

รายงานการวิจัย

โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยการเจริญพันธุ์

ชุดที่ ๔

บุปผา ศิริรัศมี

จรรยา เศรษฐบุตร
บรรณาธิการ



ดำเนินการโดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
ภายใต้โครงการ THA/99/P02

รายงานการวิจัย
โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ
และอนามัยการเจริญพันธุ์
ชุดที่ 4



บุปผา ตีร์รัมย์
พรรยา เศรษฐบุตร
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 265

รายงานการวิจัย

โครงการพัฒนางานวิจัยด้านแพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4

Cataloging in Publication Data

รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านแพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4 / บุญผา ศิริรัมย์, จรรยา เศรษฐบุตร บรรณาธิการ ; ดำเนินการโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545

ISBN 974-05-0072-2

1. แพศศึกษา--แ่งอนามัย--วิจัย. 2. แพศสัมพันธ์--แ่งอนามัย--วิจัย. 3. ภาวะเจริญพันธุ์--แ่งอนามัย--วิจัย. 4. วิจัย. I. บุญผา ศิริรัมย์, บรรณาธิการ. II. จรรยา เศรษฐบุตร, บรรณาธิการ. III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

HQ60 รน451 2545

[DNLM: 1. ภาวะเจริญพันธุ์--วิจัย. 2. อนามัยสืบพันธุ์--วิจัย. WP565 รน451 2545]

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

บทบรรณาธิการ

การประชุมระดับโลกเรื่องประชากรและการพัฒนา ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 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 จะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อช่วยกันป้องกัน แก้ไข และส่งเสริมงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญคุณภาพชีวิตประชากร เนื่องจากรายงานผลการวิจัยโครงการนี้มีทั้งสิ้น 17 รายงาน ซึ่งแบ่งชุดรายงานการวิจัยภายใต้โครงการนี้ ออกเป็น 4 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นการรวบรวมรายงานวิจัยในภาคใต้ ชุดที่สองเป็นรายงานการวิจัยในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชุดที่สามและชุดที่สี่รวบรวมรายงานวิจัยในภาคกลาง

บุปผา ศิริรัศมี
จรรยา เศรษฐบุตร

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำชุดรายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากหลายฝ่าย โดยมีกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายของโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะมิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ด้วย คณะบรรณาธิการขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

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

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

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในโครงการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Professor Dr.Alan Gray รองศาสตราจารย์ ดร.อมรา สุนทรธาดา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพื้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชันทฤทัย กาญจนะจิตรา ที่กรุณาเป็นวิทยากรและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่นักวิจัยของโครงการ

ขอขอบคุณฝ่ายอำนวยความสะดวกในการจัดพิมพ์ชุดรายงานการวิจัยฉบับนี้คือ อาจารย์อรพรรณ หันจางสิทธิ์ หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ผู้ช่วยพิมพ์และจัดรูปเล่มต้นฉบับคือ คุณสมหญิง สุวรรณวัฒน์ และคุณสมชาย ทรัพย์ยอดแก้ว ที่ช่วยออกแบบปกหนังสือเล่มนี้

บุปผา ศิริรัตมี

จรรยา เศรษฐบุตร

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 :	
การส่งเสริมบทบาทชายเพื่อรับผิดชอบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ Promotion of Male Involvement in Reproductive Health Care Through an Information, Education and Communication (IE&C) Programme in Selected Institutes	1
นิกร ดุสิตสิน	
วีระ นิยมวัน	
รัตนา สีนุรักษ์	
จงกล ตั้งอุสาหะ	
เขมิกา ยามะรัต	
 การทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออก :	
การเผชิญปัญหาและสุขภาพมารดาและทารก Abuse during Pregnancy in the Eastern Region of Thailand : Coping Strategies and Maternal and Fetal Outcomes	71
วรรณิ์ เดียววิศเรศ	
มณีรัตน์ ภาคฐป	
ยุณี พงศ์จตุรวิทย์	

	หน้า
บทบาทหญิงชายกับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐ ของประเทศไทย Assessment of Gender Sensitivity of Reproductive Health Services in Thailand <i>ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์</i>	135
รายงานที่ปรึกษาโครงการวิจัยภาคกลาง	203
แนะนำหัวหน้าโครงการวิจัย	205
แนะนำบรรณาธิการ	207

**การส่งเสริมบทบาทชาย
เพื่อรับผิดชอบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
โดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้**

**Promotion of Male Involvement in Reproductive
Health Care Through an Information, Education and
Communication (IE&C) Programme in Selected Institutes**

**นิกร ดุสิตสิน
วีระ นิยมวัน
รัตนา สินธุภัค
จงกล ตั้งอุสาทะ
เขมิกา ยามะรัต**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

**การส่งเสริมบทบาทชาย
เพื่อรับผิดชอบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
โดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้**

**Promotion of Male Involvement in Reproductive
Health Care Through an Information, Education and
Communication (IE&C) Programme in Selected Institutes**

**นิกร ดุสิตสิน
วีระ นิยมวัน
รัตนา สินธุภัต
จงกล ตั้งอุสาหะ
เขมิกา ยามะรัต**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ออกข้อคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้สามารถดำเนินการจนลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุน และความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่คณะผู้วิจัยระลึกถึง และขอแสดงความขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และมองเห็นคุณประโยชน์อันเกิดจากโครงการวิจัยนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ รศ.ดร.บุปผา ศิริวิศรี และ Dr. Alan Noel Gray จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดการดำเนินการวิจัย

ลำดับต่อมาคณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.นสพ.พีระศักดิ์ จันทร์ประทีป ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ รศ.ดร.พาลาภ สิงห์เสนี คณบดีวิทยาลัยศึกษาศาสตร์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัย ที่สนับสนุนให้มีการดำเนินงานวิจัย ทางด้านสังคมศาสตร์ในสถาบันฯ

โครงการวิจัยนี้เสร็จสิ้นได้ด้วยการช่วยเหลือดำเนินการจากบุคคล และเจ้าหน้าที่หลายฝ่ายจากส่วนงานต่างๆ ซึ่งมองเห็นคุณค่าและประโยชน์อันกว้างขวางจากโครงการฯ ที่คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กองกามโรค โรงพยาบาลบางรัก อาสาสมัครโรงงานและโรงเรียน โรงเรียนหาดอมราอักษรลักษณ์วิทยา และโรงเรียนสตรีสมุทรปราการ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของโครงการฯ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสุนิพัช เปรมอมรกิจ คุณศิริยุพา นันสุนานนท์ และคุณสิริรักษ์ ศรีปัญญาพงษ์ นักวิจัยของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่เป็นกำลังสำคัญช่วยสรุปผล และเตรียมรายงานฉบับสมบูรณ์ และคณะทำงานที่ทำให้ผลงานของโครงการปรากฏเป็นรูปธรรม ได้แก่ คุณสมทรง ตั้งกิติเสถียร คุณฉวีวรรณ ศรีสวัสดิ์ คุณอัญชลี เปรมมณี คุณณัฐธยาน์ ศรีบางจาด คุณปราลอบ พรหมล้วน คุณบังอร ทองวัง และคุณอารีรัตน์ น่วมสำลี ที่เป็นกำลังสำคัญช่วยเหลืองานธุรการ การจัดเตรียมอุปกรณ์ และงานจัดพิมพ์ต้นฉบับ ตลอดจนการจัดทำรูปเล่มเอกสารประกอบทั้งหมด

ท้ายสุดนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานของโครงการนี้ ซึ่งไม่สามารถกล่าวได้หมด ณ ที่นี้ ตลอดจนนักวิจัยผู้ร่วมโครงการฯ ที่มีความตั้งใจในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

นิกร ดุสิตสิน
 วีระ นิยมวัน
 รัตนา สีนฤภาค
 จงกล ตั้งอุสาหะ
 เขมิกา ยามะรัต

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ สร้างเจตคติ ด้านเพศศาสตร์ศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ พัฒนาเครือข่ายให้การปรึกษาและบำบัดสุขภาพทางเพศ ให้ผู้ชายมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมทางเพศที่สร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบครอบครัวได้ตามเกณฑ์ข้อพึงปฏิบัติ และได้รับบริการให้การปรึกษาและบำบัดสุขภาพทางเพศอย่างทั่วถึง

คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความอ่อนไหวทางสังคมในเรื่องเพศ และการขาดความรู้ ความเข้าใจ ความคิด และความเชื่อ เรื่องสุขภาพทางเพศที่ถูกต้องเกี่ยวกับมิติทางเพศ บทบาทหญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะ และประเพณีของชุมชนให้ยอมรับเรื่องนี้ก่อน บุคคลจึงจะปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรม โดยใช้วิธีการสาธารณสุขมูลฐานให้มีคนกลางดำเนินการในชุมชนได้อย่างยั่งยืนรูปแบบการดำเนินการใช้พื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม สังคม ชุมชน และการสุศึกษา PRECEDE/PROCEED Model ของ Green & Kreuter และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เสริมสร้างทัศนคติ มีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ประชากรเป็นพนักงานใน 12 โรงงาน (2,500 คน) และนักเรียนในโรงเรียนมัธยม 2 แห่ง (3,000 คน) พื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างรวม 400 คน ศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นชุดโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการใหม่ที่เป็นสหสาขา ร่วมกัน 4 หน่วยงาน จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการทดสอบในสถานการณ์และระบบงานสาธารณสุขที่ทำเป็นปกติ โดยใช้แผนนิทรรศการเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นจากการใช้แบบถาม-ตอบ ให้นำไปพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิด 2 รอบ เพื่อเกิดความคิดรวบยอด และตัดสินใจเลือกประยุกต์เป็นทัศนคติของบุคคล และชุมชนของพื้นที่ตัวอย่าง และได้นำวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเจ้าหน้าที่ช่วยเสริมพลังอาสาสมัคร จัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เสนอปัญหาและเหตุการณ์จริงมาเป็นประเด็นในการกระตุ้นความสนใจ และสร้างเสริมทัศนคติ

สำรวจให้คะแนนข้อพึงปฏิบัติและกระตุ้นผู้ไม่ผ่านเกณฑ์ไปรับบริการให้การปรึกษา รักษา ส่งต่อในระบบเครือข่ายบริการ

ผลการศึกษา:

การจัดลำดับความสำคัญ หัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย ของนักเรียน และพนักงานตรงกัน 3 เรื่องจาก 6 เรื่อง คือ ปัญหาเรื่องเพศของวัยรุ่นเพศศาสตร์ศึกษา และการทารุณทางเพศ

การประเมินทัศนคติจากการจัดนิทรรศการ 6 เรื่อง ในเวลา 6 เดือน ไม่มีผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการสร้างนโยบายสาธารณะยังบอกไม่ได้ชัดเจนถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เนื่องจากระยะเวลาสั้นเกินไป ไม่สามารถย้าความคิดใหม่ให้มากพอ เนื่องจากการประเมินผลนี้ไม่ได้รวมจากคนที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดเพราะไม่สามารถควบคุมตัวแปรเรื่องการทำงานเป็นกะ และเวลาเรียนได้ แต่ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ข้อมูลความรู้มีแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติต่อได้

ผลการประเมินโครงการโดยรวม ด้านบริบท สิ่งนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ด้วย CIPP Model วิเคราะห์พบว่า พนักงานมีการนำไปพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนนักเรียนคิดเป็นร้อยละ 59 พนักงานในโรงงานส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์ใน ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 63 และนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 75 นอกจากนี้ทั้งพนักงาน และนักเรียนยังแสดงความคิดเห็นว่าโครงการนี้ควรจัดต่อไป คิดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 94 ตามลำดับ เป็นผลสำเร็จที่รูปแบบนิทรรศการเกิดการพูดคุยเรื่องเพศได้เปิดเผยขึ้น และลดความอ่อนไหวทางสังคมลงได้ในระยะยาว

สำหรับโครงการของโรงพยาบาลบางรัก เป็นการผนวกรูปแบบการใช้แผนนิทรรศการ และการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในระหว่างการรอรับบริการ ซึ่งพบว่าเป็นที่พอใจแก่ผู้มารับบริการ ทำให้เข้าใจปัญหาทางเพศ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้น และอาจนำไปสู่การป้องกัน และลดอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเชช ไอ วี/ เอดส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

ผลการทดสอบรูปแบบ:

การศึกษานี้เป็นการทดสอบรูปแบบการจัดการอย่างละเอียดทุกขั้นตอน ได้แก่ การประสานงาน รูปแบบการใช้สื่อการสอน รูปแบบการทำงานอย่างมีส่วนร่วมและการสร้างความยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืน และความเป็นไปได้ในการถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังจังหวัดอื่น

สรุป วิจัยรณั เสนอแนะ:

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาระบบบริการระยะที่ 1 สร้างความตระหนักและเริ่มการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น สัดส่วนของนักเรียนและพนักงานที่เข้าร่วมกิจกรรมและประเมินทัศนคติน้อยเกินไป แต่โครงการก็ประสบผลสำเร็จในเรื่องการกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในภาษาทางเพศ (sex literacy) มากขึ้น เนื่องจากเรื่องเพศเป็นเรื่องที่อ่อนไหวทางสังคม มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติในกลุ่มนักเรียนและพนักงานในเชิงบวกมากขึ้น ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการดำเนินโครงการสั้นเกินไป แต่ก็ทำให้เห็นแนวโน้มของความเป็นไปได้ในวิธีการ และการดำเนินการ และวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการในระยะยาว

Executive Summary

In the last three decades, under the leadership of UNFPA, World Bank and WHO, impressive advances have been made in women's reproductive health. In contrast, concerns for men's specific health care have been largely neglected. In part, this is reflected in the insignificant participation of men in reproductive health activities and the lack of constructive male roles in reproductive health services. Furthermore, ignorance of human sexuality, particularly of the differences between men and women, and the feeling of sexual insecurity in many men may lead them to commit physical violence, rape and/or sexual harassment.

This model development project, therefore, had as its main objective to develop and test a practical IEC programme to increase men's knowledge, attitudes and practices regarding sexuality and reproductive health which could lead to healthy lifestyles, while at the same time developing a network for the counseling and treatment of sexual and reproductive health problems. It was hypothesized that men who are educated in this way will exhibit heightened awareness of gender equity, family responsibility, the need to avoid risk factors, and increased participation in reproductive health care. The IEC programme was tested in 12 factories and two secondary schools under the responsibility of six health centers in the municipal area (*amphur muang*) of Samutprakarn province. These areas represented a mixture of industry and agricultural settings. In addition, one STD clinic at Bangrak Hospital, Bangkok, also participated in the study by testing the programme in its facilities.

The project adopted an applied, multidisciplinary participatory learning process based on elements of the Green & Kreuter PRECEDE/PROCEED Model of health education, primary health care, life skills and sex education, health promotion/Ottawa charter. The project's preparatory phase involved installing Notice Boards in each institutional setting (factory, school); developing IEC media on reproductive health, sexuality and gender in the form of posters, pamphlets, newspaper clippings, questionnaires, record and reporting forms; and conducting Future Search workshops for four institute researcher teams and field working groups to design the research methodology, work plan, Gantt-chart, and manual for facilitators.

During the operational (testing) phase, a survey was conducted to select six priority topics on reproductive health, sexuality and gender for the initial focus. Thereafter, IEC media/learning materials were placed on the Notice Boards, as well as questionnaires about these topics that were to be completed by 100 men in each factory and school. Over a one week time period, factory workers and students were given the opportunity to read the information on the Notice Board, talk with each other and exchange ideas, and then to answer the questionnaire. Once the questionnaires were completed, facilitators analyzed the

results and the top five opinions that emerged from the questionnaires were posted on the Notice Boards. Thereafter, a second-round questionnaire was distributed, asking for the selection of the final, top opinion. The most frequently selected opinions were placed on the Notice Boards. This entire process was done every month, with a new issue regarding reproductive health, sexuality and gender being selected as the focus. Every six months, male characteristics on reproductive health, and the 13 desired attitudes and behavioral intentions were posted on the opposite side of the Notice Board for a period of one month. One hundred men were then given a self-check form and manual to complete. The results were analyzed to determine scores of over 80% and to identify those male practices that were still problematic among 15 specific items. For those men who failed to pass any item, facilitators encouraged them to get counseling from the health center counselor in their area. Life skills training sessions for the development of mental health (i.e., refusal, emotion control, decision-making, problem-solving) were also given or recommended.

The education program involved a sample of 400 persons, of which for the final evaluation, only 28.3% of students and 34.9% of factory workers were able to answer the attitude building questionnaire during the six months in which the program was conducted. This was because the shift times of the students and workers could not be controlled. Nonetheless, after the education program was completed, results of the questionnaires showed that out of the 11 core reproductive health, sexuality and gender issues, 75% of students and 78% of workers possessed appropriate attitudes towards all of the issues. Though the project period was short, there was a trend in improvement, which could justify continuing the program for a longer period of time to achieve more definitive improvement levels. For specific issues, students still possessed incorrect knowledge concerning whether or not commercial sex is illegal, marital rape is illegal, and contaminated utensils can spread HIV. Among the factory workers, their incorrect knowledge entailed whether or not marital rape is illegal, using a condom provides 100% protection from HIV, and vasectomies can cause sexual dysfunction. However, 59% of students and 57% of workers openly discussed issues related to sexuality in order to exchange opinions and gauge attitudes among their peers. As a result, this project offered these persons a new entry point for discussing sexuality and is an alternative avenue for sex education and self-learning. Within the school settings, moreover, teachers noted that this IEC program using the Notice Boards was very successful. Students were interested in reading, holding small group discussions and helping each other to answer the questionnaires extensively, even more than similar campaigns had done in the past. Both students and the workers were satisfied with the activities. Over 90% saw the project as useful and agreed to continue it.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	iii
Executive Summary	vi
สารบัญ	viii
1. บทนำ	1
1.1 ประชุมปฏิบัติการนักวิจัยของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 1 ..	1
1.2 การจัดทำกรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.3 กลวิธี	4
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	5
2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป	5
2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ	5
3. วิธีดำเนินการวิจัย	6
3.1 สื่อเผยแพร่ความรู้ และสื่อสร้างทัศนคติ	6
3.2 แนวคิดวิธีการให้ข้อมูล และการสื่อสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	6
3.3 ทักษะชีวิต	11
3.4 รูปแบบการศึกษาวิจัย	12
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	12
3.6 การประเมินผล	13
3.7 การจัดการ และการรับผิดชอบในการดำเนินการวิจัย	14
3.8 ระยะเวลาเตรียมการ	16
3.9 ระยะเวลาดำเนินการ	17

3. วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
3.10 การดำเนินงานวิจัยกับกลุ่มผู้ชาย	23
3.11 การบริหารจัดการ ติดตาม กำกับ และปรับแผนงาน	25
4. ผลการศึกษา	27
4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	27
4.2 ต้นแบบเอกสารและสื่อเผยแพร่ความรู้ แบบสำรวจปัญหา แบบประเมิน ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม	27
4.3 ผลการสำรวจและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	27
4.4 ผลการศึกษาด้านความรู้เรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย	27
4.5 ผลการประเมินทัศนคติต่อเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย	28
4.6 ผลการประเมินภาพลักษณ์ชายไทย	28
4.7 ผลการประเมินกิจกรรมโครงการโดยรวม	28
5. ผลการประเมินความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพการดำเนินงานวิจัย	48
5.1 ทบทวนการดำเนินงานโครงการวิจัย	48
5.2 แนวทางการปรับปรุงโครงการที่ได้จากการประเมิน	48
5.3 สรุปภาพรวมของการดำเนินงาน	49
5.4 บทเรียนที่ได้จากกิจกรรม/ โครงการ	55
5.5 การนำผลไปขยายในพื้นที่อื่น	59
6. วิจารณ์ และเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	69

1. บทนำ

คณะนักวิจัย ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้นำประกาศนโยบาย อนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย เมื่อ 10 กรกฎาคม 2540 มาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนางานสนองนโยบาย ที่กำหนดไว้ว่า “อนามัยการเจริญพันธุ์ คือภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรง ของร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลสัมฤทธิ์จากกระบวนการ และหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ ของชายและหญิงทุกช่วงอายุ ที่ทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข” ประกอบด้วย 14 แนวทาง ในเรื่อง ขนาดครอบครัว การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก การเตรียมพร้อมก่อนสมรส การควบคุมและป้องกันโรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์/ เอ็ดส์/ มะเร็ง ลดอัตราการทำแท้ง สนับสนุนการให้คำปรึกษา และความรู้ทางเพศศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์แก่เยาวชนและวัยรุ่น ผู้มีบุตรยาก ประชากรหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ **การสนับสนุนให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว** การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งเสริมเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹⁾ คณะนักวิจัย เห็นว่า **ผู้ชาย** มีบทบาทมากในเรื่องเพศและในครอบครัว เป็น**คนเป้าหมาย** ที่ควรจะได้ช่วยกันปรับปรุงบทบาท ที่สร้างสรรค์ จึงได้ทบทวน แผนปฏิบัติการ UNFPA/ ICPD 1994 ซึ่งมีเป้าหมายว่า “คนทุกกลุ่มอายุ ได้เข้าถึงการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health Care) ที่เหมาะกับวัย ด้วยระบบสาธารณสุขมูลฐาน ภายใน ปี 2015” Programme Plan of Action Chapter 4 ข้อที่ 4.24, 4.25, 4.33 - จำเป็นต้องเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของชาย-หญิง ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างราบรื่น เนื่องจากผู้ชายมีบทบาทเหนือกว่าหญิงในครอบครัว ด้านพฤติกรรม และจิตใจ มิติทางเพศ (Sexuality) ด้านการยอมรับของสังคม บทบาทหญิงชาย (Gender) ที่แตกต่างมาตรฐานกัน และด้านร่างกาย อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive health) จึงต้องให้ชายและหญิงเข้าใจ และรับผิดชอบร่วมกันในสังคม และส่วนบุคคล (ICPD 1994)

⁽¹⁾ นโยบาย อนามัยการเจริญพันธุ์ การสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 10 กรกฎาคม 2540 กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงแรมนิวกี๊ กรุงเทพฯ

1.1 ประชุมปฏิบัติการนักวิจัยของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 1 (8 ธค. 2542)

ด้วยกระบวนการค้นหาอนาคต Future Search Conference ซึ่งองค์การ UNFPA ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เคยจัดฝึกอบรมให้มีการร่วมคิด 13 ขั้นตอน คือ 1. เส้นแบ่งเวลา 2. เข้าใจอดีต 3. หยั่งเห็น 4. สร้างแผนที่จิตใจ 5. มุมมองผู้เกี่ยวข้อง 6. ความภูมิใจ-เสียใจ 7. การสังเคราะห์ 8. การทำเป็นละคร 9. การเสนอละคร 10. ความคิดเห็นร่วม 11. แผนปฏิบัติการส่วนบุคคล 12. แผนปฏิบัติ กลุ่มเลือกสรร 13. แผนปฏิบัตigroupผู้เกี่ยวข้อง

ผลการประชุมจัดทำโครงการ ครั้งที่ 1

1. ต้องมีวิธีการที่ผสมผสานพร้อมกันทั้งในระดับประเพณีของชุมชน และ พฤติกรรมบุคคล จึงจะเปลี่ยนแปลงผู้ชายได้ผล คือ *การสร้างแนวคิดของชุมชน (Advocacy) การมีผู้ประสานนำความรู้ความคิดไปให้บุคคลและชุมชน (Mediate) การสนับสนุนให้บุคคลปรับความคิด ทศนคติ และพฤติกรรม (Enabling) (WHO-Ottawa Charter 1986, WHO Jakarta Declaration 1997)*

2. เรื่องเพศ เกี่ยวข้องกับความเชื่อ และความคิดเห็นที่จัดระเบียบไว้เป็น ทศนคติ ซึ่งชักนำให้คนปฏิบัติไปในทิศทางต่างๆ การสร้างทศนคติสามารถทำได้ด้วย กระบวนการเรียนรู้ของบุคคล และการขัดเกลาจากคนในสังคมรอบตัว เกิดขึ้นจากการฟัง การอ่าน ประสบพบเห็นและปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน โรงเรียน บ้าน โดยกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) 4 ขั้นตอน 1. สร้างความรู้สึกให้สนใจด้วยข่าว หรือ ประสบการณ์จริง (Experience) 2. แลกเปลี่ยนความคิดด้วยการพูดคุย หรือเขียนแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น (Reflection) 3. ได้ความคิดวิเคราะห์ เป็นความคิดรวบยอด (Conceptualization) 4. ประยุกต์ เลือกไว้เป็นข้อปฏิบัติของตน (Experimentation and Application) (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2537, 2541)

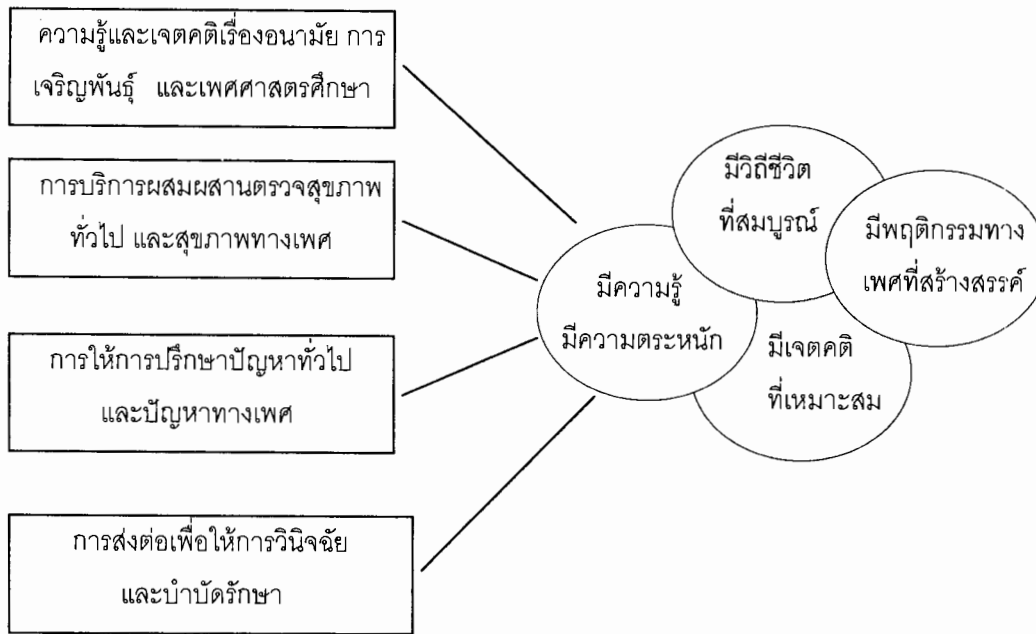
ดังนั้น การส่งเสริมบทบาทชาย ให้รับผิดชอบเรื่อง เพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงสามารถทำได้ด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากเรื่องที่สร้างความสนใจ ตรงกับปัญหา ความต้องการ ของคนในแต่ละชุมชน (Settings, Populations & Health Issues), WHO, 1986)

1.2 จัดทำกรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อให้ผู้ชายมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ให้บรรลุภาพลักษณ์ พฤติกรรมที่พึงประสงค์คณะผู้วิจัยจัดทำกรอบแนวคิดการวิจัยจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี และนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ได้แก่

1. รูปแบบส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender's Health Promotion Model
2. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เพื่อสร้างทักษะชีวิต ขององค์การอนามัยโลก
3. ข้อชี้วัด และแนวทางการพัฒนาครอบครัว ของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.)
4. การพัฒนาเด็กของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชน (สยช.) สำนักงานนายกรัฐมนตรี

ทดสอบรูปแบบบริการแนวใหม่ (Intervention) การวิจัย และพัฒนา (Research & Development) เสริมวิธีบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Operations Research) เพื่อพัฒนา ระบบบริการ (Health Services & Systems Research)



1.3 กลวิธี

ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ที่ได้ผลมาแล้ว มาเป็นการดำเนินงานจริง เพื่อทดสอบรูปแบบ

1. Green & Kreuter ใช้สื่อสร้างความรู้ ทักทาย ปรับปรับจรรยา ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ให้พฤติกรรมบุคคล และการยอมรับของชุมชนพร้อมกัน
2. Pender's Health Promotion Model สร้างความรับรู้ถึงประโยชน์ตระหนักตน จากอิทธิพลรอบข้าง ให้เลือกปฏิบัติค้อยตามคุณลักษณะพึงประสงค์ ที่ชุมชนยอมรับ
3. Health Promotion Ottawa Charter / WHO เสริมพลังคนกลาง ให้นำความรู้ไปสนับสนุนให้คนปฏิบัติได้ (Advocate-Mediate-Enabling) ด้วยวิธีสาธารณสุขมูลฐาน

4. Participatory Learning / UNESCO เสริมสร้างทัศนคติบุคคล ด้วย
กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน
- * สร้างความรู้สึกร่วม
 - * สะท้อนความคิด
 - * ความคิดรวบยอด
 - * ประยุกต์ใช้

2. วัตถุประสงค์การวิจัย สื่อและกลวิธีเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ (Formulation of I. E. & C. Messages and Strategies)

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อใช้สื่อให้ความรู้ และสร้างเจตคติที่ดี ด้านเพศศาสตร์ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ให้ผู้ชายมีทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศที่สร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบครอบครัวได้ตามเกณฑ์มาตรฐานข้อชี้วัดครอบครัวที่ปรารถนา และได้รับการให้การปรึกษาและบำบัดสุขภาพทางเพศอย่างทั่วถึง

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อจัดทำต้นแบบเอกสาร และสื่อเผยแพร่ความรู้ แบบสอบถามประเมินตนเอง เรื่องเพศศาสตร์ศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์ ข้อชี้วัดครอบครัวที่ปรารถนา ภาวะเสี่ยงของครอบครัว เพื่อสร้างเจตคติ และเสริมพลัง (Empowerment) ให้มีวุฒิภาวะด้านมิติทางเพศ
2. สร้างรูปแบบ (Model) การนำความรู้ สร้างทัศนคติ และเสริมสร้างพลังให้ชายมีวุฒิภาวะด้านเพศศึกษา มีความเข้าใจสตรี เสมอภาคทางเพศ เข้าใจบทบาทความรับผิดชอบของชาย ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และกลวิธีส่งเสริมสุขภาพให้ดำเนินการได้จริงในชุมชน

3. สร้างระบบเครือข่าย (Network) ให้การปรึกษา ส่งต่อบำบัดรักษา จาก โรงงาน โรงเรียน ไปยังสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลระดับอำเภอ

4. สร้างรูปแบบ (Module) ระบบเครือข่ายเพื่อการให้ความรู้ การให้บริการ ด้านสุขภาพทางเพศ การส่งต่อ และเครือข่ายให้กว้างขวาง

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 สื่อเผยแพร่ความรู้ และสื่อสร้างทัศนคติ คณะผู้วิจัย ได้ประยุกต์ใช้ หลักการจากการวิจัยอื่นๆ คือ

1. มีคณะจัดทำต้นแบบเอกสาร และสื่อเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ แบบสอบถาม ความคิดเห็น เพื่อประเมินตนเองและพูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนรอบข้างก่อนตอบเรื่องเพศ นอนามัยการเจริญพันธุ์ ข้อชี้วัดครอบครัวที่ปรารถนา ภาวะเสี่ยงของครอบครัว เพื่อสร้าง เจตคติ และเสริมพลัง (Empowerment) ผู้ชาย ให้มีวุฒิภาวะด้าน มิติทางเพศ

2. สร้างรูปแบบ (Model) การนำความรู้ สร้างทัศนคติ และเสริมสร้างพลังให้ ชายมีวุฒิภาวะด้านเพศศึกษา มีความเข้าใจสตรี มีความเสมอภาคทางเพศ เข้าใจบทบาท ความรับผิดชอบของชาย ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และกลวิธีส่งเสริมสุขภาพ ที่เหมาะกับการทำได้จริงในชุมชน

3. สร้างระบบเครือข่าย (Network) ให้การปรึกษา แก้ปัญหา บำบัดรักษา และ ส่งต่อ จากโรงงาน โรงเรียน ไปยังสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลระดับอำเภอ

3.2 แนวคิดวิธีการให้ข้อมูล และการสื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือ IEC (Information, Education and Communication)

เป็นวิธีการ (Intervention) ของโปรแกรม ที่รวมเอากระบวนการให้ข้อมูล การ สอน และการสร้างแรงจูงใจ มาประกอบเข้าด้วยกัน วิธีการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะวัด หรือกระตุ้น

การเปลี่ยนพฤติกรรม และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย โดยจำเป็นต้องศึกษาความต้องการ และการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายก่อน โปรแกรม IEC ต้องใช้ทักษะและวิธีจากวิชาความรู้หลายด้าน ประกอบกัน ในด้านสังคม พฤติกรรม การป้องกันโรค และการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

รูปแบบการสื่อสาร มีหลายช่องทาง และวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้สื่อจะต่างกันไปตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย การศึกษานี้ใช้ 1. รูปแบบการให้ความรู้แบบเพื่อนสอนเพื่อน 2. รูปแบบการให้การปรึกษา ที่ทำให้ชุมชนเกิดเครือข่ายข้อมูล และได้ข้อมูล ความรู้มากขึ้น 3. รูปแบบการวินิจฉัย/ สำรวจตัวเอง (auto diagnosis) เพื่อเข้าใจปัญหาสุขภาพของตน และหาวิธีการที่จะแก้ปัญหานั้น 4. การจัดนิทรรศการ เป็นระยะๆ โดยคำนึงถึงการใช้สิ่งที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ หรือปรับจากสิ่งที่คนกลุ่มเป้าหมายคุ้นเคยอยู่แล้ว ใช้ข่าวจากหนังสือพิมพ์ และบทความ ที่มีแจกจ่ายในการรณรงค์ จัดนิทรรศการ ของหน่วยบริการสาธารณสุข

1. รูปแบบการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เลือกมาใช้ ในโครงการวิจัยครั้งนี้

1. การประชุมนานาชาติ เรื่องประชากร และการพัฒนา (1944 ICPD) (Wegner 1998, Herdom 1995) และการประชุมสตรีโลกครั้งที่ 4 กรุงปักกิ่ง (1995) ได้ประเด็นตรงกัน คือ ผู้ชายมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้ข้อสรุปจากการประชุมว่า เป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องหาวิธีการนำบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ไปถึงผู้ชายให้ได้

2. งานวิจัยที่มีอยู่แล้ว ได้ค้นพบกลวิธีที่จะช่วยให้ผู้ชาย เข้ามีส่วนร่วมของคู่สมรส และพัฒนาบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จะต้องให้ข้อมูล และวิธีการ IEC การสนับสนุนชุมชนให้ยอมรับ การกระทำอย่างต่อเนื่อง (UNFPA, 1998) และมีโปรแกรม ในเชิงรุก และเชิงรับด้วยการเข้าถึงบ้านกลุ่มเป้าหมาย โดยการฝึกตนในพื้นที่เป้าหมายที่รู้จัก คุ้นเคยดี เข้าไปให้ความรู้ในช่วงเวลาพักกลางวัน และตอนเย็นหลังเวลาทำงาน

2.1 วิธีการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ยั่งยืนของโครงการ สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการให้การศึกษาประชาชนอย่างต่อเนื่อง ของ สำอังกค์ มณีวรรณ และคณะ, (2530) ทำการศึกษาใน 2 หมู่บ้าน นาน 6 เดือน โดยจัดโปรแกรมการอบรม-จัด

นิทรรศการ-แจกเอกสารความรู้-กระจายเสียงตามสาย แล้วประเมินผล ความรู้-ทัศนคติ-การปฏิบัติตัว ด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก อนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 มิติ

2.2 การสร้างโปรแกรม เพื่อส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ของ วาเลนซ์ และซาบา (Valente & Saba), 1988 เพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของสื่อเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ สื่อสาธารณะ (mass media) และการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal) ใช้หลักการเปลี่ยนพฤติกรรม 6 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ การให้รายละเอียด การสร้างทัศนคติ สร้างความตั้งใจ การกระตุ้นให้สื่อสารระหว่างบุคคล ปรากฏว่าสื่อสาธารณะจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อนำเสนอเนื้อหาที่เป็นหลักการ แต่ถ้าใช้สื่อสาธารณะกับเนื้อหาสาระที่เป็นวิธีการ รายละเอียด จะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารในลักษณะพูดกันปากต่อปาก พบว่าได้ผลน้อยกว่า

2.3 การส่งเสริมความรับผิดชอบทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น เป็นการศึกษาในปี 1997-1998 (Mi Kimetal, 2001) เข้าไปให้ความรู้ โดยประเมินประสิทธิภาพของการใช้สื่อต่างๆ จาก 1. ความรู้ และ 2. การกระตุ้นให้นำไปพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และการใช้บริการต่างๆ ใช้หลักการของขั้นตอนในการเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1. การให้ความรู้ 2. การทำให้เกิดการยอมรับ 3. กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจจะเปลี่ยนพฤติกรรม 4. การลงมือเปลี่ยนพฤติกรรม 5. การสนับสนุนให้กระทำต่อไป เมื่อบุคคลได้รู้ข้อมูล และทักษะที่สำคัญ ก็จะนำเนื้อหาที่รณรงค์มาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนอื่น และหาแหล่งสนับสนุนความตั้งใจ เปลี่ยนพฤติกรรมจากคนในครอบครัว เพื่อน และชุมชน

การรณรงค์ 6 เดือน ใช้สื่อ 1. โปสเตอร์คำขวัญการรณรงค์ 8 แบบ 2. แผ่นพับ 5 เรื่อง (เช่น สิ่งไม่ควรละเลย การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การพูดเพื่อขอเลื่อนการมีเพศสัมพันธ์) 3. การออกจดหมายข่าว (newsletters) 4. รายการวิทยุ 5. จัดละคร 6. ออกตระเวนจัดกิจกรรมในพื้นที่ (launch events) 7. ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยสอน 8. จัดบริการ hot line เพื่อ 1. ให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้มากขึ้น เช่น เรื่องความเสี่ยงของการ

มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและไม่รู้วิธีการต่อรองกับคนรักเมื่อถูกขอร้องให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย

2. เพิ่มพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และใช้บริการอนามัย 3. ส่งเสริมให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องเพศกับครอบครัว กลุ่มเพื่อน โดยให้ผู้ปกครอง ผู้นำ สนับสนุนให้วัยรุ่นสื่อสาร และใช้บริการทางเพศที่ปลอดภัย พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 97 ตระหนักในการคุมกำเนิดมากขึ้นแต่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 80 เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร้อยละ 72 กับพี่น้องร้อยละ 49 กับผู้ปกครองร้อยละ 44 กับครูร้อยละ 34 และกับคนรักร้อยละ 28 สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เพิ่ม 2.5 เท่า ใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า ใช้บริการที่ศูนย์เยาวชน 14 เท่า คุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 56% เป็น 67%)

สื่อประกอบการรณรงค์ที่มีอิทธิพลที่สุดคือ จัดกิจกรรมในพื้นที่ (launch events)

2.4 การวิจัยของ เบญจา ยอดดำเนิน แอดดิกซ์ และคณะ (2542) เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง โดยการทบทวนองค์ความรู้ ตัวกำหนด พฤติกรรม ด้านสุขภาพ พบว่า ตัวกำหนดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ได้แก่ 1. การได้ข้อมูลข่าวสาร 2. การเปลี่ยนค่านิยม 3. การให้รางวัล หรือลงโทษ 4. ระเบียบ และกฎหมาย

2. โครงการส่งเสริมบทบาทผู้ชายให้มีความรับผิดชอบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ออกแบบใช้แนวทางให้ความรู้ ที่สามารถสร้าง เพื่อประเมินทัศนคติ และพฤติกรรมได้ และใช้ตัวกำหนดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม การแก้ปัญหาสุขภาพ 2 ตัว อันได้แก่ การได้ข้อมูลข่าวสาร และการเปลี่ยนค่านิยม มาแปลงเป็นเนื้อหาสาระที่จะให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยผ่านวิธีการ IEC สู่กลุ่มชายเป้าหมาย กล่าวคือ ทำการค้นหา/สำรวจความต้องการ หรือสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นปัญหาด้วยตัวของเขาเองก่อน จากนั้นจึงเลือกอุปกรณ์ที่จะนำเสนอหาความรู้ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ นำมา **ประยุกต์หาแนวทางและ**

วิธีการใหม่ ที่เน้นการนำไปใช้ได้เหมาะสม (Appropriate Technology) และยั่งยืน ที่ตรงกับ สถานภาพสภาพของชุมชน ได้แก่

1. กฎบัตร องค์การอนามัยโลก (WHO/ Ottawa Charter-1986 และ Jakarta Declaration-1997 เรื่อง Health Promotion) และกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน (Alma Ata-1980)

2. PRECEDE/ PROCEED Model ของ Green L.W. และ Kreuter M.W. (1992) เรื่อง ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ที่เป็นสหสาขาทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขศึกษา

3. Health Promotion Model ของ N.J. Pender เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

4. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) จาก หลักสูตรการสร้างทักษะชีวิต สำหรับผู้บริหารโรงเรียน และสำหรับวัยรุ่น ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตร่วมกับ กรมอนามัย (ม.ม.บ)

5. การประเมินทัศนคติ ความรู้สึก ความเชื่อ ความพร้อมปฏิบัติ โดยวิธี Summated Rating- Likert Scale

6. Advocacy เรื่องเพศ มีความอ่อนไหวทางสังคมมาก บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องให้เกิดทั้ง ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการยอมรับในทางที่สร้างสรรค์ทั้งชุมชน

7. โครงการวิจัยนี้ จึงเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความตระหนัก ให้กลุ่มคนและชุมชนยอมรับ การปรับเปลี่ยนโดยวิธีนำเสนอข่าวหนังสือพิมพ์ เป็นประสบการณ์ที่สร้างความรู้สึก อยากรู้ และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และนำเสนอความคิดเห็นที่ตรงกันมากที่สุดให้ทุกคนได้เกิดความคิดรวบยอด เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติของบุคคล

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทุกปัจจัย ที่โรงงานและโรงเรียนที่มีผู้ขายอยู่รวมกันเป็นชุมชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ และมีผลกระทบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของบุคคล และชุมชนพร้อมกัน (กรมสุขภาพจิต, ม.ม.ป.) โดยใช้การจัดแผนนิทรรศการ เป็น

เวทีเสนอข่าวจากสถานการณ์จริงที่น่าสนใจ การใช้เอกสารความรู้ แผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ และแบบถามความคิดเห็น ให้นำไปพูดคุยกัน ก่อนตอบ 2 รอบ เพื่อสร้างความรู้สึกให้เกิดความคิดเกี่ยวกับประโยชน์ การรู้ศักยภาพของตนเอง และการสร้างสถานการณ์ให้คนรอบข้างเกิดความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้บุคคลสามารถเลือกคุณลักษณะพึงประสงค์ และเลือกปฏิบัติจากค่านิยมที่ตนชอบ โดยมีแผนว่า เมื่อทดสอบได้ผลจะพร้อมนำไปใช้ดูแลประชาชน และขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้ทันที

3.3 ทักษะชีวิต (Life Skill)

คือความสามารถในการปรับตัว และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการเผชิญกับสิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และประเพณี เกิดขึ้นได้จากกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิด

ทักษะชีวิตที่สำคัญด้านสุขภาพ มี 4 ทักษะ คือ 1. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 2. การปฏิเสธ 3. การตัดสินใจ 4. การแก้ปัญหา (WHO/ Mental Health Division-1994) ความสามารถทั้ง 4 มีวิธีฝึกด้วยตนเอง เป็นคุณสมบัติของผู้มีวุฒิภาวะ มีภูมิคุ้มกัน และจัดการกับสถานการณ์ไม่ให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันได้

ทักษะเหล่านี้ สร้างได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ให้มีการจัดกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน จะได้ผลดีที่สุด ถ้ามีผู้นำกลุ่มที่มีความสามารถและทำได้สม่ำเสมอ หรืออ่านข้อเขียน และแบบสอบถาม ให้นำไปคิด พูดคุย ร่วมกันตอบ ผู้เข้าร่วมกระบวนการจะเกิดทักษะสะสม และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

แผนนิทรรศการ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แทนการจัดกลุ่ม ซึ่งทำได้ยาก และไม่ยั่งยืนในชุมชน/ กลุ่มคน เนื่องจากไม่มีเวลา และไม่มีผู้นำกลุ่มที่ทำงานต่อเนื่องได้

3.4 รูปแบบการศึกษาวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบ ลักษณะสหสาขา เป็นชุดการวิจัย ปฏิบัติการ (Operations Research) วิจัยระบบ (Systems Research) วิจัยบริการ (Health Services Research) มาทำการทดสอบรูปแบบในพื้นที่ สถานการณ์ และระบบบริการ สาธารณสุข ที่เป็นอยู่ปกติ โดยไม่ควบคุมตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ เพื่อขยายผลเข้าระบบงานปกติ ได้รูปแบบใหม่ที่จะวิจัย ทดสอบ เป็นการปรับวิธีบริการให้มี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และพัฒนาโครงการ เป็น 3 ระยะ คือ 1. *ระยะริเริ่มพัฒนา* 2. *ระยะกำลังพัฒนา* และ 3. *ระยะพัฒนา*

การวิจัย 1 ปีแรกนี้ เป็นการประยุกต์ทฤษฎีมาใช้ทดสอบความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ และความยั่งยืน เป็นการพัฒนาในระยะ 1 ได้เพียงการสร้างความตระหนัก และ กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดโครงการวิจัยเป็นสหวิชา โดยผู้ชำนาญหลายสาขาร่วมออกแบบ ทดสอบ ประเมิน ปรับแก้ และผลิตต้นแบบใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย และนำไปใช้ทำงานในระบบงาน ปกติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หมวดที่ 1 เอกสารวิชาการความรู้ จัดทำในขอบเขตเรื่อง เพศศาสตร์ศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์: โรคในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การแท้งที่ไม่ปลอดภัย เพศศาสตร์ศึกษา การยอมรับของสังคมเรื่องเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ การทารุณทางเพศ ความรับผิดชอบ ต่อครอบครัว บทบาทของชาย พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจและสังคม ในด้านเกี่ยวกับเพศ และปัญหาเรื่องเพศของวัยรุ่น การปฏิเสฐ : เพื่อน การดื่มสุรา การใช้บริการทางเพศ เพื่อผลิต ต้นแบบ แผ่นปิด แผ่นพับ ใช้ในโรงงาน/ โรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

หมวดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และปฏิบัติงานให้บริการ ประกอบด้วย

- ☛ แบบสอบถามเพื่อคัดเลือกปัญหา และแบบฟอร์ม สรุปรูปปัญหาที่เลือก
- ☛ แบบสอบถามชุดทัศนคติ 1-9 ประเภทคำถาม คล้อยตาม เห็นด้วย (favorable) และประเภทไม่เห็นด้วย (unfavorable) ในสัดส่วนเท่ากันทุกชุด (อ.พ.1ก.-8 ก.) .
- ☛ แบบรายงานผล การจัดนิทรรศการ และผลการเลือกทัศนคติ รายละเอียด (อพ.1 ข)
- ☛ แบบบันทึกให้การปรึกษาและแบบส่งต่อรายบุคคล สำหรับสถานีนามัยและผู้ให้ การปรึกษา (อพ.3)
- ☛ กำหนดภาพลักษณ์ชายพึงประสงค์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ข้อพึงปฏิบัติ พร้อม กับวิธีสำรวจให้คะแนนการผ่านเกณฑ์ ภาล 1-2-3 และรายงานผล รง.1 ภาล

หมวดที่ 3 ทำแผนด้วยกระบวนการค้นหาอนาคต นำผู้มีส่วนได้เสียจาก สถาบัน วิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมอนามัย โรงพยาบาลบางรัก สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สถานีนามัย ครู นักเรียน ผู้จัดการ และอาสาสมัคร โรงงาน ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ คู่มือผู้ปฏิบัติงาน-ฝังกำกับ กิจกรรม/ เวลา

หมวดที่ 4 การบริหารจัดการ กำหนดแผน และฝังกำกับงาน การสนับสนุน ผู้ปฏิบัติงาน กำหนดบทบาท หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน และบุคคล ทำแผนภูมิการบริหาร ขั้นตอนการทำงาน ประสานงาน สนับสนุน นิเทศ จัดทำแบบฟอร์ม ประกอบด้วย แบบประเมินผล ติดตาม กำกับ กิจกรรมทุกโครงการย่อย ป.1 แบบรายงานความก้าวหน้า กิจกรรมทัศนคติประจำเดือน อพ.2 ระเบียบ จดบันทึกการให้การปรึกษา การส่งต่อ อพ. 3 แบบสำรวจภาพลักษณ์ชายไทย ภาล.1, 2, 3 และแบบรายงานผลงาน รง.1 ภาล.

3.6 การประเมินผล

โครงการนี้ จะประเมินประสิทธิภาพ ระบบบริการ การดำเนินงานทดสอบรูปแบบโครงการ สื่อนำเข้า กระบวนการ และผลที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ ที่ตรงกับวัตถุประสงค์ ด้วย

วิธี CIPP Model (Stufflebeam, 1991) ผลกระทบของผู้ชายทางสังคม **จะประเมินด้วย Attitude Score**

⊗ ประเมินผล ความรู้และความคิดเห็นของผู้ชาย 6 เรื่อง จาก ชุดแบบสอบถาม ทัศนคติ 1-9

⊗ ประเมิน ทัศนคติ **กลุ่มผู้ชาย** เมื่อครบ 6 เดือน ด้วยแบบสำรวจ Summated Score

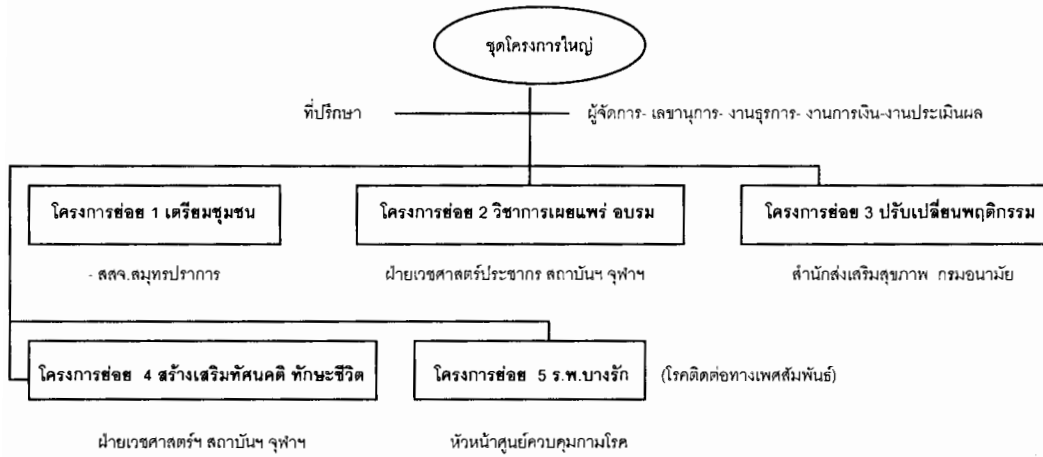
⊗ ประเมิน **ความคิดเห็น ความเชื่อ และความพร้อมปฏิบัติ พฤติกรรมพึงประสงค์รายบุคคล** ด้วย **คะแนนข้อพึงปฏิบัติของภาพลักษณ์ชาย** ประเมิน 15 ข้อ ด้าน **อนามัยการเจริญพันธุ์** ด้วยวิธีสำรวจ ให้คะแนนเกณฑ์ผ่านรายบุคคล ที่ระดับคะแนน ร้อยละ 80 และเกณฑ์ผ่านของกลุ่มคนหรือชุมชน ที่กำหนดขึ้นได้เอง ตามศักยภาพที่หลากหลายของกลุ่มคน สถานที่ และเรื่องที่ชุมชนสนใจ

3.7 การจัดการ และการรับผิดชอบในการดำเนินงานวิจัย

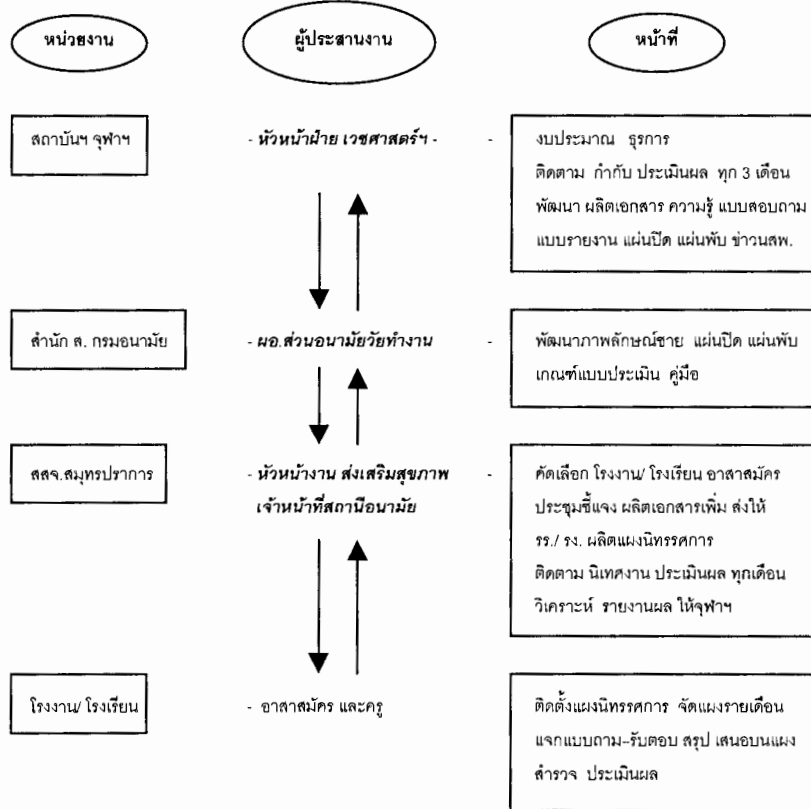
รูปแบบการจัดการระบบบริการ ที่จะศึกษาวิจัย และทดสอบเป็นชุดโครงการ สหวิชา ที่ทำร่วมกัน 4 หน่วยงาน คือ

1. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้านแนวคิด รูปแบบ และเอกสารทางวิชาการ การสนับสนุนงบประมาณ การกำกับ การประเมินผล
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ด้านสนับสนุนปฏิบัติงานวิชาการ เรื่อง ภาพลักษณ์ชายไทย
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ด้านการเตรียมชุมชน ปรับระบบบริการ คัดเลือกและเตรียมความพร้อม อาสาสมัคร 12 โรงงาน และ 2 โรงเรียน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเขต อำเภอเมืองทั้ง 6 แห่ง ที่รับผิดชอบ โรงงาน/โรงเรียน สนับสนุนเกี่ยวกับเอกสาร กำกับผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ และประเมินผลรายงาน
4. โรงพยาบาลบางรัก กรมควบคุมโรคติดต่อ ด้านทดสอบรูปแบบให้การ ปรีกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แนวใหม่

โครงสร้างบริหาร



การประสานงาน



3.8 ระยะเตรียมการ

เนื่องจากเป็นชุดวิจัยร่วมจาก 4 หน่วยงาน เพื่อให้นำผลวิจัย ไปใช้ และมีความยั่งยืน จึงต้องมีวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ทำงาน ทั้ง 4 ระดับ คือ ร่วมตัดสินใจ วางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ ด้วยการให้กระบวนการประชุมปฏิบัติการ “ค้นหาอนาคต” (Future Search Conference) 3 ครั้ง

การประชุมปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการค้นหาอนาคต ครั้งที่ 1 เตรียมคณะนักวิจัยของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาฯ เพื่อออกแบบการวิจัยปฏิบัติการ พัฒนาระบบบริการ ได้หลักการ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย วิธีดำเนินการ วิธีประเมินผล และเรียนรู้ เข้าใจกระบวนการวิจัยที่ตรงกัน

การประชุมปฏิบัติการ ค้นหาอนาคต ครั้งที่ 2 เพื่อเตรียมคณะผู้ทำการวิจัย ผู้มีส่วนได้เสีย จาก 4 หน่วยงานคือ สถาบันฯ จุฬาฯ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางรัก ได้ร่วมกันปรับปรุง ร่างโครงการ กำหนดคณะผู้รับผิดชอบ 5 โครงการย่อย จัดทำแผนปฏิบัติงาน เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2543 เพื่อให้ทุกคนเรียนรู้ เข้าใจวิธีดำเนินงาน และการประสานงาน สนับสนุน ติดตาม กำกับ ประเมินผล และเลือกพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ

การประชุมปฏิบัติการค้นหาอนาคต ครั้งที่ 3 เพื่อทำความเข้าใจ และเตรียมผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) ในโรงงาน โรงเรียน สถานีอนามัย ให้มีส่วนร่วมทั้ง 4 ระดับ ทุกคนได้เรียนรู้และ มีความเข้าใจรูปแบบของชุดโครงการ 5 โครงการย่อย เข้าใจวัตถุประสงค์ กลวิธี การดำเนินการ กิจกรรมการประเมินผล ผังกำกับเวลา ความรับผิดชอบทางบริหารและวิธีประสานงาน

ทุกคนได้มีส่วนร่วม ร่วมกันกำหนดวิธีการ และปรับปรุง แบบสำรวจ แบบถามความคิดเห็นผู้ชาย ผังกำกับกิจกรรมและเวลา (Gantt Chart) เครื่องมือการวิจัย แบบบันทึกผล และแบบรายงาน **คู่มือผู้ปฏิบัติงาน** - เพื่อให้ทุกคนที่ร่วมงาน จากสถานที่ห่างกัน ได้มีความเข้าใจงานตรงกัน และใช้อ้างอิง นิเทศงาน ให้มีคุณภาพ คณะผู้วิจัย ได้นำผลการประชุมทั้ง 3 ครั้ง มาเรียบเรียง พิมพ์เอกสาร แจกให้ทุกหน่วยงาน 1 ชุด คือ **สรุปผลการประชุม และคู่มือผู้ปฏิบัติงาน** มี 105 หน้า 7 บท ประกอบด้วย 1) รายงานผลการประชุม ค้นหาอนาคต ครั้งที่ 3 2) ผลการประชุมกลุ่มเลือกสรร 4 กลุ่ม 3) ผังการบริหาร ประสานงาน ผังกำกับงาน 4) แผนปฏิบัติการ พร้อมกับ ผังกำกับเวลา 6 โครงการย่อย 4.1 โครงการเตรียมชุมชนและพัฒนาเครือข่ายบริการ มี 5 กิจกรรม 4.2 โครงการปรับเปลี่ยนบทบาทและพฤติกรรม มี 8 กิจกรรม 4.3 โครงการสร้างทัศนคติและทักษะ มี 18 กิจกรรม 4.4 โครงการวิชาการ/ เผยแพร่/ อบรม มี 7 กิจกรรม 4.5 โครงการ โรงพยาบาลบางรัก มี 3 กิจกรรม 4.6 โครงการบริหารจัดการ มี 5 กิจกรรม 5) บทบาทหน้าที่ 6) เอกสารความรู้ เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ 10 เรื่อง และเพศศึกษา 7) แบบถามความคิดเห็นผู้ชาย 8 ชุด และแบบรายงานผล อพ. 3 ชุด

