

คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ  
โครงการพัฒนางานวิจัย  
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ  
และอนามัยการเจริญพันธุ์

บุปผา คิริรัมย์  
เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์  
Alan Noel Gray



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย  
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)

**คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ  
โครงการพัฒนางานวิจัย  
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์**

**บรรณาธิการ**

**บุปผา ศิริรัมย์**

**เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติภจ**

**Alan Noel Gray**

**สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)**

**เอกสารทางวิชาการหมายเลข 228**

**ISBN 974-661-906-3**

## คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ

### โครงการพัฒนางานวิจัยด้านแพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์

#### Cataloging in Publication Data

คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการพัฒนางานวิจัยด้านแพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์/ บรรณาธิการ บุปผา ศิริรัมย์, เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, Alan Noel Gray

(มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เอกสารทางวิชาการ; หมายเลข 228)

ISBN 974-661-906-3

1. เพศ-วิจัย 2. การเจริญพันธุ์-แงอนามัย-วิจัย I. บุปผา ศิริรัมย์, บรรณาธิการ II. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, บรรณาธิการ III. Gray, Alan Noel, ed. IV. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. V. ชื่อชุด

HQ21 ค695

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
โทรศัพท์ 0-2441-0201 ต่อ 115, 0-2441-9666  
โทรสาร 0-2441-9333

E-mail: [directpr@mahidol.ac.th](mailto:directpr@mahidol.ac.th)

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

## Foreword

---

UNFPA, working along with the Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, is pleased to offer this manual as a resource tool for those interested in conducting Gender-Sensitive Reproductive Health Research.

The importance of gender and sexuality issues in relation to reproductive health was discussed by the International Conference on Population and Development held in Cairo, 1994. UNFPA has promoted and supported the efforts that would contribute to improving reproductive health programmes and to preventing STDs, HIV/AIDS infection and unwanted pregnancy and benefiting women, adolescents and the future of the region.

The manual is one of the outputs of the UNFPA-funded project on Development of a Research Agenda Towards a Gender-Sensitive Reproductive Health Programmes which was implemented by the Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

It is hoped that the manual on the Development of a Gender-Sensitive Reproductive Health Research will be valuable for and widely used by university and other researchers and practitioners whose work is concerned with gender relations, sexuality and reproductive health.

**Dr. Sheila M. Macrae**  
**Representative in Thailand**  
**United Nations Population Fund (UNFPA)**



# สารบัญ

	หน้า
● Foreword	i
● Overview of Project	1
● เพศภาวะและมิติทางเพศ (เบญจจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ)	9
● อนามัยการเจริญพันธุ์ (เอื้อมพร ทองกระจาย)	25
● มิติทางสังคมและวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (เรณู อรรฐาเมศร์)	41
● ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ (อมรา สุนทรธาดา)	63
● จริยธรรมในการวิจัยด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (บุปผา ศิริรัมย์)	77
● Research Methodology (Alan Noel Gray)	93
● Summary of Qualitative Methods for Population and Health Research (Alan Noel Gray)	105
● Types of Data (Alan Noel Gray)	117
● Guidelines for Preparing and Evaluating Research Project Proposals (George Allen Attig)	131



## Overview of Project

---

Between 1970 and 1980, Thailand experienced a demographic revolution characterized by a rapid and pervasive fertility decline. Within this period, marital fertility fell by approximately 40% while contraceptive prevalence increased from under 15% to approximately 65% by 1984. This rose to 72% in 1999. Although regional differences have been apparent in the timing as well as the extent of fertility decline, all areas of Thailand have participated in the fertility transition since the 1980s. Important aspects of Thai culture facilitated the adoption of a small family size among which is the high level of female autonomy. Women have considerable influence over family limitation practice enabling them effectively to take into account their own stake as bearers and rearers of children. Women's autonomy in many other spheres of life exposed them almost as fully as men to the forces of socio-economic change that were underway from the decade of the 1980s until the mid-1990s.

It has been observed that women in Thailand have high social and economic status, both within households and in the wider society. In most places of work, in the entire range of industries from agriculture to business and administration, there are women as well as men. Women with good education have achieved considerable occupational advancement, but many others remain concentrated in traditionally-ascribed low-paying occupations. In addition, women working in the informal sector are subject to exploitation. There are more women than men classified as unpaid family workers, and on average men get paid approximately 50 per cent more than women (National Statistical Office, 1995)

Official data indicate a reduction in maternal mortality ratio (MMR) by more than ten fold from 230 per 100,000 live births in 1970 to 17 in 1996. It was felt thought that the more recent figure is understated. The common causes of maternal deaths in rural regions are postpartum hemorrhage and toxemia of pregnancy. Abortion, sepsis, and pulmonary embolism are the common causes reported in urban communities. Despite the law prohibiting abortion except in cases of rape and serious health problems, Dr. Suporn Koetsawang (1993) estimated the magnitude of abortions as 200,000 – 300,000 per annum but this figure cannot be verified with systematic information on the annual number of abortions. Based on the 1987 Demographic and Health Survey, Napaporn Havanon (1996) calculated that one third of Thai married women has unwanted pregnancies during the previous twelve months.



The occurrence of the HIV/AIDS epidemic has raised serious concerns about its implications for the Thai population. While the initial cases were reported as homosexual men, this was followed by drug users and a parallel increase among commercial sex workers and their clients. The perinatal transmission is also a serious consideration with its implications for infant mortality. The Ministry of Public Health reported that since 1984 up to 31 March 1999 there has been 111,108 AIDS patients and 30,628 have died. The male-female ratio of the AIDS patients is 4:1. The highest age group of the patients falls in the 20-39 years group. The highest mode of transmission is through sexual contact (82.6%) followed by injected drug users (5.2%), mother-to-child (5%), and donated blood (0.04%)

Gender relations have a significant effect on reproductive health. Gender identity and sex roles as well as sexual knowledge, attitudes, and activities predispose to risk behaviour that may affect STD/HIV/AIDS transmission.

In September 1994, Thailand participated in and adopted the ICPD Programme of Action that focused on reproductive health (RH) and other issues such as reproductive rights, gender equality, equity and empowerment of women. Three years later, in April 1997, a group of stakeholders (government officials academics, NGOs, UN agencies, etc.) met at a national seminar on Future Needs of Thailand in Population and Reproductive Health. The Working Group on Population Policies and Development Strategies identified several issues. Two issues that are related to this project were (i) the problem of adolescent sexual reproductive health, which has occurred partly due to unequal gender relations between men and women and has resulted in several social problems, and (ii) the promotion of policies to increase participation of women in development activities. The meeting felt that adolescent sexual and reproductive health should be given the highest priority because of several reasons. A lack of reproductive health and sexual knowledge will lead to increased unsafe casual sex among youth due to limited personal skills and to families unprepared to adapt to this situation. It will also increase levels of unplanned pregnancies, unsafe abortion, STDs and RTLs among the youth, incidence of HIV and AIDS, sexual violence within sexual unions, alcohol and drug abuse, and unsafe sex practices.

In May 1997, UNFPA undertook a **UNFPA Programme Support Mission** (equivalent to a "mini" Programme Review and Strategy Development (PRSD) mission) to Thailand. The mission noted the following reproductive health (RH) concerns that may reflect specific gender considerations:

1. despite the law rendering abortion illegal, it is estimated that 200,000 to 300,000 abortions are performed in Thailand annually indicating the lack of information and means to avoid unwanted pregnancy by both married and unmarried women. The causes and consequences of the phenomenon have to be ascertained;
2. while contraceptive prevalence has been increasing, the method mix remains largely unchanged with oral pills and female sterilisation as the predominant methods. The issues of male responsibility and low use of male methods have not been addressed adequately;
3. a serious problem exists with regard to HIV/AIDS prevalence. Earlier concentration on homosexual men and intravenous drug users has shifted to heterosexual transmission through commercial sex workers and their partners with the potential for a widespread occurrence. While knowledge levels on HIV/AIDS and its transmission are high, the perception of risk has not been translated into preventive action;
4. scant information is available on specific sub-groups of the population with potential reproductive health problems such as the adolescents, migrant workers and minorities;
5. gender relations have an impact on reproductive health. The double standard of morality, limited contraceptive use among adolescents, and possible spousal infection by partners of commercial sex workers are detrimental to efforts to improve the reproductive health situation of the population. More information needs to be generated on this aspect.

The mission therefore made two recommendations related to gender and reproductive health which were to support gender-related socio-cultural research and improve gender-related information.

The Royal Thai Government through the Ministry of Public Health launched in July 1997 the **Reproductive Health Policy of Thailand**. The policy states that “all Thai people, both men and women of all ages, must have a good reproductive life and access to reproductive health services.” However, the new policy has not yet been operationalised in the form of the delivery of an integrated and holistic package of reproductive health (RH) services. The Ministry of Public Health has identified ten elements of RH that include: (1) family planning, (2)

maternal and child health, (3) infertility, (4) abortion, (5) adolescent health (6) sex education, (7) AIDS, (8) STDs, (9) related malignancy and (10) menopause including the elderly.

In April 1998, a UNFPA-funded mission in Thailand by the UNFPA/CST adviser on Gender, Population and Development, evolved a research agenda that will have an input into gender-sensitive reproductive health policies and programme. She made the following recommendations after reviewing the women, gender and reproductive health situation in Thailand.

1. Given the wealth of research information on the gender component and the socio-cultural base of reproductive health behaviour and status, a compilation and synthesis of the findings of existing research appropriately categorized into the RH thematic areas can be a useful mechanism for identifying research gaps and priorities. In the process, attention should be given to commonalities and contradictions as well as variations in methodology. A monograph can be prepared as a background describing the status of the gender RH situation. Regional institutions will be responsible for their own consolidation.
2. The research findings should be clustered and translated into viable inputs in RH advocacy, IEC and programmes encompassing the ten components. The programme implications should be presented in a meeting that would permit the easy adoption of issues for information dissemination and service delivery.
3. The presentation of major findings and their programme implications to researchers and programme planners and service providers can provide a venue for discussion and clarification on unclear issues. Thus, a partnership between researchers and end users can be forged and institutionalised.
4. Since the gender issue in reproductive health are dynamic and responsive to the changing socio-cultural and economic milieu of a geographical area, the capacity of regional institutions to conduct research and transform the findings into relevant programmes should be enhanced. This can be done through a training programme of young researchers on the substantive and technical aspects of gender-based socio-cultural research. The training programme should ensure that researchers from institutions in the constituent

regions of the country are represented. At the end of the programme, a proposal should have been developed on a priority thematic area in the participant's region which could be implemented through a modest grant. Assurance should be made by the sending-institution that the research will be pursued. After a year, a national seminar can be convened to enable the trainees to present the results of their study and translate them to policies and programmes.

5. Considering that there is a definite commitment on the part of NSO to mainstream gender issues in statistical data collection and generation, technical assistance should be provided to catalyse this intent. Likewise, a need for a full analysis and dissemination of the findings is underscored.
6. The programme dimension should be considered, particularly the perceptions and biases of programme planners and service providers which would impact on the provision of gender-fair programmes.

The UNFPA/CST adviser concluded that an appropriate institution has to be identified to undertake the immense task of research compilation and synthesis. A training programme for junior researchers on the determinants and consequences of gender disparities in risk behaviour and utilization of services should be considered for capacity building.

In June 1998 the Reproductive Health Sub-programme framework for the Thailand Country Programme (1998-2001), that considered the recommendations made by the UNFPA-funded missions mentioned earlier, was approved by UNFPA Headquarters and the Executive Board in New York. In this framework, one of the purposes of the Sub-programme on Reproductive Health in Thailand is to have contributed to increased utilization of quality and gender-sensitive reproductive health services by men, women and adolescents/youth. The RH Sub-programme for Thailand has several outputs. One of the outputs is mainstreaming gender aspects in RH through three major activities namely: (i) synthesis of research on gender issues in reproductive health, (ii) development of research methodologies and tools related to generation of gender-sensitive data, and (iii) strengthening national capacity to conduct research on gender issues.

### **Major Related Activities:**

In 1998 UNFPA supported a preparatory project **THA/98/P01 – Development of a Research Agenda Towards a Gender-Sensitive Reproductive Health**

**Programme** which was implemented by the Institute of Population and Social Research (IPSR) at Mahidol University. The project followed the recommendations made by the UNFPA-funded missions and the RH Sub-programme for Thailand. The project which was completed in early 1999 produced a monograph on a synthesis of research on gender issues in reproductive health in Thailand. This activity is one of the outputs of the RH Sub-programme as mentioned above. The published monograph reviewed research pertaining to gender, sexuality and reproductive health, covering the 10 elements as identified in the RH Policy of Thailand, with a view towards deriving inferences that will input into RH programmes and policies. It made a critical review of current tools and methodologies used to address the issues of gender, sexuality, and reproductive health aimed at improving current mechanisms for extricating gender-sensitive data.

### **Linkage between Sub-programme and Component Project:**

This component project THA/99/P02 focuses on delivering Output No. 4, i.e. gender aspects in RH addressed (see page 9 of the Logframe matrix of the RH Sub-programme for Thailand). This output will be achieved through: (a) synthesis of research and analysis on gender issues in RH; (b) development of methodologies and tools for gender analysis and generation of gender-sensitive data; and (c) strengthening national capacity to conduct research on gender issues. The first two activities (see page 10) under Output 4 of the Logframe were completed in the preparatory project THA/98/P01. This project THA/99/P02 will not only develop training curricula and schedules on gender research, and conduct research training workshops on gender, sexuality and RH as identified in the Logframe, but will also conduct the following supporting activities.

#### **I. Preliminary Activities:**

1. Conduct a seminar to communicate research issues concerning gender, sexuality and reproductive health to policy-makers.
2. Form panel with representation from UNFPA, DTEC and academic institutions for a selection process of research projects to be carried out under the programme.
3. Call for proposals for two-year projects in gender, sexuality and reproductive health from senior researchers throughout Thailand. A maximum of four projects will be selected.

4. Call for concept papers for two-year projects in gender, sexuality and RH from sixteen junior researchers to be selected from the four regions of Thailand.
5. UNFPA will support the participation of a number of Thai participants to attend a regional training to be organized by UNIFEM and ESCAP for users and potential users on how to utilise and present gender statistics effectively.

## **II. Research Training Activities:**

6. Meeting of panel of six trainers from the institutions who participated in the preparatory project (THA/98/P01) in 1998 to allocate responsibilities for preparation of training materials.
7. Preparation of curriculum, manuals and materials for training of **junior** researchers on socio-cultural and gender issues in RH, under the coordination of a lead trainer to ensure consistency.
8. Conduct training courses in each of the four regions for up to ten **junior** researchers whose concept papers have been accepted.
9. Final selection of a maximum of sixteen junior researchers for funding of research proposals, and conclusion of institutional collaborative arrangements.
10. Conduct a maximum of four major research projects by senior researchers and sixteen research projects by junior researchers.
11. Monitoring and technical backstopping of the research projects.

## **III. Dissemination Activities:**

12. Support a training course in policy communication and report preparation for focussing on the **junior** researchers. Senior researchers may attend if they wish.
13. Final seminar to disseminate research findings and delineate the RH programme and policy implications.

**Execution/Implementation Responsibilities:**

The Government through the Department of Technical and Economic Cooperation (DTEC) has designated Mahidol University under the Ministry of University Affairs to execute this project THA/99/P02. The Institute of Population and Social Research (IPSR) of Mahidol University is the implementing agency. IPSR organize and coordinate the project activities which will involve several universities in the four regions of Thailand. A Project Steering Committee (PSC) was set up to monitor and approve any changes in the project Work Plan. Members of the PSC will be representatives from DTEC, IPSR, UNFPA, UNFPA/CST, the Department of Health, the National Statistical Office (NSO), and invited organisations including NGOs and individuals who are working on gender and reproductive health issues. The UNFPA/CST adviser on gender, population and development will provide technical backstopping upon request from the Project Director.







# เพศภาวะและมิติทางเพศ (Gender and Sexuality)

เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์

## บทนำ

ภายหลังการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับประชากรและการพัฒนาที่กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ ซึ่งเรียกกันทั่วไปว่า ICPD ความหมายของคำว่า “อนามัยการเจริญพันธุ์” (reproductive health) ได้ขยายขอบข่ายเพื่อให้ครอบคลุมถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำแท้ง (ทั้งที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัย) โรคติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งนโยบายและระบบการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในขณะเดียวกัน ในที่ประชุมครั้งนี้ก็ได้ตอกย้ำถึงความสำคัญ ของประเด็นทางด้านเพศภาวะ (gender) มิติทางเพศ (sexuality) ซึ่งเป็นหัวใจของการศึกษา ทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จุดประสงค์ก็คือ เพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันกระตุ้นและหาแนวทาง ให้ทุกคนได้มีพัฒนาการทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมให้ชายและหญิงมี ความรับผิดชอบในความสัมพันธ์ทางเพศร่วมกัน ไม่ใช่โยนให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแบกรับแต่ฝ่ายเดียว

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิดเกี่ยวกับ เรื่องเพศภาวะ (gender) มิติทางเพศ (sexuality) และความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ หรือการให้ บริการทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ควรตระหนัก และหาทางนำเอาแนวคิดเหล่านี้ไปใช้ใน โครงการ หรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ถึงแม้บทความฉบับนี้จะมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่แนวคิดเกี่ยวกับเพศภาวะ (gender) และ มิติทางเพศ (sexuality) ก็ตาม แต่โดยเนื้อแท้แล้ว แนวคิดทั้งสองเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับ แนวคิดด้านอื่นด้วย ที่สำคัญคือ เรื่องจริยธรรม เรื่องสิทธิมนุษยชนและเรื่องความเสมอภาค

**จริยธรรม** เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงซึ่งจำเป็นต้องสอดแทรกอยู่ในทุกแง่มุมของนโยบาย การศึกษาวิจัย และการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

**สิทธิมนุษยชน** ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จะละเอียดเสียมิได้ เพราะถือเป็นหลักเกณฑ์พื้นฐานที่แสดงถึงความเคารพในตัวตนบุคคล โครงการหรือการศึกษาใดที่สอดคล้องกับความต้องการของประชากรเป้าหมายทั้งชายและหญิง ถือเป็นโครงการที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ศึกษา/ผู้ปฏิบัติได้คำนึงถึงหลักเกณฑ์ทางด้านสิทธิมนุษยชน และแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนมากกว่าที่จะคำนึงถึงเฉพาะเรื่อง เช่น การควบคุมอัตราการเกิด และอัตราการเจริญเติบโตของประชากรเท่านั้น

**ความเท่าเทียมกันระหว่างชายหญิง** ซึ่งหมายรวมทั้งความรับผิดชอบทางเพศและการได้สิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งที่ผูกติดกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์

กล่าวโดยรวมก็คือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับประเด็นทางด้านเพศภาวะ (gender) มิติทางเพศ (sexuality) จริยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเท่าเทียมกันระหว่างชาย หญิง เพราะถือเป็นส่วนประกอบของยาในหม้อเดียวกัน

### **ความหมายของเพศภาวะและมิติทางเพศ**

บทความฉบับนี้มีคำที่เป็นหลักอยู่ 2 คำ คือ คำว่า เพศภาวะ (Gender) และมิติทางเพศ (Sexuality)

คำว่า เพศภาวะ (Gender) นั้น มีผู้ใช้ภาษาไทยหลากหลาย เช่น บทบาทชายหญิง ความเป็นหญิงชาย และเพศภาวะ สำหรับบทความนี้จะใช้สลับกันไปตามความเหมาะสม

คำว่า เพศภาวะ (Gender) ที่ใช้กันอยู่ทั่วไป หมายถึง บทบาททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ชายและผู้หญิง ที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด (Gray and Punpuing, 1999) บทบาทในที่นี้หมายถึงภาระหน้าที่ ความคาดหวังจากผู้อื่น และความคาดหวังที่บุคคลผู้นั้นจะต้องมีต่อผู้อื่น (เช่น ผู้หญิงคาดหวังให้ผู้ชายปฏิบัติต่อตนอย่างไร เป็นต้น) ต่างกับคำว่าเพศชาย (male) หรือ

หญิง (female) ซึ่งหมายถึงความแตกต่างทางสรีระ ความหมายของเพศภาวะอาจต่างกัน ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคม สภาพแวดล้อม ประวัติศาสตร์ ฯลฯ ของแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้ยังผันแปรตามวงจรชีวิต (life-cycle) ของแต่ละคนอีกด้วย

ฉะนั้น ลักษณะหรือธรรมชาติของเพศภาวะจึงผันแปรอยู่ตลอดเวลา (ก) ผันแปรตามสภาพท้องถิ่น (ข) ผันแปรตามสภาพทางสังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป (ค) ผันแปรตามวัยหรือขั้นตอนชีวิตของแต่ละบุคคล

การที่จะศึกษา ทำความเข้าใจกับเพศภาวะจึงต้องเข้าใจถึงลักษณะความผันแปรต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย จึงจะได้เห็นภาพที่แท้จริง

โดยทั่วไปแล้ว คำว่าเพศภาวะ (Gender) ก็คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรานั่นเอง ในที่นี้หมายความว่าต้องทราบและคำนึงถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการปฏิบัติ ของทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงพร้อม ๆ กัน ไม่ใช่เลือกศึกษาเข้าใจ หรือให้บริการเฉพาะฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งโดยไม่คำนึงถึงอีกฝ่าย เพราะในแต่ละครอบครัว ชุมชน และสังคม จะประกอบไปด้วยสมาชิกทั้งสองเพศ การศึกษาทำความเข้าใจเฉพาะเพศใดเพศหนึ่ง ก็เหมือนทำความเข้าใจอยู่ข้างเดียว แล้วประมาณการเอาตามนั้น การไม่เลือกปฏิบัติหรือให้ความเท่าเทียมกันจึงเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดเรื่องเพศภาวะ

คำว่ามิติทางเพศ (Sexuality) หมายถึงแบบแผนพฤติกรรมทางเพศ ที่คนคิดที่มีต่อเรื่องเพศ ซึ่งถูกปลูกฝังและปรุงแต่งโดยเพศภาวะที่แตกต่างกันของผู้ชายและผู้หญิง (Gender role) ในสังคมไทยผู้ชายถูกเลี้ยงดูมาแบบให้มีสถานะภาพและอำนาจทางเพศสูงกว่าผู้หญิง สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นอย่างเด่นชัดในการแสดงออกทางเพศ อำนาจการต่อรอง ความรู้สึกรับผิดชอบ/ไม่รับผิดชอบต่อการกระทำทางเพศ การใช้ (หรือไม่ใช้) วิธีคุมกำเนิด การป้องกันตนเองและคู่ของตน ฯลฯ (Gray and Punpuing, 1999)

สิ่งเหล่านี้ ทุกคนได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เล็กจนโต ซึ่งอาจเหมาะสมในสถานการณ์ และรูปแบบของสังคมสมัยหนึ่ง แต่เมื่อสถานการณ์ของสังคมเปลี่ยนแปลงไป แนวคิดต่างๆ เหล่านี้ กลับเป็นอุปสรรคต่อผู้หญิงในเรื่องพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิและความเท่าเทียมต่อ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร และบริการทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงเป็นความจำเป็นในการที่จะศึกษา และปรับความเชื่อและทัศนคติ การปฏิบัติเหล่านี้ให้สอดคล้องตามสถานะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน

### ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิง

ถ้าหากจะถามว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หรือสถานะภาพของผู้หญิงในสังคมโดยทั่วไปเป็นอย่างไร? คำตอบคือไม่ชัดเจน คลุมเครือ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจมักจะมีผลกระทบต่อสถานะภาพของผู้หญิง เพราะว่าความไม่เท่าเทียมกัน ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสเข้าถึงและควบคุมอำนาจทางเศรษฐกิจน้อยกว่าผู้ชาย (Boserup 1970; Blumberg 1976; Saffioti 1978) สถานะภาพของผู้หญิงโดยทั่วไปจึงค่อนข้างต่ำกว่าผู้ชาย ในประเทศไทยเองสถานะภาพของผู้หญิงก็ไม่ชัดเจน เนื่องจากงานวิจัยยังกระจัดกระจาย ทำให้ไม่สามารถมองภาพรวมอย่างชัดเจนได้ อีกประการหนึ่ง ความขัดแย้งกัน ทั้งในความเป็นจริง และผลการศึกษาเอง ในระดับหนึ่งมองว่าผู้หญิงไทยมีสถานะภาพและอำนาจการตัดสินใจสูง ถ้ามองจากตัวชี้วัดบางตัว เช่น ระดับการศึกษา (ภาวะการอ่านออกเขียนได้) การมีส่วนร่วมในแรงงาน ความสัมพันธ์ของสามี-ภรรยา มีลักษณะเท่าเทียมกัน และในสังคมไทยเป็นสังคมที่ไม่มีการเน้นความสำคัญของการมีลูกชาย และที่สำคัญที่สุดผู้หญิงมีอำนาจการตัดสินใจค่อนข้างสูงในหลาย ๆ เรื่องถ้าเทียบกับในสังคมอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม ความขัดแย้งในข้อมูลก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้หญิงมีอำนาจการตัดสินใจในบางเรื่อง แต่ไม่มีอำนาจการตัดสินใจในบางเรื่อง เช่น เรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ หรือผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมในแรงงานสูง แต่ในบางกรณีได้ค่าจ้างต่ำกว่าผู้ชาย เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันในแง่ของความเชื่อทางศาสนาแล้ว สถานะภาพของผู้หญิงยังต่ำกว่าผู้ชายมาก

การที่สถานะภาพและบทบาทของสตรีไม่ชัด หรือคลุมเครือ นั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ดังได้กล่าวข้างต้น รวมทั้งวัตถุประสงค์ หน่วยงานการศึกษา/แหล่งข้อมูล และช่วงเวลาการศึกษาของเรื่องนั้น ๆ อีกด้วย

อย่างไรก็ตามในกรณีที่ได้เห็นได้ชัดว่าความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง ไม่เท่าเทียมกัน มักมีปรากฏการณ์ที่ไม่เป็นผลต่อการดำเนินชีวิตของทุกฝ่าย เช่น ทำให้เกิดการบังคับ ช่มชู้ในกลุ่มผู้หญิง อย่างไรก็ตามงานส่วนใหญ่มักคิดว่าปัญหานี้มักเกิดกับผู้หญิงอย่างเดียว จึงศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้หญิง การรายงานผลก็เป็นเฉพาะกลุ่มผู้หญิงถ้าหากดูกันจริงๆ แล้ว กลุ่มผู้ชายก็มีปัญหาไม่แพ้กัน ยกตัวอย่างเช่น โครงการหนึ่งที่น่าสนใจมากคือ การศึกษาการทำทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากการศึกษาทางด้านนี้ยังมีน้อย ประชากรศึกษาก็คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ซึ่งถ้าหากให้มีการเก็บข้อมูลจากผู้ชายด้วย (อาจไม่จำเป็นต้องเป็นคู่ของหญิงเหล่านั้น) ก็จะทำให้ผลการศึกษาดังนี้ นำไปใช้ประโยชน์สูง เพราะทำให้เข้าใจภาพของปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งฝ่ายกระทำและถูกกระทำ

### แนวคิดเรื่องเพศภาวะ (Gender) และความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิงมีความสำคัญอย่างไร

หลายครั้งที่เรื่องของเพศภาวะ (Gender) ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เรื่องของเพศภาวะ (Gender) จึงไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ให้ชัดเจน แท้จริงแล้วบทบาทของเพศชายหญิง เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศ เช่น ระดับ (ของการมีเพศสัมพันธ์) แบบแผน และทวิมาตรฐาน (double standards) ดังตัวอย่างที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของชายและหญิงจากประเทศต่าง ๆ

ชื่อประเทศ	ร้อยละของประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์		แหล่งข้อมูล
	หญิง	ชาย	
เกาหลี	11	24	Gahyoun Youn, 1998
ฟิลิปปินส์	10	50	Cadelina & Cadelina, 1996
ไทย (ชนบท)	2	50	Isarapakdi, 1998
ไทย (โรงงาน)	42	81	Rakpao and others, 1998
เวียดนาม	2	15	Vu Yuy Nhan & Sharma, 1995 Ngo Dang Minh Hang, 1998
อินเดีย (บอมเบย์)	1	26	Abraham, 1998
อินเดีย (ชนบท)	N/A	16	Sharma & Sharma, 1995
ศรีลังกา	2	23	Silva and Others, 1997

ที่มา Jeejeeboy Shirleen (1998).

จากตารางดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นชายจะมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงานสูงกว่าวัยรุ่นหญิงมากในทุกประเทศที่ยกมาเป็นตัวอย่าง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเพศต่อมิติทางเพศอย่างชัดเจน

#### ● ความแตกต่างระหว่างเพศต่อมิติทางเพศ

เด็กชายกับเด็กหญิงได้รับการอบรมสั่งสอนในเรื่องเพศ และทักษะในการดำเนินชีวิตในเรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างกัน ซึ่ง Ford and Kittisuksathit (1996:28) ได้สรุปไว้ในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 : ทศนคติทางเพศของวัยรุ่นชายหญิง

ทัศนคติทางเพศ	วัยรุ่นชาย	วัยรุ่นหญิง
การยอมรับทางสังคมต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	สังคมยอมรับให้ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่ง ผู้ที่ไม่มีอาจถูกถากถางเยาะเย้ยจากเพื่อน	การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งถือว่าเป็นความไม่ถูกต้อง และเป็นรอยมลทิน/ชื่อเสียงทั้งของตนและครอบครัว
ทัศนคติต่อความรู้สึกทางเพศ	สามารถพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศได้อย่างเปิดเผย	ไม่สามารถพูดได้อย่างเปิดเผย ความรู้สึกเกี่ยวกับเพศ เป็นเรื่องที่ปิดบังซ่อนเร้น
การมีเพศสัมพันธ์	มีการยอมรับอย่างกว้างขวาง มักมีความสัมพันธ์หนแรกกับผู้หญิงขายบริการ	ยากที่จะทราบข้อเท็จจริง เพราะผู้หญิงมักไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล
ทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด	ถุงยางจะใช้กับผู้หญิงขายบริการ แต่ไม่ใช้กับแฟนหรือคู่สมรส การคุมกำเนิดถือว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้หญิง	โดยทั่ว ๆ ไปจะไม่กล้าหาความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด กลัวจะถูกหาว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี
ทัศนคติต่อผลของการมีเพศสัมพันธ์	การมีเพศสัมพันธ์ไม่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของผู้ชาย อาจกลัวการติดเชือบ้าง แต่เรื่องการตั้งครรภ์ไม่ใช่ปัญหาของผู้ชาย	การมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อชื่อเสียงของผู้หญิง การตั้งครรภ์จึงเป็นเครื่องบ่งชี้พฤติกรรม

ที่มา: Ford and Kittisuksathit (1996:28)

จากตารางที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทัศนคติทางเพศที่แตกต่างกันของวัยรุ่นชายหญิงแล้วยังสะท้อนให้เห็นถึงระบบความคิด ความเชื่อที่เป็นแบบทวิมาตรฐานอีกด้วย เช่น ผู้ชายต้องกล้า เจ้าชู้ และเป็นผู้กำหนดเรื่องเพศสัมพันธ์ทั้งหมด ในขณะที่ผู้หญิงต้องสงบเสงี่ยม เด็กผู้หญิงที่ใจกล้าเรื่องเพศ ถือว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การที่ทำให้



ผู้หญิงมีอำนาจการต่อรองทางเพศต่ำ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งจะกระทบกันเป็นลูกโซ่ต่อสถานะภาพทางการอนามัยการเจริญพันธุ์ของทั้งชายและหญิง

### ● ความแตกต่างทางเพศต่อการรับรู้และการเข้าถึงข่าวสารข้อมูล

จากการศึกษาในหลายๆ แห่ง พบว่าผู้หญิงมีโอกาสเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลน้อยกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ โรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิด เช่น จากผลการศึกษามักพบว่าผู้หญิงธรรมดาที่มีความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย โรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (STDS/HIV/AIDS) น้อยกว่าผู้ชาย แต่ในทางตรงกันข้ามผู้หญิงขายบริการจะรู้วิธีการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าลูกค้า (ผู้ชาย) รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับโรคเชไอวี/เอดส์มากกว่าผู้ชาย และผู้หญิงที่ไม่ใช่ผู้หญิงขายบริการ เนื่องจากตนเองมีความเสี่ยงสูง และได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่หรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ ตลอดเวลา ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้หญิงที่ไม่ใช่ผู้หญิงขายบริการ (ทั้งโสดและแต่งงานแล้ว) กลับมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง ทำให้ละเลยในเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัยของตน และในบางกรณีอาจรวมถึงลูกที่อยู่ในครรภ์ด้วย

จากการศึกษาของ Cash (1993) ที่โรงงานในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าวัยรุ่นสตรีที่ทำงานในโรงงานมีความรู้เรื่องเพศผิดๆ อายุที่จะพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะฉะนั้น จึงไม่รู้จักรวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือการป้องกันไม่ให้ตนเองติดโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิมพัลย์ บุญมงคล (2541) พบว่าปัญหาโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ในสตรียังเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของโรคที่เกิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ไม่มี นอกเหนือจากพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น

- พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยกับคนรัก หรือสามี
- เมื่อสามีติดโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (STDs) มักไม่บอกภรรยา
- เมื่อสตรีมีอาการผิดปกติ ไม่ถามสามี
- สตรีสงสัยว่าสามีเป็นโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์แต่ไม่กล้าถาม ไม่กล้าปฏิเสธเพศสัมพันธ์ และไม่กล้าใช้ถุงยางอนามัย
- ชายที่เป็นหนองในเทียมไม่ปรากฏอาการ

### ● ความแตกต่างทางเพศต่อการวางแผนครอบครัว

การศึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิด มักมีขอบเขตจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้หญิง การศึกษาในกลุ่มผู้ชายมีน้อยมาก ถ้ามีก็จะจำกัดอยู่ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย เพราะเชื่อกันว่าเรื่องการใช้วิธีคุมกำเนิดเป็นเรื่องของผู้หญิง ผู้หญิงรับภาระเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ จะหาการศึกษาที่คำนึงถึงเพศภาวะ (Gender) น้อยมาก

อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นพบว่าในกลุ่มมารดาที่ติดเชื่อ ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจจะทำแท้งหรือไม่นั้น สามีมักมีอำนาจในการตัดสินใจสูงกว่าภรรยา โดยที่สามีไม่เคยทราบว่ ภรรยาต้องการอะไร หรือคิดอย่างไร การคล้อยตามการตัดสินใจของฝ่ายชายเนืองมาจากผู้หญิงพยายามประคับประคองชีวิตสมรสไว้ไม่ยอมให้มีปัญหา หรือเกิดความเคยชินในการเชื่อฟังสามี เพราะสิ่งเหล่านี้ดำรงอยู่ในสังคม และชีวิตของเรามาเนิ่นนาน โดยไม่รู้สึกรู้ว่าผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง

โดยทั่วไปแล้ว ผู้ชายไทยไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยกับภรรยาหรือคู่ของตนเอง ถ้าจะใช้ก็เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่ใช่เพื่อป้องกันโรค ในกรณีที่จะใช้เพื่อป้องกันโรค ต่างคนต่างก็อึดถืออึดถือที่จะใช้ เพราะเกรงว่าจะเกิดการเข้าใจผิดกันได้ โดยเฉพาะผู้หญิงจะห่วงความปรองดองในครอบครัวมากกว่าสุขภาพตนเอง เพราะฉะนั้นถุงยางอนามัยจึงไม่ใช่มีความหมายเพียงแค่เครื่องมือสำหรับการคุมกำเนิดหรือป้องกันโรคเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่บอกถึงความไว้วางใจเชื่อใจกันอีกด้วย

### ● ความแตกต่างทางเพศและโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์

การที่เพศชายมีส่วนการป่วยด้วยโรคเอดส์สูงกว่าเพศหญิง เพราะสังคมเปิดโอกาสให้ผู้ชายมีอิสระภาพในทางเพศมากกว่าผู้หญิง สังคมยอมให้ผู้ชายมีความรู้เรื่องเพศ มีประสบการณ์เรื่องเพศก่อนและมากกว่าผู้หญิง ไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสียชื่อเสียง หรือเป็นตราบาป ส่วนผู้หญิงถูกสอนให้รู้จักรักษานวลสรวงตัว เพราะฉะนั้น ผู้ชายจึงมีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิง ในกรณีนี้การควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์จึงต้องทราบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของทั้งผู้ชาย และผู้หญิงโดยทั่วไปแล้ว การศึกษาที่ไม่ใช่แนวคิดเรื่องเพศภาวะ (Gender) มักจะ

เน้นเฉพาะกลุ่มผู้ชาย หรือกลุ่มผู้หญิง อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือใช้เพศ (ชาย / หญิง) เป็นเพียงตัวแปรเท่านั้น ไม่ใช่เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมความคิด ความเชื่อของทั้งสองกลุ่ม

เป็นที่น่าสังเกตว่า การศึกษาทางด้านโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ทั่วไปนั้นมักจะเน้นหนักมาทางผู้หญิงขายบริการ การศึกษาผู้ชาย (หรือผู้ใช้บริการ) มีน้อยมาก ยิ่งถ้าหากเป็นผู้หญิงขายบริการด้วยแล้ว อำนาจต่อรองต่ำ เพราะถือว่าเป็นการขายบริการ หรือสินค้าประเภทหนึ่ง ไม่ใช่เกิดจากความรัก ความพอใจต่อกันและกัน เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยของการติดเชื้อของหญิงบริการ แต่ไม่มีการศึกษาลูกค้าหรือผู้มารับบริการด้วย ดังที่ได้กล่าวในเบื้องต้นแล้วว่า การใช้แนวความคิดเพศภาวะ (Gender) ก็คือการมองสองด้าน คือ ผู้ชาย และผู้รับบริการ จึงจะสะท้อนภาพที่แท้จริงได้ หรือ บางครั้งการศึกษาจะแบ่งกลุ่มหญิงบริการทางเพศเป็นหญิงบริการทางตรง และทางอ้อม มากกว่าที่จะแบ่งตามเพศภาวะชาย / หญิง

