนินโครงการและนโยบายด้านเอดส์

เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรในแต่ละพื้นที่อยู่อาศัยได้ ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงทำการวิเคราะห์โดยถ่วงน้ำหนัก (weighted) อย่างเหมาะสมแล้ว กลุ่มตัวอย่างนี้ถือว่าเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความรู้เรื่องเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยทำการเก็บข้อมูลจากประชากรจากกรุงเทพฯ และอีก 14 จังหวัดทั่วประเทศ โดยสุ่มเลือกจังหวัดตามสัดส่วนของประชากร (proportional to population of province) ในแต่ละ strata กำหนดให้มีการสัมภาษณ์ประชากรจำนวน 504 คน

**ตาราง 1 จำนวนตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย**

| เขตที่อยู่อาศัย | ชาย | | หญิง | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|
| | 18-24 ปี | 25-59 ปี | 15-24 ปี | 25-59 ปี | |
| กรุงเทพฯ | 504 | 504 | 504 | 504 | 2,016 |
| พื้นที่เมือง 14 จังหวัด | 504 | 504 | 504 | 504 | 2,016 |
| พื้นที่ชนบท 14 จังหวัด | 504 | 504 | 504 | 504 | 2,016 |
| **รวม** | 1,512 | 1,512 | 1,512 | 1,512 | 6,048 |

ระยะเวลาในเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2549 จำนวนพนักงานสัมภาษณ์ 33 คน เจ้าหน้าที่คุมงานสนาม 7 คน อัตราการปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถาม หรือปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถามจนสมบูรณ์ต่ำกว่าร้อยละ 20 โดยอัตราการปฏิเสธอยู่ที่กลุ่มประชากรอายุ 18 - 24 ปี

## ผลการสำรวจ

### ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของตัวอย่างที่ทำการสำรวจ

ระดับการศึกษา พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาอย่างน้อยในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 24 จบการศึกษาขั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ซึ่งร้อยละ 10 ของตัวอย่างทั้งหมดระบุว่าอ่านหนังสือไม่ออก ขณะที่ร้อยละ 66 อ่านหนังสือได้ค่อนข้างดี กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำนี้ ร้อยละ 20 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เมือง และประมาณร้อยละ 19 อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ

สถานภาพการทำงาน พบว่า กลุ่มเยาวชน (18 - 24 ปี) ร้อยละ 46 - 50 ในแต่ละพื้นที่อยู่อาศัยระบุว่า ไม่ได้ทำงาน ซึ่งหนึ่งในสามของจำนวนนี้กำลังศึกษาอยู่ และในกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานนี้ ระบุว่ากำลังหางานทำ โดยเป็นตัวอย่างชายร้อยละ 36 และตัวอย่างหญิงร้อยละ 12 นอกจากนั้น ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุมาก (25 - 59 ปี) พบว่าตัวอย่างหญิงถึงร้อยละ 28 ที่ระบุว่าไม่ได้ทำงาน (เปรียบเทียบกับตัวอย่างชายเพียงร้อยละ 5) โดยผู้หญิงเหล่านี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) ระบุว่า ทำงานบ้านอย่างเดียว อาชีพของตัวอย่างส่วนใหญ่ในพื้นที่กรุงเทพฯ และเขตพื้นที่เมืองในจังหวัดต่างๆ ได้แก่ พนักงานขายและพนักงานบริการ (ร้อยละ 26 และร้อยละ 28 ตามลำดับ) ขณะที่ตัวอย่างในเขตชนบท ประกอบอาชีพเกษตรและประมงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 23)

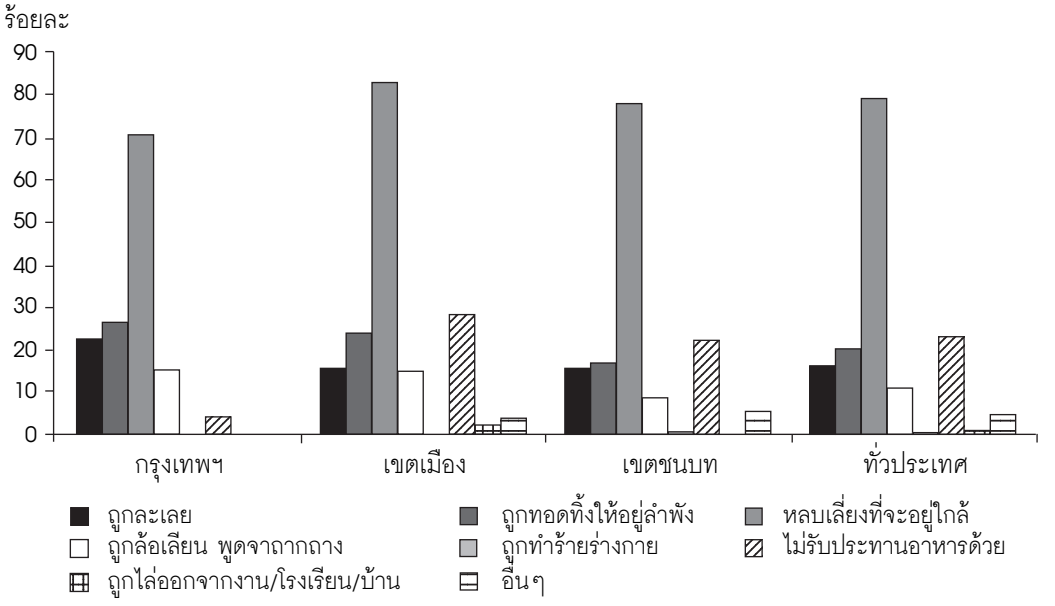
### ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการดำเนินนโยบายด้านการป้องกันเอชไอวี

การสำรวจนี้มีคำถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ หนึ่งในสามของตัวอย่างระบุว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้รับข้อมูลด้านเอดส์จากหนังสือพิมพ์ ขณะที่ร้อยละ 41 และ 88 ได้รับข้อมูลจากวิทยุและโทรทัศน์ ตามลำดับ โดยรวมแล้ว ข้อมูลด้านเอดส์ที่เผยแพร่ทางรายการโทรทัศน์เป็นสื่อที่เข้าถึงได้ง่ายกว่าสำหรับตัวอย่างทุกกลุ่ม

กว่าครึ่งหนึ่งของตัวอย่าง (ร้อยละ 66) ระบุว่า ต้องการทราบข้อมูลด้านเอดส์เพิ่มมากขึ้น โดยในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อย (18-24 ปี) ผู้หญิงในสัดส่วนมากกว่าผู้ชายที่ระบุว่า ต้องการทราบข้อมูลด้านเอดส์เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ตัวอย่างอายุมาก (25-59 ปี) ผู้ชายในสัดส่วนมากกว่าผู้หญิงที่ระบุว่า ต้องการทราบข้อมูลด้านเอดส์เพิ่มมากขึ้น โดยรวมแล้ว ตัวอย่างอายุมากต้องการทราบข้อมูลด้านเอดส์มากกว่าตัวอย่างอายุน้อย

ในเรื่องของทัศนคติและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในชุมชน พบว่า 1 ใน 5 ของตัวอย่าง ทราบหรือรู้จักผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ และประมาณร้อยละ 20 ทราบว่ามีผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน สำหรับตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ร้อยละ 27 ระบุว่า เคยรับรู้ ทราบ หรือได้ยินเกี่ยวกับการปฏิบัติไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อในชุมชนที่อาศัยอยู่ในรูปแบบต่างๆ กันไป ตั้งแต่ ถูกละเลย แยกให้อยู่คนเดียว หลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้ พูดถากถางล้อเลียน ไม่รับประทานอาหารด้วย ให้ออกจากงาน/โรงเรียน/ที่อยู่อาศัย ไปจนถึงถูกทำร้ายร่างกาย

**รูป 1 ร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อในชุมชนของตน**



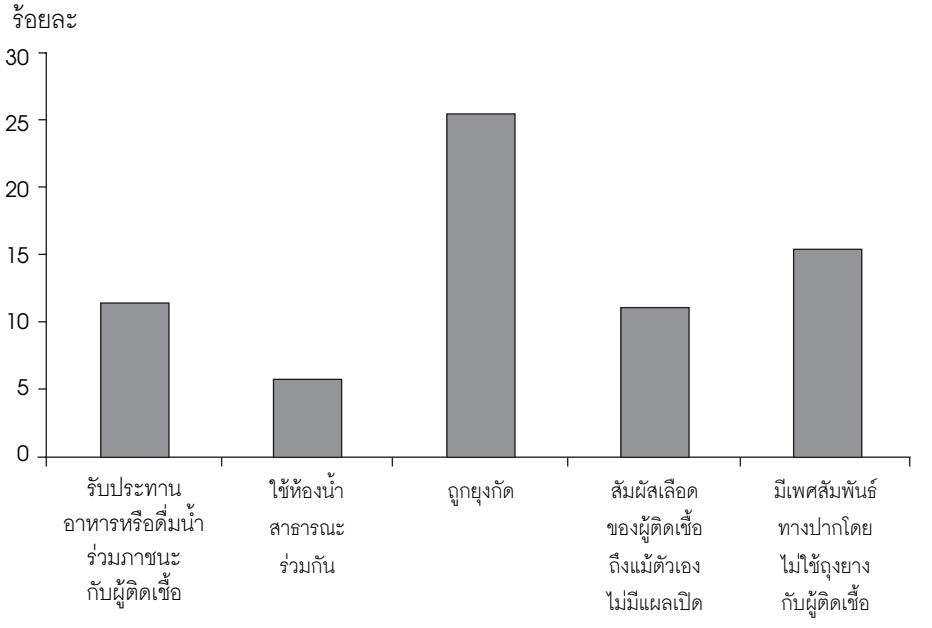

**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยเหตุที่การเลือกปฏิบัติและทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อยังคงปรากฏชัดอยู่ในสังคม เมื่อถูกถามต่อไปว่า หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยเอดส์ จะมีการปฏิบัติอย่างไรบ้าง 2 ใน 5 ของตัวอย่างที่สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า จะเก็บเป็นความลับของครอบครัว และเป็นที่น่าสังเกตว่า ตัวอย่างในกรุงเทพฯ และในเขตเมืองมีสัดส่วนสูงกว่าตัวอย่างในชนบท ที่ระบุว่า จะต้องเก็บเรื่องนี้ไว้เป็นความลับ อย่างไรก็ตาม พบว่า ร้อยละ 90 ของตัวอย่าง ระบุว่า ยินดีที่จะให้การดูแล หากคนในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอดส์ โดยไม่พบว่ามีการเลือกปฏิบัติต่อเพศใดเพศหนึ่ง และยังระบุว่า หากเพื่อนกลายเป็นผู้ติดเชื้อ ก็ยังจะสามารถคบหาสมาคมหรือช่วยเหลือกันได้อยู่

ที่น่าสนใจคือ ประมาณร้อยละ 70 เห็นด้วยกับเรื่องที่ควรอนุญาตให้ครูหรือคนงานในโรงงานที่เป็นผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้ทำงานต่อไป อย่างไรก็ตาม ความคิดเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อที่เห็นได้ชัดที่สุด คือ กรณีที่ผู้ติดเชื้อนั้นเป็นคนขายของหรือขายอาหาร มีเพียง 1 ใน 4 ของตัวอย่างเท่านั้น ที่ยินดีซื้อของหรืออาหารจากผู้ติดเชื้อ

แม้ตัวอย่างเกือบจะทั้งหมดทุกเพศ ทุกวัย และทุกพื้นที่อยู่อาศัย จะเคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องเอดส์มาเป็นเวลานาน แต่ความรู้ดังกล่าวก็ไม่ได้สะท้อนความเข้าใจในเรื่องเชื้อเอชไอวีและช่องทางการติดต่อ การสำรวจครั้งนี้ใช้คำถามมาตรฐานขององค์การสหประชาชาติในการวัดระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อ พบว่า ตัวอย่างในกรุงเทพฯ มีระดับความรู้ความเข้าใจแตกต่างจากตัวอย่างในพื้นที่เขตชนบทเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

**รูป 2 ร้อยละของความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี**




**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ในแง่ของการประเมินความเสี่ยงของตัวเอง พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 10 ระบุว่า ตนเองอาจมีความเสี่ยงบ้างต่อการติดเชื้อเอชไอวีภายใน 12 เดือนข้างหน้า ขณะที่ร้อยละ 1.8 ระบุว่า มีความเสี่ยงปานกลาง และร้อยละ 0.7 ระบุว่า มีความเสี่ยงสูงมาก กล่าวโดยรวมได้ว่า ร้อยละ 13 ของตัวอย่างทั่วไปรับรู้ความเสี่ยงของตัวเองในช่วงอีก 1 ปีข้างหน้า การรับรู้ความเสี่ยงของตัวเองเห็นได้ชัดมากในกลุ่มตัวอย่างชายอายุน้อย ซึ่งพบว่าร้อยละ 15 ประเมินว่าตัวเองมีความเสี่ยง

การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก พบว่า ร้อยละ 92 ของตัวอย่างทราบว่าเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกได้ในระหว่างตั้งครรภ์ และเพียงร้อยละ 73 ที่เข้าใจว่า การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างกระบวนการคลอด และอีกร้อยละ 79 เข้าใจว่าติดระหว่างการให้นมบุตร สรุปว่า ตัวอย่างยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการปรับปรุงโครงการเพื่อให้ความรู้แก่แม่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของการรับการดูแลรักษาเพื่อลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมทั้งการส่งเสริมทางเลือกอื่นแทนการให้นมมารดาแก่บุตร

## ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ร้อยละ 48 ของตัวอย่างเคยได้ยินเกี่ยวกับยาต้านไวรัส โดยไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเพศใด หรืออายุเท่าใด และเมื่อพิจารณาพื้นที่อยู่อาศัยพบว่า ตัวอย่างในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้ที่รู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสมากกว่าตัวอย่างในพื้นที่อื่น กล่าวคือ ตัวอย่างร้อยละ 62 ขณะที่ตัวอย่างในเขตเมืองอื่นๆ มีร้อยละ 52 และในเขตชนบทมีเพียงร้อยละ 43 ที่รู้จักยาต้านไวรัส

อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 2 ของตัวอย่างเท่านั้น ที่เชื่อว่าเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยา นอกจากนั้น ตัวอย่างส่วนใหญ่ที่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องว่า ยาไม่สามารถรักษาเอดส์ให้หายขาดได้ และสามารถอธิบายได้อย่างถูกต้องด้วยว่า ยาจะช่วยให้ไม่มีอาการของโรคใดๆ ปรากฏ แต่เชื้อไวรัสเอชไอวียังคงอยู่ในร่างกายของผู้ติดเชื้อ

ประมาณร้อยละ 88-89 ของตัวอย่างทราบว่า ผู้ติดเชื้อที่เริ่มรับยาต้านไวรัสแล้ว จะต้องรับยาไปจนตลอดชีวิต และไม่ควรหยุดกลางคัน และเกือบทั้งหมดของตัวอย่างที่รู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส ทราบว่า ในระหว่างการรับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อก็ยังคงมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายเช่นเดิม แต่จากข้อเท็จจริงที่ว่า ยาต้านไวรัสอาจจะไม่มีประสิทธิภาพที่ดีเท่ากันสำหรับผู้รับยาทุกคน มีเพียงสองในสามของตัวอย่างที่รู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเท่านั้นที่รับรู้และเข้าใจความจริงข้อนี้

## นโยบายด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การสำรวจนี้ได้สอบถามความรู้และทัศนคติต่อการดำเนินนโยบายด้านการป้องกันเอชไอวีในสองประเด็นหลักๆ คือ นโยบายที่รณรงค์ให้งดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และนโยบายรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่า **การรณรงค์ให้ประชาชนใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอจะได้ผลในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ารณรงค์ให้งดการมีเพศสัมพันธ์** ความคิดเห็นนี้ชัดเจนมากในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-24 ปี

อย่างไรก็ตาม สำหรับข้อคำถามที่ว่าตัวท่านเองแล้ว หากต้องการที่จะป้องกันการติดเชื้อ ท่านจะปฏิบัติอย่างไร กลับพบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 65 ตอบว่า จะงดการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ผู้ที่เลือกว่าจะใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ประมาณร้อยละ 53 ของตัวอย่างเชื่อว่า การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยเป็นสิ่งกระตุ้นให้คนมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้น ขณะที่เพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่คิดว่า จะทำให้คนมีเพศสัมพันธ์กันน้อยลง

นอกจากนั้น การสำรวจนี้มีคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงถุงยางอนามัยที่แจกฟรีหรือจำหน่ายในราคาถูก รวมทั้งเครื่องขายถุงยางอนามัยอัตโนมัติที่ตั้งอยู่ในชุมชน หรือสถานที่ทำงานของตัวอย่าง พบว่า เกือบหนึ่งในสามของตัวอย่าง หรือประมาณร้อยละ 30 ทราบว่ามีแหล่งที่แจกถุงยางอนามัยฟรีหรือจำหน่ายในราคาถูก โดยผู้ชายจะมีความรู้เรื่องนี้มากกว่าผู้หญิง แต่มีเพียงร้อยละ 10 ของตัวอย่างเท่านั้นที่รู้เรื่องเครื่องขายถุงยางอนามัยอัตโนมัติ โดยผู้ชายจำนวนมากกว่าผู้หญิงถึงหนึ่งเท่าตัวที่รู้เรื่องนี้

ทัศนคติต่อเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติของตัวอย่างถือว่าค่อนข้างดี กล่าวคือ ร้อยละ 75 ของตัวอย่างเห็นด้วยกับการมีเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยอยู่ในชุมชนเพื่อความสะดวกในการเข้าถึง อย่างไรก็ตาม พบว่าเพียงร้อยละ 5 ของตัวอย่างเท่านั้น ที่เคยซื้อถุงยางอนามัยจากเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติดังกล่าว

## พฤติกรรมทางเพศและความเสี่ยง

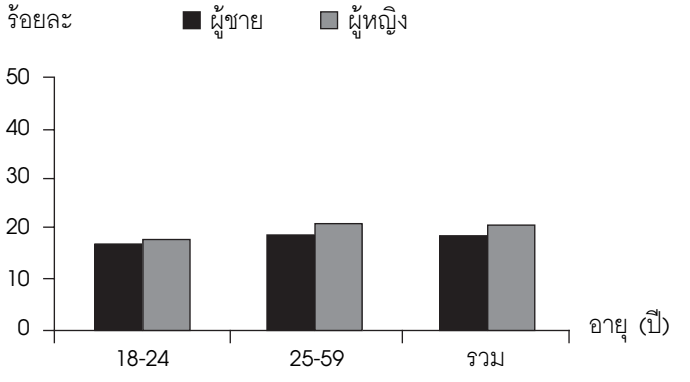
รายงานฉบับนี้มีการนำเสนอเรื่องเพศสัมพันธ์ของตัวอย่างไว้ในหลายประเด็น ตั้งแต่อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน ลักษณะของคู่นอนแต่ละคนที่ผ่านมา รวมทั้งเพศของคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว เช่น เพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น (Chamratrithirong et al. 2007) ผลการสำรวจในภาพรวมสะท้อนวัฒนธรรมทางเพศของคนไทยออกมา 2 ประการใหญ่ๆ คือ อัตราการมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิงลดลงและอัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการยอมรับมากขึ้นสำหรับผู้หญิงด้วย

### เพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ในการสำรวจนี้พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สำหรับผู้ชายอยู่ที่ 18.4 ปี และสำหรับผู้หญิงอยู่ที่ 20.6 ปี และเมื่อดูโดยรวมแล้วพบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของตัวอย่างอยู่ที่ 19.6 ปี หากพิจารณา ตามกลุ่มอายุ พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของตัวอย่างวัย 18-24 ปี ผู้ชาย คือ 17.1 ปี และผู้หญิง 18.2 ปี และสำหรับตัวอย่างวัย 25-59 ปี ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 18.7 ปี และผู้หญิง 21.1 ปี

เยาวชนหญิงในชนบทมีประสบการณ์ทางเพศเร็วกว่าเยาวชนหญิงในกรุงเทพฯ และเขตเมือง ซึ่งส่งผลให้มีการแต่งงานเมื่ออายุน้อยกว่า นอกจากนั้น อายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มลดลงด้วย โดยพบว่า ผู้ชายจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วกว่าผู้หญิง ในเรื่องลักษณะของคู่ในเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ผู้ชายวัย 18-24 ปี ร้อยละ 84 มีคู่นอนคนแรกเป็นแฟน เพื่อน หรือคนรู้จัก ขณะที่ตัวอย่างชายวัย 25-59 ปี ร้อยละ 19 ระบุว่าคู่นอนคนแรก คือ พนักงานบริการหญิง หรือกิ๊ก

**รูป 3 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ**




**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

การสำรวจพบว่า ผู้หญิงผู้ชายมีมุมมองต่อความสัมพันธ์หลังจากเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่แตกต่างกัน โดยผู้หญิงระบุว่า เพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะนำไปสู่การแต่งงานหรืออยู่กินด้วยกัน ขณะที่ ผู้ชายระบุว่า เพศสัมพันธ์ครั้งแรกอาจนำไปสู่ความสัมพันธ์ระดับหนึ่ง แต่ส่วนน้อยมากที่เชื่อว่า จะนำไปสู่การแต่งงาน

จำนวนคู่ถาวรที่ตัวอย่างจะมีในช่วงชีวิต พบว่า ร้อยละ 73 ของตัวอย่างมีคู่ถาวรเพียงคนเดียวมาจนตลอดชีวิต น่าสังเกตว่า ผู้ชายวัย 18-24 ปี ร้อยละ 52 และผู้ชายวัย 25-59 ปี ร้อยละ 63 เท่านั้น ที่ระบุว่ามีคู่ถาวรเพียงคนเดียวมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะตัวอย่างชายวัย 25-59 ปี ในกรุงเทพฯ ถึงร้อยละ 39 ที่ระบุว่ามีคู่ถาวรอย่างน้อย 2 คน หรือมากกว่า ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่าตัวอย่างในเขตพื้นที่เมือง (ร้อยละ 31) และพื้นที่ชนบท (ร้อยละ 28)

## เพศสัมพันธ์ชั่วคราว

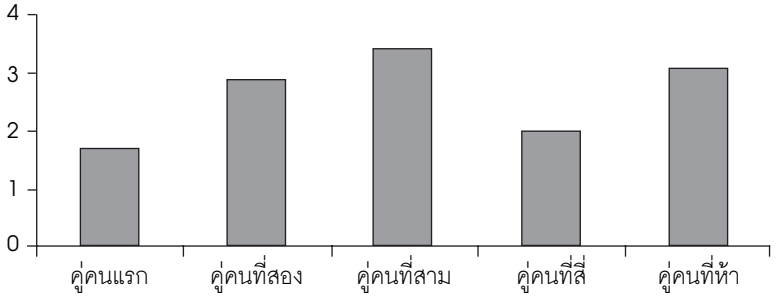
ตัวอย่างชายร้อยละ 52 ระบุว่า เคยมีคู่นอนชั่วคราว ขณะที่ตัวอย่างหญิงเพียงร้อยละ 3 ที่เคยมีคู่นอนชั่วคราว และในกลุ่มตัวอย่างเยาวชนมีการระบุลักษณะคู่นอนดังกล่าวมากกว่า กล่าวคือ เยาวชนหญิงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7 ที่เคยมีคู่นอนชั่วคราว และตัวอย่างชายเยาวชนถึงสองในสามที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวที่ไม่ใช่พนักงานบริการ ขณะที่ตัวอย่างวัยผู้ใหญ่เพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีประสบการณ์ดังกล่าว

ดังที่กล่าวแล้วว่า การใช้บริการพนักงานบริการทางเพศมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มประชากรอายุน้อย ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างวัย 25-59 ปี กับอายุ 18-24 ปี จะเห็นความแตกต่างของประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ โดยกลุ่มอายุมาก ร้อยละ 44 และกลุ่มอายุน้อย ร้อยละ 24 เท่านั้นที่ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ และเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าวจากทั้งสองกลุ่มอายุราว 2 ใน 5 ได้มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่า ตัวอย่างชายในกรุงเทพฯ มีอัตราการมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการมากกว่าตัวอย่างในเขตเมืองอื่นๆ รวมทั้งชนบท

## เพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน

ในการสำรวจนี้ต้องการทำความเข้าใจรูปแบบพฤติกรรมทางเพศในบริบทของสังคมปัจจุบันให้มากที่สุด จึงมีการถามถึงเพศของคู่นอน โดยมิได้ด่วนสรุปว่า ตัวอย่างทั้งหมดจะเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามเท่านั้น ผลพบว่า ประมาณร้อยละ 1 ของตัวอย่างชาย และร้อยละ 2 ของตัวอย่างหญิง รายงานว่าคู่นอนคนแรกเป็นเพศเดียวกัน โดยผู้หญิงอายุ 18-24 ปี ถึงร้อยละ 4.5 ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับคนต่างเพศเท่านั้น ขณะที่ตัวอย่างชาย เมื่อสอบถามถึงคู่นอนตั้งแต่คนที่ 1 ถึงคนที่ 5 พบว่า มีสัดส่วนของผู้ที่มีคู่นอนเป็นเพศเดียวกันตั้งแต่ร้อยละ 1-3

**รูป 4 ร้อยละของตัวอย่างชายที่ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับชาย**




**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**การใช้ถุงยางอนามัย**

การสำรวจนี้ พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 12 มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ถาวร ร้อยละ 47 กับคู่นอนชั่วคราว และร้อยละ 94 กับพนักงานบริการหญิง สาเหตุที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ถาวรสูงถึงร้อยละ 72 คือ "มั่นใจและเชื่อมั่นในความปลอดภัยของคู่นอน"

ในการมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว จำนวนครึ่งหนึ่งของเยาวชนชายระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ และมีเพียงหนึ่งในสี่ที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยประการแรกคือ "มั่นใจในความปลอดภัยของคู่นอน" (ร้อยละ 39) ประการที่สอง "ไม่ได้เตรียมหรือหาไม่ได้ในเวลานั้น" (ร้อยละ 31) และลำดับสุดท้ายคือ "ไม่ชอบใช้ถุงยางเพราะลดความสุขทางเพศ" (ร้อยละ 12)

## ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน

การสำรวจครั้งนี้ให้ความสนใจในการวิเคราะห์ระดับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของเยาวชนด้วย เพื่อประโยชน์ในการเตรียมพัฒนานโยบายและโครงการเพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ปัจจัยจากพ่อแม่ ปัจจัยจากเพื่อน การเข้าถึงสื่อลามก โรงเรียน และการได้รับความรู้เรื่องเอดส์จากสื่อสาธารณะ รวมถึงความรู้สึกถึงคุณค่าทางเพศของตนและการสื่อสารเรื่องเพศ

การสำรวจพบว่า ประมาณ 3 ใน 5 ของเยาวชนในเขตชนบทอาศัยอยู่กับพ่อแม่ สูงกว่าในกรุงเทพฯ ซึ่งมีประมาณ 1 ใน 3 หรือในเขตเมืองที่มีจำนวน 2 ใน 5 เยาวชนที่อาศัยในเขตเมืองมีสัดส่วนที่สูงกว่า ทั้งในเรื่องการอาศัยอยู่ตามลำพังหรือกับคู่ครองหรือคู่นอนที่อยู่กันโดยไม่ได้แต่งงาน

ระดับในการควบคุมจากผู้ปกครอง พบว่า 3 ใน 5 ไม่ได้อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ทัศนคติของพ่อแม่ต่อการยอมรับเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งของบุตรหลาน พบว่า **หนึ่ง** ยอมรับให้ลูกชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งของลูกสาว **สอง** กลุ่มตัวอย่างผู้ชายคิดว่าพ่อแม่ควรจะยอมรับเฉพาะเพศสัมพันธ์ของลูกชายมากกว่าลูกสาว ขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงคิดว่า พ่อแม่ควรจะยอมรับเพศสัมพันธ์ของลูกสาวให้ได้พอ ๆ กับลูกชาย **สรุปก็คือ พ่อแม่ไทยยังคงใช้มาตรฐานทางเพศที่แตกต่างกันสำหรับลูกชายและลูกสาว**

เยาวชนผู้ชายจะมีการพูดคุยกันประสบการณ์ทางเพศของเพื่อนคนอื่นมากกว่าเยาวชนผู้หญิง ซึ่งในด้านหนึ่งประสบการณ์ของเพื่อนคนอื่นกลายเป็นแรงผลักหรืออิทธิพลจากกลุ่มที่ทำให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้น โดยแรงผลักหรืออิทธิพลดังกล่าวจะมีผลต่อเยาวชนชายมากกว่าหญิง ผู้ชายจะเปิดเผยข้อมูลกับเพื่อนชายในเรื่องเพศมากกว่าผู้หญิง โดยกลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายจำนวน 2 ใน 3 เห็นว่าเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งเป็นเรื่องปกติยอมรับกันได้ และ 1 ใน 3 เห็นว่าการใช้ทรัพย์สินเพื่อแลกกับการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้เป็นสิ่งที่เลวร้าย

## การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

การสำรวจระดับการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดโดยทั่วไป พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจระบุว่า เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 1 ใน 2 ของจำนวนนี้ มีความถี่ในการดื่มเพียงประมาณเดือนละหนึ่งครั้งเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า ผู้หญิงทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ชาย และในบรรดาผู้หญิงที่ดื่ม ก็มีความถี่ในการดื่มน้อยกว่าผู้ชายด้วย

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมทางเพศ การสำรวจนี้มีคำถามว่าในช่วงสามเดือนก่อนการสำรวจ คุณเคยมีเพศสัมพันธ์หลังจากที่ดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้ว 3 แก้ว หรือมากกว่านั้นในคราวเดียวบ้างหรือไม่ และหากเคย เพศสัมพันธ์ครั้งนั้นได้ใช้ถุงยางอนามัยด้วยหรือไม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยมากที่ตอบว่า มีเพศสัมพันธ์หลังจากที่ดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้ว 3 แก้ว หรือมากกว่านั้นในคราวเดียว แต่กระนั้นก็มีข้อมูลที่น่าสนใจว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-24 ปี สัดส่วนของผู้ที่ดื่มและมีเพศสัมพันธ์จะเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ขณะที่กลุ่มอายุ 25-59 ปี สัดส่วนของผู้ที่ดื่มและมีเพศสัมพันธ์กลับเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สะท้อนให้เห็นว่า เยาวชนหญิงมีความเสี่ยงจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และเพศสัมพันธ์ หลังจากการดื่มมากกว่าเยาวชนชาย โดยในจำนวนเยาวชนหญิงระบุว่า มีการดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้ว หรือมากกว่านั้นในคราวเดียวนั้น เกือบร้อยละ 10 บอกว่า มีเพศสัมพันธ์หลังจากนั้น และ**ไม่มีใครเลยที่ระบุว่าได้ใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์หลังจากดื่ม**

ในเรื่องของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ที่ระบุว่ามีการใช้สารเสพติดอื่นๆ ในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ โดยผู้ที่ใช้สารเสพติดนี้เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี มากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี นอกจากนั้น มีเพียงร้อยละ 0.3 ของผู้ที่ใช้สารเสพติดเท่านั้นที่ระบุ เคยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้ โดยความเสี่ยงจากการใช้เข็มร่วมกันนี้สะท้อนออกมาจากกลุ่มประชากรอายุมากทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

## สรุป

ประเทศไทยแม้จะมีการดำเนินงานนโยบายด้านเอดส์มาเป็นระยะเวลานาน มีการดำเนินโครงการที่เข้มข้นทั้งในเชิงป้องกันและให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และถึงแม้จะพบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรบางกลุ่มจะมีแนวโน้มลดลง รวมทั้งพฤติกรรมบางอย่างที่ปรากฏชัดว่าเป็นช่องทางของการแพร่ระบาดสำคัญ เช่น เพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น กล่าวคือมีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น แต่ก็พบว่า พฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไป เช่น เพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มเยาวชน เกิดมากขึ้นในกลุ่มเพื่อนโดยไม่มีการป้องกันด้วยความเชื่อว่าเพื่อนคือคู่นอนที่ปลอดภัย

ในแง่ของการบริการรักษา ถึงแม้ประชากรจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งเข้าใจด้วยว่า ยาไม่สามารถรักษาเอดส์ให้หายขาดได้ และผู้ติดเชื้ออาจจะต้องใช้ยาไปจนตลอดชีวิต แต่ก็ไม่ได้มีการวิเคราะห์ไปต่อว่า ความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมของ

ประชากรในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไรบ้าง และที่สำคัญ ความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวียังคงมีอยู่ เช่น การถูกยุงกัดทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ เป็นต้น ซึ่งความรู้ความเข้าใจที่ผิดอาจจะส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติและปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้

ผลการสำรวจจึงเป็นเครื่องยืนยันว่า ประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการนโยบายด้านเอดส์อย่างเข้มข้นต่อไป โดยให้ความสำคัญกับบริบทของเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในประชากรแต่ละกลุ่ม การดำเนินโครงการด้านการป้องกันต้องมองให้ลึกถึงรูปแบบเพศสัมพันธ์และความเสี่ยงที่ประชากรแต่กลุ่มมีแตกต่างกัน การให้ข้อมูลความรู้แก่ประชาชนเรื่องการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังคงต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องถึงแม้ประชาชนจะมีความรู้ค่อนข้างดีในเรื่องนี้แล้ว ขณะที่ความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อขจัดปัญหาการเลือกปฏิบัติและให้สังคมอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้อย่างปกติ

**เอกสารอ้างอิง**

Chamratrithirong Aphichat, Sirinan Kittisuksathit, Chai Podhisita, Pimonpan Isarabhakdi and Malee Sabaiying. (Editors). 2007. *National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Van Griensven F., S. Thanprasertsuk, S. Naorat, R. Jommaroeng, T. Chaowanachan, G. Mansergh, RA. Jenkins, P. Phanuphak, JW. Tappero. 2004. *Prevalence and Risk Factors for HIV Infection among Men who have Sex with Men in Bangkok*. Centers for Disease Control and Prevention, GA, USA: Bureau of AIDS, TB and STD, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand; Thailand MOPH-U.S.

Varachai Thongthai and Orapin Pitakmahaket. 1994. *AIDS Knowledge, Information, and Behaviour: The 1993 Survey of Effectiveness of AIDS Media on Behaviour and Values*. IPSR Publication No. 179, Mahidol University.

Werasit Sittitrai., Prapan Phanuphak, J. Barry, and Tim. Brown. 1992. *Thai Sexual Behavior and Risk of HIV Infection: A Report of the 1990 Survey of Partner Relations and Risk of HIV Infection in Thailand*. Bangkok, Thailand: Program on AIDS. Thai Red Cross Society and Institute of Population Studies, Chulalongkorn University.

3

# เซ็กส์ครั้งแรกของคนไทย... ต้องการหรือถูกบังคับ คู่นอนคือใคร และใช้ถุงยางหรือไม่?

กฤตยา อาชวนิจกุล
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
วาสนา อิ่มเอม
*ผู้ช่วยผู้แทน สำนักงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย*

## 1. นำเรื่อง

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นประสบการณ์สำคัญในชีวิต ในมุมมองของประชากรศาสตร์และระบาดวิทยา การมีเซ็กส์ครั้งแรกนับเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะมีนัยยะต่อผลการพัฒนาชีวิตหลังจากนั้น หากผู้หญิงเริ่มมีเซ็กส์ตั้งแต่อายุน้อยก็จะมีช่วงชีวิตในการเจริญพันธุ์ยาวนาน นั่นคือมีโอกาสที่อาจจะตั้งครรภ์และคลอด และ/หรือท้องแล้วแท้ง และ/หรือท้องไม่พร้อมแล้วต้องทำแท้ง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ทั้งหมดนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตไปพร้อมๆ กัน

แต่ในมุมมองของนักสตรีนิยม อายุของการมีเซ็กส์ครั้งแรกไม่ว่าจะเมื่อมีอายุมากหรืออายุน้อย มิได้เกิดขึ้นจากความว่างเปล่า แต่เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมอย่างยิ่ง เพราะการเรียนรู้เรื่องเพศ ถูกบ่มเพาะจากเบ้าหลอมของระบบความคิดความเชื่อของสังคมหนึ่งๆ ซึ่งอาจเรียกรวมๆ กันว่า คือ วัฒนธรรมทางเพศ ซึ่งมีกฎ กติกา มารยาทเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ควรทำ จงทำ ไม่ควรทำ และห้ามทำ เป็นตัวกำกับอยู่ **หลักการเรื่องเพศสำคัญมากเรื่องหนึ่งในสังคมโลกปัจจุบัน คือ หากเพศสัมพันธ์นั้นเกิดขึ้นโดยการบังคับ หรือโดยไม่ยินยอมพร้อมใจ ในทางกฎหมายถือว่าคือ การข่มขืน เป็นอาชญากรรมร้ายแรงมีบทลงโทษหนัก**

ถ้าพิจารณาเฉพาะประเด็นของอายุที่สังคมอนุญาตให้มีเซ็กส์ได้ ปรากฏว่าสังคมมนุษย์เกือบทุกมุมโลกได้ตราเป็นกฎหมายไว้เลยว่า อายุเท่าไรถึงจะมีเพศสัมพันธ์ได้ เรียกว่า age of consent อายุขั้นต่ำที่กำหนดนี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ คือประมาณ 12 ถึง 18 ปี ประเทศส่วนใหญ่จะกำหนด age of consent ไว้ที่ 16 ปี ในกรณีของประเทศไทยคือ 15 ปี และถ้าใครก็ตามมีเพศสัมพันธ์กับผู้เยาว์ที่อายุน้อยกว่าที่กฎหมายอนุญาตให้มีเซ็กส์ได้ แม้ผู้เยาว์นั้นจะยินยอมมีเซ็กส์ด้วย ก็ถือว่าเป็นการข่มขืนผู้เยาว์ (statutory rape) เป็นอาชญากรรมร้ายแรงเช่นกัน

**ดังนั้น มิติสำคัญมากด้านหนึ่งของการมี "เซ็กส์ครั้งแรก" ก็คือ เป็นเซ็กส์ที่ยินยอมพร้อมใจ หรือถูกบังคับ** "เซ็กส์ครั้งแรก" หากเกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของทั้งสองฝ่าย และเป็นไปด้วยความพร้อมทางกายและใจ ก็มักลงเอยด้วยความสุขสม แต่หากการมีเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการของฝ่ายเดียว โดยที่อีกฝ่ายถูกบังคับ ไม่ว่าจะเป็นทางตรงคือใช้กำลังบังคับ หรือทางอ้อมโดยการข่มขู่คุกคามด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้อำนาจหน้าที่หรือสถานภาพที่เหนือกว่าทำให้ต้องยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย หรือการหลอกล่อให้หลงเชื่อด้วยวิธีใดก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์นั้นกลับก่อให้เกิดผลกระทบต่อฝ่ายที่ไม่เต็มใจหลากหลายประการ

**การบังคับขืนใจให้ผู้หนึ่งผู้ใดมีเพศสัมพันธ์ด้วย คือรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงทางเพศ** แน่นอนว่าผู้ที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์มักเกิดบาดแผลทั้งทางกายและทางใจ เฉพาะประเด็นผลกระทบนี้มีการศึกษาเรื่องนี้จำนวนมากในประเทศกำลังพัฒนา จนเกิดการรวบรวมและสังเคราะห์ผลการศึกษาจากประเทศต่างๆ (Heise et al. 1993) พบว่า การถูกทำร้ายทางเพศจะส่งผลอยู่เป็นระยะเวลาอันยาวนาน แม้เวลาผ่านไปหลายปีหลังจากเกิดเหตุการณ์ ผู้หญิงที่ตกเป็นเหยื่อของการถูกข่มขืนยังคงมีภาวะความหวาดกลัว วิตกกังวล จนบางคนมีบุคลิกภาพแปรปรวน บางคนตกเป็นทาสแอลกอฮอล์และยาเสพติด ผลทางอารมณ์เหล่านี้จะมีเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่ถูกข่มขืนซ้ำ

นอกจากนี้ รายงานการศึกษายังชี้ว่าผลกระทบทางจิตที่สำคัญในกลุ่มผู้ที่เคยถูกข่มขืน คือ มีความพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าคนที่ไม่เคยถูกข่มขืนถึงเก้าเท่า และมีปัญหาความเครียดรุนแรง (UNFPA 1999) ในสหรัฐอเมริกา ผู้หญิงที่เคยถูกข่มขืนจะตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวสองเท่า (Howard and Wang 2005) ผลทางกายที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบทางใจอย่างสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากการศึกษาในประเทศเปรูพบว่า เด็กวัยรุ่นหญิงอายุ 12-16 ปี ที่ตั้งครรภ์มีถึงร้อยละ 90 เป็นเพราะถูกข่มขืน และในไฮติผู้หญิงที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์มีโอกาสท้องโดยไม่ได้ตั้งใจมากกว่า 1.7 เท่า ของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ (Fawzi et al. 2005)

น่าสนใจว่า การศึกษาในประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาพบผลคล้ายคลึงกันว่า ในกลุ่มผู้หญิงที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มที่ชีวิตจะตกไปอยู่ในบริบทที่เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหลายประการ เช่น สูบบุหรี่หนัก ดื่มเหล้า หรือใช้ยาเสพติด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีปัญหาความรุนแรงทางเพศ (กฤตยา และคณะ 2546; Howard and Wang, 2005)

ในท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของเอดส์ มีการศึกษาเรื่องเพศเกิดขึ้นในประเทศไทยจำนวนมาก และมิติ "เซ็กส์ครั้งแรก" ที่ถูกศึกษามักเน้นหนักไปที่กลุ่มวัยรุ่น และงานวิจัยเกือบทั้งหมดพุ่งความสนใจไปที่อายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการมีเซ็กส์โดยไม่ป้องกัน ขณะที่การรณรงค์เรื่องเพศในกลุ่มวัยรุ่นก็มักพุ่งความสนใจไปที่เทศกาลที่คิดว่าคนจะมีเพศสัมพันธ์กันมาก เช่น วันวาเลนไทน์ ลอยกระทง และปีใหม่ เป็นต้น **สถานะของความรู้ความเข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสังคมไทยจึงคับแคบและจำกัดเพียงบางมิติ**

บทความนี้ตั้งใจวิเคราะห์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของคนไทยที่ต่างไปจากการศึกษาก่อนๆ โดยใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ เมื่อ พ.ศ. 2549 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สามารถให้ภาพของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในประชากรทุกกลุ่มอายุที่สามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศได้ มิติสำคัญที่จะวิเคราะห์ก็คือ **"เซ็กส์ครั้งแรก" เกิดจากความต้องการหรือการถูกบังคับ** โดยพิจารณาร่วมกับอายุ และระดับการศึกษา เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ใครคือคู่นอนคนแรก และเป็นเซ็กส์ที่มีการป้องกันโดยการใช้ถุงยางหรือไม่

## 2. แหล่งข้อมูล

การสำรวจระดับชาติเรื่องพฤติกรรมทางเพศในประเทศไทย พ.ศ. 2549 ( National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006 (Chamratrithirong et al. 2007) ขนาดของตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ตั้งใจให้ได้ขนาดที่สามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศ และสามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีความหมายระหว่าง 2 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 18-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-59 ปี และระหว่างตัวอย่างที่อาศัยอยู่ใน 3 พื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร เขตเมืองอื่นๆ และเขตชนบท โดยมีเขตเมืองและชนบทที่ตกเป็นตัวอย่างรวม 14 จังหวัด จาก 75 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพฯ) จากวิธีการเลือกตามความน่าจะเป็นที่เป็นสัดส่วนต่อขนาดของประชากรในแต่ละจังหวัด (probability of selection proportional to the size of the province) รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 6,048 คน เป็นชายและหญิงอย่างละครึ่งหนึ่ง และเป็นผู้อยู่ในกลุ่มอายุ 18-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-59 ปี จำนวนเท่ากันคือ 3,024 คน

## 3. ความรุนแรงทางเพศกับคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายและขอบเขตความรุนแรงทางเพศไว้ว่า "การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ หรือความพยายามที่จะมีเพศสัมพันธ์ การลวนลาม หรือการพูดลวนลามในเชิงเพศที่ไม่เป็นที่ต้องการ หรือการล่อลวงให้มีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำอย่างไร" (WHO 2002) จากความหมายนี้สรุปได้ว่า ความรุนแรงทางเพศครอบคลุมกว้างกว่าการใช้กำลังบังคับเพื่อข่มขืน มีได้หลากหลายรูปแบบตั้งแต่การบังคับขืนใจ การล่อลวง หรือหลอกล่อด้วยวิธีการต่างๆ ให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย การลวนลามทางกายและทางวาจา รวมถึงการค้ามนุษย์เพื่อการค้าประเวณี เป็นต้น (ดูรายละเอียดในตาราง 1)

**ตาราง 1 รูปแบบของความรุนแรงทางเพศ**

| บริบท | ผู้กระทำ | รูปแบบความรุนแรง |
|---|---|---|
| ความรุนแรงทางเพศระหว่างคู่สมรส | - สามี/คู่สมรส | - ใช้กำลังบังคับ<br>- ขู่ หรือทำให้รู้สึกต่ำต้อย ไม่มีทางสู้ ซึ่งรวมถึงการขู่ที่จะทำร้าย การถูกทอดทิ้ง การไม่ให้เงิน ฯลฯ |
| ความรุนแรงทางเพศก่อนแต่งงาน หรือ นอกสมรส | - เพื่อน<br>- คู่รัก<br>- สมาชิกในครอบครัว<br>- ผู้มีอำนาจ/หน้าที่ เช่น ครู นายจ้าง<br>- คนรู้จัก<br>- คนแปลกหน้า | - ใช้กำลังบังคับ<br>- ขู่หรือทำให้รู้สึกต่ำต้อย ไม่มีทางสู้<br>- การข่มขู่/ชักจูงทางจิตใจ<br>- หลอกลวง ล่อลวง<br>- ขู่เข็ญว่าจะเปิดเผยความลับเพื่อเรียกร้องเงินทองหรือของแลกเปลี่ยน |
| พยายามข่มขืนลวนลามทางเพศ โดยไม่มีการสอดใส่ การลวนลามด้วยวาจา การบังคับให้ดูรูป/หนังอนาจาร | - เพื่อน<br>- คู่รัก<br>- สมาชิกในครอบครัว<br>- ผู้มีอำนาจ/หน้าที่ เช่น ครู นายจ้าง<br>- คนรู้จัก<br>- คนแปลกหน้า | - ใช้กำลังบังคับ<br>- ขู่และทำให้รู้สึกต่ำต้อย ไม่มีทางสู้<br>- หลอกลวง ล่อลวง<br>- ขู่เข็ญว่าจะเปิดเผยความลับเพื่อเรียกร้องเงินทองหรือของแลกเปลี่ยน |
| การให้สิ่งของหรือเงินเพื่อมีเพศสัมพันธ์ | - ชาย/หญิงสูงวัย<br>- เพื่อน | - เพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ |
| การค้าหญิง การบังคับให้ค้าประเวณี | - บุคคลที่สาม | - กลุ่ม/เครือข่าย ที่ทำงานเป็นกระบวนการ ทั้งระหว่างประเทศและภายในประเทศเพื่อการค้าประเวณี<br>- การใช้กำลังบังคับ หรือข่มขู่ |
| การข่มขืนในช่วงสงคราม/ความไม่สงบ | - ทหาร/ผู้สู้รบ | - ใช้กำลังบังคับ หรือข่มขู่ |

**ที่มา:** ปรับจาก Jejeebhoy and Bott. 2003.

ในข้อเท็จจริงของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่สามารถแบ่งออกเป็น 2 ขั้ว ได้ง่ายๆ ว่า คือ **เซ็กส์ที่เต็มใจ กับ เซ็กส์ที่ถูกบังคับหรือข่มขืน** เพราะการมีเพศสัมพันธ์ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของคนสองคนนั้นว่าเป็นคนแปลกหน้า หรือคนรู้จักกัน หากรู้จักกัน สถานภาพของความสัมพันธ์คือแบบใด เป็นเพื่อน คู่รัก สามี นายจ้าง ญาติ หรืออื่นๆ **ความสัมพันธ์ในฐานะต่างๆ นี้มีเรื่องอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ** ดังเช่น ถ้าเป็นคู่สามีภรรยา หากฝ่ายหนึ่งมีความต้องการทางเพศ ก็ยากที่อีกฝ่ายหนึ่งจะปฏิเสธ หรือในกรณีที่ลูกน้องยอมมีเพศสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา เพื่อข้อแลกเปลี่ยนบางอย่าง แม้จะไม่เต็มใจที่จะมีเซ็กส์ด้วย แต่จำต้อง **"ฝืนใจ"** มีเซ็กส์ด้วย หรือกรณีคู่รักหญิงชายนัดออกเที่ยวด้วยกัน แล้วลงเอยที่การมีเซ็กส์ที่เป็นครั้งแรกของฝ่ายหญิง ผู้หญิงรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ต้องการเซ็กส์ แต่ฝ่ายชายแสดงความต้องการและเล้าโลมด้วยความรักฝ่ายหญิงจึงยอมมีเซ็กส์ด้วย โดยรู้สึกลึกๆ ว่าตนเองถูก **"ขืนใจ"**

ภาษาที่ว่า **"ฝืนใจ"** และ **"ขืนใจ"** มีเซ็กส์ด้วยนี้ เป็นคำที่ผู้หญิงใช้จริงๆ ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีนัยยะไปถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างคู่ และสะท้อนถึงความไม่เต็มใจมากกว่าเต็มใจ หรือไม่ต้องการมากกว่าต้องการเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้น ภาษาดังกล่าวนี้ได้ถูกรายงานไว้ในงานวิจัยหลายชิ้น ดังข้อค้นพบของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก 2 เรื่อง คือ *ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่น* (นิมิต 2542) ที่สรุปว่า ความสัมพันธ์ทางเพศก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นหญิงเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก ซึ่งความสัมพันธ์ครั้งแรกมักเกิดโดยที่ฝ่ายหญิงมิได้คาดหมาย ขณะที่ฝ่ายชายจะมุ่งมั่นให้เกิดขึ้นให้ได้ จึงนำไปสู่การเอารัดเอาเปรียบทางเพศโดยฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ และ เรื่อง *ความรุนแรงทางเพศ : การศึกษาจากวัยรุ่นในโรงเรียน* (Rampai 2003) ที่พบว่า เซ็กส์ครั้งแรกของนักเรียนและนักศึกษาหญิงในจังหวัดที่ทำการศึกษานั้น ร้อยละ 48 เกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจหรือไม่ต้องการ

ในสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาถึงเซ็กส์ครั้งแรกในกลุ่มผู้หญิงที่รายงานว่าเป็นเซ็กส์ที่ไม่มีการบังคับหรือข่มขืน โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจระดับชาติเรื่องการเติบโตของครอบครัว พบว่าร้อยละ 28 ของผู้หญิงกลุ่มนี้รายงานว่าเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของตนจะว่าต้องการก็ไม่ใช่ หรือจะว่าไม่ต้องการก็ไม่ชัดเจน เหตุที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ชัดๆ ก็เพราะความสัมพันธ์มีลักษณะคลุมเครือ หรือมีความขัดแย้งในการสื่อสารเรื่องเพศ หรือการให้ความหมายของสัญญะในเรื่องเพศ (Houts 2005)

ด้วยเหตุผลต่างๆ ข้างต้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่การตั้งคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในการสำรวจระดับชาติครั้งนี้ จึงมีข้อให้เลือกมากกว่า เต็มใจ/ต้องการ กับถูกบังคับ รวม 5 ข้อ คือ

ก. ต้องการหรือพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์
ข. ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์
ค. ไม่พร้อม หรือไม่ได้เตรียมตัว
ง. ถูกบังคับ
จ. จำไม่ได้

## 4. ข้อค้นพบ

### 4.1 การถูกบังคับเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ไม่น่าประหลาดใจที่โดยภาพรวมของข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549 (ตาราง 1) ชี้ชัดว่า สัดส่วนของผู้หญิงที่ตอบว่าไม่ต้องการหรือถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงกว่าผู้ชาย และหากพิจารณาเฉพาะการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ หรืออีกนัยหนึ่งคือ การถูกข่มขืน ตัวเลขในตารางชี้ชัดว่า สัดส่วนของผู้หญิงที่ตอบว่ามีเซ็กส์ครั้งแรกเพราะถูกข่มขืน (ร้อยละ 20) มีสูงกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับการศึกษา โดยสัดส่วนของผู้ชายที่ถูกบังคับมีเพศสัมพันธ์มีน้อยมากคือ ต่ำกว่าร้อยละหนึ่ง

แต่น่าสนใจว่า เมื่อพิจารณาลงไปในรายละเอียดของแต่ละกลุ่มอายุปรากฏว่า อายุของผู้หญิงเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ หรือมีความพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ นั่นคือ หากเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่ออายุน้อยจะถูกบังคับมากกว่าเมื่ออายุมากขึ้น **โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.5) ของเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี ที่เพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่พร้อม ไม่ต้องการ ไม่ตั้งใจ หรือถูกบังคับ** และสัดส่วนนี้ลดลงเรื่อยๆ เมื่อเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น สำหรับผู้ชายก็เช่นเดียวกัน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย **มีสัดส่วนว่าไม่สมัครใจสูงกว่าเมื่อมีอายุมากขึ้น** คือ หากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 10-14 ปี มีประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่พร้อมหรือไม่ตั้งใจมีเพศสัมพันธ์เทียบกับเพียงร้อยละ 6 ถึงร้อยละ 11 ของกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์

สำหรับระดับการศึกษาและการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ มีแนวโน้มว่า ผู้หญิงในกลุ่มที่การศึกษาสูง รายงานว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอย่างไม่สมัครใจสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงที่การศึกษาต่ำกว่า โดยกว่า 9 ใน 10 ของผู้หญิงที่ไม่เคยเข้าเรียนตอบว่า เซ็กส์ครั้งแรกที่มีเป็นความเต็มใจ

**ตาราง 2 ร้อยละของผู้หญิงและของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำแนกตามความต้องการหรือถูกบังคับ***

| อายุและระดับการศึกษาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก | ผู้หญิง (ร้อยละ) | | | | ผู้ชาย (ร้อยละ) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ต้องการ ( n=1,873) | ไม่ต้องการ (=179) | ไม่ตั้งใจ ( n=219) | ถูกบังคับ ( n=90) | ต้องการ ( n=2,492) | ไม่ต้องการ ( n=25) | ไม่ตั้งใจ ( n=149) | ถูกบังคับ ( n=7) |
| **อายุ *** ** | | | | | | | | |
| 10-14 ปี | 54.5 | 12.1 | 18.2 | 15.2 | 89.6 | 0.8 | 9.3 | 0.4 |
| 15-19 ปี | 76.7 | 7.5 | 11.2 | 4.6 | 93.3 | 0.8 | 5.5 | 0.4 |
| 20-24 ปี | 81.7 | 6.9 | 8.4 | 3.0 | 93.3 | 2.0 | 4.7 | 0.0 |
| 25-43 ปี | 88.5 | 9.6 | 1.5 | 0.4 | 98.2 | 0.0 | 1.8 | 0.0 |
| **รวม** | **79.4** | **7.6** | **9.3** | **3.7** | **93.2** | **1.0** | **5.5** | **0.3** |
| **ระดับการศึกษา** | | | | | | | | |
| ไม่เคยเข้าเรียน | 92.1 | ** | ** | ** | 85.7 | ** | ** | ** |
| ประถมศึกษา | 86.4 | 6.2 | 4.9 | 2.5 | 94.1 | 0.9 | 4.2 | 0.8 |
| มัธยมต้น | 73.0 | 8.8 | 13.1 | 5.1 | 92.7 | 1.3 | 6.0 | ** |
| มัธยมปลาย/เทียบเท่า | 74.0 | 8.2 | 13.1 | 4.7 | 92.3 | 0.7 | 7.0 | ** |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 73.4 | 10.0 | 12.0 | 4.6 | 93.4 | ** | 5.2 | ** |
| **รวม** | **79.3** | **7.5** | **9.3** | **3.8** | **93.2** | **1.0** | **5.6** | **0.3** |

**หมายเหตุ** * ในจำนวนผู้ตอบทั้งหมดนี้ มีผู้ชาย 2 คน และผู้หญิง 7 คน จำไม่ได้ และผู้หญิง 3 คน ไม่ตอบ
** จำนวนผู้ตอบมีน้อยกว่า 5 คน
*** ไม่ใช่อายุขณะเมื่อทำการสำรวจ

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

หากดูหมายเหตุท้ายตาราง 2 มีประเด็นที่น่าคิดเกี่ยวกับการตอบคำถามเรื่องเซ็กส์ครั้งแรกนี้ เพราะดูเหมือนจะไม่เป็นปัญหาสำหรับคนไทยคือ มีผู้ไม่ตอบคำถามนี้น้อยมาก แต่ขัดแย้งกับการศึกษาเรื่อง ความรุนแรงทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนและวิทยาลัยอาชีวศึกษาในจังหวัดภาคกลางแห่งหนึ่ง (Rampai 2003) ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยให้นักเรียนตอบแบบสำรวจเอง พบว่าคำตอบเกี่ยวกับเรื่องเซ็กส์ครั้งแรกของวัยรุ่นหญิงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย (เปรียบเทียบคำตอบของวัยรุ่นชายในวงเล็บ) ได้ดังนี้ เป็นเซ็กส์ที่เกิดขึ้นโดยไม่พร้อมและไม่ตั้งใจร้อยละ 48 (ชายร้อยละ 23) ไม่ตอบคำถามนี้ร้อยละ 27 (ชายร้อยละ 18) เป็นเซ็กส์ที่ถูกบังคับร้อยละ 14 (ชายร้อยละ 3) และเป็นเซ็กส์ที่เกิดขึ้นเพราะความยินยอมพร้อมใจเพียงร้อยละ 11 (ชายร้อยละ 56) นอกจากยืนยันถึงภาพความรุนแรงที่ผู้หญิงไทยต้องเผชิญจากการมีเซ็กส์ครั้งแรกแล้ว ยังสะท้อนว่า แม้ให้ตอบคำถามเองคำถามนี้ก็ยังคงเป็นประเด็นที่มีผู้ไม่ต้องการให้ข้อมูลมากทีเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง

## 4.2 คู่นอนในเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ในคำถามเดียวกันว่าเซ็กส์ครั้งแรกนี้ต้องการหรือถูกบังคับ หากนำมาพิจารณาดูว่า ใครคือคู่นอน จะได้ข้อค้นพบว่า **ใครบ้างคือผู้กระทำความรุนแรงด้วยเมื่อมีเซ็กส์ครั้งแรก** ก่อนอื่น หากพิจารณาความแตกต่างของคู่นอนคนแรกระหว่างผู้ชายและผู้หญิงที่เสนอไว้ในตาราง 3 พบว่าผู้หญิงมากกว่าครึ่งหนึ่งตอบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนคุ้นเคย ได้แก่ สามี (ร้อยละ 54) รองลงมาคือกับแฟน (ร้อยละ 40) ขณะที่ผู้ชายตอบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับภรรยาไม่ถึงร้อยละ 10 แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งมีเซ็กส์ครั้งแรกกับแฟน (ร้อยละ 54) รองลงมาคือกับเพื่อน (ร้อยละ 15) และลำดับที่สามคือ หญิงบริการ (ร้อยละ 12.5)

ดังนั้น สำหรับผู้หญิงแล้ว **การบังคับขืนใจทางเพศนั้น เกิดจากคนใกล้ตัวมากกว่าคนแปลกหน้า** โดยผู้หญิงมากกว่า 2 ใน 3 รายงานว่าถูกบังคับให้ร่วมเพศครั้งแรกกับแฟน (ร้อยละ 65) ตามมาด้วยคนคุ้นเคย เพื่อน และสามีที่ไม่ได้จดทะเบียน สำหรับผู้ชายแม้จำนวนที่ถูกบังคับให้มีเซ็กส์ครั้งแรกจะน้อยมากคือ เพียง 7 คนเท่านั้น แต่ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่าตนเองถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการ เป็นไปได้ว่าผู้ชายกลุ่มนี้อาจถูกเพื่อนๆ หรือรุ่นพี่บังคับให้ไป "ขึ้นครู" กับหญิงบริการ

ข้อค้นพบข้างต้นนี้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงทางเพศ ที่มีรายงานยืนยันครั้งแล้วครั้งเล่าทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทยเองว่า ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับตัวผู้หญิงที่ถูกละเมิดเอง และเด็กผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ (WHO 2002; กฤตยา 2542; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2550) แต่นัยยะสำคัญของข้อค้นพบในตาราง 2 และ 3 อยู่ตรงที่สะท้อนว่า ความสัมพันธ์ทางเพศครั้งแรกของผู้หญิงไทยจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุน้อยยังอยู่ในวัยเด็ก (10-14 ปี) เริ่มต้นจากการถูกละเมิดทางเพศ ผู้กระทำการละเมิดทางเพศต่อผู้หญิงและเด็กนี้พบได้ในทุกฐานะ ทุกอาชีพ ทั้งในเมืองและชนบท และมิได้เป็นผู้มีสภาพทางจิตใจผิดปกติแต่อย่างใด

สังคมไทยคงต้องร่วมกันตั้งคำถามต่อระดับความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางต่อผู้หญิงและเด็ก ผู้เขียนเชื่อว่าสาเหตุสำคัญน่าจะมาจากปัจจัยในเชิงระบบวิธีคิดที่สะสมสั่งสอนกันมาในครอบครัวและในสังคมโดยผ่านสื่อและกลุ่มเพื่อนว่า **ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิงและเด็ก จึงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถแยกแยะความผิดถูกในยามที่เกิดอารมณ์ทางเพศขึ้นมา** ต่อประเด็นนี้เราจะอภิปรายอีกครั้งในตอนท้ายของบทความ

**ตาราง 3 ร้อยละของประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำแนกตามผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย**

| ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย | ประสบการณ์เพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ชาย) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ต้องการ (n=2,492) | ไม่ต้องการ (n=25) | ไม่ตั้งใจ (n=149) | ถูกบังคับ (n=7) | รวม | |
| | | | | | ร้อยละ | จำนวน |
| แฟน | 55.6 | 32.0 | 37.2 | 28.6 | 54.3 | 1,451 |
| เพื่อน | 14.0 | 36.0 | 20.9 | 14.3 | 14.6 | 390 |
| กิ๊ก | 1.2 | 0.0 | 1.4 | * | 1.2 | 33 |
| คนรู้จัก | 9.6 | 4.0 | 20.3 | * | 10.1 | 269 |
| ภรรยา (จดทะเบียน) | 4.1 | 4.0 | 1.4 | * | 3.9 | 104 |
| ภรรยา (มีพิธีแต่งงาน แต่ไม่ได้จดทะเบียน) | 2.6 | 8.0 | 0.0 | * | 2.5 | 68 |
| หญิงบริการทางเพศ | 12.4 | 16.0 | 12.2 | 57.1 | 12.5 | 335 |
| คนแปลกหน้า | 0.4 | 0.0 | 5.4 | * | 0.6 | 17 |

| ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย | ประสบการณ์เพศสัมพันธ์ครั้งแรก (หญิง) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ต้องการ (n=1,873) | ไม่ต้องการ (n=179) | ไม่ตั้งใจ (n=219) | ถูกบังคับ (n=90) | รวม | |
| | | | | | ร้อยละ | จำนวน |
| แฟน | 35.2 | 37.4 | 77.2 | 65.2 | 40.4 | 954 |
| เพื่อน | 1.8 | * | 6.8 | 7.9 | 2.5 | 59 |
| กิ๊ก | * | * | * | * | 0.1 | 2 |
| คนรู้จัก | 1.2 | * | 2.7 | 12.4 | 1.7 | 40 |
| คู่หมั้น | 0.5 | * | 2.3 | * | 0.8 | 18 |
| สามี (จดทะเบียน) | 24.0 | 22.9 | 4.6 | * | 21.3 | 502 |
| สามี(มีพิธีแต่งงาน แต่ไม่ได้จดทะเบียน) | 36.9 | 34.1 | 6.4 | 6.7 | 32.8 | 773 |
| คนแปลกหน้า | * | * | * | * | 0.1 | 2 |
| ญาติ | * | * | * | * | 0.2 | 4 |

**หมายเหตุ:** มีผู้หญิง 2 รายให้ข้อมูลว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับผู้ให้บริการทางเพศ
* จำนวนผู้ตอบมีน้อยกว่า 5 คน

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007)
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

**เมื่อพิจารณาเฉพาะข้อมูลผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการทางเพศ** ข้อมูลในตาราง 4 สะท้อนว่าปัจจุบันผู้ชายที่ซื้อบริการทางเพศเพื่อเรียนรู้ปฏิบัติการทางเพศครั้งแรกมีน้อยกว่าในอดีตมาก เพราะเกือบสองในสามของผู้ชายที่ตอบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการ เกิดขึ้นมานานกว่า 20 ปีมาแล้ว ส่วนที่เกิดขึ้นเมื่อ 5 ปี ที่ผ่านมามีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของชายไทยได้อย่างดี โดยเฉพาะหลังจากโรคเอดส์ได้เข้ามาแพร่ระบาดในสังคมไทย

**ตาราง 4 การกระจายร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการทางเพศของชาย จำแนกตามอายุ และช่วงเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก**

| อายุปัจจุบัน (ปี) | มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการทางเพศ | |
|---|---|---|
| | ร้อยละ | จำนวน |
| 18-24 | 9.8 | 33 |
| 25-34 | 15.5 | 52 |
| 35-44 | 39.3 | 132 |
| 45-59 | 35.4 | 119 |
| รวม | 100.0 | 335 |
| **ช่วงเวลาระหว่างปัจจุบันกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)** | | |
| 0-4 | 5.9 | 20 |
| 5-9 | 6.1 | 20 |
| 10-14 | 7.0 | 23 |
| 15-19 | 18.3 | 60 |
| 20+ | 62.7 | 207 |
| รวม | 100.0 | 330* |

**หมายเหตุ:** * ไม่มีข้อมูล 5 ราย

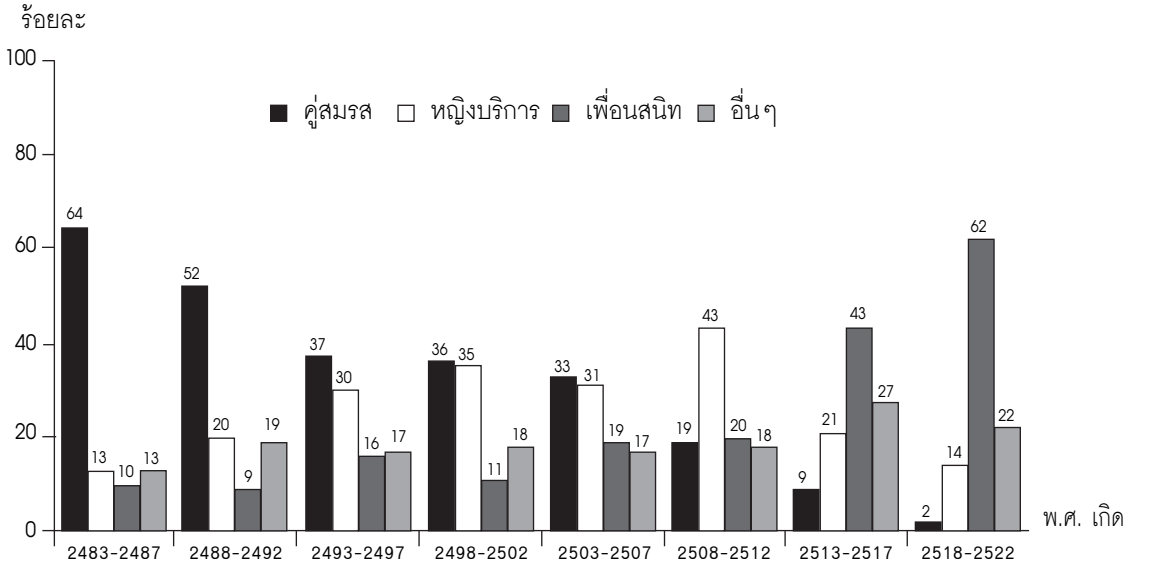
**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

หากใช้ข้อมูลเปรียบเทียบจากการสำรวจขนาดใหญ่หลายรายงานที่ศึกษาถึงประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกของผู้ชายไทย (Nimanong 2001) พบแบบแผนที่น่าสนใจและเพิ่มรายละเอียดมากขึ้นกว่าข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติข้างต้น กล่าวคือ (ดูรูป 1 ประกอบ) ผู้ชายกลุ่มที่เกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2492 (หรืออายุปัจจุบันใน พ.ศ. 2551 คือ 59 ปีขึ้นไป) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีเซ็กส์ครั้งแรกกับภรรยา รองลงมาคือ พนักงานบริการหญิง ตามด้วยคนอื่นๆ และเพื่อนสนิท แบบแผนนี้ยังคงดำรงอยู่จนถึงคนรุ่นถัดมาที่ปัจจุบันมีอายุระหว่าง 47-58 ปี โดยที่สัดส่วนของผู้ที่เซ็กส์ครั้งแรกกับภรรยาค่อยๆ ลดต่ำลงเหลือประมาณหนึ่งในสาม และสัดส่วนที่ซื้อบริการทางเพศเพิ่มมากขึ้นจี้มาติดๆ แต่พอถึงคนรุ่นถัดมาที่เกิดช่วง พ.ศ. 2508-2512 ปรากฏว่าสัดส่วนของชายไทยที่มีประสบการณ์ทางเพศ

กับพนักงานบริการหญิงมีสูงสุด (ร้อยละ 43) สัดส่วนที่เหลือกระจายไปใกล้เคียงกันคือ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพื่อน (ร้อยละ 20) ภรรยา (ร้อยละ 19) และคนอื่นๆ (ร้อยละ 18)

ครั้นเมื่อเกิดการระบาดของเอดส์ที่เริ่มขึ้นประมาณ พ.ศ. 2530 และเริ่มมีการรณรงค์อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ชายไทยที่เกิดหลัง พ.ศ. 2512 คือกลุ่มที่โตเป็นหนุ่มในช่วงที่เอดส์ระบาดแล้ว แบบแผนของการเลือกคู่นอนในการมีเซ็กส์ครั้งแรกจึงตรงกันข้ามกับคนรุ่นปู่รุ่นตาที่เกิด พ.ศ. 2492 ขึ้นไป กล่าวคือ มีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกกับเพื่อนเป็นสัดส่วนสูงสุด ขณะที่สัดส่วนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่สมรสตนเองลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 แบบแผนที่กลับตรงกันข้ามนี้อาจสะท้อนผลของการรณรงค์ระยะแรกของรัฐบาลที่เน้นโครงการถุงยางร้อยเปอร์เซ็นต์ในสถานบริการทางเพศ และคำขวัญที่ว่า *"สนุกได้โดยไม่ต้องเสี่ยง"* ที่เน้นการใช้ถุงยางกับหญิงบริการ แต่ส่วนสำคัญน่าจะมาจากทัศนคติต่อเรื่องเพศของคนรุ่นอายุน้อยที่คลี่คลายไปมาก (อ่านรายละเอียดในบทที่ 6 เรื่องการควบคุมเรื่องเซ็กส์กับ 'เพศวิถี' ที่เปลี่ยนไป)

**รูป 1 คู่นอนคนแรกของชายไทยในรุ่นปีเกิด พ.ศ. 2483-2522**




**ที่มา:** กฤตยา อาชวนิจกุล 2547. (ปรับจาก Nimanong Ngamprapasom. 2001. Figure II, Page70)

## 4.3 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

นับตั้งแต่เอดส์ระบาดในประเทศไทย ได้เกิดรายงานวิจัยเกี่ยวกับเอดส์ในสาขาวิชาต่างๆ มากกว่าหนึ่งหมื่นเรื่อง จนมีรายงานที่ประมวลและสังเคราะห์ความรู้งานวิจัยเอดส์ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและการใช้ถุงยางอนามัยหลายฉบับ ที่สำคัญ ได้แก่ *องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพวัลย์, เพ็ญจันทร์ และศันสนีย์ 2541) *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ ด้านระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย: กรณีการเฝ้าระวังโรค* (คำนวณ และคณะ 2541) และ *Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand* (Gray, and Sureeporn 1999) ในงานวิจัยเหล่านี้มีข้อสรุปตรงกันในเรื่องถุงยางอนามัยว่า **มาตรการเชิงนโยบายที่สำคัญคือ ต้องสร้างค่านิยมให้สังคมไทยยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ**

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์วิธีวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา (กฤตยา และกนกวรรณ 2550) ได้สรุปว่า **การใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่วัฒนธรรมทางเพศของคนไทย** คนไทยทั้งผู้หญิงและผู้ชายตั้งแต่ก่อนเอดส์ระบาดจนถึงปัจจุบัน **เรียนรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่เคยคิดถึงถุงยางอนามัย** ทำให้ไม่คุ้นเคยและรู้สึกว่าการใช้ถุงยางอนามัยลดทอนอรรถรสของการมีเพศสัมพันธ์ จึงไม่น่าแปลกใจที่ข้อมูลระดับชาติในตาราง 5 ชี้ว่า ทั้งผู้ชายและผู้หญิงส่วนใหญ่รายงานว่าเซ็กส์ครั้งแรกของตนเองนั้นไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ที่สมัครใจหรือไม่ก็ตาม โดยสัดส่วนของผู้ชาย (ร้อยละ 29) ที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่าของผู้หญิง (ร้อยละ 17) ในทุกประเภทของการมีเพศสัมพันธ์ ยกเว้นการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์

**ตาราง 5 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของผู้ชายและผู้หญิง จำแนกตามประสบการณ์ของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก***

| ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก | การใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ครั้งแรก | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ผู้หญิง | | | ผู้ชาย | | |
| | ใช้ | ไม่ใช้ | จำนวน (คน) | ใช้ | ไม่ใช้ | จำนวน (คน) |
| ต้องการ | 16.6 | 83.4 | 1,862 | 29.1 | 70.9 | 2,477 |
| ไม่ต้องการ | 14.7 | 85.3 | 177 | 32.0 | 68.0 | 25 |
| ไม่ตั้งใจ | 24.8 | 75.2 | 214 | 33.3 | 66.7 | 147 |
| ถูกบังคับ | 19.8 | 80.2 | 90 | 14.3 | 85.7 | 7 |
| **รวม** | **17.4** | **82.6** | **2,343** | **29.3** | **70.7** | **2,656** |

**หมายเหตุ:** * ผู้ชาย 14 คน และผู้หญิง 13 คน ตอบว่า จำไม่ได้ และ ผู้ชาย 2 คน และผู้หญิง 2 คน ไม่ตอบคำถามนี้

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007)
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เมื่อเปรียบการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ชายระหว่างคู่ที่เป็นพนักงานบริการหญิงและไม่ใช่พนักงานบริการหญิง พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยสูงมากเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง ตาราง 6 ชี้ว่า หากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับพนักงานบริการหญิงเพิ่งเกิดขึ้นไม่เกิน 15 ปีก่อนวันสำรวจ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจะสูงมาก คือสูงถึงร้อยละ 80-90 แต่หากเกิดขึ้นเกินกว่า 15 ปีขึ้นไป อัตราจะลดลงมาก ขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยกับผู้หญิงอื่นๆ ในเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของชาย (ตาราง 7) แม้พบแบบแผนเดียวกันคือ หากเป็นเซ็กส์ครั้งแรกที่ไม่นานเกิน 5 ปีมีสัดส่วนการใช้ถุงยางสูงกว่าร้อยละ 40 เล็กน้อย แต่ถ้านานกว่านั้นอัตราการใช้จะค่อยๆ ลดต่ำลง โดยสรุปก็คือ **การใช้ถุงยางในเซ็กส์ครั้งแรกของชายไทยกับผู้หญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการนั้นมีอัตราต่ำมาก**

น่าสนใจว่าแบบแผนดังกล่าวข้างต้นนี้เกิดในกลุ่มหญิงบริการเองด้วย ดังข้อค้นพบในบทที่ 11 เรื่อง *เซ็กส์กับสุขภาพทางเพศของพนักงานบริการหญิง* (อารีย์, ดุสิตา และสุรางค์ 2551) พบว่า การใช้ถุงยางของหญิงบริการกับชายนักเที่ยวมีอัตราการใช้สูงมาก คือ ร้อยละ 97 แต่กับแฟน หรือ คู่รัก สัดส่วนที่ไม่ใช้ถุงยางกลับสูงถึงร้อยละ 69 และหากเป็นแขกขาประจำ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกก็บ่งชี้ว่า ไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัยเช่นกัน

ตาราง 6 ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศในเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของชาย เปรียบเทียบตามช่วงเวลา

| จำนวนปีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกถึงปัจจุบัน (ปี) | การใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ต้องการมีเพศสัมพันธ์ | | | ไม่ต้องการ/ไม่ตั้งใจ/ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ | | |
| | ใช้ | ไม่ใช้ | จำนวน (คน) | ใช้ | ไม่ใช้ | จำนวน (คน) |
| 0-4 | 80.0 | * | 15 | * | * | 5 |
| 5-9 | 100.0 | * | 20 | * | * | 0 |
| 10-14 | 90.9 | * | 22 | * | * | 1 |
| 15-19 | 48.0 | 52.0 | 50 | 54.5 | 45.5 | 11 |
| 20+ | 18.8 | 81.2 | 197 | * | 60.0 | 10 |
| **รวม** | **37.2** | **62.8** | **304**** | **55.6** | **44.4** | **27** |

**หมายเหตุ:** * จำนวนน้อยกว่า 5 ราย ** 26 คนจำไม่ได้

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตาราง 7 ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยกับผู้หญิงอื่น ๆ ในเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของชาย เปรียบเทียบตามช่วงเวลา

| จำนวนปีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกถึงปัจจุบัน (ปี) | การใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ต้องการมีเพศสัมพันธ์ | | | ไม่ต้องการ/ไม่ตั้งใจ/ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ | | |
| | ใช้ | ไม่ใช้ | จำนวน (คน) | ใช้ | ไม่ใช้ | จำนวน (คน) |
| 0-4 | 46.6 | 53.4 | 638 | 41.7 | 58.3 | 60 |
| 5-9 | 33.5 | 66.5 | 556 | 36.1 | 63.9 | 36 |
| 10-14 | 19.6 | 80.4 | 285 | * | 76.5 | 17 |
| 15-19 | 11.6 | 88.4 | 190 | * | 87.5 | 16 |
| 20+ | 8.8 | 91.2 | 488 | * | 96.2 | 26 |
| **รวม** | **28.0** | **72.0** | **2,157**** | **29.0** | **71.0** | **155** |

**หมายเหตุ:** * จำนวนน้อยกว่า 5 ราย ** 11 คนจำไม่ได้ และอีก 1 คน ไม่ตอบ

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

คำถามสำคัญสำหรับแบบแผนการใช้ถุงยางอนามัยของชายไทยข้างต้นนี้ก็คือ **เหตุใดการรณรงค์เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย จึงได้ผลเฉพาะกับหญิงบริการทางเพศเท่านั้น** แต่ในกลุ่มผู้หญิงอื่นๆ การใช้ถุงยางอนามัยยังคงต่ำอยู่ ถึงแม้จะมีอัตราการใช้ที่สูงขึ้นกว่าในอดีตมากก็ตาม และการมีเพศสัมพันธ์โดยตั้งใจหรือไม่ ก็ไม่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยมากนัก ต่อประเด็นนี้ กฤตยา และกนกวรรณ (2550 : 124-125) ได้วิเคราะห์คำตอบไว้ว่ามาจากหลายสาเหตุประกอบกันคือ

(ก) ก่อนที่เอดส์จะระบาด การใช้ถุงยางเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ระหว่างสามีภรรยามีอัตราต่ำมาก คือในช่วง พ.ศ. 2521-2539 มีน้อยกว่าร้อยละ 2 (อภิชาติ และคณะ 2539: 36)

(ข) ในช่วง 10 ปีแรกที่เอดส์ระบาด รัฐใช้นโยบายถุงยางร้อยเปอร์เซ็นต์ คือบังคับให้สถานบริการทางเพศต้องให้ชายที่มาเที่ยวใช้ถุงยางอนามัยทุกคน โดยเฉพาะในสถานบริการทางเพศแบบระบบปิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่จะแจกถุงยางอนามัยให้สถานบริการและเฝ้าติดตามผลการใช้ โดยเจรจาให้เจ้าของสถานบริการต้องเคร่งครัดในเรื่องนี้ (Wichai and Hanenberg 1966; Chamratrithirong et al. 1999) ขณะที่ในยุคนั้น เจ้าหน้าที่ตำรวจก็เข้าร่วมโดยการกวดขันให้หญิงบริการใช้ถุงยางกับลูกค้าทุกราย (Mastro and Khanchit 1995 อ้างใน พิมพวัลย์ และวันเพ็ญ 2541: 43)

(ค) โครงการถุงยางร้อยเปอร์เซ็นต์ที่รณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการได้สถาปนาความเข้าใจในประชาชนทั่วไปออกมาเป็นสมการได้ว่า **"ถุงยางอนามัย = ผู้หญิงบริการทางเพศ"**

(ง) ผลทั้ง 3 ประการข้างต้น จึงเป็นที่มาของข้อสรุปชัดเจนในรายงานวิจัยเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีภรรยา หรือระหว่างคู่รัก คู่เที่ยว คู่นอนชั่วคราว หรือกับกิ๊ก ตั้งแต่บัดนั้นมา (พ.ศ. 2533) จนถึงบัดนี้ (พ.ศ. 2551) ว่ามีอัตราการใช้ถุงยางต่ำ (ดู ชาย อุไรวรรณ และแอนโทนี่ 2537; คณะผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร 2538; พิมพวัลย์ และวันเพ็ญ 2541; Napaporn, Knodel, Bennett 1992; Knodel and Anthony 1996; Kanokwan et al. 1999; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2549) และดังตัวอย่างล่าสุดจากงานสำรวจขนาดเล็กล่าสุด เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา อำเภอเมือง ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่สำรวจเยาวชนอายุ 15-25 ปี รวม 840 คน ตั้งแต่เดือน มกราคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551 พบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีเซ็กส์ครั้งแรกโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ผู้จัดการออนไลน์ 2551)

## 5. สรุปและวิพากษ์

บทความนี้ได้เลือกมิติเรื่องเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของคนไทยขึ้นมาวิเคราะห์เจาะลึก โดยใช้ข้อคำถามหนึ่งในการสำรวจระดับชาติเรื่องพฤติกรรมทางเพศ เมื่อ พ.ศ. 2549 เพื่อชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกของคนไทยมีสัดส่วนมากน้อยเพียงใดที่มิได้เกิดขึ้นจากความยินยอมพร้อมใจ ใครบ้างที่เป็นคู่นอนคนแรกที่ทำการละเมิดทางเพศ และเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้นมีการป้องกันโดยการใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่

ข้อค้นพบโดยสรุปได้สะท้อนให้เห็นถึงขนาดของความรุนแรงทางเพศครั้งแรกที่ผู้หญิงไทยต้องประสบ คือหนึ่งในห้าของผู้หญิงมีเซ็กส์ครั้งแรกโดยไม่ต้องการหรือถูกบังคับผู้กระทำการละเมิดทางเพศส่วนใหญ่คือคนที่สนิทสนมคุ้นเคย ได้แก่ สามี หรือ แฟน หรือเพื่อน ที่น่าตกใจก็คือ ร้อยละ 46 ของผู้หญิงที่มีเซ็กส์ครั้งแรกตั้งแต่ยังเป็นเด็ก

เป็นเซ็กส์ที่ไม่ได้ยินยอมพร้อมใจ คือไม่ได้สมัครใจ ไม่ตั้งใจ และถูกบังคับ และหากเป็นเซ็กส์ระหว่างคนคุ้นเคยแล้ว ไม่ว่าเซ็กส์ที่ต้องการหรือไม่ ก็มักจะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย ในแง่ของสถานะความรู้เรื่องเพศในสังคมไทย มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่สมควรจะอภิปรายในที่นี้คือ

5.1 **มิติสำคัญในเรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่นำไปสู่การละเมิดทางเพศก็คือ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกกระทำ ซึ่งควรเน้นในที่นี้ว่ายังมีการศึกษาในมิตินี้น้อยมากในบริบทสังคมไทย** ทั้งๆ ที่ข้อเท็จจริงจากคดีการละเมิดทางเพศจำนวนมากชี้ว่า ในหลายกรณีผู้หญิงหรือเด็กไม่กล้าขัดขืน เพราะตกอยู่ในวงจรของอำนาจที่แยบยล ทำให้ต้องคล้อยตาม เช่น ความเชื่อเรื่องบทบาทของภรรยาที่มีหน้าที่บริการทางเพศให้สามี หรือการยอมมีเซ็กส์เพื่อความรักของฝ่ายหญิง ตลอดจนถึงการบังคับข่มขู่ด้วยเงื่อนไขเชิงอำนาจในเรื่องอื่นๆ เช่น ใช้สถานภาพความเป็นครูกับศิษย์ ผู้ใหญ่กับผู้น้อย พ่อกับลูก นายจ้างกับลูกจ้าง เจ้าหนี้กับลูกหนี้ รุ่นพี่กับรุ่นน้อง มาเป็นแรงกดดันบีบบังคับให้ "ผู้หญิง" ต้องยอมตามความต้องการของผู้ชาย นั่นคือคำอธิบายที่ว่า การข่มขืนการละเมิดทางเพศ ไม่ได้หมายความถึงการต่อสู้และร่องรอยบาดเจ็บทางกายเสมอไป แต่ต้องรวมถึงการใช้อำนาจที่มีไม่เท่ากันมากระทำต่อกันด้วย

การมองว่าการละเมิดทางเพศต่อผู้หญิงและเด็กเป็นปัญหาเชิงอำนาจอาจ ช่วยให้เกิดความเข้าใจได้มากขึ้นว่า เหตุใดการละเมิดทางเพศจึงเกิดกับกลุ่มเด็กอายุน้อยลงเรื่อยๆ เพราะ "อายุ" ในวัฒนธรรมไทยนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้อ่อนวัยกว่าต้องยินยอมต่ออำนาจของ "ผู้ใหญ่" โดยไม่เกิดการตั้งคำถามหรือต่อรอง และถ้ามีสถานภาพทางสังคมเข้ามาซ้อนทับเป็นอีกปัจจัยร่วม ดังเช่น ข่าวบนหน้าหนังสือพิมพ์เมื่อ พ.ศ. 2549 ที่เกิดกรณีครูระดับ 7 ข่มขืนนักเรียนหญิงอายุ 8 ปี หรือกรณีของอาจารย์ขอมีเพศสัมพันธ์กับนักเรียนนักศึกษา เพื่อแลกกับการให้เกรด จึงเป็นเรื่องที่ต้องยอมรับว่าเกิดขึ้นอยู่จริงในสังคม และต้องหาทางลงมือแก้ไขจากรากเหง้าของปัญหาพร้อมๆ กับสร้างเสริมกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันเหตุ ลดความรุนแรงของความเสียหายและคุ้มครอง/เยียวยาให้ผู้เป็น "เหยื่อ" กลับคืนสู่ความเป็น "ผู้ผ่านพ้น" ประสบการณ์เลวร้ายได้โดยเร็ว

5.2 **หากต้องการแก้ปัญหาเรื่องเพศในสังคมไทย คงต้องตั้งคำถามกับวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทย** เพราะวัฒนธรรมทางเพศของเราขัดเกลาให้ผู้ชายไม่เก็บงำความรู้สึกทางเพศ เมื่อมีความต้องการทางเพศแล้วจึงมักไม่ยับยั้งชั่งใจ และยังสอนให้สะสมประสบการณ์ทางเพศก่อนการแต่งงานว่า มิใช่เป็นเพียงเรื่องถูกต้อง แต่ถ้ายิ่งมีประสบการณ์มาก ก็ยิ่งจะได้รับความนิยมยกย่องในกลุ่มเพื่อนมากขึ้นเท่านั้น

ในทางตรงข้ามก็ควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิง สอนให้ผู้หญิงรักนวลสงวนตัว ภาพพจน์ของความเป็นกุลสตรีไทยคือ รักษาพรหมจรรย์ไว้จนถึงวันแต่งงาน เป็นแม่บ้านที่ปรนนิบัติสามีและดูแลสมาชิกทุกคนในบ้าน การสอนให้ชายพยายามมีประสบการณ์ทางเพศให้เร็วที่สุด ทำให้ผู้ชายไทยไม่มีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศและสั่งสมความไม่รับผิดชอบต่อเพศสัมพันธ์ที่ตนเองเป็นคนเริ่มขึ้น

แม้มีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงภาพสอดคล้องกันว่า ชายหนุ่มหญิงสาวมองความสัมพันธ์ทางเพศในคู่รักเป็นเรื่องธรรมดา และกล้าที่จะแสดงออกถึงความรัก ความพอใจในเพื่อนต่างเพศ พูดคุยเรื่องเพศเปิดเผยมากขึ้น แต่ปรากฏว่าท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศนี้ ทัศนคติและค่านิยมเรื่องเพศเดิมก็ยังคงกำกับวิธีคิดของวัยรุ่นไทยไว้อย่างเดิม กล่าวคือ ผู้ชายเรียนรู้ทางเพศเร็วขึ้น เสรีมากขึ้น แต่ยังคงชุดความคิดเก่าไว้คือ ไม่ตระหนักถึงปัญหาที่จะติดตามมาจากการมีความสัมพันธ์ทางเพศ และยังมองการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับ

คู่รักหรือเพื่อนหญิงเป็นเรื่องของการ "ได้เปรียบ" ส่วนผู้หญิงก็ยังคงมองว่าตนเองเป็นฝ่าย "เสียเปรียบ" เหมือนเดิม แม้ผู้หญิงจะรู้สึกเสรีและมีอิสระมากขึ้นในเรื่องเพศ แต่ก็ยังคงจริงจังต่อเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าชาย

วัฒนธรรมทางเพศที่ว่ามานี้ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้หญิงมากกว่าผู้ชายอย่างเห็นได้ชัด เลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงอย่างยิ่ง และลดทอนคุณค่าของความเป็นหญิง ว่าไปแล้ววัฒนธรรมนี้ขัดเกลาให้ผู้ชายทำร้ายทางเพศต่อผู้หญิงที่มิใช่แม่ หรือพี่สาวน้องสาวตนเอง และถ้าจะกล่าวกันอย่างถึงที่สุดแล้ว วัฒนธรรมนี้เองคือรากเหง้าที่สำคัญของความรุนแรงทางเพศที่ผู้หญิงไทยจำนวนมากต้องประสบ

## 6. การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางเพศ ทิศทางที่สังคมไทยควรเลือกเดิน

การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางเพศ ควรเป็นกระบวนการรื้อสร้างระบบวิธีคิด ความเชื่อและทัศนคติใหม่ที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชาย อย่างน้อยบนมิติ 2 ประการต่อไปนี้

6.1 **สิทธิทางเพศ** ต้องส่งเสริมและสร้างทักษะให้สังคมเรียนรู้และเข้าใจในสิทธิเหนือร่างกายของมนุษย์ ทุกคนควรต้องเรียนรู้สิทธิที่จะปกป้องตนเอง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันไม่พาตัวเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศโดยที่ตนเองไม่ต้องการ หรือถ้าต้องตกอยู่ในสภาวะเช่นนั้น ทำอย่างไรจึงจะหาหนทางหลุดพ้นออกมาได้ เช่น ฝึกทักษะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ถ้าไม่พร้อมหรือไม่ต้องการ ต้องไม่ยอมจำนนต่อสถานการณ์จำยอมต่างๆ หรือหากพร้อมก็ต้องมีทักษะต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

6.2 **สื่อและความรู้เรื่องเพศ** ต้องรณรงค์และสร้างค่านิยมเรื่องเพศที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นในสังคมให้ได้ เริ่มตั้งแต่เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้งต้องมาจากการสมัครใจ ไม่บีบบังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือผลที่ไม่ต้องการคือการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อม นั่นคือ เพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย

**การรณรงค์สร้างวัฒนธรรมใหม่ให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อม และมีอย่างรับผิดชอบโดยการใช้ถุงยางอนามัย เป็นหนึ่งในความหมายของการแสดงความรับผิดชอบทางเพศทั้งต่อตัวเองและต่อคนอื่น นั่นต่างหากคือเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนแท้จริง**

## เอกสารอ้างอิง


กฤตยา อาชวนิจกุล. 2547. *"เรื่องเพศของวัยรุ่นไทยกับถุงยางอนามัยและภัยเอดส์".* เอกสารประกอบการเสวนาเรื่องความรักเพศสภาพ ปัญหาสังคมไทย? ประกอบงานลิเกเกียรติยศแห่งสยาม เพื่อนแพง 'พลอด' พระลอ ณ โรงละครแห่งชาติ จัดโดยศูนย์สังคีตศิลป์ ธนาคารกรุงเทพ ร่วมกับกรมศิลปากร และภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม.

กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัด. 2546. *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.* เอกสารวิชาการหมายเลข 271. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธราวรรณ. 2550. *วิเคราะห์วิธีคิดวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา.* กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2542. "ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนทุกเส้นทางชีวิตผู้หญิง". ใน *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ.* พิมพวัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สัณหจริยา และศันสนีย์ เรืองสอน บรรณาธิการ, หน้า 487-544. กรุงเทพฯ: เจนเดอร์เพรส.

คณะผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร. 2538. *โครงการสำรวจติดตามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกรุงเทพมหานคร.* กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร.

คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, ครรชิต ลิปกาญจนารัตน์, ทวิป กิตติยาภรณ์ และอนุพงศ์ ชิตวรากร. 2541. *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ ด้านระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย: กรณีการเฝ้าระวังโรค.*กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ชาย โพธิสิตา, อุไรวรรณ คนึงสุขเกษม และแอนโทนี ประมวลรัตน. 2537. *รายงานลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง.* เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการวิจัยทางพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. 2 สิงหาคม.

นิมิต มั่งมีทรัพย์. 2542. *ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่น.* ปริญญานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิตพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ผู้จัดการออนไลน์. 2551. *"ไม่ถึงวันก็ฟันโชะ! ผลวิจัยชี้โจ๋ใต้ชอบเสียวฟาสต์ฟูด ยอดทำแท้งพุ่ง!"* . วันที่ 30 พฤษภาคม.

พิมพวัลย์ บุญมงคล และวันเพ็ญ มาอุ่น. 2541. "พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์" ใน *องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.* พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ บรรณาธิการ: 25-75. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพวัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน. 2541. *องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.* โครงการจัดตั้งสำนักศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. *รายงานสุขภาพคนไทย 2549.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. *รายงานสุขภาพคนไทย 2550.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล วรชัย ทองไทย และฟิลิป เกสต์. 2540. *การสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์ พรหมโม้ ดุสิตา พึ่งสำราญ และสุรางค์ จันทร์แย้ม. 2551. "เซ็กส์กับสุขภาพทางเพศในพนักงานบริการหญิง". ใน *มิติ "เพศ" ในประชากรและสังคม.* กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Aphichat Chamratrithirong, Sirinan Kittisuksathit, Chai Podhisita, Pimonpan Isarabhakdi, and Malee Sabaiying. 2007. *The National Sexual Behavioral of Thailand Survey 2006*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Aphichat Chamratrithirong, Varachai Thongthai, Wathinee Boonchalaksi, Philip Guest, Churnrurtai Kanchanachitra, and Anchalee Varangrat. 1999. *The Success of The 100% Condom Promotion Programme in Thailand: Survey Results of The Evaluation of The 100% Condom Promotion Programme*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Department of Social Justice Canada. 2007. *Spousal Abuse: A Fact Sheet*. Search from http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fv-vf/sa-vc.html (accessed 27 December 2007).

Fawzi, M.C Smith et al. 2005. "Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases." *Social Sciences and Medicine*. 60: 679-689.

Gray, Alan, and Sureeporn Punpuing.1999. *Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand*. IPSR Publication No.232. Institute for Population and Research Mahidol University.

Heise, Lori et al. 1993. "Violence Against Women: A Neglected Public Health Issues in A Less Developed Countries." *Social Science and Medicine*. 39(10):1165-1179.

Houts, Leslie A. 2005. "But was it wanted? Young women's first voluntary sexual intercourse." *Journal of Family Issues*. 26(8): 1082-1102.

Howard, Donna, E. and Min Qi Wang. 2005. Psychosocial correlates of U.S adolescents who report a history of forced sexual intercourse. *Journal of Adolescent Health*; 36: 372-379.

Jejeebhoy, Shiereen J. and Sarah Bott. 2003. *Non-consensual sexual experiences of young people: A review of the evidence from developing countries*. Population Council Regional Working Papers No.16. South and East Asia.

Kanokwan Tharawan, Chomnad Manopaiboon, Charlotte E. Ellertson, Khanchit Limpakarnjanarat, Peter H. Kilmarx, Christiana Coggins, Supaporn Chaikummao, Timothy D. Mastro, and Christopher J. Elias. 1999. *Perceptions of HIV Transmission Risk among Regular Partners in Northern Thailand*. Unpublished research report. Population Council, Bangkok.

Knodel, John, and Anthony Pramualratana. 1996. " Prospects for increased condom use within marriage in Thailand" *International Family Planning Perspectives*. 22(3):97-102.

Koenig et al. 2004. "Coercive sex in rural Uganda: Prevalence and associated risk factors." *Social Science and Medicine*. 58:787-798.

Mastro, Timothy and Khanchit Limpakarnjanarat. 1995. "Condom use in Thailand: How much is it slowing the HIV/AIDS epidemic." *AIDS*. 9.

Napaporn Havanon, John Knodel, and Tony Bennet. 1992. *Sexual Networking in a Province Thai Setting*. AIDS Prevention Monograph Series Paper No.1. Family Health International AIDSCAP Project.

Nimanong Ngamprapasom. 2001. *The First Sexual Intercourse of Thai Men*. Unpublished Ph.D. Dissertation in Demography. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Rampai Srinual. 2003. *Sexual Violence: A Study of In-school Adolescents*. Unpublished Ph.D. Dissertation in Demography. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

UNFPA. 1999. *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority*. New York: United Nations Population Fund.

Upchurch, Dawn M. and Yasamin Kusunoki. 2004. "Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls." *Women's Health Issues*; 14: 75-84.

Wichai Rojanapithayakorn and R. Hanenberg. 1996. "The 100% Condom Programs in Thailand" *AIDS*. 10:1-7.