3.9 **ระยะดำเนินการ** การวิจัยภาคสนามได้แบ่งเป็น 5 โครงการย่อย เชื่อมโยงกัน

โครงการย่อยที่ 1 เตรียมชุมชน และพัฒนาเครือข่ายบริการ

ผู้รับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

กิจกรรม

1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมือง/ สถานีอนามัย ผู้รับผิดชอบ 12 โรงงาน และ 2 โรงเรียน
2. ประสานงาน ชี้แจงผู้บริหารโรงงาน และโรงเรียน คัดเลือก ผู้อำนวยการความสะดวก (อสม. หรือ Facilitator) หน่วยงานละ 1 คน ด้วยการใช้ Sociogram ของงานสาธารณสุขมูลฐาน

3. เตรียมอุปกรณ์ แผนงนิตรรคการ ตามคุณลักษณะเฉพาะที่กำหนด (Specification) จัดมุมความรู้ อนามัยการเจริญพันธุ์ ในโรงงาน และโรงเรียน
4. จัดเครือข่ายทำงาน ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นคนกลาง เสริมพลัง และสนับสนุนให้ผู้อำนวยความสะดวกทำงานได้
5. พัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้อำนวยความสะดวกของโรงงาน และโรงเรียน ให้มีความสามารถในการให้การปรึกษา แก่ผู้ที่มีปัญหา โดยเน้นเพศชาย ด้วยการส่งฝึกอบรมการให้การปรึกษา ระดับประกาศนียบัตร ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬา ฯ เพื่อจัดระบบบริการ และส่งต่อ ระหว่าง 6 สถานีอนามัย กับ 12 โรงงาน และ 2 โรงเรียน

โครงการย่อยที่ 2 เสริมสร้างทัศนคติ และ ทักษะ

ผู้รับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

กิจกรรม

1. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้พนักงานและนักเรียนได้รู้จักโครงการ ล่วงหน้า 1 เดือน
2. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ออกแบบแผนงนิตรรคการ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำ และส่งให้สถานีอนามัย ร่วมกับอาสาสมัครผู้อำนวยความสะดวกในโรงงาน/โรงเรียน ทำการติดตั้งที่มุมความรู้บริเวณที่เป็นจุดสนใจ เช่น โรงอาหาร ประตูเข้าโรงงาน และหน้าห้องลงนามเข้าทำงาน
3. ผู้อำนวยความสะดวก ติดแผ่นโปสเตอร์ เรื่อง อนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ บทบาทหญิงชาย บนแผนงนิตรรคการ แจกแผ่นพับ ให้ความรู้ และประกาศเชิญชวนให้มาดูนิตรรคการทางเสียงตามสาย หรือบอกกล่าวผ่านหัวหน้า หรือทุกช่องทางที่มี
4. แจกแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการเรียนรู้ แบบ 1 ก. สำหรับโรงงาน (รง.) และ 1ข. สำหรับโรงเรียน (รร.) ในกรอบ 9 เรื่อง และให้เขียนเพิ่มเติมได้ ให้เลือกคนละ 6 เรื่อง ตามลำดับความสำคัญ

5. อาสาสมัคร รวบรวมแบบสำรวจที่ตอบแล้วกลับคืนภายใน 7 วัน นำมาเรียบเรียง จัดลำดับเรื่องที่ต้องการมากที่สุด 6 ลำดับแรก กรอกรายงานผล อพ. 1 ก. และ อพ. 1 ข. (สำหรับโรงงานและโรงเรียนตามลำดับ) และทำแผนการจัดนิทรรศการ เดือนละ 1 เรื่อง ส่งให้สถานีอนามัย (สอ.) ทางเจ้าหน้าที่ สอ. รวบรวมผลส่งให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สสจ. ส่งผลที่ได้ให้สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ทางสถาบันฯ จัดทำและส่งต้นแบบ เอกสาร ข่าวหนังสือพิมพ์ แผ่นปิด แผ่นพับ แบบสอบถามชุดทัศนคติ แบบรายงานผล (อพ. 2) แบบบันทึกผลให้การปรึกษา (อพ. 3) ตรงกับเรื่องที่โรงงาน/โรงเรียนต้องการ
7. สสจ. นำต้นแบบของสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่สถาบันฯ จัดให้ ผลิตเอกสารเพิ่ม ให้ครบทุกเรื่อง และแบบสอบถามความคิดเห็น เรื่องละ 1,400 ชุด ส่งให้ สอ. นำไปให้ อาสาสมัคร โรงงาน/ โรงเรียน
8. ผู้อำนวยการความสะอาด ในโรงงาน/โรงเรียน นำข่าว นสพ. และแผ่นปิด ที่ตรงกับเรื่องจัดรณรงค์ประจำเดือนติดไว้ใน **ส่วนที่ 1** ติดบทความวิชาการ ใน**ส่วนที่ 2** บนแผนนิทรรศการ
9. ผู้อำนวยการความสะอาด แจกแบบถามความคิดเห็นที่ตรงกับประเด็นความรู้และข่าว ให้โรงงาน/โรงเรียน แห่งละ 100 ชุด ให้ผู้ชาย อ่าน พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเลือก เขียนตอบ 5 ความคิดเห็นที่สำคัญ ส่งกลับให้ อสม. ภายใน 7 วัน
10. ผู้อำนวยการความสะอาด รวบรวม วิเคราะห์ ความคิดเห็นที่มีผู้ตอบมากที่สุด 5 ลำดับแรก นำเสนอบนแผนนิทรรศการ **ส่วนที่ 3** ให้ทุกคนอ่าน เรียนรู้ความคิดเห็นของผู้อื่น เพื่อให้เกิดความคิดรวบยอด
11. ผู้อำนวยการความสะอาด แจกแบบสอบถามความคิดเห็นชุดเดิม รอบที่ 2 ให้ทุกคนเลือกใหม่ เพียง 1 ความคิดเห็นที่สำคัญ รับกลับมา รวบรวม และวิเคราะห์ ข้อคิดเห็นที่ตรงกันมากที่สุด 1 ความคิดเห็น นำเสนอเป็นผลสรุปความคิดเห็น เป็นทัศนคติของผู้ชายในชุมชน เกี่ยวกับเรื่องนั้น ติดไว้ใน**ส่วนที่ 4**

12. ผู้อำนวยการความสะอาด รง./ รร. กรอกรายงานผล ใน อพ. 2 ส่งให้ สอ. รวบรวม และวิเคราะห์ แล้วนำเสนอให้ สสจ. รายเดือน หรือ 3 เดือน
13. ทุก 1 เดือน เริ่มเรื่องใหม่ ตามลำดับความสำคัญของเรื่องที่สำคัญ และจัดไว้ใน แผน แล้วทำซ้ำตามขั้นตอน 8-12
14. ผลรายงานที่ได้ นำมาประเมิน และวิเคราะห์ทัศนคติทางสร้างสรรค์ ประเภทเห็นชอบคล้อยตาม กับทัศนคติที่ไม่เห็นด้วย ของกลุ่มอายุชายวัยทำงาน และกลุ่มอายุ ชายวัยรุ่น ในชุมชน โรงงาน และโรงเรียนมัธยม อำเภอเมืองสมุทรปราการ

โครงการย่อยที่ 3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาพลักษณ์ชายพึงประสงค์ ด้านอนามัย การเจริญพันธุ์

ผู้รับผิดชอบ ส่วนอนามัยวัยทำงาน **สำนักส่งเสริมสุขภาพ** **กรมอนามัย**
กิจกรรม

1. ตั้งคณะทำงานร่วม กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์ จุฬาลงกรณ์
2. รวบรวม ทบทวน เอกสาร ข้อชี้วัดครอบครัว ของปีสากล สหประชาชาติ และ ข้อชี้วัดครอบครัวที่ปรารถนา ภาวะเสี่ยงของครอบครัว ครอบครัวกับชุมชน ของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.) คัดเลือกเฉพาะ ข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม
3. จัดทำภาพลักษณ์ชายไทย 15 ข้อพึงปฏิบัติด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ วัดพฤติกรรม 3 หัวข้อ คือ
 - 3.1 ร่วมรับผิดชอบสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในครอบครัว
 - 3.2 สร้างความเสมอภาคในครอบครัว
 - 3.3 มีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องประเพณี และ กฎหมาย
4. จัดทำคู่มือ วิธีให้คะแนน 3 ชุด สำหรับผู้ชายโสด- มีครอบครัว และวัยรุ่น สำรวจตนเอง และเป็นการได้เรียนรู้สิ่งพึงปฏิบัติ อย่างเป็นธรรมชาติ และค้นหาผู้มีปัญหารายบุคคล และทราบระดับการพัฒนาของคนในชุมชนโดยรวม ได้พร้อม

กันในคราวเดียว ซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อมูล สำหรับการวางแผน และโครงการ แก้ปัญหาในปีต่อไป ได้อย่างต่อเนื่อง

- 4.1 สำหรับวัยรุ่น และชายโสด ประเมินความพร้อมปฏิบัติ ไม่พร้อมปฏิบัติ ปฏิบัติได้บ้าง 15 ข้อ ใช้ Scale 0-2 คะแนนเต็ม 30 คะแนนผ่าน 24 (ร้อยละ 80)
- 4.2 สำหรับชายที่สมรสแล้ว ประเมินข้อปฏิบัติ 10 ข้อ ความคิดเห็น 5 ข้อ Scale 0-3 คะแนนเต็ม 45 คะแนนผ่าน 36 (ร้อยละ 80)
5. จัดทำต้นแบบ แผ่นปิด (โปสเตอร์) แผ่นพับ คู่มือส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน มา ทดสอบ ประเมิน ปรับแก้ และผลิต แล้วนำไปใช้ในพื้นที่วิจัย
6. โครงการนี้มีเวลาเพียง 6 เดือน จึงจัดทุก 3 เดือน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง
7. ผู้อำนวยการความสะอาด และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ประกาศเชิญชวน กระตุ้นให้ ผู้ที่รู้ตัวว่า ไม่ผ่านข้อพึงปฏิบัติ ให้ตระหนักถึงการพัฒนาตนเอง โดยไปพบ และ รับการปรึกษาจากผู้อำนวยการความสะอาด ณ สถานีอนามัย ที่ได้ผ่านการฝึกให้ การปรึกษาแล้ว ทั้งทางโทรศัพท์ หรือรายบุคคล โดยสมัครใจ
8. สถานีอนามัย ให้การปรึกษา บำบัดรักษา และส่งต่อ ตามความเหมาะสมของ ปัญหา และแนะนำ การฝึกทักษะชีวิต สำคัญ 4 ด้าน ให้สามารถปรับตัวเผชิญ สิ่งท้าทายในชีวิตประจำวันไม่ให้เกิดปัญหา

โครงการย่อย ที่ 4 สื่อเผยแพร่ความรู้ วิชาการ

ผู้รับผิดชอบ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรม

1. ตั้งคณะทำงาน รวบรวม ทบทวนเอกสารวิชาพฤกษศาสตร์ อนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย
2. ร่าง แผ่นปิด แผ่นพับ ตัดข่าวหนังสือพิมพ์ ในกรอบเรื่อง เพศ และอนามัยการ เจริญพันธุ์

3. นำต้นแบบ เวียนให้ผู้เชี่ยวชาญ อ่านบททวนปรับแก้ นำมาปรับปรุง และส่งส่วนที่
แก้แตกต่างกัน ให้เลือกใหม่ รอบที่ 2 รับกลับมาปรับแก้ใหม่ นัดประชุมสรุป
(Delphi Technique)
4. ผลิตต้นแบบ จัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลิตเพิ่ม เฉพาะในเรื่องที่
สำรวจพบความต้องการ และปัญหาของโรงงาน/ โรงเรียน
5. ติดตาม ประเมินผล สื่อเผยแพร่ความรู้ต่างๆ มาปรับแก้ ทุกระยะ และนำไปใช้ใน
ทุกหน่วยบริการ
6. ประเมินผลขั้นสุดท้าย ความสอดคล้อง ถูกต้องทางวิชาการ ความยากง่ายของ
ภาษา การออกแบบ ความน่าสนใจ ความสะดวก และความเข้าใจถึงประโยชน์
เมื่อครบ 6 เดือน

โครงการย่อยที่ 5 การเสริมสร้างบทบาทรับผิดชอบของผู้ป่วยโรคเพศสัมพันธ์ ในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลบางรัก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ
กท. สาธารณสุข

กิจกรรม

1. จัดมูมความรู้ ติดตั้งแผนนิทรรศการอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก
2. นำเอกสารเผยแพร่ความรู้ ชาวอนสพ.ที่เกี่ยวข้อง มาติดบนแผง เดือนละ 1 เรื่อง
3. แจกแบบสอบถามความคิดเห็นชุดทัศนคติที่ 1-9 ที่ตรงกับเรื่องนำเสนอบนแผง
เดือนละเรื่อง
4. รับกลับการเขียนตอบ มาวิเคราะห์ ข้อที่มีคะแนนรวมสูงสุดตามลำดับ นำไปติด
ให้อ่านอีก 1 รอบ และแจกแบบถามความคิดเห็นรอบที่ 2 ให้เลือกเพียง 1 ความ
คิดเห็น เมื่อกลับมาพบแพทย์ครั้งที่ 2
5. นำผลที่มีผู้เลือกตอบมากที่สุด มาเรียงลำดับ ติดไว้บนแผง แสดงถึงความคิดและ
ทัศนคติของคนส่วนรวม (Advocacy) ซึ่งจะมีผลผลักดันความคิด และทัศนคติ
ของบุคคลให้เปลี่ยนได้ ในระยะต่อไป

6. แพทย์ให้การรักษาตามปัญหาที่มาพบ และให้การปรึกษาแนะนำ ในเรื่องอื่นที่เชื่อมโยงกัน

3.10 การดำเนินการวิจัยกับกลุ่มผู้ชาย (Mechanism of Project Implementation)

1. **ขอบเขตการวิจัย** เป็นการวิจัยเพื่อทดสอบหารูปแบบและระบบบริการแนวใหม่ของการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสร้างเสริมทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก ความพร้อมปฏิบัติและมีพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้ชายในเรื่อง อนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิและความเสมอภาคทางเพศ (Sexual Right) บทบาทหญิงชาย มิติทางเพศ สุขภาพทางเพศ การส่งเสริมสุขภาพ

2. **ข้อตกลงเบื้องต้น** การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรอิสระ และตัวแปรได้ จึงใช้รูปแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง และติดตามประเมินผลเป็นช่วงเวลา (Time Series Evaluation) พัฒนา 6 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเจ้าหน้าที่เป็นคนกลางริเริ่ม แล้วถ่ายโอนให้ชุมชน จนถึงขั้นที่ประชาชนยอมรับการปรับเปลี่ยนเป็นวิถีชีวิต แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.1 **ระยะเริ่มต้น (Launching) ขั้นตอน 1** สร้างความตระหนัก **ขั้นตอน 2** การเปลี่ยนแปลง (Create Awareness & Change) 2.2 **ระยะกำลังพัฒนา (Developing) ขั้นตอน 3** ริเริ่ม **ขั้นตอน 4** ขยายผล (Launching & Growth)

2.3 **ระยะพัฒนาแล้ว (Developed) ขั้นตอน 5** ผสมผสานในงานปกติ **ขั้นตอน 6** สร้างวุฒิภาวะ ให้ประชาชนและชุมชนสามารถดำเนินการเองได้ (Consolidation & Mature)

โครงการวิจัยที่ใช้ ระยะเวลา 1 ปี จะสามารถทำได้เพียง ระยะที่ 1 คือการสร้าง ความตระหนัก และเริ่มความเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ส่วนผลกระทบต่อ ทัศนคติ สุขภาพและพฤติกรรม ต้องฝังลึกทางความคิด ความเชื่อ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลามากกว่านี้ เป็นระยะที่ 2

3. **สมมติฐาน** การจัดการระบบการ/ กิจกรรม/ บริการ สามารถชักนำให้ผู้ชายเกิดความตระหนัก มีเจตคติที่ดี เกิดพฤติกรรมทางเพศที่สร้างสรรค์ มีวิถีชีวิตที่สมบูรณ์ มีความเสมอภาคทางเพศ ทำให้ผู้ชายมีความรับผิดชอบต่อสตรีและครอบครัว รู้จักหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง และมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์มากขึ้น

4. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับสภาพจริงในสังคม เพื่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และพิจารณาถึงการรับรู้ ข้อมูล/ ความรู้ของประชาชน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นฝ่ายแสวงหาความรู้ ตามที่สนใจ หรือเมื่อเกิดปัญหา กับกลุ่มที่ไม่ใคร่สนใจการแสวงหาข้อมูล แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ปฏิเสธการรับรู้ข้อมูล นั่นคือยินดีเป็นฝ่ายรับการทดสอบ

4.1 การดำเนินการในเชิงรุก เป็นการนำรูปแบบที่จะทดสอบเข้าไปในพื้นที่ซึ่งมีผู้ชายอยู่เป็นกลุ่ม โดยเลือกพื้นที่ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีลักษณะเมืองกึ่งชนบท มีอุตสาหกรรมผสมเกษตรกรรม ซึ่งประเพณีและพฤติกรรม น่าจะเป็นตัวแทนของประชากรของประเทศได้ จึงคัดเลือกแบบเจาะจงใน 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ

☛ **ชายวัยทำงาน** ในโรงงาน ขนาดกลาง 100-200 คน จำนวน 12 โรงงาน และ

☛ **นักเรียน วัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา 2 โรงเรียน**

4.2 การดำเนินการในเชิงรับ เป็นการนำรูปแบบที่จะทดสอบเข้าไปในพื้นที่ซึ่งประชาชนจะเข้ามาหาความรู้ และบริการด้วยตนเอง โดยเลือก **คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่โรงพยาบาลบางรัก กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ** เพราะมีเครือข่ายระดับเขตทั่วประเทศ และผู้ปฏิบัติงานช่วยชักชวนผู้รับบริการให้เข้าร่วมโครงการ ได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละเดือน ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ≈ 400 คน โดยคำนวณจากจำนวนประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 200,000 คน เป็นพนักงานโรงงานประมาณ 2,500 คน และนักเรียนระดับมัธยมศึกษา 3,000 คน ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของ 6 สถานีอนามัย ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อการประเมินผล จะเลือกขนาดตัวอย่าง ที่ค่าคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (e) 0.05 ค่าเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ด้วยสูตรของ Yamane

3.11 การบริหารจัดการ ติดตาม กำกับ และปรับแผนงาน (Mechanism of Management)

โครงสร้างบริหารของชุดโครงการ ตกลงกันให้สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหน้าที่ผู้จัดการทางธุรการ การเงิน ประสานงาน ติดตาม นิเทศ และประเมินผล ดังนั้นทุก 3 เดือน จึงมีการประชุม 3 ฝ่าย เพื่อติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าของกิจกรรม การสนับสนุนเอกสาร และการเงินระหว่างนักวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุข (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และสถานีนอนามัย) ผู้รับผิดชอบกิจกรรมในโรงงาน/ โรงเรียน (อาสาสมัคร โรงงาน และครู) โดยใช้กิจกรรม และผังกำกับงานของโครงการย่อยทั้ง 5 ในคู่มือผู้ปฏิบัติงาน เป็นข้อชี้วัดความสำเร็จ และส่งทีมนักวิจัยแยกย้ายกันไปตรวจเยี่ยมอาสาสมัคร นิเทศการทำงาน ที่โรงงาน/ โรงเรียน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันที่ 29 สิงหาคม 2543 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานอาสาสมัครโรงงาน 6 แห่ง และ 1 โรงเรียน 6 สถานีนอนามัย นักวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 5 คน กรมอนามัย 1 คน โรงพยาบาลบางรัก 1 คน ติดตามกิจกรรม การแจกแบบถามความคิดเห็น การจัดนิทรรศการ พบว่าแผนนิทรรศการเล็กกว่าที่ออกแบบไว้ โรงงาน/โรงเรียน ต้องทำเพิ่มเองทุกแห่ง มีผู้สนใจมาอ่านกันมาก แบบสอบถามรายเดือนส่งไปช้ากว่าแผน แจกแบบถามไปแล้วได้รับตอบกลับน้อยมากถ้าข้ามวัน จึงต้องเปลี่ยนเป็นรับกลับภายในเย็นวันนั้น ควรมีการถามถึงอย่าง หรือแจกที่ออฟฟิศให้ มีความสนใจมากขึ้น และมีการนำคำถามไปอ่าน วิจารณ์ พูดคุยกัน ระหว่างคนงานและนักเรียน แต่มีปัญหการเปลี่ยนเวลางานและเวลาเรียน จึงไม่สามารถดึงคนเดิมมาร่วมทุกกิจกรรมได้ อาสาสมัครเปลี่ยนหน้าที่จึงต้องหาคนแทน ไม่เข้าใจวิธีทำงาน

ครั้งที่ 2 วันที่ 6-10 พฤศจิกายน 2543 ทีมนิเทศของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ลงไปพบผู้ปฏิบัติในโรงงาน/โรงเรียน ได้รับการรายงานผลว่า กิจกรรมสามารถกระตุ้น ดึงดูดผู้ขายให้ตื่นตัว สนใจสุขภาพตนเอง ได้ความรู้จากแผนนิทรรศการ เป็นเรื่องใกล้ตัวซึ่งไม่มีใครกล้าพูดถึงมาก่อน

หลังจากได้ตอบแบบสอบถาม มีการนำไปพูดคุยกับเพื่อน วิธีการเช่นนี้ให้ความรู้ชัดเจนดี บุคคลภายนอกมาติดต่อกัน ก็มาร่วมอ่านด้วย ภรรยาที่ทำงานที่เดียวกันบอกว่า สามปีเปลี่ยนความคิด และละการดื่มเหล้า การเที่ยวผู้หญิงเพราะกลัวติดโรค และแบ่งเงินกันใช้ นำสรุปผล ปัญหา อุปสรรคที่พบจากการติดตาม ตรวจสอบ มาเข้าประชุมปรับแผนงาน และเตรียมหัวข้อแบบสอบถาม และนัดหมาย การประเมินผลสุดท้ายของโครงการในเดือน มกราคม 2544

ครั้งที่ 3 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2543 นักวิจัยจากจุฬาฯ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ติดตามไปพบปะ พูดคุย ที่ 9 โรงงานและ 2 โรงเรียน ตรวจสอบความถูกต้องของวิธีจัดแผน นิทรรศการ การแจกแบบสอบถามความคิดเห็น วิธีสรุป ทักษะศรรอบ 1-2 และการส่งรายงานผลจากโรงงาน/โรงเรียน ให้สถานีอนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปรากฏว่ามีการปรับเปลี่ยนวิธีจัดนิทรรศการสร้างทัศนคติที่โรงเรียน โดยได้สอบถามก่อน และนักเรียน ให้จัดนิทรรศการพร้อมกัน 6 เรื่อง ให้เป็นมหกรรมใหญ่ เพราะกระตุ้นความสนใจได้มากกว่า แต่แจกแบบถาม ให้ใครสนใจเรื่องใด ก็ตอบทีละเรื่อง ที่โรงพยาบาลบางรัก ได้แจกแบบถามตอบ ให้ผู้มาแผนกผู้ป่วยนอก และมารอบ 2 เมื่อแพทย์นัดมารักษาต่อ จึงนำผลรอบ 2 ติดแสดงให้อ่านทั่วกัน ที่โรงงาน ทำเดือนละเรื่อง ตามที่กำหนดไว้

นักประเมินของจุฬาฯ ชี้แจง ชักซ้อม ทำความเข้าใจ แบบสัมภาษณ์ สอบถาม ประเมินผลสุดท้ายของโครงการ ให้อาสาสมัครนำไปสำรวจในโรงงาน/โรงเรียน ระหว่าง มกราคม – กุมภาพันธ์ 2544

4. ผลการศึกษา

การประเมินผล

การดำเนินงานเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเพศชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเสริมพลังอาสาสมัคร ผู้อำนวยการความสะอาด ผู้บริหารโรงงาน และโรงเรียน ให้ใช้แผนนิทรรศการ เผยแพร่ความรู้ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยประยุกต์วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาและสร้างทัศนคติที่สร้างสรรค์ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของบุคคลและชุมชน มีการประเมินผลในหัวข้อ ดังนี้

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มนักเรียน วัยรุ่น 2. กลุ่มพนักงานในโรงงาน วัยทำงาน วัยเจริญพันธุ์ 3. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโครงการ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครในโรงงาน โรงเรียน และผู้บริหารจัดการโครงการ)

4.2 ต้นแบบเอกสาร และสื่อเผยแพร่ความรู้ แบบสำรวจปัญหา ประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1. ต้นแบบเอกสาร และสื่อเผยแพร่ความรู้ หัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย 2. แบบสำรวจปัญหา แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

4.3 ผลการสำรวจและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัว/สังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่สัมพันธ์กับหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย แบ่งเป็น 2 กรณี คือ 1. กรณีนำไปจัดแผนนิทรรศการ เดือนละ 1 หัวข้อ ในกลุ่มนักเรียน และพนักงานในโรงงาน 2. กรณีนำไปจัดแผนนิทรรศการพร้อมกันทุกหัวข้อ (อย่างน้อย 6 หัวข้อ) ในกลุ่มนักเรียน และผู้รับบริการในโรงพยาบาล

4.4 ผลการศึกษา ด้านความรู้ในกลุ่มตัวอย่างจากการจัดแผนนิทรรศการ 1. ผลการศึกษาความรู้ในกลุ่มนักเรียน 2. ผลการศึกษาความรู้ในกลุ่มพนักงานในโรงงาน 3. ผลการศึกษาความรู้ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโครงการ

4.5 ผลการศึกษา ทศนคติ ต่อ เรื่องเพศ และบทบาท หญิง ชาย 1. ผลการศึกษา ทศนคติเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินโครงการ ในกลุ่มนักเรียน 2. ผลการศึกษา ทศนคติ เปรียบเทียบ ก่อน และหลังดำเนินโครงการในกลุ่มพนักงานในโรงงาน 3. ผลการศึกษาทศนคติ ต่อหัวข้อเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย 4. ผลสรุปทศนคติ อนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชายที่สัมพันธ์กับปัญหาในครอบครัว/สังคม เรื่องเพศ ตามที่กลุ่มตัวอย่าง เลือก เพื่อจัดแผนกิจกรรม แยกรายโรงเรียน และโรงงาน

4.6 ผลการประเมิน ภาพลักษณ์ชายไทย

4.7 ผลการประเมิน กิจกรรมโครงการโดยรวม ในระยะเวลา 12 เดือน 1. ผลการ ประเมินกิจกรรมโครงการโดยรวม ในโรงเรียน 2. ผลการประเมินกิจกรรมโครงการ โดยรวมใน โรงงาน 3. ผลการประเมินกิจกรรมโครงการโดยรวมของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ

ผลการประเมินแต่ละหัวข้อ มีดังนี้

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะของกลุ่มนักเรียน

นักเรียนส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการเป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 85.5 เป็นหญิง ร้อยละ 14.1 เป็นนักเรียนในชั้นมัธยมปีที่ 1-6 และเมื่อเก็บข้อมูลในรอบหลัง พบว่าส่วนมาก เป็นนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 29.9 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 6 มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 15.2

2. ลักษณะของกลุ่มพนักงานในโรงงาน

พนักงานในโรงงานที่เข้าร่วมในโครงการส่วนมากเป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 83.2 เป็นหญิงร้อยละ 15.8 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.9 อายุเฉลี่ย 30.73

± 8.23 ปี พนักงานในโรงงานส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 24.6 เป็นพนักงานที่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 39.4 ส่วนใหญ่มีบุตรแล้วร้อยละ 54.7 และมีรายได้ไม่น้อยกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 46.2

พนักงานในโรงงานเมื่อเก็บข้อมูลรอบหลังเป็นชายร้อยละ 63.8 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.8 และร้อยละ 34.9 เป็นพนักงานที่เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ (โดยเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการบ้างร้อยละ 26.6 และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ร้อยละ 8.3) โดยสรุปเหลือโรงงานที่เข้าร่วมโครงการ 7 โรงงาน จาก 12 โรงงาน

3. ลักษณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโครงการ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครในโรงงาน และผู้บริหารจัดการโครงการ)

ผู้ปฏิบัติงานในโครงการส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 65 เป็นหญิง ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.2 ปี และร้อยละ 65 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา/นักสาธารณสุข และพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน โดยลักษณะงานที่ผู้ปฏิบัติงานในโครงการนี้ทำสูงสุดคือ การติดต่อประสานงาน/ สนับสนุนผู้ทำงาน (อาสาสมัครในโรงงาน และพนักงาน) คิดเป็นร้อยละ 60

4.2 ต้นแบบเอกสารและสื่อเผยแพร่ความรู้ แบบสำรวจปัญหา แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

ส่วนสำคัญหนึ่งของการจัดแผนนิทรรศการตามรูปแบบการให้ความรู้ที่ออกแบบไว้คือ การจัดทำเอกสารต้นแบบ และแบบสอบถามที่กระตุ้นความคิด และใช้เป็นประเด็นให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนทัศนคติกัน จากการศึกษาได้ผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. **ต้นแบบเอกสารและสื่อเผยแพร่ความรู้ หัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย ซึ่งมีทั้งหมด 9 หัวข้อ ในแต่ละหัวข้อประกอบด้วย**

1.1 **เอกสารความรู้** ที่ได้จากการค้นคว้าและรวบรวมจากตำรา เอกสารวิชาการในเรื่องนั้นๆ นำมาเรียบเรียงใหม่โดยผู้ที่มีความรู้และชำนาญในทีมวิจัย ให้มีเนื้อหาที่กระชับ เข้าใจง่าย ~ 1-4 หน้ากระดาษ A4

1.2 **จดหมายข่าว** เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำความเข้าใจขั้นตอนการดำเนินงาน ระหว่างทีมวิจัยกับผู้ปฏิบัติงานในโครงการ โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากผลการรายงานของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ และงานในขั้นตอนต่อไปที่ต้องทำตามผังกำกับงาน และคู่มือผู้ปฏิบัติงานอยู่ใน 2-3 หน้ากระดาษ A4

1.3 **ภาพข่าว** เป็นสื่อเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ นำไปคิด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่ม โดยการคัดเลือกข่าวที่สอดคล้องกับหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างเลือกทั้งในทางบวกและลบ แต่ละหัวข้อจะมี 2 ข่าวขึ้นไป นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในโครงการหาข่าวที่เกี่ยวข้องมาติดเพิ่มได้ตลอดเวลา

1.4 **โปสเตอร์** เป็นสื่อเพื่อสร้างจุดสนใจบนแผงนิทรรศการ จัดทำเป็นภาพสี่ประกอบกับข้อความที่บอกหัวข้อเรื่อง และเน้นข้อความสำคัญของแต่ละหัวข้อ มี 1 แผ่น ขนาด A3

1.5 **แผ่นพับ** เป็นสื่อเพื่อให้ความรู้ มี 2 เรื่อง ได้แก่ แผ่นพับเรื่องภาพลักษณ์ชายไทย และโรคของระบบอวัยวะสืบพันธุ์

2. **แบบสำรวจปัญหา แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม**

2.1 **แบบสำรวจปัญหา** เป็นการจัดลำดับปัญหาในครอบครัว/ สังคม ที่สัมพันธ์กับหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย โดยเลือกจากข้อความจากแบบสอบถามชุดสำรวจปัญหา ความต้องการเรื่องบทบาททางเพศ และครอบครัวของเยาวชน/ ชายไทย ที่สำคัญ 3 ลำดับแรก และนำข้อความที่เลือกไปเทียบกับแบบเฉลยว่าข้อความใดหมายถึงหัวข้อใด ข้อความในชุดสำรวจปัญหานี้ เป็นข้อความเดียวกับแบบประเมินทักษะ ในข้อ 2.3

2.2 แบบประเมินความรู้ เป็นแบบสอบถามชนิดให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนตอบเอง โดยแสดงความคิดเห็นต่อข้อความจำนวน 28 ข้อความว่า “ถูก” หรือ “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ” ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ถามนักเรียนและพนักงานในโรงงานเป็นคำถามชุดเดียวกัน ประเด็นเนื้อหาความรู้ที่ศึกษา ได้แก่ การพัฒนาการทางเพศ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การติดต่อของ HIV โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้บริการทางเพศ การตั้งครรภ์ การแท้ง การล่วงเกินทางเพศ ความรุนแรงทางเพศ และความรุนแรงในครอบครัว ความผิดปกติทางเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ และเพศศึกษาเป็นต้น

2.3 แบบประเมินทัศนคติ เป็นมาตรวัดทัศนคติ ต่อเรื่องเพศและบทบาทหญิงชาย ก่อนและหลังดำเนินการ โดยสร้างขึ้น 2 ชุด สำหรับตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีเนื้อหาในประเด็นต่างๆ เช่น เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การคุมกำเนิด การแท้ง ความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย ปัญหาครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว การล่วงเกินทางเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ บทบาทของหญิงและชาย บทบาทของสามี/พ่อ บทบาทของภรรยา/แม่ และเพศศึกษา เป็นต้น

- มาตรวัดทัศนคติที่ใช้ ในกลุ่มนักเรียน เป็นระดับความคิดเห็น จากเห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุดรวม 5 ระดับ โดยในกลุ่มนักเรียนจำนวน ข้อความที่ใช้มีจำนวน 36 ข้อความ ระดับความน่าเชื่อถือ ค่า = 0.72

- มาตรวัดทัศนคติที่ใช้ในกลุ่มพนักงานโรงงาน เป็นค่าคะแนน ความคิดเห็นต่อข้อความคือ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย จำนวนข้อความที่ใช้มีจำนวน 24 ข้อความ ซึ่งแต่ละข้อความให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อมี ทัศนคติในทางบวก และ 0 คะแนน เมื่อมีทัศนคติในทางตรงกันข้าม มาตรวัดนี้มีระดับความน่าเชื่อถือ = 0.87

2.4 แบบประเมินพฤติกรรม เป็นแบบประเมินที่กรมอนามัย ประยุกต์มาจากเครื่องชี้วัดครอบครัวที่ปรารถนา และเครื่องชี้วัดภาวะเสี่ยงของครอบครัว ของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.) เฉพาะหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และครอบครัว โดยใช้ชื่อว่าแบบสอบถามประเมินภาพลักษณ์ชายไทย ซึ่งแยกเป็น 3 ชุด คือ สำหรับนักเรียน สำหรับชายโสด และชายที่สมรสแล้ว

4.3 ผลการสำรวจและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัว/สังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ที่สัมพันธ์กับหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย

ผลการสำรวจหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศและบทบาทหญิงชายมีขอบเขต 13 หัวข้อ เพื่อนำเอกสารความรู้ในหัวข้อที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เลือกไปจัดแผนกนิทรรศการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมบางส่วนต้องการจัดนิทรรศการพร้อมกันหลายหัวข้อ ผลการศึกษาในข้อนี้จึงมีทั้งกลุ่มที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ คือ การสำรวจและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่สัมพันธ์กับหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ ตามความเห็นของกลุ่ม แล้วนำมาจัดนิทรรศการ เดือนละ 1 หัวข้อ กับกรณีที่สำรวจและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่จัดนิทรรศการ พร้อมกันทุกหัวข้อ ผลการศึกษามีดังนี้

1. ผลการสำรวจ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัว/สังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ที่สัมพันธ์กับหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย กรณีนำไปจัดแผนกนิทรรศการเดือนละ 1 หัวข้อ ในกลุ่มนักเรียนและพนักงานในโรงงาน

นักเรียน คิดว่า พัฒนาการทางร่างกาย และเพศศาสตร์ศึกษา เป็นหัวข้อที่เป็นปัญหาในลำดับต้น ซึ่งมีลักษณะเป็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องหรือเป็นสถานการณ์ที่เกิดกับตัวนักเรียนเองโดยตรง เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอวัยวะที่บ่งบอกความเป็นเพศหญิงชาย การปรับตัวทางเพศ เรื่องของวัยรุ่น

พนักงานในโรงงาน คิดถึงปัญหาเรื่องเพศของวัยรุ่น และการทารุณทางเพศ เป็นปัญหาสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนแล้ว เป็นการมองประเด็นปัญหาที่ไม่เกี่ยวกับตัวเองโดยตรง แต่มีลักษณะเป็นปัญหาแวดล้อม หรือภาพที่เป็นปัญหาในสังคมมากกว่า เนื่องจากพนักงานมีบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น และกำลังมีปัญหา วิตกกังวลกับลูกวัยรุ่นด้วยลำดับที่ 3 คือ เรื่อง เศรษฐกิจ สังคมที่กระทบต่อเรื่องเพศ

2. ผลการสำรวจและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัว/สังคมที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย กรณีนำไปจัดแผนนิตรรศการพร้อมกันทุกหัวข้อ

กรณีนี้ได้แก่ โรงเรียน 1 แห่ง และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่โรงพยาบาลบางรัก ซึ่งจัดแผนนิตรรศการทั้งหมด 9 และ 8 หัวข้อ ตามลำดับคราวเดียวกันนาน 1 เดือน

4.4 ผลการศึกษาด้านความรู้เรื่องเพศและบทบาทหญิงชาย ในกลุ่มตัวอย่างจากการจัดแผนนิตรรศการ

1. กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 328 คน (หญิง 190 คน และชาย 138 คน) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศและบทบาทหญิงชายถูกต้อง เฉลี่ย 70% ประเด็นที่ไม่ทราบมากที่สุด ว่าข้อความนี้ถูกต้องหรือไม่ คือ "การติดเชื้อภายหลังการทำแท้ง อาจทำให้หญิงผู้นั้นเป็นหมันไปตลอดชีวิต" ซึ่งเป็นเรื่องที่นักเรียนทั้งหญิง (39.5%) และชาย (28.3%) ไม่รู้ รองลงมาคือเรื่อง "เริ่มเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง" และ "การทำหมันชาย ทำให้สมรรถภาพเสื่อมได้" รวมทั้ง "การทำหมันชายง่ายและสะดวกกว่าการทำหมันหญิง"

ประเด็นที่นักเรียนชายตอบผิดมากที่สุด (34.1%) เท่ากัน 2 ประเด็นคือ "ความผิดปกติทางเพศมีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กไม่เหมาะสม" และ "สามีข่มขืนภรรยาคือร่วมเพศโดยบังคับภรรยาได้ไม่ผิดกฎหมาย" รองลงมา 33.3% คือ "การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกันอาจทำให้ติดเอดส์ได้" และ 32.6% เท่ากัน 2 ข้อความคือ "การใช้บริการทางเพศเป็นสิ่งผิดกฎหมาย" และ "การใช้ถุงยางอนามัย สามารถป้องกันโรคติดต่อและคุมกำเนิดได้ 100%" ส่วนเรื่องที่นักเรียนหญิงตอบผิดมากที่สุด 33.7% คือ "การใช้บริการทางเพศเป็นสิ่งผิดกฎหมาย" รองลงมาซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ กับนักเรียนชาย 31.1% "การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกันทำให้ติดเอดส์ได้"

ประเด็นที่น่าสนใจคือ นักเรียนชายหนึ่งในสี่ และนักเรียนหญิงหนึ่งในห้า เข้าใจว่า “การพูดจาทะลอมของผู้ชายต่อหญิง เป็นการล่วงเกินทางเพศชนิดหนึ่ง” เป็นข้อความที่ผิด และนักเรียนชาย 16.7% คิดว่า “เพศศึกษาคือวิชาที่สอนเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น” ในขณะที่นักเรียนหญิงคิดเช่นนี้เพียง 4.7% นอกจากนี้ นักเรียนชายหนึ่งในห้ายังตอบว่า “สตรีที่แต่งงานแล้วเท่านั้นที่สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้”

ประเด็นที่นักเรียนทั้งหญิงชายตอบถูกมากที่สุด (>90%) คือ “ครอบครัวที่อบอุ่นเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีแก่เด็ก คือช่วยให้เด็กมีพื้นฐานจิตใจที่สามารถเผชิญปัญหาในสังคมได้”

2. ผลการประเมินความรู้ ในกลุ่มพนักงานในโรงงาน จำนวน 257 คน เป็นหญิง 93 คน และชาย 164 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศ และบทบาทหญิงชายค่อนข้างดี จากตารางที่ 10 ประเด็นที่พนักงาน รง.ทั้งชาย และหญิงไม่ทราบมากที่สุดคือ “การติดเชื้อภายหลังการทำแท้ง อาจทำให้หญิงผู้นั้นเป็นหมันไปตลอดชีวิต” รองลงมาคือเรื่อง “การทำหมันชายง่ายและสะดวกกว่าการทำหมันหญิง” โดยพนักงานหญิงตอบไม่ทราบถึง 14.6% พนักงานชายไม่ทราบ เพียง 5.9% แต่การที่พนักงานชายตอบผิดสูงถึง 21.1% ส่วนหนึ่งอาจแปลได้ว่าพนักงานชายเมื่อไม่รู้หรือไม่แน่ใจ อาจจะตอบแบบเดามากกว่าจะตอบว่า “ไม่ทราบ”

ประเด็นที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด กว่าครึ่งหนึ่งของทั้งหญิงและชาย คือ “การใช้บริการทางเพศเป็นสิ่งผิดกฎหมาย” รองลงมากว่า 40% คือเรื่อง “สามีข่มขืนภรรยา คือร่วมเพศโดยบังคับภรรยาได้ไม่ผิดกฎหมาย” พนักงานทั้งหญิงและชาย หนึ่งในสี่เข้าใจว่า “การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นความผิดปกติทางเพศ” กว่า 1 ใน 4 คิดว่า “เพศศึกษาคือวิชาที่สอนเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น” กว่าหนึ่งในห้าเชื่อว่า “การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกัน อาจทำให้ติดเอดส์ได้” พนักงานชาย 40.9% หญิง 34.1% คิดว่า “การทำหมันชาย ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้” พนักงานหญิง 23.9% คิดว่า “สตรีที่แต่งงานแล้วเท่านั้น ที่สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้” ประเด็นเรื่องความเท่าเทียมทางเพศนั้น พนักงานทั้งหญิงและชายกว่า 90% ตอบได้ถูกต้องว่า “ชายหญิงมีความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย”

3. ผลการประเมินความรู้ ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโครงการ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครในโรงงาน และผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ) จำนวน 20 คน ได้ประเมินผลเพียงบางประเด็น พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ดี เรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย ประเด็นที่มีผู้สงสัย หรือไม่แน่ใจมากที่สุด คือ "สามีสามารถบังคับร่วมเพศกับภรรยาได้โดยไม่ผิดกฎหมาย" รองลงมาคือ "การพัฒนาการทางเพศหรือความผิดปกติ มีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กไม่เหมาะสม" และเรื่อง "สิทธิของหญิงในการเลือกใช้นามสกุลเดิมของตนภายหลังการแต่งงาน" เป็นต้น

4.5 ผลการประเมิน ทักษะคิดต่อเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย

ได้ทำการประเมินหลายวิธีการ และหลายครั้ง ตามกิจกรรมของโครงการ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่เหมาะสม ให้กลุ่มนักเรียนและพนักงานในโรงงาน รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้นำไปคิด และวิพากษ์วิจารณ์ ในมุมมองต่าง ๆ ให้ตระหนักถึงความสำคัญ และปัญหาในประเด็นต่างๆ

1. ผลการประเมินทัศนคติ เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินโครงการ ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โดยการสุ่มตัวอย่างจากนักเรียน 2 โรงเรียน ชั้นละ 1 ห้องเรียน เป็นชาย 436 คนและหญิง 72 คน รวมทั้งสิ้น 510 คน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย (Pre-test) ได้ค่าเฉลี่ย (Mean) = 130.68 ค่า S.D. = ± 14.01 ค่าพิสัย ระหว่าง 71-158

เมื่อสิ้นสุดโครงการ ได้ทำการทดสอบทัศนคติด้วยมาตรวัดเดียวกันนี้ (Post-test) ในกลุ่มนักเรียนของโรงเรียนเดียวกัน โดยการสุ่มตัวอย่างกระจายไปทุกชั้น รวม 328 คน เป็นหญิง 190 คน ชาย 138 คน ซึ่งเป็นนักเรียนที่มีส่วนร่วมกิจกรรมในโครงการ ประมาณ ร้อยละ 80 โดยแยกเป็นนักเรียนที่ อ่านบทความ ตอบแบบแสดงความคิดเห็น ร้อยละ 28.3 และเคยได้ยิน หรือเห็นโครงการนี้มาก่อน ร้อยละ 51.5 ผลการประเมินจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ของนักเรียนจำนวน 287 คน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อเรื่องเพศ และ

บทบาทหญิงชาย ค่า (Mean) คะแนน หลังการดำเนินโครงการต่ำกว่าคะแนน ก่อนการดำเนินโครงการ คือ มีค่าเท่ากับ 129.97 และ S.D. = ± 15.56 อย่างไรก็ตามค่าพิสัย คือ คะแนนต่ำสุดสูงกว่า คะแนน Pre-test คือเท่ากับ 75 และสูงสุดเท่ากับ 166 แสดงว่าผลของโครงการ ในการรณรงค์ความรู้ และแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องเพศ มีผลต่อค่าคะแนนความคิดเห็นต่อเรื่องเพศ ไม่เปลี่ยนแปลงไปเท่าใดนัก เนื่องจากกลุ่มนักเรียนที่ตอบแบบทดสอบ หลังการดำเนินโครงการ กว่าร้อยละ 40 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการมาก่อน เนื่องจากไม่ตรงชั่วโมงเรียน

จากมาตรวัดความคิดเห็นต่อเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชายเดียวกันนี้ เมื่อใช้วิเคราะห์ความคิดเห็นของนักเรียน ต่อการจัดอันดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัว พบว่าเรื่องที่ให้ความสำคัญมากที่สุดคือ เรื่องวิดีโอ หนังสือโป๊ ที่แสดงการร่วมเพศ รองลงมาคือเรื่อง เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น พ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจวัยรุ่น ค่านิยมการพึ่งพิงของนักเรียนชาย การทำแท้ง และการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก เป็นต้น

ส่วนเรื่องให้นักเรียนให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ เรื่องความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย รองลงมาได้แก่ เรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็ก เป็นสิ่งที่ผู้ชายหรือพ่อควรจะต้องเรียนรู้ เพศศึกษากับความรับผิดชอบทางเพศและครอบครัว เรื่องความรู้ของชายในการเลี้ยงดูลูก ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ในโรงเรียนต่อไป

2. ผลการประเมินทัศนคติ เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินโครงการ ในกลุ่มพนักงานโรงงาน

การประเมินก่อนดำเนินโครงการ จำนวน 12 โรงงาน รวม 517 คน และทำการประเมินผลหลังดำเนินโครงการ จำนวน 7 โรงงาน รวม 257 คน ผลการประเมินจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ของพนักงานจำนวน 461 คน (Pre-test) และจำนวน 228 คน (Post-test) พบความแตกต่างของความคิดเห็นเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย ระหว่างก่อนและหลังโครงการ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อเรื่องเพศและบทบาทหญิงชายสูงขึ้นจาก 19 เป็น 20 และค่าคะแนนต่ำสุด สูงขึ้น จาก 4 เป็น 11 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าโครงการเสริมสร้าง

บทบาทชายโดยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องเพศ และส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นเรื่องเพศ มีผลต่อค่าคะแนนความคิดเห็นเรื่องเพศสูงขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง ในโรงงาน ชัดเจนกว่าในกลุ่มโรงเรียน

จากมาตรวัดความคิดเห็นต่อเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชายชุดเดียวกันนี้ เมื่อใช้วิเคราะห์ความคิดเห็นของพนักงานโรงงาน ต่อการจัดอันดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัวพบว่า เรื่องที่พนักงานให้ความสำคัญมากที่สุด คือ เรื่องเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น รองลงมาคือเรื่องเหล้าและการพนันเป็นสาเหตุของปัญหาในครอบครัว รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจที่น่าสังเกตคือ ปัญหาเรื่องการถูกล่วงเกินทางเพศเป็นเรื่องที่พนักงานเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาในประเด็นเรื่องเพศ จึงเป็นประเด็นที่น่าจะทำการศึกษาต่อไป ส่วนเรื่องที่พนักงานให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ เรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็ก เป็นสิ่งที่ผู้ชายหรือพ่อควรจะต้องเรียนรู้ รองลงมาได้แก่ เรื่อง ความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย เพศศึกษาสำหรับผู้แต่งงานแล้ว บทบาทชายในการเลี้ยงดูลูก และการสื่อสารระหว่างสามีภรรยา เป็นต้น ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ที่เป็นประเด็นที่สำคัญต่อคุณภาพและความอบอุ่นของครอบครัว ที่สามารถนำไปทำแผนรณรงค์ เสริมสร้างบทบาทชายต่อครอบครัว และอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง

3. ผลการประเมินทัศนคติ เรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย

การศึกษาความคิดเห็นเรื่องเพศและบทบาทหญิงชาย ของพนักงานในโรงงาน และนักเรียนในโรงเรียน ระหว่างการดำเนินโครงการตลอด 6 เดือน ซึ่งได้เปลี่ยนประเด็น ให้ความรู้และส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นทุกเดือน ได้ทดสอบความคิดเห็นแต่ละประเด็น แต่ละกลุ่มประชากร เป็นการเปิดประเด็นให้กลุ่มตัวอย่าง ได้เกิดคำถามต่อตัวเอง เพื่อนร่วมงาน คู่ครอง คู่รัก หรือคนในครอบครัวของตน เป็นการกระตุ้นให้นำข้อความที่ถาม ไปพิจารณา ถกเถียง หรือพูดคุยกัน ได้รับความคิดรวบยอด เห็นมุมมองต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากแบบทดสอบ

3.1 ความเท่าเทียมทางเพศ สร้างแบบสำรวจความคิดเห็น จำนวน 30 ข้อความ แสดงความคิดเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ทั้ง 2 กลุ่ม

กลุ่มนักเรียน ข้อความที่นักเรียนทั้งหญิงและชายเห็นด้วยมากที่สุด คือ "คนเราควรได้รับการฝึกฝนให้เคารพสิทธิของผู้อื่นเสมอ" ส่วนข้อความที่มีความเห็นแตกต่างกันมาก คือ ชายเก่งเหนือหญิงเสมอ ผู้นำควรเป็นชาย ชายที่ฟังความคิดเห็นภรรยาเป็นคนกลัวเมีย ชายปรึกษาภรรยาเป็นคนไม่กล้าตัดสินใจ ชายมีโอกาส/ รายได้มากกว่าหญิง แสดงว่าสิทธิไม่เท่าเทียมกัน เป็นต้น

นักเรียนชาย ไม่แน่ใจและไม่ตอบมากที่สุด ประมาณครึ่งหนึ่ง ได้แก่ "ชายหญิงทำงานอย่างเดียวกัน แต่ชายมีโอกาสก้าวหน้า และมีรายได้มากกว่าหญิง แสดงว่าชายหญิงมีสิทธิไม่เท่าเทียมกัน"

รองลงมา 47.5% คือ "ถ้าหญิงเป็นผู้นำครอบครัว จะทำให้วัฒนธรรม ประเพณีไทยเสื่อม" และ 45.7% "ชายที่พูดจาตะโลมหญิง ถือว่าเป็นการกระทำรุนแรงอย่างหนึ่งกับผู้หญิง" เป็นต้น

นักเรียนหญิง ไม่แน่ใจ เป็นจำนวนร้อยละที่ต่ำกว่านักเรียนชาย คือ 36.5% ได้แก่ "การพูดจาตะโลมหญิงเป็นการกระทำรุนแรงอย่างหนึ่ง" รองลงมา 35.2% คือ "ชายที่หาเสขหาเลยกับหญิง เป็นการกระทำรุนแรงทางเพศ" และ 35.9% ที่ว่า "เท่าเทียมกัน หมายถึง ไม่ว่าจะรักเพศเดียวกันหรือต่างเพศก็มีความเท่าเทียมกัน"

3.2 ความรุนแรงทางเพศ

ประเด็นที่สำคัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวและสังคม คือการกระทำรุนแรงจากผู้ที่มีกำลัง อำนาจ หรือฐานะที่เหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งในเรื่องเพศ ได้แก่ การล่วงเกินทางเพศ การข่มขืน เป็นต้น การประเมินได้ใช้ 15 ข้อความ เพื่อให้นำไปคิดพิจารณา แลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น ได้ผล ดังนี้

กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ข้อความที่ไม่แน่ใจว่า ถูกหรือผิด รวมทั้งหมดไม่ตอบสูงที่สุด 45.6% คือ "ชายที่ถูกเนื้อต้องตัว หรือพูดจาตะโลมหญิง โดยหญิงมิได้มี

ความสืเนหาด้วย เป็นความรุนแรงต่อหญิง" และ 39.4% สำหรับข้อความ "สามีที่บังคับภรรยาให้ร่วมเพศ โดยฝ่ายภรรยาไม่เต็มใจนั้น เป็นการกระทำที่รุนแรง" ข้อความที่นักเรียนเห็นด้วยมากที่สุด 90.7% รวม 3 ข้อความ คือ "การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก เป็นความรุนแรงที่ต้องป้องกัน" "การพูดคุยสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างพ่อแม่ลูก เป็นวิธีลดความขัดแย้งในครอบครัวได้" และ "การไม่เข้าใจกันในหมู่เพื่อนฝูง ควรเจรจา มากกว่าการใช้วิธีการรุนแรง"

โดยสรุป การศึกษาความรู้ และทัศนคติ เรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย นักเรียนมัธยมศึกษา และพนักงานโรงงานในจังหวัดสมุทรปราการครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ พนักงานที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามเชิงคุณภาพที่ซับซ้อน เพราะพื้นฐานความรู้ด้านการอ่านและเขียนมีจำกัด นอกจากนี้การทำงานเป็นกะ เปลี่ยนเวลาสถานที่ และอาสาสมัครไม่มีเวลาทำ แต่ก็ได้ผลเกือบร้อยละ 50 ต้องขอขอบคุณการทำซ้ำบ่อย

ผลการศึกษานี้ พบประเด็น ความไม่รู้ และความเชื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น เรื่องอันตรายจากการทำแท้ง ความรู้เกี่ยวกับการสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง การทำหมันชาย ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่นำไปสู่การวางแผน ให้ความรู้ ในปีต่อไปได้ตรงกับปัญหา สามารถจัดนิทรรศการได้ในหอพัก สถานีราชการ ร้านค้า สำนักงาน เป็นพื้นฐานการเสริมสร้างบทบาทของชาย ต่อครอบครัวและสังคม

4. ผลสรุปทัศนคติต่อหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชายที่สัมพันธ์กับปัญหาในครอบครัว/ สังคม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศตามกลุ่มตัวอย่างเลือกเพื่อจัดแผนนิทรรศการ แยกรายโรงเรียน และโรงงาน

ผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลที่ได้ จะเป็นฐานในการสร้างทัศนคติใหม่ที่เหมาะสมต่อไปได้ 3 กรณี ดังนี้

4.1 ผลสรุปทัศนคติตามหัวข้อที่นักเรียนเลือก เพื่อจัดแผนนิทรรศการ เช่น

หัวข้อ "ความรับผิดชอบต่อครอบครัว บทบาทของชาย"

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ "รู้สึกว่าการพ่อแม่และผู้ใหญ่ในครอบครัวไม่มีเวลาพบและร่วมกันรับผิดชอบภารกิจในครอบครัว และการอบรมเด็ก"

หัวข้อ “การยอมรับของสังคมในเรื่องเพศ”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ “ผู้ปกครอง ตัวผมเอง และครู สามารถสร้างความตระหนัก และฝึกทำตัวอย่างบทบาทหญิง รับผิดชอบเท่าเทียมกัน และแนวทางประพฤติเพื่อสุขภาพทางเพศ ให้เหมาะกับวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น”

4.2 ผลสรุปทัศนคติตามหัวข้อที่พนักงานในโรงงานเลือกเพื่อจัด แผนนิทรรศการ เช่น

โรงงานที่ 1 หัวข้อ “การทารุณทางเพศ”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ “ผมจะพูดคุย ทำความเข้าใจ แก้ปัญหากับผู้หญิง ไม่ทุบตี ช่มชู้ให้ทำตามความต้องการของผม”

หัวข้อ “การยอมรับของสังคมเรื่องเพศ”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ “การยกย่องผู้ชายที่รับผิดชอบครอบครัว เป็นสิ่งที่สื่อมวลชนควรทำ”

โรงงานที่ 4 หัวข้อ “ความเท่าเทียมทางเพศ”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ “ความเท่าเทียมทางเพศ เป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน”

หัวข้อ “การทารุณทางเพศ”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ “การพูดคุยสื่อสาร ทำความเข้าใจระหว่างสามี ภรรยา เป็นวิธีลดความขัดแย้งในครอบครัวได้”

4.3 ผลสรุปทัศนคติของผู้รับบริการในโรงพยาบาล เรื่องอนามัย การเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย ที่จัดแผนนิทรรศการ

หัวข้อ “เพศศาสตร์ศึกษา”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ “ความรู้ ความเข้าใจ รูปร่างและหน้าที่ของอวัยวะเพศ จำเป็นที่ทุกคนต้องเรียนรู้”

หัวข้อ “ความรับผิดชอบต่อครอบครัว บทบาทของชาย ”

ทัศนคติต่อหัวข้อนี้คือ "ผู้ชายที่รู้จักใช้จ่าย เรียนรู้แบ่งเงินมาเลี้ยงดูลูกเมีย และเอื้ออำนวยความสะดวกในบ้าน เป็นบุคคลตัวอย่างที่ผมนจะจำมาให้ได้"

4.6 ผลการประเมินภาพลักษณ์ชายไทย ด้านความรู้สึก ความเชื่อ ความพร้อมปฏิบัติ

การจัดแผนนิทรรศการส่วนภาพลักษณ์ชายไทยดำเนินการ ภายหลังให้ความรู้สร้างความคิดและทัศนคติ เรื่องต่างๆ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแล้ว 2 เดือน โดยผู้อำนวยความสะดวกในโรงงาน และโรงเรียน จัดแผนนิทรรศการภาพลักษณ์ชายไทย (ประกอบด้วยโปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และข้อพึงปฏิบัติของชาย 15 ข้อ) และทิ้งระยะเวลา 1 เดือน เพื่อกระตุ้นความสนใจให้อ่านเรียนรู้ วิจาร์ณ และทบทวนตนเอง หรือเลือกเลียนแบบทำตาม (Modeling technique) เมื่อครบ 1 เดือนจึงแจกแบบประเมินภาพลักษณ์ชายไทยในรอบที่ 1 และปลดแผนนิทรรศการในส่วนภาพลักษณ์ฯ ลง หลังจากนั้นอีก 3 เดือน จึงค่อยนำมาจัดซ้ำอีก 1 รอบ แล้วประเมินในรอบที่ 2 ผลการประเมิน มีดังนี้

1. ผลการประเมินภาพลักษณ์ชายไทยในรอบที่ 1

พนักงานโรงงานร้อยละ 77.7 ทำคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินภาพลักษณ์ชายไทย ได้คะแนนตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป จาก 100 คะแนนเต็ม และร้อยละ 22.3 ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

นักเรียนร้อยละ 77.5 ได้คะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินภาพลักษณ์ชายไทย และร้อยละ 22.5 ไม่ผ่านเกณฑ์

พนักงานโรงงานที่มีสถานภาพโสดไม่ผ่านเกณฑ์ภาพลักษณ์มากที่สุด ในข้อ "ผมจะไม่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา" รองลงมา คือ "ผมจะดูแลความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองเป็นประจำ" และพนักงานที่มีสถานภาพคู่ไม่ผ่านเกณฑ์ภาพลักษณ์มากที่สุดในข้อ "ล่วงเกินภรรยาทั้งที่เธอไม่ต้องการ" รองลงมาคือ "ข่มขู่ใช้กำลังทุบตี"