ยกตัวอย่างโครงการหนึ่ง ซึ่งต้องการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศของชายและหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะก่อน และหลังการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนว่า

- (1) พฤติกรรมทางเพศของชายหญิงเหมือนกัน หรือต่างกันอย่างไร?
- (2) รวมทั้งพฤติกรรมทางเพศก่อน และหลังการติดเชื้อ เหมือนหรือต่างกันอย่างไร ทั้งชาย/หญิง

ถ้าหากงานวิจัยนี้สามารถตอบคำถามสองคำถามนี้ได้ชัดเจน ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะสามารถบอกได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงของชายเป็นอย่างไร หญิงเป็นอย่างไรจะมีวิธีป้องกันอย่างไร รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา การรักษาตัวที่เหมาะสมกับกลุ่มเป็นอย่างไร เป็นต้น

อีกตัวอย่างหนึ่ง เป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงติดเชื้อ โดยมีประเด็นวิจัย อยู่ 2 ประเด็นหลักด้วยกัน คือ 1.) สิทธิทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การตั้งครรรภ์ และการทำแท้ง 2.) สิทธิการได้รับบริการทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มประชากรศึกษาคือผู้หญิงติดเชื้อ ถ้าหากโครงการนี้เก็บข้อมูลจากผู้หญิงติดเชื้อเท่านั้น ก็จะเหมือนกับได้ข้อมูลด้านเดียว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้ให้บริการ (ทั้งชายและหญิง) ด้วย

เช่นเดียวกัน เพื่อจะทำความเข้าใจอย่างถูกต้องทั้งสองฝ่าย เพราะเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นเรื่องของทั้งผู้ชาย และผู้หญิง ไม่ใช่เป็นเรื่องของผู้หญิงฝ่ายเดียว

### ● ความแตกต่างทางเพศ และการใช้บริการสุขภาพอนามัย

ความแตกต่างทางเพศมีอิทธิพลต่อการแสวงหาและรับบริการทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นการบดบังที่ทำให้ผู้หญิง (โดยเฉพาะวัยรุ่น) ไม่ได้รับบริการที่เหมาะสมและถูกต้องเนื่องจาก

- มีอำนาจการตัดสินใจด้วยตนเองน้อย
- เกรงว่าความลับจะถูกเปิดเผย
- ทศนคติของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ

ยกตัวอย่างเช่น โรคติดเชื้อที่ระบบสืบพันธุ์ (RTIs) ผู้หญิงมักจะเข้าใจว่าสาเหตุของโรคเป็นเรื่องเพศเป็นเรื่องของความชุกชุก และคิดว่าโรคเพศสัมพันธ์ เป็นโรคของผู้ชายไม่ใช่โรคที่ผู้หญิงตี ๆ จะเป็น ซึ่งทำให้ผู้หญิงไม่กล้าไปรับบริการ เนื่องจากสาเหตุหลายประการด้วยกัน เช่นคิดว่า

- ภาวะตกขาวเป็นภาวะปกติธรรมดา
- ไม่อยากจะให้ใครรู้ เกรงถูกตำหนิและตีตราว่าเป็นหญิงที่มีปัญหาเรื่องโรคเพศสัมพันธ์
- ไม่อยากจะรักษากับหมอผู้ชาย
- สถานที่ให้บริการไม่มีความเป็นส่วนตัว หรือปกปิดมิดชิด จึงไม่อยากไปตรวจ

ในกรณีของสตรีที่เป็นโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (STDs) ก็เช่นเดียวกัน บางที่เรียกว่าเป็น “วัฒนธรรมเงียบ” สำหรับสตรีแม่บ้านเนื่องจาก

- ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (STDs)
- ไม่กล้าไปรับบริการที่คลินิกกามโรค
- โรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์บางชนิด เช่น คลามิเดีย ไม่ปรากฏอาการ
- สามียังไม่บอกให้ทราบถึงสภาพการติดเชื้อของตนเอง
- ไม่กล้าเปิดเผยอาการของตนกับสามี เพราะกลัวสามีเข้าใจผิด

- สถานภาพของภรรยา ที่ต้องพึ่งสามีในการรักษา สามีซื้อยาให้กินเอง (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล: 2541)

### เพศภาวะ มิติทางเพศ และวงจรครอบครัว (Family Life Cycle)

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าบทบาทชายหญิงนั้น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามกาลเวลา และตามวงจรชีวิตของคนและครอบครัว นักวิชาการที่ให้ความสนใจในด้านนี้มักมีวิธีการจัดขั้นตอนของวงจรชีวิตต่างกันไป เช่น Glick (1957) ได้จัดขั้นตอนของครอบครัวดังนี้

- Initial childless stage : ช่วงแต่งงานจนถึงช่วงตั้งครรภ์แรก
- Childbearing stage: ช่วงมีบุตร เริ่มจากลูกคนแรกถึงลูกคนสุดท้าย (เพิ่มขนาดครอบครัว)
- Intermediate stage: หลังจากมีลูกคนสุดท้าย จนถึงเมื่อลูกคนแรกแยกบ้านไป
- Leaving home or “launching” stage: หลังจากลูกคนแรกแยกบ้านไปจนถึงคนสุดท้ายแยกบ้านไป
- Post-parental stage: หลังจากลูกคนสุดท้ายแยกบ้านไปจนถึงคู่สมรสคนใดคนหนึ่งเสียชีวิต

สำหรับในประเทศไทย Yoddumnem-Attig et.al (1992) ได้จัดวงจรของครอบครัวตามวงจรอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี เป็น 3 ขั้นตอนใหญ่คือ ช่วงก่อนมีบุตร ช่วงมีบุตร และเลี้ยงดูบุตร และช่วงที่มีบุตรครบตามต้องการ (หรือครบตามที่สังคมกำหนด)

◆ ช่วงก่อนมีบุตร (Pre-childbearing) เป็นช่วงของการเรียนรู้การปลูกฝังค่านิยมทางด้านบทบาทชายหญิง ซึ่งมีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเข้าวัยรุ่น จะเป็นช่วงที่เน้นความแตกต่างเหล่านี้อย่างชัดเจน เช่น เพศชาย สามารถเรียนรู้ทางเพศได้ โดยไม่เสียหาย ส่วนเพศหญิงต้องรักษาวลสงวนตัว มิฉะนั้นแล้วจะมีความเสี่ยงในหลายๆ เรื่อง เช่น

- เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากสัมพันธ์ทางเพศ
- การตั้งครรภ์ก่อนเวลาอันสมควร
- ปัญหาเกิดจากการทำแท้ง

เสียชีวิต  
 เสียพรหมจรรย์ และเสียโอกาสแต่งงาน  
 เสียสุขภาพจิต  
 เสียการสนับสนุนจากครอบครัว  
 เสียโอกาสทางสังคม  
 ฯลฯ

ทั้งนี้ ทั้งนั้น แต่ละเพศจะเรียนรู้ เฉพาะบทบาทของตนเองเท่านั้น ไม่มีการเรียนรู้ บทบาทของอีกเพศหนึ่ง ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายว่าจำเป็นต้องมาปลูกฝังกันใหม่เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ แล้วแต่ก็ยังไม่สายเกินไป เช่น มีบางโครงการสนใจที่จะปลูกฝังให้ผู้ชายเกิดความตระหนัก และมีส่วนร่วมในพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ซึ่งน่าสนใจและเป็นประโยชน์มาก ยกตัวอย่าง เช่น ในกรณีของโรคติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ (RTIs) ถ้าผู้ชายมีความรู้ในเรื่องนี้ ก็จะทำให้ สถานการณ์ดีขึ้น เพราะจะได้มีการปรึกษาให้คำแนะนำ ฯลฯ แต่ถ้าผู้ชายก็ไม่มี และคิดว่าเป็น เรื่องเสียหาย ผู้หญิงก็ไม่ยอมบอก ไม่ยอมปรึกษา ทำให้การรักษาอาจล่าช้าไปกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่ได้รับการเลย (หรืออายุเกินกว่าจะรักษากับหมอผู้ชาย)

◆ ช่วงมีบุตรและเลี้ยงดูบุตร ช่วงนี้เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว การใช้และ วิธีที่ใช้วิธีคุมกำเนิด (วิธีคุมกำเนิดชั่วคราว) ใครจะเป็นผู้ใช้ การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรถ์ การแท้ง การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร ฯลฯ

ในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นภรรยา/แม่บ้าน มักไม่คิดว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ (STDs) และ เอชไอวี/เอดส์ ใดๆ ที่ผู้ชาย (สามี) บางคนมีพฤติกรรมเสี่ยง การที่สามี-ภรรยา ไม่มีการสื่อสารกันในเรื่องเพศ ถือว่าเป็นพฤติกรรม เสี่ยงประการหนึ่ง เพราะต่างคนต่างก็ไม่รู้จักกัน ในกรณีของโรคติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ หรือ โรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อบุตรในครรภ์ได้ และถ้าหากผู้ชาย ใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงตั้งครรถ์ ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุตรในท้องได้เช่นเดียวกัน

โดยทั่วไปแล้วช่วงนี้ มักเป็นช่วงที่ทั้งผู้ชายและผู้หญิงจำเป็นต้องเรียนรู้การป้องกัน ตนจากโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันตนจากพฤติกรรมทางเพศที่เป็นอันตราย

ความรุนแรงทางเพศ และการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ การตั้งครุฑและการคลอດอย่างปลอดภัย

◆ ช่วงมีบุตรครบตามที่ต้องการ ช่วงนี้ก็ยังเป็นช่วงที่ใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่แต่วิธีที่เลือกใช้จะเป็นวิธีแบบถาวรแทน เช่นวิธีการทำหมัน (หมันชาย และหมันหญิง) การตัดสินใจว่าใครจะเป็นผู้ทำก็เป็นเรื่องของเพศภาวะ (Gender) เช่นเดียวกัน ปัญหาเรื่องเพศและการไม่สื่อสารกันเรื่องเพศ ยังคงมีอยู่ในช่วงนี้

การนำแนวคิดเรื่องวงจรชีวิต (life cycle) และวงจรครอบครัว (family life cycle) เข้ามาใช้ประกอบกับเรื่องเพศภาวะและมิติทางเพศนั้น ก็เพื่อที่จะแสดงให้เห็นถึงมิติของการเคลื่อนไหวของชีวิต ในชีวิตจริงความหมายและความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ และเรื่องอื่นๆ มักเปลี่ยนไปตามขั้นตอนชีวิตของคนเสมอ แนวคิดเรื่องวงจรชีวิตและครอบครัว เป็นเสมือนเครื่องมือที่จะจับภาพและเข้าใจความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โครงการ/กิจกรรมใดที่สามารถจับภาพแห่งการเปลี่ยนแปลงได้ถูกต้องย่อมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าโครงการ/กิจกรรมที่จับภาพนิ่งไม่แสดงการเคลื่อนไหว

## บทสรุป

บทความฉบับนี้พยายามชี้ให้เห็นว่า แนวความคิดเรื่องเพศภาวะ (Gender) หรือบทบาทชายหญิง มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างไร

สาระสำคัญของเพศภาวะ ก็คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และความเท่าเทียมกัน แนวความคิดนี้ดำรงอยู่ในสังคมและชีวิตของเรามาเนิ่นนานจนกลายเป็นความเคยชิน และทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างชายหญิงในเรื่องเพศ สุขอนามัยทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งการให้และรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

การศึกษา หรือโครงการที่คำนึงถึงเรื่องเพศภาวะ (Gender) จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติ หรือผู้ศึกษามองปัญหา และสถานะการณ์ในมุมมองที่กว้างขึ้น เข้าใจธรรมชาติของปัญหาถ่องแท้

ชั้น คือ ทำความเข้าใจในความต้องการ และปัญหาของทั้งกลุ่มผู้ชาย และกลุ่มผู้หญิง มิใช่ทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มเดียว

อย่างไรก็ตาม การทำความเข้าใจปัญหา ควรต้องมีเครื่องมือที่ทำให้ภาพชีวิตที่กำลังศึกษานั้น เคลื่อนไหวตลอดเวลา เครื่องมือที่ใช้ในบทความนี้คือ แนวคิดเกี่ยวกับวงจรชีวิต และวงจรครอบครัว ซึ่งปรากฏการณ์ต่าง ๆ จะผันแปรไปตามจังหวะชีวิตของคน และครอบครัว

กล่าวโดยสรุปก็คือ แนวคิดเรื่องเพศภาวะ เป็นเครื่องมือที่จะทำให้เข้าใจแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ชาย และกลุ่มผู้หญิง ที่มีผลต่อมิติทางเพศ และการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นภาพนิ่ง ส่วนแนวคิดเรื่องวงจรชีวิต และวงจรครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ทำให้เห็นภาพเหล่านั้น เคลื่อนไหวไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงของชีวิต โครงการหรือกิจกรรมใดที่รวมเอาแนวคิดเหล่านี้ไว้จะทำให้เกิดความเข้าใจปัญหา และการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างลึกซึ้งมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น



## เอกสารอ้างอิง

- Boserup, E. 1970. Women's role in economic development. New York : St.Martin Press.
- Blumberg, R. 1976. Fairy tales and facts : economy, family, fertility and the female. Pp. 13-21 in Women and world development. I. Tinker and M.B.Bramsen (eds). American Association for the Advancement of Science.
- Ford, N. and S. Kittisulsathit. 1996. Youth sexuality: the sexual awareness, lifestyles and related health service needs of young, single, factory workers in Thailand. IPSR publication No. 204. Nakhom Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Gray, A. and S. Punpuing. 1999. Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand. IPSR Publication No. 232. Nakhom Pathom : Institute for Population and Social Research.
- Jeejeeboy, Shirleen. 1998. Adolescent Sexual and Reproductive Health. Paper presented at the Research Workshop on Adolescent Sexual and Reproductive Health, Rose Garden Country Resort, Bangkok, 1998.
- Saffioti, H. 1978. Women in class society. New York: Monthly Review Press.
- Yoddumnern-Attig, B.; C. Podhisita and P.Vong-Ek. 1992. Community-based factors affecting contraceptive discontinuation : and anthropological study. Nakhom Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University.





# อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health)

เอี่ยมพร ทองกระจาย

## บทนำ

ในส่วนของอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) ซึ่งเป็นบริบทของการฝึกอบรมนักวิจัยในครั้งนี้ ขอกำหนดกรอบเนื้อหาให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังต่อไปนี้

- นิยามของอนามัยการเจริญพันธุ์และคำที่เกี่ยวข้อง
- วิสัยทัศน์เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
- เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของอนามัยการเจริญพันธุ์
- ประเด็นหลักของอนามัยการเจริญพันธุ์
- โครงการและตัวชี้วัดอนามัยการเจริญพันธุ์
- แนวโน้มของอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย
- ความสำคัญของเพศภาวะต่ออนามัยการเจริญพันธุ์
- บทบาทของชายในอนามัยการเจริญพันธุ์และสัมพันธภาพในครอบครัว

## 1. นิยามของอนามัยการเจริญพันธุ์ และคำอื่นที่เกี่ยวข้อง :

แท้จริงแล้ว ความพยายามในการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ถูกสอดแทรกในการประชุมระดับโลกครั้งสำคัญหลายครั้ง เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา ที่ประชุมระดับโลกขององค์การสหประชาชาติได้พยายามหาแนวทางการพัฒนาที่เท่าเทียมและยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะจุดเปลี่ยนศตวรรษที่ 21

ผลจากการประชุมโลกด้านสิทธิมนุษยชน ณ กรุงเวียนนา (1993) การประชุมโลกด้านประชากรและการพัฒนา ณ กรุงโคโร (1994) การประชุมสตรีโลก ครั้งที่ 4 ณ กรุงปักกิ่ง (1995) และการประชุมสมัชชาโลกเพื่อพัฒนาสังคม ณ กรุงโคเปนเฮเกน (1995) ได้ก่อให้เกิดอุดมการณ์ร่วมกันเพื่อความเสมอภาคทางสังคม ความยุติธรรม การพัฒนาและสันติภาพที่ยั่งยืน ถาวร ความพยายามที่จะชูประเด็นทางด้านสิทธิทางเพศ และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นประเด็นหนึ่งที่เป็นผลจากการประชุมที่กล่าวมาเหล่านั้น รวมทั้งการประชุมเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันด้านสิทธิเด็ก ความรุนแรงต่อสตรี และการประกาศปฏิญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี

ในระดับประเทศ ได้มีความพยายามที่จะชักนำให้รัฐบาลประเทศต่างๆ เห็นความสำคัญของการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยยึดหลักการดังต่อไปนี้ (1) มนุษย์ทุกคนจะต้องมีสิทธิและเสรีภาพพื้นฐานที่เท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (2) ประชากรทุกคนจำเป็นต้องมีพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพของตน และขจัดความยากจนให้หมดไป (3) สิทธิสตรีคือสิทธิมนุษยชน (4) บุรุษจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันกับสตรีในทุกด้านอย่างเทียบเทียม และให้ความเคารพซึ่งกันและกัน และ (5) สุขภาพและการศึกษาถือเป็นหัวใจหลักสำคัญของการพัฒนา

ที่สำคัญที่สุดคือ ในการประชุมที่โคโรและปักกิ่ง ได้มีการสร้างพันธสัญญาร่วมกันว่า สิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและการพัฒนา โดยที่ทุกประเทศจำเป็นต้องนำแนวคิดดังกล่าวเข้าไปสู่การจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติในระดับประเทศ ดังนี้ (1) จะต้องผนวกสิทธิทางเพศและสิทธิสุขภาพเจริญพันธุ์ของสตรีไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการพัฒนาและสิทธิมนุษยชน (2) ภาวะสุขภาพทางเพศและสุขภาพที่ดีเป็นรากฐานของความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจสังคม และการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีและเด็กจำเป็นต้องเป็นเป้าหมายที่มีความสำคัญสูงสุดในระดับชาติ (3) นโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวจะต้องเป็นไปตามหลักของความสมัครใจและการตัดสินใจด้วยตนเองบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรี (4) จำต้องมีมิติทางเพศภาวะ (Gender) ในนโยบายโครงการและกิจกรรมทุกด้าน และ (5) จำต้องมีการประสานงานพันธมิตรของทุกหมู่เหล่าในสังคม ทั้งองค์กรของรัฐและเอกชน

ในที่นี้จะได้นิยามคำว่าอนามัยการเจริญพันธุ์ และคำที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ไว้เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยที่จะต้องมีความตระหนักร่วมกันว่า สิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวและแบ่งแยกมิได้จากสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (Universal Human right)

### 1.1 สุขภาพทางเพศ (Sexual health)

มีเป้าหมายเพื่อผดุงไว้ซึ่งชีวิตและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การให้บริการสุขภาพทางเพศ มิได้มีขอบเขตแต่เฉพาะการให้คำปรึกษาและการดูแลทางด้าน การเจริญพันธุ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น

### 1.2 อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproduction health)

หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และมีความสุขทั้งทางกาย จิต และสังคม ไม่ใช่ภาวะที่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึง สภาพ เหตุการณ์ และกระบวนการทั้งหมดตลอดช่วงชีวิตของบุคคล เริ่มตั้งแต่การมีพัฒนาการทางเพศอย่างสมบูรณ์ การได้รับความพึงพอใจทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ความมีศักยภาพในการให้กำเนิด และความมีอิสระที่จะตัดสินใจในการให้กำเนิด เมื่อใด อย่างไร ทั้งหญิงและชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน ในการได้รับข้อมูล ในการได้รับบริการที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ไม่เกินความสามารถที่จะซื้อหา และเป็นที่ยอมรับในการกำหนดหรือควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ ตลอดจนมีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรอย่างปลอดภัย การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive health care) หมายถึง วิธีการ เทคนิค และบริการที่มีผลต่อสุขภาพเจริญพันธุ์และความมีความสุขของชีวิต โดยการป้องกันและแก้ไขปัญหอนามัยการเจริญพันธุ์

**สิทธิทางเพศ (Sexual right)** ครอบคลุมถึงสิทธิมนุษยชนของสตรี ในการควบคุมและตัดสินใจอย่างอิสระและมีความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ สภาพและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเป็นหญิงชาย (sexuality) สุขภาพทางเพศ และการเจริญพันธุ์ โดยปราศจากการคุกคามกดขี่ กีดกัน และทารุณกรรมในทุกรูปแบบ

**สิทธิการเจริญพันธุ์ (Reproduction right)** ครอบคลุมสอดคล้องกับสิทธิมนุษยชนในทุกระดับทั้งระดับชาติและนานาชาติ รวมถึงสิทธิพื้นฐานของหญิงชายในฐานะ

สามีภรรยาและปัจเจกบุคคลที่จะตัดสินใจโดยอิสระและเต็มไปด้วยความรับผิดชอบในการกำหนดจำนวนบุตร การมีบุตร การได้รับข้อมูล การได้รับการศึกษาและการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จะกระทำตามสิทธิ ครอบครัวถึงการมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพทางเพศ และการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน และสิทธิจะตัดสินใจกระทำการดังกล่าว โดยปราศจากการกีดกัน การคุกคาม บังคับและทารุณกรรม

## 2. วิสัยทัศน์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Vision in Reproductive Health) :

วิสัยทัศน์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในการประชุมวางแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากร / และการพัฒนาในปี ค.ศ. 1994 ณ กรุงโคโร หากพิจารณาแล้วจะเห็นว่าวิสัยทัศน์ที่กำหนด มีความเป็นธรรมดา ชัดเจน เข้าใจง่าย หากแต่การนำไปสู่การปฏิบัติที่ยังกระทำได้ยากยิ่ง แม้ในประเทศที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา วิสัยทัศน์ที่กำหนดมีดังนี้

- การมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องเป็นไปโดยปราศจากการคุกคาม บังคับ และโดยปราศจากการติดเชื้อ (Every sex act should be free from coercion and infection)
- การตั้งครรภ์ทุกครั้งต้องเป็นไปตามความประสงค์โดยแท้ (Every pregnancy should be intended)
- การกำเนิดทารกทุกครั้งต้องเป็นไปอย่างมีสุขภาพ (Every birth should be healthy)

ความรุนแรงของปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก หรือแม้แต่ในภาพรวมของประชากรโลก เป็นสิ่งที่น่าตระหนกเป็นอย่างยิ่ง ทั้งๆ ที่อุบัติการณ์เหล่านั้นล้วนเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และก่อให้เกิดความเดือนร้อนที่ไม่จำเป็น อาทิ ในแต่ละปีมีสตรีกว่า 600,000 คน ที่ต้องเสียชีวิตจากภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ในแต่ละปีจะมีการทำแท้งกว่า 40-50 ล้านราย ประมาณ 8% ของคู่สมรส ทั่วโลก (60-80 ล้านคู่) เภชัชปัญหาไม่สามารถมีบุตรได้ แต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รายใหม่กว่า 300 ล้านคน ทั่วโลกจะมีการทารุณต่ออวัยวะเพศสตรี (Female genital mutilation) กว่า 85-110 ล้านราย เช่น การขลิบอวัยวะเพศ การตัดปุ่มกระสันของสตรี เป็นต้น

### 3. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ :

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนงานที่จะเพิ่มพูนศักยภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเป้าหมายรวมคือ การช่วยให้แต่ละบุคคลสามารถส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของตน และคู่สมรสในด้านการเจริญพันธุ์และเพศมิติ ในขณะที่เดียวกันก็สามารถที่จะนำพาตนเองไปรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้เมื่อต้องการ จากเป้าหมายรวมดังกล่าวทำให้เกิดเป้าหมายหลักในโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ 4 ประการ เพื่อให้มั่นใจว่าแต่ละบุคคลจะสามารถคงไว้ซึ่งสิทธิทางเพศและสิทธิการเจริญพันธุ์ ดังนี้

- เป้าหมาย 1 มีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์รวมไปถึงวุฒิภาวะทางเพศ และศักยภาพในการสร้างความเท่าเทียมทางเพศ ความรับผิดชอบต่อสัมพันธภาพทางเพศ และความปรารถนาทางเพศ
- เป้าหมาย 2 มีบุตรตามที่ต้องการอย่างปลอดภัยและมีสุขภาพดี โดยสามารถกำหนดจำนวน ระยะเวลาของการมีบุตร ตลอดจนสามารถตัดสินใจเองได้ว่าจะมีหรือไม่มีบุตร
- เป้าหมาย 3 หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ความไม่สบาย และความพิการทั้งปวงที่เกี่ยวข้องกับเพศมิติ อนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับการดูแลเมื่อต้องการ
- เป้าหมาย 4 ปราศจากการถูกรังแกทำทารุณกรรม หรือวิธีปฏิบัติทั้งปวงที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับเพศมิติ และอนามัยการเจริญพันธุ์

### 4. ประเด็นหลักของอนามัยการเจริญพันธุ์ :

ในการวางแผนดำเนินการและกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นี้จะต้องครอบคลุมประเด็นหลัก โดยสอดคล้องกับเป้าหมายหลัก 4 ประการ ที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น

- เป้าหมาย 1 ประกอบด้วยประเด็นหลักคือ
  - พัฒนาการทางเพศ และวุฒิภาวะทางเพศ
  - สุขภาพทางเพศ



**เป้าหมาย 2** ประกอบด้วยประเด็นหลักคือ

- การครอบคลุมภาวะมีบุตร
- การตั้งครรภ์
- สุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และหลังคลอด
- การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย
- การเป็นหมันหรือภาวะมีบุตรยาก

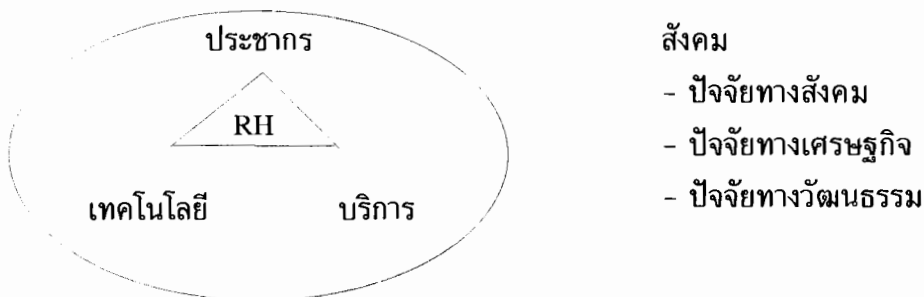
**เป้าหมาย 3** ประกอบด้วยประเด็นหลักคือ

- การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และมะเร็งปากมดลูก
- การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์และความผิดปกติต่าง ๆ

**เป้าหมาย 4** ประกอบด้วยประเด็นหลักคือ

- การถูกรังแกและผลกระทบทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์
- การกระทำรุนแรงต่ออวัยวะเพศสตรี และวิธีปฏิบัติที่เป็นอันตรายต่อสตรีเพศ เช่น การขลิบอวัยวะเพศ การเผาตัวตายตามสามี ฯลฯ

ประเด็นหลักต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งต้องมีการวางแผนดำเนินการหาแนวทางแก้ไข บางปัญหาอาจมีความรุนแรงแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศที่มีความเป็นมา และสภาพเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมแตกต่างกันออกไป เช่น การกระทำรุนแรงต่ออวัยวะเพศสตรี อาจไม่พบว่าเป็นปัญหาในประเทศไทยมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับบางประเทศในทวีปแอฟริกา อย่างไรก็ตามปัญหาทางอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์แต่ละบุคคล สังคม และเทคโนโลยีที่ต้องคำนึงถึง โดยหลีกเลี่ยงมิได้ดังภาพ



**รูปประกอบที่ 1** : อนามัยการเจริญพันธุ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การมองให้เห็นความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาสุขภาพเจริญพันธุ์ของประชากรกับเทคโนโลยีและบริการภายใต้บริบทของสังคมนั้นๆ เป็นสิ่งจำเป็น ควรเน้นประชากรเป็นศูนย์กลาง ส่วนเทคโนโลยีและบริการนั้น ต้องมุ่งรับใช้ประชากรเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงสภาพปัจจัยและเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

## 5. โครงการและดัชนีชี้วัดอนามัยการเจริญพันธุ์ :

จากประเด็นหลักของอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ได้กล่าวถึงไว้อย่างกว้างๆ นำมาสู่การกำหนดโครงการในระดับภูมิภาคและประเทศ รวมไปถึงการกำหนดดัชนีหรือตัวชี้วัดสถานะสุขภาพทางอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการประชุมที่กรุงโคโร ที่ได้กำหนดประเด็นหลักไว้กว้างๆ กองทุนประชากรและการพัฒนาแห่งสหประชาชาติได้ดำเนินการต่อและได้กำหนดเป็น 11 โครงการระดับประเทศครอบคลุม กลุ่มดัชนีชี้วัด 17 กลุ่ม (148 ดัชนีชี้วัด) ดังต่อไปนี้

### โครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ 11 โครงการ

1. โครงการวางแผนครอบครัว
  - 1.1 โครงการมารดาปลอดภัย-ระยะทั่วไป
  - 1.2 โครงการมารดาปลอดภัย-ระยะตั้งครรภ์
  - 1.3 โครงการมารดาปลอดภัย-ระยะคลอด
  - 1.4 โครงการมารดาปลอดภัย-การดูแลทางสูติกรรมที่จำเป็น
  - 1.5 โครงการมารดาปลอดภัย-ระยะหลังคลอด
2. โครงการภาวะโภชนาการของมารดา
3. โครงการสุขภาพทารกและการให้นมมารดา
4. โครงการ STD/HIV/AIDS
5. โครงการดูแลเมื่อมีการทำแท้ง
6. โครงการสุขภาพด้านเจริญพันธุ์ของเด็กวัยรุ่น
7. โครงการต่อต้านการรุนแรงต่ออวัยวะเพศของสตรี
8. โครงการต่อต้านการรุนแรงต่อสตรี
9. โครงการมะเร็งในระบบสืบพันธุ์
10. โครงการผู้มีบุตรยาก

บางประเทศอาจเลือกดำเนินการเฉพาะโครงการสุขภาพเจริญพันธุ์ที่เป็นปัญหาในประเทศของตนเองเท่านั้น อย่างไรก็ตามในจำนวนดัชนีชี้วัดภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งหมดมีการจำแนกชนิดหรือที่มาของดัชนีชี้วัด ดังนี้ (1) ดัชนีด้านนโยบาย (2) ดัชนีด้านสังคมและเศรษฐกิจ (3) ดัชนีด้านการให้บริการสุขภาพและดัชนีด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่สุด ได้มีการกำหนดดัชนีชี้วัดที่สำคัญทางอนามัยการเจริญพันธุ์ (RH strong indicators) ดังต่อไปนี้

1. อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total fertility rate)
2. อัตราเกิด (Crude birth rate)
3. อัตราเจริญพันธุ์ของประชากรวัย 15-49 ปี
4. อัตราการใช้วิธีคุมกำเนิด (Contraceptive prevalence rate)
5. สัดส่วนการตายของมารดา (Maternal mortality ratio)
6. อัตราการตายของมารดา (Maternal mortality rate)
7. ร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ด้วยเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์
8. ร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับภูมิคุ้มกันบาดทะยัก (TT2)
9. ร้อยละของการคลอดบุตร โดยบุคลากรวิชาชีพ (ไม่นับผดุงครรภ์หรือหมอดำแย)
10. จำนวนสถานอนามัยที่สามารถให้บริการทางสูติกรรมพื้นฐานต่อประชากร 500,000 คน (Basic essential obstetric care)
11. จำนวนโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการสูติกรรมประสมประสานต่อประชากร 500,000 คน (Comprehensive essential obstetric care)
12. อัตราส่วนของสตรีที่มีและไม่มีอาการแทรกซ้อนทางสูติกรรมในสถานและโรงพยาบาลที่ให้บริการ EOC (Essential Obstetric Care)
13. อัตราส่วนของทารกอายุต่ำกว่า 4 เดือน ที่ได้รับและไม่ได้รับนมมารดา
14. อัตราส่วนของผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ STD/HIV
15. อุบัติการณ์การตรวจพบเชื้อซิฟิลิสในสตรีที่มีครรภ์ที่มาฝากครรภ์
16. การรายงานอุบัติการณ์ความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะในเพศชาย (Male urethral discharge)

ดัชนีชี้วัดเหล่านี้ใช้เป็นตัวหลักในการประเมินสถานะอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับประเทศ และเปรียบเทียบกันระหว่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม การใช้ดัชนีชี้วัดเหล่านี้ ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมไปถึงประเด็นหลักของอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งหมด อาทิ การทำแท้ง การทารุณกรรม หรือความรุนแรงต่อสตรี ดังนั้นในแต่ละประเทศจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทบทวนปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างถี่ถ้วน เพื่อนำไปสู่ปัญหาที่เป็นจริงและการแก้ไขปัญหาย่างตรงจุดและเป็นรูปธรรมในที่สุด

## 6. แนวโน้มของสถานะและปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกภูมิภาคของประเทศ ปี 2542 ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า งานวิจัยเป็นผลมาจากการเผชิญและมองเห็นข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า (Gray, et al., 1999) งานวิจัยเป็นผลมาจากการเผชิญและมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น และใช้กรอบอ้างอิงจากประเด็นหลักด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่กำหนดไว้ พบว่า แต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีปัญหาทางอนามัยการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างและคล้ายคลึงกันบ้าง แต่ก็มีลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาคอยู่พอสมควร สิ่งที่ขาดหายไปเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยก็คือ การสอดแทรกประเด็นทางเพศภาวะ เพศมิติ ไปกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งทำให้พอจะอนุมานได้ว่า โครงการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดำเนินอยู่ยังขาดความไว หรือความตื่นตัวต่อปัญหาทางเพศ (Gender sensitive) เป็นอย่างยิ่ง

ในการกำหนดประเด็นหลักในการส่งเสริมการวิจัย ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อเนื่องไปสู่การกำหนดนโยบายในระดับภูมิภาคและระดับชาติครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้

- บทบาทของชายในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
- ความรุนแรงทางเพศและการทารุณกรรมทางเพศ
- โรคติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ รวมทั้งการติดเชื้อ HIV/AIDS
- การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์
- เพศมิติในการทำแท้งและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

- เพศมิติและพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศ
- การประเมินโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ในเรื่องเพศภาวะ เพศมิติ และอนามัยการเจริญพันธุ์
- ประเด็นความเป็นหญิงชาย และพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์

การพัฒนางานวิจัยด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงเริ่มต้นจากจุดนี้

## 7. ความสำคัญของเพศภาวะต่ออนามัยการเจริญพันธุ์

เพศภาวะของมนุษย์เกี่ยวข้องกับภาวะจิตใจเท่าๆ กับการถูกกำหนดทางกายภาพ เพศภาวะเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพทางกาย พัฒนาการทางความคิด การเรียนรู้ทางสังคม การมีกลุ่มเพื่อนและการมีครอบครัว เพศภาวะเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เป็นการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไปของแต่ละบุคคล ไม่ใช่เป็นปรากฏการณ์ร่วม หรือปฏิกิริยาทางกายที่ฉาบฉวย เพศภาวะเป็นกระบวนการที่สั่งสมต่อเนื่อง มิใช่เป็นเหตุการณ์โดดๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อแต่งงาน มีบุตร หรืออื่นๆ ที่เหนืออื่นใดก็คือ เพศภาวะไม่ใช่เพียงแค่ลักษณะภายนอกของความเป็นเพศหญิงเพศชายเท่านั้น

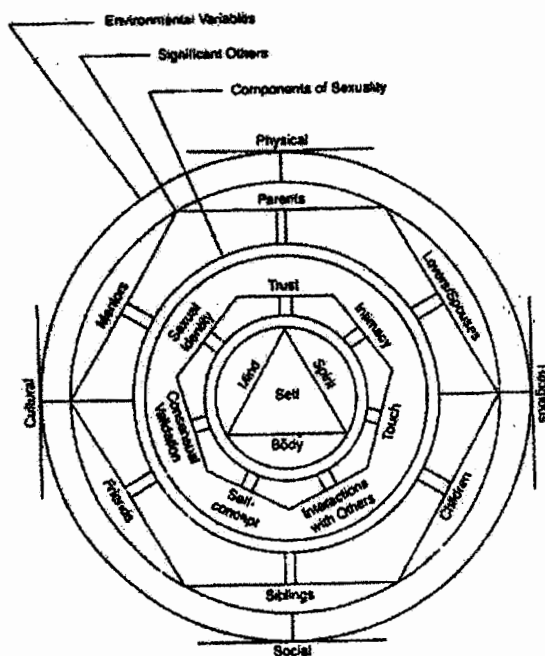
แท้จริงแล้ว องค์ประกอบที่สำคัญส่วนหนึ่งของอนามัยการเจริญพันธุ์ ก็คือ สุขภาพทางเพศ (Sexual health) ในกรอบของสุขภาพทางเพศ จะประกอบด้วย เพศภาวะ (gender) เพศมิติ (sexuality) และเพศลักษณ์ (Sexual identity) สุขภาพทางเพศครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้ (องค์การอนามัยโลก, 1986)

1. ศักยภาพในการสนองตอบต่อความพึงพอใจทางเพศ และในขณะเดียวกันก็สามารถควบคุมพฤติกรรมทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตน โดยคำนึงถึงจริยธรรมแห่งตนและสังคม

2. การปราศจากความกลัว ความอับอาย ความรู้สึกผิด ความเชื่อที่ผิด และปัจจัยทางจิตใจที่กีดกันปฏิกิริยาตอบสนองทางเพศที่จะนำไปสู่สัมพันธภาพทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