World Health Organization (WHO). 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

# 4

# ภาวะการมีบุตรยาก : ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ

ปาณฉัตร เสียงดัง

*นักวิชาการศึกษา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

อมรา สุนทรธาดา

*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## นำเรื่อง

ถึงแม้ว่าในทางการแพทย์จะไม่นิยามว่าภาวะการมีบุตรยากเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย แต่ผลกระทบเชิงสังคมมีมุมต่างที่ชวนสังเคราะห์ในหลายประเด็น อาทิ ผลกระทบด้านจิตใจระหว่างคู่สมรส บทบาทหญิงชายและการดำเนินชีวิตคู่ คุณค่าและการดำรงความเป็นครอบครัว การเข้าถึงข้อมูลและการบริการด้านสาธารณสุขเพื่อการแก้ปัญหาภาวะการมีบุตรยาก เป็นต้น องค์การอนามัยโลกคาดประมาณไว้ว่าปัญหาภาวะการมีบุตรยากในประเทศกำลังพัฒนา มีประมาณ 186 ล้านคู่ (ไม่รวมประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน) ซึ่งเพิ่มจาก พ.ศ. 2513 ที่พบเพียงร้อยละ 8 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ หรือประมาณ 50-80 ล้านคู่สมรส (WHO 2003) โดยเฉพาะในบางประเทศ พบภาวะการมีบุตรยากสูงถึงร้อยละ 25 ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของอัตราการติดเชื้อจากโรคทางเพศสัมพันธ์ที่มีผลต่อระบบอนามัยการเจริญพันธุ์

นอกจากนี้วัฒนธรรมเรื่องการขลิบอวัยวะเพศทั้งเด็กหญิงและเด็กชาย โดยเฉพาะเด็กหญิงจะต้องเข้าพิธีดังกล่าวเมื่ออายุประมาณ 4-5 ขวบ โดยมีความเชื่อว่าการขลิบอวัยวะเพศจะสามารถป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและป้องกันการตั้งครรภ์ได้ (Gruenbaum 2006) มีการคาดประมาณว่าเด็กหญิง 100-140 ล้านคน ในทวีปแอฟริกาถูกขลิบอวัยวะเพศ เฉลี่ยแล้วประมาณ 2 ล้านคน ต่อปี การปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าวมีผลทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ และเกิดผลข้างเคียงต่อการมีบุตร (WHO 2004)

อินฮอร์น (Inhorn 2004) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก ในบริบทของอำนาจเชิงบทบาทหญิงชาย ในประเทศอียิปต์และเลบานอน พบว่า ในวัฒนธรรมที่ชายเป็นใหญ่ ภาวะการมีบุตรยาก ลดคุณค่าและบทบาทของผู้ชาย และส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานภาพทางสังคมไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าผู้หญิง และผู้ชาย มักจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงมากกว่าผู้หญิง การขอคำแนะนำและใช้บริการทางการแพทย์จึงมีน้อยกว่าผู้หญิง หรือมีความระมัดระวังมากกว่าโดยมีทัศนคติว่าเป็นเรื่องส่วนตัว แต่อินฮอร์นสรุปผลจากการวิจัยว่า ด้วยสรีระที่ผู้หญิง เป็นผู้ตั้งครรภ์ ผู้คนรอบข้างมักตั้งข้อสังเกตและมีคำถามกับผู้หญิงมากกว่ามุ่งประเด็นการมีบุตรยากไปที่ฝ่ายชาย

ก็อฟฟ์แมน (Goffman 1963) กล่าวถึงการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าภาวะการมีบุตรยากคุกคามความมั่นคงชีวิตครอบครัว และผู้เผชิญปัญหาภาวะการมีบุตรยากรู้สึกว่าตนเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไป

ถึงแม้การพัฒนาด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies - ARTs) จะเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว แต่การเข้าถึงการบริการยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย อัตราผลสำเร็จไม่แน่นอน การให้ความร่วมมือของคู่สมรสในช่วงการทดลอง ตลอดจนข้อจำกัดเชิงวัฒนธรรม เช่น ในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา มีการต่อต้านการบริจาคไข่จากหญิงที่ไม่ใช่มารดาเนื่องจากขัดต่อหลักศาสนา ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนโยบายของภาครัฐ และในกลุ่มประเทศเอเชียกลาง มีปัญหาการให้บริการผู้มีภาวะการมีบุตรยากเช่นกัน เนื่องจากกระบวนการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ขัดต่อหลักศาสนาที่บุคคลมิใช่คู่สามีภรรยาจะเข้ามายุ่งเกี่ยวกับการมีบุตร โดยเฉพาะการบริจาคไข่ มีเพียงการยอมรับวิธีการใช้เซลล์อสุจิของสามีเท่านั้นในการทำผสมเทียม

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะการมีบุตรยากใน พ.ศ. 2524 พบภาวะการมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ ร้อยละ 1.7 และ ชนิดทุติยภูมิ ร้อยละ 8.0 (Suporn et al. 1985) เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2539 พบ ร้อยละ 2.5 และ 9.2 ตามลำดับ (สุธน และคณะ 2541) การศึกษาใน พ.ศ. 2543 พบภาวะการมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิแบบ 1 ปี ร้อยละ 3.3 และ ชนิดปฐมภูมิแบบ 2 ปี ร้อยละ 2.7 และ ชนิดทุติยภูมิ แบบ 1 ปี ร้อยละ 15.8 (สุธน และคณะ 2545) และจากรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2549 พบภาวะการมีบุตรยากทุกประเภทร้อยละ 15.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลระดับมหภาคเกี่ยวกับความชุกของภาวะการมีบุตรยาก การเข้าถึงการบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่นำมาใช้เพื่อการแก้ไขปัญหา ให้เชื่อมโยงกับแนวคิดบทบาทหญิงชายและอนามัยการเจริญพันธุ์ในแง่มุมของการเผชิญปัญหาภาวะการมีบุตรยาก และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้แหล่งข้อมูลจากการสำรวจระดับมหภาคและการศึกษาระดับจุลภาคมาประกอบการวิเคราะห์

## ความหมายของภาวะการมีบุตรยาก

ภาวะการมีบุตรยาก (Infertility) คือ ภาวะที่คู่สมรสไม่สามารถมีบุตรได้ หลังจากอยู่กินฉันสามีภรรยา มีเพศสัมพันธ์โดยสม่ำเสมอ และไม่ได้ใช้หรือหยุดการคุมกำเนิด ในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี[1] แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาวะการมีบุตรยากปฐมภูมิ (Primary Infertility) หมายถึง ไม่เคยมีการตั้งครรภ์ ภายในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) ภาวะการมีบุตรยากทุติยภูมิ (Secondary infertility) หมายถึง เคยตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์นั้นอาจสิ้นสุดด้วยการคลอด การแท้ง หรือการตั้งครรภ์นอกมดลูก แล้วไม่เคยตั้งครรภ์อีก โดยที่ยังมีเพศสัมพันธ์เป็นปกติ และไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด อย่างน้อย 1 ปี (หะทัย และอุรุสา 2533)

---

[1] การศึกษาในประเทศไทยเรื่องภาวะการมีบุตรยากใช้นิยามศัพท์ต่างกัน เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติใช้ระยะเวลาการไม่มีบุตรอย่างน้อย 2 ปี การศึกษาของ สุธน ปัญญาดิลก และคณะ (2541) ใช้นิยามศัพท์ระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 ปี สำหรับภาวะการมีบุตรยากปฐมภูมิ และ 1 ปี สำหรับภาวะการมีบุตรยากทุติยภูมิ

## ภาวะการมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากฝ่ายชาย

ภาวะการมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากฝ่ายชาย เกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน เช่น ความผิดปกติของการสร้างเซลล์อสุจิ หรือเกิดจากท่ออสุจิอุดตัน ทำให้ไม่สามารถตรวจพบอสุจิ หรือกรณีที่ฝ่ายชายป่วยด้วยโรคไทรอยด์ ภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินสูงในกระแสเลือด หรือเกิดจากกรณีตัดต่อท่อนำเชื้ออสุจิเพื่อแก้หมัน รวมทั้งการผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณอัณฑะ (เสรี 2542) อสุจิมีปริมาณน้อยหรือมีรูปร่างผิดปกติ โดยพบว่าผู้ชายร้อยละ 10 มีปัญหานี้ ในช่วงอายุ 25-35 ปี ส่วนสาเหตุที่ทำให้อสุจิมีรูปร่างผิดปกติ เพราะเนื่องจากการดื่มเหล้า การดื่มกาแฟจัด สูบบุหรี่จัด ต่อมลูกหมากโต ซึ่งผู้ชาย 1 ใน 3 มักจะมีปัญหาต่อมลูกหมากโต ผู้เสพยาเสพติดมีผลต่อระดับฮอร์โมน Testosterone ในกระแสเลือดต่ำ ทำให้อสุจิลดปริมาณลง หรือถึงขั้นไร้สมรรถภาพทางเพศ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอก เช่น การแต่งงานในกลุ่มเครือญาติที่มีสายเลือดใกล้ชิดกัน การรับสารพิษจากภาวะสงคราม เช่น สารยูเรเนียม การเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้า ความร้อนก็มีผลทำให้เชื้ออสุจิไม่สมบูรณ์ ศาตราจารย์เฉา ไคหยุ่น นายกสมาคมบุรุษเวชการแพทย์แผนจีนของโลก กล่าวถึงข้อค้นพบเบื้องต้นว่า ผู้ชายที่ชอบอาบน้ำอุ่นนานๆ หรือชอบอาบน้ำที่ร้อนจัด มีผลทำให้ปริมาณอสุจิลดลง เนื่องจากอสุจิจะเจริญเติบโตได้ดีในอุณหภูมิไม่เกิน 35.5 องศาเซลเซียส และสาเหตุที่เหลือเชื่ออีกอย่างหนึ่งคือ การสวมใส่ชั้นในที่อับชื้นหรือมีขนาดเล็กเกินไป มีผลทำให้ต่อมลูกหมากอักเสบ ทำให้ปริมาณอสุจิ ลดน้อยลง (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง 2551)

มีการศึกษาในหลายประเด็นเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากฝ่ายชาย จากการการสำรวจในกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง เช่น อียิปต์ และเลบานอน ซึ่งโดยมาตรฐานทางวัฒนธรรม ภาวะการมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากฝ่ายชาย เป็นเรื่องที่ทำใจรับได้ยาก เพราะถือว่าเป็นการสูญเสียความเป็นชายชาตรีอย่างยิ่ง ดังนั้น การเปิดเผยตัวตนหรือขอคำแนะนำทางการแพทย์จึงมีน้อยกว่าฝ่ายหญิง มีผลทำให้สถิติเกี่ยวกับปัญหานี้ต่ำกว่าความเป็นจริง (Inhorn 2004)

## ภาวะการมีบุตรยากที่มีสาเหตุจากฝ่ายหญิง

สาเหตุภาวะการมีบุตรยากเนื่องจากฝ่ายหญิง มีสาเหตุหลักๆ 3 ประการ คือ เกิดจากความผิดปกติของการควบคุมการตกไข่จากต่อมใต้สมอง หรือความผิดปกติของรังไข่หรือท่อนำไข่[2] หรือสาเหตุจากโรคทางอายุรกรรมที่มีผลต่อการควบคุมระบบการทำงานของรังไข่ ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาคู่สมรสจำนวน 1,333 คู่ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วง พ.ศ. 2525-2530 พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของการตกไข่ ท่อนำไข่อุดตัน และมีเยื่อพังผืดหนาในอุ้งเชิงกราน อย่างไรก็ตาม สาเหตุภาวะการมีบุตรยากจากฝ่ายชาย มีอัตราสูงเช่นกัน คือประมาณร้อยละ 49 (สุภักดี 2544) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ เป็นส่วนประกอบด้วย เช่น อายุแรกสมรส ความถี่ของการร่วมเพศ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ความถี่ของการร่วมเพศที่จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้ คือ 4-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ถ้าน้อยหรือมากกว่านั้น โอกาสการตั้งครรภ์จะน้อย และควรร่วมเพศวันเว้นวันในสัปดาห์ที่คาดว่ามีการตกไข่ (ทะทัย และอุรุสา 2533: 288) สตรีแต่งงานอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสแท้งเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่แต่งงานอายุต่ำกว่า นอกจากนี้ภาวะการมีบุตรยากเกิดจากขาดความรู้เรื่องเพศ เช่น ไม่ทราบช่วง

---

[2] จากการศึกษาสตรีที่มีบุตรยากในจังหวัดขอนแก่น ศึกษาสตรีจำนวน 740 ราย ของคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าร้อยละ 27.3 มีความผิดปกติที่ท่อนำไข่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้ถึง 1 ใน 4 ของสตรีที่มีภาวะบุตรยาก (Sinawat et al. 2005)

เวลาที่จะมีการตกไข่ในรอบประจำเดือน ซึ่งเป็นช่วงที่จะตั้งครรภ์ได้ การสวนล้างช่องคลอด (vagina douching) หลังร่วมเพศ จะทำให้อสุจิถูกทำลาย หรือการลุกขึ้นจากเตียงนอน หลังเสร็จกิจทันที ทำให้อสุจิบางส่วนไหลออกจากช่องคลอด โอกาสตั้งครรภ์จะลดลง

สิ่งแวดล้อม อาชีพ มีส่วนเช่นเดียวกัน สตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีโอกาสรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายสูง เช่น สารตะกั่ว จากโรงงานเครื่องปั้นดินเผา โรงงานถลุงแร่เหล็ก สารคาร์บอนไดซัลไฟด์จากอุตสาหกรรมสิ่งทอ หรือสารเบนซีน ซึ่งใช้เป็นสารละลายในกระบวนการผลิตอุตสาหกรรม หรือผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับสารกัมมันตภาพรังสีมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะการมีบุตรยากหรือการแท้ง หรือแม้แต่การดื่มกาแฟมาก สูบบุหรี่จัด เพิ่มอุบัติการณ์แท้ง หรือการไม่ตกไข่ (anovulation) มากกว่าผู้ไม่บริโภค (หะทัย และอุรุสา 2533: หน้า 289-290)

ปัจจัยทางอารมณ์มีส่วนเกี่ยวข้องเช่นกัน สตรีที่มีความเครียดจะทำให้รอบเดือนไม่ปกติหรือขาดหายไป จะเกิดอาการปวดเกร็งช่องคลอดและเจ็บปวดขณะร่วมเพศ หรือหมดความสนใจเรื่องเพศ เช่นเดียวกับผู้ชาย ความเครียดจะทำให้ปริมาณอสุจิลดลง ทำให้การหลั่งอสุจิเร็วเกินไป โอกาสที่จะตั้งครรภ์จึงมีน้อยกว่าคู่สมรสปกติ

## ภาพสะท้อนภาวะการมีบุตรยากในประเทศไทย

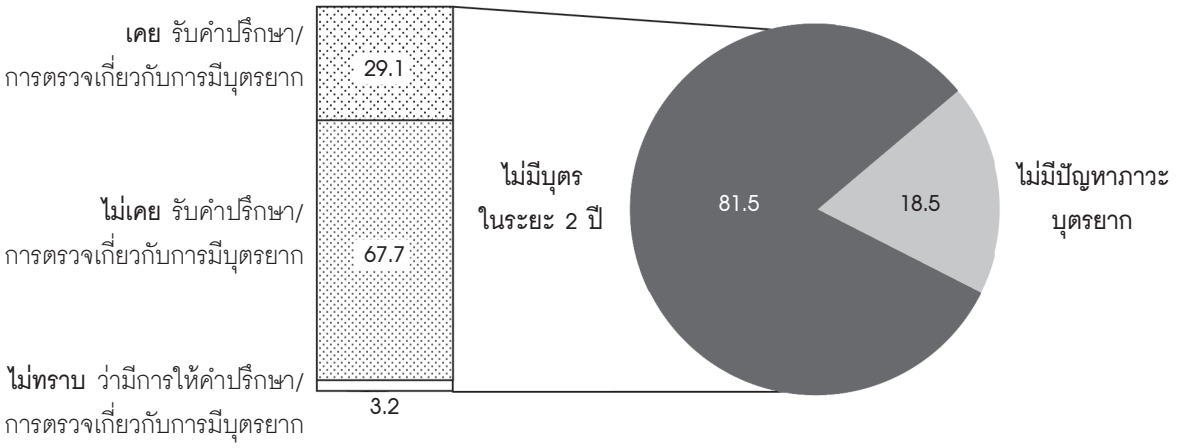
ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี) ทั่วประเทศประมาณร้อยละ 15 มีปัญหาภาวะการมีบุตรยาก เมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า สตรีในเขตเมือง ร้อยละ 16 มีปัญหาภาวะการมีบุตรยาก เปรียบเทียบกับเขตชนบทที่พบร้อยละ 15 ถ้าเปรียบเทียบรายภาค พบว่า สตรีในภาคใต้มีปัญหาภาวะการมีบุตรยากมากที่สุด (ตาราง 1) เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะสตรีที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดพบว่าร้อยละ 82 ไม่เคยตั้งครรภ์ ในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี แม้มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสโดยปกติ ในจำนวนสตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากและไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดพบว่า ร้อยละ 68 ไม่เคยขอรับคำปรึกษา หรือตรวจหาสาเหตุภาวะการมีบุตรยาก (ดูรูป 1)

**ตาราง 1 แสดงร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามปัญหาภาวะการมีบุตรยาก และภาค พ.ศ. 2549**

| พื้นที่ | มี ปัญหาการมีบุตรยาก | ไม่มี ปัญหาการมีบุตรยาก |
|---|---|---|
| **ทั่วประเทศ** | 15.4 | 84.6 |
| *จำแนกตามเขต* | | |
| เมือง | 16.1 | 83.9 |
| ชนบท | 15.2 | 85.8 |
| *จำแนกตามภาค* | | |
| กรุงเทพมหานคร | 17.0 | 83.0 |
| กลาง | 13.7 | 86.3 |
| เหนือ | 12.8 | 87.2 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 14.1 | 85.9 |
| ใต้ | 24.7 | 75.3 |

**ที่มา:** คำนวณจาก รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

**รูป 1 แสดงร้อยละสตรีสมรสที่มีอายุ 15-49 ปี ที่ไม่คุมกำเนิด จำแนกตามปัญหาภาวะการมีบุตรยาก ทั่วราชอาณาจักร ปี 2549**




**ที่มา:** คำนวณจากรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จากข้อมูลในตาราง 2 เสนอการวิเคราะห์ภาวะการมีบุตรยากจำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย พบว่าสตรีที่ไม่คุมกำเนิด ร้อยละ 86 ในเขตเมือง และร้อยละ 80 ในเขตชนบทมีภาวะการมีบุตรยาก และเมื่อวิเคราะห์ถึงการเข้าถึงบริการรับคำปรึกษาและการตรวจภาวะการมีบุตรยาก พบว่า สตรีในเขตเมือง ร้อยละ 33 และในเขตชนบทร้อยละ 28 เคยขอรับการปรึกษาและตรวจภาวะการมีบุตรยาก

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุรวมทั่วประเทศพบว่าสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป เคยขอรับคำปรึกษาหรือตรวจภาวะการมีบุตรยาก มากกว่ากลุ่มสตรีอายุต่ำกว่า 30 ปี ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับสตรีในเขตเมืองและชนบท เมื่อวิเคราะห์ภาวะบุตรยากตามรายภาคพบว่าสตรีที่ไม่คุมกำเนิดในกรุงเทพฯ ประสบปัญหาภาวะการมีบุตรยากหรือไม่เคยตั้งครรภ์เลยอย่างน้อย 2 ปี มีมากถึงร้อยละ 91 เปรียบเทียบกับสตรีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาภาวะการมีบุตรยากต่ำที่สุด ซึ่งมีเพียงร้อยละ 76 สำหรับภาคใต้ และภาคเหนือ มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

สำหรับความสนใจเกี่ยวกับปัญหาภาวะการมีบุตรยาก พบว่า สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพฯ ร้อยละ 32 และร้อยละ 33 ตามลำดับ เคยขอคำปรึกษาหรือตรวจภาวะการมีบุตรยาก เปรียบเทียบกับสตรีในภาคใต้มีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น ที่ให้ความสนใจ ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่ต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทุกภาค (รวมกรุงเทพฯ) ข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ ถ้าพิจารณาเฉพาะสตรี กลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไปพบว่า สตรีที่ไม่คุมกำเนิดในเขตกรุงเทพฯ และภาคกลาง มีอัตราร้อยละของภาวะการมีบุตรยากสูงกว่าภาคอื่นๆ

โดยสรุป จากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2549 พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์รวมทั่วประเทศ ในกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดและไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี มีถึงร้อยละ 68 ที่ไม่เคยขอคำปรึกษาหรือรับการตรวจภาวะการมีบุตรยาก เหตุใดหรือปัจจัยอะไรที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิด และยังมีเพศสัมพันธ์เป็นปกติกับคู่สมรส แต่ไม่มีการตั้งครรภ์อย่างน้อย 2 ปี ไม่เคยขอคำปรึกษาหรือการตรวจภาวะการมีบุตรยาก ซึ่งเป็นคำถามที่ควรมีการทำวิจัยในแนวลึกว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดบ้าง อาทิ พฤติกรรมทางเพศ การใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานแล้วหยุดใช้เพื่อต้องการมีบุตร การเข้าถึงและคุณภาพการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้มีบุตรยาก หรือ

เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่มีราคาสูงอยู่ในวงจำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะที่เข้าถึงบริการได้เท่านั้น ซึ่งอาจมีผลทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะเข้าถึงบริการ

สิ่งที่น่าสนใจสำหรับปรากฏการณ์ภาวะการมีบุตรยากในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ คือ การหาปัจจัยเหตุที่สตรีที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดหรือหยุดใช้ ถึงร้อยละ 82 มีผลต่อการไม่ตั้งครรภ์ในเวลาอย่างน้อย 2 ปี โดยที่ยังอยู่กินฉันท์สามีภรรยากับคู่สมรส เนื่องจากข้อมูลจากการสำรวจใน พ.ศ. 2549 ไม่ได้แบ่งประเภทภาวะการมีบุตรยากไว้ชัดเจนว่าเป็นชนิดปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ แต่เป็นการสำรวจจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่คุมกำเนิดและไม่มีบุตรอย่างน้อยเป็นเวลา 2 ปี จึงทำให้ข้อสันนิษฐานมีข้อโต้แย้งได้ เช่น ถ้าพิจารณาปัจจัยด้านอายุและภาวะการมีบุตรยากในกลุ่มสตรีอายุมากกว่า 30 ปี ประการที่หนึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับอายุแรกสมรส ประการที่สอง อาจเกี่ยวข้องกับการใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นระยะเวลาต่อเนื่องกันนานหลังจากมีบุตรคนแรก และหยุดใช้เพราะต้องการมีบุตรเพิ่ม ในทางทฤษฎี การเพิ่มขึ้นของอายุแรกสมรส หรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง จะมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ (Menken 1985: 470-472; Bongaart and Potter 1983:3)

**ตาราง 2 แสดงร้อยละสตรีอายุ 15-49 ปี ที่ไม่คุมกำเนิด จำแนกตามปัญหาภาวะการมีบุตรยาก การขอรับคำปรึกษา / การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก เขตการปกครองและทั่วราชอาณาจักร ปี พ.ศ. 2549**

| พื้นที่ | รวม | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 |
| **ทั่วราชอาณาจักร** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 18.5 | 31.4 | 28.0 | 22.9 | 16.5 | 13.4 | 10.0 | 15.5 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 81.5 | 68.6 | 72.0 | 77.1 | 83.5 | 86.6 | 90.0 | 84.5 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 29.1 | 18.9 | 21.3 | 23.6 | 35.7 | 36.1 | 34.9 | 24.8 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 67.7 | 78.5 | 72.3 | 71.0 | 62.0 | 61.6 | 63.0 | 73.4 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 3.2 | 2.5 | 6.3 | 5.3 | 2.2 | 2.3 | 2.1 | 1.8 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **แบ่งตามเขตการปกครอง : เมือง** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 14.2 | 32.6 | 26.3 | 17.2 | 14.3 | 10.8 | 8.9 | 11.1 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 85.8 | 67.4 | 73.7 | 82.8 | 85.7 | 89.2 | 91.1 | 88.9 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 32.6 | 20.6 | 17.3 | 20.2 | 36.9 | 40.3 | 41.4 | 30.0 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 65.5 | 73.6 | 80.1 | 75.8 | 60.8 | 58.2 | 57.8 | 69.3 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 1.9 | 5.7 | 2.6 | 4.1 | 0.7 | 1.5 | 0.8 | 0.7 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **แบ่งตามเขตการปกครอง : ชนบท** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 20.1 | 31.0 | 28.3 | 24.8 | 17.5 | 14.7 | 10.6 | 17.3 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 79.9 | 69.0 | 71.7 | 75.2 | 82.5 | 85.3 | 89.4 | 82.7 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 27.7 | 18.5 | 22.2 | 24.9 | 35.1 | 33.9 | 31.5 | 22.4 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 68.6 | 79.8 | 70.8 | 69.3 | 62.6 | 63.4 | 65.7 | 75.3 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 3.8 | 1.7 | 7.1 | 5.8 | 2.2 | 2.7 | 2.8 | 2.3 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

| พื้นที่ | รวม | กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 |
| **แบ่งตามภูมิภาค : กรุงเทพมหานคร** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 9.5 | 28.7 | 11.9 | 16.1 | 8.7 | 9.9 | 4.6 | 9.6 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 90.5 | 71.3 | 88.1 | 83.9 | 91.3 | 90.1 | 95.4 | 90.4 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 32.7 | 50.2 | 6.7 | 7.6 | 38.2 | 42.7 | 41.5 | 27.3 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 65.6 | 49.8 | 88.8 | 86.2 | 60.0 | 54.4 | 58.5 | 72.7 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 1.8 | 0.0 | 4.5 | 6.2 | 1.8 | 2.9 | 0.0 | 0.0 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **แบ่งตามภูมิภาค : กลาง** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 13.0 | 34.7 | 21.0 | 13.2 | 13.6 | 6.5 | 8.0 | 12.2 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 87.0 | 65.3 | 79.0 | 86.8 | 86.4 | 93.5 | 92.0 | 87.8 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 29.2 | 34.3 | 19.5 | 23.2 | 32.6 | 29.8 | 36.6 | 27.7 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 68.0 | 65.7 | 76.8 | 72.3 | 65.0 | 67.3 | 60.9 | 70.3 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 2.8 | 0.0 | 3.7 | 4.5 | 2.3 | 2.9 | 2.4 | 2.0 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **แบ่งตามภูมิภาค : เหนือ** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 18.8 | 39.2 | 28.9 | 18.7 | 18.2 | 14.4 | 11.0 | 15.3 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 81.2 | 60.8 | 71.1 | 81.3 | 81.8 | 85.6 | 89.0 | 84.7 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 28.0 | 14.0 | 13.2 | 35.8 | 30.3 | 46.3 | 32.1 | 21.3 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 69.9 | 86.0 | 83.8 | 59.3 | 69.7 | 51.2 | 64.3 | 78.4 |
| ไม่ทราบ ว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 2.1 | 0.0 | 3.1 | 4.9 | 0.0 | 2.5 | 3.6 | 0.4 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **แบ่งตามภูมิภาค : ตะวันออกเฉียงเหนือ** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 24.2 | 36.8 | 29.6 | 32.5 | 20.4 | 15.0 | 14.0 | 21.5 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 75.8 | 63.2 | 70.4 | 67.5 | 79.6 | 85.0 | 86.0 | 78.5 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 32.2 | 13.3 | 24.3 | 25.9 | 42.8 | 40.9 | 42.3 | 28.3 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 62.8 | 84.0 | 65.3 | 65.6 | 56.6 | 59.1 | 55.3 | 67.4 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 5.0 | 2.7 | 10.4 | 8.4 | 0.6 | 0.0 | 2.3 | 4.4 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **แบ่งตามภูมิภาค : ใต้** | | | | | | | | |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก | 18.5 | 14.3 | 31.2 | 19.2 | 17.6 | 19.2 | 10.0 | 14.5 |
| ไม่คุมกำเนิด และไม่มีบุตรในระยะ 2 ปี | 81.5 | 85.7 | 68.8 | 80.8 | 82.4 | 80.8 | 90.0 | 85.5 |
| เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 23.3 | 13.6 | 24.9 | 17.2 | 31.9 | 28.2 | 20.9 | 19.7 |
| ไม่เคย รับคำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 74.2 | 86.4 | 74.5 | 81.4 | 61.9 | 67.8 | 77.1 | 78.9 |
| ไม่ทราบว่ามีการให้คำปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับมีบุตรยาก | 2.5 | 0.0 | 0.6 | 1.4 | 6.2 | 4.0 | 2.0 | 1.4 |
| รวม | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

**ที่มา:** คำนวณจากรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

# เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies - ARTs)

ภายหลังจากการประสบการณ์ความสำเร็จในการผสมเด็กหลอดแก้ว เมื่อ 25 ปีที่ผ่านมา มีการคาดประมาณว่ามีทารกเกิดจากการผสมเทียมทั่วโลกราว 1,500,000 คน (World Medical Association 2008) ปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เกิดขึ้นอีกหลายวิธีด้วยกัน และในแต่ละวิธีมีผลสัมฤทธิ์ต่างกัน บทความในส่วนนี้จะนำเสนอเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์บางวิธีพอเป็นสังเขปดังนี้

1) **การทำ** Gamete Intra Fallopian Transfer หรือเรียกย่อๆ ว่า ทำ GIFT คือ การนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิฉีดเข้าทางท่อนำไข่โดยยังไม่มีการปฏิสนธิ วิธีนี้ไม่เป็นที่นิยมเหมือนวิธีทำเด็กหลอดแก้ว เนื่องจากต้องใช้ยาสลบ ในยุโรปและอเมริกามีเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้นที่ยังใช้วิธีนี้ สำหรับประเทศไทย จากสถิติมีผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล เฉลี่ยปีละ 5,000 ราย อัตราส่วนการตั้งครรภ์ระหว่างวิธี GIFT และเด็กหลอดแก้ว 7:3 ปัจจุบันประมาณ 1:9 เนื่องจากการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) ไม่ต้องดมยาสลบหรือใช้วิธีผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการเพาะเลี้ยงตัวอ่อนที่โรงพยาบาลของรัฐประมาณ 50,000 - 90,000 บาท สถานพยาบาลเอกชนไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท ต่อรอบ

2) **การทำเด็กหลอดแก้ว** หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า IVF ชื่อย่อมาจาก In Vitro Fertilization คือการนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิมาผสมนอกร่างกาย จนเกิดการปฏิสนธิ และแบ่งตัวเป็นตัวอ่อนระยะต่างๆ เช่น ระยะ 4-8 เซลล์ จากนั้นจึงนำเซลล์ตัวอ่อนที่เลือกสรรแล้วใส่ผ่านโพรงมดลูก หรือท่อนำไข่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ปัจจุบันแพทย์นิยมใส่เซลล์ตัวอ่อนที่โพรงมดลูก เพราะทำได้ง่ายกว่า โอกาสภาวะแทรกซ้อนมีน้อยกว่าการใส่เซลล์ตัวอ่อนที่ท่อนำไข่ โอกาสผลสำเร็จประมาณ ร้อยละ 10-30 ต่อรอบ โอกาสแท้งประมาณ ร้อยละ 15 - 20 ตั้งครรภ์นอกมดลูก ร้อยละ 5 - 7

3) **การทำ** ZIFT (Zygote Intra Fallopian Transfer) เป็นวิธีการนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิที่ปฏิสนธิแล้วไปใส่ที่ท่อนำไข่ผ่านทางช่องคลอด หรือการเจาะหน้าท้อง

4) **การทำ** TET (Tubal Embryo Transfer) คือวิธีการนำเซลล์ไข่ และเซลล์อสุจิ มาปฏิสนธิภายนอกร่างกายจนได้ตัวอ่อน แล้วจึงย้ายตัวอ่อนไปไว้ที่ท่อนำไข่ ตัวอ่อนที่เหมาะสมจะเป็นตัวอ่อนระยะ 4-8 เซลล์

5) **การทำ** Intra Cytoplasmic Sperm Injection - ICSI หรือที่เรียกกันว่า ทำอิ๊กซี่ เริ่มทดลองเมื่อ พ.ศ. 2535 (Human Reproduction Update Advance Access 2007) คือ กระบวนการปฏิสนธินอกร่างกาย โดยการใช้เข็มแก้วที่มีขนาดเล็กเท่าเส้นผม ดูดเซลล์อสุจิ 1 เซลล์ แล้วฉีดเข้าไปในไข่ เพื่อให้เกิดการผสมระหว่างเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิ เป็นวิธีหรือทางเลือกในกรณีที่ผู้ชายมีอสุจิน้อย หรืออสุจิไม่แข็งแรง หรือเปลือกเซลล์ไข่มีสภาพหนากว่าปกติ นอกจากนี้วิธีฉีดเซลล์อสุจิเข้าไปในเซลล์ไข่ จะใช้กับกรณีรายที่ไม่ประสบผลสำเร็จด้วยการทำเด็กหลอดแก้ว โอกาสการตั้งครรภ์ประมาณ 30-40 % ต่อรอบ เด็กรายแรกของประเทศไทยที่เกิดจากวิธี ICSI เกิดเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2538 อย่างไรก็ตามจากการวิจัยในต่างประเทศพบว่าวิธี ICSI มีผลข้างเคียงมาก เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย โอกาสตายคลอดสูง และโอกาสทารกแฝดสูงเช่นกัน ทารกเพศหญิงเกิดจากวิธี ICSI น้ำ

หนักแรกคลอด 3.4 กิโลกรัม แตกต่างเพียงเล็กน้อยกับทารกแรกเกิดด้วยวิธี IVF (3.5 กิโลกรัม) และเกิดโดยธรรมชาติ (3.5 กิโลกรัม) ในกรณีทารกแฝดเพศชายน้ำหนักแรกคลอด 2.6 กิโลกรัม ทารกแฝดเพศหญิง น้ำหนักตัวเท่ากับ 2.4 กิโลกรัม ในเรื่องความสูง เมื่ออายุได้ 3 ปี เด็กที่เกิดจากวิธี ICSI จะมีส่วนสูงน้อยกว่าเด็กที่เกิดตามธรรมชาติ (Kai et al. 2006)

6) **วิธีเลือกเพศตัวอ่อน** หรือที่เรียกสั้นๆ ว่าวิธี PGD ย่อมาจาก Pre-implantation Genetic Diagnosis เป็นวิธีการตรวจสอบทางพันธุกรรมก่อนนำเซลล์ตัวอ่อนฝังในโพรงมดลูก ขั้นตอนการผสมเซลล์ เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิจะเหมือนกับการทำเด็กหลอดแก้ว แต่เซลล์ตัวอ่อนจะเจริญอยู่ในระยะ 4-8 เซลล์ จนถึงระยะบลาสโตซิส (blastocyst) หรือระยะฝังตัว แล้วจะใช้เข็มแก้วขนาดเท่าเส้นผมดูดเซลล์จำนวน 1 หรือ 2 จากตัวอ่อนไปตรวจทางพันธุกรรม เพื่อคัดกรองเฉพาะตัวอ่อนที่ปกติใส่กลับไปในโพรงมดลูก ด้วยวิธีการตรวจทางพันธุกรรมจะทราบเพศของตัวอ่อน และสามารถเลือกเพศบุตรที่ต้องการได้ ผลดีประการหนึ่งของวิธีนี้ คือสามารถหลีกเลี่ยงโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมผ่านโครโมโซม

7) **วิธีฝังเข็ม** เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ควบคู่กับวิธีอื่นๆ จากการค้นคว้าวิจัยของสูตินรีแพทย์ของจีน พบว่าสามารถรักษาอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของผู้ชายได้ดีและสามารถเพิ่มคุณภาพอสุจิ ปัจจุบันค้นพบว่า มีการใช้ยาไวอากร้า[3] เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางเพศด้วย แต่พบว่าเกิดผลข้างเคียงสูง เช่น ทำให้สายตาผิดปกติ โรคหัวใจ การฝังเข็มเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเซลล์อสุจิ เป็นที่ยอมรับในสหรัฐอเมริกาและเยอรมัน มาเกือบ 10 ปีแล้ว (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2551) ปัจจุบันได้มีการรวมตัวของนักวิทยาศาสตร์และแพทย์จัดตั้งสมาคมบุรุษเวชศาสตร์ (Andrology) เป็นเวลา 5 ปีมาแล้ว มีสมาชิกกว่า 20 ประเทศจากทั่วโลก เพื่อรวมตัวทำวิจัยในเรื่องสมรรถภาพทางเพศของชาย โดยใช้แพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม) ควบคู่กับการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ประกอบกัน

8) **การฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก** (Intrauterine Insemination) เรียกย่อว่าทำ IUI เป็นวิธีการคัดน้ำเชื้อฉีดเข้าโพรงมดลูกในช่วงที่มีการตกไข่ตามธรรมชาติ หรือจากการใช้ยากระตุ้นให้ตกไข่ วิธีนี้ใช้กับคู่สามีภรรยาที่ฝ่ายหญิงมีมูกที่ปากมดลูกเหนียวจนตัวอสุจิไม่สามารถผ่านเข้าไปผสมได้ หรืออาจเกิดจากสาเหตุที่สามีมีปัญหาน้ำเชื้อไม่แข็งแรง การหลั่งเร็ว อวัยวะเพศไม่แข็งตัว วิธี IUI ได้รับความนิยมมาก เพราะโอกาสตั้งครรภ์สูงกว่าวิธี GIFT อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 6.2 หรือเพิ่มเป็นร้อยละ 21 ต่อรอบระดู หากทำควบคู่กันกับการกระตุ้นรังไข่ วิธีนี้ควรเป็นวิธีที่เหมาะสมเพราะค่าใช้จ่ายไม่มาก แต่มีข้อควรระวัง คือไม่ควรให้มีการตกไข่เกิน 4 ใบ เพื่อลดความเสี่ยงการตั้งครรภ์แฝด (สุเทพ 2551)

9) **การใช้แสงเลเซอร์ฟักตัวอ่อน** (Laser Assisted Hatching) ที่คาดว่าให้ประสิทธิภาพสูงในการทำให้ตัวอ่อนฝังตัวเร็ว และโอกาสตั้งครรภ์สูง

---

[3] ไวอากร้าถูกค้นพบโดยบังเอิญ โดยนักวิทยาศาสตร์ของบริษัท Pfizer เมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้ว เพื่อใช้เป็นยาสำหรับการขยายเส้นเลือดหัวใจตีบ และลดภาวะความดันโลหิตสูง แต่พบผลพลอยได้ที่ผู้ป่วยไม่ยอมเลิกยาเนื่องจากพบว่าตนมีอาการกระชุ่มกระชวยทางเพศมาทดแทน มีผู้ใช้ ไวอากร้า (ยาเม็ดสีน้ำเงินมหัศจรรย์) ทั่วโลก ถึง 35 ล้านคน ปัจจุบันมีการใช้ยานี้ผิดทาง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เพราะเข้าใจว่าเป็นการใช้ยาเพื่อการเตรียมตัวก่อนมีเพศสัมพันธ์ (Karin 2008)

ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะมีหลายทางเลือก และมีการค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังพบข้อผิดพลาดเกิดขึ้นได้ในหลายกรณี อาทิ ผลสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น อายุของผู้รับบริการที่มากกว่า 35-40 ปี อัตราผลสำเร็จมีเพียงร้อยละ 10 และสตรีจะมีปัญหาแทรกซ้อนด้านสุขภาพได้ เช่น อาจแท้งบุตร ครรภ์เป็นพิษ หรือบุตรมีโอกาสพิการสูง จากการศึกษา พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์มีถึงร้อยละ 5 ที่คลอดก่อนกำหนด หรือคลอดด้วยวิธีธรรมชาติไม่ได้

การผสมเทียมด้วยวิธี ICSI และเด็กหลอดแก้ว มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดได้มาก บางกรณีแฝด 3 แฝด 4 และมากกว่าครึ่งต้องคลอดก่อนกำหนด (Human Reproduction Update Advance Access 2007) เนื่องจากการฝังตัวอ่อนมากกว่า 1 เซลล์ (Dual Embryo Transfer - DET) และมีผลกระทบระยะยาวต่อการเจ็บป่วยของมารดาและบุตร เช่น การพัฒนาทางสติปัญญาของบุตร หรือการตัดสินใจของแพทย์ที่จะเลือกตัวอ่อนทั้งคู่ หรือเพียงตัวอ่อนตัวเดียว (Elective Single Embryo Transfer - ESET) ก็เป็นการยากพอสมควร เพราะแพทย์เองไม่แน่ใจว่าเลือกคู่หรือเดี่ยวจะรอดปลอดภัย ผลสุดท้ายก็คงต้องตัดสินใจเลือกตัวอ่อนที่แข็งแรงกว่า

การผสมเทียมด้วยวิธี ICSI จะได้ผลน้อยกว่าการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) ภายหลังแพทย์ใช้เซลล์อสุจิที่ค้างอยู่ในอัณฑะนำมาใช้ประโยชน์ ทำให้อัตราผลสำเร็จเพิ่มมากขึ้น แต่โอกาสการตั้งครรภ์แฝดเกิดขึ้นได้ร้อยละ 30 จากการผสมเทียมด้วยวิธีนี้ (Uma et al. 2007)

## การเข้าถึงบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ในยุคข้อมูลไร้พรมแดน บางครั้งทำให้เราคาดไม่ถึงว่า ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีกลยุทธ์การนำเสนอบริการ แบบ "เคาะประตูบ้าน" เช่น การประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสถานพยาบาลเอกชน ผู้ที่สนใจท่องอินเตอร์เน็ตคงได้พบการโฆษณา 'Egg Donors Asia' ตามคำกล่าวอ้างในโฆษณาระบุสรรพคุณว่า **"เจ้าของไข่"** เป็นสาวโสด อายุน้อย การศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ผู้ที่มีปัญหาภาวะการมีบุตรยาก สามารถใช้บริการได้ในสนนราคาฟองละ 270,000 บาท โดยประมาณ ซึ่งจะรวมค่าบริการทุกอย่าง เช่น ตั๋วเครื่องบิน ที่พักอย่างหรู ค่ารักษาพยาบาลดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อัลตราซาวด์ พยาบาลเฝ้าไข้ และการตรวจพิสูจน์ไข่ที่บริจาคให้เหมาะสมกับความต้องการของลูกค้า และบริการรับส่งถึงสนามบิน (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2008)

การแข่งขันเชิงธุรกิจ สำหรับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะใช้วิธีนำเสนอสถิติผลสำเร็จของแต่ละกรรมวิธีและค่าบริการ กลุ่มผู้ให้บริการที่ได้มาตรฐานสากล จะระบุอัตราการล้มเหลวด้วย เรียกว่ามีความจริงใจต่อผู้ใช้บริการพอสมควร

ในประเทศไทยมีบริการธนาคารสเปิร์มเพื่อฝากเก็บเชื้ออสุจิจากการบริจาค หรือในกรณีที่เจ็บป่วย เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช ให้บริการมาเป็นเวลากว่า 10 ปีแล้ว สำหรับผู้ที่ต้องการมีบุตรแต่มีปัญหาการเจ็บป่วย เช่น มะเร็งในระยะใช้รังสีหรือยาต้านมะเร็ง อาจมีผลกระทบต่อเซลล์สืบพันธุ์ได้ มีผู้ขอใช้บริการโดยเฉลี่ย 100 ราย ต่อปี เสียค่าบริการฝากเก็บ 300 บาท ต่อปี

ข้อพิจารณาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เมื่อเชื่อมโยงกับข้อมูลระดับมหภาคที่นำเสนอในส่วนแรกของบทความนี้ มีข้อพิจารณาที่น่าสนใจดังนี้ จากสถิติพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่คุมกำเนิด รวมทั่วประเทศร้อยละ 15 มีปัญหาภาวะการมีบุตรยาก ในจำนวนดังกล่าว ประมาณ ร้อยละ 68 ไม่เคยรับคำปรึกษาหรือตรวจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ข้อสมมติฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ หรือการให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาภาวะการมีบุตรยากที่มีความเป็นไปได้ คือ สตรีหรือคู่สมรสไม่คิดว่าเป็นปัญหา และคิดว่าควรปล่อยให้เป็นธรรมชาติ โดยเชื่อว่าอาจมีโอกาสตั้งครรภ์ได้ โดยเฉพาะกลุ่มสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เหตุผลอีกประการหนึ่งอาจเป็นเพราะการได้รับข่าวสารหรือมีข้อมูลว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงสำหรับบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในทำนองเดียวกันตัวเลขจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในกลุ่มสตรีที่เคยรับคำปรึกษาหรือตรวจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ประมาณร้อยละ 29 นั้น ควรมีคำถามเชิงวิจัยว่าสตรีกลุ่มนี้ได้มีการเข้าถึงบริการอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงไร และประสบความสำเร็จหรือไม่

**ตาราง 3 ค่าบริการรักษาคู่สมรสที่ปัญหาภาวะการมีบุตรยาก ในสถานบริการของรัฐและเอกชน**

ราคา (บาท)/รอบ

| ประเภท | สถานบริการเอกชน | สถานบริการของรัฐ |
|---|---|---|
| การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) | 12,000 - 18,000 | 6,000 - 8,000 |
| กิฟท์ (GIFT : Gamete Intra Fallopian Transfer) | 80,000 - 100,000 | 20,000 - 50,000 |
| ซิฟท์ (ZIFT : Zygote Intra Fallopian Transfer) | 150,000 - 200,000 | 100,000 - 150,000 |
| ไอวีเอฟ (IVF : In Vitro Fertilization) | 70,000 - 200,000 | 60,000 - 100,000 |
| อิ๊กซี่ (ICSI : Intra Cytoplasmic Sperm Injection) | 83,000 - 250,000 | 60,000 - 100,000 |
| พีจีดี (PGD : Pre-implantation Genetic Diagnosis) | 300,000 - 400,000 | 120,000 - 250,000 |

**ที่มา:** ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง 2551

ตาราง 4 ร้อยละการตั้งครรภ์โดยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ต่อราย เปรียบเทียบประเทศในยุโรป 17 ประเทศ และสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2544

| โรงพยาบาลวิชัยยุทธ | กลุ่มประเทศในยุโรป | สหรัฐอเมริกา |
|---|---|---|
| 21.0 | 23.2 | 32.8 |

เปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์จากการให้บริการ (%)

| ผลการตั้งครรภ์ | โรงพยาบาลวิชัยยุทธ | กลุ่มประเทศในยุโรป | สหรัฐอเมริกา |
|---|---|---|---|
| ครรภ์เดี่ยว | 60.0 | 73.7 | 58.2 |
| แฝด 2 | 13.0 | 23.9 | 29.3 |
| แฝด 3 | 0.8 | 2.3 | 7.4 |
| แท้ง | 18.9 | 21.0 | 17.0 |

เปรียบเทียบจำนวนตัวอ่อนที่ใส่กลับในแต่ละรอบการกระตุ้น

| โรงพยาบาลวิชัยยุทธ | กลุ่มประเทศในยุโรป | สหรัฐอเมริกา |
|---|---|---|
| 2.8 | 2.9 | 3.25 |

**ที่มา:** ปรับจาก พิบูลย์ 2547

ตาราง 5 ค่าใช้จ่ายสำหรับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ตัวเลขจากโรงพยาบาลเอกชน)

| ค่าใช้จ่าย | ราคา (บาท) |
|---|---|
| 1. ฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (ต่อรอบ) | 12,000 - 18,000 |
| 2. การทำเด็กหลอดแก้ว (ต่อรอบ) | 75,000 - 90,000 |
| 3. ค่าแช่แข็งตัวอ่อน | 3,000 |
| 4. การช่วยการฝังตัวโดยใช้เลเซอร์เจาะเปลือกตัวอ่อนก่อนย้ายเข้าโพรงมดลูก | 5,000 |
| 5. การฉีดอสุจิเข้าผสมกับไข่โดยตรง (อิ๊กซี่) | 83,000 - 98,000 |
| 6. ค่าย้ายตัวอ่อนแช่แข็ง | 11,200 |
| 7. ค่าตรวจวินิจฉัยโครโมโซมของตัวอ่อนด้วยการย้อมสารเรืองแสง (FISH) ก่อนการย้ายฝากเข้าโพรงมดลูก | 60,000 |
| 8. ค่าแช่แข็งอสุจิ | 1,500 |
| 9. การเก็บอสุจิจากอัณฑะ | 15,000 |
| 10. การตรวจอสุจิด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CASA) | 400 |
| 11. การทำผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิสด | 600 |
| 12. การทำผสมเทียมโดยใช้อสุจิแช่แข็ง | 3,000 - 4,000 |

**ที่มา:** ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง 2551

# ภาวะการมีบุตรยาก : มายาคติแห่งบทบาทหญิงชาย

ฮาร์คอร์ท (Harcourt 1997) เสนอแนวคิดที่น่าสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในปลายศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา ที่มุ่งเน้นการกำหนดจำนวนประชากรที่เหมาะสม การควบคุมคุณภาพประชากร การรณรงค์เทคโนโลยีการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ รวมไว้ในแผนพัฒนาที่มีผู้หญิงเป็นเป้าหมายหลัก โดยให้ความสำคัญน้อยมากสำหรับทางเลือก ฮาร์คอร์ทเน้นว่าเป็นการสร้างทางเลือกที่เป็นมายาคติ โดยการเน้นถึงบทบาทความเป็นแม่ แล้วหยิบยื่นทางเลือกว่าผู้หญิงจะมีบทบาทอย่างไรในการที่จะทำให้ชีวิตหนึ่งอุบัติขึ้นโดยแลกเปลี่ยนกับสถานะและตัวตนทางสังคม ถ้าหากเราพิจารณาแนวคิดดังกล่าวแบบสายกลาง เราจะเห็นและเข้าใจปัญหาของผู้ที่ได้ชื่อว่ามีลูกยาก ให้ยอมจำนนต่อเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ คู่สมรสที่มีปัญหาภาวะการมีบุตรยากต้องพบกับภาวะกดดันหลายประการ อาทิ ความกดดัน หรือความเครียดจากวิธีการตรวจหาสาเหตุภาวะบุตรยากด้านการรักษา ค่าใช้จ่าย และภาวะกดดันจากคนใกล้ชิด ครอบครัวและสังคม

## ภาวะกดดันจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหาสาเหตุและการรักษา

ผู้มีปัญหาภาวะการมีบุตรยากปกติจะต้องพบแพทย์ 6-8 ครั้ง ในระยะเวลาประมาณ 4 เดือน เพื่อค้นหาสาเหตุก่อนเริ่มการรักษา คู่สมรสที่มีภาวะการมีบุตรยากจะต้องปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ตามคำแนะนำของแพทย์ สามีต้องให้ความร่วมมือ ในการตรวจหาสาเหตุภาวะการมีบุตรยาก เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของน้ำเชื้อ การตรวจหาสาเหตุภาวะการมีบุตรยากด้วยกระบวนการทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงอาจเกิดความท้อและสิ้นหวัง หรือมีความรู้สึกว่าถูกคุกคามเรื่องส่วนตัว ด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศกับคู่สมรส ซึ่งในทางทฤษฎีทางการแพทย์ให้ความสำคัญว่าอาจมีผลต่อภาวะการมีบุตรยาก การตรวจและรักษาจะต้องใช้เวลานานในแต่ละรอบ และไม่มีข้อยืนยันว่าจะต้องทำการทดลองกี่ครั้งจึงจะประสบผลสำเร็จ มีค่าใช้จ่ายสูง กรรมวิธีตรวจหาสาเหตุมีหลายขั้นตอน เช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ การหาระดับฮอร์โมนเพื่อดูการตกไข่ การเจ็บปวดจากการตรวจและทดสอบ หรืออาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน แพ้ยาสลบ เป็นต้น

ความกดดันเหล่านี้ ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียด วิตก กังวล ผิดหวัง ถ้าผลการทดลองไม่ประสบผลสำเร็จ ข้อแนะนำในการปฏิบัติตนทางการแพทย์บางวิธีมีผลต่อวิถีชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องเพศได้ เพราะโดยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของสังคมไทย การเปิดเผยหรือพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศไม่ใช่เรื่องง่ายหรือเป็นสิ่งปกติ เช่น แพทย์แนะนำให้มีเพศสัมพันธ์ตามวันที่ระบุ เพื่อโอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้ (การวัดและบันทึกอุณหภูมิทุกวัน เมื่อตื่นนอนตอนเช้า (Basal Body Temperature-BBT) เพื่อหาวันตกไข่ ซึ่งมีความแม่นยำเพียงร้อยละ 20 - 25 (สุเทพ 2551) หรือการตรวจมูกบริเวณปากมดลูกในช่วงระยะเวลา 2-12 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์ อาจเป็นข้อจำกัดในทางปฏิบัติของคู่สมรส

## ภาวะกดดันจากคนใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมรอบข้าง

ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้คู่สมรสที่มีภาวะการมีบุตรยากต้องเผชิญและหาทางแก้ไขก็คือ สามีจะมีความอดทนน้อยที่จะให้ความร่วมมือในการตรวจหาสาเหตุและรักษา ฝ่ายภรรยาจะคิดว่าตนมีข้อบกพร่องและเป็นต้นเหตุของปัญหา คู่สมรสจะปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะการมีบุตรยาก และจะกล่าวโทษคู่สมรส แยก

ตนเองออกจากครอบครัว เกิดอาการซึมเศร้า หรือเชื่อมโยงสาเหตุการมีบุตรยากกับสิ่งต่างๆ รอบตัว ภาวะการมีบุตรยากมีผลต่อสภาพจิตใจ การควบคุมอารมณ์ การแยกตนเองออกจากสังคม มีความรู้สึกขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดความสุขในชีวิตการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา ภาวะการมีบุตรยากมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจทางเพศ และอาจนำไปสู่การหย่าร้างได้ (อร่าม และพันธ์ศักดิ์ 2533)

ความกดดันอันเนื่องมาจากภาวะการมีบุตรยากดูประหนึ่งว่าสตรีจะแบกรับความคับข้องใจนี้ไว้มากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะในสังคมที่มีวัฒนธรรมของการกำหนดบทบาทหญิงชาย และความคาดหวังทางสังคม ผู้หญิงที่ไม่สามารถมีบุตรได้จะรู้สึกสูญเสียบทบาทความเป็นแม่ รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตและสถานภาพของการเป็นภรรยา เกิดความคับข้องใจกับชีวิตครอบครัว สับสนกับคำแนะนำจากญาติหรือคนรู้จักที่พยายามหาทางออกให้

จากการศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีที่มีปัญหาภาวะการมีบุตรยาก จำนวน 13 ราย (Pimpawan 1997) พบว่าการมีบุตรยากเป็นปัญหาที่มีผลทางจิตใจ เกิดข้อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่สามารถมีบุตร และต้องใช้ความอดทนที่จะรักษาสถานภาพความเป็นตัวตนเอาไว้ โดยเริ่มจากการเผชิญหน้ากับความทุกข์ใจ และ "ตราบาป" ที่สังคมรอบข้างหยิบยื่นให้ ด้วยเหตุผลที่ว่า "มีลูกไม่ได้" และเพื่อให้พ้นคำครหานินทาจากคนรอบข้าง หรือความพยายามที่จะรักษาสถานภาพบทบาทความเป็น "ผู้หญิง-เมีย-แม่" จึงต้องดิ้นรนหาวิธีการแก้ไขปัญหาทุกวิถีทาง เช่น การพึ่งพาการรักษาทุกรูปแบบ ไม่ว่าการแพทย์แผนโบราณหรือสมัยใหม่ และเมื่อความพยายามไร้ผล ผู้หญิงจะพยายามปรับเปลี่ยนภาวะวิกฤตแห่งความทุกข์สู่กลไกการเผชิญปัญหาในรูปแบบใหม่ คือ การปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติ เริ่มมองหาสิ่งทดแทนสำหรับชีวิตคู่ และสถานภาพที่แท้จริงอีกครั้งหนึ่ง คือ การมองชีวิตและมองโลกในแง่ดี ตามหลักของพุทธศาสนา คือ การเชื่อเรื่องบุญกรรม

## มาตรการสากลสำหรับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

เนื่องจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีความหมิ่นเหม่ต่อข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและกฎหมาย จึงมีหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายให้ความสนใจในเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยผ่านเวทีการประชุมนานาชาติเพื่อหาข้อสรุปที่มีผลในทางปฏิบัติโดยให้ครอบคลุมประเด็นด้านกฎหมาย สุขภาพ ศาสนา และวัฒนธรรม เป็นกรอบในการสร้างข้อตกลงที่เป็นสากลร่วมกัน

สถิติพบว่า อัตราการตั้งครรภ์และคลอดทารกได้ในแต่ละรอบการทดลองในประเทศพัฒนาแล้วมีประมาณร้อยละ 25 ในกรณีที่ผู้หญิงอายุต่ำกว่า 34 ปี ปัญหาการตั้งครรภ์แฝดและสุขภาพของแม่และเด็กที่พบว่ามีอัตราแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและวิธีการ เช่น ในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 37 ในยุโรปร้อยละ 29 การตั้งครรภ์นอกมดลูกพบร้อยละ 1-2 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราในประชากรทั่วไป และโอกาสแท้งมีสูงตามอายุของผู้หญิง โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ18 ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่ต่างมากนักจากสาเหตุการแท้งโดยธรรมชาติ (WHO 2003) การวิจัยที่ส่งผลกระทบระยะยาวกับเด็กยังมีไม่มากนักที่จะยืนยันผลดีผลเสีย แม้อัตราเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายและเชาว์ปัญญาจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้สูง เพราะเด็กที่ไม่ได้กำเนิดโดยวิธีธรรมชาติมักคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การวิจัยมีเพียงการสุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยรายและยังไม่มีมาตรฐานการวิจัยที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือ (Golombok 2002)

ความพยายามที่จะสร้างเกณฑ์มาตรฐานที่เรียกว่า ART Surveillance ได้เริ่มขึ้นแล้วในหลายประเทศ เช่น กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย เยอรมัน อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ แคนาดา และสหรัฐอเมริกา โดยการจัดตั้งคณะทำงาน International Working Group for Registers on Assisted Reproduction ภายใต้การกำกับดูแลของ International Federation of Fertility Societies (IFFS) และมีคณะทำงานระดับภูมิภาค ซึ่งนับเป็นข่าวดีที่ประเทศในกลุ่มเอเชียอาคเนย์เข้าร่วมเป็นสมาชิกแล้ว เพื่อกำหนดเกณฑ์ปฏิบัติและการติดตามเรื่องการทำรายงานเฝ้าระวังผลการทดลอง โดยกำหนดให้สถานบริการที่มีการบริการให้กับผู้ที่มีปัญหาภาวะการมีบุตรยากทำรายงานในทุกขั้นตอนเพื่อการตรวจสอบและรายงานผล และจะมีการทำรายงานประจำปีออกทุกปีโดยรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อเก็บสถิติต่างๆ ว่ามีผลสำเร็จ และล้มเหลวมากน้อยเพียงไร มีการจัดเก็บตัวอ่อนที่เหลือจากการทดลองอย่างไร มีการตรวจเข้มคุณภาพการบริจาคไข่และสเปิร์มอย่างไร

อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะในทางการแพทย์ยังใช้คำจำกัดความเกี่ยวกับอัตราผลสำเร็จที่ต่างกัน เช่น อัตราปฏิสนธิจะเริ่มนับจากที่พบผลการตั้งครรภ์บวก หรือจากภาวะที่ตัวอ่อนเริ่มฝังตัวแล้ว เพราะในทางปฏิบัติด้านการแพทย์มีขั้นตอนหลายรอบขณะให้การรักษา เช่น เริ่มจากการกระตุ้นให้ตกไข่ การเลือกตัวอ่อน การบริบาลตัวอ่อน และการย้ายฝังตัวอ่อน หรือใช้วิธีการนับผลสำเร็จจากจำนวนการคลอดรอดชีพ ซึ่งยังมีข้อถกเถียงว่าจะต้องติดตามไปจนถึงขั้นการตรวจสภาวะสุขภาพของทารกหรือไม่และอย่างไร การทำสถิติผลสำเร็จยังมีปัญหาอื่นๆ อีกหลายประการ เช่น ผู้มีบุตรยากเปลี่ยนใจไม่รับการรักษา จะด้วยเหตุผลว่าสิ้นหวังหรือไม่มีค่าใช้จ่ายก็ตาม ซึ่งมีผลต่อการรวบรวมสถิติผลสำเร็จได้เช่นกัน

สำหรับประเทศไทย แพทยสภามีบทบาทและหน้าที่ดูแลและติดตามการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีคณะอนุกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล เช่น การตรวจสอบคุณภาพและความพร้อมของสถานบริการก่อนออกใบรับรอง ซึ่งมีผลบังคับใช้ 2 ปี การติดตามรายงานประจำปี เกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ เช่น จำนวนผู้รับบริการ อัตราผลสำเร็จ อัตราล้มเหลว การเก็บตัวอ่อน และการจัดการกับตัวอ่อนที่ไม่ได้ย้ายฝากในท่อรังไข่ ตลอดจนการสุ่มตรวจสถานบริการเพื่อตรวจสอบคุณภาพการบริการ ปัจจุบันมีสถานบริการ รวม 35 แห่ง ทั่วประเทศที่ได้รับใบอนุญาต[4]

---

4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รศ.นพ. ธีระพร วุฒยวนิช ประธานคณะอนุกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 6 พฤษภาคม 2551.

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับมหภาคที่นำเสนอในบทความนี้ ได้บทสรุปว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์รวมทั่วประเทศที่ไม่คุมกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสเป็นปกติ ร้อยละ 15.4 กำลังเผชิญปัญหาภาวะการมีบุตรยาก และในจำนวนนี้มีเพียง ร้อยละ 29.1 เท่านั้นที่ให้ความสนใจเข้าถึงข้อมูลหรือการใช้บริการตรวจรักษา เนื่องจากภาวะการมีบุตรยากไม่ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่นๆ

ดังนั้น ผู้ประสบปัญหาภาวะการมีบุตรยาก ดูเสมือนว่าถูกลืมหรือให้จัดการแก้ปัญหาโดยลำพัง ถึงแม้ปัจจุบันนี้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีพัฒนาการก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่มีค่าใช้จ่ายสูง และไม่ได้ผลทุกราย มีโอกาสผิดพลาดหรือเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการได้ เช่น การตั้งครรภ์แฝด หรือการคลอดก่อนกำหนด เด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หรือโอกาสแท้งสูง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายสาเหตุ

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยความชุกของภาวะการมีบุตรยากในประเทศไทย คือการใช้คำจำกัดความที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อการติดตามความชุกของภาวะการมีบุตรยาก

ในเมื่อภาวะการมีบุตรยากในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าในอดีต รัฐบาลควรคำนึงถึงการเข้าถึงการบริการที่เน้นคุณภาพ การให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ชัดเจนและมีทางเลือกให้กับผู้มีปัญหาภาวะการมีบุตรยากให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและชัดเจน และรู้วิธีปฏิบัติตนที่จะช่วยให้มีโอกาสตั้งครรภ์ได้จากวิธีธรรมชาติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงเป็นทางเลือกอันดับรอง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะตกไข่ หรือการให้คำปรึกษาเพื่อให้คู่สมรสมีทางเลือกอย่างอื่น เช่น การรับบุตรบุญธรรม ควรมีการให้ความรู้หรือข้อมูลที่ชัดเจนสำหรับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไม่คาดหวังสูงจนเกินไป เมื่อการทดลองต้องใช้เวลานานและเสียค่าใช้จ่ายสูง ปัญหาเรื่องการเลือกและย้ายฝากตัวอ่อนในท่อรังไข่หรือโพรงมดลูก ซึ่งบางครั้งเกิดผลข้างเคียง เช่น การตั้งครรภ์แฝดสูง อันตรายจากการคลอดก่อนกำหนดหรือการแท้ง หรือทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย การให้ข้อมูลและการมีกฎหมายรองรับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ควรมีความรัดกุมที่จะปกป้องสิทธิผู้รับบริการ

ภาวะการมีบุตรยากที่เพิ่มมากขึ้นในคู่สมรสไทยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง การใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดผลข้างเคียงต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ หรือการแต่งงานเมื่ออายุมากขึ้น (Paranee 2005) ตลอดจนสาเหตุภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษจากสารเคมี การให้ข้อมูลหรือการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึงจะช่วยให้เกิดการตระหนัก และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้มาก

การศึกษาวิจัยเชิงพฤติกรรมทางเพศ การครองชีวิตคู่ของผู้มีปัญหาภาวะการมีบุตรยากที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกันเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรมีการทำวิจัยในแนวลึกว่า มีความเชื่อมโยงกับการดำรงชีวิตคู่ สุขภาพกาย สุขภาพจิตอย่างไร ตลอดจนการศึกษาวิจัยภาวะการมีบุตรยากที่อาจมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจทางเพศ และอาจนำไปสู่การหย่าร้างได้มากน้อยเพียงไรในบริบทของบทบาทหญิงชายและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์

## เอกสารอ้างอิง


พิบูลย์ ลีละพัฒนะ. 2547. IVF: *Vichaiyut Experience*. เอกสารประกอบคำบรรยายในการประชุมวิชาการประจำปีของโรงพยาบาลวิชัยยุทธ วันที่ 16-18 มิถุนายน 2547 ห้องประชุมบุณยคุปต์ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ. http://www.weneedbaby.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=360618. (สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2551).

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2551. *ฝังเข็มเพิ่มอสุจิ*. http://www.weneedbaby.com/index.php?lay=show&Id=370039. (สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2551).

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2551. อบเซาว์นาทำให้มีลูกยาก http://www.weneedbaby.com/index.php?lay=show&ac=article&id=369797 (สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2551).

สุเทพ สุทัศนทรวง. 2551. *คลินิกบุตรยากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17.* www.hospital.moph.go.th/somdej17/research/infertilepic.doc. (สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2551).

สุธน ปัญญาดิลก และคณะ. 2541. *สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: กองวางแผนครอบครัว กรมอนามัย.

สุธน ปัญญาดิลก และคณะ. 2545. *ความชุกของการเจริญพันธุ์และภาวการณ์มีบุตรยากของประชาชนในประเทศไทย.* บทความเสนอในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2545 จัดโดยสมาคมนักประชากรไทย วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2545 ห้องประชุมชั้น 2 อาคารสถาบัน 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์. 2544. *ความหวังใหม่ของผู้มีบุตรยาก. ใกล้หมอ.* ปีที่ 25 ฉบับที่ 5 พฤษภาคม.

เสรี ธีรพงษ์. 2542. *มีบุตรยาก คืออะไร.* อ้างในนิตยสารแม่และเด็ก ปีที่ 22 ฉบับที่ 326-327 (เมษายน-พฤษภาคม 2542. http://www.weneedbaby.com (สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2551).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. *รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549.*

หะทัย เทพพิสัย และอุรุสา เทพพิสัย. 2533. *การมีบุตรยาก.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

อร่าม โรจนสกุล และ พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. 2533. *การตรวจรักษาคู่สมรสที่มีบุตรยาก.* กรุงเทพฯ : ข้าวฟ่าง.

Bongaart, J. and R. G. Potter. 1983. *Fertility, Biology, and Behaviour: An Analysis of the Proximate Determinants.* New York: Academic Press.

Golombok, S. 2002. "Parenting and psychological development of the child in ART families." In *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction.* E. Vayena et al. (editors). Geneva: World Health Organisation.

Goffman, E. 1963 *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gruenbaum, E. 2006. "Sexuality issues in the movement of abolished female genital cutting in Sudan.". *Journal of Medical Anthropology.* 20 (1) March.

Inhorn, Marcia C. 2004. "Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon." *Special Issue on Stigma, Suffering, and Social Justice:* Papers in Honor of Joan Ablon, edited by Marcia C. Inhorn. *Medical Anthropology Quarterly.* 18: 165.

Kai. C. M. et al. 2006. "Serum Insulin-like growth factor_I (IGF-I) and growth in children born after assisted reproduction." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 91 (11): 4352-4360. http://jcem.endojournals.org. (accessed on March 1, 2008).

Karin Zeitvogel. March 31, 2008. *Viva Viagra Bangkok* Post. p. 5.

Harcourt, W. 1997. "An analysis of reproductive health: myths, resistance and new knowledge." In *Power, Reproduction and Gender: the Intergenerational Transfer of Knowledge.* Wendy Harcourt (editor). Guildford and King's Lynn. Biddles Ltd.

Human Reproduction Update Advance Access. 2007. *Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) in 2006: Evidence and Evolution. http://www.humupd.oxfordjournals.org.* (accessed March 12, 2008).

Menken, J. 1985. *"Age and fertility: how late can you wait?."* Demography 22 (4): 469-483.

No author. 2008. *Egg Donor Program.* http://www.ramhospital.com/recipient%20Information.htm. (accessed on March 9, 2008).

Paranee Vatanasomboon. 2005. *Childlessness among Married Women in Thailand.* Unpublished PhD. Dissertation. Nakhon Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Pimpawan Boonmongkol. 1997. "Living through infertility: from loss to resolution over the life course of Thai women." *In Women, Gender Relations and Development in Thai Society.* V. Somsawadi and S. Theobald (editors): 499-516. Women's Studies Centre, Faculty of Social Sciences Chiangmai University.

Sinawat, S., J. Pattamadilok, K. Seejorn. 2005. "Tubal abnormalities in Thai infertile females." *J. Med. Assoc.* Thai. 88 ( 6): 723-726.

Suporn Koetsawang, S. Satayapan, S. Jivasak-Apimas, E. M. Besley and Pinol. 1985. "A. prevalence of infertility in urban and rural Thailand." *Asia-Oceania J.* Obstet. Gynecol 11: 315-23.

The World Medical Association. 2008. http://www.wma.net/e/policy/r 3. (accessed March 5, 2008).

Uma, Reddy M., R. Wapner, R. Rebar, and R. Tasca. 2007. *Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Adverse Pregnancy Outcomes.* http://www.greenjournal.org/cgi/content/abstract/109/4/967. (accessed on March 1, 2008).

WHO. 2003. *Assisted Reproduction in Developing Countries-facing up to the Issues.* Progress in Reproductive Health Research No. 63.

WHO. 2004. Demographic and Health Surveys (DHS) Comparative Report No. 9: *Infecundity, Infertility and Childlessness in Developing Countries.* http://www. Int/reproductive health/publications/infertility.html. (accessed on February 3, 2008).

# 5

# เพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ : การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติหรือตามสังคม

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
*ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
แคทลีน ฟอร์ด
*Department of Epidemiology, School of Public Health, University of Michigan*

## คำนำ

ประชากรศาสตร์ได้กำเนิดขึ้นกว่า 200 ปีมาแล้ว โทมัส มัลทัส นักประชากรศาสตร์ในยุคแรกได้ให้ความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นนั้นรวดเร็วเกินกว่าการผลิตที่มนุษย์จะสามารถทำได้ ในขณะนั้น โทมัส มัลทัส ให้ความสนใจกับข้อมูลการตายและการเกิดก่อน และต่อมาได้ให้ความสนใจที่รวมไปถึงการเฝ้าระวังหรือการ check ทางประชากรที่รวมการจำกัดการแต่งงานของคนบางกลุ่มเข้าไปด้วย นักประชากรในขณะนั้นไม่มีใครพูดถึงวัยเจริญพันธุ์ของชายและหญิงว่าควรอยู่ในช่วงไหน และคิดว่าถ้าจะให้มนุษย์ชายและหญิงหลุดออกจากวัยเจริญพันธุ์ได้ ก็คือ ต้องไม่ให้แต่งงานและไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ จะได้ไม่มีลูก โดยเฉพาะไม่มีใครให้ความสนใจในรายละเอียดว่าวัยเจริญพันธุ์จะสิ้นสุดในอายุช่วงไหน คือ เมื่อสตรีมีอายุ 40, 45 หรือ 49 ปี

การขาดความสนใจในวัยเจริญพันธุ์ในสมัยแรกนั้น อาจเป็นเพราะสาเหตุสองสามประการ *ประการแรก* คืออายุขัยในสมัยนั้นสั้น ช่วงชีวิตส่วนใหญ่ก็คือวัยเจริญพันธุ์อยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องพูดถึงวัยเจริญพันธุ์ ชีวิตหลังวัยเจริญพันธุ์ ไม่ได้รับการสนใจเท่าไรนัก ส่วนใหญ่ก็ตายเสียก่อน *ประการที่สอง* การให้ความสำคัญกับวัยเจริญพันธุ์และชีวิตหลังวัยเจริญพันธุ์ เป็นเรื่องของสตรีและผลประโยชน์ของสตรีที่ควรจะคำนึงถึง แต่สถานภาพสตรีในขณะนั้นยังไม่ได้รับการส่งเสริม ความสนใจและการให้ความละเอียดอ่อนต่อการดำเนินชีวิตของสตรีในวัยต่างๆ จึงไม่เกิดขึ้นมากนัก *ประการที่สาม* สถิติข้อมูลในสมัยก่อนไม่ค่อยมีการจำแนกเป็นรายอายุ ข้อมูลการเกิดจะใช้ได้เพียงอัตราการเกิดอย่างหยาบเท่านั้น แม้สำมะโนประชากรจะมีมานานกว่า 400 ปีแล้ว แต่ข้อคำถามถึงภาวะเจริญพันธุ์คือจำนวนบุตรเกิดรอดตามรายอายุเพิ่งจะมาเกิดขึ้นหลังจากมัลทัส กว่า 100 ปี และไม่ถึง 50 ปีมานี้เอง การวัดภาวะเจริญพันธุ์ให้ใกล้เคียงกับปัจจุบันมากที่สุด คือ การมีบุตรในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ก็เพิ่งจะมาเกิดขึ้นภายหลังเมื่อการสำรวจขนาดใหญ่สามารถทำได้เพราะมีเครื่องกลและคอมพิวเตอร์ช่วยทำงานได้สะดวกขึ้น

ความสนใจด้านวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเดิมใช้ทั้งคำว่า วัยมีบุตร (childbearing ages) และวัยเจริญพันธุ์ (reproductive ages) เพิ่งเห็นชัดเจนและแสดงถึงความสำคัญ ไม่ถึงครึ่งศตวรรษมานี้เอง และเกิดการคิดค้นอัตราปรับฐานอายุ (age standardized rate) และการใช้อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) ขึ้นในที่สุด ตัวชี้วัดอัตราเจริญพันธุ์รวมนี้ เป็นก้าวใหม่ของวิชาการทางประชากรที่ชี้ให้เห็นความแตกต่างตามช่วงอายุของสตรี นั่นคือ การให้ความสำคัญกับสตรีในช่วงอายุที่ต่างกันไปในรายละเอียดที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงวิถีชีวิตชาย / หญิงปัจจุบัน โดยเฉพาะการเปลี่ยนภาพลักษณ์ของสตรีที่ไม่ใช่โรงงานทำลูกอย่างเดียวและหรือเป็นมนุษย์ไม่มีชีวิตจิตใจหรืออำนาจในการตัดสินใจ แต่เป็นชีวิตมนุษย์ที่มีหลากหลายวัย และในมุมมองที่หลากหลายยิ่งขึ้น และส่งผลต่อการพัฒนาสตรีในหลายด้าน

การเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่การรณรงค์เพื่อสิทธิสตรีอย่างรวดเร็วและเข้มข้นมากขึ้นเรื่อยๆ สะท้อนให้เห็นจากความสนใจของนักประชากรที่เปลี่ยนคำศัพท์วัยมีบุตร (childbearing ages) มาเป็นวัยเจริญพันธุ์ (reproductive ages) โดยให้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทั้งชายและหญิงด้วยกันมากขึ้น และในที่สุดเมื่อภาพลักษณ์ของสตรี เปลี่ยนจากการเป็นโรงงานทำลูก และเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช่ประเด็นการมีบุตรตามนัยยะแบบเก่า ที่สำคัญคือไม่มีใครจะมาบังคับหรือกำหนดนโยบายแห่งชาติเรื่องการมีบุตรหรือไม่มีบุตรแก่สตรีได้อีกต่อไป ความสนใจอย่างจริงจังในอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health) และสิทธิการเจริญพันธุ์ (reproductive right) จึงเกิดขึ้นมาแทน โดยเฉพาะหลังการประชุมประชากรโลกที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ (ICPD) เมื่อ ค.ศ. 1994

เมื่อมาถึงยุคหลังการประชุมประชากรโลก (post ICPD) องค์กรต่าง ๆ โดยเฉพาะ องค์กรอนามัยโลก (WHO) ก็ให้ความสนใจกับสุขภาวะทางเพศ (sexual health) เพิ่มขึ้นอีก ทั้งนี้รวมถึงสิทธิและสุขภาวะทางเพศของทั้งชายและหญิง และในกลุ่มประชากรวัยต่างๆ รวมถึงอายุหรือวัยหลังการเจริญพันธุ์ (post reproductive ages) ด้วย เมื่อประชากรรุ่น baby boom ของสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก ซึ่งปัจจุบันอายุเกษียณกันเป็นส่วนใหญ่แล้ว ได้นำการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอีกประการหนึ่งเข้ามาพิจารณา คือ เรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยทอง ซึ่งกำลังได้รับความสนใจค้นหาศึกษาและพัฒนาทั้งทางวิทยาศาสตร์ เภสัชกรรม สังคมศาสตร์ และจิตวิทยา อย่างมากมายและจริงจังในขณะนี้

**เพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งโดยคำจำกัดความหมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่เพื่อการมีบุตร** เป็นประเด็นคำถามว่าจุดประสงค์ของเพศสัมพันธ์ในวัยนี้คืออะไร จุดประสงค์นี้สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับสรีระศาสตร์ธรรมชาติ หรือชีววิทยาการแพทย์ จิตวิทยา สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ศาสนา ตลอดจนการเมืองซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้เข้ามาเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ที่กำลังมีมากขึ้นและกลายเป็นกลุ่มใหญ่ ประชากรกลุ่มนี้และส่วนใหญ่มั่งคั่งหรือเป็นผู้บริโภคสามารถจับจ่ายใช้สอย จากสภาวการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจากรุ่นประชากร ที่เกิดในยุค baby boom การศึกษาเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย โดยเฉพาะประเด็นความไม่สมดุลทางอายุและเพศ จึงควรได้รับความสนใจมากพอๆ กับวัยอื่นๆ ซึ่งในอนาคตความต้องการควบคู่กับความเสี่ยงของเพศสัมพันธ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ของคนในวัยนี้ ก็จะไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าประชากรวัยอื่นๆ เลย

## อสมดุลหรืออคติต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ : วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความหมายเชิงปฏิบัติการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์จะวิเคราะห์เพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ของประชากรไทยทั่วประเทศ โดยจะเน้นให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะลักษณะและระดับที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องทำนองนี้มีไม่มากนัก งานล่าสุดในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2550 (VanLandingham and Knodel 2007) ได้กล่าวถึงเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุชายในประเทศไทยในยุคที่มีการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและได้เน้นเฉพาะผู้ชายและที่เป็นโสดเท่านั้น งานวิจัยค้นพบความหลากหลายของพฤติกรรมทางเพศของชายไทยโดยเฉพาะเมื่อมีอายุสูงขึ้น ตลอดจนเหตุผลที่หลากหลายในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ การต่อต้านทางสังคมด้านนี้ยังมีอยู่ทำให้ชายไทยสูงอายุแสดงความต้องการทำสิ่งอื่นที่ "ควรทำ" เหมาะสมกับกลุ่มอายุพวกเขามากกว่าเรื่องเพศ

สิ่งที่ควรติดตามคือ ความต้องการที่ว่านั้นเป็นความต้องการแท้ ๆ ของพวกเขาหรือเพราะถูกสังคมบังคับให้ทำโดยปริยาย และพวกเขามีการยั้งใช้ทางเพศ (unmet need) ซ่อนเร้นอยู่หรือไม่ เพราะการศึกษาเชิงลึกที่กล่าวข้างต้น อาจยังมีอคติของผู้วิจัยที่อาจแสดงออกให้ผู้ถูกวิจัยรับรู้ และไม่กล้าแสดงตัวเป็นผู้สูงอายุที่หมกมุ่นทางเพศในสายตาของผู้วิจัย

ในทางตะวันตก เชื่อกันว่ามนุษย์เราไม่มีใครแก่เกินไปสำหรับการมีเพศสัมพันธ์และการมีความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ (Faruque 1999) แต่สังคมทั่วไปมีอคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ หรือที่อาจเรียกได้ว่าการกีดกันผู้สูงอายุ (Ageism) และโดยเฉพาะคือการกีดกันทางเพศของผู้สูงอายุ (Sexual Ageism) (Hall et al. 1982) ชาวตะวันตกได้สรุปว่า อุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเรื่องของสังคมนั่นเอง หาใช่สภาพทางร่างกายไม่ (Hodson and Skeen 1994) ด้วยเหตุนี้ แม้ผู้สูงอายุเองทั้งในตะวันตกและตะวันออกก็เชื่อว่าตนเองคงไม่ควร "หมกมุ่น" เรื่องเพศอีกต่อไปในวัยที่มีลูกหลานมากมาย เห็นได้จากแม้ในสถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่รวมกันก็ไม่มีการส่งเสริมหรือให้ความเป็นส่วนตัวในเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่ต้องกล่าวถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยซึ่งไม่มีให้สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตชนบทซึ่งการเข้าถึงถุงยางอนามัยดังกล่าวเป็นไปได้ยาก **อันที่จริงแล้วไม่มีใครแก่เกินไปที่จะพูดถึงเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** (safe sex) อายุไม่ได้ป้องกันผู้สูงอายุจากการติดเชื้อเอชไอวี เพราะในสหรัฐอเมริกาเอง ผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีมีมากขึ้น พบถึงร้อยละ 10 ของผู้ตรวจพบเชื้อเอชไอวีในประชากรอายุ 50 ปี ขึ้นไป (National Institute on Aging 2005)

อสมดุลทางภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างชายหญิงเกิดขึ้นจากการที่ฝ่ายหญิงเมื่ออายุมาถึง 40-50 ปี มีภาวะหมดประจำเดือนและไม่สามารถมีบุตรได้ แต่ฝ่ายชายยังคงมีความสามารถมีบุตรได้ แม้ปริมาณคุณภาพและความเข้มข้นของอสุจิลดลง และผู้ชายอาจเกิดความไร้สมรรถภาพทางเพศ โดยทฤษฎีทางธรรมชาติแล้ว สัตว์ส่วนใหญ่ทั้งตัวเมียและตัวผู้จะสามารถมีบุตรได้ตลอดชั่วชีวิตของสัตว์เหล่านั้น สัตว์แพทย์ส่วนใหญ่ไม่กล่าวถึงการหมดประจำเดือนของสัตว์เลี้ยงและสัตว์เศรษฐกิจโดยทั่วไป การสืบพันธุ์สิ้นสุดลงมักเกิดขึ้นจากความชราของสัตว์เหล่านั้น แต่ไม่ได้มีการกำหนดอายุขัยของการหมดประจำเดือนของสัตว์เหล่านี้ แต่อย่างใด (วิเคราะห์จาก พีรศักดิ์ และวรรณา 2006)

อย่างไรก็ตาม สัตว์บางชนิดซึ่งเป็นส่วนน้อย เช่น ลิง หนู และปลาบางชนิด ก็มีธรรมชาติของการหมดประจำเดือนเช่นกัน (http://en.wikipedia.org/wiki/Menopause ดู Menopause in other species) มีผู้ตั้งสมมุติฐานว่าการหมดประจำเดือนของมนุษย์ เป็นวิวัฒนาการของมนุษย์ชาติ ซึ่งเกิดขึ้นเพื่อให้สตรีมีโอกาสเลี้ยงดูหลานยายแทนที่จะมีลูกแข่งกันกับลูกสาวของตน เพราะการดูเด็กต้องใช้เวลาหลายปี เด็กจึงจะอยู่รอดปลอดภัยและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งแตกต่างจากสัตว์โดยทั่วไป ทฤษฎีการดูแลหลานอาจสืบทอดมาจนวิถีชีวิตปัจจุบัน เมื่อสตรีไม่มีบุตรแล้ว จึงมีเวลาและโอกาสเลี้ยงหลานแทน การมีเพศสัมพันธ์ในวัยนี้อาจทำให้การเอาใจใส่หลานลดน้อยลง การมีหลานจึงอาจเป็นอุปสรรคหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์ของสตรีก็เป็นได้

คำจำกัดความของเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างระหว่างชายหญิง อาจทำให้เกิดความไม่สมดุลได้ การมีเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ของสตรี ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์หลังอายุ 44 - 49 ปี หรือหลังจากหมดประจำเดือน และไม่สามารถมีบุตรได้อีก ส่วนการมีเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ของชายนั้นมีความหมายได้สองอย่างคือ ประการแรก ได้แก่ ผู้ชายมีอายุเท่าใดก็ได้คือตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป หรือเมื่อมีการเติบโตเข้าสู่วัยหนุ่มสามารถมีเพศสัมพันธ์ต่อเนื่อง โดยไม่จำกัดอายุว่าจะสูงเท่าใด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ "ผู้ชายไม่มีคำว่าวัยเจริญพันธุ์" ส่วนอีกความหมายหนึ่ง เป็นความหมายของวัยเจริญพันธุ์ในชายที่มีคู่ครองและร่วมปรึกษาหารือกับคู่ครองถึงวัยที่สามารถมีบุตรได้ วัยเจริญพันธุ์ของชายเหล่านี้ คือวัยเจริญพันธุ์ของคู่ครองของเขานั่นเอง

ตัวอย่างเช่น ถึงแม้ชายเหล่านี้จะอายุ 60 ปีแล้ว และยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ และมีบุตรได้[1] แต่ถ้าภรรยาอายุเกินวัยเจริญพันธุ์แล้ว ชายผู้นั้นก็ถือว่า "หมดวัยเจริญพันธุ์" ด้วยเช่นเดียวกัน ความหมายวัยเจริญพันธุ์ของชายในทำนองนี้ถือได้ว่า ให้ความสำคัญกับครอบครัวและการมีส่วนร่วมของคู่สมรส และเป็นความหมายตามนัยของการสร้างครอบครัวนั่นเอง (pro-family definition of male reproductive age)

การศึกษาเรื่องอสมดุลทางเพศครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากโครงการการสำรวจพฤติกรรมทางเพศในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549 (Chamratrithirong et al. 2007) ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[2] ทำการเก็บข้อมูลกว่า 6,000 ราย ใน 14 จังหวัด ที่สุ่มอย่างมีระบบมาเป็นตัวแทนของประเทศ ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และกรุงเทพมหานคร ได้รับทุนสนับสนุนจากยูเอ็นเอดส์ กรุงเจนีวา และหน่วยงานสหประชาชาติอื่นๆ ในประเทศไทย เป็นการสำรวจชายและหญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี เพื่อเก็บข้อมูลในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจสังคมที่เกี่ยวเนื่องกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทัศนคติ และการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอดส์ ความรู้เรื่องเอชไอวีและยา การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเข้าถึงโครงการด้านการป้องกันเอชไอวี การจัดการกับความเสี่ยงต่อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศโดยละเอียด รวมถึงการมีคู่นอนประเภทต่างๆ และความปลอดภัยของเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติด

---

[1] แต่อัตราการมีบุตรที่มีสุขภาพดีอาจลดน้อยลง และจำนวนอสุจิอาจมีน้อยลงและมีบุตรได้ยากกว่าเดิม

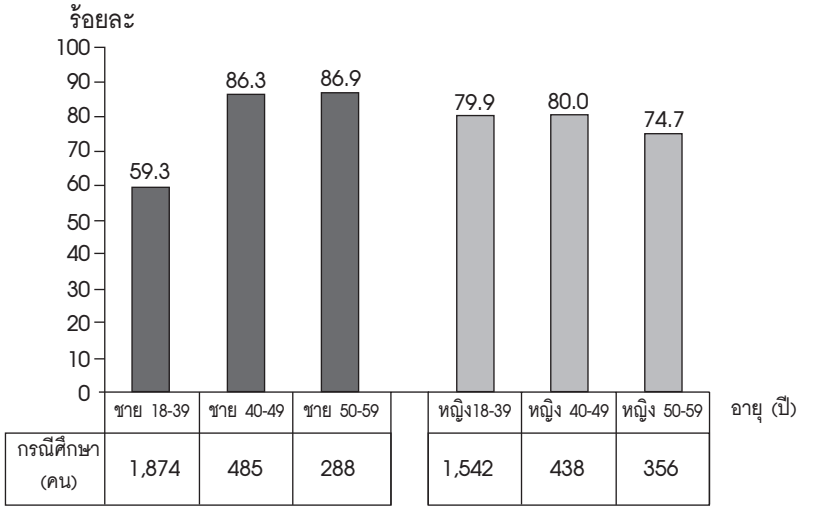
[2] ปัจจุบันข้อมูลจากโครงการนี้ ได้เปิดเป็นข้อมูลสาธารณะแก่นักวิจัยและผู้ทำงานด้านสุขภาพและสังคม ที่สามารถขอไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยและวางแผนได้ โดยติดต่อที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หรือทาง website : www.ipsr.mahidol.ac.th

## ผลการศึกษา

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศในประเทศไทย พ.ศ. 2549 ในรูป 1 แสดงให้เห็นสัดส่วนของชายและหญิงสูงอายุ คือ มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีคู่อยู่กินกันในปัจจุบันไม่ว่าโดยการแต่งงานหรือไม่ก็ตาม เปรียบเทียบกับชายและหญิงในกลุ่มอายุวัยกลางคน คือมีอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุวัยเจริญพันธุ์ระยะกลาง (18-39 ปี) จากข้อมูลนี้เห็นได้ว่า ชายสูงอายุ คือ มีอายุ 50-59 ปี ส่วนใหญ่คือเกือบร้อยละ 90 ปัจจุบันมีคู่อยู่ด้วยกันไม่ว่าจะโดยการแต่งงานกันหรือไม่ก็ตาม สัดส่วนนี้ใกล้เคียงกับชายในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เช่นเดียวกัน ส่วนชายที่ยังอยู่ในวัย 18-39 ปี นั้น ปัจจุบันมีคู่อยู่ด้วยกันเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น เพราะชายกลุ่มนี้ยังไม่ได้แต่งงานเป็นจำนวนมาก

สำหรับหญิงสูงอายุ (50-59 ปี) อยู่กินกับคู่น้อยกว่าชายในวัยเดียวกัน คือ ประมาณร้อยละ 75 เท่านั้น การที่ร้อยละของการอยู่กินของชายและหญิงในกลุ่มอายุสูงวัยนี้มีความแตกต่างกันมาก (เกือบร้อยละ 90 เทียบกับประมาณร้อยละ 75) อาจมีสาเหตุอยู่ที่คู่สมรสหรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน ฝ่ายชายมักจะมีอายุแก่กว่าฝ่ายหญิง ฉะนั้นหญิงที่อายุ 50-59 ปี คู่สมรสอาจมีอายุกว่า 60 ปี อัตราการหย่าร้างและโดยเฉพาะการเป็นหม้าย เพราะสามีตายอาจมีมากกว่า ทำให้หญิงอายุสูงต้องอยู่คนเดียวมากกว่า และอาจด้วยเหตุนี้ที่ทำให้ร้อยละของการอยู่กินกับคู่ในสตรีอายุ 40-49 ปี (80%) จึงสูงกว่าสตรีสูงอายุ 50-59 ปี (75%) ก็เป็นได้

**รูป 1 ร้อยละของชายและหญิงที่มีคู่อยู่กินร่วมกัน (โดยแต่งงาน และอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) จำแนกตามอายุและเพศ**




**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

รูป 2 ได้แสดงความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงที่อยู่กับคู่ของตน (ทั้งที่แต่งงานและอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) ทั้ง 6 กลุ่มอายุและเพศ ชายอายุสูง (50-59 ปี) ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนน้อยกว่า 1 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ และสูงถึงเกือบร้อยละ 20 ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย และที่มีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้งขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น (ประมาณร้อยละ 15) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับชายอายุอ่อนกว่า ความแตกต่างในความถี่ของการ

มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนจะปรากฏเด่นชัด ชายวัยเจริญพันธุ์มีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 1 ครั้งขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 55 และชายในวัยกลางคน (40-49 ปี) ก็มีเพศสัมพันธ์ดังกล่าวประมาณร้อยละ 40 เป็นที่น่าสังเกตว่าชายที่อายุยังน้อย (18-39 ปี และ 40-49 ปี) ก็มีบางคนไม่มีเพศสัมพันธ์เลยเช่นกัน คือประมาณร้อยละ 5-6 แม้ว่าจะต่ำกว่าชายสูงอายุ (ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์เกือบร้อยละ 20) แต่ก็เป็นที่น่าศึกษาว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือที่มีคู่อยู่ด้วยกัน ซึ่งเรียกได้ว่า marital celibacy เป็นผลมาจากอะไร และเป็นความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) ที่อาจต้องการการแก้ไขหรือไม่

เมื่อเปรียบเทียบความถี่ของเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงวัยสูงอายุ (50-59 ปี) ก็จะยิ่งพบความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด **หญิงสูงอายุที่แต่งงานแต่ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย** (marital celibacy) **มีมากถึงร้อยละ 40 ขณะที่ชายในวัยเดียวกันไม่มีเพศสัมพันธ์มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20** การที่หญิงในวัยนี้ มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าชายในวัยเดียวกันอาจเกิดจากสาเหตุ 4 ประการด้วยกัน คือ

(1) หญิงวัย 50-59 ปี อาจมีคู่สมรสหรือคู่ที่อยู่กินกันที่มีอายุสูงกว่า 60 ปี เป็นจำนวนมาก เพศสัมพันธ์ในชายที่สูงวัยขึ้นไปอีกคือเกิน 60 ปีขึ้นไปนี้ เป็นไปได้แน่นอนว่าคงมีเพศสัมพันธ์น้อยลง ส่วนชายสูงวัยอายุ 50-59 ปีนี้ ส่วนใหญ่มีคู่ครองที่อายุน้อยกว่า ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของชายเหล่านี้มากกว่าหญิงในวัยเดียวกัน

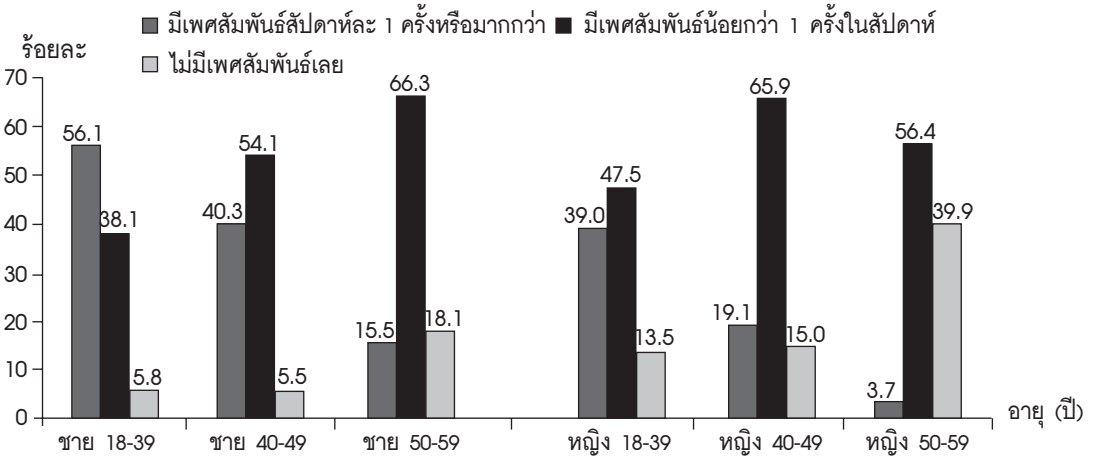
(2) เกี่ยวกับการรายงานเรื่องเพศสัมพันธ์ของชาย เป็นไปได้ว่าชายมักอาจจะอวดอ้างว่ามีเพศสัมพันธ์มากกว่าความเป็นจริง ตามทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทความเป็นชาย และในทำนองเดียวกันตามค่านิยมทางสังคม ทำให้หญิงอาจจะรายงานการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าความเป็นจริงโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ

(3) ฝ่ายชายและฝ่ายหญิงอาจจะรายงานสถานภาพการสมรสหรือการอยู่ด้วยกันในฐานะคู่สมรสแตกต่างกัน ในกรณีที่มีสถานภาพสมรสหรือการอยู่เป็นคู่สมรสไม่ชัดแจ้ง หรืออาจมีการหย่าร้าง หรือการแยกกันอยู่โดยพฤตินัย ฝ่ายหญิงอาจยังคงรายงานว่าสมรสหรือยังอยู่กินกันอยู่ ขณะที่จากการที่อาจแยกอยู่ห่างกัน ทำให้รายงานการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกว่า

(4) ฝ่ายชายอาจมีคู่ที่อยู่กินกันมากกว่าหนึ่งคนก็เป็นได้ แต่การมีคู่หลายคนในฝ่ายหญิงมีน้อยมาก

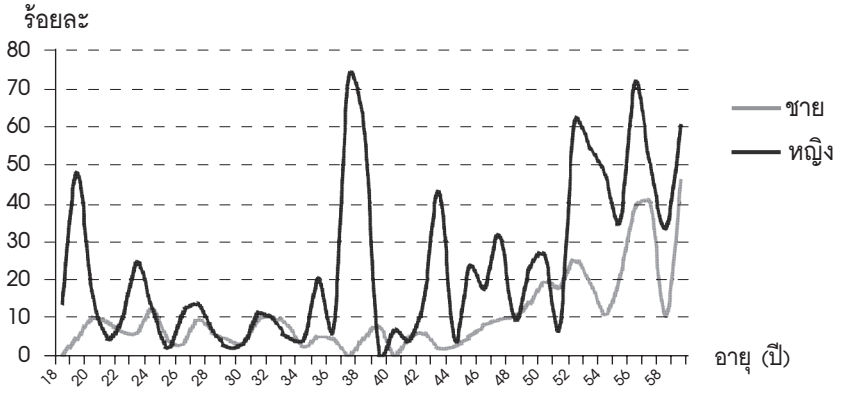
เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุสูง (50-59 ปี) กับกลุ่มอายุที่น้อยกว่า ความแตกต่างในความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ยังคงเห็นได้ชัด ชายและหญิงที่มีอายุน้อยกว่ามีเพศสัมพันธ์มากกว่าอย่างชัดเจน โดยเฉพาะร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละหนึ่งครั้งขึ้นไปมีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 18-39 ปี ลดลงมาในกลุ่มอายุ 40-49 ปี และน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี อย่างเห็นได้ชัด ถ้าพิจารณาเป็นรายปีหรือราย 5 ปี (ในรูป 2ข และ 2ค) เห็นได้ว่า ร้อยละของการไม่มีเพศสัมพันธ์ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น การไม่มีเพศสัมพันธ์รายอายุจะสูงเป็นพิเศษโดยเฉพาะสตรีในวัยช่วงหมดประจำเดือน และโดยทั่วไปการไม่มีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากอายุ 44-49 ปี ไปแล้วอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มสตรี มากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรี อายุ 55-59 ปี ยุติการมีเพศสัมพันธ์แล้ว ขณะที่ฝ่ายชายในวัยนี้ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่ถึงร้อยละ 70

**รูป 2 ก ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของชายและหญิงที่มีคู่อยู่กินร่วมกัน (โดยแต่งงาน และอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) จำแนกตามอายุและเพศ**



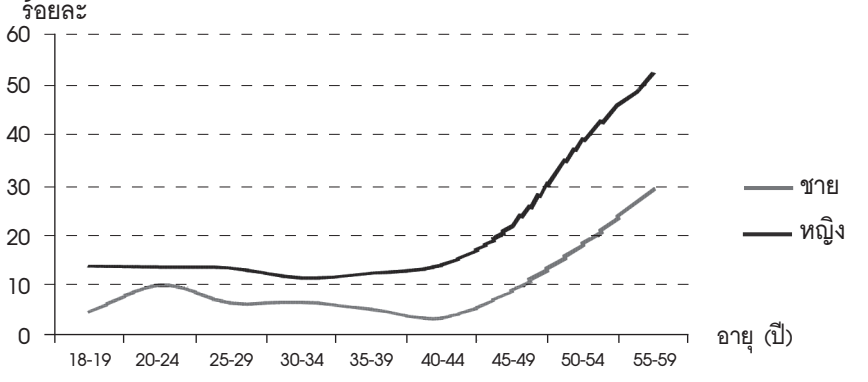

**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et. al. 2007 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**รูป 2 ข: ร้อยละของการไม่มีเพศสัมพันธ์เลยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของชายและหญิงที่มีคู่อยู่กินร่วมกัน (โดยแต่งงาน และอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) จำแนกตามอายุและเพศ**




**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et. al. 2007 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

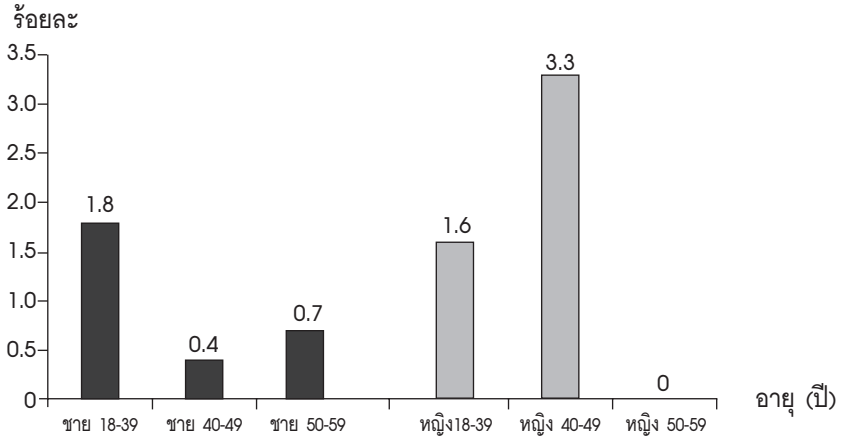
**รูป 2 ค: ร้อยละของการไม่มีเพศสัมพันธ์เลยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของชายและหญิงที่มีคู่อยู่กินร่วมกัน (โดยแต่งงาน และอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) จำแนกตามอายุและเพศ**




**ที่มา** : ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et. al. 2007 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำหรับความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศและเอชไอวี ในรูป 3 ชี้ให้เห็นว่า ทั้งชายและหญิงไม่นิยมใช้ถุงยางทุกครั้งกับคู่นอนประจำ พบว่าชายสูงอายุมีความเสี่ยงมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มนี้ใช้ถุงยางสม่ำเสมอ ไม่ถึงร้อยละ 1 ขณะที่หญิงสูงอายุก็ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย ข้อมูลกลับพบว่าชายในวัยเจริญพันธุ์ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอมากกว่าชายหลังวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 40-59 ปี) ที่ส่วนใหญ่คู่นอนก็อาจจะพ้นวัยเจริญพันธุ์แล้ว การที่ชายสูงวัยใช้ถุงยางอนามัยน้อยลงประการหนึ่ง อาจเป็นเพราะไม่จำเป็นต้องคุมกำเนิดต่อไปอีกแล้ว เพราะพ้นวัยสมควรมีบุตรหรือวัยที่ภรรยาสามารถมีบุตร ทำให้ชายสูงวัยเหล่านี้ บางคนจึงเลิกใช้ถุงยางในการคุมกำเนิด แต่ไม่ฉุกคิดที่จะใช้ถุงยางเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการแพร่เชื้อสู่คู่สมรส ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าชายและหญิงที่สูงอายุจึงมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ไม่ใช่เป้าหมายของการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์

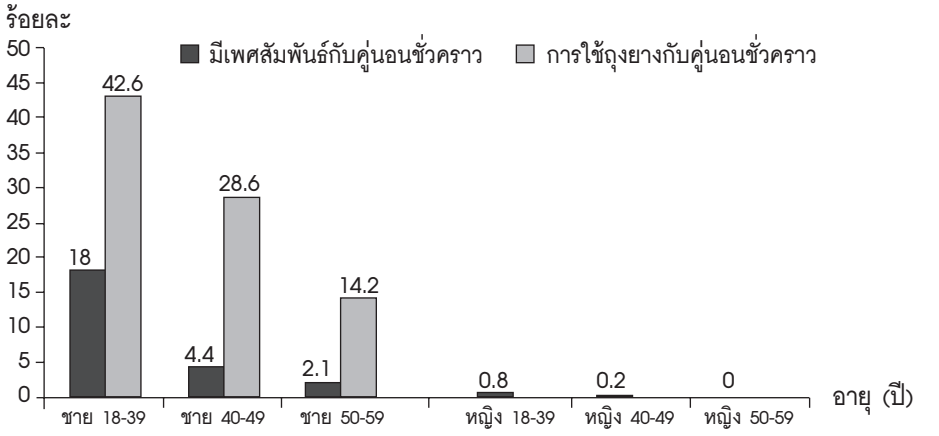
**รูป 3 ร้อยละของชายและหญิงที่มีคู่อยู่กินร่วมกัน (โดยแต่งงาน และอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) ที่ใช้ถุงยางทุกครั้งกับคู่นอนประจำดังกล่าว จำแนกตามอายุและเพศ**




**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Aphichat et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

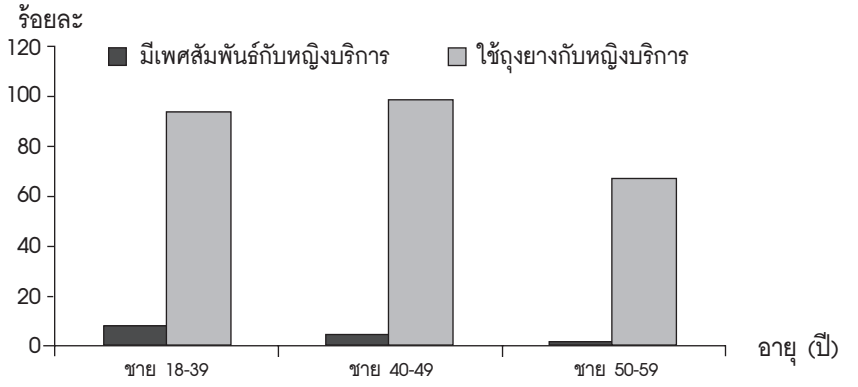
รูป 4 แสดงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว พบว่า ชายสูงอายุที่มีคู่สมรสหรือมีคู่อยู่กินกันอยู่แล้วส่วนน้อยเท่านั้นที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวอีก แต่ที่น่าเป็นห่วงคือ ชายสูงอายุกลุ่มนี้ จะใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวน้อยมาก คือประมาณกว่าร้อยละสิบเล็กน้อย การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการก็เช่นเดียวกัน (รูป 5) ถึงแม้ชายสูงวัย (50-59 ปี) ที่มีคู่สมรสหรือคู่อยู่กินกันอยู่แล้วแต่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการน้อยกว่าชายที่อายุน้อย แต่การใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอกับหญิงบริการก็มีน้อยมากเช่นกันเมื่อคำนวณอัตราเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี โดยเอาร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการคูณกับโอกาสของการติดเชื้อจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัย (รูป 6) แล้ว พบว่าชายสูงอายุ (50-59 ปี) ก็มีความเสี่ยงมากกว่าชายอายุน้อยกว่า (40-49 ปี) และมีความเสี่ยงเท่า ๆ กับชายในวัยฉกรรจ์ (18-39 ปี) คือ ประมาณร้อยละ 5 โครงการรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจึงควรตั้งเป้าหมายครอบคลุมที่ชายสูงวัยด้วยเช่นกัน เพราะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหมายถึงความเสี่ยงที่ส่งไปถึงภรรยาหรือคู่ครองที่บ้านด้วย

**รูป 4: ร้อยละของชายและหญิงที่มีคู่อยู่ร่วมกัน (โดยแต่งงาน และอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) ที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวและการใช้ถุงยางทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว จำแนกตามอายุและเพศ**



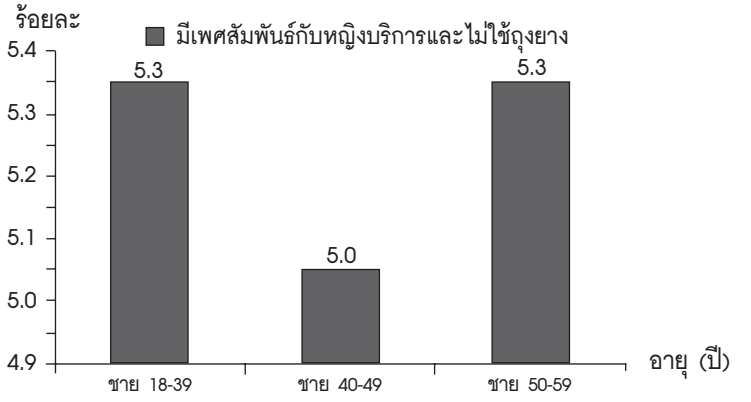

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**รูป 5 : ร้อยละของชายที่มีคู่อยู่ร่วมกัน (โดยแต่งงานและอยู่ด้วยกกันเฉย ๆ) ที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการและร้อยละการใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอ จำแนกตามอายุ**




**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**รูป 6: ร้อยละของความเสี่ยงของชายที่มีคู่อยู่ร่วมกัน (โดยแต่งงานและอยู่ด้วยกันเฉย ๆ) ที่ไปมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ (มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการโดยไม่ใช้ถุงยาง) จำแนกตามอายุ**




**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กลับมาเรื่องความแตกต่างของชายและหญิงที่อยู่ในสถานภาพสมรสหรือมีคู่กินอยู่ในปัจจุบัน เมื่ออายุสูงขึ้น การไม่มีเพศสัมพันธ์ในชีวิตสมรส (marital celibacy) นี้ เป็นผลมาจากอสมดุลตามธรรมชาติ เพราะสังขารร่วงโรยไปตามวัย หรือตามสังคม เพราะอคติทางอายุ (ageism) หรือเพราะสิ่งแวดล้อมไม่อำนวยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ การทำความเข้าใจกับปัญหานี้เพื่อหาทางแก้ไขการยั้งใช้ทางเพศ (unmet need) เหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง และพร้อมกับหาทางป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประชากรวัยนี้

ผลจากการวิเคราะห์ถดถอย (logistic regression) ของการไม่มีเพศสัมพันธ์ (ภายใน 3 เดือน) ในชายและหญิง อายุ 50-59 ปี ที่อยู่ในสถานภาพสมรส หรือมีคู่อยู่กินกันในปัจจุบัน (ตาราง 1) พบว่า การไม่มีเพศสัมพันธ์ในชีวิตสมรสของผู้สูงวัยเกิดขึ้นในหญิงมากกว่าชาย และเกิดมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้นตามลำดับ อยู่ในเมืองหลวงเมื่อเปรียบเทียบกับอยู่ในชนบท และมีมากขึ้นถ้ามีการศึกษาสูงขึ้นถึงขั้นมัธยมศึกษา (เมื่อเปรียบเทียบกับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า) ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า ในขณะที่อายุเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมก็มีผลทางลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ด้วย ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมอาจหลุดพ้นจากประเพณีดั้งเดิม อาจจะหลุดพ้นจากสังคมที่มีอคติทางอายุ (ageism) และรับความเป็นสมัยใหม่ (modernism) เข้ามาแทน ข้อจำกัดด้านเพศสัมพันธ์จึงมีน้อย

**ตาราง 1 ค่า Odds Ratio และ Standard Error ของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือคู่อยู่กินกันในปัจจุบัน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา ของประชากรชายและหญิง อายุ 50-59 ปี ที่มีคู่สมรสหรือมีคู่อยู่กินกันในปัจจุบันในสมการ Logistic Regression**

| ตัวแปรอิสระ | Odds Ratio | Std. Err. | z | P>\|z\| |
|---|---|---|---|---|
| **เพศ** (ref. ผู้หญิง) | | | | |
| ผู้ชาย | .380 | .079 | -4.66 | 0.000 |
| อายุ | | | | |
| (รายปีจาก 50-59) | 1.162 | .043 | 4.04 | 0.000 |
| **ที่อยู่อาศัย** | | | | |
| กรุงเทพฯ | 3.099 | .784 | 4.47 | 0.000 |
| เขตเมือง (จังหวัดอื่นๆ) | 1.246 | .307 | 0.89 | 0.371 |
| **การศึกษา** | | | | |
| มัธยมศึกษา | .525 | .168 | -2.02 | 0.044 |
| สูงกว่ามัธยมศึกษา | .398 | .260 | -1.41 | 0.158 |
| **ความเคร่งศาสนา** | 1.175 | .171 | 1.11 | 0.266 |
| **ความชุกในการอ่านนิตยสาร** | 1.082 | .140 | 0.61 | 0.543 |
| **ความชุกในการใช้ internet** | .922 | .190 | -0.39 | 0.693 |
| จำนวนกรณีศึกษา 518 คน | | | | |
| LR chi2(9) = 71.06 | | | | |
| Pro > chi2 = 0.0 | | | | |
| Pseudo R2 = 0.1.75 | | | | |
| Log likelihood = -295.1004 | | | | |

**ที่มา:** ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ 2549. (Chamratrithirong et al. 2007) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนการที่คนในกรุงเทพมหานครมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าคนชนบท คงเป็นด้วยปัจจัยแวดล้อมของความเป็นเมืองหลวง อันประกอบด้วยภาระงานที่ยุ่งวุ่นวายตลอดเวลา การเดินทางที่ยากลำบากเพราะรถติด เวลาอยู่บ้านกับคู่น้อยลง ในบ้านไม่มีความส่วนตัว ลูกหลานอยู่รวมในบ้านเพราะเหตุผลทางเศรษฐกิจที่ไม่สามารถแยกบ้านออกไปได้ สรุปได้ว่าจากการวิเคราะห์อสมดุลทางเพศสัมพันธ์ พบว่า นอกจากเกิดจากปัจจัยตามธรรมชาติแล้ว ปัจจัยของสังคม ค่านิยม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและชีวิตความเป็นอยู่ก็มีส่วนสำคัญด้วยเช่นกัน การแก้ไขปัญหา จึงคงต้องทำทั้งทางสรีระและทางสังคม สิ่งแวดล้อม ควบคู่กันไป

## สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ไม่ควรมองข้ามเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ เพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ คือเพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มสตรี และเพศสัมพันธ์ของชายสูงวัยที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยหลังวัยเจริญพันธุ์แล้วเช่นกัน เมื่อวัตถุประสงค์ของเพศสัมพันธ์ดังกล่าวได้เปลี่ยนจากเพื่อการมีบุตร แต่เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับการมีบุตร และไม่จำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิด รวมทั้งไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์อีกต่อไป เพศสัมพันธ์ในวัยนี้จึงมีความสำคัญที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

ความต้องการทางเพศของชายและหญิงที่เป็นคู่สมรสหรืออยู่กินด้วยกัน อาจมีสมดุลและอสมดุล ซึ่งอาจส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสกับคู่นอนชั่วคราวอื่นๆ หรือแม้กระทั่งกับหญิงบริการอันอาจนำมาซึ่งนำความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การลดลงหรือการยุติการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นไปตามธรรมชาติ หรือถูกกำหนดโดยค่านิยมของสังคมก็ตาม เป็นกระบวนการเกี่ยวเนื่องกับความสัมพันธ์ที่ละเอียดอ่อนของคู่สมรสหรือคู่อยู่กินกันด้วย หากความสมดุลเหล่านี้เหลื่อมล้ำ อาจกระทบกระเทือนความสัมพันธ์ในครอบครัว และการรักษาสุขภาพกายและสุขภาพใจ ความกระจ่างชัดในค่าสังคมและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเรื่องนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ จึงจำเป็นต้องศึกษาในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงจังเพื่อให้เกิดสมดุลทางอายุและเพศของประชากรชายและหญิงที่สูงวัยในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

**เอกสารอ้างอิง**

พีรศักดิ์ สุทธิโยธิน และ วรรณา ศิริมานะพงษ์. 2006. *ประมวลระบบการสืบพันธุ์สัตว์.* นครปฐม: คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Chamratrithirong Aphichat, Sirinan Kittisuksathit, Chai Podhisita, Pimonpan Isarabhakdi and Malee Sabaiying. 2007. *National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006.* Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Faruque, Jo Cathleen. 1999. "How old is too old to be sexually active ?" *Selfhelp Magazine.* http://www.selfhelpmagazine.com/articles/sex/howold.html.

