

รายงานการวิจัย

โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยการเจริญพันธุ์

ชุดที่ ๑

จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ศิริรัศมี
บรรณาธิการ

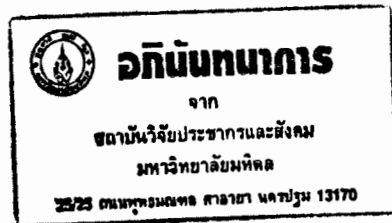


สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล



สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)

รายงานการวิจัย
โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยการเจริญพันธุ์
ชุดที่ 1



จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ศิริรัตมี
บรรณาธิการ

ดำเนินการโดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 262

รายงานการวิจัย

โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 1

Cataloging in Publication Data

รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ /
จรรยา เศรษฐบุตร, นุปผา ศิริวิศมี, บรรณารักษ์ ; ดำเนินการโดย สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545

ISBN 974-05-0061-7

1. เพศศึกษา -- แง่อนามัย -- วิจัย. 2. เพศสัมพันธ์ -- แง่อนามัย -- วิจัย. 3. ภาวะเจริญพันธุ์
-- แง่อนามัย -- วิจัย. 4. วิจัย. I. จรรยา เศรษฐบุตร, บรรณารักษ์. II. นุปผา ศิริวิศมี,
บรรณารักษ์. III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

HQ60 ร451 2545

[DNLM: 1. ภาวะเจริญพันธุ์ -- วิจัย. 2. อนามัยสืบพันธุ์ -- วิจัย. WP565 ร451 2545]

พิมพ์ครั้งแรก	มีนาคม 2545
จำนวนพิมพ์	500 เล่ม
จัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ (662) 441-9666, (662) 441-0201-4 ต่อ 115 โทรสาร (662) 441-9333 E-mail: directpr@mahidol.ac.th Homepage: URL: http://www.ipsr.mahidol.ac.th

บทบรรณาธิการ

การประชุมระดับโลกเรื่องประชากรและการพัฒนา ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 มุ่งประเด็นความสนใจไปที่คุณภาพชีวิตของประชากรโลกมากกว่านโยบายการควบคุมจำนวนประชากรดังเช่นในอดีต โดยเน้นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นปัญหาละเอียดอ่อน เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายในสังคมโลก โดยเฉพาะสังคมหรือกลุ่มชาติพันธุ์ที่ให้ความสำคัญกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประชากรเพศหญิงต้องเผชิญกับปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ การกดขี่ทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง ตลอดจนผลกระทบอื่น ๆ ทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้นความหมายของคำว่า “อนามัยการเจริญพันธุ์” ในปัจจุบันได้ถูกขยายขอบข่ายเพื่อให้ครอบคลุมถึงการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการทำแท้ง โรคติดต่อของระบบสืบพันธุ์ และมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ ตลอดจนความรุนแรงและการทารุณทางเพศด้วย ที่ประชุมประชากรโลกยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของบทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศซึ่งเป็นหัวใจของการศึกษาและการแก้ปัญหาทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันหาแนวทางให้ทุกคนมีพัฒนาการทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย ส่งเสริมให้ชายและหญิง มีความรับผิดชอบในความสัมพันธ์ทางเพศร่วมกัน มิใช่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแบกรับไว้แต่เพียงฝ่ายเดียว

จากความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและสนับสนุนนักวิจัยตามขอบข่ายดังกล่าวข้างต้นโดยให้การสนับสนุนทั้งในรูปของเงินทุนวิจัยและที่ปรึกษางานวิจัย การสนับสนุนดังกล่าวกระจายไปทุกภูมิภาคของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อเติมเต็มความรู้ในส่วนที่ยังขาดอยู่อีกมากมาย

บัดนี้ผลงานจากโครงการนี้ได้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจึงได้นำเสนอผลการวิจัยสู่สาธารณชนเพื่อให้เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในมุมมองที่กว้างและลึกกว่าเดิม

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

จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ศิริรัศมี

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำชุดรายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากหลายฝ่าย โดยมีกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายของโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ด้วย คณะบรรณาธิการขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

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

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

ขอขอบคุณฝ่ายอำนวยความสะดวกในการจัดพิมพ์ชุดรายงานการวิจัยฉบับนี้คือ อาจารย์อรพรรณ หันจางสิทธิ์ หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ผู้ช่วยพิมพ์และจัดรูปเล่มต้นฉบับคือ คุณสมหญิง สุวรรณวัฒน์ และคุณสมชาย ทรัพย์ยอดแก้ว ที่ช่วยออกแบบปกหนังสือเล่มนี้

จรรยา เศรษฐบุตร
บุปผา ศิริรัศมี

Dedication to Professor Alan Noel Gray

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

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

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

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
Dedication to Professor Alan Noel Gray	ง
สารบัญ	จ
 รายงานการวิจัย :	
บทบาทหญิงชายเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นอีสาน ในโรงงานอุตสาหกรรมถุงมือยาง จังหวัดสงขลา Gender Roles Related to Reproductive Health among Male and Female Northeastern Labour Migrants in a Latex Glove Factory in Songkhla Province 1 จิตรา ไชยชนะ วีรพัฒน์ เภสัชกรธรรัตน์ สว่าง ประทีปเกาะ นรินทร์ ชูดีพัฒนะ	
บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการ สาธารณสุขของหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา Gender Roles in Reproductive Health among Thai Muslim Males and Females in Songkhla Province with a Focus on Interaction with Health Services 65 ชาญชัย เรืองขจร สนิท อุโพธิ์ ทิพย์วัลย์ เรืองขจร	

	หน้า
การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี Gender and Sexuality Perceptions of Cervical Cancer Patients and Their Husbands	125
สุรีย์พร กฤษเจริญ กอบแก้ว สุวรรณ	
ความเป็นหญิงชายและพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มมุสลิมภาคใต้ของประเทศไทย Gender and Sexuality Concerns in Reproductive Health in an Islamic Context in Southern Thailand	195
ศรัณยา นูนนาค เพ็ญพัทธ์ ทองแท้	
รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัยภาคใต้	275
แนะนำหัวหน้าโครงการวิจัย	277
แนะนำบรรณาธิการ	279

**บทบาทหญิงชายเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
ของแรงงานย้ายถิ่นอีสาน
ในโรงงานอุตสาหกรรมถุงมือยาง จังหวัดสงขลา**

**Gender Roles Related to Reproductive Health
among Male and Female Northeastern Labour Migrants
in a Latex Glove Factory in Songkhla Province**

**จิตรา ไชยชนะ
วีรพัฒน์ เจาธรรมทรศน์
สว่าง ประทีปเกาะ
นิรชร ชูติพัฒนะ**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)**

2544

**บทบาทหญิงชายเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
ของแรงงานย้ายถิ่นอีสาน
ในโรงงานอุตสาหกรรมถุงมือยาง จังหวัดสงขลา**

**Gender Roles Related to Reproductive Health
among Male and Female Northeastern Labour Migrants
in a Latex Glove Factory in Songkhla Province**

**จิตรา ไชยชนะ
วีรพัฒน์ เจาธรรมทรศน์
สว่าง ประทีปเกาะ
นิรชร ชูติพัฒนะ**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ออกความเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ดีด้วยการสนับสนุนจากหน่วยงานและบุคคลต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่ให้การสนับสนุนการวิจัยอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศมี รองศาสตราจารย์ เอื้อมพร ทองกระจาย และรองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ อาจารย์ George A. Attig ในการให้คำแนะนำการเขียนโครงร่างการวิจัย และผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในคำแนะนำที่มามติติดตามโครงการวิจัยที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำงานวิจัยนี้ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศมี Dr.Alan Noel Gray ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร พันพืง และรองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ได้ให้คำแนะนำติดตามผลการทำงาน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณ นายแพทย์วิเชียร แก่นพลอย นายแพทย์สาธาณสุข จังหวัดสงขลา และนายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ได้สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ พรหมโยธิน และคณะเจ้าหน้าที่ในแผนก ตลอดจนพนักงานกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างยิ่ง

จิตรา ไชยชนะ
วีรพัฒน์ เกาธรรมทรศน์
สว่าง ประทีปเกาะ
นิรชร ชูติพัฒนะ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์และเปรียบเทียบการใช้และความต้องการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานอีสานย้ายถิ่นหญิงชาย อายุระหว่าง 15 – 45 ปีทำงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมถุงมืออย่างหนึ่งในจังหวัดสงขลา แบ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ แรงงานหญิง ชายที่มีสถานภาพโสดและสมรส รวมทั้งสิ้น 412 คน และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม สัมภาษณ์เจาะลึก พนักงานฝ่ายจัดการ ผู้ให้บริการสุขภาพ รวม 22 คน

ผลการศึกษามหาวิทยาลัยหญิงชาย ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่ในบางคู่ที่หญิงทำงานนอกบ้านและต้องทำงานบ้านด้วย โดยที่ชายจะใช้เวลาว่างในการสังสรรค์กับเพื่อนฝูง มีการดื่มเหล้า ทำให้มีโอกาสเที่ยวนอกบ้านและมีเพศสัมพันธ์ได้ หญิงที่มีอำนาจการต่อรองต่ำจะไม่สามารถปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ และคิดว่าเป็นหน้าที่ของหญิงที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี ส่วนแรงงานหญิงที่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเท่าเทียมชายจะเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ชีวิต มีไหวพริบในการพูดจาที่ดี พูดคุยกับสามีโดยไม่ใช้อารมณ์ อำนาจการตัดสินใจของหญิงในการคุมกำเนิดมีมากกว่าชายชายมีการตัดสินใจเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการซื้อหาถุงยางอนามัยมากกว่าหญิง ชายร้อยละ 60 และหญิงร้อยละ 76 ไม่ได้คิดป้องกันโรคจากการมีเพศสัมพันธ์จากการย้ายถิ่น ทำให้หนุ่มสาวมีเพศสัมพันธ์ง่ายขึ้น ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ยั่งยืน ผู้ชายจะมองผู้หญิงจากลักษณะภายนอกกว่าสะอาด เรียบร้อย ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย แต่ถ้าผู้หญิงเป็นฝ่ายเสนอหรือเตรียมหาถุงยางอนามัยจะถูกมองว่ามีความซ้ำซ้อนในเรื่องเพศ การมีเพศสัมพันธ์ของชายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ไม่เฉพาะกับหญิงบริการและคนที่สนใจในโรงงานด้วย และแรงงานหญิงร้อยละ 20 แรงงานชายร้อยละ 3 เคยมีปัญหาด้านอนามัย

การเจริญพันธุ์ แต่ร้อยละ 70 ของแรงงานหญิงจะปล่อยให้หายเอง เนื่องจากมีความอายไม่กล้าพบแพทย์ที่เป็นผู้ชาย

ข้อเสนอแนะ ควรจัดให้มีบริการเพื่อให้ผู้หญิงมีความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิเกี่ยวกับสตรี และทักษะการต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงชาย ควรส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมการรับผิดชอบในสุขภาพของผู้หญิง ควรให้มีการสื่อสารระหว่างสามีภรรยา

Executive Summary

Among women aged less than 25 years who attended Hat Yai Hospital's antenatal clinic before the birth of their first child, HIV sero-prevalence increased from 2.8 percent to 4.6 percent then to 5.4 percent within three fiscal years. The target for the end of the Eighth National Development Plan (1997-2001) was 1 percent.

Among adolescents who are highly sexually active, their risk of contracting STDs and AIDS increases if they leave their hometowns for employment or for education. Another potential risk is the communal living of both sexes, either in school or college residences or factory dormitories, which makes it easier to form close relationships with other adolescents around them.

Reproductive health problems specific to adolescents include teenage pregnancy, unsafe sex practices, induced abortion, and ignorance of sex because of the lack of sex education. Though some research studies have been undertaken into young workers and their sexuality, few have investigated how gender power relationships affect sexuality and reproductive health status. Consequently, this study investigated gender roles and power relationships as related to the reproductive health and sexual behaviors of labor migrants in a latex glove factory in Songkhla province, Southern Thailand. It also compared the degree to which males and females were able to access and use reproductive health services.

The factory that served as the study site employs mainly unskilled laborers from Northeast Thailand. It also has a condom promotion program that provides condoms from a vending machine easily accessible by female workers at their factory hostel units. This factory also provides good general health care for employees by inviting general practice physicians to visit regularly (4 sessions per week) for consultation about health problems and to prescribe medication in the factory without charge to the workers.

As part of this study's quantitative component, random dimensional sampling and informed consent to recruit interviewees were performed. A total of 412 persons agreed to become a part of this research project, entailing 105 married men, 105 married women, 100 single men and 102 single women. Interviewees were assigned to trained interviewers of the same gender. Experts reviewed questionnaires, which were then used to collect information about gender relations and reproductive health.

For the qualitative component, six focus discussion sessions were held, each comprising eight members of the same sex and marital status. In-depth interviews were also conducted, involving a total of 22 interviewees, comprised of nine male workers, nine female workers, one male and one female health care provider, and two members of staff from the administrative department.

This study revealed that in an unthreatening environment and one in which condoms can be easily obtained, females are more likely to buy condoms than males. However accessibility to condoms does automatically not mean that the condoms will be used. Male respondents stated that they could not accept unmarried females taking the role of buying and initiating condom use. However, if the women had previously been married, and had engaged in sexual relations with their husbands, both single and married men were more accepting of condom initiation and use by these women. Unfortunately, though, most of the women reported that they did not have the bargaining skills nor power to ensure that their male partners would use condoms and engage in safe sexual practices.

Sixty percent of male and 70 percent of female subjects in the study were not concerned about STD prevention in their first sexual experience. If concerned, men accepted that the STD prevention role should belong to them and not to the women. The women felt that their main role in the sexual act is to prevent conception. With regard to pregnancy and birth spacing, both women and men said that these are the combined responsibility of the couple.

Men usually initiated most sexual relationships, which were almost always unprotected. Alcohol consumption often prompted men to accept the services of commercial sex workers. One-half of the men never used condoms and 80 percent of the women said they had not experienced safe sex with their partner using a condom, since they perceived that they were at low risk of contracting STDs or HIV/AIDS. Half of female workers and one-fifth of male workers revealed that they had "experienced some unwilling sexual engagement." One-tenth of female workers and five percent of male workers had been injured by their partner.

Regarding accessibility to and use of reproductive health services, 20 percent of women reported that they suffered from reproductive tract disorders compared to only 3 percent of men. If they had any problems, unmarried females tended to favor taking no action and hoping that the reproductive tract disorders would disappear of their own accord, rather than seeing a health care worker.

This study took an in-depth look at how gender roles and power relations affect reproductive health and the use of reproductive health services. The

findings of the study can help to implement more effective reproductive health services for this high-risk group of young people. The investigators recommended that the National AIDS Prevention Program should implement a gender-sensitive approach in promoting condom use, not only for high-risk groups but also in the general population. The government should work to reshape societal attitudes to be more accepting of young females buying condoms. In addition, agencies mandated to provide reproductive health care should educate young women about their reproductive rights and increase their bargaining skills so that they can better protect themselves and engage in safe sexual practices. Reproductive health care providers should also be gender-sensitive and trained to provide more female-friendly health care.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Executive summary	iv
สารบัญ	vii
สารบัญตาราง	ix
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
1.5 กรอบแนวคิด	9
1.6 สมมุติฐาน	10
1.7 นิยามศัพท์	10
2. ระเบียบวิธีวิจัย	11
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	11
2.2 เครื่องมือ	14
2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	16
3. ผลการวิจัย	17
3.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	17
3.2 บทบาทหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่น	18

	หน้า
3. ผลการวิจัย (ต่อ)	
3.3 อำนาจการตัดสินใจ	21
3.4 พฤติกรรมทางเพศ	26
3.5 พฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ	30
3.6 ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์	33
3.7 การตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติของสตรี	34
3.8 วิธีชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น	34
4. อภิปรายผล	45
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	48
บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	57

สารบัญตาราง

		หน้า
ตาราง		
1	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและสถานภาพสมรส	57
2	ร้อยละของลักษณะทั่วไปชายหญิง จำแนกตามสภาพสมรส	58
3	ร้อยละของบทบาทเพศกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	59
4	ร้อยละของบทบาทการตัดสินใจกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	60
5	พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและ ความถี่ของพฤติกรรม	60
6	พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและความถี่ของพฤติกรรม	61
7	พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและสถานภาพสมรส	61
8	ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และสถานภาพสมรส	63
9	การตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างหญิง จำแนกตาม สถานภาพสมรส	63

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมได้เป็นที่รับรู้มานาน ขณะเดียวกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของกลุ่มคนดังกล่าวยังเกิดขึ้นน้อยแม้ว่าจะมีการรณรงค์มาอย่างต่อเนื่อง (อมรา สุนทรธาดา, 2539) จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ผลที่เกิดขึ้นทำให้การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์โดยภาพรวมทำให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคงไม่เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะในประชากรบางกลุ่ม เช่น กรรมกร ผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร ชาวประมง และแรงงานในโรงงาน เป็นต้น (คณะกรรมการการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ, 2537)

จากข้อมูลด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV กลางปีในหญิงตั้งครรภ์ของคลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2542 พบว่ายังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.1, 2.8 และ 3.2 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเฉพาะกลุ่มสตรีครรภ์แรกที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปีก็มีความชุกเพิ่มขึ้นคือร้อยละ 2.8, 4.6 และ 5.4 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2542) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าอาจมีปัญหาการถ่ายทอดเชื้อระหว่างสามี ภรรยาอยู่ และกลุ่มเสี่ยงสูงคือกลุ่มที่มีช่วงอายุเป็นวัยรุ่นอันเป็นช่วงวิกฤตของการพัฒนาตนเองเข้าสู่วุฒิภาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาของการอพยพเข้าสู่เขตเมืองหรือเขตอุตสาหกรรมที่มีความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและความทันสมัย และการหลั่งไหลของวัฒนธรรมทางตะวันตก ตลอดจนสื่อต่างๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพตามมา ส่วนปัจจัยอื่นอาจเป็นปัญหาข้อบกพร่องของระบบการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น

การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมน่าจะเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจและทำความเข้าใจให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นตามเป้าหมายในระดับประเทศต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกโรงงานอุตสาหกรรมถุงมือขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ซึ่งผู้ประกอบการมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในโรงงานมีการจัดสวัสดิการแรงงานตามมาตรฐานสากล มีแรงงานรวมประมาณ 4,000 คน ซึ่งเป็นแรงงานย้ายถิ่นมาจากภาคอีสานถึงร้อยละ 95 และจัดอยู่ในแรงงานวัยรุ่น (อายุ 14-25 ปี) ร้อยละ 40 สองในสามของแรงงานทั้งหมดเป็นเพศหญิง เกือบทั้งหมดของแรงงานย้ายถิ่นนี้ จะพักที่หอพักภายในบริเวณโรงงาน (ฝ่ายควบคุมการโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2542) จากสภาพดังกล่าวอาจเอื้อต่อการมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงและนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ และลอกเลียนแบบกลุ่มเพื่อน อย่างอิสระเกิดขึ้นได้ง่าย

โรงงานอุตสาหกรรมแห่งนี้จัดให้มีแพทย์มาตรวจประจำที่โรงงานสัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 3 ชั่วโมง มีขายยาคุมกำเนิดราคาถูก (ราคาแผงละ 15 บาท) เพียงแบบเดียวที่ร้านค้าปลีกในเขตที่พักอาศัย นอกจากนี้โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จังหวัดสงขลา ได้ไปทดลองรูปแบบส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในเขตที่พักอาศัย โดยติดตั้งเครื่องหยอดเหรียญ 5 บาท แลกซื้อถุงยางอนามัย จำนวน 3 ชิ้น ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2542 เพื่อให้แรงงานได้เลือกใช้สะดวก ทำให้เกิดมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังคงมีความต้องการความเข้าใจถึงบทบาทเพศและพฤติกรรมทางเพศของคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นถึงเงื่อนไขที่มีผลต่อ **การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย** และพัฒนาการดำเนินงานด้านนี้ต่อไป แม้ว่าจะมีการศึกษาประเด็นที่คล้ายกันมาแล้ว แต่มีการมุ่งประเด็นไปยังกลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (อุมาภรณ์

ภัทรวาณิชย์, 2538) และการศึกษาวิจัยรุ่นในโรงงานเขตปริมณฑลแต่เน้นในเรื่องของการคุมกำเนิด (อมรา สุนทรธาดา, 2539) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงจากการที่ค่านิยมไทยยังคงยอมรับพฤติกรรมทางเพศนอกสมรสของชายไทยอยู่ จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าในโรงงานแห่งนี้มีแรงงานที่มีเพศสัมพันธ์นอกสมรสร้อยละ 9.5 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับนักร้อง, สาวในสถานคาราโอเกะ หรือสาวในห้องอาหาร ร้อยละ 28.6 รองลงมาเป็นเพื่อนในโรงงานร้อยละ 21.4 และโสเภณีร้อยละ 21.4 (โครงการเอดส์ GTZ กองระบาดวิทยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2541) ปัญหาเหล่านี้จะนำไปสู่การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ได้ เมื่อมองถึงการรณรงค์หรือการให้ความรู้ที่ผ่านมาข้อมูลที่ทำให้ส่วนใหญ่เนื้อหามุ่งเน้นเรื่องโรค จะอยู่ในประเด็น เอดส์เป็นแล้วตาย รักษาไม่หายแต่ป้องกันได้โดยใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ให้ผู้หญิงรักษนวลสงวนตัว อย่าชิงสุกก่อนห่าม ซึ่งเป็นข้อมูลที่ขาดแง่มุมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความไม่เท่าเทียมกันของหญิงและชาย และการที่ไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศ เพราะเป็นเรื่องที่น่าอายหรือภรรยาไม่หน้าที่ตอบสนองความต้องการของสามี หรือเรื่องการเที่ยวหญิงบริการของผู้ชายหรือผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหลายคนไม่เสียหาย (สุภัทรา นาคะผิว, 2542) จึงจำเป็นต้องศึกษาในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวกับบทบาทเพศเพื่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวกับบทบาทเพศที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่น ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดกิจกรรมในการส่งเสริมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีแก่ประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

● ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ในการช่วยเพิ่มความเข้าใจว่าทำไมกลุ่มเสี่ยงถึงยอมรับ และไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และช่วยปรับเปลี่ยนการรณรงค์ และจัดบริการในระดับชุมชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

● วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อทำความเข้าใจถึงบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชายในโรงงานอุตสาหกรรม

● วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเข้าใจถึงบทบาทหญิงชาย และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชายในโรงงานอุตสาหกรรม
2. เพื่ออธิบายพฤติกรรมทางเพศที่มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชายในโรงงานอุตสาหกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และความต้องการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นหญิงชายในโรงงานอุตสาหกรรม

1.3 คำถามการวิจัย

มีความแตกต่างของบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมถึงการยอมรับ การซื้อ การใช้ถุงยางอนามัย และการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นอย่างไร

● ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารoles บทบาทหญิงชาย ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และพฤติกรรมทางเพศ ที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์เฉพาะกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นอีสานหญิงชาย ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมถั่วเขียวในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนธันวาคม 2542 – พฤษภาคม 2544

1.4 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บรรทัดฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศ (Sexuality norm) ให้ความสำคัญพฤติกรรมและการแสดงออกทางเพศของผู้ชายและหญิง มีอิทธิพลในการกำหนดความสัมพันธ์ทางบทบาทระหว่างชายและหญิงแตกต่างกันด้วย ความเชื่อที่ถือเป็นบรรทัดฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยทั่วๆ ไปมีดังต่อไปนี้

- ความเชื่อที่ว่า ผู้ชายเป็นมนุษย์เพศที่เหนือกว่าผู้หญิง ผู้หญิงอ่อนแอกว่าผู้ชาย และเป็นเพียงทรัพย์สินสมบัติของผู้ชาย
- ความเชื่อที่ว่า ความต้องการทางเพศของผู้ชายเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องหาทางปลดปล่อย หรือตอบสนองอย่างน่าเห็นใจ ในขณะที่ความต้องการทางเพศของผู้หญิง ไม่จำเป็นต้องกระทำเช่นนั้น
- ความเชื่อที่ว่า ชายชาติตรีต้องมีความสามารถในเรื่องเพศ
- ความเชื่อที่ว่า ผู้ชายมีธรรมชาติทางเพศอันร้อนแรง และมีความต้องการทางเพศมากกว่าผู้หญิง จึงสมควรได้รับสิทธิทางกามารมณ์มากกว่า
- ความเชื่อที่ว่าผู้หญิงที่ดีไม่ควรแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ

จากการที่บรรทัดฐานในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงอยู่ภายใต้สถาบันครอบครัวนั้น พฤติกรรมทางเพศใดๆ ที่ออกจากหรืออยู่นอกเหนือระบบครอบครัวถือเป็นพฤติกรรมที่เสียหายและได้รับการประณามจากสังคม (มานพ คณะโต, 2541) ซึ่งศุภีมาณ วงศ์สุภาพ (2532) กล่าวถึงพฤติกรรมทางเพศเป็นระบบบรรทัดฐานที่มีเครือข่ายบรรทัดฐานที่มีความสัมพันธ์กันอย่างกว้างขวาง ที่ซึ่งพฤติกรรมของผู้หญิงและผู้ชายจะถูกประเมินควบคุมผ่านตามบรรทัดฐานที่เป็นกรอบในการประเมินระหว่างกันและกันของความเป็นชายและความเป็นหญิง โดยกระบวนการขัดเกลาทางสังคม บรรทัดฐานที่ผ่านกระบวนการขัดเกลานี้ จะถูกซึมซับเข้าไปในระบบความคิดและจิตสำนึกของผู้หญิง ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ หากมีการละเมิดบรรทัดฐานผู้หญิงจะได้รับการลงโทษจากสังคม และรู้สึกผิด กระบวนประทัประตราทางสังคมจึงเป็นกลไกที่สำคัญที่สนับสนุน บังคับให้เกิดข้อจำกัด และ

ชีวิตขอบเขตให้ผู้หญิง โดยส่งผ่านระบบครอบครัวในการกำหนดระเบียบและวางมาตรฐาน พฤติกรรมแก่สมาชิกเพื่อสืบทอดสังคมต่อไป และสถาบันครอบครัวถือเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญของสังคมอันหนึ่งในการถ่ายทอดและควบคุมบรรทัดฐานทางเพศนี้

จากการที่บรรทัดฐานในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงอยู่ภายใต้สถาบันครอบครัวนั้น พฤติกรรมทางเพศใดๆ ที่ออกจากหรืออยู่นอกเหนือระบบครอบครัวถือเป็นพฤติกรรมที่เสียหาย ข้อห้ามบางประการในสังคมไทยที่ผู้หญิงไม่พึงปฏิบัติมีดังนี้ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์นอกระบบการแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายมากกว่าหนึ่งคน การมีเพศสัมพันธ์อื่นๆ นอกเหนือการมีเพศสัมพันธ์ธรรมดา และการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วยกัน (มานพ คณะโต, 2541) Mackinnon (อ้างใน Schur, 1984) กล่าวไว้ว่าเรื่องเพศ ก็คือแกนหลักของความไม่เสมอภาค ทำให้ผู้หญิงถือว่าตนเอง และถูกผู้อื่นมองว่า เป็นบุคคลที่ซึ่งเรื่องเพศหญิงของตนดำรงเพื่อผู้อื่นอันหมายถึงผู้ชาย (ศุภีมาน วงศ์สุภาพ, 2532)

● มาตรฐานเชิงซ้อน กับบรรทัดฐานทางเพศ

บรรทัดฐานที่ใช้ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลเป็นบรรทัดฐานที่ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในระหว่างเพศชายและเพศหญิง พฤติกรรมที่บุคคลทั้งสองเพศกระทำเหมือนกัน จะได้รับการยอมรับและลงโทษเช่นเดียวกัน แต่ในทางตรงกันข้าม ความเป็นจริงในสังคมที่ปรากฏพบว่าบรรทัดฐานทางสังคมเรื่องเพศมีลักษณะเป็นมาตรฐานเชิงซ้อน (Double standard) หมายถึงการพิจารณาโดยใช้เกณฑ์อันหนึ่งประเมินพฤติกรรมของชายและใช้เกณฑ์อีกอันหนึ่งประเมินพฤติกรรมของหญิง ทำให้ชายและหญิงถูกพิจารณาตัดสินอย่างแตกต่างกันในพฤติกรรมเดียวกัน มาตรฐานเชิงซ้อนเป็นผลจากโครงสร้างทางสังคมที่เน้นความเป็นใหญ่ของชายเหนือกว่าหญิง โดยที่สังคมให้สิทธิต่างๆ มากกว่าผู้หญิง และถือว่าการแบ่งสรรสิทธิต่างๆ ในลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งถูกต้อง เช่นสิทธิที่ผู้ชายที่จะมีความสัมพันธ์ทาง

เพศกับเพศตรงกันข้ามได้หลายๆ คน ในขณะที่เดียวกันที่ผู้หญิงจะมีพฤติกรรมเช่นนั้น จะถูกลงโทษอย่างรุนแรงทั้งทางกฎหมายและสังคม (ศุภิมา นวศุภภาพ, 2532)

● ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชาย

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ประเด็นเกิดจากฝ่ายหญิงมีอำนาจการต่อรองต่ำในสังคมไทย หญิงจะมีอำนาจการต่อรองเกิดขึ้นได้จากการมีการศึกษา การมีรายได้ของตนเองทัศนคติที่ดีของฝ่ายชาย บริบทของสังคมและครอบครัว ในสังคมไทยมีลักษณะปิตาธิปไตยคือ ชายเป็นใหญ่ ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว ผู้หญิงทำหน้าที่ดูแลอบรมเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัว เหล่านี้เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูทำให้ส่งผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชายและหญิง สังคมไทยในวิถีความเป็นพุทธเกี่ยวข้องกับลัทธิพราหมณ์ ที่เกี่ยวเนื่องกับความศักดิ์สิทธิ์ ความบริสุทธิ์ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ชายเป็นใหญ่ และกำหนดบทบาทข้อห้ามต่างๆ ที่แสดงถึงศักดิ์ศรีความเป็นชาย ล้วนแต่เป็นการมอบอำนาจให้ชายเป็นผู้ควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงในเรื่องเพศสัมพันธ์ (อมรา สุนทรธาดา, 2542)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

● การศึกษากลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและแรงงานในโรงงาน

จากการศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี พบว่า แรงงานชายเป็นจำนวนมากมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การนิยมดื่มสุราเป็นประจำ นอกจากนี้ ยังพบว่าแรงงานก่อสร้างชายโสดและแรงงานก่อสร้างที่สมรสแล้วแต่ภรรยาไม่ได้อยู่ด้วยกันนิยมไปเที่ยวหญิงบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ (เกื้อ วงศ์บุญสิน และคณะ, 2539) พฤติกรรมเสี่ยงของคนย้ายถิ่นเป็นประเด็นที่กล่าวถึงกันมาก Richter, et al (1997) ศึกษาเรื่องการติดตามผู้ย้ายถิ่น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ระหว่างผู้ย้ายถิ่นเพศชายและผู้ย้ายถิ่นเพศหญิง พบว่าผู้ย้ายถิ่นเพศชาย มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ย้ายถิ่นเพศหญิง

จากการศึกษาแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพและปริมณฑล โดย Ford and Kittisuksathit (1996a, 1996b) ในกลุ่มแรงงานโสดอายุระหว่าง 15-24 ปี ได้ชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นในจำนวนและความซับซ้อนของวิถีชีวิตและเครือข่ายของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน การใช้ถุงยางอนามัยภายใต้การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่เชิงการค้าแต่เป็นความสัมพันธ์ในเชิงรักใคร่ (loving relationship) ก่อนการแต่งงานยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัยเป็นอย่างยิ่ง ความยากของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ภายใต้ความสัมพันธ์ในเชิงรักใคร่เป็นสิ่งที่สลับซับซ้อนในตัวของผู้ย้ายถิ่นต่างๆ รวมถึงการขาดความเข้าใจในเรื่องของความเสี่ยง ความรู้สึกไว้วางใจและความสนิทสนมใกล้ชิดของวัยรุ่นหญิง การที่ไม่สามารถยับยั้งทางอารมณ์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง และการสื่อสารกับคู่นอนของตนในเรื่องของการใช้วิธีการคุมกำเนิดยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ

● การศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

การศึกษาของจันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2538) พบว่าผู้หญิงยอมรับที่สามีมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการทางเพศมากกว่าให้สามีไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่หญิงบริการมีความเสี่ยงติดโรคน้อยกว่า

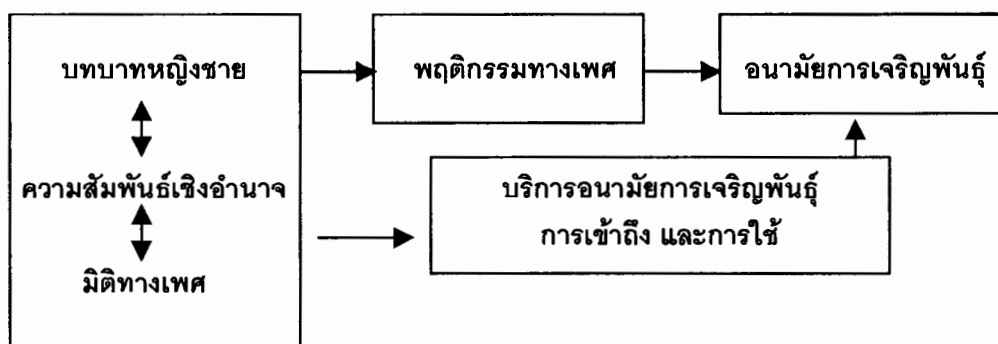
อิทธิพลกลุ่มเพื่อนต่อเพศสัมพันธ์นอกสมรส และการดื่มเหล้ามีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเที่ยวหญิงบริการ และกลุ่มเพื่อนอำนวยความสะดวกในการปกปิดการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส

เหตุผลที่ชายแต่งงานแล้วนิยมมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศหรือหญิงธรรมดาอื่นๆ คือความต้องการเปลี่ยนรสชาติจากความจำเจที่ได้รับจากภรรยา และอิทธิพลกลุ่มเพื่อนซึ่งมีการสังสรรค์ด้วยการดื่มเหล้าและรับประทานอาหาร โดยกลุ่มเพื่อนผลักดันให้มีการเที่ยวหญิงบริการด้วยกันหลังจากการดื่มเหล้า

การศึกษาของพิมพัลย์ บุญมงคล (2541) พบว่าอำนาจการต่อรองทางเพศมีความแตกต่างกันในสตรีแม่บ้านทั้งที่สามารถต่อรองทางเพศได้สูงและไม่ได้เลย ปัจจัยที่กำหนดอำนาจการต่อรองได้แก่ บทบาททางเศรษฐกิจของสตรี จำนวนปีการสมรส ความแตกต่างอายุระหว่างสามีและภรรยา และบุคลิกภาพของสตรี รูปแบบการต่อรองทางเพศที่ได้ผลได้แก่การพูดจากับพ่อบ้านดีๆ

เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ปัจจัยที่ทำให้แม่บ้านเสี่ยงต่อการติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ การรับรู้ที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมนอกสมรสของสามี การขาดความเข้าใจอาการเริ่มแรกและการรักษาที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีเอง พฤติกรรมทางเพศนอกสมรสของหญิงแม่บ้าน และความไม่คุ้นเคยกับการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีและภรรยา

1.5 กรอบแนวคิด



ตัวแปรหลักที่มีความสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ (เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การอบรมหรือการได้รับความรู้ทางด้านเพศศึกษา เป็นต้น) ข้อมูลการย้ายถิ่น และกลุ่มเพื่อนสนิท พฤติกรรมทางเพศ (Sexual partnerships, sexual acts, sexual meanings, sexual drive and enjoyment) และทัศนคติเรื่องเพศ การรู้จักและใช้ยาคุมกำเนิด/ถุงยางอนามัย การถูกลวนลามทางเพศจากผู้ร่วมงานระดับสูงกว่าหรือที่เกี่ยวข้อง การรับรู้/ทักษะการต่อรองทางเพศที่ปลอดภัย การใช้/การเข้าถึงหรือได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งภายในและนอกโรงงาน

1.6 สมมุติฐานการวิจัย

1. มีความแตกต่างกัน ด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ ในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่น
2. มีความแตกต่างกัน ในการปกป้องรักษาสุขภาพตนเอง ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ระหว่างกลุ่มเพศในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่น
3. มีความแตกต่างกัน ด้าน การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ระหว่างเพศ ในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่น

1.7 นิยามศัพท์

บทบาทหญิงชาย หมายถึง บทบาททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ชายและผู้หญิงที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด รวมถึงภาระหน้าที่ ความคาดหวังจากผู้อื่น และความคาดหวังที่บุคคลผู้นั้นมีต่อผู้อื่น โดยขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคม สภาพแวดล้อม ประวัติศาสตร์ของแต่ละท้องถิ่น และผันแปรตามวงจรชีวิตของแต่ละบุคคล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2542)

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีอิทธิพลต่ออีกบุคคลหนึ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งการยอมรับ ส่งเสริม หรือไม่ยอมรับ ไม่ส่งเสริมให้กระทำ มีพฤติกรรมใดๆ

มิติทางเพศ (Sexuality) หมายถึง พฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติที่มีต่อเรื่องเพศ
 บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการศึกษาหมายถึง บริการด้านการคุมกำเนิด
 บริการเกี่ยวกับถุงยางอนามัย บริการให้เพศศึกษา บริการตรวจรักษาปัญหาของระบบสืบพันธุ์
 อนามัยการเจริญพันธุ์ ในการศึกษาจำกัดขอบเขตไว้เพียง การวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ที่
 ไม่ประสงค์การทำแท้ง การติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ และเอดส์

2. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธี 2 วิธี

1.1 การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง
 (Cross-sectional study)

1.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ใช้วิธีเก็บข้อมูล 2 วิธีคือ

- การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
- การสัมภาษณ์ในเชิงเจาะลึก (In-depth interviewing)

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นนี้เป็นแรงงานย้ายถิ่น (labour migrants) ในโรงงาน
 อุตสาหกรรมถุงมือยาง ขนาดใหญ่ แห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 2,000 คน

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1. แรงงานย้ายถิ่นจากภาคอีสาน
2. เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี (อายุวัยเจริญพันธุ์)
3. มีความยินดีในการเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้

สำหรับการศึกษาในเชิงคุณภาพจะมีเกณฑ์ในการเลือกเพิ่มเติมคือเลือกตาม
มติของกลุ่มตัวอย่างที่สนใจในการศึกษาในครั้งนี้ดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม (คัดเลือกตามสถานภาพสมรสและเพศ) 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ
 - 1.1 แรงงานย้ายถิ่นโสด แยกเพศชายและหญิง ซึ่งในกลุ่มจะประกอบไปด้วยประเภทของแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่า
 - 1.2 แรงงานย้ายถิ่นแต่งงานและอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน แยกเพศชายและหญิง ซึ่งในกลุ่มจะประกอบไปด้วยประเภทของแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่า
 - 1.3 แรงงานย้ายถิ่นที่แต่งงานแต่แยกกันอยู่ แยกเพศชายและหญิง ซึ่งในกลุ่มจะประกอบไปด้วยประเภทของแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่า

2. การสัมภาษณ์เจาะลึก จัดแบ่งเป็น 5 กลุ่มใหญ่ๆ คือ
 - 2.1 แรงงานย้ายถิ่นโสด แยกเพศชายและหญิง ซึ่งในกลุ่มจะประกอบไปด้วยประเภทของแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่า
 - 2.2 แรงงานย้ายถิ่นแต่งงานและอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน แยกเพศชายและหญิง ซึ่งในกลุ่มจะประกอบไปด้วยประเภทของแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่า
 - 2.3 แรงงานย้ายถิ่นที่แต่งงานแต่แยกกันอยู่ แยกเพศชายและหญิง ซึ่งในกลุ่มจะประกอบไปด้วยประเภทของแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่า (แรงงานเก่าคือแรงงานย้ายถิ่นที่ทำงานในโรงงานนานกว่า 1 ปี ส่วนแรงงานใหม่คือแรงงานย้ายถิ่นที่ทำงานในโรงงานดังกล่าวน้อยกว่า 1 ปี)
 - 2.4 ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในโรงงาน (health providers)
 - 2.5 ผู้บริหารโรงงาน (ผู้จัดการหรือรองผู้จัดการ)

● ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการในการศึกษาเชิงปริมาณในครั้งนี้กำหนดโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ดังนี้ คือ

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

ในการศึกษานี้กลุ่มประชากรแรงงานย้ายถิ่นมีทั้งหมด (N) = 2,000 คน

ความคลาดเคลื่อน (e) = 0.05

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ได้จากการคำนวณคือ 334 ตัวอย่าง แต่การศึกษาในครั้งนี้ทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 ตัวอย่าง

สำหรับเทคนิคในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling technique) ของรูปแบบการศึกษานี้ขั้นตอนแรกใช้เทคนิคสุ่มแบบการแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามสถานภาพสมรสและเพศของแรงงานย้ายถิ่นดังนี้คือ

1. กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นที่มีสถานภาพสมรสโสดเพศชาย
2. กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นที่มีสถานภาพสมรสโสดเพศหญิง
3. กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานชาย
4. กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานหญิง

โดยใช้สัดส่วนเป็น 50% ของแต่ละกลุ่ม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้คือ

สถานภาพ	เพศ	ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ (คน)
โสด	ชาย	100
	หญิง	100
แต่งงาน	ชาย	100
	หญิง	100
	รวม	400

สำหรับขั้นตอนสุดท้ายในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามมิติคุณสมบัติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทำการศึกษา (dimensional sampling) ทั้งการศึกษาแบบการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ในเชิงเจาะลึก โดยมีขนาดของผู้ให้ข้อมูลดังรายละเอียดดังนี้คือ

กลุ่มที่	สถานภาพสมรส	เพศ	ประเภทของ แรงงานย้ายถิ่น	การสนทนากลุ่ม (กลุ่ม)	การสัมภาษณ์ เจาะลึก (ราย)
1	โสด	ชาย	ใหม่ เก่า	1	2 1
2	โสด	หญิง	ใหม่ เก่า	1	2 1
3	แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ในปัจจุบัน	ชาย	ใหม่ เก่า	1	2 1
4	แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ในปัจจุบัน	หญิง	ใหม่ เก่า	1	2 1
5	แต่งงานแต่แยกกันอยู่ ในปัจจุบัน	ชาย	ใหม่ เก่า	1	2 1
6	แต่งงานแต่แยกกันอยู่ ในปัจจุบัน	หญิง	ใหม่ เก่า	1	2 1
7	ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในโรงงาน	-	-	-	2
8	ผู้บริหารโรงงาน	-	-	-	2
			รวม	= 6 กลุ่ม	22 ราย

การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 6 กลุ่มๆละ 8 คน

การสัมภาษณ์ในเชิงเจาะลึก จำนวน 22 ราย

2.2 เครื่องมือ ในการเก็บข้อมูล (Data collection)

การเก็บข้อมูลในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างที่ผ่านการทดสอบแล้วโดยมีผู้สัมภาษณ์เป็นคนสอบถาม ข้อมูล (structured interviewer-administered questionnaire) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบ

เผชิญหน้ากัน (Face-to-face interview) ผู้สัมภาษณ์เป็นนักวิจัยหลัก นักวิจัยร่วม และผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดีก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ในเชิงเจาะลึก

- การสนทนากลุ่มมีด้วยกันทั้งหมด 6 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งตามสถานภาพการสมรส (โสด อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน แยกกันอยู่ในปัจจุบัน) เพศ (ชายและหญิง) ในแต่ละกลุ่มประกอบไปด้วยแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่าอย่างละเท่าๆ กัน ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) และ ผู้จดบันทึก (Note takers) เป็นเพศเดียวกันกับผู้สนทนาและผ่านการฝึกฝนมาแล้ว และใช้เครื่องบันทึกเสียง (Tape recorder) ช่วยในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มสนทนาในแต่ละกลุ่ม

- การสัมภาษณ์เจาะลึกจะมีทั้งหมด 8 กลุ่ม 6 กลุ่มมีผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 6 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งตามสถานภาพการสมรส (โสด อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน แยกกันอยู่ในปัจจุบัน) เพศ (ชายและหญิง) และลักษณะของการเป็นแรงงานย้ายถิ่นใหม่และเก่าอย่างละเท่าๆกัน สำหรับอีก 2 กลุ่ม เป็นการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงงาน (2 คน) และผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงงาน (2 คน) ผู้ที่ดำเนินการสัมภาษณ์เป็นเพศเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลใช้ แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) เป็นแนวทางในการสอบถาม จดบันทึกโดยผู้สัมภาษณ์ และใช้เครื่องบันทึกเสียง (Tape recorder) ช่วยในการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

● **ข้อพิจารณาทางประเด็นของจริยธรรม (Ethical issue considerations)**

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทเพศและพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นประเด็นที่ค่อนข้างไวต่อความรู้สึก (sensitive) มาก ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ได้พิจารณาประเด็น จริยธรรมในการทำวิจัย คือ

1. ข้อตกลงและวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ถูกอธิบายให้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนโดยใช้คำพูด (verbal informed consent) ก่อนที่จะขอทำการสัมภาษณ์หรือศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้เลือกเฉพาะผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาเพียงอย่างเดียว
3. กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีสิทธิปฏิเสธและ / หรือไม่ตอบคำถามบางข้อหรือทั้งหมดในแบบสัมภาษณ์
4. ความเป็นส่วนตัวและความลับต่างๆของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เพื่อจุดประสงค์การวิจัยเพียงอย่างเดียว
5. ในการนำเสนอผลของการวิจัยจะไม่มีระบุชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ในผลของการวิจัย
6. ข้อเสนอแนะทางการแพทย์หรือการให้คำปรึกษาจะให้แก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน กรณีที่มีปัญหาและร้องขอ

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เช่น ความถี่ของการกระจาย (frequency of distribution) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) มัธยฐาน (median) เป็นต้น ตามความเหมาะสมของแต่ละตัวแปร
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดย
 - การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
 - การเขียนบรรยายคำพูดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน (case description)

● ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 18 เดือน คือ ธันวาคม 2542 – พฤษภาคม 2544

3. ผลการวิจัย

3.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ กลุ่มที่แต่งงานทั้งแรงงานหญิงและชายมีอายุมากกว่ากลุ่มโสด โดยที่กลุ่มแต่งงานมีอายุเฉลี่ยใกล้ 30 ปี และกลุ่มโสดมีอายุเฉลี่ย 20 ปีเศษ ทั้งสองกลุ่มหญิงอายุเฉลี่ยมากกว่าชายเล็กน้อย ผู้ที่เคยมีบุตรมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 1 คนเศษ ระยะเวลาที่ทำงานในโรงงานส่วนใหญ่ทำงานเฉลี่ย 1 ปีเศษ ยกเว้นชายโสดทำงานประมาณครึ่งปีเท่านั้น

เงินเดือนและรายได้ กลุ่มแต่งงานมีเงินเดือนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มโสด ชายแต่งงานมีเงินเดือนเฉลี่ยมากกว่าหญิงแต่งงาน แต่หญิงโสดมีรายได้มากกว่าชายโสดเล็กน้อย เฉลี่ยทุกกลุ่มมีรายได้มากกว่า 5,000 บาท การเก็บสะสมเงิน กลุ่มแต่งงานทั้งชายและหญิงเก็บสะสมเงินมากกว่ากลุ่มโสด การส่งเงินกลับบ้าน กลุ่มที่แต่งงานส่งเงินกลับบ้านมากกว่ากลุ่มโสด หญิงส่งเงินกลับบ้านมากกว่าชาย

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หญิงแต่งงานมีการศึกษาระดับประถมศึกษาประมาณ 4 ใน 5 กลุ่มโสดมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากกว่ากลุ่มแต่งงานทั้งหญิงและชาย (ส่วนหนึ่งจากการเรียน การศึกษานอกโรงเรียน)

สถานภาพสมรส ในกลุ่มแต่งงานส่วนใหญ่คู่สมรสอยู่ด้วยกัน คู่สมรสชายอยู่ด้วยกันมากกว่าคู่สมรสหญิงหญิง แต่หญิงแต่งงานเป็นหม้าย หย่าร้าง เป็นจำนวนถึง 1 ใน 4 ที่เหลือประมาณ 1 ใน 5 คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกันทั้งชายและหญิง กลุ่มโสดชายส่วนใหญ่มีคู่รักเกินครึ่ง แต่ประมาณ 3 ใน 4 ของหญิงโสดไม่มีคู่รัก

ประสบการณ์ย้ายถิ่น แรงงานชายทั้งแต่งงานและโสดส่วนใหญ่เคยย้ายถิ่น ประมาณ 2 ใน 3 ส่วนแรงงานหญิงประมาณครึ่งไม่เคยย้ายถิ่น การย้ายถิ่นส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง และงานที่ทำส่วนใหญ่เป็นโรงงานอุตสาหกรรม

เหตุผลการย้ายถิ่น ส่วนใหญ่เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ กลุ่มแต่งงานทั้งหญิงและชายให้เหตุผลทางเศรษฐกิจสูงสุดเกินครึ่ง กลุ่มโสดทั้งหญิงและชายประมาณครึ่งให้เหตุผลทางเศรษฐกิจ นอกจากนั้นเพื่อนชวน และกลุ่มโสดประมาณ 1 ใน 5 ต้องการหาประสบการณ์ การต้องการย้ายถิ่นกลับ ส่วนใหญ่ต้องการย้ายถิ่นกลับเกินครึ่ง หญิงโสดต้องการย้ายถิ่นกลับสูงสุดประมาณ 4 ใน 5 (ตาราง 1 และ 2 ในภาคผนวก)

3.2 บทบาทหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่น

3.2.1 บทบาทการทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ของแรงงานชาย ส่วนใหญ่เป็นชาย และ หญิงร่วมกับชายมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือมีจำนวนเกือบครึ่ง ส่วนบทบาทการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวของแรงงานหญิง ส่วนใหญ่เป็นหญิงประมาณ 3 ใน 5 รองลงมาทั้งหญิงร่วมกับชายประมาณ 1 ใน 4

การทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบทบาทของผู้ชาย แต่ถึงอย่างไรก็ตามในปัจจุบันผู้หญิงก็ออกจากบ้านไปทำงานต่างพื้นที่มากกว่าสมัยก่อน ทำให้ผู้หญิงต้องรับบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวมากขึ้นกว่าเดิม เมื่อสังเกตจากจำนวนเงินที่ส่งกลับบ้านของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย ทั้งในผู้หญิงโสดและผู้หญิงแต่งงาน และการใช้จ่ายเงินส่วนตัว ในผู้หญิงใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ชาย โดยที่ผู้ชายใช้จ่ายเกี่ยวกับการบันเทิง สุรา บุหรี่ และการเข้าสังคมนับกับเพื่อนฝูง

3.2.2 บทบาทการสะสมเงินของแรงงานชายส่วนใหญ่เป็นชาย รองลงมาเป็นผู้หญิง ส่วนการสะสมเงินในแรงงานหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเกือบ 2 ใน 3 โดยทั่วไปการเก็บ

สะสมเงินส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เพราะผู้หญิงเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการใช้จ่ายต่างๆ ซึ่งผู้หญิงร่วมกับผู้ชายเป็นผู้วางแผนการใช้จ่ายรวมถึงการเก็บออม และให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายเก็บเงินมากกว่า เนื่องจากผู้ชายมีการใช้จ่ายเพื่อสังคมและเพื่อนฝูง มีนิสัยกล้าได้กล้าเสีย ใจใหญ่ มากกว่าผู้หญิง แต่ในบางครอบครัวจะให้ผู้ชายเป็นผู้เก็บเงินถ้าผู้ชายไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หรือไม่เล่นการพนัน โดยเฉพาะผู้ชายที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในบ้านทั้งหมด ส่วนอำนาจการตัดสินใจในการซื้อของส่วนใหญ่ก็ปรึกษากัน

3.2.3 บทบาทการการดูแลความปลอดภัยของสมาชิกของครอบครัว
 แรงงานชาย ส่วนใหญ่เป็นชาย รองลงมาเป็นผู้หญิง ส่วนบทบาทการการดูแลความปลอดภัยของสมาชิกของครอบครัวแรงงานหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและไม่เคยทำมีจำนวนเท่ากัน บทบาทนี้ชายจะถือว่าเป็นหน้าที่ของตน ที่จะปกป้องและคุ้มครองผู้หญิงรวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวไม่ให้มีอันตราย รวมทั้งการดูแลรักษาทรัพย์สินอื่นๆ ที่หามาด้วย โดยที่สิ่งของใหญ่ๆ จะเป็นของผู้ชาย ส่วนที่เป็นเรื่องเล็กๆ ละเอียดจะให้ผู้หญิงทำ

3.2.4 บทบาทการการดูแลสมาชิก เมื่อเจ็บป่วยของครอบครัวแรงงานชาย ส่วนใหญ่ผู้หญิงร่วมกับผู้ชายประมาณ 2 ใน 5 รองลงมาไม่เคย ส่วนบทบาทการการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วยของครอบครัวแรงงานหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเกือบ 2 ใน 5 รองลงมาไม่เคย การดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วยโดยทั่วไปถือว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิง เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งป่วยใช้ ผู้มีหน้าที่หายา หุงต้มอาหารสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งป้อนน้ำ ป้อนยา เช็ดตัว ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงทั้งสิ้น รวมทั้งการพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ผู้ชายจะเป็นฝ่ายช่วยเหลืออยู่รอบนอก ผู้หญิงถือว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง และผู้ชายก็คาดหวังว่าผู้หญิงทำหน้าที่นี้ได้ดีกว่าผู้ชาย แต่ผู้หญิงก็คาดหวังว่าเมื่อผู้หญิงไม่สบาย ผู้ชายก็สามารถช่วยเหลือดูแลเหมือนกับที่ฝ่ายหญิงทำ โดยเฉพาะในครอบครัวที่เป็นครอบครัวย้ายถิ่น เนื่องจากไม่มีญาติพี่น้องคนอื่น ชายหญิงมีความจำเป็นที่ต้องดูแลมากขึ้น การช่วยเหลือดูแลต่างๆ จึงไม่ได้จำกัดว่าหน้าที่ใดเป็นของชายหรือหน้าที่ใดเป็นของหญิง มีอะไรที่ทำได้จะช่วยกันทำมากกว่าอยู่ที่

บ้านเดิม แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคของผู้ชาย ผู้ชายจะไปพบแพทย์เองโดยไม่บอกภรรยา สำหรับผู้หญิงถ้าตัวเองสงสัยว่าเป็นโรกระบบสืบพันธุ์จะพูดกับเพื่อนหญิงที่สนิทหรือรุ่นพี่ที่นับถือไว้ใจได้มากกว่าจะคุยกับสามี

3.2.5 บทบาทการดูแลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีของแรงงานชาย ส่วนใหญ่เป็นชายร่วมกับหญิงเกินครึ่ง รองลงมาไม่เคยทำบทบาทเกิน 1 ใน 4 ส่วนบทบาทในแรงงานหญิง ส่วนใหญ่เป็นหญิง บทบาทการดูแลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพ และสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ชาย รวมทั้งเรื่องการป้องกันโรคต่างๆ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เรื่องอาหาร ผู้หญิงจะถือว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะดูแลสามีด้วยการทำของอร่อย ของที่ชอบ สำหรับสามีและลูก รวมทั้งการดูแลความสะอาดเสื้อผ้า การซักผ้า การดูแลเสื้อผ้าให้สะอาดเป็นหน้าที่ของผู้หญิง และผู้หญิงมีความเต็มใจที่จะทำ ในกรณีย้ายถิ่นต่างคนต่างทำงาน ผู้ชายก็มีส่วนช่วยเหลือมากขึ้น ผู้ชายหุงข้าวหนึ่งข้าว ผู้หญิงทำกับข้าว ถ้าผู้ชายซักผ้า ผู้หญิงรีดผ้า หรืออาจช่วยกันซัก การทำงานก็มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้นกว่าอยู่ถิ่นเดิม แต่ก็ยังมีบางคนถึงแม้หญิงชายจะทำงานนอกบ้านด้วยกัน ผู้ชายจะถือว่าเป็นหน้าที่ของผู้หญิงเท่านั้น จะไม่แตะต้องงานเหล่านี้ ตัวเองจะไปออกสังคัมสังสรรค์ สรวลเสเฮฮากับเพื่อนฝูง พูดคุย กินเหล้ากับเพื่อนฝูง เมื่อผู้หญิงพูด ผู้ชายก็หาว่าบ่น ขวนทะเลาะ ผู้หญิงก็ทำใจถ้าผู้ชายไม่ทำงานเหล่านี้ก็ไม่ใช่ไร ถือว่าเป็นนิสัยและไม่ได้คาดหวังไว้ (จะเห็นได้ว่าบทบาทนี้เป็นผู้หญิงเองที่ยินยอมและพร้อมที่จะทำ จะเห็นได้ว่า หนุ่มสาวที่เป็นคู่รักกันอยู่ในระยะที่ดูใจกัน ผู้ชายก็ให้ผู้หญิงซักผ้า รีดผ้า และผู้หญิงบางรายก็ให้เงิน ผู้ชายใช้จ่ายด้วย ผู้หญิงก็เต็มใจทำงานเหล่านี้เพื่อให้ผู้ชายมีความมั่นใจว่าทำงานเหล่านี้ได้ดี) ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพโดยทั่วไปผู้หญิงสนใจมากกว่าผู้ชาย การป้องกันโรคผู้หญิงมีการปฏิบัติอย่างจริงจังมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายจะมีการปล่อยปละละเลยมากกว่า เช่นความสะอาดเสื้อผ้า ผู้ชายยอมให้เสื้อผ้าสกปรก ถือว่าสามารถซักล้างได้ แต่ในกรณีการป้องกันโรคติดต่อที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ชายหญิงต่างยอมรับว่าผู้ชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมากกว่าผู้หญิง และการเป็นโรคในผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดจากผู้ชาย ซึ่งถ้าหญิงโสดเป็นโรคหมายถึงมี

การยุ่งเกี่ยวกับผู้ชาย หญิงโสดเมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์จึงไม่ให้ใครรู้ (ในผู้หญิงโสดเมื่อเป็นโรคยอมหมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม)

3.2.6 การอบรมสั่งสอนบุตร เนื่องจากกฎระเบียบของโรงงานไม่ให้นำเด็ก มาเลี้ยงในโรงงาน ถึงแม้สามีภรรยาอยู่อาศัยด้วย ทุกครอบครัวที่มีบุตรจึงฝากบุตรไว้กับปู่ย่า ตายายหรือญาติ ที่บ้านเดิม แต่ส่วนใหญ่จะฝากไว้กับตายายมากกว่า จะเห็นได้ว่าความใกล้ชิดซิด การอบรมสั่งสอนบุตรจากพ่อแม่ที่แท้จริงลดลง บทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่จึงเป็นปู่ย่า ตายาย หรือญาติ แต่บทบาทนี้ส่วนใหญ่จะตกอยู่กับผู้หญิงมากกว่าชาย ในกรณีแยกทางกันส่วนใหญ่ ลูกจะอยู่กับผู้หญิง เมื่อผู้หญิงต้องออกจากบ้านเพื่อทำงานหาเลี้ยงครอบครัว บทบาทการ เลี้ยงดูอบรมสั่งสอนก็เป็นตายาย หรือญาติฝ่ายหญิง มีบ้างน้อยราย เมื่อหญิงชายแยกกันอยู่ โดยที่ลูกอยู่กับฝ่ายชาย เนื่องจากฝ่ายชายมีฐานะดีกว่า หรือเด็กอยู่กับปู่ย่าตั้งแต่แรกแล้ว ใน ครอบครัวอื่นๆพ่อแม่ก็อาจเขียนจดหมาย ถ้าลูกอ่านหนังสือได้ แต่ถ้าลูกยังเล็กก็ไม่สามารถ อบรมได้โดยตรง นอกจากบางรายซึ่งมีจำนวนน้อยถ้าที่บ้านมีโทรศัพท์ก็คุยโทรศัพท์กับลูก แต่ บางรายไม่ได้ติดต่อกับลูกๆนานๆ จนกว่าจะกลับบ้านปีละ 10 – 12 วัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น ช่วงปีใหม่หรือเทศกาลสงกรานต์ ผู้หญิงบางคนทนคิดถึงลูกไม่ได้ก็ยอมให้สามีทำงานคนเดียว และตัวเองเลี้ยงลูก แต่จะมีกลุ่มหนึ่งซึ่งทำงานมานาน ตัดสินใจย้ายครอบครัวมาอยู่ด้วยกัน ให้ลูกย้ายมาเรียนหนังสือใกล้ๆ และเช่าบ้านบริเวณใกล้ๆ โรงงาน (ตาราง 3 ในภาคผนวก)

3.3 อำนาจการตัดสินใจ

3.3.1 การตัดสินใจคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก กลุ่มแรงงาน ชายและหญิงส่วนใหญ่ไม่เคยมีการคุมกำเนิดเกือบครึ่ง กลุ่มแรงงานหญิงส่วนใหญ่ผู้หญิง ตัดสินใจเองมีจำนวนใกล้เคียงกับไม่เคยประมาณเกือบครึ่ง อำนาจในการตัดสินใจคุมกำเนิด ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประมาณเกือบครึ่งของผู้หญิงตัดสินใจเอง เนื่องจากผู้หญิงที่เคย มีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับสามี ผู้หญิงจึงสามารถตัดสินใจคุมกำเนิดครั้งแรกได้ แต่มีหญิงจำนวนใกล้เคียงกันไม่ได้คุมกำเนิดเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่ได้คาดคิด

และไม่ได้เตรียมตัว ต่างกับผู้ชายส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่ใช้กับภรรยาจึงไม่ได้คิด และไม่ได้สนใจ

3.3.2 การตัดสินใจคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย กลุ่มแรงงานชายส่วนใหญ่ตอบว่าผู้หญิงเป็นฝ่ายตัดสินใจประมาณ 2 ใน 5 กลุ่มแรงงานหญิงส่วนใหญ่ตอบว่าผู้หญิงตัดสินใจเกินครึ่ง การตัดสินใจการคุมกำเนิดของชายหญิงส่วนใหญ่เกิดจากประสบการณ์คุมกำเนิดของเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานหรือญาติแนะนำ บางคนเคยใช้วิธีอื่นๆ มาแล้วอาจมีปัญหา การคุมกำเนิดส่วนใหญ่ผู้หญิงเป็นคนใช้ การจะใช้หรือไม่ใช้ส่วนใหญ่หญิงเป็นคนตัดสินใจ แต่ในบางคู่จะร่วมกันตัดสินใจ

3.3.3 การตัดสินใจป้องกันโรคในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก กลุ่มแรงงานชายส่วนใหญ่ไม่เคยตัดสินใจถึง 3 ใน 5 และกลุ่มแรงงานหญิงส่วนใหญ่ก็ไม่เคยตัดสินใจถึง 3 ใน 4

3.3.4 การตัดสินใจป้องกันโรคในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย กลุ่มแรงงานชายส่วนใหญ่ไม่เคยตัดสินใจถึง 3 ใน 5 กลุ่มผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่เคย 3 ใน 4 ชายหญิงต่างก็ไม่ได้คิดป้องกันโรค ผู้หญิงก็ไม่คิดว่าผู้ชายจะเป็นโรค และผู้ชายไม่คิดว่าผู้หญิงจะเป็นโรค เมื่ออารมณ์ถึงจุดนั้น จะไม่มีเวลามาคิด การป้องกันอื่นใด บางครั้งก็สวมถุงยางอนามัย บางครั้ง ก็ไม่ได้นำไป หรืออาจให้ฝ่ายหญิงกินยาคุมเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไปก่อนแล้ว ทั้งผู้หญิงผู้ชายกลัวการตั้งครรภ์มากกว่าการเป็นโรค แต่การป้องกันการตั้งครรภ์ก็ไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน ถ้าเป็นแฟนกัน ไม่ต้องป้องกันโรค แต่หากไปเที่ยวสถานบริการต้องป้องกัน

3.3.5 การซื้อถุงยางอนามัย กลุ่มแรงงานชาย ครึ่งหนึ่งไม่เคยซื้อ ที่เคยซื้อประมาณ 2 ใน 5 แรงงานผู้หญิงส่วนใหญ่ก็ไม่เคยซื้อถึง 3 ใน 4 จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจซื้อถุงยางอนามัยในหญิงน้อยมาก ผู้หญิงบางคนบอกว่าในชีวิตไม่เคยจับ ไม่อยากมอง

เพราะเหมือนเป็นของผู้ชาย แต่ถึงอย่างไรก็ตาม มีหญิงที่สมรสแล้วหลายคนซื้อหาถุงยางอนามัย เพื่อใช้สำหรับตนเองและสามี

“เห็นแม่บ้านเป็นฝ่ายซื้อถุงยางแบบหยอดเหรียญ มากกว่าเห็น 8
ใน 10 ครั้งที่เห็นมีการซื้อ”

(เจ้าหน้าที่ชาย ฝ่ายบ้านพัก)

3.3.6 การเว้นระยะห่างการมีบุตร แรงงานชายส่วนใหญ่ไม่ได้ตัดสินใจเว้นระยะห่างการมีบุตรเกินครึ่ง รองลงมาส่วนมากตัดสินใจเกิน 1 ใน 3 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่ได้ตัดสินใจเกือบครึ่ง รองลงมาทั้งหญิงและชายตัดสินใจเกิน 1 ใน 4 และหญิงตัดสินใจเองเกือบ 1 ใน 4

3.3.7 การกำหนดการตั้งครรภ์ ทั้งแรงงานชายและหญิงส่วนใหญ่ไม่เคยตัดสินใจกำหนดการตั้งครรภ์เกินครึ่งและเกือบครึ่ง รองลงมาทั้งหญิงและชายร่วมกันตัดสินใจทั้ง 2 กลุ่ม

3.3.8 การตัดสินใจไม่ทำแท้ง ในรายตั้งท้องไม่ตั้งใจ ในชีวิตคู่ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ แรงงานชายเกือบทั้งหมด แรงงานหญิงเคยทำแท้งในรายตั้งท้องไม่ตั้งใจ ชายและหญิงร่วมตัดสินใจไม่ทำแท้งร้อยละ 6 หญิงตัดสินใจร้อยละ 3.4

3.3.9 การตัดสินใจทำแท้ง ในรายตั้งท้องไม่ตั้งใจ แรงงานชายตอบว่าหญิงเป็นฝ่ายตัดสินใจทำแท้งร้อยละ 2.9 กลุ่มแรงงานหญิงพบว่าผู้หญิงเป็นฝ่ายตัดสินใจร้อยละ 6.0 และตัดสินใจร่วมกันทั้งหญิงและชายร้อยละ 1.7

(ตาราง 4 ในภาคผนวก)

การประเมินความเสี่ยงของตนเอง ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“เคยอยู่กับสามี น้อยใจตนเอง แต่ต้องทำใจ อยู่ในสภาพที่จำยอม พุดมากไม่ได้ สามีจะพาลโมโห สามีชอบกินเหล้า แล้วไปเที่ยว แต่สามีใช้ถุงยางเวลาเที่ยว ตนเองไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย และ ไม่ได้คุมกำเนิด”

(แรงงานหญิงที่สามีชอบเที่ยว คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค)

พบว่าแรงงานหญิงนี้ ที่มีอำนาจต่อรองเฉลี่ยต่ำกว่าแรงงานชาย สอดคล้องกับที่ พบว่า สามีไม่ยอมช่วยเหลือ งานอื่นๆในบ้าน ปล่อยให้เป็นบทบาท ภาระของฝ่ายหญิง ผู้ชายอาจช่วยทำบ้างเป็นงานเล็กๆน้อยๆ ไม่ได้ทำเป็นประจำ ผู้ชายประเภทนี้ จะทำอะไรมักใช้ การตัดสินใจลำพังตนเอง ไม่ได้ปรึกษาขอความเห็นจากฝ่ายหญิง ผู้ชายคิดว่าเหนือกว่า เก่งกว่า มีความสามารถมากกว่า ทำงานมากกว่าหน้าที่ปรนนิบัติ ดูแลความสะดวก เสื้อผ้า การหุงหาอาหาร ต้องเป็นของผู้หญิง ชายเป็นข้างเท่านั้น หญิงเป็นข้างเท่านั้น

กลุ่มผู้หญิงที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจ การต่อรองที่เท่าเทียม หากสามีชอบเที่ยวหญิงบริการ ดื่มสุรา และเล่นการพนัน สามีเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อย ระยะเวลา ผู้ชายไม่ยอมรับว่าไปเที่ยวหญิงบริการ ใช้วิธีการพูดจาดีๆ จนสามียอมรับ ยอมบอก แต่สามียังไม่ยอมเลิก จึงขอใช้ถุงยางอนามัย เวลาที่มีเพศสัมพันธ์ และฝ่ายชายก็เข้าใจ ระยะเวลา ผู้ชายมีปัญหาหนี้สินจากการพนัน และตนเองขอแยกทางในที่สุด ปัจจุบันแต่งงานใหม่ สามีทำงานในโรงงานเดียวกัน เป็นคนดี ไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ต่างคนต่างช่วยกันทำงานภายในบ้าน ช่วยเหลือกัน เอาอกเอาใจ มีปัญหาอะไรก็ปรึกษาค่อยๆ พุดกัน คิดว่าประสบการณ์ ทำให้ตนเองมีความอดทน ทำในสิ่งที่ดีต่อกัน มีอะไรจะพุดคุยกัน

● อำนาจการต่อรองของผู้หญิง เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

ด้านฝ่ายหญิงเอง แม้จะเป็นฝ่ายที่มีความต้องการทางเพศก่อน ก็ไม่กล้าจะแสดงแจ้งให้สามีทราบ หรือเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อน เพราะอาย กลัวผู้ชายว่าเป็นผู้หญิงที่มีความต้องการสูง แต่ผู้หญิงบางคนเป็นส่วนน้อย กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยแสดงออกให้ฝ่ายชายรับรู้ เพราะว่ารักแล้วอยากให้อีกฝ่ายมีความสุข เมื่อมีเพศสัมพันธ์ต่างฝ่ายก็ต้องการให้อีกฝ่ายถึงจุดสุดยอด

แต่ส่วนใหญ่ของผู้หญิง มีเพศสัมพันธ์ โดยที่ตนเองไม่ทราบว่า การถึงจุดสุดยอดเป็นอย่างไร และฝ่ายหญิงไม่เคยถาม และตัวเองคิดว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิงที่ต้องให้ผู้ชายเสร็จกิจ โดยที่ให้ฝ่ายชายเป็นฝ่ายเริ่มต้น ฝ่ายหญิงต้องไม่ขัดขืน มีบ้างที่ฝ่ายชายถามฝ่ายหญิงรู้สึกอย่างไร และอยากให้อีกฝ่ายถึงจุดสุดยอด แต่ฝ่ายหญิงบอกว่าไม่ต้องก็ได้

● มุมมองของผู้ชายต่อกรณีผู้หญิงเป็นฝ่ายเริ่มต้น

ผู้ชายบางคนยอมรับได้ ที่ฝ่ายหญิงเป็นฝ่ายเริ่มต้นการมีเพศสัมพันธ์ก่อน แต่ก็ไม่ใช่ชอบ กรณีนี้ผู้ชายส่วนใหญ่คิดว่าผู้หญิงมีความต้องการทางเพศสูง อารมณ์รุนแรง ชายบางคนให้ความเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ต้องเกิดจากอารมณ์ร่วมกันทั้งหญิงและชาย อีกฝ่ายยินยอมพร้อมใจ ถ้าจะดีก็ต้องมีการเย้าแหย่หรือสัมผัสร่างกาย ซึ่งสามารถดูได้จากสายตาหรือกิริยาว่า อีกฝ่ายเริ่มมีอารมณ์มีความต้องการ

ผู้ชายไม่ชอบการปิดบังแต่ยอมรับได้ถ้าผู้หญิงมีใครมาก่อน ผู้ชายเชื่อว่าปัจจุบันผู้หญิงบริสุทธิ์หายาก มีเพียงห้าถึงสิบในร้อยคน และผู้ชายถือว่า การที่ผู้หญิงมีใครมาก่อนเป็นเรื่องธรรมดา ผู้ชายยอมรับว่าหญิงชายมีการเสียตัวกันได้ง่าย และมีโอกาสเสียตัวตั้งแต่อายุน้อยๆ

3.4 พฤติกรรมทางเพศ

3.4.1 บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ ด้วยครั้งแรกของกลุ่มแต่งงานแล้ว แรงงานชายส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกกับภรรยาเกิน 1 ใน 4 รองลงมาเป็นผู้รักที่พึงพอใจมีจำนวนเท่ากับหญิงบริการเกือบ 1 ใน 4 ส่วนหญิงแต่งงานแล้วส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกกับสามีเกิน 4 ใน 5 และเป็นคู่รักที่ตั้งใจจะแต่งงานด้วย 1 ใน 10 กลุ่มชายโสดบุคคลมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกมีหลากหลายชั้น ส่วนใหญ่จะเป็นคู่รักที่พึงพอใจเกินกว่า 1 ใน 3 รองลงมาเป็นกลุ่มเพื่อนบ้าน/เพื่อนที่เรียนหนังสือ / คนในหมู่บ้านใกล้เคียง 1 ใน 4 ส่วนหญิงโสดมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกกับคู่รักที่ตั้งใจจะแต่งงานด้วยเกือบ 3 ใน 4

3.4.2 การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กลุ่มแต่งงานแล้วส่วนใหญ่ไม่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แรงงานชายแต่งงานเกือบครึ่ง แรงงานหญิงแต่งงานเกือบทั้งหมด ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แรงงานชายแต่งงานแล้วใช้ถุงยางเกือบทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเกือบ 1 ใน 5 ใช้บางครั้งและไม่เคยใช้มีจำนวนเท่ากันร้อยละ 16 ชายโสดส่วนใหญ่ใช้บางครั้ง เกิน 2 ใน 5 รองลงมาไม่เคยใช้เกิน 1 ใน 4

3.4.3 การใช้ถุงยางอนามัยกับสามีภรรยา ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มไม่เคยใช้เกิน 3 ใน 4 แต่ชายโสดไม่เคยใช้ 2 ใน 3