ภรรยา" ส่วนนักเรียนไม่ผ่านเกณฑ์ภาพลักษณ์มากที่สุดในข้อ "ผมจะไม่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา" รองลงมาคือ "ผมจะเป็นคนรักเดียวใจเดียว"

2. การประเมินภาพลักษณ์ชายไทยในรอบที่ 2

ผลการประเมินภาพลักษณ์ชายไทยในรอบที่ 2

พนักงานโรงงานร้อยละ 94.0 ได้คะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินภาพลักษณ์ และร้อยละ 6.0 ไม่ผ่านเกณฑ์

นักเรียนร้อยละ 99.6 ทำคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินภาพลักษณ์ และร้อยละ 0.4 ไม่ผ่านเกณฑ์เฉลี่ย โดยมีโรงงาน 3 แห่ง และโรงเรียน 1 แห่ง ที่พนักงานโรงงาน และนักเรียนทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมินภาพลักษณ์

ซึ่งเป็นผลจากการที่ครู และอาสาสมัครโรงงาน ได้นำเฉลยคำตอบไปแสดงให้เห็น จึงทำให้การประเมินรอบ 2 ไม่เป็นจริง แต่ก็ทำให้ผู้ชายได้เรียนรู้ ข้อปฏิบัติที่พึงประสงค์ของสังคมด้วยตนเอง ซึ่งบางคนจะได้รู้แนวทาง และมีความตระหนัก เพราะมีการเขียนตอบว่า เพิ่งรู้ว่าผู้ชายต้องแบ่งเงินให้ภรรยา เพื่อให้เธอมีเสรีในการใช้จ่ายบ้าง

4.7 ผลการประเมิน กิจกรรมโครงการโดยรวม ในระยะเวลา 12 เดือน

โดยประเมินประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมด้านคุณภาพ ด้วยวิธีของ CIPP model มีผลสรุปดังนี้

1. ผลการประเมินกิจกรรมโครงการโดยรวม ในโรงเรียน เมื่อสิ้นสุดโครงการ

เป็นนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ 93 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงวิเคราะห์ข้อมูลตามจำนวนนักเรียนที่ตอบครบ ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 85 คน (N = 85) ได้ผลดังนี้

1.1 การจัดกิจกรรมของโครงการ มีผู้ตอบว่าอยู่ในระดับดี และพอใจใกล้เคียงกัน แต่นักเรียนร้อยละ 60 แสดงความคิดเห็นว่าหัวข้อเรื่องที่จัดแสดงอยู่ในระดับที่ดีรวมทั้งคิดว่าได้รับประโยชน์จากโครงการ คิดเป็นร้อยละ 75.3

1.2 ได้รับประโยชน์จากโครงการ มีอัตราสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 95.3 อาจเนื่องมาจากเรื่องเพศเป็นเรื่องที่เคยปกปิด ต้องแสวงหาความรู้เองมานาน เมื่อมีโครงการนี้จึงมีโอกาสอ่านบทความที่ถูกต้อง และได้รับแบบถามความคิดเห็น ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้นำไปคิดเพื่อตนเอง และได้้นำความคิดของคนอื่นมาเปรียบเทียบช่วยให้เกิดความคิดที่กว้างขึ้น

1.3 ควรจัดต่อไป ให้ความเห็นด้วยร้อยละ 94.1 เพราะมีข่าว และเนื้อหาใหม่แปลกใหม่ ตลอดเวลา แต่มีผู้ให้ความคิดเห็นว่า เวลาที่จัดนิทรรศการมีระยะสั้น ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา สามารถจัดทำได้เพียง 1 ปีเท่านั้น

1.4 สื่อความรู้ หนึ่งในห้า เห็นควรปรับปรุงเรื่องสื่อเผยแพร่ความรู้ และวิธีจัดกิจกรรม โปสเตอร์ และวิธีการจัดแสดง ได้รับข้อเสนอให้ปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 28 และ 26 ตามลำดับ น่าจะเป็นเพราะโรงเรียนได้ประยุกต์การนำภาพข่าว เอกสารวิชาการทั้ง 6 เรื่อง แสดงพร้อมกันบนแผงนิทรรศการ ซึ่งมีข้อดีว่าเป็นนิทรรศการใหญ่มีหลายแผง นำตื่นเต้นแต่มีจุดด้อย คือเนื้อหาหลากหลายในคราวเดียว อาจจะสับสน และตอบไม่ถูก แผ่นตอบความคิดเห็นจำนวน 400-500 ชุด ถูกนำมาติดแสดงพร้อมกัน จึงทำให้นักเรียนอ่านไม่หมด และกลุ่มที่รับมอบงาน ไม่ได้มีส่วนร่วมในทุกเรื่อง ซึ่งผิดกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

1.5 แหล่งการหาความรู้ในเรื่องเพศ นักเรียนส่วนใหญ่ เฉลี่ยร้อยละ 50 ถาถามความรู้จากพ่อแม่เกือบทุกเรื่อง ยกเว้นเรื่องปัญหาเกี่ยวกับคูรัักจะถามจากเพื่อนมากกว่า พ่อแม่ถึง 4 เท่า เพื่อนเป็นลำดับรองลงไปที่จะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องอื่นๆ ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีสัดส่วนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 5-10 **จึงควรเพิ่มความรู้เพศศึกษาให้พ่อแม่ และนักเรียนระดับหัวหน้า ให้เป็นผู้ให้การปรึกษา ครูน่าจะเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้นักเรียนแกนนำประจำห้อง และผ่านทางสมาคมผู้ปกครองและครู**

1.6 การประเมินผล การใช้บริการและร่วมกิจกรรม มีนักเรียนถึงร้อยละ 68 อ่านข่าว/ ข้อความจากบอร์ด และนำไปพูดคุยกับเพื่อนร้อยละ 59 ทั้งนี้เนื่องมาจากนักเรียนอยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่ติดเพื่อน มักพูดคุย ปรึกษาเพื่อนมากกว่าผู้ใหญ่ จึงควร

ตระหนักถึงการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่นักเรียน เพื่อเป็นที่ปรึกษาที่ดีแก่กัน และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ด้วย นักเรียนน้อยกว่า 1 ใน 4 ที่ปรึกษาอาจารย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรมีการส่งเสริมให้นักเรียนเข้าไปปรึกษาปัญหา กับบุคคลเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นแหล่งความรู้ที่ดีสำหรับนักเรียน

1.7 การประเมินผลกระทบต่อความคิดของผู้เข้าร่วมโครงการ นักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 คิดว่าได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ มีการนำกลับไปคิดและไตร่ตรองใหม่ **ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ดี** เพื่อให้นักเรียนได้ตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องเพศศึกษา

2. ผลการประเมินกิจกรรมโครงการโดยรวม ในโรงงาน เมื่อสิ้นโครงการ

พนักงานโรงงานที่ตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโครงการ 84 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงวิเคราะห์ข้อมูลตามจำนวนพนักงานที่ตอบครบ ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 75 คน ได้ผลการประเมินดังนี้

2.1 **ความคิดเห็นต่อกิจกรรมของโครงการ** อยู่ในระดับพอใช้ มีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 42 แต่ในส่วนของ การได้นำกลับไปพูดคุยกับคู่รัก/ แฟน/สามี/ภรรยา และประโยชน์ที่ได้รับ มีผู้ตอบมากกว่าร้อยละ 60 ที่แสดงความคิดเห็นว่าอยู่ในระดับที่ดี **ซึ่งเป็นจุดเด่นของกิจกรรมนี้ว่าได้ผลมาก ในการเป็นจุดเริ่มต้น ให้ทุกคนได้ตระหนัก และมีการพูดคุยเรื่องเพศกันได้อย่างเปิดเผยยิ่งขึ้น**

2.2 **ประโยชน์ของโครงการ** พนักงานร้อยละ 94.7 มีความเห็นว่าได้รับประโยชน์ เพราะได้รับความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากเรื่องเพศเป็นเรื่องที่น่าสนใจแต่เป็นเรื่องที่เคยปกปิดไม่ค่อยมีการเผยแพร่ความรู้กันอย่างจริงจัง

2.3 **ควรมีการจัดโครงการเช่นนี้ต่อไปหรือไม่** พนักงานโรงงานร้อยละ 94.7 เห็นว่าควรจัดต่อไป เพราะได้รับประโยชน์ทั้งจากบริการของรัฐ และเจ้าของโรงงาน

2.4 **การหาแหล่งความรู้เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับเพศ** มากกว่าร้อยละ 50 ปรึกษาเรื่องสุขอนามัยทางเพศกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐ **ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต้องมีความรู้และสามารถให้คำตอบที่ดีได้** ดังนั้นโรงพยาบาลควรตระหนัก

ถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษาทางเพศเพิ่มขึ้น แต่ในเรื่องคูรั๊ก การระงับอารมณ์ โกรธ และการปฏิเสธเพื่อน ผู้ตอบส่วนใหญ่จะปรึกษาคนใกล้ชิด **ดังนั้นคนใกล้ชิดควรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศ เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำที่ดีได้ด้วย**

2.5 **สิ่งที่ควรปรับปรุงในโครงการ** เห็นควรให้ปรับปรุงในทุกเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาความรู้ มีผู้เห็นว่าควรปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 47 **ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเอกสารวิจัย เน้นเนื้อหามากกว่าความน่าสนใจ ซึ่งเป็นจุดอ่อนข้อหนึ่งของการไม่เข้าใจ จึงทำให้ไม่ได้ผลมากพอ**

2.6 **การใช้บริการและร่วมกิจกรรม** มีพนักงานที่อ่านเอกสารบนแผ่น นิทรรศการ ร้อยละ 86.7 นอกจากนั้นผู้ตอบยังเข้าร่วมกิจกรรม ตอบคำถาม/ ความคิดเห็น และพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าครึ่งหนึ่ง **ซึ่งสูงพอสมควร และเป็นจุดเด่นของโครงการนี้ ที่สามารถกระตุ้นให้มีการเริ่มพูดคุยภาษาทางเพศ (sex literacy) กันได้เปิดเผย และจะลดความอับอายทางสังคมเรื่องเพศลงได้ ถ้าทำต่อเนื่อง**

2.7 **ผลกระทบต่อความคิด** มีพนักงานร้อยละ 80 ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมโครงการ ได้นำความรู้ที่ได้รับกลับไปคิด และไตร่ตรองใหม่ มีเพียงร้อยละ 20 ที่ตอบว่าไม่ได้รับผลกระทบ **ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการจัดโครงการน้อยเกินไป แต่ก็** เป็นจุดเริ่มต้นที่ดี **ที่สามารถกระตุ้นให้มีการคิด วิเคราะห์เรื่องเพศได้**

3. **ผลการประเมินกิจกรรมโครงการโดยรวม โดยผู้ปฏิบัติงานในโครงการ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครในโรงเรียน และผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ) จำนวน 20 คน**

3.1 **ความเหมาะสมของโครงการ** กิจกรรม 6 ส่วน จาก 13 ส่วนที่ ผู้ปฏิบัติงานมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่ามีความเหมาะสม คือ แนวคิด วิธีการดำเนินโครงการ โดยรวม วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การอบรมการให้การปรึกษาปัญหาทางเพศ รูปแบบ การให้ความรู้ด้วยข่าวเพื่อสร้างความสนใจ การใช้โรงเรียนและโรงงานเป็นศูนย์กลางการให้ความรู้ และการจัดประชุมก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินงาน ส่วนกิจกรรมของโครงการ

ที่ผู้ปฏิบัติงานมากกว่าร้อยละ 50 ตอบว่าไม่เหมาะสม คือ บอร์ดนิทรรศการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบบถามตอบแสดงความคิดเห็น

ส่วนที่ควรปรับปรุง ได้แก่ เนื้อหาความรู้ และสื่อความรู้บนบอร์ดนิทรรศการ ควรจัดให้มีมากขึ้น และใช้สำนวนภาษาที่เข้าใจง่ายกว่านี้ ไม่ยาว และซ้ำเพื่อสร้างความสนใจ ควรเป็นข่าวที่ทันต่อเหตุการณ์ และมีการให้รางวัลเป็นสิ่งจูงใจ

3.2 โครงการนี้ควรดำเนินการต่อไปหรือไม่ มีผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 65 เห็นว่า โครงการนี้ควรดำเนินการต่อไป

3.3 สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ร้อยละ 30 เห็นว่าควรปรับปรุง การบริหาร การสนับสนุนและประสานงาน และการทำความเข้าใจวิธีดำเนินการแก่อาสาสมัครให้มากขึ้น รองลงมา คือ รูปแบบในการแสดงความคิดเห็น และสรุปความคิดเห็น ร้อยละ 25 ควรปรับปรุง แนวคิดและวิธีดำเนินการโดยรวม ร้อยละ 5

3.4 การทดสอบโครงการต่อในระยะที่ 2 และให้โครงการที่เป็นฐานฝึกถ่ายทอดวิธีการให้จังหวัดอื่น

ผู้ปฏิบัติงานมากกว่า ร้อยละ 50 ยินดีเข้าร่วมโครงการ และอีก ร้อยละ 30 ตอบว่า ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

3.5 ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการทำงาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ตอบว่ามีปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานมีงานประจำ จึงไม่เวลาดำเนินโครงการได้อย่างเต็มที่

ตัวอย่างคำตอบ "ไม่มีเวลาดำเนินการประสานงาน/ อสม. มีงานประจำ" "เจ้าหน้าที่มีงานค่อนข้างมาก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง"

3.6 ความรู้สึกต่อโครงการ ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 35 เห็นด้วยที่จะดำเนินงานต่อไปในจังหวัดสมุทรปราการ เพราะมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วม พอใจในผลงานที่ทำ

3.7 การปรับปรุงโครงการ ร้อยละ 25 เห็นควรปรับปรุง เช่น ควรปรับไปใช้ในโรงเรียนจะเหมาะกว่า เพิ่มบุคลากรดำเนินโครงการนี้ให้มากขึ้น ควรอบรมพนักงานในบริษัทด้วย ควรมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชน และควรปรับวิธีการดำเนินกิจกรรม

3.8 ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ สรุปได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. ประชาชนได้เรียนรู้ สรุปได้ 2 ประเด็น คือ

1.1 ความรู้เรื่องเพศศาสตร์ศึกษา ตัวอย่างคำตอบ "มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศดีขึ้นในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ชาย และหญิง" "เพศศาสตร์ศึกษา ซึ่งเราไม่รู้มาก่อนว่า เป็นอันตรายมากกว่าที่เรารู้"

1.2 การทำความเข้าใจกับตนเองและคนในครอบครัว ตัวอย่างคำตอบ เช่น "การได้เข้าใจสถานะของตัวเองต่อครอบครัว" "ได้นำไปใช้ในชีวิตรประจำวันดูแลตนเองและครอบครัว"

2. ประโยชน์ที่ผู้ปฏิบัติการได้เรียนรู้จากโครงการ สรุปได้ 2 ประเด็น คือ

2.1 ความรู้ และทัศนคติด้านเพศศาสตร์ที่ดีขึ้น และมีการนำไปใช้กับตนเอง ตัวอย่างคำตอบ เช่น "ได้ปรับปรุงตนเองในบางเรื่อง มีทัศนคติในแง่ดีมากขึ้น" "สามารถทราบได้ว่าหากมีการให้ความรู้ มีการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหา และผู้มีปัญหา หากได้รับคำปรึกษา ทำให้ผู้รับปรึกษารู้จักแก้ปัญหาหลายๆ ด้าน การดำเนินชีวิตจะดีขึ้น"

2.2 การนำความรู้ไปใช้ในการให้บริการ ตัวอย่างคำตอบ "ได้กระตุ้นพื้นฐานความรู้เดิมให้แน่นยิ่งขึ้นและได้นำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น" ได้ทราบว่า "คนไข้ที่มารับการตรวจภาวะโรคส่วนใหญ่ไม่รู้จักดูแลความสะอาดอวัยวะเพศ และชอบมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ ร่วมเพศโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยได้รับคำชมจากคนไข้ส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมกิจกรรม"

2.3 การให้จัดลำดับหัวข้อควรดำเนินการ เพื่อให้งานอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชาชนดีขึ้น 3 ลำดับแรก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เลือกเป็นลำดับที่ 1 คือ การส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหญิงชายมีความตระหนัก และมีบทบาททางเพศที่เหมาะสม ลำดับที่ 2 คือ การขยายการให้บริการทางสุขภาพการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และลำดับที่ 3 มีเท่ากัน 3 เรื่อง ได้แก่ เพิ่มงบประมาณสำหรับส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหญิงชาย ตระหนัก มีความรับผิดชอบทางเพศ และมีความเท่าเทียมทางเพศ

5. ผลการประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิภาพการดำเนินงานวิจัย

5.1 ทบทวนการดำเนินงาน โครงการวิจัย

1. เตรียมโครงการ เตรียมผู้ปฏิบัติงาน ด้วยวิธีประชุมปฏิบัติการ ค้นหาภาค
 2. จัดทำต้นแบบ เครื่องมือการให้ความรู้ และสร้างทัศนคติ พร้อมแบบสำรวจ ปัญหา และแบบทดสอบ
 3. ประชุมกลุ่ม ทำความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ระดับ ให้ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิจัย มีความรับผิดชอบ และ ทำงานได้ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตลอด 6 เดือน
 4. ผลิตต้นแบบ บทความรู้ แผ่นปิด แผ่นพับ ข่าว นสพ. และนำไปใช้ตลอดโครงการ
 5. การเตรียมชุมชน การประสานงาน คัดเลือกกลุ่มคนเป้าหมายในโรงงาน 12 แห่ง และใน 2 โรงเรียน ทำความเข้าใจถึงประโยชน์ของโครงการ ตลอดจนการคัดอาสาสมัคร และผู้อำนวยการความสะดวกได้ครบ
 6. ฝึกอบรมวิธีการให้การปรึกษา แก่ผู้อำนวยการความสะดวก และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วัตถุประสงค์ของโครงการ คือ การออกแบบ ผลิตต้นแบบ เครื่องมือสำหรับสร้างความรู้ และทัศนคติที่ประสบผลสำเร็จอย่างครบถ้วนในเชิงปริมาณ

5.2 แนวทางการปรับปรุงโครงการ ที่ได้จากการประเมินผล พบว่า

1. แบบสำรวจ แบบถามความคิดเห็น โดยเฉลี่ยแสดงความคิดเห็นในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 46 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 48
ควรปรับปรุง: ข้อความยาว มากข้อเกินไป เข้าใจยาก และมีความสับสน
 2. เอกสาร บทความรู้ แผ่นปิด ข่าว นสพ. โดยเฉลี่ยแสดงความคิดเห็นในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 55
ควรปรับปรุง: ตัวอักษรเล็ก ภาพและสี ไม่น่าสนใจ เนื้อหาไม่จูงใจ ภาษาเข้าใจยาก ข่าวไม่ทันสมัย
- แสดงว่า: ต้องปรับปรุงในด้านคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ ตลอดเวลา**

3. การทำความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 48 เห็นว่าเหมาะสม ไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 38 ในด้านการประสานงานและการจัดอาสาสมัคร ร้อยละ 40 เห็นว่าไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่มีเวลา คนไม่พอ งานเดิมมาก ซึ่งเป็นเหตุการณ์ปกติในการทำงานใหม่ และขาดประสบการณ์ หากทำไปนาน ๆ และคุ้นเคย จะทำได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานเองยังมีการเปลี่ยนหน้าที่บ่อย ทำให้การส่งต่องานไม่ราบรื่น และไม่ได้มีการทบทวนวิธีให้ แต่มีคู่มือปฏิบัติงานไว้อ้างอิง และคนที่มาใหม่ทำตามอย่างที่เคยเห็นคนเก่าทำไว้ จึงดำเนินการต่อไปได้

แสดงว่า: ต้องเพิ่มการฝึก จัดประชุมทำความเข้าใจการดำเนินงาน และมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

4. การเตรียมผู้ให้การศึกษา ได้จัดอบรมการให้การศึกษา ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์ ในระดับประกาศนียบัตร ผู้เข้าประชุมแสดงความคิดเห็นว่าดี คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนที่เหลือคิดเป็นร้อยละ 20 เห็นว่าไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาในเรื่องไม่มีเวลามาฝึกปฏิบัติให้การศึกษาทางโทรศัพท์

5. การเตรียมชุมชน การประสานงานผู้บริหารโรงงาน การคัดเลือกอาสาสมัครสามารถทำได้ครบตามเป้าหมาย เมื่อเริ่มโครงการมี 2 โรงเรียน และ 12 โรงงาน เข้าร่วม แต่ที่ดำเนินการครบทุกกิจกรรมจนถึงสิ้นสุดโครงการ มี 2 โรงเรียน และ 7 โรงงาน เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร หรือมีการย้ายไปตำแหน่งอื่น แต่ก็ยังสามารถทำงานได้

5.3 สรุปภาพรวมของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 การเตรียมงาน บุคคล เครื่องมือ สื่อให้ความรู้ และสร้างทัศนคติ สถานที่พื้นที่วิจัย ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้มากกว่าร้อยละ 70 ส่วนข้อบกพร่องนั้นอยู่ในวิสัยที่สามารถแก้ไขได้

ระยะที่ 2 การสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น

1. กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติ

1.1 **สำรวจปัญหา** ได้ผลดี มีผู้สนใจอ่าน และเลือกจัดลำดับความสำคัญของปัญหาครอบครัว/สังคมที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ซึ่งสัมพันธ์กับหัวข้ออนามัยการเจริญพันธุ์ มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชายได้แห่งละ 6 เรื่อง

นักเรียนเลือกเรื่องพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจและสังคมในด้านเกี่ยวกับทางเพศ เพศศาสตร์ศึกษา และการทารุณทางเพศ เป็น 3 ลำดับแรก ซึ่งแตกต่างจากพนักงานในโรงงานที่เลือกปัญหาเรื่องเพศของวัยรุ่น การทารุณทางเพศ และเศรษฐกิจสังคมที่กระทบต่อเรื่องเพศ เป็น 3 อันดับแรก

พนักงานโรงงานเลือกหัวข้อ **ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเรื่องการยอมรับของสังคมเกี่ยวกับบทบาทของชายและหญิง** ซึ่งในกลุ่มนักเรียนไม่มีการเลือกหัวข้อนี้ แสดงว่าทัศนคติของชุมชนมีความเห็นว่า พื้นฐานรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ และบทบาทของหญิง ชาย การเรียนรู้ต้องนำประสบการณ์ในชีวิตจริงมาให้การปรึกษา เน้นแนว ให้มีทักษะชีวิตในการปรับตัวให้เผชิญกับสิ่งท้าทายประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนหัวข้อที่นักเรียน เลือกต่างจากพนักงานโรงงานคือ **พัฒนาการทางเพศตามวัย และการมีเพศสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ** แสดงว่าควรมีการสอนเพศศาสตร์ศึกษา เพื่อให้วัยรุ่นได้รับความรู้ที่ถูกต้อง

1.2 **ผลการศึกษาเรื่องแผนกนิทรรศการ การจัดการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

การจัดนิทรรศการให้จัดเดือนละ 1 เรื่อง ในโรงงาน/ โรงเรียน เพื่อทดสอบ และพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประยุกต์ ให้ใช้ **แผนกนิทรรศการ** เป็นเวทีให้ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทดสอบความเป็นไปได้ ในการเสริมสร้างความรู้ ความคิด และทัศนคติ ผลสรุปโดยรวมคือ

1.2.1 แผนงนทรศการ กำหนดให้ใช้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสร้างเสริมทัศนคติ เป็นฐานความรู้ จึงควรตั้งอยู่ในบริเวณที่คนผ่านมาก ซึ่งในส่วนนี้ทั้งโรงงานและโรงเรียนสามารถทำได้ตามแผน

สถานที่ติดตั้ง

โรงงาน: ส่วนใหญ่จัดที่โรงอาหาร ประตูทางเข้าโรงงาน บริเวณที่ลงชื่อก่อนเข้าทำงาน ห้องสมุด

โรงเรียน: จัดบริเวณหน้าโรงอาหาร ได้หอประชุม ตามสภาพของสถานที่

ขนาด และความเหมาะสมกับการใช้งาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.5 แสดงความคิดเห็นว่าดี ส่วนร้อยละ 55 แสดงความคิดเห็นว่า พอใช้ และแสดงความคิดเห็นว่าควรปรับปรุง เพราะแผนงนทรศการมีขนาดเล็กเกินไป เป็นอุปสรรคด้านการจัดการ เนื่องจากทางจังหวัด จัดจ้างทำด้วยโครงอลูมิเนียม เพื่อความถาวร ซึ่งมีราคาแพงกว่าที่ออกแบบไว้ให้ใช้ไม้อัด จึงได้ขนาดเล็กลงครึ่งหนึ่ง แม้โรงงานและโรงเรียนจะได้ช่วยจัดทำแผนเพิ่มเอง แต่กิจกรรมเสนอข่าว ความรู้ แบบแสดงความคิดเห็น ยังมีความแออัด และขาดความน่าสนใจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยการประสานงานให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ในการวิจัยระยะ 2 ต่อไป

1.2.2 วิธีจัดนทรศการ ได้ออกแบบวิธีการไว้ ให้เสนอ เดือนละ 1 เรื่อง ตามที่ได้สำรวจไว้ เพื่อ

สร้างความรู้สึกรู้สึกให้สนใจอ่าน และค้นหาความรู้เอง และทำติดต่อกัน 6 เดือน ด้วยหลักการว่า การเรียนรู้ต้องให้สนใจครั้งละประเด็น จึงจะฝังลึก และเกิดความเข้าใจ ซึ่งมี 3 ขั้นตอน และผลการติดตามประเมินในแต่ละขั้นตอนพบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ติดข่าว นสพ. บทความ แผ่นปิด เรื่องเดียวกัน

โรงเรียน มีการจัดทำแนวใหม่ คือ จัดพร้อมกันหมด 6 เรื่องในคราวเดียว และแจ้งให้นักเรียนที่สนใจเรื่องใด ให้รับแบบสอบถามไปตอบ จากการติดตามผล ได้พบว่า บริเวณที่จัดนทรศการในโรงอาหาร มีนักเรียนมาอ่าน และผู้ที่ได้รับแบบสอบถาม ได้

นำไปรวมกลุ่มพูดคุย วิจารณ์ ซึ่งมีครูเป็นผู้อำนวยการความสะดวก ให้ข้อสังเกตว่า นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมนี้มากกว่าทุกครั้งที่เคยจัดนิทรรศการ ในวาระสำคัญต่างๆ

รูปแบบจัดนิทรรศการนี้ น่าสนใจ และนำวิจัยทดสอบ เปรียบเทียบกับการจัดครั้งละ 1 เรื่อง ในการวิจัยระยะ 2

โรงงาน จัดนิทรรศการเดือนละ 1 เรื่อง แต่ไม่ได้เรียงลำดับเรื่องตามแผน เพราะเบิกเอกสารไม่ได้ตามกำหนดเวลา บางเดือนจึงทำ 2-3 เรื่องพร้อมกัน เป็นอุปสรรคด้านธุรการเอกสาร ซึ่งแก้ไขจัดการได้

ขั้นตอนที่ 2 แจกแบบสอบถามความคิดเห็น กระตุ้นความสนใจให้นำไป อ่าน เรียนรู้ คิด พูดคุยแลกเปลี่ยน สะท้อนความคิด และเลือกตอบ

การติดตามประเมินผล พบว่า จากการได้แจกแบบสอบถาม แห่งละ 100 ชุด มีผู้ตอบกลับมาในโรงงานคิดเป็นร้อยละ 35-65 และในโรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 98 การกำหนดให้ส่งกลับภายใน 7 วัน ทำให้ลืมหืมและทำหายได้ง่าย ผู้อำนวยการความสะดวกในโรงงาน จึงเปลี่ยนเป็นวิธีการให้เขียนตอบในวันเดียวกัน ได้ผลดีขึ้นในเชิงปริมาณ แต่เป็นการลดโอกาสการนำไปแลกเปลี่ยนวิจารณ์ เพื่อได้ความคิดรวบยอด ซึ่งเป็นหัวใจของกระบวนการสร้างความคิด และทัศนคติ

การแลกเปลี่ยน สะท้อนความคิดเห็น มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เห็นว่ากิจกรรมการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเป็นกิจกรรมที่ดีร้อยละ 45 เห็นว่าอยู่ในระดับพอใช้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการนำไปพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร้อยละ 58 ซึ่งได้ผลสูงมาก ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะนำไปสู่การสร้างความคิดรวบยอดและการประยุกต์ใช้เป็นทัศนคติ และพฤติกรรมต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าได้รับประโยชน์ในระดับที่ดีร้อยละ 69 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30 แสดงว่าวิธีการนี้เป็นวิธีการที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมองเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปผลรอบ 1 นำมาลำดับความสำคัญ 5 เรื่อง และประกาศให้คิด และเลือกใหม่ รอบ 2 เพียง 1 ความคิดเห็น เพื่อเป็นการฝึกความคิด และทัศนคติ จากการที่ได้รู้ความคิดเห็นคนอื่น ที่แตกต่างกัน จะกระตุ้นให้ทบทวนตนเอง และคิดใหม่ เลือกตัดสินใจคล้อยตาม หรือตัดสินใจเองใหม่

การดำเนินการจริงไม่มีแบบฟอร์มการสรุปความคิดเห็น 5 เรื่อง ในรอบที่ 1 และสรุป 1 เรื่องในรอบที่ 2 ไว้ ซึ่งยังไม่ได้จัดทำขึ้น

การติดตามประเมินผล ทุกโรงงาน เขียนผลสรุป นำมาติดให้อ่าน เพิ่มความเชื่อ และเข้าใจชุมชน กลุ่มคนที่อยู่ในสถานภาพเดียวกัน ได้ทั้งทัศนคติส่วนตัว และการยอมรับเป็นนโยบายสาธารณะ ที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ พิสูจน์ได้ว่า โปรแกรมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ชาย มิติทางเพศ และบทบาทหญิงชาย โดยใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ด้วยแผนนิทรรศการ สามารถทำได้เองในชุมชนโดยอาสาสมัคร และสามารถนำไปใช้ในงานส่งเสริมบทบาทชายเพื่อรับผิดชอบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

สรุปปัญหาในขั้นตอนที่ 2 และ 3

- ปัญหาเรื่อง ขนาดของแผนนิทรรศการ และการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม สามารถปรับปรุงได้

- ปัญหาเรื่อง การสรุปความคิดเห็น 5 เรื่อง ในรอบที่ 1 และสรุป 1 เรื่อง ในรอบที่ 2 ที่ไม่มีแบบฟอร์มไว้ ผู้อำนวยการความสะดวก ต้องเขียนเอง สามารถจัดทำให้ใช้ และเป็นระเบียบผลการทำงานได้ด้วย ในการวิจัยระยะ 2

1.2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวคิดของโครงการวิจัยชุดนี้ คือ 1. เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ติดแผ่นปิด แผ่นพับ ภาพลักษณะชายไทย และข้อพึงปฏิบัติ ในด้านความเสมอภาคในครอบครัว ความเป็นมิตรภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องตามประเพณี และกฎหมาย 2. จูงใจ ให้ผู้ไม่ผ่านเกณฑ์พึงปฏิบัติไปพบเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่ผ่านการฝึกให้

การรักษามาแล้ว เพื่อช่วยกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นองค์รวม ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ได้มากที่สุด

ผลการประเมิน

นักเรียนวัยรุ่น ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ คิดเป็นร้อยละ 77.5 ในรอบแรก และคิดเป็นร้อยละ 99.6 ในรอบ 2

พนักงานโรงงาน ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 80 คิดเป็นร้อยละ 77.7 ในรอบแรก และคิดเป็นร้อยละ 94 ในรอบ 2

สรุปปัญหาในขั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. กิจกรรมนี้ ใช้เวลามากในการจัดทำข้อพึงปฏิบัติ ภาพลักษณ์ และการให้คะแนนประเมิน จึงเหลือเวลา 4 เดือนในพื้นที่ ต้องเร่งทดสอบสื่อ และวิธีการสำรวจให้คะแนนทุก 3 เดือน ผู้อำนวยการความสะดวกเป็นผู้สำรวจเอง เพราะวิธีให้คะแนนข้อพึงปฏิบัติ มีการถ่วงน้ำหนักข้อต่างๆ ไม่เท่ากัน ยังซับซ้อนมาก

2. รูปแบบ การนำภาพลักษณ์ชายไทย และข้อพึงปฏิบัติที่นำมาเผยแพร่ ให้ผู้อ่านและเห็นแผ่นปิด แผ่นพับ ได้ทบทวน เรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสังคม สร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือนใจ ให้ไปพบผู้ให้การรักษาโดยสมัครใจ เพราะเรื่องทางเพศ เป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหวและปกปิด แต่พบว่า ไม่มีผู้รับการรักษาโดยตรง มีแต่ผู้ติดต่อทางโทรศัพท์ หรือถามเสียงเดียว ทำให้ไม่สามารถจัดบันทึกในแบบให้การรักษาได้

3. ผลจากการสำรวจภาพลักษณ์ รอบที่ 2 ออกมาในลักษณะไปในทางบวกสูงมาก อาจเชื่อถือไม่ได้ทั้งหมด เนื่องจากประการแรก ผู้ตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 บางส่วนไม่ใช่ผู้ที่ตอบในรอบแรก ซึ่งในจำนวนนี้อาจจะประเมินว่าตนเองเป็นผู้ที่มีการประพฤติปฏิบัติตัวที่อยู่ในระดับที่น่าพอใจอยู่แล้ว ประการที่สอง ผู้ตอบแบบสอบถามอาจได้รับความรู้จากแผนกนิทรรศการในบางเรื่องที่ได้ทราบข้อเท็จจริง ไม่ต้องอาศัยการให้การรักษา หรือฝึกทักษะ ก็สามารถนำไปปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่เป็นอยู่ได้ ประการสุดท้าย อาจเนื่องจากเป็นผู้ที่เคยทำแบบสอบถามนี้ในรอบแรกมาแล้ว

การดำเนินงานในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พิสูจน์ได้ว่า 1. กิจกรรมการจัดเครือข่ายบริการ ไม่มีผลงานในการวิจัยรอบนี้ แต่ได้รูปแบบการจัดองค์กรไว้บริการ 2. อัตราผู้ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ในรอบแรกเป็นที่น่าพอใจ ตามหลักการวิธีใช้เครื่องชี้วัดการพัฒนาครอบครัว เพื่อสำรวจปัญหา ของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.) แสดงว่าคนในชุมชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน่าพอใจ คนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศถูกต้อง และข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาให้ดีขึ้นในระยะต่อไป

5.4 บทเรียนที่ได้จากกิจกรรม/โครงการ

1. **การใช้ภาพลักษณ์ชายไทย** เป็นเครื่องมือชี้ให้ผู้ชาย ลอกเลียนแบบ และทำตามข้อพึงปฏิบัติ ที่ยาก ง่ายไปตามสถานภาพ และประเพณีของชุมชนต่างๆ เป็นวิธีฝึกให้บุคคล รู้จักตนเอง เรียนรู้ข้อพึงปฏิบัติที่ชุมชนประสงค์ เพราะมนุษย์ต้องการเป็นคนดี ตามทฤษฎี Y ของ McGregor จะปรับปรุงตนเอง ให้เป็นผู้มีพฤติกรรมสร้างสรรค์ มีวิถีชีวิตที่สมบูรณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และภาพลักษณ์ จะเป็นเครื่องมือกระตุ้นชุมชนให้มียุทธศาสตร์ ยอมรับข้อพึงปฏิบัติของสังคม (Advocacy) ที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคคล มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปทำทั่วไป เช่นเดียวกับโครงการลดการบริโภคบุหรี่ ซึ่งใช้หลักการนี้ จนได้ผลสำเร็จมาแล้ว

2. **บริการให้การปรึกษา** ประเพณีของไทย ทำให้คนยังไม่กล้าเปิดเผยตัวในเรื่องเกี่ยวกับเพศ นักเรียน/ พนักงานโรงงาน จึงไม่ขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครโรงงาน/โรงเรียน ที่ได้รับการอบรมการให้การปรึกษาปัญหาทางเพศจากโครงการ แต่ผู้ที่มีปัญหาบางคน ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนประกันสังคมไว้ จึงไม่มีรายงานผลการบริการที่สถานีอนามัยในโครงการนี้ แสดงผู้ชายในชุมชนนี้มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ แต่ความอายและกรอบประเพณี ยังไม่อำนวยให้เปิดเผยตัว ต้องมีกิจกรรมกระตุ้นให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนภาษาทางเพศบ่อยครั้ง จนสังคมลดความอึดใจในเรื่องเพศลงมากกว่านี้

3. การแนะนำทักษะชีวิต ในโรงเรียน มีการฝึกทักษะชีวิต และมีนักเรียนมารับบริการให้การปรึกษา แต่ในสถานีนอมนามีผู้มารับบริการน้อย เพราะประชาชนยังไม่เห็นประโยชน์ ต้องเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้รู้จักมากขึ้น

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ ทำได้ครบทุกเรื่อง และได้แนวทาง การพัฒนาต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ได้แก่

วัตถุประสงค์ที่ 1 จัดทำต้นแบบเอกสาร สื่อเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ บทความรู้ และ แผ่นปิด 13 เรื่อง แผ่นพับ แบบสอบถามความคิดเห็น ภาพลักษณ์ชายไทย และข้อชี้วัดพฤติกรรม

ผล

1. คณะทำงานได้ออกแบบทดสอบ ปรับแก้ ผลิตเอกสารเผยแพร่ความรู้ 10 เรื่อง วิธีจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบสำรวจปัญหาและความต้องการ 1 ชุด แบบสอบถามความคิดเห็นทัศนคติ 9 ชุด ต้นแบบ แผ่นปิด แผ่นพับ ภาพลักษณ์ชายไทย และข้อพึงปฏิบัติ พร้อมกับคู่มือ และแบบให้คะแนน วิธีประเมิน และเกณฑ์ผ่าน กล. 1-2-3 แบบบันทึกผลการบริการ และแบบรายงานผล รง.1 กล.

2. ได้ต้นแบบชุดเอกสาร เพื่อผลิตเพิ่ม และพร้อมที่จะนำไปใช้ขยายผลในจังหวัดอื่นได้

วัตถุประสงค์ที่ 2

2.1 การให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ ที่ดี

ผล

1. การกระตุ้นความสนใจให้คิดและเลือกปัญหาที่ต้องการเรียนรู้ ได้ โรงงาน และโรงเรียนละอย่างน้อย 6 เรื่อง คือ โรคในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การแท้งที่ไม่ปลอดภัย เพศศาสตร์ศึกษา การยอมรับของสังคมเรื่องเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ การทารุณทางเพศ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว บทบาทของชาย พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในด้านเกี่ยวกับเพศ ปัญหาเรื่องเพศของวัยรุ่น และเพศสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

2. การสร้างเสริมทัศนคติ ภายหลังดำเนินการ 6 เดือน ทำได้ในขอบเขต 6 เรื่อง คือ การปฏิเสธ: เพื่อน การดื่มสุรา การใช้บริการทางเพศ การทารุณทางเพศ ความ

เท่าเทียมทางเพศ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว บทบาทของชายและบทบาทพ่อแสดงว่าชุดเอกสารเหล่านี้ พร้อมทั้งจะนำไปใช้ในพื้นที่อื่น โดยปรับปรุงให้เหมาะกับประเพณีท้องถิ่นได้

2.2 การเสริมสร้างให้ชายมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมทางเพศตามเกณฑ์ชีวิต ภาพลักษณ์ชายไทย

ผล รูปแบบการใช้ ข้อพึงปฏิบัติ ภาพลักษณ์ชายไทย ด้วยการรณรงค์จัดนิทรรศการ เพื่อให้ผู้ชายรู้ข้อพึงปฏิบัติ และสามารถค้นพฤติกรรมที่มีผู้ไม่ผ่านเกณฑ์พึงปฏิบัติกันมากที่สุดในชุมชน เป็นวิธีค้นหาคน เป้าหมายเพื่อติดตามให้การปรึกษาปัญหาทางเพศ และฝึกทักษะชีวิตเป็นรายบุคคลแก่ผู้ไม่ผ่านเกณฑ์ สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง เนื่องจากผลการประเมินภาพลักษณ์ ทั้งนักเรียนและพนักงานในโรงงาน ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ 80% เป็นอัตราร้อยละ 80 ในรอบ 1 และเกินร้อยละ 90 ในรอบ 2 แต่ผู้ไม่ผ่านเกณฑ์ยังไม่มาเข้ารับบริการ เสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษาเฉพาะตัว ตามที่โครงการนี้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้

แต่ก็ได้ข้อมูลพื้นฐานว่า ข้อพึงปฏิบัติที่จัดทำขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางให้คนลอกเลียนทำตาม และได้ทราบว่าชุมชนนี้มีผู้ผ่านเกณฑ์ในอัตราที่น่าพอใจ มีร้อยละ 20 ที่เป็นคนเป้าหมาย ให้เร่งพัฒนาพฤติกรรมเพศ หากนำไปทำในชุมชนอื่นๆ ก็จะมีคนเป้าหมาย และเรื่องที่ต้องเร่งรณรงค์ให้ความรู้ สร้างทัศนคติ

2.3 รูปแบบวิธีให้ความรู้ สร้างทัศนคติ ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่ประยุกต์ใช้แผนนิทรรศการ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทดแทนการจัดกลุ่มสนทนา ซึ่งไม่สามารถทำได้สม่ำเสมอในโรงงานและโรงเรียน

ผล

1. สามารถ จัดแผนนิทรรศการ และมุมความรู้ได้ครบทุกแห่ง รูปแบบนี้ทำได้ในสถานที่ต่างๆ ใช้พื้นที่น้อย

2. วิธีการตั้งคำถามความคิดเห็น ให้นำไปคิด และพูดคุยแลกเปลี่ยนกันก่อนตอบ มีหลายรูปแบบ ตามสถานการณ์ของแต่ละหน่วยงาน ทำได้เป็นที่น่าพอใจทุกแห่ง

รูปแบบที่ 1 การเสนอข่าวและบทความความรู้ เดือนละ 1 เรื่อง และแจกแบบถามความคิดเห็นให้ตอบ นำมาสรุป 2 รอบ ตามที่กำหนด ทำได้ในโรงงาน 2 แห่ง และโรงเรียน 1 แห่ง (ได้ความคิดเห็นเพียง 1 รอบ)

รูปแบบที่ 2 การเสนอข่าวและบทความรู้ เดือนละ 2-3 เรื่อง และให้เลือกตอบแบบถามความคิดเห็น ตามที่สนใจ 2 รอบ ทำได้ใน 5 โรงงาน

รูปแบบที่ 3 การเสนอข่าว และบทความรู้พร้อมกันทุกเรื่อง และจัดกลุ่มให้เลือกเรื่องที่สนใจเดือนละ 1 เรื่อง เพื่อตอบแสดงความคิดเห็น 2 รอบ ได้ข้อสรุปความคิดเห็นรวม และความคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้มีความตระหนัก ใน 1 โรงเรียน และโรงพยาบาล 1 แห่ง

วิธีจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รูปแบบนี้ สรุปได้ว่า

1. ยังไม่ได้พิสูจน์ถึงความแตกต่าง ในด้านประสิทธิภาพของการให้ความรู้ การสร้างทัศนคติ และความยากง่ายในการปฏิบัติ ระหว่างการจัดกลุ่มกับการใช้แบบสอบถามเสนอความคิดเห็น บนแผงนิทรรศการ

2. ทั้ง 3 รูปแบบ สามารถกระตุ้นความตระหนัก และการยอมรับของชุมชนให้เกิดการพูดคุยเรื่องเพศ ที่มีความอ่อนไหวทางสังคมได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น

วิธีการนี้เป็นทางออกใหม่ ที่โครงการวิจัยนี้ค้นพบว่า ได้ผลมากในการสร้างทัศนคติของบุคคล และการยอมรับเป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน ในเรื่องเพศได้ ถ้าทำอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ที่ 3 รูปแบบบริการให้การปรึกษา ส่งต่อบำบัดปัญหาทางเพศ และแนะนำวิธีการฝึก **4** ทักษะชีวิตที่สำคัญ คือ วิธีการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา

ผล

1. เจ้าหน้าที่สถานีนามัย และอาสาสมัครได้รับการฝึกอบรมให้การปรึกษาในโรงงาน โรงเรียน สถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ พร้อมทั้งจะให้บริการซึ่งเป็นไปตามแผนการเตรียมคน

2. การใช้บริการ ไม่สามารถประเมินจำนวนผู้ชายมีปัญหาได้ แต่มีการติดต่อปรึกษาทางโทรศัพท์ และฝากเพื่อนมาถามบ้าง ไม่เป็นไปตามแบบแผน ส่วนหนึ่งอาจไปรับบริการโรงพยาบาลที่ได้ประกันสังคมไว้

3. ได้รูปแบบสำหรับเตรียมผู้ให้บริการ ในระบบสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนวิธีให้การปรึกษาและ แนะนำทักษะชีวิต ยังไม่มีรายงานผลงาน เนื่องจากระยะเวลาในการ

วิจัยสั้นมาก ผู้ที่มีปัญหายังขาดความมั่นใจด้านการรักษาความลับเรื่องส่วนตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศที่อ่อนไหวทางสังคมและประเพณี จึงไม่มาปรึกษาโดยตรง

วัตถุประสงค์ที่ 4 รูปแบบการจัดเครือข่ายการบริการ การให้การปรึกษา และการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหามาจากโรงงาน/โรงเรียน ไปยังสถานีนามัย/โรงพยาบาล

1. ระบบงานพัฒนาบริการสาธารณสุข (พบส.) ที่มีอยู่เดิมของสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สถานีนามัย และอาสาสมัครในโรงงาน และโรงเรียนเป็นเครือข่ายสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มความมั่นใจในบริการ ระดับต้น กลาง สูง ให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น ในการให้การปรึกษาเรื่องเพศ และฝึกทักษะชีวิต

2. ได้รูปแบบการจัดบริการ เครือข่าย ที่สามารถพัฒนา ระบบส่งต่อ พบส. ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้

5.5 การนำผลไปขยายในพื้นที่อื่น

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ซึ่งเป็นคณะผู้วิจัยร่วมในโครงการย่อย 3 ได้นำรูปแบบของโครงการนี้ ไปทำโครงการ และประชุมชี้แจงรูปแบบ ให้ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุข 24 จังหวัด และ 12 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต เมื่อวันที่ 26-27 กุมภาพันธ์ 2544 เพื่อขยายผล และพัฒนาโครงการเสริมสร้างบทบาทชายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในสถานประกอบการ เริ่มในเดือนตุลาคม 2544 เพื่อเป็นการทดสอบเปรียบเทียบ พัฒนาระยะที่ 2 ซึ่งถ้าได้ผลดีก็จะมีขยายต่อไปทั่วประเทศได้

2. กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้นำรูปแบบของโครงการย่อยที่ 5 ของโรงพยาบาลบางรัก ไปจัดทำโครงการผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยกามโรคในศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ 12 จังหวัด เริ่มในเดือน ตุลาคม 2544

3. วิธีการวิจัยที่มีส่วนร่วม 4 ระดับ คือ ตัดสินใจวางแผนดำเนินการ ประเมินผล และรับประโยชน์ ระหว่าง 4 หน่วยงาน เป็นรูปแบบที่ดี ในการนำรูปแบบผลการวิจัย ไปพัฒนาและขยายผล ต่อเนื่องได้ โดยหน่วยงานบริการ

4. **รูปแบบ และเทคโนโลยี** การวิจัยร่วมกันของสถาบันการศึกษา ในแนวทางของโครงการนี้ สามารถถ่ายโอนให้หน่วยงานบริการประชาชน นำไปปฏิบัติต่อได้ทันที และบริการถึงกลุ่มคนเป้าหมายไปทั่วประเทศได้อย่างยั่งยืน

5. **วิธีวิจัยปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบบริการ** โดยมีผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานที่บริการประชาชนอยู่แล้ว มาร่วมการวิจัย เป็นรูปแบบการสร้างความเข้าใจงาน และมีความภูมิใจ ที่จะนำไปปรับปรุงงานเดิมได้ทันที

6. **ต้นแบบ สื่อ เอกสาร ความรู้** แบบถาม-ตอบความคิดเห็น 9 ชุด แบบสำรวจความต้องการรู้ 1 ชุด แบบรายงานผล (อพ.1ก/ ข) แบบถามและสรุปความคิดเห็น อพ. 1 – 9 แบบประเมินข้อพึงปฏิบัติของภาพลักษณ์ผู้ชาย 3 ชุด ภล.1- 2- 3 และ แบบรายงานผลภาพลักษณ์ชาย รง.1 ภล. ที่พัฒนาขึ้นใช้ในโครงการนี้ เป็นเครื่องมือการทำงาน ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริงได้ทันที และสามารถปรับปรุงให้เหมาะกับท้องถิ่นได้

6. วิจัย และเสนอแนะ

การเสริมสร้างทัศนคติ และทักษะผู้ชาย ด้านเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์

เนื่องจากเรื่องเพศเป็นพฤติกรรมที่มีความอ่อนไหวทางสังคม จึงต้องปรับทัศนคติของบุคคลและการยอมรับของชุมชนพร้อมกับการวิจัยจึงต้องเป็นชุดโครงการใหญ่ ประกอบด้วย 5 โครงการย่อย ของ 6 หน่วยงาน จากมหาวิทยาลัย กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ สาธารณสุขจังหวัด โรงงาน และโรงเรียน ด้วยการใช้กระบวนการประชุมผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อค้นหาอนาคต (Future Search Conference) ร่วมกันทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดผู้รับผิดชอบทำงานต่อเนื่องกัน เป็นวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาวิธีทำงานเดิม และทำการทดสอบให้ปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ปกติ

วิธีการใหม่ที่น่าสนใจมาทดสอบ คือการสร้างเสริมทัศนคติ ด้วยการประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากการจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเพื่อสร้างความคิดรวบยอด

ที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ สำหรับกลุ่มผู้ชายในชุมชน โรงงาน และโรงเรียน จึงประยุกต์การใช้แผนนิทรรศการ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิด และสร้างความคิดรวบยอด แล้วประยุกต์ใช้ เป็นทัศนคติ และพฤติกรรมของตน

ชาวเหตุการณ์จริง และบทความรู้ เป็นเครื่องมือปรับเปลี่ยนทัศนคติ ที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งต้องสำรวจก่อนดำเนินการ เพื่อให้ตรงกับความต้องการเรียนรู้และปัญหา จึงกระตุ้นให้สนใจ อ่าน พูดคุยกัน และตอบสนองความคิดเห็น

1. การทดสอบรูปแบบ ประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ด้วยการอ่าน เขียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น บนแผนนิทรรศการ เป็นกระบวนการหลักสำคัญของโครงการวิจัย

1.1 พื้นที่ของแผนนิทรรศการ ต้องมีขนาดใหญ่เพื่อแบ่งได้ 4 ส่วน และติดตั้งใน ที่คนผ่านบ่อย

1.2 การเสนอติดข่าวจากสถานการณ์จริง สร้างความสนใจได้มาก และจะดีขึ้น ถ้าเป็นภาพสี

1.3 แผ่นปิดที่เป็นสี และบทความรู้ที่สั้น ๆ เป็นตัวอักษรที่โต ให้ความสนใจอ่าน ได้มากกว่า

1.4 การสำรวจปัญหาและความต้องการเรื่องที่ยากู้ ก่อนจัดนิทรรศการจะทำให้สร้าง ความสนใจได้มาก

1.5 พนักงานโรงงานสนใจอ่านข่าวหนังสือพิมพ์ เพราะมีโอกาสหาอ่านเองได้ น้อย แต่การเขียนตอบมีเพียงครั้งเดียว เพราะไม่เคยชิน และไม่ถนัด

1.6 การพูดคุย วิจารณ์ข่าว เป็นประโยชน์ และทำได้ผลเกินคาด **ควรมีการศึกษาต่อ**

1.7 วิธีจัดเสนอความรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดทั้ง 3 แบบ คือ จัดครั้งละ 1 เรื่อง หรือ 2-3 เรื่อง หรือ ทุกเรื่อง (6 เรื่อง) และให้คนเป้าหมาย เลือกตอบตามความคิดเห็นที่ ตนสนใจ **ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลเพิ่มเติม**

1.8 การกำหนดให้ตอบ 5 ความคิดเห็น เพื่อนำเสนอให้อ่านความคิดผู้อื่นใน รอบที่ 1 และเลือกเพียง 1 ความคิดเห็นรอบ 2 (ตามทฤษฎีการสร้างเสริมทัศนคติ ของคู่มือ

การฝึกทักษะชีวิต ในโครงการวัยรุ่น กรมอนามัยร่วมกับกรมสุขภาพจิต) ทำได้ยากในชุมชน เพราะคนให้ความสนใจน้อยมาก **ควรศึกษาทัศนคติ เปรียบเทียบ 2 แบบนี้** หากต่างกันไม่มาก น่าจะยอมรับได้ โดยชดเชยด้วยการทำหลายครั้ง สลับกับเรื่องอื่น เพราะเป็นวิธีที่ทำได้จริง และนำไปขยายผลได้

2. การดำเนินงานโดยวิธีสาธารณสุขมูลฐาน จากการทดสอบ รูปแบบโครงการ พบว่า

2.1 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีศักยภาพสูง สามารถสนับสนุนโรงงานและโรงเรียนได้ดี

2.2 อาสาสมัครในโรงงาน มีข้อจำกัดมาก เพราะผู้บริหารยังไม่เห็นประโยชน์ว่า เรื่องเพศ และชีวิตครอบครัวของคนงานที่ราบรื่น จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและเพิ่มผลผลิตได้

2.3 เจ้าหน้าที่ ต้องเน้นการชี้แจงให้เห็นประโยชน์เพื่อความร่วมมือที่ดีจากผู้บริหารโรงงาน

2.4 การทดสอบครั้งนี้ มีโรงงานที่ร่วมงานต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 55 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่คาดหวังไว้

2.5 อาสาสมัครโรงงาน และสถานีอนามัย ไม่สามารถจัดทำเอกสาร เครื่องมือ การสร้างความรู้ และทัศนคติได้เอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานวิชาการต้องรับภารกิจนี้ เพื่อให้งานยั่งยืน

2.6 โรงเรียน มีศักยภาพในการทำสื่อการสอนเองได้ โดยมีครูแนะแนวเป็นแกนหลัก

รูปแบบนี้ ที่ใช้ในโรงเรียน ประสบความสำเร็จสูงมาก มีนักเรียนทั้งชายและหญิง สนใจมาก ควรนำไปขยายผลได้

3. **วิธีการส่งเสริมสุขภาพ** สร้างความยอมรับของชุมชน โดยมีคนกลางดำเนินการ และมีผู้สนับสนุน (Advocate-Mediate-Enabling) ให้ตรงกับสถานที่ กลุ่มคน และเรื่องที่สนใจ ตามหลักการ และกลวิธีของ WHO/ Ottawa Charter

โครงการนี้ พิสูจน์ได้ว่าสามารถสร้างความร่วมมือ รวบรวมความคิดเห็น และทัศนคติที่สร้างสรรค์ สามารถนำไปใช้ได้กับการเสริมสร้างสุขภาพประชาชนทุกด้าน

4. **ผู้ชาย มีทัศนคติ ทักษะชีวิต และพฤติกรรม** สอดคล้องกับ มาตรฐานชุมชน

4.1 การดำเนินงานให้ความรู้ ความคิดเห็น และการเลือกไปประยุกต์ใช้เองทุกขั้นตอน สามารถเพิ่มความตระหนัก ความสนใจ เกิดพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ เมื่อสิ้นระยะเวลา 6 เดือนของโครงการนี้ ได้ประเมินทัศนคติพบว่า ความคิดเห็นและทัศนคติที่คล้อยตามในทางสร้างสรรค์ มีอัตราสูง น่าจะเป็นรูปแบบที่นำไปใช้ที่อื่นได้ด้วย

4.2 การประเมินพฤติกรรมรายบุคคลด้วยการให้คะแนน 15 ข้อชี้วัดพฤติกรรมภาพลักษณ์ชายไทย ที่โครงการนี้จัดทำขึ้น พบว่ามีผู้ผ่านเกณฑ์ โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 85 ทั้งในโรงงาน และโรงเรียน น่าจะอยู่ในเกณฑ์ของชุมชนที่น่าพอใจ

ภาพรวมของการดำเนินงานโครงการนี้ มีเวลาในพื้นที่เพียง 6 เดือน ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังได้ เพราะการเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมต้องใช้เวลาอันยาวนาน ควรมีการศึกษาทดสอบต่อเนื่องในระยะยาว และประเมินผลทุกกระยะ 1 ปี ต่อเนื่อง แบบสำรวจร้อยละ

การทดสอบรูปแบบให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ ปรับบทบาทรับผิดชอบ เรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ผู้ชาย มีตัวแปรที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งปัจจัยนำ เช่น สื่อความรู้ ความคิด ค่านิยม ปัจจัยเสริม เช่น คนรอบข้าง ปัจจัยเอื้อ เช่น ระเบียบทางสังคม

ดังนั้นจึงไม่สามารถอ้างผลการทำกิจกรรมเสริม ในโครงการนี้ ในด้านการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้โดยตรง แต่ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ กลุ่มสนทนาสำรวจเป็นระยะ การใช้รูปแบบกิจกรรมของโครงการนี้ ต่อเนื่องในพื้นที่เดิม แล้วสำรวจประเมินทัศนคติ และพฤติกรรมซ้ำทุก 1 ปี จึงจะพบความเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ พฤติกรรม

และแนวโน้ม ทิศทาง เรื่องที่เป็นปัญหาที่สามารถนำมาทำแผนจัดเรื่องนิทรรศการประจำปี ในหน่วยงานที่มีผู้ขายรวมกันเป็นชุมชนได้ตรงตามความจำเป็น

5. **วิธีการใหม่ที่นำมาทดสอบ** ได้ผล และสามารถนำไปใช้ขยายผลได้ คือ

การสร้างเสริมทัศนคติโดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้**แผนนิทรรศการเป็นวิถี แสดงความคิดเห็น** วิจารณ์ ตอบคำถาม และนำมาติดให้ทุกคนอ่านสร้างความคิดรวบยอด ให้เกิดการตัดสินใจ ทดลอง และประยุกต์ใช้

ปรากฏว่า สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง โดย อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน มีความยั่งยืน จึงเป็นรูปแบบที่โครงการนี้ได้ทดสอบได้ผลดี สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ยื่นได้

6. **เอกสารความรู้- แบบสอบถามความคิดเห็น** เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ เพศ

มิติ ความเป็นชาย-หญิง 9 ชุด 1ก/ข, ชุดทัศนคติ 1-9 **ข่าวเหตุการณ์จริง จากหนังสือพิมพ์** เป็นเครื่องมือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างความสนใจอ่าน นำไปพูดคุย วิจารณ์และตอบแบบถามความคิดเห็นให้ **คนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้** ได้ผลสำเร็จมาก นักเรียนและพนักงาน เฉลี่ยร้อยละ 58 นำประเด็นไปปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เป็นวิธีหนึ่ง ที่สามารถนำเรื่องเพศที่ปกปิดมาให้ทุกคนพูดคุยกันได้เป็นภาษาสามัญ เป็นการลดความอึดใจทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและประเพณีของชุมชนนั้นได้ ในระยะต่อไป จึงเป็นรูปแบบที่ดีในการโน้มน้าวสังคม ให้ยอมรับเรื่องใหม่ๆ และเอื้อต่อการเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมบุคคล

ควรศึกษาเพิ่ม - ศัพท์ใดที่เหมาะสมและใช้ในแต่ละพื้นที่ และประเพณี

7. **แบบรายงานและบันทึก** รายงาน อพ 1ก/ข, ภาล 1/2/3, รง 1 ภาล ที่ออกแบบ

ไว้ให้ใช้ในการติดตามกำกับงาน อาสาสมัครไม่ได้นำมาใช้มากพอที่จะประเมินผล เนื่องจากไม่มีเวลาจดบันทึก เจ้าหน้าที่ต้องติดตามงานโดยการสังเกตและพูดคุยเป็นครั้งคราว ซึ่งเป็นเหตุการณ์ปกติของงานอาสาสมัคร

ควรศึกษาเพิ่มเติม โดยให้เจ้าหน้าที่นำไปใช้ในพื้นที่ยื่น และทำการประเมินแบบรายโดยเฉพาะว่าใช้ได้ดีเพียงใด

8. **วิธีเสนอความรู้** ให้แลกเปลี่ยนความคิดมี 2 แบบ คือ จัดครั้งละ 1 หรือ 3-6

เรื่องพร้อมกัน

ควรรศึกษาเปรียบเทียบเพิ่มเติม แบบใดมีประสิทธิภาพดีกว่ากัน

9. **ผู้บริหารโรงงาน** ยังไม่เห็นประโยชน์ว่าเรื่องเพศ และชีวิตครอบครัวที่ราบรื่นของ
คนงาน จะช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงาน จำเป็นต้องประสาน/ชี้แจงมากขึ้น

10. **โรงเรียนมีศักยภาพทำเองได้** นักเรียนให้ความสนใจมาก **รูปแบบนี้ พิสูจน์ได้**
ว่า สร้างความร่วมมือ/ทัศนคติที่สร้างสรรค์ สามารถเสริมสร้างสุขภาพประชาชนทุกด้านได้

บทเรียนที่ได้รับ

จากการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการ และทดสอบในระบบงานปกติโดยไม่ได้ควบคุม
ตัวแปรเป็นเวลา 1 ปี ในระยะที่ 1 ของการพัฒนาโครงการ คือ **ขั้นการสร้างความตระหนัก**
และสร้างความเปลี่ยนแปลง ได้เกิดประเด็นปัญหาจากการศึกษา ที่น่าจะเป็นเรื่องค้นหา
พิสูจน์เพิ่มเติม เพื่อพัฒนา โครงการต่อเนื่องในระยะต่อไปดังนี้

1. **การสร้างการมีส่วนร่วม** ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ด้วยการประชุมค้นหา
อนาคตร่วมกัน สามารถทำความเข้าใจได้ดี แต่ต้องทำซ้ำสำหรับผู้เข้ามาแทนคนเดิมที่ออกไป
การพัฒนาระยะต่อไป ต้องจัดกิจกรรมนี้เพิ่ม

2. **จดหมายข่าว** ที่โครงการนี้ผลิตส่งให้ผู้ปฏิบัติงาน ทุก 2 เดือน เพื่อเป็นสื่อ
ทบทวนความเข้าใจ และติดตามความก้าวหน้าของงาน ไม่ได้ประเมินว่า ได้ช่วยสร้างความ
เข้าใจได้มากนักน้อยเพียงใด **เห็นควรวิจัยเพิ่ม**

3. **คู่มือผู้ปฏิบัติงาน และผังกำกับงาน** มีความสำคัญในการ ติดตาม นิเทศ
กำกับงาน แต่ไม่ได้ประเมินผลการใช้การทำกิจกรรม จึงไม่สามารถประเมินมาตรฐานความ
ถูกต้อง **เห็นควรวิจัยเฉพาะเรื่องนี้เพิ่ม**

4. **วิธีสาธิตสนุขมูลฐาน** สามารถเข้าถึงคนในชุมชนได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ทำเอง
แต่การแสดงให้เห็นผลประโยชน์ที่โรงงานจะได้รับ ยังไม่มีความชัดเจน จึงขาดความร่วมมือที่
เข้มแข็งจากผู้บริหาร

5. การกำหนดตัวคนเป้าหมาย คือชายในโรงงาน และโรงเรียน ที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ให้ครบทุกขั้นตอน ไม่สามารถควบคุมได้ เพราะในระยะเวลา 6 เดือน มีการเปลี่ยนกะทำงาน เปลี่ยนชั่วโมงเรียน **เห็นควรวิจัยและประเมินเปรียบเทียบ ความคิดเห็น ก่อน-หลังกิจกรรม เป็นรายบุคคล และออกแบบวิธีวิจัยใหม่**

6. การยอมรับของชุมชน ในโครงการนี้ มีแนวคิดที่ว่า เรื่องเพศ เป็นความอ่อนไหวทางสังคม ต้องทำ

การกระตุ้นการยอมรับของชุมชน ให้ปรับเปลี่ยนก่อน บุคคลจึงจะปรับเปลี่ยนตามได้ การให้ความรู้ สร้างทัศนคติแก่ส่วนรวม แต่เจาะประเมินเฉพาะคนจำนวนหนึ่ง อาจเป็นการไม่ถูกต้อง เพราะไม่ได้ประเมินคนเดิม หรือคนที่ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นสม่ำเสมอ ผลการประเมินทัศนคติ จึงเป็นของกลุ่มคนชุมชนนั้นทั้งหมด ไม่ใช่ของบุคคล การที่ผลทัศนคติ ก่อน-หลัง ไม่เปลี่ยนก็อาจเป็นเพราะผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน และต่อเนื่อง มีสัดส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 35 ในโรงงาน และคิดเป็นร้อยละ 28 ในโรงเรียน รวมทั้งการแจกแบบสอบถาม เพื่อกระตุ้นความคิดก็แจกครั้งละ 100 ชุด ต่อ 1 เรื่อง ในแต่ละแห่ง **น่าจะมีการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นนี้**

7. **ความคิดเห็นและพฤติกรรมรายบุคคล** โครงการนี้วัดผลข้อพึงปฏิบัติ 15 ข้อ ที่เป็นภาพลักษณ์ชายไทยด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยอิงจากหลักการ ข้อชีวิต 5 ข้อ จากครอบครัวที่ปรารถนา และ 5 ข้อ จากภาวะเสี่ยงของครอบครัว ของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.) ข้อมูลที่สำรวจได้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานได้ในระดับที่น่าพอใจ **ควรมีการวิจัยเพิ่ม พัฒนาโครงการใน ระยะที่ 2** คือ ปรับปรุงข้อพึงปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับประเพณี และคุณภาพชีวิตของคนในท้องถิ่นต่างๆ ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ได้ข้อชีวิตระดับการพัฒนาคนในชุมชนที่แตกต่างกัน และเป็นเครื่องมือค้นหาปัญหาพฤติกรรมบุคคล เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับประกอบการวางแผนรณรงค์ แก้ปัญหา ตามลำดับความสำคัญได้

8. **กระบวนการประชุมผู้มีส่วนได้เสีย** ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ประชาชน ด้วยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมค้นหาอนาคต พิสูจน์ได้ว่า สามารถสร้างความเข้าใจในงาน สร้างความรับผิดชอบ ได้แผนงานร่วม คู่มือปฏิบัติงาน และฝังก้าบงาน ติดตาม

นิเทศ ให้ปฏิบัติงานได้มาตรฐาน ควรใช้เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน ได้ความคิดและการยอมรับจากทุกคนที่อาสาสมัครร่วมงาน

9. **คนเป้าหมาย** เพื่อประเมินความคิดเห็น ทักษะคติบุคคล และชุมชน ก่อน และหลังการทำกิจกรรมสร้างทัศนคติ ต้องออกแบบให้กำหนดตัวคนให้เข้าร่วมกิจกรรมให้ครบ โดยต้องแก้ปัญหาเรื่อง จัดเวลาทำงานเป็นกะ และชั่วโมงเรียนให้มีความสม่ำเสมอ

10. **ทัศนคติและพฤติกรรมบุคคล** วัดผลที่ความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อ ความพร้อมปฏิบัติ 15 ข้อ ของภาพลักษณ์ชาย จากแนวทางของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีมีประโยชน์มาก ในการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ เพราะทำให้

10.1 ได้ข้อมูลพื้นฐาน ทัศนคติ และพฤติกรรมผู้ชาย ด้านเพศ

10.2 ได้เรื่องที่ผู้ชายไม่ผ่านเกณฑ์มากตามลำดับ นำมาทำแผนจัดนิทรรศการสร้างทัศนคติปีละ 1-2 เรื่อง ตรงกับปัญหา และประเด็น ควรปรับเปลี่ยนข้อปฏิบัติพึงประสงค์ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ยุคสมัย และทำต่อเนื่อง

11. **บริการให้การปรึกษาปัญหาเรื่องเพศ** พนักงานเคยไปรับบริการเรื่องการเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาพที่สถานอนามัยร้อยละ 12 ของผู้รับการประเมิน มีการพูดคุยเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์บ้าง แต่ไม่เป็นประเด็นที่จะนำมาให้การปรึกษา บางรายเลียบเคียงว่าเพื่อนมีปัญหาทางเพศฝากมาถาม เพราะมีทัศนคติว่าเป็นเรื่องอับอาย ปกปิดวัฒนธรรมไทย ยังไม่เอื้อ จึงไม่สามารถช่วยดูแลเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศศึกษาได้โดยตรง ผู้ให้การปรึกษาจึงไม่ได้ใช้แบบฉบับบันทึกและรายงานบริการ ควรประชาสัมพันธ์เชิญชวนและให้ความมั่นใจในความลับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าใจ และไว้ใจบริการให้การปรึกษาปัญหาทางเพศ

12. **ภาพลักษณ์ชายพึงประสงค์** 15 ข้อพึงปฏิบัติ ด้านทัศนคติ ความเชื่อ ความพร้อมปฏิบัติที่โครงการนี้จัดทำขึ้น มีผู้ผ่านเกณฑ์เป็นพนักงานร้อยละ 77.7 วัยรุ่นร้อยละ 77.5

แสดงว่า ผู้ชายในโรงงานโรงเรียน ของอำเภอเมืองสมุทรปราการ **มีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับน่าพอใจ เป็นปัจจัยเอื้อให้** คนส่วนน้อยปรับเปลี่ยนตามได้ ถ้ามีกิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติอย่างต่อเนื่อง

13. **ตัวแปรที่ควบคุมไม่ได้ในสังคม** คือ ปัจจัยนำ- สื่อความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยเสริม- คนรอบข้าง ปัจจัยเอื้อ- ระเบียบสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมชาย มากหรือน้อยตามพื้นที่

โครงการนี้ทดสอบในสภาวะปกติ จึงสามารถนำไปดัดแปลงใช้ในที่อื่นได้

14. **การประเมินทัศนคติ บุคคลก่อน-หลังการจัดกิจกรรม** ในคนเดิมทำได้ยากในชุมชน และสถานการณ์จริง เพราะปัจจัยตัวแปร ไม่สามารถควบคุมได้ คือเวลาการทำงาน และเวลาเรียน ดังนั้นการกำหนดตัวคนให้เข้าร่วมกิจกรรม อ่านบทความรู้ตอบแบบถามความคิดเห็น จึงทำไม่ได้ แบบสอบถามจ่ายแห่งละ 100 ชุดต่อ 1 เรื่อง ครอบคลุมคนได้ประมาณร้อยละ 35

เมื่อประเมินภายหลัง 6 เดือน โดยสุ่มประเมินจากผู้ชายทั้งหมด จึงเป็นนักเรียนที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม เพียงร้อยละ 28.3 และพนักงานร้อยละ 34.9

การเปลี่ยนทัศนคติ ภายหลัง 6 เดือนจึงแปลผลไม่ได้ว่า เป็นจากกิจกรรมโครงการนี้ เพราะสื่อ เพื่อน สภาพครอบครัว มีอิทธิพลกว่า โครงการนี้จึงออกแบบให้ประเมินแบบช่วงเวลาทุกๆ ปี ด้วย ภาพลักษณ์ชาย จะเห็นความเปลี่ยนแปลงได้ โครงการนี้เป็น **วิจัยปฏิบัติการ เพื่อทดสอบรูปแบบ ระบบบริการ** สร้างทัศนคติ ด้วยวิธีการ และกิจกรรมจาก 4 ทฤษฎี และวิธีการที่พิสูจน์และใช้กันได้ผลมาแล้ว จึงไม่ได้ออกแบบให้วัดผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติบุคคล แต่เน้นการประเมินทัศนคติ ความรู้ความเชื่อ ความพร้อมปฏิบัติ ของคนทั้งชุมชน และประเมินประสิทธิภาพกิจกรรมด้วย CIPP model

หากมีการประเมินแบบช่วงเวลา ซ้ำทุก 1-2 ปี จะเห็นแนวโน้ม ความเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ พฤติกรรม ได้ดีกว่า และยังช่วยให้ค้นพบเรื่องที่เป็นปัญหาจาก 15 ข้อ พิธีปฏิบัติของภาพลักษณ์ชายที่มีผู้ไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อนำมาเป็นเรื่อง การจัดนิทรรศการประจำปี ที่ตรงกับปัญหา ของชุมชนแต่ละพื้นที่ เพื่อพัฒนาคน ด้วยระบบบริการปกติได้อย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต **ทักษะชีวิตที่สำคัญทางสุขภาพ ทักษะชีวิตในโรงเรียน ทิศทางการพัฒนาด้านสุขภาพ** สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ และคณะ. (2542). **รายงานผลการวิจัย พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง** เอกสารสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2537). **การสร้าง และปรับเปลี่ยนทัศนคติ.** เอกสารสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2541). **กระบวนการเรียนการสอน เพื่อการสร้างและเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คู่มือผู้บริหาร ทักษะชีวิตในโรงเรียน.** สำนักสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และส่วนอนามัยวัยเรียน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- ลำอานงค์ มณีวรรณ และคณะ. (2530). **รายงานผลการวิจัยโครงการ “สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการให้การศึกษาประชาชนอย่างต่อเนื่อง”** เอกสารผลการวิจัยฉบับเดือนสิงหาคม
- Green L.W., Kreuter M.W., (1992). **Planned Approach to Community Health as an Application of PRECEDE and Inspiration to PROCEED. Journal of Health Education, 23, 3, Apr. 1992**
- Herdon, N. (1998). **Men influence contraceptive use. Network. 18, 3.**
- IEC interventions for health: A 20 year retrospective on dichotomies and directions. (1998). **Journal of Health Communication, 3, 4, p.367.**
- International Conference on Population and Development. (1994). **Programme of Action.** Cairo, Egypt. September

- Mi Kim, Y., Kols, A., Nyakaura, R., Marangwanda, C., & Chibatamoto, P. (2001). Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. **Family Planning Perspectives**. 27, 1.
- Pender NJ. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2 nd & 3 rd Editions. Stanford, Connecticut: Appleton & Lange
- Stufflebeam D.L., (1991). The CIPP model for program evaluation. In G.F. Madaus, M Scriven, D.L. Stufflebeam (eds.) **Evaluation Models** (Chapter 7, pp. 117-141), Boston: Kluwer-Nijhoff
- UNFPA (1998). **Male involvement in reproductive health: Incorporating gender throughout the life cycle**. UNFPA Technical Support Services System: Occasional Paper Series No. 1.
- Valente, T. W. (1998). Mass media and interpersonal influence in a reproductive health communication campaign in Bolivia. **Communication Research**. 25, 1, p.96-124.
- Wegner, M. N., Landry, E., Wilkinson, D., & Tzanis, J. (1998). Men as partners in reproductive health: From issues to action. **International Family Planning Perspectives**. 24.
- World Health Organization. (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion**. 17-26 November, Ottawa. Canada
- _____. (1994). **Skill of Life. Participatory Learning** Mental Health Division. Geneva

**การทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์
ในเขตภาคตะวันออก : การเผชิญปัญหาและ
สุขภาพมารดาและทารก**

**Abuse During Pregnancy
in the Eastern Region of Thailand:
Coping Strategies and Maternal and Fetal Outcomes**

**วรรณิ์ เดียวอิสเรศ
มณีรัตน์ ภาครูป
ยูนี พงศ์จตุรวิทย์**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)**

2544

**การทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์
ในเขตภาคตะวันออก : การเผชิญปัญหาและ
สุขภาพมารดาและทารก**

**Abuse During Pregnancy
in the Eastern Region of Thailand:
Coping Strategies and Maternal and Fetal Outcomes**

**วรรณิ เตียววิศเรศ
มณีรัตน์ ภาครูป
ยุณี พงศ์จตุรวิทย์**

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ออกความเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ครั้งนี้ มีจุดเริ่มต้นและได้รับการสนับสนุนด้านทุนวิจัย ตลอดจนการสนับสนุนด้านอื่น ๆ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี จากโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ซึ่งคณะ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บุปผา ศิริวิศมี และ Dr.Alan Gray ที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ และติดตามดูแลช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการทำวิจัยอย่างใกล้ชิด ทำให้โครงการวิจัยดำเนินไปด้วยดีและสำเร็จตามเป้าหมาย

ขอขอบคุณพยาบาลเพื่อนร่วมวิชาชีพผู้ที่มีความสนใจประเด็นการใช้ความรุนแรงต่อสตรีโดยเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนามครั้งนี้ หากไม่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากท่านแล้วการเก็บข้อมูลคงจะมีความลำบากยิ่ง

ขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์รวมทั้งสามีทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษานี้เป็นอย่างดี เปิดเผยและเต็มใจ ทั้งในการให้ข้อมูลเป็นส่วนตัวและการสัมภาษณ์กลุ่ม และท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณนิสิตปริญญาโทสาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในการช่วยบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และขอบคุณอีกหลายท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้

วรรณิ เตียววิศเรศ
มณีนรัตน์ ภาคภู
ยนิ พงศ์จตุรวิทย์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปรากฏการณ์การทารุณกรรมผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุก ความถี่และชนิดของการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมผลกระทบของการทารุณกรรมต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก และเพื่ออธิบายกลไกการเผชิญปัญหาของหญิงที่ถูกกระทำทารุณกรรมขณะตั้งครรภ์ คุณลักษณะของสามีผู้กระทำทารุณกรรมต่อภรรยาขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งความคิดเห็นของสามีต่อการทารุณกรรมภรรยาขณะตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ คลินิกรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสิ้น 12 แห่ง ใน 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี ระหว่าง 1 เมษายน 2542 ถึง 31 สิงหาคม 2543 รวมกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทั้งสิ้น 481 คน ในจำนวนนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม 233 คน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการโดยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถาม 4 ครั้ง คือ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในระยะไตรมาสที่ 1 ครั้งที่ 2 เมื่อมาฝากครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 2 และครั้งที่ 3 เมื่อมาฝากครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 3 และภายหลังคลอดหรือแท้งบุตร ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพมารดาและทารก จากบันทึกรายงานทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ระดับลึก คือหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง จำนวน 4 ราย ที่บ้านของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนการสนทนากลุ่มดำเนินการ 2 ครั้งที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม คือสามีหญิงตั้งครรภ์ทั้งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยคำนวณ ค่าร้อยละ อัตราความชุก ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบสมมติฐานใช้การ

ทดสอบที่การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบอัตราการความชุกของการถูกระงับการทำธุรกรรมขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 5.4 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน โดยพบอัตราการถูกระงับการทำธุรกรรม ด้านร่างกาย และทางด้านเพศด้านใดด้านหนึ่ง ในอัตรา .12 และ .21 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน ตามลำดับ และพบการทำธุรกรรมทางจิตใจ ในอัตราที่สูงกว่าด้านอื่น คือ อัตรา 3.6 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน และพบอัตราความชุกการถูกระงับการทำธุรกรรมในระดับรุนแรงต่ำ และระดับรุนแรงปานกลาง เป็นส่วนใหญ่

ผู้ที่กระทำธุรกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือ สามีของหญิงตั้งครรภ์เองและมีลักษณะส่วนบุคคลตรงกับการศึกษาในกลุ่มสามีของหญิงสมรสทั่ว ๆ ไปของประเทศ คือ มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ ดัชนีแอลกอฮอล์ ปัจจัยส่วนบุคคลของสามีและด้านครอบครัวที่เป็นตัวกำหนดการทำธุรกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาในระดับอาชีวศึกษาและมัธยมศึกษา การไม่ได้ประกอบอาชีพของทั้งสามีและภรรยา การไม่ได้จดทะเบียนสมรส และลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัยที่ไม่ดี ส่วนปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสำคัญที่สุดในการถูกระงับการทำธุรกรรมขณะตั้งครรภ์ คือ ประวัติการถูกระงับทำธุรกรรมก่อนตั้งครรภ์และประวัติการถูกระงับทำธุรกรรมในวัยเด็กและประวัติการใช้ความรุนแรงในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์เอง

ในด้านผลกระทบของการทำธุรกรรมขณะตั้งครรภ์ต่อสุขภาพมารดาและทารก ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ หญิงที่ถูกทำธุรกรรม กับไม่ถูกทำธุรกรรมมีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ คือ มีสุขภาพมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มหญิงสมรสทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งพบว่า การทำธุรกรรมมีผลเสียต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงผู้ถูกระงับและทารกในครรภ์

ด้านกลไกการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ใช้วิธีการอดทนต่อสภาพการถูกทารุณกรรม อย่างเพียงลำพังเงียบ ๆ ภายในครอบครัว เมื่อผู้หญิงที่เป็นภรรยาถูกทำร้ายรุนแรงมากขึ้น ถึงขั้นคุกคามต่อชีวิตและสวัสดิภาพ ประกอบกับการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจยุติการถูกทารุณกรรม วิธีการที่หญิงตั้งครรภ์ใช้คือ การเลิกกับสามี และหนีไปอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม สำหรับการพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ใช้เพื่อขจัดหรือบรรเทาความเครียดจากการถูกทารุณกรรม เช่น การพึ่งยาหรือสารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ยี่ ดื่มสุรา พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีพฤติกรรมเหล่านี้เลย

ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ชายที่เป็นสามีหญิงตั้งครรภ์ ต่อปรากฏการณ์การใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงพบว่าสามีกลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมและความเชื่อว่าการใช้ความรุนแรงระหว่างคู่สมรสเป็นเหตุการณ์ปกติของชีวิตคู่สมรส และเป็นเรื่อง "เฉพาะของครอบครัวบุคคลนอกครอบครัวและสังคมไม่ควรยุ่งเกี่ยว" และ "ผู้ชายนอกครอบครัวที่เข้าไปช่วยเหลือจะดูหมองในด้านลบว่า มีความสัมพันธ์เชิงชู้สาวกับผู้หญิงที่ถูกทำร้าย" ความเชื่อเช่นนี้แสดงถึงการสืบทอดค่านิยมทางสังคมที่ส่งเสริมให้ปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงในครอบครัวในสังคมไทยยังคงดำรงอยู่และดำเนินต่อไป

ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการประเมินปัญหาการกระทำทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือลดความรุนแรงของปัญหาและอันตรายที่อาจเกิดต่อผู้หญิงได้อย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์ และข้อเสนอสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการกำหนดแนวทาง และดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ที่ส่งเสริมการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงในสังคมไทยต่อไป

EXECUTIVE SUMMARY

Violence against women is a worldwide phenomenon affecting the health of women in every nation and in all social classes. Abuse of women includes physical, psychological and sexual abuse.

There is a body of research from many countries that provides evidence of the incidence and prevalence of violence against women. Research also demonstrates that violence against women not only affects the victims' physical and emotional health but also has consequences for their reproductive health. In Thailand, violence against women has been increasingly reported by the media. There have only been a few studies, which found that 70% to 78% of wives had been abused by their husbands. However, these studies are primarily small-scale studies conducted at the provincial level. In addition, comprehensive research on violence against women and its effects on reproductive health is lacking, despite the serious nature of the problem. Research is needed to determine the nature by type, scope, causes and consequences of violence against women to provide concrete recommendations for the protection of women's rights and their reproductive health. This large-scale study addressed this issue and focused on violence against women during pregnancy in the eastern region of Thailand.

Abused pregnant women are targeted because of the high prevalence of abuse during pregnancy and implications for reproductive health in terms of maternal and fetal health outcomes. In the United States, estimates of the prevalence of abuse during pregnancy range from 7% to 65%. In Thailand, a study reported that 12% of pregnant women were physically abused and 22% were emotionally abused. Moreover, a woman's history of abuse prior to pregnancy is a strong predictor of abuse during pregnancy. Approximately half of all women who are pregnant while in abusive relationships are also abused during pregnancy. There is considerable evidence suggesting that abuse during pregnancy is a serious threat to the health of women and their unborn children. Studies from other countries, mainly from the United States, indicate that abused women are at twice the risk compared with non-abused women. Complications of pregnancy including low weight gain, anemia, infection, miscarriage, and first and second trimester bleeding are significantly higher among abused women. Abused women are also more likely to experience pregnancies complicated by substance use. Infants of abused mothers have significantly lower birth weight than infants of women who are not abused.

Since pregnancy is the only time in a healthy woman's life that she has regular, scheduled contact with health care providers, pregnancy provides an

opportunity for assessing the incidence and determining consequence of abuse. To our knowledge, this is the first study on abuse during pregnancy and its effects on reproductive health in Thailand. The main objectives of this study were: (i) to assess the prevalence, frequency and types of abuse suffered by women receiving antenatal care in government hospitals in eastern Thailand; (ii) to determine factors causing such abuse; (iii) to describe coping mechanisms among the abused pregnant women; (iv) to describe characteristics of the abusers; and (v) to describe the outcomes of abuse during pregnancy in terms of maternal and infant health, for example complications of pregnancy, infant mortality, fetal wastage or even maternal death. The major hypotheses to be tested were: (i) that non-abused women have better maternal health outcomes than abused pregnant women, and (ii) the birth weight of infants of non-abused mothers is higher than that of infants of abused mothers. It was also hypothesized that personal, family and social factors are major determinants of abuse during pregnancy.

The study involved 481 pregnant women who were paying their first prenatal visit at 12 regional, provincial or community hospitals in the four Eastern provinces of Chon Buri, Rayong, Chachoengsao, and Chantaburi, from April 1999 to August 2000. Quantitative data were collected by research assistants who were staff nurses in the hospitals. The pregnant women were assessed for abuse three times—during the first, the second, and the third trimester of pregnancy—by using the Abuse Assessment Questionnaire. Data on maternal and fetal health outcomes were collected from medical records. Qualitative data were collected using in-depth interview and focus group interview. In in-depth interviews, four pregnant women who were severely physically and mentally abused were interviewed for the purpose of delineating coping strategies of abused pregnant women. In two focus group interviews at a hospital, husbands of pregnant women who were and were not participants of the study were used as informants for the purpose of collecting their opinions towards abuse of women. The quantitative data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation. Hypotheses were tested by t-test and logistic regression analysis. Content analysis was employed to analyze the qualitative data.

The average age of the women in this study was 25.6 years, with an age range of 15 to 43 years. Most of women had an upper secondary level education or lower. Of the 481 women, 64% earned an income of 3,447.96 Baht per month. Seventy percent of women had no marriage certificate. The average duration of living with their current spouses was 4.5 years (range of 1 to 25 years). Most of them (46%) were in their first pregnancy. Fifty-four percent of the women lived in extended families while 46% lived in nuclear families. The mean age of their husbands was 29.5 years which was higher than that of their wives. Husbands

and wives had the same level of education, but the number of husbands who earned an income was higher than that of their wives. Most of husbands (97%) were employed. Fifty-one percent of these husbands were factory employees, laborers, or shopkeepers. Their husbands' incomes ranged from 500 to 20,000 Baht per month with a mean of 7,371.8 Baht. Wives reported that most of their husbands (64%) sometimes had an alcoholic drink and 12% of them had an alcoholic drink regularly.

The 481 pregnant women in the sample were divided into abused and non-abused groups after analyzing the Abuse Assessment Questionnaire. Among the women, 271 had experienced abuse one year before their current pregnancy (6.3 to 100 women) and 233 reported being abused during their current pregnancy (5.4 to 100 pregnant women). The prevalence rates of physical abuse and sexual abuse were .12 and .21 per 100 pregnant women, respectively. This rate is relatively low when compared with the rate reported in other groups of women in Thailand. However, the prevalence rate of emotional abuse (3.6 to 100 pregnant women) seemed to be higher than other forms of abuse. It was also found that physical abuse and sexual abuse almost always was accompanied by emotional abuse. The rate of women who suffered both types of abuse—physical and emotional abuse and sexual and emotional abuse—were .81 to .51 per 100 pregnant women. However, the rate of women who experienced all types of abuse was very low (.19 per 100 women).

When abuse was assessed for levels of severity, it was found that mild and moderate levels of abuse were more prevalent than severe abuse. Most women were abused more than once, 36% experienced violence one to three times, and 39% were abused seven times or more. Violence against pregnant women took a variety of forms including physical assault such as punching up, hits, slaps, kicks, and beating; emotional abuse, such as threats, intimidation, humiliation, and forced to consider suicide; and sexual abuse, such as forced sex. Similar to findings from other studies, most of the abusers were the pregnant women's husbands. These husbands possessed the same personal profile found in other studies of abused wives, that is, they had a low socioeconomic status and liked alcoholic drinks.

The study regarding the determinants of abuse during pregnancy revealed that the personal and family factors associated with abuse during pregnancy were levels of vocational and secondary education of their husbands, unemployment of husbands and wives, having no marriage certificate, and living in a poor community. The most important determinants of abuse during pregnancy were

history of abuse before pregnancy, childhood abuse, and witnessing abuse in women's families.

Although only four abused women were interviewed in-depth to provide data on coping strategies used to deal with abuse during pregnancy, results of the study illuminated important aspects of women's ways of coping to such abuse. Among the four abused women, most of them were not passive victims but used active strategies to protect their safety and that of their children. Coping with partner abuse seemed to be a process where the women used both passive and active strategies. Three main strategies used by abused women were: *being patient with abuse* in silence and making no attempt to seek assistance; *fighting back*—verbally and physically—especially when the abuse became more severe; and *leaving an abusive relationship* by going back to live with their former families. Women cited severity of abuse, realization that their husbands were not going to change, and family support as important factors that propelled them leave an abusive relationship. In addition, using drugs or other addictive substances in order to alleviate the stress of being abused was not found among these women because they had not taken refuge in such a behavior before.

The study of the opinion of husbands of pregnant women on violence against women revealed that the husbands believed using violence between spouses characterized normal family life and it was the family's own business. Society should not get involved. This finding reveals a legacy of cultural values which has led to the increasing use of violence against women in the Thai society. In addition, if male outsiders of the family tried to assist the abused women (who were not their wives), they would be perceived as having an adulterous relationship with the abused women. Obviously, this incorrect perception needs to be changed.

Regarding the effects of abuse, the data from this study do not support the study's hypotheses. No significant differences in maternal and fetal health outcomes of abused and non-abused women were found. The results of the study were not congruent with the ones found in Thailand and other countries in which the negative effects of abuse during pregnancy on physical and mental health of women and their infants were found.

The study concluded that because of the high prevalence rate of abuse, especially emotional abuse as reported by the women, there is a need for routine screening for all types of abuse of women during each prenatal visit. The prenatal care setting is especially conducive to discussing abuse because trust can develop as women return for repeat visits. It also provides an opportunity for assessing

appropriate interventions for women who suffer from abuse (e.g., counseling, documentation of injuries, referral to legal assistance and support) which are essential in order to interrupt the cycle of abuse and to prevent serious conditions that can follow from abuse. Certain service settings, such as reproductive health services, emergency departments, and health centers in the community, provide other good opportunities to identify and provide support for women living with violence. The findings of the study also suggests that policies and actions should be taken at all levels to change the beliefs and attitudes that permit abusive behavior and family violence in Thai society.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	x
บทคัดย่อ	xi
Executive Summary	xiv
สารบัญ	xix
สารบัญตาราง	xxi
1. บทนำ	71
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	71
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	77
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย	78
1.4 สมมติฐานการวิจัย	79
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	79
2. วิธีการวิจัย	81
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	82
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	84
2.4 ข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล	85
2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	85
3. ผลการวิจัย	86
3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	86
3.2 การทำธุรกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์	87
3.3 คุณลักษณะของสามีผู้กระทำธุรกรรมต่อภรรยาขณะตั้งครรภ์	90
3.4 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทำธุรกรรมหญิงในระยะตั้งครรภ์	91

3. ผลการวิจัย (ต่อ)	
3.5 ผลการทารุณกรรมต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก	94
3.6 กลไกการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม	96
3.7 ความคิดเห็นของสามีหญิงตั้งครรภ์ต่อการทารุณกรรมหญิงขณะตั้งครรภ์ ...	99
4. อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	101
4.1 อภิปรายผล	101
4.2 ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	117

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 จำนวนและอัตราความชุกของหญิงที่ถูกทารุณกรรมระยะก่อนตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือหญิงตั้งครรภ์ 100 คน	88
2 จำนวนและอัตราความชุกของหญิงที่ถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์ จำแนกตามประเภทและระดับความรุนแรงของการทารุณกรรม	89
3 ความถี่ของการถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์	89
4 ความถี่ของการถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์ จำแนกตามไตรมาส ของการตั้งครรภ์	90
5 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะ ไตรมาสที่ 1	92
6 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะ ไตรมาสที่ 2	93
7 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ ในระยะไตรมาสที่ 3	94
8 ผลการเปรียบเทียบสุขภาพมารดาและทารกระหว่างหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มที่ถูกทารุณกรรมกับไม่ถูกทารุณกรรม	95
9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสุขภาพมารดา และน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด	95
10 ผลการเปรียบเทียบสุขภาพมารดาระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 4 กลุ่ม	96
11 ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดของหญิงตั้งครรภ์ 4 กลุ่ม	96

ตาราง

12	จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	117
13	จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของสามีของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง	119
14	ลักษณะของการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ และ	121
15	จำนวนและร้อยละของผู้ที่กระทำทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์	122
16	คุณลักษณะสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม	122
17	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์	124
18	ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ ในระยะไตรมาสที่ 1	128
19	ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ ในระยะไตรมาสที่ 2	130
20	ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ ในระยะไตรมาสที่ 3	132
21	การกำหนดน้ำหนักค่าคะแนน สุขภาพมารดาและทารก	134

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงหรือการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงเป็นปัญหาทางสังคมและเป็นปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นมานานหลายปีตั้งแต่ในอดีตที่สังคมยังไม่มี ความเจริญ จนมาถึงสังคมปัจจุบัน นอกจากนี้ปัญหาการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงยังเป็น ปัญหาในระดับสากล กล่าวคือ เกิดได้ในทุกสังคมไม่ว่าจะเป็นในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือ ประเทศที่กำลังพัฒนา พบได้ทุกระดับชนชั้น และนับวันปัญหานี้จะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากที่ผ่านมาปัญหาการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจจาก รัฐบาลและผู้เกี่ยวข้องของทุกประเทศทั่วโลกในระดับน้อย ปัญหานี้ได้เริ่มมีการกล่าวอ้างถึง และศึกษาวิจัยกันอย่างแพร่หลายจริงจังมากขึ้นเมื่อไม่นานมานี้เอง จากการศึกษา การศึกษาวิจัยหลายฉบับและรายงานขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้การช่วยเหลือ ผู้หญิง ส่วนใหญ่พบว่า การทารุณกรรมต่อผู้หญิงเป็นการทารุณกรรมที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ของผู้หญิงเอง โดยมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้กระทำโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เป็นสามีหรือคู่รัก (Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999) การกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงมีหลากหลายรูปแบบ และหลายระดับความรุนแรงโดยมีตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย (physical abuse) เช่น ตบ ตี ตะ ต่อย ฯลฯ ให้ได้รับบาดเจ็บ จนถึงฆ่าให้ตาย การทำให้ได้รับความกระทบกระเทือนทาง จิตใจ (psychological abuse or emotional abuse) เช่น การดู ด่า ขู่ การทำลายข้าวของ หรือสิ่งที่รัก การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น และการกระทำทารุณกรรมทางเพศ (sexual abuse) เช่น การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ (Heise, et al., 1999)

ความรุนแรงต่อผู้หญิงเป็นปัญหาร่วมของผู้หญิงทั่วโลก เป็นการละเมิดสิทธิ ของมนุษย์และมีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและจิตใจ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของ สตรี (Heise, Moore, & Toubia, 1995) ปรากฏการณ์การใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงมีรากเหง้า มาจากวัฒนธรรมทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขัดเกลาทางสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้หญิง

และผู้ชายได้รับสืบทอดกันมาจากครอบครัวและสังคม ที่ยอมรับพ่อหรือผู้ชายเป็นใหญ่ (patriarchal culture) ผู้ชายมีอำนาจมากกว่าผู้หญิง สิ่งเหล่านี้เป็นเงื่อนไขให้ผู้ชายละเมิดสิทธิหรือทำร้ายผู้หญิง (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2542) นอกจากนี้ ค่านิยมทางครอบครัวที่ว่าเรื่องของครอบครัวเป็นเรื่องเฉพาะส่วนบุคคล สังคมไม่ควรยุ่งเกี่ยวและบุคคลในครอบครัวไม่ควรเปิดเผย และนโยบายทางสังคมในการคุ้มครองและช่วยเหลือผู้หญิงยังไม่กำหนดชัดเจน ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงยังคงดำเนินต่อไป

สถานการณ์ของการทารุณกรรมต่อผู้หญิงได้มีการศึกษาวิจัยกันอย่างแพร่หลายและถึงแม้ว่าการให้ความหมายของการทารุณกรรมจะมีความแตกต่างกันไปตามค่านิยม วัฒนธรรมและการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลคือผู้กระทำและผู้ถูกกระทำทารุณกรรมก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์การกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงยังมีความรุนแรงและพบได้ทั่วทุกสังคม ไฮส์ และคณะ (Heise, et al., 1999) ได้รวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยเชิงสำรวจมากกว่า 50 เรื่อง จากหลายประเทศทั่วโลก พบว่าร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้หญิงถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายโดยสามีหรือคู่สมรสเป็นผู้กระทำ โดยผู้หญิงที่ถูกทำร้ายด้านร่างกายมักจะถูกทำร้ายด้านจิตใจด้วยเสมอ และหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่ถูกทำร้ายด้านร่างกายถูกทารุณกรรมทางเพศด้วย สำหรับสถานการณ์การทารุณกรรมต่อผู้หญิงในประเทศไทย มีการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้เองและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะที่ในระดับเล็ก ยังขาดข้อมูลการศึกษาในระดับภูมิภาคหรือระดับชาติ จากการศึกษาวิจัยสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวในกรุงเทพมหานครของ พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2533) พบว่า ภรรยา ร้อยละ 35 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 5 บาดเจ็บถึงขั้นต้องส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 18 บาดเจ็บสาหัส ร้อยละ 6 บาดเจ็บถึงขั้นสลบ ร้อยละ 2 ถึงขั้นตาย และร้อยละ 17 ถึงขั้นเสียชีวิต นิจวรรณ วีรวัฒน์นินดม (2540) พบว่าร้อยละ 69 ของผู้หญิงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก บอกว่าเคยถูกกระทำทารุณกรรม โดยถูกกระทำทารุณกรรมทางจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ทางด้านเพศและทางด้านร่างกาย ผู้ที่กระทำทารุณกรรมด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนใหญ่คือสามี อัจฉรา สกุนตนิยม (2541) ศึกษากลุ่มภรรยาในครอบครัว เขต

ชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของการทำร้ายคู่สมรส ร้อยละ 21 ซึ่งตัวเลขนี้ตรงกับรายงานการศึกษาของ ศิริชัย โชติรัตน์ (2538) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสามีของผู้หญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าร้อยละ 20 ของสามีบอกว่ามีการทำร้ายร่างกายภรรยาตนเอง (Hoffman, Demo, & Edwards, 1994) สำหรับรูปแบบและระดับความรุนแรงของการกระทำทารุณกรรมต่อภรรยา ศิริเพ็ญ ศิริวัฒนา (2538) พบว่าในบรรดาภรรยาที่ถูกทารุณกรรมในครอบครัว ถูกทำร้ายร่างกายมากที่สุดถึงร้อยละ 65 และร้อยละ 35 ถูกใช้ความรุนแรงทางวาจา การทำร้ายด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็นการทุบตี ผลัก เตะ จนได้รับบาดเจ็บ การศึกษาในกลุ่มภรรยาในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ พบว่า ร้อยละ 82 ของภรรยาถูกกระทำรุนแรงในระดับต่ำ และร้อยละ 13 ไม่ถูกกระทำรุนแรง (ดลนภา หงษ์ทอง, 2542) การศึกษาในกลุ่มสามีที่ทำร้ายร่างกายภรรยารุนแรงจนถึงต้องถูกตัดสินลงโทษจำคุก พบว่า ส่วนใหญ่สามีใช้วิธีวะเข้า ทำร้าย เช่น การต่อย เตะ ถีบ ผลัก บีบคอ และมีความถี่ของการกระทำในระดับกระทำเป็นครั้งคราวมากที่สุด โดยผลการกระทำส่วนใหญ่ทำให้ภรรยาเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงของสังคมไทยยังเป็นปัญหาในระดับรุนแรงไม่แพ้ในสังคมประเทศอื่น

การทารุณกรรมต่อผู้หญิงเกิดขึ้นได้กับผู้หญิงทุกวัยนับตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา รวมทั้งหญิงในระยะตั้งครรภ์ ปรากฏการณ์การทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ ในต่างประเทศได้มีการศึกษาอย่างแพร่หลาย อัตราความชุกของการทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบตั้งแต่ ร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 36 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่างร้อยละ 4 ถึง ร้อยละ 8 (Gazamararian, Lazorick, Spitz, Ballard, Saltzman, & Marks, 1996) การสำรวจโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างระดับชาติ พบอัตราความชุกของการทารุณกรรมในหญิงขณะตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 36 และเป็นอัตราที่สูงกว่าในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (Gelles, 1988) ส่วนการสำรวจในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล พบอุบัติการณ์การทารุณกรรมด้านร่างกาย ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 22 (Berenson, Stiglich, Wilkinson, & Anderson, 1991) (Parker, McFarlane, Soeken, Torres, & Campbell, 1993) สำหรับ

สถานการณ์การทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาเพียง 2 เรื่องเท่านั้นคือ การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 1 กระทรวงสาธารณสุข ของดonya ณะอุดม (2539) พบร้อยละ 12 ถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้กำลังตบ ตี เตะ และร้อยละ 22 ถูกทารุณกรรมทางจิตใจ และการศึกษาย้อนหลังของในมารดาหลังคลอด วัยรุ่น ของดรฤณี บัวบุญย์ (2544) พบว่า ร้อยละ 2 ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายเพียงด้านเดียวในขณะที่ตั้งครรภ์ ร้อยละ 7 ถูกทารุณกรรมในทางด้านจิตใจเพียงด้านเดียว และร้อยละ 22 ถูกทารุณกรรมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการศึกษาอัตราการทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างระดับเล็ก และเป็นการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว อัตราความชุกหรืออุบัติการณ์ที่พบอาจเป็นอัตราที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจไม่กล้ารายงานความจริง ทั้งนี้เนื่องจากการพบกันครั้งแรกและครั้งเดียวกับผู้สัมภาษณ์ซึ่งสัมพันธ์ภาพอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ดังนั้นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่เป็นตัวแทนระดับภูมิภาคหรือระดับชาติ และการศึกษาติดตามตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อจะได้อธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างถูกต้องและเป็นจริงยิ่งขึ้น

การทารุณกรรมต่อหญิงมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงต่อสุขภาพของผู้หญิงและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ผลกระทบต่อสุขภาพอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทตามความรุนแรงที่ได้รับ (Heise, et al., 1999) คือ ผลกระทบที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต (fatal outcomes) ได้แก่ ถูกฆ่าตายหรือผู้หญิงฆ่าตัวตาย อัตราตายของมารดาหรือตายจากการติดเชื้อเอชไอวี และผลกระทบที่ไม่รุนแรงถึงแก่ชีวิต (nonfatal outcomes) ซึ่งประกอบด้วยผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกาย ทางจิตใจ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อขจัดความตึงเครียดจากการถูกทารุณกรรมเช่น การใช้ยาหรือสารเสพติด การดื่มสุรา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้การทารุณกรรมยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย

สำหรับผลกระทบของการทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้มีการศึกษาอย่างมากมายทั้งในประเทศที่พัฒนาและที่กำลังพัฒนา ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบตรงกันคือ การทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์ เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ (Berenson, Wiemann, Rowe, & Rickert, 1997 ; Curry, Perris, & Wall, 1998 ; Renker, 1998) มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนคลอด (Curry, et al., 1998 ; Parker, McFarlane, & Soeken, 1994) เสี่ยงต่อภาวะแท้งบุตรหรือทำแท้ง (Amaro, Fried, Cabral, & Zuckerman, 1990 ; Jejeebhoy, 1998) คลอดก่อนกำหนด (Cokkinides, Coker, Sanderson, Addy, & Bethea, 1999) สำหรับผลทางด้านจิตใจพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมมีความเครียดสูง มีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองต่ำ พยายามฆ่าตัวตาย และมีการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด เพื่อขจัดความเครียดทางอารมณ์ (Curry, 1998 ; Dannenberg, et al., 1995 ; Martin, English, Clark, Cilenti, & Kupper, 1996)

ผลต่อทารกพบว่า การทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (fetal distress) (Cokkinides, et al., 1999) และที่มีการศึกษามากมายและผลการศึกษาสอดคล้องกัน คือ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมมักคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) หรือทารกคลอดจากมารดาถูกทารุณกรรมที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยต่ำกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ถูกทารุณกรรม ซึ่งน้ำหนักตัวทารกน้อยนี้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารกในประเทศที่ด้อยพัฒนา (Amaro, et al., 1990 ; Berenson, Wiemann, Wilkinson, Jones, & Anderson, 1994 ; Campbell, et al., 1999; Cokkinides, et al., 1999 ; Curry, et al., 1998 ; Fernandez & Krueger, 1999 ; Grimstad, Schei, Backe, & Jacobsen, 1997 ; Renker, 1998) การศึกษาผลของการทารุณกรรมต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในประเทศไทย พบผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศดังกล่าวมา (ดร.ณิ บัวบุญย์, 2544)

จากสถานการณ์การใช้ความรุนแรงหรือการทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงที่เกิดขึ้นในสังคมและผลกระทบที่เป็นอันตรายสุขภาพผู้หญิงและบุตร ทำให้มีการศึกษาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดของการทำทารุณกรรมต่อผู้หญิง ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยในระดับบุคคลและครอบครัว ทั้งของหญิงที่ถูกกระทำทารุณกรรมและของสามีผู้กระทำทารุณกรรม พบว่าตัวกำหนดของการทารุณกรรมในด้านส่วนตัวผู้หญิงคือ การไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้ การศึกษาต่ำ ส่วนสามีมักพบว่าเป็นผู้ที่มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ आयุน้อย ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือใช้แรงงาน ดื่มสุราเป็นประจำ เล่นการพนันส่วนตัวกำหนดในด้านครอบครัวคือ การไม่ได้จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาการสมรส ลักษณะครอบครัวเดี่ยว และการมีข้อขัดแย้งระหว่างคู่สมรสเป็นประจำ (दनया णनखुदुडुडु, 2539 ; डुरखुडुडु डुरडुरडुडु, 2538 ; डुडुडु डुडुडुडुडु, 2541) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์กับการทารุณกรรมต่อผู้หญิงนั้น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีอัตราการถูกทารุณกรรมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (Curry, et al., 1998 ; Parker, McFarlane, Soeken, Torres, & Campbell, 1993) การไม่ตั้งใจหรือไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์และสามี / คู่สมรสไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนั้น ทำให้ถูกทำทารุณกรรมสูงกว่าปกติ (Stewart & Cecutti, 1993) และพบว่า ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 60 ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมบอกว่าคู่รักของตนตั้งใจทำร้ายร่างกายเพิ่มขึ้นเมื่อรู้ว่าเธอตั้งครรภ์ (Bullock & McFarlane, 1988)

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ พอสรุปได้ว่า การทารุณกรรมต่อผู้หญิงยังเป็นปัญหาที่พบได้ทุกสังคม และพบในอัตราที่ไม่น้อยในสังคมไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์หรือที่เป็นสัมพันธ์กันหรือที่เป็นตัวกำหนด การทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์และผลการทารุณกรรมต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในประเทศไทย ได้มีการศึกษาบ้างแต่เป็นเพียงการศึกษาในระดับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

นอกจากนี้ยังพบว่ายังไม่มีการศึกษาทั้งในกลุ่มหญิงที่เป็นภรรยาทั่ว ๆ ไป และหญิงขณะตั้งครรภ์ ว่าผู้หญิงเหล่านี้มีกลไกการเผชิญต่อการถูกกระทำทารุณกรรมอย่างไรบ้าง

โดยเฉพาะในรายที่ถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางจิตใจที่รุนแรงในขณะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นระยะที่ผู้หญิงควรจะได้รับความรัก การดูแลปกป้อง ทะนุถนอมเป็นพิเศษจากสามีหรือบุคคลในครอบครัว แต่กลับถูกกระทำหรือปฏิบัติในทางตรงกันข้าม ประเด็นปัญหาด้านกลไกการเผชิญปัญหานี้ต้องการการศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจชัดเจนและกำหนดแนวทางการช่วยเหลือหญิงที่ถูกทารุณกรรมได้เหมาะสม และเนื่องจากพบว่าผู้ที่กระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิง ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือคู่สมรส ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลของชายผู้กระทำทารุณกรรมและการศึกษาความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ชายที่เป็นสามีต่อการทารุณกรรมต่อหญิงจึงน่าจะทำได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ในการอธิบายบริบทที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดและการดำรงอยู่ของปรากฏการณ์การทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงได้ลึกซึ้งและครอบคลุมมากขึ้น ด้วยเหตุนี้การศึกษาคั้งนี้จึงมุ่งศึกษาการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรรภ์ให้ครอบคลุมประเด็นของปรากฏการณ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในระดับภาค คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในระยะตั้งครรรภ์ในบริบทสังคมไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันปัญหาและลดความรุนแรงของปัญหาการทารุณกรรมต่อผู้หญิงต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

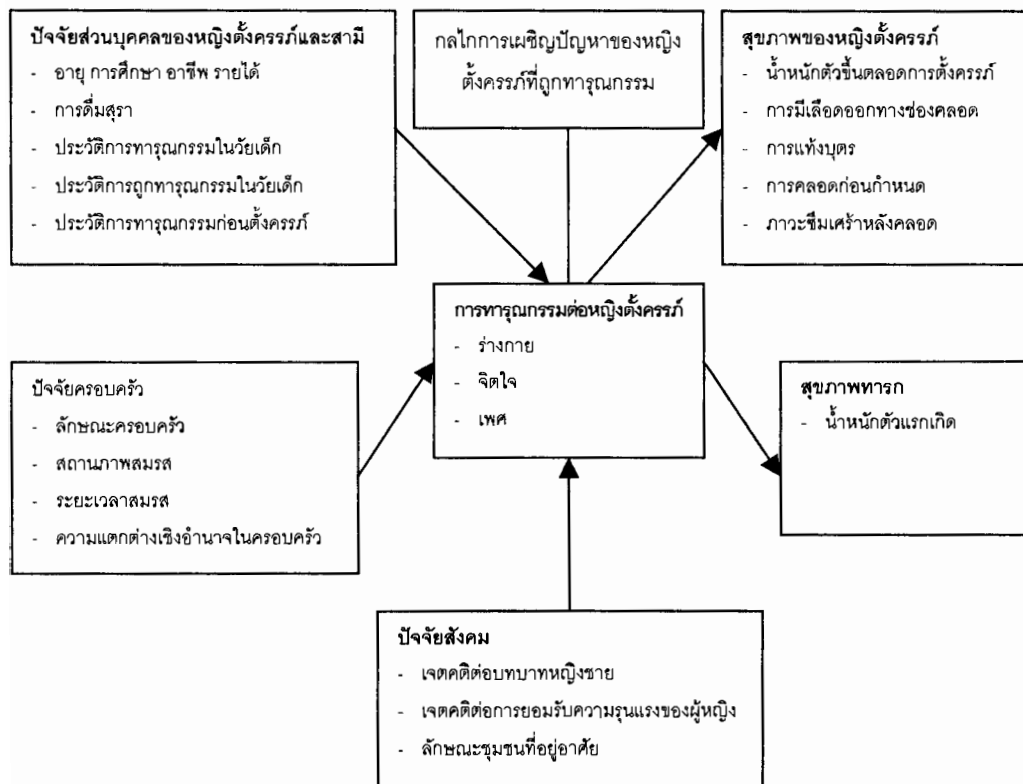
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาอัตราความชุก การทารุณกรรมในระยะตั้งครรรภ์ และผลของการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรรภ์และทารกในครรรภ์ในสถานพยาบาลทั้งในเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุก ความถี่และชนิดของการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงในระยะตั้งครรภ์
3. เพื่ออธิบายกลไกการเผชิญปัญหาของหญิงที่ถูกกระทำทารุณกรรมขณะตั้งครรภ์
4. เพื่ออธิบายคุณลักษณะของสามีผู้ที่ถูกกระทำทารุณกรรมต่อภรรยาขณะตั้งครรภ์
5. เพื่ออธิบายความคิดเห็นของสามีหญิงตั้งครรภ์ต่อการทารุณกรรมหญิงขณะตั้งครรภ์
6. เพื่อศึกษาผลกระทบของการทารุณกรรมต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก

1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย



1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยสังคมมีความสัมพันธ์กับการทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมมีสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจด้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกทารุณกรรม
3. ทารกที่มารดาถูกทารุณกรรมขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่าทารกที่มารดาไม่ถูกทารุณกรรม

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

การทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ก่อให้เกิดบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการบังคับทางด้านเพศแก่หญิงในระยะตั้งครรภ์ โดยผู้กระทำเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นนอกครอบครัวก็ได้ ในการศึกษาครั้งนี้จำแนกการทารุณกรรมเป็น 3 ปัญหา ดังนี้

1. **การทารุณกรรมทางด้านร่างกาย (Physical abuse)** หมายถึง การกระทำที่ ก่อให้เกิดบาดเจ็บต่อร่างกาย ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรงมาก ทั้งที่มีร่องรอย และไม่มีร่องรอย ของการบาดเจ็บ

2. **การทารุณกรรมทางด้านจิตใจ (Emotional abuse)** หมายถึง การใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์และการกระทำเพื่อก่อให้เกิดได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ รู้สึกเสียใจ หวาดกลัว หวาดระแวง กังวลไม่สบายใจ และมีความกดดันทางอารมณ์อื่นๆ รูปแบบการกระทำประกอบด้วย การใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์ เช่น การพูดจาดูถูก ด่าด้วยคำหยาบ ตะคอก ตวาด เปรียบเทียบเป็นสัตว์ ประณามว่าชั่วช้า เลวทราม พูดจาประชดประชัน ชูว่าจะทำร้ายร่างกาย บังคับให้ฆ่าตัวตาย จะทำร้าย คน สัตว์ หรือสิ่งของที่รัก

รวมทั้งการแสดงท่าที การกระทำ เช่น เฉยเมย ท่าทีโกรธ ไม่พอใจ ซึ่งเป็นการกระทำรุนแรงที่มีผลโดยตรงต่อจิตใจ

3. การทารุณกรรมทางเพศ (Sexual abuse) หมายถึง การบังคับ (force) ให้น้องตั้งครรภ์ทำ กิจกรรมทางเพศที่ขัดต่อความปรารถนาของน้องตั้งครรภ์ เช่น การบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ หรือการบังคับให้ร่วมเพศกับบุคคลที่ไม่ใช่สามี ให้ร่วมเพศในท่าที่ขัดต่อความประสงค์ ฯลฯ

การประเมินการทารุณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้น้องตั้งครรภ์ที่ตอบว่าการทารุณกรรมเพียงอย่างเดียวหนึ่งในแต่ละประเภทดังกล่าวหรือหลายประเภทรวมกัน ในช่วงขณะตั้งครรภ์จัดว่าเป็นผู้ถูกกระทำทารุณกรรม

ระดับความรุนแรงของการกระทำทารุณกรรมต่อน้องตั้งครรภ์ หมายถึง ระดับความรุนแรงของการถูกกระทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ และ/หรือทางเพศในช่วงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ จำแนกระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับดังนี้

1. การทารุณกรรมระดับรุนแรงต่ำ (Minor abuse) ประกอบด้วย การขว้างปาสิ่งของใส่ การผลักหรือกระชาก การดูถูก ดูต่ำด้วยคำหยาบคาย ตะคอก ตวาด ประชด การแสดง ท่าทีโกรธไม่พอใจ การแสดงท่าทีเฉยเมย การบังคับให้ร่วมเพศ และการให้ร่วมเพศในท่าที่ขัดกับความปรารถนา

2. การทารุณกรรมระดับรุนแรงปานกลาง (Moderate abuse) ประกอบด้วย การตบ การกัด การต่อย การประณามว่าชั่วช้า การขู่จะทำลายสิ่งของหรือสัตว์เลี้ยงที่รัก การขู่จะทำร้ายร่างกาย

3. การทารุณกรรมระดับรุนแรงมาก (Severe abuse) ประกอบด้วย การใช้กำลังขั้นรุนแรง เช่น การบีบคอ การกระแทก จับโยนลงน้ำ การทุบตีการใช้อาวุธ เช่น การเสียนหรือตีด้วยอาวุธ การทำร้ายด้วยมีดหรือปืน การจี้ด้วยบุหรี่หรือของร้อน การราดด้วยน้ำกรด

การกระทำที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทารกในครรภ์ การชู้ว่าจะทำร้ายลูกหรือคนที่รัก การบังคับให้ฆ่าตัวตาย และการบังคับให้ร่วมเพศกับชายอื่นที่ไม่ใช่สามี

ระยะตั้งครรภ์ หมายถึง ระยะตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ปัจจุบันจนกระทั่งก่อนคลอด

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก (First prenatal visit) ณ โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล การศึกษา

สามีหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ชายที่มีความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยากับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน หรือแยกกันอยู่ แต่ยังคงมีการติดต่อสัมพันธ์กันฉันท์สามี-ภรรยาโดยมีการจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ได้

การทารุณกรรมในวัยเด็ก หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างถูกกระทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ ทางเพศ ทางใดทางหนึ่งหรือหลายทางร่วมกันในขณะที่อายุไม่เกิน 18 ปี โดยบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

การทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์ หมายถึง การถูกกระทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ ทางเพศ ทางใดทางหนึ่งหรือหลายทาง ในระยะ 1 ปีก่อนเริ่มตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2. วิธีการวิจัย

การศึกษาการทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ใช้วิธีศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่ม การศึกษาทั้งสองส่วนนี้ดำเนินไปพร้อม ๆ กัน

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ คลินิกรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต 8 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงใต้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว และนครนายก ในช่วง 1 เมษายน 2542 ถึง 31 สิงหาคม 2543