Hall, A., J. Selby and F.M. Vanclay. 1982. "Sexual Ageism". *Australian Journal on Aging.* 1: 29-34.

Hodson, D., & P. Skeen. 1994. "Sexuality and aging: the hammerlock of myths". *Journal of Applied Gerontology.* 13 (3): 219-235.

National Institute on Aging. 2005. *Sexuality in Later Life.* http://www.niapublications.org.

VanLandingham, Mark and John Knodel. 2007. "Sex and the single (older) guy: sexual lives of older unmarried Thai men during the AIDS Era". *Journal of Cross Cultural Gerontology.* 22: 375-388.

# 6

# การควบคุมเรื่องเซ็กส์ กับ 'เพศวิถี' ที่เปลี่ยนไป[1]

กฤตยา อาชวนิจกุล
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
พริศรา แซ่ก้วย
*นักวิชาการสตรีศึกษา*

**เรื่องทางเพศของมนุษย์บนโลกน้อยๆ ใบนี้ ไม่ว่าจะถูกหลอมสร้างขึ้นมาจากระบบวิธีคิดชุดหนึ่งชุดใด ล้วนยืนอยู่บนฐานคิดกระแสหลักเรื่องเพศวิถีระหว่างชายกับหญิง** เพราะโลกที่เราอยู่นี้ คือ heterosexual world เมื่อพิเคราะห์ถึง "ปฏิบัติการทางสังคมของวิธีคิดเรื่องเพศ" หัวใจน่าจะอยู่ที่กระบวนการขัดเกลา เพื่อปลูกฝังความคิดความเชื่อ วิถีปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ที่บอกกันต่อๆ มาว่า อะไร "ดี" "เหมาะสม" หรือ อะไร "เลว" "ไม่ควรทำ" จนถึงอะไรบ้างที่ "ห้ามทำเด็ดขาด" ซึ่งล้วนมีระบบวิธีคิดกำกับอยู่ และเพศวิถีที่ถูกตีตราเกือบเข้าข่ายถูกมัดตราสังไม่ให้ผุดไม่ให้เกิด ก็คือวิถีทางเพศของคนรักเพศเดียวกัน ซึ่งถูกควบคุมมากที่สุดนั่นเอง แต่ในความสัมพันธ์ของรักต่างเพศเอง ก็มีชุดวิธีคิดที่บอกว่าเรื่องเพศแบบไหนควรทำ และแบบไหนไม่ควรทำเช่นกัน ตัวอย่างเช่น คำสั่งสอนที่ให้เยาวชน "รักนวลสงวนตัว" "อย่าชิงสุกก่อนห่าม" หรือ "อย่ามีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน" เป็นต้น

ก่อนอื่นคงต้องอรรถาธิบายคำว่า **"เพศวิถี"** ที่ใช้ในบทความนี้ว่ามีความหมายอย่างไร คำนี้มาจากภาษาอังกฤษว่า *sexuality หรือ sexualities* ที่หมายถึงชุดความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีทางเพศ ที่เชื่อมโยงกับสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเฉพาะการให้คุณค่าต่อเอกลักษณ์ของการดำเนินชีวิตทางเพศ ความปรารถนา ภาพพจน์ในร่างกายตัวเอง รสนิยมทางเพศ ความรักเชิงพิศวาส กามกิจ และสุขภาวะทางเพศ ดังนั้น เพศวิถีจึงรวมถึงเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และทักษะการจัดการความสัมพันธ์ชีวิตตนเองด้านเพศกับคนอื่นด้วย

---

[1] ปรับจากบทความเรื่อง 'ฤๅ ปฏิบัติการของสังคมไทยในกระแสจารีตเรื่องเพศจะอ่อนกำลังลง' เสนอในการประชุมวิชาการเรื่อง *เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย* ครั้งที่ 1 จัดโดย โครงการจัดตั้งมูลนิธิอัญจารีและเครือข่าย ณ โรงแรมรัตนโกสินทร์ กรุงเทพฯ, วันที่ 7-8 มกราคม 2551.

บทความนี้ตั้งใจจะเสนอมุมมอง **"การควบคุมเรื่องเพศในสังคมไทย"**[2] ที่ตั้งคำถามต่อ "วัฒนธรรมทางเพศ" เพราะ**อำนาจทางวัฒนธรรมเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมวิถีชีวิตทุกด้านของมนุษย์** และการกำกับความสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงในแต่ละกลุ่มสังคมและอายุ โดยเฉพาะในเรื่องเพศเป็นพื้นฐานของปฏิบัติการทางวัฒนธรรม การควบคุมนี้กระทำอย่างเข้มข้นและทรงอิทธิพลต่อมนุษย์ทุกรูปนามทั้งในยามหลับและยามตื่น ในการทำความเข้าใจต่อ "ปฏิบัติการของสังคมไทยในวิธีคิดเรื่องเพศ" บทความนี้จะเริ่มต้นที่ "วัฒนธรรมทางเพศแบบไทยๆ"

## 1. วัฒนธรรมทางเพศแบบไทยๆ เป็นอย่างไร

**วัฒนธรรมทางเพศ** หมายถึง ระบบการให้และส่งผ่านความหมาย ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี และที่สำคัญที่สุดคือ ภาคปฏิบัติการที่กำกับการให้ความหมายและความเชื่อเรื่องเพศ สำหรับสังคมไทยมีวัฒนธรรมทางเพศที่โดดเด่น 3 ด้าน คือ

(1) **มีมาตรฐานซ้อนทางเพศ** คือ การใช้ความรู้ ความเข้าใจ และค่านิยมต่อเรื่องเพศต่างชุดกันในการสั่งสอนผู้หญิงกับผู้ชาย นั่นคือ ผู้ชายจะได้รับการปลูกฝังเรื่องเพศแบบหนึ่ง และผู้หญิงจะถูกปลูกฝังอีกแบบหนึ่ง ในที่นี้หมายถึงว่ามีคำสอน และการให้คุณค่าว่า ผู้ชายควรจะมีประสบการณ์เรื่องเพศอย่างไร ผู้หญิงควรจะมีหรือไม่มีประสบการณ์เรื่องเพศอย่างไร คือผู้ชายไทยต้องรู้จักสะสมประสบการณ์ให้มากไว้ สำหรับผู้หญิงไทยแล้วดูเหมือนว่าความรู้และทักษะเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่เป็นไปเองตามธรรมชาติ รายละเอียดในประเด็นนี้จะขยายความในตอนต่อไป

(2) **สร้างระบบเพศภาวะแบบแข็งที่อ/ตายตัว** ตรงนี้ต้องพูดถึงความหมาย "เพศภาวะ" ก่อน "เพศภาวะ" หมายถึง ภาวะของความเป็นเพศที่เลื่อนไหลไปตามบริบทของชีวิต เพศภาวะที่เราคุ้นเคยและเราถูกขัดเกลาหลอมสร้างกันมา ก็คือ ความเป็นหญิงความเป็นชาย หัวใจสำคัญของเพศภาวะมิใช่เรื่องบทบาทหญิงชายเท่านั้น แต่คือ**ภาวะแห่งเพศที่ปรับเปลี่ยนไปตามระบบอำนาจในชนชั้น ชาติพันธุ์ และความแตกต่างอื่นๆ** ภายใต้เงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และ/หรือประวัติศาสตร์ในระยะเวลาหนึ่ง อันมีผลต่อการจัดสรรและการเข้าถึงอำนาจและทรัพยากรในสังคมในแต่ละห้วงเวลา (พริศรา 2545)

ปัจจุบันนักวิชาการยอมรับกันทั่วไปว่า เพศภาวะเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม (social construction) ดังนั้นภาวะของความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความเป็นเพศที่สาม เพศที่สี่ หรือจะเรียกว่าเป็นภาวะที่เป็นกะเทย เป็นแต๋ว เป็นตุ๊ด เป็นแต๊บ เป็นทอม เป็นดี้ เหล่านี้ต่างก็เป็น "เพศภาวะ" แบบหนึ่งทั้งสิ้น ความรู้เรื่องเพศวิถีในปัจจุบันยืนยันกับเราว่า เพศภาวะไม่มีลักษณะตายตัว หมายถึงว่าสามารถเลื่อนไหลได้ หรือจริงๆ แล้วลื่นไหลได้ ที่เรียกว่า **ความลื่นไหลทางเพศ** (sexual fluidity) ตัวอย่างเชิงรูปธรรมที่ชัดเจนคือ การแปลงเพศ แต่ความลื่นไหลทางเพศ ยังหมายรวมถึงวิถีความสัมพันธ์ทางเพศที่แปรเปลี่ยนไป เช่น วันนี้ตนเองเป็นผู้หญิงรักกับผู้ชาย แล้วอีกวันไปมีแฟนเป็นผู้หญิง เป็นต้น จนเกิดภาษาว่า ต้องมีการปรับเพศภาวะให้เป็นปัจจุบัน (gender update) สำหรับคนบางคน

---

[2] จากมุมมองของผู้หญิงสองคน คนแรก คือ กฤตยา ที่ทำงานเป็นอาจารย์มานานถึง 30 ปีเศษ และ พริศรา ซึ่งเรียนวิชาสตรีศึกษากว่า 7 ปี และปรับใช้ความรู้ในงานพัฒนาและในการดำเนินชีวิต ทั้งสองคนยอมรับว่าตนเองคือ นักสตรีนิยม

ตัวอย่างเรื่องจริงในประเทศออสเตรเลียที่เป็นข่าวโด่งดังมาก ที่ผู้เขียน (กฤตยา) ได้ยินสมัยยังเรียนหนังสือที่ออสเตรเลีย คือ ชายคนหนึ่งแต่งงานมีลูกเมีย แล้วเกิดอยากเป็นผู้หญิง ก็ผ่าตัดแปลงเพศเป็นผู้หญิง ใช้ชีวิตเป็นผู้หญิงอยู่นานเป็นสิบปี พออายุมากขึ้นเกือบ 60 ปี ก็ตัดสินใจแปลงเพศกลับมาเป็นผู้ชายอีก และในสหรัฐอเมริกา มีกรณีชายคนหนึ่งแต่งงานแล้วแปลงเป็นผู้หญิง แต่ไม่ได้หย่าขาดกับภรรยา หลังจากแปลงเพศแล้วก็ยังคงอยู่กินเป็นคู่กับแฟนผู้หญิงคนเดิม

ในสังคมไทย เราก็พบเห็นเยาวชนหญิงที่แสดงตัวเป็นทอม มีแฟนเป็นผู้หญิง แต่เมื่อเวลาผ่านไป ก็ปรับวิถีชีวิตเข้าสู่เพศวิถีกระแสหลัก คือความสัมพันธ์ชายหญิง ในทางกลับกันก็มีผู้หญิงที่เริ่มชีวิตด้านเพศจากความสัมพันธ์ต่างเพศ และชีวิตลื่นไหลมาสู่ความเป็นคนรักเพศเดียวกันภายหลัง

ท่ามกลางตัวอย่างที่มากหลายในชีวิตประจำวัน ระบบความเชื่อเรื่องเพศภาวะแบบไทยยังคงยืนกรานกับความเชื่อต่อเพศภาวะแบบแข็งที่อ/ตายตัว คือ เราเชื่อว่ามีแต่เพศหญิง เพศชาย และกะเทย[3] หรือเรามาเรียกกันทีหลังว่า เพศที่สาม แต่อื่นๆ นอกเหนือไปจากนี้ไม่มีศัพท์ที่จะเรียกขาน ตัวอย่าง เช่น ผู้หญิงรักกับผู้หญิง ที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า เลสเบี้ยน (lesbian) ผู้ชายรักกับผู้ชาย มีแฟนเป็นผู้ชาย ภาษาอังกฤษเรียกว่า เกย์ (gay) แต่ภาษาไทยไม่มีคำเรียก เป็นต้น

(3) **เพศวิถีศึกษาหรือการเรียนรู้เรื่องเพศ ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้หล่อหลอมและขัดเกลาให้เพศชายทำร้ายเพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว** อันเนื่องมาจากมาตรฐานซ้อนข้างต้น ดังรายละเอียดที่จะกล่าวในตอนต่อไป

## 2. การควบคุมเรื่องเพศ: ปฏิบัติการกระแสจารีตของสังคมไทย

ปฏิบัติการที่เป็นกระแสจารีตของสังคมไทยในวิธีคิดเรื่องเพศ อาจจะไม่ได้ต่างจากสังคมอื่นมากนัก นั่นก็คือ การควบคุมเรื่องเพศ โดยใช้อำนาจทางวัฒนธรรมเป็นกลไกในการควบคุมผ่านความคิดเชิงจารีตประเพณี หรือเป็นชุดความคิดต่างๆ ที่ถูกส่งผ่านวาทกรรมหลากหลายแบบ หลากหลายช่องทาง การควบคุมเรื่องเพศในสังคมไทยช่วง 60-70 ปีที่ผ่านมา ภายใต้ยุคการปกครองแบบประชาธิปไตย **เป็นการควบคุมผ่านกรอบเรื่องเพศภาวะ ที่มุ่งเน้นไปที่การผลิตมโนทัศน์เกี่ยวกับผู้หญิงไทยที่ดี เพื่อเป็น "กุลสตรี"** มีคุณสมบัติเป็นแม่บ้านแม่เรือนอย่างสมบูรณ์ สามารถทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่พ่อ แม่ สามี ลูก และพี่น้องให้ได้สุขกายสบายใจ และไม่รู้เดียงสาเรื่องเพศ

---

[3] ปัจจุบันมักหมายถึง ผู้ชายที่แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะท่าทางใกล้เคียงกับลักษณะของเพศหญิง คือ มีความต้องการจะเป็นผู้หญิงและต้องการให้คนในสังคมปฏิบัติต่อตนเองเหมือนผู้หญิงคนหนึ่ง ความหมายดั้งเดิมหมายถึง ทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่แสดงลักษณะและพฤติกรรมตรงกันข้ามกับเพศสรีระของตน

กุลสตรีไทยต้องผูกใจเพศตรงข้าม (อันหมายถึงคนรักและสามี) ด้วยน้ำรูป น้ำคำ น้ำมือ น้ำใจ แต่ถ้าผู้หญิงคนใดปรุงแต่งเนื้อตัวและร่างกายโดยการแต่งตัวล่อแหลม มีพฤติกรรมก๋ากั่น มีจริตจะก้าน มักจะได้รับการวิพากษ์ว่ามิใช่ผู้หญิงดี ภายใต้กรอบความเชื่อนี้ เด็กสาวได้รับการสั่งสอนเรื่องเพศจากพ่อแม่ ครูบาอาจารย์ พี่น้อง มุ่งสร้างความตระหนักต่อความเป็นผู้หญิงที่อ่อนหวานและเปราะบางในเรื่องเพศ อวัยวะในร่างกายไม่ว่าจะเป็นหัวไหล่ ต้นขา ร่องอก หน้าอก ต่างเป็นสิ่งที่ยั่วยวนราคะของเพศตรงข้าม ดังนั้น จึงควรปิดให้มิด ร่างกายผู้หญิงกลายเป็นพาหะที่อาจจะนำมาซึ่งความรุนแรงทางเพศได้

เซ็กส์ที่เหมาะสมในสังคมไทย คือ เซ็กส์กับสามีที่แต่งงานด้วย ตามความเห็นชอบของพ่อแม่พี่น้อง ในโรงเรียนและสถานศึกษาเราจะพบเห็นการควบคุมพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงโดยมุ่งไปที่พฤติกรรมการแต่งกาย กิริยามารยาท **ความรู้เรื่องเพศที่ส่งผ่านให้กับคนรุ่นก่อนจนถึงทุกวันนี้ ยังคงเป็นความรู้เรื่องเพศในทางลบที่สอนให้ผู้หญิงเห็นเรื่องเพศเป็นเรื่องอันตรายต่อสถานภาพในสังคม โอกาสทางการศึกษา และหน้าที่การงาน และสอนให้ผู้หญิงเห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกายของตนและอารมณ์ความปรารถนาทางเพศ และการแสวงหาความรู้นี้เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม**

ส่วนชายไทยแท้ในกรอบเพศภาวะที่ว่าข้างต้น ก็ต้องเป็นผู้ชายที่เจนโลกโลกีย์ มีทั้งทักษะและความรู้ที่สั่งสมได้จากเพศสัมพันธ์ชั่วครั้งชั่วคราว จากการซื้อประเวณี และจากหญิงสาวที่ "ไม่รักนวลสงวนตัว" ผู้ชายที่ขาดประสบการณ์เรื่องเพศ ก็เป็นเหมือนกับอัศวินที่มีอาวุธเป็นเพียงดาบด้วนที่ขาดการลับคม ตัวอัศวินเองก็ไร้ทักษะเพราะไม่ได้รับการฝึกปรืออย่างเหมาะสม แต่การสั่งสอนผู้ชายในเรื่องเพศและเซ็กส์ก็ไม่ได้มีมากนัก พ่อแม่ครูบาอาจารย์ไม่ค่อยได้สั่งสอนพูดคุยกับเด็กชายว่า ในเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมผู้ชายควรจะประพฤติตนอย่างไร สิ่งที่สอนดูเหมือนจะเป็นว่าให้ประพฤติตัวอยู่ในกรอบไม่ละเมิดผู้หญิงดี (ที่พ่อแม่รู้จัก) เนื้อหาสาระเหมือนจะมุ่งไปที่จริยธรรมเรื่องเพศที่ฉาบฉวย มากกว่าพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมในกระบวนการเพศสัมพันธ์ การสั่งสอนผู้ชายในเรื่องเพศมักจะเป็นไปในทางอ้อม แบบ "สอนให้ทำ"

แต่ชายไทยมีช่องทางที่จะเรียนรู้เรื่องเพศผ่านสื่อต่างๆ ในสังคม การเข้าถึงสื่อเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องต้องห้ามสำหรับผู้ชาย การที่ผู้ชายวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มอ่านหนังสือโป๊ ดูหนังโป๊ เป็นเรื่องธรรมดาในสังคมไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมา แต่การเสพสิ่งเหล่านี้อย่างเปิดเผยในสายตาของพ่อแม่พี่น้องครูบาอาจารย์ถือเป็นเรื่องไม่พึงกระทำ เสพได้แต่ต้องทำในที่ลับกับเพื่อนฝูงหรือในที่รโหฐาน ข้อสงสัยต่างๆ ก็ถามเพื่อน หรือคนไม่รู้จักในลักษณะของจดหมายนิรนาม

ถ้าหากว่าเนื้อตัวและร่างกายของผู้หญิง เป็นเหมือนพาหะที่กระตุ้นราคะและความต้องการทางเพศให้กับผู้ชาย ร่างกายของผู้ชายจึงดูเหมือนจะไร้ความหมายทางเพศ มีก็แต่เพียงลึงค์เท่านั้นที่เป็นอาวุธทางเพศที่สำคัญ ขนาดของลึงค์กลายเป็นเครื่องชี้บ่งว่าจะมีความสามารถทางเพศมากน้อยแค่ไหน แม้จะมีการสอนเรื่องจริยธรรมทางเพศให้ผู้ชายอยู่บ้าง **แต่ดูเหมือนว่าสังคมจะคาดหวังว่าชายแท้ต้องประพฤตินอกกรอบจริยธรรม มิฉะนั้นก็ไม่ใช่ชาติชาย**

การเปิดเผยร่างกายท่อนบนของชายจึงเป็นเรื่องของการละเมิดมารยาทสังคมมากกว่าจะเป็นการละเมิดกฎระเบียบเรื่องเพศ เช่นนี้เป็นที่เข้าใจได้ เนื่องจากผู้หญิงถูกปลูกฝังให้ไร้ความรู้สึกความต้องการทางเพศ ฉะนั้นการที่ผู้ชายจะใส่หรือไม่ใส่เสื้อจึงไม่ใช่สาระในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศ ดูเหมือนว่าสังคมไทยในแนวคิดแบบจารีตนิยมจะไม่มีแนวทางในการมองร่างกายของผู้ชายในเชิงกามารมณ์แต่อย่างไร

**เพศวิถีที่ปรากฏภายใต้กรอบการควบคุมเพศภาวะดังกล่าวจึงเป็นเพศวิถีที่มีเพียงมิติเดียว คือ มิติของรักระหว่างเพศที่ตั้งอยู่บนความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย มุ่งเฉพาะการตอบสนองกามารมณ์ของฝ่ายชาย เพราะเห็นว่าเรื่องเพศเป็นกิจกรรมเริงรมย์ของผู้ชายที่อาศัยร่างกายของผู้หญิงเป็นเครื่องรองรับ และหากผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนหรือนอกการแต่งงาน มักจะถูกประณามว่าละเมิดกฎของสังคมในเรื่องเพศ**

สังคมและสถาบันต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว การศึกษา กฎหมายของรัฐ และองค์กรและหน่วยงานที่ให้บริการต่างๆ ได้ส่งผ่านและตอกย้ำความเข้าใจเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี เรื่อง "ชายจริงหญิงแท้" การรักและสมสู่ระหว่างหญิงและชายเป็นเรื่องธรรมชาติ บทบาทการเป็นแม่เป็นเมียของผู้หญิง และ**การไร้ความรับผิดชอบในครอบครัวและการขาดจริยธรรมทางเพศของผู้ชายเป็นเรื่องตามธรรมชาติ พฤติกรรมและเจตจำนงของผู้หญิงและผู้ชายในระดับปัจเจกกลายเป็นสิ่งที่ผิดธรรมชาติ** การลงโทษทางสังคมต่อผู้ที่มีพฤติกรรมผิดธรรมชาติเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกาย การใช้วาจาถากถาง และการกีดกัน จึงเป็นสิ่งที่ชอบธรรม

อย่างไรก็ตาม บนอุดมการณ์การควบคุมเพศภาวะแบบรักต่างเพศข้างต้น แน่นอนว่าคนที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศเดียวกัน ต้องถูกสังคมควบคุม ตีตรา แล้วก็เป็นกระบวนการตีตราให้คุณค่าทางลบที่รุนแรงมากที่สุด ในบางสังคมถ้าพบหลักฐานว่ามีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศเดียวกัน ถือเป็นความผิดทางอาญาต้องรับโทษรุนแรง[4] บางประเทศมีโทษสูงสุดถึงประหารชีวิต สำหรับสังคมไทยแม้ไม่ได้มีบทลงโทษทางอาญา แต่ภายใต้กรอบการควบคุมเพศภาวะ สังคมไทยจึงมีวิธีอื่นจัดการคนรักเพศเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการมองข้าม ไม่พูดถึง ไม่สนใจ และก็ยังคงมีการเลือกปฏิบัติต่อเพศที่สามอยู่ตลอดเวลา ดังปรากฏเป็นข่าวอยู่เนืองๆ ตามหน้าหนังสือพิมพ์ จนเป็นกรณีร้องเรียนต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติหลายกรณี

ความสนใจเรื่องเพศวิถีที่แตกต่างไม่ว่าจะเป็นในทางบวกหรือทางลบ ล้วนเป็นสิ่งใหม่ที่เพิ่งจะปรากฏให้เห็นประปราย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องติดตามดูกันต่อไป การวิเคราะห์เรื่องนี้ควรจะให้ความสนใจพลวัตระหว่างเพศภาวะและเพศวิถี การศึกษาเรื่องเพศภาวะในสังคมไทยโดยมองข้ามมิติเรื่องเพศวิถีจะทำให้เราได้ความรู้ความเข้าใจที่ไม่สมบูรณ์ และการศึกษาเรื่องเพศวิถีโดยไม่คำนึงถึงเรื่องเพศภาวะก็จะสร้างความรู้ที่ตกๆ หล่นๆ เช่นเดียวกัน

เมื่อสังคมไทยคิดว่าผู้ชายควรมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน แต่ผู้หญิงไม่ควรมี สิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตก็คือ ผู้ชายไทยส่วนใหญ่จะ "ขึ้นครู" กับหญิงบริการ แต่เมื่อเอดส์ระบาดเป็นต้นมา งานวิจัยจำนวนมากรายงานตรงกันว่า เซ็กส์ครั้งแรกของเยาวชนชายส่วนใหญ่คือ เซ็กส์กับคู่รัก หรือกับเพื่อน หรือกับคนรู้จัก (ดูรายละเอียดในบทที่ 3, และดูกฤตยา และกนกวรรณ 2551) ท่ามกลางสถานการณ์ดังกล่าวนี้ ผลกระทบสืบเนื่องคือปัญหาสุขภาวะทางเพศที่ผู้หญิงมักต้องเผชิญตามลำพัง นั่นคือ การท้องไม่พร้อม การทำแท้งเถื่อน การทอดทิ้งเด็ก และอัตราการติดเชื้อเอดส์ของเยาวชนหญิงสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาความรุนแรงทั้งเชิงโครงสร้างและเชิงวัฒนธรรม (มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง 2549)

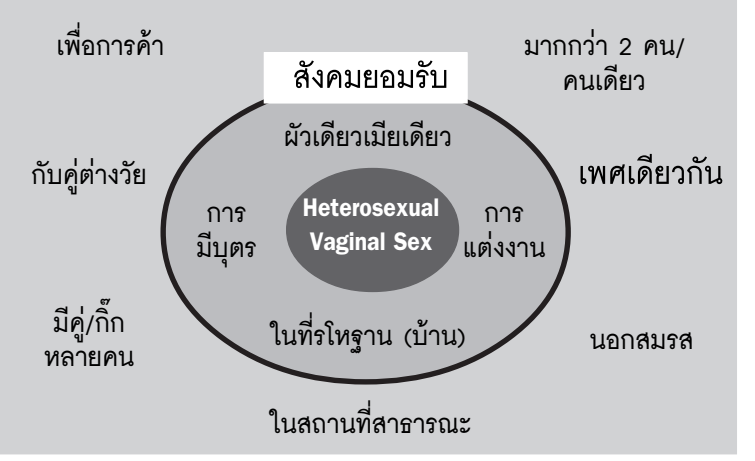
---

[4] ตัวอย่าง ประมวลกฎหมายอาญาของประเทศเคนยา มาตราที่ 162 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ตกค้างมาจากช่วงที่เคนยายังเป็นรัฐอาณานิคมของเครือจักรภพอังกฤษ มีบทลงโทษการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคนเพศเดียวกันว่าคือ "การเสพสังวาสที่ขัดต่อการร่วมประเวณีที่เป็นไปตามธรรมชาติ" โดยโทษจำคุกสูงถึง 14 ปี (อ้างใน Cynthia Rothschild 2000)

ถ้าเรามองในเชิงแนวคิด มีการพูดกันมากขึ้นว่า เรารับแนวคิดเรื่องเพศแบบวิคตอเรียนมาจากอังกฤษที่มุ่งควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิง โดยเริ่มต้นในราวรัชกาลที่ 5 แล้วก็ยังใช้มาจนถึงปัจจุบัน ต่อประเด็นนี้ ธาวิต (2542) ชี้ว่า ความเชื่อว่าผู้หญิงไทยต้องอ่อนแอ รักนวลสงวนตัว มีฐานะเป็นผู้ตาม และ "ถูกกดขี่" ด้วยประเพณีมีฐานะและอำนาจต่ำต้อยกว่าผู้ชายตลอดประวัติศาสตร์นั้น เป็นเรื่องไม่จริง **ภาพผู้หญิงที่ดูไร้สิทธิและอ่อนด้อยอย่างที่เข้าใจและเห็นกันอยู่ในปัจจุบันนั้น เป็นสิ่งที่เพิ่งมีมาไม่นานนัก เป็นภาพลักษณ์ของหญิงจีนปนฝรั่งที่เข้ามามีอิทธิพลในสังคมไทยเมื่อต้นกรุงรัตนโกสินทร์นี่เอง**

ในสังคมตะวันตก มีนักคิดสตรีนิยมชื่อ เกล รูบิน (Gale Rubin 1993) ได้วิเคราะห์วิธีคิดของกระแสจารีตในตะวันตกเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ชอบธรรม (legitimate sex) ที่ฝังอยู่กับระบบคุณค่าเรื่องเพศ โดยสังคมได้จัดแยกไว้เสร็จสรรพว่า เพศสัมพันธ์อย่างไรจึงเรียกว่า ดี ปกติ เป็นธรรมชาติ และแบบใดเป็นสิ่งที่เลว ผิดปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ (ดูรูป 1 และ 2)

**รูป 1 เรื่องเพศที่ชอบธรรม**




ที่มา : ปรับจาก Gale Rubin 1993.

**รูป 2 ระบบคุณค่าเรื่องเพศ**

| ดี, ปกติ, ธรรมชาติ | เลว, ผิดปกติ, ไม่ธรรมชาติ |
|---|---|
| • ความสัมพันธ์ต่างเพศ | • ความสัมพันธ์ในเพศเดียวกัน |
| • เพศสัมพันธ์ในการแต่งงาน | • เพศสัมพันธ์นอกการแต่งงาน |
| • ผัวเดียวเมียเดียว | • เพศสัมพันธ์กับคนมากกว่าหนึ่งคน |
| • เพศสัมพันธ์เพื่อการสืบสายพันธุ์ | "สำส่อน" (Promiscuous) |
| • ไม่เป็นไปเพื่อการค้าการแลกเปลี่ยนใด ๆ | • เพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการสืบสายพันธุ์ |
| • เป็นคู่ | • เพศสัมพันธ์เพื่อการค้า |
| • เพศสัมพันธ์ที่มีการสร้างความสัมพันธ์ | • เพศสัมพันธ์กับตนเองหรือกับคน |
| มาก่อน | หลายคน เป็นกลุ่ม |
| • ความสัมพันธ์ในกลุ่มวัยเดียวกัน | • เพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวย |
| • เพศสัมพันธ์ในที่รโหฐาน | • เพศสัมพันธ์ต่างวัยกันมาก ๆ |
| • ไม่ใช้เครื่องกระตุ้นเร้าทางเพศ | • เพศสัมพันธ์ในที่สาธารณะ |
| (No pornography) | • ใช้เครื่องกระตุ้นเร้าทางเพศ |
| • เพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้เครื่องมือเข้า | • เพศสัมพันธ์ที่ใช้เครื่องมือเข้าช่วย |
| มาช่วย ใช้แค่ร่างกายเท่านั้น | (With manufactured objects) |
| • เพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ | • เพศสัมพันธ์แบบไม่ใช้การสอดใส่ |
| (Vanilla — missionary) | เช่น SM (Sadomasochist) |

ที่มา : ปรับจาก Gale Rubin 1993.

โดยสรุปก็คือ เรื่อง*เซ็กส์ที่สังคมยอมรับได้* คือ ผัวเดียวเมียเดียว เซ็กส์ในการแต่งงานและเพื่อการเจริญพันธุ์ เซ็กส์ในที่ส่วนตัวลับตาคน ส่วน*เซ็กส์ที่สังคมประณาม* คือ เซ็กส์กับคนมากกว่า 1 คน เซ็กส์กับเพศเดียวกัน เซ็กส์นอกการแต่งงาน มีคู่มีกิ๊กหลายคน เซ็กส์กับคู่ต่างวัย เซ็กส์เพื่อการแลกเปลี่ยนไม่ว่าจะเพื่อเงินหรือการตอบแทนอื่นๆ มีเซ็กส์ในที่ที่คนอื่นมองเห็นได้ การใช้เครื่องกระตุ้นเร้าทางเพศ เซ็กส์ที่ใช้เครื่องมือเข้ามาช่วย พวก sex toy ต่างๆ

ท่วงท่าในการมีเซ็กส์ระหว่างชาย-หญิง ก็ยังถูกให้คุณค่าว่าแบบใดจึงจะดี ปกติ และเป็นธรรมชาติ ที่ถูกต้องคือ ต้องเป็นเซ็กส์ระหว่างชาย-หญิงแบบมีการสอดใส่ และเป็นท่าที่ผู้หญิงอยู่ข้างล่างผู้ชายอยู่ข้างบน เพราะฉะนั้นเพศสัมพันธ์ที่ผู้หญิงอยู่ข้างบน ที่เรียกว่า woman on top ในยุคหนึ่งสมัยหนึ่งก็ถูกมองว่าไม่ดี ผิดปกติ ไม่ธรรมชาติเหมือนกัน ในกลุ่ม S&M (Sado-Masochist) คือ คนที่มีรสนิยมทางเพศที่คนหนึ่งต้องทำให้อีกคนหนึ่งเจ็บปวด อีกคนหนึ่งอยากจะถูกทำให้เจ็บปวด ถ้าเมื่อไรที่ S กับ M มาเจอกันก็มีความสุข อย่างนี้แล้วในเชิงการให้คุณค่าเรื่อเพศก็มองว่ามันเลว ผิดปกติ ไม่ธรรมชาติ

ระบบคุณค่าเรื่องเพศที่เกล รูบิน วิเคราะห์ให้เห็นนี้ ว่าไปแล้วก็สอดคล้องกับข้อห้ามเรื่องเพศในสังคมไทยหลักๆ น่าจะเป็นเพราะเราก็นำระบบคุณค่าเรื่องเพศจากแนวคิดเก่าของตะวันตกมาใช้กล่อมเกลาคนไทยนับตั้งแต่รัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา แต่การลงหลักปักฐานของความคิดการควบคุมเพศภาวะและเพศวิถี สันนิษฐานว่าน่าจะมาพร้อมๆ กับลัทธิชาตินิยมไทยที่ก่อตัวขึ้นในรัชกาลที่ 6 และถูกทำให้เข้มข้นมากขึ้นในช่วงยุคสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ที่สร้างประวัติศาสตร์ชาติด้วยการใช้วัฒนธรรมแบบไทยนิยม กำหนดให้คนในชาติมี "ความเป็นไทย" เหมือนๆ กัน โดยเฉพาะการประกาศนโยบายรัฐนิยม 12 ฉบับ ช่วง พ.ศ. 2482-2485[5] และทั้งแนะนำแกมข่มขู่ให้คนไทยทำอะไรหลายอย่างที่คิดว่าเป็น "อารยะแบบตะวันตก" เช่น เลิกนุ่งโจงกะเบน เลิกกินหมาก สวมหมวกเมื่อออกจากบ้าน และให้ผัวจูบลาเมียตอนเช้าก่อนไปทำงาน เป็นต้น

การสร้าง "ความเป็นไทย" แบบหนึ่งเดียวนี้ ส่งผลต่อความเชื่อที่กำกับแบบแผนพฤติกรรมระหว่างเพศ โดยเฉพาะค่านิยมรักนวลสงวนตัวของผู้หญิง และประสบการณ์ทางเพศของผู้ชาย ดังที่มีงานวิจัยสรุปว่า เยาวชนของไทยเชื่อว่าการรักนวลสงวนตัวคือ "ความเป็นไทย" อย่างหนึ่งต้องรักษาไว้ (กฤตยา และกุลภา 2551) และความหมายของ *"ผู้หญิง"* สำหรับรัฐชาติไทย คือ ให้ยึดมั่นในอัตลักษณ์ของความเป็น *"เมีย"* และ *"แม่"* ที่ดี (สายชล 2548)

เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2550 ผู้เขียน (กฤตยา) ทดลองนำเรื่องนี้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนความเห็นกับคนทำงานในสถานศึกษาเรื่องเพศศึกษา และผู้ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ โดยให้ช่วยกันเขียนว่า มีเรื่องเพศอะไรบ้างที่สังคมบอกว่า "จงทำ" กับ "อย่าทำ" หรือ "Do and Don't เรื่องเพศในสังคมไทย" ได้ผลโดยสรุปสอดคล้องกับระบบคุณค่าเรื่องเพศที่เกล รูบิน วิเคราะห์ไว้ ดังตารางที่อยู่ในภาคผนวกท้ายบทความนี้

---

5 รัฐนิยม 12 ฉบับที่ประกาศใช้สมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้แก่ 1. เรื่องการใช้ชื่อประเทศ ประชาชน และสัญชาติ (24 มิ.ย. 2482) 2. เรื่องการป้องกันภัยที่จะบังเกิดแก่ชาติ (3 ก.ค. 2482) 3. เรื่องการเรียกชื่อชาวไทย (2 ส.ค. 2482) 4. เรื่องการเคารพธงชาติ เพลงชาติ และเพลงสรรเสริญพระบารมี (8 ก.ย. 2482) 5. เรื่องให้ชาวไทยพยายามใช้เครื่องอุปโภคบริโภคที่มีกำเนิดหรือทำขึ้นในประเทศไทย (1 พ.ย. 2482) 6. เรื่องทำนองและเนื้อร้องเพลงชาติ (10 ธ.ค. 2482) 7. เรื่องชักชวนให้ชาวไทยร่วมกันสร้างชาติ (21 มี.ค. 2483) 8. เรื่องเพลงสรรเสริญพระบารมี (26 เม.ย. 2483) 9. เรื่องภาษาและหนังสือไทยกับหน้าที่พลเมืองดี (24 มิ.ย. 2483) 10. เรื่องการแต่งกายของประชาชนชาวไทย (15 ม.ค. 2484) 11. เรื่องกิจประจำวันของคนไทย (8 ก.ย. 2484) 12. เรื่องการช่วยเหลือคุ้มครองเด็ก คนชรา หรือคนทุพพลภาพ (28 ม.ค. 2485)

## 3. เซ็กส์สมัยใหม่และเพศวิถี: การตอบโต้ต่อกระแสจารีตเรื่องเพศ

การใช้คำว่าการตอบโต้ในที่นี้ ไม่ได้หมายถึงเป็นขบวนการ หรือมีการรวมตัวกัน แต่เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคม เพราะแน่นอนว่าสังคมไทยในวันนี้ วันที่มีโทรศัพท์มือถือ มีอินเตอร์เน็ตใช้กันอย่างมากมาย แล้วก็ใช้กันได้ง่าย เมื่อเทียบกับเมื่อ 10 ปีที่แล้วที่ไม่มีอินเตอร์เน็ต และมือถือก็ยังแพงมากอยู่ แล้วเทียบกลับไปเมื่อ 30 ปีที่แล้ว ที่ไม่มีทั้งมือถือไม่มีทั้งอินเตอร์เน็ต บริบทที่ว่านี้รวมถึงกระแสบริโภคนิยม การขยายตัวของสื่อโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็คทรอนิกส์ การระบาดของเอดส์ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา และการเกิดวัฒนธรรมย่อยในกลุ่มคนต่างๆ แน่นอนว่าบริบทเหล่านี้มีผลต่อวิถีชีวิตทุกด้าน รวมทั้งต่อวิถีชีวิตเรื่องเพศด้วย ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดการเปิดพื้นที่ให้คนคุยเรื่องเพศอย่างกว้างขวางแบบไร้ขีดจำกัด ผู้คนสามารถสร้างจินตนาการเรื่องเพศ เรียนรู้เรื่องเพศ มิใช่จากสถาบันหลักๆ ในสังคมอย่างแต่ก่อน

**กระแสเหล่านี้จะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจมันไป "ลดทอน" ความแข็งแรงของเพศวิถีกระแสจารีต ทำให้เกิดสภาวการณ์ "ปลดปล่อยความเชื่อจากเพศวิถีกระแสจารีต"** เพราะความรู้และข้อมูลเรื่องเพศที่ส่งผ่านและเสพกันในสังคมทุกวันนี้ โดยคนไทยทุกรุ่นทุกชนชั้น เป็นความรู้เรื่องเพศชุดใหม่ที่ต่างไปจากเดิม ซึ่งอาจทำให้เราคงต้องขบคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่องเพศภาวะในสังคมไทยได้บ้างไม่มากก็น้อย

ตัวอย่างชัดๆ เช่น เรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนที่กลายเป็นเรื่อง "ปกติ" ไปแล้วในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา แต่ "ไม่ปกติ" เลยในสายตาของพ่อแม่ ครู อาจารย์ และเจ้าหน้าที่รัฐที่มีหน้าที่เฝ้าระวังวัฒนธรรมเรื่องเพศ รวมทั้งเรื่องวัยรุ่นหญิงสะสมประสบการณ์การ "ฟันผู้ชาย" จนถึงการเกิดทัศนะที่มองเรื่องเพศเปลี่ยนไปว่าเป็นเรื่องที่ดี สวยงาม และรื่นรมย์ ควรต้องใส่ใจและหาความสุขจากมันได้ ซึ่งเรื่องประเภทนี้นิตยสารรายปักษ์หรือรายเดือน ทั้งหัวไทย และหัวนอก มักนำเสนออยู่เนืองๆ การแนะนำว่าจะให้ชีวิตทางเพศมีสุขได้ควรต้องทำอย่างนั้นทำอย่างนี้ รวมทั้งตัวอย่างจากเรื่อง sex is good ในภาคผนวกของบทความนี้ กล่าวถึงข้อดีของการมีเซ็กส์ถึง 11 ประการ ที่ทำให้สุขภาพกายและใจดีขึ้น

โฆษณาและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆได้สร้างการรับรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับร่างกายและอวัยวะต่างๆ ของผู้หญิงกับผู้ชาย สิ่งเซ็กซี่ในร่างกายของผู้หญิงไม่ใช่แต่เพียงหน้าอก ต้นขา ร่องอก อีกต่อไป แต่เป็นทั้งตัวทุกอณูของร่างกาย และยิ่งไปกว่านั้น กิริยาท่าทาง เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย ล้วนแต่เป็นสิ่งเสริมและปรุงแต่งเจตจำนงทางเพศของผู้หญิง ทักษะความรู้เรื่องเพศมีให้หาอ่านได้ทั่วไป และเป็นสิ่งที่ผู้หญิงโดยเฉพาะชนชั้นสูงและชนชั้นกลางในเมืองต้องอ่านต้องมีความรู้

สิ่งใหม่ที่เริ่มปรากฏคือ การเพาะบ่มรสนิยมทางเพศของผู้หญิงให้สามารถชื่นชมเนื้อตัวและร่างกายของผู้ชายได้อย่างเปิดเผย แต่เดิมผู้หญิงกลุ่มที่สามารถแสดงความชื่นชมผู้ชายที่ไม่ใช่สามีได้อย่างเปิดเผย จะเป็นกลุ่มผู้หญิงประเภทสาวแก่แม่หม้ายเท่านั้น ในยุคปัจจุบัน กระแสเพศวิถีได้เปิดช่องทางใหม่ๆ ให้ผู้หญิงสำรวจและสร้างสมประสบการณ์และค่านิยมเรื่องเพศ กระแสเรื่อง metro sexual ดูจะเปิดช่องทางการค้าเกี่ยวกับสิ่งประทินร่างกายและความเป็นชายของผู้ชายให้สามารถเพาะบ่มเรือนร่างและการแต่งกายให้เซ็กซี่ได้ และทำร่างกายของผู้ชายเป็นวัตถุให้ผู้หญิง (และผู้ชาย) ได้ชื่นชม ในขณะเดียวกันเราก็เห็นว่าสังคมแฟชั่นเริ่มให้พื้นที่กับการนำเสนอเสน่ห์ทางเพศในร่างกายของผู้ชายให้ผู้ชายชื่นชม แต่พื้นที่สำหรับผู้หญิงชื่นชมเสน่ห์ทางเพศในร่างกายของผู้หญิงจากมุมมองผู้หญิงยังคงไม่ปรากฏ

พื้นที่สำหรับผู้หญิงยังคงจับคู่ผู้หญิงกับผู้ชาย กระแสเพศวิถีปัจจุบันได้สร้างชุดพฤติกรรมใหม่ให้กับผู้หญิงจำนวนหนึ่งที่รับเอาเรื่องการปรุงแต่งรูปลักษณ์ให้เซ็กซี่ความสามารถและทักษะทางเพศเป็นสาระหลักในชีวิตประจำวัน เราจะพบผู้หญิงกลุ่มนี้ได้ตามสถานศึกษา หรือกลุ่มที่อายุน้อย และกลุ่มที่ฝังตัวเองไว้ในกระแสบริโภคนิยม การก่อตัวของผู้หญิงกลุ่มนี้เหมือนจะเหมาะเจาะกับกลยุทธ์ทางการค้าการโฆษณาใหม่ๆ ที่สร้างภาพ ผู้หญิงทันสมัยให้เป็นผู้หญิงที่มีมโนทัศน์เกี่ยวกับเนื้อตัวและร่างกายของตัวเอง ต่างไปจากค่านิยมเรื่องเพศและเพศภาวะที่ส่งผ่านสถาบันหลักในสังคม

**เพศวิถี เนื้อตัว และร่างกาย** เป็นเสมือนอุปกรณ์หรือปัจจัยในการดำรงชีวิตที่ไม่ได้ผูกติดอยู่กับค่านิยมเรื่องการเป็นผู้หญิงดีหรือไม่ดีอีกต่อไป ปรากฏการณ์หรือช่องทางอาชีพของสาวพริตตี้ สาวโคโยตี้ สาวถ่ายรูปปฏิทินโป๊ อัลบั้มโป๊ ฯลฯ เป็นปรากฏการณ์ที่ดูเหมือนสมัยใหม่ แต่สาระไม่น่าจะต่างไปจากปรากฏการณ์เรื่องนางงาม เมียน้อย และสาวหางเครื่อง ที่ใช้เรือนร่างและทักษะทางเพศเป็นส่วนหนึ่ง ในการประกอบอาชีพและชีวิตประจำวัน สิ่งที่อาจจะแตกต่างไปอยู่บ้าง ก็จะเป็นมิติทางชนชั้นที่แต่เดิมนางงาม เมียน้อย และหางเครื่องมักจะเป็นกลุ่มหญิงชนบทอายุน้อย วันนี้สาวพริตตี้ สาวโคโยตี้ ฯลฯ มักจะเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาอยู่ในเขตเมือง (แม้บ้านเดิมอาจจะมาจากชนบท)

พฤติกรรมทางเพศของหญิงสาวกลุ่มโคโยตี้ และการสวิงกิ้ง เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกระแสปัจจุบันที่ค่อนข้างจะสุดขั้ว สำหรับผู้หญิงจำนวนมากแล้ว กระแสเพศวิถีใหม่เจาะไปที่เรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงกับเนื้อตัวและร่างกาย ศัลยกรรมความงามดูเหมือนจะเป็นศัลยกรรมและสินค้าเชิงเพศวิถีที่มีให้ผู้หญิงทุกกลุ่มทุกเหล่าได้บริโภคซื้อหากันอย่างถ้วนหน้า พร้อมไปกับการผลิตและจำหน่ายข้อมูลเรื่องเพศสัมพันธ์และเทคนิคทางเพศให้ผู้หญิงได้ซื้อหามาเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของตัวเอง

กลไกของธุรกิจโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็คทรอนิกส์ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศ ได้ขยายพื้นที่การสั่งสอนเรื่องเพศในสังคมไทยที่สถาบันทางสังคมไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน ฯลฯ ได้ปล่อยปละละเลยมานาน สื่อสมัยใหม่เหล่านี้ ไม่ควรถูกปฏิเสธหรือกันออกไปจากวาทกรรมของสังคมแต่อย่างใด อย่างน้อยข้อมูลที่แพร่หลายเหล่านั้น ได้ช่วยเปิดหูเปิดตาทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่ขาดความรู้และช่องทางเข้าถึงความรู้ จะได้ใช้ทบทวนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของตนเองให้เหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีภาพที่เห็นชัดเจนอื่นๆ เช่น การกล้าปรากฏมากขึ้นของคนรักเพศเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นทอม ดี้ เกย์ กะเทย และสาวประเภทสอง จนมีผู้คนออกมาแสดงความกังวลเนืองๆ ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ "ทำลายวัฒนธรรมไทย" สังคมไทยต้องมีความผิดปกติอะไรบางอย่าง จึงเป็นเหตุให้มีคนพวกนี้มากขึ้นมาก ความกังวลนี้เลยเถิดไปถึงว่า อีกหน่อยตลาดการแต่งงาน ระหว่างชาย-หญิง คงจะหดตัวลงไปเรื่อยๆ

## 4. เพศภาวะและเพศวิถีที่เปลี่ยนไป : ฤๅ กระแสจารีตเรื่องเพศจำจะต้องถอยร่น ?

ถ้าหากเราพิจารณาวัฒนธรรมมวลชน (ที่เจาะขายชนชั้นกลางและรวมถึงชนชั้นล่าง) เราน่าจะเห็นตรงกันบ้างว่ากระแสข้อมูลเรื่องเพศปัจจุบัน ดูเหมือนจะส่งผ่านค่านิยมใหม่เกี่ยวกับการเป็นผู้หญิงและผู้ชายในสังคมไทย จริตกิริยามารยาทแบบรักนวลสงวนตัวของผู้หญิงดูจะไม่ทรงพลังเหมือนเคย ความรู้ (และอาจรวมถึงประสบการณ์) เรื่องเพศสัมพันธ์ การแต่งกายที่เสริมจริตความงามและราคะ และศัลยกรรมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อเพิ่มเสน่ห์ทางเพศ ดูจะเป็นแฟชั่นกระแสหลัก สำหรับผู้ชายการซื้อประเวณีดูจะเป็นเรื่องตกสมัย แต่การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนสาวแบบชั่วครั้งชั่วคราวเป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายมากกว่า

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านการควบคุมเพศภาวะเข้าสู่กระแสเพศวิถีเช่นนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นนอกกรอบคิดเกี่ยวกับเพศภาวะแต่อย่างใด และความไม่เท่าเทียมระหว่างหญิงชายก็ยังอาจจะคงอยู่และทวีความเข้มข้นขึ้น คำถามที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์กระแสเพศวิถีปัจจุบัน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงในฐานะปัจเจกกับเนื้อตัวและร่างกายของตัวเอง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกรอบการควบคุมเพศภาวะที่แม้จะตกกระแส แต่ก็ไม่ได้จางหายไปเสียทีเดียวกับกระแสเพศวิถีปัจจุบัน **สิ่งที่น่าสนใจและพึงวิเคราะห์ในกระแสข้อมูลเรื่องเพศปัจจุบัน เห็นจะเป็นเรื่องของเพศภาวะ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงและชาย**

ประเด็นเรื่องความเซ็กซี่ของผู้หญิงได้รับการปั้นแต่งในแวดวงการโฆษณา การค้า และศัลยกรรมความงามให้เป็นสิ่งบันดาลใจสำหรับผู้หญิงในการเลือกซื้อของใช้ในชีวิตประจำวันและการดำรงชีวิต จากเดิมที่ผู้หญิงไทยต้องมีน้ำรูป น้ำคำ น้ำใจ น้ำมือ เพื่อผูกใจสามีอันเป็นที่รัก เราจะเห็นว่าร่างกายและความงามของผู้หญิงได้กลายเป็นสิ่งที่ผู้หญิงพึงปรุงแต่งเพื่อให้ผู้ชายหรือสังคมได้เสพ (ลองนึกภาพเนื้อหาโฆษณายาสระผม สาวผมยาวสลวยเดินสะบัดผมผ่านให้เป็นที่ต้องตาชายหนุ่ม และต้องใจหญิงสาวจำนวนมากให้อยากจำเริญรอยตาม) จะเป็นสินค้าประเภทใดก็ตาม เราจะเห็นว่าแกนหลักของเรื่องความรักและเสน่หาระหว่างหญิงกับชาย เริ่มจะมาทดแทนแกนหลักเรื่องความรักระหว่างพ่อแม่ลูก และผู้หญิงในบทบาทแม่กับเมีย

เจตจำนงเรื่องเพศสำหรับผู้หญิงที่ได้รับการเผยแผ่และเผยแพร่ ดูเหมือนจะเป็นการปรับปรุงจริตทางเพศเพื่อคนอื่นมากกว่าเพื่อตัวเอง ทักษะเรื่องเพศที่ผู้หญิงพึงมีและสะสมให้ชำนาญนั้นเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์อะไร เพื่อผูกใจคนรักและสามี หรือเพื่อตัวเอง ณ ตรงนี้ไม่มีคำตอบ แต่การศึกษาแบบเจาะลึกน่าจะให้ความกระจ่างได้ไม่มากก็น้อย

**คนไทยรุ่นอายุน้อยดูเหมือนจะติดกับอยู่ในโลกสองโลก ระหว่างโลกในครอบครัวและโรงเรียนที่การให้ความรู้เรื่องเพศมีอยู่อย่างจำกัดจำเขี่ยหรือไม่มีเลย** แต่ยังมุ่งปลูกฝังและกำกับพฤติกรรมผ่านกรอบการควบคุมเพศภาวะกับโลกของการโฆษณาและการบันเทิงเริงรมย์ ที่เร่งกระตุ้นให้ปัจเจกแสดงและเสพเรื่องเพศ โดยเริ่มจากการปรุงแต่งเนื้อตัว จริตกิริยา และทักษะในเรื่องเพศและกามารมณ์อย่างเต็มที่

ในสองพื้นที่นี้เราอาจมองได้ว่า จากรูปโฉมภายนอก เราได้ผู้หญิงไทยที่ทันสมัย ที่มีความสัมพันธ์กับเนื้อตัวและร่างกายต่างไปจากค่านิยมไทยแบบเก่า (ยุคประชาธิปไตยเริ่มต้น) ที่เห็นเนื้อตัวร่างกายของ "ผู้หญิงดี" ให้เป็นสิ่งต้องปกปิด มาสู่ผู้หญิงที่เห็นเนื้อตัวร่างกายของตนเองเป็นสิ่งที่ต้องเปิดเผยและปรับแต่งให้สุดเซ็กซี่

ขณะเดียวกันความรู้ความเข้าใจของผู้หญิงเกี่ยวกับเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศก็ยังคงมีอยู่อย่างจำกัดจำเขี่ย แม้จะมีข้อมูลข่าวสารให้หาอ่านได้มากมาย แต่การจะก้าวข้ามจิตสำนึกเกี่ยวกับเรื่องความเป็นหญิงไทยที่ดี เมื่อต้องมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักแล้ว ผู้หญิงจำนวนมากต้องตอบคำถามของตัวเอง และใช้ความพยายามและความกล้าหาญอย่างมากที่จะแสวงหาความสุขทางเพศจากคู่ของตน (จะเป็นคู่ขั่วคราวหรือคู่ถาวรก็ตาม) เพราะเหตุใด

**ข้อมูลความรู้เรื่องเพศและเพศสัมพันธ์ที่แพร่หลายในสังคมไทย ยังเป็นข้อมูลที่ "ไม่ไทย" อย่างเต็มที่นั่นคือ เป็นข้อมูลแปลที่ภาษาและท่วงทำนองเต็มไปด้วยกลิ่นนมเนย** เป็นข้อมูลที่เขียนจากมุมมองของผู้ชาย (ผู้เขียนคอลัมน์จำนวนมากเป็นผู้ชาย) ที่บางครั้งไม่ได้นำเสนอประเด็นปัญหาและความขัดข้องใจที่ผู้หญิงเผชิญเมื่อเข้าร่วมในกิจกรรมทางเพศ ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลเรื่องเพศที่มีอยู่ก็ได้รับการแต่งสรรให้เป็นข้อมูลสำหรับสาวสมัยใหม่ ชนชั้นกลางและชั้นสูงเสพ มากกว่าจะเป็นข้อมูลสำหรับคนเดินดินธรรมดา **ผู้หญิงหาเช้ากินค่ำจำนวนมากก็ยังคงไม่มีช่องทางเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศและเพศสัมพันธ์ที่มีอยู่** ยิ่งไปกว่านั้นแล้วเราจะพบว่าในแวดวงการกระจายข่าวสารเรื่องเพศวิถีนี้ **เราไม่มีการสร้าง role model ใหม่ เรื่องราวของผู้หญิงคนจริงเสียงจริงที่ออกมาพูดถึงประสบการณ์ทางเพศของตัวเอง และการรับรู้เกี่ยวกับเนื้อตัวและร่างกายของตนในกรอบใหม่ ที่นำเสนอให้เห็นว่า การเป็น "ผู้หญิงดี" และการแสวงหาความสุขทางเพศเป็นสิ่งที่คู่กันได้**

เรื่องเพศกับผู้หญิงที่แพร่หลายมักจะเป็นเรื่องราวของผู้หญิงที่ตกเป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศ ผู้หญิงที่สามารถดำรงตัวให้เป็นแม่เป็นเมีย โดยไม่มีการอ้างถึงมิติเรื่องเพศสัมพันธ์และความต้องการและการแสวงหากามรสในพื้นที่ส่วนตัว ขณะเดียวกันเราก็จะพบการเผยแพร่เรื่องราวทางเพศของดารานักร้องและคนดังในสังคมในเชิงที่ประณาม เสียดสี และตีตรา (เช่น บทความของซ้อเจ็ด) เป็นกระแสใหม่มาแรง แต่ก็อีกเช่นกันภาพผู้หญิงที่แสวงหาความสุขสมทางเพศ ก็จะเป็นการนำเสนอไปในเชิงประณามหยามหยัน เป็นเรื่องของผู้หญิงกลุ่มพิเศษมากกว่าที่จะทำให้เห็นว่าเป็นภาพสะท้อนของผู้หญิงทั่วไปในสังคม

แม้แต่เรื่องเพศและประสบการณ์ทางเพศของผู้ชายก็ยังคงเป็นสิ่งที่ไม่ได้เปิดเผยมากมายนักในพื้นที่สาธารณะ และการยอมรับพฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคนและเพศสัมพันธ์เสรีของผู้ชายก็เหมือนจะได้รับการยอมรับอย่างเงียบ ๆ อยู่เช่นเคย

**ในส่วนของเพศวิถีกลุ่มรักเพศเดียวกัน** ที่แม้จะปรากฏให้เห็นเป็นกลุ่มก้อนทางสังคม และวิถีชีวิตที่เห็นได้ชัดในชีวิตประจำวัน สังคมและสถาบันทางสังคมดูเหมือนจะเลือกที่จะตอบโต้กับปรากฏการณ์นี้โดยใช้กลยุทธ์ที่อาจจะต่างไปจากเดิมที่มองว่า การรักเพศเดียวกันเป็นเรื่องของบาปกรรมแต่ชาติปางก่อน มาเป็น "ผิดปกติ" การใช้วาทกรรมทางความรู้การแพทย์และวิทยาศาสตร์ (ที่ล้าสมัย) เป็นวาทกรรมกำหนดให้การรักเพศเดียวกันเป็นภาวะโรคทางจิตใจ และเป็นโรคร้ายทางสังคม เป็นแนวทางในการสร้างความชอบธรรมให้กับการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้รักเพศเดียวกัน และในบางครั้งก็ใช้วิธีการดั้งเดิม คือ มองข้ามการมีอยู่ของคนกลุ่มนี้ ผลที่เกิดขึ้นคือ กลุ่มสังคมเพศเดียวกันต้องพึ่งตัวเองในการแสวงหาความรู้เรื่องเพศ และใช้ความอดทนอดกลั้น เมื่อเพศวิถีที่แตกต่างของตนกลายเป็นประเด็นในโรงเรียน ที่ทำงาน และครอบครัว

**เหล่านี้เป็นข้อจำกัดในเรื่องข้อมูล คุณภาพของข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ และการเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศ เพศสัมพันธ์ และเพศวิถีในสังคมไทย**

ท่ามกลางข้อจำกัดเหล่านี้ เราคงต้องมองไปถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลในกิจกรรมทางเพศที่แต่ละคนได้เข้าเกี่ยวข้อง คงปฏิเสธไม่ได้ว่าแนวคิดเรื่อง "ผู้หญิงไม่ดี" นางวันทอง กากี และหญิงหลายผัว ยังคงฝังรากลึกอยู่ในสังคมไทย ความรู้และค่านิยมในสังคมไทยได้ผูกเจตจำนงเรื่องเพศกับความรู้และทักษะการมีเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงไว้กับผู้หญิงไม่ดี หญิงกลางเมืองมาข้านาน และผู้หญิงทั้งรุ่นอายุมากและรุ่นอายุน้อยต่างก็ได้รับการปลูกฝังเรื่อง "ความเป็นกุลสตรีไทย" ผ่านกลไกต่างๆ ในสังคมมาอย่างถ้วนหน้า แม้ผู้ชายเองก็ยังคงได้รับการสั่งสอนในเรื่องนี้

ด้วยเหตุนี้เราอาจจะคิดแบบชาวบ้านได้ไม่ยากนักว่า **จะมีผู้หญิงไทยและผู้ชายไทยจำนวนมากน้อยแค่ไหนที่สามารถก้าวข้ามกรอบคิดเรื่องผู้หญิงดีและผู้หญิงไม่ดี และแสวงหาความสุขทางเพศโดยไม่กังวลกับภาพลักษณ์ของตัวเองในสายตาของคู่รักและในสายตาของตัวเอง**

จำนวนผู้หญิงไทยที่สามารถหาความสุขทางเพศให้ตัวเองได้อย่างเต็มเปี่ยม และธำรงรักษาสุขภาพทางเพศของตัวเองได้อย่างเป็นเยี่ยม เช่น สามารถจะมีเพศสัมพันธ์นอกเหนือมายาคติและค่านิยมเรื่องเพศและสุขสมกับกิจกรรมทางเพศเหล่านั้นได้อย่างสมบูรณ์ รู้จักและสามารถต่อรองกับคู่รักได้ว่าเพศสัมพันธ์แต่ละครั้งควรจะมีในเงื่อนไขใด เมื่อไหร่ อย่างไร และแบบไหนที่จะเป็นที่พึงใจนั้น ไม่น่าจะมีจำนวนมากนัก เมื่อดูจากความรู้เรื่องเพศและวาทกรรมเรื่องเพศในสังคมไทย โดยเฉพาะในเรื่องความรู้สึกและมโนทัศน์ของผู้หญิงกับเนื้อตัวและร่างกายของตัวเอง ตัวตนและสถานะทางสังคมของตัวเอง และความรู้สึกและมโนทัศน์ของผู้ที่ร่วมรักด้วย

ถ้าหากว่าเราจะวิเคราะห์เรื่องเพศวิถีในสังคมไทยผ่านกรอบเรื่องเพศภาวะ คาดได้ว่ากระแสเพศวิถีที่ผลิตข้อมูลเรื่องเพศและกามรสในปัจจุบัน ดูเหมือนจะปลดปล่อยได้แต่เพียงร่างกายของผู้หญิงออกจากกรอบประเพณี แต่จิตใจของผู้หญิงยังคงติดในตรวนค่านิยมเรื่อง "ผู้หญิงดี" "ผู้หญิงไม่ดี" อย่างแข็งแรง และต้องตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของระบบการจัดสรรทรัพยากรในสังคมที่ใช้กรอบเรื่องเพศภาวะ "ผู้หญิงดี ผู้ชายดี" เป็นตัวชี้นำในการจัดระเบียบของสังคม

ทุกวันนี้ เราจะเห็นว่าการแบ่งงานกันทำระหว่างเพศ ภาระรับผิดชอบของผู้หญิงกับผู้ชายในครอบครัว ช่องทางความก้าวหน้าในที่ทำงาน โอกาสทางอาชีพของผู้หญิงกับผู้ชาย ระดับความเสี่ยงและอันตรายจากอาชญากรรมทางเพศที่ผู้หญิงต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน และการจัดสรรทรัพยากรในสังคมตามกรอบกระแสจารีต (เช่น การศึกษา ผู้หญิงท้องเป็นนักเรียนไม่ได้ นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้) เหล่านี้ดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนักจากเมื่อสมัย 30 ปีที่ผ่านมา ผู้หญิงจำนวนมากยังคงต้องแบกรับความรับผิดชอบผลพวงของเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และมีหน้าที่หลักเป็นทั้งแม่และเมีย จริยธรรมทางเพศที่มีอยู่ยังคงเป็นจริยธรรมทางเพศที่ถูกกำหนดบนความเชื่อของการเป็น "ผู้หญิงดี"

ในสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้นทั้งหมด คงจะไม่ผิดไปนัก ถ้าเราจะสรุปในเบื้องต้นว่า ได้มีการปรับเปลี่ยนเรื่องเพศ เพศวิถี และเพศภาวะในสังคมไทยไปอย่างมากมาย แต่ที่ไม่เปลี่ยนก็มีอยู่มากเช่นกัน **และสิ่งที่ดูเหมือนจะขาดหายไปในสังคมไทยคือ**

**(1) การสร้างเสริมจริยธรรมใหม่เรื่องเพศ ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องสุขภาวะทางเพศ เสรีภาพในการมีเพศสัมพันธ์ที่มาพร้อมความรับผิดชอบ และวุฒิภาวะที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ โดยเพศสัมพันธ์ทุกครั้งเกิดจากความสมัครใจ ปราศจากความรุนแรง และการบังคับ และ (2) การสร้างเครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการปลูกฝังความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและค่านิยมของสังคมและปัจเจกบุคคลได้ ซึ่งล้วนยังคงเป็นประเด็นที่ไม่ได้รับการใส่ใจมากนักทั้งในกระแสจารีต และกระแสตอบโต้**

---

## เอกสารอ้างอิง


กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธราวรรณ. 2551. *วิเคราะห์วิธีคิดวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา*. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 1 แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.

กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. 2551. "จินตนาการถึงความเป็นไทยในมิติที่หลากหลายวัฒนธรรม" ใน *จินตนาการความเป็นไทย*. กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. 2549. *แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ*. เอกสารอัดสำเนา.

ธาวิต สุขพานิช. 2542. *108 เรื่องที่หญิงไทยควรรู้ (แต่ไม่เคยรู้ เพราะหลงนึกว่ารู้ๆกันอยู่แล้ว)*. กรุงเทพฯ: พ็อพบุ๊คส์ พับบลิค

พริศรา แซ่ก้วย. 2545. *สถานะสตรีศึกษา: ชาตินิยมในสตรีศึกษาไทย รายงานความล้มเหลวในการทบทวนเอกสารสตรีศึกษาภาษาไทยระหว่าง พ.ศ. 2522-2542*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิยาลัยเชียงใหม่. หน้า 23-24.

สายชล สัตยานุรักษ์. 2548. *การสร้าง "ความเป็นไทยกระแสหลัก" และ "ความจริง" ที่ "ความเป็นไทย" สร้าง*. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเวทีวิจัยมนุษยศาสตร์ไทย ครั้งที่ 2. จัดโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว, 10-11 สิงหาคม 2548.

Gale Rubin. 1993. *Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality*. NewYork : Routledge.

Rothschild. Cynthia. 2000. "Introduction: `How Can There Be Names For What Does Not Exist?' " in *Written Out, How Sexuality is Used to Attack Women's Organizing*. Scott Long (Editor): 1-50. San Francisco: International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC) and the Center for Women's Global Leadership (CWGL).

# ภาคผนวก

**ข้อดีของการมีเซ็กส์ 11 ประการ ไม่อ่านไม่ได้เพราะมันเล่นแรง !!!**
**(ที่มา ไม่ทราบ ได้รับจากเมลส่งต่อ ๆ กันมา เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2550 — กฤตยา อาชวนิจกุล)**

คุณรู้หรือไม่ว่าผิวหนังสามารถบอกคุณได้ว่าคน ๆ นั้นกระตือรือร้นทางเพศหรือไม่ ขอว่าเป็นข้อ ๆ

1. เซ็กส์คือการบำรุงความงาม การทดลองทางวิทยาศาสตร์พบว่า ขณะที่ผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ เธอจะหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจน มาปริมาณมาก ซึ่งทำให้เส้นผมเป็นเงางามและผิวหนังนุ่มนวล
2. เพศสัมพันธ์ที่อ่อนโยนและผ่อนคลาย ช่วยลดการอักเสบทางผิวหนัง เช่น สิว และผื่นต่าง ๆ ได้ เหงื่อที่ไหลออกมาเป็นตัวชะล้างรูขุมขน ทำให้ผิวหนังผ่องใส
3. เพศสัมพันธ์ช่วยเผาผลาญแคลอรี่ที่คุณกินเข้าไปช่วงมื้อค่ำ
4. เซ็กส์คือการออกกำลังกายที่ปลอดภัยที่สุด มันทั้งช่วยยืดสาย และทำให้กล้ามเนื้อตึงในทุก ๆ ส่วนของร่างกาย อีกทั้งน่าสนุกกว่าวิ่งจ็อกกิ้ง หรือว่าว่ายน้ำสัก 20 เที่ยวเป็นไหน ๆ แถมไม่ต้องซื้อรองเท้ากีฬาแพง ๆ
5. เซ็กส์ช่วยลดความตึงเครียดได้ดี ยิ่งกิจกรรมทางเพศช่วยหลั่งสารเอนดอฟินในกระแสเลือด ทำให้คุณรู้สึกดีขึ้น
6. มีเซ็กส์บ่อย ๆ คุณยิ่งได้รับสารเคมีที่ชื่อ ฟีโรโมนส์มากยิ่งขึ้น
7. กลิ่นตัวที่ขับออกมาขณะที่มีความต้องการทางเพศ เป็นน้ำหอมที่ช่วยกระตุ้นให้เพศตรงข้ามคึกคักได้อย่างเหลือเชื่อ
8. จูบกันทุกวันลดอาการฟันผุ การจูบกระตุ้นต่อมน้ำลายให้ขับน้ำลายออกมาจึงช่วยชะล้างฟันของคุณให้สะอาด
9. เซ็กส์แก้ปวดหัว ตลอดกระบวนการทางเพศจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งไปปิดกั้นหลอดเลือดในสมองไว้
10. ร่วมเพศบ่อย ๆ ช่วยแก้อาการคัดจมูก เพราะเซ็กส์เป็นยาแอนตี้ฮิสตามีนจากธรรมชาติ แก้อาการแพ้ฝุ่นละออง ได้ดี
11. เซ็กส์เป็นยานอนหลับที่มีประสิทธิภาพดีกว่าแวเลี่ยมหลายเท่า คุณสามารถมีเซ็กส์เกิน 5 ครั้งในหนึ่งคืน

**ตารางแสดงข้อควรทำและข้อห้ามเรื่องเพศในสังคมไทย**
**(ผลจากการระดมความคิดในการอบรมเรื่องเพศวิถีและการปรับใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพทางเพศ**
**จัดโดย องค์การแพธ UNAIDS และกรมควบคุมโรค เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2550 จำนวน 2 กลุ่ม)**

| จงทำ ! | อย่าทำ ! |
|---|---|
| - ผู้หญิงอย่าหยุดสวย | - อย่าเอาผัวเพื่อน |
| - เป็นตัวของตัวเอง | - อย่าแสดงออกว่ามีความต้องการทางเพศ |
| - จู๋ต้องคู่กับจิ๋มเท่านั้น | - ชายไม่ควรสมสู่กับชาย |
| - รักเดียวใจเดียว | - เป็นผู้หญิงอย่านอนอ้าขา |
| - จงทำในสิ่งที่ชอบและไม่เบียดเบียนใคร | - อย่ามี sex ตอนแก่ |
| - เล่นกีฬาเถิด จะได้ไม่หมกหมุ่นเรื่องเพศ | - อย่ามี sex กับเด็ก (นักศึกษา) |
| - แต่งตัวมิดชิด | - อย่ามี sex กับเพศเดียวกัน |
| - ทำตัวใสซื่อในเรื่องเพศ | - อย่ามีคู่มาก / หลายคน |
| - เอาชนะใจตัวเอง | - อย่าจีบผู้ชาย |
| - รักษาศีล 5 | - อย่าตากชุดชั้นในที่เปิดเผย |
| - เข้าตามตรอกออกตามประตู | - อย่านุ่งสั้น รัดติ้ว |
| - อดเปรี้ยวไว้กินหวาน | - อย่ามีก๊ก |
| - แต่งงานมี sex ได้ | - อย่าเหยียบเรือสองแคม |
| - มี sex กับเพศตรงข้ามเท่านั้น | - อย่าหมกมุ่นในเรื่องเพศ |
| - ผู้ชายจงหาประสบการณ์ในเรื่องเพศ | - อย่าแสดงออกในเรื่องเพศอย่างโจ่งแจ้ง |
| - มีลูกเต็มบ้าน | เช่น กอด จูบ ฯลฯ |
| - ถือไม้เท้ายอดทอง กระบองยอดเพชร | - ผู้หญิงไม่ควรมีแฟนอายุน้อยกว่า |
| - ผู้หญิงต้องเป็นแม่ศรีเรือน | - อย่าสำส่อน |
| - พ่อแม่พูดคุยกับลูกเรื่องเพศได้ (เพื่อสอนลูก) | - อย่าชิงสุกก่อนห่าม |
| - มีเพศสัมพันธ์เมื่อต้องการแสดงความรัก | - อย่าอยู่ด้วยกันสองต่อสอง |
| เฉพาะคู่ของเราหรือคนที่เรารัก | - อย่ามีลูกก่อนเรียนจบ |
| - ควรมีเพศสัมพันธ์กับเพศใดเพศหนึ่งเท่านั้น | - ให้พร้อมก่อนแล้วค่อยมี sex |
| - พูดคุยกับเพศตรงข้ามในที่เปิดเผย | - อย่าให้ท่าผู้ชาย |
| - เรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว | - อย่าทำแท้ง |
| - รักเดียวใจเดียวควรมี Sex อยู่บนเตียง | - หญิงไม่ควรมี sex กับหญิง |
| และเวลากลางคืนเท่านั้น | - อย่ามีเพศสัมพันธ์เมื่อสุขภาพไม่ดี |
| - แต่งตัวให้ตรงเพศ | - อย่าเป็นนางวันทอง |
| - มีสามี/ภรรยา คนเดียว | - อย่าดูสื่อลามกอนาจาร |
| - ดูแลสามีอย่างดี (ทำอาหาร) | - อย่าเปลี่ยนคู่นอนบ่อย / มีก๊กหลายคน |
| - พยายามทำสิ่งที่ดีๆ ก่อนจะมี Sex กับสามี | - ไม่มีเพศสัมพันธ์เลย |
| - เอาใจใส่ครอบครัว | - อย่าดูหนังสือ สื่อต่างๆ เกี่ยวกับ Sex |

| จงทำ ! | อย่าทำ ! |
|---|---|
| - รักษากิริยามารยาท<br>- ทำตัวให้เรียบร้อยเป็นกุลสตรี<br>- รับผิดชอบต่อครอบครัว<br>- ให้เกียรติซึ่งกันและกัน<br>- มีความเชื่อมั่นต่อตนเองและฝ่ายตรงข้าม<br>- ผู้หญิงเป็นฝ่ายสนองตรวจเชื้อก่อนแต่งงาน<br>- อย่ามีคู่คนเดียว<br>- ทำความสะอาดหลังมีเพศสัมพันธ์<br>- ถามกันและกันถึงความพึงพอใจของการมี Sex<br>- ควรมีเพศสัมพันธ์หลังแต่งงาน<br>- พ่อแม่ควรเปิดใจคุยเรื่องเพศกับลูก<br>- มี Sex เมื่อพร้อม<br>- ใส่ถุงยางทุกครั้ง<br>- ไม่ทำร้ายภรรยา<br>- เชื่อฟังภรรยา<br>- ไม่มีเมียน้อย<br>- ควรช่วยตัวเองพอเหมาะ<br>- มีเพศสัมพันธ์ที่พอเหมาะ ดูกาลเทศะ<br>- ใช้ชีวิตคู่ให้อยู่ด้วยกันยาวนาน<br>- มีเพศสัมพันธ์เดือนละ 1 ครั้งก็พอแล้ว | - อย่าริรักในวัยเรียน<br>- อย่าให้ใครถูกเนื้อต้องตัว<br>- อย่าขึงสุกก่อนห่าม<br>- อย่าทำตัวกระโดกกระเดกเหมือนพ่อไม่อบรม<br>- อย่าไปในที่เปลี่ยวกับผู้ชาย/อย่าไปที่เปลี่ยวคนเดียว<br>- อย่าไว้ใจคนแปลกหน้า<br>- อย่าพูดคุยเรื่องเพศ<br>- ท้องก่อนแต่ง<br>- ผู้หญิงอย่าเริ่มก่อน (เรื่อง Sex) / ไม่ควรยั่วยวน เริ่มสะกิดหรือบอกคู่ว่ามีอารมณ์ทางเพศ<br>- เปิดเผยเนื้อตัว ร่างกาย (เฉพาะผู้หญิง) / อย่าแต่งตัวโป๊<br>- Oral Sex เป็นพวกผิดปกติ<br>- อย่าดู Web โป๊มากไป<br>- ละเลยกับการกระทำของตนเรื่องเพศกับบุคคลอื่น<br>- เด็กไม่ควรรู้เรื่องเพศ (ยังเด็กอยู่ เดี๋ยวโตขึ้นก็รู้เอง)<br>- อย่าเล่าประสบการณ์ทางเพศระหว่างเรา กับแฟนเก่าให้แฟนใหม่รู้<br>- มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย<br>- อย่ามีเพศสัมพันธ์กับคู่ของคนอื่น<br>- อย่ามีเพศสัมพันธ์ให้คนอื่นเห็น (แอบมี)<br>- อย่าแอบมีเพศสัมพันธ์ขณะเรียนอยู่<br>- มีเพศสัมพันธ์กับคู่มากกว่าหนึ่งคนในเวลาเดียวกัน / มีเพศสัมพันธ์แบบสวิงกิ้ง<br>- ถ้าเป็นผู้หญิงไม่ควรแสดงความสนใจอีกฝ่าย อย่างออกนอกหน้า<br>- อย่าแย่งสามีชาวบ้าน<br>- มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน<br>- สำส่อนทางเพศ<br>- มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมือนคนอื่น<br>- อย่าช่วยตัวเอง<br>- อย่าเข้าห้องน้ำผู้ชาย<br>- เอาเรื่องเพศมาพูดกัน |

# 7

# เพศศึกษาควรสอนอะไร

วรชัย ทองไทย
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
ชาย โพธิสิตา
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

*กมฺมุนา วตฺตตี โลโก กมฺมุนา วตฺตตี ปชา*
*โลก (คือสังคมมนุษย์) เป็นไปตามกรรม หมู่สัตว์เป็นไปตามกรรม*

## 1. ความนำ

*"กรรมในระดับสังคม ... กรรมในระดับนี้ ซึ่งเป็นกระแสร่วมกัน ที่มองเห็นง่ายๆ ก็คืออาชีพการงาน ซึ่งทำให้ทำให้หมู่มนุษย์มีวิถีชีวิตเป็นไปต่างๆ พร้อมทั้งกำหนดสภาวะและวิถีของสังคมนั้นๆ ด้วย*

*แต่กรรมที่ลึกซึ้งและมีกำลังนำสังคมมากที่สุดก็คือ มโนกรรม เริ่มด้วยค่านิยมต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวทางการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ตลอดจนกิจกรรมและวิธีการในการแสวงหาความสุขของเขา*

*แต่มโนกรรมที่มีกำลังอานุภาพยิ่งใหญ่ที่สุด ก็คือ ทิฏฐิต่างๆ ซึ่งรวมถึงทฤษฎี ลัทธินิยม อุดมการณ์ต่างๆ อันประณีตลึกลงไปและฝังแน่น แล้วกำหนดนำชะตาของสังคมหรือของโลกสร้างประวัติศาสตร์ ตลอดจนวิถีแห่งอารยธรรม เช่น ทิฏฐิที่เชื่อและเห็นว่ามนุษย์ชาติจะบรรลุความสำเร็จมีความสุขสมบูรณ์ด้วยการเอาชนะธรรมชาติ ซึ่งได้เป็นแกนนำขับดันอารยธรรมตะวันตกมาสู่สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน"*

*พระธรรมปิฎก (2544:208)*

คำกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัญหาหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ในสังคมปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นเรื่องที่มนุษย์ทุกคนมีส่วนร่วมทำให้เกิดขึ้นเองทั้งสิ้น ซึ่งเป็นไปตามกฎธรรมชาติคือ "กฎของความเป็นเหตุปัจจัย" ที่กล่าวว่า ผลย่อมเกิดมาจากสาเหตุและสิ่งแวดล้อม ไม่ได้เกิดขึ้นมาเองลอยๆ โดยไม่มีสาเหตุ และก็ไม่ใช่เพียงสาเหตุเดียว แต่ยังมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมอีกมากมายมาสนับสนุนด้วย ดังนั้น สังคมอันประกอบด้วยคนหมู่มากมารวมกัน ย่อมช่วยกันกระทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังที่เห็นกันอยู่

ความต้องการเอาชนะธรรมชาติเป็นต้นกำเนิดของวิทยาศาสตร์ ที่ก่อให้เกิดความเจริญทางวัตถุอย่างมากมายในปัจจุบัน แต่นักวิทยาศาสตร์หลายคนเริ่มคิดได้แล้วว่า มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติ ไม่ใช่เอาชนะหรือควบคุมธรรมชาติ เพราะความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถครอบคลุมถึงปัจจัยทุกๆ อย่าง ได้ครบถ้วน ซึ่งทำให้ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการแทรกแซงธรรมชาติ ไม่เป็นไปตามทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ที่คาดการณ์กันไว้ ทั้งนี้เพราะทฤษฎีทั้งหลายทั้งปวงในโลกที่ได้คิดกันมานั้น ยังไม่มีทฤษฎีใดเลยที่ไม่ถูกลบล้างในเวลาต่อมา

วิทยาศาสตร์มีแนวคิดแบบวัตถุนิยม[1] (materialism) คือถือเอาวัตถุเป็นหลักในการศึกษาโลกและชีวิต และความเป็นวิทยาศาสตร์อยู่ที่การสามารถที่จะพิสูจน์ได้ด้วยเหตุผล ซึ่งตรงกันข้ามกับแนวคิดเทวนิยม (theology) วิญญาณนิยม (spiritualism) หรือสมมุตินิยม (idealism) ที่ล้วนเป็นการสมมุติตามศรัทธาหรือตามใจใครนึก ที่พิสูจน์ไม่ได้ (ไมเคิล ไรท 2551) อย่างไรก็ตาม วิทยาศาสตร์จะสนใจศึกษามนุษย์แต่ในทางกายภาพเท่านั้น โดยละเว้นจิตใจ เนื่องจากวัดไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะมีศาสตร์ด้านจิตวิทยา แต่ก็ศึกษาในส่วนที่วัดได้หรือแสดงออกทางพฤติกรรมได้เท่านั้น

ปัจจุบันโลกถูกครอบงำด้วยความหลงผิด 3 ประการคือ เศรษฐกิจทุนนิยม บริโภคนิยม และปัจเจกนิยม ซึ่งค่านิยมทั้งสามนี้มีฐานคิดที่ไม่เป็นไปตามความเป็นจริงของธรรมชาติ จึงส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ในสังคมโลกปัจจุบัน รวมถึงประเทศไทยด้วย

พุทธศาสนานอกจากจะมีแนวคิดแบบวัตถุนิยมเช่นเดียวกันกับวิทยาศาสตร์แล้ว[2] ยังมีความเข้าใจมากกว่าวิทยาศาสตร์ในเรื่องของจิตใจมนุษย์ ซึ่งทางวิทยาศาสตร์ไม่สนใจและไม่มีความรู้ที่ลึกซึ้งเพียงพอ[3] พุทธศาสนาจึงมองมนุษย์ได้รอบด้านทั้งกาย วาจา และใจ นอกจากนี้พุทธศาสนายังสอนให้มนุษย์มองเห็นสิ่งต่างๆ ตามความจริงแท้ของธรรมชาติ ไม่ใช่เห็นตามที่มนุษย์สมมุติขึ้นมา ตลอดจนให้ปฏิบัติตนสอดคล้องกับความเป็นจริงของธรรมชาติอีกด้วย

เพศศึกษาซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์นั้น เป็นเรื่องที่ลงตัวอยู่แล้วในสังคมที่มีวัฒนธรรมอันเก่าแก่ยาวนานอย่างในสังคมไทย และวิชาเพศศึกษาก็ได้ถูกบรรจุไว้ในหลักสูตรของกระทรวง

---

1 ตามนิยามของนักปราชญ์ แต่คนทั่วไปมักให้คำนิยามว่า วัตถุนิยม คือ การหลงใหลในวัตถุ และสนใจแสวงหาแต่ทรัพย์สิน จนมีแต่ความเห็นแก่ตัว ไม่มีความเมตตาปรานี

2 พุทธศาสนากล่าวถึงแนวคิดวัตถุนิยมเป็นครั้งแรกในโลก ก่อนอริสโตเติลนักปราชญ์ชาวกรีกที่ศึกษาโลกโดยอาศัยวัตถุอย่างเดียวถึง 200 ปี (ไมเคิล ไรท 2551)

3 วิทยาศาสตร์รู้จักเพียงโรคทางกาย (physical disease) และโรคทางจิต (mental disease) ซึ่งทางพุทธศาสนาถือว่าเป็นโรคทางกาย แต่วิทยาศาสตร์ไม่รู้จักโรคทางวิญญาณ (spiritual disease) ซึ่งตรงกับโรคทางจิตในสมัยพุทธกาล (พุทธทาสภิกขุ 2549:8)

ศึกษาธิการมาเกือบ 30 ปีแล้วด้วย แต่สาเหตุที่เรื่องเพศยังเป็นปัญหาอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน ก็เป็นเพราะอิทธิพลของค่านิยมทั้งสามที่กล่าวแล้วข้างต้น ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น หนทางแก้ไขควรเป็นอย่างไร และเพศศึกษาควรจะสอนอะไร บทความนี้จะใช้แนวคิดในพุทธศาสนาตอบคำถามดังกล่าว

## 2. เพศศึกษา

เมื่อกล่าวถึงวิชา "เพศศึกษา" คนทั่วไปมักจะนึกว่าเป็นการสอนแต่เรื่อง "เพศสัมพันธ์" เท่านั้น ถึงกับตั้งข้อสังเกตว่า การพูดเรื่องเพศสัมพันธ์กับเด็ก เป็นการชี้โพรงให้กระรอก ทั้งๆ ที่วิชานี้สอนเรื่องอื่นๆ อีกมากนอกจากเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น บุคลิกภาพ มนุษยสัมพันธ์ ครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต วิธีฝึกและบริหารจิต มารยาทสังคม หลักธรรมของศาสนา สังคม และกฎหมาย เป็นต้น

เพศศึกษาได้ถูกบรรจุไว้ในหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการครั้งแรกในหลักสูตรฉบับ พ.ศ. 2521 โดยในระดับประถมศึกษาเนื้อหาจะแทรกอยู่ในกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต (สปช.) และในระดับมัธยมศึกษาสอดแทรกในกลุ่มวิชาสุขศึกษา สังคมศึกษา วิทยาศาสตร์ การงานและอาชีพ นอกจากนี้ยังมีบทเรียนชื่อ "ความรู้เรื่องเพศ" ในหนังสือเรียนวิชาสุขวิทยา ซึ่งเน้นเรื่องสุขวิทยาและสรีระวิทยาเป็นหลัก

ในปี พ.ศ. 2525 กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายส่งเสริมให้หน่วยงานเอกชนจัดโครงการเพศศึกษาทั้งในและนอกโรงเรียน โดยใช้ชื่อว่า "ชีวิตครอบครัวศึกษา" ซึ่งได้พัฒนาเป็นชุดการเรียนการสอนในทุกระดับชั้น ต่อมาได้ประกาศใช้ในหลักสูตรขั้นพื้นฐานกลุ่มวิชาสุขศึกษาและพลศึกษาฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อหลัก 6 เรื่อง คือ พัฒนาการทางเพศของมนุษย์ ความสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศ สุขอนามัยทางเพศ ทักษะที่จำเป็นต่อชีวิต และสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังได้จัดทำคู่มือการเรียนการสอนชุด "แนวทางในการส่งเสริมชีวิตและครอบครัวระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา" อีกด้วย ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ได้จัดทำคู่มือชุด "แนวทางให้การศึกษาเรื่องชีวิตและครอบครัวศึกษา: ขอบข่ายสาระตามระดับชั้น" (ศิรินันท์ 2547)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าเพศศึกษาจะได้พัฒนา[4] ปรับปรุงให้ทันสมัยตามกาลเวลา แต่ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นก็ยังไม่ได้ลดระดับลง ยิ่งไปกว่านั้นก็ยังไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติในทางลบของคนทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาได้ด้วย ทั้งนี้เพราะคำว่า "เพศศึกษา" ได้ถูกครอบงำโดยมิจฉาทิฏฐิ อันแสดงออกมาในรูปของเศรษฐกิจทุนนิยม บริโภคนิยม และปัจเจกนิยม ดังนั้น จึงสมควรที่จะกล่าวถึงความเห็นที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ก่อน

---

4 พัฒนาเป็นคำศัพท์ที่มีอยู่ในพุทธศาสนา อันหมายถึง ทำให้มนุษย์ดีขึ้น เจริญขึ้นทั้งในด้านกาย วาจา และจิตใจ โดยถือเอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง แต่ในปัจจุบันมักคิดถึงเพียงด้านวัตถุ โดยคำนึงถึงความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ นั่นคือ ถือเอาเศรษฐกิจเป็นศูนย์กลาง

## 3. มิจฉาทิฏฐิกับเพศศึกษา

### 3.1 เศรษฐกิจทุนนิยม

ปัจจุบันโลกถูกครอบงำด้วยเศรษฐกิจทุนนิยม ซึ่งมีมิจฉาทิฏฐิเป็นพื้นฐาน ความหลงผิดของเศรษฐกิจทุนนิยม เห็นได้ตั้งแต่ข้อสมมุติเบื้องต้นที่ใช้เป็นฐานคิดของเศรษฐกิจทุนนิยม ถ้าข้อสมมุติเบื้องต้นไม่ถูกต้องแล้ว ก็ไม่น่าแปลกใจว่า ทำไมทฤษฎีหรือสมมุติฐานที่ตามมา ถึงได้บิดเบี้ยว ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดปัญหาต่อสังคมมนุษย์แทนที่จะเป็นการพัฒนาสังคมให้ดีขึ้น

ข้อสมมุติแรกที่ไม่ถูกต้องนั้น อยู่ในคำนิยามของเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวว่า เศรษฐศาสตร์ คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยวิธีบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสนองความต้องการที่ไม่จำกัดของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ความต้องการของมนุษย์อันไม่จำกัดนี้ เป็นเพียงมิติหนึ่งของความต้องการเท่านั้น คือ ความต้องการที่เป็นอกุศล ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดจากความไม่รู้หรืออวิชชา กล่าวคือเป็นความต้องการสิ่งเสพปรนเปรอตนเองที่เรียกว่า ตัณหา[5] ความต้องการที่เป็นตัณหาย่อมไม่มีที่สิ้นสุด[6] และเป็นความต้องการที่จะบริโภคแต่เพียงอย่างเดียว

แต่ในความเป็นจริงตามธรรมชาติของมนุษย์นั้น ยังมีอีกมิติหนึ่งของความต้องการ คือ ความต้องการที่เป็นกุศล ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดจากความรู้หรือวิชชา คือ ความต้องการให้ชีวิตมีคุณภาพ ในพุทธศาสนาเรียกว่า ฉันทะ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ข) ผู้ที่มีความต้องการที่เป็นฉันทะนี้ จะมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป จึงพึงพอใจในการทำงาน ต้องการทำประโยชน์ให้แก่สังคมส่วนรวม รวมถึงรักษาดูแลสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นด้วย ส่วนความต้องการบริโภคของผู้มีฉันทะ ก็จะบริโภคด้วยสติ บริโภคอย่างพอดี จึงเป็นความต้องการบริโภคที่มีขอบเขตจำกัด

จากข้อสมมุติเบื้องต้นที่ไม่ถูกต้องนี้ ทำให้ทฤษฎีและสมมุติฐานต่างๆ ที่ตามมาของเศรษฐกิจทุนนิยมหรือเศรษฐกิจกระแสหลัก[7] พลอยไม่ถูกต้องไปด้วย ได้แก่ "มากดีกว่าน้อย" "การบริโภคเป็นสุข การทำงานเป็นทุกข์" รวมถึง "บริโภคมากมีความสุขมาก บริโภคน้อยมีความสุขน้อย" อันเป็นต้นตอของบริโภคนิยมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการบริโภคขนานใหญ่ โดยมีกระบวนการโฆษณาชวนเชื่อเป็นตัวสนับสนุน

### 3.2 บริโภคนิยม

บริโภคนิยมเกิดจากการส่งเสริมให้เกิดการบริโภคขนานใหญ่ของเศรษฐกิจทุนนิยม ที่เกิดจากความไม่เข้าใจในธรรมชาติที่แท้จริงของมนุษย์ เพราะมองเห็นมนุษย์แต่ในแง่ร้าย คือ เชื่อว่ามนุษย์โดยธรรมชาติ มักเกียจคร้าน

---

5 ตัณหา คือ ความอยากได้อยากเอา ประกอบด้วย รูปตัณหา (อยากได้รูป) สัททตัณหา (อยากได้เสียง) คันธตัณหา (อยากได้กลิ่น) รสตัณหา (อยากได้รส) โผฏฐัพพตัณหา (อยากได้การสัมผัสทางกายที่ดีๆ) ธัมมตัณหา (อยากได้อารมณ์ที่ดีๆ มาปรุงแต่งจิตใจ) (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก:190-191)

6 "นัตถิ ตัณหาสมา นที - แม่น้ำเสมอด้วยตัณหาไม่มี เพราะว่าแม่น้ำนั้น บางโอกาส บางเวลา มันยังมีเวลาเต็มได้ แต่ความต้องการของมนุษย์ไม่มีวันเต็ม" (พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ข:27)

7 เศรษฐศาสตร์กระแสรองอื่นๆ ได้แก่ เศรษฐศาสตร์แนวสังคมนิยม เศรษฐศาสตร์แนวพุทธ เป็นต้น

ไม่ชอบทำงาน แต่ที่ต้องทำงานก็เพราะมีความต้องการที่มากกว่าความต้องการพื้นฐาน[8]ตามธรรมชาติ ที่เป็นตัวบีบบังคับให้ต้องทำงาน ดังนั้น ถ้าปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติแล้ว มนุษย์ก็จะทำงานเพื่อพออยู่พอกินเท่านั้น แต่ถ้าต้องการให้มนุษย์ทำงานมากขึ้น ก็ต้องไปกระตุ้นที่ตัณหาของมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์มีความต้องการที่จะบริโภคมากยิ่งๆ ขึ้นไป ด้วยการโฆษณาชวนเชื่อให้เกิดค่านิยมที่ผิด เช่น พึงพอใจที่จะบริโภคอาหารขยะโดยถือว่าเป็นสิ่งโก้เก๋ ต้องใช้เครื่องนุ่งห่มราคาแพงเพื่อให้ทันสมัย หรือสร้างบ้านใหญ่โตเพื่อแสดงฐานะ เป็นต้น ค่านิยมเหล่านี้เกิดจากความเชื่อผิดๆ ที่ว่า ความสุขขึ้นอยู่กับการบริโภค ถ้าต้องการมีความสุขมากก็ต้องบริโภคให้มาก[9] การสนับสนุนให้มีการบริโภคขนานใหญ่หรือบริโภคนิยมนี้ ได้ถูกนำมาใช้เป็นแรงขับเคลื่อนของระบบเศรษฐกิจทุนนิยมในหลายๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย[10]

ส่วนคำขวัญ "งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข" ที่กำเนิดขึ้นพร้อมกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2504 ก็ทำให้เกิดค่านิยมของการทำงานที่ไม่ถูกต้อง และอาจถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของบริโภคนิยมในประเทศไทย ที่ส่งผลให้คนไทยเปลี่ยนจากคนที่เคยมีความสุขง่าย เป็นคนมีความสุขยากขึ้น โดยก่อนหน้านี้คนไทยส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม มีวัฒนธรรมของการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ ถือสันโดษ[11] และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

"งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข" เป็นระบบคิดของเศรษฐกิจทุนนิยม ที่ทุกสิ่งทุกอย่างต้องใช้ "เงิน" เป็นตัววัดมูลค่า การที่เงินถูกใช้เป็นหน่วยวัดของปัจจัยทางเศรษฐกิจทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการผลิต การบริโภค การออม และการลงทุน ได้ส่งผลให้เงินซึ่งในตัวของมันเองแล้วเป็นของสมมุติ[12] ไม่มีค่าอะไร กลายเป็นสิ่งมีค่าไปทันที จนทำให้คนทั่วไปหลงสมมุติ และยึดถือเอาเงินเป็นจุดหมายปลายทางของการดำเนินชีวิต

ค่านิยมที่ถือว่า "งานคือเงิน" คือให้เงินเป็นผลลัพธ์ของการทำงานนั้น ไม่ถูกต้องสอดคล้องกับความจริงแท้ของธรรมชาติ อันได้แก่ "ความเป็นเหตุปัจจัย"[13] เนื่องจากเงินเป็นเรื่องของโลกสมมุติ ที่มนุษย์อุปโลกน์ขึ้นเพื่อให้การแลกเปลี่ยนแรงงานและสิ่งของทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว แต่ในความจริงแท้ของธรรมชาตินั้น ผลลัพธ์ของการทำงานย่อมเกิดจากเหตุปัจจัยของการทำงานนั้นๆ เช่น ชาวนาปลูกข้าว ผลลัพธ์ก็คือข้าว ไม่ใช่เงินที่ขายข้าวได้ หรือครูสอนนักเรียน ผลลัพธ์คือนักเรียนมีความรู้ ไม่ใช่เงินเดือนที่ครูได้รับ เป็นต้น ดังนั้น การที่คนหลงคิดว่าผลลัพธ์ของงานคือเงิน ย่อมมีผลทำให้คนมีความสุขเมื่อเวลาได้รับเงินเท่านั้น ส่วนเวลาที่ทำงานกลับมีแต่ความทุกข์

---

8 คือ ปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ซึ่งความต้องการพื้นฐานตามธรรมชาติของมนุษย์นี้ จะมีความเหมาะสมพอดี และสมดุลกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม

9 เศรษฐศาสตร์ทุนนิยมวัดที่จำนวนเงินที่ใช้เพื่อการบริโภค คือ ผู้ที่ใช้จ่ายเงินมาก ถือว่ามีความสุขมาก

10 ซึ่งเป็นนโยบายที่ตรงกันข้ามกับ "เศรษฐกิจพอเพียง" ที่เขียนไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2550)

11 คนไทยปัจจุบันมักเข้าใจผิดในเรื่องนี้ว่า คนถือสันโดษเป็นคนเกียจคร้าน ตามมิจฉาทิฏฐิของเศรษฐกิจทุนนิยม เพราะรัฐบาลสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ห้ามพระสงฆ์ไม่ให้เทศน์เรื่องสันโดษ แต่คนไทยสมัยก่อนเข้าใจดีในเรื่องนี้ว่า "สันโดษและความเพียร" ต้องปฏิบัติพร้อมกัน คือสันโดษในอกุศลกรรมและในการบริโภควัตถุ แต่ไม่สันโดษในกุศลกรรม ทั้งนี้เพราะคำสอนของศาสนาพุทธจะสอนเป็นชุดๆ คือ สอนให้ปฏิบัติรอบด้านครบถ้วน

12 ดังวลีที่หม่อมเจ้าสิทธิพร กฤดากร ตรัสว่า "เงินทองเป็นของมายา ข้าวปลาเป็นของจริง" (สารคดี — 11 เมษายน 2551)

13 คือ "ปฏิจจสมุปบาท" อันเป็นหลักความจริงของธรรมชาติหรือกฎของธรรมชาติ ที่แสดงถึงความสัมพันธ์เป็นเหตุปัจจัยแก่กันของสิ่งทั้งหลาย

เมื่อการทำงานเป็นทุกข์ สิ่งที่ตรงข้ามกันกับการทำงาน คือ การไม่ทำงานหรือการพักผ่อนก็ควรจะเป็นสุข แต่การพักผ่อนเฉยๆ โดยไม่มีการบริโภคย่อมไม่เกิดผลดีทางเศรษฐกิจ[14] ดังนั้น คนทั้งหลายจึงถูกเศรษฐกิจทุนนิยมทำให้เชื่อว่าการหยุดพักผ่อนเป็นความสุข ทั้งนี้เพราะการหยุดพักผ่อนทำให้มีเวลาว่างเพื่อบริโภคสินค้าและบริการเพิ่มขึ้นอันก่อให้เกิดผลดีทางเศรษฐกิจ เช่น การใช้เวลาหยุดพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยว ซื้อของ ดูหนัง ดูละคร เป็นต้น การหยุดพักผ่อนจึงได้รับการส่งเสริมอย่างกว้างขวางในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม จนกลายเป็นค่านิยมอีกอย่างหนึ่งของคนทั่วโลก รวมทั้งคนไทยด้วย

ยิ่งไปกว่านั้น การบริโภคสินค้าและบริการตามปกติ ก็ถูกกระแสบริโภคนิยมสนับสนุนให้บริโภคมากจนเกินความจำเป็นตามธรรมชาติของร่างกาย โดยสนับสนุนให้เกิดค่านิยม "แสวงหาความสุขด้วยการบริโภค" และ "บริโภคมากสุขมาก" อย่างไรก็ตาม ความสุขที่ต้องขึ้นกับการบริโภคนี้ ย่อมไม่ใช่ความสุขที่แท้จริง และไม่เป็นความสุขที่พึงปรารถนา (วรชัย 2550ข)

ทั้งนี้เพราะความสุขที่แท้จริงไม่ได้ขึ้นอยู่กับเงินหรือรายได้ ดังจะเห็นได้จากผลการจัดลำดับประเทศตามความสุขของมูลนิธิเศรษฐกิจใหม่[15] (New Economic Foundation) ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งได้จัดลำดับให้ประเทศวานูอาตู ซึ่งตั้งอยู่บนหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิค เป็นประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก โดยมีประเทศภูฏานอยู่ในอันดับที่ 13 ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 32 และประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ในอันดับที่ 150 (Marks et al. 2006) แต่ถ้าจัดลำดับประเทศตามรายได้เฉลี่ยต่อหัวแล้ว ประเทศวานูอาตูกลับอยู่ในลำดับที่ 112 ประเทศภูฏานอยู่ในอันดับที่ 119 ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 87 และประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ในอันดับที่ 8 (Wikipedia 2007) จะเห็นได้ว่าความสุขไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับรายได้ แต่ความสุขกลับเป็นเรื่องที่ตรงกันข้ามกับรายได้ (สำหรับประเทศวานูอาตูนี้ ก็คงคล้ายกับเมืองไทยในสมัยก่อน)

### 3.3 ปัจเจกนิยม

ปัจเจกนิยมถือว่า บุคคลแต่ละคนสำคัญที่สุด โดยตั้งอยู่บนข้อสมมุติที่ว่า เมื่อบุคคลแต่ละคนอยู่ดีมีความสุขแล้ว สังคมก็จะอยู่ดีมีสุขไปด้วย การที่ปัจเจกบุคคลสนใจแต่ความอยู่รอดตนเอง โดยไม่สนใจในความอยู่รอดของสังคมเพราะไม่คิดว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแล้ว ยิ่งทำให้เขาไม่ใส่ใจในธรรมชาติที่อยู่ไกลตัวออกไปอีก ความเชื่อเช่นนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงของธรรมชาติ เพราะในความเป็นจริงนั้น "ธรรมชาติ"[16] ประกอบด้วยสิ่งทั้งหลายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และอยู่ภายใต้กฎของเหตุปัจจัยเดียวกัน โดยที่มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติจึงต้องอยู่ภายใต้กฎของธรรมชาตินี้ ดังนั้น มนุษย์จะดำรงอยู่ได้ก็ต้องอยู่ร่วมกับธรรมชาติให้ได้ ส่วนปัจเจกบุคคลก็ต้องอยู่ร่วมกับสังคม กล่าวคือ สังคมต้องอยู่ดีมีสุข ปัจเจกบุคคล[17] จึงจะมีความสุข

---

14 ผลดีทางเศรษฐกิจวัดที่จำนวนสินค้าและบริการที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อไม่มีการบริโภคก็ไม่มีการผลิตสินค้าและบริการขึ้นมาสนอง

15 โดยใช้ตัวชี้วัดคือ "ดัชนีโลกสุข" (Happy Planet Index) ซึ่งเป็นดัชนีที่ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว คือ ความพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) และผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม (Ecology Footprint)