3.4.4 ความถี่การมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 เดือน แรงงานชายแต่งงานเกือบครึ่งมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 47) มีเพศสัมพันธ์ 1 – 2 ครั้ง / สัปดาห์ แรงงานหญิงแต่งงานส่วนใหญ่ 2 ใน 5 ไม่มีเพศสัมพันธ์ (เนื่องจากหม้าย / หย่า และสามีไม่ได้มาทำงานด้วย) หญิงโสดที่มี มีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้ง / เดือน ประมาณ 3 ใน 5

3.4.5 อายุ ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ทุกกลุ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 14 – 15 ปี ยกเว้นหญิงโสดมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 17 ปี ทุกกลุ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 18–19 ปี แต่หญิงโสดมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 20 ปี

3.4.6 จำนวนคู่ ที่มีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 ปี ชายโสดมีจำนวนคู่เฉลี่ยสูงสุดเกิน 2 คน ชายแต่งงานมีจำนวนคู่เฉลี่ยเกิน 1 คน กลุ่มหญิงมีจำนวนคู่เฉลี่ยไม่ถึง 1 คน

3.4.7 จำนวนคู่ ที่ผ่านมาทั้งหมดชายโสดมีจำนวนคู่เฉลี่ยสูงสุดเกิน 6 คน ชายแต่งงานมีจำนวนคู่เฉลี่ยเกิน 5 คน กลุ่มหญิงแต่งงานและโสดมีจำนวนคู่เกิน 1 คน
(ตาราง 7 ในภาคผนวก)

3.4.8 ฤงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรค

การใช้ฤงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรค พบว่าแรงงานชายประมาณครึ่งหนึ่งไม่ได้ใช้ กลุ่มที่ใช้บางครั้งมีมากกว่า 1 ใน 4 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ฤงยางอนามัยเลย คือมากกว่า 4 ใน 5

การใช้ฤงยางอนามัยเพื่อเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ส่วนใหญ่ไม่คิดใช้ เพราะคิดว่าคู่ของตน ไม่ได้ติดโรคอะไรจากไหน ไม่มีความจำเป็น และทั้งสองฝ่ายไม่ได้สำส่อน ก่อนเข้ามาทำงาน ที่โรงงานก็ตรวจเลือดผ่านก่อนทุกคนจึงเข้าทำงาน ชายมักคิดว่าเพียงดูภายนอกหญิงลักษณะเรียบร้อย น่ารัก ไม่ได้เป็นหญิงอย่างว่าที่ชายบริการ ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ฤงยางอนามัย

“ไม่ได้ใช้ฤงยางป้องกัน ตั้งแต่คบกันมา ผู้ชายก็ไม่ได้มีใครอื่น”

(แรงงานหญิงในโรงงาน)

ประสบการณ์ การใช้ถุงยางอนามัยของหญิงบางคน มาจากความตระหนักส่วนตัวร่วมกับการมีอำนาจต่อรอง บางคนมาจากคำแนะนำเพื่อใช้คุมกำเนิดเพียงชั่วคราว ส่วนชายที่ใช้ถุงยางอนามัยส่วนใหญ่เพื่อป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการเท่านั้น

“เคยใช้ถุงยางอนามัยกับสามีคนก่อน เพราะเขาชอบดื่มสุรา แล้วไปเที่ยวผู้หญิง”

“ไปหาหมอเพื่อคุมกำเนิด ช่วงแรกหมอนแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยก่อน และไม่เคยใช้อีกเลย”

(แรงงานหญิงในโรงงาน)

“เคยใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการ ทั้งขณะทำงานที่กรุงเทพฯ ชลบุรี และที่สิงคโปร์ แต่ไม่เคยใช้กับภรรยา ไม่ได้คิดว่าตนเองจะเป็นโรค เพราะถ้าจะเป็น มันเป็นโรคแล้ว จำได้ว่าสมัยเที่ยวใหม่ๆ ไม่เคยใช้ เพิ่งมาใช้ในช่วงหลังๆ”

(แรงงานชายในโรงงาน)

3.4.9 การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์ด้วยความไม่เต็มใจ แรงงานชายตอบว่าไม่มีปัญหาเลย ถึง 4 ใน 5 ส่วนแรงงานหญิงมีไม่เต็มใจ เป็นบางครั้งเกือบครึ่ง

การปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ แรงงานชายส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิเสธ 2 ใน 3 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ปฏิเสธบางครั้งเกินครึ่ง และรองลงมาไม่เคยปฏิเสธประมาณ 1 ใน 3

“การที่ผู้หญิงปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ชายต้องดูว่าเป็นเพราะอะไร เหนื่อยทำงานหนัก ทำงานกะดึก ทำล่วงเวลา ไม่สบาย หรือเป็นเพราะอะไร แต่ถ้าปฏิเสธบ่อยๆ ทำให้สงสัยมีอะไรหรือเปล่า ผู้หญิงมีผู้ชายอื่น หรือนอกใจ”

(แรงงานชายในโรงงาน)

แรงงานหญิงมีการปฏิเสธเพศสัมพันธ์กับสามี เนื่องจากส่วนใหญ่ตัวเองและสามี ต่างก็ทำงานเหน็ดเหนื่อยเมื่อไม่มีความต้องการ ก็นอนหันหลังให้ สามีก็เข้าใจ บางทีแกล้งทำเป็นหลับ แต่ก็มีที่สามีรุกเร้าจริงๆ ก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ ส่วนใหญ่ไม่เคยพูดกับสามีเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะไม่ทราบว่าจะพูดอย่างไร การเจรจาหรือการสื่อสารที่ออกมาเป็นคำพูดมีน้อย

3.4.10 การพูดปรึกษากันเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

การพูดคุยเรื่องวางแผนครอบครัว แรงงานหญิงบอกว่ามีการพูดคุยเรื่องวางแผนครอบครัวกับคู่่นอนมากกว่ากลุ่มชาย หญิงมีการพูดคุยบ่อยครั้งเกิน 1 ใน 4 ไม่เคยพูดเกือบ 1 ใน 3 แรงงานชายพูดคุยบ่อยครั้ง 1 ใน 5 ไม่เคยพูดเกือบ 2 ใน 5

การพูดคุยเรื่องป้องกันโรค ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยพูดคุยกันประมาณเกือบครึ่ง และพูดคุยเป็นบางครั้งเกิน 1 ใน 3

การบอกคู่่นอนเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความสุขทั้ง 2 ฝ่าย แรงงานชายส่วนใหญ่เคยบอกบางครั้งเกือบครึ่ง รองลงมาไม่เคยบอกเกือบ 2 ใน 5 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่เคยเกือบ 3 ใน 5 รองลงมาบางครั้งเกือบ 1 ใน 3

3.4.11 ความรุนแรงในครอบครัว และการถูกลวนลาม

การได้รับบาดเจ็บตบตีทำร้ายจากคู่ ทั้งหญิงและชายเคยได้รับบาดเจ็บ โดยที่หญิงได้รับบาดเจ็บเป็นบางครั้งเกือบ 1 ใน 10 บ่อยครั้งเกือบ 1 ใน 50 ชายได้รับบาดเจ็บบางครั้งเกิน 3 ใน 50

การถูกหัวหน้างานลวนลามหรือสัมผัสเนื้อต้องตัว กลุ่มหญิงร้อยละ 1.0 ชายร้อยละ 0.5

การถูกหัวหน้าบังคับ/แกมบังคับให้มีเพศสัมพันธ์กลุ่มหญิงร้อยละ 1.0 ชายไม่มี

(ตาราง 5 ในภาคผนวก)

3.5 พฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ

3.5.1 การเที่ยวกลางคืนกับเพื่อนฝูง แรงงานชายส่วนใหญ่มีการเที่ยว บางครั้งประมาณครึ่ง ไม่เคยเที่ยวเกิน 2 ใน 5 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่เคยเที่ยวเกือบ 3 ใน 5 เที่ยวบางครั้งเกือบ 2 ใน 5 การเที่ยวกลางคืนกับเพื่อนฝูง ส่วนใหญ่จะออกมาเป็นกลุ่มหรือเป็นคู่หลังเลิกงานหรือวันหยุด บางคนก็ออกมากินอาหารตามสั่ง ฟังเพลง หยอกหยิวตามตู้เพลง ร้องเพลงคาราโอเกะ มักมีการดื่มร่วมด้วย เครื่องดื่มได้แก่ สุรา เบียร์ และน้ำอัดลม ถือเป็นกิจกรรมสังสรรค์ นันทนาการอย่างหนึ่ง

ในโรงงานห้ามนำทีวี วิชยู เครื่องเสียง ใช้ในห้องพัก ซึ่งจะอาศัยอยู่ร่วมกัน ประมาณ 6 คน ต่อห้อง แต่ทางฝ่ายบ้านพัก จัดทีวี วิดีโอ บริเวณโรงอาหาร ละแวกเขตบ้านพัก นอกจากนี้ได้จัดฉายภาพยนตร์กลางแจ้ง ทุกคืน วันอังคาร และศุกร์

การพักผ่อน ในสัปดาห์จะมีวันหยุด 1 วัน ไม่ตรงกัน แต่กำหนดให้ในห้องพักเดียวกัน มีกะวันทำงานเหมือนกัน วันหยุดเหมือนกัน ในวันหยุดกลุ่มแรงงานจะมีการไปพักผ่อนชายทะเล ห้างสรรพสินค้า น้ำตก การไปเที่ยวนี้จะไปด้วยกันในกลุ่มเพื่อนสนิท โดยการเหมารถยนต์รับจ้าง เตรียมอาหาร เครื่องดื่ม บางครั้งคู่หนุ่มสาวก็เลือกไปเที่ยวตามลำพังคู่ของตนเอง

ภาพยนตร์กลางแจ้งยามค่ำ ภายในโรงงาน ถ้าหากมีเนื้อเรื่องที่ดี ห้องฟ้าอากาศแจ่มใส เป็นบรรยากาศที่ดี ทำให้หนุ่มสาวได้ออกมาผ่อนคลายอารมณ์ เกิดความสนุกสนาน บางครั้งก็มานั่งกินกันกลุ่มใหญ่ เพื่อคุยกับเพื่อน กลุ่มชายที่รักสนุก ก็อาจจะแซวหยอกล้อกลุ่มสาว กลุ่มสาวก็แซวหยอกกลับไปมาบ้าง หลายคนเล่าว่า ลานดูภาพยนตร์กลางแจ้งยามค่ำ ทำให้หนุ่มสาวหลายคู่ ลงเอยกัน บางคู่ไม่เคยไปไหนสองต่อสอง หนุ่มสาวก็มาชวนกันดู “หนังกลางแปลง” ลานภาพยนตร์กลางแจ้งยามค่ำจึงเป็นจุดนัดพบ เมื่อภาพยนตร์จบ บางคู่ยังคงคุยกันถึงดึก ตามซุ้มดอกเห็ด พุ่มไม้ และที่ลับตาคนก็มี บางคู่แอบมีอะไรกันตามซอกตึก บริเวณหลังตึก บริเวณที่ตากผ้า และต้องระมัดระวังไม่ให้ รปภ.มาตรวจพบ

“หากถูกตรวจจับได้ ฝ่ายบ้านพัก จะทำโทษ ให้ภาคทัณฑ์ หรือ สอบถามพบว่ายังโสด จะให้เลือกย้ายเข้าห้องแฟลตครอบครัว”

(เจ้าหน้าที่หญิง ฝ่ายบ้านพัก)

มีหลายคู่มีความพึงพอใจกันแล้วบ้าง ก็ยอมย้ายเข้าแฟลตครอบครัว อยู่กันแบบไม่ต้องมีพิธีการอะไรถ้าอยู่ไม่ได้ก็ค่อยมาขอแจ้งฝ่ายบ้านพัก ขอแยกห้อง แยกทาง กัน คู่ที่อยู่กันได้ก็มีแบบที่กลับไปจัดงานแต่งงานที่บ้านให้ผู้ใหญ่รับรู้

ร้านอาหาร เครื่องดื่ม คาราโอเกะ บริเวณหน้าโรงงาน จะคึกคักเป็นพิเศษ กว่าปกติ โดยเฉพาะในวันที่เบิกจ่ายเงินเดือน มักถือว่าเป็นวันพักผ่อน หย่อนคลาย โดยการฟังเพลง ร้องเพลง กินอาหาร และที่ขาดไม่ได้สำหรับผู้ชายส่วนใหญ่ คือ การดื่มสุรา เบียร์

วันรับเงินเดือนเป็นวันที่แรงงานหญิงยอมให้สามีดื่มสุรา ชายหลายคนก็เลือกดื่มลำพัง และใช้เวลาไม่นาน ก็กลับเข้าที่พัก ชายบางกลุ่มตั้งวงดื่มสุราร่วมกัน ใช้เวลานานกว่าจะเลิก กฎระเบียบบ้านพักห้ามการดื่มสุราในเขตบ้านพักเด็ดขาด และหากสงสัยว่าดื่มสุรามาจะเข้าเขตบ้านพัก ก็ต้องยอมให้พนักงานฝ่ายรักษาความปลอดภัยตรวจ ประเมิน หากไม่สามารถเดินได้ในแนวตรง จะไม่มีสิทธิ์กลับเข้าที่พัก ชายหลายคนหลังดื่มสุรา มาก ต้องนอนตากยุงภายนอกบริเวณโรงงาน จนกว่าจะเช้าของวันรุ่งขึ้น สร้างเมาแล้วจึงเดิน กลับเข้าบริเวณที่พัก

แรงงานชายหลายคนที่มาทำงานที่นี่ หากไม่ควบคุมตนเองเกี่ยวกับการใช้จ่าย ทำให้ต้องเสียเงินทองไปกับการดื่มสุรา เครื่องบันเทิงเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชายโสด ตัวเองมาคนเดียว ไม่มีใครคอยควบคุมดูแล และไม่มีภาระรับผิดชอบ เหมือนกับคนที่ มีครอบครัวแล้ว บางครั้งกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพล เช่นชวนไปเที่ยวต่อข้างนอก ตามร้านอาหาร ห้องอาหารที่มีบริการทางเพศแอบแฝงก็ชวนกันไป เพื่อไปเที่ยวพิสูจน์ว่า ดีจริงหรือไม่ แต่หลายคนบอกว่า

“แพงเกินไปสำหรับพวกเราผู้ใช้แรงงานไปเที่ยวครึ่งสองครั้ง ก็หมดเงินที่เบิกมาได้”

(แรงงานชายในโรงงาน)

หลายคนก็เลือกไปเที่ยวแบบนานๆ สักครั้ง เก็บเงินส่งให้พ่อแม่ หรือ ภรรยา และลูก ทางบ้านผู้ชายหลายคนมีภรรยาไม่ได้มาอยู่ทำงานด้วย ก็ทำตัวเหมือนคนโสด ไม่บอกให้เพื่อนๆ หรือคนอื่นรับรู้ว่า ตนเองมีภรรยาแล้ว จะบอกหลีกเลียงว่า แยกทางกัน หรือ เลิกกันหรือแสดงว่า ตนเองเป็นโสด ไม่มีพันธะ หญิงบางคนก็หลงเชื่อยอมอยู่ด้วยกัน ภายหลัง ถึงทราบความจริง ทำให้เกิดปัญหาทะเลาะกัน ต้องแยกทางกัน แต่บางคนก็เลือกแยกทางกับ ภรรยาที่บ้าน

3.5.2 การดื่มสุรา กลุ่มชายส่วนใหญ่ดื่มสุรา บางครั้งมีถึง 3 ใน 4 ชาย ที่ ดื่มบ่อยครั้งมี 1 ใน 10 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มร้อยละ 69.6 ดื่มบางครั้งเกือบ 1 ใน 4

แรงงานชายและหญิง ต่างก็ทราบว่า การดื่มสุรา ไม่ได้มีผลดีต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ทราบและยอมรับว่า สุราเป็นตัวชักนำไปสู่ปัญหาอื่นๆตามมา ทำให้ชายมีความกล้ามากขึ้น กล้าพูด และกล้าทำ รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ การดื่มสุรานั้นนอกเหนือ จากผู้ชาย ผู้หญิงก็พบว่ามีการดื่มมากขึ้น ทั้งหญิงโสด และหญิงคู่ที่มีครอบครัว แต่ปริมาณที่ ผู้หญิงดื่มจะน้อยกว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานถือว่าการดื่มสุราเป็นการผ่อนคลายอย่างหนึ่ง หลังจาก ทำงานหนัก ช่วยให้คุยกันออกรส สนุกสนาน เป็นการสังสรรค์ เลี้ยงเพื่อนฝูง

การดื่มสุรา ชักนำไปสู่ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกัน ไม่ปลอดภัย บางครั้งผู้หญิงเองมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเมื่อดื่มสุรา เมฆา ชาติสติเพียงครั้งเดียวเท่านั้น แล้วก็เลิกกันไป แล้วไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นอีก ไม่จริงจัง บางคู่คบหากันนานขึ้น แต่มีหลายคู่ที่ต้องเลิกร้างกันไปหลังจากอยู่ร่วมกันไม่นาน

3.5.3 การสูบบุหรี่ แรงงานชายส่วนใหญ่สูบบุหรี่บ่อยครั้งเกือบครึ่ง สูบ บางครั้งเกินกว่า 1 ใน 4 แรงงานหญิงเกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ มีสูบบางครั้งร้อยละ 3.4 การ สูบบุหรี่ของผู้ชายเริ่มสูบมาตั้งแต่เป็นวัยรุ่น ให้เหตุผลว่าสูบบุหรี่ตามเพื่อน เครียด ผ่อนคลาย (ในเวลาทำงานจะอนุญาตให้ผู้สูบบุหรี่ออกมาพักสูบบุหรี่ได้) ทำให้คนที่สูบบุหรี่ ไม่คิดจะเลิก

3.5.4 **การใช้สารเสพติด** แรงงานชายส่วนใหญ่ไม่เคยใช้เกิน 3 ใน 5 ที่ใช้บ้าง ครั้งมี 1 ใน 3 แรงงานหญิงไม่เคยใช้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.0) กลุ่มผู้ชายที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เคยใช้ยาบ้า รองลงมาคือ ดมกาว สารระเหย และบางคนเคยใช้เฮโรอีน ปัจจุบันเลิกใช้

3.5.5 **การออกกำลังกาย** แรงงานชายมีการออกกำลังกายบ่อยครั้งมากกว่า แรงงานหญิง 4 เท่า แรงงานชายออกกำลังกายบางครั้งเกือบครึ่ง และออกกำลังกายบ่อยครั้ง 1 ใน 3 แรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเกือบครึ่ง และออกกำลังกายบางครั้งประมาณ 2 ใน 5 การออกกำลังกายในกลุ่มผู้ชายส่วนใหญ่มักเล่นหลังเลิกงาน จะเป็น ฟุตบอล บาสเกตบอล ตะกร้อ ส่วนกีฬาประเภทวอลเลย์บอล แบดมินตัน ผู้หญิงจะมาเล่นด้วย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงโสด ชายหญิงที่เล่นกีฬามากกว่า ทำให้ผ่อนคลาย เพลิดเพลิน สุขภาพแข็งแรง มีเพื่อน ทำให้ลืมคิดถึงบ้านและเรื่องต่างๆ ได้

(ตาราง 6 ในภาคผนวก)

3.6 ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์

การตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจในชีวิตคู่ แรงงานหญิงแต่งงานแล้วเคยมีการตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจสูงสุด ถึง 1 ใน 5

ปัญหาการเจ็บป่วยของระบบสืบพันธุ์ หญิงแต่งงานและหญิงโสดเคยมีปัญหาการเจ็บป่วยระบบสืบพันธุ์ประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19 และร้อยละ 20 ตามลำดับ)

การรักษา ส่วนใหญ่ปล่อยให้หายเอง ในแรงงานหญิงโสดมีจำนวนสูงสุด คือมากกว่า 2 ใน 3 แรงงานชายแต่งงาน 2 ใน 5 และแรงงานหญิงแต่งงาน 1 ใน 4 ปล่อยให้หายเอง

การคุมกำเนิดในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา (ชีวิตคู่) กลุ่มแต่งงานส่วนใหญ่ใช้เกินครึ่ง กลุ่มโสดไม่ใช้เกินครึ่ง

(ตาราง 8 ในภาคผนวก)

3.7 การตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติของสตรี

การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาของหญิง หญิงแต่งงาน เคยตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเกิน 1 ใน 3 (ร้อยละ 36) แต่หญิงโสดเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) ไม่เคยตรวจ

การตรวจเต้านมด้วยตนเองในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาหญิงแต่งงานเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเกิน 1 ใน 5 แต่หญิงโสดเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97) ไม่เคยตรวจ

(ตาราง 9 ในภาคผนวก)

3.8 วิถีชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น หนุ่มสาว ที่พักภายในโรงงาน

3.8.1 การอยู่ด้วยกันของหนุ่มสาว

หนุ่มสาวรู้จักกันไม่นาน (บางคน เพียงประมาณ 2-3 เดือน) ก็ตกลงปลงใจจะอยู่ร่วมกัน จึงแจ้งเจ้าหน้าที่ดูแลฝ่ายบ้านพัก เพื่อขอย้ายเข้าอยู่แฟลตครอบครัว บางคนพ่อแม่ทางบ้านในภูมิลำเนาเดิมไม่ทราบ หากอยู่ไประยะหนึ่งเข้ากันไม่ได้ ก็ขอย้ายออกจากแฟลตครอบครัว ไปอยู่แฟลตคนโสด บางครั้งพบคนใหม่ที่พอใจ ก็ตกลงใจใช้ชีวิตคู่กับคนใหม่อีก บางคนสามารถปรับตัว อยู่ด้วยกันได้ แล้วค่อยแจ้งส่งข่าวให้พ่อแม่ทางบ้านทราบ อาจทำพิธีขอขมาพ่อแม่ฝ่ายหญิง โดยเสียเงินบ้างตามแต่ฝ่ายหญิงจะเรียกร้อง โดยที่ฝ่ายหญิงอาจจะมีการต่อรองกันบ้าง หรือยอมเพราะลูกสาว ตกเป็นของเขา และในบางรายได้ตั้งท้อง และมีลูกก่อน จึงบอกทางบ้านให้ทราบ

“พวกเขาจะมองแฟลตครอบครัว เหมือนโรงแรม แจ้งย้ายเข้า ย้ายออก ดึกว่าถูกจับได้ว่ามีอะไรกันภายในโรงงาน มีการลักลอบได้เสียกัน หากทาง พนักงาน รปภ.ตรวจพบ ก็ต้องย้ายเข้าแฟลตครอบครัว”

“พวกเขาอยู่กันง่าย และแยกกันง่าย รู้จักกันไม่นาน ก็ขออยู่ด้วยกันแล้ว แปลกใจเหมือนกันทำไมถึงอยู่กันง่าย เดือนหนึ่ง มี 2 ช่วง แต่ละช่วง จะมีคนมาแจ้งขออยู่แฟลตครอบครัว 5-6 คู่ อย่างน้อย ช่วงครึ่งเดือน มี 2-3 คู่ ยังเคยสงสัยว่าทำไมเขาถึงอยู่กันง่ายจัง”

(เจ้าหน้าที่หญิง ฝ่ายบ้านพัก)

3.8.2 การใช้ชีวิตครอบครัวของคู่สามีภรรยา

ที่อยู่ด้วยกันภายในโรงงาน ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เป็นชนวนก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมา ที่พบได้บ่อย คือ การพนัน การดื่มสุรจากภายนอกโรงงาน ปัญหาดังกล่าวพบว่าส่วนใหญ่ผู้ชายเป็นฝ่ายก่อปัญหา ทำให้เกิดการทะเลาะโต้เถียง ชัดแจ้งกัน ไม่มีที่สิ้นสุด ฝ่ายชายจะมีรายจ่ายเป็นเงินจำนวนมาก ไม่มีเงินเหลือเก็บ ไม่มีเงินส่งให้ลูก และพ่อแม่ที่บ้าน ในที่สุดต้องแยกทางกันไป สาเหตุต้องเลิกมาจากฝ่ายหญิงน้อยมาก

“อยู่ที่นี้จะต่างจากที่บ้านเดิม อยู่ที่บ้าน เมื่อไปทำลูกสาวเขา ต้องเสียเงินเสียทอง อยู่ที่นี้ ไม่เป็นไร ถ้าพ่อแม่ผู้หญิงไม่รู้”

(แรงงานชายโสด)

“มีด้วยกันหลายคู่ที่อยู่ด้วยกันก่อน เมื่ออยู่ไม่ได้ ก็แยกกันไป ผู้หญิงบางคน ยอมให้เงินให้ทองผู้ชาย ผู้ชายก็เอา ซึ่งจะเป็นผู้ชาย (คนภาค) ได้ อยู่นอกโรงงาน บางครั้งผู้ชายก็หลอกเอาแต่เงิน”

(แรงงานหญิงโสด)

สภาพที่พบเห็น จะเห็นหญิงที่ผ่านชีวิตคู่ แต่งงานมาแล้ว แต่อยู่ในสถานภาพ หม้าย หย่า มีจำนวนหลายคน ทั้งที่อายุไม่ถึง 20 ปี และมีภาวะที่ต้องเลี้ยงดู ส่งเสียบุตร สาเหตุจากการอยู่ด้วยกันก่อน เนื่องจากฝ่ายหญิงตั้งครรรภ์ โดยไม่แต่งงาน ผู้ชายจำยอมรับผิดชอบ ทั้งที่ยังไม่พร้อม หรือจากการที่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย เมื่อมาอยู่ด้วยกันระยะหนึ่ง ก็มีปัญหา ผู้ชายไม่รับผิดชอบในครอบครัว เทียวเตร่ รักสนุก ดื่มสุรา เจ้าชู้ ไม่ส่งเสียเงินทอง บางครั้งก็มีปัญหาเรื่องเงินทอง ไม่พอจ่าย ทำให้ทะเลาะเมื่อทะเลาะกันบ่อยๆ ก็แยกทางกันในที่สุด

“เป็นห่วงมาก ถ้าเป็นลูกหลานตัวเอง เด็กผู้หญิง ผู้ชาย เขาไม่อดทนกัน เห็นอะไรดูง่ายไปหมด เขาเอากันง่าย ก็จากกันง่าย

“ไม่เหมือนสมัยก่อน หนุ่มสาวเขาต้องเข้าออกทางประตู ต้องให้
ผู้ใหญ่เห็นชอบ”

(แรงงานหญิงคู่ อายุ กว่า 40 ปี)

การมีคู่รัก ส่วนใหญ่ทำตามเพื่อน เห็นเพื่อนมี ตนเองก็อยากมีบ้าง
คบหากันเป็นคู่รัก ไม่นานก็มีเพศสัมพันธ์กัน สถานที่แอบลักลอบได้เสียกัน ไม่ได้เป็นหอพัก
โรงแรมอย่างในสังคมเขตเมือง แต่เลือกไปที่สวนยางพาราใกล้ ๆ โรงงาน ร้านคาราโอเกะ
บ้านเช่าเพื่อนข้างโรงงาน หน้าโรงงาน ชายโสดที่มีคู่รักเลือกใช้ห้องพักของตนเองในแฟลต
ขณะที่เพื่อนร่วมห้องไม่อยู่ แล้วนัดให้ฝ่ายหญิงแอบขึ้นไปหาที่ห้อง

“การที่แยกจากครอบครัวกันมาไกลบ้าน ห่างจากพ่อแม่ มีงาน
ทำ มีรายได้ ทำให้มีอิสระที่จะมั่วกันมากขึ้น”

(แรงงานชายในโรงงาน)

“โอกาสมีมากกว่า อิสระมากกว่า มีความใกล้ชิดกับแฟนซึ่งเป็น
เพศตรงข้ามมากกว่า เมื่อคิดอะไร ก็ทำตามใจตัวเอง อยู่ต่างถิ่น
แล้วกล้าลอง กล้าตัดสินใจ อยู่ที่บ้านกลัวคนพูด แต่ที่นี่ ไม่มี
ใครพูด อยู่ที่นี่เสียตัวกับผู้หญิงไม่ต้องเสียเงิน ที่บ้านทำแล้ว
ต้องเอาจริง บางครั้งต้องไปจ่ายเงินที่บ้านผู้ใหญ่”

(ผู้ชายที่ไปล่วงเกินผู้หญิงเรียกว่าผิดสาว ต้องไปจ่ายค่าปรับให้กับพ่อแม่ฝ่ายหญิง)

(แรงงานชายในโรงงาน)

“ผู้ชายยอมรับได้ที่ผู้หญิงมีคนอื่นมาก่อน ขอให้รักกันและเข้าใจ
กัน แต่ไม่ชอบถ้าผู้หญิงปิดบัง ก็มีผู้ชายบางคน ยอมรับไม่ได้
ถือว่าเป็นเรื่องชวย”

(แรงงานชายในโรงงาน)

● **เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย**

ในความหมายของแรงงานหญิง คือ การไม่เป็นโรค การไม่เที่ยว จะไม่เป็นอะไร สะอาด ไม่เป็นเอดส์ ไม่มีอะไรเกิดขึ้น หลังจากมีเพศสัมพันธ์

ส่วนแรงงานชาย ให้ความหมายว่า ก่อนการแต่งงาน ต้องพาคู่ออกไปตรวจเลือด หมายความว่าหากจะใช้ชีวิตร่วมกัน ต้องพาคู่ออกไปตรวจเลือดดูก่อน

“หากมันใจทั้งสองฝ่าย ก็ไม่จำเป็นต้องตรวจ เพราะก่อนเข้ามาทำงานได้ ก็ต้องผ่านการตรวจเลือด

(แรงงานชายในโรงงาน)

ความเป็นจริงยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องทั้งหมดคือ การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ไม่ได้ตรวจเลือด เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิด คนที่ผ่านการตรวจมีผลเป็นปกติ ไม่ได้มีความหมายว่าจะปลอดภัยจริง และหลังจากเข้าทำงานก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่า จะไม่ได้ไปรับและติดเชื้ออื่นๆ

กลุ่มหญิงและชาย มีความเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นสิ่งที่จำเป็น แต่เมื่อถึงเวลาจริงๆ ไม่ได้ทำ เพราะไม่รู้ว่าเหตุการณ์จะเกิดวันไหน เมื่อถึงเวลาจริงๆ ไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า

● **ความรู้สึกของชายเมื่อ หญิงเป็นฝ่ายเริ่มขอใช้ถุงยางอนามัย**

แรงงานชายจะเสียความรู้สึก เขาคิดว่า ถ้าเป็นคู่ออก อยากให้เป็นธรรมชาติ ไม่ชอบใช้ เพราะทำให้เสียความรู้สึกเวลาร่วมเพศ หากฝ่ายหญิงต้องการป้องกันไม่ให้ตั้งท้อง จะบอกให้ผู้หญิงใช้วิธีอื่น เช่นกินยาเม็ดคุมกำเนิด หากฝ่ายหญิงเป็นฝ่ายเตรียมถุงยางอนามัยมาเอง ผู้ชาย จะยอมรับไม่ได้เช่นกัน

“เป็นผู้หญิงที่ดูไม่ได้ เป็นผู้หญิงที่มีความชำนาญเกินไป เป็นคนที่ไซกไซน คล้ายเป็นผู้หญิงบริการ”

(แรงงานชายในโรงงาน)

แรงงานชายยอมรับว่า การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ชาย ไม่ได้มีเฉพาะกับคนที่รักกัน การมีความต้องการทางเพศ ซึ่งผู้ชายถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา เหตุการณ์ที่น่าพาไปได้แก่ ความใกล้ชิด ความต้องการ มีทั้งผู้ชายผู้หญิง บางครั้งก็คบแบบจริงจัง และบางครั้งก็คบแบบเล่นๆ นอกจากนี้มีการดื่มสุรา

“บางที่ผู้หญิงก็ดื่มด้วย การดื่มสุราแล้วเมา เมื่อเมาแล้วไม่ได้คิดอะไร มีแต่ความต้องการทางเพศอย่างเดียวและไม่ได้ป้องกัน”

(แรงงานชายในโรงงาน)

“ผู้ชาย และผู้หญิงมีความเข้าชู้พอกัน และบางครั้งผู้หญิงยอมเสียตัวง่ายๆ ผู้หญิงบางคนมีประสบการณ์มาก ยอมเสียตัวให้กับทุกคน”

(แรงงานชายในโรงงาน)

แรงงานชายเมื่อมีความต้องการทางเพศ ส่วนใหญ่ไม่ได้เที่ยวหญิงบริการเพราะไกล ไม่รู้จักสถานที่ดีพอ เงินมีไม่มากพอ และที่มีอยู่ไม่ไกลจากโรงงาน เป็นร้านอาหารและโชว์ ราคาแพง เพื่อนเคยไปมาบอกกว่าแพง คนโสดส่วนใหญ่ เมื่อมีความต้องการก็ช่วยตัวเอง แต่ถ้ามีแฟนก็เลิกช่วยตัวเอง ผู้ชายเห็นว่า เมื่อผู้หญิงเสียตัวแล้ว ครั้งหลังจะตามมาง่ายขึ้น

● ความแตกต่างระหว่างหญิงชายที่มีผลกระทบด้านสุขภาพ

พฤติกรรมทางเพศระหว่างชายหญิงมีความแตกต่างกัน ในหลาย ๆ ด้านตั้งแต่บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย เนื่องจากผู้หญิงถูกอบรมสั่งสอนให้รักษาพรหมจรรย์ รักรวมสงวนตัวสำหรับคนที่เรารักหรือจะแต่งงานกันแต่ขณะที่ผู้ชายมีอิสระเสรีมากกว่าผู้หญิง แรงงานหญิงที่แต่งงานแล้วมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับสามีและที่เหลือเป็นคู่รักที่ตั้งใจจะแต่งงานด้วยเกือบทั้งหมดแต่แรงงานชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับภรรยาเพียง 1 ใน 4 นอกจากนี้ยังเป็น หญิงบริการ คนรักที่พอใจ และคนรักที่จะตั้งใจจะแต่งงานด้วย กลุ่มคนโสด หญิง

โสด ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักรที่ตั้งใจจะแต่งงานด้วย แต่ชายโสดมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักรที่ตนเองพอใจ คูรักรที่ตั้งใจจะแต่งงานด้วยหญิงบริการ และอื่น ๆ ที่หลากหลาย

ขณะเดียวกัน แรงงานชายมีเพศสัมพันธ์กับหลายคนมากกว่าผู้หญิง แรงงานชายแต่งงานแล้วมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงเฉลี่ย 6 คน แรงงานหญิงแต่งงานมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเฉลี่ย 1 คนเศษ ชายโสดเฉลี่ย 6 คน หญิงโสดเฉลี่ย 1 คนเศษ (เฉพาะผู้มีเพศสัมพันธ์) เมื่อคิดเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับชาย/หญิงในรอบปีที่ผ่านมาชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ร้อยละ 28.47 แต่การใช้ถุงยางอนามัยกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีภรรยาพบว่าไม่เคยใช้ และใช้บางครั้งประมาณ 1 ใน 3 และการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีภรรยา ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ จึงทำให้กลุ่มนี้เสี่ยงต่อปัญหาการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์และอื่นๆ ได้

● ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

1. ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงในระยะสั้น

ผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิง ซึ่งมีทั้งที่ปรากฏอาการและไม่ปรากฏอาการ บางคนได้รับการรักษาและอีกหลายคนไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากสถานภาพของตัวเองไม่เชื่อให้ไปรักษาเช่นกรณีหญิงโสด จากโดยการสัมภาษณ์พบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของหญิงทั้งที่แต่งงานและโสด เคยมีปัญหากการป่วยของระบบสืบพันธุ์แต่เกือบ 3 ใน 4 ของหญิงโสดปล่อยให้หายเองและขณะที่ 1 ใน 4 ของหญิงแต่งงานปล่อยให้หายเอง สาเหตุหนึ่งเกิดจากการไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการ เพราะเนื่องจากอายุ กลัวหมอ กลัวคนอื่นว่าเป็นโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ได้รับบริการที่เชื่อให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการ ผลกระทบระยะยาว ได้แก่ การอักเสบเรื้อรังของอุ้งเชิงกราน มะเร็งปากมดลูก

- 2 การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ได้ตระหนักในการป้องกัน หรือขาดทักษะและ ความเข้าใจ หญิงแต่งงานมีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจประมาณ 1 ใน 5

ของหญิงที่แต่งงานแล้ว ซึ่งบางครั้งการตั้งครรภ์ทำให้ผู้หญิงต้องแต่งงานทั้งที่อยู่ในสภาพที่ไม่พร้อม ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการครองเรือน และผู้ชายอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อม ทำให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาอื่นๆ และปัญหาอื่นเหล่านี้ก็ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตครอบครัวได้เช่นกัน เช่น ปัญหาการเงิน การทะเลาะเบาะแว้ง และในบางรายต้องตัดสินใจทำแท้ง เนื่องจากมีการเลิกร้างความสัมพันธ์กันโดยที่ผู้ชายไม่รับผิดชอบ จากการพูดคุยกับผู้หญิง เมื่อถามถึงทัศนคติต่อการทำแท้งผู้หญิงเกือบทั้งหมดจะให้ความเห็นว่า ถึงแม้ตนเองไม่พร้อมที่จะมีบุตร หากเกิดตั้งท้องโดยไม่แต่งงาน ก็ไม่ยอมทำแท้ง จะรักษาลูกในท้อง และกลับไปคลอดที่บ้านเกิด ยอมให้คนนินทาดีกว่าทำลายเด็กในท้อง

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้หญิงไม่ได้แต่งงาน แต่ถ้าตั้งท้องแล้วมีลูกจะทำให้หญิงต้องรับสภาพเป็นแม่ ที่จะต้องมีการรับผิดชอบเลี้ยงดูต่อไป โดยที่บางคนเมื่อคลอดแล้วจะฝากลูกไว้กับพ่อแม่ที่บ้านเกิด และตนเองก็ออกทำงานหาเลี้ยงลูก ในขณะที่ผู้ชายซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีความรับผิดชอบร่วมกัน กลับทำให้ผู้ชายที่ไปทำให้ผู้หญิงตั้งท้องสามารถครองตนอยู่ในสถานภาพโสด โดยที่ไม่มีใครในสังคมกล่าวถึงมากนัก จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว มีสถานภาพตัวเอง หม้าย/ หย่าประมาณ 1 ใน 4 จากการพูดคุยในกลุ่มนี้ หลายคนมีอายุไม่ถึง 20 ปี และส่วนใหญ่มีลูก ซึ่งตนเองต้องรับผิดชอบคนเดียวและฝากให้พ่อแม่ หรือญาติทางบ้านช่วยเหลือ จากการทำผู้หญิงมีลูกและต้องเป็นหม้าย สาเหตุหนึ่งเนื่องจากการอยู่ด้วยกันในสภาพที่ไม่พร้อม เมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์ ทำให้ต้องรับภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ซึ่งจะต่างจากผู้ชายที่มีส่วนร่วมทำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ แต่เมื่อมีการเลิกร้างไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากปัญหานี้ ไม่ได้เกิดกับเฉพาะหญิงผู้เป็นแม่ แต่ยังส่งผลถึงตัวเด็ก ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ อันหมายถึงคุณภาพประชากรของประเทศต่อไป

● การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมาให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นประจำ แต่ไม่เพียงพอ เนื่องจาก

คนฟังเป็นจำนวนมาก การศึกษานี้พบว่า ยังมีความต้องการ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา เฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิง

การพูดคุยระหว่างกลุ่มเพื่อนที่ทำงาน ทำให้ได้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น บางครั้งจากการเล่าประสบการณ์ของเพื่อนจากการใช้การคุมกำเนิดชนิดต่างๆ นอกจากนั้น การได้รับความรู้จากประสบการณ์ที่เห็นในหมู่บ้านที่อีสาน จากการที่ผู้ชายออกไปทำงานต่าง จังหวัดหรือไปทำงานต่างประเทศ ไปเที่ยวหญิงบริการ หรือนั่งรถตามห้องอาหารแล้วไม่ใช้ ถุงยางอนามัย ทำให้เป็นโรคเอดส์ เมื่อกลับมาบ้านทำให้ภรรยาเป็นด้วย ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ บางครั้งก็เกิดกับพี่น้อง ญาติ หรือเพื่อนของพวกเขา

นอกจากนั้นเป็นการพูดคุยระหว่างสามีภรรยา ระหว่างเพื่อน เรื่องการ ป้องกันโรคสวณใหญ่จะรับรู้ว่าการเที่ยวหญิงบริการทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่การมีเพศ สัมพันธ์กับเพื่อนในโรงงาน กับคนรัก จะไม่เป็นโรคเพราะมีการตรวจเลือด ก่อนเข้าทำงานแล้ว

การวางแผนครอบครัว ในกลุ่มแต่งงานส่วนใหญ่วางแผนมีลูก 2 คน โดยไม่จำเป็นว่าจะจะเป็นชายหรือหญิง บางครอบครัวที่ยังไม่พร้อมหรือต้องการเว้นระยะการมีบุตร ก็คุมกำเนิด

การคุมกำเนิดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การกินยาคุมกำเนิด และน้อยที่สุด คือการทำหมันชาย ซึ่งมีหลายคนถึงแม้มีลูกเพียงพอแล้ว ก็ไม่ยอมทำหมันชาย ให้เหตุผลว่า กลัวทำงานหนักไม่ได้ กลัวสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ การคุมกำเนิดจึงตกอยู่กับฝ่ายหญิง บางคนกินยาคุมกำเนิดหรือใส่ห่วงมาเกือบสิบปี ซึ่งหลายคนก็มีผลกระทบจากการคุมกำเนิด เช่น มีเลือดออกกระปริบกระปรอย ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หน้าเป็นฝ้า น้ำหนักเพิ่ม ปวดท้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทำให้ผู้หญิงต้องวิตกกังวล เมื่อมีความสงสัยปัญหาเหล่านี้ ผู้ชายบางคนไม่เคยรับรู้ หรือได้ถามเลย บางคนรับรู้เนื่องจากผู้หญิงบอกให้ฟัง

การวางแผนครอบครัว จะเกี่ยวข้องกับ การเก็บเงิน จะเห็นได้อย่างชัดเจนจากเหตุการณ์ย้ายถิ่นของคนที่มีครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเหตุผลทางเศรษฐกิจ ทุกคนมุ่งหวังมาทำงานและตั้งใจเก็บเงิน เพื่อสร้างบ้านเป็นหลักฐานที่บ้านเกิด ส่งให้ลูกเรียนหนังสือ ส่งให้พ่อแม่เพื่อใช้จ่าย เก็บไว้ซื้อรถ และเอาไว้ลงทุนทำมาหากินในอนาคตต่อไป ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งใจย้ายถิ่นกลับ เพื่อเก็บเงินได้เพียงพอแล้ว

● การเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ปัญหาการรับบริการทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เพศหญิงต้องได้รับผลกระทบมากกว่าเพศชายจากด้านของสตรีระ ชีวะวิทยา เช่น การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การศึกษาก็ได้รับยืนยันถึงความต้องการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จากเพศหญิงมากกว่าชาย

ในโรงงานอุตสาหกรรม มีระบบการทำงานเป็นกะ หมุนเวียนกันไป สัปดาห์ละหนึ่งกะ ข้อจำกัดที่สำคัญของบริการจากภาครัฐคือมีบริการด้านการวางแผนครอบครัว และอนามัยแม่เด็กซึ่งอยู่ในสายงานส่งเสริมสุขภาพ เฉพาะแต่ในเวลาราชการ และจำกัดเฉพาะวันประจำไปตลอด เช่น การฉีดวัคซีนทุกวันพุธ บริการด้านวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฉีดยาคุมกำเนิด ที่ระดับสถานีนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน มีให้บริการเพียงครึ่งวันเช้าหรือหนึ่งวันต่อหนึ่งสัปดาห์ ในขณะที่สถานพยาบาลสามารถให้บริการตรวจรักษาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการได้

แพทย์ พยาบาลในโรงงานอุตสาหกรรม ที่มีให้บริการในช่วงเช้า และช่วงเย็นของบางวันในสัปดาห์ ก็ยังไม่ยอมรับเข้าใจ หรือรับเป็นนโยบาย ที่จะบรรเทาถึงความต้องการของพนักงาน จึงยังไม่มีบริการเสริมต่อจากบริการที่รัฐจัดให้ เช่นการฉีดยาคุมกำเนิด แรงงานชายแม้ไม่ได้ไปรับบริการโดยตรงกลับเป็นฝ่ายให้ความเห็นว่าการรับบริการที่เป็นอยู่ไม่สะดวก มากถึงกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ตอบคำถาม ยังมีโอกาสดีที่มีการจำหน่ายยาเม็ดคุม

กำเนิด ที่ร้านค้าเบ็ดเตล็ดในเขตที่พักทำให้เข้าถึง หาซื้อสะดวก แต่ก็ขาดคำแนะนำเบื้องต้นจากผู้ขายซึ่งไม่ใช่ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจถึง ข้อจำกัดหรือข้อบ่งห้ามของการใช้ยาคุมกำเนิด

ความต้องการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ เปรียบเทียบระหว่างหญิง ชาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เว้นแต่กลุ่มชายโสด ไม่ต้องการให้มีแพทย์ผู้หญิงประจำโรงงาน มากกว่าที่กลุ่มหญิงโสดแสดงออก มีนัยยะว่าบริการทางการแพทย์และคำแนะนำของผู้ให้บริการที่เป็นเพศเดียวกับผู้รับบริการ (Gender similar) จะมีผลต่อการใช้บริการด้วย

โรงงานแห่งนี้ ได้รับโอกาสพิเศษกว่าที่อื่นที่มีโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยขายผ่านเครื่องหยอดเหรียญ ในราคาต่ำกว่าราคาท้องตลาดโดยที่ลักษณะสินค้ามีคุณภาพและการบรรจุกล่องเหมือนกัน ทำให้ได้รับคำตอบว่าสะดวกมากในการเข้าถึงทั้งหญิงและชายเกือบทั้งหมดของผู้ตอบ

ทุกคนที่ตอบคำถามแสดงออกถึง ความต้องการรับ ความรู้เรื่องอนามัยที่ดีของเพศสัมพันธ์ ซึ่งโดยทั่วไปไม่มีระบบบริการที่สม่ำเสมอจากสถานพยาบาลของรัฐ แต่ที่โรงงานแห่งนี้ได้รับ จากการมีโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2542 แต่การให้ความรู้ที่ดำเนินการอยู่เป็นการให้ความรู้แก่คนกลุ่มใหญ่

เกี่ยวกับการรับการรักษาโรคที่เกี่ยวกับโรคระบบสืบพันธุ์ ร้อยละ 20 ถึง 60 ของผู้ตอบบอกว่าไม่สะดวก ทั้งที่มียาบำบัดให้ที่คลินิกในโรงงาน ในการรับบริการเพื่อวางแผนครอบครัว วิธีที่เข้าถึงง่ายที่สุดและแพร่หลาย คือ การกินยาคุมกำเนิด ซึ่งมีการจำหน่ายในบริเวณที่ร้านขายยาปลีก เขตบริเวณที่พัก แต่หากเป็นการเลือกฉีดยาคุมกำเนิด ในบริเวณโรงงานยังไม่ได้มีการจัดบริการให้เป็นสวัสดิการ

“มีการฉีดยาคุมกำเนิดให้ในโรงงานได้ ก็ดีสิ เรายอมจ่ายค่าบริการ”

(แรงงานหญิงในโรงงาน)

● ความไม่รู้และไม่มีอำนาจต่อรองของสตรี

แรงงานส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำ จบการศึกษาเพียงชั้นประถม ในกลุ่มมีอายุมากยังมีการรับรู้ความทันสมัยน้อยกว่า ก็ดูมีศักยภาพการปกป้องตนเองต่ำ และกลุ่มแรงงานหญิงที่อายุมากกว่า รับรู้และยอมรับสิ่งใหม่ๆ ที่ปกป้องสุขภาพได้ต่ำกว่า ดังตัวอย่างจาก

“ตอนนี้ อายุ 36 ปี เลิกกับสามี มีลูก 2 คน ตกลงกันให้สามีเป็นฝ่ายเลี้ยง ...มาทำงานที่นี่ได้ 4 ปี มีผู้ชายที่รู้จักสนิทสนมบ้างทำงานที่เดียวกันคนละกะ”

“2 เดือนก่อน ได้ขอลาพักร้อน 2 วัน ไปเที่ยวในหาดใหญ่กับแฟนใหม่ เพิ่งไปกันเพียงครั้งแรกและครั้งเดียวเอง หลังจากนั้น 1 อาทิตย์แฟนได้บริจาคเลือดให้กับกาชาดและโรงพยาบาล เขามารับที่โรงงานนะ แล้วอีกสักเดือนต่อมา โรงพยาบาลได้มีจดหมายแจ้งผลตรวจเลือดว่าผิดปกติ มาให้แฟน แฟนก็เอามาให้อ่าน เห็นบอกว่าเป็นไวรัสตับ ห้ามกินเหล้าแล้วให้ไปตรวจซ้ำ”

“หนูตกใจมาก แล้วอันตรายมากไหม จะติดต่อมาให้หนูด้วยไหม”

(แรงงานหญิงหม้าย อายุ 36 ปี)

“หมอบไปแนะนำให้ความรู้ป้องกันโรคก็หลายครั้งแล้ว และก็สอนให้ใช้ถุงยาง ชี้ให้ผู้ชาย ในโรงงานก็มีหยอดเหรียญแล้วทำไมยังไม่หัดใช้อีก”

(นักวิจัย)

“หนูไม่เคยใช้ หนูไม่เอาหรอก”

(แรงงานหญิงหม้าย อายุ 36 ปี)

“ก็เพราะหนูไม่หัดใช้ถุงยางอนามัย จึงต้องตกใจกลัวอย่างวันนี้ และคราวหลังก็กังวลอีก แล้วจะทำอย่างไรดี”

(นักวิจัย)

“หนูคิดว่าจะเลิกยุ่งกับเขาแล้ว หนูกลัว”

“เราไปเที่ยวศูนย์การค้า..กินข้าว แล้วเค้าจึงเปิดโรงแรมที่หาดใหญ่ ค้างคืน...ไม่ได้ ป้องกันอะไรเลย ยาคุมหนูก็ไม่ได้กิน หลังจากนั้น หนูกลัวท้องจึงไปที่คลินิกใกล้ๆ กับโรงแรมนั้นแหละ ให้หมอ เขาฉีดยาขับเลือดก็มา”

(แรงงานหญิงหม้าย อายุ 36 ปี)

แรงงานมักจะวางแผนเที่ยวและมีเพศสัมพันธ์นอกโรงงานแต่ไม่ได้คิด ตัดสินใจเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จากการมีความเข้าใจจริงๆ ยังต่ำและปฏิบัติไม่ได้ จริงตามความรู้ที่ได้รับจากการฟังแต่เพียงอย่างเดียว

4. อภิปรายผล

ผลการศึกษาทำให้มีคำอธิบายถึงสภาพปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในสังคมไทย ปัจจุบัน ทั้งด้านของการทำแท้งในวัยรุ่น การติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ของหนุ่มสาว โดยมี ต้นตอหลักจากการย้ายถิ่นเพื่อทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลพรรณ อิศรภักดี (2000) และ Ford (1996) แม้ว่าสังคมไทยจะมีทัศนคติว่า เรื่องเพศควรเป็นเรื่องลับ เป็นเรื่องที่ควร สงวนเนื้อสงวนตัว แต่ค่านิยมทางตะวันตกซึมซาบ แพร่หลายในสังคมไทยผ่านกระแส โลกาภิวัตน์มากเกินไปจนจะเหนี่ยวดึงไว้ให้คงดั้งเดิม การที่อยู่ห่างไกลจากผู้ปกครอง บิดา มารดาและญาติ ทำให้แรงงานวัยรุ่น หนุ่มสาว หาโอกาสทดลองและมีพฤติกรรมทางเพศที่ ง่ายกว่าเดิม แต่การแสวงหาความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนเพื่อปกป้องสุขภาพตนเอง ยังคงต่ำ ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสังคมตะวันตก

สุขภาพดีของอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น การใช้ถุงยางอนามัย ได้รับการยอมรับว่า มีประโยชน์ทั้งการคุมกำเนิด และป้องกันการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ เรียกว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แต่การใช้ถุงยางอนามัยก็ยังมีปัญหาด้านการเข้าถึง คือ หาซื้อไม่ค่อยสะดวกนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ยอยู่นอกเขตเมือง และกลุ่มหญิงชายในการศึกษาครั้งนี้ ต่างก็มีการตัดสินใจต่อการเลือกใช้ถุงยางอนามัยต่ำ หากจะมีเพศสัมพันธ์ หญิงจะให้บทบาทตัวเองกับการคุมกำเนิดเป็นหลัก และให้ฝ่ายชายมีบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ หญิงแม้จะมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของถุงยางอนามัย แต่การซื้อเตรียมไว้ใช้สำหรับกิจกรรมทางเพศ หญิงต้องกล้าหาญเพียงพอในการจะไปขอซื้อจากแหล่งที่ขายโดยบุคคล แม้ว่าจะไปหาซื้อผ่านเครื่องหยอดเหรียญ ซึ่งไม่ต้องเงินอายกับผู้ชายแล้ว แต่ก็ต้องมีความมั่นใจสูงมากที่จะหยิบยื่น ต่อเมื่อหญิงเสนอให้เพื่อนชายสวมถุงยางอนามัย ผู้ชายมองว่า เป็น ภารกิจของหญิงที่ชำนาญชำนาญกับกิจกรรมทางเพศ เหมือนหญิงบริการ ทำให้หญิงไทยส่วนใหญ่ไม่อาจต้านฝ่ากระแสความคิดของสังคมได้ที่จะปกป้องตนเองด้วยการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยถุงยางอนามัย

แต่โอกาสในการสร้างทัศนคติการซื้อหาถุงยางอนามัยโดยหญิงยังมีอยู่ เพราะการสังเกตพบว่า ในการซื้อถุงยางอนามัยกับเครื่องหยอดเหรียญภายในโรงงาน ไม่คุกคามพาลักษณะตนเอง หญิงกลับเป็นฝ่ายซื้อมากกว่าฝ่ายชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ชายจะไม่นิยมซื้อให้ถุงยางอนามัยเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์กับ แฟน หรือภรรยา ฝ่ายชายทั้งโสดและแต่งงานแล้วยอมรับได้หากภรรยาจะเป็นฝ่ายซื้อหาถุงยางอนามัยมาใช้

ความเสมอภาคของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงและชายในสังคมไทย อาจปรับปรุงได้จากส่วนของระดับบุคคล ระดับของวัฒนธรรม และในที่สุดระดับในสังคมหรือระดับโครงสร้าง ในระดับบุคคลต้องสร้างเสริมพลังและอำนาจให้กับหญิงโดยการให้ข้อมูลการศึกษา การสื่อสารสองทางถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้หญิงทั้งระยะสั้น และระยะยาวอย่างไร ซึ่งขณะนี้ยังทำกันน้อย ไม่แพร่หลาย ต้องอาศัยความร่วมมือ

มือของผู้ให้บริการสุขภาพ จัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสถานประกอบการซึ่งมีกลุ่มพนักงานผู้หญิงจำนวนมาก ต้องมีความพร้อมที่จะบริหารจัดการ สิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ยาก หากเป็นสถานประกอบการที่ไม่ได้บริหารจัดการที่פקของพนักงานอย่างเป็นระบบ หรือไม่มึนโยบายสวัสดิการพนักงานที่ดี อุปสรรคสำคัญคือส่วนใหญ่ของสถานประกอบการไม่มี หรือไม่ได้จัดการบริหารที่פקสำหรับพนักงาน

เมื่อจัดให้มีการสื่อสาร การศึกษาเพื่อสร้างเสริมพลังและอำนาจ สำหรับผู้หญิงเกิดขึ้นแล้ว ก็ต้องจัดให้มีระบบที่แสดงออกถึงการมีธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชนผู้หญิง หรือประชาคมนั้น อาจจะทำเครือข่าย หรือกลุ่มแกนนำที่ช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมกลุ่ม การที่จะให้กลุ่มผู้หญิงมีอำนาจต่อรอง หรือมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เสมอภาคกับผู้ชาย ก็ต้องให้โอกาสกิจกรรมกระบวนการกลุ่มของผู้หญิง เกิดขึ้นบ่อยๆ ต่อเนื่อง เหมือนดังที่กลุ่มชุมชนเข้มแข็งในสวนต่างๆ ของสังคมไทย ความเข้มแข็งของกลุ่ม จะเกิดได้ต้องมีกลไกที่เอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องตลอดเวลาของกลุ่มเอง มีกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องที่เกี่ยวกับชีวิตของตนเอง มีวัฒนธรรมที่เอื้ออาทร เน้นการให้มากกว่าการรับภายในกลุ่มสมาชิก มีค่านิยมจากศาสนา ปัจจัยดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้ชุมชนหรือกลุ่มเข้มแข็ง (อุทัย ดุลยเกษม, 2542) กลุ่มผู้หญิงจะเสริมพลังให้มีอำนาจต่อรองกับผู้ชายในด้านต่างๆ ได้อย่างเสมอภาค ก็ต้องคำนึงถึงการทำให้เกิดหรือมีปัจจัยดังกล่าวขึ้นควบคู่กันไป

ผู้ชายมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนคู่นอนพบได้มากกว่า การไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่รายงานถึงสภาวะสุขภาพของอนามัยการเจริญพันธุ์โดยรวมผู้หญิงพบปัญหาได้บ่อยกว่า สาเหตุส่วนหนึ่งอธิบายได้จากด้านกายวิภาค-ชีววิทยาของสตรี ที่พบว่าง่ายต่อการอักเสบและติดเชื้อทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ในความจริงอีกด้านหนึ่ง สภาวะสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านลบของผู้ชาย ที่แอบแฝงโดยไม่อาจทราบได้ อันเป็นผลจากพฤติกรรมทางเพศของผู้ชาย คือการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่แสดงอาการในระยะแรก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ออกแบบศึกษาวิจัยไว้ แต่จากรายงานสถิติ

ผู้ติดเชื้อเอดส์-เอชไอวี ที่มารับการรักษาหรือตรวจที่โรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง

การใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในเชิงสรีระ และชีววิทยา ผู้หญิงมีความต้องการบริการที่มาก หลากหลายรูปแบบกว่าผู้ชาย เช่น บริการคุมกำเนิดด้วยยาฉีด ยากิน และที่พยายามส่งเสริมกันมากขึ้นคือการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งในพื้นที่ที่ทำการศึกษาวัยครั้งนี้ ฝ่ายหญิงก็สามารถเข้าถึงได้สะดวก เท่าเทียมกับฝ่ายชาย และเป็นฝ่ายซื้อใช้มากกว่าชาย ยืนยันได้จากข้อมูลจากการสังเกต ของฝ่ายบริหารจัดการบ้านพัก ซึ่งเชื่อถือได้มากกว่า เปรียบเทียบกับจากข้อมูลที่สัมภาษณ์ผู้หญิง กลุ่มตัวอย่างจะตอบว่าไม่เคยซื้อใช้ ส่วนด้านการปรึกษาและตรวจกับแพทย์ ผู้หญิงโสดมีความอ่อนไหวมากเกี่ยวกับการไปตรวจพบแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นเพศชาย หญิงโสดยืนยันว่าถ้ามีอาการไม่หนักมากแล้วตนเองจะไม่พบแพทย์ แต่จากแนวโน้มพบว่ามีบัณฑิตแพทย์ที่จบใหม่ มีสัดส่วนของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คงจะมีส่วนช่วยลดปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เป็นอยู่ในโรงงานแห่งนี้ หรือส่วนใหญ่ของโรงงาน แพทย์ที่มาประจำมักเป็นแพทย์ชาย ในขณะที่มีสัดส่วน พนักงานหญิงมากกว่าชาย สิ่งนี้อาจเลือกดำเนินการเพื่อลดช่องว่างของความต้อการคือจัดให้มีพยาบาลหญิงอยู่ประจำโรงงาน หากไม่สามารถจัดหาแพทย์หญิงมาสลับกับแพทย์ชายแพทย์และพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานควรรับการอบรม เพิ่มเติมเกี่ยวกับ แนวคิดของเพศภาวะ และอนามัยการเจริญพันธุ์

5. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

1. บทบาทหญิงชายของแรงงานย้ายถิ่น ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน หญิงชายมีบทบาทที่ยืดหยุ่น โดยที่ชายสามารถซักผ้า รีดผ้า หุงข้าว ทำกับข้าว หญิงก็ทำงานมีเงินเดือน ทำงานล่วงเวลาได้พอๆ กับชาย แต่ยังมีบางคู่ที่หญิงนอกจากทำงานหาเงิน หญิงยังต้องดูแลงานบ้านอีกด้วย ทำให้ภาระต่างๆ ตกอยู่กับฝ่ายหญิง

ขณะที่ชายจะไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ดื่มเหล้า เบียร์ สูบบุหรี่ ทำให้ผู้ชายจะใช้เวลาว่างในการนันทนาการมากกว่าหญิง ทำให้ชายกลุ่มนี้มีโอกาสมีเที่ยวนอกบ้านและมีเพศสัมพันธ์ได้

2. อำนาจการต่อรองของหญิง หญิงที่มีอำนาจการต่อรองต่ำกว่า ชายมักคิดว่าตนเองเหนือกว่า เก่งกว่า ทำงานมากกว่า รายได้มากกว่าหญิง หน้าที่ปรนนิบัติต้องเป็นหญิง ผู้ชายจะมีอำนาจการตัดสินใจด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ หญิงสามารถตัดสินใจเรื่องเล็กๆ เท่านั้น หญิงไม่สามารถปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ และคิดว่าการที่เธอมีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นหน้าที่ของหญิง เมื่อผู้ชายมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ผู้หญิงไม่สามารถพูดใดๆ ได้เลย เพราะเมื่อพูดแล้วจะทำให้ผู้ชายพาลโมโห จึงทำให้ผู้หญิงอยู่ในสภาพที่จำยอม แต่หญิงที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจเท่าเทียมชาย จะเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ชีวิต มีไหวพริบในการพูดจาที่ดี มีความอดทน มีความกล้าและตั้งใจที่จะพูดคุยกับสามีในเรื่องต่างๆ โดยไม่ใช้อารมณ์ จึงทำให้ชีวิตครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างดี

หญิงยอมรับว่าการตัดสินใจของตนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ คือ การคุมกำเนิด ไม่ได้ใส่ใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการซื้อถุงยางอนามัย ส่วนชายมีการตัดสินใจมากกว่าหญิงในเรื่องของการซื้อถุงยางอนามัย การป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ แต่ 3 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างชาย และ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่ไม่ได้คิดตัดสินใจป้องกันโรคติดต่อเมื่อมีเพศสัมพันธ์

3. พฤติกรรมทางเพศ ชายจะมีประสบการณ์ทางเพศมากกว่าหญิง โดยที่ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสและเพศสัมพันธ์นอกสมรส จากการย้ายถิ่น ทำให้หนุ่มสาวในโรงงานมีเพศสัมพันธ์ง่ายกว่าเดิม ส่วนใหญ่เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ยั่งยืน เมื่ออยู่ด้วยกันปรับตัวไม่ได้ก็แยกกัน เมื่อพบคนใหม่ที่ถูกใจก็จะอยู่กับคนใหม่ และจากการที่ชาย

มักคิดว่าผู้หญิงเพียงดูภายนอกน่ารัก เรียบร้อยไม่ได้เป็นหญิงขายบริการ ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย และทั้งหญิงและชายไม่ได้ตระหนักในเรื่องการป้องกันโรค และหญิงเองไม่กล้าที่จะบอกให้ชายใช้ถุงยางอนามัย ถ้าหญิงเป็นฝ่ายเสนอหรือเตรียมถุงยางอนามัยให้ชายใช้ จะถูกมองว่าเป็นหญิงที่มีความซ้ำของชานาญ มิติทางเพศของหญิงและชาย การเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบทบาทที่ไม่เสมอภาคกันโดยฝ่ายชายเป็นฝ่ายที่เริ่มต้น การมีเพศสัมพันธ์ของชายมีความสัมพันธ์การตีมูลค่า ไม่เฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการแต่กับหญิงหรือคนที่สนใจในโรงงานด้วย และเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

- 4 การเข้าถึงใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่าปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ หญิงเป็นฝ่ายที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่ายกว่าชาย จากร้อยละ 20 ในหญิงเปรียบเทียบกับร้อยละ 3 ในชาย จึงทำให้หญิงมีความต้องการบริการมากกว่าชาย ตั้งแต่ด้านการคุมกำเนิด การติดเชื้อทางช่องคลอด มดลูก และปีกมดลูก

ด้านของความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ส่วนใหญ่ของหญิงโสดจะอายุผู้ให้บริการซึ่งมักมีเพศเป็นชาย จึงนิยมปล่อยให้หายเองร้อยละ 70 สำหรับการจัดการบริการให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในโรงงาน ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างจริงจัง เนื่องจากไม่ได้เกิดการยอมรับจากชาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรจัดให้มีการบริการในโรงงานที่มีแรงงานย้ายถิ่น เพื่อให้ผู้หญิงมีความรู้ และมีทักษะเกี่ยวกับการต่อรองที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการสร้างพลังอำนาจในหญิง ให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิปกป้องสุขภาพตนเองเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างทั่วถึง

2. การให้ความรู้ควรเพิ่มเนื้อหาให้ผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพของหญิง รวมทั้งการสร้างกระแสสังคมเกี่ยวกับสิทธิสตรีและให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพหญิงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้เกิดขึ้นในผู้ชายด้วย
3. จัดให้มีการส่งเสริมการสื่อสารในการพูดคุยระหว่างสามีภรรยา ทั้งในเรื่องครอบครัวและเรื่องสุขภาพทางเพศ
4. การจัดการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ควรคำนึงถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงโสด ควรให้ความพิถีพิถันในการจัดผู้ให้บริการ ที่สอดคล้องกับความเป็นหญิงชายของผู้รับบริการ ไม่คุกคามความเขินอาย โดยส่งเสริมหรือจัดให้แพทย์หญิง หรือพยาบาลหญิง เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการหญิง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. เพื่อส่งเสริมให้สังคมไทยยอมรับ การซื้อและใช้ถุงยางอนามัยโดยฝ่ายหญิง ควรวิจัยศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับในการซื้อและใช้ถุงยางอนามัยโดยฝ่ายหญิงในสังคมไทยกลุ่มต่างๆ
2. ควรวิจัย ศึกษา หารูปแบบของการส่งเสริมให้สตรีมีอำนาจต่อรอง ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มที่เพศสัมพันธ์ก่อนสมรสและหลังสมรส
3. ควรวิจัยศึกษา หารูปแบบในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนหญิงในโรงงานเพื่อที่จะได้พูดคุยเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาทางเพศ และสามารถปกป้องตนเองให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้
4. ควรวิจัยศึกษา รูปแบบของบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่อ่อนไหวต่อบทบาทหญิงชาย (gender-sensitive) โดยที่มีระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่เอื้ออำนวย และมีรูปแบบที่ยั่งยืน ในขอบเขตที่เหมาะสม

บรรณานุกรม

โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์, 2542 รายงานการสัมมนาเรื่อง ความเสมอภาคทางเพศ ทางออกอยู่ที่ไหน 9 มิถุนายน 2542 โดยกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย ร่วมกับ The Population Council.

จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, แอนโทนี่ ประมวลวัชรินทร์ จอห์น โนเดล และ มาร์ค แวนแลนดิงแฮม, (2538) 'เพศสัมพันธ์นอกสมรสของชายในทัศนะของภรรยา' **วารสารประชากรศาสตร์** 11(1) :1 – 16

มานพ คณะโต (2541) 'พฤติกรรมทางเพศ: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน' สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล (2541) ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว: นัยยะและกลวิธีในระดับชุมชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงชนบทที่แต่งงานแล้ว นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2542) รายงานผลสำรวจความชุกการติดเชื้อ HIV โดย sentinel surveillance พ.ศ. 2538-2542

สุภัทรา นาคะมิว (2542) 'เอดส์: ตัวสะท้อนชีวิตที่ไร้หลักประกันของหญิงไทย' **จดหมายข่าวโครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์** 1(3) : 8 – 13

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลา (2542) ข้อมูลสถานประกอบการอุตสาหกรรม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และกองระบาดวิทยา (2543) รายงานโครงการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ภายใต้การสนับสนุน ของ GTZ

ศุภีมาน (นฤมล) วงศ์สุภาพ (2541) นางงามตู้กระจก : การศึกษากระบวนการกลายเป็นหมอนวดไทย พิมพ์ครั้งที่3 กรุงเทพฯ : ศยาม

อมรา สุนทรธาดา (2542) 'บททบทวนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์' เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ; ณ โรงแรมพีพี. ขอนแก่น, 8-19 พฤศจิกายน 2542

อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทยาพงศ์ (2540) ระบบการศึกษากับชุมชน : กรอบความคิดและข้อเสนอเพื่อการศึกษาวิจัย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์ (2538) 'ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เสี่ยงของวัยรุ่น' : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Archavanitkul, K. (1999) *Managing the Flow of Migration: regional approach* Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Gray, A. and Sureeporn Punpuing, (1999). **Gender Sexuality and Reproductive Health in Thailand**, IPSR Publication No. 232, Nakorn Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Ford Nickolas, Sirinan Kittisuksathit.(1996a) **Youth Sexuality: The sexual awareness, lifestyles and related – health service need of young, single factory workers in Thailand**, ISPR Publication No. 204, Nakorn Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University,

- Ford Nickolas, Sirinan Kittisuksathit (1996b) 'Mobility, love and vulnerability sexual lifestyles of young and single factory workers in Thailand', **International Journal of Population Geography** 2(1): 22-33
- Isarabhakdi , Pimonpan (2000) **Sexual attitudes and experience of rural thai youth** IPSR Publication No.249, Nakorn Patom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University
- Podhisita, Chai and Umaporn pattaravanich (1995) **Youth in Contemporary Thailand Results From the Family and Youth Survey**, IPSR Publication No.197, Nakorn Patom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University
- Ritcher K, et al (1997) **Migration and the Rural Family Sources of Support and Strain in a Mobile Society**, Nakorn Patom: Mahidol University.
- Soonthornhdada, A. (1996) **Sexual Attitudes and Behaviours and Contraceptive Use of Late Female Adolescents in Bangkok : a comparative study of students and factory workers**, Nakorn Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University

ภาคผนวก

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและสถานภาพสมรส

	แต่งงาน		โสด	
	ชาย (N= 105)	หญิง (N=105)	ชาย (N=100)	หญิง (N=102)
อายุ (ปี)				
means (S.D.)	28.6 (4.87)	28.8 (5.43)	22.4 (4.08)	23.7 (5.32)
ต่ำสุด - สูงสุด	18 - 44	19 - 43	17 - 36	18 - 45
จำนวนบุตร (คน)				
means (S.D.)	1.6 (0.67)	1.5 (0.63)	-	-
ต่ำสุด - สูงสุด	1- 4	1-4	-	-
ระยะเวลาที่ย้ายถิ่นเข้ามา (เดือน)				
means (S.D.)	14.5 (15.42)	15.5 (15.72)	7.7 (13.93)	19.3 (17.71)
ต่ำสุด - สูงสุด	1-71	1-96	1-65	1-65
ระยะเวลาที่คาดว่าจะย้ายถิ่นกลับ (เดือน)				
means (S.D.)	15.9 (7.77)	20.2 (11.60)	13.8 (10.12)	20.4 (11.30)
ต่ำสุด - สูงสุด	1-36	1-60	1-60	1-48
รายได้ / เดือน				
means (S.D.)	5600 (1.25)	5500 (1.01)	5200 (1.14)	5300 (1.00)
ต่ำสุด - สูงสุด	3,500-10,000	3,000-10,000	2,000-10,000	2,000-8,000
จำนวนเงินที่เก็บสะสม / เดือน				
means (S.D.)	1600 (1.40)	1500 (1.43)	1100 (1.26)	1100 (1.21)
ต่ำสุด - สูงสุด	0-6,800	0-5,000	0-5,000	0-5,000
จำนวนเงินที่ส่งกลับบ้าน / เดือน				
means (S.D.)	2,000 (0.95)	2,100 (0.94)	1,900 (0.74)	2,100 (0.88)
ต่ำสุด - สูงสุด	500-5,000	500-6,000	500-3,500	1,000-5,000

ตาราง 2 ร้อยละของลักษณะทั่วไปชายหญิง จำแนกตามสถานภาพสมรส

	แต่งงาน		โสด	
	ชาย (N= 105)	หญิง (N=105)	ชาย (N=100)	หญิง (N=102)
<i>การศึกษา</i>				
ประถม	67	80	40	43
มัธยมต้น	23	12	34	34
มัธยมปลาย	10	5	21	23
วิทยาลัย / อาชีวะ	-	2	3	-
จำนวนบุตร (คน)				
ปริญญาดรี	-	1	2	-
<i>สถานภาพสมรส</i>				
อยู่ร่วมกับคู่สมรส	78	56	-	-
แยกกันอยู่กับคู่สมรส	20	18	-	-
ม่าย หย่า แยก	2	26	-	-
มีคู่รัก	-	-	59	29
ไม่มีคู่รัก	-	-	41	71
<i>ประสบการณ์การทำงานก่อนหน้า</i>				
ไม่เคย	32	54	37	48
เคยทำงานที่				
• ภาคกลาง	41	32	42	42
• ภาคใต้	5	4	4	5
• ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5	3	5	1
• ภาคตะวันออก	4	4	8	2
• ภาคเหนือ	1	-	-	2
• ต่างประเทศ	12	3	4	-
<i>งานล่าสุดก่อนย้ายถิ่นมาอยู่โรงงานนี้</i>				
ไม่เคยทำ	32	54	37	48
โรงงาน	31	24	25	28
ก่อสร้าง	15	11	12	3
ลูกจ้าง	12	3	10	2
บริษัท	5	5	9	6
ค้าขาย	5	2	7	7

ตาราง 2 (ต่อ)

	แต่งงาน		โสด	
	ชาย (N= 105)	หญิง (N=105)	ชาย (N=100)	หญิง (N=102)
เหตุผลที่ย้ายถิ่นมา				
ทางเศรษฐกิจ	64	63	50	50
ตามเพื่อน	18	22	26	22
หาประสบการณ์	10	9	18	22
มาอยู่กับคู่สมรส	4	-	2	-
อื่นๆ	4	6	4	6
การคิดย้ายถิ่นกลับ				
คิด	53	66	62	80
ไม่คิด	47	34	38	20

ตาราง 3 ร้อยละของบทบาทเพศกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

บทบาทเพศ	ชาย					หญิง				
	ชาย	หญิง	ช+ญ	ไม่เคย	รวม	ชาย	หญิง	ช+ญ	ไม่เคย	รวม
การทำงานหาเลี้ยงครอบครัว	46.8	1	45.9	6.3	100	9.2	60.4	25.1	5.3	100
การสะสมเงิน	40.5	30.2	22.9	6.3	100	2.4	71.5	5.8	20.3	100
การดูแลความปลอดภัยของสมาชิก	38.5	2	30.7	28.8	100	15	34.8	15.9	34.3	100
การดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย	24.9	5.9	41.4	27.8	100	10.6	37.7	18.8	32.9	100
การดูแลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี	17.6	2.4	52.2	27.8	100	8.2	39.6	21.8	30.4	100
การอบรมสั่งสอนบุตร	2.3	13.6	36.7	47.4	100	10.1	44	28.5	17.4	100

ตาราง 4 ร้อยละของบทบาทการตัดสินใจกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเพศ

การตัดสินใจ	ชาย					หญิง				
	ชาย	หญิง	ช+ญ	ไม่เคย	รวม	ชาย	หญิง	ช+ญ	ไม่เคย	รวม
การคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก	17.8	23	10.9	48.3	100	3.4	45.7	6.9	44	100
การคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งสุดท้าย	16.7	42	10.3	31	100	4.3	52.2	8.7	34.8	100
ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	27.6	1.7	9.2	61.5	100	4.3	7.8	11.2	76.7	100
ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการ มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	25.9	4.6	9.2	60.3	100	3.5	8.7	11.3	76.5	100
การซื้อยางอนามัย	41.4	5.2	1.1	52.3	100	16	5.2	1.7	76.7	100
การเว้นระยะห่างการมีบุตร	5.8	5.2	36.1	52.9	100	3.5	23.7	28.1	44.7	100
การกำหนดการตั้งท้อง	2.9	8.7	29.5	58.9	100	6	19.8	27.6	46.6	100
การไม่ทำแท้งในรายที่มีการตั้งท้อง ที่ไม่ตั้งใจ	1.1	0.6	0	98.3	100	0.9	3.4	6	89.7	100
การทำแท้งในรายมีการตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ	0	2.9	0	97.1	100	0	6	1.7	92.3	100

ตาราง 5 พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและความถี่ของพฤติกรรม

พฤติกรรมทางเพศ	ชาย				หญิง			
	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย	รวม	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย	รวม
การใช้ยางอนามัยเพื่อป้องกันโรค	20.6	29.1	50.3	100	2.6	12.1	85.3	100
การเป็นฝ่ายเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์	73.1	20.6	6.3	100	6	28.5	65.5	100
การเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยความไม่เต็มใจ	0.6	14.4	85	100	12.6	48.7	38.7	100
ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการได้	10.9	20.7	68.4	100	11.5	54.9	33.6	100
พูดคุยเรื่องการวางแผนครอบครัวกับคู่ของท่าน	22.4	38.5	39.1	100	29.9	38.5	31.6	100
พูดคุยเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน	16.1	35.6	48.3	100	16.1	35.6	48.3	100
ได้รับบาดเจ็บจากการตกตี ทำร้ายจากคู่	1.2	6.9	91.9	100	1.7	9.4	88.9	100
บอกคู่ของคุณเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิด ความสุขทั้ง 2 ฝ่าย	14.5	46.8	38.7	100	9.5	32.8	57.8	100
หัวหน้างานลวนลามหรือสัมผัสเนื้อต้องตัว	0	0.5	99.5	100	0.5	0.5	99	100
หัวหน้างานบังคับ/ แคมบังคับให้มีเพศสัมพันธ์	0	0	100	100	0.5	0.5	99	100

ตาราง 6 พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและความถี่ของพฤติกรรม

พฤติกรรม	ชาย				หญิง			
	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย	รวม	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย	รวม
การเที่ยวกลางคืนกับเพื่อนฝูง	4.4	50.7	44.9	100	3.4	39.6	57	100
การดื่มสุรา	12.2	76.1	11.7	100	0.5	29.9	69.6	100
การสูบบุหรี่	47.8	27.3	24.9	100	1.4	3.4	95.2	100
การใช้สารเสพติด	0.5	35.1	64.4	100	0.5	0.5	99	100
การออกกำลังกาย	36.1	46.8	17.1	100	9.2	41.5	49.3	100

ตาราง 7 พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและสถานภาพสมรส

พฤติกรรมทางเพศ	แต่งงาน		โสด	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก				
สามี	-	87	-	-
ภรรยา	29	-	3	-
คูรักที่ตั้งใจจะแต่งงานด้วย	16	11	13	73
เพื่อนในโรงงาน	2	-	6	9
เพื่อนนอกโรงงาน	-	-	3	9
คูรักที่พอใจ	1	37	-	-
หญิงบริการ	22	1	12	-
อื่น ๆ	9	-	26	9
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น				
ใช้ทุกครั้ง	19	-	22	-
ใช้บางครั้ง	16	3	43	-
ใช้นาน ๆ ครั้ง	3	-	3	-
ไม่เคยใช้	16	3	29	-
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	46	94	3	100
การใช้ถุงยางอนามัยกับสามีภรรยา				
ใช้ทุกครั้ง	5	1	11	-
ใช้บางครั้ง	15	10	18	20
ใช้นาน ๆ ครั้ง	4	5	3	-
ไม่เคยใช้	76	84	67	80

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมทางเพศ	แต่งงาน		โสด	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 เดือน				
ทุกวัน	-	2	-	-
3-5 ครั้ง/สัปดาห์	30	12	3	18
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	47	34	9	18
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	8	12	9	-
1 ครั้ง/เดือน	-	-	3	64
ไม่มีเพศสัมพันธ์	15	40	75	-
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก				
อายุเฉลี่ย	18.9	19.5	18.3	20.3
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.75	3.11	2.50	2.61
ช่วงอายุ	15-29	14-30	5-28	7-30
จำนวนคู่ที่มีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 ปี				
จำนวนเฉลี่ย	1.14	0.88	2.43	0.72
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.88	1.07	6.87	0.64
จำนวนต่ำสุด	0	0	0	0
จำนวนสูงสุด	7	11	50	2
จำนวนคู่ที่ตลอดชีวิต				
จำนวนเฉลี่ย	5.60	1.41	6.23	1.45
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.85	2.85	8.48	1.50
จำนวนต่ำสุด	1	1	1	1
จำนวนสูงสุด	90	50	30	6

ตาราง 8 ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและสถานภาพสมรส

ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์	แต่งงาน		โสด	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
มีการตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ (ชีวิตคู่)				
เคย	8	22	2	-
ไม่เคย (ต้องการตั้งท้อง)	41	48	15	18
ไม่เคยตั้งท้อง	51	30	83	82
มีปัญหาอาการเจ็บป่วยระบบ อวัยวะสืบพันธุ์				
เคย	5	19	1	20
ไม่เคย	95	81	99	80
การรักษา				
ปล่อยให้หายเอง	40	25	-	70
โรงพยาบาลของรัฐที่ทำประกัน	-	10	100	-
โรงพยาบาลของรัฐ	20	10	-	5
คลินิกเอกชนเครือข่ายประกัน	20	15	-	-
โรงพยาบาลเอกชนที่ทำประกัน	20	10	-	-
คลินิกในโรงงาน	-	10	-	15
สถานอนามัย	-	-	-	10
รักษาเอง	-	10	-	-
การคุมกำเนิดในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา				
ใช้	88	59	34	36
ไม่ใช้	12	41	66	64

ตาราง 9 การตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างหญิง จำแนกตามสถานภาพสมรส

ประเภทของการตรวจ	หญิง	
	แต่งงาน	โสด
การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา		
เคย	36	1
ไม่เคย	64	99
การตรวจด้านมดด้วยตนเองในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	21	3
ไม่เคย	80	97

**บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
และการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุข
ของหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา**

**Gender Roles in Reproductive Health among
Thai Muslim Males and Females in Songkhla :
A Focus on Interaction with Health Service**

**ชาญชัย เรืองขจร
สนิท อุโพธิ์
ทิพย์วัลย์ เรืองขจร**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)**

2544

**บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
และการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุข
ของหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา**

**Gender Roles in Reproductive Health among
Thai Muslim Males and Females in Songkhla :
A Focus on Interaction with Health Service**

**ชาญชัย เรืองขจร
สนิท อุโพธิ์
ทิพย์วัลย์ เรืองขจร**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ว่าข้อคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยขอขอบพระคุณ UNFPA ที่กรุณาให้โอกาสคณะวิจัยด้วยการสนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบพระคุณ Dr. Alan Gray รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศมี และรองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจแก้ไขเครื่องมือรวบรวมข้อมูล และในฐานะพี่เลี้ยงคณะวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการวิจัย

นอกจากนี้คณะวิจัยขอขอบพระคุณสถาบันราชภัฏสงขลา ที่อนุญาตให้ใช้เวลาราชการเท่าที่จำเป็นในการดำเนินการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการที่ให้อำนาจสนับสนุนการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด

สุดท้ายขอขอบคุณพนักงานสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูล เจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างประชากรทุกคน ที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ชาญชัย เรืองขจร
สนิท อุโพธิ์
ทิพย์วัลย์ เรืองขจร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทหญิงชายไทยมุสลิมกับภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ตลอดวงจรชีวิต โดยเน้นกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ผลของกระบวนการกล่อมเกลாதงสังคมด้านบทบาทหญิงชายของชาวไทยมุสลิม ที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และแบบแผนการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และศึกษาบทบาทหญิงชายไทยมุสลิมที่เกี่ยวกับการเข้าถึง และการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดถึงปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเน้นในเรื่องการได้รับข้อมูลและทางเลือกในการรับบริการสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือประชากรหญิงชายไทยมุสลิมในจังหวัดสงขลาอายุระหว่าง 13-59 ปี จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างสิงหาคม – ธันวาคม 2543 ด้วยการใช้ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่าง ตุลาคม 2543 – มีนาคม 2544 ด้วยการ สัมภาษณ์เจาะลึก และใช้แบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการมี ปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขในหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลาด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ(จำนวน,ร้อยละ) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ปรากฏผลการวิจัยดังนี้

1. ด้านบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่าชาวไทยมุสลิมตั้งใจจะดำเนินตามคำสอนทางศาสนาตลอดวงจรชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย เพราะคำสอนทางศาสนาได้สอนบทบาทการดำรงชีวิตของหญิงชายไว้ทุกวัยทุกโอกาสตลอดวงจรชีวิต
2. ด้านกระบวนการกล่อมเกลาทงสังคมด้านบทบาทหญิงชาย ที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และแบบแผนการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า บทบาทของชาวไทยมุสลิมที่เพศหญิงเป็นฝ่ายตัดสินใจ คือ การฝากครรภ์และการทำคลอด ส่วนบทบาทที่หญิง-ชายร่วมกันตัดสินใจ คือ การจดทะเบียนสมรสว่าจะจดทะเบียนใด การเชิญแขกร่วมพิธี

แต่งงานจะมีใครบ้าง รูปแบบของการแต่งงานเป็นอย่างไร กำหนดการว่าจะแต่งงานกันเมื่อใด และการมีเพศสัมพันธ์กันของภรรยา-สามีในภาวะปกติ ส่วนความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างสามีภรรยาพบว่า สถานการณ์ในครอบครัวที่ภรรยามีอำนาจตัดสินใจมากกว่าสามีเป็นบทบาทเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรทั่ว ๆ ไป ส่วนสถานการณ์ในครอบครัวที่สามี-ภรรยาร่วมกันตัดสินใจเป็นบทบาทที่มีผลต่อบุตรอย่างรุนแรง เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูก ผู้หญิงและลูกผู้ชาย การตัดสินใจว่าจะพาลูกไปรักษาอาการป่วยที่ไหน การตัดสินใจช่วยแก้ปัญหาให้ลูก และการตัดสินใจว่าเมื่อใดจะพาลูกไปรักษาอาการป่วย เป็นต้น

3. ด้านปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ระหว่างหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ค่อยดีนัก ปฏิสัมพันธ์ระดับไม่ค่อยดีนักมีสาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนน้อยบางคนไม่ค่อยกระตือรือร้นในการให้บริการและพูดจาไม่ไพเราะ ทั้งนี้ความไม่พึงพอใจขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่บุคคลนั้น ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงกับเพศชายให้บริการไม่แตกต่างกัน แต่ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกันกับหญิงไทยมุสลิมที่มาใช้บริการจะมีความรู้สึกไว้วางใจมาก แต่สิ่งที่ผู้ใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกคนมีความต้องการตรงกัน คือ ต้องการให้มีห้องเฉพาะสำหรับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

Executive Summary

This study sought to identify the ways in which the gender roles of Thai Muslims in the southern province of Songkhla affect reproductive health and interactions with provincial health service providers. Most of the Muslims in Thailand (often referred to as “Thai Muslims” in academic papers) live in and around the area of five provinces along the Thailand-Malaysia border, namely, Songkhla, Pattani, Yala, Narathiwat and Satun provinces. In these provinces, Islam is the major religion, embracing over 78 percent of the population. Except for the Muslims who live in Songkhla province who speak and use local Thai in their everyday lives, Muslims in the other four provinces speak Yawi.

In his lecture “Islam and the World of Muslims” at the Rajabhat Institute in Thonburi on January 17, 1996, Associate Professor Chaiwat Sattaanan stated, “Muslims in Thailand are one of the lowest classes in Thai society with little chances and opportunities in life. They have to face many economic, health and social problems. Apart from the narcotics problem, public health is also one of the main issues among Muslims in Thailand, especially in the area of reproductive health.” There have been relatively few research studies on the reproductive health of Thai Muslims including their interaction with health services. However, for those studies that do exist, they note that many Muslim mothers rely on traditional methods of giving birth and the use of traditional birth attendants (TBAs). TBAs delivery approximately 40 percent of infants born to Thai Muslim women, a rate much higher than the national average of about 6 percent. Furthermore, even though most Muslims in Thailand view modern family planning as part of public health measures for mothers and children, there is evidence that Muslim men have a pessimistic view of the use of family planning services.

This study adopted a life cycle approach which allowed for the cultural context of Thai Muslim community life to be analyzed in terms of gender roles and links to reproductive health. It also illuminated how gender socialization in childhood and adolescence affects gender power relations. Specific attention to the context of interactions between health service providers and their Thai Muslim clients was an important aspect of examining access to health services.

To achieve this analysis, this study adopted a combined quantitative and qualitative approach, encompassing 400 male and female Muslims aged 13 to 59 years living in Songkhla province. Quantitative (numerical) findings were obtained using a survey questionnaire with results being analyzed in terms of percentage, average and standard deviation for descriptive statistics. Qualitative findings were obtained through in-depth interviews and structured observations.

Gender roles and the interaction of Thai Muslims with reproductive health and public health services were evaluated using total and percentage for the quantitative data and using content analysis for the qualitative data.

The study's major findings reveal that gender roles in reproductive health among Thai Muslim males and females are closely governed by religious beliefs throughout the life cycle. Prescribed norms and behavioral codes exist for everyone at every point in life, with males and females having equal dignity. Muslim childhood is not much different than that of non-Muslim Thais. However starting when they are nine, Muslim boys and girls are taught practices that prepare them for the beginning of their reproductive life. Some of these practices include the ritual called "La-mard" in Thai ("Sambayang" in Malay and "Sola" in Arabian), dress codes that are specific to males and females, and the teaching of proper behaviors for Muslim women particularly in terms of limiting their interactions with men and not acting in ways that might provoke sexual interest. Examples of religious beliefs that are directly related to reproductive health include: (i) sexual intercourse prior to marriage or with a person other than one's spouses is forbidden; (ii) birth control is not allowed; and (iii) abortion is prohibited. Parents instruct their children to follow these rules strictly from the moment they enter reproductive age and then throughout their reproductive lives. The indicators that are used to signify that a person is of reproductive age entail menstruation for females, "wet dreams" for males, or when an individual turns 15 years of age. In general, female Thai Muslims enter reproductive age upon their first menstruation, at which time they remain at home, do not participate in activities outside of their houses, and are encouraged not to socialize with members of the opposite sex. Men, on the other hand, still retain their freedom upon reaching their reproductive age, while women are put securely under the care of their parents until they are married. Contrary to these traditional beliefs, however, results from the population sample used in this study revealed that many teenagers nowadays do not strictly follow these rules, with premarital sex, abortion and homosexuality being practiced.

Marriage is an important turning point in the gender roles of Thai Muslims. Following a proper marriage, the wife will immediately be under the total control of her husband and will continue to be so throughout the rest of her life. Thai Muslim parents are not abandoned by their children during their elderly years because religious beliefs specifically require that children take care of their elders until they pass away and give them proper burials thereafter. This duty usually falls into the hands of sons, since after marriage daughters usually take care of their in-laws. When the parents pass away, sons also receive twice the inheritance of daughters. There are also differences in the way that funerals are conducted for males and females. Women are to be dressed fully before being

wrapped in a white cloth, while men are wrapped in a white cloth without being dressed. The “La-mard” ceremony will be conducted wherein the leader stands at the midway point of a woman’s body, while he will stand at the head for men.

In terms of power and authority, based on the interviews conducted with female respondents, it is uncertain whether men or women have total authority when it comes to decisions about when to have sex after giving birth or whether to consult physicians regarding their pregnancies. For all other decisions, it appears to involve both partners. However, when male respondents were consulted, they stated that women decide whether or not to consult physicians during pregnancy. Once again, though, there is no clear indication of who has the authority for making decisions in terms of when to have sex after giving birth; whether birth control should be used; whether to have an abortion; or whether sterilization should be reversed. For all other decisions both partners work together.

Both male and female respondents stated that mothers have the authority over bringing up their children and both partners have a say in important matters such as their children’s marriages, when to seek help when their children are sick and where to seek medical care, and how to solve their children’s problems in general.

The study also revealed that the interaction between Thai Muslims in Songkhla and public health officials who offer reproductive health services is generally good. Only a few do not like to interact with such officials, usually because of the poor attitudes of the public officials themselves. No difference exists between male and female officials in the way they provide health services, but female Muslim patients tend to feel more comfortable with female Muslim officials. One thing that all patients want in terms of reproductive health services is a room used especially for providing such services.

The investigators recommended that relevant government agencies should publicize the findings of this study especially to Muslim parents and cooperate more fully with the Songkhla Provincial Islamic Committee to organize a seminar in which measures could be decided and taken to resolve the problem of increasing premarital sex among Muslim teenagers. In addition, the Songkhla Public Health Office should allocate female Muslim officials to every District Health Service Office that serves a predominantly Muslim population. They should also investigate the quality of public health services in the area of reproductive health, especially in terms of patient-provider interactions. This can be done by reviewing the comments of Thai Muslims regarding the quality of reproductive health care they are receiving in their districts at least once a year.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xi
บทคัดย่อ	xii
Executive summary	xiv
สารบัญ	xvii
สารบัญตาราง	xix
1. บทนำ	65
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	65
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	67
1.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	67
2. ระเบียบวิธีวิจัย	68
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
2.3 วิธีการเก็บข้อมูล	72
2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	74
3. ผลการวิจัย	76
3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ	76
3.2 ความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทหญิงชายกับภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์	78
3.3 กระบวนการขัดเกลาทางสังคมด้านบทบาทหญิงชายที่มีอิทธิพลต่อ แบบแผนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและแบบแผนการตัดสินใจด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์	87
3.4 การปฏิสัมพันธ์ต่อการรับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	92

	หน้า
4. อภิปรายผลการวิจัย	100
5. ข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	107

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ	107
2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	108
3 แสดงอาชีพของครอบครัว	109
4 แสดงจำนวนรายได้รวมต่อเดือน	109
5 อายุที่หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีประจำเดือน	110
6 เวลาที่หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับประจำเดือน	110
7 อายุที่ชายไทยมุสลิมเริ่มฝันเปียก	110
8 เวลาที่ชายไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับการฝันเปียก	111
9 บุคคลที่ชายไทยมุสลิมบอกให้ทราบเป็นคนแรกเมื่อฝันเปียก	111
10 พฤติกรรมการดูบลูคล่าอวัยวะเพศของหญิงชายไทยมุสลิม	111
11 อายุที่หญิงชายไทยมุสลิมเริ่มดูบลูคล่าเล่นอวัยวะเพศ	112
12 อายุที่หญิงชายไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้สึกต่อการมีเพศสัมพันธ์	112
13 พฤติกรรมของหญิงชายไทยมุสลิมเมื่อมีความรู้สึกต่อการมีเพศสัมพันธ์	113
14 ประสพการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าเด็กหญิงไทยมุสลิม ทำตัวเลียนแบบชาย	113
15 ประสพการณ์ทราบข่าวของชายไทยมุสลิมว่าเด็กชายไทยมุสลิม ทำตัวเลียนแบบหญิง	113
16 ประสพการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าเด็กวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิม ถูกข่มขืน	114
17 ประสพการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าเด็กวัยรุ่นชายไทยมุสลิม ข่มขืนผู้หญิง	114

	หน้า
ตาราง	
18	ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมทำแท้ง ... 114
19	การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของหญิงชายไทยมุสลิม 115
20	อายุที่หญิงชายไทยมุสลิมเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส 115
21	อายุที่หญิงชายไทยมุสลิมแต่งงาน 116
22	ความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวของชาวไทยมุสลิม 116
23	บุคคลที่อบรมสั่งสอนเด็กหญิงชายไทยมุสลิมเมื่อวัยเด็ก 116
24	อัตราส่วนของบุคคลที่อบรมสั่งสอนเกี่ยวกับการวางแผนที่เหมาะสม แก่วัยรุ่นหญิงชายไทยมุสลิม 117
25	ผู้ที่มีบทบาทต่อสถานการณ์ในครอบครัวในความคิดเห็นของ ผู้หญิงไทยมุสลิม 118
26	ผู้ที่มีบทบาทต่อสถานการณ์ในครอบครัวโดยแสดงความคิดเห็นของ ชายไทยมุสลิม 119
27	ผู้ที่ตัดสินใจต่อสถานการณ์ในครอบครัวตามความคิดเห็นของหญิงมุสลิม 120
28	ผู้ที่ตัดสินใจต่อสถานการณ์ในครอบครัวตามความคิดเห็นของชาวมุสลิม 121
29	ผู้ที่ตัดสินใจในบทบาทของชาวไทยมุสลิม 122
30	ผู้ที่ตัดสินใจในบทบาทของชาวไทยมุสลิม 123

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชาวไทยมุสลิมคือชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่ตั้งถิ่นฐานอยู่ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล จากแบบรายงานการศึกษาส่วนภูมิภาค ภาคสถิติ (รศ.ภ.) ปีการศึกษา 2542 ของสำนักงานการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และสงขลา ณ สิ้นเดือนธันวาคม 2541 จังหวัดปัตตานีประชากรมีจำนวน 599,219 คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 480,344 คน คิดเป็นร้อยละ 80.16 จังหวัดยะลาประชากรมีจำนวน 429,501 คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 331,312 คน คิดเป็นร้อยละ 77.14 จังหวัดนราธิวาสประชากรมีจำนวน 662,234 คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 543,032 คน คิดเป็นร้อยละ 82.00 และจังหวัดสตูลประชากรมีจำนวน 258,563 คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 194,528 คน คิดเป็นร้อยละ 75.23 ส่วนประชากรจังหวัดสงขลา มีจำนวน 1,241,234 คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 379,910 คน คิดเป็นร้อยละ 30.61 ซึ่งประชากรจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ และมีประชากรที่นับถือศาสนาคริสต์แทรกอยู่ทั่วไป โดยมีประชากรที่นับถือศาสนาคริสต์ถึง 12 คริสตจักร รวมจำนวน 15,753 คน (ประทีป วิถีรุ่งโรจน์ : 2542) แต่จังหวัดสงขลา มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากอีก 4 จังหวัด กล่าวคือ ภาษาพูดในชีวิตประจำวันของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดสงขลา มีทั้งภาษาไทยท้องถิ่นและภาษายาวี ในขณะที่อีก 4 จังหวัดนั้น ภาษาพูดในชีวิตประจำวันใช้ภาษายาวี นอกจากนี้การนับถือศาสนาของประชากรในจังหวัดสงขลา มีความแตกต่างจากอีก 4 จังหวัด โดยประชากรในอีก 4 จังหวัด นับถือศาสนาอิสลามเกือบทั้งจังหวัด ดังนั้นวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดสงขลาจึงน่าจะมีลักษณะเฉพาะ

สภาพสังคมของชาวไทยมุสลิม นั้น อิทธิพลได้รับหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งกำหนดบทบาทหญิงและชายไม่เท่ากันหลายประการ เช่น การแต่งงาน การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และการทำแท้ง เป็นต้น ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (2539) ได้ระบุสภาพสังคมของชาว

ไทยมุสลิมไว้ว่า “ชาวมุสลิมในประเทศไทยเป็นชนกลุ่มด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่ง ที่ประสบปัญหาต่าง ๆ อยู่ไม่น้อย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งปัญหาทางด้านสาธารณสุข” ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาอื่น ๆ ระบุว่าค่อนข้างชัดเจนว่า กลุ่มชาวไทยมุสลิมนอกจากประสบปัญหาด้านยาเสพติดแล้ว ยังมีปัญหาด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์อีกด้วย (ทัศนัย ชันตยาภรณ์, วรานุช ชินวรโสภาค, และรุจน์ โกมลบุตร 2539 : 2)

จากการทบทวนผลงานวิจัยเกี่ยวกับเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า ในภาคใต้มีงานวิจัยเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เน้นเพศภาวะในกลุ่มชาวไทยมุสลิมจำนวนน้อย (Gray et al. 1999 : 80) และจากงานวิจัยเกี่ยวกับเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมที่พอมืออยู่บ้างเล็กน้อยนั้น (ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มสตรี) ก็พบว่า สตรีไทยมุสลิมจำนวนมากยังคงอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณ โดยเฉพาะเฉลี่ยประมาณร้อยละ 40 ในขณะที่อัตราการคลอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณของชาวไทยทั่วประเทศอยู่ในระดับเพียงร้อยละ 5.78 เท่านั้น (ทัศนัย ชันตยาภรณ์, วรานุช ชินวรโสภาค, และรุจน์ โกมลบุตร 2539 : 2) การสนับสนุนของบุคคลที่เกี่ยวข้องและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิม (ลัดดา แสงจันทร์ 2539 : (3) และถึงแม้ว่าชาวไทยมุสลิมจะเห็นว่าการวางแผนครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพแม่และลูก แต่ก็มีหลักฐานว่าชายไทยมุสลิมมีความคิดเห็นเชิงลบเกี่ยวกับการใช้บริการวางแผนครอบครัว (Gray et al. :11) จำนวนบุตรที่หญิงไทยมุสลิมพูดภาษามาเลย์เพียงปรารถนาเฉลี่ย 3.4 คน แต่จำนวนบุตรที่หญิงไทยมุสลิมพูดภาษาไทยเพียงปรารถนาเฉลี่ย 2.7 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2541:9) ส่วนการวิจัยในแง่การปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมยังมีการวิจัยไว้น้อยมาก คณะวิจัยจึงทำวิจัย “บทบาทชายหญิงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขของชาวไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา”

การวิจัยครั้งนี้ น่าจะเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมในการเรียนรู้วิถีชีวิตประจำวัน ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตลอดวงจรชีวิต ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิม เพื่อนำไปปรับปรุงบริการสาธารณสุขด้วยอนามัยการเจริญพันธุ์ให้สอดคล้องกับหลักศาสนา ความเชื่อ และการปฏิบัติของชาวไทยมุสลิม

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุข ของชาวไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา ในประเด็นต่อไปนี้

1. ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทหญิงชาย กับภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ตลอดวงจรชีวิต โดยเน้นกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยเจริญพันธุ์
2. ศึกษาผลของกระบวนการกล่อมเกลாதงสังคมด้านบทบาทหญิงชาย ที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และแบบแผนการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
3. ศึกษาบทบาทหญิงชายไทยมุสลิมที่เกี่ยวกับการเข้าถึง และการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดจนปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเน้นในเรื่องการได้รับข้อมูลและทางเลือกในการรับบริการสุขภาพ

1.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหญิงชาย (Gender) คำนี้ภาษาไทยเรียกแตกต่างกันหลายคำ ดังที่เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ ระบุว่า “คำว่า Gender นั้น มีผู้ใช้ภาษาไทยหลากหลาย เช่น บทบาทชายหญิง ความเป็นหญิงชาย และเพศภาวะ” (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ม.ป.ป.:1) ซึ่งบทบาทหญิงชายนี้ พิมพวัลย์ บุญมงคลกล่าวว่าเป็น บทบาทที่ถูกสังคมคาดหวังว่าชายและหญิงควรมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร โดยเด็กชายและเด็กหญิงถูกอบรมสั่งสอนให้มีบทบาทพฤติกรรม ความคาดหวังในชีวิต พัฒนาการทางอารมณ์และสติปัญญาในลักษณะที่แตกต่างกัน (พิมพวัลย์ บุญมงคล ม.ป.ป.:23) ส่วน

Women's Bureau, Strategic Policy Branch เห็นว่า บทบาทหญิงชายเป็นพฤติกรรมของผลการเรียนรู้ จากองค์ประกอบของกิจกรรม งาน และความรับผิดชอบ ที่ผู้หญิงและผู้ชายมีบทบาทต่างกัน โดยบทบาทเหล่านี้ไม่คงที่ จะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และผันแปรไปตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกันด้วย (Women's Bureau, Strategic Policy Branch 1997 : 1) โดยสรุป บทบาทหญิงชาย หมายถึง บทบาททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ชายและผู้หญิง ที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด บทบาทในที่นี่หมายถึงรวมถึงภาระหน้าที่ ความคาดหวังจากผู้อื่น และความคาดหวังที่บุคคลผู้นั้นมีต่อผู้อื่น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ม.ป.ป. : 1)

อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) นั้น อมรา สุนทรธาดา แบ่งองค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็น 10 ประการ คือ การวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็กโรคเอดส์ โรคติดต่อในระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ ความผิดปกติของระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ เพศศึกษา การทำแท้งและอาการแทรกซ้อน อนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นน ภาวะการมีบุตรยาก ภาวะหมดระดูและการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ (อมรา สุนทรธาดา 2542:3) และ Alan Gray ได้บรรยายว่า อนามัยการเจริญพันธุ์นั้น ให้รวมองค์ประกอบการหาทางเพศเข้าไว้ด้วยอีก 1 องค์ประกอบ รวมเป็น 11 องค์ประกอบ (Alan Gray : 2542)

2. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 ประชากรและตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรคือ หญิงชายไทยมุสลิมในจังหวัดสงขลาจำนวน 379,910 คน

กลุ่มตัวอย่างประชากรในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างประชากรหญิงชายไทยมุสลิมในจังหวัดสงขลาอายุระหว่าง 13-59 ปี จำนวน 400 คน (คำนวณจาก

ตารางสำเร็จของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95) แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 200 คน และเพศชายจำนวน 200 คน ทั้งนี้ข้อมูลจำนวนชาวไทยมุสลิมในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดสงขลาได้จากรายงานประชากรด้านศาสนาประจำปี 2542 ของสำนักงานการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม จังหวัดสงขลา ดังนี้

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวนชาวไทยมุสลิม(คน)	จำนวนตำบล
1	จะนะ	71,743	14
2	หาดใหญ่	71,401	12
3	เทพา	43,770	7
4	สะบ้าย้อย	43,020	9
5	เมืองสงขลา	37,847	6
6	สะเดา	34,848	8
7	สิงหนคร	17,824	11
8	นาทวี	15,592	10
9	รัตภูมิ	15,516	5

จากประชากรดังกล่าวได้เลือกพื้นที่การวิจัยดังนี้ อำเภอจะนะและอำเภอหาดใหญ่ เป็นพื้นที่การวิจัย ส่วนอีก 7 อำเภอ จับฉลากเป็นพื้นที่การวิจัยเพียง 4 อำเภอ ผลการจับฉลากปรากฏว่าพื้นที่การวิจัยอีก 4 อำเภอ คือ อำเภอนาทวี อำเภอสะเดา อำเภอรัตภูมิ และอำเภอสิงหนคร หลังจากนั้นดำเนินการกำหนดกลุ่มตัวอย่างประชากรดังนี้

1.1 อำเภอจะนะกับอำเภอหาดใหญ่ สุ่มตัวอย่างอำเภอละ 4 ตำบล แต่ละตำบลสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตำบลละ 10 ครัวเรือน ให้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย และอีก 10 ครัวเรือน ให้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง 80 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย 80 คน ทั้งนี้สุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลาก ผลการจับฉลากเป็นดังนี้

อำเภอจะนะ ประกอบด้วย ตำบลสะกอมโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ตำบลตลิ่งชันโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ตำบลนาทับโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน และตำบลแคโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน **อำเภอหาดใหญ่** ประกอบด้วย ตำบลคูเต่าโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ตำบลควนลังโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้านตำบลคลองแหโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน และตำบลทุ่งตำเสาโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน

1.2 อำเภอที่เหลืออีก 7 อำเภอ สุ่มเลือกตัวอย่าง 4 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มเลือกตัวอย่าง 3 ตำบล แต่ละตำบลสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตำบลละ 10 ครัวเรือน ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย และอีก 10 ครัวเรือน ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้หญิง 120 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย 120 คน ทั้งนี้สุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลาก ผลการจับฉลากเป็นดังนี้ **อำเภอนาทวี** ประกอบด้วยตำบลปลักหนูโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ตำบลประกอบโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน และตำบลนาทวีโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน **อำเภอสะเดา** ประกอบด้วย ตำบลปรังโดย พื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ตำบลสำนักแต้วโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 2 หมู่บ้านและตำบลสะเดาโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน **อำเภอรัตภูมิ** ประกอบด้วย ตำบลท่าชะมวงโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ตำบลเขาพระโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน และตำบลนาทวีโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 1 หมู่บ้าน **อำเภอสิงหนคร** ประกอบด้วย ตำบลวัดขนุนโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 2 หมู่บ้านตำบลม่วงงามโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 2 หมู่บ้าน และตำบลหัวเขาโดยพื้นที่การวิจัยประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน

2.2 **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งการสร้างเครื่องมือทำพร้อมกันไปทั้งสองส่วน โดยดำเนินตามลำดับดังนี้

- 1) คณะวิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2) คณะวิจัยยกร่างและประชุมแก้ไขตามกรอบนามัยการเจริญพันธุ์หลายครั้ง ใช้เวลา 2 เดือน
- 3) ส่งต้นร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขและเสนอแนะ โดยดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิรวม 3 รอบ ใช้เวลา 4 เดือน
- 4) จัดพิมพ์เครื่องมือรวบรวมข้อมูล นำไปทดลองใช้กับชาวไทยมุสลิมในอำเภอเมืองสงขลา จำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลพะวง กับตำบลเกาะแต้ว โดยทดลองใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 30 คน และทดลองใช้แบบสังเกตจำนวน 10 คน
- 5) นำผลการทดลองใช้เครื่องมือมาปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ
- 6) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กับเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณมี 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กับแบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพมี 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึกกับแบบสังเกตปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุข

แบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือนี้ใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประชากร จำนวน 400 คน โดยแยกเป็น 2 ชุด มีสาระตรงกัน แต่ปรับให้เหมาะสมสำหรับใช้กับเพศและเพศชาย แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลของบุคคลในครอบครัว ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยข้อมูลบุคคลในครอบครัวเป็นการสัมภาษณ์ถึงทุกคนในครอบครัวว่ามีจำนวนกี่คน เพศใดบ้าง แต่ละคนมีอายุปีเต็มกี่ปี สถานภาพสมรสเป็นอย่างไร และความสัมพันธ์ในครอบครัวเกี่ยวข้องกันอย่างไร ครอบครัวไปถึงบิดา-มารดา-คู่สมรส-อาชีพ ตลอดจนรายได้ของครอบครัว และข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์ สัมภาษณ์สถานการณ์และความคิด ตลอดจนประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งสถานการณ์ในครอบครัว และสถานการณ์ในสังคมชาวไทยมุสลิม

แบบสอบถามสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือนี้ให้กลุ่มตัวอย่าง ประชากร จำนวน 400 คน กรอกแบบสอบถามเองหลังจากสัมภาษณ์เสร็จแล้ว โดยแยกเป็น 2 ชุด มีสาระตรงกัน แต่ปรับให้เหมาะสำหรับใช้กับเพศหญิง และเพศชาย แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ จดหมายชี้แจง และข้อมูลส่วนตัว โดยจดหมายชี้แจงจะระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยจะรักษาไว้เป็นความลับผู้ให้ข้อมูลจะมีความเชื่อมั่นว่าจะไม่มีใครทราบข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลของใคร

แบบสัมภาษณ์เจาะลึกใช้สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือนี้ใช้ สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างเจาะจงจำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์เจาะลึกประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลบทบาททางสังคมของหญิงชายไทยมุสลิมที่มีอิทธิพล ต่อบทบาทหญิง-ชาย โดยข้อมูลส่วนตัวสัมภาษณ์เพียง 3 ประเด็น คือ เพศ อายุปีเต็ม และ สถานภาพสมรส และข้อมูลบทบาททางสังคมของหญิงชายไทยมุสลิมที่มีอิทธิพลต่อบทบาทหญิง-ชายสัมภาษณ์ทั้งอิทธิพลของคำสอนศาสนาและสถานการณ์จริงในสังคมตลอดวงจรชีวิต

แบบสังเกตปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เครื่องมือนี้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมสวมบทบาทรับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากสถานอนามัย จำนวน 30 คน ทั้งนี้คณะวิจัยเลือกศึกษาเฉพาะ บริการ 3 ประเภท คือ การวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการทำแท้ง เพราะเป็นกรณีที่คณะวิจัยคาดว่าประชาชนน่าจะใช้บริการมากกว่ากรณีอื่น ๆ โดยแบบสังเกต จะศึกษาข้อมูลสองทางทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ตอนท้ายสุดสรุปเป็นความรู้สึกโดยรวมของผู้ใช้บริการ

2.3 วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ประกาศรับสมัครพนักงานสัมภาษณ์ โดยผู้สมัครต้องเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 โปรแกรมวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่นับถือศาสนาอิสลาม

- 2) คัดเลือกพนักงานสัมภาษณ์โดยคณะวิจัยสัมภาษณ์เลือกไว้ 6 คน เป็นผู้หญิง 3 คน และผู้ชาย 3 คน
- 3) อบรมพนักงานสัมภาษณ์ให้เรียนรู้เข้าใจโครงการวิจัย และเทคนิคการสัมภาษณ์
- 4) แต่ละพื้นที่ตำบลแบ่งทีมสัมภาษณ์เป็น 3 ทีม ทีมละ 3 คน แต่ละทีมประกอบด้วยผู้วิจัย 1 คน กับพนักงานสัมภาษณ์ 2 คน ทั้งนี้พนักงานสัมภาษณ์แต่ละทีมเป็นผู้หญิง 1 คน และผู้ชาย 1 คน เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแต่ละวันได้ตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลทั้งหมด และต้องเก็บข้อมูลซ่อมรวมทั้งสิ้น 14 ชุด เฉพาะแบบสอบถามได้รับคืนจากเพศหญิง 195 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.50 และเพศชาย 193 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.50
- 5) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่าง 10 สิงหาคม 2543 ถึง 22 ธันวาคม 2543
- 6) ในระหว่างเวลาการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ หัวหน้าโครงการวิจัยจะสังเกต หากกลุ่มตัวอย่างประชากรเพื่อการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและเต็มใจสวมบทบาทให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไปพร้อมกันด้วย

● การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) หัวหน้าโครงการวิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างประชากรในข่ายการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการสัมภาษณ์เจาะลึกที่คนละหลายครั้ง เพื่อสร้างความคุ้นเคยสนิทสนม หลังจากนั้นแจ้งความประสงค์ให้ทราบเป็นรายบุคคล และเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึกตั้งแต่ 10 กันยายน 2543 ถึง 23 มีนาคม ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเงื่อนไขที่เจาะจงไว้ ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเฉพาะ ขอระบุเป็นพิเศษดังนี้

- ไต่ะอิหม่าม (ผู้นำทางศาสนาประจำหมู่บ้าน) จำนวน 2 ราย
- ไต่ะครู (เจ้าของโรงเรียนปอเนาะเพศชาย) จำนวน 1 ราย
- อุตตะชะห์ (ครูสอนศาสนาเพศหญิง) จำนวน 1 ราย
- อุตต์ซห์ (ครูสอนศาสนาเพศชาย) จำนวน 2 ราย
- ชายไทยมุสลิมที่เปลี่ยนจากนับถือศาสนาพุทธเป็นศาสนาอิสลามมานาน 30 ปีเศษ จำนวน 1 ราย

- หญิงไทยมุสลิมที่เปลี่ยนจากนับถือศาสนาพุทธเป็นศาสนาอิสลามมานาน 20 ปีเศษ จำนวน 1 ราย
- ชายไทยมุสลิมอายุ 63 ปี รวมอยู่ในกลุ่มชายไทยมุสลิมหัวงอายุ 44-59 ปี จำนวน 1 ราย

2) หัวหน้าโครงการวิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างประชากร ที่เต็มใจสวมบทบาทผู้ให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นรายบุคคล คนละหลายครั้ง เพื่อสร้างความคุ้นเคยสนิทสนม หลังจากนั้นแจ้งความประสงค์ให้ทราบเป็นรายบุคคล แต่ถูกปฏิเสธ จำนวน 11 ราย เป็นเพศหญิง 3 ราย และเพศชาย 8 ราย ทว่าในที่สุดขอร่องจนได้ครบจำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิง 16 ราย และเพศชาย 14 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเฉพาะขอระบุเป็นพิเศษ 1 ราย คือ ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งสวมบทบาทผู้ป่วยไปใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานอนามัยหมู่บ้านใกล้เคียง ทั้งนี้ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอบเขตการสังเกตตามแบบฟอร์มการสังเกตที่สร้างขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นรายบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับมาจากใช้บริการแล้วได้พูดคุยซักถามสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมตามความจำเป็น การสวมบทบาทผู้ให้บริการสาธารณสุขเริ่มตั้งแต่ 6 ตุลาคม 2543 ถึง 20 มีนาคม 2544 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคลาดเคลื่อนไปจากเงื่อนไขที่เจาะจงไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการสาธารณสุขจริงเป็นดังนี้

เพศ	การวางแผนครอบครัว	การติดเชื้อหนองใน	การทำแท้ง
หญิง	9 คน	3 คน	4 คน
ชาย	8 คน	4 คน	2 คน

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ใช้การประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excell โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์บทบาทหญิงชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขในหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลาด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ (จำนวน, ร้อยละ) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. คณะวิจัยออกแบบหัวข้อตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อคำถามรวม 339 ตาราง
2. จัดพนักงานลงรอยคะแนนในแบบฟอร์มที่คณะวิจัยออกแบบ โดยตรวจสอบความถูกต้องทุก 30 ตาราง หากพบความผิดพลาดให้ลงรอยคะแนนใหม่และตรวจสอบความถูกต้องซ้ำ
3. ใช้จำนวนรอยคะแนนที่ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excell
4. คณะวิจัยลงรอยคะแนนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในแบบฟอร์มที่ออกแบบ โดยลงรอยคะแนน 1 คน ตรวจทาน 2 คน คนละ 1 รอบ
5. ใช้จำนวนรอยคะแนนที่ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excell
6. ศึกษาผลจากตารางแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามร่วมกับการวิเคราะห์ตามเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุข
7. ร่างรายงานการวิจัย และปรับปรุงแก้ไข
8. เขียนรายงานการวิจัย

3. ผลการวิจัย

การวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรเชิงปริมาณ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรเชิงปริมาณพบว่า ประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวค่อนข้างมาก นั่นคือ เกือบครึ่งหนึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 5 คน ถึงร้อยละ 22.0 และมีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ถึงร้อยละ 21.2 (ตาราง 1) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่อายุ ระหว่าง 20-45 ปี โดยเพศหญิงมีจำนวนถึงร้อยละ 69.5 ของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนถึงร้อยละ 62.5 ของกลุ่มตัวอย่างเพศชายแต่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-19 ปี ก็มีจำนวนไม่น้อย โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 30.0 (ตาราง 2) สถานภาพสมรสของบิดา-มารดาของประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่แต่งงานอยู่ด้วยกัน โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 76 ส่วนสถานภาพสมรสที่แต่งงานแต่แยกกันอยู่มีจำนวนน้อย โดยมีเพียงร้อยละ 8.2 อนึ่งสถานภาพสมรสที่ย่าร้างเกือบไม่มีเลย โดยมีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้น (ตาราง 1) ประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่บิดามีภรรยาคนเดียว โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 84.0 ส่วนที่มีภรรยาหลายคนเป็นเพียงส่วนน้อย โดยมีจำนวนเพียงร้อยละ 16.0 เท่านั้น (ตาราง 1) ในกรณีที่ประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้บิดามีภรรยาหลายคนนั้น ส่วนใหญ่มีภรรยาเพียง 2 คน โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 62.5 แต่ที่มีภรรยามากกว่า 4 คน ก็มีอยู่บ้างเล็กน้อย โดยมีเพียงร้อยละ 4.7 เท่านั้น (ตาราง 1) ประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีพี่และ/หรือน้องตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 43.8 ส่วนที่เป็นบุตรเพียงคนเดียวมีจำนวนน้อย โดยมีเพียงร้อยละ 2.0 เท่านั้น (ตาราง 1) ประชากรตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่แต่งงานแต่แยกกันอยู่มีจำนวนน้อย โดยเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 2.5 และเพศชายมีเพียงร้อยละ 3.5 ส่วนที่มีการหย่าร้างเกือบไม่มีเลย โดยมีเฉพาะในเพศหญิงเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้น (ตาราง 2)

ประชากรตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ เพศหญิงจบชั้นประถมศึกษาอัตราส่วนสูงสุด คือ ร้อยละ 36.5 รองลงไปจบชั้นอื่น ๆ ซึ่งเป็นหลักสูตรวิชาชีพระยะสั้นของหน่วยงานต่าง ๆ ร้อยละ 22.5 และจบปริญญาตรีเพียงร้อยละ 3.0 ส่วนเพศชายจบชั้นประถมศึกษาอัตราส่วนสูงสุดเช่นกัน แต่น้อยกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 34.0 รองลงไปจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ป.วช. และจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือ ป.วช. ตามลำดับ คือ ร้อยละ 26.5 และร้อยละ 25.0 โดยจบปริญญาตรีมากกว่าเพศหญิงถึง 1 เท่า คือ จบปริญญาตรีร้อยละ 6.0 (ตาราง 2) ระดับการศึกษาของกลุ่มสมรสของประชากรตัวอย่างเพศหญิงในการศึกษาคั้งนี้ เฉพาะที่ผู้ให้ข้อมูลระบุจบการศึกษาอัตราส่วนสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 26.0 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12.5 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ป.วช. ร้อยละ 11.0 โดยจบปริญญาตรี ร้อยละ 2.0 ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มสมรสของเพศชายเฉพาะที่ผู้ให้ข้อมูลระบุจบการศึกษาอัตราส่วนสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 22.5 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 7.0 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ป.วช. ร้อยละ 6.0 โดยจบปริญญาตรี ร้อยละ 1.0 (ตาราง 2)

ประชากรตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีอาชีพหลักอัตราส่วนสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ เกษตร ร้อยละ 45.0 รับจ้าง ร้อยละ 22.0 และประมง ร้อยละ 18.0 ส่วนอาชีพหลักรับราชการมีอัตราส่วนน้อยเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น (ตาราง 3) ประชากรตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพเสริม โดยมีจำนวนถึงร้อยละ 56.7 ส่วนอาชีพเสริมอันดับรองลงไป ได้แก่ เกษตร ร้อยละ 10.8 และรับจ้าง ร้อยละ 7.2 ทั้งนี้อาชีพเสริมที่ทำน้อยที่สุด คือ ประมง โดยมีจำนวนเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น (ตาราง 3) จำนวนรายได้รวมต่อเดือนของชาวไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา 3 ลำดับแรก ได้แก่ รายได้รวมต่อเดือน 3,000-4,000 บาท ร้อยละ 39.7 รายได้รวมต่อเดือน 5,000-6,000 บาท ร้อยละ 28.5 และรายได้รวมต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 12.5 โดยรายได้รวมต่อเดือนตั้งแต่ 20,000 บาท ขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 2.3 เท่านั้น (ตาราง 4)

3.2 ความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทหญิงชาย กับภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดวงจรชีวิต โดยเน้นกลุ่มวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์

ผลการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทหญิงชาย กับภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ตลอดวงจรชีวิต โดยเน้นกลุ่มวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม กับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างเจาะจงทั้ง 6 กลุ่มสาระสอดคล้องกันทั้ง 6 กลุ่มเกือบทั้งหมด ยกเว้นแตกต่างกันอยู่กรณีเดียวคือ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

การทำพิธีเข้าสู่นัด

บทบาทหญิงชายของชาวไทยมุสลิมดำเนินตามคำสอนทางศาสนาตลอดวงจรชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย เพราะคำสอนทางศาสนาได้สอนบทบาทการดำรงชีวิตของหญิงชายไว้ทุกวัยทุกโอกาสตลอดวงจรชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ หมวดการทำบุญ หมวดการแต่งงาน หมวดจริยธรรมการดำรงชีวิตในสังคม และหมวดการประกอบอาชีพ ในแต่ละหมวดจะบรรยายละเอียดไว้ชัดเจนว่าบทบาทหญิงเป็นอย่างไร และบทบาทชายเป็นอย่างไร เริ่มตั้งแต่การประกาศเป็นอิสลามิกชนให้แก่บุตรด้วยการทำพิธีเข้าสู่นัดให้แก่บุตรหญิงและชายจะต่างวาระกัน แต่ละหมาบ้านมักมีผู้ที่ทำหน้าที่ทำพิธีเข้าสู่นัดประจำหมู่บ้านเรียกว่า โต๊ะมุเต็น ในการทำพิธีเข้าสู่นัดโต๊ะมุเต็นต้องสวดขอพรพระเจ้าด้วย นั่นคือ บุตรหญิงจะถูกทำพิธีเข้าสู่นัดให้ตั้งแต่วัยแบเบาะโดยโต๊ะมุเต็นจะใช้วัตถุมีคมกรีดที่ปลายคลิตอริส (clitoris) เล็กน้อยพอมีเลือดซึม ส่วนบุตรชายนั้นส่วนมากจะถูกทำพิธีเข้าสู่นัดให้ในระหว่างอายุ 5-9 ปี โดยโต๊ะมุเต็นจะใช้วัตถุมีคมขลิบปลายหนังหุ้มลึงค์ (foreskin) ออกเล็กน้อยตามความเหมาะสมกับลักษณะของอวัยวะเพศเพื่อให้ทำความสะอาดได้ง่าย ส่วนผู้นับถือศาสนาอื่น ๆ ที่ประสงค์จะไปนับถือศาสนาอิสลามเป็นอิสลามิกชน ก็จะต้องทำพิธีเข้าสู่นัดก่อนเสมอทุกคน ซึ่งการทำพิธีเข้าสู่นัดก็เหมือนกับที่ทำพิธีเข้าสู่นัดให้แก่เด็กหญิงชายไทยมุสลิม จึงจะเป็นอิสลามิกชนได้ ตลอดวัยเด็กชาวไทยมุสลิมจะเลี้ยงดูบุตรหญิงและชายอย่างดีทัดเทียมกันตามฐานะของแต่ละครอบครัว โดยมารดา มีบทบาทอบรมสั่งสอนการวางตนทั่วไป ส่วน

บิดามีบทบาทอบรมสั่งสอนการวางตนที่ถูกต้องตามคำสอนทางศาสนา ทั้งนี้บุตรหญิงมีหน้าที่ช่วยงานบ้านที่ไม่ต้องอาศัยกำลังกายมากนัก เช่น กวาดบ้าน หุงหาอาหาร และซักเสื้อผ้า เป็นต้น

เมื่อบุตรหญิงอายุ 9 ปี บิดา-มารดาจะเริ่มสอนให้ทำพิธีกราบไหว้พระเจ้า ซึ่งภาษาไทยนิยมเรียกว่าการทำละหมาด (ภาษามลายูเรียกว่าซาบะยัง ส่วนภาษาอาหรับเรียกว่าซอลละ) สอนการแต่งกายที่มีข้อกำหนดเฉพาะของผู้หญิงกับผู้ชาย สอนการวางตนของผู้หญิงที่ต้องพยายามมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ชายเฉพาะที่จำเป็นรวมทั้งระมัดระวังตนตลอดเวลาไม่ให้เผลอแสดงกิริยาอาการใด ๆ ที่อาจสื่อไปในทางยั่วยุกรมณณ์ผู้ชายโดยเด็ดขาด ตลอดจนสอนให้นุ่งบัสสาวะทั้งหญิงชาย และเมื่อบัสสาวะเสร็จต้องใช้น้ำล้างอวัยวะเพศ โดยผู้หญิงต้องใช้มืออุ้งให้สะอาดหมดจดส่วนผู้ชายเพียงใช้น้ำรดก็เพียงพอแล้ว ทั้งนี้เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนบรรลุมิติภาวะ เมื่อบรรลุมิติภาวะหญิงชาวไทยมุสลิมจะปฏิบัติตามคำสอนเหล่านั้นอย่างเคร่งครัด โดยจะบรรลุมิติภาวะในกรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้ คือ ผู้หญิงเริ่มมีประจำเดือนผู้ชายเริ่มฝันเปียก หรือฝันว่ามีเพศสัมพันธ์ หรืออายุ 15 ปี ซึ่งการบรรลุมิติภาวะก็คือ การเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นหรือเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์นั่นเอง โดยทั่วไปชาวไทยมุสลิมมักจะบรรลุมิติภาวะตามกรณีแรก คือ ผู้หญิงเริ่มมีประจำเดือนผู้ชายเริ่มฝันเปียก เมื่อบรรลุมิติภาวะบทบาทหญิงชายของชาวไทยมุสลิมจะแตกต่างกันอย่างชัดเจน บุคคลทั่วไปอาจสังเกตได้จากการแต่งกาย โดยผู้หญิงต้องแต่งกายปกปิดมิดชิดให้ผู้ชายที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเห็นได้เฉพาะมือและใบหน้าเท่านั้น ส่วนผู้ชายต้องแต่งกายปกปิดไม่ให้ผู้หญิงที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเห็นระหว่างสะดือถึงหัวเข่า บิดา-มารดาเริ่มควบคุมบุตรหญิงให้อยู่ที่บ้าน ห้ามทำกิจกรรมนอกบ้าน และไม่ส่งเสริมให้คบเพื่อนผู้ชาย ส่วนบุตรชายมีอิสระเสรี

● การมีประจำเดือน

หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีประจำเดือนก่อนอายุ 11 ปี มีอยู่จำนวนเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.5 โดยเริ่มมีประจำเดือนในห้วงอายุที่แตกต่างกัน ห้วงอายุที่เริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 14 ปี มากกว่าห้วงอายุอื่น ๆ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนห้วงอายุที่เริ่มมีประจำ

เดือนถัดไปอีก 3 ลำดับ ได้แก่ อายุ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.0 อายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.0 และอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.5 (ตาราง 5)

บุคคลที่หญิงไทยมุสลิมบอกให้ทราบเป็นคนแรกเมื่อเริ่มมีประจำเดือนจำนวนมากที่สุดคือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงไปคือ เพื่อนคิดเป็นร้อยละ 19.5 และพี่คิดเป็นร้อยละ 7.5 แต่มีที่บอกบิดาเป็นคนแรกอยู่ด้วย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0 โดยให้เหตุผลว่า "เพราะแม่ไม่อยู่บ้านตกใจนึกว่ามาจากสาเหตุอื่น" และเหตุผลที่บอกมารดาเป็นคนแรกเพราะ "แม่จะใกล้ชิดสนิทกันและไว้ใจเป็นผู้หญิงเหมือนกัน ตกใจต้องการทราบรายละเอียด" ส่วนเหตุผลที่บอกเพื่อนเป็นคนแรกและพี่เป็นคนแรกเหมือนกันคือ "สนิทกัน"

หญิงไทยมุสลิมเกินครึ่งที่เริ่มมีความรู้เกี่ยวกับประจำเดือนหลังจากมีประจำเดือนแล้ว โดยคิดเป็นร้อยละ 55.0 (ตาราง 6) บุคคลที่สอนวิธีปฏิบัติตนในระหว่างการมีประจำเดือนแก่หญิงไทยมุสลิมมากที่สุดคือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงไปคือ พี่คิดเป็น ร้อยละ 7.5 เพื่อนคิดเป็นร้อยละ 7.5 และครูคิดเป็นร้อยละ 6.5 ทั้งนี้มีอยู่ร้อยละ 6.0 ได้ยืนยันว่าเรียนรู้เอง นอกจากนี้การสัมภาษณ์ข้อห้ามหรือข้อควรปฏิบัติในระหว่างการมีประจำเดือนของหญิงไทยมุสลิมพบว่า "หญิงไทยมุสลิมจะไม่กินน้ำแข็ง เพราะเชื่อว่าทำให้เลือดหยุด ปวดท้อง เลือดเกาะเป็นก้อน ถึงร้อยละ 49.5 ไม่กินน้ำมะพร้าว เพราะรู้สึกทำให้ปวดเอว ปวดท้อง กลัวว่าเลือดอาจจะหยุดไหลหรือเป็นไข้ทับระดู ถึงร้อยละ 22.5" นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามหรือข้อควรปฏิบัติในระหว่างการมีประจำเดือนอื่น ๆ อีก ตัวอย่างเช่น ไม่กินสับปะรด เพราะเชื่อว่าจะทำให้เลือดไหลมากหรือเลือดหยุดทันที ไม่กินส้ม เพราะเชื่อว่าจะทำให้เลือดจาง เลือดมามากหรือเลือดหยุดทันที ไม่กินของดอง เพราะรู้สึกทำให้ปวดท้อง ไม่รวมเพศ เพราะสกปรก และทำความสะอาดอวัยวะเพศมากเป็นพิเศษ เป็นต้น

● ความรู้สึกทางเพศ

ชายไทยมุสลิมส่วนใหญ่เริ่มฝันเปียกตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยฝันเปียกเมื่ออายุ 15 ปี ร้อยละ 41.0 และฝันเปียกหลังอายุ 15 ปี ร้อยละ 24.0 แต่บางส่วนฝันเปียกก่อน

อายุ 15 ปี ก็มีอยู่เหมือนกัน โดยผื่นเปื่อยเมื่ออายุ 14 ปี ร้อยละ 14.5 ผื่นเปื่อยเมื่ออายุก่อน 13 ปี ร้อยละ 10.5 และผื่นเปื่อยเมื่ออายุ 13 ปี ร้อยละ 8.5 (ตาราง 7) ชายไทยมุสลิมเกินครึ่งที่เริ่มมีความรู้เกี่ยวกับผื่นเปื่อยหลังจากมีการผื่นเปื่อยไปแล้ว โดยคิดเป็นร้อยละ 62.5 (ตาราง 8) เพื่อนเป็นบุคคลที่ชายไทยมุสลิมบอกให้ทราบเป็นคนแรกเมื่อผื่นเปื่อยมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 58.0 และไม่ยอมบอกให้ใครทราบเลยมารองลงมา คิดเป็นร้อยละ 24.0 และบอกมารามากกว่าบอกบิดา โดยบอกมารดาร้อยละ 8.0 แต่บอกบิดาเพียงร้อยละ 5.5 (ตาราง 9) จากการสัมภาษณ์เหตุผลที่ชายไทยมุสลิมบอกบุคคลแรกเมื่อผื่นเปื่อยพบว่า บอกเพื่อนเป็นคนแรกเพราะ “สนิทกัน” และที่บอกมารดาเป็นคนแรกเพราะ “อยู่ใกล้ชิดกับแม่มาก” ส่วนที่บอกบิดาเป็นคนแรกเพราะ “เป็นผู้สนิทที่สุด แต่มีอยู่ 1 ราย ที่มีเหตุผลเพราะบิดาเป็นผู้นำครอบครัว”

หญิงไทยมุสลิมเคยลูบคลำเล่นอวัยวะเพศร้อยละ 45.6 ส่วนชายไทยมุสลิมเคยลูบคลำเล่นอวัยวะเพศร้อยละ 69.9 (ตาราง 10) หญิงไทยมุสลิมเริ่มลูบคลำเล่นอวัยวะเพศตั้งแต่อายุ 13 ปี ร้อยละ 10.1 และชายไทยมุสลิมเริ่มลูบคลำเล่นอวัยวะเพศตั้งแต่อายุ 13 ปี ร้อยละ 19.3 แต่วัยที่เริ่มลูบคลำเล่นอวัยวะเพศจำนวนมากที่สุด คือ หญิงไทยมุสลิมอายุหลัง 19 ปี มีจำนวน ร้อยละ 26.9 ส่วนชายไทยมุสลิม คือ อายุ 15 ปี มีจำนวน ร้อยละ 32.6 (ตาราง 11) หญิงไทยมุสลิมเกือบทั้งหมดเริ่มมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป แต่วัยที่หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์จำนวนมากกว่าวัยอื่น ๆ คือ อายุหลัง 19 ปี มีจำนวน ร้อยละ 25.1 รองลงไปคือ อายุ 18 ปี มีจำนวน ร้อยละ 21.0 ส่วนชายไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุก่อน 13 ปี มีจำนวนร้อยละ 4.2 แต่วัยที่ชายไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์จำนวนมากกว่าวัยอื่น ๆ คือ อายุ 15 ปี มีจำนวน ร้อยละ 26.4 รองลงไปคือ อายุ 18 ปี มีจำนวนร้อยละ 15.5 (ตาราง 12) พฤติกรรมของหญิงไทยมุสลิมเมื่อมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์ที่กระทำมากกว่าพฤติกรรมอื่น ๆ คือ ข่มกัณฑ์ มีจำนวนร้อยละ 48.9 ส่วนพฤติกรรมของชายไทยมุสลิมเมื่อมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์ที่กระทำมากกว่าพฤติกรรมอื่น ๆ คือ สำเร็จความใคร่

ด้วยตนเอง มีจำนวนร้อยละ 36.9 (ตาราง 13) ชาวไทยมุสลิมประมาณครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ทราบข่าวว่าเด็กหญิงไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบชาย โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 50.5 ระบุว่าเด็กหญิงไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบชายมืออยู่บ้าง และชายไทยมุสลิมร้อยละ 46.5 ระบุว่าเด็กหญิงไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบชายมืออยู่บ้าง (ตาราง 14) ชาวไทยมุสลิมเกือบครึ่งมีประสบการณ์ทราบข่าวว่าเด็กชายไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบหญิง โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 43.5 ระบุว่าเด็กชายไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบหญิงมืออยู่บ้าง และชายไทยมุสลิมร้อยละ 44.5 ระบุว่าเด็กชายไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบหญิงมืออยู่บ้าง (ตาราง 15) หญิงไทยมุสลิมมีประสบการณ์ทราบข่าวว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมถูกข่มขืนมากกว่าชายไทยมุสลิม โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 46.0 ระบุว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมถูกข่มขืนมืออยู่บ้าง และชายไทยมุสลิมร้อยละ 32.0 ระบุว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมถูกข่มขืนมืออยู่บ้าง (ตาราง 16) หญิงไทยมุสลิมมีประสบการณ์ทราบข่าวว่าวัยรุ่นชายไทยมุสลิมข่มขืนผู้หญิงมากกว่าชายไทยมุสลิม โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 33.5 ระบุว่าวัยรุ่นชายไทยมุสลิมข่มขืนผู้หญิงมืออยู่บ้าง และชายไทยมุสลิมร้อยละ 19.0 ระบุว่าวัยรุ่นชายไทยมุสลิมข่มขืนผู้หญิงมืออยู่บ้าง (ตาราง 17) หญิงไทยมุสลิมมีประสบการณ์ทราบข่าวว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมทำแท้งมากกว่าชายไทยมุสลิม โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 29.5 ระบุว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมทำแท้งมืออยู่บ้าง และชายไทยมุสลิมร้อยละ 19.0 ระบุว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมทำแท้งมืออยู่บ้าง (ตาราง 18)

● การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส

หญิงไทยมุสลิมยอมเปิดเผยว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสร้อยละ 6.2 ส่วนชายไทยมุสลิมยอมเปิดเผยว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมสร้อยละ 28.5 (ตาราง 19) อนึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกจะสอดคล้องกัน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 กลุ่ม ที่ยอมรับว่ามีหญิงชายไทยมุสลิมรุ่นใหม่จำนวนหนึ่งลักลอบมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นหญิง ขณะให้สัมภาษณ์มีท่าที่เป็นปกติธรรมดา กลุ่มวัยรุ่นชาย ซึ่งทำที่ขณะให้สัมภาษณ์กรณีนี้สังเกตเห็นว่าเขามีความรู้สึกภาคภูมิใจ กลุ่มผู้ใหญ่หญิง ซึ่งทำที่ขณะให้สัมภาษณ์กรณีนี้สังเกตเห็นว่าเขามีความรู้สึกเศร้าและละอาย และกลุ่มผู้ใหญ่ชาย ซึ่งทำที่ขณะให้สัมภาษณ์กรณีนี้สังเกตเห็นว่าเขามีความรู้สึกละอายและแค้นเคือง แต่มีกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 2 กลุ่ม ที่ยืนยันว่าไม่มีหญิงชาวไทยมุสลิมลักลอบมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย วิทยาลัยหญิงชาวไทยมุสลิมเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสอยู่ระหว่าง 15-20 ปี ส่วนชายไทยมุสลิมเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสตั้งแต่วัย 13 ปี ร้อยละ 5.5 แต่วัยที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสจำนวนมากที่สุดคือ อายุ 18 ปี มีจำนวนร้อยละ 23.6 รองลงไปคือ อายุหลัง 20 ปี มีจำนวนร้อยละ 21.8 (ตาราง 20)

สำหรับบุคคลที่หญิงชาวไทยมุสลิมเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสจะมีความแตกต่างกันชัดเจน โดยพบว่าบุคคลที่หญิงไทยมุสลิมยอมเปิดเผยว่าเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสด้วยเกือบทั้งหมดเป็นสามีในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 91.7 ส่วนที่เป็นคู่รัก คิดเป็นร้อยละ 8.3 แต่บุคคลที่ชายไทยมุสลิมยอมเปิดเผยว่าเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสพบว่า เป็นเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.6 รองลงไปคือเป็นคู่รัก คิดเป็นร้อยละ 36.4 และมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณีคิดเป็นร้อยละ 7.3 ส่วนการยินยอมของเพศหญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสพบว่า ยินยอมร้อยละ 75.0 แต่ไม่ยินยอมร้อยละ 25.0 อนึ่งข้อมูลที่ได้จากเพศชายพบว่า หญิงที่ยอมมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสซึ่งไม่ใช่โสเภณีไม่ชัดเจนร้อยละ 92.2 แต่ชัดเจนร้อยละ 7.8

● การมีคู่ครอง

ทราบว่าหญิงชาวไทยมุสลิมยังเป็นโสดอยู่ บทบาทหญิงชายจะดำเนินไปในลักษณะเหมือนวัยรุ่นตลอดไป คือ ผู้หญิงถูกควบคุมอยู่ในความปกครองของบิดา-มารดา ส่วนผู้ชายมีอิสระเสรี แต่ในชนบททั่วไปเมื่อผู้หญิงบรรลุนิติภาวะแล้ว บิดา-มารดามักให้หยุดเรียนหนังสือ และเริ่มมองหาบุคคลที่คิดว่าเหมาะสมต่อการเป็นสามีของบุตรหญิง อาจอาศัยญาติพี่น้องให้ช่วยมองหาด้วย เมื่อพบบุคคลที่คิดว่าเหมาะสมก็จะจูงใจให้บุตรหญิงเห็นด้วย ถ้าบุตรหญิงไม่ขัดข้องก็จะมีสื่อชักจูงผู้ชายที่คิดว่าเหมาะสมนั้นมารู้จักกัน และแต่งงาน (นิกะ) กัน แต่ถ้าบุตรหญิงไม่พึงพอใจบุคคลนั้น แม้จูงใจอย่างไรบุตรหญิงก็ยังยืนยันว่าไม่พึงพอใจ ก็จะเปลี่ยนไปมองหาคนอื่น ๆ ต่อไป จนกว่าจะมีบุคคลที่บุตรหญิงพึงพอใจ จึงจะแต่งงานกัน โดยการดำเนินงานของบิดา-มารดาทั้งสองฝ่าย หรือบุตรหญิงมีบุคคลที่คิดว่าเหมาะสมต่อการ

เป็นสามีของตน ก็แจ้งบิดา-มารดาได้ ถ้าบิดา-มารดาเห็นด้วย ก็จะแต่งงานกันโดยการดำเนินงานของบิดา-มารดาทั้งสองฝ่าย แต่ถ้าบุคคลนั้นบิดา-มารดาของบุตรหญิงไม่เห็นด้วย ก็จะไม่ มีสิทธิแต่งงานกันทุกกรณี แม้จะมีอายุมากกว่า 20 ปี ไปแล้วสักกี่ปีก็ตาม สำหรับบุตรชายไทยมุสลิมมีอิสระเสรีในการเลือกคู่ครอง แต่ต้องให้บิดา-มารดาเห็นพ้องด้วยเหมือนกัน

การแต่งงานของชาวไทยมุสลิมเป็นจุดหักเหที่สำคัญต่อบทบาทหญิงชายทันทีที่แต่งงานกันถูกต้องตามประเพณีวัฒนธรรม ภรรยาจะอยู่ใต้การปกครองของสามีทันที และอยู่ใต้การปกครองของสามีตลอดชีวิตครอบครัวตราบถึงวัยชราและตายจากกัน การแต่งงานนั้นจะมีโต๊ะอิหม่าม(ผู้นำทางศาสนาประจำหมู่บ้านซึ่งต้องเป็นผู้ชายเท่านั้น ผู้หญิงเป็นโต๊ะอิหม่ามไม่ได้) กอเต็บ (นักเทศน์ประจำหมู่บ้าน) และบิหลัน(ผู้ประกาศเชิญชวนให้อิสลามิกชนทำละหมาดประจำเวลาของสุเหร่าหรือมัสยิดที่เรียกว่า การบัง) ร่วมกันเป็นคณะประกอบพิธีแต่งงานให้ที่สุเหร่าหรือมัสยิด การประกอบพิธีแต่งงานนั้น เจ้าสาวไม่อยู่ในพิธีแต่งงาน ในพิธีแต่งงานจะมีเฉพาะผู้ปกครอง-ญาติพี่น้องของเจ้าสาว กับเจ้าบ่าวและเพื่อนเจ้าบ่าว พิธีแต่งงานปฏิบัติตามลำดับ เริ่มด้วยบิหลันอ่านคัมภีร์หมวดแต่งงาน ต่อจากนั้นโต๊ะอิหม่ามถามผู้ปกครองเจ้าสาวว่ายินยอมยกเจ้าสาวให้แก่เจ้าบ่าวหรือไม่ยินยอมแล้วต้องการสินสอดอะไร-เท่าใด หลังจากนั้นถามเจ้าบ่าวว่าจะแต่งงานกับเจ้าสาวด้วยสินสอดนั้นหรือไม่ เจ้าบ่าวต้องกล่าวรับเจ้าสาวเป็นภรรยาตามเงื่อนไขสินสอดที่ผู้ปกครองเจ้าสาวระบุพร้อมกับมอบสินสอดให้แก่ผู้ปกครองเจ้าสาว หลังจากนั้นกอเต็บขอพรพระเจ้าให้แก่คู่บ่าวสาวสุดท้ายจดทะเบียนสมรสตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดสงขลา และต้องเก็บใบทะเบียนสมรสไว้ที่สุเหร่าหรือมัสยิด คู่บ่าวสาวจะถ่ายสำเนาใบทะเบียนสมรสไปก็ได้ เมื่อเสร็จพิธีแต่งงานแล้วเจ้าบ่าวจึงไปพบเจ้าสาว และคู่บ่าวสาวจะจัดงานเลี้ยงฉลองสมรสหรือไม่ก็ได้ สามีต้องสอนการวางตนลักษณะต่าง ๆ ต่อภรรยา และก่อนที่ภรรยาจะออกนอกบ้านจะต้องขออนุญาตสามีทุกครั้ง สามีขอมีเพศสัมพันธ์แล้ว ภรรยาจะขัดขืนไม่ได้ แต่ถ้าภรรยาขอมีเพศสัมพันธ์ สามีจะปฏิบัติหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับสามีเป็นสำคัญ แต่ทุกครั้งที่สามี-ภรรยาจะมีเพศสัมพันธ์กัน ทั้งสองฝ่ายจะต้องขอพรพระเจ้าก่อน สาระสำคัญของการขอพรคือ

"การมีเพศสัมพันธ์กันนี้ ขอให้รอดพ้นจากมารร้ายต่าง ๆ" ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่แต่งงานช่วงอายุหลัง 20 ปี โดยชายไทยมุสลิมคิดเป็นร้อยละ 79.0 และหญิงไทยมุสลิมคิดเป็นร้อยละ 29.3 หญิงไทยมุสลิมที่แต่งงานอายุน้อยที่สุด คือ 13 ปี มีเพียงร้อยละ 0.7 และชายไทยมุสลิมที่แต่งงานอายุน้อยที่สุด คือ 18 ปี มีเพียงร้อยละ 8.6 ทั้งนี้หญิงไทยมุสลิมที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี มีทั้งอายุ 17 ปี 16 ปี และ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.3, 5.3, และ 6.0 ตามลำดับ (ตาราง 21)

● การวางแผนครอบครัว

ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรวางแผนครอบครัว โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 92.5 เห็นว่าควรวางแผนครอบครัว และชายไทยมุสลิมร้อยละ 87.0 เห็นว่าควรวางแผนครอบครัว (ตาราง 22) เหตุผลของหญิงชายไทยมุสลิมที่เห็นว่าควรวางแผนครอบครัวนั้น สาละของคำตอบตรงกันทั้งสิ้น คือ เพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว แต่เหตุผลที่หญิงชายไทยมุสลิมเห็นว่าไม่ควรวางแผนครอบครัวมีอยู่ 2 ประการ คือ ส่วนมากระบุว่าผิดหลักศาสนาอิสลาม และส่วนน้อยระบุว่าเศรษฐกิจดีจะมีบุตรก็คนก็ไม่เดือดร้อน สภาพการณ์จริงของการวางแผนครอบครัวที่ได้จากแบบสอบถามหญิงไทยมุสลิมพบว่า ไม่คุมกำเนิดเพียงร้อยละ 25.5 เท่านั้น โดยมีการคุมกำเนิดถึงร้อยละ 74.5 และการคุมกำเนิดส่วนใหญ่ภรรยาเป็นฝ่ายปฏิบัติ และวิธีที่ใช้มากที่สุด คือ กินยา คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงไป คือ ฉีดยา คิดเป็นร้อยละ 8.3 ส่วนการคุมกำเนิดที่สามีเป็นฝ่ายปฏิบัตินั้น วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การหลังภายนอก คิดเป็นร้อยละ 11.1 รองลงไป คือ การใช้ถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 8.3

การมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติหญิงไทยมุสลิมเต็มใจทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 62.1 แต่บางครั้งไม่เต็มใจคิดเป็นร้อยละ 35.9 โดยไม่ตอบร้อยละ 2.1

● การหย่าร้าง

การหย่าร้างของชาวไทยมุสลิมนั้น ถ้ามีเหตุผลสมควร เช่น สามีทุบตีภรรยาบ่อย ๆ หรือสามีไม่สนใจเลี้ยงดูต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นต้น ภรรยาต้องไปฟ้องร้องโต๊ะอิหม่ามผู้ประกอบพิธีแต่งงานให้ ถ้าสืบสวนแล้วว่าคำฟ้องร้องเป็นจริง โต๊ะอิหม่ามจะ

พยายามตัดเดือนสามีให้ปรับปรุงแก้ไข หลังการตัดเดือนแล้วถ้าสามียังคงประพฤติเช่นเดิม โຕะอิหม่ามจึงจะยอมให้หย่าร้างได้ และจะบันทึกการหย่าร้างไว้เป็นหลักฐานที่สุเหร่าหรือ มัสยิด ต่อมาภายหลังถ้าประสงค์จะคืนดีกันทำได้เพียงกรณีเดียวคือ ฝ่ายภรรยาต้องไปทำพิธี แต่งงานกับผู้ชายอื่นก่อนและหย่าร้างจากสามีคนใหม่ถูกต้องแล้ว จึงจะมีสิทธิกลับไปทำพิธี แต่งงานซ้ำกับสามีคนเดิมได้ ส่วนสามีจะหย่าร้างภรรยาเมื่อใดก็ได้ เพียงเปล่งวาจาว่า “ผม หย่ากับคุณ” การหย่าร้างนั้นก็มิผลสมบูรณ์ทันที แต่ถ้าภรยายังไม่ได้ไปแต่งงานใหม่กับผู้ชาย คนอื่น สามีมีสิทธิกลับไปคืนดีกับภรรยาโดยไม่ต้องทำพิธีแต่งงานซ้ำ แต่ถ้าสามีหย่าร้าง ภรรยาลักษณะนี้หลังรอบที่สาม ฝ่ายภรรยาต้องไปทำพิธีแต่งงานกับผู้ชายอื่นก่อนและหย่า ร้างจากสามีคนใหม่ถูกต้องแล้ว จึงจะมีสิทธิกลับไปคืนดีเป็นสามีภรรยากันได้โดยต้องทำพิธี แต่งงานใหม่อีกครั้ง

การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น หญิงไทยมุสลิมตอบว่าไม่เคยเป็นร้อยละ 81.5 และไม่ตอบร้อยละ 18.5 โดยไม่มีผู้ใดตอบว่าเคยเป็นเลยแม้แต่คนเดียว ส่วนชายไทย มุสลิมตอบว่าไม่เคยเป็นร้อยละ 88.6 และไม่ตอบร้อยละ 7.3 โดยมีผู้ตอบว่าเคยเป็นเพียง ร้อยละ 4.1 ทั้งนี้ชนิดของโรคที่เคยเป็นมากที่สุด คือ หนองใน และการรักษาโรคส่วนใหญ่รับ การรักษาที่คลินิก ส่วนน้อยซื้อยากินเอง

ผู้สูงอายุและผู้ชราหญิงชายไทยมุสลิมจะไม่ถูกทอดทิ้ง เพราะคำสอนทาง ศาสนาระบุว่าเป็นหน้าที่ของลูกหลานต้องรับช่วงเลี้ยงดูไปตลอดชีวิต และเมื่อเสียชีวิตต้องทำ พิธีศพให้ด้วย ตามปกติบุตรชายเป็นฝ่ายเลี้ยงดูบิดา-มารดา เพราะบุตรสาวเมื่อแต่งงานไป แล้วต้องช่วยสามีเลี้ยงดูบิดา-มารดาของสามี กรณีบิดา-มารดาเสียชีวิต บุตรหญิงชายไทย มุสลิมจะได้รับมรดกไม่เท่ากัน โดยอัตราส่วนสิทธิการรับมรดก บุตรหญิง : บุตรชาย = 1 : 2

การทำพิธีศพของหญิงชายไทยมุสลิมจะแตกต่างกัน โดยศพผู้หญิงสวมเสื้อผ้า เรียบร้อยก่อนห่อศพด้วยผ้าขาว ส่วนศพผู้ชายไม่มีการสวมเสื้อผ้าเพียงห่อด้วยผ้าขาวเท่านั้น

การทำละหมาดหมู่ให้แก่วิญญาณผู้ตาย ถ้าผู้ตายเป็นผู้หญิงผู้นำละหมาดจะยืนด้านข้างหันหน้าเข้าหาในระดับกึ่งกลางของศพ แต่ถ้าผู้ตายเป็นผู้ชายผู้นำละหมาดจะยืนด้านข้างหันหน้าเข้าหาในระดับศีรษะของศพ

3.3 กระบวนการขัดเกลาทางสังคมด้านบทบาทหญิงชายที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและแบบแผนการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ผลการศึกษาบทบาททางสังคมในการเลี้ยงดูอบรมเด็กและวัยรุ่นเกี่ยวกับบทบาททางเพศ ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและแบบแผนการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น ผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม กับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึก สรุปเป็นดังนี้

● การอบรมสั่งสอนบุตร

ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีบุตรหญิงหรือชายนั้น ชาวไทยมุสลิมระบุว่า "รู้สึกพึงพอใจต่อบุตรหญิงหรือชายทัดเทียมกัน เพราะพระเจ้าย่อมประทานบุตรที่เหมาะสมมาให้ไม่ว่าจะเป็นบุตรหญิงหรือชายก็ตาม" ภาพรวมบทบาททางสังคมในการเลี้ยงดูอบรมเด็กและวัยรุ่นของชาวไทยมุสลิมดำเนินไปตามคำสอนทางศาสนาอย่างเคร่งครัด เด็กหญิงไทยมุสลิมเมื่อวัยเด็กส่วนใหญ่จะถูกอบรมสั่งสอนโดยมารดา คิดเป็นร้อยละ 80.5 แต่ถูกอบรมสั่งสอนโดยบิดาบ้างเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ส่วนเด็กชายไทยมุสลิมจะถูกอบรมสั่งสอนโดยบิดา-มารดาในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งบิดาอบรมสั่งสอนคิดเป็นร้อยละ 35 และมารดาอบรมสั่งสอนคิดเป็นร้อยละ 31.5 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ชายจำนวนมากจำไม่ได้ว่าเมื่อวัยเด็กใครเป็นผู้อบรมสั่งสอน คิดเป็นร้อยละ 29 (ตาราง 23) วัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมส่วนใหญ่จะถูกอบรมสั่งสอนโดยมารดา คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงไป ได้แก่ ครู คิดเป็นร้อยละ 12.0 ย่า/ยาย คิดเป็นร้อยละ 11.5 และบิดา-มารดาด้วยกันอบรมสั่งสอน คิดเป็นร้อยละ 7.5 แต่ถูกอบรมสั่งสอนโดยบิดาน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.5 เท่านั้น ส่วนวัยรุ่นชายไทยมุสลิมจะถูกอบรมสั่งสอนโดยบิดาคิดเป็นร้อยละ 48 รองลงไป ได้แก่ มารดา คิดเป็นร้อยละ 28.5 และบิดา-มารดา

กันอบรมสั่งสอนคิดเป็นร้อยละ 11.5 บุคคลอื่น ๆ คือ ครู มีส่วนในการอบรมสั่งสอนวัยรุ่นชายไทยมุสลิมน้อยกว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิม โดยมีเพียงร้อยละ 4.0 เท่านั้น (ตาราง 24)

จากการอบรมเลี้ยงดูของชาวไทยมุสลิมในวัยเด็กและวัยรุ่นเกี่ยวกับบทบาททางเพศนั้น แสดงผลต่อสถานการณ์ในครอบครัวชาวไทยมุสลิมดังต่อไปนี้

● บทบาทในครอบครัว

ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างประชากรเพศหญิงพบว่า บทบาทการทำงานประจำในบ้านส่วนใหญ่เป็นบทบาทของมารดาซึ่งเป็นเพศหญิง เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ ชักรีดเสื้อผ้า ร้อยละ 83.5 ซักกับข้าวประจำวัน ร้อยละ 83.0 หุงข้าว ร้อยละ 82.5 กวาดบ้าน ร้อยละ 80.5 ล้างภาชนะอาหารต่าง ๆ ร้อยละ 80.0 แต่งงานประจำในบ้านที่ต้องออกแรงค่อนข้างมาก คือ การซ่อมแซมบ้านและอุปกรณ์ในบ้านส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบิดาซึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.0 แต่มารดาซึ่งเป็นเพศหญิงก็ยังคงมีบทบาทซ่อมแซมบ้านและอุปกรณ์ในบ้านในอัตราส่วนที่ไม่น้อย คิดเป็นร้อยละ 22.5 อนึ่ง บทบาทในการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนเด็คนั้น มารดาซึ่งเป็นเพศหญิงมีบทบาทมากกว่าบิดาซึ่งเป็นเพศชาย การเลี้ยงดูเด็กเป็นบทบาทของมารดาร้อยละ 59.0 บิดามีบทบาทเพียงร้อยละ 1.0 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 35.5 การสอนเด็กถึงความแตกต่างระหว่างเพศหญิง-ชายเป็นบทบาทของมารดาร้อยละ 58.5 บิดามีบทบาทเพียงร้อยละ 4.0 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 35.5 การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้หญิงเป็นบทบาทของมารดาร้อยละ 70.0 บิดามีบทบาทเพียงร้อยละ 3.0 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 25.0 การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้ชายเป็นบทบาทของมารดาร้อยละ 44.0 บิดามีบทบาทเพียงร้อยละ 17.5 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 35.5 ส่วนบทบาทที่เป็นบทบาทร่วมกันของบิดา-มารดาเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเป็นหลักในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 57.5 การหาเงินมาใช้จ่ายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และการอนุญาตให้เด็กไปทำกิจกรรมนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ตาราง 25)

ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างประชากรเพศชายพบว่าบทบาทการทำงานประจำในบ้านส่วนใหญ่เป็นบทบาทของมารดาซึ่งเป็นเพศหญิง เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ กวาดบ้าน ร้อยละ 88.0 ซักรีดเสื้อผ้า ร้อยละ 84.5 หุงข้าว ร้อยละ 82.5 ล้างภาชนะอาหารต่าง ๆ ร้อยละ 79.0 และซื้อกับข้าวประจำวัน ร้อยละ 78.5 แต่งานประจำในบ้านที่ต้องออกแรงค่อนข้างมาก คือ การซ่อมแซมบ้านและอุปกรณ์ในบ้านส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบิดาซึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84.0 โดยเป็นบทบาทของมารดาซึ่งเป็นเพศหญิงเพียงร้อยละ 3.5 หนึ่งบทบาทในการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนเด็กรุ่น ประเด็นที่มารดาซึ่งเป็นเพศหญิงมีบทบาทมากกว่าบิดาซึ่งเป็นเพศชาย ได้แก่ การเลี้ยงดูเด็กเป็นบทบาทของมารดาร้อยละ 45.5 บิดามีบทบาทเพียงร้อยละ 5.0 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 48.5 และการสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้หญิงเป็นบทบาทของมารดา ร้อยละ 58.0 บิดามีบทบาทเพียงร้อยละ 12.0 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 28.0 ประเด็นที่บิดาซึ่งเป็นเพศชายมีบทบาทมากกว่ามารดาซึ่งเป็นเพศหญิง ได้แก่ การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้ชายเป็นบทบาทของบิดาร้อยละ 45.5 มารดามีบทบาทเพียงร้อยละ 19.5 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 35.5 ประเด็นที่มารดาและบิดามีบทบาทใกล้เคียงกัน ได้แก่ การสอนเด็กถึงความแตกต่างระหว่างเพศหญิง-ชายเป็นบทบาทของมารดาร้อยละ 22.5 บิดามีบทบาทร้อยละ 21.5 แต่บิดา-มารดามีบทบาทร่วมกันร้อยละ 54.0 ส่วนบทบาทที่เป็นบทบาทร่วมกันของบิดา-มารดานอกเหนือจากการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนเด็กเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำหน้าที่ผู้ปกครองนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 56.0 การสอนการบ้านให้เด็ก คิดเป็นร้อยละ 55.5 และการหาเงินมาใช้จ่ายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.5 (ตาราง 26)

● การตัดสินใจในครอบครัว

ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างประชากรเพศหญิงพบว่าสถานการณ์ในครอบครัวที่มารดามีอำนาจการตัดสินใจมากกว่าบิดา เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การตัดสินใจให้ลูกกินนมแม่นานเท่าใด คิดเป็นร้อยละ 82.5 การตัดสินใจว่าควรให้ลูกหยุดกินนมไปกินข้าว คิดเป็นร้อยละ 74.0 หลังการหย่านมแม่ การตัดสินใจให้ลูกกินนมชนิดใด คิดเป็นร้อยละ 73.0 การกำหนดหน้าที่ของลูกในการช่วยทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ

64.0 การตัดสินใจกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายในภาวะปกติของลูก คิดเป็นร้อยละ 57.5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ลูกได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 54.5 และการตัดสินใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพิ่มพิเศษต่าง ๆ ของลูก คิดเป็นร้อยละ 51.5 และสถานการณ์ในครอบครัวที่บิดา-มารดาพร้อมกันตัดสินใจเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูกผู้หญิงและลูกผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 80.5 การตัดสินใจว่าจะพาจะไปรักษาอาการป่วยที่ไหน คิดเป็นร้อยละ 66.0 การตัดสินใจช่วยแก้ปัญหาให้ลูก คิดเป็นร้อยละ 64.0 การตัดสินใจว่าเมื่อใดจะพาไปรักษาอาการป่วย คิดเป็นร้อยละ 63.0 การตัดสินใจให้รางวัลลูกวัยรุ่นผู้ชายเมื่อทำความดี คิดเป็นร้อยละ 60.5 การตัดสินใจลงโทษลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด คิดเป็นร้อยละ 60.0 การตัดสินใจนำลูกไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงและการตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของลูก คิดเป็นร้อยละ 59.0 การตัดสินใจดักเตือนลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด คิดเป็นร้อยละ 58.5 การตัดสินใจให้รางวัลลูกวัยรุ่นผู้หญิงเมื่อทำความดีและการตัดสินใจลงโทษลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด คิดเป็นร้อยละ 58.0 การตัดสินใจให้โอกาสลูกวัยรุ่นผู้หญิงและลูกวัยรุ่นผู้ชายคบกับเพศตรงข้าม คิดเป็นร้อยละ 56.5 การตัดสินใจลงโทษลูกวัยรุ่นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 56.0 การตัดสินใจดักเตือนลูกวัยรุ่นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 55.0 การตัดสินใจอนุญาตให้ลูกวัยรุ่นผู้หญิงและลูกวัยรุ่นผู้ชายทำกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 54.5 การตัดสินใจลงโทษลูกวัยรุ่นผู้หญิงและการตัดสินใจดักเตือนลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด คิดเป็นร้อยละ 54.0 และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตนกับเพศตรงข้ามของลูกวัยรุ่นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 53.0 (ตาราง 27)

ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างประชากรเพศชายพบว่า **สถานการณ์ในครอบครัวที่มารดามีอำนาจการตัดสินใจมากกว่าบิดา** เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ หลังการหย่าแม่ การตัดสินใจให้ลูกกินนมชนิดใด คิดเป็นร้อยละ 79.0 การตัดสินใจว่าควรให้ลูกหยุดกินนมไปกินข้าว คิดเป็นร้อยละ 76.0 และการตัดสินใจให้ลูกกินนมแม่นานเท่าใด คิดเป็นร้อยละ 75.5 และสถานการณ์ในครอบครัวที่บิดา-มารดาพร้อมกันตัดสินใจเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูกผู้ชาย

คิดเป็นร้อยละ 80.0 การตัดสินใจให้รางวัลลูกเมื่อทำความดีและการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
 แต่งงานของลูกผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 72.5 การตัดสินใจช่วยแก้ปัญหาให้ลูก คิดเป็นร้อยละ
 71.5 การตัดสินใจให้รางวัลลูกวัยรุ่นผู้ชายเมื่อทำความดี คิดเป็นร้อยละ 68.0 การตัดสินใจ
 ตักเตือนลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด คิดเป็นร้อยละ 66.0 การตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของ
 ลูก การตัดสินใจให้โอกาสลูกวัยรุ่นผู้หญิงคบกับเพศตรงข้าม และการตัดสินใจให้รางวัลลูก
 วัยรุ่นผู้หญิงเมื่อทำความดี คิดเป็นร้อยละ 65.5 การตัดสินใจตักเตือนลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่ม
 โสด คิดเป็นร้อยละ 65.0 การตัดสินใจว่าจะพาลูกไปรักษาอาการป่วยที่ไหน คิดเป็นร้อยละ
 62.5 การตัดสินใจให้โอกาสลูกวัยรุ่นผู้ชายคบกับเพศตรงข้าม และการตัดสินใจลงโทษลูก
 ผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด คิดเป็นร้อยละ 62.0 การตัดสินใจว่าเมื่อใดจะพาลูกไปรักษาอาการ
 ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60.0 การตัดสินใจลงโทษลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด คิดเป็นร้อยละ
 58.5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตนกับเพศตรงข้ามของลูกวัยรุ่นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 58.0
 การตัดสินใจอนุญาตให้ลูกวัยรุ่นผู้หญิงทำกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 57.5 การตัด
 สินใจนำลูกไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยง คิดเป็นร้อยละ 57.0 การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตน
 กับเพศตรงข้ามของลูกวัยรุ่นผู้ชายและการตัดสินใจอนุญาตให้ลูกวัยรุ่น ผู้ชายทำกิจกรรม
 พิเศษต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 56.5 การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพิ่มพิเศษต่าง ๆ ของลูก คิด
 เป็นร้อยละ 52.5 และการตัดสินใจลงโทษลูกเมื่อทำความผิด คิดเป็นร้อยละ 51.5 (ตาราง 28)

ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างประชากรเพศหญิงพบว่าบทบาท
 ของชาวไทยมุสลิมที่ไม่สามารถระบุชัดเจนว่าเพศใดมีอำนาจตัดสินใจ ประกอบด้วย การเริ่มมี
 เพศสัมพันธ์หลังจากภรรยาคลอดบุตร กับการฝากครรภ์และทำคลอด และบทบาทของ
 ชาวไทยมุสลิมที่หญิง-ชายร่วมกันตัดสินใจเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ การจดทะเบียน
 สมรสว่าจะจดทะเบียนใด คิดเป็นร้อยละ 85.5 การเชิญแขกร่วมพิธีแต่งงานจะมีใครบ้าง คิดเป็น
 ร้อยละ 83.0 การไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 77.5 จะไป
 รักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไหน คิดเป็นร้อยละ 75.0 กำหนดการว่าจะ
 แต่งงานเมื่อใดและรูปแบบการแต่งงานเป็นอย่างไร คิดเป็นร้อยละ 74.0 การมีเพศสัมพันธ์กัน

ของภรรยา-สามีในภาวะปกติ คิดเป็นร้อยละ 71.5 การกำหนดจำนวนบุตรว่ามีจำนวนเท่าใด คิดเป็นร้อยละ 71.0 สถานที่จัดแต่งงานจะจัดที่ไหน คิดเป็นร้อยละ 70.5 การคุมกำเนิดว่าจะคุมหรือไม่ คิดเป็นร้อยละ 55.5 การไปทำแท้งว่าจะทำหรือไม่ คิดเป็นร้อยละ 52.5 และการหยุดมีเพศสัมพันธ์กันชั่วคราวในขณะภรรยาตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 52.0 (ตาราง 29)

ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างประชากรเพศชายพบว่า บทบาทของชาวไทยมุสลิมที่เพศหญิงเป็นฝ่ายตัดสินใจ คือ การฝากครรภ์และการทำคลอด คิดเป็นร้อยละ 60.5 เพศใดที่ตัดสินใจในบทบาทของชาวไทยมุสลิมไม่ชัดเจนประกอบด้วย การเริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังจากภรรยาคลอดบุตร การคุมกำเนิดว่าจะคุมหรือไม่ การไปทำแท้งว่าจะทำหรือไม่ และการไปรักษาหมันว่าควรรักษาหรือไม่ และบทบาทของชาวไทยมุสลิมที่หญิง-ชายร่วมกันตัดสินใจเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ การจดทะเบียนสมรสว่าจะจดทะเบียนเมื่อใด คิดเป็นร้อยละ 86.5 การเชิญแขกร่วมพิธีแต่งงานจะมีใครบ้าง คิดเป็นร้อยละ 81.5 รูปแบบของการแต่งงานเป็นอย่างไร คิดเป็นร้อยละ 71.0 กำหนดการว่าจะแต่งงานกันเมื่อใด คิดเป็นร้อยละ 70.0 การมีเพศสัมพันธ์กันของภรรยา-สามีในภาวะปกติ คิดเป็นร้อยละ 69.5 สถานที่จัดแต่งงานจะจัดที่ไหน คิดเป็นร้อยละ 68.0 การกำหนดจำนวนบุตรว่ามีจำนวนเท่าใด คิดเป็นร้อยละ 66.5 จะไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไหน คิดเป็นร้อยละ 59.0 การไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 57.5 และการหยุดมีเพศสัมพันธ์กันชั่วคราวในขณะภรรยาตั้งครรภ์ (ตาราง 30)

3.4 การปฏิสัมพันธ์ต่อการรับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยที่ให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จำนวน 30 คน เป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 25 คน และเป็นเจ้าหน้าที่เพศชาย 5 คน โดยนับถือศาสนาอิสลาม 11 คน และนับถือศาสนาพุทธ 19 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สถานีอนามัยส่วนมากไม่ต้องทำบัตรผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างประชากรที่สวมบทบาทผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ต้องทำบัตรผู้ป่วยเพียง 13 ราย จากจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 เท่านั้น โดยใช้เวลาในการทำบัตรผู้ป่วยเร็วที่สุด 2 นาที และช้าที่สุด 10 นาที

เฉลี่ยการทำบัตรผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ผู้ใช้บริการสาธารณสุขดังกล่าวมีความรู้สึกใช้เวลาที่ใช้ในการทำบัตรไม่เสียเวลามาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบริการดีแล้ว มีความกระตือรือร้นในการทำบัตรผู้ป่วย ส่วนการเข้ารับบริการนั้น สถานีอนามัยส่วนใหญ่ผู้เข้ารับบริการไม่ต้องเสียเวลาคอย โดยกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ปลอมตัวไปใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ต้องเสียเวลาคอยเพียง 8 ราย จากจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 เท่านั้น ในกรณีที่ต้องคอยจะเสียเวลาคอยประมาณ 5-10 นาที และคอยนานที่สุดประมาณ 20 นาที แต่มีผู้ใช้บริการ 1 ราย ต้องคอยนานประมาณ 30 นาที เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่อยู่ประจำสำนักงาน ผู้ใช้บริการสาธารณสุขดังกล่าวมีความรู้สึกพึงพอใจที่ใช้บริการสาธารณสุขที่สถานีอนามัย เพราะไม่ต้องเสียเวลาคอยยกเว้น 1 ราย ซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยแห่งนั้น ไม่ใช่สภาพปัญหาของการให้บริการของสถานีอนามัยทั่วไป อนึ่งการได้รับบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้ง 30 ราย เป็นการให้คำปรึกษาแนะนำทั่วไปแล้วแนะนำให้ไปใช้บริการต่อที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยใช้เวลาให้คำปรึกษาแนะนำน้อยที่สุดประมาณ 5 นาที จำนวน 4 ราย ประมาณ 7 นาที จำนวน 2 ราย ประมาณ 10 นาที จำนวน 6 ราย ประมาณ 15 นาที จำนวน 7 ราย ประมาณ 20 นาที จำนวน 7 ราย และใช้เวลาให้คำปรึกษาแนะนำมากที่สุดประมาณ 30 นาที โดยเฉลี่ยใช้เวลาให้คำปรึกษาแนะนำประมาณ 10-20 นาที

● ความพึงพอใจต่อบริการสาธารณสุข

ผู้ใช้บริการสาธารณสุขดังกล่าวส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อคำปรึกษาแนะนำนั้นว่าละเอียดชัดเจนเป็นที่เข้าใจ แม้วามียังผู้ใช้บริการส่วนน้อยมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อคำปรึกษาแนะนำนั้นว่าไม่ละเอียดชัดเจน แต่เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนนั้น ๆ ไม่ใช่สภาพปัญหาของการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยทั่วไป ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยให้บริการด้วยความกระตือรือร้นมาก และส่วนน้อยมีความคิดเห็นว่าให้การบริการด้วยความกระตือรือร้นน้อย ทว่ามีความคิดเห็นว่าให้การบริการอย่างไม่กระตือรือร้นอยู่บ้างจำนวนเล็กน้อย ความรู้สึกของผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากสถานี

อนามัย ต่อบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในขณะที่ให้บริการพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการมีความรู้สึกที่บุคลิกภาพทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด และกล้าซักถาม แต่ผู้ให้บริการส่วนน้อยมีความรู้สึกที่บุคลิกภาพทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจที่จะให้ข้อมูลละเอียด และไม่กล้าซักถาม โดยเป็นผู้ให้บริการเพศหญิง 2 ราย และเพศชาย 3 ราย ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเพศตรงกันข้าม ทว่าผู้ให้บริการทุกรายยืนยันว่าสาเหตุที่อึดอัดใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศของทั้งสองฝ่าย แต่ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนนั้น ๆ สภาพการณ์การให้บริการผู้ให้บริการส่วนใหญ่รู้สึกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซักถามอาการละเอียดอย่างที่พอใจ ผู้ให้บริการส่วนน้อยเพียง 8 ราย จากจำนวน 30 ราย ที่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ต้องการ แต่ผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดมีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายให้เข้าใจได้ง่าย โดยมีผู้ให้บริการเพียง 3 ราย จากจำนวน 30 ราย ที่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายให้เข้าใจได้ยาก เมื่อผู้ให้บริการไม่เข้าใจและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายซ้ำ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายซ้ำอย่างเต็มใจ และผู้ให้บริการส่วนน้อยเพียง 6 ราย จากจำนวน 30 ราย ที่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายซ้ำอย่างไม่เต็มใจ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่อธิบายซ้ำมีอยู่ 1 ราย เมื่อสิ้นสุดการให้บริการแล้วเจ้าหน้าที่ไม่เรียกเก็บค่าบริการ จำนวน 27 ราย และเรียกเก็บค่าบริการรายละ 5 บาท จำนวน 3 ราย ซึ่งผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่าการเรียกเก็บค่าบริการนั้นเหมาะสมเพราะเจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลา โดยรวมแล้วผู้ให้บริการพึงพอใจต่อการให้บริการ จำนวน 24 ราย และไม่พึงพอใจต่อการให้บริการ จำนวน 6 ราย สรุปสภาพการณ์การให้บริการได้ว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ วางตัวเป็นกันเอง พยายามซักถามอาการอย่างละเอียด และอธิบายให้เข้าใจง่ายแม้ว่าจะอธิบายด้วยภาษากลางหรือภาษาท้องถิ่นก็ตาม มีผู้ให้บริการส่วนน้อยที่ไม่ค่อยมีความกระตือรือร้นในการให้บริการ วางตัวไม่เป็นกันเอง ไม่พยายามซักถามอาการเพิ่มเติม และอธิบายให้เข้าใจยากแม้จะใช้ภาษาท้องถิ่นแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตามสิ่งที่ผู้ให้บริการรู้สึกพึงพอใจสาเหตุหลักอยู่ที่ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้นและวางตัวเป็นกันเอง และสาเหตุรองอยู่ที่ให้บริการที่สถานีอนามัยไม่ต้องคอยนานเหมือนไปใช้บริการของโรงพยาบาล ส่วนการที่ผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการนับถือ

ศาสนาเดียวกันก็เป็นสาเหตุประกอบของความพึงพอใจด้วยเหมือนกัน สำหรับผู้ใช้บริการเพศหญิงประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ให้บริการเพศเดียวกับตนมากกว่าผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงกันข้าม ซึ่งผู้ใช้บริการเพศชายไม่ได้มีความรู้สึกแตกต่างกันไม่ว่าผู้ให้บริการจะเป็นเพศเดียวกันหรือเพศตรงกันข้ามก็ตาม หนึ่งสิ่งที่ผู้ใช้บริการรู้สึกไม่พึงพอใจหลักอยู่ที่ผู้ให้บริการไม่ค่อยมีความกระตือรือร้นและการพูดจาไม่ไพเราะ

สำหรับความรู้สึกของผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากสถานอนามัย ต่อสภาพของห้องให้บริการพบว่า ผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รู้สึกว่าห้องบริการมีความเป็นส่วนตัวน้อยร้อยละ 100 เพราะไม่มีห้องเฉพาะ แม้ว่าผู้สวมบทบาทผู้ใช้บริการจำนวนหลายรายได้เล่าให้ฟังว่า นั่งรับคำปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยตามลำพังสองต่อสองก็ตาม โดยผู้ใช้บริการทุกคนรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากสถานอนามัย ในห้องบริการรวมลักษณะนั้น เมื่อมีผู้ใช้บริการอื่น ๆ อยู่ร่วมในห้องบริการด้วย

จากการสรุปทั้งหมดข้างต้นพบว่าปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของหญิงชาวไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ค่อยดีนัก ปฏิสัมพันธ์ระดับไม่ค่อยดีนักมีสาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนน้อยบางคนไม่ค่อยกระตือรือร้นในการให้บริการและพูดจาไม่ไพเราะ ทั้งนี้ความไม่พึงพอใจขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่บุคคลนั้น ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงกับเพศชายให้บริการไม่แตกต่างกัน แต่ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงด้วยกัน และนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกันกับผู้ใช้บริการ จะเป็นสาเหตุให้ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกไว้วางใจมาก แต่สิ่งที่ผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มีความต้องการตรงกันร้อยละ 100 คือ ต้องการให้มีห้องเฉพาะบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

อนึ่งการศึกษาการปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่แยกผลการศึกษาเฉพาะกลุ่ม ปรากฏผล ดังนี้

ผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพศหญิงใช้บริการเรื่องการวางแผนครอบครัว การใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพศหญิงใช้บริการเรื่องการวางแผนครอบครัวนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิงเกือบทั้งหมด มีเจ้าหน้าที่เพศชายเพียงคนเดียว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่นับถือศาสนาอิสลาม 4 คน นับถือศาสนาพุทธ 5 คน ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำใช้เวลาเฉลี่ยที่น้อยที่สุด 10 นาที ใช้เวลานานที่สุด 30 นาที ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นมาก บุคลิกภาพน่าไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด และซักถามละเอียดอย่างเพียงพอ และผู้ใช้บริการส่วนน้อยมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นน้อย บุคลิกภาพเคร่งเครียดจนรู้สึกอึดอัดที่จะให้ข้อมูลละเอียด และซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ ต้องการ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ ต้องการมีจำนวน 2 คน เป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 1 คน และเป็นเจ้าหน้าที่เพศชาย 1 คน ผู้ใช้บริการสังเกตว่าเจ้าหน้าที่เพศหญิงคนนั้นหงุดหงิดเจ้าอารมณ์ ส่วนเจ้าหน้าที่เพศชายน่าจะซักถามไม่ละเอียดเนื่องจากผู้ใช้บริการเพศหญิงซึ่งเป็นเพศตรงข้ามกัน แต่เจ้าหน้าที่ทุกคนใช้ภาษาอธิบายเข้าใจได้ง่าย โดยภาพรวมผู้ใช้บริการเกือบทุกคนรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลทำนองเดียวกันว่า "เนื่องจากเป็นการให้บริการระดับตำบลมีความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถเปิดใจปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้โดยละเอียด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบริการด้วยความกระตือรือร้นเป็นกันเอง" มีเพียงรายเดียวที่ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผล "พูดจาไม่สุภาพ และการซักถามบางข้อเป็นเรื่องส่วนตัวเกินไป"

ผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพศชายใช้บริการเรื่องการวางแผนครอบครัว การใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพศชาย

ใช้บริการเรื่องการวางแผนครอบครัวนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 5 คน เจ้าหน้าที่เพศชาย 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการนับถือศาสนาอิสลาม 2 คน นับถือศาสนาพุทธ 6 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำใช้เวลาอย่างน้อยที่สุด 5 นาที ใช้เวลานานที่สุด 30 นาที ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นมาก บุคลิกภาพน่าไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด และซักถามละเอียดอย่างเพียงพอ และผู้ให้บริการส่วนน้อยมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นน้อย บุคลิกภาพเคร่งเครียดจนรู้สึกอึดอัดที่จะให้ข้อมูลละเอียด และซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ต้องการ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ต้องการมีจำนวน 2 คน เป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง ผู้ใช้บริการสังเกตว่าเจ้าหน้าที่เพศหญิงน่าจะซักถามไม่ละเอียดเนื่องจากผู้ให้บริการเพศชายซึ่งเป็นเพศตรงข้ามกัน แต่เจ้าหน้าที่เกือบทุกคนใช้ภาษาอธิบายเข้าใจได้ง่าย มีเจ้าหน้าที่เพียง 2 คน ที่ใช้ภาษาอธิบายเข้าใจยาก โดยภาพรวมผู้ให้บริการเกือบทุกคนรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลทำนองเดียวกันว่า "เนื่องจากเจ้าหน้าที่เป็นกันเอง มีปัญหาอะไรเรียกปรึกษาได้ เพราะเป็นคนในพื้นที่ ทำให้สะดวกแก่การติดต่อ และรู้ปัญหาของผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี" มีเพียงสองรายที่ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผล "เจ้าหน้าที่ขี้เกียจ มาทำงานไม่ตรงเวลา และหงุดหงิดเจ้าอารมณ์"

ผู้ให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพศหญิงใช้บริการเรื่องการติดเชื้หนองใน การใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพศหญิงใช้บริการเรื่องการติดเชื้หนองในนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 3 คน เป็นเจ้าหน้าที่นับถือศาสนาพุทธทั้ง 3 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำใช้เวลาอย่างน้อยที่สุด 5 นาที จำนวน 2 คน ใช้เวลามากที่สุด 20 นาที จำนวน 1 คน ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นมาก มีเพียงรายเดียวที่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นน้อย แต่ทุกรายมีความรู้สึกตรงกันว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบุคลิกภาพน่าไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด รู้สึกว่าซักถามละเอียดอย่างเพียงพอ

จำนวน 2 ราย แต่รู้สึกว่าซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ต้องการจำนวน 1 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนใช้ภาษาอธิบายเข้าใจได้ง่าย เมื่อไม่เข้าใจขอให้อธิบายซ้ำผู้ใช้บริการมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายซ้ำอย่างเต็มใจจำนวน 2 ราย แต่รู้สึกว่าอธิบายซ้ำอย่างไม่เต็มใจจำนวน 1 ราย วิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ คือ “แนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล โดยแนะนำให้ไปรักษาทั้งฝ่ายหญิงและชาย” โดยภาพรวมผู้ใช้บริการเกือบทุกคนมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลทำนองเดียวกันว่า “กระตือรือร้น เป็นกันเอง และเร่งให้รีบไปรักษาที่โรงพยาบาล” มีเพียงรายเดียวที่ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลที่ว่า “แนะนำไม่ละเอียด และไม่แนะนำการป้องกัน” และผู้ใช้บริการรายเดียวกันนี้รู้สึกไม่พึงพอใจห้องที่ให้บริการมาก โดยระบุว่า “เป็นเรื่องที่ต้องพูดคุยกันเป็นส่วนตัว น่าจะเป็นความลับและมีความเป็นส่วนตัวเพราะเป็นเรื่องน่าอาย”

ผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพศชายใช้บริการเรื่องการติดเชื้อหนองใน การใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพศชายใช้บริการเรื่องการติดเชื้อหนองในนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 4 คน นับถือศาสนาพุทธ 2 คน และนับถือศาสนาอิสลาม 2 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษาแนะนำใช้เวลา 10 นาที จำนวน 2 คน ใช้เวลา 15 นาที จำนวน 2 คน ผู้ใช้บริการครึ่งหนึ่งมีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นมาก และอีกครึ่งหนึ่งมีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นน้อย แต่ทุกรายมีความรู้สึกตรงกันว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบุคลิกภาพน่าไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด รู้สึกว่าซักถามละเอียดอย่างที่พอใจเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงรายเดียวที่รู้สึกว่าซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ต้องการ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนใช้ภาษาอธิบายเข้าใจได้ง่าย เมื่อไม่เข้าใจขอให้อธิบายซ้ำผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายซ้ำอย่างเต็มใจ ผู้ใช้บริการมีความรู้สึกว่าอธิบายซ้ำอย่างไม่เต็มใจอยู่เพียงรายเดียว วิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ คือ “แนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล โดยแนะนำให้ไปรักษาทั้งฝ่ายหญิงและชาย” รวมทั้งแนะนำวิธีป้องกันด้วย คือ “ไม่ให้เที่ยวสำส่อน และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์” โดยภาพรวม

ผู้ให้บริการเกือบทุกคนมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลทำนองเดียวกันว่า “อัยาศัยดี เป็นกันเอง ปลอดภัยและให้กำลังใจ” มีเพียงรายเดียวที่ผู้ให้บริการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลที่ว่า “วิธีการพูดคุยไม่ค่อยเป็นกันเอง อาจจะเนื่องจากเจ้าหน้าที่เป็นผู้หญิง แต่ผู้ให้บริการเป็นผู้ชาย เพศตรงกันข้ามกันทำให้การพูดคุยไม่ค่อยเป็นกันเอง อาจจะเนื่องจากห้องกว้างแล้วมีเจ้าหน้าที่คนอื่นนั่งอยู่ในห้องนั้นด้วย จึงซักถามไม่ค่อยละเอียด”

ผู้ให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพศหญิงใช้บริการเรื่องการทำแท้ง การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพศหญิงใช้บริการเรื่องการทำแท้งนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 3 คน เป็นเจ้าหน้าที่เพศชาย 1 คน นับถือศาสนาพุทธ 2 คน นับถือศาสนาอิสลาม 2 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำใช้เวลา 10 นาที จำนวน 2 คน ใช้เวลา 15 นาที จำนวน 2 คน ผู้ใช้บริการทุกคนมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระตือรือร้นมาก มีบุคลิกภาพน่าไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด รู้สึกว่าซักถามละเอียดอย่างที่พอใจจำนวน 3 ราย และรู้สึกว่าซักถามไม่ละเอียดอย่างที่ต้องการจำนวน 1 ราย แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนใช้ภาษาอธิบายเข้าใจได้ง่าย เมื่อไม่เข้าใจขอให้อธิบายซ้ำผู้ให้บริการมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายซ้ำอย่างเต็มใจทุกราย วิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการ คือ “แนะนำให้ไปตรวจบีบัสสาวะที่โรงพยาบาลเร็วที่สุด” โดยภาพรวมผู้ให้บริการทุกคนมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเหตุผลทำนองเดียวกันว่า “กระตือรือร้น เป็นกันเอง สัญญาว่าจะเก็บเป็นความลับ และให้คำแนะนำก่อนที่จะตัดสินใจทำแท้ง เพราะระยะเวลาที่ประจำเดือนขาดนั้น บางทีไม่ได้ตั้งครรรภ์ก็ได้” มีเพียงรายเดียวที่ผู้ให้บริการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยสาเหตุการให้คำปรึกษาไม่เป็นส่วนตัวเพราะเป็นห้องใหญ่แม้ไม่มีใครอยู่ด้วยก็รู้สึกกระแวง สิ่งที่น่าสังเกตความรู้สึกของผู้ใช้บริการจำนวน 2 ราย ที่รู้สึกพึงพอใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากเนื่องจากเหตุผล “เป็นคนที่น่าบถือศาสนาเดียวกัน และเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน”

ผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพศชายใช้บริการ
เรื่องการทำแท้ง การใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เพศชายใช้บริการ
 เรื่องการทำแท้งนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่เพศหญิง 1 คน เพศชาย 1
 คน นับถือศาสนาพุทธ 1 คน นับถือศาสนาอิสลาม 1 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ให้
 คำปรึกษาแนะนำใช้เวลา 5 นาที เท่ากันทั้งสองราย ผู้ใช้บริการรายหนึ่งมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขกระตือรือร้นน้อย และผู้ใช้บริการอีกรายหนึ่งมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ไม่มีความกระตือรือร้นเลย โดยเขารู้สึกว่าอาจเป็นผู้ชายด้วยกัน จึงไม่มีความกระตือรือร้นเลย
 ผู้ใช้บริการที่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความกระตือรือร้นอยู่บ้างนั้น มีความรู้สึก
 ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบุคลิกภาพน่าไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งหมด ทำให้กล้าซัก
 ถามเมื่อรู้สึกว่าคุณถามไม่ละเอียดอย่างที่ที่ต้องการและเมื่อให้อธิบายซ้ำก็อธิบายซ้ำอย่างเต็มใจ
 แต่ผู้ใช้บริการที่มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความกระตือรือร้นเลยนั้น จะมีความรู้
 สึกอึดอัดที่จะให้ข้อมูลละเอียด ไม่กล้าซักถาม และเมื่อให้อธิบายซ้ำก็อธิบายซ้ำอย่างไม่
 เต็มใจ ทว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนใช้ภาษาอธิบายเข้าใจได้ง่าย วิธีการที่เจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขให้บริการจะแตกต่างกัน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงแนะนำให้ไปที่
 โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศชายแนะนำให้ไปคลินิก โดยภาพรวมผู้ใช้
 บริการทั้งสองรายมีความรู้สึกไม่ค่อยพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย
 เหตุผลทำนองเดียวกันว่า “กระตือรือร้นน้อย ให้คำแนะนำโดยไม่ให้คำปรึกษาเลย” และ
 ทั้งสองรายไม่พึงพอใจสภาพห้องบริการที่ไม่เป็นส่วนตัว ทำให้ไม่กล้าให้ข้อมูลละเอียด”

4. อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยจะอภิปรายเฉพาะประเด็นที่เด่น ๆ ประกอบด้วย

1. กลุ่มวัยรุ่นไทยมุสลิมจังหวัดสงขลาจำนวนไม่น้อยแอบมีเพศสัมพันธ์ก่อนการ
 สมรสซึ่งเป็นปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ร้ายแรงที่สุดของชาวไทยมุสลิม โดยมีแนวโน้มว่า
 ปัญหานี้จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต จากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า การอบรม

สังคมของบิดา-มารดาและองค์การศาสนาอิสลามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ยังคงเข้มงวดเหมือนในอดีต สาเหตุหลักของปัญหานี้น่าจะมาจากสิ่งแวดล้อมด้านสื่อบันเทิงทั้งสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อภาพและเสียงจากวิทยุโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ตลอดจนอินเทอร์เน็ต มีลักษณะการช่วยยูกามารมณ์รุนแรงมาก ประกอบกับการที่วัยรุ่นไทยมุสลิมจำนวนไม่น้อยไปเช่าหอพักหรือบ้านพักอยู่กันตามลำพังไม่มีใครคอยดูแลใกล้ชิด ทำให้โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสมีมากขึ้น

2. ตามหลักศาสนาระบุบทบาทหญิงชายไทยมุสลิมชัดเจนว่าหญิงไทยมุสลิมเมื่อแต่งงานแล้วต้องอยู่ใต้การปกครองของสามีตราบจนวันตายนั้น สถานการณ์ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปแล้ว ถึงแม้ความคิดเห็นของหญิงไทยมุสลิมกับชายไทยมุสลิมจะแตกต่างกันอยู่บ้างเล็กน้อยแต่บทบาทส่วนใหญ่หญิงชายไทยมุสลิมจะตัดสินใจร่วมกัน แม้กระทั่งการมีเพศสัมพันธ์กันของภรรยา-สามีส่วนใหญ่ก็เป็นการตัดสินใจร่วมกัน ยกเว้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรส่วนใหญ่ยังคงเป็นของเพศหญิง สถานการณ์ดังกล่าวน่าจะเป็นไปตามอิทธิพลจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกที่พยายามส่งเสริมความเท่าเทียมกันของบทบาทหญิงชาย

3. การวางแผนครอบครัวของชาวไทยมุสลิมที่มีหลักฐานว่าชายไทยมุสลิมมีความคิดเห็นเชิงลบเกี่ยวกับการใช้บริการวางแผนครอบครัว (Gray et al.:11) นั้นพบว่า ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรวางแผนครอบครัว โดยหญิงไทยมุสลิมร้อยละ 92.5 เห็นว่าควรวางแผนครอบครัว และชายไทยมุสลิมร้อยละ 87.0 เห็นว่าควรวางแผนครอบครัว สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ น่าจะเนื่องมาจากประสิทธิผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสำคัญ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพยายามปฏิบัติงานด้านนี้ต่อเนื่องไปอีก

4. ผลการศึกษาปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของหญิงชายไทยมุสลิมจังหวัดสงขลา กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีนอมาัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ค่อยดีนัก ปฏิสัมพันธ์ระดับไม่ค่อยดีนักมีสาเหตุมาจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนน้อยบางคนไม่ค่อยกระตือรือร้นในการให้บริการและพูดจาไม่ไพเราะ ทั้งนี้ความไม่พึงพอใจขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่บุคคลนั้น ๆ แม้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนน้อย แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นสถานการณ์ที่ต้องเร่งปรับปรุงแก้ไข

5. เพศและการนับถือศาสนาของผู้ให้บริการยังมีปัญหาอยู่บ้าง ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงด้วยกัน และนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกันกับผู้ใช้บริการ จะเป็นสาเหตุให้ผู้ใช้บริการหญิงไทยมุสลิมมีความรู้สึกไว้วางใจมาก ดังนั้นกรณีที่หน่วยงานสาธารณสุขสามารถสนองตอบความรู้สึกนี้ได้ก็น่าจะสนองตอบ โดยจัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลามประจำทุกสถานีนอมนามัยที่บริการประชาชนไทยมุสลิมจำนวนมากพอสมควร แต่ที่สำคัญที่สุด คือ เรื่องความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างประชากรมีความต้องการเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตรงกันทุกคน คือ ต้องการให้มีห้องเฉพาะบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าความต้องการดังกล่าวเป็นข้อคิดเห็นที่กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาสนองความต้องการอย่างยิ่ง ดังเหตุผลหลักที่ว่า “ผู้ใช้บริการทุกคนรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากสถานีนอมนามัย ในห้องบริการรวมลักษณะนั้น เมื่อมีผู้ใช้บริการอื่น ๆ อยู่ร่วมในห้องบริการด้วย”

5. ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. องค์กรของรัฐควรเผยแพร่ผลการวิจัยแก่บิดา-มารดาชาวไทยมุสลิมอย่างกว้างขวาง และประสานงานกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดสงขลา เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นโดยเร่งด่วน ซึ่งพบว่าจำนวนไม่น้อยแอบมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาควรจัดสรรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลามประจำทุกสถานีนามัยที่มีประชาชนในเขตรับผิดชอบนับถือศาสนาอิสลามจำนวนมากพอสมควร และดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของหญิงชาวไทยมุสลิมจังหวัดสงขลาทุกสถานีนามัย โดยเก็บข้อมูลจากชาวไทยมุสลิมในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานีนามัยเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

บรรณานุกรม

- ลัดดา แสงจันทร์. 2539, **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิม.**
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. **ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ และ
ความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว : นัยยะและกลวิธีในระดับชุมชน
เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงชนบทที่
แต่งงานแล้ว.**, ม.ป.ป.
- ทัศนัย ชันตยาภรณ์, วราณูช ชินวรโสภาค, และรุจน์ โกมลบุตร. 2539, **แนวทางการจัดการ
ศึกษาเรื่องสุขภาพในภาวะเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) สำหรับนักเรียน
ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม : ศึกษากรณีจังหวัดยะลา และปัตตานี.**
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ โครง
การพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์.**, ม.ป.ป.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานয়รัฐมนตรี. 2541, **ศาสนา และภาวะเจริญพันธุ์ในภาค
ใต้ของประเทศไทย.**
- อมรา สุนทรธาดา. 2542, **บทบทวนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัย
เจริญพันธุ์. (เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการพัฒนาการวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์).**
- Gray Alan et al. 1999, **Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand.**
Institute for Population and Social Research. Mahidol University.
- Syed Jahangeer Haider et al. 1997, **Study of Adolescents : Dynamics of Perception,
Attitude, Knowledge and Use of Reproductive Health Care.**
- Women's Bureau. 1997, Strategic Policy Branch. **Gender-based Analysis
Backgrounder.**

ภาคผนวก

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ (N=400)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
1. จำนวนพี่น้องบิดา-มารดาเดียวกัน	
2 คน	3.0
3 คน	12.0
4 คน	21.2
5 คน	22.0
มากกว่า 5 คน	41.8
2. สถานภาพสมรส	
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	76.0
แต่งงานแต่แยกกันอยู่	8.2
หม้าย	14.0
หย่า	1.8
3. จำนวนภรรยาของบิดาผู้ให้ข้อมูล	
คนเดียว	84.0
หลายคน	16.0
4. จำนวนภรรยาของบิดาผู้ให้ข้อมูลกรณีมีภรรยาหลายคน	
2 คน	62.5
3 คน	21.9
4 คน	10.9
มากกว่า 4 คน	4.7
5. จำนวนพี่น้องบิดา-มารดาเดียวกันของผู้ให้ข้อมูล	
ไม่มี	2.0
พี่หรือน้อง 1 คน	7.2
พี่และ/หรือน้อง 2 คน	14.0
พี่และ/หรือน้อง 3 คน	14.2
พี่และ/หรือน้อง 4 คน	18.8
พี่และ/หรือน้องตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	43.8

ตาราง 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศเป็นร้อยละ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
1. วัย		
13-19 ปี (วัยรุ่น)	1.8	30.0
20-45 ปี (วัยผู้ใหญ่)	69.5	62.5
46 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	12.5	7.5
รวม	100.0	100.0
2. สถานภาพสมรส		
โสด	25.0	59.5
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	67.5	36.0
แต่งงานแต่แยกกันอยู่	2.5	3.5
หย่า	1.5	0
คู่แต่งงานเสียชีวิตแล้ว	3.5	1.0
3. ระดับการศึกษา		
จบชั้นประถมศึกษา	36.5	34.0
จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	18.5	25.0
จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ป.วช.	17.0	26.5
จบอนุปริญญาหรือ ป.วส.	2.5	5.5
จบปริญญาตรี	3.0	6.0
จบชั้นสูงกว่าปริญญาตรี	0	0
จบชั้นอื่น ๆ (วิชาชีพระยะสั้น)	22.5	3.0
4. ระดับการศึกษาของคู่สมรส		
จบชั้นประถมศึกษา	26.0	22.5
จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	12.5	7.0
จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ป.วช.	11.0	6.0
จบอนุปริญญาหรือ ป.วส.	2.0	2.0
จบปริญญาตรี	2.0	1.0
จบชั้นสูงกว่าปริญญาตรี	0	0
จบชั้นอื่น ๆ (วิชาชีพระยะสั้น)	18.0	0
จำไม่ได้/ไม่ทราบ	28.5	61.5

ตาราง 3 แสดงอาชีพของครอบครัว

อาชีพของครอบครัว	ร้อยละ
1. อาชีพหลัก	
เกษตร	45.0
ประมง	18.0
รับจ้าง	22.0
รับราชการ	2.8
อาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย)	12.2
2. อาชีพเสริม	
เกษตร	10.8
ประมง	0.5
รับจ้าง	7.2
อาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย)	24.8
ไม่มีอาชีพเสริม	56.7

ตาราง 4 แสดงจำนวนรายได้รวมต่อเดือน

จำนวนรายได้รวมต่อเดือน	ร้อยละ
น้อยกว่า 3,000 บาท	12.5
3,000-4,000 บาท	39.7
5,000-6,000 บาท	28.5
7,000-8,000 บาท	7.0
9,000-10,000 บาท	7.0
มากกว่า 10,000 บาท แต่ไม่ถึง 20,000 บาท	3.0
ตั้งแต่ 20,000 บาท ขึ้นไป	2.3

ตาราง 5 อายุที่หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีประจำเดือน

อายุที่หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีประจำเดือน	ร้อยละ
ก่อนอายุ 11 ปี	3.5
อายุ 11 ปี	4.0
อายุ 12 ปี	17.0
อายุ 13 ปี	23.0
อายุ 14 ปี	15.5
อายุมากกว่า 14 ปี	36.0
จำไม่ได้	1.0

ตาราง 6 เวลาที่หญิงไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับประจำเดือน

ช่วงเวลาที่ยุหญิงไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับประจำเดือน	ร้อยละ
ก่อนมีประจำเดือน	44.5
หลังมีประจำเดือน	55.0
จำไม่ได้	0.5

ตาราง 7 อายุที่ชายไทยมุสลิมเริ่มฝันเปียก

อายุที่ชายไทยมุสลิมเริ่มฝันเปียก	ร้อยละ
ก่อนอายุ 13 ปี	10.5
อายุ 13 ปี	8.5
อายุ 14 ปี	14.5
อายุ 15 ปี	41.0
หลังอายุ 15 ปี	24.0
จำไม่ได้	1.5

ตาราง 8 เวลาที่ชายไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับผืนเปียก

เวลาที่ชายไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับผืนเปียก	ร้อยละ
ก่อนการผืนเปียก	36.0
หลังการผืนเปียก	62.5
จำไม่ได้	1.5

ตาราง 9 บุคคลที่ชายไทยมุสลิมบอกให้ทราบเป็นคนแรกเมื่อผืนเปียก

บุคคลที่ชายไทยมุสลิมบอกให้ทราบเป็นคนแรกเมื่อผืนเปียก	ร้อยละ
มารดา	8.0
บิดา	5.5
ย่า/ยาย	0.5
เพื่อน	58.0
ไม่บอกใคร	24.0
จำไม่ได้	4.0

ตาราง 10 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เล่นอวัยวะเพศของหญิงชายไทยมุสลิม

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เล่นอวัยวะเพศ	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
เคย	45.6	69.9
ไม่เคย	50.8	28.5
ไม่ตอบ	3.6	1.6

ตาราง 11 อายุที่หญิงชาวไทยมุสลิมเริ่มลูบคลำเล่นอวัยวะเพศ

วัยที่เริ่มลูบคลำเล่นอวัยวะเพศ	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ก่อน 13 ปี	10.1	19.3
13 ปี	7.9	11.1
14 ปี	2.3	4.4
15 ปี	14.6	32.6
16 ปี	9.0	6.7
17 ปี	6.7	6.7
18 ปี	5.6	6.7
19 ปี	5.6	2.9
หลัง 19 ปี	26.9	4.4
ไม่ตอบ	11.3	5.2

ตาราง 12 อายุที่หญิงชาวไทยมุสลิมเริ่มมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์

อายุที่เริ่มมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ก่อน 13 ปี	0.0	4.2
13 ปี	0.7	4.2
14 ปี	0.7	8.8
15 ปี	19.6	26.4
16 ปี	9.1	7.3
17 ปี	14.0	14.5
18 ปี	21.0	15.5
19 ปี	9.8	3.6
หลัง 19 ปี	25.1	6.7
ไม่ตอบ	0.0	8.8

ตาราง 13 พฤติกรรมของหญิงชายไทยมุสลิมเมื่อมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมเมื่อมีความรู้สึกต้องการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ข่มกั้น	48.9	23.3
ทำกิจกรรมทดแทน	9.8	10.2
สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	2.1	36.9
พยายามมีเพศสัมพันธ์	0.0	4.6
ไม่ตอบ	39.2	25.0

ตาราง 14 ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าเด็กหญิงไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบชาย

ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิม	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ไม่มี	34.5	24.0
มีบ้าง	50.5	46.5
มีค่อนข้างมาก	7.5	5.0
ไม่แน่ใจ	7.5	24.5

ตาราง 15 ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าเด็กชายไทยมุสลิมทำตัวเลียนแบบหญิง

ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิม	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ไม่มี	40.0	24.5
มีบ้าง	43.5	44.5
มีค่อนข้างมาก	6.0	4.5
ไม่แน่ใจ	10.5	26.5

ตาราง 16 ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมถูก
ข่มขืน

ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิม	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ไม่มี	43.0	42.0
มีบ้าง	46.0	32.0
มีค่อนข้างมาก	1.0	2.0
ไม่แน่ใจ	10.0	24.0

ตาราง 17 ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าวัยรุ่นชายไทยมุสลิมข่มขืน
ผู้หญิง

ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิม	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ไม่มี	50.0	46.5
มีบ้าง	33.5	19.0
มีค่อนข้างมาก	0.5	0
ไม่แน่ใจ	16.0	34.5

ตาราง 18 ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิมว่าวัยรุ่นหญิงไทยมุสลิมทำแท้ง

ประสบการณ์ทราบข่าวของชาวไทยมุสลิม	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ไม่มี	47.5	46.5
มีบ้าง	29.5	19.0
มีค่อนข้างมาก	3.0	0
ไม่แน่ใจ	20.0	34.5

ตาราง 19 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของหญิงชาวไทยมุสลิม

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
เคย	6.2	28.5
ไม่เคย	84.6	63.2
ไม่ตอบ	9.2	8.3

ตาราง 20 อายุที่หญิงชาวไทยมุสลิมเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส

อายุเริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
13 ปี	0	5.5
14 ปี	0	0
15 ปี	16.7	9.1
16 ปี	8.3	12.7
17 ปี	16.7	9.1
18 ปี	8.3	23.6
19 ปี	25.0	3.6
20 ปี	16.7	9.1
หลัง 20 ปี	0	21.8
ไม่ระบุ	8.3	5.5

ตาราง 21 อายุที่หญิงชายไทยมุสลิมแต่งงาน

อายุ	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
13 ปี	0.7	0
15 ปี	6.0	0
16 ปี	5.3	0
17 ปี	11.3	0
18 ปี	16.7	8.6
19 ปี	16.0	6.2
20 ปี	14.7	6.2
หลัง 20 ปี	29.3	79.0

ตาราง 22 ความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวของชาวไทยมุสลิม

ความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัว	ร้อยละ	
	เพศหญิง	เพศชาย
ควรวางแผนครอบครัว	92.5	87.0
ไม่ควรวางแผนครอบครัว	7.5	13.0

ตาราง 23 บุคคลที่อบรมสั่งสอนเด็กหญิงชายไทยมุสลิมเมื่อวัยเด็กเป็นร้อยละ

บุคคลที่อบรมสั่งสอนเมื่อวัยเด็ก	ร้อยละ	
	เด็กหญิง	เด็กชาย
มารดา	80.5	31.5
บิดา	9.5	35.0
ย่า/ยาย	0.5	2.5
ปู่/ตา	1.0	1.0
บุคคลอื่น ๆ	5.5	1.0
จำไม่ได้	3.0	29.0

ตาราง 24 อัตราส่วนของบุคคลที่อบรมสั่งสอนเกี่ยวกับการวางตนที่เหมาะสมแก่
วัยรุ่นหญิงชายไทยมุสลิม

บุคคลที่อบรมสั่งสอนเมื่อวัยรุ่น	ร้อยละ	
	วัยรุ่นหญิง	วัยรุ่นชาย
มารดา	67.0	28.5
บิดา	1.5	48.0
บิดา-มารดา	7.5	11.5
ย่า/ยาย	11.5	2.0
ปู่/ตา	0.5	1.5
บุคคลอื่น ๆ (ครู)	12.0	4.0
จำไม่ได้	0	1.5

ตาราง 25 ผู้ที่มีบทบาทต่อสถานการณ์ในครอบครัวในความคิดเห็นของผู้หญิง
ไทยมุสลิม

สถานการณ์ในครอบครัว	ผู้ที่มีบทบาท (ร้อยละ)						
	มารดา	บิดา	บิดา- มารดา	ย่า/ ยาย	ปู่/ตา	บุตร หญิง	บุตร ชาย
การเลี้ยงดูเด็ก	59.0	1.0	35.5	4.5	0	0	0
การสอนเด็กถึงความแตกต่างระหว่างเพศหญิง-ชาย	58.5	4.0	35.5	2.0	0	0	0
การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้หญิง	70.0	3.0	25.0	2.0	0	0	0
การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้ชาย	44.0	17.5	35.5	1.0	2.0	0	0
การสอนการบ้านให้เด็ก	49.0	8.5	37.5	0	0	0	5.0
การทำหน้าที่ผู้ปกครองนักเรียน	30.5	29.0	39.0	0.5	0	0	1.0
การให้รางวัล/ลงโทษเด็ก	40.5	11.5	45.0	2.5	0.5	0	0
การอนุญาตให้เด็กไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	33.5	16.0	50.0	0.5	0	0	0
การจ่ายเงินใช้จ่ายประจำวันให้เด็ก	63.0	9.5	26.0	1.5	0	0	0
การหาเงินมาใช้จ่ายในบ้าน	12.5	31.5	54.5	1.0	0	0	0.5
การเก็บเงินส่วนรวมในบ้าน	63.0	8.0	28.0	0.5	0.5	0	0
การซื้อกับข้าวประจำวัน	83.0	3.5	12.0	1.5	0	0	0
การหุงข้าว	82.5	8.0	7.0	0.5	0	2.0	0
การล้างภาชนะอาหารต่าง ๆ	80.0	6.5	10.5	0	0	3.0	0
การซักผ้า	83.5	4.5	8.0	0	0	4.0	0
การกวาดบ้าน	80.5	6.5	8.0	0	0.5	4.5	0
การซ่อมแซมบ้านและอุปกรณ์ในบ้าน	22.5	62.0	11.0	0	1.5	3.0	0
การพาผู้เจ็บป่วยไปรักษา	29.0	28.0	42.5	0	0.5	0	0
การเป็นหลักในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในบ้าน	18.0	22.0	57.5	0.5	1.0	0	1.0

ตาราง 26 ผู้ที่มีบทบาทต่อสถานการณ์ในครอบครัวโดยแสดงความคิดของชายไทย
มุสลิม

สถานการณ์ในครอบครัว	ผู้ที่มีบทบาท (ร้อยละ)						
	มารดา	บิดา	บิดา- มารดา	ย่า/ ยาย	ปู่/ตา	บุตร หญิง	บุตร ชาย
การเลี้ยงดูเด็ก	45.5	5.0	48.5	1.0	0	0	0
การสอนเด็กถึงความแตกต่างระหว่างเพศหญิง-ชาย	22.5	21.5	54.0	2.0	0	0	0
การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้หญิง	58.0	12.0	28.0	2.0	0	0	0
การสอนเด็กถึงการวางตัวของเด็กผู้ชาย	19.5	45.5	33.5	1.0	0.5	0	0
การสอนการบ้านให้เด็ก	25.0	15.5	55.5	0.5	0.5	0	3.0
การทำหน้าที่ผู้ปกครองนักเรียน	7.5	36.0	56.0	0	0.5	0	0
การให้รางวัล/ลงโทษเด็ก	14.5	35.0	49.0	1.0	0.5	0	0
การอนุญาตให้เด็กไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	10.5	36.0	52.5	0.5	0.5	0	0
การจ่ายเงินใช้จ่ายประจำวันให้เด็ก	42.5	13.5	43.5	0.5	0	0	0
การหาเงินมาใช้จ่ายในบ้าน	9.5	35.0	54.5	1.0	0	0	0
การเก็บเงินส่วนรวมในบ้าน	31.0	20.0	48.0	1.0	0	0	0
การซื้อข้าวประจำวัน	78.5	8.5	11.5	0.5	0	1.0	0
การนุงข้าว	82.5	2.0	13.0	2.0	0	0.5	0
การล้างภาชนะอาหารต่าง ๆ	79.0	4.5	12.5	2.0	0.5	1.5	0
การซักผ้า	84.5	1.0	10.0	1.5	0	3.0	0
การกวาดบ้าน	88.0	1.5	7.5	1.0	0	2.0	0
การซ่อมแซมบ้านและอุปกรณ์ในบ้าน	3.5	84.0	8.0	0	0	0	4.5
การพาผู้เจ็บป่วยไปรักษา	6.5	67.0	24.5	0.5	0	0	1.5
การเป็นหลักในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในบ้าน	3.0	72.5	23.0	0.5	1.0	0	0

ตาราง 27 ผู้ที่ตัดสินใจต่อสถานการณ์ในครอบครัวตามความคิดเห็นของหญิงมุสลิม

สถานการณ์ในครอบครัว	ผู้ตัดสินใจ (ร้อยละ)			
	มารดา	บิดา	บิดา-มารดา	ไม่แน่ใจ
การตัดสินใจให้ลูกกินนมแม่นานเท่าใด	82.5	0.5	13.0	4.0
หลังการหย่านมแม่ การตัดสินใจให้ลูกกินนมชนิดใด	73.0	2.5	19.0	5.5
การตัดสินใจว่าควรให้ลูกหยุดกินนมไปกินข้าว	74.0	1.0	20.5	4.5
การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ลูกได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ	54.5	1.5	41.0	3.0
การตัดสินใจว่าเมื่อใดจะพาลูกไปรักษาอาการป่วย	32.0	4.0	63.0	1.0
การตัดสินใจว่าจะพาลูกไปรักษาอาการป่วยที่ไหน	28.5	5.0	66.0	0.5
การตัดสินใจนำลูกไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยง	27.5	4.5	59.0	9.0
การกำหนดหน้าที่ของลูกในการช่วยทำงานบ้าน	64.0	5.0	31.0	0
การตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของลูก	29.0	9.5	59.0	2.5
การตัดสินใจกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายในภาวะปกติของลูก	57.5	8.0	34.5	0
การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายพิเศษต่าง ๆ ของลูก	51.5	8.0	40.0	0.5
การตัดสินใจช่วยแก้ปัญหาให้ลูก	26.5	7.5	64.0	2.0
การตัดสินใจให้รางวัลลูกเมื่อทำความดี	45.5	7.5	45.0	2.0
การตัดสินใจลงโทษลูกเมื่อทำความผิด	27.5	21.0	50.0	1.5
การตัดสินใจให้โอกาสลูกช่วยผู้หญิงคบกับเพศตรงข้าม	32.0	7.0	56.5	4.5
การตัดสินใจให้โอกาสลูกช่วยผู้ชายคบกับเพศตรงข้าม	32.0	7.0	56.5	4.5
การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตนกับเพศตรงข้ามของลูกช่วยผู้หญิง	45.0	6.0	47.5	1.5
การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตนกับเพศตรงข้ามของลูกช่วยผู้ชาย	32.0	12.0	53.0	3.0
การตัดสินใจอนุญาตให้ลูกช่วยผู้หญิงทำกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ	32.5	11.5	54.5	1.5
การตัดสินใจอนุญาตให้ลูกช่วยผู้ชายทำกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ	26.5	15.5	54.5	3.5
การตัดสินใจดักเตือนลูกช่วยผู้หญิง	38.0	11.0	48.5	2.5
การตัดสินใจดักเตือนลูกช่วยผู้ชาย	25.0	19.0	55.0	1.0
การตัดสินใจลงโทษลูกช่วยผู้หญิง	31.5	12.0	54.0	2.5
การตัดสินใจลงโทษลูกช่วยผู้ชาย	21.5	20.0	56.0	2.5
การตัดสินใจให้รางวัลลูกช่วยผู้หญิงเมื่อทำความดี	34.0	6.0	58.0	2.0
การตัดสินใจให้รางวัลลูกช่วยผู้ชายเมื่อทำความดี	28.0	8.5	60.5	3.0
การตัดสินใจดักเตือนลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด	34.5	9.0	54.0	2.5
การตัดสินใจดักเตือนลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด	22.5	18.5	58.5	0.5
การตัดสินใจลงโทษลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด	27.5	11.5	58.0	3.0
การตัดสินใจลงโทษลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด	19.0	17.0	60.0	4.0
การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูกผู้หญิง	11.5	3.5	80.5	4.5
การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูกผู้ชาย	10.0	5.5	80.5	4.0

ตาราง 28 ผู้ที่ตัดสินใจต่อสถานการณ์ในครอบครัวตามความคิดเห็นของชาวมุสลิม

สถานการณ์ในครอบครัว	ผู้ตัดสินใจ (ร้อยละ)			
	มารดา	บิดา	บิดา-มารดา	ไม่แน่ใจ
การตัดสินใจให้ลูกกินนมแม่นานเท่าใด	75.5	1.0	15.0	8.5
หลังการหย่าแม่ การตัดสินใจให้ลูกกินนมชนิดใด	79.0	1.5	12.0	7.5
การตัดสินใจว่าควรให้ลูกหยุดกินนมไปกินข้าว	76.0	2.0	20.0	2.0
การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ลูกได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ	47.5	8.0	41.5	3.0
การตัดสินใจว่าเมื่อใดจะพาลูกไปรักษาอาการป่วย	19.0	20.5	60.0	0.5
การตัดสินใจว่าจะพาลูกไปรักษาอาการป่วยที่ไหน	12.5	22.0	62.5	3.0
การตัดสินใจนำลูกไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยง	18.0	14.5	57.0	10.5
การกำหนดหน้าที่ของลูกในการช่วยทำงานบ้าน	39.5	14.5	45.0	1.0
การตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนของลูก	10.5	21.5	65.5	2.5
การตัดสินใจกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายในภาวะปกติของลูก	33.0	19.0	47.0	1.0
การตัดสินใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายพิเศษต่าง ๆ ของลูก	26.5	18.5	52.5	2.5
การตัดสินใจช่วยแก้ปัญหาให้ลูก	7.0	20.0	71.5	1.5
การตัดสินใจให้รางวัลลูกเมื่อทำความดี	12.5	12.0	72.5	3.0
การตัดสินใจลงโทษลูกเมื่อทำความผิด	7.5	38.0	51.5	3.0
การตัดสินใจให้โอกาสลูกช่วยรุ่นผู้หญิงคบกับเพศตรงข้าม	15.0	13.5	65.5	6.0
การตัดสินใจให้โอกาสลูกช่วยรุ่นผู้ชายคบกับเพศตรงข้าม	9.5	23.0	62.0	5.5
การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตนกับเพศตรงข้ามของลูกช่วยรุ่นผู้หญิง	23.5	10.5	58.0	8.0
การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางตนกับเพศตรงข้ามของลูกช่วยรุ่นผู้ชาย	8.5	30.5	56.5	4.5
การตัดสินใจอนุญาตให้ลูกช่วยรุ่นผู้หญิงทำกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ	21.0	16.5	57.5	5.0
การตัดสินใจอนุญาตให้ลูกช่วยรุ่นผู้ชายทำกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ	11.0	29.5	56.5	3.0
การตัดสินใจตักเตือนลูกช่วยรุ่นผู้หญิง	41.5	14.0	43.0	1.5
การตัดสินใจตักเตือนลูกช่วยรุ่นผู้ชาย	15.0	40.0	44.0	1.0
การตัดสินใจลงโทษลูกช่วยรุ่นผู้หญิง	35.0	23.0	40.5	1.5
การตัดสินใจลงโทษลูกช่วยรุ่นผู้ชาย	8.0	47.5	43.5	1.0
การตัดสินใจให้รางวัลลูกช่วยรุ่นผู้หญิงเมื่อทำความดี	21.0	10.5	65.5	3.0
การตัดสินใจให้รางวัลลูกช่วยรุ่นผู้ชายเมื่อทำความดี	7.0	23.0	68.0	2.0
การตัดสินใจตักเตือนลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด	24.5	7.5	66.0	2.0
การตัดสินใจตักเตือนลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด	7.5	26.5	65.0	1.0
การตัดสินใจลงโทษลูกผู้หญิงที่อยู่ในวัยสาวโสด	21.0	14.5	62.0	2.5
การตัดสินใจลงโทษลูกผู้ชายที่อยู่ในวัยหนุ่มโสด	7.0	31.0	58.5	3.5
การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูกผู้หญิง	13.5	10.0	72.5	4.0
การตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานของลูกผู้ชาย	4.5	12.0	80.0	3.5

ตาราง 29 ผู้ที่ตัดสินใจในบทบาทของชาวไทยมุสลิม

บทบาทของชาวไทยมุสลิม	ผู้ตัดสินใจ (ร้อยละ)			
	หญิง	ชาย	หญิง-ชาย	ไม่แน่ใจ
กำหนดการว่าจะแต่งงานกันเมื่อใด	12.0	8.5	74.0	5.5
รูปแบบของการแต่งงานเป็นอย่างไร	12.5	6.0	74.0	7.5
สถานที่จัดแต่งงานจะจัดที่ไหน	15.0	7.0	70.5	7.5
การเชิญแขกร่วมพิธีแต่งงานจะมีใครบ้าง	8.0	5.0	83.0	4.0
การจดทะเบียนสมรสว่าจะจดทะเบียนเมื่อใด	2.5	7.5	85.5	4.5
การมีเพศสัมพันธ์กันของภรรยา-สามีในภาวะปกติ	8.5	14.5	71.5	5.5
การหยุดมีเพศสัมพันธ์กันชั่วคราวในขณะภรรยาตั้งครรภ์	32.5	10.0	52.0	5.5
การเริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังจากภรรยาคลอดบุตร	29.5	15.5	47.0	8.0
การฝากครรภ์และการทำคลอด	45.0	4.0	49.0	2.0
การกำหนดจำนวนบุตรว่ามีจำนวนเท่าใด	15.5	8.0	71.0	5.5
การคุมกำเนิดว่าจะคุมหรือไม่	38.0	3.5	55.5	3.0
การไปทำแท้งว่าจะทำหรือไม่	18.0	2.0	52.5	27.5
การไปรักษาอาการหมั่นว่าควรรักษาหรือไม่	7.0	5.0	74.5	13.5
การไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์	9.5	5.0	77.5	8.0
จะไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไหน	10.0	10.0	75.0	5.0

ตาราง 30 ผู้ที่ตัดสินใจในบทบาทของชาวไทยมุสลิม

บทบาทของชาวไทยมุสลิม	ผู้ตัดสินใจ (ร้อยละ)			
	หญิง	ชาย	หญิง-ชาย	ไม่แน่ใจ
กำหนดการว่าจะแต่งงานกันเมื่อใด	5.0	17.0	70.0	8.0
รูปแบบของการแต่งงานเป็นอย่างไร	3.5	13.5	71.0	12.0
สถานที่จัดแต่งงานจะจัดที่ไหน	9.0	15.0	68.0	8.0
การเชิญแขกร่วมพิธีแต่งงานจะมีใครบ้าง	5.0	8.0	81.5	5.5
การจดทะเบียนสมรสว่าจะจดทะเบียนเมื่อใด	1.5	8.5	86.5	3.5
การมีเพศสัมพันธ์กันของภรรยา-สามีในภาวะปกติ	5.0	17.5	69.5	8.0
การหยุดมีเพศสัมพันธ์กันชั่วคราวในขณะภรรยาตั้งครรภ์	19.0	22.0	51.0	8.0
การเริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังจากภรรยาคลอดบุตร	18.0	25.0	49.5	7.5
การฝากครรภ์และการทำคลอด	60.5	6.0	31.0	2.5
การกำหนดจำนวนบุตรว่ามีจำนวนเท่าใด	16.5	10.0	66.5	7.0
การคุมกำเนิดว่าจะคุมหรือไม่	37.0	7.5	41.5	14.0
การไปทำแท้งว่าจะทำหรือไม่	20.5	8.0	37.5	34.0
การไปรักษาอาการหมันว่าควรรักษาหรือไม่	13.0	9.5	41.5	36.0
การไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์	4.0	11.0	57.5	27.5
จะไปรักษาอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไหน	2.0	10.0	59.0	29.0

**การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี**

**Gender and Sexuality Perceptions
of Cervical Cancer Patients and Their Husbands**

**สุรีย์พร กฤษเจริญ
กอบแก้ว สุวรรณ**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

**การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี**

**Gender and Sexuality Perceptions
of Cervical Cancer Patients and Their Husbands**

**สุรีย์พร กฤษเจริญ
กอบแก้ว สุวรรณ**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ออกข้อคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ดีด้วยการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ผู้เขียนใคร่ขอขอบคุณแก่กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอย่างสูง สำหรับการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้อย่างดียิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศมี รองศาสตราจารย์ เอื้อมพร ทองกระจ่าย และรองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ อาจารย์ George A. Attig ในการให้คำแนะนำการเขียนโครงการวิจัย และต้องขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับทีมงานเยี่ยมติดตามโครงการวิจัยที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำงานวิจัยนี้ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศมี Dr. Alan Noel Gray ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร พันพึ่ง และรองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่นอกจากจะให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้แล้วยังได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการช่วยวิเคราะห์ข้อมูลอีกด้วย

ในด้านการเก็บข้อมูลผู้เขียนได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายๆ ฝ่าย ผู้เขียนรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สายบัว ชีเจริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิรัช วุฒิภูมิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ เต็มศักดิ์ พึ่งวิศมี ในการเป็นที่ปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี คุณสุพิศ วัฒนอาภรณ์ชัย คุณอัจฉราพร วีรพัฒน์คุปต์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดี คุณจิราภรณ์ อักษรถึง เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ทุกท่าน และคุณรัตนา นววิชากาญจน์ ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และท้ายสุดผู้เขียนขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามีทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจยิ่งไม่มีการปิดบัง

สุรียพร กฤษเจริญ

กอบแก้ว สุวรรณ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี เข้าใจระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อกรรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา และเพื่อเสนอแนะแนวทางและกลวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี วิธีการวิจัยในการคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีที่มารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อมาให้ข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 97 คู่ และใช้การสุ่มแบบมีมติเพื่อให้ได้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีมาให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 6 คู่

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ทั้งในระยะก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศทั้งของผู้ป่วยและสามี ระหว่างก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยและสามีพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทหญิงชายในด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ คือหลังป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อรองทางเพศมากขึ้น และกล้าปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านมิติทางเพศทั้งของผู้ป่วยและสามี คือผู้ป่วยและสามีมีความพึงพอใจลดลงและมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ผู้ป่วยและสามีเสนอแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ และแพทย์หรือพยาบาลให้ความมั่นใจกับ

ผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์ แนวทางและกลวิธีในการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้าน
บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี คือ
1) เตรียมความพร้อมด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ 2) ติดตามปัญหาด้านบทบาท
หญิงชายและมิติทางเพศ 3) การให้การปรึกษาพร้อมด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ
และ 4) การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Executive summary

Cancer of the cervix (Ca cervix) is the most common malignancy in Thailand. In Songkhla Nakin Hospital, for example, Ca cervix represented almost 14 percent of all types of malignancy. Most of the Ca cervix patients are treated by means of radiotherapy since this treatment is beneficial at any stage of malignancy. The side effects of radiotherapy are dryness in the vagina, vaginitis, bleeding, as well as the narrowing and shortening of the vagina resulting in painful sexual intercourse. Prior research has indicated that Ca cervix patients do not want to enter into sexual relationships because of these side effects. In some cases, this has resulted in their husbands wanting a divorce because they believed that their wives would be unable to fulfill their role as a sexual partner. In other instances, their husbands found other women with whom to have sexual relationships. As a result, the Ca cervix patients were left alone while their husbands made other choices.