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ คลินิกรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในเขต 4 จังหวัด คือจังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทราและจันทบุรี รวมกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทั้งสิ้น 481 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยสุ่มจำนวนจังหวัดที่จะทำการศึกษา 4 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่ซ้ำได้จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี ในแต่ละจังหวัด คณะผู้วิจัยกำหนดทำการศึกษาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนั้น ๆ 2 โรงพยาบาล การสุ่มโรงพยาบาลชุมชนใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่ซ้ำเช่นกัน รวมได้โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 12 แห่ง คณะผู้วิจัยกำหนดเก็บข้อมูลตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด แห่งละ 60 ราย โดยกำหนดโควต้าในเบื้องต้นเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม : ไม่ถูกทารุณกรรมเท่ากับ 20 : 40 และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 40 ราย โดยกำหนดโควต้าเป็นหญิง ตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม : ไม่ถูกทารุณกรรม เป็น 10 : 20 รวมกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในเบื้องต้น คือ เท่ากับ 480 ราย แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม 160 ราย และไม่ถูกทารุณกรรม 320 ราย

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึกและการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบสอบถามที่ผู้อื่นสร้างไว้ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างและทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริง แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยมีอายุครรภ์ระหว่าง 0 - 4 เดือน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และสามีและข้อมูลครอบครัว เช่น อายุ อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร ฯลฯ
2. แบบสอบถามเจตคติต่อการยอมรับความรุนแรงของผู้หญิง เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ใช้ประเมินเจตคติต่อการยอมรับความรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีเจตคติต่อการยอมรับความรุนแรงสูง
3. แบบสอบถามเจตคติต่อบทบาทหญิงชาย เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้บทบาททางเพศหญิงและเพศชายสูง
4. แบบสอบถามการถูกทารุณกรรม เป็นแบบสอบถามการทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินการทารุณกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์

ครั้งที่ 2 เมื่อมาฝากครรภ์ในช่วง ตั้งครรภ์ได้ 4⁺ เดือน - 6 เดือน ประกอบด้วยแบบสอบถามการถูกทารุณกรรม

ครั้งที่ 3 เมื่อมาฝากครรภ์ในช่วง ตั้งครรภ์ได้ 6⁺ เดือน - ก่อนคลอด ประกอบด้วยแบบสอบถามการดูแลสุขภาพ

ครั้งที่ 4 ภายหลังคลอด ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก แบบวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่สามารถวัดภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้ทั้งในระยะปกติและระยะหลังคลอด

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2542 ถึง เดือนมีนาคม 2544 ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 481 ราย จากโรงพยาบาล 12 แห่ง โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยจากโรงพยาบาลที่ตกเป็นตัวอย่าง พร้อมขออนุญาตให้พยาบาลของโรงพยาบาลเป็นผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นขอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ครั้งก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แต่ละแห่ง ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนั้น โดยครั้งแรกผู้ช่วยวิจัยทำการเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ (first visit) ในวันที่มีบริการรับฝากครรภ์ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากรับบริการฝากครรภ์จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแล้ว ผู้ช่วยวิจัย พบกับหญิงตั้งครรภ์ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในห้องที่เป็นส่วนตัว ใกล้บริเวณรับฝากครรภ์ โดยให้สามีหรือญาติรอนอกห้อง ภายหลังจากหญิงตั้งครรภ์เซ็นใบสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลผู้ช่วยวิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถาม แล้วให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเฉลี่ยการตอบแบบสอบถามครั้งแรกซึ่งมีหลายชุดใช้เวลาคนละประมาณ 30-45 นาที หญิงตั้งครรภ์ทุกรายอ่านหนังสือได้และตอบแบบสอบถามเอง หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยนัดทำการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์อีก 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 2 เมื่อมาฝากครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 2 ครั้งที่ 3 เมื่อมาฝากครรภ์

ในระยะไตรมาสที่ 3 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามการทารุณกรรม และครั้งที่ 4 ภายหลังคลอดหรือแท้งบุตร เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพมารดาและทารก

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตัวเอง โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึก และแบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ระดับลึกใช้เวลาประมาณรายละเอียด 1-2 ชั่วโมงต่อราย โดยทำการสัมภาษณ์ที่บ้านหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง จำนวน 4 ราย เพื่อเก็บข้อมูลในการอธิบายกลไกการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม ส่วนการสนทนากลุ่มดำเนินการ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยจัดที่ห้องประชุม ที่อยู่ใกล้กับคลินิกรับฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชลบุรี ครั้งแรกเป็นการสนทนากลุ่มชายที่เป็นสามีหญิงตั้งครรภ์ทั้งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับฐานะเศรษฐกิจสังคมในระดับกลางจำนวน 8 คน ครั้งที่สองเป็นกลุ่มสามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับฐานะเศรษฐกิจสังคมในระดับต่ำจำนวน 6 คน การสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลความคิดเห็นของสามีหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการทารุณกรรมผู้หญิง

2.4 ข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากมีหญิงตั้งครรภ์บางคนวางแผนไปคลอดที่อื่นหรือจังหวัดภูมิลำเนาเดิมทำให้ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลภายหลังคลอดได้ ดังนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ เฉพาะผู้ที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเท่านั้น

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science : SPSS) โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบสมมติฐาน ใช้การทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Logistic

Regression Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3. ผลการวิจัย

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 25.6 ปี ผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเพียง 15 ปี (6 ราย) และอายุมากที่สุดคือ 43 ปี (1 ราย) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงสุดไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 84.7 ในกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าถึงร้อยละ 46.2 ถึงแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับที่ไม่สูงนัก แต่พบว่าร้อยละ 64.0 ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ย 3,448 บาทต่อเดือน หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างไม่ได้จดทะเบียนสมรสถึงร้อยละ 69.5 มีระยะเวลาอยู่กับคู่สมรสคนปัจจุบัน เฉลี่ย 4.5 ปี ต่ำสุดคือ 1 ปี และสูงสุดคือ 25 ปี การตั้งครรภ์พบว่าเป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 46.2 และมีผู้ที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 3 ขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ลักษณะของครอบครัว พบว่ามีสัดส่วนของครอบครัวขยายสูงกว่าครอบครัวเดี่ยวเพียงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 53.6 และร้อยละ 45.9 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงลักษณะครอบครัวแบบดั้งเดิมของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย แต่ในขณะเดียวกันแสดงถึง แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ลักษณะชุมชนที่ครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ตั้งอยู่ในการศึกษาคั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ตั้งครรภ์อยู่ในชุมชนที่ดี ได้แก่ ไม่ใช่ ชุมชนแออัด สลัม บ้านพักคนงาน หรือชุมชนที่มีปัญหาอาชญากรรมหรือยาเสพติดกับชุมชนที่ไม่ดี ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะดี คิดเป็นร้อยละ 76.9

2. ลักษณะทั่วไปของสามีนึงตั้งครรภ์

อายุเฉลี่ยของสามีนึงตั้งครรภ์สูงกว่าของภรรยา คือ เฉลี่ย 29.1 ปี ผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 18 ปี (7 ราย) และผู้ที่มีอายุมากที่สุด คือ 63 ปี (1 ราย) เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของสามีนึงตั้งครรภ์กับระดับการศึกษาของภรรยา พบว่ามีสัดส่วนระดับการศึกษาในระดับใกล้เคียงกันคือ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 47.4 สามีนึงตั้งครรภ์มีการประกอบอาชีพมากกว่าภรรยา คือ มีเพียงร้อยละ 2.8 (13 ราย) ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพขณะที่ภรรยาไม่ได้ประกอบอาชีพมีถึงร้อยละ 36.0 (173 ราย) แสดงให้เห็นถึงค่าที่นิยมที่ว่าผู้ชายเป็นผู้ประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว เมื่อพิจารณาอาชีพของสามีนึงตั้งครรภ์พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างใช้แรงงานหรือค้าขาย ถึงร้อยละ 50.7 ซึ่งสอดคล้องกับระดับการศึกษาของสามีนึง สำหรับรายได้สามีนึงพบว่ามีรายได้ตั้งแต่ ต่ำสุด 500 บาท (2 ราย) จนถึงสูงสุด 20,000 บาท (1 ราย) โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 7,372 บาทต่อเดือน สามีนึงตั้งครรภ์ร้อยละ 63.6 มีการดื่มสุราบางครั้งและมีถึงร้อยละ 11.9 (57 ราย) ที่บอกดื่มเป็นประจำ

3.2 การทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์

การศึกษาการทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์ครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณ 1 ใน 3 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมและ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกทารุณกรรม ผลการศึกษาพบดังนี้

1. อัตราความชุกของการทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์

คำนวณหาอัตราความชุกด้วยสูตร ดังนี้

$$\text{อัตราความชุก} = \frac{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม}}{\text{หญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเสี่ยง (4,313 คน)}} \times 100$$

ผลการคำนวณหาอัตราความชุกในระยะ 1 ปีก่อนตั้งครรภ์และระยะตั้งครรภ์ พบอัตราความชุกของการถูกทารุณกรรมเท่ากับร้อยละ 6.28 และ 5.41 ตามลำดับ โดยเป็นการถูกทารุณกรรมทางจิตใจในอัตราที่สูงกว่าการทารุณกรรมทางร่างกาย และทางด้านเพศซึ่งพบในอัตราที่น้อยมาก

ตาราง 1 จำนวนและอัตราความชุกหญิงที่ถูกทารุณกรรมระยะก่อนตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ ในโรงพยาบาลรัฐเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน

ประเภทของการถูกทารุณกรรม	ระยะก่อนตั้งครรภ์		ระยะตั้งครรภ์	
	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา
1. ทางร่างกายอย่างเดียว	16	.37	5	.12
2. ทางจิตใจอย่างเดียว	167	3.87	153	3.55
3. ทางเพศอย่างเดียว	3	.07	9	.21
4. ทางด้านร่างกายและจิตใจ	56	1.30	35	.81
5. ทางด้านร่างกายและทางเพศ	1	.02	1	.02
6. ทางด้านจิตใจและทางเพศ	17	.40	22	.51
7. ถูกทารุณกรรมทั้ง 3 ด้าน	11	.26	8	.19
รวม	271	6.28	233	5.41

เมื่อจำแนกการทารุณกรรมตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น พบว่าส่วนมากเป็นการทารุณกรรมในระดับรุนแรงน้อย อัตราร้อยละ 2.34 และ เป็นการทารุณกรรมในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 2.52 การทารุณกรรมในระดับรุนแรงมาก พบน้อยเพียง อัตราร้อยละ 0.51 (ตาราง 2)

**ตาราง 2 จำนวนและอัตราความชุกของหญิงที่ถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์
จำแนกตามประเภทและระดับความรุนแรงของการทารุณกรรม**

ระดับความรุนแรง	ทางร่างกาย		ทางจิตใจ		ทางเพศ		รวม	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. การทารุณกรรมระดับน้อย	23	.53	98	2.27	40	.92	101	2.34
2. การทารุณกรรมระดับปานกลาง	13	.30	121	2.81	-	-	109	2.32
3. การทารุณกรรมระดับมาก	16	.37	7	.16	-	-	23	.51
รวม	52	1.20	226	5.24	40	.92	233	5.37

2. ความถี่ของการถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์

ตลอดช่วงการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมส่วนใหญ่ถูกทารุณกรรมอยู่ระหว่าง 7 ครั้งหรือมากกว่า

ตาราง 3 ความถี่ของการถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการถูกทารุณกรรม	ตลอดการตั้งครรภ์	
	จำนวน	อัตรา
1 – 3 ครั้ง	84	36.05
4 – 6 ครั้ง	59	25.32
7 ครั้ง และมากกว่า	90	38.63
รวม	233	100.00

เมื่อพิจารณาในแต่ละช่วงไตรมาสของการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมถูกทารุณกรรมระหว่าง 1-3 ครั้ง (ตาราง 4)

ตาราง 4 ความถี่ของการถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์ จำแนกตามไตรมาสของการตั้งครรภ์

ความถี่ของการถูกทารุณกรรม	ไตรมาสที่ 1		ไตรมาสที่ 2		ไตรมาสที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 - 3 ครั้ง	122	75.8	89	60.6	85	73.9
4 - 6 ครั้ง	11	6.8	46	31.3	25	21.7
7 ครั้ง และมากกว่า	28	17.4	12	8.2	5	4.4
รวม	161	100.0	147	100.0	115	100.0

3. ลักษณะของการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ถูกกระทำ ทารุณกรรมตั้งแต่ในลักษณะที่รุนแรงเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ในกลุ่มที่ถูกกระทำทารุณกรรมทางด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นการทำให้ได้รับบาดเจ็บแต่ไม่รุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งได้แก่ การผลัก เหวี่ยง ลากถู ดึง เตะ ตบ ต่อย กักขัง เหยียบคอ โขกศีรษะกับของแข็ง เช่น หิน เป็นต้น การทารุณกรรมทางจิตใจ พบว่า ถูก ดูด่า ดูถูกหรือประณามมากที่สุด มีเพียง 1 รายที่ถูกบังคับให้ฆ่าตัวตาย ส่วนการทารุณกรรมทางเพศ ส่วนใหญ่เป็นการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สมัครใจหรือไม่ต้องการ (ตาราง 14 ในภาคผนวก)

3.3 คุณลักษณะของสามีผู้กระทำทารุณกรรมต่อภรรยาขณะตั้งครรภ์

ผู้ที่กระทำทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่คือสามีของหญิงตั้งครรภ์เอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ยังถูกบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวเป็นผู้กระทำทารุณกรรมด้วย ได้แก่ มารดาหญิงตั้งครรภ์ มารดาสามี พี่สาวหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น (ตาราง 15 ในภาคผนวก) สามีผู้กระทำทารุณกรรม

ต่อภรรยาขณะตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อายุระหว่าง 21-30 ปี มีรายได้ค่อนข้างต่ำอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท มีการดื่มสุราน้ำบางครั้ง ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ซึ่งตรงกับลักษณะของสามีผู้กระทำความรุนแรงต่อภรรยาในงานวิจัยอื่น ๆ ในประเทศไทย (ตาราง 16 ในภาคผนวก)

3.4 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงในระยะตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงในระยะตั้งครรภ์ครั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และสามี ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสังคม รวมทั้งสิ้น 19 ปัจจัย ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระและการถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์กับไม่ถูกทารุณกรรมเป็นตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่ามี 10 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์ อาชีพของหญิงตั้งครรภ์ อาชีพของสามี รายได้ของหญิงตั้งครรภ์ รายได้ของสามี การดื่มสุราของสามี การจดทะเบียนสมรส ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัว ประวัติการทารุณกรรมในวัยเด็ก และประวัติการถูกทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์ (ตาราง 17 ในภาคผนวก) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส ผลการวิจัยพบดังนี้

1. ปัจจัยที่มีเป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1

ปัจจัยที่ใช้เป็นตัวกำหนดการถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ มี 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้ง 19 ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันทำนายการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (model $\chi^2 = 163.14$, $p < .001$) โดยสามารถทำนายการถูกทารุณกรรมหรือไม่ถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ได้ถูกต้องถึงร้อยละ 70.4 เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยพบว่ามีเพียง 4 ปัจจัยเท่านั้นที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 1 ได้แก่ การศึกษาระดับ

อาชีวศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มการศึกษาระดับอุดมศึกษา ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ประวัติการถูกทารุณกรรมวัยเด็ก และประวัติการทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงที่ถูกทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์ มีโอกาสถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงที่ไม่ถูกทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์สูงถึง 13 เท่า (ตาราง 18 ภาคผนวก)

ตาราง 5 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 1 (N = 395)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
การศึกษาระดับอาชีวศึกษาของสามี	-1.67	4.20	0.19	.040
ประวัติการถูกทารุณกรรมวัยเด็กของหญิงตั้งครรภ์	-.85	5.01	0.43	.025
ประวัติการใช้ทารุณกรรมในครอบครัว	.06	11.37	1.07	.001
ประวัติการถูกทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์	2.61	45.22	13.67	.000

2. ปัจจัยที่มีเป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 2

ในระยะไตรมาสที่ 2 ได้เพิ่ม ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด อีก 1 ตัว ในการวิเคราะห์ คือ การถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1 ในระยะตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยทั้ง 20 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (model $\chi^2 = 135.02$, $p < .001$) โดยสามารถทำนายการถูกทารุณกรรมหรือไม่ถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ได้ถูกต้องถึงร้อยละ 78.2 และเมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการทารุณกรรมทั้ง 4 ด้าน คือ ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัว ประวัติการทารุณกรรมในวัยเด็ก ประวัติการทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์และประวัติการทารุณกรรมในระยะไตรมาส 1 ล้วนแต่เป็นตัวกำหนดการถูกทารุณกรรมในระยะ

ไตรมาสที่ 2 ทั้งสิ้น และปัจจัยด้านชุมชนที่อยู่อาศัย การศึกษาระดับมัธยมศึกษาของสามี เมื่อเทียบกับการศึกษาระดับอุดมศึกษา และการจดทะเบียนสมรสพบว่าเป็นตัวกำหนดการถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 2 เช่นกัน (ตาราง 6 และตาราง 19 ในภาคผนวก)

ตาราง 6 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 2 (N = 395)

ปัจจัยทำนาย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
1. การจดทะเบียนสมรส	1.93	6.86	0.39	.030
2. ลักษณะชุมชนที่อาศัย	-.40	4.66	0.48	.031
3. การศึกษาระดับมัธยมศึกษาของสามี	-1.62	4.71	0.20	.009
4. ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัว	.04	4.68	1.04	.031
5. ประวัติการทารุณกรรมในวัยเด็ก	-1.01	7.57	0.36	.006
6. การถูกทารุณกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์	1.61	18.61	5.02	.000
7. การถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1	-.90	8.65	0.40	.003

3. ปัจจัยที่มีเป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 3

ในระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งระยะนี้นับตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ 7 เดือนขึ้นไปจนกระทั่งก่อนคลอด ในการวิเคราะห์ได้เพิ่มการถูกทารุณกรรมในไตรมาสที่ 2 ในโมเดลการทำนาย พบว่า ปัจจัยทั้ง 21 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (model $\chi^2 = 139.52$, $p < .001$) โดยสามารถทำนายการถูกทารุณกรรมหรือไม่ถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ได้ถูกต้องถึงร้อยละ 85.6 โดยปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมในระยะนี้ คือ การไม่ได้ประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ประกอบอาชีพ

การว่างงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพของสามีเมื่อเทียบกับกลุ่มมีงานทำ และการถูกทารุณกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 (ตาราง 7)

ตาราง 7 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะเวลาที่ 3

ปัจจัยทำนาย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
การไม่ได้ประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์	-.98	4.42	0.37	.035
การไม่ได้ประกอบอาชีพของสามี	-3.34	5.44	0.04	.020
การถูกทารุณกรรมในไตรมาสที่ 1	-1.26	12.53	0.28	.000
การถูกทารุณกรรมในไตรมาสที่ 2	-1.77	26.04	0.17	.000

3.5 ผลการทารุณกรรมต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก

การเปรียบเทียบสุขภาพมารดาและทารกระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมกับไม่ถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์ครั้งนี้ สุขภาพมารดาประเมินจากคะแนนรวมของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด และภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ซึ่งคะแนนรวม ระหว่าง 0-5 คะแนน (รายละเอียดการคิดคะแนนดูในภาคผนวก) ส่วนสุขภาพทารกประเมินจากน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมกับไม่ถูกทารุณกรรม มีสุขภาพมารดาและน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกัน (ตาราง 8)

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบสุขภาพมารดา และทารกระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่
ถูกทารุณกรรมกับไม่ถูกทารุณกรรม

	กลุ่มที่ถูกทารุณกรรม		กลุ่มที่ไม่ถูกทารุณกรรม		T	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
สุขภาพมารดา	2.50	.58	2.49	.60	.25	.40
น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด	3041.58	504.88	3072.82	408.67	.74	.23

เมื่อจำแนกการทารุณกรรมเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกทารุณกรรม กลุ่มที่ถูกทารุณกรรมรุนแรงระดับน้อย รุนแรงระดับปานกลาง และรุนแรงระดับมาก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพมารดาทั้ง 4 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 10) ด้านสุขภาพทารก พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด กลุ่มมารดาที่ไม่ถูกทารุณกรรมสูงกว่า กลุ่มที่ถูกทารุณกรรมและน้ำหนักทารกแรกเกิด ทารกที่มารดาถูกกระทำทารุณกรรมระดับ รุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ถูกทารุณกรรมรุนแรงกว่า (ตาราง 9) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ทารกแรกเกิดนี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 11)

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสุขภาพมารดาและน้ำหนัก
ตัวทารกแรกเกิด จำแนกตามน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	N	สุขภาพมารดา		N	น้ำหนักทารกแรกเกิด	
		\bar{X}	SD		\bar{X}	SD
ไม่ถูกทารุณกรรม	236	2.49	.57	239	3072.82	408.67
ถูกทารุณกรรมระดับรุนแรงน้อย	91	2.45	.65	95	3052.95	528.06
ถูกทารุณกรรมรุนแรงระดับปานกลาง	105	2.48	.56	111	3050.40	448.18
ถูกทารุณกรรมระดับมาก	20	2.55	.61	21	2943.33	673.75

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบสุขภาพมารดาระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 4 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	.21	3	.06	.20	.90
ภายในกลุ่ม	154.65	448	.35		
รวม	154.86	451			

ตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดของหญิงตั้งครรภ์ 4 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	337,287.41	3	112429.14	.54	.66
ภายในกลุ่ม	97133809	462	210246.34		
รวม	97471096				

3.6 กลไกการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม

กลไกการเผชิญปัญหาของหญิงที่ถูกทารุณกรรมในขณะตั้งครรภ์นี้ได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึก หญิงตั้งครรภ์ 4 รายที่ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่ระดับรุนแรงปานกลางจนถึงรุนแรงมาก คือ ตั้งแต่ถูกตบ ผลักให้ล้ม เตะ ฯลฯ และทุกรายถูกกระทำทารุณกรรมทางด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ ถูกดูด่า ตะคอก ประณาม จนถึงบอกให้ฆ่าตัวตาย เป็นต้น ทางด้านเพศ ส่วนใหญ่ถูกบังคับให้ร่วมเพศโดยไม่สมัครใจ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ทุกคนบอกว่าถูกทารุณกรรมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ไม่ได้ทำให้สามีหยุดกระทำรุนแรงต่อภรรยาแต่อย่างใด โดยบอกว่าถูกกระทำรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากสามีรวมทั้งญาติทางสามีไม่ต้องกรำให้มีบุตร ดังคำกล่าวของหญิงตั้งครรภ์ดังนี้

"พอตั้งท้องทุกอย่างเลวร้ายมากขึ้น เพราะเค้าและญาติเค้าไม่ต้องการให้หนู มีลูกกับเค้า" (หญิงอาชีพแม่บ้าน อายุ 26 ปี ตั้งครรภ์ที่สอง)

เมื่อถูกทารุณกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งต้องตบสนองทางเพศเมื่อไม่เต็มใจ สิ่งเหล่านี้หญิงตั้งครรภ์ บอกว่าทำให้เครียดและเป็นทุกข์มาก วิธีการเผชิญปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติเพื่อลดหรือยุติไปให้สามีใช้ความรุนแรงกับตน จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะแรก : ยอมทนกับสภาพ ระยะที่สอง : ได้ตบ และระยะที่สาม : ยอมรับสภาพหรือยุติการถูกทารุณกรรม

ระยะแรก: ยอมทนกับสภาพ เป็นกลไกในระยะแรกที่หญิงตั้งครรภ์ใช้ คือ ทนให้สามีใช้ความรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจโดยไม่ได้แย้งหรือต่อสู้โดยให้เหตุผลว่าอาจเอาชนะใจสามีได้ ทำให้สามีหยุดการกระทำรุนแรงได้ และการหลีกเลี่ยงการกระทำทุกอย่างที่จะเป็น "ไม่พอใจ" หรือ "ขัดใจ" สามี เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ปฏิบัติเพื่อลดการถูกทารุณกรรมการเจรจากับสามีเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทารุณกรรมต่อภรรยา นั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกคน บอกว่าเป็นวิธีที่ใช้ปฏิบัติแต่ไม่ได้ผล เพราะสามีไม่ยอมแก้ไข วิธีที่ปฏิบัติและได้ผลคือ การเลี้ยงสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้สามีใช้ความรุนแรงกับตนมากกว่า

"ปัญหาที่เป็นสาเหตุจริงๆ ที่ทำให้เค้าดู ด่า และใช้กำลังกับหนูนั่นอยู่ที่ตัวเค้ามากกว่า และเค้าไม่ยอมแก้ไขตัว คือ เครียดหลายเรื่องและมาลงที่หนู โดยเฉพาะเวลาตีแม่หลังเลิกงาน หนูก็จะดูแล้วพยายามไม่ทำอะไรให้ขัดใจ หรืออารมณ์เสียยิ่งขึ้น เช่น อยากจะพูดเรื่องค่าเรียนของลูก หรือแม้แต่เรื่องเล็ก ๆ น้อยในบ้านก็พูดไม่ได้ต้องเก็บไว้ก่อน ทั้ง ๆ ที่อยากจะคุยไม่เช่นนั้นเค้าจะโมโหและมาระบายกับหนู" (แม่บ้านอายุ 32 ปี ครรภ์ที่ 3)

การไประบายความทุกข์กับเพื่อนหรือญาติมีเพียงเล็กน้อย เนื่องจากไม่ได้ทำให้สถานการณ์ดีขึ้นและในทางตรงกันข้ามอาจถูกสามีทำร้ายมากขึ้นเนื่องจากไม่พอใจที่นำเรื่องไปบอกคนอื่น นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังปฏิเสธการสูบบุหรี่หรือใช้ยาหรือสารเสพติด หรือ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อบรรเทาความเครียดของปัญหา ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากไม่เคยเสพลิงเหล่านี้มาก่อน

ระยะที่สอง : ได้ตอบ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (3 ราย) ถูกทำร้ายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รุนแรงมากและถี่ขึ้น ซึ่งการได้ตอบนี้เป็นเหมือนดาบสองคม คือ อาจมีผลดีทำให้สามีลดหรือยุติ ทำร้ายภรรยา หรือในทางตรงกันข้ามอาจมีผลเสียคือ ทำให้เกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ทำให้สามีใช้ความรุนแรงกับภรรยามากขึ้น พฤติกรรมได้ตอบที่หญิงตั้งครมภ์ใช้เพื่อแก้ปัญหาที่สามีทำร้ายต่อตนเองคือการต่อสู้สามีทั้งทางร่างกายและวาจา (เช่น ได้แย้ง ได้เถียงกลับ ต่อสู้) เมื่อสามีทำร้ายร่างกายหรือทางจิตใจ การหนีออกจากบ้านไปพักบ้านญาติ การขอความช่วยเหลือจากญาติผู้ใหญ่เพื่อเจรจาตกลงการแก้ปัญหา แต่ไม่มีการไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือสถานี่ตำรวจเลย เพราะคิดว่าไม่สามารถจะช่วยได้ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการได้ตอบนี้เป็นกลไกการเผชิญปัญหาเฉพาะในรายที่ถูกทารุณกรรมรุนแรงขึ้นและบ่อยขึ้น จนหญิงตั้งครมภ์รู้สึกทนไม่ได้ และพร้อมที่จะยุติความสัมพันธ์กับสามีเท่านั้น

ระยะที่สาม : ยอมรับสภาพหรือยุติการทารุณกรรม เมื่อต่อสู้กลับใช้ไม่ได้ผลคือทำให้สถานการณ์รุนแรงยิ่งขึ้น วิธีการเผชิญปัญหาการถูกทารุณกรรมวิธีสุดท้ายของหญิงตั้งครมภ์ คือ ยุติการถูกทารุณกรรมโดยเลิกกับสามีและกลับไปอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ครอบครัวของตน พร้อมกับลูกในครรภ์ซึ่งมีทั้งหมด 3 ราย อีก 1 ราย ยังคงอยู่ในสภาพที่ถูกสามีกระทำทารุณกรรมต่อไป การทนอยู่ในสภาพถูกทารุณกรรมหรือการยุติการถูกทารุณกรรมจากสามีโดยการยุติความสัมพันธ์กับสามีนี้ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการถูกทารุณกรรมเท่านั้น หากขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญอย่างอื่นด้วยคือ การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัวเดิมของฝ่ายหญิง

"เค้าทำร้ายหนูรุนแรงขึ้นถึงขั้นจะฆ่าให้ตาย แต่ที่เลวร้ายคือ เค้ามีผู้หญิงอื่น และหาว่าหนูไปข้องกับผู้ชายอื่น แม่เค้าต้องการให้ลูกชายเค้าเลิกกับหนู และที่บ้านหนูก็ให้หนูเลิกกับเค้า เมื่อเลิกแล้วพี่สาวหนูให้หนูมาอยู่ด้วย พวกพี่น้องหนูบอกจะช่วยเหลือดูแลลูกเองขอเพียงให้เลิกกับเค้า" (หญิงอาชีพแม่บ้าน อายุ 26 ปี ตั้งครรภ์ที่สอง)

"หนูรู้ว่าเค้ารักหนู เค้าไม่ได้มีผู้หญิงอื่น และเค้าก็รักลูกด้วย ลูกในท้องคนนี้เค้าก็ตั้งใจให้มี หนูก็คิดว่าเค้ามีส่วนดีตรงนี้ และอีกอย่างเมื่อเลิกแล้วหนูไม่รู้จะไปพึ่งใครได้ ลูกตั้ง 3 คน งานหนูก็ไม่ได้ทำ" (หญิงอาชีพแม่บ้าน อายุ 32 ปี ครรภ์ที่ 3)

3.7 ความคิดเห็นของสามีหญิงตั้งครรภ์ต่อการทารุณกรรมหญิงขณะตั้งครรภ์

การทารุณกรรมต่อผู้หญิงส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นการกระทำของผู้หญิงเอง โดยผู้กระทำทารุณกรรมคือ ชายผู้เป็นสามี ผู้ชายมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการทำทารุณกรรมต่อผู้หญิง ทั้งในแง่ของการมองว่าเป็นสิ่งที่ควรทำหรือไม่ เป็นปัญหาหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุและการป้องกันและการแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาประเด็นเหล่านี้ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้ชายที่เป็นสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่พากรรยามาฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มที่มีระดับฐานะเศรษฐกิจระดับกลาง เช่น ประกอบอาชีพ รับราชการ เป็นตำรวจ ครู เจ้าหน้าที่เรือนจำ เจ้าของธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มที่มีระดับฐานะเศรษฐกิจระดับต่ำ เช่น ประกอบอาชีพใช้แรงงาน เป็นลูกจ้าง ทำงานโรงงาน ทำเกษตรกรรม เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาสรุปตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

การกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงในสังคมทั่วไปกับการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ผู้ชายมองว่าปรากฏการณ์ 2 อย่างนี้ต่างกัน โดยมีความคิดเห็นว่าการกระทำ ความรุนแรงต่อ ผู้หญิงในสังคมทั่วไป เช่น การข่มขืน การข่มขืนแล้วฆ่า ฯลฯ เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาของสังคมที่ควรแก้ไข ผู้หญิงไม่ได้กระทำผิดไม่ควรได้รับการกระทำที่โหดร้าย อย่างไรก็ตาม ผู้ชายผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องกันว่า สาเหตุของปัญหานี้ ส่วนหนึ่งมาจาก

พฤติกรรมของผู้หญิงเอง เช่น การแต่งกายที่ล่อแหลม การไปในที่เปลี่ยวคนเดียว เป็นต้น ส่วนการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายทางร่างกายและจิตใจภรรยา ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีความคิดเห็นตรงกันคือ เป็นปรากฏการณ์ที่เป็นปกติของคู่สมรสที่มักเกิดขึ้นเสมอแทบทุกคู่ โดยเฉพาะการทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การทะเลาะ ดุ กล่าวให้ซ้ำใจ ฯลฯ ส่วนการทำร้ายด้านร่างกายนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อยังสติไม่อยู่ เมื่อมีการทะเลาะหรือโต้เถียงกัน อย่างไรก็ตามชายที่เป็นสามีกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมระดับกลาง ส่วนใหญ่บอกว่าไม่เคยทำร้ายทางร่างกายภรรยา ในขณะที่กลุ่มเศรษฐกิจฐานะทางสังคมระดับต่ำ ส่วนใหญ่บอกว่าเคยทำร้ายร่างกายภรรยา

พฤติกรรมของผู้หญิงที่เป็นภรรยาเป็นสิ่งกระตุ้น (Trigger) ให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ผู้ชายผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มเห็นตรงกันว่า สาเหตุของการใช้ความรุนแรงกับภรรยาโดยเฉพาะการทำร้ายร่างกาย มีสาเหตุจากหลายสาเหตุซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะของแต่ละครอบครัว แต่สิ่งที่กระตุ้นทำให้ผู้ชายต้องใช้ความรุนแรงกับภรรยาคือ ภรรยาเป็นผู้ริเริ่มขู่ก่อน โดยมีพฤติกรรมเหล่านี้ คือ ขี้หึง จู้จี้ พุดมาก ระวัง ขี้บ่น พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ชายเกิดอารมณ์โมโหถึงขั้นลงไม้ลงมือต่อมา สามีทั้งสองกลุ่มบอกว่าตนพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงต่อภรรยา โดยวิธีการที่ใช้บ่อยคือ การหยุดทะเลาะ ชมอารมณ์หรือหนีออกไปจากบ้านหรือสถานการณ์ชั่วคราว โดยเฉพาะเมื่อมีการทะเลาะหรือเมื่อมีความคิดเห็นไม่ลงรอยกันอย่างรุนแรง

การใช้ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่อง "ภายในเฉพาะของครอบครัว" สังคมหรือบุคคลนอกครอบครัวไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว ชายทั้งสองกลุ่มมีความเห็นว่าการที่สามีทำร้ายหรือใช้ความรุนแรงกับภรรยา เป็นเรื่องของครอบครัว บุคคลอื่นไม่ควรเกี่ยวข้องหรือช่วยเหลือ ข้อคิดเห็นนี้แสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมของครอบครัวไทยที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา ซึ่งแสดงถึงวัฒนธรรมทางสังคมที่สนับสนุนและการยอมรับการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ทำให้ปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวยังคงเกิดเจียบ ๆ ภายในครอบครัวและดำรงอยู่ต่อไป นับว่าเป็นอันตรายต่อผู้หญิงที่ตกเป็นผู้ถูกกระทำอย่างยิ่ง นอกจากนี้ชายในกลุ่มเศรษฐกิจ

ทางสังคมระดับต่ำยังบอกว่าเหตุผลที่ไม่ช่วยเหลือที่สำคัญอีกประเภทหนึ่ง นอกจากการมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของครอบครัวและเป็นเหตุการณ์ปกติของชีวิตครอบครัว ก็คือ "กลัวว่าจะถูกมองว่าตนเองมีความสัมพันธ์พิเศษ เชิงชู้สาวกับภรรยาคนอื่นที่ตนไปช่วยเหลือ" ด้วยเหตุนี้จึงไม่คิดเข้าไปช่วยเหลือตรง ๆ หรือแม้แต่ทางอ้อม เช่น โทรศัพท์ไปบอกตำรวจ ฯลฯ ยกเว้นในกรณีที่เห็นว่ามีการทำร้ายรุนแรงจนจะเป็นอันตรายแก่ชีวิตของผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรมเท่านั้น

การตั้งครรภ์ของผู้หญิงมีผลทำให้เกิดการทารุณกรรมต่อผู้หญิงน้อยลง สามีหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นที่ผู้หญิงเมื่อตั้งครรภ์จะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย มีความลำบากจากการอุ้มท้อง ดังนั้นจึงควรดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษกว่าหญิงในภาวะปกติ ไม่ควรทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจและเหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ ถ้าใช้ความรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์แล้ว เก่งกว่าจะเป็นอันตรายต่อลูกในครรภ์

4. อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

4.1 อภิปรายผล

การศึกษาอัตราความชุกของการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการทารุณกรรมทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศ ด้านใดด้านหนึ่งหรือรวมมากกว่าหนึ่งด้าน ในอัตรา 5.4 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่สูงนักเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราที่พบจากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์แห่งอื่น ๆ ในประเทศไทย เช่น ในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบหญิงตั้งครรภ์ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกาย ร้อยละ 12 และทางจิตใจ ร้อยละ 22 (दनยาธนะอุดม, 2539) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในประเทศในสังคมตะวันตกจะพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในประเทศเหล่านั้นถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกายในอัตราที่สูงกว่า คือ ในอัตราระหว่าง ร้อยละ 7 ถึง ร้อยละ 22 (Amaro, et al., 1990 ; Campbell, et al., 1992 ; Parker, et al., 1993) ลักษณะของการทารุณกรรมทางด้านร่างกายที่พบในการศึกษาครั้งนี้

พบเช่นเดียวกันกับในหญิงสมรสทั่ว ๆ ไป และหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษาของคนอื่น ๆ คือ ส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายร่างกายที่รุนแรงน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ การผลัก การกระชาก ลาก เหยียง การตบหน้า การตี การตอย การเตะ ฯลฯ (दनया णनओदुडड, 2539 ; डलनडड डङुडडडड, 2542 ; ओङडड डडुडडडडड, 2541) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ พบการทารุณกรรมทางจิตใจ ในอัตราที่สูงกว่าด้านอื่น คือ พบอัตรา 3.6 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ของคนอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น ในประเทศไทยพบอัตรา การทารุณกรรมทางด้านจิตใจ ร้อยละ 7 (डरुणी डडडडडड, 2544) ถึง ร้อยละ 22 (दनया णनओदुडड, 2539) ในต่างประเทศ พบร้อยละ 14 (Parker, et al., 1993) แม้ว่าอัตราการทารุณกรรมทางด้านจิตใจที่พบในการศึกษาแต่ละครั้ง อาจเปรียบเทียบกันโดยตรงไม่ได้ทั้งนี้เพราะมาตรการวัดในแต่ละการวิจัยแตกต่างกันออกไป แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ และผลการศึกษาที่ตรงกับของคนอื่น ๆ แสดงให้เห็นถึงชนิดของการทารุณกรรมที่ผู้หญิงถูกกระทำในขณะที่ตั้งครรภ์กล่าวคือ ผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ถูกทารุณกรรมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ โดยถูกทารุณกรรมทางด้านจิตใจมากที่สุด

การที่พบอัตราการทารุณกรรมทางด้านจิตใจสูงกว่าด้านอื่น อาจอธิบายได้ ดังนี้ คือ **ประการแรก** เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้กระทำ (abuser) คือ สามี หรือคนอื่น ๆ อาจขาดการรับรู้หรือการตระหนักที่ถูกต้องว่า การดู ด่า ดูถูก ประณาม เหยียดหยาม กักขัง ทำลาย สิ่งของที่เป็นที่รัก ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นการกระทำรุนแรงต่อจิตใจหญิงตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่ เป็นปัญหา ไม่ควรกระทำ และมีผลเสียต่อผู้ที่ถูกกระทำ การขาดการรับรู้ที่ถูกต้องนี้ ทำให้บุคคล รอบข้างของหญิงตั้งครรภ์ กระทำ ความรุนแรงด้านจิตใจต่อหญิงได้ง่ายและโดยไม่รู้ตัว **ประการที่สอง** ระยะตั้งครรภ์เป็นระยะที่ผู้หญิงมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไม่มั่นคง มากกว่าปกติ ผู้หญิงตั้งครรภ์อาจมีความไวในการรับรู้ถึงการถูกทำร้ายด้านจิตใจสูงกว่าระยะอื่น ดังนั้นเมื่อ มีอะไรกระทบเพียงนิดเดียว อาจทำให้กระเทือนจิตใจ และแปลความหมายไปในทางที่รุนแรง กว่าปกติได้ เช่น เมื่อถูกกล่าวตักเตือน อาจตีความเป็นว่า ถูกดู ด่าได้ **ประการที่สาม** เกี่ยวกับมาตรการวัดการทารุณกรรมทางจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการให้หญิงตั้งครรภ์

รายงานตนเองว่าในขณะที่ตั้งครรภ์ ถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจต่าง ๆ หรือไม่ ถ้าถูกกระทำเพียงลักษณะใด ลักษณะหนึ่ง เช่น ถูกดู ด่า เพียงครั้งเดียวในขณะที่ตั้งครรภ์ก็ถือว่าถูกทารุณกรรม ดังนั้นมาตรการวัดในการวิจัยครั้งนี้อาจมีผลทำให้พบอุบัติการณ์ที่สูงได้เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นที่มีมาตรการวัดต่างกัน

ผู้ที่กระทำทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือ สามีของหญิงตั้งครรภ์เอง และมีลักษณะส่วนบุคคลตรงกับการศึกษาในกลุ่มสามีของหญิงสมรสทั่ว ๆ ไปของประเทศ คือ ส่วนใหญ่เป็นสามีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ (ดลนภา หงษ์ทอง, 2542 ; อัจฉรา สกุนตนิยม, 2541) ปัจจัยส่วนบุคคลและด้านครอบครัวที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมต่อหญิงในระยะตั้งครรภ์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาในระดับอาชีวศึกษาและมัธยมศึกษาของสามี การไม่ได้ประกอบอาชีพของทั้งสามีและภรรยา การไม่ได้จดทะเบียนสมรส และลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัยที่ไม่ดี ผลการศึกษาในด้านปัจจัยการศึกษาและอาชีพจากการวิจัยครั้งนี้ซึ่งความสอดคล้องกับผลการศึกษาการวิจัยของคนอื่นในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว และการให้การศึกษแก่คู่สมรสที่มีการศึกษาในระดับต่ำเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมที่ควรปฏิบัติ เมื่อครอบครัวมีปัญหาข้อขัดแย้ง มีภาวะเครียด ฯลฯ เพื่อป้องกันและลดการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ในด้านการจดทะเบียนสมรส พบว่า การที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสถูกทารุณกรรมสูงกว่า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สูงถึงร้อยละ 78 การไม่ได้จดทะเบียนแสดงถึง การใช้ชีวิตสมรสร่วมกันแบบง่าย สะดวก บางรายญาติผู้ใหญ่ อาจไม่ได้รับรู้ ไม่มีข้อผูกพันทั้งเชิงกฎหมายและในระบบญาติผู้ใหญ่ ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งในครอบครัวทำให้คู่สมรสไม่ต้องคำนึงถึงอะไรมากนัก ไม่ว่าจะเป็นการคำนึงถึงจิตใจของญาติผู้ใหญ่ของแต่ละฝ่าย หรือพันธะด้านความเป็นสามี-ภรรยา ตามกฎหมาย จึงทำให้สามีเกิดการใช้ความรุนแรงต่อภรรยาได้ง่าย ส่วนปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสำคัญที่สุดในการถูกทารุณกรรมในขณะที่ตั้งครรภ์ คือ ประวัติการถูกทารุณในระยะก่อนตั้งครรภ์และประวัติ

การถูกทารุณกรรมในวัยเด็กและประวัติการใช้ความรุนแรงในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์เอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม ในระยะก่อนตั้งครรภ์มีโอกาสถูกทารุณกรรมในขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคย (McFarlane, et al., 1999 ; Renker, 1999) ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าปรากฏการณ์การทารุณกรรมต่อผู้หญิง ในระยะก่อนตั้งครรภ์ หรือในระยะตั้งครรภ์ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดต่อเนื่องกันคือ เมื่อสามีมีการใช้ความรุนแรงต่อภรรยาในระยะก่อนตั้งครรภ์ หากเหตุการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข การกระทำรุนแรงก็จะดำเนินต่อไปแม้ว่าภรรยาจะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะสามีผู้กระทำทารุณกรรม อาจรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ภรรยายอมรับได้ ทนได้ เป็นเรื่องปกติของความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา และที่สำคัญคือไม่ได้รับการลงโทษจากครอบครัวหรือสังคม นอกจากนี้ ภรรยาอาจไม่ ปรึกษาใคร ๆ เพื่อยุติเหตุการณ์เพราะคาดหวังว่าเมื่อตั้งครรภ์แล้ว สามีจะหยุดการใช้ความ รุนแรงลง ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ระดับลึก หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่ง กล่าวว่า "คิดว่าเมื่อตั้งท้องแล้ว เค้าจะดีขึ้นเพราะนึกถึงลูกในท้อง" สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้การทำ ทารุณกรรมต่อภรรยา ดำเนินต่อไปซ้ำแล้วซ้ำอีกได้ ซึ่งตรงกับแนวคิดของพัฒนาการและวงจร การกระทำรุนแรงต่อภรรยาของเพจโลว์ (Pagelow, 1981) และวอล์คเกอร์ (Walker, 1978)

ในด้านผลกระทบของการทารุณกรรมในขณะตั้งครรภ์ต่อสุขภาพมารดาและ ทารก ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ พบว่า หญิงที่ถูกทารุณกรรม กับไม่ถูกทารุณกรรมมีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ คือ มีสุขภาพมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน ผล การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มหญิงสมรสทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์ทั้งใน ประเทศและต่างประเทศ ซึ่งพบว่า การทารุณกรรมมีผลเสียต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจของหญิงผู้ถูกกระทำและทารกในครรภ์ (ดรุณี บัวบุญ, 2544 ; ดลนภา หงษ์ทอง, 2542 ; ศิริเพ็ญ ศิริวัฒนา, 2538) การไม่พบความแตกต่างของภาวะสุขภาพมารดาและทารก ในการศึกษานี้ อาจเนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกทารุณกรรมส่วนใหญ่ถูกทารุณกรรมทาง ด้านจิตใจและอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างมากนัก รวมถึงทารกในครรภ์ด้วย ส่วนในรายชื่อผู้ถูก

กระทำทารุณกรรมด้านร่างกายรุนแรง ซึ่งมีจำนวนน้อยโดยเฉพาะกลุ่มที่ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ระดับลึกพบว่ากลุ่มนี้บางคนได้หนีออกจากสถานการณจากการใช้ความรุนแรงตั้งแต่ระยะก่อนคลอด โดยเลิกกับสามีไม่ปล่อยให้ตนเองและทารกได้รับอันตรายถึงขั้นรุนแรง

กลไกการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมแม้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวนน้อย คือ เพียง 4 ราย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ใช้วิธีการอดทนต่อสภาพการถูกทารุณกรรม เพียงลำพังเงียบ ๆ ภายในครอบครัว ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นผลสืบเนื่องจากวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมไทย โดยเฉพาะค่านิยมเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและครอบครัวไทย เช่น ภรรยาอาจรู้สึกอับอายหรือกลัวคำครหาเมื่อเปิดเผยว่าถูกสามีใช้ความรุนแรง และสังคมอาจจะมองว่าเป็นข้อบกพร่องของผู้หญิงในบทบาทหน้าที่ครอบครัว เช่น การเป็นภรรยาหรือแม่จึงทำให้ถูกกลั่นแกล้ง เป็นต้น เมื่อผู้หญิงที่เป็นภรรยาถูกทำร้ายรุนแรงมากขึ้น ซึ่งคุกคามต่อชีวิตและสวัสดิภาพของเธอ ประกอบกับการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้หญิงตัดสินใจ ยุติการถูกทารุณกรรมได้ ซึ่งวิธีการที่หญิงตั้งครรภ์ใช้คือการเลิกกับสามีและหนีไปอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม สำหรับการพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ใช้เพื่อขจัดหรือบรรเทาความเครียดจากการถูกทารุณกรรม เช่น การพึ่งยาหรือสารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ยี่ ดื่มสุรา พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีพฤติกรรมเหล่านี้เลย เนื่องจากไม่เคยปฏิบัติมาก่อน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงลักษณะของความเป็นผู้หญิงไทยที่ดี ที่ได้รับการสั่งสอนมาตั้งแต่อดีต ซึ่งต่างจากในสังคมตะวันตกที่พบว่าผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรมมักเผชิญปัญหาด้วยการใช้ยาสุราหรือสารเสพติดอื่น ๆ (Curry, 1998)

ประเด็นสุดท้าย คือ ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ชายที่เป็นสามีหญิงตั้งครรภ์ต่อปรากฏการณ์การใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงซึ่งพบว่าสามีกลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมและความเชื่อว่าการใช้ความรุนแรงระหว่างคู่สมรสเป็นเหตุการณปกติของชีวิตคู่สมรส และเป็นเรื่อง "เฉพาะของครอบครัว" บุคคลนอกครอบครัวและสังคมไม่ควรยุ่งเกี่ยว ข้อค้นพบนี้แสดงถึงการสืบทอดค่านิยมทางสังคมที่ส่งเสริมให้ปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงในครอบครัวใน

สังคมไทย นอกจากนี้ข้อค้นพบที่ว่า "ผู้ชายนอกครอบครัวที่เข้าไปช่วยเหลือ" ภรรยาคนอื่นที่ถูกทำทารุณกรรมจะถูกมองในด้านลบว่า มีความสัมพันธ์เชิงชู้สาวกับผู้หญิงที่ถูกทำร้าย ซึ่งสะท้อนความคิดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งควรได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องในสังคมต่อไป

4.2 ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในสังคมไทยดังนี้

ด้านการดูแลสุขภาพสตรี

ผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ พบว่าถูกทารุณกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศ โดยพบอัตราการทารุณกรรมทางด้านจิตใจสูงกว่าด้านอื่นและผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์ มีโอกาสถูกทารุณกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกทารุณกรรม ผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรม ส่วนใหญ่เผชิญปัญหาด้วยตัวเองตามลำพัง ดังนั้นข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้หญิงทุกฝ่ายมีดังนี้

1. ควรตระหนักว่าปัญหาการทารุณกรรม เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ปัญหาหนึ่ง หรือเป็นโรคโรคนึงที่เกิดขึ้นได้กับผู้หญิงในทุกสังคม
2. ควรมีการประเมินปัญหาการใช้ความรุนแรงหรือการทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการทางสุขภาพเหมือนกับการซักประวัติความเจ็บป่วยอื่น ๆ ทั่วไป โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติถูกทารุณกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินติดตามว่ามีปัญหาการใช้ความรุนแรงหรือการทารุณกรรมในขณะตั้งครรภ์หรือไม่ เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์ต่อไป
3. มีระบบการให้บริการทางสุขภาพที่สามารถให้บริการช่วยเหลือหญิงที่ถูกทารุณกรรมได้อย่างครบวงจร ได้แก่ การให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินต่อบาดเจ็บด้านร่างกาย การดูแลบำบัดทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านกฎหมาย การช่วยเหลือด้านที่พักฉุกเฉิน การ

ให้ข้อมูลแหล่งที่ผู้หญิงสามารถไปรับความช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นต้น โดยมีการประสานงานที่เป็นระบบกับหน่วยงานต่าง ๆ ในเครือข่ายอย่างดี

4. ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบอัตราการทารุณกรรมด้านจิตใจสูง ซึ่งแม้ว่าปัญหาทางจิตใจจะมองไม่เห็นชัดเจน เหมือนบาดเจ็บทางด้านร่างกาย แต่การทารุณกรรมด้านจิตใจอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของหญิงที่ถูกทารุณกรรมได้ เช่น ขาดความนับถือตนเอง (self-esteem) หรือซึมเศร้า จนถึงคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น สถานบริการด้านสุขภาพควรจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาสำหรับหญิง ตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรมทางด้านจิตใจ รวมทั้งผู้ที่ถูกทารุณกรรมด้านอื่น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้หญิงที่ถูกทารุณกรรมสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดความรุนแรงของปัญหาได้

5. สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงไว้ในหลักสูตรเพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือผู้หญิงได้มีประสิทธิภาพ

ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดปัญหาการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ที่สำคัญคือ การศึกษาระดับต่ำและการว่างงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพของสามี การไม่ได้ประกอบอาชีพของผู้หญิงซึ่งสะท้อนถึงการต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจจากสามี การไม่ได้จดทะเบียนสมรส และการทารุณกรรมที่เกิดขึ้นก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบกลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์และค่านิยม ความเชื่อ เกี่ยวกับการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในครอบครัวและปัญหานี้ยังคงดำรงอยู่ ถ้าไม่ได้แก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ ในการดำเนินการแก้ไขปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทำการทารุณกรรมในสังคมไทย แม้ว่าจะเป็นไปได้ยาก ต้องใช้เวลานานหลายปี และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายฝ่าย แต่จะสามารถป้องกันและแก้ไขการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงในครอบครัวในสังคมไทยได้ ซึ่งข้อเสนอแนะมีดังนี้

1. การยกระดับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หน่วยงานที่รับผิดชอบควรเร่งส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้ที่มีการศึกษาดำ ผู้ด้อยโอกาสโดยให้มีการเสริมทักษะทางอาชีพแก่บุคคลเหล่านี้ให้สามารถไปประกอบอาชีพสามารถมีรายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้
2. ควรมีหน่วยงานที่ให้บริการคำปรึกษาแก่ครอบครัวที่เผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ภาวะตงงาน เพื่อช่วยเหลือหาทางออกที่เหมาะสมให้แก่ครอบครัว ซึ่งจะสามารถลดข้อขัดแย้ง ความตึงเครียดในครอบครัวและป้องกันการใช้ความรุนแรงในครอบครัวได้
3. ระบบการศึกษาของสังคมไทยในทุกระดับ ควรมีการให้การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหญิงชายที่ความเท่าเทียมทางเพศ ชีวิตครอบครัวที่ถูกต้อง รวมทั้งบทบาทของสามีและภรรยาในสังคมสมัยใหม่ ทั้งนี้เพื่อสร้างเสริมค่านิยมและวัฒนธรรมที่ถูกต้องให้คนรุ่นใหม่ เพื่อป้องกันและยุติการถ่ายทอดการทารุณกรรมต่อผู้หญิงในสังคมต่อไป
4. สื่อมวลชนต่าง ๆ นอกจากจะเสนอข้อมูลปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงเพียงด้านเดียวแล้ว ควรเพิ่มการให้ข้อมูลและแนวทางที่ถูกต้องแก่เยาวชนและบุคคลในสังคมในการที่จะช่วยกันลดและป้องกันปัญหาการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงของสังคม

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลของรัฐบาลเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมในระดับกลางถึงต่ำ ดังนั้นควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในชุมชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมระดับสูง ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนมากไปฝากครรภ์ที่สถานบริการเอกชน หรือคลินิกส่วนตัวของแพทย์ นอกจากนี้การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสามีหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยให้ได้ข้อมูลนำมาเปรียบเทียบหรือยืนยันกับกลุ่มที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ได้ ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าไปเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาคิดได้ถูกต้องยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อให้สามารถอธิบายรูปแบบการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์ (Pattern of Abuse During Pregnancy) ได้ชัดเจนขึ้น เช่น การเกิดขึ้นก่อนตั้งครรภ์ การเกิดเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ การคงอยู่หรือการยุติการทารุณกรรมขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น
3. ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบการปรับเปลี่ยนค่านิยมความเท่าเทียมทางเพศ รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้หญิง (empowerment) ในสังคมไทย

บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2540). ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนทุกเส้นทางชีวิตผู้หญิง. ในพิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันทจรรยา และคັນสนีย์ เรือนสอน (บรรณาธิการ), **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.
- ดร.ณิ บัวบุญย์. (2544). **ผลของการทารุณกรรมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดลนภา หงษ์ทอง. (2542). **ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ : กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตจังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- दनยา ธนะอุดม. (2538). **ความรุนแรงในครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริเพชร ศิริวัฒนา. (2538). **ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตในหญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริชัย โชติรัตน์. (2538). **ความรุนแรงในครอบครัว : ศึกษากรณีสามีทำร้ายร่างกายภรรยาในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม. (2540). **ความรุนแรงต่อสตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. (2539). รายงานการวิจัยการสำรวจเบื้องต้นของสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว ในกรุงเทพมหานคร. เอกสารประกอบการสัมมนาปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ณ ห้องประชุมบ้านมนังคศิลา, 28-29 พฤศจิกายน 2533.
- อัจฉรา สกุนตนิยม. (2542). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายคู่สมรส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Amaro, H., Fried, L., Cabral, H., & Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. **American Journal of Public Health, 80**, 575-579.
- Berenson, A.B., Stiglich, N., Wilkinson, G., & Anderson, G. D. (1991). Drug abuse and other risk factors for physical abuse in pregnancy among white non-Hispanic, black, and Hispanic women. **American Journal Obstetrica and Gynecology, 164**, 491-499.
- Berenson, A.B., Wiemann, C. M., Rowe, T. E., & Rickert, V. I. (1997). Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. **American Journal of Obstetrics and Gynecology, 176**(6), 1220-1224.

- Berenson, A.B., Wiemann, C. M., Wilkinson, G., Jones, W. A., & Anderson, G. D. (1994). Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, **170**(6), 1760-1769.
- Bullock, L. F., & McFarlane, J. (1989). The birth-weight-battering connection. **American Journal of Nursing**, **89**, 1153-1155.
- Campbell, J., et al. (1999). Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: A multiethnic case-control study. **American Journal of Epidemiology**, **150**(7), 714-726.
- Campbell, J. C., Poland, M. L., Waller, J. B., & Ager, J. (1992). Correlates of battering during pregnancy. **Nursing Research**, **38**, 18-24.
- Cokkinides, V. E., Coker, A. L., Sanderson, M., Addy, C., & Bethea, L. (1999). Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. **Obstetrics and Gynecology**, **93**(5), 661-666.
- Curry, M.A. (1998). The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. **Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **27**(6), 692-699.
- Curry, M. A., Perris, N., & Wall, E. (1998). Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. **Obstetrics and Gynecology**, **92**(4Pt.1), 530-534.
- Dannenber, A.L., Carter, D.M., Lawson, H.W., Ashton, D.M., Dorfman, S.F., & Graham, E.H. (1995). Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, **172**, 1557-1564.
- Fernandez, F. M., & Krueger, P.M. (1999). Domestic violence: Effect on pregnancy outcome. **Journal of the American Osteopath Association**, **99**(5), 254-256.
- Gazamararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., & Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. **Journal of the American Medical Association**, **275**, 1915-1920.

- Gelles, R. (1988). Violence and pregnancy. **Journal of Marriage and the Family**, **50**, 841-847.
- Grimstad, H., Schei, B., Backe, B., & Jacobsen, G. (1997). Physical abuse and low birthweight: A case-control study. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, **104**(11), 1281-1287.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. **Population Reports, Series L**, No.11, Baltimore : Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Heise, L., Moore, K., & Toubia, N. (1995). **Sexual coercion and women's reproductive health: A focus on research**. New York : Population Council.
- Hoffman, K.L., Demo, D. H., & Edwards, J. N. (1994). Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. **Journal of Marriage and the Family**, **56**, 131-146.
- Jejeebhoy, S.J. (1998). Associations between wife-beating and fetal and infant death: Impressions from a survey in rural India. **Studies in Family Planning**, **29**(3), 300-308.
- Martin, S., English, K., Clark, K., Cilenti, D., & Kupper, L. (1996). Violence and substance use among North Carolina pregnant women. **American Journal of Public Health**, **86**, 991-998.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & reed, S. (1999). Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women. **Journal of Nurse-Midwifery**, **44**(2), 139-144.
- Parker, B., & McFarlane, J., Soeken, K. (1994). Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. **Obstetrics and Gynecology**, **84**, 323-328.
- Parker, B., & McFarlane, J., Soeken, K., Torres, S., & Campbell, D. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: A comparison of adult and teenage women. **Nursing Research**, **42**, 173-178.