3. การเป็นอิสระจากพยาธิสภาพ ความผิดปกติต่างๆ โรค และความพร่องอันก่อให้เกิดผลทางลบต่อการทำหน้าที่ทางเพศและการเจริญพันธุ์

รูปแบบของเพศมิติ (Model of sexuality ที่นำเสนอโดย Shippe-Rice, 1986) จะสะท้อนให้เห็นความเกี่ยวข้องของเพศมิติ และอนามัยการเจริญพันธุ์ได้พอสมควร



**รูปประกอบที่ 2 : กรอบแนวคิดทางเพศมิติ**  
(Shippe-Rice, 1986 ; อ้างใน Fogd, 1990)

วงกลมด้านในสุด ประกอบด้วยอัตตา (Self) ของแต่ละบุคคล ซึ่งครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ บุคคลจะถูกหล่อหลอมเพศมิติของตนจากความไว้วางใจที่มีต่อบิดามารดา ในระยะแรกเริ่มของชีวิต จากการใช้ความใกล้ชิด และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การได้สัมผัสและการถูกยืนยันจากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลนั้นพัฒนาอัตตมโนทัศน์ขึ้น และมีเพศลักษณะที่

เป็นของตน ทั้งโดยได้รับอิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิดต่าง ๆ ได้แก่ บิดามารดา คู่รัก/คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง หรือบุคคลที่ตนถือเป็นแบบอย่าง ในวงกลมนอกสุดเป็นกลุ่มตัวแปรที่มีผลต่อการพัฒนา เพศมิติของบุคคล ซึ่งได้แก่ ตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม ตัวแปรทางกายภาพ และจิตวิญญาณ ได้แก่ ศาสนา ลัทธิ หรือความเชื่อต่าง ๆ

ขั้นตอน พฤติกรรมทางเพศในบริบทของเพศภาวะ มีรูปแบบที่สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ความรู้สึกรักตนเอง (Auto sexuality) ความรู้สึกรักเพศเดียวกับตนเอง (Homosexuality) และความรักต่างเพศ (Heterosexuality) พัฒนาการดังกล่าวอาจเป็นไปอย่างต่อเนื่อง หรือหยุดชะงักที่ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง แต่จะเริ่มต้นจากการรักตนเอง ก่อนที่จะนำไปสู่ความรักต่อผู้อื่น

พฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะในวัยรุ่น อาจจำแนกออกได้เป็น 7 ลักษณะ กล่าวคือ กลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศเลย (Inexperienced virgins) กลุ่มที่เริ่มมีประสบการณ์ทางเพศแต่ไม่เคยร่วมเพศ (Sexual beginners) กลุ่มที่มีคู่ร่วมเพศเพียงคนเดียวในแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง (Serial monogomists) กลุ่มที่มีคู่ร่วมเพศหลายคน (Serial adventurers) กลุ่มที่ร้างคู่ร่วมเพศมานานกว่า 1 ปี (Inactive nonvirgins) นอกจากนั้นจะมีกลุ่มไม่มีประสบการณ์ทางเพศและมีประสบการณ์ทางเพศที่ไม่เข้าข่ายกลุ่มใดในที่พูดมาแล้วทั้งหมด (Unclassified virgins and nonvirgins)

อะไรเป็นแรงจูงใจที่ทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมทางเพศ แม้จะมีการเปรียบเทียบว่า ความต้องการทางเพศเป็นสัญชาตญาณเช่นเดียวกับความหิวและความกระหาย แต่การไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางเพศของมนุษย์แตกต่างออกไป จากความหิวและความกระหาย คือไม่ทำให้ถึงแก่ชีวิต เพียงแต่อาจทำให้เกิดความแปรปรวนในภาวะอารมณ์จิตใจ หากความต้องการดังกล่าวไม่ถูกตอบสนอง

ในสังคมทั่วไป ปัญหาทางเพศยังเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข การเป็นเพศรองของสตรีทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ อคติทางเพศ และการเอารัดเอาเปรียบทางเพศเกิดขึ้น สิทธิและความรับผิดชอบอย่างเท่าเทียมกันทางเพศ อาจเป็นกุญแจสำคัญในการแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ ในฐานะนักวิจัย และผู้ที่รับผิดชอบทางด้านสุขภาพอนามัย จำเป็นต้องทำให้เกิด

การตระหนักรู้ทางเพศขึ้นในประชากรทั้งชายและหญิง ในระดับที่เพียงพอ เหมาะสมกับความ เป็นมนุษย์ชนที่เท่าเทียมกัน

## 8. บทบาทของชายในอนามัยการเจริญพันธุ์และสัมพันธภาพในครอบครัว

บทบาทของชายในการเข้ามามีส่วนร่วมต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นปัญหาหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นความไม่เสมอภาคในทางเพศ และมีความพยายามในการที่จะหาแนวทางให้ชายเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แต่เดิมโครงการสุขภาพแม่และเด็ก มักจะมุ่งไปที่หญิงในฐานะ มารดาและผู้เลี้ยงดูบุตรเท่านั้น ดังนั้นในโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงเป็นการคิดใหม่ (Rethink) และเริ่มทบทวนปฐมบทใหม่ (Reorient) โดยคำนึงถึงสิทธิและความเสมอภาคทางเพศของทั้งหญิงและชาย คำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพของหญิง นอกเหนือไปจากความเป็นมารดาและผู้เลี้ยงดูบุตร ในขณะที่เดียวกันก็ให้ความสำคัญต่อสิทธิของสุขภาพของชายในฐานะปัจเจกบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในฐานะบิดาและผู้ประกอบกิจทางเพศ (Sexual actors) ด้วย

ความต้องการด้านสุขภาพของหญิงและชายแตกต่างกัน หญิงจะมีความต้องการด้านสุขภาพเป็นไปตามวงจรการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง โดยธรรมชาติทางสรีรวิทยาหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าชาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเป็นหมันและมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ภาระความรับผิดชอบในฐานะผู้ให้กำเนิดที่ต้องตั้งครรรค์ต้องคลอดบุตร จะทำให้หญิงมีความเครียดสูง เกิดภาวะผิดปกติ เช่น โลหิตจาง เสี่ยงต่อโรคมาลาเรีย วัณโรคได้ง่าย นอกเหนือไปจากธรรมชาติทางสรีระวิทยาแล้ว สุขภาพของหญิงยังถูกควบคุมกำกับโดยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เช่น หญิงมีความเป็นอิสระในตัวตน (Personal autonomy) และมีอำนาจในการต่อรองน้อยกว่าชาย ทำให้หญิงเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและคุกคามทางเพศได้ง่าย ในครอบครัวบุตรหญิงจะได้รับการเลี้ยงดูและการได้รับการศึกษาแตกต่างไปจากบุตรชาย หญิงจะได้รับการคาดหวังให้ทำหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลเด็ก และคนชรา ในขณะที่ชายจะทำหน้าที่ผู้นำครอบครัว จัดหาทรัพยากรและตัดสินใจในการบริหารจัดการ



ชายจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งที่เป็นสุขภาพของตนเอง สุขภาพของหญิงในฐานะคู่อทางเพศ (Sexual partners) ในบทบาทความรับผิดชอบของสามี คู่รักชายสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติของตนและภรรยาได้ จากการควบคุมพฤติกรรมและการตัดสินใจทางเพศของตน

## บทสรุป

อนามัยการเจริญพันธุ์ไม่ได้มุ่งที่ผู้หญิงเท่านั้น แต่มุ่งทั้งหญิงและชาย โดยถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน เพราะชายก็ต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีเช่นเดียวกับหญิง ชายจะสามารถส่งเสริมบทบาทความรับผิดชอบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของตนได้และนอกเหนือไปจากอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองแล้ว บทบาทความรับผิดชอบของชายยังมีผลต่อสุขภาพของสตรีและความผาสุกของครอบครัวในที่สุด บทบาทต่อไปนี้เป็นบทบาทที่ชายสามารถทำให้เกิดขึ้นได้เพื่อการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

- การปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนทรรศนะกับคู่อของตนอย่างเปิดเผย เพื่อความเข้าใจตรงกันในด้านเพศมิติ การป้องกัน STD/AIDS การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด
- การใช้วิธีคุมกำเนิด สำหรับชาย ทั้งวิธีชั่วคราวและถาวร
- สนับสนุนส่งเสริมสตรีในการพัฒนาสุขภาพของสตรีเองและบุตร
- ต่อต้านการทารุณกรรมต่อสตรี จัดความรุนแรงในครอบครัวและปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติที่รุนแรงต่อสตรีตามความเชื่อหรือวัฒนธรรมดั้งเดิม
- ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศ โดยวิธีปฏิบัติต่อบุตรหญิงและบุตรชาย
- ดูแลรักษา และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดกับตนเองและภรรยา (หรือคู่อทางเพศ) ทั้งที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอาการและไม่มีอาการ

นอกจากนั้นการยอมรับปรับเปลี่ยนทัศนคติทางเพศของชายที่มีต่อหญิงในฐานะเพื่อนมนุษย์ที่มีความเท่าเทียมกัน จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการปฏิบัติทางเพศที่เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นในด้านการพิทักษ์อนามัยการเจริญพันธุ์หรือในด้านอื่น ๆ ก็ตาม

## เอกสารประกอบการวิจัย

- Dacey, J.S. Adolescence Today. Santa Monica, C.A. : Good Year Publishing, 1979.
- Family Care International, Action for the 21<sup>st</sup> Century. Reproductive Health & Rights for all. International Conference on Population and Development Conference on Population and Development, September 1994.
- Family Care International, Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All : Framework for Action. New York : Family Care International, 1995.
- Fogel, C. I & Lauver, D. Sexual Health Promotion, Philadelphia : W.B. Saunders, 1990.
- Gray, A. et al. Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand Institute for Population and Social Research. Mahidol University, 1999.
- Kimmel, D.C. Weiner, I.B., Adolescence : A Developmental Transmission (2<sup>nd</sup> ed.) New York : John Wiley & Sons, 1985. Chapter 9.
- The Oxfam Gender Training manual Oxfam UK and Ireland, 1994.
- Tsui, A. & et al., Reproductive Health in Developing Countries : Expanding dimension Building solution Washington D.C. : National Acadimy Press, 1997. (Pre-publication copy).
- World Health Organization Sexual and Reproductive Health Research Priority for the period 1998-2003. (Working draft) HRP. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank, 7 May 1997.
- World Health Organization, Monitoring Reproductive Health : Selecting a short list of national and global indicators, 1997.







# มิติทางสังคมวัฒนธรรมและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Socio-cultural Dimension of Reproductive Health)

เรณู อรรฐาเมศร์

## บทนำ

มิติทางสังคมวัฒนธรรมและอนามัยการเจริญพันธุ์ นับว่ามีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจความเป็นไปของคนในสังคม และความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยต่าง ๆ ของชีวิต ความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม จะช่วยให้เราเชื่อมโยงได้ว่า คนมีความเชื่ออย่างไร มีความรู้สึกอย่างไรและทำไมเขาจึงมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อปรากฏการณ์ หรือสถานการณ์อย่างนั้น การเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมจะเป็นเสมือนเครื่องมือสะท้อนความเป็นมาแต่อดีตอันซับซ้อนและหลอมรวมสืบเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทำให้เราสามารถเข้าใจปัจจุบัน และทำนายอนาคตได้

ดังนั้นในบทความนี้จะอภิปรายถึงความเป็นมา ความคิดความเชื่อ ค่านิยมและการสืบทอดทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อความสัมพันธ์ของหน่วยครอบครัว คือ ภรรยาสามี ลูกสาว และลูกชาย รวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศของวัยรุ่น ซึ่งเป็นขั้นตอนของความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ตามประเด็นต่อไปนี้คือ ความหมายของมิติทางสังคมวัฒนธรรมและอนามัยการเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์แบบองค์รวมในสังคมวัฒนธรรม บทบาททางเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในมิติสังคมวัฒนธรรม เช่น ชายเป็นผู้สืบทอดสกุล การรังเกียจเพศหญิง พื้นที่ของหญิงและชายตามมิติวัฒนธรรม อันตรายเพราะเป็นหญิง มุมมองพุทธศาสนาต่อบทบาทสตรี เป็นต้น ผลกระทบจากมาตรฐานทางสังคมวัฒนธรรมต่อบทบาททางเพศ เช่น ผลกระทบต่อบทบาทสามีในอนามัยการเจริญพันธุ์ ผลกระทบต่อบทบาทของลูกสาว เป็นต้น ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัฒนธรรมย่อย ในที่นี้คือ วัฒนธรรมทางเพศของวัยรุ่นชนกลุ่มน้อย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเด็นสุดท้ายคือการวิจัยทางสังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรายละเอียดจะกล่าวต่อไป

## ความหมายของมิติทางสังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์

**อนามัยการเจริญพันธุ์** คือช่วงอายุที่มนุษย์หญิงชายมีความสมบูรณ์พร้อมที่จะสืบทอดเผ่าพันธุ์ มีความพึงพอใจทางเพศ มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ได้รับการตรวจสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ มีศักยภาพในการให้กำเนิดของตนเองและคลอดบุตรอย่างปลอดภัย (WHO, 1997)

สังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามวิวัฒนาการอันยาวนานสังคมมนุษย์ได้ส่งทอด สะท้อนค่านิยม และความเชื่อต่อการเจริญพันธุ์ในพิธีกรรม ขณะเดียวกันก็ได้ถ่ายทอดบทบาททางเพศที่มีชายเป็นใหญ่ ซึ่งเป็นผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์

ดังนั้นการที่จะทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ก็จะต้องทำความเข้าใจภาพซ้อนของหญิงชายในความสัมพันธ์ทางเพศที่หญิงชายมีบทบาทแตกต่างกันและมีนัยยะของความไม่เท่าเทียมกัน ประกอบกับคนในสังคมเคยยอมรับบทบาททางสังคมวัฒนธรรมนั้นสืบเนื่องกันมา

การศึกษาสังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ต้องมองผลกระทบทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพทั้งกายและใจของครอบครัวทั้งระบบคือ สามี ภรรยา และพ่อแม่ลูก ความจริงสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของหญิงชายที่ถ่ายทอดทางวัฒนธรรมควรต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงด้วยโดยมีคนเป็นศูนย์กลาง การศึกษาวิจัยย่อมมีเป้าหมายเพื่อตั้งคำถามว่าอะไรเป็นเงื่อนไขหรือเป็นอุปสรรคต่ออนามัยการเจริญพันธุ์

## อนามัยการเจริญพันธุ์กับความสัมพันธ์แบบองค์รวมในสังคมวัฒนธรรม

การแสดงออกทางวัฒนธรรมและสังคมในอดีตนั้นได้บ่งบอกถึงความเข้าใจแบบองค์รวมต่อสังคมวัฒนธรรมและธรรมชาติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ของชีวิตคน ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเกี่ยวพันโยงใยเป็นหนึ่งเดียวกัน สิ่งเหล่านี้ได้ถ่ายทอดระบบคิดไว้ในพิธีกรรม การเฉลิมฉลองความอุดมสมบูรณ์ของพืชพันธุ์ธัญญาหารซึ่งได้บอกถึงความสำคัญของการเกิด เช่น การทำบุญข้าวใหม่ พิธีบูชาแม่เกิดพ่อเกิดแก่เด็กแรกคลอด การเฉลิมฉลองหลังการ

เก็บเกี่ยว ทั้งนี้ก็เพื่อแสดงความขอบคุณต่อธรรมชาติทุกอย่างได้สานร้อยกันเป็นวิถีชุมชนแต่ดั้งเดิม

ในปัจจุบันนี้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเนื่องจากการพัฒนาเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมและยุคข้อมูลข่าวสาร รูปแบบทางสังคมวัฒนธรรมมีความหลากหลายมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของความแตกต่างทางบริบทจึงต้องมีการศึกษาระบบเจริญพันธุ์ในสังคมวัฒนธรรมปัจจุบันเพื่อมองหาแนวทางในการจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ชีวิตและมีสุขภาพในภาวะการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

สิ่งสำคัญการศึกษาต้องคำนึงถึงความแตกต่างของชนชั้น เผ่าพันธุ์ พื้นที่ที่ศึกษา การศึกษาแห่งเดียว พื้นที่เดียวไม่อาจเป็นตัวแทนของสังคมทั้งหมดได้

### บทบาททางเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในสังคมวัฒนธรรม

ในสังคมวัฒนธรรมได้มีการถ่ายทอดระบบที่ชายเป็นใหญ่จนเหมือนเป็นธรรมชาติ เมื่อเราย้อนไปศึกษาสังคมชนเผ่าซึ่งวัฒนธรรมของเขายังมีโครงสร้างทางสังคมแบบเดิมอยู่ ความเชื่อที่ถือปฏิบัติและที่เป็นอยู่จะพบข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าผู้หญิงเป็นเพศที่ต่ำต้อยดังต่อไปนี้

#### ◆ ชายเป็นผู้สืบทอดสกุล

ความเกี่ยวพันของพิธีเฉลิมฉลองความอุดมสมบูรณ์ของชนบางเผ่า คือ พิธีหาคู่ เช่น “พิธีกินวอ” การ “ออกช่วง” หรือ “ลานสาวกอด” พิธีเลือกคู่ของชาวเขาเปิดเผย บริสุทธิ เรียบง่าย บอกถึงการยอมรับความต้องการตามพลังธรรมชาติ และเห็นคุณค่าของการสืบทอด เผ่าพันธุ์จะเห็นได้จากหลังปีใหม่สิ้นสุดลง มักจะมีการแต่งงานของหนุ่มสาวชาวเขาเผ่าลีซอ (ประเสริฐ ชัยพิกุลสิต, 2535) แต่ในขณะที่เดียวกันจะสะท้อนบทบาททางเพศได้อย่างชัดเจน หญิงสาวจะมีเสรีภาพในตอนเลือกคู่และเป็นที่พึงปรารถนา แต่เมื่อผ่านกระบวนการแต่งงานไปแล้วสถานภาพต้องเลือนลง ดังงานวิจัยของยิ่งยง เทาประเสริฐ (2535) ที่สะท้อนว่าสังคมชาวอาข่าเมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายหญิงจะไปอยู่บ้านของฝ่ายชาย และจะไม่คุมกำเนิดตราบใดที่ยังไม่มีลูกชาย ถ้าหญิงอาข่าไม่มีลูกต้องยอมให้สามีหาภรรยาใหม่ จึงเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาคือ ชายชาวอาข่ามีภรรยาหลายคนและต่างก็ต้องมาช่วยกันทำงานในบ้านและงานในไร่ งานวิจัยของยิ่งยง อภิปรายว่า หญิงชาวอาข่าไม่เคยมีอาการแพ้ท้องมาก ๆ เหมือนชาวพื้นราบ ซึ่งเขาวินิจฉัยว่าอาจจะเนื่องมาจากชาวอาข่ามุ่งมั่นว่าเกิดมาเป็นหญิงทุกคนต้องมีลูก การแต่งงานก็



เพื่อจุดประสงค์สำคัญคือการมีลูก ดังนั้นภาระหน้าที่นี้จึงมีเป้าหมายเพื่อการสืบทอดเผ่าพันธุ์ มากกว่าการคิดเรื่องความสุขทางเพศ ด้วยระบบความเชื่อเช่นนี้ย่อมสะท้อนว่าผู้หญิงชาติลัทธิ ที่จะมีความสุขทางเพศทำหน้าที่เพียงให้กำเนิดบุตรแก่สามีเท่านั้น

หลังจากการคลอดลูกแล้วหนึ่งวันชาวอาซาจะจัดพิธีเลี้ยงเฉลิมฉลองที่บ้านแม่สามี (ยิ่งยง เทาประเสริฐและคณะ, 2535) เนื่องจากผู้วิจัยมุ่งศึกษาเรื่องภูมิปัญญาในการกินอาหาร จึงขาดการเชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์ของสามี แม่สามี และมารดาทารกว่าการเฉลิมฉลองนั้น มุ่งเสริมพลังอำนาจของผู้ชายในความสำเร็จของการสืบทอดเชื้อสายใช่หรือไม่

#### ◆ ผู้หญิงเป็นเพศสกปรก

ประจำเดือนของผู้หญิงเป็นสิ่งสกปรก เป็นมูลเหตุที่ทำให้เกิดความอูบาทว์ และ ความเชื่อต่อความสกปรกของหญิงจะพบว่าการคลอดลูก หญิงอาซาจะแยกไปอยู่บ้านของตนเองหลังเล็ก เมื่อคลอดลูกแล้ว จะก็อยู่กับแม่สามีหรือหมอต้าแยะ หลังจากการคลอดแล้ว การที่จะกลับไปร่วมเรือนหลังใหญ่ต้องรอให้ได้รับอนุญาตจากแม่สามีก่อนว่าสุขภาพแข็งแรงหรือไม่

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้หญิงเป็นผู้สืบทอดเผ่าพันธุ์ (reproduction) ร่วมกับชาย แต่ ขณะเดียวกันผู้หญิงกลับถูกรังเกียจว่ามีความสกปรก เช่น สังคมภาคเหนือห้ามผู้หญิงเดินทับ เงามเจดีย์ ทับเงาพระสงฆ์ ผู้หญิงขึ้นโบสถ์ไม่ได้หรือเหยียบฐานบ่อน้ำศักดิ์สิทธิ์ไม่ได้จะทำให้ หายหลัง ประจำเดือนทำให้เวทมนต์คาถาเสื่อมถอย (สัมภาษณ์ พระครูประกาศาภิรักษ์ และ คณะ, 3 ตุลาคม 2542) ความเชื่อเรื่องผู้หญิงเป็นเพศสกปรก ผ่านผู้หญิงจะต้องแขวนราว ที่ต่ำกว่าของผู้ชาย เช่นกันกับยศ สันตสมบัติ (2535) อภิปรายว่า กลไกสำคัญในการควบคุม ผู้หญิงและบทบาทผู้หญิงในครอบครัว คือ การสร้างอุดมการณ์อำนาจเข้ามาควบคุมความคงที่ ของผู้หญิง นิยามความคงที่ (ประจำเดือน) ว่าประจำเดือนของผู้หญิง เป็นสิ่งสกปรกและเป็น อันตรายต่อสังคม สังคมดั้งเดิมทุกแห่งทั่วโลกมีข้อห้ามที่ยกมาใช้ในการแบ่งแยกผู้หญิงออก จากพิธีกรรมอันศักดิ์สิทธิ์และพิธีกรรมความเชื่อทางศาสนาอันเนื่องมาจากความเชื่อที่ถ่ายทอด กันมาว่าผู้หญิงหรือประจำเดือนของผู้หญิงเป็นสิ่งสกปรก ดังนั้นผู้หญิงจึงถูกห้ามมิให้เข้าร่วม พิธีกรรม มิให้รับรู้ความเร้นลับของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่นเดียวกับสังคมไทยใหญ่สร้างตำนาน เพื่อลดบทบาทของหญิง นอกจากนี้ยังซ้ำเติมบทบาททางเพศ ได้แก่ มีความเชื่อที่กล่าวว่ามี แต่ผู้หญิงเท่านั้นที่เป็นผีกะ (ผีปอบ) ส่วนผู้ชายเป็นผีกะ (ผีปอบ) ไม่ได้ เพราะตำนานเล่าว่ามี ผู้หญิงคนหนึ่งถ่มน้ำลายรดจีวรของพระภิกษุ นางจึงถูกลงโทษทำให้กลายเป็นผีกะซึ่งเป็นผีร้าย

ที่ทำให้เจ้าของอับอายขายหน้าคนอื่น (สัมภาษณ์ อรุณรัตน์ วิเชียรเขียว, 5 ตุลาคม 2542) จากความเชื่อนี้ทำให้ทราบถึงทัศนะของสังคมนั้นได้ว่าผู้ชายได้รับการปกป้องให้อยู่ในศาสนา และหญิงเสมือนเป็นผู้ทำลายจึงถูกประทัตราบาปว่าเป็นปฏิปักษ์ต่อศาสนา

#### ♦ พื้นที่ของหญิงและชายตามวัฒนธรรม

ชาวอาข่าจะมีหอบรรพชนไว้ทุกบ้านในเขตของผู้หญิง บ้านของชาวอาข่ามีห้องนอนสองห้องซึ่งแยกเป็นห้องของผู้ชายกับห้องของผู้หญิง มีเตาไฟอยู่กลางบ้านในส่วนของผู้ชายจะมีเตาสำหรับต้มน้ำชา ส่วนของผู้หญิงจะเป็นเตาสำหรับทำอาหาร ก่อนเข้าหมู่บ้านจะมีประตูผี เราจะพบร่องรอยของการแบ่งแยกทางเพศคือ แบ่งสัดส่วนที่นอนของชายและหญิงในสังคมชนเผ่าอื่นนั้นถึงกับแยกบ้านของผู้ชายและบ้านของผู้หญิงและเด็ก นอกจากนี้จะเห็นมิติของการยึดครองพื้นที่ ผู้ชายมีเตาสำหรับต้มน้ำชาเพื่อออกไปสู่พื้นที่การสมคมนอกบ้าน ส่วนภาระงานของหญิงคือการหุงต้มเพื่อบริการคนในครัวเรือน การแบ่งพื้นที่เช่นนี้มีผลกระทบที่ตามมาคือ ผู้หญิงจะขาดโอกาสเปิดโลกทัศน์และชีวิตทัศน์ต่อสังคม จึงจำเป็นต้องพึ่งพิงชายแต่เพียงฝ่ายเดียว ในแง่อนามัยการเจริญพันธุ์ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเพื่อการบำรุงสุขภาพอีกด้วย

#### ♦ อันตรายเพราะเป็นหญิง

เด็กหญิงก็มีภัยเพราะความเป็นหญิงต้องระมัดระวังตัวจากการคุกคามทางเพศ ดังรายงานของจาตุรงค์ กันชัย ศิริพร พันธุ์ศรี และสุนทร คำชนันท์ (2533) สะท้อนว่าหญิงเป็นเหยื่อทางเพศของผู้ชาย ตามรายงานที่ว่า จำนวนผู้เสียหายที่อายุต่ำกว่า 15 ปีมีมากถึง 44.1 % คือเกือบครึ่งทั้ง 11-15 ปี มีถึง 26.5 % ทำไมเด็กช่วงอายุนี้จึงเกิดเป็นคดีมาก ปัญหานี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจ เป็นไปได้หรือไม่ว่าช่วงอายุ 11-15 ปี นี้ เด็กหญิงกำลังเริ่มเป็นสาว จึงเป็นที่สนใจของชาย มีบางรายที่มีการร่วมประเวณีเรื่อยๆ ตั้งแต่หลังเกิดเหตุ คือสมยอมกันมาตลอด แต่ต่อมาฝ่ายชายไม่รับผิดชอบจึงมาแจ้งความ การฟ้องร้องนี้เกิดขึ้นเพราะฝ่ายชายอาจจะผิดสัญญาหรือล่อลวงจนผู้หญิงเชื่อ คำถามอยู่ที่ว่าร่างกายของผู้หญิงที่ว่าสกปรกนั้นนำไปสู่อันตรายต่อตัวผู้หญิงเองในการถูกคุกคามทางเพศ ปรากฎการณ์เหล่านี้เป็นวัฒนธรรมหรือเป็นธรรมชาติ (Mary Danger, 1966) ถ้าจะเปรียบผู้หญิงในสองวัฒนธรรมระหว่างผู้หญิง ในประเทศที่กำลังพัฒนากับผู้หญิงในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเห็นว่าประเทศที่พัฒนาแล้วผู้หญิงที่ถูกคุกคามทางเพศจะมีน้อยกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา

◆ มุมมองในพุทธศาสนาต่อบทบาทสตรี

ถ้าจะกล่าวถึงการถ่ายทอดความเชื่อในมุมมองของพุทธศาสนา การมีอคติทางเพศปรากฏอยู่หรือไม่ อย่างไร ก็มีแง่มุมที่กล่าวถึงความทุกข์โดยเฉพาะของสตรี 3 ประการ ใน 5 ประการที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ก็คือ สตรีย่อมมีระดู สตรีย่อมมีครรภ์ และสตรีย่อมคลอดบุตร (“สุชีพ บุญญาภาพ” ความทุกข์โดยเฉพาะของสตรี) แต่ก็ยังมีแง่มุมอื่นที่มีผลในลักษณะการเลือกปฏิบัติและกำหนดความเท่าเทียมระหว่างเพศ เช่น เหตุใดสตรีเข้าบวชได้ยากยิ่ง ดูแต่อดีตกาลเมื่อครั้งพระนางประชาบดีโคตมี ขอบรรพชาต้องอ้อนวอนพระพุทธองค์ถึง 3 ครั้ง และต้องปฏิบัติตามครุธรรม 8 ประการ ซึ่งในครุธรรม 8 ประการนี้ เป็นจริยวัตรที่ภิกษุณีจะต้องปฏิบัติตนด้วยความอดทน ยินยอมที่จะแสดงออกถึงความเคารพ ฟังฟัง เชื่อฟังในพระภิกษุสงฆ์เกือบทุก ๆ ด้าน เช่น นางภิกษุณีแม่บัวขมา 100 ปี ต้องทำอภิเวทภิกษุที่บวชในวันนั้น ต้องฟังธรรมจากภิกษุสงฆ์อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ไม่ฟังคำว่า ภิกษุด้วยปริยายใด ๆ ห้ามภิกษุณีสั่งสอนภิกษุสงฆ์ (เรณู อรรถาเมศร์, 2533) แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีแง่มุมที่ขัดแย้งกับทัศนคติดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ การยอมรับความเท่าเทียมในด้านความสามารถทางสติปัญญา (วิชา) ตามพระสูตรกล่าวว่าหญิงหรือชายล้วนเท่าเทียมกัน ตัวอย่างเช่น นางคณิกาซึ่งได้รับการตราหน้าว่าเป็นที่พึงรังเกียจเพราะเป็นคนอ่อนไหว โลเล มัวเมาในกามตัณหา ลุ่มหลงในรูปโฉมโนมพรรณ ไม่น่าที่บุคคลจะสมควรสมาคมด้วย ก็ยังได้พิสูจน์ถึงความสามารถทางปัญญา สามารถบรรลุความเป็นอรหันต์ ดังนั้นการเป็นผู้ชายหรือผู้หญิงจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงความดีสูงสุด หญิงจึงจำเป็นต้องต่อสู้อย่างแข็งแกร่ง อดทน ที่จะฟันฝ่าค่านิยมเก่า ค่านิยมพื้นบ้าน ซึ่งยังไม่ยอมรับความสามารถของหญิงให้บรรลุและพิสูจน์ถึงควมมีศักยภาพ ในปัจจุบันนี้ถึงแม้ว่าสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงและบทบาททางเพศเปลี่ยนแปลงไปบ้าง แต่ในระดับความเชื่อหญิงกับชายก็ยังคงแตกต่างกัน เช่น ต้องแสดงความเคารพพระสงฆ์โดยการก้มหัวอย่างนอบน้อม เวลารับประทานอาหารให้พระภิกษุฉันก่อน ห้ามแตะต้องศีรษะผู้ชาย และห้ามแตะต้องโดนพระภิกษุ เป็นต้น (Mougne, 1984). การมีมุมมองในเชิงวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจาร์ณในการที่จะศึกษามิติทางเพศ

น่าจะมีความจำเป็นที่จะสืบสาวมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ศาสนา สังคม วัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมและสืบทอดค่านิยมทางเพศ ตามตัวอย่างที่นำมาเสนอพอประมาณ ในที่นี้ซึ่งพอจะสรุปความคิดได้ว่า หญิงชายมีความแตกต่างกันทางชีวภาพตั้งแต่ปฏิสนธิ แต่วัฒนธรรมมีส่วนทำให้บทบาทและสถานภาพทางเพศไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น จนทำให้บทบาทและสถานภาพของหญิงและชายอยู่ในระดับที่ไม่เท่าเทียมกันโดยสิ้นเชิง

นำศึกษาว่าอะไรคือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลหรือเกื้อหนุนให้เกิดการแบ่งแยกจนกลายเป็นความเหลื่อมล้ำทางเพศซึ่งส่งผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ เราสามารถเข้าใจกับประเด็นเหล่านี้ด้วยการพิจารณากระบวนการวิวัฒนาการทางสังคมวัฒนธรรม และรูปแบบการครอบงำหรือผูกขาดอำนาจโดยเพศชายในสังคมต่าง ๆ ในที่นี้จะนำเสนอด้วยสมมุติฐานว่าพฤติกรรมทางเพศหรืออนามัยการเจริญพันธุ์ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมทางเพศ เพื่อความปลอดภัยของชีวิตมารดาและทารกและความสัมพันธ์อันดีระหว่างสามีและภรรยา เพื่อบรรลุถึงความสมบูรณ์ทั้งทางกายและใจ ซึ่งจะวิเคราะห์จากข้อค้นพบของงานวิจัย ในภาคเหนือ

### ผลกระทบจากมาตรฐานทางสังคมวัฒนธรรมต่อบทบาททางเพศ

ได้แก่ผลกระทบต่อบทบาทสามีและบทบาทภรรยา

#### ◇ ผลกระทบต่อบทบาทของสามีในอนามัยการเจริญพันธุ์

สังคมไม่คาดหวังให้สามีมีบทบาทเกื้อหนุนภรรยาในระบบเจริญพันธุ์ดังเช่นงานวิจัยบางเรื่องกลับแนะนำให้ภรรยาปรับตัวเข้าหาสามี ถึงแม้ว่าการศึกษาหลายเรื่องพบว่าความสัมพันธ์ของสามีเป็นปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนต่อภรรยาในกระบวนการอนามัยการเจริญพันธุ์ (ทองอยู่ บุญยการ, 2535 ; ดุชนิ พงษ์ศิริ, 2539 ; ยุพิน เพียรมงคล, 2538 และเกสรฯ ศรีพิชญากการ, 2538) ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์เข้าใจว่าการตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของคู่สมรส และไม่ได้มีการปรึกษากันเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ จนทำให้เข้าใจผิดว่าในระยะตั้งครรภ์ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะของนักวิจัยยังต้องเพิ่มมิติทางเพศอย่างน้อยที่สุดต้องให้คำปรึกษาทั้งชายและหญิงในการปรับตัว เพราะเงื่อนไขทางวัฒนธรรมทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในเรื่องเพศสัมพันธ์ และอายุที่ขุด ชักถามหลังคลอดทารก ตลอดจนการดูแลตนเองและการเลี้ยงดูบุตรก็จะเป็นเหตุให้สุขภาพไม่สมบูรณ์ (เกสรฯ ศรีพิชญากการ และยุพิน เพียรมงคล, 2538 ; ดุชนิ พงษ์ศิริ, 2539 และทองอยู่ บุญยการ, 2535)

### ◇ ผลกระทบต่อบทบาทของภรรยาในอนามัยการเจริญพันธุ์

มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงบทบาทของสตรีที่ประกอบอาชีพอยู่ใน 3 กลุ่ม คือ สตรีที่มีอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม สตรีที่มีอาชีพทอผ้าเสริมรายได้ และสตรีที่เป็นข้าราชการ สตรีทั้งสามกลุ่มนี้มีบทบาทภาระเพิ่มขึ้นคือ ต่างต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ถ้าจะเปรียบเทียบบทบาทและสถานภาพก็จะพบว่าทั้งสามกลุ่มยังมีการเลือกปฏิบัติระหว่างหญิงและชาย แต่อยู่ในระดับที่ต่างกันดังนี้

กลุ่มสตรีทอผ้านั้นมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่าการทอผ้าอาจก่อให้เกิดสวัสดิการแก่ครอบครัว โดยรวมในทางที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้ส่งผลต่อสวัสดิการที่ดีขึ้นแก่สตรีโดยตรงแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะต้องรับผิดชอบงานเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปวดเข่าและสันหลัง เงินที่หามาเพิ่มก็เพื่อการจัดซื้อของภายในบ้าน หากพิจารณาสตรีทอผ้ากับอนามัยการเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิดเป็นภาระที่ฝ่ายภรรยาต้องรับผิดชอบ คือ การกินยาคุมกำเนิด หรือการทำหมัน แสดงให้เห็นความไม่เท่าเทียมในความรับผิดชอบในภาระดังกล่าว ที่ควรพิจารณาคือ สตรีมีภาระเพิ่มขึ้น มีโอกาสตัดสินใจได้มากขึ้นแต่ผลกระทบที่ตามมาคือสุขภาพและการพักผ่อน มีแนวโน้มว่าจะมีสวัสดิการลดลง (กาญจนา โชคถาวร, 2538)

ส่วนสตรีที่มีอาชีพในโรงงาน พบว่าสตรีได้รับค่าจ้างต่ำและไม่ได้เป็นหัวหน้างานอีกด้วย สตรีต้องทำงานมากแต่กลับได้เงินน้อยและใช้เวลาในการทำงานนานขึ้นเพื่อช่วยครอบครัวทำมาหากิน ก็เป็นผลกระทบต่อสุขภาพ และภาระงานบ้านยังคงอยู่ที่สตรีแบกรับภาระงานมาก เท่าที่เป็นอยู่สามีจะช่วยบ้างในเรื่องดูแลลูก เตรียมอาหารเย็นหรือรับลูกจากโรงเรียน เมื่อภรรยาต้องทำงานนอกเวลา (วรุณี ภูริสินสิทธิ์ และเบญจา จิรภัทรพิมล, 2537) การไปทำงานทำให้ขาดความใกล้ชิดกับบุตร อย่างไรก็ตามรายได้ที่เพิ่มขึ้นของสตรีทั้งสองกลุ่มนี้ก็ไม่ได้ส่งผลให้มีฐานะทางเศรษฐกิจเพิ่มเพราะไม่ได้มีการลงทุนทางการผลิตเป็นเพียงหามาเพื่อใช้จ่ายมากขึ้นเท่านั้น