The effect of Ca cervix on the gender, sexuality and reproductive health of women is of critical importance, yet limited research has been conducted on it. Moreover, a strategy for dealing with the problem is required, but it needs to be determined from a more complete understanding of the perceptions and behavioral adaptations of both the patients and their husbands.

To begin filling this knowledge gap, this study explored perceptions of gender roles and sexuality held by cervical cancer patients and their husbands before and after treatment, as well as the belief systems and behavioral patterns that could affect perceptions and actions. The intent was to use this information to recommend guidelines and strategies for resolving important gender and sexuality issues affecting cervical cancer patients and their husbands. To obtain the necessary information, this study utilized a combined quantitative and qualitative approach. The research subjects for the quantitative investigation comprised 97 couples of cervical cancer patients and their husbands who had been receiving treatment for the disease for no more than a one-year period and who were willing to participate in the study. Quantitative data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows). In addition, six couples were selected for in-depth interviews from these 97 couples using dimensional sampling based on their age ranges and living areas. The data obtained from these six couples were then analyzed using content analysis.

Findings from this study revealed that cervical cancer patients and their husbands held similar perceptions regarding gender roles both before the cancer

was detected and after receiving radiotherapy. To the couples, the major roles of women are to be in charge of family finances and savings, birth control, household cleaning, laundering and preparing meals. The major roles for men include taking charge in household maintenance and repairs. Roles that are shared by both women and men included earning a family income, purchasing household utensils, deciding on their children's education (choice of schools, education level), and taking care of the health and well-being of family members. The women also reported that they decided with their husbands about where to reside, however, the men reported that they (the men) made this decision alone.

In terms of gender power relations, cervical cancer patients and their husbands agreed on certain issues regarding their sexual relationship. In particular, although men should initiate sexual activities and take charge in preventing STDs, women have the right to refuse having sex with their husbands. The couples also agreed that they mutually decided on the number of children they would have, as well as in dealing with other family problems.

Concerning perceptions of sexuality and attitudes towards sex, most of the couples agreed, both before detection of the disease and after radiotherapy, that sex is an important component of married life; that women should discuss their sexual relationships with their husbands; that it is wrong to have sex with a person who is not their spouse; and that the most sensual fulfillment of sex is the orgasm. However after radiotherapy, their perceptions and actions changed. Cervical cancer patients no longer believed that it was necessary to have an orgasm every time they had sex. They also admitted that they were willing to have sex with their husbands, but that they never initiated sexual activities and they sometimes denied their husband's desire to have sex. They also stated that they had not had extra-marital sexual relations with other people. Their husbands, however, admitted that before detection of the cervical cancer, they had had extra-marital sex, usually without the use of condoms, but they did not do so after the radiotherapy. It is important to note with regard to condom use that both the cervical cancer patients and their husbands stated that they knew about venereal diseases and believed that they were not in any risk of contracting them. The cervical cancer patients admitted that they did not take any particular means to protect themselves against diseases. Finally, cervical cancer patients indicated that while the sexual relationship was consistently satisfying for their husbands, it was no longer so for them. They admitted that they were sometimes tired of having sex with their husbands before the cancer was detected, but this problem became worse after radiotherapy. In short, the emotional outcome of the sexual relationship between the women and their husbands became de-emphasized and less satisfying after detection of the disease and radiotherapy. Moreover, the

women exhibited more bargaining power and negotiating skills in determining the frequency of sexual relations with their husbands, and they became more powerful in their ability to deny having sex with their husbands. This, in turn, resulted in changes in gender perceptions and power relations between cervical cancer patients and their husbands, thus leading to fewer sexual encounters and lower emotional fulfillment.

The suggested guidelines and strategies for resolving important gender and sexuality issues that affect cervical cancer patients and their husbands include the following.

1. Cervical cancer patients and their husbands should be provided with information about changes in male and female sexuality. It is important that they receive this information during the first radiotherapy treatment session so that they can have normal sexual relations after completion of radiotherapy. It is also necessary to inform the patients and their husbands about the patients' sexual rights; that is, cervical cancer patients have the right to decide whether or not to have sex. Husbands should be advised that they must play an important role in taking responsibility for their wives' reproductive health and their own. The husband can help reduce the risk of venereal diseases and other health problems by monitoring his own sexual behavior and practices, including condom use.

2. Problems surrounding gender perceptions and sexuality among cervical cancer patients and their husbands must be closely monitored, with suitable actions taken as soon as difficulties arise. It is important that these problems come to the attention of both parties, since they must work together to talk about and discuss their sexual problems. Without help and guidance from doctors and nurses, they will suffer the feeling of losing their value in life. It is also crucial to affirm for the cervical cancer patients that it is safe for them to have sex and to give them clear recommendations concerning how and when they can have sex, what problems and difficulties can occur, and how to deal with them.

3. Provision of counseling sessions on gender and sexuality is a necessity for cervical cancer patients and their husbands who are having severe difficulties. There should be nurses who have specialized training and experience in the changing perceptions of gender and sexuality among the cervical cancer patients, so that they are well-equipped to discuss individually with patients and their husbands about the problems they are facing, and can give them guidance for solving these problems.

4. Mutual self-help groups among the patients should be established, because within such groups the patients and their husbands can feel more at ease to ask questions and share their problems and feelings about the changes they are facing with their “fellow sufferers.” These self-help groups can help create mutual understanding, feelings of security and confidence in solving the problems among the group members. They also can provide the cervical cancer patients and their husbands with a wider social network.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xxi
บทคัดย่อ	xxii
Executive summary	xxiv
สารบัญ	xxviii
สารบัญตาราง	xxx
1. บทนำ	125
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	125
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	126
1.3 คำถามการวิจัย	127
1.4 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	127
1.5 กรอบทฤษฎี	139
1.6 กรอบแนวทางการวิจัย	141
1.7 สมมติฐาน	141
1.8 นิยามศัพท์	142
2. ระเบียบวิธีวิจัย	143
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	143
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	145
2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	145

3. ผลการวิจัย	146
3.1 การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ปวยมะเร็งปากมดลูกและสามี	146
3.2 ระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ปวยมะเร็งปากมดลูกและสามี	154
3.3 แนวทางและกลวิธีในการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ปวยมะเร็งปากมดลูกและสามี	166
4. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	168
บรรณานุกรม	174
ภาคผนวก ก ตาราง	181
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	193

สารบัญญัตราสาร

ตาราง	หน้า
1	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายและ มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามีก่อนการวินิจฉัย โรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา 148
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามีระหว่างก่อน การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา 150
3	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีจำแนกตามลักษณะ ส่วนบุคคล 181
4	ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและ สามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามบทบาทหญิงชาย 183
5	ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและ สามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามบทบาทหญิงชาย 184
6	ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามบทบาทหญิงชาย 185

ตาราง

7	ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของสามีก่อนการวินิจฉัยโรค มะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตาม บทบาทหญิงชาย	186
8	ร้อยละของการรับรู้มิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีก่อน การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก และหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามมิติทางเพศ	187

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทย เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในห้าอันดับแรกของคนไทยทั้งสองเพศ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540) ในพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ ที่พบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับหนึ่งในสิบอันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหญิงและชาย เช่นเดียวกันโดยพบถึงร้อยละ 15.3 สำหรับโรคมะเร็งสิบอันดับแรกในเพศหญิงพบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับหนึ่งเช่นกัน คือพบถึงร้อยละ 29.6 (Prechavittayakul and Sriplung, 1997) มะเร็งปากมดลูกไม่เพียงแต่เป็นมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นผลมาจากโรคมะเร็งปากมดลูกและกระบวนการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยรังสีรักษาจะมีผลข้างเคียงอย่างหนึ่งคือ เยื่อช่องคลอดแห้ง บางอักเสบ เลือดออกง่าย ช่องคลอดตีบแคบหดสั้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Shell and Smith, 1994) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศตามมา

การวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดศึกษา (Gray and Punpuing, 1999) การวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับสามี สามีก็ต้องการแยกทางกับผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าแม้จะรักษาหายแล้วผู้ป่วยก็ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เช่นเดิม (วรวรรณ เหนือคลอง, 2534) สามีบางรายทิ้งผู้ป่วยไปมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่น (สุรียพร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง, 2542) ผู้ป่วยจึงตกเป็นผู้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นเพียงลำพังในขณะที่สามียังคงมีทางเลือก ทำให้เห็นความแตกต่างด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ผู้ป่วยไม่ควรเป็นผู้รับผิดชอบปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพียงผู้เดียว สามีควรจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วย เนื่องจากอนามัยการเจริญพันธุ์ถือเป็น

ความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหญิงและชาย เพราะบทบาทความรับผิดชอบของชายจะมีผลต่อสุขภาพของสตรีและความผาสุกของครอบครัว (เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2542)

การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีของผู้ป่วยก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา และเพื่อเข้าใจระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเข้าใจการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี
2. เพื่อเข้าใจระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางและกลวิธีในการแก้ไขปัญหา ที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

1.3 คำถามการวิจัย

1. การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างไร
2. ระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีเป็นอย่างไร
3. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีมีข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศอย่างไร

1.4 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย 3 ประเด็น คือ 1) บทบาทหญิงชาย 2) มิติทางเพศและ 3) ความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

1. บทบาทหญิงชาย

บทบาทหญิงชาย (gender) หมายถึง บทบาททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ชายและผู้หญิง ที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด บทบาทนี้รวมทั้งภาระหน้าที่ ความคาดหวังของผู้อื่นและความคาดหวังที่บุคคลผู้นั้นมีต่อผู้อื่น จึงมีความหมายแตกต่างจากคำว่าเพศชาย (male) หรือเพศหญิง (female) ซึ่งหมายถึงความแตกต่างทางสรีระเท่านั้น ความหมายของบทบาทหญิงชายจะมีการผันแปรอยู่ตลอดเวลาคือผันแปรตามสภาพท้องที่ สภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไป และผันแปรตามวัยหรือขั้นตอนของชีวิตของแต่ละบุคคล (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์, 2542)

บทบาทหญิงชายแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) บทบาททางเพศ ได้แก่ การกระทำบทบาททางด้านเศรษฐกิจ การเจริญพันธุ์ และการทำงานบ้าน 2) การตัดสินใจตามบทบาทหญิงชาย และ 3) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ ในด้านบทบาททางเพศมีรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงสถานภาพของผู้หญิงไทย ในส่วนของการเก็บข้อมูลในภาคใต้ 2 หมู่บ้านคือ หมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชและอีกหมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดปัตตานี พบว่าผู้ชายในหมู่บ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีความคิดเห็นว่า ผู้หญิงในชนบทไม่มีความจำเป็นที่จะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่ควรทำงานหนัก ผู้หญิงไม่ต้องเลี้ยงดูสามี แต่สามีต้องให้เงินภรรยา ผู้หญิงต้องเป็นผู้ดูแลจัดการค่าใช้จ่ายในบ้าน เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญในครอบครัวสามีและภรรยาควรมีการตัดสินใจร่วมกัน เช่น การศึกษาและพฤติกรรมของบุตร รวมทั้งการซื้อที่ดินเป็นต้น ส่วนการตัดสินใจในเรื่องบางเรื่องสามีและภรรยาสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องปรึกษาอีกฝ่ายหนึ่ง สำหรับสามีคือการดื่มเหล้า การไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น สำหรับภรรยาคือ การทำอาหาร การซื้อสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านและการเลี้ยงดูบุตร สามีจะแยกทางกับภรรยาเมื่อภรรยาแอบไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น หรืออยู่ด้วยกันโดยไม่มีความเข้าใจกัน ภรรยาจะแยกทางกับสามีเมื่อสามีไปมีภรรยาใหม่ สามีติดยาเสพติดหรือเล่นการพนัน เมื่อมีปัญหาไม่เข้าใจกันควรพูดคุยกัน สามีไม่ควรตบตีภรรยา ผู้ชายส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าผู้หญิงต้องมีความบริสุทธิ์ และเห็นพ้องต้องกันว่าผู้ชายควรมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับผู้ชาย ผู้ชายในหมู่บ้านมีความเห็นว่าผู้ชายมีภรณายน้อยได้ แต่ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วจะไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นไม่ได้ ในขณะที่ผู้ชายสามารถไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศได้

ข้อมูลที่ได้จากผู้หญิงในหมู่บ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วควรทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงดูครอบครัวด้วย เพราะรายได้จากสามีคนเดียวไม่เพียงพอที่จะใช้จ่ายในครอบครัว งานที่ผู้หญิงไม่ควรทำคืองานที่ต้องใช้แรงงานมากได้แก่ งานก่อสร้าง ยกของหนัก ช่างไม้ ภรรยาเป็นผู้เก็บเงินและดูแลการใช้จ่ายภายในบ้าน เมื่อมีปัญหาสำคัญในบ้าน เช่นปัญหาของลูกๆ สามีภรรยาควรปรึกษาหารือกัน ถ้าเป็นเรื่องทั่วไป

เช่น การซื้อสิ่งของเข้าบ้าน การให้เงินค่าขนมกับลูกๆ ภรรยาก็สามารถตัดสินใจได้ตามลำพัง สามีจะแยกทางกับภรรยาเมื่อภรรยาไม่ซื่อสัตย์ ภรรยาไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น เทียบกลางคืน ดิตยาเสพติด ไม่เข้าใจกัน ละเลยหน้าที่ของภรรยา และเหตุผลที่ภรรยาจะแยกทางกับสามีคือ สามีไม่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและเจ้าชู้ สามีไม่ควรตบตีภรรยา

ส่วนผู้ชายในหมู่บ้านในจังหวัดปัตตานีซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีประชากรเป็นมุสลิม ครั้งหนึ่งมีความคิดเห็นว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วไม่ควรทำงานนอกบ้าน ส่วนอีกครึ่งหนึ่งมีความคิดว่าถ้าครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจผู้หญิงก็ควรทำงานนอกบ้านด้วย งานที่ไม่เหมาะกับผู้หญิงได้แก่ งานหนัก งานในทะเล โถนา งานที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงคือ ช่างตัดเสื้อ ช่างทำผม ค้าขาย และเป็นหน้าที่ของผู้ชายที่ต้องหาเงินให้ภรรยาใช้ สามีและภรรยาควรมีการพูดคุยและตัดสินใจร่วมกัน เช่น เรื่องการทำมาหากิน เรื่องที่ผู้หญิงสามารถตัดสินใจได้ตามลำพังได้แก่การซื้อข้าวของเครื่องใช้เข้าบ้าน การศึกษาและความเจ็บป่วยของลูกในวัยเด็ก การตัดสินใจในเรื่องของลูกที่โตแล้วเป็นหน้าที่ของผู้ชาย สามีจะแยกทางจากภรรยาเมื่อภรรยาไม่ซื่อสัตย์ เข้ากับแม่สามีไม่ได้ ดิตยาเสพติด เล่นการพนันและไม่เชื่อฟังสามี ภรรยาจะแยกทางจากสามีเมื่อสามีมีผู้หญิงอื่น ดิตยาเสพติด เล่นการพนัน สามีไม่ควรตบตีภรรยา สามีบางรายมีความคิดเห็นว่าการตบตีภรรยาขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ ถ้าเป็นเหตุการณ์สำคัญในครอบครัวก็มีสิทธิที่จะตบตีภรรยาได้ ผู้ชายทุกคนมีความเห็นว่าผู้หญิงไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของผู้ชายเป็นเรื่องปกติ

สำหรับข้อมูลที่ได้จากผู้หญิงในหมู่บ้านในจังหวัดปัตตานีพบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วควรทำงานนอกบ้านด้วย ยกเว้นผู้หญิงที่มีลูกเล็กๆ ไม่ควรทำงานนอกบ้าน งานที่ผู้หญิงไม่ควรทำได้แก่ งานหนัก งานซ่อมเครื่องจักร ภรรยาไม่ต้องนำรายได้ของตนเองให้สามีแต่สามีจะต้องให้เงินภรรยา ในเรื่องของการตัดสินใจผู้หญิงจะมีสิทธิอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจ เรื่องการซื้อข้าวเครื่องใช้เข้าบ้านและการขอย่ากับสามีถ้าสามีไปมีผู้หญิงอื่น ผู้ชายจะมีสิทธิตัดสินใจด้วยตัวเองในเรื่องของการทำงาน การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นและการเล่นการ

พนัน สามีจะแยกทางกับภรรยาเมื่อภรรยามีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ภรรยาปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย ภรรยาเล่นการพนัน ภรรยาจะแยกทางกับสามีเมื่อสามีขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว ดื่มสุรามาก ติดยาเสพติดหรือไม่ทำละหมาดวันละ 5 ครั้ง สามีสามารถบตีภรรยาได้ถ้าภรรยาไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นหรือไม่เชื่อฟังสามี ผู้หญิงควรมีความบริสุทธิ์ ผู้ชายสามารถมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานได้ (Chayovan et al., 1996)

เช่นเดียวกับการศึกษาของพิมพัลย์ บุญมงคล (2542) ที่ทำการศึกษาระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัวในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีแม่บ้านมีบทบาทหลักในงานบ้านและบทบาทในทางเศรษฐกิจ คือการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวเท่าๆ กับฝ่ายชาย การแบ่งงานในเรื่องงานบ้านไม่ได้แบ่งโดยเด็ดขาด ชายพอบ้านยังคงมีบทบาทในการช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำกับข้าวและดูแลความสะอาดบ้าน ส่วนงานซ่อมแซมบ้านเรือนเป็นเรื่องของฝ่ายชายแต่ผู้เดียว สำหรับการตัดสินใจในการใช้จ่ายเงินของครอบครัว ฝ่ายหญิงจะเป็นผู้ตัดสินใจใช้จ่ายเงินในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ประจำวันของครอบครัว ส่วนการตัดสินใจซื้อของชิ้นใหญ่มักเป็นการตัดสินใจของฝ่ายชายหรือร่วมกันทั้งสองฝ่าย หญิงแม่บ้านค่อนข้างมีบทบาทในการเข้าสังคมของหมู่บ้านเท่าเทียมกับชายพอบ้าน แต่ยังมีบทบาทน้อยในเรื่องของการเมืองในหมู่บ้าน และพบความแตกต่างในระดับอำนาจการต่อรองทางเพศ 3 ประเภทคือ ประเภทแรกเป็นกลุ่มที่มีอำนาจในการต่อรองทางเพศต่ำ ไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีและต้องยอมตามสามีส่วนใหญ่ ประเภทที่สอง สตรีที่มีอำนาจการต่อรองระดับปานกลาง จะคอยซักถามสามีเรื่องการนอกใจ แต่มักเชื่อตามที่สามีบอกกับตนเองว่าไม่เคยนอกใจไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นๆ ประเภทที่สาม คือ ผู้หญิงที่มีอำนาจในการต่อรองทางเพศสูง กล่าวที่ จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี และกล้าซักถามหาความจริงจากสามีเมื่อสงสัยว่าสามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น และมักรู้เท่าทันสามีโดยไม่เชื่อตามที่สามีบอก กล่าวได้ว่าสตรีแม่บ้านส่วนใหญ่ในภาคเหนือจะแสดงอำนาจการต่อรองทางเพศได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากสถานภาพของสตรีค่อนข้างสูงในครอบครัวและในสังคม สำหรับวิธีปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

กับสามีของหญิงแม่บ้าน คือ การพูดด้วยวาจาตรงๆ ว่ากลัวติดโรค หรือกลัวอ้างถึงปัญหา ด้านร่างกายของตน อันได้แก่การอ้างว่าตนเหนื่อย ่วงนอน ไม่มีอารมณ์ มีประจำเดือน อ้างเรื่องลูกหรือตั้งท้อง

ในวัฒนธรรมไทยผู้หญิงต้องเผชิญกับข้อจำกัดในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตน สำหรับผู้หญิงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเป็นสิ่งต้องห้าม ในขณะที่ผู้ชายมีอิสระเสรีที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนรวมทั้งมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ การจะกระทำตนเป็นผู้หญิงที่ดีทางหนึ่งก็คืออนุญาตให้ผู้ชายหรือสามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นได้ ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีความคิดเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศเป็นพฤติกรรมปกติของผู้ชายโสดและผู้ชายที่แต่งงานแล้ว ซึ่งพฤติกรรมทางเพศของผู้ชายนี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง (Havanon, 1996)

ความไม่เท่าเทียมกันด้านบทบาทหญิงชาย ที่แสดงออกให้เห็นอย่างเด่นชัดในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ลักษณะนี้ เห็นได้จากการศึกษาในผู้ชายที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 44 ของทั้งหมด และร้อยละ 60 ของผู้ชายในกลุ่มที่มีอายุ 21-22 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ (Ford and Kittisuksathit, 1996) ทำให้เห็นว่าสังคมเปิดโอกาสให้ผู้ชายมีอิสระภาพในทางเพศมากกว่าผู้หญิง สังคมยอมให้ผู้ชายมีความรู้เรื่องเพศ มีประสบการณ์เรื่องเพศก่อนและมากกว่าผู้หญิง ไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสียชื่อเสียงหรือเป็นตราบาป ส่วนผู้หญิงถูกสอนให้รักษานวลสงวนตัว (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกจ์, 2542) การที่สามีผ่านการมีคู่นอนมาหลายคนนี้ จะทำให้ผู้หญิงที่แต่งงานด้วยความเสี่ยงสูงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงมักไม่ค่อยได้ใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เช่นนี้อาจทำให้มีปัญหาอนามัย

การเจริญพันธุ์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้หญิงไม่สามารถมีบุตรได้ สามีก็จะใช้เป็นข้ออ้างในการมีภรรยาใหม่ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย (Tsui et al., 1997)

2. มิติทางเพศ

มิติทางเพศ (sexuality) หมายถึง พฤติกรรมทางเพศ ทักษะชีวิตที่มีต่อเรื่องเพศซึ่งถูกปลูกฝังและปรุงแต่งโดยบทบาทหญิงชายที่แตกต่างกันของผู้ชายและผู้หญิง ในสังคมไทยผู้ชายถูกเลี้ยงดูมาแบบให้มีสภาวะภาพและอำนาจทางเพศสูงกว่าผู้หญิง สิ่งเหล่านี้จะแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดในการแสดงออกทางเพศ ความรู้สึกรับผิดชอบ/ไม่รับผิดชอบต่อการกระทำทางเพศ การใช้หรือไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิด การป้องกันตนเองและคู่ของตนเอง เป็นต้น (เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์, 2542)

มิติทางเพศจะถูกกระทบโดยปัจจัยต่างๆ หลายด้านด้วยกันคือ 1) พัฒนาการตามวัยของบุคคล ได้แก่ อายุ ขั้นตอนของชีวิต ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการทำหน้าที่ด้านการเจริญพันธุ์ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะลักษณะ อึดมโนทัศน์ ความภาคภูมิใจในตนเอง และทัศนคติของบุคคลสำคัญในชีวิต 3) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ เชื้อชาติ ศาสนา ความชอบ เศรษฐฐานะและรูปแบบของครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านบทบาทหญิงชาย ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และความสัมพันธ์ทางเพศ (Dow, 1992)

มิติทางเพศประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ กิจกรรมทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือเสี่ยง 2) ทักษะชีวิตต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความหมายของการมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ 3) ลักษณะความชอบในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ทางเพศ พฤติกรรมรักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งสองเพศ ความปรารถนา

ทางเพศ ความขัดแย้งในสถานภาพสมรส และ 4) ความรุนแรงทางเพศ (Singchunchai et al., 1998)

ส่วน ดิกซอน - มุลเลอร์ (Dixon-Mueller, 1996) แบ่งองค์ประกอบของ มิติทางเพศ ออกเป็น 4 ด้าน เช่นกันคือ 1) คู่ร่วมเพศ ได้แก่จำนวนของคู่ร่วมเพศในปัจจุบัน และอดีต ช่วงเวลาและระยะเวลาที่อยู่กับคู่ร่วมเพศ บุคลิกภาพของคู่ร่วมเพศ ที่มาของคู่ร่วมเพศคือถูกเลือกมาหรือถูกหลอกลวงมา การมีทางเลือก/ถูกขู่บังคับ และอัตราการเปลี่ยนคู่ร่วมเพศ 2) พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ ธรรมชาติของพฤติกรรมทางเพศ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ การมีทางเลือก / ถูกขู่บังคับ 3) ความหมายของการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย / ผู้หญิง การรับรู้ของคู่ร่วมเพศ ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ และ 4) แรงขับทางเพศและความสนุกเพลิดเพลิน ได้แก่ แรงขับทางเพศตามเงื่อนไขของสังคม และการรับรู้ถึงความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์

มิติทางเพศมีความเกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นอย่างยิ่ง โดยชายจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งที่เป็นสุขภาพของตนเองและสุขภาพของหญิงในฐานะคู่ร่วมเพศ ในบทบาทความรับผิดชอบของผู้ชาย ผู้ชายสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติของตนและภรรยาได้จากการควบคุมพฤติกรรมและการตัดสินใจทางเพศของตน ผู้ชายสามารถกระทำบทบาทเพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ดังนี้คือ ปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนทรรศนะกับคู่ของตนอย่างเปิดเผย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่องมิติทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ผู้ชายควรใช้วิธีคุมกำเนิดสำหรับผู้ชายทั้งวิธีชั่วคราวและถาวร ควรสนับสนุนส่งเสริมสตรีในการพัฒนาสุขภาพของสตรีและบุตร ต่อด้านการทารุณกรรมสตรี ฆจัดความรุนแรงในครอบครัว และปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสตรี ตามความเชื่อหรือวัฒนธรรมดั้งเดิม ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศ โดยปฏิบัติต่อบุตรชายหญิงให้เท่าเทียมกัน รวมทั้งดูแล

รักษาและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่จะเกิดกับตนเองและภรรยา ทั้งที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอาการและไม่มีอาการ (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542)

โดยธรรมชาติทางสรีรวิทยาผู้หญิงจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าผู้ชาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเป็นหมันและมะเร็งปากมดลูก นอกเหนือไปจากธรรมชาติทางสรีรวิทยาแล้ว สุขภาพของผู้หญิงยังถูกควบคุมกำกับโดยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เช่น ผู้หญิงมีความเป็นอิสระในตัวตน (personal autonomy) และมีอำนาจในการต่อรองน้อยกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย และคุกคามทางเพศได้ง่าย ในครอบครัวบุตรหญิงจะได้รับการเลี้ยงดูและได้รับการศึกษาแตกต่างไปจากบุตรชาย ผู้หญิงจะได้รับการคาดหวังให้ทำหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลเด็กและคนชรา ในขณะที่ผู้ชายจะทำหน้าที่ผู้นำครอบครัว จัดหาทรัพยากรและตัดสินใจในการบริหารจัดการ ผู้หญิงทุกคนต้องมีสิทธิที่จะมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ได้แก่ มีการคุมกำเนิดที่ปลอดภัย และได้ผลดี มีความเข้าใจและมีความสุขสนุกสนานในการมีเพศสัมพันธ์ ปราศจากโรค ความพิการ ความตายที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์ การให้กำเนิดบุตรและการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดี การมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกสุขลักษณะจึงประกอบด้วย การป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการเกิดอันตรายและความรุนแรง มีความสามารถในการควบคุมการมีเพศสัมพันธ์ มีความสนุกเพลิดเพลิน และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ (Dixon-Mueller, 1993) เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 1986 อ้างในเอื้อมพร ทองกระจาย, 2542) ที่ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพทางเพศ (sexual health) ครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้คือ 1) ศักยภาพในการสนองตอบต่อความพึงพอใจทางเพศ และในขณะเดียวกันก็สามารถควบคุมพฤติกรรมทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของตน โดยคำนึงถึงจริยธรรมแห่งตนและสังคม 2) การปราศจากความกลัว ความอับอาย ความรู้สึกผิด ความเชื่อที่ผิดและปัจจัยทางจิตใจที่กีดกันปฏิกิริยาตอบสนองทางเพศที่จะนำไปสู่สัมพันธ์ภาพทางเพศที่ไม่พึงประสงค์

แต่การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ (70%) เคยมีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้แก่ มีตกขาวกลิ่นเหม็น สีผิดปกติ คันช่องคลอด มีแผลและผื่นแดง คันบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เจ็บมดลูก มดลูกอักเสบ ปวดท้องน้อย ปวดช่องคลอดและมดลูกขณะมีเพศสัมพันธ์ ผู้หญิงกลุ่มนี้เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์เช่นนี้ มาจากการทำงานหนัก ไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย ไม่ได้ใช้ไฟหลังคลอดและติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อมีปัญหาสุขภาพดังกล่าว ผู้หญิงจะพยายามรักษาตนเองโดยซื้อยาจากร้านขายยา ไปคลินิก ถ้ามีอาการมากขึ้นจึงไปโรงพยาบาล ผู้หญิงจะรู้สึกว่าเป็นเรื่องน่าอายเมื่อมีปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์เหล่านี้เพราะเชื่อว่าสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสของสามีหรือภรรยาและการไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้หญิงมักไม่กล้าบอกสามีเพราะกลัวว่าสามีจะไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น การงดมีเพศสัมพันธ์กับสามีก็จะทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ผู้หญิงจึงต้องยอมมีเพศสัมพันธ์กับสามีทั้งที่มีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีอาการผิดปกติอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ และยังได้รับความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์อีกด้วย (Boonmongkon et al., 1998)

3. ระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจะรู้สึกช็อค และมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ตามมาอีกมากมายได้แก่ มีความรู้สึกกลัว กังวล วิตกกังวล ซึมเศร้า เศร้าโศก เสียใจ ไม่สบายใจ คิดหมกมุ่น แยกตัวเอง โดดเดี่ยวเดียวดาย รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ถูกกลั่นแกล้ง ถูกพิพากษาตัดสิน ชมชื่น กลัวอย่างรุนแรง อึดอัดคับข้องใจ รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองสกปรกน่าขยะแขยง สูญเสียเอกลักษณ์ของความเป็นเพศหญิง มีภาวะอารมณ์ทุกข์โศก รวมทั้งมีความรู้สึกคลอนแคลนไม่มั่นใจ (Gale and Charrtte, 1994; Krause, 1991; McCray, 1994; Olliler, 1988) โดยเฉพาะความกลัวของผู้ป่วยมะเร็งจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความไม่สุขสบายต่างๆ

กลั้วการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์และแผนการต่างๆ ที่ได้วางไว้ในอนาคต รวมทั้งกลั้วการสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ ได้แก่ ความสมดุทธ์ทางอารมณ์ การกระทำบทบาทหน้าที่ในสังคม รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่กำลังกระทำอยู่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมใหม่ (Groenwald et al., 1992) ความรู้สึกเช่นนี้จะคงอยู่กับผู้ป่วยตลอดไปดังที่มอนทาซาลี (Montazeri, 1996) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีความรู้สึกช็อคกับการวินิจฉัยโรคจนถึง 6 เดือน หลังจากนั้นความรู้สึกนี้จะลดลงแต่ไม่เคยจางหายไปเลย และผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอยู่ตลอดเวลาเช่น การถูกจำกัดกิจกรรม ความชรา พฤติกรรมของบุคคลอื่น การกลัวความตาย กลั้วมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ความเจ็บป่วย การไม่มีบุตร ขาดพลังกำลัง ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี สูญเสียความสัมพันธ์ทางเพศ มีความเครียด ความกังวล มีอาการข้างเคียงจากการรักษาและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Dow et al., 1999)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างชัดเจน เป็นภาวะอารมณ์ที่พบเสมอในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมักไม่ทราบว่าจะตนเองเจ็บป่วยแค่ไหน ร้ายแรงเพียงใด การรักษาที่ได้รับจะช่วยให้หายจากโรคมะเร็งได้หรือไม่ หรือทำให้มีอายุอยู่ได้นานเท่าไร และโรคมะเร็งจะแพร่กระจายหรือไม่ (Burns, 1982) ซึ่งบางครั้งข้อมูลเหล่านี้แพทย์ผู้ทำการรักษาก็ไม่สามารถยืนยันกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากความไม่แน่นอนของโรคมะเร็งเอง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรง อาจจะรักษาไม่หายและต้องเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ประกอบกับภายหลังรับรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีอาการข้างเคียงของรังสีรักษาอย่างหนึ่งคือ ช่องคลอดตีบแคบ หดสั้น เสียความยืดหยุ่น มีน้ำหล่อลื่นน้อยลง ทำให้ได้รับความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Wilmoth and Spinelli, 2000) จึงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกภายหลังได้รับรังสีรักษามักจะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งจะมีความรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถดึงดูดความสนใจจากสามีได้ ไม่มีความต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์ และคิดว่าตนไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เพราะ "เป็นคนป่วย"

และการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายเกินกว่าที่จะพูดถึงปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเอง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าสามีอาจไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับตนเอง ในขณะที่สามีก็จะรู้สึกว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยเกินกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ และจะรู้สึกผิดถ้าต้องมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เจ็บป่วยและกำลังได้รับการรักษา (Shell, 1994)

ระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจึงมีผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยและสามีดังนี้คือ ในด้านบทบาทหญิงชายการเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายหลายครั้ง คือเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกก็ต้องเปลี่ยนบทบาทรับบทบาทผู้ป่วย ทำให้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก็อาจจะไม่ยอมถอดออกจากบทบาทผู้ป่วย เพราะยังมีอาการข้างเคียงของรังสีรักษาและเชื่อว่าโรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง อาจจะไม่หาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมตามที่ได้กล่าวมา ทำให้มิติทางเพศเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามียังมีน้อย รายงานวิจัยส่วนมากศึกษาเกี่ยวกับมิติทางเพศของผู้ป่วยเท่านั้น จึงขาดองค์ความรู้ด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของสามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งในขณะรับรังสีรักษาและหลังรับรังสีรักษามีปัญหาด้านมิติทางเพศ คือ สโคเวอร์และคณะ (Scover et al., 1989) ศึกษาความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ การกระทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศ ความสุขในชีวิตสมรส และภาวะตั้งเครียดทางอารมณ์ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก 61 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอย่างเดียว หรือรังสีรักษา ร่วมกับการผ่าตัด ศึกษาติดตามผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นการรักษาในเดือนที่ 6 และ 12 พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ถึงจุดสุดยอดและมีจำนวนครั้งของการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองตามปกติ ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กับสามีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะ

เวลา 1 ปี สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด คือมีความต้องการทางเพศลดลง และมีความตื่นตัวที่จะมีเพศสัมพันธ์ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของเจนกินส์ (Jenkins, 1988 cited by Mitchell, 1997) ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจำนวน 27 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 67 ได้รับความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 60 รู้สึกว่าช่องคลอดแห้งและร้อยละ 53 รู้สึกว่าช่องคลอดตีบแคบและตื้นขึ้น

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย วรวรรณ เหนือคลอง (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วย 51 ราย พบว่าผู้ป่วยเข้าใจว่า หลังการรักษาไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้อีกต่อไป ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับสามีแม้ว่าจะหายดีแล้วก็ตาม เพราะกลัวการกลับเป็นซ้ำ คิดว่าต้องเลิกกับสามี ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยคือสามีเชื่อว่าหลังรักษาแล้วภรรยา也不能มีเพศสัมพันธ์ได้ สามีต้องการหย่าเมื่อทราบว่าภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก สามีต้องการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้วิธีอื่นแต่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อสามีมากและต้องการให้สามีไปมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง (2542) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา จำนวน 14 ราย ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า เพศสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ตามปกติ เนื่องจากมีความต้องการทางเพศลดลง ไม่มั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์และได้รับความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ การไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ไม่สบายใจ เสียใจ คิดมาก รู้สึกว่าตัวเองบกพร่องในการกระทำบทบาทหน้าที่ของภรรยา สงสารสามี กลัวสามีมีภรรยาใหม่ กลัวครอบครัวแตกแยกและมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับสามี ซึ่งอาจจะทำให้ครอบครัวแตกแยกได้

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าบทบาทหญิงชายที่เหลื่อมล้ำกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย จะส่งผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์และมิติทางเพศของผู้หญิง โดยเฉพาะเมื่อภรรยาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี และเป็นโรคร้ายแรงตามความเชื่อของผู้ป่วยและสามี จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของทั้งผู้ป่วยและสามี

1.5 กรอบทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1967 cited by Pender, 1996) เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีกรอบแนวคิดโดยย่อดังนี้ คือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในด้านการปกป้องสุขภาพของตนเอง จะต้องมียุปัจจัยหลายด้านที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลในด้านความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรค การได้รับข่าวสารจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทำให้บุคคลรับรู้การคุกคามของโรค และก่อนที่จะมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพของตนเอง บุคคลจะต้องประเมินประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อน ถ้าประเมินว่าการมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาจะมีอาการข้างเคียงของรังสีรักษาอย่างหนึ่งคือ ช่องคลอดตีบแคบทำให้ได้รับความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้โรคมะเร็งปากมดลูกลุกลามมากขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ จึงกระทำพฤติกรรมปกป้องสุขภาพตนเองด้วยการป่วยเป็ยงหรือปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายในด้านบทบาททางเพศ การตัดสินใจตามบทบาทหญิงชาย ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ และมิติทางเพศในด้านพฤติกรรมทางเพศและทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์

4. การรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน
5. การรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรค มะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน
6. การรับรู้บทบาทหญิงชายของสามีก่อนการวินิจฉัยโรค มะเร็งเรื้อรังปากมดลูก และหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน
7. การรับรู้มิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรค มะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน
8. การรับรู้มิติทางเพศของสามีก่อนการวินิจฉัยโรค มะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

1.8 นิยามศัพท์

บทบาทหญิงชาย หมายถึง บทบาททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและสามีที่ได้รับการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด ประกอบด้วยบทบาททางเพศด้านเศรษฐกิจ การเจริญพันธุ์และการทำงานบ้าน

การตัดสินใจตามบทบาทหญิงชาย หมายถึง การตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและสามีในการที่จะกระทำบทบาททางเพศด้านเศรษฐกิจการเจริญพันธุ์และการทำงานบ้าน

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ หมายถึง การมีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและสามีในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนอำนาจการต่อรองเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งหมายถึง สิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่จะเลือกมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามี

พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามีประกอบด้วย ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ กิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความหมายของการมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอดและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามี

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา คือได้รับการฉายแสงและใส่สารกัมมันตรังสีครบตามแผนการรักษาไม่เกิน 1 ปี

2. ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณใช้เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ส่วนระเบียบวิธีเชิงคุณภาพนำมาใช้เพื่อสร้างความเข้าใจระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาและสามี ที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็น ผู้ป่วยที่มีสามี รับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาไม่เกิน 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือใน การทำวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คู่ เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้มีสามีทุกราย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าและแยกทางกับสามี สำหรับผู้ป่วยที่มีสามี พบว่าสามีมักจะไม่ได้มาโรงพยาบาลกับผู้ป่วย จากการพูดคุย

ซักถามผู้ป่วยและสามี ได้ข้อมูลว่าสามีต้องทำงาน การขาดงานทำให้ขาดรายได้ และไม่ต้องการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากผู้ป่วยและสามีไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดสงขลาเท่านั้น แต่กระจายอยู่ทั่วไปในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ ถ้าระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาลไกลมาก จะต้องเสียเวลาในการเดินทางมาตรวจตามนัดครั้งละ 2-3 วันทำให้ขาดรายได้ นอกจากนี้สามียังคิดว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมาโรงพยาบาลกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมารับการตรวจตามนัดทุก 1 เดือนในวันพฤหัสบดีเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินดีให้ข้อมูลและได้รับการพิทักษ์สิทธิเป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งผู้ป่วยและสามีมีลักษณะส่วนบุคคลเหมือนกันคือ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาศัยอยู่ในเขตชนบท ผู้ป่วยประกอบอาชีพทำนาทำสวน ส่วนสามีมีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 4,001-6,000 บาทและ 10,000 บาท ขึ้นไป รายละเอียดในภาคผนวก ก ตารางที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 6 คู่ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีมิติ (dimensional sampling) ตามอายุและเขตที่อยู่อาศัยดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำแนกตามอายุและเขตที่อยู่อาศัย

อายุ/ปี	เขตเมือง		เขตชนบท		รวม
	ผู้ป่วย	สามี	ผู้ป่วย	สามี	
25-35	1	1	1	1	4
36-45	1	1	1	1	4
46-65	1	1	1	1	4

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 8 รายจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 2 รายจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่เหลืออีก 2 รายไม่ได้เรียนหนังสือ 8 ราย

มีอาชีพทำสวนยาง 2 รายทำนา ที่เหลืออีก 2 รายรับราชการเป็นครู 10 รายนับถือศาสนา พุทธ อีก 2 รายนับถือศาสนาอิสลาม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2 ฉบับ แยกแบบสอบถามของผู้ป่วยและสามี
2. แบบสอบถามบทบาทหญิงชาย เป็นแบบสอบถามที่ใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสามี แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ข้อคำถามด้านบทบาททางเพศ การตัดสินใจตามบทบาทหญิงชาย และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ
3. แบบสอบถามมิติทางเพศ 2 ฉบับ แยกแบบสอบถามของผู้ป่วยและสามี แบ่งเป็น 2 ด้านคือ พฤติกรรมทางเพศและทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์
4. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แบบสอบถามทั้งหมดผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เมื่อได้แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษาและสามี จำนวน 4 คู่ หลังจากนั้นได้ปรับแบบสอบถามตามข้อสังเกตที่ได้จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ เสร็จเรียบร้อยแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยใช้สถิติที (T-test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (content analysis)

คะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายแบ่งตามผู้กระทำบทบาทหญิงชายได้แก่ สามี ภรรยาและทั้งสามีและภรรยา มีค่าคะแนน 1-3 ให้ค่าคะแนนตามการรับรู้บทบาทหญิงชายในบริบทของสังคมไทย ค่าคะแนน 1 หมายถึงเป็นผู้มีอำนาจกระทำบทบาทหลัก ตัดสินใจหลัก และเป็นผู้มีอำนาจกระทำน้อยที่สุด ค่าคะแนน 2 หมายถึง เป็นผู้มีอำนาจกระทำบทบาทหลัก ตัดสินใจหลักและเป็นผู้มีอำนาจกระทำปานกลาง ค่าคะแนน 3 หมายถึง เป็นผู้มีอำนาจกระทำบทบาทหลัก ตัดสินใจหลักและเป็นผู้มีอำนาจกระทำมากที่สุด

คะแนนการรับรู้มิติทางเพศ มีค่าคะแนน 0-1 ค่าคะแนน 0 หมายถึงมีพฤติกรรมทางเพศหรือทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ค่าคะแนน 1 หมายถึงมีพฤติกรรมทางเพศหรือทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์เหมาะสม

3. ผลการวิจัย

3.1 การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งมดลูกและสามี ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งมดลูกและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาดังนี้คือ

การรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาท หญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีก่อนการ วินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้มิติ ทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้น การรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้มิติทาง เพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา (n = 97)

การรับรู้	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก		สามี		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านบทบาทหญิงชาย						
ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก	2.17	.22	2.20	.20	-1.152	.358
หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา	2.09	.31	2.17	.25	-1.865	.150
ด้านมิติทางเพศ						
ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก	.78	.11	.81	.11	-1.803	.681
หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา	.70	.17	.77	.15	-3.029	.218

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีระหว่างก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา

การรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้บทบาทหญิงชายของสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายของสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้

บทบาทหญิงชายของสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้มิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้มิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้มิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้มิติทางเพศของสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้มิติทางเพศของสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้มิติทางเพศของสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ระหว่างก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา (n=97)

การรับรู้	ก่อนได้รับการวินิจฉัย		หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านบทบาทหญิงชาย						
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	2.17	.22	2.09	.31	3.347	.001
สามี	2.20	.20	2.17	.25	2.357	.020
ด้านมิติทางเพศ						
ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	.78	.11	.70	.17	6.480	.000
สามี	.81	.11	.77	.15	3.472	.001

การที่ผู้ป่วยและสามีมีการรับรู้บทบาทหญิงชายไม่แตกต่างกัน ทั้งในขณะก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา เนื่องจากบทบาทหญิงชายเป็นบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้หญิงและผู้ชาย ที่ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด เป็นกระบวนการที่มีการสั่งสมต่อเนื่อง ดังนั้นผู้หญิงและผู้ชายต่างก็รู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และของเพศตรงข้ามเป็นอย่างดี การรับรู้บทบาทหญิงชายจึงไม่แตกต่างกัน และบทบาทหญิงชายมีการผันแปรอยู่ตลอดเวลา คือผันแปรตามสภาพท้องที่ สภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไปและผันแปรตามวัยหรือขั้นตอนของชีวิตของแต่ละบุคคล (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์, 2542) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนับเป็นเหตุการณ์ที่ผันแปรตามวัยหรือขั้นตอนของชีวิต ที่มีผลกระทบต่อกรรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยและสามีโดยตรง ทั้งผู้ป่วยและสามีจึงมีการรับรู้บทบาทหญิงชายที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้บทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยและสามีหลังเสร็จสิ้นการรักษาจึงไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชายในระหว่างก่อนรับการวินิจฉัยโรค มะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาทั้งของผู้ป่วยและสามีพบว่าแตกต่างกัน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยและสามีโดยตรง ผู้ป่วยจึงรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายของตนเอง อันได้แก่บทบาททางเพศ การตัดสินใจตามบทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ ในด้านบทบาททางเพศหลังเสร็จสิ้นการรักษาผู้ป่วยก็ยังรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ เพราะไม่ทราบว่าการรักษาที่ได้รับจะทำให้หายขาดจากโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ โรคจะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาอีกหรือไม่ จึงไม่ยอมถอยออกจากบทบาทผู้ป่วย เมื่อยังสวมบทบาทผู้ป่วยอยู่ก็ไม่สามารถกระทำบทบาททางเพศได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป รวมทั้งมีความกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้รับความเจ็บปวดแล้ว ยังอาจทำให้โรคมะเร็งปากมดลูกลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ได้ จึงไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับสามี การตัดสินใจตามบทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศจึงเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้บทบาทหญิงชายก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการรับรู้บทบาทหญิงชายของสามีที่ต่างกัน เนื่องจากการกระทำบทบาทหญิงชายของผู้ป่วยและสามีจะถูกแบ่งแยกกันตามการรับรู้บทบาทหญิงชาย หลังรับการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถถอยออกจากบทบาทผู้ป่วย เนื่องจากอาจจะยังรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า และที่สำคัญคือผู้ป่วยรับรู้ว่ามี มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรง อาจจะรักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยกระทำบทบาทหญิงชายได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่นการทำงานบ้านจำเป็นต้องให้สามีหรือบุคคลอื่นในครอบครัวช่วยเหลือบ้าง การต่อรองทางเพศก็เพิ่มขึ้น ทำให้สามีมีการรับรู้บทบาทหญิงชายของตนเองแตกต่างกันในระหว่างก่อนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา

ผู้ป่วยและสามีมีการรับรู้บทบาทหญิงชาย ทั้งก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาคล้ายคลึงกัน บทบาทหญิงชายด้านบทบาททางเพศที่ผู้ป่วยและสามีมีความคิดเห็นตรงกันคือ ผู้ป่วยมีหน้าที่กระทำบทบาทหลักได้แก่ การสะสมเงิน ดูแล

รายรับรายจ่ายของครอบครัว การคุมกำเนิด ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า หุงหาอาหาร สามีกระทำบทบาทหลักคือการซ่อมแซมบ้าน บทบาทที่ผู้ป่วยและสามีมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป็นบทบาทที่ต้องกระทำร่วมกันคือการหาเงินเลี้ยงดูครอบครัว ซื้อของเครื่องใช้เข้าบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัว ในด้านการตัดสินใจตามบทบาทหญิงชายผู้ป่วยและสามีมีความคิดเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการคุมกำเนิด บทบาทที่ต้องตัดสินใจร่วมกันคือการเลือกโรงเรียนให้ลูก การกำหนดระดับการศึกษาให้ลูกและการรักษาพยาบาลบุคคลในครอบครัว ส่วนการตัดสินใจที่จะเลือกที่อยู่อาศัยผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องตัดสินใจร่วมกัน ในขณะที่สามีมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้ป่วยคือรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการเลือกที่อยู่อาศัย ในด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะพบว่าผู้ป่วยและสามีมีการรับรู้ตรงกันคือผู้ป่วยเป็นฝ่ายหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับสามี สามีเป็นฝ่ายเริ่มต้นการมีเพศสัมพันธ์และป้องกันการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนการกำหนดจำนวนบุตรและการแก้ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว เป็นบทบาทที่ผู้ป่วยและสามีมีอำนาจที่จะกระทำและตัดสินใจร่วมกัน รายละเอียดในภาคผนวก ก ตารางที่ 4, 5, 6 และ 7

ในด้านการรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยและสามีก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยและสามีไม่มีปัญหาด้านมิติทางเพศ ต่างคนต่างเรียนรู้ซึ่งกันและกันและสามารถกระทำบทบาททางเพศของผู้หญิงและผู้ชายตามบริบทของสังคมไทยได้เป็นอย่างดี ภายหลังจากเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาการรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยและสามีก็ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยและสามีมีการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาที่ได้รับมีผลกระทบโดยตรงต่อการมีเพศสัมพันธ์ สามีก็อาจจะรู้สึกว่าคุณป่วยเจ็บป่วยเกินกว่าจะมีเพศสัมพันธ์ได้ และจะรู้สึกผิดถ้าจะต้องมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เจ็บป่วย จึงไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำให้การรับรู้มิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยและสามีหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แต่การรับรู้มิติทางเพศระหว่างก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาของทั้งผู้ป่วยและสามีแตกต่าง

กัน เนื่องจากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกและการรักษา มีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้มิติทางเพศทั้งของผู้ป่วยและสามี ทั้งด้านพฤติกรรมทางเพศและทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ คือผู้ป่วยไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์หรือมีความต้องการทางเพศลดลง นอกจากความกลัวการเจ็บช่องคลอดและการมีเลือดออกทางช่องคลอด กลัวโรคมะเร็งลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ ยังเกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษาคือมีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เจ็บปวด มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ต้องพึ่งพาผู้อื่น โกรธ มีความเครียดและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง (Dow, 1992; Dudas 1993) ทั้งผู้ป่วยและสามีจึงมีการรับรู้มิติทางเพศในระหว่างก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกัน

ผู้ป่วยและสามีส่วนใหญ่มีการรับรู้มิติทางเพศในด้านทัศนคติทางเพศทั้งก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาตรงกันคือ การมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับชีวิตการแต่งงาน ผู้หญิงควรพูดเรื่องเพศสัมพันธ์กับสามี และการมีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรสเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์ที่ให้ความสุขที่สุดต้องถึงจุดสุดยอดทุกครั้ง แต่หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาผู้ป่วยรับรู้ว่าการถึงจุดสุดยอดควรมีบ้างเป็นบางครั้งก็พอ ในด้านพฤติกรรมทางเพศผู้ป่วยและสามีมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยเดือนละ 1-3 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรส ส่วนสามีผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรส แต่หลังผู้ป่วยเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาสามีไม่มีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรส ผู้ป่วยได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์และถึงจุดสุดยอดเป็นบางครั้งในขณะที่สามีมีความสุขและถึงจุดสุดยอดทุกครั้ง ก่อนรับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหรือเชิงการมีเพศสัมพันธ์กับสามีบ้างและเป็นมากขึ้นหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา ส่วนสามีไม่รู้สึغبื่อหรือเชิงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยและสามีมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยไม่มีวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เต็มใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามีเป็นบางครั้ง ไม่เคยเป็นฝ่ายเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ แต่เป็นฝ่ายปฏิเสธการมีเพศ

สัมพันธ์กับสามี สามีส่วนใหญ่รับรู้จากการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์และถึงจุดสุดยอดเป็นบางครั้ง ก่อนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกสามีไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาสามีใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น สาเหตุที่สามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการหรือหญิงอื่นคือชอบความสนุกตื่นเต้น รายละเอียดในภาคผนวก ก ตาราง 8

3.2 ระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและวิถีทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

1. ระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

บทบาทของผู้หญิง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและสามีกล่าวถึง **บทบาททางเพศของผู้หญิง** ด้านตรงกันคือ 1) บทบาทการเป็นแม่บ้าน ได้แก่การทำหน้าที่ ซักผ้า รีดผ้า ทำกับข้าว ล้างจาน ถูบ้าน กวาดบ้าน ซื้อของให้เข้าบ้านดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกทุกคนในบ้าน ดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน และในสภาวะของสังคมปัจจุบันผู้ป่วยต้องทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยสามีหาเงินมาจุนเจือครอบครัวอีกด้วย 2) บทบาทการเป็นแม่ของลูก ได้แก่การทำหน้าที่อบรมสั่งสอนลูกให้เป็นคนดี ดูแลเรื่องความเป็นอยู่และการศึกษาเล่าเรียน 3) บทบาทการเป็นภรรยา มีบทบาทหลักคือ เป็นผู้ให้ความสุขในการมีเพศสัมพันธ์กับสามี การเป็นภรรยาที่ดีต้องยอมให้สามีมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งที่สามีต้องการ ไม่ปฏิเสธสามี ไม่ขัดใจสามี และต้องเป็นผู้มีความประพฤติดี คือไม่เที่ยวเตร่นอกบ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้กล่าวถึงบทบาททางเพศของเพศหญิงอีกประการหนึ่งคือ **การเป็นผู้ดูแลบุพการี**

บทบาทของผู้ชาย

สำหรับบทบาททางเพศของผู้ชาย ผู้ป่วยและสามี กล่าวถึงบทบาททางเพศของผู้ชายเหมือนกัน 3 ด้าน คือ 1) บทบาทการเป็นพ่อบ้าน มีบทบาทหลักในการเป็นผู้หาเงินเลี้ยงดูครอบครัว เป็นผู้นำครอบครัว ทำงานบ้านที่ต้องใช้แรงงานมากได้แก่ ซ่อมแซมบ้าน แยกหามหรือยกของหนักๆ เช่น ตักน้ำจากบ่อน้ำ และเป็นผู้ดูแลซ่อมแซมเครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้าน ถ้าซ่อมเองไม่ได้ก็มีหน้าที่ยกไปให้ช่างซ่อม 2) บทบาทการเป็นพ่อของลูก ได้แก่ การทำหน้าที่ส่งเสริมให้ลูกเรียนหนังสือ อบรมสั่งสอนและเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ลูก และ 3) บทบาทการเป็นสามี คือ ต้องมีความซื่อสัตย์ไม่นอกใจภรรยา เมื่อภรรยาทำผิดต้องช่วยเหลือไม่ซ้ำเติม ไม่ทุบตีและไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา

การตัดสินใจ

บทบาททางเพศของเพศชายและเพศหญิงจะมีผลต่อการตัดสินใจตามบทบาทหญิงชายของผู้ป่วยและสามีคือ ผู้ที่กระทำบทบาททางเพศเป็นหลักจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ โดยลำพัง ผู้ป่วยจะมีอำนาจในการตัดสินใจใช้เงินเกี่ยวกับชีวิตประจำวันในครอบครัว เช่น ค่ากับข้าว ของใช้เล็กๆ น้อยๆ สามีก็จะตัดสินใจเรื่อง การซ่อมแซมบ้าน การดูแลซ่อมแซมเครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้าน เรื่องที่ผู้ป่วยและสามีจะพูดคุยปรึกษาและตัดสินใจร่วมกันมีอยู่ 3 เรื่องคือ 1) เรื่องลูก ได้แก่ การเรียนของลูก จะให้ลูกเรียนอะไร เรียนแค่ไหน 2) เรื่องเศรษฐกิจในบ้าน ได้แก่ การหาเงินเข้าบ้าน การสร้างฐานะ ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การสร้างบ้าน การเก็บเงิน การทำงานและค่าใช้จ่ายภายในบ้าน และ 3) การรักษาพยาบาลเมื่อภรรยาป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากผู้ป่วยและสามีได้รับข้อมูลจากญาติและเพื่อนๆ ว่าไม่ควรมาฉายแสงเพราะการฉายแสงจะทำให้เสียชีวิต จึงเกิดความลังเลและเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ซึ่งมีผลกระทบทั้งผู้ป่วยและสามี ผู้ป่วยและสามีจึงตัดสินใจร่วมกัน และมารับการฉายแสงและใส่แร่ตามแผนการรักษา สอดคล้องกับบทบาททางเพศและการตัดสินใจตามบทบาทหญิงชายที่ได้จากการศึกษาในบริบทของสังคมไทยของ พิมพวัลย์ บุญมงคล (2542) และนภาพร ชโยวรรณ และคณะ (Chayovan et al., 1996) แสดงให้เห็นถึงลักษณะของสังคมไทยที่มีลักษณะปิตาธิปไตย คือ

ชายเป็นใหญ่ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว ผู้หญิงทำหน้าที่ดูแลอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากวิถีพุทธผสมพราหมณ์ที่แยกความสำคัญของชายหญิงอย่างชัดเจน เช่นบุตรชายเท่านั้นที่จะทำหน้าที่สืบต่อพระพุทธศาสนาโดยการบวช และบุตรสาวทำหน้าที่ทำนุบำรุง พระพุทธศาสนา เพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอกว่าจึงถูกกำหนดให้อยู่ในบทบาทของการบริการอบรมเลี้ยงดูมากกว่าการเป็นผู้นำ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย (อมรา สุนทรธาดา, 2542)

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ พบว่าการปรับตัวในด้านความสัมพันธ์อันสามีภรรยาจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและเหตุการณ์ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสามีหรือภรรยา หลังแต่งงานในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่กล้าพูดเรื่องเพศกับสามี เพราะคิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอาย ผู้หญิงไม่ควรพูดเรื่องเพศ รู้สึกอายที่จะพูด การพูดเรื่องเพศจะทำให้สามีคิดว่าเป็นผู้หญิงที่มีความต้องการทางเพศมาก แต่เมื่อใช้ชีวิตคู่ไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกล้าพูดเรื่องเพศกับสามี เพราะเป็นการสื่อให้สามีทราบว่าภรรยาชอบแบบไหน ไม่ชอบแบบไหน การพูดเรื่องเพศยังเป็นการเอาอกเอาใจสามี ผูกมัดใจสามี จะได้มีความเข้าใจกัน เป็นการช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาดีขึ้น สามีจะได้มีความสุข มีชีวิตชีวามากขึ้น ในด้านการต่อรื่องทางเพศพบว่าผู้ป่วยไม่มีอำนาจการต่อรื่องทางเพศ เห็นได้จากการที่สามีมีความต้องการทางเพศมากกว่าผู้ป่วยและเป็นฝ่ายเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์เกือบทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์สามีต้องถึงจุดสุดยอดทุกครั้ง ส่วนผู้ป่วยไม่เคยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีและไม่ต้องถึงจุดสุดยอดก็พอใจ เพราะได้ทำหน้าที่ภรรยาที่ดี คือทำให้สามีมีความสุข ไม่เคยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี สามีไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ไม่มีวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา

หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีความกลัว ความวิตกกังวล ทุกข์ใจ คิดมาก ไม่มีความสุข กังวลไปต่างๆ นานา เช่น รักษาแล้วจะหายหรือไม่ โรคมะเร็งปากมดลูก

จะกลับเป็นซ้ำขึ้นมาอีกหรือไม่ จะตายเมื่อไร จะมีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่ สามีจะว่าอย่างไร ถ้าไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วย สามีจะโกรธหรือไม่ สามีจะมีภรรยาใหม่หรือไม่ ถ้าตายไปแล้ว ลูกๆ จะอยู่อย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ มีเพียงผู้ป่วยรายหนึ่งอายุ 40 ปี อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกน่าจะมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์แต่ก็ไม่แน่ใจนัก เพราะมารดาของตนเองมีลูกถึง 6 คนก็ไม่ได้เป็นโรคนี้ ผู้ป่วยเชื่อว่าในอดีตโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่น่ากลัวมากเป็นแล้วรักษาไม่หายและอาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการฉายแสงจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นโรคที่ไม่น่ากลัวมาก เพราะมีคนเป็นมาก เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ว่าจะไม่ค่อยเชื่อมั่นในวิธีการรักษาด้วยการฉายแสงและใส่แร่เท่าไรก็ตาม สาเหตุที่ผู้ป่วยและสามีไม่ค่อยมีความเชื่อมั่นในวิธีการรักษาด้วยการฉายแสงและการใส่แร่ เป็นเพราะได้รับข้อมูลจากญาติพี่น้องและเพื่อนๆ เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีนี้ในทางลบ เช่นการฉายแสงจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับการรักษาเมื่อมีอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว แสดงว่าโรคมะเร็งอยู่ในระยะหลังหรือระยะลุกลาม การฉายแสงและการใส่แร่เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น ประชาชนโดยทั่วไปจึงมีทัศนคติว่าการฉายแสงและการใส่แร่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

หลังรับการรักษาด้วยวิธีการฉายแสงและใส่แร่ครบตามแผนการรักษาแล้ว ผู้ป่วยและสามีส่วนใหญ่มั่นใจว่าต้องหายขาดจากโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและจากผู้ป่วยด้วยกัน ในขณะที่ผู้ป่วยและสามีบางรายเชื่อว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายเชื่อว่าถึงแม้จะรักษาหายแล้วโรคมะเร็งปากมดลูกก็อาจกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ได้ เนื่องจากได้รับข้อมูลจากเพื่อนๆ ว่าโรคจะกลับเป็นซ้ำได้ ทำให้ไม่สบายใจ คิดมากและคิดฟุ้งซ่าน

บทบาททางเพศที่เปลี่ยนแปลง

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลให้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกเปลี่ยนแปลงไป ในด้านการกระทำบทบาททางเพศของเพศหญิง สามี ประเมินว่า ผู้ป่วยกระทำบทบาททางเพศของหญิงไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะบทบาทการเป็น ภรรยา เพราะผู้ป่วยมักจะปฏิเสธหรือบ่ายเบี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี ดังที่สามีอายุ 42 ปี เขตเมือง กล่าวไว้ว่า "คิดว่าทำหน้าที่ภรรยาได้ 95 เปอร์เซ็นต์นะ เพราะหลังป่วยมีบ้างที่ บทพร่องในหน้าที่ คงเป็นเพราะกลัวเจ็บ กังวล ไม่มีอารมณ์ร่วม แต่ก็เข้าใจและสงสารเมีย เพิ่มขึ้น" เช่นเดียวกับสามีอายุ 40 ปี ในเขตชนบทที่ให้ข้อมูลว่า "ก็พอใจแต่ไม่ทั้งหมด บางที เมียก็ไม่ยอมนอนด้วยเพราะเมียกลัวเจ็บ กลัวเป็นโรคนี้ซ้ำ ใหม่ๆ ที่พยาบาลบอกว่าหลังใส่แร่ 2-3 เดือน ก็ให้หลับนอนได้ตามปกติจะเป็นการดีกว่าไม่นอน มีฉะนั้นช่องคลอดอาจตีบตันได้ ความสัมพันธ์ฉันผัวเมียก็จะไม่ดีด้วย "

ในขณะที่ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง สามียังคงมีความต้องการทาง เพศ เท่าเดิม ผู้ป่วยจึงต้องการให้สามีปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นสามี คืออยากให้สามีลด ความต้องการทางเพศลง เพราะไม่ต้องการให้สามีไปมีภรรยาใหม่ กลัวครอบครัวแตกแยก ทำให้ลูกๆ ได้รับผลกระทบด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่พึงพอใจการกระทำบทบาททางเพศใน ด้านบทบาทการเป็นพ่อบ้านของสามีเท่าที่ควร ผู้ป่วยต้องการให้สามีช่วยทำงานบ้านแทนบ้าง เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีโดยทั่วไปคือ เมื่อป่วยเป็นมะเร็งก็ต้องการให้สามี หรือบุคคลในครอบครัวช่วยทำงานบ้านแทนบ้าง (Lowdermilk and Germino, 2000) แต่ สามีไม่ช่วยหรือช่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยไม่ได้โกรธเคืองสามีแต่อย่างใด เพราะมี ลูกๆ ช่วยทำงานบ้านแทน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยอมรับได้เพราะไม่คิดว่างานบ้านเป็นบทบาท หน้าที่ของสามี โชคดีที่ผู้ป่วยมีลูกๆ ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือก็ คงเกิดภาวะเครียดดังจะเห็นได้จากการศึกษาของเบริด (Bird, 1999) ที่พบว่าผู้ชายทำงาน บ้านน้อยกว่าผู้หญิงและการแบ่งงานบ้านที่ไม่เท่าเทียมกันก่อให้เกิดภาวะเครียดกับผู้หญิง มากกว่าปริมาณของงานบ้าน

ผลกระทบต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจตามบทบาทหญิงชายแต่มีผลกระทบโดยตรงต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศคือ หลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยมีพฤติกรรมการต่อรองทางเพศมากขึ้น ผู้ป่วยกล้าที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี เพราะการมีเพศสัมพันธ์ทำให้เจ็บช่องคลอด กลัวว่าจะมีเลือดออกจากช่องคลอด กังวลว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้โรคมะเร็งปากมดลูกกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ ทำให้ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยบอกว่าการปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามีเป็นสิทธิส่วนบุคคล ผู้ป่วยก็เป็นคนเช่นเดียวกับสามี ดังนั้นควรมีสิทธิในการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำอะไรก็ได้ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการต่อรองทางเพศดังนี้คือ 1) ปฏิเสธตรงๆ เช่น “วันนี้อย่ายุ่งนะ” “ช่วยตัวเองไปก่อนแล้วกัน” 2) อ้างว่าไม่สบาย เช่น “ปวดหัว” “ปวดท้อง” และ 3) อ้างว่าร่างกายและจิตใจไม่มีความพร้อม เช่น “ง่วงนอน” “เหนื่อย” “ไม่สบายใจ” “คิดถึงลูกๆ” เมื่อถูกปฏิเสธผู้ป่วยบอกว่าสามีจะมีท่าทีหงุดหงิด โมโห นอนกระสับกระส่าย นอนหันหลังให้ผู้ป่วยแล้วหลับไปหรือบางครั้งก็ลุกขึ้นมาเขียนหนังสือ อ่านหนังสือ ส่วนสามีบอกว่าเมื่อถูกปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย สามีจะรู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ป่วย แต่ก็รู้สึกเครียด หงุดหงิด โกรธ โมโห ไม่สบายตัว รู้สึกตัวหนักๆ สามีจะพยายามเล่าโลมผู้ป่วยให้มากขึ้นหรือสำเร็จความใคร่ด้วยเอง บางครั้งก็จะสูบบุหรี่ดื่มเหล้า อ่านหนังสือ พยายามทำงานหนักๆ จะได้หลับสบาย แต่ถ้าถูกผู้ป่วยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นเวลานานๆ ก็จะไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ

การปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามีของผู้ป่วย เป็นพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ ตนเองตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ คือผู้ป่วยเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับสามีไม่มีผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้เจ็บช่องคลอดหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดและกลัวว่าโรคมะเร็งปากมดลูกอาจจะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ เมื่อประเมินว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง จึงกระทำพฤติกรรมนั้น ทั้งๆ ที่ทราบดีว่าการกระทำเช่นนี้อาจจะนำมาซึ่งความรำคาญในครอบครัวได้ ในด้านการกระทำบทบาททางเพศของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป อธิบายตามทฤษฎีบทบาททางสังคมของผู้ป่วยได้ดังนี้คือ หลัง

รับการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีความเชื่อว่าโรคมะเร็งปากมดลูกอาจจะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ได้ จึงไม่ยอมถอดออกจากบทบาทการเป็นผู้ป่วย ในบทบาทการเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกตามความเชื่อของผู้ป่วย บทบาททางเพศในด้านการเป็นภรรยาเป็นบทบาทที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดดังที่กล่าวมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อตรงต่อสามีรวมทั้งความมั่นคงของสถานะความเป็นครอบครัวอีกด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยยังไม่มีอำนาจการต่อรองทางเพศกับสามีเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะกล้าปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี เพื่อปกป้องสุขภาพของตนเอง แต่ผู้ป่วยก็ทราบดีว่าพฤติกรรมปกป้องสุขภาพนี้ ก็อาจจะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามีได้ เพราะผู้ป่วยไม่มีอำนาจการต่อรองเพื่อไม่ให้สามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ ผู้ป่วยบอกว่าถ้ารู้ว่าสามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการจะรู้สึกน้อยใจ เสียใจ พยายามขอร้องสามีไม่ให้ทำเช่นนั้นอีก บางครั้งก็ต้องทำให้เข้าใจและเห็นใจสามี เพราะตัวเองทำหน้าที่ภรรยาได้ไม่ดีพอ สิ่ง que ผู้ป่วยกังวลคือการที่สามีไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เมื่อทราบว่าสามีมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ โดยไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย ผู้ป่วยจะรู้สึกเสียใจมาก กลัวติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามี แต่ก็ไม่ทราบว่าจะป้องกันตนเองอย่างไร วิธีปกป้องสุขภาพของผู้ป่วยคือพยายามมีเพศสัมพันธ์กับสามีให้มากกว่าเดิม เพื่อสามีจะได้ไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการอีก ผู้ป่วยจะห่วงความรู้สึกของสามีรวมทั้งสัมพันธ์ภาพและความปรองดองในครอบครัวมากกว่าสุขภาพของตนเอง แสดงให้เห็นถึงความเป็นเพศรองของผู้หญิงทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านบทบาทหญิงชายระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีอย่างชัดเจน ซึ่งความเหลื่อมล้ำด้านบทบาทหญิงชายนี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อมิติทางเพศของผู้ป่วย