Renker, P. A. (1998). Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents. **Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **28**(4). 377-388.

Stewart, D., & Cecutti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. **Canadian Medical Association Journal**, **149**, 1257-1263.

Walker, L. E. (1978). **The battered women**. New York: Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	15-20 ปี	97	20.2
	21-29 ปี	267	55.5
	30-35 ปี	95	19.8
	36-43 ปี	22	4.6
	รวม	481	100.0
	เฉลี่ย 25.61 ปี (S.D. = 5.63)		
การศึกษา	ประถมศึกษาหรือไปได้เรียน	222	46.5
	มัธยมศึกษา	185	38.8
	อาชีวศึกษา	29	6.1
	มหาวิทยาลัย	41	8.0
	รวม	477	100.0
อาชีพ	ประกอบอาชีพ	308	64.0
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	173	36.0
รายได้ต่อเดือน	เฉลี่ย	3,447.96 บาท (S.D. = 5004.59 บาท)	
	พิสัย 400-60,000 บาท		
สถานภาพสมรส	คู่/จดทะเบียนสมรส	147	30.6
	คู่/ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	334	69.4
	รวม	481	100.0

ตาราง 12 (ต่อ)

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์ปัจจุบัน			
	ครรภ์แรก	222	46.2
	ครรภ์ที่สอง	168	34.9
	ครรภ์ที่สาม	65	13.5
	ครรภ์ที่สี่	14	2.9
	ครรภ์ที่ห้าขึ้นไป	12	2.5
	รวม	481	100.0
ลักษณะครอบครัว			
	ครอบครัวเดี่ยว	221	46.2
	ครอบครัวขยาย	258	53.8
	รวม	479	100.0
ลักษณะชุมชนที่ครอบครัวตั้งอยู่			
	ชุมชนที่มีลักษณะดี	370	77.2
	ชุมชนที่แออัด สลัม มีปัญหาสุขภาพตืด	109	22.8
	รวม	479	100.0

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของสามีของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	20 ปี หรือต่ำกว่า	34	12.6
	21-30 ปี	267	50.1
	31-40 ปี	151	31.5
	41-50 ปี	24	5.0
	51-60 ปี	3	0.6
	61 ปีขึ้นไป	1	0.4
	รวม	480	100.0
การศึกษา	ประถมศึกษาหรือไปได้เรียน	222	47.4
	มัธยมศึกษา	159	33.1
	อาชีวศึกษา	50	10.4
	มหาวิทยาลัย	37	7.9
	รวม	468	100.0
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	2.8
	ประกอบอาชีพ		
	- รับราชการ	42	9.0
	- พนักงานของบริษัทเอกชน	74	15.8
	- กิจการของตนเอง	30	6.4
	- รับจ้างใช้แรงงาน ค้าขาย	237	50.7
	- เกษตรกรรม	67	14.3
	- อื่น ๆ	4	0.9
	รวม	467	100.0

ตาราง 13 (ต่อ)

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน			
	เฉลี่ย 7,371.82 บาท (S.D. = 7,371.81)		
	พิสัย 500-20,000 บาท		
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
	ไม่ดื่ม	117	24.5
	ดื่มบางครั้ง	304	63.6
	ดื่มเป็นประจำ	57	11.9
	รวม	478	100.0

ตาราง 14 ลักษณะของการทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์

ลักษณะของการทารุณกรรม	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำ
การทารุณกรรมทางร่างกาย	
ผลัก	15
เหยียด ลากดึง	11
ตี ตบ ต่อย	11
เตะ	4
กักขัง	3
โขกศีรษะกับหิน	2
เหยียบคอ	6
การทารุณกรรมทางจิตใจ	
ดูถูก ดู ด่า ประณาม	200
ขู่ ตะคอก	25
บังคับให้ฆ่าตัวตาย	1
การทารุณกรรมทางเพศ	
บังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ	32
บังคับให้มีเพศสัมพันธ์ในท่าที่ไม่ชอบ	8

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ที่กระทำทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์

ผู้กระทำทารุณกรรมต่อหญิงตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
สามีของหญิงตั้งครรภ์เพียงคนเดียว	217	93.1
สามีและบุคคลอื่น	16	6.9
- สามีและมารดาหญิงตั้งครรภ์	6	
- สามีและมารดาสามี	4	
- สามีและบิดาหญิงตั้งครรภ์	1	
- สามีและพี่สาวหญิงตั้งครรภ์	4	
- สามีและญาติ	3	
- สามีและคนอื่น	1	

ตาราง 16 คุณลักษณะสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทารุณกรรม

คุณลักษณะของสามี	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	114	50.7
มัธยมศึกษา	77	34.2
อาชีวศึกษา	21	9.2
อุดมศึกษา	13	5.8
รวม	225	100.0
อายุ		
15-20 ปี	20	8.6
21-30 ปี	136	58.4
31-40 ปี	65	27.9
41-50 ปี	11	4.7
51-60 ปี	1	.4
รวม	233	100.0

ตาราง 16 (ต่อ)

คุณลักษณะของสามี	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (ต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	10	4.5
500-3,000 บาท	47	21.1
3,001-6,000 บาท	115	51.6
6,001-10,000 บาท	40	17.9
10,001-15,000 บาท	5	2.2
> 15,000 บาท	6	2.7
รวม	223	100.0
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	42	18.3
ดื่มบางครั้ง	154	67.6
ดื่มเป็นประจำ	34	14.8
รวม	230	100.0
การจดทะเบียนสมรส		
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	182	77.7
จดทะเบียนสมรส	52	22.3
รวม	234	100.0
ประวัติถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก		
ไม่ถูกทารุณกรรม	117	58.9
ถูกทารุณกรรม	19	8.2
ไม่ทราบ	95	41.1
รวม	231	100.0

ตาราง 17 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์

ปัจจัย	การทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์		χ^2	P-value
	ไม่ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)	ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)		
1. อายุของหญิงตั้งครรภ์				
15-20 ปี	40 (16.1)	57 (24.5)	10.45	.015
21-29 ปี	145 (58.5)	122 (52.4)		
30-35 ปี	56 (22.6)	39 (16.7)		
36-40 ปี	7 (2.8)	15 (6.4)		
2. อายุสามีหญิงตั้งครรภ์				
15-20 ปี	14 (5.7)	20 (8.6)	4.24	.237
21-30 ปี	131 (53.0)	136 (58.4)		
31-40 ปี	86 (34.8)	65 (27.9)		
41-63 ปี	16 (6.5)	12 (5.1)		
3. การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์				
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	107 (43.5)	115 (49.8)	4.51	.211
มัธยมศึกษา	96 (39.0)	89 (38.5)		
อาชีวศึกษา	16 (6.5)	13 (5.6)		
อุดมศึกษา	27 (9.9)	14 (5.8)		
4. การศึกษาของสามีหญิงตั้งครรภ์				
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	108 (44.5)	114 (50.7)	4.18	.242
มัธยมศึกษา	82 (33.7)	77 (34.2)		
อาชีวศึกษา	29 (11.9)	21 (9.3)		
อุดมศึกษา	24 (9.9)	13 (5.8)		
5. อาชีพของหญิงตั้งครรภ์				
ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือแม่บ้าน	81 (32.7)	92 (39.5)	2.43	.119
ประกอบอาชีพ	167 (67.3)	141 (60.5)		

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัจจัย	การทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์		χ^2	P-value
	ไม่ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)	ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)		
6. อาชีพของสามีหญิงตั้งครรภ์				
ไม่ประกอบอาชีพ	4 (1.6)	9 (3.9)	21.65	.001
รับราชการ	25(10.1)	18(7.7)		
พนักงานบริษัท/เอกชน	52 (21.1)	28 (12.0)		
ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ	17 (6.9)	14 (6.0)		
รับจ้าง/ใช้แรงงาน/ค้าขาย/ เกษตรกรรม	106 (42.7)	141 (60.5)		
	44 (17.6)	23 (9.9)		
7. รายได้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	82 (34.5)	87 (39.2)	8.98	.030
500-3,000 บาท	43 (18.1)	50 (22.5)		
3,001-6,000 บาท	68 (28.5)	64 (28.8)		
6,001-15,000 บาท	45 (18.9)	21 (9.5)		
8. รายได้ของสามีหญิงตั้งครรภ์ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	6 (2.5)	10 (4.5)	26.10	.000
500-3,000 บาท	43 (18.0)	47 (21.1)		
3,001-6,000 บาท	86 (36.6)	118 (51.6)		
6,001-10,000 บาท	66 (27.6)	40 (17.9)		
10,001-15,000 บาท	17 (7.1)	5 (2.2)		
> 15,000 บาท	21 (8.8)	6 (2.7)		
9. การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	75 (30.2)	42 (18.3)	10.82	.004
ดื่มบางครั้ง	150 (60.5)	154 (67.7)		
ดื่มเป็นประจำ	23 (9.3)	34 (14.8)		

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัจจัย	การทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์		χ^2	P-value
	ไม่ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)	ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)		
10. สถานภาพสมรส				
จดทะเบียนสมรส	95 (38.3)	52 (22.3)	14.47	.000
ไม่จดทะเบียนสมรส	153(61.7)	181(77.7)		
11. ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	118 (47.6)	103 (44.6)	.43	.512
ครอบครัวขยาย	130 (52.4)	128 (55.4)		
12. ประวัติถูกทารุณกรรมในวัยเด็กของหญิงตั้งครรภ์				
ไม่เคยถูกทารุณกรรม	225 (90.7)	54 (23.2)	17.23	.000
เคยถูกทารุณกรรม	23 (9.3)	179 (76.8)		
13. ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์				
ไม่มีการทารุณกรรมในครอบครัว	94 (39.3)	22 (10.0)	52.18	.000
มีการทารุณกรรมในครอบครัว	145 (60.7)	198 (90.0)		
14. ประวัติการถูกทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์				
ไม่เคย	168 (67.7)	42 (18.0)	120.72	.000
เคย	80 (32.3)	191 (82.0)		
15. ระยะเวลาที่อยู่กินกับสามีปัจจุบัน				
0-2 ปี	90 (35.8)	100 (43.3)	2.63	.452
2'-5 ปี	74 (29.5)	67 (29.0)		
5'-10 ปี	61 (24.3)	48 (20.8)		
มากกว่า 10 ปี	21 (8.4)	16 (6.9)		

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัจจัย	การทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์		χ^2	P-value
	ไม่ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)	ถูกทารุณกรรม จำนวน (ร้อยละ)		
16. ความแตกต่างเชิงอำนาจในครอบครัว				
ผู้ชายมีอำนาจมากกว่า	113 (45.7)	122 (54.0)	4.65	.098
ผู้หญิงมีอำนาจมากกว่า	33 (13.4)	33 (14.6)		
อำนาจเท่ากัน	101 (40.9)	71 (31.4)		
17. ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย				
ชุมชนที่ดี	202 (81.5)	168 (72.7)	5.18	.023
ชุมชนที่ไม่ดี	46 (18.5)	63 (27.3)		

ตาราง 18 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 1 (N = 395)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
1. อายุหญิงตั้งครรภ์	.03	.12	1.01	.726
2. อายุสามี	-.01	.06	.99	.801
3. การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์		1.14		.767
- ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	-.53	.54	.59	.460
- มัธยมศึกษา	-.56	.67	.57	.415
- อาชีวศึกษา	-.84	1.08	.43	.298
4. การศึกษาของสามี		4.41		.221
- ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน	-1.16	1.94	.32	.164
- มัธยมศึกษา	-1.24	2.43	.29	.119
- อาชีวศึกษา	-1.67	4.20	.19	.040
5. การประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์	.24	.27	1.27	.606
6. การประกอบอาชีพของสามี		3.90		.565
- ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน	1.04	1.21	2.84	.271
- รับราชการ	-.15	.04	.86	.844
- พนักงานบริษัท/เอกชน	.18	.10	1.19	.758
- เจ้าของธุรกิจ/ส่วนตัว	1.14	2.18	3.14	.140
- รับจ้าง/ใช้แรงงาน/ค้าขาย/	.31	.43	1.36	.512
7. รายได้ของหญิงตั้งครรภ์	.00	.13	1.00	.720
8. รายได้ของสามี	.00	3.16	1.00	.075
9. การดื่มสุราของสามี		1.02		.601
- ไม่ดื่ม	.08	.02	1.09	.877
- ดื่มบางครั้ง	.36	.60	1.44	.438
10. ลักษณะของครอบครัว	.29	.82	1.34	.362
11. การจดทะเบียนสมรส	-.18	.27	.83	.603
12. ระยะเวลาที่สมรส	-.08	3.11	.93	.078

ตาราง 18 (ต่อ)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
13. อำนาจในครอบครัว				
- ผู้ชายมีอำนาจมากกว่า	-.27	.68	.77	.411
- ผู้หญิงมีอำนาจมากกว่า	.08	.03	1.09	.858
14. เจตคติต่อบทบาทหญิงชาย	.06	2.34	1.06	.126
15. เจตคติต่อการยอมรับความรุนแรง	-.03	.54	.98	.461
16. ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย	-.33	.85	.72	.356
17. ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัว	.06	11.37	1.07	.001
18. ประวัติการทารุณกรรมในวัยเด็ก	-.85	5.01	.43	.025
19. ประวัติการทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์	2.61	45.22	13.66	.000
-2 Log Likelihood	344.47			
Model χ^2 (df= 29)	163.14	P < .001		
Overall Rate of Prediction	70.40%			

ตาราง 19 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 2 (N = 395)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
1. อายุหญิงตั้งครรภ์	.06	3.05	1.07	.081
2. อายุสามี	.01	.08	1.00	.779
3. การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์		1.32		.724
- ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	.20	.09	1.22	.759
- มัธยมศึกษา	.51	.70	1.67	.403
- อาชีวศึกษา	.35	.22	1.42	.640
4. การศึกษาของสามี		6.54		.088
- ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	-1.01	1.69	.36	.194
- มัธยมศึกษา	-1.062	4.71	.20	.030
- อาชีวศึกษา	-1.07	2.11	.34	.146
5. การประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์	.46	1.51	1.59	.218
6. การประกอบอาชีพของสามี		2.85		.724
- ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน	.06	.01	1.06	.948
- รับราชการ	.72	.99	2.06	.320
- พนักงานบริษัท/เอกชน	.152	.07	1.16	.797
- เจ้าของธุรกิจ/ส่วนตัว	.28	.13	1.32	.716
- รับจ้าง/ใช้แรงงาน/ค้าขาย	.582	1.46	1.78	.227
7. รายได้ของหญิงตั้งครรภ์	.00	.22	1.00	.642
8. รายได้ของสามี	.00	.69	1.00	.405
9. การดื่มสุราของสามี		1.58		.454
- ไม่ดื่ม	-0.50	.97	.61	.326
- ดื่มบางครั้ง	-0.08	.04	.92	.852
10. ลักษณะของครอบครัว	.26	.66	1.29	.417
11. การจดทะเบียนสมรส	-0.93	6.86	.39	.009
12. ระยะเวลาที่สมรส	-0.08	3.44	.92	.064

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
13. อำนาจในครอบครัว		2.10		.349
- ผู้ชายมีอำนาจมากกว่า	-.39	1.43	.68	.232
- ผู้หญิงมีอำนาจมากกว่า	-.59	1.62	.55	.203
14. เจตคติต่อบทบาทหญิงชาย	.03	.61	.97	.437
15. เจตคติต่อการยอมรับความรุนแรง	-.91	.77	1.03	.379
16. ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย	-.74	4.67	.48	.031
17. ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัว	.04	4.68	1.04	.031
18. ประวัติการทารุณกรรมในวัยเด็ก	-1.01	7.57	.36	.006
19. ประวัติการทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์	1.61	18.61	5.02	.000
20. การถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1	-.91	8.65	.40	.003
-2 Log Likelihood	344.99			
Model χ^2 (df = 30)	135.02	P < .001		
Overall Rate of Prediction	78.2%			

ตาราง 20 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการทารุณกรรมหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 3 (N = 395)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
1. อายุหญิงตั้งครรภ์	-.02	.21	.98	.646
2. อายุสามี	.02	.50	1.02	.479
3. การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์		2.91		.405
- ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	1.13	1.66	3.08	.198
- มัธยมศึกษา	.58	.46	1.78	.500
- อาชีวศึกษา	.51	.28	1.66	.595
4. การศึกษาของสามี		1.25		.741
- ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	-.18	.03	.84	.860
- มัธยมศึกษา	.25	.07	1.28	.794
- อาชีวศึกษา	-.13	.02	.88	.895
5. การประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์	-.99	4.42	.37	.035
6. การประกอบอาชีพของสามี		7.69		.174
- ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน	-3.34	5.44	.04	.020
- รับราชการ	-.84	1.02	.43	.312
- พนักงานบริษัท/เอกชน	-.73	1.39	.48	.239
- เจ้าของธุรกิจ/ส่วนตัว	-.30	.16	1.36	.690
- รับจ้าง/ใช้แรงงาน/ค้าขาย	-.63	1.53	.54	.216
7. รายได้ของหญิงตั้งครรภ์	.00	.29	1.0	.588
8. รายได้ของสามี	.00	.01	1.0	.934
9. การดื่มสุราของสามี		1.17		.558
- ไม่ดื่ม	-.06	.01	.95	.919
- ดื่มบางครั้ง	-.40	.68	.67	.408
10. ลักษณะของครอบครัว	-.48	1.86	.62	.173
11. การจดทะเบียนสมรส	-.32	.64	.73	.425
12. ระยะเวลาที่สมรส	-.05	.98	.95	.322

ตาราง 20 (ต่อ)

ปัจจัย	b	Wald	Odd Ratio	P-value
13. อำนาจในครอบครัว	.71		.703	
- ผู้ชายมีอำนาจมากกว่า	-.28	.60	.75	.440
- ผู้หญิงมีอำนาจมากกว่า	-.34	.41	.71	.520
14. เจตคติต่อบทบาทหญิงชาย	-.04	1.08	.96	.298
15. เจตคติต่อการยอมรับความรุนแรง	.00	.00	1.00	.978
16. ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย	.16	.16	1.17	.687
17. ประวัติการทารุณกรรมในครอบครัว	.02	2.04	1.02	.153
18. ประวัติการทารุณกรรมในวัยเด็ก	-.66	2.68	.52	.102
19. ประวัติการทารุณกรรมก่อนตั้งครรภ์	.68	2.44	1.97	.118
20. การถูกทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 1	-1.26	12.53	.28	.000
21. การทารุณกรรมในระยะไตรมาสที่ 2	-1.77	26.04	.17	.000
-2 Log Likelihood	281.99			
Model χ^2 (df = 31)	139.52	P < .001		
Overall Rate of Prediction	85.6%			

ตาราง 21 การกำหนดน้ำหนักค่าคะแนน สุขภาพมารดาและทารก

ตัวแปร	ค่าคะแนน
สุขภาพมารดา (พิสัยคะแนนรวม = 0-5 คะแนน)	
1. น้ำหนักตัวที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์	
- น้ำหนักตัวเพิ่ม 10-15 กิโลกรัม	= 1
- น้ำหนักตัวเพิ่ม น้อยกว่า 10 กิโลกรัมหรือมากกว่า 15 กิโลกรัม	= 0
2. ภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์	
- ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะตั้งครรภ์	= 1
- มีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะตั้งครรภ์	= 0
3. การแท้งบุตร	
- ไม่แท้งบุตร	= 1
- แท้งบุตร	= 0
4. การคลอด	
- คลอดครบกำหนด	= 1
- คลอดก่อนกำหนด	= 0
5. ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	
- ไม่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	= 1
- มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	= 0

**บทบาทหญิงชายกับบริการด้านอนามัย
การเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย**

**Assessment of Gender Sensitivity
of Reproductive Health Services in Thailand**

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

**บทบาบทหญิงชายกับบริการด้านอนามัย
การเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย**

**Assessment of Gender Sensitivity
of Reproductive Health Services in Thailand**

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์

**โครงการพัฒนางานวิจัย
ด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

**สนับสนุนโดย
กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
2544**

ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของนักวิจัยเท่านั้น และไม่ใช่ว่าข้อคิดเห็น
ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงได้ เนื่องจากการสนับสนุนของ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ บุคคลที่มีส่วนสำคัญที่สุดในการติดตามให้คำปรึกษาแนะนำงานวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความช่วยเหลือของท่านเป็นอันมาก คือ รศ.ดร.บุปผา ศิริวิศมี และ Dr. Alan Gray รวมถึงอาจารย์และเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยประชากรอีกหลายท่าน นอกจากนี้ต้องขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ และความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล บุคคลสำคัญซึ่งช่วยให้งานวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้คือ ผู้ช่วยนักวิจัยทุกท่านอันประกอบด้วย คุณมณฑา เก่งพานิช คุณกรรณก ลัธฉันท์ คุณศรัณญา เบญจกุล คุณสงวน ธาณี คุณชบา ไชยเชษฐี คุณจงรักษ์ รอดเกษม คุณสมฤทัย อินทคชสาร คุณพรทิพย์ นายเพิ่มศักดิ์ คุณชุตติมา สุดตลอด คุณเบญจพร สารพรม และคุณอุทัยวรรณ เจริญสุข โดยเฉพาะคุณรุ่งอรุณ สิงคลีประภา และคุณสมฤทัย อินทคชสาร ซึ่งช่วยบริหารจัดการด้านข้อมูล บุคคลที่คณะนักวิจัยต้องขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ในฐานะที่ปรึกษาโครงการคือ รศ.ดร.สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ น.พ.วีระพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์ ที่ได้ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือด้านบริหารจัดการโครงการด้วยดีมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณบุคคลอีกหลายท่านที่มีได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนช่วยให้โครงการดำเนินการจนเสร็จสิ้นได้ตามที่ตั้งใจ

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์

บทคัดย่อ

ความพยายามผลักดันให้เกิดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ทำให้เกิดคำถามว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการมากน้อยเพียงใด บริการที่ให้มีคุณภาพและไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศเพียงพอหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความพร้อม คุณภาพและความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศของบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลใน 4 จังหวัดคือ กำแพงเพชร นครราชสีมา ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด 4 แห่ง และโรงพยาบาลระดับอำเภอ 4 แห่ง วิธีที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย การสำรวจ การสังเกต และจัดทำแผนที่จุดให้บริการ การสัมภาษณ์บุคลากรที่ให้บริการและผู้ที่มาใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่า แม้จะไม่มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ครบทุกด้าน แต่โรงพยาบาลมีความพร้อมในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ โครงสร้างพื้นฐาน ยาและอุปกรณ์ การรายงานและสถิติ และราคาค่าบริการ รวมทั้งความสะดวกของเวลาให้บริการในระดับดี โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อความรู้สึกถึงความสะดวกของเวลาระหว่างผู้รับบริการหญิงและชาย ส่วนความพร้อมของบุคลากรในด้านการรับการฝึกอบรมเพิ่มเติม การใช้สื่อในการสื่อสาร และให้ความรู้ รวมทั้งการนิเทศงานยังคงค่อนข้างต่ำ สำหรับคุณภาพการให้บริการ แม้นโยบายจะไม่สะท้อนถึงความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับดี แม้จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของผู้รับบริการที่เป็นหญิงและชายในการได้รับคำอธิบายผลก่อนและหลังการตรวจ รวมทั้งความรู้สึกสะดวกใจในการรับบริการจากผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงข้าม การมีทางเลือกการบริการ ความรู้ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ กลไกในการทำให้เกิดการรับบริการต่อเนื่อง รวมทั้งความเหมาะสมและการยอมรับบริการอยู่ในระดับสูง แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จึงควรปรับความพร้อมและคุณภาพในการบริการให้มีความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศ โดยคำนึงถึงความสะดวกของเวลาในการรับบริการ การได้รับคำอธิบายผลก่อนและหลังการตรวจ รวมทั้งความรู้สึกสะดวกใจในการรับบริการจากผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงข้าม ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย

EXECUTIVE SUMMARY

The Ministry of Public Health has divided the National Reproductive Health Plan into ten service programs: family planning, maternal and child health, HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, abortion and its complications, sex education, adolescent reproductive health, infertility, cancers of the reproductive tract, and elderly care (e.g., menopause). In addition, some public hospitals have started to establish one-stop crisis centers to provide services for women who are victims of violence. In order to provide effective services and respond to needs of clients, an effort to assess gender-sensitivity of the programs as well as quality and readiness of the services provided is needed.

Since reproductive health services have been integrated into Thailand's national reproductive health policy and plans, the rapid expansion of these programs requires knowledge on how these services are functioning and what should be done to improve performance and extend services. For many years, hundreds of 'knowledge, attitude and practice' (KAP) studies have been conducted as a source of information to guide program development. Although demand factors are recognized as important determinants of reproductive health service utilization, the ways in which supply side factors affect the service delivery environment and quality of care are not well recognized. In particular, the availability, accessibility, quality and gender-sensitivity of programs need to be explored as fundamental elements for providing guidance in improving reproductive health programs. Very little research has been conducted to analyze the situation of reproductive health services in Thailand. This study is designed to analyze reproductive health standards at public hospitals regarding service readiness, quality of services provided, impact in terms of client satisfaction, and whether services are gender-sensitive.

This study's main objective was to determine the influence of gender constructions on the provision of reproductive health services in a government hospital setting in Thailand, including the nature of provider/client power relationships. Its specific objectives were:

1. to assess the gender sensitivity of providers in the implementation of policies related to services where there is a choice between male and female options, for example, vasectomy or female sterilization;
2. to describe and analyze policies determining the nature and standard of physical facilities for provision of reproductive health services for women and men in government hospitals, including visual and auditory privacy;

3. to compare the provision of information to male and female clients to enable the clients to make informed choices, and observe the interpersonal relations between providers and clients including respect for dignity;
4. to evaluate and compare readiness for providing reproductive health services in terms of provision of a constellation of services, the technical competence of health personnel, the location of facilities and equipment available at different levels of hospital in each region of Thailand;
5. to evaluate the quality of reproductive health services for women and for men including health education, information education and communication (IEC), and training; and,
6. to evaluate statistically the effect of reproductive health services in terms of patient satisfaction with services provided and the gender sensitivity of the providers.

Four provincial hospitals and four district hospitals from Kamphangphet, Nakhonratchasima, Cholburi and Suratthani provinces were selected as samples for this study. Data were collected by surveys, observations and mapping, and interviews with clients and providers of reproductive health services. Ten social and public health scientists were responsible for data collection. They were trained for one week in interview and observation techniques. The survey, observation and interview forms were pre-tested in a public hospital in a nearby province of Bangkok. The data that were collected included: readiness and standard of reproductive health services in terms of equipment, supplies and inventory, physical infrastructure, privacy and cleanliness, management of health personnel, use of IEC, record keeping and accessibility of services; quality of care in terms of policy, effectiveness of communication between providers and clients, choices of contraceptive methods, distribution of IEC materials, technical competence of staff, continuity of services and satisfaction of clients towards reproductive health services; and gender sensitive services including interactions between providers and clients. Data were analyzed using the SPSS program to demonstrate readiness, quality and gender sensitivity of reproductive health programs by using descriptive techniques and indicators.

Results of this study showed that the reproductive health services being offered in public hospitals in Thailand have been integrated into existing maternal and child health (MCH) and family planning services. Consequently, they are associated more with women and particularly married women. There is no specific written policy to provide services according to all men's and women's needs. Moreover, the services that are integrated into MCH programs are not sensitive to the needs of men nor do they facilitate male involvement in reproductive health activities. Since reproductive health services focus mainly on

women, promotion of male methods of contraception/family planning is hindered. In the public hospital, an internal mechanism also does not exist to ensure gender-based equity in reproductive health care.

Providers in public hospitals feel more comfortable to provide services, consultations and counseling to female clients. Yet, female clients feel less comfortable with providers who are men. Female clients also significantly received more explanation from service providers before and after physical examination than men.

The physical facilities for providing reproductive health services for men and women in public hospitals do not have adequate visual and auditory privacy, which lowers levels of effective interpersonal relations and communication while decreasing the gender-sensitivity of the services.

When readiness of services is considered, Thai public hospitals are at a high level in terms of infrastructure, facilities and equipment. Supplies and logistics, IEC materials and activities, records keeping and reporting are at a medium level of readiness. Areas of readiness that should be improved include: (i) the development of mechanisms to determine client opinions on the quality of services (such as convenient clinic hours, satisfaction, etc.), (ii) additional training for staff on reproductive health, (iii) more frequent and regular supervision, and (iv) provision of clinic hours that are convenient for men.

When quality of services has been considered in terms of interpersonal relations between providers and clients, male clients reported at a significant level that they received less explanation before and after physical examinations compared to women. Mechanisms to encourage continuity in family planning use are at a high level. The components of quality of services which can be improved include choice of methods and exchange of information between providers and clients through IEC materials.

When clients satisfaction was used to measure the impact of reproductive health services in general, there was no difference between men and women. Both sexes felt a high level of satisfaction towards hospital services.

Major recommendations that came out of this study include the following.

1. Facilitate the formulation of reproductive health policies at the health facility level that are specific and respond to the needs of all men and women.

2. Provide additional training or refresher training on reproductive health to hospital staff and including in particular information on gender relationships and gender-sensitive services.
3. Facilitate the production of IEC materials on each component of reproductive health, particularly male reproductive health, and ensure effective distribution and easy accessibility of these IEC materials.
4. Make reproductive health providers aware of the different needs of men and women and increase their abilities to provide adequate information and explanations to clients before and after physical examination, and especially for men clients.
5. Advocate for the provision of gender-sensitive reproductive health services by encouraging female clients to be examined and consulted by female providers or provide training to providers to understand and be aware of gender relationships in health service provisioning.
6. Encourage closer supervision of reproductive health services at the hospital level.
7. Increase providers' abilities to explain contraceptive methods and facilitate correct choices, as well as providing information on contraceptive side effects.
8. Encourage and advocate for regular assessment of reproductive health services at the hospital level and involvement of hospital administrators and staff in the assessment process.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	xxiii
บทคัดย่อ	xxiv
Executive Summary	xxv
สารบัญ	xxix
สารบัญตาราง	xxx
1. บทนำ	135
1.1 ความสำคัญของปัญหา	135
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	140
1.3 ข้อยกจำกัดในการศึกษา	141
1.4 กรอบแนวความคิดในการวิจัย	142
2. วิธีการศึกษาวิจัย	143
2.1 กลุ่มตัวอย่าง	144
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	147
2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	148
3. ผลการศึกษาวิจัย	149
3.1 การจัดบริการของโรงพยาบาลโดยภาพรวม และลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	149
3.2 ความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	155
3.3 คุณภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	162
3.4 การประเมินความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการด้านอนามัย การเจริญพันธุ์	168

	หน้า
4. สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	173
4.1 สรุป	173
4.2 อภิปราย	176
4.3 ข้อเสนอแนะ	179
บรรณานุกรม	181
ภาคผนวก	185

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมประชากรของผู้รับบริการ	185
2 ลักษณะของบุคลากรที่ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	187
3 ลักษณะทางประชากรเศรษฐกิจและสังคมของผู้ให้บริการ	189
4 การได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะของบุคลากรขณะที่เรียน	190
5 การได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะของบุคลากรหลังจากเรียนจบ	190
6 ระยะเวลาการฝึกอบรมเพิ่มเติมที่บุคลากรได้รับ	191
7 การประเมินคุณภาพในการรับบริการของผู้รับบริการ	192
8 ลักษณะการตรวจร่างกายและการให้บริการจากการสังเกต	197
9 ดัชนีแสดงความพร้อม คุณภาพในการให้บริการด้านอนามัย การเจริญพันธุ์	198

1. บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

จากอัตราการเติบโตของประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาประมาณ 40 ปีที่ผ่านมา ทำให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องรีบเร่งดำเนินโครงการวางแผนครอบครัว เพื่อควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากรให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ ในการพยายามที่จะขยายโครงการวางแผนครอบครัวออกไปให้มากที่สุดและให้บริการมีคุณภาพดี ผู้ดำเนินโครงการจำเป็นต้องทราบรายละเอียดของการปฏิบัติงานต่าง ๆ เป็นอย่างดี แต่การศึกษาเพื่อพัฒนาโครงการวางแผนครอบครัวที่ผ่านมา มักมุ่งเน้นไปที่การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP) ด้านการวางแผนครอบครัว (Miller et al, 1997) ซึ่งแม้จะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการเลือกใช้วิธีการวางแผนครอบครัวของผู้รับบริการ แต่การศึกษาเหล่านี้ไม่ได้ให้ข้อมูลด้านอุปทาน (Supply) ของโครงการวางแผนครอบครัว อันได้แก่ ความพร้อมในการให้บริการและคุณภาพของการบริการ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินโครงการต่อไป

ในช่วงต้นทศวรรษ 1980 กระแสความคิดเรื่องสุขภาพและสิทธิของผู้หญิงถูกเผยแพร่ไปอย่างกว้างขวาง เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพและสิทธิของผู้หญิง กระแสความคิดนี้ได้ถูกผลักดันและขยายจนกระทั่งกลายเป็นแนวคิดเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมการวางแผนครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง องค์การระหว่างประเทศต่าง ๆ รวมถึงองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และได้สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วไปเป็นนโยบาย จากการประชุมที่โคโรในปี 1994 ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับแนวคิดเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์มาจัดทำเป็นร่างนโยบายประชากรแห่งชาติ ซึ่งรวมเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ด้วย และยังได้บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 นอกจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขยังได้ทดลองรูปแบบการปรับนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์

ให้เป็นบริการในโรงพยาบาล 2 แห่ง คือ พะเยา และปัตตานี Baworn Ngamsiriudom, 1998 ผลของการทดลองปรับรูปแบบ กระทรวงฯ ได้อาศัยฐานเดิมคือ งานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว มากำหนดขอบข่ายงานบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ออกมาเป็นบริการ 10 ประเภท คือ

1. การวางแผนครอบครัว
2. งานอนามัยแม่และเด็ก
3. โรคเอดส์
4. การติดเชื้อของทางเดินระบบสืบพันธุ์
5. เพศศึกษา
6. อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น
7. การแท้งและอาการแทรกซ้อน
8. การมีบุตรยาก (Infertility)
9. มะเร็งของระบบสืบพันธุ์
10. วัยหลังเจริญพันธุ์ และการดูแลผู้สูงอายุ (Post-reproductive age and old age care)

แม้การกำหนดขอบข่ายงานบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ออกมาเป็น 10 ประเภท จะยังขาดการบริการที่จัดไว้สำหรับผู้หญิงที่ได้รับความรุนแรง แต่การที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามผลักดันให้เกิดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และทุกระดับ ทำให้เกิดคำถามว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นสามารถผสมผสานบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เข้าไปในงานบริการปกติได้หรือไม่ มีความพร้อมในการให้บริการมากน้อยเพียงใด บริการที่มีคุณภาพเพียงพอหรือไม่ ลักษณะของการจัดบริการมีความไวต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละเพศหรือไม่ ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านอุปทานเช่นเดียวกับที่มีความต้องการจากโครงการวางแผนครอบครัว

เป็นที่ยอมรับกันมากในปัจจุบันนี้ว่า โครงการวางแผนครอบครัวและอนามัย การเจริญพันธุ์จะดำเนินไปได้ดี นอกจากการวิเคราะห์ด้านอุปสงค์ (demand) แล้ว ในส่วนของอุปทาน (supply) ยังต้องมีทางเลือกที่เพียงพอสำหรับผู้ใช้บริการ มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและนิเทศเป็นอย่างดี มีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม มีกลไกที่ทำให้เกิดการรับบริการอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของบริการที่มีคุณภาพ (Bruce, 1990) และมีผลอย่างมากต่อการบรรลุความมีสุขภาพที่ดีด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงและชาย

ความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวเริ่มขึ้นในปลายทศวรรษ 1980 โดยมุ่งไปที่คุณภาพการบริการ (Ortega & Helzner, 2000) และให้ความสนใจเป็นพิเศษกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงซึ่งเป็นผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ จากมุมมองทางด้านบทบาทหญิงชาย การให้ความสนใจกับคุณภาพการบริการเป็นการตระหนักถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power relation) ที่มีผลต่อผู้หญิงในการเข้าถึงบริการ International Planned Parenthood Federation (Cardich et al, 2000) ได้เสนอเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพการบริการออกเป็น 6 กลุ่ม คือ (1) การวิเคราะห์การไหลเวียนของผู้ป่วย (Client flow) (2) การนิเทศน์และการสังเกตโดยตรง (3) การวิเคราะห์ข้อมูลการรับบริการ เพื่อหาความลำเอียงของผู้ให้บริการ เป็นต้น (4) การวิเคราะห์ระบบข้อมูลการบริหารจัดการ (5) การประเมินใบอนุญาตเพื่อการ ผ่าตัดคุมกำเนิด (6) การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย

ในช่วงเวลาต่อมา Kumar & Jain & Bruce (1989) ได้เพิ่มเติมการประเมินคุณภาพในการให้บริการวางแผนครอบครัวว่า ควรประกอบด้วย

1. การมีวิธีให้เลือก (Choice of methods) ซึ่งหมายถึงว่า สถานพยาบาลแห่งนั้นควรมีวิธีการวางแผนครอบครัวให้ผู้ป่วยเลือกหลายวิธี หรือผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ

ด้านวางแผนครอบครัวได้อย่างสะดวกง่ายดาย ซึ่ง Mauldin & Lephram (1985), (อ้างถึงใน Kumar & Jane & Bruce, 1989) ได้แปลการเข้าถึงอย่างสะดวกง่ายดายให้เป็นรูปธรรมว่า ใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อเดือน ในการไปรับบริการคุมกำเนิดและค่าใช้จ่ายของการคุมกำเนิดใน 1 เดือน ไม่ควรเกิน 1% ของเงินเดือน

2. **คุณสมบัติของผู้ให้บริการ (Provider competence)** ซึ่งจะพิจารณาทั้งการมีคุณสมบัติเพียงพอ (Qualifications) ของผู้ให้บริการในด้านการศึกษา การฝึกอบรม ประสบการณ์ และความรู้ที่ผู้ให้บริการนำมาใช้ในการให้บริการ และความสามารถในการปฏิบัติงาน (Technical competence) ซึ่งหมายถึงทั้งความสามารถทางคลินิก รวมถึงความสามารถในการคัดกรอง การรู้ข้อห้ามในการใช้วิธีคุมกำเนิด การบริการและการจัดการกับผลข้างเคียงในแต่ละขั้นตอนของการบริการ

3. **การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Provider-client information exchange)** ประกอบด้วย *ความเข้าใจผู้รับบริการ* ซึ่งหมายถึง ข้อมูลที่ผู้ให้บริการได้รับจากผู้รับบริการเพื่อให้เข้าใจภูมิหลัง ทศนคติ ความชอบ ประวัติการคุมกำเนิด อนามัยการเจริญพันธุ์และความตั้งใจของผู้รับบริการ เพื่อหาวิธีวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมกับตัวเขา และ*ข้อมูลที่ให้กับผู้รับบริการ* ซึ่งหมายถึง ข้อมูลด้านวิธีการวางแผนครอบครัวทั้งหมด ข้อพึงระวัง อาการข้างเคียง ความปลอดภัยของแต่ละวิธี องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและบริการต่อเนื่องที่ผู้ให้บริการต้องให้กับผู้รับบริการ

4. **กลไกซึ่งกระตุ้นให้เกิดการวางแผนครอบครัวที่ต่อเนื่อง (การติดตามผล) (Mechanism to encourage continuity of use (follow up))** หมายถึง การมีกลไกที่ทำให้ผู้รับบริการสามารถไปรับยาหรือบริการ ไปปรึกษาเมื่อมีอาการข้างเคียงและเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นได้จำเป็น กลไกนี้อาจเป็นสื่อหรือการติดตามผลที่ทำให้เกิดการวางแผนครอบครัวที่ต่อเนื่อง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Provider-client relations)

ซึ่งรวมทั้งความเข้าใจ ความเห็นใจของผู้ให้บริการ การพยายามทำให้ผู้รับบริการเข้าใจความรู้สึกของตนเองต่อการวางแผนครอบครัว การเข้าใจความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ในส่วนนี้จะทำให้การบริการดำเนินไปได้ด้วยดี

วิธีที่มีผู้นำมาประเมินความพร้อมและคุณภาพการบริการมากที่สุดคือ วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) ซึ่งเริ่มใช้โดย Population Council ในการประเมินด้านอุปทานของการวางแผนครอบครัว (Miller et al, 1991) เพื่อวัดความสามารถในการให้บริการที่แท้จริงของจุดให้บริการ การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นวิธีการที่ปรับจากวิธีการสำรวจอย่างรวดเร็วของ Frerichs (Frerichs, 1989; Frerichs & Khin Tar Tar, 1989) และแนวคิดเรื่องคุณภาพบริการของ Bruce & Jain (Bruce, 1990) ในตอนแรกที่ได้้นำการวิเคราะห์สถานการณ์มาใช้นั้น ได้กำหนดให้การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการบรรยายและประเมิน

1. นโยบายการวางแผนครอบครัวปัจจุบันและมาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งการทำหน้าที่ของจุดให้บริการที่เป็นหน่วยย่อย
2. ความพร้อมของจุดให้บริการที่จะให้บริการที่มีคุณภาพต่อผู้รับบริการ
3. คุณภาพบริการ ณ จุดให้บริการที่ผู้รับบริการได้รับจริง
4. ผลกระทบของคุณภาพบริการต่อพฤติกรรมและการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการ

หลังจากนั้นก็ยังมีผู้เพิ่มขึ้นตอนของวิธีการและจุดมุ่งเน้นบางอย่างเข้าไปอีก เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ศึกษาในแต่ละประเทศ การประยุกต์ที่สำคัญซึ่งได้พัฒนาด้ขึ้นมาใช้สำหรับการศึกษาคั้งนี้ด้วยเป็นของทีมงานจาก International Planned Parenthood Federation ซึ่งเพิ่มเติมคำถามสำหรับการประเมินคุณภาพบริการจากมุมมองของบทบาทหญิงชาย แต่ยังใช้วิธีการในการศึกษาแบบเดิม (Cardich et al, 2000) แนวคิดสำคัญในการประเมินคือ การพยายามวัดคุณภาพบริการด้านนี้ให้มองเห็น จับต้องได้เพื่อให้เข้าใจว่าจะสามารถประเมินการบริการที่ดำเนินไปในแต่ละวันอย่างไร โดยอาศัยแนวคิดเรื่องคุณภาพ

บริการและความเหมาะสมต่อเพศของผู้รับบริการ เพื่อจะได้นำมาใช้เป็นฐานในการปรับปรุง การบริการซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการในท้ายที่สุด

สำหรับการประเมินความพร้อมและคุณภาพการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ใน ประเทศไทย มักเป็นการประเมินด้านการวางแผนครอบครัว (พร้อมบุญ พานิชภักดิ์, 2521, ศิริพันธ์ สายประเสริฐ, 2532, ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และสุรีย์พร พันพึ้ง, 2538) แต่การ พยายามประเมินทั้งความพร้อม คุณภาพ และความไวของบริการต่อความแตกต่างระหว่าง เพศยังมีอยู่น้อย การศึกษาครั้งนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อประเมินบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของ โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย เพื่อให้มั่นใจว่าบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ให้บริการอยู่มี คุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการที่แตกต่างกันเองแต่ละเพศได้เป็น อย่างดี การศึกษาครั้งนี้คงจะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลคุณภาพของการบริการที่เป็นอยู่ จากมุมมองด้านบทบาทหญิงชายเพื่อใช้ในการวางแผนนโยบายและการปรับปรุงจุดบริการ อีกทั้งยังบอกถึงความต้องการเครื่องมืออุปกรณ์ การฝึกอบรมที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ระดับ การใช้สื่อเพื่อให้ความรู้และสื่อสารกับผู้ให้บริการ และอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้ให้บริการในการใช้ และเข้าถึงบริการ ท้ายที่สุดยังช่วยให้ทราบการผสมผสานการวางแผนครอบครัว และอนามัย แม่และเด็กเข้ากับอนามัยการเจริญพันธุ์

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อวิเคราะห์และอธิบายความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศของบริการด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐ รวมทั้งธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และ ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินความไวของบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ให้บริการ โดยการให้ทางเลือกของการบริการทั้งสำหรับหญิงและชาย
2. เพื่ออธิบายผลของนโยบายต่อลักษณะการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อหญิงและชายในโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ใช้ในการเลือกบริการของผู้รับบริการทั้งหญิงและชาย และสังเกตความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการว่ามีความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศหรือไม่
4. เพื่อวิเคราะห์ความพร้อมในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในด้านสถานที่ บุคลากร ยา/เครื่องมือ/อุปกรณ์และสื่อของโรงพยาบาลรัฐ
5. เพื่อประเมินคุณภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลรัฐ ในด้านของนโยบาย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การมีทางเลือก การบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ความสามารถของบุคลากร กลไกในการให้บริการ ต่อเนื่อง ความเหมาะสมและการยอมรับบริการ
6. เพื่อประเมินผลของการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์จากความพึงพอใจของผู้รับบริการและความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ให้บริการ

1.3 ข้อจำกัดในการศึกษา

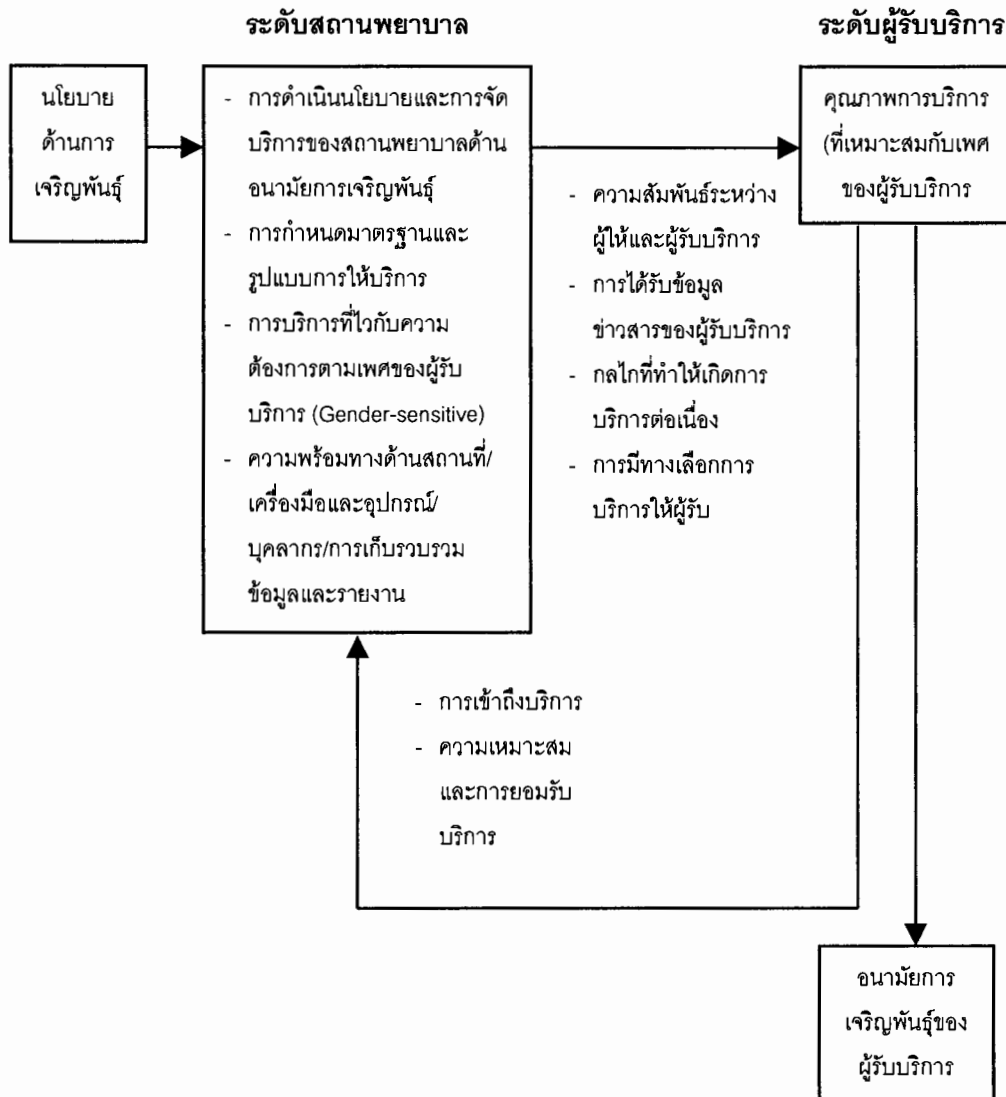
การประเมินสถานการณ์การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียง 8 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด 4 แห่ง และระดับอำเภอ 4 แห่ง แม้จะได้พยายามเลือกโรงพยาบาลจากจังหวัดในแต่ละภาค แต่คงไม่สามารถเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั้งหมดในภาคนั้น ๆ ได้ นอกจากนั้นยังเป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลของภาครัฐ ซึ่งคงมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลมูลนิธิอื่น ๆ จึงเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงไปถึงโรงพยาบาลทั้งหมด อนึ่ง วิธีการศึกษาส่วนหนึ่งยังอาศัยการสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการจึงอาจจะมีผลลำเอียง

ที่เกิดขึ้นจากการถูกสังเกต และส่งผลต่อความเชื่อถือได้ของข้อมูล ทำยที่สุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดดำเนินการได้เฉพาะในรายที่อนุญาตให้มีการสำรวจ สังเกตหรือสัมภาษณ์ ข้อมูลของผู้ที่ไม่อนุญาตให้เก็บรวบรวมอาจจะมีคุณลักษณะที่แตกต่างไปจากข้อมูลที่น่าเสนอครั้งนี้ การนำข้อมูลไปใช้จึงจะต้องตระหนักถึงกลุ่มที่มีความแตกต่าง แต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

1.4 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

กรอบแนวความคิดในการศึกษาคั้งนี้ เริ่มพิจารณาจากนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับชาติ ซึ่งแปลงไปสู่การปฏิบัติในระดับสถานพยาบาล การบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความพร้อมของสถานพยาบาล ซึ่งประเมินได้จากนโยบายและการจัดบริการของสถานพยาบาล การกำหนดมาตรฐานและรูปแบบการให้บริการ รวมถึงความพร้อมทางด้านสถานที่/เครื่องมือและอุปกรณ์บุคลากรและการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงาน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การจัดบริการที่ไวกับความต้องการตามเพศของผู้รับบริการ ซึ่งความพร้อมเหล่านี้จะทำให้คุณภาพการบริการที่ผู้รับบริการได้รับมีคุณภาพดี นอกจากนั้นการจัดบริการให้กับผู้รับบริการยังขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ กลไกที่ทำให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและการมีทางเลือกการบริการให้กับผู้รับบริการ ส่วนผู้รับบริการจะรับบริการที่จัดให้ได้ต้องเข้าถึงบริการ ยอมรับบริการนั้นถ้าบริการนั้นมีความเหมาะสมพอ ผลกระทบที่เกิดจากความพร้อมและคุณภาพในการบริการที่ดีคือ อนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีของผู้รับบริการ

กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย



2. วิธีการศึกษาวิจัย

การประเมินบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย จำนวน 8 แห่งครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น นโยบายของโรงพยาบาล

จำนวนบุคลากร สถิติการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาล และข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งได้จากการสำรวจ สังเกต และสัมภาษณ์

2.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 8 แห่ง การคัดเลือกเริ่มจากการสุ่มจังหวัดมา 4 จังหวัด โดยพยายามให้กระจายไปในแต่ละภาค จังหวัดที่สุ่มได้คือ กำแพงเพชร นครราชสีมา ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี จากจังหวัดที่สุ่มได้เลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งอาจจะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นกลุ่มตัวอย่าง และทำการสุ่มอำเภอแบบง่ายมา 1 อำเภอ และเลือกโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งอาจจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ โรงพยาบาลระดับจังหวัด 1 แห่ง และโรงพยาบาลระดับอำเภอ 1 แห่ง ในแต่ละจังหวัด รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 โรงพยาบาล อันได้แก่

1. โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. โรงพยาบาลคลองขลุง
3. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
4. โรงพยาบาลสูงเนิน
5. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
6. โรงพยาบาลเกาะสมุย
7. โรงพยาบาลชลบุรี
8. โรงพยาบาลพนัสนิคม

จากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในหลายลักษณะ ดังนี้

1. **การสำรวจ** เป็นการสำรวจความพร้อมและมาตรฐานของโรงพยาบาลในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งในด้านวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ สิ่งของต่างๆ ที่ใช้ในการบริการ (Inventory) สิ่งก่อสร้างพื้นฐานทางกายภาพต่างๆ (Physical

infrastructure) การจัดบุคลากร การใช้สื่อต่างๆ ในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ การบริหารจัดการ การเพื่อการบริการ การเก็บบันทึกรายงานประวัติผู้ให้บริการ รวมทั้งการประเมินการเข้าถึงบริการ

2. **การสังเกต** เป็นการสังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ ขณะที่ให้บริการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำปรึกษา และการ บริการทางคลินิกทุกขั้นตอน (Medical procedure) รวมทั้งการจัดทำแผนที่ของจุดบริการ เพื่อวิเคราะห์ผลของความสัมพันธ์หญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เนื่องจากการสังเกตเป็นการประเมินทั้งความพร้อมและคุณภาพของการให้ บริการ ขณะที่บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แยกออกเป็นบริการหลายด้าน ซึ่งมีรายละเอียดที่แสดงความพร้อมและคุณภาพการบริการที่แตกต่างกันไป การสังเกตในการศึกษา ครั้งนี้จึงจำกัดเฉพาะบริการด้านการวางแผนครอบครัว เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ ภายในช่วงเวลาจำกัดที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. **การสัมภาษณ์** เป็นการสัมภาษณ์ทั้งผู้รับบริการและให้ผู้บริการ ผู้สัมภาษณ์จะสุ่มอย่างง่ายจากผู้รับบริการที่มาใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ช่วง เวลาเปิดบริการ-ปิดบริการ เมื่อผู้ใช้บริการเสร็จสิ้นการรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แต่ ละประเภท (Exit interview) โดยผู้สัมภาษณ์จะต้องขออนุญาตก่อนทำการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บ ข้อมูลการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความพร้อมและคุณภาพของการบริการ และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการนั้นๆ โดยพยายามให้ครอบคลุมผู้ใช้บริการด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์แต่ละด้าน ส่วนการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ เป็นการประเมินความพร้อมที่ จะให้บริการและคุณภาพบริการของบุคลากรของโรงพยาบาล โดยพยายามสัมภาษณ์ผู้ให้ บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกคนที่ปฏิบัติงานและยินยอมให้สัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาประมาณ 3 เดือน ตั้งแต่ 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2543 โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลละประมาณ 2-3 อาทิตย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย นักวิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 10 คน องค์ประกอบของทีมจะมีทั้งผู้ที่มีความรู้ด้านการแพทย์และผู้ที่มีความรู้ด้านสังคมศาสตร์ โดยผู้มีความรู้ด้านการแพทย์รับผิดชอบด้านการสำรวจและการสังเกต รวมทั้งการสัมภาษณ์บุคลากร ขณะที่ผู้ช่วยวิจัยฝ่ายสังคมศาสตร์เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้รับบริการ ก่อนทำการสัมภาษณ์ ใช้เวลาอบรมผู้ช่วยวิจัยประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อแนะนำจุดประสงค์ของโครงการ วิธีการสำรวจ สังเกตและสัมภาษณ์ โดยทบทวนรายละเอียดคำถามแต่ละข้อ ทั้งวิธีการถามและการบันทึก

องค์ประกอบด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยการสำรวจ การสังเกตและการสัมภาษณ์ การดำเนินการทั้งหมดจะกระทำโดยไม่ให้ส่งผลต่อการให้บริการที่ผู้รับบริการขอใช้บริการอยู่ แบบฟอร์มทั้งหมดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบหรือผู้กระทำ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีให้มีการใช้ข้อมูลซึ่งสามารถโยงใยมาถึงผู้ตอบหรือโรงพยาบาลได้ การสังเกต ผู้สังเกตจะต้องรักษาวินัยซึ่งจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการหรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการให้บริการ การสัมภาษณ์จะกระทำโดยได้รับความยินยอมจากผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยผู้สัมภาษณ์จะอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานให้ทราบโดยละเอียด ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถจะถอนตัวจากการสัมภาษณ์ได้ตามที่ต้องการ นอกจากนั้นการไม่ให้สัมภาษณ์จะไม่มีผลใดๆ ต่อการบริการที่ผู้ถูกสัมภาษณ์มาขอรับบริการ การวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งหมดดำเนินการโดยนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งการนำเสนอจะกระทำโดยระมัดระวังมิให้เกิดความเสียหายต่อสถานพยาบาลหรือผู้ถูกสัมภาษณ์

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสำรวจ แบบสังเกตและแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจ แบบสังเกต และแบบสอบถามของ Miller et al (1997) ซึ่งใช้สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์ของการวางแผนครอบครัว และอนามัยการเจริญพันธุ์ในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในทวีปแอฟริกาและเอเชีย นอกจากนี้ยังได้เพิ่มประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หญิงชาย และอนามัยการเจริญพันธุ์เข้าไปในแบบสอบถาม จากแบบสำรวจ แบบสังเกต และแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้นำไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลเป็นเวลา 2 วัน จากนั้นนำแบบฟอร์มทั้งหมดมาปรับแก้และเพิ่มเติม และได้จัดทำเป็นแบบฟอร์มที่จะใช้ในการศึกษาต่อไป รายละเอียดของแบบสำรวจ แบบสังเกตและแบบสอบถาม แบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

1. แบบสำรวจความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย สิ่งที่ต้องสังเกตและสอบถาม ข้อคำถามที่ใช้ในการสังเกต เป็นการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลในด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ และวัสดุคงคลัง รวมทั้งยาต่างๆ การให้ความรู้และข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์กับผู้ป่วย การเก็บรวบรวมประวัติผู้ป่วย สำหรับการสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงการเข้าถึงบริการ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแต่ละประเภท บริการที่มีและความพร้อมด้านอุปกรณ์และยาในการให้บริการเหล่านั้น การเก็บประวัติและรายงาน การนิเทศน์งาน สถิติการให้บริการและราคาค่าบริการแต่ละประเภท โดยทำการสำรวจโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง

2. แบบสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว เป็นการสังเกตว่าบุคลากรมีความพร้อมและมีคุณภาพในการให้บริการในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การให้คำแนะนำปรึกษากับผู้มาใช้บริการวางแผนครอบครัว รวมทั้งผลของความสัมพันธ์หญิงชายถึงการจัดบริการ โดยประเมินจากความรู้ความสามารถของบุคลากร ความเข้าใจของผู้รับบริการ การสร้างความสัมพันธ์กับ

ผู้รับบริการ การให้ข้อมูลข่าวสารและการนัดติดตามผล การสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้รับบริการ เป็นการสังเกตเจ้าหน้าที่ 62 ราย (ผู้ชาย 6 ราย และผู้หญิง 56 ราย) ผู้รับบริการ 62 ราย (ผู้ชาย 2 ราย และผู้หญิง 60 ราย)

3. *แบบสัมภาษณ์บุคลากร* ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์และการฝึกอบรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ คุณภาพและความพร้อมในการให้บริการวางแผนครอบครัว ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์หญิงชายกับการให้บริการวางแผนครอบครัว โดยได้สัมภาษณ์บุคลากรจำนวน 90 ราย (ผู้ชาย 9 ราย และผู้หญิง 81 ราย)

