

# สถาบันวิจัยประชากรและสังคม กับการขยายพรมแดนความรู้ด้านการเจริญพันธุ์และเพศ IPSR and the Enhancing of Sexual and Reproductive Studies

กฤตยา อาชวนิจกุล\*

## บทคัดย่อ

บทความนี้ทบทวนและวิเคราะห์บทบาทของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเริ่มจากการอภิปรายแนวคิดและการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์ ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย จากนั้นอภิปรายถึงประวัติศาสตร์การก่อตั้งของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และวิเคราะห์งานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และด้านเพศของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในช่วงเวลา 45 ปี (พ.ศ. 2514-2559) ผลรวมพบว่า สถาบันฯ ได้ขยายประเด็นวิจัยของตนไปเชื่อมโยงกับแนวคิดและการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์ โดยปรับทิศทางการวิจัยของสถาบันฯ จากแต่เดิมที่มุ่งเน้นการควบคุมอัตราเพิ่มประชากรผ่านการวางแผนครอบครัว ภายใต้เหตุผลเพื่ออนามัยแม่และเด็ก ไปสู่เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ สุขภาวะทางเพศ และสุขภาพของผู้หญิงในที่สุด

**คำสำคัญ:** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สุขภาวะทางเพศ การวางแผนครอบครัว

\* รองศาสตราจารย์, นายกสมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

## Abstract

This paper reviews and analyzes the evolution of research work conducted by the Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, with special reference to sexual and reproductive studies. First, it discusses the concept and advancement of sexual and reproductive rights and justice at the national and global level. Second, it examines the origin of IPSR and the research studies of IPSR from 1971 to 2016. Overall, it is found that IPSR research has evolved from responding to Thailand's population policy by decreasing the population growth rate via the national family planning program to sexual and reproductive studies, emphasizing reproductive rights and healthy sexuality.

**Key Words:** IPSR, sexual and reproductive rights, healthy sexuality, family planning

## นำเรื่อง

ว่ากันว่าการศึกษาทางประชากรศาสตร์แบบยุคสมัยใหม่ (modern age) เริ่มต้นขึ้นในต้นคริสต์ศตวรรษ 19 ถือเป็นศาสตร์ที่มุ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงของขนาดและการเคลื่อนย้ายประชากรในพื้นที่ต้นทางและพื้นที่ปลายทาง (Hauser & Duncan, 1959) ในแวดวงประชากรเป็นที่เข้าใจชัดเจนว่า องค์ประกอบของประชากรที่สำคัญมี 3 มิติคือ การเกิด การตาย การย้ายถิ่น น่าสนใจว่า ระหว่าง การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น อะไรคือมิติประชากรที่สำคัญที่สุด จนก่อให้เกิดวิชาประชากรศาสตร์ และสถาบันทางประชากรที่มีกระจายตัวอยู่ในทุกทวีป?

ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับตัวเลขการเพิ่มจำนวนประชากรโลกบอกเราว่า ในช่วง ค.ศ. 1900-2000 ประชากรของโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 277 คือเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า จากจำนวน 1.5 พันล้านคนมาขึ้นอยู่ที่ 6 พันล้านคน อัตราเพิ่มประชากรโลกในช่วงดังกล่าวนี้มีความแตกต่างกันมากระหว่างทวีปยุโรปกับทวีปอื่นๆ กล่าวคือ จำนวนประชากรในยุโรปเพิ่มขึ้นร้อยละ 124 ขณะที่ส่วนอื่นๆ เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 349 (New Internationalist, 2016) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นมากขึ้นเริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมระดับโลกเรื่องประชากรของโลกขึ้นครั้งแรก ณ กรุงโรม ใน ค.ศ. 1954 (พ.ศ. 2497) เป้าหมายหลักของการประชุมคือ เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องสถานการณ์ทางประชากรของโลกโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งสถาบันทางประชากรขึ้นในภูมิภาคต่างๆ ของโลก และเตรียมการสร้างผู้ชำนาญการในการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ประชากรขึ้น (United Nations, 2016)

ที่จริงความวิตกกังวลเรื่องประชากรจะล้นโลกเกิดมานานแล้ว จากแนวคิดแบบมัลทูเซียน (Malthusian) ที่ Thomas Robert Malthus เสนอไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1798 (พ.ศ. 2421) ในหนังสือ *‘Essay on the Principle of Population’* ว่าการเพิ่มจำนวนประชากรมีลักษณะทวีคูณคือ จาก 2 เป็น 4 เป็น 16... ขณะที่การเพิ่มปริมาณอาหารในโลกนี้เพิ่มแบบคณิตศาสตร์คือ จาก 1 ไป 2 ไป 3 ไป 4... แม้แนวคิดนี้กล่าวว่าจะเพิ่มมากขึ้นจนสังคมไม่สามารถผลิตอาหารให้เพียงพอได้ แต่มัลทูเซียนก็คัดค้านการใช้วิธีคุมกำเนิด โดยเสนอให้ใช้แนวทางจริยธรรมเพื่อชะลอการเกิดประชากรแทน ได้แก่ การแต่งงานช้าลง และมีลูกเมื่อฐานะทางเศรษฐกิจพร้อม เป็นต้น (Solem, Klein, Muñiz-Solari, & Ray, 2010) ต่อมาแนวคิดแบบมัลทูเซียนถูกนำมาวิจารณ์สนับสนุนการควบคุมอัตราเพิ่มประชากรโดยใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ จึงเรียกกันว่าเป็นแนวคิดแบบนีโอมัลทูเซียน (Neo-Malthusian) (Marsh & Alagona, 2008) หรือคือขบวนการประชากรที่จะกล่าวต่อไป

การจัดประชุมระดับโลกทางประชากรครั้งที่ 2 เกิดขึ้น ณ กรุงเบลเกรด ประเทศเซอร์เบีย ใน ค.ศ. 1965 (พ.ศ. 2508) ซึ่งเป็นการประชุมในระดับผู้เชี่ยวชาญ มีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายวางแผนการพัฒนาประเทศ และหลังจากนั้น 9 ปีก็มีการประชุมครั้งที่ 3 ใน ค.ศ. 1974 (พ.ศ. 2517) ณ กรุงบูคาเรสต์ ประเทศโรมาเนีย เป็นการประชุมครั้งแรกที่มีตัวแทนระดับรัฐเข้าร่วม 136 ประเทศ มีผู้เข้าร่วมประชุมมากถึง 1,400 คน ข้อถกเถียงสำคัญคือความเชื่อมโยงระหว่างมิติประชากรกับการพัฒนาและมีมติที่ประชุมออกมาในรูป *‘แผนปฏิบัติการประชากรโลก’* ที่เน้นว่านโยบายประชากรเป็นองค์ประกอบสำคัญของนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในทัศนะผู้เขียนมองว่า *‘แผนปฏิบัติการประชากรโลก’* ได้ระบุถึงข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิกที่สำคัญ 2 เรื่องดังนี้ (UNFPA, n.d.)

- (1) **เคารพและประกันสิทธิของบุคคลที่จะตัดสินใจอย่างอิสระ และจะได้รับข้อมูลรอบด้านว่าต้องการมีลูกกี่คนและต่อระยะห่างของการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง**
- (2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สำคัญคือ **ต้องพัฒนาสถานภาพผู้หญิงให้เสมอภาคกับผู้ชาย** ซึ่งจะส่งผลให้ผู้หญิงสามารถเข้ามามีส่วนกำหนดขนาดครอบครัวให้เล็กลง หรือมีลูกน้อยลง ในทางกลับกัน การมีลูกน้อยลงก็จะช่วยพัฒนาสถานภาพของผู้หญิงในระดับปัจเจกบุคคลด้วย

การประชุมระดับโลกทางประชากรครั้งที่ 4 ใน ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) จัดขึ้นที่กรุงเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก มีตัวแทนระดับรัฐเข้าร่วมถึง 147 ประเทศ ในขณะนั้นมี 123 ประเทศที่ประกาศนโยบายควบคุมประชากรสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัว เพื่อชะลออัตราเพิ่มประชากรของประเทศในโลกที่สาม เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ไทย บังกลาเทศ บราซิล จีน อินเดีย อินโดนีเซีย เคนยา เม็กซิโก ฯลฯ ขณะที่ประเทศในโลกรุ่นหนึ่ง ได้แก่ นอร์เวย์ สวีเดน และสหราชอาณาจักร ประกาศเพิ่มการสนับสนุนโครงการประชากรและการวางแผนครอบครัว มติในที่ประชุมครั้งนี้คือ การทบทวนยืนยันและขยายแผนปฏิบัติการที่ตกลงกันในการประชุมครั้งที่แล้ว โดยที่ประชุมได้เน้นย้ำถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนของบุคคลและครอบครัวชัดเจนมากขึ้น (United Nations Population Division, 2016)

การประชุมครั้งที่ 5 จัดในชื่อว่า ‘การประชุมนานาชาติเรื่องประชากรและการพัฒนา’ ใน ค.ศ. 1994 (พ.ศ. 2537) ณ กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ ซึ่งอาจนับได้ว่าเป็นครั้งสุดท้าย<sup>1</sup> และเป็นการประชุมครั้งแรกที่ได้มีการหยิบยกประเด็นเรื่อง ‘ผู้หญิงและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์’ มาพิจารณาอย่างจริงจัง ดัง ‘แผนปฏิบัติการ’<sup>2</sup> ที่รับรองในที่ประชุมระบุวัตถุประสงค์หลักของโครงการประชากรว่า คือการส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ดังนิยามในย่อหน้า 7.2 ที่ว่า ‘ผู้หญิงสามารถและมีเสรีภาพในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าต้องการลูกหรือไม่ จะมีเมื่อใด และจะมีสักกี่คน’ ดังนั้น โครงการวางแผนครอบครัวที่ดีจะต้อง ‘ไม่มีรูปแบบของบริการแบบกึ่งบังคับและหรือการชักจูงใจด้วยวิธีต่างๆ ว่าให้ใช้หรือไม่ให้ใช้วิธีคุมกำเนิด’ รวมทั้งหน่วยบริการ ‘ไม่ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมาย หรือโควตาในการให้บริการ’ โดยนัยแล้ว สาระของโครงการลักษณะนี้จึงครอบคลุมมิติแนวคิดทั้งด้าน **สตรีนิยมและสิทธิมนุษยชน** นั่นคือ **ยุติความพยายามใดๆ ที่จะควบคุมการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง** (Hodgson & Watkins, 1997: 470)

สรุปได้ว่า การขับเคลื่อนนโยบายควบคุมประชากรแบบนีโอมัลทูเซียน (Neo-Malthusian) คือที่มาของการก่อเกิดของสถาบันประชากรเกือบทั้งหมดในโลกกำลังพัฒนา รวมถึงสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<sup>3</sup> ด้วย สถาบันเหล่านี้ในระยะแรกจึงมุ่งส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวกับการควบคุมอัตราเกิด สนับสนุนการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ ทั้งหมดนี้คือการควบคุมจำนวนประชากรไม่ให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามนโยบายรัฐบาลของประเทศนั้นๆ ในฐานะที่เป็นสมาชิกองค์การสหประชาชาติที่ได้สมาทานหลักการเร่งลดอัตราเกิดตามมติในที่ประชุม

<sup>1</sup> เพราะจนถึงขณะนี้องค์การสหประชาชาติก็ยังไม่มีการจัดประชุมประชากรโลกครั้งที่ 5 แต่อย่างใด

<sup>2</sup> แผนปฏิบัติการนี้มี 139 ประเทศได้ให้สัตยาบันรับรอง รวมประเทศไทย

<sup>3</sup> ปัจจุบันคือ วิทยาลัยประชากรศาสตร์

ช่วงเวลาเดียวกันนี้เอง **แนวคิดเรื่องสิทธิผู้หญิงที่จะตัดสินใจกำหนดจำนวนลูกด้วยตนเองหรือคือสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (reproductive rights)** เริ่มคืบคลานเข้ามาในวงการประชากรระดับโลกตั้งแต่การประชุมครั้งที่ 3 ในต้นคริสต์ทศวรรษ 1970 และชัดเจนยิ่งขึ้นในการประชุมครั้งสุดท้ายเมื่อ ค.ศ. 1994 **วาทกรรมเกี่ยวกับสุขภาพผู้หญิงและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์** เริ่มถูกใช้ในแวดวงนักสตรีนิยมที่ทำงานในสายสุขภาพในสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับนโยบายประชากรและขยายเผยแพร่ออกไปอย่างรวดเร็ว เกิดการให้ความหมาย ‘สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์’ กว้างขวางขึ้น จากเริ่มต้นที่ครอบคลุมเรื่องสิทธิในการกำหนดใจตนเองว่า **จะท้องไม่ท้อง การทำแท้ง การคุมกำเนิด การดูแลครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด** ขยายรวมไปถึง **สุขภาพทางเพศและภาวะการเจ็บป่วยในระบบเจริญพันธุ์ ความรุนแรงต่อผู้หญิง มิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างคู่ การตีความเชิงปรัชญาเรื่องอุดมการณ์ครอบครัว และการมีเหย้าเรือนต่อ ‘ความเป็นแม่ของผู้หญิง’** เป็นต้น (กฤตยา, 2547)

บทความนี้ตั้งใจจะนำงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และด้านเพศของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ในช่วงเวลา 45 ปี มาวิเคราะห์ว่า สถาบันฯ ได้ขยายความรู้ด้านนี้ไปอย่างไรบ้าง เชื่อมโยงกับแนวคิดและการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์อย่างไร หรือไม่ โดยจะเริ่มจากการอภิปรายแนวคิดและการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย จากนั้นจะวิเคราะห์ประวัติศาสตร์การก่อตั้งของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และงานวิจัยที่เริ่มจากการสนับสนุนฐานคิดการควบคุมประชากร แล้วขยับมาเน้นฐานคิดเรื่องสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก จนมาสู่ฐานคิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และความเป็นธรรมทางอนามัยเจริญพันธุ์ในที่สุด

มีศัพท์ที่สมควรกล่าวถึงไว้ในที่นี้ 2 คำคือ ‘การเจริญพันธุ์’ และ ‘เพศ’ คำว่า ‘**การเจริญพันธุ์**’ ที่ใช้ในบทความนี้มาจากภาษาอังกฤษว่า Fertility หรือ Reproduction เริ่มจาก Fertility ที่ความหมายทางประชากรศาสตร์คือการวัดจำนวนบุตรเกิดรอดที่ผู้หญิงมีในช่วงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี<sup>4</sup> ส่วนคำว่า Reproduction โดยรากศัพท์หมายถึงการผลิตซ้ำ ในทางชีววิทยาจึงหมายถึงการผลิตสิ่งมีชีวิตเพื่อสืบทอดพันธุ์ ขณะที่ในทางประชากรศาสตร์มักใช้แทนกันกับคำว่า Fertility กล่าวโดยรวมแล้ว ‘**การเจริญพันธุ์**’ หมายถึงความสามารถในการสืบทอดพันธุ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับแนบแน่นกับการมีเพศสัมพันธ์และการเกิด เพราะมนุษย์มากกว่าร้อยละ 99 บนโลกใบนี้ปฏิสนธิจากการมีเพศสัมพันธ์ของชายหญิง

ขณะที่คำว่า ‘**เพศ**’ ในบทความนี้มีความหมายอย่างน้อย 3 นัย คือ (1) **เพศสรีระ (sex)** หมายถึงอวัยวะที่บ่งบอกว่าเป็นเพศอะไร (2) **เพศภาวะ (gender)** หมายถึงภาวะแห่งเพศที่ถูกประกอบสร้างทางสังคม เพศภาวะที่เราคุ้นเคยและถูกขัดเกลาหลอมสร้างกันมา ก็คือ ความเป็นหญิง ความเป็นชาย เพศภาวะจึงเป็นเรื่องของบทบาทในเรื่องต่างๆ ที่สังคมกำหนดให้กับสถานะทางเพศ ซึ่งมักดูจากเพศสรีระ คือ หญิง-ชาย และหากสังคมเกิดเปลี่ยนการกำหนดสถานะทางเพศว่าอาจมาจากองค์ประกอบอื่นๆ นอกเหนือจากเพศสรีระ สถานะทางเพศก็จะมีเพิ่มมากขึ้น เช่น เกย์ กะเทย ทอม ดี ฯลฯ อันจะนำไปสู่การกำหนดบทบาทของเพศต่างๆ มากกว่าหญิงและชาย และ (3) **เพศวิถี (sexuality)** หมายถึงวิถีชีวิตทางเพศที่ถูกหลอมสร้างจากค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิถีคิด วิถีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิต ในอุดมคติ และกามกิจ ซึ่งเป็นระบบความคิดและพฤติกรรมที่มีความหมายทางสังคม สัมพันธ์กับมิติทาง

<sup>4</sup> แต่ผู้หญิงที่มีอายุนอกวัยเจริญพันธุ์ก็สามารถมีลูกได้เช่นกัน แต่ในทางสถิติแล้วจะมีโอกาสตั้งครรภ์น้อยกว่าผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์

การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่องเพศในหลากหลายแง่มุม (กฤตยา, 2554)

## การเมืองเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์กับร่างกายเนื้อตัวผู้หญิง

ศาสตร์ต่างๆ มองและให้ความหมายร่างกายของผู้หญิงแตกต่างกันไป ในทัศนะแบบมาร์กซิสต์มองร่างกายไปในทางเศรษฐกิจ (economic body) ส่วนจิตวิเคราะห์แบบฟรอยด์มองว่าเป็นการทำงานจากเพศ (sexed body) ทัศนะของวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์กลับมองว่าเป็นเครื่องจักร (mechanic body) ขณะที่ทางวิศวะพันธุกรรมศาสตร์ก็มองว่าเป็นพื้นที่ที่ขับเคลื่อนโดยฮอร์โมน (hormonal body) และทัศนะทางประชากรศาสตร์มองว่าเป็นแหล่งผลิตมนุษย์ (fertile body) แต่ในทัศนะของสตรีนิยมมองร่างกายผู้หญิงกว้างกว่าที่ศาสตร์ต่างๆ ข้างต้นมอง และมากกว่าขอบเขตที่ระบบชีววิทยาอธิบายถึงกลไกการทำงานของร่างกายมนุษย์ สตรีนิยมมองว่า แท้จริงแล้ว **ร่างกายของผู้หญิงเป็นข้อเท็จจริงที่ถูกจารึกไว้อย่างเป็นทางการเมือง (a politically inscribed entity)** (Bordo, 1992: 166)

ทฤษฎีหลากหลายของสตรีนิยม ไม่ว่าจะ เป็นแนวทางเสรีนิยม สังคมนิยม หรือวัฒนธรรม ที่อธิบายถึงต้นตอและเหตุผลที่ผู้หญิงถูกกดขี่เอาเปรียบ จึงล้วนแล้วแต่ใช้**ร่างกายของผู้หญิง**เป็นจุดศูนย์กลางการอธิบายทั้งสิ้น (Gupta, 2000: 32-33) เพราะขอบเขตทางกายภาพที่มองเห็นชัดเจนที่สุดในการต่อสู้ทางการเมืองก็คือ**ร่างกายของผู้หญิงเอง** เพราะสิทธิและบทบาทของผู้หญิงทุกวันนี้ล้วนถูกสร้างขึ้นและวางเงื่อนไขล้อมรอบเหตุผลที่ว่า นั่นคือสิ่งที่สอดคล้องมากที่สุดต่อสรีระของผู้หญิง เราต่างได้ยินได้ฟังจนทึ่งได้ว่า บทบาทที่สำคัญที่สุดของผู้หญิงในทุกสังคมคือการเป็นเมียและแม่ และเหตุผลสำคัญที่เป็นข้ออ้างในการวางบทบาทนี้ ก็คงไม่พ้นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความสามารถในการตั้งครรภ์และการสืบทอดเผ่าพันธุ์มนุษย์ในรุ่นต่อไปของผู้หญิง (Bunch, 1990) ในภาษาอังกฤษเมื่อกล่าวถึงเรื่องนี้ จึงใช้ศัพท์ว่า women’s reproductive capacities และเรียกสิทธินี้ว่า reproductive rights