16 คือสิ่งที่เกิดขึ้นเอง โดยที่มนุษย์ไม่ได้สร้างขึ้น

17 มีความเข้าใจผิดว่า พุทธศาสนาก็เป็นปัจเจกนิยม เพราะเน้นว่าทุกอย่างขึ้นอยู่ที่ผู้กระทำแต่ละคน เช่น ทำความดี คนอื่นจะมาทำแทนไม่ได้ และความบริสุทธิ์/ไม่บริสุทธิ์ เป็นเรื่องเฉพาะคนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม คำกล่าวข้างต้นนี้เป็นเพียงการกล่าวถึงกฎแห่งความเป็นเหตุปัจจัย เท่านั้น กล่าวคือ ใครทำสิ่งใด คนๆ นั้น ก็ย่อมได้รับผลจากสิ่งนั้น ใครจะมารับแทนหรือทำแทนหาได้ไม่ แต่คำสอนของพุทธศาสนาที่สอนให้ปฏิบัตินั้น ได้สอนให้คำนึงถึงทั้งปัจเจกบุคคลและสังคมพร้อมไปด้วยกัน เช่น คนได้ชื่อว่าเป็นสัตว์ประเสริฐเพราะ "เป็นผู้รู้จักดำเนินชีวิตที่ดีงามด้วยตนเอง และช่วยทำให้สังคมดำรงอยู่ในสันติสุขโดยสวัสดี" (พระธรรมปิฎก 2545:11) และคนสมบูรณ์แบบหรือ คนเต็มคน คือ "ผู้สามารถนำหมู่ชนและสังคมไปสู่สันติสุขและความสวัสดี" (พระธรรมปิฎก 2545:14) เป็นต้น นอกจากนี้พุทธศาสนายังสอนว่า ไม่ควรเบียดเบียนทั้งตนเองและผู้อื่นอีกด้วย คือ ไม่โอนเอียงไปทางฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่สุดโต่ง เป็นทางสายกลาง

งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่กล่าวถึงผลเสียของปัจเจกนิยมและบริโภคนิยม คือ รายงานดัชนีโลขสุข: ดัชนีวัดความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Marks et al. 2006) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า ถ้าประเทศใดต้องการให้ประชากรมีความสุขแล้ว รัฐบาลต้องมีนโยบายลดคุณค่าความเป็นปัจเจกบุคคลลง และไม่ส่งเสริมบริโภคนิยม ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของการอยู่ร่วมกันในสังคมให้มากขึ้น การที่คนสนใจแต่ประโยชน์ของตนเอง โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมหรือสังคม ย่อมทำให้เกิดการเบียดเบียนเอาเปรียบซึ่งกันและกัน รวมถึงการทำลายธรรมชาติสิ่งแวดล้อมด้วย

### 3.4 อิทธิพลต่อเพศศึกษา

อิทธิพลของมิจฉาทิฏฐิทั้งสามคือ เศรษฐกิจทุนนิยม บริโภคนิยม และปัจเจกนิยม ทำให้เกิดค่านิยมที่บิดเบือนไปจากความจริงตามธรรมชาติ การสร้างค่านิยมใหม่นี้มักกระทำผ่านการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะเด็กเล็กถูกหลอกล่อให้หลงผิดกับการบริโภคสินค้าและบริการต่าง ๆ ที่เกินความจำเป็น เช่น เด็กบริโภคอาหารขยะจนกลายเป็นโรคอ้วน หรือผู้ใหญ่ใช้จ่ายเกินตัวจนกลายเป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว เป็นต้น อิทธิพลของมิจฉาทิฏฐิทั้งสามข้อที่กล่าวข้างต้นนี้กำลังครอบงำสังคมไทยอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

"เพศ" นอกจากจะถูกนำมาใช้เป็นสื่อในการโฆษณา เพื่อให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าและบริการต่าง ๆ แล้ว ตัวของเพศเองยังได้ถูกกระทำให้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการบริโภคขนานใหญ่อีกด้วย การประดิษฐ์คำใหม่ คือ คำว่า "เพศสัมพันธ์" เพื่อใช้แทนคำว่า "สืบพันธุ์" (พระพรหมคุณาภรณ์ 2547) ยิ่งมีผลทำให้คนหลายคนเข้าใจผิดว่า เพศสัมพันธ์เป็นคนละเรื่องกับการสืบพันธุ์ โดยคิดไปว่า เพศสัมพันธ์เป็นกิจกรรมของการพักผ่อนหย่อนใจแบบหนึ่ง เป็นกิจกรรมระหว่างคนสองคนที่สามารถทำกันได้ทั่วไป ทำให้ลืมนึกไปถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงตามธรรมชาติของกิจกรรมนี้ว่า คือการตั้งครรภ์[18] อันก่อให้เกิดปัญหาทางเพศที่สังคมกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

การสร้างค่านิยมของความสุขทางเพศเช่นนี้ ได้สร้างตลาดหรือธุรกิจใหม่ทางเศรษฐกิจ เช่น สถานบันเทิงเริงรมย์ ผลิตภัณฑ์คุมกำเนิด ตลอดจนยาป้องกันการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น โดยเฉพาะเรื่องการหมดความต้องการทางเพศนี้ เป็นเรื่องปกติธรรมชาติของที่ผู้หมดวัยเจริญพันธุ์แล้ว แต่ธุรกิจผู้ผลิตยากลับส่งเสริมให้มีการโหมโฆษณาเพื่อให้เห็นว่าเป็นเรื่องไม่ปกติ เป็นโรคชนิดหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการเยียวยาแก้ไข

อีกตัวอย่างที่เห็นได้ชัดของค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง อันเกิดจากอิทธิพลของเศรษฐกิจทุนนิยมและบริโภคนิยมที่ระบาดมาถึงเมืองไทยในเวลาไม่ถึงสิบปีมานี้ คือ วันวาเลนไทน์ ซึ่งในช่วงแรก ๆ ก็เป็นเพียงการให้ดอกไม้หรือดอกกุหลาบแก่กัน แต่ปัจจุบันได้กลายเป็นวันที่ต้องมีเพศสัมพันธ์กันของวัยรุ่นไปเสียแล้ว (ทีมข่าวอาชญากรรม 2551) ดังนั้น เราจึงควรที่จะต้องรู้เท่าทันเล่ห์กลเหล่านี้ จะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อของความเห็นผิดหรือค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง

---

18 เมื่อไม่ได้นึกถึง จึงไม่ได้หาทางป้องกันไว้ก่อน

## 4. แนวคิดของพุทธศาสนา

พุทธศาสนาสอนให้รู้ตามสิ่งที่เป็นจริงตามธรรมชาติ รู้ว่าสิ่งไหนเป็นของสมมุติ รู้ว่าสิ่งไหนเป็นของจริง รู้ว่าทำไมจึงต้องสมมุติขึ้น รวมถึงรู้ว่าควรจะปฏิบัติตนอย่างไรต่อสิ่งสมมุตินั้นด้วย (พระธรรมปิฎก 2546ก)

พุทธศาสนาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ธรรม และวินัย โดยที่ "ธรรม" คือ ความเป็นไปของธรรมชาติ ความจริงของธรรมชาติ และกฎของธรรมชาติ ซึ่งมีอยู่แล้วและใครๆ ก็สามารถค้นพบธรรมนี้ได้ ส่วน "วินัย" เป็นคำสอนที่พระพุทธเจ้าบัญญัติขึ้น ให้เป็นข้อปฏิบัติสำหรับการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความจริงแท้ของธรรมชาติ ถูกต้องตามเหตุปัจจัย

ธรรมที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้หรือค้นพบ คือ ไตรลักษณ์ ปฏิจจสมุปบาท[19] และนิพพาน โดยไตรลักษณ์ประกอบด้วย 1. อนิจจตา คือ ความเป็นของไม่เที่ยง 2. ทุกขตา คือ ความเป็นทุกข์ และ 3. อนัตตตา คือ ความไม่ใช่ตัวตน ส่วนปฏิจจสมุปบาท คือ หลักความจริงของธรรมชาติ ที่แสดงถึงความสัมพันธ์เป็นเหตุปัจจัยแก่กันของสิ่งทั้งหลาย หรือกฎธรรมชาติ และนิพพาน คือ สภาพที่ดับกิเลสและกองทุกข์แล้ว หรือภาวะที่ตัณหาดับสิ้นไป (พระธรรมปิฎก 2544)

ส่วนวินัยหรือคำสอนในพุทธศาสนามีหลายระดับ คือ มีทั้งสำหรับผู้ครองเรือน ผู้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และสำหรับผู้สละเรือนแล้ว (พระธรรมปิฎก 2544:11) สำหรับวินัยหรือศีลของผู้ครองเรือนเป็นคำสอนเพื่อประโยชน์ทางวัตถุ และเพื่อให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ส่วนวินัยหรือศีลของผู้สละเรือนแล้วหรือของบรรพชิต เป็นคำสอนเพื่อประโยชน์ลึกซึ้งทางจิตใจ เพื่อให้บรรลุผลนิพพาน

คำสอนของพุทธศาสนาทั้งในส่วนที่เป็นธรรมหรือความจริงที่ค้นพบ และในส่วนที่เป็นวินัยหรือศีลที่บัญญัติขึ้นนี้ ที่ได้รวบรวมไว้ได้เป็นลายลักษณ์อักษรก็มีถึง 84,000[20] พระธรรมขันธ์ ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นทฤษฎีทางพุทธศาสนาก็ได้ ทฤษฎีเหล่านี้มีอายุยืนยาวจนถึงปัจจุบันกว่า 2,500 ปีแล้ว ก็ยังไม่มีทฤษฎีใดที่ถูกล้มล้างไป แม้แต่เพียงทฤษฎีเดียว[21] ไม่เหมือนกับทฤษฎีตะวันตก ที่ตั้งขึ้นมาแล้วก็ล้มหายตายจากไปตามกาลเวลา เช่น ทฤษฎีของคาร์ลมากซ์ ทฤษฎีของฟรอยด์ เป็นต้น ในที่นี้ขอยกตัวอย่างทฤษฎีของพุทธศาสนามาพอเป็นสังเขป (พระธรรมปิฎก 2545; พระพรหมคุณาภรณ์ 2548ก)

- ความอยากของมนุษย์มี 2 ประเภท คือ ตัณหา และฉันทะ
- พรหมวิหาร 4 (ธรรมประจำใจของผู้ประเสริฐ) ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา
- อิทธิบาท 4 (ทางสู่ความสำเร็จ) ประกอบด้วย ฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา
- สังคหวัตถุ 4 (หลักการสงเคราะห์) ประกอบด้วย ทาน ปิยวาจา อัตถจริยา และสมานัตตตา
- อบายมุข 6 (ช่องทางเสื่อม) ประกอบด้วย ติดสุราของมึนเมา ชอบเที่ยวกลางคืน ชอบเที่ยวดูการละเล่น ติดการพนัน คบคนชั่ว และเกียจคร้านการงาน

---

19 หรือเรียกเต็มว่า อิทัปปัจจยตาปฏิจจสมุปบาท (พระพรหมคุณาภรณ์ 2550:11)

20 เป็นคำอุปมาอุปมัยว่ามีจำนวนมากมาย เหมือนคำว่าโจร 500 ที่หมายถึง ว่ามีโจรจำนวนมาก

21 จากธรรมเทศนาของพระหลายรูป เช่น พระชยสาโรภิกขุ พระอาจารย์สุวัจน์ สุวโจ เป็นต้น

- โลกธรรม 8 (ธรรมดาของโลก) ประกอบด้วย ได้ลาภ เสื่อมลาภ ได้ยศ เสื่อมยศ สรรเสริญ นินทา สุข และทุกข์
- คิหิสุข (สุขของคฤหัสถ์) ประกอบด้วย อัตถิสุข คือ สุขเกิดจากความมีทรัพย์ โภคสุข คือ สุขเกิดจากการใช้จ่ายทรัพย์ อนณสุข คือ สุขเกิดจากความไม่เป็นหนี้ และอนวัชชสุข คือ สุขเกิดจากความประพฤติไม่มีโทษ
- อารยวัฒิ 5 (หลักความเจริญของอารยชน) ประกอบด้วย 1. ศรัทธา คือ ความเชื่อ ความมั่นใจในหลักแห่งความจริง ความดีงามอันมีเหตุผล 2. ศีล คือ ความประพฤติดีงาม มีวินัย เลี้ยงชีพโดยสุจริต 3. สุตะ คือ การเล่าเรียน ศึกษาหาความรู้ 4. จาคะ คือ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละ พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น และ 5. ปัญญา คือ มีความรอบรู้ รู้คิด รู้พิจารณา เข้าใจเหตุผล รู้จักโลกและชีวิตตามความเป็นจริง
- มิตรแท้ มี 4 ประเภท คือ มิตรอุปการะ มิตรร่วมทุกข์ร่วมสุข มิตรแนะนำประโยชน์ และมิตรมีใจรัก
- มิตรเทียม มี 4 ประเภท คือ คนปอกลอก คนดีแต่พูด คนหัวประจบ และคนชวนฉิบหาย

คำสอนหรือทฤษฎีทางพุทธศาสนานี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในวิชาเพศศึกษาได้ เพราะตั้งอยู่บนพื้นฐานของธรรมชาติและกฎธรรมชาติ รวมถึงการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับธรรมชาติ

ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า วิชาเพศศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษานั้น ไม่ได้สอนแต่เรื่องเพศเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีเรื่องสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตอยู่ด้วย แต่อาจเป็นเพราะไม่ได้ทำให้มีความกระจ่างตั้งแต่ต้นว่า เพศศึกษาคืออะไร จึงทำให้ยังมีความเข้าใจผิดอยู่ รวมทั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับเรื่องเพศในปัจจุบันได้ ในที่นี้จะวิเคราะห์ให้เห็นว่าควรปรับปรุงอย่างไร โดยใช้หลักการของพุทธศาสนา คือ *มองให้เห็นตามความจริงแท้ของธรรมชาติ และปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความจริงแท้ของธรรมชาติ*

เป็นเรื่องปกติของธรรมชาติที่ไม่ต้องการให้สิ่งมีชีวิตทั้งหลายรวมถึงมนุษย์สูญพันธุ์ เมื่อธรรมชาติไม่ต้องการให้มนุษย์สูญพันธุ์แล้ว ธรรมชาติก็ได้สร้างกลไกการสืบพันธุ์หรือการร่วมประเวณีขึ้น ซึ่งกลไกนี้มีอยู่ในสิ่งมีชีวิตทุกชนิดรวมถึงมนุษย์ด้วย การสืบพันธุ์ของสิ่งมีชีวิตทั่วไปตามธรรมชาติจะเป็นไปตามสัญชาตญาณแต่เพียงอย่างเดียว แต่เนื่องจากมนุษย์แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตทั่วไปเพราะมนุษย์มีปัญญา และเพราะสังคมมนุษย์ไม่ต้องการแค่สืบพันธุ์ แต่ต้องการการดำรงเผ่าพันธุ์ให้พัฒนายิ่งขึ้นๆ ไป มนุษย์จึงได้สร้างขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมขึ้น เพื่อเป็นตัวกำกับการสืบพันธุ์ไม่ให้เป็นไปตามสัญชาตญาณเท่านั้น ประเพณีเหล่านี้ได้แก่ ความรัก การแต่งงาน ความอบอุ่นในครอบครัว การเลี้ยงดูลูก และการอบรมสั่งสอนลูก เป็นต้น ดังนั้น หัวใจของวิชาเพศศึกษาจึงควรอยู่ที่การเรียนรู้ว่า *ทำอย่างไรเผ่าพันธุ์ของมนุษย์จึงจะพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป*

หัวใจของเพศศึกษาจึงแบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ การดำรงเผ่าพันธุ์ และการสร้างคนรุ่นใหม่ โดยเรื่องของเพศสัมพันธ์ ความรัก การแต่งงาน และความอบอุ่นในครอบครัว เป็นเรื่องของการดำรงเผ่าพันธุ์ ส่วนเรื่องการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนลูก เป็นเรื่องของการสร้างคนรุ่นใหม่ให้มีคุณภาพ

### 4.1 เพศสัมพันธ์

ถึงแม้เพศสัมพันธ์จะเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการดำรงเผ่าพันธุ์ แต่เพราะคำนี้เองที่เป็นต้นเหตุของความเห็นผิดอันทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับเพศในปัจจุบัน ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจในเรื่องนี้ให้ถูกต้องเสียก่อน

คำว่า "เพศสัมพันธ์" เป็นศัพท์บัญญัติที่เกิดขึ้นราว 20-30 ปีมานี้ เป็นศัพท์ที่ใช้แทนคำเดิม คือ สืบพันธุ์ (พระพรหมคุณาภรณ์ 2547) ซึ่งคำเดิมนี้สื่อความหมายได้ตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่สุด เพราะแสดงให้เห็นภาพของกิจกรรมที่ตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม และก็บอกถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงของการสืบพันธุ์อีกด้วย นั่นคือการมีลูกเพื่อสืบทอดเผ่าพันธุ์ เนื่องจากการสืบพันธุ์เป็นกิจกรรมธรรมชาติที่มีความสำคัญในการดำรงอยู่ของมนุษย์ ถ้ามนุษย์ไม่สืบพันธุ์เพราะเห็นว่า ลำบาก เหนื่อย หรือยุ่งยากแล้ว มนุษย์ก็จะสูญพันธุ์ได้ ธรรมชาติจึงได้สร้างกลไก[22]เพื่อหลอกล่อให้มนุษย์สืบพันธุ์ สิ่งนั้นคือเพศรส[23] อุปมาเหมือนการกินอาหารที่เป็นกิจกรรมที่สำคัญอีกกิจกรรมหนึ่งของมนุษย์ เพราะถ้ามนุษย์ไม่กินอาหารเพราะขี้เกียจเคี้ยวแล้ว มนุษย์ก็สูญพันธุ์เหมือนกัน ธรรมชาติจึงได้สร้างกลไกให้มนุษย์รู้รสอร่อยของอาหาร ถ้าเราเข้าใจในความจริงแท้ของธรรมชาติเช่นนี้แล้ว เราก็สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องเพศสัมพันธ์ แต่ที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันก็เพราะมนุษย์ไปหลงใหลแต่ในเพศรส จนลืมนึกถึงความเป็นจริงตามธรรมชาตินี้ไป (พระพรหมคุณาภรณ์ 2547)

ดังได้กล่าวแล้วว่า การเปลี่ยนคำเดิมจากสืบพันธุ์เป็นเพศสัมพันธ์ เป็นอุบายของทุนนิยมที่ต้องการสนับสนุนให้เกิดมีการบริโภคสินค้าและบริการใหม่ๆ ขึ้น ด้วยการสนับสนุนให้คนมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น (เสพเพศรสโดยไม่ต้องสืบพันธุ์) อย่างไรก็ตาม ธรรมชาติของความสุขที่เกิดจากการบริโภคนี้ ถ้าต้องการให้มีความสุขคงเดิมแล้ว ปริมาณของการบริโภคจะต้องเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ยิ่งกว่านั้นการบริโภคของเดิมหรือบริโภคซ้ำซากจำเจย่อมเกิดความเบื่อหน่าย มีความสุขน้อยลง หรือไม่มีความสุขเลย จึงไม่น่าแปลกใจที่ทำไมผู้แสวงหาความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ มักจะมีพฤติกรรมทางเพศที่ประหลาดขึ้นไปเรื่อยๆ เช่น ใช้ยาเสพติด มีกิ๊ก มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน สลับคู่นอนหรือเปลี่ยนคู่นอน เป็นต้น

### 4.2 การดำรงเผ่าพันธุ์

มนุษย์โดยธรรมชาติเมื่อเกิดมาก็ยังช่วยตัวเองไม่ได้ กว่าจะโตพอที่จะเลี้ยงตนเองได้ ก็ต้องให้พ่อแม่เลี้ยงดูไม่ต่ำกว่า 15 ปี การที่จะต้องอยู่ในความดูแลของพ่อและแม่ในระยะเวลาที่ยาวนานนี้ ธรรมชาติจึงมีกลไกให้พ่อแม่ซึ่งแต่ก่อนเป็นคนแปลกหน้า ได้ใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข กลไกที่ว่านี้คือ ความรัก ยิ่งกว่านั้นสังคมก็ได้สร้างขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมขึ้นกำกับอีกขั้นหนึ่ง เพื่อเป็นการประกันให้การดำรงเผ่าพันธุ์เป็นไปด้วยดี ได้แก่ การแต่งงาน และสถาบันครอบครัว

---

22 เป็นปฏิกิริยาของสารเคมีในร่างกายที่หลั่งออกมาตามธรรมชาติ เมื่อได้สัมผัสกับสิ่งภายนอกหรือภายในอันมีผลทำให้เกิดความรู้สึกสบาย (สุข) ไม่สบาย (ทุกข์) หรือเฉยๆ (ไม่สุขไม่ทุกข์)

23 ในหมู่สัตว์ก็มีเพศรสเช่นกัน คือ มีเวทนา (ความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือไม่สุขไม่ทุกข์) และสัญญา (จำได้หมายรู้) ซึ่งเป็นสัญชาตญาณที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ไม่อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ แต่มนุษย์ประเสริฐกว่านั้นเพราะมีปัญญา จึงทำให้เกิดสังขาร (ปรุงแต่ง) และวิญญาณ (รู้แจ้งอารมณ์) อันมีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ (เป็นผลดี) และเสพติด (เป็นผลเสีย) ได้

4.2.1 ความรัก

ความรักเป็นเรื่องของธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามวัย แต่การที่จะให้คงอยู่ตลอดไปนั้น เป็นเรื่องที่จะต้องเรียนรู้และปฏิบัติให้ถูกต้อง ความรักมี 3 แบบ เกิดขึ้นในแต่ละวัย ดังนี้

**ความรักของเด็ก** เด็กจะมีความรักพ่อแม่ตามธรรมชาติ เพราะต้องให้พ่อแม่ช่วยเหลือ อบรม สั่งสอน เด็กจึงรัก นับถือ และศรัทธาพ่อแม่ มักจะทำตามอย่างหรือเลียนแบบพ่อแม่ และใช้พ่อแม่เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต ความรักของเด็กที่มีต่อพ่อแม่นี้เป็น "ความรักด้วยศรัทธา"

**ความรักของหนุ่มสาว** ความรักตามธรรมชาติที่เกิดในวัยนี้คือ "ความรักด้วยตัณหา"[24] ส่วนใหญ่เป็นความรักที่เกิดจากการชอบพอในคุณสมบัติทางกายภาพของเพศตรงข้าม ทั้งนี้เพราะธรรมชาติต้องการมนุษย์พันธุ์ดีที่แข็งแรงสมบูรณ์ เพื่อสืบต่อเผ่าพันธุ์ ความรักด้วยตัณหามักเป็นความรักที่มีระยะเวลาสั้น เมื่อสมหวังแล้วก็มักจะหายไป หรือหายไปเพราะร่างกายเปลี่ยนไป ไม่น่ารักน่าพิสมัยเหมือนเดิม เนื่องจากมนุษย์รู้ดีว่า ความรักชนิดนี้เป็นความรักชั่วแล่น ดังนั้น สังคมจึงได้สร้างประเพณีการแต่งงานขึ้นกำกับอีกชั้นหนึ่ง เพื่อให้คู่หนุ่มสาวมีเวลาอยู่ด้วยกันนานขึ้น และมีลูกสืบสกุล เพื่อให้เผ่าพันธุ์ดำรงอยู่ต่อไปอย่างราบรื่น

**ความรักของพ่อแม่** เมื่อคู่สามีภรรยามีลูก ก็เปลี่ยนสถานะเป็นพ่อแม่และจะเกิดความรักชนิดใหม่ตามธรรมชาติคือ "ความรักด้วยเมตตา" เนื่องจากทารกต้องการคนดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา จึงจะมีชีวิตเติบโตขึ้นได้ ความรักชนิดนี้เป็นความรักที่มีแต่ให้โดยไม่มีเงื่อนไข พ่อแม่มีความต้องการให้ลูกมีความสุข ถ้าลูกมีความสุข พ่อแม่ก็มีความสุขตามไปด้วย ความรักที่พ่อแม่มีต่อลูกนี้จะคงอยู่ตลอดไป และเผื่อแผ่ไปถึงหลานด้วย

เนื่องจากความรักเป็นเรื่องของจิตใจ มนุษย์จึงสามารถเรียนรู้และสร้างให้เกิดขึ้นได้ ถึงแม้จะมีประเพณีการแต่งงานกำกับให้หนุ่มสาวอยู่ด้วยกันเพื่อสร้างครอบครัวก็ตาม แต่ถ้าคู่สมรสจะอยู่ด้วยความรัก ก็จะมีความสุขมากกว่าอยู่ด้วยหน้าที่ ดังนั้นคู่สามีภรรยาจึงควรพัฒนาความรักที่เริ่มต้นจากความรักด้วยตัณหา[25] ให้กลายเป็นความรักด้วยเมตตา หรือเป็นความรักด้วยศรัทธา รวมทั้งสร้างให้เป็นความรักด้วยปัญญา[26]

พ่อแม่สามารถสอนลูกให้รู้จักที่จะพัฒนาความรักได้ โดยเริ่มสอนแต่เด็ก คือ สอนลูกให้พัฒนาความรักด้วยศรัทธา ซึ่งเด็กมีอยู่แล้วโดยธรรมชาติกับพ่อแม่ ให้กว้างขวางออกไปสู่ผู้อื่น เช่น รักในคุณสมบัติที่ดีของมหาบุรุษเป็นต้น เมื่อเด็กรู้จักรักผู้อื่นนอกจากคนในครอบครัวตั้งแต่เล็กแล้ว เมื่อโตขึ้นก็สามารถพัฒนาเป็นความรักด้วยปัญญาได้

---

24 เป็นความรักชนิดเดียวที่บริโภคนิยมรู้จัก จึงได้รับการตอกย้ำในโฆษณา จนทำให้หลายคนคิดว่า ความรักมีเพียงชนิดเดียวเท่านั้น ที่น่าสลดใจกว่านี้ก็คือ การโฆษณาการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ที่สื่อว่าเมื่อมีความรักก็ต้องร่วมประเวณี แต่โดยความจริงแล้วเป็นเรื่องของ "ความใคร่" ไม่ใช่ "ความรัก" (อาจพูดได้ว่า ความรักด้วยตัณหาคือ ความใคร่)

25 ถ้าคนเราโดยเฉพาะวัยรุ่นจะมีความรักด้วยตัณหา ก็ไม่ควรถือว่าเป็นสิ่งผิดหรือไม่ดี เพราะเป็นเรื่องธรรมชาติ เพียงแต่ต้องสอนให้รู้ว่า ควรจะมีท่าทีที่ถูกต้องอย่างไร เช่นเดียวกับเรื่องทุกข์ในอริยสัจสี่ ที่สอนให้รู้จักทุกข์ โดยไม่ต้องเป็นทุกข์

26 คือ ความรักแบบพรหมวิหาร 4 (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา)

### 4.2.2 การแต่งงาน

การแต่งงานเป็นกลไกทางสังคมเพื่อส่งเสริมการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ ในแต่ละสังคมย่อมมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกันไป โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคัดสรรหาผู้สืบทอดพันธุ์ที่ดีที่สุด คือให้ได้บุตรที่แข็งแรงสมบูรณ์นั่นเอง ประเพณีหรือกฎเกณฑ์เหล่านี้ ได้แก่ การกำหนดอายุแต่งงานที่เหมาะสม การไม่ให้พี่น้องแต่งงานกันเอง การมีพิธีแต่งงาน การจดทะเบียนสมรส การตรวจร่างกายก่อนแต่งงานเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ และการไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เป็นต้น นอกจากจุดประสงค์ที่จะให้ได้ลูกที่เกิดมาสมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ก็ยังมีจุดประสงค์ที่จะให้ลูกเจริญเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาอีกด้วย เพราะการแต่งงานทำให้เกิดครอบครัว อันประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก ซึ่งความอบอุ่นในครอบครัวจะเป็นสิ่งประกันที่ดีว่า ลูกจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

แต่ค่านิยมปัจเจกบุคคลที่ได้แพร่หลายไปทั่วโลก และเริ่มแพร่หลายในสังคมไทยด้วย ได้ทำให้การแต่งงานและการมีครอบครัวเป็นเรื่องล้าสมัยไป ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ทางสังคมใหม่ๆ เช่น การมีกิ๊ก การอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน การเป็นพ่อหรือแม่คนเดียว เป็นต้น ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติในเรื่องของการดำรงเผ่าพันธุ์[27] สิ่งใดก็ตามที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติแล้ว ย่อมก่อให้เกิดปัญหาตามมาในภายหลัง[28]

### 4.2.3 ความอบอุ่นในครอบครัว

ครอบครัวเป็นจุดกำเนิดของคนรุ่นใหม่ คนรุ่นใหม่จะดีขึ้นหรือเลวลงย่อมขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดูของคนในครอบครัว อันประกอบไปด้วยพ่อและแม่ หรืออาจรวมเอา ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติพี่น้อง ด้วยก็ได้ ครอบครัวจะเป็นครอบครัวที่อบอุ่นได้ ก็ต่อเมื่อสามีภรรยาปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน พุทธศาสนามีหลักการ[29]ที่ทำให้คู่สามีภรรยาอยู่ด้วยกันอย่างยั่งยืน คือ สมชีวิธรรม 4 (พระธรรมปิฎก 2545:49) ประกอบด้วย

1. สมสัทธา (มีศรัทธาสมกัน) คือ เคารพในลัทธิศาสนา หรือหลักการต่างๆ ตลอดจนแนวทางความสนใจอย่างเดียวกัน หนักแน่นเสมอกัน หรือปรับเข้าหากันได้ ลงกันได้
2. สมสีลา (มีศีลเสมอกัน) คือ มีความประพฤติ ศีลธรรม พอเหมาะสอดคล้องกัน ไปกันได้
3. สมจาคะ (มีจาคะสมกัน) คือ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความโอบอ้อมอารี ความเสียสละ พอกลมกลืนกัน ไม่ขัดแย้งบีบคั้นกัน
4. สมปัญญา (มีปัญญาสมกัน) คือ รู้เหตุรู้ผล เข้าใจกัน อย่างน้อยก็พูดกันรู้เรื่อง

---

27 ถึงแม้การดำรงเผ่าพันธุ์จะไม่ใช่ปัญหาในสังคมปัจจุบัน เพราะโลกมีประชากรมากพอแล้ว แต่การสอนให้รู้ซึ้งถึงความจริงแท้ของธรรมชาติในเรื่องการสืบพันธุ์ (ว่าเป็นไปเพื่อดำรงเผ่าพันธุ์ ซึ่งผลของเพศสัมพันธ์ คือ มีลูก) ก็ยังเป็นเรื่องสำคัญ เพราะความตระหนักในเรื่องนี้ ย่อมป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเด็กขาดความอบอุ่น ทั้งนี้เพราะการกระทำเพราะไม่รู้ มีอันตรายมากกว่าการกระทำเพราะรู้

28 ที่เห็นได้ชัดในปัจจุบัน คือ ภาวะโลกร้อน ซึ่งเกิดจากการที่มนุษย์ต้องการอยู่เหนือธรรมชาติ

29 หลักการหรือทฤษฎีของพุทธศาสนาเป็นองค์รวม คือ ครอบคลุมหมดทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยมีเรื่องของ "ปัญญา" กำกับไว้ด้วยเสมอ จึงจำเป็นต้องศึกษาเรียนรู้ก่อน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สำหรับการปฏิบัตินั้น ต้องทำให้ครบทั้งชุดจึงจะสมบูรณ์ โดยไม่แยกปฏิบัติเพียงข้อใดข้อหนึ่ง ไม่เช่นนั้นจะไม่สัมฤทธิ์ผลดีที่ต้องการ หรืออาจก่อก่อให้เกิดโทษได้ เช่น พรหมวิหาร 4 ที่สังคมไทยมักจะปฏิบัติแต่เพียงเมตตาและกรุณา โดยละเว้นมุทิตาและอุเบกขาเสีย จึงทำให้สังคมมีแต่การอิจฉา ริษยา เล่นพวก เล่นพ้อง เป็นต้น

สมชีวิธรรม 4 นี้ เด็กควรได้เรียนรู้ไว้ก่อนวัยหนุ่มสาว เพื่อให้ใช้เป็นหลักตัดสินใจเลือกคู่ครองที่เหมาะสม แต่ถ้าแต่งงานไปแล้วกลับพบว่า ยังมีบางข้อที่ขาดไปบ้างหรือยังไม่สมบูรณ์ พุทธศาสนาก็มีข้อปฏิบัติอีกชุดหนึ่ง สำหรับผู้ครองเรือนได้ปฏิบัติ คือ ฆราวาสธรรม 4 (พระธรรมปิฎก 2545:51) ประกอบด้วย

1. สัจจะ (ความจริง) คือ มีความซื่อสัตย์จริงใจต่อกัน ด้วยการกระทำ คำพูด และความคิด
2. ทมะ (ฝึกตน) คือ รู้จักควบคุมจิตใจและฝึกฝนตนเอง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง ขัดแย้ง ปรับตัวปรับใจเข้าหากัน และปรับปรุงตนเองให้ดีงามยิ่งขึ้น
3. ขันติ (อดทน) คือ มีจิตใจเข้มแข็งหนักแน่น ไม่วู่วาม และอดทน ทนต่อความล่วงล้ำก้ำเกินกัน ร่วมสุขร่วมทุกข์และฟันฝ่าอุปสรรคไปด้วยกัน
4. จาคะ (เสียสละ) คือ มีน้ำใจ สามารถเสียสละความสุขสำราญส่วนตนเพื่อคู่ครองได้ มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อญาติและเพื่อนของคู่ครอง

ถ้าคู่สมรสปฏิบัติตามหลักธรรม[30]เหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีความอบอุ่นในครอบครัว การหย่าร้างหรือครอบครัวแตกแยกก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้

## 4.3 การสร้างคนรุ่นใหม่

การสร้างคนรุ่นใหม่ถือว่าเป็นส่วนเสริมที่สำคัญของการดำรงเผ่าพันธุ์ เพราะเผ่าพันธุ์จะดำรงอยู่ได้หรือล่มสลายไปก็อยู่ที่คุณภาพของคนรุ่นใหม่ ถ้าคนรุ่นใหม่มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง เป็นคนดีมีคุณภาพ เผ่าพันธุ์ก็จะเจริญรุ่งเรือง แต่ถ้าคนรุ่นใหม่ไม่มีคุณภาพ อ่อนแอขี้โรค สติปัญญาและจิตใจไม่สมบูรณ์ ก็จะเป็นสิ่งบอกเหตุได้ว่าเผ่าพันธุ์นั้นจะสูญหายไปในไม่ช้า ดังนั้น การอบรมเลี้ยงดูเด็กทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ ตั้งแต่เล็กจนเป็นผู้ใหญ่ จึงเป็นสิ่งสำคัญของการสร้างคนรุ่นใหม่ และถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ต้องสอนในเพศศึกษา

ในการดูแลด้านร่างกายและจิตใจของลูก ต้องดูแลตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ ได้แก่ การรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจของแม่ในระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ เป็นต้น เมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว ทารกก็ควรได้รับการฉีดวัคซีน ได้รับนมแม่เป็นอาหารอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด[31] ฯลฯ เมื่อเด็กเริ่มรู้ความ ก็สอนให้รู้จักการใช้อินทรีย์ (ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ) ที่ถูกต้อง เมื่อถึงวัยสมควรก็ให้การศึกษาเล่าเรียน ทั้งในระบบโรงเรียนและในบ้าน โดยพ่อแม่จะเป็นทั้งครู และกัลยาณมิตรของลูก

### 4.3.1 พ่อแม่เป็นครูของลูก

โลกปัจจุบันเป็นโลกไร้พรมแดน ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีอยู่มากมาย ถ้าเราไม่รู้จักที่จะเลือกฟังหรือพินิจพิจารณาให้ดีก่อนที่จะเชื่อ ก็จะถูกหลอกให้หลงได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลงไปในกระแสบริโภคนิยม ดังนั้น

---

30 รวมถึงหลักธรรมอื่นๆ อีก เช่น อารยวัฒิ 5 และทิศ 6 เป็นต้น

31 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและกองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) สำหรับประเทศไทยพบว่า มีแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด น้อยมาก คือ มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549)

เด็กจึงควรมีภูมิคุ้มกันตั้งแต่เล็ก ด้วยการสอนเด็กให้รู้จักใช้อินทรีย์ที่ถูกต้อง และมีความเห็นที่ถูกต้องด้วย เพื่อให้เด็กรู้จักแยกแยะความจริงออกจากสิ่งสมมุติ ซึ่งครูที่ดีที่สุดคือพ่อแม่นั่นเอง

การปฏิบัติตัวของพ่อแม่จะเป็นตัวอย่างของลูก เพราะลูกมีความรักด้วยศรัทธาต่อพ่อแม่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ลูกจึงเห็นว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของพ่อแม่เป็นสิ่งที่ดี น่าเลื่อมใสศรัทธา และจะทำตาม ดังนั้น พ่อแม่จึงควรระลึกอยู่เสมอว่า ตนเองเป็นตัวอย่างของลูก จึงต้องทำตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี

### 4.3.2 อินทรียสังวร

มนุษย์เรามีสิ่งที่ช่วยให้สื่อสารกับภายนอก คือ อินทรีย์ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ถ้าใช้อินทรีย์เป็นก็จะเป็นประโยชน์ แต่ถ้าใช้อินทรีย์ไม่เป็นก็จะเกิดโทษได้ เช่น การดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุ ถ้าดูเป็นฟังเป็นก็จะได้ความรู้ คือ รู้จักเลือกที่จะดูรายการที่ดีมีประโยชน์ ถึงแม้จะเป็นรายการที่ไม่ดี แต่ถ้ารู้จักดู รู้จักฟัง ก็ย่อมได้ความรู้ได้คติเช่นกัน เพราะรู้จักแยกแยะจับเอาประโยชน์มาใช้ สรุปแล้ว การดูเป็น ฟังเป็น คือ ดูฟังให้ได้ความรู้ และดูฟังให้ได้ประโยชน์ หรือการกินอาหารเช่นกัน ก็ต้องรู้จักกินแต่อาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ เป็นต้น ดังนั้น อินทรียสังวร คือ การสำรวมรู้จักใช้อินทรีย์ อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ[32] ของเราให้เป็น เพราะถ้าใช้ไม่เป็นก็จะเป็นเพียงแค่นักบริโภค (พระธรรมปิฎก 2546ข)

ดังนั้น ถ้าเด็กใช้อินทรีย์ไม่เป็นก็จะตกเป็นทาสของบริโภคนิยม ทำให้บริโภคเกินความจำเป็น ซึ่งนอกจากจะเสียทรัพย์แล้ว ยังเป็นอันตรายต่อสุขภาพอีกด้วย เช่น การกินอาหารไม่เป็นเวลาและไม่ถูกต้อง ย่อมทำให้เป็นโรคอ้วน เป็นต้น โรคอ้วนนี้กำลังระบาดแพร่หลายทั่วไปในประเทศพัฒนาแล้ว และเริ่มแพร่หลายในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนาด้วย (วรชัย 2550ก)

### 4.3.3 สัมมาทิฏฐิ

ความเห็นที่ถูกต้อง คือ สัมมาทิฏฐิ ควรได้รับการเรียนรู้ตั้งแต่เด็กเพราะ "ไม้อ่อนดัดง่าย ไม้แก่ดัดยาก" ปัจจัยที่ก่อให้เกิดสัมมาทิฏฐิมีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน คือ ปรโตโฆสะ และโยนิโสมนสิการ โดยปัจจัยทั้งสองนี้สนับสนุนซึ่งกันและกัน (พระธรรมปิฎก 2544:263)

**ปรโตโฆสะ** แปลว่า เสียงจากผู้อื่น เป็นปัจจัยภายนอก หมายถึง การเรียนรู้จากผู้อื่น ได้แก่ การบอกเล่า การอธิบาย การสั่งสอน การถ่ายทอด การแนะนำชักจูง และข่าวสาร เป็นต้น เสียงจากผู้อื่นนี้ อาจจะเป็นเสียงจากวิทยุโทรทัศน์ เสียงจากคนรอบข้าง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือ หนังสือพิมพ์ หรืออินเตอร์เนต ซึ่งเด็กจะต้องรู้จักแยกแยะที่จะเลือกรับฟังเฉพาะเสียงที่ถูกต้อง หรือเสียงที่เกิดจากความรักความปรารถนาดี ที่สำคัญคือเสียงจากกัลยาณมิตร หมายถึง บุคคลที่มีคุณสมบัติที่จะสั่งสอนแนะนำได้ เช่น ครู อาจารย์ พระสงฆ์ นักปราชญ์ มหาบุรุษ เป็นต้น อย่างไรก็ดี เด็กก็จะต้องรู้จักเลือกกัลยาณมิตรเป็นเช่นกัน โดยดูที่คุณสมบัติของ

---

32 อินทรีย์ประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ แต่อินทรีย์ที่ใช้สื่อสารกับภายนอกมีเพียง 5 อย่าง คือ ตาสื่อสารด้วยการดู หูสื่อสารด้วยการฟัง จมูกสื่อสารด้วยการดม ลิ้นสื่อสารด้วยการลิ้มรส และกายสื่อสารด้วยการสัมผัส)

กัลยาณมิตร[33] ว่า ผู้นั้นมีกัลยาณมิตรธรรม 7 หรือไม่ กัลยาณมิตรธรรม 7 ประกอบด้วย 1. เป็นผู้น่ารักน่าพอใจ 2. เป็นผู้น่าเคารพ 3. เป็นผู้น่ายกย่อง 4. เป็นผู้รู้จักพูด 5. เป็นผู้อดทนต่อถ้อยคำ 6. เป็นผู้กล่าวแถลงถ้อยคำที่ลึกซึ้งได้ และ 7. ไม่ชักนำในเรื่องเหลวไหลไม่สมควร (พระธรรมปิฎก 2544:265)

**โยนิโสมนสิการ** แปลว่า คิดให้แยบคาย เป็นปัจจัยภายใน หมายถึงมีความฉลาดในการคิด รู้จักคิดอย่างถูกวิธี รู้จักพิจารณาไตร่ตรองสาวไปจนถึงสาเหตุ หรือต้นตอของเรื่องที่กำลังคิด คิดให้รอบด้าน จนกระทั่งสรุปออกมาได้ว่าสิ่งนั้นควรหรือไม่ควร ดีหรือไม่ดี โยนิโสมนสิการ[34] ประกอบด้วย 1. อุบายมนสิการ (คิดถูกวิธี) 2. ปถมนสิการ (คิดถูกทาง คิดต่อเนื่องเป็นลำดับ มีขั้นตอน) 3. การณมนสิการ (คิดอย่างมีเหตุผล) และ 4. อุปปาทกมนสิการ (คิดให้เกิดผล กุศลธรรม) (พระธรรมปิฎก 2546ก:670)

ถ้าเด็กรู้จักใช้อินทรีย์ทั้ง 6 ให้ถูกต้อง ตลอดจนรู้ถึงปรโตโฆสะและโยนิโสมนสิการอย่างถ่องแท้แล้ว เด็กจะความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงของธรรมชาติ และไม่ติดในสิ่งที่สมมุติกันขึ้นมา ซึ่งจะเป็นเกราะกำบังที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อ

ดังนั้น พ่อแม่ควรสอนลูกตั้งแต่ในบ้าน ให้รู้จักใช้อินทรีย์ที่ถูกต้อง เป็นกัลยาณมิตรของลูก และสอนให้รู้จักคิดแบบโยนิโสมนสิการ โดยไม่ต้องรอให้ลูกไปเรียนรู้จากโรงเรียน เพราะโรงเรียนอาจไม่มีเวลาพอที่จะสอนในเรื่องเหล่านี้ก็ได้ ทั้งนี้เพราะระบบการศึกษาในปัจจุบันได้ถูกครอบงำโดยเศรษฐกิจทุนนิยม ที่มีจุดมุ่งหมายให้เด็กมีความรู้เพียงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแสวงหาทรัพย์เท่านั้น จึงไม่ใช่การศึกษาที่แท้จริง เนื่องจากการศึกษา[35] ที่แท้จริงต้องเป็นการศึกษาที่สอนให้เด็กมีความรู้ เพื่อใช้พัฒนาชีวิตของตนเอง ให้เป็นผู้รู้ เป็นผู้ตื่น และเป็นผู้เบิกบาน มีความสามารถที่จะดำเนินชีวิตให้เป็นไปด้วยดี เห็นแก่ประโยชน์ของคนส่วนใหญ่หรือสังคม มากกว่าประโยชน์ส่วนตน และจะต้องเป็นการศึกษาตลอดชีวิต ไม่ใช่ศึกษาแต่เฉพาะในห้องเรียนเท่านั้น

ในทุกวันนี้เห็นได้ว่า วิชาที่คนสนใจเรียนมากที่สุด คือ วิชาที่หาเงินได้มากที่สุด หรือเรียนวิชาที่มีตลาดแรงงานรองรับ ส่วนวิชาที่ทำให้คนฝึกฝนพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น กลับมีผู้สนใจเรียนน้อย สำหรับการวิจัยก็เช่นกัน งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนมักจะเป็นงานวิจัยที่มีศักยภาพที่จะเพิ่มรายได้ แต่ถ้าเป็นงานวิจัยที่ต้องการค้นหาความจริงหรือที่มีจุดหมายเพื่อเพิ่มคุณค่าของมนุษย์แล้ว ก็มักจะไม่ได้รับการสนับสนุน เพราะงานวิจัยประเภทนี้ไม่สามารถนำไปหาเงินได้ในอนาคตอันใกล้

การสร้างคนรุ่นใหม่จึงควรเริ่มต้นด้วยการศึกษาตั้งแต่ในครอบครัว เพื่อให้คนรุ่นใหม่ได้พัฒนาและเจริญรุ่งเรืองขึ้นกว่าคนรุ่นเก่า อย่างไรก็ตาม ความพอเพียงในด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน ก็มีอิทธิพลต่อความอบอุ่นใน

---

33 คุณสมบัติของกัลยาณมิตรมีหลายชุด เช่น สัปปุริสธรรม 7 อันประกอบด้วย 1. รู้หลักและรู้จักเหตุ 2. รู้ความมุ่งหมายและรู้จักผล 3. รู้จักตน 4. รู้จักประมาณ 5. รู้จักกาล 6. รู้จักชุมชน และ 7. รู้จักบุคคล (พระธรรมปิฎก 2546ก : 627-628)

34 สำหรับวิธีคิดแบบโยนิโสมนสิการมี 10 แบบคือ 1. วิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย 2. วิธีคิดแบบแยกแยะองค์ประกอบ 3. วิธีคิดแบบรู้เท่าทันธรรมดา 4. วิธีคิดแบบแก้ปัญหา หรือวิธีคิดแบบอริยสัจ 5. วิธีคิดแบบอรรถธรรมสัมพันธ์ (คิดตามหลักการและความมุ่งหมาย) 6. วิธีคิดแบบคุณโทษและทางออก 7. วิธีคิดแบบคุณค่าแท้-คุณค่าเทียม 8. วิธีคิดแบบอุบายปลุกเร้าคุณธรรม 9. วิธีคิดแบบเป็นอยู่ในขณะปัจจุบัน 10. วิธีคิดแบบวิภัชชวาท (พูดแจกแจง) (พระราชวรมุนี 2530 : 157-184)

35 การศึกษาในพุทธศาสนา เรียกว่า สิกขา เป็นการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป ไม่ใช่เรียนรู้ด้วยความนึกคิดแต่เพียงอย่างเดียว หรือนำความรู้ไปใช้เพียงเพื่อหาเลี้ยงชีพเท่านั้น

ครัวเรือนด้วย ดังนั้น การรู้จักแสวงหาทรัพย์[36] และรู้จักใช้จ่ายทรัพย์ที่หามาได้[37] จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงเผ่าพันธุ์และสร้างคนรุ่นใหม่ และก็เป็นส่วนหนึ่งของเพศศึกษาด้วย นอกจากนี้แล้ว ธรรมชาติแวดล้อมและสังคมที่ดีก็ส่งผลต่อการเลี้ยงดูลูกให้ดีเช่นกัน การเรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติแวดล้อมและสังคม ก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของวิชาเพศศึกษา

## 5. บทสรุป : เพศศึกษาควรสอนอะไร

เนื่องจากเพศสัมพันธ์ในทุกวันนี้ ถูกทำให้เบี่ยงเบนไปจากความจริงแท้ของธรรมชาติ (คือการสืบพันธุ์) ด้วยอิทธิพลของเศรษฐกิจทุนนิยมและบริโภคนิยม ที่เน้นในเรื่องของเพศรส คือ สนับสนุนให้เสพเพศรสโดยไม่ต้องสืบพันธุ์ ทำให้เกิดปรากฏการณ์เสพเพศรสเกินขนาด เพราะติดกับดักของการบริโภคมากมีความสุขมาก จึงทำให้เกิดปัญหาทางเพศด้วยความไม่รู้เท่าทัน เช่น วัยรุ่นตั้งครรภ์[38] การระบาดของเอชไอวีและเอดส์ เป็นต้น ยิ่งกว่านั้นค่านิยมปัจเจกบุคคลที่เข้ามาเสริม ก็ยิ่งทำให้เกิดปัญหาทางเพศมากยิ่งขึ้นไปอีกเป็นทวีคูณ เพราะปัจเจกบุคคลจะสนใจแต่หาความสุขให้แก่ตนเอง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสังคม ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความรู้ในเรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้องเท่านั้นจึงสามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

เพศศึกษาที่ควรจะเป็น จึงต้องแก้ความเข้าใจผิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง โดยให้รู้ความจริงของธรรมชาติว่า จุดหมายที่แท้จริงของกิจกรรมเพศสัมพันธ์หรือสืบพันธุ์ คือ การดำรงเผ่าพันธุ์ โดยธรรมชาติสร้างเพศรสเป็นสิ่งล่อ การรู้ความจริงของธรรมชาติย่อมทำให้เราวางท่าทีที่ถูกต้องได้ อุปมาเหมือนกับจุดหมายที่แท้จริงของการกินอาหาร คือเพื่อเลี้ยงร่างกาย โดยมีรสอร่อยเป็นสิ่งล่อของธรรมชาติ แต่เมื่อคนเราไปหลงที่รสอร่อย ก็ทำให้กินอาหารที่เกินพอดี จนทำให้โรคอ้วนระบาดแพร่หลายทั่วไป

การศึกษาที่ถูกต้องคือ การสอนให้รู้ถึงความจริงแท้ของธรรมชาติในเรื่องต่างๆ ว่าเรื่องนั้นๆ มีกลไกหรือบทบาทที่แท้จริงตามธรรมชาติอย่างไร เกิดขึ้นได้อย่างไร มีผลลัพธ์อย่างไร และเราควรปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความจริงแท้ของธรรมชาตินี้อย่างไร วิชาเพศศึกษาก็เช่นเดียวกัน ควรจะต้องสอนให้รู้ถึงความจริงแท้ของธรรมชาตินี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเพศสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

สาระสำคัญของวิชาเพศศึกษาจึงอยู่ที่ทำอย่างไรเผ่าพันธุ์ของมนุษย์จึงจะพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป โดยต้องพัฒนาให้คนรุ่นใหม่ดีกว่าคนรุ่นเก่า เรื่องเพศจึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น สรุปแล้วเนื้อหาที่สอนในวิชาเพศศึกษาต้องครอบคลุมทั้งในเรื่อง *การดำรงเผ่าพันธุ์* และ *การสร้างคนรุ่นใหม่* โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อย่อย คือเพศสัมพันธ์ ความรัก การเลือกคู่ครอง การแต่งงาน การสร้างครอบครัว ซึ่งอยู่ในหมวดของการดำรงเผ่าพันธุ์

---

36 หลักธรรมเพื่อหาและรักษาทรัพย์สมบัติ คือ ทิฏฐธัมมิกัตถสังวัตตนิกธรรม 4 ได้แก่ 1. อุฏฐานสัมปทา (ถึงพร้อมด้วยความหมั่น) 2. อารักขสัมปทา (ถึงพร้อมด้วยการรักษา) 3. กัลยาณมิตตตา (คบหาคนดีเป็นมิตร) 4. สมชีวิตา (เลี้ยงชีวิตแต่พอดี) (พระธรรมปิฎก 2545:38)

37 หลักธรรมเพื่อจัดสรรทรัพย์คือ โภควิภาค 4 (การจัดสรรทรัพย์ที่หาได้เป็น 4 ส่วน) โดยแบ่ง 1 ส่วนเพื่อใช้จ่ายเลี้ยงตน ครอบครัว และทำประโยชน์ อีก 2 ส่วน เพื่อใช้เป็นทุนประกอบการงาน และอีก 1 ส่วน เก็บไว้เพื่อใช้ในคราวจำเป็น (พระธรรมปิฎก 2545:39)

38 เพราะไม่รู้ว่าสาระที่แท้ของเพศสัมพันธ์ คือ สืบพันธุ์ และผลของการสืบพันธุ์ คือ ตั้งครรภ์ เมื่อไม่มีความรู้หรือไม่ได้นึกถึง จึงไม่ได้หาทางป้องกันไว้ก่อน

และหมวดการสร้างครอบครัว ที่ประกอบด้วย ความอบอุ่นในครอบครัว การเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนบุตร ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และปัญญา นอกจากนี้ยังต้องมีเนื้อหาอื่นๆ ประกอบสนับสนุนอีก คือ การแสวงหาและใช้จ่ายทรัพย์ ตลอดจนความรอบรู้ในวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้แก่ พัฒนาการทางเพศ พฤติกรรมทางเพศ สุขอนามัยทางเพศ บุคลิกภาพ สุขภาพกาย สุขภาพจิต มนุษย์สัมพันธ์ มารยาทสังคม กฎหมาย ประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งรวมแล้วก็คือทุกเรื่องที่ทำให้คนรุ่นต่อๆ ไปได้พัฒนาขึ้น

ดังนั้น สิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข คือ การทำความเข้าใจกับเพศสัมพันธ์ให้ถูกต้อง หรือสร้างให้เกิดสัมมาทิฏฐิในเรื่องเพศสัมพันธ์นั่นเอง ทั้งนี้เพราะการรู้จักความจริงแท้ของธรรมชาติ และปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความจริงแท้ของธรรมชาติเท่านั้น[39] ที่จะทำให้มนุษย์มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

---

**เอกสารอ้างอิง**


ทีมข่าวอาชญากรรม. 2551. *เขตต้องห้าม "พลอดรัก" วาเลนไทน์ ป้องกัน "วันเสียตัว" !.* ผู้จัดการออนไลน์. 13 กุมภาพันธ์ 2551. http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9510000017841 (สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2551)

พุทธทาสภิกขุ. 2549. *แก่นพุทธศาสน์.* จัดพิมพ์เนื่องในวาระ 100 ปี พุทธทาส พ.ศ. 2549. สุราษฎร์ธานี: ธรรมทานมูลนิธิ.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). 2544. *พุทธธรรม (ฉบับเดิม).* พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดวงแก้ว.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). 2545. *ธรรมนูญชีวิต: พุทธจริยธรรม เพื่อชีวิตที่ดีงาม.* พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: กองทุนอริยมรรค.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). 2546ก. *พุทธธรรม (ฉบับปรับปรุงและขยายความ).* พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). 2546ข. *การศึกษาเริ่มต้นเมื่อคนกินอยู่เป็น.* พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมิก จำกัด.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). 2547. "เพศศึกษาพลาดแน่ ถ้ามองแค่เพศสัมพันธ์." บรรยายเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2547. เรื่องที่ 16. ในซีดีธรรมชุด *จะถือพุทธและรักษาธรรมได้ เรื่องอย่างนี้ต้องเข้าใจอย่าให้เพี้ยน.* วัดญาณเวศกวัน นครปฐม.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). 2548ก. *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม.* พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: บริษัทเอส.อาร์.พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). 2548ข. *เศรษฐศาสตร์แนวพุทธ.* พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมิก จำกัด.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). 2550. *ลักษณะแห่งพระพุทธศาสนา.* พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์สวย จำกัด.

พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตโต). 2530. *ทางสายกลางของการศึกษาไทย.* คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ไมเคิล ไรท. 2551. "วัตถุนิยมคืออะไร?" *มติชนสุดสัปดาห์.* ฉบับประจำวันที่ 29 กุมภาพันธ์ - 6 มีนาคม 2551. 28(1437): 32.

วรชัย ทองไทย. 2550ก. "โรคอ้วน." หน้า 188-192 ใน *ประชากรและสังคม 2550: นคราภิวัตน์และวิถีเมือง,* บรรณาธิการ วรชัย ทองไทย และสุรีย์พร พันพึ่ง. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.


---

[39] เป็นการพิจารณาปัญหาด้วยปัญญา ทำให้สามารถวางท่าทีที่ถูกต้องในเรื่องนั้นๆ ได้

วรชัย ทองไทย. 2550ข. "ความสุขที่พึงปรารถนา." หน้า 1-17 ใน *หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย,* บรรณาธิการ รศรินทร์ เกรย์, อนุชาติ พวงสำลี และชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สารคดี. — 11 เมษายน. 2551. *วันนี้ในอดีต: 11 เมษายน พ.ศ. 2426 วันประสูติ ม.จ. สิทธิพร กฤดากร.* http://www.sarakadee.com/web/modules.php?name=News&file=article&sid=2078 (สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2551)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. *รายงานผลทั่วราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 — กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549.* กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. 2547. *วิถีชีวิตและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย: แนวทางการเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษา.* เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นโดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้คำปรึกษาในชุมชน. วันที่ 19 พฤศจิกายน. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.

Marks, Nic, Andrew Simms, Sam Thompson and Saamah Abdallah. 2006. *The Happy Planet Index: An Index of Human Well-being and Environmental Impact.* New Economic Foundation, London.

Wikipedia. 2007. *List of Countries by GDP (nominal) per capita.* http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_GDP_%28nominal%29_ per_capita. (accessed 24th September 2007).

8

# การเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่: มิติของความแตกต่างทาง 'เพศ' และ 'เพศภาวะ' ของบุตร

อรทัย หรูเจริญพรพานิช
*นักวิชาการโครงการ "Thai Family Matters Project" สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
*ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## นำเรื่อง

"เพศ" (Sex) เป็นตัวกำหนดทางธรรมชาติ ที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางกายภาพระหว่าง "ผู้หญิง" กับ "ผู้ชาย" และยังนำไปสู่ความแตกต่างของ "เพศภาวะ" (gender) ที่ทำให้ผู้ชายและผู้หญิงเติบโตท่ามกลางการขัดเกลาเลี้ยงดู และอบรมบ่มนิสัยไปในแนวทางที่สังคมมองว่าเป็นพฤติกรรมตามเพศที่เหมาะสม ดังนั้น Sex และ Gender จึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลให้พฤติกรรมการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ที่มีต่อลูกชายหญิงแตกต่างกันด้วย

มีงานวิจัยในต่างประเทศหลายชิ้นให้ข้อค้นพบที่คล้ายคลึงกันว่า พ่อแม่มีแนวโน้มที่จะดูแล ติดตามและควบคุมลูกสาวอย่างเข้มงวดมากกว่าลูกชาย โดยลูกชายจะมีอิสระ ไม่ว่าจะเป็น การแสดงออก และการทำกิจกรรมต่างๆ นอกบ้าน ได้มากกว่าลูกสาว ในขณะที่ลูกสาวก็จะมีความใกล้ชิด และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่มากกว่าลูกชาย (Becker 1994; Bell and Carver 1980; Douvan and Gold 1966; Droppelman and Schaefer 1963; Lamb 1977; Martin et al. 1981; Murphy and Moriarty 1976; Parke and Sawin 1976)

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ในประเทศไทย พบว่ายังมีผู้สนใจศึกษาไม่มากนัก โดยเฉพาะงานวิจัยในมิติที่เกี่ยวข้องกับ "เพศของบุตร" เท่าที่พบก็มีเพียงรายงานการสำรวจความคิดเห็นของแม่โดยศูนย์วิจัยของมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงลูกชายหญิงว่า ใครเลี้ยงยากกว่ากัน โดยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างแม่ที่มีลูกในวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงานจำนวน 1,395 คน จากทุกระดับการศึกษา อาชีพ อายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร (มติชน 2550) พบว่า ร้อยละ 41 ตอบว่าเลี้ยงยากพอๆ กัน ร้อยละ 36 ตอบว่า

เลี้ยงลูกสาวง่ายกว่า ในขณะที่ ร้อยละ 24 ตอบว่าเลี้ยงลูกชายง่ายกว่า และเมื่อสอบถามถึงความกังวลใจของแม่ที่มีลูกวัยเด็กและวัยรุ่น พบว่า ความกังวลใจของแม่ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ กลัวลูกติดการพนัน ติดยาเสพติด คบเพื่อนไม่ดี และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เห็นได้ว่าความกังวลใจของพ่อแม่ต่อลูกที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นส่วนใหญ่ ก็คือ ความกังวลในเรื่องพฤติกรรมการแสดงออกที่สังคมหรือที่พ่อแม่คิดว่าไม่เหมาะสมนั่นเอง

แม้พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่นของพ่อแม่จะมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการแสดงออกของลูกเป็นอย่างมาก แต่สถานะความรู้ในประเทศไทยที่สามารถเชื่อมโยงในเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ ที่ส่งผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหาของลูก โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นพบว่า มีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ไม่มากนัก โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยที่ใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ในหลาย ๆ มิติ อาทิเช่น แบบแผนหรือสไตล์การเลี้ยงดูบุตร (parenting styles) การติดตาม ควบคุม สั่งสอนและแนะนำ (monitoring and supervision) การตั้งกฎระเบียบหรือการจำกัดขอบเขตของบุตรในการทำกิจกรรมบางอย่าง (rules and disapproval) รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหา (problematic behaviors) ของบุตรในด้านต่าง ๆ

บทความนี้มุ่งที่จะนำเสนอผลการวิเคราะห์เบื้องต้น พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 13-14 ปี) ของพ่อแม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยนำเอามิติทางเพศของบุตรเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นถึงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกชายและลูกสาวของพ่อแม่ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหาของลูกหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งนำเสนอผลการวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหา อาทิ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการดื่มเหล้าและเสพยาเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร และการกระทำผิดกฎหมาย ของวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิงในช่วงวัยดังกล่าวว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และอย่างไร

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุถึงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ รวมทั้งการสั่งสอนอบรมและสอดส่องพฤติกรรมของลูกว่า มีความแตกต่างกันระหว่างลูกชายและลูกสาว การศึกษาของ Adler (1975) แสดงให้เห็นว่าลูกสาวจะถูกเลี้ยงให้อยู่ในบ้าน และได้รับการแนะนำสั่งสอนถึงบทบาทของความเป็นลูกผู้หญิง (feminine roles) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอีกหลายชิ้นทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศที่สรุปว่า ลูกสาวจะถูกควบคุมและได้รับการสั่งสอนหรือชี้แนะจากพ่อแม่มากกว่าลูกชาย (Kritaya and Napaporn 1993: 301-302; Cernkovick and Giordano 1987; Hagan et al. 1987; Seydlitz 1991) โดยลูกชายจะมีอิสระสามารถไปไหนมาไหน หรือทำอะไรนอกบ้าน แม้ในยามค่ำคืน ได้มากกว่าลูกสาว (Bottcher 1995) ด้วยเหตุนี้เอง นักทฤษฎีบางคนถึงกับระบุว่าการที่เราพบพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร หรือการทำผิดกฎหมาย (delinquency) ในเด็กและวัยรุ่นชายสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นหญิง มีสาเหตุมาจากพ่อแม่ไม่ค่อยได้ควบคุม ติดตามพฤติกรรมของลูกชายมากเท่ากับลูกสาวนั่นเอง (Gottfredson and Hirschi 1990; LaGrange and Silverman 1999)

ในส่วนของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเด็กและวัยรุ่นก็เช่นเดียวกัน ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับเทคนิควิธีและระดับของการควบคุม ติดตามของพ่อแม่ โดยพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการติดตามหรือควบคุมจากพ่อแม่น้อยมีแนวโน้มที่จะคบเพื่อนหรือเข้าร่วมในกลุ่มเพื่อนที่มีการใช้สารเสพติดได้มากขึ้น (Chassin et al. 1996; Chassin et al. 1993) ขณะที่พ่อแม่ที่ใช้เทคนิคในการควบคุมติดตามดี พบแนวโน้มการใช้สารเสพติดของบุตรน้อยลง (Bailey

et al.1993; Barnes and Farrell 1992; Barnes et al. 1994) ในด้านพฤติกรรมทางเพศวัยรุ่นก็มีข้อค้นพบในทำนองเดียวกันว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สัมพันธ์กับระดับการควบคุม ติดตามของพ่อแม่ (Crosby et al. 2003; DiClemente et al. 2001)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ พบได้น้อยชิ้น งานวิจัยส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญในเรื่องของความสัมพันธ์ในครอบครัว ความผูกพันกับพ่อแม่ การสื่อสารกับพ่อแม่ และเวลาที่พ่อแม่มีให้กับลูก มาเป็นปัจจัยการวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวล้วนพบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมก้าวร้าว เกเรและกระทำผิดกฎหมายของลูกอย่างมีนัยยะสำคัญทั้งสิ้น (กุหลาบ และคณะ 2541; โอฬาร 2541; สุชาดา 2547; ศิริยุพา 2549)

อย่างไรก็ตามเรายังไม่พบว่า มีงานวิจัยในประเทศไทยเรื่องใด ที่ใช้เครื่องมือวัดระดับของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่อย่างเป็นระบบ ในหลายๆ มิติ อาทิเช่น วัดแบบแผนการเลี้ยงลูก (parenting styles) พฤติกรรมการควบคุมติดตาม สั่งสอนและชี้แนะของพ่อแม่ (parental monitoring and supervision) การตั้งกฎเกณฑ์การจำกัดขอบเขตหรือการไม่อนุญาตให้ลูกทำกิจกรรมบางอย่างนอกบ้าน ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้น่าจะเป็นประโยชน์ ในการทำความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ ในบริบทของสังคมเมืองหลวง ณ เวลาปัจจุบัน รวมทั้งอาจให้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์เชิงนโยบาย ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กและวัยรุ่นที่จะเป็นกำลังที่สำคัญของชาติในอนาคต

## ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยเรื่อง "Thai Family Matter" ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันเพื่อการวิจัยและประเมินผลแปซิฟิก (The Pacific Institute for Research and Evaluation) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สถาบันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Institute of Health) โครงการได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากครอบครัวที่มีลูกอยู่ในช่วงอายุ 13-14 ปี จำนวน 420 ครอบครัว ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2550

ในการเลือกประชากรตัวอย่าง ขั้นแรกโครงการได้กำหนดพื้นที่ศึกษาก่อน โดยการแบ่งเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครออกเป็น 3 พื้นที่ คือ พื้นที่ชั้นใน ชั้นกลาง และชั้นนอก และทำการสุ่มเลือกเขตที่จะทำการศึกษาจำนวน 7 เขต จาก 3 พื้นที่เขตตามสัดส่วนประชากร ผลของการสุ่มตัวอย่างเขตในแต่ละพื้นที่ด้วยวิธีการเลือกตามความน่าจะเป็นที่เป็นสัดส่วนต่อขนาดของประชากร (Probability Proportional to Size - PPS) พื้นที่ชั้นในสุ่มได้จำนวน 1 เขต ได้แก่ ปทุมวัน ชั้นกลาง 4 เขต ได้แก่ บางกอกน้อย บางคอแหลม วังทองหลาง สวนหลวง และชั้นนอก 2 เขต ได้แก่ สายไหม และมีนบุรี จากนั้นจึงทำการสุ่มเลือกชุมรุม (block) ที่จะทำการสำรวจ (สำนักงานสถิติแห่งชาติช่วยสุ่มให้ โดยใช้วิธี PPS เช่นกัน) จำนวนเขตละ 35 ชุมรุม รวมทั้งสิ้น 245 ชุมรุม ได้ครัวเรือนจำนวน 30,471 ครัวเรือน หรือคิดเป็นจำนวนครัวเรือนประมาณ 4,000 ครัวเรือน/เขต หลังจากนั้นจึงทำการสำรวจครัวเรือนทั้งหมด เพื่อหาครัวเรือนเป้าหมาย ซึ่งได้แก่ครัวเรือนที่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 13-14 ปี และขั้นตอน

สุดท้าย คือการสุ่มเลือกครัวเรือนเป้าหมาย โดยสุ่มเลือกเขตละ 60 ครัวเรือน รวมทั้งสิ้น 420 ครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีสัมภาษณ์พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ส่วนข้อมูลของลูกที่มีอายุระหว่าง 13-14 ปี ใช้วิธีการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านคอมพิวเตอร์ (ACASI)

## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ คือ พ่อหรือแม่ (คนใดคนหนึ่ง) และลูกอายุ 13-14 ปี จากครอบครัวเป้าหมายจำนวน 420 ครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ให้สัมภาษณ์ (83%) เป็นแม่ อายุเฉลี่ยประมาณ 41 ปี เกือบครึ่งหนึ่ง (47%) เป็นชาวกรุงเทพฯ 1 ใน 4 คน มาจากภาคอีสาน และ 1 ใน 5 คน มาจากจังหวัดอื่นๆ ในภาคกลาง มีเพียงร้อยละ 5-6 เท่านั้น ที่มาจากภาคเหนือหรือภาคใต้ สำหรับระดับการศึกษาของพ่อแม่ครึ่งหนึ่งได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (4 ปี หรือ 6 ปี) ประมาณ 1 ใน 3 (37%) จบการศึกษาในระดับมัธยมต้นหรือมัธยมปลาย นอกนั้นจบการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไป มากกว่าครึ่ง (52%) มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 22 มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 20,000-40,000 บาทต่อเดือน ส่วนที่เหลือ (26%) มีรายได้สูงกว่า 40,000 บาทต่อเดือน สำหรับกลุ่มตัวอย่างลูกอายุ 13-14 ปี ให้ตอบแบบสอบถามด้วย ACASI โดยมีสัดส่วนลูกสาวและลูกชายใกล้เคียงกัน (ตาราง 1)

**ตาราง 1 ร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง**

| ลักษณะทางประชากร | พ่อแม่ (จำนวน 420 คน) | ลูก (จำนวน 420 คน) |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 17.0 | 49.5 |
| หญิง | 83.0 | 51.0 |
| **อายุเฉลี่ย** | 41.5 | 13.4 |
| **การศึกษา** | | |
| ประถมศึกษา | 50.0 | - |
| มัธยมต้นและมัธยมปลาย | 36.6 | - |
| อนุปริญญาขึ้นไป | 12.5 | - |
| **รายได้ครอบครัวต่อเดือน** | | |
| ต่ำกว่า 20,000 บาท | 52.2 | - |
| 20,000 - 40,000 บาท | 21.7 | - |
| 40,000 บาทขึ้นไป | 26.1 | - |

## พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่

สำหรับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยตัวชี้วัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ใน 6 ด้าน ได้แก่

1) การควบคุมและติดตามของพ่อแม่ ด้านการรับรู้ว่าลูกกำลังทำอะไร กับใคร และอยู่ที่ไหน (Parental Monitoring and Supervision-Knowledge of Whereabouts)

2) การควบคุมติดตามของพ่อแม่ โดยการตั้งกฎหรือการไม่อนุญาตให้ทำกิจกรรมบางอย่างภายนอกบ้าน (Parental Monitoring and Supervision-Rules) อาทิ การไปงานเลี้ยงกลางคืน การดื่มเหล้า การอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม และการทำกิจกรรมอื่นๆ

3) ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่และลูก (Parental Closeness หรือ Parent-Child Relations) ประกอบด้วยชุดคำถาม 4 ข้อ ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่ลูก และการรับรู้ของลูกถึงความห่วงใยของพ่อแม่

4) การสื่อสารในเรื่องเพศ (Communication with Parents about Sex) ประกอบด้วยชุดของคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับการสื่อสารพูดคุยในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเติบโตขึ้น (physical appearance) การมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความยากลำบากของการตั้งครรภ์ในช่วง วัยรุ่น ความสำคัญของการรักษาพรหมจรรย์ (สำหรับลูกสาว) และความสำคัญของการที่ไม่ทำให้ผู้หญิงท้อง (สำหรับลูกชาย)

5) การไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ (Parental Disapproval of Sex) ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถาม 5 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและความกังวลของพ่อแม่หากตนเองมีเพศสัมพันธ์ และการห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์

6) รูปแบบการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ (Parenting Style) ซึ่งประกอบด้วยชุดของคำถามจำนวน 32 ข้อ ซึ่งวัดระดับของสไตล์การเลี้ยงลูกที่พ่อแม่ใช้ แบ่งเป็น 3 แบบ ได้แก่ เลี้ยงลูกแบบตามใจ (Permissive parenting style) เลี้ยงลูกแบบเข้มงวดหรือเผด็จการ (Authoritarian parenting style) และเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย (Democratic parenting style)

**ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยของระดับการวัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ จำแนกตามพฤติกรรมและเพศของบุตร**

| พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ | ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม | | ค่าต่ำสุด | ค่าสูงสุด |
|---|---|---|---|---|
| | ลูกชาย | ลูกสาว | | |
| **รูปแบบหรือสไตล์การเลี้ยงดูบุตร (Parenting styles)** | | | | |
| การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | 2.03 | 2.08 | 1 | 4 |
| การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | 1.85 | 1.82 | 1 | 4 |
| การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | 3.15 | 3.12 | 1 | 4 |
| **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | | | |
| การควบคุมติดตาม - รับรู้ว่าลูกทำอะไร อยู่ที่ไหน และกับใคร | 2.91 | 3.04 * | 1 | 4 |
| การควบคุมติดตาม - ตั้งกฎหรือจำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้านบางอย่างของลูก | 2.62 | 2.83 ** | 1 | 4 |
| ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่-ลูก | 3.81 | 3.81 | 1 | 4 |
| การสื่อสารในเรื่องเพศ | 1.86 | 2.14 *** | 1 | 4 |
| การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่ต้องการให้มีเพศสัมพันธ์ | 3.32 | 3.53 *** | 1 | 4 |

**หมายเหตุ:** การทดสอบด้วย ANOVA พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 (***), ระดับ < .01 (**) และ * ระดับ < .1(*)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ที่มีต่อลูกชายและลูกสาว พบว่า รูปแบบหรือสไตล์การเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ทั้ง 3 แบบ อันได้แก่ ตามใจ เข้มงวด และแบบประชาธิปไตย ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างลูกสาวและลูกชาย โดยพ่อแม่ส่วนใหญ่มักใช้สไตล์การเลี้ยงลูกแบบผสมผสาน แต่ก็ค่อนข้างไปในทางประชาธิปไตย กล่าวคือ พ่อแม่จะเลี้ยงลูกโดยใช้เหตุผล ให้อิสระทางความคิดและการกระทำของลูกในระดับหนึ่งทั้งลูกสาวและลูกชาย อย่างไรก็ตาม เราพบความแตกต่างของรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรในพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน[1]

ในส่วนความสัมพันธ์ใกล้ชิดและการรับรู้ถึงความห่วงใยของพ่อแม่ที่มีต่อลูกนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างลูกชายและลูกสาว แต่ที่แตกต่างกัน ก็เห็นจะเป็นเรื่องของการควบคุม ติดตาม และการตั้งกฎระเบียบหรือการจำกัดกิจกรรมบางอย่าง (Monitoring and Supervision) ในลูกสาวมากกว่าลูกชาย โดยพบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการติดตาม ควบคุม และตั้งกฎระเบียบของพ่อแม่ต่อลูกสาวสูงกว่าลูกชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .01 และการรับรู้ว่า ลูกทำอะไร อยู่ที่ไหน อยู่ที่ระดับต่ำกว่า .1

สำหรับการสื่อสารในเรื่องเพศของพ่อแม่นั้น พบว่า พ่อแม่ได้เริ่มสื่อสารในเรื่องเพศกับลูกบ้างแล้วแต่อาจยังไม่มากนัก สาเหตุคงเป็นเพราะวัฒนธรรมและค่านิยมของคนไทยที่ยังไม่ค่อยยอมรับการสื่อสารพูดคุยในเรื่องเพศอย่างเปิดเผย โดยเฉพาะกับลูก และพ่อแม่ส่วนใหญ่ อาจยังขาดทักษะในด้านการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก อีกทั้งยังเห็นว่าลูกอายุยังน้อย (13-14 ปี) การพูดเรื่องเพศ อาจเป็นการชี้นำให้ลูกมาสนใจเรื่องเพศมากขึ้นก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม ผลของการวิเคราะห์พบว่าทั้งลูกสาวและลูกชายต่างก็รับรู้และตระหนักว่า พ่อแม่จะไม่ยอมหรืออนุญาตให้ตนเองมีเพศสัมพันธ์ ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ของลูก ที่ตระหนักว่าพ่อแม่จะไม่อนุญาตให้ตัวเองมีเพศสัมพันธ์ (Parental Disapproval about Sex) ค่อนข้างสูง (3.3-3.5) และหากเปรียบเทียบความห่วงกังวลของพ่อแม่ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่มีต่อลูกชายและลูกสาวแล้ว ก็จะเห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจนว่า พ่อแม่จะให้ความสำคัญในเรื่องพฤติกรรมทางเพศของลูกสาวมากกว่าลูกชาย ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องเพศของพ่อแม่ และการห้ามการมีเพศสัมพันธ์ในลูกสาวสูงกว่าลูกชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .001

## พฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหาของบุตร (Problematic Behavior)

ตัวชี้วัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูกในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใน 3 ด้าน ได้แก่

(1) พฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทใดประเภทหนึ่งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อาทิ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ สูบกัญชา สูดดมสารระเหย (กาว แล็กเกอร์ ทินเนอร์) การใช้สารกระตุ้นประเภท ยาบ้า ยาอี ยาไอซ์ ฯลฯ และยากล่อมประสาท

---

[1] ครอบครัวที่มี พ่อแม่ที่มีการศึกษาดี (อนุปริญญาหรือสูงกว่า) พบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตยสูงกว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ในขณะที่พ่อแม่ในกลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่า 40,000 บาท พบคะแนนเฉลี่ยของการเลี้ยงลูกแบบตามใจสูงกว่าพ่อแม่ที่มีรายได้ต่ำกว่าเช่นเดียวกัน (ไม่ได้แสดงไว้ในตาราง)

(2) พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การเคยมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามเนื่องจากวัยรุ่นในช่วงอายุดังกล่าวสัดส่วนของผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์พบได้น้อย ดังนั้นจึงได้นำตัวชี้วัดพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (presexual behaviors) มาพิจารณาด้วย อาทิ การกอด จูบ หรือสัมผัส/โดนสัมผัสอวัยวะเพศ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นพฤติกรรมที่สามารถนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ทั้งสิ้น

(3) พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร หรือกระทำสิ่งที่ผิดกฎหมาย (serious delinquency) โดยจะประเมินหรือวัดการเคยทำพฤติกรรมที่เข้าข่าย delinquency 1 หรือมากกว่า 1 ใน 4 พฤติกรรมดังต่อไปนี้ ก) หนีออกจากบ้านอย่างน้อย 1 วัน 1 คืน ข) ยกพวกตีกัน ค) ขโมยของ ง) เคยถูกตำรวจเรียกและส่งกลับบ้าน หรือเคยถูกตำรวจจับ

**ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร จำแนกตามพฤติกรรมและเพศของบุตร**

| พฤติกรรมที่เป็นปัญหา | เพศของบุตร | |
|---|---|---|
| | ลูกชาย | ลูกสาว |
| **การใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในรอบ 6 เดือน** | | |
| ไม่เคย | 129 (70.5%) | 138 (74.5%) |
| เคย | 54 (29.5%) | 47 (25.4%) |
| รวม | 183 (100.0%) | 185 (100.0%) |
| **เคยมีเพศสัมพันธ์** | | |
| ไม่เคย | 196 (95.6%) | 204 (98.1%) |
| เคย | 9 (4.4%) | 4 (1.9%) |
| รวม | 205 (100.0%) | 208 (100.0%) |
| **เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร หรือกระทำสิ่งผิดกฎหมาย** | | |
| ไม่เคย | 141 (68.8%) | 156 (75.0%) |
| เคยมีพฤติกรรม 1 หรือมากกว่า 1 อย่าง | 64 (31.2%) | 52 (25.0%) |
| รวม | 205 (100.0%) | 208 (100.0%) |
| ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร หรือกระทำสิ่งผิดกฎหมาย (ระดับการวัด แบบ scale range potential 0-6) | 0.66** | 0.43 |
| ค่าเฉลี่ยของดัชนีวัดพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (prevalence measures 9 items potential 0-9) | 0.76 | 0.73 |

**หมายเหตุ:** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 (**)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตร โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมระหว่างลูกชายและลูกสาว พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร และกระทำผิดกฎหมาย (วัดอย่างง่ายว่าเคยหรือไม่เคย) ไม่พบสัดส่วนของลูกชายที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงกว่าลูกสาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อวัดพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร อย่างละเอียด โดยเป็นการ

วัดจำนวนครั้งทั้งหมดของพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการแสดงพฤติกรรม ที่ก้าวร้าว เกเร ในลูกชายสูงกว่าลูกสาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05[2]

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลี้ยงลูกของพ่อแม่พร้อมกันทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การควบคุม ติดตาม สั่งสอนและชี้แนะ การสื่อสารในเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพ่อแม่ การรับรู้และตระหนักว่าพ่อแม่ไม่ต้องการให้มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งรูปแบบหรือสไตล์การเลี้ยงลูกทั้งสามแบบของพ่อแม่ ว่าปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก โดยนำเอาปัจจัยด้านการศึกษาของพ่อแม่มาเป็นตัวแปรควบคุม ผลการวิเคราะห์พบว่า การควบคุมติดตามของพ่อแม่ เช่น รู้ว่าลูกทำอะไร อยู่ที่ไหน การรับรู้และตระหนักของลูกว่าพ่อแม่ไม่ต้องการให้มีเพศสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่-ลูก รวมทั้งการเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย เป็นปัจจัยป้องกันที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่สามารถลดหรือยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมก้าวร้าว เกเรของลูกได้ ส่วนการเลี้ยงลูกแบบเข้มงวดมากเกินไป (ใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรง) กลับเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ลูกมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกเรมากยิ่งขึ้น (ตาราง 4)

**ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงอิทธิพลของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ของบุตร**

| ตัวแปรตาม : เคยมีเพศสัมพันธ์ | | | ตัวแปรตาม : พฤติกรรมก้าวร้าว เกเรของบุตร | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวแปรอิสระ** | Beta | Sig. | **ตัวแปรอิสระ** | Beta | Sig. |
| การศึกษาของพ่อแม่ (จำนวนปีที่เรียน) | 0.021 | 0.673 | การศึกษาของพ่อแม่ (จำนวนปีที่เรียน) | 0.045 | 0.349 |
| **สไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่** (Parenting styles) | | | **สไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่** (Parenting styles) | | |
| การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | -0.057 | 0.348 | การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | 0.030 | 0.602 |
| การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | -0.033 | 0.577 | การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | 0.103 | 0.073 * |
| การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | -0.091 | 0.080 * | การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | -0.095 | 0.055 * |
| **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | | **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | |
| การควบคุม ติดตาม (knowledge of whereabouts) | -0.119 | 0.029 ** | การควบคุม ติดตาม (knowledge of whereabouts) | -0.199 | 0.000 *** |
| การควบคุม ติดตาม (Rules) | -0.006 | 0.904 | การควบคุม ติดตาม (Rules) | -0.012 | 0.809 |
| ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | -0.054 | 0.294 | ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | -0.114 | 0.020 ** |
| การสื่อสารเรื่องเพศ | 0.03 | 0.542 | การสื่อสารเรื่องเพศ | 0.022 | 0.642 |
| การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | -0.179 | 0.000 *** | การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | -0.208 | 0.000 *** |

**หมายเหตุ** : มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (***), <.05(**) และ <.1 (*)

[2] เมื่อนำเอาการศึกษาและรายได้ของพ่อแม่เข้ามาพิจารณาประกอบด้วย พบว่า พ่อแม่ที่มีรายได้ดี (มากกว่า 40,000 บาท ต่อเดือน) พบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่เข้าข่ายเกเรก้าวร้าวของบุตร สูงกว่าพ่อแม่ที่มีรายได้ปานกลาง (20,000-40,000 บาท) และพ่อแม่รายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในเรื่องของสไตล์การเลี้ยงที่พบว่า พ่อแม่มีรายได้ดีมักเลี้ยงลูกแบบตามใจมากกว่าพ่อแม่ที่มีรายได้ต่ำกว่าทั้งสองกลุ่ม จึงอาจกล่าวได้ว่าการเลี้ยงลูกแบบตามใจมากเกินไปก็มีส่วนที่ทำให้ลูกมีพฤติกรรมเกเรก้าวร้าวได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกโมเดลการวิเคราะห์ เพื่อดูอิทธิพลของการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก โดยจำแนกการวิเคราะห์ตามเพศของบุตรแล้ว (แยกการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของลูกชายและลูกสาว) ในลูกชายผลการวิเคราะห์พบว่า (ดูตาราง 5) การรับรู้และตระหนักถึงความห่วงใยของพ่อแม่ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ การควบคุม ติดตาม และการเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย เป็นปัจจัยป้องกันการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เกเรในลูกชายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรนั้น มีเพียงการรับรู้และความตระหนักถึงความห่วงใยของพ่อแม่ที่ไม่ต้องการให้ตนเองมีเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยป้องกันเพียงอย่างเดียวที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับลูกสาว (ดูตาราง 6) พฤติกรรมการควบคุม ติดตามของพ่อแม่ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูกเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรรมที่เป็นปัญหาในลูกสาวได้ ส่วนการติดตาม ควบคุมอย่างเข้มงวดรวมทั้งการตั้งกฎเกณฑ์สำหรับลูกสาวมากเกินไป อาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ลูกสาวยิ่งมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหาได้

**ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงอิทธิพลของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ในบุตรชาย**

| ตัวแปรตาม : เคยมีเพศสัมพันธ์ | | | ตัวแปรตาม : พฤติกรรมก้าวร้าว เกเรของบุตร | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวแปรอิสระ** | Beta | Sig. | **ตัวแปรอิสระ** | Beta | Sig. |
| การศึกษาของพ่อแม่ (จำนวนปีที่เรียน) | 0.023 | 0.754 | การศึกษาของพ่อแม่ (จำนวนปีที่เรียน) | 0.035 | 0.615 |
| **สไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่** (Parenting styles) | | | **สไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่** (Parenting styles) | | |
| การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | -0.033 | 0.696 | การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | -0.022 | 0.785 |
| การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | -0.084 | 0.313 | การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | 0.083 | 0.297 |
| การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | -0.041 | 0.577 | การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | -0.124 | 0.080 * |
| **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | | **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | |
| การควบคุม ติดตาม (knowledge of whereabouts) | -0.118 | 0.121 | การควบคุม ติดตาม (knowledge of whereabouts) | -0.253 | 0.001 ** |
| การควบคุม ติดตาม (Rules) | -0.095 | 0.198 | การควบคุม ติดตาม (Rules) | -0.060 | 0.396 |
| ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | -0.083 | 0.265 | ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | -0.094 | 0.186 |
| การสื่อสารเรื่องเพศ | 0.001 | 0.993 | การสื่อสารเรื่องเพศ | 0.004 | 0.951 |
| การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | -0.232 | 0.002 ** | การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | -0.216 | 0.003 ** |

**หมายเหตุ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 (**) และ <.1 (*)

**ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงอิทธิพลของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ในบุตรสาว**

| ตัวแปรตาม : เคยมีเพศสัมพันธ์ | | | ตัวแปรตาม : พฤติกรรมก้าวร้าว เกเรของบุตร | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวแปรอิสระ** | Beta | Sig | **ตัวแปรอิสระ** | Beta | Sig |
| การศึกษาของพ่อแม่ (จำนวนปีที่เรียน) | -0.020 | 0.782 | การศึกษาของพ่อแม่ (จำนวนปีที่เรียน) | 0.063 | 0.376 |
| **สไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่** (Parenting styles) | | | **สไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่** (Parenting styles) | | |
| การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | -0.136 | 0.138 | การเลี้ยงลูกแบบตามใจ | 0.108 | 0.228 |
| การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | 0.076 | 0.402 | การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด | 0.113 | 0.201 |
| การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | -0.104 | 0.177 | การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | -0.051 | 0.496 |
| **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | | **การควบคุมติดตาม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ใกล้ชิด** | | |
| การควบคุม ติดตาม (knowledge of whereabouts) | -0.177 | 0.027 ** | การควบคุม ติดตาม (knowledge of whereabouts) | -0.162 | 0.038 ** |
| การควบคุม ติดตาม (Rules) | 0.135 | 0.084 * | การควบคุม ติดตาม (Rules) | 0.083 | 0.273 |
| ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | 0.000 | 0.996 | ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | -0.153 | 0.032 ** |
| การสื่อสารเรื่องเพศ | 0.064 | 0.375 | การสื่อสารเรื่องเพศ | 0.074 | 0.291 |
| การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | 0.101 | 0.177 | การรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | -0.079 | 0.280 |

**หมายเหตุ:** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (**) และ <.1 (*)

ในลูกชาย การรับรู้ถึงความห่วงใยของพ่อแม่ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ การควบคุม ติดตาม และรูปแบบการเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกัน พฤติกรรมก้าวร้าว เกเรของลูกชายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยป้องกันพฤติกรรมทางเพศนั้น พบว่า การรับรู้ถึงความห่วงใยของพ่อแม่ที่ไม่ต้องการให้ตนเองมีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยเดียวที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับลูกสาว พบว่า พฤติกรรมการควบคุม ติดตามของพ่อแม่ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรรมก้าวร้าวเกเรที่เป็นปัญหาของลูกสาว ส่วนการติดตาม ควบคุมการไปไหนมาไหน แต่ไม่ตั้งกฎเกณฑ์ที่มากเกินไป เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ลูกสาวมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเหมาะสมขึ้น

**ตาราง 7 สรุปผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงอิทธิพลของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ในบุตรชาย และบุตรหญิง**

| พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร | การมีเพศสัมพันธ์ของบุตรก่อนวัยอันสมควร | | ลดพฤติกรรมก้าวร้าวเกเรของบุตร | |
|---|---|---|---|---|
| | ลูกชาย | ลูกสาว | ลูกชาย | ลูกสาว |
| การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย | - | - | ลดลง | - |
| การให้ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลูก | - | - | - | ลดลง |
| การควบคุมติดตามลูก | - | ลดลง | ลดลง | ลดลง |
| การสื่อให้ลูกทราบว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ | ลดลง | - | ลดลง | - |

* ตารางแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05

การเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่มีความสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมและอนาคตของลูก นอกจากนี้การเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมกับมิติทางเพศภาวะของบุตรควรได้รับการสนใจและศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นอย่างยิ่งเช่นกัน

## สรุป

ผลที่ได้จากการศึกษานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการทำความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่นของพ่อแม่ในเขตเมืองหลวงของประเทศไทย ซึ่งเรายังไม่ค่อยพบงานวิจัยในประเด็นนี้มากนัก ความแตกต่างของพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ที่มีต่อลูกชายและลูกสาวส่วนใหญ่พบได้จากงานวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งได้ให้ข้อค้นพบในทำนองที่ว่าลูกชายมักจะได้รับการควบคุม ติดตามและชี้แนะจากพ่อแม่น้อยกว่าลูกสาว ซึ่งผลจากการควบคุมติดตามลูกชายที่น้อยกว่าลูกสาว ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ลูกชายมีโอกาสไปทำกิจกรรมนอกบ้านที่เสี่ยงหรือเป็นปัญหาต่อสังคมได้มากกว่าลูกสาว รวมทั้งตกอยู่ภายใต้อิทธิพลเพื่อนได้มากกว่า

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้ ให้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างไปจากงานวิจัยในต่างประเทศเท่าใดนัก ที่พบว่าการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ขึ้นอยู่กับเพศของลูกว่าเป็น "ผู้หญิงหรือผู้ชาย" เพราะเราพบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแล "ลูกชายและลูกสาว" ของพ่อแม่จากงานวิจัยนี้เช่นกัน นอกจากนี้ข้อค้นพบยังแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหาของลูกได้ โดยเฉพาะในลูกชาย การควบคุม ติดตาม และการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดของพ่อแม่ อาจยังไม่เพียงพอที่จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือพฤติกรรมก้าวร้าว เกเรของลูกชายได้ พ่อแม่จำเป็นต้องบอกให้ลูกชายได้รับทราบถึงความห่วงใยและกังวลของพ่อแม่ที่มีต่อลูก รวมทั้งบอกให้ลูกได้รับทราบความปรารถนาของพ่อแม่ที่ไม่ต้องการให้ลูกไปมีพฤติกรรมทางเพศหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ด้วย

ดังนั้น ทักษะการสื่อสารกับลูกให้ได้ผล จึงมีความจำเป็นที่พ่อแม่จะต้องพยายามทำความเข้าใจ และควรได้รับการฝึกทักษะการสื่อสารกับลูกที่ถูกต้องและได้ผล เพื่อจะช่วยป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก แต่สำหรับลูกสาวแล้ว การที่พ่อแม่ตั้งกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัดกับลูกสาวมากจนเกินไปอาจเป็นผลเสียได้ เพราะการศึกษานี้ให้ข้อค้นพบว่าพฤติกรรมดังกล่าว อาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ลูกสาวยิ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น

สำหรับรูปแบบหรือสไตล์การเลี้ยงลูกของพ่อแม่นั้น แม้พบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่เลี้ยงลูกแบบผสมผสาน และค่อนข้างเป็นไปในแนวทางประชาธิปไตย กล่าวคือ พ่อแม่จะเลี้ยงลูกโดยใช้เหตุและผล แต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของลูกในภาพรวมพบว่า การเลี้ยงลูกแบบประชาธิปไตย เป็นปัจจัยป้องกันที่มีนัยสำคัญที่ช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทั้งการแสดงออกในทางก้าวร้าว เกเรและพฤติกรรมทางเพศของลูกได้ ในขณะที่การเลี้ยงลูกแบบเข้มงวดจนเกินไปและใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรง อาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ลูกมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกเรมากยิ่งขึ้น

ส่วนพฤติกรรมการสื่อสารในเรื่องเพศของพ่อแม่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่พบได้มากจากงานวิจัยอื่นๆ ที่ระบุว่าเป็นปัจจัยป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของลูกได้ แต่การศึกษานี้กลับไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ชี้ว่า การสื่อสารเรื่องเพศของพ่อแม่กับลูกในวัยนี้ยังอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.9 ในลูกชาย และ 2.1 ในลูกสาว จากค่าสูงสุดที่ระดับ 4) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพ่อแม่ไทยยังไม่เห็นความสำคัญและมองเห็นความจำเป็นของการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกในช่วงวัยนี้หรืออาจเป็นเพราะพ่อแม่ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกก็เป็นได้ จึงทำให้ไม่กล้าที่จะพูดกับลูกในเรื่องที่เกี่ยวกับเพศมากนัก

ข้อค้นพบทั้งหมดจากการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนความสำคัญของสถาบันครอบครัว และส่งเสริมความสำคัญของการเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ ซึ่งอาจช่วยกระตุ้นเตือนให้พ่อแม่หันมาเอาใจใส่ และดูแลลูกอย่างใกล้ชิดมากขึ้น โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศว่าลูกจะเป็น "ผู้หญิงหรือผู้ชาย" การให้อิสระนอกบ้านหรือแม้แต่ให้ความเป็นอิสระทางเพศกับลูกชายมากกว่าลูกสาว มีส่วนผลักดันให้ลูกชายมีความเสี่ยงทางเพศและก่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหานอกบ้านได้มากกว่าลูกสาว ยิ่งในยุคสมัยปัจจุบันที่ครอบครัวในเมืองมีค่านิยมของการมีลูกน้อยเพียง 1 หรือ 2 คน อาจไม่มีข้อเปรียบเทียบให้พ่อแม่ที่มีลูกเพียงคนเดียวได้เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกชายและลูกสาวของตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้น่าจะให้ข้อคิดในการเลี้ยงลูกของพ่อแม่ได้ว่า การเลี้ยงลูกไม่ควรขึ้นอยู่กับว่าลูกจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย เพราะหากพ่อแม่ไม่ดูแลหรือเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดอย่างเท่าเทียมกันแล้ว "ลูก" ก็มีความเสี่ยงที่จะก่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยกันทั้งนั้น

## เอกสารอ้างอิง


กุหลาบ รัตนสัจธรรม และคณะ. 2541. *สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหายาเสพติดและเจตคติทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออก* : รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

มติชนรายวัน 2550. แม่ 61% โทษตัวเองเมื่อลูกทำผิด. วันที่ 10 สิงหาคม : 13.

ศิริยุพา นันสุนานนท์. 2549. *การศึกษาความรู้ เจตคติ ความเชื่อและพฤติกรรมของเยาวชนไทย.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุชาดา โลหะมาก. 2547. *การศึกษาความสัมพันธ์ของระหว่างการสื่อสารในครอบครัวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์นักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

โอพาร เอี่ยมประภาส. 2541. *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน.* วิทยานิพนธ์นักศึกษาปริญญาโท สาขาสังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Adler, F. 1975. *Sisters in Crime: The Rise of the New Female Criminal.* New York: McGraw-Hill.

Bailey, G.M., S.T. Ennett and C.L. Ringwalt. 1993. "Potential mediators, moderators, or independent effects in the relationship between parents former and current cigarette use and their children's cigarette use." *Addictive Behaviors.* 18(6): 601-621.

Barnes, G.M., M.P. Farrell and S. Banerjee.1994. "Family influences on alcohol abuse and other problem behaviors among black and white adolescents in a general population sample." *Journal of Research on Adolescence.* 4(2): 183-201.

Barnes, G.M. and M.P. Farrell. 1992. "Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors." *Journal of Marriage and the Family.* 54: 763-776.

Becker, W.C. 1964. "Consequences of different kinds of parental discipline." In M.L. Hoffman & L.W. Hoffman (Editors), *Review of Child Development Research* Vol. 1. New York: Russell Sage Foundation.

Bell, N.J. and W.A. Carver. 1980. "A re-evaluation of gender label effects: Expectant mothers' responses to infants." *Child Development.* 51: 925-927.

Bottcher, J. 1995. "Gender as social control." *Justice Quarterly.* 12: 33-57.

Cernkovick, S. and P. Giordano. 1987. "Family relationships and delinquency." *Criminology* 25: 295-321.

Chassin L., D.R. Pillow, P.J. Curren, B.S. Molina and M. Barrera. 1993. "Relation of parent alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms." *Journal of Abnormal Psychology.* 102(1): 3-19.

Chassin L., P.J. Curren, A.M. Hussong and C.R. Colder. 1996. "The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: a longitudinal follow-up study." *Journal of Abnormal Psychology.* 105(1):70-80.

Crosby R., R.J. DiClemente, G.M. Wingwood, D. Lang and K.F. Harrington. 2003. "Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease prevention among African American adolescent females." *American Journal of Public Health.* 93: 901-902.

DiClemente R.J., G.M. Wingwood, R . Crosby, C. Sionean, B.K. Cobb, K. Harrington, S. Davies, E.W. Hook and M.K. Oh. 2001. "Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors." *Pediatrics.* 107(6): 1363-1368.

Douvan, E. and M. Gold. 1966. "Model patterns in American adolescents." In M.L. Hoffman & L.W. Hoffman (Editors), *Review of Child Development Research* Vol. 2. New York: Russell Sage Foundation.

Droppelman, L.F. and E.S. Schaefer.1963. "Boys' and girls' report of maternal and paternal behavior." *Journal of Abnormal Social Behavior* 67: 648-654.

Gottfredson, M.R. and T. Hirschi.1990. *A General Theory of Crime.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Hagan, J., J. Simpson and A.R. Gillis. 1987. "Class in the household: a power-control theory of gender and delinquency." *American Journal of Sociology.* 92:788-816.

Kritaya Archavanitkul and Napaporn Havanon. 1993. Situation, opportunities and problem encountered by young girls in Thai Society. In Qualitative Methods for Population and Health Research. Bencha Yoddumnern-Attig et al. (editors): 293-311. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University

LaGrange, T.C. and R.A. Silverman. 1999. "Low self-control and opportunity: testing the general theory of crime as an explanation for gender differences in delinquency." *Criminology*. 37: 41-72.

Lamb, M.E. 1977. "The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life." *Development Psychology* 13: 637-648.

Martin, J.A., E.E. Maccoby and C.N. Jacklin. 1981. "Mothers" responsiveness to interactive bidding inventory for African adolescents." *Perceptual and Motor Skills*. 76: 1001-1008.

Murphy, L.B. and A.E. Moriarty. 1976. *Vulnerability, Coping and Growth*. New Haven, CT: Yale University Press.

Parke, R.D. and D.B. Sawin. 1976. "The father's role in infancy." *Family Coordinator* 25: 265-371.

Seydlitz, R. 1991. "The effects of age and gender on parental control and delinquency." *Youth & Society* 23: 175-201.