4. *แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ* ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ การเข้าถึงบริการการรับบริการด้านการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยสัมภาษณ์ผู้รับบริการจำนวน 845 ราย (ผู้ชาย 63 ราย และผู้หญิง 782 ราย) และเพื่อประเมินผลกระทบของบริการด้านวางแผนครอบครัวจากความรู้และความถูกต้องของการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว เนื่องจากเป็นที่เชื่อกันว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวอย่างมาก จึงทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเฉพาะผู้รับบริการวางแผนครอบครัว จำนวน 116 ราย (เป็นผู้หญิงทั้งหมด) โดยใช้แบบสอบถาม

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มา ถูกนำมาบันทึกตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 7.5 และนำเสนอเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการบรรยายถึงความพร้อม คุณภาพการบริการและความไวต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งหญิงและชาย โดยทั่วไป ส่วนที่สองเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปของดัชนีที่แสดงความพร้อมคุณภาพในการบริการและความไวของบริการต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละเพศซึ่งได้จากการนำดัชนีของ Miller et al (1997) และ Cardich et al (2000) มาเป็นเกณฑ์ เนื่องจาก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่เป็นชายและการสังเกตผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการที่เป็นชาย มีจำนวนน้อยมากจนไม่สามารถจะนำมาแยกกลุ่มวิเคราะห์ได้ การแสดงผลการวิเคราะห์ที่สามารถแยกคำตอบระหว่างหญิงและชายได้จึงมีเฉพาะผลการสัมภาษณ์ผู้รับบริการในแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังทำการทดสอบความแตกต่างของความพร้อมและคุณภาพการบริการระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาค แต่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญจึงไม่นำเสนอผลการวิเคราะห์เหล่านี้

3. ผลการศึกษาวิจัย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จะนำเสนอเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการบรรยายผลจากการสำรวจและการทบทวนเอกสาร ถึงการจัดบริการของโรงพยาบาลโดยภาพรวมและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นการแสดงความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ ส่วนที่ 3 เป็นการแสดงคุณภาพการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากผลการสังเกตและสัมภาษณ์ ส่วนสุดท้ายเป็นการนำเสนอดัชนีแสดงความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

3.1 การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลที่ตกเป็นตัวอย่าง

จากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาทั้งหมด 8 โรงพยาบาล พบว่า รูปแบบการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มักใช้การบริการสูตินรีเวชเป็นฐานสำคัญในการให้บริการ โดยการบริการด้านสูติแบ่งออกเป็นการฝากครรภ์ คลอด ตรวจหลังคลอด วางแผนครอบครัว แท้งและอาการแทรกซ้อน มีบุตรยาก และในบางแห่งอาจรวมคลินิกเด็กดีไว้ด้วย (ถ้าเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ มักจะรวมเป็นบริการอยู่ในหน่วยส่งเสริมสุขภาพ) (บางโรงพยาบาลมีบริการเฉพาะให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นทาลัสซีเมียและติดเชื้อเอชไอวี) ส่วนมะเร็งของระบบสืบพันธุ์ วิทยุหมดประจำเดือน (หรือวัยทอง) การติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจะเป็น

การบริการของหน่วยรีเวจ ขณะที่บริการการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ชายจะไม่มีแผนกเฉพาะ ผู้ชายที่ต้องการใช้บริการจึงต้องไปใช้บริการในแผนกศัลยกรรมหรืออายุรกรรม แต่เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขขณะนี้ มีโรงพยาบาลที่เน้นการให้บริการเฉพาะการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ ทำให้ผู้ต้องการบริการเหล่านี้มักไม่มาใช้บริการในโรงพยาบาลปกติ

สำหรับการวางแผนครอบครัวที่ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนกสูตินรีเวชซึ่งถือเป็นบริการสำหรับผู้หญิง ผู้ชายที่ต้องการทำหมันและต้องมาขอรับบริการที่แผนกนี้จึงต้องเผชิญกับอุปสรรคในด้านโครงสร้างการให้บริการ ในบางโรงพยาบาลผู้ชายอาจไปขอรับบริการทำหมันได้จากแผนกศัลยกรรมหรือศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ซึ่งไม่ได้แยกเป็นการบริการเฉพาะด้านวางแผนครอบครัว เช่นเดียวกันกับคู่สมรสที่จะเลือกใช้การวางแผนครอบครัวแบบถ่วงยงอนามัย โครงสร้างการบริการทำให้ต้องจ่ายถ่วงยงให้กับผู้หญิง นั่นหมายความว่าผู้หญิงจะต้องกลับไปสื่อสารกับสามีถึงการใช้วิธีคุมกำเนิดดังกล่าว ส่วนการให้บริการด้านเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น ไม่มีโรงพยาบาลใดจัดบริการให้เฉพาะ บางโรงพยาบาลอาจแทรกอยู่ในการให้สุขศึกษาบ้างแต่ไม่ได้เป็นจุดเน้นในการให้บริการ สิ่งที่ควรคำนึงคือในช่วงเวลาสั้นๆ ที่ทำการเก็บข้อมูล ทีมวิจัยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้หญิงถูกกระทำรุนแรง โดยมากเป็นการถูกข่มขืนมาขอรับบริการในโรงพยาบาลระดับจังหวัดทุกแห่ง จึงถือเป็นประเด็นที่จะต้องนำมากล่าวต่อไปว่าโรงพยาบาลควรจัดบริการสำหรับผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงได้หรือยัง สำหรับการบริการผู้ติดเชื้อเอดส์นั้นอาจจะมีบริการทั้งที่แยกเป็นคลินิกนิรนามหรือให้ไปใช้บริการรวมกับการบริการต่างๆ ไป เช่นเดียวกันกับการบริการผู้สูงอายุซึ่งบางโรงพยาบาลอาจแยกเป็นคลินิกสูงอายุ ขณะที่บางโรงพยาบาลให้ใช้บริการไปตามลักษณะการบริการที่มีอยู่ จากโครงสร้างลักษณะการจัดบริการดังกล่าว บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จึงดูเหมือนจะเป็นบริการที่โรงพยาบาลรัฐจัดให้กับผู้หญิง (โดยเฉพาะเป็นผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว) นับเป็นข้อจำกัดสำหรับการพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้บริการที่เป็นชาย การศึกษาครั้งนี้จึงต้องพยายามไปเก็บข้อมูลจากคลินิกผู้ติดเชื้อเอดส์หรือคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย

ความไวของบริการและความต้องการของผู้รับบริการ

ผลจากการทบทวนนโยบายและสถิติของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดที่ระบุเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์แยกกระว่าหญิงและชายไว้ในนโยบายอย่างชัดเจน มีโรงพยาบาล 1 แห่งที่ติดป้ายประกาศไว้ในหน่วยผู้ป่วยนอกว่าอนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบด้วยบริการด้านใดบ้าง แต่เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ปรากฏว่ามีผู้เห็นหรือสนใจป้ายดังกล่าว เมื่อพิจารณาต่อไปถึงความไวของบริการกับความต้องการตามเพศของผู้รับบริการ ไม่พบว่า มีโรงพยาบาลใดที่มีกลไกภายในโรงพยาบาลซึ่งใช้ข้อมูลจากผู้รับบริการมาเปลี่ยนแปลงการบริการ หรือกลไกที่จะเลิกใช้ใบอนุญาตของสามีเมื่อผู้หญิงต้องการทำหมัน เมื่อพิจารณาต่อไปถึงสถิติของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พบว่า ผู้ให้บริการแต่ละคนต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการหลายร้อยรายต่อปี นอกจากจำนวนผู้ให้บริการซึ่งอยู่ในระดับวิชาชีพ อันได้แก่ แพทย์และพยาบาลแล้วยังมีผู้ให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในสถานการณ์การให้บริการจริงนั้น บุคคลเหล่านี้ต้องให้บริการกับผู้รับบริการโดยตรง คำถามที่เกิดขึ้นคือ บุคคลเหล่านี้ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มทักษะและความสามารถให้ เพียงพอหรือไม่ เมื่อทำการสำรวจสภาพของโรงพยาบาลในการจัดบริการ พบว่า มีโรงพยาบาลเพียงครั้งหนึ่งที่ติดป้ายแสดงว่ามีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ในตึก ขณะที่อีกครึ่งหนึ่งมีป้ายอยู่ทั้งนอกและในตึก (แต่ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีป้ายแสดงราคาค่าบริการ) **ส่วนสภาพทางด้านสาธารณูปโภคของโรงพยาบาล** พบว่า มีโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวซึ่งมีที่นั่งไม่เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ ส่วนสิ่งพื้นฐานอื่นๆ เช่น ห้องน้ำผู้ป่วย มักจะไม่สะอาดมีกลิ่นรุนแรง หรือมีไฟฟ้าดับบ่อยในโรงพยาบาลบางแห่ง แต่โดยทั่วไปถือว่าอยู่ในสภาพพร้อมที่จะบริการ ถ้าโรงพยาบาลให้ความสำคัญเพียงพอ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการในส่วนของสื่อที่ให้ข้อมูลและใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีสื่อที่สามารถจะแจกให้กับผู้รับบริการเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับจังหวัด สื่อที่พบมากที่สุดคือ สื่อเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัว รองลงไปจะเป็นเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี สุขภาพเด็กและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ หลังจากนั้นจะเป็นเรื่องการดูแลก่อนคลอดและหลัง

คลอด และการให้วัคซีนเด็ก ส่วนเรื่องอื่นๆ จะมีจำนวนลดหลั่นไปตามลำดับ สิ่งที่น่าสนใจคือ ในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีเพียงแห่งเดียวที่มีสื่อเกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ชาย คือ เรื่องต่อมลูกหมากโตหรืออักเสบและข้อปฏิบัติต่างๆ ประเด็นที่ควรตระหนักอีกประการหนึ่งคือ การกระจายสื่อ ถ้าเป็นสื่อในรูปของแผ่นพับ ใบปลิว พบว่า มีโรงพยาบาลเพียง 2-3 แห่ง ที่จัดสื่อไว้ให้ผู้รับบริการหยิบอ่านได้เอง นอกนั้นมักจะอยู่ในลักษณะที่ต้องมีบุคลากรเป็นคนหยิบให้ หรือต้องเข้าไปขอจากแผนกที่อยู่แยกไปจากสถานที่ที่ผู้รับบริการมารับบริการอยู่ ส่วนสื่อที่มีลักษณะเป็นโปสเตอร์หรือบอร์ดนิทรรศการซึ่งมักรวมอยู่ในกลุ่มโปสเตอร์ของโรงพยาบาล พบว่า ไม่เป็นที่สนใจของผู้รับบริการ ในการสัมภาษณ์ซึ่งหลายครั้งดำเนินการอยู่หน้าบอร์ดหรือโปสเตอร์เรื่องการวางแผนครอบครัว ผู้รับบริการก็ยังให้คำตอบว่าเขาไม่เห็นป้ายใดๆ ที่เป็นสื่อของเรื่องการวางแผนครอบครัว ในส่วนของการจัดกลุ่มบรรยาย สนทนาหรือให้ผู้ป่วยรับฟังเสียงตามสาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลหลายแห่งถือเป็นกิจกรรมที่ทำในระหว่างที่ผู้รับบริการนั่งรอ พบว่า มีโรงพยาบาล 5 แห่ง ที่ดำเนินการดังกล่าว

เมื่อพิจารณาต่อไปถึงสภาพการทำกิจกรรมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่า มีโรงพยาบาลเพียงครั้งหนึ่งที่สถานที่ในการให้บริการมีความเป็นส่วนตัวด้านการได้ยิน และการเห็นเพียงพอ สำหรับความสะอาดนั้น โรงพยาบาล 1 แห่ง มีฝุ่นจับบริเวณที่นั่งรอผู้ป่วยและพื้นเป็นจำนวนมาก ขณะที่ความสะอาดด้านอื่นๆ อยู่ในสภาพดี สิ่งที่น่าสนใจคือผู้ให้บริการมักไม่ค่อยสนใจที่จะทำให้เกิดความสบายในบริเวณที่นั่งรอของผู้ป่วย หรือการไม่มีสถานที่ให้สำหรับเด็กในกรณีที่ผู้รับบริการต้องพาบุตรมาด้วย หรือแม้แต่การพยายามหา กิจกรรมให้ผู้บริการในระหว่างคอย ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงฤดูร้อน แทบจะไม่มีผู้ให้บริการของโรงพยาบาลใดสนใจที่จะเปิดพัดลมให้กับผู้บริการ ในขณะที่ผู้ให้บริการทุกคนใช้พัดลมสำหรับตนเอง สภาพการจัดโครงสร้างการบริการส่วนใหญ่ผู้รับบริการอาจไม่รู้ลึกมิตชิดเพียงพอที่จะซักถามหรือปรึกษาผู้ให้บริการ เนื่องจากการพูดคุยกับบุคลากรจะได้ยินกันทั่วไป

แผนผังสถานที่ให้บริการ

เมื่อจัดทำแผนที่จุดให้บริการโดยเลือกจุดให้บริการด้านวางแผนครอบครัวเป็นเกณฑ์ เพื่อดูลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ พบว่า ลักษณะโครงสร้างการให้บริการมีผลต่อความเป็นส่วนตัวด้านการเห็นหรือการได้ยินขณะที่รับบริการเป็นอันมาก เนื่องจากห้องวางแผนครอบครัวอาจจะแยกเป็นห้องเฉพาะ หรืออยู่ร่วมกับห้องที่ให้บริการประเภทอื่นๆ ทำให้การปรึกษาหรือถามปัญหาของผู้รับบริการอาจไม่มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ นอกจากนี้โรงพยาบาลหลายแห่งยังจัดสถานที่ให้ผู้รับบริการเข้าไปตรวจหรือปรึกษาได้พร้อมกันหลายคน หรือแม้แต่การตรวจภายในก็อาจจัดเป็นเตียงคู่ ซึ่งถ้าผู้ให้บริการไม่มีความตระหนักเรื่องความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการและพยายามกั้นม่านให้มิดชิด จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอึดอัดและไม่กล้าบอกถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง นอกจากนี้ ลักษณะของโครงสร้างการจัดบริการก็มักเสริมเน้นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะถูกกำหนดจากสภาพแวดล้อมของหน่วยบริการ ที่จะต้องยอมรับฟังและปฏิบัติตามที่ผู้ให้บริการกำหนดไว้ในขั้นตอนการบริการ ผนวกกับความหนาแน่นของผู้ต้องการใช้บริการซึ่งผู้ให้บริการต้องการทำงานให้เสร็จสิ้นโดยเร็ว ทำให้มีเวลาจำกัดในการที่จะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ หรือการทำให้เกิดความเป็นส่วนตัวเพียงพอของช่วงเวลาในการให้บริการ มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ผู้ให้บริการอาจจะให้ยาเม็ดคุมกำเนิดกับผู้รับบริการที่มาขอ โดยไม่ต้องมีการสนทนาหรือซักถามใดๆ เนื่องจากลักษณะของโครงสร้างและปัจจัยดังกล่าว

ในส่วนของ การเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย การสังเกตและสัมภาษณ์ ได้ทำการสังเกตปฏิสัมพันธ์ทั้งหมด 62 ครั้ง โดยเป็นการสังเกตการดำเนินการของบุคลากรชาย 6 ครั้ง และบุคลากรหญิง 56 ครั้ง และเป็นการสังเกตผู้รับบริการชาย 2 ครั้ง ผู้รับบริการหญิง 60 ครั้ง ใช้ระยะเวลาสังเกตเฉลี่ย 21 นาที/ราย ในส่วนของการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ทำการสัมภาษณ์ผู้รับบริการทั้งหมด 845 ราย ร้อยละ 43 ของการสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์ใน

แผนกฝากครรภ์และตรวจหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการมาโรงพยาบาล

ลักษณะของผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า เกือบครึ่งมีอายุระหว่าง 20-29 (ร้อยละ 45.5) ร้อยละ 93 เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสคู่ ขณะที่กว่าครึ่งมีการศึกษาเพียงแค่ชั้นประถม (ร้อยละ 53.7) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.4) และ 1 ใน 3 มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34.1) ร้อยละ 17.5 เป็นเกษตรกรและร้อยละ 13 ค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว ส่วนใหญ่จะมีรายเฉลี่ยต่อเดือนได้ประมาณ 3,000-6,000 บาท (ร้อยละ 40.4) และมีถึงร้อยละ 20 ที่ไม่มีรายได้ (ตาราง 1) จากกลุ่มผู้รับบริการนี้ยังทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเฉพาะผู้ที่ใช้บริการวางแผนครอบครัวอีก 116 ราย ซึ่งเป็นหญิง ทั้งหมด ในกลุ่มนี้กว่าครึ่งจะมีบุตร 1 คน (ร้อยละ 51.8) 1 ใน 3 มีบุตร 2 คน (ร้อยละ 33.9) ร้อยละ 33 มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 3-10 ปี ขณะที่ร้อยละ 30 อายุบุตรต่ำกว่า 1 ปี เมื่อสอบถามถึงการให้นมแม่ ส่วนใหญ่จะไม่ได้ให้ (ร้อยละ 72.1) ในกลุ่มที่ให้เกือบครึ่งจะให้นมแม่อย่างเดียว (ร้อยละ 46.9) เมื่อถามถึงความต้องการมีบุตร อีกครึ่งหนึ่งไม่ต้องการ (ร้อยละ 50.9) ในส่วนที่ต้องการให้คำตอบว่าจะทิ้งระยะเวลามากกว่า 2 ปี จึงจะมีบุตรอีก (ร้อยละ 38.1) สิ่งที่น่าสนใจเมื่อถามถึงการปรึกษากับสามีเรื่องการเลือกวิธีการวางแผนครอบครัว แม้ว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.6) จะเคย แต่มีถึงร้อยละ 15.5 ที่ไม่เคย และเมื่อถามว่าสามีเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวหรือไม่ ร้อยละ 4.5 ให้คำตอบว่าสามีไม่เห็นด้วย ในจำนวนที่เท่ากันไม่กล้าและไม่แน่ใจที่จะให้คำตอบ

ลักษณะของผู้ให้บริการ

สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการจำนวน 90 ราย เป็นหญิงร้อยละ 90.0 และเป็นชายร้อยละ 10.0 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ

33.0) 1 ใน 4 เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย บุคลากรแต่ละคนจะต้องให้บริการหลายอย่างซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการฝากครรภ์ (ร้อยละ 48.9) เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่ทำงานในแผนกที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 30 จะทำงานมา 1-5 ปี แต่เมื่อถามถึงระยะเวลาที่เรียนจบมา ร้อยละ 31.4 จบการศึกษามา 16-20 ปีแล้ว จึงเป็นข้อควรพิจารณาว่าบุคลากรเหล่านี้ต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมหรือไม่ (ตาราง 2) ในส่วนลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ ร้อยละ 41.1 จะมีอายุระหว่าง 30-39 ปี เกินครึ่งสมรสแล้ว (ร้อยละ 63.3) และมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 51.9) เกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) เกือบครึ่งจะมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 42.7) ร้อยละ 37.7 เลือกการทำหมันหญิงเป็นวิธีการคุมกำเนิด โดยมีผู้เลือกใช้ถุงยางและการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีธรรมชาติ ร้อยละ 11.5 เท่ากัน (ตาราง 3)

3.2 ความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

เมื่อสำรวจความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ โดยเริ่มจากบริการที่โรงพยาบาลเปิดบริการ พบว่า นอกจากเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น โรงพยาบาลจะมีบริการให้ทุกประเภทโดยจัดเป็นกลุ่มบริการ แต่ละกลุ่มจะมีการกำหนดวันและเวลาการให้บริการ ซึ่งอาจจะให้บริการเฉพาะอย่างนั้น เช่น คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลมักจะกำหนดวันใดวันหนึ่งเป็นวันให้บริการ โดยอาจเปิดบริการเฉพาะช่วงเช้าหรือบ่ายหรือเปิดบริการทั้งวัน บริการบางอย่าง เช่น การติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อาจไม่ได้เปิดเป็นบริการเฉพาะแต่รวมอยู่ในบริการของแผนกนรีเวชซึ่งเปิดบริการทุกวัน โดยอาจให้บริการเฉพาะช่วงเช้าหรือบริการทั้งวัน เมื่อสำรวจต่อไปถึงรายละเอียดของการบริการ โดยดูรายละเอียดเฉพาะในด้านการวางแผนครอบครัว พบว่า ทุกโรงพยาบาลจะให้บริการวิธีพื้นฐาน อันได้แก่ การใส่ห่วง ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย มีโรงพยาบาลเพียง 3 แห่งที่มียาเม็ดคุมกำเนิดซึ่งมีฮอร์โมนเฉพาะให้บริการ เมื่อสำรวจต่อไปถึงความพร้อมของยาและอุปกรณ์ พบว่า มีความพร้อมค่อนข้างสูง ยกเว้นยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดที่มีฮอร์โมนเฉพาะและถุงยางเท่านั้นที่โรงพยาบาลมีความพร้อม ร้อยละ 75.0 ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ เมื่อสอบถามถึงการขาดแคลนยาหรืออุปกรณ์หรือการหมดสต็อกใน

รอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า นอกจากยาฝังคุมกำเนิด โรงพยาบาล 1-2 แห่ง เผชิญกับขาดแคลนยาหรืออุปกรณ์หรือหมดสต็อกในทุกรายการ เมื่อตรวจสอบต่อไปถึงบริการอื่นๆ ว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมอย่างไร พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีความพร้อมทุกเรื่อง ยกเว้น ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ซึ่งมีโรงพยาบาลเพียง 6 แห่งที่ให้คำตอบว่าพร้อม การให้คำตอบนี้สะท้อนให้เห็นว่าอาจจะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมกับผู้ให้บริการในเรื่องการทำงานของยาเม็ดคุมกำเนิด เนื่องจากการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดปกติหลายเม็ด ก็อาจให้ผลเช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ในส่วนของความพร้อมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าทุกโรงพยาบาลมีความพร้อม ยกเว้นการตรวจคลามีเดียและการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีโรงพยาบาลเพียง 5 แห่ง ที่ให้บริการได้ ในส่วนของการให้บริการด้านวัคซีน พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีความพร้อมสำหรับวัคซีนพื้นฐานในระดับสูงมาก ยกเว้นวัคซีนพิเศษบางอย่าง เช่น ไข้สมองอักเสบ ซึ่งมีโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่มีบริการ เมื่อสอบถามต่อไปถึงการหมดสต็อกของวัคซีน พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีวัคซีนหมดสต็อกในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ในส่วนของความพร้อมทางด้านเครื่องมือ พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีความพร้อมของเครื่องมือพื้นฐานต่างๆ ในสภาพสูงมาก แม้อาจจะมียุกรณ์บางอย่างซึ่งโรงพยาบาลไม่มีแยกเฉพาะแผนก เช่น ตู้เย็นสำหรับเก็บวัคซีน กล้องจุลทรรศน์หรือหม้อหนึ่ง เนื่องจากใช้ร่วมกับแผนกอื่นๆ หรือส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการโดยตรง เมื่อทำการสำรวจจำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เฉพาะในหน่วยบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ก็พบว่า มีความพร้อมสูงมากโดยเฉพาะถุงมือซึ่งแต่ละโรงพยาบาลมีสต็อกจำนวนมาก ยกเว้นโรงพยาบาลกำแพงเพชร ซึ่งผู้ให้บริการให้คำตอบว่าเพียงพอสำหรับการใช้ในแต่ละวัน และในกรณีที่ไม่เพียงพอก็สามารถเบิกเพิ่มเติมได้

เมื่อสำรวจความพร้อมในด้านการจัดการยาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในส่วนการมีรายการแสดงวัสดุคงคลังของสินค้าและอุปกรณ์ ซึ่งจะเป็นสิ่งช่วยไม่ให้เกิดการหมดสต็อกโดยไม่ได้เตรียมไว้ก่อน พบว่า มีโรงพยาบาลเพียง

แห่งเดียวที่ไม่มีรายการวัสดุคงคลัง แต่เมื่อสำรวจความสมบูรณ์ การอ่านได้ง่ายและทันสมัยของรายการ พบว่า มีเพียง 5 แห่งเท่านั้น เมื่อสำรวจการเก็บยาและอุปกรณ์ซึ่งควรเรียงลำดับตามการหมดอายุ พบว่า มีโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่ไม่ได้จัดในลักษณะดังกล่าว แต่ในส่วนของการเก็บรักษาเพื่อป้องกันความชื้น รักษาอุณหภูมิและป้องกันแมลง พบว่า ทุกโรงพยาบาลระมัดระวังเรื่องนี้เป็นอย่างดี

สำหรับความพร้อมในการเก็บประวัติ รายงานและการนิเทศงาน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เก็บรวบรวมไว้ที่แผนกบัตร มีเพียงโรงพยาบาลเดียวที่เก็บบันทึกไว้โดยตรงที่หน่วยวางแผนครอบครัวโดยระบบคอมพิวเตอร์ เมื่อตรวจสอบลักษณะการเก็บประวัติ และรายงาน พบว่า มีเพียงแห่งเดียวซึ่งไม่อยู่ในสภาพที่เป็นระเบียบ แต่ก็สามารถค้นหามาใช้ได้ โรงพยาบาลทุกแห่งจะไม่แยกประวัติ รายงานเฉพาะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ออกมาต่างหาก และจะมีการส่งรายงานให้หน่วยรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานต่อไปทุกแห่ง เมื่อสอบถามถึงการได้รับการนิเทศงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดเฉพาะเรื่องอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวซึ่งเป็นบริการหลัก พบว่า โรงพยาบาลครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการนิเทศงานใดๆ เมื่อสอบถามถึงลักษณะการนิเทศที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการมาสังเกตการณ์ให้บริการประเภทต่างๆ การตรวจบันทึกรายงานและการให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 75.0)

เมื่อสำรวจความพร้อมทางด้านประสบการณ์และการฝึกอบรมที่บุคลากร ได้รับ พบว่า ในระหว่างที่เรียนมีผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะ (เป็นวิชาเฉพาะ นอกเหนือจากวิชาที่เรียนปกติ) ไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 31.40) ส่วนใหญ่จะเป็นการฝึกอบรมด้านอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (ตาราง 4) เมื่อสอบถามถึงการฝึกอบรมหลังจากที่เรียนจบในหัวข้อเดิมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้ได้รับการฝึกอบรมยังคงสัดส่วนลงเหลือเพียงประมาณ ร้อยละ 11-13 (ตาราง 5) เมื่อสอบถามถึงการฝึกอบรมเฉพาะเรื่องการวางแผนครอบครัว โรคทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ ซึ่งเป็นหัวข้อที่มีการฝึกอบรมกัน

อย่างกว้างขวาง พบว่า มีเพียงร้อยละ 46 เท่านั้นที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องเหล่านี้ ข้อเท็จจริงที่น่า สนใจซึ่งพบจากการสัมภาษณ์คือ กลุ่มพยาบาลเทคนิคหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีทักษะ และความรู้น้อยกว่าบุคลากรวิชาชีพ มักให้คำตอบว่าตนไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม เมื่อ ทดสอบการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคหรือ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อสอบถามต่อไปถึงรายละเอียดของการฝึกอบรมที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการฝึกอบรมเพื่อให้คำปรึกษาโรค HIV/AIDS (ร้อยละ 32) สำหรับระยะเวลาที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในหัวข้อต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่จะได้รับการฝึกอบรมในระยะเวลาไม่เกิน 1 อาทิตย์ (ตาราง 6)

ประสบการณ์การให้บริการวางแผนครอบครัว

การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการถึงประสบการณ์การให้บริการวางแผนครอบครัวใน ช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีเพียงร้อยละ 60 ที่ได้ให้คำแนะนำ ซึ่งวิธีที่ให้คำแนะนำ ส่วนใหญ่จะเป็นการคุมกำเนิดโดยวิธีพื้นฐาน เช่น ยาเม็ด ยาฉีด ถุงยาง เป็นต้น สิ่งที่น่าสนใจ คือ ขณะที่ผู้ให้บริการถึงร้อยละ 81.1 ได้ให้คำแนะนำเรื่องหมั้นหญิง มีเพียงร้อยละ 43.4 ที่ให้ คำแนะนำเรื่องหมั้นชาย มีผู้ให้บริการร้อยละ 3.8 และ 9.4 ตามลำดับ ที่ได้ให้คำแนะนำเรื่อง ถุงยางครอบปากมดลูก และการใช้ยาคุมฉุกเฉิน ซึ่งเป็นวิธีที่มีการใช้น้อยมาก เมื่อพิจารณาถึงทัศนคติของบุคลากรในการกำหนดอายุขั้นต่ำ ขั้นสูง จำนวนบุตรน้อยที่สุด การเป็นหญิงที่ยังไม่แต่งงาน และการได้รับคำยินยอมจากสามี ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลในการที่บุคลากรจะให้ทาง เลือกแก่ผู้รับบริการ พบว่า มีบุคลากรประมาณร้อยละ 20 ที่กำหนดอายุขั้นต่ำและขั้นสูงของ การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดพื้นฐานทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาเม็ด ถุงยาง ห่วงอนามัย ยาฉีด และการทำหมัน เมื่อสอบถามถึงการกำหนดจำนวนบุตรน้อยที่สุด สำหรับห่วงอนามัย ยาฉีด และการทำหมัน พบว่า สัดส่วนของผู้ให้บริการที่กำหนดจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 34, 35 และ 44 ตามลำดับ สิ่งที่ยืนยันให้เห็นว่าการบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลยังมี ศูนย์กลางอยู่ที่หญิงซึ่งสมรสแล้วคือ ตัวเลขซึ่งผู้ให้บริการจะกำหนดกับหญิงที่ยังไม่แต่งงานถ้า มาขอรับบริการ แม้แต่การใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด ผู้ให้บริการยังกำหนดที่จะให้

บริการกับหญิงซึ่งสมรสแล้ว ถึงร้อยละ 46.2 และ 50.5 ตามลำดับ ขณะที่ยาฉีด การใส่ห่วง และการทำหมัน ผู้ให้บริการกว่าร้อยละ 90 ก็ถือเป็นข้อกำหนดที่จะให้บริการเฉพาะหญิงที่สมรสแล้ว ประเด็นที่น่าสนใจต่อไปเมื่อถามถึงการกำหนดที่จะต้องได้รับความยินยอมจากสามี บุคลากรทั้งหมดเห็นว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม ขณะที่การใส่ห่วงหรือยาฉีด ส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 6.5) ยังคิดว่าต้องได้รับความยินยอม ในส่วนของการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 13 ยังเห็นว่าต้องได้รับความเห็นชอบจากสามี ขณะที่การทำหมันมีบุคลากรเพียงรายเดียวเห็นว่าไม่ต้องรับความยินยอม ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการที่โรงพยาบาลทำอยู่ โดยให้ผู้ขอรับบริการทำหมันหญิงต้องมีใบเซ็นยินยอมจากสามี เมื่อดูรายละเอียดของการกำหนด พบว่า ส่วนใหญ่กำหนดขั้นต่ำของการใช้ยาเม็ดไว้ที่อายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 35.3) ถุงยางอนามัยอายุ 15-17 ปี (ร้อยละ 70.0) ห่วงอนามัยอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 53.8) ยาฉีดคุมกำเนิดอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 50) และการทำหมันอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 63.1) ส่วนการกำหนดอายุชั้นสูง ส่วนใหญ่กำหนดสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดไว้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.6) ถุงยางอนามัยอายุ 45-49 ปี (ร้อยละ 66.7) ห่วงอนามัยอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 46.7) ยาฉีดอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 77.3) และการทำหมันอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 77.3) การกำหนดสำหรับจำนวนบุตรน้อยที่สุด ส่วนใหญ่กำหนดไว้ 1 คน สำหรับวิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ด ถุงยาง ห่วงและยาฉีด ขณะที่การทำหมันร้อยละ 92 กำหนดไว้ที่บุตร 2 คน

ทัศนคติต่อการให้บริการวางแผนครอบครัว

เมื่อตรวจสอบทัศนคติของบุคลากรและการปฏิบัติในการให้บริการวางแผนครอบครัวต่อไป จากคำถามถึงวิธีที่แนะนำให้ผู้รับบริการที่ต้องการเลื่อนการมีบุตร พบว่าส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำวิธีที่เป็นการคุมกำเนิดชั่วคราว แต่มีถึงประมาณร้อยละ 11 ที่แนะนำวิธีการทำหมันไปเลย ซึ่งเป็นการจำกัดและไม่ให้ทางเลือกแก่ผู้รับบริการเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นผู้ให้บริการบางส่วนยังแนะนำวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพนัก เช่น การคุมกำเนิดโดยให้นมแม่หรือใช้วิธีธรรมชาติ ซึ่งอาจทำให้เป้าหมายด้านการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการไม่บรรลุ

ในส่วนของวิธีการคุมกำเนิดซึ่งผู้ให้บริการจะไม่แนะนำให้ผู้ใช้ติดเชื้ระบบอวัยวะสืบพันธุ์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) เห็นว่าไม่ควรใช้การใส่ห่วง แต่ที่น่าสนใจคือ ยังมีถึงร้อยละ 8 ที่ไม่แนะนำการใช้ถุงยางอนามัยซึ่งเป็นวิธีที่ป้องกันการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้ดี เมื่อสอบถามถึงวิธีที่จะแนะนำให้ผู้ใช้ที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก ส่วนใหญ่เห็นว่าให้ใช้การทำหมัน แต่ที่น่าสนใจคือ สัดส่วนของผู้ที่แนะนำให้ทำหมันหญิงอยู่ที่ร้อยละ 89 ขณะที่ผู้แนะนำเรื่องหมันชายอยู่ที่ร้อยละ 69 จุดนี้อาจเน้นให้เห็นว่าทัศนคติของบุคลากรจะเลือกแนะนำวิธีการที่ใช้กับผู้หญิงมากกว่า ในส่วนสุดท้ายซึ่งสอบถามบุคลากรถึงวิธีที่จะไม่แนะนำไม่ว่าสถานการณ์ใดๆ พบว่า มีถึงร้อยละ 16 ของผู้ให้บริการซึ่งมีความลำเอียงไม่ชอบวิธีใดวิธีหนึ่ง แม้เมื่อดูรายละเอียดแล้วจะพบว่าเป็นวิธีที่ไม่มียาหรืออุปกรณ์ เช่น ยาฆ่าอสุจิ ถุงยางครอบปากมดลูก หรือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ เช่น การใช้วิธีธรรมชาติหรือการให้นมแม่ แต่ก็อาจบ่งชี้ถึงการไม่ให้ทางเลือกเพียงพอในขณะที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ประเด็นเหล่านี้ยังควรที่จะนำมาพิจารณาในการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรด้วย

ในส่วนของความพร้อมทางด้านสื่อและข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้กล่าวถึงไปบ้างแล้วในส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นการกล่าวถึงสภาพทั่วไปของการให้บริการ เมื่อสอบถามผู้รับบริการถึงการได้รับสื่อต่างๆ ระหว่างที่มาใช้บริการ พบว่า มีเพียงร้อยละ 42.4 ที่ได้รับ โดยเอกสารที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นเรื่องการฝากครรภ์และการดูแลหลังคลอด (ร้อยละ 53.7 และ 39.3 ตามลำดับ) เมื่อสอบถามถึงการจัดกลุ่มให้สูขศึกษา พูดคุยกันหรือรับฟังเสียงตามสาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.5) ให้คำตอบว่าไม่มี ในส่วนที่มีก็มักเป็นเรื่องของการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอด

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล โดยสอบถามจากผู้รับบริการ พบว่า ร้อยละ 90 รู้สึกว่าเวลาเปิดบริการสะดวก ในกลุ่มที่เห็นว่าไม่สะดวกส่วนมากจะอยากให้ม้บริการในวันหยุด บริการตลอด 24 ชั่วโมงหรือช่วงเข้ามิด ผู้รับบริการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) ไม่เคยถูกปฏิเสธเมื่อมาขอรับบริการ ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล

ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 30 นาที (ร้อยละ 41) มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องใช้เวลาเดินทางเกิน 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 2.4) พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมักจะเป็นรถมอเตอร์ไซด์และรถประจำทาง (ร้อยละ 40 และ 37) เมื่อถามถึงบริการของโรงพยาบาลที่รู้จัก ส่วนใหญ่จะรู้จักบริการดีแม้จะไม่สามารถบอกชื่อหน่วยบริการได้ถูกต้อง มีเพียงบริการสำหรับผู้มีบุตรยากซึ่งมีผู้รู้จักน้อย (ร้อยละ 11) และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นหรือเพศศึกษา ซึ่งไม่มีการเปิดบริการที่มีผู้รับบริการ 1 รายที่ระบุว่ารู้จัก เมื่อสอบถามถึงสถานพยาบาลอื่นๆ ที่อยู่ใกล้บ้านซึ่งผู้รับบริการสามารถไปใช้บริการได้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.5) ให้คำตอบว่ามี สถานพยาบาลที่กล่าวถึงมักจะเป็นสถานอนามัย (ร้อยละ 60.8) ซึ่งสาเหตุที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เลือกไปใช้บริการที่นั่นเพราะคุณภาพบริการไม่ดีและมีบริการไม่ถี่ประเภท (ร้อยละ 20.2 และ 20.5) เมื่อสอบถามถึงประเภทของการมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการสัมภาษณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการมาฝากครรภ์ คลอด หลังคลอดและแท้ง (ร้อยละ 44.0) โดยมักใช้บริการประมาณ 1-4 ครั้ง (ร้อยละ 62.6) และการรับบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 18.0) โดยจะมารับบริการประมาณ 1-5 ครั้ง ในส่วนของการไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่น มักเป็นการไปรับบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 14.0)

เมื่อตรวจสอบการเข้าถึงบริการจากค่าใช้จ่ายในการรับบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเสียค่าบริการตั้งแต่ 1-100 บาท (ร้อยละ 66.7) นอกจากนั้นร้อยละ 25 จะเสียค่าใช้จ่าย 100-500 บาท โดยค่าใช้จ่ายนี้มักจะเป็นค่ายาและค่าเดินทาง ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) จึงรู้สึกว่าการใช้จ่ายในการรับบริการเหมาะสม มีเพียงส่วนน้อยที่รู้สึกว่าค่อนข้างแพงและแพงมาก (ร้อยละ 5.1 และ 2.8) เมื่อตรวจสอบค่าบริการโดยการสอบถามถึงราคาที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ก็พบว่า บริการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ไม่ต้องเสียมูลค่าหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อย ค่าบริการที่ค่อนข้างสูงเป็นการบริการยาฝังคุมกำเนิด การคลอด การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการแท้ง เป็นต้น

3.3 คุณภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

เมื่อสอบถามถึงความเหมาะสมและการยอมรับบริการของผู้รับบริการจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ตาราง 7) พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) พึงพอใจในการมารับบริการครั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้ไม่พึงพอใจส่วนใหญ่จะอยู่ที่การคอยนาน บริการช้า เมื่อสอบถามถึงการได้รับบริการอื่นนอกเหนือจากที่ตั้งใจ ร้อยละ 42 และ 28 จะได้รับการตรวจรักษาโรคอื่นๆ หรือโรคด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมด้วย ในส่วนความพึงพอใจของการได้รับบริการและคำอธิบายอย่างที่ต้องการ ร้อยละ 80 ให้คำตอบว่าได้ สำหรับเวลาที่พบกับผู้ให้บริการ เกินครึ่ง (ร้อยละ 69) ที่รู้สึกว่าพอดี มีเพียงร้อยละ 26 ที่รู้สึกว่าสั้นเกินไป ผู้รับบริการเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48) มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพที่อยากปรึกษา และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) รู้สึกว่าผู้ให้บริการรับฟังดี ในส่วนของปัญหาที่อยากถาม ร้อยละ 47 ของผู้รับบริการมีปัญหาคำถามที่ต้องการถาม ซึ่งร้อยละ 85 รู้สึกว่าผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ถามดี และเมื่อถามแล้ว ร้อยละ 93 รู้สึกว่าผู้ให้บริการตอบคำถามตามที่ต้องการ เมื่อสอบถามถึงการได้รับการตรวจร่างกาย ร้อยละ 85 จะได้รับการตรวจ โดยร้อยละ 66 จะได้รับคำอธิบายก่อนการตรวจ แต่เมื่อตรวจเสร็จจากการอธิบายผลการตรวจเพิ่มเป็นร้อยละ 79 ขณะที่ร้อยละ 18 รู้สึกว่าไม่มีขีดเพียงพอ เมื่อถามต่อไปถึงการเข้าใจง่ายขณะพูดคุยกับผู้ให้บริการ ร้อยละ 92 ให้คำตอบว่าเข้าใจได้ง่าย คำถามสำคัญในส่วนนี้คือ **ความสะดวกใจในการรับบริการกับผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงข้าม** เพียงร้อยละ 64 เท่านั้นที่สะดวกใจ ขณะที่ 1 ใน 3 (ร้อยละ 33) ไม่รู้สึกสะดวกใจ สำหรับเวลาที่ใช้ในการรับบริการจนกระทั่งสิ้นสุด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31) ใช้เวลามากกว่า 1 แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้รับบริการในสัดส่วนที่เท่ากันต้องคอยนานกว่า 2 ชั่วโมง แม้กระนั้นส่วนมาก (ร้อยละ 66) ก็รู้สึกว่าเวลาที่รอคอยเหมาะสม ขณะที่ร้อยละ 44 รู้สึกว่าใช้เวลานานเกินไป เมื่อทดสอบความพึงพอใจจากการแนะนำคนอื่นให้มาใช้บริการ ร้อยละ 89 จะแนะนำให้มาใช้ที่นี่ และเหตุผลสำคัญคือ การบริการที่รวดเร็ว เจ้าหน้าที่พูดจาดี ไพเราะและให้คำแนะนำดี ในขณะที่เดียวกันสิ่งที่ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่ชอบคือ การบริการช้า และคอยนานหรือการพูดจาไม่ไพเราะของผู้ให้บริการ

คุณภาพบริการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ผลจากการสังเกต พบว่า มีการทักทายกันอย่างเป็นมิตรถึงร้อยละ 89 เมื่อสังเกตถึงกระบวนการในการชักประวัติทั่วไป ซึ่งแสดงถึงความถูกต้องของการให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการมักจะถามความต้องการมีบุตรในอนาคตหรืออายุของบุตรคนเล็ก ในขณะที่ผู้ให้บริการน้อยมากจะถามถึงการติดโรคทางเพศสัมพันธ์หรือการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้ามมากกว่า 1 คน และมีถึงร้อยละ 21 ที่ไม่มีการชักประวัติใดๆ เมื่อสังเกตต่อไปถึงกระบวนการในการชักประวัติความเจ็บป่วย (อาการสำคัญที่ทำให้มารับบริการ) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.5) จะถามถึงวันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้าย และมีถึงร้อยละ 34 ที่ผู้ให้บริการไม่ได้ชักประวัติใดๆ ในส่วนนี้ ในส่วนของการตรวจซึ่งกว่าครึ่งของผู้ให้บริการมักจะทำการชั่งน้ำหนักหรือวัดความดันโลหิต แต่มีผู้ให้บริการถึงร้อยละ 33 ที่ไม่ได้ทำการตรวจใดๆ เมื่อตรวจสอบต่อไปในรายละเอียดของการตรวจภายในและการให้บริการวางแผนครอบครัว พบว่า มีผู้ให้บริการส่วนหนึ่งที่อาจจะข้ามขั้นตอน ไม่ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่สะอาดเพียงพอ โดยเฉพาะในการใส่ห่วง แม้การสังเกตในส่วนนี้จะมีน้อยจนกระทั่งไม่อาจจะสรุปเป็นภาพรวมได้ แต่ก็นับเป็นข้อควรระวังและเป็นประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาในการฝึกอบรมให้กับผู้ให้บริการต่อไป (ตาราง 8)

เมื่อสังเกตเฉพาะส่วนของการให้บริการคุมกำเนิด ในผู้รับบริการที่เลือกวิธีคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) ไม่ได้ถามถึงการไม่มีประจำเดือนหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เมื่อพิจารณาถึงการเน้น วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง พบถึงร้อยละ 76 ของผู้ให้บริการที่เน้นเฉพาะวิธีและเป็นวิธีที่ใช้กับผู้หญิง ในส่วนของการใช้สื่อต่างๆ ในการประกอบคำอธิบาย อาจเป็นเพราะลักษณะสถานที่ที่ไม่เป็นส่วนตัวเพียงพอ ทำให้มีผู้ให้บริการถึงร้อยละ 77 ที่ไม่ใช้สื่อใดๆ ในการอธิบาย และเมื่อตรวจสอบกับการสัมภาษณ์ผู้รับบริการในการเห็นหรือได้ยินสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว พบว่า ร้อยละ 53 ไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน ในส่วนที่เห็นหรือได้ยิน ร้อยละ 76 จะเป็นเรื่องของการวางแผนครอบครัว

เมื่อตรวจสอบการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ พบว่า ผู้ให้บริการเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะให้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการใช้ถุงยางอนามัยกับการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือประโยชน์ของการรับบริการอื่นๆ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในส่วนของการให้ข้อมูลเพื่อการมีทางเลือกการบริการสำหรับผู้รับบริการ ผลของการสังเกตผู้รับบริการที่ไปรับคำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด พบว่า หลังจากรับคำปรึกษาผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) มีการตัดสินใจเรื่องการคุมกำเนิด โดยร้อยละ 53 เป็นการใช่วิธีเดิม ส่วนกลุ่มที่เปลี่ยนวิธีส่วนใหญ่จะเป็นการไม่ชอบอาการข้างเคียง วิธีที่ผู้รับบริการเลือกใช้มักเป็นการใช้ยาไม่ว่าจะเป็นยาฉีด ยาเม็ดหรือยาฝัง ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) จะเป็นวิธีที่ผู้รับบริการตั้งใจจะใช้ในตอนแรก ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่ใช่วิธีที่ตั้งใจจะใช้เพราะมักจะเป็นกลุ่มที่ตกอยู่ในข้อควรระวังของวิธีนั้นๆ ในส่วนของการได้รับบริการตามวิธีที่เลือก ร้อยละ 79 จะได้รับบริการในวันนั้น ส่วนที่ไม่ได้เพราะมีปัญหาอื่นๆ สิ่งสำคัญคือ ร้อยละ 60 ของผู้รับบริการจะไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดใดๆ ในระหว่างที่รอวิธีที่ตนเลือก เมื่อพิจารณาถึงปริมาณของยาและอุปกรณ์ที่ได้รับ ส่วนมาก (ร้อยละ 61) จะได้รับประมาณ 1-2 หน่วย เมื่อติดตามต่อไปถึงกลไกที่ทำให้เกิดการบริการต่อเนื่อง พบว่า ร้อยละ 83 จะได้รับการบอกให้กลับมารับยาหรือติดตามผล แต่ร้อยละ 68 เท่านั้น ที่จะให้บัตรนัดกับผู้รับบริการ ขณะที่ร้อยละ 72 จะบอกสถานที่ที่กลับมารับยาหรือติดตามผลด้วย ซึ่งโดยทั่วไป (ร้อยละ 50) มักจะเป็นโรงพยาบาลแห่งนั้นเอง

เมื่อตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับบริการได้รับ โดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ พบว่า มีผู้รับบริการที่ไม่รู้จักวิธีวางแผนครอบครัวถึงร้อยละ 6 ผู้ที่ให้คำตอบนี้มักจะเป็นผู้สูงอายุ วิธีที่ผู้รับบริการรู้จักมักจะเป็นวิธีพื้นฐานทั่วไป เมื่อสอบถามการเห็นด้วยกับวิธีคุมกำเนิด พบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) เห็นด้วย โดยร้อยละ 45 ใช้การคุมกำเนิดอยู่ วิธีที่นิยมใช้มากที่สุดเป็นวิธีที่ใช้กับผู้หญิงคือ การฉีดยา กินยาและทำหมันหญิง สถานที่ที่รับบริการส่วนใหญ่ก็คือโรงพยาบาลที่ทำการสัมภาษณ์ ซึ่งเหตุผลในการเลือกส่วนใหญ่คือ การอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก (ร้อยละ 73) เมื่อตรวจสอบข้อมูลการรับบริการคุมกำเนิดกับข้อมูลที่ทำกรสัมภาษณ์เฉพาะผู้มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัว ซึ่งเริ่มจากการแยกเป็นผู้รับบริการ

รายใหม่และรายเก่า พบว่า เป็นผู้รับบริการรายใหม่ ร้อยละ 24 ซึ่งในอดีตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) เคยใช้วิธีวางแผนครอบครัวมาก่อน วิธีที่ใช้ร้อยละ 63 เป็นการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งการมารับบริการในวันที่สัมภาษณ์ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) ได้รับบริการวิธีการวางแผนครอบครัวที่เลือก ส่วนใหญ่เป็นการใส่ยาฉีดหรือยาเม็ด เมื่อตรวจสอบการมีทางเลือกในการรับบริการ ร้อยละ 70 ให้คำตอบว่าผู้ให้บริการได้บอกถึงวิธีอื่นๆ ด้วย และร้อยละ 59 มีเจ้าหน้าที่บอกด้วยว่าเปลี่ยนได้ถ้าไม่ชอบวิธีนี้ ร้อยละ 62 ยังมีเจ้าหน้าที่บอกถึงสถานที่ที่ไปรับบริการด้วย เมื่อสอบถามถึงวิธีอื่นที่ชอบ ร้อยละ 58 ของผู้รับบริการให้คำตอบว่ามี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใส่ยาเม็ดหรือยาฉีด แต่ที่ไม่เลือกวิธีนั้นเพราะมีผลข้างเคียง ในส่วนของผู้รับบริการรายเก่าซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เลือกใส่ยาฉีดและยาเม็ด (ร้อยละ 51 และ 20) ซึ่งการมารับบริการครั้งนี้ก็ต้องการใช้วิธีเดิม (ร้อยละ 97) นอกจากนั้นยังมีผู้รับบริการรายเก่าที่ต้องการเปลี่ยนวิธี สาเหตุที่เปลี่ยน พบว่า ร้อยละ 48 เป็นเพราะมีผลข้างเคียง สิ่งน่าสนใจจากการถามผู้รับบริการว่ามีคนบอกก่อนหรือไม่ถึงผลข้างเคียง ร้อยละ 62 ให้คำตอบว่าไม่มีในกรณีที่มีคนบอก ก็มักไม่บอกวิธีจัดการกับผลข้างเคียง ส่วนการได้วิธีวางแผนครอบครัวตามที่ต้องการการมารับบริการครั้งนี้มักจะได้วิธีตรงตามที่ต้องการ (ร้อยละ 65) โดยผู้รับบริการกลุ่มนี้ร้อยละ 61 ต้องการเปลี่ยนวิธี วิธีที่ต้องการเปลี่ยนใหม่คือ การใส่ห่วงหรือยาฝัง ซึ่งขณะที่เลือกวิธี ร้อยละ 73 มีเจ้าหน้าที่พูดถึงวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ให้ฟัง ร้อยละ 67 มีเจ้าหน้าที่บอกว่าเปลี่ยนวิธีได้ และร้อยละ 33 เจ้าหน้าที่ได้บอกสถานที่ที่ไปขอรับบริการได้ แม้ภาพรวมของการให้ข้อมูลแก่ ผู้รับบริการและการมีทางเลือกของวิธีที่ใช้ให้กับผู้รับบริการจะอยู่ในระดับดี แต่สิ่งที่ทีมวิจัยพบจากผู้รับบริการ 3-5 ราย ขณะไปสัมภาษณ์ในแต่ละพื้นที่คือ ผู้รับบริการซึ่งใส่ยาฝังคุมกำเนิดมาขอให้โรงพยาบาลเอาออก เนื่องจากไม่ชอบอาการข้างเคียง หย่าร้างกับสามีเป็นต้น โรงพยาบาลหลายแห่งไม่เอาออกให้หรือตั้งเงื่อนไขว่าต้องเสียค่าใช้จ่าย 1,000 บาท สิ่งเหล่านี้บ่งบอกให้เห็นว่าผู้รับบริการไม่ได้ข้อมูลที่เพียงพอก่อนการรับบริการหรือยังถูกจำกัดทางเลือก เหตุผลส่วนหนึ่งที่อาจนำมาพิจารณาคือการที่โรงพยาบาลต้องพยายามให้บริการบรรลุเป้าหมายจำนวนผู้รับบริการที่ตั้งไว้ ทำให้บุคลากรต้องพยายามรักษาเป้าหมายผู้รับบริการ จึงไม่ยอมที่จะเอายาฝังออกให้

สำหรับความรู้ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการบริการ เมื่อตรวจสอบจากการสัมภาษณ์ถึงการดำเนินการในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของบุคลากร ในกรณีที่มีผู้รับบริการรายใหม่มาขอรับยาเม็ดในขณะประจำเดือนขาด ยังมีบุคลากรจำนวนหนึ่ง que เลือกการหาวิธีให้ประจำเดือนมา (ร้อยละ 9) หรือให้ยาไป (ร้อยละ 4) นอกจากนั้นการให้ยาเม็ดแก่ผู้รับบริการที่ใช้ยาเม็ดได้ตีมา 1 ปี ก็ยังมีบุคลากรที่ตัดสินใจให้ไปเพียง 1 แผง ซึ่งทำให้ผู้รับบริการต้องเสียเวลามาบ่อยเพียงเพื่อจะขอรับยา สำหรับการดำเนินการกับผู้รับบริการที่ใช้ยาเม็ดและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ มีบุคลากรถึงร้อยละ 11 ที่ให้ยาต่อไปโดยไม่ได้ดำเนินการใดๆ กับพฤติกรรมเสี่ยงในส่วนการดำเนินการเมื่อผู้รับบริการติดโรคทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ ผู้ให้บริการประมาณร้อยละ 10 ให้คำตอบว่าจะแจ้งให้สามีทราบ ซึ่งการตัดสินใจลักษณะนี้ถ้าเป็นการปฏิบัติจริงโดยไม่ได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและสามีเป็นอย่างไร อาจเป็นการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการหรือทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างคู่สมรสได้ เมื่อสอบถามผู้ให้บริการต่อไปถึงการตรวจซีพีจีเอสในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า เป็นการให้บริการร้อยละ 100 สิ่งที่น่าสนใจสำหรับคำถามถึงความสะดวกใจของบุคลากรต่อการพูดกับผู้รับบริการถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 4 รู้สึกไม่สะดวกใจอย่างมาก ขณะที่ร้อยละ 18 รู้สึกค่อนข้างไม่สะดวกใจ และเมื่อสอบถามถึงการมีผู้มาขอรับบริการทำแท้ง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ให้คำตอบว่ามี โดยมีผู้ให้คำตอบว่ามีผู้หญิงต้องมารักษาอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้งถึงร้อยละ 79 ตัวเลขเหล่านี้แสดงถึงความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองด้านวางแผนครอบครัวของผู้หญิงที่มาขอรับบริการ

เมื่อประเมินผลกระทบของการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากความรู้และการปฏิบัติตนของผู้รับบริการ โดยการสัมภาษณ์ถึงการตระหนักของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 88 ของผู้รับบริการให้คำตอบว่ามี แต่มีผู้รู้จักอาการเพียงร้อยละ 59 ซึ่งอาการส่วนใหญ่ที่รู้จักคือ การมีฝี แผล หนอง หรือตุ่มบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (ร้อยละ 62) การมีน้ำหนักลด (ร้อยละ 34) การคันบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (ร้อยละ 32) และการมีมูก ตกขาว

ทางช่องคลอด (ร้อยละ 25) เมื่อสอบถามว่าเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์หรือไม่ เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) เคยได้ยินและทราบ (ร้อยละ 94) ว่าคนติดเอดส์กันได้อย่างไร แม้จะเพียงส่วนน้อยที่ยังคิดว่าอาจติดกันได้จากการสัมผัสเลือดหรือหนองและน้ำลายของผู้ป่วย เมื่อถามต่อไปว่าทราบวิธีป้องกันหรือไม่ ร้อยละ 86 จะทราบ แม้วิธีป้องกันที่บอกมานั้นจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายเป็นอย่างดี เช่น ร้อยละ 31 คิดว่าต้องซื้อสัดยกับสามี เป็นต้น แม้ร้อยละ 70 ของผู้รับบริการจะเห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันไม่ให้ติดโรคเอดส์ได้ แต่มีถึงร้อยละ 41 ที่เห็นว่าไม่ควรใช้ถุงยางอนามัยกับสามี ส่วนที่จะแสดงให้เห็นผลของการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ดีที่สุดอีกส่วนหนึ่งคือ การถามถึงการตั้งครภภในช่วงเวลาที่ไม่พร้อม ซึ่งมีผู้รับบริการถึง 1 ใน 4 (ร้อยละ 26) ที่บอกว่าเคย และร้อยละ 7 เคยพยายามยุติการตั้งครภภแต่ไม่ได้ผล ขณะที่ร้อยละ 12 สามารถยุติการตั้งครภภได้ ข้อมูลส่วนนี้น่าจะสะท้อนถึงผลกระทบของโครงการการให้บริการวางแผนครอบครัวได้เป็นอย่างดี

ผลกระทบของการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อาจสะท้อนได้ดีจากความถูกต้องในการอธิบายวิธีการคุมกำเนิดของผู้รับบริการ เมื่อสอบถามผู้รับบริการการคุมกำเนิดแต่ละประเภทตั้งแต่การใส่ห่วง การใช้ยาฉีด การใช้ยาเม็ด และการใช้ถุงยาง พบว่า มีผู้รับบริการส่วนหนึ่งซึ่งไม่มีข้อมูลเพียงพอถึงข้อพึงปฏิบัติ อาการข้างเคียงและอื่นๆ ของวิธีการคุมกำเนิดนั้นๆ ข้อมูลเหล่านี้ช่วยสะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการคุมกำเนิดแต่ละวิธีให้มากขึ้นหรือเพียงพอ ข้อสังเกตที่ได้ขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ การมารับบริการคุมกำเนิดหลายวิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ผู้รับบริการจำนวนมากที่มารับยาและอุปกรณ์เหล่านี้ โดยไม่มีการสนทนากับผู้ให้บริการแม้แต่คำเดียว ในโรงพยาบาลหลายแห่งอาจจะให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดแก่ผู้รับบริการตั้งแต่ที่เคาน์เตอร์ ซึ่งทำการเรียกชื่อผู้ป่วยไปเลยโดยไม่ต้องเข้าไปในหน่วยวางแผนครอบครัว

ในส่วนสุดท้ายนี้เป็นการตรวจสอบความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หญิงชาย ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) รู้สึก

สะดวกใจที่จะให้คำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์หรือการวางแผนครอบครัว แต่ถ้าจะให้เลือกให้คำแนะนำกับผู้รับบริการ ไม่มีใครรู้สึกดีกว่าที่จะให้กับผู้ชาย แม้ว่าส่วนใหญ่ให้ได้กับทั้ง 2 เพศ แต่มีถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 36) รู้สึกว่าให้คำแนะนำกับผู้หญิงดีกว่า ร้อยละ 33 ของบุคลากรยังประสบปัญหาในการพยายามให้สามีผู้ป่วยเข้ามามีส่วนในการวางแผนครอบครัว จึงมีบุคลากรร้อยละ 36 ที่รู้สึกจะให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายใช้วิธีคุมกำเนิด สะดวกและเหมาะสมกว่า นอกจากนั้นเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49) ยังเห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมในการคุมกำเนิด เมื่อถามถึงการกำหนดให้ผู้ชายเข้ามามีบทบาทในการเลี้ยงดูลูก ส่วนมาก (ร้อยละ 88) เห็นว่าควร ตารางนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังเน้นและรู้สึกสะดวกใจกับวิธีการคุมกำเนิดซึ่งใช้กับผู้หญิง