ความหมายในระยะแรกของ ‘สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์’ ประกอบด้วยอย่างน้อยสิทธิ 3 สิทธิต่อไปนี้ **หนึ่ง** การตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร **สอง** การตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์หรือไม่ และ **สาม** ถ้าตั้งครรภ์แล้วจะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์นั้น หรือรักษาครรภ์ไว้และคลอดบุตร นั่นคือการเข้าสู่ความเป็นแม่ (motherhood) ในระบบวิธีคิดแบบจารีตมองทั้งสามเหตุการณ์นี้เป็นแบบแผนที่แข็งทื่อตายตัวของชีวิตผู้หญิง เมื่อผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ก็เท่ากับเป็นเมีย เมื่อท้องก็ต้องมีลูกเพื่อเป็นแม่ต่อไป ขณะที่ขบวนการผู้หญิงที่ต่อสู้เรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิการเจริญพันธุ์มองว่า การตัดสินใจที่จะมีประสบการณ์ในสามเหตุการณ์นี้เป็นอิสระต่อกัน นั่นคือเป็นสิทธิในเรื่องเพศและเนื้อตัวร่างกายของผู้หญิงเองที่จะตัดสินใจไปตามเงื่อนไขและบริบทชีวิต ดังรูป 1



รูป 1 เส้นทางชีวิตที่เป็นอิสระต่อกันในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การแต่งงาน และการเป็นแม่



ที่มา: กฤตยา และกุลภา, 2557 (รูปที่ 1)

ลิตินี้จึงเป็นการเมืองบนเรือนร่างของผู้หญิงโดยแท้ เนื่องจากร่างกายผู้หญิงนั้นเป็นพื้นที่ต่อสู้อรับอุดมการณ์สังคมหลายอย่าง ที่สำคัญๆ คือ 4 อุดมการณ์ต่อไปนี้ (กฤตยา และกุลภา, 2557)

- (1) **อุดมการณ์ความคิดแบบชายเป็นใหญ่** กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ชายให้สามารถเข้าถึงอำนาจและทรัพยากรได้มากกว่าผู้หญิง จนก่อให้เกิด ‘ความไม่เป็นธรรมทางเพศ’ (gender injustice) ที่ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติได้ผลักดันอย่างต่อเนื่องให้รัฐบาลสมาชิกทุกประเทศต้องมีนโยบายและลงทุนต่อการพัฒนาเพื่อแก้ไข ‘ความไม่เป็นธรรมทางเพศ’ ให้มากขึ้น เพราะปัจจุบันปรากฏการณ์นี้ยังคงเกิดขึ้นและเห็นได้ชัดเจนในสังคมทุกแห่งบนโลกใบนี้ ด้วยสาเหตุหลักๆ คือโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงมีน้อยกว่าผู้ชายและเด็กผู้ชาย (AusAID, 2011 อ้างใน กฤตยา และกุลภา, 2558)
- (2) **อุดมการณ์เรื่องเพศ** กำหนดแบบแผนปฏิบัติไว้อย่างแข็งตัว ควบคุมเรื่องเพศผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เช่น ผู้หญิงควรมีเพศสัมพันธ์ในสถานการณ์แต่งงาน ในวัยอันสมควร และเฉพาะกับคู่เพศตรงข้ามหรือความสัมพันธ์ต่างเพศเท่านั้น เป็นต้น
- (3) **อุดมการณ์ครอบครัวสมบูรณ์** สร้างระบบคุณค่าให้ความสำคัญกับการเกิดและการมีลูก โดยเพิกเฉยไม่เห็นว่าความตั้งใจ/ไม่ตั้งใจท้อง หรือความพร้อม/ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภของผู้หญิง เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการตัดสินใจ ผู้หญิงจำนวนมากที่ต้องเสียสละความต้องการ ฝืนความตั้งใจ เปลี่ยนแปลงชีวิตตัวเอง อดทนและดิ้นรนทุกวิถีทางทั้งชีวิต เพียงเพื่อจะเป็นเมียและแม่ที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่นสมบูรณ์
- (4) **อุดมการณ์เรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์** เป็นวิธีคิดชุดใหม่ในสังคมไทยที่ยึดเอาเรื่องสิทธิมาเป็นหัวข้อสำคัญแทนหน้าที่และบทบาททางสังคมที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งดูเหมือนจะเป็นความหวังของการต่อสู้ให้ผู้หญิงมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกชีวิตทางเพศและการเจริญพันธุ์ของตัวเอง แนวคิดนี้พัฒนาจากการทำงานแบบพันธมิตรของขบวนการสิทธิสตรีและขบวนการประชากรในช่วง 100 ปีที่ผ่านมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- **ขบวนการสิทธิสตรีและขบวนการประชากรกับการเมืองเรื่องเพศและร่างกายผู้หญิง**

ในช่วงศตวรรษที่ 19 ประเด็นปัญหาว่าด้วยเสรีภาพส่วนตัวของผู้หญิง โดยเฉพาะเรื่องเพศ ยังไม่มีใครให้ความสนใจนำมาเป็นประเด็นการเคลื่อนไหวทางการเมือง จนเริ่มต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 เมื่อนักประชากร<sup>5</sup> เริ่มเสนอว่า ‘วิธีการคุมกำเนิด’ (birth control) เป็นหนทางที่ทำให้ผู้หญิงสามารถควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนได้ มีนักสตรีนิยมในยุคนี้หลายคนหันมาให้ความสนใจและยอมรับว่า การคุมกำเนิดเป็นวิทยาการที่ทำให้ผู้หญิงมีทางเลือกมากขึ้น ว่าตนเองพร้อมจะเป็นแม่ หรือไม่ อย่างไร ถ้ามองจากประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ว่าขบวนการประชากรและขบวนการสตรีนิยมจะมีเป้าหมายในการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ผู้หญิงมีทางเลือกมากขึ้นในเรื่องจำนวนลูกที่ต้องการคล้ายคลึงกัน แต่อุดมการณ์และวิธีการที่นำไปสู่จุดหมายที่ต้องการนั้นแตกต่างกัน ขบวนการทั้งสองได้ปะทะกันในเชิงแนวคิดอุดมการณ์และจับมือทำงานร่วมกันอย่างพันธมิตร ตลอดระยะเวลา 100 ปีที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ของสองขบวนการนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ช่วง (Hodgson & Watkins, 1997: 469-523) ดังต่อไปนี้

(1) **ช่วงคริสต์ศตวรรษ 1920: ผูกสัมพันธ์ฉันมิตร** ช่วงคริสต์ศตวรรษนี้ นักสตรีนิยมฝ่ายซ้ายนาม Margaret Sanger ทรนงค์ให้ขยายโอกาสการเข้าถึงการใช้วิธีคุมกำเนิดสำหรับกลุ่มคนชนชั้นล่าง และต่อสู้ให้การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องที่รัฐต้องบริการให้ตามกฎหมาย การเคลื่อนไหวของขบวนการคุมกำเนิดนี้สอดคล้องกับขบวนการคัดสรรพันธุ์มนุษย์ (Eugenics Movement) ในยุคนั้น การร่วมกันเคลื่อนไหวดังกล่าวมายุติลงในปลายคริสต์ศตวรรษ 1930 เนื่องจากขบวนการคัดสรรพันธุ์มนุษย์เริ่มถูกต่อต้านเพราะคนไม่ไว้วางใจเกรงว่าจะเป็นเหมือนพรอคนาซีในเยอรมันที่ยกย่องเฉพาะเผ่าพันธุ์ตนเองและฆ่าทำลายล้างเผ่าพันธุ์ยิว ใน ค.ศ. 1942 Birth Control Movement ปรับขบวนการโดยการเปลี่ยนชื่อเป็น Planned Parenthood Movement เน้นการทำงานไปที่ครอบครัวและเด็ก ไม่ใช่ผู้หญิงและเรื่องเพศ

(2) **ช่วง ค.ศ. 1945-1965: คู่สร้างคู่สม** ขบวนการประชากรมีข้อเสนอว่า การลดภาวะเจริญพันธุ์เป็นเป้าหมายสำคัญของประชาคมนานาชาติ อัตราการเพิ่มประชากรที่ต่ำเป็นผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การลดอัตราเกิดให้เร็วดีกว่าการลดลงอย่างช้าๆ และการมีจำนวนประชากรคงที่คือเป้าหมายสูงสุด ขบวนการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิการคุมกำเนิดซึ่งได้ยกระดับเป็น International Planned Parenthood Federation (IPPF) เห็นพ้องด้วยกับข้อเสนอของนักประชากรว่า การลดอัตราการเกิดเป็นประเด็นที่สำคัญเร่งด่วน

(3) **ช่วง ค.ศ. 1965-1974: ตั้งคำถาม** มุมมองต่อปัญหาประชากรเปลี่ยนจากความกังวลต่อจำนวนประชากรมาเป็นเรื่องการเพิ่มประชากร นักประชากรได้คำนวณผลของอัตราเพิ่มประชากรที่สูงว่าจะมีผลต่อสังคมส่วนรวมอย่างมากในระยะเวลานาน ดังนั้น แนวทางหนึ่งในการเผยแพร่การใช้วิธีคุมกำเนิดคือดำเนินการผ่านนโยบายรัฐโดยการบังคับหรือกึ่งบังคับประชาชนให้ต้องคุมกำเนิด ในช่วงนี้เองมีการเกิดของขบวนการสังคมนิยมในสหรัฐอเมริกาหลายขบวนการ หนึ่งในนั้นคือขบวนการผู้หญิง ซึ่งมี 2 แนวทางสำคัญคือ

<sup>5</sup> ในที่นี้แปลมาจากศัพท์ Neo-Malthusian



สายเสรี (liberal) และสายรากเหง้า (radical)<sup>6</sup> การควบคุมภาวะเจริญพันธุ์เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับแนวทางของสายเสรี ในขณะที่สายรากเหง้าหรือฝ่ายซ้ายในยุคนั้นตั้งคำถามต่อขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมประชากร โดยเฉพาะการพยายามให้คนจนและคนผิวสีมีลูกน้อยลง องค์กรคนผิวดำมองเรื่องนี้อย่างไม่ไว้วางใจ บางคนถึงขนาดคิดว่านี่คือแผนล้างเผ่าพันธุ์ชนกลุ่มน้อยของคนผิวขาว

(4) ช่วง ค.ศ. 1974-1985: เมื่อรักหักเห ในการประชุมเรื่องประชากรระดับโลก ณ กรุงบูคาเรสต์ เมื่อ ค.ศ. 1974 นั้น ปรากฏว่าน้ำเสียงของผู้นำประเทศโลกที่สามกับกลุ่มผู้หญิงฝ่ายก้าวหน้ามีความเห็นพ้องต้องกันและคัดค้านความคิดของนักประชากร ผู้นำเหล่านี้มองว่าการพัฒนาต่างหากคือการคุมกำเนิดที่ดีที่สุด ดังนั้น เงินช่วยเหลือทางการเงินเป็นสิ่งที่ต้องการมากกว่าโครงการควบคุมการเกิด สภาประชากร (Population Council) จึงกำหนดข้อเสนอว่าจะสนับสนุนโครงการพัฒนาที่ผสมผสานการควบคุมการเกิดมิติของการประชุมครั้งนี้ยืนยันถึงสิทธิของปัจเจกบุคคลในการมีอิสระกำหนดจำนวนลูกของตนเอง แต่ในทางปฏิบัติ เมื่อมีการให้ทุนสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัว รัฐบาลหลายประเทศกลับใช้วิธีจูงใจให้เชื่อหรือกึ่งบังคับ หรือบังคับจริงๆ ที่น่าสนใจก็คือ ในคริสต์ทศวรรษนี้เองได้เกิดศัพท์ใหม่คือคำว่า ‘สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์’ (reproductive rights) ขึ้น ซึ่งเป็นข้อเสนอของกลุ่มผู้หญิงฝ่ายซ้ายที่ต่อสู้เรื่องสิทธิการทำแท้งว่าจะกำหนดค่าจำกัดความให้กว้างขึ้นอย่างไร เพื่อให้ครอบคลุมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์อย่างครบถ้วน อันหมายถึงเมื่อผู้หญิงมีความต้องการ รัฐบาลต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง การคุมกำเนิด การดูแลก่อนคลอด และหลังคลอด และการบริการสุขภาพเด็กในระยะต้น

(5) ช่วง ค.ศ. 1985-1995: รักกรีเทิร์น เมื่อหมดยุคสงครามเย็น นักประชากรถูกตั้งคำถามอย่างจริงจังอีกครั้งหนึ่งว่ามีหลักฐานยืนยันแน่ชัดอย่างไร ที่ว่าการเพิ่มจำนวนประชากรนั้นเป็นผลต่อการพัฒนา เพราะสิ่งที่เคยเสนอนั้นยังคงคลุมเครือ ไม่สามารถพิสูจน์ความจริงจากปรากฏการณ์ที่ผ่านมามาตั้งแต่ต้นทศวรรษได้ ในช่วงนี้องค์กรทางประชากรเริ่มรับผู้ทำงานใหม่ที่พูดจากับนักสถิติสตรีได้ ทดแทนคนเก่าที่ยังคงความเชื่อเดิมๆ ไว้ ในระยะนี้เองเงินทุนได้หลั่งไหลไปให้กับปัญหาทางสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องสิ่งแวดล้อมและสิทธิมนุษยชน ขบวนการทางประชากรจึงต้องมองหาแง่มุมใหม่เพื่อให้องค์กรทุนยังคงสนใจให้ทุนต่อไป เช่น ข้อเสนอที่ว่า การลดอัตราเกิดเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นต้น

ในที่สุดขบวนการประชากรต้องกลับไปพึ่งพิงพันธมิตรคือขบวนการผู้หญิง ซึ่งที่จริงแล้วเป็นการยื่นข้อเสนอจากกลุ่มนักสถิติสตรีเอง ในกลางคริสต์ทศวรรษ 1980 เครือข่ายของผู้หญิงที่ทำงานเพื่อสุขภาพผู้หญิงได้เพิ่มบทบาทในการกระตุ้นนโยบายของรัฐ และปรับทิศทางวาระทางประชากรขององค์กรนานาชาติหลายแห่ง โดยดึงความสนใจมายังคุณค่าของเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์บนฐานสิทธิมนุษยชน ยิ่งไปกว่านั้นยังมีการสร้างเครือข่ายกับกลุ่มผู้หญิงที่ทำงานในองค์กรพัฒนาเอกชน รัฐบาล และองค์กรระหว่างประเทศ และพยายามประสานอุดมการณ์นี้ให้เป็นหนึ่งผ่านการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง จนกลายเป็นเครือข่ายนานาชาติที่มีตัวแทนจำนวนไม่น้อยที่เป็นผู้หญิงจากประเทศโลกที่สาม

<sup>6</sup> ผู้เขียนพึงใจแปลคำว่า ‘radical’ ให้ตรงกับรากศัพท์และชุดความคิดที่ใช้อธิบายการเคลื่อนไหวต่อสู้ของนักสถิติสตรีสายนี้ คำนี้มีผู้แปลไว้อย่างอื่นว่า ‘สุดขั้ว’ (ชลิดาภรณ์, 2539); ‘หัวรุนแรง’ (สุชีลา, 2542); และ ‘ถอนรากถอนโคน’ (วารุณี, 2545)

แผนปฏิบัติการที่ได้จากการประชุมคือเรื่องประชากรและการพัฒนานี้ ในสายต่านักประชากรมองว่าเป็น ‘การพัฒนาคุณภาพของประชากรโดยเน้นการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในทุกช่วงวัย’ แต่เมื่อพิจารณาแผนปฏิบัติการในหัวข้อที่ 4 แล้วกลับแสดงถึงชัยชนะของขบวนการผู้หญิงในการทำงานกับขบวนการประชากรในยุคปัจจุบันดังนี้

ขยายความเสมอภาคและเท่าเทียมกันระหว่างหญิงชายและเพิ่มอำนาจให้กับผู้หญิง และจัดความรุนแรงทุกรูปแบบต่อผู้หญิง ต้องประกันให้ผู้หญิงสามารถควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ของตนเองได้ ทั้งหมดนี้เป็นหัวใจหลักของโครงการประชากรและการพัฒนา และโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Hodgson & Watkins, 1997: 520)

กล่าวได้ว่า การที่ขบวนการผู้หญิงเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการผลักดันประเด็นต่างๆ ในการประชุมที่โคโรนี นับเป็นชัยชนะครั้งสำคัญของขบวนการผู้หญิงในระดับสากลที่สามารถสร้างวาทกรรมใหม่เพื่อเพิ่มอำนาจผู้หญิงในกฎหมายและการเมืองระดับนานาชาติ ความสำเร็จของขบวนการนี้เป็นก้าวที่สะสมมาจากการทำงานต่อเนื่อง ดังที่ก่อนหน้านี้หนึ่งปี ในการประชุมสิทธิมนุษยชนนานาชาติ เมื่อ พ.ศ. 2536 เครือข่ายผู้หญิงสามารถผลักดันกรอบความคิดเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี (gender and sexuality) และสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง รวมเข้าไว้ในกรอบการทำงานขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งเป็นผลมาจากการพิสูจน์ได้ว่า การละเมิดสิทธิมนุษยชนที่ผู้หญิงต้องเผชิญมีพื้นฐานมาจากเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี ผลดังกล่าวทำให้องค์กรทุนหันมาสนับสนุนองค์กรผู้หญิงทั่วโลกให้ทำงานวิจัย และรณรงค์เคลื่อนไหวในประเด็นเพศภาวะและเพศวิถีอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน (Silliman & King, 1999)

- จากสุขภาพและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สู่ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์

(กฤตยา และกุลภา, 2558: 45-54)

แนวคิด ‘ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์’ (Reproductive Justice) เกิดขึ้นในการประชุมประชากรและการพัฒนา ณ กรุงโคโร เมื่อ พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มผู้หญิงผิวสีได้เสนอเป้าหมายในการทำงานเพื่อสุขภาพของผู้หญิง ว่าเป็นการสร้างให้เกิด ‘ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์’ เนื่องจากการต่อสู้เพื่อขยายความก้าวหน้าต่อคุณภาพชีวิตผู้หญิงและเด็กทางสุขภาพเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ จะมุ่งเน้นให้รัฐมีบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์และรับรองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่การทำงานของภาคประชาสังคมต้องไปไกลกว่านั้น นั่นคือต้องทำให้สังคมตระหนักและขับเคลื่อนให้เกิด ‘ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์’ ด้วย ต่อมากลุ่มผู้หญิงผิวสีในสหรัฐอเมริกาชื่อ SisterSong (ส่วนใหญ่คือแรงงานข้ามชาติและลูกหลานจากประเทศเอเชีย) ได้นำข้อเสนอนี้มาผลักดันและสานต่อจนเกิด ‘ขบวนการความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์’ อย่างเป็นทางการทั้งในเชิงแนวคิดและกิจกรรมใน พ.ศ. 2540 (Nora, 2008)<sup>7</sup>

กลุ่ม SisterSong ได้วิเคราะห์แนวคิด ‘สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์’ ‘สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์’ และ ‘ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์’ ไว้ว่า แม้ทั้ง 3 แนวคิดจะมีความต่างกัน แต่หากนำมาผนึกใช้ด้วยกันจะ

<sup>7</sup> ปัจจุบันแนวคิดเรื่องนี้ได้แพร่หลายไปสู่นักสิทธิสตรีและนำไปใช้ในการเคลื่อนไหวหลากหลายประเด็นเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์และเพศ ดังเช่นการประชุมเรื่อง *Abortion and Reproductive Justice: The Unfinished Revolution II* ณ เมืองเบลฟาสต์, ไอร์แลนด์เหนือ ประเทศอังกฤษ วันที่ 31 พฤษภาคม ถึง 7 มิถุนายน 2559 ที่มีผู้เข้าร่วมจาก 17 ประเทศทั่วโลก

ช่วยเสริมสร้างกันและกันในการสร้างทางออกของปัญหา (Asian Communities for Reproductive Justice [ACRJ], 2005) แนวคิดทั้งสามแบบนี้มีความแตกต่างทั้งด้านยุทธศาสตร์ กลุ่มเป้าหมาย ตัวแสดงหลัก และข้อท้าทาย/ข้อจำกัด (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก)