ประหยัด สายวิเชียร และวณิ เอี่ยมศรีทอง (2538) ได้ศึกษากลุ่มสตรีข้าราชการ ได้ภาพโดยรวมว่า มีการจัดสรรงานในบ้านอย่างเด่นชัด มีเพียงอย่างเดียวที่ภรรยารับผิดชอบทั้งหมด คือ งานซักผ้า รีดผ้า สำหรับสามีรับผิดชอบมาก สมาชิกในครอบครัวจะรับผิดชอบเท่าๆ กันนับเป็นการปรับบทบาทของสามีและภรรยาได้อย่างดี แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่าง

ยังให้ความสำคัญแก่สามีในการเป็นผู้นำครอบครัว จาก 3 กลุ่มตัวอย่างนี้สรุปได้ว่าการศึกษามีส่วนอย่างยิ่งต่อการพัฒนาบทบาททางเพศ ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสต่อรองกับผู้ชายในเรื่องต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

#### ✧ ผลกระทบทางสังคมวัฒนธรรมต่อลูกสาว

ในสังคมเกษตรลูกสาวที่ต้องรับผิดชอบพ่อแม่และในยิ่งกลุ่มผู้อพยพยากจนรับผลกระทบรุนแรงขึ้นตั้งงานของ สุมาลี วรรณรัตน์ (2538) ใช้การศึกษาและการพัฒนาชุมชนเพื่อยับยั้งการย้ายถิ่นของสตรีชนบทภาคเหนือได้สะท้อนว่าสังคมและวัฒนธรรมที่ลูกสาวต้องรับภาระดูแลพ่อแม่ และอิทธิพลของสังคมสมัยใหม่ที่ผลักดันให้สตรีกลายเป็นวัตถุทางเพศ สูญเสียความเป็นตัวตนและตระหนักในคุณค่าแห่งชีวิต ในเรื่องการออกไปประกอบอาชีพขายบริการทางเพศของเยาวชนสตรีนี้พอจะแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ การถูกพ่อแม่ขายให้กับนายหน้า การถูกล่อลวง และการเข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศด้วยความสมัครใจเช่นกันกับสุนีย์ มัลลิกมาลัยและคณะ (2526) ซึ่งศึกษาเรื่องปัญหาโสเภณี การแสวงหามาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสมในประเทศไทยและพบว่าสาเหตุที่ผลักดันและจูงใจให้หญิงเข้าสู่อาชีพขายบริการ คือสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ท้องถิ่น นอกจากนั้นผู้วิจัยยังพบว่า ปัจจัยทางการศึกษา รวมไปถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากภายนอกชุมชนจึงเกิดการเอาอย่าง งานวิจัยในทำนองเดียวกันนี้ได้แก่ นิวัตร สุวรรณพัฒนา (2540) ศึกษาความคาดหวังของครอบครัว และบทบาทของลูกสาวใน “ชุมชนค้าประเวณี” กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยาอภิปรายว่า

แต่เดิมสังคมภาคเหนือเป็นสังคมที่สืบทอดตระกูลทางฝ่ายมารดา เมื่อแต่งงานแล้วสามีต้องมาอยู่บ้านภรรยาใช้แรงงาน บนเงื่อนไขทางสังคมของการผลิตแบบเก่า เมื่อสังคมเปลี่ยนไปลูกสาวยังต้องรับภาระดูแลพ่อแม่ แต่สภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดินทำกินตลอดจนทรัพยากรธรรมชาติมีจำกัดลง ทำให้ลูกสาวต้องตกในสภาพจำยอมต่อการใช้เพศและร่างกายของตนเองเป็นสินค้าในกระบวนการค้าประเวณี ความกดดันระหว่างความเป็นผู้หญิงดีกับผู้หญิงไม่ดี ในฐานะความเป็นลูกสาวที่ดีคือการหาเงินส่งกลับไปให้พ่อแม่ และส่งเงินไปช่วยทำบุญที่วัดเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ส่วนลูกชายถือว่าเป็นเพศที่มีบุญลูกชายที่ดี ก็สามารถบวชใช้ชายผ้าเหลืองช่วยให้พ่อแม่ได้ขึ้นสวรรค์ (อ้างแล้ว)

## ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นมย่อ

การศึกษาอนามัยการเจริญพันธุ์นอกจากจะคำนึงถึงความแตกต่างในบริบททางสังคมวัฒนธรรมแล้ว ต้องเข้าใจถึงความซับซ้อนของกลุ่มวัยรุ่นมย่อ ซึ่งจะมีลักษณะพิเศษ ในที่นี้เป็นกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มคน 3 กลุ่ม คือ เด็กวัยรุ่น ชนกลุ่มน้อย และผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ลักษณะเฉพาะวัยรุ่น เช่น ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของวัยรุ่นมีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และการตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ส่วนชนกลุ่มน้อย มีสภาพทางสังคมวัฒนธรรมของชนเผ่า ที่เปลี่ยนแปลงช้ากว่าสังคมเมือง ชาวเขา ย่อมมีสภาพวัฒนธรรมเก่าเข้มข้นกว่าสังคมเมือง และกลุ่มที่ต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์ที่รุมล้อมรอบตัวเช่น ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ย่อมมีความกดดันภายในใจ เป็นต้น เท่าที่มีการศึกษาพบปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นมย่อเหล่านี้ที่ผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ดังนี้

### วัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น

วัยรุ่นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น มีเพศสัมพันธ์ขณะเรียนชั้นมัธยม มีนักเรียนชายและนักเรียนหญิงส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักและเพื่อนสนิท รวมถึงกับบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน หญิงขายบริการทางเพศ หรือหญิงโสเภณี และการมีคู่นอนมากกว่า 1 คนขึ้นไป โดยเฉพาะนักเรียนชายจะมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ คือหญิงขายบริการทางเพศ และกับคนรักหรือเพื่อนสนิทโดยไม่ได้ป้องกัน เพราะคิดว่าคนรักและเพื่อนสนิทนั้นปลอดภัย (อัมภพรณ นวาวัตน์ และฉวีวรรณ ไวยเนตร, 2540) จากการศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้น ม.6 พบว่า นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนหญิงและมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพื่อนมากที่สุด (อรวรรณ ระลึกมูล, 2537)

การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสและเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามกระแสความทันสมัยที่มากับสื่อต่างๆ และองค์ประกอบภายใน คือ กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศ การใช้เวลาว่าง การหาความสุข จากผลการวิจัยของ จันทรแรม ทองศิริ (2539) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นพบว่ามีอิทธิพลของเพื่อนในสถาบันการศึกษาเดียวกันเป็นผู้ชักนำให้มีเพศสัมพันธ์มากที่สุด

เพศสัมพันธ์มากคู่ผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงค่านิยมที่ลอกเลียนตามสื่อ โฆษณา ภาพยนตร์ ตามอย่างความทันสมัยอิทธิพลของสังคมบริโภคนิยมโดยขาด

ความเข้าใจเบื้องหลังของเจ้าของวัฒนธรรม เป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางเพศ นอกจากนั้นเด็กที่ออกจากบ้านมาอยู่หอพัก หลุดออกมาจากกลไกการควบคุมทางสังคมของ ครอบครัวและชุมชน ต้องมาปรับตัวอยู่ในสังคมเมือง ความเจ็บเหงา ว้าเหว่ มีแต่เพื่อนที่ให้ความอบอุ่นและเป็นผู้ชี้แนะ สิ่งเหล่านี้เป็นมูลเหตุประกอบกันทั้งสิ้น แท้ที่จริงแล้วการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ควรต้องเข้าใจในบริบทของวัฒนธรรมกับการเปลี่ยนแปลง (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2538) และให้ความรู้ความเข้าใจกับเด็กให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่มากกระทบตามยุค และต้องเปลี่ยนแปลงกระบวนการสอนจากการใช้มาตรฐานทางศีลธรรมของผู้ใหญ่ มาเป็นกระบวนการให้เด็กเป็นศูนย์กลาง เป็นการกระตุ้นให้เขาตระหนักถึงความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และการสูญเสียอนาคต โดยเฉพาะในประเด็นหญิงชาย เหตุเพราะผู้หญิงท้องได้ผู้หญิงจึงเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าชาย ต้องสร้างทัศนคติต่อการมีความรักและเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและมีสายตายาวไกล การเกิดปัญหาหระหว่างเรียนทำให้สูญเสียอนาคต ขาดความก้าวหน้าทั้งส่วนตัวและส่วนรวม บางรายอาจจะมีผลกระทบต่อนามัยการเจริญพันธุ์เมื่อเป็นผู้ใหญ่ เช่น เด็กผู้หญิงที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ไม่เต็มใจ เจ็บปวด หวาดกลัว บางรายก็ผ่านการทำแท้ง และมีอาการแทรกซ้อน และส่วนใหญ่คุมกำเนิดตามที่เพื่อนแนะนำ คือ ฝังยาสอด กินยาโดยไม่มีความรู้จริง แต่ไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยผู้ใหญ่ (เรณู อรรธนาเมศร์, 2543)

การที่วัยรุ่นชายมีคู่นอนได้หลายคน และเปลี่ยนคู่นอนง่ายและเปลี่ยนบ่อย (Mere Wallace, 1995) จะเป็นโอกาสแพร่เชื้อโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เพราะส่วนมากจะยืนยันว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนของตน ดังเช่นวัยรุ่นชายคนหนึ่งสารภาพว่าปกติแล้วไม่เอียงเที้ยว แต่พอกินเหล้าแล้วเอียงเที้ยวและพากันไปเที้ยวโสเภณี โดยจะเที้ยวช่วงที่มีเงินป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย และมักจะไปหาคู่นอนคนเดิม ถ้าพบผู้หญิงคนใหม่จะใช้ถุงยางอนามัย 2 ชั้น เวลามีปัญหาสุขภาพอนามัยทางเพศ จะปรึกษารุ่นพี่ เพื่อน แฟน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะแนะนำไปหาหมอที่รักษากามโรค ถึงแม้ว่าสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ จะลดลงแต่วัยรุ่นที่ติดเชื้อยังคงเป็นกลุ่มสูงอยู่ (AIDS Networking Development Foundation 1999) และเด็กผู้หญิงบางคนเมื่อเสียพรหมจรรย์ไปแล้วและผู้ชายไม่รับผิดชอบ ก็จะปล่อยตัวปล่อยใจ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ง่ายขึ้น



นอกจากนั้นสังคมวัฒนธรรมไทยยังเห็นว่าการพูดเปิดเผยในเรื่องเพศเป็นการไม่เหมาะสม ดังนั้นถึงแม้ว่าพ่อแม่สมัยใหม่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติและพยายามทำเข้าใจวัยรุ่น แต่ก็ไม่ทราบความจริงเพราะเด็กส่วนใหญ่จะปกปิดบิดา มารดา (ภิมล แก้วกมล, 2539)

ยาเสพติดกับผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ การใช้ยาเสพติดก็เป็นทั้งมูลเหตุและผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ อิทธิพลของสังคมบริโภคนิยมทำให้ง่ายแก่การชักจูงให้เกิดการเสพทั้งกลไกการตลาดของผู้ชาย และการอยากลอง อยากเสี่ยง และช่องว่างของเวลาที่ขาดกิจกรรม ผลักดันให้วัยรุ่นใช้การเสพติดมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ส่งผลให้วัยรุ่นก็เข้าสู่กระบวนการมีเพศสัมพันธ์ตั้งครรกโดยไม่พึงประสงค์ ทำแท้ง สิ่งเหล่านี้ถือเป็นวงจรของการขาดความรู้และการปฏิบัติตนในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังเช่นตัวอย่างนี้ ทำไมผู้หญิงบางคนจึงกินเหล้า สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด เขาตอบว่าครั้งแรกไม่อยากจะลอง แต่เห็นเพื่อนเสพกันก็เลยอยากลอง และรู้สึกว่สบาย คลายเครียด การเสพ (ยาบ้า) เพื่อนชวนไปเสพ และเสพแทบทุกวันในระยะแรก แต่ระยะหลังซื้อจากเพื่อน หรือคนในหมู่บ้านทำให้ไม่มีเงินจำเป็นต้องลดการเสพลงแต่จะสูบบุหรี่หนักขึ้นปัจจุบันนี้เลิกเสพได้แล้วเพราะท้องโดยที่ตอนที่เสพนั้นก็มีแฟนอยู่แล้วทำให้เครียด จึงเสพยาบ้า ยิ่งภายหลังแฟนก็ไปมีผู้หญิงคนใหม่และตนเองก็ไม่รู้ว่าท้องพอรู้ทีหลัง ทำให้เครียดมากและคิดมาก ช่วงที่ท้องนี้เสพมากขึ้น และติตรงพ่อแม่ เข้าใจและจะจัดการเลี้ยงดูให้ แต่ตนเองก็ไม่บอกให้แฟนรู้เพราะขัดใจกัน ฝ่ายชายมาทราบเอาทีหลังก็เลยเลิกกับผู้หญิงคนใหม่ และกลับมาหาตนเอง

เด็กบางคนเข้าไปอยู่ในเครือข่ายของผู้ค้ายา อยากจะออกมานอกวงการก็ออกไม่ได้เพราะเกรงกลัวอิทธิพล เด็กหญิงบางคนก็สารภาพว่าต้องยอมหาเงินเพราะไม่มีเงินซื้อยา

#### ❖ อนามัยการเจริญพันธุ์ในชนกลุ่มน้อย

ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในชนกลุ่มน้อยมีผลการวิจัยบางเรื่องที่สะท้อนความไม่ปลอดภัยต่อชีวิต เช่น รายงานผลการคลอดของชาวเขาว่าส่วนใหญ่ปกติ แต่คลอดผิดปกติร้อยละ 3.3 และมีบุตรตายหลังคลอดร้อยละ 7.3 และจะตายมากในครรภ์ที่สอง สาเหตุแห่งการตายส่วนมากไม่ทราบที่รองลงมาคือตัวเหลือง (สมควร ใจกระจ่าง และนิตยา แสงเล็ก, 2541) กรอบคำถามทำให้ได้ข้อมูลเชิงสำรวจ งานจะเป็นประโยชน์มากขึ้นเมื่อให้ความหมายต่อชีวิตทุกชีวิตเท่าเทียมกันหาทางป้องกันแม้ว่าจะเป็นจำนวนน้อยก็ตาม ในทำนองเดียวกันข้อสรุปจากการวิจัยของ รพีพรรณ เรื่องเดชนันต์ (2539) ได้คำตอบว่าเจตนาดีต่อการตั้งครรก การสนับสนุนทางสังคมจากมารดามีผลต่อทารกในครรภ์ สุขภาพมักจะมีประเด็น

ของความเชื่อดั้งเดิมที่เป็นกำแพงต่อการรับรู้ความรู้ความคิดใหม่ เช่น การไม่ยอมคุมกำเนิด เพราะกลัวทำงานหนักไม่ได้ กลัวโรคแทรก การไม่ยอมพาเด็กไปฉีดวัคซีน เพราะทำงานอยู่ไกล ฉีดแล้วบุตรเป็นไข้ แสดงถึงการขาดข้อมูลข่าวสารและการตระหนัก จึงรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องป้องกันโรคให้แก่บุตร การแท้งเคยแท้งเพียงร้อยละ 14.7 คนส่วนมากแท้งในครรภ์แรก เกี่ยวกับโรคทางระบบสืบพันธุ์ อาการผิดปกติได้แก่ปวดท้องน้อยและตกขาวแต่ไม่ได้ทำการแก้ไขไม่ได้ป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่เคยตรวจหามะเร็งเต้านม ชาวเขามี้อัตราคุมกำเนิดเป็นส่วนน้อย

ความเชื่อต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การคลอดบุตรนั้นนิยมคลอดบุตรที่บ้าน และชาวอำเภอมักจะนั่งยอง ๆ เพื่อเตรียมคลอดและก้มลงทำท่าคลานขณะคลอดเป็นเหตุผลหนึ่งที่เขาไม่ยอมมาทำคลอดที่โรงพยาบาลเพราะต้องนอนคลอด ในขณะที่เดียวกันก่อนคลอดต้องเดินมาและหลังคลอดต้องเดินกลับบ้านในวันรุ่งขึ้นเพื่อไปประกอบพิธีหลังคลอด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากใครละเมิดจะต้องถูกขับไล่ออกนอกหมู่บ้าน เป็นต้น ข้อมูลเช่นนี้ถ้าอธิบายโดยมิติทางเพศจะทำให้เกิดความเข้าใจในความขัดแย้งระหว่างการดูแลสุขภาพแผนใหม่กับวิถีชีวิตที่อยู่ภายใต้ความเชื่อและการครอบงำทางเพศ

ทั้งนี้การเกิด การแท้ง การคุมกำเนิด ตลอดถึงมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกอันเป็นระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาวเขายังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อไปอีกมาก ในขณะเดียวกันเราก็จะทราบว่าผู้หญิงที่เป็นชนกลุ่มน้อยได้รับผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์หลายด้านรวมทั้งการใช้บริการสุขภาพก็มีน้อย

#### ❖ อนามัยการเจริญพันธุ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งหญิงและชายต่างก็เผชิญกับความเครียดเช่นเดียวกัน แต่สังคมวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดให้ผู้หญิงมีภาระรับผิดชอบภายในบ้านมากกว่าชาย ก็เป็นผลให้ภาระการรักษาพยาบาลตกหนักแก่ผู้หญิงในขณะเดียวกัน อำนาจการตัดสินใจก็ยังขึ้นอยู่กับผู้ชาย ดังเช่นผลการศึกษาของศศิธร ชัยประสิทธิ์ (2537) ศึกษาการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ใช้การศึกษาแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของ กรอบคิด การคิดการตัดสินใจที่จะมองพฤติกรรม แอบแฝงของผู้ติดเชื้อหญิง เช่น ขั้นตอนของการคิด โดยพรรณนาวิเคราะห์ถึงการคิดของคนสองกลุ่ม คือกลุ่มสตรีผู้ติดเชื้อที่ตัดสินใจทำแท้ง และกลุ่มสตรีผู้ติดเชื้อที่ตัดสินใจเอาลูกไว้และผลสรุปที่เขาต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยเน้นการอธิบายถึงตัวตนในความสัมพันธ์กับสามี และลูก และตัวตนที่ต้องเผชิญกับสังคม ซึ่งมีการหลั่งไหลของอารมณ์และความรู้สึกออก

มา ความสำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าเรื่องของโรคเอดส์โดยตรงก็คือ ความทนทุกข์จากการติดเชื้อเอดส์ และการที่ผู้หญิงต้องแบกรับภาระอันไม่จบสิ้นซึ่งเป็นผลผลิตจากพฤติกรรมของชาย ผู้เป็นสามี ชี้ให้เห็นว่าปัญหาของผู้หญิงกับการติดเชื้อเอดส์นั้น ซ้อนทับอยู่กับปัญหาเรื้อรังเกี่ยวกับสถานภาพของสตรีในสังคม โรคเอดส์นั้นหากเกิดกับผู้หญิงแล้วจะยิ่งถูกซ้ำเติมให้ต้องรับภาระหนัก เนื่องจากสถานภาพ หรือความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้หญิงในครอบครัวอยู่ในสภาพที่ด้อยกว่าอยู่แล้ว

### การวิจัยมิติทางสังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์

สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในประเด็นสังคมวัฒนธรรมกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ก็คือการเข้าใจความซับซ้อนและความเป็นองค์รวมของสังคม วิธีการศึกษาต้องมองความสัมพันธ์ว่าอดีตมีอิทธิพลอย่างไรต่อปัจจุบัน และเราศึกษาวัฒนธรรมใดสิ่งแวดล้อมแบบใด การใช้คำถามแบบการสนทนากันและให้กลุ่มเป้าหมายเล่าเรื่องไปเรื่อย ๆ ช่วยให้นักวิจัยสามารถทราบถึงรายละเอียดได้อย่างเป็นธรรมชาติ

#### ☆ คำถามวิจัยและความเป็นอิสระต่อกรอบวัฒนธรรม

สถาบันต่าง ๆ ในสังคมวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นบ้าน วัดโรงเรียน หนังสือภาพยนตร์ ฯลฯ ต่างถ่ายทอดค่านิยมตามสังคมวัฒนธรรมแต่ดั้งเดิมตกทอดกันมาเรื่อย ๆ เราทุกคนต่างตกอยู่ภายใต้กรอบแห่งวัฒนธรรมอันเดียวกันนี้ การใช้กรอบคิดในการตั้งคำถามและการตีความจะต้องเข้าถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ตั้งแต่ภาพรวมของประเทศที่หล่อหลอมการศึกษาวรรณกรรมของประเทศแถบจากตะวันตกและออสเตรเลีย (Milner A., 1996) พบว่าในแต่ละสังคมต้องแยกให้การมีสภาพทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน นักวิจัยจึงควรทำความเข้าใจถึงวัฒนธรรมของประเทศและท้ายที่สุดมีความชัดเจนต่อความเป็นจริงของท้องถิ่นและพื้นที่ที่เราจะศึกษา

แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าสู่ความเป็นจริงของสังคมมี 3 ขั้นตอนคือ ประการแรกผู้ศึกษาจะต้องทบทวนความเป็นตัวตน ความเป็นตัวของตัวเองตามวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมทางสังคมของท้องถิ่นของตนเอง เพื่อเตรียมตัวเตรียมความคิด ประการที่สองสังเกตสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของสังคมนั้น โดยไม่มีกรอบทฤษฎีเป็นตัวนำความคิด แต่ใช้ทฤษฎีเป็นเครื่องมือช่วยในการตั้งคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมประเด็นยิ่งขึ้น ประการที่สาม ให้ความสำคัญกับภาษาของกลุ่มเป้าหมายและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตีความโดยใช้มาตรฐานจากเขาเป็นตัวตั้ง (Hornberger, 1998) ภาษาเป็นทางผ่านไปสู่

ความเข้าใจ ถึงพลังอำนาจของชุมชน การศึกษาชุมชนต้องคำนึงเสมอว่าเจ้าของชุมชนเป็นผู้กำหนดคำศัพท์และความหมายตามบริบททางสังคมนั้น ๆ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชนบทกับเมือง ระหว่างชนชั้น และระหว่างชายหญิงเป็นตัวปิดกั้นไม่ให้วัฒนธรรมย่อยได้แสดงพลังอำนาจออกมาหน้าซ้ำยังเป็นเครื่องมือบดบังความป็นจริงของสังคมอีกด้วย เพราะสถาบันทางสังคมต่างก็ถ่ายทอดค่านิยมดั้งเดิมอยู่เรื่อยไป (Boussac, 1998)

ยิ่งไปกว่านั้นเราต้องเข้าใจวัฒนธรรมความเป็นหญิงชาย ในสังคมไทยไม่ว่าจะเป็นสังคมเมืองหรือชนบทเพื่อจะรับรู้เรื่องราวความเป็นไปของคนในสังคมนั้นแบบเป็นคนในของสังคม แล้วจึงจะเข้าใจสถานการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การตีความตามแนวคิดทฤษฎีตะวันตกอาจจะผิดพลาดได้เพราะสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกันตามที่กล่าวมาแล้ว (Fordham, 1998) การศึกษาเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นการศึกษาที่ละเอียดอ่อนเพราะลวงล้ำเข้าไปในความเป็นส่วนตัวของผู้ที่เราศึกษา ต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมในเรื่องเพศ ต้องยอมรับความหลากหลายความแตกต่างของแต่ละวัฒนธรรม จึงควรพิถีพิถันในการเลือกใช้เทคนิควิธีเพื่อที่จะเข้าถึงข้อมูลให้เป็นจริงมากที่สุด วิธีหนึ่งที่ใช้ได้ดี คือการเลือกผู้เก็บข้อมูลเป็นคนในของสังคม มีความกลมกลืนกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาไม่ว่าจะเป็นอายุ เพศ และคุณสมบัติอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นกันเองให้ความไว้วางใจนำไปสู่การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

## บทสรุป

จากการวิเคราะห์อนามัยการเจริญพันธุ์ตามมิติสังคมวัฒนธรรม เราจะพบว่า สังคมวัฒนธรรมได้ถ่ายทอดความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวตามบทบาทและสถานภาพแต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสังคม เราจึงพบว่าอนามัยการเจริญพันธุ์ตามมิติทางสังคมวัฒนธรรม มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของคน เช่น ความคาดหวังต่อบทบาทของสามี ภรรยา ทำให้ภรรยาต้องแบกรับภาระในการเพิ่มขึ้นตามการพัฒนาของสังคม ความคาดหวังต่อบทบาทของลูกสาวเป็นผลให้ผู้หญิงต้องประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดของชนเผ่า ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อสุขภาพ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น ยังสะท้อนบทบาททางเพศที่แตกต่างกันของชายหญิง นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศโดยรู้เท่าไม่ถึงการความเข้าใจที่ผิดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการขาดความยับยั้งใจอย่างเด็ดขาดย่อมเกิดปัญหาสังคมบานปลายออกไป เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ การทำแท้ง นอกจากนี้

นั้นยังเป็นอันตรายในระยะยาวต่อนามัยการเจริญพันธุ์อีกด้วย การได้รับข้อมูลเช่นนี้ทำให้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อก่อให้เกิดความสุขความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตของสังคมโดยรวม

## หนังสืออ้างอิง

- กิตติ พุฒิกานนท์ ประหยัด แดงสุภา จิรี รัตนวรา 2533 ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของชายผู้ใช้บริการและหญิงโสเภณีในการป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดลำปาง ศูนย์ระบาดวิทยาภาคเหนือลำปาง กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โชคถาวร 2538 การเปลี่ยนแปลงสวัสดิการและสถานภาพสตรีหลังการประกอบอาชีพเสริมด้านการทอผ้า กรณีศึกษาศรีชนบทตำบลออนเหนือกิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัด เชียงใหม่
- จาตุรงค์ กันชัย ศิริพร พันธศรี สุนทร คำขมนันท์, 2533 “The Incidence of sexual offence in maharaj Nakom Chiang Mai Hospital from 1986-1989” เชียงใหม่เวชสาร
- จันทร์แรม ทองศิริ 2539 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดน่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ดรุณี ทายะติ 2534 ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ดุขณี พงษ์ศิริ 2539 พฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการส่งเสริมภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เต็มศักดิ์ จันทรประยูร 2537 การไปทำงานต่างประเทศของสตรีภาคเหนือ: กรณีศึกษาสตรีอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
- ทองอยู่ บุญการ 2535 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการ ณ. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ธารทิพย์ พรหมขัติแก้ว 2534 พฤติกรรมอนามัยชาวเขาเผ่าม้ง บ้านหนองหอยเก่า ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ **ความรู้และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์** มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นิวัตร สุวรรณพัฒนา 2540 ความคาดหวังของครอบครัว และบทบาทของลูกสาวใน “ชุมชนคำประเวณี” กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม

บุญชนะ ทองแสน 2534 ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้อง กับโรคเอดส์ของ กลุ่มโสเภณีชาวเขาที่เคย/ยังคงประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ สถาบันวิจัยชาวเขาเชียงใหม่

บุษบง จันทเลิศ 2539 การปรับตัวของหญิงอาชีพพิเศษภายหลังกลับภูมิลำเนาในชุมชนชนบทภาคเหนือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประเสริฐ ชัยพิกุลสิต 2535 วิธีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่าลีซอ สถาบันวิจัยชาวเขา เชียงใหม่

พรภิมล แก้วกมล 2539 **ความรู้ ความสะอาดใจ และการตอบสนองของบิดามารดา** เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เพ็ญศรี จุลกาญจน์ 2541 การผลิตซ้ำอุดมการณ์เกี่ยวกับบทบาทและสถานภาพทางเพศของหญิงชายการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ยศ สันตสมบัติ 1992 แม่หญิงชายตัว ชุมชนและการค้าประเวณีในสังคมไทย 2540 มนุษย์กับวัฒนธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2) โครงการส่งเสริมการสร้างตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2538 (พิมพ์ครั้งที่ 2) จากวานรถึงเทวดา มากชีสม์และมานุษวิทยา มากชีสต์ สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- ยิ่งยง เทา ประเสริฐ 2535 ศักยภาพภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพ  
กรณีศึกษาการดูแลครรภ์ ชาวอาข่าจังหวัดเชียงราย สถาบันราชภัฏเชียงราย
- รพีพรรณ เรืองเดชอนันต์ 2539 ความสัมพันธ์ต่อเจตนาคิดต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทาง  
สังคมและสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ของหญิงครรภ์แรก พยาบาลศาสตร์  
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เรณู อรรฐาเมศร์ 2541-2543 (กำลังดำเนินการ) ทางเลือกการสอนเพศศึกษาตามมิติวัฒนธรรม  
สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ 2535 “การมองบทบาทและศักยภาพของผู้หญิงต่อสังคมผ่าน  
เนื้อหาทางวัฒนธรรม: พุทธศาสนา” คานติสังคม 6: (1) กรกฎาคม- กันยายน
- วรวิทย์ ตาปิง 2536 ความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาจังหวัด  
เชียงใหม่ และพฤติกรรมของนักศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศ คณะ  
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วินัส สืบศรี 2538 ความพร้อมของมารดาที่มีผลต่อการให้นมแม่สำหรับบุตรในระยะ 6  
เดือนแรก เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล 2536 เหตุผลการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน  
ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในเขตเชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศศิธร ไชยประสิทธิ์ 2537 การเผชิญปัญหาชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ‘Life  
confrontation of pregnant woman living with HIV/AIDS’ ศูนย์ศึกษานโยบาย  
สาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมควร ใจกระจ่าง และ นิตยา แสงเล็ก 2541 ภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีชาวเขาเผ่าม้ง  
สมาคมวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข



สมจิตต์ ภาติกร วิจิตร ศรีสุพรรณและประยงค์ ลิ้มตระกูล 2523 ผู้ป่วยแท้งบุตรใน  
โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุธิตา ลำมช้าง และ โปรงนภา อัครชินเรศ 2541 การศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการ  
ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (The study of caregiver's role in caring for HIV  
infected children) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุนีย์ จันทร์มหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์ 2538 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการ  
ผ่าตัดเต้านมทิ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุมาลี วรรณรัตน์ 2538 การใช้การศึกษาและการพัฒนาชุมชนเพื่อยับยั้งการย้ายถิ่นของสตรี  
ชนบทภาคเหนือ ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุเทพ สุนทรเกสัช 2540 ทฤษฎีสังคมวิทยาร่วมสมัย พื้นฐานแนวความคิดทฤษฎีทาง  
สังคม และวัฒนธรรม

สุวพันธุ์ วรรณลักษณ์ 2525 การศึกษาชนิดการแท้งบุตรของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ การพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อรวรรณ ระลึกมูล สอน ขำปลอดและคณะ 2537 พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยม  
6 จังหวัดพิษณุโลก ปี 2537 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

อัมภาพรรณ นาววัฒน์ และฉวีวรรณ ไวยเนตร 2540 พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค  
เอดส์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชาย-หญิงของจังหวัดแพร่ สำนักงานควบคุมกามโรค

อรุณ แต่งสิงห์ตรง 2533 มดลูกทะลุและทวารหนักฉีก ขาดจากการทำแท้ง : รายงานผู้ป่วย 1  
ราย วารสารกรมการแพทย์สำนักงานสาธารณสุขเขต 9 พิษณุโลก แพร่ ปีที่ 15 ฉ.8 ส.ค

อนันท์ กาจนพันธ์ (2538). **วัฒนธรรมกับการพัฒนา : มิติพลังที่สร้างสรรค์ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ**

Bouissac, Paul (editor), (1998) **Encyclopedia of SEMIOTICS**. Oxford University Press Newyork

Danglas, Mary 1966. **Purity and Danger an Analysis of Concept of Pollution andTaboo**,\_ penguin books.

Fordham, Graham. (1995). **The Ritual Constitution of Maleness Among the Northern Thai**. Paper Presented to the Sixth International Conference on Thai Studies, Chiangmai, Thailand, 14-17 October.

----- (1998). **Northern Thai Male Culture and the Assessment of HIV Risk Toward a New Approach**. Crosroad : An Interdisciplinary Journal of Southeast Asian Studies.

Hornberger H. Nancy (1998). **Language policy, Language education, Language rights ndigenous, immigrant,and intrnational perspectives**. Graduate School of Education niversity of Pensilvania Philadelphia, PA 19104-1216.

Milner A. (ed) 1996. **Comparing Cultures (Australia in Asia)**. Oxford University Press Melbourne.(pp1-2)

Muecke, Marjorie A. (1992). **Mother Sold Food, Daughter Sells Her Body: The cultural Continuity of Prostitution**. Social science and Medicine. (35)7: 891-901.

Wallace, Merle. (1996). **Cultural Theme of Northern Thailand: Knowledge and Emotion in Everyday Life and The Life Goals of College Students**. Unpublised doctoral dissertation, University of Illinois at Uebana-Champaign.

World Health Organization (1997). **Monitoring Reproductive Health : Selection a short list of national and global indicators.**

### บุคคลอ้างอิง

พระครูประภากรพิศิษฐ์ พระมหาสกุล มหาวิโร พระอดีตักดิ์ ไชยปานสัมภาษณ์ 3 ตุลาคม 2542  
ห้องเรียนล้านนาคดี สถาบันราชภัฏเชียงใหม่

อรุณรัตน์ วิเชียรเขียว สัมภาษณ์ 5 ตุลาคม 2542 130/81 หมื่นด้ามพร้าต อำเภอเมือง  
เชียงใหม่

อนันท์ กาจนพันธุ์ (2538). **วัฒนธรรมกับการพัฒนา : มิติพลังที่สร้างสรรค์ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ**

Bouissac, Paul (editor), (1998) **Encyclopedia of SEMIOTICS**. Oxford University Press Newyork

Danglas, Mary 1966. **Purity and Danger an Analysis of Concept of Pollution andTaboo**,\_ penguin books.

Fordham, Graham. (1995). **The Ritual Constitution of Maleness Among the Northern Thai**. Paper Presented to the Sixth International Conference on Thai Studies, Chiangmai, Thailand, 14-17 October.

----- (1998). **Northern Thai Male Culture and the Assessment of HIV Risk Toward a New Approach**. Crosroad : An Interdisciplinary Journal of Southeast Asian Studies.

Hornberger H. Nancy (1998). **Language policy, Language education, Language rights ndigenous, immigrant,and intrnational perspectives**. Graduate School of Education niversity of Pensilvania Philadelphia, PA 19104-1216.

Milner A. (ed) 1996. **Comparing Cultures (Australia in Asia)**. Oxford University Press Melbourne.(pp1-2)

Muecke, Marjorie A. (1992). **Mother Sold Food, Daughter Sells Her Body: The cultural Continuity of Prostitution**. Social science and Medicine. (35)7: 891-901.

Wallace, Merle. (1996). **Cultural Theme of Northern Thailand: Knowledge and Emotion in Everyday Life and The Life Goals of College Students**, Unpublised doctoral dissertation, University of Illinois at Uebana-Champaign.