9

# เพศ เหล้า และ วัยเรียน : บทสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยระดับมหภาคและจุลภาค และนัยยะที่ผู้ใหญ่ควรเข้าใจ

อรทัย อาจอ่ำ

*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## นัยสำคัญของบทความ และ ความรู้ที่เป็นองค์รวม

การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง เพศ เหล้า และวัยเรียน มีที่มาจากการที่ผู้สังเคราะห์ได้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ประเมินผลภายนอกกลุ่มแผนงานพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ที่ได้รับการสนับสนุนทุนในการดำเนินงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในช่วงเวลา 4-5 ปีที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาสเดินทางไปทั่วประเทศ และยังได้มีโอกาสพบเห็นหรือสัมผัสกับความเป็นจริงต่างๆ เกี่ยวกับสังคมไทยในบริบทของชุมชนทั่วประเทศ และสิ่งหนึ่งที่ดูเหมือนว่าจะทวีความรุนแรง หรือ กลายเป็นข้อวิตกกังวลของผู้เกี่ยวข้อง และองค์กรภาคีต่างๆ ที่มีความตระหนักต่อปัญหาในพื้นที่ต่างๆ ส่วนใหญ่นั้น พบว่า มักจะหนีไม่พ้นเรื่อง "เพศ" ของวัยรุ่น หรือ วัยเรียน เพราะเป็นประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนมากกว่าที่เราเคย "รู้" หรือ "เข้าใจ"

ที่ผ่านมา เรื่อง "เพศ" ในกลุ่มเด็กวัยเรียน มักถูกศึกษาแยกออกจากเรื่อง เหล้า / เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ และมักไม่ได้มองถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดังกล่าวกับสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษาหรือระบบโรงเรียน ภูมิหลังทางครอบครัวของเด็กและเยาวชน และการทำความเข้าใจความสลับซับซ้อนของบริบทที่เกี่ยวข้องในหลายๆ ระดับ มากเท่าที่ควร *ซึ่งอันที่จริงนั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาเล่าเรียนหรือผลสัมฤทธิ์ในการเรียน รวมทั้งระบบของโรงเรียน บริบทของครอบครัว รูปแบบการอยู่อาศัย บริบทของชุมชน-สังคม พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวดิสโกเธค-ผับ-บาร์-คาเฟ่-*

*คาราโอเกะ การพูดคุยเรื่องเพศกับคนแปลกหน้า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน รวมไปถึงการขายบริการ (ทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจ) การสูบบุหรี่ อุบัติเหตุ (จนนำไปสู่ความพิการ) และบริบทของสังคมใหญ่ (super-structure) มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก*

อันที่จริงนั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของเด็ก วัยรุ่น เยาวชนในวัยเรียน เป็นประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน ที่ต้องการการทำความเข้าใจจากหลายๆ แง่มุม เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตามสภาพที่เป็นจริงให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมองปฏิสัมพันธ์เหล่านี้อย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน มีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยทำให้เข้าใจปัญหาอย่างเป็นองค์รวม หรือ ไม่เกิดการมองแบบแยกส่วน รวมทั้งการทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์เหล่านี้กับความสัมพันธ์ หรือ อิทธิพล พลังของสื่อทุกรูปแบบ ในภาวะที่โลกตกอยู่ในยุคดิจิตอล โดยเฉพาะอินเตอร์เน็ต รวมทั้งสื่อหรือการแพร่ภาพประเภทอื่นๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ วีซีดี หนังแผ่น วีดีโอหนังโป๊ แมกกาซีน นิตยสาร การ์ตูนญี่ปุ่น การแต่งตัวของนางแบบ-ดารา-นักร้อง ฯลฯ ที่มีอิทธิพลต่อเด็กและเยาวชนในขอบเขตทั่วประเทศอย่างไม่สามารถปฏิเสธได้ เพราะเป็นสื่อที่มีการแพร่กระจาย ทำให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว หรือ สัมผัสทางสายตาได้ทุกเมื่อเชื่อวัน โดยไม่มีอะไรที่จะมาขวางกั้นได้

ดังนั้น พฤติกรรม หรือ การกระทำต่าง ๆ ของเด็กและเยาวชน จึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และเร็วเกินกว่าที่สถาบันต่างๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน/สถานศึกษา สถาบันศาสนา (ที่มีบทบาทหน้าที่ในการปลูกฝังคุณค่า-คุณธรรม-จริยธรรม) โรงพยาบาล/สถานรักษาพยาบาล ชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น ฯลฯ จะทันรับรู้ ประกอบกับสถาบันเหล่านี้ในหลายๆ พื้นที่ ก็มีความอ่อนแอ และหลายแห่ง มักจะตีตรา หรือตัดสินเด็กและเยาวชนเหล่านี้ ที่อาจพลาดพลั้ง มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและเกิดการตั้งครรภ์ จนนำไปสู่การทำแท้ง หรือ การกลายเป็นพ่อแม่วัยเยาว์ ทั้งๆ ที่ยังไม่พร้อม และทำให้ต้องออกจากโรงเรียนกลางคันว่าเลวบ้าง เหลือขอ ไม่รักดี หรือเสเพล เป็นต้น ซึ่งการตีตราดังกล่าวไม่ช่วยทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขแต่อย่างใด

งานวิจัยหลายชิ้น ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า สื่อต่างๆ รวมทั้งเพื่อน (อมรวิชช์ และคณะ 2546, 2549; อู่ทอง และคณะ 2551) มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของเด็กและเยาวชนมากกว่าพ่อแม่ของตนเอง และมีหลายสิ่งหลายอย่างที่อาจจะไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่า เด็กและเยาวชนจะกล้าคิดกล้าทำ หรือ เป็นสิ่งที่คาดไม่ถึงจริงๆ ดังเช่น กรณี *การแต่งสีผมที่อวัยวะเพศ* ตามที่ปรากฏในสื่อ เมื่อเร็วๆ นี้ นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากพื้นที่ และงานวิจัยในระดับจุลภาค ที่พบว่า *วัยรุ่นจำนวนหนึ่งทั้งหญิงและชาย (และเป็นเด็กระดับมัธยม) นิยมการใส่ผงชูรสลงไปในสุราเพื่อเพิ่มรสชาติ และกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศเร็วยิ่งขึ้น และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กันในวงเหล้าในกลุ่มเพื่อนนักเรียนด้วยกัน* เป็นต้น

ข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่ๆ น่าตกใจยิ่งอีกประการหนึ่ง ก็คือความจริงที่ว่า *ปัจจุบันพ่อแม่ตั้งวงเหล้าหรือดื่มกินกันอย่างครึกครื้นตามร้านค้า หรือ ตลาด พร้อมๆ กับเด็กและเยาวชน หรือ ลูกของตนเอง เรียกว่าเมากันทั้งครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ต้องหวนคิดว่า ปัจจุบันบุคคลที่เรียกตนเองว่า ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะพ่อแม่ ครู ผู้นำชุมชนเป็นอย่างไร พวกเขาก็ตกเป็นเหยื่อของน้ำเมาหรือถูกครอบงำด้วยระบบโครงสร้างและเครือข่ายน้ำเมาที่แข็งแกร่ง มาเป็นเวลานานแล้ว ด้วยเช่นกันใช่หรือไม่* และสิ่งนี้บ่งบอกอะไรแก่สังคมไทย สำหรับพ่อแม่ ครู และผู้นำชุมชนที่ไม่ได้เมานั้นเล่า พวกเขาเข้าใจความคิด ความรู้สึกของเด็กและเยาวชนวัยเรียน ที่ต้องพึ่งสิ่งเสพติดหรือของมึนเมาทั้งหลาย มากน้อยเพียงใด อะไรคือปัจจัย-องค์ประกอบ-บริบทสำคัญ ใครเป็นคนทำร้ายเด็ก โรงเรียน/

สถานศึกษาต่างๆ มีบทบาทแค่ไหน ครูทราบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่เสี่ยง แต่ก็ทำอะไรไม่ได้ ขณะที่พยาบาลและโรงพยาบาลต่างๆ หลายแห่ง ต้องเตรียมยาป้องกันการตั้งครรภ์ (ที่มักเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ในวงเหล้า) เอาไว้แจกเมื่อเด็กต้องการ สิ่งเหล่านี้บอกอะไรแก่สังคมไทย

สำหรับผลการวิจัยระดับมหภาคในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิเช่น งานวิจัยวัยรุ่นหรือเยาวชนทั่วประเทศ (อมรวิชช์ และคณะ 2546, 2549; Chamratrithirong et al. 2007) พบว่า วัยรุ่น หรือ วัยเรียน มีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และการมีเพศสัมพันธ์หลังจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็มีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ขณะที่งานศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ทั่วประเทศ จำนวน 5,429 คน (สมเกียรติ 2550) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง*ร้อยละ 10 ตอบว่ามีเพศสัมพันธ์ และจากจำนวนดังกล่าว มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงแค่ร้อยละ 37 เท่านั้น ซึ่งน่าตกใจอีกเช่นกัน* เพราะว่า คนกลุ่มนี้เป็นมันสมองและกำลังสำคัญของประเทศ และที่หนักไปกว่านั้นก็คือ ข้อมูลระดับลึกจากโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง พบว่า มีนักศึกษาแพทย์ติดเชื้อ HIV และข้อมูลจากการรายงานของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในภาคอีสาน พบว่า นักศึกษาแพทย์และเภสัช มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน และยังได้โทรมาปรึกษากับผู้ให้ข้อมูลท่านดังกล่าว (ซึ่งเป็นแพทย์เช่นกัน) ว่าจะทำอย่างไรต่อไปดี เพราะกลัวการติดเชื้อ เป็นต้น

จากข้อมูลที่นำเสนอมาข้างต้น น่าจะพอช่วยให้สามารถคาดการณ์ต่อไปได้ว่า อนาคตสังคมไทยของเราจะเป็นเช่นไร (ยิ่งถ้าเกิดการติดเชื้อต่างๆ จากการมีเพศสัมพันธ์ขึ้นด้วย) เพราะคนเหล่านี้ คือ อนาคตของประเทศใช่หรือไม่? และที่สำคัญคือ คนส่วนใหญ่ในสังคมและผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการขัดเกลา หรือ อบรม บ่มเพาะพวกเขานั้น มองพวกเขาเหมือนเป็นผู้ร้าย หรือ เป็นผู้สร้างปัญหาให้กับสังคม และต้องขจัดปัญหาให้สิ้นซาก โดยขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มักมองอย่างแยกส่วนตัดสิน (มักมองว่าเด็กเลว) ทำให้แก้ไขปัญหาไม่ได้ หรือ แก้ไม่ตรงจุด ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก การขาดการศึกษาวิจัยเพื่อผลิตความรู้ที่เป็นองค์รวม ที่สามารถอธิบายภาพของความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทต่างๆ ในหลายๆ ระดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า เรายังขาดการสื่อสารกับสังคมอย่างถูกต้อง หรือยังไม่สามารถชี้ให้สังคมหรือสาธารณะมองเห็นว่า เด็กเป็นผลผลิตหรือภาพสะท้อนของสังคม จึงทำให้การแก้ปัญหาไปผิดทิศทาง

## วัตถุประสงค์ และ จุดมุ่งหมายหลักของบทความ

วัตถุประสงค์ของบทความนี้ มีดังนี้ (1) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางด้านพฤติกรรม การกระทำ บริบทที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง เพศ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ของประชากรวัยเรียน (2) เพื่อทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์อันสลับซับซ้อนระหว่างเรื่องเพศ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การดื่มเหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ของประชากรวัยเรียน อย่างมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับบริบทในหลายๆ ระดับ (3) เพื่อชี้ให้เห็นว่าเด็กและเยาวชน เป็นผลผลิตของครอบครัวและสังคมไทย ที่มีการผลิตซ้ำพฤติกรรมของผู้ใหญ่และของสังคม และ (4) เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับระบบ กลไก กระบวนการ และวิธีคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ถูกจุดมากยิ่งขึ้น

*แต่จุดมุ่งหมายสูงสุดของบทความ* ก็คือ เพื่อเติมเต็มความรู้-ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างเป็นองค์รวม และคาดหวังว่าจะสามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขับเคลื่อน และการเพิ่มพูนสติปัญญาเพื่อช่วยให้การกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

## คำถามหลักของบทความ

การสังเคราะห์องค์ความรู้ ณ ที่นี้ เป็นความพยายามในการเชื่อมโยงผลการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่มีอยู่เข้าด้วยกัน ทั้งนี้ *การดำเนินการดังกล่าว ต้องการตอบโจทย์ หรือ ข้อสงสัยสำคัญๆ 3 ประการดังนี้คือ (1) ผลการศึกษาต่างๆ ที่มีอยู่สะท้อนภาพอะไรแก่สังคมไทยของเรา (2) อะไรคือบริบท ปัจจัย เงื่อนไข องค์ประกอบที่สำคัญที่ล้อมกรอบพฤติกรรมเพศ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ของเด็กในวัยเรียน (3) ทิศทางการศึกษาและการขับเคลื่อนเรื่องนี้ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น ควรเป็นอย่างไร หรือควรกระทำโดยใครบ้าง สังคมควรมีความรู้ความเข้าใจอะไร หรืออย่างไร พร้อมผนวกบทวิพากษ์/ข้อสังเกตของการศึกษาวิจัยและการขับเคลื่อนต่างๆ* เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างความรู้/การรู้ และการปฏิบัติ หรือการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ได้มากยิ่งขึ้น และลดผลกระทบเชิงลบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อสังคมไทยโดยรวมด้วย

## แหล่งข้อมูล งานวิจัย และวิธีวิทยาที่ใช้

เป็นการสังเคราะห์ที่อยู่บนพื้นฐานงานวิจัยและแหล่งข้อมูล 3 ประเภทด้วยกัน คือ (1) **งานวิจัยระดับมหภาค** (macro study) ซึ่งหมายถึง *ผลงานวิจัยเชิงปริมาณ* (ซึ่งบางชิ้นอาจมีข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย) ที่มีจำนวนตัวอย่างขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 1,000 คนขึ้นไป และเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งอาจจะเป็นระดับภาค และ/หรือ ระดับประเทศก็ได้ ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 7-8 เรื่อง ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ ทั้งสถาบันการศึกษา เช่น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันรามจิตติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ หน่วยงานปฏิบัติต่างๆ เช่น สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข (โปรดดูในเอกสารอ้างอิง) (2) **งานวิจัยระดับจุลภาค** (micro study) หมายถึง *ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ* (แต่อาจมีข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงลึกในระดับต่างๆ เช่น ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับองค์กร หรือระดับโรงเรียน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ในขอบเขตทั่วประเทศ โดยบุคลากรสุขภาพ หรือพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมแผนงานพัฒนาบุคลากรของ สสส. ซึ่งมีทั้งหมดเกือบ 20 เรื่อง (โปรดดูรายชื่อในเอกสารอ้างอิง) และ (3) **ข้อมูลที่ไม่เป็นทางการ/ข้อมูลเชิงประจักษ์ต่างๆ / ข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต** สำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นทางการ ผู้เขียนได้รับจากการรายงานของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ในพื้นที่ๆ ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ/ปัญหาสุขภาวะของชุมชน และปัญหาเรื่องเพศในวัยรุ่น/วัยเรียน หรือเป็นผู้ที่สัมผัสกับเรื่องนี้โดยตรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. เจ้าของสถานบริการ รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการรายงานโดยตรงในระหว่างการลงพื้นที่ เพื่อติดตามและประเมินผลโครงการ และแผนงานต่างๆ ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต และการสัมภาษณ์ การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ เพิ่มเติมบางส่วนอีกด้วย

ผู้เขียนมองว่า การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่อยู่บนพื้นฐานของผลการศึกษาวิจัยในหลายๆ ระดับ ทั้งระดับมหภาคและจุลภาค และการผนวกข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ จะทำให้ได้ภาพของ *"ปรากฏการณ์"*

ที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น การศึกษาในระดับจุลภาคที่มีความเข้มข้น มีความลึก มีสีสัน สามารถช่วยเติมเต็มภาพของการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณได้เป็นอย่างดี หรือช่วยทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ โดยเฉพาะความรู้สึกนึกคิดของประชากรวัยเรียน ได้อย่างละเอียดลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผู้เขียนยังใช้วิธีการ หรือ**ระเบียบวิธีวิทยาที่เรียกว่า *"แนวชาติพันธุ์วรรณาวิทยา"*** (Ethnomethodology) ในการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลในแต่ละวัน ที่ผู้วิจัยได้พบเห็นหรือได้สัมผัส และพยายามทำความเข้าใจสิ่งเหล่านั้นจากมุมมองของประชากรวัยเรียน-สังคม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ และบางส่วน เป็นการนำเสนอในรูปของภาษาพูด หรือภาษาที่เป็นต้นฉบับ โดยไม่มีการปรุงแต่ง หรือ ดัดแปลงแต่อย่างใด ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถสะท้อนภาพได้อย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา *สำหรับคำว่า "วัยเรียน" ณ ที่นี้ หมายถึง ประชากรที่มีอายุระหว่าง 10-25 ปี*

## ข้อค้นพบจากงานวิจัยในระดับมหภาค : *สิ่งนี้บ่งบอกอะไรแก่สังคมไทย*

จากการสังเคราะห์งานวิจัยในระดับมหภาค จำนวน 8-9 เรื่อง (อมรวิชช์ และคณะ 2546, 2549; สมเกียรติ 2550; สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข 2549; สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2549; เอแบคโพลล์ และ สสส. 2547, 2549; Prohmmo 2007; Chamratrithirong et al. 2007) ทำให้ทราบว่า ประเด็นปัญหาสำคัญๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของประชากรวัยเรียน ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน (ทั้งโรคและการตั้งครรภ์) หรือ การไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือ มีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำกว่าที่คาดไว้มาก (อาทิเช่น ในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ พบการใช้ถุงยางอนามัยเพียงแค่ร้อยละ 37) หรือ ในการสำรวจในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 5 และกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 2,000 คน ของสำนักอนามัย กทม. ก็ยังคงพบว่า นักเรียนชายมีการใช้ถุงยางอนามัยเฉลี่ย เพียงร้อยละ 38 ส่วนนักเรียนหญิง มีการใช้มากกว่า หรือพบประมาณร้อยละ 47

นอกจากนี้ มีประเด็นปัญหาสำคัญๆ อื่นๆ อีก เช่น อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ที่ต่ำลงเรื่อยๆ ผลการสำรวจของบางสำนัก พบว่าอายุต่ำสุดของการมีเพศสัมพันธ์ คือ 9 ปี (เอแบคโพลล์ และ สสส., 2547) สำหรับการศึกษาของอมรวิชช์ และคณะ (2549) พบอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กอยู่ที่ 12 ปี และมีเรื่องการหมกมุ่นทางเพศ การล่าคู่นอน การหนีเรียนเพื่อไปมั่วสุมทางเพศ การมีพฤติกรรมเสี่ยงแบบครบวงจร ได้แก่ การเที่ยวสถานบันเทิงประเภทผับ บาร์ เธค คาเฟ่ คาราโอเกะ การดื่มสุรา และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน (เนื่องจากเมา หมดสติ และส่วนใหญ่บอกว่า การใช้ถุงยางอนามัย ทำให้การร่วมเพศไม่สนุก) รวมทั้ง การติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์

ข้อค้นพบเหล่านี้ ล้วนแต่เป็นเรื่องที่รู้กันดีอยู่แล้ว และหลายคนคิดว่าไม่น่าจะเกิดขึ้นอีก เพราะคาดว่าเด็กหรือเยาวชนส่วนใหญ่ น่าจะมีความตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อ หรือ มีความตระหนักในการดูแลและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วยตนเองมากขึ้น แต่ข้อค้นพบ ก็ไม่ได้สะท้อนอะไรที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม กลับมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โอกาสและปัจจัย/เงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดให้เด็กและเยาวชนสามารถสัมผัส หรือ เข้าสู่การกระทำที่ไม่ปลอดภัย กลับมีมากขึ้นและมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าไปพูดคุยเรื่องเพศในอินเตอร์เน็ตกับคนแปลกหน้า จากผลการสำรวจของเอแบคโพลล์ และ สสส. (2549) พบมากถึง ร้อยละ 28.5 (ดังแสดงในตาราง)

**ตาราง 1 ร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จำแนกตามประเภทกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตัวอย่าง และงานวิจัยระดับมหภาคที่ดำเนินการในช่วง พ.ศ. 2547-2550**

| กลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยระดับมหภาคที่ดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2547-2550 | มีเพศสัมพันธ์ หรือพูดคุยเรื่องเพศกับคนแปลกหน้าในเน็ต | ใช้ถุงยางอนามัยเสมอ/บางครั้ง (เมื่อมีเซ็กส์ไม่ว่ากับใคร) | ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ และ/หรือ ดื่มเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ | เที่ยวกลางคืน เช่น ผับ เธค บาร์ คาเฟ่ คาราโอเกะ ร้านเหล้า | ดูหนังแผ่น หรือสื่อโป๊ / โหลดภาพโป๊ | อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. เยาวชนทั่วไปอายุ 15-24 ปี จำนวน 1,464 คน (เอแบคโพลล์ และ สสส. 2549) | พูดคุยเรื่องเพศในเน็ตกับคนแปลกหน้า 28.5 | - | 16.8 | - | 61.6 | - |
| 2. นักเรียน-นักศึกษา (ขั้นประถม-อุดมศึกษา) ในภาคตะวันออก อายุ 10-25 ปี จำนวน 15,344 คน (อมรวิชช์ และคณะ 2549) | 12.4 | - | 34.6 | 1.65 | 36.6 | 12 และต่ำกว่า |
| 3. นักเรียนมัธยมและอาชีวศึกษา จำนวน 2,000 คน (สำนักอนามัย กทม. 2549) | อาชีวะ 77<br>มัธยม 24 | ชาย 38<br>หญิง 47 | - | - | - | - |
| 4. เด็กและเยาวชนทั่วไป อายุ 10-24 ปี (ไม่ทราบจำนวน) (Prohmmo 2007) | - | 30 (UNDP,อ้างใน Prohmmo : 37) | 10 (อายุ 20-24 ปี) และ 1.1 ล้านคน ในชายอายุ 11-19 ปี (60,000 คน ดื่มและขับขี่) | - | - | 14.5 |
| 5. เยาวชน อายุ 18-24 ปี จำนวน 3,024 คน (Chamratrithirong et al. 2007) | เฉลี่ย 72<br>ชาย 80<br>หญิง 63 | ชาย 31<br>หญิง 36 | 60 (อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม คือ 15.4 ปี/ กรุงเทพ) | - | 54 (หนังแผ่น) | 17.6 |
| 6. กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา (ไม่ทราบจำนวน) (สำนักสารนิเทศฯ, กระทรวงสาธารณสุข 2549) | 100 | 11 | - | - | - | - |

| กลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยระดับมหภาคที่ดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2547-2550 | มีเพศสัมพันธ์ หรือพูดคุยเรื่องเพศกับคนแปลกหน้าในเน็ต | ใช้ถุงยางอนามัยเสมอ/บางครั้ง (เมื่อมีเซ็กส์ไม่ว่ากับใคร) | ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ และ/หรือ ดื่มเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ | เที่ยวกลางคืน เช่น ผับ เธค บาร์ คาเฟ่ คาราโอเกะ ร้านเหล้า | ดูหนังแผ่นหรือสื่อโป๊ / โหลดภาพโป๊ | อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. นักเรียน ม.ปลาย (ไม่ทราบจำนวน) (สำนักสารนิเทศ ฯ, กระทรวงสาธารณสุข 2549) | 20 | 38 | 44 | - | - | - |
| 8. กลุ่มนักศึกษาแพทย์ อายุ 17-22 ปี จำนวน 5,429 คน (สมเกียรติ วัฒนศิริชัย-สกุล 2550 ) | 10 | 37 | 1.5 | - | - | - |

สำหรับการศึกษาของสำนักอนามัย กทม. เมื่อ พ.ศ. 2549 พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษามีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนมากถึงร้อยละ 77 ขณะที่นักเรียน ม.5 มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนน้อยกว่า โดยมีเพียงร้อยละ 24 และพบนักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิงร้อยละ 58 แต่ที่น่าเป็นห่วง คือ เด็กนักเรียนเหล่านี้มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้วยการสวมถุงยางอนามัยต่ำกว่าร้อยละ 50

นอกจากนี้ อมรวิชช์ (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง, 2549ข) ยังรายงานไว้ด้วยว่า..."*จากการลงพื้นที่ทำวิจัยปัญหาวัยรุ่นไทย พบว่าบางโรงเรียนมีนักเรียน 1,500 คน มีนักเรียนหนีเรียนไปเที่ยวประมาณ 10% หรือ 150 คน เช่น จ.นครราชสีมา ร้อยละ 80 เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ หนีเรียนไปอยู่ตามเมรุ ไปเล่นเกม มีเพศสัมพันธ์ กินเหล้าเมายา จนครูต้องตั้งค่าหัวนักเรียนคนละ 10-20 บาท เพื่อว่าใครเห็นต้องนำตัวมาส่ง ทั้งนี้ โรงเรียนในประเทศไทยกว่า 30,000 โรง มีเด็กยากจนประมาณ 3 ล้านคน โดย 1 ใน 3 เป็นโรงเรียนประถมขยายโอกาส ข้อมูลจากโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2546 พบว่ามีคนทำคลอด 9,000 ราย อายุต่ำกว่า 20 ปี 900 ราย อายุต่ำกว่า 12 ปี 5 ราย และแต่ละปี จะมีเด็กอายุ 12 ปี มาทำคลอด 3-5 ราย สะท้อนถึงปัญหาเพศสัมพันธ์ ซึ่งเด็กขั้นมัธยมทั้งตอนต้นและตอนปลาย เป็นวัยที่วิกฤตที่สุด เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องมาช่วยกันกอบกู้จิตวิญญาณเด็กกลับมา*"

อมรวิชช์ยังพบว่า ทัศนคติทางเพศของวัยรุ่น มีความน่ากลัวมากขึ้น โดยจากการวิจัยของสวนดุสิตโพลล์ พบว่า ร้อยละ 50 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ร้อยละ 20 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับกิ๊กในบางวันที่เหงา แต่ที่น่าตกใจ คือ ร้อยละ15 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เพิ่งเจอกันในผับหรือเธค สำหรับวัยรุ่นชายนิยมเล่นไลน์เพื่อหาคู่นอน ส่วนผู้หญิงเพื่อหาเพื่อนคุย นอกจากนั้น การวิจัยยังพบปัญหาแปลกๆ ในโรงเรียน เช่น มีนักเรียนหญิงชั้น ม.2-ม.3 นิยมสะสมเสื้อพละของนักเรียนชาย บางคนสะสมได้ 30-40 ตัว โดยใช้วิธียอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย และจะขยับเป็นการขายบริการทางเพศต่อไป นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มนักเรียนหญิงขาโจ๋ ชอบรวมตัวเป็นแก๊ง เช่น กลุ่ม 12 ราศี มีทั้งชั้น ม.ต้น และ ม.ปลาย ชวนกันหนีเรียนและออกเที่ยว ดื่มเหล้า มีเพศสัมพันธ์ โดยมีอยู่หลายโรงเรียน แล้วแต่จะตั้งชื่อแก๊งว่าอะไร

**โดยสรุป** วิกฤตปัญหาเพศ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในทุกกลุ่มวัยเรียน ทั้งนักเรียนระดับมัธยมตอนต้น มัธยมตอนปลาย อาชีวศึกษา อุดมศึกษา และกำลังลามไปสู่ เด็กนักเรียนระดับประถม (เพราะอายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำลงเรื่อยๆ จนเข้าสู่กลุ่มวัยเรียนระดับนี้ ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 7-12 ปี) และสามารถสรุปประเด็นปัญหาสำคัญๆ ได้ดังนี้คือ

1) **มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนและตั้งครรภ์มากขึ้น** การศึกษาวิจัยหลายฉบับรายงานสอดคล้องกันว่า วัยรุ่นหรือ วัยเรียน มีเพศสัมพันธ์มากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ การสำรวจล่าสุด พบว่า เยาวชนหญิงอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 31.8 ใน พ.ศ. 2542 เพิ่มเป็น ร้อยละ 47.3 ใน พ.ศ. 2546 (รายงานของธนาคารโลก, 2546 เผยแพร่ในมติชนรายวัน 12 มีนาคม 2551)

2) **พฤติกรรมทางเพศไม่ปลอดภัย** คือ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และกระจายสู่ทุกกลุ่มอายุ หรือ ทุกระดับชั้น ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาทั้งตอนต้น ตอนปลาย อาชีวศึกษา ไปจนถึงระดับมหาวิทยาลัย

3) **อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำลง** ข้อมูลระดับลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ในบางพื้นที่ระบุว่า เด็กบางส่วนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 8-9 ปี เท่านั้น เช่นเดียวกับ การสำรวจของเอแบคโพลล์ และ สสส. ในปี 2547 ที่พบ อายุในการมีเพศสัมพันธ์ต่ำสุด คือ 9 ปี (เด็กชาย) และ 10 ปี (เด็กหญิง)

4) **ดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์** พบว่า เป็นไปอย่างแพร่หลาย ทั้งในเมืองและในชนบท และเกิดขึ้นในประชากรทุกกลุ่ม หรือ ทุกช่วงวัย จากการสำรวจของอาภา (2544-2546) พบว่า ประชากรอายุ 12-65 ปี ที่ดื่มสุราเป็นประจำ (หรือดื่มประมาณ 20 วันในหนึ่งเดือน) มีประมาณ 11.9 ล้านคน และที่ดื่มทุกวันจนติดเป็นนิสัยมีประมาณ 1.6 ล้านคน (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง, 2549ก เผยแพร่ที่เว็บ Drink No Alcohol) สำหรับวัยหนุ่มสาว หรือ ช่วงอายุ 18-24 พบว่า ในกรุงเทพฯ ผู้ชายในช่วงอายุดังกล่าว มีการดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อยเดือนละครั้ง สูงถึงร้อยละ 60 และประมาณ 2 ใน 3 ของตัวอย่างในกลุ่มอายุดังกล่าว รายงานว่า มีการขับรถ หรือ ขับขี่จักรยานยนต์หลังจากการดื่มแอลกอฮอล์เกินเกณฑ์ที่กำหนด (หรือมากกว่า 3 แก้ว) (Chamratrithirong et al, 2007)

5) **ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์** พบว่า วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นเอดส์ มีประมาณ 30,000 คน ทั่วประเทศ และร้อยละ 84 ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ (สำนักสารนิเทศฯ กระทรวงสาธารณสุข 2549) ขณะที่รายงานวิจัยของธนาคารโลก พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี (ศูนย์ปฏิบัติการกระทรวงศึกษาธิการ, 27 มีนาคม 2551) และสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเยาวชนหญิง คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (รายงานของธนาคารโลก 2546 เผยแพร่ในมติชนรายวัน, 12 มีนาคม 2551)

6) **ติดเชื้อกามโรค** อัตราการติดเชื้อโรคหนองใน ซิฟิลิส ของกลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่า เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2547 มีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราติดเชื้อหนองในแสนละ 46 คน เพิ่มจาก พ.ศ. 2546 ซึ่งมีแสนละ 28 คน (สำนักสารนิเทศ ฯ กระทรวงสาธารณสุข 2549)

7) **ใช้สิ่งเสพติด** ไม่ว่าจะเป็นกาว สารระเหยต่างๆ (ชั้นประถมและมัธยม) ยาไอซ์ (เด็กนักเรียนที่มีฐานะ) และยาแปดคูณร้อย (ภาคใต้) (ผู้จัดการออนไลน์ 2551) มีอยู่ควบคู่กับปัญหาทางเพศ อย่างไรก็ตาม พบว่า ข้อมูล หรือ ตัวเลขเกี่ยวกับเรื่องนี้ ในการสำรวจต่างๆ หรือ การรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงศึกษาธิการ ฯลฯ มักเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา สำหรับการวิจัยบางชิ้น พบประมาณร้อยละ 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อาทิเช่น งานของ Chamratrithirong et al. (2007) แต่สำหรับกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบว่า มีประมาณร้อยละ 11 แต่ถ้าเป็นในกรุงเทพมหานคร พบประมาณร้อยละ15 ในกลุ่มอายุดังกล่าว (Chamratrithirong et al. 2007: 95)

## ข้อค้นพบจากงานวิจัยในระดับจุลภาค : *เรื่องเหลือเชื่อที่ต้องเชื่อ*

จากการศึกษา ทบทวน และ สังเคราะห์ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เป็นงานวิจัยล่าสุด ที่มีข้อมูลเชิงลึกที่สามารถสะท้อนภาพรายละเอียดปลีกย่อย ในหลายๆ ระดับได้ดี ไม่ว่าจะเป็นระดับปัจเจกบุคคล ระดับกลุ่มเพื่อน ระดับครอบครัว ระดับชุมชน-หมู่บ้าน-ตำบล-อำเภอ ระดับองค์กร-โรงเรียน หรือ แม้แต่ระดับจังหวัดได้เป็นอย่างดี งานศึกษาวิจัยเหล่านี้ เป็นงานศึกษาระดับลึก จากหลายๆ จังหวัดในทุกภูมิภาคของประเทศ ประมาณ 15 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ แพร่ น่าน ตาก เลย หนองคาย อุดรธานี อุบลราชธานี มหาสารคาม กระบี่ ตรัง ประจวบคีรีขันธ์ ฉะเชิงเทรา และปทุมธานี นอกจากนี้ ผู้เขียนยังได้ผนวกข้อมูลเชิงประจักษ์จากรายงานต่างๆ (รวมข้อมูลที่เผยแพร่ในสื่อต่างๆ และการรายงาน ณ ที่ประชุมตามวาระและโอกาสต่างๆ) ของหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงเข้ามาไว้ด้วย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

### ด้านตัวเด็ก-เยาวชน และ กลุ่มเพื่อน

1) **หนูเป็นผู้ใหญ่แล้ว** เด็กรู้สึกว่า ตนเองเป็นผู้ใหญ่แล้ว และสามารถทำอะไรได้เท่าเทียมกับผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ทำอะไรกัน ตัวเด็กก็ทำได้ และมองว่าเผลอๆ ทำได้ดีกว่า เก่งกว่า เด็ดกว่า มันส์กว่า โดยที่เด็กบางคนสะท้อนว่า... *"เห็นหน้าเด็กๆ นี่นะเขาเรียกว่า ใบหน้าน่ะมันเป็นนักเรียนประถม แต่ขอโทษนม ระดับมหาวิทยาลัยนะจ๊ะ"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 57)

2) **ค่านิยมการมีแฟน และต้องฟัน** ในปัจจุบัน ทั้งวัยรุ่นชายและหญิงจำนวนมาก มองว่า... *"การมีแฟนเป็นเรื่องธรรมชาติ ใครๆ เขาก็มีกัน ถ้าไม่มีสิเชย ต้องมีแฟน เอาไว้อวดเขา"* นอกจากนี้ ถ้ามีแฟนแล้วไม่มีเพศสัมพันธ์ แล้วมีไว้ทำไม ดังเช่น... *"เป็นแฟนกัน ก็ต้องมีอะไรกัน มันเป็นเรื่องของความรัก เป็นการยึดเหนี่ยวผูกมัดผู้ชายเอาไว้"* เพราะฉะนั้น เด็กจะถูกเชียร์จากเพื่อน ให้มีเพศสัมพันธ์ (อู่ทอง และคณะ 2551: 45)

3) **การร่วมเพศ ห้ามไม่ได้** ดังที่เด็กหญิงคนหนึ่งพูดว่า.. *"หนูคิดว่า มันช้า มันสายเกินไปแล้วล่ะค่ะ ที่จะมาห้ามวัยรุ่นไม่ให้ร่วมเพศกัน สู้มาบอกเลยดีกว่าว่า ทำอย่างไรจะไม่ให้ท้อง"* ขณะที่วัยรุ่นชายมองว่า การร่วมเพศเป็นการแสดงออกถึงความเป็นชายชาตรี หากชายใดไปกับหญิงสาวคนไหน ถ้าไม่ได้สิ้นสุดที่การร่วมเพศ ก็จะถูกเพื่อนชายเยาะเย้ยถากถาง (อู่ทอง และคณะ 2551: 45)

4) **ค่านิยมการล่าผู้ชาย** เด็กวัยรุ่นหญิงสมัยนี้ มองว่าการล่าผู้ชาย เป็นการกระทำที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่าได้รับสิทธิที่เท่าเทียมกับผู้ชาย เนื่องจากที่ผ่านมา ผู้ชายมักจะทำตัวเป็นผู้เลือก หรือ เป็นฝ่ายทิ้ง หรือมองว่าผู้หญิง เป็นดอกไม้รายทาง เพราะฉะนั้น จะต้องมองกลับกันว่า ผู้ชายก็แค่ผู้ชาย จับมาฟันแล้วทิ้งซะให้เข็ด กว่าจะรู้ตัวอีกที ก็กำลังนับแต้มแข่งกัน มันส์จะตาย ดังที่วัยรุ่นหญิงคนหนึ่งพูดว่า... *"จะต้องมีการจดสถิติการร่วมเพศไว้ จดแต้มแข่งขันกัน ใครได้มากสุด ถือเป็นฮีโร่ การร่วมเพศเป็นเรื่องธรรมดา แม้ว่าจะไปนอนกับผู้ชายมาหลายครั้ง หลายคน ก็ไม่ใช่เรื่องแปลก"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 44)

5) **การมีท้องหรือตั้งครรภ์ในวัยเรียน ไม่ใช่เรื่องน่าอาย** อีกต่อไป เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นเหล่านี้ เชื่อว่ามีวิธีแก้ เช่น การทำแท้ง (ซึ่งพบว่ามีสารพัดวิธี ไม่ว่าจะเป็น การใช้ยาเหน็บช่องคลอด กินยาขับเลือดยอดนิยม คือ ยาน้ำสตรีเบนโล กินเหล้าขาวผสมกระทิงแดง วิ่งชนโต๊ะ ให้หลานเหยียบท้องน้อย และ ทำแท้งกับหมอเถื่อน) และส่วนหนึ่ง พบว่า ผู้ใหญ่หาทางช่วยเหลือ หรือ ยอมรับให้อยู่ด้วยกันเป็นสามีภรรยา หรือ มีการให้ฝ่ายชายมาสู่ขอตามประเพณี หรือ มีการผูกข้อไม้ข้อมือกัน เป็นต้น (จันทณัช และคณะ 2548; อู่ทอง และคณะ 2551: 50-51) อย่างไรก็ตาม พบว่า ผัวเมียวัยรุ่นมักจะอยู่กันไม่รอด หรือ อยู่กันไม่ถึงวันคลอดลูกเสียด้วยซ้ำ และ เมื่อคลอดแล้ว ฝ่ายหญิง จะต้องหยุดพักการเรียนไว้ก่อน หรือ บางคนทางโรงเรียนให้ออก และต้องไปทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงลูก โดยฝากลูกไว้กับตา ยาย หรือญาติ หรืออาจฝากเลี้ยงไว้ตามสถานรับเลี้ยงเด็ก อย่างไรก็ตาม การศึกษาจุลภาคในอีกพื้นที่หนึ่ง (ประภัสสร และคณะ 2548) พบว่า วัยรุ่นหญิง กลัวการตั้งครรภ์ มากที่สุด รองลงมาคือ กลัวผู้ใหญ่รู้ กลัวผู้ชายทิ้ง กลัวคนอื่นรู้ และสิ่งที่กลัวอันดับสุดท้าย คือ กลัวโรคเอดส์ ในขณะที่วัยรุ่นชาย จากการศึกษาเดียวกัน ตอบว่า กลัวโรคเอดส์มากที่สุด และไม่เคยกลัว หรือรู้สึกวิตกกังวลว่า เพื่อนหญิงที่มีเซ็กส์ด้วยจะท้อง และวัยรุ่นชายเหล่านี้ ยังกล่าวด้วยว่า ไม่รู้สึกว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิง หรือ แฟนของตน และถ้าต้องการเลิกกับผู้หญิงก็สามารถทำได้โดยง่ายโดยการทำตัวหายไปเลย หรือแกล้งทำเป็นเกย์ เป็นต้น

6) **รู้จักเหล้า และ/หรือ รู้สึกดีกับเหล้าตั้งแต่เด็ก** โดยพ่อแม่ใช้ให้ไปซื้อ และบางส่วนเล่าว่า พ่อแม่สอนให้กินเหล้า จะได้คอแข็ง และคิดว่า ยังไงลูกก็ต้องกินอยู่ดี เลยชวนกินต่อหน้าซะเลย สิ่งเหล่านี้ ทำให้เกิดการซึมซับตั้งแต่เด็ก และมองว่าเป็นสิ่งที่ดี เห็นผู้ใหญ่กินกันแล้วสนุกสนาน กินกันไปร้องเพลงกันไปอย่างครึกครื้น ไม่เห็นมีความเสียหายตรงไหน (สุทธิ และคณะ 2548; ศุภลักษณ์ และคณะ 2548; พัชรพิมพ์พา และคณะ 2549; เจริญ และคณะ 2551, อู่ทอง และคณะ 2551)

7) **ดื่มเหล้าทำให้กล้า/ดื่มย้อมใจ เพื่อมีเซ็กส์กับหญิงไม่สวย** เด็กจำนวนหนึ่งใช้เหล้าเป็นเครื่องช่วยให้กล้าแสดงออก ดังที่เด็กคนหนึ่งพูดว่า.. *"กินเหล้าแล้วมันกล้า ทำอะไร พูดอะไรก็ได้ กล้าสนุกสนาน พอไม่ได้กิน ก็ไม่กล้า"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 34-35) และบางส่วนใช้เหล้าย้อมใจ ก่อนการมีเซ็กส์ เนื่องจากเพื่อนหญิงไม่สวย ดังเช่นเด็กคนหนึ่งเล่าว่า... *"คนที่ไม่สวย หากจะนอนด้วยกัน ฝ่ายชายต้องดื่มจนเมาจึงจะมีอะไรกันได้"* (อู่ทอง และคณะ 255 : 41)

8) **ดื่มเหล้าแล้วต้องเที่ยวต่อ** จากการวิจัยของบังอร และคณะ (2549) และ อรจิรา และจันทิมา และคณะ (2551) พบว่า วัยรุ่น (ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมต้น) และนักเรียนอาชีวะที่ศึกษา ภายหลังจากการดื่มเหล้าส่วนใหญ่ต้องการเที่ยวต่อในสถานบันเทิง และมักจะขี่รถจักรยานยนต์เพื่อไปเที่ยวต่อยัง

สถานบันเทิงดังกล่าว ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง แต่นักศึกษา/วัยรุ่นเหล่านี้ก็ไม่กลัว และ ไม่มีการป้องกันใดๆ ทั้งสิ้น

9) **เซ็กส์ในวงเหล้า เป็นเรื่องธรรมดา** เด็กส่วนหนึ่งเล่าให้ทีมวิจัยที่เป็นพยาบาลชุมชนฟังอย่างเปิดเผยว่า การมีเซ็กส์ของวัยรุ่นชายและหญิง ส่วนใหญ่เกิดต่อเนื่องจากความมึนเมา และการปลุกเร้าจากเรื่องเล่าของเพื่อนๆ ที่เคยมีประสบการณ์เซ็กส์ในวงเหล้า ดังที่วัยรุ่นหญิงรายหนึ่งเล่าว่า.. *"เริ่มจากจูบกันในวงเหล้า จู๊บๆ จ๊าบๆ บางทีไปเอากัน เอาผ้าคลุม บางทีไปห้องน้ำ ถ้าเล่นกัน (มีเพศสัมพันธ์) ในวงเหล้า ผู้ชายจะใช้ถุงยางอนามัย จะเตรียมมาเอง เอากันใช้เวลาซัก 5 นาที บางครั้ง เอากันในห้องเดียวกัน เอากัน 3 คู่ก็มี และคนที่นั่งกินอยู่ ก็คอยแซว"* หรือ วัยรุ่นหญิงอีกคนหนึ่งเล่าว่า... *"มีประสบการณ์เซ็กส์ครั้งแรก อายุ 16 ปี คนแรกเป็นเพื่อนกัน (เพื่อนชาย) นั่งกินเหล้าด้วยกัน ลากแขนเราไปที่สวนลำไยที่แก่ง....เล้าโลมแล้ว สอดใส่ ไม่ค่อยเจ็บ เพราะใช้น้ำลายหล่อลื่น ไม่ได้ใช้ถุง หลังจากนั้นมองหน้ากันไม่ค่อยติด ไม่ได้คบกันต่อ คนที่ 2 เจ็บๆ เหมาะๆ แต่ไม่เคยใช้ถุงยาง (ตอนนี้คบกันเป็นแฟนอยู่)"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 39)

10) **กลัวท้องและติดเชื้อ แต่ไม่มีถุงยาง หรือ ถุงยางหลวม** เด็กจำนวนหนึ่งสะท้อนว่า พวกเขาก็กลัวเรื่องท้อง และการติดเชื้อ และรู้ว่าถุงยางมีประโยชน์ อยากใช้ แต่ไม่รู้จะไปหาที่ไหน เพราะหายากและแพง นักเรียนในบางจังหวัด เสนอให้มีการตั้งตู้หยอดเหรียญ หรือ ให้มีมากขึ้น โดยให้กระจายไปตามสถานที่ต่างๆ เป็นระยะๆ เหมือนกับการตั้งตู้โทรศัพท์สาธารณะ และบางส่วน สะท้อนว่า เคยใช้ถุงยาง แต่หลวม เวลาใช้จะมีลมออกมา (ตอน ม.1) แต่พอมาตอน ม.3 ก็พอดี (อู่ทอง และคณะ 2551: 46-47)

## ด้านบริบทครอบครัวของเด็กและเยาวชน (ครอบครัวหลายประเภท/หลายแบบ)

1) **ครอบครัวขาดความใกล้ชิด/ไม่อบอุ่น/อ่อนแอ/เหินห่าง** (ประภา และคณะ 2548; เพชรา 2549; พัชรพิมพ์พา และคณะ 2549; อู่ทอง และคณะ 2551: 16-22, 59) เนื่องจากพ่อแม่จำเป็นต้องไปทำงานต่างจังหวัด/ต่างถิ่น หรือ กรุงเทพ เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ขาดความใกล้ชิด ขาดความอบอุ่น ต่างคนต่างอยู่ ทำให้เหงา มีความรู้สึกว่าอยู่ตัวคนเดียว เด็กบางส่วนไม่รู้จะทำอะไรก็เลยกินเหล้า ช่วยทำให้หลับ และตื่นขึ้นมาก็ลืม (อู่ทอง และคณะ 2551: 20)

2) **ครอบครัวมีช่องว่าง สื่อสารกันไม่ได้** เนื่องจาก มีความแตกต่างทั้งวัย ความคิดและวิถีชีวิต พบว่าพ่อแม่จำนวนมากวิตกกังวลเรื่องลูกเป็นอย่างมาก และมักจะชอบใช้วิธีห้ามปราม และบางส่วนดุด่า ทำให้เด็กบางส่วนมีความรู้สึกว่า ถูกห้ามต่างๆ นานาแบบไร้เหตุผล หรือ เกิดการแปลเจตนาของพ่อแม่ผิด คิดว่าพ่อแม่ไม่รัก จึงดุด่า ทำให้ต่างคนต่างคิด ต่างคนต่างไป สื่อสารกันไม่ได้ (อู่ทอง และคณะ 2551: 16-17)

3) **ครอบครัวแตกร้าว** พ่อกับแม่ไปคนละทาง ขาดความอบอุ่น ขาดความเข้าใจ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากฐานะทางเศรษฐกิจ ที่ลำบากยากจน ทำให้ต้องดิ้นรน ย้ายถิ่น มีความเครียด และส่วนใหญ่ พ่อหรือ ทั้งพ่อและแม่มักดื่มสุราเพื่อคลายเครียด และครอบครัวมักมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย และแยกทางกันในที่สุด (เพชรา 2549; อู่ทอง และคณะ 2551: 37)

4) **ครอบครัวไม่เคยอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ หรือ ปลูกฝังความรับผิดชอบ** แต่สิ่งที่เห็นตำตา ก็คือ *การร่วมเพศของพ่อแม่* (อู่ทอง และคณะ 2551: 57) (เด็กจำนวนมาก มาจากครอบครัวที่ยากจน และ มีบ้านพักอาศัยที่คับแคบ ต้องนอนในห้องนอนเดียวกับพ่อแม่ ทำให้เห็นภาพจนชินตา) จากข้อมูลล่าสุด พบว่า *ปัจจุบันเด็กที่มาจากครอบครัวที่ยากจนที่อยู่ในโรงเรียน มีประมาณ 3 ล้านคน* (อมรวิชช์ และคณะ 2549)

5) **ครอบครัวสอนเพศศึกษาแต่ลูกต่อต้าน** พบว่า ครอบครัวจำนวนหนึ่งมีความพยายามที่จะสอนเรื่องเพศ หรือให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการใช้ชีวิตให้กับลูก ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวมักเป็นบทบาทของแม่ สำหรับการสอนเพศศึกษา ก็มีทั้งแบบอ่อนโยนนุ่มนวล และ แบบดุด่า และ/หรือ เน้นการห้ามปรามเป็นหลัก ทำให้เด็กเกิดความเบื่อหน่าย มองว่าแม่พูดเรื่องซ้ำซาก และพบว่า พ่อแม่บางส่วนชอบดุด่าเด็กต่อหน้าเพื่อน ทำให้เด็กไม่ชอบ และมีปฏิกิริยาต่อต้านการสั่งสอนที่ใช้ความรุนแรงและการทำให้เสียหน้า (อรไท และคณะ 2551; อู่ทอง และคณะ 2551: 17)

6) **ครอบครัวไม่ยอมรับการพกถุงยางอนามัย** พบว่า ในกรณีที่เด็ก-เยาวชน มีความตระหนักต่อเรื่องการป้องกันโรค โดยการพกถุงยางอนามัยไว้ในกระเป๋า แต่เด็กก็กลัวพ่อแม่ หรือ ผู้ปกครองมาตรวจเจอ เพราะพ่อแม่-ผู้ปกครอง ยังไม่ยอมรับเรื่องนี้ ทำให้เด็กไม่กล้าพกพาถุงยางอนามัย ทั้งๆ ที่อยากทำ (อู่ทอง และคณะ 2551 : 53)

7) **ครอบครัวมีค่านิยมเชิงบวกต่อการดื่มเหล้า** สอนให้เด็กกินเหล้า/ฝึกให้ดื่มจะได้คอแข็ง หรือใช้ให้เด็กไปซื้อเหล้า หรือนิยมชมชอบ มองว่าโก้ โดยเฉพาะเหล้าฝรั่ง พบว่า เป็นที่นิยมค่อนข้างมาก โดยมองว่า เป็นเครื่องบ่งบอกอำนาจ วาสนา และบารมีของผู้เป็นเจ้าของ เพราะมีราคาแพง จึงใส่ตู้โชว์ไว้อวดคนและครอบครัวบางส่วน มองว่า *"การติดเหล้า ดีกว่าติดยา"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 27-30)

## ด้านโรงเรียน / ระบบโรงเรียน สถานศึกษา และ ทัศนคติของครู

การจัดระบบการเรียนการสอนในโรงเรียน ที่มีการแบ่งชั้นตามความสามารถของเด็กนักเรียน ทำให้เด็กรู้สึกว่าถูกแบ่งชั้น และมักถูกตีตราว่าเป็นเด็กอ่อน เด็กห้องโหล่ นอกจากนี้ ครูจำนวนมากมักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเด็กที่มีปัญหาการเรียน โดยครูเหล่านี้ มองว่าเด็กสมัยนี้ไวไฟมาก และไม่รู้จักอาย โดยเด็กหญิงมักไปหาเด็กผู้ชายก่อน เด็กที่เรียนชั้นบ๊วยๆ หรือ มีการเรียนอ่อน จะมีพฤติกรรมด้านนี้ที่ชัดเจน (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พูดคุยกับครูในหลายๆ โรงเรียน) เมื่อเชิญผู้ปกครอง หรือ พ่อแม่มาคุย เพื่อปรึกษาหารือ หรือ เพื่อตักเตือน ครูก็มักจะโดนต่อว่า และมีลักษณะว่ากันไปว่ากันมา กล่าวคือ ครูก็โทษพ่อแม่ และพ่อแม่ก็โทษครู และมักพบว่าพ่อแม่ของเด็กเหล่านี้เลิกกัน หรือต้องอพยพย้ายถิ่นไปทำมาหากินที่อื่น ปล่อยให้ลูกอยู่กับญาติ พี่น้อง ปู่ย่าตายาย เด็กขาดความอบอุ่น ขาดคนชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง จำนวนมากกลายเป็น *"เด็กเหลือขอ"* และครูมองว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก หรือ เป็นภาระหนักกับทางโรงเรียน เพราะครูก็มีภาระหน้าที่ด้านการเรียนการสอนเชิงวิชาการต่างๆ หนักอยู่แล้ว จนครูให้ข้อสรุปว่า.. *"เด็กเรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง เรียนไม่ได้ก็ออกไปทำงาน แล้วก็เข้าวงจรอุบาทว์ โง่ จน เจ็บ เด็กก็ไม่สามารถยกระดับตนเองและครอบครัวได้"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 36)

## ด้านบริบทสังคม-ชุมชน-ที่อยู่อาศัย

1) **วันวาเลนไทน์** นับเป็นความนิยมอีกประการหนึ่ง ที่จะต้องมีเพศสัมพันธ์ในวันนี้ให้ได้ เนื่องจากเชื่อว่าเป็นวันแห่งความรัก จนกระทั่งปัจจุบัน โรงเรียนและหน่วยงานต่างๆ ต้องพยายามจัดกิจกรรมในวันนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กไปเที่ยวที่อื่น โดยพาเด็ก/เยาวชน/วัยรุ่นไปเข้าค่าย และทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การบริจาคเลือด การอบรมธรรม/ปฏิบัติธรรม การไปเยี่ยมผู้ป่วยเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ หรือ มีการกำหนดมาตรการอย่างเข้มงวด เพื่อไม่ให้เด็กไปเที่ยวในวันวาเลนไทน์ หรือ ไปเที่ยวได้ แต่ก็จะต้องถูกจับตามองอย่างใกล้ชิด เป็นต้น (เอแบคโพลล์ และ สสส. 2547; อมรวิชช์ 2548; ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง 2551)

2) **ค่านิยมการขึ้นครู** ยังคงเป็นความนิยม ไม่เสื่อมคลาย เมื่อมีการเข้าเรียนของ นศ.ใหม่ หรือน้องใหม่ รุ่นพี่จะต้องพาไปขึ้นครู หรือการสอนให้รู้จักการเสพเพศรสกับหญิงบริการ แต่สมัยนี้เปลี่ยนไป มักเป็นการเปิดบริสุทธิ์กับคนคุ้นเคย เพื่อนนักศึกษา สาวเชียร์เบียร์ นักร้อง (ที่หมายตาไว้) ที่รุ่นพี่มีการติดต่อ หรือ เตรียมไว้ให้ล่วงหน้า (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และนักศึกษารุ่นน้องบางส่วน)

3) **ค่านิยมการรับน้องด้วยเหล้า-เบียร์** ในระดับมหาวิทยาลัย พบว่า การรับน้องด้วยเหล้าเบียร์ ยังคงมีอยู่ แม้จะมีการรณรงค์ แต่ก็ยังไม่สำเร็จ และที่สำคัญ คือ เดี๋ยวนี้รุ่นพี่ผู้หญิงก็รับน้องใหม่ทั้งหญิง ชาย และเพศที่สาม-ที่สี่ ด้วยการให้ลองเครื่องดื่มประเภทพั้นช์ และเหล้าสารพัดสูตร ที่มีการจำหน่ายและมีโปรโมชั่น หรือกลยุทธ์ส่งเสริมการขายมากมายหลายรูปแบบ ในปัจจุบัน (ข้อมูลจากการรายงานของผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ ผนวกการสังเกต/การสำรวจร้านเหล้า และการสัมภาษณ์เจ้าของสถานประกอบการของผู้เขียน)

4) **ค่านิยมการเฉลิมฉลอง** ที่มีดาษดื่นในสังคมไทย ปัจจุบันลามมาถึงเด็กมัธยม เดี๋ยวนี้ พอสอบเสร็จแค่ขั้นมัธยม หรือปิดเทอมใหญ่ ก็ต้องไปฉลองด้วยการดื่มเหล้า-เบียร์ กันแล้ว และ มักจะต่อด้วยการมีเพศสัมพันธ์ (ประภัสสร และคณะ 2548: 263) จากผลการวิจัย พบว่า แม้แต่ในการเล่นกีฬาก็มีการดื่มสุรา และที่น่าตกใจก็คือ *"กีฬาต้านยาเสพติด"* ของเด็กๆ แต่พ่อแม่ก็มานั่งดื่มเหล้าเชียร์ลูกๆ อยู่ข้างสนาม (อู่ทอง และคณะ 2551: 25) นอกจากนี้ งานวิจัย ยังพบด้วยว่า การเฉลิมฉลองมีได้ตลอดเวลา เรียกว่าวาระสำคัญของชีวิตมีได้ทุกที่ทุกเวลา ไม่ว่าจะเป็นงานบุญประเพณีต่างๆ วันเกิดเพื่อน วันเกิดตนเอง ย้ายที่อยู่ ย้ายโรงเรียน เลื่อนชั้นใหม่ สอบได้ (ศุภลักษณ์ และคณะ 2548; สุทธิ และคณะ 2548; อู่ทอง และคณะ 2551: 25-26) ดังที่เด็กคนหนึ่งกล่าวว่า... *"โอกาสอยากกิน วันเกิดเพื่อนบ้าง อกหักผิดหวัง หรือ ทะเลาะกับแฟน หรือช่วงเทศกาลวันวาเลนไทน์ บางครั้งผิดหวังเสียใจก็ก็ กินจะกิน ซื้อรองเท้าใหม่ ก็ยังฉลองเลย ทุกเทศกาลจะกินหมด"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 26)

5) **ค่านิยม/วัฒนธรรมการดื่มเหล้าของชุมชน** จากการศึกษาวิจัยเชิงลึก (ศุภลักษณ์ และคณะ 2548; เพชรา, 2549; พัชรพิมพ์พา และคณะ 2549; ศิริวรรณ และคณะ 2549; เจริญ และคณะ 2551) จะเห็นได้ว่า การดื่มเหล้าเป็นวัฒนธรรม หรือค่านิยมที่โดดเด่นของชุมชนต่างๆ จำนวนมาก การเลี้ยงดูปูเสื่อด้วยเหล้ายาปลาปิ้ง และการใช้เหล้าในงานพิธีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงานบวช งานแต่งงาน

งานศพ ฯลฯ มีอย่างแพร่หลาย และเป็นอย่างนี้มาเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลต่อเด็ก/เยาวชน อย่างไม่อาจปฏิเสธได้ เพราะเด็กเติบโตมาท่ามกลางค่านิยมและวัฒนธรรมวิถี การปฏิบัติดังกล่าว จนกลายเป็นความเคยชิน และมองว่าไม่ใช่เรื่องเสียหาย เพราะพ่อแม่ ผู้หลักผู้ใหญ่ประพฤติ ปฏิบัติกันมาเป็นเวลานาน

6) **การแต่งตัวโป๊ของดารา-นักร้อง-นักแสดง เป็นสิ่งที่น่าเลียนแบบ** การศึกษาจุลภาคในพื้นที่ต่างๆ (ประภัสสร และคณะ 2548; อู่ทอง และคณะ 2551: 58) ชี้ชัดว่า เด็กหรือวัยรุ่นชาย ถูกกระตุ้นอารมณ์เพศ จากการแต่งตัวโป๊ของดารา-นักร้อง-นักแสดง-นางแบบ ในขณะที่วัยรุ่นหญิงเองก็อยากเลียนแบบการแต่งตัวดังกล่าว โดยมองว่า การแต่งกายเป็นแฟชั่น และต้องการเอาแบบอย่างดารา เพราะอยากสวย มีส่วนน้อยที่จะคิดว่าเป็นการล่อแหลม (ประภัสสร และคณะ 2548: 263)

7) **สื่อกระตุ้นอารมณ์เพศหาได้ง่ายยิ่งกว่าลูกอม** วัยรุ่น หรือ เด็กวัยเรียนในงานวิจัย ได้ให้ข้อมูลว่า วีดีโอ หรือ วีซีดีโป๊ หาง่ายมาก ส่วนมากเพื่อนจะแนะนำ หรือ เอามาเสนอขาย *"เอามั้ย เอามั้ย มาใหม่นะ"* และส่วนใหญ่ จะไปมั่วสุมดูกันที่บ้านเพื่อน แล้วก็จะยืมต่อๆ กัน หรือ อัดก๊อปปี้ขายกัน ในราคาแค่แผ่นละ 10 บาท และวัยรุ่นเหล่านี้ พูดเป็นเสียงเดียวกันว่า สื่อลามกทั้งหลาย หาซื้อได้ง่ายยิ่งกว่าลูกอมเสียอีก (ประภัสสร และคณะ 2548: 262)

8) **หอพัก หอรัก หอล้วง** จากการที่เด็ก หรือ วัยรุ่น ต้องเดินทางไปเรียนหนังสือในต่างถิ่น ทำให้ต้องเช่าหอพักอยู่ และบางส่วนที่ยังอยู่กับพ่อแม่ แต่ถ้าต้องการมีเซ็กส์ ก็ยืมหอพักจากเพื่อน หรืออาจเช่าคอร์ทโมเต็ล เป็นรายคืน ซึ่งราคาไม่แพง (คืนละประมาณ 200-250 บาท) (ประภัสสร และคณะ 2548: 263) จากการวิจัยเชิงลึก (จันทิมา และคณะ 2551; อู่ทอง และคณะ 2551: 42-43) พบว่า หอพักเป็นที่สะดวกที่สุดในการร่วมเพศของวัยรุ่น ทั้งหอพักที่แยกหญิงชาย หอพักรวม ห้องพักเป็นห้องๆ รวมทั้งบ้านเช่า ที่พักรวมกันหลายๆ คน หอพักแต่ละแห่ง มีกฎระเบียบที่เข้มงวดแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่มักเขียนกฎระเบียบไว้พอเป็นพิธี เพราะถ้าเข้มงวดเกินไป เด็กวัยรุ่นก็ไม่นิยมมาพัก ดังนั้น หอพักจึงกลายเป็นสถานที่สุดยอดแห่งความสัมพันธ์แบบคู่ผัวตัวเมีย ของ วัยรุ่น วัยเรียน วัยรัก วัยแรง คือ เรียนไปด้วย มีผัวมีเมียไปด้วย

9) **แก็งนายหน้าในคราบนักเรียน** บางพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลหลักรายงานว่า ปัจจุบันมีนักเรียนที่มีอาชีพเป็นนายหน้าค้าเพื่อนนักเรียนด้วยกันเกิดขึ้น หรือ จะเรียกว่าแก็งก็ได้ (จากคำของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) โดยที่เด็กเหล่านี้ มักจะเป็นเด็กที่เป็นเพศที่สาม มีประสบการณ์ทางเพศหลากหลาย รู้จักคนมาก และมองเห็นลู่ทางในการทำมาหากิน เนื่องจาก เพื่อนนักเรียนเอง ก็ต้องการเงิน ในขณะที่ตนเองก็พอรู้จักกลุ่มลูกค้า จึงกระทำตัวเป็นคนกลางเชื่อมระหว่างอุปสงค์กับอุปทาน

10) **ร้านเหล้า-เบียร์-คาราโอเกะ มีดาษดื่น** สามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายดาย จากการรายงานข้อมูลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่หลายๆ แห่ง พบว่า กิจการที่เปิดแล้วสามารถอยู่รอดได้ดี คือ กิจการประเภทบันเทิงทั้งหลาย เพราะเป็นที่นิยมของวัยรุ่น และยังมีการแปรรูปโฉมหรือ ปรับเปลี่ยนบริการให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย แปลกใหม่ และพิสดารอีกด้วย และร้านค้า/แหล่งบันเทิงในลักษณะนี้ มักมีเครือข่ายกว้างขวาง และมีการใช้โทรศัพท์มือถือในการเชื่อมต่อระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ

11) **ค่านิยมทางเพศเปลี่ยนไป ฤาเป็นเช่นนี้อยู่แล้ว** เนื่องจาก มีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น รวมทั้งการนิยมมีกิ๊ก หรือคู่นอนชั่วคราว หรือการมีคู่นอนหลายคน ซึ่งสิ่งนี้ผู้ใหญ่และเพื่อนๆ ทำกัน ประกอบกับสื่อ ละคร ทีวี ก็นำเสนอจนชาชิน และกลายเป็นกระแสสังคม ที่เด็กทำตามโดยอัตโนมัติ ดังเช่นที่เด็กคนหนึ่งพูดว่า.. *"มันเป็นแฟชั่น เพื่อนมีแฟน เพื่อนเคยมีอะไรกัน เราก็ต้องมี"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 59) ผู้เขียนขออนุญาตตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า เราอาจจะไม่สามารถกล่าวได้ว่า ค่านิยมทางเพศเปลี่ยนไป *แต่อาจจะเป็นเพราะมนุษย์เรานั้น แท้ที่จริง เป็นสิ่งมีชีวิตสายพันธุ์หนึ่งที่มีหลายผัวหลายเมีย (polygamy)* แต่สำหรับผู้ที่มีคู่นอน หรือ มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเพียงคนเดียวนั้น อาจจะเป็นผลมาจากการขัดเกลาทางสังคม หรือการอบรมบ่มเพาะในครอบครัว หรือเป็นความพยายามในการตอบสนองต่อการสร้างบรรทัดฐานในการอยู่ร่วมกันของสังคมมนุษย์ แต่ไม่ใช่เนื้อแท้ของมนุษย์ ดังนั้น เราจึงอาจจำเป็นต้องตั้งคำถามเกี่ยวกับกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่า ล้มเหลวหรือไม่?

12) **รณรงค์ให้ใช้ถุงยาง แต่ระบบบริการไม่ทั่วถึง** เด็กๆ สะท้อนว่า เห็นแม่ไปรับเม็ดยาคุมกำเนิดฟรีที่โรงพยาบาล/สถานีอนามัย แต่เด็กๆ อย่างพวกเขา จะไปรับบริการที่ต้องการที่ไหนได้บ้าง เด็กมองว่าพวกเขาควรจะได้รับบริการมากกว่าผู้ใหญ่ด้วยซ้ำ เพราะยังไม่มีงานทำ และไม่มีเงินซื้อ โดยเฉพาะการรับบริการโดยตรงจากหมอ และ พยาบาล น่าจะได้รับคำแนะนำที่ดีด้วย แต่เมื่อไม่มีบริการตรงนี้ก็เลยขอแบ่งปันจากเพื่อนที่พอมี และมีพฤติกรรมตามที่เพื่อนแนะนำ (จันทิมา และคณะ 2551; อู่ทอง และคณะ 2551: 53)

13) **ความขัดแย้งทางความคิดของผู้ใหญ่ ทำให้ปัญหาของเด็กทับถมทวีคูณ** การที่ผู้ใหญ่ หรือผู้มีอำนาจในการกำหนดชะตากรรมสังคม โดยเฉพาะชีวิตของเด็กและเยาวชนทั้งหลาย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (ก) *กลุ่มที่ยังผูกติดอยู่กับภาพของสังคมเก่า* ที่มองว่า สังคมควรยึดติดประเพณีหรือค่านิยมรักนวลสงวนตัวของผู้หญิง และการสอนการเป็นสุภาพบุรุษของผู้ชาย ซึ่งกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ยังคงมองเรื่อง "เพศ" ว่าเป็นสิ่งต้องห้าม เป็นเรื่องที่ไม่ควรสอน ไม่ควรพูดอย่างเปิดเผย เพราะเท่ากับเป็นการชี้โพรงให้กระรอก ซึ่งจากการวิจัยของพยาบาลชุมชน พบว่า มีโรงเรียนจำนวนมากที่มีความเชื่อ และมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นการกดทับความเป็นจริงต่างๆ ไว้ ถึงแม้จะมีการสอนเพศศึกษาทั้งที่สอนโดยตรง และสอดแทรกอยู่ในวิชาสุขศึกษา ก็ตาม และ *(ข) กลุ่มที่พยายามทำความเข้าใจความจริง หรือ สังคมที่เปลี่ยนแปลง* อันเนื่องมาจากการมองเห็นถึงปัจจัย-องค์ประกอบต่างๆ ที่เปลี่ยนไป และพยายามชี้ให้สังคมยอมรับความจริง และมีการพัฒนากลยุทธ์ในการสู้รับกับประเด็นปัญหาที่สลับซับซ้อน แต่ข้อเท็จจริง ก็คือว่า คนทั้งสองกลุ่มนี้ ยังหาข้อสรุป หรือ ยังตกลงกันไม่ได้ และสังคมยังคงเดินไปอย่างสับสน หาทางออกที่ชัดเจนไม่ได้ และยิ่งทำให้ปัญหาของเด็กและเยาวชนมีลักษณะที่เป็น *"ดินพอกหางหมู"* ขึ้นไปเรื่อยๆ สำหรับเด็กและเยาวชน ในฐานะที่เป็นคนกลาง (แต่ถูกสังคมมองว่าเป็นผู้ร้าย) และถูกสังคมฉุดกระชากลากถูไปตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลง บางส่วนมองตาปริบๆ และปล่อยไปตามยถากรรม แต่บางส่วน ก็มีพฤติกรรมประชดสังคมและครอบครัวของตนไปในเวลาเดียวกันด้วย (ดังที่ได้นำเสนอข้อมูลไว้ข้างต้น)

# บริบท เงื่อนไข ปัจจัย-องค์ประกอบ ที่ล้อมกรอบเรื่อง เพศ เหล้า ของเด็กและเยาวชนไทย

จากการทบทวนและสังเคราะห์ผลงานวิจัยทั้งในระดับมหภาค และจุลภาค ผนวกกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และข้อมูลเชิงลึก ที่ไม่เป็นทางการจากหลายๆ แหล่ง ทำให้พอจะสรุปได้ว่า เด็กและเยาวชนไทยถูกล้อมกรอบด้วยวิถีเพศ หรือ การให้ความสำคัญกับเรื่อง *"เพศ"* หรือ การมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยเรียน เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *การยึดถือคติพจน์ หรือ คุณค่าใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ หรือ มีค่านิยมทางเพศที่เป็นการผลิตซ้ำพฤติกรรมของผู้ใหญ่* นอกจากนี้ การแพร่กระจายของอินเตอร์เน็ต และสื่อต่างๆ โดยเฉพาะหนังแผ่น ทำให้เกิดเสรีภาพในการเข้าถึง (เพราะฟรี หรือ มีราคาถูกมาก) และเกิดการเชื่อมต่อ การแสดงออก การปลุกเร้า การเลียนแบบ การหาคู่ได้อย่างไม่มีขอบเขตจำกัด นอกจากนี้ การแพร่กระจายของอินเตอร์เน็ตยังทำให้เกิดการแบ่งปันคุณค่าเกี่ยวกับเรื่องนี้และเกิดเป็นชุมชนของประชากรวัยเรียน ดังเช่น ที่เด็กกลุ่มหนึ่งบอกว่า มีเหตุผลอยู่ 11 ประการ ที่เรื่อง *"เพศ"* สำคัญกว่า *"การเรียน"* และได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากชุมชนออนไลน์ของวัยรุ่นค่อนข้างมากนั้น เป็นอุทาหรณ์อะไรแก่สังคมไทย หรือ สังคมโลกในยุคดิจิตอล โดยจะขอคัดลอกคติพจน์ดังกล่าวมาแสดงไว้ ณ ที่นี้ โดยไม่มีการตัดทอน หรือ ปรับแต่งภาษาที่เป็นต้นฉบับแต่อย่างใด (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง, 2550) ดังนี้คือ

**11 เหตุผลที่เซ็กส์ดีกว่าการเรียน : ซึ่งวัยรุ่น-เยาวชนจำนวนมาก ชอบใจคติพจน์นี้มาก และ ตอบแสดงความสะใจเข้ามาในเว็บ**

1. จะทำกี่ปีกี่ชาติ ก้อไม่เบื่อ อ่านหนังสือแป๊ปเดียวก้อเบื่อ
2. ทำแล้วสนุก อ่านหนังสือแล้วเครียด
3. กินกาแฟแล้วง่วง แต่**กินเหล้าแล้วคึก**
4. หนังสือต้องเสียตังซื้อ สาวไม่ต้องเสีย ถ้ามีเดี๋ยวก้อมาแถมถ้าถูกใจได้ตังกินหนมอีก
5. สาวที่ถูกใจหาง่ายกว่าหนังสือที่น่าอ่าน
6. สาวไม่สวยก้อทำได้ แต่หนังสือไม่หนุก ก้อไม่อยากอ่าน
7. หนังสือไร้การตอบสนอง
8. เซ็กส์ช่วยให้เหงื่อออก ช่วยลดน้ำหนัก คล้ายๆ การซาวน่า อ่านหนังสือ เครียดเดี๋ยวก้อกิน
9. ถ้าไม่เข้าใจหนังสือสอนเราไม่ได้ แต่สาวสอนเราได้
10. เบอร์โทร จำง่ายกว่าตัวหนังสือ
11. หนังสืออ่านในที่มืดไม่ได้

ปัจจุบัน เด็ก เยาวชน หรือ วัยรุ่น วัยเรียน จึงมีอิสระในการทำอะไรก็ได้ตามใจตนเองมากขึ้น เพราะโลกยุคดิจิตอลนั้น ไม่มีกำแพงขวางกั้น (แม้จะมีความพยายามขวางกั้น ด้วยกฎหมาย หรือ อะไรก็ตามแต่ ก็ยังขวางได้ยากยิ่งนัก) แม้จะอยู่ห่างไกลกันสุดขอบฟ้า ก็ยังมาเจอกันได้ด้วยอินเตอร์เน็ต ผ่านพฤติกรรมและเครือข่ายหาคู่ออนไลน์ ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมในทุกมุมโลก ผลจากการสำรวจของเอแบคโพลล์และ สสส. เมื่อ พ.ศ. 2549 พบว่า เด็กที่เข้าไปคุยเรื่องเพศกับคนแปลกหน้าในเว็บ มีสูงถึงร้อยละ 28.5 (จากจำนวนตัวอย่าง 1,464 คน)

ขณะที่เมื่อประมาณ 20-30 ปีที่แล้ว พบว่า การพูดเรื่อง *"เพศ"* เป็นสิ่งที่น่าอาย หรือ คนส่วนใหญ่ค่อนข้างอาย ไม่กล้าเล่า หรือ ให้ข้อมูล โดยเฉพาะวัยรุ่น เมื่อถูกผู้เก็บข้อมูลในโครงการวิจัยต่างๆ ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของตน (จรรยา 2537: 3)

แต่เดี๋ยวนี้สามารถพูดได้อย่างโจ๋งครึ่ม ดังนั้น การมีอินเตอร์เน็ต จึงเป็นการช่วยทำให้เด็กและวัยรุ่น ซึ่งถูกปิดกั้นจากสังคมปากว่าตาขยิบ ได้มีที่ยืน หรือมีพื้นที่ในการแสดงตัวตนของตนเอง ที่มีการเก็บกด หรือจำเป็นต้องกดทับไว้มาเป็นเวลานาน ทำให้เด็กและเยาวชนได้มีทางระบายแบบไม่ต้องเปิดเผยโฉมหน้าของตนเอง หรือถ้าต้องการเปิดเผย ก็มีเว็บแคมแถมให้อีกด้วย **ข้อสรุปสำคัญ** ก็คือ สังคมเปลี่ยนเทคโนโลยีเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน วิถีชีวิตเปลี่ยน ค่านิยมเปลี่ยน พฤติกรรมเปลี่ยน แต่ภูมิปัญญาที่จะมาสู้รับกับปัญหา ยังอาจจะตามไม่ค่อยทันกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

## สรุป สิ่งแวดล้อม/บริบทสังคมใหญ่ (super - structure) ที่ล้อมกรอบเด็ก เยาวชน ครอบครัว และสังคมไทย

1) **ภาพที่พบเห็นได้ทุกเมื่อเชื่อวัน** จากสื่อต่างๆ โดยเฉพาะโทรทัศน์ หนังสด หนังแห้ง (หมายถึง หนังแผ่น ที่อยู่ในรูป วีซีดี หรือ วีดีโอ) หนังสือ/แมกกาซีน หนังสือพิมพ์ การ์ตูนญี่ปุ่น การแพร่ภาพดารา นักร้อง นักแสดงที่แต่งตัวโป๊ การโฆษณาเหล้า การดื่มกินของพ่อแม่ ทำให้เด็กเกิดการซึมซับและปฏิบัติตาม และบางส่วนพ่อแม่เป็นผู้ถ่ายทอดกระบวนยุทธ์ในการดื่มเหล้าให้กับลูก (จันทณัช และคณะ 2548; ประภา และคณะ 2548; ศุภลักษณ์ และคณะ 2548; สุทธิ และคณะ 2548; เพชรา 2549; เจริญ และคณะ 2551) ดังเช่นที่เด็กสะท้อนว่า... *"โฆษณา ละคร การแต่งตัว มีการนอนด้วยกัน การกอด การจูบ จากทีวีทั้งนั้น และ อีกอย่างผู้ใหญ่ทำให้เด็กเห็น"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 57-58) ผู้เขียนได้มีโอกาสลงไปสำรวจแผงหนังสือด้วยตนเอง จะเห็นว่า มีรูปโป๊ขึ้นหน้าปกในแมกกาซีนดังๆ ประมาณ 20 กว่าฉบับ และมีการนำมาโพสต์ไว้ในเว็บ และหนังสือพิมพ์รายวันแบบบ้านๆ ที่มีคนอ่านจำนวนมากทั่วประเทศด้วย

2) **เทคโนโลยี/อินเตอร์เน็ต พลังของยุคดิจิตอล** เป็นพลังที่เข้าถึงคนทุกกลุ่มทุกวัย ได้อย่างสะดวกง่ายดาย ปัจจุบันร้านอินเตอร์เน็ตในระดับอำเภอ ตำบล ก็มีแล้ว ไม่ว่าจะไปที่ไหน สามารถพบเห็นเด็กเล่นอินเตอร์เน็ตกันจนดึกดื่น หรือ เกินสามทุ่มขึ้นไป จากการศึกษาวิจัยต่างๆ อาทิเช่น การสำรวจของเอแบคโพลล์และ สสส. (ไทยรัฐ 2549) พบว่า เด็กนักเรียนและนักศึกษา อายุ 15-24 ปี ใน กทม.และเมืองใหญ่ ใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อดูเว็บโป๊เปลือย สูงถึงร้อยละ 53.8 นอกจากนี้ การศึกษาเชิงลึกจากบางพื้นที่ พบว่า เด็กใช้คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือในการนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ (อารีย์ และคณะ 2549) การเสพสื่อทางเพศได้อย่างง่ายดายและสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชนอย่างไม่สามารถปฏิเสธได้ (อมรวิชช์ 2548; จารุวรรณ และขวัญใจ 2551)

3) **พฤติกรรมของผู้ใหญ่-ดารา-สื่อและสังคม** ผู้ใหญ่เป็นอย่างไร เด็กก็เป็นอย่างนั้น คำพูดที่ว่าเชื้อไม่ทิ้งแถว หรือลูกไม้หล่นไม่ไกลต้น เป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้อธิบายทั้งพฤติกรรมทางเพศ

การดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ของเด็กและวัยรุ่นไทยได้เป็นอย่างดี โดยสรุปก็คือ เด็กเรียนรู้หรือผลิตซ้ำพฤติกรรมเหล่านี้มาจากผู้ใหญ่ สื่อ และสังคมนั่นเอง ดังเช่นที่เด็กพูดว่า.. *"หนังโป๊ ทีวีสื่อต่างๆ มีมากเกิน อีกอย่างเอาดาราเป็นแบบ นุ่งกระโปรงสั้นๆ เสื้อสายเดี่ยว วัยรุ่นเห็นก็เกิดการเลียนแบบสื่อไม่ปกปิด"* (ประภา และคณะ 2548; ประภัสสร และคณะ 2548; พัชรพิมพ์พา และคณะ 2549; เพชรา 2549; เนาวรัตน์ และคณะ 2551; อู่ทอง และคณะ 2551: 58)

4) **การผุดขึ้น และแพร่กระจายของโรงแรมม่านรูด** โมเต็ล หรือ ในปัจจุบัน มักนิยมเรียกกันว่า รีสอร์ทในเขตชนบท หรือ ตามอำเภอ-ตำบลต่างๆ มีมากขึ้น อย่างเห็นได้ชัดเจน แต่มักแฝงอยู่ในชื่อของ "รีสอร์ท" แต่เป็นรีสอร์ทแบบแห้งๆ ไม่มีการตกแต่งในลักษณะของรีสอร์ท แต่อย่างใด และมักตั้งอยู่บนเส้นทางผ่านไปมา ที่คนสามารถแวะเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ทันใจ หรือ พร้อมที่จะอำนวยความสะดวกให้เด็กและเยาวชนมีเพศสัมพันธ์กันได้ทุกที่ ทุกเวลา (ข้อมูลจากการรายงานของผู้ให้ข้อมูลหลัก และ จากการสังเกตของผู้เขียนในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ)

5) **จำนวนร้านเหล้า สถานบริการ แหล่งบันเทิง** ไม่ว่าจะเป็นบาร์ เธค อินเตอร์เน็ตคาเฟ่ โรงน้ำชา คาราโอเกะ มีอยู่โดยรอบสถาบันการศึกษาต่างๆ ตั้งแต่ระดับประถม มัธยม อาชีวศึกษา ซึ่งพบว่าสถานที่เหล่านี้มักมีมากกว่าสถานบริการ หรือ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจประเภทอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นร้านหนังสือ ศูนย์ศิลปวัฒนธรรม สวนสาธารณะ ฯลฯ ยกตัวอย่างเช่น จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกมีจำนวนร้านเหล้า เธค คาราโอเกะ หรือ แหล่งบันเทิง ในรูปอื่นๆ จำนวน 1,851 แห่ง (อมรวิชช์ และคณะ 2549)

6) **การโฆษณาเหล้าในสื่อทุกรูปแบบและความกำกวมด้านคุณค่า** ทั้งในโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แมกกาซีน อินเตอร์เน็ต รถใต้ดิน รถไฟฟ้า ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ ฯลฯ มีผลต่อเด็กและเยาวชน อย่างไม่สามารถปฏิเสธได้ ดังเช่นเด็กสะท้อนว่า.. *"เห็นโฆษณาเหล้าแพงๆ ดาราสวยๆ หล่อๆ กินกัน เราจึงทำตาม มันเท่ห์ดี"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 59) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *การโฆษณาที่สะท้อนให้เห็นถึงความขัดแย้ง/ความกำกวมด้านบรรทัดฐานหรือคุณธรรม (the paradox of social norms)* อันเป็นผลมาจาก ความต้องการในการสร้างภาพลักษณ์ของสินค้า อาทิเช่น การใช้คำว่า *"สำนึกดี สังคมดี"* ในการโฆษณาสุรายี่ห้อหนึ่ง สิ่งนี้ (แม้ยังไม่มีงานวิจัยใดๆ ศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นนี้อย่างเป็นระบบ) ผู้เขียนขออนุญาตมองไปในอนาคตแบบห่วงใยว่า น่าจะส่งผลต่อทัศนคติของเยาวชน และอาจจะทำให้เด็กและเยาวชนไม่สามารถแยกแยะได้ว่า อะไรดี อะไรไม่ดี และอาจนำไปสู่วิกฤตด้านคุณธรรม-จริยธรรม อย่างรุนแรงของสังคมในอนาคต

7) **นโยบายส่งเสริมการผลิตเหล้าพื้นบ้าน/เหล้าเสรี ของรัฐบาล** นโยบายของรัฐบาล โดยเฉพาะยุคที่มี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ส่งเสริมการผลิตสุราพื้นบ้าน/เหล้าเสรี หรือที่เรียกกันว่าสินค้าโอท็อป เพื่อเร่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ หรือ การเพิ่มรายได้ของชุมชน ผลปรากฏว่ามีผลลัพธ์/ผลกระทบเชิงลบตามมาด้วย กล่าวคือ ทำให้การเข้าถึงสุราทำได้ง่ายยิ่งขึ้น หรือซื้อหาได้อย่างสะดวกง่ายดาย จนทำให้เด็กและเยาวชน มองว่า เหล้าเป็นสิ่งที่ปกติ ไม่เห็นเสียหายตรงไหน เพราะผลิตกันอย่างเป็นล่ำเป็นสัน ถ้าไม่ดี แล้วผลิตออกมาทำไม หรือผู้ใหญ่ก็อนุญาตให้กิน นอกจากนี้ ยังพบว่าในหลายพื้นที่ ผู้ปกครองส่งเสริมให้เด็กเป็นนักดื่มหน้าใหม่ด้วย เพราะเหล้าพื้นบ้าน ราคาไม่แพง (ศุภลักษณ์ และคณะ 2548; ศิริวรรณ 2549; เจริญ และคณะ 2551; อู่ทอง และคณะ 2551: 31-33)

8) **มหาเศรษฐีอันดับต้นๆ เป็นคนในวงการน้ำเมา** พบว่า เจ้าของบริษัทเหล้า-เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักติดอยู่ในลำดับต้น ๆ ของการจัดลำดับมหาเศรษฐีของเมืองไทย (จากการประกาศ 1 ใน 40 มหาเศรษฐี ของนิตยสารฟอร์บส์) ซึ่งปกติ มักมีการจัดลำดับกันทุกปี และประกาศสู่สาธารณะด้วย ในสายตาของคนทั่วไป มหาเศรษฐีเหล่านี้ กลายเป็นแบบอย่างที่น่ายกย่อง เพราะมีการประกาศหรือ ตอกย้ำให้สังคมทราบบ่อยมาก (นิตยสารฟอร์บส์ 2550)

9) **ความขัดแย้งด้านคุณค่าและวิถีปฏิบัติ** (the paradox of social values) นอกจากนี้ บุคคลหรือมหาเศรษฐี หรือ บริษัทดังกล่าวในข้อ 8) ข้างต้น ยังมีการบริจาคเงินให้สังคม เพื่อไปแก้ปัญหาเด็กและเยาวชน หรืออุดหนุนกิจกรรมของนิสิต-นักศึกษา หรือมีการจัดกิจกรรมเพื่อสังคมด้วยตนเอง ซึ่งจากการวิจัย พบว่า การกระทำดังกล่าวมีผลต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่บริษัทในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 บอกว่าการทำกิจกรรมเพื่อสังคมของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการตัดสินใจซื้อ (ญาดา 2550)

10) **ค่านิยมรักสนุกของคนไทย และการปลูกฝังค่านิยม "การรักความสบาย"** และ การหลงใหลในวัตถุส่งผลต่อเนื่องถึงการรักสนุกในทุกเรื่อง และไม่พ้นเรื่องเพศ ค่านิยมดังกล่าว ทำให้เด็กจำนวนมากไม่ต้องการประสบกับภาวะยากลำบาก ไม่อยากเรียน เพราะเรียนก็ไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้หันมาหาความสุขทางเพศ สะสมวัตถุ และได้เงินใช้ด้วย จำนวนมากหันมาขายบริการ หรือที่เรียกกันในพื้นที่ว่า *"ขายตัว มั่วเซ็กส์"* (อู่ทอง และคณะ 2551: 24) และยังหันมาเป็นนายหน้าหาลูกค้าให้เพื่อนในชั้นเรียน หรือ โรงเรียนเดียวกัน หรือโรงเรียนอื่นๆ ในอำเภอ/จังหวัดเดียวกัน และข้ามจังหวัด (ข้อมูลจากการรายงานของผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ต่างๆ)

11) **การสอนเพศศึกษา ไปผิดทิศทางและไม่ค่อยได้ผล** จากข้อมูลเชิงลึกในหลายๆ พื้นที่ (ประภา และคณะ 2548; จารุวรรณ และขวัญใจ 2551; อรไท และคณะ 2551; อู่ทอง และคณะ 2551: 55-56) พบว่า ครูมักสอนตามเนื้อหาในหนังสือ ซึ่งการสอนแบบนี้ เด็กส่วนใหญ่ไม่ค่อยสนใจฟัง หรือไม่ก็มอบรายงานให้เด็กไปค้นคว้า ซึ่งพบว่า เด็กและเยาวชนมักไปคัดลอกจากหนังสือ หรือสื่อต่างๆ อีกทอดหนึ่ง หรือการให้ใบงานและร่วมคิดวิเคราะห์ ซึ่งกำลังเป็นนโยบายให้โรงเรียนดำเนินการ แต่ก็ยังมีปัญหาคือ การขาดการเตรียมความพร้อม และการพัฒนาครูให้มีทักษะการสื่อสารเรื่องเพศศึกษากับเด็ก สำหรับการสอน โดยการใช้เรื่องเล่าจากประสบการณ์ชีวิตจริงของเด็กและวัยรุ่นที่อาจพลาดพลั้งไปแล้วนั้น พบว่า มีน้อยมาก

12) **ความขัดแย้งทางความคิดของผู้มีอำนาจในการกำหนดทิศทางและนโยบายของสังคม** โดยเฉพาะกรณีการสอนเพศศึกษาแก่เด็กและเยาวชน พบว่า จนถึงทุกวันนี้ ยังหาข้อสรุป หรือ จุดร่วมที่ดีร่วมกันไม่ได้ เพราะมีลักษณะของการช่วงชิงวาทกรรมกันไปมา จนเด็กและเยาวชนส่วนหนึ่งต้องบอบช้ำ จนยากจะเยียวยา

**คำถามสำคัญ คือ** ใครเป็นคนทำร้ายเด็กและเยาวชน? ถ้าไม่ใช่ ผู้ใหญ่ *เพราะผู้ใหญ่ในสังคมไทย ไม่ได้คำนึงถึงการสร้างสังคมดีให้กับเด็ก แล้วเด็กจะดีได้อย่างไร* ผู้ใหญ่ในที่นี้ หมายรวมถึงทั้ง พ่อแม่-ผู้ปกครองของเด็ก ครูบาอาจารย์ นักธุรกิจ-พ่อค้าที่เป็นเจ้าของสถานบันเทิง/ร้านเหล้า และบริษัทผลิตน้ำเมาทั้งหลาย รวมไปถึง นักการเมือง นักการปกครอง ผู้กำหนดนโยบาย ข้าราชการ และสื่อประเภทต่างๆ

## เสียงสะท้อนจากเด็กและเยาวชนที่สังคมต้องฟัง

จากการที่องค์กรต่างๆ พยายามจัดการประชุมพูดคุย หรือบางงาน ก็ไปสอบถามเด็กและเยาวชนที่เข้ามารับฟังปัญหา หรือ ถูกทางการขอร้อง ขอให้ความร่วมมือ เด็กหรือเยาวชนจำนวนมาก สะท้อนไว้อย่างมีความหมายและ เป็นสิ่งที่สังคมต้องฟัง ดังเช่น นักศึกษาสาขานิเทศศาสตร์คนหนึ่งกล่าวว่า.....

> *การมีเซ็กส์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติธรรมดา เพราะว่าสังคมวัยรุ่นปัจจุบันเปลี่ยนไปตามค่านิยม มีตัวผลักดันที่ทำให้มุมมองเกี่ยวกับเรื่องเซ็กส์เปลี่ยนไป โดยมีสื่อเป็นตัวนำบวกรวมกับสังคมไทยยังปิดกั้นเรื่องเซ็กส์ ทำให้เด็กวัยรุ่น ที่เป็นวัยอยากรู้อยากเห็นอยากทดลอง ต้องเรียนรู้ค้นหาด้วยตัวเอง*
>
> *(ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง, 2548)*

โปรดระวังการตีความงานวิจัย อย่าเหมารวม หรือ อย่านำไปกล่าวอ้างอิง หรือสรุปว่าเป็นภาพรวมของประชากรวัยเรียนทั้งหมด ด้านล่างนี้ คือ ข้อคิดเห็นของวัยรุ่น หรือนักศึกษาที่มีความสำคัญยิ่งเกี่ยวกับงานวิจัยโดยเฉพาะงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่มีการใช้ *"ความเป็นตัวแทน"* ที่มีข้อจำกัด

> *ผลวิจัยทุกวันนี้ชี้ว่าวัยรุ่นเป็นอย่างนู้น เป็นอย่างนี้ แต่จริงๆ แล้วคำว่าวัยรุ่นที่คุณสำรวจนั้นเป็นเพียงแค่คนหนึ่งพันคน ในกรุงเทพและปริมณฑลหรือเปล่า ถ้าใช่คุณก็ไม่ควรอนุมานว่ากลุ่มวัยรุ่นที่คุณสำรวจนี้เป็นความคิดเห็นของวัยรุ่นส่วนใหญ่ ส่วนการมีเซ็กส์ในวัยเรียน หากจะมองว่ามันเป็นสิ่งผิด คนที่จะทำผิดได้นั้นจะต้องมีครบทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ แรงจูงใจ โอกาส และขาดความยับยั้งชั่งใจ*
>
> *(ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง, 2548)*

## การปรับระบบ กลไก กระบวนการ และวิธีคิดแบบองค์รวม : *ทางออกยังพอมี?*

พบว่า ระบบและกลไกที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ยังคงถูกครอบงำด้วยวิธีคิดแบบเดิมๆ ขณะที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก อันเป็นผลมาจากการเข้ามาของเทคโนโลยี และ พลังของสื่อทุกรูปแบบ โดยเฉพาะสื่อบุคคลที่มีอิทธิพลสูงยิ่งดังเช่น ดารา นักร้อง นักแสดง นักฟุตบอล นักกีฬา รวมทั้ง สื่อหนังแผ่น และ สื่อโทรทัศน์ แต่ผู้ใหญ่ในสังคมไทยจำนวนมาก ยังไม่ยอมรับความจริงที่เปลี่ยนแปลง ยังคงมองว่าหญิงไทยจะต้องรักนวลสงวนตัว และผู้ชายจะต้องเป็นสุภาพบุรุษให้เกียรติผู้หญิง การพูดเรื่องเพศ ยังเป็นสิ่งต้องห้าม และไม่ต้องการให้มีการสอน

เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน หรือสอนแบบกำกวม ครึ่งๆ กลางๆ เพราะมองว่าเป็นการชี้โพรงให้กระรอก ขณะที่ความเป็นจริง ก็คือ เด็กและเยาวชนไม่รอให้ชี้โพรง แต่ไปขุดหาโพรงด้วยตนเอง และไปไกลเกินกว่าผู้ใหญ่จะวิ่งตามได้ทัน

ค่านิยมของสังคมไทย ยังคงจมปลักอยู่กับการเป็นสังคมแบบ *"วัวหายล้อมคอก"* และเป็นสังคม *"ปากว่าตาขยิบ"* และ ถูกครอบงำด้วยชนชั้นหลัก หรือ ชนชั้นนำ ที่ไม่เข้าใจความสลับซับซ้อนของชีวิต/วิถีชีวิตที่มีความแตกต่างหลากหลาย แต่มักมองภาพเพียงด้านเดียว และมักจะมองจากมุมมองของตนเองเป็นหลัก ทำให้เกิดการกดทับความจริงต่างๆ เอาไว้ ซึ่งแต่ไหนแต่ไรมา ก็มักเป็นเช่นนี้

สำหรับงานศึกษาวิจัยจำนวนมาก ยังคงมีลักษณะแยกส่วน ยังไม่สามารถมองอย่างเป็นองค์รวม และจำนวนมากขาดความลึก ไม่สามารถเข้าถึงความเป็นจริงที่หลากหลาย และสลับซับซ้อน ซึ่งความสลับซับซ้อนดังกล่าว มีมากเกินกว่าผลงานวิจัยแต่ละชิ้น แต่ละครั้ง ของแต่ละคน จะเข้าถึงได้ ดังนั้น การศึกษาวิจัยลอยๆ จึงไม่มีประโยชน์ และเป็นการสูญเปล่า **แต่ผลงานของพยาบาลชุมชน ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ทั้งที่ดำเนินการไปแล้ว และ กำลังดำเนินการอยู่ (จรรยาวัฒน์ และคณะ, 2551) ที่สามารถจัดกระบวนการให้มีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน หรือเจ้าของปัญหา ผลักดันให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนัก ความรู้สึกร่วม และการลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ที่เราอาจนึกไม่ถึงมาก่อน** ว่าหนทางในการสานความรู้สู่การปฏิบัติ หรือ การทำให้ "ความรู้" ที่ได้จากการวิจัยนั้น มีประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง จะมีความเป็นไปได้ ดังนั้น การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ จึงมีนัยสำคัญเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ก็มีประเด็นอื่นๆ ที่น่าจะคำนึงถึงเพิ่มเติม ดังนี้คือ

1. **วาทกรรมของเด็กวัยเรียน** เด็กและเยาวชนทุกเพศทุกวัย ทุกสถานภาพ ควรมีโอกาสได้พูดได้แสดงออก ว่าเขาคิดหรือรู้สึกอย่างไร การกระทำของผู้ใหญ่-สังคม ที่ส่งผลต่อตัวเขา ที่เขาสะท้อนมานั้น หน่วยงานต่างๆ ควรให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น การร่วมกันคลี่ปมประเด็นปัญหาโดยเพิ่มบทบาททั้งตัวเด็ก กลุ่มเพื่อน ครอบครัว โรงเรียน โรงพยาบาล สื่อ และสถาบันต่างๆ ในชุมชน เป็นเงื่อนไขสำคัญของการก้าวเดินไปข้างหน้าร่วมกัน การสื่อสารซึ่งกันและกันอย่างถูกต้อง ทั่วถึง ไม่บิดเบี้ยว (เพื่อประโยชน์ของส่วนรวม) ระหว่างฝ่ายต่างๆ มีความสำคัญสูงสุด

2. **การกระทำของผู้ใหญ่-สื่อ-ดารา-สังคม** ที่ส่งผลต่อเด็กและเยาวชนอย่างมหาศาล ชนิดที่ไม่เคยคาดคิดกันมาก่อน ถ้าผู้ใหญ่ ดาราและสื่อต่างๆ ไม่ปรับปรุงตนเอง ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่สงสารหรือเห็นใจเด็ก ไม่เข้าใจประเด็นปัญหาอย่างถูกต้อง ถึงรากถึงโคน ก็ยากที่เด็กจะลุกขึ้นมาจัดการสภาวะสังคมที่เป็นอยู่ได้ด้วยตนเอง หรือ โดยลำพัง โปรดมองเด็ก แล้วหันกลับมาดูตัวเรา ว่าเด็กคือกระจกส่องตัวเราและสังคมของเราใช่หรือไม่ การร่วมมือกันฟื้นบรรทัดฐานและกระบวนการขัดเกลาทางสังคมขึ้นมาใหม่เป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง ผู้ใหญ่ที่อยู่ในระดับการตัดสินใจเชิงนโยบายต่างๆ จะต้องเข้าใจเรื่องนี้ให้ถูกต้องและ ระดมสมองเพื่อหาวิธีแก้ให้ถูกทางมากยิ่งขึ้น

3. **ปรับระบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของเด็ก เยาวชน ครอบครัว และชุมชน** เป็นสิ่งสำคัญ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องพยายามทำความเข้าใจปัญหา ความต้องการ เงื่อนไขชีวิต วิถีชีวิต ความคิด ความรู้สึก ฯลฯ จากมุมมองของเด็กและเยาวชน หรือ ครอบครัวของเขา ให้มากขึ้น

ก่อนการตัดสินใจวางแผน หรือ กำหนดรูปแบบบริการใดๆ จะได้ไม่เป็นการสูญเปล่า หรือสูญเสียทั้งเวลา และงบประมาณ การเพิ่มพูนทักษะในการสื่อสาร และทักษะการให้คำปรึกษาหารือกับเด็กและเยาวชน เป็นสิ่งจำเป็น และควรขยายบริการให้ทั่วถึง ครอบคลุม ตรงกับความต้องการให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ โดยเปิดให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทหลัก

4. **สนับสนุนให้มีเครือข่ายประเภทต่างๆ เกิดขึ้น หรือ มีการขยายตัวมากขึ้น** เพื่อเพิ่มบทบาทของประชากรวัยเรียน ดังเช่นที่ สสส. กำลังดำเนินการอยู่ ไม่ว่าจะเป็น เครือข่ายนักเรียน-เยาวชน เครือข่ายนิสิตนักศึกษา เครือข่ายพ่อแม่ผู้ปกครอง เครือข่ายประชาสังคมต่างๆ เครือข่ายเหล่านี้จะกลายเป็น *"ทุนทางสังคม"* ที่มีนัยสำคัญต่อการขับเคลื่อนในวงกว้าง เพื่อทัดทานกับกระแสสังคม ที่เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของคนบางกลุ่ม โดยมีชีวิตของเด็กและเยาวชนเป็นเครื่องมือ หรือ เป็นเดิมพัน ดังนั้น สังคมและสถาบันต่างๆ *จะต้องช่วยกันทำให้เด็กและเยาวชน เกิดการตระหนักรู้ ด้วยการปลูกฝังจิตสำนึก หรือ การทำงานกับกระบวนภายในตัวตนของเขาเองให้มากยิ่งขึ้น (conscientization)*

5. **ยอมรับความจริง และ ปรับเปลี่ยนการสอนเพศศึกษา** ให้สามารถเข้าถึงความคิด ความรู้สึกของเด็กและเยาวชนได้อย่างแท้จริง ผู้สอน (ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ครู พยาบาล องค์กรต่างๆ หรือ ใครก็ตาม) จำเป็นต้องมีทักษะการพูดแบบโน้มน้าว เข้าใจวัยรุ่น และ สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก-วัยรุ่นได้ จนเกิดความไว้วางใจ และเกิดการยอมรับ ดังเช่นที่พยาบาลชุมชนในหลายๆ พื้นที่ได้รับการยอมรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมชุมชนในทางที่ดีขึ้นอย่างมองเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ การเพิ่มทางเลือกต่างๆ ในการเรียนรู้เกี่ยวกับ *"เพศ"* อย่างถูกต้อง (ไม่ใช่เน้นเฉพาะบทบาทของโรงเรียน) เป็นสิ่งจำเป็น เพราะเรื่อง "เพศ" เป็นสิ่งที่อยู่ในชีวิตจริงของเด็ก ไม่ได้อยู่ใน *"ตำราเรียน"* หรือ โรงเรียนเท่านั้น

6. **การปรับตัวของโรงเรียน-ครู-สถานศึกษาต่างๆ** ให้ทันสถานการณ์หรือทันกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การปรับตัวตรงนี้สำคัญมาก ซึ่งจำเป็นต้องเป็นการปรับทั้งด้านกระบวนทัศน์-ทัศนคติ ค่านิยมในการตีตราเรื่องเพศ หรือพฤติกรรมทางเพศของเด็ก ต้องพยายามทำความเข้าใจบริบทที่แวดล้อมเด็กและเยาวชนหลายๆ ด้าน และร่วมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กและเยาวชนด้วยวิธีการที่ถูกต้อง รวมไปถึงการปรับการเรียนการสอนที่มีความสอดคล้องกับบริบทชีวิตของเด็ก เยาวชน โดยเฉพาะ*การสร้างคุณค่าที่ดีในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นประเด็นใหญ่มาก ที่จะต้องร่วมกันขบคิด และลงมือทำ ก่อนสายเกินแก้*

7. **ฟื้นและทบทวนกระบวนการขัดเกลาทางสังคม** เป็นภารกิจของสถาบันต่างๆ ในชุมชน และในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัว ศาสนา การศึกษา การปกครอง และสื่อสารมวลชน จะต้องหันกลับมาทบทวนบทบาทหน้าที่ หรือ การกระทำหน้าที่ของสถาบันต่างๆ เหล่านี้เสียใหม่ *คำถามคือ กระบวนการขัดเกลาทางสังคม กำลังอ่อนแอลงเรื่อยๆ ใช่หรือไม่? และจะทำอย่างไรกันต่อไป?*

8. **เสริมสร้างพลังอำนาจเชิงบวกของชุมชน** เพื่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการสร้างสุขภาวะของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม (ดังเช่นที่พยาบาลชุมชนกำลังดำเนินการ) จะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นความยากจน การย้ายถิ่น ครอบครัวแตกแยก ช่วยลดช่อง

ว่างภายในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่นมากขึ้น เด็กและเยาวชนจะได้รับการดูแล หรือได้รับการชี้แนะที่ดีจากพ่อแม่-ผู้ปกครองของตนเองมากขึ้น ไม่เกิดการผลิตซ้ำพฤติกรรมที่ไม่สร้างสุขอย่างแท้จริง

9. **ความจริงจังจริงใจในการแก้ปัญหาของทุกฝ่าย** เป็นสิ่งสำคัญเหนืออื่นใด และควรมีการติดตามประเมินผลระบบ กระบวนการและกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือเกิดการเรียนรู้บนพื้นฐานของการดำเนินงาน (action learning) อยู่เสมอๆ ในทุกระดับ การยอมรับความจริงที่เปลี่ยนแปลง และร่วมกันแสวงหาปัญญาใหม่ๆ ในการแก้ไข หรือ ปรับแก้-ฟื้นศักยภาพ ขององคาพยพทั้งหมดร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง ตลอดไป อย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

---

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ คุณศิริอาภา อร่ามเรือง ที่กรุณาช่วยพิมพ์เอกสารอ้างอิง

**เอกสารอ้างอิง**

จรรยา เศรษฐบุตร. 2537. "วิวัฒนาการของวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศในประเทศไทย". *วารสารประชากรและสังคม* 5,1-2 ( กรกฎาคม 2536 - มกราคม 2537):1.

จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์ และคณะ (บรรณาธิการ). 2551. "*พยาบาล...กับระบบสุขภาพท่ามกลางวิกฤตสังคมไทย*". เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550, ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, 22-24 มกราคม 2551, จัดที่โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร.

จารุวรรณ วงษ์เวช และขวัญใจ พิมพ์บุญมา. 2551. *การตั้งครรภ์ครั้งแรกของมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี*. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

จันทณัช ทองศิริ และคณะ. 2548. *พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของนักเรียนนักศึกษาในหอพักเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน*. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

จันทิมา สินธิบูรณ์ และคณะ. 2551. *การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจของวัยรุ่นหญิง อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย*. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

เจริญ อุดอ้าย และคณะ. 2551. *วิถีการดื่มสุราของกลุ่มเกษตรกรบ้านพูล ตำบลพญาแก้ว อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน*. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

ญาดา วิทยาพันธ์ประชา - 1 ธันวาคม 2550. *วิจัยแฉเด็กไทย ซดเหล้าตั้งแต่ 2 ขวบ*. http://www.mediathai.net/module/edu/edu_subcat.php?board_id=1518 (สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2551.

นิตยสารฟอร์บส์ - 13 กรกฎาคม 2550. *เผยโฉม 40 อันดับอภิมหาเศรษฐีของเมืองไทยประจำปี 2550*. http://www.oknation.net/blog.inter. (สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2551).

เนาวรัตน์ สัจจากุล และคณะ. 2551. "วิถีการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนมัธยมต้น : กรณีศึกษาโรงเรียนสองแห่งในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร". ใน *พยาบาลกับระบบสุขภาพ ท่ามกลางวิกฤตสังคมไทย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2550. ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

บังอร หนูบรรจง และคณะ. 2549. *แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในอำเภอบางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

ประภา บุญมาก และคณะ. 2548. *การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก อ.สนามชัยเขต จ. ฉะเชิงเทรา.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

ประภัสสร สุวรรณบงกช และคณะ. 2548. "บริบทการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในวัยเรียน". *วารสารสาธารณสุขล้านนา* 1,3 (กันยายน - ธันวาคม 2548): 257,262-266.

ผู้จัดการออนไลน์ - 3 เมษายน 2551. *ศธ.ระบุ เด็กประถม-มัธยมต้นนิยมดมกาว ม.ปลายชอบยาบ้า มีฐานะเล่นยาไอซ์ ภาคใต้สี่คูณร้อยยังมาแรง.* http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000039979. (สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2551).

เพชรา คงศรี. 2549. *พฤติกรรม ผลกระทบ ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราในเด็กอายุ 10-13 ปี ต.ตากออก อ.บ้านตาก จ. ตาก.* นครราชสีมา : ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

พัชรพิมพ์ภา เขื่อนธนะ และคณะ. 2549. *แนวทางการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชน ต.เชียงกลาง อ.เชียงกลาง จ. น่าน.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

ศุภลักษณ์ อิ่นแก้ว และคณะ. 2548. *การเปลี่ยนแปลงของวิถีชุมชนในการดื่มสุรา: กรณีศึกษาชุมชนระดับตำบล อ.แม่สรวย จ. เชียงราย.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

ศูนย์ปฏิบัติการกระทรวงศึกษาธิการ —27 มีนาคม 2551. *"เยาวชนไทยยุค 2008 กับความจริงที่ต้องเผชิญ".* http://www.moc.moe.go.th/modules.php?name=news&file=article&sid=6474. (สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2551).

ศิริวรรณ คำฝั้น. 2549. *ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราของชุมชน ต.ทับกลาง อ.สอง จ. แพร่.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. 2550. *ผลการสำรวจสุขภาวะนิสิตนักศึกษาแพทย์ไทย 5,429 คน จากทั่วประเทศ.* นำเสนอ ณ ที่ประชุมจริยธรรมสัมพันธ์สัญจร. จัดโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 18 ตุลาคม 2550.

สุทธิ เลาวัณย์ศิริ, นพ. และคณะ. 2548. *การพัฒนาแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทาง รถจักรยานยนต์ จากการดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่น ต.ยางสีสุราช อ.ยางสีสุราช จ .มหาสารคาม.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. *"พินิจ ระดมพลคนวงการศึกษาแก้ไขปัญหาเอดส์".* http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=79 (สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2551).

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2549. *กทม. สำรวจเซ็กส์นักเรียนกรุง ตะลึงมีเพศสัมพันธ์วัยเรียนอื้อ.* http://www.news.sanook.com/social/social_54493.php (สืบค้นเมื่อ 12 เมษายน 2551).

หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ - 21 ธันวาคม 2549. *"แคมฟรอก" ท้า ไม่มีทางปิดได้.* http://www.thairath.co.th/offline.php?section=Hotnews&content=30835 (สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2551)

หนังสือพิมพ์มติชน - 12 มีนาคม 2551. *สลด วัยรุ่นหญิงเป็นเอดส์ตายอันดับ 1 แซงหน้าอุบัติเหตุ.* http://www.matichon.co.th/news_date.php?dates=20080311 (สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2551).

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ. 2546. *โครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch).* กรุงเทพ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

อมรวิชช์ นาครทรรพ. 2548. *14 ก.พ. กับ 10 เสี่ยงของเซ็กส์วัยรุ่นไทย.* http://www.trf.or.th/News/Content.asp?Art_ID=152 (สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2551).

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ. 2549. *เมื่อความทุกข์ไล่ล่าเด็ก : ข้อเท็จจริงจากงานวิจัยภาคสนามกับคำถามที่ท้าทายในการเสริมสร้างสุขภาวะให้เด็กไทย.* กรุงเทพฯ: สถาบันรามจิตติ.

อรจิรา แสนดวง และ จันทิมา สินธิบูรณ์. 2551. *พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษาอาชีวะ.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

อรไท พิพิธพัฒน์ไพสิฐ และคณะ. 2551. *การสื่อสารเรื่องเพศศึกษาในเด็กและเยาวชน ต.เชียงกลาง อ.เชียงกลาง จ.น่าน.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.

อารีย์ ใจคำปันและคณะ. 2549. *พฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของเด็กหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.*

อู่ทอง นามวงษ์และคณะ (บรรณาธิการ). 2551. *หน้าประถม- นมมหาลัย: บทสังเคราะห์แบบบ้านๆ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องวิถีเพศและสุราของวัยรุ่น.* นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

เอแบคโพลล์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2547. *กระแสนิยมวัยรุ่นยุคดิจิตอล : นักเรียนหญิงมีเซ็กส์เพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว.* http://magnet.narak.com/topic.php?No=47713 (สืบค้นเมื่อ 12 เมษายน 2551).