2. ระบบความเชื่อเรื่องโรคมะเร็งและแบบแผนของพฤติกรรมทางเพศที่มีผลกระทบต่อมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

ในวัยเด็กผู้ป่วยและสามีไม่เคยได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาจากบิดามารดา ผู้ป่วยเชื่อว่าการที่บิดา มารดาไม่ได้ให้ความรู้เรื่องนี้เป็นเพราะเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอาย ต้องปกปิด ผู้หญิงไม่ควรรู้เรื่องนี้ ถ้ารู้แล้วอาจนำไปทดลองปฏิบัติทำให้เสียหายได้ บิดามารดาจะเสียชื่อเสียงมากถ้าลูกสาวตั้งท้องก่อนแต่งงาน สำหรับสามีบิดามารดา จะบอกเพียงว่าในขณะที่เรียนหนังสือไม่ควรไปยุ่งกับผู้หญิง เดี่ยวรักกันแล้วผู้หญิงท้องขึ้นมาจะมีเรื่องได้ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าผู้หญิงไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เป็นเรื่องน่าอาย อาจทำให้ตั้งท้องและผู้ชายทิ้งไป ทำให้บิดา มารดาต้องอับอาย เสียชื่อเสียง ขายหน้าถูกชาวบ้านนินทา ถ้ายังเรียนหนังสือก็จะเรียนไม่จบ ผู้หญิงควรเก็บความบริสุทธิ์ไว้ให้สามีในวันแต่งงาน เพื่อให้สามีมีความภาคภูมิใจ ให้ความรัก ไม่ดูถูก และเชื่อว่าความบริสุทธิ์ที่มอบให้สามีจะเป็นเครื่องผูกมัดใจสามีไว้ได้ ถ้าสามีรู้ว่าภรรยาเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นมาก่อน สามีจะไม่พอใจและไม่รัก ความเชื่อนี้ทำให้ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เช่นเดียวกับสามีที่เชื่อว่าผู้หญิงควรมีความบริสุทธิ์ การมีภรรยาที่ไม่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาก่อน จะทำให้สามีมีความภาคภูมิใจมาก เป็นการแสดงถึงความเก่งที่เป็นผู้ชายคนแรกของภรรยา และแสดงว่าภรรยาเป็นคนดี มีความประพฤติเรียบร้อย สามีจะมีความภาคภูมิใจมากที่สุดที่ได้เป็น "ผู้พิชิตความสาวของภรรยา" หรือ "ผู้เปิดบริสุทธิ์"

ในทางตรงกันข้ามทั้งผู้ป่วยและสามีมีความเชื่อว่าผู้ชายควรมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน ผู้ป่วยเชื่อว่าการมีประสบการณ์ทางเพศของสามี จะทำให้สามีมีความชำนาญเชี่ยวชาญ สอนภรรยาได้ ทำให้ภรรยามีความสุข ชอบใจ ตัดใจ และหลังแต่งงานจะได้ไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการอีก ส่วนสามีเชื่อว่าการมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงานเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นการแสดงออกถึงความเป็นลูกผู้ชาย เป็นประสบการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมีศักดิ์ศรีของลูกผู้ชาย สามารถนำประสบการณ์ที่ได้มาใช้กับภรรยา ภรรยาจะได้มีความสุข มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้โดยไม่ติดขัด และทราบว่าภรรยามีความสุขสุดยอดเป็นอย่างไร ภรรยาจะได้ชื่นชมว่าสามีเก่ง มีความสามารถที่จะทำให้ภรรยามีความสุข

ความรู้ด้านเพศศึกษามีได้มาจากการอ่านหนังสือ ดูทีวี ดูวิดีโอ ถ้ามเพื่อน ส่วนประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือหญิงบริการ ความเชื่อเช่นนี้ทำให้สามีมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-18 ปี เคยมีคู่นอนก่อนแต่งงานกับผู้ป่วย 3-15 คน ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย เพราะรู้สึกเกะกะ เหมือนมีอะไรมารัดมา กัดขวาง ใส่แล้วรู้สึกไม่สบาย ไม่มีความสุข เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าในบริบทของสังคมไทย สังคมเปิดโอกาสให้ผู้ชายมีอิสรภาพทางเพศมากกว่าผู้หญิง สังคมยอมให้ผู้ชายมีความรู้เรื่องเพศ มีประสบการณ์เรื่องเพศก่อนและมากกว่าผู้หญิง โดยไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสียชื่อเสียงหรือเป็นตราบาป ส่วนผู้หญิงถูกสอนให้รู้จักรักษาวลสงวนตัว (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกจ์, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษาของฟอร์ดและกิตติสุขสถิตย์ (Ford and Kittisuksathit, 1996) ที่พบว่าผู้ชายที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนร้อยละ 44 และร้อยละ 60 ในกลุ่มที่มีอายุ 21-22 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ จะเห็นได้ว่าความเชื่อเช่นนี้มีผลต่อแบบแผนการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสามี และในที่สุดภรรยาาก็จะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบที่สามีผ่านการมีคู่นอนมาหลายคนโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย ทำให้ผู้หญิงที่แต่งงานด้วยมีความเสี่ยงสูงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามี โดยเฉพาะการเป็นมะเร็งปากมดลูกของภรรยา ก็อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสามี เพราะในปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกจัดเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ทางเพศสัมพันธ์ (Pulnikorn, 1990 cited by Gray and Punpuing, 1999) โดยติดเชื้อไวรัสฮิวแมน พาปิลโลมา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 90 จะติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ร่วมด้วย (Kobayashi et al., 2000)

หลังแต่งงานผู้ป่วยและสามีบอกว่าต้องมีความซื่อสัตย์ต่อกัน ควรอยู่กินกันแบบ "ผัวเดียวเมียเดียว" การมีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรสเป็นเรื่องผิดศีลธรรม ผิดประเพณี เป็นการกระทำที่ออกนอกกลุ่มนอกทาง แต่สามีบอกว่าถ้าภรรยาอนุญาตก็ไม่ใช่ไร หรือในกรณีที่ภรรยาป่วยไม่สบายก็ต้องไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นบ้าง เพราะไม่ต้องการรบกวนภรรยาสาเหตุที่ต้องไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นเพราะการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงให้ความรู้สึก

แตกต่างกับการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองหรือที่เรียกกันว่าชั๊กว่าว คือการมีเพศสัมพันธ์จะรู้สึกมีความสุขมากกว่า มีความรู้สึกที่ดีกว่า เพราะมีการเล้าโลม สามีชอบให้ภรรยาใช้มือจับอวัยวะเพศและสัมผัสเนื้อตัว จะเกิดอารมณ์มากกว่า ส่วนการชั๊กว่าวนั้นต้องมีตัวกระตุ้น ต้องมีสิ่งเร้าใจ หรือที่เรียกว่าต้องมีอารมณ์จ๊ตๆ ต้องใช้แรงมาก แต่ก็ถึงจุดสุดยอดเหมือนกัน

เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและสามี

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับสามีภายหลังแต่งงานขณะที่มีอายุ 18-23 ปี มีคู่นอนเพียงคนเดียวคือสามี มีเพียงผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในเขตเมือง อายุ 52 ปี ที่หย่ากับสามีคนแรกและมีสามีคนที่ 2 เมื่ออายุ 45 ปี ผู้ป่วยมีความต้องการมีเพศสัมพันธ์ประมาณเดือนละ 1-8 ครั้ง ช่วงเวลาที่ต้องการมีเพศสัมพันธ์คือ ช่วงก่อนมีประจำเดือน 2-3 วัน บางครั้งก็เป็นช่วงกลางๆ ของรอบประจำเดือนและเวลาที่สามีเล้าโลม ถูกเนื้อต้องตัว จับแก้ม จับหน้าอก ผู้ป่วยต้องยอมมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งที่สามีต้องการและทำทุกอย่างที่สามีต้องการ เช่นเปลี่ยนท่าในการมีเพศสัมพันธ์ให้เป็นท่าแบบใดก็ได้ตามใจสามี ผู้ป่วยให้ความหมายของการมีเพศสัมพันธ์ว่าเป็นการผูกมัดใจสามี และทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองมีเสน่ห์ดึงดูดใจสามี ส่วนสามีต้องการมีเพศสัมพันธ์ประมาณเดือนละ 3-10 ครั้ง ช่วงเวลาที่ต้องการมีเพศสัมพันธ์คือ เวลาที่สบายใจ เหนื่อย เครียดมากๆ ฝนตก อากาศเย็นหลังดื่มเหล้า ดูหนังสือไป เวลาเห็นภรรยาแต่งตัวสวยๆ และเวลาที่ภรรยาต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วย สามีต้องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยามากที่สุดเพราะรักและเชื่อใจว่าจะไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์อย่างแน่นอน

ก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยและสามีมีความพึงพอใจการมีเพศสัมพันธ์มาก ผู้ป่วยจะมีความสุขสุดยอดทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับสามี สามีก็เช่นกันถึงจุดสุดยอดทุกครั้งและรู้สึกมีความสุขที่ได้มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก ทั้งผู้ป่วยและสามีไม่มีความกลัวความกังวลใดๆ ทำทุกอย่างตามใจซึ่งกันและกัน จะทำท่าไหนก็ได้ ภายหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา สามีมีเพศสัมพันธ์ลดลงเช่นเคยมีเดือนละ 5-6 ครั้ง ก็ลดลงเหลือเดือนละ 1-2 ครั้ง เป็นเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่ช่องคลอด ฝืด แห้ง ไม่ค่อยมีน้ำ

ห่อลิ้น ทำให้เจ็บช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ จึงไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่ค่อยมีอาการมึน เพราะกลัวเจ็บ กังวลใจ ไม่สบายใจ กลัวมีเลือดออกทางช่องคลอด กลัวโรคมะเร็งปากมดลูกกลับมาเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ ความกลัวลักษณะนี้เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะมี แม้แต่ผู้ป่วยที่รักษาได้ผลและสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติก็ยังมีปัญหาได้ โดยพบว่าผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล ไม่แน่ใจกับอนาคต กลัวการกลับมาเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่หรือกลัวอาการของโรคจะแพร่กระจายขึ้นมาอีกเมื่อหยุดการรักษา (Holland, 1989 อ้างตาม ธนา นิลชัยโกวิทย์และสิวลี ศิริไล, 2542) ส่วนความรู้สึกของสามีคือ ภรรยาไม่ค่อยมีอาการมึน กังวล กลัวมาก เกร็ง ไม่ค่อยกล้า ไม่ค่อยเต็มใจเหมือนเมื่อก่อน สามีก็พลอยเป็นกังวลไปด้วย สามีรู้สึกว่าช่องคลอดของผู้ป่วยแห้ง ใสอวัยวะเพศยังไม่ทันสุด ผู้ป่วยก็บ่นเจ็บแล้ว ผู้ป่วยบอกว่าถ้าเจ็บช่องคลอดมากก็จะบอกให้สามีหยุดทันที สามีก็จะช่วยตัวเองต่อจนเสร็จ ส่วนผู้ป่วยก็จะถึงจุดสุดยอดน้อยลง เช่นก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกจะถึงจุดสุดยอดเกือบทุกครั้ง หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาจะถึงจุดสุดยอดประมาณ 1-2 ครั้งใน 10 ครั้ง

ผู้ป่วยและสามีส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาและหน่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีให้มีเพศสัมพันธ์ได้ในระยะเวลา 1 เดือนครึ่งถึง 2 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา เพื่อเป็นการป้องกันช่องคลอดตีบแคบ แต่พบว่าผู้ป่วยมักจะไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ตามปกติด้วยเหตุผลตามที่ได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับคำแนะนำให้ใช้น้ำยาหล่อลื่นช่องคลอดเพื่อลดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ แต่พบว่าผู้ป่วยและสามีไม่กล้าใช้ เพราะคิดว่าน้ำยาหล่อลื่นช่องคลอดไม่สะอาดพอ เหนียว กลัวน้ำยาหล่อลื่นสกปรก วิธีปกป้องสุขภาพตนเองที่ผู้ป่วยใช้คือ บอกให้สามีมีเพศสัมพันธ์เบาๆ ลดความรุนแรงหรือแรงกระแทกให้น้อยลง และใช้ท่าที่ผู้ป่วยนอนหงายเพราะเป็นท่าที่ทำแล้วไม่เจ็บมาก แต่สามีกลับรู้สึกว่าไม่มีความสุขตื่นเต้น เบื่อ เซ็ง เพราะผู้ป่วยไม่มีท่าทางแปลกๆใหม่ๆบ้าง สามีบอกว่าผู้ป่วยควรเพิ่มรสชาติหรือมีลีลาในการมีเพศสัมพันธ์ให้มากกว่านี้ ไม่ควรนอนเฉยๆ หรือนอนหงายอย่างเดียว สามีบางรายจะรู้สึกหงุดหงิดและเห็นใจผู้ป่วย

มากขึ้น จะไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ เพราะตอนแต่งงานก็ได้ให้สัญญา กับผู้ป่วยว่าจะรักผู้ป่วยคนเดียว และการมีเพศสัมพันธ์ก็ไม่ใช่ว่าสำคัญที่สุดของการครองชีวิต คู่ ยังมีปัญหาอื่นๆ ให้ต่อสู้อีกมากมาย จึงไม่ควรให้ความสำคัญกับการมีเพศสัมพันธ์ให้มากนัก สามีรายหนึ่งบอกว่าตนเองก็อาจมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ส่วนสามีบางรายบอกว่าถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นเวลานานๆ จะรู้สึกโมโห และจะไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ส่วนสามีบางรายบอกว่าเป็นเพราะผู้ป่วยไม่สบายก็ไม่ต้องการรบกวน แต่จะไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นแทน โดยจะไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ เพราะไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัยจึงกลัวติดโรคเอดส์ แสดงว่าผู้ชายยังมีทัศนคติว่าการติดโรคเอดส์จะติดได้จากผู้หญิงบริการเท่านั้น ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและอาจนำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์มาติดภรรยาของตนเองได้

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก่อให้เกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพโดยไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลให้มีเพศสัมพันธ์ได้ แต่ผู้ป่วยก็ไม่เคยกล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังรับการรักษาเสร็จสิ้นแล้วก็ไม่ยอมถอดออกจากบทบาทของผู้ป่วย ส่วนสามีบางรายที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ ก็อาจเป็นเพราะรู้สึกว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยเกินกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ และอาจจะรู้สึกผิดถ้าต้องมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เจ็บป่วย พฤติกรรมของสามีจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลการศึกษาที่พบแสดงให้เห็นชัดเจนว่าความไม่เท่าเทียมกันด้านบทบาทหญิงชาย จะส่งผลกระทบต่อมิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย เนื่องจากการเป็นเพศรองของผู้หญิงทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ทัศนคติทางเพศและการเอาตัวเปรียบทางเพศ (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542) ในวัฒนธรรมไทยผู้หญิงต้องเผชิญกับข้อจำกัดของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตน สำหรับผู้หญิงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเป็นสิ่งต้องห้าม ในขณะที่ผู้ชายมีอิสระเสรีที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่

ไม่ใช่คู่สมรสของตนรวมทั้งมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ (Havanon, 1996) ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับการถูกทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์และด้านจิตใจ จากการที่สามีขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว ไม่ซื่อสัตย์และมีภรรยาหลายคน

3.3 แนวทางและกลวิธีในการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา ผู้ป่วยและสามีมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและสามีดังนี้คือ

1. ต้องการได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ

เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งวิธีการดูแลตัวเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากผลข้างเคียงของการฉายแสงและใส่แร่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและสามีมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายในด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศและมิติทางเพศอย่างมาก ดังนั้นข้อมูลที่ผู้ป่วยและสามีต้องการก็คือข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและสามีจะทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์บ้างแล้วก็ตาม แต่เมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับตัวเองก็จะมีข้อสงสัยมากมาย และมักไม่กล้าสอบถามแพทย์และพยาบาลเพราะรู้สึกอาย ตัวอย่างข้อมูลที่แสดงถึงความรู้สึกต่อปัญหาการมีเพศสัมพันธ์และข้อมูลที่ต้องการรู้ได้แก่ข้อมูลที่ผู้ป่วยอายุ 42 ปี เขตเมืองกล่าวว่า “ไม่กล้าถามหมอ กลัวหมอว่า อาย สงสัยอยู่แต่ไม่กล้าถาม ทำให้ไม่รู้ นี่คือนปัญหาครอบครัวเป็นเรื่องใหญ่ที่คนนั้นบอกว่าแฟนแกมีแฟนใหม่เลย ผู้ชายก็แบบนี้ เดี่ยวไปนอนกับผู้หญิงข้างนอก บางทีผู้หญิงข้างนอกก็ไม่สะอาดพอ เดี่ยวเอาเชื้อมาติดเราต่อ” ผู้ป่วยอายุ 38 ปี เขตชนบท มีข้อสงสัยเช่น “อยากรู้ว่าจะมีความต้องการทางเพศเหมือนเดิมไหม ทำไมเห็นแฟนแล้วรู้สึกเฉยๆ”

“อยากรู้ว่าทำอย่างไรถึงจะไม่เจ็บช่องคลอดเวลามีเพศสัมพันธ์ แล้วทำไมเวลาร่วมเพศแล้วปวดหลัง”

“อยากรู้ว่าทำไมไม่มีน้ำหล่อลื่น และเจ็บเวลาร่วมเพศ” “อยากรู้ว่าการร่วมเพศบ่อยๆ จะมีผลกับโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่” ผู้ป่วยอายุ 35 ปี เขตเมืองกล่าวว่า “อยากให้ออกกำลังกายแล้วโรคจะกำเริบไหม อยากรู้หลายๆ อย่างเกี่ยวกับตัวว่าจะต้องทำอะไรบ้าง” ผู้ป่วยอายุ 28 ปี เขตเมืองกล่าวว่า “ตอนรักษาหมอบอกแล้วว่าช่องคลอดจะตีบรู้สึกใจไม่ดี เพราะมันไม่เหมือนเดิม กลัวแฟนไปมีแฟนใหม่ หมอบอกว่ารักษาเสร็จแล้วจะให้ใช้น้ำยาหล่อลื่น อยากให้บอกว่าจะทำอย่างไรถ้าช่องคลอดตีบ อยากให้มีคนแนะนำเรื่องช่องคลอดตีบ”

ดังนั้นการจัดการเกี่ยวกับปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ควรเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตั้งแต่ต้นก่อนการรักษา ผู้ป่วยจำนวนมากอาจมีปัญหาในการพูดถึงปัญหาทางเพศ แม้ผู้รักษาจะถามแต่ผู้ป่วยบางรายก็อาจปฏิเสธหรือตอบว่าไม่ได้สนใจ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และสิวลี ศิริไล, 2542) เป็นเพราะรู้สึกอายเกินกว่าที่จะกล้าซักถาม เนื่องจากสวามิภักดิ์ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อช่วยผู้ป่วยให้แก้ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้ (Hughes, 2000) การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและสามีควรให้ข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์อย่างละเอียด เช่นปัญหาที่พบบ่อย วิธีการแก้ปัญหา แหล่งให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยและสามีมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ และต้องใช้เวลาสำหรับผู้ป่วยและสามีพูดคุยปรึกษาปัญหา ทั้งนี้การให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วยและสามีต้องมีสถานที่ที่มิดชิด เป็นส่วนตัวผู้ป่วยและสามีสามารถพูดคุยกับพยาบาลหรือผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากความกลัวหรือความกังวลและไม่ถูกขัดจังหวะจากผู้อื่น (Guthrie, 1999)

2. แพทย์หรือพยาบาลให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและสามีจะทราบดีว่าหลังรับการฉายแสงและใส่แร่เสร็จแล้วสามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ตามปกติแต่ผู้ป่วยก็มักจะไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์และปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยและสามีต้องการมากที่สุดคือ ต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลให้ความมั่นใจว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติโดยไม่เกิดผลข้างเคียง

การให้คำแนะนำหรือให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและสามีต้องบอกถึงบอกถึงผลดีของการมีเพศสัมพันธ์ด้วย ถ้ายังคงความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยา ทำให้ช่องคลอดไม่ตีบตัน ถ้าช่องคลอดตีบจะทำให้แพทย์ไม่สามารถตรวจภายในได้ และของเสียและสารขับหลังก็ไม่สามารถระบายออกมาทางช่องคลอดได้ ตัวอย่างข้อมูลที่แสดงถึงความต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลให้ความมั่นใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยอายุ 42 ปี เขตเมืองคือ “หมอให้บอกคนไข้ด้วย คนไข้ไม่กล้าถาม หมอไม่บอกก็ไม่กล้ามี ต้องให้หมอบอกว่าตอนนี้รักษายู่ในขั้นไหน ใช้ได้หรือยัง นอนกับแฟนได้ไหม” ผู้ป่วยอายุ 45 ปี เขตเมืองกล่าวว่า “ต้องการให้หมอบอกว่าหลังใส่แรงแม่จะมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อไหร่จึงจะเหมาะสม เพื่อความมั่นใจ เชื่อใจคุณหมอมากกว่าพยาบาล แต่ถ้าหมอไม่ว่างจริงๆ ให้พยาบาลช่วยบอกก็ได้” สามีอายุ 34 ปี เขตชนบทกล่าวว่า “ช่วงหลังป่วยหลังร่วมเพศ เมียก็บอกว่าตัวเองกลัว กังวล แต่ถ้าหมอบอกแล้ว หมอบอกว่าไม่มีอันตรายใดๆ ก็จะพยายามทำอย่างที่หมอบอก” สามีอายุ 42 ปี เขตเมืองกล่าวว่า “หลังใส่แรงแม่ 1-2 เดือนไม่ได้ยุ่งกัน พอเดือนที่ 3 เป็นต้นไปก็ยุ่งกัน เพราะหมอบอกว่าให้เริ่มยุ่งกันได้แล้ว”

ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อชีวิตคู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงเป็นปัญหาที่ผู้รักษาควรให้ความสนใจ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ สิวลี ศิริไล, 2542) การที่แพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและกล้ามีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ดังที่ผู้ป่วยอายุ 35 ปีเขตเมืองกล่าวว่า “พยาบาลบอกว่าหลังรักษาหนึ่งเดือนครั้งแล้วนอนกับแฟนได้ แรกๆ ก็กลัว พอมาโรงพยาบาลครั้งต่อไปก็มาปรึกษาอีก พยาบาลบอกว่าทำใจให้สบาย ถ้ากังวลมากไปก็มีปัญหา ถ้าหนักเกินไปเจ็บจะบอกแฟนให้เบาๆ ทำตามที่เขาบอกก็ไม่มีปัญหา ”

4. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและ

สามี เพื่อเข้าใจระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อการรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา และเพื่อเสนอแนะแนวทางและกลวิธีในการแก้ไข ปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญด้านบทบาทหญิงชาย และมิติทางเพศที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีที่มารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อมาให้ข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 97 คู่ และใช้การสุ่มแบบมีมิติเพื่อให้ได้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีมาให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 6 คู่

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศระหว่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีทั้งในระยะก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้บทบาทหญิงชายและมิติทางเพศทั้งของผู้ป่วยและสามี ระหว่างก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านระบบความเชื่อและแบบแผนของพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยและสามีพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทหญิงชายในด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ คือหลังป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อรองทางเพศมากขึ้น และกล้าปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านมิติทางเพศทั้งของผู้ป่วยและสามี คือผู้ป่วยและสามีมีความพึงพอใจและมีจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ผู้ป่วยและสามีเสนอแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ และแพทย์หรือพยาบาลให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามมาคือ สามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ

โรคเอดส์ และในที่สุดสามีก็อาจจะเป็นผู้นำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาติดผู้ป่วยได้ จากผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาให้ข้อเสนอแนะดังนี้คือ

1. การเตรียมความพร้อมด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศให้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

นอกเหนือจากการให้สุศึกษาด้านการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการฉายแสงและใส่แร่แล้ว เรื่องสำคัญที่จะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีคือ การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ โดยจะต้องเริ่มให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มรับรังสีรักษา จากผลการศึกษาพบว่าหลังรับรังสีรักษาบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยและสามีเปลี่ยนแปลงไปมาก คือผู้ป่วยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีมากขึ้น ถ้าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการดูแลแก้ไข ก็จะเกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพของผู้ป่วยและสามี รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบบ้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วยและสามี เนื่องจากสามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย ก็จะทำให้สามีมีโอกาสติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาจนำมาติดผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาจะต้องเตรียมความพร้อมด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศให้กับผู้ป่วยและสามี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสามีได้ตระหนักว่าการมีเพศสัมพันธ์ต้องเน้นเรื่องการสนับสุนด้านจิตใจ อารมณ์และความรักความเข้าใจซึ่งกัน ผู้ป่วยและสามีจะต้องคำนึงถึงสิทธิทางเพศของภรรยา คือผู้ป่วยจะต้องมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการของตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ควรเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยและสามียินยอมพร้อมใจที่จะกระทำ การมีเพศสัมพันธ์ควรเป็นเรื่องที่แสดงถึงความรักใคร่เอื้ออาทร ไม่ใช่เป็นเพียงหน้าที่ที่ผู้ป่วยพึงมีต่อสามี ถ้าการมีเพศสัมพันธ์นั้นนำมาซึ่งความเจ็บปวดหรือความเสี่ยงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะปฏิเสธได้ ทั้งนี้ต้องเตรียมสามีให้ยอมรับสิทธิทางเพศของภรรยาด้วย ต้องอธิบายให้สามีทราบว่าสามีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการรับผิดชอบอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งของตนเองและผู้ป่วย สามีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติของตนเองและผู้ป่วยได้จากการควบคุมพฤติกรรมและการตัดสินใจทางเพศของตน

2. ติดตามปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี

หลังรับรังสีรักษาเสร็จสิ้นแล้วผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะได้รับการนัดหมายให้มารับการตรวจตามนัดเป็นระยะๆ การนัดหมายให้ผู้ป่วยให้มารับการตรวจตามนัดนี้ ควรนัดมาเพื่อติดตามปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศด้วย การนัดหมายต้องนัดสามีให้มาด้วย และควรทำสมุดบันทึกปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยและสามี ให้ผู้ป่วยและสามีนำมาโรงพยาบาลทุกครั้งที่มารับการตรวจตามนัด เพื่อสะดวกในการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหา และควรมีพยาบาลประจำคลินิกเพื่อให้ข้อมูลและความช่วยเหลือ เมื่อพบว่าผู้ป่วยและสามีมีปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ และต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและสามี ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การเจ็บช่องคลอดหรือการมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นอาการข้างเคียงของรังสีรักษา ไม่ใช่เป็นเพราะโรคมะเร็งปากมดลูกลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติจะช่วยป้องกันการตีบแคบของช่องคลอด การมีเพศสัมพันธ์หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษาในครั้งแรกๆ จะรู้สึกเจ็บช่องคลอดบ้างหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยได้บ้าง แต่จะรู้สึกดีขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นปกติถ้ามีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่สามีมีแนวโน้มว่าจะไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ ต้องอธิบายให้สามีเห็นความสำคัญของการใส่ถุงยางอนามัย และควรแนะนำให้สามีใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ป่วยด้วย โดยต้องอธิบายให้สามีทราบว่า การใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บช่องคลอดน้อยลง การให้ความสนใจปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศของผู้ป่วยและสามีเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยและสามีก็ต้องการพูดคุยปรึกษาหรือเกี่ยวกับปัญหาด้านมิติทางเพศ (Wilmoth and Spinelli, 2000) การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้านมิติทางเพศจากแพทย์และพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าของความเป็นคน (Shell, 1994) พยาบาลควรเริ่มต้นการอธิบายปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยให้ผู้ป่วยและสามีทราบ พร้อมกับซักถามผู้ป่วยและสามีว่ามีปัญหาในแต่ละข้อหรือไม่ พร้อมกับอธิบายว่าปัญหาใดสามารถแก้ไขได้อย่างไร การให้การช่วยเหลือที่พยาบาลสามารถทำได้โดยไม่ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านเพศบำบัดได้แก่ การให้ข้อมูลเพื่อแก้ความเข้าใจผิด การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและสามีเกี่ยวกับกิจกรรมทาง

เพศสัมพันธ์หลังรับการรักษา โดยให้ข้อมูลอย่างชัดเจนว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อไร อย่างไร อาจมีปัญหาอะไรบ้างและควรปฏิบัติอย่างไร (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และสิวลี ศิริไล, 2542)

3. การให้คำปรึกษาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีที่มีปัญหาด้านบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศในระดับที่มากเกินกว่าการให้ข้อมูลและความช่วยเหลือแบบผู้ป่วยและสามีรายอื่นจะช่วยแก้ไขปัญหาคำนี้ได้ จำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและผ่านการฝึกอบรมการให้การปรึกษาเรื่องบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศเป็นอย่างดี เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและสามีเฉพาะราย นอกจากนี้ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาเฉพาะรายจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความอาย เพราะผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยทุกรายถูก อบรมเลี้ยงดูมาโดยไม่ให้พูดเรื่องเพศ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการพูดเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าละอาย ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีนี้ก็จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและสามีเป็นอย่างมาก และต้องให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยและสามีเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นจนสำเร็จ โดยมุ่งเน้นให้สามีได้ตระหนักถึงสิทธิทางเพศของภรรยา และเสริมสร้างอำนาจการต่อรองทางเพศให้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

4. การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (self - help group)

คลินิกมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีควรจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับบทบาททางเพศและมิติทางเพศหลังรับการปรึกษา ให้มารวมตัวกันเพื่อเป็นกลุ่มที่จะให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและสามีที่มีปัญหาเกี่ยวกับบทบาททางเพศและมิติทางเพศ เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายและสามีบางรายที่มาโรงพยาบาลกับผู้ป่วย จะได้รับความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยทราบดีว่าการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยคงความสัมพันธ์ที่ดีของตนเองและสามีได้และทำให้ช่องคลอดไม่ตีบแคบ แต่ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับสามี ในรายที่ได้รับคำแนะนำให้ใช้น้ำยาหล่อลื่นช่องคลอด ก็พบว่าผู้ป่วยและสามีส่วนใหญ่ไม่ใช้เพราะกลัวน้ำยาหล่อลื่นไม่สะอาดพอ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลอาจเป็นเพราะ

ไม่แน่ใจหรือเมื่อมีปัญหาก็ไม่กล้าซักถาม เพราะรู้สึกว่าเป็นคนเจ็บป่วยทำให้เกิดความ
ละอายไม่กล้าที่จะซักถามปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การมีกลุ่ม
ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยและสามีกล้าพูดคุยซักถามและระบายความรู้สึก
เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหญิงชายและมิติทางเพศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรหา
คู่ผู้ป่วยและสามีที่สามีไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ เพราะรู้สึกสงสารและ
เห็นใจผู้ป่วยดังที่พบในการวิจัยนี้ มาให้คำแนะนำพูดคุยและบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง
กับผู้ป่วยและสามีรายอื่นๆ การได้เข้าร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยกันจะทำให้ผู้ป่วยและสามีกล้า
ซักถามและระบายความรู้สึก เพราะรู้สึกว่าคนที่อยู่ในสภาพเดียวกันหรือที่เรียกกันว่า "หัวอก
เดียวกัน" จะเข้าใจความรู้สึกของกันและกันได้เป็นอย่างดี เปรียบเสมือนมีเพื่อนร่วมทุกข์ซึ่งกัน
และกัน และการได้รับข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์จริงจะทำให้ผู้ป่วยและสามีเกิดความมั่นใจ
และให้ความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยและสามีมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น
อีกด้วย การได้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันจึงเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและสามี
(Montazeri, 1996)

บรรณานุกรม

- จตุพล ศรีสมบุญ. (2540). มะเร็งปากมดลูกภายในเยื่อโพ. ในจตุพล ศรีสมบุญ (บก.), **มะเร็งวิทยานรีเวช**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 71-105). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ เรือนแก้ว.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และสิวลี ศิริไล. (2542). ปัญหาด้านจิต-สังคมในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช. ใน วสันต์ ลีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. (บก.). **มะเร็งนรีเวชวิทยา : เรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก แพบลิชชิ่ง จำกัด.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกจ์. (2542) เพศภาวะและมิติทางเพศ. ใน (ร่าง) **คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะมิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2542). ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและความสัมพันธ์ชายหญิงในระบบครอบครัว : นัยยะและกลวิธีระดับชุมชนเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงชนบทที่แต่งงานแล้ว. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวรรณ เหนือคลอง. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุรียพร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา. **วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล**, 3(3), 269-281.

- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์. (2529). แนวคิดเรื่องบทบาททางสังคมของผู้ป่วยใน เบญจา ยอดดำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตรและกฤตยา อาชวนิจกุล (บก.), **ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาการแพทย์.** (หน้า 136-145). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ โอเดียนสโตร์.
- อมรา สุนทรธาดา. (2542). บทบาททวนความสัมพันธ์เชิงอำนาจและพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์. **เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.** นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2542). สุขภาพการเจริญพันธุ์ใน **ร่างคู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.** นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bird C. E. (1999). Gender, household labor, and psychological distress : The impact of amount and division of home work . **Journal of Health & Social Behavior, 40(1), 32-45.**
- Boonmongkon P.; Nichter M.; Pylypa J. and Chantapasa K. (1998). **Understanding women's experience of gynecological problems: An ethnographic case study from Northeast Thailand.** Nakhonpathom: Faculty of social sciences and humanities, Mahidol University.
- Burns N. (1982). **Nursing and Cancer.** Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Chayovan N.; Ruffolo V.P. and Wongsith M. (1996). **The Status of Thai Women: Group Perspectives.** Bangkok: Chulalongkorn University.
- Dixon-Mueller R.(1993). The sexuality connection in reproductive health. **Studies in Family Planning, 24 (5), 269-282.**

- Dixon-Mueller R. (1996). The sexuality connection in reproductive health. In S. Zeidenstein and K. Moore (Eds.), **Learning about sexuality : A practical beginning**. New York: The Population Council, Inc.
- Dow K.H. (1992). Altered patterns of sexuality. In K.H. Dow and L.J. Hilderley (Eds.), **Nursing care in radiation oncology**. (pp.149-159). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Dow K.H.; Ferrell, B.R. ; Haberman, M.R. and Eaton, L. (1999). The meaning of quality of life in cancer survivorship. **Oncology Nursing Forum**, 26 (3), 519-528.
- Dudas S. (1993). Altered body image and sexuality. In S.L. Groenwald et al. (Eds.). **Canser Nursing : Principles and practice**. (3 rd ed.). Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Ford N. and Kittisuksathit S.(1996). **Youth sexuality: The sexual awareness, lifestyles and related-health service needs of young, single, factory workers in Thailand**. Nakhonpathom: Institute for population and social research, Mahidol University.
- Gale D. and Charrtte J. (1994). **Oncology nursing care plans**. El Paso : Skidmore-Roth Publishing, Inc.
- Gray A. and Punpuing S.(1999).**Gender, Sexuality and reproductive health in Thailand**. Nakhonpathom: Institute for population and social research, Mahidol University.
- Groenwald S.L.; Frogge M.H.; Goodman M. and Yarbrow C.H. (1992). **Comprehensive Cancer Nursing Review**. Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Guthrie C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. **Journal of Clinical Nursing**, 8 (3), 313-321.
- Havanon N. (1996). Talking to men and women about their sexual relationship: Insights from a Thai study. In S. Zeidenstein and K. Moore (Eds.).**Learning about sexuality: A practical beginning**. (pp.110-118). New York: The Population Council, Inc.

- Hughes M.K. (2000). Sexuality and the cancer survivor. **Cancer Nursing**, 23 (6), 477-482.
- Kobayashi A.; Miaskowski C.; Wallhagen M. and Smith-McCune K. (2000). Recent developments in understanding the immune response to human papilloma virus infection and cervical neoplasia. **Oncology Nursing Forum**, 27 (4), 643-651.
- Krause K. (1991). Contracting cancer and coping with it : Patient's experiences. **Cancer Nursing**, 14 (5), 240-245.
- Lowdermilk D. and Germino B.B. (2000). Helping women and their families cope with the impact of gynecologic cancer. **JOGNN**, 29 (6), 653-660.
- McCray N. D. (1994). Psychosocial issues. In S.E. Otto (Ed.). **Oncology Nursing**. (2 nd ed.). (pp. 720-736). St.Louis : Mosby-Year Book, Inc.
- Mitchell S. (1997). Gynecologic cancer. In K.H. Dow et al. (Eds.). **Nursing care in radiation oncology**. (2 nd ed.). (pp. 220-238). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Montazeri A. (1996). A descriptive study of a cancer support group. **European Journal of Cancer Care**, 5 (1), 32-37.
- Oliver G. (1988). Gynecological tumours. In V. Tschudin (Ed.). **Nursing the Patient with Cancer**. (pp. 265-290). New York : Prentice Hall.
- Pender N.J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. (3 rd ed.). Connecticut : Appleton & Lange.
- Prechavittayakul P. and Sriplung H. (1997). **Tumor registry cancer unit Songklanaqarind Hospital : Statistical report 1997**. Songkla: Songklanaqarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.
- Schover L.R.; Fife M. and Gershenson D.M. (1989). Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. **Cancer** , 63 (1), 204-212.
- Shell J.A. (1994). Impact of cancer on sexuality. In S.E.Otto (Ed.), **Oncology Nursing**. (2 nd ed.). (pp. 737-760).St. Louis : Mosby-Year Book,Inc.

- Shell J.A. and Smith C.K. (1994). Sexuality and the older person with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 21 (3), 553-558.
- Singchungchai P.; Kuropakornpong P. and Vilairatana S. (1998). **Report on Gender, Sexuality and Reproductive Health in Southern Thailand**. Songkla : Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.
- Tsui A.O.; Wasserheit J.N. and Haaga J.G. (1997). **Reproductive health in developing countries : Expanding dimensions, building solutions**. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Wilmoth M.C. and Spinelli A. (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. **JOGNN**, 29 (4), 413-421.

ภาคผนวก ก

ตาราง

ภาคผนวก ก

ตาราง 3 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามีจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N=97)

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	สามี
อายุ		
30-39	22.7	11.3
40-49	37.1	37.1
50-59	30.9	35.1
60-65	9.3	16.5
เฉลี่ย	47.1	50.1
ศาสนา		
พุทธ	89.7	92.8
อิสลาม	4.1	7.2
คริสต์	6.2	-
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	12.5	1.0
ประถมศึกษา	68.8	62.5
มัธยมศึกษา	8.3	21.9
ประกาศนียบัตร	7.3	11.5
ปริญญาตรี	3.1	2.1
อื่นๆ ระบุ	-	1.0
ภูมิลำเนา		
เขตเมือง	39.6	43.3
เขตชนบท	60.4	56.7

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	สามี
อาชีพ		
รับราชการ	9.1	16.7
ค้าขาย	20.5	7.8
รับจ้าง	17.0	34.4
ทำนาทำสวน	31.8	32.2
ประมง	1.1	-
อื่นๆ เช่น ธุรกิจส่วนตัว	20.5	8.9
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
2,000 บาทและต่ำกว่า	8.3	5.2
2,001-4,000 บาท	24.0	21.6
4,001-6,000 บาท	27.1	30.9
6,001-8,000 บาท	7.3	10.3
8,001-10,000 บาท	4.2	3.1
มากกว่า 10,000 บาท	29.1	28.9
เฉลี่ย	6,001-8,000	6,001-8,000

ตารางที่ 4 ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามบทบาทหญิงชาย (N=97)

การรับรู้บทบาทหญิงชาย	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก			สามี		
	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา
ผู้กระทำบทบาทหลัก						
1. หาเงินเลี้ยงครอบครัว	26.8	3.1	70.1	23.7	2.1	74.2
2. ซ่อมของเครื่องใช้ในบ้าน	18.6	30.9	45.4	20.6	29.9	46.4
3. สะสมเงิน	7.3	64.6	26.0	18.8	60.4	19.8
4. ดูแลรายรับรายจ่ายของครอบครัว	14.4	55.7	28.9	24.7	35.1	40.2
5. คุมกำเนิด	22.1	70.5	7.4	19.8	71.9	8.3
6. ทำความสะอาดบ้าน	3.1	74.0	18.8	3.1	58.8	34.0
7. ซ่อมแซมบ้าน	72.5	18.7	6.6	89.4	6.4	3.2
8. ซักรีดเสื้อผ้า	2.1	73.2	15.5	1.0	69.8	21.9
9. ดูแลสมาชิกในครอบครัว	14.4	38.1	46.4	19.8	17.7	62.5
10. หุงอาหาร	5.2	69.1	17.5	7.3	62.5	25.0
ผู้ตัดสินใจหลัก						
11. เลือกโรงเรียนให้ลูก	16.7	29.2	47.9	27.4	17.9	45.3
12. กำหนดระดับการศึกษาของลูก	12.5	14.6	54.2	21.3	6.4	50.0
13. เลือกที่อยู่อาศัย	26.9	23.7	47.3	51.0	13.5	35.4
14. คุมกำเนิด	18.3	58.1	22.6	28.1	59.4	11.5
15. การรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว	21.3	24.5	51.1	35.8	12.6	50.5
ผู้มีอำนาจกระทำ						
16. การเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์	95.5	1.0	3.1	90.8	1.0	8.2
17. การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์	4.2	92.7	3.1	5.3	87.3	7.4
18. การป้องกันการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	71.4	15.4	13.2	72.8	7.6	19.6
19. การกำหนดจำนวนบุตร	17.0	28.7	53.2	26.6	16.0	56.4
20. การแก้ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว	18.6	21.6	58.8	38.5	3.1	58.3

หมายเหตุ จำนวนร้อยละที่ไม่เต็มร้อยละเป็นบทบาทที่มีผู้ช่วยกระทำ ช่วยตัดสินใจ และมีอำนาจที่จะกระทำร่วมกับผู้ป่วยและสามี

ตาราง 5 ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และสามี หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามบทบาทหญิงชาย (N=97)

การรับรู้บทบาทหญิงชาย	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก			สามี		
	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา
ผู้กระทำบทบาทหลัก						
1. หาเงินเลี้ยงครอบครัว	48.5	3.1	46.4	43.3	1.0	54.6
2. ซ่อมของเครื่องใช้ในบ้าน	24.7	25.8	40.2	24.7	32.0	38.1
3. สะสมเงิน	13.7	63.2	20.0	18.9	62.1	16.8
4. ดูแลรายรับรายจ่ายของครอบครัว	18.8	46.9	29.2	30.2	34.4	34.4
5. คุมกำเนิด	20.7	73.6	5.7	24.7	65.6	9.7
6. ทำความสะอาดบ้าน	9.4	57.3	20.8	7.3	53.1	31.3
7. ซ่อมแซมบ้าน	72.0	10.8	8.6	89.4	4.3	4.3
8. ซักรีดเสื้อผ้า	5.2	51.5	15.5	5.2	55.2	26.0
9. ดูแลสมาชิกในครอบครัว	16.5	30.9	47.4	22.9	17.7	58.3
10. หุงอาหาร	6.2	61.9	15.5	9.4	53.1	25.0
ผู้ตัดสินใจหลัก						
11. เลือกโรงเรียนให้ลูก	18.5	25.0	46.7	28.4	15.8	45.3
12. กำหนดระดับการศึกษาของลูก	14.3	13.2	54.9	21.1	7.4	48.4
13. เลือกที่อยู่อาศัย	26.6	23.4	47.9	47.9	12.5	36.5
14. คุมกำเนิด	17.0	61.4	21.6	30.1	57.0	12.9
15. การรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว	29.8	19.1	45.7	36.8	12.6	48.4
ผู้มีอำนาจกระทำ						
16. การเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์	97.9	-	2.1	92.7	2.1	5.2
17. การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์	2.1	94.7	3.2	8.5	83.0	8.5
18. การป้องกันการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์	69.7	16.8	13.5	75.8	5.5	18.7
19. การกำหนดจำนวนบุตร	16.5	26.4	57.1	28.7	14.9	55.3
20. การแก้ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว	18.6	18.6	61.9	38.5	4.2	56.3

หมายเหตุ จำนวนร้อยละที่ไม่เต็มร้อยเป็นบทบาทที่มีผู้อื่นช่วยกระทำ ช่วยตัดสินใจ และมีอำนาจที่จะกระทำร่วมกับผู้ป่วยและสามี

ตาราง 6 ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามบทบาทหญิงชาย (N=97)

การรับรู้บทบาทหญิงชาย	ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก			หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา		
	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา
ผู้กระทำบทบาทหลัก						
1. หาเงินเลี้ยงครอบครัว	26.8	3.1	70.1	48.5	3.1	46.4
2. ซื่อของเครื่องใช้ในบ้าน	18.6	30.9	45.4	24.7	25.8	40.2
3. สะสมเงิน	7.3	64.6	26.0	13.7	63.2	20.0
4. ดูแลรายรับรายจ่ายของครอบครัว	14.4	55.7	28.9	18.8	46.9	29.2
5. คุมกำเนิด	22.1	70.5	7.4	20.7	73.6	5.7
6. ทำความสะอาดบ้าน	3.1	74.0	18.8	9.4	57.3	20.8
7. ซ่อมแซมบ้าน	72.5	18.7	6.6	72.0	10.8	8.6
8. ซักรีดเสื้อผ้า	2.1	73.2	15.5	5.2	51.5	15.5
9. ดูแลสมาชิกในครอบครัว	14.4	38.1	46.4	16.5	30.9	47.4
10. หุงอาหาร	5.2	69.1	17.5	6.2	61.9	15.5
ผู้ตัดสินใจหลัก						
11. เลือกโรงเรียนให้ลูก	16.7	29.2	47.9	18.5	25.0	46.7
12. กำหนดระดับการศึกษาของลูก	12.5	14.6	54.2	14.3	13.2	54.9
13. เลือกที่อยู่อาศัย	26.9	23.7	47.3	26.6	23.4	47.9
14. คุมกำเนิด	18.3	58.1	22.6	17.0	61.4	21.6
15. การรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว	21.3	24.5	51.1	29.8	19.1	45.7
ผู้มีอำนาจกระทำ						
16. การเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์	95.5	1.0	3.1	97.9	-	2.1
17. การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์	4.2	92.7	3.1	2.1	94.7	3.2
18. การป้องกันการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์	71.4	15.4	13.2	69.7	16.8	13.5
19. การกำหนดจำนวนบุตร	17.0	28.7	53.2	16.5	26.4	57.1
20. การแก้ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว	18.6	21.6	58.8	18.6	18.6	61.9

หมายเหตุ จำนวนร้อยละที่ไม่เต็มร้อยเป็นบทบาทที่มีผู้อื่นช่วยกระทำ ช่วยตัดสินใจ และมีอำนาจที่จะกระทำร่วมกับผู้ป่วยและสามี

ตาราง 7 ร้อยละของการรับรู้บทบาทหญิงชายของสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามบทบาทหญิงชาย (N=97)

การรับรู้บทบาทหญิงชาย	ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก			หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา		
	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา	สามี	ภรรยา	สามีและภรรยา
ผู้กระทำบทบาทหลัก						
1. หาเงินเลี้ยงครอบครัว	23.7	2.1	74.2	43.3	1.0	54.6
2. ซ่อมของเครื่องใช้ในบ้าน	20.6	29.9	46.4	24.7	32.0	38.1
3. สะสมเงิน	18.8	60.4	19.8	18.9	62.1	16.8
4. ดูแลรายรับรายจ่ายของครอบครัว	24.7	35.1	40.2	30.2	34.4	34.4
5. คุมกำเนิด	19.8	71.9	8.3	24.7	65.6	9.7
6. ทำความสะอาดบ้าน	3.1	58.8	34.0	7.3	53.1	31.3
7. ซ่อมแซมบ้าน	89.4	6.4	3.2	89.4	4.3	4.3
8. ซักรีดเสื้อผ้า	1.0	69.8	21.9	5.2	55.2	26.0
9. ดูแลสมาชิกในครอบครัว	19.8	17.7	62.5	22.9	17.7	58.3
10. หุงอาหาร	7.3	62.5	25.0	9.4	53.1	25.0
ผู้ตัดสินใจหลัก						
11. เลือกโรงเรียนให้ลูก	27.4	17.9	45.3	28.4	15.8	45.3
12. กำหนดระดับการศึกษาของลูก	21.3	6.4	50.0	21.1	7.4	48.4
13. เลือกที่อยู่อาศัย	51.0	13.5	35.4	47.9	12.5	36.5
14. คุมกำเนิด	28.1	59.4	11.5	30.1	57.0	12.9
15. การรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว	35.8	12.6	50.5	36.8	12.6	48.4
ผู้มีอำนาจกระทำ						
16. การเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์	90.8	1.0	8.2	92.7	2.1	5.2
17. การหลีกเลี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์	5.3	87.3	7.4	8.5	83.0	8.5
18. การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์	72.8	7.6	19.6	75.8	5.5	18.7
19. การกำหนดจำนวนบุตร	26.6	16.0	56.4	28.7	14.9	55.3
20. การแก้ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว	38.5	3.1	58.3	38.5	4.2	56.3

หมายเหตุ จำนวนร้อยละที่ไม่เต็มร้อยเป็นบทบาทที่มีผู้อื่นช่วยกระทำ ช่วยตัดสินใจ และมีอำนาจที่จะกระทำร่วมกับผู้ป่วยและสามี

ตาราง 8 ร้อยละของการรับรู้มิติทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและสามี ก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา จำแนกตามมิติทางเพศ (N=97)

การรับรู้มิติทางเพศ	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก		สามี	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. การมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับชีวิตการแต่งงาน				
สำคัญ	86.6	64.9	85.6	67.0
ไม่สำคัญ	13.4	35.1	14.4	33.0
2. ผู้หญิงควรพูดเรื่องเพศสัมพันธ์กับสามี				
ควร	79.4	79.4	74.0	73.2
ไม่ควร	20.6	20.6	26.0	26.8
3. การมีเพศสัมพันธ์โดยเฉลี่ยใน 1 เดือน				
ไม่มีเลย	1.0	39.4	-	35.8
1-3 ครั้ง	48.5	54.3	44.3	54.7
4-6 ครั้ง	37.1	5.3	32.0	8.4
7-9 ครั้ง	5.2	1.1	9.3	-
10 ครั้งขึ้นไป	8.2	-	14.4	1.1
4. ความรู้สึกเบื่อหรือเซ็งที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยาของท่าน				
ไม่เลย	25.8	21.6	74.2	65.6
เป็นบางครั้ง	64.9	36.1	25.8	30.2
5. การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ ในกรณีที่มีภรรยา ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เป็นเวลาหลายเดือน				
ถูกต้อง	15.5	22.7	10.5	10.5
ไม่ถูกต้อง	84.5	77.3	89.5	89.5
6. การมีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรส				
เคย	3.1	-	59.8	17.5
ไม่เคย	96.6	100.0	40.2	82.5
7. การได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา				
ไม่เลย	2.1	20.9	-	11.5
เป็นบางครั้ง	64.9	57.1	30.9	38.5
ทุกครั้ง	33.0	22.0	69.1	50.0

ตาราง 8 (ต่อ)

การรับรู้มิติทางเพศ	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก		สามี	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
8. การมีเพศสัมพันธ์ให้มีความสุขที่สุดต้องถึงจุดสุดยอดทุกครั้ง				
ไม่จำเป็น	24.7	34.4	23.7	31.6
ควรมีเป็นบางครั้ง	36.1	39.6	23.7	26.3
ต้องทุกครั้ง	39.2	26.0	52.6	42.1
9. การถึงจุดสุดยอดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา				
ไม่เคยเลย	3.1	27.2	-	11.8
เป็นบางครั้ง	74.2	59.8	29.2	33.3
ทุกครั้ง	22.7	13.0	70.8	54.8
10. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
มี	55.2	54.7	77.3	77.9
ไม่มี	44.8	45.3	22.7	22.1
11. ความเสี่ยงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ไม่เสี่ยงเลย	56.7	62.5	58.8	68.8
เสี่ยงบ้าง	19.6	16.7	27.8	12.5
เสี่ยงปานกลาง	13.4	10.4	5.2	3.1
เสี่ยงมาก	10.3	10.4	8.2	15.6
12. วิธีป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามี				
มี	39.6	38.9	-	-
ไม่มี	60.4	61.1	-	-
13. ความเต็มใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี				
ไม่เต็มใจ	2.1	20.2	-	-
เต็มใจเป็นบางครั้ง	63.9	59.6	-	-
เต็มใจทุกครั้ง	34.0	20.2		
14. การปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี				
เคย	67.0	72.9	-	-
ไม่เคย	33.0	27.1	-	-
15. การเป็นฝ่ายเริ่มต้นที่จะมีเพศสัมพันธ์				
เคย	19.6	6.3	-	-
ไม่เคย	80.4	93.8	-	-

ตาราง 8 (ต่อ)

การรับรู้มิติทางเพศ	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก		สามี	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
16. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ				
ไม่เคยใช้เลย	-	-	40.4	42.5
ใช้เป็นบางครั้ง	-	-	25.5	11.5
ใช้ทุกครั้ง	-	-	34.0	46.0
17. การถึงจุดสุดยอดของภรรยา				
ไม่เลย	-	-	-	14.9
เป็นบางครั้ง	-	-	58.3	59.6
ทุกครั้ง	-	-	41.7	25.5
18. ภรรยาได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์				
ไม่เลย	-	-	-	9.6
เป็นบางครั้ง	-	-	53.6	60.6
ทุกครั้ง	-	-	46.4	29.8
19. ทราบได้อย่างไรว่าภรรยาถึงจุดสุดยอด				
สังเกต	-	-	69.1	69.9
ภรรยาบอก	-	-	19.6	19.4
คิดเอาเอง	-	-	10.3	9.7
ไม่สนใจ	-	-	1.0	1.1
20. เหตุผลสำคัญที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือหญิงบริการ				
ต้องการเปลี่ยนรสชาติ	-	-	25.5	13.1
ภรรยาไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์	-	-	2.8	1.6
ภรรยาไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้	-	-	1.4	16.4
ชอบความสนุกตื่นเต้น	-	-	38.9	29.5
เพื่อนๆ ชักชวน	-	-	26.4	13.1
อื่นๆ เช่น เม้า ทะเลาะกับภรรยา	-	-	5.6	26.2

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริรัมย์
2. รองศาสตราจารย์ เอ็มพร ทองกระจาย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

**ความเป็นหญิงชาย และพฤติกรรมทางเพศ
ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์
ในกลุ่มมุสลิมภาคใต้ของประเทศไทย**

**Gender and Sexuality Concerns in Reproductive Health
in an Islamic Context in Southern Thailand**

**ศรัณยา บุณนาค
เพ็ญพัทธ์ ทองแท้**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)**

2544

**ความเป็นหญิงชาย และพฤติกรรมทางเพศ
ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์
ในกลุ่มมุสลิมภาคใต้ของประเทศไทย**

**Gender and Sexuality Concerns in Reproductive Health
in an Islamic Context in Southern Thailand**

**ศรัณยา บุณนาค
แพทย์พัชร์ ทองแท้**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ออกความเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากหลายฝ่ายด้วยกัน ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ขอบพระคุณ Dr. Alan Noel Gray, รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, ผศ.ดร.สุรียพร พันธุ์, รศ.เอื้อมพร ทองกระจ่าง, อาจารย์เรณู อรรธฐาเมศร์, รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รศ.ดร.บุปผา ศิริวิศมี ที่ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย

ขอบคุณ คุณปริยา เกนโรจน์ ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่โครงการวิจัยนี้ และทำที่สุดขอขอบคุณวิทยุรุ่น และชาย-หญิงไทยมุสลิมที่ร่วมมือให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตนเอง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ช่วยจัดเก็บข้อมูล และอีกหลายท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ในในที่นี้ที่มีส่วนร่วมช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ศรัณยา บุณนาค
แพทย์พัชร์ ทองแท้

บทคัดย่อ

จากการเก็บข้อมูลในการสำรวจสามี – ภรรยาไทยมุสลิมที่อาศัยอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) จำนวน 600 คู่ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม 8 กลุ่ม โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนารวม 75 ราย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอีก 16 ราย เพื่อนำมาศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเป็นหญิงชาย และพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มมุสลิมภาคใต้ในประเทศไทย พบว่าบทบัญญัติทางศาสนาอิสลามมีผลต่อบทบาทชายหญิง (gender role) สตรีส่วนใหญ่ได้เข้าสู่การสมรสโดยบิดา – มารดาเป็นผู้กำหนด สามี – ภรรยาจะปรึกษาหารือกันในทุก ๆ เรื่อง แต่ถ้าหากมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน สามีจะเป็นใหญ่ในการตัดสินใจโดยเฉพาะในเขตชนบท ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการมีการเลือกวิธีคุมกำเนิด แม้กระทั่งการไปรับบริการด้านสาธารณสุข สตรียังต้องขออนุญาตจากสามีก่อน ก่อนมีอายุครบ 18 ปี สตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา วัยรุ่นบางส่วนมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส ได้ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และลักลอบไปทำแท้ง แต่ถ้าทางผู้ปกครองทราบจะจัดการให้สมรสกับบิดาของเด็กในครรภ์ และไม่มีการทำลายทารกในครรภ์ เนื่องจากมีข้อห้ามทางศาสนา ปัจจุบันร้อยละ 36.3 ของสตรีกำลังคุมกำเนิด โดยใช้วิธีการรับประทานยาเม็ดมากที่สุด รองลงมาเป็นยาฉีดและการนับระยะปลอดภัย นอกจากนี้ยังใช้วิธีการหลังภายนอกของคลอด ซึ่งไทยมุสลิมระบุว่าเป็นวิธีการที่นำมาใช้ แต่ไม่ได้ผลในการป้องกันการตั้งครรภ์มากที่สุด การไม่คุมกำเนิดหรือการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ และไม่เป็นการทำลายชีวิตตามหลักคำสอนศาสนาอิสลาม ทำให้วิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่งผลให้ร้อยละ 21.8 ของสตรีที่กำลังตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แต่ไม่ได้ทำลายทารกในครรภ์ ปัจจุบันร้อยละ 16.9 ของชายไทยมุสลิมได้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ไม่ถึงร้อยละ 1 ของผู้ใช้ถุงยางอนามัย มีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น สตรีส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ (STDs, HIV/AIDs) และโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ (RTI) ไม่ทราบอาการเริ่มแรก ไม่ทราบว่าต้องมีอาการรุนแรง

ขนาดโตจึงควรไปพบแพทย์ อย่างไรก็ตาม พบว่าสตรีไทยมุสลิมน้อยคนมากที่ติดโรคจากเพศสัมพันธ์ และมีอาการไม่มากนักเป็นเพียงการปวดท้องน้อย ตกขาวมากผิดปกติ และมีกลิ่นปัสสาวะแสบกะปริดกะปรอย เมื่อมีอาการสตรีจะปรึกษาหารือกับสามี และได้รับคำแนะนำจากสามีให้ใช้วิธีการรักษาแบบแผนโบราณ หรือสามีจัดซื้อยามาให้รับประทานเอง หรือบางรายไม่ได้รับการรักษา ต้องทนทรมานกับความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งในท้ายที่สุดได้เป็นปัญหาที่ระบบสืบพันธุ์ของสตรีเอง โรคติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ทำให้สตรีมีโอกาสตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ หรือท่อรังไข่อาจตีบตันเกิดเป็นหมัน หรือทำให้เด็กเกิดใหม่ติดเชื้อที่ตาและตาบอด ร้อยละ 6.9 ของสตรีเคยมีบุตรเสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน สำหรับการทารุณกรรมและความรุนแรงในครอบครัว มีปรากฏในคู่สมรสไทยมุสลิมไม่มากนัก โดยร้อยละ 3.9 ของสตรีเคยถูกทำร้ายร่างกายจากคู่สมรส และร้อยละ 14.3 ของสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายได้รับบาดเจ็บมากจากการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส

ไทยมุสลิมมีความเคร่งทางศาสนามาก บทบัญญัติทางศาสนาอิสลาม มีผลต่อวิถีชีวิต ขบวนการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด และการเลือกวิธีการคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การอนามัยของแม่และเด็ก และภาวะการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ของสตรี ตลอดจนการตัดสินใจเลือกไปรับบริการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์จากบุคลากรด้านสาธารณสุข

Executive Summary

The results of a Health Problem Survey of Thai Muslims who live mainly along the southern border provinces of Thailand found that more than 30 percent of births to Thai Muslim women were delivered by traditional birth attendants (TBA) while the rate of delivery by TBAs nationwide was less than 6 percent. Because Muslims conduct a welcoming ceremony for the newborn baby, it is inconvenient for them to arrange this ceremony in the hospital delivery room, so they elect to give birth at home. Maternal mortality, infant mortality and malnutrition are all higher among Thai Muslims than among Thai Buddhists. On the other hand, among 9,756 pregnant women who visited the Maternal and Child Hospital in heavily-Muslim Yala province for antenatal care, there were 42 cases of HIV, but only 9 cases were among Thai Muslims and 33 were Thai Buddhists. This finding may be related to the strict Muslim prohibition against extramarital sexual relations and drug abuse. The Islamic tradition allowing men to have up to four wives may also reduce men's opportunity to contract sexually transmitted diseases.

There can be no doubt that gender issues are prominent in considering the reproductive health status of Thai Muslims. Islamic teaching dictates that a man should be a woman's leader in many ways. Thai Muslim women are often pressed to stop schooling and marry while they are young (not more than 15 years). Women must do housework, raise the children and obey their husbands. Thai Muslims have traditionally held the religious belief that a child is a gift from heaven so family planning is not needed. Thai Muslims continue to exhibit a lower contraceptive prevalence rate and higher fertility than that of Thai Buddhists.

This study investigated the occurrence and consequences of unwanted pregnancy, sexually transmitted diseases (STDs including HIV/AIDS), and other core aspects of reproductive health among Muslims in Southern Thailand. It also assessed husband-wife decision-making processes related to reproductive health service utilization, as well as the impact of religion on the decision-making process. Quantitative data were collected from a multi-stage sampling of 600 Thai Muslim couples living in both urban and rural areas of three major southern border provinces, with the age of the wives ranging from 15-44 years old. In addition, qualitative data were gathered from 75 respondents via focus group discussion sessions, and 16 respondents via in-depth interviews.

The study's major findings revealed that the average age of the women in this study was 32 years while their partners had an average age of 36 years.

Husbands generally had a slightly higher educational level than their wives (8.44 years for men, 8.34 for women). Less than 3 percent of couples practiced polygamy. Over half of women under the age of 18 did not know about sex education, birth control, STDs and AIDS. In addition, 43 percent of the women had never discussed pregnancy or menstruation, and 51 percent of husbands had never mentioned ejaculation.

Generally, the Thai Muslim women in this study married at the average age of 20 years, and at the time of this study, almost 8 percent of them were pregnant. Although 22 percent of the pregnant women considered their pregnancies as unwanted, they had agreed to keep the babies. Among unmarried teenage women who became pregnant, their marriages were immediately arranged and the infants were not aborted. However, in some cases, the women turned to illegal abortion.

On average, Thai Muslim couples usually had sexual relations 1 to 2 times per week and approximately 50 percent of the women stated that they were sexually satisfied. Thirty-six percent were practicing various kinds of birth control including pills, injection, abstinence periods and external withdrawal, which proved to be the least effective of all. Both ineffective contraceptive methods and the avoidance of contraception led to unwanted pregnancies among the study's women.

Condoms were being used by almost 17 percent of Thai Muslim males in this study with the primary purpose of preventing pregnancy rather than STDs. Less than one percent of condom users used condoms to prevent STDs. Women were supposed to take full responsibility for birth control. Regarding family violence, only about 4 percent of the women stated that they were physically abused by their spouses, 21 percent were verbally abused and 14 percent suffered severe injuries.

Most of the women entered into arranged marriages, which were usually arranged by their parents. Only 35 percent of the women stated that they were able to choose their own husbands. Taking care of household chores and children was considered to be women's work whereas men took charge of being the family head and breadwinner. Generally, couples usually discussed all matters including taking care of their reproductive health. However, if some disagreements arose, husbands always made the final decision. In rural areas, for instance, husbands normally hold full authority in making important family decisions such as the desired family size, the selection of birth control methods and health services, for which wives must seek permission from their husbands.

In general, state hospitals are providing reproductive health care services as well as a variety of contraceptive methods (i.e., tubal ligation, vasectomy, intrauterine devices, subdermal contraceptive implant, cervical cap). Meanwhile, both condoms and injections are available at public health centers. However, when unpleasant contraceptive side effects occur, women usually turned to hospitals for assistance. During pregnancy, most women took pre-natal care services and regular follow-up appointments. Yet, over 50 percent of the women, after their first pregnancy, preferred to deliver their babies at home under the supervision of TBAs. They also stated that they were satisfied with the convenience and the services provided by TBAs. About 7 percent of the women gave birth to infants who survived not more than 28 days.

Due to their lack of understanding and knowledge about RTIs and STDs, most women were not fully aware of the signs and symptoms of infection nor did they realize when to see a doctor. A small number of women had suffered from general symptoms such as abdominal pains, excessive vaginal discharge with foul smell, and urinary incontinence. When these symptoms developed, most of the women usually consulted their husbands, who sometimes suggested that their wives take traditional herbal medicines. Some husbands even attempted to purchase medicines for their ailing wives. As a result, many of the women were suffering from genital abnormalities which could eventually lead to serious health problems. Furthermore, STDs could lead to ectopic pregnancy, fallopian tube stenosis, infertility and blindness to the newborn babies whose eyes had become infected.

Over 33 percent of the women had undergone cervical cancer examinations, and 42 percent had ever attended gynecology clinics; almost 65 percent had visited such clinics in the past year. In addition, over 36 percent of the women examine their breasts for lumps, and over half of these women did so once a month, usually under the supervision of physicians, nurses and other medical personnel. Moreover, 74 percent of the women had sought advice about their menstrual problems from either health service centers or state hospitals. Husbands also accompanied their wives when obtaining reproductive health services. In cases where the couples were able to choose their reproductive health service provider, they preferred older female physicians of the Muslim faith.

In general, the Thai Muslim people hold strongly to their religious beliefs. Consequently, couples' decisions regarding reproductive health care are heavily influenced by the Muslim faith. Religious commandments have clearly assigned the roles of husbands and wives, which also directly influence their gender roles. Religious prohibitions may also contribute to low levels of certain problems such

as pre-marital or extra-marital relationships, unwanted pregnancies and illegal abortion. In addition, under the Islamic faith men are allowed to have four wives, which may enhance safe sex and help to control HIV/AIDS transmission since Muslim husbands may not seek the services of commercial sex workers, thus benefiting the reproductive health status of wives. Furthermore, the religious prohibition against homosexuality may also reduce the risks of AIDs transmission in this regard. The religious mandate against contraception has played an important role in regulating the practice of family planning and birth control; the welcome ceremony of the newborn has also influenced the choice of delivery place (home versus hospital). In addition, fasting, cleaning the body before prayer, and circumcision may lead to lower levels of reproductive tract infections among women.