World Health Organization (1997). **Monitoring Reproductive Health : Selection a short list of national and global indicators.**

### บุคคลอ้างอิง

พระครูประกาศกรพิศิษฐ์ พระมหาสกุล มหาวีโร พระอดีตกตี่ ไชยปานสัมภาษณ์ 3 ตุลาคม 2542  
ห้องเรียนล้านนาคดี สถาบันราชภัฏเชียงใหม่

อรุณรัตน์ วิเชียรเขียว สัมภาษณ์ 5 ตุลาคม 2542 130/81 หมื่นด้ามพร้าคต อำเภอเมือง  
เชียงใหม่





# ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์

อมรา สุนทรธาดา<sup>\*</sup>

## บทนำ

สืบเนื่องจากการประชุมระดับโลก เรื่องประชากรกับการพัฒนา ณ กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อ พ.ศ.2537 ได้จุดประกายการเน้นย้ำความสำคัญของปัญหาประชากรโลกว่า ประชากรโลกจะอยู่ที่กินดินนั้นไม่ใช่การมุ่งเน้นไปที่นโยบายการควบคุมจำนวนประชากรแต่อย่างเดียว แต่จำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของประชากรด้วย โดยเฉพาะการให้ความสนใจกับปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่มีฐานะยากจนและด้อยการศึกษา ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสิ่งละเอียดอ่อนเพราะเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณีที่หลากหลาย ในบางกรณีกลายเป็นอุปสรรค อย่างยิ่งโดยเฉพาะในสังคมที่ให้ความสำคัญกับบุรุษมากกว่าสตรี ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ การกดขี่ทางเพศ การทำแท้ง และการเลือกปฏิบัติระหว่างความเป็นชายและหญิง เป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายต้องเร่งหามาตรการทุกรูปแบบที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อลดช่องว่างระหว่างชายและหญิง หลังจากการประชุม ณ กรุงโคโร ได้มีการประเมินสถานการณ์ของประเทศสมาชิก รวม 26 ประเทศ เพื่อประเมินว่าอะไรเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สุดในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่าปัญหาที่สำคัญ 3 อันดับแรก คือ ขาดการมีส่วนร่วมของบุรุษในเรื่องการวางแผนครอบครัว ประการที่สองคือ ปัญหาที่ว่าด้วยความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทชายหญิง ประเด็นสุดท้ายคือ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว

อุบัติการณ์โรคเอดส์ในหลายภูมิภาคของโลกกระตุ้นให้การวิจัยด้านสังคมศาสตร์เร่งทบทวนและให้ความสำคัญกับแนวคิดที่ว่าด้วย “โครงสร้างทางสังคมและพฤติกรรมทางเพศ” มากขึ้น เพราะเหตุว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรวดเร็วในระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมาเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับพฤติกรรมทางเพศ กล่าวคือ โรคเอดส์มิได้แพร่กระจายเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและกลุ่มรักร่วมเพศเดียวกัน แต่ได้คุกคามไปในกลุ่มหญิงบริการ ชายเที่ยวหญิงบริการ

<sup>\*</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



กลุ่มวัยรุ่น แม่บ้าน และทารกในครรภ์ คาดประมาณว่าในปี 2543 จะมีสตรีจำนวน 40 ล้านคนทั่วโลกติดเชื้อ HIV<sup>1</sup> ตัวเลขดังกล่าวให้แง่คิดหลายประการ อาทิ ทำไมสตรีจำนวนมหาศาลเหล่านั้นจึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากตนเอง หรือมีสาเหตุอื่นเป็นปัจจัยเกื้อหนุนด้วย ในจำนวนสตรีถึง 40 ล้านคนนั้น กลุ่มใดที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมากที่สุด คำตอบส่วนหนึ่งอาจได้มาจากการวิเคราะห์จากทฤษฎีสังคมวิทยาว่าด้วยทฤษฎีโครงสร้างทางสังคมและพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะได้อธิบายถึงในบทความนี้

กระแสหลักของการศึกษาวิจัยด้านสังคมศาสตร์ที่อิง “ทฤษฎีโครงสร้างทางสังคมและพฤติกรรมเพศสัมพันธ์” โดยเฉพาะสังคมวิทยาว่าด้วยสตรีนิยมปฏิเสธแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ไม่ใช่สิ่งที่ถูกกำหนดโดยคุณค่าทางวัฒนธรรมแต่ลำพัง แต่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่กำหนดคุณค่าทางเพศ ค่านิยมทางเพศจะมีลักษณะเป็นพลวัตตามแนวคิด “ทฤษฎีโครงสร้างทางสังคม” กล่าวคือ เพศสัมพันธ์มิใช่มีเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงเท่านั้น แต่รวมถึงความสัมพันธ์อีกหลายรูปแบบ เช่น รักเพศเดียวกัน รักสองเพศ การให้คุณค่าทางเพศเหล่านี้เปลี่ยนแปลงตามเหตุการณ์ทางสังคม ตัวอย่างเช่น ในทศวรรษที่ผ่านมามีการเรียกร้องสิทธิมนุษยชนในเรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพศเดียวกันซึ่งในอดีตเป็นของต้องห้ามด้วยกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรม “ทฤษฎีโครงสร้างทางสังคม”<sup>2</sup> มุ่งอธิบายการให้ความหมายคุณค่าว่าด้วยเพศสัมพันธ์ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลจนถึงระดับกลุ่มวัฒนธรรมย่อยและวัฒนธรรมกระแสหลัก มุ่งหาคำอธิบายที่มาของการให้คุณค่าทางเพศโดยผ่านกระบวนการที่เป็นจิตนิยม สังคมนิยม และจุดเปลี่ยนผ่านทางความคิดที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ ตัวอย่างแนวคิดที่เห็นได้ง่ายที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงคุณค่าเรื่องเพศที่เกิดขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เราทราบว่าโรคเอดส์เกิดขึ้นจากเพศสัมพันธ์ ค่านิยมที่เกิดขึ้นใหม่ คือ การตีความ หรือการให้ความหมายใหม่กับพฤติกรรมทางเพศ เช่น ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ในกลุ่มชายรักเพศเดียวกันก็สร้างค่านิยมทางเพศขึ้นมาใหม่ เช่น การสร้างค่านิยมว่าตนเป็น “กลุ่มปิด” จะมีเพศสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มของตนเท่านั้น และเชื่อว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์

<sup>1</sup> ดู Heise, Magrory and Wood, 1998.

<sup>2</sup> ดู Vance, 1991, Week, 1989; Foucault, 1995; Herdt, 1992; Ortner and Whitehead. 1981; Caplan, 1987.

องค์ประกอบที่สำคัญเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับในประเทศไทยครอบคลุมถึงสุขภาพอนามัย 10 ประการด้วยกัน คือ<sup>3</sup>

- การวางแผนครอบครัว
- อนามัยแม่และเด็ก
- โรคเอดส์
- โรคติดต่อในระบบอนามัยเจริญพันธุ์
- ความผิดปกติของระบบอนามัยเจริญพันธุ์
- เพศศึกษา
- การทำแท้งและอาการแทรกซ้อน
- อนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น
- ภาวะการมีบุตรยาก
- ภาวะวัยหมดระดูและการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ

ความรุนแรงทางเพศที่มีผลต่อสุขภาพของสตรีประกอบด้วย

- การติดเชื้อจากโรคเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง AIDS
- การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
- การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย
- การทำแท้ง หรือให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน
- การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์
- การคลอดก่อนกำหนด
- ปัญหาต่าง ๆ ด้านสูตินรีเวช
- อำนาจต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
- ประเพณีปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การขลิบอวัยวะเพศหญิง
- การทำแท้งทารกเพศหญิง
- การฆ่าตัวตายเนื่องจากสาเหตุความรุนแรงทางเพศ

<sup>3</sup> ดู Suwanna Warakamin, 1998.

## บทบาทชายหญิงในบริบทของสังคมไทย

สังคมไทยมีลักษณะปิตาธิปไตย คือ ชายเป็นใหญ่ ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว ผู้หญิงทำหน้าที่ดูแล อบรมเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัว ในกลุ่มนักวิชาการวิเคราะห์ว่าบทบาทและสถานภาพชายหญิงดังกล่าว ส่วนหนึ่งเป็นผลจากวิถีพุทธผสมผสานกับลัทธิพราหมณ์แยกความสำคัญของชายหญิงอย่างชัดเจน เช่น ผู้ชายเท่านั้นที่จะทำหน้าที่สืบต่อพระพุทธศาสนา โดยการบวช และผู้หญิงทำหน้าที่ทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา<sup>4</sup> แนวคิดพุทธศาสนาสอนให้เชื่อกฎแห่งกรรม คือ การเกิดเป็นชายหรือหญิง เป็นกฎแห่งกรรม เพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอกว่าถูกกำหนดให้เป็นผู้อยู่ในบทบาทของการบริการ อบรมเลี้ยงดูมากกว่าการเป็นผู้นำ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายและหญิง วัฒนธรรมดังกล่าวนี้มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์หลายประการด้วยกัน อาทิ ยอมรับให้ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสได้ มีเพศสัมพันธ์นอกสมรสได้ หรือมีคู่เพศสัมพันธ์ได้มากกว่าหนึ่งคน ขนบจารีตดังกล่าวเป็นสิ่งต้องห้ามสำหรับ “กุลสตรี” กล่าวคือ ความหมายของคำว่า “สาส์นทางเพศ” มีพรหมแดนสำหรับการให้ความหมายและอธิบายพฤติกรรมทางเพศของชายและหญิง บรรทัดฐานสังคมกำหนดให้ “พรหมจรรย์” เป็นคุณสมบัติของลูกผู้หญิง และ “ลูกผู้ชาย” เป็นคุณสมบัติของฝ่ายชาย “ลูกผู้ชาย” ในที่นี้มีความหมายกว้างขวางและให้ “สิทธิ” พิเศษหลายอย่างสำหรับผู้ชาย อาทิ การตีแม่เหล้า หรือเสรีภาพเชิงกามารมณ์

เนื่องจากสังคมไทยส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากลัทธิพราหมณ์ จนทำให้วิถีพุทธและพราหมณ์ผสมผสานกลมกลืนกันจนแยกไม่ออก ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตความเชื่อของคนไทยมาแต่โบราณกาล<sup>5</sup> โดยเฉพาะการให้ความหมายความสัมพันธ์เชิงอำนาจและบทบาทชายหญิงในเรื่องเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ เพศสัมพันธ์ไม่เป็นเพียงสิ่งกำหนดจากธรรมชาติเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของความศักดิ์สิทธิ์ ความบริสุทธิ์ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ชายเป็นใหญ่ และกำหนดบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ขนบจารีต หรือ ข้อห้ามต่างๆ ที่แสดงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นชายและหญิงมีให้เห็นชัดเจนหลายประการด้วยกัน เช่น หญิงขณะมีระดูถือว่า “ไม่บริสุทธิ์” และไม่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมพิธีกรรม หรือการร่วมเพศกับหญิงมีระดูจะ

<sup>4</sup> ดู Kabilsingh, 1991, Tantiwiramanond and Pandey, 1987; Muecke, 1993.

<sup>5</sup> ดู Thisa, 1980; Kabilsingh, 1982; Sparkers, 1993; Suksamran, 1982; Rabibhadana, 1984.

ทำให้สามี หรือชายคนรักมีอันเป็นไปต่างๆ นานา หรือความเชื่อที่ว่าร่วมเพศกับหญิงพรหมจรรย์จะทำให้มีอายุยืนยาว ความเชื่อเหล่านี้เป็นการมอบอำนาจให้ชายเป็นผู้ควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงในเรื่องเพศสัมพันธ์

การทำความเข้าใจพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเหตุการณ์ในแต่ละช่วงอายุของมนุษย์ว่าในแต่ละช่วงเวลาเหตุการณ์นั้นๆ ชายและหญิงมีความเปลี่ยนแปลงเชิงสรีระและพฤติกรรมอย่างไร อะไรเป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์อย่างไร มนุษย์นั้นเริ่มจากวัยทารกสู่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ตามกฎธรรมชาติ แต่ในเชิงสังคมศาสตร์เราพิจารณาลึกลงไปอีกว่านอกจากกฎเกณฑ์ทางธรรมชาติแล้ว กฎเกณฑ์ทางสังคมและวัฒนธรรมก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ ถ้าเราพิจารณาจากกลุ่มประชากรวัยเด็กที่เติบโตเป็นวัยรุ่น เราพิจารณาถึงวิวัฒนาการอย่างน้อย 10 ขั้นตอนด้วยกัน ได้แก่ ภาวะทางเพศ การใช้ชีวิตคู่ การมีเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทำแท้ง การให้กำเนิดทารก/ทารกตายคลอด การเลี้ยงดูทารก Friedman และ Edstrom<sup>6</sup> (1983) จำลองผังการศึกษา ภาวะทางเพศว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 1

หน้าที่ของนักสังคมศาสตร์ คือ การพิจารณาจากแผนภาพที่ 1 จะเห็นว่าในแต่ละขั้นตอนของวงจรชีวิตของกลุ่มวัยรุ่น ถ้าเราดูเฉพาะองค์ประกอบแรกที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา เราจะพบว่าในองค์ประกอบเริ่มตั้งแต่ภาวะทางเพศจนถึงการเลี้ยงดูบุตรมีอะไรที่เกี่ยวข้องกันบ้างที่จะทำให้กลุ่มประชากรวัยรุ่นไปถึงจุดสุดท้ายคือ การเลี้ยงดูบุตร และถ้าเรานำองค์ประกอบอื่นๆ เข้ามาพิจารณาด้วย เช่น การศึกษาหรือกฎหมาย เราจะเห็นได้ว่ามีสิ่งเกี่ยวข้องอีกมากมายหลายประการ ถ้าเราพิจารณาถึงปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มประชากรวัยรุ่น ผู้กำหนดนโยบายหรือการวางแผนในด้านการบริการสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงรูปแบบของการให้บริการสาธารณสุขไปพร้อมๆ กัน ในทำนองเดียวกันถ้าการทำแท้งเป็นสิ่งขัดต่อกฎหมาย การบริการสาธารณสุขควรจะออกมาในรูปแบบใด

<sup>6</sup> ดู Friedman and Edstrom, 1983.

## แผนภาพที่ 1

วงจรชีวิต	องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์					
	จิตวิทยา	สังคม	บริการสุขภาพ	การศึกษา	เศรษฐกิจ	กฎหมาย
วุฒิภาวะทางเพศ						
การเริ่มสนใจเพศตรงข้าม						
การมีเพศสัมพันธ์						
การใช้วิธีคุมกำเนิด						
การตั้งครรภ์						
การทำแท้ง (รวมการทำแท้งและแท้งธรรมชาติ)						
การรับรู้บทบาทและความรับผิดชอบต่อการสร้างครอบครัว						
การรับรู้บทบาทและความรับผิดชอบ						
การเลี้ยงดูบุตร						

**แผนภาพที่ 2**  
**ตัวอย่างกรอบแนวคิดเพื่อการวิเคราะห์**  
**พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น**

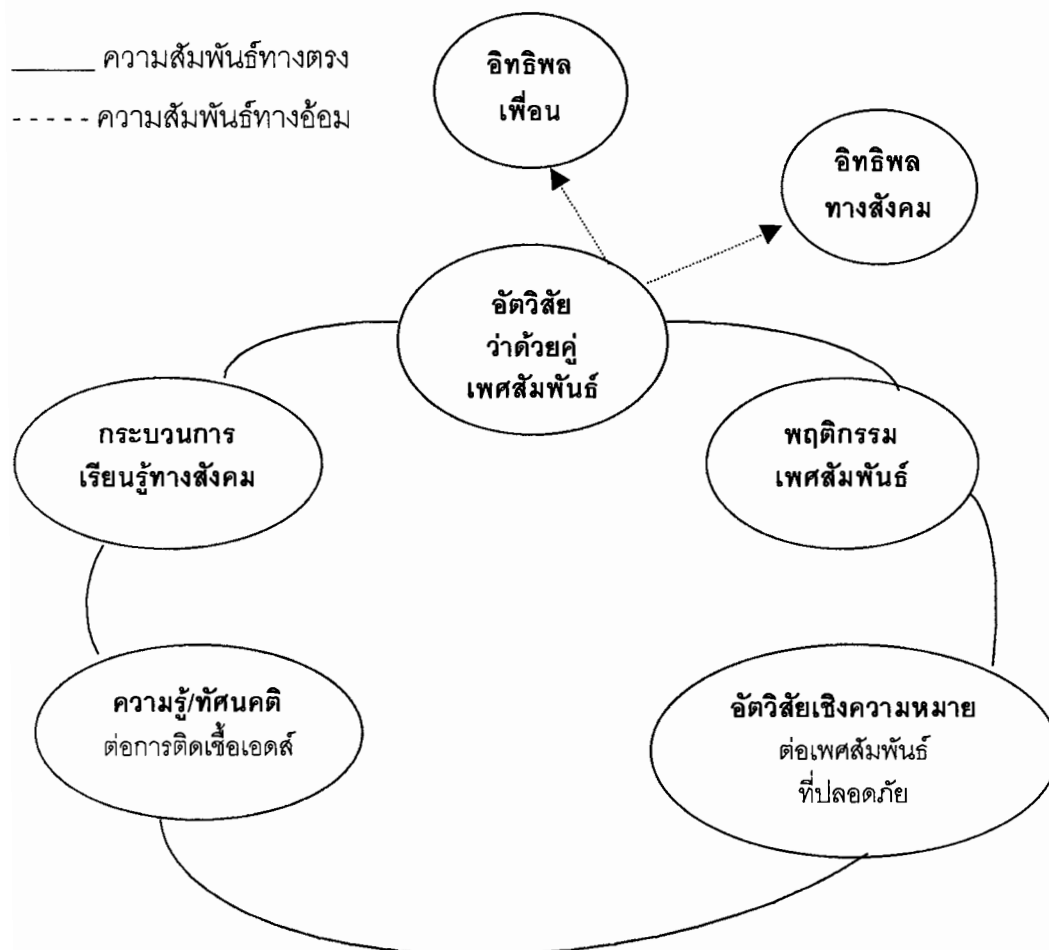
ชุดตัวแปร	แนวคิดเชิงทฤษฎี	ข้อค้นพบจากทฤษฎี	ข้อค้นพบจากชุดข้อมูลใหม่
เงื่อนไขการปล่อยตัวทางเพศ	ทฤษฎีโครงสร้างนิยมว่าด้วย - ความหมายของบุรุษเพศ/สตรีเพศ - ความแตกต่างเชิงบทบาทชายหญิง	เพศสัมพันธ์ภายใต้เงื่อนไข - กามารมณ์ - ความพึงพอใจ - ความสัมพันธ์ภายใต้ข้อผูกพัน	การเลือกปฏิบัติ/ข้อแตกต่างข้อแตกต่างระหว่างชายและหญิง
กระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศ	ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทางสังคม	- อิทธิพลกลุ่มเพื่อน	- อิทธิพลกลุ่มเพื่อน
ความเชื่อว่าด้วยเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	ทฤษฎีว่าด้วยวัฒนธรรมกับความเสี่ยง	ระดับ/ความแตกต่างว่าด้วยความเสี่ยงที่ระดับบุคคลรับรู้ - เสี่ยงมาก - เสี่ยงน้อย - ไม่เสี่ยงเลย	- ความเสี่ยงขึ้นอยู่กับความหมายของคูเพศสัมพันธ์ - ความเสี่ยงในเชิงวัตถุวิสัย/อัตตวิสัย
ศักยภาพที่จะควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง	ทฤษฎีว่าด้วยวัฒนธรรมกับความเสี่ยง	ความเสี่ยงก่อรูปจากความเชื่อเชิงวัฒนธรรม	การรับรู้ความเสี่ยงมีส่วนสัมพันธ์กับความรู้/ทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวี
แรงจูงใจการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	ทฤษฎีว่าด้วย“วาทกรรมเพศ”(sexual Discourse)	- อิทธิพลกลุ่มเพื่อน - อิทธิพลการเสพสุรา	- อิทธิพลเพื่อน - สุรา - ความเพลิดเพลิน/อยากลอง

**แผนภาพที่ 2** เป็นแนวทางโดยสังเขปสำหรับนักวิจัยในการฝึกมองปัญหาการวิจัยตลอดจนการวางแผนวิเคราะห์ข้อมูลว่าควรมีทิศทางอย่างไร นักวิจัยควรเริ่มจากจุดตัวแปรว่าในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์นั้น เราอยากทราบอะไร สิ่งที่ต้องการศึกษาวิจัยนั้นมีรากฐานมาจากแนวคิดหรือทฤษฎีอะไรบ้าง มีข้อค้นพบอะไรเกิดขึ้นในทฤษฎีเหล่านั้น และสิ่งสุดท้ายคือ สิ่งที่เราคาดหวังจะพบในชุดข้อมูลใหม่ของการศึกษา ในบางครั้งนักวิจัยอาจพบว่าข้อค้นพบใหม่และเก่ามีทั้งสนับสนุนซึ่งกันและกัน หรือเป็นข้อค้นพบใหม่ที่ไม่มีทฤษฎีใดกล่าวอ้างอิงเลยในกรณีนี้เราอาจสร้างทฤษฎีใหม่ขึ้นมาอีกได้จากชุดข้อมูลใหม่นั้น ๆ

### แผนภาพที่ 3

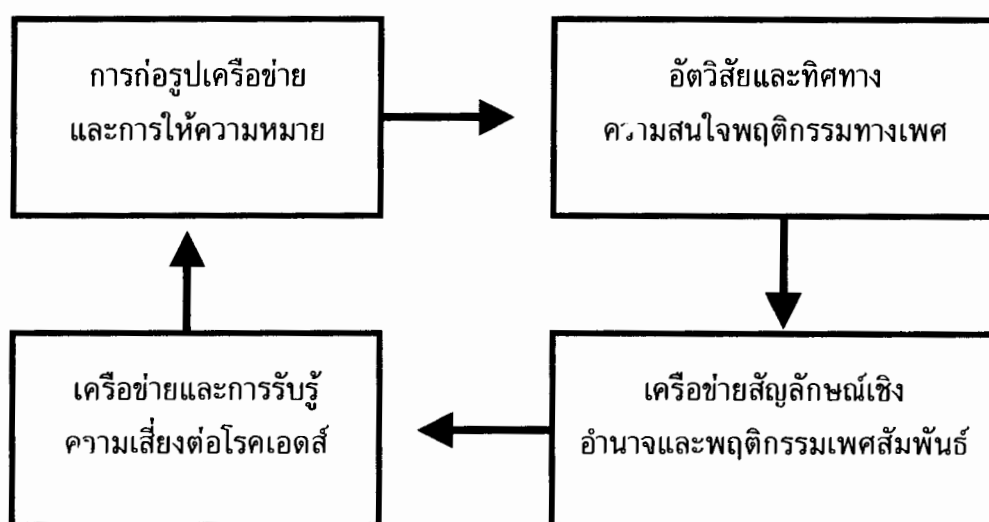
ตัวอย่างการสร้างแนวความคิดว่าด้วย

Cycle of sexual decision-making



**แผนภาพที่ 3** แสดงแนวคิดหลักว่าด้วยกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่สามารถประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายได้หลายกลุ่ม ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างเฉพาะการนำไปใช้กับประชากรวัยรุ่น จากแผนภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่า มีองค์ประกอบหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ถ้าเริ่มต้นจากความรู้และทัศนคติในเรื่องโรคเอดส์ เราจะเห็นความเชื่อมโยงของชุดตัวแปรทั้งหมดที่แสดงไว้ในแผนภาพที่ 3 การลำดับชุดตัวแปรนั้นไม่เจาะจงว่าจะอะไรมาก่อนหลัง แต่ต้องการให้เห็นภาพของความต่อเนื่องในกระบวนการทั้งหมดที่นำไปสู่การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเพศสัมพันธ์

**แผนภาพที่ 4**  
ตัวอย่างเครือข่ายพฤติกรรมทางเพศ



**แผนภาพที่ 4** แสดงถึงการก่อรูปของเครือข่ายพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ใช้อธิบายได้ในกลุ่มประชากรทุกสถานภาพสมรส ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างเฉพาะการนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยรุ่นชาย/หญิง แนวคิดหลักในแผนภาพที่ 4 ที่เน้นความสำคัญของการก่อรูปของเครือข่ายในกลุ่มเพื่อน หรือบุคคลที่วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง โดยที่วัยรุ่นให้ความหมายเครือข่ายดังกล่าวว่า เครือข่ายเป็นจุดดำเนินการเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หรือเป็นสัญลักษณ์ของการเรียนรู้/แลกเปลี่ยน หรือให้คุณค่าของกลุ่มว่าเป็นวิถีชีวิตว่าด้วยการทดลอง/เรียนรู้เรื่องเพศ



สัมพันธ์ แผนภาพที่ 4 ยังแสดงถึงขั้นตอนการพัฒนาของการก่อรูปของเครือข่ายไปสู่อัตวิสัยของการให้ความหมายในเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น เครือข่ายอย่างไรที่ให้ความหมาย/การรับรู้ว่าคุณสมบัติที่ถูกกำหนดโดยสังคมว่า การเลือกคู่เพศสัมพันธ์นั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานอะไร เช่น คู่เพศสัมพันธ์ควรจะเป็นหญิงบริการอายุน้อย สวยงาม หรือควรเป็นเฉพาะเพื่อนหญิง หรือเพื่อนสนิทเท่านั้น จึงจะปลอดภัยจากโรคเอดส์<sup>1</sup>

### ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายและหญิง

ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทความนี้ว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิง ส่งผลกระทบต่อสถานะอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรี การที่จะส่งเสริมหรือให้ความรู้ ความตระหนัก ในปัญหาของตนเอง มีข้ออุปสรรคอยู่หลายประการ อาทิ ความด้อยในเรื่องการศึกษาระหว่างหญิงและชาย บทบาททางเศรษฐกิจไม่เปิดโอกาสในสตรีทุกสถานะได้มีทางเลือก ที่จะปกป้องความไม่ปลอดภัยในชีวิตของตน โดยเฉพาะสตรีที่อยู่ระดับล่างสุดของชนชั้นทางสังคม สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการที่จะเสริมบทบาทให้สตรีสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้มากนั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับค่านิยมทางสังคม ตลอดจนกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมอีกหลายประการที่เปรียบเสมือนเครื่องกีดขวาง เช่น ค่านิยมเรื่องเพศ สังคมไม่เปิดกว้างให้ผู้หญิงพูดคุย หรือปรึกษาอย่างเปิดเผยได้ ถ้าตนเองมีปัญหาเรื่องเพศ เพราะการพูดคุยเรื่องเหล่านั้นถือว่ามีอาย สตรีจะยอมรับสภาพชีวิตครอบครัว โดยทำหน้าที่ดูแลและให้ความสุขกับสามีและครอบครัว การพูดถึงปัญหาสุขภาพของตนเองจะเป็นเรื่องอันดั่งบรลงลงไป

สิ่งที่ควรคำนึงถึงให้มากที่สุด เพื่อความปลอดภัยในชีวิต และสุขภาพอนามัย คือการสร้าง ความตระหนักให้เกิดขึ้นกับสตรีว่า เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยนั้น ควรหมายถึง

- สตรีต้องสามารถปกป้องตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้
- สตรีต้องมีสิทธิในการที่จะตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการของตนเอง
- เพศสัมพันธ์ควรเป็นเรื่องที่สตรียินยอมว่าตนเองพร้อมที่จะมีความสัมพันธ์ด้วย

<sup>1</sup> ดู Soonthorndaha A. "Understanding Adolescent Sexuality by the Discourse Approach : A Case Study of Urban Youth in Thailand".

- เพศสัมพันธ์ควรเป็นเรื่องที่แสดงถึงความรักใคร่เอื้ออาทร มิใช่เป็นเพราะหน้าที่ของสตรีที่พึงมีต่อบุรุษ
- สตรีจะต้องปลอดภัยจากผลอันไม่พึงปรารถนาต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่มีลักษณะถูกกระทำอย่างไม่เป็นธรรม
- จะต้องอยู่บนรากฐานของความมั่นคงในชีวิตครอบครัว การเสริมศักยภาพของสตรี เพื่อส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ ควรคำนึงถึงแนวทาง ดังนี้
  - การจัดหาบริการ หรือการให้ปรึกษาด้าน sensitive issues
  - การส่งเสริมเพศศึกษา
  - กิจกรรมหรือโครงการเตรียมพร้อมที่จะทำหน้าที่พ่อแม่
  - สนับสนุนกิจกรรมที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง เช่น สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อรวมกันแก้ไขปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์

กลวิธีดังกล่าวจะเพิ่มความมั่นใจให้กับสตรีที่จะกล้าพูดถึงปัญหาสุขภาพของตนให้มากขึ้น ลดช่องว่างในสิ่งที่เรียกว่า “ค่านิยมทางวัฒนธรรม” ไปสู่การปฏิบัติเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สตรีจะมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยยึดหลักการให้บริการที่ผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง<sup>๖</sup> ยอมรับความคิดเห็นในมุมมองของผู้ใช้บริการมากกว่าจะมองปัญหาจากบุคลากรของสาธารณสุข

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิงมีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยเจริญพันธุ์เป็นอย่างยิ่ง เพราะตราบไต่ที่ชนบ/จารีต/ความเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายหญิงยังคงลักษณะชายเป็นใหญ่ หรือชายควบคุมพฤติกรรมทางเพศอยู่เช่นนี้แล้ว จะเป็นเรื่องยากที่จะให้ชายและหญิงยอมรับ และมีความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนอำนาจการทดลองเพื่อเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งหมายถึง สิทธิอันชอบธรรมของภรรยา หรือสตรีทั่วไปที่จะเลือกมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคู่รัก เลือกที่จะตั้งครรภ์ ทำแท้ง หรือใช้ยาคุมกำเนิดตามที่ตนต้องการนั้น กระทำได้ยากขึ้น อุปสรรคที่เป็นผลพวงของความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิงนั้น จะทำให้สตรีเข้าถึงบริการสาธารณสุขไม่สะดวกใจเท่าที่ควร อาทิ ในกรณีไม่ต้องการมี

<sup>๖</sup> ดู Bruce, 1991

บุตรการใช้วิธีคุมกำเนิดอาจต้องได้รับการยินยอมจากสามี หรือถ้าสตรีโสดยอมมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกโดยไม่มีวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์หรือการเกิดโรค เพียงเพราะไม่มีศักยภาพที่จะต่อลงกับคู่อีก ก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมาได้ เช่น การทำแท้ง หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สตรีโสดเลือกที่จะขอคำปรึกษาจากเพื่อนมากกว่าผู้ปกครองหรือบุคลากรสาธารณสุข เพราะค่านิยมทางสังคมไม่ยอมรับหรือไม่เปิดทางให้สตรีโสดได้มีโอกาสไปใช้บริการสาธารณสุขได้โดยที่ตนเองไม่รู้สึกลด

## บทสรุป

จุดมุ่งหมายของบทความนี้ เพียงเพื่อให้เป็นแนวทางพอสั่งเซปสำหรับนักวิจัยรุ่นใหม่ที่มีความสนใจศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ กรอบแนวคิดที่นำเสนอสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ทุกกลุ่ม โดยต้องปรับระเบียบวิธีวิจัยให้สอดคล้องกับแนวคิดด้วย เนื่องจากพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์เป็นการศึกษาเหตุการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ เริ่มตั้งแต่เริ่มมีวุฒิภาวะทางเพศ การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว การมีคู่อุปการะ มนุษย์ในฐานะสมาชิกของสังคมจะมีวิถีชีวิตภายใต้ชนบประเพณี และสิ่งแวดล้อมทางสังคม องค์ประกอบทางวัฒนธรรม และสังคม จะเป็นส่วนกำหนดบทบาทชายหญิง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ตลอดจนสิทธิในการควบคุมพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ นักวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่สนใจศึกษา จำเป็นต้องศึกษาบริบททางสังคมที่มีผลต่อการให้คุณค่า ค่านิยม บรรทัดฐานระหว่างความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิง

## References

- Bruce, J. 1990. Fundamental Elements for the Quality of Care : A Simple Framework. *Studies in Family Planning* (21) 2: 61-91.
- Caplan, P. (1987) (ed.). *The Cultural Construction of Sexuality*, London. Routledge.
- Foucault, M. 1978. *The History of Sexuality, Vol. 1 : An Introduction*, trans. R. Hurley, Harmondsworth, Penguin [3, 4, 5]
- Friedman and Edstrom, 1983. *Adolescent Reproductive Health : An Approach to Planning Health Service Research*. Geneva : World Health Organisation.
- Heise, Magrary and Wood, 1998. *Practical and Ethical Dilemmas in the Clinical Testing of Microbicides. A Report on a Symposium*. The Population Council. New York.
- Herd, G. and Lindenbaum, S. (eds.) 1992. *The Time of AIDS : Social Analysis, Theory and Method*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Kabilsingh, C. 1991. *Thai Women in Buddhism*. Berkeley : Parallax Press.
- Mueke, M. (1984). *Make Money Not Babies : Changing Status Markers of Northern Thai Women-Asian Survey*, *Social Science and Medicine*, 24(4), pp. 459-470.
- Orther and Whitehead, 1981. *Sexual Meanings. The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Rabibhadana, A. 1984 'Kinship, Marriage and the Thai Social System' in Aphichat Chamrathirong (ed.) *Perspectives on Thai Marriage*. Proceedings of the Conference of Marriage Determinants and Consequences, May 30 – June 3, 1983 Pataya City pp. 1-30.
- Soonthornhdada, A. 1995. *Understanding Adolescent Sexuality by the Discourse Approach : A Case study of Urban Youth in Thailand* paper delivered at the International Conference on Gender and Sexuality in Modern Thailand. Australian Nation University, 11-12 July 1995.
- Workshop on Adolescent sexual and Reproductive Health. Rose Garden Country Resort : Thailand, supported by World Health Organization 30 November 4 December 1998.
- Sparkers, S. 1996. 'Body and Space Socialisation and Gender Hierarchy among the Shan and Isan', in *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Conference on Thai Studies* 14-17 October 1996 Chiang Mai, Thailand.

- Tantiwiramanond and Pandey, 1987. 'The Status and Role of Thai women in the Pre-Modern Period : A Historical and Cultural Perspectives', *Sojourn*, 2,1, pp. 125-149.
- Thisa, K. 1980. *Providence and Prostitution – Image and Reality for Women in Buddhist Thailand*. London : CHANGE International Reports (Women and Society).
- Vance, C. 1991. *Anthropology Rediscovered Sexuality : A Theoretical Comment*. *Social Science Medicine* Vol. 33. No. 8 pp. 875-884
- Warakamin, S. 1998. *Reproductive Health in Thailand : An Overview*. MOPH. Thailand.
- Weeks, J. 1989. "AIDS, the Intellectual Agenda", in Peter Aggleton, Graham, Hart and Peter Davies, (eds.) *AIDS Social Representations, Social Practices*, London, the Falmer Press, pp. 1-20.





# ประเด็นจริยธรรมในการวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Ethical Issues in Reproductive Health Research)

บุปผา ศิริรัมย์

## บทนำ

หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับจริยธรรมในการศึกษาวิจัยที่สำคัญ คือ จริยธรรมที่ดี (good ethics) จะเกิดขึ้นได้ การศึกษาวิจัยนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของศาสตร์ที่ดี (good sciences)

การศึกษาวิจัยที่มีการกระทำใด ๆ ต่อบุคคลไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ การศึกษาวิจัยในลักษณะดังกล่าว ครอบคลุมทั้งการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา และการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ สำหรับการวิจัยด้านแพศภาวะ (ความเป็นชายหญิง) มิติทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์นั้น มีโอกาสสูงที่นักวิจัยจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ย่อมนไหว และเป็นส่วนตัว ดังนั้นจึงมีความระมัดระวังในการดำเนินการวิจัยให้มากยิ่งขึ้น

หลักการพื้นฐานที่นักวิจัยจะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ คือ

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for persons) คือ เคารพในความเป็นคนของผู้ที่ตกอยู่ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย เคารพการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการเป็นตัวอย่างของการวิจัย ความยินยอมจะต้องเกิดขึ้นโดยสมัครใจ เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของบุคคล รวมทั้งสิทธิมนุษยชนของบุคคล

2. หลักผลประโยชน์ (Beneficence) คือ การศึกษาวิจัยนั้นจะต้องมีประโยชน์ และต้องพยายามให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด นอกจากนี้ต้องไม่ทำให้เกิดอันตราย (Non-maleficent and do no harm) โดยมีการระมัดระวังป้องกันอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคล ชุมชน หรือสังคมอย่างเต็มที่



3. **หลักความยุติธรรม** คือ การปฏิบัติต่อบุคคลแต่ละคนอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักศีลธรรม ให้แต่ละคนได้รับสิ่งที่พึงได้รับ และให้ผลประโยชน์หรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกระจายไปยังบุคคลต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

ปัญหาเรื่องจริยธรรมมักจะพบเสมอในทุกขั้นตอนของการวิจัย เริ่มตั้งแต่การเลือกรื่องที่จะทำการวิจัย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบการวิจัย การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลการวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่ต่อสาธารณชน ขั้นตอนต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ ล้วนต้องคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น เมื่อจะเริ่มต้นดำเนินการวิจัย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเพื่อป้องกันการกระทำที่ไม่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมของการวิจัย คือ

1. เรื่องที่จะทำการศึกษานั้นมีประโยชน์ และความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีประโยชน์และความจำเป็นน้อย ควรเปลี่ยนไปพิจารณาศึกษาวิจัยเรื่องอื่นที่มีประโยชน์และความจำเป็นมากกว่า
2. การศึกษาวิจัยนั้นจะต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีประโยชน์และเป็นไปได้
3. โครงการวิจัยต้องมีการออกแบบ (design) ที่ดี และมีระเบียบวิธีวิจัย (methodology) ที่เหมาะสม สามารถตอบคำถามการวิจัย และบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ รวมทั้งการวางแผนการวิจัยในแนวทางที่ไม่ทำให้ผลการวิจัยชักนำให้คนเกิดความเข้าใจผิด
4. ผู้วิจัยจะต้องมีพื้นฐานความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เพียงพอในเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย (แสดงให้เห็นได้โดยประวัติการศึกษา การฝึกอบรม ประสบการณ์ และผลงานที่ผ่านมา)
5. จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต้องมีขนาดที่เหมาะสม ไม่มากเกินไปจนความจำเป็นและไม่น้อยเกินไปจนไม่สามารถวัดค่าทางสถิติได้
6. ผู้วิจัยต้องพยายามป้องกันอันตราย ความเสี่ยง หรือผลกระทบที่อาจจะเกิดต่อกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยให้น้อยที่สุด (Minimal risk)
7. ผู้วิจัยหรือผู้แทนต้องอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเข้าถึงวัตถุประสงค์ ตลอดจนเรื่องราวทั้งหมดของโครงการ เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อข้องใจ และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยโดยอิสระ

จริยธรรมในการวิจัย ถือได้ว่าเป็นคุณธรรมประจำใจที่ผู้วิจัยจะพึงมีเพื่อยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติในอันที่จะเคารพและไม่ล่วงละเมิดในสิทธิของบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชนที่นักวิจัยเข้าไปทำการศึกษาวิจัย จริยธรรมเป็นเรื่องว่าด้วยความดี ความถูกต้อง ความยุติธรรม และสิทธิของบุคคล

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติได้กำหนดจรรยาบรรณนักวิจัย เพื่อให้  
นักวิจัยถือเป็นแนวปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

**1. นักวิจัยต้องซื่อสัตย์มีคุณธรรมในทางวิชาการและการจัดการ**

นักวิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ไม่อ้างหรือนำผลงานของผู้อื่นมาเป็นงานของตนเอง ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ต้องให้เกียรติและอ้างถึงบุคคล หรือแหล่งที่มาของข้อมูลที่นำมาใช้ใน งานวิจัยของตนเอง ต้องซื่อตรงต่อการแสวงหาทุนวิจัย และมีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

**2. นักวิจัยต้องตระหนักถึงพันธกรณีที่มีต่อข้อตกลงในการวิจัย ต่อหน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัย และต่อหน่วยงานที่สังกัด**

นักวิจัยต้องปฏิบัติตามพันธกรณีและข้อตกลงการวิจัยซึ่งทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ยอมรับร่วมกัน อุทิศเวลาทำงานวิจัยให้ได้ผลดีที่สุดและเป็นไปตามกำหนดเวลา มีความรับผิดชอบ ไม่ละทิ้งงานระหว่างดำเนินการ

**3. นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัย**

นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ และควรมีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำวิจัย เพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพ และเพื่อ ป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาด อันอาจก่อให้เกิดความเสียหาย

**4. นักวิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่องานที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต**

นักวิจัยต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง และเที่ยงตรงในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน สัตว์ พืช ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม โดยมีจิตสำนึกและความตระหนักที่จะอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม

**5. นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย**

นักวิจัยต้องไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางวิชาการจนละเลยและขาดความเคารพในศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ ต้องถือป็นภาระหน้าที่ที่ต้องอธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยให้กับบุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่หลอกลวงหรือบีบบังคับ และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

**6. นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิดโดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย**

นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิด ต้องตระหนักว่าอคติส่วนตน หรือความลำเอียงทางวิชาการอาจส่งผลให้มีการบิดเบือนข้อมูลและข้อค้นพบทางวิชาการ อันเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายต่องานวิจัย

**7. นักวิจัยต้องนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ชอบ**

นักวิจัยต้องเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและสังคม ไม่ขยายผลข้อค้นพบจนเกินความเป็นจริง และไม่ใช้ผลงานวิจัยเพื่อทำลายผู้อื่นโดยมิชอบ

**8. นักวิจัยต้องเคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น**

นักวิจัยต้องมีใจกว้าง พร้อมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย ยอมรับฟังความคิดเห็น และเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่น และยินดีที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนเองให้ถูกต้อง

**9. นักวิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ**

นักวิจัยต้องมีจิตสำนึกที่จะอุทิศกำลังสติปัญญาในการทำวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อความเจริญและประโยชน์สุขของสังคมและมวลมนุษยชาติที่ยั่งยืน โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบซึ่งอาจเกิดขึ้นต่อสังคมด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นจริยธรรมหลัก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ซึ่งประยุกต์ใช้ได้กับการวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ดังต่อไปนี้

### การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล (Confidentiality)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางครั้งอาจทำให้เกิดมีการรูล้ำเรื่องส่วนตัว จากการสังเกตหรือการสัมภาษณ์ระดับลึกเพื่อจะให้ได้ความรู้เกี่ยวกับบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลอยากจะปิดบัง แต่ก็ได้เปิดเผยโดยไม่รู้ตัวหรือไม่ตระหนักว่ากำลังกระทำเช่นนั้นอยู่ หน้าที่เบื้องต้นของผู้วิจัยคือการรักษาความลับเกี่ยวกับบุคคลที่ได้รับมาโดยไม่แพร่กระจายให้ผู้อื่นทราบ นอกจากนี้มีสภาพการณ์ที่สำคัญจริง ๆ

การไม่เปิดเผยนามเป็นเรื่องที่ควรจะทำให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และวิธีการสงวนนามควรจะได้อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้า การปกปิดนามของผู้ให้ข้อมูลอาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาเรื่องการรักษาความลับของบุคคลได้ทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลบางคนอาจจะรู้สึกไม่พอใจที่เรื่องราวส่วนตัวของตนถูกเปิดเผย ถึงแม้จะไม่ได้เปิดเผยนามก็ตาม

ข้อมูลที่เป็นความลับ จะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อได้พิจารณาอย่างรอบคอบที่สุดแล้ว และเมื่อปรากฏอย่างเด่นชัดว่า ถ้าหากเก็บเป็นความลับต่อไปจะเป็นอันตรายแก่บุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือแก่สังคมโดยรวม และในการเปิดเผยนั้นจะต้องเปิดเผยเฉพาะกับผู้ที่อยู่ในวิชาชีพหรือผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับผิดชอบในเรื่องนั้น ๆ เท่านั้น

ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ป่วย หรือข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินเกี่ยวกับเด็ก นักศึกษา ลูกจ้าง และอื่น ๆ ควรนำมาอภิปรายเพื่อจุดมุ่งหมายทางวิชาชีพและอภิปรายเฉพาะกับบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงเท่านั้น รายงานฉบับเขียนหรือปากเปล่า ควรนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายในการประเมินผล พยายามหลีกเลี่ยงการก้าวก้าวเรื่องส่วนตัวที่ไม่ควรเปิดเผย

การจดบันทึก การบันทึกเสียง และเอกสารเฉพาะรายอื่น ๆ ควรต้องขออนุญาตเสียก่อน หากจะนำมาใช้ในการสอนหรือเขียนรายงานได้ก็ต่อเมื่อได้ปิดบังมิให้ทราบบุคคลที่เกี่ยวข้อง การตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลโดยระบุผู้ให้ข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตอย่างชัดเจนก่อน ถ้าหากมีการ

ตีพิมพ์เรื่องราวโดยไม่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยเป็นความลับเกี่ยวกับแหล่งที่มาของข้อมูลเสมอ การจัดเก็บ และการจัดทำบันทึกควรต้องทำอย่างระมัดระวังและเป็นความลับ

การแลกเปลี่ยนความรู้ในวิชาชีพ เกี่ยวกับเรื่องของเอกัตบุคคลต้องถือเป็นความลับเช่นกัน การแลกเปลี่ยนความรู้เช่นนี้จะกระทำได้ในกรณีเจ้าของความลับ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องอนุญาตเท่านั้น และผู้วิจัยจะต้องรับผิดชอบในการบอกกล่าวให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงขอบเขตของการรักษาความลับของข้อมูลที่ได้รับมาว่า มีขั้นตอนอย่างไรบ้าง

ข้อมูลบางอย่างที่เป็นความลับ อาจถูกเปิดเผยโดยทางตรงหรือทางอ้อม โดยขบวนการของการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งผู้วิจัยจะต้องระมัดระวัง และดำเนินการด้วยความสุจริตรอบคอบ

### การปกป้องสวัสดิภาพและเกียรติภูมิของผู้ให้ข้อมูล (Respondent Welfare)

สิ่งสำคัญที่สุด ในบรรดาหัวข้อที่ควรพิจารณาในเรื่องจริยธรรมในการวิจัยก็คือ การปกป้องสวัสดิภาพและเกียรติภูมิของบุคคลที่เราทำการศึกษาวิจัย ตลอดจนถึงองค์กรหรือสิ่งอื่น ๆ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมมา ผู้วิจัยจะไม่ทำการวิจัยในเรื่องที่ได้พิจารณาเห็นแล้วว่า ในการวิจัยนั้นมีน้ำหนักของความเสียหายต่อประโยชน์ของบุคคล หรือกลุ่มคนที่จะศึกษามากกว่าน้ำหนักของความรู้ที่จะได้รับการศึกษา ความเสี่ยงของบุคคลอาจจะเป็นความเสี่ยงทางกาย ทางจิตใจ หรือทางสังคม ความเสี่ยงของกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับข้อสรุปของกลุ่มซึ่งมีผลทำให้กลุ่มบุคคลอื่น มีการกระทำอันเป็นปฏิปักษ์ต่อความสนใจหรือความคิดเห็นในทางที่ไม่ดีต่อกลุ่มหรือเกิดความรู้สึกต่อต้านกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของข้อมูลนั้น ๆ

ถ้าหากจะมีการนำเรื่องราว ที่อาจทำให้เกิดความเดือดร้อนไปเสนอแก่สาธารณชน จะต้องมีการอภิปรายและวางแผนอย่างรอบคอบ และใช้ความพยายามในการควบคุมปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะต้องระมัดระวังเพื่อป้องกันผู้ให้ข้อมูลจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นโดยปกติ หรือจากการถูกใส่ความ หรือการถูกตำหนิ ติเตียน

ในกรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยปัญหาที่มีความสำคัญทางวิทยาศาสตร์ และไม่สามารถศึกษาวิจัยโดยวิธีอื่นใดได้แล้ว ผู้วิจัยจึงสมควรที่จะยอมให้ผู้ถูกวิจัย ไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่ได้รับความกดดันทางร่างกายหรือทางอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยได้ ถ้ามีอันตรายที่อาจเป็นไปได้ อันเนื่องมาจากผลของการวิจัย การวิจัยนี้จะดำเนินไปได้ ก็ต่อเมื่อผู้ถูกวิจัยหรือผู้ที่รับผิดชอบคนเหล่านั้นได้รับการบอกกล่าวในเรื่องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้แล้ว และได้ยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในงานวิจัย ไม่ว่าจะเกิดผลอย่างไร และผู้วิจัยจะต้องพิจารณาเป็นอย่างดีถึงอันตราย ซึ่งอาจจะเป็นผลตามมา แล้วพยายามหลีกเลี่ยงหรือจัดอันตรายนั้น ๆ ออกไปในทันทีที่รูปแบบการศึกษาทดลองเอื้ออำนวยให้กระทำได้

เมื่อเกิดความขัดแย้งในหมู่ผู้ทำงานร่วมวิชาชีพเดียวกัน ผู้วิจัยจะต้องกระทำการโดยคำนึงถึงความปลอดภัย และเกียรติภูมิของผู้ที่ถูกวิจัยที่ตนเองเกี่ยวข้องอยู่เป็นอันดับแรก และคำนึงถึงผลประโยชน์ของกลุ่มคนในวิชาชีพของตนเป็นอันดับรองลงไป

#### ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล (Informed Consent)

การที่ผู้วิจัยติดต่อกับบุคคลหนึ่งบุคคลใด เพื่อขอให้เปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวในลักษณะการสัมภาษณ์ การทดสอบ การประเมินผล หรือยอมรับการทดลอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะต้องบอกให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย และการนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะต้องบอกให้ทราบล่วงหน้าถึงควมมีอิสระ และความยินยอมในการให้ความร่วมมือกับกิจกรรมดังกล่าวของการวิจัย ในกรณีที่การวิจัยนั้นอาจจะมีผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุข และ/หรือชื่อเสียงของเขา ความมีอิสระและความยินยอมนี้ ครอบคลุมไปถึง

1. อิสระในการยินยอม รวมไปถึงสถานภาพที่ผู้ให้ข้อมูลจะไม่ได้รับผลกระทบจากการกระทำต่าง ๆ รวมไปถึงบริการที่ควรจะได้รับในปรากฏการณ์ทั่ว ๆ ไป หรือการมีสิทธิ์ตามที่มีอยู่ จะต้องไม่ถูกริดรอนไป ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือ
2. อิสระในการยินยอมนี้ รวมไปถึงสิทธิ์ที่จะหยุดให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดของการวิจัยก็ได้โดยไม่เกิดผลเสียหายใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

3. การบอกให้บุคคลทราบถึงเรื่องความยินยอมนั้น จะต้องรวมไปถึงว่าผู้ให้ข้อมูล จะต้องได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้รับคำอธิบายล่วงหน้าเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ ที่เข้าใจได้และให้เวลาให้เพียงพอในการคิดและการตอบคำถามต่าง ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจตอบตกลง

ในรายงานหัวข้อเรื่อง “เรื่องส่วนตัวกับการวิจัยพฤติกรรม” (Ruebhausen and Brim, 1966) สิทธิส่วนบุคคลได้ถูกให้คำจำกัดความว่า “เป็นสิทธิของแต่ละบุคคลในการตัดสินใจสำหรับตัวเองว่า เขาจะยอมร่วมมือเปิดเผย ความคิด ความรู้สึก และความจริงของชีวิตส่วนตัว ของเขากับคนอื่นได้มากน้อยแค่ไหน ความจำเป็นในการคงความมีศักดิ์ศรีและเสรีภาพในการ ตกลงใจด้วยตนเอง” และในรายงานเรื่องเดียวกันนี้ได้กล่าวต่อไปว่า “สิทธิเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่มีกฎใดในโลกสามารถสร้างขึ้นได้ ข้อเสนอแนะทั่ว ๆ ไปเท่านั้น ที่จะสามารถจัดหาให้ได้ในการ นำข้อแนะนำต่าง ๆ มาใช้ในกรณีเฉพาะราย จะต้องกระทำด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ ในเรื่องจรรยาและความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของผู้วิจัยแต่ละคน”

ประเด็นสำคัญของการวิจัยทางสังคมศาสตร์ คือ ผู้วิจัยต้องไม่ใช้วิธีกดดัน หรือชักนำ (induce) ให้ผู้ถูกวิจัยให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ปัจจุบันหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้ ทุนสนับสนุนการวิจัยมักกำหนดให้ผู้ขอทุนต้องแสดงหลักฐานให้เห็นว่า ผู้ถูกวิจัยให้ความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือให้ข้อมูล ซึ่งอาจเป็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม (Consent Form) ให้ผู้ถูกวิจัยลงนาม ซึ่งปัญหาที่มักพบคือ ผู้ถูกวิจัยเกิดความหวาดระแวงและไม่ยอมลงนามใน ใบยินยอม

หลักการขอความยินยอมจากผู้ถูกวิจัย จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์สากลคือ เป็น การยินยอมโดยสมัครใจ หลังจากได้รับคำอธิบายถึงโครงการวิจัยโดยไม่ปิดบัง โดยทั่วไปการ จัดทำใบยินยอม ควรประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนที่อธิบายถึงโครงการวิจัย อาทิเช่น วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะเกิดขึ้น การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวหรือหยุดการตอบคำถาม โดยปราศจากผลกระทบใด ๆ

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการให้ความยินยอมของผู้ถูกวิจัย ซึ่งระบุว่าได้อ่านข้อความในส่วนที่ 1 และมีความเข้าใจดีแล้ว จึงลงนามยินยอมด้วยความเต็มใจ

### การให้สิ่งตอบแทนแก่ผู้ให้ข้อมูล (Remuneration)

ในเรื่องของการให้สิ่งตอบแทนนี้ ในบางท้องที่ถือเป็นประเพณีที่จะต้องมีการให้สิ่งตอบแทนต่อผู้ตอบ หรือผู้ให้ข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนกับความร่วมมือในการทำวิจัย แต่ในบางท้องที่ถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นเรื่องผิดปกติ อาจจะทำให้เสียความรู้สึก หรือเกิดความรู้สึกสงสัยหวาดระแวงขึ้นมาได้

การให้สิ่งตอบแทนนี้ รวมไปถึงการให้เงินหรือของขวัญ หรือการให้บริการบางอย่างแก่บุคคลหรือชุมชนที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่ การให้นี้เพื่อเป็นการทดแทนเวลา และความลำบากที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการตอบคำถามหรือทำกิจกรรมหรือรับการทดลองในการวิจัย การให้สิ่งตอบแทนบางอย่าง อาจจะทำให้เพื่อทำให้บุคคลยินยอมกระทำตามขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งอาจจะเป็นการแทรกแซงเรื่องส่วนตัวในบางสถานการณ์ ซึ่งการให้สิ่งตอบแทนในลักษณะเป็นการให้สิ่งตอบแทนในลักษณะนี้ที่เป็นการเสี่ยงต่อจริยธรรมของผู้วิจัย

การให้ความร่วมมือทำตามขั้นตอนของการวิจัยนั้น อาจจะทำให้ผู้ถูกวิจัยต้องใช้เวลาและความพยายาม ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องไปถึงด้านเศรษฐกิจและหน้าที่การงานประจำของผู้ถูกวิจัยด้วย ดังนั้น การขอความร่วมมือโดยไม่มีสิ่งตอบแทนนั้นก็อาจจะเป็นปัญหาที่สำคัญได้ ดังนั้นปัญหาที่ว่า ควรจะให้สิ่งตอบแทนแก่ผู้ถูกวิจัยหรือผู้ที่ร่วมมือในการวิจัยหรือไม่นั้น ย่อมจะไม่มีคำตอบที่ตายตัวลงไป ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะและประเภทของการวิจัย ซึ่งจะต้องพิจารณาตามความจำเป็นและเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์และในแต่ละท้องที่ ซึ่งมีขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป แต่ก็มีข้อแม้ว่า ถ้าจะต้องให้สิ่งตอบแทนนั้นควรจะต้องมีเหตุผลที่สมควรว่าทำไมจึงต้องให้ และสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ ถ้าจะมีการให้สิ่งตอบแทนการให้นั้น ควรจะเป็นการให้ในลักษณะของการให้เพื่อเป็นการตอบแทนจริง ๆ ไม่ใช่เป็นการให้เพื่อทำให้บุคคลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เพื่อเป็นการตอบแทนสิ่งของเงินทอง หรือบริการที่เขาได้รับ



## การศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

กลุ่มบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ครอบคลุมถึงกลุ่มบุคคลต่อไปนี้

1. บุคคลที่อยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยงสูงกว่าคนกลุ่มอื่น เช่น สตรีมีครรภ์ เด็ก ผู้ติดเชื้อ HIV
2. บุคคลที่หย่อนความสามารถหรือไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ในการตัดสินใจ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยด้านจิตเวช ผู้ที่หมดสติ ผู้ติดยาเสพติด (บางกรณีเด็กก็อาจจัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย)
3. บุคคลที่ไม่มีอิสระเต็มที่ในการตัดสินใจ เช่น ทหารเกณฑ์ นักโทษ หญิงชาย บริการทางเพศ

ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ต้องมีข้อพิจารณาเป็นพิเศษ คือ

1. มีเหตุผลความจำเป็นอันหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องศึกษาบุคคลในกลุ่มพิเศษนี้
2. ต้องระมัดระวังอันตรายหรือผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ถูกวิจัย
3. ต้องแสดงให้เห็นว่า การยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นความยินยอมโดยสมัครใจ และเป็นอิสระอย่างแท้จริง
4. กรณีเด็ก ต้องขอความยินยอมทั้งจากตัวเด็กเอง และบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กด้วยเสมอ
5. ต้องระมัดระวังมิให้ข้อมูลที่เป็นความลับรั่วไหล

## ศีลธรรมและกฎหมาย (Moral and Legal Standards)

ผู้วิจัยที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินงานวิจัย จำเป็นจะต้องระลึกถึงกฎเกณฑ์ของสังคม ความคาดหวังทางด้านศีลธรรม ตลอดจนกฎหมายของสังคมที่ตนทำงานอยู่ จะต้องตระหนักว่าการกระทำใดที่ขัดแย้งกับกฎเกณฑ์ของสังคม มาตรฐานทางศีลธรรม ตลอดจนกฎหมายของสังคมนั้น ย่อมจะต้องมีผลกระทบทั้งต่อผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนทีมงานวิจัยเอง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความมัวหมองในชื่อเสียง และเกียรติยศ ทั้งของส่วนตนและวิชาชีพด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องหยุดยั้ง และ/หรือหาทางแก้ไขเมื่อพบว่ามีผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่งในกระบวนการของการวิจัยที่ขัดต่อศีลธรรม และ/

หรือกฎหมาย รวมทั้งมีการวางแผนป้องกันล่วงหน้าอย่างรอบคอบ เพื่อไม่ให้มีปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้น

การศึกษาหาความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และศีลธรรมของสังคม หรือชุมชนที่ตนเองจะเข้าไปทำการศึกษาวิจัย จะต้องเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัย ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำที่ขัดแย้งต่อกฎเกณฑ์ของสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ สิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องระลึกอยู่เสมอคือ ผู้วิจัยจะต้องไม่ยึดถือมาตรฐานของศีลธรรม และกฎหมาย ซึ่งตนเองคุ้นเคยเป็นมาตรฐานและนำไปใช้กับสังคมอื่น ๆ ที่ตนเองยังไม่รู้จักคุ้นเคยดีพอ

ภายหลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลมาจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว การนำข้อมูลที่ได้มาไปใช้ก็จะต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำข้อมูลไปใช้ขาดธรรมะ หรือมีธรรมะดีแต่ขาดความรู้หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์แล้ว ก็อาจจะทำให้เกิดผลเสียหายร้ายแรง ทำให้มีผลกระทบต่อจริยธรรมของผู้วิจัยได้ ไม่ว่าจะโดยความตั้งใจหรือโดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ก็ตาม

#### การโฆษณา (Promotional Activities)

ผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพัฒนา และการโฆษณาเครื่องมือ หนังสือ หรือผลผลิตอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ทางการค้า จะต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะรับประกันคุณภาพของเครื่องมือ หรือผลิตภัณฑ์เหล่านั้น และจะต้องเสนอตามหลักการวิชาชีพ และตามความเป็นจริง การอวดอ้างเกี่ยวกับคุณภาพหรือคุณประโยชน์ ควรมีหลักฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิทยาศาสตร์ มาสนับสนุน

ผู้วิจัยจะต้องไม่ใช้วารสารการวิจัย เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ในทางการค้าเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ และผู้วิจัยที่เป็นบรรณาธิการของวารสารเหล่านี้ จะต้องป้องกันการใช้วารสารวิชาชีพในทางที่ผิด

ผู้วิจัยที่มีผลประโยชน์จากธุรกิจ ในการขายหรือใช้ผลผลิตทางการวิจัย จะต้องไวต่อการขัดแย้งด้านผลประโยชน์จากการที่ตนส่งเสริมผลผลิตดังกล่าว และจะต้องพยายามหลีกเลี่ยง

การประนีประนอม ระหว่างความรับผิดชอบในวิชาชีพกับจุดมุ่งหมายทางการค้า หรือยอมให้จุดมุ่งหมายทางการค้ามีน้ำหนักมากกว่าความรับผิดชอบในวิชาชีพของตน

### ความรับผิดชอบต่อองค์กร (Responsibility Toward Organization)

ผู้วิจัยจะต้องเคารพในสิทธิและชื่อเสียงของสถาบัน หรือองค์กรที่ตนมีส่วนเกี่ยวข้องกับหรือผูกพันอยู่ ผลงานที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของตนภายใต้ความดูแลรับผิดชอบและสนับสนุนของหน่วยงานที่ตนสังกัดอยู่ ถือว่าเป็นสมบัติของหน่วยงานนั้น เมื่อผู้วิจัยจะนำสิ่งนั้นไปใช้หรือพิมพ์เผยแพร่ตามนโยบายของหน่วยงานที่อนุญาตให้กระทำได้ ควรให้เกียรติแก่หน่วยงานโดยระบุว่าสิ่งตีพิมพ์นั้นกระทำโดยหน่วยงานในสังกัด รวมทั้งควรให้สอดคล้องกับระเบียบและข้อกำหนดของหน่วยงานนั้น ๆ ด้วย

สำหรับผลงานที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญจากกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ผู้วิจัยสังกัดอยู่ และผู้วิจัยถือว่าอยู่ในความรับผิดชอบของตนเองอย่างถูกต้อง การพิมพ์เผยแพร่ผลงานเหล่านี้สามารถทำได้โดยไม่ต้องอ้างความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน

ผู้วิจัยจะต้องหลีกเลี่ยงการหลอกลวงเกี่ยวกับความสามารถของตน ความเกี่ยวพัน และจุดมุ่งหมายในวิชาชีพของตน ตลอดจนของสถาบันฯ หรือหน่วยงานที่ตนสังกัดอยู่ โดยจะต้องไม่กล่าวอ้างถึงคุณสมบัติทางวิชาชีพของตนซึ่งผิดไปจากความเป็นจริงไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม ผู้วิจัยจะต้องไม่บิดเบือนความจริงเกี่ยวกับการส่วนเกี่ยวข้องกับสถาบัน องค์กร หรือบุคคลใดหรือพยายามทำให้บุคคลอื่นเข้าใจว่าตนมีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องกับสถาบัน หรือองค์กรใดองค์หนึ่งทั้ง ๆ ที่ความจริงมิได้เป็นเช่นนั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยจะต้องไม่แสดงออกอย่างผิด ๆ เกี่ยวกับองค์กรหรือสถาบันซึ่งตนเองสังกัดอยู่ โดยการอ้างคุณลักษณะที่องค์กรหรือสถาบันนั้น ๆ ไม่มี หรือไม่ได้เป็น

### การเผยแพร่ความรู้ต่อสาธารณชน (Public Statements)

ในการเผยแพร่ความรู้ไปสู่สาธารณชนนั้น ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ผู้วิจัยจะต้องรู้จักประมาณ และมีความระมัดระวังตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ และ

จะต้องตระหนักถึงขอบเขตความรู้ของตน ในการตีความหมายของศาสตร์ทางการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องรายงานผลการวิจัยอย่างถูกต้องและตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงการพูดเกินความจริง ก่อให้เกิดความตื่นเต้น ไม่บิดเบือนหรือให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไปจากข้อเท็จจริง เพราะการรายงานผลหรือการเผยแพร่ในลักษณะดังกล่าวนี้ อาจจะทำให้ประชาชนเกิดปฏิกิริยาต่อต้านรุนแรง หรืออาจจะทำให้ประชาชนเชื่ออย่างมกมาย อันเป็นผลเนื่องมาจากความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องนั้น ๆ

การให้ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยและเทคนิคต่าง ๆ ตลอดจนผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบโดยการเผยแพร่ทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อสารมวลชนอื่น ๆ จะต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อข่าวสารที่เผยแพร่เหล่านั้น และผู้วิจัยจะต้องไม่เข้าร่วมในการโฆษณาทางการค้าเพื่อสนับสนุนการซื้อหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ใด ๆ

ในการพิมพ์ผลงานการวิจัยเพื่อเผยแพร่ หากเป็นโครงการร่วมของหลายคนให้ใส่ชื่อผู้วิจัยที่มีความสำคัญในการรับผิดชอบโครงการมากที่สุดไว้เป็นชื่อแรก และใส่ชื่อผู้มีความสำคัญรองลงมาตามลำดับ สำหรับงานเสริมหรืองานเสมียนที่มีความสำคัญ ลำดับรอง หรือความช่วยเหลือที่ไม่ใช่ทางวิชาชีพ หรือความช่วยเหลือเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ระบุในกิตติกรรมประกาศ หรือในคำนำ สำหรับกิตติกรรมประกาศที่อ้างเป็นการเฉพาะนั้น ต้องเอ่ยถึงทั้งเอกสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่และเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ และเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์มาใช้โดยละเอียดที่จะกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลนั้น ๆ ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดจรรยาบรรณอย่างร้ายแรง

การรวบรวมและแก้ไข เพื่อจัดพิมพ์ผลงานวิจัยของคนอื่น ให้ใส่ชื่อผู้วิจัย ผู้ทำหน้าที่รวบรวมในฐานะบรรณาธิการ และจะต้องระบุชื่อของผู้วิจัย ในเรื่องที่เขาเป็นผู้ดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน

## บทสรุป

จริยธรรมเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้วิจัยทุกคน และต่อการวิจัยทุกรูปแบบ ในการวางแผนเพื่อดำเนินการวิจัยทุกครั้ง สิ่งที่ละเอียดไม่ได้ก็คือเรื่องของจริยธรรม หรือจรรยาบรรณของการวิจัย ซึ่งจะแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นขั้นวางแผนโครงการวิจัย การกำหนดหัวข้อวิจัย การเตรียมคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ การดำเนินการ

สัมภาษณ์ การจัดการกับข้อมูลที่ได้รับมา การวิเคราะห์ การแปลผล การสรุปผล ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยนั้น ๆ ผู้วิจัยจะต้องระลึกอยู่เสมอว่าผู้ที่อุทิศข้อมูลให้แก่งานวิจัยไม่ว่าจะเป็น องค์กร บุคคล หรือกลุ่มบุคคล เขาเหล่านั้นควรได้รับเกียรติ การยกย่อง และความขอบคุณจากทีมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล การปกป้องสวัสดิภาพและเกียรติภูมิของบุคคล การให้สิ่งตอบแทน กฎหมายและศีลธรรม ตลอดจนเรื่องอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของจริยธรรมของการวิจัยที่หยิบยกขึ้นมากล่าวถึง ยังมีส่วนอื่นของจริยธรรมของการวิจัย ซึ่งบทความนี้ยังมีได้กล่าวถึง แต่ผู้เขียนใคร่จะขอฝากไว้กับผู้วิจัยทุกท่านก็คือ การกระทำใดที่ผู้วิจัยกระทำด้วยความซื่อตรงและถูกต้อง มีความยึดหยุ่นมุ่งเพื่อประโยชน์แก่สังคมโดยส่วนรวม และไม่ขัดต่อมโนธรรมของบุคคลทั่วไปแล้ว ก็ไม่น่าที่จะขัดต่อจริยธรรมของการวิจัย แต่ถ้าเมื่อใดที่ผู้วิจัย (โดยการทำให้เป็นกลาง) มีความรู้สึกว่าการกระทำนั้น เป็นการกระทำที่ขาดความซื่อตรงและถูกต้อง มีการบิดเบือน ขาดความยึดหยุ่น มุ่งกระทำเพื่อประโยชน์ส่วนบุคคลมากกว่าประโยชน์ของสังคมโดยส่วนรวม หรือมีความรู้สึกว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ขัดต่อมโนธรรมของบุคคลโดยทั่วไปแล้ว ก็น่าที่จะต้องระงับการกระทำนั้นไว้ เพราะการกระทำในลักษณะที่กล่าวถึงในตอนหลังนี้ น่าจะเป็นการกระทำที่ไม่สอดคล้องกับจริยธรรมหรือจรรยาบรรณของการวิจัยโดยทั่วไป

## เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน  
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์. 2541 การวิจัยที่มีการทดลองในมนุษย์. มหาวิทยาลัย  
มหิดล.
- ราชกิจจานุเบกษา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526  
เล่มที่ 100 ตอนที่ 115, 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2526.
- บุปผา ศิริรัมย์ จรรยา เศรษฐบุตร และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง (บรรณาธิการ).  
2544 จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง บุปผา ศิริรัมย์ และวาทีณี บุญชะลิกษ์ (บรรณาธิการ).  
2531 การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม สถาบันวิจัยประชากร  
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันประชากรศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเอ็กซ์เตอร์. 2529 คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการประเมิน  
ความต้องการวางแผนครอบครัว. โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้าน  
ประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2533 ข้อเสนอแนะผู้ทำการวิจัยในคน.
- Anastasi, A., 1976. *Psychological Testing* (Fourth Edition) New York : Macmillan  
Publishing Co., Inc.
- Michael A.R. & P.S. James., 1967. *Ethics and Anthropology : dilemmas in Fieldwork*.  
New York : John Wiley & Sons.
- Ruebhausen, O.M. & O.G. Brim, Jr., 1966. Privacy and Behavioral Research.  
*American Psychologist*. 21 : 423 – 437.
- WHO., 1993. *Guideline for Good Clinical Practice (GCP) for Trials on Pharmaceutical  
Products*, Geneva.









# Research Methodology

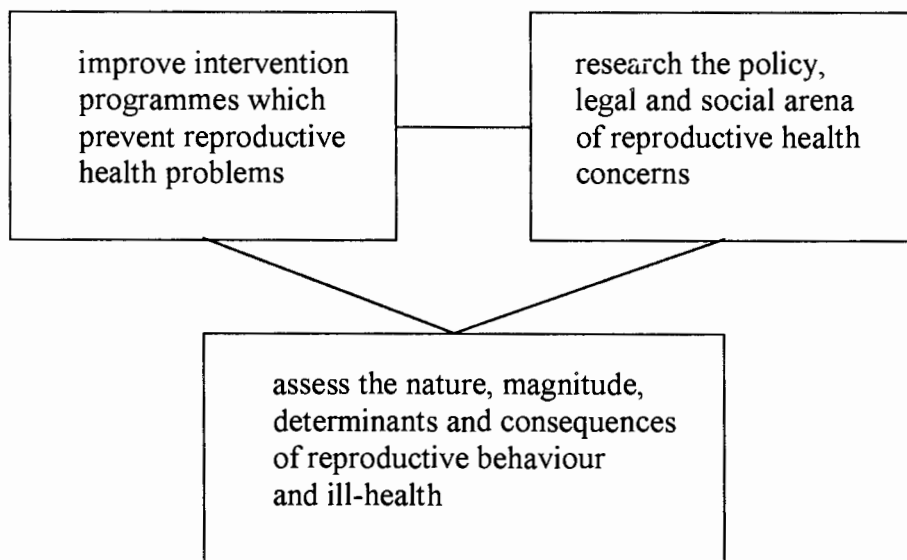
---

*Alan Noel Gray\**

## **Broad objectives of social science research on reproductive health**

Source: Campbell et al, 1999

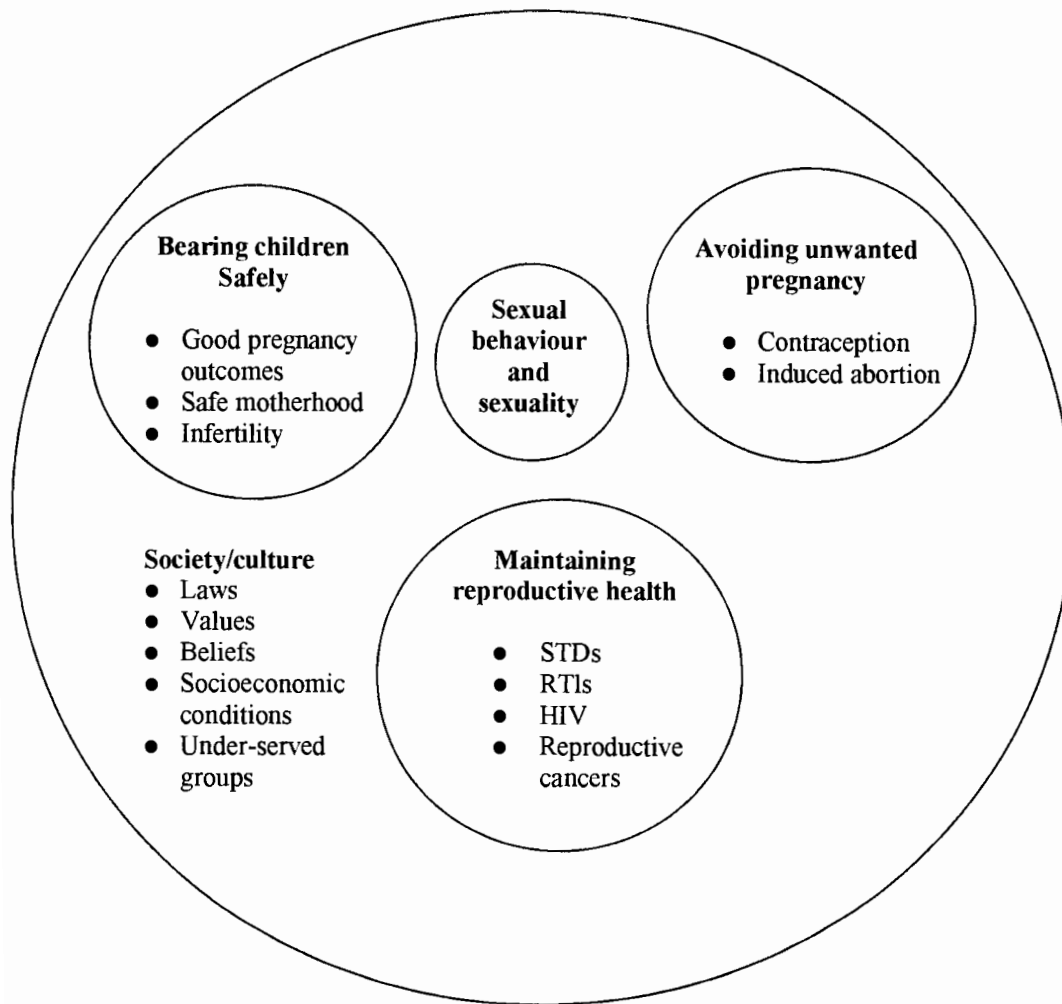
- Identify and define reproductive health problems by measuring the magnitude and nature of reproductive/sexual behaviour and reproductive ill-health
- Investigate its determinants and consequences
- Improve and support intervention programmes which attempt to prevent or treat reproductive health problems through health, family planning, educational and other services
- Understand, inform and influence the policy, legal or social arena in which reproductive health concerns arise



---

\* Foreign Expert, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

*The main domains of reproductive health research (Campbell et al. 1999)*



**Relationship of study design to objectives – initial steps (Campbell et al. 1999)**

**1. THE PROBLEM**

- A. Present a clear, brief statement of the problem, with concepts defined where necessary
- B. Show that the problem is limited by bounds that can be identified
- C. Describe the significance of the problem

## 2. THE THEORETICAL FRAMEWORK

- A. Describe the relationship of the problem to a theoretical framework
- B. Demonstrate the relationship of the problem to previous research
- C. Present alternative hypotheses consistent with the framework of the theory

## 3. THE HYPOTHESES

- A. Clearly state the hypotheses that will be tested
- B. Indicate the significance of these hypotheses to the advancement of research and theory
- C. Define concepts or variables (preferably in operational terms)
- D. Describe possible mistakes and their consequences
- E. Note seriousness of possible mistakes

### Two possible types of problem

1. An explanatory problem that leads in unexpected directions
2. Sensitive topics provoke non-cooperation

### Relationship of study design to objectives – research questions (*Campbell et al. 1999*)

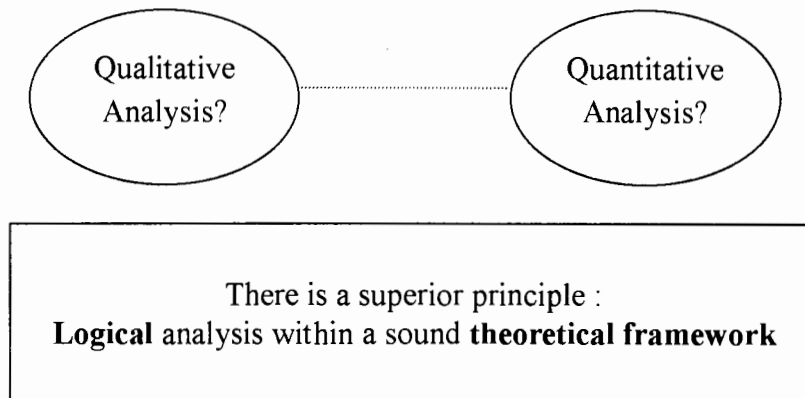
- Is the answer already known, or could it be easily ascertained from a careful review of the literature or a quick ad simple field assessment?
- Is the research question sufficiently precise, clear and bounded to be answered satisfactorily in a single study?
- Will the answer be relevant to advocacy, policy or programmes?

### Relationship of study design to objectives – decisions (*Campbell et al. 1999*)

- Who, or what, will be studied?
- What information will be needed?
- How will information be collected?
- Over what time span should information be collected?
- How many individuals, or other units (e.g. health centres, communities) should be studied?