เอแบคโพลล์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2549.*ผลสำรวจพฤติกรรมทางเพศ.* http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?key=family02&id=1171&PHPSESSID= (สืบค้น เมื่อ12 เมษายน 2551).

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2548. *วัยเรียน วัยเสี่ยง เซ็กส์จริง.* http:// www.zuzaa.com/forum/forum_posts.asp?TID=14998&PN=3 (สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2551).

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2549 ก. *เซ็กส์-เหล้าขึ้นสมอง อาการป่วยของสังคมไทยวันนี้.* http://www.aboutdna.net/square/article/article_archives.php?NewID=379. (สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2551).

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2549 ข. *เด็กวัยรุ่นไทยฮิตเล่นโฟนจนยอมเสียตัว.* http://www.artmen.net/content/show.php?Category=newsboard&No=1954 (สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2551).

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2550. *11 เหตุผลที่เซ็กส์ดีกว่าเรียน.* http://board.narak.com/fashion_and_beauty/topic.php?id=220872. (สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2551)

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. 2551. *ไอเดียเจ๋ง วันวาเลนไทน์ ใช้ธรรมะบ่มจิตใจ บริจาคเลือด.* http://www.mediathai.net/module/newsdesk/newsdesk_id = 27382&cat_id=7 (สืบค้นเมื่อ 12 เมษายน 2551).

Chamratrithirong, Aphichat et al. 2007. *National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006.* Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Prohmmo, Aree. 2007. *Adolescent Health and Development Situation in Thailand.* Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

# 10

# รสนิยมทางเพศของวัยรุ่นไทยยุคไซเบอร์

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต

*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## 1. นำเรื่อง

รสนิยมทางเพศ (sexual orientation) อาจเป็นคำที่ไม่คุ้นหูและยากต่อการทำความเข้าใจของคนทั่วไป และในภาษาไทยเองก็ยังไม่มีคำแปลที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป "รสนิยมทางเพศ" แบ่งได้เป็นสามลักษณะ ลักษณะแรก เป็นความพึงพอใจทางเพศของตนเองที่รู้สึกว่าตนเองมีความชอบเชิงเสน่หาหรือรักในเพศเดียวกัน ซึ่งรับรู้โดยทั่วไปว่า รักเพศเดียวกันหรือรักร่วมเพศ (homosexual) ลักษณะต่อมา เป็นความพึงพอใจในเพศตรงข้าม (heterosexual) และ ลักษณะสุดท้าย เป็นความพึงพอใจชอบทั้งสองเพศ (bisexual) รสนิยมทางเพศนี้ อาจเรียกว่า "วิถีทางเพศ" ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกทางอารมณ์ ความดึงดูดสนใจทางเพศ รู้สึกเสน่หา รักใคร่ หรือรู้สึกติดเนื้อต้องใจต่อบุคคลหนึ่งที่ดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง

เหตุผลที่ทำให้ประเด็นเรื่องรสนิยมทางเพศ เป็นประเด็นร้อนแรงในปัจจุบันของสังคมไทย โดยเฉพาะรสนิยมทางเพศที่เจาะจงไปในเรื่องของการรักเพศเดียวกันหรือรักทั้งสองเพศ สืบเนื่องจากการเปิดเผยตัวของเครือข่ายคนที่รักเพศเดียวกันขยายเป็นวงกว้างมากขึ้น และได้มีการรณรงค์ทำความเข้าใจให้สังคมรับรู้ว่า บุคคลรักเพศเดียวกันเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง และมีความสามารถทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคม ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีความสามารถในการเป็นต้นแบบของสังคมได้ นอกจากนี้ ยังมีการสื่อเกี่ยวกับความสำเร็จของการประกวดสาวประเภทสองจากประเทศไทย และผู้ชนะในการประกวดเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเข้าสู่อาชีพทางบันเทิง เช่น เป็นดาราหรือนางแบบ และมักประสบความสำเร็จในอาชีพ ได้รับความชื่นชมจากสาธารณชนเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นดาราหรือนางแบบที่มีความประพฤติดี รวมทั้งเป็นต้นแบบที่เด็กวัยรุ่นรักเพศเดียวกันจำนวนมากในสังคมไทยปรารถนาเอาแบบอย่าง (จิตระพี 2545)

สถานการณ์ล่าสุดที่เปิดเผยเป็นข่าวใหญ่ผ่านสื่อต่าง ๆ ในสังคมไทยได้แก่ การเกิด "ค่านิยมการแปลงเพศในกลุ่มเด็กชายรักชาย" เด็กเหล่านี้อายุระหว่าง 14-16 ปี มีความเชื่อว่า การผ่าตัดแปลงเพศโดยการทำศัลยกรรม

"ตัดอัณฑะ" จะให้ผลดีหากทำการผ่าตัดเมื่อยังเยาว์วัย เพราะจะทำให้สวยแบบผู้หญิง มีผิวดี เสียงเล็ก ขนน้อย อกไม่ผาย และลูกกระเดือกไม่โผล่ เป็นต้น แม้การทำศัลยกรรม "ตัดอัณฑะ" มีรายจ่ายสูงเพราะต้องจ่ายเพิ่มค่าผ่าตัดทำนมเสริมเต้าหลังแปลงเพศอีก และการเข้าใช้บริการก็ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองเพราะยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ปรากฏการณ์นี้ ถือเป็นเรื่องน่าห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในระยะยาวของเด็กเป็นอย่างยิ่ง เพราะในข้อเท็จจริงวงการแพทย์ไทยชี้ว่า การผ่าตัดนี้เป็นอันตรายกับการเจริญเติบโตทางร่างกายของเด็กชาย **ทางการแพทย์ไม่มีการยืนยันว่า** เมื่อผ่าตัดลูกอัณฑะแล้วจะไม่มีฮอร์โมนเพศชาย จะทำให้ผิวพรรณดี และไม่มีลักษณะความเป็นชาย **ในความเป็นจริง** เมื่อผ่าตัดลูกอัณฑะแล้ว อาจมีผลกระทบต่อร่างกายตามมา เพราะฮอร์โมนเพศชายกว่าร้อยละ 80 ผลิตจากลูกอัณฑะ เมื่อตัดทิ้งฮอร์โมนเพศก็จะหายไป ซึ่งเกี่ยวไปถึงฮอร์โมนของการเจริญเติบโตของร่างกายด้วย ผลตามมาคือ การสร้างมวลกระดูกจะไม่เติบโตเต็มที่ และจะส่งผลต่อร่างกายในช่วงสูงอายุ เช่น จะอ้วนลงพุง ศีรษะล้าน เป็นโรคอัลไซเมอร์ (ความจำเสื่อม) และจากเดิมที่เข้าสู่วัยทองช่วงอายุ 45-60 ปีขึ้นไป ก็อาจเร็วกว่าปกติ ขณะเดียวกัน ความต้องการทางเพศอาจลดลงด้วย (มติชนรายวัน 2551)

นอกเหนือจากสถานการณ์ดังได้กล่าวมาแล้ว ยังมีข้อถกเถียงในสังคมไทยที่ไม่มีวันสิ้นสุด ว่า **การรักเพศเดียวกันเป็นเรื่องผิดปกติหรือเป็นโรคหรือไม่อย่างไร** ข้อถกเถียงนี้ สังเกตได้จาก ลักษณะคำถามที่ถามเข้ามาทางนิตยสาร สิ่งพิมพ์ และ อินเตอร์เน็ตหรือโลกไซเบอร์ ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นในปัจจุบัน อาทิ "ผมเป็นเกย์หรือเปล่า" "หนูคิดว่าหนูผิดปกติเพราะชอบผู้หญิงด้วยกันเอง" "ทำอย่างไรจึงจะเลิกเป็นเกย์" "เกย์สามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่" และ "มีวิธีการรักษาหรือไม่ รวมทั้งค่าใช้จ่ายเป็นอย่างไร" (ธีรภาพ 2543) ดังนั้น ความสับสนเยี่ยงนี้จึงควรได้รับคำตอบที่เป็นธรรมจากสังคม เพื่ออธิบายข้อสงสัยของสังคมที่ติดตรึงกับกรอบความเชื่อเรื่องสองเพศและยึดถือค่านิยมว่าการสืบพันธุ์เป็นเรื่องปกติระหว่างหญิงและชายเท่านั้น

บทความนี้สนใจประเด็นรสนิยมทางเพศของเด็กวัยรุ่นไทยในยุคไซเบอร์ ปัจจุบันเด็กในสังคมไทยมีอิสระเสรีอย่างยิ่งในการเข้าถึงโลกไซเบอร์ที่มีพัฒนาการมากมาย เด็กสามารถเสพข่าวสารทุกชนิดแม้ในเรื่องเพศได้อย่างไร้ขีดจำกัด โลกไซเบอร์ยังเป็นโลกเสรีที่เด็กสามารถค้นหาและค้นพบตัวเองได้อย่างใกล้ชิด สะดวก รวดเร็ว และทั่วถึง ดังนั้น โลกไซเบอร์จึงมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องรสนิยมทางเพศ การรับรู้ในเรื่องเหล่านี้ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ หากขาดการคิดวิเคราะห์และแยกแยะอย่างเป็นเหตุเป็นผล ทำให้เด็กเกิดความสับสนในเรื่องรสนิยมทางเพศ ที่จะกระทบไปถึงการเสริมสร้างค่านิยม และการเลียนแบบที่เสี่ยงอันตรายต่อระบบความคิด พฤติกรรม และสุขภาพทางเพศ

การวิเคราะห์ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ "โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในวัยรุ่น โดยการเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้บริการปรึกษาในชุมชน" ศึกษาโดยกรมสุขภาพจิตกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการนี้เก็บข้อมูลปี พ.ศ. 2547 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากกรอบตัวอย่างสถาบันการศึกษา ที่รวบรวมจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ ตัวอย่างเป็นนักเรียนและนักศึกษา จำนวน 411 ราย อายุระหว่าง 12-24 ปี กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 อาชีวศึกษาชั้นปีที่ 1-2 และ มหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1-2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในอำเภอเมืองของจังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ภาคเหนือ จังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจังหวัดนครศรีธรรมราช ภาคใต้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องรสนิยมทางเพศของวัยรุ่น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแนวนโยบาย ในการสร้างเสริมความรู้และความเข้าใจเรื่องรสนิยมทางเพศให้วัยรุ่นและบุคคลทั่วไปอย่างเหมาะสมทำให้กลุ่มบุคคลที่มีรสนิยมทางเพศแตกต่างกันในสังคมไทย สามารถดำเนินวิถีชีวิตร่วมกันอย่างเป็นธรรมและปกติสุข

## 2. โลกไซเบอร์กับพฤติกรรมรักเพศเดียวกันของวัยรุ่นไทย

ปัจจุบัน อินเตอร์เน็ตหรือโลกไซเบอร์เข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และความสะดวกในการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ประหยัด และมีประสิทธิภาพสูง สาเหตุที่ทำให้อินเตอร์เน็ตเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างรักเพศเดียวกัน ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่กระทรวงวัฒนธรรมในปี พ.ศ. 2544 มองสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับเกย์ว่าเป็นสื่อลามกอนาจาร จึงทำให้สื่อสิ่งพิมพ์ที่นำเสนอเรื่องราวโดยตรงเกี่ยวกับคนรักเพศเดียวกัน ต้องหลีกเลี่ยงกฎหมายไปเปิดเป็นเว็บไซต์ในอินเตอร์เน็ตแทน เพราะเกรงว่าจะถูกดำเนินการทางกฎหมายที่ขัดต่อนโยบายของกระทรวงดังกล่าว (โครงการศูนย์ข้อมูลความหลากหลายทางเพศแห่งประเทศไทย 2551) นับแต่นั้นมา เว็บไซต์ในอินเตอร์เน็ตเกี่ยวกับคนรักเพศเดียวกัน จึงเป็นแหล่งชุมนุมทางความคิด แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ตลอดจน รวมพลังในการรณรงค์หรือเรียกร้องสิทธิ และความเสมอภาคของกลุ่มและบุคคลที่รักเพศเดียวกัน ทั้งยังเป็นแหล่งพึ่งพิงทางใจสำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการเป็นรักเพศเดียวกัน สามารถระบายความขับข้องใจหรือไต่ถามจากผู้มีความรู้ความเข้าใจที่ให้บริการในเว็บไซต์ต่างๆ ใน พ.ศ. 2546 กลุ่มสะพาน ซึ่งเป็นกลุ่มสร้างสื่อเพื่อความเข้าใจเรื่องความหลากหลายทางเพศ ได้รวบรวมเว็บไซต์ที่ น่าสนใจ ดังนี้

**ตาราง 1 รวมเว็บไซต์เกี่ยวกับคนรักเพศเดียวกัน รักสองเพศ และคนข้ามเพศ และอื่นๆ**

| หญิงรักหญิง (Lesbian) | ชายรักชาย (Gay) | คนข้ามเพศ (Transgender) | เว็บอื่นๆ ที่น่าสนใจ |
|---|---|---|---|
| บ้านทอมดี้ | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย | ไทยเลดี้บอยส์ | มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ |
| ปิงฟ้าวิลันดา | กลุ่มเพื่อนสีม่วง | มิสเลดี้บอยส์ | โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ |
| สานฝัน | ความรักสีฟ้า | ไทยดีวีดี | ไทยเมนทัล |
| สะพาน | บางกอกเรนโบว์ | | ไทยอินดี้ |
| 2002ac | gboard | | มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน |
| Romanticgals | gthai | | ประชาไท |
| สาวอีสาน | thailandout | | ไทยเอ็นจีโอ |
| แฮปปี้พีเพิ้ลทัวร์ | AboutG | | ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร |
| อัญจารี | AdamSociety | | มูลนิธิผู้หญิง |
| | gaypatong | | มูลนิธิเพื่อนหญิง |
| | บางกอกไพร์ด | | มูลนิธิสร้างความเข้าใจ |
| | เครือข่ายความหลากหลาย | | เรื่องสุขภาพผู้หญิง |
| | ทางเพศแห่งประเทศไทย | | คณะกรรมการองค์การพัฒนา |
| | | | เอกชนด้านเอดส์ |
| | | | บ้านนอกดอทคอม |

**ที่มา** : จากเว็บไซต์ของกลุ่มสะพาน http://www.sapaan.org/link.html

นอกจากนี้ ยังมีกระดานสนทนา หรือเว็บบอร์ด ให้แสดงความคิดเห็น ปลดปล่อยความรู้สึก การค้นหาตนเอง แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ตลอดจน รวมตัวกันเพื่อเรียกร้องสิทธิต่าง ๆ กระดานสนทนาจึงเป็นเสมือนเส้นทางลำเลียงการสื่อสารระหว่างผู้มีพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน รักทั้งสองเพศ และคนข้ามเพศ ผ่านทางอินเตอร์เน็ต เป็นช่องทางยอดนิยมในปัจจุบัน เนื่องจากความมีอิสระเสรีที่มองไม่เห็นตัวซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ และระบายความรู้สึกซึ่งกันและกันได้อย่างไร้ขอบเขต ปัจจุบัน มีคอลัมน์หลากหลายเกี่ยวกับรสนิยมเรื่องเพศ และ เรื่องรักร่วมเพศในอินเตอร์เน็ต ที่วัยรุ่นหรือบุคคลทั่วไปสามารถเข้ามาเรียนรู้ได้อย่างไร้ขีดจำกัด ให้ทั้งความรู้ในเชิงแนวคิด ทฤษฎี ที่สำคัญเป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้ที่มีรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย เว็บไซต์และเว็บบอร์ด จึงเป็นขุมทรัพย์แห่งความรู้เรื่องรสนิยมทางเพศที่ทันสมัย และไม่สามารถเรียนรู้ได้จากห้องเรียน

โลกอินเตอร์เน็ตหรือโลกไซเบอร์ปัจจุบันจึงเป็นโลกส่วนตัวของวัยรุ่นในสังคมไทย เป็นโลกที่วัยรุ่นสามารถท่องไปด้วยตัวเองเพื่อเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ และส่วนหนึ่งเพื่อค้นหาตนเองจากการท่องอินเตอร์เนต พัฒนาการของโลกไซเบอร์นี้ นอกจากจะให้ความรู้ความเข้าใจอย่างไร้ขีดจำกัดแล้ว ยังสามารถหาเพื่อนและหาคู่สนทนาแลกเปลี่ยนปัญหาความคับข้องใจระหว่างกันและกันได้อีกด้วย โลกไซเบอร์จึงเป็นโลกที่ให้ความใกล้ชิดและอาจให้ต้นแบบที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมแก่เด็กวัยรุ่นที่ค้นหาตนเองอยู่ก็เป็นได้ ข้อสำคัญ โลกไซเบอร์ สามารถเห็นตัวตนและสื่อความรู้สึกซึ่งกันและกันผ่านเว็บไซต์ยอดนิยมต่าง ๆ ได้ จึงเป็นช่องทางเลือกสำคัญที่เปิดโอกาสให้คนรักเพศเดียวกันสื่อสารกันได้อย่างเสรี

โดยสรุปแล้ว สิ่งที่ควรพิจารณาเป็นอย่างยิ่งก็คือ ทำอย่างไรเพื่อให้วัยรุ่นรักเพศเดียวกันไม่เกิดความสับสน สามารถปรับตัวให้เข้ากับวิถีทางเพศ และวิถีชีวิตที่ต้องอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขกับคนทุกระดับในสังคมที่มีความเข้าใจคนรักเพศเดียวกันที่แตกต่างกัน ประเด็นนี้เป็นเรื่องท้าทายว่าสามารถทำได้หรือไม่ได้ ในความเป็นจริง มีเหตุผลหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับรสนิยมทางเพศหรือวิถีทางเพศของวัยรุ่นในสังคมไทย ซึ่งเหตุปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นอาจแตกต่างไปสำหรับวัยรุ่นแต่ละคน การสร้างความรู้ความเข้าใจว่า การรักเพศเดียวกันไม่ใช่ความเจ็บป่วย จึงไม่ได้ต้องการการรักษา แม้คนรักเพศเดียวกันจำนวนมากจะมีชีวิตที่ประสบความสำเร็จและมีความสุข แต่บางคนยังคงแสวงหาหนทางที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีทางเพศของตนด้วยการบำบัดรักษา บางครั้งความกดดันที่คนรักเพศเดียวกันได้รับก็มาจากอิทธิพลของสมาชิกในครอบครัว หรือกลุ่มคนในสังคมแวดล้อม ดังนั้น การให้ความรู้และการทำความเข้าใจให้ถูกต้องกับสมาชิกสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กในสังคมที่ต้องเติบโตท่ามกลางความผันผวนของภาวะสังคมเศรษฐกิจโลก จะได้มีเกราะคุ้มกันทางความคิด วิเคราะห์ และแยกแยะได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ส่งผลต่อวุฒิภาวะในการอยู่ร่วมกันกับคนอื่น ๆ ในสังคมอย่างสันติสุข

## 3. ข้อค้นพบ

3.1 **รสนิยมทางเพศของวัยรุ่นไทย** วัยรุ่นกลุ่มนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.4) ให้คำตอบเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศของตนว่ารักเพศตรงข้าม (heterosexual) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 3.4) ที่เปิดเผยในการถูกสัมภาษณ์ว่ารักเพศเดียวกัน (homosexual) และ รักทั้งสองเพศ (bi-sexual) (ร้อยละ 5.2) ซึ่งไม่น่าประหลาดใจเลยที่ได้รับคำตอบเช่นนี้จากการสำรวจ เนื่องจากคนในสังคมส่วนใหญ่คาดหมายที่จะตอบตามกรอบประเพณีของความเชื่อในเรื่องสองเพศ และเมื่อจำแนกคำตอบระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและชายเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ พบวัยรุ่นหญิง (ร้อยละ 5.4) ระบุว่า มีรสนิยมรักเพศเดียวกัน มากกว่าวัยรุ่นชายที่ระบุเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.5) สำหรับรสนิยมในการรักทั้งสองเพศ ก็เช่นกัน พบวัยรุ่นหญิง (ร้อยละ 8.4) ระบุว่า รักทั้งสองเพศ มากกว่าวัยรุ่นชายเป็น 4 เท่า (ร้อยละ 1.9)

ผลจากการสำรวจครั้งนี้ ยืนยันว่า วัยรุ่นเพศหญิงยอมรับและเปิดเผยรสนิยมรักเพศเดียวกันมากกว่าวัยรุ่นชาย ทั้งนี้ มีหลักฐานจากการผลวิจัยการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศใน พ.ศ. 2549 สนับสนุนว่าวัยรุ่นเพศหญิงยอมรับและเปิดเผยว่ารักเพศเดียวกันมากกว่าวัยรุ่นเพศชายเช่นกัน (Chamratrithirong et al, 2007) และเมื่อย้อนกลับไปดูผลการศึกษาใน พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นการสำรวจพฤติกรรมทางเพศและวิถีชีวิตของแรงงานวัยรุ่นโสดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 2.0 เปิดเผยว่าตนเองมีรสนิยมรักเพศเดียวกัน และ ร้อยละ 4.0 เปิดเผยว่า รักทั้งสองเพศ ขณะที่วัยรุ่นชาย ร้อยละ 0.9 เปิดเผยว่าตนเองมีรสนิยมรักเพศเดียวกัน และ ร้อยละ 0.4 เปิดเผยว่า รักทั้งสองเพศ (Ford and Sirinan 1996)

แม้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ระบุว่ามีรสนิยมรักเพศตรงข้าม แต่เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของวัยรุ่นเฉพาะผู้ที่มีรสนิยมรักเพศเดียวกันและรักทั้งสองเพศ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนกลางอายุระหว่าง 17-19 ปี ระบุว่ารักเพศเดียวกันมีร้อยละสูงที่สุดถึงร้อยละ 4.6 ขณะที่กลุ่มเด็กวัยแรกรุ่นที่ยังไม่ทำบัตรประชาชน อายุระหว่าง 12-14 ปี มี ร้อยละ 3.4 กลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 15-16 ปี มีร้อยละ 3.3 และกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 20-24 ปี มีร้อยละ 2.2 ส่วนรสนิยมที่ชอบทั้งสองเพศ จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่า กลุ่มเด็กวัยแรกรุ่นที่ยังไม่ทำบัตรประชาชน มีถึงร้อยละ 8.4 ยอมเปิดเผยในการสำรวจครั้งนี้ ขณะที่ กลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายยอมเปิดเผยเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่มีผู้ระบุว่าชอบทั้งสองเพศในกลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้น (ดูตาราง 2)

**ตาราง 2 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และรสนิยมทางเพศ**

| รสนิยมทางเพศ | รวม | เพศ | | กลุ่มมอายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ชาย | หญิง | 12-14 | 15-16 | 17-19 | 20-2 |
| รักเพศเดียวกัน | 3.4 | 1.5 | 5.4 | 3.4 | 3.3 | 4.6 | 2.2 |
| รักเพศตรงข้าม | 91.4 | 96.6 | 86.2 | 88.2 | 96.7 | 92.7 | 94.5 |
| รักทั้งสองเพศ | 5.2 | 1.9 | 8.4 | 8.4 | 0.0 | 2.8 | 3.3 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 411 | 206 | 205 | 179* | 30 | 109 | 91 |

* ไม่ตอบ 2 ราย

**3.2 ประสบการณ์ทางเพศของวัยรุ่นไทย** สังคมวัยรุ่นไทยในยุคไซเบอร์ กำลังคืบคลานไปสู่ความมีอิสระเสรีในเรื่องเพศสัมพันธ์ สังเกตได้จากข้อมูลข่าวสาร ทั้งผลการวิจัย ที่แสดงว่า วัยรุ่นไทยในยุคนี้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างเห็นเป็นเรื่องธรรมดา แต่ผลจากการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม มักพบ "การทำไม่จำเป็นต้องพูด" ยังเป็นค่านิยมและวิธีปฏิบัติอยู่ในวัฒนธรรมไทย และในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ก็เช่นกัน มีผู้ที่เปิดเผยว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามก่อนวัยอันควรเพียงเล็กน้อย จากการสำรวจครั้งนี้โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า โดยทั่วไป 3 ใน 4 ของวัยรุ่นที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งหมดเปิดเผยว่ามีคนรัก และในจำนวนนี้ประมาณ 1 ใน 4 ยอมรับว่า มีเพศสัมพันธ์กับคนรักแล้ว (ดูตาราง 3)

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุ พบเกินกว่าร้อยละ 80 ของวัยรุ่นกลุ่มอายุ 20-24 ปี มีคนรัก และ ครึ่งหนึ่ง ยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์กันแล้ว สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ นักเรียนวัยรุ่นจากการสำรวจครั้งนี้มีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เพราะว่า เด็กกลุ่มนี้ เกินกว่าร้อยละ 80 เช่นกันที่มีคนรักแล้ว และ ร้อยละการมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มตามกลุ่มอายุไปด้วย กล่าวคือ ร้อยละ10 ของกลุ่มอายุ 15-16 ปี ยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์กับคนรักแล้ว ขณะที่ ร้อยละ 29.9 ของกลุ่มอายุ 17-19 ปี ยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์กับคนรักแล้วเช่นกัน สำหรับกลุ่มเด็กนักเรียนวัยรุ่นที่มีอายุน้อยที่สุดคือระหว่าง 12-14 ปี การศึกษาครั้งนี้พบว่า แม้อายุยังน้อย แต่กลุ่มนี้ร้อยละ 0.6 ก็ยอมรับว่ามีคนรักและมีเพศสัมพันธ์กันแล้ว

**ตาราง 3 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และประสบการณ์ทางเพศ**

| ประสบการณ์ทางเพศ | รวม | เพศ | | กลุ่มอายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ชาย | หญิง | 12-14 | 15-16 | 17-19 | 20-24 |
| มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์ | 17.8 | 21.4 | 14.3 | 0.6 | 10.0 | 29.9 | 40.7 |
| มีคนรักและไม่มีเพศสัมพันธ์ | 45.7 | 47.1 | 44.3 | 39.2 | 73.3 | 52.3 | 41.8 |
| ไม่เคยมีคนรัก | 36.4 | 31.6 | 41.4 | 60.2 | 16.7 | 17.8 | 17.6 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 409 | 206 | 203 | 181 | 30 | 107 | 91 |

**3.3 รสนิยมทางเพศกับประสบการณ์ทางเพศของวัยรุ่นไทย** กลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ตกเป็นตัวอย่างจากการสำรวจครั้งนี้ เปิดเผยประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับรสนิยมทางเพศของตนว่า วัยรุ่นที่มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์กับคนรักส่วนใหญ่เป็นผู้รักเพศตรงข้าม (ร้อยละ 90.4) ส่วนน้อยเป็นผู้รักเพศเดียวกัน (ร้อยละ 6.8) และรักทั้งสองเพศ (ร้อยละ 2.7) สำหรับกลุ่มวัยรุ่นที่มีคนรักแต่ไม่มีเพศสัมพันธ์กัน ส่วนใหญ่รักเพศตรงข้ามเช่นกัน (ร้อยละ 92.0) รองลงมาเป็นรักเพศเดียวกัน (ร้อยละ 3.2) และรักทั้งสองเพศ (ร้อยละ 4.8) กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ ส่วนใหญ่รักเพศตรงข้ามเช่นกัน (ร้อยละ 91.2) รองลงมาเป็นรักเพศเดียวกัน (ร้อยละ 2.0) และรักทั้งสองเพศ (ร้อยละ 6.8) (ดูตาราง 4)

**ตาราง 4 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามประสบการณ์ทางเพศ และรสนิยมเรื่องเพศ**

| รสนิยมเรื่องเพศ | ประสบการณ์ทางเพศ | | |
|---|---|---|---|
| | มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์ | มีคนรักและไม่มีเพศสัมพันธ์ | ไม่เคยมีคนรัก |
| รักเพศเดียวกัน | 6.8 | 3.2 | 2.0 |
| รักเพศตรงข้าม | 90.4 | 92.0 | 91.2 |
| รักทั้งสองเพศ | 2.7 | 4.8 | 6.8 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 73 | 187 | 149 |

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับรสนิยมรักเพศเดียวกันและรักทั้งสองเพศในกลุ่มวัยรุ่นหญิงและชาย พบว่าไม่มีวัยรุ่นชายที่มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์มีรสนิยมชอบทั้งสองเพศ แตกต่างจากวัยรุ่นหญิงที่มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์ ที่มีถึงร้อยละ 6.9 ระบุว่ามีรสนิยมชอบทั้งสองเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความชอบเพศเดียวกันนั้น พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์ มีถึงร้อยละ 13.8 ระบุว่ามีรสนิยมดังกล่าว และ วัยรุ่นชายที่มีคนรักและมีเพศสัมพันธ์ ยอมรับว่ามีรสนิยมแบบนี้เพียง ร้อยละ 2.3 เท่านั้น (ดูตาราง 5)

**ตาราง 5 ร้อยละของวัยรุ่นชายและหญิงจำแนกตามประสบการณ์ทางเพศ และรสนิยมเรื่องเพศ**

| รสนิยมทางเพศ | รวม | วัยรุ่นชาย | | | รวม | วัยรุ่นหญิง | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | มีคนรัก/มีเพศสัมพันธ์ | มีคนรัก/ไม่มีเพศสัมพันธ์ | ไม่เคยมีคนรัก | | มีคนรัก/มีเพศสัมพันธ์ | มีคนรัก/ไม่มีเพศสัมพันธ์ | ไม่เคยมีคนรัก |
| รักเพศเดียวกัน | 1.5 | 2.3 | 2.1 | 0.0 | 5.4 | 13.8 | 4.4 | 3.7 |
| รักเพศตรงข้าม | 96.6 | 97.7 | 95.8 | 96.9 | 86.2 | 79.3 | 87.8 | 86.6 |
| รักทั้งสองเพศ | 1.9 | 0.0 | 2.1 | 3.1 | 8.4 | 6.9 | 7.8 | 9.8 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 206 | 44 | 97 | 65 | 201 | 29 | 90 | 82 |

**3.4 ค่านิยมของวัยรุ่นไทยกับรสนิยมทางเพศ** ตาราง 6 และ 7 สะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมเรื่องรสนิยมทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นไทยยุคปัจจุบันทั้งหญิงและชายในหลายกลุ่มอายุ โดยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกินกว่าครึ่งหนึ่งเห็นด้วยในระดับมากกว่าว่า โดยทั่วไปการที่หญิงหรือชายมีเพศสัมพันธ์กันกับเพศเดียวกันนั้น เป็นเรื่องไม่เสียหายแต่อย่างใด และเห็นด้วยอย่างมากเช่นกันว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม เมื่อสำรวจเจาะลึกลงไปว่า ถ้าพบว่าเพื่อนสนิทของตนเองมีรสนิยมชอบเพศเดียวกัน เช่น เป็นเกย์ ทอม ตุ๊ด ดี้ เป็นต้น พวกเขาจะรู้สึกอย่างไร ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 25.6 ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยมาก หรือยอมรับได้ว่าเป็นเรื่องธรรมดา ขณะที่ ร้อยละ 42.2 ยอมรับได้น้อย

ผลการสำรวจนี้ สนับสนุนนัยถึงค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่มีความเชื่อว่า "ถ้าไม่เกิดกับฉันก็ไม่เป็นไร" ทั้งนี้ เห็นได้จากผลสำรวจว่า กรณีถ้าเป็นเรื่องโดยทั่วไปที่ไม่ได้เข้ามาถึงตัวเอง มีผู้ตอบเกินกว่าครึ่งหรือเกือบ 3 ใน 4 เห็นด้วยมากว่า รสนิยมแบบนี้เป็นเรื่องธรรมดา แต่เมื่อเป็นเรื่องใกล้ตัวเช่นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเพื่อนสนิทของตนเอง ปรากฏว่า เกือบครึ่งหนึ่งเห็นด้วยเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อน่าสังเกตระหว่างค่านิยมของวัยรุ่นหญิงและชายเกี่ยวกับเมื่อเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องใกล้ตัวกรณีเมื่อพบว่าเพื่อนสนิทของตนมีรสนิยมเพศเดียวกันนั้น วัยรุ่นหญิงสะท้อนค่านิยมของการไม่ยอมรับออกมามากกว่าวัยรุ่นชาย (วัยรุ่นหญิงเห็นด้วยมากร้อยละ 18.5 ขณะที่ วัยรุ่นชาย มีถึงร้อยละ 32.7

**ตาราง 6 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามค่านิยมในเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน**

| ค่านิยมเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน | ความคิดเห็น | | | รวม |
|---|---|---|---|---|
| | มาก | ปานกลาง | น้อย | |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกันไม่เสียหายอะไร | 70.5 | 17.1 | 12.4 | 100.0 |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี | 59.3 | 21.8 | 18.9 | 100.0 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันไม่เสียหายอะไร | 78.3 | 12.7 | 9.0 | 100.0 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี | 69.0 | 16.1 | 14.9 | 100.0 |
| ไม่แปลก ถ้าพบว่าเพื่อนสนิทเป็นเกย์ ทอม ตุ๊ด หรือดี้ | 25.6 | 32.2 | 42.2 | 100.0 |

**ตาราง 7 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และค่านิยมในเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน**

| ค่านิยมเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน* | เพศ | | กลุ่มอายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | 12-14 | 15-16 | 17-19 | 20-24 |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกันไม่เสียหายอะไร | 69.3 | 71.7 | 76.2 | 63.3 | 66.7 | 65.9 |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี | 59.5 | 59.0 | 63.5 | 53.3 | 52.8 | 60.4 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันไม่เสียหายอะไร | 77.6 | 79.0 | 81.2 | 80.0 | 74.1 | 76.9 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี | 70.2 | 67.8 | 68.0 | 63.3 | 66.7 | 75.8 |
| ไม่แปลก ถ้าพบว่าเพื่อนสนิทเป็นเกย์ ทอม ตุ๊ด หรือดี้ | 32.7 | 18.5 | 27.6 | 26.7 | 19.4 | 28.6 |

* แสดงความคิดเห็นของวัยรุ่นในระดับเห็นด้วยมากเท่านั้น

เมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นตามประสบการณ์ทางเพศ จากตาราง 8 พบว่า มีสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมหรือป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ควรให้ความใส่ใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความคิดเห็นเกี่ยวกับหญิงรักหญิงมีเพศสัมพันธ์กัน ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือ การสำรวจครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ทางเพศตรง คือ มีคนรักและไม่มีคนรักแต่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กัน เห็นด้วยมาก เป็นสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

**ตาราง 8 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามประสบการณ์ทางเพศ และค่านิยมในเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน**

| ค่านิยมเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน* | ประสบการณ์ทางเพศ | | |
|---|---|---|---|
| | มีคนรัก/มีเพศสัมพันธ์ | มีคนรัก/ไม่มีเพศสัมพันธ์ | ไม่เคยมีคนรัก |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกันไม่เสียหายอะไร | 61.1 | 66.8 | 79.2 |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี | 55.6 | 55.1 | 66.4 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันไม่เสียหายอะไร | 77.8 | 77.0 | 80.5 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี | 69.4 | 69 | 68.5 |
| ไม่แปลก ถ้าพบว่าเพื่อนสนิทเป็นเกย์ ทอม ตุ๊ด หรือดี้ | 20.8 | 27.3 | 24.8 |
| **จำนวน** | 72 | 187 | 149 |

* แสดงความคิดเห็นของวัยรุ่นในระดับเห็นด้วยมากเท่านั้น

ตาราง 9 แสดงความคิดเห็นของวัยรุ่นที่รสนิยมทางเพศแตกต่างกัน เกี่ยวกับค่านิยมของการรักเพศเดียวกัน และจากการสำรวจครั้งนี้ ระบุว่า วัยรุ่นไทยกลุ่มที่รักเพศเดียวกันเกือบครึ่งมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายไม่เสียหายแต่อย่างใด และไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ ประมาณ 1 ใน 4 วัยรุ่นกลุ่มนี้เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงไม่เสียหายแต่อย่างใด และไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และมีเพียงส่วนน้อยที่วัยรุ่นเหล่านี้เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ไม่แปลกถ้าพบเพื่อนสนิทเป็นเกย์ ทอม ตุ๊ด ดี้ ความคิดเห็นนี้ ค่อนข้างแตกต่างกับวัยรุ่นกลุ่มรักทั้งสองเพศ กล่าวคือ ส่วนมากเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิง ไม่เสียหายแต่อย่างใด และ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อีกด้วย และการยอมรับเพื่อนสนิทที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศก็ดูมีอัตราส่วนที่สูงกว่าวัยรุ่นที่รักเพศเดียวกัน สิ่งที่น่าสนใจคือ ความคิดเห็นของวัยรุ่นที่รักต่างเพศ ทั้งนี้เนื่องจากมากกว่า 3 ใน 4 มีทัศนคติที่ดีต่อการรักเพศเดียวกัน แต่ความคิดเห็นเกี่ยวกับหญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิง มีการยอมรับเป็นอัตราส่วนต่ำกว่าชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้ประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มยังระบุว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งในการยอมรับเพื่อนสนิทที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ

**ตาราง 9 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามรสนิยมทางเพศ และค่านิยมในเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน**

| ค่านิยมเรื่องพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน* | รสนิยมทางเพศ | | |
|---|---|---|---|
| | รักเพศเดียวกัน | รักเพศตรงข้าม | รักทั้งสองเพศ |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกัน ไม่เสียหายอะไร | 28.6 | 73.5 | 42.9 |
| หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงด้วยกัน ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี | 28.6 | 61.4 | 42.9 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน ไม่เสียหายอะไร | 42.9 | 80.7 | 57.1 |
| ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี | 42.9 | 71.0 | 47.6 |
| ไม่แปลก ถ้าพบว่าเพื่อนสนิทเป็น เกย์ ทอม ตุ๊ด หรือดี้ | 7.1 | 27.1 | 14.3 |
| **จำนวน** | 14 | 373 | 21 |

* แสดงความคิดเห็นของวัยรุ่นในระดับเห็นด้วยมากเท่านั้น

**3.5 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศ** ปัจจุบัน การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องเพศของวัยรุ่นนั้น พบว่า มีช่องทางหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยปรึกษากับบุคคลที่วัยรุ่นไว้วางใจหรือกับสื่อสิ่งพิมพ์และรายการวิทยุ หรือในสื่ออินเตอรเน็ตที่เรียกกันว่ายุคไซเบอร์ ตาราง 10 แสดง การสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นไทยในยุคนี้ การสื่อสารเรื่องเพศในที่นี้ หมายรวมถึง เรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการตั้งครรภ์ เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ โดยพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของวัยรุ่นที่ตกเป็นตัวอย่าง มีการพูดคุยปรึกษาเรื่องเพศกับสื่อสิ่งพิมพ์หรือรายการวิทยุ เมื่อแยกตามเพศ พบวัยรุ่นหญิงมีการสื่อสารเรื่องดังกล่าวเป็นร้อยละสูงกว่าวัยรุ่นชาย และวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15 - 16 ปี มีการสื่อสารเรื่องนี้จากแหล่งดังกล่าวมากที่สุด

กลุ่มวัยรุ่นที่มีรสนิยมทางเพศแตกต่างกัน มีการสื่อสารกับสื่อต่าง ๆ เหล่านี้ อย่างไร ตาราง 11 เปิดเผยว่า วัยรุ่นกลุ่มรักทั้งสองเพศประมาณ 1 ใน 3 มีการสื่อสาร ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มวัยรุ่นที่รักต่างเพศ ขณะที่วัยรุ่นรักเพศเดียวกัน ประมาณ 1 ใน 4 มีการสื่อสารดังกล่าว

**ตาราง 10 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และการปรึกษาเรื่องเพศจากสื่อ**

| สื่อสิ่งพิมพ์/ วิทยุ | รวม | เพศ | | กลุ่มอายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ชาย | หญิง | 12-14 | 15-16 | 17-19 | 20-24 |
| เคย | 37.0 | 32.7 | 41.6 | 31.2 | 51.7 | 39.4 | 41.0 |
| ไม่เคย | 63.0 | 67.3 | 58.4 | 68.8 | 48.3 | 60.6 | 59.0 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 389* | 199 | 190 | 54 | 15 | 41 | 34 |

* ไม่ตอบ 22 ราย

**ตาราง 11 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามรสนิยมทางเพศ และการปรึกษาเรื่องเพศจากสื่อ**

| สื่อสิ่งพิมพ์/ วิทยุ | รวม | รสนิยมทางเพศ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | รักเพศเดียวกัน | รักต่างเพศ | รักทั้งสองเพศ |
| เคย | 37.2 | 28.6 | 37.5 | 38.9 |
| ไม่เคย | 62.8 | 71.4 | 62.5 | 61.1 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 387* | 14 | 355 | 7 |

*ไม่ตอบ 24 ราย

ตาราง 12 แสดงการสื่อสารเรื่องเพศดังกล่าวผ่านสื่ออินเตอร์เน็ต ซึ่งพบจากการสำรวจครั้งนี้ว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของวัยรุ่นทั้งหมดมีการสื่อสารเรื่องเพศผ่านอินเตอร์เน็ต โดยวัยรุ่นหญิงมีการสื่อสารเรื่องเพศผ่านอินเตอร์เน็ตสูงกว่าวัยรุ่นชายเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ การเข้าเว็บ Hi5 ในปัจจุบันที่ระบุว่า วัยรุ่นหญิงเข้าเว็บนี้มากกว่าวัยรุ่นชาย (ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง 2551) สิ่งที่พึงสังเกตคือ วัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-16 ปี (ร้อยละ 48.3) และอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 50.0) สื่อสารเรื่องเพศผ่านอินเตอร์เน็ตเป็นร้อยละไม่แตกต่างกันมากนัก ขณะที่ 1 ใน 3 ของวัยรุ่นกลุ่มอายุ 17-19 ปี และเกือบ 1 ใน 4 ของวัยรุ่นกลุ่มอายุ 12-14 ปี มีการสื่อสารเรื่องเพศดังกล่าวผ่านอินเตอร์เน็ต นี่ย่อมแสดงว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ที่วัยรุ่นสื่อเรื่องเพศผ่านอินเตอร์เน็ตตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น แม้จะลดลงบ้างในช่วงอายุ 17-19 ปี ก็ตาม

อินเตอร์เน็ต เป็นช่องทางในการสื่อเรื่องเพศของกลุ่มวัยรุ่นไทยที่มีรสนิยมทางเพศแตกต่างกันอย่างไร ตาราง 13 แสดงผลเฉพาะที่วัยรุ่นที่มีรสนิยมทางเพศแตกต่างกันตอบว่ามีการสื่อสารเรื่องเพศผ่านอินเตอร์เน็ตดังนี้ กลุ่มวัยรุ่นรักเพศเดียวกัน ระบุว่ามี ร้อยละ 46.2 กลุ่มวัยรุ่นรักทั้งสองเพศ ร้อยละ 40.0 และกลุ่มรักต่างเพศ ร้อยละ 34.3 ผลจากตารางนี้ยืนยันว่า อินเตอร์เน็ตเป็นช่องทางสำคัญช่องทางหนึ่ง ที่เปิดโอกาสให้วัยรุ่นไทยที่มีรสนิยมรักทั้งสองเพศและรักเพศเดียวกันได้เข้าท่องและค้นคว้าหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ

**ตาราง 12 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และการพูดคุยปรึกษาเรื่องเพศผ่านสื่ออินเตอร์เน็ต**

| อินเตอร์เน็ต | รวม | เพศ | | กลุ่มอายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ชาย | หญิง | 12-14 | 15-16 | 17-19 | 20-24 |
| เคย | 34.8 | 31.2 | 38.5 | 24.4 | 48.3 | 36.2 | 50.0 |
| ไม่เคย | 65.2 | 68.8 | 61.5 | 75.6 | 51.7 | 63.8 | 50.0 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 394* | 199 | 195 | 176 | 29 | 105 | 84 |

* ไม่ตอบ 17 ราย

**ตาราง 13 ร้อยละของวัยรุ่นไทยจำแนกตามรสนิยมทางเพศ และการพูดคุยปรึกษาหารือเรื่องเพศผ่านสื่ออินเตอร์เน็ต**

| อินเตอร์เน็ต | รวม | รสนิยมทางเพศ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | รักเพศเดียวกัน | รักต่างเพศ | รักทั้งสองเพศ |
| เคย | 34.9 | 46.2 | 34.3 | 40.0 |
| ไม่เคย | 65.1 | 53.8 | 65.7 | 60.0 |
| **รวม** | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| **จำนวน** | 392* | 13 | 359 | 20 |

*ไม่ตอบ 19 ราย

## 4. สรุป

การศึกษาครั้งนี้ชี้ว่า วัยรุ่นไทยยุคไซเบอร์ มีการเปิดเผยตัวเองว่ามีรสนิยมชอบเพศเดียวกันหรือชอบทั้งสองเพศไม่มาก แต่มีแนวโน้มเปิดเผยมากยิ่งขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ที่น่าสนใจคือ วัยรุ่นหญิงกล้าเปิดเผยมากกว่าวัยรุ่นชาย และวัยรุ่นไทยยุคไซเบอร์ มีค่านิยมว่า การชอบเพศเดียวกันหรือทั้งสองเพศ ถ้าเป็นเรื่องไกลตัวถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา แต่ถ้าเกิดขึ้นใกล้ตัว เช่น เมื่อรู้ว่าเพื่อนสนิทเป็นเกย์ หรือเลสเบี้ยน วัยรุ่นที่รักเพศเดียวกันและรักทั้งสองเพศ กลับยอมรับได้น้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นรักต่างเพศที่มีทัศนคติเป็นบวกต่อคนรักเพศเดียวกัน ประเด็นนี้ชี้ว่าวัยรุ่นรักเพศเดียวกันและรักทั้งสองเพศ เกิดความสับสนในพฤติกรรมตนเอง อาจยึดทัศนคติและค่านิยมเดิมที่ว่าการรักเพศเดียวกันเป็นเรื่องน่าอาย และเป็นปัญหาทางจิต เพราะได้เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว และการยอมรับในตนเองก็ดูน้อย ซึ่งต่างกับกลุ่มวัยรุ่นที่รักต่างเพศ ไม่มีประสบการณ์การเป็นคนรักเพศเดียวกัน จึงอาจให้คำตอบที่ไกลตัว

ประเด็นที่น่าสนใจต่อมาคือ การยอมรับพฤติกรรมการรักเพศเดียวกันหรือรักทั้งสองเพศของกลุ่มวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน แต่รสนิยมเรื่องเพศดูเหมือนจะมีรูปแบบไม่แตกต่างกัน คือส่วนใหญ่รักเพศตรงข้าม รองลงมาเป็นรักเพศเดียวกัน ยกเว้นวัยรุ่นที่ไม่เคยมีคนรัก และไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มีแนวคิดยอมรับการรักทั้งสองเพศมากที่สุด

ประเด็นสุดท้ายเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และรายการวิทยุ รวมถึงสื่ออินเตอร์เน็ตในโลกไซเบอร์ พบวัยรุ่นไทยทั่วไป มีแนวโน้มในการใช้ช่องทางสื่อดังกล่าวในการค้นหาความรู้ และการพูดคุยปรึกษาเรื่องเพศโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อสื่อเรื่องเพศดังกล่าวของกลุ่มวัยรุ่นรักเพศเดียวกันและรักทั้งสองเพศที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สื่ออินเตอร์เน็ตจึงเป็นเสมือนดาบสองคมของวัยรุ่นที่มีรสนิยมทางเพศแตกต่างกัน จะนำไปใช้เป็นแหล่งหรือช่องทางในการค้นหาตัวตน เพื่อให้ตนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคมไทยอย่างสงบและสันติ

เราไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่า มุมมองหรือค่านิยมเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน และยากต่อการทำความเข้าใจ ไม่ว่าจะเป็นมุมมองทางด้านชีวภาพ สังคม จิตวิทยา กฎหมาย สิทธิเสรีภาพ แม้กระทั่งมุมมองทางด้านจริยธรรม เนื่องจากว่าการมีเพศสัมพันธ์ในมุมมองของจริยธรรมนั้น ไม่ว่าจะมีกับเพศตรงข้ามหรือเพศเดียวกันถือว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่ขัดต่อจริยธรรม เพราะรูปแบบของกามารมณ์ไม่ได้จำกัดว่าหญิงและชายมีเพศสัมพันธ์กันได้

เท่านั้น ไม่ว่าการมีเพศสัมพันธ์หรือกามารมณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไรก็ตาม มันก็ยังมีรูปแบบอย่างกามารณ์นั่นเอง เด็กไทยที่กำลังเติบโตในสังคมที่สับสนอลหม่านจะสามารถมองทะลุมิติของมุมมองและค่านิยมเช่นนี้ได้หรือไม่ประเด็นนี้ จึงควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบทางการศึกษา สังคม และวัฒนธรรม ในการผลักดันให้มีการเรียนรู้ทำความเข้าใจเรื่องรสนิยมทางเพศอย่างเป็นทางการ บรรจุลงในวิชาการเรียนการสอนให้แก่เด็กตั้งแต่ชั้นระดับประถมศึกษา เพื่อเด็กจะได้เรียนรู้ทำความเข้าใจเรื่องรสนิยมทางเพศกับบริบทของสังคมไทย

ในยุคไซเบอร์นี้เอง เราไม่สามารถปฏิเสธกระแสของธุรกิจการตลาดที่กำลังสนใจและเล็งเห็นกลุ่มรักเพศเดียวกันเป็นประชากรเป้าหมายในทางธุรกิจ เช่น ธุรกิจเครื่องสำอาง การประกวดความงาม ธุรกิจบันเทิง ซึ่งธุรกิจเหล่านี้ดึงดูดใจวัยรุ่นทั่วไปรวมทั้งวัยรุ่นรักเพศเดียวกันเป็นอย่างดี วัยรุ่นรักเพศเดียวกันกำลังเป็นที่จับตาของธุรกิจเหล่านี้ วัยรุ่นรักเพศเดียวกันจะสามารถต้านทานกลยุทธทางการตลาดในการเข้าถึงกลุ่มตนเองได้มากน้อยเพียงใด ประเด็นนี้ จึงเป็นหน้าที่ของทุกหน่วยงาน ตลอดจนกลุ่มและองค์กรต่างๆ ในการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ และช่องทางอินเตอร์เน็ต เพื่อให้วัยรุ่นดำเนินวิถีชีวิตอย่างมีคุณภาพที่ดี ขณะเดียวกัน ต้องมีการรณรงค์ให้กลุ่มธุรกิจการตลาด การบันเทิง ดำเนินกิจการของตน โดยคำนึงถึง ผลผลิตที่จะเกิดเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น รวมทั้งต้องคำนึงถึงคุณธรรม และ จริยธรรม ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทางการค้าของตนด้วย

ประเด็นสุดท้าย แม้ว่ามีหลักฐานยืนยันจำนวนมากว่า ผู้ที่มีรสนิยมชอบเพศเดียวกันจำนวนไม่น้อย มักมีบทสรุปจากการปรับตัวที่แตกต่างกัน มีทั้งผู้ที่ยอมรับในตนเองได้ กลุ่มเหล่านี้มักมีความสุขกับชีวิตและบทบาทที่เหมาะสมได้รับการยอมรับ ยกย่องให้เกียรติจากผู้อื่น อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ที่มีรสนิยมชอบเพศเดียวกันจำนวนมากยอมรับตนเองไม่ได้ กลุ่มคนเหล่านี้ จะเกิดความรู้สึกเสื่อมความศรัทธา กระทั่งสูญสลายความรักที่มีต่อตนเอง ในที่สุดมาลงที่ตนเองด้วยการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชต่างๆ เช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเอง

หาก "เรา" ไม่ต้องการให้สถานการณ์ของปรากฏการณ์ความหลากหลายทางเพศ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกใหม่ในสังคมไทย มีความสับสนอลหม่าน ไม่สามารถคิด วิเคราะห์ แยกแยะได้ เมื่อประสบกับสถานการณ์เช่นนั้น "เรา" ในที่นี้ หมายถึงเครือข่ายที่มีความเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นี้ และมีส่วนสำคัญในการชี้นำสถานการณ์ดังกล่าว ควรเปิดมุมมองปรัชญาให้กว้างขวางมากขึ้น ควรสลัดความคิดให้หลุดพ้นจากพันธนาการของค่านิยมและบรรทัดฐานที่ตีกรอบและจำกัดพื้นที่ของผู้ที่มีพฤติกรรมความหลากหลายทางเพศให้ตกอยู่ชายขอบ "เรา" ควรนำประเด็นท้าทายเกี่ยวกับค่านิยมเรื่องนี้ และขุมทรัพย์ความรู้จากอินเตอร์เนต มา**ร่วมกัน**ศึกษาวิจัยและสกัดให้เกิดเป็น**องค์ความรู้ใหม่**ที่สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกอย่างจริงจังและจริงใจ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างสันติในสังคม

## เอกสารอ้างอิง

โครงการความร่วมมือระหว่างชุมชนเกย์ เลสเบี้ยน และคนข้ามเพศในประเทศไทย และเอเชียแปซิฟิคเควียร์, http://www.tqrc.org/data/about.html (สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2551)

จิตระพี บัวผัน. 2545. แปลงเพศ เมื่อกายกับใจไม่ตรงกัน *นิตยสารใกล้หมอ* ปีที่ 26 ฉบับที่ 11 พฤศจิกายน

ธีรภาพ วัฒนวิจารณ์. 2543. รักร่วมเพศผิดปกติหรือ? *นิตยสารผู้จัดการ* มีนาคม

ธเนศว์ กาญธีรานนท์. 2549 *สิทธิมนุษยชนของบุคคล.* ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มิถุนายน

มติชนรายวัน. 2551 *ชีวิตคุณภาพ* หน้า 10 วันพฤหัสบดีที่ 27 มีนาคม

Hi 5 คืออะไร, Hi 5 มิติใหม่ของการหาเพื่อน. http://meesara.com/?p=7 (สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2551)

Aphichat Chamratrithirong, Sirinan Kittisuksathit, Chai Podhisita, Pimonpan Isarabhakdi and Malee Sabaiying, 2007. National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Ford, N. J. and Sirinan Kittisuksathit. 1996. Youth Sexuality: The Sexual Awareness, Lifestyles and Related Health Service Needs of Young, Single Factory Workers in Thailand. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

# 11

# เซ็กส์กับสุขภาพทางเพศในพนักงานบริการหญิง

อารีย์ พรหมโม้
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
ดุสิตา พึ่งสำราญ
*นักศึกษาปริญญาเอก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*
สุรางค์ จันทร์แย้ม
*ผู้อำนายการกลุ่มเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)*

## นำเรื่อง

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงได้รับผลกระทบโดยตรงจากงานที่ทำ และจากปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของพนักงานบริการหญิง เนื่องจากงานบริการทางเพศเป็นอาชีพที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายในเมืองไทยซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงานบริการหญิง แม้พนักงานบริการหญิงจะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลให้อัตราการติดเชื้อของพนักงานบริการหญิงมีแนวโน้มลดลง แต่ข้อมูลและการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า การเชื่อมโยงพนักงานบริการเข้ากับการติดเชื้อ **ทำให้เกิดมายาคติว่า พนักงานบริการเป็นเสมือนแหล่งแพร่เชื้อ** ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว เพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการจะปลอดภัยหรือไม่นั้น มีเงื่อนไขทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องอีกหลายประการ เช่น ปัญหาของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการนั้น มีคำอธิบายที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจอีกมากที่จะช่วยให้มายาคติดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปได้

การศึกษาถึงมุมมองทางสังคมและสุขภาพของพนักงานบริการหญิงยังมีค่อนข้างน้อย ทั้งที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะทำให้เข้าใจบริบทการบริการทางเพศและสุขภาพ ประกอบกับได้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบทของบริการทางเพศ สถานบริการได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบไปจากเดิม การขายบริการตรงตามสำนักบริการ ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้นและมีแนวโน้มว่าบริการทางเพศจะมีลักษณะที่เป็นการแอบแฝงมากยิ่งขึ้น

บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลจากการโครงการสำรวจภาวะสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย พ.ศ. 2550[1]ซึ่งได้สำรวจในสี่จังหวัดที่มีจำนวนพนักงานบริการหญิงมากที่สุดในประเทศไทย บทความนี้จะเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับ

1. **ครอบครัว สังคม และชีวิตของพนักงานบริการหญิง** - คู่ สามี แฟน หรือความสัมพันธ์พิเศษ อายุเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับใคร ปัจจุบันพนักงานบริการหญิงมีสามีหรือแฟน และอยู่อาศัยด้วยกัน หรือไม่ จำนวนแฟนหรือสามีหรือคนพิเศษอื่นๆ มีพนักงานบริการหญิงที่อาศัยอยู่กับบุตรหรือไม่
2. **เพศสัมพันธ์กับการทำงาน** - เพศสัมพันธ์กับลูกค้า การใช้ถุงยางอนามัย (ความแตกต่างของการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้า แฟนหรือสามี) แหล่งที่มาของถุงยางอนามัย ประสบการณ์เมื่อลูกค้าไม่อยากใช้ถุงยางอนามัย ประสบการณ์ถุงยางแตก รั่ว หรือหลุด
3. **สุขภาพทางเพศและการใช้บริการสุขภาพ** - ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี อัตราอาการตกขาวผิดปกติ การรักษาและแหล่งการรักษาอาการตกขาวครั้งล่าสุด การได้รับการตรวจภายในและตรวจเลือดเมื่อใช้บริการครั้งล่าสุด อัตราการได้รับการตรวจกามโรคและเอชไอวี (ตรวจประจำ) ในรอบหกเดือน และแหล่งการตรวจ

## การสำรวจ "ภาวะสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย พ.ศ. 2550"

ตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี พนักงานบริการหญิงกลายเป็นเป้าหมายสำคัญในการวางแผนและดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว มีการสำรวจเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Serosurveillance) รวมทั้งการเฝ้าระวังพฤติกรรม (Behavioral Surveillance) หลายครั้งที่พนักงานบริการหญิงเป็นประชากรเป้าหมายของการสำรวจเหล่านี้ แม้ผลการดำเนินโครงการต่างๆ จะทำให้อัตราการติดเชื้อของพนักงานบริการหญิงมีแนวโน้มลดลง

แต่สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในตลอด 2 ทศวรรษของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย คือ บริบทของการบริการทางเพศและการที่สถานบริการมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบไปจากเดิมมาก ทำให้เชื่อได้ว่านอกจากจำนวนพนักงานบริการจะเพิ่มมากขึ้นแล้ว ก็มีพนักงานบริการจำนวนไม่น้อยที่ตกสำรวจไปจากระบบการเฝ้าระวังดังกล่าวด้วย เนื่องจากสถานบริการได้ปรับเปลี่ยนไปสู่รูปแบบแอบแฝงที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ร้านอาหาร คาราโอเกะ เตร็ดเตร่ หรืออาชีพอิสระ เป็นต้น ข้อมูลและการศึกษาตลอดจนการบริการสุขภาพเท่าที่มีอยู่ยังคงเชื่อมโยงพนักงานบริการหญิงเข้ากับการติดเชื้อ (Lim 1998: 19) ทำให้เกิดมายาคติว่าพนักงาน บริการหญิงเป็นเสมือนแหล่งแพร่เชื้อ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี และน้อยครั้งมากที่จะมีการศึกษาถึงมุมมองทางสังคมและสุขภาพ และชี้ให้เห็นสถานการณ์ด้านสิทธิและสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงเหล่านี้ได้อย่างแท้จริง ทั้งๆ ที่ข้อมูลในลักษณะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง

---

[1] รายงานฉบับเต็มเรื่อง *2007 Survey of Sexual and Reproductive Health of Sex Workers in Thailand* (SRH-S 2007) จัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.ipsr.mahidol.ac.th

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการให้บริการของภาครัฐ (ภัสสร และ พรพรรณ 2550) ก่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้น คลินิกกามโรคเป็นสถานบริการหลักที่ให้บริการแก่พนักงานบริการหญิงโดยตรง มีเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะ และเป็นที่รู้จักของพนักงานบริการและสังคมมานาน แต่การปฏิรูประบบราชการเมื่อ พ.ศ. 2545 ได้มีการโอนภาระรับผิดชอบ และปรับลดบุคลากร รวมทั้งงบประมาณตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การดูแลป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดและการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปผนวกรวมเข้ากับบริการที่จัดโดยโรงพยาบาลแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งพบว่าในช่วงเปลี่ยนผ่านได้ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งการรวบรวมข้อมูล งบประมาณค่ายารักษาโรค และทำให้เชื่อได้ว่าพนักงานบริการกำลังอยู่ในภาวะลำบากในการเข้าถึงบริการและข้อมูลที่จำเป็นต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรวบรวมข้อมูลปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อที่จะได้แสวงหาแนวทางที่จะช่วยให้พนักงานบริการหญิงสามารถเข้าถึงข้อมูล และมีทักษะในการปกป้องสิทธิและสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองได้ในสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ดังนั้น การสำรวจนี้จึงต้องการรวบรวมข้อมูลที่ชี้ให้เห็นความจำเป็นของพนักงานบริการหญิงในการรับรู้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจในตัวเองในการที่จะลดความเสี่ยงใดๆ จากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของตน

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกลุ่มเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) โดยการสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพทางเพศของพนักงานบริการหญิงในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลการสำรวจและสัมภาษณ์พนักงานบริการหญิงในระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ในพื้นที่สี่จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ และสงขลา จากการสำรวจสถานบริการและพนักงานบริการทางเพศ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าทั้งสี่จังหวัดนี้เป็นพื้นที่ที่พบว่ามีจำนวนพนักงานบริการหญิงทางเพศมากที่สุดในประเทศ และเลือกเก็บข้อมูลเฉพาะสถานบริการ 6 ประเภท ที่ให้บริการทางเพศแก่ลูกค้าที่เป็นทั้งคนไทยและต่างชาติ ได้แก่ ซ่อง/บ้านสาว/สำนักอาบอบนวด อะโกโก้ บาร์เบียร์ คาราโอเกะ และพนักงานบริการหญิงอิสระ เหตุผลหลักที่เลือกสำรวจสถานบริการเพียง 6 ประเภทนี้ เพราะมีจำนวนพนักงานบริการหญิงที่ค่อนข้างมากและให้บริการลูกค้าทั้งคนไทยและต่างชาติ นอกจากนั้นแล้วยังครอบคลุมพนักงานบริการหญิงทั้งในและนอกระบบด้วย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ดำเนินการและควบคุมคุณภาพในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ อบรมผู้คุมงานสนามและพนักงานสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน และกลุ่มเพื่อนพนักงานบริการได้ร่วมพัฒนาและให้ความคิดเห็นต่อแบบสอบถาม วางแผนการเก็บข้อมูล การทำแผนที่สถานบริการและจำนวนพนักงานบริการหญิงในพื้นที่เป้าหมาย (mapping) คัดเลือกผู้คุมงานสนามและพนักงานสัมภาษณ์ที่มีความเข้าใจและทัศนคติที่เป็นมิตรกับพนักงานบริการหญิง และร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน ในขณะที่กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) เป็นผู้ให้คำแนะนำ และความคิดเห็นต่อการสำรวจตลอดทั้งกระบวนการ

**ตาราง 1 จำนวนพนักงานบริการหญิงที่สำรวจ จำแนกตามสถานบริการและจังหวัด**

| ประเภทสถานบริการ | กรุงเทพฯ | เชียงใหม่ | ชลบุรี | สงขลา | รวม |
|---|---|---|---|---|---|
| ซ่อง/บ้านสาว/สำนัก | 1 | 32 | 0 | 100 | 133 |
| อาบ อบ นวด | 36 | 58 | 0 | 6 | 100 |
| อะโกโก้ | 57 | 2 | 16 | 0 | 75 |
| บาร์เบียร์ | 73 | 40 | 96 | 8 | 217 |
| คาราโอเกะ | 25 | 12 | 80 | 25 | 142 |
| พนักงานบริการหญิงอิสระ | 54 | 6 | 69 | 19 | 148 |
| **รวมทั้งหมด** | 246 | 150 | 261 | 158 | 815 |

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสำรวจ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งจาก หน่วยงานในแต่ละจังหวัด โดยคณะนักวิจัยได้ทำจดหมายแจ้งการเก็บข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอของพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล จากนั้นในระหว่างการเก็บข้อมูลได้มีการประสานเพิ่มเติมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานีตำรวจภูธร ในพื้นที่ด่านนอก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา สำนักควบคุมโรคเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้ง องค์กรเอกชนอื่นๆ ในพื้นที่ที่ทำงานกับพนักงานบริการหญิง เช่น เอ็มพาวเวอร์ เชียงใหม่ มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท กรุงเทพฯ เป็นต้น

อุปสรรคสำคัญของการสำรวจนี้ เกิดจากการที่อาชีพบริการทางเพศเป็นอาชีพที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ทำให้ยากต่อการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะสำรวจ ดังนั้น แผนที่สถานบริการและจำนวนพนักงานบริการหญิงในพื้นที่เป้าหมาย (mapping) จึงเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญ ประกอบกับข้อมูลและประสบการณ์ขององค์กรเอกชนที่ทำงานในพื้นที่เป้าหมายที่ใช้เป็นกรอบในการสุ่มตัวอย่าง (sampling frame) ให้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

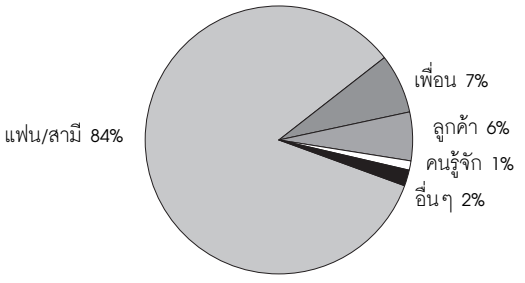
## ครอบครัว สังคม และชีวิตของพนักงานบริการหญิง

พนักงานบริการหญิงในโครงการสำรวจนี้มีอายุเฉลี่ย 28 ปี ซึ่งหากเปรียบเทียบกับการสำรวจในลักษณะเดียวกันในอดีตเช่นการศึกษาของ Wathinee and Guest (1994) พบว่า พนักงานบริการหญิงในปัจจุบันมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และมีระดับการศึกษาสูงขึ้นด้วย ในเรื่องของคู่ พบว่าร้อยละ 35 ของพนักงานบริการหญิงมีแฟน สามี หรือคู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 94 เคยมีคู่หรือแต่งงานมาก่อน และ 1 ใน 3 ของพนักงานบริการหญิงมีคู่มากกว่าหนึ่งคน โดยแฟน หรือคู่ หรือคนพิเศษนี้อาจจะเป็นแขกที่มาซื้อบริการด้วย และมักจะเป็นคนที่ดูแลด้านการเงินแก่พนักงานบริการหญิง

พนักงานบริการหญิงร้อยละ 63 มีลูกแล้วอย่างน้อย 1 คน แต่มีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นอาศัยอยู่กับลูก โดยผู้ที่ดูแลลูกให้ คือ ปู่ย่า/ตายาย ในขณะที่สำรวจพบว่าร้อยละ 44 ของพนักงานบริการหญิงระบุว่าอยู่คนเดียว ร้อยละ 35 อยู่กับเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน และ ร้อยละ 22 อยู่กับแฟน/สามี/คู่ครอง

สิ่งที่มักมีการกล่าวถึงบ่อยเกี่ยวกับการขายบริการทางเพศก็คือ พนักงานบริการที่มีอายุน้อยและถูกหลอกลวงให้เข้าสู่ธุรกิจบริการทางเพศ แต่สิ่งที่ค้นพบในการศึกษาที่ผ่านมารวมทั้งการศึกษาในครั้งนี้กลับไม่เป็นเช่นนั้น กล่าวคือ พนักงานส่วนใหญ่สมัครใจที่จะทำงานบริการทางเพศและมักเป็นผู้ที่เคยมีคู่ครองแล้ว พนักงานบริการถึงร้อยละ 69 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 15-24 ปี และมีเพียงร้อยละ 8.4 ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี สำหรับบุคคลที่พนักงานบริการมีเพศสัมพันธ์ด้วยในครั้งแรกนั้น พบว่าร้อยละ 83 เป็นคู่ครอง/แฟน และมีเพียงร้อยละ 6 ที่บอกว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับลูกค้า

**รูป 1 ร้อยละของพนักงานบริการหญิง จำแนกตามประเภทของบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จากการสำรวจ SRH-S 2007**

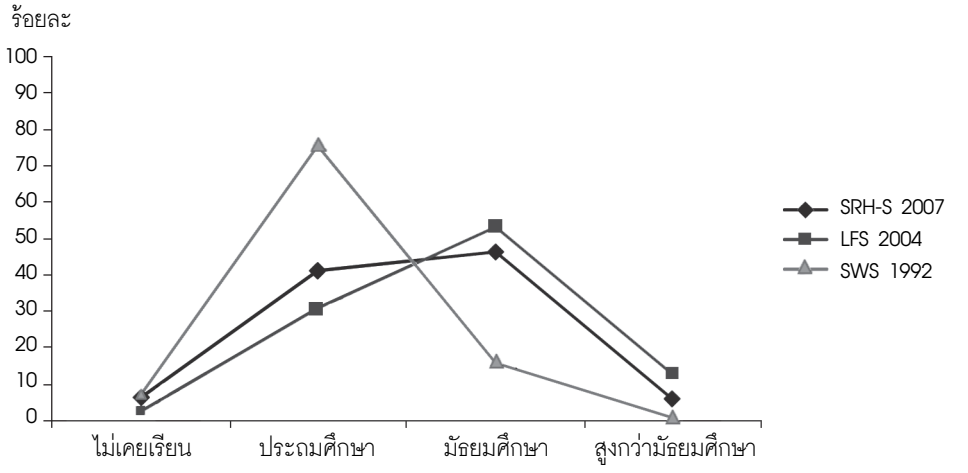



รายได้เฉลี่ยของพนักงานบริการหญิงประมาณ 15,000 บาท ต่อเดือน โดยพนักงานบริการหญิงในกรุงเทพฯ มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าจังหวัดอื่น คือ ประมาณ 20,000 บาท ต่อเดือน อย่างไรก็ตาม พบว่า 1 ใน 5 ของพนักงานบริการหญิงที่สำรวจมีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 10,000 บาท ต่อเดือน โดยส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการอิสระและพนักงานบริการหญิงในคาราโอเกะ และซ่อง/บ้านสาว/สำนัก ในเรื่องของหนี้สิน พบว่า ร้อยละ 40 มีหนี้สินส่วนตัวในขณะที่ ร้อยละ 38 ต้องรับภาระหนี้สินของทางบ้าน

> *"...อีกห้าเดือนหนูก็จะครบ 18 หนูรับแขกได้อย่างมากก็เดือนละ 20 คน เกินไปกว่านั้นไม่ไหว ร่างกายมันรับไม่ไหว ทุกวันนี้หนูหาเงินได้มากสุดก็เดือนละหมื่นห้า แต่บางเดือนก็ไม่ได้ แล้วมันก็ไม่พอค่าใช้จ่าย เงินเก็บก็ไม่มี ภาระครอบครัวอีก ลูกอีก"*
>
> *(พนักงานบริการหญิงอิสระ กรุงเทพฯ)*

การศึกษานั้นพบว่า **ปัจจุบันพนักบริการหญิงมีการศึกษาที่ดีขึ้นกว่าในอดีตอย่างมาก** จากการสำรวจพนักงานบริการเมื่อปี พ.ศ. 2535 (SWS 1992) พบว่าพนักงานบริการหญิงกว่าร้อยละ 80 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่การสำรวจปี พ.ศ. 2550 พบเพียงร้อยละ 46 และสูงถึงร้อยละ 52 ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาเป็นอย่างต่ำ จากรูป 1 เปรียบเทียบการศึกษาของพนักงานบริการหญิง (SRH-S 2007) กับผู้หญิงไทยทั่วไปจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรปี พ.ศ. 2547 (LFS 2004) จะเห็นว่า พนักงานบริการหญิงนั้นมีการศึกษาที่ไม่แตกต่างจากการศึกษาของผู้หญิงไทยอื่น ๆ เท่าใดนัก

**รูป 2 เปรียบเทียบการศึกษาของพนักงานบริการหญิงจากการสำรวจ SRH-S 2007 และ SWS 1992 กับประชากรหญิงทั่วไปจากการสำรวจ LFS 2004**




*ชีวิตการทำงานของพนักงานบริการหญิงในสถานบริการประเภทต่าง ๆ*

***อาบอบนวด*** *พนักงานทำงานตั้งแต่ 10 โมง ถึง 5 ทุ่ม มีจำนวนวันหยุดเฉลี่ยมากกว่าพนักงานบริการหญิงในสถานบริการประเภทอื่น (สูงสุดถึง 10 วัน) อาบอบนวดหลายแห่งจัดให้มีเจ้าหน้าที่เข้ามาตรวจภายในและตรวจเลือดในสถานบริการ โดยกำหนดให้ตรวจเลือดทุก 3 เดือน หากพบว่าผลเลือดเป็นบวกจะต้องออกจากงาน*

***บ้านสาว/ซ่อง/สำนัก*** *ทำงานตั้งแต่ 4 โมงเย็น ถึงตีหนึ่ง บางพื้นที่มีให้บริการช่วงกลางวันตั้งแต่เช้าถึง 6 โมงเย็น และบางพื้นที่พนักงานคนหนึ่งต้องรับแขกมากถึงเกินกว่า 10 คน ต่อวัน ด้วยค่าตอบแทนคนละไม่เกิน 300 บาท*

***บาร์เบียร์*** *บางแห่งมีกฎว่า พนักงานต้องทำให้ได้อย่างน้อย 4-10 "ออฟ" ต่อเดือน ไม่เช่นนั้นต้องจ่ายค่าปรับประมาณ 400 บาท ต่อจำนวนที่ขาด บางร้านระบุว่า ทุกครั้งหลังจากไป "ออฟ" พนักงาน ต้องแสดงผลการตรวจร่างกายว่าไม่มีเชื้อโรค และก่อนรับเงินเดือนต้องแสดงผลเลือดทุกครั้ง หากเลือดบวก ต้องออกจากงาน*

***อะโกโก้*** *พนักงานจะต้องขึ้นเต้นบนฟลอร์ โดยจะต้องแต่งตัวตามที่ร้านออกแบบไว้ให้ กฎระเบียบอื่น ๆ จะคล้ายกับบาร์เบียร์ แต่บางเรื่องอาจเข้มงวดกว่า เช่น บางร้านอาจมีการหักเงินหากเข้างานสาย นาทีละ 3-5 บาท ห้ามหยุดงานในช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันศุกร์และวันเสาร์ หากหยุดงานเกินกว่าวันที่อนุญาต ต้องจ่ายค่าปรับวันละ 400 บาท ปัจจุบันอะโกโก้หลายแห่งได้เปลี่ยนรูปแบบไปเป็นบาร์เบียร์*

***คาราโอเกะ*** *พบว่ามีหลากหลายรูปแบบและระดับ และการทำงานของพนักงานบริการหญิงอาจขึ้นอยู่กับความพอใจของผู้หญิงเอง ไม่เกี่ยวข้องกับทางร้าน โดยลูกจ้างของร้านคาราโอเกะบางแห่งอาจจะรับแขกหรือไปกับแขกหลังจากเลิกงานได้ นอกจากนั้น ยังมีพนักงานบริการหญิงในคาราโอเกะที่ทำงานอิสระ คือ ไม่ได้รับเงินเดือนจากร้าน แต่จะได้ส่วนแบ่งค่าเครื่องดื่มและทิปจากแขก*

***พนักงานอิสระ*** *ไม่มีกฎระเบียบ ไม่มีข้อบังคับ ไม่มีอำนาจต่อรอง กับแขกหรือกลไกใด ๆ ในการป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งจัดการกับกรณีแขกไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือโกงค่าตัว*

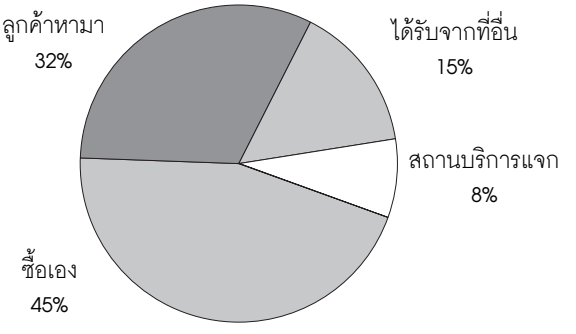
# เซ็กส์กับการใช้ถุงยางอนามัยในการทำงาน

## การใช้ถุงยางอนามัย

รูปแบบของเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการหญิงเป็นเป้าหมายสำคัญของการรณรงค์และทำงานในหลายๆ พื้นที่ โครงการถุงยางอนามัย 100% พุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มพนักงานบริการหญิงและลูกค้าเป็นสำคัญ (UNDP 2004: 18) และผลของโครงการนี้ทำให้ในการศึกษาหลายๆ ครั้ง พบว่า มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิงค่อนข้างสูงมาก การสำรวจครั้งนี้มีคำถามเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยทั้งกับลูกค้าและคู่นอนประจำ/สามี/แฟน สำหรับข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้านั้นได้มาจากคำถามที่ว่า "ในจำนวน 5 ครั้งสุดท้ายของการมีเพศสัมพันธ์กับแขกนั้น มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหรือไม่"

ได้ข้อสรุปว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในพนักงานบริการหญิงสูงมาก คือ ร้อยละ 97 โดยพนักงานบริการหญิงที่ทำงานในซ่อง/บ้านสาว/สำนัก และอาบอบนวด มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่าพนักงานบริการหญิงในสถานประกอบการอย่างอื่น รวมทั้งพนักงานบริการอิสระ สำหรับแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยที่ใช้กับลูกค้านั้น เกือบครึ่งหนึ่งบอกว่าหาซื้อมาเอง และประมาณหนึ่งในสามที่ลูกค้าหามา

**รูป 3 ร้อยละของพนักงานบริการ จำแนกตามแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยที่ใช้กับลูกค้า**




## ขาดอำนาจต่อรอง : การใช้ถุงยางอนามัยลดลง

ผลจากการสำรวจนี้พบว่า ช่วง 30 วันก่อนการสัมภาษณ์ พนักงานบริการหญิงเพียงร้อยละ 3.2 เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับแขก และในจำนวน 5 ครั้งสุดท้ายนี้ ไม่ใช่ทุกคนและทุกครั้งที่ใช้ถุงยางอนามัย ในขณะเดียวกัน มีพนักงานบริการหญิงที่ต้องมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปากทำให้แขกถึงร้อยละ 60 และในจำนวนนี้ร้อยละ 15 ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปากด้วย

พนักงานบริการหญิงเกือบทั้งหมดบอกว่าตนเองเป็นผู้เสนอให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่อำนาจในการต่อรองเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยไม่ได้ขึ้นอยู่กับพนักงานบริการหญิงฝ่ายเดียว พบว่า ร้อยละ 72 ของพนักงานบริการหญิงเคยมีประสบการณ์ที่แขกไม่อยากหรือไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย และในจำนวนนี้เกินกว่าครึ่งหนึ่งสามารถปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับแขกได้ และประมาณร้อยละ 6 ต้องจำยอมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนที่เหลือพนักงานบริการหญิงระบุว่า พยายามพูดหรือโน้มน้าวจนแขกยอมใช้ แอบใส่ให้แขกโดยไม่ให้แขกรู้ หรือมีเพศสัมพันธ์ภายนอกโดยไม่ใช้ถุงยาง

## อุบัติเหตุในการใช้ถุงยาง

แม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าจะมีอัตราที่ค่อนข้างสูงดังที่กล่าวมาแล้ว แต่การใช้ก็อาจมีอุบัติเหตุ เช่น การที่ถุงยางอนามัยแตก หลุด หรือฉีกขาดได้ โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 13 ของพนักงานบริการหญิงเคยมีประสบการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วง 7 วันก่อนการสัมภาษณ์ ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงมากพอที่จะพิจารณาว่ามีส่วนสำคัญกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี

## ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ครอง/คู่นอน/แขกประจำน้อย

การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ แฟน หรือ สามี นั้นได้จากคำถามว่า "เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี หรือ แฟน หรือ คู่ท่านใช้ถุงยางบ่อยแค่ไหน" พบว่าร้อยละ 69 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย ซึ่งพฤติกรรมนี้ทำให้พนักงานบริการหญิงและคู่ต่างตกอยู่ในความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี รวมทั้งต่อปัญหาการตั้งท้องเมื่อไม่พร้อมด้วย ปัญหาการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ แฟนหรือสามี เป็นบริบทของค่านิยมในเรื่องเพศ เกี่ยวข้องกับความไว้เนื้อเชื่อใจ และการที่ผู้หญิงต้องยอมรับการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อพิสูจน์ความรัก ความซื่อสัตย์ต่อกัน สำหรับพนักงานบริการหญิงยังมีการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับ "แขกประจำ" ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกพบว่า แขกประจำจะให้เหตุผลว่า ตนเองไม่ได้นอนกับผู้หญิงอื่น จึงปลอดภัยและไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยาง ซึ่งบริบทเช่นนี้ก็ไม่ต่างอะไรกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างสามีภรรยาในการใช้ถุงยางอนามัย

> *"ก็แล้วแต่ คือแขกที่เราอยู่มานาน ถ้าเรานอนกับเค้า คือเราใส่ถุงยางแล้ว บางครั้งเขาก็อยากให้เราทำอะไรอย่างอื่นบ้าง เวลาที่เค้าต้องการให้ใช้ปาก ก็จะไม่ใช้ถุงยาง เพราะคิดว่าอยู่กับเค้านานแล้ว ก็ไม่ทำบ่อยๆ"*
>
> *(พนักงานบริการหญิงในบาร์เบียร์ จังหวัดชลบุรี )*

ในขณะเดียวกันข้อมูลลักษณะนี้ถูกตีความในหลายครั้งในทำนองว่า "เอดส์ซื้อได้" ซึ่งเกิดจากการที่พนักงานบริการหญิงต้องทำงานเพื่อแลกกับค่าตอบแทน และเมื่อแขกยื่นข้อเสนอที่ไม่ต้องการใส่ถุงยางอนามัย หลายครั้งที่การตัดสินใจยอมตามนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมักง่ายหรือเห็นแก่ค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อย พนักงานบริการหญิงต้องแลกกับความเสี่ยงของตัวเองด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม วิธีคิดเบื้องหลังการตัดสินใจนั้น อาจเป็นเรื่องซับซ้อน และเป็นปัญหาของบุคคลที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น

## ใช้สารเสพติดทำให้พลาดการใช้ถุงยางอนามัย

ภาวะการทำงานที่ต้องดื่มเครื่องดื่มมึนเมา ไปจนถึงการใช้สารเสพติดบางอย่างที่แขกเป็นคนนำมาให้ ทำให้โอกาสของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้นด้วย ประมาณร้อยละ 16 ของพนักงานบริการหญิงที่สำรวจเคยลองใช้หรือใช้สารเสพติดบางอย่าง ในขณะที่ ร้อยละ 14 ระบุว่า จำเป็นต้องดื่มเหล้าหรือใช้สารเสพติดบางอย่างเพื่อกระตุ้นให้มีความกล้าในการทำงาน และ ร้อยละ 7 ดื่มเหล้าจนเมาทุกวัน

ความรุนแรงและความรุนแรงทางเพศต่อพนักงานบริการหญิงเป็นปรากฏการณ์ที่มักจะถูกมองข้าม ทั้งที่เป็นสิ่งที่พนักงานบริการหญิงต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการทำงาน จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 6 ของ

ผู้หญิงที่สัมภาษณ์ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแขก โดยในจำนวนนี้ 1 ใน 5 หรือประมาณ ร้อยละ 20 ระบุว่าเป็นเพศสัมพันธ์ที่ถูกบังคับ/ไม่เต็มใจ

ความรุนแรงด้านอื่นๆ พบว่า ผู้กระทำส่วนใหญ่คือ แขก ดังนั้น ปัญหาจะเพิ่มระดับความรุนแรงมากยิ่งขึ้นสำหรับพนักงานบริการหญิงที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแล เช่น พนักงานอิสระ เห็นได้ชัดจากข้อมูลที่ปรากฏว่า เกือบร้อยละ 15 ของพนักงานบริการหญิงซึ่งส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการหญิงอิสระ ระบุว่า พวกเธอไม่มีใครเลยที่จะขอความช่วยเหลือได้หากเกิดปัญหาขึ้นในการทำงาน

**การเข้ารับบริการสุขภาพทางเพศ**

57% เคยรับการตรวจเลือดเอชไอวีในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ

50% เคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ

โดย 29% ตรวจที่คลินิกเอกชน

23% ตรวจที่โรงพยาบาลรัฐ

19% ตรวจที่คลินิกกามโรค

8% ไม่ได้รับการตรวจภายในในครั้งที่ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

21% ไม่ได้รับการตรวจเลือดในครั้งที่ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

## สุขภาพทางเพศและการใช้บริการสุขภาพ

ภาวะสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิง ได้รับผลกระทบจากการทำงานโดยตรง นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยทางอ้อมอีกหลายประการที่กระทำซ้ำต่อภาวะสุขภาพดังกล่าวของพนักงานบริการหญิง

กฎเกณฑ์ของสถานบริการบางประเภท ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการหญิงในหลายลักษณะ ตัวอย่างเช่น การไม่มีวันหยุด หรือมีจำนวนวันหยุดที่จำกัด ซึ่งจากการเก็บข้อมูลนี้พบว่าพนักงานบริการหญิงมีวันหยุดเฉลี่ย 2-3 วันต่อเดือน ในขณะที่ผู้หญิงมีรอบเดือนประมาณ 3 - 7 วันต่อเดือน ทำให้ผู้หญิงที่สำรวจร้อยละ 36 ระบุว่า เคยใช้วัตถุ สิ่งของ เช่น ก้อนฟองน้ำหรือ "ลูกไก่" สอดไว้ในช่องคลอดเพื่อไม่ให้ประจำเดือนเป็นอุปสรรคในการรับแขก

การสำรวจนี้พบว่าร้อยละ 2.6 ของพนักงานบริการหญิงไม่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดเลย โดย 3 ใน 4 ของผู้หญิงที่สำรวจใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งท้อง ในจำนวนนี้ ร้อยละ 84 ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วย โดยมองว่า ถุงยางอนามัยเป็นทั้งวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุดและยังป้องกันการติดเชื้อได้ด้วย

มีการรายงานว่าใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินในสัดส่วนต่ำมาก หรือเพียงประมาณร้อยละ 1 เท่านั้น โดยเกือบทั้งหมดที่ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินคือพนักงานบริการหญิงจากอะโกโก้ บาร์เบียร์ และอาบอบนวด ในขณะเดียวกันมีพนักงานบริการหญิงถึงร้อยละ 12.6 ที่ระบุว่า เกิดถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือฉีกขาด ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ก่อนการสำรวจ ซึ่งสถานการณ์ของการพึ่งพิงถุงยางอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีมาตรการรองรับในกรณีเกิดความผิดพลาดในการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากจะนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีแล้ว ยังรวมทั้งความเสี่ยงต่อการตั้งท้องเมื่อไม่พร้อมหรือไม่ต้องการด้วย

จากการสำรวจนี้ พบว่า พนักงานบริการหญิงร้อยละ 8.8 เคยตั้งท้องในช่วงตั้งแต่เริ่มต้นทำอาชีพนี้มาจนถึงช่วงที่ทำการสำรวจ โดยมีทั้งท้องกับคู่ สามีหรือแฟน และท้องกับแขก และนอกจากนั้น ยังพบพนักงานบริการหญิงสองคนจากการสัมภาษณ์ระดับลึก ซึ่งยังต้องทำงานอยู่ทั้งๆ ที่กำลังตั้งท้อง

ในจำนวนของพนักงานบริการหญิงที่ระบุว่าเคยตั้งท้องในระหว่างที่อยู่ในอาชีพนี้ ร้อยละ 5.4 ยุติการตั้งท้องนั้นด้วยการทำแท้ง ซึ่งในขณะที่การทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ดังนั้น เกินกว่าครึ่งหนึ่งของการทำแท้งในพนักงานบริการหญิงจึงไม่ใช่การทำแท้งที่ปลอดภัย

> *"ช่วง 3 ปีหลังที่ทำงานมานี่ ก็ท้องขึ้นมา 8 ครั้ง ท้องกับลูกค้า 3 ครั้ง ที่เหลือก็ท้องกับแฟน...กับแขกก็ใช้ถุงยางตลอดนะ เราก็กลัวเอดส์เหมือนกัน แต่ถุงยางมันแตก ก็เลยท้อง"*
>
> *(พนักงานบริการหญิงจากคาราโอเกะ จังหวัดเชียงใหม่)*

ประมาณร้อยละ 40 ของพนักงานบริการหญิงที่สำรวจเคยมีอาการตกขาวผิดปกติในรอบ 12 เดือนก่อนการสำรวจ โดยพบว่า พนักงานบริการหญิงในบ้านสาว/สำนัก/ซ่อง (ร้อยละ 43) และพนักงานบริการหญิงอิสระ (ร้อยละ 34) มีประสบการณ์ดังกล่าวมากกว่าพนักงานบริการหญิงที่อื่น นอกจากนั้น พบว่า กว่าร้อยละ 50 รายงานว่าเคยมีอาการปวดท้องน้อย ร้อยละ 34 คันบริเวณอวัยวะเพศ และ ร้อยละ 25 มีอาการแสบเวลาปัสสาวะ ในช่วงเวลา 4 เดือนก่อนการสำรวจด้วย

## การเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

การสำรวจนี้ได้ชี้ให้เห็นช่องโหว่ของชุดความรู้ที่พนักงานบริการหญิง โดยพบว่าในขณะที่เกือบทุกคน (ร้อยละ 99.5) รู้จักและเคยได้ยินเกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ แต่เกือบครึ่งไม่รู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลย (ร้อยละ 43) เมื่อถามไล่เลียงว่า อาการใดบ้างที่แสดงหรือเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า ผู้หญิงหรือผู้ชายจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเพียง 1 ใน 3 ระบุว่า อาการคันที่อวัยวะเพศ และตกขาวผิดปกติ

### ช่องโหว่ของชุดความรู้ที่มีกับการตรวจโรค

ระดับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานบริการหญิง กล่าวคือ ประมาณครึ่งหนึ่งของพนักงานบริการหญิงไม่ได้รับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลยในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ และในจำนวนผู้ที่ไม่เคยรับการตรวจเลยนี้ ร้อยละ 35 คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง ในขณะที่ร้อยละ 21 ไม่ต้องการทราบผล และถึงแม้ในสถานประกอบการบางแห่งจะมีกฎระเบียบให้ผู้หญิงผ่านการตรวจโรค หรือเรียกว่า "ตรวจภายใน" หลังจากการรับแขก หรือก่อนรับเงินเดือน ก็ไม่ได้เป็นเครื่องยืนยันว่าพนักงานบริการหญิงจะผ่านการตรวจ ตัวอย่างเช่น พนักงานบริการหญิงในบาร์เบียร์ ร้อยละ 46 บาร์อะโกโก้ ร้อยละ 20 และอาบอบนวดร้อยละ 5 ที่ไม่เคยรับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลยในช่วง 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ทั้งที่สถานบริการทั้ง 3 ลักษณะนี้มักจะมีกฎเหล็กในเรื่องนี้อยู่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกพบว่า ผู้หญิงจำนวนหนึ่งซึ่งถูกกำหนดโดยกฎของบาร์ จะไปที่คลินิกเอกชนเพื่อซื้อใบรับรองแพทย์ยืนยันว่า ผลการตรวจเป็นปกติ โดยไม่จำเป็นต้องรับการตรวจเลยก็ได้

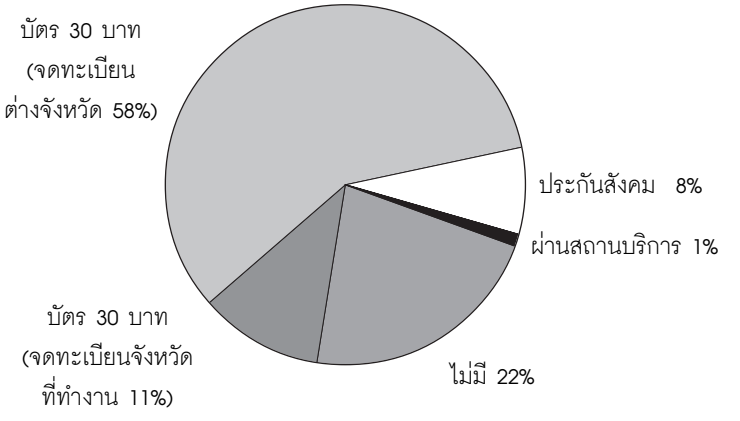
สถานการณ์ตรงนี้สะท้อนให้เห็นว่า ปริมาณของการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นได้ การสร้างความเข้าใจ ขยายความรู้เพื่อให้ตระหนักถึงความจำเป็นต่อการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างหากที่จะช่วยได้

## การเข้าถึงบริการสุขภาพ

### ไม่สามารถใช้สิทธิ 30 บาทฯ ในพื้นที่ที่อยู่ปัจจุบัน

การสำรวจนี้ พบว่า 2 ใน 3 ของพนักงานบริการหญิงเป็นผู้ถือบัตรทอง หรือบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ปัญหาอยู่ตรงที่ว่า ร้อยละ 60 ของผู้ถือบัตรทอง ไม่สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลในพื้นที่ที่อยู่อาศัยปัจจุบันหรือทำงานอยู่ได้ เนื่องจากพนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่มิได้ทำงานอยู่ในพื้นที่ภูมิลำเนาหรือตามทะเบียนบ้านของตน ในขณะที่อีกเกือบร้อยละ 23 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย

**รูป 4 ร้อยละของพนักงานบริการหญิง จำแนกตามประเภทของการประกันสุขภาพ**




### สถานบริการที่นิยมเลือกใช้

สถานบริการที่เลือกใช้ พบว่าร้อยละ 29 ไปตรวจที่คลินิกเอกชนร้อยละ 23 ตรวจที่โรงพยาบาลรัฐ และร้อยละ 19 ตรวจที่คลินิกกามโรค และในจำนวนคนที่เข้ารับการตรวจนี้ ร้อยละ 34 บอกว่า ร้านบังคับหรือมีกฎให้ต้องตรวจเมื่อถามถึงอาการตกขาวผิดปกติซึ่งเป็นสัญญาณสำคัญของการติดเชื้อในระบบอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง พบว่าร้อยละ 50 ของพนักงานบริการหญิงที่มีอาการตกขาวผิดปกติจะไปซื้อยาที่ร้านขายยามากินเอง และพบว่ายาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ (แอนตี้ไบโอติกส์) เป็นยาที่พนักงานบริการหญิงใช้เป็นประจำ

### ชั่วโมงทำงานไม่สอดคล้องกับชั่วโมงบริการ

ชั่วโมงการทำงานของพนักงานบริการหญิงซึ่งไม่สอดคล้องกับชั่วโมงการเปิดให้บริการของสถานพยาบาลต่างๆ ก็เป็นอุปสรรคสำคัญอีกอย่างหนึ่งต่อการเข้าถึงบริการที่สำคัญ โดยพบว่าร้อยละ 12 ของพนักงานบริการหญิงให้เหตุผลในเรื่องความไม่สะดวกในเรื่องเวลา ที่สถานบริการของรัฐส่วนใหญ่เปิดบริการเฉพาะในเวลาราชการ ซึ่งไม่สะดวกสำหรับพนักงานบริการส่วนใหญ่ ทำให้ไม่ไปรับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสถานบริการ ดังกล่าวแม้ว่าจะให้บริการเฉพาะก็ตามนอกจากนั้นยังมีเรื่องของความกังวลใจในแง่การรักษาความลับของสถานบริการ เกือบร้อยละ 3 ของพนักงานบริการให้เหตุผลนี้สำหรับการไม่ได้รับการตรวจ

ในขณะที่ประมาณร้อยละ 42 ของพนักงานบริการหญิงไม่เคยรับการตรวจเลือดหาเอชไอวีเลยในรอบ 1 ปีก่อนการสำรวจ พนักงานบริการหญิงเหล่านี้ให้เหตุผลว่า สถานที่ให้บริการอยู่ไกลเกินไป (ร้อยละ 38) ไม่รู้ว่าต้องไปที่ไหน (ร้อยละ 15) กังวลใจเรื่องความลับ (ร้อยละ 7)

## บทสรุป

ผลการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้พนักงานบริการหญิงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มานาน แต่พนักงานบริการหญิงทางเพศยังมีข้อจำกัดอย่างมากในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วพนักงานบริการหญิง มีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ดี แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มีน้อยมาก ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จในระดับหนึ่งของการดำเนินการควบคุมและแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย ที่ได้ทุ่มเทงบประมาณและกำหนดนโยบายแห่งชาติตลอดระยะเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่ขณะเดียวกันกามโรคหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ แม้ว่าจะได้ดำเนินการมานานกว่าแต่ได้รับความสนใจลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีในปัจจุบันนั้นไม่ได้ครอบคลุมพนักงานบริการที่อยู่นอกระบบหรือผู้ที่อยู่ในลักษณะแอบแฝงจึงยังเป็นช่องโหว่ที่ผู้กำหนดนโยบาย และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพพึงให้ความสนใจในการดำเนินการแก้ไขต่อไป

การศึกษาครั้งยังพบอีกว่าการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพของพนักงานบริการหญิงยังน่าเป็นห่วง พนักงานบริการหญิงจำนวนมากที่มีอาการตกขาวผิดปกติมีซื้อยากินเองแทนที่จะแสวงหาบริการจากสถานบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญและมีคุณภาพมากกว่า การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพนักงานบริการหญิงส่วนมากจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้า ซึ่งก็ตรงกับการศึกษาครั้งนี้ แต่ข้อค้นพบใหม่ในครั้งนี้จะเห็นว่าพนักงานบริการหญิงจำนวนมากเคยมีประสบการณ์ถุงยางแตก รั่ว หรือ หลุด ดังนั้น การรณรงค์เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยควรได้พิจารณาถึงประเด็นคุณภาพของการใช้ถุงยางอนามัยด้วย เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

**เอกสารอ้างอิง**

ภัสสร ลิมานนท์ และ พรพรรณ ประจักษ์เนตร. 2550. *รายงานทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับเพศพาณิชย์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี/เอดส์สำหรับพนักงานบริการ.* รายงานเสนอต่อ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lin Lean Lim (editor). 1998. *The Sex Sector: The Economic and Social Bases of Prostitution in Southeast Asia*. Geneva, International Labour Organization.

United Nations Development Programme (UNDP). 2004. *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*. Thematic MDG Report. UNDP, Bangkok.