Overall, this study of gender roles and sexuality related to reproductive health of Muslim people in the southern part of Thailand provides essential information for policy-makers and planners as well as health service providers.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xxxii
บทคัดย่อ	xxxiv
Executive Summary	xxxvi
สารบัญ	xi
สารบัญตาราง	xlii
1. บทนำ	195
1.1 เหตุผลและความสำคัญของการศึกษา	195
1.2 ทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์	195
1.3 สถานะอนามัยการเจริญพันธุ์ของไทยมุสลิม	200
1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	201
1.5 กรอบแนวความคิดในการวิจัย	202
2. ระเบียบวิธีวิจัย	203
2.1 การออกแบบวิจัย	203
2.2 ขนาดและการเลือกตัวอย่าง	203
2.3 วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้	205
3. ผลการวิจัย	206
3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	206
3.2 บทบาทชายหญิง	206
3.3 บริการด้านสาธารณสุขและองค์กรที่มีในชุมชน	207
3.4 เพศศึกษา	209
3.5 พฤติกรรมเพศสัมพันธ์	210

3. ผลการวิจัย (ต่อ)	
3.6 การสมรสและการมีบุตร	211
3.7 ประวัติการตั้งครรภ์	213
3.8 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง	214
3.9 การอนามัยแม่และเด็ก	215
3.10 การวางแผนครอบครัว	217
3.11 การติดโรคทางเพศสัมพันธ์	221
3.12 การติดโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์	224
3.13 การทารุณกรรม และการข่มขืนทางเพศ	225
3.14 กระบวนการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	226
3.15 อิทธิพลของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการตัดสินใจของสามี และภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	229
4. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	231
บรรณานุกรม	242
ภาคผนวก	251

สารบัญตาราง

ตาราง

1	ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง	251
2	บทบาทชาย-หญิง	254
3	บริการด้านสาธารณสุขและองค์กรที่มีในชุมชน	256
4	ความสนใจเรื่องเพศศึกษาก่อนมีอายุ 18 ปี	257
5	ทัศนคติเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา	259
6	พฤติกรรมเพศสัมพันธ์	260
7	การสมรสและการมีบุตร	264
8	ประวัติการตั้งครรภ์	266
9	การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง	268
10	การมีอาการที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์	269
11	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิด	269
12	วิธีคุมกำเนิดที่ใช้และประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์	269
13	การทารุณกรรมทางกาย ทางใจ และการถูกข่มขืนจากคู่สมรส	272
14	ผู้เป็นใหญ่ระหว่างสามี – ภรรยาในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ	273

1. บทนำ (Introduction)

1.1 เหตุผลและความสำคัญของการศึกษา (Rationale and Importance of the Study)

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้กำหนดนโยบายและให้บริการวางแผนครอบครัวได้จำกัดให้ความสนใจอยู่แต่เฉพาะผู้หญิงที่เป็นเพศหญิง โดยละเลยผู้ชายเพศชาย วัยรุ่น และมองข้ามเรื่องวัฒนธรรม พฤติกรรมด้านเพศ ประเด็นด้านสังคมของบริการวางแผนครอบครัวไป งานวิจัยระยะแรกเน้นการศึกษาความรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทางเลือกวิธีการวางแผนครอบครัวของสตรี (Mauldin 1965, Marris et al. 1981) แต่เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำบทบาทของผู้ชายเข้ามาในการวางแผนครอบครัว ซึ่งได้ดึงดูดสนใจคุณกำเนิดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะ HIV/AIDS (Edward 1994, Gallen 1986, Wawer et al. 1991) ยิ่งไปกว่านั้นพฤติกรรมของคู่สมรสได้ถูกนำมาใช้กำหนดอนามัยการเจริญพันธุ์ของทั้งคู่สามี-ภรรยา มากกว่าที่จะพิจารณาผลที่เกิดกับเพศใดเพศหนึ่งโดยเฉพาะ (Becker 1996)

ได้มีการศึกษาว่าโครงการวางแผนครอบครัวที่มีผู้ชายเป็นกลุ่มเป้าหมายเช่นเดียวกับผู้หญิงจะประสบความสำเร็จเพียงไร (Ezeh 1993, Chatturvedi 1986, Terefe and Larson 1993) โดยส่งเสริมให้มีการพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิดในระหว่างคู่สมรส (Jolly 1976)

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์ (Literature Review and Synthesis)

เพศชายมีประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรโลก แต่เป็นเพียง 1/3 ของผู้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว (Gallen et al. 1986) วิธีการวางแผนครอบครัวของเพศชาย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การทำหมัน การหลั่งภายนอก และการนับระยะปลอดภัย ความร่วมมือจากเพศชายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคอันเกิดจากเพศสัมพันธ์ (STDs) รวมทั้ง HIV

มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 65 ของสตรีที่ทำการสำรวจต้องการให้ชายมีบทบาทในการเลือกวิธีการคุมกำเนิด และร้อยละ 75 ต้องการให้ชายมีบทบาทเข้ามาปฏิบัติวางแผนครอบครัวด้วย (Henry J. Kaiser Family Foundation 1997)

มีการศึกษาพบว่า ชายที่มีส่วนตัดสินใจปฏิบัติวางแผนครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้มีการใช้วิธีคุมกำเนิดพร้อม ๆ กัน 2 วิธี และช่วยป้องกันการติดเชื้อ HIV (Riehm et al. 1998)

จากการศึกษาวัยรุ่น 550 ราย ที่มาใช้บริการคลินิกในชุมชนและในโรงเรียนของสหรัฐอเมริกา พบว่าวัยรุ่นสตรีจะพูดคุยกับวัยรุ่นชายเสมอ ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์และการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ (Edwards 1994)

มีความสัมพันธ์กันระหว่างศาสนาและสุขภาพอนามัย (Jarvis and Northcott 1987) ศาสนาถูกพิจารณาว่าเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นของชีวิตคนอินโดนีเซีย โดย Sciertino et al. (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของสตรีกับการเจริญพันธุ์ และเพศสัมพันธ์ โดยได้สตรีอิสลามในเขตชนบทของ จวา และมาดูรา มาศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร การเสียชีวิตของมารดา การลักลอบทำแท้ง การมีเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอดส์

Obermeyer (1992) ศึกษาตัวอย่างจาก อิหร่าน และตูนิเซีย พบว่าคำสอนทางศาสนาอิสลามทำให้เกิดความแตกต่างในระหว่างความเป็นหญิงและความเป็นชาย ในอิหร่าน คำสอนทางศาสนาที่เข้มงวดทำให้สตรีถูกกดทอนลง ในขณะที่สตรีในตูนิเซียมีสิทธิมากกว่า รวมทั้งในการกำหนดการเจริญพันธุ์ของตน

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมักจะมีลักษณะครอบครัวแบบมีภรรยาหลายคน (Polygamy) (Kelly, 1992) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีที่มีการ

สมรสแบบสามีเดียวภรรยาหลายคน (Polygamy) และสามีภรรยาเดียว (Monogamy) (Ahmed 1986) พบว่าคู่สมรสแบบสามีภรรยาเดียวจะปฏิบัติวางแผนครอบครัวมากกว่าคู่สมรสที่มีสามีภรรยาในเวลาเดียวกันมากกว่า 1 คน (Dadoo, 1998)

Ezeh (1997) ได้ใช้ข้อมูลปี 1988/1989 ของ Kenya Demographic and Health Surveys (KDHS1) ในการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ทั้งในระดับบุคคล (Individual) และระดับรวม (Aggregate) พบว่าผู้หญิงที่อยู่ในครอบครัวที่สามีมีภรรยาหลายคนจะมีภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าผู้หญิงที่อยู่ในครอบครัวที่สามีภรรยาเดียว

การสมรสแบบหลายสามีหรือหลายภรรยาในเวลาเดียวกัน ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีแต่ละบุคคลลดลง (Garenne and van de Walle 1989) ในขณะที่ Ahmed (1986) พบว่าภาวะเจริญพันธุ์ของแต่ละบุคคลจะเพิ่มขึ้น

สตรีจะเป็นผู้มีบทบาทในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดมากกว่าชาย (Bean et al. 1983) ส่วน Stolly (1995) พบว่าเมื่อนำเชื้อชาติ ภูมิภาคที่อาศัยอยู่ และระยะเวลาการสมรสเข้ามาพิจารณา ยังพบว่าสตรีมีบทบาทในการเลือกวิธีคุมกำเนิดมากกว่าชาย

Karra M.V. (1997) พบว่าการพูดคุยกันระหว่างคู่สมรสไม่ได้ทำให้ผู้ชายหันมาสนับสนุนการวางแผนครอบครัว แต่ผู้ชายมองเห็นประโยชน์ของการเว้นระยะการมีบุตร หรือการจำกัดจำนวนบุตรว่าเป็นการยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน ดังนั้นการที่ผู้ชายเข้ามาเกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวจึงไม่ได้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นหญิงชาย การพูดคุยกันระหว่างคู่สมรสเป็นผลจากการที่สตรีได้รับการศึกษาสูงขึ้น ผู้ชายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวจะใช้วิธีคุมกำเนิดสำหรับผู้ชาย ซึ่งส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง และเกิดประโยชน์กับฝ่ายหญิงในระยะยาว แรงจูงใจส่วนบุคคลมีความสำคัญต่อการที่ผู้ชายจะเข้าร่วมในการปฏิบัติวางแผนครอบครัวมากกว่าการเลือกวิธีการคุมกำเนิด

ร้อยละ 51 ของผู้ชาย และร้อยละ 38 ของผู้หญิงที่เป็นคู่สมรสกันได้รายงานว่าคุณสมรสร่วมกันตัดสินใจในเรื่องการคุมกำเนิด จึงมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างหญิงและชาย เช่นเดียวกับรายงานของผู้อื่น เช่น Khan and Singh (1987) และ Goyal (1990)

Glantz et al. (1996) ศึกษาอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงในเมือง Chiapas เม็กซิโก จำนวน 40 ราย โดยเฉพาะเกี่ยวกับประสบการณ์ความรุนแรงในความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยา พบว่าผู้หญิงซึ่งมีความเห็นว่าพฤติกรรมของผู้รับเคราะห์เป็นสาเหตุของความรุนแรง มีแนวโน้มที่จะเสนอแนะให้ใช้ความอดทนเป็นกลยุทธ์ ส่วนผู้หญิงที่มีความเห็นต่างกันโดยระบุว่าสาเหตุของความรุนแรงไม่ได้มาจากพฤติกรรมของผู้รับเคราะห์ จะมีแนวโน้มให้ข้อเสนอแนะที่ต่อต้านความรุนแรงหรือระงับความก้าวร้าวนั้นเสีย ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการที่สตรีตั้งครรรภ์ คลอด ไม่ซื่อสัตย์ และเพศสัมพันธ์ ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์นำไปสู่การที่สตรีต้องดูแลตัวเอง และความเท่าเทียมกันทางเพศในสังคม

Mason et al. (1998) ศึกษาเกี่ยวกับการกดขี่ผู้หญิง โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจช่วงปี 1993/94 จากผู้หญิงที่ทำการสมรสแล้วในปากีสถาน อินเดีย มาเลเซีย ไทยและฟิลิปปินส์ ใน 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านเศรษฐกิจ ขนาดครอบครัว การออกไปนอกบ้าน การถูกกดขี่ควบคุมโดยสามี พบว่าในทุกประเทศยกเว้นปากีสถาน แม้ว่าสตรีที่เป็นมุสลิมจะมีอิสระในการออกไปนอกบ้านน้อยกว่า แต่ในเรื่องทั่ว ๆ ไป จะมีอิสระเหมือน ๆ กับสตรีที่ไม่ใช่มุสลิม และสตรีมุสลิมยังถูกสามีทุบตีน้อยกว่าสตรีที่ไม่ใช่มุสลิม ศาสนาจึงเป็นเพียงปัจจัยย่อย ๆ ที่มีผลต่อการมีอำนาจของสตรี

การตกลงปฏิบัติวางแผนครอบครัว หรือการมีบุตรของคู่สมรสเป็นผลมาจากทั้งชายและหญิงร่วมกันตัดสินใจ (Clark and Swicegood 1952 ; Miller and Pasta 1996) อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาว่าฝ่ายชายหรือหญิงที่มีบทบาทมากกว่ากันต่อการตัดสินใจมีบุตร (Thomson 1997) Simmons (1996) ศึกษาเกี่ยวกับบรรทัดฐานระหว่างชายหญิงจากกลุ่ม

สนทนา 21 กลุ่ม พบว่าสตรีคิดว่าการตัดสินใจวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องของสตรีเอง ไม่ควรให้สามีมีส่วนในการตัดสินใจ หรือปฏิบัติวางแผนครอบครัว เนื่องจากสตรีเป็นผู้มีบทบาทในการตั้งครรภ์

มีงานที่วิจัยพบว่าชายมีความสอดคล้องกับหญิงในความต้องการมีบุตร (Thomson, McDonald, and Bampass 1990) แต่ก็มีคู่สมรสจำนวนมากที่ตกลงกันไม่ได้ว่าควรจะมีบุตรหรือไม่ หรือเมื่อไรที่ควรจะมีบุตร (Beckman 1984 ; Coombs and Chang 1981) โดยปกติคู่สมรสจะไม่ปฏิบัติวางแผนครอบครัว จนกว่าจะมีการตัดสินใจว่าไม่ต้องการมีบุตร (เพิ่ม) เพื่อหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ และเมื่อต้องการมีบุตรก็จะเลิกปฏิบัติวางแผนครอบครัว แต่ในกรณีที่ยังตกลงกันไม่ได้ พบว่าคู่สมรสมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์มากกว่าคู่สมรสที่สามารถตกลงกันได้ เนื่องจากมีความล่าช้าในการนำวิธีการปฏิบัติวางแผนครอบครัวมาใช้ (Beach et al. 1982) การวางแผนจะมีบุตรของชายมีผลต่อการตัดสินใจมีบุตรของคู่สมรส และเมื่อคู่สมรสตกลงกันไม่ได้เกี่ยวกับความต้องการจะมีบุตร จะส่งผลให้คู่สมรสนั้นยังคงชะลอการมีบุตรไว้ (Thomson and Hoem 1998)

ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ ส่งผลให้สตรีมีการเสี่ยงต่อผลที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ สตรีส่วนใหญ่จะไม่กล้าร้องขอให้คู่สมรสใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์จึงเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และติดเชื้อโรคโดยเฉพาะ AIDS เช่น ในโอกาสดาที่สตรีไม่กล้าปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ทั้ง ๆ ที่ทราบว่ามีติดเชื้อเอดส์ การที่สตรีไม่กล้าเสนอแนะแก่สามี เนื่องจากมีความกลัวถูกทุบตี หรือหย่าร้าง และเนื่องจากสตรีมีบทบาทเป็นรองฝ่ายชายในสังคม ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศจึงนำไปสู่ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเป็นชายจึงเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและภรรยา โดยทำให้ชายมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง โดยในบางส่วนของสังคมไทยยอมรับการที่ชายจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรส เช่น โสเภณี เพื่อนสาว โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จึงส่งต่อจากชายไปยังภรรยาและคู่นอนของตน

สตรีมุสลิมจะได้รับการศึกษาน้อยกว่า และเข้าร่วมในการทำงานน้อยกว่าชาย สำหรับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ พบว่าสตรีมุสลิมมีอัตราการเจริญพันธุ์สูง อัตราในการใช้วิธีการคุมกำเนิดต่ำ และเข้าสู่การสมรสเมื่อมีอายุน้อย (Farid 1987)

ประเพณีดั้งเดิมสืบต่อกันมา สตรีมุสลิมมีทางเลือกค่อนข้างจำกัดในการสมรส หย่าร้าง และการดูแลปกครองบุตร สามีมีสิทธิในการมีภรรยาได้ 4 คน และสามารถบอกเลิกกับภรรยาด้วยเหตุอ้างว่าต้องการหย่าร้าง ในขณะที่ภรรยาซึ่งต้องการหย่าร้างจะมีขั้นตอนที่ยากลำบากกว่าจะหย่าร้างได้ พ่อมีสิทธิในการดูแลปกครองบุตรตั้งแต่แรกเกิด โดยสตรีไม่มีหลักฐานในการอ้างสิทธิที่จะปกครองดูแลบุตร และยังขาดการวิจัยที่จะให้ความชัดเจนว่าสตรีมีความเท่าเทียมกับบุรุษในการศึกษาและการทำงาน (Rahman 1980)

แม้จะมีการศึกษาถึงสถานภาพและสุขภาพของสตรีมุสลิม แต่ก็จำกัดหัวข้อการศึกษาเฉพาะการมีชีพของบุตร และยังขาดผลการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพของสตรีกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (Tekce and Shorter 1984 ; Doan and Bisharat 1990)

ดังนั้นจึงควรทำการวิจัยเกี่ยวกับความเป็นหญิงชาย และพฤติกรรมทางเพศ เพื่อเพิ่มบทบาทของชายในการมีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในกลุ่มไทยมุสลิม

1.3 สถานะอนามัยการเจริญพันธุ์ของไทยมุสลิม

จากผลการสำรวจสภาพปัญหาสาธารณสุขของคนไทยมุสลิมที่อาศัยอยู่มากในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าสตรีไทยมุสลิมมากกว่าร้อยละ 30 ยังคลอดบุตรกับหมอต้าแย ในขณะที่อัตราการคลอดบุตรกับหมอต้าแยของสตรีไทยทั่วประเทศอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ามุสลิมมีพิธีต้อนรับทารกและไม่สะดวกที่จะไปทำพิธีในห้องคลอดที่โรงพยาบาล จึงนิยมการคลอดที่บ้าน อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1,000

ราย ในสตรีไทยมุสลิมสูงกว่า 0.2 ในขณะที่สตรีไทยพุทธมีอัตราดังกล่าวต่ำกว่า และอัตราการตายของทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายในกลุ่มไทยมุสลิมมากกว่า 6.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มไทยพุทธ อัตราเด็กขาดสารอาหารในระดับ 2 ในพื้นที่ชนบทของกลุ่มมุสลิมมีมากกว่าร้อยละ 16 ในขณะที่พบในระดับประเทศเพียงร้อยละ 11.9 นอกจากนี้ข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดยะลา ยังพบว่าหญิงที่ฝากครรภ์กับทางโรงพยาบาลจำนวน 9,756 ราย ได้รับเชื้อเอชไอวี 42 ราย จำแนกเป็นไทยพุทธ 33 ราย และมุสลิม 9 ราย (ชัยวัฒน์ สถาอานันท์, 2539) อาจเนื่องจากไทยมุสลิมมีข้อห้ามทางศาสนาอย่างเคร่งครัดในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส และการใช้ยาเสพติด อิสลามยังอนุญาตให้ชายสามารถมีภรรยาได้ในเวลาเดียวกันถึง 4 คน ทำให้ลดความเสี่ยงจากการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ คำสอนทางศาสนาอิสลามได้กำหนดให้ชายมีบทบาทเป็นฝ่ายนำหญิงในหลาย ๆ ด้าน โดยสตรีไทยมุสลิมมักถูกบังคับให้ออกจากโรงเรียน และเข้าสู่การสมรสตั้งแต่อายุยังน้อย (ไม่เกิน 15 ปี) สตรีต้องทำงานบ้าน เลี้ยงดูลูก ต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของผู้เป็นสามี ไทยมุสลิมมีความเชื่อทางศาสนาว่าบุตรเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมาให้ การวางแผนครอบครัวจึงเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ ดังนั้นกลุ่มไทยมุสลิมจึงมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าและมีอัตราการเจริญพันธุ์สูงกว่ากลุ่มไทยพุทธ

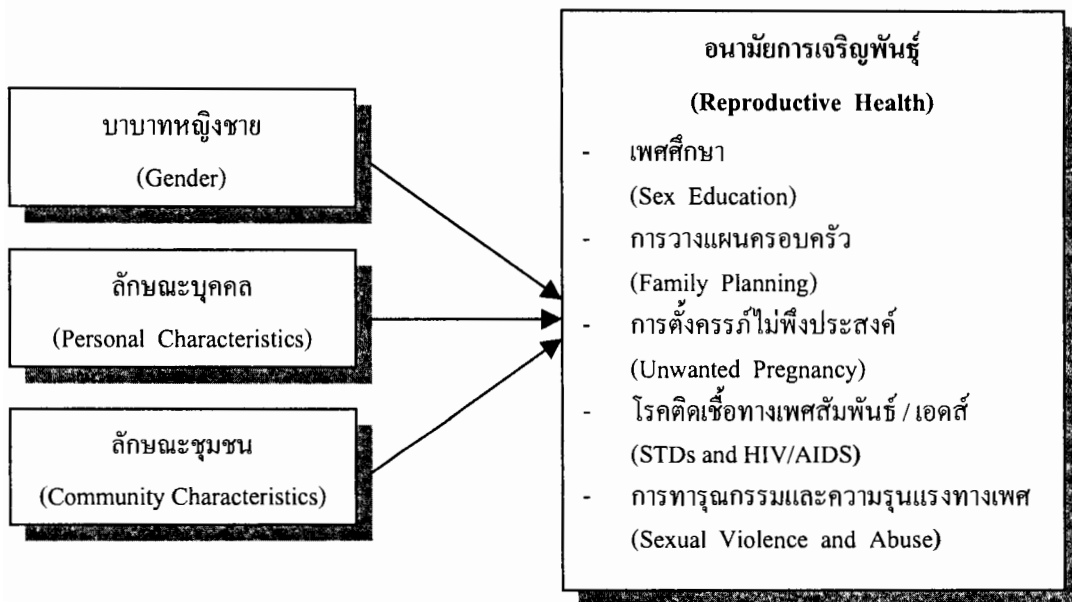
1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. ศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมา (Occurrence and consequences) เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ (STDs and HIV/AIDS) และอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยครอบคลุมถึงประเด็นของการวางแผนครอบครัว การอนามัยของแม่และเด็ก ความปลอดภัยของมารดา โรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษาวัยรุ่น การทารุณกรรมและความรุนแรงทางเพศในกลุ่มไทยมุสลิมภาคใต้ จำแนกตามลักษณะของภรรยาและสามี
2. ศึกษากระบวนการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

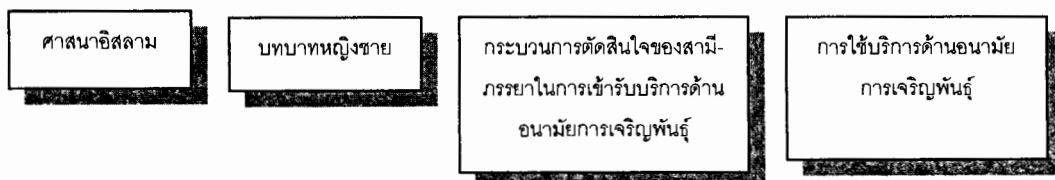
3. ศึกษาผลกระทบของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

1.5 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

1.5.1 บทบาทหญิงชาย (Gender Role) ลักษณะบุคคลของสามีและภรรยา (Personal Characteristics) และลักษณะชุมชน (Community Characteristics) มีผลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) ของสตรีไทยมุสลิม ดังแผนภาพ



1.5.2 ศาสนาอิสลามมีผลกระทบต่อบทบาทเป็นหญิงชาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังแผนภาพ



2. ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology)

2.1 การออกแบบวิจัย (Research Design)

คู่สมรสไทยมุสลิมที่ภรรยาอายุระหว่าง 15-44 ปี เป็นประชากรเป้าหมายในการวิจัย เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้ต้องการศึกษาผลกระทบของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการตัดสินใจของสามีและภรรยา ในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงได้เลือก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความเป็นไทยมุสลิมอย่างเข้มข้น โดยพิจารณาจากร้อยละของประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามในจังหวัด และภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวัน (ภาษายาวี) ได้แก่ จังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เป็นจังหวัดเป้าหมาย นอกจากนี้ การเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมุสลิม น่าจะมีความแตกต่างกันระหว่างผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชนบทและเขตเมืองจึงกำหนดการเก็บตัวอย่างในเขตชนบทและเขตเมืองในแต่ละจังหวัดให้มีจำนวนเท่า ๆ กัน

2.2 ขนาดและการเลือกตัวอย่าง Sample size (Sampling Method)

ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นหลายขั้นตอน (multi – stage sampling technique) ได้จำนวนคู่สมรสที่ตกเป็นตัวอย่างในการสัมภาษณ์รวม 600 คู่ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและจังหวัด ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างธรรมดาแบบง่าย (simple random sampling) ได้ 3 จังหวัด จาก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำบัญชีรายชื่ออำเภอในแต่ละจังหวัด จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างธรรมดาแบบง่าย (simple random sampling) ให้ได้ 1 อำเภอที่มีเขตเมือง (เทศบาล

และสุขาภิบาล) และ 1 อำเภอที่ไม่มีเขตเมืองในแต่ละจังหวัดได้อำเภอที่ตกเป็นตัวอย่าง 6 อำเภอ (3 อำเภอที่มีเขตเมือง และ 3 อำเภอที่ไม่มีเขตเมือง)

ขั้นตอนที่ 3 ในแต่ละอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่าง ได้จัดทำบัญชีรายชื่อตำบล จากนั้นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างธรรมดาแบบง่าย (simple random sampling) ให้ได้ 1 ตำบล จากแต่ละอำเภอตัวอย่าง ได้ตำบลที่ตกเป็นตัวอย่างรวม 6 ตำบล

ขั้นตอนที่ 4 ในแต่ละตำบลของเขตชนบทที่ตกเป็นตัวอย่าง ได้จัดทำบัญชีรายชื่อหมู่บ้าน จากนั้นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างธรรมดาแบบง่าย (simple random sampling) ให้ได้ 2 หมู่บ้านจากแต่ละตำบลตัวอย่าง และในแต่ละตำบลของเขตเมือง ได้เลือก 2 ชุมชน มาเป็นชุมชนตัวอย่าง จะได้ 6 หมู่บ้านตัวอย่าง และ 6 ชุมชนตัวอย่าง สำหรับเป็นพื้นที่จัดเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 5 ในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง ได้จัดทำบัญชีจำนวนครัวเรือน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างครัวเรือนอย่างมีระบบ (systematic sampling) ให้ได้จำนวนตัวอย่างตามการใช้ Probability Proportional to Size (PPS) โดยประมาณ 50 ครัวเรือน/หมู่บ้านหรือชุมชน

ในการออกปฏิบัติงานสนาม ถ้าพบว่าในแต่ละครัวเรือนอาจประกอบด้วยคู่สมรสหลายคู่ ได้ให้พนักงานสัมภาษณ์จะเลือกสัมภาษณ์คู่สมรสที่มีสามี-ภรรยาอยู่พร้อมหน้ากัน ในขณะที่นั้นมาทำการสัมภาษณ์ 1 คู่ หากในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างไม่มีคู่สมรสที่มีสามี-ภรรยาอยู่พร้อมหน้ากันในขณะที่นั้น ให้ใช้ครัวเรือนใกล้เคียงถัดไปเป็นตัวอย่างแทน และถ้าในหมู่บ้านนั้นไม่สามารถหาคู่สมรสที่มีคุณสมบัติดังกล่าวได้ครบตามจำนวนเป้าหมาย ให้ใช้หมู่บ้านถัดไปเป็นหมู่บ้านตัวอย่างได้

2.3 วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ (Data Collection and Instruments)

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยรวบรวมได้จากหลายวิธีการ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (Interview) คู่สมรสไทยมุสลิม ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่แยกชุดกันระหว่างสามีและภรรยา จำนวน 1,200 ชุด จาก 600 คู่สมรส
2. สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยใช้แนวคำถามที่จัดเตรียมไว้ (Guide Line Questions) ซักถามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 75 ราย จาก 8 กลุ่ม ที่จำแนกตามเพศ รูปแบบการสมรส (สามี/ภรรยาเดี่ยว, สามีเดี่ยวภรรยาหลายคน) และเขตที่อยู่อาศัย (ชนบท, เมือง)
3. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลได้จากตามกลุ่มสนทนา กลุ่มละ 1-2 ราย และวัยรุ่นซึ่งยังเป็นโสดที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ทั้งชายหญิงและจากเขตชนบทและเขตเมืองทั้งสิ้น รวม 16 ราย (สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มที่ 1, 2, 5, 6 กลุ่มละ 1 ราย กลุ่ม 3, 4, 7, 8 กลุ่มละ 2 ราย กลุ่มวัยรุ่นชายในเขตชนบทและเขตเมือง กลุ่มละ 1 ราย กลุ่มวัยรุ่นหญิงในเขตชนบทและเขตเมืองกลุ่มละ 1 ราย)

ช่วงเวลาที่จัดเก็บข้อมูลทั้ง 3 วิธีได้กระทำพร้อม ๆ กันไปในเวลาเดียวกัน ในช่วงเดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไม่ว่าจะเป็นแบบสอบถาม แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้ถูกทดสอบ (Pretest) โดยทดลองนำมาใช้ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2543 และได้ปรับปรุงแก้ไขก่อนการให้จริง

3. ผลการวิจัย (Results)

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสัมภาษณ์คู่สมรสไทยมุสลิม 600 คู่ หรือจำนวน 1,200 ราย พบว่า ภรรยาอายุเฉลี่ย 31.6 ปี สามีมีอายุเฉลี่ย 36.2 ปี โดยสตรีได้รับการศึกษาเฉลี่ย 8.3 ปี และสามีได้รับการศึกษาเฉลี่ย 8.4 ปี มีจำนวนสมาชิกครัวเรือนเฉลี่ย 5.5 คน มีขนาดที่ดินทำกินเฉลี่ย 14.2 ไร่ ภรรยาประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด รองลงมาทำการค้าขาย ในขณะที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมาทำงานรับจ้าง โดยประมาณร้อยละ 52.7 ของสตรี และร้อยละ 77.2 ของสามีไปทำงานนอกครัวเรือน ทั้งนี้ร้อยละ 14.2 ของสามีเคยไปทำงานต่างถิ่นเฉลี่ยครั้งละ 4.8 วัน ภรรยาหารายได้จากการทำงานเฉลี่ย 4,724 บาท/เดือน ในขณะที่สามีมีรายได้เฉลี่ย 11,258 บาท/เดือน มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 12,395 บาท/เดือน มีครอบครัวไทยมุสลิมประมาณไม่เกินร้อยละ 3 ที่สมรสแบบสามีเดียวมีภรรยาหลายคน (Polygamy) มากกว่าร้อยละ 80 ของภรรยาและสามีใช้ภาษายาวีเป็นภาษาพูดในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ภรรยาร้อยละ 9.7 และสามีร้อยละ 12.2 ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ ไทยมุสลิมส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์และฟังวิทยุ แต่ไม่ค่อยได้อ่านหนังสือพิมพ์ ภรรยาและสามีไทยมุสลิมมีความเคร่งทางศาสนา และให้ความสำคัญของบทบาททางศาสนาต่อชีวิตประจำวัน โดยส่วนใหญ่ทำการละหมาด 5 เวลา/วัน ถือศีลอด และจ่ายซะกาดตามหลักเกณฑ์

3.2 บทบาทชาย หญิง (Gender Role)

พบว่าสามีมีบทบาทโดยรวมในครอบครัวมากกว่าภรรยา เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับรายจ่ายที่เป็นเงินก้อนใหญ่ การส่งบุตรเข้าโรงเรียน การส่งบุตรไปทำงานหรือไปอยู่ที่อื่นเป็นเวลานาน ๆ การอนุญาตให้ภรรยาไปทำงานนอกบ้าน การกู้เงิน ส่วนภรรยาจะเป็นผู้ มีบทบาทมากกว่าสามีในเรื่องการตัดสินใจซื้ออาหารเสริม การดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การเก็บเงิน ดูแลถือเงินของครอบครัว (ตาราง 2)

ในครอบครัวได้มีการแบ่งบทบาทระหว่างสามี-ภรรยา โดยฝ่ายชายทำหน้าที่หาเงินมาเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ส่วนภรรยาทำหน้าที่เลี้ยงลูก ทำงานบ้าน ซักผ้า หุงข้าว รวมทั้งซื้อฟุ้งและปฏิบัติตามคำสั่งของสามี ดังคำกล่าวในการสนทนากลุ่มที่ว่า

“.....สามีมีอำนาจในการตัดสินใจทุกอย่าง (หัวเราะ) ทรัพย์สินที่มีอยู่ก็เป็นชื่อของสามี.....” (หญิง, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....ความคิด คิดร่วมกัน แต่ถ้าตัดสินใจไม่ตรงกัน สุดท้ายก็เป็นเรา” (ชาย, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....สามีเป็นหลัก ก๊ะ (พี่สาว) เป็นแม่บ้านอย่างเดียว ลูกก๊ะดูแล เขามีบทบาทเรื่องเงิน แต่ในครอบครัวตาม ๆ กัน.....” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“.....สามีทุกอย่าง ทำอะไรก็คุยกัน” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 70 ของสตรียังต้องช่วยทำงานหาเงินมาจุนเจือใน ครอบครัวด้วย ซึ่งตรงกับการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“.....ทั้งสองคงต้องช่วยกันทำมาหากิน แต่หลัก ๆ ชายต้องมีงานทำ เพื่อมีรายได้เลี้ยงครอบครัว หากผู้หญิงทำงานด้วยก็จะดี ไม่ใช่ให้ชายหาเลี้ยงคนเดียว” (ชาย, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....ทำงานทั้งคู่ เมียผมตัดเสื้อผ้าที่บ้าน ก็ได้ช่วยค่าขนมลูก...” (ชายสามีภรรยาเดียว)

“...สามีเป็นหลักในการหาเงิน ตัวเองก็หาเหมือนกัน ช่วย ๆ กัน.... ถ้าเมียมีคนเดียวไม่เป็นไร แต่มีสองคนต้องช่วยกันทำงาน.....” (หญิง, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

3.3 บริการด้านสาธารณสุขและองค์กรที่มีในชุมชน

ร้อยละ 70.7 ของสตรีไทยมุสลิมระบุว่า มีสถานบริการในทุกคนให้บริหารวิธีคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ต้องการใช้ และร้อยละ 66.3 ระบุว่า มีบุคลากรด้านสาธารณสุขให้บริการ

ดังกล่าวในชุมชน โดยใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปถึงสถานบริการเฉลี่ย 17 นาที มีระยะทางระหว่างบ้านห่างจากสถานบริการวางแผนครอบครัวเฉลี่ย 2.7 กิโลเมตร ร้อยละ 65.4 ของสตรีระบุว่าในชุมชนเมืองค์กรเกี่ยวกับสตรี สำหรับแหล่งรับบริการดูแลสุขภาพในการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย สตรีจะไปใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐและสถานอนามัยมากกว่าแหล่งอื่น ๆ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.3) ระบุว่าได้รับความสะดวกในการไปรับบริการ

สตรีไทยมุสลิมพอใจที่จะรับบริการดูแลสุขภาพอนามัยจากบุคลากรสาธารณสุขเพศหญิงด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 67.5) เนื่องจากมีความกระดากอายที่จะถามปัญหาของผู้หญิงน้อยกว่าการถามบุคลากรเพศชาย ในขณะที่สามีประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) ยินดีรับบริการจากบุคลากรเพศใดก็ได้ อย่างไรก็ตาม ถ้าเลือกได้พบว่าสามีต้องการบริการจากบุคลากรสาธารณสุขเพศชายมากกว่าเพศหญิง ดังการสนทนากลุ่ม

“.....พอใจกับการบริการ หมอผู้ชายหรือหมอฟemaleไม่เลือก ใครก็ได้ แต่ถ้าให้เลือกก็จะเอาผู้หญิง เพราะเวลาถามปัญหาของผู้หญิง มันพูดง่ายหน่อย เรื่องแปลก ถ้าถามหมอผู้ชายก็อายอีก.....” (หญิง, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....จะไปศูนย์ เพราะศูนย์มีหมอฟemale ไม่ชอบผู้ชาย อายด้วย.....” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“.....ถ้าเลือกเอาหมอฟemale จับอวัยวะเพศ จับช่องคลอดอะไรผู้หญิงเราจะมีสติ เคยตรวจหมอผู้ชาย ตอนตรวจเฉย ๆ ไปกับสามี มีหมอบประจำ หมอที่คลอดลูกให้มันเลือกไม่ได้ ความรู้สึกต้องถ่างขาให้ผู้ชายอื่นดู.....” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“.....ถ้าหากภรรยาไปหาหมอ....ก็หมอฟemaleจะดีกว่า แต่ถ้าไม่มีก็ไม่ว่าจะทำอย่างไร ก็ต้องเอาหมอผู้ชาย ก็ไม่เป็นไร.....” (ชาย, สามีภรรยาเดียว)

ทั้งภรรยาและสามีส่วนใหญ่ต้องการได้รับบริการดูแลสุขภาพอนามัยจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่นับถือศาสนาอิสลามเช่นเดียวกับตน โดยประมาณครึ่งหนึ่งของ

ทั้งภรรยาและสามีไม่เกี่ยงเรื่องอายุของบุคลากรดังกล่าว แต่หากเลือกได้จะต้องการบุคลากร
สาธารณสุขที่มีอายุมากกว่าตน

3.4 เพศศึกษา

ก่อนอายุ 18 ปี ร้อยละ 43.3 ของภรรยาไม่เคยพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการเมือง
ประจำเดือนของผู้หญิง และร้อยละ 50.6 ของสามีไม่เคยพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับการหลังของ
ผู้ชาย ทั้งภรรยาและสามีส่วนใหญ่ไม่เคยพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ วิธีคุมกำเนิด โรค
ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ สำหรับผู้ที่เคยพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ส่วนใหญ่จะพูด
คุยกับเพื่อน

มากกว่าครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีไม่เห็นด้วยที่จะมีการสอนเพศศึกษา
เฉพาะภายในบ้าน โดยการสอนเรื่องเพศศึกษาไม่ได้เป็นเรื่องที่ขัดกับคำสอนทางศาสนา
อิสลาม ทั้งภรรยาและสามีมีความเห็นว่าควรให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาเมื่อผู้รับความรู้ดังกล่าว
มีอายุ 13-14 ปี โดยควรควรเป็นผู้ให้ความรู้ด้านเพศศึกษา ร่องลงมาเป็นบุคลากรด้าน
สาธารณสุข และมารดาตามลำดับ สำหรับการสอนเพศศึกษาให้กับบุตร ทั้งภรรยาและสามี
ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าจะเป็นการเหมาะสมที่สุดถ้าหากสามีสอนบุตรชาย และภรรยา
สอนบุตรหญิง ทั้งภรรยาและสามียังระบุว่าเรื่องเพศศึกษาที่ควรสอนในโรงเรียนควรเน้นเรื่อง
โรคเอดส์มากที่สุด ร่องลงมาเป็นเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือนของผู้หญิง
/ การหลังของผู้ชาย การตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด อย่างไรก็ตาม ทั้งภรรยาและสามีบางราย
มีความคิดเห็นควรสอนเพศศึกษาเมื่อบุตรกำลังจะแต่งงาน ซึ่งตรงกับการสนทนากลุ่มที่ว่า

“.....เรื่องเพศศึกษานั้น ถ้าถูกผู้หญิงแม่สมควรสอน ถ้าถูกผู้ชายพ่อสมควร
สอน และโรงเรียนศาสนาก็สอนอยู่แล้ว.....” (ชาย, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....จะบอกลูกช่วงที่ลูกใกล้แต่งงาน ในช่วง 13 ปี สำหรับผู้หญิง และชาย
ประมาณ 13-14 ปี” (ชาย, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....ศาสนาสอนให้เราปลูกฝังตั้งแต่เล็ก ๆโตขึ้นก็รู้เรื่องเอง.....” (หญิงสามีภรรยาเดียว)

“...ต้องสอนให้รู้ เพราะเรื่องนี้สำคัญ ควรสอนช่วงที่ลูกจะมีครอบครัว โดยทั้งพ่อแม่ช่วยกันสอน....โดยเฉพาะแม่ควรสอนมากที่สุด...” (หญิง, สามีเดี่ยวภรรยาหลายคน)

อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 54.8 ของภรรยา และร้อยละ 49.5 ของสามีระบุว่า การสอนเพศศึกษาทำให้วัยรุ่นคิดจะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น

3.5 พฤติกรรมเพศสัมพันธ์

ร้อยละ 99.1 ของภรรยา และร้อยละ 89.9 ของสามีมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับ คู่สมรสของตน ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 47.3 ของภรรยาไม่ได้พูดคุยเรื่องการ ป้องกันการตั้งครรภ์กับคู่ร่วมเพศ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 18.2 ของภรรยาได้ใช้วิธีคุมกำเนิด ป้องกันการตั้งครรภ์ ทั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีที่ได้พูดคุยกันเกี่ยวกับการป้องกัน การตั้งครรภ์ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ได้ร่วมกันตัดสินใจที่จะใช้วิธีคุมกำเนิด

ส่วนใหญ่ภรรยาและสามีมีเพศสัมพันธ์ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยมีความคิด เห็นว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญมากต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสามี – ภรรยา ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่ว่า

“.....เพศสัมพันธ์มีความสำคัญต่อชีวิตพอ ๆ กับด้านเศรษฐกิจ ก็ครั้งหรือ ความถี่ไม่แน่นอน แต่ไม่ทุกวัน ประมาณ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“...คิดว่าสำคัญมาก เพราะว่าสามีถ้าไม่ได้มีโอกาสร่วมเพศกับภรรยาก็จะรู้สึก ไม่ดี และหากไม่มีโอกาสร่วมเพศเลยจะทำให้มีโอกาสหาเมียใหม่...” (ชายสามีภรรยาเดียว)

“.....สำคัญมาก ความถี่ไม่แน่นอน ส่วนใหญ่แล้วไม่ทุกวัน ประมาณ 2-3 ครั้งต่ออาทิตย์...” (หญิงสามีภรรยาเดียว)

มีสามีบางรายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นและหญิงบริการ และจะปิดบังภรรยา ผลที่ตามมาคือภรรยามีโอกาสที่จะติดโรคทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 87.9 ของชายระบุว่าหากสงสัยว่าตนเองอาจติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs) ก็จะบอกให้ภรรยาทราบ

ภรรยาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.2) ไม่เคยบอกหรือแสดงท่าทีกับสามีถึงความต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย และประมาณครึ่งหนึ่งของภรรยาได้รับความสุข (ความรู้สึกสุดยอดทางเพศ) จากการมีเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 43.5 ของภรรยาได้เคยบอกเรื่องนี้กับสามี ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่ว่า

“.....ถ้าเรามีปัญหาส่วนใหญ่สามีจะรู้ ถ้าไม่ถึงจุดสุดยอดสามีก็รู้ ส่วนใหญ่เราจะไม่มีความต้องการ สามีต้องการก่อน เราจะเฉย ๆ ในเรื่องเหล่านี้ ถ้าเขาต้องการเราให้เขาเต็มร้อยอยู่แล้ว.....” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“.....เรื่องแบบนี้คุยกันกับแฟนเลยดีที่สุด อายไม่ได้ ถ้ามีความต้องการเขาก็จะรู้เองมันสามีภรรยา มันมีสัญชาตญาณรู้กันเองว่าต้องการ ..” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

เมื่อตั้งครรภร้อยละ 76.9 ของภรรยาได้งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ โดยงดเว้นเมื่อบุตรในครรภ์มีอายุเฉลี่ย 4.22 เดือน จนถึงภายหลังคลอดบุตรใหม่ ๆ เฉลี่ยนาน 91.24 วัน

มีภรรยาและภรรยาบางรายเท่านั้นที่เคยมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และเกือบทั้งหมดไม่ยอมรับพฤติกรรมรักร่วมเพศระหว่างหญิง หรือระหว่างชาย

3.6 การสมรส และการมีบุตร (ตาราง 7)

ทั้งภรรยาและสามีไทยมุสลิม มีความคิดเห็นว่าอายุที่เหมาะสมสมรสสำหรับผู้หญิงควรมีอายุเฉลี่ย 22 ปี สำหรับอายุที่เหมาะสมจะทำการสมรสสำหรับผู้ชายนั้น ภรรยา

ระบุว่าควรมีอายุประมาณ 26 ปี ส่วนสามีระบุว่าควรมีอายุประมาณ 25 ปี และการเข้าสู่การสมรสควรกระทำเมื่อจบการศึกษาแล้ว หรือเมื่อเริ่มมีรายได้ หรือเมื่อเจอกับคนดี ๆ

ในข้อเท็จจริงพบว่าสตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 20.3 ปี ในขณะที่สามีมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 24.0 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีทั้งบิดาและมารดามีบทบาทหลักในการตัดสินใจให้สมรส ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของชายตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แต่บิดาและมารดายังมีบทบาทต่อการตัดสินใจเข้าสู่การสมรสของชายเช่นกัน

ผู้เป็นภรรยาต้องการมีบุตรเฉลี่ย 3.8 คน ส่วนสามีต้องการมีบุตรเฉลี่ย 4.2 คน ทั้งภรรยาและสามีส่วนใหญ่ได้เคยพูดคุยกันเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ ทั้งนี้ถ้าหากจำนวนบุตรที่ต้องการระหว่างสามีและภรรยามีความแตกต่างกันสามีจะมีบทบาทมากกว่าภรรยาในการตัดสินใจดังกล่าว

ภรรยาระบุจำนวนบุตรในอุดมคติเฉลี่ย 3.6 คน ส่วนสามีระบุ 3.7 คน และมากกว่าครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มอีกอย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่ต้องการมีบุตรเพิ่มพบว่าสตรีต้องการจำนวนบุตรเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.3 คน และสามีต้องการมีเพิ่มเฉลี่ย 2.7 คน ทั้งภรรยาและสามีต้องการบุตรเพศชายมากกว่าบุตรเพศหญิง โดยสามีมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการมีเพิ่มมากกว่าภรรยา ถ้าหากมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน

ทั้งภรรยาและสามีมีความคิดเห็นว่าควรใช้ระยะเวลาเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเฉลี่ยนาน 21 เดือน โดยภรรยาจะมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะเวลาการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดามากกว่าสามี ส่วนการตัดสินใจเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างของการมีบุตรทั้งสามีและภรรยาต่างระบุว่าตนเป็นใหญ่ในบทบาทเรื่องนี้ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่จะร่วมกันตัดสินใจ

เมื่อคลอดบุตรคนแรก สตรีมีอายุเฉลี่ย 21.5 ปี และเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 18.6 เดือน ปัจจุบันมีบุตรเฉลี่ย 2.6 คน เป็นบุตรชายเฉลี่ย 1.4 คน และบุตรหญิงเฉลี่ย 1.3 คน บุตรคนสุดท้ายมีอายุเฉลี่ย 5 ปี และต้องการมีบุตรเพิ่มคนต่อไปให้มีอายุห่างจากบุตรคนสุดท้ายเฉลี่ย 4 ½ ปี

ร้อยละ 6.9 ของภรรยาเคยมีบุตรเสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน บุตรที่เสียชีวิตเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีจำนวนบุตรเสียชีวิตหลังคลอดเฉลี่ย 1.3 คน

3.7 ประวัติการตั้งครรภ์

สตรีส่วนใหญ่เมื่อตั้งครรภ์แล้วบุตรจะเกิดรอด จากประวัติการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์แรกจนถึงครรภ์ที่ 7 พบว่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 5 ของครรภ์ได้มีการแท้งเอง มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการทำแท้งบ้างเล็กน้อย โดยอายุครรภ์สิ้นสุดก่อนครบ 2 เดือน สตรีส่วนใหญ่ได้ทำการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 14 สัปดาห์ มีการตรวจครรภ์ทุกครั้งที่แพทย์นัดหมาย และจะคลอดบุตรที่บ้าน โดยเฉพาะในครรภ์หลัง ๆ รองลงมาคลอดที่โรงพยาบาล บุคลากรที่ทำคลอดให้มากที่สุดเป็นหมอตำแยที่มีใบอนุญาต รองลงมาเป็นแพทย์ พยาบาล และหมอตำแยที่ไม่มีใบอนุญาตตามลำดับ สตรีไทยมุสลิมเป็นส่วนน้อยที่ระบุว่าไม่ได้รับความสะดวกหรือไม่พอใจในบริการจากบุคลากรด้านสาธารณสุขในครรภ์ต่าง ๆ สตรีมีระยะห่างระหว่างครรภ์ต่าง ๆ เฉลี่ยนาน 32 เดือน และส่วนใหญ่ตั้งใจที่จะให้มีการตั้งครรภ์ทุก ๆ ครั้ง (ตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์) และรู้สึกว่ามีสุขุขินดีในการตั้งครรภ์ทุกครั้งเช่นเดียวกับสามี เมื่อตั้งครรภ์ สตรีจะได้รับความสนใจและได้รับความสำคัญจากสามีเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ โดยเฉพาะในการตั้งครรภ์แรก ๆ

3.8 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง

ปัจจุบันร้อยละ 7.6 ของสตรีกำลังตั้งครรภ์ และร้อยละ 21.8 ของสตรีที่กำลังตั้งครรรภ์ระบุว่าไม่ตั้งใจจะให้มีครรภ์นี้ โดยสตรีได้เคยตั้งครรรภ์มาแล้วเฉลี่ย 2.8 ครั้ง สตรีมีอายุเฉลี่ยเมื่อตั้งครรรภ์ครั้งแรก 21.1 ปี ในขณะที่นั้นบิดาของเด็กในครรรภ์มีอายุเฉลี่ย 25.7 ปี การตั้งครรรภ์ครั้งแรกเกิดภายหลังทำการสมรสเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 20.6 เดือน

มากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีไม่เห็นด้วยกับการทำแท้งในทุกกรณี ยกเว้นในกรณีที่การตั้งครรรภ์ต่อไปจะเป็นอันตรายต่อมารดาและเด็ก สตรีร้อยละ 92.2 ไม่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ทำแท้งถ้าสตรีไม่ต้องการมีบุตรในขณะที่กำลังตั้งครรรภ์ สตรีร้อยละ 27.6 ทราบว่าสามารถไปรับบริการทำแท้งได้จากแหล่งใดบ้าง และหากต้องการทำแท้งประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีสามารถตัดสินใจได้เอง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่าสตรีบางรายได้ทำแท้งภายหลังจากการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์

มีวัยรุ่นบางส่วนได้มีเพศสัมพันธ์กัน ผลที่ตามมาคือเกิดการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ ในกรณีที่หากมีบุตรหญิงซึ่งไปมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน แต่ยังไม่ตั้งครรรภ์ ร้อยละ 88.6 ของสตรีและร้อยละ 90.9 ของสามีจะจัดการให้บุตรหญิงแต่งงานกับชายที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย และถ้าหากตั้งครรรภ์ขึ้นมา ร้อยละ 95.2 ของสตรี และร้อยละ 94.6 ของสามีจะจัดการให้บุตรหญิงแต่งงานกับชายที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ดังการสนทนากลุ่ม

“.....รู้ว่าคนไหนเป็นพ่อก็จับแต่งงาน ถ้าไม่รู้ก็จะทำอย่างไรได้ ตัวอย่างเช่นที่ไปทะเลากลับมาท้อง ไม่รู้ใครเป็นพ่อ ก็มีที่ทำแท้ง.....ก็ไม่ออก ก็ต้องคลอด.....” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“...ถ้าท้องก็จะให้เขาแต่งงานไม่เคยเห็นเขาทำแท้ง...” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

“.....คิดหนักนะ เราต้องถามลูกว่าไปไหน ไปทำอะไร อย่างไร ถ้าไปไม่ดีก็ต้องกลับมาคิดว่าจะจัดการอย่างไร..... แล้วถ้าไป กลับมาเข้า...ทั้งหญิงและชายเหมือนกัน จึงต้องให้แต่งงานกันไปเลย หหมดเรื่องไป.....” (ชาย, สามีภรรยาเดียว)

แต่ถ้าหากตนเองเกิดตั้งครรภ์ขึ้นมาทั้ง ๆ ที่ไม่ต้องการ ก็จะไม่ปล่อยให้ตามเลย และทำใจให้ยอมรับ สอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“...ถึงยังไม่พร้อมก็ต้องรับก็ลูกของเรา.....แต่หลังจากนี้ก็ต้องหาวิธีการโดยหาหมอ ไม่ให้เป็นแบบนี้อีก.....” (ชาย, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....ถ้าเกิดท้องขึ้นมา ก็ต้องเอาไว้.....” (หญิง, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

3.9 การอนามัยแม่และเด็ก

ในเรื่องความรู้ที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ สตรีมากกว่าร้อยละ 77.0 ระบุว่าอาการตกเลือด ความดันโลหิตสูง โรคลมบ้าหมูเป็นอันตราย ร้อยละ 67.6 ระบุว่าอันตรายเกิดจากเด็กอยู่ในครรภ์ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 63.1 ระบุว่าโรคโลหิตจาง ร้อยละ 54.0 ระบุว่าอาการอาเจียนอย่างรุนแรง ร้อยละ 47.7 ระบุว่าอาการบวม และร้อยละ 31.9 ระบุว่าการตั้งครรภ์แฝดเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์

สำหรับการมีอาการที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย/คลอดครั้งสุดท้าย พบว่าประมาณร้อยละ 11 ของสตรีมีอาการบวม และอาเจียนอย่างรุนแรง และไม่เกินร้อยละ 4 ของสตรีมีอาการความดันโลหิตสูง เด็กอยู่ในครรภ์ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม โรคโลหิตจาง การตกเลือด และสตรีไม่กี่รายเป็นโรคลมบ้าหมู และตั้งครรภ์แฝด

การได้รับบริการแนะนำภายหลังการคลอด พบว่า สตรีส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเรื่องความสะดวก ความเพียงพอของอาหาร การให้นมบุตร วัคซีนบุตร วิธีคุมกำเนิด ไม่ให้ทำงานหนักในช่วง 3 เดือนหลังคลอด และอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์รักษาสุขภาพของแม่และเด็ก ฯลฯ

สำหรับความต้องการบริการดูแลสุขภาพของมารดาและเด็ก สตรีที่กำลังตั้งครรภ์ ร้อยละ 36.2 ระบุว่าต้องการได้รับอาหารเสริมบำรุงครรภ์ ร้อยละ 28.8 ระบุว่าต้องการให้

เตรียมความพร้อมในการคลอด เช่น ดูวิถีโกลการคลอด ให้ออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกาย 4 ชม และร้อยละ 48 ระบุว่าต้องการให้แพทย์ตรวจครรภ์ให้คำปรึกษาฝากครรภ์ และเกือบทั้งหมดของสตรี (ร้อยละ 97.3) ระบุว่าควรได้รับการฉีดวัคซีน

ปัจจุบันร้อยละ 69.7 ของสตรีมีความสามารถในการตั้งครรภ์ โดยรายงานว่ายอายุเฉลี่ยที่มีประจำเดือนครั้งแรกเท่ากับ 13.7 ปี และร้อยละ 65.5 มีความรู้เรื่องประจำเดือนก่อนการมีประจำเดือนครั้งแรก โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งทราบจากมารดา ร้อยละ 54.3 ของสตรี ทราบว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการมีรอบเดือนอาจทำให้ติดเชื้อโรคได้ และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับประจำเดือนจะไปรับบริการแนะนำปรึกษาที่โรงพยาบาลของรัฐ และสถานีนอนามัยเป็นส่วนใหญ่ สำหรับสตรีที่มีปัญหาเกี่ยวกับประจำเดือน พบว่ามีปัญหาปวดท้องอย่างรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือเลือดออกมากเกินกว่าปกติ ประจำเดือนเว้นระยะประมาณ 2-3 เดือนต่อครั้ง และมีปัญหาการมีประจำเดือนมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

ด้านสุขภาพอนามัย พบว่าสตรีเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 6.7) รองลงมาติดเชื้อมีเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ (ร้อยละ 4.9) เป็นโรคหอบหืด (ร้อยละ 3.9) เป็นโรคโลหิตจาง (ร้อยละ 3.4) เยื่อมดลูกชั้นผิดปกติ (ร้อยละ 1.3) และเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 0.4)

ร้อยละ 42.3 ของสตรีเคยรับการตรวจทางสูติรีเวช โดยร้อยละ 64.5 ของสตรีได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง ร้อยละ 33.2 ของสตรีเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยครั้งสุดท้ายที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นระยะเวลาานเฉลี่ย 24.92 เดือน ร้อยละ 36.3 ของสตรีเคยตรวจคัดมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มากกว่าครึ่งหนึ่งตรวจคัดมะเร็งมากกว่าเดือนละครั้ง โดยมากจะตรวจคัดเวลาอาบน้ำ หรือเมื่อนึกได้เมื่อไรก็จะคลำ ๆ เอา ทั้งนี้สตรีส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำวิธีการตรวจคัดมะเร็งเต้านมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข แพทย์พยาบาล

3.10 การวางแผนครอบครัว

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด พบว่าสตรีรู้จักถุงยางอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 72.7) รองลงมาเป็นยาฉีด (ร้อยละ 72.6) ทำหมันหญิง (ร้อยละ 57.1) หลังภายนอกช่องคลอด (ร้อยละ 53.1) ใส่ห่วง (ร้อยละ 52.9) ทำหมันชาย (ร้อยละ 52.3) นับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 45.9) ยาฝังคุมกำเนิด (ร้อยละ 36.1) สวนล้างช่องคลอด (ร้อยละ 21.7) โฟมครีมเยลลี่ (ร้อยละ 9.2) และหมวกครอบปากมดลูก (ร้อยละ 8.5)

สำหรับวิธีการใช้ พบว่าสตรีรู้วิธีการใช้ยาฉีดมากที่สุด (ร้อยละ 69.1) รองลงมา เป็นถุงยางอนามัย (ร้อยละ 66.3) หลังภายนอกช่องคลอด (ร้อยละ 59.1) การนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 50.3) การใส่ห่วง (ร้อยละ 46.2) ทำหมันหญิง (ร้อยละ 43.5) ทำหมันชาย (ร้อยละ 42.2) ยาฝังคุมกำเนิด (ร้อยละ 34.3) สวนล้างช่องคลอด (ร้อยละ 26.2) โฟมครีมเยลลี่ (ร้อยละ 9.2) หมวกครอบปากมดลูก (ร้อยละ 9.2)

การเคยใช้วิธีการคุมกำเนิด พบว่าใช้วิธีการหลังภายนอกช่องคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 37.7) รองลงมาเป็นการนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 28.3) ใช้ยาฉีด (ร้อยละ 27.2) ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 18.3) สวนล้างช่องคลอด (ร้อยละ 15.4) ใส่ห่วง (ร้อยละ 11.7) ทำหมันหญิง (ร้อยละ 5.9) ยาฝังคุมกำเนิด (ร้อยละ 5.6) ทำหมันชาย (ร้อยละ 4.8) โฟมครีมเยลลี่ (ร้อยละ 3.8) และหมวกครอบปากมดลูก (ร้อยละ 3.2)

แหล่งที่ทราบวิธีคุมกำเนิดเกือบทุกวิธีทราบจากพยาบาลเป็นแหล่งใหญ่ ยกเว้นวิธีการใช้ถุงยางอนามัย นับระยะปลอดภัย หลังภายนอกช่องคลอดที่ทราบจากเพื่อนเป็นแหล่งสำคัญ

แหล่งไปรับบริการคุมกำเนิด จะใช้บริการที่ศูนย์กามโรคและโรงพยาบาลของรัฐเป็นแหล่งสำคัญเกือบทุกวิธีการ ยกเว้นการใช้ถุงยางอนามัยและยาฉีดจะรับบริการจากสถานีนอyman

ผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด สตรีส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เกิดผลข้างเคียง วิธีคุมกำเนิด ที่เกิดผลข้างเคียงมากที่สุด ได้แก่ การใช้โฟมคริมเฮลลี่ รองลงมาเป็นการใช้หมวกครอบปากมดลูก ทำหมันชาย ทำหมันหญิง ยาฝังคุมกำเนิด ใสห่วง ยาฉีด และถุงยางอนามัย ตามลำดับ และเมื่อเกิดผลข้างเคียงจะไปรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นแหล่งสำคัญ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิด สตรีมีความคิดเห็นว่ายาเม็ดคุมกำเนิด ช่วยขจัดความกลัวที่จะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 80.7) ง่ายต่อการใช้ (ร้อยละ 77.2) ทำให้สตรีอ่อนแอ (ร้อยละ 73.5) การจำว่าต้องกินยาทุกวันเป็นเรื่องเครียด (ร้อยละ 72.4) การรับประทานยาเม็ดทำให้สตรีเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 68.4) ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้รอบเดือนมาเป็นปกติ (ร้อยละ 66.9) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานทำให้สตรีไม่สามารถมีบุตรได้ (ร้อยละ 57.6) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมีผลเสียต่อการหมุนเวียนของโลหิต (ร้อยละ 51.9) และการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้สตรีเป็นโรคประสาท (ร้อยละ 26.2)

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด พบว่าความเชื่อทางศาสนา มีอิทธิพลมากที่สุด (ร้อยละ 53.2) รองลงมาเป็นการเกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพ (ร้อยละ 25.5) คู่ร่วมเพศไม่ชอบวิธีนี้ (ร้อยละ 18.2) ความยุ่งยากในการใช้ (ร้อยละ 17.1) แพทย์แนะนำ (ร้อยละ 17.0) ไม่ทราบวิธีใช้ (ร้อยละ 13.4) และค่าใช้จ่ายที่สูง (ร้อยละ 9.6)

ร้อยละ 57.4 ของสตรี และร้อยละ 53.1 ของสามีเคยพูดคุยกับคู่สมรสเรื่องการคุมกำเนิด โดยร้อยละ 36.3 ของสตรี และร้อยละ 26.6 ของสามีได้คุมกำเนิดในปัจจุบัน ทั้งนี้สตรีเริ่มคุมกำเนิดภายหลังการสมรสแล้วประมาณ 5 ปีกว่า ร้อยละ 39 ของสตรีคุมกำเนิด

ตั้งแต่ยังไม่มีบุตร ร้อยละ 40.1 ของสตรีเริ่มคุมกำเนิดเมื่อมีบุตรแล้ว 1 คน อย่างไรก็ตามยังพบว่าสตรีบางส่วนทำการคุมกำเนิดโดยสามีไม่ทราบ

วิธีคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบัน สตรีจะให้ยาเม็ดมากที่สุด (ร้อยละ 30.3) รองลงมาเป็นยาฉีด (ร้อยละ 26.7) น้บระยะปลอดภัย (ร้อยละ 10.7) และถุงยางอนามัย (ร้อยละ 9.2) ในขณะที่สามีระบุว่าใช้ยาฉีดมากที่สุด (ร้อยละ 27.9) รองลงมาเป็นยาฝังคุมกำเนิด (ร้อยละ 20) และถุงยางอนามัย (ร้อยละ 11.7)

การคุมกำเนิดในอนาคต ร้อยละ 22.6 ของสตรี และร้อยละ 32.6 ของสามี คาดว่าจะคุมกำเนิดในอนาคต ทั้งนี้ร้อยละ 24.8 ของสามีเคยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 11.7 ของสตรี และร้อยละ 16.9 ของสามีรายงานว่าเคยใช้ถุงยางอนามัยควบคู่ไปกับการคุมกำเนิด วิธีอื่นสถานีอนามัยเป็นแหล่งใหญ่ที่ภรรยาและสามีสามารถไปรับบริการคุมกำเนิด โดยประมาณ ร้อยละ 31 ของสตรี และร้อยละ 33 ของสามีรายงานว่ามีค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิดต่อครั้ง เท่ากับ 51.38 บาท และ 58.26 บาท ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีมีความคิดเห็นที่ทั้งสามีและภรรยาควรร่วมกันรับผิดชอบในการคุมกำเนิด แต่สตรีควรรับผิดชอบในการคุมกำเนิดมากกว่าสามี ร้อยละ 14.5 ของสตรี และร้อยละ 7.5 ของสามีต้องการเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ โดยสตรีอยากจะทำให้ใช้วิธีการหลังภายนอกช่องคลอดมากที่สุด แต่สามีต้องการให้ใช้ยาฉีด สตรีร้อยละ 31.4 ระบุว่าวิธีที่กำลังใช้มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการทันสมัย เช่น ยาเม็ด ใสห่วง แต่อีกร้อยละ 34.9 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่ามีประสิทธิภาพมากนักน้อยกว่ากันเพียงไร มีเพียงร้อยละ 6.7 ของสตรีที่มีปัญหาจากการคุมกำเนิด ด้วยวิธีที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 13.5 ของสตรีระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคในเวลาเดียวกัน ร้อยละ 17.9 ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อคุมกำเนิดเท่านั้น อีกร้อยละ 0.2 ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเท่านั้น ที่เหลืออีกร้อยละ 68.4 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย ทั้งนี้สตรีร้อยละ 16.2 เคยขอร้องให้สามีใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 75.6 ของสามี ได้ให้

ความร่วมมือใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา ผลการวิจัยยังพบว่าร้อยละ 22.8 ของสามีเกิดความโกรธเมื่อภรรยาขอให้ใช้ถุงยางอนามัย

ร้อยละ 35.2 ของสตรีระบุว่า การรับประทานยาเม็ดมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์มาก และสตรีร้อยละ 46.6 ระบุว่ายาเม็ดมีความปลอดภัยน้อยต่อสุขภาพสตรี

ร้อยละ 41.7 ของสตรีระบุว่า การใส่ห่วงมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์มาก และสตรีร้อยละ 15.5 ระบุว่า การใส่ห่วงมีความปลอดภัยน้อยต่อสุขภาพของสตรี

ร้อยละ 20.8 ของสตรีระบุว่า การสวนล้างช่องคลอดภายหลังการร่วมเพศมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์มาก

ร้อยละ 36.9 ของสตรี และร้อยละ 43.3 ของสามีระบุว่าถุงยางอนามัยมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์มาก ร้อยละ 51.2 ของสตรี และร้อยละ 51.9 ของสามียังระบุว่าถุงยางอนามัยมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์มาก และร้อยละ 18.2 ของสตรี ร้อยละ 14.2 ของสามี เคยมีประสบการณ์ถุงยางอนามัยแตกขณะร่วมเพศ

ร้อยละ 64.5 ของสตรี และร้อยละ 59.8 ของสามีไม่ทราบว่ายางอนามัยมีวันหมดอายุ

ร้อยละ 50.9 ของสตรี และร้อยละ 73.7 ของสามี ระบุว่าช่วงระยะเวลาที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์เมื่อมีการร่วมเพศได้อย่างถูกต้อง

ทั้งสตรี (ร้อยละ 85.3) และสามี (ร้อยละ 33.3) ระบุว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ แต่ไม่ได้ผลในการป้องกันการตั้งครรภ์มากที่สุด ได้แก่ การหลั่งภายนอกช่องคลอด

ร้อยละ 41 ของสตรีไม่ได้คุมกำเนิดในระหว่างการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา อย่างไรก็ตามพบว่าในช่วงเวลานั้น สตรีที่คุมกำเนิดจะใช้วิธีรับประทานยาเม็ดมากที่สุด (ร้อยละ 16.5) รองลงมาใช้ยาฉีด (ร้อยละ 10.9) ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 8.6) และหลั่งภายนอกช่องคลอด (ร้อยละ 8.6)

แม้ว่าทั้งสตรี (ร้อยละ 49.4) และสามี (ร้อยละ 60.2) จะระบุว่าทั้งคู่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิด แต่ก็พบว่าถ้ามีความคิดเห็นขัดแย้งกันสามีมีอำนาจในการตัดสินใจดังกล่าวมากกว่าสตรี

วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น ๆ สตรีระบุว่า ได้แก่ การทำหมันหญิง ส่วนสามีระบุว่า ได้แก่ การทำหมันชาย

3.11 การติดโรคทางเพศสัมพันธ์

สำหรับการเคยติดโรคทางเพศสัมพันธ์ พบว่าร้อยละ 5.7 ของสตรีมีเชื้อราในช่องคลอด น้อยกว่าร้อยละ 1 ของสตรีเคยเป็นซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม หูดหงอนไก่ เป็นเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นฝีมะม่วง แผลริมอ่อน และมีอาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 1.1 ของสตรีเคยเป็นมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 0.7) เป็นมะเร็งรังไข่ (ร้อยละ 0.3) ในขณะที่สามีเป็นมะเร็งอวัยวะ / ลิงค์ (ร้อยละ 2.4) เป็นหนองใน (ร้อยละ 2.3) เป็นหนองในเทียม (ร้อยละ 1.5) หูดหงอนไก่ (ร้อยละ 1.3) ฝีมะม่วง (ร้อยละ 1.0) และไม่ถึงร้อยละ 1 ของสามีเป็นซิฟิลิส เป็นเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และเป็นแผลริมอ่อน

การมีอาการของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าสตรีปวดท้องน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 29.3) รองลงมาคันท้องอืดหรือในช่องคลอด (ร้อยละ 12.9) ปัสสาวะแสบ กะปริบกะปรอย (ร้อยละ 12.6) ตกขาวมากผิดปกติ และมีกลิ่น (ร้อยละ 6.6) ในขณะที่สามีมีอาการ ปัสสาวะแสบ กะปริบกะปรอยมากที่สุด (ร้อยละ 10.3) มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ (ร้อยละ 1.1)

ร้อยละ 84.7 ของสตรี และร้อยละ 80.9 ของสามีกลัวการติดเชื้อเอดส์มาก แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ทั้งภรรยาและสามีระบุว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เลย

การทราบอาการของการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีทราบว่า มีหนองไหลออกจากช่องคลอด/อวัยวะเพศ เป็นหนองที่อวัยวะเพศ ปวดแสบปวดร้อนเมื่อปัสสาวะ ตัวร้อน และเจ็บในช่องท้อง

การทราบการติดต่อของโรคจากเพศสัมพันธ์ ประมาณครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีทราบว่าติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีอาการ ร้อยละ 15 ของสตรี และร้อยละ 20.5 ของสามีทราบว่าติดต่อได้จากมารดาสู่บุตรในท้อง ร้อยละ 11.8 ของสตรี และร้อยละ 24.3 ของสามีทราบว่าติดต่อได้โดยการถ่ายเลือด และร้อยละ 12.1 ของสตรี และร้อยละ 12.9 ของสามีทราบว่าติดต่อได้โดยการให้เข็มฉีดยาร่วมกัน

การทราบวิธีป้องกันการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีทราบว่าป้องกันได้โดยหลีกเลี่ยงการมีคู่วางเพศหลายคน โดยการให้ถุงยางอนามัย โดยไม่ให้เข็มฉีดยาร่วมกัน และโดยให้ความรู้ด้านสุขอนามัย

การทราบอาการของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ สตรีร้อยละ 54 และสามีร้อยละ 58.2 ทราบว่ามีอาการเป็นแผลพุพองทั่วร่างกาย ประมาณครึ่งหนึ่งของสามี และร้อยละ 45.2 ของ

สตรีทราบว่ามีอาการขาดภูมิคุ้มกัน และน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีทราบว่าต้อง
มีอาการไอ ปวดเมื่อยทั้งตัว สุขภาพเลวลง ท้องร่วง โลหิตจาง

การทราบสาเหตุของการติดต่อของโรคเอดส์ ร้อยละ 65.5 ของสตรี และร้อยละ
67.6 ของสามีทราบว่าโรคเอดส์ติดต่อได้ด้วยการมีเพศสัมพันธ์กับคนเป็นเอดส์ ร้อยละ 56.1
ของสตรีและร้อยละ 43.8 ของสามีทราบว่าติดต่อโดยการให้เข็มฉีดยาร่วมกัน น้อยกว่าร้อยละ
40 ของภรรยาและสามี ระบุสาเหตุของการติดต่อโรคเอดส์ว่าด้วยการมีเพศสัมพันธ์กับเพศ
เดียวกัน ด้วยการถ่ายเลือด และติดต่อจากมารดาสู่บุตรในท้อง

การทราบวิธีป้องกันโรคเอดส์ ประมาณครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีทราบว่า
ป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงการมีคู่วางเพศหลายคน ด้วยการให้ถุงยางอนามัย ด้วยการไม่ใช้
เข็มฉีดยาร่วมกันกับคนเป็นเอดส์ และน้อยกว่าร้อยละ 42 ของภรรยาและสามีทราบวิธีป้องกัน
โรคเอดส์ว่าด้วยการตรวจเช็คเลือดก่อนการรับถ่ายเลือด ด้วยการให้ความรู้ด้านสุขอนามัย

สำหรับการรับรู้เรื่องการติดต่อโรคจากเพศสัมพันธ์ จากการสนทนากลุ่มเป็นดังนี้

“.....ส่วนใหญ่ฟังจากคนอื่น.....” (หญิง, สามีเดี่ยวภรรยาหลายคน)

“.....รู้จากพรรคพวกบอกกัน....” (หญิง, สามีเดี่ยวภรรยาเดียว)

“.....คนเป็นโรคนั้นอาจไม่รู้ แต่ถ้าคนติดยาพอจะรู้ว่าเป็นอย่างไร ถ้าโรค
เอดส์ หนองในไม่น่าจะมี....” (ชาย, สามีเดี่ยวภรรยาหลายคน)

“.....ถ้าผู้ชายจะมีโรคปัสสาวะ สำหรับมีน้ำหนองไหลจะไม่มี ทั่วไปจะหา
หมอบ้านมากกว่า เพราะโรคเช่นนี้จะรักษาหมอบ้านดีกว่า....” (ชาย, สามีเดี่ยวภรรยา
หลายคน)

“.....เคยมีตกขาวเหมือนกัน นาน ๆ จะเป็น เป็นครั้งหนึ่งถือว่าปกติธรรมดา
แต่อาการคันที่อวัยวะเพศก็มีเหมือนกัน...” (หญิง, สามีเดี่ยวภรรยาหลายคน)

“.....ผมพอรู้ว่าเป็นหนองในจะมีอาการเหมือนปลิงดูดเลือด มีหนองออก เวลาใส่กางเกงแล้วหนองจะติดกางเกง ถอดออกมาจะเจ็บมาก ทรมานเกิดจากอะไร ก็จาก เที่ยวผู้หญิงนั่นแหละ.....” (ชาย, สามีเดียวภรรยาเดียว)

และทำการรักษาเบื้องต้นโดยใช้ยาแผนโบราณ ดังการสนทนากลุ่ม

“.....ถ้าไม่หนักก็จะหมอบ้าน แต่ถ้าหนักก็หาหมอโรงพยาบาล....” (ชาย, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....ไม่เคยเจ็บเหมือนกัน ถ้ามีก็จะมีใช้ธรรมดา ส่วนใหญ่ถ้าเป็นแล้วจะไปหาหมอบ้าน.....” (หญิง, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“....เจ็บในท้อง ก็ไม่รู้เหมือนกันว่าเป็นอะไร กินยากี่หาย..”(ชาย, สามีภรรยาเดียว)

ผลที่ตามมาคือ สตรีไทยมุสลิมมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ หรือท้องไข่อาจตีบตันเกิดเป็นหมัน หรือทำให้เด็กเกิดใหม่ติดเชื้อที่ตา และตาบอด ฯลฯ

3.12 การติดโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์

การทราบอาการของการติดโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ สตรีทราบอาการว่ามี การตกขาว (ร้อยละ 35.3) เจ็บในช่องท้อง (ร้อยละ 24.4) คันในช่องคลอด (ร้อยละ 34.3) ปวดแสบ ปวดร้อนเมื่อปัสสาวะ (ร้อยละ 22.5) และมีปัญหาเกี่ยวกับประจำเดือน (ร้อยละ 17.5) ส่วนสามีทราบอาการดังกล่าวเท่ากับร้อยละ 28.9, 12.7, 36.1, 22.5, และ 22.3 ตามลำดับ

การทราบการติดต่อของโรค ร้อยละ 47.1 ของสตรี และร้อยละ 46.4 ของสามี ทราบว่าการติดโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์เกิดเนื่องจากการขาดการรักษาความสะอาด ร้อยละ 31.4 ของสตรี และร้อยละ 30.7 ของสามีทราบว่าร่วมเพศในขณะที่มีรอบเดือน ร้อยละ 25.2 ของสตรี และร้อยละ 26 ของสามีทราบว่าเนื่องจากการคลอด / ทำแท้งอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 18 ของสตรี และร้อยละ 22.6 ของสามีทราบว่าเนื่องจากการทำแท้ง

การทราบวิธีการป้องกันโรค ร้อยละ 46.5 ของสตรี และร้อยละ 42.5 ของสามี ทราบวิธีการป้องกันโรคว่ากระทำได้ด้วยการรักษาความสะอาด ร้อยละ 30.2 ของสตรี และ ร้อยละ 23.2 ของสามีทราบว่าด้วยการคลอด / ทำแท้งอย่างถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 34.1 ของ สตรี และร้อยละ 30.6 ของสามีทราบว่าด้วยการให้ความรู้ด้านสุขอนามัย

สตรีร้อยละ 63.8 และสามีร้อยละ 59.7 มีความกลัวการเกิดโรคติดเชื้อใน ระบบสืบพันธุ์มาก อย่างไรก็ตามร้อยละ 61.9 ของสตรี และร้อยละ 73.4 ของสามีระบุว่า ตนไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์

ดังนั้นผลที่ตามมาของการติดเชื้อโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ คือ สตรีต้องทน ทรมานกับอาการผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ และรักษาอาการดังกล่าวด้วยตนเองด้วยวิธีการ แบบแผนโบราณ หรือบางรายไม่ได้รับการรักษาเลย เนื่องจากไม่ทราบว่า เป็นอาการผิดปกติ ซึ่งจะเป็นปัญหากับระบบสืบพันธุ์ของสตรีในท้ายที่สุด

3.13 การทารุณกรรมและการข่มขืนทางเพศ (Sexual violence and abuse) (ตาราง 13)

สตรีร้อยละ 1 และร้อยละ 2.9 เคยถูกทำร้ายร่างกายจากคู่สมรสในระหว่าง ตั้งครรภ์ และไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 14.3 ของสตรีที่ถูกทำร้าย ร่างกายได้รับบาดเจ็บมาก โดยครึ่งหนึ่งได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อย เป็นผลที่ตามมาของความ รุนแรงในครอบครัว และสตรีร้อยละ 7.6 ร้อยละ 12.9 เคยถูกด่าทอจากคู่สมรสในระหว่าง การตั้งครรภ์ และไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ตามลำดับ กล่าวได้ว่าคู่สมรสไทยมุสลิม ส่วนใหญ่ไม่เคยทะเลาะกัน ถ้ามีบ้างก็เล็กน้อย ไม่ถึงขั้นทุบตีกัน ดังการสนทนากลุ่มที่ว่า

“.....ไม่เคยทะเลาะกันเลย คุยกันด้วยเหตุผล มีแต่่งอนเท่านั้น ถ้าขัดแย้งแล้ว เขาบอกเหตุผล ก็ไม่โกรธ.....” (หญิง, สามีเดียวภรรยาหลายคน)

“.....มีบ้าง คนเราเหมือนลั่นกับฟัน ก็ต้องทะเลาะเป็นธรรมดา แต่ทะเลาะกันรุนแรงไม่มี.....” (ชาย, สามีเดี่ยวภรรยาหลายคน)

“.....ไม่มี ลงไม้ลงมือไม่มี แถบ้านก็ไม่มี ทะเลาะกันบ้างแต่รุนแรงไม่มี ไม่มีตบตี เกียวกันบ้างเป็นธรรมดา แต่ไม่เคยได้สัมผัสในเรื่องทุบตี.....” (หญิง, สามีภรรยาเดียว)

สตรีร้อยละ 78.8 มีความกลัวสามี ในขณะที่ร้อยละ 44.1 ของสามีมีความกลัวภรรยา และร้อยละ 14.3 ของสตรีไม่เห็นด้วยทุกครั้งที่มีสามีลงโทษทุบตีบุตร ในรอบระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาสตรีร้อยละ 36.7 รายงานว่าถูกผีใจให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยกับสามีครั้งต่อครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10 และร้อยละ 2.5 ของสตรีระบุว่าถูกผีใจเป็นส่วนใหญ่ และทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับสามี ตามลำดับ

ในรอบระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 31.1 ของสตรีมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่โกรธกับคู่สมรส และร้อยละ 42.4 ของสตรีหายโกรธสามีภายหลังการมีเพศสัมพันธ์

3.14 กระบวนการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

เพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส ด้วยหลักคำสอนศาสนาอิสลามมีความเข้มงวดในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศ โดยห้ามชายหญิงพูดคุยหรืออยู่ด้วยกันตามลำพัง ทำให้หญิงชายมุสลิมเกือบทั้งหมดไม่มีโอกาสที่จะมีความใกล้ชิดทางกาย สัมผัส หรือจับมือต้องตัวกันได้ และไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส อย่างไรก็ตามวัยรุ่นบางคนที่อาศัยในเขตเมืองมีการไปเที่ยวเตร่ คาราโอเกะ ดื่มน้ำชาริมถนนเวลากลางคืน หรือไปดูหนัง โดยวัยรุ่นหญิงจะแอบไปกันโดยไม่คลุมผม วัยรุ่นชายมีการดื่มเบียร์ สูรา และสูบบุหรี่ และมีโอกาสใกล้ชิดจับเนื้อต้องตัวกัน ซึ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ จนในบางรายถึงขั้นของการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ และแอบไปทำแท้ง พฤติกรรมดังกล่าวเมื่อผู้ปกครองทราบก็จะจัดการให้ทั้งคู่สมรสกัน และ

ถึงแม้ในบางรายจะยังไม่ตั้งครรรค์ ทางผู้ปกครองก็จะจัดให้มีการสมรสเช่นกัน ซึ่งในท้ายที่สุดเมื่ออยู่กินกันได้สักระยะหนึ่ง ประมาณ 2 เดือน – 1 ปี จะตามมาด้วยการหย่าร้าง