กล่าวโดยรวมแล้ว ทั้งสามแนวคิดเน้นฐานคิดคนละแบบ นั่นคือ **แนวคิดสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์** ยังใช้ฐานคิดการบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้รับบริการ (Client Oriented, Provider Efficient-COPE) คือเน้นความจำเป็นของการจัดและเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์โดยมีความต้องการของผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง **แนวคิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์** วางอยู่บนฐานคิดสากลทางกฎหมายที่ปกป้องคุ้มครองผู้หญิง โดยมองว่าเป็น ‘สิทธิ’ และทำให้มิติชีวิตผู้หญิงและเด็กที่เดิมถูกมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวได้ถูกนำมาเป็นเรื่องสาธารณะและเป็นที่ยอมรับในกระแสหลัก และ**แนวคิดความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์** เน้นฐานคิดเรื่องความเป็นธรรมทางเพศ (gender justice) โดยชี้ว่าความไม่ยุติธรรมทางการเจริญพันธุ์คือ ผลลัพธ์ผนวกกันของความไม่เป็นธรรมหลากหลายมิติที่มีรากมาจากความไม่เป็นธรรมทางสังคมและการละเมิดสิทธิมนุษยชน นั่นคือ การที่ผู้หญิงจะสามารถตัดสินใจในชีวิตทุกด้านของตัวเองได้หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับ การเผชิญความไม่เป็นธรรมและการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงผ่านร่างกาย เพศวิถี และอนามัยเจริญพันธุ์ โดยครอบครัว ชุมชน สถาบันต่างๆ อย่างไรก็ตาม ซึ่งเป็นสิ่งที่หยั่งรากฝังลึกอยู่ในโครงสร้าง ในบรรทัดฐาน ในสถาบันทางสังคมต่างๆ และส่งผลต่อชีวิตทางเพศ ทางเลือกการตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการด้านการเจริญพันธุ์ของตัวเอง

ในทัศนะผู้เขียนมองว่า จุดเด่นสุดของแนวคิดความเป็นธรรมทางอนามัยเจริญพันธุ์คือ **การผสานแนวคิดเรื่อง intersectionality<sup>8</sup>** เข้ามาสู่งานสุขภาพของผู้หญิง เพื่อชี้ถึงความไม่เป็นธรรมทางสังคมที่กดขี่ทับซ้อน **อยู่บนชีวิตผู้หญิงคนหนึ่งๆ** และตีแผ่ความเหลื่อมล้ำทางสังคมกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้หญิงกลุ่มชายขอบแต่ละคนต้องเผชิญ นั่นคือให้ความสำคัญกับบริบทล้อมรอบชีวิตของปัจเจกผู้หญิงและความมีตัวตนของผู้หญิงเอง (agency)

#### • การขับเคลื่อนเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศในประเทศไทย

**ภาครัฐ:** การขับเคลื่อนประเด็นสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์เริ่มลงหลักปักฐานในหน่วยราชการไทย เมื่อกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2540 โดยให้คำนิยามอนามัยการเจริญพันธุ์ว่าเป็น ‘ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์ อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข’ นอกจากนี้ นิยามยังครอบคลุมถึงสิทธิชายและหญิงทุกช่วงอายุในการตัดสินใจ และสิทธิที่จะได้รับการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนสามารถที่จะเข้าถึงบริการด้านนี้อย่างทั่วถึง (ปรากรม, 2541 อ้างใน สมศักดิ์ และคณะ, 2555: 4) โดยมีประเด็นที่จะทำงานรวม 10 เรื่อง (รายละเอียดในล้อมกรอบ)

<sup>8</sup> ‘Intersectionality’ (ยังไม่มีผู้บัญญัติศัพท์นี้เป็นภาษาไทย) เป็นแนวคิดใหม่ เริ่มใช้โดย Kimberlé Williams Crenshaw นักสิทธิสตรีอเมริกันในคริสต์ทศวรรษ 1980 เพื่อชี้ให้เห็นถึงการทับซ้อนระหว่างอัตลักษณ์ทางสังคมกับระบบการกดขี่ การเลือกปฏิบัติ และการใช้อำนาจนำ

### งานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ 10 เรื่อง

1. **การวางแผนครอบครัว** สนับสนุนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสมตามความต้องการของแต่ละครอบครัว
2. **การอนามัยแม่และเด็ก** ดูแลสุขภาพของหญิงทั้งก่อนระหว่างและหลังตั้งครรภ์ให้มีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีลูกที่สมบูรณ์แข็งแรง ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ
3. **โรคเอดส์** ให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและควบคุมป้องกัน รวมถึงให้การรักษาแก่ผู้ติดเชื้อ
4. **มะเร็งในระบบสืบพันธุ์** ฝึกระวังผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้ความรู้ และให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วถูกต้อง
5. **โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์** ควบคุมป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดเชื้ออื่นๆ ของระบบสืบพันธุ์
6. **การแท้งและภาวะแทรกซ้อน** ป้องกันการแท้งให้มีอัตราการลดลง และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการแท้งได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการแท้งที่ปลอดภัย
7. **ภาวะการมีบุตรยาก** ให้คำปรึกษาแนะนำและให้บริการแก่ผู้ที่มีบุตรยาก
8. **เพศศึกษา** ให้คำปรึกษาและเผยแพร่ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม
9. **อนามัยวัยรุ่น** ให้ความรู้และให้คำปรึกษาในเรื่องเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์
10. **ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ** ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตน บำบัดรักษาให้ประชากรวัยทองมีสุขภาพดี ใช้ชีวิตเป็นประโยชน์แก่สังคมและครอบครัว

น่าสนใจว่า เดิมนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในปฏิบัติการเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีฝ่ายนำนโยบายลงสู่พื้นที่คือ ‘กองวางแผนครอบครัวและประชากร’ กรมอนามัย แต่ต่อมานโยบายวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมอัตราเกิดมีความสำคัญน้อยลง เนื่องจากประเทศไทยสามารถบรรลุการลดอัตราเกิดได้อย่างรวดเร็วภายใน 10 ปีแรก หลังจากมีการประกาศใช้นโยบายประชากร จนได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีการปฏิวัติทางการเจริญพันธุ์ (Knodel, Chamratrithirong, & Debavalaya, 1987: 193-205) ดังหลักฐานที่ชี้ว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทยได้ลดต่ำลงอย่างมากในช่วง พ.ศ. 2507-2549 เมื่อพิจารณาจาก ‘อัตราเจริญพันธุ์รวม’ ซึ่งหมายถึง จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่งสามารถมีบุตรได้ คือ หญิงไทยเมื่อ พ.ศ. 2507 มีอัตราเจริญพันธุ์รวมหรือมีบุตรเฉลี่ยประมาณ 6 คน การสำรวจใน พ.ศ. 2539 พบว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือเพียง 2 คน และยิ่งลดต่ำลงไปอีกเหลือเพียง 1.6 คนใน พ.ศ. 2549 (ปัทมา, 2549)

เมื่อมีการประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ และมีภาระงานที่ต้องขับเคลื่อนถึง 10 เรื่อง กรมอนามัยจึงปรับชื่อหน่วยงานจาก ‘กองวางแผนครอบครัวและประชากร’ เป็น ‘สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์’ เพื่อให้ตรงกับภาระงานใหม่ หลังจากทำงานด้านนี้มา 12 ปี กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศใช้นโยบายและยุทธศาสตร์

การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ที่มีองค์ประกอบจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาควิชาการ (สมศักดิ์ และคณะ, 2555: 12) จากรายงานการประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์ฉบับนี้พบว่า ในภาพรวมแล้วงานอนามัยการเจริญพันธุ์ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยเฉพาะในประเด็นต่อไปนี้ (กนิษฐา และ สุวัฒน์, 2557: 159-161)

1. การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ
2. การสร้างทัศนคติที่ดีของวัยรุ่นต่อการสร้างครอบครัวและการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด โดยการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดยังเป็นปัญหาสำหรับวัยรุ่น เนื่องจากทัศนคติเชิงลบของผู้ให้บริการ
3. เพศศึกษาและทักษะชีวิตที่รอบด้าน ยังไม่มีระบบการเรียนรู้และการสอนเรื่องนี้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ขณะที่เรื่องเพศยังเป็นประเด็นที่คนในสังคมไม่สื่อสารพูดคุยกันเปิดเผย
5. การจัดตั้งจังหวัดอนามัยการเจริญพันธุ์ ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังทำได้ยาก เพราะครูยังขาดประสบการณ์
6. เสริมสร้างหน่วยงานภาคเอกชนให้มีบทบาทที่ชัดเจนต่อการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ยังเป็นการให้บริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุกและยังไม่ครอบคลุม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังทำงานด้านนี้น้อย
7. ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ.... ยังไม่ผ่านการพิจารณาของสภาผู้แทนฯ
8. ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
9. ฐานข้อมูลที่ใช้เพื่อการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลสถิติไม่ตรงกันระหว่างหน่วยงาน ขาดความน่าเชื่อถือ

พึงสังเกตว่า งานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ขับเคลื่อนโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขนั้น เน้นเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ค่อนข้างน้อย ขณะที่ภาระงาน 10 ด้านนั้น ในปฏิบัติการจริงก็ไม่เน้นเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่เน้นงานบริการเป็นหลัก ดังปรากฏในหนังสือ ‘การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข’ ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (สมศักดิ์ และคณะ, 2555) มีเพียงบทเดียวที่บรรจุเนื้อหาอย่างบางเบาเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ (หน้า 251-264)

ขณะที่การให้ความหมายของ ‘อนามัยการเจริญพันธุ์’ ระบุว่า ‘คำนิยามของอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเหมือนกับของสุขภาพอนามัย แต่เป็นเรื่องของระบบสืบพันธุ์’ (เน้นโดยผู้เขียน) คือเป็นเรื่องของกระบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 3 ด้านคือ (1) ความสามารถที่จะมีบุตรและควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนเอง มีเสรีภาพที่จะเลือกว่าจะมีบุตรเมื่อไร ถิ่นทางเท่าไร ตลอดจนมีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ (2) ความสำเร็จในการลดอัตราตายของมารดาและทารก คือลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ลูกที่เกิดมาได้รับการพัฒนาให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ (3) โอกาสเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ราคาถูก รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ทำให้สตรีมีความปลอดภัยในด้านการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และบุตรที่เกิดมามีความแข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย (สมศักดิ์ และคณะ, 2555: 4)

**ภาคประชาสังคม:** บทบาทภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ถ้ากล่าวเฉพาะ 10 ประเด็นที่เป็นภาระงานที่กรมอนามัยกำหนดขึ้นนั้น กล่าวได้ว่าในประเด็นเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือ



การบริการคุมกำเนิด มีองค์กรพัฒนาเอกชน (อพช.) ทำงานบริการด้านนี้มานานแล้ว ได้แก่ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2513 และเป็นสมาชิกของสหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation [IPPF]) ด้วย อีกองค์กรหนึ่งคือสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2517 ทั้งสององค์กรเป็นหัวหอกในการให้บริการคุมกำเนิด และการยุติการตั้งครรภ์ของภาคประชาสังคม ปัจจุบันนี้ทั้งสององค์กรหันมาจ้างงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย

ในมิติของการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิผู้หญิงและความเสมอภาคทางเพศ อาจนับได้ว่าใน พ.ศ. 2515 เกิดกลุ่มผู้หญิงกึ่งก้าวหน้า (semi-progressive) ขึ้นคือ กลุ่มที่ต้องการทำงานขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมสถานภาพสตรี (Women’s Status Promotion Group) การเคลื่อนไหวลักษณะนี้เริ่มเกิดขึ้นกับกลุ่มผู้หญิงนักศึกษาในมหาวิทยาลัยต่างๆ (Tantiwiramanond & Pandey, 1991) ซึ่งน่าจะเป็นส่วนหนึ่งของความก้าวหน้าในกลุ่มนักศึกษาทั่วไปที่หันมาสนใจปัญหาสังคมและบ้านเมือง จนนำไปสู่การเรียกร้องรัฐธรรมนูญ และติดตามมาด้วยเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516

งานภาคประชาสังคมในประเทศไทยเติบโตขึ้นมาก หลังจากที่ยุทธยานักเรียนนักศึกษาที่เข้าป่าไปร่วมต่อสู้กับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2522 เริ่มทยอยเดินทางออกจากป่า คนหนุ่มสาวส่วนหนึ่งกลับเข้าเมืองมาทำงานตามอุดมการณ์เพื่อสาธารณะ/สังคม เข้าร่วมทำงานกับองค์กรในภาคประชาสังคมและกลายเป็นพลังขับเคลื่อนเรื่องสาธารณะที่สำคัญตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา ในประเด็นที่เกี่ยวกับสิทธิผู้หญิง มีองค์กรที่เกิดขึ้นเด่นๆ หลายองค์กร ได้แก่ กลุ่มเพื่อนหญิง (ต่อมาคือมูลนิธิเพื่อนหญิง) มูลนิธิผู้หญิง และสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ทั้ง 3 องค์กรนี้ทำงานรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสถานภาพผู้หญิงและความเป็นธรรมสำหรับผู้หญิงที่เผชิญปัญหาต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ การทำแท้ง การค้าผู้หญิงและเด็ก โสเภณีข้ามชาติ แรงงานหญิง ฯลฯ

ในการทำงานด้านสิทธิทางเพศก็เกิดการขับเคลื่อนเรื่องเพศวิถีที่เริ่มจากงานเอดส์ และเกิดการปรากฏตัวของเกย์และกะเทยที่ทำงานด้านเอดส์ และเรียกร้องสิทธิของผู้ติดเชื้อ ขณะทำงานเกี่ยวกับสิทธิผู้หญิงและสิทธิเด็กก็เติบโตชัดเจนอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การเคลื่อนไหวเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก ซึ่งอพช. ด้านผู้หญิงและด้านเด็กได้ร่วมกันทำงานเป็นเครือข่ายตั้งแต่ช่วงนี้จนถึงปัจจุบัน และคณะทำงานเพื่อยุติการเอาเปรียบเด็กทางเพศ (พปพ.) ที่มุ่งทำงานเรื่องยุติปัญหาโสเภณีเด็กในช่วงปี พ.ศ. 2533-2536 รวมถึงการเกิดขององค์กรที่ทำงานเพื่อปกป้องสิทธิของคนรักเพศเดียวกันครั้งแรกในประเทศไทย คือ อัจฉาริ (กฤตยา และกนกวรรณ, 2545)

หากกล่าวเฉพาะการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ในช่วงต้น พ.ศ. 2540 ได้เกิดโครงการรณรงค์สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ดำเนินงานโดยสภาประชากร สำนักงานกรุงเทพฯ (Population Council, Bangkok Office) ที่ได้ทุนสนับสนุนจากมูลนิธิฟอร์ด นับเป็นการเคลื่อนไหวแรกๆ ที่นำผลจากการประชุมประชากรและการพัฒนา เมื่อ พ.ศ. 2537 มาเป็นประเด็นเคลื่อนไหวรวม 8 ประเด็นคือ การทำแท้ง ภาวะการมีบุตรยาก ภาวะหมดประจำเดือน ยาคุมฉุกเฉิน มะเร็งปากมดลูก ตัวชี้วัดอนามัยเจริญพันธุ์ และสุขภาพผู้หญิง (ในภาพรวม) โดยจัดเวทีเสวนาที่มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย และละเอียดอ่อนต่อความเชื่อทางวัฒนธรรมและบริบทชีวิตผู้หญิง เผยแพร่ต่อสาธารณะ และทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้ภาครัฐ



ในแต่ละประเด็น (policy advocacy)<sup>9</sup> เมื่อสภาประชากร สำนักงานกรุงเทพฯ ปิดตัวลงใน พ.ศ. 2544 ผู้ปฏิบัติงานของโครงการรณรงค์สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ 4 คนได้ก่อตั้ง ‘มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)’ ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นองค์กรที่ตั้งใจทำงานวิจัยและรณรงค์เรื่องสุขภาพผู้หญิงโดยมีสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เป็นแกนกลาง และมีกรอบคิดหลักในการทำงาน 3 ประเด็นคือ เพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิมนุษยชน (มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง [สคส.], 2560)

ต่อมา สคส. ได้เป็นหัวหอกในการทำงานเรื่องสุขภาพผู้หญิงและสุขภาพทางเพศ ที่เป็นเหรียญอีกด้านหนึ่งของเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และยังไม่เคยมีองค์กรผู้หญิงอื่นใดทำมาก่อน โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) ใน พ.ศ. 2549 ด้วยเจตนาที่จะ ‘สร้างเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ลดความเสี่ยงของเรื่องเพศที่ไม่ปลอดภัยและสนับสนุนเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ชีวิตด้านเพศของประชาชน’ (แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ, 2549: 3; สคส., 2551: 21) โดยนำเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในประเด็นเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยขึ้นมาเป็นตัวตั้ง และมองว่าการรับมือกับสถานการณ์เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรรค์ไม่พร้อม ความรุนแรงและการละเมิดทางเพศ และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์นั้น ต้องทำสองสิ่งไปพร้อมๆ กัน คือ เพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ตัวปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความเปราะบางหรือความเสี่ยงแตกต่างกัน และปรับแก้บริบทสิ่งแวดล้อมของปัจเจกให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยด้วย นั่นคือต้องมีสุขภาพทางเพศทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม (กุลภา, 2558)

องค์กรพัฒนาเอกชนอีกแห่งหนึ่งที่ทำงานขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ คือ องค์กรการแพธ (PATH) ประเทศไทย ใน พ.ศ. 2556 ได้ปรับตัวเป็นองค์กรท้องถิ่นในนาม ‘มูลนิธิแพธทูเฮลท์ (Path2Health Foundation [P2H])’ (P2H, 2016) องค์กรการแพธมีบทบาทในเรื่องเพศศึกษาครบด้าน (comprehensive sexuality education) ในชื่อโครงการ ‘ก้าวอย่างอย่างเข้าใจ’ หรือ ‘โครงการส่งเสริมเพศวิถีศึกษาสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา’ อย่างเข้มข้นในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2546-2557) ซึ่งเป็นโครงการภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมพื้นที่ 43 จังหวัด มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นับเป็นส่วนหนึ่งของงานป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวี เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 12-24 ปี (แสงจันทร์, 2557)

ทั้ง สคส. และ P2H ทำงานเรื่องเพศบนสถานการณ์ที่หนุ่มสาวไทยมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน ทั้งการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรค์ อันนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนในวัยหนุ่มสาวหรือวัยแรงงาน เพราะมีอัตราติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูงขึ้น ขณะที่การตั้งครรรค์ไม่พร้อมของวัยรุ่นก็เพิ่มจำนวนสูงตามมาด้วย ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ 2 เรื่องของประเทศไทย ที่เป็นเรื่องท้าทายและควรได้รับการเอาใจใส่ในลำดับต้นๆ คือ ลดจำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรรค์ และป้องกันไม่ให้เกิดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (WHO, 2011: 47) สถานการณ์ดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการผลักดันกฎหมายเพื่อแก้ปัญหาท้องวัยรุ่นตั้งแต่ พ.ศ. 2554 และมาประสบความสำเร็จใน พ.ศ. 2559 ในชื่อ ‘พระราช

<sup>9</sup> โครงการนี้ได้เชิญ แพทย์หญิงสุวรรณา วรคามิน ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ในขณะนั้น นายแพทย์สุพร เกิดสว่าง และผู้เขียนเป็นที่ปรึกษาโครงการ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการ ผศ.ดร.กนกวรรณ ธรรวธรรม เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560)

บัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559’ รูปธรรมสำคัญเรื่องหนึ่งของการขับเคลื่อนผลักดันกฎหมายนี้ทั้งก่อนและหลังการออก พ.ร.บ. ที่เป็นการร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม คือ การร่วมจัดประชุมสุขภาพทางเพศแห่งชาติ 2 ครั้ง ใน พ.ศ. 2558 และ 2560 สนับสนุนโดย สสส.