เมื่อทดสอบความคิดเห็นของบุคลากรถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านต่างๆ ว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยเพศไหน พบว่า ส่วนใหญ่ของบุคลากรเห็นว่าควรเป็นบริการสำหรับทั้ง 2 เพศ ยกเว้นการตรวจและรักษามะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ร้อยละ 61 และ 50 ตามลำดับ ที่เห็นว่าควรเป็นบริการสำหรับเพศหญิง นับว่าบุคลากรยังไม่ได้รับข้อมูลหรือการฝึกอบรมเรื่องการตรวจและรักษามะเร็งในเพศชายอย่างเพียงพอ นอกจากนั้นยังมีบุคลากรถึงร้อยละ 40 ที่รู้สึกว่าการคลินิกวัยทองควรเป็นบริการสำหรับเพศหญิง นับเป็นประเด็นที่จะต้องนำมาพิจารณาในการให้ข้อมูลและจัดบริการซึ่งไวและเหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพของทั้ง 2 เพศต่อไป

3.4 การประเมินความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ดัชนีที่บ่งชี้ความพร้อม

ในส่วนี้จะเป็นการนำข้อมูลต่างๆ มาสรุปเป็นดัชนี เมื่อพิจารณาความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการ จากดัชนีที่บ่งชี้ความพร้อมและคุณภาพในแต่ละด้าน (ตาราง 9) พบว่า ในส่วนของการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งใช้ดัชนีที่แสดงการมีบริการครบ

ทั้ง 10 ด้าน และการมีกลไกซึ่งใช้ข้อมูลจากผู้รับบริการมาเปลี่ยนแปลงบริการนั้น ไม่มีสถานพยาบาลใดที่ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ครบทั้ง 10 ด้าน บริการที่ขาดหายไปในทุกโรงพยาบาลคือ เพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น เนื่องจากบริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังเป็นบริการสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์แต่งงานแล้ว บริการที่มีจะเป็นบริการที่ยังมุ่งไปในเรื่องการวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก แม้บางโรงพยาบาลฝ่ายเวชกรรมสังคมอาจจะออกไปให้บริการเพศศึกษาในโรงเรียน แต่ก็ได้มีการกำหนดที่เป็นบริการตายตัว นอกจากนี้ไม่มีบริการทั้ง 2 ด้านดังกล่าว โรงพยาบาลระดับอำเภอหลายแห่งจะไม่มีบริการที่สูงกว่าระดับพื้นฐาน ตัวอย่างเช่น การมีบุตรยากหรือวัยหลังเจริญพันธุ์ (วัยทอง) เนื่องจากนโยบายของสถานพยาบาลในระดับนี้เป็นการให้บริการระดับปฐมภูมิ นโยบายที่จะให้อาามัยการเจริญพันธุ์ผสมผสานเข้าไปในบริการปกติ จึงอาจทำได้ยาก สำหรับกลไกซึ่งใช้ข้อมูลจากผู้รับบริการมาเปลี่ยนแปลงบริการนั้นก็เช่นกัน ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีกลไกเช่นนี้ แม้บางโรงพยาบาลอาจจะมีการสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการบ้างในบางครั้ง ในขณะที่พัฒนาคุณภาพบริการสู่ระบบ HA หรือ ISO แต่มิใช่การดำเนินการที่ปฏิบัติเป็นประจำ

สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถานที่

ดัชนีมีอยู่หลายตัว แต่ในที่นี้เลือกเพียงสถานพยาบาลซึ่งมีที่นั่งรอตรวจเพียงพอ พบว่า มีโรงพยาบาล 7 ใน 8 แห่ง ที่มีความพร้อมในด้านสถานที่ ส่วนความพร้อมด้านยาและอุปกรณ์ ซึ่งพิจารณาจากโรงพยาบาลที่ไม่มีการขาดแคลนยาหรืออุปกรณ์การวางแผนครอบครัวในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีโรงพยาบาล 6-7 แห่งใน 8 แห่ง ที่ไม่มีการขาดแคลน เมื่อพิจารณาต่อไปถึงความพร้อมของบุคลากร ซึ่งได้เลือกสัดส่วนของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทักษะ ด้านวางแผนครอบครัวและโรคทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ ซึ่งเป็นหัวข้อที่มีการอบรมกันอย่างกว้างขวางมาเป็นดัชนี พบว่า มีบุคลากรเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม สำหรับความพร้อมของสื่อในการสื่อสารและให้ความรู้ ซึ่งมีดัชนีหลายตัวที่แสดงความพร้อมด้านสื่อ ขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นด้วยว่า บริการนั้นเป็นบริการที่ไวต่อความต้องการของแต่ละเพศของผู้รับบริการหรือไม่ (Gender-

sensitive) เมื่อตรวจสอบสื่อที่มีข้อมูลเรื่องของคุณภาพทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้ว่าโรงพยาบาลทุกแห่งอย่างน้อยต้องมีสื่อเรื่องการดูแลตนเองก่อนและหลังคลอด และการวางแผนครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่หากต้องการหาสื่อที่ระบุถึงคุณภาพและสิทธิทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างแท้จริง พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีสื่อดังกล่าว ดังนั้นสื่อที่มีในเรื่องอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว จึงสะท้อนว่ารูปแบบการบริการของโรงพยาบาลยังมุ่งเน้นในลักษณะเดิมมากกว่าที่จะใช้อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นศูนย์กลาง ส่วนการสำรวจสถานพยาบาลที่มีการสอน สาธิตหรือจัดให้พูดคุยกันด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า มีโรงพยาบาลเพียง 5 ใน 8 แห่ง ที่มีการสอนด้านนี้ ดัชนีตัวสุดท้ายคือการมีรายการแสดงบริการที่มีและราคาค่าบริการ พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีรายการแสดงบริการแต่ไม่มีรายการแสดงราคาเลย

การเข้าถึงบริการ

ส่วนนี้วัดจากดัชนีเรื่องเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ในเรื่องความสะดวกของเวลาที่เปิดบริการ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างผู้รับบริการชายและหญิง แม้ว่าทั้ง 2 เพศจะให้คำตอบว่ารู้สึกสะดวกในสัดส่วนที่สูงร้อยละ 55.6 ผู้รับบริการทั้ง 2 เพศยังรู้สึกว่าเวลาที่ใช้ในการคอยเหมาะสมไม่นานเกินไป ส่วนค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ผู้รับบริการชายร้อยละ 76.8 และหญิงร้อยละ 81.0 รู้สึกว่าค่าใช้จ่ายในการมารับบริการเหมาะสมไม่แพงเกินไป เมื่อสำรวจสถานพยาบาลที่ได้รับการนิเทศน์งานภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น สำหรับการรายงานและเก็บประวัติ โรงพยาบาลที่สำรวจ 7 ใน 8 แห่ง มีการเก็บประวัติและรายงานเป็นระเบียบเรียบร้อย

ดัชนีที่ใช้บ่งชี้คุณภาพในการให้บริการตัวแรกคือ นโยบายของโรงพยาบาล โดยวัดจากการมีกลไกภายในสถานพยาบาลเพื่อยกเลิกใบยินยอมของสามี และการเขียนระบุบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แยกสำหรับหญิงและชายไว้ในนโยบาย พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดบรรลุเกณฑ์ของดัชนีทั้ง 2 ตัวดังกล่าว ทั้งนี้อาจเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นว่านโยบาย

เรื่องสุขภาพและสิทธิในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ยังไม่แปลงไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดัชนีกลุ่มต่อไปเป็นดัชนีวัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งวัดจากดัชนีหลายตัว ดัชนีซึ่งพัฒนาจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตคือ การได้รับการทักทายอย่างเป็นมิตรจากบุคลากร ซึ่งพบว่าสูงถึงร้อยละ 88.5 เมื่อสอบถามผู้รับบริการถึงการเปิดโอกาสให้ถามปัญหา พบว่า ผู้รับบริการชายร้อยละ 80.6 และหญิงร้อยละ 85.7 รู้สึกว่าการเปิดโอกาสให้ถามดี ส่วนดัชนีที่แสดงถึงความไวต่อความแตกต่างตามเพศของผู้รับบริการ ร้อยละ 80.6 ของผู้รับบริการชายรู้สึกว่ามีขีดเป็นส่วนตัวดี ส่วนผู้รับบริการหญิงร้อยละ 78.4 ความแตกต่างที่มีนัยสำคัญคือ การได้รับคำอธิบายผลก่อนและหลังการตรวจของผู้รับบริการหญิงและชาย ผู้รับบริการชายได้รับคำอธิบายผลก่อนการตรวจ ร้อยละ 51.7 ส่วนหญิงร้อยละ 66.7 ส่วนคำอธิบายผลหลังการตรวจผู้รับบริการชายได้รับคำอธิบายร้อยละ 61.4 และหญิงร้อยละ 80.4 ในส่วนของความเหมาะสมของเวลาที่พบกับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการชายร้อยละ 65.1 และหญิงร้อยละ 69.2 รู้สึกว่าเหมาะสมดี สิ่งที่น่าสนใจคือความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความสะดวกใจในการรับบริการจากผู้ให้บริการเพศตรงข้าม ผู้รับบริการชายร้อยละ 76.9 รู้สึกว่าสะดวก ขณะที่ผู้ให้บริการหญิงร้อยละ 63.5 รู้สึกสะดวก

การมีทางเลือกการบริการให้ผู้รับบริการ

ดัชนีที่ใช้วัดเป็นดัชนีที่พัฒนาจากข้อมูลทั้งที่ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ ผลจากการสังเกตพบว่า ผู้ให้บริการมีถึงร้อยละ 75.9 ที่เน้นหรือให้น้ำหนักเฉพาะวิธีวางแผนครอบครัวใดวิธีหนึ่ง และพบสัดส่วน เท่ากันสำหรับผู้ให้บริการที่เน้นหรือให้น้ำหนักเฉพาะวิธีวางแผนครอบครัวซึ่งใช้กับผู้หญิง เมื่อดูสัดส่วนของผู้รับบริการที่ได้รับวิธีการวางแผนครอบครัวตามที่ตั้งใจไว้ พบว่า มีถึงร้อยละ 83.0 เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้บริการถึงการมีวิธีวางแผนครอบครัวที่จะไม่แนะนำเด็ดขาด พบว่า ร้อยละ 16.1 มีวิธีที่ตนจะไม่แนะนำจากดัชนีทั้งหมดบ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ทางเลือกกับผู้รับบริการยังมีอุปสรรคจากทัศนคติของผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาการได้ข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ จากดัชนีที่แสดงการใช้สื่อของผู้ให้บริการ พบว่า มีเพียงร้อยละ 22.8 ของผู้ให้บริการที่ใช้สื่อประกอบคำอธิบายในการให้คำแนะนำ เมื่อสอบถาม

ผู้รับบริการถึงการได้รับสื่อขณะที่มารับบริการ พบว่า ผู้รับบริการชายที่ได้รับสื่อมีเพียงร้อยละ 30.5 ส่วนผู้รับบริการหญิงร้อยละ 42.9 ในส่วนของการได้รับสุขศึกษา จัดกลุ่มให้พูดคุยหรือฟังเสียงตามสาย ผู้รับบริการชายร้อยละ 27.0 และหญิงร้อยละ 30.1 ตามลำดับที่มีส่วนร่วมดังกล่าว เมื่อสอบถามถึงการได้ยินหรือเห็นสื่อด้านการวางแผนครอบครัว ซึ่งทุกโรงพยาบาลมีสื่อดังกล่าวในรูปของแผ่นพับและการจัดทำเป็นโปสเตอร์ พบว่า ผู้รับบริการชายร้อยละ 35.8 และผู้รับบริการหญิงร้อยละ 42.4 ที่เห็นและได้ยิน ดังนั้นการใช้สื่อต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้รับบริการชายในโรงพยาบาลรัฐยังคงค่อนข้างน้อย

ความรู้ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ

จากการสอบถามบุคลากร พบว่า มีถึงร้อยละ 10.7 ของบุคลากรที่ไม่ดำเนินการใดๆ เมื่อสงสัยว่าผู้รับบริการจะมีปัญหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับกลไกที่ทำให้เกิดการรับบริการต่อเนื่อง ผลจากการสังเกตผู้รับบริการที่ได้รับการนัดหมายให้กลับมารับยาหรือติดตามผล พบว่า มีเพียงร้อยละ 82.6 ส่วนผู้รับบริการที่ได้รับคำบอกเล่าว่าให้ไปรับยาหรืออุปกรณ์ได้ที่ไหน พบว่า จะได้รับคำบอกเล่าร้อยละ 72.3 ดัชนีกลุ่มต่อไปได้แก่ ความเหมาะสมและการยอมรับบริการ พบว่า ผู้รับบริการทั้ง 2 เพศพึงพอใจในบริการที่ได้รับในระดับสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศชายพึงพอใจร้อยละ 93.7 ส่วนเพศหญิงร้อยละ 90.1 เมื่อพิจารณาถึงผลจากการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งอาจพิจารณาได้หลายด้าน แต่ในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาจากผู้รับบริการที่รู้จักอาการของโรคทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้รับบริการชายรู้จักอาการนี้สูงกว่าถึงร้อยละ 70.0 ส่วนผู้รับบริการหญิงร้อยละ 57.8 แต่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ดัชนีสุดท้ายคือความเห็นด้วยกับการใช้ถุงยางอนามัยของผู้หญิงกับสามี ซึ่งผู้รับบริการชายเห็นด้วยเพียงร้อยละ 49.2 ส่วนผู้รับบริการหญิงร้อยละ 52.4

4. สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุป

การประเมินสถานการณ์การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการ รวมถึงความไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศของบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาจากโรงพยาบาล 8 แห่ง ใน 4 จังหวัด เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด 4 แห่งคือ โรงพยาบาลกำแพงเพชร มหาราชนครราชสีมา ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลระดับอำเภอ 4 แห่งคือ โรงพยาบาลคลองขลุง สูงเนิน พนัสนิคม และเกาะ สมุย วิธีที่ใช้ในการศึกษาคือ การสำรวจ การสังเกตและจัดทำแผนที่จุดให้บริการ การสัมภาษณ์ทั้งบุคลากรที่ให้บริการและผู้ที่มาใช้บริการ ซึ่งแบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบฟอร์มที่ประยุกต์มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของ Population Council การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2543 โดยทำการสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 62 ครั้ง ของผู้ให้บริการ 62 ราย (ชาย 6 ราย และหญิง 56 ราย) และผู้รับบริการ 62 ราย (ชาย 2 ราย และหญิง 60 ราย) ส่วนการสัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์บุคลากร จำนวน 90 ราย (ชาย 9 ราย และหญิง 81 ราย) สัมภาษณ์ผู้รับบริการ 845 ราย (ชาย 63 ราย และหญิง 782 ราย) และสัมภาษณ์เพิ่มเติมสำหรับผู้ที่ใช้บริการวางแผนครอบครัวอีก 116 ราย ซึ่งเป็นหญิงทั้งหมด ผู้ที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นผู้ที่จบปริญญาตรี และโทสาขาที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ จำนวน 10 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การบรรยายและนำเสนอเป็นดัชนีที่แสดงความพร้อมและคุณภาพการบริการ โดยดัชนีที่แสดงความพร้อมประกอบด้วย: การบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ความพร้อมด้านยาและอุปกรณ์ ความพร้อมของบุคลากร ความพร้อมของสื่อในการสื่อสารและให้ความรู้ การเข้าถึงบริการ การนิเทศงาน การรายงานและเก็บประวัติ ส่วนดัชนีคุณภาพการบริการประกอบด้วย: นโยบายของโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การมีทางเลือกการบริการให้ผู้รับบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ ความรู้ความ

สามารถของบุคลากร กลไกการบริการต่อเนื่อง ความเหมาะสมและการยอมรับบริการ ผลกระทบของการบริการ

ประเภทของบริการ

ผลการศึกษาพบว่า จากการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขอบข่ายการบริการ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ออกเป็นบริการ 10 ประเภท คือ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก โรคเอดส์ การติดเชื้อของทางเดินระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น การแท้งและอาการแทรกซ้อน การมีบุตรยาก มะเร็งของระบบสืบพันธุ์ และวัยหลังเจริญพันธุ์และสูงอายุ ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลจะไม่มีบริการด้านเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น การบริการซึ่งนำการวางแผนครอบครัวผนวกรวมไว้กับการอนามัยแม่และเด็ก ทำให้การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลมุ่งไปที่การให้บริการกับหญิงซึ่งสมรสแล้ว และขาดความไวต่อความต้องการที่แตกต่างออกไปของผู้ชาย รวมทั้งการให้บริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการที่เป็นหญิงซึ่งต้องการความมิดชิดและความเป็นส่วนตัวในการปรึกษา สอบถาม และรับการตรวจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ความพร้อมในการให้บริการ

ในส่วนของคุณภาพพร้อมในการให้บริการ โรงพยาบาลมีความพร้อมทั้งในด้าน สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ และโครงสร้างพื้นฐานในระดับสูง แต่อาจจะมีปัญหาในด้าน ความพอเพียงของที่นั่งรอตรวจในบางแห่ง สำหรับยาและอุปกรณ์ มีโรงพยาบาลเพียงส่วนน้อยที่มีการขาดแคลนหรือหมดสต็อกในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ในส่วนของบุคลากร ซึ่งโรงพยาบาลได้ใช้ทั้งบุคลากรในระดับวิชาชีพและระดับต้นในการให้บริการ พบว่า ยังขาดความพร้อมในด้านการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรที่ครอบคลุมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ครบถ้วน ส่วนมากจะเป็นการอบรมเฉพาะเรื่องเอดส์ สำหรับสื่อที่ใช้เพื่อให้ข้อมูลและความรู้ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังกระจุกตัวอยู่ที่การวางแผนครอบครัวและการตั้งครรภ์ การ

คลอดและหลังคลอด มีโรงพยาบาลเพียงส่วนน้อยที่มีสื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ชาย แต่มีผู้รับบริการไม่ถึงครึ่งที่มีโอกาสได้รับสื่อ ส่วนความพร้อมในด้านการเข้าถึงบริการ แม้จะมีความพร้อมระดับสูงในด้านความสะดวกของเวลาให้บริการและด้านราคาค่าบริการ แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่มารับบริการถึงความสะดวกของเวลาเปิดบริการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องเวลาที่ใช้ในการบริการซึ่งผู้รับบริการต้องรอนานเกินไป ความพร้อมในด้านการนิเทศน์งานยังคงค่อนข้างต่ำ มีโรงพยาบาลเพียงครึ่งเดียวที่ได้รับการนิเทศน์งานภายใน 6 เดือน ส่วนความพร้อมในด้านการรายงานและสถิติอยู่ในระดับสูง

คุณภาพของการบริการ

เมื่อพิจารณาคุณภาพของการบริการ ยังไม่มีโรงพยาบาลใดที่คำนึงถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย โดยยกเลิบบายินยอมของสามีในหญิงที่ต้องการคุมกำเนิดแบบถาวร หรือยังไม่มีการระบุไว้ในนโยบายอย่างชัดเจนถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จะจัดเฉพาะสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย สำหรับคุณภาพที่พิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้รับบริการที่เป็นหญิงและชาย ในการได้รับคำอธิบายผลก่อนและหลังการตรวจ รวมถึงความรู้สึกสะดวกใจในการรับบริการจากผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงข้าม ขณะที่ผู้รับบริการทั้ง 2 เพศรู้สึกว่าการเปิดโอกาสให้ซักถามความมิดชิดในการบริการและเวลาที่พบกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับที่เหมาะสม ส่วนการมีทางเลือกการบริการให้กับผู้รับบริการ ยังมีผู้ให้บริการส่วนหนึ่งที่เน้นหรือให้น้ำหนักเฉพาะวิธีวางแผนครอบครัววิธีใดวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะวิธีที่ใช้กับผู้หญิง หรือยังมีวิธีที่ตนลำเอียงไม่ชอบ ทำให้ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่ได้รับวิธีการวางแผนครอบครัวตามที่ตั้งใจ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ แม้จะไม่มี ความแตกต่างในการรับข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้รับบริการที่เป็นหญิงและชาย แต่ยังมี การใช้สื่อหรือจัดช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เช่น การจัดกลุ่มพูดคุยกันค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังไม่แสดงให้เห็นสื่อมีความน่าสนใจหรือสามารถเข้าถึงได้สะดวกง่ายดาย สำหรับความรู้ความสามารถของบุคลากรอยู่ในระดับดี แม้จะยังมีบุคลากรส่วนน้อยที่ควรได้รับการฝึกอบรม เพื่อให้ดำเนินการบริการได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในส่วน

ของกลไกที่ทำให้เกิดการรับบริการต่อเนื่องอยู่ในระดับดี ซึ่งยังสามารถทำให้ดีขึ้นได้ถ้าผู้ให้บริการใช้เวลาอธิบายในการนัดหมายหรือระบุสถานที่ที่รับบริการได้มากขึ้น สำหรับความเหมาะสมและการยอมรับบริการ ผู้รับบริการทั้งหญิงและชายมีความพึงพอใจในระดับสูงโดยไม่มี ความแตกต่างระหว่างเพศ เมื่อพิจารณาผลจากการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยที่อาจมีต่อการดำเนินโครงการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อไปด้วย คือการรู้จักอาการของโรคทางเพศสัมพันธ์และการเห็นด้วยที่จะใช้ถุงยางระหว่างสามีและภรรยา ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศที่มีนัยสำคัญ สำหรับความพร้อมและคุณภาพของการบริการเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาค ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

4.2 อภิปรายผล

ดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 ว่าการศึกษาเรื่องของการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผ่านมา มักมุ่งเน้นไปที่ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติซึ่งเป็นการพิจารณาจากอุปสงค์ ขณะที่การพิจารณาจากด้านอุปทานมีการศึกษาไว้น้อยมาก การวิเคราะห์สถานการณ์ซึ่งดำเนินการในลักษณะนี้ Population Council ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มแนวคิด ได้นำวิธีการและเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มประเทศแอฟริกา ประมาณ 8-9 ประเทศ ลาตินอเมริกา 3 ประเทศ และเอเชีย (ซึ่งไม่มีประเทศไทย) 3 ประเทศ (Miller et al, 1997) ในปีที่ผ่านมา IPPF ได้ปรับปรุงเครื่องมือเพื่อวัดคุณภาพของการบริการด้วยมุมมองที่ไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศ และนำไปใช้ใน กลุ่มประเทศลาตินอเมริกา (Cardich et al, 2000) รายงาน บทความ และการศึกษาด้านนี้ส่วนใหญ่จึงเป็นการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ทั้งในระดับนโยบาย จุดให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้น การนำวิธีการและเครื่องมือมาประเมินความพร้อมและคุณภาพการบริการในประเทศไทย จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่จะได้นำผลการศึกษาไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของวิธีการ แม้ว่าจะมีความจำกัดในการทบทวนองค์ความรู้ด้านนี้ในประเทศไทย

ข้อค้นพบในด้านนโยบายของสถานพยาบาลและรูปแบบการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับการทบทวนนโยบายและบริการด้านนี้ในประเทศอื่น Lubis (1998) ชี้ว่า การที่อินโดนีเซียนำการวางแผนครอบครัวไปผนึกรวมไว้กับอนามัยแม่และเด็ก ทำให้บริการต่างๆ มุ่งไปที่เรื่องของการตั้งครรภ์ การคลอดและการตรวจหลังคลอด ควรที่จะเปลี่ยนแปลงโครงการให้หันมาเน้นที่ผู้ชายและสถานการณ์ของเขา Khot & Menon (2000) กล่าวถึงโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพเด็กของอินเดียไว้ว่า เป็นโครงการที่มุ่งให้บริการเฉพาะผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และเป็นแม่ โดยไม่สนใจปัญหาทางสุขภาพของผู้หญิงที่เกิดจากบทบาทอื่น รวมถึงไม่รวมเอาหญิงโสด หญิงสูงอายุ และผู้หญิงกลุ่มอื่นๆ ไว้ในโครงการสุขภาพของผู้หญิง และเมื่อพยายามจะครอบคลุมคนกลุ่มนี้ ก็มักจะมองเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์เฉพาะในด้านชีววิทยาและการแพทย์โดยละเลยปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น หากต้องการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ บริการนั้นจะต้องไวต่อความแตกต่างระหว่างเพศ บุคลากรยังต้องเข้าใจความสัมพันธ์เชิงอำนาจและบทบาทหญิงชายที่มีต่อสุขภาพผู้หญิงและผู้ชาย

ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือ การที่ผู้ให้บริการให้นำนักวิธีการวางแผนครอบครัววิธีใดวิธีหนึ่งโดยเฉพาะวิธีที่ใช้กับผู้หญิง เป็นตัวแปรสำคัญที่จำกัดทางเลือกในการเลือกวิธีคุมกำเนิดของผู้หญิง และกีดกันการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ชาย ในการตัดสินใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว รายงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ชายในการวางแผนครอบครัวได้บ่งชี้ให้เห็นว่า การมีบริการซึ่งมุ่งเน้นที่ผู้หญิงและเด็ก การมีวิธีคุมกำเนิดสำหรับผู้ชายอย่างจำกัด การมีความลำเอียงของผู้ให้บริการต่อวิธีการคุมกำเนิดของผู้ชาย รวมถึงการมีความเชื่อผิดๆ และการมีบรรยากาศทางด้านสังคมและศาสนาที่ไม่เอื้อ เป็นอุปสรรคสำคัญที่กีดกันผู้ชาย ในการเข้ามามีบทบาทด้านการวางแผนครอบครัว (Outlook, 1997) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงต้องรวมกิจกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคลากรที่ทำให้เกิด

ทางเลือกสำหรับผู้หญิงสำหรับการวางแผนครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

สิ่งที่นำมาพิจารณากันมากในการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์คือ การมีบริการที่ไวต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งชายและหญิง ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้รับบริการทั้งสองเพศจะรู้สึกเวลาเปิดบริการที่เป็นอยู่มีความสะดวกมาก แต่ความรู้สึกถึงความสะดวกระหว่างหญิงและชายต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หากต้องการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไวต่อความต้องการของผู้ชายหรือต้องการให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วม คงจะต้องพิจารณาเรื่องเวลาในการให้บริการ ข้อค้นพบอีกประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อต่างเพศกันคือการที่ผู้รับบริการชายและหญิงรู้สึกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในการได้รับคำอธิบายผลก่อนและหลังการตรวจและความรู้สึกไม่สะดวกใจในการรับบริการจากผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงข้าม ประเด็นเหล่านี้คงต้องนำมาพิจารณาเมื่อต้องการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไวต่อความสะดวกต่างระหว่างเพศ

คุณภาพการบริการที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้มากคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ามีผู้ให้บริการเพียงส่วนน้อยที่ใช้สื่อประกอบคำอธิบาย เช่นเดียวกับกับผู้รับบริการที่ได้รับสื่อไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการชายหรือหญิง การที่ผู้รับบริการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสถานพยาบาลน้อย เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจเลือกและคงใช้วิธีการวางแผนครอบครัว ดังเช่นการศึกษาขององค์กร Family Health International (1998) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการต้องการให้ผู้ให้บริการให้ข้อมูลเรื่องวิธีการวางแผนครอบครัวให้มากขึ้นโดยเฉพาะผลข้างเคียง ขณะที่ผู้ให้บริการจะไม่ค่อยสนใจ จึงต้องมีการฝึกอบรมกับผู้ให้บริการเป็นการพิเศษเพื่อให้รู้จักผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดและวิธีการจัดการ นอกจากนี้งานวิจัยชิ้นนี้ยังชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการต้องการบรรยากาศที่สะดวกสบาย ขณะที่มาขอรับบริการ มีผู้ให้บริการที่มีทักษะความรู้ในการให้คำปรึกษา สามารถบอกทาง

เลือกที่หลากหลายสำหรับบริการวางแผนครอบครัว มีความเป็นส่วนตัวมีขีดขณะที่ปรึกษา และรับการตรวจ และได้รับการปฏิบัติอย่างมีวินัยและให้ความนับถือ

ในส่วนของวิธีการศึกษา การวิจัยซึ่งต้องใช้การสังเกตด้วยอาจทำให้เกิดผล ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ นอกจากนั้นการศึกษาวิจัยซึ่งเป็นการประเมิน ยังทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกกังวลใจและรู้สึกว่าถูกตรวจสอบ การวิเคราะห์สถานการณ์ลักษณะนี้จึง ควรให้ผู้บริหารและผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการประเมินด้วย เพื่อให้เข้าใจรายละเอียดของการ ศึกษาได้ดีและเก็บข้อมูลได้เป็นธรรมชาติกว่า นอกจากนั้นคนทั้งสองกลุ่มนี้จะได้ทำการ ประเมินสถานการณ์ด้านความพร้อมและคุณภาพในการให้บริการของตนเองเป็นระยะเพื่อดู การเปลี่ยนแปลง ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ การที่ผู้ให้บริการชายรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ สังเกตประกอบกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่จำกัด ทำให้ได้ข้อมูลจากผู้รับบริการชายน้อย การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่แตกต่างกันจึง ทำได้จำกัด ในการศึกษาต่อไป ควรที่จะมุ่งเฉพาะโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งและใช้เวลา ในการศึกษาให้มากขึ้นเพื่ออธิบายประเด็นเหล่านี้ อย่างไรก็ตามแม้จะมีข้อจำกัดหลายด้าน ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คงจะนำมาประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับนโยบาย สถาน พยาบาลและผู้รับบริการ และนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จาก โครงการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อไป

4.3 ข้อเสนอแนะ

ผลของการประเมินสถานการณ์การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. สนับสนุนให้เกิดนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ชัดเจนในระดับสถาน พยาบาล โดยดำเนินการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้ครบทุกด้านและกำหนดเป็น บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการทั้งชายและหญิง

2. จัดให้มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมและฝึกอบรม (Refresh training) ความรู้และทักษะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แต่ละด้านให้กับบุคลากร โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์หญิงชาย การจัดบริการที่ไวต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละเพศ
3. สนับสนุนให้มีการผลิตสื่อที่ครอบคลุมอนามัยการเจริญพันธุ์แต่ละด้าน โดยเฉพาะสื่อที่จะให้ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์กับผู้ชาย และผลักดันให้บุคลากรใช้สื่อและกระจายสื่อให้กับผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งจัดทำให้สื่อมีความน่าสนใจและเข้าถึงได้ง่าย
4. ผลักดันให้บุคลากรเข้าใจความต้องการที่ต่างกันของผู้รับบริการแต่ละเพศ โดยเพิ่มการอธิบายผลก่อนและหลังการตรวจให้มากขึ้นโดยเฉพาะกับเพศชาย
5. จัดระบบบริการที่ไวต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละเพศ โดยพยายามให้ผู้รับบริการหญิงได้รับการตรวจและปรึกษากับผู้ให้บริการหญิง หรือฝึกอบรมผู้ให้บริการให้มีความเข้าใจเรื่องของคุณสัมพันธ์หญิงชายที่เพียงพอ
6. สนับสนุนให้มีการติดตามนิเทศงานบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สม่ำเสมอและใกล้ชิดทั้งในด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร เช่น การอธิบายทางเลือกและผลข้างเคียงของการวางแผนครอบครัวให้ผู้รับบริการอย่างละเอียด และในด้านการกำหนดเป็นนโยบายและแผนงาน
7. สนับสนุนให้มีการติดตามการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในสถานพยาบาลเป็นระยะ โดยส่งเสริมให้ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินด้วยตนเอง

บรรณานุกรม

- พร้อมบุญ พานิชภักดิ์. (2521). โครงการประเมินผลการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารอนามัยครอบครัว*, 6 (1): 23-32.
- ศิรินันท์ สายประเสริฐ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการวางแผนครอบครัวระหว่างแหล่งบริการของรัฐและเอกชนในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และสุรีย์พร พันธุ์. (2538). **คุณภาพการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 189.
- Baworn Ngamsiriudom, (1998). **Restructuring of MCH Services to Reproductive Health Services**. Paper presented at Regional Policy Dialogue on Women and Health, Kuala Lumpur, Malaysia, June 1-5, 1998.
- Bruce J., (1990). **Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework**. *Stud Fam Plann*. 21 (2): 61-91.
- Cardich R. et al. (2000). **Manual to Evaluate Quality of Care From a Gender Perspective, International Planned Parenthood Federation**. New York, January 2000.
- Family Health International. (1998). **Network**. Summer 18 (4), www.fhi.org.

- Frerichs, R. (1989). **Simple Analytic Procedures for Rapid Microcomputer-Assisted Cluster Surveys in Developing Countries.** Public Health Reports, 104, 1:24-34.
- Frerichs, R. and Khin Tar Tarm. (1989). **Computer-assisted Rapid Surveys in Developing Countries.** Public Health Reports, 104, 1: 14-23.
- Khot A. & Menon S. (2000). **Arrows for Change.** 6 (1), May, P3.
- Kumar, S., Jain, A., and Bruce J. (1989). **Assessing the Quality of Family Planning Services in Developing Countries.** Working papers No. 2, October 1989.
- Lubis D. (1998). **Network.** Summer 18 (4), Family Health International, www.fhi.org.
- Miller, R. (1997). **The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services.** Africa Operations Research and Technical Assistance Project, Population Council.
- Ortega A. O. & Helzner, J. F. (2000). **Opening Windows to Gender: A Case Study of a Major International Population Agency, IPPF/WHO.** Working paper No.1, June 2000.
- Reproductive Health Outlook. (1997). **Outlook.** 14 (3), www.rho.org.

ภาคผนวก

ตาราง 1 ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมประชากรของผู้รับบริการ

คุณลักษณะ	จำนวน	(ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
10 - 19	60	(7.1)
20 - 29	384	(45.5)
30 - 39	236	(28.0)
40 - 49	88	(10.4)
50 - 59	32	(3.8)
60 ปีขึ้นไป	44	(5.2)
เพศ		
ชาย	63	(7.5)
หญิง	782	(92.5)
สถานภาพสมรส		
โสด	26	(3.1)
คู่	777	(92.7)
หย่า แยก	15	(1.8)
หม้าย	20	(2.4)
การศึกษา		
ประถม	453	(53.7)
มัธยม	242	(28.7)
ประกาศนียบัตร, ปวช., ปวส.	70	(8.3)
ปริญญาตรี	55	(6.5)
สูงกว่าปริญญาตรี	6	(0.7)
ไม่ได้เรียน ไม่รู้หนังสือ	18	(2.1)
ศาสนา		
พุทธ	832	(98.4)
คริสต์	7	(0.8)
อิสลาม	6	(0.7)

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	(ร้อยละ)
อาชีพ		
รับจ้าง	288	(34.1)
เกษตรกร	148	(17.5)
ลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรม	45	(5.3)
ทำงานบริษัทเอกชน	7	(0.8)
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	38	(4.5)
ว่างงาน	71	(8.4)
ทำธุรกิจส่วนตัว	107	(12.7)
แม่บ้าน	135	(16.0)
ข้าราชการบำนาญ	3	(0.4)
นักเรียน, นักศึกษา	3	(0.4)
รายได้ โดยเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	137	(16.2)
3,001-6,000	341	(40.4)
6,000-9,000	90	(10.7)
9,000-12,000	57	(6.7)
สูงกว่า 12,000	52	(6.2)
ไม่มีรายได้	168	(19.9)

ตาราง 2 ลักษณะของบุคลากรที่ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

คุณลักษณะ	จำนวน	(ร้อยละ)
จำนวนบุคลากรที่ถูกสัมภาษณ์แต่ละโรงพยาบาล		
กำแพงเพชร	11	(12.1)
คลองขลุง	12	(13.2)
นครราชสีมา	14	(15.4)
สูงเนิน	13	(14.3)
สุราษฎร์ธานี	10	(11.0)
เกาะสมุย	7	(7.7)
ชลบุรี	11	(12.1)
พนัสนิคม	13	(14.3)
ประเภทของบุคลากร		
แพทย์	6	(6.6)
พยาบาลวิชาชีพ	30	(33.0)
พยาบาลเทคนิค/ผู้ช่วยพยาบาล	16	(17.6)
ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (Nurse Aid)	23	(25.3)
อื่น ๆ	16	(17.6)
งานบริการที่รับผิดชอบ		
การฝากครรภ์	44	(48.9)
การคลอด	13	(14.4)
การดูแลหลังคลอด	34	(37.8)
การแท้งและอาการแทรกซ้อน	21	(23.3)
การตรวจหาเชื้อเอชไอวี	27	(30.0)
การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์	13	(14.4)
การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์	27	(30.0)
การตรวจโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	27	(30.0)
การรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	20	(22.2)
การตรวจมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์	37	(41.1)

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	(ร้อยละ)
การรักษาમેเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์	18	(20.0)
การมีบุตรยาก	16	(17.8)
การวางแผนครอบครัว	40	(44.4)
ผู้สูงอายุ	10	(11.1)
การรับวัคซีนเด็ก	32	(35.6)
การตรวจสุขภาพเด็กดี	27	(30.0)
การดูแลโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก	18	(20.0)
การรักษาพยาบาลทั่วไปของผู้ใหญ่	12	(13.3)
อนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและเพศศึกษา	8	(8.9)
วิทยทอง	33	(36.7)
อื่น ๆ ระบุ	9	(10.0)
ระยะเวลาที่ทำงานในแผนกที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (ปี)		
ไม่ถึง 1	4	(4.5)
1-5	26	(29.6)
6-10	17	(19.3)
11-15	16	(18.2)
16-20	16	(18.2)
เกิน 20	9	(10.2)
ระยะเวลาที่เรียนจบ (ปี)		
1-5	9	(10.5)
6-10	14	(16.2)
11-15	16	(18.6)
16-20	27	(31.4)
เกิน 20	20	(23.3)

ตาราง 3 ลักษณะทางประชากรเศรษฐกิจและสังคมของผู้ให้บริการ

คุณลักษณะ	จำนวน	(ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
20 – 29	16	(17.8)
30 – 39	37	(41.1)
40 – 49	28	(31.1)
50 ปีขึ้นไป	9	(10.0)
เพศ		
ชาย	81	(90.0)
หญิง	9	(10.0)
สถานภาพสมรส		
สมรส	57	(63.3)
โสด	32	(35.6)
หย่า แยก	1	(1.8)
จำนวนบุตรที่มี (คน)		
1	15	(28.8)
2	27	(51.9)
3 – 4	10	(19.2)
ศาสนา		
พุทธ	89	(98.9)
คริสต์	1	(1.1)
รายได้โดยเฉลี่ย/เดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	3	(3.4)
5,001 – 10,000	27	(30.3)
10,001 – 15,000	38	(42.7)
15,001 – 20,000	12	(13.5)
20,001 – 25,000	5	(5.6)
25,000 ขึ้นไป	4	(4.5)

ตาราง 4 การได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะของบุคลากรขณะที่เรียน

เรื่องที่ได้รับการฝึกอบรม	ได้รับการอบรม		ไม่ได้รับการอบรม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การวางแผนครอบครัว	40	(44.0)	51	(56.0)
การดูแลก่อนตั้งครรภ์	35	(38.5)	56	(61.5)
การดูแลระหว่างคลอด	35	(38.5)	56	(61.5)
การดูแลหลังคลอด	35	(38.5)	56	(61.5)
การให้วัคซีนเด็ก	24	(26.4)	67	(73.6)
การพัฒนาการเติบโตของเด็ก	20	(22.0)	71	(78.0)
การให้คำปรึกษาแก่คนมีบุตรยาก	12	(13.2)	79	(86.8)
การรักษาการแท้งไม่ครบ	21	(23.1)	70	(76.9)
การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ	20	(22.0)	71	(78.0)
อื่น ๆ	7	(7.7)	84	(92.3)

ตาราง 5 การได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะของบุคลากรหลังจากเรียนจบ

เรื่องที่ได้รับการฝึกอบรม	ได้รับการอบรม		ไม่ได้รับการอบรม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การวางแผนครอบครัว	12	(13.2)	79	(86.8)
การดูแลก่อนตั้งครรภ์	6	(6.6)	85	(93.4)
การดูแลระหว่างคลอด	10	(11.0)	81	(89.0)
การดูแลหลังคลอด	9	(9.9)	82	(90.1)
การให้วัคซีนเด็ก	10	(11.0)	81	(89.0)
การพัฒนาการเติบโตของเด็ก	12	(13.2)	79	(86.8)
การให้คำปรึกษาแก่คนมีบุตรยาก	2	(2.2)	89	(97.8)
การรักษาการแท้งไม่ครบ	1	(1.1)	90	(98.9)
การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ	8	(8.8)	83	(91.2)
อื่น ๆ	10	(11.0)	81	(89.0)

ตาราง 6 ระยะเวลาการฝึกอบรมเพิ่มเติมที่บุคลากรได้รับ

หัวข้อการฝึกอบรม	ภายใน 1 อาทิตย์		เกิน 1 อาทิตย์	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
รายละเอียดการฝึกอบรมเพิ่มเติมที่ได้รับ				
ทักษะทางคลินิกทั่วไปด้านวางแผนครอบครัว	6	(54.5)	5	(45.5)
การให้คำปรึกษา	9	(60.0)	6	(40.0)
การใส่และถอดห่วง	5	(55.6)	4	(44.4)
การใส่ยาคุมกำเนิดชนิดฝังและเอาออก	6	(75.0)	2	(25.0)
การทำหมันหญิง	2	(33.3)	4	(66.7)
การทำหมันชาย	2	(50.0)	2	(50.0)
การคุมกำเนิดโดยให้นมแม่อย่างเดียว	4	(80.0)	1	(20.0)
การวางแผนครอบครัววิถีธรรมชาติ	3	(60.0)	2	(40.0)
การจัดการ (Management)	2	(50.0)	2	(50.0)
การนิเทศงาน (Supervision)	2	(100.0)	-	-
การเก็บประวัติ (Record keeping)	4	(57.1)	3	(42.9)
การเก็บพัสดุ (Stock keeping)	5	(83.3)	1	(16.7)
การคัดกรองความเสี่ยงโรคทางเพศสัมพันธ์	5	(71.4)	2	(28.6)
การให้คำปรึกษาโรคทางเพศสัมพันธ์	7	(70.0)	3	(30.0)
การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของโรค	-	-	2	(100.0)
การวินิจฉัยและรักษาโดยใช้กลุ่มอาการ	2	(50.0)	2	(50.0)
การให้คำปรึกษาโรค HIV/AIDS	16	(57.1)	12	(42.9)
การตรวจหาเชื้อ HIV/AIDS	1	(20.0)	4	(80.0)

ตาราง 7 การประเมินคุณภาพในการรับบริการของผู้รับบริการ

ลักษณะความพึงพอใจ	จำนวน	(ร้อยละ)
ความพึงพอใจในการรับบริการครั้งนี้		
พอใจ	763	(90.4)
ไม่พอใจ	76	(9.0)
เฉย ๆ	5	(0.6)
สาเหตุที่ไม่พึงพอใจ		
คอยนาน บริการช้า	46	(58.2)
เจ้าหน้าที่ไม่สนใจ ไม่ค่อยแนะนำ	10	(12.7)
ระบบบริการไม่ดี เช่น มีการจัดคิวไม่ดี ขั้นตอนการตรวจไม่ดี	9	(11.4)
ไม่ได้บริการตามที่ต้องการ	8	(10.1)
เจ้าหน้าที่ใช้คำพูดไม่เพราะ	5	(6.3)
เหม็นกลิ่นยา	1	(1.3)
การได้รับบริการอื่นนอกเหนือจากที่ตั้งใจมา		
ได้	170	(20.0)
ไม่ได้	673	(79.8)
บริการอื่นที่ได้รับนอกเหนือจากที่ตั้งใจมา คือ		
ตรวจรักษาโรคอื่น ๆ	66	(41.5)
คำแนะนำหรือเอกสารโรคต่าง ๆ	26	(16.4)
ตรวจรักษาโรคทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	45	(28.3)
คำแนะนำหรือเอกสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	22	(13.8)
การได้รับบริการและคำอธิบายตามที่ต้องการ		
ได้	674	(80.0)
ไม่ได้	45	(5.3)
ได้บางส่วน	116	(13.8)
ไม่ตอบ	7	(0.8)

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะความพึงพอใจ	จำนวน	(ร้อยละ)
เวลาที่พบกับผู้ให้บริการ		
พอดี	565	(67.0)
สั้นเกินไป	215	(25.5)
นานเกินไป	63	(7.5)
ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพที่อยากปรึกษา		
มี	403	(47.7)
ไม่มี	441	(52.3)
เจ้าหน้าที่รับฟังเรื่องที่กังวลหรือไม่		
รับฟัง	388	(84.3)
ไม่รับฟัง	23	(5.0)
ไม่ทราบ	49	(10.7)
การมีปัญหาที่อยากถาม		
มี	394	(46.7)
ไม่มี	449	(53.3)
การเปิดโอกาสของเจ้าหน้าที่ให้ถามในกรณีที่มีปัญหา		
เปิด	336	(85.3)
ไม่เปิด	42	(10.7)
ไม่ทราบ	16	(4.1)
ถ้าเปิดโอกาสเจ้าหน้าที่ตอบคำถามอย่างที่ต้องการหรือไม่		
ตอบ	332	(92.5)
ไม่ตอบ	14	(3.9)
ไม่ทราบ	13	(3.6)
การได้รับการตรวจร่างกายหรือตรวจอย่างอื่น		
ได้	714	(84.9)
ไม่ได้	123	(14.9)
ไม่ทราบ, ไม่แน่ใจ	4	(0.5)

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะความพึงพอใจ	จำนวน	(ร้อยละ)
การได้รับคำอธิบายก่อนทำการตรวจร่างกายหรือตรวจอย่างอื่น		
อธิบาย	489	(65.5)
ไม่อธิบาย	248	(33.2)
ไม่ทราบ, ไม่แน่ใจ	9	(1.2)
การได้รับคำอธิบายผลการตรวจร่างกายหรือตรวจอย่างอื่น		
อธิบาย	588	(78.9)
ไม่อธิบาย	145	(19.5)
ไม่ทราบ, ไม่แน่ใจ	12	(1.6)
ความมิดชิดของสถานที่ขณะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่		
มิดชิด	662	(78.5)
ไม่มิดชิด	153	(18.1)
ไม่แน่ใจ, ไม่ทราบ	28	(3.3)
ขณะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ คำอธิบายของเจ้าหน้าที่เข้าใจได้ง่ายหรือไม่		
ง่าย	781	(92.4)
ยาก	36	(4.3)
ไม่ทราบ, ไม่แน่ใจ	28	(3.3)
ความสะดวกใจที่เจ้าหน้าที่เป็นเพศตรงข้าม		
สะดวกใจ	470	(64.2)
ไม่สะดวกใจ	244	(33.3)
ไม่ทราบ, ไม่แน่ใจ	18	(2.5)
เวลาที่ใช้ในกา: อยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนถึงสิ้นสุดการรับบริการ		
ไม่เกิน 15 นาที	43	(5.1)
มากกว่า 15 นาที แต่ไม่เกิน 30 นาที	133	(15.8)
มากกว่า 30 นาที แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	158	(18.8)
มากกว่า 1 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	260	(30.9)
มากกว่า 2 ชั่วโมง	248	(29.5)

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะความพึงพอใจ	จำนวน	(ร้อยละ)
ความรู้สึกต่อเวลาที่คอย		
นานเกินไป	368	(43.7)
พอดี	469	(55.6)
ไม่ทราบ	6	(0.7)
การแนะนำคนอื่นมาใช้บริการที่โรงพยาบาล		
แนะนำให้มาที่นี่	738	(89.2)
แนะนำให้ไปที่อื่น	37	(4.5)
ไม่ทราบ	52	(6.3)
สิ่งที่ชอบมากที่สุดในการมารับบริการครั้งนี้		
บริการดี รวดเร็ว	189	(33.8)
เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ เป็นกันเอง	150	(26.8)
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี	134	(24.0)
มีเครื่องมือทันสมัย มียาทุกชนิด มีแพทย์จำนวนมาก มีแพทย์เฉพาะทาง	32	(5.7)
สถานที่สะอาด เป็นสัดส่วน กว้างขวางดี	18	(3.2)
เดินทางสะดวก	20	(3.6)
ราคาถูก	9	(1.6)
อื่น ๆ	7	(1.3)
สิ่งที่ไม่ชอบมากที่สุดในการมารับบริการครั้งนี้		
ช้า คอยนาน	151	(52.9)
เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ไพเราะ	63	(22.1)
สถานที่ไม่สะอาด คับแคบ เหม็นยา อากาศร้อน ไม่เป็นสัดส่วน	31	(10.9)
ห้องน้ำไม่เพียงพอ เก้าอี้ไม่เพียงพอ		
เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยสนใจ ไม่ค่อยให้คำแนะนำ	21	(3.5)
ระบบบริการไม่ดี เช่น การเก็บประวัติไม่ดี การจัดคิวไม่ดี ขั้นตอนการให้บริการไม่ดี	10	(3.5)
ความไม่เป็นส่วนตัว เช่น ห้องตรวจไม่มิดชิด แพทย์เป็นชาย	6	(2.1)
อื่น ๆ	3	(1.1)

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะความพึงพอใจ	จำนวน	(ร้อยละ)
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการ		
บริการให้รวดเร็วกว่านี้ เจ้าหน้าที่ทำงานให้ตรงเวลา	100	(36.8)
ปรับปรุงการพูดจาของเจ้าหน้าที่ให้ไพเราะ	47	(17.3)
ปรับปรุงสถานที่ เช่น ขยายโรงพยาบาล ที่จอดรถ ความสะอาด จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน ติดแอร์ เพิ่มจำนวนห้องน้ำ	46	(16.9)
ให้เจ้าหน้าที่สนใจและให้คำแนะนำผู้ป่วยมากกว่านี้	27	(9.9)
เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่	27	(9.9)
เพิ่มความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย (ห้องตรวจให้มีมิดชิด แพทย์สูติฯ เป็นหญิง)	11	(4.0)
ปรับปรุงระบบบริการ (เช่น การเก็บประวัติ การจัดคิว ระบบส่งต่อ ผู้ป่วย)	8	(2.9)
อื่น ๆ	6	(2.2)

ตาราง 8 ลักษณะการตรวจร่างกายและการให้บริการจากการสังเกต

การตรวจร่างกาย	ทำ		ไม่ทำ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การตรวจภายใน				
ผู้ให้บริการอนามัยให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงมือตรวจ	13	(65.0)	7	(35.0)
ล้างมือก่อนทำการตรวจ	13	(65.0)	7	(35.0)
ตรวจโดยการมองอวัยวะสืบพันธุ์รอบนอก	11	(55.0)	9	(45.0)
เก็บตัวอย่าง pap smear	11	(55.0)	9	(45.0)
การตรวจโดยใช้มือและนิ้ว	2	(10.0)	18	(90.0)
ล้างมือหลังทำการตรวจ	15	(75.0)	5	(25.0)
อธิบายผู้ป่วยถึงผลการตรวจ	11	(55.0)	9	(45.0)
ไม่ได้ทำสิ่งที่กล่าวทั้งหมด	-	-	4	(20.0)
การตรวจ โดยใช้ Speculum				
ใช้ speculum ที่สะอาด	15	(78.9)	4	(21.1)
ใช้ถุงมือ	15	(78.9)	4	(21.1)
ในกรณีที่ใช้ห่วง ผู้ให้บริการ				
วัดมดลูก (Sound the Uterus)	1	(20.0)	4	(80.0)
จับต้องห้วงด้วยวิธีปราศจากเชื้อ	1	(20.0)	4	(80.0)
ใส่ถุงมือ	1	(20.0)	4	(80.0)
ปลอบใจ (Emotional support)	1	(20.0)	4	(80.0)
ในกรณีที่ฉีดยาคุมกำเนิด ผู้ให้บริการ				
ทำความสะอาดบริเวณที่ฉีดให้ปราศจากเชื้อ	17	(81.0)	4	(19.0)
ใช้เข็มสเตอร์โร	17	(81.0)	4	(19.0)
นวดอุ้งบริเวณที่ฉีด	8	(38.1)	13	(61.9)
ในกรณีที่ฝังยาคุมกำเนิด ผู้ให้บริการ				
ล้างแขนผู้ป่วยด้วยสบู่และน้ำ	5	(45.5)	6	(54.5)
ใช้ถุงมือ	7	(63.6)	4	(36.4)
ทาน้ำยาฆ่าเชื้อบริเวณที่จะฝัง	7	(63.6)	4	(36.4)
วางแขนผู้ป่วยบนผ้าสเตอร์โร	7	(63.6)	4	(36.4)
ถ้ามีการใช้ถุงมือ ถุงมืออยู่ในสภาพ				
สเตอร์โร	13	(76.5)	-	-
ไม่สามารถบอกระดับความสะอาดได้	4	(23.5)	-	-

ตาราง 9 ดัชนีแสดงความพร้อม คุณภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ความพร้อมในการให้บริการ	
ดัชนี	ความพร้อม
การบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ครบทั้ง 10 ด้าน ตามที่กระทรวงกำหนด 	0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีกลไกภายในซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงบริการได้จากข้อมูลที่ได้รับจากผู้รับบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ 	0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละสถานพยาบาลซึ่งมีที่นั่งรอตรวจเพียงพอ 	87.5
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละสถานพยาบาลซึ่งไม่มีการขาดแคลนยาหรืออุปกรณ์การวางแผนครอบครัว (ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา) 	75.0 - 87.5
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทักษะด้านวางแผนครอบครัว และโรคทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ 	40.0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสื่อในการสื่อสารและให้ความรู้ 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีสื่อที่มีข้อมูลเรื่องสุขภาพทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 	100.0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการสอน สานิตหรือจัดกลุ่มให้พูดคุยกันด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 	62.5
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีรายการแสดงบริการที่มี 	100.0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีรายการแสดงค่าบริการ 	0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการเก็บประวัติและรายงานเป็นกรณีพิเศษงาน 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่ได้รับการนิเทศงานภายใน 6 เดือน 	50.0
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการเก็บประวัติและรายงานเป็นระเบียบเรียบร้อย 	87.5

ตาราง 9 (ต่อ)

ดัชนี	ความพร้อมจากผู้ตอบ	
	ชาย	หญิง
การเข้าถึงบริการ		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าเวลาเปิดสะดวก 	85.7*	90.0*
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าเวลาที่ใช้ในการคอยเหมาะสมไม่นานเกินไป 	55.6	55.6
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าค่าใช้จ่ายในการรับบริการเหมาะสมไม่แพง 	76.8	81.0
คุณภาพในการให้บริการ		
ดัชนี	ความพร้อม	
นโยบายของโรงพยาบาล		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีกลไกภายในเพื่อยกเลิบบิโชนยอมของสามี 	0	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของสถานพยาบาลที่เขียนระบุนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แยกชายและหญิงไว้ในนโยบายอย่างชัดเจน 	0	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการทักทายอย่างเป็นมิตร (จากการสังเกต) 	88.5	
การมีทางเลือกการบริการให้ผู้รับบริการ		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้ให้บริการที่เน้นหรือให้น้ำหนักเฉพาะวิธีการวางแผนครอบครัววิธีใดวิธีหนึ่ง (จากการสังเกต) 	75.9	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้ให้บริการที่เน้นหรือให้น้ำหนักเฉพาะวิธีการวางแผนครอบครัวที่ใช้กับผู้หญิง (จากการสังเกต) 	75.9	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้ให้บริการซึ่งมีวิธีการวางแผนครอบครัวที่จะไม่แนะนำเด็ดขาด 	16.1	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการวางแผนครอบครัวตามที่ตั้งใจ (จากการสังเกต) 	83.0	

ตาราง 9 (ต่อ)

คุณภาพในการให้บริการ		
ดัชนี	ความพร้อม	
การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ <ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้ให้บริการที่ใช้สื่อประกอบคำอธิบาย (สื่อประเภทใดประเภทหนึ่ง) 	22.8	
ความรู้ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของบุคลากรที่ไม่ดำเนินการใด ๆ เมื่อสงสัยว่าผู้รับบริการจะมีปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 	10.7	
กลไกที่ทำให้เกิดการรับบริการต่อเนื่อง <ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการนัดหมายให้กลับมารับยาหรือติดตามผล (จากการสังเกต) 	82.6	
<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับคำบอกเล่าว่าให้ไปรับยาหรืออุปกรณ์ได้ที่ไหน 	72.3	
คุณภาพในการให้บริการ		
ดัชนี	ความพร้อมจากผู้ตอบ	
	ชาย	หญิง
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ <ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่ามีโอกาสให้ตามปัญหา ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าได้รับบริการซึ่งมีความมิดชิดเป็นส่วนตัว ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าได้รับคำอธิบายก่อนการตรวจ ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าได้รับคำอธิบายผลหลังการตรวจ ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าเวลาที่พบกับผู้ให้บริการเหมาะสมไม่สั้นเกินไป ■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้สึกว่าสะดวกใจในการรับบริการจากผู้ให้บริการที่เป็นเพศตรงข้าม 	80.6	85.7
	80.6	85.7
	51.7*	66.7*
	61.4*	80.4*
	65.1	67.2
	76.9*	63.5*

ตาราง 9 (ต่อ)

คุณภาพในการให้บริการ		
ดัชนี	ความพร้อมจากผู้ตอบ	
	ชาย	หญิง
การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ		
■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับสื่อด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	36.5	42.9
■ ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับสุขศึกษาจัดกลุ่มให้ฟังเสียงตามสายหรือจัดกลุ่มพูดคุยกัน	27.0	30.1
■ ร้อยละของผู้รับบริการที่มองเห็น ได้ยินสื่อให้ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว	35.8	42.4
ความเหมาะสมและการยอมรับบริการ		
■ ร้อยละของผู้รับบริการที่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ	93.7	90.1
ผลจากการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์		
■ ร้อยละของผู้รับบริการที่รู้จักอาการของโรคทางเพศสัมพันธ์	70.0	57.8
■ ร้อยละของผู้รับบริการที่เห็นด้วยว่าควรมีการใช้ถุงยางเมื่อผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางเพศกับสามี	49.2	52.4

* p = .05

รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัย

(ภาคกลาง)

รองศาสตราจารย์ ดร. นุปมา ศิริรัมย์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Professor Dr. Alan Noel Gray

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์พร พันพื้ง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แนะนำหัวหน้าโครงการวิจัย

(ภาคกลาง)

(เรียงตามอักษร)

นิกร ดุสิตสิน :

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต, M.Sc. in Medicine
ที่ปริกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข,
ที่ปริกษาสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วรรณิ เดียววิเศษ :

ปริญญาเอกการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ :

ปริญญาเอกประชากรและการพัฒนา
รองศาสตราจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แนะนำบรรณาธิการ

บุปผา ศิริรัมย์ :

ปริญญาเอกการศึกษา

รองศาสตราจารย์ และรองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

จรรยา เศรษฐบุตร :

ปริญญาเอกพัฒนศึกษาศาสตร์

รองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

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>