การเข้าสู่การสมรส แม้ว่าชาย – หญิงจะรู้สึกถูกตาต้องใจกันและชอบพอกันอื่นอยู่แล้ว แต่มักจะไม่ค่อยได้มีโอกาสเลือกคู่ด้วยตนเอง ทั้งชายและหญิงจะมีความกตัญญูเชื่อฟังบิดามารดา โดยยินดีเข้าสู่การสมรสกับบุคคลที่บิดา-มารดาเห็นว่าเหมาะสมและแนะนำให้ ทั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีไทยมุสลิมได้เข้าสู่การสมรสโดยบิดา – มารดาเป็นผู้ตัดสินใจให้ ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของฝ่ายชายสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามบิดามารดาก็ยังมีบทบาทมากต่อการตัดสินใจดังกล่าวของฝ่ายชาย

เรื่องในครอบครัว ศาสนาอิสลามกำหนดให้ชายมีบทบาทเป็นฝ่ายนำหญิงในหลายๆ ด้าน โดยให้ชายมีบทบาทในการทำงานนอกบ้าน หาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนหญิงรับหน้าที่ทำงานบ้านและเลี้ยงดูลูก ดังนั้นในขบวนการตัดสินใจเรื่องในครอบครัวเกี่ยวกับรายจ่ายในครอบครัวที่เป็นเงินก้อนใหญ่ การกู้เงิน ธกส. การส่งบุตรเข้าโรงเรียน และการส่งบุตรไปทำงานหรือไปอยู่ที่อื่นช่วงที่มีเวลาว่างนาน ๆ ทั้งภรรยาและสามีจะร่วมกันตัดสินใจ และถ้าหากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน จะมอบอำนาจการตัดสินใจนี้ให้กับฝ่ายชาย โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในเขตชนบท แต่หากเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับซื้ออาหารเสริมสำหรับสมาชิกในครอบครัว การเก็บเงิน ดูแลเงินของครอบครัว และการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว ภรรยาจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจเอง โดยในบางครั้งก็มีการปรึกษาหารือกับสามีบ้าง ส่วนการอนุญาตให้สตรีไปทำงานนอกบ้านนั้น สามีจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ กล่าวโดยสรุปได้ว่าชายยังเป็นใหญ่ในเรื่องการตัดสินใจในครอบครัว แม้ว่าจะมีการปรึกษาหารือให้ภรรยามีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้น

จำนวนบุตรที่ต้องการมี เมื่อเข้าสู่สมรสแล้ว ภรรยาและสามีจะพูดคุยและปรึกษาหารือกันว่าควรจะมีบุตรกี่คน และหากสามี ภรรยามีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สามีจะเป็นใหญ่ในการตัดสินใจเรื่องนี้

การเว้นระยะห่างของการมีบุตร สามีและภรรยาจะร่วมกันตัดสินใจ หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สตรีจะเป็นใหญ่ในการตัดสินใจเรื่องนี้

ระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา สามีและภรรยาจะร่วมกันตัดสินใจ หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สตรีจะเป็นใหญ่ในการตัดสินใจเรื่องนี้

การคุมกำเนิด คู่สมรสมากกว่าครึ่งหนึ่งได้พูดคุยกันเรื่องการคุมกำเนิด และการเลือกวิธีการคุมกำเนิด ทั้งสามีภรรยาจะปรึกษากันว่าควรจะใช้วิธีการใด หากวิธีการที่เลือกไม่ตรงกัน สามีจะเป็นใหญ่ในการตัดสินใจว่าควรใช้วิธีการใด เมื่อภรรยาจะไปรับบริการคุมกำเนิด สามีมีบทบาทในการเลือกสถานที่ไปรับบริการ บางครั้งสามีจะร่วมเดินทางไปกับภรรยาด้วย และหากเลือกได้สามีจะแนะนำให้ไปรับบริการจากบุคลากรสาธารณสุขเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลาม

ทั้งสามีภรณามีความคิดเห็นว่าควรร่วมกันรับผิดชอบในการคุมกำเนิด อย่างไรก็ตามคำสอนทางศาสนาที่ว่าบุตรเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมาให้ ทำให้การวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการสนับสนุน โดยเฉพาะการทำหมันถาวร ไทยมุสลิมจึงนิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ ได้แก่ การนับระยะปลอดภ้ย และการหลังภายนอก

การตั้งครรภไม่พึงประสงค์ / การทำแท้ง ศาสนาอิสลามมีข้อห้ามเรื่องการทำแท้ง ยกเว้นในกรณีที่เป็นการรักษาชีวิตมารดา หรือทารกอาจจะคลอดออกมาโดยมีอาการไม่ปกติ แต่ต้องทำแท้งเมื่อทารกในครรภ์มีอายุไม่เกิน 120 วัน ดังนั้นการทำแท้งจึงไม่เป็นที่เปิดเผย ในกรณีที่สตรีเกิดตั้งครรภโดยไม่พึงประสงค์ ภรรยาและสามีจะตกลงไม่มีการทำลายบุตรในครรภ์ และทำใจให้ยอมรับ

การติดโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ (STDs) และโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ (RTI) สตรีไทยมุสลิมมีการรับรู้เรื่องโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์และในระบบสืบพันธุ์น้อยมาก

ไม่ทราบว่าการที่ตนเป็นอยู่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ เมื่อมีอาการผิดปกติมักจะปรึกษาสามี และสามีจัดหาซื้อยามาให้รับประทาน ซึ่งมักเป็นสมุนไพรที่ใช้ดื่มรับประทานมากกว่าการแนะนำให้ไปปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบัน

การต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นไปได้ยาก เนื่องจากเป็นการไม่ไว้เนื้อเชื่อใจสามี ทำให้สัมพันธ์ภาพความเป็นสามีภรรยาเกิดความเมินหมาง

3.15 อิทธิพลของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

คำสอนและข้อห้ามของศาสนาอิสลาม มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจของสามีและภรรยาไทยมุสลิมในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

1) การกำหนดหน้าที่สามี – ภรรยา ให้ชายเป็นผู้หาเลี้ยงผู้หญิง และผู้หญิงมีหน้าที่ทำงานบ้าน ดูแลบุตร ต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของผู้เป็นสามี มีผลต่อบทบาทชายหญิง (Gender Role) ทำให้สตรีมีสถานภาพเป็นรองชายเกือบทุก ๆ ด้าน

2) การสมรส บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีบทบาทในการเลือกคู่ครองให้บุตรไม่ว่าหญิงหรือชาย โดยปรึกษาหารือและให้บุตรมีส่วนร่วมรับรู้ในการตัดสินใจ มีความสมัครใจ (ไม่ใช่การคลุมถุงชน) มิให้บุตรตัดสินใจเลือกคู่ครองเพียงลำพัง (ซึ่งลักษณะเช่นนี้มักเป็นครอบครัวของผู้มีการศึกษา หรือครอบครัวที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง) ซึ่งมักตามมาด้วยโอกาสในการหย่าร้างสูงกว่าครอบครัวที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเลือกคู่ชีวิตให้บุตร

3) การห้ามหญิง – ชายที่อยู่ภาวะแต่งงานกันได้อยู่กันลำพังสองต่อสองไม่ให้มีความสัมพันธ์กันเกินขอบเขต เป็นการช่วยลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส และเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามมาอันจะนำไปสู่การตัดสินใจทำแท้ง

4) การอนุญาตให้ชายมีภรรยาได้ 4 คนพร้อมกัน ช่วยลดปัญหาความสำส่อนทางเพศ และการเที่ยวผู้หญิงของชายไทยมุสลิม ช่วยให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ลดความ

เสี่ยงที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค โรคเอดส์ ฯลฯ เป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีด้วย

5) การห้ามสัมผัสระหว่างคนเพศเดียวกัน โดยเฉพาะชายรักร่วมเพศ เป็นการช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์

6) พิธีกรรมต้อนรับทารกแรกเกิด กำหนดให้กล่าวอาซานที่ทารกที่เกิดใหม่ทันทีหลังจากได้ทำความสะอาดทารกหลังคลอดแล้ว จากนั้นให้ดูนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงหรือทันทีหลังคลอด การเปิดปากทารกกระทำโดยใช้นิ้วปี้ลูกอินทผาลัม (หรือผลไม้ที่มีรสหวาน) แล้วไปปาดเพดานปากของเด็กทารก จนกระทั่งทารกมีปฏิกิริยาโต้ตอบโดยการดูดนิ้ว มีการตัดและโกนผมไฟในวันที่ทารกมีอายุ 7 วัน ดังนั้นเพื่อความสะดวกในการทำพิธีกรรมดังกล่าว ส่งผลให้มีการตัดสินใจเลือกบ้านเป็นสถานที่คลอดบุตรแทนโรงพยาบาล หรือสถานบริการด้านสาธารณสุข

7) การคุมกำเนิดเป็นข้อห้ามสำหรับมุสลิม ยกเว้นในรายที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดาเท่านั้น โดยการมีบุตรถือเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมาให้ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติวางแผนครอบครัวหรือไม่ ตลอดจนการเลือกวิธีการคุมกำเนิดโดยการทำหมันถาวรถือว่าเป็นบาป และพอจะยอมรับวิธีการวางแผนครอบครัวบางชนิดที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ และไม่เป็นการทำลายชีวิต

8) ข้อห้ามดื่มสุรา เสพยาเสพติดต่าง การเที่ยวสถานเริงรมย์ และห้ามมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส เช่น การไปเที่ยวหญิงบริการ ช่วยลดโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของชายไทยมุสลิม

9) การถือศีลอด หมายถึงการงดเว้นจากการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม การร่วมสังวาส ตั้งแต่แสงอรุณขึ้นจนกระทั่งหมดแสง เป็นการฝึกฝนให้ผู้ถือศีลอดมีความอดทนและสำรวมในทุกสภาพการณ์ของฤดูกาล มีคุณประโยชน์ด้านการแพทย์ ทำให้อวัยวะย่อยอาหารได้พักผ่อนในรอบวัน นอกจากนั้นอาหารที่ร่างกายสะสมเอาไว้ เช่น ไขมันได้ถูกนำมาใช้ในขณะนี้ ทำให้ร่างกายไม่อ้วนจนเกินไป อันก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ การถือศีลอดลดการก่อให้เกิด

เกิดโรคความดันโลหิตสูง เส้นโลหิตตีบ โรคหัวใจ โรคไต และควบคุมอารมณ์ของตน โดยเฉพาะการลดความต้องการทางเพศ

10) การทำละหมาดวันละ 5 เวลา โดยมีการทำความสะอาดร่างกายก่อน การรักษาความสะอาดของร่างกายเท่ากับเป็นการช่วยรักษาสุขภาพร่างกายและลดภาวะการเจ็บป่วย

11) การเข้าสู่หนัดหรือขลิบอวัยวะเพศชาย ซึ่งมักจะกระทำกันในวัยเด็ก (ประมาณ 6-10 ขวบ) เป็นวัฒนธรรมอีกอย่างหนึ่งของไทยมุสลิมที่ช่วยให้รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ชายได้ง่าย เป็นผลดีต่อสุขอนามัยของทั้งชายและหญิงไทยมุสลิม

12) หญิงมุสลิมต้องแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มิดชิด เมื่อผู้หญิงคนใดบรรลุนิติภาวะแล้ว ก็ไม่เป็นการสมควรที่จะเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ผู้อื่นเห็น (เปิดได้เฉพาะใบหน้าและฝ่ามือ) จึงมีผลต่อการตัดสินใจที่จะไปรับบริการดูแลสุขภาพ ดังนั้นในการไปรับบริการดูแลสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ในกรณีที่เลือกได้สตรีจะตัดสินใจเลือกบุคลากรสาธารณสุขเพศหญิงและนับถือศาสนาเดียวกัน เพื่อช่วยให้ความรู้สึกไม่สะดวกอัดอั้นลดลง

4. สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นหลายชั้นตอนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 คู่ นอกจากนี้ยังได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม 8 กลุ่มมีผู้เข้าร่วมสนทนา จำนวน 75 ราย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประชากรตัวอย่าง รวม 16 คน มาศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย และพฤติกรรมทางเพศที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มมุสลิม ผลการวิจัยมีดังนี้

4.1 บทบาทหญิงชาย

มีการแบ่งแยกบทบาทหน้าที่ระหว่างชายและหญิงอย่างชัดเจน โดยสามีเป็นฝ่ายทำงานหาเงินมาเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ส่วนภรรยาทำหน้าที่ดูแลบุตร และทำงานบ้าน สามีจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ มากกว่าภรรยา เช่น การกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการมีการเลือกวิธีการคุมกำเนิด และเรื่องสำคัญ ๆ ในครอบครัว

4.2 เพศศึกษา

ก่อนมีอายุ 18 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีไม่เคยพูดคุยเรื่องการตั้งครรรวิวิธีคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ มีเพียงร้อยละ 56.7 ของผู้หญิงและร้อยละ 49.4 ของผู้ชายที่เคยพูดคุยเรื่องการมีประจำเดือนของผู้หญิงและการหลังของผู้ชายตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยกับเพื่อน

4.3 การสมรสและการเจริญพันธุ์

สตรีมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 20.3 ปี ส่วนสามีมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 24.0 ปี โดยประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญให้สมรส สามีต้องการมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 4.2 คน มากกว่าภรรยาที่ต้องการมีบุตรเฉลี่ย 3.8 คน ปัจจุบันสตรีมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 2.6 คน และมีอายุเฉลี่ย 21.5 ปี เมื่อคลอดบุตรคนแรก

4.4 พฤติกรรมเพศสัมพันธ์

ภรรยาและสามีเกือบทั้งหมดได้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่สมรสของตน โดยมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ มีสามีบางรายที่มีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ผลที่ตามมาคือ สตรีมีโอกาสที่จะติดโรคทางเพศสัมพันธ์ และไม่ถึงร้อยละ 3 ของครอบครัวไทยมุสลิมที่รูปแบบการสมรสเป็นแบบสามีเดียวภรรยาหลายคน (Polygamy) สตรีส่วนใหญ่งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์เมื่อตั้งครรรวิประมาณ 4.2 เดือน จนถึงภายหลังการคลอดบุตรคนใหม่ไปแล้วเฉลี่ย 91.2 วัน

4.5 การติดโรคทางเพศสัมพันธ์

พบว่าสตรีเพียงร้อยละ 5.7 มีเชื้อราในช่องคลอด และไม่ถึงร้อยละ 1 ของสตรีเคยเป็นซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม หูดหงอนไก่ เป็นเริ่มที่อวัยวะเพศ เป็นฝีมะม่วง แผลริมอ่อน และมีอาการของโรคเอดส์ และไม่ถึงร้อยละ 3 ของสามีเป็นหนองใน หนองในเทียม หูดหงอนไก่ ฝีมะม่วง หรือซิฟิลิส ดังนั้นสตรีไทยมุสลิมจึงมีโอกาที่จะตั้งครรรภ์นอกมดลูกได้ หรือทำร้ายไข่อาจตีตันเกิดเป็นหมัน หรือทำให้เด็กเกิดใหม่ติดเชื้อที่ตา และตาบอด ฯลฯ

4.6 การติดโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์

พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของภรรยาและสามีไม่ทราบอาการของการติดโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ไม่ทราบว่าโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ติดต่อได้อย่างไร ไม่ทราบวิธีการป้องกันไม่ให้ติดโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ และวิธีการรักษา ดังนั้นผลที่ตามมาคือ สตรีต้องทนทรมานกับอาการผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งจะเป็นปัญหากับระบบเจริญพันธุ์ของสตรีในท้ายที่สุด อย่างไรก็ตามร้อยละ 63.8 ของสตรี และร้อยละ 59.7 ของสามี มีความกลัวการติดโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ และส่วนใหญ่ทั้งสามีภรรยาระบุว่าตนไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์

4.7 การวางแผนครอบครัว

ปัจจุบันสตรีไทยมุสลิมทำการคุมกำเนิด ด้วยวิธีการรับประทานยาเม็ดมากที่สุด (ร้อยละ 30.3) รองลงมาเป็นยาฉีด (ร้อยละ 26.7) น้บระยะปลอดภ้ย (ร้อยละ 10.7) และถุงยางอนามัย (ร้อยละ 9.2) โดยสตรีมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.4) เคยพูดคุยกับคู่สมรส เรื่องการคุมกำเนิดและคิดว่าเป็นหน้าที่ของสตรีมากกว่าสามีที่ควรรับผิดชอบในการคุมกำเนิด

4.8 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ร้อยละ 21.8 ของสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ ไม่ประสงค์ที่จะให้มีการตั้งครรภ์นี้ แต่เมื่อตั้งครรภ์แล้ว ก็ได้ทำให้หยอมรับโดยไม่มีการทำแท้ง สำหรับวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานผลที่ตามมาคือเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้เมื่อเกิดตั้งครรภ์ขึ้นมา ผู้ปกครองจะจัดการให้แต่งงานกับบิดาของเด็กในครรภ์ โดยไม่มีการทำลายเด็กในครรภ์เช่นกัน แต่ยังมีสตรีบางส่วนได้ลักลอบทำแท้งภายหลังการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

4.9 การอนามัยของแม่และเด็ก

สตรีส่วนใหญ่เมื่อตั้งครรภ์จะไปทำการฝากครรภ์เมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ยประมาณ 14 สัปดาห์ มีการตรวจครรภ์ทุกครั้งที่แพทย์นัดพบ นิยมคลอดบุตรที่บ้าน โดยหมอดำแยที่มีใบอนุญาต ร้อยละ 6.9 ของสตรีเคยมีบุตรเสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน สำหรับอาการที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย หรือการคลอดครั้งสุดท้าย พบว่าสตรีร้อยละ 11 มีอาการบวมและอาเจียนอย่างรุนแรง และไม่เกินร้อยละ 4 มีอาการความดันโลหิตสูง เด็กอยู่ในครรภ์ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม เป็นโรคโลหิตจาง มีการตกเลือด และมีสตรีบางรายเป็นโรคลมบ้าหมู และตั้งครรภ์แฝด สตรีส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำภายหลังการคลอดเกี่ยวกับเรื่องความสะอาด ความเพียงพอของอาหาร การให้นมบุตร วัคซีนบุตร วิธีการคุมกำเนิด และอื่น ๆ สำหรับด้านสุขภาพพบว่าสตรีเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 6.7) รองลงมา มีการติดเชื้อเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ (ร้อยละ 4.9) เป็นโรคหอบหืด (ร้อยละ 3.9) เป็นโรคโลหิตจาง (ร้อยละ 3.4) เยื่อจมูกอักเสบขึ้นผิดที่ (ร้อยละ 1.3) และเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 0.4)

4.10 การทารุณกรรมและความทารุณทางเพศ

ร้อยละ 3.9 ของสตรีเคยถูกทำร้ายร่างกายจากคู่สมรส และร้อยละ 20.5 ของสตรีเคยถูกคู่สมรสตำท้อ สตรีร้อยละ 36.7 รายงานว่าถูกฉีดยาให้มึนเมาเพื่อสัมพันธ์กับสามีครั้งต่อครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 14.3 ของสตรีที่เคยถูกทำร้ายร่างกายจากสามี รายงานว่าได้รับการบาดเจ็บมาก

4.11 กระบวนการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Husband–wife decision–making processes)

เมื่อเข้าสู่การสมรสแล้ว ภรรยาและสามีจะปรึกษากันว่าควรจะมีบุตรกี่คน หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน สามีจะเป็นใหญ่ในการตัดสินใจเรื่องนี้ ส่วนการคุมกำเนิด ยกให้เป็นหน้าที่ของสตรี วิธีการที่เลือกใช้จะมีการพูดคุยกันระหว่างสามี–ภรรยา โดยความคิดเห็นของสามีจะมีผลอย่างมากต่อวิธีการที่สตรีเลือกใช้ในการคุมกำเนิด สถานที่ไปรับบริการ และการเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข ในกรณีที่สตรีเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ ภรรยาและสามีจะตกลงกันว่าไม่มีการทำลายบุตรในครรภ์ และทำใจให้ยอมรับ สตรีมุสลิมมีอำนาจต่อรองน้อยเมื่อสามีต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วย โดยมีทัศนคติว่าเป็นหน้าที่ของภรรยาที่จะต้องให้ความสุขทางเพศแก่สามี

สตรีส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ (RTI) และโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ (STDs) ไม่ทราบว่ามีอาการอย่างไร อาการเล็กน้อยแค่ไหนจึงควรไปพบแพทย์ เมื่อสตรีมีอาการผิดปกติมักบอกเล่าและหารือกับสามี ซึ่งส่วนใหญ่สามีจะแนะนำให้รักษาโดยใช้ยาหม้อแผนโบราณ หรือสามีเป็นฝ่ายจัดซื้อหายามาให้สตรีรับประทาน

ในการไปรับบริการวางแผนครอบครัวหรือบริการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการฝากครรภ์ การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ฯลฯ สตรีจะต้องได้รับความเห็นชอบและการอนุญาตจากสามีก่อน ซึ่งโดยมากสามีจะเป็นฝ่ายพาภรรยาไปรับบริการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

4.12 อิทธิพลของศาสนาอิสลามที่มีผลต่อการตัดสินใจของสามีและภรรยาในการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ศาสนบัญญัติของศาสนาอิสลามมีผลต่อวิถีชีวิต และการตัดสินใจของสามีและภรรยาไทยมุสลิมในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้

การกำหนดหน้าที่สามี-ภรรยา ทำให้สถานภาพของสตรีเป็นรองสามีในเกือบทุก ๆ ด้าน

การสมรส ผู้ปกครองหรือบิดา – มารดามีบทบาทมากต่อการตัดสินใจเข้าสู่การสมรสของชาย – หญิง

การห้ามหญิงชายอยู่ลำพังสองต่อสอง ช่วยลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง

การอนุญาตให้ชายมีภรรยาได้ 4 คนพร้อมกัน ช่วยให้ชายมุสลิมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และเป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีด้วย

การห้ามพฤติกรรมรักร่วมเพศ โดยเฉพาะเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย เป็นการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

พิธีกรรมต้อนรับทารกแรกเกิด ส่งผลต่อการเลือกบ้านเป็นสถานที่คลอดบุตร แทนสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ

การคุมกำเนิดเป็นข้อห้ามสำหรับมุสลิม ดังนั้นวิธีการวางแผนครอบครัวที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ และไม่เป็นการทำลายชีวิต เช่น การนับระยะปลอดภัย และการหลั่งภายนอก จึงเป็นวิธีการที่นิยมนำมาใช้ในกลุ่มไทยมุสลิม

การห้ามดื่มสุรา เสพสิ่งเสพติด และการเที่ยวสถานเริงรมย์ ตลอดจนห้ามการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ช่วยลดโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของชายไทยมุสลิม

การถือศีลอด เป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัย โดยช่วยลดไขมันที่สะสมในร่างกาย ซึ่งช่วยลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เส้นโลหิตตีบ โรคหัวใจ โรคไต และเป็นการควบคุมอารมณ์ ลดความต้องการทางเพศ

การทำความสะอาดร่างกายก่อนการละหมาด 5 เวลา/วัน เป็นการช่วยรักษาสุขภาพร่างกาย และลดภาวะการเจ็บป่วย

การสูนัตโดยทำการขลิบปลายอวัยวะเพศชาย ช่วยให้รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ชายได้ง่าย และเป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัยของชายและหญิงไทยมุสลิม

การกำหนดให้หญิงมุสลิมต้องแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มิดชิด ไม่สมควรจะเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ผู้คนเห็น มีผลต่อการตัดสินใจของสตรีในการไปรับบริการดูแลสุขภาพ การเลือกเพศ และศาสนาของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จะไปรับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้สตรีมุสลิมมีบทบาทในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น โดย
 - 1.1 กระตุ้นสื่อมวลชนทุกประเภท ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สนับสนุนให้สตรีมุสลิมมีบทบาทเพิ่มขึ้น
 - 1.2 ยกย่องสถานภาพของสตรีมุสลิมในครอบครัวและสังคม เพื่อเพิ่มอำนาจให้แก่สตรี (Empowerment of women) โดยส่งเสริมให้สตรีได้รับการศึกษาสูงขึ้น เพิ่มความสามารถในการทำงานให้สตรีมุสลิมได้รับตำแหน่ง และมีรายได้สูงขึ้น

2. ส่งเสริมให้ชายมุสลิมมีความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการยกระดับอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการสนับสนุนให้ชายเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม โดย
 - 2.1 ให้ช่วยแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบของหญิงในเรื่องงานบ้าน และในการช่วยเหลือผู้บุตร
 - 2.2 ให้มีการสื่อสารพูดคุยกับคู่สมรสเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ร่วมกันตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิด วิธีการใดที่จะเลือกใช้ จะเริ่มใช้เมื่อไร ไปรับบริการคุมกำเนิดจากแหล่งใด เป็นต้น
 - 2.3 ให้ชายเป็นฝ่ายคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เช่น ใช้วิธีทำหมันชาย และถุงยางอนามัย
 - 2.4 ให้ยอมรับและใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพศสัมพันธ์นอกสมรสของตน
 - 2.5 ให้คนในชุมชนร่วมกันต่อต้าน เพื่อให้ชายละเว้นการกระทำรุนแรง ทารุณกรรม ทำร้ายร่างกายตบตีสตรีและบุตร
 - 2.6 บุคลากรซึ่งเป็นที่นับถือในชุมชน เช่น โต๊ะครู อิหม่าม จัดให้มีการพบปะชุมนุมกัน เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่สามีถึงการยกระดับอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง และคู่สมรสทุกชั้นตอน ตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การวางแผนครอบครัว ข้อปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร ฯลฯ

3. เพิ่มคุณภาพการให้บริการวางแผนครอบครัว โดย

3.1 จัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารการคุมกำเนิดโดยละเอียด ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนและคู่ของตนมากที่สุด ตั้งแต่ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละวิธีการคุมกำเนิด วิธีการใช้ที่ถูกต้อง การคืนกลับสู่การเจริญพันธุ์เมื่อไม่คุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น อาการเริ่มต้นที่เป็นสัญญาณบ่งบอกถึงการต้องไปรับคำปรึกษาจากแพทย์ รวมทั้งการแนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่สามารถใช้ป้องกันการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ได้ ตลอดจนวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ ไม่เป็นการทำลายชีวิต ซึ่งคนไทยมุสลิมสามารถนำมาใช้ได้โดยไม่ขัดกับหลักคำสอนทางศาสนา

3.2 ให้มีความพร้อมในการให้บริการคุมกำเนิด โดยจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการคุมกำเนิดให้มีครบถ้วน และมีจำนวนมากเพียงพอที่จะให้บริการคุมกำเนิดได้ทุกวิธีการที่ผู้มาขอรับบริการต้องการใช้

3.3 เพิ่มความสามารถในการให้บริการคุมกำเนิด โดยฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีศักยภาพที่จะให้บริการคุมกำเนิดได้ทุกวิธีการที่มีผู้มาขอรับบริการ เช่น การทำหมัน การใส่ห่วง หรือหมวกครอบปากมดลูก ฯลฯ

3.4 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ โดยฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจศาสนาอิสลามและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้มารับบริการ ไม่ควรจำกัดขอบเขตการให้บริการเฉพาะหญิงที่ทำการสมรสแล้วเท่านั้น แต่ครอบคลุมทั้งหญิงโสดและชาย โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งไม่มีความรู้เรื่องคุมกำเนิด ไม่ได้วางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์ และไม่ทราบว่าควรไปรับบริการคุมกำเนิดจากที่ใด วัยรุ่นมีปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว เนื่องจากมีข้อห้ามทางสังคม และเจ้าตัวไม่ยอมเปิดเผยถึงการมีเพศสัมพันธ์ของตน การให้บริการด้วยความกระตือรือร้น ไม่แสดงท่าทีตำหนิผู้อื่น สร้างบรรยากาศให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นอิสระในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการคุมกำเนิด จะช่วยให้ผู้รับบริการยินดีมารับบริการในครั้งต่อไป และยังคงใช้บริการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง

3.5 ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการรอคอยที่จะเข้ารับบริการคุมกำเนิด ซึ่งจะ
เป็นอุปสรรคให้ผู้รับบริการไม่มาใช้บริการอีกในครั้งต่อไป

4. ป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรี โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น
(อายุ 15-19 ปี)ที่ยังเป็นโสด โดย

4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องปลอดภัย
โดยจัดทำหลักสูตรการสอนเพศศึกษาให้มีเนื้อหา และวิธีการที่เหมาะสมกับ**สังคมและ
วัฒนธรรมไทยมุสลิม** สำหรับใช้สอนนักเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม ทั้งนี้การสอน
เพศศึกษาต้องเป็นไปในลักษณะที่ไม่สนับสนุนให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันสมควร

4.2 ยืดอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์เมื่อยังมีอายุน้อย
โดยสนับสนุนให้วัยรุ่นมุสลิมเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น ใช้เวลาในสถานศึกษาให้นานขึ้น และที่
ให้เห็นข้อเสียของการเข้าสู่การสมรส เมื่อยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านเศรษฐกิจและวุฒิภาวะ

4.3 สนับสนุนให้สตรีมุสลิมเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา เพื่อเป็นการเว้นระยะ
ห่างของการมีบุตร

**5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดเชื้อในระบบ
สืบพันธุ์แก่หญิงชายมุสลิม** ตั้งแต่สาเหตุของการติดต่อ วิธีการป้องกัน อาการที่ปรากฏเริ่ม
แรก วิธีการรักษาที่ถูกต้อง และเมื่อไรควรเข้ารับบริการรักษา โดยเผยแพร่ข่าวสารทางสื่อ
ต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

6. ลดความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยจัดคลินิกพิเศษให้คำปรึกษา
และบริการเกี่ยวกับการทำแท้งที่ปลอดภัย โดยไม่เป็นการขัดกับหลักคำสอนทางศาสนาอิสลาม
อาทิเช่น การอนุญาตให้ทำแท้งได้ ถ้าการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ใช้วิธีการ
คุมกำเนิด แต่ต้องทำแท้งเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 120 วัน เป็นต้น

7. ลดการเสียชีวิตของมารดาและบุตรอันเนื่องมาจากการคลอด โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่หมอดำแยที่มีใบอนุญาตเกี่ยวกับการนวดครรภ์ การทำคลอดอย่างถูกสุขลักษณะ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในการทำคลอด ตลอดจนเพิ่มความสามารถที่จะให้คำแนะนำแก่มารดาในการเลี้ยงดูบุตร และดูแลรักษาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนและสมาชิกครอบครัว

8. สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามหลักการของศาสนาอิสลาม ที่มีปรากฏตามศาสนบัญญัติโดยเคร่งครัด เนื่องจากคำสอนและข้อห้ามของศาสนาอิสลามมีผลดีต่อการยกระดับอนามัยการเจริญพันธุ์ของทั้งชายและหญิงไทยมุสลิม

บรรณานุกรม

- ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. 2539. **แนวทางการจัดการศึกษาเรื่องสุขภาพในภาวะเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) สำหรับนักเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม, ศึกษากรณีจังหวัดยะลา และปัตตานี.** เอกสารประกอบการอภิปรายในการประชุมสัมมนา "อิสลามกับโลกมุสลิม" ที่สถาบันราชภัฏธนบุรี
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2541, **ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว : นัยยะและกลวิธีในระดับชุมชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ในหญิงชนบทที่แต่งงานแล้ว.** โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภัสสร ลิมานนท์. 2542. **บทบาทเพศกับอนามัยการเจริญพันธุ์.** วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารหมายเลข 272/42
- รศรินทร์ เกรย์ และพรทิพย์ ศรีวัชรินทร์. 2541. **ศาสนาและภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ของประเทศไทย.** สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี
- วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอิสลาม จังหวัดสงขลา และองค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทย, 2535, **ครอบครัวมุสลิม**
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524, **วัฒนธรรมอิสลาม,** โรงพิมพ์จุรินทร์ไทย กรุงเทพฯ

- Ahmed, J. 1986. "Polygamy and Fertility Differentials Among the Yoruba of Western Nigeria." **Journal of Biosocial Science** 18 : 63-73.
- Beach, L.R., A. Hope, B.D. Townes, and F.L. Campbell. 1982. "The Expectation-Threshold Model of Reproductive Decision Making." **Population and Environment** 5 : 95-108.
- Bean, F.D., M.P. Clark, G. Swicegood, and D. Williams. 1983. "Husband-Wife communication, wife's employment, and the decision for male and female sterilization." **Journal of Marriage and the Family** 45 : 395-403.
- Becker, S. 1996. "Couples and Reproductive health : A review of couple studies." **Studies in Family Planning** 27 : 291-306.
- Beckman, L.J. 1984. "Husbands' and Wives' Relative on Fertility Decisions and Outcomes." **Population and Environment** 7 : 182-97.
- Campbell, Ooan and Others. 1999. **Social Science Methods for research on Reproductive Health**. World Health Organization.
- Chaturvedi, R.M. 1986. "Family Planing : Husbands must play Their part." **World Health Forum** 7 : 165-166.
- Chayovan, Napaporn and John Knodel. 1984. **Buddhist Moslem differentials in fertility and family planning in Thailand with special emphasis on the southern region : an analysis of data from the 1975 Survey of Fertility in Thailand**. In Preceding of the Seminar on Fertility, Family Planning and Development Issues of Population in the South of Thailand. Bangkok : Institute of Population Studies Chulalongkorn University and Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Clark, M.P. and G. Swicegood. 1982. "Husband or wife? A Multivariate Analysis of Decision Making for Voluntary Sterilization." **Journal of Family Issues** 3 : 341-60.
- Coombs, L.C. and M. Chang. 1981. "Do Husbands and Wives Agree? Fertility Attitudes and Latter Behavior." **Population and Environment** 4:109-27.
- Dicfalusy, Egon. 1995. "Reproductive health : Rendezvous with human dignity." **Contraception** 52 : 1-12.

- Doan, R. M., and L. Bissharat. 1990. "Female autonomy and Child nutritional status : The extent family residential unit in Amman, Jordan," **Social Science and Medicine** 31 : 783-89.
- Dodoo, F.N.A. 1998. "Men Matter : Additive and Interactive Gendered Preferences and Reproductive Behavior in Kenya." **Demography** 35 : 229-42.
- Edwards, S.R. 1994. "The Role of men in contraceptive decision making : Current knowledge and future implications." **Family Planning Perspectives**. 26 : 77-82.
- Ezeh, A. 1993. "The Influence of Spouses Over Each Other's Contraceptive Attitude in Ghana?" **Studies in Family Planning** 24 : 163-174.
- Farid, S. 1987. "A review of the fertility situation in the Arab countries of Western Asia and North Africa." In *Fertility behavior in the context of development : Evidence from the world Fertility Survey*. Department of International Economic and Social Affairs, **Population Studies**. No.100. New York : United Nations.
- Gallen, M.E. 1986. "Men – New Focus for Family Planning Programs." **Population Reports Series J. No.33**.
- Garenne, M. and E. Van de Walle E. 1989. "Polygamy and Fertility Among the Sereer of Senegal." **Population Studies** 43 : 267-83.
- Glantz, N.M. and D.C.Halperin. 1996. *Studying Domestic Violence : Perceptions of Women in Chiapas, Mexico.* **Reproductive Health Matters**. 7 : 122-128.
- Goyal, R.S. 1990. "Infant mortality, fertility and family Planning : An analysis of relationship." **Demography India** 19 : 189-203.
- Gray A., Chowdhury J.H., Caldwell B., Al-Sabir A. 1997. **'Traditional' Family Planning in Bangladesh**. Dhaka : Population Council, Bangladesh.

- Gray, A. and Sureeporn Punpuing with Bencha Yoddumnern-Attig, Chiraluck Chongsatitmun, Earmporn Thongkrajai and Pechnoy Singchangchai. 1999. **Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand**. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand. IPSR Publication No. 232
- Handwerker, P. 1992. "West Indian gender relations, family planning programs and fertility decline." **Social Science and Medicine**. 35 : 1, 245-1, 257.
- Javis, G.k. and H. C. Northcott. 1987. "Religion and Differences in Morbidity and Mortality." **Social Science and Medicine** 25 : 813-24.
- Jolly, K.G. 1976. "Impact of inter – spouse communication on family planning adoption." **The Journal of Family Welfare**. 23 : 38-44.
- Karra M. V., N. N. Stark and J. Wolf. 1997. "Male Involvement in Family Planning : A Case Study Spanning Five Generations of a South Indian Family." **Studies in Family Planning** 28 : 24-34.
- Kelly, H.A. 1992. **From Godda to Islam : The Moral Authority of Gender Relation Among the Pastoral Orma of Kenya**. Ann Arbor, Michigan : University Microfilms International.
- Khan, M. E. and R. Singh. 1987. "Woman and her role in the family decision making process : A case study of Uttar Pradesh India." **The Journal of Family Welfare**. 33 : 49-63.
- Knodel, John and Others. 1999. **Religion and Reproduction : Muslims in Buddhist Thailand**. Population Studies, 53.
- Mason, K.O., H.L. Smith and S. P. Morgan. 1998. **Muslim Women in the Non-Islamic Countries of Asia : Do They Have Less Autonomy than Their Non-Muslim Neighbors?**
- Mauldin, W. P. 1965. "Fertility studies : Knowledge, attitudes, and practice." **Studies in Family Planning** 7: 1-10.
- Mauldin, W.P. 1965. "Fertility studies : Knowledge, attitudes, and practice." **Studies in Family Planning** 7 : 1-10.

- Miller, W.B., and D. J. Pasta. 1996. "Couple Disagreement : Effects on Formation and Implementation of Fertility Decisions." **Personal Relationships** 3 : 307-36
- Morris, L.,G. Lewis, D.L. Powell, J. Aderson, and A. Way. 1981. "Contraceptive Prevalence Surveys : A New Source of Family Planning Data." **Population Reports Series M. No. 5.**
- Morris, L., G. Lewis, D.L. Powell, J. Aderson, and A. Way. 1981. "Contraceptive Prevalence Surveys : A New Source of Family Planning Data." **Population Reports Series M. No.5.**
- Obermeyer, C.M. 1992. "Reproductive Choice in Islam : Gender and State in Iran and Tunisia." **Radical America.** 25 : 23-36.
- Petersen, R., Saltzman, L. E., Goodwin, M., Spitz, A., 1997, "Key Scientific Issues for Research on Violence Occuring Around the time of Pregnancy" Paper Prepared for the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, and the National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, April, 1998.
- Rahman, F. 1980. "A survey of modernization of Muslim family law." **International Journal of Middle Ease Studies.** 1 : 451-465.
- Sciortino, R., L.M. Natsir and M.F., Mas'udi. 1996. "Learning from Islam : Advocacy of Reproductive Rights in Indonesian Pesantren." **Reproductive Health Matters.** Nov. 8 : 86-96.
- Simmons, R. 1996. "Women's Lives in transition : A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." **Studies in Family Planning.** 27:251-68.
- Stolley, K.S. 1995. "Male versue female sterilization : Do spouses' resources impact which partner is sterilized?" Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Washington, D.C.
- Tekce. B., and F. Shorter. 1984. "Determinants of child mortality : A study of squatter settlements in Jordan." **Population and Development Review** (Supplement No.10).

- Terefe, A. and C. Larson. 1993. "Modern Contraception Use in Ethiopia : Does Involving Husbands Make a Difference?" **American Journal of Public Health** 83 : 1,567-76.
- Thomson, E. 1997. "Couple Childbearing Desires, Intentions and Births." **Demography** 34 : 343-54.
- Thomson, E. and J. M. Hoem. 1998. "Couple Childbearing Plans and Births in Sweden." **Demography** 35 : 315-22.
- Thomson, E., E. McDonald, and L.L. Bumpass. 1990. "Fertility Desires and Fertility : Hers, His, and Theirs." **Demography** 27 : 579-88.
- Tucker, G. M. 1986. "Barriers to contraceptive use in rural Peru." **Studies in Family Planning**. 17 : 308-316.
- Wawer, M. J., D. Serwadda, S.D. Musgrave and et al. 1991. "Dynamics of Spread of HIV – 1 infection in a rural district of Uganda." **British Medical Journal**. 303 : 1,303-06.

ภาคผนวก

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
อายุ			
15-24 ปี	16.5	5.9	11.2
25-29 ปี	24.2	16.8	20.5
30-34 ปี	25.2	20.0	22.6
35-39 ปี	16.8	20.8	18.8
40-44 ปี	14.5	18.5	16.5
45-49 ปี	2.8	14.7	8.7
50 ปีและมากกว่า	0	3.3	1.7
รวม	100.0	100.0	100.0
	(600)	(600)	(1,200)
อายุเฉลี่ย (ปี) \bar{x}	31.6	36.2	33.9
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	5.2	4.9	5.0
ป.1 - ป.4	20.8	24.3	22.6
ป.5 - ป.6	24.5	21.0	22.7
ม.1 - ม.3	16.2	16.5	16.3
ม.4 - ม.6	16.7	14.3	15.5
สูงกว่า ม.6 - ปริญญาตรี	13.0	11.5	12.3
สูงกว่าปริญญาตรี	3.6	7.5	5.6
รวม	100.0	100.0	100.0
	(600)	(600)	(1,200)
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย \bar{x}	8.3	8.4	8.4
จำนวนสมาชิกครัวเรือน			
1 - 3 คน			15.6
4 - 5 คน			39.8
6 - 7 คน			23.4
8 คนและมากกว่า			21.2
รวม			100.0
			(600)
จำนวนสมาชิกครัวเรือนเฉลี่ย (คน) \bar{x}			5.5

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
จำนวนคู่สมรสในครัวเรือน			
1 คู่			75.5
2 คู่			20.7
3-4 คู่			3.8
รวม			100.0
			(600)
จำนวนคู่สมรสในครัวเรือนเฉลี่ย (คู่) \bar{x}			1.3
ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน			
สามีและลูก			54.3
บิดา-มารดา สามี และลูก			15.8
บิดา-มารดา สามี ลูก และญาติ			8.3
สามี ลูก และญาติ			5.0
บิดา-มารดา และสามี			3.3
สามี			3.0
อื่น ๆ			10.3
รวม			100.0
			(600)
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่เฉลี่ย (เดือน) \bar{x}	246.9	278.2	262.6
อาชีพหลัก			
เกษตรกรรม	27.0	28.7	27.8
ค้าขาย	16.5	16.7	16.6
รับจ้าง	9.8	19.7	14.8
งานฝีมือ	3.2	1.8	2.5
ราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8.8	10.8	9.8
เอกชน	4.2	8.0	6.1
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	19.8	1.0	10.4
อื่น ๆ	3.7	10.7	7.2
ว่างงาน	7.0	2.7	4.8
รวม	100.0	100.0	100.0
	(600)	(600)	(1,200)

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
สถานที่ทำงาน			
ในครัวเรือน	47.3	22.8	34.5
นอกครัวเรือน	52.7	77.2	65.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(486)	(531)	(1,017)
การต้องไปทำงานต่างถิ่น			
ไม่เคยไปทำงานต่างถิ่น		85.8	
เคยไปทำงานต่างถิ่น		14.2	
รวม		100.0	
		(487)	
ระยะเวลาที่ต้องไปทำงานต่างถิ่น			
15 วัน และน้อยกว่า		33.3	
16 - 30 วัน		39.1	
มากกว่า 30 วัน		27.6	
รวม		100.0	
		(69)	
ระยะเวลาที่ต้องไปทำงานต่างถิ่นเฉลี่ย/ครั้ง (วัน)		4.79	
รายได้ตัวเองเฉลี่ย / เดือน (บาท) \bar{x}	4,724	11,258	11,048
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย / เดือน (บาท) \bar{x}			12,395

ตาราง 2 บทบาทชาย – หญิง

ผู้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่อง	ภรรยา	สามี	รวม
รายจ่ายในครอบครัวที่เป็นเงินก้อนใหญ่			
สามี	37.5	39.6	38.5
ภรรยา	6.6	9.6	8.1
เท่า ๆ กัน	55.9	50.8	53.4
รวม	100.0	100.0	100.0
	(589)	(594)	(1,183)
การส่งบุตรเข้าโรงเรียน			
สามี	27.1	26.7	26.9
ภรรยา	13.5	17.0	15.2
เท่า ๆ กัน	59.4	56.3	57.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(593)	(588)	(1,181)
การส่งบุตรไปทำงาน/หรือไปอยู่ที่อื่นในช่วงมีเวลาว่างนาน ๆ			
สามี	19.7	25.2	22.5
ภรรยา	10.5	10.0	10.3
เท่า ๆ กัน	69.8	64.8	67.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(573)	(578)	(1,151)
การซื้ออาหารเสริมสำหรับสมาชิกในครอบครัว			
สามี	8.9	13.4	11.2
ภรรยา	63.2	61.4	62.3
เท่า ๆ กัน	27.9	25.2	26.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(595)	(596)	(1,191)

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่อง	ภรรยา	สามี	รวม
การอนุญาตให้สตรีออกไปทำงานนอกบ้าน			
สามี	61.9	61.8	61.9
ภรรยา	7.6	8.7	8.2
เท่า ๆ กัน	30.5	29.5	29.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(589)	(587)	(1,176)
การดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว			
สามี	13.7	15.8	14.8
ภรรยา	38.1	38.5	38.3
เท่า ๆ กัน	48.2	45.7	46.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(596)	(589)	(1,185)
การเก็บเงิน ดูแลถือเงินของครอบครัว			
สามี	13.9	17.6	15.7
ภรรยา	47.4	50.5	48.9
เท่า ๆ กัน	38.7	31.9	35.4
รวม	100.0	100.0	100.0
	(597)	(586)	(1,183)
การกู้เงิน เช่น กู้ธนาคาร ธกส.			
สามี	33.3	46.1	39.7
ภรรยา	7.5	8.0	7.8
เท่า ๆ กัน	59.2	45.9	52.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(543)	(549)	(1,092)
การมีกำลังทรัพย์สามารถเลี้ยงดูตนเองและบุตร โดยปราศจากคู่สมรส			
ไม่ได้	27.2	30.0	28.8
ได้	44.6	70.0	59.0
ไม่แน่ใจ	28.2	-	12.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(448)	(586)	(1,034)

ตาราง 3 บริการด้านสาธารณสุขและองค์กรที่มีในชุมชน

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา
ระยะเวลาที่ใช้เดินทางไปสถานที่ให้บริการวางแผนครอบครัวแหล่งที่ใกล้ที่สุดเฉลี่ย (นาที) \bar{x}	17.8
ระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานที่ให้บริการวางแผนครอบครัวแหล่งที่ใกล้ที่สุดเฉลี่ย (เมตร)	2,797.55
การมีสถานบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีการที่ต้องการใช้ / กำลังใช้ในชุมชน	
ไม่มี	13.4
มี	70.7
ไม่ทราบ	15.9
รวม	100.0
	(441)
การมีบุคลากรด้านสาธารณสุขให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีการที่ต้องการใช้ / กำลังใช้ในชุมชน	
ไม่มี	15.1
มี	66.3
ไม่ทราบ	18.6
รวม	100.0
	(517)
มีองค์กรเกี่ยวกับการให้สตรีเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชน	
ไม่มี	25.2
มี	65.4
ไม่ทราบ	9.4
รวม	100.0
	(552)

ตาราง 4 ความสนใจเรื่องเพศศึกษาก่อนมีอายุ 18 ปี

ก่อนมีอายุ 18 ปี เคยพูดคุยเรื่อง	ภรรยา	สามี	รวม
การมีประจำเดือนของผู้หญิง / การหลังของผู้ชาย			
ไม่เคยพูดคุย	43.3	50.6	46.9
กับเพื่อน	36.3	39.5	37.9
กับบิดา	0.2	2.8	1.5
กับมารดา	12.8	1.7	7.3
กับครู	2.7	2.4	2.6
อื่น ๆ	4.7	3.0	3.8
รวม	100.0	100.0	100.0
	(556)	(537)	(1,093)
การตั้งครรภ์ได้อย่างไร			
ไม่เคยพูดคุย	68.4	75.8	71.9
กับเพื่อน	18.3	15.8	17.1
กับมารดา	4.0	0.9	2.5
กับครู	4.0	2.9	3.5
อื่น ๆ	5.3	4.6	5.0
รวม	100.0	100.0	100.0
	(546)	(520)	(1,066)
วิธีการคุมกำเนิด			
ไม่เคยพูดคุย	79.4	79.7	79.5
กับเพื่อน	9.4	12.7	11.0
กับครู	3.3	1.7	2.5
กับบุคลากรด้านสาธารณสุข	4.5	2.9	3.8
อื่น ๆ	3.4	3.0	3.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(553)	(526)	(1,079)

ตาราง 4 (ต่อ)

ก่อนมีอายุ 18 ปี เคยพูดคุยเรื่อง	ภรรยา	สามี	รวม
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
ไม่เคยพูดคุย	85.4	77.1	81.3
กับเพื่อน	5.5	13.4	9.4
กับครู	3.5	3.7	3.6
กับบุคลากรด้านสาธารณสุข	3.2	3.7	3.5
อื่น ๆ	2.4	2.1	2.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(548)	(536)	(1,084)
โรคเอดส์			
ไม่เคยพูดคุย	77.3	70.4	73.8
กับเพื่อน	12.5	17.0	14.7
กับครู	3.9	4.0	4.0
กับบุคลากรด้านสาธารณสุข	3.1	5.5	4.3
อื่น ๆ	3.2	3.1	3.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(554)	(547)	(1,101)

ตาราง 5 ทักษะคิดเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
การสอนเพศศึกษาทำให้วัยรุ่นคิดจะมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น			
ไม่เห็นด้วย	54.8	49.5	52.1
เห็นด้วย	45.2	50.5	47.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(522)	(532)	(1,054)
การสอนเพศศึกษาควรสอนกันเฉพาะในบ้าน			
ไม่เห็นด้วย	64.2	59.5	61.8
เห็นด้วย	35.8	40.5	38.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(527)	(518)	(1,045)
การสอนเพศศึกษาเป็นเรื่องที่ขัดกับคำสอนทางศาสนา			
ไม่เห็นด้วย	74.1	69.0	71.5
เห็นด้วย	25.9	31.0	28.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(486)	(489)	(975)
ผู้ที่ควรสอนเพศศึกษาให้กับบุตรชาย บุตรหญิง			
เพื่อน	1.9	2.5	2.2
บิดา	4.1	8.2	6.1
มารดา	22.5	13.9	18.2
ครู	37.9	36.9	37.4
บุคลากรด้านสาธารณสุข	30.6	35.7	33.2
อื่น ๆ	3.0	2.7	2.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(516)	(512)	(1,028)
ระหว่างสามี - ภรรยา ใครมีความเหมาะสมใน			
การสอนเพศศึกษาแก่บุตรชาย บุตรหญิง			
สามีสอนทั้งบุตรชาย บุตรหญิง	6.5	11.9	9.2
สามีสอนบุตรชาย ภรรยาสอนบุตรหญิง	76.7	72.3	74.4
ภรรยาสอนทั้งบุตรชาย บุตรหญิง	10.1	12.3	11.2
สามีสอนบุตรหญิง ภรรยาสอนบุตรชาย	6.7	3.5	5.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(506)	(512)	(1,018)

ตาราง 6 พฤติกรรมเพศสัมพันธ์

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
เพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีกับ			
คู่สมรส	99.1	89.9	94.5
คนรัก	0.2	3.9	2.0
เพื่อน คนรู้จักคุ้นเคย	0.2	2.9	1.5
ผู้ขายบริการทางเพศ และอื่น ๆ	0.5	3.3	2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(578)	(594)	(1,172)
การพูดคุยเรื่องป้องกันการตั้งครรภ์กับคู่ร่วมเพศ ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			
ไม่ได้พูดคุย	47.3		
พูดคุย	39.2		
จำไม่ได้	13.5		
รวม	100.0		
	(74)		
การใช้วิธีคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			
ไม่ได้ใช้	75.3		
ใช้	18.2		
จำไม่ได้	6.5		
รวม	100.0		
	(77)		
ผู้ตัดสินใจใช้วิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศ สัมพันธ์ครั้งแรก			
ผู้ชาย	20.0		
ผู้หญิง	15.0		
เท่า ๆ กัน	65.0		
รวม	100.0		
	(20)		

ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่มีเลย	16.7	16.2	16.5
1 - 2 ครั้ง /สัปดาห์	63.5	64.4	63.9
3 - 5 ครั้ง /สัปดาห์	18.6	17.5	18.1
ทุกวัน	1.2	1.9	1.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(579)	(559)	(1,138)
เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญต่อความสัมพันธ์ที่ติระหว่างสามี - ภรรยา			
ไม่สำคัญ	1.3	1.7	1.5
สำคัญน้อย	7.3	5.9	6.6
สำคัญปานกลาง	28.3	17.8	23.0
สำคัญมาก	63.1	74.6	68.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(519)	(523)	(1,042)
ถ้าสงสัยว่าตนเองอาจติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs)			
จะไม่บอกภรรยา		12.1	
จะบอกภรรยา		87.9	
รวม		100.0	
		(445)	
หากมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการจะปิดบังภรรยา			
ไม่ปิดบัง		34.9	
ปิดบัง		65.1	
รวม		100.0	
		(315)	

ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
หากมีเพศสัมพันธ์กับหญิงชาวบ้านจะ			
ปิดบังภรรยา			
ไม่ปิดบัง		33.2	
ปิดบัง		66.8	
รวม		100.0	
		(316)	
ในรอบระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สามีได้มีเพศ			
สัมพันธ์กับหญิงบริการ			
ไม่มี	91.0	97.7	94.4
มี	1.5	2.3	1.9
ไม่ทราบ	7.5		3.7
รวม	100.0	100.0	100.0
	(472)	(479)	(951)
ในรอบระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สามีได้มี			
เพศสัมพันธ์กับหญิงชาวบ้าน			
ไม่มี	92.0	97.9	94.9
มี	2.5	2.1	2.3
ไม่ทราบ	5.5		2.8
รวม	100.0	100.0	100.0
	(477)	(483)	(960)
เคยบอกหรือแสดงท่าทีกับสามีถึงความต้องการ			
ที่จะมีเพศสัมพันธ์			
ไม่เคย	67.2		
เคย	32.8		
รวม	100.0		
	(345)		

ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
ได้รับความสุขจากเพศสัมพันธ์กับสามีในระดับใด			
(ความรู้สึกสุดยอทางเพศ)			
ไม่เคยมี	4.6		
น้อยที่สุด	1.7		
น้อย	2.9		
ปานกลาง	37.6		
มาก	30.5		
มากที่สุด	22.7		
รวม	100.0		
	(476)		
การบอกถึงระดับความรู้สึกมีความสุขสุดยอทางเพศกับสามี			
ไม่เคยบอก	41.3		
เคยบอก	43.5		
ไม่เคยพูดคุยกันเรื่องนี้	15.2		
รวม	100.0		
	(370)		
การงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์			
ไม่งดเว้น	23.1		
งดเว้น	76.9		
รวม	100.0		
	(347)		
งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อบุตรในครรภ์มีอายุเฉลี่ย (เดือน) \bar{x}			
	4.22		
การงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการคลอดบุตรใหม่ ๆ			
เมื่อบุตรคลอดแล้วเฉลี่ย (วัน) \bar{x}			
	91.24		

ตาราง 7 การสมรสและการมีบุตร

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
อายุชาย ที่เหมาะสมจะสมรสเฉลี่ย (ปี) \bar{x}	26.2	25.6	25.9
อายุหญิง ที่เหมาะสมจะสมรสเฉลี่ย (ปี) \bar{x}	22.3	22.0	22.1
สตรีควรเข้าสู่การสมรสเมื่อ			
จบการศึกษา	32.0	34.3	32.4
เริ่มมีรายได้	33.0	29.0	31.2
เจอคนดี ๆ	20.0	21.1	20.9
พ่อแม่ต้องการให้สมรส	9.2	10.2	9.9
มีความพร้อม หรือถึงเวลาอันควร	4.5	4.4	4.5
อื่น ๆ	1.3	1.0	1.1
รวม	100.0	100.0	100.0
	(588)	(583)	(1,171)
อายุแรกสมรสเฉลี่ย (ปี)	20.3	24.0	22.1
ผู้มีบทบาทหลักในการตัดสินใจให้สมรส			
ตัดสินใจเอง	34.6	51.5	43.0
บิดา	5.3	10.9	8.2
มารดา	4.3	2.8	3.6
ทั้งบิดาและมารดา	52.0	29.8	40.8
ญาติ	2.3	4.0	3.2
เพื่อนและอื่น ๆ	1.5	1.0	1.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(596)	(594)	(1,190)
จำนวนบุตรที่ต้องการเฉลี่ย (คน) \bar{x}	3.9	4.2	4.0
จำนวนบุตรชายที่ต้องการเฉลี่ย (คน) \bar{x}	2.1	2.3	2.2
จำนวนบุตรหญิงที่ต้องการเฉลี่ย (คน) \bar{x}	2.0	2.5	2.2
การพูดคุยกับคู่สมรสเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ			
ไม่เคย	20.1	25.8	22.9
เคย	79.9	74.2	77.1
รวม	100.0	100.0	100.0
	(597)	(584)	(1,181)

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
ผู้เป็นใหญ่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ			
สามี	17.5	18.9	18.1
ภรรยา	12.1	11.4	11.7
เท่า ๆ กัน	70.4	69.7	70.2
รวม	100.0	100.0	100.0
	(588)	(550)	(1,138)
จำนวนบุตรในอุดมคติเฉลี่ย (คน) \bar{x}	3.6	3.7	3.7
ความต้องการมีบุตรเพิ่ม			
ไม่ต้องการ	41.4	42.8	42.1
ต้องการ	58.6	57.2	57.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(564)	(554)	(1,118)
จำนวนบุตรที่ต้องการมีเพิ่มเฉลี่ย (คน) \bar{x}	2.3	2.7	2.5
จำนวนบุตรชายที่ต้องการมีเพิ่มเฉลี่ย (คน) \bar{x}	2.1	2.2	2.2
จำนวนบุตรหญิงที่ต้องการมีเพิ่มเฉลี่ย (คน) \bar{x}	2.1	2.1	2.1
จำนวนเดือนที่ควรเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดาเฉลี่ย \bar{x}	21.0	20.5	20.8
ผู้เป็นใหญ่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างของการมีบุตร			
สามี	14.8	19.7	17.3
ภรรยา	18.8	17.0	17.9
เท่า ๆ กัน	66.4	63.3	64.8
รวม	100.0	100.0	100.0
	(505)	(511)	(1,016)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เลี้ยงดูบุตรคนแรกด้วยน้ำนมมารดา (เดือน)	18.6		
อายุเฉลี่ยเมื่อคลอดบุตรคนแรก (ปี) \bar{x}	21.5		
จำนวนบุตรเฉลี่ย (คน) \bar{x}	2.6		
จำนวนบุตรชายเฉลี่ย (คน) \bar{x}	1.4		
จำนวนบุตรหญิงเฉลี่ย (คน) \bar{x}	1.4		
อายุบุตรคนสุดท้ายเฉลี่ย (เดือน)	61.4		
ต้องการมีบุตรเพิ่มคนต่อไป ให้อายุห่างจากบุตรคนสุดท้ายเฉลี่ย (เดือน) \bar{x}	54.6		

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
การมีบุตรเสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน			
ไม่มี	93.1		
มี	6.9		
รวม	100.0		
	(529)		
จำนวนบุตรที่เสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน เฉลี่ย (คน) \bar{x}	1.30		
จำนวนบุตรชายที่เสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน เฉลี่ย (คน) \bar{x}	1.2		
จำนวนบุตรหญิงที่เสียชีวิตหลังคลอดไม่เกิน 28 วัน เฉลี่ย (คน) \bar{x}	1.1		

ตาราง 8 ประวัติการตั้งครรภ์

ลักษณะข้อมูล	ครรภ์ที่ 1	ครรภ์ที่ 2	ครรภ์ที่ 3	ครรภ์ที่ 4	ครรภ์ที่ 5	ครรภ์ที่ 6	ครรภ์ที่ 7
ผลของการตั้งครรภ์							
เกิดรอด	96.0	95.5	94.1	96.9	96.6	93.9	92.4
แท้งเอง	3.3	4.1	5.2	1.9	2.3	6.1	7.6
ทำแท้ง	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
ตั้งครรภ์นอกมดลูก	0.7	0.4	0.7	0.6	1.1	0.0	0.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(511)	(409)	(267)	(155)	(84)	(49)	(26)
อายุครรภ์ที่สิ้นสุด(ในกรณีที่ไม่ได้เกิดรอด)							
3 เดือน และน้อยกว่า	82.3	98.0	85.2	91.7	50.0	83.4	75.0
4 - 7 เดือน	17.7	2.0	14.8	8.3	50.0	16.6	25.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(45)	(38)	(27)	(14)	(6)	(6)	(4)
อายุครรภ์ที่สิ้นสุดเฉลี่ย (เดือน) \bar{x}	1.64	0.97	1.48	1.29	0.82	1.67	1.75
การฝากครรภ์							
ไม่ฝากครรภ์	19.9	21.4	21.6	22.3	28.3	35.7	30.4
ฝากครรภ์	80.1	78.6	78.4	77.7	71.7	64.3	69.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(471)	(369)	(240)	(134)	(67)	(42)	(23)

ตาราง 8 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อฝากครรภ์ (ลำดับที่) \bar{x}	12.19	11.92	13.47	20.57	7.36	17.20	20.00
การตรวจครรภ์							
ทุกครั้งที่แพทย์นัด	89.2	86.7	86.6	81.5	78.6	71.1	80.1
ไม่ทุกครั้ง	8.8	10.4	10.1	10.6	8.9	19.3	13.3
ไม่เคยตรวจครรภ์	2.0	2.9	3.3	7.9	12.5	9.6	6.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(394)	(307)	(207)	(113)	(56)	(31)	(15)
สถานที่คลอดบุตร							
ที่บ้าน	50.5	52.4	56.9	65.6	72.5	74.4	85.8
โรงพยาบาล	42.4	41.4	38.3	31.2	23.0	20.0	7.1
คลินิก	1.1	1.7	3.1	0.8	3.0	2.8	7.1
สถานีนอนมัย	1.5	1.1	0.4	1.6	0.0	0.0	0.0
อื่นๆ	4.5	3.4	1.3	0.8	1.5	2.8	0.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(443)	(350)	(224)	(125)	(65)	(35)	(14)
บุคลากรที่หาคัดให้							
แพทย์	32.5	28.9	26.1	19.4	19.6	18.1	7.1
พยาบาล	19.3	18.6	19.5	13.7	11.4	12.1	7.1
หมอดำแยที่มีใบอนุญาต	36.5	37.8	38.1	50.0	54.3	57.7	64.4
หมอดำแยที่ไม่มีใบอนุญาต	10.8	13.0	15.0	16.1	14.7	12.1	21.4
อื่นๆ	0.9	1.7	1.3	0.8	0.0	0.0	0.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(435)	(338)	(220)	(124)	(61)	(33)	(14)
ระยะห่างระหว่างครรภ์นี้กับครรภ์ก่อน	-	30.60	34.13	30.58	34.78	31.95	35.00
เฉลี่ย (เดือน) \bar{x}							
ความตั้งใจจะตั้งครรภ์							
ไม่ตั้งใจ	4.8	11.0	11.3	10.9	10.5	18.1	7.1
ตั้งใจ	95.2	99.0	88.7	89.1	89.5	81.9	92.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(434)	(336)	(220)	(119)	(57)	(33)	(14)
บทบาทความสำคัญของภรรยาที่มีต่อ สามีเมื่อตั้งครรภ์							
ลดลง	3.2	3.9	4.3	2.4	1.7	5.5	0.0
เท่าเดิม	46.5	57.2	39.7	55.5	56.2	58.4	66.7
เพิ่มขึ้น	50.3	38.9	35.4	42.1	42.1	36.1	33.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(430)	(331)	(206)	(121)	(57)	(36)	(15)

ตาราง 9 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์			
ไม่เคยตั้งครรภ์	7.9		
1 - 2 ครั้ง	42.9		
3 - 4 ครั้ง	34.7		
5 ครั้ง และมากกว่า	14.5		
รวม	100.0		
	(542)		
จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์เฉลี่ย \bar{x}	2.8		
อายุเฉลี่ยเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก (ปี) \bar{x}	21.1		
ในขณะที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก บิดาเด็กในครรภ์มีอายุเฉลี่ย (ปี) \bar{x}	25.7		
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ตั้งครรภ์ภายหลังการสมรส (เดือน) \bar{x}	20.6		
แหล่งรับบริการดูแลสุขภาพในการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย			
ไม่เคยไปรับบริการ	3.1		
โรงพยาบาลของรัฐ	44.4		
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	5.3		
สถานีนอนามัย	44.3		
อื่น ๆ	2.9		
รวม	100.0		
	(540)		
สามารถรับบริการทำแท้งจาก			
แพทย์	8.0		
พยาบาล / ผดุงครรภ์	4.7		
หมอต้าแย	6.7		
อื่น ๆ	8.2		
ไม่ทราบ	72.4		
รวม	100.0		
	(600)		

ตาราง 10 การมีอาการที่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์

ในการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย/คลอดครั้งสุดท้ายมีอาการ	ไม่มี	มี	รวม
ความดันโลหิตสูง	96.2	3.8	100.0 (418)
โรคลมบ้าหมู	99.6	0.4	100.0 (415)
อาการบวม	88.1	11.9	100.0 (418)
การตั้งครรภ์แฝด	98.6	1.4	100.0 (416)
เด็กอยู่ในครรภ์ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม	96.4	3.6	100.0 (415)
การอาเจียนอย่างรุนแรง	99.0	11.0	100.0 (417)
โรคโลหิตจาง	96.7	3.3	100.0 (416)
การตกเลือด	97.4	2.6	100.0 (414)

ตาราง 11 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	รวม
ความยุ่งยากในการใช้	17.1	20.4	26.0	12.6	23.9	100.0 (573)
ค่าใช้จ่ายที่สูง	9.6	15.2	27.7	20.0	27.5	100.0 (574)
ไม่ทราบวิธีใช้	13.4	15.7	26.6	16.5	27.8	100.0 (575)
เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพ	25.5	20.0	25.5	11.0	18.0	100.0 (573)
คู่ร่วมเพศไม่ชอบวิธีนี้	18.2	22.6	22.6	14.2	22.4	100.0 (571)
ความเชื่อทางศาสนา	53.2	19.0	15.2	4.1	8.5	100.0 (579)
แพทย์แนะนำ	17.0	20.6	27.0	16.2	19.2	100.0 (569)

ตาราง 12 วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้และประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
การคุมกำเนิดในปัจจุบัน			
ไม่คุมกำเนิด	63.7	73.4	68.3
คุมกำเนิด	36.3	26.6	31.7
รวม	100.0	100.0	100.0
	(568)	(546)	(1,114)

ตาราง 12 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบัน			
ใส่ห่วง	7.2	7.5	7.4
ถุงยาง	9.2	11.7	10.2
ทำหมันหญิง	1.4	0.6	1.2
ทำหมันชาย	0.9	2.0	1.4
ยาฉีด	26.7	27.9	27.1
นั้บระยะปลดกัย	10.7	7.5	9.4
หลังภายนอกของคลอด	7.8	9.7	8.5
สวนล้างช่องคลอด	0.0	4.1	1.7
ยาฝังคุมกำเนิด	5.8	20.0	11.7
ยาเม็ด	30.3	9.0	21.4
รวม	100.0	100.0	100.0
	(206)	(145)	(351)
ปัจจุบันใช้ถุงยางอนามัยควบคู่กับการคุมกำเนิดวิธีอื่น			
ไม่ใช่	88.3	83.1	86.5
ใช่	11.7	16.9	13.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(274)	(153)	(427)
แหล่งที่สามารถรับบริการคุมกำเนิด			
ร้านขายยา	6.2	7.9	6.8
คลินิก / โรงพยาบาลเอกชน	7.3	9.9	8.3
โรงพยาบาลของรัฐ	21.3	14.6	18.8
สถานีนอนามัย	46.3	57.1	50.2
อื่น ๆ	18.9	10.5	15.9
รวม	100.0	100.0	100.0
	(258)	(151)	(409)

ตาราง 12 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
ใครควรรับผิดชอบในการคุมกำเนิด			
ภรรยา	31.7	37.2	34.4
สามี	13.6	11.3	12.5
ทั้งสามีและภรรยา	48.8	51.5	50.1
ไม่ทราบ	5.9	-	3.0
รวม	100.0	100.0	100.0
	(484)	(457)	(941)
วิธีการคุมกำเนิดในระหว่างการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา			
ไม่ได้คุมกำเนิด	41.0		
ใส่ห่วง	5.8		
ถุงยางอนามัย	8.6		
โฟม เยลลี่ ครีม	3.6		
ยาฉีด	10.9		
นับระยะปลอดภัย	0.7		
หลังภายนอกช่องคลอด	8.6		
ยาฝังคุมกำเนิด	4.3		
ยาเม็ด	16.5		
รวม	100.0		
	(139)		
วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพที่สุด			
ใส่ห่วง	7.1	2.4	4.8
ถุงยางอนามัย	4.6	13.0	8.7
หมวกครอบปากมดลูก	0.3	-	-
ทำหมันหญิง	30.4	15.7	23.2
ทำหมันชาย	5.0	24.3	14.5
ยาฉีด	32.4	20.3	26.5
นับระยะปลอดภัย	1.3	2.4	2.0
หลังภายนอกช่องคลอด	1.8	1.6	1.7
ยาฝังคุมกำเนิด	2.3	5.3	3.8
ยาเม็ด	14.8	15.0	14.8
รวม	100.0	100.0	100.0
	(392)	(375)	(766)

ตาราง 13 การทำรุนแรงทางกาย ทางใจ และการถูกข่มขืนจากคู่สมรส

ลักษณะข้อมูล	ภรรยา	สามี	รวม
การถูกทำร้ายร่างกายจากคู่สมรส			
ไม่เคย	96.1	95.6	95.8
เคย - ระหว่างตั้งครรภ์	1.0	2.0	1.5
เคย - ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์	2.9	2.4	2.7
รวม	100.0	100.0	100.0
	(597)	(595)	(1,192)
การถูกตำหนอกจากคู่สมรส			
ไม่เคย	79.5		
เคย - ระหว่างตั้งครรภ์	7.6		
เคย - ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์	12.9		
รวม	100.0		
	(526)		
การบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส			
บาดเจ็บเล็กน้อย	54.3	60.9	56.9
บาดเจ็บปานกลาง	31.4	21.7	27.6
บาดเจ็บมาก	14.3	17.4	15.5
รวม	100.0	100.0	100.0
	(35)	(23)	(58)
การถูกข่มขืนให้มิเพศสัมพันธ์ในรอบระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่เคย	5.5		
เป็นส่วนน้อย	45.3		
ครึ่งต่อครึ่ง	36.7		
เป็นส่วนใหญ่	10.0		
ทุกครั้ง	2.5		
รวม	100.0		
	(452)		

ตาราง 14 ผู้เป็นใหญ่ระหว่างสามมี - ภรรยา ในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ

เรื่องที่ต้องตัดสินใจ	ภรรยา			สามมี			รวม
	ชนบท	เมือง	รวม	ชนบท	เมือง	รวม	
เรื่องทั่ว ๆ ไปในครอบครัว							
สามมี	37.3	28.7	33.0	45.4	35.5	40.5	36.8
ภรรยา	6.7	7.7	7.2	5.4	10.6	8.0	7.6
เท่า ๆ กัน	56.0	63.6	59.8	49.2	53.9	51.5	55.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(298)	(286)	(584)	(295)	(282)	(577)	(1,161)
จำนวนบุตรที่ต้องการ							
สามมี	24.7	10.2	17.5	22.5	14.8	18.9	18.1
ภรรยา	10.2	14.0	12.1	10.2	12.8	11.4	11.7
เท่า ๆ กัน	65.1	75.8	70.4	67.3	72.4	69.7	70.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(295)	(293)	(588)	(293)	(257)	(550)	(1,138)
จำนวนบุตรที่ต้องการมีเพิ่ม							
สามมี	26.9	14.1	20.9	23.7	19.8	21.9	21.5
ภรรยา	13.8	17.0	15.4	9.0	15.9	12.0	13.6
เท่า ๆ กัน	59.3	68.9	63.7	67.3	64.3	66.1	64.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(293)	(241)	(524)	(279)	(227)	(506)	(1,030)
ระยะเวลาที่ควรเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา							
สามมี	8.5	7.7	8.1	12.0	4.9	8.6	8.3
ภรรยา	55.1	51.9	53.6	46.5	40.1	43.5	48.8
เท่า ๆ กัน	36.4	40.4	38.3	41.5	55.0	47.9	42.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(294)	(272)	(566)	(275)	(247)	(522)	(1,088)
การเว้นระยะห่างของการมีบุตร							
สามมี	15.4	14.4	14.8	22.4	17.7	19.7	17.3
ภรรยา	10.4	25.4	18.8	10.3	22.2	17.0	17.9
เท่า ๆ กัน	74.2	60.2	66.4	67.3	60.1	63.3	64.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(221)	(284)	(505)	(223)	(288)	(511)	(1,016)
การเลือกวิธีคุมกำเนิด							
สามมี	39.6	17.6	28.6	23.1	17.7	20.4	24.5
ภรรยา	18.2	25.7	22.0	18.3	20.5	19.4	20.7
เท่า ๆ กัน	42.2	56.7	49.4	58.6	61.8	60.2	54.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(285)	(284)	(569)	(295)	(288)	(583)	(1,152)

รายนามที่ปรึกษาโครงการ
ด้านแพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยการเจริญพันธุ์
(ภาคใต้)

รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร. บุปผา ศิริรัมย์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Professor Dr. Alan Noel Gray
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์พร พันพื้ง
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แนะนำหัวหน้าโครงการวิจัย

(เรียงตามอักษร)

จิตรา ไชยชนะ :

ปริญญาโทศึกษาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 5
งานศึกษาศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ชาญชัย เรืองขจร :

ปริญญาโทครุศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏสงขลา

สุรียพร กฤษเจริญ :

ปริญญาโทพยาบาลศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศรัณยา บุญนาค :

ปริญญาเอกประชากรและการพัฒนา
รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาบริหารธุรกิจ
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แนะนำบรรณาธิการ

จรรยา เศรษฐบุตร :

ปริญญาเอกพัฒนศึกษาศาสตร์
รองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

บุปผา ศิริรัมย์ :

ปริญญาเอกการศึกษา
รองศาสตราจารย์ และรองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201, 0-2441-9666

โทรสาร 0-2441-9333

E-mail: directpr@mahidol.ac.th

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