กล่าวโดยรวมในทางทฤษฎีแล้ว การขับเคลื่อนเรื่องสิทธิการเจริญพันธุ์และเพศในประเทศไทยมีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ (new social movement) คือมิได้เคลื่อนไหวบนฐานชนชั้นใดชนชั้นหนึ่ง มิได้เคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ และมีได้เคลื่อนไหวผ่านการเรียกร้องพรรคการเมือง นักการเมือง หรือฟังก้องกริ้ว และสุดท้ายคือมิได้มุ่งช่วงชิงอำนาจรัฐ แต่**มุ่งเปลี่ยนแปลงสังคม ‘เพื่อสร้างกติกาหรือกฎเกณฑ์ชุดใหม่ในการดำรงชีวิต’** และช่วงชิงการนำในการสร้างนิยามหรือความหมายชุดใหม่ให้กับสิ่งที่ต่อสู้เรียกร้อง (ไชยรัตน์, 2542: 63-64)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนี้อาจหมายถึงการเปลี่ยนโครงสร้างกฎเกณฑ์กติกา เช่น การตรากฎหมายใหม่ที่ขยายสิทธิหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น และหรือการปรับเปลี่ยนฐานคิดเมื่อนิยามใหม่หรือความหมายชุดใหม่ผลิดอกออกผลในภาคปฏิบัติการในสังคม การเปลี่ยนแปลงหลัง ถ้าทำได้ก็อาจจะเปลี่ยนระบบการให้คุณค่า ค่านิยม ความเป็นสถาบัน และความสัมพันธ์ทางอำนาจที่สำคัญของสังคมหรือระหว่างรัฐกับประชาชนได้ในที่สุด การขับเคลื่อนลักษณะนี้จึงมักถือว่าหน่วยงานรัฐคือภาคีสำคัญที่ช่วยหนุนเสริมการเปลี่ยนแปลง คือมีทั้งต่อว่าต่อขานรัฐ ตำหนิติเตียนรัฐ เปิดโปงรัฐ แต่ก็ทำงานร่วมกับรัฐในส่วนที่คิดสอดคล้องกัน

การเคลื่อนไหวหนึ่งที่บรรลุผลเป็นรูปธรรมคือ การนิยามความหมายของคำว่า ‘สุขภาพผู้หญิง’ ลงในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมาตรา 6 ที่ระบุว่า ‘สุขภาพผู้หญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพในระบบเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม’<sup>10</sup> ขณะที่บทบาทของภาคประชาสังคมในการผลักดันสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์ได้รับการตอบรับอย่างดีจากภาคีหน่วยราชการ ดังที่นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กล่าวว่า ‘...ถ้าไม่มี NGO มาช่วยในการขับเคลื่อน เป็นไปไม่ได้ที่จะประสบความสำเร็จ หายากมากที่ภาครัฐจะลงมาขับเคลื่อนเรื่องนี้เอง’ (27 เมษายน 2558)<sup>11</sup>

แล้วสถาบันทางวิชาการแบบสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มีตำแหน่งแห่งที่ในการเข้าร่วมกับขบวนการทางสังคมแนวใหม่ ที่มุ่งขยายสิทธิการเจริญพันธุ์และเพศอย่างไรบ้าง? เราจะอภิปรายในตอนต่อไป

<sup>10</sup> สังคมไทยมีการผลักดันและเสนอกฎหมายโดยภาคประชาชนหลายฉบับ แต่ยังไม่ฉบับใดเลยที่สามารถก้าวผ่านสภาออกมาประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ตามเจตจำนงที่ภาคประชาชนตั้งใจไว้ การผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2550 จึงเป็นอีกหน้าหนึ่งของประวัติศาสตร์การเสนอกฎหมายและการเมืองไทย เป็นกฎหมายฉบับแรกที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการผลักดันมากที่สุด ผ่านการรับฟังความคิดเห็นประชาพิจารณ์มากที่สุด และผ่านกระบวนการพิจารณาถึงสามรัฐบาล แต่น่าเสียดใจว่ากฎหมายนี้ก็กลับผ่านออกมาเป็นกฎหมายในยุคของรัฐบาลรัฐประหาร 19 กันยายน 2549

<sup>11</sup> ให้ความเห็นในที่ประชุมเรื่อง ‘การทบทวนสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ เหลียวหน้าแลหลัง ผ่านการขับเคลื่อนมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพของผู้หญิงและภาคีเครือข่าย’ จัดโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ห้อง 501 สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วันที่ 27 เมษายน 2558.

## การก่อเกิดสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

ใน ‘ปัจฉิมลิขิต’ ของหนังสือชื่อ ‘ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต’ เอกสารวิชาการฉบับสุดท้ายที่เขียนโดย ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ผู้อำนวยการคนแรกของสถาบัน<sup>12</sup> ได้ให้ภาพการก่อตั้งและเปลี่ยนผ่านจาก ‘ศูนย์วิจัยประชากรและสังคม’ มาเป็น ‘สถาบันวิจัยประชากรและสังคม’ ว่า สถาบันทางประชากรเกิดจากความพยายามของประเทศมหาอำนาจอันดับหนึ่งของโลก หรือสหรัฐอเมริกา ที่เกรงว่าหากจำนวนประชากรในประเทศโลกที่สามเติบโตขึ้นด้วยอัตราเพิ่มที่สูง จะสิ้นเปลืองทรัพยากรในการช่วยเหลือประเทศเหล่านี้มากกว่าการกระตุ้นให้เกิดโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศด้อยพัฒนาเพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรให้ต่ำลง รัฐบาลสหรัฐอเมริกาในสมัยนั้นจึงผลักดันผ่านองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก ตลอดจนองค์การเอกชนระหว่างประเทศ ที่สำคัญคือสภาประชากร (Population Council) ที่จัดตั้งขึ้นโดยมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ให้สนับสนุนการจัดตั้งสถาบันวิชาการทางประชากรขึ้นมา เพื่อเป็นฐานในการดำเนินงานวิจัยและผลิตบุคลากรทางประชากร (บุญเลิศ, 2557: 47-57)

ข้อเท็จจริงจากประวัติศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องนี้ คงต้องเริ่มจากการที่ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ต้องการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ รัฐบาลจึงได้เชิญคณะสำรวจทางเศรษฐกิจของธนาคารโลกให้เข้ามาทำวิจัย (กรกฎาคม 2500-มิถุนายน 2501) คณะผู้เชี่ยวชาญได้ส่งผลการศึกษาเรื่อง ‘โครงการพัฒนาของรัฐสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2501’ ต่อรัฐบาล หนึ่งในข้อเสนอของรายงานฉบับนี้คือ เสนอให้การวางแผนครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกลยุทธ์การพัฒนาเศรษฐกิจ เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มในอัตราสูงทำให้เกิดปัญหานานัปการ หนึ่งในปัญหานั้นคือจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในอนาคตอันใกล้ (นิพนธ์, 2557: 6) ขณะเดียวกันรัฐบาลก็สั่งการให้สภาวิจัยแห่งชาติจัดประชุมระดับชาติเรื่องประชากรประเทศไทยรวม 3 ครั้ง ใน พ.ศ. 2505, 2508, และ 2511 โดยมีแพทย์และนักวิชาการที่สนใจปัญหาการเพิ่มประชากรได้ร่วมกันผลักดันแนวคิดที่จะให้มีโครงการวางแผนครอบครัวขึ้น (ชัยยนต์, 2533: 253-293)

บุญเลิศ (2557) ให้ข้อมูลที่น่าสนใจว่า ในการประชุมครั้งที่ 2 มีผู้แทนของมูลนิธิฟอร์ดประจำอินเดียคือ Dr. Moye W. Freyman ซึ่งต่อมาดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการคนแรกของ Carolina Population Center [CPC] จาก University of North Carolina at Chapel Hill เข้าร่วมประชุมด้วย และได้พบหารือกับศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส ยามะรัต คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ในขณะนั้น Dr. Freyman เสนอให้ความช่วยเหลือจัดตั้ง ‘ศูนย์วิจัยประชากรและสังคม’ ขึ้นโดยได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีในปีถัดมา (12 มิถุนายน 2509) แต่การเป็นศูนย์วิจัยมิได้มีฐานะเป็นหน่วยงานในระบอบราชการจึงไม่ได้รับจัดสรรตำแหน่งและงบประมาณประจำปี เงินบริหารที่ใช้จึงมาจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ที่ให้ผ่าน CPC ใน 3 ปีแรกจำนวน 4 ล้านบาท และในช่วงเวลา 8 ปี (พ.ศ. 2510-2518) CPC ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาประจำที่ศูนย์วิจัยนี้รวม 4 คน หลังจากศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส พ้นตำแหน่งคณบดีใน พ.ศ. 2514 ผู้แทน CPC 2 คนสุดท้ายต้องรับภาระงานศูนย์วิจัยทั้งทางวิชาการบริหารและธุรการ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์นอกจากให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยและการบริหารในช่วงที่สถาบันฯ ยังไม่ได้รับเงินงบประมาณแผ่นดินแล้ว ยังให้ทุนอุดหนุนบัณฑิตไทย 4 คน

<sup>12</sup> ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2560

(ชายล้วน) ไปศึกษาต่อระดับปริญญาเอกที่สหรัฐอเมริกาในสาขาสังคมวิทยาเน้นประชากรศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ด้วย<sup>13</sup>

ต่อมาใน พ.ศ. 2514 ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชวาลย์ โอสถานนท์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนั้น ได้ตั้งคณะกรรมการจัดตั้งคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมขึ้น โดยมีคณะกรรมการที่มีไชแพทย 2 คนคือ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ผู้อำนวยการสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในขณะนั้น และดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ รักษาการผู้อำนวยการกองสำรวจเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ แม้สภาพพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติเห็นด้วยกับการจัดตั้งสถาบันฯ แต่สภาการศึกษา ยังสงสัยว่าประเทศไทยมีสถาบันประชากรศาสตร์แล้ว ทำไมจึงต้องตั้งสถาบันทางประชากรอีกหนึ่งแห่งขึ้นด้วย ดร.วิศิษฐ์ได้ให้เหตุผลสนับสนุนการจัดตั้งว่า ‘สถาบันประชากรศาสตร์เน้นการวิจัยประชากรศาสตร์พื้นฐาน ส่วนสถาบันวิจัยประชากรและสังคมเน้นการวิจัยประชากรศาสตร์ประยุกต์’ จึงไม่ซ้ำซ้อนกันแต่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน การจัดตั้งสถาบันฯ จึงผ่านไปได้อย่างไรก็ตาม กว่าสถาบันฯ จะได้รับงบประมาณแผ่นดินก็จน พ.ศ. 2517 ด้วยเม็ดเงินเพียง 4.9 ล้านบาทเพื่อบรรจุอาจารย์ 2 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน และลูกจ้างประจำ 4 คน (บุญเลิศ, 2557: 48-53)

หากมองในมิติรัฐศาสตร์แล้ว การสร้างสถาบันและผลิตบุคลากรเป็นหนึ่งในหลายกลยุทธ์ที่ใช้ผลักดันนโยบายควบคุมอัตราเกิดในประเทศไทย โดยกลุ่มแนวร่วมที่เห็นด้วยกับนโยบายนี้ผ่านการสนับสนุนทุนจากสภาประชากรแห่งสหรัฐอเมริกา เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2508 ที่มีการจัดตั้งศูนย์วางแผนครอบครัวขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 แห่ง คือคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต่อมาใน พ.ศ. 2509 ก็สนับสนุนการก่อตั้งสถาบันประชากร 2 แห่ง คือที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและที่มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ สภาประชากรยังสนับสนุนให้สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดตั้งฝ่ายประชากรขึ้นในกองวางแผนกำลังคน ทั้งหมดนี้เพื่อให้ร่วมทำงานสนับสนุนการลดอัตราเพิ่มประชากรในประเทศไทย ในด้านการผลิตบุคลากรนั้น ในช่วง พ.ศ. 2502-2513 มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ทุนผ่านสภาประชากรสนับสนุนคนไปเรียนที่ประเทศสหรัฐอเมริกา รวม 21 คน และในช่วงสิงหาคม 2509-สิงหาคม 2510 ได้ให้ทุนสนับสนุนแก่กระทรวงสาธารณสุข จัดอบรมแพทย์พยาบาล รวม 90 คน ในเรื่องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดสมัยใหม่ (ชัยยนต์, 2533: 286-293)

สมควรตั้งข้อสังเกตถึงชื่อของสถาบัน ‘วิจัยประชากรและสังคม’ ที่ดูตั้งใจให้มีการดำเนินงานวิจัยทั้งด้านประชากรและด้านสังคม และงานวิจัยที่เชื่อมโยงเรื่องประชากรกับสังคมไว้ด้วยกัน ขณะที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในช่วงเวลาดังกล่าวมีสถาบันประชากรศาสตร์และสถาบันวิจัยสังคมแยกออกจากกัน ต่อประเด็นนี้ ศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ อดีตผู้อำนวยการคนที่ 3 มองว่า ‘เราวิจัยประชากรจาก mission

<sup>13</sup> สองในสี่คนนี้ได้กลับมาทำงานและเป็นผู้ดำเนินการสถาบันฯ คนที่ 2 (ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล) และ 3 (ศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์) ดำรงตำแหน่งคนละ 2 วาระ (8 ปี) ที่จริงแล้ว ในช่วงที่ยังเป็นศูนย์วิจัยประชากรและสังคมนั้น CPC ได้ให้ทุนอาจารย์จากคณะสาธารณสุขจำนวนหนึ่งไปศึกษาต่อทางประชากรและสาธารณสุข แต่อาจารย์เหล่านั้นเมื่อกลับมาแล้วก็กลับไปทำงานในภาควิชาตนเอง ไม่มีใครต้องการมาประจำที่ศูนย์วิจัยฯ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ วันที่ 8 ตุลาคม 2556)

ของการก่อตั้งสถาบันฯ มาตั้งแต่ต้น เราก็ต้องวิจัยทางสังคมบนรากฐานของปัญหาประชากรด้วย'<sup>14</sup> ขณะที่ศาสตราจารย์ ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน แอ๊ดดีก อดีตผู้อำนวยการคนที่ 4 ให้ความเห็นว่า 'วิจัยเป็นร่มของสถาบันฯ มีประชากรเป็นแกน แต่ไม่ได้หมายความว่าสังคมจะเป็นรอง สังคมเป็นตัวขยายปรากฏการณ์ทางด้านประชากร แต่มันต้องเชื่อมกันได้ ไม่ใช่ประชากรโดดๆ โดยที่ไม่มีสถานการณ์ทางสังคมมาอธิบาย ไม่เช่นนั้นคนก็จะเอาไปใช้ไม่ได้ หรือใช้ได้ในกรอบที่เล็กกว่าแคบกว่า' (สัมภาษณ์เมื่อ 1 มีนาคม 2559, เน้นโดยผู้เขียน)

แล้วการดำเนินงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศของสถาบันฯ จะมีตำแหน่งแห่งที่ใดในทิศทางข้างต้นโปรดติดตามในตอนต่อไป

## การดำเนินงานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

ปัจจุบัน (พฤษภาคม 2560) สถาบันฯ มีบุคลากรรวม 124 คน เป็นอาจารย์ 28 คน ใน 28 คนนี้เป็นอาจารย์ต่างชาติ 2 คน มีที่ปรึกษาที่ยังคงทำงานประจำอยู่ 2 คน อาจารย์ที่เกษียณแล้วและยังทำงานเต็มเวลาอยู่ 4 คน มีนักวิจัย 7 คน และนักวิจัยโครงการ (ที่จ้างจากเงินโครงการวิจัย) 48 คน และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 48 คน<sup>15</sup> พันธกิจหลักของสถาบันฯ คือการทำงานวิจัย และใช้การกำหนดกลุ่มวิจัย (research clusters) เพื่อชี้ว่าสถาบันฯ ทำงานวิจัยด้านใดบ้าง โดยโครงสร้างการดำเนินงานของสถาบันฯ ไม่เคยกำหนดให้มีฝ่ายวิจัยขึ้นมาแต่อย่างใด

การแบ่งกลุ่มวิจัย เริ่มในยุคผู้อำนวยการคนที่ 3 ประมาณ พ.ศ. 2535 แบ่งเป็น 5 กลุ่มวิจัยคือ (1) เพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ (2) การเปลี่ยนแปลงประชากร ครอบครัว และสังคม (3) ประชากรและสุขภาพอนามัย (4) การย้ายถิ่นและความเป็นเมือง และ (5) ประชากรและสิ่งแวดล้อม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2535: 8-24) น่าสังเกตว่าการแบ่งกลุ่มนี้เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการระบาดโรคเอดส์ ซึ่งในระบะนั้นยังไม่ได้ใช้ศัพท์คู่กันเป็น 'เอชไอวี/เอดส์' สถาบันฯ ปรับตัวตามโดยนำประเด็นเอดส์มาเป็นกลุ่มวิจัยกลุ่มแรก และพิมพ์หนังสือ 'งานวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม' แนะนำกลุ่มวิจัยขึ้นเป็นครั้งแรก

ต่อมาในช่วงผู้อำนวยการคนที่ 4 งานวิจัยได้แบ่งเป็น 8 กลุ่มวิจัยคือ (1) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงประชากร ครอบครัว และสังคม (2) อนามัยเจริญพันธุ์ เพศสัมพันธ์ และเอชไอวี/เอดส์ (3) ประชากรและสุขภาพอนามัย (4) แรงงานการย้ายถิ่น และความเป็นเมือง (5) ประชากรและสิ่งแวดล้อม (6) บทบาทหญิงชายและการพัฒนา (7) การศึกษาประชากรในเอเชียอาคเนย์ และ (8) การวิจัยเชิงนโยบายเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2551: 18-23) ถึงช่วงนี้กลุ่มวิจัยเรื่องเพศได้เพิ่มเติมประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์เข้าไปด้วย และมีกลุ่มงานวิจัยประเด็นประชากรในระดับภูมิภาคพร้อมไปกับการวิจัยที่มุ่งรับใช้ยุทธศาสตร์ชาติ

<sup>14</sup> ถอดเทปจากปาฐกถาพิเศษ โดยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ เรื่อง 'ทิศทางงานวิจัย.. ทางประชากรและสังคม' ห้องประชุมสระบัว ชั้น 1 อาคารประชาสังคมอุดมพัฒน์ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2559.

<sup>15</sup> ผู้เขียนนับจากเพจหน้าบุคลากร โดยนับเฉพาะผู้ที่ยังทำงานประจำเต็มเวลาเท่านั้น <http://www.pr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/About.aspx?> ค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560.



ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 มีการจัดกลุ่มวิจัยใหม่ให้เหลือ 6 กลุ่มดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงประชากร ครอบครัว และสังคม (2) ผู้สูงอายุ (3) เพศวิถี เพศภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ และเอชไอวี/เอดส์ (4) ประชากร สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ (5) การย้ายถิ่น ความเป็นเมือง และแรงงานข้ามชาติ และ (6) ประเด็นเร่งด่วนในสังคม (emerging issues) ซึ่งในที่นี้หมายรวมถึงการวิจัยที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติด้วย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554: 23-35) การปรับเปลี่ยนครั้งนี้เป็นการปรับเชิงระบบและเนื้อหา กล่าวคือได้มีการกำหนดกรอบความสำคัญของแต่ละกลุ่มวิจัย และคัดสรรอาจารย์มาทำหน้าที่หัวหน้ากลุ่มวิจัย จัดงบประมาณให้แก่กลุ่มวิจัยทำงานค้นคว้าเพื่อขยายงานกลุ่มวิจัยนั้นๆ ให้คณาจารย์และนักวิจัยเลือกเข้าร่วมพูดคุยในแต่ละกลุ่มวิจัยที่มีการประชุมเป็นระยะๆ (ดูรายละเอียดความสำคัญของกลุ่มวิจัยด้านเพศและการเจริญพันธุ์ ในล้อมกรอบ)

### ความสำคัญของการวิจัยกลุ่มเพศวิถี เพศภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ และเอชไอวี/เอดส์

นิยาม: เพศภาวะ เป็นความคาดหวังและบรรทัดฐานที่สังคมมีต่อผู้หญิงและผู้ชายซึ่งแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งคุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนคำว่า เพศวิถี หมายถึง ความปรารถนาทางเพศ การแสดงออกทางเพศ พฤติกรรมทางเพศ การสืบพันธุ์ ความรัก ความสุขทางเพศ ธรรมเนียมทางเพศ และการเลือกคู่ครอง ทั้งเพศภาวะและเพศวิถีมีคุณสมบัติร่วมกันสองประการ คือ ถูกกำหนดด้วยวัฒนธรรม และมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นตัวผลักดัน

ผลการวิจัยเรื่องนี้จากหลายหลายสังคมทั่วโลกยืนยันว่า เพศภาวะและเพศวิถี เป็นเงื่อนไขรากเหง้าของปัญหาเอชไอวี/เอดส์ และปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ สังคมใดที่มีวัฒนธรรมเพศภาวะและวัฒนธรรมเพศวิถีแบบปิดตายปิดขาดความเป็นธรรมระหว่างเพศ ไม่มีความยืดหยุ่น และไม่ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นสังคมที่กำลังเผชิญกับปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ ปัญหาท้องไม่พร้อม และปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ที่หนักหน่วงกว่าสังคมที่มีรูปแบบความสัมพันธ์หญิงชายแบบเท่าเทียม เป็นประชาธิปไตย และมีความยืดหยุ่นสูง

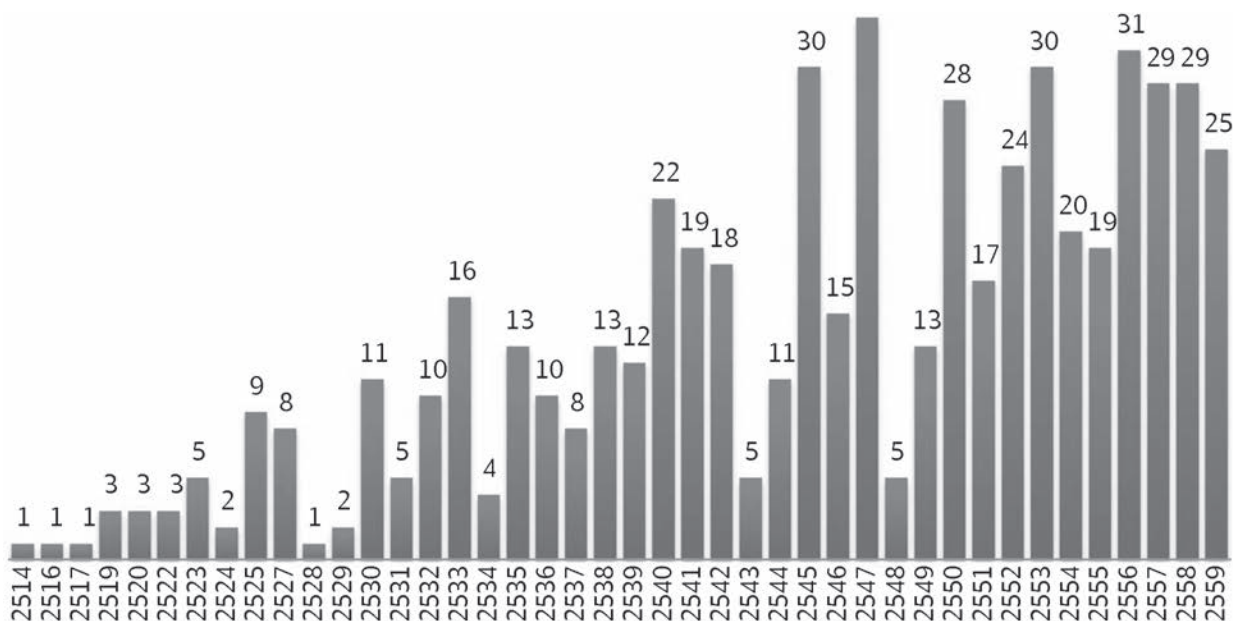
เห็นได้ว่า การกำหนดและปรับเปลี่ยนการจัดกลุ่มวิจัยตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางประชากรและทางสังคมนั้น แสดงว่าการมีกลุ่มวิจัยของสถาบันฯ มิได้เป็นเรื่องกำหนดตายตัว สามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มวิจัยก็ยึดหลักความสมัครใจของคณาจารย์และนักวิจัย ขณะที่ก็ยึดพันธกิจหลักที่เป็นสถาบันทางประชากรคือ ให้ความสำคัญต่อการวิจัยเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงประชากรเป็นลำดับต้นเสมอ แต่การวิจัยด้านสังคมศาสตร์และหรือปัญหาสังคมอื่นๆ ก็มีที่ทางในสถาบันฯ นี้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งต่อตัวบุคคล สังคมไทย และต่อสถานการณ์ในระดับสากล

#### • จำนวนสัญญาโครงการวิจัยและแหล่งทุนวิจัย

ในช่วงอายุ 45 ปีเต็ม (พ.ศ. 2514-2559) ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม สถาบันฯ ได้ทำงานวิจัยรวม 564 สัญญา (ดูรูป 2) เหตุที่ใช้หน่วยของจำนวนงานวิจัยเป็นสัญญา เนื่องจากการบันทึกข้อมูลของฝ่ายนโยบายและแผนใช้ ‘สัญญา’ ที่มีการลงนามของสถาบันฯ โดยผู้อำนวยการกับองค์กรให้ทุนเป็นหลัก ทั้งนี้จำนวนสัญญาไม่เท่ากับจำนวนโครงการวิจัยที่ดำเนินงานจริง และไม่เท่ากับจำนวนรายงานวิจัยที่เป็นผลผลิตของโครงการ เนื่องจากบางสัญญามีลักษณะเป็นชุดโครงการวิจัย (research program) ในหนึ่งสัญญาจะมีโครงการวิจัยมากกว่า 1 โครงการ คือเป็นโครงการที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยงกัน และนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน พบว่าสถาบันฯ มีโครงการลักษณะนี้ จำนวน 8 ชุดโครงการ คิดเป็นร้อยละ 1.4



รูป 2 จำนวนสัญญาโครงการวิจัย จำแนกตามปีที่เริ่มดำเนินงาน (พ.ศ. 2514-2559)



ที่มา: โครงการวิจัยเรื่อง ‘การประเมินคุณภาพงานวิจัยและการเรียนการสอนของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2514-2559’.  
 ทุนสนับสนุนจากเงินรายได้ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

เมื่อพิจารณาที่มาของแหล่งทุนตามระยะเวลาของการรับทุน (ตาราง 1) พบว่าในช่วง 20 ปีแรก แหล่งทุนมาจากต่างประเทศมากกว่าทุนภายในประเทศ คือทศวรรษแรกแหล่งทุนเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) มาจากต่างประเทศ ทศวรรษที่สองแหล่งทุนต่างประเทศยังคงสูงอยู่คือร้อยละ 68 เมื่อถึงทศวรรษที่สาม แหล่งทุนต่างประเทศและในประเทศมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (47.3 และ 49.6) แต่เมื่อเริ่มเข้าทศวรรษที่ 4 หรือ 15 ปีที่แล้ว ทุนวิจัยของสถาบันฯ ส่วนใหญ่ได้รับจากแหล่งทุนภายในประเทศ โดย 5 ปีสุดท้ายเป็นทุนจากภายในประเทศสูงถึงร้อยละ 80 โดยภาพรวมแล้วในช่วง 45 ปี สถาบันฯ ได้ทำสัญญาโครงการวิจัยเฉลี่ยปีละ 12.5 สัญญา แต่ถ้าพิจารณาแต่ละช่วงเวลาเห็นได้ชัดเจนว่า สถาบันฯ มีสัญญาโครงการวิจัยเพิ่มขึ้นตลอดเวลา จากช่วง 10 ปีแรกเฉลี่ย 1.9 สัญญาต่อปี เพิ่มขึ้นเป็น 6.6 สัญญาต่อปีในทศวรรษที่สอง และ 13.1 สัญญาต่อปี ในทศวรรษที่สาม ขยับสูงเป็น 21.5 สัญญาต่อปีในทศวรรษที่สี่ และช่วง 5 ปีสุดท้ายเฉลี่ยสูงถึง 26.6 สัญญาต่อปี

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของสัญญาโครงการวิจัย จำแนกตามแหล่งทุนและช่วงเวลา

ช่วงเวลา (พ.ศ.)		แหล่งทุน				เฉลี่ยต่อปี
		ต่างประเทศ	ในประเทศ	ต่างประเทศ + ในประเทศ	รวมทั้งหมด	
2514-2524	จำนวน	18	1	0	19	1.9
	ร้อยละ	94.7	5.3	0.0	100.0	
2525-2534	จำนวน	45	15	6	66	6.6
	ร้อยละ	68.2	22.7	9.1	100.0	
2535-2544	จำนวน	62	65	4	131	13.1
	ร้อยละ	47.3	49.6	3.1	100.0	
2545-2554	จำนวน	92	123	0	215	21.5
	ร้อยละ	42.8	57.2	0.0	100.0	
2555-2559	จำนวน	27	105	1	133	26.6
	ร้อยละ	20.3	78.9	0.8	100.0	
รวม:	จำนวน	244	309	11	564	12.5
	ร้อยละ	43.3	54.8	2.0	100.0	

ที่มา: โครงการวิจัยเรื่อง ‘การประเมินคุณภาพงานวิจัยและการเรียนการสอนของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2514-2559’. ทุนสนับสนุนจากเงินรายได้ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

กล่าวได้ว่า ในด้านปริมาณของสัญญาโครงการวิจัย ความเป็นสถาบันฯ สามารถดึงดูดโครงการวิจัยได้เพิ่มขึ้นตลอดมา อย่างไรก็ตาม จำนวนงานวิจัยที่มากขึ้นมิใช่คำตอบของงานวิชาการ เพราะเนื้อหาสาระของข้อค้นพบ การนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในทางวิชาการ การเรียนการสอน การจัดทำนโยบาย และที่สำคัญคือการผลิตองค์ความรู้ให้สังคมไทย น่าจะเป็นคำตอบที่ต้องมุ่งค้นหามากกว่า

- ภาพรวมงานวิจัยของสถาบันฯ

ในการดำเนินงานโครงการวิจัยเรื่อง ‘การประเมินคุณภาพงานวิจัยและการเรียนการสอนของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2514-2559’ ใช้วิธีการกำหนดรหัสคำค้นหาให้ทุกสัญญาโครงการวิจัยว่าอยู่ในประเด็นการวิจัยหัวข้อหลัก (theme 1) และหัวข้อรอง (theme 2) เรื่องอะไร โดยคณะนักวิจัยได้แบ่งประเด็นงานวิจัยออกเป็น 6 หัวข้อหลักคือ

- 1) การศึกษาพลวัตของประชากร (population dynamics) ที่มีผลมาจากการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น ที่แบ่งหัวข้อย่อยได้ 4 ด้านคือ (ก) การเฝ้าระวังและการเปลี่ยนแปลงของประชากร ได้แก่ ผลกระทบในด้านขนาด จำนวน องค์ประกอบ และการคาดประมาณประชากร ทั้งภาพรวมและประชากรกลุ่มย่อยต่างๆ (ข) องค์ประกอบและประสบการณ์ชีวิตของประชากร ในด้านการเกิด

การแต่งงาน การหย่าร้าง ครีวเรือน/การสร้างครอบครัว การย้ายถิ่น การเจ็บป่วย และการตาย  
องค์ประกอบมิติต่างๆ ของประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ อาชีพการงาน การศึกษา  
ศาสนา สถานภาพสมรส ความเป็นอยู่ ฯลฯ (ง) การย้ายถิ่นและการกระจายตัวของประชากร  
เช่น ความเป็นเมือง ชนบท ภูมิภาคต่างๆ เป็นต้น และ (จ) การศึกษาประชากรเฉพาะกลุ่ม อาทิ  
แรงงานข้ามชาติ ผู้สูงอายุ เยาวชน วัยรุ่น เด็ก คนพิการ คนโสด และผู้ต้องขัง เป็นต้น

- 2) **การเจริญพันธุ์** หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับชีวิตและอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรในภาพรวม  
และศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ความสามารถในการมีลูก  
การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การตั้งครภ์ การท้องแล้วแท้ง ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้งหรือ  
การแท้งเอง การเลี้ยงดู/อนามัยแม่และเด็ก เอ็ดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
- 3) **ประชากรกับสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต** หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องและส่งผล  
กระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพลักษณะต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชากร  
กลุ่มต่างๆ ความอยู่ดีกินดี ความทุกข์ความสุข คุณภาพชีวิต การส่งเสริมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ  
ภาวะความเจ็บป่วยหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ บริการสาธารณสุขและการพัฒนา เป็นต้น
- 4) **สภาวะครอบครัว** หมายถึง ภาวะการสร้างครอบครัว การแต่งงาน การหย่าร้าง ความสัมพันธ์  
ในครอบครัว สถานะของครอบครัว ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทั้งในระดับ  
ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 5) **เพศภาวะ/เพศวิถี** หมายถึง การศึกษาความสามารถและประสบการณ์ด้านเพศของประชากร  
ทั้งในด้านเพศภาวะ บทบาททางเพศ สถานภาพผู้หญิง บรรทัดฐานทางเพศ และเพศวิถี ได้แก่  
ความสนใจทางเพศ การแสดงออกทางเพศ แบบแผนของความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และสุขภาพ  
ทางเพศ
- 6) **ประเด็นการวิจัยอื่นๆ** หมายถึง ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ความทันสมัย เรื่องของต้นทุน  
มนุษย์ ตลาดแรงงาน อาชีพการงาน ประเด็นร่วมสมัยหรือปรากฏการณ์ในสังคม เช่น ความขัดแย้ง  
ทางการเมือง ปัญหาพลังงาน เป็นต้น

จากงานวิจัยจำนวน 564 ลัญญา พบว่าสถาบันฯ ทำงานวิจัยประเด็นพลวัตประชากรมากที่สุด คิดเป็น  
ร้อยละ 29.5 รองลงมาเป็นงานวิจัยในประเด็นประชากรกับสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 26.9  
และตามมาด้วยประเด็นการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 19.5 ซึ่งถ้ารวมสัดส่วนงานวิจัยในประเด็นเพศวิถีและเพศภาวะ  
(ร้อยละ 6.9) แล้ว **งานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศ รวมเป็นร้อยละ 26.4 นับเป็นอันดับสาม**  
(ตาราง 2) เมื่อพิจารณาจากช่วงเวลาและประเด็นที่ทำวิจัยก็ชัดเจนว่า ในสองทศวรรษแรกเป็นงาน  
เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ คืองานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเกือบทั้งหมด และทุนส่วนใหญ่มาจากมูลนิธิ  
ร็อกกี้เฟลเลอร์ ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเริ่มขึ้นในทศวรรษที่สอง เพียงจำนวน 3 ลัญญา และมีเพิ่มขึ้น  
ในทศวรรษที่สามรวม 15 ลัญญา และลดลงเล็กน้อยเป็น 12 ลัญญาในทศวรรษที่สี่ ส่วนในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา  
มีรวม 7 ลัญญา

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของสัญญาโครงการวิจัย จำแนกตามประเด็นงานวิจัยและช่วงเวลา

ประเด็น		2514-2524	2525-2534	2535-2544	2545-2554	2555-2559	รวม
(1) พลวัตประชากร	จำนวน	10	12	39	65	37	163
	ร้อยละ	52.6	18.2	29.7	30.2	27.8	28.9
(2) ประชากรกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต	จำนวน	1	15	21	64	56	157
	ร้อยละ	5.3	22.7	16.1	29.8	42.1	27.8
(3) การเจริญพันธุ์	จำนวน	8	29	32	35	8	112
	ร้อยละ	42.1	43.9	24.4	16.3	6.0	19.8
(4) สุขภาวะครอบครัว	จำนวน	0	6	9	3	1	19
	ร้อยละ	0.0	9.1	6.9	1.40	0.8	3.4
(5) เพศภาวะ/เพศวิถี	จำนวน	0	3	15	12	7	37
	ร้อยละ	0.0	4.5	11.4	5.6	5.3	6.6
(6) อื่นๆ	จำนวน	0	1	15	36	24	76
	ร้อยละ	0.0	1.5	11.4	16.8	18.0	13.5
รวม	จำนวน	19	66	131	215	133	564
	ร้อยละ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: โครงการวิจัยเรื่อง ‘การประเมินคุณภาพงานวิจัยและการเรียนการสอนของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2514-2559’. ทุนสนับสนุนจากเงินรายได้ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

## การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศ

ตลอดช่วง 45 ปีที่ผ่านมา สถาบันฯ ดำเนินงานวิจัยประเด็นการเจริญพันธุ์รวม 112 สัญญา (ตาราง 2) แยกได้เป็น 4 ประเด็น คือ การวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิด 32 สัญญา เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 55 สัญญา ซึ่งมากที่สุด ตามมาด้วยงานศึกษาเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก 17 สัญญา และอื่นๆ 8 สัญญา ขณะเดียวกันมีงานวิจัยเกี่ยวกับอัตราเจริญพันธุ์ที่เป็นหัวข้อรอง ในการวิจัยหัวข้อหลักด้านพลวัตประชากร 5 เรื่อง รวมแล้วจะมีจำนวนงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์รวม 115 สัญญา สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี มีรวม 37 สัญญา ขณะที่ม้งงานวิจัยเพื่อคาดประมาณจำนวนกลุ่มชายรักชายที่เป็นหัวข้อรองในหัวข้อพลวัตประชากร 1 เรื่อง ดังนั้น งานวิจัยด้านเพศที่นำมาวิเคราะห์ต่อไปนี้ คือ 38 สัญญา โครงการวิจัย

### (1) การขยายพรมแดนความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิด/ภาวะเจริญพันธุ์

ในช่วงระยะเวลา 20 ปีแรก การดำเนินงานวิจัยส่วนใหญ่ของสถาบันฯ ยังคงอยู่ภายใต้อิทธิพลแนวคิดการควบคุมประชากรที่มุ่งลดอัตราเกิดแบบนีโอมาลทูเซียน และอิทธิพลจากกระบวนทัศน์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่เน้นศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ การยอมรับการคุมกำเนิด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่มุ่งศึกษาเรื่องอัตราเจริญพันธุ์

เพื่อเชื่อมโยง ‘การพัฒนา’ กับการเปลี่ยนแปลงอัตราเกิดของประชากร ซึ่งเป็นข้ออภิปรายหลักในการประชุมระดับโลกทางประชากรครั้งที่ 2 ที่เน้นว่าควรวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายวางแผนการพัฒนาประเทศ การวิจัยลักษณะนี้จึงมุ่งศึกษาเพื่อให้ได้ตัวเลขอัตราทางประชากร ได้แก่ อัตราเกิด อัตราเจริญพันธุ์สะสม อัตราคุมกำเนิด ตัวเลขเฉลี่ยของจำนวนบุตรเกิดรอด และตัวเลขเฉลี่ยจำนวนบุตรที่ต้องการ เป็นต้น

การวิจัยในช่วงสองทศวรรษแรกจึงเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก โดยใช้การสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ภายใต้ฐานคิดการสำรวจแบบ KAP Survey คือ ค้นหาว่าผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้หรือไม่ (Knowledge) มีทัศนคติในเรื่องที่สอบถามอย่างไร (Attitude) และมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นแบบไหน (Practice)

จากประวัติการก่อตั้งสถาบันฯ ชัดเจนว่าเพื่อตอบสนองต่อนโยบายประชากรที่รัฐบาลประกาศใช้เมื่อ พ.ศ. 2513 คือสนับสนุนการวางแผนครอบครัวแบบสมัครใจ ทุนสนับสนุนที่มาจากต่างประเทศส่วนใหญ่ก็มาจากองค์กรทุนที่สนับสนุนขบวนการประชากรระดับโลก จึงไม่น่าแปลกใจที่งานวิจัยในทศวรรษแรกเกือบทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการประเมินผลโครงการวางแผนครอบครัวและการเข้าถึงการให้บริการคุมกำเนิด ในทศวรรษที่สองเป็นงานวิจัยที่เน้นการประเมินประสิทธิผลและคุณภาพของการคุมกำเนิด รวมถึงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดระดับชาติรวม 3 ครั้ง (พ.ศ. 2524, 2527 และ 2530)

ข้อมูลจากการสำรวจเหล่านี้ได้ชี้ให้เห็นสถานการณ์การคุมกำเนิดของประชากรไทยโดยตรง และนำมาใช้วิเคราะห์ความต้องการด้านการวางแผนครอบครัวที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) รวมถึงการประมาณมาตรวัดสำคัญทางประชากรศาสตร์ เช่น อัตราเจริญพันธุ์ อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากรอีกด้วย ข้อค้นพบบางส่วนถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนนโยบายประชากร ที่กำหนดในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 3 เป็นต้นมา การทำงานวิจัยในลักษณะนี้เปรียบเสมือนสถาบันฯ ทำหน้าที่บ่งชี้สถานการณ์ด้านการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และตัวเลขอัตราต่างๆ ทางประชากรให้กับหน่วยงานของรัฐอย่างสม่ำเสมอ จนความสำคัญของการควบคุมอัตราเพิ่มประชากรคลี่คลายลง งานวิจัยด้านนี้ก็ลดน้อยลงเรื่อยๆ ขณะที่นโยบายประชากรในปีปัจจุบัน (พ.ศ. 2560) กำลังหมุนกลับไปสู่การสนับสนุนการแต่งงานและการเกิดอีกครั้ง ดังปรากฏใน ‘นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ’ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