Wathinee Boonchalaksi, and Philip Guest. 1994. *Prostitution in Thailand*. IPSR Publication No. 171. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

# 12

# เข้าใจและเข้าถึงโลกทัศน์เพศวิถีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยมุมมองเพศวิถี

สุชาดา ทวีสิทธิ์
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

สุรีย์พร พันพึ่ง
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## บทนำ

เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2547-2548 ข้อมูลทางระบาดวิทยาและทางคลินิกในต่างประเทศ พบแนวโน้มการระบาดของเอชไอวีจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสไปสู่ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ รวมทั้งพบกรณีการติดเชื้อซ้ำด้วยเอชไอวีต่างสายพันธุ์ (reinfection หรือ superinfection) ในผู้ติดเชื้อรายเดิมที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน (Salvatore 2000; Wolfe 2002; Colfax et al. 2004) แนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์หรือเอชไอวีทั่วโลก รวมทั้งแนวทางในประเทศไทย ที่มุ่งรณรงค์การป้องกันไปที่กลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรเฉพาะบางกลุ่มที่เราเข้าใจกันว่ายังไม่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV-negative individua)[1] เพื่อหวังลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จึงได้มีการปรับเปลี่ยนโดยให้ความสำคัญกับการรณรงค์ในกลุ่มผู้ติดเชื้ออย่างเข้มข้นมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้การป้องกันเอดส์มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลด้านระบาดวิทยาของเอดส์ที่พบในต่างประเทศ

นักระบาดวิทยาและนักพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า การทำงานป้องกันเอดส์ตามแนวทางที่เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า positive prevention หรือ การรณรงค์การป้องกันเอดส์กับผู้ติดเชื้ออย่างเข้มข้นขึ้น จะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อสู่ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิผลกว่า กล่าวคือ จะช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คนจำนวนมากกว่า

[1] ถ้าพูดให้ถูกต้องแล้วประชากรกลุ่มนี้คือกลุ่มที่เรายังไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่นั่นเอง

ในขณะที่การรณรงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรที่ยังไม่ติดเชื้อสามารถช่วยลดการติดเชื้อได้แค่คนเดียว (อัจฉรา และคณะ 2550) นอกจากนี้ยังจะช่วยไม่ให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว รับเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่แตกต่างไปจากเดิมเข้าสู่ร่างกายอันจะมีผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเองได้ด้วย ในสถานการณ์เช่นนี้ การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหา ตลอดจนทราบแบบแผนกว้างๆ ของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความจำเป็น เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเป็นข้อเสนอแนะให้การทำงานป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสิทธิภาพได้

## วิธีการวิจัย

ข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ในบทความนี้ มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกัน รักษา ดูแล และสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกผ่านกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2550 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนในระหว่างคนทำงานเอดส์ในชุมชน และแกนนำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงชายผ่านเวทีการประชุม และการสรุปบทเรียนต่างๆ โดยผู้เขียนมีส่วนร่วมอยู่ในเวทีแลกเปลี่ยนเหล่านี้ด้วยในฐานะนักวิชาการที่ทำงานเอดส์ในชุมชน นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิด้วย

ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อที่มารับบริการยาต้านไวรัสจาก 31 โรงพยาบาลใน 24 จังหวัด คือ กาญจนบุรี ปทุมธานี ตราด นครสวรรค์ พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สุพรรณบุรี กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครราชสีมา ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา ลำปาง อุตรดิตถ์ ลำพูน ประจวบคีรีขันธ์ และสงขลา โดยการเก็บข้อมูลได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข อนึ่งเกี่ยวกับผลเลือดของคู่นอนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ข้อมูลผลเลือดที่ได้รับการยืนยันจากการตรวจทางคลินิกเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงและชายที่ถูกสัมภาษณ์มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม วิธีการเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนดังนี้ คือ ขั้นที่หนึ่ง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เลือกจังหวัดจากทั่วประเทศ ขั้นที่สอง เลือกโรงพยาบาลโดยการสุ่มด้วยโอกาสความน่าจะเป็นตามสัดส่วน (probability proportional to size) ของจำนวนผู้ติดเชื้อที่มารับบริการของโรงพยาบาล ขั้นที่สาม พนักงานสัมภาษณ์ ไปพบและสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ 15 คนแรก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง ได้ประชากรตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อจำนวน 588 คน จำแนกเป็นผู้ติดเชื้อหญิง 339 คน ผู้ติดเชื้อชาย 249 คน

## ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อหญิงมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อชายมีอายุเฉลี่ย 37 ปี โดยที่อายุต่ำสุดของผู้ติดเชื้อเท่ากับ 20 ปี ในช่วงที่สัมภาษณ์พบว่าผู้ติดเชื้อประมาณครึ่งหนึ่งมีคู่อยู่กินด้วยกัน โดยมีสัดส่วนผู้ชายที่ยังคงอยู่กินกับคู่สูงของผู้หญิงเล็กน้อย ในขณะเดียวกันสัดส่วนผู้ชายที่เป็นโสดสูงกว่าผู้หญิงถึงประมาณ 7 เท่า สัดส่วนผู้หญิงที่เป็นหม้ายก็สูงกว่าผู้ชายถึงเกือบ 5 เท่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 เป็นเกษตรกร และร้อยละ 60 ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม ซึ่งในจำนวนนี้พบ 1 ใน 5 ทำงานรับจ้างทั่วไป 1 ใน 10 ทำงานค้าขายเล็กๆ น้อยๆ นอกจากนี้ พบว่าเกือบร้อยละ 5 ของตัวอย่าง ตอบว่าประกอบอาชีพเป็นอาสาสมัครหรือแกนนำผู้ติดเชื้อ ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ส่วนมากเป็นประถมศึกษาปีที่ 6) มัธยมศึกษาตอนต้นประมาณร้อยละ 14 โดยที่ผู้ชายมีสัดส่วนของการได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปมากกว่าผู้หญิง ขณะที่มีสัดส่วนของผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือ มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษามากกว่าผู้ชาย

**ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ**

| ลักษณะทั่วไป | ชาย | หญิง | รวม |
|---|---|---|---|
| **สถานภาพสมรส** | | | |
| โสด | 22.9 | 3.2 | 11.6 |
| มีคู่อยู่กินด้วยกัน | 53.4 | 46.6 | 49.5 |
| มีคู่แต่แยกกันอยู่ | 3.2 | 1.2 | 2.0 |
| หย่า/แยกกันอยู่ | 12.4 | 9.4 | 10.7 |
| หม้าย | 8.0 | 39.5 | 26.2 |
| **ระดับการศึกษา** | | | |
| ประถมศึกษา | 60.6 | 67.8 | 64.8 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 16.9 | 11.8 | 13.9 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 11.6 | 8.6 | 9.9 |
| ปวส./อนุปริญญาและสูงกว่า | 4.0 | 1.8 | 2.8 |
| ไม่ได้เรียน/ไม่จบประถมศึกษา | 6.8 | 10.0 | 8.7 |
| **จำนวน** | 249 | 339 | 588 |
| **อาชีพที่ทำในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์** (เฉพาะผู้ที่ทำงาน) | | | |
| นอกภาคเกษตร | 61.1 | 59.3 | 60.1 |
| ภาคเกษตรกรรม | 36.5 | 34.3 | 35.3 |
| แกนนำ / อาสาสมัครผู้ติดเชื้อ | 2.4 | 6.4 | 4.6 |
| **จำนวน** | 208 | 251 | 459 |

# แบบแผนเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจ ทำให้เราทราบแบบแผนและขนาดของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำแนกตามเพศและช่วงวัย ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

## 1. เพศสัมพันธ์ คู่นอน และผลเลือดของคู่นอน

จากตาราง 2 โดยรวมพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา อัตราการมีคู่นอนที่มีผลเลือดบวกเท่ากับร้อยละ 64 อัตราการมีคู่นอนที่มีผลเลือดต่างเท่ากับ ร้อยละ 24 สัดส่วนนี้แตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา (อัจฉรา และคณะ 2550) ซึ่งพบอัตราของผู้ที่ติดเชื้อที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนซึ่งมีผลเลือดบวก และที่มีผลเลือดลบต่ำกว่านี้ คือ ร้อยละ 34 และร้อยละ 22 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามหากการศึกษานี้ได้รวมสัดส่วนของการตอบว่า "ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนประจำ" อีกร้อยละ 12 โดยคาดเดาว่าคำตอบ "ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอน" หมายถึง การที่คู่นอนไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี ก็จะประมาณการได้ว่าสัดส่วนรวมของคู่นอนที่มีผลเลือดต่างกันมีอยู่ประมาณร้อยละ 36 ในขณะที่การศึกษาของอัจฉรา และคณะ (2550) พบสัดส่วนของการไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนสูงถึงร้อยละ 44 และเมื่อรวมกับร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นลบ ก็จะพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษาของอัจฉราและคณะ (2550) มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดต่างจากตนสูงถึงร้อยละ 66 ซึ่งมากกว่าที่พบในการศึกษานี้เกือบหนึ่งเท่า โดยความแตกต่างนี้น่าจะมาจากความไม่เหมือนกันในภูมิหลังเฉพาะบางประการของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อในงานวิจัยทั้งสองชิ้น โดยงานของอัจฉรา และคณะ ทำการศึกษาผู้ติดเชื้อที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร ทั้งที่รับยาต้านไวรัสและที่ไม่รับยาต้านไวรัส

เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมาก่อนการสำรวจ สูงกว่าผู้ติดเชื้อหญิง คือ ร้อยละ 49 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 44 นอกจากนี้ ยังพบผู้ติดเชื้อชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำในช่วง 4 เดือนก่อนการสำรวจ ร้อยละ 6 ซึ่งสูงกว่าผู้ติดเชื้อหญิงเช่นกัน ในขณะที่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำเพียงร้อยละ 0.3

ผู้ติดเชื้อชายมีคู่นอนประจำที่มีผลเลือดบวกเหมือนตนร้อยละ 66 ส่วนผู้ติดเชื้อหญิงมีคู่นอนประจำที่มีผลเลือดบวกเหมือนตนอยู่ร้อยละ 61 และพบผู้ติดเชื้อชายมีคู่นอนที่มีผลเลือดต่างจากตนร้อยละ 27 ซึ่งสูงกว่าผู้ติดเชื้อหญิงที่คู่นอนมีผลเลือดต่างจากตนร้อยละ 21 แต่มีผู้ติดเชื้อชายร้อยละ 6 และผู้ติดเชื้อหญิงร้อยละ 17 ตอบว่า ไม่ทราบสถานะติดเชื้อของคู่นอนประจำของตน ถ้าหากรวมจำนวนนี้เข้ามาด้วยจะพบว่า ผู้ติดเชื้อชายอาจมีคู่นอนที่มีผลเลือดต่างสูงขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 33 ส่วนผู้ติดเชื้อหญิงอาจมีคู่นอนที่มีผลเลือดต่างเพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ จากร้อยละ 21 เป็นร้อยละ 38 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยืนยันผลการศึกษาของอัจฉราและคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อชายมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีผลเลือดต่างจากตนสูงกว่าผู้ติดเชื้อหญิง

ในการเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุพบว่าผู้ติดเชื้ออายุ 30-39 ปี มีสัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือ ร้อยละ 55 รองลงมาคือ ผู้ติดเชื้ออายุ 20-29 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 44 ส่วนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำพบมากที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุระหว่าง 30-39 ปี คือ มีร้อยละ 4.0 รองลงมา เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มีร้อยละ 1.3 ผู้ติดเชื้อในกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีคู่นอนประจำที่มี

ผลเลือดบวกมากที่สุดคือร้อยละ 70 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 30-39 ปี มีอยู่ร้อยละ 65 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีคู่นอนประจำที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 33 พบว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีคู่นอนประจำที่มีผลเลือดลบ และร้อยละ 17, 13, 10, 10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 40-49 ปี 50 ปีขึ้นไป 30-39 ปี และ 20-29 ปี ตามลำดับ ตอบว่าไม่ทราบว่าคู่นอนประจำของตนติดเชื้อเอชไอวีด้วยหรือไม่

**ตาราง 2 แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ ประเภทคู่นอน และผลเลือดของคู่นอน แยกตามอายุและเพศ**

| แบบแผนของเพศสัมพันธ์ | เพศ | | อายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ |
| **มีคู่นอนประจำ** | | | | | | |
| - มี | 49.0 | 43.7 | 43.6 | 54.9 | 35.2 | 21.7 |
| - ไม่มี | 8.4 | 5.3 | 10.9 | 4.3 | 8.8 | 10.9 |
| - ไม่เข้าข่าย* | 42.6 | 51.0 | 45.5 | 40.9 | 56.0 | 67.4 |
| **มีคู่นอนไม่ประจำ** | | | | | | |
| - มี | 5.6 | 0.3 | 0.0 | 4.0 | 1.3 | 0.0 |
| - ไม่มี | 2.0 | 0.3 | 1.8 | 0.9 | 1.3 | 0.0 |
| - ไม่เข้าข่าย** | 92.4 | 99.4 | 98.2 | 95.1 | 97.5 | 100.0 |
| **ผลเลือดของคู่นอน** | | | | | | |
| - ผลบวก | 66.4 | 61.4 | 70.0 | 64.9 | 50.0 | 53.3 |
| - ผลลบ | 27.3 | 21.7 | 20.0 | 24.7 | 22.9 | 33.3 |
| - ไม่ทราบ | 6.3 | 16.9 | 10.0 | 10.3 | 17.1 | 13.3 |
| **จำนวน** | 249 | 339 | 55 | 328 | 159 | 46 |

ไม่เข้าข่าย* หมายถึง ไม่มีคู่นอนประจำ

ไม่เข้าข่าย** หมายถึง ไม่มีคู่นอนไม่ประจำ

## 2. แบบแผนของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ตาราง 3 ข้อมูลแสดงชัดเจนว่าผู้ติดเชื้อทั้งหญิงและชายในการวิจัยนี้มีอัตราของการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่สูงมาก คือ ร้อยละ 90 และ ร้อยละ 93 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณในประเด็นที่อ่อนไหวเช่นนี้ยังเป็นปัญหาอยู่มาก เพราะการสัมภาษณ์ทำในโรงพยาบาลที่ผู้ติดเชื้อมารับบริการการรักษา และผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักว่าการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์ น่าจะช่วยรักษาภาพลักษณ์ของการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดีในสายตาของผู้ให้บริการได้ ในขณะที่การสำรวจก่อนหน้านี้พบว่าผู้ติดเชื้อหญิงและชายใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเพียงร้อยละ 75 (อัจฉรา และคณะ 2550; อุไรวรรณ 2549)

กระนั้นก็ตามการศึกษานี้พบว่าเกือบ 1 ใน 10 (ร้อยละ 9) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำครั้งล่าสุดโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ขณะที่มีผู้ติดเชื้อหญิงร้อยละ 5 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำครั้งล่าสุดโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยสรุปในครั้งล่าสุดของการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายไม่ใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ติดเชื้อหญิง แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงเกือบร้อยละ 2 ตอบว่า "จำไม่ได้ว่าฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่" ถ้าหากการตอบว่า จำไม่ได้คือการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ก็จะพบว่าอัตราการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของผู้หญิงติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 7 เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ในผู้ติดเชื้อหญิงและชาย พบว่าผู้ติดเชื้อทั้งหญิงและชายในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 85 ตอบว่า "ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์" อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อชายร้อยละ 4 และผู้ติดเชื้อหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงตอบว่า "ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ"

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำกลุ่มใหญ่ที่สุด คือ มีอยู่ร้อยละ 13 ส่วนกลุ่มอายุที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยรองลงมาคืออายุระหว่าง 40-49 ซึ่งมีร้อยละ 10 เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของการใช้ถุงยางอนามัยกับอายุกลุ่มอายุที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในอัตราต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 79 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 83 นอกจากนี้พบอัตราการไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในผู้ติดเชื้ออายุ 20-29 ปี และอายุ 50 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 7 เท่ากัน

**ตาราง 3 การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำแยกตามเพศและช่วงอายุ**

| ประเภท | เพศ | | ช่วงอายุ | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | |
| **การใช้ถุงยางอนามัย** | | | | | | | |
| - ใช้ | 90.2 | 92.8 | 86.7 | 94.3 | 85.7 | 93.3 | 91.6 |
| - ไม่ใช้ | 9.1 | 5.4 | 13.3 | 5.2 | 10.0 | 6.7 | 7.1 |
| - จำไม่ได้ | 0.7 | 1.8 | 0.0 | 0.5 | 4.3 | 0.0 | 1.3 |
| **จำนวน** | 143 | 166 | 30 | 194 | 70 | 15 | 309 |
| **ความถี่ของการใช้ถุงยางอนามัย** | | | | | | | |
| - ไม่เคยใช้ | 4.2 | 3.6 | 6.7 | 2.6 | 5.7 | 6.7 | 3.9 |
| - น้อยครั้ง (< 50%) | 3.5 | 1.8 | 3.3 | 1.5 | 5.7 | 0.0 | 2.6 |
| - บางครั้ง (ประมาณ 50%) | 2.1 | 4.8 | 0.0 | 3.6 | 5.7 | 0.0 | 3.6 |
| - บ่อยๆ (> 50%) | 3.5 | 4.8 | 6.7 | 3.6 | 4.3 | 6.7 | 4.2 |
| - ทุกครั้ง (100%) | 86.7 | 84.9 | 83.3 | 88.7 | 78.6 | 86.7 | 85.8 |
| **จำนวน** | 143 | 166 | 30 | 194 | 70 | 15 | 309 |

### 3. ความถี่ในการใช้ถุงยางอนามัยกับผลเลือดของคู่นอน

ตาราง 4 การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคู่ความสัมพันธ์ที่มีผลเลือดบวกเหมือนกัน และในคู่ความสัมพันธ์ที่มีผลเลือดต่างมีอัตราที่ใกล้เคียงกัน โดยพบว่าคู่ที่มีผลเลือดต่างมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (ใช้ 100%) กับคู่นอนประจำร้อยละ 87 ในขณะที่คู่ที่มีผลเลือดเหมือนกันก็มีอัตราของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในร้อยละเท่ากันนี้ พบว่ามีสัดส่วนของคู่ที่มีผลเลือดบวกเหมือนกันแต่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย 100% อยู่ร้อยละ 13 และแบบแผนการใช้ถุงยางอนามัยลักษณะที่ไม่ใช้ 100% เช่นนี้ พบได้ในคู่ความสัมพันธ์ที่มีผลเลือดต่างในอัตราที่เท่ากัน ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว การวิจัยเชิงปริมาณในเรื่องนี้ ควรจะได้รับการตรวจสอบและยืนยันจากการวิจัยเชิงคุณภาพด้วย เพราะจากการที่ผู้เขียนได้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแกนนำผู้ติดเชื้อในหลายๆ ครั้ง แกนนำผู้ติดเชื้อมักให้ข้อมูลว่าการใช้ถุงยางอนามัย 100% กับคู่นอนในผู้ติดเชื้อมีน้อยกรณีมาก

การวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 11 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี และมีผู้ติดเชื้อร้อยละ 2.5 ที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนเลยทั้งๆ ที่ทราบว่าคู่นอนมีผลเลือดเป็นบวก ซึ่งตัวเลขนี้แม้จะน้อย แต่มีนัยสำคัญในทางระบาดวิทยามาก เพราะการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย 100% ในคู่ความสัมพันธ์ที่มีผลเลือดต่างกัน มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศ ส่วนในกรณีที่คู่ความสัมพันธ์มีผลเลือดบวกเหมือนกัน แต่มีเพศสัมพันธ์กันโดยไม่ได้มีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ พบว่า มีโอกาสสูงที่ผู้ติดเชื้อทั้งสองฝ่ายจะรับเอาเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่แตกต่างจากที่ตนเองมีอยู่แล้วในร่างกาย (reinfection / superinfection) ซึ่งการศึกษาทางคลินิกมีสมมุติฐานว่าการรับเชื้อเพิ่ม หรือเป็นเชื้อสายพันธุ์แตกต่างจากเดิม จะส่งผลให้สุขภาพของผู้ติดเชื้อย่ำแย่ลง อีกทั้งยังทำให้เกิดความยุ่งยากในการคิดค้นสูตรยาต้านไวรัสตามมา

**ตาราง 4 ความถี่ของการใช้ถุงยางอนามัยกับผลเลือดของคู่นอน**

| ความถี่ | ผลเลือดของคู่นอน | | |
|---|---|---|---|
| | ผลบวก | ผลลบ | ไม่ทราบ |
| ไม่เคย | 2.5 | 4.0 | 10.8 |
| น้อยครั้ง (< 50%) | 3.0 | 2.7 | 0.0 |
| บางครั้ง (ประมาณ 50%) | 4.1 | 1.3 | 5.4 |
| บ่อยๆ (> 50%) | 3.6 | 5.3 | 5.4 |
| ทุกครั้ง (100%) | 86.8 | 86.7 | 78.4 |
| **จำนวน** | 197 | 75 | 37 |

### 4. เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน

ตาราง 5 ในภาพรวมพบว่าเกินครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยให้เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยว่าเพราะ "คู่นอนประจำติดเชื้อเอชไอวีเหมือนตน" ในขณะที่ผู้ติดเชื้อร้อยละ 63 บอกว่าเป็นเพราะ "คู่นอนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย" โดยเมื่อแยกวิเคราะห์ตามเพศพบว่า ร้อยละ 46 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย

ตอบว่าไม่ใช้เพราะคู่นอนประจำติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้วสูงกว่าผู้ติดเชื้อหญิงที่ให้เหตุผลเดียวกันมากกว่าสี่เท่า (ร้อยละ 11) ผู้ติดเชื้อชายร้อยละ 23 ตอบว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะทำให้ความสุขทางเพศลดลง ในขณะที่ผู้ติดเชื้อหญิงไม่ตอบเหตุผลนี้เลย แต่ร้อยละ 56 ของผู้ติดเชื้อหญิงตอบว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะ "คู่นอนประจำไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย" มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย ร้อยละ 15 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงร้อยละ 22 ไม่บอกเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า **อำนาจในการตัดสินใจเรื่องการที่จะใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยยังขึ้นอยู่กับผู้ชายมากกว่าผู้หญิง** ซึ่งงานวิจัยในอดีตเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชี้ให้เห็นแบบแผนเดียวกันนี้เช่นกัน (อุไรวรรณ 2549)

เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 20-29 ปี ตอบเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยว่าเป็นเพราะคู่นอนติดเชื้อร้อยละ 25 คู่นอนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 25 และไม่ยอมตอบเหตุผลร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มอายุ 30-39 ปี ตอบเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยว่าเป็นเพราะคู่นอนติดเชื้อร้อยละ 30 คู่นอนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 20 ถุงยางทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ร้อยละ 20 ตอบว่าเป็นเพราะไม่ได้พกถุงยางติดตัวร้อยละ 20 และไม่ยอมตอบเหตุผลร้อยละ 10 ในขณะที่กลุ่มอายุ 40-49 ปี ตอบเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยว่าเป็นเพราะคู่นอนติดเชื้อร้อยละ 29 คู่นอนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 43 ถุงยางทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงร้อยละ 14 และไม่ยอมตอบเหตุผลอีกร้อยละ 14

**ตาราง 5 เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยแยกตามเพศและกลุ่มอายุ**

| เหตุผล | เพศ | | ช่วงอายุ (ปี) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ |
| - คู่นอนติดเชื้อ | 46.2 | 11.1 | 25.0 | 30.0 | 28.6 | 100.0 |
| - คู่นอนไม่ยอมใช้ | 7.7 | 55.6 | 25.0 | 20.0 | 42.9 | 0.0 |
| - ความรู้สึกทางเพศลดลง | 23.1 | 0.0 | 0.0 | 20.0 | 14.3 | 0.0 |
| - ไม่ได้พกถุงยางฯ ติดตัว | 7.7 | 11.1 | 0.0 | 20.0 | 0.0 | 0.0 |
| - ไม่ตอบ | 15.4 | 22.2 | 50.0 | 10.0 | 14.3 | 0.0 |
| **จำนวน** | 13 | 9 | 4 | 10 | 7 | 1 |

## 5. แบบแผนการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน

ตาราง 6 พบว่า ร้อยละ 97 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน การศึกษานี้ยังพบอีกว่าเพศ วัย และผลเลือดของคู่นอน น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือเมื่อได้ตรวจสอบเพิ่มเติมว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยผลเลือดนั้นส่วนมากเปิดเผยกับคู่นอนกลุ่มใด โดยภาพรวมพบว่าอัตราการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อหญิงและผู้ติดเชื้อชายจะสูงขึ้น หากได้ทราบว่าคู่นอนมีผลเลือดบวกเหมือนตน ประมาณ 2 ใน 3 มักเปิดเผยผลเลือดตนเองกับคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นบวก หรือที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนตน ในขณะที่ประมาณ 1 ใน 4 เปิดเผยตัวกับคู่นอนที่มีผลเลือดต่างหรือผลเลือดเป็นลบ พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียง 1 ใน 10 เปิดเผยตัวกับคู่นอนที่ยังไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

มีผู้หญิงติดเชื้อในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ติดเชื้อชายคือร้อยละ 3.6 ไม่ได้บอกคู่นอนประจำว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่ผู้ชายติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนมีร้อยละ 2.1 ในกรณีที่ทราบว่าคู่นอนมีผลเลือดต่างจากตนพบว่าผู้ติดเชื้อหญิงจะเปิดเผยผลเลือดของตนเองกับคู่นอนในอัตราที่ต่ำกว่าผู้ติดเชื้อชาย คือ ร้อยละ 23 และ 27 ตามลำดับ กรณีที่ทราบว่าคู่นอนมีผลเลือดบวกเหมือนตน ผู้หญิงก็ยังเปิดเผยผลเลือดของตนต่อคู่นอนในอัตราที่ต่ำกว่าผู้ติดเชื้อชายเช่นกัน คือ ร้อยละ 64 และ ร้อยละ 68 ตามลำดับ ผู้หญิงติดเชื้อที่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนมีแนวโน้มไม่บอกผลเลือดของตนกับคู่นอนสูงกว่าผู้ติดเชื้อชายที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน

เมื่อพิจารณาการเปิดเผยผลเลือดตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุที่ไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนมากที่สุด คือ ผู้ติดเชื้อที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ซึ่งมีร้อยละ 9 รองลงมาคือ ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 7 ประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือ พบว่าอายุของผู้ติดเชื้อมีความผกผันกับการเปิดเผยตัวกับคู่นอนกลุ่มต่างๆ กล่าวคือ ในผู้ติดเชื้อที่อายุมากขึ้นการเปิดเผยตัวกับคู่นอนที่มีผลเลือดบวกเหมือนตนจะลดลง แต่ในทางกลับกันพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอายุมากมักจะเปิดเผยตัวกับคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอายุน้อยกว่า ในขณะที่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เปิดเผยสถานะของตนเองกับคู่นอนที่ยังไม่ทราบว่าติดเชื้อออชไอวีหรือไม่มากกว่าผู้ติดเชื้อกลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ติดเชื้ออายุน้อยๆ ในที่นี้คือ อายุ 20-29 ปี มักจะมีคู่นอนที่อายุใกล้เคียงกัน หรือว่ามาพบกันเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ในทางตรงข้าม ผู้ติดเชื้อที่มีอายุมากส่วนหนึ่งอาจจะเพิ่งติดเชื้อ จึงต้องการบอกให้คู่นอนประจำป้องกันตนเอง ก็เป็นไปได้ โดยสรุป สามารถกล่าวได้ว่าเพศ อายุของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่นอน มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ

**ตาราง 6 เพศ วัย ผลเลือดของคู่นอน และการเปิดเผยตัว**

| การเปิดเผยตัว | เพศ | | ช่วงอายุ | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | |
| **การเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน** | | | | | | | |
| - ไม่เปิดเผย | 2.1 | 3.6 | 8.7 | 1.5 | 4.3 | 6.7 | 2.9 |
| - เปิดเผย | 97.9 | 96.4 | 93.3 | 98.5 | 95.7 | 93.3 | 97.1 |
| **จำนวน** | 143 | 166 | 30 | 194 | 70 | 15 | 309 |
| **เปิดเผยผลเลือดกับใคร** | | | | | | | |
| - คู่นอนที่ผลเลือดบวก | 67.9 | 63.7 | 75.0 | 66.0 | 62.7 | 57.1 | 65.6 |
| - คู่นอนที่ผลเลือดลบ | 27.1 | 22.5 | 17.9 | 25.1 | 23.9 | 35.8 | 24.7 |
| - ไม่ทราบผลเลือดคู่นอน | 5.0 | 13.8 | 7.1 | 8.9 | 13.4 | 7.1 | 9.7 |
| **จำนวน** | 140 | 160 | 28 | 191 | 67 | 14 | 30 |

## อภิปรายผล : อ่านโลกทัศน์เพศวิถีผู้ติดเชื้อผ่านตัวเลข

ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อทั้งหญิงและชายที่นำเสนอในบทความนี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า แบบแผนของการมีเพศสัมพันธ์และแบบแผนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงชายและในแต่ละช่วงวัย ไม่ได้แตกต่างไปจากแบบแผนเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่พบในประชากรทั่วไป กล่าวคือ เรายังพบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคนทำงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชี้ให้เห็นประเด็นที่ว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในความเป็นจริงนั้นซับซ้อนมากกว่าค่าร้อยละที่แสดงไว้ในตาราง

> *จริงอยู่ในวงพูดคุยกันเองระหว่างผู้ติดเชื้อ หรือแม้กระทั่งในวงกับคนทำงานเอดส์ด้วยกัน เราพบว่าผู้ติดเชื้อมักนำเอาเรื่องเพศสัมพันธ์ไปผูกโยงกับความห่วงใยสุขภาพของตนเอง แต่หลายๆ ครั้งที่ผู้ติดเชื้อทั้งหญิงและชายรู้ไม่เท่าทันกับความเป็นจริงที่ว่า ความต้องการที่จะทำเพื่อรักษาสุขภาพของตนเองและของคนอื่น มักย้อนแย้งอยู่กับความเข้าใจในตัวตนด้านเพศวิถีและเพศภาวะที่ถูกครอบงำด้วยอำนาจและความปรารถนาทางสังคม-วัฒนธรรม ที่อยู่เหนือปัจเจกบุคคลเสมอ เราจึงพบเห็นความหลากหลายในวิธีการตัดสินใจและวิธีปฏิบัติในเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อมากมาย เช่น หลังการรับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อบางคนอาจตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ง่ายขึ้นและมากขึ้นบางคนอาจคิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ติดเชื้อด้วยกันเท่านั้น ขณะที่บางคนก็คิดว่าชีวิตนี้จะไม่มีเพศสัมพันธ์อีกเลยเพราะกลัวว่าจะทำให้คนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยติดเชื้อ หรือ เพราะเกรงว่าคนรอบข้างและสังคมจะไม่ยอมรับ*
>
> *(มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ 2550)*

ผู้ติดเชื้อจำนวนมากโดยเฉพาะผู้หญิงมีความกังวลในเรื่องสุขภาพและพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อชายบางคนไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเพราะห่วงสุขภาพตนเองและของภรรยาด้วย แต่ก็เกรงว่าภรรยาจะคิดว่าตนเองไปมีคนอื่น หรือตัวเองหมดสมรรถภาพทางเพศ ผู้ติดเชื้อบางคนเชื่อสนิทใจแต่บางคนยังสงสัยคลางแคลงว่า "การมีเพศสัมพันธ์จะทำให้ร่างกายทรุดโทรมหรือทำให้ป่วยเร็วขึ้นจริงหรือ?" หรือ "หากมีเพศสัมพันธ์แล้วจะทำให้รับเชื้อเพิ่มขึ้นและลดภูมิคุ้มกันจริงหรือ?" ผู้ติดเชื้อจำนวนมากมีทัศนะว่า การอยู่ในภาวะของผู้ติดเชื้อเอดส์มักถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนสำส่อนทางเพศ ทำให้การพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ การหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อยิ่งถูกประทับตราหนักหนากว่าเดิม (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ 2550) ซึ่งทัศนะแบบนี้มักปรากฏชัดเจนในผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศหญิง ในขณะที่ผู้ติดเชื้อชายจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจจะส่วนใหญ่ด้วยซ้ำ ที่คิดว่าการยังมีเพศสัมพันธ์ คือ การแสดงออกถึงความแข็งแรงของร่างกาย การมีสุขภาพดี รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงความเป็นชายของตนเองที่จะไม่ลดราลงไป ถึงแม้จะติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม

นักระบาดวิทยาที่มีความเชื่อมั่นในทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเห็นพ้องกันว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการติดต่อของโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ และวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพียงพอที่จะช่วยให้ปัจเจกบุคคลปรับเปลี่ยนและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคได้ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในยุคอยู่ร่วมกับเอดส์ ได้เกาะติดอยู่กับกระแสคิดนี้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม เราพบว่า**มีคนจำนวนไม่น้อยที่แม้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และวิธีป้องกันเป็นอย่างดี แต่ไม่ได้ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของตนลงอย่างที่นักทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์บอกเรา** ปรากฏการณ์เรื่องโรคเอดส์ เรียกร้องให้เราต้องหันมาทบทวนการนำทฤษฎีทาง

พฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข และเห็นความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการทบทวนโลกทัศน์เพศวิถีในสังคมไทยด้วย เพราะโลกทัศน์เพศวิถีส่งผลอย่างลึกซึ้งต่อความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ การตัดสินใจ และการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของปัจเจกบุคคล

คำว่า "เพศวิถี" (sexuality) เป็นชุดคำอธิบายเรื่องเพศชุดหนึ่งที่มีความหมายครอบคลุมกว้างกว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ ความใคร่ ความปรารถนาทางเพศ รสนิยมทางเพศ เพศรส ความหฤหรรษ์ทางเพศ และการสืบพันธุ์ เพศวิถีได้หมายรวมถึง อัตลักษณ์ทางเพศ ภาพพจน์ เพศภาวะ ความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น ในแง่ที่เป็นความสัมพันธ์ทางสังคม เพศวิถีเชื่อมโยงอยู่กับเรื่องเศรษฐกิจ การให้คุณค่าในเรื่องของความรัก ครอบครัว ศักดิ์ศรี ความซื่อสัตย์ ความไว้เนื้อเชื่อใจ เป็นต้น นอกจากนี้เรายังพบว่าเพศวิถีทับซ้อนและเชื่อมโยงอยู่กับมิติเพศภาวะหรือความเป็นหญิงและความเป็นชายของเรา เพศวิถีมีคุณลักษณะเช่นเดียวกับเพศภาวะ คือ ต่างเป็นผลผลิตของประวัติศาสตร์ที่มีพลวัตและไม่ตายตัว (สุชาดา 2550; Jolly 2007) เพราะเพศวิถีเก็บซ่อนความหมายทางสังคม-วัฒนธรรม ไว้มากมาย การอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่คับแคบอยู่เฉพาะกิจกรรมทางเพศและการสืบพันธุ์ จึงไม่ช่วยให้การทำงานป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสบผลสำเร็จอย่างที่เราตั้งใจ

โลกทัศน์เพศวิถีมักสะท้อนอยู่ในประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อ "เพราะผู้หญิงถูกสอนมาไม่ให้พูดคุยเรื่องเพศกันอย่างตรงไปตรงมา ทำให้เราไม่กล้าที่จะรู้จักร่างกายและใส่ใจกับเรื่องเพศของเรา สิ่งเหล่านี้ส่งผลด้านลบต่อการป้องกันเอดส์ ซึ่งเราประสบมาด้วยตัวเอง จนทำให้รู้สึกผิดอยู่จนกระทั่งบัดนี้ที่ทำให้ผู้ชายดีๆ คนหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีไปจากเรา" คำพูดเหล่านี้ออกจากปากของผู้ติดเชื้อหญิงคนหนึ่ง ในเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์เวทีเล็กๆ ที่มีผู้เข้าร่วมเป็นแกนนำผู้ติดเชื้อ และคนทำงานขับเคลื่อนสุขภาวะทางเพศในประเทศไทย[2] ผู้ติดเชื้อหญิงคนนี้แบ่งปันกับเพื่อนๆ ว่า ในอดีตที่เธอทราบว่าตนเองติดเอดส์ใหม่ๆ เมื่อเพื่อนชายที่คบหากันเป็นแฟนต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วย เธอสามารถหลีกเลี่ยงได้เพียง 2-3 ครั้ง แต่สุดท้ายเพราะความใกล้ชิดและความจริงใจของแฟน เธอจึงไม่กล้าบ่ายเบี่ยงอีก เธอยอมรับว่าในขณะนั้นเธอไม่มีความกล้าพอที่จะบอกแฟนว่าติดเอดส์ จึงได้แต่ขอร้องให้เขาใช้ถุงยางอนามัยหากต้องการมีเพศสัมพันธ์กับเธอ ซึ่งแฟนเธอก็ยินยอม และเธอต้องตกใจมากเมื่อมารู้ที่หลังว่า ขณะที่มีเพศสัมพันธ์กันแฟนได้ถอดถุงยางอนามัยออก ซึ่งทำให้เขาติดเอดส์ไปด้วย เธอกล่าวตบท้ายว่า "เพราะความเป็นหญิงจึงคิดว่าหน้าที่เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องของผู้ชาย เราเองในขณะนั้นไม่กล้าแม้แต่จะมองว่าเขาทำอะไรกับเราบ้าง"

คาดเดาได้ว่าประสบการณ์อันกลืนไม่เข้าคายไม่ออกของผู้ติดเชื้อหญิงคนนี้ น่าจะเป็นประสบการณ์ร่วมของผู้ติดเชื้อทั้งหญิงและชายอีกหลายคนทีเดียว ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อหญิงคนนี้ได้สะท้อนให้เห็นแง่มุมที่ว่าความล้มเหลวที่ไม่สามารถทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เช่น งดมีเพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัย และเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนนั้น เชื่อมโยงอยู่กับโลกทัศน์และการให้นิยามเพศวิถีของปัจเจกบุคคลที่ชี้นำโดยวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทย นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องอยู่กับการประทับตราภาพลักษณ์ด้านลบให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นพวก "สำส่อนทางเพศ" และ "เป็นอันตรายกับคนอื่นๆ" จนทำให้พวกเขาตกอยู่ในสภาพคนชายขอบ

---

[2] ข้อมูลจากเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของคนทำงานสุขภาวะทางเพศโดยใช้มิติเพศวิถี จัดขึ้นเมื่อเดือนมีนาคม 2551

(marginalized persons) ในสังคมไทย มีผู้ติดเชื้อชายหลายรายที่สะท้อนออกมาว่า "ตัวเองรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะบอกผลเลือดกับภรรยาหรือกับคู่ เพราะความรู้สึกผิดที่มีอยู่จึงไม่กล้าพูด ได้แต่เก็บเงียบไว้คนเดียว"

อย่างไรก็ตาม ในภาวะของการเก็บงำสถานะที่ติดเชื้อเป็นความลับ และบนความคิดและความเชื่อที่สับสนเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์ เราพบว่าผู้ติดเชื้อยังต้องการความรัก และมีความต้องการทางเพศเหมือนคนอื่นๆ และเรามักพบว่าผู้ติดเชื้อเลือกที่จะจัดการกับเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ของตนเองกับคู่ตามเงื่อนไขและบริบทในชีวิตของตน ซึ่งอาจเหมือนหรือไม่เหมือนกันในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินชีวิต โดยคำแนะนำจากแพทย์อาจสำคัญต่อพวกเขาน้อยกว่าความต้องการรักษาความสัมพันธ์ หรือความต้องการรักษาภาพลักษณ์ของความเป็นหญิงและความเป็นชายในอุดมคติของสังคม ตามที่ตนเองเข้าใจและสามารถเข้าถึงได้

ในการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันเองในวงของผู้ติดเชื้อเรามักจะได้ยินว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเลือกใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีความสัมพันธ์กับคู่ชั่วคราวเท่านั้น การเปิดเผยว่าตนเองติดเชื้อกับคู่นอนที่พวกเขาไม่ทราบสถานะการติดเชื้อมีน้อยมาก ซึ่งก็ไม่น่าแปลกใจที่พวกเขาเลือกที่จะไม่บอกสถานะของการติดเชื้อกับคู่นอน การที่การเปิดเผยผลเลือดยังเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ เพราะประสบการณ์ที่ผู้ติดเชื้อเผชิญเมื่อเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อกับคู่ คือ มักจะถูกบอกเลิกหรือจบความสัมพันธ์ซึ่งผู้ติดเชื้อไม่อยากให้เกิดขึ้น ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งอาจคาดหวังความยั่งยืนในความสัมพันธ์ หลายคนจึงเลือกที่จะไม่บอกแต่พยายามป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย หรือ เลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์

ในกรณีของผู้หญิงพบว่าการเปิดเผยสถานะว่าตนเองติดเชื้อยิ่งยุ่งยากกว่า เพราะมีเรื่องของการตัดสินคุณค่าของผู้หญิงเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การบอกว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์ หมายถึง การบอกว่าตนเองไม่ใช่สาวบริสุทธิ์ ตัวเองเคยมีประสบการณ์ทางเพศ ความหมายของการติดเชื้อเอดส์ดังกล่าว ทำให้ผู้หญิงติดเชื้อรู้สึกเสียหายและรู้สึกหมดคุณค่าทันที ผู้หญิงติดเชื้อจึงมักมีความกังวลใจว่าผู้ชายจะขอเลิกกับตนหากทราบว่าตนเองติดเชื้อ เพราะที่ผ่านมาการสอนเรื่องเพศในสังคมไทยจะเน้นไปในเรื่อง ทัศนคติที่ตัดสิน (judgmental) และให้คุณค่าต่อพฤติกรรมทางเพศในเชิงลบ นอกจากนั้นยังมีการสอนเรื่องเพศที่แตกต่างกันในผู้หญิงและผู้ชาย เช่น สอนผู้หญิงให้รักนวลสงวนตัว ซึ่งยิ่งไปตอกย้ำความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องเพศระหว่างหญิงและชาย อีกทั้งการใช้อำนาจเหนือกว่าของผู้ชายในความสัมพันธ์ที่อยู่ในบริบทของครอบครัวหรือคู่รัก มักเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเรื่องการหลีกเลี่ยงมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย

## สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวทางการทำงานป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน มักให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และคำแนะนำที่เข้มข้นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยให้งดมีเพศสัมพันธ์ สำหรับในรายที่งดไม่ได้ก็ได้รับการแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งอย่างถูกวิธี นอกจากนี้ยังแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อทั้งหญิงชายตระหนักถึงความจำเป็นในการมีสุขภาพที่ดี โดยการไม่รับเชื้อเพิ่ม ไม่ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น ไม่ทำให้เชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสที่รับประทานอยู่ แต่ที่ผ่านมาข้อสงสัยที่ว่า **มาตรการที่เน้นให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ตลอดจนการสร้างความตระหนักให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเข้มข้นเพียงพอแล้วหรือยังในการที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ของตัวเอง?** ยังเป็นโจทย์ใหญ่สำหรับคนทำงานเอดส์ที่จะต้องได้รับการคลี่คลาย ด้วยการนำกรอบคิดเรื่องเพศวิถีมาเชื่อมโยงเข้ากับกระบวนการทำงานอย่างเข้มข้นและลึกซึ้งมากขึ้น

ผลการวิจัยเชิงสำรวจชี้ชัดว่า อัตราการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อยังคงมีสูง **การใช้ถุงยางอนามัยในคู่ความสัมพันธ์ที่มีผลเลือดบวกเหมือนกันอยู่ในอัตราต่ำ** ผู้ชายมีอำนาจตัดสินใจในการที่จะใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้หญิง และผู้ชาย (ไม่ใช่ผู้หญิง) ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะเหตุผลเรื่องกลัวไม่มีความสุขทางเพศ ตัวเลขในตารางที่นำเสนอทั้งหมด ยืนยันให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อยังคงดำเนินชีวิตทางเพศของตนเองอยู่ต่อไปตามความเข้าใจเพศวิถีของตนเองและของสังคม ด้วยเหตุนี้ การทำงานให้การรักษาและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มผู้ติดเชื้อควรทำงานบนทัศนะที่มองว่าการที่ผู้ติดเชื้อจะมีเพศสัมพันธ์ จะใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งจะเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนหรือไม่เปิดเผย เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและไม่ได้เกี่ยวข้องกับมิติสุขภาพเพียงมิติเดียว และเมื่อพูดถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เราคงมองข้ามหรือหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงโลกทัศน์เพศวิถีและเพศภาวะในสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมไทยไม่ได้ ขณะเดียวกันเราจะหวังผลในเชิงการป้องกันโรคโดยไม่คำนึงถึง "สิทธิทางเพศ" ของผู้ติดเชื้อก็ไม่ได้เช่นกัน

เราพบเสมอว่าปัจเจกบุคคลไม่สามารถก้าวข้ามโลกทัศน์เรื่องเพศวิถีที่กำกับชีวิตทางเพศเขาไปได้ เพราะมีเรื่องเชื่อมโยงกับเรื่องเพศสัมพันธ์อีกมากมาย เช่น ความรัก ความซื่อสัตย์ ความไว้เนื้อเชื่อใจ การรักษาหน้า และ การรักษาภาพพจน์ โดยเฉพาะภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง/ชายในอุดมคติ ภาพลักษณ์ของความเป็นเกย์ที่สำคัญพบว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย ไม่ว่าในฐานะคนรัก หรือสามีภรรยาล้วนมีความหมายทางสังคม อารมณ์ และความมั่นคงทางจิตใจต่อปัจเจกบุคคลทั้งสิ้น เรื่องเหล่านี้ต้องกลายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำงานป้องกันแนวให้การปรึกษากับผู้ติดเชื้อ การเพิ่มมุมมองคนทำงานให้ตระหนักว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนหนึ่งของการเข้าถึงสุขภาวะทางเพศและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมุ่งสร้างเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยบนพื้นฐานของความเข้าใจและรู้เท่าทันโลกทัศน์เพศวิถีของตนเอง ของคู่ความสัมพันธ์ และของสังคมไทย น่าจะช่วยให้ปัญหาการถ่ายทอดเชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้รับการคลี่คลาย

บทความนี้ต้องการจะบอกว่า **การให้เพียงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องผลเสียหายทางลบต่อสุขภาพ คงไม่เพียงพอที่จะช่วยคลี่คลายปมเรื่องการใช้ชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยให้กับผู้ติดเชื้อ** คงถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีให้ผ่านประสบการณ์ในชีวิตจริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ซึ่งกระบวนการเรียนรู้แบบนี้จำเป็นต้องมีกระบวนกร/วิทยากร ที่มีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ มีความเข้าใจที่ชัดเจนและลุ่มลึกเกี่ยวกับเรื่องเพศวิถี ตลอดจนมีทักษะในการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อช่วยให้ผู้เรียนผู้ติดเชื้อเข้าใจสิ่งที่มาประกอบสร้างตัวตนเพศวิถีของตนเองได้อย่างลึกซึ้ง จนกระทั่งตระหนักในศักยภาพของตนเองในการที่จะคลี่คลาย ก้าวข้าม หรือ แม้กระทั่งทลายปมกังวลใจเรื่องเพศวิถีบางอย่างที่กำลังส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ตลอดจนสามารถจัดการกับเพศวิถีของตัวเองได้อย่างมั่นคงและปลอดภัย

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปริมาณช่วยให้เราทราบขนาดของปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของปัจเจกบุคคล อีกทั้งทำให้เราสามารถจำแนกความแตกต่างนั้นไปตามเพศและวัย ซึ่งมีประโยชน์สำหรับการวางแผนในการทำงาน เพราะทำให้เราทราบว่ายังมีประชากรติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มไหนบ้างที่กำลังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ ช่วยให้เรากำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนและแคบลงได้ ซึ่งประหยัดทรัพยากรและงบประมาณในการทำงาน อย่างไรก็ตาม เพศสรีระหญิงชาย และช่วงอายุ ไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คุณลักษณะทางประชากรเหล่านี้ เป็นแค่เพียงฉากหลังของเวทีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ผู้ติดเชื้อกำลังแสดงออก เพราะฉะนั้นการตีความพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อจากข้อมูลเชิงปริมาณ

จำเป็นที่ผู้วิจัยและผู้ใช้งานวิจัยต้องนำกรอบคิดเกี่ยวกับ "โลกทัศน์เพศวิถี"มาใช้ เพื่อตอบคำถามให้ได้ว่า "ทำไมผู้ติดเชื้อจึงยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทั้งๆ ที่ทราบถึงผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด?" การไม่ใช้กรอบคิดเรื่องเพศวิถีในการทำงาน positive prevention มีผลทำให้เรามองไม่เห็นหนทางในการแก้ไขปัญหานี้ในเชิงลึก หรือ อาจใช้เพียงมาตรการแก้ปัญหาแบบสำเร็จรูปที่ไม่ได้ผล เพราะรื้อไปไม่ถึงรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหา

---

**เอกสารอ้างอิง**


มูลนิธิเข้าถึงเอดส์. 2550. *เรื่องเพศของผู้ติดเชื้อ.* http//www.aidsaccess.com. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2551

สุชาดา ทวีสิทธิ์. 2550. "ผู้หญิง ผู้ชาย เพศวิถี: เพศภาวะศึกษาในงานมานุษยวิทยา." *วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* ปีที่ 19 ฉบับที่ 1.

อุไรวรรณ คนึงสุขเกษม. 2549. บทที่ *3* "การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การวินิจฉัยโรค และพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์." ใน *เสียงและทางเลือกของผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย.* เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์และคณะ บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัจฉรา เขาวะวณิช และคณะ. 2550. "พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร." *วารสารควบคุมโรค* ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.

Colfax, Grant Nash et al. 2004. "Beliefs about HIV reinfection (superinfection) and sexual behavior among a diverse sample of HIV-positive men who have sex with men." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 36(4), August. http://www.natap.org/2004/HIV/063004_08.htm (accessed).

Jolly, Susie et al. 2007. Gender, Sexuality and Sexual Rights: An Overview. *Gender and Development INBRIEF.* Bridge Bulletin, January.

Salvatore, Steve. 2000. *Doctors Document Case of HIV Reinfection.* http://archives.cnn.com/2000/HEALTH/AIDS/02/02/aids.superinfection/ (accessed on 15th May, 2008).

Wolfe, Kathi. 2002. *Fears Confirmed in Study of Second-strain HIV Reinfection.* http://www.aegis.com/news/wb/2002/WB020904.html. (accessed on 15th May, 2008).

# สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ของประชากรไทยในช่วงทศวรรษ 2540 (พ.ศ. 2540-2549)

สุภรต์ จรัสสิทธิ์

*นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## เกริ่นนำ

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แม้จำนวนผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่มีแนวโน้มลดลง แต่ในเชิงจำนวนก็นับว่าสูงอยู่มาก ยังคงส่งผลต่อการแพร่กระจายของโรค โดยใน พ.ศ. 2540 จำนวนผู้ป่วยกามโรค 37.9 ต่อประชากรแสนคน ได้ลดลงเหลือ 15.6 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2549 เช่นเดียวกับโรคเอดส์ที่พบผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ลดลงทุกปี จาก พ.ศ. 2542 ที่พบผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จำนวน 27,161 ราย ลดเหลือ 16,055 ราย ในปี 2549 บทความนี้มีเป้าหมายเพื่อรวบรวมสถิติข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของกามโรคและเอดส์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกามโรค ซึ่งกามโรคในที่นี้ ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ โดยใช้ข้อมูลหลักจาก (1) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (2) สำนักระบาดวิทยา หน่วยงานทั้ง 2 แห่ง อยู่ภายใต้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

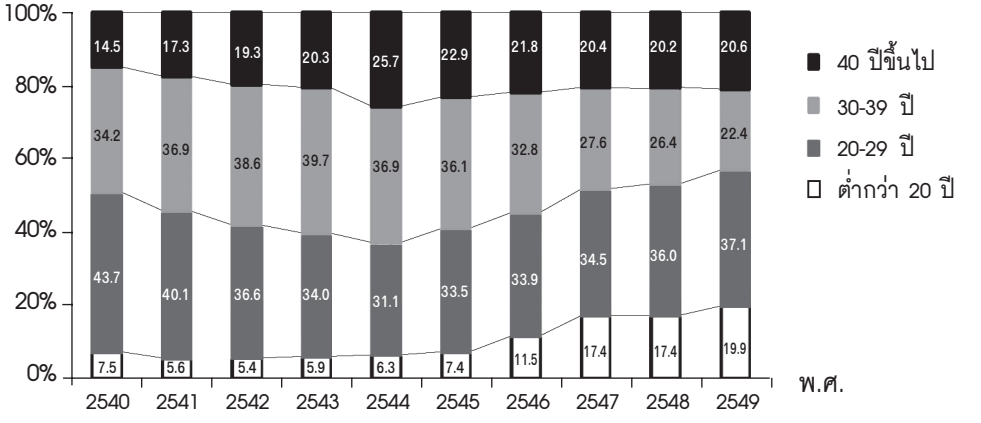
## สถานการณ์และแนวโน้มของกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

ภาพรวมของสถานการณ์ผู้ป่วยกามโรคมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2549 จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่วิชาการสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยกามโรคที่ลดลง อาจเกิดจากการปรับโครงสร้างการบริหารงานของ

กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2545 ทำให้คลินิกกามโรคที่มีอยู่ค่อยๆ ถูกยุบไปตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ส่งผลให้ผู้ป่วยกามโรคต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแทน เกิดความไม่เป็นส่วนตัว

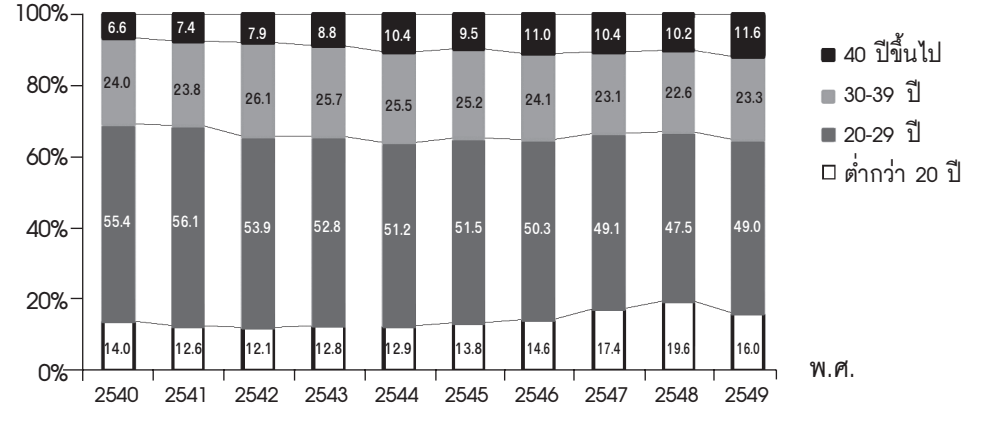
เมื่อแยกพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบผู้ป่วยกามโรคทั้งชายและหญิงในกลุ่มอายุ 20-39 ปีมากกว่ากลุ่มอายุอื่น แต่แนวโน้มผู้ป่วยกามโรคในกลุ่มอายุดังกล่าวได้ลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2549 โดยใน พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยกามโรคชาย ร้อยละ 77.9 ได้ลดลงเหลือร้อยละ 59.5 ใน พ.ศ. 2549 เช่นเดียวกับผู้ป่วยกามโรคหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันได้ลดลงจากร้อยละ 79.4 ใน พ.ศ. 2540 ลดลงเหลือร้อยละ 72.3 ใน พ.ศ. 2549 ขณะที่ สัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป กลับพบแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในชายและหญิง (รูป 1 และ 2)

**รูป 1 สัดส่วนของผู้ป่วยกามโรคชาย จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - 2549**




**ที่มา:** กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

**รูป 2 สัดส่วนของผู้ป่วยกามโรคหญิง จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - 2549**



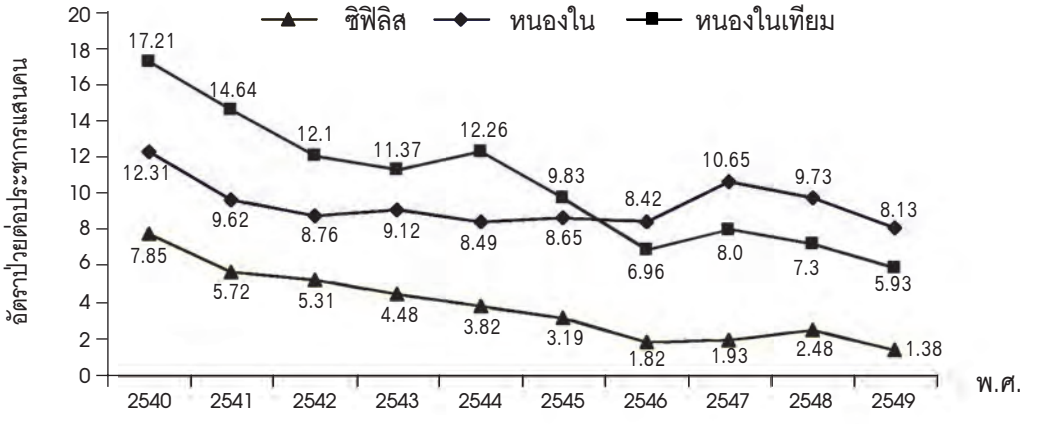

**ที่มา:** กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

หากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยกามโรคชายกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มีสัดส่วนต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น พบว่าอัตราป่วยในกลุ่มอายุนี้เริ่มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2540 คือเพิ่มจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 19.9 ใน พ.ศ. 2549 เกือบเท่ากับผู้ป่วยชายอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2549 ที่มีสัดส่วนป่วยเป็นกามโรคประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยกามโรคชาย (ร้อยละ 20.6) ขณะที่ผู้ป่วยกามโรคหญิงพบสัดส่วนการเป็นกามโรคกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีมากกว่ากลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป

## 1. หนองในเทียม หนองใน ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง

หนองในเทียม หนองใน และซิฟิลิส เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่พบสูงกว่ากามโรคชนิดอื่นๆ โดยพบผู้ป่วยหนองในเทียมมากที่สุด อย่างไรก็ตามแนวโน้มอัตราป่วยหนองในเทียมลดลงรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยใน พ.ศ. 2540 อัตราป่วยหนองในเทียมอยู่ที่ 17.21 ต่อประชากรแสนคน ลดลงเหลือ 5.93 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2549 เช่นเดียวกับซิฟิลิสที่มีแนวโน้มอัตราป่วยลดลงเช่นกัน โดยใน พ.ศ. 2540 อัตราป่วยซิฟิลิสอยู่ที่ 7.85 ต่อประชากรแสนคน ลดเหลือ 1.38 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2549 ขณะที่อัตราป่วยหนองในมีแนวโน้มคงที่ อยู่ระหว่าง 8-9 ต่อประชากรแสนคน (รูป 3) ที่น่าสังเกต คือ พ.ศ. 2540 อัตราป่วยกามโรคทั้ง 3 ชนิดมีอัตราป่วยสูงมากกว่าปีอื่นๆ มาก สำหรับกามโรคอีก 2 ชนิดที่พบผู้ป่วยไม่มาก ได้แก่ แผลริมอ่อน และ กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง พบผู้ป่วยในอัตราไม่ถึง 1 ต่อประชากรแสนคน

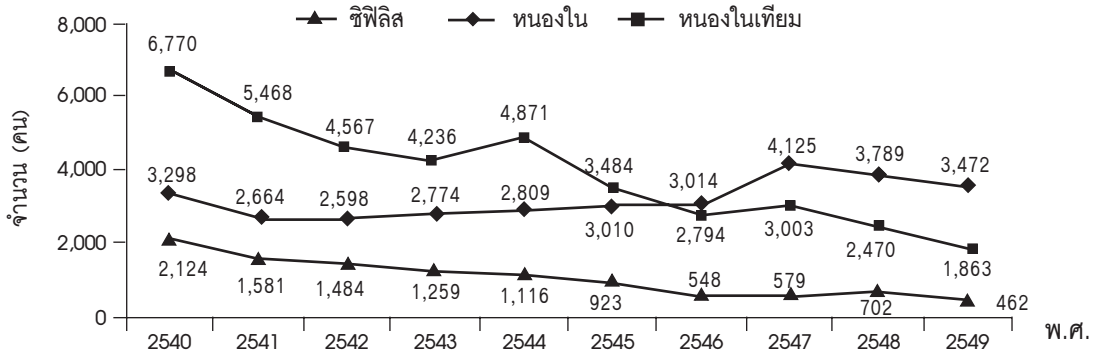
**รูป 3 อัตราป่วยกามโรคต่อประชากรแสนคน จำแนกตามชนิดของโรค พ.ศ. 2540-2549**




**ที่มา** : กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

ผู้ป่วยกามโรคทั้งชายและหญิงป่วยด้วยโรคหนองในและหนองในเทียมมากกว่าซิฟิลิส และเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหนองในและหนองในเทียม พบว่า ใน พ.ศ. 2540 มี จำนวนผู้ชายป่วยเป็นหนองในเทียมมากกว่าหนองในถึง 2 เท่า แต่แนวโน้มเริ่มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จนเหลือผู้ป่วยหนองในเทียม 1,863 ราย ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยโรคหนองในที่มีจำนวนผู้ป่วยชาย 3,472 ราย ในปีเดียวกัน (รูป 4)

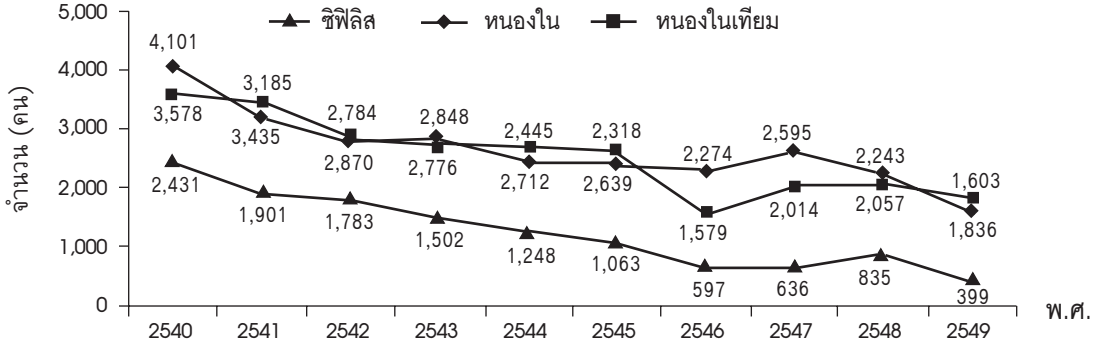
**รูป 4 ผู้ป่วยกามโรคชาย จำแนกตามชนิดของโรค พ.ศ. 2540-2549**




**ที่มา :** กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

จากรูป 5 พบว่า แนวโน้มผู้ป่วยกามโรคหญิงที่เป็นหนองในและหนองในเทียมลดลงอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - 2549 มีเพียงบางปีที่สูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังเช่น พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยหญิงหนองใน จำนวน 2,848 ราย เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2542 ที่มี 2,784 ราย และจำนวนผู้ป่วยหญิงที่เป็นหนองในเทียมลดลงจาก พ.ศ. 2545 อย่างรวดเร็ว จากจำนวนผู้ป่วยหญิงหนองในเทียม 2,639 ราย เป็น 1,579 ราย ใน พ.ศ. 2546 แต่หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยหญิงก็เพิ่มจำนวนขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยหญิงหนองในเทียมที่เพิ่มขึ้นยังอยู่ในระดับน้อยกว่าในช่วง พ.ศ. 2540-2545 สำหรับซิฟิลิสในผู้ป่วยหญิงมีมากกว่าผู้ป่วยชายมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2548 โดยใน พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสที่เป็นชายมี 462 ราย ผู้หญิง 399 ราย (รูป 4 และ รูป 5)

**รูป 5 ผู้ป่วยกามโรคหญิง จำแนกตามชนิดของโรค พ.ศ. 2540-2549**




**ที่มา :** กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2547 จำนวนผู้ป่วยแผลริมอ่อนผู้ชายมีสูงกว่าผู้หญิง ประมาณ 2-3 เท่า และมีจำนวนผู้ป่วยชายลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา มีเพียง พ.ศ. 2544 ที่จำนวนผู้ป่วยแผลริมอ่อนชายมากกว่า พ.ศ. 2543 เพียง 2 ราย และ พ.ศ. 2547 จำนวนผู้ป่วยแผลริมอ่อนมี 70 ราย เพิ่มขึ้นมากกว่า พ.ศ. 2546 ค่อนข้างมาก เนื่องจาก พ.ศ. 2546 จำนวนผู้ป่วยแผลริมอ่อนทั้งชายและหญิงลดลงมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิง จาก 40 ราย ใน พ.ศ. 2545 ลดลงเหลือ 14 ราย ใน พ.ศ. 2546 ทำให้ช่วงเวลาดังกล่าว เกิดจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในปีต่อมา แต่ทว่าช่วง พ.ศ. 2548-2549 จำนวนผู้ป่วยแผลริมอ่อนทั้งชายและหญิงเริ่มมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ ใน พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยแผลริมอ่อนชายจำนวน 47 ราย และ 45 ราย ในผู้หญิง และผู้ป่วยแผลริมอ่อนมีจำนวนเท่ากันทั้งชายและหญิง คือ 31 ราย ใน พ.ศ. 2549 (ตาราง 1) ขณะที่ กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองมีแนวโน้มลดลงในผู้ป่วยชายมาโดยตลอดในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา มีเพียง พ.ศ. 2546 ที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 19 ราย ใน พ.ศ. 2545 เป็น 25 ราย ใน พ.ศ. 2546 ขณะที่แนวโน้มผู้ป่วยหญิงโรคดังกล่าวมีแนวโน้มไม่แน่นอนในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา

**ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยแผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2540 - 2549**

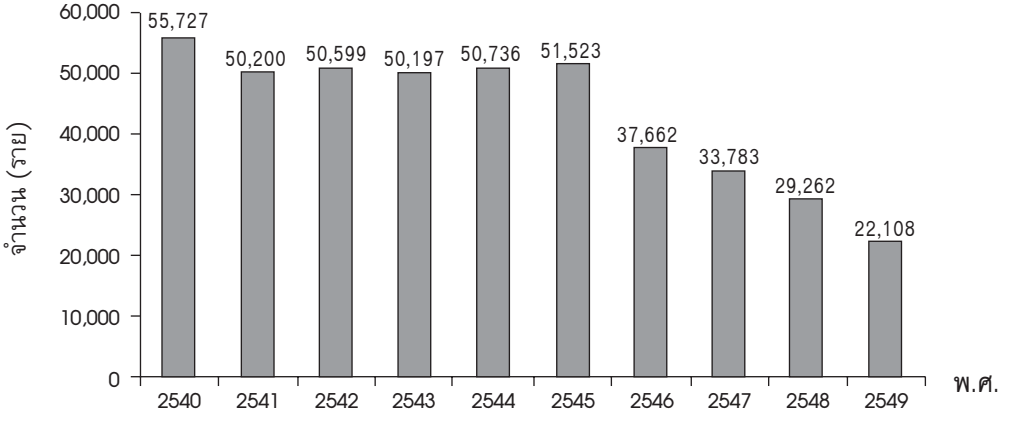
| ปี | แผลริมอ่อน | | กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง | |
|---|---|---|---|---|
| | ชาย (คน) | หญิง(คน) | ชาย (คน) | หญิง (คน) |
| 2540 | 252 | 81 | 107 | 23 |
| 2541 | 176 | 54 | 80 | 23 |
| 2542 | 136 | 49 | 79 | 48 |
| 2543 | 85 | 42 | 47 | 31 |
| 2544 | 87 | 25 | 35 | 10 |
| 2545 | 55 | 40 | 19 | 29 |
| 2546 | 40 | 14 | 25 | 49 |
| 2547 | 70 | 32 | 16 | 35 |
| 2548 | 47 | 45 | 16 | 31 |
| 2549 | 31 | 31 | 14 | 24 |

**ที่มา :** กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

## 2. โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ พยาธิช่องคลอด เชื้อรา หูดหงอนไก่ แผลเริมที่อวัยวะเพศ หิด โลนที่อวัยวะเพศ กลากที่ขาหนีบ และหูดข้าวสุกที่อวัยวะเพศ โรคในกลุ่มนี้ มีผู้ป่วยประมาณ 50,000 ราย ตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2540-2545 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลงมาเหลือเพียงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งคือ 22,108 ราย ใน พ.ศ. 2549 (รูป 6)

**รูป 6 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ พ.ศ. 2540-2549**




**ที่มา :** กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2540-2549

**หมายเหตุ :** โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ พยาธิช่องคลอด เชื้อรา หูดหงอนไก่ แผลเริมที่อวัยวะเพศ หิด โลนที่อวัยวะเพศ กลากที่ขาหนีบ หูดข้าวสุกที่อวัยวะเพศ เป็นต้น

## 3. โรคเอดส์

คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ได้วิเคราะห์การสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย (Disability Adjusted Life Year: DALY loss)[1] จากการศึกษาภาระทางสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทยใน พ.ศ. 2547 พบว่า โรคเอดส์เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายเป็นอันดับ 1 คือ ร้อยละ 11.3 และอันดับ 2 ในเพศหญิง ร้อยละ 6.9 (ตาราง 2) และกลุ่มอายุ 30-59 ปี ในเพศชายและหญิง มีการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคเอชไอวี/ เอดส์ มากที่สุด กลุ่มอายุที่ได้รับปัญหาจากโรคเอดส์คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี

[1] การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year : DALY loss) เป็นการวัดสถานะสุขภาพแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) สูตรการคำนวณ คือ จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร + จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2550)

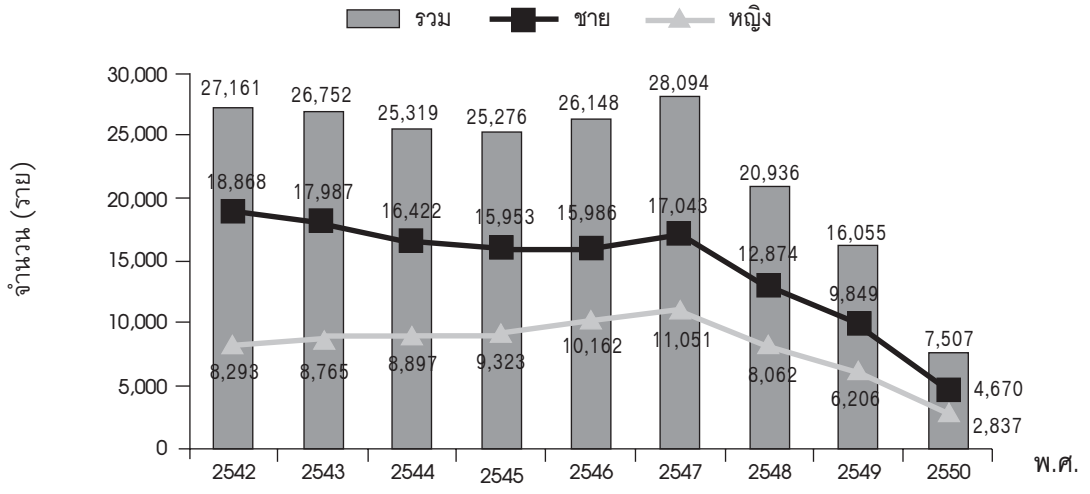
**ตาราง 2 การจัดอันดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศและสาเหตุ**

| ลำดับที่ | ชาย | | | หญิง | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | โรค | DALY ('000) | ร้อยละ | โรค | DALY ('000) | ร้อยละ |
| 1 | เอชไอวี/ เอดส์ | 645 | 11.3 | หลอดเลือดสมอง | 313 | 7.4 |
| 2 | อุบัติเหตุจราจรทางบก | 584 | 10.2 | เอชไอวี/ เอดส์ | 291 | 6.9 |
| 3 | หลอดเลือดสมอง | 332 | 5.8 | เบาหวาน | 271 | 6.4 |
| 4 | ติดสุรา | 332 | 5.8 | ซึมเศร้า | 191 | 4.5 |
| 5 | มะเร็งตับ | 280 | 4.9 | หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง | 142 | 3.4 |
| 6 | หัวใจขาดเลือด | 187 | 3.3 | อุบัติเหตุจราจรทางบก | 125 | 3.0 |
| 7 | หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง | 184 | 3.2 | มะเร็งตับ | 124 | 3.0 |
| 8 | เบาหวาน | 175 | 3.1 | ข้อกระดูกอักเสบ | 118 | 2.8 |
| 9 | ตับแข็ง | 144 | 2.5 | หัวใจขาดเลือด | 115 | 2.7 |
| 10 | ซึมเศร้า | 137 | 2.4 | ต้อกระจก | 111 | 2.6 |

**ที่มา:** สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2550

อุบัติการณ์ผู้ป่วยเอดส์คงที่ในช่วง พ.ศ. 2542-2547 โดยมีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีประมาณ 27,000 - 28,000 ราย หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ในแต่ละปีก็ลดลงอย่างรวดเร็ว จาก 27,161 ราย ใน พ.ศ. 2542 เหลือ 7,507 ราย ใน พ.ศ. 2550 (ข้อมูล ณ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551) โดยที่ผู้ป่วยเอดส์ชายยังคงมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเอดส์หญิงมาตลอดตั้งแต่ พ.ศ. 2542-2550 น่าสนใจว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ชายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2542 (ยกเว้น พ.ศ. 2546 ที่จำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2545 จำนวน 33 ราย และ พ.ศ. 2547 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ชายเพิ่มขึ้นจากปีก่อน 1,057 ราย แต่จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ใน 2 ปีดังกล่าว ยังคงมีจำนวนน้อยกว่า พ.ศ. 2542) จนเหลือพบผู้ป่วยเอดส์ชายรายใหม่เพียง 4,670 ราย ใน พ.ศ. 2550 ลดลงร้อยละ 75 จาก พ.ศ. 2542 **ขณะที่ผู้ป่วยเอดส์หญิงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2542-2547** (รูป 7)

รูป 7 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามเพศ และปีที่เริ่มป่วย พ.ศ. 2542-2550



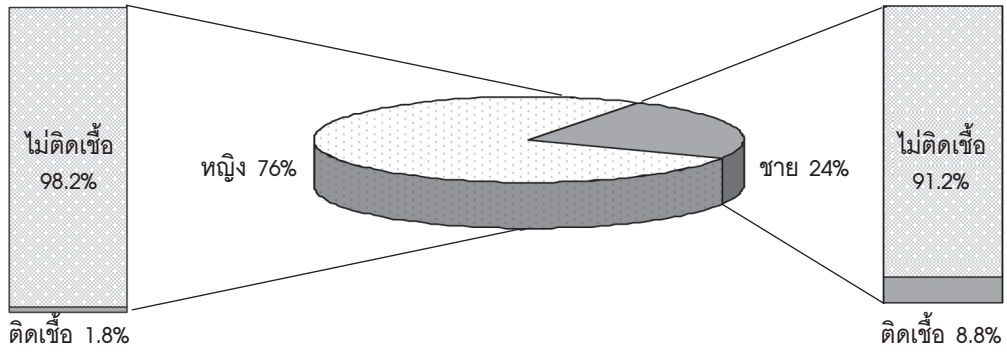

**ที่มา:** กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา 2551
**หมายเหตุ:** ข้อมูลการรายงาน ณ 29 กุมภาพันธ์ 2551

## 4. ปัจจัยเสี่ยง

### 4.1 แหล่งที่มาของการติดกามโรคในชายและหญิง

แม้จำนวนผู้ป่วยกามโรคชายมีมากกว่าหญิง แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเข้ารับการตรวจหาเชื้อกามโรค ใน พ.ศ. 2549 กลับพบว่า มีผู้หญิงมารับการตรวจหาการติดเชื้อกามโรคมากกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 76 โดยผู้หญิงที่เข้ามารับการตรวจหาการติดเชื้อกามโรคนั้น พบว่าติดเชื้อกามโรคเพียงร้อยละ 1.8 ขณะที่ผู้ชายพบสัดส่วนการติดเชื้อกามโรคในกลุ่มที่เข้ามารับการตรวจหาเชื้อกามโรคร้อยละ 8.8 (รูป 8)

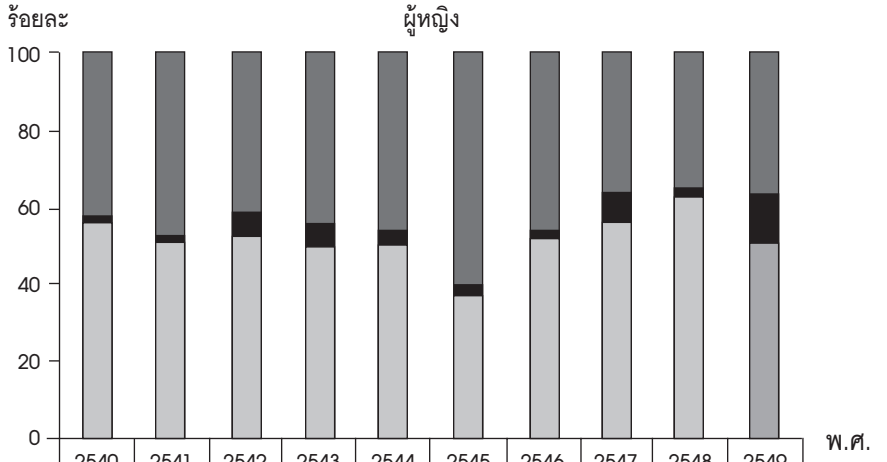
รูป 8 สัดส่วนผู้ที่เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อกามโรค และพบการติดเชื้อ
จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2549



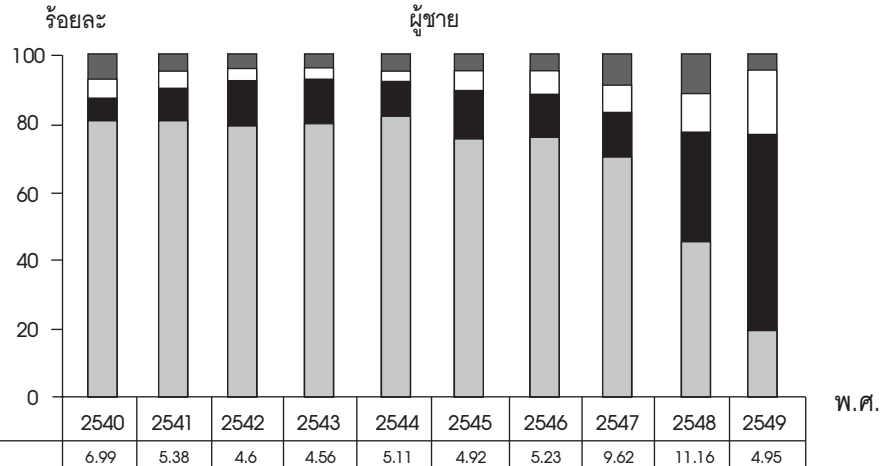

**ที่มา:** กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2549

ผู้หญิงมากกว่าครึ่งหนึ่งติดเชื้อกามโรคจากสามี ยกเว้นใน พ.ศ. 2545 มีผู้หญิงติดเชื้อกามโรคจากสามีเพียงร้อยละ 37 แหล่งที่ติดเชื้อกามโรครองจากสามี คือ แหล่งอื่นๆ ผู้หญิงติดเชื้อกามโรคจากผู้ให้บริการทางเพศน้อยที่สุด ไม่ถึงร้อยละ 1 ขณะที่ผู้ชายมากกว่าครึ่งติดเชื้อกามโรคจากผู้ให้บริการทางเพศ โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2540 ถึง 2544 มีถึง 4 ใน 5 ที่ติดเชื้อกามโรคจากผู้ให้บริการทางเพศ การติดเชื้อกามโรคในผู้ชายเริ่มเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพบว่าร้อยละของการติดเชื้อกามโรคจากสมัครเล่นมีเพิ่มขึ้น (สมัครเล่น ได้แก่ คู่นอนชั่วคราว ผู้ให้บริการทางเพศแฝง)โดยใน พ.ศ. 2549 ผู้ชายติดเชื้อกามโรคจากผู้ให้บริการทางเพศลดเหลือเพียงร้อยละ 19.4 และเป็นปีแรกที่ผู้ชายติดเชื้อจากกลุ่มสมัครเล่นถึงมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.9) ของผู้ป่วยกามโรคชาย การเปลี่ยนแปลงของแหล่งที่มาของการติดกามโรคในผู้ชายเริ่มพบตั้งแต่ พ.ศ. 2548 โดยพบว่า สัดส่วนของแหล่งติดกามโรคเริ่มเปลี่ยนจากผู้ให้บริการทางเพศเป็น กลุ่มสมัครเล่น เริ่มมีแนวโน้มที่ผู้ชายจะติดกามโรคจากกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ขณะที่การติดเชื้อกามโรคจากภรรยาเริ่มมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เช่นกัน

**รูป 9 แหล่งที่มาของการติดกามโรคในผู้หญิงและผู้ชาย พ.ศ. 2540-2549**




| | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 | 2546 | 2547 | 2548 | 2549 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| แหล่งอื่นๆ | 42.4 | 47.4 | 42.1 | 44.7 | 46.3 | 60.4 | 45.8 | 35.9 | 34.7 | 37.1 |
| ผู้ให้บริการทางเพศ | 0.57 | 0.27 | 0.03 | 0.47 | 0.18 | 0.32 | 0.41 | 0.36 | 0.0 | 0.13 |
| สมัครเล่น | 0.5 | 1.06 | 5.23 | 4.63 | 2.85 | 1.6 | 1.37 | 7.36 | 2.28 | 11.91 |
| สามี | 56.6 | 51.3 | 52.7 | 50.2 | 50.7 | 37.7 | 52.4 | 56.4 | 63.0 | 51.9 |




| | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 | 2546 | 2547 | 2548 | 2549 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| แหล่งอื่นๆ | 6.99 | 5.38 | 4.6 | 4.56 | 5.11 | 4.92 | 5.23 | 9.62 | 11.16 | 4.95 |
| ภรรยา | 5.83 | 4.82 | 3.62 | 2.76 | 3.0 | 5.55 | 6.17 | 7.38 | 12.0 | 18.79 |
| สมัครเล่น | 6.64 | 8.94 | 12.7 | 12.63 | 10.2 | 14.83 | 13.03 | 13.25 | 31.49 | 56.9 |
| ผู้ให้บริการทางเพศ | 80.54 | 80.86 | 79.08 | 80.05 | 81.69 | 74.7 | 75.57 | 69.75 | 45.35 | 19.36 |

**ที่มา** : กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545
กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550

### 4.2 ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มประชากรทั่วไป ได้เปลี่ยนสถานการณ์มาเป็นกลุ่มภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากสามี ข้อมูลจากคณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ชี้ว่า ผู้ชายป่วยด้วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ขณะที่ผู้หญิงจะติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (ตาราง 3 และ 4)

**ตาราง 3 โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2547**

| อันดับที่ | ปัจจัยเสี่ยง | อันดับที่ | โรคตามอันดับภาระโรคในเพศชาย |
|---|---|---|---|
| 1 | แอลกอฮอล์ | 1 | **เอชไอวี/ เอดส์** |
| 2 | การร่วมเพศที่ไม่ปลอดภัย | 2 | อุบัติเหตุจราจรทางบก |
| 3 | การสูบบุหรี่ | 3 | ติดสุรา |
| 4 | ไม่สวมหมวกกันน็อค | 4 | หลอดเลือดสมอง |
| 5 | ความดันเลือด | 5 | มะเร็งตับ |

**ที่มา:** ปรับจาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2550

**ตาราง 4 โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศหญิงของประเทศไทย พ.ศ. 2547**

| อันดับที่ | ปัจจัยเสี่ยง | อันดับที่ | โรคตามอันดับภาระโรคในเพศหญิง |
|---|---|---|---|
| 1 | การร่วมเพศที่ไม่ปลอดภัย | 1 | หลอดเลือดสมอง |
| 2 | ภาวะน้ำหนักเกิน | 2 | **เอชไอวี/ เอดส์** |
| 3 | ความดันเลือด | 3 | เบาหวาน |
| 4 | ระดับคลอเลสเตอรอล | 4 | โรคซึมเศร้า |
| 5 | ไม่สวมหมวกกันน็อค | 5 | มะเร็งตับ |

**ที่มา:** ปรับจาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) 2550

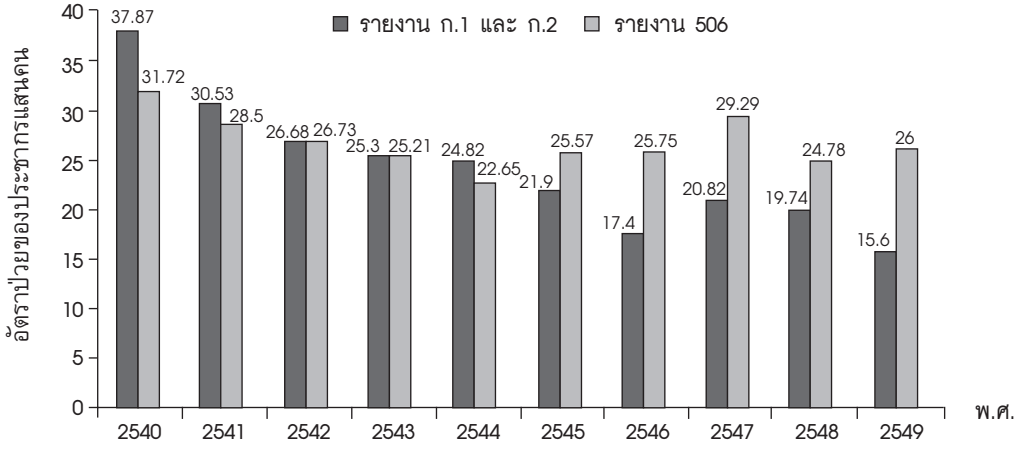
## 5. แหล่งข้อมูลที่จัดเก็บข้อมูลผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

ข้อมูลโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มีหน่วยงาน 2 แห่ง ที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ คือ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ สำนักระบาดวิทยา ทั้ง 2 หน่วยงานอยู่ภายใต้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข บทความนี้ใช้ข้อมูลโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากการรายงานผู้ป่วยที่เข้ามารักษาตามโรค โดยผู้ปฏิบัติการที่ทำการตรวจวินิจฉัยโรคเป็นผู้รายงานโรค

ทั้งนี้ วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน ทำให้ข้อมูลการรายงานอัตราป่วยตามโรคต่อประชากรแสนคน จากทั้ง 2 แหล่งมีความต่างกันดังรูป 10 แม้ว่าบางปีข้อมูลจะมีการรายงานอัตราป่วยตามโรคต่อประชากรแสนคนใกล้เคียงกัน

เช่น พ.ศ. 2542-2543 เป็นต้น จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเก็บข้อมูล พบว่า จำนวนผู้ป่วยกามโรคจริงมีมากกว่าที่รายงาน สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยกามโรคส่วนหนึ่งไปรักษากับโรงพยาบาลเอกชน คลินิก หรือรักษาเอง ทำให้ขาดการรายงานในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

**รูป 10 อัตราป่วยกามโรคต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2549**
**เปรียบเทียบแหล่งข้อมูลที่มีการรายงาน 2 แหล่ง**




**ที่มา** : กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ 2545; กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2550 และสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2550

**หมายเหตุ** : รายงานก.1-ก.2 ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความครอบคลุมของรายงานใน พ.ศ. 2545 ร้อยละ 100 พ.ศ. 2546 อยู่ร้อยละ 79.34 พ.ศ. 2547 ร้อยละ 80.59 พ.ศ. 2548 ร้อยละ 72.07 พ.ศ. 2549 ร้อยละ 75
รายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยา

อย่างไรก็ตาม ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7-8 (พ.ศ. 2535-2544) ได้มีการบูรณาการระบบการรายงานโรคจาก 2 แหล่งเข้าด้วยกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และให้เหลือข้อมูลเพียงแหล่งเดียว แต่ปัจจุบันยังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาการเชื่อมโยงการจัดเก็บข้อมูลร่วมกันอยู่ สำหรับการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช้แบบรายงานของสำนักระบาดวิทยา เป็นการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยทำการวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ ตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ของสำนักระบาดวิทยา

## สรุป

ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยรายใหม่ทั้งโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2549 พบแนวโน้มลดลง ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากจำนวนผู้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น แต่เมื่อคลินิกกามโรคถูกยุบไปใน พ.ศ. 2546 ทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ส่วนหนึ่งไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล แต่ใช้วิธีการรักษาด้วยตนเอง ทำให้การรายงานผู้ป่วยรายใหม่พบน้อยลง สถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงคือ การติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี พบมากขึ้นทุกปีทั้งในชายและหญิง สำหรับการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ข้อมูลการรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือ มีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับร้อยละ 30-60 เท่านั้น (กองระบาดวิทยา อ้างใน สุวิทย์ 2548)

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของกามโรคและเอดส์ คือ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย เป็นต้น การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย 100% ของภาครัฐค่อนข้างประสบความสำเร็จ รวมถึงการให้ความรู้และแจกถุงยางอนามัยแก่ผู้ขายบริการทางเพศ และตรวจการติดเชื้อในผู้ขายบริการทางเพศอย่างต่อเนื่องทุกปี เป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ให้บริการทางเพศใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น[2] ทำให้การติดเชื้อจากผู้ให้บริการทางเพศลดลง แต่การติดเชื้อจากคู่นอนชั่วคราว หรือผู้บริการทางเพศแฝง กลับพบมากขึ้น ที่สำคัญคือ ผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยเริ่มพบมากขึ้นทุกปี ดังนั้น การให้ความรู้ด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ยังคงต้องดำเนินต่อไปและต้องเข้มข้นมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่สื่อและอบายมุขต่าง ๆ เข้าถึงได้โดยง่าย และเป็นปัจจัยทางอ้อมต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

**เอกสารอ้างอิง**


กลุ่มงานระบาดวิทยา กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. *ผลการปฏิบัติงานควบคุมกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ปีงบประมาณ 2540-2544.* กรุงเทพฯ : กองกามโรค.

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2550. *การปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2549.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

พรพรรณ บูรณสัจจะ (บรรณาธิการ). 2548. *การปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2547,กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

พรพรรณ บูรณสัจจะ (บรรณาธิการ). 2549. *การปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2548, กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2551. *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย ณ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551.* http://203.157.15.4/index.php?send=aidsdata (สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2551).

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2550. *รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (รายงานขั้นกลาง).* http://thaibod.org/ (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2551).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2548. *การสาธารณสุขไทย 2544-2547.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2550. *การสาธารณสุขไทย 2548-2550.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.


2 สำนักระบาดวิทยา, 2549 อ้างถึงใน กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550.

# 4.1 ความไม่สมดุลทางเพศในประเทศนิยมมีลูกชาย

กาญจนา ตั้งชลทิพย์

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

***ความไม่สมดุลทางเพศ*** มีความหมายที่เข้าใจง่ายๆ คือ ประชากรชายและประชากรหญิงมีจำนวนที่แตกต่างกันมากจนเกิดความไม่สมดุล ความแตกต่างของจำนวนประชากรเพศชายและเพศหญิงอาจคำนวณจากการเปรียบเทียบตัวเลขจำนวนเพศชายและเพศหญิงว่าแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด หรืออาจพิจารณาในลักษณะที่ซับซ้อนขึ้น ด้วยการคำนวณหา ***อัตราส่วนเพศ*** (หรือ Sex Ratio)[1] ในประเทศที่มีความสมดุลทางเพศ อัตราส่วนเพศมักไม่แตกต่างกันมากนัก อัตราส่วนเพศที่สมดุลที่สุดจะเท่ากับ 100 คือ มีจำนวนประชากรชายและประชากรหญิงเท่ากัน คือ 100 คน อย่างไรก็ตาม โอกาสที่อัตราส่วนเพศในประเทศต่างๆ จะเท่ากับ 100 มีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะใกล้เคียง 100 โดยอาจมีจำนวนประชากรชายหรือหญิงเพศใดเพศหนึ่งมากกว่ากันบ้าง แต่จะไม่ต่างกันมากนัก เช่น อัตราส่วนเพศ 102 หมายถึงมีจำนวนประชากรชาย 102 คนและประชากรหญิง 100 คน ในขณะที่ประเทศที่ไม่มีความสมดุลทางเพศอาจมีอัตราส่วนเพศเท่ากับ 120

## ความไม่สมดุลทางเพศ

ปัจจุบันได้เกิดความไม่สมดุลทางเพศขึ้นในบางสังคมกล่าวคือในพื้นที่นั้นจะมีอัตราส่วนเพศที่ไม่สมดุลอย่างมาก โดยเฉพาะปรากฏการณ์ความไม่สมดุลของอัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด (Sex Ratio at Birth-SRB)[2] ที่พบว่ามีอัตราส่วนของเด็กที่เกิดเป็นชายมากกว่าเด็กที่เกิดเป็นหญิงมาก ซึ่งอัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดที่ไม่สมดุลนี้จะส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์ทางประชากรด้านอื่นๆ ตามมา โดยเฉพาะการแต่งงานของเด็กรุ่นเหล่านี้ในอนาคตเพราะความไม่สมดุลของอัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดจะส่งผลต่อความไม่สมดุลของอัตราส่วนเพศ รายอายุต่อไปเรื่อยๆ จน

---

1 อัตราส่วนเพศ ปกติจะแสดงเป็นค่าของจำนวนประชากรชายต่อจำนวนประชากรหญิง 100 คน โดยคำนวณจาก การจำนวนประชากรชายหารด้วยจำนวนประชากรหญิงและคูณด้วยค่าคงที่ที่นิยมใช้ 100

2 โดยปกติในประเทศอุตสาหกรรมทั่วๆ ไป มีอัตราส่วนของเด็กที่เกิดเป็นชายต่อเด็กที่เกิดเป็นหญิง 100 คน อยู่ในราว 105 ถึง 107 คน (ปราโมทย์ 2543)

เมื่อถึงวัยแต่งงาน ก็จะเกิดเหตุการณ์ความไม่สมดุลในอัตราส่วนเพศของประชากรวัยแต่งงาน ซึ่งผลกระทบนี้จะมีการกล่าวถึงต่อไป

ประเทศที่มีปรากฏการณ์ความไม่สมดุลทางเพศเมื่อแรกเกิดที่ชัดเจน คือ ประเทศในเอเชียตะวันออก อันได้แก่ จีน เกาหลีใต้ และไต้หวัน และประเทศในเอเชียใต้ เช่น อินเดีย บังกลาเทศ เป็นต้น

ความไม่สมดุลทางเพศของประเทศจีนนั้น พบมากในชนบทบางแห่งทางภาคตะวันออกและภาคใต้ และในชุมชนชนกลุ่มน้อยบางแห่ง เช่น ในปี พ.ศ. 2548 ภาคชนบทของจีนมีอัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด เท่ากับ 122.9 คือ มีการเกิดของทารกเพศชายประมาณ 123 คน ขณะที่มีการเกิดของทารกเพศหญิงเพียง 100 คน (Li 2007)

ส่วนในประเทศเวียดนาม พบว่า อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 105 เป็น 110 ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2549 และสูงมากในบางจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันตกเฉียงเหนือจากผลสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบอัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด ในบางพื้นที่ที่สูงถึง 115-123 (The Institute for Social Development Studies 2007)

สำหรับประเทศในเอเชียใต้ เช่น ประเทศอินเดีย พบว่า อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด (ของครรภ์ล่าสุด) ที่ได้จากการสำมะโนประชากรปี 2001 เท่ากับ 110 และเมื่อแยกตามศาสนา จะพบความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยพบสูงสุดในผู้ที่นับถือศาสนาซิกข์ (Sikh) 129.8 และผู้ที่นับถือลัทธิเชน (Jain) 118 (Guilmota 2007)

## อะไรเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดความไม่สมดุลทางเพศ

ปัจจัยผลักดันที่ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ความไม่สมดุลทางเพศ มีหลายปัจจัยด้วยกัน โดยปัจจัยเหล่านั้นมักเป็นความคิดความเชื่อของคนในสังคมและมีการยึดถือปฏิบัติกันมาเป็นเวลานาน ปัจจัยแรกที่เด่นชัดที่สุด คือ **ความเป็นสังคมที่นิยมมีบุตรชายมากกว่าบุตรหญิง**

**ความนิยมบุตรชาย** (son preference) หมายถึง ความต้องการมีบุตรชายมากกว่ามีบุตรสาว ซึ่งหากให้เลือกเพศของบุตรได้ก็เลือกที่จะมีบุตรชายมากกว่า ครอบครัวที่ยึดมั่นในความคิดความเชื่อนี้ จึงให้ความสำคัญต่อการมีบุตรชายมาก และพยายามเพื่อให้มีลูกชายแก่ครอบครัว ความพยายามมีลูกชายนี้มีวิธีการที่มีพัฒนาการมาตลอด และมีวิธีการที่หลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

ทำไมการมีลูกชายจึงจำเป็นและสำคัญมากในบางสังคม หรือพูดในอีกด้านหนึ่ง ก็คือ ทำไมการมีแต่ลูกสาวจึงทำให้หลายๆ ครอบครัวกังวลใจ และเป็นทุกข์ ซึ่งหากศึกษาถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสังคมดังกล่าว ก็จะสามารถเข้าใจ และอธิบายได้ด้วยเหตุผลว่า ทำไมลูกชายจึงมีความสำคัญในสังคมนั้น ๆ

### ลูกชาย คือ ผู้เลี้ยงดูพ่อแม่

อิทธิพลความคิดของ ***ลัทธิขงจื๊อ*** ที่เน้นความกตัญญูเป็นสำคัญ โดยเฉพาะต่อบุพการีผู้ให้กำเนิด และต่อบรรพบุรุษได้กำหนดบทบาทหน้าที่การเลี้ยงดูบิดามารดาให้เป็นของบุตรชายโดยเฉพาะบุตรชายคนโต ส่วนบุตรสาวนั้นเมื่อแต่งงานแล้วก็จะถือว่าเป็นคนของครอบครัวสามี ต้องตัดขาดจากครอบครัวเดิมของตน และต้องทำหน้าที่คอยดูแลพ่อแม่ของสามีเหมือนดูแลพ่อแม่ของตนเอง

ในสังคมที่ได้รับอิทธิพลความคิดความเชื่อตามลัทธิขงจื๊อ เช่น จีน ไต้หวัน เวียดนาม สิงคโปร์ หรือในกลุ่มคนเชื้อชาติจีนที่อพยพย้ายถิ่นไปอยู่ในดินแดนอื่น จึงมักยึดมั่นในความเชื่อดังกล่าวและให้ความสำคัญกับการมีลูกชายสูงมาก เพราะหวังพึ่งให้บุตรชายเป็นผู้เลี้ยงดูยามแก่เฒ่า ซึ่งเป็นวิถีปฏิบัติที่เป็นกลไกการสร้างความมั่นคงในยามสูงอายุในสังคมที่รัฐไม่มีบทบาท หรือมีบทบาทไม่มากนักในการดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ

## ลูกชาย คือ ผู้สืบทอดตระกูล

หลักความคิดตาม***ลัทธิขงจื๊อ*** ยังให้ความสำคัญของบุตรชาย โดยเฉพาะบุตรชายคนโตของครอบครัวที่จะเป็นผู้สืบทอดเชื้อสายของตระกูล ตลอดจนเป็นผู้นำการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว โดยเฉพาะพิธีกรรมงานศพของพ่อแม่ เช่น ตามประเพณีจีน บุตรชายเท่านั้นที่สามารถนำวิญญาณพ่อแม่ไปสู่สรวงสวรรค์ การไม่มีบุตรชายจึงเปรียบเสมือนการไม่มีผู้นำในการพิธีกรรมดังกล่าว หรือในสังคมอินเดียที่มีความคิดความเชื่อ ที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาฮินดูและพราหมณ์ และได้วางแนวปฏิบัติในเรื่องของอำนาจการตัดสินใจของครอบครัวให้เป็นของลูกชาย และหากพ่อแม่เสียชีวิตภารกิจหลังการตายของพ่อแม่จะเป็นของลูกชาย ลูกชายเท่านั้นจะเป็นผู้ที่จัดงานศพ ดังนั้นหากไม่มีลูกชายก็หมายถึงการไม่ได้ขึ้นสวรรค์ ซึ่งคล้ายกับความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติของคนจีน (Wikipedia 2008; ภาพันธ์ และองอาจ 2551)

นอกจากนี้ **สังคมที่สืบเชื้อสายทางพ่อ** (patrilineal) จะมีความคิดความเชื่อที่ส่งผลต่อความสำคัญของการมีลูกชายเช่นกัน เนื่องจากต้องการมีลูกชายไว้สืบสกุล การไม่มีลูกชายสืบตระกูลเสมือนเป็นการไม่สามารถทำหน้าที่แก่วงศ์ตระกูลได้อย่างสมบูรณ์ครบถ้วน และเป็นการสิ้นสุดวงศ์ตระกูลโดยปริยาย ซึ่งความผิดมักตกอยู่กับผู้หญิงในฐานะภรรยา หรือสะใภ้ ที่ไม่สามารถให้กำเนิดลูกชายเพื่อสืบทอดตระกูลแก่ครอบครัวได้ เช่น ในประเทศเวียดนามถือว่า ผู้ชายที่ไม่มีลูกชายนั้นด้อยความสามารถ ส่วนสะใภ้ที่ไม่สามารถมีลูกชายก็มักได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดีจากครอบครัวสามี (ผู้จัดการออนไลน์ 2550)

## บทบาทลูกชายต่อเศรษฐกิจครอบครัว

ในสังคมเกษตรกรรมในอดีตโดยเฉพาะสังคมที่ชายเป็นใหญ่และเป็นผู้นำของครอบครัว จะให้ความสำคัญของผู้ชายในกระบวนการผลิต และในการหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งพื้นฐานความเชื่อนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเหตุผลจากรูปแบบการอยู่อาศัยหลังแต่งงานที่เป็นลักษณะที่ฝ่ายหญิงหรือเจ้าสาวเป็นฝ่ายย้ายมาอยู่กับครอบครัวฝ่ายชาย (patrilocality) ผู้หญิงที่แต่งงานเข้ามาจะกลายเป็นแรงงานเสริมให้กับครอบครัวเจ้าบ่าว ในขณะที่ครอบครัวของเจ้าสาวต้องสูญเสียแรงงานของครอบครัวให้กับครอบครัวฝ่ายชายไป

## ผู้หญิงเป็นผู้รับผิดชอบค่าสินสอดในการแต่งงาน

ในบางสังคม เช่น ประเทศอินเดีย มีขนบธรรมเนียมประเพณีการแต่งงานที่ฝ่ายหญิงต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าสินสอดแก่ชาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเหตุผลด้านเศรษฐกิจ โดยเป็นการมองว่า พ่อแม่ฝ่ายชายต้องส่งเสียเลี้ยงดูลูกชายในด้านต่างๆ เพื่อให้มาเป็นผู้รับผิดชอบครอบครัว ดังนั้น เมื่อแต่งงานแล้วลูกชายต้องเพิ่มภาระรับผิดชอบดูแลผู้หญิงที่ตนแต่งงานด้วย การให้ทรัพย์สินแก่ครอบครัวชายก็เพื่อเป็นการทดแทนต่อการที่ครอบครัวฝ่ายชายต้องเลี้ยงดูลูกชายที่เป็นเจ้าบ่าวตั้งแต่เล็กจนโต และเมื่อแต่งงานก็ต้องทำเลี้ยงดูหญิงที่มาเป็นภรรยา เป็นภาระทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น

ในสังคมที่ชายเป็นใหญ่ในครอบครัว ภาระผูกมัดทางวัฒนธรรมทำให้ผู้ที่เป็นพ่อต้องพยายามให้ลูกสาวได้แต่งงาน ซึ่งเป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมานาน โดยเชื่อว่า หากพ่อสามารถหาคู่ที่ดีให้ลูกสาวได้ ผู้เป็นพ่อก็จะได้รับยกย่องและได้ขึ้นสวรรค์ ซึ่งหากมองในเชิงบวก การให้ผู้หญิงเป็นผู้สู่ขอผู้ชาย จะเป็นทางหนึ่งที่พ่อจะหาสามีที่ดีให้ลูกสาวได้ แต่ผลกระทบทางลบจะตกอยู่กับผู้หญิงและครอบครัวหากไม่สามารถหาคู่สมรสที่เหมาะสม ผู้หญิงและครอบครัวจะไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน (ภาพันธ์ และองอาจ 2551)

## ความนิยมบุตรชายกับผลสะเทือนต่อสังคม

การให้ความสำคัญต่อการมีลูกชาย ได้ส่งผลกระทบมากมายต่อคนในสังคม โดยเฉพาะในสภาวการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่บีบบังคับให้ขนาดครอบครัวมีแนวโน้มเล็กลง ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากนโยบายของรัฐเอง ที่ต้องการควบคุมจำนวนประชากรของประเทศ หรือหากไม่มีการควบคุมโดยตรงจากภาครัฐ ความจำเป็นด้านเศรษฐกิจก็ทำให้คนในสังคมต้องลดจำนวนบุตรลงเองโดยความสมัครใจ

ในประเทศที่ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมประชากร ได้ส่งผลให้ประชากรในสังคมที่ยังคงยึดมั่นในความคิดความเชื่อดังกล่าวอย่างเคร่งครัดต้องหาทางหลีกเลี่ยงบทลงโทษจากการฝ่าฝืนนโยบายควบคุมประชากรดังกล่าวด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้ลูกชายแก่ครอบครัว วิธีการที่ใช้กันนั้น มีตั้งแต่วิธีการดั้งเดิมหรือเหนือธรรมชาติจนถึงการใช้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ เริ่มต้นตั้งแต่ ***วิธีการเพื่อให้ได้ลูกชาย*** ที่มีทั้งการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการพึ่งพาโหราศาสตร์ในการหาฤกษ์ยามสำหรับการปฏิสนธิ หวังพึ่งอิทธิฤทธิ์เวทย์มนต์คาถา เคล็ดลับต่างๆ เพื่อให้ได้ลูกชาย มักถูกเผยแพร่กันในลักษณะปากต่อปาก นอกจากนี้ จะมีคู่มือเพื่อให้ได้ลูกชายพิมพ์เผยแพร่จำหน่ายมากมาย (ผู้จัดการออนไลน์ 2550 )

สำหรับวิธีทางวิทยาศาสตร์ คือ การใช้***เทคโนโลยีในการตรวจสอบเพศของทารกในครรภ์*** เช่น การทำอัลตราซาวด์ (ultrasound) การตรวจดูจากน้ำคร่ำ เมื่อคู่สมรสทราบเพศของทารกในครรภ์แล้ว หากเป็นเพศชายก็ไม่มีปัญหา แต่หากผลออกมาว่า ทารกในครรภ์เป็นเพศหญิง ก็ต้องตัดสินใจว่า ต้องการเก็บทารกไว้ไหม ถ้าไม่ต้องการขั้นตอนต่อไป คือ ***การทำแท้ง*** เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ใหม่ได้ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจหาเพศของทารกได้ก็มักใช้วิธีทำลายชีวิตของทารกเพศหญิง ดังนั้น ในสังคมเหล่านี้จึงมีอัตราการทำแท้งที่สูง หรือมีอัตราตายของทารกเพศหญิงที่สูงมาก

**แต่ผลกระทบที่ชัดเจนที่สุด คือ ผลกระทบทางประชากร ได้แก่**

***การตายของทารกและเด็กที่เป็นเพศหญิง*** ที่แม้ไม่ได้ระบุโดยตรงว่า มีสาเหตุจากความต้องการลูกชาย แต่ก็สามารถอธิบายทางอ้อมจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น จากข้อมูลทางประชากรของบังกลาเทศ พบว่า การตายของเด็กอายุระหว่าง 1-4 ปี เป็นผลกระทบจากเพศของพี่ที่เกิดก่อนสูงมาก โดยพบว่า ทารก หรือเด็กที่เสียชีวิตมักเป็นเด็กที่มีพี่สาวมาก่อน 1 หรือ 2 คน หรือแม้แต่ในประเทศเกาหลีใต้ และจีนที่มีอัตราการตายของทารกค่อนข้างต่ำ ก็ยังพบการตายของเด็กผู้หญิงมากกว่า เช่นกัน

***โครงสร้างประชากร*** การปฏิบัติเพื่อให้ได้ลูกชายด้วยวิธีการต่างๆ ข้างต้นย่อมส่งผลต่อ***โครงสร้างประชากร*** อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเกิดของทารกเพศหญิงที่น้อยลง รวมถึงมีการตายของทารกเพศหญิงจำนวนมาก ย่อมส่งผลให้โครงสร้างทางเพศของประเทศนั้นมีจำนวนหรือสัดส่วนของประชากรชายมากกว่าประชากรหญิง ซึ่งปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้จะส่งผลกระทบในระยะยาว โดยเฉพาะผลกระทบต่อการแต่งงานในอนาคต

### ผลกระทบต่อการแต่งงานในอนาคต

หากอัตราส่วนทางเพศที่มีเพศชายมากกว่าเพศหญิงมาก มีการคาดการณ์ว่า ในอนาคตผู้ชายจะไม่สามารถหาคู่สมรส โดยเฉพาะที่อยู่ในวัยเดียวกันได้ ในระยะต้นๆ ของการมีอัตราส่วนเพศที่ไม่สมดุลจะส่งผล ต่อจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก แต่ในระยะเวลาต่อมา เมื่อประชากรวัยเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่จะต้องมีคู่ครอง จำนวนและสัดส่วนประชากรที่มีเพศชายมากกว่าเพศหญิงจะมีผลต่อการมีคู่ครองของเพศชาย เพราะจำนวนเพศหญิงในวัยใกล้เคียงกันมีจำกัด ทำให้ต้องแต่งงานกับหญิงที่มีอายุน้อยกว่า หรืออายุมากกว่า และปัญหาเดียวกันนี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มประชากรชายรุ่นหลังที่ตามมาเพราะจำนวนหญิงที่จะแต่งงานด้วยจะยิ่งน้อยลงไปอีก

การขาดแคลนหญิงที่จะแต่งงานด้วย อาจส่งผลกระทบให้เกิดเหตุการณ์ ที่จะส่งผลกระทบต่อเพศหญิง เช่น ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ไม่ว่าการเกิดคดีข่มขืน หรือการค้ามนุษย์ ที่อาจทำให้เกิดการสูญหายของผู้หญิงได้ (UNFPA 2007)

## แนวทางป้องกันและแก้ไขที่หลากหลาย

ประเทศต่างๆ เริ่มตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเล็งเห็นปัญหาทางประชากรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากภาวะไม่สมดุลทางเพศนี้ จึงมีมาตรการทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ***มาตรการระยะสั้น*** ได้แก่ การห้ามการตรวจหาเพศของทารกในครรภ์ ห้ามทำแท้งทารกเพศหญิงเป็นต้น สำหรับ ***มาตรการระยะยาว*** มีที่น่าสนใจ เช่น โครงการ "Care for Girls" ของจีน ที่เป็นการรณรงค์เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของเพศหญิง โดยเน้นว่ามีลูกสาวก็สามารถเลี้ยงดูพ่อแม่ได้ อีกทั้งมีความพยายามยกระดับสถานภาพผู้หญิงให้เท่าเทียมชายในด้านต่างๆ หรือการที่รัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

มาตรการที่เกิดขึ้นจึงเป็นทั้งความพยายามแก้ไขปัญหาที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้าและส่งผลกระทบที่ชัดเจน รวมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีอคติต่อเพศหญิง ที่เป็นการแก้ไขปัญหาระยะยาว เพราะอคตินี้ได้หยั่งรากฝังลึกในความคิดความเชื่อและวิถีชีวิตของคนในสังคมมาเป็นเวลาที่ยาวนาน การปรับเปลี่ยนจะสำเร็จหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ประการ ไม่ว่าจะเป็นความจริงจังและจริงใจของผู้กุมนโยบายของประเทศ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของภาคประชาสังคม ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่อาจยาวนานพอๆ กับเวลาที่มันได้ฝังรากลึกเลยก็ได้

## เอกสารอ้างอิง

ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2543. *ประชากรศาสตร์: สารัตถศึกษาเรื่องประชากรมนุษย์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

ผู้จัดการออนไลน์. 2550. *เวียดไม่สนคู่มือ..ทำอย่างไรให้ได้ลูกสาว.* http://www.manager.co.th (สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2550).

ภาพันธ์ รักษ์ศรีทอง และองอาจ เดชา. 2551. *Ms. Kalpalat Dutta: ผู้หญิง (อินเดีย) ถึงผู้หญิง (ไทย) สังคมไหนๆ ก็ยังดูเอียง.* http://www.prachatai.com (สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2551).

Guilmoto, Christophe Z. 2007.*Characteristics of Sex-Ratio Imbalance in India and future Scenarios*. Paper presented at 4th Asia Pacific Conference on Reproductive Health and Rights, 29-31 October 2007, Hyderabad, India.

Li, Shuzhuo. 2007. *Imbalanced Sex Ratio at Birth and Comprehensive Intervention in China*. Paper presented at 4th Asia Pacific Conference on Reproductive Health and Rights, 29-31 October 2007, Hyderabad, India.

The Institute for Social Development Studies. 2007. *New "Common Sense": Family-Planning Policy and Sex Ratio in Vietnam.* Paper presented at 4th Asia Pacific Conference on Reproductive Health and Rights, 29-31 October 2007, Hyderabad, India.

UNFPA. 2007. *Asian Son Preference Will Have Social Consequences, New Studies Warn*. http://www.unfpa.org (accessed 20th December 2007).

Wikipedia. 2008. *Sex-selection Abortion and Infanticide*. http://en.wikipedia.org/wiki/Sex-selective_abortion_and_unfanticide (accessed 15th February 2007).