### Choices – quantitative or qualitative?

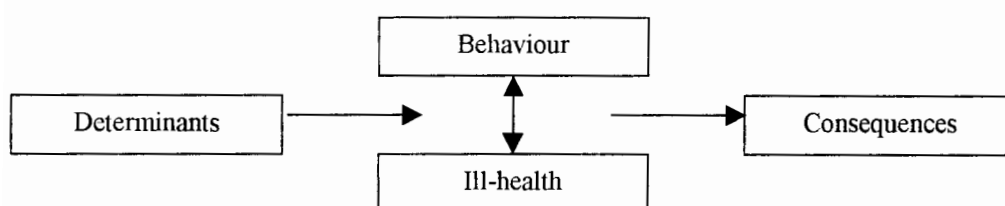
- The scientific method ... is maximally accomplished when the researcher does not place himself at one end of the qualitative-quantitative axis, but midway between and using the strengths of one to resolve the weakness of the other.'



### Determinants and consequences of sexual/reproductive behaviour and reproductive ill-health (*Campbell et al. 1999*)

- Sexual behaviour and negotiation
- Assessment and perception of risk
- Beliefs and values related to reproductive function and reproductive ill-health
- Biomedically defined versus self-perceived and reported reproductive morbidity
- Individuals' experience of reproductive health problems and their desired solutions
- Consequences of reproductive problems in physical, psychological, social, cultural and economic terms
- Socioeconomic and demographic characteristics of those affected by ill-health or unwanted reproductive outcomes, including under-served groups such as adolescents, unmarried married individuals, minority groups, men and refugees

### A general framework for analysis of reproductive health (*Campbell et al. 1999*)



- Generally a research study will be concerned with only part of this framework

### Conceptual Models & Operational Models

#### Conceptual model (relating concepts):



*How well do the  
variables correspond  
with the concepts?*

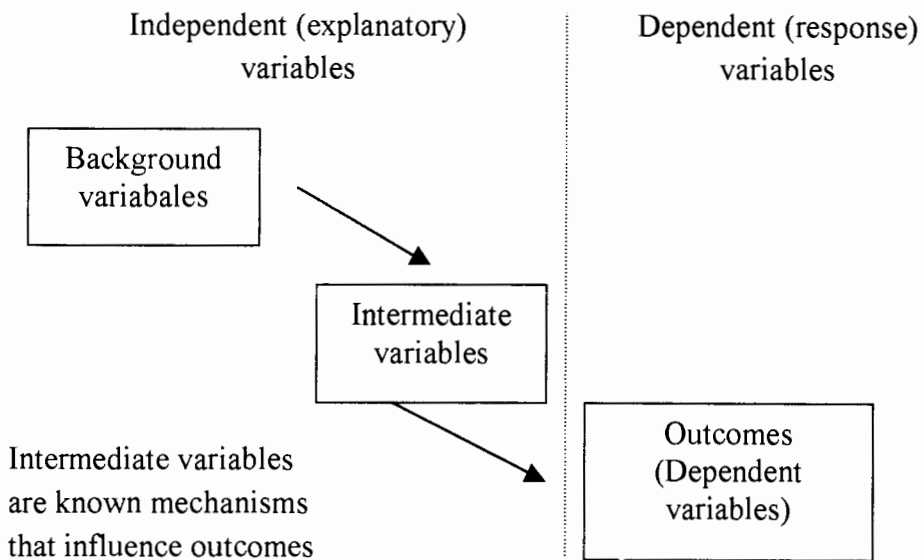
#### Operational model (relating variables):



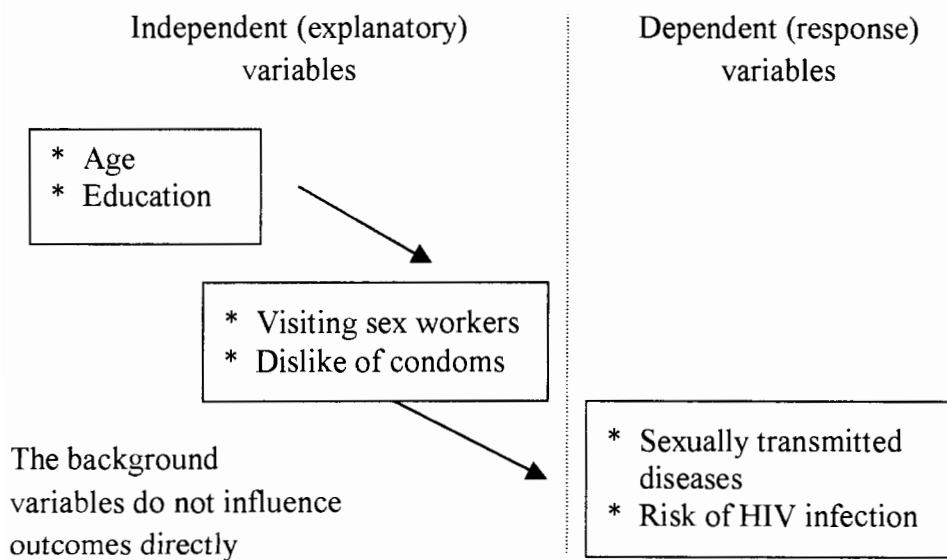
- What is education?
- Is it:
  - Highest qualification?
  - Age of leaving school?
  - Number of years attended?
  - Literacy?
  - An objectively-tested set of life skills?
- The **concept** of education might not correspond with any of the **variables**

available to measure it

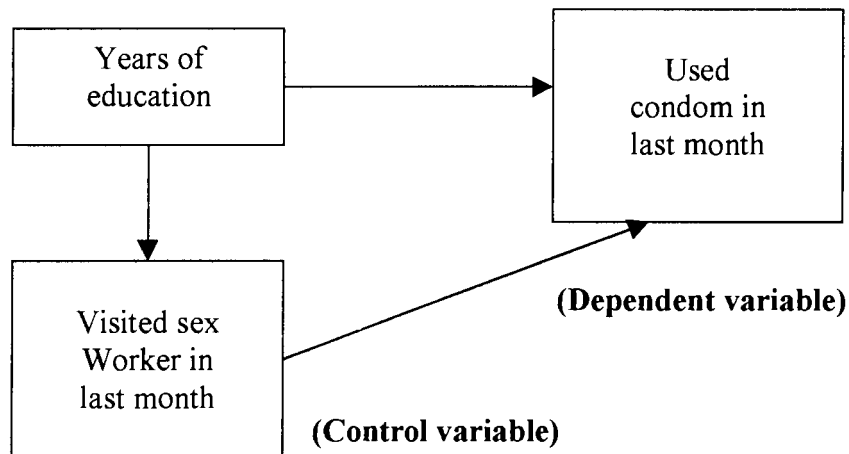
### Operational Models



### Example of an Operational Model:



### Operational Models Often Need Control Variables



### Survey approaches

- Structured interview approaches are usually used to obtain data for quantitative analysis in social science research
- Many approaches exist for obtaining qualitative data

### Use structured interviews if ... (Campbell et al. 1999)

- the subject matter of the enquiry is familiar and relatively well explored
- a suitable vocabulary for communicating with respondents has been established
- there are reasonable grounds to expect that the responses will be **reliable** and **valid**
- numerical results are needed
- the central purpose of the enquiry is descriptive rather than one that attempts to explain behaviour
- a sampling frame is available and subject recruitment does not pose special problems

### Desirable Properties of Research Methods (Adapted from Podhisita, 1993)

- Would the same result be obtained if the question was asked again to the same person under the same conditions? **Yes: A reliable question**



- Does the question refer precisely and correctly to the concept it is mean to measure? **Yes: A valid question**
- Can the study or analysis be checked by doing it again? **Yes: A replicable study or analysis**
- Does the study account for all social and cultural variations in a community or group? **Yes: A representative study**
- Does the researcher's presence interfere with or interrupt normal behaviour? **No: The study is not affected by reactivity**
- Can the results be generalized to other units of the larger group of which the study population is part? **Yes: A generalizable study**

#### **Use Qualitative Methods ... (Bennett, Anthony, 1993)**

- Before structured interview methods
- When studying a new population for which there is very little descriptive information (e.g. adolescents, intravenous drug users, sex workers, remote minorities or ethnic groups)
- When trying to explain a contemporary or recent phenomenon
- When sharpening the contrast between different ways of thought or behaviour
- When trying to probe a sensitive topic

#### **Methods of Data Collection (Based on Campbell et al. 1999)**

- Observation
- Structured interview surveys
- Self-enumeration methods and diaries
- In-depth individual interviews
- Semi-structured interviews
  - open-ended questions
  - discussion items
- Focus group discussions (normative information)
- Structured qualitative methods
  - free-listing
  - pile-sorting
  - social mapping
- Clinic records and other administrative records

**Research strategies (Based on Campbell et al. 1999)**

- Rapid appraisal procedures
  - rapid rural appraisal (RRA)
  - participatory rural appraisal (PRA)
  - rapid epidemiological assessment (REA)
  - rapid assessment procedures (RAP)
  - focused ethnographic studies (FES)
  - situation analysis
- Policy analysis
- Stakeholder analysis
- Political mapping
- Body mapping

**Development of structured interview questionnaire (Based on Campbell et al. 1999)**

- Based on the study objectives, make a list of topics for the survey
- Discuss these with other interested parties and refine as necessary
- Conduct exploratory research in the form of **unstructured interviews or group discussions** to identify ways of measuring the concepts, with special attention to vocabulary
- Prepare a first draft of the questionnaire, translate it if necessary, and conduct a small pretest
- Prepare a revised draft with instructions for interviewers and conduct a pilot survey under field conditions, preferably using interviewers who will also be part of the main survey
- Carry out a hand analysis of the pilot survey, debrief the interviewers, and adjust the questionnaire
- Consult data processing personnel on final design

**Preparation of interview and focus group discussion guides (Based on Campbell et al. 1999)**

- Research questions
  - broad question areas as points of reference for more detailed questions
  - formulate specific questions

- Types of question
  - descriptive
  - structural (what people say they want: what people think is true; what people are or do)
  - contrast
- Question formats
  - open-ended versus focused
  - presupposition (increased meaning)
  - role playing
  - probe and follow-up

### **Sampling**

- Probability sampling – key terms
  - random sampling
  - systematic sampling
  - stratified sampling
  - cluster sampling (including two-stage sampling and sampling with probability proportional to size)
- Non-probability sampling – key terms
  - purposive sampling (unique, especially informative cases; members of difficult-to-reach population; particular types of cases for in-depth interviews)
  - community sampling
  - dimensional sampling
  - quota sampling

### **Methods of Analysis of Quantitative Data**

- Univariate analysis
  - frequencies/distributions
- Bivariate analysis
  - crosstabulations
  - appropriate statistical tests

- Multivariate analysis
  - linear models, including analysis of variance, linear regression, logistic regression
  
- Survival analysis
  - life table methods (univariate and bivariate)
  - Cox regression (multivariate)
  
- Consult a statistician

### References

- Bennett, Anthony, 1993. 'Do population studies need qualitative research?' In Yoddumnern-Attig, Bencha, George Allen Attig, Wathinee Boonchalaksi, Kerry Richter, Amara Soon thornhdada (eds.) **Qualitative Methods for Population and Health Research**. IPSR publication No. 172. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University
- Campbell, Onna, John Cleland, Martine Collumbien, Karen Southwick, 1999. **Social Science Methods for Research on Reproductive Health**. WHO/RHR/HRP/SOC/99.1. Geneva: World Health Organization
- Podhisita, Chai, 1993. 'Assumptions and issues surrounding qualitative research.' In Yoddumner-Attig, Bencha, George Allen Attig, Wathinee Boonchalaksi, Kerry Richter, Amara Soon thornhdada (eds.) **Qualitative Methods for Population and Health Research**. IPSR publication No. 172. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.





# Summary of Qualitative Methods for Population and Health Research

---

*Alan Noel Gray\**

## Key messages from:

Yoddumnern-Attig, Bencha, George Allen Attig, Wathinee Boonchalaksi, Kerry Richter, Amara Soonthorndhada (eds.). 1993. **Qualitative Methods for Population and Health Research**. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University

## CHAPTER 1

Yoddumnern-Attig, Bencha, George Allen Attig, Wathinee Boonchalaksi, Kerry Richter, Amara Soonthorndhada. 'Qualitative research: a process of discovery' (pp. 1-6)

### Studying people and problems

'The best qualitative information provides rich descriptions and well-founded rationale for explaining the underlying behavioral and environmental processes at work in local settings ... The key to qualitative research ... is discovering and understanding the context in which decisions, actions and events occur.' (p.1)

'This technique [a quantitative approach] is valuable in giving a scientifically valid and statistically reliable set of objective data ... The second approach is qualitative and rests on collecting subjective information, as given by either the researcher or subject ... Scholars in traditionally quantitative fields such as demography will stress the benefits of quantitative research, while qualitative specialists in anthropology will present their own arguments in favor of qualitative research. The fact is that each has its own inherent strengths and

---

\* Foreign Expert, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.



weaknesses depending upon the topic under study and the research questions being asked.’ (p.2)

‘... There are really three different types of social research: cross-sectional (quantitative), contextual (qualitative), and historical (temporal). Each of these can intersect one another like three intersecting circles... To get a complete holistic understanding, however, researchers need to target the middle, where all three intersect.’ (p.2)

### **Benefits and precautions in qualitative research**

‘Qualitative fieldwork can last for months at a time, if not years ... Only a few dozen cases can be managed effectively, even in multiple-community projects, as time and resources limit the project ... Over the fieldwork process, field notes, interview materials (tapes, transcriptions) and observations accumulate to vast amounts, and many workers suffer from “data overload” at the thought of analyzing them ... Data overload is compounded when research investigations involve a number of teams, each of which may be using a different type of method or approach.’ (p.3)

### **Audience and intentions**

‘What is needed to conduct acceptable qualitative research studies are three key elements: an understanding of the qualitative research process and its applications, a knowledge about different qualitative research tools and approaches, and suitable examples of successful qualitative research studies that will give the junior researcher a pattern from which to develop his/her own research project.’ (p.4)

## **PART 1. THEORETICAL AND PRACTICAL CONSIDERATIONS**

### **CHAPTER 2**

Podhisita, Chai. ‘Assumptions and issues surrounding qualitative research.’ (pp. 7-13)

#### **Introduction**

‘This brief chapter begins with a summary description of the origin of the qualitative research methodology. It then discusses a terminological problem which sometimes is confusing for those who are new to qualitative research or are not directly involved in the field of social science research ... Following this, the

theoretical base of qualitative research is explored. The focus ... is on the process of discovering “social knowledge” and how such knowledge is derived.’ (pp. 7-8)

### **Terminological problem**

‘... It is useful to briefly discuss some of the terms used to refer to “qualitative research”.

1. *Anthropological research*. Many people refer to qualitative studies as “anthropological research” simply because the kind of approach central to it was developed within anthropology.
2. *Ethnographic research* .... A qualitative study has as its important aim to collect ethnographic information, ... which, as a whole, describes a culture or way of life of the population under study. It includes data about behaviors, beliefs, knowledge, world view, attitudes and values of the population...
3. *Field research or intensive field research* ... Traditionally [qualitative research] has involved a relatively long period of fieldwork, though the use of rapid anthropological assessment methods are now in vogue.’ (pp. 8-9)

### **Quantitative vs qualitative**

‘What needs to be discussed here is the kind of approach which makes qualitative research substantially different from quantitative research. Briefly speaking, [qualitative research] is essentially “holistic”. *Holism* refers to the attempt in anthropology (and some other disciplines) to incorporate various forms of knowledge into a meaningful understanding of humanity. This calls for various kinds of information to analyze and understand certain aspects of human behaviour... The holistic approach has a significant implication for fieldwork. First, if in-depth ethnographic information is essential to the analysis, it is unlikely that the investigator can utilize a large sample size in his study... The qualitative researcher prefers a small-scale population so that he can focus his efforts on variety and the depth of the data ... Second, ... it is only through rapport and trust [from the people under study] that the depth of the data can be appropriately reached.’ (p.9)

### **Philosophical base**

‘... Let us consider the concepts of deduction and induction which have significant implications for how knowledge can be obtained... A deductive approach is the one in which the investigator would begin with a proposition, or some kind of theory, from which working hypotheses can be made... Such a deductive approach provides a philosophical basis for quantitative (survey) approach... An inductive approach implies that the investigator proceeds from a

particular segment of the population, i.e. a small sample... The inductive approach provides a philosophical basis for qualitative (anthropological) research.' (p.10)

### **Data and how they are collected**

'Focusing on the meaning and process of human behavior often requires that the investigator be able to get to the "back of the stage" or to see beyond the actor's behavior and get to the intention behind it. And when the investigator records the meaning, he must pay attention first to the meaning as understood by the actor (emic view), and not that of his own or that which is scientifically proved (etic view) ... Qualitative research involves two important roles of the investigator, the role of a participant-observer and that of a researcher. Often, these two are in conflict... The investigator is often torn by the desires to remain a good participant and a good researcher.' (pp. 10-11)

### **Some methodological issues**

"Adequate data requirements for anthropology and other qualitative research studies include important considerations including validity and reliability, representativeness, reactivity, replicability, and, generality.

1. *Validity and reliability.* To assure validity and reliability, the qualitative researcher verifies the statements of one informant against other sources of information and assesses the probability that the statements given are correct. This process is often referred to as "triangulation" ...
2. *Representativeness.* ... Usually, representativeness is obtained by interviewing a sufficient number of people to account for all social and cultural variation in a community or group ...
3. *Reactivity* ... The presence of the investigator can "interrupt" behaviours of the people under observation... Today, qualitative researchers try to control reactivity through self-reporting procedures... or by turning field workers into key informants...
4. *Replicability* means that another worker using the same research techniques in similar circumstances can produce the same results...
5. *Generality* refers to ... generalization from a single study to other units of the larger group of which it is a part ...' (pp. 11-12)

## Conclusion

‘The scientific method ... is maximally accomplished when the researcher does not place himself at one end of the qualitative-quantitative axis, but midway between and using the strengths of one to resolve the weaknesses of the other.’ (p. 12)

## CHAPTER 3

Bennett, Anthony. ‘Do population studies need qualitative research?’ (pp. 14-20)

### Introduction

‘What is it ... that quantitative methods fail to provide the population researcher? It is certainly not quantity or quality of data. Instead, it is the *variety* and *depth* of qualitative data that distinguishes the qualitative form from other methods of investigation.’ (p. 15)

### Applying qualitative methods in population research

‘Based on research designs and objectives, there are four general groups to which all current research can be classified.

***Descriptive Studies.*** These studies form the most common form of population research and their primary goal is to describe a population, a group or an individual on interest.

***Prospective Studies.*** These studies include research which attempts to measure the effect of an intervention on a population, group or individual already defined by a descriptive study. Prospective studies begin data collection *before* the intervention has taken place...

***Retrospective Studies.*** These studies also measure the impact of an intervention. However, generally data are collected only once, *after* the intervention has already taken place.

***Demonstration (Model) Projects.*** These projects are not truly research but are usually funded with research monies...’ (pp. 15-16)

### **The role of qualitative studies**

“Some of the situations where a qualitative study must precede quantitative data collection, or provide crucial monitoring or post-project information, include the following.

- When studying a new population for which there is very little descriptive information (e.g., adolescents, intravenous drug users, prostitutes, remote minorities or ethnic groups).
- When trying to explain a contemporary or recent phenomenon.
- When sharpening the contrast between different ways of thought or behaviour.
- When trying to probe a sensitive topic.’ (pp. 17-18)

### **CHAPTER 4**

Muecke, Marjorie A. ‘Changing qualitative approaches to reproductive health’ (pp. 21-26)

#### **Voices of the disadvantaged**

‘Qualitative approaches themselves are changing. New vocabulary is emerging, such as the terms **voice** and **agency** ... Allowing for **voice** treats research and service programs as media through which the voices and thoughts of people who have been ignored by previous programs, science, and policy will be heard ... **Agency** refers to the power of the person, family, or community to be its own agent, rather than to be represented by or spoken for by another. Programs and research that provide for the agency of the people studied or served are designed to preserve the integrity of the informant as an essential and expertly informed participant ... the approach is participatory research.’ (p.24)

### **CHAPTER 5**

Wynendaale, Bart. ‘The use of qualitative research methods in AIDS/STD prevention’ (pp. 27-32)

#### **A behavioral or medical approach**

‘What is evident is that the most successful programs in changing behavior were those in which the target groups themselves were actively involved from the very first start, the set-up. Group dynamics here also play an important part, especially in terms of peer and group pressure. Interpersonal interaction and active

participation are major priorities for success. Key persons can also be useful as facilitators and peer educators.’ (p. 29)

‘Researchers today for the most part are problem identifiers; they are not problem solvers ... Research should give back more to the community than it takes from it, especially in skills transfer, resource development and creation of awareness.’ (pp. 30-31)

## CHAPTER 6

Attig, George Allen, Bencha Yoddumnern-Attig. ‘Nutrition and qualitative research: a marriage over time’ (pp. 33-42)

‘The chapter explores the field of nutrition and its development over the last three decades with an emphasis on showing how the role of qualitative research has grown in importance as nutritionists and other allied professionals seek to understand the behavioral dimensions of food habit patterns.’ – Editors’ summary (p.33)

## CHAPTER 7

Leoprapai, Boonlert. ‘The role of qualitative studies in policy formulation and development planning’ (pp. 43-48)

### Definition of terms

‘The processes leading to policy formulation are usually lengthy and complicated. For Thailand, it can be said that the nation’s changing population trends after World War II, coupled with the country’s economic, social and political goals of introducing a better quality of life to its people, led to the need for a national policy for population growth reduction or one aimed at slowing the rate of population increase ... The process of development planning comprises the following vital steps (Bilsborrow, 1976)

1. Formulating an overall strategy and preliminary specific targets.
2. Assessing the current situation in the country from existing information
3. Projecting the future on the basis of recent past and expected future trends.
4. Determining differences between desired targets in 1 and expectations in 3.
5. Determining policy options available and choosing that set of policies which minimize 4, given the expected budget and actual resource constraints.
6. Revising targets accordingly and publishing them as goals for the entire plan period or annual goals.

7. Implementing the policies and strategies chosen.
8. At the end of the plan period (and/or) at a certain period during the plan's implementation), assessing the extent to which plan targets have been fulfilled, and reasons for shortfalls.' (pp. 43-45)

### **Conclusion**

'In policy formulation and development planning, therefore, research results from both quantitative and qualitative studies serve important purposes. While results from quantitative studies indicate what development strategies or activities should be used to fulfill policy objectives, results from qualitative studies explain why and under what socio-economic and cultural circumstances those phenomenon happen and what are their relationship.' (p.48)

### **CHAPTER 8**

Boonchalaksi, Wathinee. 'The reliability and validity of qualitative research methods' (pp. 49-57)

### **Observation**

'Observation can be divided into two major forms: structured observation and unstructured observation ... The majority of researchers use both structured and unstructured observation in the collection of primary field data. Observation, in either form, contains both strengths and weaknesses. Explicitly, observation facilitates the obtainment of more in-depth contextual details than survey data ... But ...

- the investigator cannot plan in advance for unexpected events
- he cannot examine more than one event at a time
- observations can only be realistically and accurately made in a small group context
- some personal behaviors ... may also not be readily observable
- the observational data may only rest on public behavioral patterns
- bias ... may arise if the observer differentially and incorrectly participates in on-going events.' (pp. 51-52)

### **In-depth interviewing**

'In-depth interviews are two-way conversations generally undertaken with people who are relevant, in one or many ways, to the research study and its objectives ... In-depth interviews, like observations, also have their limitations. Interviewers

are challenged to continually process and analyze the information being given in order to keep the discussion going and to obtain even finer details on the topic being discussed. Oftentimes subjects will bring up topics which are totally unexpected, and the interviewer must immediately assess their potential relevancy... Usually interviewers must... take notes in as complete a manner as possible [or] use a tape recorder...' (p. 53)

### **Life history collection**

'... The researcher (and readers of life history materials) must keep in mind three key questions when examining the life history information. They are:

- a) Under what conditions were the data collected? (i.e. the nature of the subject-interviewer relationship);
- b) Has the data been revised, misinterpreted or over-stressed by either the interviewer or his subject in order to present a specific point of view? And
- c) Is the life history subject representative of the population in terms of his experiences?' (p.54)

### **Focus group discussion**

'Focus group discussion utilize an interview guideline ... and their validity and reliability rests heavily on the skills of the interviewers ... A moderator is used to guide the discussion, and his personality and ability to communicate accurately and effectively in the local language is one determinant of data quality ... Further, a note-taker must be adept at recording information quickly and accurately ... Another major concern in focus group data collection is that the data collector and the project owner (i.e., chief principal investigator) should not be the same person.' (p.55)

## **CHAPTER 9**

Sirirassamee, Buppha. 'Ethical responsibilities in qualitative research' (pp 58-63)

### **Introduction**

'This chapter discusses general ethical considerations which a researcher should remember when conducting any type of social research involving various subjects. In social research especially, ethical issues permeate every step in the research process, beginning with selecting a research topic, stating general and specific objectives, choosing the sample and methods of data collection, reporting and so on.' (p.58)



### **Confidentiality**

‘The researcher’s foremost responsibility is ... to protect the confidentiality of her subjects ... All information that is not already generally known, or which could be damaging to the subject, should be kept strictly confidential... The most common and practical strategy used to protect a subject’s confidentiality is to code a subject numerically or alphabetically using some system which does not contain the subject’s name ... But sometimes removing a subject’s name is not enough. The characteristics and circumstances surrounding a person’s life ... can be enough to indirectly disclose the subject ... What is not realized, or seriously considered, is that by abiding by strict codes of confidentiality, a greater amount of data and good quality information can be obtained. People are more willing to share their ideas, attitudes, emotions and beliefs if they are absolutely certain from the outset that their anonymity will be strictly protected.’ (p.60)

### **Respondent welfare**

‘Another important ethical consideration is subject welfare which includes organizations and other resources from which data are collected ... Where research findings may result in undesirable consequences for the subjects, it is the researcher’s responsibility to detect and remove or minimize them.’ (p.61)

### **Legal and moral standards**

‘In some countries, assurances concerning the use of human subjects and the attainment of free and informed consent must be officially and legally obtained before any project receives funding or commences. In other nations where such stringent regulations do not exist, researchers must take it upon themselves, and their consciences, to routinely obtain free and informed consent as a part of their own research skills and responsibilities.’ (p.62)

### **Subject compensation**

‘Whether or not to compensate subjects for their time and cooperation in participating in a project is one area which has not been decided upon ... Compensation ... must abide by the gift giving rules of the society in which the study takes place as well as the nature of the research itself. No strict rules exist, except those which the researcher holds within herself.’ (p. 62)

**Reporting and public statements**

‘The researcher must remember that his/her prime responsibility is to analyze data and report on this analysis. He/she should limit the amount of reported data to only that which is directly relevant. The indiscriminate or overly extensive reporting of respondent’s personal information, even when anonymity is secured, serves no purpose and is often unethical despite the intent.’ (p. 62).







# TYPES OF DATA

---

*Alan Noel Gray\**

## INTRODUCTION

Familiarity with database programs encourages users of these programs to think of data types in a particular way, classifying types of data into categories such as character data, numeric data, dates, logical data, and memos or free format character data. Most of these data types are not particularly useful for data analysis. In fact, a statistical analysis package such as SPSS can really only handle properly data which is in the numeric form for a database package.

It is true that SPSS can handle alphanumeric (character) data, and dates, but with some difficulty – we might examine examples later. However, numeric data are preferable. Numeric data are not always easy to interpret, because often the fields that are created in database packages for statistical analysis contained codes, not true numeric values. Most database programs are not designed to recognize coded data items as a distinct category, the code list is created independently from the database program itself, and it remains unknown to the program.

While it can be seen that there are two distinct types of numeric data item that we might want to store in a database, namely true numeric data and coded items, there is another dimension of classification of that is far more important in statistical analysis. There are at least four types of data that need to be recognized if correct choices about appropriate statistical procedures and statistical tests are to be made.

## DATA TYPES IMPORTANT IN STATISTICAL ANALYSIS

The four data types that need to be recognized for proper choices about statistical procedures and tests to be made are:

1. Continuous and interval data (or ratio data), meaning natural numeric data with a defined order and equal distances between successive categories;

---

\* Foreign Expert, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

2. Ordinal data, meaning categories that can be arranged in order from highest to lowest but which do not necessarily have equal distances between categories;
3. Categorical (or nominal) data, meaning categories that do not have any obvious natural order and no distance measures between the them;
4. Dichotomous data (often known as dummy variables), that is categorical data having only two valid values.

Only the first of these categories is more or less recognizable from what we have discussed so far about databases and SPSS. A variable AGE recording the ages in completed years of a sample of people does not need to have value labels attached to it. The reason is that the categories of the variable (with the exception of a value 99 for 'not stated' cases) refer simply to measurable numeric quantities, namely completed years of age since birth.

Age is a good example of interval data, sometimes also known as 'ratio' data. There is no question that 27 is a higher age than 26 and that 26 is a higher age than 25, that is the data have a natural order. And the difference between 27 years of age and 26 years of age (at exact ages or on average) is exactly the same as the distance between 26 years of age and 25 years of age, so the categories are equally distant from each other.

You might be slightly worried about this, especially since we have grouped together continuous and interval data in this category. There is a difference, you might argue, between exact numeric measurements and groups of equal size. This is true to some extent if the groups become too large to be able to assume uniformity of associated effect within groups, as will be discussed shortly, but in general the difference between numbers classified in the sequence

..., 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.5, 20.6, 20.7, 20.8, 20.9, ...

and those in the sequence

..., 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, ...

is only a matter of scale. In the second sequence the distances between categories are ten times as large as in the first sequence.

Strictly, a digital computer is unable to recognize truly continuous data. There is not only no exact computer representation for any of the transcendental numbers, such as the numbers  $e$  and  $\pi$  (and there are many more transcendental numbers than algebraic numbers) but ordinary numeric representations on computer are incapable of representing most rational or algebraic numbers exactly as well. For example, neither one-third nor the square root of two can be represented exactly by most computer package programs. The best most programs can do is handle finely classified intervals.

In these notes the terms ‘continuous’ and ‘interval’ will be used interchangeable, for these reasons, however strange this may appear at first sight. There is an important qualification to this usage, to which we have already alluded, and it is easiest to illustrate it by example.

Suppose that we wish to carry out an analysis of age at marriage. Then we would most certainly lose information if the age variable was grouped into five-year age groups, because in every human society risk of marriage can vary considerably within age groups. *A priori*, we could not expect 15-year-olds, male or female, to have the same risk of marriage as 19-year-olds of the same sex. For this particular purpose, five-year age groups would convey less information in the context. In another context, five-year age groups could be just as satisfactory as single-year age groups, or as we will see subsequently even more satisfactory if the recording enhances the validity of statistical tests. There are some very powerful statistical procedures that **require** interval data for their use. Additionally, there are many statistical tests for other procedures that are only meaningful if relevant variables are of interval type.

The second data type, ordinal, refers to categories which have an obvious order but for no measure of distance between categories. A good example is a variable concerning education, which might be classified as follows:

<i>Code</i>	<i>Category</i>
1	Illiterate
2	Some primary
3	Completed primary
4	Completed junior secondary
5	Completed senior secondary
6	Completed at tertiary level
9	Not stated (identified missing value)



Now (disregarding the missing values in category 9) it is very clear that the categories 1 to 6 have a very definite order, from lowest to highest. It is not, however, clear that the distances between categories are equal. Is the distance between 'Illiterate' and 'Some primary' the same as the distance between 'Some primary' and 'Completed primary'? Do not be misled by the fact that the difference between the codes is equal. The codes are only numbers chosen to represent the categories. As is the case with interval data, there are statistical procedures and tests which are very specific to ordinal data. It is important to be able to distinguish variables that are ordinal in nature from variables that are simply categorical. The terms 'categorical' and 'nominal' are used interchangeably.

One of the unfortunate outcomes of coding or recoding procedures is that good interval data are sometimes made into data that are no more than ordinal. This often happens with data on age, which may be grouped into a mixture of categories that are sometimes 5 years long, sometimes 10 years long, and, sometimes longer. A good recoding of an age variable will try to avoid this outcome by making sure that all valid cases are included in equally-spaced groups, such as 5-year age groups or 10-year age groups. To do otherwise is to vandalize data.

A good example of a nominal variable would be a variable describing nationality:

<i>Code</i>	<i>Category</i>
1	Australian
2	Bangladeshi
3	Egyptian
4	Indonesian
5	Thai
6	Other
99	Not stated

Although the valid values all have numeric codes, there is no order except an alphabetical order for the categories. Much less is there any concept of equal distance between the categories. Again, for categorical variables there are appropriate statistical procedures and tests.

Sometimes it is possible that an order might be a matter of value judgment; what one analyst considers is a purely categorical variable is regarded by another as an ordinal variable. An example could be a variable such as religion, where one analyst might regard the different categories of religious affiliation as having a

definite order, with one religion definitely highest on the list and the others in some type of order below it, while another analyst might regard these as being no more than categories. One single analyst might regard the variable as nominal for one purpose and ordinal for another purpose. For instance, religion might be classified as an ordinal variable if it is being used as a proxy for social factor that occurs at different levels within different religious groups.

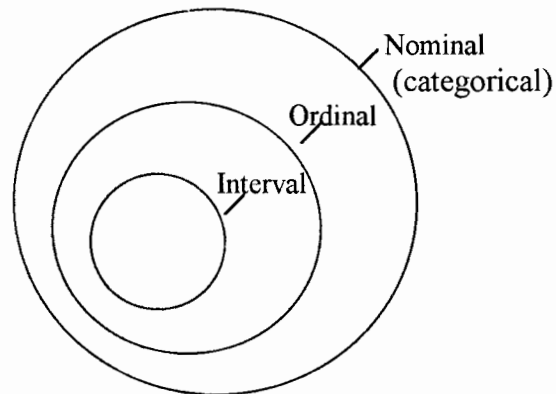
The fourth data type, dichotomous or ‘dummy’ variable, is a special type of categorical variable, one which can take only two valid values, for example SEX in our trial data set. Now, it might seem strange that we should separate out dichotomous variables into their own category. But consider two things about such variables:

1. Because there are only two categories, the distances between categories are equal (there is only one distance);
2. It does not really matter which one we regard as the highest or the lowest – in most cases statistical coefficients which we derived with one order would need only to be manipulated algebraically (for example by changing positive coefficients to negative) if we reversed the order of the two categories.

For these reasons, a dichotomous variable is in fact very similar to an interval variable. In many cases, we can use dichotomous variables quite happily as interval variables in certain positions in statistical procedures. In other positions, particularly where the dichotomous variable is the dependent variable in a procedure, special statistical procedures have been developed. If dichotomous variables can often be used where interval (continuous) variables are usually required in a model, note also that it is often possible to collapse an ordinal or categorical variable into just two categories by recoding it. For example, we could split education into just two categories as: illiterate or incomplete primary; and complete primary or higher. Or we could split nationality into two categories as ‘Egyptian’ and ‘other’. In this way it is often possible to introduce some of the information contained in inappropriate variable types into the more powerful techniques available for interval and dichotomous variables.

The categories of interval, ordinal and nominal variables are not exclusive. On the contrary, every ordinal variable can be regarded as merely a special type of nominal variable (satisfying the condition of having an order), and every interval variable can be regarded as merely a special type of ordinal variable (satisfying

the additional criterion of having a fixed distance between successive categories). These observations can be expressed diagrammatically:

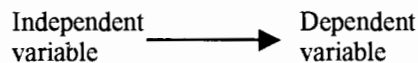


Because every interval variable is also an ordinal variable, a statistical test for ordinal variables can also be applied to interval variables, and because every ordinal variable is also a nominal variable, a statistical test for nominal variables can also be applied to both ordinal and interval variables.

### PRELIMINARY REMARKS ABOUT STATISTICAL MODELS

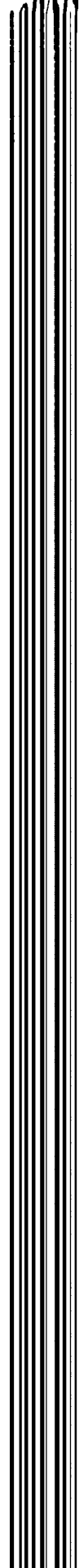
There is a passing mention in the above discussion of data types that some types of data figure in certain positions in statistical procedures. What was meant by this remark was that certain types of variables can be used as the dependent variables for certain statistical procedures and tests, and certain types of variables can be used as the independent variables.

In the simplest form of a statistical model, there are two variables, and one of them is assumed to have an influence on the other:



The independent variable is the one which influences the dependent variable. Equivalent terms are **explanatory** variable for independent variable, and **response** variable for dependent variable.

*Analysis of features of*





**There is no statistical analysis, other than preliminary analysis of features of the data set, that can be carried out without a model.**

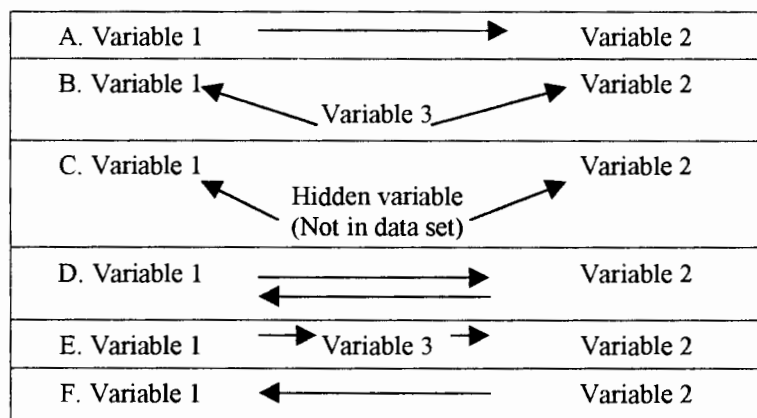
**And the basis of every model is a theory.**

The more complex statistical models usually have more than one independent variable, and they may also have various stages of dependence and paths of possible causation. What they do not usually have are arrows moving in two direction, because this creates substantial problems for statistical analysis. No standard statistical analysis package program is capable of handing feedback models. Yet in real life most people can think of feedback mechanisms quite readily as explanations of certain social phenomena. The complex relationships between status of women, women's education, women's labour force participation and fertility form a good example of a supposed feedback model.