สมควรกล่าวไว้ว่า ท่ามกลางการวิจัยเชิงปริมาณ สถาบันฯ ก็ได้ทำงานวิจัยเชิงคุณภาพด้วยจำนวนหนึ่ง ได้แก่ งานแนวมานุษยวิทยาการแพทย์ โดยการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลาหนึ่งปีเต็ม เรื่องพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย: การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง (2517) งานวิจัยที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่งคือ งานวิจัยทางคุณภาพที่ใช้การเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ขึ้นแรกของสถาบันฯ ที่เป็นการศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของชาวบ้านที่แต่งงานแล้วระหว่างรุ่นพ่อแม่และรุ่นลูกเกี่ยวกับการตัดสินใจแต่งงาน การใช้วิธีคุมกำเนิด การตัดสินใจมีลูก และการเลี้ยงดูบุตร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นแนวโน้มของความต้องการมีลูกน้อยลงตั้งแต่รุ่นสูงอายุ และความเชื่อมโยงของโครงการวางแผนครอบครัวกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมที่นำไปสู่การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (Knodel, Havanon, & Pramualratana, 1983)

## (2) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก

งานวิจัยกลุ่มนี้ช่วยขยายความรู้และข้อมูลเพื่อส่งเสริมสนับสนุนงานอนามัยแม่และเด็ก และหรือเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแม่และเด็ก ดังงานวิจัยทางมานุษยวิทยาเรื่องการเลี้ยงทารกในกรุงเทพมหานคร (2525) ที่ชี้ให้เห็นผลของการโฆษณาและความรู้ของมารดาที่มีต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการเลี้ยงทารกและผลิตภัณฑ์ที่ใช้เลี้ยงทารก; การศึกษาผลกระทบของการลดลงของขนาดครอบครัวที่มีต่ออนามัยแม่และเด็ก (2527); การศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กและสถานเลี้ยงเด็กในประเทศไทย ทั้งในสถานประกอบการเอกชนและสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนของรัฐ ตลอดจนการวิจัยสุขภาพของมารดาในชุมชนเมืองเปรียบเทียบใน 5 ประเทศ (2535) เพื่อวิเคราะห์ว่าการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วในประเทศกำลังพัฒนาและทำให้เกิดชุมชนแออัดจำนวนมากนั้น พบว่าอัตราการตายทารกในชุมชนแออัดสูงกว่าอัตราการตายของทารกทั่วไป และในระยะ 5 ปีที่ผ่านมางานกลุ่มนี้ปรับเปลี่ยนไปเชื่อมโยงกับโภชนาการของแม่และเด็กมากขึ้น

## (3) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน พ.ศ. 2528 ซึ่งขณะนั้นเริ่มมีการยอมรับแล้วว่าเอดส์เป็นปัญหาสุขภาพในระดับโลก แต่การระบาดของเอดส์ถูกยอมรับว่าเป็นปัญหาระดับชาติในประเทศไทยก็อีก 3 ปีต่อมา ใน พ.ศ. 2531 รัฐบาลได้วางแผนรณรงค์เผยแพร่ความรู้และแนวทางป้องกันการติดเชื้อสู่ประชาชนทุกกลุ่ม กิจกรรมสำคัญหนึ่งในการช่วยชะลอการระบาดของเชื้อเอชไอวีก็คือ การลงทุนศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจถึงที่มาที่ไปของสาเหตุการระบาดอย่างรอบด้าน นั่นคือที่มาของทุนวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งกับพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมที่ป้องกันการติดเชื้อซึ่งสถาบันฯ มีจำนวนสัญญาโครงการวิจัยมากที่สุดในงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศ

โครงการวิจัยเกี่ยวกับเอดส์ที่สถาบันฯ ดำเนินงานมุ่งศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและแนวทางในการป้องกันโรค เริ่มจากโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่น (2532) โครงการต่อมา มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มที่เข้าใจว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มคนขับรถสิบล้อ (2533) การศึกษาเพื่อหาแนวทางส่งเสริมการใช้ถุงยางเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศในสถานบริการ (2533) ผู้ขับแท็กซี่กลางคืนในกรุงเทพฯ (2533) และการวิจัยสำรวจทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มเป้าหมายคือคนขับรถบรรทุก ห้างขายบริการ และวัยรุ่น งานวิจัยนี้เป็นความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ประเทศสหรัฐอเมริกา (2533)

สถาบันฯ ได้ใช้ความเชี่ยวชาญการคาดประมาณประชากร (population projection) มาดำเนินงานโครงการเอดส์กับเด็ก เพื่อประมาณขนาดผลกระทบที่จะเกิดจากการระบาดของเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ใน ค.ศ. 2000 นั่นคือ ฉายภาพผลกระทบที่จะมีต่อการตายของเด็กและทารก และจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีที่จะกลายเป็นเด็กกำพร้าเนื่องมาจากแม่เสียชีวิตจากเอดส์ (2535) และความเชี่ยวชาญด้านการประเมินนโยบายประชากรในสองทศวรรษแรก ทำให้สถาบันฯ ได้รับเลือกให้เป็นหน่วยงานที่ประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในประเทศไทยหลายโครงการ จากหน่วยงานให้ทุนหลากหลาย เช่น สำนักงานกฤษฎีกา, มูลนิธิรณรงค์ฯ ไทย, สำนักงานกองทุนโลกฯ ผ่านกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

งานเด่นของสถาบันฯ ที่เกี่ยวกับเอดส์ที่สมควรกล่าวถึงคือ งานวิจัยเรื่องเสียงและทางเลือกของผู้หญิงติดเชื้อในประเทศไทย (2547) เป็นงานวิจัยที่องค์กรพัฒนาเอกชนของกลุ่มผู้หญิงติดเชื้อเข้ามาร่วมทำงานกับ



โครงการตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงการ ร่วมเป็นคณะนักวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงาน สนับสนุน โดยสภาประชากร; งานสำรวจระดับชาติเรื่อง National Survey on Sexual Risk Behaviors and HIV/AIDS and (ART) Knowledge in Thailand (2548) และงานวิจัยที่เป็นลักษณะความร่วมมือ ใน 4 ประเทศ คือ ไทย ลาว พม่า จีน (คุนหมิง) ร่วมกับ MEASURE Evaluation ในประเทศไทย<sup>16</sup> เพื่อวิเคราะห์ ความครอบคลุมของบริการด้านการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (Most-At Risk-Population) คือ ชายรักชาย หญิงบริการ และผู้ใช้เข็มฉีดยาเสพติด (2550)

#### (4) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยการเจริญพันธุ์ในภาพรวมและมิติอื่นๆ

ภาพรวมในที่นี้หมายถึงงานวิจัยที่ศึกษาแนวคิด การบริการ และมิติอนามัยการเจริญพันธุ์หลายมิติ พร้อมกัน ส่วนมิติอื่นๆ ได้แก่ ความรุนแรงต่อผู้หญิง มะเร็งในระบบสืบพันธุ์ การท้องและการทำแท้ง แม้จำนวน ชิ้นงานเหล่านี้มีไม่มากนัก แต่ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะของงานสามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ต่อสังคมไทย ได้อย่างน่าสนใจ งานวิจัยในกลุ่มนี้เริ่มในช่วงทศวรรษที่สาม (พ.ศ. 2535-2544) องค์กรทุนที่สนับสนุนหลัก คือ องค์กรทุนต่างประเทศที่อยู่ในแวดวงประชากร ได้แก่ สภาประชากร มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มูลนิธิฟอร์ด และ UNFPA

หลังการประชุมประชากรและการพัฒนา เมื่อ พ.ศ. 2537 แหล่งเงินทุนหลักทางประชากรหันมาสนใจ ให้ทุนงานวิจัยและงานพัฒนาด้านการเจริญพันธุ์มากขึ้นมาก สถาบันฯ เริ่มงานด้านนี้โดยได้รับทุนจาก UNFPA เพื่อสังเคราะห์รายงานระดับภาค 4 ชั้น ที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของอนามัยการเจริญพันธุ์ 10 มิติ ในรายงาน ชื่อ ‘การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องเพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย’ เป็นการปักธงงานวิจัยการเจริญพันธุ์และเพศให้แก่สังคมไทย โดยชี้ให้เห็นว่าข้ออ่อนด้อยของการศึกษาเรื่องนี้ ในประเทศไทย คือ (1) ขาดแคลนงานวิจัยที่ใช้กระบวนการทบทวนทัศนเรื่องความละเอียดอ่อนในมิติหญิงชาย (gender-sensitivity) ในการออกแบบงานวิจัย ตั้งแต่ขั้นตอนของการทบทวนแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ การวิเคราะห์ ข้อมูล และจนถึงลงมือเขียนรายงาน (2) ไม่มีความใส่ใจเรื่องจริยธรรมการวิจัยในคนเท่าที่ควร โดยเฉพาะ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ถูกศึกษา หรือผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษา คือ การยินยอมพร้อมใจ (informed consent) การรักษาความลับ และการเคารพความเป็นส่วนตัว และ (3) ในแง่ของกระบวนการวิธีวิจัย ยังขาดการวิจัยอย่างมีส่วนร่วมของเจ้าของปัญหา และของชุมชน (Gray & Punpuing, 1999)

จากผลงานข้างต้น สถาบันฯ จึงได้รับทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะยาวเรื่องการพัฒนาการวิจัย ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ (2543-2545) โดยจัดอบรมและให้ทุนวิจัยทำวิจัยในประเด็น เพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยเจริญพันธุ์ พร้อมมีทีมวิชาการติดตาม จนได้ผลงานวิจัยออกมารวม 4 เล่ม เป็นคู่มือการอบรม 1 เล่ม และรายงานวิจัย 3 เล่ม

สำหรับงานอื่นๆ ที่น่าสนใจ ได้แก่ การทำวิจัยเรื่องการเจริญพันธุ์และเพศกับแรงงานข้ามชาติ ที่ผู้เก็บ ข้อมูลภาคสนามเป็นแรงงานข้ามชาติเอง คือ เรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรง: ประสบการณ์

<sup>16</sup> เป็นโครงการของ Carolina Population Center, North Carolina University at Chapel Hill มีเป้าหมายเพื่อช่วยเสริมสร้างศักยภาพของ ประเทศโลกที่สามในการพัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่เป้าหมายระดับโลกที่จะยุติการระบาดของเอดส์และการตายที่สามารถป้องกัน ได้ของแม่และเด็ก (<https://www.measureevaluation.org/about>)

ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า (2543); ขณะที่ประเทศในอนุภูมิภาคแม่โขงก็สนใจว่า เยาวชนที่ย้ายถิ่นอาจมีปัญหาเรื่องการเจริญพันธุ์และเรื่องเพศ จึงเกิดโครงการระดับอนุภูมิภาค 1 โครงการ (2544) ในประเด็นอื่นๆ นั้น ได้แก่ การศึกษาเรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง (2546) เป็นงานวิจัยเปรียบเทียบใน 6 ประเทศ และได้สร้างองค์ความรู้เรื่องขนาดความรุนแรงต่อผู้หญิงในชีวิตคู่จากการสำรวจประชากรทั่วไป (population-based survey) ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย จึงถูกนำไปใช้อ้างอิงในงานเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้หญิงจนถึงปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการร่างกฎหมาย การพัฒนามาตรการ การบริการ และงานวิชาการ

การเข้าไม่ถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมายของผู้หญิงท้องไม่พร้อม เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ประเทศไทยต้องรีบแก้ไขดังกล่าวมาแล้ว สถาบันฯ ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยงาน 2 ชั้น ชั้นแรกคือ งานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการทำแท้งที่สัมพันธ์ทั้งผู้หญิงท้องไม่พร้อมและมีประสบการณ์ทำแท้งและผู้ให้บริการ (เรื่องการศึกษาอุปสรรคการเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยเพื่อพัฒนาและสร้างเสริมการเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม-2556)<sup>17</sup> ก่อนหน้านี้สถาบันฯ ได้ผลิตรายงานเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้ง จากนักวิชาการต่างประเทศที่มาประจำสถาบันฯ ในยุคเริ่มแรก 2 เรื่องคือ Some Observations on Abortion in Thailand (1974) และ Attitudes of Rural Thai Women toward Induced Abortion (1976) ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นงานบุกเบิกที่จับประเด็นเรื่องการทำแท้ง หลังจากนั้นสถาบันฯ ไม่เคยมีงานเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งอีกเลย จนมาถึงงานหลังสุดที่นำมาชมของของผู้ให้บริการมาศึกษาด้วยเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

อีกงานหนึ่งคือ โครงการขับเคลื่อนเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม (2558-อยู่ระหว่างดำเนินการ) เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างข้อสรุปเชิงนโยบายจากการประชุมปฏิบัติการกับสมาชิกเครือข่าย วิเคราะห์ภาพรวมกระบวนการช่วยเหลือและส่งต่อผู้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ หรือต้องการที่พักเพื่อท้องต่อ และวิเคราะห์ข้อมูลผู้หญิงที่ได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนของเครือข่ายฯ รวมถึงการวิเคราะห์วิพากษ์และสร้างข้อเสนอต่อนโยบายท้องไม่พร้อมของรัฐบาล

#### (5) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยด้านเพศภาวะและเพศวิถี

ในจำนวนงานวิจัยด้านเพศของสถาบันฯ มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งใช้การวิพากษ์วิธีคิดเรื่องเพศภาวะ/เพศวิถีในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์เป็นตัวเดินเรื่อง ทนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิธีการศึกษาคือ วิเคราะห์วิธีคิดของภาษาที่ใช้ในงานเอดส์ศึกษา เนื่องจากเชื่อว่า ภาษาเขียน มีอำนาจในตัวเอง เพราะสามารถตอกย้ำและผลิตซ้ำชุดความคิดใดความคิดหนึ่งได้ หรือสามารถรื้อให้เห็นรากเหง้าที่มาของชุดความคิดใดความคิดหนึ่งได้เช่นกัน งานนี้ได้ขยายองค์ความรู้เรื่องเพศในเอดส์ศึกษา 5 ประเด็นคือ (1) เมื่อคำว่า ‘รักนวลสงวนตัว’ ถูกผลิตซ้ำและตอกย้ำว่าเป็นอุดมการณ์สำหรับ ‘ผู้หญิงดี’ ในสังคมไทย (2) อคติที่แฝงฝังอยู่กับคำว่า ‘เพศสัมพันธ์ก่อนสมรส’ (3) มายาคติเรื่อง ‘กลุ่มเสี่ยง’ (4) การสถาปนาสมการความเชื่อเรื่องถุงยาง

<sup>17</sup> ส่วนหนึ่งของผลวิจัยเรื่องนี้ ถูกนำเสนอในงานประชุมครั้งนี้ด้วยในชื่อ ‘คือนักบุญหรือคนบาป: การตีตราผู้ให้บริการด้วยผลพลอยบาปจากการทำแท้ง’ โดย กุลภา วัฒนสาร (ดูรายละเอียดในหนังสือเล่มนี้ หน้า 77-98)

อนามัยว่าคือของคู่กันของชายนักเกี่ยวกับหญิงบริการ และ (5) ความล้มเหลวของการพยายามสร้างความรู้ใหม่จากความรู้เดิมโดยการวิจัยแบบ KAP Survey (กฤตยา และกนกวรรณ, 2548)

### 5.1 สถานภาพผู้หญิงและบทบาททางเพศ

การพัฒนาสถานภาพผู้หญิงเป็นประเด็นที่ถูกกล่าวถึงในแผนปฏิบัติการประชากรโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2517 จากมติของการประชุมประชากรระดับโลกครั้งที่ 3 ดังกล่าวข้างต้น สำหรับประเทศไทย แผนพัฒนาผู้หญิงเกิดขึ้นครั้งแรกในช่วงทศวรรษ 2520 ซึ่งน่าจะเป็นผลจากที่ประเทศไทยส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมเรื่องผู้หญิงระดับโลก ครั้งที่ 1 เมื่อ พ.ศ. 2518 และให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาว่าด้วยการยุติการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงทุกรูปแบบ พ.ศ. 2522 ปัจจุบันแผนพัฒนาสตรีถูกวางขึ้นล้าไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละฉบับ และแผนพัฒนาสตรี ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) เพิ่งจบสิ้นลง

งานวิจัยด้านนี้เริ่มในทศวรรษที่สาม (พ.ศ. 2535-2544) มีประมาณ 10 ชิ้น งานส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพผู้หญิงในพื้นที่สาธารณะ ได้แก่ การศึกษาบทบาทเชิงเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้หญิง (2535) และชี้ถึงความขัดแย้งของบทบาทผู้หญิงในครัวเรือนเมื่อสังคมเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ดังผลการสังเคราะห์ความรู้ของผู้หญิงไทยและผลกระทบของความทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะและบทบาทของผู้หญิงไทย (2535) ที่พบว่าการทำงานนอกบ้านขัดแย้งกับบทบาทในบ้านของผู้หญิง โดยในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจต่ำทำให้ผู้หญิงมีอำนาจน้อยลงในการจัดการเรื่องในบ้าน

### 5.2 เรื่องเพศในวัยรุ่น

เรื่องเพศในวัยรุ่นเป็น 1 ใน 10 ประเด็นของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ของกระทรวงสาธารณสุข สันนิษฐานได้ว่าเกิดจากความวิตกกังวลเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นว่าจะมี ‘เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร’ ‘เพศสัมพันธ์ในวัยเรียน’ และ ‘เพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน’ ภายใต้ฐานคิดที่ว่าเป็นผู้หญิงต้องรักษานวลสงวนตัว ซึ่งก็คือวาทกรรมที่ใช้ควบคุมเรื่องเพศของวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย งานวิจัยของสถาบันฯ ไม่มากนักน้อยตกอยู่ในความเชื่อที่ว่า การปลูกฝังอุดมการณ์รักษานวลสงวนตัวเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และกามโรค ตลอดจนการท้องไม่พร้อมก่อนการแต่งงาน

งานวิจัยเรื่องเพศของวัยรุ่นชิ้นแรกของสถาบันฯ คือ การศึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่นในชนบท (2530) ซึ่งใช้วิธีให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแบบสอบถามเอง (self-administered questionnaire) ผลพบว่า วัยรุ่นชายและหญิงตอบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกันมากคือ 66% ต่อ 9% ตามลำดับ (Prasartkul et al., 1987) งานลำดับต่อมาศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เสี่ยงของวัยรุ่น (2539) ผลงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันของวัยรุ่นหญิงและชายในเรื่องบทบาทเพศ วัยรุ่นหญิงมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันน้อยกว่าวัยรุ่นชาย และมีงานที่คล้ายคลึงกันติดตามอีกหลายชิ้น

ต่อมาเกิดโครงการต่อเนื่องใน พ.ศ. 2550 และ 2552 ในชื่อโครงการ Youth Alcohol Use and Risky Sexual Behavior in Bangkok และทำวิจัยซ้ำอีกครั้งในปี 2557 และ 2559 ภายใต้โครงการมหิตลโมเดล: ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น และโครงการ Family Matters ที่ศึกษาครอบครัวไทยในจังหวัดสำคัญต่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2556 มีชุดโครงการวิจัยเพื่อจัดการการตั้งครรรภ์วัยรุ่นในระดับตำบล ประกอบด้วย 8 โครงการย่อย คือ (1) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระดับตำบล (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (3) การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้บริการสุขภาวะ

ทางเพศแบบครบวงจร (4) การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลเอกชนเพื่อให้บริการสุขภาวะทางเพศแบบครบวงจร (5) การสื่อสารด้วยข้อเท็จจริง (6) ผลกระทบในครอบครัวเมื่อลูกวัยรุ่นกลายเป็นพ่อแม่ (7) ตามรอยท้องวัยรุ่นและแม่วัยรุ่นเลี้ยงเดี่ยวจากอดีตถึงปัจจุบัน (8) ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