# 4.2 คำถามจากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

จรรยา เศรษฐบุตร

*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

เมื่อชายหนึ่งหญิงหนึ่งตกลงปลงใจจะสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์ ปัจจัยที่สำคัญ คือ การมีบุตรเพื่อสืบทอดพันธุ์ แต่เมื่อพบว่าคนใดคนหนึ่งไม่สามารถมีบุตรได้ด้วยวิธีธรรมชาติ หรือทางวิชาการเรียกว่า ภาวะไม่เจริญพันธุ์ หรือ ภาวะมีบุตรยาก (infertility) ในอดีตคู่สมรสอาจใช้วิธี "ขอลูก" ตามความเชื่อของแต่ละสังคม เช่น ทำพิธีบวงสรวงขอพรจากเทพยดาฟ้าดิน หรือขอจากพระสงฆ์องค์เจ้าต่างๆ แต่ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies - ARTs) ช่วยให้คู่สมรสที่มีบุตรยากมีโอกาสมีบุตรตามความปรารถนามากขึ้น เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นี้กำลังพัฒนารุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว และด้วยวิธีการที่หลากหลายมากขึ้น แต่ความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสภาพร่างกายของคู่สามีภรรยา ความพร้อมทางเศรษฐกิจ (นั่นคือ ความสามารถที่จะจ่ายค่าใช้เทคโนโลยีซึ่งมีราคาแพงและไม่ได้ประกันว่าจะประสบความสำเร็จทุกคู่) และสุดท้ายคือความพร้อมที่จะตอบคำถามแก่ผู้คนรอบตัว รวมทั้งคำถามจากตัวเด็กที่ได้ถือกำเนิดขึ้นมาในโลกใบนี้

ทำไมเมื่อได้บุตรมาเชยชมสมปรารถนาและทำให้ครอบครัวสมบูรณ์แล้ว จึงยังมีปัญหาติดตามมา แน่นอนคงไม่ใช่ปัญหาทางเศรษฐกิจ เพราะครอบครัวที่สามารถใช้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ต้องเป็นครอบครัวที่มีกำลังทรัพย์เพียงพอที่ใช้จ่ายเพื่อการนี้ เช่น ในสหรัฐอเมริกา สำหรับคู่สมรสที่ใช้วิธีผสมเทียมแบบรับไข่บริจาคจากหญิงอื่นต้องเสียค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้บริจาค ค่าธรรมเนียมให้เอเย่นต์ (หรือผู้ติดต่อประสานงาน) ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการประกันสุขภาพผู้บริจาคไข่ ฯลฯ รวมเบ็ดเสร็จไม่ต่ำกว่า 35,000 เหรียญสหรัฐ

คำถามหรือผลกระทบที่ตามมาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มาจากต้นตอของวิธีการที่ทำให้เกิดปฏิสนธิ ถ้าทั้ง**ไข่หรือสเปิร์ม**ที่ใช้ในการทำเด็กหลอดแก้วหรือการผสมเทียม มาจากคู่สามีภรรยาที่กลายเป็น **พ่อและแม่ (ทั้งทางชีวภาพและทางสังคม)** ของเด็กที่เกิดมา กรณีเช่นนี้ไม่มีคำถามใดๆ ทั้งทางด้านสังคม จริยธรรม และกฎหมาย บุตรที่เกิดมาเป็นบุตรโดยเลือดเนื้อเชื้อไขและโดยชอบธรรมของบิดามารดา

แต่ในความเป็นจริง ถ้าสภาพร่างกายของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งบกพร่องจนไม่สามารถทำให้เกิดการปฏิสนธิได้ เช่น สามีมีปัญหาด้านความสมบูรณ์ของ "เชื้ออสุจิ" หรือเสปิร์ม ไม่ว่าจะเป็นจำนวนที่น้อยเกินไป หรือการเคลื่อนไหวที่บกพร่องอย่างมาก และแม้จะใช้วิธีเจาะไข่ใส่เชื้ออสุจิเข้าไป (ICSI) ก็ไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องใช้**เชื้ออสุจิของชายอื่น**มาใส่แทน หรือในกรณีที่ภรรยามีความผิดปกติทางสภาพร่างกาย เช่น รังไข่ไม่ทำงานหรือไม่ผลิตไข่หรือมีไข่ตกน้อย มดลูกมีเนื้องอกขัดขวางการฝังตัวของตัวอ่อน ทำให้ไม่สามารถเกิดการปฏิสนธิได้ จำเป็นต้องใช้ **"ไข่" ของหญิงอื่น** ดังนั้น คำถามที่เกิดขึ้นคือ เด็กที่เกิดมาด้วยวิธีดังกล่าวจะนับเป็น "ลูก" ของสามีภรรยาคู่นั้นอย่างแท้จริงหรือไม่ การยอมรับว่าเป็น "ลูก" มิได้ถูกกำหนดโดยการออกจากครรภ์มารดาเท่านั้น แต่ยังถูกกำหนดโดยผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็น "พ่อ" "แม่" เช่นกรณี "อุ้มบุญ" หรือการตั้งครรภ์แทนยังคงเป็นปัญหาทางกฎหมาย มีการฟ้องร้อง และพิสูจน์ว่าใครเป็น "แม่" ที่แท้จริงกันแน่

ในกรณีที่จำเป็นต้องอาศัยสเปิร์ม (ของฝ่ายชาย) และไข่ (ของฝ่ายหญิง) มาช่วยให้คู่สามีภรรยาได้บุตรนั้น การยอมรับว่าเด็กที่เกิดจากผสมเทียมหรือเด็กหลอดแก้ว จะเป็นที่ยอมรับของ "พ่อ" หรือ "แม่" มากน้อยเพียงใดขึ้นกับค่านิยม และความเชื่อต่างๆ ด้วย

ตัวอย่างจากงานวิจัยชิ้นหนึ่งในตะวันออกกลาง (Inhorn 2006) ซึ่งใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อถามความคิดเห็นของ**ชายมุสลิม**ทั้ง 2 นิกายคือ สุนนีและชีอะห์ เรื่องการผสมเทียม สำหรับนิกายสุนนีพบว่าตามหลักศาสนาอิสลามไม่ได้ต่อต้านการผสมเทียมตราบเท่าที่สเปิร์มและไข่มาจากพ่อและแม่ แต่ห้ามการใช้สเปิร์มหรือไข่จากบุคคลอื่นโดยเด็ดขาด ด้วยเหตุผลคือ หนึ่ง - การใช้สเปิร์มจากชายอื่นที่ไม่ใช่สามีฉีดเข้าไปในไข่ของภรรยา เสมือนว่าภรรยามีชู้เพราะสามีไม่ใช่พ่อโดยสายเลือดของเด็ก ส่วนการรับไข่บริจาคจากหญิงอื่น ศาสนาอิสลามเปิดทางให้สำหรับชายที่สามารถมีภรรยาเพิ่มได้อีก สอง - เด็กอาจมีปัญหาในการสืบทอดมรดกและอื่นๆ สาม - จะเป็นการบีบคั้นให้คู่สามีภรรยาที่มีบุตรยากต้องแบกภาระเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่เลือดเนื้อเชื้อไขของเขาหรือเธอ ส่วนการขอบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงก็ไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะบุตรบุญธรรมจะถูกมองเป็นคนแปลกหน้าของ "พ่อ/แม่" ที่เป็นเพศตรงข้ามกับบุตร เช่น พ่อไม่สามารถแตะต้องตัวลูกสาวที่รับมาเลี้ยงในฐานะบุตรบุญธรรมได้ ดังนั้น ศาสนาอิสลามจึงสนับสนุนให้อุปถัมภ์เด็กกำพร้าที่อยู่ในปกครองขององค์กรการกุศล ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมาก อันเป็นผลพวงจากสู้รบ

โดยรวม การรับสเปิร์มจากชายอื่นเพื่อให้เกิดการปฏิสนธิในครรภ์ของภรรยาตัวเองเป็นสิ่งที่ชายมุสลิมไม่ยอมรับสำหรับศาสนาอิสลามนิกายชีอะห์ได้มีการผ่อนปรนในการรับบริจาคไข่จากหญิงอื่นมาผสมกับสเปิร์มของสามี แต่อนุญาตให้รับไข่บริจาคเฉพาะจากหญิงที่ไม่มีสามีหรือหญิงที่ไม่มีคู่นอน (คือจากหญิงโสด) และต้องทำ "ข้อตกลงแต่งงานชั่วคราว" กับหญิงที่บริจาคไข่ (ซึ่งเรื่องนี้นิกายสุนนีไม่ยอมรับ)

สำหรับสามีชาวมุสลิมนิกายสุนนี ตั้งข้อสังเกตจากการใช้ไข่บริจาคของหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาตนว่า "เขาเป็นลูกของผม เพราะเกิดจากเชื้อพันธุ์**ของผม** แต่ไม่ใช่เป็นลูก**ของเธอ** (ภรรยา) เพราะเป็นไข่ของผู้หญิงอื่น"

สำหรับคู่สมรสที่เป็นชาวมุสลิมนิกายชีอะห์ เมื่อมีการผ่อนปรนให้สามารถรับบริจาคไข่จากหญิงอื่น โดยที่สามีของหญิงที่มีบุตรยากยินยอมเพราะความรักภรรยา และภรรยาอยากได้ลูกที่เกิดจากอุทรของตัวเองหรืออยากมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และคลอดบุตรมีจำนวนมากขึ้น ในปัจจุบันจึงพบว่ามีบัญชีรายชื่อคู่สมรสที่รอไข่บริจาคของคลินิกผสมเทียม ผู้บริจาคไข่อาจเป็นเพื่อนหรือญาติ หรือแม้แต่เป็นหญิงชาวอเมริกันที่ถูกระดมมาบริจาคไข่แก่คู่สมรสชาวมุสลิมนิกายชีอะห์ เพราะสามีบางคนเต็มใจที่จะจ่ายเงินค่าบริจาคไข่เพิ่ม ถ้าได้ไข่บริจาคจากหญิงสาวชาวอเมริกันที่ยัง**โสดและสวย**

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ความตะขิดตะขวงใจที่ว่าเด็กเป็น "ลูกของเขาหรือลูกของเธอ" ไม่ใช่สิ่งที่คู่สมรสชาวอเมริกันต้องเผชิญ เพราะสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ให้เสรีภาพในการผสมเทียมหรือทำเด็กหลอดแก้วอย่างกว้างขวาง จำนวนคู่สมรสที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันผู้หญิงอเมริกันเลื่อนอายุแต่งงานออกไป และไม่พร้อมให้กำเนิดบุตรออกไปจนถึงอายุ 40 ปี หรือมากกว่านี้ ทำให้โอกาสที่มีบุตรน้อยลง จึงต้องหันมาใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มากขึ้น การบริจาคไข่จากหญิงอื่น (แน่นอนต้องมาจากผู้หญิงที่อายุน้อยและสุขภาพแข็งแรง) เป็นวิธีแก้ปัญหาการมีบุตรยากของภรรยาชาวอเมริกันที่นิยมใช้มากขึ้น ข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐระบุว่า ในปี พ.ศ. 2535 มีหญิงที่ตั้งครรภ์โดยใช้ไข่บริจาคของหญิงอื่น จำนวน 1,802 คน ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มเป็น 5,449 คน เปรียบเทียบการรับเด็กจากต่างประเทศมาเป็นบุตรบุญธรรมมีจำนวน 22,911 คน ในปีเดียวกัน

ผลสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ทำให้อัตราการให้กำเนิดบุตรของหญิงอเมริกันอายุ 40-44 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 62 นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 และเคยมีผู้หญิงอายุมากถึง 60 ปี ที่ให้กำเนิดบุตรจากการใช้ไข่บริจาค ซึ่งปัจจุบันวิธีนี้มีสัดส่วนร้อยละ 12 ของการผสมเทียมนอกมดลูก (In Vitro Fertilization - IVF)

**คำถามที่เกิดขึ้น**กับครอบครัวที่มีลูกเกิดจากการใช้ไข่บริจาค เมื่อมี**คนอื่น**ตั้งข้อสังเกตว่า ทำไมลูกหน้าตา (สีผม สีผิว ฯลฯ) ไม่เหมือนพ่อแม่ จะตอบว่าอย่างไร จะตอบตามความเป็นจริงหรือไม่ การไม่บอกความจริงถือว่าเป็นคนไม่ซื่อสัตย์ต่อตนเอง และต่อ "ลูก" หรือไม่

สิ่งสำคัญ ถ้า "**ลูก**" ตั้งคำถามบ้างว่า "ทำไมหนูหน้าตาไม่เหมือนแม่" ผู้เป็น "พ่อแม่" จะทำอย่างไร

- จะบอก "ลูก" หรือไม่
- จะบอก "ลูก" เมื่อไร
- จะบอก "ลูก" อย่างไร

ฯลฯ

และเมื่อบอกความจริงแก่ "ลูก" แล้วถ้าลูกขอไปพบผู้บริจาคไข่

- จะยอมให้พบหรือไม่
- ถ้ายอมจะยอมให้พบเมื่อ "ลูก" อายุเท่าไร

ฯลฯ

ก่อนหน้าที่คู่สมรสชาวอเมริกันจะต้องตัดสินใจตอบคำถามข้างต้น ทั้งคู่ได้เตรียมตัวมาก่อนหน้าตัดสินใจใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นานทีเดียว เริ่มจากคำถามว่า "ทำไมไม่รับเลี้ยงบุตรบุญธรรม" ซึ่งเวลานี้มีดาราดัง ๆ กำลังใช้วิธีนี้ น่าแปลกใจที่ผู้หญิงที่ใช้ไข่บริจาคต้องการมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ให้กำเนิดบุตร การให้นมลูก และส่วนมากสามีของเธอต่อต้านการรับบุตรบุญธรรม เพราะพวกเขาคิดว่ายังมีโอกาสเลือกยีนส์ของผู้บริจาคเองมากกว่าจะเสี่ยงกับการเลี้ยงบุตรบุญธรรม ซึ่งพ่อแม่ของเด็กเป็นใครหรือเป็นอย่างไรก็ไม่ทราบ และอย่างน้อยเด็กที่เกิดมายังมี**ร่องรอย**ของสามีอยู่บ้างไม่มากก็น้อย

ในระหว่างที่คัดเลือกว่า "ใคร" ควรเป็นผู้บริจาคไข่โดยการสืบค้นจากเว็บไซต์ หรือจากสมุดภาพของเอเย่นต์ที่เป็นผู้ประสานงาน (ซึ่งผู้ต้องการไข่บริจาคต้องจ่ายค่าธรรมเนียมจำนวนมิใช่น้อย) ผู้รับบริจาคไข่สามารถ

คัดเลือกผู้บริจาคหรือผู้เป็นแม่ของลูกในอนาคตจากรูปร่างหน้าตา สีผม สีตา น้ำหนักตัว ชาติพันธุ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา งานอดิเรก อาหารโปรด รายการโทรทัศน์ที่โปรด ฯลฯ รวมทั้งกลุ่มเลือดเพื่อให้ได้ลูกที่เหมือนกันมากที่สุด และเข้ากันได้มากที่สุด ในการตัดสินใจว่าจะเลือกไข่ของใคร สามีมักอนุโลมให้ภรรยาเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้าย นักจิตวิทยากล่าวว่าอาจเป็นเพราะภรรยาเป็นผู้บกพร่องทางภาวะเจริญพันธุ์จึงเป็นผู้เลือกไข่บริจาค อย่างไรก็ตาม มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าไม่มีทางรู้แน่ว่าข้อมูลของผู้บริจาคไข่ระบุ ไม่ว่าข้อมูลประวัติการแพทย์ ภูมิหลังต่างๆ เป็นเรื่องจริงหรือไม่ งานวิจัยหนึ่งของมหาวิทยาลัยนิวยอร์กเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้บริจาคไข่มักบอกน้ำหนักต่ำกว่าความจริง (อ้างใน Orenstein, 2007)

สำหรับค่าตอบแทนผู้บริจาคไข่ กรรมการจริยธรรมของ American Society for Reproductive Medicine (A.S.R.M.) (อ้างใน Orenstein, 2007) ออกประกาศว่าควรให้ค่าชดเชยแก่ผู้บริจาคไข่เป็นเงิน 5,000 เหรียญสหรัฐ เพื่อมิให้เป็นการหลอกลวงหรือจูงใจเกินควร ในทางปฏิบัติ ผู้บริจาคไข่ที่มีเชื้อสายยิว หรือชาวเอเชีย หรือเรียนในมหาวิทยาลัยชั้นนำของสหรัฐจะได้รับค่าตอบแทนสูงถึง 10,000-15,000 เหรียญสหรัฐ ส่วนในประเทศแคนาดาและฝรั่งเศส ไม่อนุญาตให้จ่ายเงินแก่ผู้บริจาคไข่ ในประเทศอังกฤษให้เงินชดเชยเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 500 เหรียญสหรัฐแต่ต้องแสดงใบเสร็จ

สำหรับคำถามว่า **ควรเปิดเผยให้ "ลูก" รู้หรือไม่ว่า** ใครเป็นผู้บริจาคไข่ งานวิจัยจำนวนมากพบว่าผู้รับบริจาคไข่ไม่บอกลูกให้รู้ถึงการกำเนิดของลูก งานของ Golombok (อ้างใน Orenstein, 2007) พบว่า เกือบร้อยละ 75 ของผู้ให้ข้อมูลไม่มีแผนที่จะบอกความลับเรื่องนี้แก่ลูก แต่ได้บอกคนอื่นๆ ว่าพวกเขาได้ใช้ไข่บริจาค แต่นักวิจัยบางคนแย้งว่า แนวโน้มในอนาคตน่าจะเป็นไปได้ที่พ่อแม่จะเปิดเผยกับลูกมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาปล่อยให้เป็นการตัดสินใจของ "พ่อแม่" แต่ในบางประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ไม่ยอมให้รับบริจาคไข่ถ้าไม่ระบุชื่อผู้บริจาค หลังจาก พ.ศ. 2548 เด็กที่เกิดจากการปฏิสนธิด้วยวิธีนี้จะได้รับรู้ว่าเขาเกิดมาได้อย่างไรหลังจากอายุครบ 18 ปีแล้ว นับตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ที่เริ่มมีการโต้แย้งกันในเรื่องนี้ พบว่าจำนวนผู้ลงทะเบียนบริจาคไข่ในอังกฤษลดลงถึงร้อยละ 25

การเปิดเผยที่มาของการปฏิสนธิ อาจเป็นสิ่งที่ผู้คนทั่วไปหวั่นเกรงมากเกินไปก็ได้ งานวิจัยของ Scheib (2006) ซึ่งศึกษาวัยรุ่นอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่รับรู้ชื่อผู้บริจาคสเปิร์ม พบว่าร้อยละ 80 สนใจที่ขอพบกับผู้บริจาค แต่มีไม่ถึงร้อยละ 7 ที่ต้องการมีสัมพันธภาพแบบพ่อ-ลูกกับผู้บริจาคสเปิร์ม

งานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งของ Nachtigall (2007) ที่ศึกษากลุ่มที่ตัดสินใจเปิดเผยความจริงแก่ "ลูก" และกลุ่มที่ไม่เปิดเผยความจริงแก่ "ลูก" ผู้เป็น "พ่อแม่" ที่ยอมเปิดเผย มองถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นภายหลังเมื่อเด็กได้รับรู้ข้อมูลจากบุคคลอื่นแทนการบอกเล่าของพ่อแม่ ซึ่งจะเป็นการทำลายความไว้เนื้อเชื่อใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วน "พ่อแม่" ที่ไม่อยากเปิดเผยเพราะเกรงว่าครอบครัวจะถูกตรวจสอบและถูกตีตราโดยสาธารณชน ซึ่งเป็นอันตรายแก่ครอบครัวของพวกเขามากกว่า

ในการศึกษาวิจัยระยะยาวของศูนย์วิจัยครอบครัว มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ ประเทศอังกฤษ เพื่อเปรียบเทียบ 4 กลุ่ม คือ ครอบครัวที่มีลูกจากการบริจาคสเปิร์ม ครอบครัวที่มีลูกจากการบริจาคไข่ ครอบครัวที่ใช้การผสมเทียมนอกมดลูก (IVF) แบบเก่า และหญิงที่ตั้งครรภ์ตามธรรมชาติ ในการสำรวจครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2549 พบว่าเด็กที่เกิดจากการรับบริจาคไข่หรือสเปิร์ม (ซึ่งขณะสำรวจมีอายุ 12 ปี) ส่วนมากไม่ได้รับการบอกเล่าถึงการกำเนิดของพวกเขา เด็กจากทั้ง 4 กลุ่ม สามารถปรับตัวได้ดีเท่าๆ กัน นอกจากนี้พบว่า พ่อแม่ที่มีลูกโดยการผสมเทียมทั้งการรับบริจาคไข่หรือสเปิร์มของพ่อแม่แท้จริง ให้ความสนใจกับชีวิตลูกมากกว่าพ่อแม่ที่มีลูกตามธรรมชาติ

ยังไม่มีการศึกษาขนาดใหญ่ถึงผลกระทบต่อจิตใจของเด็กที่ถูกเปิดเผยที่มาของการกำเนิดของเขา หรือผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว แต่จากงานวิจัยของ Scheib (2006) ไม่พบผลกระทบทางลบต่อกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับคำบอกเล่าว่า เขาเกิดจากสเปิร์มที่ได้รับบริจาค อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่คู่สมรสที่มีบุตรยาก จะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น ขณะที่**คำถามสำหรับการวิจัย**เกี่ยวกับเรื่องนี้ก็มีมากขึ้นเช่นกัน อาทิเช่น มีผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจ และสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีบุตรจากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หรือไม่ หรืออย่างไร หรือจะเกิดอะไรขึ้นถ้าผู้หญิงส่วนใหญ่อยากมีลูกแต่ไม่อยากมีสามี หรือประเทศที่ต้องการประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็วจะใช้เทคโนโลยีนี้ช่วยเพิ่มประชากรได้หรือไม่ ฯลฯ

---

**เอกสารอ้างอิง**

Inhorn, Marcia C. 2006. "He won't be my son." *Medical Anthropology Quarterly* 20(1): 94-120.

Nachtigall, Robert. 2007. "Strategies for disclosure: how parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes." *Fertility and Sterility* 87 (3): 524-33.

Orenstein, Peggy. 2007. "Your gamete, myself." *The New York Times Magazine,* 15th July 2007: 36-63.

Scheib, Joanna. 2006. "Impact of sperm donor information on parents and children". *Sexuality, Reproduction and Menopause* 4(1): 17-19.

# 4.3 อีกหนึ่งมิติของการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ

ภาณี วงษ์เอก

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## เกริ่นนำ

มีรายงานระบุว่า "หนึ่งในทุก ๆ คู่สมรสหกคู่ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คือ ผู้ที่ไม่มีความสามารถในการมีบุตร อัตราส่วนนี้ได้เพิ่มขึ้นเท่าตัวในรอบ 20 ปี" (Valentine 1988 อ้างใน Frisch 2008)

".....คุณแม่ผู้ให้กำเนิดที่รัก คุณรู้ไหมว่า พวกเราปลาบปลื้มเป็นที่สุด กับความรักที่คุณมีต่อลูกของคุณ การที่คุณได้มอบชีวิตลูกของคุณด้วยการทำแผนการมอบบุตรบุญธรรมนั้น ช่างเป็นความกล้าหาญ และเจตจำนงที่ต้องการมอบสิ่งที่ดีให้แก่ลูก แสดงถึงความมีจิตใจอันสูงส่งและอุ่นไปด้วยไอรัก **ลูกซึ่งทำให้เราผู้มีโชคดีที่ได้รับเขาเป็นลูกบุญธรรม** ไม่มีอะไรจะพูดอีกแล้ว นอกจากคำว่ารักสำหรับคุณแม่ผู้ให้กำเนิด.....เราเชื่อเหลือเกินว่าลูกคือของขวัญจากพระเจ้า เราทั้งสองรักเด็กและตื่นเต้น นับแต่วันที่เราได้นำเด็กซึ่งเป็นของขวัญอันล้ำค่า เข้ามาอยู่ในอ้อมอก พวกเราอยากให้คุณรู้เรื่องราวของเราบ้างจึงได้ส่งภาพถ่ายเหล่านี้มาให้ดู **ลูกของคุณเปรียบเสมือนปาฏิหาริย์จากพระเจ้า พวกเราไม่อยากได้อะไรมากไปกว่าการที่ได้ "ทารกปาฏิหาริย์ (miracle baby)" เข้าสู่อ้อมอกของเรา**....."

ข้อความข้างบนนี้เป็นจดหมายจากพ่อแม่บุญธรรมคู่หนึ่ง (James and Becky 2008) เขียนถึงแม่ผู้ให้กำเนิดผ่านทางแฟ้มข้อมูลของเด็ก (Family Profiles) อันแสดงถึงความชื่นชมและปลาบปลื้ม กับการที่ได้เป็นพ่อแม่ของเด็กที่เปรียบเสมือน "ของขวัญล้ำค่ามาก"

จากสถิติดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งข้อมูลที่แพร่หลายในกลุ่มคู่สมรสที่ไม่สามารถมีบุตรได้พบว่า การไม่เจริญพันธุ์ (infertility) ซึ่งในทางการแพทย์หมายถึงภาวะการมีบุตรยาก ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของคู่สมรส ส่วนความล้มเหลวของการใช้วิทยาการสมัยใหม่ช่วยในการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies) ของคู่สมรสก็ก่อให้เกิดผลเช่นเดียวกัน ประกอบกับค่าใช่จ่ายที่สูงในการใช้วิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ **ทำให้คู่สมรสเหล่านี้หันมาหาทางเลือกใหม่คือ การรับบุตรบุญธรรมจากต่างประเทศแทน แม้ว่าการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ มีขั้นตอนซับซ้อนยุ่งยาก แต่ก็เป็นสิ่งที่น่าแสวงหามาแทนที่ความล้มเหลวและความทุกข์ทรมานเหล่านั้น** (Curtis 2006; Desserich 2000; Martin 2000)

## ทำความรู้จักกับการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ

การรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ คือ การนำเด็กมาฝากไว้เพื่อการรับเป็นบุตรบุญธรรมนอกประเทศบ้านเกิดของเด็ก การรับบุตรบุญธรรมทำให้บุคคลหรือคู่สมรสกลายเป็นบิดามารดาที่ถาวร และถูกต้องตามกฎหมายของเด็กที่เกิดในอีกประเทศหนึ่ง โดยทั่วไปแล้ว บิดามารดาที่จะรับเด็กไว้อุปการะ จะต้องทำตามกฎหมายทั้งของประเทศที่ตนเองอยู่อาศัย และประเทศบ้านเกิดของเด็กเหล่านั้น

กฎหมายเกี่ยวกับการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศของแต่ละประเทศย่อมแตกต่างกัน แล้วแต่เจตนารมย์ในเรื่องนี้ เช่น จีน เวียดนาม และเกาหลีใต้ มีกระบวนการอย่างดี และมีการวางกฎเกณฑ์ไว้อย่างเข้มงวด สำหรับการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ ขณะที่บางประเทศห้ามการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศอย่างชัดเจน เช่น สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และบางประเทศ (โดยเฉพาะประเทศในแอฟริกาหลายประเทศ) ได้เพิ่มข้อเรียกร้องเรื่องถิ่นที่อยู่ของบิดามารดาที่ต้องการรับบุตรบุญธรรมให้มากขึ้น โดยหวังให้เกิดการยกเลิกรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศในที่สุด ส่วนบางประเทศ เช่น โรมาเนีย ได้ปิดการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศไปแล้ว

## สาเหตุการเป็นบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ

การเป็นบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศมีหลายสาเหตุ ได้แก่ พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดเสียชีวิตทั้งคู่และเป็นเด็กกำพร้าที่ถูกทอดทิ้งไว้ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า เด็กที่ถูกนำมาไว้โดยพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดยังมีชีวิตอยู่ เพราะไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กได้ เนื่องจากมีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรืออาจเป็นเพราะแรงกดดันทางครอบครัวของตนเอง หรือแรงกดดันอื่นๆ ส่วนผู้รับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศอาจรับเด็กไปเลี้ยงดู เพราะความเมตตาสงสาร หรืออาจเป็นเพราะหลีกเลี่ยงโรคที่จะสืบทอดไปถึงลูกตนเอง (inheritable diseases) หรือเกิดจากการไม่เจริญพันธุ์ของคู่สมรส (infertility)

เฉพาะในสหรัฐอเมริกามีข้อมูลของกระทรวงมหาดไทยว่า ในปี พ.ศ. 2549 พ่อแม่อเมริกันรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศถึง 17,842 คน เด็กๆ เหล่านี้มาจากหลายประเทศ ได้แก่ จีน (6,493 คน) กัวเตมาลา (4,135 คน) รัสเซีย (3,706 คน) เกาหลีใต้ (1,376 คน) เอธิโอเปีย (732 คน) คาซัคสถาน (587 คน) ยูเครน (460 คน) และไลบีเรีย (353 คน) (Wikipedia 2008b)

## ค่าใช้จ่ายในการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ

ค่าใช้จ่ายในการรับบุตรบุญธรรมสำหรับพ่อแม่บุญธรรม หรือความช่วยเหลือที่ได้รับจากการรับบุตรบุญธรรมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ บางประเทศถือว่า การเก็บค่าใช้จ่ายเป็นเงินเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ส่วนบางประเทศการรับบุตรบุญธรรมต้องดำเนินการโดยองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร แต่ก็มีโครงการการรับบุตรบุญธรรมหลายโครงการที่ให้เงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายบางอย่างแก่ผู้รับบุตรบุญธรรมด้วย

เขตอำนาจศาล (jurisdictions) บางแห่งมีมาตรการให้ลดหย่อนด้านภาษี เพื่อทดแทนค่าใช้จ่ายในการรับบุตรบุญธรรม ในสหรัฐอเมริกาให้สิทธิลดหย่อนภาษีถึง 10,390 เหรียญ สำหรับการรับบุตรบุญธรรม นอกจากนี้ยังมีกฎเกณฑ์ที่ระบุว่าใครบ้างที่ต้องจ่ายเงินและใครไม่ต้องจ่าย เช่น ไม่ต้องจ่ายเงินให้กับแม่ผู้ให้

กำเนิด นอกจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่อาจมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก เช่น ค่าธรรมเนียมตามกฎหมาย ค่าธรรมเนียมการสืบค้นผู้ต้องการรับบุตรบุญธรรม เป็นต้น

การรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศมีแนวโน้มที่จะเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และมีบ่อยครั้งที่มีค่าใช้จ่ายนอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายปรกติ เช่น พ่อแม่บุญธรรมอาจต้องจ่ายค่าเดินทางไปยังประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ของบุตรบุญธรรม หรือค่าธรรมเนียมการแปลเอกสารที่ใช้เพื่อดำเนินการตามกฎหมาย

## รูปแบบของการรับบุตรบุญธรรม

ในเขตอำนาจศาลโดยส่วนใหญ่ กระบวนการรับบุตรบุญธรรมเริ่มต้นจากการตัดสินใจของแม่ผู้ให้กำเนิด (หรือในบางกรณีทั้งพ่อและแม่) ที่จะมอบเด็กไว้ให้เป็นบุตรบุญธรรม พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาจจะเลือกครอบครัวที่ตนเองอยากให้เด็กไปอยู่ด้วยก็ได้ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับอำนาจศาลและกฎหมายท้องถิ่น พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาจรู้จักครอบครัวที่ต้องการให้รับบุตร หรืออาจพบคนซึ่งต้องการรับโดยการไปพบทนาย หรือสำนักงานให้บริการทางสังคม หรือค้นหาจากหน่วยงานรับบุตรบุญธรรมของของรัฐหรือเอกชน (การรับบุตรบุญธรรมที่เอกชนเป็นผู้จัดการ อาจเป็นเรื่องผิดกฎหมายในเขตอำนาจศาลบางประเทศ)

ในกรณีที่ผ่านสำนักงานฯ พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาจมีโอกาสได้เลือกครอบครัวบุญธรรมด้วยตนเอง โดยดูจากแฟ้มประวัติของพ่อแม่บุญธรรม (Parent profiles) และเลือกพ่อแม่ที่ต้องการจากแฟ้มประวัตินั้น หรือบางครั้งสำนักงานอาจเป็นผู้คัดเลือกให้ก็ได้ ในบางประเทศก็มีกฎหมายที่ยอมให้แม่ผู้ให้กำเนิดนำบุตรของตนมาไว้ที่โรงพยาบาล หน่วยงานดับเพลิง หรือสถานีตำรวจใกล้บ้านภายใน 10 วัน หลังการให้กำเนิดบุตร โดยไม่มีคำถามใดๆ กับมารดา

การรับบุตรบุญธรรมมี 3 แบบ จำแนกตามสิทธิ เงื่อนไข และการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุตรบุญธรรม พ่อแม่บุญธรรม และพ่อแม่ผู้ให้กำเนิด ได้แก่ แบบเปิดเผย แบบกึ่งเปิดเผย และแบบปิด (Wikipedia 2008a).

**การรับบุตรบุญธรรมแบบเปิดเผย** จะต้องมีฐานข้อมูลที่บุตรบุญธรรมสามารถค้นหาข้อมูล หรือต้นฉบับข้อมูลที่เก็บบันทึกไว้ เช่น เพื่อหาอายุที่ถูกต้องแน่นอน เป็นต้น ในประเทศอังกฤษ เมื่อบุตรบุญธรรมมีอายุ 18 ปี ก็มีสิทธิโดยอัตโนมัติที่จะได้รับสูติบัตร โดยอาจสืบค้นหาได้จากบันทึกการรับบุตรบุญธรรม ส่วนในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา เช่น แอละแบมา อะแลสกา แคนซัส นิวแฮมเชียร์ และออริกอน บุตรบุญธรรมทั้งผู้ใหญ่และเด็กสามารถสืบค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลได้

**การรับบุตรบุญธรรมแบบกึ่งเปิดเผย** พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาจพบกับพ่อแม่บุญธรรมหนึ่งครั้งหรือหลายครั้ง โดยหลังจากนี้จะไม่มีการพบกันอีกต่อไป แต่อาจมีการส่งจดหมายหรือรูปถ่าย ให้แก่กันโดยตรงหรือผ่านบุคคลที่สาม เช่น ติดต่อผ่านหน่วยงานรับบุตรบุญธรรม เป็นต้น ความสัมพันธ์แบบกึ่งเปิดเผยอาจถูกพัฒนาเป็นแบบเปิดเผยหรือแบบปิด

**การรับบุตรบุญธรรมแบบปิด** คือ การไม่ระบุว่าข้อมูลจะแบ่งปันกันระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ อย่างไร เช่น ประวัติการรักษาพยาบาล หรือสถานที่ที่นำเด็กไปไว้ เป็นต้น การรับบุตรบุญธรรมแบบปิดนี้ ทั้งพ่อแม่บุญธรรมและพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดจะไม่มีข้อมูลของกันและกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคำสั่งของศาล เช่น เมื่อเด็กถูกนำออกไปจากบ้านพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดโดยรัฐ เนื่องจากเด็กถูกทำร้ายหรือทอดทิ้ง แต่บางครั้งอาจเกิดขึ้นเพราะฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ต้องการติดต่อกันก็ได้

## กระบวนการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ

กระบวนการรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศของพ่อแม่บุญธรรมนั้น มีหลายประเทศต้องการให้ผู้ที่จะเป็นพ่อแม่บุญธรรมได้รับอนุญาตโดยผ่านขั้นตอนการยอมรับก่อน ในบางประเทศ ขั้นตอนการได้รับอนุญาตนี้ทำได้ที่ตัวแทนของรัฐเท่านั้น ขณะที่ในบางประเทศสามารถให้เอกชนเป็นตัวแทนได้ อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปกระบวนการจะเริ่มดังนี้

นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้เตรียมแฟ้มเอกสารที่บรรจุข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับผู้ที่จะเป็นพ่อแม่บุญธรรม เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการเงิน การตรวจสอบเบื้องต้น ลายพิมพ์นิ้วมือ บันทึกประวัติครอบครัว และข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น ข้อมูลที่ต้องการนี้อาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ระหว่างรัฐต่อรัฐในประเทศใหญ่ๆ เช่น รัสเซีย ก็อาจแตกต่างกัน เมื่อแฟ้มเอกสารเสร็จสมบูรณ์แล้ว แฟ้มจะถูกส่งไปเพื่อตรวจสอบในหน่วยงานที่มีหน้าที่ในประเทศของเด็กที่เป็นบุตรบุญธรรม

หลังจากแฟ้มข้อมูลพ่อแม่บุญธรรมได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้มีอำนาจหน้าที่ ในประเทศของเด็กที่เป็นบุตรบุญธรรมแล้ว ผู้ที่จะเป็นพ่อแม่บุญธรรมจึงจะได้รับอนุญาตให้รับเด็กได้ พ่อแม่บุญธรรมจะถูกนำไปจับคู่กับเด็กที่ตนเองต้องการเลือก โดยปกติพ่อแม่บุญธรรมมักจัดส่งข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่ตนต้องการ เช่น อายุ เพศ ประวัติการรักษาพยาบาล เป็นต้น เรียกว่า "ข้อมูลการส่งต่อ (referral)" ในช่วงนี้อาจมีการเดินทางรวมอยู่ด้วย พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาจเดินทางมาพบบุตรได้

พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเพิ่มเติม เพื่ออนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลการส่งต่อ แต่ในบางประเทศ เช่น คาซัคสถานจะไม่อนุญาตให้ทราบข้อมูลการส่งต่อ จนกว่าผู้ที่จะเป็นพ่อแม่บุญธรรมได้เดินทางมารับบุตรบุญธรรมแล้ว เรียกว่า "ส่งต่อบอด (blind referral)" ในบางประเทศพ่อแม่บุญธรรมอาจเดินทางไปมากกว่าหนึ่งครั้ง เพื่อที่จะดำเนินการตามขั้นตอนกฎหมายให้เสร็จสมบูรณ์ แต่บางประเทศอาจยอมให้เด็กเดินทางไปประเทศบ้านเกิดพ่อแม่บุญธรรม โดยพ่อแม่บุญธรรมไม่ต้องเดินทางไปประเทศของบุตรบุญธรรม

เมื่อได้รับบุตรบุญธรรมแล้วอาจมีขั้นตอนการปฏิบัติอีกหลายอย่าง เช่น ในสหรัฐอเมริกา จะต้องจัดทำเอกสารเพื่อให้เด็กเป็นพลเมืองของสหรัฐอเมริกาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หรือต้องดำเนินการรับเป็นบุตรบุญธรรมอีกครั้ง ภายใต้กฎหมายของสหรัฐอเมริกา เด็กบุญธรรมต่างชาติจะได้ฐานะเป็นพลเมืองโดยอัตโนมัติก็ต่อเมื่อพ่อหรือแม่บุญธรรมคนใดคนหนึ่งเป็นพลเมืองสหรัฐอเมริกา ตามพระราชบัญญัติความเป็นพลเมืองของเด็ก (Child Citizenship Act 2000) (Wikipedia 2008b)

หลังจากได้รับเด็กไว้เป็นบุตรบุญธรรมแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ต้องติดตามเยี่ยมเด็ก (post placement) อีกครั้งหนึ่งหรือหลายครั้ง การติดตามเยี่ยมเด็กนี้จัดโดยตัวแทนองค์กรที่รับเป็นบุตรบุญธรรม หรือทนายที่มาจากประเทศของเด็กที่เป็นบุตรบุญธรรม

## ผลที่ตามมาและปัญหาที่เกิดขึ้น

การรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศ มีทั้งทางผลดีและผลเสีย ผลดีคือ เด็กได้มีโอกาสรับการศึกษาและได้รับการเลี้ยงดูที่ดีกว่า ส่วนผลเสียคือ อาจทำให้มีการซื้อขายเด็ก การนำเด็กไปอย่างผิดกฎหมาย หรือการลักพาตัวเด็ก ส่วนในตัวของเด็กเองก็อาจเกิดการสูญเสียวัฒนธรรมหรืออัตลักษณ์ของตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาทางจิต และฆ่าตัวตาย

สรุปแล้ว การรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศเป็นการแบ่งปันความสุขระหว่างคนต่างสีผิว ต่างศาสนา และต่างวัฒนธรรมของประชาคมโลก กิจกรรมนี้มีประโยชน์มหาศาลกับบุคคล 3 ฝ่าย อย่างเท่าเทียมกันคือ เด็ก พ่อแม่ผู้ให้กำเนิด และพ่อแม่บุญธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่โลกยังเผชิญกับปัญหาความยากจนหิวโหย ความไม่มีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ความไม่มั่นคงทางการเมือง และความขัดแย้งระหว่างประเทศ

การรับบุตรบุญธรรมระหว่างประเทศอาจส่งผลโดยอ้อม ทำให้ปัญหาของโลกบรรเทาเบาบางลง นอกเหนือไปจากผลโดยตรงต่อคู่สมรสที่ไม่สามารถมีบุตรได้ คือช่วยปลดเปลื้องความรู้สึกเจ็บปวด ล้มเหลว และความสิ้นเปลืองกับการใช้วิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าปาฏิหาริย์มีจริง คู่สมรสบางคู่อาจมีลูกของตนเองได้ เรื่องนี้ได้มีการศึกษาวิจัยด้านจิตวิทยาการไม่เจริญพันธุ์ของคู่สมรส ในราวปี พ.ศ. 2493 ซึ่งเป็นยุคที่การไม่เจริญพันธุ์ของคู่สมรสเป็นเรื่องที่กล่าวถึงมากที่สุด และในยุคนั้นมีเงื่อนไขว่า การรับบุตรบุญธรรมจะทำได้ก็ต่อเมื่อคู่สมรสไม่สามารถมีบุตรเองได้ โดยผลการวิจัยพบว่า การรับบุตรบุญธรรมช่วยปลดเปลื้องปัจจัยทางจิตที่ยับยั้งการเจริญพันธุ์ และยอมให้มีการปฏิสนธิได้ (Handson and Rock 1950)

สำหรับประเทศไทย หากคู่สมรสใดไม่อาจเลือกใช้วิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ได้ หรือยังมีความเชื่อว่าครอบครัวต้องมีพร้อมทั้ง **"พ่อ แม่ และลูก"** หากพิจารณารับบุตรบุญธรรม ก็อาจจะช่วยเยียวยาจิตใจได้ อย่างน้อยที่สุดก็ทำให้เด็กๆ ที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กหรือมูลนิธิเด็กกำพร้า ได้รับอุ่นไอรักจากครอบครัวพ่อแม่บุญธรรม **ทั้งนี้เพราะเด็กคือผ้าขาวบริสุทธิ์ ถ้าเขาเติบโตในสภาพแวดล้อมของครอบครัวพ่อแม่บุญธรรมที่อุ่นไปด้วยไอรัก** เขาย่อมเป็นเด็กที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

## เอกสารอ้างอิง

Curtis, Jan. 2006. *Coping with Infertility*. http://www.comeunity.com/adoption/infertility/Janstory.html (accessed 21st February 2008).

Desserich, Tracy. 2000. *Intrusive Questions - International Adoption and Infertility*. http://www.comeunity.com/adoption/infertility/questions-internationadoption.. (accessed 21st February 2008).

James and Becky. 2008. *Parentprofiles*. http://www.parentprofiles.com/profiles/db21758.html (accessed 21st February 2008).

Frisch,Laurie. 2008. *Is adoption LOVE - or is Adoption BIG BUSINESS?* http://www.motherhelp.info/adoption_business.html (accessed 23rd February 2008).

Martin, Allison. 2000. *Choosing Adoption after Infertility*. http://www.comeunity.com/adoption/infertility/adoption.html (accessed 21st February 2008).

Handson, Frederick and John Rock. 1950. *The Effect of Adoption on Fertility and Other Reproductive Functions*. http://www.uoregon.edu/~adoption/archive/HandsonRockEAFORF.html (accessed 21st February 2008).

Wikipedia. 2008a. *Adoption*. http://en. Wikipedia.org/wiki/Adiopted_child (accessed 25th December 2008).

Wikipedia. 2008b. *International Adoption*. http://en. Wikipedia.org/wiki/International_adoption (accessed 19th February 2008).

# 4.4 สิทธิของเด็กและวัยรุ่นในแดนผู้ดี

อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ
*รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## เกริ่นนำ

จากประวัติศาสตร์อันยาวนาน บ่อเกิดของการล่วงละเมิดสิทธิเด็กมาจากการให้สิทธิเป็นเจ้าของเด็กตั้งแต่สมัยโรมันพ่อมีอำนาจในตัวเด็กและจะทำอย่างไรกับเด็กก็ได้ เด็กเล็กอายุเพียง 5 ขวบในอังกฤษถูกล่ามโซ่และเฆี่ยนตีให้ทำงานในเหมืองและโรงงานวันละ 16 ชั่วโมง ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2413 - 2473 มีเด็กอังกฤษกว่า 8,000 คน ถูกนำไปเป็นแรงงานทาสในแคนาดา ซึ่งใน พ.ศ. 2417 นางเอ็ตต้า วีลเล่อร์ (Etta Wheeler) ได้เริ่มรณรงค์ให้มีการปกป้องเด็กจากการถูกทารุณ มีการยกเลิกสิทธิที่พ่อแม่เป็นเจ้าของเด็กในอเมริกาเหนือ นำไปสู่การออกกฎหมายป้องกันไม่ให้เด็กถูกล่วงละเมิด เมื่อองค์การสหประชาชาติให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของเด็กมีผลให้อังกฤษออกกฎหมายปกป้องเด็กด้วยเช่นกัน (Davis et al. 1999) กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและวัยรุ่นในอังกฤษได้ผ่านการพิจารณา แก้ไขให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของคนอังกฤษ เพื่อแก้ปัญหาที่มีอยู่และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเดิมซ้ำอีก และเพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กและวัยรุ่นในอังกฤษ การรับรู้สิทธิของตนเองของเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ

แม้ว่ากฎหมายอังกฤษระบุไว้ชัดเจนว่า ผู้ที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องรับผิดชอบในการกระทำผิดกฎหมายของตนเองก็ตาม (UNICEF 2007) แต่กฎหมายอังกฤษก็ถือว่าเด็กและวัยรุ่น (ผู้มีอายุน้อยกว่า 18 ปี) ยังต้องการคนคอยดูแลและต้องมีผู้ช่วยตัดสินใจให้ จึงยังให้ความคุ้มครองเด็กและวัยรุ่นต่างจากผู้ใหญ่ (ผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป) ซึ่งสิทธิเหล่านี้จะมีการสอนในโรงเรียนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นในอังกฤษได้รับรู้สิทธิของตนจะได้รู้จักใช้สิทธิของตนเมื่อถูกล่วงละเมิดและจะได้รู้จักควบคุมตนเองที่จะไม่ล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่นด้วย แต่ส่วนใหญ่เด็กและวัยรุ่นถูกจัดเป็นคนกลุ่มเดียวกันตามที่ระบุในกฎหมายอังกฤษ บทความนี้จึงต้องกล่าวถึงสิทธิของเด็กและวัยรุ่นไปพร้อมกันด้วย แต่จะกล่าวถึงเพียงบางสิทธิเท่านั้น

## สิทธิในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

กฎหมายอังกฤษ (The Central Office of Information 2007) ระบุชัดเจนว่าเป็นการผิดกฎหมายหากให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยกเว้นกรณีที่มีเหตุผลทางการแพทย์และจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ นอกจากนี้

- ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี สามารถเข้าผับ[1] ได้ถ้ามีผู้ใหญ่ดูแล แต่ห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยังห้ามเข้าผับที่เคยมีปัญหาเรื่องให้เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- วัยรุ่นอายุ 16-17 ปี สามารถดื่มเบียร์ เหล้าองุ่น หรือไซเดอร์[2] ในระหว่างรับประทานอาหารได้ ถ้าผู้ใหญ่เป็นผู้ซื้อและมีผู้ใหญ่ทานอาหารร่วมด้วย แต่ก็ยังเป็นการผิดกฎหมายถ้าเด็กและวัยรุ่นจะดื่มวิสกี้ หรือเหล้าในผับ แม้จะดื่มในระหว่างรับประทานอาหารก็ตาม
- เป็นการผิดกฎหมายหากผู้ที่อายุไม่ถึง 18 ปี ซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผับ หรือซื้อจากสถานที่อื่นๆ หรือซื้อให้ผู้อื่น ในขณะเดียวกันก็ยังผิดกฎหมายถ้าผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซื้อเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เด็กหรือวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ดื่มในผับหรือในที่สาธารณะ

## สิทธิในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ และการแต่งงาน

กฎหมายอังกฤษ (Brook 2007b, 2007c, 2007d) ระบุชัดเจนว่า เป็นการผิดกฎหมายหากมีการจงใจสัมผัสเด็กหญิงหรือชายด้วยความรู้สึกทางเพศ แม้ว่าคนอังกฤษดูจะมีเสรีภาพทางเพศมากก็ตาม แต่ผู้ใหญ่เท่านั้นที่มีสิทธิในเรื่องนี้ ส่วนเด็กและวัยรุ่นที่อายุไม่ถึง 16 ปี ไม่มีสิทธิตัดสินใจเอง นอกจากนี้กฎหมายยังระบุอีกว่า

- การมีเพศสัมพันธ์กับเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี ถือว่าผู้กระทำมีความผิดร้ายแรงมาก แบบว่าจะแก้ตัวอย่างไรก็ฟังไม่ขึ้น เช่น ถ้ามีการล่วงล้ำเข้าไปในร่างกายเด็ก ไม่ว่าจะเป็นทางปาก หรือทางอวัยวะเพศหรือทางทวารหนักก็ตาม ผู้ล่วงละเมิดมีโอกาสได้รับโทษถึงจำคุกตลอดชีวิต หรือหากสัมผัสเพียงภายนอกก็ยังมีโอกาสได้รับโทษจำคุกถึง 14 ปี
- การมีเพศสัมพันธ์กับเด็กอายุ 13-15 ปี ซึ่งรวมถึงการใช้อวัยวะของร่างกายสัมผัสโดยตรง หรือการสัมผัสผ่านสิ่งอื่น เช่น สัมผัสผ่านเสื้อผ้า หรือล้วงเข้าไปในเสื้อผ้า หากผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไปกระทำการดังกล่าวกับเด็กเหล่านี้ ผู้กระทำมีโอกาสได้รับโทษจำคุกถึง 14 ปี หรือแม้ผู้ที่อายุไม่ถึง 18 ปี ก็ตาม หากกระทำการดังกล่าวก็มีโอกาสถูกจำคุกถึง 5 ปี ไม่ว่าผู้ที่กระทำความผิดจะอ้างว่า คิดว่าผู้ที่ตนกระทำด้วยนั้นมีอายุ 16 ปีขึ้นไปแล้วก็ตาม
- วัยรุ่นอายุ 16 ปี แต่ยังไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ ถ้าต้องการแต่งงาน จะต้องได้รับการยินยอมจากพ่อแม่หรือจากผู้ปกครอง ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีอายุครบ 18 ปี จึงจะมีสิทธิตัดสินใจเรื่องการแต่งงานได้ด้วยตนเอง

---

1 วัฒนธรรมอังกฤษถือว่า "ผับ" หรือร้านเหล้า เป็นสถานที่สำหรับผู้คนมาสังสรรค์กัน

2 เบียร์ เหล้าองุ่น หรือไซเดอร์ ถือว่ามีแอลกอฮอล์ในระดับต่ำ ส่วนวิสกี้ หรือเหล้า มีแอลกอฮอล์ในระดับสูง

## สิทธิในการทำแท้ง

การทำแท้งเป็นการทำที่ผิดกฎหมาย แต่กฎหมายอังกฤษยังอนุญาตให้แพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ทำแท้งให้แก่หญิงชาวอังกฤษที่มีอายุเท่าไรก็ได้ หากแพทย์ 2 คน มีความเห็นตรงกันว่าเธอทำแท้งได้ด้วยเหตุผลข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ และต้องทำภายในโรงพยาบาลรัฐ หรือโรงพยาบาลที่สาธารณสุขท้องถิ่นให้คำรับรอง (Brook 2007a)

- การตั้งครรภ์อาจทำให้หญิงที่ตั้งครรภ์เสียชีวิตได้
- เพื่อป้องกันอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของหญิงที่ตั้งครรภ์
- เด็กที่เกิดมาจะพิการทางกายหรือทางจิต
- ในกรณีที่ครรภ์ยังไม่เกิน 24 สัปดาห์ และการตั้งครรภ์อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือต่อจิตใจของหญิงที่ตั้งครรภ์
- ในกรณีที่ครรภ์ยังไม่เกิน 24 สัปดาห์ และการตั้งครรภ์อาจเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือต่อจิตใจของลูกๆ ของหญิงที่ตั้งครรภ์

ขณะเดียวกันก็ไม่มีใครมีสิทธิบังคับให้หญิงอายุน้อยกว่า 16 ปี เข้ารับการทำแท้งหากเธอไม่ต้องการทำ หากหญิงอายุน้อยกว่า 16 ปี ต้องการทำแท้งจะต้องได้รับคำยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง แต่ก็มีข้อยกเว้นว่าหญิงอายุน้อยกว่า 16 ปี มีสิทธิตัดสินใจทำแท้งได้โดยไม่ต้องได้รับคำยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ถ้าแพทย์เห็นว่าเธอมีวุฒิภาวะเพียงพอและมีวิจารณญาณดีพอที่จะเข้าใจการทำแท้ง และเพื่อประโยชน์สูงสุดของตัวเธอเอง

ยังมีสิทธิตามกฎหมายสำหรับเด็กและวัยรุ่นอีกมากที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิในการได้รับการศึกษา สิทธิในการได้รับเงินเลี้ยงดูจากรัฐ เป็นต้น และนอกจากการให้สิทธิเด็กและวัยรุ่นตามกฎหมายแล้ว อังกฤษยังมีองค์กรเอกชน เช่น **กลุ่มร่วมด้วยช่วยกันเพื่อป้องกันเด็กจากอันตราย** (Working Together to Safeguard Children from Harm) โดยคนกลุ่มนี้จะพยายามดูแล และปกป้องเด็กและวัยรุ่นอย่างเต็มที่ รวมทั้งให้เด็กหรือวัยรุ่นที่ประสบปัญหาสามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องเสียค่าโทรศัพท์

## สถานการณ์การละเมิดสิทธิเด็กในอังกฤษ

แม้กฎหมายอังกฤษจะมีบทลงโทษที่เคร่งครัด และมีการสอนให้เด็กและวัยรุ่นรู้จักสิทธิของตนเองก็ตาม แต่จำนวนเด็กและวัยรุ่นชายและหญิงในอังกฤษที่ถูกล่วงละเมิดสิทธิก็ยังมีจำนวนมากแม้จำนวนเด็กที่ถูกล่วงละเมิดสิทธิใน พ.ศ. 2547 ลดน้อยลงร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2537 ก็ตาม แต่จำนวนดูจะเพิ่มขึ้นอีกใน พ.ศ. 2550 กล่าวคือ ผู้ที่ถูกล่วงละเมิดสิทธิแล้วได้รับการคุ้มครองมีจำนวนถึง 26,600 คนใน พ.ศ. 2546; 26,300 คน ใน พ.ศ. 2547; 25,900 คน ใน พ.ศ. 2548; 26,400 คน ใน พ.ศ. 2549; เพิ่มเป็น 27,920 คน ใน พ.ศ. 2550 ซึ่งแยกเป็นชาย 14,150 คน หญิง 13,360 คน และยังอยู่ในครรภ์มารดา 410 คน (NSPCC 2008) ซึ่งจำนวนเหล่านี้ไม่นับรวมผู้ที่ถูกล่วงละเมิดสิทธิแต่ไม่ได้เข้ารับการคุ้มครอง อาจกล่าวได้ว่า ทุกสัปดาห์จะมีเด็กหรือวัยรุ่นในอังกฤษถูกล่วงละเมิดถึงตายอย่างน้อย 1 คน (Coleman et al. 2007) เมื่อมีการล่วงละเมิดเกิดขึ้นกับเด็กหรือวัยรุ่นนั้น โดยส่วนมากกว่าจะมีคนรู้ก็สายเสียแล้ว เพราะผู้ที่ถูกล่วงละเมิดมักจะหาทางออกโดยการฆ่าตัวตายไปแล้ว หรือมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานไปตลอดชีวิต มีเพียงส่วนน้อยที่ผู้ถูกล่วงละเมิดสามารถขจัดความเจ็บปวดออกไปและมีชีวิตอยู่ได้อย่างคนปรกติ หรือกล้าออกมาเรียกร้องให้ลงโทษผู้ที่ล่วงละเมิดตนเองในขณะที่ตนเองยังเด็ก

## ศึกษาเขาแล้วดู “เรา”

ในสังคมไทย การล่วงละเมิดสิทธิก็มีให้เห็น ให้ได้ยินข่าวกันอยู่เสมอ หากจะมีการสอนให้เด็กและวัยรุ่นไทยรู้จักใช้สิทธิของตนเองแล้ว **สิ่งที่ต้องสอนควบคู่ไปด้วยคือการสอนให้เขารู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่นด้วย เพื่อที่เขาจะได้ไม่กระทำการล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่นอีกด้วย** และคงจะดีหากพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ครู อาจารย์ และเราทุกคนจะสอนลูก สอนหลาน สอนคนรอบข้าง พร้อมทั้งเตือนตนเองด้วยว่า **แม้ความสัมพันธ์ทางเพศจะเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่การมีเพศสัมพันธ์จะปล่อยตามธรรมชาติไม่ได้ จะต้องฝึกควบคุมตนเองให้กระทำในเวลาที่ถูกต้องในสถานที่ที่เหมาะสม และกับคนที่สมควรเท่านั้น**

การทำแท้งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ **จึงน่าจะแก้ที่ต้นเหตุคือการไม่มีเพศสัมพันธ์หากยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบในผลที่ตามมา และจะเป็นการดีถ้าจะมีการสั่งสอนกันทั้งชายและหญิงให้รู้จักจัดการกับความต้องการทางเพศของตนเองอย่างถูกวิธี** เช่น เล่นดนตรี หรือเล่นกีฬา เป็นต้น เพื่อลดความหมกมุ่นทางเพศ **แต่หากมีความต้องการทางเพศอย่างมากอาจใช้การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองแทนที่จะไปล่วงละเมิดทางเพศผู้อื่น**

ยิ่งหากได้รับความร่วมมือจากผู้ประกอบธุรกิจต่างๆ ที่ช่วยลดการเน้นเรือนร่าง และลดการแสดงออกทางเพศผ่านสื่อต่างๆ เปลี่ยนเป็นการเน้นที่ความงามของจิตใจก่อนความงามของร่างกายแล้วโลกใบนี้คงจะสงบสุขและน่าอยู่สำหรับลูกหลานของเราเป็นแน่

**หากคุณต้องการให้ตัวคุณ ครอบครัวและญาติพี่น้องของคุณมีความสุข และสังคมไทยอยู่กันอย่างสันติ ผู้คนมีความสุข คงต้องเริ่มที่ตัวคุณเองก่อน ถามตัวคุณเองว่า วันนี้ คุณหยุดล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่นแล้วหรือยัง?**

---

**เอกสารอ้างอิง**


Brook. 2007a. *Abortion*. http://www.brook.org.uk/content/M5_7_abortion.asp (accessed 18th March 2008).

_____. 2007b. *Consent to Sexual Relationships*. http://www.brook.org.uk/content/M5_1_consent.asp (accessed 18th March 2008).

_____. 2007c. *Your Rights to Get Married*. http://www.brook. org.uk/content/M1_2_getmarried.asp (accessed 18th March 2008).

_____. 2007d. *Your Rights to Have Sex*. http://www.brook. org.uk/content/M1_1_havesex.asp (accessed 18th March 2008).

Coleman, Kathryn, Krista Jansson, Peter Kaiza, and Emma Reed. 2007. *Homicides, Firearm Offences and Intimate Violence 2005/2006*. London: Home Office. http://www.dfes.gov.uk/rs gateway/DB/SFR/s000742/index.html (accessed 2nd March 2008).

Davis, Gwynn, Laura Hoyano, Caroline Keenan, Lee Maitland and Rod Morgan. 1999. *An Assessment of the Admissibility and Sufficiency of Evidence in Child Abuse Prosecutions*. Department of Law, University of Bristol. http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-childab use.pdf (accessed 17th January 2008).

NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children). 2008. *Child Protection Register Statistics - England 2003-2007*. http://www.nspcc.org.uk/Inform (accessed 1st April 2008).

The Central Office of Information. 2007. *Alcohol, your Child and the Law*. http://www.direct.gov.uk/e n/Parents/ Yourchildshealthandsafety/WorriedAbout/DG_10026210 (accessed 2nd April 2008).

UNICEF. 2007. *Special Protections Progress & Disparity. Old enough to be a criminal?* http://www. unicef.org/ pon97/p56a.htm (accessed 2nd April 2008).

# 4.5 ดัชนีชี้วัดพลังสตรี

อุมากรณ์ ภัทรวาณิชย์

*อาจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## นำเรื่อง

มีความพยายามที่จะวัดความแตกต่างระหว่างหญิงชาย[1] ด้วยดัชนีต่างๆ กัน เช่น องค์การสหประชาชาติเสนอดัชนี 2 ตัว คือ ดัชนีพัฒนาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย[2] (Gender-related Development Index - GDI) และดัชนีวัดพลังหญิงชาย (Gender Empowerment Measure - GEM) ดัชนีพัฒนาเกี่ยวกับหญิงชายเป็นดัชนีที่ประยุกต์มาจากดัชนีพัฒนามนุษย์[3] (Human Development Index - HDI) แต่ดัชนีพัฒนาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย[4] พิจารณาความแตกต่างของหญิงชายของตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ การมีชีวิตและสุขภาพที่ยืนยาว การศึกษา และมาตรฐานการครองชีพ สำหรับดัชนีวัดพลังหญิงชายเป็นดัชนีที่วัดความเท่าเทียมกันของหญิงกับชายใน 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจทางการเมือง การตัดสินใจทางเศรษฐกิจ และอำนาจในทรัพยากรเศรษฐกิจ

นอกจากสหประชาชาติแล้ว กลุ่มวิเคราะห์เศรษฐกิจโลก (The World Economic Forum) ก็ได้จัดทำดัชนีช่องว่างหญิงชายโลก (Global Gender Gap Index) ขึ้น โดยพิจารณาเปรียบเทียบความเท่าเทียมระหว่างหญิง

---

1 ปกติทั่วไปจะใช้คำว่า "ความแตกต่างระหว่างชายหญิง" แต่เมื่อใช้ "ความแตกต่างระหว่างหญิงชาย" แสดงว่าเป็นมุมมองของ "สิทธิสตรี" หรือ "สตรีนิยม"

2 บทบาทหญิงชายในที่นี้ ใช้แทนคำว่า "เพศสภาพ" (gender)

3 **ดัชนีพัฒนามนุษย์** (Human Development Index - HDI) ประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 3 มิติ คือ 1. การมีชีวิตยืนยาวและมีสุขภาพดี (วัดโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด - Life Expectancy at Birth) 2. การศึกษา (วัดด้วยอัตราการรู้หนังสือ - Adult Literacy Rate และอัตราการเข้าเรียนสุทธิ - Gross Enrolment Rate) 3. มาตรฐานการดำรงชีวิต (วัดด้วยผลิตภัณฑ์ภายในประเทศมวลรวมต่อหัว - GDP per capita)

4 **ดัชนีพัฒนาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย** (Gender-related Development Index - GDI) เป็นดัชนีที่ประยุกต์มาจากดัชนีพัฒนามนุษย์ ใช้ตัววัด 3 มิติเช่นเดียวกับดัชนีพัฒนามนุษย์ แต่จับประเด็นความไม่เท่าเทียมกันของหญิงและชาย ซึ่งหมายความว่า แต่ละตัววัดของแต่ละมิติต้องแยกเป็นเพศหญิงและชาย

ชายด้วยตัวชี้วัด 4 มิติ คือ 1. การมีส่วนร่วมและโอกาสทางเศรษฐกิจ 2. การได้รับการศึกษา 3. พลังทางการเมือง และ 4. สุขภาพและการรอดชีพ ดังนั้น ดัชนีช่องว่างหญิงชายโลกนี้จึงเหมือนกับนำเอาตัวชี้วัดของดัชนีพัฒนาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและดัชนีวัดพลังหญิงชายมารวมกัน

ในที่นี้จึงขอนำดัชนีช่องว่างหญิงชายโลกของกลุ่มวิเคราะห์เศรษฐกิจโลกมาอธิบายว่า ตัวชี้วัดแต่ละด้านนั้นวัดกันอย่างไร นอกจากนี้ยังจะแสดงผลการจัดอันดับของประเทศต่าง ๆ ด้วยดัชนีช่องว่างหญิงชายโลก เมื่อปี พ.ศ. 2550 ให้เห็นด้วย

## มิติ 4 ด้านของดัชนีช่องว่างหญิงชายโลก

มิติของดัชนีช่องว่างหญิงชายโลกเน้นที่การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ ดังตาราง 1 ที่ได้แสดงให้เห็นมิติทั้ง 4 ด้าน และตัววัดทั้ง 14 ตัว

**ตาราง 1 องค์ประกอบของดัชนีช่องว่างหญิงชายโลก**

| มิติ | ตัววัด |
|---|---|
| **การมีส่วนร่วมและโอกาสทางเศรษฐกิจ** (Economic Participation and Opportunity) | ● อัตราส่วนหญิงต่อชายในการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของหญิงต่อชาย<br>● ความเท่าเทียมด้านค่าจ้างระหว่างหญิงชายในงานที่เหมือนกัน (แล้วแปลงเป็นอัตราส่วนหญิงต่อชาย)<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายของค่าจ้างแรงงาน<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายของผู้บัญญัติกฎหมายข้าราชการระดับอาวุโส และผู้บริหาร ผู้จัดการ<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่าง ๆ และวิชาชีพเทคนิคสาขาต่าง ๆ |
| **การได้รับการศึกษา** (Educational Attainment) | ● อัตราส่วนหญิงต่อชายในการรู้หนังสือ<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายในการเข้าศึกษาระดับประถมศึกษา<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายในการเข้าศึกษาระดับมัธยมศึกษา<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายในการเข้าศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป |
| **พลังทางการเมือง** (Political Empowerment) | ● อัตราส่วนหญิงต่อชายของที่นั่งในรัฐสภา<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายของตำแหน่งระดับบริหาร/จัดการทางการเมือง<br>● อัตราส่วนหญิงต่อชายของจำนวนปีของการอยู่ในตำแหน่งระดับบริหารสำคัญทางการเมือง (50 ปี ที่ผ่านมา) |
| **สุขภาพและการรอดชีพ** (Health and Survival) | ● อัตราส่วนหญิงต่อชายของอายุคาดเฉลี่ย<br>● อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด (ชายต่อหญิง[5]) |

**ที่มา** : Hausman et al. (2007)

[5] อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิดในทางประชากรศาสตร์วัดด้วยจำนวนเด็กเกิดเพศชาย ต่อจำนวนเด็กเกิดเพศหญิง 100 คน

### มิติการมีส่วนร่วมและโอกาสทางเศรษฐกิจ

มิตินี้เน้นไปที่แนวคิด 3 แนว คือ ความแตกต่างระหว่างเพศของการมีส่วนร่วม ความแตกต่างในเรื่องค่าจ้าง และความแตกต่างในเรื่องความก้าวหน้าในการทำงาน ดังนั้น ตัววัดของการมีส่วนร่วมจึงวัดด้วยอัตราของความแตกต่างระหว่างหญิงต่อชายในการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ความแตกต่างในค่าจ้างจึงมุ่งไปที่ตัววัดของอัตราส่วนหญิงต่อชายของรายได้ และความเท่าเทียมด้านค่าจ้างระหว่างหญิงชายในงานที่เหมือนกัน แนวคิดของความแตกต่างในเรื่องความก้าวหน้าในการทำงานนั้น พิจารณาจากอัตราส่วนหญิงต่อชายของตำแหน่งในการทำงานระดับการบัญญัติกฎหมาย ผู้บริหารระดับสูง-อาวุโส รวมถึงอัตราส่วนหญิงต่อชายของตำแหน่งในการทำงานระดับวิชาชีพต่าง ๆ และด้านเทคนิค

### มิติการได้รับการศึกษา

มิติด้านการได้รับการศึกษานั้นดูที่ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายในการเข้าถึงการศึกษา โดยใช้อัตราส่วนของหญิงต่อชายในการได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป ส่วนการมองภาพในระยะยาวระดับประเทศของความเท่าเทียมกันในด้านการศึกษา คือ อัตราการรู้หนังสือของหญิงต่ออัตราการรู้หนังสือของชาย

### มิติพลังทางการเมือง

มิตินี้ได้รวมตัววัดของความแตกต่างระหว่างหญิงชายในด้านการตัดสินใจทางการเมืองในตำแหน่งระดับสูง โดยพิจารณาจากอัตราส่วนหญิงต่อชายในระดับบริหารหรือจัดการทางการเมือง อัตราส่วนหญิงต่อชายของที่นั่งในรัฐสภา นอกจากนี้ยังรวมถึงอัตราส่วนหญิงต่อชายในด้านจำนวนปีที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารสำคัญทางการเมือง เช่น นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี หรือประธานาธิบดี ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา *ข้อจำกัดของมิตินี้ คือ การขาดหายไปของตัววัดที่เน้นไปที่ความแตกต่างระหว่างหญิงชายในด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองในระดับท้องถิ่น*

### มิติสุขภาพและการรอดชีพ

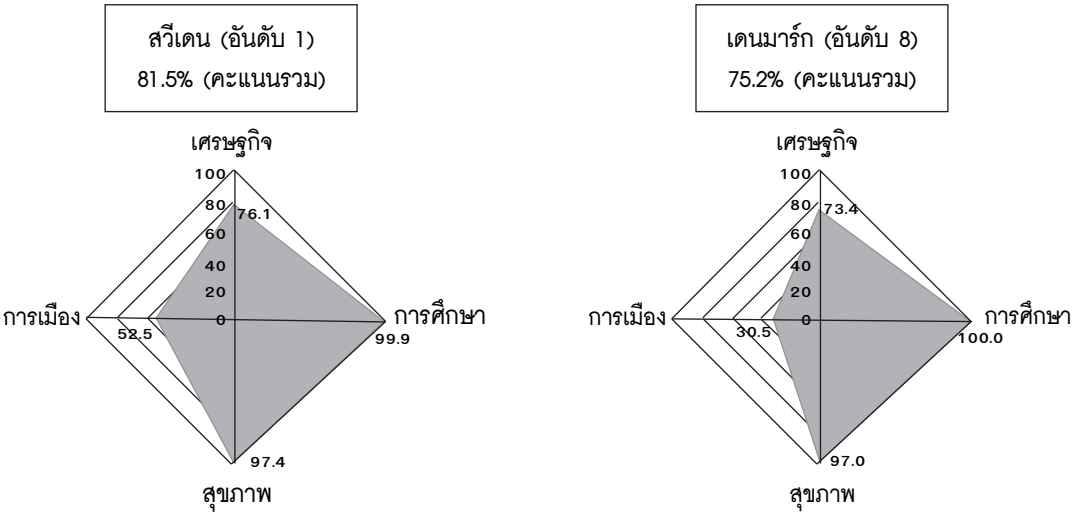
มิตินี้พยายามที่จะให้ภาพรวมของความแตกต่างระหว่างหญิงชายด้านสุขภาพ โดยใช้ตัววัด 2 ตัว คือ 1. ความแตกต่างหญิงชายของอายุคาดเฉลี่ย และ 2. อัตราส่วนเพศเมื่อแรกเกิด (หญิงต่อชาย) ตัววัดที่สองนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้เห็นปรากฏการณ์ของ "การหายไปของเพศหญิง" ในประเทศที่มีแนวโน้มที่จะชอบลูกชายมากกว่าลูกสาว

## ผลการจัดอันดับในปี พ.ศ. 2550

ประเทศที่ถูกจัดอันดับมีทั้งหมด 128 ประเทศ แต่ประเทศ 5 ประเทศ ซึ่งถูกจัดเป็นอันดับต้นๆ นั้น เป็นประเทศที่ติดอันดับ 10 อันดับแรกมาตลอด ไม่ว่าจะจัดลำดับด้วยดัชนีใดก็ตาม ได้แก่ สวีเดน (อันดับ 1) นอร์เวย์ (อันดับ 2) ฟินแลนด์ (อันดับ 3) ไอซ์แลนด์ (อันดับ 4) และเดนมาร์ก (อันดับ 8) ประเทศทั้ง 5 ประเทศนี้ ตั้งอยู่ในทวีปยุโรปเหนือทั้งสิ้น การที่ประเทศยุโรปเหนือทั้ง 5 ประเทศติดอันดับมาตลอดเช่นนี้ เป็นการแสดงถึงความแข็งแกร่งในมิติ 4 ด้าน ของดัชนีช่องว่างหญิงชายโลก

รูป 1 แสดงให้เห็นคะแนนของมิติแต่ละด้านของตัวชี้วัดในประเทศสวีเดน ซึ่งติดอันดับ 1 ในปีล่าสุด และประเทศเดนมาร์ก ซึ่งติดอันดับ 8 สังเกตได้ว่า แม้ว่าการมีส่วนร่วมและโอกาสทางเศรษฐกิจ และพลังทางการเมืองจะมีคะแนนไม่สูงนัก (ห่างจาก 100%) ในทั้งสองประเทศ แต่การได้รับการศึกษาของทั้งสองประเทศได้รับคะแนนถึง 100% ขณะที่สุขภาพและการรอดชีพก็มีคะแนนเกือบ 100% ซึ่งทำให้เมื่อรวมคะแนนทั้ง 4 ด้านแล้วจึงค่อนข้างสูง

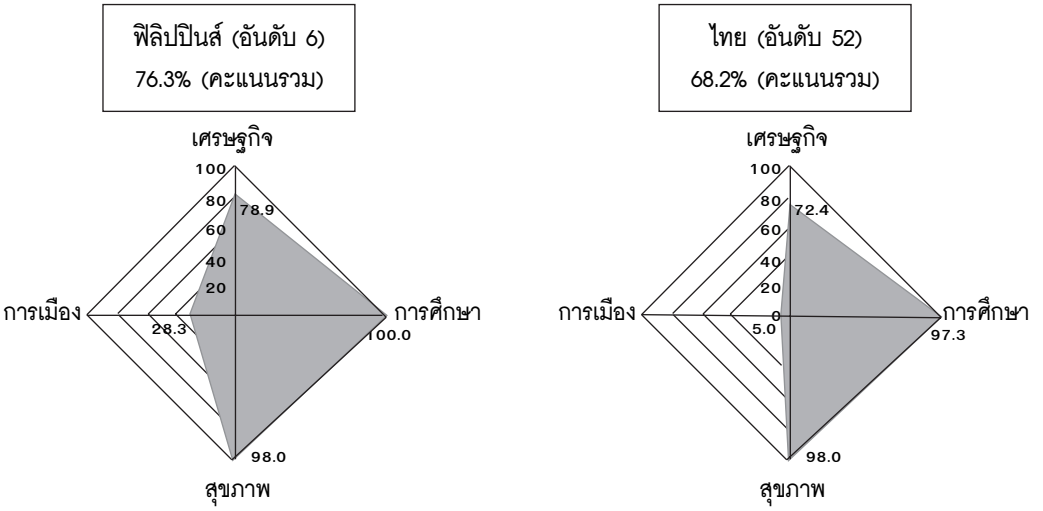
**รูป 1 ร้อยละของคะแนนมิติแต่ละด้านของตัวชี้วัด ของประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก พ.ศ. 2550**




**ที่มา :** The World Economic Forum (2007)

สำหรับประเทศในเอเชีย พบว่า ประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศที่ถูกจัดอันดับ 1 ใน 10 เช่นกัน นั่นคืออยู่อันดับ 6 ด้วยคะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน ถึงร้อยละ 76.3 ประเทศฟิลิปปินส์นั้น แม้พลังทางการเมืองของผู้หญิงมีน้อยกว่าประเทศในแถบยุโรปเหนือ แต่มีค่อนข้างสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศไทย ซึ่งได้แสดงการเปรียบเทียบให้เห็นในแต่ละมิติ ดังในรูป 2

**รูป 2 ร้อยละของคะแนนมิติแต่ละด้านของตัวชี้วัดของประเทศฟิลิปปินส์และไทย พ.ศ. 2550**




**ที่มา** : The World Economic Forum (2007)

ประเทศที่ถูกจัดอันดับต่ำสุดจาก 128 ประเทศ คือ ประเทศเยเมน ซึ่งเป็นประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง หากเปรียบเทียบกับประเทศที่ถูกจัดอันดับสูงสุดในกลุ่มประเทศนี้ คือ อิสราเอล แล้ว จะพบว่า 1. พลังการเมือง 2. การมีส่วนร่วมและโอกาสทางเศรษฐกิจ และ 3. การศึกษาของผู้หญิง ในประเทศเยเมนมีระดับต่ำมาก ยกเว้นมิติด้านสุขภาพ ขณะที่พลังทางการเมืองของผู้หญิงในอิสราเอลเท่านั้นที่มีน้อย นอกนั้นมิติอีก 3 ด้านมีระดับสูง

## สรุป

จากผลการจัดอันดับนี้แสดงให้เห็นว่า ยังไม่มีประเทศใดในโลกที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างหญิงชายอย่างสมบูรณ์ โดยอันดับแรกมีคะแนนร้อยละ 81 และอันดับสุดท้ายมีคะแนนร้อยละ 45 แต่น่าสังเกตว่า มิติด้านสุขภาพเป็นมิติเดียวที่ทุกประเทศไม่ว่าจะอยู่อันดับใดให้ความสำคัญสูงสุด ทำให้ไม่มีความแตกต่างระหว่างหญิงและชายด้านสุขภาพ ส่วนมิติการศึกษาก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่น่าสนใจ หากประเทศที่ถูกจัดอันดับต่ำมากๆ ลดช่องว่างระหว่างการศึกษาของหญิงและชายให้น้อยลง โอกาสที่จะขยับอันดับขึ้นมาก็มีโอกาสสูง หรือประเทศที่อยู่ในอันดับกลางๆ แล้วต้องการขยับอันดับให้สูงขึ้น การเพิ่มความเท่าเทียมด้านเศรษฐกิจระหว่างหญิงชาย และเพิ่มพลังการเมืองของผู้หญิง ก็จะมีผลให้อันดับเลื่อนสูงขึ้นได้เช่นกัน

**เอกสารอ้างอิง**

Hausman, Ricardo, Laura D. Tyson and Saadia Zahidi. 2007. "The Global Gender Gap Index 2007." *Global Gender Report 2007.* Available from http://www.weforum.org/pdf/gendergap/index2007.pdf (accessed 28th February 2008).

The World Economic Forum. 2007. *The Global Gender Gap Index 2007 Ranking and 2006 Comparison.* Available from www.weforum.org/pdf/gendergap/ranking2007.xls (accessed 28th February 2008).

ภาคผนวก

ตาราง ก `ผลการจัดอันดับประเทศต่าง ๆ ด้วยคะแนนดัชนีช่องว่างหญิงชายโลก จำแนกตามภูมิภาค

| ยุโรปตะวันตก | ยุโรปตะวันออก | เอเชีย | ลาตินอเมริกา และคาริบเบียน | ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ | อเมริกาเหนือ | โอเชียเนีย | แอฟริกากลางและแอฟริกาใต้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. สวีเดน | 13. ลัตเวีย | 6. ฟิลิปปินส์ | 22. คิวบา | 36. อิสราเอล | 18. แคนาดา | 5. นิวซีแลนด์ | 20. แอฟริกาใต้ |
| 2. นอร์เวย์ | 14. ลิทัวเนีย | 15. ศรีลังกา | 24. โคลอมเบีย | 96. คูเวต | 31. สหรัฐอเมริกา | 17. ออสเตรเลีย | 26. เลโซโท |
| 3. ฟินแลนด์ | 16. โครเอเชีย | 32. คาซัคสถาน | 28. คอสตาริกา | 102. ตูนีเซีย | | | 29. นามิเบีย |
| 4. ไอซ์แลนด์ | 21. มอลโดวา | 41. อุซเบกิสถาน | 33. อาร์เจนตินา | 103. ซีเรีย | | | 34. แทนซาเนีย |
| 7. เยอรมัน | 23. เบลารุส | 42. เวียดนาม | 38. ปานามา | 104. จอร์แดน | | | 43. โมซัมบิก |
| 8. เดนมาร์ก | 25. บัลแกเรีย | 52. ไทย | 39. จาเมกา | 105. สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ | | | 50. ยูกันดา |
| 9. ไอร์แลนด์ | 30. เอสโตเนีย | 62. มองโกเลีย | 44. เอกวาดอร์ | 108. แอลจีเรีย | | | 53. บอตสวานา |
| 10. สเปน | 35. มาซิโดเนีย | 70. คีร์กีซสถาน | 46. ตรินิแดด และโตเบโก | 109. กาตาร์ | | | 63. กานา |
| 11. สหราชอาณาจักร | 45. รัสเซีย | 73. จีน | 48. เอลซัลวาดอร์ | 111. มอริเตเนีย | | | 83. เคนยา |
| 12. เนเธอร์แลนด์ | 47. โรมาเนีย | 77. สิงคโปร์ | 55. เวเนซุเอลา | 115. บาห์เรน | | | 85. มอริเชียส |
| 19. เบลเยี่ยม | 49. สโลวีเนีย | 79. ทาจิกิสถาน | 56. ซูรินาเม | 119. โอมาน | | | 87. มาลาวี |
| 27. ออสเตรีย | 54. สโลวะเกีย | 81. อินโดนีเซีย | 65. สาธารณรัฐโดมินิกัน | 120. อียิปต์ | | | 88. ซิมบับเว |
| 37. โปรตุเกส | 57. ยูเครน | 91. ญี่ปุ่น | 68. ฮอนดูรัส | 122. โมร็อกโก | | | 89. มาดากัสการ์ |
| 40. สวิตเซอร์แลนด์ | 59. อาเซอร์ไบจาน | 92. มาเลเซีย | 69. ปารากวัย | 124. ซาอุดีอาระเบีย | | | 95. แกมเบีย |
| 51. ฝรั่งเศส | 60. โปแลนด์ | 97. เกาหลีใต้ | 74. บราซิล | 128. เยเมน | | | 101. แซมเบีย |
| 58. ลักเซมเบิร์ก | 61. ฮังการี | 98. กัมพูชา | 75. เปรู | | | | 107. ไนจีเรีย |
| 72. กรีซ | 64. สาธารณรัฐเชก | 99. มัลดีฟส์ | 78. อุรุกวัย | | | | 110. แองโกลา |
| 76. มอลตา | 66. แอลเบเนีย | 100. บังกลาเทศ | 80. โบลิเวีย | | | | 112. มาลี |
| 82. ไซปรัส | 67. จอร์เจีย | 114. อินเดีย | 86. ชิลี | | | | 113. เอธิโอเปีย |
| 84. อิตาลี | 71. อาร์เมเนีย | 118. อิหร่าน | 90. นิการากัว | | | | 116. แคเมอรูน |
| | 121. ตุรกี | 125. เนปาล | 93. เม็กซิโก | | | | 117. บูร์กินาฟาโซ |
| | | 126. ปากีสถาน | 94. เบลีซ | | | | 123. เบนิน |
| | | | 106. กัวเตมาลา | | | | |

# 4.6 แฝด...มหัศจรรย์แห่งชีวิต

เอื้อมเดือน วิริยะมนตรี

*นักวิชาการ สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

ธรรมชาติของมนุษย์จะให้กำเนิดบุตรเพียง 1 คน แต่ความอัศจรรย์ของมนุษย์เกิดขึ้นกับสตรีบางคน มีผลให้กำเนิดบุตรมากกว่า 1 คน หรือเรียกว่า "*ฝาแฝด*" จากสถิติการเกิดลูกแฝดซึ่งสร้างมาจากกฎของ Hellin (Hellin's Law) พบว่า การเกิดแฝดสองมีความน่าจะเป็นเพียง 1 ใน 89 ของการเกิดทั้งหมด และหากเป็นการเกิดแฝดสาม จะมีความน่าจะเป็น 1 ใน 89 ยกกำลัง 2 หรือ 1 ใน 7,921 ของการเกิดทั้งหมด และที่สุดแล้วหากเป็นการเกิดแฝดสี่ จะมีความน่าจะเป็นยากยิ่งขึ้นเป็น 1 ใน 89 ยกกำลัง 3 หรือ 1 ใน 704,969 ของการเกิดทั้งหมดเลยทีเดียว (Medical Dictionary 2008)

ยิ่งไปกว่านั้น เด็กทารกหนึ่งคนมีน้ำหนักเฉลี่ยเมื่อคลอดประมาณ 3 กิโลกรัม ในครรภ์ยังมีน้ำคร่ำ รก และสายรกอีก 3 กิโลกรัม รวมแล้วประมาณ 6 กิโลกรัม มดลูกของมารดาจึงมีความอัศจรรย์ยิ่ง ที่ขยายได้หลายร้อยเท่าในช่วงเวลาตั้งครรภ์ราว 240 วันนี้ ถ้ามารดาให้กำเนิดทารกแฝด ลองคิดดูว่าน้ำหนักที่มารดาต้องอุ้มท้องจะเป็นเท่าไหร่ ที่น่าสนใจกว่านั้น คือ โอกาสที่สตรีจะมีลูกแฝดเกิดได้อย่างไร

## ประเภทของฝาแฝด

การตั้งครรภ์แฝดนั้น เป็นความอัศจรรย์ที่ธรรมชาติสร้างมา โดยบังเอิญหรือจงใจก็แล้วแต่ ซึ่งธรรมชาติของการเกิดฝาแฝดนั้น อาจเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย เช่น กรรมพันธุ์ คือ ถ้าเครือญาติของฝ่ายมารดามีลูกฝาแฝด ก็จะมีโอกาสการตั้งครรภ์แฝดได้มากขึ้น ส่วนอายุของมารดาและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ก็มีส่วนเช่นกัน คือ ยิ่งมารดามีอายุมาก และมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากเท่าใด ไข่ก็จะมีโอกาสตกมากขึ้น โอกาสการตั้งครรภ์แฝดก็จะมากขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้การที่มารดากินยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นระยะเวลา ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป เมื่อหยุดกินยาคุม ฮอร์โมนที่ถูกกดไว้ตอนกินยาคุมก็จะเป็นอิสระ ทำให้ไข่ตกทีละหลายใบ จึงมีโอกาสทำให้เกิดลูกฝาแฝดได้ นอกจากนี้ ถ้าพ่อแม่นำเอาเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มาใช้ ก็จะมีโอกาสเกิดครรภ์แฝดอีกด้วย

โดยทั่วไปฝาแฝดมี 2 ชนิด คือ

1. **ฝาแฝดที่เกิดจากการปฏิสนธิจากไข่ 1 ใบ (Identical Twins)** ฝาแฝดประเภทนี้เกิดจากไข่ 1 ใบ ผสมกับอสุจิ 1 ตัว และแบ่งตัวอ่อนออกเป็นสองตัว (หรือมากกว่า) ให้กำเนิดทารกสองคน (หรือมากกว่า) ที่เป็นเพศเดียวกันและมีความคล้ายคลึงกันมากในทางพันธุกรรม

ลักษณะฝาแฝดประเภทนี้จะมีลักษณะ หน้าตา และบุคลิกภาพ คล้ายคลึงกันมาก เรียกว่าฉลาดเหมือนกัน เจ็บป่วยเหมือนกัน คนหนึ่งเจ็บป่วยอีกคนหนึ่งก็จะเจ็บป่วยตามไปด้วย จนมีคำพูดเปรียบเทียบว่า แฝดประเภทนี้จะสามารถเห็นหน้าของตัวเองได้โดยการมองผ่านพี่หรือน้องที่เป็นฝาแฝดเกิดมาพร้อมกัน เปรียบเสมือนมีกระจกคอยส่งมองดูหน้าตาและบุคลิกภาพของตัวเองได้ตลอดเวลา

กรณีของแฝดสยาม อิน-จัน (Siamese Twins) เกิดจากการปฏิสนธิจากไข่ 1 ใบ แต่มีความผิดปกติในการแบ่งตัว ทำให้ไม่สามารถแบ่งตัวได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายติดกัน เช่น ท้องติดกัน หัวติดกัน เป็นต้น เนื่องจากเป็นคู่แฝดติดกันคู่แรกในโลก ที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป จึงเรียกฝาแฝดติดกันว่า แฝดสยาม

2. **ฝาแฝดที่เกิดจากการปฏิสนธิจากไข่มากกว่า 1 ใบ (Fraternal Twins)** ฝาแฝดประเภทนี้เกิดจากการผสมกันของไข่สองใบหรือมากกว่า และเชื้ออสุจิสองตัวหรือมากกว่า ทารกที่เกิดมาอาจจะเป็นเพศเดียวกันหรือ ต่างเพศก็ได้ ฝาแฝดประเภทนี้มีลักษณะรูปร่างหน้าตาที่ไม่เหมือนกัน แต่มีความคล้ายคลึงกันเท่านั้น ฝาแฝดประเภทนี้จะมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมือนกัน รวมถึงความผูกพันก็ไม่ลึกซึ้งเท่ากับฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน

## ฝาแฝดในประเทศอังกฤษ

การตั้งครรภ์แฝดนั้น นับว่ามีความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติที่มิใช่ครรภ์แฝด ได้แก่ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเวลา 9 เดือนสูงกว่า และเด็กมักมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม นอกจากนี้ ครรภ์แฝดยังมีความเสี่ยงมากกว่า คือมีโอกาสแท้งมากกว่าครรภ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าไปมาก การตั้งครรภ์แฝดจึงมีอันตรายน้อยลง ซึ่งมีผลทำให้การเกิดครรภ์แฝดมีมากขึ้นด้วย โดยสถิติชี้ให้เห็นว่า อัตราการคลอดลูกแฝดสองและแฝดสามเพิ่มมากขึ้น ในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องโดยตรงจากการบำบัดรักษาด้วยเทคนิคด้านการสืบพันธุ์ต่างๆ

ตัวเลขของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สหราชอาณาจักร ได้แสดงข้อมูลการตั้งครรภ์รวมของประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2549 พบว่า จำนวนมารดาตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นโดยตลอด และจำนวนการเกิดแฝดในแต่ละปีก็เพิ่มขึ้นด้วย โดยอัตราเกิดแฝดเพิ่มจาก 14.7 ราย ต่อการคลอดบุตร 1,000 ราย เป็น 15.3 ราย ต่อการคลอดบุตร 1,000 ราย (ดูตาราง 1)

**ตาราง 1 จำนวนคลอดบุตร จำนวนเกิดฝาแฝด และอัตราเกิดแฝดในประเทศอังกฤษ พ.ศ. 2543-2549**

| การคลอดบุตร | 2543 | 2544 | 2545 | 2546 | 2547 | 2548 | 2549 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนคลอดบุตร | 672,459 | 662,908 | 661,603 | 689,131 | 709,316 | 715,556 | 741,067 |
| แฝด 2 | 9,578 | 9,590 | 9,740 | 10,115 | 10,455 | 10,533 | 11,165 |
| แฝด 3 | 285 | 235 | 194 | 140 | 163 | 159 | 149 |
| มากกว่าแฝด 3 | 5 | 7 | 5 | 3 | 5 | 2 | 7 |
| การเกิดแฝดทั้งหมด | 9,868 | 9,832 | 9,939 | 10,258 | 10,623 | 10,694 | 11,321 |
| อัตราเกิดแฝด (ต่อการคลอดบุตร 1,000 ราย) | 14.7 | 14.8 | 15.0 | 14.9 | 15.0 | 14.9 | 15.3 |

**ที่มา:** The Multiple Births Foundation (2008)

นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของช่วงอายุการตั้งครรภ์ของแฝดสอง แฝดสาม และแฝดสี่ ลดน้อยลงด้วย คือ จะมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 34 สัปดาห์ และ 32 สัปดาห์ ตามลำดับ นั่นคือ ยิ่งมีจำนวนลูกแฝดในครรภ์มากเท่าใด อายุครรภ์ก็จะลดน้อยลงตามไปด้วย เพราะมดลูกเริ่มบีบรัดตัวให้คลอด แม้บางทีอาจจะยังไม่ถึงกำหนดคลอดก็ตาม เนื่องจากขนาดมดลูกมีจำกัดและรับไม่ไหวนั่นเองจึงทำให้มีปัญหาเรื่องน้ำหนักของเด็กฝาแฝดตามมาด้วย จากสถิติพบว่า ยิ่งมีจำนวนแฝดมากขึ้นเท่าใด น้ำหนักของทารกจะยิ่งน้อยลงตามไปด้วย กล่าวคือ แฝดสองจะมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักแรกคลอด 2.5 กิโลกรัม ส่วนแฝดสามและแฝดสี่ จะมีน้ำหนักแรกคลอด 1.8 กิโลกรัม และ 1.4 กิโลกรัม ตามลำดับ สำหรับปัญหาของเด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักน้อยและตัวเล็กก็คือ มีอาการหายใจหอบ ติดเชื้อได้ง่าย และอ่อนแอ จนบางครั้งต้องเข้าตู้อบเป็นระยะเวลานาน หรือบางรายที่มีอาการเลวร้ายสุด ก็อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

ข้อมูลสถิติยังบอกอีกว่า อัตราตายของทารกฝาแฝดมีสูงกว่าทารกปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแฝดสาม ดังจะเห็นได้จากอัตราตายปริกำเนิด อัตราตายคลอด และอัตราตายทารก ของทารกแฝดสองที่มีมากกว่าทารกครรภ์เดี่ยวถึง 3 เท่า และอัตราตายของแฝดสามก็มากกว่าแฝดสอง 3 เท่าเช่นกัน (ดูตาราง 2)

**ตาราง 2 อัตราตายปริกำเนิด อัตราตายคลอด และอัตราตายทารก จำแนกตามการคลอดบุตร ในสหราชอาณาจักร ปี พ.ศ.2547**

| การคลอดบุตร | อัตราตายปริกำเนิด[1] | อัตราตายคลอด[2] | อัตราตายทารก[3] |
|---|---|---|---|
| ครรภ์เดี่ยว | 5.4 | 7.7 | 4.5 |
| แฝด 2 | 14.8 | 28.2 | 21.6 |
| แฝด 3 | 51.8 | 83.3 | 61.8 |

**ที่มา** : The Multiple Births Foundation (2004)

1 การตายที่นับรวมการตายคลอด และตายภายในหนึ่งสัปดาห์หลังคลอด

2 การที่ตัวอ่อนคลอดออกมา แล้วไม่แสดงสัญญาณของการมีชีวิตหลังจากมารดาตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 28 สัปดาห์

3 เด็กตายที่มีอายุนับตั้งแต่แรกเกิดไปจนอายุครบหนึ่งปี

การตั้งครรภ์แฝด นำมาซึ่งความสุขใจและความเสี่ยงในคราวเดียวกัน ทั้งความสุขใจที่ท้องครั้งเดียวแต่ได้ลูกมากกว่า 1 คน และทั้งความเสี่ยงที่เด็กจะมีโอกาสแท้งและคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าครรภ์ปกติ รวมไปถึงโอกาสที่เด็กจะตายในครรภ์และระหว่างคลอดสูงกว่าปกติอีกด้วย ในส่วนของมารดาเองก็จะมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงไม่ว่าจะเป็นเรื่องของครรภ์เป็นพิษ หรือตกเลือดหลังคลอด ดังนั้น มารดาที่ตั้งครรภ์แฝดจึงต้องดูแลตัวเองให้ดี ต้องวางแผนการฝากครรภ์ ต้องปรึกษาแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและชำนาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์แฝด รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่ามากกว่าครรภ์ปกติด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อให้ลูกน้อยฝาแฝดเกิดมาอย่างปลอดภัยนั่นเอง

เมื่อเด็กฝาแฝดคลอดออกมาแล้ว การเลี้ยงดูก็เป็นเรื่องสำคัญไม่แพ้การดูแลตอนตั้งครรภ์เลยทีเดียว พ่อแม่ฝาแฝดจะต้องให้เวลา หรืออาจจะเรียกว่าทุ่มเวลาให้มากกว่าเด็กปกติ ส่วนการดูแลเด็กฝาแฝดนั้น จะมีอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ จะต่างกับการเลี้ยงเด็กทั่วไปหรือไม่ เป็นสิ่งที่พ่อแม่เด็กฝาแฝดต้องเรียนรู้เช่นเดียวกัน

## เด็กฝาแฝดเลี้ยงเหมือนเด็กทั่วไปหรือไม่

เนื่องจากการเลี้ยงดูเด็กฝาแฝดมีความแตกต่างจากการเลี้ยงเด็กทั่วไปที่เกิดมาเพียงคนเดียว ความเข้าใจในความเป็นฝาแฝดของเด็กจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยต้องเข้าใจว่า การเลี้ยงเด็กฝาแฝดมิใช่จะต้องเลี้ยงให้เหมือนกันในทุกเรื่อง ยิ่งไปกว่านั้นพ่อแม่ก็ไม่ควรตัดเด็กฝาแฝดออกจากสังคมรอบข้าง ควรให้เด็กเรียนรู้จากสังคมเพื่อนมิใช่ให้เด็กแฝดคิดว่าเขาอยู่ได้เพียงลำพังแค่สองคน อันจะทำให้ไม่ปรับตัวเข้ากับสังคม ทั้งนี้เพราะเด็กแฝดจะต้องอยู่ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นที่สังคมโรงเรียน หรือสังคมแถวบ้านของเด็กเอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมีวิธีการเลี้ยงดูเด็กฝาแฝดอย่างง่ายๆ คือ

1. ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง ยอมรับในความแตกต่างของลูกแฝดทั้งสอง โดยให้ลูกเป็นตัวของตัวเอง อย่าพยายามยัดเยียดความเหมือนให้กับเด็กฝาแฝดว่า ต้องเหมือนกันตลอดเวลา ในทุกๆ เรื่อง
2. การให้รางวัลและการลงโทษลูกแฝด ควรให้รางวัลและลงโทษกับลูกทีละคน หรือทั้งสองคนอย่างมีเหตุผล พร้อมอธิบายเหตุผลของการให้รางวัลและลงโทษนั้นด้วย
3. ไม่ควรแยกเด็กแฝดออกจากกัน เช่น คนหนึ่งอยู่กับพ่อแม่ อีกคนไปอยู่กับญาติ เพราะเมื่อเด็กถูกแยกออกจากกัน อาจเกิดปัญหาด้านจิตใจ เด็กอาจเกิดความรู้สึก เหงา เศร้า และขาดความมั่นใจ
4. พ่อและแม่เด็กแฝดควรเข้าใจความแตกต่างของเด็กแฝดว่าเด็กแฝดมิได้เหมือนกันย่อมมีความแตกต่างกัน เช่น เด็กคนหนึ่งชอบดูหนังตื่นเต้น เด็กอีกคนชอบดูหนังตลก พ่อและแม่เด็กแฝดจะต้องมีกลยุทธ์ในการรับมือในเรื่องความแตกต่างที่เกิดขึ้น ในกรณีนี้อาจอธิบายว่า วันนี้เรามาดูหนังแนวตลก ครั้งถัดไปก็สลับมาดูหนังตื่นเต้นบ้าง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในความแตกต่างของเด็กแฝด
5. การแข่งขันกันของเด็กแฝด การแข่งขันกันของเด็กแฝดมีทั้งคุณและโทษ เนื่องจากเด็กคนหนึ่งมีพฤติกรรมอย่างหนึ่ง อาจเป็นแรงจูงใจให้เด็กอีกคนเลียนแบบพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้น พ่อและแม่ต้องให้คำแนะนำส่งเสริมในทางที่ถูกต้องกับเด็กอย่างใกล้ชิด
6. ระมัดระวังเรื่องการเปรียบเทียบระหว่างกัน พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง และคนรอบข้าง ของเด็กแฝดต้องระวังไม่เปรียบเทียบความแตกต่างของเด็กแฝด เช่น เด็กคนหนึ่งเรียนเก่ง เด็กอีกคนอาจไม่เก่งเท่าก็ไม่ควรเปรียบเทียบว่าใครเก่งกว่าใคร การเปรียบเทียบของพ่อแม่อาจทำให้เป็นปมด้อยของเด็กได้

การตั้งครรภ์แฝดนับเป็นความมหัศจรรย์ในชีวิตของมนุษย์ และเป็นของขวัญชิ้นงามจากธรรมชาติที่มอบให้แก่พ่อแม่ของเด็กเอง ซึ่งพ่อและแม่จะต้องดูแล เสริมสร้างทักษะ และสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กสามารถอยู่ร่วมและปรับตัวให้เข้ากับสังคมรอบข้างอย่างมีความสุขให้ได้ โดยไม่แปลกแยกตัวเองและคู่แฝดออกจากสังคม รวมทั้งให้เด็กมีความเป็นตัวของตัวเองให้มากที่สุด และไม่จำเป็นต้องบังคับให้ต้องเหมือนหรือคล้ายกันไปเสียทุกเรื่องทุกอย่าง การดูแลและเลี้ยงดูเด็กแฝดอย่างง่าย ๆ ก็มีเพียงเท่านี้ หากพ่อแม่มีวิธีการเลี้ยงดูและรับมือกับแฝดมหัศจรรย์ได้อย่างถูกวิธี ความสุขทวีคูณก็อยู่กับพ่อแม่ของเด็กแฝดนั่นเอง

## ที่สุดของฝาแฝดในโลก

เท่าที่มีการบันทึกและยืนยันได้ของ ข้อมูลจาก Encyclopedia of Multiple Birth Records (2008) พบว่ามีสถิติในโลกที่น่าสนใจเกี่ยวกับฝาแฝด ดังนี้

- การเกิดฝาแฝดหลายชุดมากที่สุด มีการบันทึกไว้ในช่วงปี พ.ศ. 2243 โดยคุณแม่ชาวรัสเซียชื่อ Fyodor Vassilyev มีลูกแฝดสาม 7 ครั้ง และแฝด 4 อีก 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 37 คน!
- จำนวนฝาแฝดที่รอดชีวิตมากที่สุดจากการคลอดคราวเดียวกัน เกิดขึ้นที่รัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2541 โดยการคลอดครั้งนี้มีการเสียชีวิตเพียงแค่คนเดียวจากจำนวนฝาแฝด 8 คน
- คุณแม่ลูกฝาแฝดที่มีอายุน้อยที่สุดในโลกเป็นชาวบราซิล เธออายุเพียง 11 ปี และคลอดลูกฝาแฝดเพศชาย 2 คน เมื่อปี พ.ศ.2543
- คุณพ่อลูกฝาแฝดที่มีอายุน้อยที่สุดในโลกเป็นชาวอังกฤษ อายุ 13 ปี ชื่อ James Sutton โดยในปี พ.ศ. 2542 ภรรยาของเขาได้ให้กำเนิดฝาแฝดเพศชายชื่อ Leah และ Louise ซึ่ง James ก็เป็นฝาแฝดเช่นกัน
- คุณแม่ลูกฝาแฝดที่มีอายุมากที่สุดในโลกชื่อ Adriana Lliescu เป็นชาวโรมาเนีย เมื่ออายุ 67 ปี ให้กำเนิดลูกฝาแฝดในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งรอดชีวิตมาเพียงคนเดียว คือ Eliza Maria
- คุณพ่อลูกฝาแฝดที่มีอายุมากที่สุดในโลกชื่อ Thomas James Lambert เป็นชาวสหรัฐอเมริกา เมื่ออายุ 78 ปี ให้กำเนิดลูกฝาแฝดในปี พ.ศ. 2491 ภรรยาของเขาได้ให้กำเนิดฝาแฝดเพศชายชื่อ Dale และ Dean

## แฝดสยาม อิน-จัน: ฝาแฝดชาวไทย ชื่อเสียงไปไกลถึงต่างแดน

หากมองย้อนกลับมาในประเทศไทย คงไม่มีใครไม่รู้จัก "แฝดสยาม อิน-จัน" (Siamese Twins) ที่ทำให้คนไทยและคนทั่วโลกรู้จักแฝดสยาม คือ ฝาแฝดที่ตัวติดกัน และติดกันไปตลอดชีวิตของทั้งคู่ แฝดอิน-จัน ตัวติดกันด้วยท่อนเนื้อยาวขนาด 6 นิ้ว ทั้งคู่เกิดที่ประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2354

ในปี พ.ศ. 2372 มีพ่อค้าชาวต่างชาติ ชื่อ มิสเตอร์ โรเบอร์ต ฮันเตอร์ ได้นำฝาแฝดคู่นี้ไปที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อไปแสดงโชว์ตัวจนกระทั่งปี พ.ศ. 2382 แฝดอิน-จัน ก็ได้แต่งงานกับสองสาวพี่น้องชาวชนบทที่เมานด์แอนรี รัฐนอร์ทแคโรไลนา และใช้นามสกุลบังเกอร์ ของเฟรดและวิลเลี่ยม บังเกอร์ ซึ่งทั้งสองให้ความนับถือ

อิน-จัน บังเกอร์ ให้กำเนิดบุตรทั้งหมด 21 คน และมีทายาทถึง 1,500 คน ในสหรัฐอเมริกา ความเป็นฝาแฝดของอิน-จัน เป็นกรรมพันธุ์ที่ตกทอดสู่ทายาทในตระกูลของเขา โดยตระกูลบังเกอร์ให้กำเนิดทายาทฝาแฝดถึง 11 คู่ ทั้งหมดมีร่างกายปกติ และเหลนแฝดคู่แรกของตระกูลบังเกอร์ยังใช้ชื่อว่า อิน-จัน บังเกอร์ เหมือนบรรพบุรุษของเขา ปัจจุบันเหลนแฝดคู่นี้มีอายุ 66 ปี

อิน-จัน ได้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2417 ในขณะนั้นทั้งคู่มีอายุถึง 63 ปี โดยจันเสียชีวิตไปก่อนด้วยอาการหัวใจวาย หลังจากนั้นประมาณสองชั่วโมง อินก็เสียชีวิตตามไปเช่นเดียวกัน ในทุกๆ ปี ตระกูลบังเกอร์ได้มาพบกันที่เมืองเมานด์แอนรี ในรัฐนอร์ทแคโรไลนา จนถึงทุกวันนี้

---

**เอกสารอ้างอิง**

Encyclopedia of Multiple Birth Records. 2008. *Facts about Multiples*. http://www3.telus.net/tyee/multiples/twins.html (accessed 15th March 2008).

The Multiple Births Foundation. 2008. *Improving Baby Safety by Reducing Multiple Births*. http://www.multiplebirths.org.uk/media.asp (accessed 24th January 2008).

Medical Dictionary. 2008. *Hellin's Law*. http://www.answers.com/topic/hellin-s-law?cat=health (accessed 24th January 2008).