It is possible to use statistical analysis packages to note that relationships exist between variables. This is not statistical analysis, unfortunately. Suppose that we notice a relationship between two variables, and express it as a double-headed arrow because we do not know the pathway of causation:

Variable 1  $\longleftrightarrow$  Variable 2

We can legitimately do this in a preliminary analysis, and propose some hypothesis about how the relationship works. For example, we might put forward the ideal that Variable 1 influences Variable 2, or vice versa. Or a third hypothesis might be that there is some other variable, perhaps one which is not even in the data set, which influences both of them. If we start to write down the possibilities, with single-headed arrows to denote pathways of causation, we very quickly come to at least the following possibilities:



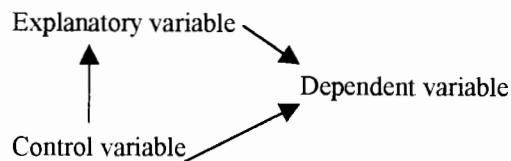
And once this process is started, it is easy to think of other possibilities.

As the above discussion illustrates most graphically, a model of causation is necessary for most serious statistical analysis, which requires that we identify which variables are dependent and which are independent, in other words in which direction relationships between variables are formed.

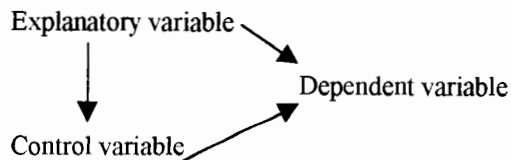
### **'CONTROL' VARIABLES**

Besides dependent (response) variables and independent (explanatory) variables, there is another type of variable which is often encountered in statistical analysis. This is the category of control variables. A control variable can be defined to be a variable which has a known or expected influence on the dependent variable, and which might also have some relationship with an explanatory variable, as in either of the following examples:

Model A –



Model B –



The difference between the two cases is that the expected relationship between the explanatory variable and the control variable is different. (As we have seen before, there are many other possibilities for the form of this relationship.) A variable can serve as a control variable in a statistical model either if it is influenced by the explanatory variable or if it influences the explanator variable, although perhaps the latter case is more frequently met. It is merely a special type of explanator variable one whose influence on the dependent variable is known or expected.

It might help to consider an example. In population and health research, one of the most commonly encountered control variables is age, because age has an expected physiological or sociological relationship with many types of phenomena. For example, age is related to risk of giving birth for many reasons: because fecundability between the ages of menarche and menopause is higher for younger

women, because the age of menarche and full physiological maturity is variable, because the age of menopause is variable, because age at marriage is largely socially determined and risk is related to marital status, and because other social prescriptions may help determine the correct ages at which a woman should give birth. We might want to control for these expected effects in an analysis of the influence of educational level on risk of giving birth for a very good reason, namely that educational achievement is also related strongly to age in many contemporary societies, where educational achievement has been promoted as part of the process of development.

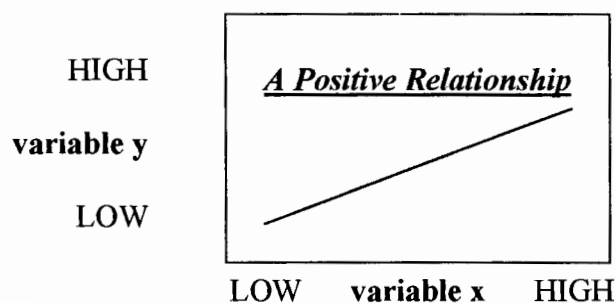
Unless we control for age, a spurious relationship between educational level and risk of giving birth might therefore be observed in a bivariate analysis of these two variables. Even more subtle, no relationship might be observed in a bivariate analysis when an analysis which includes age as a control variable will show a strong relationship. This could occur if age generally had a negative influence on risk of giving birth, while educational level had a positive influence at each age.

The above discussion has a heavy theoretical content, which emphasizes the link between good statistical analysis and the clarity and explicitness of its theoretical underpinning.

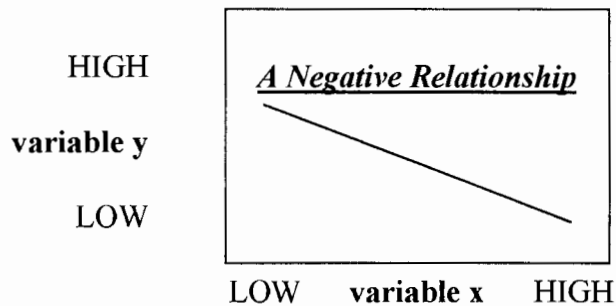
### **TYPES OF RELATIONSHIP**

While it is possible to discuss one variable influencing another, in a general sense, it should also be remembered that there are many specific types of relationships that can exist between variables. The most general type of relationship is known as statistical dependence. If there is any relationship at all between two variables, then they are dependent in this sense and the extent of the dependence can be measured, as discussed in the next section of these notes ('Section 3. Types of Relationship...').

Among the most prominent specific types of relationship are ordinal relationships. These are of two basic types, illustrated in the following diagrams.





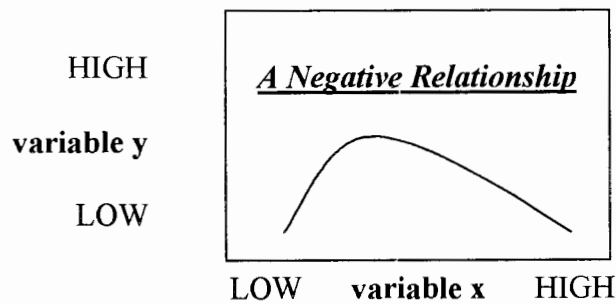


In a positive relationship, low values of one variable ('Variable X') are associated with low values of another variable ('Variable Y'). Conversely, high values of X are associated with high values of Y. It is not difficult to think of an example. For example, women at higher ages tend to have more children than young women who have not yet finished or even started their childbearing. So if we compare the number of children ever born with the age of mother, the relationship is expected to be positive.

In a negative relationship, low values of X are associated with high values of Y, and high values of X with low values of Y. Again, examples are common. Older people have lower levels of education in many societies, for example. This example is different in a subtle way from the example we gave of a positive relationship, where both the variables we discussed were **interval** variables – age and number of children. As we have discussed already in these notes, education is not an interval variable, but it is ordinal. For any ordinal variable, it is meaningful to consider high and low values, so it is meaningful to talk about positive or negative relationships with other variables which are of ordinal or interval type. (It is, however, difficult to draw graphs of relationships between two ordinal variables! They have no scale!)

Both positive and negative relationships are known as **ordinal** relationships. It is only meaningful to speak of ordinal relationships in the case of ordinal or interval variables.

There are many relationships involving ordinal or interval variables that are neither positive nor negative, although they might be just as strong. An example is given in the following illustration, of a curved relationship in which low and high values of X are associated with low values of Y, but medium values of X are associated with relatively high levels of Y.



As we have noted, there are general tests for detecting any relationship between two variables. There are more powerful tests for detecting statistically significant ordinal relationships. When a test of this type is used, the user should be aware that the test might not detect a statistically significant relationship of some other type (such as a curved relationship as illustrated). There are also other specific types of relationship, such as predictive power, for which specific statistical tests exist.

Most importantly, there are statistical procedures which are specific to types of relationship. In particular, most multivariate statistical procedures are based on detecting ordinal relationships, namely linear relationships.

### **STATISTICAL MODELS AND STATISTICAL PACKAGE PROGRAMS**

Most of the various types of statistical procedures which are available in standard analysis programs can only be carried out in a legitimate way if we know clearly which variables we want to serve as dependent variables and which we want to be the independent variables and control variables. Moreover, as has already been mentioned, different procedures require different types of variables (interval, ordinal, nominal or dichotomous) in the roles of dependent and independent variables. Finally, we need to be clear about what type of relationship we are investigating.

It might therefore seem surprising that some statistical package programs identify none of these things very accurately. The package GLIM is somewhat better than SPSS in this regard, in that GLIM distinguishes quite well between variables which are categorical and those which are truly numerical, but this package is limited in the types of statistical procedures which it will carry out while SPSS can be used for many other types of procedures.

The unfortunate fact is that it is possible to carry out many quite meaningless analyses in statistical package programs. Many packages will quite happily let the user (YOU!) specify a categorical variable as the dependent variable in a regression analysis, or calculate a correlation coefficient between a nominal variable and an ordinal variable, or many other totally invalid statistical procedures. No warnings are given that the results might be meaningless. It is the responsibility of the person doing the analysis (YOU!) to identify the types of data with which you are dealing and to make a selection of an appropriate procedure accordingly.

The importance of rigour in using statistical analysis packages cannot be over-emphasized. As we deal with various procedures in the following sections, there will be considerable emphasis on identifying which types of variables are required for procedures and tests to be valid.

### *Exercise 2.1*

Consider each of the following variables and specify what type of variable each one is:

(a) Region:

1. Capital city region
2. Coastal plains region
3. Hills region
9. Region not specified

(b) Baby's weight to nearest 50 gms (e.g. 3250g, 2600g, 2950g etc.)

(c) Length of gestation at time of birth:

1. Term (37 weeks or more)
2. Preterm (32 to 36 weeks)
3. Very preterm (less than 32 weeks)

(d) Measles immunization of child under five years old:

1. Received immunization
2. Not immunized
8. No child under five years old
9. Immunization status not known

- (e) DPT immunization:
  - 0. Not immunized
  - 1. Received one dose
  - 2. Received two doses
  - 3. Received three doses
  - 9. Unknown
  
- (f) DPT immunization:
  - 1. Fully immunized
  - 2. Incomplete doses
  - 3. Not immunized
  - 9. No information
  
- (g) Nationality:
  - 1. Citizen of Bangladesh
  - 2. Other
  
- (h) Height in centimetres (e.g. 153 cm, 138cm, etc.)

### ***Exercise 2.2***

- (a) We want to test a statistical model which says that both height and weight of the mother influence the birthweight of the child. The mother's weight and height have been measured at the time of the first antenatal visit, or in some cases after the birth if she had no antenatal care, but there are many cases of missing data. Draw a diagram of the model and discuss.
  
- (b) Because there is a correlation between height and weight of adult women, it might be desirable to use a measure known as body mass index, calculated by dividing the weight of the person (in kilograms) by the square of the height (in metres). For example, a woman who weighs 55 kilograms and has a height of 160 centimetres, or 1.6 metres, has a body mass index of 21.5 (160 divided by  $1.6^2$ ), within what is often considered to be the 'normal' range of 20-25. A body mass index of less than 20 is taken to be underweight, and 25 or above to be overweight. Suppose we include body mass index in the model. Discuss whether we should still include both height and weight, or height by itself, or weight by itself, or neither.
  
- (c) What would be the advantages or disadvantages of including a variable which is an estimate of the length of gestation of the baby at the time of the

first antenatal visit? Would it also be useful to include the gestational age of the child at the time of birth?

- (d) Identify the types of four of the variables we have discussed: birthweight of the child, height of the mother, weight of the mother, body mass index.

***Exercise 2.3***

Construct a diagram for a statistical model which states that education influences use of family planning and use of family planning in the past two years influences whether a woman gave birth during the past twelve months. What types of variables appear in your model?





# Guidelines for Preparing and Evaluating Research Project Proposals

---

George A. Attig, A.M.\*

## INTRODUCTION

To obtain funding to undertake a research project, investigators must write a project proposal. In a basic sense, a proposal is a well-organized and persuasive plan, presented to donors, which explains in a clear, simple and concise manner, what problem will be investigated, why it is important to study such a problem, what objectives and outcomes will be attained, and using what procedures and methods.

This document provides guidance in helping to prepare and evaluate research project proposals. It contains three parts. Part 1 presents a *Project Proposal Guideline*. This general guideline is adapted from those used by the World Health Organization and is the one that should be used in developing proposals for this workshop. It can also be used for writing proposals to agencies that do not have set proposal guidelines. Alternatively, the information can also be adapted to fit the requirements of agencies with their own proposal guidelines.

Part 2 includes an *Evaluation Guideline*. It contains a list of criteria that can be used to assess the overall quality of a proposal in terms of its presentation and organization, as well as how well it communicates the project's intent.

Part 3 contains a *Reviewer Guideline*. Funding agencies often use a peer review process to evaluate proposals. This means that they ask other experts to look at your proposal and decide whether or not it is worth funding. As part of this process, they may ask reviewers, themselves, to give a written explanation or summary of the project in order to see if the proposal and its plan are understandable and meaningful. This guideline contains a list of question or

---

\* Foreign Expert, Institute for Nutrition Research, Mahidol University



Usually the project summary is written last, i.e., after the remainder of the project proposal has been written up. If it is written first—for instance, as a protocol or concept paper—it should be revised again when the full proposal is completed. Each of the sections of the project summary should include the following information.

### **1.1 TITLE**

State a title that is: (i) short (usually no more than one line), (ii) specific (what will actually be done; derived from project objectives, NOT its goal/purpose, and (iii) uses key words relevant to the funding agency and its priorities.

### **1.2 JUSTIFICATION OF THE PROJECT**

State briefly:

1. the major problem to be studied,
2. why the project is important, and if applicable,
3. how it relates to national policies and/or the objectives of the agency to which the proposal is being submitted.

### **1.3 PROPOSED RESEARCH**

Outline briefly the study's:

1. major objective(s),
2. study type (e.g., qualitative, quantitative, combined approach) and main methods,
3. participants to be included,
4. major data to be collected,
5. methods of analysis,
6. hypotheses to be tested (if any), and
7. major outcomes or benefits.

### **1.4 NEW FEATURES**

State how this project is different from studies that have already been published, either in terms of conceptual framework, design and methodology or outcomes.









### 1.5 TECHNIQUES AND SKILLS

What specific techniques or skills are needed to undertake the project especially for (but not limited to) data collection and analysis.

### 1.6 MAIN PROBLEMS ANTICIPATED

What scientific, ethical or management problems might arise during the course of the project. Briefly state how these will be dealt with.

## 2. PROJECT DESCRIPTION

The project description should contain sufficient detail so that reviewers can assess the *relevancy of the problem* to be studied. It should also discuss in detail all methods and procedures to be undertaken, which will indicate to the reviewer the proposed project's *scientific soundness* as well as how well the project will be undertaken in terms of *planning* (which is initially reflected by the proposal's organization and clarity) and *management*.

*Please write the project description in a logical, clear and precise manner, using simple terms and avoiding jargon and complex sentences. Reduce the repetition of information between sections as much as possible.*

### 2.1 RATIONALE AND OBJECTIVES OF THE STUDY

#### 2.1.1 Rationale

Describe the rationale of the study, that is, why the problem to be studied is important, and in what way should it be investigated in order to lead to constructive change. This should involve at least the following.

1. Introduce the project's main *topic of study*, and why the proposed project should be undertaken in terms of its actual or potential reproductive health, social or demographic impacts, as well as its relevancy to policies, services and programs.

2. Describe the *problem(s)* that underlie the topic to be studied. Refer to previous studies that document the problem's history and nature (*why it is a problem now in terms of its urgency, severity and/or magnitude*).
3. State the major (potential or actual) *determinants* of the problem using documented evidence whenever possible.
4. What major *research questions* need to be addressed and will guide the study.
5. Discuss the ultimate result, need or benefits of the project for the population under study as well as national policy making.
6. Explain clearly any important *assumptions/propositions* that form the basis of the study, or what *hypotheses* will be tested, their important variables and the end points that will be used in the study to examine these hypotheses.
7. If the study involves human subjects, fully justify why they have been included in the project.

### **2.1.2 Objectives**

List the main and subsidiary objectives of the study. These objectives should indicate exactly what the project will achieve in the short-term (during the project's life)—NOT what it hopes to achieve in the medium- to long-term (the future). State the objectives in realistic and measurable terms that can be evaluated either quantitatively or qualitatively to determine if they have been achieved by the end of the project.

### **2.2 PREVIOUS SIMILAR STUDIES**

Discuss briefly the most important published studies that are directly relevant for the proposed project. State *exactly WHY each study is relevant*, for instance, in terms of developing the proposed project's direction, conceptual framework (including the identification of variables and their relationship), design, choice of methods or analytical techniques.

## 2.3 DESIGN AND METHODOLOGY

### 2.3.1 *General Outline*

Provide a *brief* discussion of the most important features of the project in relationship to the problem being studied, for instance, (i) type of study, (ii) number and main characteristics of the subjects to be involved and their location, (iii) specific data to be collected and the major data collection techniques, and (iv) analytical methods.

State why the chosen study design is the most suitable for achieving the project's objectives.

### 2.3.2 *Criteria for Selecting Subjects*

Describe the population in which the subjects will be selected for the study sample. State why this population is the most relevant for achieving the project's objectives.

Indicate where and how the subjects will be recruited. Specify any characteristics that the subjects must possess (inclusion criteria) in order to participate in the project as well as any characteristics that will exclude a potential subject (exclusion criteria) from participation.

If applicable, discuss the selection of comparison groups and matching criteria, and /or describe the sampling procedures, including the type of sample (e.g., quota, simple random, stratified random, and clusters). If a population-based sample is planned, discuss how the potential respondents will be approached.

If the proposed research requires the use of hospital or other records, provide evidence that investigators have the permission of the concerned authorities to use the records. If existing data are to be used for secondary analyses, provide evidence that the data will be available, and that there are no restrictions on the dissemination of the eventual findings of the study.



### ***2.3.3 Subject Allocation***

If applicable, describe the type(s) and method(s) that will be used to allocate subjects to index and comparison groups. State when this allocation will take place.

### ***2.3.4 Description of the Drugs or Devices to be Studied***

For drugs and devices that are commercially available, give the proprietary names, chemical composition, amount of drug present per dose, and the names and address of the manufacturers.

For drugs or devices being used for the first time in humans, or drugs and devices that are still at an early stage of clinical study, or drugs that are generally available but are to be administered by different routes or in different dosages, give the chemical composition of the drug, the source, and the amount per dose. Summarize the relevant pre-clinical investigations in animals and describe the main pharmacological actions of the compounds. If available, give results of studies already conducted in humans. Also, provide the same information for any new vehicles to be used for the administration of the drugs.

### ***2.3.5 Admission and Follow-Up Procedures***

Describe the proposed procedures for admitting subjects to the study, including the timing of admission and/or allocation to study groups.

Describe the frequency and timing of follow-up of subjects, the investigations to be conducted, and the data the purpose of each visit.

### ***2.3.6 Criteria for Discontinuation***

Specify the conditions that would lead to a subject being discontinued from the study or to the termination of the study, in whole or in part.

### ***2.3.7 Data Collection and Management***

State what procedures will be used for data collection, management, including data coding, monitoring, and verification. Also describe the administrative and

computer procedures to be used, the type of staff available and whether any training will be needed to facilitate data management.

If the project involves an intervention study/actions, specify all monitoring and evaluation procedures, their timing, what evaluation criteria/data are to be collected, among what subjects, and at what points in study period.

### ***2.3.8 Laboratory and Other Investigations***

List the laboratory and other diagnostic and investigative procedures that will be carried out as part of the study (if relevant). Important procedures—i.e., those that are essential for the achievement of the objectives of the study and methods and not previously published—should be described in detail. For other procedures reference to appropriate published works would be sufficient.

### ***2.3.9 Data Analysis***

Provide information on available computer facilities.

Outline the statistical methods to be used for the analysis of data, including a description of how the information collected will be used to test the stated hypothesis(es) and how any missing data (e.g., items not applicable in a questionnaire, follow up losses, subjects withdrawing from the study) will be dealt with. If relevant, the major subgroup analyses and/or comparisons between the study groups that are anticipated should be specified.

For projects requiring special statistical techniques (lifetable analysis, multivariate analysis, logistic regression, etc.), describe how these will be used. If complex tabulations are planned, provide dummy tables.

For projects involving qualitative approaches (focus group discussions, in-depth interview, observational techniques, etc.), specify in sufficient detail how their data will be analyzed. Specify how data collected using different qualitative methods will come together to form the analysis (i.e., triangulation) and guide interpretations.

For projects using both quantitative and qualitative approaches, state how the data collected using different types of methods will come together/compliment one another to form the analysis and guide interpretations.

### ***2.3.10 Number of Subjects and Statistical Power***

If relevant, describe and justify the assumptions underlying the estimates of prevalence and incidence rates for the main study objectives, the differences that the study is expected to detect and the power required to demonstrate such differences. The method of computation to be used in estimating the number of subjects to be recruited in each treatment group or at each center, or for calculating the number of controls per case should also be described or referenced. Adequate allowance must be made for the estimated number of subjects expected to drop out before the study is completed and/or those that may have to be excluded from analysis.

Explain the variability to be expected in the findings, and state what differences will provide significant results. Give the probability that such differences will be detected, at a stated level of statistical significance, by the planned experimental and statistical methods with the given numbers of subjects.

### ***2.3.11 Duration of Project/Work Plan***

Present each major activity involved in undertaking the project (e.g., recruiting subjects for the study, collecting data, laboratory tests, data coding, data analysis, report writing) and how much time would be needed for each activity. It is recommended that this information be presented in the form of a detailed timetable with months across on the top and activities listed along the left margin. Activities in the case of social science projects, for example, include, pre-tests, questionnaire development, training of staff or interviewers, data collection, data coding, data entry, analysis, and report writing. For each of the activities mark a cross against the month(s) in which they will occur.

## **2.4 PROJECT MANAGEMENT**

Please state how the project will be managed in terms of: (i) the central decision-making person(s); (ii) specific investigators, field personnel, etc. and their roles and responsibilities, (iii) communication procedures, and (iv) monitoring procedures. For collaborative projects involving several departments and/or institutions, indicate who will have overall responsibility for the project, which other departments (or institutions) will be involved and what their respective responsibilities will be and the manner in which the work will be coordinated and monitored.

## **2.5 LINKS WITH OTHER PROJECTS**

Indicate if the proposed project is linked in any way to other projects in progress within (i) the investigating institution, (ii) the funding agency to which the proposal is being submitted, or (iii) with other donor agencies, if such relationships exist.

## **2.6 MAIN PROBLEMS ANTICIPATED**

Describe the main obstacles and difficulties that might interfere with the successful completion of the project within the time and costs proposed. Discuss how these problems will be confronted.

## **2.7 EXPECTED OUTCOMES OF THE STUDY**

Indicate how the study will contribute to advancement of knowledge, how the results will be utilized, and by what means they will be disseminated (e.g., thesis, scientific publication, workshop).

If applicable, describe how the study's results are expected to affect reproductive or related health care policies, plans and programs at local and national levels, as well as individual practices for specific target populations.

## 2.8 REFERENCES

List the references, alphabetically by first author, that have been quoted in the proposal. Provide complete bibliographical details for each reference: i.e., for *journal article*, full name(s), year of publication, full title, name of journal, volume number, and page numbers; for *books*, name(s) of author(s), year of publication, full title, place of publication, and publisher; and for *chapters in books*, name(s) of author(s), year of publication, full title of the chapter, full title of the book, name(s) of editor(s), place of publication, publisher, and page numbers.

## 3. BUDGET

### 3.1 COLLABORATIVE INPUTS

Most research is collaboratively supported by a donor and an implementing institution. As a result, the implementing institution's contributions (*in-kind* such as usage of facilities, space, equipment; *monetary* such as regular personnel salaries; etc.) are a recognized component of the budget and should be included whenever possible.

### 3.2 PERSONNEL COSTS

Payments to staff of the institution who are on a regular salary may be included in the budget but only for "overtime" spent on the project. Normally, the compensation for this overtime is related to the actual amount of time spent on the project and to the local salary scale. As an exception, particularly in developing countries, it may be related to the "potential" income that could have been gained by using this time in private practice. Full reimbursement to the institution for personnel time spent on the project is only allowed for personnel not employed on a regular salary. In general, payments provided to personnel should not be interpreted, and should not be considered, as an incentive to conduct research. Funds requested for personnel costs should reflect actual labor costs.

### **3.3 SUPPLIES**

For supplies, budget justification must relate field supplies, chemicals, glassware and other supplies to the number of procedures or activities expected to be performed in the project. Equipment maintenance costs can be paid only for the time the equipment is used for the purpose of the project.

### **3.4 SUBJECT COSTS**

Subject costs must be reasonable and related to time lost and/or actual transportation expenses. Costs for investigations and/or laboratory procedures may be included in the budget proposal if they are not a part of the routine health/medical care for the subjects and are performed only for the sake of the project. Costs should not exceed the local fees normally charged for such tests.

### **3.5 MAJOR EQUIPMENT**

List all major equipment needed to undertake the project and be prepared to justify the inclusion of highly expensive items (usually in excess of 10,000 US\$).

### **3.6 TRAVEL OF PROJECT PERSONNEL**

Justifiable travel expenses for project personnel may be included in the budget. No vehicles can normally be provided as part of project support, unless fully justified.

### **3.7 OTHER COSTS**

If the project requires additional support—such as investigators' meetings, training workshops and external consultant inputs—these should be itemized and an estimate provided under this budget item. Data analysis costs, costs of printing or photocopying forms, mail, telephone and telefax charges, etc., should also be specified under this item.

### **3.8 BUDGET SUMMARY**

For each year of the duration of the project fill in the subtotals arrived at under each of the preceding budget items, and then add up each column to arrive at the grand total.

### **3.9 BUDGET JUSTIFICATION**

Provide justification for the amounts stated under each budget item. It is important to relate the total budget to the number of subjects to be included in the study. The cost per subject arrived at in the proposal will be compared with costs per subject in the same or other comparable projects carried out in different centres.

## **4. ETHICAL CONSIDERATIONS**

### **4.1 ETHICAL APPROVAL**

Describe the measures that will be taken to ensure that the research is carried out in accordance with existing ethical guidelines. For studies in humans (or involving human biological materials) evidence must be provided that the local, institutional or equivalent ethics committee(s) and/or the national ethics committee have approved the research.

### **4.2 INFORMED CONSENT AND CONFIDENTIALITY**

A consent form must be provided with the proposal. Once approved by the funding agency, this consent form becomes part of the project protocol. It should be written in the prospective subjects' mother tongue, and when this is not English, an English language translation should be provided as well. For multicentre studies, a common consent form will be taken as a minimum requirement, to which additions may be made as dictated by local circumstances. In such cases, the common consent form should be written in the mother tongue of the writer and translated into English and other languages as required. Institutes participating in multicentre trials must inform the funding agency whether they will use the common consent form and, if the common consent form will not be

used, the institutes should provide a copy of the translated and/or amended version that will be used.

The consent form has two parts: (a) a **statement** describing the study and the nature of the subject's involvement in it; and (b) a **certificate of consent** attesting to the subject's consent. Both parts should be written in simple language so that the subject can easily understand the contents. As far as possible, the use of medical terminology should be avoided in writing up the consent form.

The statement is given or read to each prospective subject. Any questions the subject may have are then answered and, if consent is given, the subject signs the certificate or, if consent was verbal, by the staff member who provided the information and ensured that it was understood. By signing, the staff member confirms that consent was given freely. A signed certificate must be obtained in this way for each subject admitted to the study, and a copy should be offered to the subject.

In writing the statement, take note of the following points.

1. Explain why the study is being done and why the subject has been asked to participate.
2. Describe, in sequence, what will happen in the course of the study, giving enough detail for the subject to gain a clear idea of what to expect.
3. Explain whether or not the study offers any benefits to the subject or to others.
4. Explain the nature, likelihood and treatment of anticipated discomfort or adverse effects, including psychological and social risks, if any. If the risks are unknown or a comparative risk cannot be given it should be so stated.
5. State that all records are confidential. If absolute confidentiality cannot be guaranteed, explain why this is so. State which persons other than the



researchers may have access to the records and/or to whom information may be disclosed.

6. State that the subject has the right to withdraw from the study at any time without in any way affecting his/her further medical care.

The **certificate of consent** should begin with a brief summary of the main items from the above statement. Each item is stated in a separate paragraph in the following order:

1. **Purpose** of the research.
2. **Procedures** that will be followed, including the total time involved for the subject.
3. **Risks and discomforts**, including psychological and social risks, if any.
4. **Benefits** of the research, separated into “benefits to you” (the subject) and “benefits to others.”
5. **Compensation**, if any, provided to research subjects. Specify whether or not compensation for participating in the research will be provided, and if so, how much. When no compensation is offered, the consent form should include a statement to the effect that no compensation of any sort will be provided for participating in the research.
6. **Alternatives to participation**. When the study involves the administration of investigational drugs or use of new therapeutic procedures, the consent form should include a separate paragraph stating that the subject has been given the option of choosing the standard treatment.
7. **Additional items**. For prospective clinical studies, the consent form should indicate what advice and choice of management will be offered to the subjects in case of unplanned outcomes.

The certificate of consent should end with a paragraph such as the following.

*'I have read the foregoing information, or it has been read to me. I have had the opportunity to ask questions about it and any questions that I have asked have been answered to my satisfaction. I consent voluntarily to participate as a subject in this study and understand that I have the right to withdraw from the study at any time without in any way affecting my further medical care.'*

The subject should sign the document or, when the subject is illiterate, by the staff member who provides the information, and who ascertains that it was understood and confirms that consent was given freely.

Whenever feasible, the recruitment of illiterate subjects should take place in the presence of a witness not connected with the research team, who should also sign the certificate of consent, confirming that the subject has been properly informed and voluntarily consents to participating in the study.

#### **4.3 RISK-BENEFIT ASSESSMENT**

Provide ethical justification for the proposed research in terms of its risks and benefits.

The risks to subjects should be minimized by using the safest procedures consistent with a sound research design. Risks to subjects should be reasonable in relation to the anticipated benefits for themselves and/or others and to the importance of the knowledge to be gained. Risks include not only the prospect of physical harm or discomfort, but also psychological and social risks. An example of psychological risk is anxiety or embarrassment felt by subjects being interviewed about, for example, their intimate matters. An example of a social risk is a breach of confidentiality that could lead to harm to a subject's interests (job loss, standing in the community, etc.).

#### 4.4 ADDITIONAL ETHICAL CONCERNS

Whenever the proposed research involves additional, “unusual” ethical issues, a description should be given of these issues and of the measures proposed to safeguard the interests of the subjects in accordance with the guiding principles of the declaration of Helsinki. Examples of such special ethical concerns would be situations where absolute confidentiality cannot be guaranteed, studies involving special groups of subjects (for example, minors, prostitutes, and prisoners or other institutionalized persons), and projects involving the use of human biological materials that are subject to local or national regulations or laws.

Every attempt should be made to maintain absolute confidentiality and the measures taken to ensure confidentiality should be specified. In all cases, researchers should seek to ensure that records of research subjects are kept in locked files, and that people not connected with the research do not have access to them. If absolute confidentiality cannot be guaranteed, subjects must be told who might have access to the study records. In cases where both members of a couple are study participants, each partner should be informed of the extent to which confidentiality will be maintained. In cultures in which husbands may exercise control over their wives, women must be advised in advance of becoming a study participant and if information they disclose might be revealed to their spouses.

The use of vulnerable subjects as research participants should be avoided and must be justified if it is proposed. Vulnerable subjects include those in prisons, minors, mentally handicapped or emotionally disturbed persons. However, if a study promises considerable benefit that would not otherwise be available to a minor or other subject incapable of providing informed consent, those subjects may be recruited and consent may be granted by a parent or guardian, in accordance with applicable law. Whenever a minor child is in fact able to give a consent, his or her consent must be obtained in addition to the consent of the minor’s legal guardian. The use of prisoners or other institutionalized persons as research subjects, or of those likely to be incarcerated, should be avoided because such individuals are in a socially vulnerable position.

Subject selection must comply with principles of justice. At the level of the individual, justice in selecting subjects requires that researchers exhibit fairness;

potentially beneficial research should be offered to all subjects, and risky research must not be confined to persons judged to be “undesirable” by either the researchers themselves or by the society. Social justice requires that neither the benefits nor the burdens of research fall disproportionately on a single social, economic, racial, or ethnic group.

Recruitment of subjects should take place without the use of force, fraud, duress, or undue influence. Undue influence can occur when an offer is made of an excessive or inappropriate reward for participation in a study, or in order to obtain compliance. Only under very rare circumstances that must be justified in full can it be permitted not to give full information to the subjects about the purpose of the study. This may be the case in, for example, epidemiological studies to avoid recall and other biases.

#### **5. OTHER SUPPORT FOR THE PROPOSED RESEARCH**

State whether or not the proposed project is receiving any assistance in any form from another source. In cases where the project is receiving or is going to receive support from another organization, give the organization’s full name and address, and provide details of the nature, amount and duration of such support. If the proposal has been sent, or will be sent, to another organization(s) for funding assistance, provide the name(s) of the organization(s), and by when you expect to hear their final decision.

#### **6. OTHER RESEARCH ACTIVITIES OF THE PRINCIPAL INVESTIGATOR(S)**

List all of the current research activities of the principal investigator(s), indicating the titles of the projects, their source(s) of support, their duration, and the percentage of working time spent on each of them.

## **7. CURRICULUM VITAE OF THE PRINCIPAL INVESTIGATOR(S) AND CO-INVESTIGATOR(S)**

Please supply an updated curriculum vitae for each principal and co-principal investigator, noting in particular: current institutional affiliation and position, educational qualifications, prior research experience, research reports and publications.

### **PART 2. EVALUATION GUIDELINE**

After the proposal has been drafted, it should be evaluated to see if it communicates the proposed project accurately and understandably. This can be done by using the following criteria and their associated questions.

#### **Clarity, Coherence and Conciseness**

Is the proposal written simply and clearly? Is it organized logically, flowing progressively from one idea to the next, so evaluators can clearly follow the discussion?

#### **Completeness**

Does the proposal contain all of the required sections?

#### **Responsiveness**

Does the proposal respond well to a documented need?

#### **Internal and External Consistency**

Does the proposal present a consistent point of view? Is the proposal consistent in terms of its format (headings and subheadings, sections, footnotes, tables and figures)?

**Understanding of the Problem and Methodology**

Does the researcher show a good command of existing knowledge about a problem and one of the ways to solve it?

Are all variables accounted for and linked to a specific theory or conceptual framework?

Are the methodologies to be used appropriate for the study?

Does the researcher indicate an understanding of the barriers, problems and difficulties that must be overcome in conducting the project?

**Capability**

Does the proposal reflect the principal investigator's capability to undertake the project?

**Efficiency and Accountability**

Does the proposal communicate a good organizational structure, activity plan and time/work schedule?

**Realism**

Is the project realistic, or is the researcher promising more than he/she can realistically achieve?

**PART 3: REVIEWER GUIDELINE**

Funding agencies often use a peer review process to evaluate proposals. This means that they ask other experts to review a proposal and decide whether or not it is worth funding.

The following is a list of questions or other information that these external evaluators are asked to give to the funding agency. It comes from the

UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force for Social Science on Reproductive Health.

This evaluation list can be used by the proposal's writer, or better yet a knowledgeable colleague, to evaluate a proposal before it is sent to a funding agency.

### **Summary**

Please provide a brief statement of the main objectives and of the approach proposed to meet the aims of the project. *(In other words, can the reviewer—after reading a proposal—write an accurate summary of the project? If the proposal is clear, it can be done. If it is not clear, and the reviewer cannot write such a summary, the proposal will probably be rejected.)*

### **Overall Project Design**

Is the proposal scientifically sound and is the design being proposed the most appropriate to accomplish the stated objectives?

Are the objectives of the study clearly stated in realistic and measurable terms?

Please provide a critique of the conceptual approach, the proposed project design (structure), including the appropriateness of the site(s) and the relevance of the study population in view of the objectives the project seeks to achieve? *(In other words, are the project's objectives, site, population and design appropriate and in agreement?)*

### **Sampling Procedures**

Are the type of sample, the sample size, the selection procedure (including representativeness) adequately described and justified?

Are the criteria for inclusion in the study adequately specified?

How will the respondents be recruited (method, procedures)?

Is there any selectivity bias?

Is the proposed sample appropriate to meet the objectives?

Please comment on any problems you foresee with the proposed sample design?

#### **Main Variables and Data Analysis Plan**

Are the main variables properly described?

Please assess whether the data to be collected or used can answer the project's main research question and fulfill its objectives?

Are the methods and plans of analysis well developed and appropriate for the type of data to be used?

#### **Field Procedures and Data Collection**

Do you foresee any difficulties in the proposed field activities, especially in the plans for data collection?

Is the personnel to be used adequate?

Are there enough interviewers and supervisors; or are there problems of admission or of follow-up which need further clarification?

#### **Data Management**

Are the data management plans well developed?

Is it clear how the data are going to be verified, coded, read into computers and cleaned, and what is the location for some of these activities (e.g., field office, research center, computer unit)?

How are qualitative data to be analyzed, summarized and presented?



**Timetable and Budget**

Is the project timetable comprehensive and realistic?

Does it include sufficient time for data collection and cleaning?

Does it take into adequate consideration the analysis and report writing time?

Is the budget linked to the activities listed in the timetable and are the proposed costs justified?

Do you think the timetable and/or budget should be modified?

**Project Staff**

Are the project personnel adequate for the activities proposed?

Is there sufficient analytic/research capacity among the staff to conduct the proposed analyses?

**Overall Assessment and Feasibility**

Please comment on the overall quality of this project.

**Policy Relevance**

Does the project—including its objectives and expected outcomes—have potential policy relevance?

**Recommendation**

Your (the reviewer's) choice reflects the main recommendation you want to transmit to the funding agency:

1. Approval
2. Approval after amendments, or subject to clarification
3. Deferment
4. Rejection

**สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201, 0-2441-9666

โทรสาร 0-2441-9333

E-mail: [directpr@mahidol.ac.th](mailto:directpr@mahidol.ac.th)

Homepage: URL: <http://mahidol.ac.th/mahidol/pr/pr/html>