### 5.3 สุขภาวะทางเพศ

คำว่า ‘สุขภาวะทางเพศ’ (Healthy Sexuality) เป็นศัพท์ใหม่เพิ่งเริ่มใช้กันไม่นานนัก หมายถึงรากฐานของความเป็นมนุษย์อย่างมีคุณภาพ คือ มีความสามารถในเรื่องเพศต่อไปนี้-พูดถึงความรู้สึกและคุณค่าของตนเอง เป็นทั้งผู้ชักชวนหรือปฏิเสธการชักชวนในเรื่องเพศสัมพันธ์ รื่นรมย์กับการแสดงความรู้สึกทางเพศ โดยไม่รู้สึกผิด กลัว หรือละอาย และตระหนักถึงสิทธิทางเพศของตนเอง ทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความต้องการทางกายและทางอารมณ์ในเรื่องเพศตลอดช่วงชีวิต การเจริญพันธุ์ (ท้อง/ไม่ท้อง) และการเคารพตนเอง ทั้งนี้ สุขภาวะทางเพศจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีการสื่อสาร ยอมรับ และมอบความรักความเล่นหาต่อกัน โดยปราศจากการบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง

งานวิจัยในกลุ่มนี้มีการศึกษาคู่ชาย-หญิง และคู่เพศเดียวกัน (ชาย-ชาย, หญิง-หญิง) ได้แก่ เรื่อง A Coin Has Two Sided: A Dichotomous Interpretation of Attitudes and Beliefs about Sexuality among Heterosexual Couples in Thailand (2545) ได้รับทุนจาก The Australian National University และการศึกษาพลวัตและบริบทในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศอินโดนีเซียและประเทศไทย (2547) ได้รับทุนจาก The Wellcome Trust ประเทศอังกฤษ งานวิจัยที่เน้นเรื่องสิทธิทางเพศ ได้แก่ การศึกษาเพื่อส่งเสริมสถานะและพัฒนาศักยภาพของหญิงรักหญิงและสาวประเภทสอง เพื่อลดความรุนแรง การตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการละเมิดสิทธิมนุษยชนจากพื้นฐานของเรื่องเพศวิถี และอัตลักษณ์ทางเพศ (2558) ได้รับทุนจากสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย

ที่น่าสนใจคืองานศึกษาบทบาททางเพศ เพศสัมพันธ์ กับอวัยวะเพศของผู้หญิงในประเทศไทย (2548) ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบ 4 ประเทศคือ ไทย อินโดนีเซีย โมซัมบิก และแอฟริกาใต้ (A cross cultural study of vaginal practices and sexuality: Implications for sexual health [ค.ศ. 2005-2006]) ผลการศึกษารวมพบว่า ผู้หญิงทั้ง 4 ประเทศล้วนมีประสบการณ์หลากหลายในการดูแลอวัยวะเพศและช่องคลอดของตนเองให้อยู่ในสภาพที่ตนเองต้องการ (Hilber et al., 2009)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศโดยตรง ได้แก่ การสำรวจภาวะสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงบริการในประเทศไทย (2550) และงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ (ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น) คือสถาบันฯ เป็นหน่วยรับผิดชอบงานส่วนสร้างความรู้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนของเครือข่ายสุขภาวะทางเพศ โดยการเสนอชุดโครงการวิจัยเพื่อสร้างและจัดการความรู้ด้านเพศวิถี เพศภาวะ และสุขภาพทางเพศ ประกอบด้วยโครงการย่อย 4 โครงการ (2550) โดยมีอีกหนึ่งโครงการที่วิจัยติดตามประเมินผลภายในเพื่อเสริมพลังการทำงานของเครือข่ายสุขภาวะทางเพศ (2551) ทั้ง 2 สัญญานี้ได้รับทุนจาก สสส. และจากการทำงานของเครือข่ายสุขภาวะทางเพศที่นำไปสู่การจัดนิทรรศการเรื่องเพศ ใน พ.ศ. 2553 ทำให้สถาบันฯ ได้รับงานประเมินผลกระทบการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและสุขภาวะทางเพศแก่วัยรุ่น โดยการจัดนิทรรศการ (2554) ได้รับทุนจาก UNESCO

ต่อมาเมื่อแผนงานสุขภาพทางเพศเริ่มทำงานในระยะที่สอง สถาบันฯ ได้ร่วมรับผิดชอบส่วนงานวิจัยที่เป็นชุดโครงการการศึกษาเพื่อวางรากฐานองค์ความรู้สู่การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพทางเพศ มีโครงการย่อย 7 โครงการ (2552) และล่าสุดคืองานวิจัยเพื่อการทบทวนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ: เหลียวหน้าแลหลังผ่านการขับเคลื่อนของ สคส. (2557)

ท้ายสุดคืองานที่อยู่ระหว่างดำเนินการ คือความพยายามในการที่จะคาดประมาณขนาดและลักษณะเฉพาะของกลุ่มชายรักชาย เพื่อนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางในการดำเนินงานระดับพื้นที่และระดับประเทศ (2559) พบผลเบื้องต้นว่า มีชายรักชายคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3 ของประชากรชายที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา

## สรุปและข้อสังเกต

บทความนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มิได้ดำรงอยู่ในสังคมไทยอย่างลอยๆ แต่ได้เชื่อมโยงกับสถานการณ์ทางประชากรและการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยและในระดับสากลตลอดมา ในส่วนกระบวนการทำวิจัยกล่าวได้ว่า สถาบันฯ เปิดกว้างและสนับสนุนวิธีการวิจัย (research methodology) ในรูปแบบต่างๆ ตามความถนัดและประสบการณ์และหรือความสนใจใฝ่รู้ของบุคลากร อย่างไรก็ตาม ความเชี่ยวชาญของสถาบันฯ อยู่ที่การดำเนินงานสำรวจเชิงปริมาณ สถาบันฯ ได้ดำเนินการสำรวจขนาดใหญ่ในหลายหัวข้อ (research theme) ผลการสำรวจในทุกโครงการถูกนำไปใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่องเสมอ ส่วนการวิจัยทางคุณภาพรวมทั้งแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) สถาบันฯ เริ่มมาตั้งแต่ยุคทศวรรษแรก และการวิจัยคุณภาพที่ใช้เทคนิคแบบการตลาด ได้แก่ การจัดสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ระดับลึก สถาบันฯ นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์เป็นแห่งแรกๆ ของประเทศไทย ความเชี่ยวชาญวิธีวิทยาอื่นๆ ได้ปรากฏในงานวิจัยประเมินผล การวิจัยเชิงนโยบาย และการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีอยู่จำนวนไม่น้อย

ในช่วงอายุ 45 ปีที่ผ่านมาของสถาบันฯ แม้จะก่อตั้งขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ชี้ให้สังคมได้เห็นถึงสถานการณ์ด้านประชากร ทั้งในเรื่องการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การเกิด การตาย หรืออาจกล่าวโดยรวมว่าเป็นการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และนำเสนอมาตรวัดอัตราต่างๆ ทางประชากรอย่างเป็นปัจจุบันสมัย แต่ทว่า ภารกิจดังกล่าวมิได้เป็นกรอบผูกมัดให้สถาบันฯ ทำงานจำกัดเพียงเฉพาะมิติด้านประชากรเท่านั้น งานวิจัยของสถาบันฯ ได้ปรับเปลี่ยนและขยายออกสู่มิติอื่นๆ อย่างสอดคล้องกับบริบทของสังคมตามช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังการปรับประเด็นกลุ่มวิจัยจำนวน 6 กลุ่มที่ครอบคลุมงานวิจัยทางสังคมศาสตร์เกือบทุกด้าน และด้วยจำนวนสัญญาโครงการวิจัยที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา

เมื่อความเคลื่อนไหวในระดับสากลปรับทิศทางการขับเคลื่อนงานด้านประชากร ไปสู่ประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ความแข็งแกร่งของงานวิจัยทางประชากรในสองทศวรรษแรกของอายุสถาบันฯ ทำให้แหล่งทุนสนใจที่จะทำงานกับสถาบันฯ ในด้านการเจริญพันธุ์และเพศ และแม้ทุนจากต่างประเทศจะลดน้อยถอยลง สถาบันฯ ก็สามารถดึงทุนภายในประเทศมาทำงานเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของสถาบันฯ ในการขยายพรมแดนองค์ความรู้ในงานวิจัยที่ตนเองต้องการผลักดัน ดังข้อสังเกตต่อไปนี้



(1) กล่าวเฉพาะบทบาททางวิชาการของสถาบันฯ ในประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยการเจริญพันธุ์ (ที่นอกเหนือไปจากเรื่องการวางแผนครอบครัว) แล้ว งานวิจัยกว่า 100 โครงการที่ผ่านมาของสถาบันฯ ได้สะท้อนให้เห็นถึงการเติบโตทางความคิดและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านการเจริญพันธุ์และเพศอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ จากแรกก่อตั้งที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการวางแผนครอบครัวภายใต้แนวคิดแบบนีโอแมลทิวเชียน แล้วขยับมาสู่เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health) ดังที่ปรากฏในงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก และงานเรื่องเพศในระยะแรกๆ ค่อยๆ ขยับการทำงานวิจัยและขยายพรมแดนทางวิชาการไปสู่การใช้แนวคิดเรื่องสิทธิทางอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive rights) มากขึ้นเพิ่มมิติและมุมมองทางสังคมศาสตร์ควบคู่ไปกับการศึกษากลุ่มประชากรต่างๆ ในรายละเอียดของชีวิต โดยเฉพาะในประเด็นการเจริญพันธุ์และเพศ ดังเช่นงานวิจัยด้านนี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่อยู่กับเชื้อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ผู้หญิงท้องไม่พร้อม และกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน เป็นต้น

ข้อค้นพบและองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านี้ของสถาบันฯ ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางการเจริญพันธุ์ไม่มากนักน้อย ทั้งในการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมและการขับเคลื่อนเชิงนโยบายของภาครัฐ และจนกระทั่งปัจจุบัน ที่สถานการณ์ด้านการเจริญพันธุ์และเพศของสังคมโลกและสังคมไทยเองกำลังปรับเปลี่ยน ขยายพรมแดนความรู้ไปสู่มิติความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์ (reproductive justice) เพื่อให้สามารถมองเห็นองค์ประกอบและรายละเอียดของชีวิตมนุษย์ได้ชัดเจนขึ้นกว่าที่เคย สถาบันฯ จะเปิดรับข้อท้าทายนี้และผนวกเข้าสู่ภารกิจทางการวิจัยและวิชาการของสถาบันฯ หรือไม่เพียงใดนั้น พึ่งต้องติดตามกันต่อไป

(2) การจัดกลุ่มวิจัยของสถาบันฯ ดำเนินการอย่างมียุทธวิธีคือ มีการวิเคราะห์ประเด็นการขับเคลื่อนงานวิจัยทุกกลุ่ม สำหรับกลุ่มวิจัยเรื่อง เพศวิถี เพศภาวะ อนามัยการเจริญพันธุ์ และเอชไอวี/เอดส์ สถาบันฯ มองว่าวัฒนธรรมเพศภาวะและเพศวิถีของสังคมไทย เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการมีชีวิตทางเพศที่เป็นสุขและปลอดภัยของประชาชนโดยเฉพาะสุขภาวะผู้หญิง งานวิจัยด้านนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อสังคมไทยทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ดังจำนวนงานวิจัยที่ได้ดำเนินการไปแล้วและจะดำเนินการต่อไป ล้วนมุ่งเป้าเพื่อให้ได้มาชุดซึ่งฐานข้อมูลและชุดองค์ความรู้ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการผลักดันนโยบายและการรณรงค์สาธารณะที่ช่วยสร้างเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยน ทั้งในเชิงโครงสร้างสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมระดับปัจเจกบุคคลให้ไปในทิศทางที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างทันสถานการณ์ตลอดเวลา

(3) ความเป็นนักประชากรที่ชำนาญการเรื่องการคาดประมาณและฉายภาพประชากรในระดับประเทศที่สถาบันฯ ทำอยู่ตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง และยังคงทำต่อเนื่องเป็นประจำตลอดระยะเวลา 45 ปี จนองค์กรต่างประเทศหลายองค์กรใช้ตัวเลขของสถาบันฯ ในการรายงานสถานการณ์ตัวเลขประชากรในอนาคตของประเทศไทยเสมอ สถาบันฯ ได้นำศักยภาพนี้มาใช้ในการคาดประมาณขนาดของประชากรในมิติต่างๆ ได้อย่างน่าสนใจ เริ่มจากการฉายภาพผลกระทบที่มีต่อการตายของเด็กและทารก และจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีที่จะกลายเป็นเด็กกำพร้าเนื่องมาจากแม่เสียชีวิตจากเอดส์ (2535); การคาดประมาณจำนวนโสเภณีเด็ก (อายุ 11-17 ปี) ในประเทศไทย (2537); การคาดประมาณจำนวนแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (2542-เฉพาะตัวแรงงานและ 2558-รวมผู้ติดตาม); และการคาดประมาณจำนวนชายรักชายในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางในการดำเนินงานระดับพื้นที่และระดับประเทศ (2559-อยู่ระหว่างดำเนินการ)

(4) ในจำนวนงานวิจัยที่ทำนั้น สถาบันฯ ได้รับงานด้านสังเคราะห์องค์ความรู้และการทบทวนสถานการณ์ทางประชากร/การเจริญพันธุ์และเพศอย่างต่อเนื่อง ลักษณะของงานวิจัยในกลุ่มนี้ก็คือการปฏิฐานความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ เพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งานเด่นๆ ที่ควรกล่าวถึงมีดังนี้ คือ การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวกำหนดทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอนามัย (2539); การสังเคราะห์ความรู้ของผู้หญิงไทยและผลกระทบของความทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะและบทบาทของผู้หญิงไทย (2535); การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทย โดยเน้นที่เด็กอายุ 0-5 ปี (2542); การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องเพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (2542); สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางงานวิจัยที่พึงพิจารณา (2546); วิเคราะห์วิธีคิดวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา (2548); การสร้างเสริมองค์ความรู้ด้านเพศที่เชื่อมโยงกับสุขภาพทางเพศ (2550); และการศึกษาเพื่อวางรากฐานองค์ความรู้สู่การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพทางเพศ (2552)

(5) ความเป็นสถาบันวิจัยที่ผสมผสานมิติประชากรและมิติสังคมเข้าด้วยกันนี้ มิได้สะท้อนจากเพียงการมีคณาจารย์และนักวิจัยที่มีภูมิหลังทางการศึกษาทางสังคมศาสตร์ที่หลากหลาย ไม่เน้นเฉพาะจบมาทางประชากรศาสตร์เท่านั้น ยังสะท้อนได้จากการเชื่อมโยงสังคมในหลายระดับเข้ากับงานวิจัยที่ดำเนินการอยู่ สถาบันฯ สามารถปรับตัวทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม ดังตัวอย่าง การทำงานวิจัยด้านเอดส์และเพศที่มีผลงานออกมามาก ทั้งในระดับหมู่บ้าน ชุมชน ระดับจังหวัด ระดับประเทศ และระดับภูมิภาค และการศึกษาประเมินผลเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ

(6) ข้อสังเกตท้ายสุด คือเรื่องจุดยืนของสถาบันฯ กับจุดยืนของบุคลากรในสถาบันฯ ซึ่งบทความนี้มีได้แต่ขบแฉ นับเป็นข้อจำกัดที่สมควรต้องกล่าวถึงไว้ ณ ที่นี้ นั่นคือ มิได้วิเคราะห์ถึงบุคลากรของสถาบันฯ แต่อย่างใด และอาจนำไปสู่คำถามที่ว่า สถาบันวิจัยประชากรและสังคมในฐานะที่เป็นสถาบันวิชาการที่จริงแล้วอาจมิได้มีจุดยืนที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงสังคม หรือเปลี่ยนแปลงกติกาชุดใหม่ในการดำรงชีวิต ดังที่อ้างถึงในเชิงทฤษฎีไว้ข้างต้น (หน้า 18) แต่เป็นบทบาทของ ‘ตัวบุคคล’ ในสถาบันฯ ต่างหากที่นำเสนอแนวคิดดังกล่าว ซึ่ง (อาจ) ต่างออกไปจากจุดยืนของสถาบันฯ ที่เป็นองค์กรเชิงอนุรักษ์เหมือนๆ กับหน่วยงานวิชาการของรัฐทั่วไป คำถามนี้คงต้องช่วยกันหาคำตอบต่อไป

อย่างไรก็ดี ผู้เขียนหวังว่า บทความนี้คงได้ช่วยกระตุ้นให้มีการถกเถียงแลกเปลี่ยนกันมากขึ้นเกี่ยวกับอุดมการณ์และบทบาทของสถาบันวิชาการของไทยว่า ได้ทำหน้าที่ในการ “ตรึง” หรือคงไว้ซึ่งความคิดความเชื่อแบบเดิมๆ อย่างเหนียวแน่น หรือกำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่การเป็นผู้ชี้นำสังคม ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตาม หากมองผ่านงานของสถาบันฯ ในด้านการเจริญพันธุ์และเพศที่กล่าวมาทั้งหมด ก็น่าจะเห็นภาพได้บ้างแล้วว่า สถาบันฯ ในฐานะที่เป็นหนึ่งในสถาบันวิชาการด้านประชากรและสังคมของประเทศไทย ได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมอยู่บ้าง ไม่มากก็น้อย

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และสุวัฒน์ ศรีสรณ์. (2557). การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. [เอกสารอัดสำเนา].
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธรารวรรณ. (2545). ขบวนการทางสังคมบนมิติการเมืองเรื่องเพศและร่างกายผู้หญิง. ใน ผาสุข พงษ์ไพจิตร และคณะ (บรรณาธิการ). วิถีชีวิต วิธีสู้: ขบวนการประชาชนร่วมสมัย (หน้า 34-129). เชียงใหม่: ชิลล์เวอร์มบุ๊ก.
- \_\_\_\_\_. (2548). วิเคราะห์วิธีคิดวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ (2557). ท้องไม่พร้อมกับการเกิดและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์. ใน ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงทางประชากรและสังคม (หน้า 143-162). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- \_\_\_\_\_. (2558). มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2547). บทนำ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ‘ผู้หญิง’ ในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (หน้า 3-36). เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- \_\_\_\_\_. (2554). เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย. ใน สุรีย์พร พันพิ่ง และมาลี สันถาวรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย (หน้า 43-66). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กุลภา วจนสาระ. (2558). เหลียวหลังแลหน้า: การทำงานขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพผู้หญิงและสุขภาวะทางเพศ. รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. [เอกสารอัดสำเนา].
- ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. (2539). ไทยศึกษากับอัตถิศาสตร์พินิจ. ใน ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (บรรณาธิการ). จินตนาการสู่ปี 2000: นวัตกรรมเชิงกระบวนทัศน์ด้านไทยศึกษา (หน้า 495-523). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. (2533). เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทยศึกษาจากกระบวนการณ์นโยบาย. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2542). ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่และนัยทางทฤษฎีต่อการพัฒนาประชาธิปไตย. ใน อนุชาติ พวงสำลี และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ขบวนการประชาสังคมไทย: ความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง (หน้า 63-93). กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ เทพวัลย์. (2557). นโยบายประชากรประเทศไทย: จากอดีตสู่ออนาคต. ปาฐกถาศาสตราจารย์ ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ จัดโดยสมาคมนักประชากร ณ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร. วันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน 2557.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2557). ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรากรม วุฒิมงคล. (2541). นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์. วารสารวางแผนครอบครัวและประชากร, 1(1): 1-2.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2549). อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยในอนาคตจะต่ำกว่า 1.6. ประชากรและการพัฒนา, 26(3): 7.
- แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ. (2549). แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ตุลาคม 2549-กันยายน 2551. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. [เอกสารอัดสำเนา].

- มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง [สคส.]. (2551). *แผนงานสร้างเสริมสุขภาพะทางเพศ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง.
- \_\_\_\_\_. (2560). *เกี่ยวกับ สคส.* ค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.whaf.or.th/content/about>
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2545). *สตรีนิยม: ขบวนการและแนวคิดทางสังคมแห่งศตวรรษที่ 20*. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2535). *งานวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_. (2551). *รายงานประจำปี 2550*. [เอกสารอัดสำเนา].
- \_\_\_\_\_. (2554). *รายงานประจำปี 2553*. [เอกสารอัดสำเนา].
- \_\_\_\_\_. (2556). *เกี่ยวกับสถาบันฯ*. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560, จาก [http://www.pr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/About.aspx?](http://www.pr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/About.aspx)
- สมศักดิ์ สุทัศน์วรรุฒิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ). (2555). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุชีลา ตันชัยนันท์. (2542). บทบาทชายหญิงกับการพัฒนา: บนเส้นทางขบวนการประชาสังคม. ใน อนุชาติ พวงลำสี และ กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). *ขบวนการประชาสังคมไทย: ความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง* (หน้า 143-161). นครปฐม: โครงการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงจันทร์ เมฆาตระกูล. (2557). *ก้าวที่เปลี่ยนแปลงของสถานศึกษาต้นแบบ-บทเรียนการสอนเพศศึกษาจากโครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ*. เอกสารประกอบกิจกรรมเสริมทักษะหัวข้อ 'โรงเรียนไหนอยากทำศูนย์การเรียนรู้เพศวิถีศึกษา 14 แห่ง' ในการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพะทางเพศครั้งที่ 1: การตั้งครรภในวัยรุ่น. เมื่อวันที่ 8-10 กันยายน 2557 ณ อิมแพค ฟอรัม เมืองทองธานี นนทบุรี.
- อรพรรณ หันจางสิทธิ์, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, และกุลล สุนทรธาดา. (2523). *ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีแหล่งเสื่อมโทรม กรุงเทพมหานคร: ศึกษาเฉพาะแหล่งเสื่อมโทรม หมู่บ้านเสนานิคม 2 บางเขน และคลองเตย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- Asian Communities for Reproductive Justice [ACRJ]. (2005). *A New Vision for Advancing Our Movement for Reproductive Health, Reproductive Rights, and Reproductive Justice*. California: SisterSong Women of Color Reproductive Collective.
- Australian Agency for International Development [AusAID]. (2011). *Promoting Opportunities for All: Gender Equality and Women Empowerment: Thematic Strategies*. Canberra: AusAID.
- Bordo, S. (1992). Postmodern babies, review essay. *Feminist Studies*, 18(1): 159-176.
- Bunch, Charlotte. (1990). Women's rights as human rights: towards a re-vision of women's rights. *Human Rights Quarterly*, 12(4): 486-498.
- Gray, Alan, & Punpuing, Sureeporn. (1999). *Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand*. Nakornpathom: Institute for Population and Research Mahidol University. IPSR Publication No.232.
- Gupta, Jyotsna Agnihotri. (2000). *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy: Freedom or Dependency?* NewDelhi: Sage Publications.
- Hauser, P., & Duncan, O. (Editors). (1959). *The Study of Population*. Chicago: University of Chicago.
- Hilber, Adriane Martin et al. (2009). A cross cultural study of vaginal practices and sexuality: Implications for sexual health. *Social Science and Medicine*, 70(3): 392-400.

- Hodgson, Dennis, & Watkins, Susan Cotts. (1997). Feminists and Neo-Malthusians: past and present alliances. *Population and Development*, 23(3): 469-523.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2001). *Report of Baseline Survey (2000)*. Nakhonpathom: IPSR.
- Knodel, John, Chamrathirong, Aphichat, & Debalaya, Nibhon. (1987). *Thailand's Reproductive Revolution: Rapid Fertility Decline in a Third-World Setting*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Knodel, John, Havanon, Napaporn, & Pramualratana, Anthony. (1983). *A Tale of Two Generations: A Qualitative Analysis of Fertility Transition in Thailand*. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Leoprapai, Boonlert, & Cook, Michale J. (1978a). *Labour Force Participation, Village Characteristics and Modernism and Their Influence on Fertility among Rural Women Part I*. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- \_\_\_\_\_. (1978b). *Labour Force Participation, Village Characteristics and Modernism and Their Influence on Fertility among Rural Women Part II*. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Marsh, Meredith, & Alagona, Peter S. (Editors). (2008). *Barron's AP Human Geography*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Barron's Educational Series, Inc.
- Malthus, Thomas Robert. (1798). *Essay on the Principle of Population*. London: J. Johnson, in St. Paul's Church-Yard.
- New Internationalist. (2016). *Human Development 1900 & 2000: The Facts*. Retrieved March 3, 2017, from <https://newint.org/features/1999/01/01/humandevlopment/>
- Nora. (2008, April 20). *A brief history of the reproductive justice movement*. Retrieved February 20, 2015, from <http://www.safercampus.org/blog/2008/04/a-brief-history-of-the-reproductive-justice-movement/>
- Path2Health [P2H]. (2016). *Home*. ค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.path2health.or.th/>
- Prasartkul, Pramote, et al. (1987). *Rural Adolescent Sexuality and the Determinants of Provincial Urban Premarital Adolescent Sex*. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development. (n.d.) *Chapter VII: Reproductive Rights and Reproductive Health*. Retrieved March 3, 2017, from <http://enb.iisd.org/Cairo/program/p07002.html>
- Silliman, Jael, & King, Ynestra (Editors). (1999). *Dangerous Intersection: Feminism, Population and Environment*. New York: Zed Books. A Project of the Committee on Women, Population and Environment [CWPE].
- Solem, M., Klein, P., Muñiz-Solari, O., & Ray, W. (eds). (2010). *Population & Natural Resources: A module for the AAG Center for Global Geography Education: Malthusian Theory of Population*. Retrieved March 3, 2017, from [http://cgge.aag.org/PopulationandNaturalResources1e/CF\\_PopNatRes\\_Jan10/CF\\_PopNatRes\\_Jan108.html](http://cgge.aag.org/PopulationandNaturalResources1e/CF_PopNatRes_Jan10/CF_PopNatRes_Jan108.html)
- Tantiwiranond, Darunee, & Pandey, Shashi Ranjan. (1991). *By Women, For Women: A Study of Women Organizations in Thailand*. Singapore: ISEAS.
- United Nations Population Division. (2016). *United Nations Conferences on Population*. Retrieved March 3, 2017, from <http://www.un.org/en/development/desa/population/events/conference/index.shtml>
- United Nations Population Fund [UNFPA]. (n.d.) *World Conference on Population*. Retrieved March 3, 2017, from <http://www.unfpa.org/events/world-conference-population#sthash.ZhEFwG3J.dpuf>
- United Nations. (2016). *Outcomes on Population*. Retrieved March 3, 2017, from <http://www.un.org/en/development/devagenda/population.shtml>
- World Health Organization [WHO]. (2011). *WHO Country Cooperation Strategy Thailand 2012–2016*. Bangkok: WHO Country Office for Thailand.



## ภาคผนวก ก

### กรอบคิดสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ (The Reproductive Health Framework)

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับระบบบริการที่ตอบสนองต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง หัวใจหลักคือความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพสามารถแก้ไขได้โดยการสร้างและพัฒนาคลินิกและหน่วยบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า ประกันได้ว่าผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างรอบด้าน และสร้างเสริมศักยภาพผู้หญิงให้เข้าใจความต้องการทางสุขภาพของตนเอง เป้าหมายสำคัญคือการสร้างให้เกิดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชนชายขอบในราคาถูกลง หรือไม่คิดค่าบริการ เป็นบริการที่ละเอียดอ่อน ต่อบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน แต่ในข้อเท็จจริง ชุมชนชายขอบส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านบริการสุขภาพทุกด้าน รวมทั้งไม่ได้รับความเอาใจใส่ในเรื่องการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ขณะที่สำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่ปัญหานี้มาจากบริการอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นสิ่งที่ผู้หญิงต้องเผชิญเป็นครั้งแรกในชีวิต และอาจเป็นเรื่องเดียวจากระบบบริการสุขภาพ

**การวิเคราะห์ปัญหา** แนวคิดนี้มองว่าการขาดแคลนบริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้หญิงเป็นเพราะการขาดข่าวสารขาดข้อมูลสุขภาพที่เที่ยงตรง เชื่อถือได้ และมีบริการไม่เพียงพอ

**ยุทธศาสตร์** เน้นไปที่การปรับปรุงและขยายบริการเพื่อการสร้างความเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนชายขอบ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับงานวิจัย ทั้งนี้ภาระงานบริการอนามัยเจริญพันธุ์มักประกอบด้วยบริการและการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติดังต่อไปนี้ คือการป้องกันการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases-STDs) การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ (reproductive tract infections-RTIs) เพศวิถีศึกษารอบด้าน (comprehensive sex education) การเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ การบริการยุติการตั้งครรภ์ และการให้คำปรึกษาทางเลือกการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงการป้องกันและรักษามะเร็งในระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น

**กลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ บุคคลที่ต้องการบริการและการเรียนรู้ทางอนามัยเจริญพันธุ์

**ตัวแสดงหลัก** คือผู้ให้บริการ หมายรวมถึงคนทำงานหรือพันธมิตรของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการทางสุขภาพ และนักวิจัยสาธารณสุข

**ข้อท้าทาย และข้อจำกัด** เนื่องจากการให้บริการและการให้การศึกษาเน้นไปที่ระดับปัจเจกบุคคล จึงไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือคำนึงถึงรากเหง้าของความแตกต่างเหลื่อมล้ำในเชิงโครงสร้างมากนัก นอกจากนี้การเน้นไปที่ตัวผู้หญิงในเชิงปัจเจก จึงเป็นการใช้ทรัพยากรหลักอย่างไร้ทิศทางในการเปลี่ยนแปลงระยะยาว อาจสรุปได้ว่า กรอบคิดนี้มีข้อจำกัดในลักษณะที่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการจัดและเข้าถึงบริการ แต่ผู้หญิงที่มีชีวิตและความต้องการแตกต่างกันย่อมมีความแตกต่างกันในการเข้าถึงการศึกษาและบริการด้วยเช่นกัน

### กรอบคิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights Framework)

การรณรงค์ด้วยแนวคิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ เกิดขึ้นบนฐานคิดที่มุ่งปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้หญิงในการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ เน้นการต่อสู้เพื่อให้บริการทำแท้งเป็นสิ่งถูกกฎหมาย และเพื่อขยายการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดสมัยใหม่ ดังนั้นเป้าหมายหลักของการรณรงค์ภายใต้แนวคิดนี้ คือ ‘สิทธิในการเลือก-right to choose’ และ ‘สิทธิความเป็นส่วนตัว-right to privacy’ โดยปฏิบัติการผ่านช่องทางหลากหลายทั้งทางกฎหมายและการเมือง เน้นใช้สองยุทธศาสตร์ คือรณรงค์ให้นโยบายที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีอยู่ไม่ให้เกิดถูกล้มเลิกไป และต่อสู้โต้แย้งข้อกฎหมายที่จำกัดสิทธิผู้หญิงองค์ประกอบสำคัญของสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ คือเสรีภาพทางอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นนักเคลื่อนไหวกลุ่มเพื่อสิทธิทางเลือกได้รณรงค์เรื่องนี้ด้วยวลีว่า ‘ปล่อยมือจากตัวฉัน-Hands Off My Body’ แม้เสรีภาพทางอนามัยเจริญพันธุ์จะเรียกร้องให้ลดข้อจำกัดของการทำแท้ง แต่ข้อท้าทายสำคัญประการหนึ่งของวิธีคิดนี้ ได้แก่ ความยากลำบากที่จะรวมผู้หญิงยากจน ผู้หญิงชนเผ่า ผู้หญิงรักผู้หญิง ผู้หญิงข้ามเพศ และผู้หญิงพิการไว้ในขบวนการด้วย

**การวิเคราะห์ปัญหา** แนวคิดนี้มองว่า ปัญหาสำคัญคือการขาดกลไกทางกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของผู้หญิงทุกคนที่ต้องการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ หรือแม้ว่าจะมีกลไกมีกฎหมาย แต่การบังคับใช้อ่อนแอ การต่อสู้ด้วยแนวคิดนี้ มุ่งเน้นไปที่สิทธิของผู้หญิงในระดับปัจเจกไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิความเป็นส่วนตัว การปลอดจากการเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงบริการ โอกาสและความสามารถที่จะเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ได้จริง

**ยุทธศาสตร์** พื้นฐานของยุทธศาสตร์คือ ทำงานกับองค์กรและกลไกเกี่ยวกับกฎหมายและการขับเคลื่อนของรัฐ นั่นคือ ด้านกฎหมายเน้นการทำงานกับศาลเพื่อคุ้มครองและป้องกันไม่ให้สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ถูกลิดรอน ด้านการขับเคลื่อนเน้นปกป้องนโยบายและมาตรการคุ้มครองสิทธิที่มีอยู่แล้ว ขณะเดียวกันก็พยายามเพิ่มกฎหมายที่คุ้มครองและขยายสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์มากขึ้น โดยมีรูปแบบของภาคีและพันธมิตรที่มุ่งไปที่กลุ่มผู้หญิง องค์กรประชาสังคม และองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพ

**กลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ การจัดตั้งกลุ่มผู้หญิงและกระตุ้นการมีส่วนร่วมทางการเมืองในฐานะผู้ออกเสียงเลือกตั้ง และการเสนอความต้องการผ่านผู้แทนทางสภาผู้แทนราษฎร รวมถึงผ่านการโน้มน้าวใจผู้มีส่วนเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบมาตรฐานและการออกกฎหมายทุกระดับให้เห็นด้วยกับข้อเสนอของกลุ่ม

**ตัวแสดงหลัก** คือนักขับเคลื่อนรณรงค์ รวมผู้ทำงานหรือเป็นพันธมิตรกับผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ผู้กำกับนโยบาย และผู้ทำงานกับการเลือกตั้งตัวแทนระดับต่างๆ

### ข้อท้าทาย และข้อจำกัด

แนวคิดนี้มีข้อจำกัดสำคัญสองด้านด้วยกัน คือ (1) รากเหง้าของสิทธิทางเลือกมาจากจารีตความคิดเสรีนิยม ที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลและมุมมองที่ว่า การหลุดจากการถูกควบคุมร่างกายตนเองของผู้หญิง คืออิสรภาพและเสรีภาพ ทั้งหมดนี้ให้ความสำคัญกับทางเลือกของปัจเจก แต่ไม่ได้คำนึงถึงบริบททางสังคมที่แวดล้อมตัวปัจเจกกว่าเอื้อหรือกีดกันการสร้างทางเลือกนั้นๆ หรือไม่ อย่างไร ขณะเดียวกันก็ไม่ได้ตรวจสอบวิพากษ์วิจารณ์ว่า รัฐดูแลจัดการประชากร สร้างระเบียบวินัยร่างกายของปัจเจกชน และควบคุมเพศวิถี เพศภาวะ และชีวิตเจริญพันธุ์ของประชาชนอย่างไรบ้าง (2) ยุทธศาสตร์หลักของแนวคิดนี้ที่เรียกร้องให้ผู้หญิงออกมาใช้สิทธิเลือกตั้งและสื่อสารทำงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเลือกตั้ง ล้วนวางอยู่บนสมมติฐานที่เชื่อในประสิทธิภาพของระบบการเมือง และผู้หญิงควรต้องมีความรู้สามารถเข้าถึงองค์กรเลือกตั้งได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเงื่อนไขที่จำกัดผู้หญิงชายขอบ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มใดๆ ไม่สามารถทำได้

### กรอบคิดความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์ (Reproductive Justice Framework)

แนวคิดนี้มีรากเหง้ามาจากความตระหนักถึงประวัติศาสตร์ของการกดขี่และความรุนแรงต่อผู้หญิงในประเด็นเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ในระดับชุมชน สำหรับบริบทของชุมชนในเอเชียและชุมชนผิวสีในอื่นๆ ของโลก แนวคิดความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์มีฐานมาจากการจัดตั้งผู้หญิงและเด็ก เพื่อต่อสู้ให้หลุดจากโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน หัวใจหลักคือร่างกายและชีวิตของผู้หญิงถูกควบคุมและแสวงหาประโยชน์ ผู้หญิงยังถูกกดทับศักยภาพและปิดทางเลือกต่างๆ ในเชิงประวัติศาสตร์แล้วการกดขี่ผู้หญิงจึงมีลักษณะทับซ้อนหลายระดับ ผ่านการกดขี่ทางเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ชนชั้น เพศภาวะ เพศวิถี วัย และสถานภาพการย้ายถิ่น การควบคุมผู้หญิงในระดับปัจเจกจึงเป็นยุทธวิธีหนึ่งของการจัดวางระเบียบทางสังคมในระดับชุมชน วิสัยทัศน์ของแนวคิดนี้คำนึงถึงปัญหาการค้าผู้หญิงและเด็กเพื่อการค้าประเวณี การสร้างเสริมศักยภาพให้เยาวชน การสร้างความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว การสร้างความเป็นธรรมทางการศึกษา การทำงานที่ปลอดภัย ความเป็นธรรมทางสิ่งแวดล้อม และโลกาภิวัตน์

**การวิเคราะห์ปัญหา** แนวคิดนี้มองว่า การที่ผู้หญิงจะมีศักยภาพในการตัดสินใจจัดการชีวิตตนเองทุกด้านได้หรือไม่นั้น ต้องแก้รากปัญหาที่ฝังลึกอยู่ในสถาบันทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม แนวคิดนี้จึงเสนอว่า ต้องวิเคราะห์ปัญหายุทธศาสตร์และทางออกอย่างรอบด้าน และต้องเน้นให้เห็นความสัมพันธ์ที่โยงใยทับซ้อนของประเด็นความเป็นธรรมทางสังคมและสิทธิมนุษยชนที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้หญิงเพศวิถีและการเจริญพันธุ์

<b>ยุทธศาสตร์</b>	เนื่องจากแนวคิดนี้เน้นย้ำความเชื่อมโยงไว้ที่ซับซ้อนกันของระบบการกวดขี่เอาร็ดเอาเปรียบในสังคม ยุทธศาสตร์จึงมี 5 ด้านคือ (1) สนับสนุนความเป็นผู้นำและอำนาจของกลุ่มผู้หญิงชายขอบมากที่สุด ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมที่ตระหนักและระบุถึงผลกระทบที่ซับซ้อนหลายชั้นของการกวดขี่เอาเปรียบในชีวิตผู้หญิงเหล่านี้ (2) พัฒนาความเป็นผู้นำและสร้างให้ผู้หญิงชายขอบที่ยากจนเกิดอำนาจในทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ เพื่อให้สามารถอยู่รอดพ้นและงอกงามต่อเนื่องได้ (3) กำหนดวาระความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถทำให้การทำงานของตัวบุคคล สถาบัน และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในชุมชนชายขอบเกิดประโยชน์ต่อผู้หญิงและเด็กอย่างแท้จริง (4) บูรณาการประเด็นพื้นฐานและองค์ประกอบอื่นๆ ที่รวมความทับซ้อนหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ระหว่างวัย ภูมิภาค และชนชั้น สุนโยบายระดับชาติ และ (5) ผนึกพลังภาคีเครือข่ายองค์กรพันธมิตรที่ทำงานด้านความเป็นธรรมทางสังคมและสิทธิมนุษยชน ให้บูรณาการมิติเรื่องความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์เข้าไปเป็นพันธกิจขององค์กร
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	ได้แก่ ผู้หญิงและชุมชน ที่ถือเป็นองค์ประกอบร่วมกัน เพื่อต่อต้านการกวดขี่เอาเปรียบไม่เพียงในประเด็นความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์เท่านั้น แต่รวมถึงประเด็นความไม่เป็นธรรมด้านอื่นๆ ที่ปรากฏในชุมชนด้วย
<b>ตัวแสดงหลัก</b>	ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานและนักเคลื่อนไหว รวมถึงพันธมิตรที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และความเป็นธรรมทางอนามัยเจริญพันธุ์ ความเป็นธรรมทางสังคม และความเป็นธรรมมิติอื่นๆ
<b>ข้อท้าทาย และข้อจำกัด</b>	ในการทำงานขับเคลื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจบรรทัดฐานและการให้คุณค่าต่างๆ ของสังคมนั้น แนวคิดนี้ท้าทายคนทำงานทั้งในแง่บุคลิกภาพและแง่การเมืองด้วยการเสนอให้ปรับฐานคิดที่ตรงกันข้ามกับสถานะของตนเอง อันมีนัยถึงความต้องกล้าเสี่ยงและกล้าเผชิญหน้า รวมถึงกล้าต่อต้านผู้มีอำนาจอย่างตรงๆ การทำงานระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจนี้ ต้องใช้ทุนและทรัพยากรมาก ทั้งยังต้องการสมาชิกและกลุ่มเป้าหมายที่เข้าใจเรื่องนี้อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน การรณรงค์ขับเคลื่อนพื้นฐานจึงใช้เวลานานหลายๆ ปี ความต้องการระยะกลางและระยะสั้นของแกนนำและสมาชิก ได้แก่ ข้อท้าทายต่อการจ้างงาน ทุนสนับสนุนสุขภาพ และการเรียนรู้ อาจเป็นเรื่องยากที่จะประสบความสำเร็จตามที่ต้องการได้